

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบราชการไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้เป็นองค์กรที่มีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ความคาดหวังและความต้องการของประชาชน โดยการปรับรูปแบบการทำงานให้มีลักษณะเชิงบูรณาการ เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในองค์กรและปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2550) เช่นเดียวกับองค์กรสุขภาพ ก็ต้องมีการปรับปรุงการบริหารจัดการให้สนองตอบความคาดหวัง และความต้องการของประชาชน รวมทั้งมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพ ของกระบวนการทำงาน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาให้เกิดคุณภาพ และประสิทธิภาพของการทำงานดังกล่าว และความปลอดภัยในการให้บริการเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของสังคม การประสานงานระหว่างทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะปรับปรุงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลจึงจะเกิดผลดี ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ปลอดภัย และผู้ให้บริการทุกฝ่ายมีความพึงพอใจในการทำงาน (อุดมรัตน์ สวงวนศิริธรรม, 2550)

ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง และครบถ้วน โดยยึดหลักการบริหารยา 6 ประการ คือ 1) ความถูกต้องด้านผู้ป่วย (right patient/client) 2) ความถูกต้องด้านยา (right drug) 3) ความถูกต้องด้านขนาดยา (right dose) 4) ความถูกต้องด้านเวลา (right time) 5) ความถูกต้องด้านวิถีทางของการบริหารยา (right route) 6) ความถูกต้องด้านเทคนิค (right technique) หากมีความผิดพลาดในหลักการข้อใดข้อหนึ่ง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย และอาจถึงแก่ชีวิตได้ ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการให้ยา โดยเฉพาะการให้ยาผิดประเภท หรือผิดวิธี แต่สิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการให้ยาผิด ก็คือการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงเวลา โดยเฉพาะการให้ยาที่จำเป็นทันที (stat medication) ซึ่งปัจจุบันทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญ และกำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยได้รับยาที่จำเป็นทันทีภายใน 15-30 นาที (ปรีชา มณฑกานติกุล, 2551)

อย่างไรก็ตามยังคงมีการให้ยาล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้ คือภายใน 30 นาที และส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย และอาจเสียชีวิตได้ (โรงพยาบาลลำพูน, 2554ข)

ความล่าช้าในการให้ยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ในต่างประเทศมีการศึกษาผลกระทบความล่าช้าในการให้ยาต่อคุณภาพและความปลอดภัย ดังตัวอย่าง การศึกษาการให้ยาล่าช้าทำให้กลุ่มผู้ป่วย CAP (Community Acquired Pneumonia) เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 7.4 (Houck, Bratzler, Nsa, Ma, & Bartlett, 2004) ในกลุ่มผู้ป่วย VAP (Ventilator Associated Pneumonia) ที่ได้รับยาล่าช้าส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 69.7 (Iregui, Suzanne, Sherman, Victoria, & Marin, 2002) ในกลุ่มผู้ป่วย meningitis ที่ได้รับยาล่าช้าส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 5 เป็นร้อยละ 40 (Proulx, Frechette, Toye, Chan, & Kravcik, 2005) ในกลุ่มผู้ป่วย AMI (Acute Myocardial Infarction) ที่ได้รับยาล่าช้าส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 14.6 (Zijlstra et al., 2002) และในประเทศไทยจากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่ามีความความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นจำนวนมาก ซึ่งความคลาดเคลื่อนดังกล่าวส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย และบางครั้งทำให้ถึงแก่ความตายหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น รวมทั้งอาจได้รับการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึงเนื่องจากจำนวนบุคลากรพยาบาลมีจำนวนจำกัด ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารการพยาบาลในฐานะผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยจึงต้องหาแนวทางในการบริหารจัดการการให้ยาทันที อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับบริการที่มีคุณภาพมากที่สุด

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูนให้บริการผู้ป่วยหญิงอายุ 13 ปี ขึ้นไปเจ็บป่วยด้วย โรคทางอายุรกรรม หรือมีปัญหาทางจิต มีจำนวนเตียงรวม 36 เตียง แยกเป็นเตียงสำหรับผู้ป่วยสามัญ 30 เตียง ผู้ป่วยพิเศษ 4 เตียง ผู้ป่วยประกันสังคม 2 เตียง อัตรากำลังทางการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 12 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน ในปี 2552 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 3,064 คน (โรงพยาบาลลำพูน, 2552) และในปี 2553 จำนวน 3,559 คน (โรงพยาบาลลำพูน, 2553) โดยจะมีผู้ป่วยเฉลี่ยจำนวน 25 คนต่อวัน และในจำนวนดังกล่าวจะมีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงประเภทที่ 5 เฉลี่ยวันละ 4 คนต่อวัน ซึ่งจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (โรงพยาบาลลำพูน, 2554ก) เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรม จึงเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลักในการบริหารจัดการยาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูนให้ความสำคัญกับการให้ยาที่ถูกต้องตามหลัก 6 R และยังให้ความสำคัญกับการให้ยาจำเป็นทันที โดยกำหนดให้ทุกหอผู้ป่วยต้องดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องการให้ทันที ภายใน 30 นาทีภายหลังจากแพทย์มีคำสั่งการรักษา (โรงพยาบาลลำพูน, 2551)

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ได้มีการกำหนดขั้นตอน ของการจัดการการให้ยาทันที ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กระบวนการหลักได้แก่ 1) การรับคำสั่งการรักษา 2) การเบิกยาทันที 3) การรับยาจากห้องยา 4) การเตรียมยา 5) การนำยาไปให้ผู้ป่วย 6) การบันทึกการให้ยา แต่จากการศึกษาเบื้องต้นของผู้วิจัยเกี่ยวกับการการรับคำสั่งการรักษาโดยการให้ยาทันทีในหอผู้ป่วยพบว่าใน 2 สัปดาห์ มีจำนวนการสั่งยาทันทีจำนวน 25 ครั้งและยังคงมีการให้ยาล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 8 ครั้ง โดยใช้เวลาระหว่าง 45 นาที ถึง 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 32 ของจำนวนครั้งที่ทำการรักษา โดยแยกเป็นการให้ยาผิดทันทีล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 5 ครั้งจากทั้งหมด 18 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 27.78 และเป็นยารับประทานทันทีจำนวน 3 ครั้งจากทั้งหมด 7 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 42.86 ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้ศึกษาพบว่ายังมีความล่าช้าในการให้ยาทันที เกิดขึ้นเมื่อแพทย์สั่งให้ยาทันที กับผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีการแจ้งหรือส่งสัญญาณจากพยาบาลที่ติดตามเชื่อมกับแพทย์ ทำให้ต้องทิ้งเวลาพอสมควรกว่าที่พยาบาลคนต่อมจะทำหน้าที่รับคำสั่งการรักษา นอกจากนี้ไม่มีการสื่อสารว่าผู้ป่วยรายใดมีคำสั่งให้ยาทันที ทำให้พยาบาลไม่ได้มีการจัดลำดับก่อนหลังในการรับคำสั่งการรักษา ส่งผลให้มีการเบี่ยงล่าช้า ในการไปรับยาแม้ว่าจะมีข้อกำหนดว่าญาติผู้ป่วยสามารถไปรับยาได้ภายใน 15 นาที แต่ผู้ศึกษาพบว่าในญาติบางรายต้องใช้เวลานานในการอธิบายเส้นทางในการไปรับยาที่ห้องจ่ายยา หลังอธิบายแล้วก็ยังไม่สามารถไปรับยามาได้ครั้งแรกต้องอธิบายซ้ำ และขั้นตอนในการรับยาทันทีเพื่อนำมาเตรียมนั้น บางครั้งพยาบาลที่รับยาจากญาติไม่ทราบหรือไม่สนใจว่ามียาทันที นำไปวางไว้ในช่องเก็บยาทำให้ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหอผู้ป่วยนี้มีความสูญเสียของเวลาในกระบวนการจัดการการให้ยาทันที ในประเด็นสำคัญดังนี้ 1) การสูญเสียเวลาจากผลงานที่ผิดพลาด (defect) ทำให้ต้องได้รับการแก้ไขเช่น ญาติบางรายไม่สามารถไปรับยาจากห้องยาหลังสื่อสารให้ทราบเส้นทางแล้วต้องอธิบายซ้ำ 2) การสูญเสียเวลาจากการให้บริการที่เกินความจำเป็น(over production) เช่นการอธิบายเส้นทางในการเดินไปรับยาให้ญาติวันละหลายครั้ง 3) การสูญเสียเวลาจากการรอคอย (waiting) ในการนำเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่มีคำสั่งการรักษาให้ยาทันทีมาให้พยาบาลที่ทำหน้าที่รับคำสั่งการรักษา 4) การสูญเสียเวลาจากการเดินไปรับยาของญาติที่ไม่ทราบเส้นทาง (transportation) 5) การสูญเสียเวลาจากการเดินไปแฟกซ์คำสั่งการรักษาซึ่งห่างจากบริเวณทำงาน (motion) 6) การสูญเสียเวลาจากการให้บริการที่ซ้ำซ้อน(excessive processing) เช่นการคัดลอกคำสั่งการรักษาถึงสองครั้งในการรับคำสั่งการรักษาวันเดียว (order oneday) ซึ่งสามารถทำให้ลดลงได้โดยการใช้นวัตกรรมที่ได้รับการยอมรับว่าจะช่วยลดความซ้ำซ้อน เกิดการไหลเลื่อน ลดความสูญเสียเปล่า (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul, 2552)

แนวคิดริเริ่ม พัฒนาโดย วอแม็ก และ โจนส์ (Womack & Jones, 2003) ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ 1) การระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ (specify value) ในมุมมองของผู้รับบริการ 2) การบ่งชี้สายธารคุณค่า (value stream) คือการวิเคราะห์สายธารของกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมใดที่ไม่เพิ่มคุณค่าและเป็นความสูญเปล่า 3) การไหล (flow) คือการทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการติดขัด การอ้อม ย้อนกลับหรือการรอคอย 4) ระบบดึง (pull) คือการให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเท่านั้น เป็นการบริการได้ตรงตามต้องการมากที่สุด 5) ความสมบูรณ์แบบ (perfection) คือการสร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่า เป็นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ แนวคิดริเริ่ม ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานทางด้านสุขภาพจนได้รับความสำเร็จทั้งในต่างประเทศและในประเทศ อาทิเช่น ประเทศออสเตรเลีย ที่ศูนย์ฟลินเดอร์ส เมดิคอล ช่วยลดเวลารอคอยในการรับบริการในหน่วยฉุกเฉิน จาก 8 ชั่วโมงเหลือเพียง 4 ชั่วโมงและทำให้ผู้ปฏิบัติมีงานความเครียดลดลง (Jones & Mitchell, 2006) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ ศูนย์เวอร์จิเนีย เมสัน เมดิคอล (Virginia Mason Medical Center) นำแนวคิดริเริ่มมาใช้ในหน่วย Rapid Process Improvement Weeks ซึ่งมีกิจกรรมในกระบวนการถึง 175 กิจกรรม หลังนำแนวคิดริเริ่มมาใช้ ช่วยลดจำนวนอุปกรณ์การใช้งานถึง ร้อยละ 53 พื้นที่ใช้สอยมีเพิ่มขึ้นร้อยละ 41 ใช้เวลาในการปฏิบัติงานลดลงร้อยละ 65 ผู้ปฏิบัติงานเดินลดลงร้อยละ 44 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลดลงร้อยละ 72 (Womack, Byrne, Fiume, Kaplan, & Toussaint, 2005) ในประเทศเดนมาร์กได้นำแนวคิดริเริ่มมาใช้ในกระบวนการผ่าตัดหัวใจ (coronary by surgery) ช่วยลดเวลาในกระบวนการลงร้อยละ 25 ลดการเคลื่อนย้ายร้อยละ 75 ลดเวลารอคอยร้อยละ 31 (Laursen, Gertsen, & Johansen, 2003) ในประเทศนิวอิงแลนด์ หน่วยการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) ได้นำแนวคิดริเริ่มมาใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยสามารถลดเวลาการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นการกำจัดความสูญเปล่าได้เป็นอย่างดีส่งผลให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Maier-Sperdelozzi, Thompson, Hossfield, & Abby, 2006)

สำหรับในประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้มีการส่งเสริมให้ใช้แนวคิดริเริ่มมาใช้ในระบบสุขภาพ โดยจัดเรื่องนี้เป็นหัวข้อสำคัญในการประชุมทางวิชาการประจำปีครั้งที่ 10 เพื่อแนะนำให้รู้จักแนวคิดริเริ่ม และนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริหาร (อนุวัฒน์ สุภชุติกุล, 2552) นอกจากนี้โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ได้ประยุกต์แนวแบบคิดริเริ่มในการปรับปรุงกระบวนการเตรียมยาฉีดผู้ป่วยนอก สามารถลดระยะเวลาของกระบวนการได้ 7.30 นาทีต่อราย ลดระยะทางได้ 10 เมตรต่อรายและปรับปรุงการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยโดยลดขั้นตอน ผสมและจัดลำดับขั้นตอน การปรับปรุงวิธีการทำงานสามารถลดระยะเวลาได้ 17.30 นาทีต่อราย ลดระยะทางได้ 30 เมตรต่อราย และปรับปรุงระบบการเตรียมความ

พร้อมที่ห้องผ่าตัด โดยปรับปรุงวิธีการทำงาน ผสมขั้นตอน สามารถลดระยะเวลาได้ 12 นาทีต่อราย แต่ไม่ลดระยะทาง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2551) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัด นครสวรรค์ ได้ประยุกต์แนวคิดสลินในการปรับปรุงกระบวนการรับใหม่ผู้ป่วยอายุรกรรม สามารถลดเวลาได้ 11.03 นาที และ 13.78 นาที (เกศนิภา สนมวัฒนวงศ์, 2552) นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดสลินมาปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายหอผู้ป่วยพิเศษ 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (วัชร หน่อแก้ว, 2552) โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการ การจำหน่ายผู้ป่วย จากเดิมมี 18 กิจกรรมย่อย ลดลงเหลือ 16 กิจกรรมย่อย และมีการจัดลำดับขั้นตอนการทำงานใหม่ ทำให้ระยะเวลาในการจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยจากเดิมเฉลี่ย 272.07 นาทีลดลงเหลือ 125.94 นาทีหรือเวลาโดยลดลง ร้อยละ 53.71 โดยคุณภาพการทำงานยังคงเดิม สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น รูปแบบการจัดการ การจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากปรับเปลี่ยนทำให้ลดเวลาได้ 147.13 นาที การพัฒนาการจัดการการ จำหน่ายผู้ป่วยครั้งนี้ทำให้ ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม ในการพัฒนางาน มีความชัดเจนในหน้าที่ของตนเองทำให้ปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานและเป็นการ พัฒนานุเคราะห์ด้วย หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยที่สามารถตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้นำแนวคิดสลินมาใช้ใน กระบวนการจัดการการให้ยาทันที ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก สามารถลดขั้นตอนในกระบวนการ ลงจาก 15 ขั้นตอนเหลือเพียง 10 ขั้นตอน ลดระยะเวลาลงถึง 59 นาที และในด้านประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.86 (นพพร เกตุวิทย์, 2553)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดสลินตาม กรอบของ วอมแม็ก และ โจนส์ (Womack & Jones, 2003) มาใช้ในการพัฒนากระบวนการจัดการ การให้ยาทันที ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูน โดยคาดหวังว่าจะเป็นการลด ขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในกระบวนการจัดการการให้ยาทันที ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 2

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการการให้ยาทันที ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้แนวคิดสลิน

## คำถามการศึกษา

1. กระบวนการจัดการการให้ยาทันที ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูน ที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดลีน มีลักษณะอย่างไร
2. ระยะเวลาในกระบวนการจัดการการให้ยาทันที ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูนหลังใช้กระบวนการที่พัฒนาตามแนวคิดลีน แตกต่างจากก่อนการใช้กระบวนการที่พัฒนา หรือไม่ อย่างไร
3. ความคิดเห็นต่อการนำกระบวนการจัดการการให้ยาทันที ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูนเป็นอย่างไร

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการการให้ยาทันที หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้แนวคิดลีนตามกรอบแนวคิดของ วอแม็ก และ โจนส์ (Womack & Jones, 2003) โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2554 ถึง พฤศจิกายน 2554

## นิยามศัพท์

กระบวนการจัดการการให้ยาทันที หมายถึง วิธีการจัดการการให้ยาทันที ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กระบวนการหลักได้แก่ 1) การรับคำสั่งการรักษา 2) การเบิกยาทันที 3) การรับยาจากห้องยา 4) การเตรียมยา 5) การนำยาไปให้ผู้ป่วย 6) การบันทึกการให้ยา เป็นยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเร่งด่วน แต่ไม่ใช่ยาฉุกเฉิน โดยต้องบริหารยาให้ผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาทีหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา (โรงพยาบาลลำพูน, 2551)

การพัฒนากระบวนการจัดการการให้ยาทันที หมายถึง การปรับปรุงวิธีการจัดการการให้ยาทันที ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กระบวนการหลักได้แก่ 1) การรับคำสั่งการรักษา 2) การเบิกยาทันที 3) การรับยาจากห้องยา 4) การเตรียมยา 5) การนำยาไปให้ผู้ป่วย 6) การบันทึกการให้ยา ให้มีความรวดเร็วโดยไม่มีผลผิดพลาดของการให้ยา โดยเป็นการศึกษาในการให้ยาทันที 2 กลุ่ม ประกอบด้วยการให้ยารับประทานทันที และยาฉีดทันทีที่มีการให้สารน้ำอยู่แล้วหรือมีการใส่เข็มคาไว้ (on plug) อยู่แล้ว โดยอาศัยแนวคิดลีนของ วอแม็ก

และ โจนส์ (Womack & Jones, 2003) ที่ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการในมุมมองของผู้รับบริการ 2) การบ่งชี้สายธารคุณค่า 3) การไหล 4) ระบบดึง 5) ความสมบูรณ์แบบ

ระยะเวลาในกระบวนการจัดการการให้ยาทันที หมายถึง ปริมาณเวลาเป็นนาทีที่เริ่มตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยาทันทีจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยาและบันทึกการให้ยานั้น

ความคิดเห็นต่อการนำกระบวนการจัดการการให้ยาทันทีไปใช้ หมายถึง คุณค่าและประโยชน์ของกระบวนการจัดการการให้ยาทันทีที่พัฒนาขึ้น ตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลประเมิน โดยใช้แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น