

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.1 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
 - 1.2 สาเหตุของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.3 การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.1 ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.2 ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
3. เจตคติ และเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 3.1 ความหมายและองค์ประกอบของเจตคติ
 - 3.2 เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 4.1 แผนกที่ปฏิบัติงาน
 - 4.2 ประสบการณ์การทำงาน
 - 4.3 การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง
5. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
6. ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะประสบ หรือเผชิญในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงาน การเดินทาง และการดำเนินธุรกิจ โดยที่บุคคลอาจมีภาวะเสี่ยงที่เหมือนหรือต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพสิ่งแวดล้อม ลักษณะการปฏิบัติงานและลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง สำหรับในโรงพยาบาลนั้นเกิดความเสี่ยงได้มากมาย เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานบริการสุขภาพ ที่ให้บริการแก่คนจำนวนมาก และในลักษณะต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (จรัส สุวรรณเวลา, 2545) ดังนั้น ในการปฏิบัติงานเพื่อลด หรือกำจัดความเสี่ยงนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยาก ที่สำคัญบุคลากรด้านสุขภาพทุกคนจะต้องตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติงานให้ดีที่สุด ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการโดยมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นโอกาสที่ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ หรือโรงพยาบาล จะประสบกับการได้รับบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย หรือความสูญเสียที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (กฤษฎา แสงวดี, 2542; อนุวัฒน์ สุภษัตริกุล, 2543; Kirk, 1984) หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่เป็นไปตามคาดหวัง (Vaughan & Elloit, 1987) ซึ่งอาจมีผลทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง เพราะไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จตามแผนงานหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เจริญ เจษฎาวัลย์, 2546) ตลอดจนการสูญเสียทรัพย์สินของบุคคลและโรงพยาบาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้ต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และโรงพยาบาล มีดังต่อไปนี้ (เรณู อางสาทิ และอรพรรณ ไตสิงห์, 2546)

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (กฤษฎา แสงวดี, 2542)

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียงหรือที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษายาผิดคน การให้ยาผิด หรือบาดเจ็บจากการรักษายาผิด การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง ละเลยการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือการประเมินปัญหาล่าช้า

1.2 ความเสี่ยงด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล และความรู้สึกของผู้ป่วยหรือครอบครัว การทำให้เสียหน้า อับอาย หรือละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจและ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วยหรือครอบครัว การให้ข้อมูลไม่เพียงพอ มีผลให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและดูแลผู้ป่วยได้

2. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับพยาบาล เนื่องจากต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 5 ประเภท (DiBenedetto, 1995) ดังนี้

2.1 ความเสี่ยงกายภาพ (Physical Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากลักษณะตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง สภาพแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้กระแสไฟฟ้า แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิ ก๊าซที่บรรจุในภาชนะที่มีความดันและรังสีต่าง ๆ ในหน่วยงาน เช่น ไฟฟ้าดูด การเกิดอัคคีภัย การได้รับบาดเจ็บจากของมีคม การลื่นหกล้ม และการปวดหลังจากการยก พยุง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และเบญมาศ หล่อสุวรรณ, 2543)

2.2 ความเสี่ยงทางด้านชีวภาพ (Biological Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบ เชื้อเอดส์ เชื้อราและการติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นอันตรายที่พบได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์ (Farnsworth, 1994 อ้างถึงในชะลอ น้อยเผ่า, 2544)

2.3 ความเสี่ยงจากสารเคมี (Chemical Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับสารเคมี โดยการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดดมผ่านทางเดินหายใจ หรือผ่านจากทางเดินอาหาร หรือผ่านจากการโดนเข็มฉีดยา เช่น ฟอรัมาลิน กลูตาโรลดีไฮด์ ก๊าซไนตรัสออกไซด์ และสารเคมีบำบัดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น

2.4 ความเสี่ยงทางด้านจิตใจหรือสังคม (Psychological or Psychosocial Risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความเบื่อหน่ายในการทำงาน การถูกคุกคามทางเพศ การถูกทำร้ายด้วยวาจาและการกระทำ และการปฏิบัติงานในยามวิกาล โดยความเครียดเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นกับพยาบาลอย่างชัดเจน

2.5 ความเสี่ยงต่อการกลายพันธุ์ (Reproductive Risk) เป็นความเสี่ยงที่พยาบาลจะได้รับอันตรายต่อระบบสืบพันธุ์ในระยะยาวจากรังสี สารเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยง

ต่อการเป็นหมัน เกิดความผิดปกติของยีนส์ และโครโมโซม

3. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้หลายประเภท (อนุวัฒน์ ศุภชุตี กุล, 2543) ดังต่อไปนี้

3.1 การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้โรงพยาบาลขาดความไว้วางใจและไม่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน

3.2 การสูญเสียรายได้ ทำให้โรงพยาบาลไม่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา และการดำเนินการ

3.3 การสูญเสียทรัพยากร เช่น เมื่อบุคลากรพยาบาลได้รับบาดเจ็บจากการทำงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จะต้องจัดหาบุคลากรมาทดแทน

3.4 การทำลายสิ่งแวดล้อม เนื่องจากขยะในโรงพยาบาลและของเสียที่ปล่อยออกมาจากโรงพยาบาล เช่น น้ำเสีย ขยะติดเชื้อ เป็นต้น

3.5 ภาระในการใช้จ่ายและค่าใช้จ่ายเสียหายจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

สาเหตุของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เกิดได้จากหลายสาเหตุ (Wilson & Tingle, 1999) ดังต่อไปนี้

1. ระบบการทำงานที่ล้มเหลว หรือบกพร่อง (System Failure) เนื่องจากหน่วยงานขาดความชัดเจนในกระบวนการ นโยบาย ขั้นตอน และแนวทางการปฏิบัติ เป็นผลให้เกิดการทำงานผิดพลาด

2. บุคลากรไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ (Short Cut) เนื่องจากมีภาระงานมากเกินไป ได้รับความกดดันจากการงานทำให้รู้สึกว่าการขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน และเกิดความเครียด

2. มีความบกพร่องในการสื่อสาร (Communication Breakdown) ระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

3. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างแผนก (Poor Interagency or Interdepartmental Working) ไม่ดี หน่วยงานและบุคลากรไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ไม่พึงพอใจในระเบียบการทำงาน หรือได้รับความกดดันจากงาน

4. หน่วยงานกำหนดบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรไม่ชัดเจน (Ill-Defined Responsibility) ทำให้บุคลากรรู้สึกเครียดในขอบเขตการทำงานของตนเอง ทำให้ปฏิบัติงานบกพร่อง หรือไม่เหมาะสมในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

6. บุคลากรได้รับการอบรมไม่เพียงพอ (Inadequate Trained Staff) ทำให้ปฏิบัติงานโดยที่มีความรู้ ความสามารถไม่เพียงพอ

7. โรงพยาบาลไม่มีนโยบาย ระเบียบวิธีและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน (Inadequate Policies, Procedures, Guidelines) แก่บุคลากร ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

8. บุคลากรไม่มีความซื่อสัตย์ (Dishonesty) ในการปฏิบัติงาน

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

แนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เริ่มมีมาตั้งแต่ปี 1854 โดย ฟลอเรนส์ นิงเกิล ให้มีการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ชนิดและลักษณะของแผลผ่าตัด ความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูสภาพ และภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการ จนกระทั่งปี 1908 วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาคำหนดให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน และมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ต่อมาปี 1952 JCAHO ได้กำหนดให้มีการประกันคุณภาพของผู้ให้บริการ โดยฟื้นฟูมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้ป่วยของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาขึ้นมาใหม่ และเมื่อประเทศสหรัฐอเมริกาได้เกิดวิกฤตการณ์ฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (Malpractice Crisis) ในปี 1970 โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการป้องกันและลดความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยการจัดให้มีโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ และใช้ร่วมกับการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) และการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อลดค่าใช้จ่าย เป็นผลให้การบริหารความเสี่ยงเป็นที่ยอมรับในองค์กรสุขภาพมากขึ้น

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติเชิงจัดการ เพื่อลดโอกาสเกิดอันตราย หรือลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด (Cohen, 1999) และป้องกันโอกาสที่จะเกิดอันตรายและความสูญเสียแก่ผู้ป่วย ระบบการปฏิบัติงานและโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการค้นหาประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ (Wilson & Tingle, 1999) ลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Wilson, 1992) ในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทางพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและมาตรฐานการพยาบาล ที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2546) ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงพัฒนาและกำหนดกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน 4 ประการ คือ การประกันคุณภาพบริการ ความปลอดภัยในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และมีระบบการควบคุมความรับผิดชอบทางกฎหมายของบุคลากร (Pelle, 1988 อ้างถึงใน ชะลอ น้อยเผ่า, 2544) ดังนั้น โรงพยาบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบ

ในการดูแลด้านสุขภาพจะต้องมีระบบการทำงาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย ซึ่งจำเป็นต้องมีนโยบาย และกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ง่าย

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

การบริหารยาเป็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และจะต้องมีการจัดการอย่างที่มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่ทันสมัย สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (เพ็ญจันทร์ แสงประสาน, 2546) และเป็นกิจกรรมสำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติวันละหลาย ๆ ครั้ง จากข้อมูลการรายงานโครงการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification Project: NIC) ในปี 1992 พบว่า พยาบาลร้อยละ 65 ระบุว่า กิจกรรมการบริหารยาเป็นกิจกรรมที่พยาบาลแต่ละคนปฏิบัติหลาย ครั้งต่อวัน (Bluechek, McCloskey, Tiler & Dendhey, 1994) และจากผลการศึกษาการกำหนดเวลามาตรฐานปรากฏการณ์ การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานในกิจกรรมการพยาบาล และการจัดอัตรากำลังของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์หัดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่ากิจกรรมการให้ยาทางปากมีปริมาณสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 68.18 รองลงมาเป็น การให้ยาทางหลอดเลือดดำ คิดเป็นร้อยละ 22.72 และการบริหารยาเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบภายใต้หลักการ กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ (ไขแสง โพธิโกสม และคณะ, 2546; Gibson, 2001) เพื่อบรรเทาปัญหาความเจ็บป่วย และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรม การบริหารยาของพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงสุด (Anderson & Webster, 2001) เพราะเป็นการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและต้องปฏิบัติร่วมกับแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการถ่ายทอดและคัดลอกแผนการรักษาเกี่ยวกับยา เพื่อที่จะนำไปให้กับผู้ป่วย ตรวจสอบยาที่เภสัชกรจัดให้กับผู้ป่วย ว่าถูกต้อง ครบถ้วน ตามแผนการรักษาหรือไม่ และพยาบาลยังเป็นบุคคลสุดท้ายในกระบวนการใช้ยา โดยตรวจสอบความถูกต้องของยา ประเมินสภาพ ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยา (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัดนทล และปรีชา มณฑาทิกุล, 2547) ซึ่งตามกฎหมายพยาบาลต้องรับผิดชอบในการกระทำของตนในการบริหารยา หากคำสั่งแพทย์ผิดและพยาบาลบริหารยาแก่ผู้ป่วยทั้งที่ผิด พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการกระทำนั้นด้วย (สุปราณี เสนาคิสัย, 2547)

ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา

คณะกรรมการประสานความร่วมมือแห่งชาติด้านการป้องกันและการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (National Coordinating Council of Medication Error Reporting

and Prevention: NCC MERPP) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ว่าหมายถึง การเกิดอุบัติเหตุใด ๆ ที่อาจก่อให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรืออันตรายต่อผู้ป่วย และสามารถป้องกันได้ ภายใต้การควบคุมดูแล รับผิดชอบของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอุบัติการณ์นั้นอาจจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานลักษณะวิชาชีพต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่ การสั่งจ่าย การสื่อสารคำสั่ง การคัดลอก/การเขียนซองยา การบรรจุซอง การจ่ายยา การให้ยา การสอน/การให้ข้อมูล การเฝ้าระวังติดตามและการใช้ยา (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2543; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2546) นอกจากนี้ สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American Society of Hospital Pharmacists: ASHP) ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยาว่า หมายถึง การให้ยาที่ไม่ตรงกับ การเขียนคำสั่งการให้ยาของแพทย์ หรือมาตรฐาน นโยบายและแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล (O'Shea, 1999)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยให้ความหมายของ ความคลาดเคลื่อนทางยาว่า หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งนำไปสู่การบริหารยาอย่างไม่เหมาะสม หรือเกิดความเสียหายของผู้ป่วยทั้งที่ป้องกันได้ เริ่มตั้งแต่ การสั่งจ่าย การสื่อสารคำสั่ง การจ่ายยา การให้ยา การเฝ้าระวัง ติดตามการได้รับยา ตลอดจนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และ/หรือญาติ

ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะดังต่อไปนี้ คือ (เดือนทิพย์ เขษมโอภาส, 2541; ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2547; ASHP, 1993)

1. การให้ยาผิดคน (Wrong Client) เป็นลักษณะของการให้ยาไม่ตรงกับผู้ป่วย
2. การให้ยาผิดชนิด (Wrong Drug) เป็นลักษณะของการที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงกับแผนการรักษา
3. การให้ยาผิดวิถีทาง (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) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เป็นข้อห้าม ได้รับยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน ได้รับยาที่มีปฏิกริยากับอาหาร หรือมีปฏิกริยากับโรค ได้รับยาที่มีบันทึกว่าผู้ป่วยเคยแพ้ยามาก่อน หรือ การติดตามทางคลินิกผิดพลาด เช่น การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับความดันโลหิตผิดพลาด

9. การให้ยาที่ผู้สั่งยาไม่ได้สั่ง (Unauthorized Drug Error)

จึงสรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จึงเป็นการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการบริหารยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน และลดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม เป็นลักษณะของการปฏิบัติในเชิงการควบคุมและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Wilson, 1999; Cohen, 1999) ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (The Identification of Risk) เป็นการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ซึ่งสามารถทำได้โดย

1.1 ศึกษาระบบบันทึกข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีในหน่วยงาน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากร พยาบาล รายงานการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือการให้ยา และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และความเสียหายที่เกิดขึ้นหน่วยงานและโรงพยาบาล หรือการทบทวนคู่มือปฏิบัติงานเพื่อหาปัญหา และข้อบกพร่องของคู่มือซึ่งก่อให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและเกิดอันตรายผู้ป่วย

1.2 การค้นหาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากวารสารวิชาการ สืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดขึ้นโดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากสื่อ ๆ ต่างที่เกี่ยวข้องการบริหารยา ตลอดจนการสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร หรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

1.3 การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) บุคลากรพยาบาลที่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์จะต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิด หรือเกือบเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และนำเสนอต่อหัวหน้างาน หรือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความ

คลาดเคลื่อนทางยา เป็นข้อมูลที่สำคัญในการค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพ มีลักษณะดังนี้

1.3.1 การเขียนบันทึกรายงานไม่ต้องระบุชื่อผู้กระทำ

1.3.2 ข้อมูลในการบันทึกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมีความถูกต้อง

สมบูรณ์ ชัดเจน เข้าใจง่าย

1.3.3 ไม่แสดงความคิดเห็นหรือกล่าวหาบุคคลหนึ่งบุคคลใด

1.3.4 การรายงานไม่ควรเข้มงวดกับรูปแบบการรายงานอย่างเป็นทางการมาก

เกินไป ควรมีความยืดหยุ่น

1.3.5 ผู้รายงานสามารถรายงานด้วยวาจาได้ โดยที่บุคคลที่กระทำ หรือพบเห็นความคลาดเคลื่อนสามารถรายงานได้โดยไม่มีข้อสงสัย ซึ่งจะมีผลทำให้พยาบาลไม่กลัวการรายงาน

1.3.6 หน่วยงานควรจัดให้มีรูปแบบการรายงานในแนวทางเดียวกัน และใช้ระบบรายงานเพื่อเป็นแนวทางแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

1.3.7 ผู้บริหารไม่ควรมุ่งเน้นหาผู้กระทำความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อลงโทษ หรือ ประกาศให้ผู้อื่นทราบ ซึ่งจะส่งผลให้มีการปกปิดความคลาดเคลื่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

1.3.8 ระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาจะต้องเป็นความลับ

2. การประเมินความเสี่ยง (The Analysis of the Risk Identified) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุ และประเมินความถี่หรือความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยพิจารณาความเสียหายหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 วิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ตั้งแต่มีการสั่งใช้ยา การจ่ายยา การสื่อสารคำสั่งและการบริหารยา (เดือนทิพย์ เขมมโอภาส, 2541; นิตยา ปัญมิตติ, 2539; ธิดา นิงสานนท์และคณะ, 2547; Cohen, 1999) ดังต่อไปนี้

2.1.1 สาเหตุจากการติดต่อสื่อสาร ได้แก่

1) ขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยา เภสัชกร พยาบาลผู้ให้ยา และผู้ป่วย หรือญาติ ในกระบวนการบริหารยา

2) การสั่งยาของแพทย์ด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก เพราะลายมือเขียนหวัดเกินไป เขียนไม่ชัดเจน เขียนไม่สมบูรณ์ หรือใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล หรือจุดทศนิยมไม่ถูกต้อง

3) การสื่อสารคำสั่งในกรณีฉุกเฉิน แพทย์สั่งการรักษาด้วยวาจา (Verbal Order) หรือทางโทรศัพท์ (Telephone Order) ความผิดพลาดอาจเกิดจากการพูดไม่ชัดเจน พูดเร็วเกินไป

หรือ ฟังไม่ชัดเจน แปลข้อผิดพลาดเนื่องจากข้อผิดพลาดกัน หรือผู้แปลขาดความรู้เกี่ยวกับยา ตลอดจนการไม่ทบทวนคำสั่ง

2.1.2 สาเหตุจากบุคลากร ได้แก่

2.1.2.1 ขาดความรู้เกี่ยวกับยา ได้แก่ ชื่อยา สรรพคุณ กลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงข้อควรระวัง ข้อห้าม และวิธีการให้ยา การขาดความรู้นี้อาจเกิดจากเภสัชกรไม่แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับยาตัวใหม่ให้พยาบาลทราบ หรือพยาบาลไม่ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

2.1.2.2 ขาดความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยขาดการประเมินประวัติการใช้ยา การแพ้ยา ภาวะสุขภาพหรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับได้รับยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานของไตลดลง ได้รับยาในขนาดที่มากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อไต

2.1.2.3 ภาระงานที่มากเกินไปของพยาบาล ทำให้พยาบาลผู้รับคำสั่งไม่สามารถจัดเตรียมยาและให้ยาด้วยตัวเอง หรือ การกำหนดภาระงานไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความเครียดและเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน หรือพยาบาลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน (Davidhizar & Lonser, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยามักเกิดขึ้นในช่วงโมเมนต์ท้ายของการทำงานในเวรนั้น (Roseman & Brooker, 1995)

2.1.2.4 การปฏิบัติบกพร่อง เนื่องจากมีสิ่งรบกวนสมาธิในขณะที่เตรียมยา เช่น มีโทรศัพท์ เสียงดังรบกวน ไม่มีการตรวจสอบผู้ป่วยก่อนให้ยา หรือ ไม่มีการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลคนอื่น ขาดความระมัดระวังหรือเอาใจใส่ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการไม่นำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น มีการลงบันทึกก่อนให้ยา หรือผู้ให้ยาไม่ได้บันทึกการให้ยาด้วยตัวเอง

2.1.2.5 การคำนวณยาผิดพลาด เช่น มีคำสั่งการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก ทั้งขนาดเป็น มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง และมิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน แบ่งให้หลายครั้งใน 1 วัน หรือขนาดยาเคมีบำบัดซึ่งมีทั้งขนาดเป็นมิลลิกรัม/ตารางเมตร หรือมิลลิกรัม/กิโลกรัม ทำให้ผู้ให้ยาสับสน ในการคำนวณขนาดยาจากคำสั่งใช้ยาที่มีหน่วยการให้ที่แตกต่างกัน หรือผู้ให้ยาสับสนในการคำนวณเพื่อเปลี่ยนมาตราหั่ง ตวง วัด จากระบบที่แตกต่างกัน เช่น สั่งยา Aspirin gr.1 แต่ผู้ป่วยได้รับ Aspirin 500 mg. แทน Aspirin 60 mg.(gr.1)

2.1.2.6 การเตรียมยาไม่ถูกต้อง เกิดเนื่องจากพยาบาลดำเนินการโดยไม่ทราบว่า เป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ เช่น การเตรียมยารับประทานให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องอดสลายให้อาหารทางจมูก หรือทางหน้าท้อง ซึ่งควรอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมคือการให้น้ำ แต่โดยทั่วไปในผู้ป่วยผู้ใหญ่ แพทย์มักจะสั่งในรูปแบบยาเม็ด ผู้ให้ยาต้องบดยาเม็ดเพื่อรอกใส่สายให้อาหาร เนื่องจากยาบางชนิดหากนำไปบดอาจทำให้สูญเสียคุณสมบัติที่สำคัญ หรือจัดยาให้ต่างวิธิต่างอยู่ในภาชนะ

ใส่ยาอันเดียวกัน เช่น จัดยาสำหรับอมได้ลิ้นอยู่ภาชนะเดียวกับยารับประทาน

2.1.2.7 ไม่ปฏิบัติตามหลัก 5 ประการของการให้ยาที่ถูกต้อง ตลอดจนเทคนิคการเตรียมยาไม่ถูกต้องตามหลักปราชญ์จากเชื้อ

2.1.2.8 ให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง โดยพยาบาลผู้ให้ยาไม่ได้เฝ้าดูจนกระทั่งเห็นผู้ป่วยรับประทานยานั้น ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่อยากรับประทานยาแอบทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทานยา

2.1.2.9 ไม่มีความคุ้นเคยกับเครื่องมือในการให้ยา โดยเฉพาะเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ เช่น Infusion Pump, Syringe Pump

2.1.3 สาเหตุจากปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่

2.1.3.1 โรงพยาบาลไม่มีแนวทางปฏิบัติในการให้ยาสำหรับบุคลากรพยาบาล เช่น ไม่มีการกำหนดพยาบาลผู้ให้ยา ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคน ได้รับยาจากพยาบาลผู้ให้ยาหลายคนในเวรเดียวกัน ทำให้เกิดความสับสนหรือผิดพลาดได้

2.1.3.2 การเปลี่ยนยาบ่อย หรือมีขนาดยาในโรงพยาบาลมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน

2.1.3.3 ไม่มียาที่ต้องการในหอผู้ป่วย เนื่องจากห้องยาจ่ายยาไม่ครบหรือจ่ายยาผิดพลาด โดยเฉพาะการจ่ายยาในระบบหนึ่งหน่วยขนาดใช้ (Unit Dose) ซึ่งไม่มียาสำรองบนหอผู้ป่วย หรือยาไม่พบเนื่องจากฉลากผิดหรือวางยาผิดที่

2.1.3.4 การเก็บรักษายาบนหอผู้ป่วยไม่เหมาะสม เช่น ยาที่ต้องเก็บให้พ้นแสง หรือ ยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น เช่น อินซูลิน ไม่มีการแยกยาที่มีชื่อคล้ายคลึงกันออกจากกัน ไม่มีการติดฉลากยาอันตรายที่ทำให้มองเห็นเด่นชัด ไม่มีตู้เก็บยาเสพติด

2.1.3.5 สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดี เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ บริเวณที่เตรียมยาคับแคบ อุณหภูมิไม่เหมาะสม ร้อนหรือหนาวเกินไป

2.2 การประเมินความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการประเมินความถี่ ความรุนแรง ประเมินผลกระทบ ต่อผู้ป่วยเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งแบ่งดัชนีความรุนแรงออกเป็น 4 ประเภท และ 9 ระดับ จาก A-I ดังนี้ คือ (Cohen, 1999)

ประเภทที่ 1 ไม่มีความคลาดเคลื่อน

A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

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 หรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น

ประเภทที่ 4 มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

I : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

นอกจากนี้ ยังพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยในแง่ของผลการรักษา หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งอาการดังกล่าวมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.2.1 อาการแพ้ยา เป็นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อยาที่ได้รับ

2.2.2 การดื้อยา เป็นการตอบสนองของร่างกายที่มีขนาดยาที่สูงขึ้น มักพบกรณีที่ให้ยาผิดขนาด การให้ยาผิดเวลา หรือการหยุดยาก่อนถึงเวลาอันควร เช่น ยาปฏิชีวนะ

2.2.3 ปฏิกริยาไวต่อยา เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อยาโดยปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการรักษาเนื่องจากการใช้ยาเกินขนาด

2.2.4 พิษจากยา เกิดจากการได้รับยาเกินขนาดหรือเป็นเวลานานเกินไป หรือให้ยาไม่ตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพราะการให้ยาถูกเวลาจะช่วยรักษาระดับของยาในกระแสเลือดให้คงที่ เกิดพิษจากยาน้อยที่สุด

2.2.5 ภาวะเลือดออก พบในกรณีที่ใช้ยาผิดคน หรือผิดขนาด เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในขนาดที่สูงเกินไป

2.2.6 การเสียชีวิต เป็นผลร้ายแรงมากที่สุดซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการให้ยาผิดคน ผิดขนาด ผิดวิธีทาง ผิดยาและผิดเวลา

2.2.7 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ ความคลาดเคลื่อนทางยานอกจากจะมีผลต่อร่างกายของผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลต่อจิตใจ หากผู้ป่วยทราบว่าได้รับยาผิดอาจเกิดความเครียด กลัว หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับผลหรืออันตรายที่อาจได้รับจากการได้รับยาผิด ขาดความเชื่อถือนในทีมสุขภาพ และมีเจตคติไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา

2.3 การสืบสวนข้อเท็จจริงของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น อย่างละเอียด ด้วยการพิจารณาความถี่ และความเสียหายที่เกิดขึ้น และต่อผู้ป่วย หน่วยงานและโรงพยาบาล ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเหตุการณ์และโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก

2.4 การรวบรวมข้อมูลอันตรายหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้น จากความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการค้นหาความเสี่ยงมาสร้างเป็น บัญชีรายการความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

3. การจัดการความเสี่ยง (The Treatment of Risk) โดยการควบคุม ลด ป้องกัน หลีกเลี่ยง แก้ไข ความเสี่ยงที่ได้ประเมินมาแล้ว ประกอบด้วย

3.1 การระดมทรัพยากรบุคคล (Human Resources) และศักยภาพของบุคลากร มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการให้ความรู้กับบุคลากรให้มีทักษะเฉพาะด้าน และการทำงานเป็นทีม

3.2 การสื่อสาร (Communication) กำหนดแนวทางการสื่อสารภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ

3.3 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน (Safety Culture) โดยสร้างความเชื่อมั่นแก่บุคลากรว่า อุตการณ์ที่ถูกรายงานไม่มีผลกระทบในเชิงลบต่อผู้รายงาน แต่จะมีผลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติครั้งต่อไป และมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวม

3.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงาน

3.5 การปฏิบัติการบริหารยา ในลักษณะของการควบคุม และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังต่อไปนี้

3.5.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามวัตถุประสงค์ของการให้ยา จะต้องประเมินในเรื่อง ดังต่อไปนี้

3.5.1.1 อายุ เนื่องจากอายุที่ต่างกันมีการตอบสนองต่อยาต่างกัน เช่น เด็กทารก หรือเด็กเล็ก การทำหน้าที่ของตับไม่สมบูรณ์ทำให้อัตราการเผาผลาญและการขับถ่ายยาไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมหลายอย่างที่มีผลต่อการให้ยา เช่น ความจำเสื่อม

ทำให้รับประทานยาไม่ครบตามกำหนด การมองเห็นลดลงมีผลต่อการอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำบนฉลากยา

3.5.1.2 น้ำหนัก ในผู้ป่วยเด็กมักจะคำนวณขนาดยาตามพื้นที่ผิวของร่างกายที่ได้มาจากน้ำหนักและส่วนสูง

3.5.1.3 เพศที่ต่างกันจะมีการตอบสนองต่อยาต่างกัน เช่น เพศหญิงมีไขมันมากกว่าเพศชายจึงทำให้มีการสะสมของยาที่ละลายในไขมันมากกว่าเพศชาย

3.5.1.4 ภาวะโภชนาการ ยาส่วนใหญ่จะจับกับโปรตีนก่อนกระจายไปสู่ตำแหน่งเป้าหมายในการออกฤทธิ์ของยา บุคคลภาวะโภชนาการไม่ดีมีการสร้างโปรตีนและเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญยาลดลง ทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่มีประสิทธิภาพ

3.5.1.5 สภาพแวดล้อม อุณหภูมิของสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการตอบสนองของยา เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาขยายหลอดเลือด เมื่ออยู่ในอากาศร้อนอาจจำเป็นต้องลดขนาดยาลง เพราะอุณหภูมิสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวจึงไปเสริมฤทธิ์ยาขยายหลอดเลือด

3.5.1.6 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องยา และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

3.5.1.7 ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารบางชนิด เช่น อาหารทะเล เพราะยาหลายตัวมีส่วนประกอบที่ทำจากสารอาหาร คนที่แพ้อาหารทะเลจะไวต่อยาที่มีผลิตภัณฑ์ของไอโอดีน

3.5.1.8 ประเมินระดับความรู้สึกร่างกาย และความสามารถในการกลืน เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับวิธีการที่ให้ยา การระมัดระวังการสำลักยาเข้าสู่ปอด และความร่วมมือในการให้ยา

3.5.1.9 ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนการให้ยา เพื่อพิจารณาข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ

3.5.1.10 ประเมินการทำหน้าที่ของกระเพาะอาหารและลำไส้

3.5.1.11 สภาพร่างกายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา เช่น ความพิการของข้อมือ มือสั่น การใช้สายตาอ่านฉลากยา ความเหมาะสมของตำแหน่งที่จะให้ยาชนิดฉีด เป็นต้น

3.5.1.12 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา เช่น SGOT, SGPT เพื่อดูการทำงานของตับ การนับเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวก่อน ขณะ หรือ หลังการให้ยาที่กดการทำงานของไขกระดูก

3.5.1.13 ประเมินเจตคติต่อการให้ยา หรืออิทธิพลของครอบครัวที่ทำให้เกิดการยอมรับหรือปฏิเสธการให้ยา และการแสดงพฤติกรรม และอารมณ์ต่อการได้รับยา เช่น การยอมรับยาด้วยดี กลัวแพ้ยา ไม่พอใจ หรือไม่ต้องการยา

3.5.2 การรับคำสั่งแพทย์ในการให้ยา โดยมีการปฏิบัติดังนี้

3.5.2.1 อ่านและแปลคำสั่งการใช้ยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน กรณีที่คำสั่งแพทย์ไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือเกิดข้อสงสัยอื่นใด พยาบาลต้องปรึกษาแพทย์ผู้เขียนเสมอ ห้ามใช้การคาดเดาเอง และควรตระหนักอยู่เสมอว่า การให้ยาเป็นบทบาทพึงพาที่แพทย์และพยาบาลมีความรับผิดชอบร่วมกัน ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลในการตัดสินใจก่อนให้ยาอีกครั้งว่าเหมาะสมที่จะให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่ และไม่ควรเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เพราะถือว่าผิดกฎหมาย (Mckenery & Salerono, 1995 อ้างถึงใน เดือนทิพย์ เขมม โอภาส, 2541) กรณีที่ปรึกษาแพทย์แล้ว แพทย์ยืนยันจะให้การรักษาแบบเดิมโดยที่พยาบาลเห็นว่าอาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย พยาบาลสามารถปฏิเสธการให้ยาแก่ผู้ป่วยได้และให้แพทย์เป็นผู้ให้ยาเอง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

3.5.2.2 คัดลอกคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ลงในคาร์เด็กซ์ และแบบบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง ชัดเจน มีการตรวจสอบและทบทวนกับแผนการรักษาอย่างน้อยทุกเวอร์ เพื่อลดปัญหาความไม่ชัดเจนของแผนการรักษาและความผิดพลาดของการคัดลอกคำสั่ง กรณีที่แพทย์สั่งยาที่มีชื่อสามัญและชื่อการค้า ให้วงเล็บกำกับไว้ในแบบบันทึกการให้ยาด้วย กรณีที่ผู้ป่วยชื่อซ้ำกันให้ขีดเส้นใต้นามสกุลด้วยสีแดง ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นฝาแฝด (ยังไม่มีชื่อ) เขียนวงเล็บกำกับทุกครั้งว่าเป็นแฝดพี่หรือแฝดน้อง

3.5.2.3 ยาที่มีหลายขนาดเขียนปริมาณกำกับต่อหน่วยในแบบบันทึกการให้ยาทุกครั้ง เช่น Cloxacillin (250 mg/cap)

3.5.2.4 ยาที่มีคำสั่งการรักษาให้ทันที ผู้รับคำสั่งต้องแจ้งให้พยาบาลผู้ให้ยาทราบ

3.5.2.5 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ยกเว้นกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เร่งด่วน แต่ต้องเขียนแผนการรักษาไว้ตามคำพูด และพูดทวนซ้ำกับแพทย์อีกครั้งก่อนไปจัดเตรียมยา พร้อมทั้งติดตามให้แพทย์เซ็นชื่อกำกับคำสั่งการรักษานั้นภายใน 24 ชั่วโมง จึงถือว่าเป็นแผนการรักษาที่ถูกต้อง

3.5.2.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเตียง หรือห้อง จะต้องแจ้งพยาบาลผู้จัดยาทราบทันที

3.5.2.7 ตรวจสอบชื่อยา ขนาด จำนวน และชนิดของยาที่เภสัชกรจัดมาให้หอผู้ป่วยทุกครั้งว่า ได้รับยาตรงตามแผนการรักษา ในกรณีที่มีการะงานมากไม่สามารถตรวจสอบในเวลานั้นได้ ให้บันทึกในเอกสารส่งยาว่า ไม่ได้ตรวจสอบ พร้อมเซ็นชื่อกำกับไว้

3.5.3 การเตรียมยา มีการปฏิบัติดังนี้

3.5.3.1 เตรียมยาโดยการอ่านฉลากยา 3 ครั้ง คือ ก่อนหยิบยาออกจากที่เก็บ ก่อนเทยาจากภาชนะใส่ยา และก่อนเก็บยาเข้าที่เก็บ ในกรณีที่เป็ยยาฉีด อ่านชื่อยา ขนาดที่บรรจุ ในหลอดยา วิธีทางที่ให้ และวัน เวลา ที่หมดอายุ อ่านฉลากยาข้างขวดเทียบกับแผ่นบันทึกการให้ ยาอีกครั้งก่อนทิ้งขวดยา หรือเก็บขวดยาที่เหลือไว้ใช้ครั้งต่อไป ยาที่บรรจุในภาชนะที่ไม่มีฉลากยา หรือฉลากยาไม่ชัดเจน อ่านไม่ออก ไม่ควรนำยานั้นมาใช้

3.5.3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องบริหารยาทางสายยางผ่านจมูกปลายสายอยู่ที่ กระเพาะอาหาร การเตรียมยาในรูปยารับประทาน ควรใช้วิธีบดยาให้ละเอียด เพื่อให้ยาสามารถ ไหลผ่านสายยางได้สะดวก และจำเป็นต้องศึกษารูปแบบการออกฤทธิ์ของยาวาาชนิดใดไม่ควรบด (อ่าไฟฟิศ นารถพจนานนท์, ปิติ ทฤษฎิกุล, โปยม วงศ์ภูวรัญญ์ และ ขวัญตา ณ ถลาง, 2547) เช่น ยาในรูปแบบออกฤทธิ์นานหรือ ควบคุมการปลดปล่อยตัวยา (Sustained Release Tablet) เป็ย ยาที่เตรียมขึ้นเพื่อให้ยามีคุณสมบัติพิเศษสามารถปลดปล่อยตัวยาและออกฤทธิ์ได้ตลอดระยะเวลาที่ กำหนด การบดยาชนิดนี้ทำให้รูปแบบยาถูกทำลายและเป็นผลให้ตัวยาถูกปล่อยออกมาในปริมาณสูง ในช่วงแรก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และเกิดพิษได้ และในช่วงหลังไม่มีตัวยา ปลดปล่อยออกมาทำให้ได้ผลในการรักษา (เรวดี ธรรมอุปกรณ และสาริณีย์ กฤตยานันท์, 2546) หรือ ยาในรูปแบบเคลือบเพื่อป้องกันการแตกตัวที่กระเพาะอาหารแต่ต้องการให้แตกตัวที่ลำไส้ (Enteric-Coated Product) ยาที่อยู่ในรูปแบบนี้มักเป็นตัวยาที่ถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหาร หรือตัวยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร การบดยาจะทำให้คุณสมบัติการเคลือบป้องกันการ แตกตัวที่กระเพาะอาหารเสียไป ทำให้ไม่ได้ผลในการรักษาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก ยาได้ และยาในรูปแบบละลายในช่องปากหรือ อมใต้ลิ้น (Buccal or Sublingual Product) ยาใน รูปแบบนี้ จะมีปริมาณน้อยกว่ายาที่เตรียมในรูปแบบที่รับประทานทางปาก ดังนั้น การบดยาเพื่อให้ ทางสายอาหารจึงทำให้ไม่ได้ผลในการรักษา หรือได้ผลน้อยลง

3.5.3.3 การบดยาหลาย ๆ ตัวแล้วให้พร้อมกันทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และหากให้ยาพร้อมกับอาหารทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหาร เช่น จากรายงานการวิจัย พบว่า การให้ยา Phenyltoin ทางสายยางร่วมกับการให้อาหารทางสายยางทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกัน มีผลให้ระดับยาในกระแสเลือดต่ำกว่าระดับของการรักษา หลักการบริหารยา Phenyltoin ที่ถูกต้อง คือ ให้หยุดให้อาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนให้ยาและ 1-2 ชั่วโมงหลังให้ยาและให้น้ำทางสายยาง 20-60 มิลลิลิตร ก่อนและหลังให้ยา (อ่าไฟฟิศ นารถพจนานนท์ และคณะ, 2547)

3.5.3.4 คำนวณขนาดของยาอย่างระมัดระวัง โดยใช้หลักการตรวจสอบซ้ำ (Independent Double Checking) กับพยาบาลอีกคนหนึ่ง

3.5.3.5 เตรียมยาที่เภสัชกรจ่ายแบบหนึ่งหน่วยขนาดใช้ จะช่วยลดโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพราะมีการตรวจสอบซ้ำระหว่างพยาบาลกับเภสัชกรทั้งขั้นตอนก่อนและหลังให้ยาแก่ผู้ป่วย

3.5.3.6 เตรียมยา Multiple Dose ที่ต้องให้หลายเวลา เช่น ยาปฏิชีวนะ ต้องเขียนบอกชนิด และจำนวนของสารละลายที่ผสม เวลา วัน เดือน ปี ที่เตรียม และหมดอายุ ที่ข้างขวดให้เห็นชัดเจน

3.5.4 การให้ยา มีการปฏิบัติดังนี้

3.5.4.1 ก่อนการให้ยาต้องตรวจสอบความถูกต้องตามหลัก 5 ประการของการให้ยาอีกครั้ง โดยดูชื่อยา ขนาด เวลา วิธีทางที่ให้ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ซึ่งต้องดูให้ตรงกับแบบบันทึกการให้ยา ป้ายปลายเตียงและป้ายข้อมือ ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามชื่อผู้ป่วย โดยใช้คำถามว่า “ผู้ป่วยชื่ออะไร” หรือถามชื่อผู้ป่วยจากญาติ ไม่ควรใช้คำถามนำในการถามชื่อผู้ป่วย และไม่ดูชื่อจากหมายเลขเตียงหรือห้องเป็นสำคัญ เพราะอาจมีการเปลี่ยนเตียงหรือห้องได้ หากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวถามชื่อผู้ป่วยจากญาติ ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กถามชื่อเด็กกับพ่อแม่เด็ก และถามชื่อพ่อและแม่ของเด็ก

3.5.4.2 ให้ยาเฉพาะที่ตนเองเตรียมเท่านั้นเพื่อป้องกันความผิดพลาด ยกเว้นหน่วยงานที่มีการเตรียมยาเป็นระบบหนึ่งหน่วยขนาดใช้ ที่ภาชนะบรรจุยาไม่ถูกแกะฉีกขาด มีชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย ชัดเจน ตรวจสอบเวลาในการให้ยาให้ตรงกับแบบบันทึกการให้ยาทุกครั้ง และให้ยาตรงเวลา ไม่ควรช้ากว่าหรือเร็วกว่ากำหนดเกินครึ่งชั่วโมง ยกเว้นยาที่รับประทานพร้อมอาหารทันที

3.5.4.3 ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาล ไม่วางทิ้งไว้ที่โต๊ะข้างเตียง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา หรือ เกิดการรับประทานยาผิดคน ในกรณีที่ญาติช่วยให้ยา เช่น ผู้ป่วยเด็กพยาบาลควรกลับมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาเรียบร้อยแล้ว

3.5.4.4 ปฏิบัติการบริหารยาตามขั้นตอนการให้ยาแต่ละชนิด ไม่ยืมยาจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปให้อีกคนหนึ่ง เพราะจะมีโอกาสผิดพลาดได้

3.5.4.5 ในการบริหารยาอันตราย เช่น ยาเคมีบำบัดพยาบาลผู้บริหารยาจะต้องผ่านการอบรมเป็นกรณีพิเศษ

3.5.4.6 มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ เช่น Infusion Pump, Syringe Pump รวมทั้งมีความเข้าใจในข้อจำกัดของเครื่องมือแต่ละชนิด ตลอดจนมีแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

3.5.5 การบันทึกและการรายงาน มีการปฏิบัติดังนี้

3.5.5.1 ผู้เตรียมและผู้ให้ยาจะต้องเป็นคนเดียวกัน โดยบันทึก ชื่อยา, ขนาด, วัน เดือน ปี, เวลา, วิธีทางที่ให้ และชื่อพยาบาลผู้ให้ยา ลงในแบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) หลังจากที่ได้รับยาทันที ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ยาทางปากจะต้องบันทึกตำแหน่งของการให้ยาด้วย เพื่อประโยชน์ในการหมุนเวียนยา ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาในตำแหน่งเดิมเช่น อินซูลิน หรือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3.5.5.2 การบริหารยาเฉพาะที่จะต้องบันทึกรายละเอียด เช่น ยาหยอดหู ต้องเขียนบอกว่าหยอดหูข้างซ้ายหรือข้างขวา หรือหูทั้งสองข้าง ลงในแบบบันทึกการให้ยา

3.5.5.3 บันทึกอัตราการเต้นของชีพจรก่อนให้ยาโรคหัวใจ เช่น ยา Digoxin และบันทึกความดันโลหิตก่อนให้ยาลดหรือเพิ่มความดัน ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3.5.5.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธยาที่ใช้ จะต้องบันทึก วัน เวลา และเหตุผลที่ผู้ป่วยปฏิเสธยา ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3.5.5.5 บันทึกประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนด้วยปากกาสีแดงใน O.P.D Card หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย และคาร์เด็กซ์

3.5.6 จัดแยกเก็บยาภายนอกและยาภายในออกจากกัน ไม่นำยาที่มีชื่อ สี ลักษณะและภาชนะคล้ายคลึงกันมาเก็บไว้ใกล้กัน เพราะอาจเกิดความผิดพลาดจากการหยิบมาใช้ ขณะเร่งรีบ มีผู้เก็บยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาเสพติด หรือ โปดัสเซียมคลอไรด์ เป็นต้น

3.5.7 สอนและแนะนำเกี่ยวกับยาและการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ให้รู้จักชื่อยา ขนาดยา ความแรงหรือความเข้มข้น ตารางเวลา ยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ลักษณะรูปแบบยาที่ใช้ ยาที่มีวิธีการใช้พิเศษ การปฏิบัติตนเมื่อรับประทานยา ความสามารถในการปรับเปลี่ยนรูปแบบยา เช่น การบด การหักเม็ด การประเมนผลขึ้นต้นของการตอบสนอง ต่อยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือได้รับยาเกินขนาด เพื่อให้สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัย

4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (The Evaluation of Risk Treatment Strategies) เป็นการติดตามมาตรการ หรือการดำเนินการ หรือแนวทางที่กำหนดขึ้นว่า ได้ผลมากน้อยเพียงใด จำเป็นต้องปรับปรุงพัฒนา หรือเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น หรือ รายงานที่สูญเสียไปมีการติดตามการดำเนินการตามระบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดและและระบบประกันคุณภาพ โดยมีกิจกรรมการประเมิน ได้แก่

4.1 การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงประจำหน่วยงานประจำเดือน ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา รายงานการตรวจสอบ

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรือจิตอารมณ์ (Affective Component) เป็นความรู้สึก ความพึงพอใจ หรือจิตอารมณ์ ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้าต่าง ๆ เป็นผลเนื่องมาจากการ ที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้าแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว นับเป็น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของเจตคติ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นความพร้อม หรือ ความโน้มเอียง ที่บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือ คัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือ ความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินพฤติกรรม และจะแสดงออกมา สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีอยู่

เจตคติของบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนี้เสมอ ซึ่งจะมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน แต่สิ่งสำคัญจะต้องมีองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ และ ความรู้สึก เป็นส่วนประกอบพื้นฐาน (Fishbein & Ajzen, 1975)

เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

เนื่องจากความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นเรื่องเดียวกัน แต่มองกันคนละด้าน โดยที่ความ เสี่ยงเป็นลักษณะของการที่จะต้องหลีกเลี่ยง หรือลดให้น้อยที่สุด ส่วนความปลอดภัยเป็นลักษณะ วิธีการคิดที่ไม่มีการกล่าวโทษ หรือหาตัวผู้กระทำผิด เน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ มีบรรยากาศ การทำงานที่มีการให้อภัย ยอมรับความจริง และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไข และ ป้องกันในอนาคต (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545) ดังนั้นเจตคติต่อบรรยากาศ การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาจึงเป็นแนวคิดเดียวกันกับแนวคิดเจตคติต่อความ ปลอดภัย และจากการศึกษาแนวคิดเจตคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ศูนย์วิจัย ความปลอดภัยผู้ป่วยมหาวิทยาลัยเท็กซัส และองค์การวิจัยด้านคุณภาพบริการสุขภาพ ประเทศ สหรัฐอเมริกา ปี 2003 (Sexton et al., 2003) พบว่าเจตคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกร่วมกันบุคลากรต่อการบริหารงานและการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยเห็นด้วยว่าแนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับบรรยากาศ การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เพราะในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง ด้านความคลาดเคลื่อนทางยานั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้สึกร่วมกันในการปฏิบัติตามกระบวนการ บริหารความเสี่ยงและการบริหารยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา ซึ่งจะต้องมี ความรู้สึกร่วมใน 4 ด้าน คือ

1. บรรยากาศองค์การ (Organizational Climate) เป็นความรู้สึกร่วมของพยาบาลต่อ สภาพการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกต่อต้าน เห็นด้วย ระมัดระวัง หรือมีการยอมรับและไว้วางใจซึ่ง กันและกัน (Dyer, 1972 cited in Clark & Shea, 1979) มีผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจ และ

กระตือรือร้นมุ่งมั่นที่จะทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Litwin & Burmeister, 1992 อ้างถึงในมัทนา อากาศสุวรรณ, 2545) แบ่งบรรยากาศองค์การออกเป็น 12 มิติ ดังต่อไปนี้

1.1 การกำหนดเป้าหมายและนโยบายเกี่ยวกับการปฏิบัติการบริหารงานความเสี่ยง ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ที่ชัดเจน (Clarity) มีความกระชับ เข้าใจง่าย สามารถนำมาเป็น แนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับพันธกิจ

1.2 การสนับสนุนให้บุคลากรเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ (Commitment) โดย อุทิศตนเพื่อมุ่งความสำเร็จขององค์การ

1.3 การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard) ตรวจสอบและประเมินผล คุณภาพและนำผลการตรวจสอบประเมินคุณภาพมาปรับปรุงพัฒนางานเพื่อให้มีคุณภาพมากขึ้น

1.4 จัดโครงสร้างองค์การ (Structure) ที่มีการกระจายอำนาจ การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานที่คล่องตัวเอื้อต่อการปฏิบัติงาน

1.5 กำหนดกฎระเบียบและข้อปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้พยาบาลรับทราบและ ปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Conformity) อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

1.6 การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล (Reward) เป็นการจูงใจโดยกล่าวคำยกย่อง ชมเชยเมื่อบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและแจ้งให้ ผู้ปฏิบัติงานทราบ

1.7 มอบหมายงานที่เหมาะสมกับหน้าที่แต่ละตำแหน่งของแต่ละบุคคล

1.8 เรียนรู้จากความผิดพลาด (Trial and Error) เปิดโอกาสให้พยาบาลเรียนรู้ จากความผิดพลาด หรือแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติ เมื่อพยาบาลปฏิบัติงานผิดพลาด จะไม่ถูกลงโทษ ถูกตำหนิ หรือมีผลกระทบต่อน้ำที่ทำงาน

1.9 มีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์การ (Loyalty) และมีคุณค่าในตัวเอง

1.10 มีการสนับสนุนการปฏิบัติงาน (Working Supportive) โดยพยาบาลได้รับการ อำนาจความสะดวกด้านวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริหารยา และงบประมาณในการ จัดอบรม

1.11 ผู้นำองค์การได้รับความไว้วางใจ (Warmth) จากผู้ร่วมงาน และสามารถขอคำปรึกษาได้เมื่อมีปัญหา

1.12 สนับสนุนให้พยาบาลมีการทำงานเป็นทีม (Teamwork) มีความเอื้อเฟื้อ แบ่งปันในทีมงาน พร้อมทั้งจะเผยแพร่และให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่กัน มีความรู้สึกเป็น เจ้าของต่อทีมงาน เต็มใจ และเสียสละเพื่อความสำเร็จของทีม

2. บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน (Safety Climate) เป็นความรู้สึกร่วม ของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ตามแนวคิดเชิงระบบที่มีลักษณะการทำงานที่ไม่เน้นการลงโทษ หรือตำหนิตัวบุคคล มีการสื่อสารที่เปิดกว้างบนพื้นฐานของความเชื่อใจซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างอิสระ และมีการรับรู้ร่วมกันถึงความสำคัญของความปลอดภัย ตลอดจนมีความมั่นใจในประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันความปลอดภัย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) โดยมีการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อแก้ไขและป้องกันในอนาคต โดยมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2547; Academy of Medical-Surgical Nurses, 2003; Etchell & Baker, 2002)

- 2.1 การรายงานอุบัติการณ์ เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทุกชนิด โดยผู้รายงานต้องรายงานด้วยความสมัครใจ
- 2.2 นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา
- 2.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ และประเมินความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาโดยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเรียนรู้จากความคลาดเคลื่อนในอดีตเพื่อนำมาแก้ไข และหามาตรการป้องกันในอนาคต
- 2.4 ประเมินระดับ และจำนวนของบุคลากรพยาบาลว่ามีเพียงพอในการปฏิบัติงานหรือไม่
- 2.5 จัดอบรมให้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และอบรมซ้ำในเรื่องแนวทางปฏิบัติการบริหารยา เนื่องจากทักษะการบริหารยาเป็นทักษะพื้นฐานของพยาบาลทุกคน
- 2.6 ประเมินผลนโยบาย และแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะเกิดความปลอดภัยมากที่สุด
- 2.7 เพิ่มความตระหนักของบุคลากรพยาบาลในเรื่องของความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาจากยา
- 2.8 ประเมินศักยภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาล เช่น เทคนิคการบริหารยา และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลสม่ำเสมอ
- 2.9 จัดสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในหน่วยงาน

2.10 นำเทคโนโลยีมาใช้ในองค์กร เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดความคลาดเคลื่อนทางยา

ดังนั้นผู้นำองค์กรพยาบาลต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความเข้าใจลักษณะงาน ความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองของพยาบาลต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการมองว่าเป็นสิ่งเลวร้าย ถูกตำหนิ มาเป็นระบบและกระบวนการปฏิบัติงานภายใต้บริบทของการให้คุณค่าและเจตคติด้านบวก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2546) จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานของวูล์ฟ และ เซอร์เรมบัส (Wolf & Serembus, 2004) พบว่า เหตุผลที่พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา เพราะกลัวปฏิกิริยาจากผู้บริหารและผู้ร่วมงาน ซึ่งพยาบาลหลายคนอ้างว่ากลัวผู้บริหารมากที่สุด เนื่องจากกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานและคิดว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่สำคัญ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจเมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ที่เกือบพลาดและไม่เชื่อว่าการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจะสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ความรู้สึกเหล่านี้ของพยาบาลอาจจะลดน้อยลง ถ้ามีการปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานและระบบการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนเปลี่ยนแปลงเจตคติ และค่านิยมของพยาบาลและผู้บริหาร เพราะหากผู้บริหารและพยาบาลผู้ปฏิบัติ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จะทำให้มีเจตคติทางบวก ส่งผลให้มีบรรยากาศการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการสร้างความเข้าใจ การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะตัวของบุคลากรไปสู่การสร้างระบบ และกระบวนการทำงานบนพื้นฐานความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2546)

3. บรรยากาศการทำงานเป็นทีม (Teamwork Climate) เป็นความรู้สึก ความเชื่อหรือความคิดเห็น ของพยาบาลต่อการทำงานเป็นทีม เป็นลักษณะที่มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในด้านการบริหารยาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยต่างเห็นคุณค่าเข้าใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แก้ไขปัญหาและมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน โดยยึดหลักมาตรฐานวิชาชีพ (ยุพิน อังสุโรจน์ และ บุญบา ประสารอติคม, 2544) และแบ่งปันทรัพยากรซึ่งกันและกัน (Muchinsky, 2000)

4. การยอมรับความเครียด (Stress Recognition) เป็นความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อสภาพการทำงาน และประเมินว่างานนั้นคุกคามต่อความเชื่อมั่นในตนเอง หรือเกินขีดความสามารถของตน (Coming, 1994) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือ ได้รับความกดดันจากการทำงานจนเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพจิตไม่ดี (Cooper & Marsall, 1978 อ้างถึงใน ศุภรา เนื่อทอง, 2544) ในการปฏิบัติการ

บริหารความเสี่ยง ด้านความคลาดเคลื่อนทางยานั้น ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ เพราะการบริหารยาเป็นลักษณะงานที่มีความซับซ้อน และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรหลายฝ่าย และเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้ตลอดเวลา สาเหตุของความเครียดในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้หลายสาเหตุ ดังต่อไปนี้

4.1 การขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลมีภาระงานมาก และต้องทำงานให้เสร็จทันเวลา ทำให้ผลการปฏิบัติงานบกพร่องส่งผลให้เกิดความเครียดได้ (Carnvale, 1994)

4.2 การมีชั่วโมงการทำงานที่นานเกินไป หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน (Gilbert, 2002) ตลอดจนสถานที่ปฏิบัติงานที่มีความแออัด อุณหภูมิในที่ทำงานร้อน เย็นจนเกินไป เสียงดัง แสงสว่างมากหรือน้อยเกินไป

4.3 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี มีความขัดแย้ง หรือการสื่อสารที่บกพร่องจากการศึกษาพบว่าความขัดแย้งกับแพทย์เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้พยาบาลมีความเครียด (Carnvale, 1994)

4.4 บุคลิกภาพที่แตกต่างกันของพยาบาล คนที่มีบุคลิกภาพในการปรับตัวสูง มีความมั่นคงและความเชื่อมั่นในตัวเองสูง จะสามารถปรับตัวสูงและเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีกว่าคนที่มีบุคลิกภาพในการปรับตัวต่ำ หรือคนที่มีความคาดหวังสูง แต่มีความสามารถน้อยอาจเกิดความผิดหวังในการทำงาน และส่งผลให้มีความเครียดได้ (วิไล สถิตย์เสถียร, ม.ป.ป.)

4.5 ประสบการณ์ในอดีต ทำให้พยาบาลมองสถานการณ์แตกต่างกัน ตามผลที่เคยได้รับทั้งทางบวกหรือลบ หรือตามความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน

4.6 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หรือไม่ได้รับการแนะนำงาน หรือไม่มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้พยาบาลมีความเครียดได้ (Grey, 1996)

ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องศึกษาผลกระทบของความเครียดจากการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล จัดให้มีโปรแกรมการบริหารความเครียดให้แก่พยาบาลอย่างเหมาะสม วัดระดับความวิตกกังวลของพยาบาลก่อนและหลังจากการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีความตั้งใจปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้น แต่ทำให้มีความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Davidhizar & Lonser, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาลที่ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ซึ่งส่งผลให้มีเจตคติที่ดีต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง (Gershon et al., 2000) ได้แก่

1. ผู้บริหารระดับสูงส่งเสริม สนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน เพื่อความปลอดภัย และปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักและยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการที่มีโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง

2. บุคลากรพยาบาลไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง

3. สถานที่ปฏิบัติงานมีความสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อย

4. มีความขัดแย้งในการทำงานน้อยที่สุด และสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลมีประสิทธิภาพ

5. ผู้บริหารทางการพยาบาลมีการสะท้อนกลับถึงผลของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ที่กระทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

6. มีอุปกรณ์เครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ เพื่อป้องกันความปลอดภัยในการบริหารยาอย่างเพียงพอ มีวิศวกรหรือช่างเครื่องมือแพทย์ ควบคุมดูแล และบำรุงรักษา

7. มีลักษณะการทำงานที่มีการให้อภัยต่อความผิดพลาด ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกสนุกกับงาน และสามารถพัฒนาศักยภาพในการทำงานได้ดี (Lovgren, Rasmussen, & Engstrom, 2002)

8. มีอัตรากำลังเพียงพอ ไม่เกิดภาวะเครียดหรือเหนื่อยหน่ายจากภาระงานที่มากเกินไป และมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม และพยาบาลไม่รู้สึกว่าขาดอิสระในการทำงาน (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002)

จึงสรุปได้ว่า เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยานั้น หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการบริหารยา โดยมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวคิดเชิงระบบที่ไม่มีการกล่าวโทษหรือ หาตัวผู้กระทำผิด หรือการตำหนิตัวบุคคล และส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างอิสระ กล้าแสดงความคิดเห็นและรายงานอุบัติการณ์ความความคลาดเคลื่อนทางยาโดยไม่กลัวการถูกลงโทษ

สำหรับการวัดเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยานั้นทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเจตคติเป็นพฤติกรรมภายในที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ซึ่งตัวเองเท่านั้นที่ทราบ จึงไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถทำได้โดยการสังเกต การให้รายงานตนเอง และเทคนิคการฉายออก (กาญจนา มณีแสง, 2545) ซึ่งสามารถสังเกตจากพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา แล้วนำข้อมูลที่สังเกตนั้นไปอุปมาว่ามีเจตคติเป็นอย่างไร หรือให้รายงานตนเองโดยการตอบแบบสอบถามตามความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่มีต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยเพื่อกำหนดระดับของเจตคติ ส่วนเทคนิคการฉายออกเป็นวิธีวัดเจตคติโดยการสร้างจินตนาการจากภาพ โดยใช้ภาพเป็นตัวกระตุ้นให้แสดง

ความคิดเห็นออกมา จะได้สังเกต และวัดความรู้สึก

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดเจตคติโดยการให้รายงานตนเอง และโดยสร้างเครื่องมือตามวิธีการของลิเคิร์ท เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีวิธีการสร้างที่ง่าย ที่ไม่ยุ่งยาก มีความเชื่อมั่นสูงกว่าแบบอื่น และใช้ได้ดีในกรณีที่ต้องการเปรียบเทียบเจตคติระหว่างกลุ่ม หรือภายในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นแบบวัดเจตคติของบุคคลที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด โดยกำหนดข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด ถามความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็น ของพยาบาลตอบรรยากาส การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โดยแบ่งการวัดออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติตอบรรยากาสการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

ในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องครบถ้วน ปลอดภัยจากการใช้ยา และทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ปัจจัยสำคัญได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการทำงาน การได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง

แผนกที่ปฏิบัติงาน

แผนกที่ปฏิบัติงาน เป็นส่วนของงานบริการในโรงพยาบาลที่แบ่งตามกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตามลักษณะความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่หลากหลายและแตกต่างกัน (Sparacino, Cooper, & Minarik, 1990) ซึ่งมีแผนกการพยาบาล (Department of Nursing) เป็นแผนกที่ใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาล ที่ต้องให้การดูแลและรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแล ของผู้ป่วย และจัดสรรให้มีบุคลากรพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะเฉพาะตามอาการแสดง และความรุนแรงของความเจ็บป่วย เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดประโยชน์สูงสุด ไม่มีข้อบกพร่องผิดพลาดที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงแผนกที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น

แผนกการพยาบาลแบ่งตามลักษณะของการให้บริการพยาบาล ดังต่อไปนี้ (Ellis & Hartley, 1998; Rowland, 1984)

1. อายุรกรรม (Medical Unit) ให้บริการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย หรือ มีการติดเชื้อ และมีข้อบ่งชี้ว่าได้รับการรักษาโดยการให้ยา

2. ศัลยกรรม (Surgical Unit) ให้บริการผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดใน 4 ลักษณะ คือ
 1) มีพยาธิสภาพที่มีการทำลายเนื้อเยื่อทำให้เกิดบาดแผลทั้งที่ส่วนผิวหนังตลอดไปจนถึงอวัยวะภายใน มีการตัดทำลายผนังหลอดเลือด และตกเลือดได้ 2) มีการรื้อทะลุของอวัยวะภายในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น แผลกระเพาะอาหารทะลุ 3) มีการอุดกั้นที่มีผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนนั้น ๆ เช่น นิ้วในถุงน้ำดี 4) มีก้อนหรือเนื้องอก ผิดปกติทำให้ขัดขวางการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในระยะแรกแพทย์มักจะงดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ

3. กุมารเวชกรรม (Pediatrics Unit) ให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็ก เด็กแรกคลอดที่แยกมาจากมารดาในแผนกสูติกรรม ให้การพยาบาลเด็กป่วยตามพัฒนาการของเด็ก ให้ความรู้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็ก เกี่ยวกับประโยชน์ ชนิด วิธีการให้ยา การออกฤทธิ์ การตอบสนองต่อยา แต่ละชนิด นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความแม่นยำในการคำนวณยา มีทักษะและจิตวิทยาสูง (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2547)

4. สูติกรรม (Obstetrics Unit) ให้บริการดูแลและสังเกตอาการมารดาก่อนคลอด ดูแลความสุขสบายในระยะคลอด ช่วยทำคลอด ดูแลมารดาและสอนให้มารดาสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ หลังจากกลับบ้าน พยาบาลจะต้องมีทักษะเฉพาะ

5. ผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) ให้บริการผู้ป่วยในที่มีอาการรุนแรงจากการได้รับบาดเจ็บ หรือหัวใจเต้นผิดปกติ จะต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาแพงช่วยในการดูแล มีจำนวนพยาบาลที่ดูแลมากกว่าแผนกอื่น และพยาบาลต้องใช้ทักษะในการดูแลสูง ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นยาเฉพาะโรค ที่ต้องการติดตามอาการจากยาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

6. อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Unit) ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน จากอุบัติเหตุ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และภาวะที่คุกคามชีวิต เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก ซึ่งได้รับการรักษาเบื้องต้น ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วย จะต้องได้รับยาที่รีบด่วนและรวดเร็ว

7. แผนกบริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Patient Department: OPD) ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่ไม่ต้องการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือคาดว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง ให้บริการผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ไม่มีอาการเฉียบพลัน สอนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือนัดให้มาพบแพทย์ในครั้งต่อไป (Pinkney-Atkinson & Robertson, 1993) สำหรับในเรื่องนี้มักเป็นผู้ป่วยที่นัดมาติดตามประจำวันและต้องสังเกตอาการที่เกิดจากผลของยา

จะเห็นได้ว่าในแต่ละแผนกในการปฏิบัติงานของพยาบาล ต้องให้บริการตามลักษณะ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลากหลายและแตกต่างกัน ส่งผลทำให้มีการทำงานแตกต่างกันตาม สภาพแวดล้อมในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ความตึงเครียดในขณะปฏิบัติงาน เช่น ในหน่วยผู้ป่วยหนักที่พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือภาวะใกล้ตาย จะต้องมีการบริหารยาด้วยความเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดที่แตกต่างจากแผนกอื่น ๆ (Grey, 1996) ดังนั้น หากโรงพยาบาลขาด แนวทางปฏิบัติในเรื่องการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จะส่งผลให้พยาบาล ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาแตกต่างกันได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า สถานที่ปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกันทำให้พยาบาลมีความเครียดในการทำงานแตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวล และมีการรับรู้ความเครียดน้อยกว่าหน่วยที่ไม่ใช่ ผู้ป่วยหนัก (Patrick, 1979)

ประสบการณ์การทำงาน

ประสบการณ์ที่ใช้ในทางการพยาบาลมีความหมายใน 4 มิติ (Watson, 1991) ได้แก่ มิติ แรกเป็นที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือเหตุการณ์เฉพาะ ที่อาจมีผลหรือไม่มีผลมาจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล มิติที่สองเป็นลักษณะช่วงของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการ พยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม มิติที่สามเป็นความรู้ ที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ทางคลินิกและความรู้จากทฤษฎี (Benner & Wrubel, 1982 cited in Benner, 1984) และมิติสุดท้ายเป็นความรู้ที่เกิดจากการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล (Nightingale, 1992 cited in Bobay, 2004)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาที่พยาบาล ปฏิบัติงาน โดยผสมผสานความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติงานในคลินิก มีการพัฒนาความคิด และพฤติกรรมกาปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ เบนเนอร์ (Benner, 1996) ได้อธิบายถึงความสามารถในการปฏิบัติการ พยาบาล ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ เนื่องจากความรู้ทางคลินิกเกิดขึ้นตลอดเวลาใน การทำงาน จึงมีผลทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่าง และแบ่ง ระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ จากน้อยไปหามาก ได้แก่

1. ระดับเริ่มต้นงานใหม่ หรือระดับอ่อนหัด (Novice) หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จ การศึกษาใหม่ หรือ พยาบาลที่ย้ายมาจากหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่คุ้นเคยมา ก่อน มีทักษะพื้นฐานในการบริหารยาเพราะได้รับการสอนตั้งแต่เป็นนักศึกษา แต่ขาดประสบการณ์ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่น ๆ และไม่คุ้นเคยกับยา จะทำงานตามมาตรฐานการ

ให้ยา แต่อาจจะปฏิบัติเร็วเกินไป หรือ ไม่เหมาะสม หรือ ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน (Davidhizae & Lonser, 2003) พยาบาลระดับนี้ต้องการพยาบาลพี่เลี้ยง หรือการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารยา และแนวทางการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ระดับความก้าวหน้าระดับต้น (Advanced Beginner) เป็นผู้ที่มิประสบความสำเร็จในการทำงานมาแล้วระยะหนึ่ง มีปฏิบัติงานในลักษณะของการให้การดูแลผู้ป่วยตามอาการ หรือ อาการแสดงที่ปรากฏ เพียงเพื่อรักษาสถานะของผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง ขาดการจัดลำดับความสำคัญของงาน และขาดความยืดหยุ่น มีความต้องการการชี้แนะ ช่วยเหลือและการสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ

3. ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) มีการวางแผนการพยาบาลในระยะยาว เรียนรู้วิธีการจัดการกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง สามารถนำเอาความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มุ่งสนใจทำงานให้ทันเวลา คำนึงถึงมาตรฐานการปฏิบัติงาน แต่ยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์สถานการณ์ สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานได้ดีขึ้น มักรู้สึกว่าคุณเองมีความรู้มาก แต่ความจริงแล้วยังไม่มีความรู้มากนัก

4. ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) มีความสามารถมากขึ้น มองสถานการณ์ความเสี่ยงในลักษณะองค์รวม มีการตัดสินใจที่ดี สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงได้ดี

5. ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก มีความเข้าใจ มีทักษะในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นอย่างดี สามารถคาดการณ์ ประเมินระดับ และความรุนแรงของความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ไม่ผิดพลาดหรือคลุมเครือ ไม่ยึดติดกับกฎเกณฑ์ ปฏิบัติตามความรู้สึก และประสบการณ์ สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงานทั้งด้านการปฏิบัติงานและด้านวิชาการ

จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การทำงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน โดยบุคคลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยมักไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และในขณะที่ผู้ที่มีประสบการณ์การมากกว่าสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่า (ชุดิมา จัตุรรุ่ง, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ เคิร์ก และนิโกร และนิโกร (Kirk, 1981; Nigro & Nigro, 1984) กล่าวคือ ผู้ที่มีประสบการณ์มากมักมีโอกาสเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มาก ทำให้คนกล้าคิด กล้าตัดสินใจเมื่อเผชิญปัญหาอีกทั้งช่วยให้บุคคลจินตนาการได้กว้างไกล รอบคอบมีเหตุผลมากขึ้น ตลอดจนสามารถเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม เมื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลในสถานการณ์จริง พบว่า พยาบาลมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่เท่ากัน จึงมีผลให้มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน โดยที่พยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้คำปรึกษา คาดการณ์ล่วงหน้า และบริหารจัดการในภาวะวิกฤตได้ดีกว่า

พยาบาลระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Brook, 2003) เพราะการจัดการส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์ (เสนาะ ดิยาว, 2546) และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า มีการเรียนรู้ จัดลำดับความสำคัญ วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน การพยาบาลได้ดีทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Gumberg, 1996) เพราะมีความเข้าใจความเสี่ยงได้ลึกซึ้งกว่า สามารถวินิจฉัยปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีการบริหารความเสี่ยงได้ดีกว่า ในทำนองเดียวกันกับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยานั้นพยาบาลนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาแล้ว ยังต้องมี ทักษะการจัดการด้านเทคนิค มนุษยสัมพันธ์ และด้านความคิด (พะยอม วงศ์สารศรี, 2542) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ แต่ก็มีแนวคิดในเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลที่ขัดแย้งกัน ซึ่งคอฟเนอร์และชอร์ (Kovner & Schore, 1998) ได้อธิบายประสบการณ์ ของพยาบาลว่า เมื่อพยาบาลที่มีประสบการณ์มากย่อมมีความรู้มากขึ้น มีหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น เช่น ต้องรับผิดชอบปฏิบัติงานในบทบาทของผู้สอนและผู้บริหาร มีผลให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงน้อยลง และการศึกษาที่พบว่าพยาบาลในแผนกเด็กที่มีประสบการณ์การทำงานมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น แต่ไม่สามารถคำนวณขนาดยาได้ดี (Bayne & Bindler, 1988 cited in Armitage & Knapman, 2003; Perlstien et al., 1979) ส่วนในเรื่องการบริหารความเสี่ยง พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความผิดพลาดจากการทำงานไม่แตกต่างกัน (Bjork & Kirkevold, 1999)

การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง

การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นการอบรมระหว่างทำงาน (In-service training) เพื่อพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และมีทักษะหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) โดยคาดหวังว่าพยาบาลจะสามารถ ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับสภาพการทำงานในองค์กร (สุภาพร พิศาลบุตร และ ยงยุทธ เกษสาคร, 2545) การจัดอบรมนั้นอาจจะกระทำเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือทั่วทั้งองค์กรซึ่งมักจะใช้ระยะเวลาสั้นกว่าการศึกษาปกติ ตั้งแต่ 3 ชั่วโมง จนถึง 4 เดือน (นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี (รัชณี สุจิจันทร์รัตน์, 2546) คือ

1. การอบรมในเวลาปฏิบัติงาน (On the Job Training) เป็นการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ ให้พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้เดิม หรือความรู้ใหม่โดยการฝึกปฏิบัติ ทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานตามปกติ โดยมีพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าเป็นผู้ควบคุมดูแลและให้คำปรึกษา

2. การอบรมนอกเวลาปฏิบัติงาน (Off the Job Training) เป็นการอบรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นทางการ อาจเป็นลักษณะของความรู้ทั่วไป หรือความรู้เสริมประสบการณ์ในการปฏิบัติการ

บริหารความเสี่ยง โดยหน่วยงานหรือสถาบันที่มีหน้าที่จัดอบรม มักจัดในห้องประชุม หรือห้องอบรม ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีเวลาในการเรียนรู้อย่างเต็มที่ และจะต้องนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้ดี จำเป็นต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (Swanburg, 1996) เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และการจัดอบรมการบริหารความเสี่ยงให้แก่แพทย์และพยาบาล จะช่วยลดคดีฟ้องร้องลงได้ (Hudson, 1991) นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงมีพฤติกรรมการให้ยาคีขึ้นและมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพขึ้น (จันทร์พร ยอดยิ่ง และทองสุกข์ บุญเกิด, 2544; ชวไล ชุ่มคำ, 2545) โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าพยาบาล ที่ได้รับการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ (Rae & Berman, 2004) เพราะสามารถวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ได้ดีกว่า (Maria, 1983)

จะเห็นได้ว่าการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ มีเจตคติที่ดี ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุม ซึ่งเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การปฏิบัติ และเจตคติก็พบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้จะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน ส่วนเจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ เชื่อกันว่าเจตคติมีผลต่อการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคล ในขณะที่เดียวกัน การแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อเจตคติด้วย (ล้วน สายยศ, 2543) ซึ่งชวาคซ์ (Schwartz, 1975 อ้างถึงใน วราภรณ์ เขม โขติกร, 2541) ได้ศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของบุคคล มี 4 รูปแบบ ดังนี้ คือ

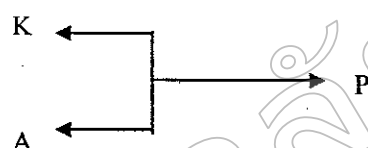
1. การปฏิบัติ (Practice: P) จะเป็นไปตามเจตคติ (Attitude:A) และความรู้ (Knowledge: K) ที่บุคคลมี โดยเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ คือ เจตคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกตามเจตคตินั้น และเจตคติจะเกิดจากการปฏิบัติและเกิดจากความรู้ตามมาได้



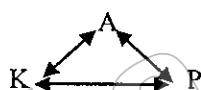
2. การปฏิบัติที่เกิดจากความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ หรือความรู้กับเจตคติมีผลร่วมกันก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และเจตคติได้



3. ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติและการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้และเจตคติ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้ มีผลต่อการปฏิบัติทั้งตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตคติก่อนแล้วการปฏิบัติเกิดขึ้นตามเจตคตินั้น และการปฏิบัติก็มีผลต่อความรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นกัน



จากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ จึงสรุปได้ว่าการที่พยาบาลมีความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์การทำงาน หรือการอบรม จะส่งผลให้พยาบาลมีเจตคติที่ดีเรื่องการบริหารความเสี่ยงและสามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้ถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุมในความเสี่ยงทุกด้าน โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สำคัญยิ่งในการปฏิบัติกรพยาบาล

จึงสรุปได้ว่า การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงนั้นพยาบาลผู้ที่อบรมจะต้องผ่านประสบการณ์การทำงานมาแล้วระยะหนึ่ง มีความต้องการและสนใจที่จะอบรมเพื่อนำความรู้มาประยุกต์ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (Jane, 1989) ทำให้มีการเชื่อมโยงความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่กับความรู้เดิม โดยบูรณาการความรู้กับประสบการณ์การทำงาน และเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต (ทัศนา บุญทอง, 2547) จนเกิดความจำที่เรียกว่าความจำระยะยาว (Long-Term Memory) ซึ่งเป็นความสามารถในการจำที่ไม่มีขีดจำกัดในเรื่องปริมาณและเวลา (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) ดังนั้นในการจัดอบรมจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ประสบการณ์ ความแตกต่าง

ระหว่างบุคคล และความสามารถในการเรียนรู้ของพยาบาลด้วย (Knowles, 1978 อ้างถึงใน นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546) และเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะและเจตคติต่อการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล สามารถให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546) สภาการพยาบาลจึงได้กำหนดพระราชบัญญัติวิชาชีพให้พยาบาลมีการต่ออายุในประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี (ทัศนา บุญทอง, 2547) ซึ่งแผนการพยาบาลก็มีนโยบายการอบรมที่สอดคล้องกับสภาการพยาบาล สำหรับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้กำหนดแผนดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงเป็นแผนปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ปี ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาการได้รับอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาของพยาบาลวิชาชีพ ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

ปี 2002 องค์การความปลอดภัยแห่งชาติ (National Patient Safety Foundation) ได้ทำการศึกษาและประเมินความจำเป็นในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) แพทย์ และพยาบาล พบว่าในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลนั้น มีปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งออกได้ดังนี้ (VanGeest & Cummins, 2003)

1. ด้านการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากระบบการใช้ยาในโรงพยาบาลเป็นระบบที่ซับซ้อนประกอบด้วยขั้นตอนย่อยต่าง ๆ มากมาย และมีการปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างบุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพ ไม่มีใครรับผิดชอบในเรื่องใดเรื่องอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในเรื่อง การสั่งยา การจ่ายยา และการให้ยา บุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในการทำงานร่วมกันนั้นจำเป็นต้องมีการประสานงานและการติดต่อสื่อสาร จากความซับซ้อนของระบบนี้เอง จึงเป็นผลให้เกิดการบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 แพทย์สั่งยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก เขียนหวัด ใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล คำสั่งที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาอ่านและทำความเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับยาตามเวลาที่กำหนด

1.2 การติดต่อสื่อสารและการประสานงานทั้งระหว่างพยาบาลวิชาชีพ กับผู้บริหารทางการพยาบาล แพทย์ และบุคลากรด้านการแพทย์กลุ่มอื่น ไม่มีความชัดเจนและไม่ทั่วถึง

1.3 หน่วยงานไม่มีแนวทางปฏิบัติในการสื่อสารคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ การรับคำสั่งปากเปล่า ในกรณีเหตุการณ์ฉุกเฉิน

2. ด้านนโยบาย ประกอบด้วย

2.1 โรงพยาบาลไม่มีนโยบายความปลอดภัยด้านยาที่ชัดเจน โดยเฉพาะระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นความลับ ส่งผลให้พยาบาลกลัวว่าการรายงานอุบัติการณ์จะมีผลกระทบต่องาน จึงมีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าจำนวนความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลในการแก้ปัญหาในเชิงระบบได้

2.2 โรงพยาบาลใช้ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตามบัญญัติหลักแห่งชาติที่มีการจัดแบ่งกลุ่มยาและการสั่งใช้ยาตามระดับความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญของแพทย์ เพื่อให้สามารถใช้อย่างคุ้มค่า แบ่งกลุ่มยาออกเป็น 17 กลุ่ม 5 บัญชีย่อย 629 รายการ (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2547) ทำให้มีชื่อยาคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้เกิดความสับสนในชื่อยา

2.3 ระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ไม่มีการสะท้อนผลการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่ามีโอกาสแก้ไข และมีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น ในอนาคตอย่างไร

2.4 โรงพยาบาลไม่มีนโยบายให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ยา ทำให้ญาติและผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ เช่น ชื่อยา ผลของยา อาการข้างเคียง การปฏิบัติตนเองในเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่สามารถสังเกตอาการที่เกิดจากยาได้ด้วยตนเอง ก่อนที่พยาบาลจะสังเกตเห็นหรือรับทราบอาการทำให้อาการรุนแรงขึ้น

3. ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน การที่มีวัฒนธรรมการตำหนิ หรือกลัวโทษ เมื่อมีผู้กระทำให้เกิด หรือการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้นเมื่อความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น จึงส่งผลให้ไม่มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจากกลัวการถูกลงโทษ (Fear of Punishment) กลัวผิดกฎหมาย ทำให้ไม่มีข้อมูล หรือมีข้อมูลน้อยเมื่อเทียบกับความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจริง (Cohen, 1999) เนื่องจากข้อมูลอุบัติการณ์เป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ปัญหา ดังนั้นการขาดข้อมูลที่ต้องการ ทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปได้ยาก

4. ด้านบุคลากรพยาบาล

4.1 ความรู้และความสามารถของในเรื่องการบริหารความเสี่ยงมีไม่เพียงพอ เนื่องจาก ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง หรือความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทั้งที่พยาบาลทุกคนเกี่ยวข้องกับการให้ยา จึงไม่สามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ครอบคลุม

4.2 ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Unavailability of Information) ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับยาและขาดข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาทั้งสองเป็นความคลาดเคลื่อนที่เป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย ร้อยละ 40 (Cohen, 1999) ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาบนพื้นฐานข้อมูลได้

4.3 มีภาระงานมาก เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลผู้ให้ยา ผู้รับคำสั่งการใช้ยาไม่ใช่คนเดียวกัน และผู้รับคำสั่งการใช้ยาไม่มีเวลาตรวจสอบยาที่เภสัชกรจัดมาให้ทุกครั้ง ในขณะเดียวกันจากภาระงานที่มากเกินไปทำให้พยาบาลมีความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ขาดคุณภาพในการปฏิบัติงานได้

4.4 ต้องทนกับวิธีการปฏิบัติงานที่แตกต่างไปจากคนทั่ว ๆ ไป (Tolerance of Individualistic Practices) เช่น การปฏิบัติงานในยามวิกาล เมื่อมีปัญหาในการใช้ยาในยามวิกาลไม่สามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาจากเภสัชกรได้ เนื่องจากในยามวิกาลมีผู้ช่วยเภสัชกรปฏิบัติงานแทนเภสัชกร หรือในกรณีที่แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่ตรงตามเวลา เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้เป็นบ่อย ๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ไม่สามารถปฏิบัติกรพยาบาลรวมทั้งการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5 ข้อจำกัดส่วนบุคคลของพยาบาลในการรายงานอุบัติการณ์ เช่น รู้สึกว่าการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์เป็นการเพิ่มภาระให้ตนเอง ไม่รายงานอุบัติการณ์เมื่อต้องลงชื่อผู้รายงาน (Crymko, 2003) รับรู้ว่าไม่ใช่หน้าที่พยาบาล ไม่เต็มใจรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ ไม่มีเวลา ไม่เห็นความสำคัญของการรายงาน ขาดความรู้เกี่ยวกับข้อดีของการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ (VanGeest & Cummins, 2003) ตลอดจนการไม่ไว้วางใจทีมสหสาขาวิชาชีพ

4.6 เคยชินกับการทำงานในรูปแบบเดิม และไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง เช่น พยายามที่จะอ่านและแปลคำสั่งจากลายมือที่อ่านยากหรือจากคำสั่งที่ไม่สมบูรณ์ โดยไม่มีมาตรการหรือวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2547)

5. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับยาบางชนิดเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง (Infrequent Occurrence of Events) หรือไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทำให้พยาบาลไม่สามารถนึกภาพความเป็นไปได้และสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ล่วงหน้าได้ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีประสิทธิภาพได้

6. สภาพแวดล้อมในหน่วยงาน

6.1 หอผู้ป่วยไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดเก็บยา เช่น ไม่มีตู้พร้อมกุญแจสำหรับเก็บยาเสพติดให้โทษ หรือไม่มีพื้นที่เก็บยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำวัน เนื่องจากในหอผู้ป่วยมีความแออัดจากการที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าจำนวนเตียงในหอผู้ป่วย ทำให้มีการเสริมเตียงทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย

6.2 ในหอผู้ป่วยไม่มีตำราการใช้ยาที่ทันสมัย เมื่อเกิดปัญหาในการใช้ยาไม่มีตำราจะใช้อ้างอิง นอกจากนี้ไม่มีข้อมูลเรื่องยาใหม่ ๆ เนื่องจากพยาบาลบางคนจบการศึกษามานาน ต้องการฟื้นฟูเรื่องยา (พวงเพ็ญ ชูณหปราง, 2538).

6.3 ในหอผู้ป่วยมีเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ (Infusion Pump, Syringe Pump) เพื่อช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการให้ยาไม่เพียงพอ เช่น ทำให้ไม่สามารถบริหารได้บางชนิด ได้ถูกต้องและแม่นยำ เช่น ยาแรงคลอด ยาเพิ่มหรือลดความดันโลหิต ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งยาเหล่านี้ถ้าให้มากหรือน้อยเกินไปทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 1,000 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพแก่ประชาชนส่วนเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดใกล้เคียง โดยเฉพาะจังหวัดพัทลุง ตรัง และกระบี่ ให้การรักษาโรคครบถ้วนทุกสาขา การรักษายาบาล การให้บริการผู้ป่วยในมีอัตราการครองเตียงในช่วงปี 2544 – 2547 ถึงร้อยละ 96.88 – 105.82 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร งานสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2547) นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนครศรีธรรมราชและตรัง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และนักศึกษาแพทย์จากศูนย์แพทย์ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ในส่วนของผู้ป่วยการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แบ่งออกเป็น งานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน งานผู้ป่วยอายุรกรรม งานผู้ป่วยศัลยกรรม งานผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก และผู้ป่วยหนัก จากลักษณะของการให้บริการ และสภาพการทำงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจึงอาจเกิดความเสี่ยงได้มากมาย เช่น ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุและตกเตียง การติดเชื้อ การผ่าตัดผิดตำแหน่ง การรักษาผู้ป่วยผิดคน ความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนมีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องในเรื่องการให้บริการ เป็นต้น

โรงพยาบาลได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพ ด้วยแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการปรับปรุงและเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือน เมษายน ปี 2545 เป็นต้น มา มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพสู่โรงพยาบาลศูนย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานระดับสากล เพื่อประชาชน โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โรงพยาบาลจึงมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยให้ความสำคัญของการบริหารและจัดการกับความ

เสี่ยง มีการตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน ให้
ความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ การปรับปรุงแก้ไขแบบรายงานอุบัติการณ์เพื่อให้เข้าใจง่าย
สะดวกในการบันทึก กำหนดให้หน่วยงานรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ร้อยละ 100 และกำหนด
แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับการสะท้อนกลับข้อมูลจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
กำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. ทบทวนอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายที่สำคัญเพื่อหาจุดอ่อนของระบบ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาแนวโน้มหรือค้นหาความเสี่ยง
3. เสนอแนะแนวทางป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง
4. ทบทวนเกี่ยวกับการดำเนินงานและประสิทธิผลของกลไกป้องกันและควบคุมความ
เสี่ยงที่มีอยู่

5. ร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในการค้นหาความเสี่ยง
ประเมิน และดำเนินการแก้ไขป้องกัน

6. สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
7. จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงทุก 3 เดือน เสนอผู้อำนวยการและคณะกรรมการ
อำนวยการบริหารโรงพยาบาล

8. ดำเนินการศึกษาหรือจัดทำโครงการอื่น ๆ ที่คณะกรรมการอำนวยการบริหาร
โรงพยาบาลหรือผู้อำนวยการมอบหมาย

สำหรับในเรื่องการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ยังไม่มีแนวทาง
การปฏิบัติในภาพรวมของระบบโรงพยาบาล เนื่องจากอยู่ในระหว่างการรวบรวมข้อมูล ดังนั้นใน
แต่ละหน่วยงานจึงกำหนดแนวทางปฏิบัติในส่วนหน่วยงานเองซึ่งมีความแตกต่างกันตามลักษณะ
ของงาน เช่น หน่วยงานอายุรกรรมซึ่งมีภาระงานมากมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยในช่วงเวลาราชการ
หรือ บางหน่วยงานใช้ระบบจ่ายยาภายใน 1 วัน (One Day Dose) หรือ ยานางชนิดมีการจ่ายแบบ
หนึ่งหน่วยขนาดใช้ (Unit Dose) หรือในบางหน่วยงานยกเลิกการใช้การดยา มีระบบการเก็บยา
ตำรอกายในหอผู้ป่วยซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตรวจสอบยาร่วมกับเภสัชกร นอกจากนี้ เริ่มมีการ
ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการสั่งและจ่ายยา เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัย พบว่ามีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการเนื่องความผิดพลาด
จากการทำงานเช่น การให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง อันตราย
จากอุปกรณ์การแพทย์ (Rainees, 2000) การติดต่อสื่อสาร สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายจากการ

ให้บริการเนื่องจากความประมาท การทำงานร่วมกัน ลักษณะของงานหรือผลิตภัณฑ์ นิสัยส่วนบุคคล ธรรมชาติของงาน เจื่อนใจทางเศรษฐกิจตลอดจนนโยบายขององค์กร (Vincent, 2001) ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงมีความสำคัญในการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในหน่วยงานหรือโรงพยาบาล โดยอาภา นิตยศักดิ์ (2533) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการจัดการและความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บริหารพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารพยาบาลให้ความสำคัญการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง โดยมีความเห็นว่าพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดทุกครั้ง และปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคการปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องบ่อยครั้ง ซึ่งผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางมีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงดีกว่าผู้บริหารระดับต้น ผู้บริหารที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารและมีประสบการณ์การบริหารมากกว่า มีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้บริหารที่ไม่ได้รับการอบรมด้านการบริหารและมีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า โดยผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงด้านเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องดีกว่าผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทย ส่วนภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ศึกษาเปรียบเทียบหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ทั้งที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านการกำจัดของเสียเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้งในด้านการจัดการความปลอดภัย ด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม และโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล มีการบริหารความเสี่ยงด้านการป้องกันอัคคีภัยได้มีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในขณะที่เดียวกันหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้มีประสิทธิภาพมากกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย และชะลอ น้อยเผ่า (2544) ศึกษาเรื่องการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติตามกระบวนการจัดการความเสี่ยงเป็นประจำ โดยที่หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งทางด้านการบริหารมากขึ้น สามารถปฏิบัติตามกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยงได้ดีขึ้น และพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการภาวะเสี่ยงในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.61 ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่พบน้อยที่สุด คือ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 49.52 สำหรับการศึกษาของ มาเรีย (Maria, 1983) พบว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมมีการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ได้

ดีกว่า และผู้ที่ได้รับการอบรมทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าที่ได้รับการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ (Rae & Berman, 2004)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดจากบุคลากร การติดต่อสื่อสาร และปัจจัยเชิงระบบ ซึ่งสมิธ และ คราวฟอร์ด (Smith & Crawford, 2002) ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาและความยุ่งยากในการมอบหมายงาน พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากพยาบาลจบใหม่ที่ยังปฏิบัติงานโดยขาดทักษะการสื่อสาร ขาดความมั่นใจใน และมีภาระงานมาก เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความคลาดเคลื่อนนั้นได้ ส่วน เมโย (Mayo & Duncan, 2004) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลจากสมาคมพยาบาลรัฐแคลิฟอร์เนีย ในเรื่องความปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้ว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจาก การอ่านลายมือแผนการรักษาของแพทย์ไม่ออก มีจิตใจอกแวก และเหนื่อยล้าจากการทำงาน โดยที่พยาบาลร้อยละ 46.6 เชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นทั้งหมดต้องรายงานอุบัติการณ์ การที่พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวผู้บริหารลงโทษและปฏิกิริยาจากผู้ร่วมงาน จึงทำให้จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจริงมีความแตกต่างจากข้อมูลในรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งแอนโทนาอว์ สมิธ และ ซิลเวอร์ (Antonow, Smith, & Silver, 2001) ได้สำรวจการเขียนอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าในช่วง 6 เดือนเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 171 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนที่ป้องกันได้ร้อยละ 62.0 เป็นลักษณะการให้ยาผิดชนิด และขนาด เมื่อกำหนดให้รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยไม่ต้องระบุชื่อผู้รายงานทำให้ มีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานใช้ประโยชน์จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ในการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา และเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบยาของโรงพยาบาล ส่วนรูดแมนและคณะ (Rudman et al., 2002) ศึกษาจากอุบัติการณ์ซึ่งเป็นเครื่องมือในการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกือบพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 2,700 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากที่สุด ร้อยละ 59.6 เภสัชกรร้อยละ 35.9 แพทย์ร้อยละ 4.5 เกิดความคลาดเคลื่อน 3 แบบ คือ ให้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 27.2 ลืมให้ยาร้อยละ 23.1 และให้ยาโดยไม่มีคำสั่งแพทย์ ร้อยละ 22.3 สาเหตุเบื้องต้นในการเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดจากการจ่ายยา และไม่ปฏิบัติตามแนวทางในการให้ยา ส่วนการศึกษาเรื่องผลจากการให้ยาของพยาบาล ผู้ให้ยาต่ออัตราความคลาดเคลื่อนทางยาของกรีน โกลด์ และคณะ (Greengold et al., 2003) ซึ่งทำการวิจัยเชิงทดลองในโรงพยาบาล 2 แห่ง คือโรงพยาบาลชุมชน (Academic Community Hospital on The West Coast) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (A University Teaching Hospital in the

Midwest) โดยการเปรียบเทียบการให้ยาแก่ผู้ป่วยระหว่างพยาบาลผู้ให้ยาและพยาบาลทั่วไป กลุ่มทดลองเป็นพยาบาลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา รับผิดชอบให้ยาแก่ผู้ป่วย กลุ่มควบคุมเป็นพยาบาลทั่วไปที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา แต่มีความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา โดยการสังเกตจากการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการใช้ยา และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ผลการวิจัย พบว่าความคลาดเคลื่อนเกิดจากพยาบาลผู้ให้ยาร้อยละ 15.7 จากพยาบาลทั่วไปร้อยละ 14.9 และจากพยาบาลผู้ให้ยาที่อยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากพยาบาลผู้ให้น้อยกว่าพยาบาลทั่วไปในหอผู้ป่วยศัลยกรรม แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างพยาบาลผู้ให้ยาและพยาบาลทั่วไปในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งบรู๊ค (Brook, 2003) ศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาและวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา เกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเดนมาร์ก ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย การคาดการณ์ล่วงหน้า การให้คำปรึกษา และด้านการจัดการกับภาวะวิกฤต มากกว่า มีผลทำให้มีความรู้ ความมั่นใจและสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าพยาบาลระดับเริ่มต้นงานใหม่

ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดในการให้ยาดังนี้ เดือนทิพย์ เชมมโอภาส, ชัชนาฎ ฌ นคร และนิตยา สมบัติแก้ว (2542) ศึกษาพฤติกรรม การให้ยาแก่ผู้ป่วย ของพยาบาลแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีการเตรียมยาและให้ยาโดยใช้การ์ดยาทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.1 และ 98.7 ตามลำดับ ภายหลังจากการให้ยามีการติดตามผลของการให้ยาทุกครั้ง แต่ไม่ได้บันทึกการให้ยา โดยที่อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ประสบการณ์ในการให้ยา และสถานที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรให้ยา ส่วนจันทร์พร ยอดยิ่ง และทองสุกข์ บุญเกิด (2544) ทำการวิจัยถึงทดลอง โดยศึกษาผลของการใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อประสิทธิภาพและพฤติกรรมกรให้ยาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม อุบัติเหตุชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงในการให้ยาสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมการให้ยาถูกต้อง มีความตระหนัก ความละเอียดรอบคอบ มีความรู้และทักษะ ในการให้ยาและสามารถประเมินกิจกรรมการให้ยาในขั้นตอนการตรวจรับแผนการรักษาของ แพทย์ การเตรียมยา การให้ยา และการบันทึกการให้ยา ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มที่ปฏิบัติการให้ยาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวไล ชุ่มคำ (2545) ที่พบว่ากรฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงทำให้ความสามารถ

ในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลเลิศจีนเพิ่มขึ้น สำหรับในด้านความสามารถของพยาบาลในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิด วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ห้องฉุกเฉิน หน่วยวิกฤติและหอผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าความสามารถในการจัดการระบบควบคุมต่าง ๆ ในองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่าและได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมและพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทย ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงของคูเปอร์ (Cooper, 2004) พบว่าพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีประสบการณ์การทำงาน และปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกันมีการรับรู้ถึงบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานแตกต่างกัน มีเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยง ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง และเจตคติต่อการอบรมเรื่องความปลอดภัยแตกต่างกันด้วย

จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นปัญหาในทางปฏิบัติที่สำคัญซึ่งจะต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยา และเกิดคุณภาพในบริการ เนื่องจากกระบวนการใช้ยาเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ป่วย เมื่อศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่าเกิดจากบุคลากร การติดต่อสื่อสาร และปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากที่สุด เพราะในการปฏิบัติงานจะต้องมีการติดต่อสื่อสาร และปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากนี้ยังพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากการจำยา การคำนวณยา การติดตามการให้ยา และการให้ยาซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาบาลทั้งสิ้น และเมื่อศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ตั้งแต่ระดับความรุนแรงเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง และมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของพยาบาล เช่น เมื่อพยาบาลกระทำให้เกิด

ความความเคลื่อนไหวทางยา มีความวิตกกังวล ความรู้สึกผิดและทุกข์ทรมานและขาดความมั่นใจในตนเอง (Gladstone, 1995)

จากการศึกษาการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมในเรื่องการบริหารความเสี่ยงจะช่วยให้ลดและจำกัดสิ่งที่เป็น ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ และพยาบาลที่ได้รับการอบรมจะทำให้พยาบาล มีความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดี สามารถปฏิบัติการบริการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อน ทางยาได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม แต่เนื่องจากพยาบาลมีลักษณะทางธรรมชาติที่แตกต่าง กัน จึงทำให้มีบุคลิกภาพ มีประสบการณ์ชีวิตและมีการเรียนรู้จากการทำงานที่แตกต่างกัน เป็นผล ให้พยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน โดยที่พยาบาลจบใหม่มีความมั่นใจในการ ปฏิบัติงานน้อย ไม่สามารถจัดการกับความคลาดเคลื่อนทางยาได้ดี และในขณะที่พยาบาลระดับ ผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้และมั่นใจในการจัดการความเสี่ยงได้ดีกว่าได้ดีกว่า เพราะสามารถคาดการณ์ ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ จึงสามารถหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต และให้คำปรึกษา แก่พยาบาลอื่นได้ นอกจากนี้การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้นั้น พยาบาลต้องมีความเชื่อมั่นในระบบการทำงานที่เน้นความความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และมีเจตคติที่ดีต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง ด้วย เพราะเจตคติเป็นความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็น ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะ ปฏิบัติตามความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็นที่ตนมี แต่ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะธรรมชาติของ งาน ประสบการณ์ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้น ในการปฏิบัติการบริหาร ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพนั้น จึงต้องมีการบริหารจัดการอย่าง ถูกต้อง เหมาะสม ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในหน่วยงาน หรือ โรงพยาบาล เพราะการบริหารความเสี่ยงที่ดีจะช่วยลดและป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้น ใน ขณะเดียวกันผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ลักษณะ ธรรมชาติของงาน มีการสร้างวัฒนธรรมในการทำงานเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่มุ่งเน้นความ ปลอดภัย ตลอดจนทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความ คลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล เพื่อจะได้หาแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานให้มี คุณภาพยิ่งขึ้น