

เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง
ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราช
นครศรีธรรมราช *

Attitude towards Risk Management Climate and Risk Management
Practice in Medication Error of Professional Nurses at Maharat
Nakon Si Thamarat Hospital

สารนิตี บุญประสพ** พย.ม.
Saranit Boonprasop, M.N.S.
จุฬาลักษณ์ บารมี***Ph.D.
Julaluk Baramee, Ph.D.

อารีรัตน์ ขำอยู่****D.S.N.
Areerut Khumyoo, D.S.N.
สุภาภรณ์ ดั่งแพง*****พย.ด.
Supaporn Duangpaeng, D.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จำนวน 216 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นและการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา แบบสอบถามการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งมีค่าความเที่ยงของครอนบาค .74 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล

โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ส่วนขั้นตอนการค้นหา และการประเมินความเสี่ยง อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมไม่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาวิจัย ประเมินผล และการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาวิจัย ประเมินผล และการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***** อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แตกต่างกัน แต่เมื่อจำแนกตามชั้นตอนการบริหาร ความเสี่ยงพบว่า มีความแตกต่างกันในชั้นตอนการ ประเมินผลการจัดการความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกันมีการปฏิบัติการ บริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดย รวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า มี การปฏิบัติแตกต่างกันทั้ง 4 ชั้นตอน พยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติ ต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาด เคลื่อนทางยาดีกว่า และมีการปฏิบัติการบริหารความ เสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาบ่อยกว่า พยาบาล วิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรม

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหาร ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ที่พบมาก ที่สุด 3 ด้าน คือ ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ อ่าน และแปลคำสั่งการใช้ยาได้ไม่ชัดเจน เพราะแพทย์เขียน ด้วยลายมือที่อ่านยาก และการติดต่อสื่อสารปัญหา การใช้ระหว่างแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ด้าน โครงสร้างของหน่วยงาน ได้แก่ ภายในหอผู้ป่วยมี เครื่องมือควบคุมการให้อัดโนมิตจำนวนไม่เพียงพอ และด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ ภาระงานมาก และมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อน ทางยา พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purposes of this research were to study attitude towards risk management climate, risk management practice and problems and barrier of risk management practice in medication error of professional nurses at Nakon Si Thamarat hospital. The sample consisted of 216 professional nurses, stratified and simple randomly selected from those

who worked in the inpatient and outpatient departments. The questionnaires, generated by the researcher, included attitude towards risk management climate questionnaire and risk management practice in medication error as well as the opened-end questions asking about problems and barriers for practice. The Chronbach's alpha reliability coefficients for the attitude towards risk management climate and risk management practice in medication error questionnaires were .74 and .92, respectively. Percentage, mean, standard deviation, independent t- test and one- way ANOVA were used for data analysis.

The study showed that professional nurses' attitude towards risk management climate in medication error was good. They frequently practiced risk treatment and evaluation processes while occasionally practiced in the identification of risk and the analysis of risk processes. Nurses with different experience were not different in attitude towards risk management climate and total score of risk management practice. However, they differed in the evaluation of risk management process. Nurses working in different departments did not differ in attitude towards risk management climate and total score of risk management practice. However, they differed in each process of risk management practice.

Professional nurses trained in risk management had positive attitude towards risk management climate and practiced risk

management more than untrained nurses. They also practiced more than untrained nurses in the analysis of risk and evaluation processes, but did not differ in the identification of risk and the risk treatment processes. Problems and barriers for risk management in medication error practiced included unclear in reading and interpolating the prescription due to the physicians' hand writing, communication problems among physicians, nurses, and pharmacists, inadequate infusion or syringe pump, nurses' high workload and burnout.

Key words : Risk management, medication error, professional nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยและเป็นความเสี่ยงที่ป้องกันได้ มีสาเหตุมาจากบุคลากรสุขภาพการติดต่อสื่อสาร และปัจจัยเชิงระบบ (เดือนทิพย์ เขมมโอภาส, 2541 ; นิตยา ปัญญมิตติ, 1996 ; Cohen, 1999) สาเหตุจากบุคลากรสุขภาพนั้นเกิดจากพยาบาลมากที่สุด (Rudman et al, 2002) โดยพยาบาลขาดความรู้เรื่องยา ขาดการประเมินผู้ป่วยและมีภาระงานมาก (ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬารัตนพล และปรีชา มณฑกานดิกุล, 2547) ส่วนสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่พบมากที่สุดได้แก่ การสื่อสารคำสั่งการใช้ยา โดยที่แพทย์สั่งการใช้ยาด้วยลายมือที่อ่านยากและพยาบาลอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก (Mayo & Duncan, 2004) หรือ การสั่งใช้ยาด้วยวาจา การสั่งยาทางโทรศัพท์โดยไม่มีกรทบทวนคำสั่งซ้ำ (Cohen, 1999) สำหรับปัจจัยเชิงระบบนั้นเกิดจากสิ่งแวดล้อมการทำงานไม่เหมาะสม โรงพยาบาลไม่มีนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติ

เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านยาที่ชัดเจนหรือไม่ มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ (Kapborg & Sevansson, 1999) เมื่อมีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผลกระทบต่อเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ตั้งแต่ระดับความรุนแรงเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต หรือ ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Mayo & Duncan, 2004) ตลอดจนเป็นผลให้ผู้ให้บริการขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล

พยาบาลผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญในการบริหารยา ประสานงานการใช้ระหว่างแพทย์ เภสัชกร ผู้ป่วย จำเป็นต้องปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาตามนโยบายความปลอดภัย ผู้ป่วยหรือแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในกระบวนการบริหารยา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้พยาบาลปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงตามความรู้ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและความรุนแรงของการเจ็บป่วย จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2546-พฤษภาคม 2547 พบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 458 ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยในทั้งสิ้น 45,706 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2547) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

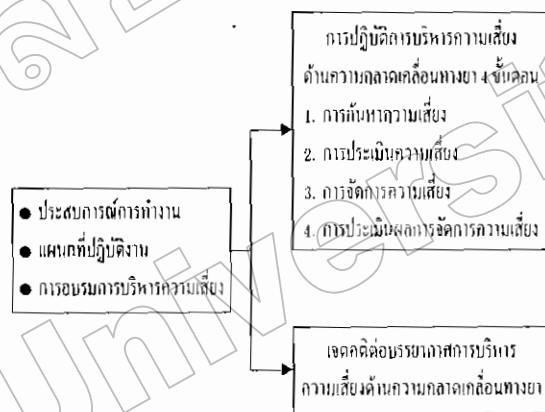
2. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และการอบรมการบริหารความเสี่ยง

3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสัน (Wilson, 1999) และความคลาดเคลื่อนทางยาของโคเฮน (Cohen, 1999) มีขั้นตอนการปฏิบัติที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา 2) การประเมินความเสี่ยง เป็นการวิเคราะห์สาเหตุ ประเมินความถี่ ความรุนแรงและผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อผู้ป่วย 3) การจัดการความเสี่ยง เป็นการปฏิบัติตามหลักการบริหารยาในลักษณะการควบคุมและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงเป็นการปฏิบัติเพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติใน 3 ขั้นตอนแรก ส่วนแนวคิดเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงเป็นความรู้ที่ร่วมกันของพยาบาลในการปฏิบัติตาม

กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาตามแนวคิดเจตคติต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ของผู้ให้บริการสุขภาพ ของศูนย์วิจัยความปลอดภัย ผู้ป่วยมหาวิทยาลัยเท็กซัส และองค์การวิจัยด้านคุณภาพบริการสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Sexton et al., 2003) สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประยุกต์ตามปัญหาและอุปสรรคต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การความปลอดภัยแห่งชาติ (National Patient Safety Foundation) ปี 2002 (VanGeest & Cummins, 2003) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบ (Comparative and descriptive research)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสดีดิษฐ์นรากร, 2545) ที่ระดับ

ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำนวน 216 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และการอบรมการบริหารความเสี่ยง ส่วนที่ 2 เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดเจตคติต่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของผู้ให้บริการสุขภาพ ศูนย์วิจัยความปลอดภัยผู้ป่วยมหาวิทยาลัยเท็กซัส และองค์การวิจัยด้านคุณภาพบริการสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสัน และความคลาดเคลื่อนทางยาของโคเฮน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จำนวน 38 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประยุกต์ตามปัญหาและอุปสรรคต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของ องค์การความปลอดภัย แห่งชาติ ปี 2002 ให้เลือกตอบว่า มีหรือ ไม่มี จำนวน 16 ข้อ และคำถามปลายเปิดให้อธิบายเพิ่มเติมเมื่อตอบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรค เครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 ท่าน ภายหลังการปรับแก้ ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเจตคติบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ .74 และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ .92

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 15-31 ตุลาคม 2548 หลังจากที่ได้เสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน สถิติที (Independent t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) เมื่อพบว่ามีความสำคัญทางสถิติจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 26 ปฏิบัติงานในกลุ่มผู้ป่วยหนัก และร้อยละ 24 ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง และพบว่า มีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความกลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และการอบรมการบริหารความเสี่ยง (n = 216)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง		เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง			การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความกลาดเคลื่อนทางยา		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ประสบการณ์การทำงาน								
1-5 ปี	79	37	4.07	0.28	ดี	3.78	0.38	บ่อยครั้ง
6-10 ปี	55	26	4.20	0.31	ดี	3.82	0.42	บ่อยครั้ง
11-15 ปี	44	20	4.18	0.35	ดี	3.82	0.39	บ่อยครั้ง
16 ปีขึ้นไป	38	17	4.17	0.30	ดี	3.72	0.40	บ่อยครั้ง
แผนกที่ปฏิบัติงาน								
กลุ่มผู้ป่วยหนัก	55	26	4.19	0.29	ดี	3.78	0.38	บ่อยครั้ง
กลุ่มอายุรกรรม	53	24	4.15	0.34	ดี	3.89	0.38	บ่อยครั้ง
กลุ่มศัลยกรรม	44	20	4.10	0.28	ดี	3.70	0.37	บ่อยครั้ง
กลุ่มกุมารเวชกรรม	34	16	4.12	0.33	ดี	3.80	0.42	บ่อยครั้ง
กลุ่มพิเศษ	30	14	4.15	0.29	ดี	3.78	0.43	บ่อยครั้ง
การอบรมการบริหารความเสี่ยง								
ความเสี่ยง								
เคย	53	24	4.23	0.31	ดี	3.90	0.37	บ่อยครั้ง
ไม่เคย	163	76	4.12	0.30	ดี	3.75	0.40	บ่อยครั้ง
โดยรวม	-	-	4.14	0.31	ดี	3.79	0.39	บ่อยครั้ง

2. พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านของการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าในขั้นตอนการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง มีการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,212} = 2.969, p = .033$) (ตารางที่ 2) โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี มีการปฏิบัติบ่อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 11-15 ปี และ 16 ปีขึ้นไป

3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกันมีเจตคติ และปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) แต่เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละขั้นตอน พบว่ามีการปฏิบัติแตกต่างกันทั้ง 4 ขั้นตอนโดย

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มศัลยกรรมมีการปฏิบัติแตกต่างจากกลุ่มกุมารเวชกรรม และกลุ่มกุมารเวชกรรมมีการปฏิบัติแตกต่างจากกลุ่มพิเศษ (ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก) ทั้ง 4 ขั้นตอน ส่วนกลุ่มที่มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกันทั้ง 4 ขั้นตอนได้แก่ กลุ่มศัลยกรรม กับกลุ่มพิเศษ และกลุ่มผู้ป่วยหนักกับกลุ่มกุมารเวชกรรม (ตารางที่ 3)

4. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยงโดยมีการปฏิบัติบ่อยกว่าในขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ส่วนขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน แผนกที่ปฏิบัติงาน และการอบรมการบริหารความเสี่ยง ($n = 216$)

ข้อความ	ประสบการณ์การทำงาน ($df = 3, 212$)		แผนกที่ปฏิบัติงาน ($df = 4, 212$)		การอบรมการบริหารความเสี่ยง ($df = 214$)	
	F	p	F	p	t	p (1-tailed)
เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยง	2.298	.079	0.636	.638	2.35	.010*
การปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง โดยรวม	0.569	.636	1.457	.216	2.41	.009*
การค้นหาความเสี่ยง	1.143	.333	3.714	.006*	1.61	.054
การประเมินความเสี่ยง	0.919	.432	5.930	<.001*	2.19	.014*
การจัดการความเสี่ยง	2.016	.113	6.484	<.001*	1.36	.087
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	2.969	.033*	10.902	<.001*	2.41	.008*

* $p \leq .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยรายการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 4 ขั้นตอนของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน

ข้อความ	n	M	SD	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย			
				ศัลยฯ	ผู้ป่วยหนัก	พิเศษ	กุมารฯ
การค้นหาความเสี่ยง							
อายุกรรม	53	3.21	0.57	0.31*	-	0.41*	-
ศัลยกรรม	44	2.90	0.60	-	-	-	0.39*
ผู้ป่วยหนัก	55	3.06	0.73	-	-	-	-
พิเศษ	30	2.80	0.64	-	-	-	0.49*
กุมารเวชกรรม	34	3.29	0.66	-	-	-	-
การประเมินความเสี่ยง							
อายุกรรม	53	3.56	0.61	0.64*	-	0.41*	-
ศัลยกรรม	44	2.92	0.81	-	0.54*	-	0.71*
ผู้ป่วยหนัก	55	3.46	0.75	-	-	-	-
พิเศษ	30	3.15	0.98	-	-	-	0.48*
กุมารเวชกรรม	34	3.63	0.89	-	-	-	-
การจัดการความเสี่ยง							
อายุกรรม	53	4.09	0.37	-	0.15*	-	0.26*
ศัลยกรรม	44	4.12	0.34	-	0.17*	-	0.29*
ผู้ป่วยหนัก	55	3.94	0.37	-	-	0.28*	-
พิเศษ	30	4.23	0.29	-	-	-	0.39*
กุมารเวชกรรม	34	3.63	0.89	-	-	-	-
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง							
อายุกรรม	53	3.84	0.77	0.64*	-	0.59*	-
ศัลยกรรม	44	3.20	0.77	-	0.67*	-	0.93*
ผู้ป่วยหนัก	55	3.86	0.75	-	-	0.62*	-
พิเศษ	30	3.24	1.07	-	-	-	0.88*
กุมารเวชกรรม	34	4.13	0.69	-	-	-	-

*p < .05

5. พยาบาลวิชาชีพ พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มากที่สุด 3 ด้าน คือ ด้านการติดต่อ

สื่อสาร เช่น อ่านและแปลคำสั่งการใช้ยาได้ไม่ชัดเจน เพราะแพทย์เขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก การติดต่อสื่อสารและการประสานงานปัญหาเกี่ยวกับยาระหว่าง

แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน เช่น มีเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ ไม่เพียงพอ และด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมาก และ พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่าในบางหน่วยงานยังมีวัฒนธรรมการตำหนิและจับผิดมากกว่าคิดจะแก้ปัญหาที่ระบบนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา ไม่มีแนวทางรายงานความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และ ไม่มีการกำหนดและมอบหมายงานพยาบาลผู้ให้ยา

อภิปรายผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีเจตคติต่อบรรยาการการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาบ่อยครั้ง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยา และเชื่อว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นการประกันและพัฒนาคุณภาพบริการที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในเชิงการป้องกัน ที่จะต้องมีการประสานการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวคิดเชิงระบบที่ไม่มีการกล่าวโทษ หรือหาตัวผู้กระทำผิดหรือการตำหนิบุคคล จึงทำให้มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงและการบริหารยา ในลักษณะของการควบคุม ป้องกัน หลีกเลี่ยงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาตลอดเวลา (Walter, 1992) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยา และการบริการที่มีคุณภาพ (Gibson, 2001) จึงมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาบ่อยครั้งซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ (2544)

ที่พบว่าพยาบาลปฏิบัติงานโดยมีการป้องกันการผิดพลาดในการให้ยา ทำให้มีพฤติกรรมการให้ยาอยู่ในระดับดี (เดือนทิพย์ เข้มมโสภาส ชันนาญ ณ นคร และนิตยา สมบัติแก้ว, 2542) เกิดคุณภาพที่ดีในการให้ยา (บุญเสริม พึ่งพุทธรัตน์ และพินิจ ปรีชานนท์, 2541)

2. การเปรียบเทียบเจตคติต่อบรรยาการการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน แขนงที่ปฏิบัติงาน และการอบรมการบริหารความเสี่ยง

2.1 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์แตกต่างกันและปฏิบัติงานในแขนงที่แตกต่างกัน มีเจตคติต่อบรรยาการการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ มีความตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบตามจรรยาบรรณวิชาชีพที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย จึงเป็นผลให้มีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของแฮกเคิล บัท และบานิสเตอร์ (Hackel, Butt, & Banister, 1996) ที่พบว่า พยาบาลเชื่อว่าการพยาบาลที่ดีคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

2.2 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่ปฏิบัติแตกต่างกันในขั้นตอนการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง และพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาดีกว่า 11-15 ปี และ 16 ปีขึ้นไป โดยปฏิบัติบ่อยกว่า แสดงว่าการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางยาขึ้นอยู่กับความตั้งใจ

ความรับผิดชอบและเจตคติของผู้ปฏิบัติ เนื่องจากพบว่าประสพการณ์การทำงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องยา (Armitage & Knapman, 2003) ส่วนพยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานมากขึ้นมีความมั่นใจมากขึ้นแต่ไม่สามารถคำนวณขนาดยาได้ดี (Perlsten et al., 1979; Bayne & Bindler, 1988 cited in Armitage & Knapman, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนทิพย์ เขมมโสภาส, ชัชชาภู ณ นคร และนิตยา สมบัติแก้ว (2542) ที่พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ประสพการณ์การให้ยา ของพยาบาลแผนกอายุกรรม และศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรให้ยา จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลสนับสนุนว่าการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอาจจะมีผลแตกต่างหรือไม่แตกต่างกันได้ สำหรับพยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานช่วง 6-10 ปี นับเป็นผู้ที่มีความสามารถในการตัดสินใจและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงได้ดี (Benner, 1984) และจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลกลุ่มนี้มีระดับเจตคติดีกว่าเมื่อเทียบกับประสพการณ์การทำงานช่วงปีอื่นๆ

2.3 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวม ไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ปฏิบัติแตกต่างกัน ทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงโดยที่มีกลุ่มที่ปฏิบัติแตกต่างกัน ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ กลุ่มกุมารเวชกรรม แตกต่างจากกลุ่มศัลยกรรม และกลุ่มพิเศษ ส่วนกลุ่มที่ปฏิบัติไม่แตกต่างกันทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ กลุ่มศัลยกรรมไม่แตกต่างจากกลุ่มพิเศษ และกลุ่มผู้ป่วยหนักไม่แตกต่างจากกลุ่มกุมารเวชกรรม ทั้งนี้เนื่องการบริหาร

ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นงานที่ปฏิบัติภายใต้สิ่งแวดล้อมซับซ้อนและมีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และอาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีการย้ายแผนกปฏิบัติงานไปสู่แผนกที่มีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยที่แตกต่างจากแผนกเดิม หรือจากนโยบายฝ่ายการพยาบาลที่จัดให้มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานของพยาบาลซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษารองถิ่นและบาร์เบอร์ (Dean & Barber, 2001) ที่พบว่าเมื่อพยาบาลย้ายไปปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างจากงานเดิมไม่คุ้นเคยกับยาจึงทำให้บริหารยาตามแบบเดิมที่เคยทำ และผลการศึกษาของกรีนโกลด์และคณะ (Greengold et al., 2003) เปรียบเทียบระหว่างพยาบาลผู้ให้ยากับพยาบาลทั่วไป และพยาบาลอายุกรรมกับศัลยกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่ามีการบริหารยาแก่ผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าพยาบาลในประเทศอังกฤษ ที่มีอายุประสพการณ์การทำงานแตกต่างกัน ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาไม่แตกต่างกัน (Gaya, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติการบริหารยาซึ่งอยู่ในขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงของ เวคฟีลด์และคณะ (Wakefield et al., 1998) ระหว่างแผนกกุมารเวชกรรมและผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติแตกต่างกันน้อยมาก

2.4 พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดีกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม เนื่องจากการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นการอบรมระหว่างทำงาน (In-Service Training) เพื่อพัฒนาให้พยาบาลมีสมรรถนะในการให้บริการที่มีคุณภาพต่อเนืองการบริหารความเสี่ยงได้ดี การอบรมประสพผลสำเร็จได้

เนื่องจากผู้เข้าอบรมมีเจตคติและการปฏิบัติที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษารองรับของจันทร์พร ขอดยิ่ง และ ทองสุกร บุญเกิด (2544) ชาวไล ชุ่มคำ (2545) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง มีพฤติกรรมการให้ยาดีขึ้นและมีการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และพยาบาลที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ (Rae & Berman, 2004) เพราะสามารถวิเคราะห์ ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ได้ดีกว่า (Maria, 1983) และพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกกุมารเวชกรรมสามารถป้องกันได้เมื่อพยาบาลได้รับการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับยา (Pharmacy training) (Meridith, 2004)

3. พยาบาลวิชาชีพพบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาด้านการติดต่อสื่อสารการใช้ยา เนื่องจากกระบวนการบริหารยาที่มีความซับซ้อนและความคลาดเคลื่อนทางยานั้นเกิดขึ้นได้จากการสั่งใช้ยา การฉีดยา ทอดค้ำสั่ง การจ่ายยา และการบริหารยา ดังนั้น การสื่อสารและการประสานงานจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการป้องกันความเสี่ยงด้านยาและส่งเสริมความปลอดภัยในการได้รับยาของผู้ป่วย ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน ได้แก่ เครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ (เช่น infusion pump, syringe pump) มีจำนวนไม่เพียงพอ ซึ่งเครื่องมือนี้สามารถช่วยควบคุมจำนวน และขนาดยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและครบถ้วนภายในระยะเวลาที่ต้องการ และ ความแม่นยำในการให้ยา เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการได้รับยาในขนาดไม่เหมาะสม เป็นผลให้พยาบาล ไม่สามารถปฏิบัติในเชิงควบคุมและป้องกันการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ และ ด้านบุคลากรพยาบาลได้แก่ พยาบาลมีภาระงานมากและมีความ

เหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานมากเกินไป (Blegan & Vaughn, 1998 อ้างถึงในวรารพร หาญคุณะเศรษฐ์, 2547) ทำให้เกิดความเครียดและปฏิบัติงานบกพร่องซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Gilbert, 2002) และภาระงานที่มากเกินไปนั้นเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้บ่อย (Meurier, Vincent & Parmar, 1997)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง โดยการจัดอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาแก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน เพื่อช่วยลด ควบคุม และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยส่งเสริมการทำงานตามแนวคิดเชิงระบบที่เชื่อว่า การป้องกันความผิดพลาดที่ดีคือการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบการทำงานที่ไม่เน้นการลงโทษหรือตำหนิบุคคล เพื่อให้พยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยงโดยเฉพาะการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากนี้ควรมีการบริหารอัตรากำลังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (safe staffing) เพื่อลดภาระงานที่มากเกินไปและความเหนื่อยล้าของพยาบาล รวมทั้งกำหนดแนวทางและวิธีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารยาในทีมผู้ให้บริการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้บุคลากรมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาด้านการติดต่อสื่อสาร

ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดเป้าหมายและนโยบายเกี่ยวกับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่ชัดเจน มีความกระชับ เข้าใจง่าย และสามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล สนับสนุนให้มีการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการสั่งจ่ายยาและให้มีระบบออนไลน์ทั่วทั้งโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านการติดต่อสื่อสารคำสั่งการจ่ายยา ควรกำหนดให้มีแบบบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โดยที่ผู้บันทึกรายงานไม่ต้องลงชื่อ และระบบการรายงานต้องเป็นความลับโดยมีการแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้รูปแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดขอบเขตและประเภท และผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ต้องรายงานไปสู่คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้บริหารควรพิจารณางบประมาณเพิ่มเติมในการจัดซื้ออุปกรณ์ และเครื่องมือควบคุมการให้อัตโนมัติ เช่น infusion pump หรือ syringe pump เพื่อช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการจ่ายยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อจะได้หาแนวทางพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และ ช่วงเวลาของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้มีการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการจัดการเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อวิธีการจัดการเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน

ทางยาของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อจะได้นำข้อมูลมากำหนดแนวทางการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยการให้คำปรึกษา การแนะนำแนวทางที่ถูกต้องและการตรวจแก้ไขข้อบกพร่องจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาลักษณ์ บารมี ดร. สุภากรณ์ ดั่งแพง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้การสนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์อย่างสูงต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2547). *สรุปรายงานความเสี่ยงประจำเดือน*. นครศรีธรรมราช : โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- จันทร์พร ยอดยิ่ง และทองสุกร์ บุญเกิด. (2544). ผลการใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อประสิทธิภาพและพฤติกรรมกรจ่ายยาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 28 (1), 95-105.
- ชวไล ชุ่มคำ. (2545). *ผลของการศึกษาอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิศสิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา

บัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เดือนทิพย์ เขษมโอภาส, ชัชนาฏ ณ นคร และ นิตยา สมบัติแก้ว. (2542). การศึกษาพฤติกรรม การให้ยาแก่ผู้รับบริการของพยาบาล. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 24 (1), 10-20.

เดือนทิพย์ เขษมโอภาส. (2541). พยาบาล... บริหารอย่างไรให้ผู้บริการปลอดภัย. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 23 (1), 38-45.

ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัดมณฑล และ ปรีชา มณฑกานดิกุล. (2547). การป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : ประชาชน.

นิตยา ปัญจมีดิถี. (1996). บทบาทของ พยาบาลในการป้องกันการให้ยาผิดพลาด. *Nursing Newsletter*, 83 (4), 8-14.

บุญใจ ศรีสถิตยัษฐา. (2545). *ระเบียบการ วิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญเสริม พึ่งพุทธรัตน์ และพิณี ปรีชานนท์. (2541). คุณภาพการให้ยา. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 4 (1), 45-56.

วราพร หาญคณะเศรษฐ์. (2547). *ชั่วโมง การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุน และผลิตภาพ งาน. ใน วราพร หาญคณะเศรษฐ์ (บรรณาธิการ), การ บริหารอัตราค่าจ้าง ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อ ความ ปลอดภัย ต้นทุน และผลิตภาพงาน (หน้า 45-82). กรุงเทพฯ : พี. เอ. สี่ฟวิ้ง จำกัด.*

ศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ. (2544). *ความสัมพันธ์ ระหว่างระหว่างการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ การปกป้อง ผู้ป่วยและประสบการณ์การทำงานกับการป้องกันการ ปฏิบัติผิดพลาดในการปฏิบัติ วิชาชีพการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา วิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย,*

มหาวิทยาลัยบูรพา.

Armitage, G., & Knapman, H. (2003). Adverse events in drug administration : A literature review. *Journal of Nursing Management*, 11, 130-140.

Benner, P. (1984). *From novice to expert : Excellence and power in clinical nursing practice*. London : Addison-Wesley.

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

Dean, B., & Barber, N. (2001). Validity and reliability of observational methods for studying medication administration errors. *American Journal of Health- System Pharmacy*, 58 (1), 54-59.

Gaya, C. (1989). *Evaluation of factors relative to medication errors*. (ProQuest Dissertation And Theses). Abstract retrieved February 25, 2005, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>

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

Gillbert, D. L. (2002). *Psychometric determination of job stress in health occupations*. (ProQuest Dissertation and Theses). Abstract retrieved May 12, 2005, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>

Greengold, N. L., et al. (2003). The impact of dedicated medication nurses on the medication administration error rate. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2359-2367.

Hackel, R., Butt, L., & Banister, G.

(1996). How nurses perceive medication errors. *Nursing Management*, 27 (1), 31-34.

Kapborg, I., & Sevansson, H. (1999). The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 950-957.

Maria, A. C. (1983). *Error analysis as a metacognitive strategy among nurses : How nurses view and react to their error*. Abstract retrieved February 8, 2004 from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>

Mayo, A. M., & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors : What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 209-216.

Meridith, L. (2004). *Medication errors : Pediatric patients need more protection from medication error*. (ProQuest Dissertation and Thesis). Abstract Retrieved May 12, 2005, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>

Meurier, C. E., Vincent, C. A., & Parmar, D. G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111-119.

Rae, R., & Berman, L. (2004). *The evaluation of andragogy and pedagogy as higher education instructional methodologies in medication administration training for postsecondary, unlicensed residential behavioral health personnel in West Virginia*. Abstract retrieved February 8, 2004, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>

Rudman, W. J., et al. (2002). The use of data mining tools in identifying medication error nearmisses and adverse drug events. *Topics in Health Information Management*, 23 (2), 94-103.

Sexton, J. B., & et al. (2003). *Frontline assessments of healthcare culture : Safety attitudes questionnaire norms and psychometric properties*. Retrieved December 10, 2003, from [http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient safety/SAQ Norms and Psychometric_Properties_for_Website.pdf](http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient%20safety/SAQ%20Norms%20and%20Psychometric_Properties_for_Website.pdf)

VanGesst, B. J., & Cummins, S. D. (2003). *An educational needs assessment for improving patient safety : Result of a national study of physicians and nurses*. Retrieved December 19, 2004, from <http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf>

Wakefield, B. J. (1998). Nurses' perceptions of why medication administration error occur. *Medsurg Nursing*, 7 (1), 39-44.

Walter, J. A. (1992). Nurses' perceptions of reportable medication errors and factors that contribute to this occurrence. *Applied Nursing Research*, 5 (2), 86-88.

Wilson, J. (1999). Risk reviews and using risk management strategy. In J. Wilson, & J. Tingle (Eds.), *Clinical risk modification : A route to clinical governance* (pp.39-65). Oxford : Biddles.