



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

สาขา

พลศึกษา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to Prevention Behaviors for Medication Administration Errors of
Professional Nurses in Inpatient Wards of Medicine Department of Phramongkutkiao
Hospital, Bangkok

นามผู้วิจัย พันตรีหญิง พนมพร พฤทธิพงษ์พันธุ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรณิการ์ตัน บัญช่วยชนาสีทธิ, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ
หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to Prevention Behaviors for Medication Administration Errors of Professional
Nurses in Inpatient Wards of Medicine Department of Phramongkutklo Hospital, Bangkok

โดย

พันธุ์หึง พนมพร พุทธิพงศ์พันธุ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2554

พนมพร พุทธิพงษ์พันธุ์, พันตรีหญิง 2554: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปรินญาวิทยาสาตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชา
สุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์
กรณิการ์ตัน บุญช่วยชนาสิทธิ์, Ph.D. 95 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน
กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน
กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 142 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่าปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับ
การบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัย
ในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อน
ในการบริหารยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการ
บริหารยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Panomporn Prittpongpun, Maj. 2011: Factors Relating to Prevention Behaviors for Medication Administration Errors of Professional Nurses in Inpatient Wards of Medicine Department of Phramongkutklao Hospital, Bangkok. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Assistant Professor Karuntharat Boonchuaythanakit, Ph.D. 95 pages.

The purposes of this descriptive research were to determine factors relating to prevention behaviors for medication administration errors of professional nurses in Inpatient Wards of Medicine Department of Phramongkutklao Hospital, Bangkok. The samples were 142 professional nurses in inpatient wards of Medicine Department of Phramongkutklao Hospital. The research instrument was a questionnaire. Data Analysis was made for frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study were as follows: Predisposing factors namely, attitude and perception of severity of medication administration errors had relationship with prevention behaviors for medication administration errors at a .05 statistical significance level. However, knowledge of administration and knowledge of medication administration errors had no significance relationship with prevention behaviors for medication administration errors at a .05 statistical significance level. Enabling factors namely, existence of medication safety policy had significance relationship with prevention behaviors for medication administration errors at a .05 statistical significance level. On the other hand, training on medication administration and medication errors had no significance relationship with prevention behaviors for medication administration errors at a .05 statistical significance level. Reinforcing factors namely, receiving support from administrators, and receiving information from the organization and co-workers had significance relationship with prevention behaviors for medication administration errors at a .05 statistical significance level.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก ผศ.ดร.กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.อัจฉรา เสาวเฉลิม ประธานกรรมการสอบปากเปล่าขั้นสุดท้าย รองศาสตราจารย์ อลิสา นิตธรรม ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รวมถึงคณาจารย์ในสาขาสุศึกษา และสาขาเทคโนโลยีการศึกษาทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์ที่มีคุณค่าทำให้งานวิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พ.อ.ธนะพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ พ.ต.หญิง วรรณรัตน์ ใจเชื้อกุล และ พ.ต.หญิง วณิกนันท์ หัสดิน ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองศัลยกรรมที่ช่วยอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมทุกคนและทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ผู้ร่วมงานทุกท่านในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 18/2 เพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษาทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านกับผู้วิจัยอย่างดีตลอดมาคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แก่ คุณพ่อ คุณแม่ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้มีความรู้จนถึงปัจจุบันไว้ ณ ที่นี้

พนมพร พฤทธิพงษ์พันธ์

เมษายน 2554

สารบัญ

หน้า

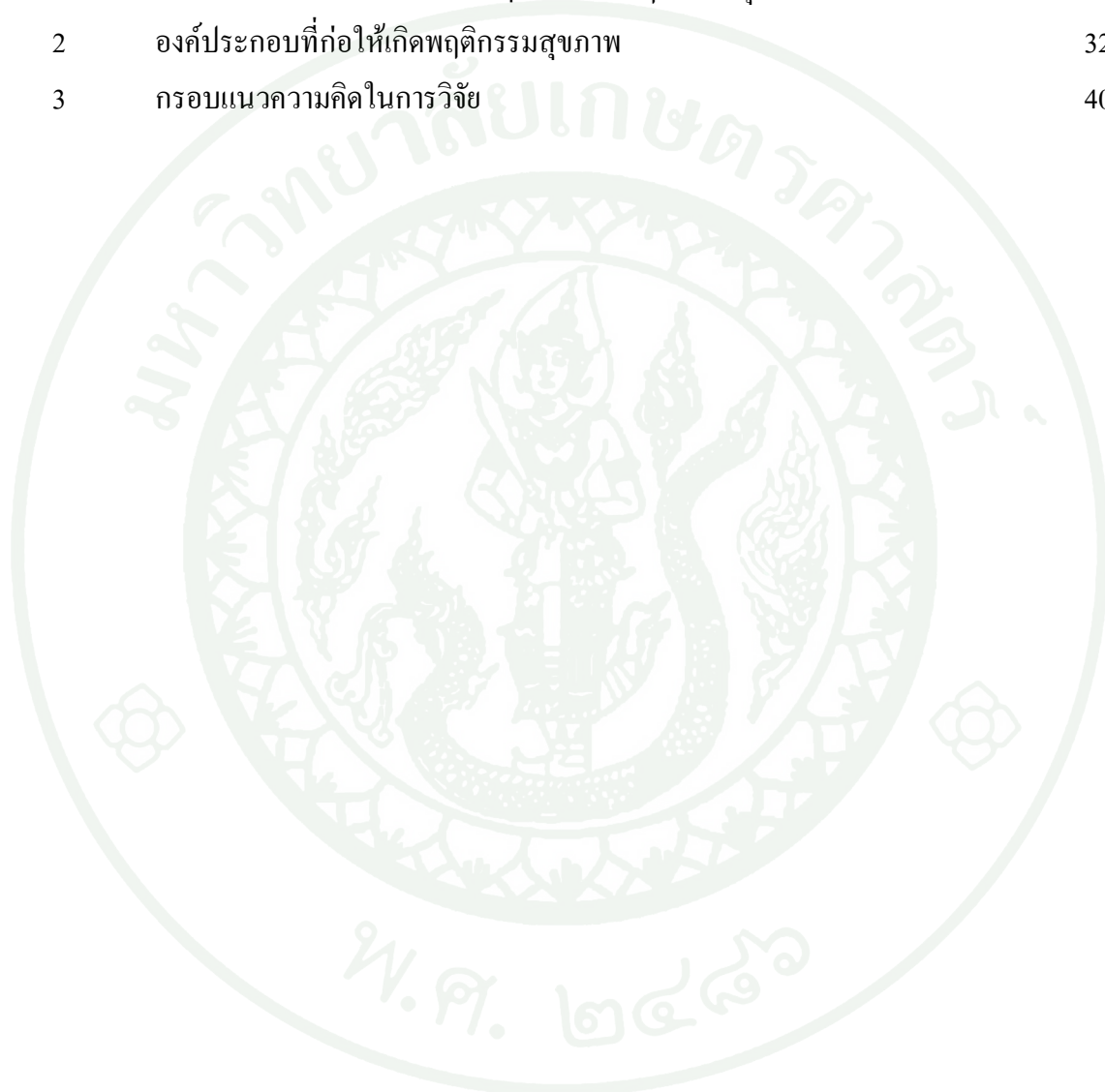
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	42
ผลการวิจัยและวิจารณ์	50
ผลการวิจัย	50
วิจารณ์	61
สรุปและข้อเสนอแนะ	66
สรุป	66
ข้อเสนอแนะ	69
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	71
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม	79
ภาคผนวก ข แบบสอบถามการวิจัย	81
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	95

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป	51
2	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	52
3	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	53
4	แสดงจำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	53
5	แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	54
6	แสดงจำนวนและร้อยละของนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา	54
7	แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยา	55
8	แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร	56
9	แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับข่าวสารในหน่วยงาน	56
10	แสดงจำนวนและร้อยละสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	57
11	แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	57
12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	58
13	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	59
14	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	60

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	30
2	องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ	32
3	กรอบแนวความคิดในการวิจัย	40



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to Prevention Behaviors for Medication Administration Errors of Professional Nurses in Inpatient Wards of Medicine Department of Phramongkutklao Hospital, Bangkok

คำนำ

ยา คือ สารอย่างหนึ่งที่ทำให้ผลต่อร่างกายและจิตใจ เป็นสารที่ตั้งใจใช้เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัย บรรเทา บำบัดหรือแก้ไข ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บในคนและสัตว์ ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญของมนุษย์ เช่นเดียวกับอาหาร ที่อยู่อาศัยและเครื่องนุ่งห่ม เมื่อเจ็บป่วยมนุษย์ก็จะใช้ยาเพื่อให้เกิดผลในการบำบัดรักษาอาการของโรคที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย ซึ่งจะได้ผลสมความมุ่งหมายถ้ายาที่ให้นั้นตรงกับโรครวมทั้งมีปริมาณ ระยะเวลาการให้และวิธีการให้ที่เหมาะสม ในกรณีที่ยามีปริมาณน้อยไปก็ไม่เพียงพอจะรักษาโรคให้หายขาดได้และยังทำให้เชื้อโรคดื้อยาเป็นเหตุให้ลำบากแก่การรักษาต่อไป แต่ถ้าปริมาณยามากเกินไปหรือให้ยาผิดก็อาจเกิดอันตรายจากพิษของยานั้นหรือจะกล่าวว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาของยานั่นเอง (สุพรรณ, 2549) กล่าวได้ว่ากระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยยานั้นซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรสุดท้ายของกระบวนการให้ยาที่จะถึงตัวผู้ป่วย กล่าวว่า หน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งเป็นหน้าที่ที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อชีวิตผู้ป่วย เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และทักษะในแทบทุกด้านของพยาบาลเพราะกิจกรรมการให้ยาแก่ผู้ป่วยมิได้จำกัดแคบๆอยู่เพียงการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องครบถ้วนเท่านั้นแต่ยังครอบคลุมไปถึงกิจกรรมทุกอย่างที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเต็มประสิทธิภาพตามเป้าหมายของการรักษาและเกิดอันตรายจากการใช้ยาน้อยที่สุด (ศิริพร, 2543)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก ระดับโรงเรียนแพทย์ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ทหารครอบครัวและประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยมีสาระสำคัญหรือจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพไม่ว่าจะเป็นการพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วย การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้และการใช้ทรัพยากร การบริหารทรัพยากรบุคคล

การจัดการความรู้ภายในองค์กร การประกันคุณภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและที่สำคัญเกี่ยวกับมิติของผู้รับบริการคือการบริหารความปลอดภัย (Patient safety) ไม่ว่าจะเป็นความปลอดภัยในกลุ่มโรคและหัตถการสำคัญ ความปลอดภัยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด รวมถึงการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการยา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เภสัชกรและพยาบาลร่วมกันดูแลให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งมอบยาที่ถูกต้องทุกกระบวนการให้แก่ผู้รับบริการ จากการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพบว่าการใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนในการใช้ยาของตัวยาเองและความผิดพลาดในขั้นตอนการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบยา การแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาจึงเป็นภารกิจหลักที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งนี้พบว่าองค์ความรู้ทางยาที่ครบถ้วนในมิติต่างๆ ความมีสมาธิ การบริหารยาตามระบบ เป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และเป็นเรื่องที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องรับทราบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยามากที่สุด (ธิดา, 2549)

การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา นอกจากมีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยหรือทำให้หายจากโรคที่กำลังประสบอยู่แล้ว จะต้องไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วยซึ่งการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากความคลาดเคลื่อนทางยา แม้ว่าบางครั้งความคลาดเคลื่อนทางยานั้นไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยแต่บางครั้งนอกจากจะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยแล้วยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอีกด้วย จากการศึกษาโดยRunciman *et al.* (2003) ที่โรงพยาบาลในประเทศ Australia พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นร้อยละ 40 มีสาเหตุจากยาและสามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและพิการขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้นเพิ่มค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น จากรายงานของ The Institute of Medicine ปี 1999 (Michael R. Cohen, 2007) พบว่าในอเมริกามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนประมาณ 44,000 ถึง 98,000 คนต่อปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดจากการใช้ยา กล่าวคือมีรายงานความผิดพลาดจากการใช้ยา 192,477 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยได้รับอันตราย 3,213 ราย มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 514 ราย และเสียชีวิต 20 ราย การศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกาปี1999 (เพ็ญจันทร์, 2546) พบว่าจากความคลาดเคลื่อนทางยา 94 คน มีการให้ยาผิดร้อยละ 42.6 ผิดชนิดร้อยละ 29.8 ผิดคำสั่งร้อยละ 29.8 ไม่ได้รับคำสั่งร้อยละ 28.7 คำฉันทายผิดร้อยละ 20 สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของสุชาติ (2544)ในเรื่องความ สัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ผลการศึกษาพบอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาร้อยละ 14.46 ผิดเวลาร้อยละ 26.67 ผิดอัตราเร็วร้อยละ 56 และผู้ป่วย

ไม่ได้รับยาร้อยละ 9.78 จากการศึกษาของ ศุภวรรณ (2551) ในเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในฝ่ายบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้แก่เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และระบบบริหารยาที่ยังไม่ชัดเจน และจากการศึกษาของสุรัชดา (2549) ในการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลราชวิถี ในผู้ป่วย 26 คนพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลมี 6 ครั้งร้อยละ 0.22 ประเภทของความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาที่พบบ่อยคือ ไม่ได้บริหารยาตามที่แพทย์สั่งร้อยละ 50.02 กลุ่มยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่คือยาโรคหลอดเลือดและหัวใจร้อยละ 50.02 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยามากที่สุดคือการไม่ตรวจสอบยากับบันทึกการให้ยาก่อนบริหารยาแก่ผู้ป่วยร้อยละ 66.66 แนวทางการแก้ไขความคลาดเคลื่อนคือแก้ไขกับพยาบาลโดยตรงร้อยละ 88.33

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิจานาด 1,200 เตียง โดยรับรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนรวมทั้งการรับปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาลอื่นๆทั่วประเทศ เป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมทั้งเป็นศูนย์ค้นคว้าวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ ตลอดจนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประกอบด้วยจำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วย จำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุดในโรงพยาบาล บริบทการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเน้นการรักษาด้วยยา ไม่ว่าจะเป็นยาให้ทางหลอดเลือด ทางปาก ตลอดจนยาเคมีบำบัดเป็นต้นสรุปอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปี 2552 พบว่ามีการให้ยาผิดรวม 697 ครั้ง เป็นการให้ยาผิดเวลา ร้อยละ 18.86 การให้ยาผิดขนาด ร้อยละ 18.58 ไม่ได้ให้ยาร้อยละ 18.15 และจากรายงานความเสียงสำคัญในเรื่องการบริหารยาผิดพลาดของกองอายุรกรรม ปี 2549 เกิดการบริหารยาผิดพลาด 62 ครั้งต่อปี ปี 2550 เกิดการบริหารยาผิดพลาด 42 ครั้งต่อปี ปี 2551 เกิดการบริหารยาผิดพลาด 92 ครั้งต่อปี จากเกณฑ์การประเมิน 0 ครั้งต่อปี ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอันจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ผิดพลาด เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการฟ้องร้อง ป้องกันการสูญเสีย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมปลอดภัย ซึ่งเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการผิดพลาดในการบริหารยานี้สามารถป้องกันได้

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารระดับกลางของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีหน้าที่กำกับดูแลให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในด้านการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมาตรฐานการให้ยาแก่ผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และเป็นส่วนหนึ่งในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีหน้าที่ร่วมวิเคราะห์ที่มาของปัญหา และปรับระบบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในมิติของความปลอดภัยในการบริหารยาจึงคาดหวังว่าการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมจะนำมาซึ่งประโยชน์ในการบริหารยาให้ถึงตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย อันจะนำไปสู่ความมีสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการและหายป่วยโดยเร็วพร้อมที่จะกลับไปดำรงชีวิตตามปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลหอผู้ป่วยในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยมีขอบเขตดังนี้

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 11 แห่ง ของกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างเดือนเมษายน 2553 – มกราคม 2554 จำนวน 142 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1. ปัจจัยนำ ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

1.2 ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1.3 ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1.4 การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

2.1 นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา

2.2 การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

3.2 การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน

3.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน

ตัวแปรตาม (Dependent variables)

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตัวแปรอธิบาย (Descriptive variables)

คือ ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. ประสบการณ์การทำงาน
5. รายได้
6. สถานที่ปฏิบัติงาน

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามปฏิบัติการของนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารยา

ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ความโน้มเอียงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผลที่จะเกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

นโยบายความปลอดภัยในการบริหารยา หมายถึง ระเบียบปฏิบัติการบริหารยาทางการพยาบาล หรือแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของคณะกรรมการการประกันคุณภาพการบริหารยาทางการพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางเดียวกันสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง การได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการที่มีเนื้อหาเรื่องการบริหารยาและ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จัดโดยกรรมการวิชาการทั้งของกองอายุรกรรมและของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร หมายถึง การได้รับความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ จากผู้บังคับบัญชาในด้านการปฏิบัติงาน

การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน หมายถึง การได้รับข้อมูล เรื่องต่างๆ ภายในหน่วยงาน
ทั้งจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน หมายถึง การร่วมงานกันของบุคลากรร่วมทีมพยาบาลที่
เกี่ยวข้องกับการบริหารยาได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบ
โรคศิลปะสาขาวิชาชีพการพยาบาล และปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการหอผู้ป่วย
ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หอผู้ป่วยใน หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า

พฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล
ในการบริหารยาที่ถูกต้องตามหลักการให้ยา 6 ประการ (6 Right) ได้แก่ ถูกตัวผู้ป่วย (Right patient)
ถูกชนิดยา (Right drug) ถูกขนาดยา (Right dose) ถูกเทคนิคที่ให้ (Right technique) ถูกทางที่ให้
(Right route) ถูกเวลา (Right time)

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อ พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ในกองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย
2. ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
3. แนวคิดเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
4. ระเบียบปฏิบัติการบริหารยาทางการพยาบาล กองการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. แนวคิด ทฤษฎี PRECEDE (PRECEDE Model)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย

การบริหารยาเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการ โดยทีมสุขภาพ โดยพยาบาลมักจะเป็นผู้ที่อยู่ในระดับสุดท้ายในกระบวนการ เพราะมักเป็นผู้ที่นำยาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีการเสนอแนะบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารยาหลายแห่งเช่น

1. แนวปฏิบัติ 10 ข้อ เพื่อประกันความปลอดภัยในการบริหารยา แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2544 และมีการปรับปรุงใหม่ในปี พ.ศ. 2545 โดยสภาแห่งชาติในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Council on Patient Information and Education, 2001, 2002) เพื่อให้พยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่บริหารยาใช้ในการสอนผู้ป่วย ดังนี้

1.1 การถามหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกแพทย์ทราบเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ในปัจจุบันรวมถึงยาที่แพทย์ท่านอื่นสั่งจ่าย

1.2 การแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยา หรือปฏิกิริยาตรงข้ามของยาที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่จะรับยาใหม่จากแพทย์

1.3 การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาทั้งหมดที่แพทย์สั่งในภาษาที่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ

1.4 การตรวจสอบความชัดเจนของฉลากยาก่อนรับยาใหม่จากเภสัชกร

1.5 การจดบันทึกสิ่งที่เรียนรู้จากแพทย์ เภสัชกร ผู้ป่วยควรจะถามหรือพูดคุยในเรื่องที่วิตกกังวลกับแพทย์หรือเภสัชกร ในการมารับการตรวจตามนัด ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลสุขภาพมีความพร้อมในการบอกข้อมูลเกี่ยวกับยาและการดูแลผู้ป่วย

2. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในการบริหารยา จากการทบทวนเอกสาร ตำราที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่ามีข้อความแสดงบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาหลายแห่งเช่น แนวคิดและหลักการพยาบาล: เล่ม 2 เขียนโดย อภิญา (2540) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ชักประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยาทุกครั้ง

2.2 ประเมินภาวะของผู้ป่วยก่อนให้ยา ประกอบด้วยการประเมินภาวะความเจ็บป่วย สถานภาพปัจจุบัน จุดประสงค์ของการให้ยาและทางที่ให้ยานั้น เพื่อจะได้สังเกตอาการหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาได้ถูกต้อง

2.3 การคำนึงถึงความถูกต้องในการบริหารยา 6 ประการ

2.3.1 ตรวจสอบความถูกต้องทั้ง 6 ประการ

2.3.2 ขณะจัดยา ต้องอ่านชื่อยา 3 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อจะหยิบขวดยา ครั้งที่ 2 ขณะรินยาหรือหยิบยาและครั้งที่ 3 เมื่อวางขวดยา เพื่อให้แน่ใจว่าหยิบยาถูกต้อง

2.3.3 บริเวณที่จัดยาต้องสะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ

2.3.4 พยาบาลต้องมีสมรรถนะเตรียมยาและให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรพูดคุยขณะเตรียมยาและผู้ป่วยให้ยาควรเป็นคนเดียวกัน เพื่อป้องกันความสับสนผิดพลาด

2.3.5 บริหารยาแก่ผู้ป่วยถูกคน โดยถามชื่อผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยชื่ออะไร นามสกุลอะไร หรือดูจากแถบป้ายที่สวมที่ข้อมือผู้ป่วย

2.3.6 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกขนาด ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องหน้าพยาบาล ไม่วางยาทิ้งไว้ข้างเตียงผู้ป่วย ยกเว้นยาบางชนิดเช่น ยาจับแก้ไอ เป็นต้น

3. การลดความกลัว โดยการปลอบโยนผู้ป่วย แสดงท่าทางที่เป็นกันเอง นึกไปด้วยความชำนาญ และมั่นใจ

4. พยาบาลสามารถลดความเจ็บปวดในการนวด โดยใช้น้ำมันที่หอมกรุ่น ทำให้ผิวหนังผู้ป่วยตึงก่อนแทงเข็ม รวมถึงชวนพูดคุยขณะนวด

5. ประเมินประสิทธิภาพของยาที่ให้ หากยาไม่ออกฤทธิ์ตามต้องการจะต้องหาสาเหตุเพื่อหาทางช่วยเหลือ

6. สังเกตอาการก่อนและหลังการบริหารยา หากมีอาการผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์

7. ในกรณีที่ให้ยาผิด พยาบาลต้องรีบรายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวรหรือแพทย์รับทราบทันทีเพื่อหาทางแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง บันทึกในรายงานการพยาบาลและรวมถึงการเขียนรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุความผิดพลาด และเป็นแนวทางการแก้ไขป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก

ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error : ME) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลกระทบต่อสุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสาร คำสั่งใช้ยา การคิดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา ตามวิชาชีพที่รับผิดชอบแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error)
2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error)
3. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา-จ่ายยา (Pre-dispensing error & dispensing error)
4. ความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา (Administration error)

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาตามระดับความรุนแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วย โดย NCC MERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention) เป็นดังนี้ (NCCMERP, 2008)

ไม่มีความคลาดเคลื่อน

1. Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย

2. Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

3. Category C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

4. Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

5. Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

6. Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

7. Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

8. Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต

9. Category I : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา

แนวคิดเชิงบุคคลเป็นแนวคิดแบบดั้งเดิมคือเมื่อมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น บุคคลที่กระทำผิดมักจะถูกตำหนิจากบุคคลรอบข้าง หรือ ถูกลงโทษ หรือต้องได้รับการฝึกอบรมใหม่ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลปกปิดหรือกลบเกลื่อนความผิดของตนเอง จึงทำให้เสียโอกาสที่จะนำเอาความผิด

นั้นมาวิเคราะห์ เพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต และเป็นบทเรียนให้ผู้อื่นพึงระมัดระวัง แนวคิดเชิงระบบ แนวคิดนี้เชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่าสามารถสรุปกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งอาจจะเกิดความคลาดเคลื่อนได้

การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา มีทั้งแบบ spontaneous reports (ผู้ปฏิบัติเป็นผู้เขียนรายงาน) และการ audit charts (การตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย) แล้วบันทึกความคลาดเคลื่อนที่พบในแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาล ซึ่งรายงานส่วนใหญ่มักต่ำกว่าความเป็นจริง สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการวิตกว่าหากรายงานจะถูกลงโทษ ดังนั้น ทางหน่วยงานหรือผู้บริหารระดับสูงจึงควรใช้แนวคิดเชิงระบบที่ไม่เอาผิดผู้รายงาน การส่งเสริมให้ใช้ระบบการรายงานเพื่อเป็นข้อมูล ในการร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ให้เกิดการพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การศึกษาโดย Kozar และคณะ ปี ค.ศ. 2002 เปรียบเทียบการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาโดยการ Audit charts กับ Spontaneous reports พบว่า จากการตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยจำนวน 1532 แฟ้ม พบความคลาดเคลื่อนทางยา 2 รายที่ไม่ถูกรายงาน

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ ได้แก่ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน การสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ รวมถึงความไม่สมบูรณ์ในการสั่งใช้ยา หรือความคลาดเคลื่อนเรื่องความแรง รูปแบบของยา ปริมาณ/รายการวิธีใช้ยา ความเข้มข้น อัตราเร็วในการให้ยา ซึ่งล้วนนำไปสู่การเกิดความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วยการศึกษาโดย Runciman และคณะ ปี ค.ศ. 2003 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 2.4 การศึกษาโดย Hicks และคณะ ปี ค.ศ. 2007 และ การศึกษาโดย ยูฟา และคณะปี พ.ศ. 2551 พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยามากเป็นอันดับสองร้อยละ 28.4 (จากความผิดพลาดทั้งหมด 3,023) และ 0.061 (จากใบสั่งยา 443, 303 ใบ)

ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของกระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากคำสั่งใช้ยาดั้งเดิม ที่ผู้สั่งใช้ยาเขียน ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้คัดลอกและความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกผิดการศึกษาของ

Runciman และคณะ ปี ค.ศ. 2003 รายงานว่า ความล้มเหลวของการอ่านคำสั่งแพทย์ หรือการอ่านคำสั่งแพทย์ผิดพลาด เป็นปัญหาหลักของความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งพบประมาณร้อยละ 0.5-1.0

ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยา ตั้งแต่ขั้นตอนการพิมพ์ข้อมูลชื่อผู้ป่วยชื่อยา วิธีใช้ยา จำนวน ลงในฉลาก ขั้นตอนการจัดยาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ มีความคลาดเคลื่อนทั้งชนิดยา ความแรง รูปแบบยา ปริมาณยา จำนวนรายการ การจัดยาสลับช่อง การปิดฉลากผิด ดังตัวอย่างการศึกษาโดย ยูพา และคณะ (2551) ที่พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากขั้นตอนก่อนการจ่ายยา (pre-dispensing error) มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนอื่นคือ ร้อยละ 0.255

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่ไม่ถูกต้องตามที่แพทย์ระบุในใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยความคลาดเคลื่อนนี้ได้แก่ ชนิดยา ความแรง รูปแบบยา ปริมาณยา วิธีใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง รวมถึง การจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน จ่ายยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration Error) หมายถึง การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ที่เขียนไว้ในประวัติการรักษาผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปจากจุดมุ่งหมายของผู้สั่งใช้ยา ได้แก่ เขียนบัตรให้ยาผิด ให้ยา/ฉีดยาผิดเวลาให้ยา/ฉีดยาผิดวิธี ให้ยา/ฉีดยาผิดขนาด ให้ยา/ฉีดยาผิดชนิด ให้ยา/ฉีดยาผิดคน รวมถึงไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยจากการศึกษาโดย Hicks และคณะ ปี ค.ศ. 2007 พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากขั้นตอนการบริหารยา (Administration error) มากที่สุด ร้อยละ 50.3 นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2009 Valentin *et al.* (2009) พบความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาฉีดในหอผู้ป่วยหนัก 441 รายทั้งหมด 861 ความคลาดเคลื่อน คิดเป็น 74.5 เหตุการณ์ ต่อผู้ป่วยร้อยละรายต่อวัน

ประเภทของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1. การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยานั้นโดยมีบันทึกประวัติแพ้ยาในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยชัดเจน
2. การให้ยาที่มีหลักฐานชัดเจนว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

3. การเตรียมยา เช่น ผสมยาผิดความเข้มข้น ไม่เขย่าขวดยาน้ำแขวนตะกอนก่อนให้ยา ใช้ยาเสื่อมสภาพเนื่องจากไม่มีการป้องกันแสงสำหรับยาที่ไวต่อแสง ดวงหรือซังยาในปริมาณที่ผิดเกินกว่าปริมาณที่ยอมรับได้ หรือผสมยา 2 ชนิดที่เข้ากันไม่ได้

4. การให้ยาไม่ครบ (omission error) คือ ไม่ได้ให้ยานั้นแก่ผู้ป่วยตามที่แพทย์สั่งเมื่อถึงเวลาที่กำหนด มักเกิดจากลืมให้ยา ขกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจไม่รับยาเอง หรือกรณีที่ไม่ได้ให้ยาเนื่องจากได้ข้อมูลว่าไม่ควรใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้

5. การให้ยาผิดชนิด (wrong drug error)

6. การให้ยาซึ่งแพทย์ไม่ได้สั่ง (unordered or unauthorized drug)

7. การให้ยาผู้ป่วยผิดคน (wrong patients)

8. การให้ยาผิดขนาด (wrong dose or wrong strength error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่ให้นาขนาดที่สูงหรือต่ำกว่าขนาดยาที่แพทย์สั่ง

9. การให้ยาผิดวิธิตาง (wrong route error) เป็นความคลาดเคลื่อนของการให้ยาผิดวิธิตาง โดยรวมถึงผิดตำแหน่งที่ให้ยาคด้วย แม้จะเป็นการให้ยาถูกชนิดถูกวิธี

10. การให้ยาผิดเวลา (wrong time error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาผิดเวลาไปจากที่กำหนดไว้ในนโยบายการให้ยาของโรงพยาบาลโดยไม่มีเหตุผล

11. การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (extra dose error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเมื่อมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยเกินจากจำนวนครั้งหรือมื่อยาที่แพทย์สั่งต่อวัน รวมถึงการให้ยาหลังจากมีคำสั่งหยุดใช้ยานั้นแล้วหรือมีคำสั่งชะลอการให้ยา เช่น ก่อนผ่าตัด

12. การให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด (wrong rate of administration error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาโดยเฉพาะยานิดในอัตราเร็วที่ต่างไปจากที่แพทย์สั่ง หรือต่างไปจากวิธีปฏิบัติมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

13. การให้ยาผิดเทคนิค (wrong technique error) เช่น ใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการให้ยาไม่ถูก ป้ายหยอดตาผิดวิธี

14. การให้ยาผิดรูปแบบยา (wrong dosage form error) เช่น ให้ยาน้ำแขวนตะกอนเมื่อแพทย์สั่งให้ยาเม็ด ให้ยาป้ายแทนยาหยอดตา หรือบดยาให้โดยที่แพทย์ให้กลืนยาทั้งเม็ด

15. การให้ยาโดยขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ เช่น ไม่ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาและมีความจำเป็นต้องใช้ยานั้น ผู้ให้ยาควรเฝ้าระวังติดตามอาการแพ้ที่อาจจะเกิดขึ้น และแจ้งให้แพทย์ทราบหากมีอาการแพ้จริง รวมถึงแจ้งเภสัชกรให้ทราบเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการแพ้ยา นอกจากนั้น การให้ยาที่เพิ่งเข้าบัญชียาโรงพยาบาลและมีข้อมูลความปลอดภัยในการใช้น้อย ผู้ให้ยาควรมีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร่วมกับเภสัชกร

ปัจจัยหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1. การไม่เข้าใจถึงแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาของโรงพยาบาล
2. การมีภาระงานมากเกินไป มักพบบ่อยในสถานการณ์ขาดแคลนพยาบาล หรือการกำหนดภาระงานไม่เหมาะสม
3. การขาดการสื่อสารระหว่างผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายยา ผู้ให้ยา และผู้ป่วย ในกระบวนการใช้ยา
4. การขาดระบบการตรวจสอบซ้ำ จากบุคคลอื่น ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วย
5. การสั่งยาของผู้สั่งใช้ยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก หรือการสั่งโดยวาจาที่อาจไม่ชัดเจนพอ และไม่มีการยืนยันคำสั่งโดยเร็ว
6. การขาดการจัดการระบบยาที่ดี เช่น การที่แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่ตรงเวลา ประกอบกับผู้ป่วยมีจำนวนมาก ตลอดจนการที่หอผู้ป่วยส่งใบสั่งยามาช้า ทำให้ห้องยาจ่ายยาให้ไม่ทันเวลา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาได้ง่าย

7. การขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งใช้ ทั้งชื่อการค้า ชื่อสามัญ รูปแบบ ความแรง วิธีทางให้ยา และขนาดที่ใช้ในโรคต่าง ๆ ทำให้เกิดความผิดพลาดได้มาก

8. การขาดข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย เช่น ประวัติการแพ้ยาการทำงานของตับและไตหากทราบข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ประเมินความเหมาะสมของยาก่อนให้ผู้ป่วยได้

9. การคำนวณขนาดยาเพื่อเตรียมยาแต่ละมื้อผิด การคำนวณเพื่อเปลี่ยนแปลงมาตรา ชั่ง ตวง วัด ผิด หรือ เกิดความสับสน กับ หน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อครั้ง หรือมิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน แบ่งให้หลายครั้งใน 1 วัน หรือ มิลลิกรัม/ตารางเมตร

10. การเตรียมยาไม่ถูกต้อง ได้แก่

10.1 หยิบยาผิดขนาดจากยาที่เก็บไว้ในห่อผู้ป่วย โดยเฉพาะยาที่ชื่อยาออกเสียงคล้ายกัน (sound alike) และรูปแบบภาชนะบรรจุยาคล้ายกัน (look alike) ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ถูกต้อง

10.2 ยาฉีดที่ต้องละลายหรือเจือจางด้วยตัวทำละลายที่เหมาะสม มักเป็นปัญหาเมื่อผู้สั่งใช้ยาไม่ระบุตัวทำละลายหรือระบุผิด โดยไม่มีเอกสารหรือข้อมูลให้ค้นได้ที่หอผู้ป่วย

10.3 เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาเม็ดได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องสอดสายให้อาหารทางจมูก หรือหน้าท้อง รูปแบบยาที่ควรให้คือยาน้ำ แต่ยาส่วนใหญ่ที่สั่งให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็นยาเม็ด ทำให้ผู้ให้ต้องบดยาเม็ดเพื่อกรอกใส่ทางสายให้อาหาร ซึ่งถ้าเป็นยาออกฤทธิ์เน้นรูปแบบต่าง ๆ เช่น Adalat CR หากนำไปบดอาจทำให้ได้ยาในขนาดสูงในครั้งเดียว จึงเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยาบางชนิดอาจสูญเสียคุณสมบัติที่สำคัญได้ถ้านำยาไปบด เช่น ยาที่เคลือบให้ออกฤทธิ์ในลำไส้

10.4 การเตรียมยาเพื่อให้ได้ขนาดยาที่แพทย์ต้องการ โดยเฉพาะยาเด็กซึ่งใช้ขนาดต่ำมาก และไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมจำหน่าย หลายครั้งผู้ให้ต้องคำนวณและยาเม็ดหรือแบ่งยาในแคปซูลเป็นส่วน ๆ เช่น 1/3 หรือ 1/4 โดยไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เหมาะสม ทำให้ไม่ได้ขนาดยาตามต้องการหรือบางครั้ง แพทย์สั่งให้ยาครึ่งเม็ด ยานางชนิดแบ่งไม่ได้ เพราะจะทำให้เสียคุณสมบัติ ซึ่งเภสัชกรจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลและเตรียมแบ่งยาหรือแก้ปัญหาการแบ่งขนาดยาให้ได้ขนาดที่แพทย์สั่ง

10.5 เทคนิคการเตรียมยาฉีดไม่ถูกต้องตามกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ซึ่งอาจไม่นับเป็นความคลาดเคลื่อน แต่เป็นความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

10.6 ยาฉีดหรือรับประทานที่จัดเตรียมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนที่ใส่ในภาชนะโดยไม่มีฉลากระบุ ทำให้มีโอกาสสลับกันในระหว่างการให้ยา รวมทั้งยาบางชนิดซึ่งเสื่อมสลายง่ายเมื่อถูกอากาศเป็นเวลานานก็อาจสูญเสียคุณภาพได้

11. ความบกพร่องในการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา ตามมาตรฐานพยาบาลจะต้องตรวจสอบผู้ป่วยก่อนให้ยา หากละเลยเพราะไม่มีเวลา หรือถูกรบกวนจะมีโอกาสให้ยาผู้ป่วยผิดคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ย้ายเตียงหรือห้อง

12. การให้ยาด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคย อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดพลาดโดยไม่เจตนา หรือการไม่มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่ดีพอ อาจทำให้อัตราเร็วในการหยดยาจริงของเครื่อง infusion pump ไม่ตรงกับอัตราเร็วที่ปรากฏบนเครื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในอัตราเร็วหรือช้ากว่าที่ต้องการ

13. บัตรให้ยา (medication card) ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากการคัดลอกลงบัตรให้ยาไม่ครบทุกรายการ หรือแปลคำสั่งของผู้สั่งใช้ยาผิด บัตรให้ยาสลับกัน วางบัตรให้ยาผิดช่อง เวลาแพทย์สั่งหยุดยาแล้วแต่ไม่ได้เอาบัตรให้ยาออกไป

14. การปล่อยให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง โดยไม่ได้เฝ้าดูจนเห็นผู้ป่วยรับประทานยา อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาแอบทิ้งยาไป

15. การไม่มียาที่ต้องการบนหอผู้ป่วย อาจเนื่องจากห้องยาจ่ายยาไม่ครบ หรือจ่ายยาผิดพลาด โดยเฉพาะการจ่ายยาในระบบหนึ่งหน่วยขนาดใช้ (unit dose) ซึ่งไม่มียาสำรองบนหอผู้ป่วย หรือหาไม่พบเนื่องจากฉลากผิดหรือวางผิดที่

16. การเก็บรักษายาบนหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมทำให้มียาเสื่อมสภาพก่อนกำหนด หรือเก็บยาปะปนกัน

17. การเปลี่ยนยาบ่อยหรือ มีขนานยาในโรงพยาบาลมากเกินไป ทำให้มีโอกาที่ผู้จัดยาจะ
ไม่รู้รักษาและไม่มีความรู้เกี่ยวกับยานั้น ๆ ทำให้เกิดความสับสน

แนวทางการป้องกันแนวทางทั่วไปสำหรับแนวทางการป้องกันทั่วไปจะต้องวางแผนระดับ
นโยบายโดย มีหน่วยงานหรือคณะกรรมการรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายและวิธีดำเนินการอย่างชัดเจน
และต่อเนื่อง ในการส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกันความคลาดเคลื่อน มีการกำหนดบทบาท หน้าที่
และความรับผิดชอบของแต่ละบุคลากรอย่างชัดเจน การส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม สหสาขา
ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในระบบมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ เข้ามาใช้ มีระบบการรายงานที่ดี
และมีบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

กลยุทธ์การบริหารยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (เพ็ญจันทร์ และคณะ, 2549)
ประกอบด้วย

1. กำหนดนโยบายความปลอดภัย

1.1 ปรับปรุงความถูกต้องของการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย

1.2 ปรับปรุงประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ

1.3 ปรับปรุงระบบความปลอดภัยในเรื่องยา

1.4 ปรับปรุงระบบความปลอดภัยในเรื่องการใช้เครื่องปรับอัตราการไหลของสารน้ำ อัตโนมัติ

2. ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการให้ยาตลอดการรักษาพยาบาล

3. มีการเฝ้าระวังและระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

แนวทางการบริหารยาที่ถูกต้องประกอบด้วย

1. ผู้ให้ยาควรมีความคุ้นเคยกับระบบการให้ยาที่โรงพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ เช่น รายการยา คำย่อในคำสั่งใช้ยาที่โรงพยาบาลอนุญาตให้ใช้เวลามาตรฐานในการให้ยา ยาที่จำกัดการใช้เฉพาะผู้สั่งใช้ยาเฉพาะกลุ่ม

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและควรเอื้อให้เกิดความถูกต้องในการให้ยาเช่น มีแสงไฟในห้องผู้ป่วยเพียงพอ ไม่มีสิ่งรบกวนระหว่างการให้ยา

3. ผู้ให้ยาควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดต่อประสานการทำงานทั้งกับแพทย์ เภสัชกร กรณีมีปัญหาหรือคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา

4. ผู้ให้ยาควรทบทวนข้อมูลยาที่จะให้แก่ผู้ป่วยก่อนให้ยา โดยคำนึงถึงการได้รับยาซ้ำ ปฏิกริยาระหว่างยา ความเข้ากันได้ระหว่างตัวยากับตัวทำละลาย ข้อควรคำนึงในการให้ยา ได้แก่

4.1 ถูกตัวผู้ป่วย (Right patient)

4.2 ถูกชนิดยา (Right drug)

4.3 ถูกขนาด(Right dose)

4.4 ถูกเทคนิคที่ให้(Right technique)

4.5 ถูกทางที่ให้ (Right route)

4.6 ถูกเวลา (Right time)

5. ผู้ให้ยาควรทบทวนคำสั่งให้ยาฉบับจริงอีกครั้งก่อนให้ยา (ไม่ควรทบทวนจากใบคัดลอกคำสั่งใช้ยา) และเปรียบเทียบกับยาที่ได้รับจากฝ่ายเภสัชกรรม ผู้ให้ยาไม่ควรให้ยานกว่าจะเข้าใจ ถ่องแท้ถึงคำสั่งให้ยา ผู้ให้ยาควรตรวจสอบลักษณะทั่วไปของยา วันหมดอายุ หากมีข้อสงสัยควรสอบถามเภสัชกรก่อนให้ยาทุกครั้ง

6. ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผู้ป่วยให้ตรงกับยาที่ควรได้รับก่อนให้ยาทุกครั้งและควรสังเกตผู้ป่วยหลังได้ยาไประยะหนึ่ง
7. ผู้ให้ยาควรพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อบ่งใช้ของยา และข้อควรระวังในการใช้ยา
8. เมื่อผู้ป่วยมีคำถามเกี่ยวกับยาที่จะให้ ผู้ให้ยาควรรับฟังและตอบคำถามของผู้ป่วยเสมอทุกครั้ง และตรวจสอบคำสั่งใช้ยากับยาที่จะให้ก่อนให้ยาทุกครั้ง
9. ถ้าไม่มีแนวทางหรือมาตรฐานของความเข้มข้นยา ขนาดยา ความเร็วในการให้ยา หรืออื่น ๆ ที่เฉพาะเจาะจง แต่ต้องอาศัยการคำนวณของผู้ให้ยาเอง ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผลที่คำนวณได้กับพยาบาลคนอื่น หรือ เกสซ์กรทุกครั้ง
10. ผู้ให้ยาควรให้ยาตรงตามเวลาที่กำหนดในคำสั่งใช้ยา ยกเว้นมีคำถามหรือปัญหาที่ต้องการการแก้ไขก่อนให้ยา ผู้ให้ยาไม่ควรนำยาออกจากภาชนะบรรจุก่อนให้ยาเป็นเวลานาน อาจทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้ แลหลังจากให้ยาแล้วควรบันทึกการให้ยาทันที
11. ผู้ให้ยาไม่ควรยืมยาของผู้ป่วยคนอื่น หรือนำยาที่เหลือมาใช้ก่อน หากยาหายไปหรือไม่ มีผู้ให้ยาควรติดต่อฝ่ายเภสัชกรรมทุกครั้ง
12. หากมีการสั่งใช้ยาในปริมาณหรือขนาดยาที่สูงกว่าปกติ ผู้ให้ยาควรตรวจสอบกับผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกรก่อนให้ยา
13. ผู้ให้ยาควรทำความเข้าใจกับเครื่องมือให้ยารวมถึงความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้
14. ผู้ให้ยาควรรอดูผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์หลังจากให้ยาแก่ผู้ป่วย และติดตามเป็นระยะ

การศึกษาโดย พงษ์ศักดิ์ สมใจ (2550) ก่อนพัฒนาระบบความปลอดภัยในการให้ยา โดยใช้ root cause analysis พบความคลาดเคลื่อนในการให้ยา 0.29/1000 ใบสั่งยาหลังพัฒนาระบบพบ

ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา 0.51/1000 ใบสั่งยา ความคลาดเคลื่อนภายหลังการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความคลาดเคลื่อนภายหลังพัฒนาระบบเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยให้เหตุผลว่าเกิดจากการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนมีคุณภาพมากขึ้น สามารถกระตุ้น ให้เกิดการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยามากขึ้น

อุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

1. ความซับซ้อนของระบบ ทำให้การออกแบบแก้ไขเป็นไปได้ยากลำบาก
2. การขาดข้อมูลที่ต้องการหรือไม่มีข้อมูล ทำให้การแก้ไขเชิงระบบเป็นไปได้ยาก
3. ความเคยชินกับการทำงานในรูปแบบเดิม โดยไม่ได้มีมาตรการหรือหาวิธีใดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น
4. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง หรือไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน อาจทำให้ไม่สามารถเห็นภาพความเป็นไปได้และสาเหตุได้ล่วงหน้า จึงไม่สามารถออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดนั้น ๆ ได้
5. ความเกรงกลัวต่อการถูกลงโทษนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรายงานความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำกว่าความเป็นจริง และความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และป้องกันความผิดพลาดในอนาคต

ระเบียบปฏิบัติการบริหารยาทางการแพทย์ กองการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

นโยบาย

กองการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ต้องการให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการบริหารยาทางการแพทย์เนื่องจากเป็นความเสี่ยงสำคัญที่มักเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างมากและอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติในการบริหารยาทางการแพทย์ต้องปฏิบัติตามแนวทางหรือมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาและจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การปฏิบัติในการบริหารยาเป็นไปอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดอย่างมีระบบและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. เพื่อสามารถค้นหาปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการบริหารยาทางการพยาบาลอย่างมีระบบและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้
3. เพื่อให้เกิดการพัฒนาในระบบการบริหารยาทางการพยาบาลให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างมีรูปธรรม

คำจำกัดความ

การบริหารยา (Medication Administration) หมายถึง การกระทำของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (ปรีดา, 2546) ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (Level of harm) หมายถึง ระดับของอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลักโดยใช้ NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting) Index ตั้งแต่ระดับ A-I

Category A หมายถึงเกิดเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้แต่ยังไม่เกิด

Category B หมายถึงเกิดความผิดพลาดแต่ไม่ถึงผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย

Category C หมายถึงเกิดความผิดพลาดที่ถึงผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย

Category D หมายถึงเกิดความผิดพลาดที่ถึงผู้ป่วยและจำเป็นต้องมีการเฝ้าติดตามหรือตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย

Category E หมายถึงเกิดความผิดพลาดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายแบบไม่ถาวรและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขหรือบรรเทาความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น

Category F หมายถึงเกิดความผิดพลาดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายแบบไม่ถาวรและจำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

Category G เกิดความผิดพลาดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายแบบถาวร

Category H เกิดความผิดพลาดที่ทำการช่วยชีวิตผู้ป่วย

Category I เกิดความผิดพลาดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบตรวจสอบก่อนให้ยาทุกครั้งต้อง double check ขณะส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย
2. ระบุผู้ป่วยให้ถูกต้องโดยถามชื่อ-สกุล ตรวจสอบป้ายข้อมือและป้ายชื่อที่หัวเตียงร่วมกัน
3. แนะนำและให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องยาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการจดจำชื่อยาของตนทั้งเวลา สี ขนาดและวิธีการรับประทาน
4. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลทันทีหากเป็นไปได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อหน้าให้พยาบาลนำยากลับมาก่อน หากไม่สามารถรอให้ผู้ป่วยรับประทานยาในขณะนั้นได้อาจมอบหมายให้พยาบาลอื่นเป็นผู้ดูแลต่อ หลังจากผู้ป่วยรับประทานยาแล้วให้แจ้งพยาบาลเจ้าของไข้ ทั้งนี้การส่งมอบยาต้องอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ยาที่บรรจุฟอยล์ให้ฉีกฟอยล์ออกก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วยรับประทาน
5. ลงลายมือชื่อหลังมอบยาให้ผู้ป่วยใน medication record ในแต่ละรายการทันที
6. กรณีบริหารยาทาง infusion pump ให้ปฏิบัติตามดังนี้

เยี่ยมผู้ป่วยและตรวจสอบอัตราการให้ยาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model

Green *et al.* (อ้างถึงใน วสันต์, 2538) ได้พัฒนาแบบจำลอง โดยการประยุกต์แนวคิดของ Anderson ขึ้น เรียกว่า PRECEDE Model (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation) เพื่อนำไปใช้วินิจฉัย และประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยนำ(Predisposing Factors) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Enabling Factors) แล้วจะนำสิ่งที่วินิจฉัยและประเมินได้ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างไปวางแผนสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มาพึงประสงค์ตามสาเหตุ/ หรือปัจจัยเหล่านั้นด้วยกลวิธี/วิธีการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของแต่ละชุมชน/สังคม การวินิจฉัยและการประเมินปัจจัย/สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะเริ่มประเมิน และวินิจฉัยความคาดหวังผลสุดท้ายที่พึงประสงค์ เป็นอันดับแรกทั้งในทางสังคม คุณภาพชีวิต ทางระบาดวิทยา (สภาวะสุขภาพของบุคคล/ชุมชน) และทางการศึกษา(พฤติกรรมสุขภาพ) และตามมาด้วยการวินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพแล้วจึงวางแผนแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Model เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (1) การวิเคราะห์ทางสังคม (2) การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (3) การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (4) การวิเคราะห์ทางการศึกษา (5) การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (6) การวิเคราะห์ทางการบริหาร (7) การประเมินผล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา วิเคราะห์ สาเหตุของพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่า มโนคติประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มมโนคติประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือความพึงพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากระบบการเรียนรู้ ซึ่งความพึงพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมาก่อนแล้ว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษาความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องอาศัยปัจจัยอื่นประกอบด้วย

1. การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสาทสัมผัสต่างๆแล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่องานพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล
2. ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุ ว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความหวังใจ
3. ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยม เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย
4. ทักษะ หมายถึง การกระทำความคิด ซึ่งความรู้สีกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดี และผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

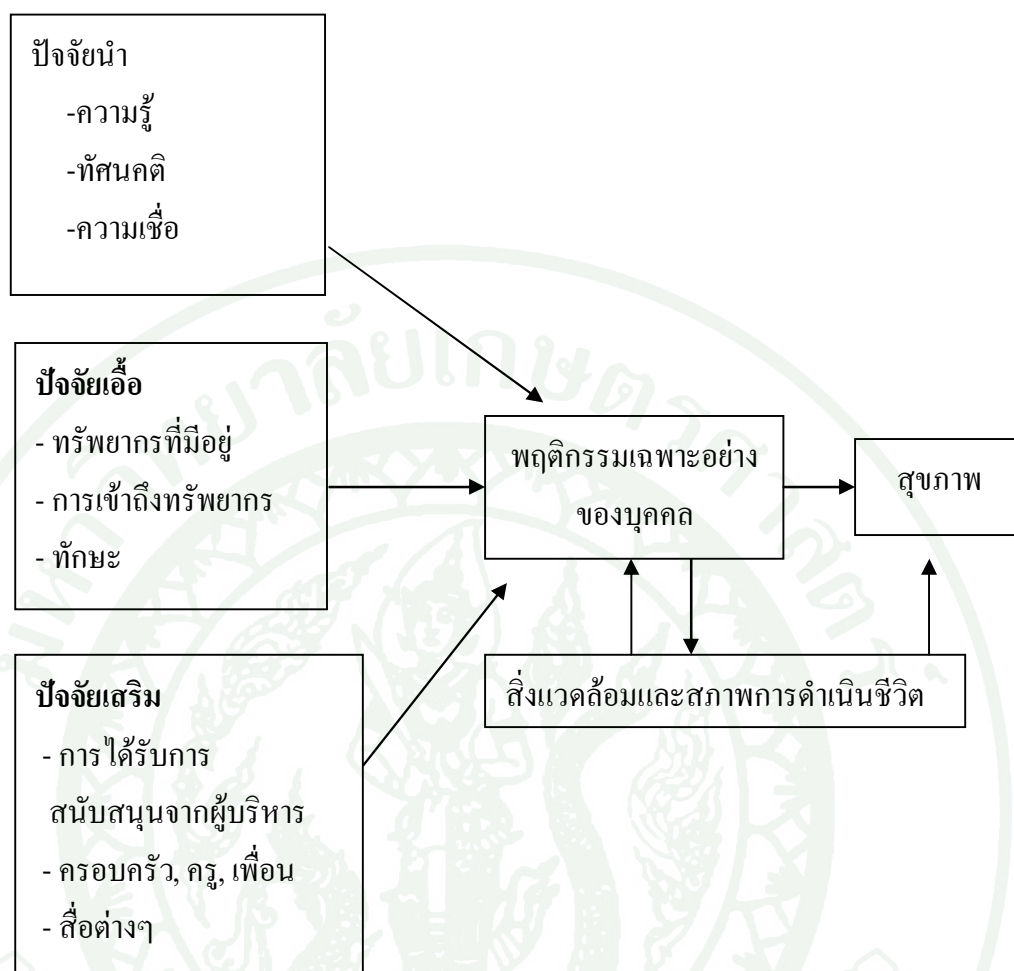
ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) จะประกอบด้วยทักษะ ทรัพยากร หรือสิ่งขัดขวางที่จะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมด้วยองค์ประกอบเหล่านี้อาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก (เสริมให้เกิด) และด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคม หรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรส่วนบุคคลหรือทรัพยากรในชุมชน อาจจะมีไม่เพียงพอหรือเกินพอ เช่นองค์ประกอบด้านรายได้ กฎหมายสถานภาพ อาจจะเป็นไปได้ทั้งปัจจัยเสริมและขัดขวางพฤติกรรม เป็นต้น ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและหรือทรัพยากร

ที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังนั้น ปัจจัยเอื้อนี้กล่าวโดยสรุป คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษที่บุคคลได้รับหรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคล จากบุคคลอื่นหลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้วซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุน เสริมแรง ช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรมหรือจัดขบวนการปฏิบัติพฤติกรรมการเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข สื่อมวลชน เป็นต้น

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้งสามดังกล่าวมาแล้วคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Lawrence *et al.* (1999) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: Lawrence *et al.* (1999)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามแนวคิด PRECEDE Model ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน รายได้ และสถานที่ปฏิบัติงาน

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารฯ ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารฯ
ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารฯและ การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน
ในการบริหารฯ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารฯและการได้รับการฝึกอบรม
เรื่องการบริหารฯและความคลาดเคลื่อนในการบริหารฯ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน

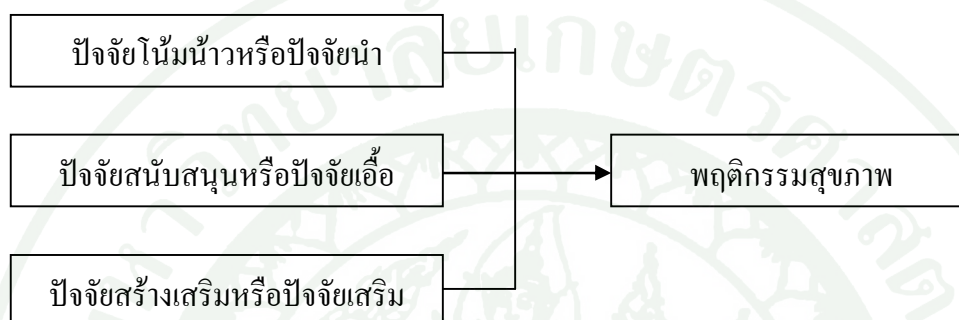
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีหลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักการแตกต่างกัน
ออกไป เพราะพฤติกรรมของคนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุประกอบ
เข้าด้วยกัน ดังนั้นการปลูกฝังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นหรือไม่
และเป็นไปในลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าวหรือปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรงซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของวิชาสุขศึกษา การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกเริ่มของการเรียนรู้หรืออาจจะได้รับจากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวหรือจากสังคม สิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และ กิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างพอเพียง เหมาะสม และต่อเนื่อง จนเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและเป็นพฤติกรรมอย่างถาวร ตัวอย่างเช่น การจัดให้นักศึกษาทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการรับผิดชอบในโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญก็จะเป็นปัจจัยที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่นๆเป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยสร้างหรือปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ได้แก่ บุคคลต่างๆในครอบครัวในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสนับสนุนและแนะนำชักจูงควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดที่จะเสริมสร้างให้กระทำ หรือตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยการใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ ซึ่งพอสรุปได้ ดังภาพที่2 ดังนี้



ภาพที่ 2 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: ชนวรรณ์ (2528)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

วันทนีย์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทร์พร้อม (2540) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่

พิเชฐ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน การรับรู้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับความแนะนำสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สิริลักษณ์ (2541) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สุรัชย์ (2541) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานและการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย ในการทำงานของพนักงานการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย พบว่า ทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

พรรณชนะ (2543) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กร แบบการนำชีวิต พฤติกรรมการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน ของหัวหน้างานระดับต้น ในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุชาดา (2544) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ผลการศึกษาพบว่า ชนิดของความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ได้แก่ การให้ยาผิดอัตราเร็ว (ร้อยละ 56 ของผู้ป่วย) การให้ยาผิดเวลา (ร้อยละ 26.67 ของผู้ป่วย) และผู้ป่วยไม่ได้รับยา (ร้อยละ 9.78 ของผู้ป่วย) และพบว่า ปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยของทรัพยากรที่มีอยู่ ปัญหาการคัดลอกคำสั่งเกิดขึ้นเนื่องจากยังใช้ระบบเดิม (ไม่ได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์) ในกรณีที่พยาบาลให้ยาผิดเวลาเนื่องจากพยาบาลมีปริมาณงานมากทำให้พยาบาลไม่สามารถให้ยาทันเวลา และข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ ต้นทุนสูงจึงขาดเครื่องมือควบคุมการไหลอัตโนมัติ

วรัปสร (2545) ได้วิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาและบทบาทของเภสัชกรในการลดความคลาดเคลื่อน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง พบว่าความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือการละเลยในการให้ยา ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งและการได้ยาผิดขนาด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการบริหารยาที่พบมากที่สุดคือไม่มีการตรวจสอบยากับบัตรรายการก่อนให้ยาร้อยละ 39.2 การขาดความรู้เกี่ยวกับยาร้อยละ 12.5 ความหลงลืมของผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 11.1 บทบาทของเภสัชกรในการลดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้แก่การให้ข้อมูลกับแพทย์และพยาบาล และการควบคุมยาสำรองบนหอผู้ป่วย

วาสนา (2545) ได้ศึกษาความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลหอผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก พยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่ามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ภาสกร (2545) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรามารับดี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภัทราภรณ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างในการทำงาน ทักษะคิดต่อวิชาชีพ ทักษะคิดต่อผู้ป่วยความสัมพันธ์ ต่อองค์การและบรรยากาศในองค์กร กับการปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ดึงผ้าตัดและตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าทักษะคิด

ต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ตีค่าตัด และตรวจโรคอุบัติเหตุโรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สิริพร (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากสินพบว่าแรงสนับสนุนจากผู้บริหารงานมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ตากสินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มัลลิกา (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงาน ของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน พบว่า เจตคติต่อความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงาน ของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมความปลอดภัย และอาชีวอนามัยในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มัทธมา (2547) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยาแก่ผู้ป่วยหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบก่อนการบริหารยาคือการซักประวัติข้อมูลเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย การตรวจสอบ คำสั่งการใช้ยา การคัดลอกคำสั่งการใช้ยา การตรวจสอบยาจากเภสัชกร การคำนวณยา และการ เตรียมยา องค์ประกอบขณะบริหารยา คือ การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการให้ยา การจัดการ ยาที่มีความเสี่ยงสูงและการบันทึกการบริหารยา องค์ประกอบหลังการบริหารยา คือ การติดตามผล การใช้ยา การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานข้อมูล

วันเพ็ญ (2547) ได้ศึกษาเรื่อง บุคลิกภาพ บรรยากาศองค์กรลำดับขั้นความต้องการของ MASLOW กับพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรามาชินดี พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้บริการด้านความ ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กมลทิพย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่บรรยากาศภายในองค์กร แรงสนับสนุนจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 และ .01 ตามลำดับ

เขมวิทช์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นฤมล (2548) ได้ศึกษาแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลขอนแก่น จากพยาบาลทั้งหมด 10 คน ขั้นตอนการศึกษาเริ่มจากการประเมินสภาพการณ์การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา จากการประเมินตนเองของพยาบาลประจำการ การสังเกตของผู้ศึกษา และจากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้เครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น พบว่าสภาพการณ์ก่อนการพัฒนาพยาบาลประจำการมีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาให้ครบทุกขั้นตอนแต่ปฏิบัติได้ไม่ครบทุกขั้นตอน สภาพการณ์หลังการพัฒนาพยาบาลประจำการมีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาให้ครบทุกขั้นตอนอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนด้านบริหารยาร้อยละ 0.07 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

สารนิตี (2549) ได้ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกันปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่พยาบาลวิชาชีพ

ระบุว่าพบมากที่สุด 3 ด้าน คือ ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ อ่านและแปลคำสั่งการใช้ยาไม่ชัดเจน เพราะแพทย์เขียนลายมืออ่านไม่ออก ร้อยละ 73 การติดต่อสื่อสารและการประสานงานปัญหาเกี่ยวกับ ยาระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ร้อยละ 63 ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน ได้แก่ ในหอผู้ป่วย มีเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติไม่เพียงพอ ร้อยละ 72 และด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ พยาบาล มีภาระงานมาก ร้อยละ 62 และพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติ ร้อยละ 52

สุรัชดา (2549) ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 26 คน ผลการศึกษาพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยจำนวน 13 คน (ร้อยละ 50) พบความคลาดเคลื่อนทางยา 29 ครั้ง โดยชนิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดมากที่สุด คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (19 ครั้ง, ร้อยละ 1.04) รองลงมาคือ ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (6 ครั้ง, ร้อยละ 0.22) ปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ การไม่ตรวจสอบยากับบันทึกการให้ยาก่อนบริหารยาแก่ผู้ป่วย (4 ครั้ง, ร้อยละ 66.66) แนวทางแก้ไขความคลาดเคลื่อน คือ แก้ไขกับพยาบาลโดยตรง (5 ครั้ง, ร้อยละ 83.33)

ศุภวรรณ (2551) ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในฝ่ายบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ชนิดความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด คือ การได้รับยาผิดขนาด ร้อยละ 25 การได้รับยาผิดเวลา ร้อยละ 17.86 ความละเอียดในการให้ยา ร้อยละ 14.28 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และระบบบริหารยาที่ยังไม่ชัดเจน ความปลอดภัยในการบริหารยาในฝ่ายบริการผู้ป่วยใน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในเรื่องของการบริหารยา ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานเพื่อลดความเครียดหรือสิ่งรบกวน

งานวิจัยในต่างประเทศ

Davidhizar and Lonser (2003) ได้ศึกษาพฤติกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักในความคลาดเคลื่อนทางยาในการศึกษาของ UPS ได้แสดงให้เห็นความพร่องและความล้มเหลวในการติดตามการปฏิบัติ 3 ประเภหลักของความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามคำสั่งการใช้ยา จนถึงเวลาการให้ยาในครั้งต่อไป (27%) ผู้ป่วยได้รับยาขนาดที่

ไม่เหมาะสม (21%) ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์ไม่มีคำสั่งใช้ยา(12%) โดยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือการไม่มีสมาธิ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และเจ้าหน้าที่ที่ขาดประสบการณ์

Stratton *et al.* (2004) ได้ศึกษาการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาโดยพยาบาลเด็กในสหรัฐอเมริกา (USA) ผลการศึกษาพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาต่อจำนวนผู้ป่วย 1,000 รายต่อวัน มีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเด็ก (14.8%) เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยผู้ใหญ่ (5.66%) สาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลเด็ก ได้แก่ การไม่มีสมาธิ การถูกขัดจังหวะ และพบว่าสาเหตุที่ไม่มีการเขียนรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา เพราะว่าการบริหารจัดการของพยาบาลนั้นไปที่บุคคลมากกว่าระบบ และความกลัวผลเสียที่จะตามมา

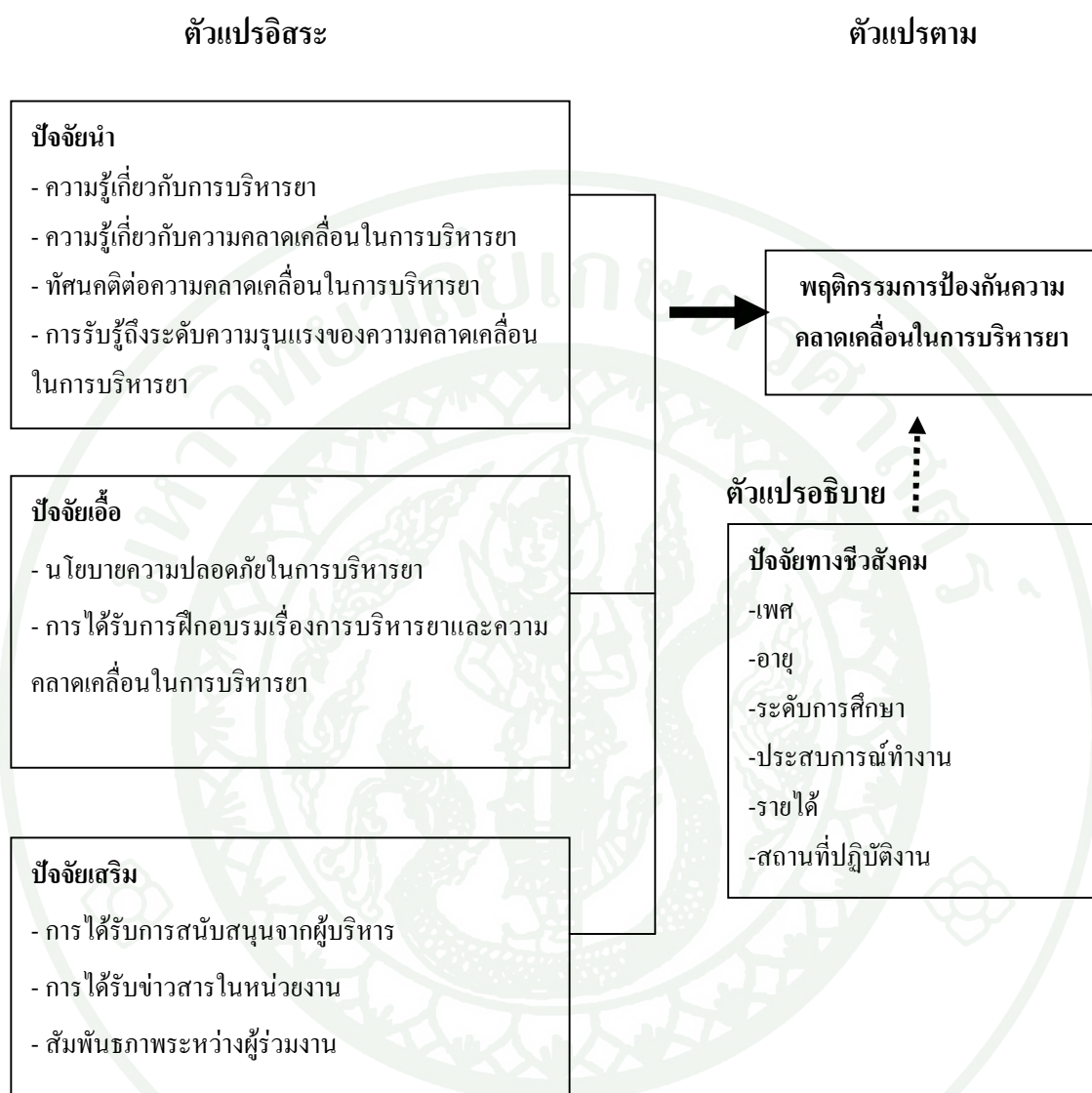
Kimberly *et al.* (2006) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของระบบการรายงานทั้งมัลรัฐด้านการลดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการใช้ยาที่ปลอดภัย ในแต่ละปีโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมสูง (มากกว่า 90% ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์) ผลการศึกษาพบว่า การไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามคำสั่ง การให้ยาจนถึงเวลาการให้ยาในครั้งต่อไป เป็นชนิดของความผิดพลาดที่พบมากที่สุด ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความผิดพลาดมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านมนุษย์ การถูกขัดจังหวะในการทำงานบ่อยครั้ง และการสื่อสาร โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเป้าหมายลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งมีการลดของค่าเฉลี่ยความผิดพลาดเป็น 28% (2002) และ 34% (2003) มีการเพิ่มขึ้นที่สามารถสังเกตได้ในโรงพยาบาลทุกประเภทไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างโรงพยาบาลชนบท โรงพยาบาลเมือง โรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลเล็ก หรือโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันทางการแพทย์ การลดความคลาดเคลื่อนทางยาในหลายๆ โรงพยาบาล พบว่า การบันทึกการบริหารยาด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยลดความผิดพลาดโดย 1. เพิ่มความชัดเจน 2. มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารยา 3. ลดการเก็บบันทึกที่ซ้ำประจำปี 4. เพิ่มการรายงานและตรวจวัดที่มีประสิทธิภาพ

Fu – In Tang, *et al.* (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โดยศึกษาในโรงพยาบาลในไทเป (Taipei) และไต้หวัน (Taiwan) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลเพศหญิง 72 ราย ที่เข้าร่วม 55 ราย (76.4%) เชื่อว่ามีมากกว่า 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา และการละเลยของบุคคล (86.1%) การมีภาระงานมากเกินไป (7.5%) การเป็นเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ (37.5%) เป็นปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยใน 8 ประเภท และ 3 เหตุการณ์ที่สูงสุดที่จำเป็นต้องเข้าไปแก้ไขปัญหาก็ผู้อื่นในขณะบริหารยา ได้แก่ การเตรียมยาชนิดใหม่ ไม่มีการทวนสอบ และเป็นเจ้าหน้าที่จบใหม่ สถานที่ที่มีความคลาดเคลื่อนทางยามากที่สุดคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

(36.1%) และหอผู้ป่วยวิกฤต (33.3%) ประเภทของความผิดพลาดโดยทั่วไปคือ ผิดขนาด (36.1%) และให้ยาผิด (26.4%) ยาปฏิชีวนะ (38.9%) เป็นยาที่บริหารผิดมากที่สุด

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีหลายประการที่มีความสัมพันธ์กันในเรื่องภาระงาน ทักษะ การรับรู้ความรุนแรง ขาดความรู้ แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน บรรยากาศภายในหน่วยงาน และไม่สัมพันธ์กันกับปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่อายุงาน ประสบการณ์การทำงานและสถานที่ปฏิบัติงาน ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation analysis)

ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 11 แห่ง ของกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างเดือนเมษายน 2553 – มกราคม 2554 จำนวน 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน รายได้ และ สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) หรือเติมคำลงในช่องว่าง (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

2.1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ลักษณะของคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

- ให้คะแนน 1 หมายถึง ตอบ ถูก
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ตอบ ผิด
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ตอบ ไม่แน่ใจ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ได้พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับ
อิงเกณฑ์ (เสรี, 2537) ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ความรู้ระดับมาก	สูงกว่าร้อยละ 80	(12 คะแนนขึ้นไป)
ความรู้ระดับดี	ระหว่างร้อยละ 60-80	(9-11 คะแนน)
ความรู้ระดับดีพอใช้	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(ต่ำกว่า 8 คะแนน)

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ลักษณะของคำถามเป็น
แบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ให้คะแนน 1	หมายถึง	ตอบ ถูก
ให้คะแนน 0	หมายถึง	ตอบ ผิด
ให้คะแนน 0	หมายถึง	ตอบ ไม่แน่ใจ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้พิจารณา
ตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ (เสรี, 2537) ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ความรู้ระดับดีมาก	สูงกว่าร้อยละ 80	(10 คะแนนขึ้นไป)
ความรู้ระดับดี	ระหว่างร้อยละ 60-80	(7-9 คะแนน)
ความรู้ระดับดีพอใช้	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(ต่ำกว่า 6 คะแนน)

2.3. แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ลักษณะคำถามเป็นแบบ
ประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อความทั้งเชิงบวก (Positive) และ
เชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความที่ตรงกับความรู้สึกมาก
ที่สุด จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับทัศนคติ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ย กำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

มีทัศนคติระดับดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.01-4.00
มีทัศนคติระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.01-3.00
มีทัศนคติระดับไม่ดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00-2.00

2.4. แบบวัดการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรง	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ย กำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

มีการรับรู้ระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.01-4.00
มีการรับรู้ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.01-3.00
มีการรับรู้ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00-2.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

คะแนนข้อความเชิงบวก คะแนนข้อความเชิงลบ

ได้รับมากที่สุด	4	1
ได้รับมาก	3	2
ได้รับน้อย	2	3
ไม่ได้รับ	1	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ย กำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

ได้รับระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.01-4.00
ได้รับระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.01-3.00
ได้รับระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00-2.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ปัจจัยเสริมประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารในหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับของการได้รับการสนับสนุน	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ได้รับมากที่สุด	4	1
ได้รับมาก	3	2
ได้รับน้อย	2	3
ไม่ได้รับ	1	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารในหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ได้พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ย กำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

ได้รับระดับดี/มาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.01-4.00
ได้รับระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.01-3.00
ได้รับระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00-2.00

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

การปฏิบัติ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติน้อย	2	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ย กำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

ปฏิบัติระดับดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.01-4.00
ปฏิบัติระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.01-3.00
ปฏิบัติระดับการปรับปรุง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00-2.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ทำการศึกษา จากเอกสาร และตำราทางวิชาการเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขต โครงสร้าง และเนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. สร้างแบบสอบถามให้ถูกต้องตามขอบเขต โครงสร้าง และเนื้อหาที่กำหนดไว้
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องความชัดเจนของข้อความเกี่ยวกับความรู้ ข้อคำถามเรื่องพฤติกรรม ดัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มข้อคำถามลงมากขึ้น เป็นต้น
6. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้ (Tryout)
7. นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในกองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 60 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ประเมินความเชื่อมั่นที่วัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal Consistency) โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ค่าความเชื่อมั่น

ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	.741
ด้านความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.703
ด้านทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.766
ด้านการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.907
ด้านนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา	.916
การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.738
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร	.863

การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน	.811
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	.797
ด้านพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.849

8. เมื่อได้ค่าความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้แล้วจึงเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือจากประธานโครงการปริญญาโทสุศึกษาภาคพิเศษ ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยในกองอายุรกรรมทั้ง 11 หอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการสำรวจรายชื่อและจำนวนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้ง 11 หอ
3. นำแบบสอบถามมอบแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยในกองอายุรกรรมทั้ง 11 หอเพื่อแจกให้กับประชากรที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ นำไปเข้ารหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน รายได้และสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล

2. คำนวณค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนโดยรวม ของคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)



ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 142 คน ที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 11 หอ ของกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่วันที่ 1-15 กุมภาพันธ์ 2554

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ข้อมูลทั่วไป ในการวิจัยครั้งนี้คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน รายได้และสถานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

ส่วนที่ 1 พรรณนาปัจจัยทางชีวสังคม ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทางชีวสังคม

(N=142)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	0.7
หญิง	141	99.3
อายุ (ปี)		
20-26	91	64.2
27-33	31	21.8
34-40	10	7.0
41 ปีขึ้นไป	10	7.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	131	92.3
ปริญญาโท	11	7.7
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1-5	105	73.9
6-10	16	11.3
11-15	10	7.0
16-20	6	4.2
21-25	4	2.8
26-30	1	0.7
รายได้		
10000-19999	73	51.4
20000-29999	63	44.4
ตั้งแต่ 30000 ขึ้นไป	6	4.2
สถานที่ปฏิบัติงาน		
หอสามัญ	46	32.4
หอพิเศษ	27	19.0
หอวิกฤติ	69	48.6
รวม	142	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 99.3 มีอายุระหว่าง 20-26 ปี ร้อยละ 64.1 รองลงมามีอายุระหว่าง 27-33 ปี ร้อยละ 21.8 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.3 รองลงมามีการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 7.7 มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 73.9 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ 11.3 มีรายได้ 10000-29999 ต่อเดือน ร้อยละ 51.4 รองลงมามีรายได้ 20000-29999 ต่อเดือน ร้อยละ 44.4 และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 48.6 รองลงมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 32.4

ส่วนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1. ปัจจัยนำ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

(N = 142)

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดีมาก	11 คะแนนขึ้นไป	75	52.8
ระดับดี	9-11 คะแนน	65	45.8
ระดับดีพอใช้	ต่ำกว่า 9 คะแนน	2	1.4

$$\mu = 11.46 \quad \sigma = 1.34$$

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 45.8

1.2 ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N=142)

ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับดีมาก	9 คะแนนขึ้นไป	94	66.2
ระดับดี	7-9 คะแนน	47	33.1
ระดับดีพอใช้	ต่ำกว่า 7 คะแนน	1	0.7

$$\mu = 9.85 \quad \sigma = 1.20$$

จากตารางที่ 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมา มีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 33.1

1.3 ทักษะการสังเกตความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะการสังเกตความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 142)

ทักษะการสังเกตความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	113	79.6
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	29	20.4
ระดับไม่ดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	0	00.00

$$\mu = 3.31 \quad \sigma = .30$$

จากตารางที่ 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทักษะการสังเกตความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.6 รองลงมา มีทักษะการสังเกตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.4

1.4 การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 142)

การรับรู้ถึงระดับความรุนแรง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	117	82.4
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	25	17.6
ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	0	00.00

$$\mu = 3.60 \quad \sigma = .42$$

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมา มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.6

2. ปัจจัยอื่น

2.1 นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา

(N = 142)

นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	91	64.1
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	51	35.9
ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	0	00.00

$$\mu = 3.49 \quad \sigma = .46$$

จากตารางที่ 6 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับทราบถึงนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมา มีการรับทราบถึงนโยบายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.9

2.2 การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N=142)			
การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	30	21.1
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	105	73.9
ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	7	5.0

$\mu = 2.86$ $\sigma = .41$

จากตารางที่ 7 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมา มีการได้รับการฝึกอบรมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 21.1

3. ปัจจัยเสริม

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

(N = 142)

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	69	48.6
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	73	51.4
ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	0	0

$$\mu = 2.68 \quad \sigma = .42$$

จากตารางที่ 8 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.6

3.2 การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับข่าวสารในหน่วยงาน

(N = 142)

การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	50	35.2
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	90	63.4
ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	2	1.4

$$\mu = 2.90 \quad \sigma = .45$$

จากตารางที่ 9 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารในหน่วยงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมาได้รับข่าวสารอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 35.2

3.3 สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน

(N = 142)

สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	41	28.9
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	97	68.3
ระดับน้อย	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	4	2.8

$$\mu = 2.56 \quad \sigma = .46$$

จากตารางที่ 10 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมามีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 28.9

4. พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 142)

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	127	89.4
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	15	10.6
ระดับควรปรับปรุง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	0	0

$$\mu = 3.53 \quad \sigma = .32$$

จากตารางที่ 11 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.4 รองลงมามีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.6

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N=142)

ปัจจัยนำเข้า	พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(ρ)	p- value
ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	-.013	.882
ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	-.055	.516
ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.337*	.000
การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.322*	.000

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 12 พบว่าปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปร ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N=142)

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการป้องกันความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value
นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา	.173*	.040
การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาฯ	.122	.147

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 13 พบว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 ในตัวแปร นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา

การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 2 ในตัวแปร การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N=142)

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการป้องกันความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p)	p- value
การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร	.329*	.000
การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน	.231*	.006
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	.179*	.033

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ 3 ในตัวแปร การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน

วิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้มีประเด็นสำคัญที่ได้พบ และนำมาวิจารณ์โดยมีสาระดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทักษะการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งสอดคล้องกับกมลทิพย์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับ จันทร์พร้อม (2540) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่ และสอดคล้องกับศิริลักษณ์ (2541) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงกล่าวได้ว่าความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารยาและความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเพียงพออย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพได้

ทักษะการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในกองอายุรกรรม พบว่าทักษะการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับกมลทิพย์ (2548)

ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าเจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับเขมวิทช์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี พบว่าปัจจัยภายในด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ .01 สอดคล้องกับภัทรภรณ์ (2546) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างในการทำงานทัศนคติต่อวิชาชีพ ทัศนคติต่อผู้ป่วยความสัมพันธ์ ต่อองค์การและบรรยากาศในองค์การ กับ การปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ดึงผ้าตัดและตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าทัศนคติต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ดึงผ้าตัดและตรวจโรคอุบัติเหตุโรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับมัลลิกา (2546) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน พบว่า เจตคติต่อความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับสุรัชย์ (2541) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานและการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย ในการทำงาน of พนักงานการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย พบว่า ทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับเขมวิทช์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับลัดดาวัณย์ (2545) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จึงกล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทัศนคติและการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ดี พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิด ความเชื่อว่าการเคร่งครัดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารยาโดยยึดหลัก 6 Right สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และรับรู้ถึงระดับความรุนแรงจากการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีผลต่อผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของการบริหารยาที่ถูกต้อง

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการศึกษาพบว่า นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับพิเชฐ (2540) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่าการรับรู้ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การได้รับโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารนิต (2549) ที่ศึกษาเรื่องเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับวาสนา (2545) ที่ศึกษาเรื่องความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล หอผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และสอดคล้องกับวันทนีย์ (2539) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์

และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากกาฬโรค การแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงกล่าวได้ว่านโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาแนวทางปฏิบัติเรื่องการบริหารยา เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดียิ่งขึ้น ส่วนการได้รับโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยามากหรือน้อยไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนของพยาบาลวิชาชีพ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ได้รับข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง สอดคล้องกับของสุวรรณ (2551) ที่ศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในฝ่ายบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในเรื่องของการบริหารยา สอดคล้องกับกมลทิพย์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับทรรศนะ (2543) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กร แบบการนำชีวิต พฤติกรรมการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน ของหัวหน้างานระดับต้น ในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสิริพร (2546) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากสินพบว่าแรงสนับสนุนจากผู้บริหารงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากสินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ ภาสกร (2545) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติการ

พยาบาลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามารับดี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับวันเพ็ญ (2547) ที่ศึกษาเรื่อง บุคลิกภาพ บรรยากาศองค์กรลำดับขั้นความต้องการของ MASLOW กับพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามารับดี พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้บริการด้านความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงกล่าวได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การเยี่ยมพื้นที่สอบถามให้กำลังใจเพื่อเสริมแรง การให้สวัสดิการ ขวัญ กำลังใจ ความพร้อมของเครื่องใช้และอัตรากำลังที่เหมาะสมจากผู้บริหารเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการบริหารของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดีขึ้น การได้รับข่าวสารในหน่วยงานการเพิ่มช่องทางหรือแหล่งของข้อมูลพยาบาลสามารถรับเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการทำงานอย่างง่ายและรวดเร็ว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การทำงานเป็นทีม การดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขา การช่วยเหลือเอื้ออาทร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ร่วมงานมีส่วนช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักและความเอาใจใส่ในเรื่องการบริหารยามากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์มีต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 11 แห่ง ของกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างเดือน เมษายน 2553 – มกราคม 2554 จำนวน 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ผวนก ก) โดยทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและ การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารในหน่วยงาน และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ผวนก ก) นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 60 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบหาความเชื่อมั่น

(Reliability) ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .741 ด้านความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .703 ด้านทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเท่ากับ .766 ด้านการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .907 ด้านนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .916 ด้านการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเท่ากับ .738 ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .863 ด้านการได้รับข่าวสารในหน่วยงานมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .811 ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .797 ด้านพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .849

เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน เมษายน 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2554 นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามลักษณะข้อมูลและสมมุติฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.3 มีอายุระหว่าง 20-26 ปี ร้อยละ 64.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.3 ประสบการณ์ทำงานระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 73.9 ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 48.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10000-29999 บาท ร้อยละ 51.4

2. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาในระดับดีมาก ร้อยละ 52.8

3. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดีมาก ร้อยละ 66.2

4. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดี ร้อยละ 79.6
5. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับมาก ร้อยละ 82.4
6. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีการทราบถึงนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยาในระดับมาก ร้อยละ 64.1
7. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.9
8. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4
9. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารในหน่วยงานในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.4
10. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3
11. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรมส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.4

12. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ 1 ในตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทิศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ 1 ในตัวแปรทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

13. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ 2 ในตัวแปรนโยบายด้านความปลอดภัยในการบริหารยา การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยา และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ 2 ในตัวแปรการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยา และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1.4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และจากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอให้เสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมและกระตุ้นด้านทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร ส่งเสริมการทำงานตามแนวคิดเชิงระบบที่มีความเชื่อว่า การป้องกันความผิดพลาดที่ดีคือการเปลี่ยนระบบการทำงาน โดยเฉพาะการเขียนหรือ

รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทุกครั้ง เพื่อนำมาจัดประชุมหาสาเหตุ (Root course) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เน้นการลงโทษหรือตำหนิบุคคล

2. ควรมีการมอบหมาย และหมุนเวียนให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีหน้าที่ในการเก็บตัวชี้วัดของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและเข้าร่วมประชุมหาสาเหตุ (Root course) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อตระหนักถึงความรุนแรงจากการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

3. ควรส่งเสริมปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร เช่นการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม การตรวจเยี่ยมพื้นที่ให้กำลังใจ หรือเพิ่มแรงจูงใจในรูปแบบของการแข่งขัน การให้รางวัล ในการคิดกิจกรรมเสนอแนะ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หรือโครงการที่สามารถลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้

4. ควรส่งเสริมโดยการเพิ่มสื่อและช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสาร ในรูปแบบของหนังสือ เอกสาร คู่มือยาที่ทันสมัย ง่าย เห็นชัดเจนและสะดวกในการเข้าถึงตลอดจนช่องทางการสอบถาม ข้อมูลได้ที่ที่พยาบาลพบปัญหาในการบริหารยา

5. ควรส่งเสริมปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานเช่น การแนะนำตัว การปฐมนิเทศ ร่วมกัน การทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน การทำงานเป็นทีม การดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยในการบริหารยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับกองทัพบกทั่วประเทศ

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของแพทย์และเภสัชกรในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม. 2552. ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสาร Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2(1): 195-217.
- กมลทิพย์ ละแมนชัย. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- เขมวิทช์ วงษ์เจริญสุข. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จันทร์พร้อม อุตสาคร. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุมพล รอดคำดี. 2532. สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จิราพร ลิ้มปานานนท์. 2551. แนวคิดเกี่ยวกับยาและหลักทั่วไปในการใช้ยา: ความรู้เรื่องยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ชูดา จิตพิทักษ์. 2525. พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. สารมวลชน, กรุงเทพฯ.
- ทรรชนะ ใจชุ่มชื่น. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรแบบการนำชีวิต พฤติกรรมการปฏิบัติงานและคุณภาพการทำงานของหัวหน้างานระดับต้นในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ธนวรรณ อิมสมบุญ. 2538. การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน กระบวนการวิเคราะห์
 อย่างเป็นระบบสุศึกษา. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

ธิดา นิงสานนท์. 2549. คู่มือการใช้ยาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. บริษัทประชาชนจำกัด,
 กรุงเทพฯ.

นิตยา เพ็ญศิริินภา. 2544. เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษาและการประชาสัมพันธ์
 งานสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

นฤมล แก่นสาร. 2548. การพัฒนาแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยัลยกรรมทั่วไป
 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2543. การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรม
 สำเร็จรูป SPSS for Wimdows. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ปรีดา กังแฮ. 2546. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริหารยาตามการรับรู้ของพยาบาล
 และผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทศนคติ:การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
 สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532. ทศนคติ:การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. ธีระวัฒนา,
 กรุงเทพฯ.

พิเชฐ เจริญเกษ. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครุมัธยมศึกษา
 สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงษ์ศักดิ์ สมใจ. 2550. การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบความปลอดภัยในการใช้ยา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 17: 100-108.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2546. **Quality & Safty in Nursing: Concept and Practice.**
พิมพ์ครั้งที่ 2. สุขุมวิทการพิมพ์, กรุงเทพฯ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลป์ยางกูร, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกตุ สวัสดิ์วัฒนากุล,
และ รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. 2549. การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย.
บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์จำกัด, กรุงเทพฯ.

ภาสกร ศิริพัฒนานนท์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับความสามารถ
ในปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรามารับดี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, สถาบันราชภัฏราชนครินทร์.

ภัทราภรณ์ สุกาญจนารักษ์. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างในการทำงาน ทักษะต่อวิชาชีพ
ทัศนคติต่อผู้ป่วย ความผูกพันต่อองค์กร และบรรยากาศในองค์การกับการปฏิบัติงาน
พยาบาลของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลตึกผ่าตัดและตรวจโรคอุบัติเหตุโรงพยาบาล
ศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

มัลลิกา รัตนสุนทร. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงานของ
พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มัทธมา กิตติศรี. 2547. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อน
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพา วิชาสวัชรโยธิน. 2551. การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพร
เขตอุดมศักดิ์. เภสัชกรรมคลินิก 15: 151-61.

ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วันที ทิพย์ถาวรณกุล. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วันเพ็ญ จามรวงศ์. 2547. บุคลิกภาพ บรรยากาศองค์กร ลำดับขั้นความต้องการของ MASLOW กับพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วรัปสร อนุสรณ์เสงี่ยม. 2545. การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาและบทบาทของเภสัชกรในการลดความคลาดเคลื่อนในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. 2538. โครงการมาตรฐานพฤติกรรมอนามัยพึงประสงค์สำหรับประชาชน ด้วยวิธี PRECEDE PROCEED Modle. ในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาของครอบครัว, กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, นนทบุรี.

วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้ สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ. (อัคราณา)

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2545. ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศุภวรรณ ศุภศิริ. 2551. การบริหารยาอย่างปลอดภัยสำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน: วิเคราะห์ปัญหา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร เป็ลยนผดุง. 2543. คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. ธนบรรณการพิมพ์, เชียงใหม่

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. 2541. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ในเขตโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิริพร สุขโข. 2546. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุรัชดา กองศรี. 2549. ผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุชาดา เดชเดชสุนันท์. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุปราณี เสนาดิษฐ์. 2549. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. บริษัทจุดทองจำกัด กรุงเทพฯ.

สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2549. ยาและยาเสพติดให้โทษ. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช. กรุงเทพฯ.

สุรัชย์ ไพศาลพันธุ์. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานและการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สารนิตี บุญประสพ. 2549. เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เสรี ลาขโรจน์. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดผลและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน เอกสารการสอนชุดวิชาวัดผลและประเมินผลการศึกษาหน่วยที่3, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, กรุงเทพฯ

อรรณพ ปิณฑน์โอวาท. 2542. การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ. พิมพ์ครั้งที่2. โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

Bloom, B.S., J.T. Hastings and F.G. Madaus. 1975. **Handbook on Formative and
Summative Evaluation of Student Learning.** Mc Graw-Hill Book Company,
New York.

Davidhizar, R. and G. Lonser. 2003. Strategies to decrease medication errors. **Health Care
Manager** 22: 211-218.

Fu-In, T, S. Shuh-Jen, Y. Shu, W. Ien-Lan and C. Ching-Huey. 2007. Nurses relate the
contributing factors involved in medication errors. **Journal of Clinical Nursing**
16: 447- 457.

Hicks, R.W, S.C. Becker and P.E. Windle. 2007. **Medication Errors in the PACU.** n.p.

Kimberly, R., J. Hawley, D. Anne, D. 'Vi'Nayler and T. Kenneth. 2006. Impact of a statewide
reporting system on medication error reduction. **Journal of Patient Safety** 2: 116-12.

Lawrence, W. G., Marshall and W. Kreuter. 1999. **Health Promotion Planning and Education
and Ecological Approach.** Mayfield Publishing Company, California.

Michael, R.C. 2007. **Medication Errors.** The American Pharmacists Association,
Washington, D.C.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing. 2001.
NCC MERP index for Categorizing Medication Errors, Available
Source:<http://www.nccmerp.org>, March 20, 2008.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing. 2002.

About Medical Error. What is Medical Error, Available

Source:<http://www.nccmerp.org>. April, 10, 2008.

Runciman, W.B., E.E. Roughead, and S.J. Semple. 2003. Adverse drug events and medication errors in Australia. **International Journal for Quality in Health Care** 15: i49-i59.

Stratton, K.M., M.A. Blegan, G. Peper and T. Vaughn. 2004. Reporting of medication errors by pediatric nurses. **Journal of Pediatric Nursing** 19: 385-392.

Valentin A., M.Capuzzo, and B. Guidet. 2009. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. **BMJ**. 338: b841.





รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

ชื่อ-สกุล

หน่วยงาน

1. พ.อ.นพ.ชนะพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ อายุรแพทย์หน่วยโรคติดเชื้อ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. พ.ต.หญิง วรรณรัตน์ ใจซื่อกุล อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
3. พ.ต.หญิง วนิกนันท์ หัสดิน เกสัชกร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำชี้แจง ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 2.4 การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัย

ในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยา และความ

คลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตอนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุน

จากผู้บริหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารในหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่าง

ผู้ร่วมงาน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

จำนวน 23 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ซึ่งตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันของท่าน

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านในปัจจุบัน
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. ประสบการณ์การทำงานวิชาชีพพยาบาล ตั้งแต่จบการศึกษาประมาณ.....ปี
5. สถานที่ปฏิบัติงาน ☐ หอผู้ป่วยสามัญ ☐ หอผู้ป่วยพิเศษ ☐ หอผู้ป่วยวิกฤติ
6. รายได้ต่อเดือน (รวมค่าเวร บ-ค และค่าเวรนอกเวลา) ประมาณ.....บาท

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 3 คำตอบคือ

- ถูก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง
ผิด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจในข้อความนั้น

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. การรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลต้องจัดยาตามที่แพทย์สั่งใหม่ ทุกครั้ง			
2. พยาบาลไม่มีสิทธิ์ให้ยาทุกประเภท โดยรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ในภาวะเร่งด่วน			
3. การรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลต้องซักประวัติการแพ้ยาทุกครั้ง			
4. พยาบาลมีสิทธิ์ที่จะไม่ให้ยาในกรณีที่กำลังการรักษาไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้อง			
5. ขณะจัดยาต้องอ่านชื่อยา 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อหยิบขวดยา ครั้งที่สอง ขณะวางขวดยา			
6. กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวก่อนให้ยาต้องมีการสอบถามชื่อ-สกุลก่อนทุกครั้ง			

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
7. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีก่อนให้ยาต้องมีการตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยจากป้ายข้อมือก่อนทุกครั้ง			
8. ยา Levophed ต้องแจ้งในสารละลาย NSS เท่านั้น			
9. ก่อนให้ยาผู้ป่วยต้องทวนสอบ (Double Check) ทุกครั้ง			
10. ยาความเสี่ยงสูง (High alert drug) เป็นยาที่ต้องจัดเก็บแยกไว้ต่างหากและปิดกุญแจ			
11. ผู้ป่วย Post MVR ได้ยา Warfarin กินต้องเจาะเลือดหา APTT เพื่อปรับระดับยาเป็นระยะๆ			
12. ยาอินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็วต้องสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ช่วง 30-60 นาทีหลังได้รับยา			
13. การส่งผสมยาฉีดไปเตสเชื่อมคลอไรด์ลงในน้ำเกลือที่เหลือสามารถทำได้ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์			
14. การรั่วไหลของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) อาจทำให้เกิดเนื้อตาย (Tissue necrosis) ตามมา			
15. ภายในหอผู้ป่วยมีการกำหนดรายการยา จำนวนยา ตามบริบทและความจำเป็นในการใช้ยาเท่านั้น ยาที่ไม่มีในรายการจะส่งคืนห้องยาใน			

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 3 คำตอบคือ

ถูก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 ผิด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจในข้อความนั้น

ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเกิดจากตัวบุคคล และการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารยา			
2. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยานั้น สามารถจะเกิดขึ้นซ้ำในลักษณะเดียวกันได้			

ความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
3. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อหาวิธีป้องกันข้อผิดพลาดอีกในอนาคต			
4. เมื่อเกิดความสงสัยในขนาดยา วิธีในการให้ยา ความถี่ในการให้ยา หรือประวัติการแพ้ยา ต้องสอบถามแพทย์เจ้าของไข้ให้เกิดความชัดเจนก่อนให้ยาทุกครั้ง			
5. การที่ผู้ป่วยได้รับยาและมีอาการแพ้ยาโดยไม่มีประวัติการแพ้ยามาก่อน ไม่ใช่ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา			
6. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทำให้เกิดผลกระทบคือผู้รับบริการได้รับอันตราย ผู้ให้บริการถูกฟ้องร้อง องค์กรได้รับความเสียหาย			
7. การให้ยาผู้ป่วยโดยดูแลเฉพาะหมายเลขเตียง สามารถทำได้ในกรณีเร่งด่วน			
8. การมอบหมายในการให้ยาผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้ร่วมทีม ทำโดยการบอกแต่หมายเลขเตียงเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง			
9. การตรวจสอบกับพยาบาลอีกคนหนึ่งก่อนให้ยา เป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ที่จะทำเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs)			
10. การตรวจสอบซ้ำ(Double check)ก่อนให้ยาผู้ป่วย กรณีให้ยาทั่วไปที่ไม่ใช่ยาความเสี่ยงสูง สามารถทำได้โดยพยาบาลคนเดียว			
11. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่พบ เนื่องจากยามีรูปลักษณะและชื่อยาคล้ายกัน			
12. การถ่ายทอดคำสั่งการรักษาหลายขั้นตอน และการถ่ายทอดคำสั่งยาทางโทรศัพท์ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา			

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การเคร่งครัดปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของการบริหารยา ทำให้ผู้ป่วยพ้นอันตรายจากยา				
2. ภาระงานมาก ทำให้การบริหารยาที่ถูกต้องทุกขั้นตอน เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก				
3. ในภาวะเร่งด่วนพยาบาล มักละเลยการบริหารยาตามหลัก 6 Right				
4. การปฏิบัติตามหลัก 6 Right ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
5. การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย				
6. การบริหารยาตามหลัก 6 Right ทำให้สิ้นเปลืองเวลา				
7. ในกรณีให้ยาชนิดเดิมบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องทวนสอบ (Double Check) เพราะจำได้แล้ว				
8. แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ควรได้รับการกระตุ้นและดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร				
9. การปฏิบัติตามแนวทางของการบริหารยาในหอผู้ป่วย ทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยากและรำคาญ				
10. การทวนสอบ (Double Check) ทำให้ท่านมั่นใจในการบริหารยามากขึ้น				

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านคิดว่าควรเขียนรายงานอุบัติการณ์ ทุกครั้ง เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา				
12. ท่านคิดว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์ เป็นสิ่งที่ยุ่งยากไม่จำเป็น				
13. ท่านคิดว่าความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา สามารถป้องกันได้				
14. ถ้าเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คงทำให้ท่านรู้สึกผิดมากและไม่อยากให้ เกิดเหตุการณ์ขึ้นอีก				
15. พยาบาลมีประสบการณ์มาก ไม่จำเป็นต้อง มีการทวนสอบ (Double Check) ก่อนการ ให้ยาผู้ป่วย				

ตอนที่ 2.4 แบบสอบถามการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ
ข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากต่อ ผู้ป่วย บุคลากรและองค์กร				
2. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจทำให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น				

การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้				
4. การปกปิดความผิดพลาดเมื่อเกิดความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาทำให้ผู้ป่วยถึง แก่กรรมได้				
5. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจทำให้เกิดข้อร้องเรียน				
6. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจทำให้เสียภาพลักษณ์ขององค์กร				
7. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา อาจทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการ
ฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ
ข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับทราบเรื่องนั้นมากที่สุด
 ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับทราบเรื่องนั้นมาก
 ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับทราบเรื่องนั้นน้อย
 ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยรับทราบเรื่องนั้นเลย

นโยบายความปลอดภัยในการบริหารยาและ การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ได้รับมาก ที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ
นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยา				
1. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายเรื่อง การบริหารยาทั่วไปชัดเจน				
2. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายการ บริหารยาความเสี่ยงสูง ชัดเจน				

นโยบายความปลอดภัยในการบริหารยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับ
3. หอผู้ป่วยของท่านมีการจัดวางคู่มือเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
4. หอผู้ป่วยของท่านมีการนำเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามาประชุมปรึกษาหาแนวทางการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ				
5. หอผู้ป่วยของท่านมีการปรับปรุงระบบ/กระบวนการทำงานเป็นประจำเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
การได้รับการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
6. ท่านเข้ารับการฝึกอบรมในเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของหน่วยงานทุกครั้งที่มีการจัดอบรม				
7. ท่านเข้ารับการฝึกอบรมในเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของหน่วยงาน อย่างน้อยปีละ2ครั้ง				
8. ผู้บริหารสนับสนุนท่านให้เข้ารับการอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
9. ภาระงานมาก ทำให้ท่านไม่มีโอกาสเข้ารับการอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
10. ท่านศึกษาค้นคว้าความรู้เรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลา				
11. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการจัดการความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริหารยา(Root cause analysis)				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารในหน่วยงาน และผู้ร่วมงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนนั้นมากที่สุด

ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนนั้นมาก

ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนนั้นน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนนั้นเลย

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารจากหน่วยงานและ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	ได้รับ มาก ที่สุด	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ ได้ รับ
การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร				
1. ผู้บริหารมีการแจ้งแนวนโยบายในการบริหารยาอย่างชัดเจน				
2. ผู้บริหารมีการกำกับดูแลให้ปฏิบัติตามแนวทางในการบริหารยาอย่างเคร่งครัด				
3. ผู้บริหารสนับสนุนในการหาวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริหารยาพอเพียง เช่น เครื่องปรับอัตราการไหลของสารน้ำแบบอัตโนมัติ				
4. ผู้บริหารจัดอัตรากำลังของพยาบาลได้เหมาะสมกับปริมาณงาน				
5. ผู้บริหารสนับสนุนท่านให้เข้ารับการอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
6. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
7. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยานำมาร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข				

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารจากหน่วยงานและ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	ได้รับ มาก ที่สุด	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับ
8. ผู้บริหารให้โอกาสท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
9. ผู้บริหารมีการจัดหาแนวทางการบริหารยา คู่มือการบริหารยา เอกสารความรู้เรื่องยาให้พร้อมหยิบใช้ได้ตลอดเวลา				
10. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีเทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการบริหารยา เช่น อินเทอร์เน็ต				
การได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน 11. หอผู้ป่วยของท่านมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างเป็นรูปธรรม				
12. หอผู้ป่วยของท่านมีการจัดบอร์ดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
13. ท่านได้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสืบค้นข้อมูลเรื่องการบริหารยาจากอินเทอร์เน็ต, แนวทางการบริหารยา, คู่มือการใช้ยา, หนังสือMIMS, ในหอผู้ป่วย				
14. ผู้บริหารมีการนำความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นตามหอผู้ป่วยต่างๆมาสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ให้ทราบ เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นอีก				
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน 15. ผู้ร่วมงานในทีมพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาอย่างเคร่งครัด				
16. แพทย์มีการปฏิบัติตามแนวทางการสั่งใช้ยาอย่างเคร่งครัด				

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารจากหน่วยงานและ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	ได้รับ มากที่สุด	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ ได้ รับ
17. เกสซ์กรมีการปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา อย่างเคร่งครัด				
18. ท่านได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีและเต็มใจ จากผู้ร่วมงานในทีมพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาและ ข้อขัดข้องในการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการ บริหารยา				
19. ผู้ร่วมงานมีการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงจาก รายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและ ช่วยหาแนวทางการแก้ไข				

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ
ข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านทำเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำเป็นส่วนใหญ่ ไม่ทำเป็นส่วนน้อย

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านไม่ทำเป็นส่วนใหญ่ ทำเป็นส่วนน้อย

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำเลย

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ
1. ท่านมีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในผู้ป่วย รับใหม่				
2. ท่านมีการตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยก่อนให้ยา				
3. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อน ให้ยา				
4. ท่านมีการทบทวนคำสั่งการให้ยาผู้ป่วยทุกราย ในเวรคึก				

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ
5. ท่านจัดยาตามหลัก 6 Right อย่างเคร่งครัด				
6. ท่านมีการทวนสอบกับพยาบาลอีกคน กรณีการ ให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงก่อนให้ยา				
7. ท่านตรวจสอบยาและวันหมดอายุของยาก่อน จัดยา				
8. ท่านประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยา				
9. ท่านตรวจสอบยากับแบบบันทึกยา ก่อนให้ยา ผู้ป่วย				
10. ท่านเซ็นชื่อในแบบบันทึกยาทันทีที่ให้ยา ผู้ป่วยแล้ว				
11. ท่านสอบถามแพทย์เมื่อคำสั่งการให้ยาไม่ ชัดเจน				
12. ในกรณีเร่งด่วนแพทย์สั่งยาทางโทรศัพท์ ท่าน ทวนคำสั่ง 3 ครั้ง				
13. ท่านตรวจสอบยากับแบบบันทึกยาเมื่อรับยามา จากห้องยา				
14. ท่านคาดเดาขนาดยาจากประสบการณ์เดิม เมื่อ แพทย์ไม่ได้สั่งขนาดยา				
15. ท่านตรวจสอบอุณหภูมิผู้เข้านเก็บยาให้อยู่ ระหว่าง 4-8 องศาเซลเซียส เข้า-เย็น				
16. ท่านอ่านฉลากยาอย่างน้อย 3 ครั้งก่อนให้ยา				
17. ท่านแยกเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละคน				
18. ท่านใช้ยาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน				
19. ท่านขึ้นเวรต่อเนื่องจึงใช้ความเคยชินในการ จัดยา				

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ
20. ท่านสืบค้นหรือใช้คู่มือ เอกสารการใช้ยาหรือ หนังสือ MIMSช่วยในการบริหารยาเมื่อเกิด ความไม่มั่นใจ				
21. ท่านปรึกษาผู้ร่วมงานช่วยในการบริหารยาเมื่อ เกิดความไม่มั่นใจ				
22. ท่านกินยาทุกครั้ง เมื่อแพทย์สั่งขเกลิกการให้ ยานั้น				
23. ท่านใช้ตารางการคำนวณยาความเสี่ยงสูงใน กรณีเร่งด่วน				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	พ.ต.หญิง พนมพร พฤทธิพงษ์พันธุ์
วัน เดือน ปีเกิด	25 มิถุนายน 2505
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์และอนามัยกองทัพบก พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยอายุรกรรม18/2 แผนกพยาบาลกองอายุรกรรม กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ