ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

สุนิษา เข็มทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ สุนิยา เข็มทอง ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.เขมารดี มาสิงบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(นาวาเอกหญิง ดร.ธนพร แย้มสุดา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่)

.....กรรมการ
(ดร.เขมารดี มาสิงบุญ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
วันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงพระคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชล 1 และโรงพยาบาลเอกชล 2 ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย โดยเฉพาะคุณจงกลนี กิตติยานันท์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชล 2 ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อจรินทร์ และคุณแม่ทับทิม เข็มทอง ผู้ซึ่งมีพระคุณต่อผู้วิจัยเป็นอย่างมาก คอยช่วยเหลือ ดูแล เป็นขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณนางสาวเดือนเพ็ญ ทองพูล ที่คอยช่วยเหลือ และเป็นแรงใจที่ดียิ่งแก่ผู้วิจัย ตลอดจนพี่ ๆ เพื่อน ๆ ร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล ทุกท่านที่ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมาโดยตลอด รวมถึงผู้ร่วมงานทุกท่าน น้อง ๆ แผนกผู้ป่วยในหญิงรวมทุกคน ที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ซึ่งทุกความช่วยเหลือและทุกแรงใจเป็นแรงผลักดันให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สุนิษา เข็มทอง

52920212:สาขาวิชา: การบริหารการพยาบาล; พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับยา/ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/ การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

สุนิษา เข็มทอง: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (FACTORS RELATED TO THE RISK MANAGEMENT OF MEDICATION ERROR OF PROFESSIONAL NURSES IN A PRIVATE HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อารีรัตน์ ขำอยู่, D.S.N., เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N., 93 หน้า. ปี พ.ศ. 2559

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่ดี จะช่วยให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน จำนวน 120 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามที่ 2 และ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ .93 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมาก พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับสูง ร้อยละ 88.3 มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเกินเวลาโดยเฉลี่ย 22.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงาน และประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน

ผลการศึกษาเสนอแนะว่าผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะนำไปสู่คุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลที่ดีและความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย

52920212: MAJOR: NURSING ADMINISTRATION; M.N.S. (NURSING ADMINISTRATION)
KEY WORD: MEDICATION KNOWLEDGE/ WORK HOURS/ RISK MANAGEMENT OF MEDICATION ERROR

SUNISA KHEMTONG: FACTORS RELATED TO THE RISK MANAGEMENT OF MEDICATION ERROR OF PROFESSIONAL NURSES IN A PRIVATE HOSPITAL: ADVISORY COMMITTEE: AREERUT KHUMYU, D.S.N., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. 93 P. 2016.

Good risk management strategies to preventing medication errors will lead to achieve quality of care and patient safety. The purposes of this descriptive correlation study were to determine factors related to the risk management of medication error of professional nurses in a private hospital. A sample of 120 professional working at inpatient departments was recruited in the study using a simple random sample method. Questionnaires used to collect data included Personal information questionnaire, Risk Management of Medication Errors questionnaire, and Medication Knowledge questionnaire. Content validity of questionnaires were obtained from five experts. Cronbach's alphas of the latter two questionnaires were .93 and .95 respectively. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and Pearson's product-moment correlation.

It was found that professional nurses rated their practice of risk management of medication errors at a high level. Most of them (88.3%) had medication knowledge at a high level and reported that they had extended work hours about 22.8 hours per week. Medication knowledge, work hours, and years of working experience had no significant relationship with risk management of medication errors.

The results of this study suggest that nursing administrators should promote and support professional nurses to perform risk management of medication error at the highest level and continuously in order to achieve good quality of nursing care and safety patient care.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 6

สมมติฐานของการวิจัย 6

กรอบแนวคิดการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 7

นิยามศัพท์เฉพาะ 8

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

ความคลาดเคลื่อนทางยา 10

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 14

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงด้านความเคลื่อนทางยา 20

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเอกชล จังหวัดชลบุรี 24

3 วิธีดำเนินการวิจัย 29

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 29

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 30

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 32

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 33

การเก็บรวบรวมข้อมูล 33

การวิเคราะห์ข้อมูล 34

4 ผลการวิจัย 36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ หน้า

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง 36

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง..... 38

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง 38

5 สรุปและอภิปรายผล 42

สรุปผลการวิจัย 42

อภิปรายผล 44

ข้อเสนอแนะ 48

บรรณานุกรม 49

ภาคผนวก 61

ภาคผนวก ก 62

ภาคผนวก ข 64

ภาคผนวก ค 73

ภาคผนวก ง 85

ประวัติย่อของผู้วิจัย 93

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 30

2 จำนวนและร้อยและของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน (n=120)..... 37

3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งรายด้านและโดยรวม (n=120) 39

4 จำนวนและร้อยและของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับยา..... 39

5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับยารายด้านของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งรายด้านและโดยรวม (n=120)..... 40

6 จำนวนและร้อยละของจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (n=120) 40

7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (n=120) 41

8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งรายข้อ (n=120) 86

9 ความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งรายข้อ (n=120) 89

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 7

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิชาชีพการพยาบาล ตามแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550-2559 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้กล่าวถึงสิทธิและความเสมอภาคของประชาชนที่ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2550) ทำให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานในทุกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่แสดงถึงผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยง และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ นันธิดา พันธุศาสตร์ และ แสงรวี มณีศรี, 2555: พร บุญมี และ เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, 2554)

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทยยังพบความคลาดเคลื่อนทางยาที่หนาแน่น เช่น ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 1.97 ของรายการยาทั้งหมด ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถแก้ไขได้ถึงร้อยละ 95.6 และป้องกันได้ร้อยละ 4.4 ซึ่งความคลาดเคลื่อนนี้มีความรุนแรงระดับที่มีอันตรายต่อผู้ป่วย มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม ร้อยละ 37.36 และรองลงมาคือความคลาดเคลื่อนที่ต้องติดตามผู้ป่วย ร้อยละ 32.97 (เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร, ศมน อนุตรชัชวาลย์ และ เพียงขวัญ นครรัตนชัย, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา ของ สุรัชดา กองศรี (2548) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขณะอยู่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 ซึ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ไม่เป็นอันตราย และบุคลากรทางการแพทย์สามารถแก้ไข หรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ และจากการรายงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้ศึกษานำร่องเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยใช้ตัวส่งสัญญาณ พบว่า มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาถึงร้อยละ 17 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาความปลอดภัยในกระบวนการบริหารยาในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการที่มีคุณภาพ (เรวดี ศิรินคร, 2554)

การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย เกิดภาวะทุพลภาพหรือเสียชีวิต

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการพยาบาลและภาพลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล (Mayo, & Duncan, 2004; Keers, Williams, Cook, & Ashcroft, 2013; สรรธวัช อัศวเรืองชัย, 2546; เรวดี ศิรินคร, 2554) รวมทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งปัญหาการฟ้องร้องกับบุคลากรทีมสุขภาพ (กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และ ศุภลักษณ์ ธนานนท์นิวาส, 2552) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดจากความผิดพลาดในระบบการทำงานที่สามารถป้องกันได้ (Volpe, Pinho, Stival, & Karnikowski, 2014)

การพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการด้านยาและกระบวนการบริหารยาที่มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร (อภิฤดี เหมะจุฑา, 2553; Gunes, Gurlek, & Sonmez, 2014) ซึ่งพยาบาลถือเป็นผู้ที่มีความสำคัญในระบบการบริหารยา เพราะเป็นด่านสุดท้ายก่อนที่ยาจะไปถึงผู้ป่วย และเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากและอยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุดโดยเฉพาะในขั้นตอนการบริหารยา พยาบาลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการที่เกี่ยวกับการบริหารยาแก่ผู้ป่วย และมีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายวิชาชีพ ตั้งแต่กระบวนการก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยา คือเริ่มตั้งแต่การซักประวัติ การรับคำสั่งของแพทย์ในการสั่งใช้ยา การจัดส่งคำสั่งนั้นไปที่ฝ่ายเภสัชกรรม และรับยากลับมาเพื่อเตรียมบริหารยา กระบวนการบริหารยา คือ การดูแลรักษายาของผู้ป่วย การจัดเตรียมและผสมยา รวมถึงการนำยาไปให้แก่ผู้ป่วย และกระบวนการสุดท้ายคือกระบวนการหลังการให้ยา คือ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการบันทึกการให้ยา (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนกล และ ปรีชา มนทกานติกุล, 2554) ซึ่งความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยายังมีผลต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ (สมคิด มะโนมั่น, 2551) พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในระบบบริหารยาของโรงพยาบาล มีทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง มีความละเอียดรอบคอบในการทำงาน และมีประสบการณ์ในการบริหารยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง (เขมวิทย์ วงษ์เจริญสุข, 2548; กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และ ศุภลักษณ์ ธนานนท์นิวาส, 2552) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาสูง เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการด้านสวัสดิภาพและความปลอดภัยของชีวิต ด้วยการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา หรือลดความรุนแรงของการเกิดลงได้ (ชนนิกานต์ อุตรมาตร, 2550; ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีหลายปัจจัยได้แก่ เจตคติในการป้องกัน

ความคลาดเคลื่อนทางยา ความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา บรรยากาศภายในองค์กร แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (จันทนา แก้วฟู, 2554; สมคิด มะโนมั่น; กมลทิพย์ ละแมนชัย, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับยา (ธิดา นิงสานนท์, และคณะ, 2554; Simonsen, Johansson, Daehlin, Osvik, & Farup, 2011) จำนวนชั่วโมงการทำงาน (Roger, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004; Bellebaum, 2008) และประสบการณ์ในการทำงาน (Smeulers, Onderwater, Zwieten, & Vermeulen, 2014) ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล เนื่องจากยังพบว่ามีความถี่ของการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ในเรื่อง เภสัชวิทยา การจัดการยา และการคำนวณยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อีกทั้งจากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลัง ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้พยาบาลต้องมีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้น (Roger et al., 2004) รวมทั้งการที่โรงพยาบาลต้องรับเจ้าหน้าที่พยาบาลใหม่มาหมุนเวียนทดแทนอัตรากำลังที่ลาออกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลที่เข้ามาใหม่ยังขาดประสบการณ์ในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เฉพาะกับบริบทของโรงพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หากพยาบาลรู้ข้อมูลที่เกี่ยวกับยาที่จะให้ผู้ป่วยมากเพียงใดก็จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนได้มากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะความรู้ด้านเภสัชวิทยา การบริหารยา และการคำนวณยาจะช่วยให้พยาบาลตรวจจับความผิดพลาดและหาทางป้องกันได้ดี แต่ทั้งนี้ยังพบว่าพยาบาลยังมีความรู้เรื่องการบริหารยาไม่เพียงพอ ที่จะนำมาใช้ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2554; Simonsen et al., 2011) และจากการศึกษาของ สุพัตรา เมฆพิรุณ (2556) พบว่า หลังการให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง พบว่าความคลาดเคลื่อนในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังของประเทศส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น โดยพบว่าพยาบาลในประเทศไทยมีการทำงานเฉลี่ย 31 เวรต่อเดือน ส่วนในมาเลเซีย บรูไน ทำงานเฉลี่ย 22-25 เวรต่อเดือน โดยจะได้หยุดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งแสดงว่าพยาบาลในประเทศไทยทำงานโดยแทบไม่มีวันหยุดเลย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และ กฤษดา แสวงดี, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ทำงานมากกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 คือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สุวรีย์ เพชรแต่ง, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2557; Roger et al., 2004) พยาบาลร้อยละ 40 ทำงาน 12 ชั่วโมงติดต่อกัน จำนวนชั่วโมงการทำงานที่สูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดเพิ่มขึ้น (Roger et al., 2004)

โดยเฉพาะการทำงานในแผนกผู้ป่วยในซึ่งจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พบว่ามีการกระจายภาระงานส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมาที่แผนกผู้ป่วยในจึงควรมีการบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาภาระงานที่หนักของพยาบาล (กฤษดา แสวงดี, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และ อำนวย กาจีนะ, 2558) โดยพบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาได้ไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน ไม่ครบทุกคน เนื่องจากขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาขาดการนิเทศติดตามการปฏิบัติ และเร่งรีบปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลา รวมทั้งภาระงานที่มากไม่ได้สัดส่วนกับอัตรากำลัง (ฐานิดา สมขันตี, 2552) ซึ่งปัญหาด้านภาระงานที่มากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Brady, Malone, & Fleming, 2009; Keers et al., 2013)

ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดย ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่าจะสามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงสามารถคาดการณ์และวางแผนการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า (Benner, 1984) โดยเฉพาะการนำประสบการณ์ในเรื่องการบริหารยามาใช้ในการประเมินความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์ที่พบได้ (Smeulers et al., 2014) โดยพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมสูงกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการลดและกำจัดสิ่งที่เป็นความเสี่ยงในการให้ยาผิดสูงกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2545) และพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี ปฏิบัติขั้นตอนการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงบ่อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ 11-15 ปี และ16 ปีขึ้นไป (สารนิติ บุญประสพ, 2549)

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี มีโรงพยาบาลในเครือข่าย 2 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในปี พ.ศ. 2550 (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชล ชลบุรี, 2553) นอกจากนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลยังมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในทุก ๆ ด้าน เน้นความปลอดภัย และพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อเตรียมเข้าสู่การรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลของ Joint Commission International (JCI) โดยเฉพาะการพัฒนาระบบยาให้สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้น โดยนำหลักการบริหารยาให้ผู้ป่วยแบบ TEN Right (10R) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย ชนิดของยาถูกต้อง (Right Drug: R1) ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง (Right Patient: R2) ขนาดของยาถูกต้อง (Right Dose: R3) ความเข้มข้นของยาที่เตรียมถูกต้อง (Right Strength: R4) เวลาที่บริหารยาถูกต้อง (Right Time: R5) ทางที่ให้ยาและวิธีที่ให้ยาถูกต้อง (Right Route and

Method: R6) เหตุผลการให้ยาถูกต้องเหมาะสม (Right Reason: R7) มีการเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยจากการให้ยาได้ถูกต้อง (Right Observe: R8) สามารถสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ถูกต้อง (Right Intervention & Notification: R9) และลงบันทึกการให้ยาถูกต้อง (Right Documentation: R10) มีการจัดทำระบบประสานรายการยา (Medication reconciliation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนถูกต้องตลอดการรักษาเมื่อมีการส่งต่อหรือจำหน่าย การจัดระบบบริหารยาความเสี่ยงสูงและการเฝ้าระวัง และการจัดกล่องยาฉุกเฉินในรถเข็นฉุกเฉินช่วยชีวิต รวมถึงแนวทางในการคัดลอกยา เป็นผลให้เกิดมาตรฐานในการบริหารยาในระดับหนึ่ง แต่ระบบบริหารยาดังกล่าวมีความหลากหลาย อีกทั้งยังเพิ่มขั้นตอนการทำงาน ซึ่งระบบดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการประสานระหว่างทีมสหสาขาและระยะเวลาในการเรียนรู้ระบบงาน อีกทั้งยังพบความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในสามไตรมาสแรกของปี 2557 จำนวน 1,236 ครั้ง โดยส่วนใหญ่พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของพยาบาล พบจำนวน 445 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในระดับมีความคลาดเคลื่อนถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตราย ร้อยละ 4.44 และในระดับที่มีความคลาดเคลื่อนถึงตัวผู้ป่วยและต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการ ร้อยละ 7.84 (ชนิดา อิ่มอ่อง และพาฝัน ชาวสวน, 2557) นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกิดจากการบริหารยา ได้แก่ ขาดการชี้บ่งที่ชัดเจน ขาดการทวนสอบซ้ำ รวมถึงสภาพแวดล้อมและภาระงานที่ไม่เอื้อต่อการบริหารยา ทั้งนี้หากได้มีการศึกษาถึงเหตุผลที่แท้จริงได้นั้นจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด

จากความสำคัญและปัญหาของการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดังที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่าการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในหลาย ๆ ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาในด้านต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลภาครัฐ ส่วนในโรงพยาบาลภาคเอกชนยังพบการศึกษาในส่วนน้อย ซึ่งบริบทโรงพยาบาลภาคเอกชน ได้รับความคาดหวังจากผู้รับบริการในระดับสูงในเรื่องมาตรฐานการดูแลต่าง ๆ การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในด้านประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ของพยาบาลในเครือโรงพยาบาลเอกชล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพ สร้างความปลอดภัยให้ผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

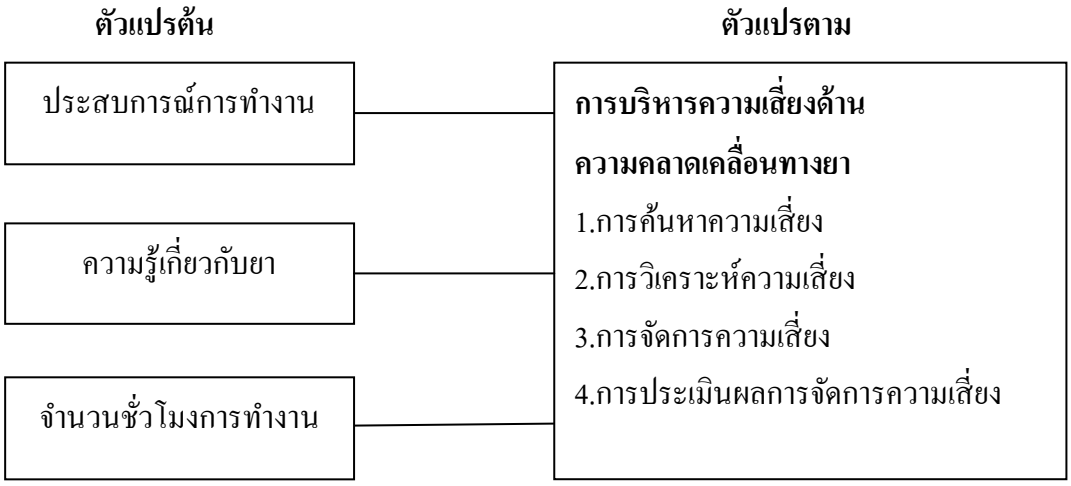
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการจากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) และการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพนั้น มีขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (จันทนา แก้วฟู, 2554) ปัจจัยภายในของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและความรู้เกี่ยวกับยา ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านระบบการบริหารยา ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดโดยพยาบาล (Roger et al., 2004; Brady et al., 2009; Keers et al., 2013)

ซึ่งจากการศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา ของ Karavasiliadou & Athanasakis (2014) พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดโดยพยาบาล เกิดจาก ปัจจัยด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ

การบริหารยา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยา ภาวะสุขภาพ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา รวมถึงประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ และปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่ ระบบงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน (กมลทิพย์ ละแมนชัย, 2548; กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และ ศุภลักษณ์ ธนานนท์นิวาส, 2552; จันทนา แก้วฟู, 2554; Brady et al., 2009; Keers et al., 2013)

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะความรู้ด้านเภสัชวิทยา การจัดการยา และการคำนวณยามีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ (สมคิด มะโนมั่น, 2551) และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานสูง สามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการนำประสบการณ์ในเรื่องการบริหารยามาใช้ในการประเมินความเสี่ยงและแก้ไขสถานการณ์ที่พบได้มาก (กมลทิพย์ ละแมนชัย, 2548; กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และคณะ, 2552; จันทนา แก้วฟู, 2554; Brady et al., 2009; Keers et al, 2013) นอกจากนี้ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้นจะทำให้พยาบาลขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งส่งผลให้เกิดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้น (Volpe et al., 2014) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ในเครือ 2 โรงพยาบาล จำนวน 136 คน เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง 18 เมษายน พ.ศ.2559

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน และการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยงด้าน การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของ จันทนา แก้วฟู (2554)

1.1 การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางยาจากคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ การเบิกยาทางระบบคอมพิวเตอร์ การจ่ายยาของเภสัชกร การคัดลอกรายการยา การบริหารยาและการบันทึกการให้ยาจากรายงานอุบัติการณ์ (HOIR) ใบ Medication Record รายงานการประชุมหัวหน้าแผนก และจากเวชระเบียนผู้ป่วย

1.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ ค้นหาสาเหตุ ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา ระบุสาเหตุที่เฉพาะ ความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา รวมถึงจัดลำดับความสำคัญด้านความผิดพลาดด้านยา

1.3 การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ มีการใช้วิธีจัดการ ลด ควบคุม ความเสี่ยงด้านความผิดพลาดด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย

1.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ ประเมินผล ติดตาม การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลาเป็นจำนวนปีที่พยาบาลจบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูงหรือเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี

3. ความรู้เกี่ยวกับยา (Medication knowledge) หมายถึง ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านเภสัชวิทยา การจัดการยา และการคำนวณยาที่จะช่วยให้พยาบาลตรวจจับความผิดพลาดและ

หาทางป้องกัน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการบริหารยาของ Simonsen et al. (2011) และอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับยา 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ความรู้ด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยา ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ผลทางการรักษาของยา ผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยา รูปแบบเฉพาะในการบริหารยาตามเภสัชจลศาสตร์ ปฏิกิริยาระหว่างยา ชื่อสามัญของยา

3.2 ความรู้ด้านการจัดการยา (Drug management) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบของหน่วยงานในการควบคุม การเก็บรักษายา การจัดแจกยาและการบริหารยาของพยาบาล

3.3 ความรู้ด้านการคำนวณยา (Drug dose calculation) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการเทียบเคียงหน่วยยา การคำนวณขนาดยา ปริมาณยาและความเข้มข้นของยา ชนิดของสารละลายที่ใช้ในการผสมและการทำเจือจางยา

4. จำนวนชั่วโมงการทำงาน หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์

5. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูงหรือเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเอกชน

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา
   1.1 ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา
   1.2 ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา
2. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
   2.1 การบริหารความเสี่ยง
   2.2 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
   3.1 ความรู้เกี่ยวกับยา
   3.2 ประสบการณ์การทำงาน
   3.3 จำนวนชั่วโมงการทำงาน
4. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเอกชล

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา

1.1 ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา

มีผู้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยาไว้ดังนี้

ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศุภธิดา สิทธิหล่อ และ รุ่งทิวา หมื่นปา (2553) กล่าวว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่คลาดเคลื่อนจากสิ่งที่ควรจะเป็น และเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การรักษาที่ไม่ได้ผล หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการบริหารยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยาให้ผู้ป่วย

วรพร เกียรติวุฒิอมร (2551) กล่าวว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ซึ่งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ในขณะที่ยาอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ ผู้ป่วย หรือผู้บริโภค เหตุการณ์อาจเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์ กระบวนการ และระบบการบริหารยา

จันทนา แก้วฟู (2554) กล่าวว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพกระทำแตกต่างจากมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับกระบวนการใช้ยาและการกระทำนั้น อาจมีอันตรายหรือไม่มีอันตรายต่อผู้ใช้บริการก็ได้

สมคิด มะโนมั่น (2551) ความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วย องค์ประกอบดังต่อไปนี้ เหตุการณ์ อุบัติการณ์ใด ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม อันก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จากกระบวนการใช้ยา ของบุคลากรในระบบสุขภาพ

สารนิติ บุญประสพ (2549) ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งนำไปสู่การบริหารยาอย่างไม่เหมาะสม หรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ทั้งที่ป้องกันได้ ซึ่งความคลาดเคลื่อนเริ่มตั้งแต่การสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่ง การจ่ายยา การให้ยา การเฝ้าระวังติดตามการได้รับยา ตลอดจนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและหรือญาติ

คณะกรรมการประสานความร่วมมือแห่งชาติด้านการป้องกันและการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention: NCC MERPP อ้างถึงใน สารนิติ บุญประสพ, 2549) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ว่าหมายถึง การเกิดอุบัติการณ์ใด ๆ ที่อาจก่อให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรืออันตรายต่อผู้ป่วย และสามารถป้องกันได้ ภายใต้การควบคุมดูแล รับผิดชอบของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอุบัติการณ์นั้นอาจจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานลักษณะวิชาชีพต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่การสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่ง การติดฉลาก/ เขียนซองยา การบรรจุซอง การจ่ายยา การให้ยา การสอน/การให้ข้อมูล การเฝ้าระวังติดตามและการใช้ยา (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) นอกจากนี้ สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American Society of Hospital Pharmacists: ASHP อ้างถึงใน สารนิติ บุญประสบ, 2549) ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยาว่า หมายถึง การให้ยาที่ไม่ตรงกับการเขียนคำสั่งการให้ยาของแพทย์ หรือมาตรฐาน นโยบายและแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล (O'Shea, 1999 อ้างถึงใน สารนิติ บุญประสพ, 2549)

จากการทบทวน ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่นำไปสู่การเกิดความคลาดเคลื่อน ที่อาจก่อให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถป้องกันได้ ภายใต้การควบคุมดูแล รับผิดชอบของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในทุกขั้นตอนการบริหารยา

1.2 ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่กระบวนการสั่งให้ยา การจ่ายยา การบริหารยา และความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย โดยความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นครอบคลุมสถานการณ์ทุกที่ที่มีการใช้ยา ซึ่งลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ ดังต่อไปนี้ คือ (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และ ปรีชา มนทกานติกุล, 2547)

1. การให้ยาผิดคน (Wrong client) เป็นลักษณะของการให้ยาไม่ตรงกับผู้ป่วย

2. การให้ยาผิดชนิด (Wrong drug) เป็นลักษณะของการที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงกับแผนการรักษา

3. การให้ยาผิดวิธีทาง (Wrong route) มีทั้งการให้ยาผิดทางที่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น นำยาที่ให้ทางปากไปให้ทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาผิดทางที่ไม่เกิดอันตราย แต่ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง เช่น ยาที่ต้องเคี้ยวแต่ให้โดยการกลืน เป็นต้น

4. การให้ยาผิดเวลา (Wrong time) เป็นการให้ยาไม่ตรงเวลาที่กำหนดไว้

5. การให้ยาผิดขนาด (Wrong dose) เป็นการให้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม ทำให้ได้รับยามากเกินไป หรือน้อยเกินไปจากขนาดยาที่ควรได้รับ

6. การให้ยาด้วยเทคนิคการให้ยาที่ผิด (Wrong technique) รวมถึงการบดยาเม็ดที่ไม่ควรบด เนื่องจากการบดยาบางชนิดทำให้คุณสมบัติที่สำคัญของยาเสียไป

7. การลืมให้ยา (Dose omission) ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามคำสั่งใช้ยาจนถึงการให้ยาครั้งต่อไป โดยไม่รวมผู้ป่วยที่ปฏิเสธการให้ยา

8. การติดตามผิดพลาด (Monitor error) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เป็นข้อห้ามได้รับยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน ได้รับยาที่มีปฏิกิริยากับอาหาร หรือมีปฏิกิริยากับโรค ได้รับยาที่มีบันทึกว่าผู้ป่วยเคยแพ้ยามาก่อน หรือ การติดตามทางคลินิกผิดพลาด เช่น การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตผิดพลาด

9. การให้ยาที่ผู้สั่งยาไม่ได้สั่ง (Unauthorized drug error)

Kessler (2011) ได้กล่าวถึงชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา (Types of medication errors) ประกอบด้วย

1. การสั่งใช้ยา (Prescribing errors) เป็นการสั่งใช้ยาที่ไม่เฉพาะกับผู้ป่วย เช่น สั่งยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดรูปแบบ ผิดทาง ผิดจำนวน ผิดระยะเวลาที่ใช้ยา จำนวนเม็ดผิด เจือจางผิด ผิดกลุ่ม เขียนลายมืออ่านยาก เป็นต้น

2. ไม่ได้ให้ยา (Omission errors) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย ยกเว้นการไม่ได้ให้ยาที่มีสาเหตุมาจาก การงดน้ำและอาหาร รอการออกฤทธิ์ของยา และผู้ป่วยปฏิเสธ

3. ให้ยาผิดเวลา (Wrong time errors) เป็นความคลาดเคลื่อนที่บริหารยาไม่ถูกตามหลักมาตรฐานของเวลาการให้ยา

4. ใช้ยาไม่เหมาะสม (Unauthorized drug errors) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากผู้สั่งใช้ยาไม่มีความรู้ในการรักษาหรือการให้ยาชนิดนั้น ๆ หรือสั่งยาผิดแนวปฏิบัติมาตรฐานการให้ยา รวมทั้งเขียนใบสั่งยาผิดคน

5. ขนาดยาไม่เหมาะสม (Improper dose error) ความคลาดเคลื่อนที่ให้ยาในขนาดที่มากหรือน้อยเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการบันทึกการให้ยาล่าช้า หรือการไม่บันทึกการให้ยา การตวงปริมาณยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น

6. ให้ยาผิดขนาด (Wrong dosage from errors) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ขนาดยาที่ต่างจากคำสั่งใช้ยา

7. วิธีเตรียมยาผิด (Wrong drug preparation) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคำนวณปริมาณยา หรือเลือกชนิดของสารละลายที่ใช้เจือจางไม่ถูกต้อง รวมทั้งการไม่ผสมยาให้เข้ากันกับสารละลายอย่างทั่วถึง

8. บริหารยาผิดเทคนิค (Wrong administration technique errors) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาผิดเทคนิค เช่น ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังแต่แทงเข็มลึกเกินไป การหยอดยาตาผิดข้าง หรือการให้ยาทางหลอดเลือดดำที่จำเป็นต้องใช้เครื่องควบคุมการไหลแต่ไม่ได้ใช้

9. ให้ยาเสื่อมคุณภาพ (Deteriorated drug errors) การให้ยาเสื่อมคุณภาพอาจเกิดมาจากการให้ยาที่หมดอายุแล้ว หรือการให้ยาที่เก็บไว้ในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการให้ยาเหล่านี้จะมีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นการดูวันหมดอายุของยาและการจัดเก็บที่เหมาะสมจึงเป็นเรื่องสำคัญ

10. ไม่ได้ติดตามอาการหลังให้ยา (Monitoring error) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการไม่ติดตามผลหลังการรักษาด้วยยา เช่น การติดตามระดับยาในเลือด การติดตามการตอบสนองของยากับการรักษา หรือการให้ยาลดความดันโลหิตแต่ไม่มีการติดตามวัดความดันโลหิต

11. ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้รับยา (Compliance errors) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมารับยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่อง

12. ความคลาดเคลื่อนอื่น ๆ (Other errors) เช่น ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ข้อควรระวังกับผู้ป่วย เป็นต้น

2. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

การบริหารความเสี่ยง เป็นกระบวนการในการบริหารเพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากทุรเวชปฏิบัติหรือการละเลย ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การบริหารความเสี่ยงที่ดีจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแล (วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2545)

Wilson and Tingle (1999) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงหมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่มีผลต่อความปลอดภัย คุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ โดยนำความเสี่ยงนั้นมาประเมินค่าและดำเนินการขจัดหรือลดความเสี่ยงดังกล่าว

Kavaler and Spiegel (2003) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการในการค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์เพื่อหาแนวทางที่ดีที่สุดในการป้องกันความเสี่ยง โดยนำแนวทางนั้นมาดำเนินการและปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยง

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการในการป้องกัน อำนาจและทรัพย์สินที่ได้มาของบริษัท โดยลดโอกาสของการสูญเสีย ซึ่งมาจากเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของการบริหารความเสี่ยง ว่า หมายถึง กระบวนการในการค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์และหาแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยง รวมถึงความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง กระบวนการในการค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์และหาแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงและความสูญเสียที่อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา

2.1 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ Wilson and Tingle, 1999 และกษริน โพธิ์งาม, 2554) กล่าวว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) เป็นขั้นตอนการค้นหาและประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการป้องกัน ควบคุมและยับยั้งความเสี่ยง โดยผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ต้องมีการค้นหาข้อมูล จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ ที่สำคัญคือ การรายงานอุบัติการณ์ และการจัดการอุบัติการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาที่รวดเร็วได้ตั้งแต่ก่อนเกิดอุบัติการณ์ และสามารถจัดการแก้ไขผลกระทบเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) เป็นการพิจารณาความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมิน

ไปข้างหน้า ด้วยการพิจารณาโอกาสของการเกิดความถี่ และวิเคราะห์ความรุนแรงของปัญหา เพื่อจัดการเรื่องร้องเรียนให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ฉับไว ลดค่าใช้จ่าย ลดความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน และได้รับความไว้วางใจจากผู้ใช้บริการ

3) การจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) เป็นขั้นตอนในการเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ขององค์การที่จะลดความเสี่ยง โดยมีการจัดการคือ การควบคุม การยอมรับ การหลีกเลี่ยง การลดและการผ่องถ่ายความเสี่ยง สามารถปรับวิธีการต่าง ๆ เพื่อป้องกันความสูญเสียจากความเสี่ยงให้เหมาะสมที่สุด

4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ในการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงว่ากลยุทธ์ที่ใช้มีความเหมาะสมเพียงใด ประกอบด้วย การประเมินผล ประสบการณ์ เป็นการติดตามผลของการจัดการความเสี่ยง และการประเมินวิธีการจัดการแก้ปัญหา เป็นการเปรียบเทียบผลการจัดการความเสี่ยงกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ การสะท้อนกลับ เป็นการประเมินวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่ามีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมหรือมีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมการบริหารความเสี่ยงจะถูกวัดและตรวจสอบอย่างถูกต้อง โดยผู้ที่มีความรับผิดชอบในการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้แก่ คณะกรรมการการบริหารความเสี่ยง หัวหน้าผู้บริหารองค์การสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาทางกฎหมาย ของผู้เสียหาย ทนาย สหสาขาวิชาชีพมา การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการภายใต้ความซื่อสัตย์และโปร่งใส ความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันจะต้องถูกค้นพบอย่างรวดเร็วและจัดการด้วยวิธีการนุ่มนวล มีวัฒนธรรมไม่ตำหนิ ลงโทษเมื่อรายงานเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550) กล่าวว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1) การระบุถึงความเสี่ยงและโอกาสของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนนี้ เป็นการกำหนดว่าความเสี่ยงที่เป็นไปได้ขององค์การมีอะไรบ้าง การระบุความเสี่ยงจะช่วยให้รู้ว่ากิจกรรม สถานที่ หรือทรัพยากรใดในองค์การที่อยู่ในความเสี่ยง โดยทั่วไป การระบุความเสี่ยง จะประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ

1.1) แหล่งของความเสี่ยง เป็นส่วนประกอบของสภาพแวดล้อมขององค์กร ที่นำมาซึ่งผลลัพธ์ทั้งในด้านบวกและลบ

1.2) ปัจจัยที่อันตราย เป็นสภาพหรือสถานที่เพิ่มโอกาสของความสูญเสีย

1.3) ภัย คือ บางสิ่งที่ใกล้เคียงกับความเสี่ยง และมีผลลัพธ์ในเชิงลบ ไม่สามารถคาดเดาความเสียหายได้

1.4) ทรัพยากรที่มีโอกาสต่อความเสี่ยง หมายถึง วัตถุที่กำลังเผชิญกับความสูญเสีย ในการระบุความเสี่ยง ผู้บริหารหรือผู้จัดการความเสี่ยงต้องวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อระบุโอกาสของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

2) การวัดความถี่และความรุนแรงของความสูญเสีย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ในขั้นตอนนี้ ต้องพิจารณาทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นในอดีต และกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ในปัจจุบัน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณาว่า โอกาสของความสูญเสีย จะเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน และก่อให้เกิดความเสียหายเท่าใด การวัดความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยอาศัย องค์ประกอบ 3 ประการ คือ

2.1) ผลกระทบ เป็นการกำหนดค่าของผลกระทบ ที่ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้น โดยการให้คะแนนตามลำดับ 5, 4, 3, 2 และ 1

2.2) โอกาสที่จะเกิด เป็นการกำหนดค่าของความน่าจะเป็นที่ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้น

2.3) การพินิจพิเคราะห์ เป็นการให้มุมมองเพิ่มเติมที่นำไปใช้เพื่อวัดผลกระทบของความเสี่ยงในภาพรวม

3) การประเมินตัวเลือก และเลือกเทคนิคที่ดีที่สุดในการรับมือกับความเสี่ยง ขั้นตอนนี้เป็นการเลือกวิธีการรับมือต่อความเสี่ยง โดยมีเทคนิคที่สำคัญในการรับมืออยู่ 4 แบบ ได้แก่

3.1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง จะใช้เทคนิคการเลี่ยงความเสี่ยงเพื่อหยุดหรือลดกิจกรรมที่มีความเสี่ยง

3.2) การควบคุมความเสี่ยง ในกรณีที่การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ องค์การจะใช้วิธีการในการป้องกันความสูญเสีย เพื่อที่จะลดความถี่ของความเสียหายที่จะเกิดขึ้น

3.3) การคงไว้ซึ่งความเสี่ยง ในกรณีที่ความสูญเสียไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ องค์การจะต้องยอมรับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อการสูญเสียสามารถคาดเดาหรือจัดการได้

3.4) การถ่ายโอนความเสี่ยง เมื่อโอกาสของความเสี่ยงที่มีสูง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ องค์การส่วนใหญ่จะใช้เทคนิคการถ่ายโอนความเสี่ยง ซึ่งการถ่ายโอนมักจะถูกถ่ายโอนให้กับบริษัทประกันภัย

4) การนำเอาโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ ความสำคัญของการนำเอาการตัดสินใจเรื่องการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับเทคนิคที่เลือกและกิจกรรมที่กำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งการนำรูปแบบของการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติควรมีการพิจารณาให้รอบคอบ โดยระบุเป้าประสงค์ที่องค์การต้องการ แล้วพิจารณาความสำคัญของความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการบรรลุเป้าหมายมาพิจารณาก่อน

5) การติดตามผล เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลเป็นรายครั้ง เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงหรือป้องกันโอกาสเกิดความเสี่ยงในครั้งต่อไป

มาลี งามประเสริฐ, อรพรรณ โตสิงห์, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพรดนัยดุษฎีกุล, สายพิณเกษมกิจวัฒนา และ สรนิต ศิลธรรม (2546) กล่าวถึง กระบวนการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล ว่า ควรต้องมีระบบการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง มีการจัดการความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยงานย่อยและในหน่วยงานใหญ่ รวมถึงต้องมีระบบการป้องกันและประสานงานความเสี่ยงเนื่องจากความเสี่ยงบางอย่าง อาจเกี่ยวเนื่องกับหลาย ๆ หน่วยงานร่วมกัน ซึ่งกระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) เป็นการค้นหาว่าความเสี่ยงเรื่องใดมีโอกาสเกิดขึ้นได้บ้าง การค้นหาความเสี่ยง สามารถกระทำได้โดย การเรียนรู้จากบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การทบทวนประสบการณ์ที่เคยมี การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ข่าวสารที่เผยแพร่ผ่านสื่อ คดีความในชั้นศาลที่เกี่ยวข้องกับงานในลักษณะเดียวกัน เป็นต้น

2) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) เพื่อกำหนดว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ความเสี่ยงใดมีความสำคัญก่อนหลัง โดยประเมินน้ำหนักจากทั้งความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงนั้น ๆ มาคำนวณลำดับของความเสี่ยงดังนี้

$$\text{ลำดับความสำคัญของความเสี่ยง} = \frac{\text{ความถี่ x ความรุนแรง}}{\text{ความเสี่ยงใดมีน้ำหนักมาก หมายความว่า ความเสี่ยงนั้นมีความสำคัญที่สุด}}$$

3) การจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) โดยการควบคุม ลด ป้องกัน หลีกเลี่ยง แก้ไข กระจาย หรือถ่ายโอนความเสี่ยงที่ประเมินได้

4) การประเมินผล (Evaluation of risk treatment or outcome evaluation) เป็นการติดตามว่ามาตรการหรือการดำเนินการที่กำหนดขึ้นได้ผลมากน้อยเพียงใด จำเป็นต้องปรับปรุงพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงอีกหรือไม่ ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และรายจ่ายที่สูญเสียไป

จากการทบทวน กระบวนการบริหารความเสี่ยงส่วนใหญ่จะประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

2.2 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการบริหารยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน และลดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม เป็นลักษณะของการปฏิบัติในเชิงการควบคุมและป้องกันการเกิดความลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย (สารนิติ บุญประสพ, 2550) ซึ่งการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดด้านการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) และความคลาดเคลื่อนทางยาของ Cohen (2007)ที่ จันทนา แก้วฟู (2554) บูรณาการมาเป็นเครื่องมือในการป้องกันโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 ประการคือ

2.2.1. การค้นหาความเสี่ยง (The Identification of risk) เป็นการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ซึ่งสามารถทำได้โดยศึกษาระบบบันทึกข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีในหน่วยงาน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล เพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และความเสียหายที่เกิดขึ้นหน่วยงานและโรงพยาบาล การค้นหาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากวารสารวิชาการ สืบค้นข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดขึ้นโดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ตลอดจนการสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร หรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) ซึ่งข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นข้อมูลที่สำคัญในการค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

2.2.2. การประเมินความเสี่ยง (The analysis of the risk identified) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุ และประเมินความถี่หรือความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยพิจารณาความเสียหายหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ประกอบด้วยการวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา การประเมินความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการประเมินความถี่ความรุนแรง ประเมินผลกระทบ ต่อผู้ป่วยเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งแบ่งดัชนีความรุนแรงออกเป็น 4 ประเภท และ 9 ระดับ จาก A-I ดังนี้ คือ (Cohen, 1999; NCCMERP, 2008 อ้างถึงใน สารนิติ บุญประสพ, 2549)

ประเภทที่ 1 ไม่มีความคลาดเคลื่อน

A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

ประเภทที่ 2 มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย

B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นไปถึงผู้ป่วยแล้ว

D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

ประเภทที่ 3 มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย

E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น

ประเภทที่ 4 มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

2.2.3 การจัดการความเสี่ยง (The treatment of risk) โดยการควบคุม ลด ป้องกัน หลีกเลี่ยง แก้ไข ความเสี่ยงที่ได้ประเมินมาแล้ว ประกอบด้วย

2.2.3.1 การระดมทรัพยากรบุคคล (Human resources) และศักยภาพของบุคลากรมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการให้ความรู้กับบุคลากรให้มีทักษะเฉพาะด้าน และการทำงานเป็นทีม

2.2.3.2 การสื่อสาร (Communication) กำหนดแนวทางการสื่อสารภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ

2.2.3.3 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน (Safety culture) โดยสร้างความเชื่อมานแก่บุคลากร ว่า อุบัติการณ์ที่ถูกรายงานไม่มีผลกระทบในเชิงลบต่อผู้รายงาน แต่จะมีผลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติครั้งต่อไป และมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

2.2.3.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงาน

2.2.3.5 การปฏิบัติการบริหารยา ในลักษณะของการควบคุม และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

2.2.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (The evaluation of risk treatment strategies) เป็นการติดตามมาตรการ หรือการดำเนินการ หรือแนวทางที่กำหนดขึ้นว่า ได้ผลมากน้อยเพียงใดจำเป็นต้องปรับปรุงพัฒนา หรือเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น หรือรายจ่ายที่สูญเสียไปมีการติดตามการเนินตามระบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการบริหารยา ซึ่งเกิดจากสาเหตุและปัจจัยแตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ความรู้ด้านเภสัชวิทยา จำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยาวขึ้น ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้น ซึ่งการให้ความรู้ด้านเภสัชวิทยา การวิเคราะห์กระบวนการบริหารยา และนำมาวางแผนอย่างเป็นระบบ จะเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ (Volpe et al., 2014) พยาบาลที่มีความรู้ด้านยาช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ (Simonsen et al., 2011) พยาบาลที่มีประสบการณ์มากสามารถบริหารและป้องกันความเสี่ยงได้ดี (Simonsen et al., 2014) จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลมีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย (Roger et al, 2004) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องความรู้ ประสบการณ์ และจำนวนชั่วโมงการทำงานว่ามีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างไร

3.1 ความรู้เกี่ยวกับยา (Medication knowledge)

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวกับการความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะในการบริหารยา ตั้งแต่การรับคำสั่งจ่ายยาจากแพทย์ รับยาจากหน่วยเภสัชกรรม จัดเตรียมยา และบริหารยาในวิถีทางต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลสังเกตอาการข้างเคียง ตลอดจน ให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลบริหารยาตามกระบวนการดังกล่าวได้ถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อน ได้ดีที่สุดคือ การมีความรู้เกี่ยวกับยา (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2554 และ โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก, 2558)

ความรู้เกี่ยวกับยามีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา โดยพบว่า ถ้าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาสูง ร่วมกับมีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าสูง จะส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลง ไซมอนเซนและคณะ (Simonsen et al., 2014)

ความรู้เกี่ยวกับยา ประกอบด้วย 3 ด้าน (Simonsen et al., 2011) ได้แก่

1. ความรู้ทางเภสัชวิทยา (Pharmacology) เป็นความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติทางเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยา ผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยา รูปแบบเฉพาะในการบริหารยาตามหลักเภสัชจลนศาสตร์ ปฏิกิริยาระหว่างยา และชื่อสามัญของยา การมีความรู้ด้านนี้นำสู่การบริหารยาที่มีประสิทธิภาพและสามารถแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับยาได้อย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงระดับรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้

2. ความรู้ด้านการจัดการยา (Drug management) ประกอบด้วย กฎระเบียบของหน่วยงานในการควบคุมและจ่ายยา การเก็บรักษายา การจัดแจกยา และแนวทางการบริหารยา ซึ่งความรู้ในด้านนี้ ควรเริ่มมีการสอนและการฝึกอบรมตั้งแต่ในระดับมหาวิทยาลัย เพื่อให้พยาบาลได้มีความเข้าใจในการบริหารยาเช่น การนำหลัก 5 R มาใช้ ก็จะช่วยให้เกิดความคิดอย่างเป็นระบบในการบริหารยาแก่พยาบาล เพื่อลดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

3. ความรู้ด้านการคำนวณยา (Drug dose calculation) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเทียบเคียงหน่วยยา การคำนวณขนาดยา ปริมาณยาและความเข้มข้นของยา ชนิดของสารละลายที่ใช้ในการผสม และการทำเจือจางยา ความรู้เรื่องการคำนวณยาเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญต่อการบริหารยา เพราะหากไม่สามารถคำนวณยาได้ถูกต้องก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายตามมาได้

จากการศึกษาของ สุพัตรา เมฆพิรุณ (2556) พบว่า หลังการให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง พบว่าความคลาดเคลื่อนในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการจากศึกษาของสมคิด มะโนมั่น (2551) พบว่าความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา *(r =.426, p <.001)*

3.2 ประสบการณ์การทำงาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดย ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่าจะสามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงสามารถคาดการณ์และวางแผนการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า (Benner, 1984) โดยเฉพาะการนำประสบการณ์ในเรื่องการบริหารยามาใช้ในการประเมินความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์ที่พบได้ (Smeulers et al., 2014) โดยพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมสูงกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์

การทำงานน้อย (วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2545) ซึ่ง Benner (1984) ได้แบ่งระดับของพยาบาลตามประสบการณ์การทำงาน เป็น 5 ระดับ คือ

1. ระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Novice) หมายถึง พยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ถือเป็น ผู้ที่ไม่มีพื้นฐานและประสบการณ์ทางการพยาบาลมาก่อนเลย พยาบาลที่อยู่ในระดับนี้จึงต้องอาศัยต้องอาศัยการชี้นำ หรือคู่มือการทำกิจกรรมทางการพยาบาล คู่มือการบริหารยาเป็นแนวทางปฏิบัติ บุคลลากรระดับนี้ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลที่เพิ่งเข้ามาปฏิบัติงานใหม่เป็นครั้งแรก หรือพยาบาลที่เพิ่งเข้ามาทำงานในหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก

2. ระดับผู้เรียนรู้ (Advanced beginner) หมายถึง ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล 3-4 ปี และปฏิบัติงานในที่เดิมติดต่อกัน 2-3 ปี สามารถมองประเด็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่จะมีมุมมองที่แคบ คือ มุ่งดูว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องทำในสภาวะนั้น ๆ คิดว่างานทุกอย่างมีความสำคัญเท่าเทียมกันหมด ขาดความยืดหยุ่น จะเชื่อมั่นในกฎเกณฑ์ที่ลำดับให้ทำ ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาได้ ยังต้องการผู้ที่คอยช่วยเหลือระหว่างปฏิบัติงาน

3. ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) หมายถึง พยาบาลผู้มีประสบการณ์ ปฏิบัติการพยาบาล 5-7 ปี และปฏิบัติงานในที่เดิมติดต่อกัน 3-4 ปี จะมีพัฒนาการมากขึ้น ซึ่งเริ่มมีการพัฒนามองการทำงานของตนในมุมมองที่ไกลขึ้น มีการวางแผนการพยาบาลระยะยาวขึ้น เรียนรู้การจัดการกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์สถานการณ์

4. ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) หมายถึง พยาบาลผู้มีประสบการณ์การพยาบาลติดต่อกัน 8-10 ปี มีความสามารถในการมองสถานการณ์ได้กว้างไกล สามารถวางแผนการพยาบาลที่จะรองรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีการคิดแก้ปัญหามากกว่ารอให้เกิดเหตุก่อน มีความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญของงาน

5. ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าระดับผู้ชำนาญ มีประสบการณ์มากมาย เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและพื้นฐานความรู้จึงสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี โดยไม่เสียเวลาในการวิเคราะห์มากนัก

จากการศึกษาของ กมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ *(p <.05)* และการศึกษาของ วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน

ชั่วโมงการทำงาน หมายถึง ช่วงเวลาที่ลูกจ้างทำงานที่นายจ้างมอบหมายให้ โดยไม่นับรวมช่วงเวลาพัก ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 มาตราที่ 23 กล่าวว่า ให้นายจ้างประกาศเวลาทำงานปกติ ให้ลูกจ้าง โดยกำหนดเวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดของเวลาการทำงานแต่ละวันของลูกจ้างได้ไม่เกินเวลาทำงานของแต่ละประเภทงาน ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่วันหนึ่งต้องไม่เกิน 8 ชั่วโมง ในกรณีที่เวลาทำงานใดน้อยกว่า 8 ชั่วโมง นายจ้างและลูกจ้างจะตกลงกันให้นำเวลาส่วนที่เหลือนั้น ไปรวมกับเวลาทำงานในวันทำงานปกติอื่นได้ แต่ต้องไม่เกินวันละ 9 ชั่วโมง และเมื่อรวมเวลาทำงานทั้งสิ้นแล้ว สัปดาห์หนึ่งต้องไม่เกิน 48 ชั่วโมง เว้นแต่งานที่เป็นอันตรายและความปลอดภัยของลูกจ้างตามที่กำหนดในกฎกระทรวงต้องมีเวลาทำงานปกติวันหนึ่งไม่เกิน 7 ชั่วโมง และเมื่อรวมเวลาทำงานทั้งสิ้นแล้ว สัปดาห์หนึ่งต้องไม่เกิน 42 ชั่วโมง

ลักษณะการปฏิบัติงานปกติของพยาบาล ต้องมีการหมุนเวียนพลัดเปลี่ยนการทำงาน โดยในแต่ละพลัดการทำงานกำหนดเวลาระหว่าง 8 ชั่วโมง และ 5 วันในหนึ่งสัปดาห์ หรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ (สภาการพยาบาล, 2555)

การจัดอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลโดยเฉพาะในงานผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอเหมาะสมกับความต้องการการพยาบาล ในแต่ละวัน ซึ่งจากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังของประเทศส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น โดยพบว่าพยาบาลในประเทศไทยมีการทำงานเฉลี่ย 31 เวรต่อเดือน ส่วนในมาเลเซีย บรูไน ทำงานเฉลี่ย 22-25 เวรต่อเดือน โดยจะได้หยุดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งแสดงว่าพยาบาลในประเทศไทยทำงานโดยแทบไม่มีวันหยุดเลย (วิจิตร ศรีสุพรรณ และ กฤษดา แสวงดี, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ทำงานมากกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 คือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์(สุวรีย์ เพชรแต่ง, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2557; Roger et al., 2004)

จากการศึกษาของ เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และ อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ (2557) การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลพบว่าจำนวนชั่วโมงที่พยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเคยปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 79.05 ซึ่งการปฏิบัติงานเกินเวลา ส่งผลให้พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดความผิดพลาดของบุคลากรในการระบุตัวผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรียาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิกติกุล และ ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา (2557) พบว่าพยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลาเฉลี่ย 19.39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งส่งผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานและจะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล

สังคม หรือผู้รับบริการ องค์การและวิชาชีพได้ โดยเฉพาะชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้นจะทำให้พยาบาลขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งส่งผลให้เกิดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้น (Volpe et al., 2014)

4. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเอกชล จังหวัดชลบุรี

สำหรับโรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลเอกชล จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยโรงพยาบาลเครือข่าย 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเอกชล 1 และโรงพยาบาลเอกชล 2 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก โดยรับรักษาผู้ป่วยสิทธิ์ประกันสังคม กองทุน ประกันชีวิต และเงินสด โดยมีบริบทสำคัญในแต่ละโรงพยาบาล (โรงพยาบาลเอกชล, 2555; โรงพยาบาลเอกชล 2, 2555) ดังนี้

โรงพยาบาลเอกชล 1

โรงพยาบาลเอกชล 1 ก่อตั้งเมื่อปี พุทธศักราช 2521 เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขนาด 262 เตียงได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในปี พ.ศ. 2550 และได้รับการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลของ Joint Commission International (JCI) ในปี 2558

วิสัยทัศน์และเป้าหมายคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชล 1

วิสัยทัศน์: เป็นโรงพยาบาลคุณภาพด้วยบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ ภายในปี 2562

เป้าหมายคุณภาพ:

1. Clinical excellence	เพื่อเพิ่มบริการที่เป็นเลิศด้านคลินิก
2. Care excellence	เพื่อพัฒนาระบบบริการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
3. Electronic hospital	เพื่อพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. Quality management	เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การรับรองระดับสากล
5. Organization management	เพื่อบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพสูง

โรงพยาบาลเอกชล 2

โรงพยาบาลเอกชล 2 เป็นโรงพยาบาลสาขาสอง เปิดให้บริการเมื่อปี พุทธศักราช 2549 เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขนาด 100 เตียง โดยได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในปี พ.ศ. 2555 และจะขอรับการ Re-accredit ในปี 2560

วิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิรองรับผู้รับบริการในท้องถิ่น ตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายในปี 2558

พันธกิจ :

1. ให้บริการตรวจรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพอย่างองค์รวม เหมาะสม ปลอดภัย ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

2. จัดระบบบริหารจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับรับบริการ

3. จัดระบบบริการด้วยพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ

4. ลดความเสี่ยงจากการให้บริการทุกระดับ

เป้าหมาย : การบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เหมาะสม ปลอดภัย พึงพอใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะแผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลเอกชล 1 มีการแบ่งแผนกผู้ป่วยในออกเป็น 10 แผนก ตามชั้นของตึก ส่วนโรงพยาบาลเอกชล 2 แบ่งแผนกผู้ป่วยในเป็น 3 แผนก โดยแต่ละแผนกจะมีการรับผู้ป่วยในหลายสาขาโรครวมกัน ทั้งสูติ-นรีเวช ศัลยกรรม กระดูกและข้อ อายุรกรรม และกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ทำให้พยาบาลที่ประจำอยู่ในแผนกผู้ป่วยในจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการบริหารยาที่หลากหลายครอบคลุมในทุกกลุ่มโรคของผู้ป่วย

แนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วย

โรงพยาบาลในเครือเอกชล จังหวัดชลบุรี ได้กำหนดแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยดังนี้

1. ให้พยาบาลหัวหน้าเวรตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ในใบสั่งยา (ใบ Order) แล้วเบิกยาทางระบบคอมพิวเตอร์ แบบ One day dose จากนั้น Fax ใบ Order ไปห้องยาให้เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้อง

2. คัดลอกคำสั่งการใช้ยา (ชื่อยา ขนาดของยา เวลาที่ให้ยา วิถีทางให้ยา) ลงในใบบันทึกการให้ยาที่มีชื่อ-สกุล HN ห้องของผู้ป่วย รวมถึงประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลกำหนดให้มีการตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งการใช้ยาโดยพยาบาล 2 คน ก่อนให้ Med nurse บริหารยา โดยมีรายละเอียดการคัดลอกดังนี้

2.1 ยารับประทาน คัดลอกด้วยปากกาสีน้ำเงิน ส่วนยาที่บริหารทางอื่นนอกจากการรับประทานให้ใช้สีแดง

2.2 กรณี Dose ยามากกว่าหรือน้อยกว่า 1 หน่วยของยาที่ให้ต้องมีการวงกลมล้อมรอบจำนวนยานั้น ๆ

2.3 กรณียากลุ่มเสี่ยงสูงให้มีการ Rank สีด้วยปากกาสีให้ชัดเจน และหากเป็นการผสมยานั้นในสารละลายต้องใช้ป้ายสีส้มติดขวดสารละลาย

2.4 เขียนชนิดของสารละลายที่ใช้เจือจางยา

2.4 ข้อห้ามในการคัดลอกยา ได้แก่ ห้ามใช้ชื่อย่อที่ไม่เป็นสากล ห้ามใช้หน่วยยาที่ไม่ชัดเจน เช่น ชช. U, ห้ามใช้จุดทศนิยมในการระบุขนาดยา

3. Med nurse ตรวจสอบใบบันทึกการให้ยากับคำสั่งการรักษาแพทย์ทุกครั้งก่อนบริหารยา และเมื่อได้รับยาจากห้องยาต้องมีการตรวจสอบยาที่ได้รับให้ตรงกับใบนำส่งยา พร้อมลงชื่อผู้รับยาในใบนำส่งยาทุกครั้ง

4. Med nurse จัดเก็บยาผู้ป่วยใส่ลิ้นชักยาของผู้ป่วยโดยมีการระบุชื่อ-สกุล และ HN ของผู้ป่วยหน้าลิ้นชักยา เรียงตามลำดับห้อง กรณีเป็นยาเสพติดได้แก่ Morphine, Pethidine จะมีการเบิกใช้ยาเมื่อผู้ป่วยร้องขอเท่านั้น ทั้งนี้ทางแผนกจะมีการจัดทำลิ้นชักยาเสพติดเพื่อจัดเก็บยาดังกล่าวโดยล็อกกุญแจ และให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้เก็บลูกกุญแจ

5. ขั้นตอนการบริหารยา หลังจากตรวจสอบใบบันทึกการให้ยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์ในทุกเวรแล้ว พยาบาล Med nurse จะบริหารยาตามหลัก 10 R. ประกอบด้วย ชนิดของยาถูกต้อง (Right drug: R1) ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง (Right patient: R2) ขนาดของยาถูกต้อง (Right dose: R3) ความเข้มข้นของยาที่เตรียมถูกต้อง (Right Strength: R4) เวลาที่บริหารยาถูกต้อง (Right time: R5) ทางที่ให้ยาและวิธีที่ให้ยาถูกต้อง (Right route and method: R6) เหตุผลการให้ยาถูกต้องเหมาะสม (Right reason: R7) มีการเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยจากการให้ยาได้ถูกต้อง (Right observe: R8) สามารถสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ถูกต้อง (Right intervention & Notification: R9) และลงบันทึกการให้ยาถูกต้อง (Right Documentation: R10)

6. พยาบาลคู่เวรตรวจสอบยาที่จัดก่อนนำไปบริหาร

7. นำยาไปบริหารให้ผู้ป่วยโดยตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ด้วยคำถามปลายเปิดโดยตรวจสอบกับใบบันทึกการให้ยา และตรวจสอบวิธีการบริหารให้ถูกต้องอีกครั้งทุกครั้ง

8. ลงบันทึกเวลาการบริหารยาตามเวลาจริงในใบบันทึกการให้ยา กรณีเป็นยาผสมในสารละลายให้ระบุชนิดของสารละลายที่ใช้เจือจาง และเวลาที่เริ่มให้ยาและเวลาสิ้นสุดการให้ยา กรณีเป็นยากลุ่มเสี่ยงสูงต้องมีการลงชื่อให้ยา 2 คน

9. Med nurse ตรวจสอบยาของผู้ป่วยที่มีอยู่ในลิ้นชักเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละคน ถ้ามีมากเกิน One day dose ให้คืนยาและปรับในระบบคอมพิวเตอร์ Continue drug

10. เมื่อแพทย์มีคำสั่งยกเลิกการใช้ยา พยาบาล Med nurse จะ key คืนยาและนำส่งคืนห้องยา

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) พยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาโดยตรง ทั้งพยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาล Med nurse เมื่อพบความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ทั้งจากการตรวจสอบใบคำสั่งการรักษา ใบบันทึกการให้ยา ใบนำส่งยา หรือจากขั้นตอนการบริหารยา จะมีการบันทึกรายงานลงในใบเก็บสถิติความคลาดเคลื่อนทางยา และลงบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ (HOIR) เพื่อรายงานข้อมูลให้ศูนย์คุณภาพ นอกจากนี้ยังมีทีมเยี่ยมสำรวจเชิงรุกจากฝ่ายการฯ เพื่อร่วมค้นหาความเสี่ยงตามวาระต่าง ๆ

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) ในแต่ละหอผู้ป่วยจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการ Medication error เพื่อวางระบบการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานและนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์สาเหตุและความรุนแรงของปัญหา รวมถึงสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ นอกจากคณะกรรมการแต่ละหอผู้ป่วยแล้ว ยังมีคณะกรรมการ Med error ของโรงพยาบาลที่จะรวบรวมความเสี่ยงมาวิเคราะห์และบันทึกเป็นลายลักษณ์ อักษรเพื่อใช้เป็นข้อมูลของโรงพยาบาล

3) การจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) ทีม Medication error จะมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมอบหมายให้คณะกรรมการแต่ละหอผู้ป่วย รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยลงไปสื่อสารแนวทางให้กับบุคลากรในหน่วยงานทราบ ทั้งความรู้ในการบริหารยา การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการบริหารยา ข้อห้ามใช้ รวมถึงแนวปฏิบัติการบริหารยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีม Medication error จะมีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการสรุปการประเมินผลเพื่อรายงานเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลทุก 2 เดือนในการประชุมหัวหน้าแผนกของโรงพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจากเกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับบริหารยา และเป็นด่านสุดท้ายก่อนที่ยาจะไปถึงผู้ป่วย พยาบาลที่มีความรู้ด้านการบริหารยาและมีประสบการณ์ในการบริหารยา จะช่วยให้บริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ดี รวมทั้งจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลที่ไม่ยาวนานเกินความสามารถของพยาบาลที่จะปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถนั้นจะช่วยลดความเหนื่อยล้า และส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นหนึ่งในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ขึ้นแล้ว ก็จะส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งยังเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการพยาบาลและภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยที่ยังได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หากโรงพยาบาลมีการจัดการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้เป็นระบบ คือ มีการค้นหา วิเคราะห์ จัดการ ประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ก็จะช่วยลดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในระบบการบริหารยา เพราะเป็นด่านสุดท้ายก่อนที่ยาจะไปถึงผู้ป่วย และอยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด พยาบาลจึงจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับยา ทั้งความรู้ด้านเภสัชวิทยา ด้านการจัดการและการคำนวณ รวมถึงต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการบริหารยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา ก็จะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องได้ นอกจากนี้จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลยังส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล โดยพบว่าความเหนื่อยล้า และความเครียดที่เกิดจากชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่ผ่านมา พบมีการศึกษาในประเด็นเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังพบการศึกษาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาไม่มากนัก อีกทั้งปัจจัยที่ศึกษามักเป็นในด้านเจตคติ ความรู้ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยศึกษา ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ยังมีการศึกษาน้อย และส่วนใหญ่พบการวิจัยในโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งบริบทของหน่วยงานแตกต่างกันทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร ด้านประสบการณ์การทำงาน และความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพ และจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลในเครือโรงพยาบาลเอกชล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้มีประสิทธิภาพ สร้างความปลอดภัยให้ผู้รับบริการต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดภาคเอกชน ประกอบด้วยเครือข่าย 2 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลเอกชล 1 เป็นโรงพยาบาลขนาด 262 เตียง และโรงพยาบาลเอกชล 2 เป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง รวมจำนวนประชากร 136 คน (ข้อมูลจากแผนกทรัพยากรบุคคลวันที่ 2 มิถุนายน 2558)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 6 เดือน จำนวน 120 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

1. คำนวณหากลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอิทธิพลขนาดเล็ก (effect size) เท่ากับ 0.25 ค่าอำนาจทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับคำนวณกลุ่มตัวอย่าง G*POWER ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

2. คำนวณหากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โดยวิธีเทียบสัดส่วนของประชากร เพื่อป้องกันอคติในการประเมิน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในแต่ละแผนกของแต่ละโรงพยาบาลมาทำการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน

หอผู้ป่วย	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลที่ 1	87	77
โรงพยาบาลที่ 2	49	43
รวม	**136**	**120**

3. การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ประสานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลของของโรงพยาบาล เพื่อแจกแบบสอบถามในแต่ละหอผู้ป่วยตามจำนวนที่สุ่มได้พร้อมเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการบริหารยา จำนวนชั่วโมงการทำงานในเดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่างจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของ จันทนา แก้วฟู (2554) ซึ่งได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle (1999) และความคลาดเคลื่อนทางยาตามแนวคิดของ Cohen (2007) แบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา Index Of Congruence: IOC ได้มากกว่า 0.5 ทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิครอนบาคแอลฟ่าเท่ากับ 0.94 (จันทนา แก้วฟู, 2554) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามทางบวกทั้งหมด จำนวน 29 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 7 ข้อ
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 6 ข้อ
3. การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 11 ข้อ
4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียว มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและคำตอบมีความหมายดังนี้ คือ

	ความหมาย	ค่าคะแนน
มากที่สุด	มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด(ร้อยละ 81-100)	5
มาก	มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมาก (ร้อยละ61-80)	4
ปานกลาง	มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นปานกลาง (ร้อยละ41-60)	3
น้อย	มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อย (ร้อยละ21-40)	2
น้อยที่สุด	มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยที่สุด (ร้อยละ1-20)	1

การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยด้วยเกณฑ์การตัดสิน ดังนี้ (จันทนา แก้วฟู, 2554)

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยา ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของ Simonsen et al. (2011) และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 49 ข้อ ใน 3 ด้าน ดังนี้

ความรู้ด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology)

1. ความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ของยา	จำนวน	3	ข้อ
2. ผลการรักษาของยา	จำนวน	4	ข้อ
3. ผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยา	จำนวน	3	ข้อ
4. รูปแบบเฉพาะในการบริหารยาตามหลักเภสัชจลศาสตร์	จำนวน	3	ข้อ
5. ปฏิกิริยาระหว่างยา	จำนวน	2	ข้อ
6. ชื่อยาสามัญของยา	จำนวน	3	ข้อ

ความรู้ด้านการจัดการยา (Drug management)

7. กฎระเบียบของหน่วยงานในการควบคุมและจ่ายยา	จำนวน	2	ข้อ
8. การเก็บรักษายา	จำนวน	4	ข้อ
9. การจัดแจกยา	จำนวน	4	ข้อ
10.แนวทางการบริหารยา	จำนวน	6	ข้อ

ความรู้ด้านการคำนวณยา (Drug dose calculation)

11.ความรู้เกี่ยวกับการเทียบเคียงหน่วยยา	จำนวน	8	ข้อ
12.การคำนวณขนาดยา ปริมาณยาและความเข้มข้นของยา	จำนวน	2	ข้อ
13.ชนิดของสารละลายที่ใช้ในการผสมยา	จำนวน	3	ข้อ
14.การทำเจือจางยา	จำนวน	2	ข้อ

ลักษณะแบบวัดความรู้ในการบริหารยา เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 49 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ใช่	หมายถึง	มีความรู้ในการบริหารยา ให้	1 คะแนน
ไม่ใช่และไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่มีความรู้ในการบริหารยา ให้	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยสำหรับการแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับยา (Best, 1997) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 34 - 49	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยา ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 18 - 33	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยา ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0 - 17	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยา ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาจำนวน 59 ข้อ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาปรับปรุงแก้ไขและเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาและสถาบันบริการทางการพยาบาล 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนของภาษา โดยกำหนดดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ที่ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ .80 ขึ้นไป จากการรวบรวมข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่าจำนวนข้อคำถาม ที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา หรือ CVI เท่ากับ .81 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง

ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยา จำนวน 59 ข้อ มีการปรับปรุงการใช้ภาษา 10 ข้อ และตัดข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนออก 10 ข้อ โดยที่โครงสร้างเนื้อหาไม่เปลี่ยนแปลง เหลือข้อคำถามจำนวน 49 ข้อ

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยา ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง ในการวิจัยครั้งนี้นำไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไปเป็นที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ .93

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาโดยนำไปวิเคราะห์หาค่า KR-20 ได้ค่า .70 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาเท่ากับ .95

3. นำผลมาวิเคราะห์ปรับปรุงเครื่องมือขั้นสุดท้าย และเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ในหนังสือแนะนำแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย รวมทั้งไม่มีผลเสียทั้งด้านส่วนตัวและหน้าที่การงานแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาวิจัยที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขงานบริการเท่านั้น การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม แล้วจึงขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกแต่ละแผนก เพื่อชี้แจงให้ทราบว่าจะเข้ามาเก็บข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งรายชื่อเจ้าหน้าที่ในแผนกที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง และขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของแบบสอบถาม ความมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบทั้งด้านส่วนตัวและหน้าที่การงานแต่อย่างใด และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัยล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแจกแบบสอบถามที่ใส่ซองสีน้ำตาล 1ซอง ต่อ 1 ชุด โดยติดตามแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างจนครบ 120 คน ตามรายชื่อที่สุ่มตัวอย่างแบบง่าย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จให้ปิดผนึกซองใส่แบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยเข้าไปรับด้วยตนเอง หลังแจกแบบสอบถามแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14 มีนาคม ถึง 18 เมษายน 2559 ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

5. นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนให้คะแนนตามเกณฑ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลในด้านประสบการณ์การทำงานและจำนวนชั่วโมงการทำงาน นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา มาหาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ความรู้เกี่ยวกับยาและจำนวนชั่วโมงการทำงาน โดยใช้สถิติคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายด้านและโดยรวม

3. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวนชั่วโมงการทำงาน และความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ทดสอบ

ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่าง 120 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัย ส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 120 ฉบับ ผู้วิจัยได้รับแบบกลับคืนมา 120 ฉบับ คิดเป็น 100% ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้แสดงจำนวนและค่าร้อยละของอายุ เพศ วุฒิการศึกษาพยาบาลสูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับยา ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา จำนวนชั่วโมงการทำงาน จำนวนเวร (Shift) และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันในเดือนที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	120	100
อายุ (M = 30.83, SD = 5.48, Max – Min = 47 – 22)		
22 – 30 ปี	62	51.7
31 – 39 ปี	50	41.7
40 – 48 ปี	8	6.7
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	117	97.5
ปริญญาโท	3	2.5
ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล (M = 8.08, SD = 5.44, Max – Min = 25 – 1)		
1 – 2 ปี	21	17.5
3 – 4 ปี	12	10
5 – 7 ปี	31	25.8
8 – 10 ปี	20	16.7
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	36	30
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน (M = 6.18, SD = 4.75, Max – Min = 25 – 1)		
1 – 2 ปี	36	30
3 – 4 ปี	16	13.3
5 – 7 ปี	26	21.7
8 – 10 ปี	23	19.2
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	19	15.8
การอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยได้รับการอบรม	16	13.3
เคย	104	86.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การอบรมความรู้เกี่ยวกับยาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยได้รับการอบรม	27	22.5
เคย	93	77.5

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 30.83 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 51.7) รองลงมาอายุ 31-39 ปี(ร้อยละ 41.7) วุฒิการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.5) ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพเฉลี่ย 8.08 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 30) รองลงมามีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ 5-7 ปี (ร้อยละ 25.8) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เฉลี่ย 6.18 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในช่วง 1-2 ปี (ร้อยละ 30) รองลงมาปฏิบัติงานในช่วง 5-7 ปี (ร้อยละ 21.7) ด้านการได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่า เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 86.7) ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 13.3) ส่วนการอบรมความรู้เกี่ยวกับยาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 77.5) และร้อยละ 22.5 ไม่เคยได้รับการอบรม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ความรู้เกี่ยวกับและจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รายด้านและโดยรวมแสดงด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 3, 4, 5 และ 6

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รายด้านและโดยรวม (n = 120)

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	M	SD	ระดับ
การจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	4.11	.793	มาก
การค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	3.63	.784	มาก
การวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	3.59	.839	มาก
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	3.57	.879	มาก
รวม	**3.72**	**.823**	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่าการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.72, SD = .823) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมากทุกด้านเช่นกัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับยา

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (34 – 49 คะแนน)	106	88.3
ระดับปานกลาง (18 – 33 คะแนน)	14	11.7
ระดับต่ำ (0 – 17 คะแนน)	0	0

M = 38.84 SD = 4.65

จากตารางที่ 4 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.3 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.7 และไม่มีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับยารายด้านของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งรายด้านและโดยรวม (n = 120)

ความรู้เกี่ยวกับยา	Max	Min	M	SD	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย
ด้านการจัดการยา	16	4	13.45	2.07	84.06
ด้านการคำนวณยา	15	0	11.63	2.27	77.53
ด้านเภสัชวิทยา	18	8	13.75	2.11	76.38
รวม			**38.84**	**4.65**	**79.26**

จากตารางที่ 5 พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาในด้านการจัดการยาสูงที่สุด (ร้อยละ 84.06) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับยาด้านการคำนวณยา (ร้อยละ 77.53) และมีความรู้เกี่ยวกับยาด้านเภสัชวิทยา (ร้อยละ 76.38) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (n = 120)

จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	จำนวน	ร้อยละ
42 – 51 ชั่วโมง	22	18.33
52 – 61 ชั่วโมง	33	27.50
62 – 71 ชั่วโมง	46	38.33
72 – 81 ชั่วโมง	12	10
82 – 91 ชั่วโมง	7	5.83

M = 62.58, SD = 11.30, Max – Min = 91 – 42

จากตารางที่ 6 พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 62.58 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ยสูงสุดอยู่ระหว่าง 62-71 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมามีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 52-61 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 27.53 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 42-51 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 18.33 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 72-81 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 10 และจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 82-91 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 5.83 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product's correlation coefficient) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้แก่ระดับของตัวแปรเป็นระดับช่วงมาตรา หรือมาตราอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จากการดู Histogram ได้กราฟรูประฆังคว่ำ มีจุดยอดโค้งอยู่ตรงกลาง และมีความสมมาตรระหว่างซีกซ้ายและซีกขวา ลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ เมื่อทำ Scatter plot ได้กราฟแสดงความสัมพันธ์ที่เป็นเส้นตรงทางบวกและมีการกระจายของ Y ในทุก ๆ ค่า ของ X มีค่าเท่ากัน หรือมีค่าคงที่ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (n = 120)

ตัวแปร	การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (r)	*p*
ประสบการณ์การทำงาน	.110	.231
ความรู้เกี่ยวกับยา	-.066	.473
จำนวนชั่วโมงการทำงาน	.055	.552

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งพบว่า ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี มีประชากรทั้งสิ้น 136 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย จำนวน 120 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย ส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 120 ฉบับ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน โดยส่วนที่1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและจำนวนชั่วโมงการทำงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนที่ 3 เป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติ คือเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ผู้วิจัยศึกษาจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา หรือ CVI ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยา เท่ากับ .81 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค ได้เท่ากับ .93 หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้โดยวิเคราะห์หาค่า KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s product’s correlation coefficient) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ย 30.83 ปี มีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 51.7) รองลงมาอายุ 31-39 ปี (ร้อยละ 41.7) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.5) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 8.08 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 30) รองลงมามีประสบการณ์ 5-7 ปี (ร้อยละ 25.8) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ยอยู่ที่ 6.18 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมานาน 1-2 ปี (ร้อยละ 30) รองลงมาปฏิบัติงานมานาน 8 - 10 ปี (ร้อยละ 21.7) ด้านการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรม ร้อยละ 86.7 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 13.3 การอบรมความรู้

เกี่ยวกับยาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 77.5 และไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับยาร้อยละ 22.5

2. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชล แห่งหนึ่ง ทั้งรายด้านและรายรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.72, SD = .823) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 4.11, SD = .793) ด้านการค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 3.63, SD = .784) ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 3.59, SD = .839) และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 3.57, SD = .879)

3. ความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับสูง ร้อยละ 88.3 และมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.7 *(M = 38.84, SD = 4.65)* มีความรู้เกี่ยวกับยาในด้านการจัดการยาสูงที่สุด (ร้อยละ 84.06) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับยาด้านการคำนวณยา (ร้อยละ 77.53) และมีความรู้เกี่ยวกับยาด้านเภสัชวิทยา (ร้อยละ 76.38) ตามลำดับ

4. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 62.58 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ยสูงสุดอยู่ระหว่าง 62-71 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมามีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 52-61 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 27.53 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 42-51 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 18.33 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 72-81 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 10 และจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 82-91 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 5.83 ตามลำดับ

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง พบว่า ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรู้เกี่ยวกับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*r = .215*) ส่วนประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและจำนวนชั่วโมงการทำงาน ส่วนความรู้เกี่ยวกับยาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ส่วนจำนวนชั่วโมงการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับมาก (M = 3.72) สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ที่พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (จันทนา แก้วฟู, 2554) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) ที่พบว่า ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ถึงร้อยละ 86.7 ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา ทิทำ (2546) ที่พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงภายหลังการได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อีกทั้งการบริหารยาเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติด้วยความระมัดระวังเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรด่านสุดท้ายที่จะตรวจจับความคลาดเคลื่อนเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดถึงตัวผู้ป่วย (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2554) ส่งผลให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการบริหารความเสี่ยง ซึ่ง สารนิติ บุญประสพ (2549) พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้ความสำคัญกับงานด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาไม่น้อยกว่างานด้านอื่น ประกอบกับศูนย์คุณภาพมีการจัดโครงการเชิงรุก ในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้สอดคล้องในการพัฒนางานคุณภาพเพื่อรองรับการมาตรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งศูนย์คุณภาพร่วมกับฝ่ายการทำการรวบรวมรายงานความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ส่งข้อมูลให้หน่วยงานได้ทำการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงและลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ทั้งการวิเคราะห์ ดำเนินการจัดการ และวางแผนในการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมาก

2. ความรู้เกี่ยวกับยา ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.3) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับยา ถึงร้อยละ 77.5 โดยการอบรมความรู้เกี่ยวกับยา ทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญ จึงมีการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ เริ่มตั้งแต่การปฐมนิเทศ และมีการฝึกอบรมเป็นประจำทุกปี ซึ่งการฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ และทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ (อภิญญา ทิทำ, 2546) รวมถึงการที่โรงพยาบาลมีนโยบายในการจัดตั้งคณะกรรมการการป้องกันและควบคุมความคลาดเคลื่อน

ทางยาในระดับแผนกและโรงพยาบาล เพื่อสื่อสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาและค้นหาสาเหตุ รวมถึงวางแผนป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่าง ๆ โดยภายใต้การให้ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับยาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะความรู้ด้านเภสัชวิทยา การบริหารยา และการคำนวณยาจะช่วยให้พยาบาลตรวจจับความผิดพลาดและหาทางป้องกันได้ดี (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2554; โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก, 2558; Simonsen et al., 2011)

3. จำนวนชั่วโมงการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 62.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมากกว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 คือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สุวรีย์ เพชรแต่ และคณะ, 2557) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 22.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับ เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2557) ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงที่พยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลา โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และการศึกษาของทรียาพรรณ สุภามณี และคณะ (2557) ที่พบว่า พยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลาเฉลี่ย 19.39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องมาจากปัญหาขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน โดยพบว่าประเทศไทยขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 43,250 คน เป็นการขาดแคลนในกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 31,250 คน และในสังกัดภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 12,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่าระหว่างปี 2548-2553 พยาบาลที่เป็นลูกจ้างของพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราการลาออกรวมร้อยละ 40.84 โดยเป็นการลาออกในปีแรกของการทำงานถึงร้อยละ 48.68 และออกในปีที่ 2 ร้อยละ 25.57 (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสวงดี, 2556) นอกจากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังแล้ว การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานเกินเวลายังมีเหตุผลมาจากความต้องการรายได้เพิ่มและการขึ้นเวรทดแทนบุคลากรที่ลา

4. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด มะโนมั่น (2551) ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งแตกต่างจาก

การศึกษาของ กมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษาของ วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย

จากผลการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อาจเนื่องมาจาก ทางโรงพยาบาลมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพงานบริการและการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้มีการพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่องและได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยการให้ความรู้และการจัดตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ ไม่ได้มีการเลือกเจ้าหน้าที่เฉพาะที่มีประสบการณ์การทำงานมากมาอยู่ในคณะกรรมการ แต่ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการเข้าร่วมบริหารความเสี่ยง

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับยา กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ที่พบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมคิด มะโนมั่น (2551) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับปานกลาง

ทั้งนี้จากผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับยาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อาจเนื่องมาจากความรู้เกี่ยวกับยาทั้งด้านเภสัชวิทยา การจัดการยา และ การคำนวณยา เป็นความรู้ที่นำมาใช้ในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับยาสูงก็จะสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ แต่ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรม การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับยาเพียงพอย่างเดียว อาจไม่สามารถนำมาใช้ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้ในทุกกระบวนการ ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 4.11, SD = .798) รองลงมาเป็นด้านการค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 3.63, SD = .784) ซึ่งสามารถใช้ความรู้เกี่ยวกับยามาใช้ในการบริหารความเสี่ยงทั้งสองด้านนี้ได้ ส่วนด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 3.59, SD = .839) ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา (M = 3.57, SD = .879)

ที่ได้คะแนนเฉลี่ยรองลงมา จะเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเฉพาะขึ้น ซึ่งความรู้เกี่ยวกับยาอาจไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการบริหารความเสี่ยงทั้งสองด้านนี้ได้เพียงพอ

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จันทนา แก้วฟู (2554) ที่พบว่า ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยที่สุดกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อาจเนื่องจากจำนวนชั่วโมงการทำงานเป็นการวัดระยะเวลาความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานในแต่ละวันโดยไม่ได้คำนึงถึงจำนวนผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย อัตรากำลังพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ จึงไม่ได้บ่งบอกถึงภาระงานที่พยาบาลต้องปฏิบัติจริงในเวร อีกทั้งบริบทของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนก็ถูกจำกัดด้วยเศรษฐานะ และความสามารถในการเข้าถึง ทำให้ปริมาณ และความหนาแน่นของผู้ป่วยไม่มากนัก ทำให้ถึงแม้พยาบาลจะมีจำนวนชั่วโมงการทำงานมากขึ้น ก็อาจไม่ได้มีภาระงานมากขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้ชั่วโมงการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อีกทั้งการที่ทางโรงพยาบาลได้ปลูกฝังให้เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในทุกกิจกรรมการทำงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่รู้สึกว่าจะต้องมีการแบ่งเวลาเฉพาะสำหรับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา แต่จากการศึกษาของ เรมวล นันท์ และคณะ (2557) พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดพลาดของบุคลากรในการระบุตัวผู้ป่วย ซึ่งการระบุตัวผู้ป่วยผิดคน มีสาเหตุสูงสุดจากการไม่ตรวจสอบป้ายข้อมือ (ร้อยละ 79.6) การไม่ตรวจสอบซ้ำกับใบบันทึกการให้ยา (ร้อยละ 16.6) (Bellebaum, 2008) ซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา สอดคล้องกับ ธิดา นิงสานนท์ และคณะ (2554) ที่กล่าวว่า การให้ยาผู้ป่วยผิดคนเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติงานเกินเวลามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านร่างกาย (ทรียาพรรณ สุภามณี และคณะ, 2557) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดพลาด คลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานได้ จะเห็นได้ว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยมาปรับใช้ในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การจัดอบรมการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพจากการทำให้ครบทุกขั้นตอน และนำไปสู่การบริหารความเสี่ยงในด้านอื่น ๆ ต่อไปอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานมากกว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 คือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 22.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปปรับจำนวนชั่วโมงการทำงานเพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เต็มความสามารถลดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงาน

3. จากผลการวิจัย พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ด้านการคำนวณยา และด้านเภสัชวิทยา ที่มีค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาการจัดอบรมเรื่องความรู้เกี่ยวกับยาที่เฉพาะกับพยาบาลต่อไป

4. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้ในการศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาด้านเภสัชวิทยา และการคำนวณยา เพื่อให้สามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้อง และนำข้อมูลด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้ทุกขั้นตอนครบถ้วน มีประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงในทุกหน่วยงาน เช่น แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยวิกฤติ และแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

2. นำผลการวิจัยครั้งนี้ มาทดลองทำวิจัยในเชิงปฏิบัติการ เพื่อเปรียบเทียบผลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

บรรณานุกรม

กมลทิพย์ ละแมนชัย. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

กฤษดา แสวงดี. (2542). การบริหารความเสี่ยง: มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล. 26*(3), 34-36.

กฤษดา แสวงดี วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และอำนวย กาจีนะ. (2558). ภาระงานและผลิตภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ 12 แห่ง ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข. 24*(4), 741-750.

กษริน โพธิ์งาม. (2554). *ประสบการณ์การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่คัดสรรแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงกลาโหม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และสุภลักษณ์ ธนานนท์นิวาส. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *Veridian E – Journal , Silpakorn University. 2*(1), 195-217.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ชลบุรี. (2553). *คุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน*. ชลบุรี: โรงพยาบาลเอกชน

กิ่งเพชร ชินศิรประภา. (2552). *การสร้างมาตรฐานการบริหารยาของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เกิดสิริ หงส์ไทย. (2550). *การสร้างมาตรฐานการบริหารยาของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพจุรีเวช จังหวัดร้อยเอ็ด.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เกรียงศักดิ์ ลางคุลานนท์. (2552). *การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เขมวิทย์ วงษ์เจริญสุข. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา), สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ไขแสง โพธิโกสุม, นฤมล อนุมาศ, สาลี บุญศรีรัตน์, ขวัญตา บาลทิพย์, ลัดดา ชูศิลป์ทอง และ รังสิยา นารินทร์. (2546). การกำหนดเวลามาตรฐานและการศึกษาปรากฏการณ์การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานในกิจกรรมการพยาบาลและการจัดการอัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 23*(1), 60-86.

คณาจารย์ภาควิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2551). *ความรู้เรื่องยา.* กรุงเทพฯ: วี. พริ้นท์ (1991).

จรัส สุวรรณเวลา. (2545). *ความเสี่ยงในโรงพยาบาล.* กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

จันทนา แก้วฟู. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคเหนือ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เจริญ เจษฎาวัลย์. (2546). *การบริหารความเสี่ยง.* นนทบุรี: พอดี.

ฉัตราภรณ์ ชุ่มจิต และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. (2552). การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา . *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 4*(1), 127-135.

ชนนิกานต์ อุตรมาตร. (2550). *การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชนิดา อิ่มอ่อง และพาฝัน ชาวสวน. (2557). สรุปรายงานความเสี่ยง เดือน มกราคม- กันยายน 2557. ใน *เอกสารประกอบการประชุมหัวหน้าแผนก ครั้งที่ 5/2557* (หน้า 1-5). ชลบุรี: ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลเอกชล 2.

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี. (2550). *การบริหารความเสี่ยง.* กรุงเทพฯ: เอ็กซเปอร์เน็ท.

ฐานิดา สมขันตี. (2552). *การพัฒนาระบบการบริหารยา ของทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทรียาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิกติกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศนภา. (2557). การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. *พยาบาลสาร. 41*(ฉบับพิเศษ), 48-58.

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, เนติ สุขสมบูรณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, บุษบา จินดาวิจักษ์ และปรีชา มนทกานติกุล. (2551). *บูรณาการงานบริการเภสัชกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.* กรุงเทพฯ: ประชาชน.

ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล. (2547). *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.* กรุงเทพฯ: ประชาชน.

ธิดา นิงสานนท์ จันทิมา โยธาพิทักษ์ และปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ. (2549). *Adverse drug reaction.* กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).

ธิดา นิงสานนท์ ปรีชา มนทกานติกุล และสุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, (2552). *คู่มือการใช้ยาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ประชาชน.

ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล. (2554). *การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พันนา บรรจุภัณฑ์.

นฤมล แก่นสาร. (2548). *การพัฒนาแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลขอนแก่น.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นวลเนตร บุญประเสริฐ. (2550). *การประเมินแนวทางการใช้ยาฉีดโพแทสเซียมคลอไรด์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช.* วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, ภาควิชาเภสัชกรรม, คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา โรจนิรันดร์กิจ. (2546). *การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องคลอดตามปริมาณภาระงาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาธิบดี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารหารพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอน ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, เนติ สุขสมบูรณ์, วิมล อนันต์สกุลวัฒน์, สุรกิจ นาทีสุวรรณ และปรีชา มนทกานติกุล. (2547). *การบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.* กรุงเทพฯ: ประชาชน.

ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศุภธิดา สิทธิหล่อ และรุ่งทิวา หมื่นปา. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในคลินิกโรคเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 20*(2), 104-110.

เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์. (2555). *ความรู้ ทัศนคติ ความตั้งใจที่จะรายงาน และเหตุผลที่ไม่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ, นันธิดา พันธุศาสตร์ และแสงรวี มณีศรี. (2555). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 35*(3), 118-124.

พร บุญมี และเฉลิมพรรณ์ เมฆลอย. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *การพยาบาลและการศึกษา. 4*(3), 48-62.

พนิดา รัตนศรี. (2547). *การปรับปรุงมาตรฐานการบริหารยาของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พัฑฒิดา สุภีสุทธิ์. (2550). *การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2546). *Quality & Safety in nursing: Concept and practice.* กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2553). *พยาบาลกับการบริหารยา (HA).* เข้าถึงได้จาก WWW.heart. kku.ac.th/office/Data_Ha. 201258

เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร, ศมน อนุตรชัชวาล และเพียงขวัญ นครรัตนชัย. (2557). การพัฒนาระบบการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 29*(3), 276-282.

มาลี งามประเสริฐ, อรพรรณ โตสิงห์, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพรดนัยดุษฎีกุล, สายพิณเกษมกิจวัฒนา และสรนิต ศิลธรรม. (2546). ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล. *Siriraj Medical Journal*, *55*(2). 78-90.

มังกร ประพันธ์วัฒนะ. (2553). *ระบบยาเพื่อความปลอดภัย Safety Medication System.* กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์การพิมพ์.

ราชัน อรุณแสง. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาระงานและความสามารถในการบริหารงานของหัวหน้าสถานีอนามัยกับผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพ จังหวัดตรัง.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เรณู อาจสาลี และอรพรรณ โตสิงห์. (2546). *พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยศัลยกรรม.* กรุงเทพฯ: แอล. ที. เพรส.

เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และอภรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์การในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร, 41*(4). 58-69.

เรวดี ศิรินคร. (2554). ประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจเรื่องการบริหารยา. ใน ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล (บรรณาธิการ), *การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* 27-32, (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พันนา บรรจุภัณฑ์.

โรงพยาบาลเอกชล. (2555). *วิสัยทัศน์ และนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลเอกชล.* เข้าถึงได้จาก http://www.aikchol.com.

โรงพยาบาลเอกชล 2. (2555). *วิสัยทัศน์ และพันธกิจ.* เข้าถึงได้จาก http://www.aikchol.com/a2.

วรพร เกียรติวุฒิอมร. (2551). การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลเขาค้อ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ, 20*(ฉบับพิเศษ 11), 77-82.

วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2541). *ความรู้พื้นฐานเรื่องยาและการประยุกต์กระบวนการพยาบาลมาใช้บริหารยาแก่ผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2545). *ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล.* งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสวงดี. (2556). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, *27*(1). 5-12.

วิมล อนันต์สกุลวัฒน์. (2549). มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเชิงระบบ. อ้างถึงใน สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, บุษบา จินดาวิจักษณ์, เนติ สุขสมบูรณ์ และธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (บรรณาธิการ), *เภสัชกรกับระบบยาคุณภาพ* 31-36.

วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย.* กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

สรรธวัช อัศวเรืองชัย. (2546). บทความทบทวนทางวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน *Patient Safety: Concept and practice* 2-30. นนทบุรี: ดีไซร์.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). *Best Practices in Patient Safety.* นนทบุรี: ดีไซร์.

สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2550-2559)*. กรุงเทพฯ. ศิริยอดการพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2555). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559)*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.

สารนิติ บุญประสพ. (2549). *เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมคิด มะโนมั่น. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลนครปฐม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุดารัตน์ สุธราพันธ์ และธนาวรรณ แสนปัญญา. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่. *วารสารกองการพยาบาล, 36*(3). 76-95.

สุปราณี เสนาดิสัย. (2547). *การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จุดทอง.

สุพัตรา เมฆพิรุณ. (2556). การพัฒนาระบบการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วย. *วารสารเภสัชกรรมไทย,* 5(1), 24-42.

สุรัชดา กองศรี. (2548). ผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 30*(4), 167-173.

สุวรีย์ เพชรแต่ง, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินธร กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28*(1). 29-42.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2552). *คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เล่ม 1 ยาระบบทางเดินอาหาร Thai National Formulary 2008 Volume 1 Gastro-intestinal system.* กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2550). สิทธิประชาชนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=3243

โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก. (2558). *เภสัชวิทยาสำหรับพยาบาลและกระบวนการพยาบาล.* เชียงราย: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ แม่ฟ้าหลวง.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2544). *"เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ"* (พิมพ์ครั้งที่ 10 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2550). *"ปรับโฉมการดูแลที่ข้างเตียงผู้ป่วย"*. อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (บรรณาธิการ) "เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก รวมบทความ HA วารสาร Medical Times และ Quality Care". 126-130. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2551). *"รูปแบบกับวัฒนธรรม"*. อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (บรรณาธิการ) "เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก รวมบทความ HA วารสาร Medical Times และ Quality Care". 117-119. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อภิญญา ทิทำ. (2546). *การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิฤดี เหมะจุฑา. (2553). *เข้าใจระบบยา*. กรุงเทพฯ: นานนะภงค์.

อรอนงค์ คุรุนาถ. (2552). *การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงพยาบาล*. งานนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Anderson, D. J., & Webster, C. S. (2001). A systems approach to the reduction of medication error on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing, 35*(1), 42-48.

Ammenwerth, E., Schnll-Inderst, P., & Machan, C. (2008). The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A systematic Review. *Journal of American Medical Informatics Association, 15*(5), 585-600.

Armitage, G. (2008). Double checking medicines: defense against error or contributory factor?. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 14*(4), 513-519.

Beckett, R. D., Sheehan, A. H., & Reddan, J. G. (2012). Factors associated with reported reventable adverse drug events: a retrospective, case-control study. *The Annals of Pharmacotherapy, 46*(5), 634-641.

Bellebaum, K. L. (2008). *The relationship between nurses' work hours, fatigue, and occurrence of medication administration errors*. The Degree Doctor of philosophy in the Graduate School of The Ohio State University.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.

Best, J.W. (1997). *Research in Education* (3rd ed). Eaglewood Cliff: Prentice Hall.

Biron, A.D., Loiselle, C.G., & Lavoie-Tremblay, M. (2009). Work interruptions and their contribution to medication administration errors: An Evidence Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 6*(2), 70-86.

Blando, J.D., O'chagan, E., Casteel, C., Nocera, M.-A., & ASA, P. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perception of safety. *Journal of Nursing Management, 21*(2), 91-498.

Bluecheck, G. M., McCloskey, J. C., Titler, G. G., & Dendhey, J. A. (1994). Report on the NIC Project: Nursing interventions used in practice. *American Journal of Nursing, 94*(10), 59-64.

Brouard, A., Fagon, J.Y., & Daniels, C.E. (2011). Analysis of the medication-use process in nort American hospital system: Underlining key points for adoption to improve patient safety in French hospitals, *Patient Safety Informatic, 75*(2), 148-155.

Brady, A.-M., Malone A.-M., & Fleming , S. (2009). A literature review of the individual and systems factor that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management, 17*(6), 679-697.

Brewer. B. B., & Verran. J. A. (2013). Measuring nursing unit environments with four composite measures. *Nursing Economic, 31*(5), 241-249.

Buchini, S. B., & Quattrin, R. (2012). Avoidable interruptions during drug administration in an Intensive rehabilitation ward: improvement project. *Journal of Nursing Management, 20*(5), 326-34.

Choo, J., Hutchinson, A., & Bucknall, T. (2010). Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management, 18*(7), 853-861.

Cochren, G.L., & Haynatzki, G. (2013). Comparison of medication safety effectiveness among nine critical access hospitals. *American Society of Health-System Pharmacists, 70*(24), 2218-2224.

Cohen, R. M. (1999). *Medication error causes, prevention, and risk management.* Boston: Jones and Bartlett.

Cohen, M. R. (2007). *Medication error.* The American Phamacists Association: Washington DC.

Crawford, S.Y., Cohen, M.R., & Tafesse, E. (2003). Systems Factors in the Reporting of Serious Medication Errors in Hospitals. *Journal of Medical Systems, 26*(6), 543-551.

D.T. Tran MIPH, & M. Johnson. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review, 54*(4), 454-462.

Dennison, R.D. (2007). A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 38*(4), 176-184.

Doomaal, J.E.V, Rommers, M.K., Kosterink, J.G.W, Teepe-Twiss, I.M., Haaijer-Ruskamp, F.M.& Mol, P.G.M. (2010). Comparison of methods for identifying patient at risk of medication-related harm. *Qual saf Health Care, 19*(26), 1-5.

Drach-Zahavy, A., & Pud, D. (2010). Learning mechanisms to limit medication administration errors. *Journal of Advanced Nursing, 66*(4), 794-805.

Dunning, T. L. et al. (2010). Do high-risk medicines alerts influence practice?. *Journal of Pharmacy Practice and Research, 40*(3), 203-206.

Elliott. M., & Liu. Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing, 19*(5), 300-305.

Forrey, R.A., Pedersen, G.A., & Schnejder, P.J. (2007). Interrater agreement with a standard scheme for classifying medication errors. *Am J Health-Syst Pharm, 64*(2), 175-181.

Gibson, T. (2001). Nurses and medication error: A discursive reading of the literature. *Nursing Inquiry, 8*(2), 108-117.

Gladstones, J. (1995). Drug administration error : a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. *Journal of Advanced Nursing, 22*(3), 628-637.

Gunes, U. Y., Gurlek, O., & Sonmez, M. (2014). Factors contributing to medication errors in Turkey: nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management, 22*(1), 295-303.

Hellerawa. K. S. S. M., & Adambarage. D. A. C. (2015). The nursing shortage impact on job outcome (The case in Sri Lanka). *Journal of Competitiveness, 7*(3), 75-94.

Hemingway, S., Baxter, H., Smith, G., Burgess-Dawson, R., & Dewhirst, K (2011). Collaboratively planning for medicines administration competency: a survey evaluation. *Journal of Nursing Management, 19*(2), 366-367.

Jenicek, M. (2011). *Medication error and harm: understanding, prevention, and control.* United States of America: Taylor & Francis Group.

Johnson, M., Tran, D. T., &Young, H. (2011). Developing risk management behaviours for nurses through medication incident analysis. *Internal Journal of Nursing Practice, 17*(1), 548-555.

Joolaee, S., Hajibabaee, F., Peyrovi, H., Haghani, H., & Bahrani, N. (2011). The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. *International Nursing Review, 58*(5), 37-44.

Jones, R. P. (2007). *Nursing leadership and management: theories, processes, and practice.* United States of America: F.A. Davis.

Jones, SW. (2009). Reducing medication administration error in nursing practice. *Nursing Standard, 23*(50), 40-46.

Jordan, S. (2011). Signposting the causes of medication errors. *International Nursing Review, 58*(3), 45-46.

Karavasilliadou, S., & Athanasakis, E. (2014). An inside look into the factors contributing to medication errors in the clinical nursing practice. *Health Science Journal, 8(1),* 32-44.

Kavaler, F., & Spiegel, A.D. (2003). *Risk management in health care institutions: a strategic Approach* (2nd ed.). United States of America: Malloy Inc.

Keers, R. N., Williams, S. D., Cook, J., & Ashcroft, D.M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: a systemic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf, 36*(4), 1045-1067.

Kessler. J. Z. (2011). Medication Errors. In Bachenheimer. B. S (Ed.), *Manual for Pharmacy Technicians.* 425-458. United Kingdom: Special Publishing.

Kim, K.S., Kwon, S.-H., Kim, J.-A., & Cho, S. (2011). Nurses' perceptions of medication error and their contributing factors in South Korea. *Journal of Nursing Management, 19*(6), 346-353.

Mansouri. A., Ahmadvand. A., Hadjibabaie. M., Javadi. M., Khoee.S.H., Dastan. F., & Gholami. K. (2014). A review of medication errors in Iran: sources, Unerreporting Reasons and Preventive measures. *Iranian journal of Pharmaceutical Research, 13*(1), 3-17.

Mark, B. A., & Belyea, M. (2009). Nurse staffing and medication errors: cross-sectional or longitudinal relationships?. *Research in Nursing & Health, 32*(2), 18-30.

Massetti, C. M., Cheng, C. M., Schwappach, C. K. L. B., Paulsen, L., Ide, B., Meier, C. R., & Guglielmo, J. (2011). Systematic review of medication safety assessment methods. *American Society of Health-System Pharmacists, 68*(3), 227-240.

Mayo, A. M., & Duncan. D. (2004). Nurse perceptions of medication error what we need to know For patient safety. *Journal of Nursing Care Quality, 19*(3), 209-217.

McGraw, C., & Topping, C. (2010). The district nursing clinical error reduction programme. *British Journal of Community Nursing, 16*(1), 35-40.

Mydy. D., Bacquer. D. D., Hecke. A. V., Beeckman. D., Verhaeghe. S., & Goubergen. D. V. (2013). Validation of standard times and influencing factors during the development of the workload indicator for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 22*(6), 674-686.

Mydy. D., Goubergen. D. V., Gobert. M., Vanderwee. K., Hecke. A. V., & Defloor. T. (2011). Non-direct patient care factors influencing nursing workload: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 30*(5), 2109-2129.

Nelms, T., & Treiber, L. (2011). A study to reduce medication administration errors using watson's caring theory. *International Journal for Human Caring, 15*(3), 24-33.

Pamela, L. (2008). *Lippincott's photo atlas of medication administration* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Petrova, E et al. (2010). Nursis' perception of medication errors in Malta. *Nursing Standard, 24(*33), 41-48.

Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs, 23(4).* 202-210.

Roxovsky, F. A., & Woods, J. R. (2005). *The handbook of patient safety compliance: a practical guide for health care organization.* United States of America: Jossey-Bass.

Sears, K., Goldworthy, S., & Goodman, W. M. (2010). The relationship between simulation in nursing education and medication safety. *Journal of Nursing Education, 49*(1), 52-55.

Simonsen. et al. (2011). Medication knowledge, certainty, and risk of error in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 175*(11), 1-9.

Simonsen. et al. (2014). Differences in medication knowledge and risk of errors between graduating nursing students and working Registered nurses: comparative study. *BMC Health Services Research, 14*(5), *580,* 1-11.

Smeulers, M., Onderwater, A. T., Van Zwieten, M. C. B., & Vermeulen, H. (2014). Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. *Journal of Nursing Management, 22*(4), 276-285.

Suzanne Loebl, George R. Spratto. &Adrienne L. Woods. (1991). *The Nurse's drug handbook* (7th ed.). United States of Amercica: Thomson Corporation.Oxford: Biddles.

Tzeng, H.-M., Yin, C.-Y., & Schneider, T.-E. (2013). Medication error-related issues in nursing practice. *Clinical Practice, 22(1),* 13-17.

Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2nd ed.). Singapore: Fabulous Printers Pte.

Volpe, C.R.G., Pinho, D.L.M., Stival. M.M., & Karnikowski, M.G.O. (2014). Medication errors in Public hospital in brazil. *British Journal of Nursing, 23*(11), 552-559.

White, C.S. (2011). Advanced Practice Prescribing: Issues and Strategies in Preventing Medication Error. *Journal of Nursing law, 14*(3), 120-127.

Wilson, C. R. M. (1992). *Strategies in health care quality.* Toronto: Saunders.

Wilson, J. (1999). Risk reviews and using risk management strategy. In J. Wilson, & J. tingle (Eds.), *Clinical risk modification: A route to clinical governance?, 30*(1), 39-65.

Wilson, J., & Tingle, J. (1999). *Clincal Risk Modification*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Wulff, K., Cummings, G.G., Marck, P., & Yurtseven, O. (2011). Medication administration technologies and patient safety: a mixed-method systematic review. *Journal of Advance Nursing, 67*(10), 2080-2095.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. อาจารย์สิริพิมพ์ ชูปาน	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. พยาบาลวิชาชีพเกษร คำมีทอง	โรงพยาบาลเอกชล
5. เภสัชกรหญิงวิลาศินี เขื่อนแก้ว	โรงพยาบาลเอกชล

ภาคผนวก ข

ผลการพิจารณาจริยธรรม และหนังสือขอความอนุเคราะห์

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

Factors Related to the Risk Management of Medication Error of Professional Nurses in A Private Hospital

ชื่อนิสิต นางสาวสุนิษา เข็มทอง

รหัสประจำตัวนิสิต 52920212 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 03 - 2559** โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ **พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 6 เดือน** จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน **120 ราย** สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ **โรงพยาบาลเอกชน 1 และโรงพยาบาลเอกชน 2**

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ **ถึงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2560**

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 **เดือน** มีนาคม **พ.ศ.** 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๓๙๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๒๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชีวเกษมสุข บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖
โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘๙-๔๐๓๖๘๕๕, ๐๖๑๙๗๙๙๕๒๗

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๔๙๒ **วันที่** ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ

ด้วย นางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๒๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙๔๐๓๖๘๕๕, ๐๖๑๙๗๙๙๕๒๗

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๔๘๑ **วันที่** ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน อาจารย์สิริพิมพ์ ชูปาน

ด้วย นางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๒๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัยโทร ๐๘๙๔๐๓๖๘๕๕, ๐๖๑๙๗๙๙๕๒๗

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๓๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพ
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชล ๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๒๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจาก เภสัชกรหญิงวิลาศินี เขื่อนแก้ว และพยาบาลวิชาชีพเกษร คำมีทอง บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖
โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘๙-๔๐๓๖๘๕๕, ๐๖๑๙๗๙๙๕๒๗

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๔๗๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนายการโรงพยาบาลเอกชล ๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๒๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชล ๑ จำนวน ๙๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม – ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘๙-๔๐๓๖๘๕๕, ๐๖๑-๙๗๙๙๕๒๗

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๗๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนายการโรงพยาบาลเอกชล ๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๒๑๒ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชล ๒ โดยแบ่งตังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๐ – ๑๑
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม –

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘๙-๔๐๓๖๘๕๕, ๐๖๑-๙๗๙๙๕๒๗

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00745
วันที่ 29 มี.ค. 2559
เวลา 15.45 น.

ที่ ศธ 0522.26 / 385

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

23 มีนาคม 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6607/0293 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559

ตามหนังสือ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6607/0293 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ชื่อ แบบสอบความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งพัฒนาขึ้นในวิทยานิพนธ์ ของ คุณจันทนา แก้วฟู เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ" เพื่อใช้ในโครงงานนิพนธ์ ของนางสาวสุนิษา เข็มทอง รหัสประจำตัว 52920212 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ความละเอียดทราบแล้วนั้น

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โดยคณะกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำสาขาวิชาฯ พิจารณามีมติอนุญาตให้นางสาวสุนิษา เข็มทอง ใช้เครื่องมือได้ตามความประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-250-32620

ภาคผนวก ค

เครื่องมือในการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-03-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุนิยา เข็มทอง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ในเครือโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในเครือโรงพยาบาลเอกชน อย่างน้อย 6 เดือน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กรุณาอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม และ โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริง

ประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ปรับปรุงการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้เหมาะสมกับหน่วยงาน เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการและองค์การต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับอย่างเคร่งครัด จะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านในการบันทึกข้อมูลและผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและการดำรงชีวิตประจำวันของท่าน และจะดำเนินการทำลายข้อมูล ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี โดยวิธีการเผาทำลาย หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นาวสาว สุนิยา เข็มทอง หมายเลขโทรศัพท์ 061-9799527 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีรัตน์ ขำอยู่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 083-1100549

นางสาวสุนิยา เข็มทอง

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-10282

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวสุนิษา เข็มทอง.....)

แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง

คำแนะนำ ในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มี 8 หน้า ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและจำนวนชั่วโมงการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 29 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยา จำนวน 49 ข้อ

2. กรุณาอ่านคำชี้แจงของการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ก่อนตอบแบบสอบถาม

3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

4. ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้นและจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและจำนวนชั่วโมงการทำงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย □ ลงใน □ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี	
2. เพศ □ ชาย □ หญิง	
3. วุฒิการศึกษาพยาบาลสูงสุดของท่าน □ ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า □ ปริญญาโท สาขา (โปรดระบุ)..... □ อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล .....ปี .....เดือน	
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ .....ปี .....เดือน	
6. แผนกที่ท่านปฏิบัติงาน……	
7. การได้รับการอบรมในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา 7.1 การอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง □ เคย □ ไม่เคย 7.2 การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับยา เช่น เภสัชวิทยา การจัดการยา การคำนวณยา □ เคย □ ไม่เคย	
8. จำนวนชั่วโมงการทำงานในเดือนที่ผ่านมา 8.1 จำนวนชั่วโมงการทำงาน full time……ชั่วโมง 8.2 จำนวนชั่วโมงการทำงาน Part time……..ชั่วโมง	
9. จำนวนเวร (shift) ในเดือนที่ผ่านมา (1 เวร เท่ากับ 8 ชั่วโมง) 9.1 จำนวนเวร Full time……เวร 9.2 จำนวนเวร Part time……เวร	
10. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน ในเดือนที่ผ่านมา 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน.....ครั้ง 12 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน.....ครั้ง >12 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน.....ครั้ง	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

คำชี้แจง โปรดอ่านและพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย □ ลงในช่องว่างด้านขวามือหลังข้อความแต่ละข้อ ให้ตรงกับท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด (ร้อยละ 81-100)
มาก หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมาก (ร้อยละ 61-80)
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นปานกลาง (ร้อยละ 41-60)
น้อย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อย (ร้อยละ 21-40)
น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยที่สุด (ร้อยละ 1-20)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	**สำหรับผู้วิจัย**
การค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา 1. ท่านทบทวนรายงานอุบัติการณ์ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่เคยเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย						
2. ท่านศึกษารายงานความคลาดเคลื่อนทางยา จากระบบการรายงานความเสี่ยง ใบ HOIR หรือแบบฟอร์มการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงานทุกเดือน						
3.						
4.						
5.						
6. ท่านศึกษาวิธีใช้และตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ การให้ยา เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือที่ไม่พร้อมใช้งาน						
7. ท่านทบทวน Order แพทย์ทุกครั้งก่อนการจัดแจกยา						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 8. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์แนวทางการบริหารยาในหน่วยงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน						
9. ท่านร่วมวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน						
10.						
11.						
12. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญ ของความเสี่ยงที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน						
13. ท่านนำความเสี่ยงทางยาภายนอกหน่วยงานมาวิเคราะห์ความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้น						
การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 14. ท่านร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ						
15. ท่านศึกษาเอกสารความรู้เกี่ยวกับการเตรียมและข้อห้ามในการเตรียมยา						
16. ท่านเตรียมยา โดยอ่านฉลากยา ทั้งก่อนหยิบ ขณะเตรียมและก่อนเก็บยาทุกครั้ง						
17.						
18.						
19.						

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
20.						
21.						
22. ท่านบันทึกการให้ยาและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งภายหลังให้ยา						
23. ท่านสำรองยาจำเป็นเร่งด่วนไว้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ยากระตุ้นหัวใจในผู้ป่วยที่หยุดหายใจจากยากดการหายใจ						
24. ท่านมีส่วนร่วมจัดทำมาตรฐานยาฉุกเฉิน ตรวจสอบความพร้อมของยาฉุกเฉินและติดตามประเมินผลของการใช้ยา						
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 25. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา						
26.						
27.						
28.						
29. ท่านนำผลจากการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ด้านความคลาดเคลื่อนทางยามาพัฒนาการบริหารความเสี่ยงด้านยาของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง						

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยา

คำชี้แจง โปรดอ่านและพิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย □ ลงในช่องว่างด้านขวามือ เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความดังกล่าวถูกต้องตามแนวทางการบริหารยา

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ถูกต้องตามแนวทางการบริหารยา

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความดังกล่าวถูกต้องหรือไม่ ตามแนวทางการบริหารยา

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
	ความรู้ด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology)			
1.	การให้ยาทางเส้นเลือด (Intravenous : IV) จะให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular: IM)			
2.	Pethidine จะเริ่มออกฤทธิ์หลังจากให้ยาทางเส้นเลือด 5 นาที			
3.	.....			
4.	.....			
5.	ยา Methrotrexate เป็นยากดภูมิคุ้มกันที่มีผลฆ่าเซลล์มะเร็ง และรักษาภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก			
6.	ยาแก้ฤทธิ์ของ pethidine คือ narcan (naloxone)			
7.	.....			
8.	.....			
9.	ยากลุ่ม Aminoglycozide มีผลต่อหูและไต จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่ให้ยานานกว่า 7 วัน			
10.	ยา Naproxen อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร			
11.	.....			
12.	.....			
13.	ยา Potassium chloride (KCL) สามารถฉีด IV push ได้ แต่ต้องฉีดช้าๆ ภายใน 5-10 นาที			
14.	ยา Cafagot มีผลทำให้ฤทธิ์ของยาต้านไวรัส (Antiretrovial :ARV) ลดลง			

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
15.	.....			
16.	.....			
17.	Voltaren มีชื่อสามัญว่า Diclofenac			
18.	Aspent, Aspirin, ASA คือยาชนิดเดียวกัน			
	ความรู้ด้านการจัดการยา (Drug management)			
19.	การเบิกยา Morphine สำหรับฉีด (Injection) สามารถเบิกได้ครั้งละ 1 หลอด(ampule)			
20.	หลังจากที่มีการสั่งเบิกยาทางคอมพิวเตอร์แล้วต้องมีการส่งใบสั่งยาของแพทย์ (Medication Order) ไปให้เภสัชเพื่อจัดยาด้วย			
21.	.....			
22.	ยา Heparin สามารถเก็บในอุณหภูมิห้องได้			
23.	.....			
24.	ยา Augmentin หลังผสมแล้วสามารถเก็บในตู้เย็นได้นาน 8 ชั่วโมง			
25.	.....			
26.	การจัดเตรียมยาทุกชนิดต้องล้างมือก่อนทุกครั้ง			
27.	.....			
28.	.....			
29.	การตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยาผู้ป่วยกรณียาความเสี่ยงสูงสามารถทำได้โดยพยาบาลคนเดียว			
30.	การลงเวลาที่ให้ยาควรลงเวลาที่ให้จริง (Real time) เท่านั้น			
31.	.....			
32.	หลังการให้ยา morphine และ pethidine ต้องมีการเฝ้าระวังการหายใจ ชีพจร และการขยายของรูม่านตา ทุกครั้ง			
33.	.....			
34.	กรณีแพทย์สั่งยา 1 เม็ดครึ่ง สามารถเขียนแทนด้วย 1.5 ได้			

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
	ความรู้ด้านการคำนวณยา (Drug dose calculation)			
35.	ยาขนาด 1 กรัม มีปริมาตรเท่ากับ 1,000 มิลลิกรัม			
36.	ยาขนาด 1 มิลลิกรัม เท่ากับ 100 ไมโครกรัม			
37.	.....			
38	.....			
39.	.....			
40.	แพทย์สั่ง amikin 900 mg. ฉลากยาระบุ Amikin 500 mg./2ml. ท่านจะต้องใช้ยาทั้งหมด 3.6 ml.			
41.	แพทย์สั่ง 3%Nacl 500 ml IV drip in 24 hr. ผู้ป่วยต้องได้รับยาชั่วโมงละ 25 ml.			
42.	แพทย์สั่งยา Gentamicin 320 mg. ฉลากยาระบุ Gentamicin 80 mg./2 ml. ท่านจะต้องใช้ยา 3 amp.			
43.	.....			
44.	.....			
45.	.....			
46.	.....			
47.	ยา Dilantin ชนิดฉีด ต้องผสมกับสารละลาย NSS เท่านั้น			
48.	ยา Cotrimoxazole ต้องเจือจางด้วย D5W ทุกครั้ง			
49.	แพทย์สั่งยา IV infusion หมายความว่าต้องฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำในเวลาไม่น้อยกว่า 2-4 นาที			

ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ และผลการวิเคราะห์จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับยา จำแนกรายข้อ

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รายข้อ (n = 120)

ลำดับ	การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	M	SD	ระดับ
	การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	**3.63**	**.784**	**มาก**
1	ท่านเข้าประชุมเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยา กับหน่วยงานอื่นเพื่อนำมาจัดทำแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน	3.10	.947	ปานกลาง
2	ท่านติดตามข้อมูลเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทั้งในและนอกโรงพยาบาล	3.18	.802	ปานกลาง
3	ท่านศึกษารายงานความคลาดเคลื่อนทางยา จากระบบการรายงานความเสี่ยง ใบ HOIR หรือแบบฟอร์มการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงานทุกเดือน	3.50	.870	มาก
4	ท่านทบทวนรายงานอุบัติการณ์ ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่เคยเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย	3.60	.771	มาก
5	ท่านศึกษาวิธีใช้และตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือการให้ยา เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือที่ไม่พร้อมใช้งาน	3.81	.748	มาก
6	ท่านและสมาชิกทีมการพยาบาลร่วมตรวจสอบการบริหารยาในหน่วยงานเมื่อพบว่ามีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น	3.82	.733	มาก
7	ท่านทบทวน Order แพทย์ทุกครั้งก่อนการจัดแจกยา	4.43	.618	มาก
	การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	**3.59**	**.839**	**มาก**
8	ท่านนำความเสี่ยงทางยาภายนอกหน่วยงานมาวิเคราะห์ความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้น	3.28	.879	ปานกลาง
9	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความเสียหายที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา	3.61	.823	มาก
10	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญ ของความเสี่ยงที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน	3.61	.863	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลำดับ	การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	M	SD	ระดับ
11	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์แนวทางการบริหารยาในหน่วยงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน	3.67	.813	มาก
12	ท่านร่วมวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน	3.68	.799	มาก
13	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น	3.72	.860	มาก
	การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	**4.11**	**.793**	**มาก**
14	ท่านมีส่วนร่วมจัดทำมาตรฐานยาฉุกเฉิน ตรวจสอบความพร้อมของยาฉุกเฉินและติดตามประเมินผลของการใช้ยา	3.53	.978	มาก
15	ท่านร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	3.58	.866	มาก
16	ท่านสำรองยาจำเป็นเร่งด่วนไว้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ยากระตุ้นหัวใจในผู้ป่วยที่หยุดหายใจจากยากดการหายใจ	3.84	1.188	มาก
17	ท่านศึกษาเอกสารความรู้เกี่ยวกับการเตรียมและข้อห้ามในการเตรียมยา	3.90	.679	มาก
18	ท่านแจ้งให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรับทราบอาการและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาทุกครั้ง	4.19	.737	มาก
19	ท่านเตรียมยาโดยอ่านฉลากยาทั้ง ก่อนหยิบ ขณะเตรียมและก่อนเก็บยาทุกครั้ง	4.24	.710	มาก
20	ท่านติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากได้ยาเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการไม่ถึงประสงค์ของยา	4.27	.719	มาก
21	ท่านนำใบ Medication Record ไปที่เตียงผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องบริหารยา	4.28	.809	มาก
22	ท่านใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา เช่น Infusion pump, syring pump	4.33	.832	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลำดับ	การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	M	SD	ระดับ
23	ท่านสอบถามประวัติการแพ้ยาก่อนให้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง	4.55	.620	มากที่สุด
24	ท่านบันทึกการให้ยาและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งภายหลังให้ยา	4.58	.589	มากที่สุด
	การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	**3.57**	**.879**	**มาก**
25	ท่านเข้าร่วมรับฟังการประเมินผล การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานอื่นหรือของพยาบาล	3.45	.969	ปานกลาง
26	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	3.58	.826	มาก
27	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน	3.58	.885	มาก
28	ท่านมีส่วนร่วมในการทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	3.61	.873	มาก
29	ท่านนำผลจากการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามาพัฒนาการบริหารความเสี่ยงด้านยาของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง	3.67	.843	มาก
	รวม	**3.72**	**.823**	**มาก**

ตารางที่ 9 ความรู้เกี่ยวกับยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รายข้อ (n = 120)

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
	ความรู้ด้านเภสัชวิทยา (Pharmacology)		
1.	ยา Methrotrexate เป็นยากดภูมิคุ้มกันที่มีผลฆ่าเซลล์มะเร็งและรักษาภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก	21	17.5
2.	ยา Cafagot มีผลทำให้ฤทธิ์ของยาต้านไวรัส (Antiretrovial :ARV) ลดลง	49	40.83
3.	การใช้ยา Simvastatin ร่วมกับ Gemfibrozil ทำให้อัตราการเกิดภาวะ Rhapdomyolysis สูงขึ้น	79	65.83
4.	กรณีผู้ป่วยได้รับยา INH (Isoniazid) ผู้ป่วยจะต้องได้รับยา vitamin B6 ร่วมด้วยเพื่อป้องกันการขาดวิตามิน	80	66.67
5.	ยา Humulin 70/30 สามารถฉีดเข้าทาง IV ได้	80	66.67
6.	Pethidine จะเริ่มออกฤทธิ์หลังจากให้ยาทางเส้นเลือด 5 นาที	82	68.33
7.	ในการได้รับวัคซีน Tetanus toxoid ในครั้งแรกต้องฉีดให้ครบ 3 เข็ม คือ เข็มแรก-เข็มที่สองอีก 1 เดือน และเข็มสุดท้าย 5 เดือนนับจากเข็มแรก	83	69.17
8.	ยา Nexium (Esomeprazole) สามารถบดและให้ทางสายยางให้อาหาร (NG Tube) ได้	84	70
9.	การให้ยาทางเส้นเลือด (Intravenous : IV) จะให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular: IM)	94	78.33
10.	Ponstan มีอีกชื่อหนึ่งว่า Mefenamic acid	99	82.5
11.	Red man syndrome เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา Vancomycin	101	84.17
12.	ยาแก้ฤทธิ์ของ pethidine คือ narcan (naloxone)	105	87.5
13.	ยา Naproxen อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร	111	92.5
14.	ยา Potassium chloride (KCL) สามารถฉีด IV push ได้ แต่ต้องฉีดช้าๆ ภายใน 5-10 นาที	113	94.17

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
15.	ยากลุ่ม Aminoglycozide มีผลต่อหูและไต จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่ให้ยานานกว่า 7 วัน	114	95
16.	หากผู้ป่วยได้รับยา Wafarin ต้องมีการติดตามค่า International Normalized Ratio (INR)	117	97.5
17.	Aspent, Aspirin, ASA คือยาชนิดเดียวกัน	119	99.17
18.	Voltaren มีชื่อสามัญว่า Diclofenac	120	100
	ความรู้ด้านการจัดการยา (Drug management)		
19.	ยา Augmentin หลังผสมแล้วสามารถเก็บในตู้เย็นได้นาน 8 ชั่วโมง	63	52.5
20.	กรณีแพทย์สั่งยา 1 เม็ดครึ่ง สามารถเขียนแทนด้วย 1.5 ได้	66	55
21.	การให้ยาที่ต้องเจือจางด้วยสารละลายแล้วหยดให้ทางหลอดเลือดดำ (IV Drip) ให้ลงเวลาที่เริ่มให้ยาแบบ Real time ก็เพียงพอ	67	55.83
22.	การคัดลอกใบ Meddication Record สามารถใช้อักษรย่อ MFM แทนยา Metformin ได้	87	72.5
23.	ยา Morphine และ Pethidine ต้องเก็บในลิ้นชักที่มีกุญแจล็อก	97	80.83
24.	ยา Heparin สามารถเก็บในอุณหภูมิห้องได้	99	82.5
25.	การเตรียมยาฉีดสามารถยืมยาเตียงอื่นมาให้โดยทันที (Stat) ก่อนได้	107	89.17
26.	หลังจากที่มีการสั่งเบิกยาทางคอมพิวเตอร์แล้วต้องมีการส่งใบสั่งยาของแพทย์ (Medication Order) ไปให้เภสัชเพื่อจัดยาด้วย	111	92.5
27.	หลังการให้ยา morphine และ pethidine ต้องมีการเฝ้าระวังการหายใจชีพจร และการขยายของรูม่านตา ทุกครั้ง	112	93.33
28.	การตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยาผู้ป่วยกรณียาความเสี่ยงสูงสามารถทำได้โดยพยาบาลคนเดียว	113	94.17
29.	การเบิกยา Morphine สำหรับฉีด (Injection) สามารถเบิกได้ครั้งละ 1 หลอด(ampule)	114	95
30.	Look Alike Sound Alike: LASA คือหลักในการบริหารจัดการยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย	114	95

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
31.	ก่อนการให้ยากับผู้ป่วยต้องถามชื่อ-สกุลของผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิด	115	95.83
32.	ก่อนการจัดยาต้องมีการตรวจสอบใบบันทึกการให้ยา (Medication Record) กับใบสั่งยาของแพทย์ (Medication Order) ก่อนทุกครั้ง	116	96.67
33.	การจัดเตรียมยาทุกชนิดต้องล้างมือก่อนทุกครั้ง	116	96.67
34.	การลงเวลาที่ให้ยาควรลงเวลาที่ให้จริง (Real time) เท่านั้น	117	97.5
	ความรู้ด้านการคำนวณยา (Drug dose calculation)		
35.	แพทย์สั่งยา Regular Insulin (RI) 1:2 IV drip 5 unit/hr. ท่านจะต้องผสมยา RI 50 unit ในสารละลาย 0.9%NSS 100 ml. drip 5 ml./hr.	40	33.33
36.	ยาขนาด 1 มิลลิกรัม เท่ากับ 100 ไมโครกรัม	59	49.17
37.	แพทย์สั่งยา IV infusion หมายความว่าต้องฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำในเวลาไม่น้อยกว่า 2-4 นาที	62	51.67
38.	ยา Cotrimoxazole ต้องเจือจางด้วย D5W ทุกครั้ง	64	53.33
39.	ยา Amphotericin B สามารถผสมกับสารละลายได้ทั้ง NSS และ D5W	81	67.5
40.	แพทย์สั่งยา A 750 mcg. ให้ทาง IV โดยฉลากยาระบุความเข้มข้นเป็น 1 mg./ 20 ml. ท่านจะต้องใช้ยา A 15 ml.	92	76.67
41.	แพทย์สั่งยา Dopamine 2:1 ท่านจะผสมยา Dopamine 1000 mg. ในสารละลาย 500 ml.	101	84.17
42.	ผู้ป่วยน้ำหนักตัว 75 kgs. แพทย์สั่งให้ยา paracetamol 10 mg./kg./dose ผู้ป่วยต้องได้รับยา paracetamol ขนาด 500 mg. ครั้งละ1เม็ดครึ่ง	107	89.17
43.	แพทย์สั่งยา valium 10 mg. IV ท่านควรทำเจือจาง (dilute) ยาด้วย sterile water 10 ml. ก่อนนำไปฉีด เพื่อป้องกันภาวะ phlebitis	107	89.17
44.	แพทย์สั่ง amikin 900 mg. ฉลากยาระบุ Amikin 500 mg./2ml. ท่านจะต้องใช้ยาทั้งหมด 3.6 ml.	110	91.67

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
45.	แพทย์สั่ง 3%Nacl 500 ml IV drip in 24 hr. ผู้ป่วยต้องได้รับยาชั่วโมงละ 25 ml.	111	92.5
46.	แพทย์สั่งให้ยา Lasix 7.5 mg. IV ฉลากยาระบุ Lasix inj. 20 mg./2 ml. ท่านจะต้องใช้ยา 0.75 ml.	114	95
47.	แพทย์สั่งยา Gentamicin 320 mg. ฉลากยาระบุ Gentamicin 80 mg./2 ml. ท่านจะต้องใช้ยา 3 amp.	114	95
48.	ยา Dilantin ชนิดฉีด ต้องผสมกับสารละลาย NSS เท่านั้น	115	95.83
49.	ยาขนาด 1 กรัม มีปริมาตรเท่ากับ 1,000 มิลลิกรัม	119	99.17