



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

.....
สุขศึกษา

.....
พลศึกษา

.....
สาขา

.....
ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

Factors Affecting Medication Administration Errors of Professional Nurses
in Intensive Care Units of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวสุพัตรา เผ่าพันธุ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(.....
รองศาสตราจารย์อติลา นิตธรรม, ค.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(.....
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....
(.....
รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

สืบสิงห์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

Factors Affecting Medication Administration Errors of Professional Nurses
in Intensive Care Units of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital

โดย

นางสาวสุพัตรา เผ่าพันธุ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุพัตรา เผ่าพันธุ์ 2553: ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์อติสา นิตธรรม, ค.ม. 115 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความ
คลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษากลุ่มประชากร จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ การวิเคราะห์
ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าทดสอบไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีอยู่ใน
ระดับดี ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ความรุนแรงของ
ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน
ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่
นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและ
การได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน
ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Supatra Phaopant 2010: Factors Affecting Medication Administration Errors of Professional Nurses in Intensive Care Units of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 115 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors affecting medication administration errors of professional nurses in intensive care units of faculty medicine Ramathibodi Hospital. The sample consisted of 193 professional nurses in intensive care units of faculty medicine Ramathibodi Hospital. The questionnaires was developed by the researcher, tested its quality of which the results were accepted. Data analyses were performed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this research were as follows: Medication administration errors preventive behavior of professional nurses in intensive care units of faculty medicine Ramathibodi Hospital were found that a high level. The predisposing factors, namely, attitude and perception of severity toward medication administration errors were positively related to medication administration errors preventive behavior of professional nurses with a statistically significance at the level of .01. The enabling factors, namely, policy of medication safety and training on medication errors toward medication administration errors were positively related to medication administration errors preventive behavior of professional nurses with a statistically significance at the level of .01. The reinforcing factors, namely, reinforcing from administrator and media channel of communication from organization toward medication administration errors were positively related to medication administration errors preventive behavior of professional nurses with a statistically significance at the level of .01.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เพราะได้รับความช่วยเหลือและความกรุณาจากบุคคลสำคัญหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์อติลา นิตธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำด้านวิชาการและตรวจสอบวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์จำปี ประสิทธิ์ชัย อาจารย์จิราภรณ์ ปั่นอยู่ อาจารย์อภิญญา สุนนะไพศาล เกศจักรหญิงชนิยา ไพบูลย์วงศ์ ที่กรุณาตรวจแก้และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือ และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ดังปรากฏ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยไอซียูเด็ก โรงพยาบาลรามาริบดี และผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยมิตรภาพที่ทรงคุณค่า

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เป็นสถานที่ทำงานและให้โอกาสได้เรียนรู้ชีวิตและวิชาการ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ครอบครัว และกัลยาณมิตรทุกท่านของผู้วิจัย ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจที่ดีมาตลอด คุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และทุกๆ ท่านที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

สุพัตรา เผ่าพันธ์

กุมภาพันธ์ 2553

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	53
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	62
ผลการวิจัย	62
ข้อวิจารณ์	74
สรุปและข้อเสนอแนะ	79
สรุป	79
ข้อเสนอแนะ	82
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	85
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย	91
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย	93
ภาคผนวก ค เอกสารขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย	111
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	113
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	115

สารบัญตาราง

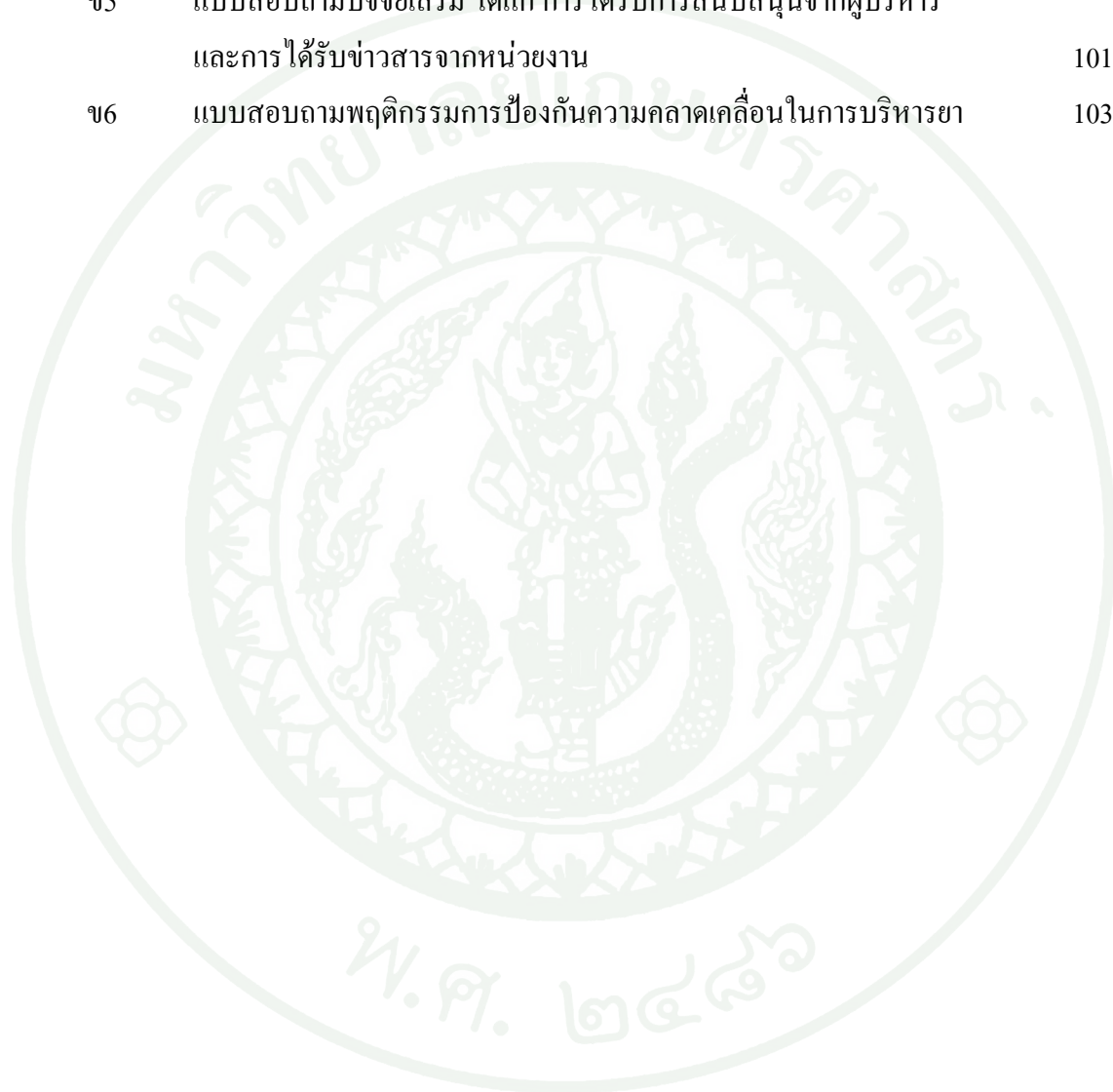
ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	63
2	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	66
3	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	66
4	จำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	67
5	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อ	67
6	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริม	68
7	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	69
8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	69
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	72
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	73
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	73

ตารางผนวกที่

ข1	แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	94
ข2	แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	95
ข3	แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	97
ข4	แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา	99

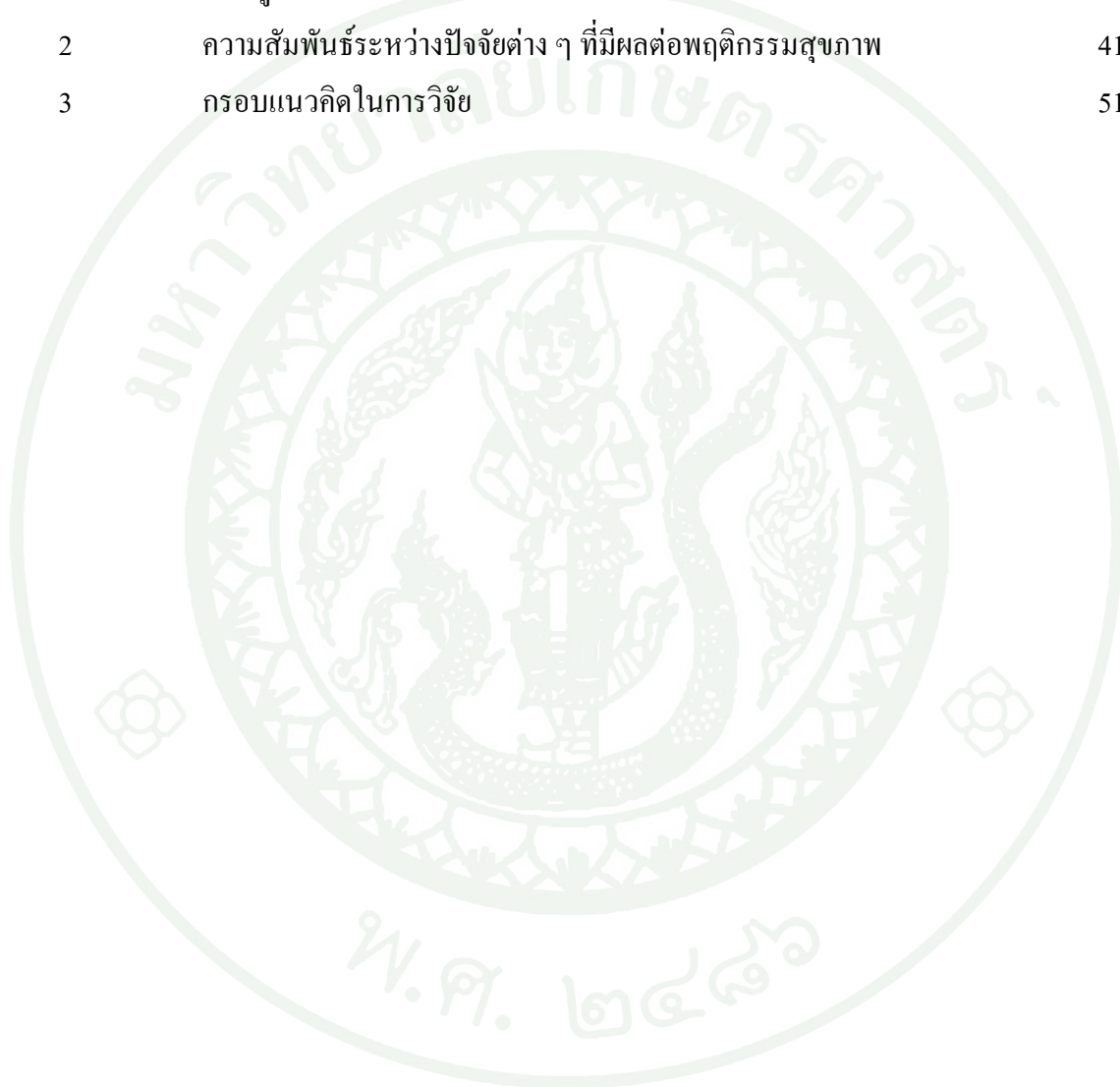
สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
ข5	แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน	101
ข6	แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารฯ	103



สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนภูมิความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของทัศนคติ	34
2	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	41
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	51



ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

Factors Affecting Medication Administration Errors of Professional Nurses in Intensive Care Units of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital

คำนำ

การให้ยาเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา ยาแต่ละอย่างจะมีลักษณะการใช้ที่แตกต่างกัน เกือบทุกชนิดมีโทษหากใช้ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม บางอย่างมีโทษมากถึงเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ การให้ยานั้นมีหลายขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น ขั้นตอนมีตั้งแต่ แพทย์สั่งใช้ยา พยาบาลออกคำสั่งแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องยาจัดยาและเภสัชกรตรวจสอบยา เพื่อมอบให้ผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจำนวนมาก ยาที่ห้องยาจัดต้องมีจำนวนหลายหมื่นรายการในแต่ละวัน พยาบาลในหอผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน และมียาที่ต้องใช้ยาเป็นจำนวนมาก การให้ยาผิดพลาดจึงมีโอกาสเกิดขึ้นได้และถือว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่ง การให้ยาผิดพลาดอาจเป็นการให้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดเวลา ผิดคน หรือไม่ได้ให้เมื่อถึงกำหนดเวลา ซึ่งเป็นปัญหามากในด้านการคุณภาพของโรงพยาบาล (จรัส, 2545) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและสอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (Thai Patient Safety Goals) มีเป้าหมายอยู่ที่ความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยให้มีความผิดพลาดน้อยที่สุด ซึ่งความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้แก่ การวินิจฉัยรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตกเตียง/ลื่นล้ม อุปกรณ์เครื่องมือ และการบริหารยา (อนุวัฒน์, 2543) ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นปัญหาสำคัญของการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน และส่งผลให้เกิดผลเสียต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการโดยตรง ความผิดพลาดบางครั้งในการบริหารยามีผลกระทบต่อผู้รับบริการร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนและพิการต่างๆ ได้ ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานๆ เพิ่มค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น พบว่าจากความคลาดเคลื่อนทางยา จากการรายงานของ The Institute of Medicine ปี 1999 (Michael, 2007) พบว่าในอเมริกามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนประมาณ 44,000 ถึง 98,000 คนต่อปีและได้รับความเสียหายมากกว่า 770,000 คนต่อปี การศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกาปี 1999 เพ็ญจันทร์ และ

คณะ (2549) พบว่า จากความคลาดเคลื่อนทางยา 94 คน มีการให้ยาผิดร้อยละ 42.6 ผิดชนิดร้อยละ 29.8 ผิดคำสั่งร้อยละ 29.8 ไม่ได้สั่งร้อยละ 28.7 จำนวนผิดร้อยละ 20 สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของสุชาติ (2544) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ผลการศึกษาพบอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาร้อยละ 14.46 ผิดเวลาร้อยละ 26.67 ผิดอัตราเร็วร้อยละ 56 และผู้ป่วยไม่ได้รับยาร้อยละ 9.78 จากการศึกษาของ สุภวรรณ (2551) ในเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในฝ่ายบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และระบบบริหารยาที่ยังไม่ชัดเจน เป็นต้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิโดยรับรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน รวมทั้งรับปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ เป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล และนักศึกษาอื่นๆ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเป็นศูนย์ค้นคว้าวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัย มีการรักษาและผ่าตัดที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีปัจจุบันได้นำอุปกรณ์และเครื่องมือที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์การแพทย์มาใช้ในการรักษาและประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามักมีภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่ การรักษาที่ได้รับต้องเร่งด่วนตลอดเวลา ยาที่ได้รับมีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยหรือทำให้เสียชีวิตหากมีการใช้ผิดพลาด (สุภรัตน์, 2550) จากการศึกษาของ Fu-IN Tang *et al.* (2007) ในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการศึกษาพบว่าในหอผู้ป่วยหนักมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นอันดับสองรองมาจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม จากสถิติรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ (Occurrence Report) ของภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในแต่ละปีไม่ลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 2549 และ 2550 มีจำนวน 283 340 และ 295 รายตามลำดับเกิดความผิดพลาดทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ คำสั่งทางยา (Prescription) การแปลงคำสั่ง (Transcription) การจัดยา (Dispensing) และการบริหารยา (Administration) การบริหารยาเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีส่วนร่วม ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักรู้อย่างมาก ซึ่งหมายถึงพยาบาลต้องมีศักยภาพสูงในด้านการบริหาร

ยาดังนั้นภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จึงได้จัดโครงการอบรมเรื่อง การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2552 โดยภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีคาดหวังว่า จะเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารยาและลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี, 2552)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีหรือไม่ อย่างไร และมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ในการดำเนินการแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน กับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา กับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา กับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน กับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อประโยชน์ที่สำคัญดังนี้

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และหน่วยบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เพื่อการวางแผนจัดอบรม หรือนิเทศงานด้านการบริหารยาในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักมีการบริหารยาที่ถูกต้อง
2. ได้แนวทางป้องกันและแก้ไขความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. ผลการวิจัยเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริหารยาให้ถูกต้องตามหลักปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งตนเอง ผู้ร่วมงานและผู้ป่วยอื่นๆ
4. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยมีขอบเขตดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่

1.1 หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3

1.2 หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5

1.3 หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด

1.4 หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก

1.5 หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อายุรกรรม

1.6 หอผู้ป่วยซี.ซี.ยู.

2. ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล
ประจำการที่กำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่ง ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ระหว่างเดือน เมษายน 2552 – พฤศจิกายน 2552 จำนวน 193 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยนำ ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

1.2 ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1.3 การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน

ตัวแปรตาม (Dependent variables)

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตัวแปรอธิบาย (Descriptive variables)

คือ ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่

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

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามปฏิบัติการของนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักมีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ อาจมีผลทั้งทางสนับสนุนหรือยับยั้ง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา หมายถึง ความสามารถในการคิด ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการบริหารยา

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ความโน้มเอียงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ความรุนแรง และข้อผิดพลาดทางยาที่เกิดจากการบริหารยา และประโยชน์ของการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้พฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ หรือเกิดขึ้นได้ที่ไม่ใช่จากบุคคล ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดทางยา

นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยา หมายถึง แผนงานที่ชัดเจนในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

การได้รับการฝึกอบรม หมายถึง การได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการที่มีเนื้อหาเรื่อง ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จัดโดยภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เป็นแรงเสริมกระตุ้นให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสาร จากหน่วยงาน

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร หมายถึง การได้รับความรู้ คำแนะนำ คำสั่งใจจาก ผู้บังคับบัญชาในด้านการปฏิบัติงาน

การได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน หมายถึง การได้รับข้อมูล เรื่องแจ้งต่างๆ ภายในหน่วยงาน ทั้งจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ได้ขึ้นทะเบียน ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาชีพการพยาบาล และปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หอผู้ป่วยหนัก หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและ ภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้นที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้อง ใช้หัตถการทางการพยาบาลขั้นสูง อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน

การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในการ บริหารยาที่ถูกต้องตามหลักการให้ยา 6 ประการ (6 Right) ได้แก่ ถูกตัวผู้ป่วย (Right patient) ถูกชนิด ยา (Right drug) ถูกขนาดยา (Right dose) ถูกเทคนิคที่ให้ (Right technique) ถูกทางที่ให้ (Right route) ถูกเวลา (Right time)

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ศึกษาถึงความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. บริบทคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
3. แนวคิดเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
5. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE (PRECEDE Model)
 - 5.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2508 เป็นคณะแพทยศาสตร์ลำดับที่ 4 ของประเทศไทย มีศาสตราจารย์นายแพทย์อริ วัลลภเสวี เป็นคณบดีท่านแรกในการก่อตั้งคณะฯ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ให้บริการผู้ป่วย เพื่อสนองความต้องการทางด้านการเรียนการสอนและการวิจัย เน้นวิสัยทัศน์ในการสร้างรากฐานความรู้เพื่อการแพทย์และการพยาบาลและความเป็นเลิศทางวิชาการและวิจัย จึงมีการจัดตั้งศูนย์วิจัยที่มีห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการดำเนินการวิจัยโดยศูนย์วิจัยเอง และดำเนินการวิจัยร่วมกับภาควิชาต่างๆ ตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งนอกจากได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากรัฐบาลแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในด้านทุนพัฒนาอาจารย์และส่งผู้เชี่ยวชาญมาช่วยงานของคณะฯ ตลอดจนสนับสนุนด้านการเตรียมบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ นอกจากนั้นคณะฯ ได้พัฒนาภาควิชาพยาบาลศาสตร์เพื่อให้สามารถประสานการเรียนการสอน การบริการ สาขาพยาบาลศาสตร์ ควบคู่ไปกับการเรียนการสอนและการบริการสาขาแพทยศาสตร์ ซึ่งนับเป็นลักษณะพิเศษของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีการผลิตบัณฑิตทั้งสาขาแพทยศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ในคณะเดียวกัน อันยังประโยชน์ต่อการบริการทางการแพทย์และการพยาบาลให้เป็นไปอย่างสอดคล้องและประสิทธิภาพ (กรรจิตเทพ และคณะ, 2551)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นคณะแพทยศาสตร์แห่งแรกที่นักศึกษาแพทย์เรียนวิทยาศาสตร์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำให้นักศึกษามีแนวคิดทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพสู่การเป็นนักวิจัยและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยคณะฯ ได้เปิดรับนักศึกษารุ่นที่ 1 ในปี พ.ศ. 2508 เป็นนักศึกษาแพทย์ จำนวน 64 คน และนักศึกษาพยาบาล จำนวน 50 คน เปิดอบรมแพทย์ประจำบ้านรุ่นแรก ปี พ.ศ. 2511 และเริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2512 เป็นโรงพยาบาลมาตรฐานขนาด 600 เตียง ปัจจุบันคณะฯ เปิดรับนักศึกษาแพทย์จำนวน 120 คนต่อปี นักศึกษาพยาบาล 130 คนต่อปี ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ รวม 13 สาขา นอกจากนี้ยังได้เปิดอบรมหลักสูตรการบริหารงานโรงพยาบาลสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งภายในและภายนอกคณะ ในส่วนของโรงพยาบาลได้ขยายเพิ่มขึ้นเป็น 901 เตียง ทารกแรกเกิด 80 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 75,419 ราย ในปี พ.ศ. 2512 เป็น 1,354,284 ราย ในปี พ.ศ. 2550 และในผู้ป่วยในเริ่มจาก 2,780 ราย ในปี พ.ศ. 2512 เป็น 36,029 ราย ในปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีบุคลากรทั้งสิ้น 6,516 คน เป็นข้าราชการ 1,882 คน

เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย 2,074 คน ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ เปิดให้บริการทั้งคลินิกธรรมดา คลินิกฉุกเฉิน คลินิกพิเศษ และคลินิกเฉพาะทาง ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เน้นบริการระดับตติยภูมิ รวมทั้งรับปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ เป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์พยาบาล และนักศึกษาอื่นๆในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเป็นศูนย์ค้นคว้าวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัย มีการรักษาและผ่าตัดที่ซับซ้อน นอกจากนี้ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ ซึ่งเป็นศูนย์การแพทย์ที่มีอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ยังพร้อมที่จะให้การรักษาและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่างๆ ด้วย

วิสัยทัศน์

เป็นคณะแพทยศาสตร์ชั้นนำในภูมิภาคเอเชีย และเป็นประทีปส่องทางด้านสุขภาพของประเทศไทย (To be in Asia and a Guiding Light for National Health Advocacy)

พันธกิจ

จัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ พยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์องค์ความรู้ ให้บริการทางการแพทย์และทางวิชาการ รวมทั้งรณรงค์และชี้นำสังคมด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

ค่านิยม

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ (To be Learning Organization with Integrity and Quality)

วัฒนธรรมองค์กร

ใฝ่เรียนรู้และพัฒนาตนอย่างต่อเนื่องจนเกิดนวัตกรรม กล้านำสิ่งใหม่เข้ามาเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยคำนึงถึงความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เข้มมุ่งด้านบริการประจำปี 2552

นโยบายที่ 1 การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

นโยบายที่ 2 การป้องกันการติดเชื้อ: การล้างมือ

นโยบายที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

นโยบายที่ 4 ความปลอดภัยในการใช้ยา

นโยบายที่ 5 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

นโยบายที่ 6 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Errors)

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการผู้ป่วยหรือผู้บริโภครุณ เหตุการณ์ดังกล่าวอาจจะเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลึกกันท์ กระบวนการ และระบบ ได้แก่ การสั่งใช้ การสื่อสารคำสั่ง การเขียนฉลาก การผสม การจ่าย การกระจาย การบริหารยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ (Michael, 2007)

ขั้นตอนของระบบยาในโรงพยาบาล

ธิดา และคณะ (2549) กล่าวถึง ขั้นตอนของระบบยาในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาของแพทย์ ได้แก่ การเลือกยาที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ของยา ประวัติการแพ้ยา และรวมถึงความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาในจำนวนที่ผิด ขนาดยา รูปแบบของยา ความแรง ความเข้มข้น

2. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของเภสัชกรรมที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุไว้ในคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากเภสัชกรแล้ว

3. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา

4. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ (Transcribing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นโดย มีความผิดพลาดในการคัดลอกการใช้ยาของแพทย์โดยพยาบาลลงในเอกสารการบันทึกให้ยา

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา

แบ่งตาม ASHP Guidelines on Prevention Medication Errors in Hospital (NCC MERP, 2001)

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความหมาย

Prescribing error

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา

Omission error

ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามคำสั่งการใช้ยาจนถึงเวลา
การให้ยาในครั้งต่อไป

Wrong time error

ผู้ป่วยได้รับยาผิดเวลาที่กำหนดไว้

Unauthorized drug error

การให้ยาที่แพทย์ไม่มีคำสั่งใช้ยา เช่น ผิดคน
ผิดตัวยา ผิดขนาด

Improper dosage form

ผู้ป่วยได้รับขนาดยามากเกินไป หรือน้อย
เกินไป จากที่แพทย์สั่ง

Wrong drug preparation error

ความผิดพลาดในกระบวนการเตรียมยา
ก่อนให้ผู้ป่วย

Wrong administration technique error

ผู้ป่วยได้รับยาเทคนิคไม่ถูกต้อง

Deteriorated drug error

ผู้ป่วยได้รับยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

Monitoring error	ความผิดพลาดที่ประเมินหรือติดตามระหว่างให้ยาและหลังให้ยา
Compliance error	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เหมาะสมไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์
Other medication error	ความคลาดเคลื่อนทางยาอื่นๆ

ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

หมายถึง การจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (NCC MERP, 2001)

ความรุนแรง (Severity) แบ่งตาม The National Coordinating Council Medicine Error Reporting and Prevention มี 4 ระดับ แบ่งย่อยเป็นระดับ A – I คือ

1. ไม่มีความคลาดเคลื่อน

Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

2. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตราย

Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแม้ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วย

Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

3. มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

4. มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต เหตุเกือบพลาด (Near miss, close call) เป็นเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ไม่เกิดขึ้น เพราะสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ทันเวลา หรือด้วยความบังเอิญ เหตุเกือบพลาดเป็นโอกาสสำหรับการเรียนรู้ซึ่งไม่ต้องรอให้เกิดการสูญเสีย และมีจำนวนมากกว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจริง

หลักการบริหารยา

การบริหารยา (Medication Administration) หรือการให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลให้ได้รับยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้หลักการบริหารยา เพื่อให้สามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ดังนี้ (สุปราณี, 2549)

1. ทราบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยา พยาบาลจะต้องศึกษา ชักประวัติ
 ออกจากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ ประวัติการแพ้ยาต้องเขียนไว้ชัดเจน และคิดหน้าแผ่นรายการรักษา
 พยาบาลของผู้ป่วยนั้นๆ

2. ประเมินภาวะของผู้ป่วยก่อนให้ยาซึ่งต้องประเมินภาวะความเจ็บป่วย สถานภาพ
 ปัจจุบัน ตลอดจนจุดประสงค์ของการให้ยาและทางที่ให้ยานั้นเพื่อสังเกตอาการหลังจากที่ผู้ป่วย
 ได้รับยาถูกต้อง เช่น วัดความดันโลหิตผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ก่อนที่จะให้ยาที่อาจมีผลทำให้
 ความดันโลหิตเปลี่ยนไป

3. ต้องคำนึงถึงหลักความถูกต้องของการให้ยา 6 ประการ (6 Right) กล่าวคือความถูก
 ต้องในเรื่องชนิดของยา (Right Drug) ขนาดยา (Right Dose) ทางที่ให้ (Right Route) เวลาที่ให้
 (Right Time) ถูกตัวผู้ป่วย (Right Patient) และการบันทึกถูกต้อง (Right Record) การที่จะให้ยาแก่
 ผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะต้องปฏิบัติดังนี้

3.1 ตรวจสอบความถูกต้องทั้ง 6 ประการ ที่เขียนอยู่ในใบบันทึกการให้ยา (Medication
 sheet) กับคาร์เด็กซ์ทุกครั้งที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วยหากมีข้อสงสัยให้ตรวจสอบใบแผนการรักษาของ
 แพทย์เสมอ เพื่อการเปลี่ยนแปลงคำสั่งซึ่งยังไม่ได้ถ่ายทอดมาที่คาร์เด็กซ์ และบัตรให้ยา

3.2 ขณะจัดยาต้องอ่านชื่อยา 3 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อหยิบขวดยา ครั้งที่สองขณะที่รินยา
 หรือหยิบยา และครั้งที่สามขณะเมื่อวางขวดยา ทั้งนี้เพื่อแน่ใจว่าหยิบยาถูกต้อง

3.3 บริเวณที่จัดยาต้องสะอาดและมีแสงสว่างเพียงพอ

3.4 พยาบาลต้องมีสมาธิในการเตรียมยา และให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรพูดคุยขณะเตรียมยา
 ผู้ให้ยาและผู้เตรียมยาต้องเป็นคนเดียวกัน เพื่อป้องกันการผิดพลาดสับสน

3.5 ต้องแน่ใจว่าให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ถูกคนโดยอาจถามชื่อผู้ป่วย ควรถามว่า ผู้ป่วยชื่อ
 อะไร... ไม่ควรถามว่า ชื่อคุณ... ไข่มุข เพราะผู้ป่วยอาจตอบทั้งที่ไม่ใช่ หรืออาจดูจากแถบป้ายชื่อ
 ที่สวมอยู่ที่ข้อมือผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่าใช้หมายเลขเตียงหรือห้องเป็น
 สำคัญ เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลงเตียงหรือเลขห้องได้

3.6 ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลไม่วางยาทิ้งไว้ข้างเตียงผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกขนาด

3.7 ลงบันทึกหลังจากให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้ว การลงบันทึกต้องระบุชื่อยาให้ ทางที่ให้ ขนาดของยา วันเวลาที่ให้ยา ข้อมูลสำคัญอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราการเต้นของชีพจร หลังให้ ยาดิจิตาลิส (digitalis) พร้อมทั้งเซ็นชื่อผู้ให้ยาด้วยตนเองในแผ่นบันทึกการให้ยา (medication sheet) หรือแผ่นบันทึกทางการพยาบาล ในระเบียบประจำตัวผู้ป่วย

4. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาง่ายขึ้น เช่น ยาบางชนิดมีรสขมอาจจัดของเปรี้ยวไว้ให้ตามหลัง กรณีสัมผัสรับยาได้ เช่น อาเจียนทุกครั้งหลังรับประทานยา พยาบาลต้องลงบันทึกไว้และ รายงานแพทย์ทราบเพื่อเปลี่ยนวิธีการให้ยา

5. ให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ประสิทธิภาพของยาดียิ่งขึ้น เช่น ให้ดื่มน้ำมากๆ ในราย ที่รับประทานยาพวกซัลฟา เพื่อป้องกันการตกตะกอนซึ่งอาจทำให้เกิดนิ่วในไต

6. ประเมินประสิทธิภาพของยาที่ให้ หากยาไม่ออกฤทธิ์ตามต้องการ เช่น ให้ยาแก้ปวด แต่ผู้ป่วยไม่คลายเจ็บปวด ต้องหาสาเหตุอาจเกิดจากมีปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลต้องพยายามหาทาง ช่วยเหลือ

7. สังเกตอาการ ก่อนและหลังให้ยา ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการแพ้ หรืออาการ ข้างเคียง อาทิ มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเดิน อาเจียน ต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อรีบแก้ไข และ ต้องลงบันทึกไว้ด้วย

8. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนถึงวิธีการให้ยา ขนาดที่ใช้ เวลาที่ให้ โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่ให้ยาเองที่บ้าน และควรบอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบถึงฤทธิ์ของยาที่ใช้ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ตลอดจน สังเกตอาการแพ้ยาที่สำคัญๆ ที่ต้องรีบแจ้งพยาบาล และแพทย์ทราบ

9. จัดเก็บรักษายาให้ง่ายต่อการจัดยา อาจจัดตามตัวอักษร หรือกลุ่มของยา ยาบางอย่างเก็บ ไว้เฉพาะที่ เช่น ยาเหน็บ อินซูลิน ต้องเก็บในตู้เย็น นอกจากนี้ป้ายยาหน้าขวดต้องเขียนตัวใหญ่ ชัดเจน ถ้าเลอะเลือนต้องเปลี่ยนใหม่เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการจัดยา

10. จัดเก็บยาเสพติดแยกไว้ต่างหาก และปิดกุญแจ พยาบาลเป็นผู้เก็บกุญแจ รั้วรั้ว เป็นพิเศษในการให้ยาเสพติด บันทึกในแผ่นการใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะ

11. ในกรณีที่ให้ยาผิด พยาบาลจะต้องรับรายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวรหรือแพทย์ รับทราบทันที เพื่อหาทางแก้ไขได้ทันที่ พยาบาลจะต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่าใกล้ชิด และลง บันทึกในแผ่นรายงานการพยาบาลด้วย พร้อมทั้งเขียนรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นำเสนอต่อพยาบาล หัวหน้าผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาด อาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย

แนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2551) ได้กำหนดแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วย ดังนี้

1. ให้ Leader Nurse ตรวจสอบคำสั่งการให้ยาในใบ Order และในคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้อง ตรงกัน (ชื่อยา, ขนาด, เวลา, วิธีที่ให้, ชื่อ-สกุลผู้ป่วย, หมายเลขเตียง) แล้วรับคำสั่งแพทย์ลงใน Kardex และในคอมพิวเตอร์ Print การ์ดยา และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

2. เมื่อได้รับยาจากห้องยาให้ Medication Nurse ตรวจสอบยาที่ได้รับให้ถูกต้อง และตรงกับใบนำส่งยา เสร็จแล้วให้เซ็นชื่อผู้รับยา วัน-เวลาที่รับยาในใบนำส่งยา

3. จัดเก็บยาตามที่กำหนดโดยใช้หลัก first in- first out

4. ขั้นตอนการจัดยา

4.1 ตรวจสอบการ์ดยากับ Kardex ให้ถูกต้องตรงกันทุกเวอร์

4.2 จัดยาตามหลัก 6R อย่างเคร่งครัด

4.3 การหยิบใช้ยา

- ยาเม็ดชนิดเดียวกัน ถ้ามีมากกว่า 1 ซองให้หยิบใช้ตามหลัก first in- first out
- ยาหยอด ยาน้ำ ยาฉีด เมื่อเปิดใช้ให้เขียนวันที่เปิดและวันหมดอายุติดที่ขวดด้วย

4.4 พยาบาลคู่เวร Double check ยาที่จัดแล้ว เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปให้ผู้ป่วย

5. นำยาไปให้ผู้ป่วย โดยก่อนให้ยาต้องตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกับการ์ดยาทุกครั้ง และต้องดูวิธีการให้ยาให้ถูกต้องอีกครั้งก่อนให้ยา

6. Medication Nurse มีหน้าที่ตรวจสอบยาของผู้ป่วย ถ้ามีมากเกินไปจนทำให้ Discon ในคอมพิวเตอร์ เพื่อระงับการส่งยาชั่วคราว

7. ตรวจสอบวันหมดอายุของยา ตามที่หน่วยงานกำหนดและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการรับคืนยาจากหอผู้ป่วย

8. ถ้ามียาที่แพทย์ยกเลิกการใช้ให้ Key คืนยาทางคอมพิวเตอร์ และให้เจ้าหน้าที่ที่นำยาส่งคืนห้องยาทุกวันเวลา 8.30 -16.30 น.

9. ตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นให้อยู่ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส วันละ 2 ครั้ง ถ้าตรวจสอบแล้วไม่ตรงตามที่กำหนดให้หาสาเหตุเพื่อดำเนินการแก้ไข

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration Error) หมายถึง การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา (สุปราณี, 2549)

ประเภทของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

อภิกฤติ และ ปรีชา (2549) ได้กล่าวถึง ประเภทของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไว้ดังนี้

1. ขั้นตอนการตัดสินใจทางคลินิกก่อนให้ยาและการเตรียมยา

- 1.1 การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยา
- 1.2 การให้ยาที่มีหลักฐานชัดเจนว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา
- 1.3 การเตรียมยา เช่น ผสมยาผิดความเข้มข้น ใช้ยาเสื่อมสภาพเนื่องจากไม่ป้องกันแสง สำหรับยาที่มีความไวต่อแสง

2. ขั้นตอนการให้ยา

- 2.1 การให้ยาไม่ครบ (Omission Error)
- 2.2 การให้ยาผิดชนิด (Wrong Drug Error)
- 2.3 การให้ยาซึ่งผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่ง (Unauthorized Drug)
- 2.4 การให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong Patients)
- 2.5 การให้ยาผิดขนาด (Wrong Dose Error)
- 2.6 การให้ยาผิดทาง (Wrong Route Error)
- 2.7 การให้ยาผิดเวลา (Wrong Time Error)
- 2.8 การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (Extra-Dose Error)

2.9 การให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด (Wrong Rate of Administration Error)

2.10 การให้ยาผิดเทคนิค (Wrong Technique Error)

2.11 การให้ยาผิดรูปแบบยา (Wrong Dosage-form Error)

3. ขั้นตอนหลังให้ยา คือ การขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

อภิญญา และ ปรีชา (2549) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ไว้ดังนี้

1. ปัจจัยทั่วไป

1.1 ไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติในการให้ยาของโรงพยาบาล

1.2 การมีภาระงานมากเกินไป

1.3 การขาดการสื่อสารระหว่างผู้สั่งยา ผู้จ่ายยา ผู้ให้ยา และผู้ป่วย

1.4 การขาดระบบการตรวจสอบซ้ำเมื่อมีการเตรียมยา

1.5 การสั่งยาด้วยลายมือที่อ่านยาก

1.6 การขาดการจัดระบบยาที่ดี เช่น แพทย์เขียนผู้ป่วยซ้ำ ใบสั่งยาไปห้องยาซ้ำ จ่ายยาไม่ทันเวลาทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย

2. การตัดสินใจทางคลินิกก่อนการให้ยาและการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วย

2.1 การหาความรู้เกี่ยวกับยา ชื่อยา ขนาดที่ใช้ การใช้กับโรคต่างๆ

2.2 การหาข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย เช่น การแพ้ยา

2.3 การคำนวณขนาดยาเพื่อเตรียมยาแต่ละมื้อผิด

2.4 การเตรียมยาไม่ถูกต้อง

- หยิบยาผิดขนาดจากยาที่เก็บในห่อผู้ป่วย
- ยาชนิดที่ต้องละลายด้วยตัวละลายที่ไม่เหมาะสม
- ยาที่ให้ทางสายยางโดยการบดบางตัวอาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้
- การเตรียมยาเพื่อให้ได้ขนาดตามที่ผู้สั่งยาต้องการ เช่น 1/3 เม็ด
- เทคนิคการเตรียมยาผิดไม่ถูกต้อง
- การเตรียมยาผิดหรือยาเกินไม่มีฉลากระบุ

3. การให้ยา

3.1 ระบบการให้ยาของโรงพยาบาลไม่มีการกำหนดผู้ให้ยากับผู้ป่วยแต่ละคน

3.2 ความบกพร่องในการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา

3.3 การให้ยาด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคย

3.4 การทำบัตรให้ยา (Medication Card) ไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง

3.5 การปล่อยให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองโดยไม่เฝ้าดู

3.6 การไม่มียาที่ต้องการในหอผู้ป่วย

3.7 การเก็บรักษายาบนหอผู้ป่วยไม่เหมาะสม

3.8 การเปลี่ยนยาบ่อยหรือยาในโรงพยาบาลมีหลายขนาน

ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการบริหารยา

อภิฤดี และ ปรีชา (2549) ได้กล่าวถึง ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการบริหารยาไว้ดังนี้

1. การบริหารยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง (Omission Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโดยเกิดจาก

1.1 พยาบาลไม่ได้จัดยาให้ยาผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือในการบริหารยา

2. การบริหารยาซึ่งแพทย์ไม่ได้สั่ง (Unauthorized Drug) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ซึ่งในกรณีนี้จะรวมถึงยาที่ให้ผิดคน การให้ยาซ้ำ ให้ยาผิดชนิด และให้ยาผิดไปจากคำสั่งแพทย์

3. การบริหารผิดขนาด (Wrong Dose Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง

4. การบริหารยาผิดวิธีทาง (Wrong Route Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาผิดวิธีไปจากที่แพทย์สั่ง เช่น ให้ยาถูกชนิด ถูกวิธี แต่ไม่ตรงกับบริเวณที่กำหนด เช่น สั่งหยอดตาขวาแต่กลับไปหยอดตาซ้าย หรือสั่งให้ใช้หยอดหูแต่ใช้หยอดตา เป็นต้น

5. การบริหารยาในอัตราเร็วที่ผิด (Wrong Rate of Administration Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาในความเร็วที่ผิดไปจากแพทย์สั่ง หรือตามนโยบายของโรงพยาบาล นั้นๆ

6. การบริหารยาผิดเทคนิค (Wrong Technique Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบ เช่น ให้ยาป้ายตาแทนยาหยอดตา ส่วนการบดยาให้แตกหยาบๆ ที่คำสั่งให้กลืนยาทั้งเม็ด หรือการให้น้ำแทนยาเม็ด เพื่อให้การให้ยาสะดวกขึ้นในผู้ป่วยบางประเภท จะไม่ถือเป็นความคลาดเคลื่อน

7. การบริหารยาผิดเวลา (Wrong Time Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาผิดเวลาไปจากที่กำหนดไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล

8. การบริหารยาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาที่ผสมผิดความเข้มข้น ไม่เขย่าขวดยาน้ำแขวนตะกอนก่อนให้ยา ใช้ยาเสื่อมสภาพเนื่องจากไม่มีการป้องกันแสงในยาที่ไวต่อแสงหรือการผสมยาที่เข้ากันไม่ได้ที่เห็นได้ด้วยสายตาหรือไม่เข้ากันตามปฏิกิริยาเคมี

9. การบริหารยาผิดวิธี เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาถูกวิธี ถูกขนาดหรืออื่น ๆ แต่เป็นการให้ยาผิดเทคนิค ป้ายยา หลอดตาผิดวิธี เป็นต้น

10. การใช้ยาในผู้ป่วยที่รู้ว่าแพ้ยานั้น

11. ไม่สังเกตอาการและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

12. ให้ยาทั้งที่รู้ชัดว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

สิทธิพยาบาลในการบริหารยา

ในการบริหารยาของพยาบาล เพื่อให้มีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พยาบาลควรได้รับสิทธิ 6 ประการ ดังนี้ (Michelle, 2004)

1. สิทธิที่จะได้รับคำสั่งการรักษาจากแพทย์ที่สมบุรณ์และชัดเจน โดยสามารถขอให้แพทย์เขียนคำ สั่งการรักษาที่มีความสมบูรณ์ของชื่อยา ชนิดของยา ขนาดของยา วิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยา พยาบาลมีสิทธิที่จะสอบถามคำสั่งการรักษาที่ไม่ชัดเจน หรือไม่แน่ใจและคำสั่งการรักษาควรมีการบันทึกที่เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ ไม่ควรรับคำสั่งทางวาจาหรือทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลถูกยึดใบประกอบโรคศิลป์ได้
2. สิทธิที่จะได้รับการส่งมอบยาที่ถูกต้องจากเภสัชกร ในทางปฏิบัติเภสัชกรจะเป็นคนจัดยาจากคำสั่งแพทย์ เพื่อส่งมอบให้กับพยาบาลในลักษณะพร้อมใช้และพยาบาลนำยาที่ได้ไปให้กับผู้ป่วย ในกระบวนการส่งมอบยา ถ้าพยาบาลพบความผิดพลาดมีสิทธิที่จะแจ้งให้เภสัชกรทราบ
3. สิทธิที่จะมีแหล่งข้อมูลในการค้นคว้าเกี่ยวกับยา ควรเป็นแหล่งข้อมูลที่ค้นหาได้ง่ายและมีความทันสมัย เช่น กรณีที่แพทย์มีการใช้ยาชนิดใหม่ พยาบาลควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาชนิดนั้นด้วย ควรมีตำราที่จะค้นคว้าเกี่ยวกับยาและสามารถขอข้อมูลเกี่ยวกับยาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อพยาบาลจะได้ให้ยากับผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและสามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง
4. สิทธิที่จะกำหนดนโยบายในการบริหารยา เพื่อเอื้อให้เกิดการบริหารยากับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย โดยนโยบายสามารถใช้เป็นทิศทางในการปฏิบัติและสามารถคุ้มครองจากการถูกฟ้องร้อง
5. สิทธิที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดแนวทางในการให้ยาอย่างปลอดภัยและมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาเกี่ยวกับการให้ยา รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มีผลกระทบต่อการใช้ยาอย่างปลอดภัย เพราะฉะนั้นในการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารยาขององค์กรควรมีพยาบาลเข้าเป็นคณะกรรมการด้วย

6. สิทธิที่จะหยุดการให้ยา ในกรณีที่คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจนหรือพยาบาลไม่แน่ใจ
ในคำสั่งการรักษา โดยจะต้องมีการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับ
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

แนวคิดในทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

กลยุทธ์การบริหารยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

เพ็ญจันทร์ และคณะ (2549) กล่าวถึง กลยุทธ์การบริหารยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา
ไว้ดังนี้

1. กำหนดนโยบายความปลอดภัย

- ปรับปรุงความถูกต้องของการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
- ปรับปรุงประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ
- ปรับปรุงระบบความปลอดภัยในเรื่องยา
- ปรับปรุงระบบความปลอดภัยในเรื่องการใช้เครื่อง Infusion pump

2. ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการให้ยาตลอดการรักษาพยาบาล

3. กำหนดยาและเฝ้าระวังการให้ยา High Alert Drugs

High Alert Drugs หมายถึง ยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยหรือทำ
ให้เสียชีวิตหากมีการใช้ผิดพลาด ดังนั้นจึงมีการกำหนดกลุ่มยา High Alert Drugs และเฝ้าระวัง โดย

- เน้นระบบการตรวจสอบอิสระ

- ให้ผู้ป่วยหรือญาติช่วยยืนยันความถูกต้องในส่วนที่สามารถปฏิบัติได้
- เป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์
- ประสานกับฝ่ายเภสัชกรรมในเรื่องการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ศึกษาข้อมูลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติ
- หากไม่มีแนวทางหรือมาตรฐานของความเข้มข้นของยา ขนาดยา ความเร็วการให้ยา ผู้ให้ยาต้องคำนวณยาเอง ก่อนให้ยาควรตรวจสอบผลที่ตนคำนวณได้กับพยาบาลคนอื่นทุกครั้ง
- ความเร็วในการบริหารยาทางเส้นเลือด มีผลทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์
- สร้างแนวทางการรับคำสั่งทางโทรศัพท์/วาจา
- สร้างเงื่อนไขการเข้าถึงยากลุ่มนี้ เช่น จัดเก็บแยกจากยาทั่วไป ไม่มียาสำรองในหอผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยากรณีผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาริบัติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ (2551) กล่าวถึง แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยากรณีผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาริบัติ ไว้ดังนี้

1. แพทย์ซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการให้ยาและการแพ้ยา ตรวจร่างกาย ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ และเขียนคำสั่งรักษาใน Doctor order sheet และ key คำสั่งใน computer โดยชื่อยาใน order sheet ต้องตรงกับชื่อยาใน computer เพื่อ online คำสั่งการให้ยา
2. พยาบาลคัดลอกคำสั่งการให้ยาใน Medication record, Kardex และ/หรือ Card ยา พร้อมทั้งทวนสอบคำสั่งการให้ยาใน Doctor order sheet ให้ตรงกับใน computer โดยการ confirm คำสั่งการให้ยา โดยรับ/ไม่รับ/refill/discon เพื่อส่งไปที่ฝ่ายเภสัชกรรม

3. เภสัชกร get order จาก computer และจัดยาให้แก่ผู้ป่วย โดยยาจัดให้ 1 วัน/ครั้ง ยา
รับประทาน 3 วัน/ครั้ง นำส่งห่อผู้ป่วยโดย Messenger หรือ Ward clerk หรือ Telelift
4. พยาบาลรับยาพร้อมทวนสอบชนิดและจำนวนยาที่ได้รับจากห้องยา จัดเก็บให้ถูกต้อง
กับผู้ป่วย และตามประเภทของยา เช่น ยาที่เก็บในตู้เย็น
5. พยาบาลทวนสอบ Card ยา กับ Kardex ให้ตรงกันทุกเวอร์ และตรวจสอบคำสั่งการใช้ยา
ใน Doctor order sheet กับ Medication record และ Card ยา กับ Kardex ให้ถูกต้องตรงกันทุกวัน
6. พยาบาลจัดยาให้กับผู้ป่วยตาม Card ยาทุกเวลาและมีการตรวจสอบการจัดยา
(Double check) โดยพยาบาลไม่ใช่เป็นผู้จัดยาทุกครั้ง (Re- check)
7. พยาบาลแจกยาให้แก่ผู้ป่วยตามเวลาให้ถูกต้อง พร้อมบันทึกการให้ยาใน Medication
Record
8. แพทย์ Review Order ทุก 7 วัน/หลังผ่าตัด/ย้าย Ward

นโยบายความปลอดภัยทางยาโรงพยาบาลรามธิบดี

M1 – Safe from ADE

M1.1 – Control of concentrated electrolyte Solutions Managing Concentrated Inject able
Medicines (High 5s)

1. ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการใช้ KCI รวมทั้งสารละลาย Electrolyte เข้มข้น
2. ให้อุปนิสัยต่อ KCI เสมือนยาที่ต้องควบคุม รวมทั้งจำกัดการสั่งใช้ การจัดเก็บ และ
การบันทึก
3. ไม่ควรเก็บสารละลาย Electrolyte เข้มข้น ไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย

4. ถ้ามีการเก็บหลอด KCI ไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย ต้องเขียนฉลากติดแต่ละหลอดด้วยสีสะท้อนแสงระบุ “ต้องผสมให้เจือจาง”

5. ถ้าไม่มีเภสัชกรหรือไม่มีพื้นที่เตรียมยาให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร) และได้รับการฝึกอบรมเท่านั้นเป็นผู้จัดเตรียม

6. ควรมีการจัดทำ Checklist สำหรับใช้ในการทวนสอบ

7. เขียนฉลากสารละลายที่จัดเตรียมด้วยเครื่องหมายเตือนว่า “ใช้อย่างระมัดระวัง” ก่อนนำไปให้ผู้ป่วย

8. ใช้ Infusion pump เพื่อให้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง

9. มีโครงสร้างพื้นฐานขององค์กรที่สนับสนุนการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงาน

10. คำสั่งการรักษาของแพทย์จะต้องระบุอัตราการให้สารละลายด้วย

M1.2 - Improve the safety of High – Alert Drug

1. วิธีการเพื่อป้องกันอันตราย

1.1 จัดทำชุดคำสั่ง Pre-printed order form และ Clinical pathway หรือ Protocols

1.2 ลดความหลากหลายโดยกำหนดมาตรฐาน

1.3 พิจารณาจัดตั้ง Anticoagulation Service

1.4 จัดให้มีข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดตามการใช้ยา

1.5 พิจารณาจัดทำ Protocols สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2. วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย

2.1 บรรจุข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับ parameter

2.2 สร้างความมั่นใจว่าผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลผลการตรวจสอบ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

2.3 นำแนวทาง Double – Checks

3. วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย

3.1 จัดทำ Protocols อนุญาตให้มีการใช้สารต้านฤทธิ์ (Reversal agent) โดยไม่ต้องรอแพทย์

3.2 สร้างความมั่นใจว่ามี Antidote และสารต้านฤทธิ์ (Reversal agent) พร้อมใช้

3.3 มีแนวทางช่วยชีวิต (Rescue protocols)

M2 – Safe from medication error

M2.1 – Look – Alike Sound - Alike medication names (LASA)

1. สร้างความมั่นใจว่ามีการค้นหา การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) ในเชิงรุก

2. จัดให้มีความรู้เกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมอคล้ายในหลักสูตรการศึกษา การปฐมนิเทศ และการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

3. สร้างความมั่นใจในการจัดซื้อยาใหม่ มีการพิจารณาเรื่องชื่อพ้องมอคล้าย และการทดสอบกับผู้ใช้

4. สนับสนุนการเน้นย้ำความปลอดภัยของผู้ป่วยในการตั้งชื่อยา และการจัดยาที่ชื่อพ้องมองคล้าย

5. ร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศและผู้ผลิตยา

M3 – Assuring medication accuracy at transition in care

1. สร้างระบบที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวม และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยา

2. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดในเรื่อง

2.1 แสดงบัญชีรายการยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยในตำแหน่งที่แน่นอนและเห็นชัด

2.2 ใช้บัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านเป็นจุดอ้างอิงเมื่อจะสั่งยาที่ห้องตรวจโรค ห้างฉุกเฉิน หรือเมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน

2.3 เปรียบเทียบบัญชีรายการยาของผู้ป่วยกับยาที่แพทย์สั่ง (Reconciliation)

2.4 กระบวนการปรับปรุงบัญชีรายการยาเมื่อมีคำสั่งใช้ยาใหม่

2.5 กระบวนการที่สร้างความมั่นใจว่ามีการปรับปรุง บัญชีรายการยาของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

2.6 การมอบหมายบทบาทและความรับผิดชอบในขั้นตอนต่างๆ ของ Medication reconciliation ในผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

2.7 การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องและขอคำปรึกษาจากเภสัชในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ Reconciliation

3. นำการฝึกอบรมวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับ Medication reconciliation เข้าบรรจุในหลักสูตร การศึกษา การปฐมนิเทศ และการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

ความหมาย แนวคิด เกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

ความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อ สถานการณ์ภายนอกในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอาจเป็นในการสนับสนุนหรือได้แย้งคัดค้านก็ได้ (ประภาเพ็ญ, 2526)

แนวโน้มของคนๆหนึ่งที่มีต่อสิ่งเร้าหรือเรื่องบางเรื่อง รวมถึงผลรวมของความรู้สึก อคติ ความกลัว ความคิดและความรู้สึกอื่นๆ ที่มีต่อเรื่องต่างๆ (อรรพรรณ, 2542)

องค์ประกอบของทัศนคติ

ประภาเพ็ญ (2526) แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติ ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component)

ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใด รูปหนึ่งแตกต่างกัน

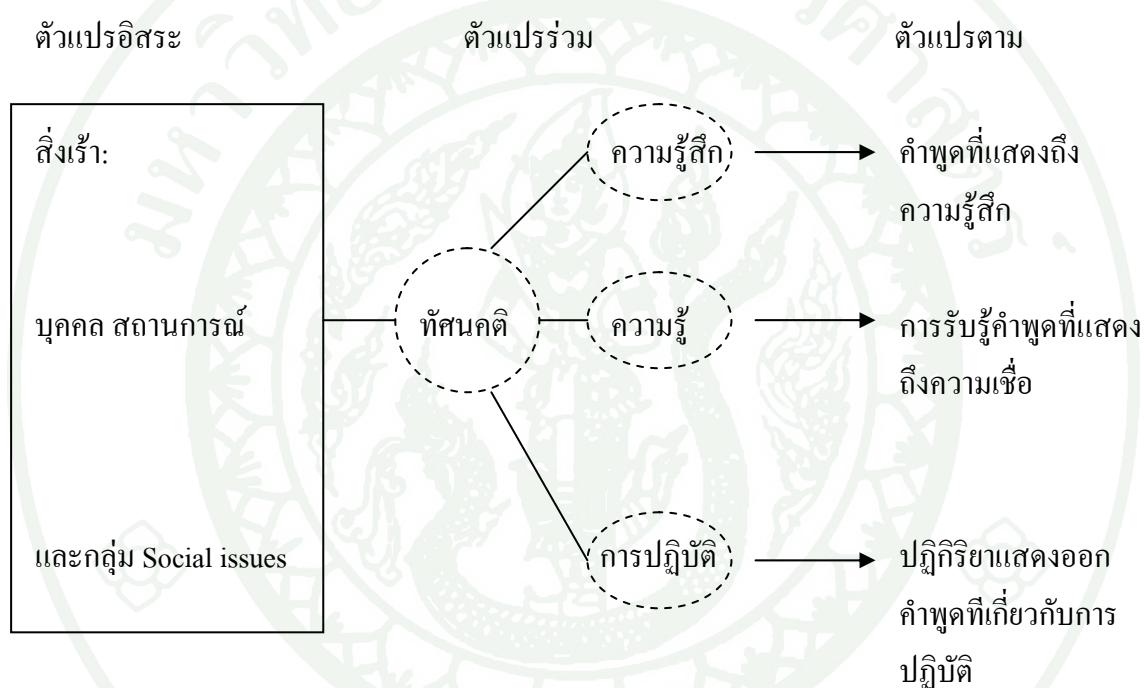
2. ด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component)

เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้าความคิดอีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีภาวะความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึก ในด้านบวก (Positive) และมีความรู้สึกในด้านลบ (Negative)

3. ด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component)

เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติหรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติ หรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

เพื่อให้มองเห็นภาพองค์ประกอบของทัศนคติได้ชัดเจน จึงได้แสดงแผนภูมิความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ไว้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แผนภูมิความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของทัศนคติ

ที่มา: ประภาเพ็ญ (2526)

จุฬพล (2532) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์นั้น มีกระบวนการเปลี่ยนแปลง 3 ระดับ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงความคิด สิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มาจากข้อมูลข่าวสารใหม่ ซึ่งอาจมาจากสื่อมวลชนและบุคคลอื่น
2. การเปลี่ยนความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงในระดับนี้จะมาจากประสบการณ์หรือความประทับใจ หรือสิ่งทำให้เกิดความสะเทือนใจ
3. การเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตในสังคมซึ่งไปมีผลต่อบุคคลทำให้ต้องปรับพฤติกรรมเดิมเสียใหม่

อรรวรรณ (2542) กล่าวว่าไว้ว่าในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลนั้น มีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หมายถึง ทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวกด้วย แต่ถ้าทัศนคติไปในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นทางลบด้วย
2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะลดลงในทางลบ และถ้าเป็นไปในทางลบก็จะเป็นไปในทางตรงกันข้าม

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎี PRECEDE Model

PRECEDE MODEL เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดยลอว์เรนซ์ ดับบลิว กรีน (Lawrence W. Green) ที่มีแนวคิดว่าการพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสพปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE MODEL

เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ ว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นได้มีองค์ประกอบหรือปัจจัยน่าอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ดังสภาพปรากฏขึ้นตอนของกระบวนการ (PRECEDE Model) การดำเนินการตามกระบวนการของ PRECEDE Model เป็นการเริ่มจากผล (Out put) ได้แก่ สภาวะสุขภาพที่ย้อนกลับไปที่เหตุ (Input) ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ กรอบแนวคิด (PRECEDE Model) สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้ (Green and Kreuter, 1999)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งจะสามารถทำได้โดยศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล อาจจะมีหลายตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Phase 2: Epidemiological Diagnosis) เป็นการพิจารณาถึงเป้าหมายถึงสุขภาพเฉพาะอย่างมีผลต่อเป้าหมายและปัญหาสังคม ในขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลที่นำมาวินิจฉัยในขั้นนี้ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ซึ่งจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Behavioral and Environmental Diagnosis) ประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตนเองได้ แต่เป็นตัวช่วยปรับเปลี่ยนหรือสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพศึกษาโดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าวได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้

นอกจากนี้ยังรวมไปยังสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการวางแผนโครงการสุขภาพความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วยการรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ธนวรรณ (2544) กล่าวถึง แนวความคิดทฤษฎี PRECEDE ของ Green and Kreuter (1999) ว่าใช้สำหรับการวินิจฉัยปัญหา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นต้นเหตุปัญหาสุขภาพและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยสามารถนำผลการวิเคราะห์ดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจต่อพฤติกรรม

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือ

1. ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์กรประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์กรประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 มีการนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่นๆเข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหา โดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วย กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้ว พิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Epidemiological)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัว กำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมาย สิ่งที่เหมาะสมได้จะเป็นเครื่องชี้วัด และเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพ ก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา จะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุมาจากพฤติกรรมและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับพฤติกรรม โดยกระบวนการสุขศึกษา จะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ ในขั้นตอนนี้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

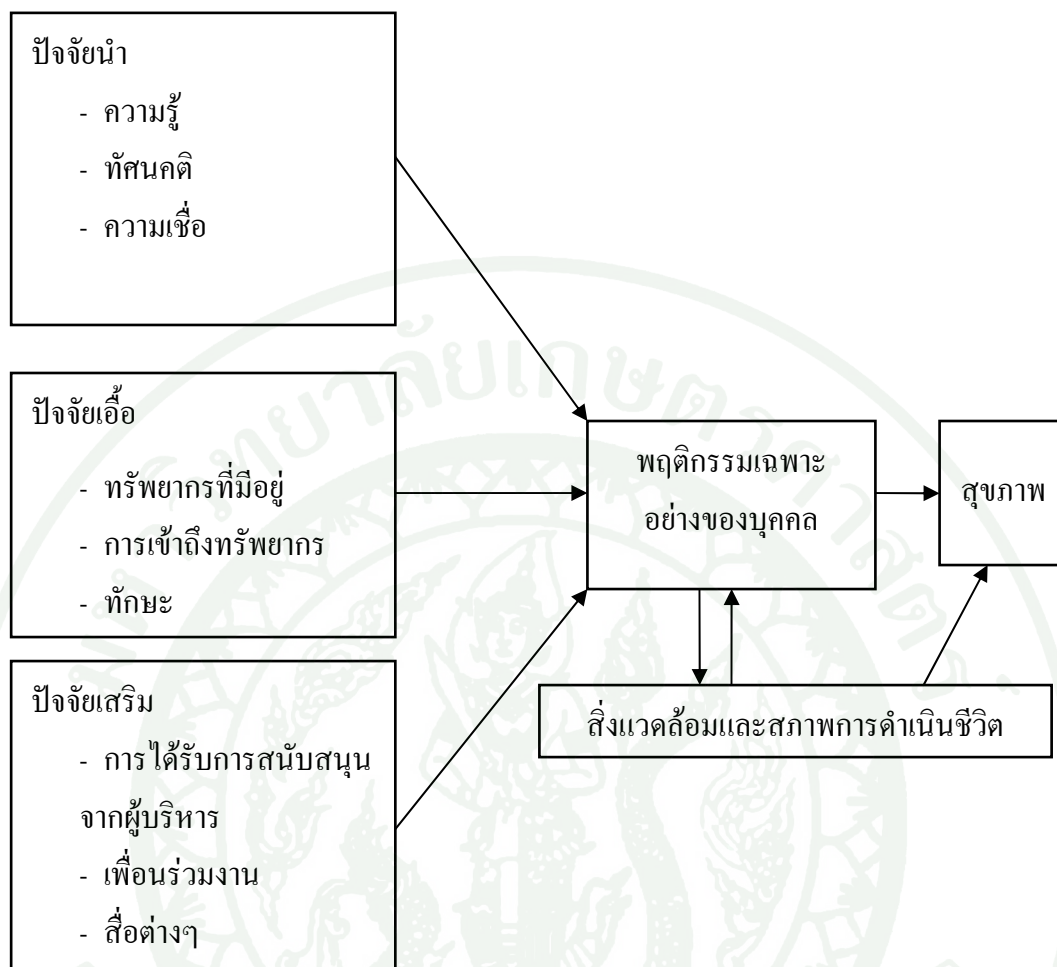
ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรืออีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Perference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ซึ่งอยู่กับบุคคลแต่ละคน ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Socio – economic Status) อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง และเวลา นอกจากนั้นสิ่งสำคัญคือการหาได้ง่าย และความสามารถเข้าถึงได้ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัล ผลตอบแทน การชมเชย การลงโทษ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ สิ่งเหล่านั้นบุคคลจะได้รับจากคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ซึ่งแตกต่างไปตามสถานการณ์และพฤติกรรมของบุคคล

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้งสามดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green and Kreuter (1999) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมคุณภาพ

ที่มา: Green and Kreuter (1999)

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Phase 5: Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้งสามด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุดด้วย นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งทางด้านบวก หรือมีผล ตรงข้าม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

การประเมินผลจะปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการ หรือ โปรแกรม สุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการ หรือ โปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินใน ขั้นตอนนี้ จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

จากทฤษฎี PRECEDE Model ที่กล่าวมาแล้วพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งสามปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น การรับรู้ ความรู้ เจตคติ ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และปัจจัยเอื้อ เช่น นโยบายความปลอดภัยในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา การได้รับการฝึกอบรม และปัจจัยเสริม เช่น การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความเสียหายทั้งผู้รับบริการและบุคลากร ผลการวิเคราะห์สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินการจัดให้มีปัจจัยในทางบวกหรือลดปัจจัยในทางลบ ผ่านการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างเหมาะสม (Green and Kreuter, 1999)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ต่างๆ กันดังนี้

Cubb (1976) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง ทำให้รู้สึกตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้นๆ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังได้รวมไปถึง การที่บุคคลรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย และนอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มอื่นๆ เป็นต้น

Capland *et al.* (1997) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 คือความพึงพอใจความจำเป็นพื้นฐานสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจ และความช่วยเหลือ ซึ่งได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

แนวคิดที่ 2 เป็นความสำคัญที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

กองสุศึกษา (2542) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มบุคคล บุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถจัดแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ตามแหล่งที่มา ได้แก่ แหล่งปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ส่วนแหล่งทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผน และกฎเกณฑ์

ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้นำชุมชน และบุคลากรอื่นๆ

หลักการสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น ต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สีกว่าตนเองมีค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งประเภทของพฤติกรรมไว้ 4 ประเภท

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพึงพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงความห่วงใย การไปเยี่ยมเยียนด้วยความจริงใจ

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนในการให้ประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการกระทำ การเห็นพ้อง หรือคำรับรองถึงผลการปฏิบัติ

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและเวลา เช่น การให้เงิน ให้เวลา ให้แรงงาน

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม สามารถวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม โดยพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ

3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้ความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือ โครงสร้างของเครือข่าย แรงสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจอันเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย (Affective Support)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ

1. มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น ผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการพยาบาล และผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค

2. มีผลต่อสุขภาพจิต เป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกำหนดให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหาร ได้แก่ การได้รับความรู้ คำแนะนำ คำสั่งใจจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน ได้แก่ การได้รับข้อมูลเรื่องแจ้งต่างๆภายในหน่วยงานทั้งจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารฯ เป็นปัจจัยเสริมซึ่งเป็นตัวแปรอิสระและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารฯ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

สุชาดา (2544) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ผลการศึกษาพบว่า ชนิดของความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ได้แก่ การให้ยาผิดอัตราเร็ว (ร้อยละ 56 ของผู้ป่วย) การให้ยาผิดเวลา (ร้อยละ 26.67 ของผู้ป่วย) และผู้ป่วยไม่ได้รับยา (ร้อยละ 9.78 ของผู้ป่วย) และพบว่าปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยของทรัพยากรที่มีอยู่ ปัญหาการคัดลอกคำสั่งเกิดขึ้นเนื่องจากยังใช้ระบบเดิม (ไม่ได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์) ในกรณีที่พยาบาลให้ยาผิดเวลาเนื่องมาจากพยาบาลมีปริมาณงานมากทำให้พยาบาลไม่สามารถให้ยาทันเวลา และข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ ต้นทุนสูงจึงขาดเครื่องมือควบคุมการไหลอัตโนมัติ

วาสนา (2545) ได้ศึกษาความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล หอผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก พยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่ามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

กมลทิพย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยทางชีวสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ เจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 บรรยากาศภายในหน่วยงาน แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เชมวิทย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

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

สารนิตี (2549) ได้ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกันปฏิบัติการ

บริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันปฏิบัติบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่พยาบาลวิชาชีพระบุว่าพบมากที่สุด 3 ด้าน คือ ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ อ่านและแปลคำสั่งการให้ยาไม่ชัดเจน เพราะแพทย์เขียนลายมืออ่านไม่ออก ร้อยละ 73 การติดต่อสื่อสารและการประสานงานปัญหาเกี่ยวกับยาระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ร้อยละ 63 ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน ได้แก่ ในหอผู้ป่วยมีเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติไม่เพียงพอ ร้อยละ 72 และด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมาก 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 การสร้างเวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานเพื่อลดความเครียดหรือสิ่งรบกวน

งานวิจัยในต่างประเทศ

Davidhizar and Lonser (2003) ได้ศึกษายุทธวิธีเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักในความคลาดเคลื่อนทางยาในการศึกษาของ UPS ได้แสดงให้เห็น ความพร้อมและความล้มเหลวในการติดตามการปฏิบัติ 3 ประเภทหลักของความคลาดเคลื่อนที่ พบบ่อยที่สุด คือ ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามคำสั่งการใช้ยา จนถึงเวลาการให้ยาในครั้งต่อไป (27%) ผู้ป่วยได้รับยาขนาดที่ไม่เหมาะสม (21%) ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์ไม่มีคำสั่งใช้ยา (12%) โดยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือการไม่มีสมาธิ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และเจ้าหน้าที่ที่ขาดประสบการณ์

Stratton *et al.* (2004) ได้ศึกษาการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาโดยพยาบาลเด็ก ในสหรัฐอเมริกา (USA) ผลการศึกษาพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาต่อจำนวนผู้ป่วย 1,000 รายต่อวัน มีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเด็ก (14.8%) เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วย ผู้ใหญ่ (5.66%) สาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลเด็ก ได้แก่ การไม่มีสมาธิ การถูกขัดจังหวะ และพบว่าสาเหตุที่ไม่มีการเขียนรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา เพราะว่าการบริหารจัดการของพยาบาลเน้นไปที่บุคคลมากกว่าระบบ และความกลัวผลเสียที่จะตามมา

Mary *et al.* (2006) ได้ศึกษาถึงยุทธวิธีที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาภายในโรงพยาบาล โดยได้ก่อตั้งทีมรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (METs) ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรม Life Savers ขึ้นมาเพื่อฝึกฝนพยาบาลและเภสัชกรให้มีการรับรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลได้อย่างไร มีการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความล้มเหลวในกระบวนการเกี่ยวกับยาเหล่านี้ว่าทำไมจึงไม่มีการรายงาน และเปิดโอกาสให้หาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งพบว่าภายหลังการจัดตั้งโปรแกรมนี้ ซึ่งเป็นการสร้างวัฒนธรรมในการไม่ลงโทษผู้กระทำความผิดพบว่ามีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มสูงขึ้น ในปีหนึ่งมีรายงานเพิ่มขึ้นจาก 14 ราย เป็น 72 ราย ใน 1 เดือน

Kimberly *et al.* (2006) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของระบบการรายงานทั้งมัลติรัฐด้านการลดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการใช้ยาที่ปลอดภัย ในแต่ละปีโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมสูง (มากกว่า 90% ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์) ผลการศึกษาพบว่า การไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยตามคำสั่ง การให้ยาจนถึงเวลาการให้ยาในครั้งต่อไป เป็นชนิดของ

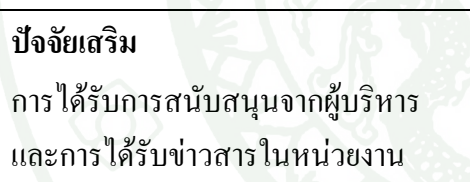
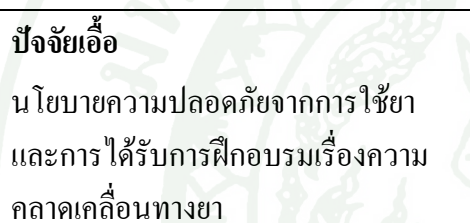
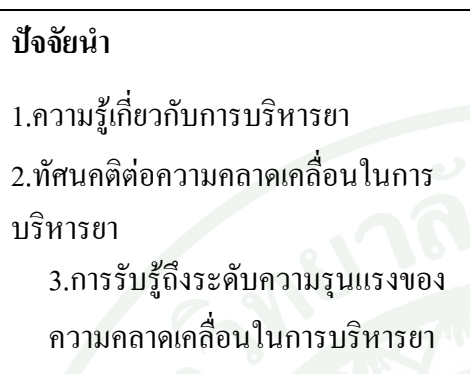
ความผิดพลาดที่พบมากที่สุด ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความผิดพลาดมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านมนุษย์ การถูกขัดจังหวะในการทำงานบ่อยครั้ง และการสื่อสาร โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเป้าหมายลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งมีการลดของค่าเฉลี่ยความผิดพลาดเป็น 28% (2002) และ 34% (2003) มีการเพิ่มขึ้นที่สามารถสังเกตได้ในโรงพยาบาลทุกประเภทไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างโรงพยาบาลชนบท, โรงพยาบาลเมือง, โรงพยาบาลใหญ่, โรงพยาบาลเล็ก หรือโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันทางการแพทย์ การลดความคลาดเคลื่อนทางยาในหลายๆ โรงพยาบาลพบว่า การบันทึกการบริหารยาด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยลดความผิดพลาดโดย 1. เพิ่มความชัดเจน 2. มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารยา 3. ลดการเก็บบันทึกที่ซ้ำประจำปี 4. เพิ่มการรายงาน และตรวจวัดที่มีประสิทธิภาพ

Fu – In Tang *et al.* (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โดยศึกษาในโรงพยาบาลในไทเป (Taipei) และได้หวัน (Taiwan) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลเพศหญิง 72 ราย ที่เข้าร่วม 55 ราย (76.4%) เชื่อว่ามีมากกว่า 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา และการละเลยของบุคคล (86.1%) การมีภาระงานมากเกินไป (37.5%) การเป็นเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ (37.5%) เป็นปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยใน 8 ประเภท และ 3 เหตุการณ์ที่สูงสุด ที่จำเป็นต้องเข้าไปแก้ไขปัญหาก็ผู้อื่นในขณะบริหารยา ได้แก่ การเตรียมยาชนิดใหม่ ไม่มีการทวนสอบ และเป็นเจ้าหน้าที่จบใหม่ สถานที่ที่มีความคลาดเคลื่อนทางยามากที่สุดคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม (36.1%) และหอผู้ป่วยวิกฤต (33.3%) ประเภทของความผิดพลาดโดยทั่วไปคือ ผิดขนาด (36.1%) และให้ยาผิด (26.4%) ยาปฏิชีวนะ (38.9%) เป็นยาที่บริหารผิดพลาดมากที่สุด

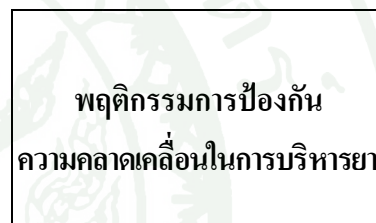
จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหลายประการทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยา ทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา การรับรู้ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยา การได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดทางยา และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

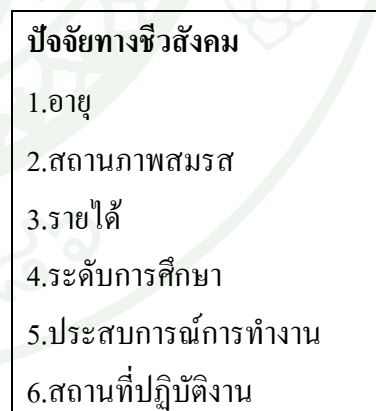
ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ตัวแปรอธิบาย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation analysis)

ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 193 คน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่งของโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้แก่ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3 หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5 หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักซี.ซี.ยู. โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปในวันทำการศึกษ และปฏิบัติงานในระหว่างเดือนเมษายน 2552 ถึง พฤศจิกายน 2552

หอผู้ป่วย	ประชากร (คน)
หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3	34
หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5	33
หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด	31
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก	33
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม	35
หอผู้ป่วยหนักซี.ซี.ยู.	27
รวม	193

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) หรือเติมคำลงในช่องว่าง (Open ended) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยา มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 12 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับความรู้	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ตอบถูก	1	0
ตอบผิด	0	1

การประเมินผล แบ่งระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยา ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากจากค่ามัธยเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

มีความรู้ระดับมาก	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึง คะแนนสูงสุด
มีความรู้ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
มีความรู้ระดับน้อย	มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2. แบบวัดทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด จำนวน 16 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 16 - 64 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

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

การประเมินผล แบ่งระดับทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทัศนคติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึง คะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

3. แบบวัดการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 11 - 44 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

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

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึง คะแนนสูงสุด
 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
 ระดับน้อย มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา มีจำนวน 9 ข้อ โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 9 - 36 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับของการได้รับการฝึกอบรมและนโยบาย	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	4
ได้รับมาก	3
ได้รับน้อย	2
ไม่ได้รับ	1

การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับของการได้รับการฝึกอบรมและนโยบายจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก มีค่าคะแนนมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึง คะแนนสูงสุด
 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
 ระดับน้อย มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ปัจจัยเสริมประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 13 ข้อ โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 13 - 52 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับของการได้รับการสนับสนุน	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	4
ได้รับมาก	3
ได้รับน้อย	2
ไม่ได้รับ	1

การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริหารยาออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับระดับของการได้รับการสนับสนุนจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	มีค่าคะแนนมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึง คะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับน้อย	มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 18 - 72 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

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

การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการปฏิบัติจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึง คะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับควรปรับปรุง	มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลต่างๆที่ได้มาสร้างแบบสอบถาม สำหรับการวิจัย
2. กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม ที่จะใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี
3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดชัดเจนและเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ทำการศึกษาจากเอกสารและตำราทางวิชาการเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขต โครงสร้าง และเนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. สร้างแบบสอบถามให้ถูกต้องตามขอบเขต โครงสร้าง และเนื้อหาที่กำหนดไว้

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข

6. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้ (Tryout)

7. นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โรงพยาบาลรามารับดี โดยมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

7.1 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item- total Correlation) และเลือกใช้เฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป

7.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ประเมินความเชื่อมั่นที่วัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal Consistency) โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ค่าความเชื่อมั่น

ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	.701
ด้านทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.717
ด้านการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.760
ด้านนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา	.841
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา	.873
ด้านพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.905

8. ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ถูกต้องสมบูรณ์ และเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือจากประธานโครงการปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการสำรวจรายชื่อและจำนวนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่ง

3. นำแบบสอบถามมอบแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทั้ง 6 แห่งเพื่อแจกให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน และรับคืนมาครบและตรวจแบบสอบถามสมบูรณ์ทุกฉบับ และนำแบบบันทึกของแต่ละรายมาใส่รหัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล

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

3. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi square)

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ กับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pear's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey research) ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 193 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่งของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน
2. ปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
3. ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ประกอบด้วย นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา
4. ปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ที่ใช้คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่า

ไควสแควร์ (Chi square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่ง ผลการวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 พรรณนาข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษารวมประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ตอนที่ 1 พรรณนาลักษณะทางชีวสังคม ของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามลักษณะข้อมูลทางชีวสังคม

(N = 193)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
20-29	137	71.00
30-39	51	26.40
40-49	4	2.10
50-59	1	0.50

$\mu = 27.66$ $\sigma = 4.51$

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(N = 193)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	174	90.20
สมรส	19	9.80
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	175	90.70
ปริญญาโท	17	8.80
ปริญญาเอก	1	0.50
รายได้ (บาท)		
10000-15000	80	41.50
16000-20000	89	46.10
21000-25000	11	5.60
26000-30000	9	4.70
31000-40000	4	2.10
$\mu = 17288.08 \quad \sigma = 5375.82$		
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1-5	116	60.10
6-10	61	31.60
11-15	10	5.20
> 15	6	3.10
$\mu = 5.58 \quad \sigma = 4.28$		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(N = 193)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานที่ทำงาน		
หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3	34	17.60
หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5	33	17.10
หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารก	31	16.10
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. เด็ก	33	17.10
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม	35	18.10
หอผู้ป่วยซี.ซี.ยู.	27	14.00

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.00 รองลงมา มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.40 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 90.20 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 9.80 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90.70 รองลงมา มีการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 8.80 มีรายได้ 16000-20000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 46.10 รองลงมา มีรายได้ 10000-15000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 41.50 มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.10 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.60 และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18.10 รองลงมา ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3 คิดเป็นร้อยละ 17.60

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

1. ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

(N = 193)

	ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนตั้งแต่ 11.40-12.00)	59	30.50
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ 10.51-11.39)	80	41.50
ระดับน้อย	(คะแนนตั้งแต่ 9.00-10.50)	54	28.00

$\mu = 10.95$ $\sigma = 0.90$ สูงสุด = 12.00 คะแนน ต่ำสุด = 9.00 คะแนน

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.50 รองลงมา มีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 30.50

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 193)

	ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนตั้งแต่ 54.54-63.00)	67	34.70
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ 49.99-54.53)	72	37.30
ระดับไม่ดี	(คะแนนตั้งแต่ 38.00-49.98)	54	28.00

$\mu = 52.26$ $\sigma = 4.55$ สูงสุด = 63 คะแนน ต่ำสุด = 38 คะแนน

จากตารางที่ 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.30 รองลงมา มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 34.70

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน
ในการบริหารยา

(N = 193)

ระดับการรับรู้ถึงระดับความรุนแรง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(คะแนนตั้งแต่ 37.99-44.00)	76	39.40
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ 34.12-37.98)	43	22.30
ระดับน้อย	(คะแนนตั้งแต่ 25.00-34.11)	74	38.30

$\mu = 35.05$ $\sigma = 3.88$ สูงสุด = 44 คะแนน ต่ำสุด = 25 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.40 รองลงมา มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 38.30

2. ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อ

(N = 193)

ระดับปัจจัยเอื้อ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(คะแนนตั้งแต่ 30.08-36.00)	57	29.50
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ 25.31-30.07)	71	36.80
ระดับน้อย	(คะแนนตั้งแต่ 18.00-25.30)	65	33.70

$\mu = 27.69$ $\sigma = 4.77$ สูงสุด = 36 คะแนน ต่ำสุด = 18 คะแนน

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.80 รองลงมาได้รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 33.70

3. ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริม

(N = 193)			
	ระดับปัจจัยเสริม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(คะแนนตั้งแต่ 42.15-52.00)	44	22.80
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ 36.34-42.14)	93	48.20
ระดับน้อย	(คะแนนตั้งแต่ 27.00-36.33)	56	29.00

$\mu = 39.24$ $\sigma = 5.82$ สูงสุด = 52 คะแนน ต่ำสุด = 27 คะแนน

จากตารางที่ 6 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและได้รับข่าวสารจากหน่วยงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.20 รองลงมาได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและได้รับข่าวสารจากหน่วยงานอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.00

4. ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 193)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนตั้งแต่ 67.77-72.00)	75	38.90
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 62.24-67.76)	65	33.70
ระดับที่ควรปรับปรุง (คะแนนตั้งแต่ 46.00-62.23)	53	27.4

$\mu = 65.00$ $\sigma = 5.53$ สูงสุด = 72 คะแนน ต่ำสุด = 46 คะแนน

จากตารางที่ 7 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.90 รองลงมา มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.70

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยทดสอบสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 193)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา				χ^2	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควร ปรับปรุง	รวม		
1. อายุ						
20-29 ปี	48 (35.0)	49 (35.8)	40 (29.2)	137(71.0)	6.566	.363
30-39 ปี	26 (51.0)	13 (25.5)	12 (23.5)	51(26.4)		

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(N = 193)						
ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา				χ^2	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	รวม		
40-49 ปี	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4(2.1)		
50-59 ปี	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1(0.5)		
2. สถานภาพสมรส						
โสด	67 (38.5)	61 (35.1)	46 (26.4)	174(90.2)	1.730	.421
สมรส	8 (42.1)	4 (21.0)	7 (36.8)	19 (9.8)		
3. ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	69 (39.4)	59 (33.7)	47 (26.9)	175(90.7)	2.722	.597
ปริญญาโท	6 (35.3)	6 (35.3)	5 (29.4)	17 (8.8)		
ปริญญาเอก	0 (0.0)	0 (0.0)	1(100.0)	1 (0.5)		
4. รายได้(บาท)						
10000-15000	28 (35.0)	28 (35.0)	24 (30.0)	80(41.5)	2.734	.950
16000-20000	36 (40.4)	29 (32.6)	24 (27.0)	89(46.1)		
21000-25000	5 (45.5)	4 (36.3)	2 (18.2)	11(5.7)		
26000-30000	5 (55.6)	2 (22.2)	2 (22.2)	9(4.7)		
31000-40000	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4(2.0)		
5. ประสบการณ์การทำงาน						
1-5 ปี	41 (35.4)	44 (37.9)	31 (26.7)	116(60.1)	10.594	.102
6-10 ปี	31 (50.8)	13 (21.3)	17 (27.9)	61 (31.6)		
11-15 ปี	2 (20.0)	4 (40.0)	4 (40.0)	10 (5.2)		
15 ปีขึ้นไป	1 (16.7)	4 (66.6)	1 (16.7)	6(3.1)		

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(N = 193)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา				χ^2	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควร ปรับปรุง	รวม		
6. สถานที่ทำงาน						
หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3	9 (26.4)	22 (64.7)	3 (8.9)	34 (17.6)	32.760	.070
หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5	12 (36.4)	6 (18.2)	15 (45.4)	33 (17.1)		
หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารก	16 (51.6)	10 (32.3)	5 (16.1)	31 (16.1)		
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก	12 (36.4)	8 (24.2)	13 (39.4)	33 (17.1)		
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม	12 (34.3)	15 (42.9)	8 (22.8)	35 (18.1)		
หอผู้ป่วยหนักซี.ซี.ยู.	14 (51.9)	4 (14.8)	9 (33.3)	27 (14.0)		

จากตารางที่ 8 พบว่าปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นจึงเป็นการไม่ยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 193)

ปัจจัยนำเข้า	พฤติกรรมการป้องกันความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p)	p- value
ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	.088	.226
ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.379**	.000
การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา	.268**	.000

** $p \leq .01$

จากตารางที่ 9 พบว่าปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ส่วนทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมติฐานเป็นบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกันความ
คลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N = 193)

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการป้องกันความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา	p- value
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p)	
นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความ คลาดเคลื่อนทางยา	.372**	.000

** $p \leq .01$

จากตารางที่ 10 พบว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและ
การได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับ
ข่าวสารจากหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันความ
คลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(N=193)

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการป้องกันความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา	p- value
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p)	
การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน	.299**	.000

** $p \leq .01$

จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมุติฐาน

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มีประเด็นสำคัญที่ได้พบและนำมาวิจารณ์โดยมีสาระดังนี้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีรามาธิบดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมวิทช์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี พบว่าระดับการศึกษาและประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลลพบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของสารนิตี (2549) ได้ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานและปฏิบัติในแผนกที่แตกต่างกันปฏิบัติบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคมเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรืออีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากการประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจจะไม่มีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมเช่นกัน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.50 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ จึงกล่าวได้ว่าความรู้ ได้แก่ ความสามารถในการคิด ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารยานั้น เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นและปัจจัยเสริมประกอบด้วย เช่น มีการสนับสนุนแหล่งความรู้ การได้รับข่าวสารข้อมูลต่างๆ

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 37.30 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดีด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้าพยาบาลวิชาชีพที่มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับที่ไม่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไม่ดีซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล และขณะเดียวกันการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าเจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของเขมวิท (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลบุรี พบว่าปัจจัยภายในด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Model (Green and Kreuter, 1999) ซึ่งกล่าวว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง

ปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงควรจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการบริหารยาให้กับพยาบาลวิชาชีพ จึงกล่าวได้ว่า ทัศนคติ ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด มีผลต่อความโน้มเอียงของจิตใจ เพราะทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีของพยาบาลวิชาชีพที่มีผลต่อการบริหารยาจะมีผลกระทบต่ออัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยหนัก หากพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อว่าการเคร่งครัดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารยาโดยยึดหลัก 6 Right อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่จะลดลง พยาบาลวิชาชีพก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารยาที่ถูกต้อง

การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.40 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดีด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับที่ไม่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไม่ดีซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล และขณะเดียวกันการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับกับแฮมวีย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ได้แก่ ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ความรุนแรง และข้อผิดพลาดทางยาที่เกิดจากการบริหารยา หากพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ว่าเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนและพิการต่างๆได้ ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานๆ เพิ่มค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น พยาบาล

วิชาชีพก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารยาที่ถูกต้อง ซึ่งหมายความว่า มีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ตนเอง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา และได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.80 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาที่เพียงพอ จะมีผลให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2545) ได้ศึกษาความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลหอผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารนิตี (2549) ได้ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง และสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Model (Green and Kreuter, 1999) ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้นอกจากนั้นสิ่งสำคัญคือการหาได้ง่าย และความสามารถเข้าถึงได้ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น จึงกล่าวได้ว่า นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาที่เพียงพอ เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและได้รับข่าวสารจากหน่วยงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.20 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและได้รับข่าวสารจากหน่วยงานเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของ พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ (2551) ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในฝ่ายบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในเรื่องของการบริหารยา สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Model (Green and Kreuter, 1999) ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากการกระทำของตน สิ่งทีบุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัล ผลตอบแทน การชมเชย การลงโทษ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ สิ่งเหล่านั้นบุคคลจะได้รับจากคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ซึ่งแตกต่างไปตามสถานการณ์และพฤติกรรมของบุคคล และสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (กองสุขศึกษา, 2542) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน จึงกล่าวได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงานที่เพียงพอ ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักและความเอาใจใส่ในเรื่องการบริหารยามากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา

ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้แก่ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3 หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5 หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักซี.ซี.ยู. จำนวน 193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (ผนวก ก) โดยทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะคิดต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก)

นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักชั้น 4 ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการทดลอง ใช้ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหา สัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .701 แบบทดสอบด้านทัศนคติต่อ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเท่ากับ .717 แบบทดสอบด้านการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเท่ากับ .760 แบบทดสอบด้านนโยบายด้านความปลอดภัย จากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ .841 แบบทดสอบ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อน ทางยาเท่ากับ .873 แบบทดสอบด้านพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เท่ากับ .905 โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2552

การวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ข้อมูลสรุปและผลวิจัยที่สำคัญดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนใน การบริหารยาที่ดีได้ ต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย (Multiple Factors) ซึ่งปัจจัยแต่ละอย่างจะมี ลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆตามรูปแบบจำลอง PRECEDE Framework ที่ได้กล่าวว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นๆของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัย ทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.90 รองลงมามีพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.70

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 นั้น ไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .379 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .268

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 นั้นยอมรับสมมติฐานที่ 2 บางส่วน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .372

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 นั้นยอมรับสมมติฐานที่ 3 ทั้งหมด

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .299

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4 นั้นยอมรับสมมติฐานที่ 4 ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และจากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

1. จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาในระดับปานกลาง ดังนั้นควรสนับสนุนแหล่งความรู้เรื่องยาโดยมีจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ คือ การใช้วิธีทางสุศึกษา เช่น ชี้แจง ฝึกอบรม สาธิต ฝึกปฏิบัติ โดยการสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการปีละครั้ง ซึ่งเป็นการจัดประสบการณ์ตรงให้กับพยาบาลวิชาชีพและใช้โสตทัศนประกอบการจัดกิจกรรมด้วย เช่น วีดิทัศน์ โปสเตอร์หรือสติกเกอร์ แผ่นข้อความเกี่ยวกับการบริหารยา และจัดทำคู่มือการบริหารยา

2. จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับปานกลาง ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริหารยาและปฏิบัติเป็นประจำ (Routine) โดยส่งเสริมการทำงานตามแนวคิดเชิงระบบที่มีความเชื่อว่า การป้องกันความผิดพลาดที่ดีคือการเปลี่ยนระบบการทำงานที่ไม่เน้นการลงโทษหรือตำหนิบุคคล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติที่ดีต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา โดยเฉพาะการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้งเพื่อมีการจัดประชุมหาสาเหตุ(Root course) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

3. จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับทราบนโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายเรื่องการบริหารยาทั่วไป, High Alert Drug, ยาเคมีบำบัดที่ชัดเจน มีความกระชับ เข้าใจง่าย และสามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในแต่ละหอผู้ป่วยควรจัดวางคู่มือเกี่ยวกับนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่ออำนวยความสะดวกในการค้นหาข้อมูล ควรจัดประชุมการปรับปรุงระบบ/กระบวนการทำงานเป็นประจำเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา มีการจัดหาเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ เช่น Infusion Pump, Syringe Pump ให้เพียงพอ เพื่อช่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย และลดปัญหาอุปสรรคในการบริหารยา มีการสนับสนุนการอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา โดยจัดอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่พยาบาลวิชาชีพทุกคน

4. จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและได้รับข่าวสารจากหน่วยงานในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารควรจัดอัตรากำลังของพยาบาลให้เหมาะสมกับปริมาณงาน มีการตรวจเยี่ยมพื้นที่และให้กำลังใจสม่ำเสมอในเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา สนับสนุนให้มีการรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา สนับสนุนให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา สนับสนุนให้มีเทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการบริหารยา เช่น Internet

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1. พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้มีความสามารถด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการรับรู้ความรุนแรง ในเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
2. พยาบาลวิชาชีพควรเคร่งครัดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารยาในหอผู้ป่วย เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง
3. พยาบาลวิชาชีพควรมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริหารยาและปฏิบัติเป็นประจำ (Routine)

4. ในการปฐมนิเทศพยาบาลจบใหม่ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เน้นให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอนควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติตามหลัก 6 Right ของการบริหารยา ปลุกฝังให้ปฏิบัติงานเป็นนิสัย เพื่อให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ยา ได้แก่ แพทย์ และเภสัชกรร่วมด้วย
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ
3. ศึกษาสาเหตุและช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กมลทิพย์ ละแมนชัย. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุภาพ. โรงพิมพ์กองสุศึกษา, กรุงเทพฯ.

ขวัญตา เกิดชูชื่น. 2543. คู่มือปฏิบัติการพยาบาล. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพฯ.

เขมวิทช์ วงษ์เจริญสุข. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2551. แนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา. โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพฯ. (เอกสารอัดสำเนา)

ครรชิตเทพ ตันเผ่าพงษ์, สุนิสา ไวยเจริญ และวาสนา พฤกษ์ชัย. 2551. รายงานประจำปี 2550 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท ธนาเพลสจำกัด, กรุงเทพฯ.

จรัส สุวรรณเวลา. 2545. ความเสี่ยงในโรงพยาบาล. บริษัท โฮลิสติก ฟัฒนิจ จำกัด, กรุงเทพฯ.

จุมพล รอดคำดี. 2532. สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ชนวรรณ อัมสมบุญ. 2544. เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, นนทบุรี.

นฤมล แก่นสาร. 2548. การพัฒนาแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาล
ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล, ปรีชา มนทการติกุล. 2549. การป้องกันความ
คลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทประชาชนจำกัด,
กรุงเทพฯ.

นิตยา เพ็ญศิริรักษา. 2544. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาและการประชาสัมพันธ์งาน
สาธารณสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์พระโพธิ์, กรุงเทพฯ.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลป์ยางกูล, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกตุ สวัสดิ์วัฒนากุล และ
รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. 2549. การจัดการทางโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัย.
บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์จำกัด, กรุงเทพฯ.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. พิมพ์ครั้งที่ 4.
พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2545. ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของ
พยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศุภวรรณ สุกศิริ. 2551. การบริหารยาอย่างปลอดภัยสำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน: วิเคราะห์
ปัญหา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดี. 2552. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการ
ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา. ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ศูนย์การแพทย์
สิริกิติ์ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพฯ.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2546. **Patient Safety: Concept and Practice.** บริษัทไชร์จำกัด, กรุงเทพฯ.

สารนิติ บุญประสพ. 2549. **เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สัมมนา มูลสาร. 2536. **ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาดา เดชเดชสุนันท์. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุปราณี เสนาดิษฐ์. 2549. **การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ.** บริษัทจุดทอง จำกัด, กรุงเทพฯ.

สุภารัตน์ ไวยชีตา. 2550. **High Alert Drugs Pediatric Nursing Protocol.** โรงพยาบาลรามาริบัติ. (เอกสารอัดสำเนา)

สุรัชดา กองศรี. 2549. **ผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลราชวิถี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. 2543. **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.** สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, กรุงเทพฯ.

อภิฤดี เหมะจุทา และ ปรีชา มณฑกานติกุล. 2549. **การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์บริษัทประชาชน จำกัด, กรุงเทพฯ.

อรรพรรณ ปิณฑน์โอวาท. 2542. **การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

Capland, G. 1997. **Support System and Community Mental Health**. Science Press,
New York.

Cubb, S. 1976. "Social Support and a Moderator of Life Stress". **Psychosomatics Medical**
38 (7): 300-312.

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

Force, M.V., L. Deering, J. Hubbe, M. Anderson, B. Hagemann, M. Cooper-Hahn and W. Peters.
2006. "Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals". **Jona**
36: 34-41.

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

Green, L. W. and M.W. Kreuter. 1999. **Health Promotion Planning an Education and**
Ecological Approach. Mayfield Publishing Company, California.

Henry, K. M. 2006. "Medication administration errors: understand the issues". **Australian**
Journal of Advanced Nursing 23: 33-34.

Kimberly, R., H. Jonathan, D. Anne, Dorothy 'Vi' Nayler and T. Kenneth. 2006. "Impact of a
statewide reporting system on medication error reduction". **Journal of Patient Safety**
2: 116-123.

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

Michael, R.C. 1999. **Medication Errors: causes, prevention and risk management.**

The American Pharmacists Association, Washington, D.C.

Michelle, C. C. 2004. “Nurses’ Six Rights for Safe Medication Administration”. **Massachusetts**

Nurses Association. Available Source: http://www.massnurses.Org/nurse_practice/six_right.htm, March 10, 2008.

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.

Pilisuk, M. 1982. “Delivery of social support: the social innovation”. **American Journal**

Orthopsychiatry 52 (1): 20-31.

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.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
และรองหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์จำปี ประสิทธิ์ชัย อาจารย์ประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. อาจารย์จิราภรณ์ ปั่นอยู่ อาจารย์ประจำหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.เด็ก
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. อาจารย์อภิญา สุนนะไพศาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.เด็กและชำนาญการพยาบาล
งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. เกศักรหญิงธนิยา ไพบูลย์วงษ์ เกศักรคลินิก
งานเกศักรกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง **ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ประจำหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

คำชี้แจง ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 2.3 การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ จำนวน 9 ข้อ

ได้แก่ นโยบายด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

ตอนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม จำนวน 13 ข้อ

ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

จำนวน 18 ข้อ

โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามในแต่ละตอนให้เข้าใจก่อน และตอบแบบสอบถามให้ครบ**ทุกตอน** และ **ทุกข้อ** ตามความเป็นจริง การตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากนำผลรวมต่างๆ ไปใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณล่วงหน้าในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวสุพัตรา เผ่าพันธ์

นิสิตปริญญาโท ภาควิชาพลศึกษา วิชาเอกสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ซึ่งตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี

2. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส
☐ หย่า ☐ หม้าย

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านในปัจจุบัน

- ☐ ปริญญาตรี
☐ ปริญญาโท
☐ ปริญญาเอก

4. รายได้ต่อเดือน.....บาท

5. ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนัก.....ปี
(มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

6. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานอยู่ที่หอผู้ป่วย

- ☐ หอผู้ป่วยซี.ซี.ยู (CCU)
☐ หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู อายุรกรรม (9IC)
☐ หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู เด็ก (9PC)
☐ หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU)
☐ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 5 (5IC)
☐ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษชั้น 3 (3IC)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 2 คำตอบคือ

ถูก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา	ถูก	ผิด
1. การบริหารยาหรือการให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาล		
2. พยาบาลมีสิทธิที่จะหยุดการให้ยา ในกรณีที่คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน		
3. ต้องแน่ใจว่าให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ถูกคนโดยถามจากผู้ป่วย ควรถามว่า “ชื่อคุณ.....ใช่ไหม ”		
4. ก่อนให้ยาผู้ป่วยควรมีการทวนสอบ (Double Check) ทุกครั้ง		
5. การเก็บหลอดยา KCL ไว้ในหอผู้ป่วยต้องเขียนฉลากติดแต่ละหลอด ด้วยสีสะท้อนแสงระบุ คำว่า ต้องผสมให้เจือจาง		
6. ขณะจัดยาต้องอ่านชื่อยา 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อหยิบขวดยา ครั้งที่สองขณะวางขวดยา		
7. ในภาวะเร่งด่วน แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ พยาบาลไม่ควรรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ต้องให้แพทย์เขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น		
8. เมื่อมีการรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลมีการตรวจสอบและเปรียบเทียบยาเดิมกับยาที่แพทย์สั่งใหม่ ทุกครั้ง		
9. High Alert Drugs เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง ควรจัดเก็บแยกไว้ต่างหาก และปิดฉลาก		
10. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คือ การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา		
11. Omission Error เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโดยเกิดจากพยาบาลไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย		
12. Unauthorized Error เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา โดยเกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือในการบริหารยา		

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. พยาบาลควรเคร่งครัดปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติของการบริหารยาในหอผู้ป่วย				
2. ภาระงานในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้การ บริหารยาที่ถูกต้องทุกขั้นตอนเป็นสิ่งที่ ปฏิบัติได้ยาก				
3. ในภาวะเร่งด่วนพยาบาลมักละเลยการ บริหารยาตามหลัก 6 Right				
4. การปฏิบัติตามหลัก 6 Right ลดการเกิด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
5. ในหอผู้ป่วยหนัก การให้ยาไม่จำเป็นต้อง ปฏิบัติตามหลัก 6 Right				
6. การบริหารยาตามหลัก 6 Right ทำให้ สิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากร				
7. ในกรณีให้ยาชนิดเดิมบ่อยๆ ไม่ จำเป็นต้องทวนสอบ(Double Check)				
8. การปฏิบัติเป็นประจำ(Routine)กับผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหลัก 6 Right				
9. การปฏิบัติตามแนวทางของการบริหารยา ในหอผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยาก				

ทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. การทวนสอบ (Double Check) ทำให้ ท่านมั่นใจในการบริหารยา				
11. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยา ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง				
12. การเขียนรายงานอุบัติการณ์ทำให้เกิด ความรู้สึกไม่สบายใจ				
13. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ช่วยป้องกัน การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
14. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา สามารถป้องกันได้				
15. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยาทำให้ท่านรู้สึกผิด				
16. พยาบาลมีประสบการณ์มาก ไม่จำเป็นต้องมีการทวนสอบ (Double Check)				

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ
ข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การรับรู้ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยาสามารถป้องกันได้				

การรับรู้ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
2. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้				
3. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังแต่ระดับ E up ขึ้นไป ทำให้เกิดความสูญเสียต่อผู้ป่วยและองค์กร				
4. การปกปิดความผิดพลาดทำให้เสียโอกาสในการนำเอาข้อผิดพลาดมาแก้ไขและวิเคราะห์หาสาเหตุ				
5. เมื่อพบความผิดพลาดในการบริหารยาและไม่ทำการแก้ไข อาจทำให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีก				
6. การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้และความละเอียดรอบคอบ สามารถลดความเสี่ยงการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
7. ความผิดพลาดในระบบ เช่น ระบบสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้				
8. การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารได้				
9. Near miss เป็นเหตุเกือบพลาดเป็นโอกาสนำเอาข้อผิดพลาดมาแก้ไขและวิเคราะห์หาสาเหตุ				
10. การเขียนรายงานอุบัติการณ์ควรเขียนเมื่อเกิดเหตุการณ์ตั้งแต่ระดับ E up ขึ้นไป				
11. การปกปิดความผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยาและการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับทราบเรื่องนั้นมากที่สุด

ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับทราบเรื่องนั้นมาก

ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับทราบเรื่องนั้นน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยรับทราบเรื่องนั้นเลย

นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา	ได้รับ มากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ
1. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบาย เรื่องการบริหารยาทั่วไปชัดเจน				
2. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายการ บริหารยา High Alert Drug ชัดเจน				
3. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายการ บริหารยาเคมีบำบัด ชัดเจน				
4. หอผู้ป่วยของท่านจัดวางคู่มือเกี่ยวกับ นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา				
5. หอผู้ป่วยของท่านมีอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการบริหารยาเพียงพอ เช่น Syringe pump				
6. หอผู้ป่วยของท่านมีการปรับปรุงระบบ/ กระบวนการทำงานเป็นประจำเพื่อป้องกันการ เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา				
7. หอผู้ป่วยของท่านมีการจัดประชุมหาสาเหตุ (Root course) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์				
8. ท่านได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน				

นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา	ได้รับ มากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ
9. หอผู้ป่วยของท่านมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริหารยาและปฏิบัติเป็นประจำ				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนนั้นมากที่สุด
 ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนนั้นมาก
 ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนนั้นน้อย
 ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนนั้นเลย

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน	ได้รับ มากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ
1. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมเพื่อให้การบริหารยาปลอดภัย				
2. ผู้บริหารมีการตรวจเยี่ยมพื้นที่และให้กำลังใจสม่ำเสมอในเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
3. ผู้บริหารสนับสนุนในการหาวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริหารยาพอเพียง เช่น Syring pump, Infusion pump				
4. ผู้บริหารจัดอัตรากำลังของพยาบาลได้เหมาะสมกับปริมาณงาน				
5. ผู้บริหารดำเนินเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การบริหารยาผิดพลาด				

การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และการได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน	ได้รับ มากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้รับ
6. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการเขียนรายงาน อุบัติการณ์เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา				
7. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการรวบรวมข้อมูล ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
8. ผู้บริหารให้โอกาสท่านแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา				
9. ท่านและเพื่อนร่วมงานได้รับการช่วยเหลือ จากผู้บริหารเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์				
10. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีเทคโนโลยีในการ สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการบริหารยา เช่น Internet				
11. ท่านและเพื่อนร่วมงานค้นหาความเสี่ยง และหาแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา				
12. เพื่อนร่วมงานของท่านแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา				
13. หอผู้ป่วยของท่านมีการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				

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

พฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติน้อย	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านตรวจสอบคำสั่งการให้ยาในใบสั่งการรักษาและคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้องตรงกัน				
2. ท่านมีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนให้ยา				
3. ท่านตรวจสอบการคัดยาทุกครั้งที่มีพิมพ์จากคอมพิวเตอร์				
4. ท่านตรวจสอบการคัดยา กับ Kardex ให้ตรงกันก่อนให้ยา				
5. ท่านจัดยาตามหลัก 6 Right อย่างเคร่งครัด				
6. ท่านมีการทวนสอบกับพยาบาลอีกคน (Double Check) ก่อนให้ยา				
7. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้ยา				
8. ท่านประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยา				
9. ท่านตรวจสอบยา เมื่อได้รับจากห้องยา				
10. ท่านตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนจัดยา				

พฤติกรรมที่ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติน้อย	ไม่ปฏิบัติ
11. ท่านระงับการสั่งยาชั่วคราวในคอมพิวเตอร์ เมื่อมีจำนวนยามากเกินความจำเป็น				
12. ท่านคัดค้านยาทางคอมพิวเตอร์และส่งคืนห้องยา เมื่อแพทย์ยกเลิกการใช้ยา				
13. ท่านสอบถามแพทย์เมื่อคำสั่งการให้ยาไม่ชัดเจน				
14. ในกรณีเร่งด่วนแพทย์สั่งยาทางโทรศัพท์ ท่านทวนคำสั่ง 3 ครั้ง				
15. ท่านรายงานจากประสบการณ์เดิม เมื่อแพทย์ไม่ได้สั่งขนาดยา				
16. ท่านมีการแยกเก็บยา High Alert Drug เช่น KCL , Digitalis, Warfarin, ยาเสพติด, ยาเคมีบำบัด				
17. ท่านตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาให้อยู่ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส				
18. ท่านรายงาน Incharge Nurse และแพทย์ทันที เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา				

ค่าทางสถิติจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถาม

ตารางผนวกที่ ข1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา

ข้อคำถาม	μ	σ	ค่าระดับ
1. การบริหารยาหรือการให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาล	.950	.211	มาก
2. พยาบาลมีสิทธิที่จะหยุดการให้ยา ในกรณีที่คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน	.930	.260	มาก
3. ต้องแน่ใจว่าให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ถูกคน โดยถามจากผู้ป่วย ควรถามว่า “ชื่อคุณ.....ใช่ไหม ”	1.00	.000	มาก
4. ก่อนให้ยาผู้ป่วยควรมีการทวนสอบ (Double Check) ทุกครั้ง	.990	.072	มาก
5. การเก็บหลอดยา KCL ไว้ในหอผู้ป่วยต้องเขียนฉลากติดแต่ละหลอดด้วยสีสะท้อนแสงระบุ ด้วยว่า <u>ต้องผสมให้เจือจาง</u>	.720	.453	มาก
6. ขณะจัดยาต้องอ่านชื่อยา 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อหยิบขวดยา ครั้งที่สองขณะวางขวดยา	1.00	.000	มาก
7. ในภาวะเร่งด่วน แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ พยาบาลไม่ควรรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ต้องให้แพทย์เขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น	1.00	.000	มาก
8. เมื่อมีการรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลมีการตรวจสอบและเปรียบเทียบยาเดิมกับยาที่แพทย์สั่งใหม่ ทุกครั้ง	.970	.159	มาก
9. High Alert Drugs เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง ควรจัดเก็บแยกไว้ต่างหากและปิดกุญแจ	1.00	.000	มาก
10. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คือ การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา	.770	.421	มาก
11. Omission Error เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโดยเกิดจากพยาบาลไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย	.620	.487	ปานกลาง
12. Unauthorized Error เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา โดยเกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือในการบริหารยา	1.00	.000	มาก

ตารางผนวกที่ ข2 แบบสอบถามทัศนคติต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ข้อคำถาม	μ	σ	ค่าระดับ
1. พยาบาลควรเคร่งครัดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารยาในหอผู้ป่วย	3.79	.423	มาก
2. ภาระงานในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้การบริหารยาที่ถูกต้องทุกขั้นตอนเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก	2.88	.855	ปานกลาง
3. ในภาวะเร่งด่วนพยาบาลมักจะละเลยการบริหารยาตามหลัก 6 Right	2.84	.757	ปานกลาง
4. การปฏิบัติตามหลัก 6 Right ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.75	.445	มาก
5. ในหอผู้ป่วยหนัก การให้ยาไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหลัก 6 Right	3.64	.543	มาก
6. การบริหารยาตามหลัก 6 Right ทำให้สิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากร	3.41	.554	มาก
7. ในกรณีให้ยาชนิดเดิมบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องทวนสอบ (Double Check)	3.58	.536	มาก
8. การปฏิบัติเป็นประจำ(Routine)กับผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหลัก 6 Right	3.59	.534	มาก
9. การปฏิบัติตามแนวทางของการบริหารยาในหอผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยาก	3.21	.678	ปานกลาง
10. การทวนสอบ (Double Check) ทำให้ท่านมั่นใจในการบริหารยา	3.65	.540	มาก
11. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง	3.33	.632	มาก
12. การเขียนรายงานอุบัติการณ์ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ	2.53	.700	ปานกลาง
13. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ช่วยป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.06	.614	ปานกลาง
14. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสามารถป้องกันได้	3.52	.501	มาก
15. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทำให้ท่านรู้สึกผิด	1.84	.643	น้อย
16. พยาบาลมีประสบการณ์มาก ไม่จำเป็นต้องมีการทวนสอบ (Double Check)	3.64	.551	มาก

ตารางผนวกที่ ข3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ข้อคำถาม	μ	σ	ค่าระดับ
1. การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสามารถป้องกันได้	3.69	.507	มาก
2. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้	3.59	.543	มาก
3. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังแต่ระดับ E up ขึ้นไปทำให้เกิดความสูญเสียต่อผู้ป่วยและองค์กร	3.30	.715	มาก
4. การปกปิดความผิดพลาดทำให้เสียโอกาสในการนำเอาข้อผิดพลาดมาแก้ไขและวิเคราะห์หาสาเหตุ	3.39	.654	มาก
5. เมื่อพบความผิดพลาดในการบริหารยาและไม่ทำการแก้ไข อาจทำให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีก	3.53	.541	มาก
6. การปฏิบัติกรพยาบาลด้วยความรู้และความละเอียดรอบคอบสามารถลดความเสี่ยงการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.63	.496	มาก
7. ความผิดพลาดในระบบ เช่น ระบบสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้	3.17	.580	ปานกลาง
8. การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารได้	2.53	.771	ปานกลาง
9. Near miss เป็นเหตุเกือบพลาดเป็น โอกาสนำเอาข้อผิดพลาดมาแก้ไขและวิเคราะห์หาสาเหตุ	3.34	.566	มาก
10. การเขียนรายงานอุบัติการณ์ควรเขียนเมื่อเกิดเหตุการณ์ตั้งแต่ระดับ E up ขึ้นไป	2.54	.822	ปานกลาง
11. การปกปิดความผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้	3.34	.667	มาก

ตารางผนวกที่ ข4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยจากการใช้ยา และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา

ข้อคำถาม	μ	σ	ค่าระดับ
1. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายเรื่องการบริหารยาทั่วไปชัดเจน	3.18	.695	ปานกลาง
2. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายการบริหารยา High Alert Drug ชัดเจน	3.47	.569	มาก
3. หอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดนโยบายการบริหารยาเคมีบำบัดชัดเจน	2.47	.872	ปานกลาง
4. หอผู้ป่วยของท่านจัดวางคู่มือเกี่ยวกับนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	2.99	.774	ปานกลาง
5. หอผู้ป่วยของท่านมีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริหารยาเพียงพอ เช่น Syring pump	3.36	.598	มาก
6. หอผู้ป่วยของท่านมีการปรับปรุงระบบ/กระบวนการทำงานเป็นประจำเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	3.21	.691	ปานกลาง
7. หอผู้ป่วยของท่านมีการจัดประชุมหาสาเหตุ(Root course) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	3.06	.686	ปานกลาง
8. ท่านได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน	3.02	.718	ปานกลาง
9. หอผู้ป่วยของท่านมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริหารยาและปฏิบัติเป็นประจำ	3.23	.661	ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข5 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและการ
ได้รับข่าวสารจากหน่วยงาน

ข้อคำถาม	μ	σ	ค่าระดับ
1. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมเพื่อให้การบริหารยาปลอดภัย	3.22	.610	ปานกลาง
2. ผู้บริหารมีการตรวจเยี่ยมพื้นที่และให้กำลังใจสม่ำเสมอในเรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	2.81	.748	ปานกลาง
3. ผู้บริหารสนับสนุนในการหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริหารยาพอเพียง เช่น Syring pump, Infusion pump	3.21	.567	ปานกลาง
4. ผู้บริหารจัดอัตราค่าจ้างของพยาบาลได้เหมาะสมกับปริมาณงาน	2.94	.730	ปานกลาง
5. ผู้บริหารดำเนินเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การบริหารยาผิดพลาด	2.60	.745	ปานกลาง
6. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.19	.540	ปานกลาง
7. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.13	.706	ปานกลาง
8. ผู้บริหารให้โอกาสท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	2.99	.703	ปานกลาง
9. ท่านและเพื่อนร่วมงานได้รับการช่วยเหลือจากผู้บริหารเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	3.09	.566	ปานกลาง
10. ผู้บริหารสนับสนุนให้มีเทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการบริหารยา เช่น Internet	2.95	.745	ปานกลาง
11. ท่านและเพื่อนร่วมงานค้นหาความเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.05	.602	ปานกลาง
12. เพื่อนร่วมงานของท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.09	.557	ปานกลาง
13. หอผู้ป่วยของท่านมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	2.96	.695	ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ข6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ข้อคำถาม	μ	σ	ค่าระดับ
1. ท่านตรวจสอบคำสั่งการให้ยาในใบสั่งการรักษาและคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้องตรงกัน	3.71	.499	มาก
2. ท่านมีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนให้ยา	3.50	.662	มาก
3. ท่านตรวจสอบการกระจายทุกครั้งที่พิมพ์จากคอมพิวเตอร์	3.84	.391	มาก
4. ท่านตรวจสอบการกระจาย กับ Kardex ให้ตรงกันก่อนให้ยา	3.88	.340	มาก
5. ท่านจัดยาตามหลัก 6 Right อย่างเคร่งครัด	3.70	.490	มาก
6. ท่านมีการทวนสอบกับพยาบาลอีกคน (Double Check) ก่อนให้ยา	3.77	.468	มาก
7. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้ยา	3.28	.665	มาก
8. ท่านประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยา	3.52	.560	มาก
9. ท่านตรวจสอบยา เมื่อได้รับจากห้องยา	3.77	.445	มาก
10. ท่านตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนจัดยา	3.50	.670	มาก
11. ท่านระงับการส่งยาชั่วคราวในคอมพิวเตอร์ เมื่อมีจำนวนยา มากเกินไปจนจำเป็น	3.56	.518	มาก
12. ท่านก็ยืมยาทางคอมพิวเตอร์และส่งคืนห้องยา เมื่อแพทย์ยกเลิก การใช้ยา	3.77	.448	มาก
13. ท่านสอบถามแพทย์เมื่อคำสั่งการให้ยาไม่ชัดเจน	3.89	.328	มาก
14. ในกรณีเร่งด่วนแพทย์สั่งยาทางโทรศัพท์ ท่านทวนคำสั่ง 3 ครั้ง	3.01	.820	ปานกลาง
15. ท่านรายงานความผิดปกติจากประสบการณ์เดิม เมื่อแพทย์ไม่ได้สั่ง ขนาดยา	3.69	.486	มาก
16. ท่านมีการแยกเก็บยา High Alert Drug เช่น KCL , Digitalis, Warfarin, ยาเสพติด, ยาเคมีบำบัด	3.67	.664	มาก
17. ท่านตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาให้อยู่ระหว่าง 2-8 องศา เซลเซียส	3.33	.631	มาก
18. ท่านรายงาน Incharge Nurse และแพทย์ทันที เมื่อเกิดความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.62	.567	มาก



(สำเนา)

ที่ ศธ 0513.10905/ว.๔๗

โครงการปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา
ภาคพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
50 พหลโยธิน เขตจตุจักร กทม.10900

๗ กันยายน 2552

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยนางสาวสุพัตรา เผ่าพันธ์ รหัสประจำตัวนิสิต 51661544 นิสิตปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา (ภาคพิเศษ) คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ
ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูล
จริงในพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
จำนวน 205 คน เพื่อนำมาประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ โครงการปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา ภาคพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขอขออนุญาตเคราะห้จากท่านในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวของ
นิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทั้งนี้ โครงการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห้
จากท่าน และขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์สุพัตรา ศรีเวชเจริญชัย)

ประธานโครงการปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา
ภาคพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์

สาขาวิชาสุศึกษา

โทร.02 579 7149 กด 409, 081 615 7731

โทรสาร 02 942 8671



ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๖๘๓

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๑๐-๕๒-๐๖ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวสุพัตรา เผ่าพันธุ์

ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่านี้
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๒

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ	นางสาวสุพัตรา เผ่าพันธ์
เกิดวันที่	29 กรกฎาคม 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดมุกดาหาร
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.เด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี