

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

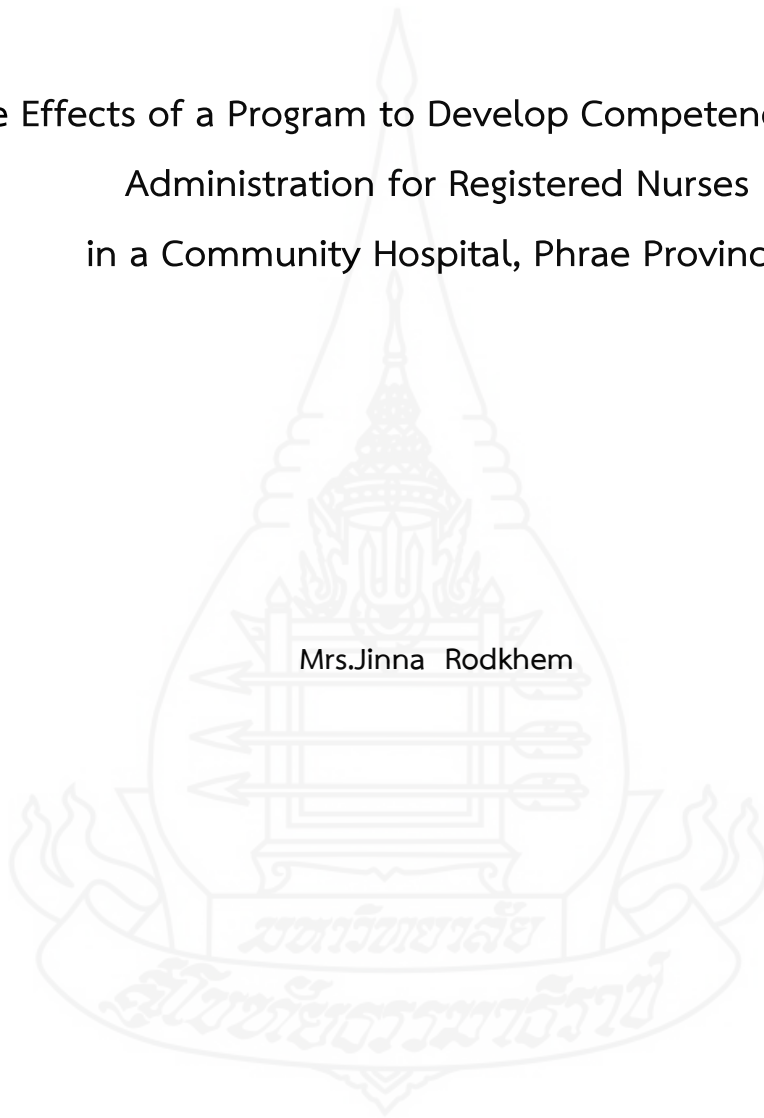
นางจินนา รสเข้ม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

The Effects of a Program to Develop Competency in Drug  
Administration for Registered Nurses  
in a Community Hospital, Phrae Province

Mrs.Jinna Rodkhem



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่  
ชื่อและนามสกุล นางจินนา รสเข้ม  
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร  
2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2563

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



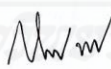
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)



.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร)



.....กรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)



.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาทักข์ผล)



**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

**ผู้วิจัย** นางจินนา รสเข้ม **รหัสนักศึกษา** 2605100185 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัทธา แก้วสาร  
(2) ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี **ปีการศึกษา** 2562

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านเจตคติ ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยา 3 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ .92 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรการคำนวณหาค่า วิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน-20 ได้ค่าเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติวิเคราะห์พรรณนา และใช้สถิติ แพร่ ที เทสต์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของพยาบาลวิชาชีพมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านการบริหารยา ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านเจตคติ สูงขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ** สมรรถนะ การบริหารยา พยาบาลวิชาชีพ ความรู้-ทักษะ-เจตคติ โรงพยาบาลชุมชน

**Thesis title:** The Effects of a Program to Develop Competency in Drug Administration for Registered Nurses in a Community Hospital, Phrae Province

**Researcher:** Mrs.Jinna Rodkhem **ID:** 2605100185; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Pattaya Kaewsarn, Assistant Professor; (2) Dr.Boontip Siritarungsri, Professor; **Academic year:** 2019

### **Abstract**

This was a quasi - experimental research (pre- and post-program tests were administered to the same group of samples) with the objective of comparing the pre- and post-program drug administration competency of registered nurses at a community hospital in Phrae Province in the areas of 1) knowledge; 2) skills; and 3) attitude.

The sample population, chosen through purposive sampling, consisted of 50 registered nurses with at least one year of work experiences. The research tool was a program to develop competency in drug administration for registered nurses and the data collection tool was an evaluation form to measure the samples' self-reported levels of knowledge, skill and attitude about drug administration before and after the program. The content validity index of the tool was rated at .92 and the reliability was .70 when measured by Kuder-Richardson Formula 20. Personal data of the samples were analyzed by descriptive statistics and paired t-Test.

The results showed that the mean post-program scores for competency in drug administration in terms of 1) knowledge; 2) skill; and 3) attitude were higher than the mean pre-program scores to a statistically significant degree ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Competency, Drug administration, Registered nurse, Knowledge-skill-attitude, Community Hospital

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และ ความช่วยเหลือเป็นอย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัทธา แก้วสาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำทางวิชาการ และให้ กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พุลสุข หิงคานนท์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.กัญญาณัฐ สาธกธรรณันย์ ดร.เสาวภา เต็ดขาด เกสัชกรหญิงขวัญใจ เพิ่มพูล อาจารย์สมจิตร สุทชนะ และอาจารย์ฉัตรสุดา จำรัส ที่กรุณาสละเวลาตรวจแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ

กราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน ตลอดทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของ มหาวิทยาลัยทุกฝ่าย ที่ได้อำนวยความสะดวกด้านการเรียนเป็นอย่างดีเสมอมา ขอขอบคุณรุ่นพี่ทุกท่าน ขอบคุณ คุณวรรณภา เจริญศรี คุณฟาอิส วาเลาะแต และเพื่อนร่วมรุ่นสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาลทุกคน ที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และกระตุ้นในการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์รุ่งกิจ ปินใจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ คุณนารีรัตน์ แก้วสุทธิ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ที่กรุณาอนุญาตให้เข้าดำเนินการเก็บ ข้อมูลเพื่อทำการทดลองเครื่องมือวิจัย ขอบพระคุณหัวหน้างาน คุณอุบลวรรณ กุลสันต์ และหัวหน้า หน่วยงานทุกหน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุนในการจัดทำโครงการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตาม หลักการบริหารยา 10 Rs ขอบพระคุณ อาจารย์โยชิตา จรัสรัตนไพบูลย์ คุณนารีรัตน์ แก้วสุทธิ และ เกสัชกรหญิง ขวัญใจ เพิ่มพูล ที่เสียสละเวลามาเป็นวิทยากรในครั้งนี้ รวมถึงขอบคุณทุกความร่วมมือ ของพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้ชีวิต และ สติปัญญา ขอขอบคุณญาติพี่น้อง ครอบครัว อันเป็นที่รัก ผู้ร่วมงาน และ เพื่อนทุกคน รวมถึงเพื่อนในสื่อออนไลน์ ที่เป็นทั้งพลังกาย และ พลังใจมา โดยตลอด สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ทุกท่านที่ได้ กล่าวมาทั้งหมดนี้

จินนา รสเข้ม

ตุลาคม 2563

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย .....                                    | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....                                 | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ .....                                    | ฉ    |
| สารบัญตาราง .....  | ฅ    |
| สารบัญภาพ .....  | ญ    |
| บทที่ 1 บทนำ .....                                       | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....                     | 1    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย .....                               | 5    |
| สมมติฐานการวิจัย .....                                   | 5    |
| กรอบแนวคิดการวิจัย .....                                 | 6    |
| ขอบเขตของการวิจัย .....                                  | 6    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ .....                                    | 7    |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....                          | 7    |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....                      | 8    |
| สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา.....                        | 8    |
| บทบาทของการพยาบาลในการบริหารยา.....                      | 12   |
| การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา..... | 24   |
| เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา.....        | 35   |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....                         | 42   |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....                            | 42   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....                         | 42   |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....                      | 45   |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย .....                    | 47   |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล .....                                | 49   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....                                 | 50   |

## สารบัญ (ต่อ)

|  | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....   | 51   |
| ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา.....  | 51   |
| ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะ<br>ด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ<br>ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม.....                 | 54   |
| ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะ<br>ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs<br>ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในภาพรวมและรายด้าน... | 55   |
| ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ<br>ของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs<br>ในภาพรวม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม.....  | 57   |
| บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....   | 59   |
| สรุปการวิจัย .....   | 59   |
| อภิปรายผล .....  | 60   |
| ข้อเสนอแนะ .....   | 64   |
| บรรณานุกรม .....   | 65   |
| ภาคผนวก .....  | 82   |
| ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....  | 83   |
| ข เอกสารรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ<br>จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....   | 85   |
| ค ตัวอย่าง: หนังสือขออนุมัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย<br>หนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และ ขออนุมัติจัดทำโครงการ.....                                | 87   |
| ง โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ.....   | 96   |
| จ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา และ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....   | 101  |
| ฉ การเผยแพร่ผลงานวิจัย.....  | 121  |
| ประวัติผู้วิจัย .....  | 123  |



สารบัญตาราง

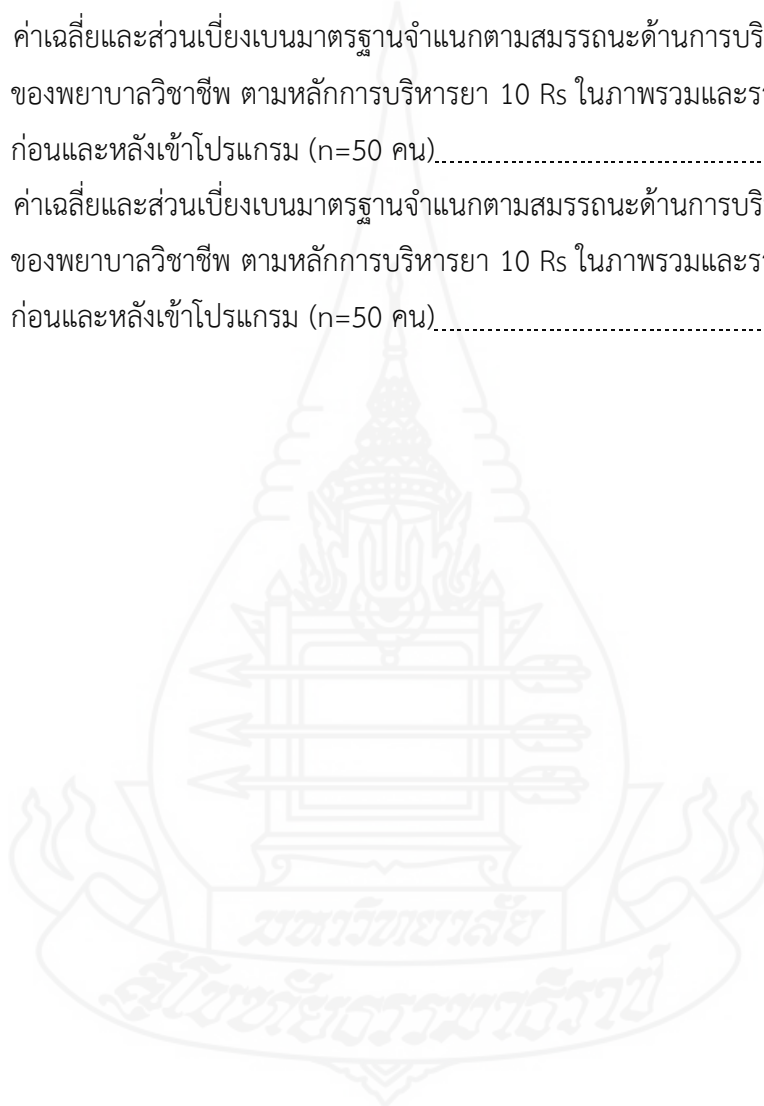
หน้า

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา..52

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=50 คน).....54

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=50 คน).....55

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=50 คน).....57



ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 6



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สมรรถนะ (competency) เป็นปัจจัยในการทำงานที่เพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ให้แก่องค์กร เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กรได้ (เทียน ทองแก้ว, 2556) การปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาซึ่งมีขอบเขตตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล สามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หมวดที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 โดยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และถูกต้องตามหลักการให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย ดังนั้น สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาจึงหมายถึง คุณลักษณะของพยาบาลที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวก ในการบริหารยาได้ถูกต้อง (สภาการพยาบาล, 2552) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุ หรือ นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย และความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Administration error) ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการบริหารยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยา ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปจากความตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา จากรายงานระบาดวิทยาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับโลก พบประเด็นเกี่ยวข้องกับการให้ยาไม่ครบมือ 42% หรือ บริหารยาไม่ถูกเวลา 50% (WHO, 2016) ในประเทศเอธิโอเปีย พบข้อมูลของตึกผู้ป่วยในของ The Felege Hiwot Referral Hospital มีอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ด้านการบันทึก 87.5% ผิดเทคนิค 73.1% ผิดเวลา 53.6% ผิดขนาด 23.1% ให้ยาผิด 8.3% ผิดวิถีทาง 2.8% (Senafikish Amsalu Feleke, 2015) และประเทศมาเลเซีย พบอุบัติการณ์และลักษณะของความผิดพลาดในการใช้ยาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจากการสังเกตและรวบรวมข้อมูล มีความชุกของความคลาดเคลื่อนทางยา คำนวณได้เป็น 30.5% ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ผิดเวลา 46.9% ให้ยาโดยไม่มีคำสั่งใช้ 25.4% ไม่ได้ให้ยา 18.5% และผิดขนาด 9.2% (Zayyanu Shitu1, et al, 2020) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) จึงประกาศให้ความสำคัญกับความปลอดภัยจากการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยทั่วโลก และพยายามที่จะลดความรุนแรงและอันตรายจากการใช้ยาที่สามารถหลีกเลี่ยง

ได้ 50% ทั่วโลก ภายใน 5 ปีข้างหน้า (The Second Global Ministerial Summit on Patient Safety, 2017)

National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2001) ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา และได้ถูกนำมาใช้ในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 9 ระดับ จากระดับ A ถึงระดับ I ดังนี้

ระดับ A คือ ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

ระดับ B คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนไปถึงผู้ป่วยแล้ว

ระดับ D คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

ระดับ E คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร ระดับ H คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต

ระดับ I คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิตจากรายงานระบาศวิตยาความคลาดเคลื่อนดังกล่าว และในประเทศไทยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ที่ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัย Thai Patient Safety Goals 2006 จำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามการแบ่งของ NCC MERP มาใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ Adverse Event ตั้งแต่ปี 2549 (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2557) จากงานวิจัยพบว่า มีความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบันทึกสูงสุด 57.59% รองลงมาคือ ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วย 12.60% ให้ยาผิดคน 10.98% ให้ยาผิดชนิด 10.89% ให้ยาผิดเวลา 5.96% ให้ยาผิดเทคนิค 1.93% และให้ยาผิดทาง 0.028% พบว่าเป็นความรุนแรงในระดับ C มากที่สุดร้อยละ 48.89 (ผ่องพรรณ อรุณศรี, 2560) จากการศึกษาของ นงนุช หอมเนียม พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ก่อนการทดลองพบการ

ให้ยาผิดขนาด 8.47 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และ ให้ยาผิดเวลา 5.65 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน จึงเกิดการพัฒนาระบบการบริบาลยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้น (นงนุช หอมเนียม, 2559)

จากประเด็นดังกล่าวจึงได้ศึกษาระบบการกระจายยาบนหอผู้ป่วยที่ใช้ในโรงพยาบาลของประเทศไทย จากการศึกษาเมื่อ ปี 2531 พบว่าส่วนใหญ่ยังใช้ ระบบดั้งเดิม (Traditional drug distribution System) ซึ่งเป็นระบบที่เคยใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยวิธีการแบบย่อยๆ คือ การเบิกยาไปสำรองไว้ที่หอผู้ป่วยสำหรับจ่าย และบริหารให้กับผู้ป่วย ครั้งละประมาณ 3- 5 วัน (อภิฤดี เหมะจุทา, 2531) ต่อมาสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลของไทยก็ได้แนะนำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยให้นำลักษณะเด่นที่สำคัญของระบบกระจายยา Unit Dose มาประยุกต์ใช้ในระบบการจ่ายยาให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาให้ดีขึ้นต่อไปเพื่อรองรับการพัฒนามาตรฐานตามโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลประเทศไทย, 2542)

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดแพร่ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2527 เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ต่อมาในปี 2560 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จนถึงปัจจุบัน ในช่วงปี 2545 ฝ่ายเภสัชกรรมได้พัฒนางานโดยนำระบบจ่ายยาผู้ป่วยในแบบหนึ่งหน่วยต่อวัน (One day dose หรือ Daily dose system) คือ การจัดยาสำหรับการบริหารยาผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 วัน มาประยุกต์ใช้ (ระเบียบปฏิบัติการจ่ายยา งานเภสัชกรรม, 2545) โดยกระบวนการให้ยาจะเริ่มตั้งแต่ แพทย์สั่งให้ยา พยาบาลรับคำสั่ง แล้วส่งมอบใบคำสั่งแพทย์และใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record : MAR) ไปยังแผนกเภสัชกรรม เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบคำสั่งใช้ยา พร้อมทั้งคัดลอกคำสั่งใช้ยา จัดยา และ จ่ายยา ให้แก่พยาบาลเพื่อดำเนินการบริหารยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง พร้อมทั้งประเมินอาการหลังจากผู้ป่วยก่อนให้ยาขณะได้รับยา และหลังได้รับยา พร้อมทั้งบันทึกการใช้ยาในใบ MAR สำหรับนอกเวลาราชการแผนกเภสัชกรรมไม่เปิดให้บริการ พยาบาลจะทำหน้าที่ตรวจสอบและคัดลอกคำสั่งใช้ยาแทนเภสัชกร และบริหารยาจากยาที่ได้มาจากแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน หรือ ตู้ยาสำรองในตึกผู้ป่วยใน ตามแนวทางการบริหารยาสำหรับพยาบาล ตามหลักการบริหารยา 6 Rs (ระเบียบปฏิบัติการบริหารยา, 2559)

จากกระบวนการบริหารยาดังกล่าวในข้างต้น พบว่ายังมีข้อจำกัด หรือปัญหาในการดำเนินการ และพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ตามรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาล โดยทีมพัฒนาคุณภาพได้พยายามหาแนวทางแก้ไข ปัญหา และหามาตรการป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และได้มีนโยบายให้นำหลักการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs มาใช้ในการบริหารยาในโรงพยาบาลแทน 6 Rs ที่เคยใช้ และสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานให้รับทราบทั่วกัน ทั้งนี้หลักการบริหารยา 10 Rs ที่เพิ่มขึ้นมาจาก 6 Rs 4 หลักคือ 1) หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับยาของ (Right to refuse) 2) หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา (Right history and

assessment) 3) หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา (Right drug-drug Interaction) และ 4) หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ (Right to education and Information) โดยทุกหน่วยงานได้ปฏิบัตินับตั้งแต่ เดือนกันยายน 2562 (รายงานการประชุมทีม PCT เดือนกันยายน 2562)

อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2560, 2561 และ 2562 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คิดเป็น 2.05, 3.24 และ 4.92 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปีตามลำดับ เมื่อจำแนกความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็นรายด้าน พบว่า ปี 2561 พบการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย 48% ไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย 16% และให้ยาผิดคน 4% ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ C 68% รองลงมาเป็นระดับ B 20% และระดับ D 8% ในปี 2561 พบการให้ยาผิดคน 28.13% ไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย 26.56% และให้ยาผิดขนาด 14.06% ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ B 53.12% รองลงมาเป็นระดับ C 42.19% ระดับ D 4.69% และปี 2562 พบการไม่ได้ให้ยา 39.02% ให้ยาผิดขนาด 25.61% ไม่ได้จัดยา 19.51% ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ C 74.39% รองลงมาเป็นระดับ B 21.95% ระดับ D 2.44% และระดับ E เป็นการให้ยาผิดคน 1.22% ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องให้การรักษาเพิ่มเติม นอกจากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังกล่าวแล้ว ยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) ของพยาบาลผู้ป่วยในที่ต้องปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรนอกเวลาราชการ พบว่า ปี 2560 พยาบาลไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 33.33% คัดลอกผิดคน 33.33% คัดลอกผิดวิธีใช้ 12.12% ในปี 2561 คัดลอกผิดคน 37.78% คัดลอกผิดวิธีใช้ 28.89% ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 15.56% และปี 2562 คัดลอกผิดคน 63.77% ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 13.04% คัดลอกผิดวิธีใช้ 8.69% เป็นความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด (รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลที่ศึกษา ปี 2560-2562) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอีก 5 สาเหตุ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจากตารางการปฏิบัติงาน แสดงถึงอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ (ตารางการปฏิบัติงานพยาบาลตึกผู้ป่วยใน ปี 2561) ภาระงานเกินกำลัง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ผู้บริหารจึงมีนโยบายหมุนเวียนพยาบาลจากแผนกอื่นให้มาปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลผู้บริหารยาในตึกผู้ป่วยใน 2) ด้านการบริหารจัดการ การนิเทศ กำกับติดตามนอกเวลาราชการ พบว่ายังขาดความต่อเนื่อง 3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบปัญหาการแจ้งการเตือนประวัติการแพ้ยาในระบบ Hos Xp. ไม่ครบทุกรายการในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาหลายรายการ ทำให้ไม่เห็นประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาซ้ำ 4) การสื่อสาร ขาดการลงข้อมูลประวัติการแพ้ยาในใบคำสั่งการรักษาและรับคำสั่งโดยขาดการตรวจสอบซ้ำ และ 5)

ระบบการจัดการยาโดยพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรนอกเวลาราชการ (รายงานการประชุมทบทวนความเสี่ยงทางคลินิก เดือนพฤศจิกายน 2561)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ที่มีความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาหลายด้าน โดยมีความรุนแรงอยู่ในระดับ A – E ซึ่งไม่ควรจะมีปรากฏการณ์เช่นนี้ ทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการได้เห็นความสำคัญของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น จึงจัดประชุมทบทวนความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญด้านบุคลากรพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการป้องกัน เฝ้าระวัง และลดโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยากับผู้ป่วย สามารถดักจับปัญหาที่มาจากจุดอื่นในกระบวนการใช้ยา และป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วย อีกทั้งผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานตำแหน่งเลขานุการทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ จึงมีความสนใจ และต้องการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยา เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาและปลอดภัยจากการใช้ยา

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลด้านทักษะในการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

2.3 เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลด้านเจตคติในการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

## 3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยาสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

3.2 หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านทักษะในการบริหารยาสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

3.3 หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านเจตคติในการบริหารยาสูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม

#### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs (Clores, 2015) แปลโดย สุรเดช ศรีอังกูร (2017) ซึ่งเผยแพร่ต่อสาธารณะ ความคลาดเคลื่อนทางยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา การพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดของ Boyle (1981) และ Caffarella (2002) กระบวนการพัฒนาโปรแกรมของ Carolyn Barratt and others (2013) แนวคิดการจัดรูปแบบการเรียนการสอน (ทิตินา แชมมณี, 2556) และทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy, 1956) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษาสามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้

| โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ   | สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา                       |
|---|--|
| 1. การจัดอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs | 1. พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยา  |
| 2. คู่มือการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs  | 2. พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านทักษะในการบริหารยาสูง |
| 3. วีดีโอแนะนำขั้นตอนการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs  | 3. พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านเจตคติในการบริหารยา   |

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563



## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 สมรรถนะ** หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงพฤติกรรมหรือ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการปฏิบัติงานโดยอาศัย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะและเจตคติ ซึ่งความสามารถเหล่านี้ได้มาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การฝึกฝนและการปฏิบัติจนเป็นนิสัย คุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในหน้าที่ (เทื่อน ทองแก้ว, 2556)

**6.2 การบริหารยา** หมายถึง การจัดการ วางแผนการให้ยา ช่วยเหลือ ชี้แนะ ติดตาม ประเมินผล และการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามหลักการให้ยา ผู้รับบริการได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2549 : กรณีการ อมรวัฒน์, 2562)

**6.3 พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า จากมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยพยาบาลที่สภาการพยาบาลรับรอง มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย (กองการพยาบาล, 2561)

**6.4 ความรู้ ทักษะ เจตคติ** หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือจากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ ความชำนาญ และความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

**6.5 โรงพยาบาลชุมชน** หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไป มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิระดับต้น (Secondary) มีจำนวนเตียง 60 เตียง (ฉัตรสุนัน พงศ์มิญโญ, 2560)

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และปลอดภัย
- 7.2 อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลที่ศึกษาลดลง

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ผู้วิจัยจักได้นำเสนอข้อมูลที่ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

#### 1. สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

1.1 ความหมายและความสำคัญของสมรรถนะพยาบาล

1.2 สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

#### 2. ความคลาดเคลื่อนทางยา และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา

2.1 ความคลาดเคลื่อนทางยา

2.2 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา

#### 3. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

3.1 แนวคิดและกระบวนการพัฒนาโปรแกรม

3.2 แนวคิดทฤษฎีการจัดรูปแบบการเรียนการสอน

3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy, 1956)

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

##### 1.1 ความหมายและความสำคัญของสมรรถนะพยาบาล

ด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้การรักษาและให้การพยาบาล การบริหารยาให้เป็นไปตามแผนการรักษาจึงเป็นอีกหน้าที่หนึ่งของพยาบาล ซึ่งมีขอบเขตตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลจะสามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) หมวดที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 โดยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และถูกต้องตามหลักการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย (สภาการพยาบาล, 2552) ดังนั้น พยาบาล

วิชาชีพควรมี ความรู้ ทักษะ และเจตคติด้านการบริหารยาอย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นสมรรถนะที่สำคัญด้านหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ ดังการศึกษาต่อไปนี้

**1.1.1 สมรรถนะ** หมายถึง คุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการ ปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบให้สูงกว่าหรือเหนือกว่าเกณฑ์/เป้าหมายที่กำหนดไว้ (David C. McClelland, 1970)

ตามแนวคิดของแมคเคลแลนด์ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสมรรถนะ (David C. McClelland, 1970 อ้างใน เทื่อน ทองแก้ว, 2556) มี 5 ส่วนคือ

1) *ความรู้ (knowledge)* คือ ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้เป็นความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ

2) *ทักษะ (skill)* คือ สิ่งที่ต้องการให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะทางคอมพิวเตอร์ ทักษะทางการถ่ายทอดความรู้ เป็นต้น ทักษะที่เกิดขึ้นนั้นมาจากพื้นฐานทางความรู้ และสามารถปฏิบัติได้อย่างแคล่วคล่องว่องไว

3) *ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (self-concept)* คือ เจตคติ ค่านิยมและความคิดเห็น เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน หรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความมั่นใจในตนเอง

4) *บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (traits)* เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น คนที่หน้าเชื่อถือและไว้วางใจได้หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ

5) *แรงจูงใจ/เจตคติ (motives/attitude)* เป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายในซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายหรือมุ่งสู่ความสำเร็จตามแนวคิดของแมคเคลแลนด์ ดังกล่าวข้างต้น สกอตต์ บี พาร์รี่ (Scott B. Parry, 1966 อ้างในสุกัญญา รัตมรรธมโชติ, 2004) เห็นควรจะรวมส่วนประกอบที่เป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง คุณลักษณะ และแรงจูงใจเข้าเป็นกลุ่มเรียกว่า คุณลักษณะ (Attributes) ดังนั้น บางครั้งเมื่อพูดถึงองค์ประกอบของสมรรถนะจึงมีเพียง 3 ส่วนคือ ความรู้ ทักษะและเจตคติ/แรงจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กร (เทื่อน ทองแก้ว, 2556)

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า “สมรรถนะ” หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงพฤติกรรมหรือ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการปฏิบัติงานโดยอาศัย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะและเจตคติ ซึ่งความสามารถเหล่านี้ได้มาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การฝึกฝนและการปฏิบัติงานเป็นนิสัย คุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในหน้าที่

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (1996 cited in Fey & Miltner, 2000) ให้ความหมายของสมรรถนะของพยาบาลไว้ 2 แนวทาง ดังนี้

1) *สมรรถนะ* หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนที่จะต้องมีความรู้ และทักษะ พฤติกรรมและลักษณะพิเศษส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดีในตำแหน่งที่ได้รับ

2) *สมรรถนะ* หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ ที่เป็นอยู่จริงของพยาบาลในตำแหน่งเฉพาะ ซึ่งอธิบายได้โดยการที่บุคคลนั้นๆมีการบูรณาการความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการผลิตบริการพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางที่ได้รับการคาดหวัง

Jones (2007) ให้ความหมายสมรรถนะพยาบาลว่า หมายถึง ทักษะและพฤติกรรมที่แสดงออกในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) ให้ความหมายของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพว่า คือ คุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

สภาการพยาบาล (2552) ได้ให้ความหมายของสมรรถนะว่า หมายถึง ความรู้ ความสามารถ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่างๆ ตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพทั่วไป พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญ (APN) (ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาล) โดยสรุป

สมรรถนะกลาง ทั้งหมด 8 ด้าน

สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย

สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ

สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ

สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย

สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ

สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ

สมรรถนะที่ 8 ด้านสังคม

Benner (1984) เชื่อว่า ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจะต้องอาศัยช่วงเวลาเพื่อเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์จนสามารถพัฒนาทักษะความชำนาญในการทำงานให้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จากพยาบาลจบใหม่ที่สามารรถเรียนรู้งานในระดับที่ง่ายไม่ยุ่งยากสู่ระดับของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเรียนรู้งานที่ยุ่งยากมีความซับซ้อนของปัญหา ซึ่งอธิบายว่าวิชาชีพพยาบาลแบ่ง เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 novice หรือผู้เริ่มต้น เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ต้องอาศัยการชี้แนะ ได้รับความ

ช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคลากรในที่นี้จึงจะทำได้ ความสนใจจะมีเฉพาะสิ่งที่มองเห็นหรือจับต้องได้ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้ นอกจากนี้สามารถพบได้กับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก่อน แต่มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำงาน หรือย้ายที่ทำงานใหม่จึงมีสภาพเป็นผู้เริ่มต้นได้เช่นกัน

ระดับที่ 2 Advance beginner หรือผู้เรียนรู้ เป็นผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล 3-4 ปี และปฏิบัติงานในที่เดิมติดต่อกัน 2-3 ปี สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง จดจำ ประสบการณ์ สามารถมองประเด็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และบริหารจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้แต่ยังไม่สามารถ จัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหา ลักษณะการปฏิบัติงานยังไม่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วย การทำงานจะเกิดความมั่นใจต่อเมื่อมีผู้นิเทศ หรือ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า

ระดับที่ 3 Competent หรือผู้ปฏิบัติเป็นพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 5-7 ปี และปฏิบัติงานในที่เดิมติดต่อกัน 3-4 ปีจะมีพัฒนาการมากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจบริบทของงานที่รับผิดชอบ สามารถวางแผนให้การพยาบาลในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม และปฏิบัติงานตามแผน เริ่มแยกแยะออกว่า ปัญหาใดควรให้ความสนใจ ปัญหาใดควรวางเฉยเพราะไม่สำคัญ แต่ยังขาดความยืดหยุ่นในการทำงาน และต้องการความช่วยเหลือในด้านการจัดการเพื่อให้งานออกมาได้ผลดีและต้องการฝึกฝนในเรื่องการตัดสินใจ

ระดับที่ 4 Proficient หรือ ผู้ชำนาญ เป็นพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์การพยาบาลติดต่อกัน 8-10 ปี มีความสามารถในการมองสถานการณ์ได้กว้างไกล เข้าใจปัญหาต่างๆ จากประสบการณ์ได้ดีขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจปัญหาของระบบงานอย่างเป็นองค์รวม มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่าต้องคำนึงถึงสิ่งใดบ้าง พยาบาลกลุ่มนี้สามารถชี้แนะแพทย์ฝึกหัดที่มีประสบการณ์น้อย ในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้ นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการนำอภิปรายปัญหาของผู้ป่วยโดยดึงเอาสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นประเด็นของปัญหามาใช้เป็นประโยชน์ได้ดีขึ้น สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับที่ 5 Expert หรือ ผู้เชี่ยวชาญ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าระดับผู้ชำนาญ เนื่องจากมีประสบการณ์มากมาย ทำให้สามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้แม้ไม่มีข้อมูลหรือสิ่งแสดงใดๆ ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่เป็นสัญชาตญาณซึ่งเกิดขึ้นในคนที่มีประสบการณ์มาก และ พบสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันมาก่อน ทำให้เชื่อมโยงความคิดและคาดการณ์ต่อไปได้ว่า อาจเกิดปัญหาอะไรตามมา สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม พยาบาลกลุ่มนี้จะฝึกตัดสินใจทางคลินิกได้ดีและรวดเร็ว จึงป้องกันและแก้ไขไม่ให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วยได้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะเข้าใจและมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติแตกต่างจาก

พยาบาลอื่นๆ สามารถบริหารจัดการ สอน ชี้แนะ รวมทั้งเป็นแบบอย่างแก่พยาบาล ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้สรุปความหมายของ สมรรถนะพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของพยาบาลที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวก ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามมาตรฐาน (สภาการพยาบาล, 2552)

## 1.2 สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

การบริหารยาตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การจัดการ วางแผนการให้ยา ช่วยเหลือ ชี้แนะ ติดตาม ประเมินผล และการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย เช่น ยารับประทาน ยาฉีด ยาทา ยาสอด เป็นต้น โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามหลักการให้ยา ผู้รับบริการได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2549 : กรรณิการ์ อมรวัฒน์, 2562) ซึ่งเดิมใช้หลักการบริหารยา 6 Rs คือ 1) หลักความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right patient/client) 2) หลักความถูกต้องด้านยา (Right drug) 3) หลักความถูกต้องด้านขนาดยา (Right dose) 4) หลักความถูกต้องด้านเวลา (Right time and frequency) 5) หลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา (Right route) และ 6) หลักความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา (Right documentation) ในปัจจุบันพบว่า มีการพัฒนาหลักการบริหารยาเป็นหลักการบริหารยา 10 Rs โดยมีหลักความถูกต้องที่เพิ่มขึ้นมาจาก 6 Rs 4 หลัก คือ 1) หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับยาของ (Right to refuse) 2) หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา (Right history and assessment) 3) หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา (Right drug-drug Interaction) และ 4) หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ (Right to education and Information) (Clores, 2015 แพลโดย สุรเดช ศรีอังกูร, 2017)

## 2. บทบาทของการพยาบาลในการบริหารยา

การให้ยาเข้าสู่ร่างกาย จัดเป็นบทบาทร่วมกับรักษาพยาบาลที่สำคัญ ที่แพทย์และพยาบาลต้องรับผิดชอบร่วมกัน ตามกฎหมายได้ระบุไว้ชัดเจนถึงขอบเขตรับผิดชอบในการให้ยาของพยาบาล ซึ่งไม่สามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้โดยไม่มีคำสั่งในการรักษา ยกเว้นเพื่อการปฐมพยาบาล ดังนั้น การให้ยาผู้ป่วยจึงถือว่าเป็นบทบาทไม่อิสระ แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลต้องทำความเข้าใจกับคำสั่งในการรักษา ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ชื่อยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา ขนาด วิถีทางในการให้ยา รวมทั้งสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากการให้ยา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างเหมาะสม และสามารถบันทึกรายงานแก่รักษายา ซึ่งการปฏิบัติที่ดีของพยาบาลจะต้องอาศัยความรู้

ที่ทันสมัยในเรื่องยาอยู่เสมอ ตลอดจนมีทักษะในการให้ยาชนิดต่างๆเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการให้ยามีดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ต้องทราบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยา ต้องศึกษา ชักประวัติ อาจจากตัวผู้ป่วยเอง หรือญาติ ประวัติการแพ้ยาต้องเขียนไว้อย่างชัดเจน และติดหน้าแผ่นรายงานการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนั้นๆ หรือในบันทึกประวัติผู้ป่วยชนิดอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR)

2.2 ประเมินภาวะของผู้ป่วยก่อนให้ยาซึ่งจะต้องประเมินถึงภาวะความเจ็บป่วย อาการปัจจุบัน ตลอดจนจุดประสงค์ของการให้ยาและทางที่ให้ยานั้น เพื่อจะได้สังเกตอาการหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาได้ถูกต้อง

2.3 ต้องคำนึงถึงหลักความถูกต้องในการให้ยาอย่างเคร่งครัด เพื่อผลของการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.4 ควรช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาได้ง่ายขึ้น เช่น ยาบางชนิดมีรสขม อาจมีการเตรียมน้ำหวานไว้ให้หลังรับประทานยา หากผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับยา พยาบาลต้องหาสาเหตุและหาทางแก้ไข หากผู้ป่วยรับประทานยาได้ไม่หมดหรือไม่สามารถรับยาได้

2.5 ดูแลให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ประสิทธิภาพของยาดีขึ้น เช่น ปูเตียงให้เรียบดึง จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ เพื่อช่วยให้ยานอนหลับมีประสิทธิภาพดีขึ้น

2.6 มีการประเมินประสิทธิภาพของยาที่ให้ หากยาไม่ออกฤทธิ์ตามต้องการ พยาบาลควรหาสาเหตุ และหาทางช่วยเหลือ เช่น ให้ยาแก้ปวดแต่ผู้ป่วยไม่คลายความเจ็บป่วย อาจเกิดจากมีปัญหาด้านจิตใจ

2.7 ประเมินอาการก่อนและหลังให้ยา หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การแพ้ยาหรืออาการข้างเคียง อาทิ มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเดิน อาเจียน ต้องรีบรายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไข และลงบันทึกทุกครั้ง

2.8 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการให้ยา ขนาดที่ใช้ เวลาที่ให้ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ให้ยาเองที่บ้าน เช่น ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 1/2-1 ชั่วโมง ยาหลังอาหาร บางชนิดต้องรับประทานหลังอาหารทันที เช่น ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร หรือแพทย์สั่งให้ยานอนหลับก่อนนอน ต้องบอกเวลาให้ชัดเจน ยาบางชนิดต้องแนะนำให้ดื่มน้ำตามมากๆ เพราะอาจทำให้เกิดนิ่วในไตจากผลึกยูเรียและตะกอนของกรดยูริก เช่น ยากลุ่มซัลฟา นอกจากนี้ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงฤทธิ์ของยาที่ใช้ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนให้สังเกตอาการแพ้ยาที่สำคัญ ที่ต้องรีบแจ้งให้พยาบาลและแพทย์ทราบ บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงอันตรายจากการเปลี่ยนขนาดยาเองหรือรับประทานยาไม่ครบ เช่น ยาปฏิชีวนะ หากรับประทานไม่ครบขนาด เชื้ออาจยังไม่ได้ถูกฆ่าทำลายจนหมด อาจทำให้เชื้อยาในการเกิดโรคครั้งต่อไป

2.9 มีการจัดเก็บรักษายาให้เหมาะสมและง่ายต่อการจัดยา

2.10 มีระบบจัดเก็บยาเสพติดที่ปลอดภัย และ

2.11 ในกรณีที่ให้ยาผิด เช่น ให้ยาผิดคน ผิดขนาด ผิดเวลา ผิดทางที่ให้ พยาบาลจะต้องรีบรายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวร หรือแจ้งให้แพทย์ทราบทันที เพื่อหาทางแก้ไขให้ทันเวลาที่ พร้อมทั้งต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และลงบันทึกในใบรายงานการพยาบาล บันทึกรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเร็วตามข้อมูลที่เกิดขึ้น นำเสนอต่อหัวหน้าพยาบาลหรือผู้ป่วยนั้น เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของความผิดพลาด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดได้อีก เพราะการให้ยาผิดพลาดอาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ (สุปาณี เสนาติสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2554)

ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้สรุปความหมายของ สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา หมายถึง คุณลักษณะของพยาบาลที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวก ในการบริหารยาได้ถูกต้อง (สภาการพยาบาล, 2552)

## 2.1 การบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

Clores (2015) ให้ความหมายของหลักการบริหารยา 10 Rs หมายถึง การบริหารยาด้วยความถูกต้อง 10 ประการของการให้ยา เพื่อให้มีการปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขความผิดพลาดในการบริหารยาให้เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งเรียกว่า “Ten Rights” หรือ 10 Rs ซึ่งประกอบด้วย

**2.1.1 หลักความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right patient/client)** การให้ยาแก่ผู้ป่วย ถูกบุคคลตามแผนการรักษา พยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วย ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย (Hospital Number) โดยพิจารณาเทียบกับข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน ใบสั่งยา บันทึกการพยาบาล บัตรให้ยา ความครบถ้วนของฉลากของผลิตภัณฑ์ หรือ ยา ซึ่งทุกข้อมูลที่ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วยจะต้องประกอบด้วยข้อมูลอย่างน้อย 2 ข้อมูล หรือ 2 ตัวบ่งชี้ (Two patient identifiers) เช่น จากตัวผู้ป่วย และ แถบป้ายข้อมือ ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว หรือ สับสน อาจใช้ป้ายข้อมือเป็นแหล่งข้อมูลตัวบ่งชี้ได้ ห้ามใช้เลขเตียง หรือ เลขห้องเป็นตัวบ่งชี้ กรณีที่มีผู้ป่วยชื่อซ้ำกัน หรือคล้ายกัน นอกจากต้องตรวจสอบ ชื่อนามสกุลทุกครั้ง ควรจัดแยกออกเป็นกรณีพิเศษ เพื่อป้องกันความผิดพลาด

**2.1.2 หลักความถูกต้องด้านยา (Right drug)** ตรวจสอบความถูกต้องของยาทั้ง ชื่อของยา รูปร่างของยา ภาชนะที่บรรจุ เพราะยาบางชนิดมีชื่อที่คล้ายกัน ลักษณะที่คล้ายกัน ภาชนะบรรจุที่คล้ายกัน อาจทำให้สับสน และให้ยาผิดได้ จึงต้องตรวจสอบทุกครั้งก่อนให้ยา ยาที่ได้รับ และให้กับผู้ป่วยต้องตรวจสอบ 3 ครั้ง คือ ตอนที่ได้รับยา การเตรียมยา ก่อนให้กับผู้ป่วย ผู้เตรียมยา และผู้จ่ายยา ต้องเป็นคนเดียวกัน ตรวจสอบความถูกต้องว่าแพทย์มีการสั่งใช้ในปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับยา



ถูกต้อง และ สอดคล้องกับโรคและอาการของผู้ป่วย มุ่งเน้นในเรื่องของการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ โดยเฉพาะการสั่งใช้ยา เนื่องจากเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาสูงที่สุด

**2.1.2 หลักความถูกต้องด้านขนาดยา (Right dose)** การตรวจสอบความถูกต้องของขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับให้เป็นไปตามแผนการรักษา และสอดคล้องกับโรค หรือ อาการของผู้ป่วย ตรวจสอบปริมาณยาที่จะให้อีกครั้งกับ medication sheet , doctor order รวมทั้งการให้ครั้งสุดท้าย เพื่อให้เกิดความถูกต้อง และสอดคล้องกัน ยาที่ให้กับเด็ก และผู้ใหญ่มีขนาดที่แตกต่าง ถ้ามีข้อสงสัยในปริมาณยาที่ให้ ให้สอบถามกับแพทย์เจ้าของไข้ว่าปริมาณยาที่ให้มีความถูกต้องหรือไม่ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ถ้าเกิดข้อสงสัยในปริมาณการให้ยา ก็ควรถามเช่นกัน การคำนวณระดับยาควรมีการคำนวณซ้ำ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง หรือ ให้พยาบาลท่านอื่นมาคำนวณซ้ำให้ถ้าไม่มั่นใจ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง

**2.1.3 หลักความถูกต้องด้านเวลา (Right time and frequency)** การตรวจสอบความถูกต้องของเวลาที่ให้ วงรอบของยาที่ให้ ตรวจสอบเวลาในการให้ยาจากคำสั่งการใช้ยาที่กำหนดไว้ก่อนการให้ยา เพื่อดูเวลาที่ให้ยาครั้ง สุดท้ายว่าเป็นเวลาเท่าใด ให้ไปแล้วหรือไม่ ให้เวลาเท่าใด รวมถึงระยะเวลาที่ให้ คำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาที่มีการหยุดเข้าหลอดเลือด เน้นเรื่องเวลาของการบริหารยาโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และการบันทึกในเอกสารที่ถูกต้อง (Right to Document) เพื่อป้องกันการให้ยามืดเวลาหรือผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป เช่น การบันทึกที่เป็นปัจจุบัน หรือ เวลาจริงลงในบันทึกการให้ยา รวมถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีต่อการได้รับการหยุดให้เป็นเวลานาน ความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การให้ยามืดจากเวลาที่กำหนด การลืมให้ยา และมีการให้ทันทีเมื่อจำได้

**2.1.4 หลักความถูกต้องด้านวิธิต่างที่ให้ยา (Right route)** ตรวจสอบความถูกต้องคำสั่งการใช้ยาก่อนการให้ยาทุกครั้งว่าให้ยาทางปาก ทางหลอดเลือดดำ ทางชั้นใต้ผิวหนัง ทางกล้ามเนื้อ หรือ อื่นๆ เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการให้ยา เพราะบางครั้งตัวยานั้นถูกต้อง แต่ทางที่จะให้ยามืด ยาที่ให้ไปก็อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ยาในแต่ละตัวที่ให้ควรกำหนดทางที่จะให้อย่างชัดเจน และ อาจกำหนดเอกสารข้อห้ามการให้ยาบางชนิดที่ไม่ควรให้ทางไหน เพื่อสร้างความปลอดภัย ดังนั้น พยาบาลจึงตรวจสอบคำสั่งการรักษาให้เข้าใจ และมีความรู้ในเรื่องยาที่ให้ว่าต้องให้ในช่องทางใด ถ้าไม่แน่ใจให้ทวนสอบแผนการรักษากับแพทย์ผู้สั่งทุกครั้ง

**2.1.5 หลักความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา (Right documentation)** ควรมีการบันทึกการให้ยา และ ลงชื่อการให้ยาในเวลาเดียวกับที่ให้ยากับผู้ป่วยในเอกสารที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้ ข้อมูลการให้ยาเป็นปัจจุบัน และสามารถสื่อสารกับพยาบาล หรือ วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในเรื่องการให้ยา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการให้ ยาซ้ำซ้อน หรือไม่แน่ใจว่าให้แล้วหรือไม่ มีบันทึกการลง

ลายมือชื่อผู้ให้ยา วัน เวลาที่ให้ยา ชื่อยาที่ให้ ปริมาณยาที่ให้ ทางที่ให้ยา และถ้ามีผู้ตรวจสอบซ้ำก็ลงชื่อกำกับด้วย

**2.1.6 หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับยาของ (Right to refuse)** ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา เราต้องให้อธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นของการไม่รับยาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบในทุกด้านอย่างละเอียด และ ให้ความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยรับยา แต่ทว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ ก็เป็นสิทธิของ ผู้ป่วย แต่การปฏิเสธนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงว่าไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และ บันทึกการปฏิเสธการรับยาของ

**2.1.7 หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา (Right history and assessment)** เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ควรตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้ยา ควรมีการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังด้วยวิธีสะกิด หรือ Skin test ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Penicillin ทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งแรก เพื่อจะได้สังเกตอาการ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนการให้ยา ถ้าคาดว่าจะเกิดความไม่ปลอดภัยในการให้ยา ควรตรวจสอบซ้ำกับคำสั่งการใช้ หรือ แพทย์ หรือ เภสัชกรก่อน ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติตามแนวทางต่างๆในการให้ยาอย่างเคร่งครัด

**2.1.8 หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา (Right drug-drug Interaction)** ควรมีความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของ ปฏิกิริยาต่อกันของยาว่า ยาชนิดใดเกิดปฏิกิริยาต่อกันเมื่อมีการให้พร้อมกันก่อนการให้ยา ในกรณีที่มีการให้ยามากกว่า 1 ชนิดแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยา หรือ ถ้าจำเป็นจะได้มีมาตรการในการรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หน่วยงานควรมีการจัดทำรายชื่อยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน เพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการสร้างความปลอดภัย สังเกตอาการของผู้ป่วยก่อนการให้ยา และ หลังการให้ยาเพื่อเฝ้าระวังการแพ้ยา หรือ ยาเกิดปฏิกิริยาต่อกัน กำหนดแนวทาง/วิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยา รวมทั้งมาตรการการแก้ไขการแพ้ยา/ยาเกิดปฏิกิริยาต่อกัน สื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติงานทราบ

**2.1.9 หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ (Right to education and Information)** ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ต้องได้รับ เราต้องอธิบายให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึง ชื่อยาที่จะให้ ทางที่จะให้ยา ผลการรักษา และ ผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดให้ ผู้ป่วย/ญาติได้รับรู้ รวมถึงความเข้าใจ ในการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อช่วยกันในการสร้างความปลอดภัยในการให้ยาร่วมกัน (Clores, 2015 แพลโดย สุระเดช ศรีอังกูร, 2017)

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้สรุปความหมายของ การบริหารยา หมายถึง การจัดการวางแผนการให้ยา ช่วยเหลือ ชี้แนะ ติดตาม ประเมินผล และการให้ยาเข้าสู่ร่างกาย โดยคำนึงถึงความ

ถูกต้องตามหลักการให้ยา ผู้รับบริการได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2549 : กรรณิการ์ อมรวิวัฒน์, 2562) และ สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs หมายถึง คุณลักษณะของพยาบาลที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวก ในการบริหารยาได้ถูกต้องตามหลักการบริหารยา 10 Rs (สภาการพยาบาล, 2552)

## 2.2. ความคลาดเคลื่อนทางยา และ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาลที่ศึกษา

### 2.1 ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุ หรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ โดยเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลลัพธ์สุขภาพ ทุกกระบวนการ ซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดตามยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2548) ซึ่งมีการแบ่งประเภทของความคลาดเคลื่อน ดังนี้

**2.1.1 ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error)** หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากคำสั่งการใช้ยา ซึ่งมีผลหรืออาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนอื่นๆหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ เป็นความคลาดเคลื่อนที่พบได้ในใบสั่งยา Doctor Order อาจเกิดจาก แพทย์เขียนผิดพลาด หรือไม่ชัดเจน รวมถึงการเลือกใช้ยาผิด การเลือกขนาดยาผิด การเลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิด หรือการให้คำแนะนำการใช้ยาผิด การสั่งยาผิดตัวผู้ป่วย หรือการไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ของการใช้ยาที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วย แบ่งเป็นประเภท ดังนี้

- สั่งยาผิดขนาด หมายถึง แพทย์สั่งใช้ยาที่มีขนาดมากเกินไป maximum dose หรือ สั่งยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย

- สั่งยาผิดชนิด หมายถึง เขียนใบสั่งยา สั่งยากนละอย่าง (คนละชนิด) กับที่ควรจะเป็น

- ผิดวิถีทาง หมายถึง เขียนใบสั่งยา สั่งใช้ยาผิดวิถีทาง ทำให้ใช้ยาไม่ถูกวิธี เช่น ยาใช้ภายนอก แต่นำมาใช้เป็นยาใช้ภายใน, ยาสำหรับให้ IV แต่สั่งให้ IM, ยาเหน็บ แต่นำมาใช้มเป็นต้น

- ผิดความถี่ หมายถึง เขียนใบสั่งยา วิธีรับประทานผิด หรือระบุวิธีรับประทานที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยคนนั้น เช่น norfloxacin 400 mg tid แทนที่จะเป็น bid เป็นต้น

- สั่งยาที่มีประวัติแพ้ หมายถึง แพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ

- ลายมือไม่ชัดเจน หมายถึง เขียนใบสั่งยาด้วยลายมือที่ทำให้ผู้อ่านเข้าใจผิดและอ่านผิด

### 2.1.2 ความคลาดเคลื่อนจากการถ่ายถอดคำสั่งใช้ยา (Transcribing error)

หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการถ่ายถอดข้อมูลคำสั่งใช้ยา โดยผ่านบุคคลกลางซึ่งต่างวิชาชีพ อาจเป็นการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากคำสั่งใช้ยาต้นฉบับที่ผู้สั่งใช้เขียน หรือการรับคำสั่งใช้ยาทางวาจา จำแนกตามสถานที่ที่เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น คือ

- ที่หอผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลลอกคำสั่งแพทย์ / อ่านคำสั่งแพทย์ ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงตามแพทย์สั่ง ทำให้ข้อมูลที่คัดลอกไว้นั้นมีความคลาดเคลื่อน อันจะส่งผลกระทบต่อ การส่งต่อข้อมูลการรักษา และการบริหารยา

ผู้ป่วย

- ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ หมายถึง เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ ทำหน้าที่คัดกรองการลงข้อมูลยาในคอมพิวเตอร์ไม่ครอบคลุม หรือคัดกรองข้อมูลผิดพลาด ทำให้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยมีความคลาดเคลื่อน

- ที่เภสัชกรรม หมายถึง เจ้าหน้าที่ห้องยา/เภสัชกร อ่านคำสั่งแพทย์ ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงตามแพทย์สั่ง ส่งผลถึงการส่งต่อข้อมูลและการจ่ายยาที่มีความคลาดเคลื่อน

### 2.1.3 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) หมายถึง

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการจ่ายยาของหน่วยงานเภสัชกรรม ที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งการใช้ยา เช่น การจัดและจ่ายยาผิดคน เขียนชื่อผู้ป่วยหรือยาที่ฉลากผิด เจือจางยาหรือผสมยาผิด การจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ การจ่ายยาที่ผู้ป่วยห้ามใช้ การจ่ายยาผิดชนิด การจ่ายยาที่เสื่อมสภาพ

### 2.1.4 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

หมายถึง การบริหารยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ ที่เขียนไว้ในใบบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งยาของผู้สั่งใช้ยา โดยจำแนกความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเป็น 11 ประการ ดังนี้

1) การให้ยาไม่ครบ (Omission error) การได้รับยาไม่ครบตลอดระยะเวลาการรักษาตามที่แพทย์สั่ง

2) การให้ยาผิดชนิด (Wrong drug error) หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยคนตัวคนละชนิดกับคำสั่งการใช้ยา

3) การให้ยาซึ่งผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่ง (*Unordered or unauthorized drug*)

หมายถึง การให้ยาที่ไม่ได้มีคำสั่งการใช้ยา

4) การให้ยาผู้ป่วยผิดคน (*Wrong patient*) หมายถึง การให้ยาที่ไม่ใช่

ของผู้ป่วยคนนั้น โดยมากมักเป็นการให้สลับกับผู้ป่วยคนอื่น

5) การให้ยาผิดขนาด (*Wrong-dose or wrong-strength error*)

หมายถึง เป็นความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาในขนาดยาในคำสั่งการใช้ยา

6) การให้ยาผิดทาง (*Wrong-route error*) หมายถึง การให้ยาไม่ถูก

วิธีทางตามแพทย์สั่ง เช่น การให้ยาฉีดที่ต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้นเข้าทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการให้ยาผิดตำแหน่งที่ให้ยา เช่น สั่งให้หยอดตาข้างขวาแต่กลับหยอดที่ตาข้างซ้าย เป็นต้น

7) การให้ยาผิดเวลา (*Wrong-time error*) หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิด

เวลาไปจากที่กำหนดไว้ในนโยบายการให้ยาของโรงพยาบาล เช่น กำหนดให้เป็นความผิดพลาดหากให้ยาเกินกว่า 30 นาที ก่อน หรือ หลังเวลาที่กำหนดในตารางเวลาให้ยา

8) การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (*Extra-dose error*) เป็น

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเมื่อมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยเกินจากจำนวนครั้ง หรือ มื้อยาที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งต่อวัน รวมถึงการให้ยาหลังจากมีคำสั่งหยุดใช้ยานั้นแล้ว หรือ มีคำสั่งชะลอการใช้ยา

9) การให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด (*Wrong rate of administration error*)

เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการใช้ยาโดยเฉพาะยาฉีดในอัตราเร็วที่ผิดไปจากที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งหรือผิดไปจากวิธีปฏิบัติมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

10) การให้ยาผิดเทคนิค (*Wrong technique error*) เป็นความคลาด

เคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาผิดเทคนิคแม้จะถูกชนิดถูกขนาด เช่น ต้องการฉีดยาปฏิชีวนะเข้าชั้นกล้ามเนื้อแต่ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง เป็นต้น และ

11) การให้ยาผิดรูปแบบยา (*Wrong dosage-form error*) เป็นความคลาด

เคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาผิดรูปแบบจากที่ผู้สั่งใช้ยาสั่ง เช่น ให้ยาป้ายตาแทนยาหยอดตา หรือ การบดยาให้ผู้ป่วยโดยผู้สั่งใช้ยาสั่งให้กลืนทั้งเม็ด ซึ่งอาจทำให้ยานั้นสูญเสียคุณสมบัติในการออกฤทธิ์ไป เป็นต้น (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2548)

National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention : NCCMERP ของสหรัฐอเมริกา มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น 9 ระดับ (A-I) ดังนี้ (NCCMERP, 2001)

Category A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

Category B มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

Category C มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนไปถึงผู้ป่วยแล้ว

Category D มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

Category E มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

Category F มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

Category H มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต

Category I มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

จากข้อมูลดังกล่าว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง ข้อผิดพลาดที่สามารถป้องกันได้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุ หรือ นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม มีความแตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ เกิดขึ้นในขั้นตอนการให้ยาแก่ผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

## 2.2 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา

**2.2.1 โรงพยาบาลชุมชน** หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไป มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิระดับต้น (Secondary) มีจำนวนเตียง 60 เตียง (ฉัตรสุนัน พฤทธิปัญญา, 2560) โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดแพร่ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2527 เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ต่อมาในปี 2560 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จนถึงปัจจุบัน (ประกาศ การยกระดับโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

แนวปฏิบัติในการบริหารยาโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา มีระบบการกระจายยาบนหอผู้ป่วยด้วยวิธีการเบิกยาไปสำรองไว้ที่หอผู้ป่วยสำหรับจ่าย และบริหารให้กับผู้ป่วย ครั้งละประมาณ 3- 5 วัน ซึ่งเป็นระบบดั้งเดิม (Traditional drug distribution System) ที่เคยใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา (อภิลที เหมะจุฑา, 2531) ในช่วงปี 2545 ฝ่ายเภสัชกรรมได้พัฒนางานโดยนำระบบจ่ายยาผู้ป่วยในแบบหนึ่งหน่วยต่อวัน (One day dose หรือ Daily dose system) คือ การจัดยาสำหรับการบริหารยาผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 วัน มาประยุกต์ใช้ (ระเบียบปฏิบัติการจ่ายยา งานเภสัชกรรม, 2545) โดยกระบวนการให้ยาจะเริ่มตั้งแต่ แพทย์สั่งให้ยา พยาบาลรับคำสั่ง แล้วส่งมอบใบคำสั่งแพทย์และใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record : MAR) ไปยังแผนกเภสัชกรรม เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบคำสั่งใช้ยา พร้อมทั้งคัดลอกคำสั่งใช้ยา จัดยา

และ จ่ายยา ให้แก่พยาบาลเพื่อดำเนินการบริหารยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง พร้อมทั้งประเมินอาการหลังจากผู้ป่วยก่อนให้ยา ขณะได้รับยา และหลังได้รับยา พร้อมทั้งบันทึกการใช้ยาในใบ MAR สำหรับนอกเวลาราชการแผนกเภสัชกรรมไม่เปิดให้บริการ พยาบาลจะทำหน้าที่ตรวจสอบและคัดลอกคำสั่งใช้ยาแทนเภสัชกร และบริหารยาจากยาที่ได้มาจากแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน หรือ ตู้ยาสำรองในตึกผู้ป่วยใน ตามแนวทางการบริหารยาสำหรับพยาบาล ตามหลักการบริหารยา 6 Rs (ระเบียบปฏิบัติการบริหารยา โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา, 2559) ดังต่อไปนี้

- 1) การ Stat ยาฉีดผู้ป่วยให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าชื่อยาพร้อมลงเวลา
  - 2) แพทย์สั่งให้ยาประเภท High Alert Drug ก่อนนำยามาบริหารแก่ผู้ป่วยให้ตรวจสอบยาซ้ำกับเจ้าหน้าที่ด้วยกันอีกครั้งหนึ่ง
  - 3) ผู้ป่วยได้รับยา High Alert Drug ต้องมีการ Monitor สัญญาณชีพตามมาตรฐานการให้อันตรายทุกครั้ง
  - 4) การบริหารยารับประทานก่อนจัดยา ให้ตรวจสอบรายการยาในใบMARให้ถูกต้องตรงกับ Order แพทย์
  - 5) จัดยาให้ถูกต้อง และ จ่ายยาโดยใช้ หลัก 6 Rs คือ Right Patient, Right drug, Right dose, Right time, Right Method และ Right technique
  - 6) กรณียาหยุดตา หยุดหู ให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ medication ดูแลการให้ยาตามเวลา และสอนสาธิตผู้ป่วยและญาติให้ปฏิบัติได้เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
  - 7) กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่มีญาติให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ Medication ดูแลการให้ยาตามเวลา
  - 8) ยาที่เสี่ยงต่อการแพ้ เช่น เพนนิซิลลินในกรณี que ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาให้ทดสอบการแพ้ก่อนทุกครั้ง
  - 9) ให้ พยาบาล Medication ลงชื่อ การให้ยาใน ใบ Medication Administration Record หลังให้ยาทุกครั้ง
  - 10) กรณีนอกเวลาราชการแพทย์สั่งยาไว้แต่ยังไม่มียาให้ผู้ป่วยในเช้าวันรุ่งขึ้น ให้พยาบาล Medication เบิกยาจาก ห้องยามาให้ ผู้ป่วยทันที
  - 11) แพทย์มีคำสั่ง ยาเดิมผู้ป่วย แต่ไม่เขียนรายการยาไว้ นำยาเดิมไปให้เภสัช คัดลอกอีกครั้งหนึ่ง
  - 12) พยาบาล Medication Nurse พบความคลาดเคลื่อนทางยาให้ลงบันทึกสมุดความคลาดเคลื่อนทางยาทุกเวอร์
- จากกระบวนการบริหารยาดังกล่าวในข้างต้น พบว่ายังมีข้อจำกัด หรือปัญหาในการดำเนินการ และพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ตามรายงานอุบัติการณ์ความ

คลาดเคลื่อนในการบริหารยาของโรงพยาบาล โดยทีมพัฒนาคุณภาพได้พยายามหาแนวทางแก้ไข ปัญหา และหามาตรการป้องกันอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และได้มีนโยบายให้นำหลักการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs มาใช้ในการบริหารยาใน โรงพยาบาลแทน 6 Rs ที่เคยใช้ และสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานให้รับทราบทั่วกัน ทั้งนี้หลักการบริหารยา 10 Rs ที่เพิ่มขึ้นมาจาก 6 Rs 4 หลักคือ 1) หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับ ยาของ (Right to refuse) 2) หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา (Right history and assessment) 3) หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกัน ของยา (Right drug-drug Interaction) และ 4) หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ (Right to education and Information) โดยทุก หน่วยงานได้ปฏิบัติตามนับตั้งแต่ เดือนกันยายน 2562 (รายงานการประชุมทีม PCT เดือนกันยายน 2562)

#### อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ปี 2560 – 2562

จากรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ปี 2560 พบความคลาด เกลื่อนในการบริหารยา คิดเป็น 2.05 ต่อ 1,000 วันนอน เมื่อแยกเป็นรายด้านพบความคลาดเคลื่อน จากการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย 48% ไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย 16% ไม่ได้คืนยาเดิมให้กับผู้ป่วย 12% ให้ยา ผิดคน 4% ให้ยาผิดขนาด 4% ให้ยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ 4% ให้ยาผิดเวลา 4% ให้ยาที่ห้ามใช้ 4% และ ไม่ได้ลงชื่อให้ยา 4% ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ C 68% รองลงมาเป็นระดับ B 20% ระดับ D 8% และ ระดับ A 4% ในปี 2561 พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาคิดเป็น 3.24 ต่อ 1,000 วันนอน เมื่อแยกเป็นรายด้านพบความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดคน 28.13% ไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย 26.56% ให้ยาผิดขนาด 14.06% ไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย 14.06% ให้ยาผิดเวลา 6.25% ให้ยาที่มีประวัติ แพ้ยา 1.56% ให้ยาที่เกิด ADR 1.56% ให้ยาผิดชนิด 1.56% ให้ยาผิดวิธทาง 1.56% ให้ยาที่ไม่มี คำสั่งใช้ 1.56% ไม่ได้ลงชื่อให้ยา 1.56% และให้ยาผิดรูปแบบ 1.56% ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงใน ระดับ B 53.12% รองลงมาเป็นระดับ C 42.19% ระดับ D 4.69% ซึ่งเกิดจากการไม่ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยาที่บันทึกไว้แล้วและมีการบริหารยาถึงตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ จำเป็นต้อง ได้รับการรักษาเพิ่มเติม และปี 2562 พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา คิดเป็น 4.92 ต่อ 1,000 วันนอน เมื่อแยกเป็นรายด้านพบความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้ให้ยา 39.02% ให้ยาผิดขนาด 25.61% ไม่ได้จัดยา 19.51% ให้ยาผิดเวลา 9.76% ให้ยาผิดคน 1.22% ให้ยาผิดชนิด 2.44% ให้ยา ผิดคน 1.22% ให้ยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ 4% และไม่ได้คืนยาเดิม 1.22% ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงใน ระดับ C 74.39% รองลงมาเป็นระดับ B 21.95% ระดับ D 2.44% และระดับ E เป็นการให้ยาผิดคน 1.22% ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องให้การรักษาเพิ่มเติม นอกจากอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังกล่าวแล้ว ยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้



ยา (Transcribing error) ของพยาบาลผู้ป่วยในที่ต้องปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรนอกเวลาราชการ พบว่า ปี 2560 พยาบาลไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 33.33% คัดลอกผิดคน 33.33% คัดลอกผิดวิธีใช้ 12.12% ในปี 2561 คัดลอกผิดคน 37.78% คัดลอกผิดวิธีใช้ 28.89% ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 15.56% และปี 2562 คัดลอกผิดคน 63.77% ไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา 13.04% คัดลอกผิดวิธีใช้ 8.69% เป็นความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด (รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลที่ศึกษา ปี 2560-2562)

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ D ขึ้นไป ทีมพัฒนาคุณภาพบริการจะมีการจัดประชุมทบทวนประจำทุกเดือน จากรายงานการประชุมทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกของเดือนพฤศจิกายน 2561 พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยาเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร พบข้อมูลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจากตารางการปฏิบัติงานประจำเดือนของตึกผู้ป่วยใน ปี 2561 มีชั่วโมงการทำงาน เฉลี่ย 32 เวรต่อคนต่อเดือน การคำนวณค่าผลิตภาพทางการพยาบาล (Nursing Productivity) ปี 2561 คิดเป็น 113.48 ซึ่งมีค่ามากกว่า 110 แสดงถึงอัตรากำลังที่จัดน้อยเกินเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนด (ตารางการปฏิบัติงานพยาบาลตึกผู้ป่วยใน ปี 2561) และจากอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ภาระงานเกินกำลัง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ผู้บริหารจึงมีนโยบายหมุนเวียนพยาบาลจากแผนกอื่นให้มาปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลผู้บริหารยาในตึกผู้ป่วยใน 2) ด้านการบริหารจัดการ ในเวลาราชการ มีการนิเทศ กำกับ ติดตามจากหัวหน้างานอย่างต่อเนื่อง แต่นอกเวลาราชการ มีการมอบหมายให้พยาบาลพี่เลี้ยงผู้มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ทำหน้าที่นิเทศ กำกับ ติดตามแทนซึ่งพบว่ายังขาดความต่อเนื่องในบางเวรที่มีภาระงานมาก 3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบปัญหาในกรณีผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาหลายรายการ การแสดงการเตือนประวัติการแพ้ยาในระบบ HosXp. แสดงไม่ครบทุกรายการทำให้ไม่เห็นผู้ป่วยแพ้ยา จึงมีการบริหารยาจนถึงตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม 4) การสื่อสาร ขาดการลงข้อมูลประวัติการแพ้ยาในใบคำสั่งการรักษาและรับคำสั่งโดยขาดการตรวจสอบซ้ำ และ 5) ระบบการจัดการยาโดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรเพราะห้องยาปิดทำการนอกเวลาราชการ

จากรายงานการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพดังกล่าว ได้เห็นความสำคัญด้านบุคลากรพยาบาล และเห็นว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญในการสกัดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ สามารถดักจับปัญหาที่มาจากจุดอื่นในกระบวนการใช้ยา และป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วย เพราะหากอุบัติการณ์ดังกล่าวถึงตัวผู้ป่วยแล้ว อาจก่อให้เกิดอันตรายตั้งแต่ชั่วคราวจนถึงเสียชีวิตได้ ทีมพัฒนาคุณภาพจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา ซึ่งมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการบริหารยา ซึ่ง

รูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะอย่างหนึ่งคือ การใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา ที่ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs 2) คู่มือการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs และ3) วีดิโอนำเสนอขั้นตอนการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ทั้งนี้ ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานตำแหน่งเลขานุการทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ จึงมีความต้องการที่จะพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถในการบริหารยา เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และ พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 3. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

จากการปฏิบัติและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่เกิดขึ้น การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมห่วงโซ่ การนำเสนอมุ่งเน้น 3 ส่วน ดังนี้

- 1) แนวคิดและกระบวนการพัฒนาโปรแกรม
- 2) แนวคิดทฤษฎีการจัดรูปแบบการเรียนการสอน และ
- 3) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy, 1956)

#### 3.1 แนวคิดและกระบวนการพัฒนาโปรแกรม

##### 3.1.1 ความหมายของโปรแกรม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้บัญญัติความหมายของ คำว่า โปรแกรม หมายถึง ระเบียบการที่บอกถึงขั้นตอนของงานที่จะต้องทำตามลำดับ และมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของ คำว่า โปรแกรม ไว้อีกหลายความหมาย ดังนี้

สารีพันธ์ุ ศุภวรรณ (2545) ได้ให้ความหมายของโปรแกรม หมายถึง การจัดการศึกษา นอกกระบบที่จัดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมีระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการการจัดกิจกรรมไปจนถึงการประเมินผล

สมศักดิ์ จิตตพรพงษ์ (2547) ได้ให้ความหมายของโปรแกรม หมายถึง การจัดวางกิจกรรมอย่างมีระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผน การสอน การประเมินผล และการประชาสัมพันธ์ โปรแกรม ซึ่งมีวิธีการท างานเป็นขั้นตอน

Boyle (1981) ให้ความหมายของโปรแกรม หมายถึง สิ่งที่เกิดจากกิจกรรมการวางโปรแกรมที่นักการศึกษาผู้อาชีพและผู้เรียนร่วมกันทำ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผน การสอน การประเมินผล และการรายงานผล

Tyler (1996) ได้ให้ความหมาย คำว่า โปรแกรม หมายถึง โครงร่างของงานที่จะกระทำการจัดเตรียมแผนการที่จะทำ หรือชุดเหตุการณ์ที่รวบรวมไว้ ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมทุกอย่างที่กระทำในศูนย์ต่างๆ

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า โปรแกรม หมายถึง โครงร่างขั้นตอนของงานที่จะต้องทำตามลำดับ อย่างมีระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผน การจัดกิจกรรม การสอน การประเมินผลและการรายงานผล

### 3.1.2 แนวคิดการพัฒนาโปรแกรม

Boyle (1981) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบในการพัฒนาโปรแกรกดังนี้

1) การสร้างพื้นฐานทางปรัชญาในการพัฒนาโปรแกรมความเชื่อและค่านิยมของ นักพัฒนาโปรแกรมแต่ละคนที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการพัฒนาโปรแกรม เช่น ถ้านักพัฒนาโปรแกรมมีความเชื่อพื้นฐานเชิงปรัชญาว่า ผู้เรียนควรเป็นศูนย์กลางการเรียนการสอน และเป็นผู้ที่มีความสามารถจะนำตัวเองได้จัดการเรียนการสอน จะให้ความสำคัญกับเทคนิคที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนพยายามศึกษาและเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด

2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการ หรือสิ่งที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมกังวลห่วงใย เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาโปรแกรมทางการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ คือ การช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบรรลุความสำเร็จในเรื่องที่เป็นประโยชน์แก่ตัวเอง

3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสนใจและบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องับกระบวนการของโปรแกรมและกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับการพัฒนาโปรแกรมทุกประเภท

4) ระดับทางสติปัญญาและสถานภาพทางสังคมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม นักพัฒนาจะต้องให้ความสำคัญเรื่องความแตกต่างของบุคคล จะต้องรู้ว่าผู้ใหญ่ต่างจากเด็กแม้จะอยู่ในกลุ่มวิชาชีพเดียวกันก็มีความแตกต่างเกี่ยวกับ เจตคติในการเรียนรู้ ภูมิหลังทางสังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติและ ประสบการณ์ในวิชาชีพ ความแตกต่างของแต่ละบุคคลมีผลต่อกระบวนการพัฒนาโปรแกรม ตัวอย่างเช่น ผู้เรียนที่มีประสบการณ์น้อยในสถานการณ์ที่ใช้กระบวนการกลุ่มจะหวาดกลัวการเรียนการสอนในรูปแบบกลุ่มต่างๆ

5) ศึกษาแหล่งข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และกำหนดวัตถุประสงค์โปรแกรม แหล่งข้อมูลที่ควรศึกษา คือ ตัวผู้เข้าโปรแกรม สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับสังคม หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้เรียน และเนื้อหาวิชาการ แหล่งข้อมูลใดแหล่งข้อมูลหนึ่งไม่เพียงพอต่อการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ดี

6) การยอมรับเรื่องข้อจำกัดเกี่ยวกับสถาบันและบุคคล ข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่ปรัชญาขององค์กรเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมหรือ กลุ่มในสังคมมีความคิดเห็นขัดแย้ง งบประมาณไม่เพียงพอ ความเชื่อของผู้ให้การสนับสนุนทางการเงิน ความเชื่อของผู้รับบริการเกี่ยวกับโปรแกรม ความเชื่อของฝ่ายบริหารภายในองค์กรเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของโปรแกรมความเชื่อของนักพัฒนาโปรแกรมเองเกี่ยวกับโปรแกรม

7) ระดับความยืดหยุ่นของการวางแผนโปรแกรมเนื่องจากการพัฒนาโปรแกรม มีลักษณะเป็นการพัฒนา และเกี่ยวกับปัญหาการกำหนดและพยายามควบคุมทุกปัจจัยทุกขั้นตอนเป็น เรื่องยาก การประเมินผลวัตถุประสงค์และวิธีต่างๆ อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ได้หลายทางเลือกทำให้ โปรแกรมมีความยืดหยุ่น

8) การเลือกและการจัดกิจกรรมเชิงประสบการณ์การเรียนรู้การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียน และผู้สอนร่วมมือกัน ผู้เรียนที่คิดว่าไม่ต้องทำอะไรนอกจาก ฟังบรรยายจะไม่ประสบผลสำเร็จในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

9) การประเมินประสิทธิภาพและผลกระทบ จุดมุ่งหมายสำคัญของการประเมินผล คือ การนำผลไปใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการประเมินโปรแกรมจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้

- (1) การกำหนดมาตรฐานหรือเกณฑ์
- (2) การรวบรวมข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น
- (3) การพิจารณาตัดสินผลโดยเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์กับข้อมูลที่รวบรวมไว้
- (10). การเลือกวิธีการ เทคนิค และอุปกรณ์การเรียนการสอนอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเลือก

Caffarella (2002) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรม ไว้ดังนี้

- 1) การพัฒนาวัตถุประสงค์ของโปรแกรม
  - (1) กำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อสะท้อนให้ผู้เรียนหรือผู้บริการตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์จากโปรแกรม
  - (2) ประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
  - (3) ตรวจสอบว่า วัตถุประสงค์ของโปรแกรมมีความชัดเจนหรือไม่ ก่อนนำเสนอผู้เกี่ยวข้อง
  - (4) ใช้วัตถุประสงค์ของโปรแกรมเป็นการตรวจสอบว่า โปรแกรมมีความสอดคล้องตรงกับความต้องการและปัญหาหรือไม่ เช่น วิธีการจัดการเรียนการสอน การประเมินความต้องการ

## 2) การสร้างแผนการเรียนรู้

- (1) กำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างชัดเจน
- (2) เลือกและลำดับเนื้อหาสาระตามระดับความรู้และประสบการณ์
- (3) เลือกเทคนิคการเรียนการสอนเพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ในการจัด

### จัดการ

จากแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ในการพัฒนาโปรแกรมและเพื่อให้ตอบวัตถุประสงค์ ของการพัฒนาโปรแกรม ผู้พัฒนาจะมีปรัชญาตามความเชื่อและค่านิยมที่ คาดว่าจะสามารถส่งผลต่อการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวโดยพิจารณาตามพื้นฐานเชิงปรัชญา อาทิ การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การให้ความสำคัญกับเทคนิคในการส่งเสริมผู้เรียนให้สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมถึงขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ชัดเจน และสร้างแผนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ รวมถึงมีการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

### 3.1.2 กระบวนการพัฒนาโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมเป็นกระบวนการในการตัดสินใจอย่างมีลำดับขั้นตอน เกี่ยวกับการจัดทำโปรแกรม โดยพิจารณาไตร่ตรอง และวิเคราะห์หาความต้องการทางการศึกษา ซึ่ง นักพัฒนาโปรแกรม จะต้องมีความเข้าใจในองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (Janobrom, 1998)

1) ความต้องการจำเป็นและปัญหา ซึ่งนักพัฒนาโปรแกรมจะต้องสามารถ ศึกษา และวิเคราะห์หาความต้องการจำเป็นของบุคคลและปัญหาขององค์กรนั้นๆ เพื่อที่จะได้สามารถ จัดกิจกรรม ทางการศึกษาให้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2) วิธีการเปลี่ยนแปลงความต้องการ เพื่อที่จะปรับปรุงและพัฒนาสภาพ การ ดำรงชีพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น

3) ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยการจัดการกิจกรรมทางการศึกษา เพื่อ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่จำเป็นต่อสถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาโปรแกรม จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญของผู้พัฒนาโปรแกรม คือ มีทักษะในการประเมินความ ต้องการของบุคคล องค์กร และชุมชน ได้อย่างถูกต้องและชัดเจน พร้อมกับกระตุ้นเปลี่ยนความ ต้องการนั้นๆ ไปสู่ความสนใจที่จะเรียนรู้ และ สร้างประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การ ปฏิบัติงานในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึง ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

Carolyn Barratt and others (2013) ได้เสนอขั้นตอนของการพัฒนาโปรแกรมไว้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความจำเป็นในการฝึกอบรม (Analyze the Training Need) เมื่อมีการพัฒนาโปรแกรมการอบรมเพื่อพัฒนางาน ต้องคำนึงถึง อะไรคือความรู้ อะไรคือทักษะ และทัศนคติของผู้ที่รับการอบรมที่จะทำให้โปรแกรมการอบรมมีความสมบูรณ์และให้ สามารถเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างผู้เข้ารับการอบรม นอกจากนี้ยังต้องมีการพิจารณาระยะเวลาของ การฝึกอบรมพร้อมทั้งวิธีการ แนวโน้มที่ดีที่สุดที่ผู้เข้ารับการอบรมจะได้เรียนรู้และเครื่องมือ หรือทรัพยากรที่มี

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมการอบรม (Design the Training Program) โดยจะต้องออกแบบให้อยู่บนพื้นฐานซึ่งเป็นผลจากขั้นตอนการวิเคราะห์ขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การระบุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ซึ่งอธิบายในลักษณะที่สามารถวัดผู้เข้าฝึกอบรมได้ตามจุดประสงค์เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรม นอกจากนี้ยังต้องกำหนดวิธีการอบรมแสดงเป็นวิธีการฝึกอบรม ให้ผู้เข้าอบรม ได้เห็นชัดเจน อาจนำเสนอได้หลายวิธี เช่น โดยการสอนในห้องเรียน ทางออนไลน์หรือใช้ วิธีการผสมผสานทั้งสองแบบก็ได้โดยการออกแบบในขั้นตอนนี้ อาจสร้างเค้าร่าง หรือเค้าโครงเนื้อเรื่อง ที่จะช่วยในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรม (Develop the Training Program) ในขั้นตอนการพัฒนาเป็นการใช้วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายและวัสดุอื่นๆ ที่สร้างขึ้น ในระหว่าง ขั้นตอนการออกแบบเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรม วัสดุนี้อาจรวมถึงส่วนประกอบของการ ฝึกอบรมออนไลน์ และวัสดุสำหรับการฝึกอบรมและผู้เข้ารับการฝึกอบรม ในช่วงนี้ยังอาจจะพัฒนา วิธีการทดสอบการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการของผู้เข้ารับการอบรม เกี่ยวกับความรู้ทักษะ หรือ ทัศนคติ ขึ้นอยู่กับวิธีการฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 4 การใช้โปรแกรมการฝึกอบรม (Implement the Training Program) ขั้นตอนการการนำโปรแกรมไปใช้นี้บางครั้งเรียกว่า ขั้นตอนการจัดส่ง หรือ ขั้นตอนการส่งมอบใน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่จะต้องทำการการฝึกอบรมให้กับผู้เข้าร่วมฝึกอบรม ไม่ว่าจะเป็นคำสั่ง หรือการ ฝึกที่ใช้ทางออนไลน์ในห้องเรียนหรือผ่านวิธีอื่น ๆ ครั้งแรกของการวิธีการฝึกอบรมหรือ วิธีการสอน บางครั้งจะถูกเรียกว่า "การนำร่อง"

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลโปรแกรมการฝึกอบรม (Evaluate the Training Program) ขั้นตอนการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่จะสามารถตรวจสอบว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับ ความรู้ทักษะหรือทัศนคติตามที่ระบุเป้าหมายไว้ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ความจำเป็นในการ ฝึกอบรม โดยใช้ข้อมูลที่ได้รับในระหว่างขั้นตอนการประเมินผล สามารถทำการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม ในการออกแบบการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมในครั้งต่อไปที่นำเสนอให้กับผู้เข้ารับการฝึกอบรม

สามารถสรุปได้ว่า การพัฒนาโปรแกรม คือ การออกแบบเพื่อใช้ในการฝึกอบรม หรือการพัฒนาบุคคล เพื่อให้บรรลุตามจุดประสงค์ หรือ เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ความจำเป็น 2) การออกแบบโปรแกรม โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนการวิเคราะห์มาวางแผนเพื่อออกแบบโปรแกรม 3) การสร้างโปรแกรมเพื่อใช้ในการฝึกอบรม 4) การใช้โปรแกรม และ 5) การประเมินผลโปรแกรม เพื่อนำผลการประเมินที่ได้มาพัฒนาโปรแกรม การประเมินผลโปรแกรมในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพนั้น สิ่งหนึ่งที่มีความจำเป็น และเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาโปรแกรม คือ การประเมินผลของการพัฒนาโปรแกรมหลังการนำโปรแกรมไปใช้

### 3.2 แนวคิดทฤษฎีการจัดรูปแบบการเรียนการสอน

ทศนา แคมมณี (2556) ได้นำเสนอรูปแบบการเรียนการสอนที่เป็นผลงานจากการวิจัย หรือเป็นนวัตกรรมทางการสอน เพื่อช่วยให้ได้เลือกนำไปใช้อย่างเหมาะสมกับการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการที่หลากหลาย นอกจากจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีตามวัตถุประสงค์แล้วยังสามารถช่วยจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้อีกด้วย ซึ่งการสอนแต่ละครั้งมักประกอบไปด้วยองค์ประกอบทางด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย รวมทั้งกระบวนการทางสติปัญญา เพราะองค์ประกอบทั้งหมดมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด การจัดหมวดหมู่เป็นเพียงเครื่องแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนั้นมีวัตถุประสงค์หลักมุ่งเน้นไปทางใด ดังนี้

**3.2.1 รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain)** เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาสาระต่างๆ ซึ่งเนื้อหาสาระนั้นอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข้อเท็จจริง มโนทัศน์ หรือความคิดรวบยอด

**3.2.2 รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านจิตพิสัย (Affective Domain)** เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกริ คติ ค่านิยม คุณธรรม และจริยธรรมที่พึงประสงค์ ผู้เรียนจะได้รับการปลูกฝังค่านิยมที่พึงประสงค์จนถึงระดับที่สามารถปฏิบัติได้จนเป็นนิสัย

**3.2.3 รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านทักษะพิสัย (Psycho - Motor Domain)** เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาทางด้านการปฏิบัติ การกระทำหรือการแสดงออกต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักการ วิธีการ ที่แตกต่างไปจากการพัฒนาทางด้านจิตพิสัย หรือ พุทธิพิสัย ผู้เรียนจะเกิดการพัฒนาทางด้านทักษะปฏิบัติ จนสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เทคนิคการสอน และเทคนิคการฝึกอบรมจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อการจัดการฝึกอบรมที่จะช่วยในการถ่ายโอนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทัศนคติ และประสบการณ์เพื่อให้ผู้เข้ารับการศึกษา ได้รับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ต่าง ๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม อันที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานให้เป็นสำเร็จ หรือทำให้มีผลที่ดีต่อการ

ปฏิบัติงาน ดังนั้น เทคนิคการฝึกอบรมนั้นว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการจัดโครงการฝึกอบรม จึงแบ่งประเภทของเทคนิคการฝึกอบรมตามหลักเกณฑ์ 2 ประการ (ทิตนา แชมมณี, 2556) คือ

1) *ยึดหลักเกณฑ์ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม* จะเห็นได้ว่าเทคนิคการฝึกอบรมเป็นวิธีการ เครื่องมือ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับดำเนินการจัดการฝึกอบรม ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนด ดังนั้น การจำแนกหรือแบ่งประเภทโดยยึด วัตถุประสงค์เป็นสิ่งสำคัญ ที่มุ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ ก็ย่อม สามารถช่วยให้ผู้ฝึกอบรมหรือวิทยากรเลือกใช้เทคนิคการฝึกอบรมได้สอดคล้องตรงกับ เป้าหมายที่ต้องการได้ การแบ่งประเภทตามหลักเกณฑ์ยึดหลักโดยวัตถุประสงค์ของการ ฝึกอบรมจึงได้แก่

(1) *เทคนิคการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้ (knowledge)* หมายถึง เทคนิคการฝึกอบรมที่เป็นวิธีการมุ่งให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และอธิบายได้ เทคนิคการ ฝึกอบรมที่นำมาใช้ในการฝึกอบรมส่วนใหญ่ ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายเป็นหมู่คณะ การบรรยายเป็นหมู่คณะ การประชุมอภิปรายถกเถียง ทักษะศึกษา โครงการศึกษา การสอนแผนงาน แบบเรียนสำเร็จรูป การระดมสมอง การสัมมนา และการสอนโดยใช้ภาพยนตร์

(2) *เทคนิคการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านทักษะ (skill)* เป็นวิธีการที่วิทยากรใช้กิจกรรมหรือการถ่ายทอด ประสบการณ์ และสิ่งใหม่ ๆ ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมหรือผู้เรียนให้สามารถกระทำ และฝึก ปฏิบัติด้วยตนเองได้ เทคนิคการฝึกอบรมที่นำมาใช้ส่วนใหญ่ได้แก่ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การสร้างสถานการณ์จำลอง เกมบริหาร การสอนแผนงาน การประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการศึกษา การฝึกอบรมปฏิบัติงานจริง

(3) *เทคนิคการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนหรือผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ* หมายถึง วิธีการที่มุ่งให้ผู้เรียนหรือผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ปรับเปลี่ยนวิธีคิด ทักษะคติที่เหมาะสม หรือเกิดการยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงใน สภาพการณ์ต่าง ๆ ที่สามารถทำให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย เทคนิคการฝึกอบรม ที่นำมาใช้ ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมุติ กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การสร้างสถานการณ์จำลอง การฝึกด้านความรู้สึก การประชุมกลุ่มซินดิเคต การฝึกปฏิบัติ เกมการบริหาร และการสังเกตพฤติกรรม

2) *ยึดหลักเกณฑ์ตามลักษณะของการเรียนรู้ การจัดโปรแกรมการฝึกอบรม* หลาย ๆ โครงการ ผู้จัดการในการฝึกอบรมจำเป็นต้องทราบถึงลักษณะการเรียนรู้ของผู้เข้า รับการฝึกอบรมตามความสนใจ เพศ อายุ และวัย เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะการเรียนรู้ของ ผู้เข้ารับการฝึกอบรม เนื่องจากแต่ละจะมีการเรียนรู้ ด้วยทักษะ ความถนัด ความสามารถ และความรู้ในระดับที่ แตกต่างกันไป รวมทั้งความสนใจ และระดับสติปัญญาของแต่ละบุคคล บางครั้งในการเรียนรู้มากกว่า 2



คนขึ้นไป อาจจะทำให้เกิดความสนใจและได้รับประโยชน์ มากกว่าเรียนรู้เป็นรายบุคคล เนื่องจากได้มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นได้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์มากกว่าที่จะแสดงความคิดเห็นเพียงคนเดียว ดังนั้น ประเภทของเทคนิคการฝึกอบรมที่แบ่งตามประเภทโดยอาศัยยึดหลักเกณฑ์ตามลักษณะของการเรียนรู้ จึงแบ่งออก ได้เป็น 2 ประเภทคือ

(1) *เทคนิคการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการเรียนรู้เป็นรายบุคคล (individual learning)* หมายถึง วิธีการ และกิจกรรมที่นำมาถ่ายทอดให้ผู้เรียนหรือผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับ หรือ เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล โดยอาจจะใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือมาใช้ในการเรียนรู้ เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และเว็บไซต์ เป็นต้น

(2) *เทคนิคการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการเรียนรู้เป็นกลุ่ม (group learning)* หมายถึง วิธีการ และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลายให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนกันเป็นกลุ่มหรือเป็นทีมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งเทคนิคการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการ เรียนรู้เป็นกลุ่มนี้จะมีความคิดเห็นแตกต่างกันมาร่วมกันเสนอและถกเถียงอาจทำให้เกิด ความคิดใหม่ ๆ ขึ้นได้ เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง ทักษะศึกษา การสาธิต กรณีศึกษา การจำลอง สถานการณ์ การแสดงบทบาทสมมุติ ฯลฯ สำหรับหลักเกณฑ์ของเทคนิคการฝึกอบรมแบบยึดหลักเกณฑ์ตามลักษณะของการ เรียนรู้ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม หากได้มีการศึกษาให้เข้าใจจะช่วยให้ ผู้จัดการฝึกอบรมสามารถเลือกใช้วิธีการฝึกอบรมหรือเทคนิคการ ฝึกอบรมได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับหลักสูตรการฝึกอบรม และตรงกับความต้องการของผู้เรียน หรือผู้เข้ารับ การฝึกอบรมรวมทั้งสอดคล้องกับโครงการฝึกอบรม

จากการศึกษาดังกล่าว พบว่า เทคนิคการสอน และเทคนิคการฝึกอบรม เป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อการจัดการฝึกอบรมที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ต่าง ๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม อันที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานให้เป็นสำเร็จ หรือทำให้มีผลที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้น การจัดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ผู้จัดการฝึกอบรมได้เลือกใช้เทคนิคการ ฝึกอบรมที่เหมาะสมมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Noe, 2005) ดังนี้

1. การบรรยาย (Lecture) คือ การที่วิทยากรอธิบายเนื้อหาสาระแก่ผู้เข้ารับ อบรม ซึ่ง อาจเป็นการบรรยายในรูปแบบปกติทั่วไป คือ วิทยากรบรรยายให้ผู้เข้ารับการอบรมฟัง โดยทั้งวิทยากร และผู้เข้ารับการอบรมอยู่ในสถานที่เดียวกัน หรือเป็นการบรรยายที่อาศัย ความก้าวหน้าทาง เทคโนโลยีคือวิทยากรอาจอยู่คนละสถานที่กับผู้เข้ารับการอบรม การบรรยายเป็น รูปแบบโครงการ ฝึกอบรมที่พบได้บ่อยในองค์กรทั่วไป เนื่องจากมีข้อดี คือ เป็นวิธีการที่ใช้ต้นทุน ในการดำเนินการ ค่อนข้างต่ำสามารถรองรับจำนวนผู้เข้ารับการอบรมได้ในปริมาณมากๆ และเป็นวิธีการที่สามารถ ถ่ายทอดเนื้อหาสาระได้ในปริมาณมากเมื่อเทียบกับเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ อย่างไรก็ตามการ

บรรยายนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นการสื่อสารทางเดียวจากวิทยากรเป็นหลักทำให้ผู้เข้ารับการอบรม อาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เพราะไม่มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และผู้เข้ารับการอบรม อาจไม่มีโอกาสที่จะฝึกปฏิบัติ หรือได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเนื้อหาสาระที่ได้รับจาก การฟังบรรยาย ดังนั้นหากต้องการใช้การบรรยายในการฝึกอบรมควรจัดให้มีกิจกรรมอื่นๆ ประกอบด้วยเสมอ เช่น การถามตอบ การร่วมอภิปรายและการนำเสนอผลการอภิปรายทั้งในระดับกลุ่มใหญ่ และกลุ่มย่อย (Neo, 2005)

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Training) คือ การฝึกอบรมที่ใช้ การบรรยาย สาระความรู้ พร้อมกับการให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ผลิตผลงานหลังจากการบรรยาย เสร็จสิ้นโดย อาจทำเพียงคนเดียว หรือทำร่วมกันเป็นกลุ่ม การฝึกอบรมวิธีนี้จึงเป็นวิธีที่มุ่งเน้นให้ ผู้เข้ารับการ ฝึกอบรมมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานจริง พร้อมทั้งสร้างเสริมทักษะในการทำงานเป็นทีม (Neo, 2005)

3. การใช้สถานการณ์จำลอง เป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการ เรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนลงไปเล่นในสถานการณ์ โดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้าย กับข้อมูลในความเป็นจริง เพื่อการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งการตัดสินใจนั้นจะส่งผลถึงผู้เรียน ในลักษณะเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง (ทศนา แคมมณี, 2557)

4. การระดมสมอง (Brainstorming) คือ การกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม แสดงความ คิดเห็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างอิสระ แล้วนำมาคัดเลือกโดยใช้วิธีเสียงข้างมาก หรืออาจคัดเลือกโดย การตัดสินใจของผู้บริหาร การฝึกอบรมวิธีนี้จะดเว้นจากการวิพากษ์วิจารณ์จาก ผู้บังคับบัญชา หรือ เพื่อนร่วมงาน จึงเหมาะสำหรับการฝึกใช้ความคิดอย่างสร้างสรรค์ (Creative Thinking) ในการ พัฒนาปรับปรุง แก้ไข หรือหาทางออกให้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

5. การอภิปรายกลุ่ม (Discussion) การอภิปรายเป็นกระบวนการกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการ อบรมได้คิดและดึงเอาความรู้ภายในตน (Tacit Knowledge) ออกมาเป็นความรู้ที่ประจักษ์ (Explicit Knowledge) นำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เจือปนใจที่ทำให้การอภิปราย แลกเปลี่ยนเกิด ประโยชน์และบรรลุผลมีหลายประการ เช่น หัวข้อที่นำไปสู่การอภิปรายควรกำหนดให้ มีลักษณะที่ น่าสนใจและกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความสนใจ ผู้นำการอภิปรายควรจะมีความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นอภิปราย และมีความสามารถในการสื่อสารได้เป็นอย่างดี สมาชิกกลุ่มที่ร่วม อภิปรายต้อง ให้ความสำคัญกับการอภิปรายและมีทักษะในการสื่อสารที่ดีด้วย รวมถึงเรื่องของวัฒนธรรมในองค์กร และบรรยากาศในการอภิปรายควรส่งเสริมเกื้อหนุนการอภิปรายแลกเปลี่ยน

### 3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy, 1956)

Bloom เป็นนักการศึกษาชาวอเมริกัน เชื่อว่า การเรียนการสอนที่จะประสบ ความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน และได้แบ่งประเภท

ของพฤติกรรมโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้นฐานว่า มนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ใน 3 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และนำหลักการนี้จำแนกเป็นจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน เรียกว่า Taxonomy of Educational objectives ดังนี้ (Bloom, 1956 : Sirikanya\_926, 2014)

พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับ สติปัญญา ความคิด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจดจำแนกประสบการณ์ต่างๆ และระลึกเรื่องราวต่างๆ ออกมาได้ถูกต้องแม่นยำ
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถบ่งบอกใจความสำคัญของเรื่องราวโดยการแปลความหลัก ตีความได้ สรุปใจความสำคัญได้
3. การนำความรู้ไปประยุกต์ (Application) เป็นความสามารถในการนำหลักการ กฎเกณฑ์และวิธีดำเนินการต่าง ๆ ของเรื่องที่ได้รู้มา นำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่ได้
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้อย่างชัดเจน
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันโดยปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้นและมีคุณภาพสูงขึ้น
6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยหรือตัดสินกระทำ สิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไปการประเมินเกี่ยวข้องกับการใช้เกณฑ์คือ มาตรฐานในการวัดที่กำหนดไว้

#### จิตพิสัย (Affective Domain) (พฤติกรรมด้านจิตใจ)

ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดึงดูดตลอดเวลา จะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้ จะประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ 5 ระดับ ได้แก่

- 1 การรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น
- 2 การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

3 การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

4 การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไปแต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับอาจยอมรับค่านิยมใหม่โดยยกเลิกค่านิยมเก่า

5. บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงามพฤติกรรมด้านนี้ จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่าง ๆ จนกลายเป็นค่านิยม และยังพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็นควบคุมทิศทางพฤติกรรมของคนคนจะรู้ตัวหรือรู้อย่างไรนั้น ก็เป็นผลของพฤติกรรมด้านนี้

#### **ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท)**

พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว ชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะประกอบด้วย 5 ชั้น ดังนี้

1. การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือ เป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ
2. กระทำตามแบบ หรือ เครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือ สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ
3. การหาความถูกต้อง พฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะเมื่อได้กระทำซ้ำแล้วก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ
4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง หลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเองจะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องคล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนเกิดทักษะได้ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ
5. การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติ ได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความรู้ ทักษะ เจตคติ หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือ จากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ ความชำนาญ และความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ กล่าวได้ว่า พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการบริหารยาให้เป็นไปตามหลักการบริหารยา 10 Rs โดยพบว่ามีความรุนแรงจากการบริหารยาในระดับ A-E มาโดยตลอดในปี 2560 – 2562 ดังนั้น จึงนำสู่การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งนี้ขึ้น โดยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารยา ที่ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การจัดอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs 2) คู่มือการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs และ 3) วัสดุแนะนำเสนอขั้นตอนการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs มีเป้าหมายเพื่อ พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในทางบวกของพยาบาลในการบริหารยา เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยที่แสดงในบทที่ 3 ในลำดับต่อไป

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา

จากทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีการศึกษาดังนี้

อาภรณ์ พุกุล และคณะ (2556) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พบว่าอุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีความคลาดเคลื่อน ในกระบวนการก่อนการบริหารยา (Pre-administration error) มากที่สุด ได้แก่ การเขียนบันทึกรายการยาผิดขนาด ผิดวิธีใช้ และไม่เขียน/ลืมนเขียน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า เวลาการปฏิบัติงานมีผลกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามากที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการให้ยา ได้แก่ การคัดลอก บันทึกการให้ยาไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะความรู้ ทักษะ ด้านการคัดลอกและการบันทึกการให้ยาของพยาบาลวิชาชีพ

มลฤดี โภคศิริ, ภาณุวัฒน์ ภัคด้วงค์ ,และชมนาด วรรณพรศิริ (2557) ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก. ผลการวิจัยพบว่า ความปลอดภัยระบบยาเป็นจุดเน้นของระบบสุขภาพที่ทุกโรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญ โดยเฉพาะยาที่ต้องระมัดระวังสูงที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือ ทำให้เกิดเสียชีวิต ถ้ามีการใช้ผิดพลาด หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญเนื่องจากพยาบาลเป็นด่านสุดท้าย

ที่ให้อาแก่ผู้ป่วยโดยตรง การสร้างรูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รูปแบบที่เรียกว่า “SIMPLE” ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ และพัฒนาสู่การปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา และ สร้างความรู้ใหม่ๆ และ ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ความรู้ และ ระดับการปฏิบัติใช้การจัดการความรู้มากขึ้น และความคลาดเคลื่อนทางการให้ยาที่ต้องระมัดระวังสูงในระดับความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง การประเมินรูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินด้านความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ พบว่า ผลอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะความรู้ ทักษะ และเจตคติในการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

โสภภาพรรณ อินตะเผือก (2557) ทำการศึกษาการลดความคลาดเคลื่อนทางยา : การบริหารยาโดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติที่ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแล รวมถึงบริหารยาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการบริหารยา จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา และเกิดคุณภาพในการรักษาพยาบาลนำไปสู่การป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องให้ความสำคัญกับประเมินอาการผู้ป่วย ก่อน ขณะ และหลังได้รับยา

รัชนิวัลย์ รักเกียรติเผ่า และคณะ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความปลอดภัยกับการปฏิบัติการให้ยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก พบว่า ระดับการบริหารความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ขั้นตอนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การนำ และ การสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัย ขั้นตอนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การนำแนวทางที่แก้ไขปัญหาไปใช้ พยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติการให้ยาตามขั้นตอนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยขั้นตอนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ขั้นตอนการทบทวนและตรวจสอบข้ามคำสั่งการรักษา และ น้อยที่สุดคือ ขั้นตอนการติดตาม และ บันทึกหลังให้ยา การบริหารความปลอดภัยกับการปฏิบัติการให้ยาของพยาบาลวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าขั้นตอนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย มีความสำคัญต่อการบริหารความปลอดภัยของพยาบาลในการปฏิบัติการให้ยา ซึ่งผู้บริหารต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงนำความรู้จากการศึกษาครั้งนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริหารยาให้แก่พยาบาลวิชาชีพ

นางนุช หอมเนียม (2559) ทำการศึกษา การพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 2 พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ก่อนการทดลองพบการให้ยาผิดขนาด 8.47 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และ ให้ยาผิดเวลา 5.65 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน เมื่อนำกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดและผิดเวลา ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำความรู้จากการศึกษาครั้งนี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยา

สุทธนันท์ กัลลกะ และคณะ (2562) ทำการศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์หนังตะลุงและคู่มือการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์หนังตะลุงและคู่มือการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่า สื่อวีดิทัศน์หนังตะลุงเป็นสื่อการเรียนรู้ทางสุขภาพที่มีการผสมผสานทั้งภาพและเสียง นับเป็นสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจ ผ่านประสาทสัมผัสทั้งทางหูและทางตา จึงเกิดการเรียนรู้และสามารถจดจำได้ดี มีการเคลื่อนไหวของภาพและเสียงประกอบที่น่าสนใจ ประกอบกับการใช้คู่มือที่มีเนื้อหาชัดเจนและสอดคล้องกับวีดิทัศน์หนังตะลุง เป็นการให้ความรู้ซ้ำๆ ในเรื่องเดียวกันทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจดจำเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดี

สุพรรณิ กัณดิลก และตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ (2559) ทำการศึกษา การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง : การออกแบบการเรียนรู้ ทางกายภาพ พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่จำลองสถานการณ์ทางคลินิก เพื่อให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ที่เกิด จากการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง เป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งด้านความรู้ ทักษะ การนึกคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนการสื่อสาร และ การทำงานเป็นทีม ผู้วิจัยจึงนำความรู้จากการศึกษาครั้งนี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาโปรแกรม เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยา

อภิญญา อินทรรัตน์ และคณะ (2559) ทำการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเรียนการสอนโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อของอาจารย์พยาบาลและนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมที่บูรณาการแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อ หลักสูตรแบบเน้นสมรรถนะและการเรียนรู้แบบร่วมมือ ทำให้อาจารย์พยาบาลและ นักเรียนพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านภาษา ทั้งการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน และสมรรถนะด้านการเรียนโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อเพิ่มขึ้น

กว่าก่อนการฝึกอบรม ผู้วิจัยจึงนำความรู้จากการศึกษาครั้งนี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาโปรแกรม เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะพยาบาลด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการบริหารยา

วารุณี สุรวรรณกุล และคณะ (2559) ทำการศึกษา ผลของการพัฒนาทักษะและระดับการสะท้อนคิดด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี พบว่าโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิด ช่วยให้นักศึกษาได้เข้าใจตนเอง มีการค้นคว้าในการเขียน มีการวิเคราะห์ก่อนตัดสินใจ ใช้องค์ความรู้ประกอบ การตัดสินใจได้มากขึ้น มีมุมมองรอบด้านมากขึ้น กล่าวโดยสรุปคือ ช่วยในกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาให้ดีขึ้น และมีผลนำไปสู่การเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ผู้วิจัยจึงนำความรู้เรื่อง เทคนิคการสะท้อนคิด ที่ได้จากการศึกษานี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

ประสิทธิ์ชัย พูลผล (2559) ทำการศึกษา หลักการของอันตรกิริยาระหว่างยา Principle of Drug Interactions พบว่า Drug Interactions คือการตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับยาร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โดยกลไกในการเกิด DI นั้นอาจเกิดจากปฏิกิริยาทางด้านเภสัชพลศาสตร์ของยาเสริมฤทธิ์หรือ ต้านฤทธิ์กัน โดย DI เป็นปัญหาจากการใช้ยา ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต

ผ่องพรรณ อรุณศรี และคณะ (2560) ทำการศึกษา การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบันทึกสูงสุด 57.59% รองลงมาคือ ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วย 12.60% ให้ยาผิดคน 10.98% ให้ยาผิดชนิด 10.89% ให้ยาผิดเวลา 5.96% ให้ยาผิดเทคนิค 1.93% และให้ยาผิดทาง 0.028% พบว่าเป็นความรุนแรงในระดับ C มากที่สุดร้อยละ 48.89 จากการเฝ้าระวังพบว่า ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการให้ยา โดยเฉพาะขั้นตอนการบริหารยา หรือ ให้ยาแก่ผู้ป่วยที่พบสูงสุด ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลหลังให้ยา และขั้นตอนการติดตามอาการหลังให้ยา ตามลำดับ แบ่งประเภทความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น 15 ประเภท พบประเภทของความคลาดเคลื่อนในการให้ยาสูงสุด 5 อันดับ คือ 1) บันทึกการให้ยา 2) ไม่ได้ติดตามผลหลังให้ยา 3) ให้ยาไม่ครบหรือไม่ได้ให้ยา 4) ให้ยาผิดเวลา และ 5) ให้ยาในอัตราที่เร็วที่ผิด ในส่วนของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากไม่ได้ติดตามผลหลังการให้ยา จะเน้นกรณีบริหารยา High Alert Drug ยาที่ต้องเฝ้าระวัง ยา Stat drug ยาลดอาการปวด ยากลุ่ม Sedative หรือ ยาจิตเวช ซึ่งพบว่าขาดการบันทึกสัญญาณชีพที่สำคัญ การบันทึกอาการและอาการเปลี่ยนแปลงในส่วนของ Intervention และ Evaluation ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ามีการให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง ให้ยาผิดขนาดให้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา โดยพบว่าระดับความรุนแรงของความคลาด



เคลื่อนที่เกิดขึ้นทั้งหมด จะพบสูงสุดในระดับ C และ พบว่าช่วงเวลาที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาสูงสุด คือ เวรเข้าในเวลาราชการ แสดงถึงสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ ถึงแม้จะพบในระดับที่ไม่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จึงควรให้ความสำคัญในการนิเทศติดตามกำกับโดยหัวหน้าหอ และทีมพัฒนาระบบยาอย่างต่อเนื่อง และนำไปใช้เพื่อหาแนวทางเฝ้าระวัง/ติดตามการรายงานความคลาดเคลื่อนด้านการให้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

รัฐพล ประดับเวทย์ (2560) ทำการศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามแนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม พบว่า จากอนุกรมวิธานดิจิทัลของบลูม กิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีสามารถจัดรูปแบบได้อย่างหลากหลาย สามารถพัฒนาทักษะการคิดของผู้เรียนจากระดับต่ำไปจนถึงระดับสูงได้จากเทคโนโลยีที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนตามขั้นของอนุกรมวิธานของบลูมใหม่ การเลือกใช้รายการคำกริยา วิธีการและเครื่องมือเทคโนโลยีลงไปด้วย สามารถเริ่มจากระดับการเรียนรู้จากระดับการจำไปสู่ระดับการคิดสร้างสรรค์ ที่ใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือดิจิทัล ในการสร้างสรรค์ พัฒนาแนวคิดใหม่ ผลิตภัณฑ์ หรือชิ้นงานใหม่ สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้จากจาก Lower Order Thinking Skills: LOTS (ทักษะการคิดขั้นต่ำ) ไปยัง Higher Order Thinking Skills :HOTS (ทักษะการคิดขั้นสูง) ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริการยา ให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ผจงศิลป์ เฟิงมาก และคณะ (2561) ทำการศึกษาการรับรู้ทัศนคติ และประสบการณ์การใช้เทคนิควิธีการสอนด้วยแนวคิด “การเรียนรู้เชิงรุก” ตามมุมมองของอาจารย์ผู้สอน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่า การเรียนรู้เชิงรุก เป็นการเรียนที่อาศัยการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือทำเกี่ยวกับสิ่งที่เขาได้ปฏิบัติลงไป โดยมีคุณลักษณะที่ เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการใช้เทคนิควิธีการเรียนการสอนที่หลากหลาย รวมถึงการให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ เป็นเทคนิคหนึ่งของการประเมินตัวเองซึ่งจะ ช่วยเสริมพัฒนาการเรียนรู้ให้ดีขึ้น และสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริการยา โดยเฉพาะเทคนิคการสะท้อนคิด

ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ (2561) ทำการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานครพบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่ออกแบบโดยใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ผ่านกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และเกิดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน สามารถทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาล มีพฤติกรรม

การปฏิบัติงานที่แสดงถึงการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ทำให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่สูงมากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และ สำลี สาสีกุล (2562) ทำการศึกษา บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ได้กล่าวถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง ปัญหาบริหารยาและการใช้ยา ที่พบคือ Drug-drug interaction พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง และมีการประเมินผลการใช้ยาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

ณัฐวรา จันทร์เอี่ยม และคณะ (2562) ทำการศึกษา ประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อการสอนเสมือนจริงในการดูแลแผลกดทับของนิสิตพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อการสอนที่มีสิ่งเร้า และตรงต่อความสนใจของผู้เรียน นอกจากนี้ยังเอื้อต่อการเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลาและสามารถเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนิสิตพยาบาลศาสตร์ได้ดียิ่งขึ้น การเรียนรู้ผ่านสื่อการสอนที่มีสิ่งเร้า และตรงต่อความสนใจของผู้เรียน นอกจากนี้ยังเอื้อต่อการเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลาและสามารถเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนิสิตพยาบาลศาสตร์ได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำสื่อ คู่มือและวีดีโอเกี่ยวกับการบริหารยาสำหรับพยาบาล และนำมาจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

รณชัย คนบุญ และคณะ (2563) ศึกษา แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย กล่าวว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านทักษะพิสัย (Psycho Motor Domain) เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาทางด้านการปฏิบัติ ให้ผู้เรียนได้มีการแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติได้จริง การกระทำ หรือ การแสดงออกต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักการ วิธีการ ที่แตกต่างไปจากการพัฒนาทางด้านจิตพิสัย หรือ พุทธิพิสัย ผู้เรียนจะเกิดการพัฒนาทางด้านทักษะปฏิบัติ จนสามารถกระทำได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์ จะทำให้ผู้เรียนมีทักษะและความสามารถเพิ่มมากขึ้น

Sharon Edwards and Sue Axe (2015) ทำการศึกษาหลักการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยสำหรับพยาบาล 10 ประการ พบว่า พบว่า พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารยาและปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลอีกมากมาย ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง หากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการถาวร หรือ เสียชีวิต เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการให้ยา พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลักการบริหารยาด้วยความ

ถูกต้อง 10 ประการ เพื่อป้องกันความผิดพลาด และสามารถนำหลักการบริหารยาด้วยความถูกต้อง 10 ประการ มาใช้ให้บริการทุกสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่ดีซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความรู้และหลักฐานที่ดี ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยาด้วยความถูกต้อง 10 ประการ

Julie-Anne Martyn Penny Paliadelis (2019) ได้ศึกษา การบริหารยาอย่างปลอดภัย: มุมมองจากการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในออสเตรเลีย พบว่าพยาบาลใช้แหล่งความรู้ต่าง ๆ และ เหตุผลทางคลินิกที่ซับซ้อน เพื่อพัฒนากลยุทธ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกของพวกเขาผ่านการประเมิน และการตรวจสอบผู้ป่วย และอธิบายกระบวนการคิดและเหตุผล แสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จำเป็นในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ซับซ้อน กลุ่มศึกษาเหล่านี้เข้าใจบทบาทของพวกเขาในทีม และ สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และ เป็นช่องทางสำหรับแพทย์ที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา มุ่งเน้น การบริหารยา เหตุผลทางคลินิก การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีม เป็นกลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จส่งเสริมการปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

Zayyanu Shitu<sup>1</sup>, et al. (2020) ศึกษาอุบัติการณ์และลักษณะของความผิดพลาดในการใช้ยาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในมาเลเซีย มีการสังเกตและรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วย 547 ราย ที่เป็นไปตามเกณฑ์การศึกษา จากข้อมูลเหล่านี้ได้สุ่มเลือกข้อมูลผู้ป่วย 311 ราย เพื่อวิเคราะห์ ผู้ป่วย 95 คน มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อยหนึ่งคน ความชุกของความคลาดเคลื่อนทางยา คำนวณได้เป็น 30.5% ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ผิดเวลา 46.9% ให้ยาโดยไม่มีคำสั่งใช้ 25.4% ไม่ได้ให้ยา 18.5) และผิดขนาด 9.2% ผู้วิจัยจึงนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษานี้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมความตระหนักรู้ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางการป้องกันความผิดพลาดในการบริหารยา

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre test -post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 50 คน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ และ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

##### 2.1 โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้ คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากรายงานอุบัติการณ์ ปี 2560 – 2562

2. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่ประกอบด้วย 1) แนวคิดและกระบวนการพัฒนาโปรแกรมของ Carolyn Barratt and others (2013) 2) แนวคิดการจัดรูปแบบการเรียนการสอน (ทิสนา แชมมณี, 2556) 3) รูปแบบทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's

Taxonomy, 1956) และ 4) หลักการบริหารยา 10 Rs (Clores, 2015) แปลโดย สุรเดช ศรีอังกูร (2017) ซึ่งเผยแพร่ต่อสาธารณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้าง ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลที่ศึกษาให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

3. นำร่างโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ และ แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ที่สร้างขึ้น เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจน และความถูกต้อง พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. นำร่างโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ และ แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ที่สร้างขึ้น เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) พิจารณาโปรแกรม ความครอบคลุมตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามของตัวแปรแต่ละประเด็น และกรอบแนวคิด ทฤษฎี โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ (Content Validity Index : CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้างที่กำหนด และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. สร้างโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ (ภาคผนวก ง) ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การจัดอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อ เสริมสร้าง ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs 2) คู่มือประกอบการฝึกอบรม และ 3) วิธีโอนำเสนอขั้นตอนการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

## 2.2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ใช้ในการวัดประเมินก่อนและหลังเข้าโปรแกรมโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน (ภาคผนวก จ) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นเวลา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน วุฒิทางการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด และชื่อหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานปัจจุบันหากท่านยินดีเปิดเผย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากแนวคิด ทฤษฎีหลักการบริหารยาสำหรับพยาบาล 10 Rs (Clores, 2015) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างแบบทดสอบแบบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก โดยวิเคราะห์เนื้อหาตามเป้าหมายการเรียนรู้ ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy, 2001) จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 ข้อ 2) แบบประเมินทักษะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 13 ข้อ และ 3) แบบประเมินเจตคติด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 ข้อ

เมื่อแบ่งข้อคำถามของแบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จะประกอบด้วย

- |  |             |
|--|-------------|
| 1) หลักความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right Patient)  | จำนวน 4 ข้อ |
| 2) หลักความถูกต้องด้านยา (Right Drug)  | จำนวน 4 ข้อ |
| 3) หลักความถูกต้องด้านขนาดยา (Right Dose)  | จำนวน 4 ข้อ |
| 4) หลักความถูกต้องด้านเวลา (Right Time and Frequency)  | จำนวน 4 ข้อ |
| 5) หลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา (Right Route)  | จำนวน 4 ข้อ |
| 6) หลักความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา (Right Documentation)  | จำนวน 4 ข้อ |
| 7) หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับยาของผู้ป่วย (Right to Refuse)   | จำนวน 3 ข้อ |
| 8) หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา (Right History and Assessment)  | จำนวน 3 ข้อ |
| 9) หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา (Right Drug-Drug Interaction and Evaluation)          | จำนวน 3 ข้อ |
| 10) หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ (Right to Education and Information) | จำนวน 4 ข้อ |
| 11) การบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs  | จำนวน 1 ข้อ |

การให้คะแนนแบบประเมินซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน สำหรับคะแนนของแบบทดสอบจะอยู่ในช่วง 0 - 37 คะแนน ตามระดับความรู้ ทักษะและเจตคติของผู้ตอบแบบประเมิน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัด ระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

|              |   |
|--------------|---|
| ระดับสูง     | คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 – 100 (คะแนนตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป)<br>หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะและเจตคติ ด้านการ<br>บริหารยา ในระดับสูง |
| ระดับปานกลาง | คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 (คะแนนตั้งแต่ 23-29 คะแนน)<br>หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะและเจตคติ ด้านการ<br>บริหารยา ในระดับปานกลาง |
| ระดับปานต่ำ  | คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน)<br>หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะและเจตคติ ด้านการ<br>บริหารยา ในระดับต่ำ            |

### 3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด คือ 1. โปรแกรมการพัฒนสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ และ 2. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยา ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

#### 3.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

3.1.1 นำร่างโปรแกรมพัฒนสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs และ แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ที่สร้างขึ้นเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจน และความถูกต้อง พร้อมทั้งปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3.1.2 จัดทำแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ฉบับสมบูรณ์ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในสถานศึกษา จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารยาในสถานบริการ จำนวน 2 คน และ เกสซ์กรผู้เชี่ยวชาญด้านยาในสถานบริการ จำนวน 1 คน พิจารณาความครอบคลุมตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามของตัวแปรแต่ละประเด็น และ

กรอบแนวคิดทฤษฎี โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ (Content Validity Index : CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้างที่กำหนด มีเกณฑ์เพื่อแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- ให้ 1 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง
- 2 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก
- 3 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องแต่ต้องได้รับแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
- 4 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง

จากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาการแจกแจงเป็นตาราง เสร็จแล้ว รวบรวมจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 นำมาคำนวณหาค่า CVI โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\sum R_{3,4}}{N}$$

CVI หมายถึง ค่าดัชนีความเที่ยงตรง

$\sum R$  หมายถึง จำนวนข้อคำถามที่ได้คะแนน 3 และ 4

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความความเที่ยงตรงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป แบบสอบถามจึงจะมีความเที่ยงตรง (Davis, 1992) อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้ค่า CVI ตั้งแต่ 0.75 ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญก็สามารถทำได้ (Yaghmaie, 2003) มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ชัดเจน หรือตัดข้อคำถามนั้นทิ้งไป ผลจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่รวบรวมได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และจากการคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ได้ผล ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.96
  - ส่วนที่ 2 แบบทดสอบด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 37 ข้อ มี CVI เท่ากับ 0.92
2. โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs
  - 1) คู่มือประกอบการฝึกอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs มี CVI เท่ากับ 0.92
  - 2) คำบรรยายและภาพประกอบ วีดีโอแนะนำเสนอหลักการบริหารยา 10 Rs มี CVI เท่ากับ 0.92



หลังการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีการปรับแก้ไขการใช้ภาษา และคำศัพท์ของคู่มือให้ถูกต้อง และในส่วนของแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ได้ปรับแก้การจัดเรียงรูปประโยคคำถามให้มีเหมาะสมและอ่านแล้วทำความเข้าใจได้ชัดเจน

### 3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะของประชากรและความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของข้อคำถามและความสอดคล้องภายในของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาค่าวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson method 20: KR 20) วิธีการในการหาความเชื่อมั่นวิธีนี้จะใช้กับลักษณะของ ข้อสอบแบบตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยจะใช้เครื่องมือวิจัย 1 ชุด สอบกับกลุ่มตัวอย่าง เพียงอย่างเดียว ลักษณะการหาความเชื่อมั่นประเภทนี้จึงเหมาะสมที่จะใช้กับแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์แบบ ปรนัย 4 ตัวเลือกโดยใช้สูตร

$$KR_{20} = \frac{N}{N-1} \left[ \frac{1 - \sum pq}{S^2t} \right]$$

|                  |         |  |
|------------------|---------|--|
| KR 20            | หมายถึง | สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวัด |
| P                | หมายถึง | สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูก                               |
| q                | หมายถึง | (1 - P) หรือ สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ             |
| S <sup>2</sup> t | หมายถึง | ความแปรปรวนของคะแนนจากทุกข้อคำถาม                    |
| N                | หมายถึง | จำนวนข้อคำถามทั้งหมด                                 |

สูตร KR 20 เพ็ญแข แสงแก้ว (2541) ได้กล่าวไว้ว่า การจะใช้ข้อมูล หรือ คะแนนที่เป็นสัดส่วนของผู้ตอบถูกและตอบผิดจากกลุ่มที่รับการทดสอบทั้งหมด จากผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7

### 4. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มศึกษา ดังต่อไปนี้

**4.1 เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่** เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 010/2563 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2563 (ภาคผนวก ข)

**4.2 ขอนหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

**4.3 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช** ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาล ตามลำดับ (ภาคผนวก ค)

**4.4 ติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล** เพื่อศึกษาปฏิบัติการความคลาดเคลื่อนทางยา และพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ด้วยการรวบรวมข้อมูลแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา (Pre test)

**4.5 ติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล** เพื่อนำเสนอผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการบริหารยาสำหรับพยาบาล เพื่อขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จัดโครงการอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมการอบรม และตอบแบบประเมินสมรรถนะ โดยรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามความต้องการ โดยไม่เกิดผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

**4.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิจัย** โดยการลงรหัสเก็บข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลไม่มีการอ้างอิงตัวบุคคลหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัยและรวบรวมเป็นรูปเล่มเสร็จสิ้นแล้วแบบสอบถาม เทปบันทึกภาพ รูปภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จะถูกเก็บไว้อย่างมิดชิดอย่างน้อย 2-5 ปี และทำลายในที่สุดภายหลังที่นำเสนอผลการศึกษาวิจัยในลักษณะเป็นภาพรวมเท่านั้น

**4.7 การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล** ผู้วิจัยดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย คำตอบของแบบสอบถามที่ได้จะนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและแปลข้อมูลโดยไม่อ้างอิงตัวบุคคลหรือหออผู้ป่วยใด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

## 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นช่วงระยะเวลาของการวางแผน จัดเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย
2. ประสานและชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย อาทิ กำหนดการจัดอบรมของโปรแกรม การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ แจ่งวัน เวลา สถานที่การจัดอบรมต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขออนุญาตจัดอบรม
3. ประสานงาน และ ทำหนังสือเชิญวิทยากรบรรยายในการจัดอบรม
4. จัดเตรียมคู่มือประกอบการฝึกอบรม และสื่อวีดีโอให้ความรู้ในการจัดอบรม
5. จัดเตรียมผู้ช่วยจำนวน 2 คน ในการช่วยดำเนินการอบรม แจ่งกำหนดการ หน้าที่รับผิดชอบและซักซ้อมความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ ตามกำหนดการอบรมจนเป็นที่เข้าใจ และรับทราบ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การอบรมอย่างชัดเจน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ 1) การวิเคราะห์ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) การดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ตามลำดับ ดังนี้

ช่วงที่ 1 การวิเคราะห์ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1. ชี้แจงกำหนดการจัดอบรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ภาคผนวก จ) ก่อนการจัดอบรม 2 สัปดาห์
3. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ 2) แก่ทีมวิทยากร เพื่อวางแผนรูปแบบการพัฒนาความรู้ ทักษะและเจตคติด้านการบริหารยา โดยการใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อจัดกิจกรรมการอบรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับผลคะแนนประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงที่ 2 การจัดอบรม

ดำเนินการจัดกิจกรรมการอบรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้ เรื่อง การบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs ด้วยการบรรยายของวิทยากร พร้อมสื่อวิดีโอ และคู่มือการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs โดยใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการบริหารยา (Simulation based learning) เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมแบ่งปันประสบการณ์ ทบทวนความรู้ และแนวทางการปฏิบัติแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบปัญหา นำมาสรุปอภิปรายร่วมกันและสะท้อนคิด (Reflection in practice)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการอบรม ผู้วิจัยดำเนินการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ภาคผนวก จ) เพื่อนำมาเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และ เจตคติ ด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) และเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนทำคะแนนได้ไม่ถึงร้อยละ 100 ทีมวิทยากรมีการใช้เทคนิคการสอนทางเลือกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับข้อคำถามที่ไม่เข้าใจ และตอบไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นรายบุคคล และให้ทำแบบทดสอบอีกครั้ง พร้อมทั้งรับฟังข้อความคิดเห็นและเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพสถิติพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติ paired t – test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre test -post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาม

วัตถุประสงค์ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในภาพรวมและรายด้าน

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มศึกษา ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา  
(n = 50)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| <b>1. อายุ</b>                                    |       |        |
| 21-30 ปี  | 8     | 16     |
| 31-40 ปี  | 6     | 12     |
| 41-50 ปี  | 22    | 44     |
| 51-60 ปี  | 14    | 28     |
| ค่าเฉลี่ย = 44.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.78     |       |        |
| อายุต่ำสุด - สูงสุด = 23-57 ปี                    |       |        |
| <b>2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล</b>           |       |        |
| 1-5 ปี  | 7     | 14     |
| 6-10 ปี   | 1     | 2      |
| 11-15 ปี  | 4     | 8      |
| 16-20 ปี  | 11    | 22     |
| 21-25 ปี  | 11    | 22     |
| 26-30 ปี  | 4     | 8      |
| 31-35 ปี  | 8     | 16     |
| 36-40 ปี  | 4     | 8      |
| ค่าเฉลี่ย = 22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.46       |       |        |
| ประสบการณ์ต่ำสุด - สูงสุด = 1 - 37 ปี             |       |        |
| <b>3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้</b> |       |        |
| 1-5 ปี  | 10    | 20     |
| 6-10 ปี   | 4     | 8      |
| 11-15 ปี  | 8     | 16     |
| 16-20 ปี  | 8     | 16     |
| 21-25 ปี  | 11    | 22     |
| 26-30 ปี  | 5     | 10     |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 36-40 ปี                                       | 2     | 4      |
| ค่าเฉลี่ย = 17.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.06 |       |        |
| ระยะเวลาต่ำสุด – สูงสุด = 1 – 37 ปี            |       |        |
| 4. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน                        |       |        |
| หัวหน้าหอผู้ป่วย                               | 6     | 12     |
| พยาบาลประจำการ                                 | 44    | 88     |
| 5. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด              |       |        |
| ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า                        | 44    | 88     |
| ปริญญาโท                                       | 6     | 12     |
| 6. ชื่อหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานปัจจุบัน       |       |        |
| OPD  | 16    | 32     |
| ER   | 11    | 22     |
| IPD  | 23    | 46     |

จากตารางที่ 4.1 แสดงพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ( $\bar{x}$  = 44.04, SD = 9.78) อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 57 ปี ร้อยละ 11 ของกลุ่มศึกษามีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลมากที่สุดโดยเฉลี่ยในช่วง 16-20 ปี และ 21-25 ปี ( $\bar{x}$  = 22, SD = 10.46 ) ร้อยละ 11 ของกลุ่มศึกษาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เฉลี่ยในระยะเวลา 21-25 ปี ( $\bar{x}$  = 17.82, SD = 10.06 ) ร้อยละ 88 ดำรงตำแหน่งงานในปัจจุบันเป็นพยาบาลประจำการ รองลงมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 12 ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด คือ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 88 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท ร้อยละ 12 และหน่วยงานปัจจุบันที่กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน คือ แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 46 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 32 และแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ร้อยละ 22 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ  
ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง  
เข้าโปรแกรม

จากการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา รวมถึงการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มศึกษา สามารถเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา จากแบบประเมินสมรรถนะพยาบาล จำนวน 37 ข้อ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ด้านทักษะมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ และด้านเจตคติ มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ  
ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้า  
โปรแกรม (n = 50 คน)

| สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ | ก่อนเข้าโปรแกรม |      |       | หลังเข้าโปรแกรม |      |       |
|---|-----------------|------|-------|-----------------|------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD   | ระดับ | $\bar{x}$       | SD   | ระดับ |
| 1.ด้านความรู้   | 90.46           | 9.77 | สูง   | 98.31           | 4.98 | สูง   |
| 2.ด้านทักษะ   | 88.46           | 8.96 | สูง   | 98              | 5.11 | สูง   |
| 3.ด้านเจตคติ  | 94.18           | 7.29 | สูง   | 99.64           | 1.79 | สูง   |
| รวม   | 91.03           | 6.54 | สูง   | 98.65           | 3.45 | สูง   |

จากตารางที่ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  =91.03, SD=6.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  =98.65, SD=3.45) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน คือ ด้านความรู้ของพยาบาลในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  =90.46, SD=9.77) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}$  =98.31, SD=4.98) ด้านทักษะของพยาบาลในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ใน



ระดับสูง ( $\bar{x}=88.46$ ,  $SD=8.96$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=98$ ,  $SD=5.11$ ) และ ด้านเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=94.18$ ,  $SD=7.29$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=99.64$ ,  $SD=1.79$ )

### ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

จากการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา รวมถึงการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มศึกษา สามารถเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ดังการนำเสนอในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| สมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพตามหลักการบริหารยาตามหลัก 10 Rs | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.หลักความถูกต้องด้านผู้ป่วย  | 90              | 14.28 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 2.หลักความถูกต้องด้านยา   | 91.50           | 12.98 | สูง     | 98              | 6.85  | สูง   |
| 3.หลักความถูกต้องด้านขนาดยา   | 0.67            | 15.12 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 4.หลักความถูกต้องด้านเวลา   | 87.50           | 18.38 | สูง     | 99              | 4.95  | สูง   |
| 5.หลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา                                  | 78.50           | 20.21 | ปานกลาง | 95.50           | 12.05 | สูง   |
| 6.หลักความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา                                | 97              | 8.21  | สูง     | 97.50           | 9.10  | สูง   |
| 7. หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิบัติและการรับยาของผู้ป่วย  | 96.67           | 10.10 | สูง     | 98.67           | 6.59  | สูง   |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

| สมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาล<br>วิชาชีพตามหลักการบริหารยาตามหลัก<br>10 Rs                               | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |      |       |
|--|-----------------|-------|-------|-----------------|------|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD   | ระดับ |
| 8.หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติ<br>การแพ้ยา  | 93.33           | 13.47 | สูง   | 98              | 7.99 | สูง   |
| 9.หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก<br>ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อ<br>กันของยา                  | 92              | 14.38 | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 10.หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่<br>ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่อง<br>ของยาที่ได้รับ | 91.50           | 15.66 | สูง   | 99.50           | 3.53 | สูง   |
| 11.หลักการบริหารยาตามหลักการบริหาร<br>ยา 10 Rs   | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| รวม  | 92.07           | 5.61  | สูง   | 98.74           | 3.18 | สูง   |

จากตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนเข้าโปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 92.07$ ,  $SD = 5.61$ ) และหลังเข้าโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 98.74$ ,  $SD = 3.18$ ) ค่าคะแนนต่ำสุด 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 67.57 เพิ่มเป็น ค่าคะแนนต่ำสุด 31 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.78 ค่าคะแนนสูงสุด 36 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 97.30 เพิ่มเป็น ค่าคะแนนสูงสุด 37 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด และมีระดับปานกลาง คือ หลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา ( $\bar{x} = 78.50$ ,  $SD = 20.21$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 95.5$ ,  $SD = 12.05$ ) และ ด้านที่มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ หลักความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา ( $\bar{x} = 97$ ,  $SD = 8.21$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น ( $\bar{x} = 97.5$ ,  $SD = 9.10$ )

**ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ  
ของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ใน  
ภาพรวม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม**

จากการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มศึกษา สามารถเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ดังการนำเสนอในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ  
ของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวม ก่อน  
และหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| สมรรถนะพยาบาล  |                     | $\bar{x}$ | SD   | d    | t     | p |
|--|---------------------|-----------|------|------|-------|---|
| ด้านความรู้ในการบริหารยา<br>ตามหลักการบริหารยา 10 Rs | ก่อนเข้า<br>โปรแกรม | 90.46     | 9.77 | 7.85 | 6.574 | 0 |
|  | หลังเข้า<br>โปรแกรม | 98.31     | 4.98 |      |       |   |
| ด้านทักษะในการบริหารยา<br>ตามหลักการบริหารยา 10 Rs   | ก่อนเข้า<br>โปรแกรม | 88.46     | 8.96 | 9.54 | 7.278 | 0 |
|  | หลังเข้า<br>โปรแกรม | 98.00     | 5.11 |      |       |   |
| ด้านเจตคติในการบริหารยาตาม<br>หลักการบริหารยา 10 Rs  | ก่อนเข้า<br>โปรแกรม | 94.18     | 7.29 | 5.45 | 5.093 | 0 |
|  | หลังเข้า<br>โปรแกรม | 99.64     | 1.79 |      |       |   |

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

| สมรรถนะพยาบาล                                     |          | $\bar{x}$ | SD   | d    | t     | p |
|---|----------|-----------|------|------|-------|---|
| สมรรถนะด้านการบริหารยา<br>ตามหลักการบริหารยา 10Rs | ก่อนเข้า | 92.07     | 5.61 | 6.67 | 9.261 | 0 |
|   | โปรแกรม  |           |      |      |       |   |
|   | หลังเข้า |           |      |      |       |   |
|   | โปรแกรม  | 98.74     | 3.18 |      |       |   |

\*  $p \leq 0.05$ 

จากตารางที่ 4.4 พบว่าระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 98.31$ ,  $SD = 4.98$ ) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 90.46$ ,  $SD = 9.77$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 6.574$ ) ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 98$ ,  $SD = 5.11$ ) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 88.46$ ,  $SD = 8.96$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 7.278$ ) ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 99.64$ ,  $SD = 1.79$ ) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 94.18$ ,  $SD = 7.29$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 5.093$ ) ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในภาพรวม หลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 98.74$ ,  $SD = 3.18$ ) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $\bar{x} = 92.07$ ,  $SD = 5.61$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 9.261$ )

จากผลการศึกษานี้ พบว่า การนำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 9.261$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) ซึ่งจะนำมาสู่การอภิปรายผลการวิจัยในบทต่อไป

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### 1. สรุปการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre test –post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ 1) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs และ 2) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 57 ปี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลในช่วงระยะเวลา 16 - 25 ปี และอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญตามเกณฑ์การแบ่งระดับ Competency ของ Benner's Model ร้อยละ 22 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มีระยะเวลาเฉลี่ย 21-25 ปี รองลงมาคือ ร้อยละ 20 เฉลี่ย 1-5 ปี ดำรงตำแหน่งงานในปัจจุบันเป็นพยาบาลประจำการ ร้อยละ 88 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 12 มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 88 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท ร้อยละ 12 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 46 คือ แผนกผู้ป่วยนอก และ แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ร้อยละ 32 และ 22 ตามลำดับ สภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มศึกษา เมื่อจำแนกเป็นรายด้านตามหลักการบริหารยา 10 Rs โดยรวมมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการบริหารยา ทั้ง 9 ด้าน อยู่ในระดับสูง ยกเว้น สมรรถนะตามหลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา (Right Route) ที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ เน้นการจัดการอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่มีเนื้อหาและกิจกรรมที่สอดคล้องตามกระบวนการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการพัฒนาการเรียนรู้ของ Bloom โดยมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ หรือ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านทักษะ หรือ ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) และด้านเจตคติ หรือความรู้สึกรู้สึก หรือ ด้าน จิตพิสัย (Affective Domain) พร้อมคู่มือ วีดีโอ ขึ้นตอนและ

แนวปฏิบัติในบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs และ มีกิจกรรมการสะท้อนคิด การวัดผลการใช้โปรแกรมในการศึกษาด้าน ความรู้ ทักษะ และ เจตคติ ดังนั้น ภายหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมจึงพบว่า ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=98.74$ ,  $SD = 3.18$ ) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมที่มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 92.07$ ,  $SD = 5.61$ ) นอกจากนี้ได้เมื่อแยก ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs โดยรวมก็พบว่า มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นหลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับสูง( $\bar{x} = 98.65$ ,  $SD = 3.45$ ) โดยสรุปผลการศึกษาคั้งนี้ หลังการเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามและมีระดับค่าเฉลี่ย คะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ถูกต้องมากกว่าก่อนการ เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วนำไปสู่การอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

## 2. อภิปรายผล

จากการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาล วิชาชีพ รวมถึงการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง สามารถเปรียบเทียบสมรรถนะด้านการบริหาร ยาของพยาบาลวิชาชีพจากแบบประเมินสมรรถนะพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ย คะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับสูง โดยส่วนใหญ่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนตามรายด้านอยู่ใน ระดับสูง และเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 9 ด้าน ยกเว้น ด้านที่ 5 หลักความถูกต้องด้าน วิธีทางที่ให้ยา ที่มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มสูงขึ้นอยู่ ในระดับสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบ สมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม แบ่ง การอภิปรายผล เป็น 3 ส่วน คือ 1. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยาของ พยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 2. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านทักษะในการบริหาร ยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และ 3. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านเจตคติ ในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ดังการอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยาของพยาบาล วิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม** พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนน สมรรถนะด้านความรู้ในการบริหารยาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ จากระดับคะแนนดังกล่าว ก็แสดงถึงเป็น

ระดับที่สูง แต่หากมองถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้ได้คะแนนในระดับที่สูงขึ้นมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ นอกจากนี้ เมื่อจำแนกเป็นรายด้านตามหลักการบริหารยา 10 Rs พบว่า มี 1 ด้าน ที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ สมรรถนะตามหลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา (Right Route) ในที่นี้จะอภิปรายจากข้อคำถามวัดความรู้ด้านวิถีทางการให้ยาของยา Dopamine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug โดยปกติต้องมีการบริหารยาผ่านเครื่อง infusion pump เข้าสู่หลอดเลือดดำ และต้องเฝ้าระวังภาวะข้างเคียงของยาต่อการลดลงของความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็วเมื่อหยุดการให้ยาทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายพร่องความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา Dopamine โดยการหยุดให้ยาทันที ซึ่งจากข้อคำถามนี้ ส่งผลให้ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมตามหลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยาอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharon Edwards and Sue Axe (2015) ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารยาและ ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง หากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการถาวร หรือ เสียชีวิต เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการให้ยา จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs มีหัวข้อสำคัญ ในหัวข้อ ความหมายของ High Alert Drug หลักการบริหารยา High Alert Drug ตามหลักการของคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลรื่องขวาง (2561)

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้โดยรวมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และอยู่ในระดับสูงทั้ง 10 Rs แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะหลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยาของ Dopamine มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นมากอย่างชัดเจนกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs ที่พัฒนาขึ้น ที่ประกอบด้วยกิจกรรม ต่างๆ มีส่วนส่งผลต่อการเพิ่มความรู้ของกลุ่มศึกษา สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยของบลูม (Bloom's Taxonomy, 2001) ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านสมองเกี่ยวกับ สติปัญญา ความคิด ความสามารถ ในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพตามหลักพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่ การจำ การเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การประเมินผล และ การสร้างสรรค์ เพื่อให้ได้องค์ประกอบของสิ่งที่เรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งในโปรแกรมของการศึกษานี้ ได้จัดรูปแบบ อาทิ การอบรมจากวิทยากร การแลกเปลี่ยน การมีคู่มือ วีดีโอ มีการสรุปความเข้าใจ ข้อสงสัยและสังเคราะห์ เพื่อเชื่อมโยงให้ผู้ศึกษา เข้าใจในจุดประสงค์ของการเรียนรู้ ได้รูปแบบใหม่ของสิ่งที่เรียนรู้ หรือ โครงสร้างของความรู้ที่ผ่านการวางแผน และการสร้างอย่างเหมาะสม เกิดเป็นความรู้ที่ฝังแน่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่างๆต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิศนา แคมมณี (2556) สุธานันท์ กัลกะ และคณะ, (2559) และรณชัย คนบุญ (2563) ที่กล่าวว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้าน

พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในเนื้อหาสาระต่างๆ สรุปรประเด็น จับใจความสำคัญของเนื้อหาวิชา ซึ่งเนื้อหาสาระนั้นอาจอยู่ในรูป ของข้อมูล ข้อเท็จจริง มโนทัศน์ หรือ ความคิดรวบยอด จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมาก ขึ้น แล้วจะสามารถเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติได้ นำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องที่มีประสิทธิภาพ

**ส่วนที่ 2. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านทักษะในการบริหารยาของพยาบาล วิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม** พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้าน ทักษะในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และอยู่ในระดับสูงทั้ง 10 Rs แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะทักษะด้านวิถีทางที่ให้ยาของ Adrenaline ตามหลักความถูกต้องด้านผู้ป่วย และหลัก ความถูกต้องด้านยา โดยมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะเพิ่มสูงขึ้นมากขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อ เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการ บริหารยาตามหลัก 10 Rs ที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้ได้รับรู้หลักการมีทักษะ การปฏิบัติที่ ถูกต้อง ตามหลักวิชาการและฝึกทักษะได้ตามข้อแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จนสามารถปฏิบัติได้ด้วย ตนเอง เมื่อกระทำซ้ำแล้วจะก่อให้เกิดความถูกต้องในการปฏิบัติ และเกิดทักษะจนสามารถปฏิบัติ ได้ คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติใน ระดับสูงต่อไป สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัยของบลูม (Bloom's Taxonomy, 2001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทิศนา แคมมณี, (2556); สุทธานันท์ กัลละ และคณะ (2016) รณ ชัย คนบุญ และคณะ (2563) ที่กล่าวว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านทักษะพิสัย (Psycho Motor Domain) เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาทางการปฏิบัติ ให้ ผู้เรียนได้มีการแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติการได้จริง การกระทำ หรือ การแสดงออกต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักการ วิธีการ ที่แตกต่างไปจากการพัฒนาทางด้านจิตพิสัย หรือ พุทธิพิสัย ผู้เรียน จะเกิดการพัฒนาทางด้านทักษะปฏิบัติ จนสามารถกระทำได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์ จะทำให้ผู้เรียนมี ทักษะและความสามารถเพิ่มมากขึ้น

**ส่วนที่ 3. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านเจตคติในการบริหารยาของพยาบาล วิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม** พบว่า สมรรถนะด้านเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในการบริหาร ยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะ ด้านเจตคติในการบริหารยาอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ คือ ด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจของปฏิกริยาต่อกันของยา (Right Drug-Drug Interaction and Evaluation) กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และ สำลี สาสีกุล (2562) ได้กล่าวถึงการใช้อย่าง สมเหตุผลในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง ปัญหาบริหารยาและการใช้ยา ที่พบคือ Drug-drug interaction พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่และ



ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง และมีการประเมินผลการใช้ยาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยจากการใช้ยา ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs นี้ จึงมีกิจกรรมที่มุ่งสร้างเจตคติที่ดีต่อการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs โดยเฉพาะความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องในสาระเนื้อหาเกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา ว่ายาชนิดใดเกิดปฏิกิริยาต่อกัน เมื่อมีการให้พร้อมกันก่อนการให้ยา ในกรณีที่มีการให้ยามากกว่า 1 ชนิดแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา ตามหลักการของอันตรกิริยาระหว่างยา Principle of Drug Interactions ของวารสารเภสัชกรรมชุมชน (ประสิทธิ์ชัย พูลผล, 2559)

จากการจัดกิจกรรมของโปรแกรม จึงเป็นผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านเจตคติโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และอยู่ในระดับสูง ทั้ง 10 Rs มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะหลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา และหลักความถูกต้องด้านขนาดยา ที่มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นมากอย่างชัดเจนกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs ที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการรับรู้และการตอบสนอง เกิดความพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของโปรแกรม ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดทัศนคติที่ดี และ เจตคติที่ดีต่อการบริหารยา เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านจิตพิสัยของบลูม (Bloom's Taxonomy, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิศนา ขัมมณี (2556) และ สุทธนันท์ กัลละ และคณะ(2559) ที่กล่าวว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านจิตพิสัย (Affective Domain) เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม คุณธรรม และจริยธรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากแก่การพัฒนา หรือปลูกฝัง การเรียนการสอนตามรูปแบบจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และต้องใช้เวลาต่อการช่วยให้ผู้เรียนเกิดเจตคติที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี สุรวัดนกุล และคณะ (2559) ที่มีการนำแนวคิดการสะท้อนคิด (reflective think) มาใช้เพื่อพัฒนาด้านจิตพิสัยให้ผู้เรียนคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถปฏิบัติและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ที่พัฒนาขึ้นที่มีรูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้ออกจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy, 2001) ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ให้แก่กลุ่มศึกษา ดังจะเห็นจากผลการประเมินมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับที่สูง และจากผล การศึกษานี้ทำให้มีความมั่นใจได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถนำความรู้ ทักษะตลอดจนประสบการณ์ที่

ได้รับจากการเรียนรู้จากโปรแกรมนี้ นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารยา ตามหลักการบริหารยา 10 Rs แก่ผู้รับบริการได้อย่างมั่นใจ ถูกต้อง และปลอดภัย

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ขององค์กรพยาบาลได้ และติดตามอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาต่อไป

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

**3.2.1 ควรศึกษาและติดตามอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในหน่วยงาน** จากการปฏิบัติงานภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา และศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศการบริหารยาอย่างเป็นระบบในทีมสหสาขาวิชาชีพ

**3.2.2 การวิจัยครั้งนี้** มีการนำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น จัดวันอบรมจำนวน 2 วัน ด้วยวิทยากร เนื้อหา สื่อและอุปกรณ์ชุดเดียวกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับการอบรมคนละ 1 วัน แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป หากมีการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ ผู้วิจัยควรพิจารณาควบคุมการจัดโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างในวันเดียว เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กันตพร ยอดไชย, อารีย์วรรณ อ่วมธานี และวิฑูรย์สังฆรักษ์. (2552). ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์คาราโอเกะ เรื่องหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 32,(1):45-57.
- กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และศุภลักษณ์ ธนानนท์นิवास. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *Veridian E - Journal, Silpakorn University*(1), 195-217.
- กรรณิการ์ อมรวัฒน์.(2562) .*คู่มือการบริหารยาช่วยบาดาล*. สืบค้นจาก <https://www.slideshare.net/knurse/12-14412528>.
- กาญจนา เลิศถาวรธรรม กรรณิการ์กิจนพ เกียรติและอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*.7,(4):13-24.
- กิตติพันธ์ เครือวงศ์. (2561). ความคลาดเคลื่อนทางยา. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4 (2), 251 - 265.
- กุลวดี อภิชาติบุตร และสมใจ ศิระกมล. (2547). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ. *รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และ สำลี สาลีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 20, (1):31-39.
- กองการพยาบาล. (2560).แนวทางการวางแผนสืบทอดตำแหน่งสายงานพยาบาลวิชาชีพ ตามหลักธรรมาภิบาล.กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์สื่อตะวันออก จังหวัดปทุมธานี.
- (2560). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. กระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์สื่อตะวันออก จังหวัดปทุมธานี.
- คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2557). การลดความคลาดเคลื่อนทางยา. *การประชุมวิชาการ Quality Conference (ครั้งที่ 3) (หน้า 1-12)*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลร็องกวาง. (2561). โรงพยาบาลร็องกวาง.แพร่.
- จริยาพร พิมวาปี มั่นทนา บุตทุระ และอาภรณ์ พุกกุล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. *วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 11*, 253-260.

- จิตราพร สีสะวัฒน์. (2556). การพัฒนาภารกิจปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความคิดวิเคราะห์ให้กับนักศึกษา ในรายวิชาจริยธรรมทางธุรกิจ (BUS 400). สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <https://www.spu.ac.th/tlc/files/2014/02/54.27.pdf>.
- จงจิต เสน่หา จงกลวรรณ มุสิกทอง ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ และ ธนิษฐา สมัย (2018). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาอย่างปลอดภัยกับการปฏิบัติการให้ยาอย่างปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/145276/107418>.
- ฉัตรสุมน พดภูมิปัญญา. (2560). การบริหารงานสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://www.ph.mahidol.ac.th/phad/research/Book/2560/Public%20Health%20Administration%20.pdf>.
- ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์ และเบญจมาศ บุญรับพ่ายพ. (2557). การพัฒนาบัณฑิตวิชาชีพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15.(3):75 - 80.
- ชมพูนุช ฉัตรสกุล. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ เจตคติ และทักษะต่อการเป็นประชาคมอาเซียนของพยาบาล โรงพยาบาลชลประทาน.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2562). ระบบจัดการด้านยา. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 จาก <http://doh.hpc.go.th/ha2018/topicDisplay.php?id=10>.
- ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์. (2019). สมรรถนะของพยาบาลกับนวัตกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนในยุคไทยแลนด์ 4.0. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/143076/122940>.
- ณัฐวรา จันทร์เอี่ยม และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อการสอนเสมือนจริงในการดูแลผลกดทับของนิสิตพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*. 11,(22):45 - 56.
- ดวงกมล วัตราดุล และ สุดประนอม สมันตเวคิน. (2561). การประเมินประสิทธิภาพหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การประยุกต์แนวคิดโมเดลเคิร์กแพททริก. สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 กันยายน 2563 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvturse/article/view/164288/119081>.
- ดุสิต ขาวเหลือง. (2554). การฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพและสมรรถนะ. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*. 7,(1):18-32.
- ตารางการปฏิบัติงานพยาบาลตึกผู้ป่วยใน ปี 2561. โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่.
- ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ และ สุพรรณิ กัณหาดิลก. (2017). การตัดสินใจทางคลินิก : ทักษะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*. 18,(35):81 - 94.

- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). *ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อทบทวนวิจัย*. เข้าถึงได้จาก <http://ms.srku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>.
- ทีศนา แคมมณี. (2556). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2556). รูปแบบการเรียนการสอน: ทางเลือกที่หลากหลาย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2557) ศาสตร์การสอน:องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 18.กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- เทียน ทองแก้ว.(2556). สมรรถนะ (Competency): หลักการและแนวปฏิบัติ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. สืบค้นจาก <http://www.competency.mju.ac.th/doc/22141.doc>.
- ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬวัฒน์พล ปรีชา มณฑาทิกุล. (2554). การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
- อํารงค์ศักดิ์ คงคาสวัสดิ์. (2548). *เริ่มต้นอย่างไรเมื่อจะนำ Competency มาใช้ในองค์กร*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์. พิมพ์ครั้งที่ 5.
- นงนุช หอมเนียม. (2554). ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต. [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร
- นงนุช หอมเนียม. (2559). การพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/74825>.
- นภา หลิมรัตน์. (2550). การวัดผลและการประเมินผล. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา*. 31,(1):1-6.
- นัยนา กล้าชยัน. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสหัชชนันท์ จังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์).มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
- นุจรี สันติสาราวีไล,สุซาดา รัชชกุล.(2010). การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดรัฐ. *Rama Nurs J • January - April 2010*, 96-108.
- นรากร พลหาญ และ สมสมร เรืองวรบูรณ์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 31,(6):33-43
- นวรรตน์ พระเทพ และ นภาพรณ ัญญา.(2563). การพัฒนาการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลพื้นฐานโดยใช้รูปแบบ COGTLEของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*. 5,(7):75-91.

- นฤมล ศิลวีศาล และ วาสนี วิเศษฤทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การปฏิบัติงาน การอบรมเฉพาะทาง ความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงานกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 30,(1):46 -59.
- บุญรักษ์ สุธาชัย. (2555). การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่. [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์].มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- เบญจมาภรณ์ นาคามดี, วรณภรณ์ วีระพงษ์ และอัญชลี รุ่งฉาย. (2559). ผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียนและความพึงพอใจต่อการสอนแบบศูนย การเรียนรู้อในการเรียนวิชาการพยาบาล มารดา ทารก และการผดุงครรภ์1 ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. 22,(2):79-91.
- เบญจมาศ จันทร์ฉวี. (2003). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการตรวจหาและป้องกันการกระทำระหว่างกันของยาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2563 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1694?locale-attribute=th>
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- บุญทิวา สุวิทย์ และเสาวลักษณ์ ท่ามาก (2557).ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.*วารสารเกื้อการุณย์*. 21,(1):84-99.
- บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง. (2552). ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาล เอกชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร
- ประสิทธิ์ชัย พูลผล. (2559). อันตรกิริยาระหว่างยา Principle of Drug Interactions. *วารสารเภสัชกรรมชุมชน*:14-18.
- ปราณี อ่อนศรี. (2555). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ใช้สมองเป็นฐานของนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 65,(4):249-57.
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (2560). 2 P Safety Patient and Personnel Safety. *การประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 4* (หน้า 8-33). ขอนแก่น: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

- ผจญศิลป์ เฟิงมาก และคณะ. (2561). การรับรู้ทัศนคติ และประสบการณ์การใช้เทคนิควิธีการสอนด้วยแนวคิด “การเรียนรู้เชิงรุก” ตามมุมมองของอาจารย์ผู้สอน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์*. 19,(1):137-149. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/jedu/article/view/10379/8682>.
- ผ่องพรรณ อรุณศรี ถูกถวิล พัวพานิช และ พัชรี พงษ์พานิช. (2560). การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2561 จาก <http://www.chainathospital.org>:  
<http://www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research5.pdf>.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). สืบค้นจาก <https://dictionary.orst.go.th/>.
- พัชรี เรือนศรี ลินจง โปธิบาล และภาวดี นานาศิลป์ (2558). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแล ในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร* ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2558.
- พิจิตรดา ธงพานิช. (2560). วิชาการออกแบบและการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3 นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- พิชิต ฤทธิ์จรรยา. (2560) หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพฯ : แฮร์สออปเคอร์ มิสท์.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ. (2563). การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดีย เรื่อง บทบาทของพยาบาลในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2563 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/240723/164052>.
- พิริยกร คล้ายเพชร, ทรงสุตา กันชัย และสรัญญา เปล่งกระโทก. (2555). ผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง ทักษะทางการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2563 จาก [http://mis.cola.kku.ac.th/files/gs\\_attachment\\_files/files/465/HS\\_020.pdf?1402718961](http://mis.cola.kku.ac.th/files/gs_attachment_files/files/465/HS_020.pdf?1402718961).
- พิศิษฐ์ ตันชวณิช. (2558). แนวคิดการจำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์การจัดการศึกษาด้านพุทธิพิสัยตามแนวคิดของบลูมและคณะฉบับปรับปรุง. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*. 3,(2):13-25.
- เพียงขวัญ นครรัตนชัย, ลลิตา เหล่าหวาน, อนันท์พงษ์ พันธุ์มณี และคณะ. (2558). ความคลาดเคลื่อนทางยา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 1,(3): 39-49. สืบค้นจาก <http://www.kkujm.com/Journal>:  
<http://www.kkujm.com/Journal-Detail.aspx?i=29>



- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2548). *การจัดการทางการพยาบาล สู่การเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- . (2008). Quality & Safety In Nursing Concept And Practice . Medication Management and Use (MMU) JCI.2008P 117-129. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/317515>.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2547). *Quality in Nursing and Learning Organization*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ภัทรรัตน์ ตันนุกิจ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. 14,(1): 57-73.
- ภาคีสภาวิชาชีพด้านสาธารณสุข.(2556). คู่มือเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด (ฉบับร่าง). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- มลฤดี โภคศิริ, ภาณุวัฒน์ ภักดิ์วงศ์, และชมนาด วรรณพรศิริ. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*,(1):81-89.
- มังกร ประพันธ์วัฒน์.(2553). ระบบยาเพื่อความปลอดภัย กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. (ประเทศไทย).
- มารศรี ก้วนหิน, อุไร จเรประพาฬ,และอุไรวรรณ พานทอง. (2561). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*.1067-1082.
- เมธาวี ศรีรัตนโชติชัย และ รติยา ถาวรยิ่ง. (2560). สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2560 ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน (Medication Error: IPD) โรงพยาบาลสอยดาว. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก [file:///C:/Users/lenovo/Downloads/Documents/dug60\\_9.pdf](file:///C:/Users/lenovo/Downloads/Documents/dug60_9.pdf).
- หมื่นไทย เหล่าบรรเทา.( 2554).การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสุรินทร์. *ยุวดี รอดจากภัย*. (2551). สืบค้นเมื่อวันที่ 14 เมษายน 2561 จาก [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms).
- ยุวดี รอดจากภัย และนิภา มหารัชพงศ์. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*.40,(2):175-181.
- ฤทัยรัตน์ชิตมงคล และเปรมฤดีบริบาล. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 22,(1):98-108.
- ยุพิน สุขเจริญ และ ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ จังหวัดนครปฐม. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*. 2.(2):14-25.

- เยาวเรศ ก้านมะลิ, อรัญ ชูยกระเตื้อง, และ ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ. (2014). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรบพยาบาลจบใหม่ โดยบูรณาการความฉลาดทางอารมณ์ในการดูแลอย่างเอื้ออาทร. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2563 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/49751/41184>.
- ระเบียบปฏิบัติการจ่ายยา งานเภสัชกรรม. (2545). โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่.
- รัชนีกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2557). การวัดและประเมินผลด้านพุทธิพิสัย. ใน ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาเครื่องมือวัดด้านพุทธิพิสัย หน่วยที่ 7 หน้า 23-26 พิมพ์ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
- รัชนีวัลย์ รักเกียรติเผ่า และคณะ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความปลอดภัยกับการปฏิบัติการให้ยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 8,(3):137-146.
- รัฐพล ประดับเวทย์. (2560). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านสำหรับนิสิตวิชาชีพครู มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต*. 10,(1):39-49.
- \_\_\_\_\_. (2560). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามแนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม Technology Learning Management Guidelines by using Bloom's taxonomy. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ISSN 1906-3431*. ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ ปีที่10 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน- ธันวาคม 2560. หน้า 1051-1065.
- รณชัย คนบุญ และคณะ. (2563). แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*. 10,(1):147-155.
- รายงานการประชุมทบทวนความเสี่ยงทางคลินิก เดือน พฤศจิกายน 2561. (2561). โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่.
- \_\_\_\_\_. เดือนกันยายน 2562. (2562). โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่.
- รายงานปฏิบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ปี 2559- 2562. (2559- 2562). โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่.
- ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์, และสุภาวดี นพจรจจินดา. (2554). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการ เรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียนและความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 4,(3):63-77.
- วันชัย มีชาติ.(2548). พฤติกรรมการบริหารองค์การสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วัฒนา (บุญคง) พันธุ์ศักดิ์ และสิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา. (2550). การบริหารยา. ใน ธรรมนูญสุรางค์ บุญจันทร์ ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์ และสิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, *ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล*, 231-232. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- วารุณี สุวรรวัฒนกุล และคณะ. (2559). ผลของการพัฒนาทักษะและระดับการสะท้อนคิดด้วยโปรแกรมเรียนรู้การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 27,(1):61-71.
- วิวัฒน์ ชัดติยะมาน และฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์.(2562). การปรับปรุงจุดมุ่งหมายทางการศึกษาของบลูม (Revised Bloom's Taxonomy). สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 จาก <http://www.watpon.com/journal/bloom.pdf>.
- . (2562). การปรับปรุงจุดมุ่งหมายทางการศึกษาของบลูม (Revised Bloom's Taxonomy). สืบค้นเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563 จาก: <http://www.watpon.com/th/mod/page/view.php?id=12>.
- วิมลลักษณ์ เรื่องวัฒนาโชค หนึ่งฤทัย สุกใส เชิดชัย สุนทรภาส. (2561). การประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของแผนกผู้ป่วยใน:กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*. 14,(4):18-28.
- วิชญ์ ทรัพย์สมบัติ .(2557). เจตพิสัยและทักษะพิสัยในกระบวนการจัดการศึกษา. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาเครื่องมือวัดด้านเจตพิสัยและทักษะพิสัย หน่วยที่ 8 หน้า 13-15 พิมพ์ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์
- ศศิกานต์ กาละ, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, และโสเพ็ญ ชูนวน. (2551). ผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26,(2):111 - 121.
- ศุภนิตย์ อินทาร์ักษ์. (2553). ความร่วมมือของเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพในการจัดการระบบการติดตามการให้ยาที่ต้องระมัดระวังสูงของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2563 จาก [cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/16082](http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/16082).
- ศิวพร แก้วสมสี และนนทวัน สุวรรณรูป. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 29,(3):101-112.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เริ่มใช้เพื่อการรับรอง HA ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

- สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาล และการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2550 - 2559*. นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.
- \_\_\_\_\_. (2552). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก [http://www.tnc.or.th/news\\_detail.php?news\\_id=2133](http://www.tnc.or.th/news_detail.php?news_id=2133).
- \_\_\_\_\_. (2553 ข). *พระราชบัญญัติการพยาบาลวิชาชีพและการผดุงครรภ์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก [http://www.tnc.or.th/file\\_attach/19Jan200723-AttachFile1169196803.pdf](http://www.tnc.or.th/file_attach/19Jan200723-AttachFile1169196803.pdf).
- \_\_\_\_\_. (2553). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก [http://www.tnc.or.th/law/PDF\\_file/81.pdf](http://www.tnc.or.th/law/PDF_file/81.pdf).
- \_\_\_\_\_. (2553). *สมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <http://110.164.68.234/nurse/files/ethics04.pdf>.
- \_\_\_\_\_. (2562). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2562 จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>
- สภาการพยาบาล (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับบัณฑิตและได้รับวุฒิปัตร์/หนังสืออนุมัติ แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>.
- สภาการพยาบาล.(2562). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562*. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 .18 เมษายน 2562, หน้า 30-37.
- สุทธนันท์ กัลลกะ และคณะ. (2559). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 93-108.
- สุรัชนี เคนสุโพธิ์. (2560). การฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี..(ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, อุดรธานี
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.). (2548). *การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์*. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง สมรรถนะของข้าราชการ. 31 มกราคม 2548.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.(2552). *คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ: ภาพรวมระบบบริหารผลงาน และ ระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ*. นนทบุรี : พี. เอ. ลิฟวิง, 2552.

- สมเกียรติ ปานวัชราคม. (2550). *การประเมินผลโครงการฝึกอบรมผู้บังคับบัญชาลูกเสือ หลักสูตร วิชาผู้กำกับลูกเสือสามัญรุ่นใหญ่* ขึ้นความรู้เบื้องต้นของนักศึกษา สาขาการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- สมบุรณ์ ชิตพงศ์. (2558). การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดด้านพุทธิพิสัย. ใน *ประมวลสาระ วิชา สถิติ วิจัย และประเมินผลการศึกษา* หน้าที่ 15 หน้าที่ 5.32 (พิมพ์ครั้งที่ 7) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
- สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล. (2548). *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัช โรงพยาบาล.
- สมฤทัย บุญชูดวง, วิจารณ์จุฑาสันติกุล, อำ พรธณ จันทโรกร และวิรัตน์วินวงศ์. (2555). ศึกษา ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการฝึกหายใจแบบมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. *ศรีนครินทร์เวชสาร*.27,(2):139-146.
- สุกัญญา รัศมีโชติ. *แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วย Competency - based Learning*. (2548) กรุงเทพฯ : ศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ต, 2548.
- สุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง (2018). บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะภูมิไวเกิน และปฏิกิริยาจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562 จาก <http://thaidj.org/index.php/TCJ/article/view/6305>.
- สุธานันท์ กัลละ และคณะ. (2562). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์หนังตะลุงและคู่มือการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 146-156.
- สุปราณี เสนาดิสัย, และเยาวลักษณ์ เล้าหะจินดา. (2554). หลักการพยาบาลในการให้ยาแก่ผู้ป่วย. ใน *สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช (บก), การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 13). หน้า 341-386. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง
- สุปราณี เสนาดิสัย, และวรรณภา ประไพพานิช. (2554). การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- \_\_\_\_\_. (2558). หลักการพยาบาลในการให้ยา สารน้ำและเลือด. ใน *สุปราณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช, การพยาบาลพื้นฐาน* (หน้า 431-437). กรุงเทพฯ: จุฑทอง
- สมลดา กระจวีพันธ์. (2554) การพัฒนารูปแบบการบริหารยาตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปิฎกจังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรเดช ศรีอังกูร. (2558). *10 R กับการใช้ยาอย่างปลอดภัย*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2561 จาก <https://www.slideshare.net/SuradetSri/10-r-53263929>.
- สุพรรณิ กัณดิลก, และ ตรีชฎา ปุณสำเร็จ. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การออกแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาล และการศึกษา*. 9,(1):1-14.

- โสภภาพรรณ อินตะเผือก. (2557). การลดความคลาดเคลื่อนทางยา : การบริหารยาโดยใช้กระบวนการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 37, (4):139-146.
- โสภิตา ทัดพิณิจ. (2548). การพัฒนารูปแบบการสอน ที่ส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป12/2. (2558). *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา หน่วยงานศัลยกรรมทั่วไป 12/2*. Available from: <http://med.swu.ac.th>: [http://www.med.swu.ac.th/msmc/w12-2/images/banners/CQI\\_cited\\_2018/10/2](http://www.med.swu.ac.th/msmc/w12-2/images/banners/CQI_cited_2018/10/2)
- อัจฉรา พุ่มพวง และคณะ. (2549). การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสภากาชาดไทย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2557). ร้อยผลึก HA (HA Update 2014). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <https://www2.nmd.go.th/sirikit/srkhosp/www/MainKm/data/HA%20update/8.HA%20%20update2014%20.pdf>.
- อภิสร่า จังพานิช และ อรชร ศรีไทรล้วน. (2558). ผลของการใช้วิถีทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22 (1):17-34.
- อากาศ อาจสนาม, พระครูสังฆรักษ์เกียรติศักดิ์ กิตติปัญโญ,และนภัทร์ แก้วนาค (2015). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเชิงพุทธบูรณาการของพยาบาล สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ. สืบค้นจาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jsr/article/view/245425>.
- อภิญา อินทรรัตน์ และคณะ. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเรียนการสอนโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อของอาจารย์พยาบาลและนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 17,(2):184-193.
- อภิฤดี เหมะจุฑา. (2531). ระบบการกระจายยูนิตได้ส.กรุงเทพมหานคร.ภาควิชาเภสัชกรรม. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ สร้อยประเสริฐ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วิทยาลัยศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเกื้อการุณย์*.24,(1):118 -129.
- อาภรณ์ พุกุล และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*.7,(2):253 - 260.

- อิศรภรณ์ รินโรสง. (2557). การหาค่าหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีความเที่ยงตรงเชิง เนื้อหา (content validity index –CVI). ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการ จัดการ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้นจาก <https://sites.google.com/site/stats2researchs/student-of-the-month/johndoe>.
- Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Addison Wesley Longman.
- Anderson, L.W., Krathwohl, D.R., Airasian, P.W., Cruikshank, K.A., Mayer, R.E., Pintrich, P.R., Raths, J., Wittrock, M.C. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Pearson, Allyn & Bacon.
- Anderson, Lorin W., David R. Krathwohl, et. al. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. Abridged ed. New York: Longman.  
<http://wiwatmee.blogspot.com/2012/09/blooms-revised-taxonomy-in-2001.html>  
<http://saranslive.blogspot.com/2010/01/blooms-taxonomy-revised.html>
- Ann c. Hurley and others (2006) "The Medication Administration System -Nurses Assessment of Satisfaction (MAS-NAS) Scale" *Journal of Nursing Scholarship*. 38,3: 298-300.
- Arnould de Nadaillac. (2003). *The definition of competencies* (online). [cited 2019 May 12]. Available from: <http://competency.rmutp.ac.th>. cited 2019/05/12.
- Benner (1984). P. From novice to expert. California : Addison-Wesley, 1984. David, C. M. Human Relation at Work : The Dynamic of Organizational Behavior. New York : McGraw-Hill, 1992.
- . (1984). *Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bloom, B.S. (Ed.). Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl, D.R. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- Bloom, Engelhart, Furst, Hill & Krathwohl. (1956). *Bloom's taxonomy-Learning domains*. Retrieved June 11, 2013, from <http://www.businessballs.com/bloomstaxonomyoflearningdomains.htm>
- Bloom, Benjamin . (1956). *Taxonomy of Education Objectives Handbook I: Cognitive Domain*. New York : David McKay Company. Inc.

- Bloom. (1975). *Bloom's taxonomy*. Retrieved April 14, 2013, from [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/Dcms](http://digital_collect.lib.buu.ac.th/Dcms)
- Bloom BS. (1971) *Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Bord Altranais agus Cnáimhseachais na hÉireann Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2018). *Standards for Registered Nurses and Midwives on Medication Administration (2018) DRAFT*. Ireland.
- Boyle, Patrick G. (1981). *Planning Better Program*. New York: Mc Graw Hill Book Company.
- Bradshaw, M.J. (2014). Chapter 1: Effective Learning: What Teachers Need to Know. In: *Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions*. Bradshaw M.J & Lowenstein A.J. (editors). 6<sup>th</sup> edition, 6-13. Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Brown, J.W. (1973). *Instruction Technology Media and Method*. New York : McGraw -
- Rogers, C.R. 1969. *Freedom to learn*. Columbus : Charles E. Merrill Publishing Co.
- Caffarella, R.S. (2002) *Planning Programs for Adult Learners*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Clores, R. M. (2015, JULY 25). *nursingcrib*. Available from: <https://nursingcrib.com/nursing-notes-reviewer/fundamentals-of-nursing/10-rs-in-giving-medication/> cited 2018/10/2.
- Craven, R.F., & Hirnle, C. J. (2009). *Fundamentals of nursing: human health and function* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. deWit, S. C. 2009. *Medical-surgical nursing : Concepts & practice: Student learning guide*. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Ganong, J. M., and Ganong, W. L. (1980). *Nursing management*. 2<sup>nd</sup>ed. London: An Aspen.
- Hicks RW., Becker SC. and Windle PE. (2007) Medication errors in the PACU. *Peri anesthesia Nursing*. 22, (2):413-9.
- Institute of Medicine. *To err is human: Building a safer health system* [Online]. 1999 Nov [cited 2020 May 12]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
- Intarak S. *Collaboration of pharmacists and health care team on the management of High Alert Drug monitoring system for inpatient services at Sarapee Hospital, Chiang Mai Province* (master's thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010: 3. (in Thai)
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. (2006). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.



- Jones, R. P. (2007). *Nursing leadership and management : Theories, processes, and practice*. Philadelphia: F. A. Davis
- Kunnasuta, S., Sriarporn, P., Supavititpatana, B., Indarangkura NaAyutthaya, A., & Chaiwipassatorn, W. (2015). Development of a Multimedia Electronic Book on Preparation for Practice at Special Screening Obstetrics–Gynecology Unit for Nursing Students. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai)
- Karampour, S., &Bojarpour, M. (2012). An Implementation of TPB Method for Learning Important Factors Influencing Knowledge Sharing. *Management Science Letters.*, 2, (7):2293-2300.
- Krathwohl, D. R. (2012). A revision of Bloom’s Taxonomy : an overview. London : Routledge.
- Lothian, Ferrence & Kaiserman. (1996). *Restrictions on smoking*. Retrieved from [http://digital\\_collect.lib.buu.ac.th](http://digital_collect.lib.buu.ac.th). cited 2019/06/11.
- McClelland, D. C. (. (1970). Test for Competency rather than intelligence. *American Psychologists.*17,(7):57-83.
- Matt Bodell.2015. The 10 Rights of Medication Administration. Nursingnote. Available from: <https://nursingnotes.co.uk/resources/10-rights-of-medication-administration/>. cited 2018/10/20.
- Matt Vera, 2020. The 10 Rights of Drug Administration.Fundamentals of Nursing. Available from: <https://nurseslabs.com/10-rs-rights-of-drug-administration/>. cited 2018/10/20.
- Max social การเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูมสี่บคั่น จาก <https://sites.google.com/site/anansak2554/thvsdi-kar-reyn-ru-khx-ngblum>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). (1996). Recommendations for correct error prone aspects of prescription writing. Available from : [www.nccmerp.org](http://www.nccmerp.org). cited 2018/10/20.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). (2001). Recommendations to reduce medication error associated with verbal medication orders and prescriptions. Available from : [www.nccmerp.org](http://www.nccmerp.org). cited 2018/10/20.

- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? New York, NY: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; 2015. (<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>, accessed 19 September 2016).
- Noe, R.A. (2005). Employee Training and Development. 8 th Edition .New York: McGraw-Hill.
- \_\_\_\_\_. (2008). Employee Training and Development. 10th Edition. New York: McGraw-Hill
- Nettina, S. M. (2006). Lippincott manual of nursing practice. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). Basic nursing: Essentials for practice. (5 th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Ronda G. Hughes; Mary A. Blegen. Chapter 37 Medication Administration Safety. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.
- Senafikish Amsalu Feleke. (2015). Medication administration error: magnitude and associated factors among nurses in Ethiopia. Available from: [https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-015-0099-1?fbclid=IwAR3h3KzB9\\_DM9OUxDn6VswJF4eJBfkEVSi-SVMxbJI51Ol78YuV5YIPIVLg](https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-015-0099-1?fbclid=IwAR3h3KzB9_DM9OUxDn6VswJF4eJBfkEVSi-SVMxbJI51Ol78YuV5YIPIVLg). cited 2019/02/10.
- Sharon Edwards and Sue Axe. (2015). The ten 'R's of safe multidisciplinary drug administration Nurse Prescribing 2015 Vol 13 No 8. page 352-360.
- Sirikanya 926. (2014). ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy) Available from : <https://sirikanya926.wordpress.com/2014/01/18/%E0%B8%97%E0%B8%A4%E0%B8%A9%E0%B8%8E%E0%B8%B5%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%>
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2008). Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Timby, B. K. (2009). Fundamental: Nursing skills and concepts. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Vivian Nwagwu.(2016). Ten Rights of Medication administration and Management. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2561 จาก <https://www.youtube.com/watch?v=IFM5I2PfuLc>.

World Health Organization. Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care.

Available from : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252274/1/9789241511643-eng.pdf>. cited 2018/11/24.

World Health Organisation. Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm.

(2017). <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>. Accessed 22 Feb 2018.

Yimyam, S., Chareonsanti, J., & Kannasud, S. (2014). Development of Electronic Multimedia: Primary Knowledge regarding Maternal Breastfeeding for Nursing Students. *Journal of Nursing*. 41,(4):70-82.

Zayyanu Shitu1, et al, 2020. Prevalence and characteristics of medication errors at an emergency department of a teaching hospital in Malaysia. Available from : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-4921-4>. cited 2020/01/22.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



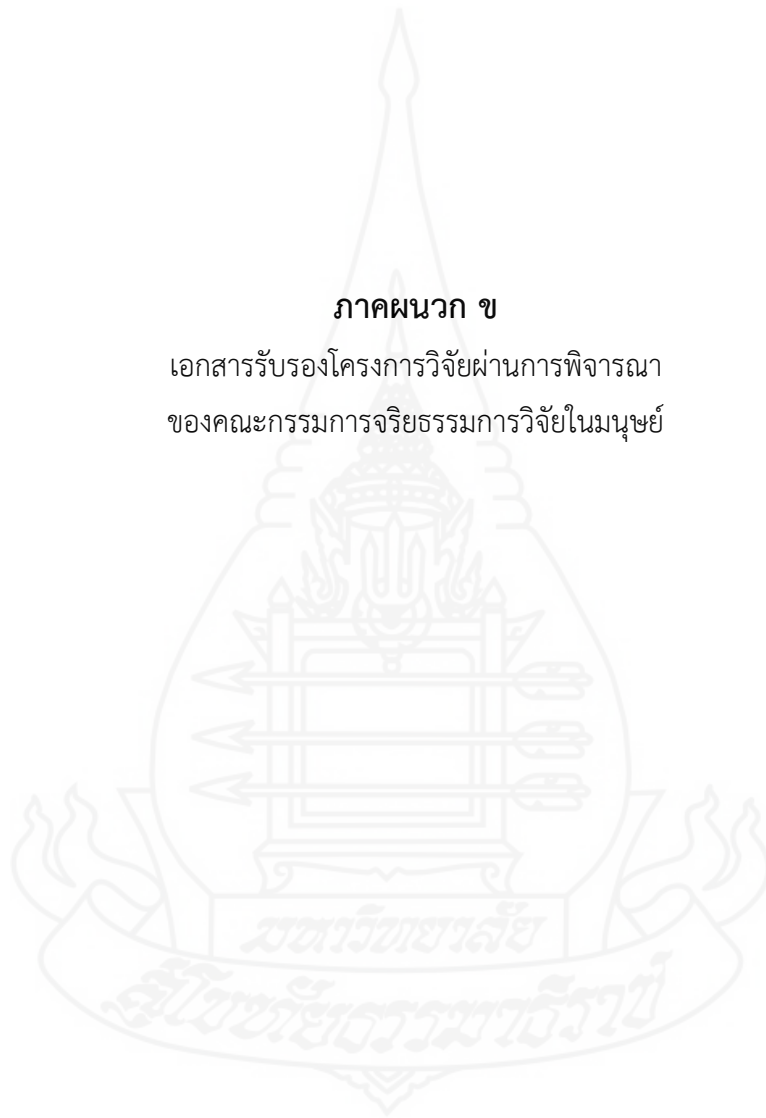
### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| 1 | ดร.กัญญาณัฐ์ สาธกธรรณัณย์   | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร   |
| 2 | ดร.เสาวภา เต็ดชาติ          | อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่   |
| 3 | เภสัชกรหญิง ขวัญใจ เพิ่มพูล | เภสัชกร ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลรื่องวาง   |
| 4 | อาจารย์สมจิตร สุทณะ         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนัก<br>อายุรกรรม ประจำโรงพยาบาลแพร่   |
| 5 | อาจารย์ฉัตรสุดา จำรัส       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยหัวหน้างานหอผู้ป่วย<br>อายุรกรรมชาย 1 กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด<br>(Pharmacy and Therapeutics Committee:PTC)<br>ประจำโรงพยาบาลแพร่ |



**ภาคผนวก ข**

เอกสารรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณา  
ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (แบบหลัง)  
 กระทรวงสาธารณสุข  
 ที่อยู่เลขที่ 25 ถนน บ้านใหม่ ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ รหัสไปรษณีย์ 54000  
 โทร. 0 5451 1145 ต่อ 102

เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : (ไทย) - ผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดแพร่  
 (English) - The Effectiveness of Nursing Competency Development with Drug Administration Error at a Community Hospital in Phrae Province.

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางจินนา รสเข้ม

สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลร่องวาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

เอกสารรับรอง

รายงานการทบทวนแบบยกเว้นการพิจารณา (Exemption Review Report)

ลงนาม: .....

( นายจรร วีนัยพานิช )

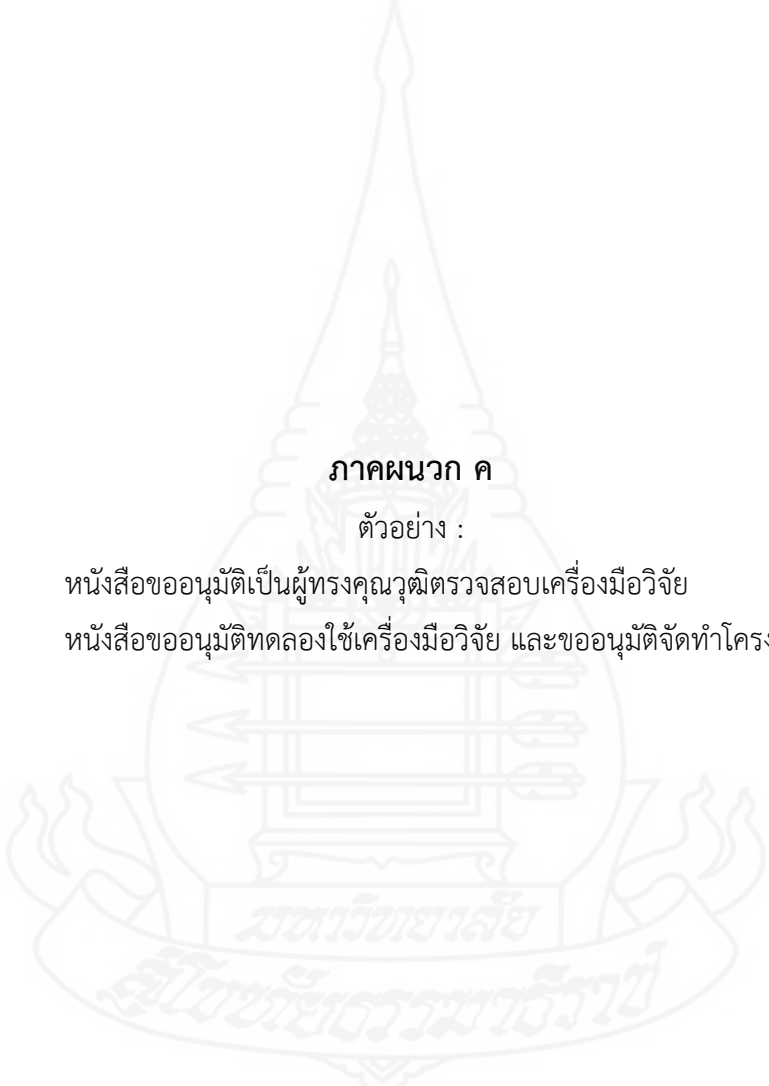
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

วันที่รับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม : 15 / พฤษภาคม / 2563

หมายเหตุ ไม่ต้องทบทวนต่อเนื่อง (การแก้ไขเปลี่ยนแปลง, รายงานความก้าวหน้า, รายงานเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย, อื่นๆ)





**ภาคผนวก ค**

ตัวอย่าง :

หนังสือขออนุมัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

หนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขออนุมัติจัดทำโครงการ



ที่ อว 0602.26/ว 179

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กุมภาพันธ์ 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ด้วย นางจินนา รสเข้ม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดแพร่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.กัญญาณัญญ์ สารธรรมณันย์บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*Andee Kodsak*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร 085-0399392 (นางจินนา รสเข้ม)

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.กัญญาณัญญ์ สารธรรมณันย์



ที่ อว 0602.26/ว 179

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๒ กุมภาพันธ์ 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.กัญญาณัฐ์ สาธกธรมธันธ์

ด้วย นางจินนา รสเข้ม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดแพร่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร 085-0399392 (นางจินนา รสเข้ม)



ที่ อว 0602.26/ว490

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

19 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอง

ด้วย นางจินนา รสเข้ม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาล  
ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดแพร่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัทธยา แก้วสาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยโดย  
ใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้  
ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ : 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 08-1981-2912 (นางจินนา รสเข้ม)



ที่ อว 0602.26/ว490

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

19 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่งควาง

ด้วย นางจินนา รสเข้ม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาล  
ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดแพร่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย  
โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs และแบบประเมินสมรรถนะ  
พยาบาลด้านการบริหารยา ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียด  
เกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการขอทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ส่ง: 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ : 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 08-1981-2912 (นางจินนา รสเข้ม)

โครงการพัฒนาระบบยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา ๑๐ Rs

สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ข้อที่ ๑. People Excellence

สอดคล้องกับโครงการกระทรวง ๔๐ โครงการ

แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ นางจินนา รสขัม โทรศัพท์ ๐๕๔-๕๙๗๑๑๕ มือถือ ๐๘-๕๐๓๙-๙๓๗๒

E-mail [jinna๓๗๔๘@hotmail.com](mailto:jinna๓๗๔๘@hotmail.com)

**๑. หลักการและเหตุผล**

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ประกาศ “The Third Global Patient Safety Challenge Medication Without Harm” และให้ความสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา “Reduce severe avoidable medication-related harm by ๕๐%, globally in the next ๕ years (The Second Global Ministerial Summit on Patient Safety, ๒๙-๓๐ March ๒๐๑๗, Bonn Germany) โดยมีการจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามการแบ่งของ National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) สหรัฐอเมริกา เป็น ๙ ระดับ เป็นระดับ A ถึงระดับ I ประเทศไทยได้นำการจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามการแบ่งของ NCCMERP มาใช้ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ มีระบบจ่ายยาผู้ป่วยในแบบหนึ่งหน่วยต่อวัน One day dose หรือ Daily dose System คือ การจัดยาสำหรับการบริหารยาผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใน ๑ วัน มาประยุกต์ใช้ซึ่งการเตรียมยาในหอผู้ป่วยใน เกสซิกอร์จะเป็นผู้เตรียมยาตามคำสั่งของแพทย์ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของยาทุกชนิดก่อนเตรียมยาและก่อนให้ยาให้แก่ผู้ป่วย ตามคำสั่งของแพทย์โดยใช้หลักการบริหารยา ๖ R มีการใช้ใบ Medication Administration Record (MAR) ในการบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และใช้ใบ MAR เพื่อพิจารณาความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ ระหว่างนอนโรงพยาบาล และออกโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานของระบบการบริหารยา ๖ Rs ซึ่งมีการใช้ใบ MAR ในการบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย พบรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration Error) ของพยาบาลผู้ป่วยใน ปี ๒๕๖๐ คิดเป็น ๒.๐๕ ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน พบความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย ๔๘% ไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย ๑๖% ไม่ได้คืนยาเดิมให้ผู้ป่วย ๑๒% ให้ยาผิดคน ๔% ให้ยาผิดขนาด ๔% ให้ยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ ๔% ให้ยาผิดเวลา ๔% ให้ยาที่ห้ามใช้ ๔% และไม่ได้ลงชื่อให้ยา ๔% ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ C ๖๘% รองลงมาเป็นระดับ B ๒๐% ระดับ D ๘% และระดับ A ๔% ปี ๒๕๖๑ คิดเป็น ๓.๒๔ ต่อ

## ๙.งบประมาณ

เบิกงบประมาณส่วนตัว จำนวน ๗,๖๕๐ บาท

จัดอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา ๑๐ Rs ให้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและแผนกอุบัติเหตุ ลูกเงิน มีประสบการณ์ทำงาน ๑ ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน ๕๐ คน

|  |           |
|--|-----------|
| ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๕๐ คน ๒๕ บาท                | ๑,๒๕๐ บาท |
| ค่าวิทยากร ชั่วโมงละ ๙๐๐ บาท ๓ ชั่วโมง จำนวน ๒ รุ่น          | ๕,๔๐๐ บาท |
| ค่าจัดทำคู่มือการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา ๑๐ R |           |
| จำนวน ๕๐ เล่ม เล่มละ ๒๐ บาท                                  | ๑,๐๐๐ บาท |
| รวมทั้งสิ้น  | ๗,๖๕๐ บาท |
| รวมทั้งสิ้น (-เจ็ดพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน-)                   |           |

## ๑๐.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมมีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา ๑๐ Rs สูงกว่าก่อนอบรม

## ๑๑.วิธีประเมินผล

หลังการอบรม พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมมีคะแนนแบบทดสอบสมรรถนะด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา ๑๐ Rs ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งหมายถึง มีความรู้ ทักษะ เจตคติ ในระดับสูง

## ๑๒.การจัดทำโครงการ

ลงชื่อ.....จินนา รสเข้ม.....ผู้จัดทำโครงการ

(นางจินนา รสเข้ม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เลขานุการทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ (PCT)

ลงชื่อ.....*ปวีรินทร์*.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางนารินทร์ แก้วสุทธิ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลรื่องขวาง

๑๓.ผู้อนุมัติโครงการ

ลงชื่อ.....*ปิง*.....ผู้อนุมัติโครงการ

(นายรุ่งกิจ ปินใจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรื่องขวาง





### กำหนดการอบรม

โครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs  
วันที่ 10 สิงหาคม 2563 และ วันที่ 14 สิงหาคม 2563 เวลา 13.00 น. – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมผานางคอย โรงพยาบาลร็องกว้าง จังหวัดแพร่

|                          |  |
|--------------------------|--|
| เวลา 12.45 น. – 13.00 น. | ลงทะเบียน  |
| เวลา 13.00 น. – 13.45 น. | คุณนารีรัตน์ แก้วสุทธิ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล<br>กล่าวเปิดการอบรม และ ให้ความรู้ เรื่อง บทบาทของ<br>พยาบาลในการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs   |
| เวลา 13.45 น.– 14.30 น.  | เภสัชกรหญิง ขวัญใจ เพิ่มพูล เภสัชกรชำนาญการ วิทยากร<br>ให้ความรู้ เรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา และ การติดตาม<br>ความคลาดเคลื่อนทางยา  |
| เวลา 14.30 น. – 16.30 น. | อาจารย์ โยชิตา จรัสรัตน์ไพบูลย์<br>อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่<br>วิทยากรให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ<br>เรื่อง หลักการบริหารยา 10 Rs ขั้นตอนและแนวปฏิบัติใน<br>บริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลัก 10 Rs<br>ซักถาม ข้อเสนอแนะ และปิดการประชุม |



**ภาคผนวก ง**

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

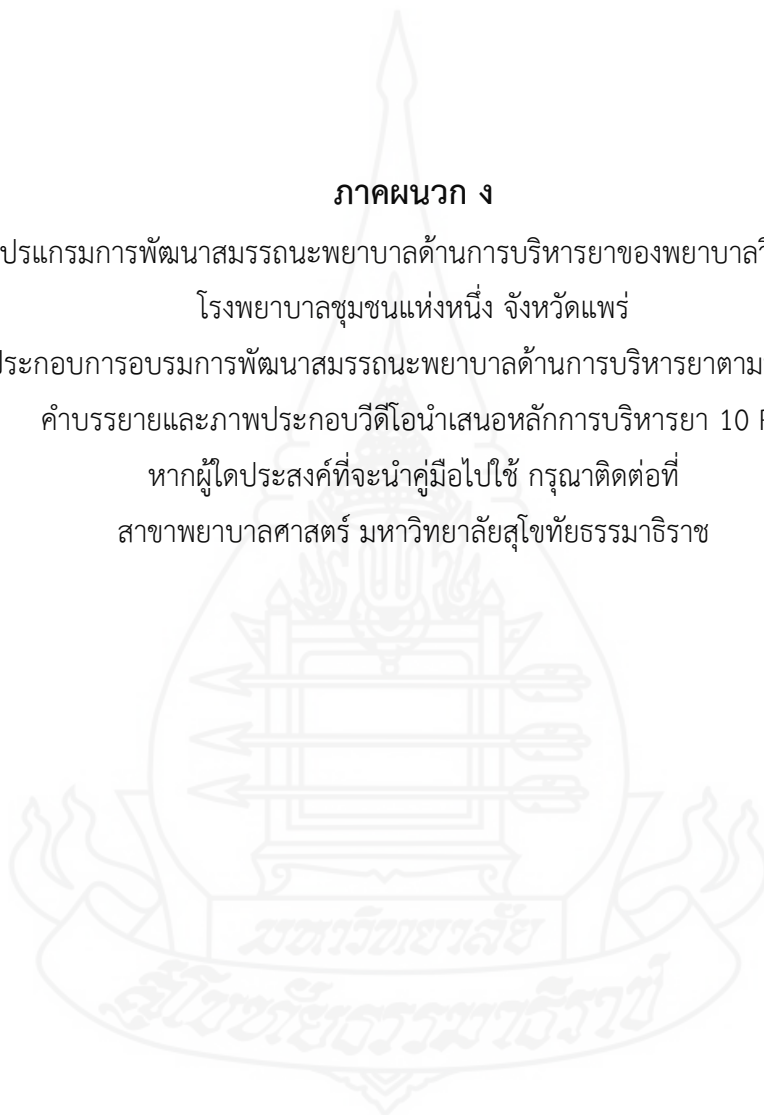
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

คู่มือประกอบการอบรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs

คำบรรยายและภาพประกอบวีดิโอนำเสนอหลักการบริหารยา 10 Rs

หากผู้ใดประสงค์ที่จะนำคู่มือไปใช้ กรุณาติดต่อที่

สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



## คู่มือการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามหลักการบริหารยา 10 Rs



โดย

นางจินนา รสเข้ม

นักศึกษาปริญญาโท แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## คำนำ

การปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยามีขอบเขตตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล โดยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา เมื่อแพทย์เขียนคำสั่งการให้ยาในใบคำสั่งการรักษา พยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ยาอย่างเคร่งครัด และตรวจสอบคำสั่งนั้นให้ครบถ้วน ถูกต้องตามหลักการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย ซึ่งบทบาทของพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้หลักมาตรฐานการให้ยา และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการให้ยาตามนโยบายของโรงพยาบาล หน่วยงาน และสถาบันนั้น ๆ อย่างเคร่งครัด หากพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรู้ ตระหนักในความรับผิดชอบ มีความรอบคอบ และพิจารณาเหตุผลของกิจกรรมพยาบาลที่ต้องเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ก็จะช่วยให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุขและไม่ต้องกังวลกับข้อผิดพลาด หรือการฟ้องร้องต่าง ๆ พยาบาลต้องหาทางป้องกันเพื่อให้เกิดการผิดพลาดน้อยที่สุด จะช่วยทำให้ไม่เกิดการผิดพลาดหรือเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการอบรมให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาต่อปฏิบัติการความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา และศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่

ผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้และแนวทางในการศึกษาจัดทำคู่มือ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ทุก ๆ ท่าน

จินนา รสเข้ม

มกราคม 2563

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| คำนำ   | ก    |
| สารบัญ   |      |
| 1. หลักการบริหารยา 10 Rs   | 1    |
| 2. ขั้นตอนและแนวปฏิบัติในการบริหารยาสำหรับพยาบาล<br>ตามหลักการบริหารยา 10 Rs | 7    |
| 3. บทบาทของพยาบาลในการบริหารยาตามหลัก 10 Rs                                  | 13   |
| 4. ความคลาดเคลื่อนทางยา  | 16   |



คำบรรยายและภาพประกอบ วีดิโอนำเสนอหลักการบริหารยา 10 Rs



fppt.com

หลักการบริหารยา 10 Rs



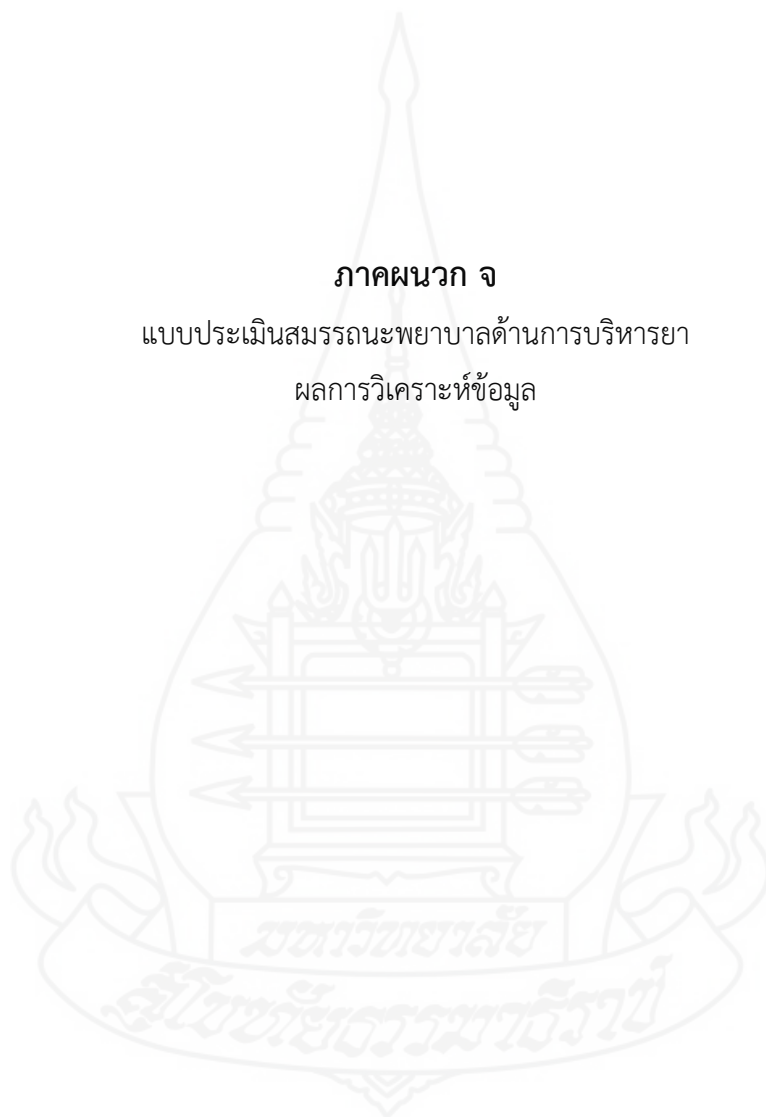
fppt.com

เป้าหมายสำคัญของการบริหารยา คือ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

**ภาคผนวก จ**

แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล



แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา  
หมายเลขเอกสาร

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด  
แพร่

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs จำนวน 37 ข้อ ดังนี้
    - 1) หลักความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right Patient/Client) จำนวน 4 ข้อ
    - 2) หลักความถูกต้องด้านยา (Right Drug) จำนวน 4 ข้อ
    - 3) หลักความถูกต้องด้านขนาดยา (Right Dose) จำนวน 4 ข้อ
    - 4) หลักความถูกต้องด้านเวลา (Right Time and Frequency) จำนวน 4 ข้อ
    - 5) หลักความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา (Right Route) จำนวน 4 ข้อ
    - 6) หลักความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา (Right Documentation) จำนวน 4 ข้อ
    - 7) หลักความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับยาของผู้ป่วย (Right to Refuse) จำนวน 3 ข้อ
    - 8) หลักความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา (Right History and Assessment) จำนวน 3 ข้อ
    - 9) หลักความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา (Right Drug-Drug Interaction and Evaluation) จำนวน 3 ข้อ
    - 10) หลักความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีสิทธิที่จะ ได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ (Right to Education and Information) จำนวน 4 ข้อ
    - 11) การบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 1 ข้อ

แบบทดสอบสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs จัดแบ่งตามการประเมิน  
ความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 37 ข้อ ดังนี้

- 1) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 13 ข้อ



2) แบบประเมินเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 11 ข้อ

3) แบบประเมินทักษะและความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs จำนวน 13 ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผยในที่ใดๆ และผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อท่านและหน่วยงานของท่านแต่อย่างใด

4. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 010/2563

จึงขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถาม และแสดงความคิดเห็นของท่าน เพื่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล อนึ่งเมื่อท่านได้รับแบบสอบถามนี้แล้ว หากท่านไม่ยินดีตอบ สามารถยกเลิกได้โดยไม่ต้องส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางจินนา รสเข้ม

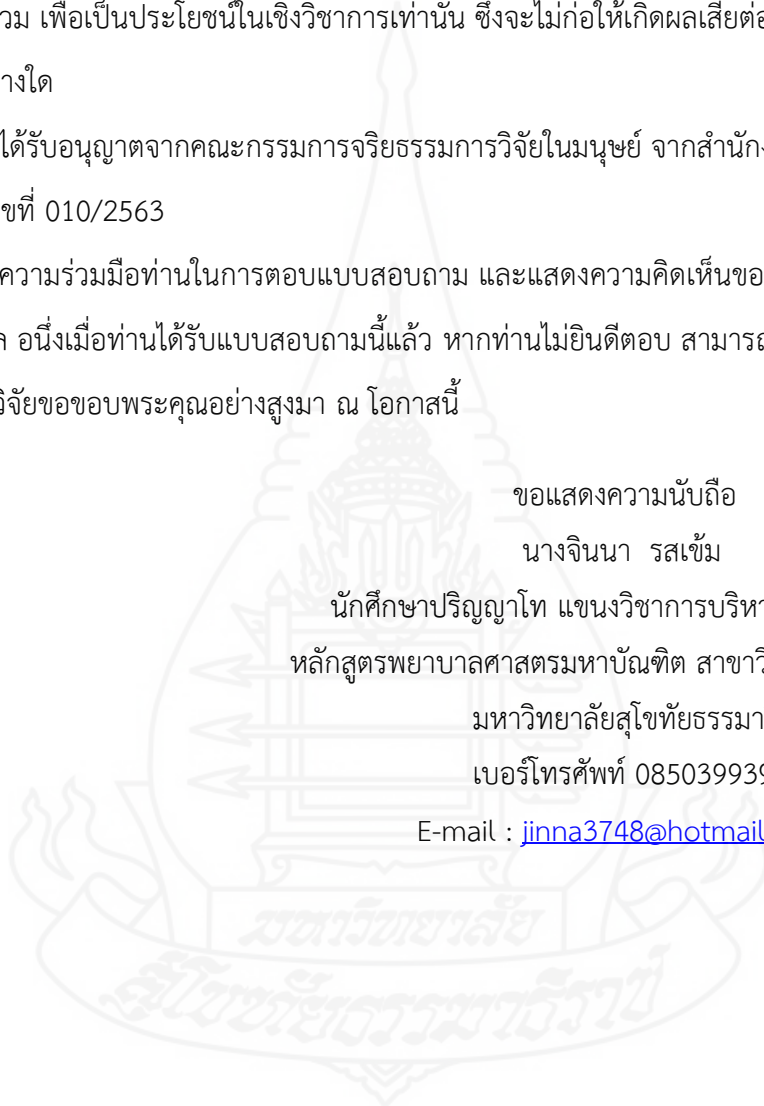
นักศึกษาปริญญาโท แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

เบอร์โทรศัพท์ 0850399392

E-mail : [jinna3748@hotmail.com](mailto:jinna3748@hotmail.com)



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่เว้นไว้  
ตามความเป็นจริงแต่ละข้อความเพียงข้อความเดียว จำนวน 6 ข้อ

1. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนให้คิดเป็นปี)

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 21-30 ปี | <input type="checkbox"/> 3. 41-50 ปี |
| <input type="checkbox"/> 2. 31-40 ปี | <input type="checkbox"/> 4. 51-60 ปี |

2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล.....ปี (เกิน 6 เดือนให้คิดเป็นปี)

- |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 1-5 ปี   | <input type="checkbox"/> 4. 16-20 ปี | <input type="checkbox"/> 7. 31-35 ปี |
| <input type="checkbox"/> 2. 6-10 ปี  | <input type="checkbox"/> 5. 21-25 ปี | <input type="checkbox"/> 8. 36-40 ปี |
| <input type="checkbox"/> 3. 11-15 ปี | <input type="checkbox"/> 6. 26-30 ปี |                                      |

3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นเวลา.....ปี (เกิน 6 เดือนให้คิดเป็นปี)

- |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 1-5 ปี   | <input type="checkbox"/> 4. 16-20 ปี | <input type="checkbox"/> 7. 31-35 ปี |
| <input type="checkbox"/> 2. 6-10 ปี  | <input type="checkbox"/> 5. 21-25 ปี | <input type="checkbox"/> 8. 36-40 ปี |
| <input type="checkbox"/> 3. 11-15 ปี | <input type="checkbox"/> 6. 26-30 ปี |                                      |

4. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล | <input type="checkbox"/> 3.พยาบาลประจำการ      |
| <input type="checkbox"/> 2.หัวหน้าหอผู้ป่วย      | <input type="checkbox"/> 4.อื่นๆ โปรดระบุ..... |

5. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | <input type="checkbox"/> 2.ปริญญาโท            |
| <input type="checkbox"/> 3.ปริญญาเอก               | <input type="checkbox"/> 4.อื่นๆ โปรดระบุ..... |

6. ชื่อหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานปัจจุบัน

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1.OPD | <input type="checkbox"/> 4.LR                  |
| <input type="checkbox"/> 2.ER  | <input type="checkbox"/> 5.OR                  |
| <input type="checkbox"/> 3.IPD | <input type="checkbox"/> 6.อื่นๆ โปรดระบุ..... |

### ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อสอบแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว และทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับตัวอักษรหน้าคำตอบที่ท่านเลือก จำนวน 37 ข้อ โดยแต่ละข้อมีความหมาย และมีเกณฑ์เลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกให้            1            คะแนน            ตอบผิดให้            0            คะแนน

**ระดับคะแนน****ความหมาย**

30 คะแนนขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 80 – 100

หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในระดับสูง

23-29 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 60 – 79

หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 23 คะแนน คิดเป็น น้อยกว่าร้อยละ 60

หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถด้านการบริหารยา ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ในระดับต่ำ

จงใช้สถานการณ์นี้ตอบคำถาม ข้อ 1-ข้อ 8

ผู้ป่วยหญิงมีแผลที่นิ้วนางเท้าขวามา 10 วัน รับไว้ใน รพ. วันต่อมาพบว่าแผลมีหนอง แพทย์จึงส่ง debridement แผลและถอดเล็บที่ ER ได้เล็บมีเนื้อตาย แพทย์สั่งให้ cloxacillin 1 gm i.v. q 6 hr. พยาบาลจึงให้ยา cloxacillin จาก Stock ยาของ ward ฉีดให้ทาง i.v. หลังให้ยา 5 นาที ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน และมีผื่นขึ้นตามตัว พยาบาลหัวหน้าผู้รับคำสั่งแพทย์ ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา cloxacillin ในเวชระเบียน จึงสั่งหยุดการให้ยา และได้ให้การรักษาช่วยเหลือแบบทันที่วงที่ โดยให้

Adrenaline (1:1,000 (1mg/ml) solution) 0.5 mg i.m. stat และต่อด้วย

Adrenaline (1:1,000 (1mg/ml) solution) 1mg in D5W 250 ml i.v. drip rate 15 ml/hr

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเปลี่ยนให้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นแทน

1. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน และมีผื่นขึ้นตามตัว หลังได้รับยา cloxacillin สิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำตามหลักการบริหารยา Right History and Assessment คืออะไร

ก.หยุดการให้ยาทันที

ข.รายงานแพทย์เวรทราบทันที

ค.สังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดดลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

ง.ลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

2. จากสถานการณ์นี้ มีความคลาดเคลื่อนทางยาใด เพราะเหตุใด

ก. Right Drug ให้ยาปฏิชีวนะผิดชนิด

ข. Right Dose ให้ยาที่มีปริมาณมากเกินไป

ค. Right Route ให้ยาผิดวิธีทางที่ควรให้

ง. Right History and Assessment ขาดการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในเวชระเบียน

- 3.พยาบาลในเวรนั้น ควรจะอย่างไรก่อนบริหารยา cloxacillin เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ
- ก.ซักประวัติแพ้ยาจากผู้ป่วยและญาติ
- ข.ตรวจสอบขนาดของยาให้ตรงกับคำสั่งการรักษา
- ค.แล้วตรวจสอบประวัติแพ้ยาจากเวชระเบียน ใบคำสั่งการรักษา และใบบันทึกการให้ยา
- ง.ถูกทั้ง ข้อ ก และข้อ ค

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 ผลคะแนนแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารยาตามหลัก 10 Rs ก่อน และ หลัง เข้าร่วมโปรแกรม

| ลำดับที่ | Pre-test | Post-test |
|----------|----------|-----------|
| 1        | 34       | 37        |
| 2        | 36       | 37        |
| 3        | 36       | 36        |
| 4        | 35       | 37        |
| 5        | 35       | 37        |
| 6        | 34       | 37        |
| 7        | 30       | 37        |
| 8        | 26       | 37        |
| 9        | 28       | 37        |
| 10       | 35       | 37        |
| 11       | 34       | 37        |
| 12       | 34       | 36        |
| 13       | 33       | 37        |
| 14       | 32       | 37        |
| 15       | 36       | 37        |
| 16       | 36       | 37        |
| 17       | 35       | 37        |
| 18       | 31       | 37        |
| 19       | 32       | 35        |
| 20       | 33       | 37        |
| 21       | 35       | 37        |
| 22       | 35       | 37        |
| 23       | 32       | 37        |
| 24       | 36       | 37        |
| 25       | 35       | 37        |

| ลำดับที่ | Pre-test | Post-test |
|----------|----------|-----------|
| 26       | 33       | 37        |
| 27       | 32       | 37        |
| 28       | 33       | 37        |
| 29       | 35       | 37        |
| 30       | 35       | 37        |
| 31       | 35       | 37        |
| 32       | 35       | 37        |
| 33       | 34       | 37        |
| 34       | 35       | 37        |
| 35       | 34       | 37        |
| 36       | 36       | 37        |
| 37       | 33       | 37        |
| 38       | 34       | 34        |
| 39       | 32       | 33        |
| 40       | 25       | 31        |
| 41       | 35       | 37        |
| 42       | 36       | 37        |
| 43       | 35       | 37        |
| 44       | 33       | 37        |
| 45       | 30       | 32        |
| 46       | 32       | 37        |
| 47       | 35       | 35        |
| 48       | 36       | 37        |
| 49       | 35       | 37        |
| 50       | 35       | 35        |

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านผู้ป่วย  
ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านผู้ป่วย  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |    |       |
|--|-----------------|-------|---------|-----------------|----|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD | ระดับ |
| 1. เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางการ<br>บริหารยาผิดคน พยาบาลควรปฏิบัติตาม<br>หลักการบริหารยาดังต่อไปนี้ ยกเว้นข้อใด   | 68              | 47.12 | ปานกลาง | 100             | 0  | สูง   |
| 2. จากสถานการณ์นี้เกิดความผิดพลาดตาม<br>หลักการบริหารยาข้อใด   | 96              | 19.79 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| 3.ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ท่านคิดว่า มี<br>ความจำเป็นในการจัดแยกเตียงผู้ป่วยที่มี ชื่อ -<br>นามสกุลเหมือนกันให้อยู่ห่างกันคนละแถว<br>หรือไม่ เพราะเหตุใด                | 96              | 19.79 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| 4. ผู้ป่วยเด็ก หรือ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสน<br>ท่านคิดว่า การสอบถามชื่อ- สกุล ผู้ป่วย เป็น<br>แหล่งข้อมูลตัวบ่งชี้ที่เชื่อถือได้ก่อนให้ยาแล้ว<br>หรือไม่ อย่างไร | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| รวม  | 90              | 14.28 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านยา  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.พยาบาลต้องทำอะไรเป็นอันดับแรก กรณีที่<br>ให้ยาผิดชนิดและผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้ว  | 72              | 45.44 | ปานกลาง | 92              | 27.40 | สูง   |
| 2.แพทย์สั่งการรักษาด้วยยา Hydralazine 25<br>mg ทุก 6 ชั่วโมง แก่ผู้ป่วย 45 ปี ที่รับไว้ใน<br>โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยได้รับ HCTZ 25 mg<br>แทน พยาบาลมาทราบหลังจากนั้น 3 วัน เมื่อ<br>พบว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะมาก และมีอาการซึมลง<br>จากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ต้องให้สารน้ำ<br>ทดแทน จากสถานการณ์นี้ ท่านคิดว่าเกิดความ<br>คลาดเคลื่อนตามหลักการบริหารยาข้อใด | 96              | 19.79 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 3.พยาบาลควรปฏิบัติอย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้<br>เกิดความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดชนิด   | 98              | 14.14 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 4.โรงพยาบาลควรมีการกำหนดมาตรการในการ<br>ป้องกันความคลาดเคลื่อน กรณียาที่ชื่อคล้ายกัน<br>ลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ภาชนะบรรจุ ที่<br>คล้ายกันอย่างไร   | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| รวม   | 91.50           | 12.98 | สูง     | 98              | 6.85  | สูง   |

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านขนาดยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านขนาดยา  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |    |       |
|---|-----------------|-------|---------|-----------------|----|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD | ระดับ |
| 1. ท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ ที่พยาบาล<br>ผู้บริหารยาต้องทราบน้ำหนักตัวเด็กก่อนการ<br>บริหารยา                                  | 74              | 44.31 | ปานกลาง | 100             | 0  | สูง   |
| 2. ท่านคิดว่า การให้ยาชนิดเดียวกันแก่เด็กและ<br>ผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันหรือไม่เพราะเหตุใด   | 98              | 14.14 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| 3. การให้ Paracetamal 120 mg/5cc ลดไข้<br>เด็ก น้ำหนัก 12 kgs ควรให้ Paracetamal<br>ขนาดเท่าไรให้ถูกต้องตามหลักการบริหารยา<br>10 Rs | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| รวม   | 90.67           | 15.12 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านเวลา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านเวลา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|--|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1. ท่านคิดว่า ข้อใดกล่าวถึงประโยชน์ของการ<br>ตรวจสอบความถูกต้องของเวลาที่ให้ยาถูกต้อง<br>ที่สุด  | 80              | 40.41 | สูง   | 96              | 19.79 | สูง   |
| 2. เพื่อป้องกันการให้ยามืดจากเวลาที่กำหนด<br>หรือลืมให้ยา สิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้บริหารยา<br>จะต้องทำยกเว้นข้อใด                                   | 80              | 40.41 | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 3. หลังจากที่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยแล้ว พยาบาล<br>ผู้บริหารยาจะต้องทำอะไร เพื่อสื่อสารแก่<br>ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับทราบเวลาของการ<br>ได้รับยาของผู้ป่วย | 94              | 23.99 | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลรักษาได้<br>ถูกต้อง เหมาะสม หรือไม่   | 96              | 19.79 | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| รวม  | 87.5            | 18.38 | สูง   | 99              | 4.95  | สูง   |

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านวิถีทางที่ให้ยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านวิถีทางที่ให้ยา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.การบริหารยา Adrenaline แบบ intravenous infusion ต้องบริหารผ่านหลอดเลือดดำใหญ่โดยใช้ infusion pump เป็นการบริหารยาตามหลัก 10 Rs ข้อใด  | 64              | 48.49 | ปานกลาง | 96              | 19.79 | สูง   |
| 2.ตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลัก Right Route ท่านคิดว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับ Dopamine แล้ว ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถหยุดให้ยาทันทีได้หรือไม่                             | 66              | 47.85 | ปานกลาง | 92              | 27.40 | สูง   |
| 3.ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารยา Dopamine  | 90              | 30.30 | สูง     | 94              | 23.99 | สูง   |
| 4.พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องคำสั่งการใช้ยาก่อนการให้ยาทุกครั้งว่าให้ยาทางปาก IV , Sc , IM หรืออื่นๆ เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด | 94              | 23.99 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| รวม   | 78.5            | 20.21 | ปานกลาง | 95.5            | 12.05 | สูง   |



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านการบันทึกการให้ยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านการบันทึกการให้ยา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.ตามหลักการบริหารยา Right Documentation พยาบาลควรบันทึกข้อมูลอะไรบ้าง  | 88              | 32.83 | สูง   | 94              | 23.99 | สูง   |
| 2.ข้อใดเป็นเหตุผลในการบันทึกการให้ยาของพยาบาล ซึ่งรวมถึง ชื่อยา ขนาดยา ทางที่ให้ เวลาที่ให้จริง พร้อมกับเซ็นชื่อผู้ให้ยาลงในแบบบันทึกการให้ยา ในกรณีที่มีผู้ป่วยให้ข้อมูลถึงอาการที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 3.หลังจากที่ท่านให้ยาดิจิทัลิส (Digitalis) นอกจากการบันทึก ชื่อยา ทางที่ให้ ขนาดของยา วันเวลาที่ให้แล้ว สิ่งที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมคือข้อใด  | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 4.ท่านเห็นด้วยกับการบันทึกการให้ยาหรือไม่ เพราะเหตุใด   | 100             | 0     | สูง   | 96              | 19.79 | สูง   |
| รวม   | 97              | 8.21  | สูง   | 97.5            | 9.10  | สูง   |

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการปฏิเสธการรับยาของผู้ป่วย ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านความถูกต้องด้านอธิบายและบันทึกการ<br>ปฏิเสธการรับยาของผู้ป่วย   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.ท่านจะอย่างไร หากผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา  | 90              | 30.30 | สูง   | 96              | 19.79 | สูง   |
| 2.ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา พยาบาลได้ให้คำอธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นของการไม่รับยาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับทราบในทุกด้านอย่างละเอียด และใช้ความพยายามอย่างที่สุดที่จะให้ผู้ป่วยรับยา แต่หากผู้ป่วยไม่ยอมรับ พยาบาลต้องทำอะไร | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 3.ท่านคิดว่าสิ่งใดมีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับยา ให้ยินยอมรับยาได้   | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| รวม   | 96.67           | 10.10 | สูง   | 98.67           | 6.59  | สูง   |

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยาในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านความถูกต้องด้านตรวจสอบประวัติการแพ้ยา  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|--|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน และมีผื่นขึ้นตามตัว หลังได้รับยา cloxacillin สิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำตามหลักการบริหารยา Right History and Assessment คืออะไร | 80              | 40.41 | สูง   | 94              | 23.99 | สูง   |
| 2.จากสถานการณ์นี้ มีความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านใด เพราะเหตุใด  | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 3.พยาบาลในเวรนั้น ควรจะทำอะไรก่อนบริหารยา cloxacillin เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ  | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| รวม  | 93.33           | 13.47 | สูง   | 98              | 7.99  | สูง   |

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านความถูกต้องด้านความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของปฏิกิริยาต่อกันของยา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |    |       |
|--|-----------------|-------|---------|-----------------|----|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD | ระดับ |
| 1.ในการป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันในกรณีที่มีการให้ยามากกว่า 1 ชนิดแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีความรู้ในเรื่องใด  | 78              | 41.84 | ปานกลาง | 100             | 0  | สูง   |
| 2.ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาในการบริหารแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาพร้อมกันมากกว่า 1 ชนิด รองจากประวัติการแพ้ยา คือเรื่องใด เพราะเหตุใด  | 98              | 14.14 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| 3.ผู้ป่วยได้รับ Dopamine 2:1 i.v. drip ต้องเฝ้าระวังหากใช้ร่วมกับ dilantin (phenytoin) เพราะจะเกิดความดันโลหิตต่ำ และ หัวใจเต้นช้าลง ผู้ป่วยอาจช็อกได้ พยาบาลต้องปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0  | สูง   |
| รวม  | 92              | 14.38 | สูง     | 100             | 0  | สูง   |

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อคำถามตามหลักการบริหารยาความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อคำถามตามหลักการบริหารยาความถูกต้อง<br>ด้านความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย<br>และญาติซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่<br>ได้รับ  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแล<br>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน Diabetic ketoacidosis<br>(DKA) ให้ฉีด RI ตามเวลาและสังเกตอาการ<br>เปลี่ยนแปลง ท่านคิดว่าพยาบาลปฏิบัติตาม<br>หลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด   | 84              | 37.03 | สูง   | 98              | 14.14 | สูง   |
| 2.ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งหลอดเลือดดำอักเสบ<br>(Thrombophlebitis) ที่ขาข้างซ้าย ได้รับเข้าไว้<br>ในโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาโดยให้นอนพัก<br>บนเตียงและ ให้ยา Heparin พยาบาลให้สุข<br>ศึกษาแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อพึงระวังเมื่อได้รับยา<br>Heparin พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารยา<br>10 Rs ข้อใด | 86              | 35.05 | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 3.ท่านคิดว่า การให้ข้อมูลเรื่องยาที่ต้องได้รับแก่<br>ผู้ป่วยและญาติมีความจำเป็นหรือไม่ อย่างไร  | 96              | 19.79 | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| 4.สิ่งที่พยาบาลต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติก่อน<br>บริหารยา cloxacillin คือข้อใด   | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0     | สูง   |
| รวม   | 91.50           | 15.66 | สูง   | 99.5            | 3.53  | สูง   |

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อนและหลัง  
เข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความตามหลักการบริหารยา 10 Rs                                      | ก่อนเข้าโปรแกรม |    |       | หลังเข้าโปรแกรม |    |       |
|--|-----------------|----|-------|-----------------|----|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD | ระดับ | $\bar{x}$       | SD | ระดับ |
| ท่านคิดว่าการบริหารยาให้ถูกต้องตามหลัก 10 Rs มีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร | 100             | 0  | สูง   | 100             | 0  | สูง   |
| รวม  | 100             | 0  | สูง   | 100             | 0  | สูง   |

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อความด้านความรู้ในการบริหารยา ในภาพรวมและราย  
ข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อความด้านความรู้ในการบริหารยา  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|--|-----------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.ตามหลักการบริหารยา 10 Rs หลัก Right Route ท่านคิดว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับ Dopamine แล้ว ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถหยุดให้ยาทันทีได้หรือไม่  | 66              | 47.85 | ปานกลาง | 92              | 27.40 | สูง   |
| 2.เพื่อป้องกันการให้ยาผิดจากเวลาที่กำหนด หรือลืมหยา สิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้บริหารยา จะต้องทำยกเว้นข้อใด  | 80              | 40.41 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 3.ท่านคิดว่าข้อใดกล่าวถึงประโยชน์ของการตรวจสอบความถูกต้องของเวลาที่ให้ยาถูกต้องที่สุด  | 80              | 40.41 | สูง     | 96              | 19.79 | สูง   |
| 4.ผู้ป่วยเป็นโรคผนังหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) ที่ขาข้างซ้าย ได้รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาโดยให้นอนพักบนเตียงและ ให้ยา Heparin พยาบาลให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อพึงระวังเมื่อได้รับยา Heparin พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด | 86              | 35.05 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 5.ตามหลักการบริหารยา Right Documentation พยาบาลควรบันทึกข้อมูลอะไรบ้าง   | 88              | 32.83 | สูง     | 94              | 23.99 | สูง   |
| 6.ท่านจะทำอย่างไร หากผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา   | 90              | 30.30 | สูง     | 96              | 19.79 | สูง   |

| ข้อความด้านความรู้ในการบริหารยา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |       | หลังเข้าโปรแกรม |      |       |
|---|-----------------|-------|-------|-----------------|------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ | $\bar{x}$       | SD   | ระดับ |
| 7.พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องคำสั่งการใช้ยาก่อนการให้ยาทุกครั้งว่าให้ยาทางปาก IV , Sc , IM หรืออื่นๆ เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด   | 94              | 23.99 | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 8.จากสถานการณ์นี้เกิดความผิดพลาดตามหลักการบริหารยาข้อใด   | 96              | 19.79 | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 9.แพทย์สั่งการรักษาด้วยยา Hydralazine 25 mg ทุก 6 ชั่วโมง แก่ผู้ป่วย 45 ปี ที่รับไว้ในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยได้รับ HCTZ 25 mg แทน พยาบาลมาทราบหลังจากนั้น 3 วัน เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะมาก และมีอาการซีดลงจากภาวะไฮเดียมในเลือดต่ำ ต้องให้สารน้ำทดแทน จากสถานการณ์นี้ ท่านคิดว่าเกิดความคลาดเคลื่อนตามหลักการบริหารยาข้อใด | 96              | 19.79 | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 10.ผู้ป่วยได้รับ Dopamine 2:1 i.v. drip ต้องเฝ้าระวังหากใช้ร่วมกับ dilantin (phenytoin) เพราะจะเกิดความดันโลหิตต่ำ และ หัวใจเต้นช้าลง ผู้ป่วยอาจช็อคได้ พยาบาลต้องปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด   | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 11.จากสถานการณ์นี้ มีความคลาดเคลื่อนทางยาด้านใด เพราะเหตุใด   | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 12.การให้ Paracetamol 120 mg/5cc ลดไข้เด็ก น้ำหนัก 12 kgs ควรให้ Paracetamol ขนาดเท่าไรให้ถูกต้องตามหลักการบริหารยา 10 Rs   | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 13.ข้อใดเป็นเหตุผลในการบันทึกการให้ยาของพยาบาล ซึ่งรวมถึง ชื่อยา ขนาดยา ทางที่ให้ เวลาที่ให้จริง พร้อมกับเซ็นชื่อผู้ให้ยาลงในแบบบันทึกการให้ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลถึงอาการที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา  | 100             | 0     | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| รวม   | 90.46           | 9.77  | สูง   | 98.31           | 4.98 | สูง   |

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อคำถามด้านเจตคติในการบริหารยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อคำถามด้านเจตคติในการบริหารยา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.ท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ ที่พยาบาลผู้บริหารยาต้องทราบน้ำหนักตัวเด็กก่อนการบริหารยา   | 74              | 44.31 | ปานกลาง | 100             | 0     | สูง   |
| 2.ในการป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันในกรณีที่มีการให้ยามากกว่า 1 ชนิดแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีความรู้ในเรื่องใด   | 78              | 41.84 | ปานกลาง | 100             | 0     | สูง   |
| 3.ตามหลักการบริหารยา 10 Rs ท่านคิดว่ามีความจำเป็นในการจัดแยกเตียงผู้ป่วยที่มีชื่อ - นามสกุล เหมือนกันให้อยู่ห่างกันคนละแถวหรือไม่ เพราะเหตุใด                 | 96              | 19.79 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 4.ท่านคิดว่าการให้ข้อมูลเรื่องยาที่ต้องได้รับแก่ผู้ป่วยและญาติมีความจำเป็นหรือไม่ อย่างไร   | 96              | 19.79 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 5.ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลรักษาได้ถูกต้อง เหมาะสม หรือไม่   | 96              | 19.79 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 6.ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาในการบริหารยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาพร้อมกันมากกว่า 1 ชนิด รองจากประวัติการแพ้ยา คือเรื่องใด เพราะเหตุใด                     | 98              | 14.14 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 7.ท่านคิดว่าการให้ยาชนิดเดียวกันแก่เด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันหรือไม่เพราะเหตุใด   | 98              | 14.14 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 8.ท่านคิดว่าสิ่งใดมีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับยา ให้ยินยอมรับยาได้   | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 9.ท่านเห็นด้วยกับการบันทึกการให้ยาหรือไม่ เพราะเหตุใด   | 100             | 0     | สูง     | 96              | 19.79 | สูง   |
| 10.ท่านคิดว่าการบริหารยาให้ถูกต้องตามหลัก 10 Rs มีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร   | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 11.ผู้ป่วยเด็ก หรือ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสน ท่านคิดว่า การสอบถามชื่อ- สกุล ผู้ป่วย เป็นแหล่งข้อมูลตัวบ่งชี้ที่เชื่อถือได้ก่อนให้ยาแล้วหรือไม่ อย่างไร | 100             | 0     | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| รวม   | 94.18           | 7.29  | สูง     | 99.63           | 1.79  | สูง   |

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อคำถามด้านทักษะในการบริหารยา ในภาพรวมและรายข้อ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 50 คน)

| ข้อคำถามด้านทักษะในการบริหารยา  | ก่อนเข้าโปรแกรม |       |         | หลังเข้าโปรแกรม |       |       |
|---|-----------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|
|   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ   | $\bar{x}$       | SD    | ระดับ |
| 1.การบริหารยา Adrenaline แบบ intravenous infusion ต้องบริหารผ่านหลอดเลือดดำใหญ่โดยใช้ infusion pump เป็นการบริหารยาตามหลัก 10 Rs ข้อใด  | 64              | 48.49 | ปานกลาง | 96              | 19.79 | สูง   |
| 2.เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยาผิคน พยาบาลควรปฏิบัติตามหลักการบริหารยาดังต่อไปนี้ ยกเว้นข้อใด  | 68              | 47.12 | ปานกลาง | 100             | 0     | สูง   |
| 3.พยาบาลต้องทำอะไรเป็นอันดับแรก กรณีที่ให้ยาผิดชนิดและผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้ว  | 72              | 45.36 | ปานกลาง | 92              | 27.40 | สูง   |
| 4.เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน และมีผื่นขึ้นตามตัว หลังได้รับยา cloxacillin สิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำตามหลักการบริหารยา Right History and Assessment คืออะไร            | 80              | 40.41 | สูง     | 94              | 23.99 | สูง   |
| 5.การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน Diabetic ketoacidosis (DKA) ให้ฉีด RI ตามเวลา และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ท่านคิดว่าพยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 10 Rs ข้อใด | 84              | 37.03 | สูง     | 98              | 14.14 | สูง   |
| 6.ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารยา Dopamine  | 90              | 30.30 | สูง     | 94              | 23.99 | สูง   |
| 7.หลังจากที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้ว พยาบาลผู้บริหรยาจะต้องทำอะไร เพื่อสื่อสารแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับทราบเวลาของการได้รับยาของผู้ป่วย  | 94              | 23.99 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |
| 8.พยาบาลควรปฏิบัติอย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดชนิด   | 98              | 14.14 | สูง     | 100             | 0     | สูง   |

| ข้อความคำถามด้านทักษะในการบริหารยา   | ก่อนเข้าโปรแกรม |      |       | หลังเข้าโปรแกรม |      |       |
|--|-----------------|------|-------|-----------------|------|-------|
|  | $\bar{x}$       | SD   | ระดับ | $\bar{x}$       | SD   | ระดับ |
| 9.พยาบาลในเวรนั้น ควรจะทำอะไรก่อนบริหารยา cloxacillin เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ  | 100             | 0    | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 10.สิ่งที่พยาบาลต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนบริหารยา cloxacillin คือข้อใด   | 100             | 0    | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 11.ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยาพยาบาลได้ให้คำอธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นของการไม่รับยาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับทราบในทุกด้านอย่างละเอียด และใช้ความพยายามอย่างที่สุดที่จะให้ผู้ป่วยรับยา แต่หากผู้ป่วยไม่ยอมรับ พยาบาลต้องทำอย่างไร | 100             | 0    | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 12.หลังจากที่ท่านให้ยาดิจิจทาลิส (Digitalis) นอกจากการบันทึก ชื่อยา ทางที่ให้ ขนาดของยา วันเวลาที่ให้แล้ว สิ่งที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมคือข้อใด   | 100             | 0    | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| 13.โรงพยาบาลควรมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันความคลาดเคลื่อน กรณียาที่ชื่อคล้ายกัน ลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ภาชนะบรรจุ ที่คล้ายกันอย่างไร  | 100             | 0    | สูง   | 100             | 0    | สูง   |
| รวม  | 88.46           | 8.96 | สูง   | 98              | 5.11 | สูง   |



ตารางที่ 4.35 เปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถนะพยาบาลรายด้านการบริหารยาตามหลักการบริหารยา 10 Rs ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 50 คน)

| Rs | สมรรถนะพยาบาล   | $\bar{x}$ | SD    | d     | t     | p     |
|----|-----------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| 1  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 90        | 14.28 | 10.00 | 4.950 | 0     |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 100       | 0     |       |       |       |
| 2  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 91.50     | 12.98 | 6.50  | 3.487 | 0.001 |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 98        | 6.85  |       |       |       |
| 3  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 90.67     | 15.12 | 9.33  | 4.365 | 0     |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 100       | 0     |       |       |       |
| 4  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 87.50     | 18.38 | 11.50 | 5.039 | 0     |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 99        | 4.95  |       |       |       |
| 5  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 78.50     | 20.21 | 17.00 | 5.398 | 0     |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 95.50     | 12.05 |       |       |       |
| 6  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 97        | 8.21  | 0.5   | 0.375 | 0.709 |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 97.50     | 9.11  |       |       |       |
| 7  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 96.67     | 10.10 | 2.00  | 1.137 | 0.261 |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 98.67     | 6.59  |       |       |       |
| 8  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 93.33     | 13.47 | 4.67  | 2.189 | 0.033 |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 98        | 7.99  |       |       |       |
| 9  | ก่อนเข้าโปรแกรม | 92        | 14.38 | 8.00  | 3.934 | 0     |
|    | หลังเข้าโปรแกรม | 100       | 0     |       |       |       |

| Rs | สมรรถนะพยาบาล   | $\bar{x}$ | SD    | d    | t     | p     |
|----|---|-----------|-------|------|-------|-------|
| 10 | ก่อนเข้าโปรแกรม   | 91.50     | 15.66 | 8.00 | 3.466 | 0.001 |
|    | ความถูกต้องด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ<br>ซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ |           |       |      |       |       |
|    | หลังเข้าโปรแกรม   | 99.50     | 3.53  |      |       |       |

\*  $p \leq 0.05$



ภาคผนวก ฉ  
การเผยแพร่ผลงานวิจัย



## การเผยแพร่ผลงานวิจัย

นำเสนอผลงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่ ในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ในวันที่ 8 – 9 ธันวาคม 2563



## ประวัติผู้วิจัย

|                   |   |
|-------------------|---|
| ชื่อ              | นางจินนา รสเข้ม   |
| วัน เดือน ปี เกิด | 28 พฤษภาคม 2520   |
| สถานที่เกิด       | อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่  |
| ที่อยู่ปัจจุบัน   | อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่  |
| ตำแหน่งงาน        | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ  |
| สถานที่ทำงาน      | โรงพยาบาลรื่องวาง จังหวัดแพร่   |
| ประวัติการศึกษา   | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น<br>วิทยาลัยบรมราชชนนี ลำปาง 2 พ.ศ. 2539<br>พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2545<br>ผู้บริหารทางการพยาบาล : ยุคใหม่ของการบริหารที่มี<br>ประสิทธิภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ร่วมกับ<br>ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2559 |

