

50

**การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา
ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี**

นางสาวชนิกานต์ อุตระมาตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**The Development of Patient Safety Management of a Medication
Administration System for the Nursing Department at
Ubonrak Thonburi Hospital**

Miss Chonnikan Autaramart

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

2007

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี

ผู้วิจัย นางสาวชนิกานต์ อุดรมาศ ปริญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี (2) รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์

(3) อาจารย์วรรณี บุญช่วยเหลือ ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร (2) พัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร และ (3) ประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี มี 2 กลุ่ม กลุ่ม 1 ศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร และพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 31 คน ได้แก่ ระดับหัวหน้าแผนก 9 คน และระดับปฏิบัติการ จำนวน 22 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม 1 คน กลุ่ม 2 กลุ่มประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน ผู้บริหารสูงสุด 1 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม 1 คน และผู้ร่วมพัฒนาระบบ 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถาม (2) แบบสนทนากลุ่ม (3) แบบประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารตามลำดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม และประเมินความเหมาะสมของระบบโดยใช้ AGREE Appraisal Instrument

ผลการวิจัยพบว่า (1) สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.60 และ 3.80 ตามลำดับ (2) ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี ประกอบด้วย (2.1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ (ก) นโยบายแจ่มชัด (ข) จัดการความรู้ (ค) มีผู้รับผิดชอบ (ง) รอบคอบวางแผน/ดำเนินงาน (จ) สื่อสารมีประสิทธิภาพ (ฉ) ติดตามงานและแก้ไข (2.2) การพัฒนากระบวนการบริหารฯ ได้แก่ (ก) ลดขั้นตอนการทำงาน (ข) ร่วมรายงานความคลาดเคลื่อน (ค) มีป้ายเตือนยากกลุ่มเสี่ยง (ง) ไม่หลีกเลี่ยงการทวนสอบ (จ) ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติ (ฉ) ไม่ประมาทเฝ้าสังเกต (ช) รีบแจ้งเหตุเมื่อผิดพลาด และ (3) การประเมินความเหมาะสมของระบบ ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติมีค่าความเชื่อมั่น 0.91 การวิจัยครั้งนี้ชี้ว่า ความรู้ความสามารถ การจัดการแบบมีส่วนร่วม และการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถออกแบบปรับปรุงระบบความปลอดภัยที่ตรงกับสภาพการณ์ของฝ่ายการพยาบาล สร้างการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการต่อไป

คำสำคัญ การพัฒนาระบบ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การบริหารยา ฝ่ายการพยาบาล

Thesis title: The Development of Patient Safety Management of a Medication Administration System for the Nursing Department at Ubonrak Thonburi Hospital

Researcher: Miss Chonnikan Autaramart; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Associate Professor; (2) Dr. Sutirat Pimpong, Associate Professor; (3) Mrs. Wannee Boonchuelae, Instructor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The purposes of this research and development were: (1) to analyze situations and participation in the Patient Safety Management of a Medication Administration System (PSM-MAS), (2) to develop the PSM-MAS, and (3) to evaluate an appropriation of the PSM-MAS in the context of Ubonrak Thonburi Hospital.

The sample consisted of two groups. *Group1* comprised two parts: (1) thirty one professional nurses [nine head nurses and twenty two registered nurses]; and (2) the head of the Pharmacy Department. *Group2* comprised twelve persons: one expert, the most senior administrator, the head of the Pharmacy Department, and nine co-developers. Group 1 analyzed situations and participation in the Patient Safety Management of a Medication Administration System (PSM-MAS); and develop the PSM-MAS. Group 2 evaluated the appropriation of the PSM-MAS. Three research instruments were used: questionnaires, focus group, and an evaluation form. Questionnaires consisted of two parts: (1) demographic data, and (2) situations and participation of the PSM-MAS. The content validity was verified by five experts. The Cronbach Alpha reliability coefficient of the second part was 0.92. Statistical devices used for research data analysis were mean and standard deviation. The group discussion was conducted with professional nurses and the head of the Pharmacy Department. The qualitative data were analyzed by content analysis. The PSM-MAS was evaluated according to the AGREE Appraisal Instrument.

The research findings were as follows. (1) Professional nurses rated the situations and participation of the PSM-MAS for the Nursing Department at Ubonrak Thonburi Hospital at the high level (3.60 and 3.80 respectively). (2.1) The structure of the PSM-MAS consisted of 6 factors. (a) Policy should be clear. (b) Knowledge management should be provided. (c) Team work needs to be assigned. (d) A good organizational plan should be established. (e) Communication must be efficient. Finally, (f) follow up and correction should be done. (2.2) The medication administration system must be developed based on 7 components. (a) Reduces the steps of medication administration. (b) Co-operate to report any mistake or error. (c) Label high risk drugs. (d) Double check. (e) Answer questions posted by patients and their families. (f) Observe symptoms and signs carefully. Finally, (g) Report adverse effects of medication immediately. (3) The evaluation results of the PSM-MAS revealed the reliability of the system (.91). To conclude, three factors: knowledge, participatory management, and efficient communication help to develop the PSM-MAS which was related to the situations and problems of patients. Furthermore, the PSM-MAS was accepted by all stake-holders and led to change and application for the benefit of all customers.

Keyword: Developing System, Patient Safety, Medication Administration, Department of Nursing

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และอาจารย์วรรณี บุญช่วยเหลือ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทั้งสามท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จิระแพทย์ ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ และกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาร่วมพิจารณาเครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำที่มีค่ายิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี ที่ให้การสนับสนุน ด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ธนบุรี ที่ได้อนุเคราะห์ให้ทดสอบเครื่องมือ

ขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง ขอขอบคุณสำหรับกำลังใจ ความห่วงใย และความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ ทุกท่าน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เป็นความทรงจำที่น่าประทับใจและมีค่าควรแก่การระลึกถึงตลอดไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้บริหารการพยาบาลที่สนใจทุกท่าน

ชนนิกานต์ อุดรมาตร

มิถุนายน 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล อุบลรัตน์ หนองบัว	9
แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริหารยาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา	28
การประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือการวิจัย	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
ตอนที่ 1 สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว.....	51
ตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว.....	62
ตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของการบริหารความปลอดภัย ในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว.....	69
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
สรุปการวิจัย	71
อภิปรายผล	75
ข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	100
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	101
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์.....	103
ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	106
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108
จ คำอธิบายประกอบการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว.....	126
ฉ ตารางการสนทนากลุ่ม	137
ประวัติผู้วิจัย	151

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับสภาพการบริหารความปลอดภัย ในการบริหารยา	51
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านโครงสร้าง จำแนกรายข้อ	52
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ การบริหารยา จำแนกรายข้อ	55
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลลัพธ์ จำแนกรายข้อ	60
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการบริหาร ความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล	61

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ภาพที่ 2.1 ระบบการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ในปัจจุบัน	11
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบ	13
ภาพที่ 2.3 กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการใช้ยา	16
ภาพที่ 2.4 ระบบการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	20
ภาพที่ 2.5 รูปแบบ Inputs-Processes-Outcome	26
ภาพที่ 2.6 Deming's Cycle (PDCA)	29
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนในการพัฒนาระบบ	43
ภาพที่ 4.1 ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี	63
ภาพที่ 4.2 การพัฒนาด้านโครงสร้างในระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล อุบลรัตน์ ธานี	66
ภาพที่ 4.3 การพัฒนาด้านกระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี	68

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และการแข่งขันด้านธุรกิจ ทำให้การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีการขยายตัว ทั้งแนวกว้าง แนวลึก และมีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้โอกาสและความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาด บกพร่อง และเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สูงขึ้น กอปรกับประชาชนตื่นตัวถึงสิทธิของผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ (วิรวรรณ บุญศรี 2540) ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและประเมินคุณภาพบริการเมื่อเข้ารับบริการ (สิระยา สัมมาวาจ 2540) ประชาชนมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังสูงที่จะได้รับการรักษาบริการที่ดีมีมาตรฐาน สะดวกรวดเร็ว คำนึงค่าใช้จ่ายและเป็นธรรม เมื่อไม่พอใจในบริการที่ได้รับหรือเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถยอมรับได้จึงเกิดการร้องเรียนและฟ้องร้องขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul 2551: 51) ในบรรดาเรื่องที่ฟ้องร้องที่พบบ่อยเรื่องหนึ่ง คือ ความผิดพลาดในการให้ยาผู้ป่วย

ระบบการจัดการด้านยาเป็นหนึ่งในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา เริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ 1961 โดยบาร์คเกอร์และแมคคอนเนลล์ Barker & McConnell ที่ University of Florida Teaching Hospital และก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นจำนวนมาก ในปี ค.ศ.1997 พบว่า ผู้ป่วย 33.6 ล้านคน เสียชีวิตเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยาถึง 44,000-98,000 คน คิดเป็นมูลค่าการสูญเสียถึง 1.7-2.9 หมื่นล้านดอลลาร์ (วิชชุพร คุปตะวาทีน 2547: 3-4) และจากการสำรวจของสมาคมเภสัชกรระบบสาธารณสุขแห่งอเมริกา (American Society of Health-System Pharmacists: ASHP) พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลที่สุดเมื่อมาโรงพยาบาลอันดับหนึ่ง คือ ได้รับยาผิดขณะนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 61 และอันดับรองลงมาคือ ได้รับยาที่มีอันตรกิริยาและเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Drug Events: ADEs) ร้อยละ 58 และร้อยละ 34 เกิดขึ้นในขั้นตอนของการบริหารยาของพยาบาล เป็นการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา ร้อยละ 6 และอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งส่งผลให้จำนวนวันนอน (Length of Stay) เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 5,857 ดอลลาร์ต่อราย เบทส์ ดี ดับลิว (Bates DW. 1996 อ้างถึงใน มังกร ประพันธ์วิวัฒน์ 2549)

จากปัญหาทางยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนดังกล่าว ส่งผลเสียหายทั้งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากอดีตความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาลถูกมองว่าเป็นความผิดพลาดของบุคลากรวิชาชีพมากกว่าผลของระบบ ปัจจุบันเปลี่ยนแนวคิดเป็นการป้องกันเชิงรุกที่มุ่งเน้นความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ โดยอาศัยการบูรณาการหลักการการบริหารแบบธรรมาภิบาล สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การจัดการความเสี่ยง และการประกันความปลอดภัย สื่อสารให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย รมัตถะวังให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และมีความปลอดภัยมากที่สุด (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550: 23) ปัจจุบันประเทศสหรัฐอเมริกา และอีกหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ให้ความสำคัญกับระบบคุณภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมความปลอดภัย จอห์น พี แซนเทล และไดแอน คัสซิ้น (John P. Santell and Diane Cousins 2003) เชื่อว่าข้อมูลจากการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา และความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลจะช่วยให้มีการปฏิบัติที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่าย ระบบการใช้จ่ายดีขึ้น และส่งผลให้คุณภาพการรักษาดีขึ้น

การบริหารยาจะต้องดำเนินการร่วมกันหลายฝ่าย ตั้งแต่ผู้สั่งยา ผู้จัดยา และผู้ให้ยา ในทางปฏิบัติแล้ว พยาบาลเป็นบุคคลที่เป็นผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ จะได้รับยาหรือใช้ยานั้นจะต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ มากมายโดยเฉลี่ยประมาณ 10-15 ขั้นตอน ต่อยา 1 ขนาน (Leape LL. 1999 อ้างถึงใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬารัตนกุล และปรีชา มณฑกานติกุล 2547: 11) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนพยาบาลเป็นผู้มีความเกี่ยวข้องเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญ และการที่จะทำให้การบริหารยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยนั้น จำเป็นต้องมีการบริหารความปลอดภัยที่ดี

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เป็นโรงพยาบาลเอกชนให้บริการผู้ป่วยทั่วไปขนาด 100 เตียง เปิดดำเนินการเมื่อ ปี พ.ศ.2538 ให้บริการประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดใกล้เคียง จากการประชุมในฝ่ายการพยาบาล และการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม- 30 มิถุนายน 2550 จากจำนวนใบสั่งจ่ายยา 3,648 ใบ ปัญหาที่พบ ได้แก่ ให้ยาผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาซ้ำ ร้อยละ 0.02 คัดลอกขนาดของยาผิด ร้อยละ 0.02 ให้ยาผิดคน ร้อยละ 0.05 ลืมให้ยา ร้อยละ 0.02 ผสมยาแล้วไม่ลงชื่อผู้ผสม วันที่ และเวลา ร้อยละ 0.05 ให้ยาผิดขนาด ร้อยละ 0.02 (ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว 2550) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว ถึงแม้จะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น หากมีการจัดระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ที่ดีเชื่อว่าจะป้องกันและลดปัญหาดังกล่าวได้

จากปัญหาและความสำคัญในการบริหารยา ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์สภาพปัญหาและการมีส่วนร่วมของพยาบาล โดยการประยุกต์กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน โมเดล (Donabedian's Model 1989) ซึ่งใช้ในการประเมิน

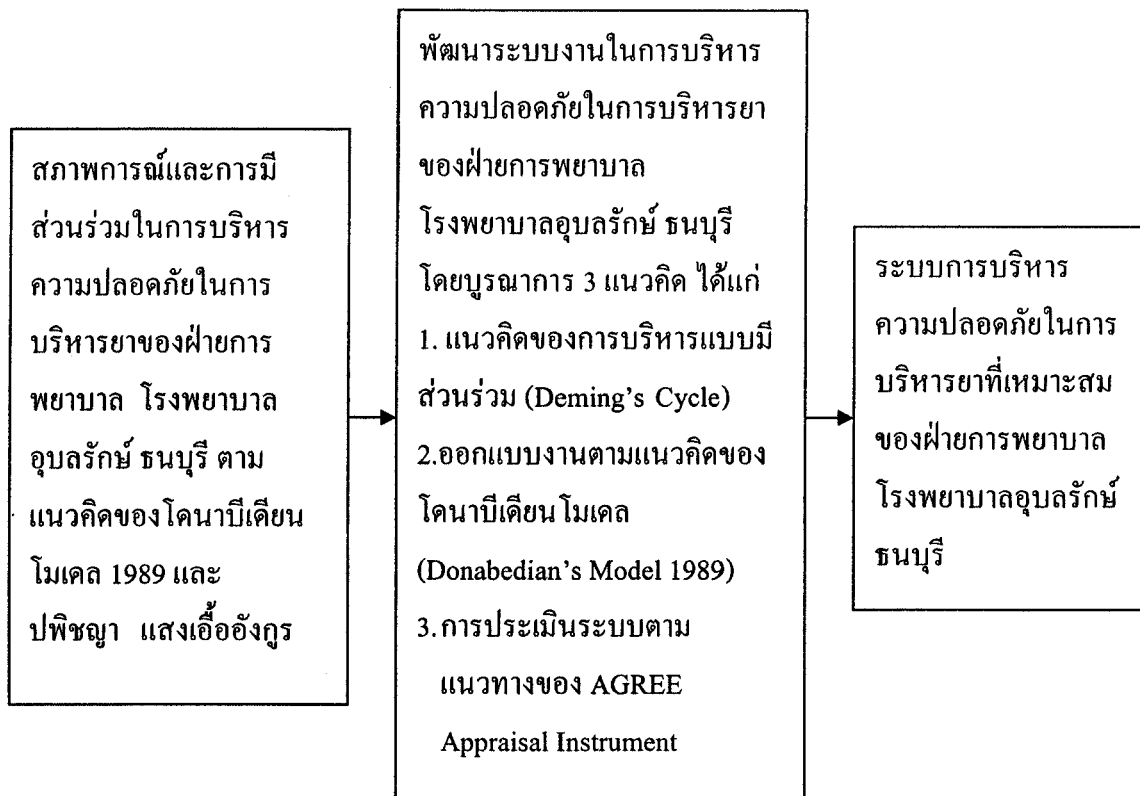
คุณภาพการรักษายาบาล ประกอบด้วย Structure- Processes- Outcome มาเป็นแนวทางในการ พัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและบังเกิด ประโยชน์สูงสุดและเป็นที่ยังพอใจแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการ บริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว
- 2.2 เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว
- 2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ที่พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการ บริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ตามแนวคิดของโดนาบีเดียน โมเดล 1989 และปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) และนำผลที่ได้มาประกอบการพัฒนาระบบงานในการ บริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว โดย บูรณาการเข้ากับ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Deming's Cycle) 2) ออกแบบ งานตามแนวคิดของ โดนาบีเดียน โมเดล (Donabedian's Model 1989) และ 3) การประเมินระบบ ตามแนวทางของ AGREE Appraisal Instrument ได้ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร ยาที่มีความเหมาะสมต่อบริบทของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบและประเมินความเหมาะสมของระบบตามความเห็นของผู้ร่วมพัฒนาระบบในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคน รวม 31 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคน รวม 31 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป ได้แก่ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกห้องผ่าตัด/หน่วยจ่ายกลาง จำนวน 1 คน

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกห้องคลอด/เด็กอ่อน จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกไตเทียม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรมที่อาสาสมัครเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 1 คน และประเมินความเหมาะสมของระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน ผู้บริหารสูงสุด จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน และผู้ร่วมพัฒนาระบบ จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อยู่ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม - 23 กรกฎาคม พ.ศ.2551 รวมเวลา 1 ปี 4 เดือน

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นและยังคงเป็นอยู่ในปัจจุบันในการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

5.2 ความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา หมายถึง ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ที่ได้พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา และเหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ซึ่งประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบ

5.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ซึ่งร่วมในทีมพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาล ร่วมตอบแบบสอบถามสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา และร่วมสนทนากลุ่มเพื่อเสนอแนะรูปแบบในการพัฒนาระบบ รวมทั้งประเมินความเหมาะสมของระบบ การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

5.4 ทีมพัฒนาระบบยา หมายถึง กลุ่มบุคคลจากสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งพยาบาลในฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ติดตามการคงอยู่ของการปฏิบัติในระยะยาว มีการประเมินกิจกรรม มีการประชุมเพื่อติดตามงานทุกเดือน และมีผู้รับผิดชอบประจำอย่างน้อย 1 คน ที่ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ และเฝ้าระวังสิ่งที่อาจเกิดขึ้น โดยคาดไม่ถึง เพื่อการพัฒนาระบบบริหารยา

5.5 การบริหารยา (Medication Administration) หมายถึง การให้ยาเข้าสู่ร่างกาย โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามหลักการให้ยา (6 Rights) ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา

5.6 ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration Error) หมายถึง การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งคลาดเคลื่อนทำให้ที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา

5.7 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว หมายถึง หน่วยงานที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ มีหน้าที่รับผิดชอบในการมอบหมายงาน ติดตามประเมินผลการบริหารยา และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทุกคน เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

5.8 พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรงและด้านบริหารงานพยาบาล โดยได้รับตำแหน่งหัวหน้าแผนกและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป

5.9 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่ได้รับตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป

5.10 หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม หมายถึง เภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม โดยได้รับตำแหน่งหัวหน้าแผนกเภสัชกรรมและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป

5.11 ผู้บริหารสูงสุด หมายถึง แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการบริษัทอุบลรัตน์ หนองบัว จำกัด ให้ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เพื่ออำนาจการบริหารกิจการของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่เหมาะสมกับบริบทของ
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ รัตนบุรี

6.2 นำเสนอระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาต่อผู้บริหารสูงสุด เพื่อ
พิจารณานำไปใช้ในการปฏิบัติและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบต่าง ๆ ในแผนกอื่น ๆ ตามความ
เหมาะสมต่อไป

6.3 ใช้เป็นแนวทางนำเสนอระบบที่พัฒนาและเป็นแนวทางในการนำไปใช้ เพื่อให้
เกิดผลดีและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร วารสาร หนังสือ และแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการศึกษาและวิเคราะห์บริบทของการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว โดยมีสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

1. การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว
 2. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริหารยาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัย
 - 2.2 นโยบายระดับชาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พ.ศ.2550-2551
 - 2.3 ระบบยาและการบริหารความปลอดภัย
 - 2.4 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
 - 2.5 กระบวนการบริหารความปลอดภัยในองค์กร
 3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาระบบ
 - 3.2 การพัฒนาระบบตามแนวคิดของโดนาบีเดียน
 4. การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา
 - 4.1 การมีส่วนร่วม
 - 4.2 การสนทนากลุ่ม
 - 4.3 การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว
 5. การประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

1. การบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เป็นโรงพยาบาลเอกชนในระดับตติยภูมิ ขนาด 100 เตียง เปิดดำเนินการเมื่อปี พ.ศ.2538 ให้บริการประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยกำหนดวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลไว้ว่า “เราจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนอันดับหนึ่งและเป็นความภาคภูมิใจของอีสานใต้” และกำหนดพันธกิจ คือ “เรามุ่งมั่นที่จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพแบบครบวงจรในสาขาที่กำหนด ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ได้รับการยอมรับในระดับมาตรฐาน โดยทีมบุคลากรที่มีความสามารถ มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีลูกค้าเป็นศูนย์กลาง”

ฝ่ายการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้งระดับผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการ และบุคลากรอื่นร่วมกัน ดำเนินงานด้านบริการพยาบาล มีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลซึ่งขึ้นตรงต่อรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร มีหน้าที่รับผิดชอบด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ โดยกำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา และเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

1.1 นโยบาย ให้บริการพยาบาลด้วยมาตรฐานสูง เพื่อความไว้วางใจ ความพึงพอใจสูงสุดของผู้มารับบริการ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ

1.2 วิสัยทัศน์ คุณภาพได้มาตรฐาน บริการด้วยคุณธรรม สร้างสรรค์วิชาชีพ

1.3 พันธกิจ ฝ่ายการพยาบาลมีความมุ่งมั่นให้บริการพยาบาลที่สูงด้วยมาตรฐานคุณธรรม จริยธรรมแห่งวิชาชีพ และพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ

1.4 ปรัชญา (ค่านิยมหรือแนวทางปฏิบัติร่วมกัน)

1.4.1 เราจะยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง โดยถือประโยชน์ของผู้ป่วยและลูกค้าเป็นที่ตั้ง

1.4.2 เราจะยึดหลักความเสมอภาคในการให้บริการ

1.4.3 เราจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

1.4.4 เราจะเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ

1.4.5 เราจะชำระไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ คุณธรรม และจริยธรรม เคารพให้เกียรติซึ่งกันและกัน

1.4.6 เราจะประเมินคุณค่าของคนด้วยผลของงาน

1.4.7 เราจะร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

1.4.8 เราจะไว้ใจและเอื้ออาทรต่อเพื่อนร่วมงาน ตระหนักถึงความสำคัญ และยอมรับในบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา

1.5 เป้าหมาย

1.5.1 พัฒนาระบบบริหารและระบบบริการ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

1.5.2 พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและ ผู้รับบริการพึงพอใจ

1.5.3 พัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านวิชาการ ให้มีความรู้ ทักษะ มีความมั่นใจ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

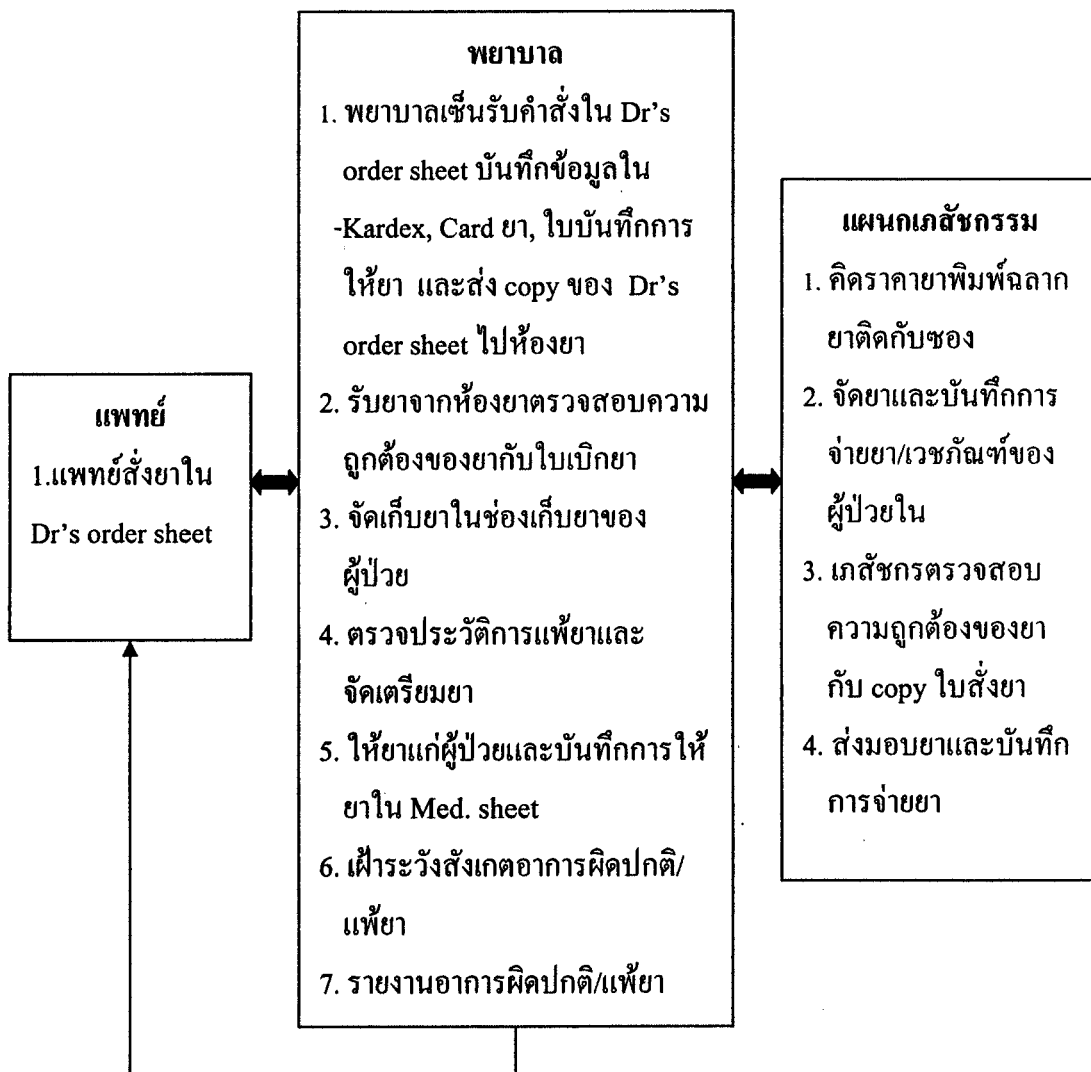
จากนโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับของโรงพยาบาล คือ มุ่งเน้นการบริการที่มีความปลอดภัยและได้มาตรฐาน จำเป็นต้องพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีความปลอดภัย เป็นการนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

ฝ่ายการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพพระดับหัวหน้าแผนก จำนวน 9 คน พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ จำนวน 22 คน ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) จำนวน 11 คน และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (Nurse Aid) จำนวน 55 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 99 คน ร่วมกันดำเนินงานด้านบริการพยาบาล โดยใช้มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (ประกาศสภาการพยาบาล 2548: 42-45) บูรณาการเข้ากับการบริการ 4 มิติ ไว้ด้วยกัน คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องมองคนเป็นบูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่มีความสลับซับซ้อน การประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการดูแลคนทั้งคน และจะต้องเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้รับบริการและชุมชน โดยค้นหาปัญหาความต้องการการดูแลรวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เป็นระบบของการกระทำที่มี

การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (สมจิต หนูเจริญกุล 2544: 128 อ้างถึงใน อารีญา คำนพาทอง ม.ม.ป)

การบริหารยาของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ก่อนการพัฒนา เป็นการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเริ่มจากการถ่ายถอดคำสั่งให้ยาจากแพทย์ การเบิกยาจากเภสัชกร การจัดเก็บ การเตรียมยา การให้ยา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและญาติ การบันทึกการให้ยา การสังเกตและเฝ้าระวัง และรายงานอาการผิดปกติเนื่องจากการได้รับยาของผู้ป่วยแก่แพทย์ ดังภาพที่

2.1



ภาพที่ 2.1 การบริหารยาของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ก่อนการพัฒนา

จากการบริหารยาของโรงพยาบาล พบว่า ยังไม่มีระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ได้มาตรฐาน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในการได้รับยา มติประชุมในฝ่ายการพยาบาล ได้กำหนดหลักการบริหารยา ไว้ 6 ด้าน หรือ 6R “Six Rights” ได้แก่

1. การให้ยาผู้ป่วยถูกคน (Right patient) การตรวจเช็คให้แน่ใจว่าคนได้รับยาตรงกับยาที่ให้ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยย้ายเตียง ย้ายห้อง หรือรับผู้ป่วยใหม่ และการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้ และเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสน เด็กฝาแฝดที่ไม่สามารถให้การซักถาม

2. การให้ยาถูกชนิด (Right drug) เน้นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ ระวังการรับคำสั่งทางโทรศัพท์สำหรับยาที่มีเสียงคล่องกัน หรือหยาบยาผิด โดยเฉพาะยาที่มีลักษณะบรรจุภัณฑ์คล้ายกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา วีระวิธินชัย (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ ร้อยละ 1.08

3. การให้ยาถูกขนาด (Right dose) ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีความแรง/ความเข้มข้น/ความเจือจาง หรือการคำนวณขนาดยาที่ถูกต้อง ซึ่งมีรายงานการเสียชีวิตจากการให้ Magnesium Sulphate เกินขนาด (ISMP 1997) ชุตินา วีระวิธินชัย (2545) ได้ศึกษาผู้ป่วยในที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 58 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาสูงกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา ร้อยละ 37 ผู้ป่วยได้รับยาต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา ร้อยละ 3.23 รวมทั้งการให้ยาซ้ำ การให้ยาที่แพทย์สั่งหยุด การต่อยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

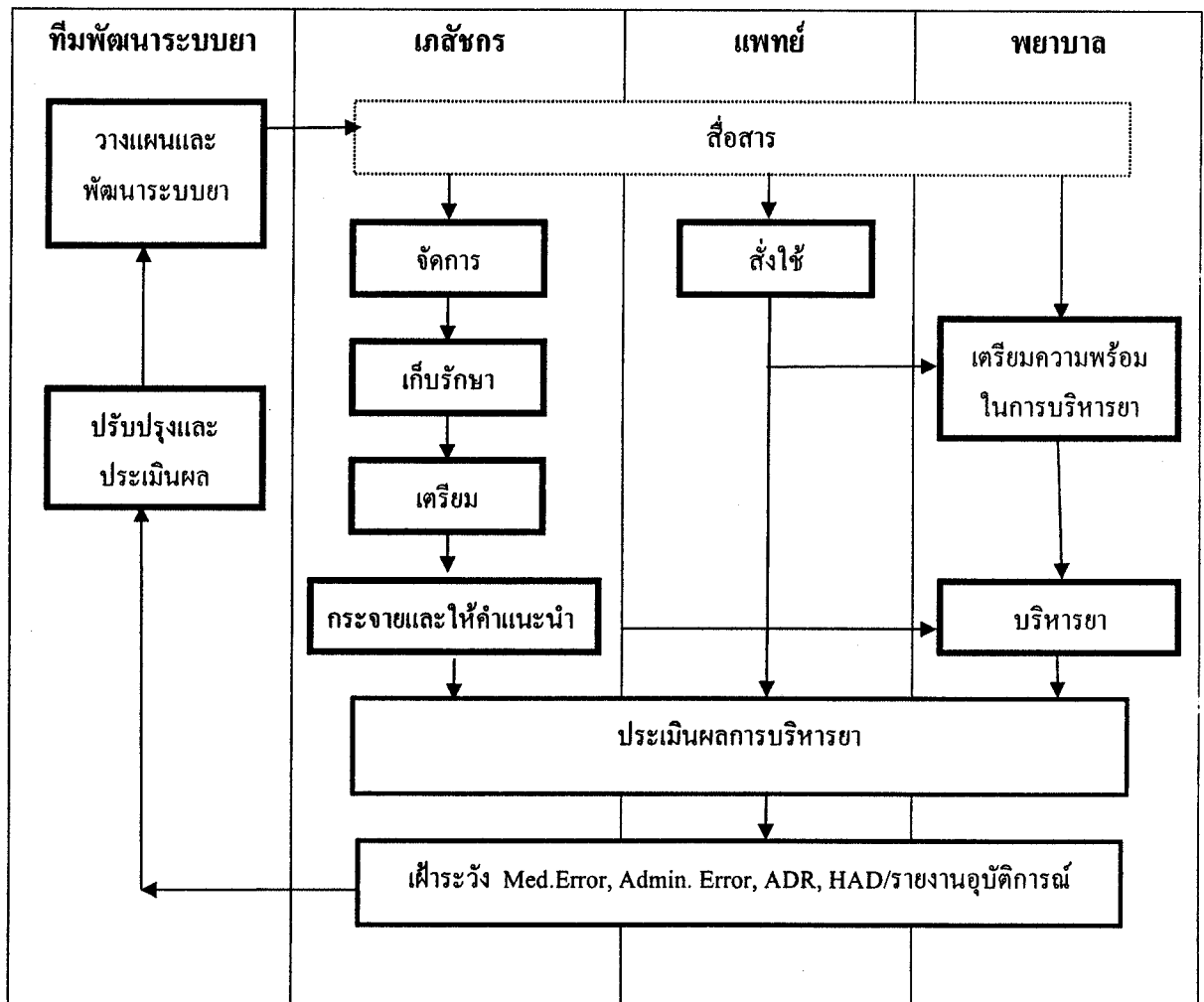
4. การให้ยาถูกเวลา (Right time) เช่น ปฏิบัติตามเกณฑ์การให้ยา Stat ภายใน 30 นาที หลังการสั่งให้ยา เป็นต้น

5. การให้ยาถูกทาง (Right route) เช่น ไม่ใช้ยาหยอดหู หยอดตาผิดข้าง หรือไม่ใช้ยาหยอดหู หยอดตาสลับกัน

6. การให้ยาถูกเทคนิค (Right technique) การบริหารยาที่เข้ากันไม่ได้ทางกายภาพ หรือมีหลักฐานชัดเจนว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา เช่น การผสมยาเข้าทาง Y-site หรือร่วมสายเดียวกัน

สรุปได้ว่า การบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ที่ดำเนินการอยู่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยการตรวจจับ ป้องกันเตือนภัย มิให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และแม้เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก็สามารถจัดการควบคุมสถานการณ์และยุติปัญหาได้อย่างรวดเร็ว แต่จากสภาพปัจจุบันที่เป็นอยู่ ยังพบว่าเกิดปัญหาอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม ในการบริหารยาที่ดำเนินการอยู่เดิมยังขาดความเป็นระบบและขาดความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันในการค้นหาสาเหตุของปัญหาควรมองให้ทั่วทั้งระบบดูความเชื่อมโยงและผลกระทบ เพราะฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญนอกจากการบริหารยาตามแผนการรักษา

ของแพทย์แล้วต้องร่วมกับทีมพัฒนาระบบยาในการวางแผนและพัฒนาระบบยา เป็นตัวกลางในการสื่อสารและประสานความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพและภายในฝ่ายการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบ

2. แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริหารยาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ผู้วิจัยขอเสนอเนื้อหา ดังนี้

2.1 ความหมายและความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) หมายถึง การปลอดจากการบาดเจ็บ (injury) อันเนื่องมาจากการกระทำผิดและการละเลยที่จะกระทำในการดูแล ซึ่งสามารถป้องกันเหตุการณ์เหล่านี้ไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการในขณะนั้น (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550: 3)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ จะเน้นถึงการรายงาน การวิเคราะห์ และการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ Patient Safety (2004)

2.2 นโยบายระดับชาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พ.ศ. 2550-2551 (National Safety Goal 2007-2008)

กระทรวงสาธารณสุขและองค์การภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพแห่งประเทศไทย ได้ประกาศ ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2550 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2550) ว่าด้วยความร่วมมือในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือสถานบริการทุกระดับในทุกสังกัด ให้มีความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety) ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety Goal) โดยเน้นการจัดการระบบในการบริหารจัดการด้านยา ใน 4 ประเด็นสำคัญ คือ 1) มาตรการลดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเน้นยาในกลุ่มยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล้าย (Look Alike-Sound-Alike Medication) 2) มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยเน้นยาในกลุ่มที่ต้องระมัดระวังสูง (High alert Drugs) 3) มาตรการลดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง โดยเน้นในกลุ่มยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงและการแพ้ยา และ 4) การพัฒนาระบบการรวบรวมและจัดการความรู้ กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาและเหตุการณ์พึงสังวรณ์ (Potential Adverse Events & Sentinel Events) และการพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาล “ยาปลอดภัย ผู้ป่วยปลอดภัย”

2.3 ระบบยาและการบริหารความปลอดภัย ระบบการใช้ยาเป็นกระบวนการที่บุคลากรจากหลายวิชาชีพมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ดังนี้

2.3.1 ผู้บริหาร/คณะกรรมการฯ รับผิดชอบในการมองภาพรวมของระบบยาให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา กำหนดนโยบายการบริหารยา การเสริมสร้างสนับสนุนผลักดัน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 แพทย์ เป็นผู้ประเมินอาการและทบทวนประวัติของผู้ป่วย และพิจารณาสั่งใช้ยา จากการศึกษาความล้มเหลวเชิงระบบ พบว่า สาเหตุที่สำคัญ คือ การขาดการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลของผู้ป่วยและการขาดความรู้เกี่ยวกับยา โดยเฉพาะการสั่งใช้ยาในเด็กจะต้องมีมาตรฐาน ปฏิบัติที่ชัดเจนและต้องปฏิบัติตามนโยบายการบริหารยาอย่างเข้มงวด ไมเคิล เอส เทียนวาร์ด และคณะ (Michael S. Leonard et al. 2006) บ่อยครั้งที่จุดทศนิยมไม่ถูกต้อง และทำให้ขนาดของยาที่ให้แตกต่างไปจากที่สั่ง 10 เท่า มักเกิดในผู้ป่วยเด็ก (Hicks RW. and Becker SC. 2006: 20-27)

2.3.3 เกสัชกร มีหน้าที่จัดซื้อยา จัดเก็บ เตรียมยา กระจายยา ให้ข้อมูลเรื่องยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีการติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา สื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและกำกับดูแลการใช้ยาในสถานพยาบาล (จิราภรณ์ สันติเสวี และดวงกมล เอกสมทราเมษฐ์ 2546)

2.3.4 พยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ปลายทางของกระบวนการใช้ยา มีหน้าที่บริหารยา (Medication Administration) ดูแลการให้ยาถึงตัวผู้ป่วยตามกระบวนการบริหารยา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา/บิกยา เป็นการส่งต่อข้อมูลตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ เมื่อมีข้อสงสัยในการใช้ยา ต้องปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกร และมีการจดบันทึกสะกดตัวอักษร วิธีทางที่ให้และขนาดของยาในการทวนคำสั่งเพื่อยืนยันความถูกต้องในการสั่งใช้ยา ด้วยวาจา (ISMP Medication Safety Alert 2006)

2) เก็บรักษายาให้มีคุณภาพ ให้อยู่ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาที่มีคุณภาพ

3) การเตรียม/จัดยา มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และยาที่ใช้รักษา รวมถึงการใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการเตรียมยา รักษาคุณภาพของยาจนถึงผู้ป่วย

4) การให้ยา สิ่งที่ควรคำนึง คือ ความถูกต้อง สุชาติาเดชเดชะสุนันท์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จากการสังเกตผู้ป่วยจำนวน 225 ราย พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 400 ครั้ง จาก 2,766 ครั้ง ของการใช้ยาครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 14.16 และเกิดจากการคัดลอกรายการยา 367 ครั้ง (ร้อยละ 13.27) ไมเคิล อาร์

โคเฮน (Micheal R. Cohen 1999 อ้างถึงใน มังกร ประพันธ์วิวัฒนะ 2549: 2) กล่าวว่า ความถูกต้องในการบริหารยา มีอยู่ 5 ด้าน หรือ 5R “Five Rights”

5) การบันทึกการให้ยา บันทึกข้อมูล/กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตามความเป็นจริงและเป็นไปตามเวลาที่ให้บริการด้วยตนเองหลังการให้ยา

6) การรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาและการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ โดยการสัมภาษณ์ประวัติการแพ้ยา ถ้าภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที

2.3.5 บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ในเรื่องโรค กระบวนการรักษา เรื่องยา และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ที่เนื่องมาจากการใช้ยาให้มากที่สุด เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังภาพที่ 2.3

ผู้บริหาร/ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับยา	แพทย์/ผู้สั่งใช้ยา	เภสัชกร	พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขอื่น	บุคลากรสาธารณสุข/ผู้ป่วยและครอบครัว
คัดเลือก/จัดหายา	สั่งใช้ยา	เตรียมยา/จ่ายยา	ให้ยา	ติดตามการใช้ยา
สร้างบัญชียา	ประเมินผู้ป่วย ความจำเป็น ในการรักษาด้วยยา คัดเลือกยาและสั่งยา	จัดซื้อยาเก็บรักษา ยา ทบทวน/ยืนยันคำสั่งใช้ยา เตรียมยา กระจายมาถึงจุดที่ผู้ป่วยอยู่	ตรวจสอบยาที่จ่ายกับคำสั่งใช้ยา ประเมินผู้ป่วย และให้ยา	ประเมินการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย รายงานอาการ/ความคลาดเคลื่อน

ภาพที่ 2.3 กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องับระบบการใช้ยา

ที่มา: ธิดา นิงสานนท์ มังกร ประพันธ์วิวัฒนะ มนทรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ (2547) "ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อระบบการดูแลสุขภาพ" ใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬารัตนพล และปรีชา มนทกานตีกุล การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หน้า 11 กรุงเทพมหานคร บริษัทประชาชน จำกัด

สรุปได้ว่า ระบบยาในโรงพยาบาลประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุข รวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้บริหารซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายการบริหารยา การเสริมสร้าง สนับสนุนผลักดันและติดตาม

ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แพทย์เป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยสั่งใช้ยาและติดตามอาการของผู้ป่วย เกษักรเป็นผู้จัด/จ่ายยา ส่วนพยาบาล มีหน้าที่ในการบริหารยาให้มีคุณภาพจนถึงผู้ป่วยตาม แผนการรักษาของแพทย์ โดยประสานงานและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว บนพื้นฐานของสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและ ร่วมมือกัน โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

2.4 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การให้ยาเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่สำคัญและ ความรับผิดชอบหลักอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติเป็นประจำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ การลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะ ช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการบริหารยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง การให้ยา รวมทั้งการบริหารจัดการยาผิดพลาดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิด ไปจากความตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา ที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย พยาบาลผู้ให้ยาจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง พื้นฐานทางด้านเภสัชวิทยา กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา และการบริหารจัดการความปลอดภัยในการ บริหารยา

2.4.1 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งออกตามชนิดและสาเหตุ คือ ปัญหาจากตัวบุคคล ปัญหาเชิงระบบและการจัดการ (Horns and Loper 2002 cited in T. Kazaoka et al. 2006: 2) และที่พบเสมอ คือ ความผิดพลาดจากตัวบุคคลเป็นจุดสำคัญ (Ootim 2002 cited in T. Kazaoka et al. 2006) (Hicks RW. and Becker SC. 2006: 20-27) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มังกร ประพันธ์วัฒน์ (2004: 83) ซึ่งวิเคราะห์อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากรายงาน จำนวน 130 ฉบับ พบว่า สาเหตุเบื้องต้นของความคลาดเคลื่อนทางยา (Proximal cause) ที่พบได้มากที่สุด เป็นปัจจัยด้านผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 86 เป็นปัจจัยเชิงระบบ ร้อยละ 65 โดยมีข้อมูลรายละเอียด เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากบุคคลและระบบ ดังนี้

1) ปัญหาจากตัวบุคคล แบ่งออกเป็น

(1) ปัจจัยด้านพยาบาล (Karen M. Stratton et al. 2004) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

ก. ความผิดพลาดจากการกระทำที่ไม่ตั้งใจ ความพลั้งเผลอในการ ใช้ทักษะผิด เป็นการกระทำโดยอัตโนมัติ และความเคยชิน

ข. ความผิดพลาดจากการกระทำที่จงใจ จากความเครียด มีความรู้ ไม่เพียงพอหรือขาดประสบการณ์ ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่ ๆ ความประมาท ต้องการลดขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้เสร็จเร็วขึ้น

(2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับอายุและสภาวะของโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตแผนกอายุรกรรม ซึ่งได้รับยาหลายขนานและเป็นยากลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งถ้าเกิดความผิดพลาดจะเป็นเหตุให้ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนหลายโรคและเจ็บป่วยรุนแรง (Wilson RM. et al. 1995) เบญจมาศ เลปวิทย์ (2543) ได้ศึกษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 261 ราย พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด จะเกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง 5.257 เท่า และเมื่อผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง 2 ชนิด 3 ชนิด และ 4 ชนิด จะเกิดปัญหาการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 6.355 เท่า 6.522 เท่า และ 20.652 เท่า ตามลำดับ ผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน จากปริมาณผู้ป่วยที่มากและเจ็บป่วยรุนแรง (Brennan TA. et al. 1991; Wilson RM. et al. 1995; Leape LL. et al. 1991) การให้บริการผู้ป่วยต้องใช้ความรวดเร็วเพื่อช่วยชีวิต ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะถูกใช้มาก ภาระงานที่มากและขาดการทวนสอบทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดสูง เช่น การคำนวณยาผิด ให้ยาผิดคน หรือหยาผิดเป็นต้น ส่วนทารกที่เกิดก่อนกำหนด มีผิวบาง ชันไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย และเส้นเลือดมีขนาดเล็ก (วิลมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550: 112) งานวิจัยที่ผ่านมา พบการผิดพลาดโดยเฉพาะการได้รับยาผิดขนาด โดยเฉพาะกลุ่มยารักษาโรคหัวใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ เนื่องจากยาส่วนใหญ่ถูกเตรียมไว้สำหรับผู้ใหญ่ อีกประการหนึ่งทารกแรกเกิด มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวต่อเนื่องและเร็วกว่าผู้ใหญ่ (ยุพาพร ปรีชากุล และราตรี แสงส่ง ม.ป.ป.) การคำนวณยาและการควบคุมการให้สารน้ำที่ผิดพลาด ทำให้ได้รับยาเกินขนาด

2) ปัญหาเชิงระบบและการจัดการ ปัจจุบันเชื่อว่าความล้มเหลวและความบกพร่องของระบบเอื้ออำนวยให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากกว่าที่จะเป็นความผิดพลาดประมาทหรือไร้ความสามารถของบุคคลแต่เพียงอย่างเดียว เพราะการที่ผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ จะได้รับยาหรือใช้ยานั้น จะต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ มากมายโดยเฉลี่ยประมาณ 10-15 ขั้นตอน ต่อยา 1 ขนาน (Leape LL. 1999 อ้างถึงใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒน์ จุฬาวัฒนทล และปรีชา มณฑกานติกุล 2547: 11) โดยในแต่ละกระบวนการหรือขั้นตอนจะมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การป้องกันการผิดพลาดจึงไม่ใช่เพียงการเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์เท่านั้น แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่า โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ปัจจัยด้านระบบปฏิบัติการดูแล เช่น อัตรากำลังไม่เพียงพอ (Karen M. Stratton et al. 2004 และปรีดา กังแฮ 2546) การไม่มีระบบที่ปรึกษาหรือตรวจสอบระบบการจัดเก็บยาอันตรายใกล้กับยาทั่วไป การจัดเก็บที่ไม่ถูกต้องทำให้ยาเสื่อมสภาพ

(2) ปัจจัยด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ความขาดแคลนอุปกรณ์ อุปกรณ์ชำรุด หรืออุปกรณ์ที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน

(3) ด้านสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ เช่น การเพิ่มภาระงานกะทันหัน ถูกเบี่ยงเบนความสนใจขณะปฏิบัติงาน (Karen M. Stratton et al. 2004)

(4) ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโดยการใช้คำพูด การแสดงการยอมรับความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Schwirian 1978 อ้างถึงใน สิริระยา สัมมาวาจ 2540) ประเด็นที่น่าสนใจคือ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล ซึ่งมีลักษณะนิสัยที่แตกต่างกัน คือ พยาบาลมักให้รายละเอียดค่อนข้างมากในลักษณะของการเล่าเรื่องเนื่องจากต้องการให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วย ขณะที่แพทย์ต้องการข้อมูลที่กระชับเพื่อการตัดสินใจ ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล 2551: 126) นอกจากนี้ปัญหาด้านการเขียนของแพทย์ที่ใช้คำย่อไม่เป็นสากล เขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจน เป็นต้น

ความคลาดเคลื่อนทางยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่เกิดขึ้นและส่งผลร่วมกัน คือ ความคลาดเคลื่อนแอบแฝง (latent error) (Vincent C. 2001 อ้างถึงใน วิมา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2550: 15) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นมาก่อน หรือมีมานานแล้วแต่ยังไม่ได้แสดงผล มองเห็นได้ยากหากไม่มีการวิเคราะห์ เป็นจุดอ่อนที่แฝงในระบบตั้งแต่ขั้นตอนในการปฏิบัติ ยาที่มีชื่อคล้ายเสียงคล้าย (Look Alike-Sound-Alike Medication-LASA) และบรรจุภัณฑ์ที่คล้ายกันที่แลดูเหมือนภาพสะท้อน ทั้งนี้เพื่อลดต้นทุนการผลิตและเป็นเอกลักษณ์ของบริษัท เช่น ยา Exelon 1.5 mg, Exelon 4.5 mg และ Exelon 6 mg หรือ Losec-Lasix ความสับสนในการดูหรือออกเสียงนี้ จะนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นอันตราย นอกจากนี้ในด้านการบริหาร เช่น อัตรากำลังหรือมีเครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่เพียงพอ การขาดประสบการณ์ระบบการคัดลอกยามีหลายขั้นตอน เมื่อใดก็ตามที่จะมีการกระทำคลาดเคลื่อน (active failure) ณ จุดนั้น เช่น มีการคัดลอกคำสั่งที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากลายมือของผู้สั่งยาไม่ชัดเจน หากต้องทำงานเป็นเวลานานและเร่งรีบ การขาดความรู้เกี่ยวกับยา (Wennberg EJ. 1987 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2549) ก็จะส่งผลร่วมกัน คือ ทำให้เกิดและความคลาดเคลื่อนจากการกระทำในขณะนั้น (active error) โดยผู้ทำหน้าที่จัดยาและการทำงานในช่วงเร่งด่วนอาจไม่สามารถแยกความแตกต่างของยานี้ได้ (วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ และสุวัฒนา จุฬาวฒนทล 2547: 45) ก็จะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อน คือ ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปในที่สุด เนื่องจากไม่มีการออกแบบระบบที่ป้องกันความคลาดเคลื่อน ทำให้มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดสูง จะเห็นว่าความคลาดเคลื่อนทางยาทุกประเภท ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงควรตระหนักและสร้างระบบการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 ระบบการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ที่มา: David P. Baker, et.al. (2005) "Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation." *Literature Review prepared by American Institutes for Research, University of Central Florida, University of Miami Center for Patient Safety.* Retrieved August 8, 2008, from <http://www.ahrq.gov/qual/medteam/medteamfig2.gif>

จากภาพที่ 2.4 แสดงให้เห็นว่า การจัดการความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะตีความน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสภาวะการณ์ก่อนเกิดเหตุการณ์ (Antecedent Condition) เช่น แพทย์สั่งใช้ยา แต่ปัจจัยโครงสร้าง (Structure) มีการจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน เป็นความเสี่ยงที่แฝงอยู่ในระบบ (Latent Failure) เมื่อกระบวนการปฏิบัติงาน (Care Processes) ที่ผิดพลาดในขณะนั้น (Active Failure) เช่น ความเร่งรีบ ขาดสมาธิ ก็ จะส่งผลร่วมกันทำให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) คือ ความผิดพลาดขึ้น จึงควรออกแบบระบบ โดยการบูรณาการองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ออกแบบวิธีปฏิบัติและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ช่วยในพยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

สรุปได้ว่า การบริหารยาเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพและความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์ การให้ยาแก่ผู้ป่วยถือเป็นบริการหลักที่ผู้ป่วยต้องได้รับขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดสูง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้ ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และมีทักษะในงานมีความรับผิดชอบ พัฒนาแนวทางสำหรับสร้างกลยุทธ์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือความสูญเสียต่าง ๆ ที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ลดการขาดทุนและสงวนไว้ซึ่งทรัพย์สินของโรงพยาบาล (รัชนี นามจันทร์ และวรรณี บุญช่วยเหลือ 2549: 34) จัดระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อน มีระบบเตือนภัยและตรวจจับป้องกันมิให้เกิดความคลาดเคลื่อน มีการปรับปรุงคุณภาพในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง (ยุพิน อังสุโรจน์ 2541: 44-48) ภายใต้อำนาจที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2.5 กระบวนการบริหารความปลอดภัยในองค์กร กระบวนการบริหารความปลอดภัยในองค์กรมีองค์ประกอบ 7 ขั้นตอน (วีณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2550: 23-38) ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการหลักของการบริหารแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยง และการประกันความปลอดภัย แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 **สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ** วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป วัฒนธรรมไม่ใช่ all or none หรือมี/ไม่มี แต่เป็นระดับของการปฏิบัติ ต้องใช้เวลา ต้องเพาะบ่ม ต้องสั่งสม เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของแต่ละคนและค่อย ๆ เกิดความเห็นพ้องขึ้นภายในองค์กร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรผู้บริหารควรกำหนดนโยบายที่จะดำเนินการหรือการสนับสนุนที่ชัดเจนและกระทำอย่างจริงจังต่อเนื่อง กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบให้แก่สายงานหรือผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่แบ่งปันข้อมูล นำประเด็นเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยที่สังเกตพบระหว่างปฏิบัติงานมาพูดคุยภายในทีมงานโดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่บ่อยครั้ง (อนุวัฒน์ สุภชุตikul 2551: 117-119) มีการติดตามตรวจเยี่ยมหน่วยงาน สร้างความตระหนัก จัดการอบรมและนำวิธีที่ได้ผลมาสู่การปฏิบัติ ระบุสถานการณ์และติดตามประเด็นที่มีความเสี่ยง โดยประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ปลอดภัย

2.5.2 **มีผู้นำและสนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย** มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย จัด/สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย สร้างกระบวนการเรียนรู้และนำทริคความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง

2.5.3 **บูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง** ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง ความเป็นไปได้หรือโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บ การสูญเสีย ถูกทำลาย หรือได้รับอันตรายในด้านการแพทย์ คือ ความเป็นไปได้โอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บ (Risk 2008) (อนุวัฒน์ สุภชุตikul และคณะ 2544: 260) (RMF Staff 2004) โดยมีค่าความน่าจะเป็นมากกว่า 0 (ปกติค่าความน่าจะเป็นมีเสกอยู่ระหว่าง 0-1.0 โดย 0 = ไม่มีโอกาสเกิดเลย และ 1.0 ต้องเกิดขึ้นแน่นอน 100%) (วีรพงษ์ เกลิมจิรพันธ์ 2549)

วีณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550: 28) เจริญ เกษฎาวัลย์ (2548: 67-69) การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงเข้ากับความปลอดภัย คือ การนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอย่างอื่น ๆ อย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1) การค้นหาความเสี่ยง เป็นกลยุทธ์เชิงรุกและเชิงรับ มีระบบเฝ้าระวัง

และรายงานเมื่อเกิดปัญหา กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง การทบทวนคำร้องเรียนต่าง ๆ ทุกเดือน การทำ Nursing Quality Round โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุรากหญ้า (Root Cause Analysis: RCA) เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจในต้นเหตุ และบริบทของสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการบริหารยา ความผิดพลาดของระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น การกระจายความรู้ด้านยาไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึง การใช้อุปกรณ์การแพทย์ มาตรฐานของขั้นตอนการปฏิบัติงาน การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น (Leape และคณะ 1995 อ้างถึงใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัดชนทล และปรีชา มณฑกานติกุล 2547: 22-23)

2) การประเมินความเสี่ยง เป็นการวิเคราะห์ระดับความรุนแรง และโอกาสเกิดเพื่อจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์

3) การจัดการกับความเสี่ยง คือ การจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บ เพื่อลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ป้องกันการสูญเสียทรัพย์สินและจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคคลระบบปฏิบัติงาน รวมทั้งลดการฟ้องร้องทางกฎหมาย การเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Wilson 1992 อ้างถึงใน ชลธ น้อยเผ่า 2544) อนุวัฒน์ ศุภชุตติกุล และคณะ (2544: 262-263) (มิเรียม อาร์ ออฟี เซอร์ ไวส์ และเดเบอร์รา แอนน์ ออนเดค (Miriam R. Aufseeser-Weiss and Deborah Anne 2001: 50-54) ได้แบ่งการจัดการกับความเสี่ยงออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

(1) การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เป็นการจัดการกิจกรรมเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยง หรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง เช่น การจัดอบรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนานุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอน และข้อตกลงในการทำงาน เช่น ลดความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติงาน แนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวนปรับปรุงการทำงานเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

(2) การยอมรับความเสี่ยง (Risk Acceptance) โดยการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้รองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่า เช่น การทำประกันภัยกับบริษัทประกัน

(3) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) คือ การงดให้ทำกิจกรรมให้บริการทางการแพทย์ เมื่อประเมินแล้วว่าต้องเกิดความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ

(4) การลดความเสี่ยง (Risk Reduction) เป็นการจัดการความเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะต้องมีการแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ เพื่อยุติปัญหาต่าง ๆ โดยเร็วที่สุด

(5) การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) คือ การที่มอบหมายให้

ผู้ที่เชี่ยวชาญกว่าดำเนินการแทน เช่น การให้ศูนย์มะเร็งเตรียมยาเคมีบำบัด

4) การประเมินผลจากตัวชี้วัด โดยการวัดสิ่งที่เกิดจากกระบวนการทำงาน และผลกระทบที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้น เช่น การให้ยาผิดคน ผิดชนิด การให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัด คือ อุบัติการณ์ของ Infusion Overdose ตรวจสอบพบได้จากการ Check point or chart audit ความคลาดเคลื่อนในเรื่องของขนาดยา Insulin ตัวชี้วัด คือ อุบัติการณ์ของระดับน้ำตาลในเลือด <70 หรือมีการให้น้ำหวานเพื่อแก้อาการ Hypoglycemia ตรวจสอบพบได้จาก chart audit or lab value screen (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 126-129) หลังจากนั้น ทบทวนเปรียบเทียบกับสถิติเดิมว่า ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ความเสี่ยงจะมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับประสิทธิภาพการบริหารความปลอดภัย หมายความว่า หากปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดพลาดลดลง ความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้น (วิณา จิระแพทย์ 2549: 7)

สรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงจะเน้นความสำคัญในการค้นหา ซึ่งบ่งชี้ที่ อาจเกิดความเสียหาย ประเมินและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา วางแผนและดำเนินการปฏิบัติ ติดตาม ตัวชี้วัด และประเมินผล ถ้าความเสี่ยงไม่ลดลงจะต้องหาข้อบกพร่องและหาทางปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.5.4 การสนับสนุนรายงานอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาเก็บข้อมูล ได้ยากที่สุด โดยเฉพาะเวลาของการให้ยาในต่างประเทศพบความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ร้อยละ 0.01-20 ของจำนวนครั้งในการให้ยาทั้งหมด บาร์คเกอร์และแมคคอนเนล (Barker and McConnell 1962 อ้างถึงใน อภริณี เหมะจุฑา และปรีชา มณฑกานติกุล 2547: 69-70) อุปสรรคที่สำคัญ คือ การกลัวถูกกล่าวโทษ ผู้ที่รายงานมีความเชื่อว่าพยาบาลคนอื่นจะเห็นว่าตนไร้ความสามารถและ รู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ คาเรน เอ็ม สเตรตตัน และคณะ (Karen M. Stratton et al. 2004) จึงควรมีแบบฟอร์มการรายงานที่ใช้ได้กับทุกอุบัติการณ์ มีระบบการรักษาความลับและปิดบังชื่อ ผู้รายงาน

2.5.5 สื่อสารให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย การให้ผู้ป่วย และชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย คือ ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมตรวจสอบ ความถูกต้อง (สิระยา สัมมาวง 2540) การเฝ้าติดตามเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ และหาก ต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยไม่อายหรือกลัวที่จะพูดเมื่อสงสัย ไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจ และรู้สึก ไม่ปลอดภัย

2.5.6 แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย โดยศึกษาจาก ประสบการณ์ความผิดพลาดของตนเองและคนอื่น ความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา ส่งเสริม การเรียนรู้จากการเฝ้าระวังและมีระบบรายงาน และรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน โดยร่วมกันเลือก

วิธีการและระยะเวลาในการระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และวิธีวิเคราะห์ว่าอะไรคือสาเหตุ ข้อมูลอะไรที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใด และการสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ/การจัดการตามสถานการณ์ รวมทั้งกำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามวิธีการนั้น ๆ

การแสวงหาความรู้ที่ง่ายและประหยัด กำลังเป็นที่นิยมในขณะนี้ คือ การดึงความรู้ที่ได้จากการ Share Tacit Knowledge ซึ่งเป็นประสบการณ์อันทรงคุณค่าจากการปฏิบัติจริงที่ฝังลึก จะถูกเผยแพร่และขยายผ่านคลังความรู้ โดยไม่ต้องไปเสียเวลาเริ่มต้นลองผิดลองถูกในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) และส่วนใหญ่ความรู้เหล่านี้อยู่ในผู้ปฏิบัติการทั้งในและนอกโรงพยาบาล กลุ่มชุมชนนักปฏิบัตินอกองค์กรที่สร้างเป็นเครือข่าย เช่น CoPs ก็มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีหลายทางเลือกให้ทดลองและเรียนทางลัด ไม่มีการหวงความรู้ หวงวิชา และนำ Tacit Knowledge/นวัตกรรมไปต่อยอด (ศิริวัฒน์ ยิ้มเลี้ยง และคณะ 2543)

ปัจจุบันนี้การใช้ระบบ Blog <http://igotoknow.org.th> ของประเทศไทยซึ่งเป็นระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ทรงพลังอย่างยิ่ง มีการเขียน โปรแกรม Knowledge Volution โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชชัย ปิยะวัฒน์ และ ดร. จันทวรรณ ปิยะวัฒน์ (วิจารณ์ พานิช 2550: 119-135) องค์กรหลายแห่งสามารถนำไปติดตั้งในระบบ Intranet ได้โดยไม่คิดมูลค่า ขับเคลื่อนความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) โดยตั้งอกตั้งใจที่จะคิดค้นวิธีทำงานแบบใหม่ ๆ ขับเคลื่อนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติจนได้สิ่งที่เหมาะสมกับองค์กร

2.5.7 นำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยขึ้น
เลือกใช้วิธีการเปลี่ยนแปลงที่เรียบง่าย ชัดเจนเพื่อให้เข้าใจและนำไปใช้ได้เร็ว ตรวจสอบว่าเมื่อนำไปปฏิบัติจะไม่มีความเสี่ยงใหม่เกิดขึ้น กำหนดตัวชี้วัดผลการเปลี่ยนแปลง ประเมินผลลัพธ์ และปิดวงจรการเปลี่ยนแปลง

สรุปได้ว่า ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาส่วนใหญ่ สามารถแก้ไขได้โดยผู้นำให้การสนับสนุน ทั้งด้านทรัพยากร ขวัญกำลังใจ พัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย พัฒนาระบบการหลักในการบริหารยา มีการควบคุมคุณภาพในกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาการสื่อสาร และส่งต่อข้อมูลด้านยาและผู้ป่วย พัฒนาให้เกิดความโปร่งใสไม่มุ่งเอาความผิดซึ่งกันและกัน การพัฒนาระบบการรวบรวมและจัดการความรู้ กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการบริหารยา เผยแพร่การนำผลที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ พัฒนาความเชื่อมต่อกับระบบงานอื่น ทั้งระบบที่ทำก่อนหน้าและระบบที่จะรับช่วงไปดำเนินการต่อไป เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ (Total Quality Improvement: TQI) โดยมุ่งเน้นการทำงานที่มีคุณภาพสูงด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด (High Quality at Low Cost) ซึ่งจะต้อง

ประกันให้ได้ว่ามีความเสี่ยงน้อยที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ (กฤษฎา แสงวดี 2543) โดยกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงาน รูปแบบการดำเนินงานประจำ จนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาระบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาระบบ

3.1.1 ความหมายของการพัฒนาระบบ การพัฒนา หมายถึง การกระทำ

กระบวนการหรือผลของการสร้างสิ่งใหม่ (Development 2008) สิ่งสำคัญคือ วิธีทำความเข้าใจในเรื่องนั้น โดยพิจารณาว่าใครเป็นผู้ดำเนินการเพื่อสนองบุคคลกลุ่มใด โดยวิธีใด ช่วงระยะเวลาใดที่จะทำให้สิ่งที่มียู่ให้ดีขึ้น ไปสู่เป้าประสงค์ที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์หรือเครื่องชี้วัด การประเมินผลจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่ามีความเหมาะสมหรือพึงพอใจหรือไม่และระดับใด (สนธยา พลศรี 2545: 8-9; ปฐม มณีโรจน์ 2549)

ระบบ หมายถึง กลุ่มของสิ่งซึ่งมีลักษณะประสานเข้าเป็นสิ่งเดียวกันตามหลักแห่งความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกัน ด้วยระเบียบของธรรมชาติ หรือหลักเหตุผลทางวิชาการ เช่น ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบจักรวาล ระบบสังคม ระบบการบริหารประเทศ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542)

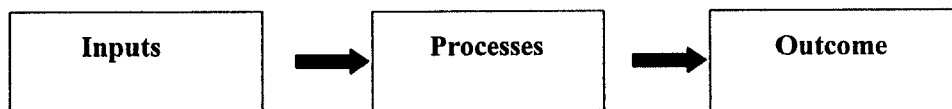
Couger & Knapp (1974) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับระบบไว้ว่า เป็นกลุ่มของหน่วยย่อยต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 หน่วยขึ้นไป อาจเป็นการสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือไปในทิศทางเดียวกันก็ได้ ทำให้เกิดเป็นองค์รวม มีส่วนประกอบ คือ ตัวนำเข้า ได้แก่ คน สิ่งของ เงิน วิธีการ กิจกรรม เวลา และการจัดการ โดยการเชื่อมโยงกิจกรรมเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายตามพันธกิจและนโยบายของหน่วยงานอย่างสอดคล้องและต่อเนื่องกัน

3.1.2 ความสำคัญของการพัฒนาระบบ การพัฒนาระบบจำเป็นต้องมีการคิดอย่างมีหลักการและเหตุผลในการจัดระเบียบข้อมูล หรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ให้มีแบบแผนหรือกระบวนการที่ชัดเจน และต้องมีกรอบกำหนดไว้เสมอเพื่อมิให้สับสน ซึ่งในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ โคนาบีเดียน (Donabedian's Model 1989) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล เนื่องจากกรอบแนวคิดของ โคนาบีเดียน จะกล่าวถึง Impact คือ ผลกระทบที่เกิดจาก Outputs และ Outcome ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลที่มีปฏิสัมพันธ์กับ

สภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่อยู่นอกกระบวนการทำงาน เช่น การฟ้องร้อง ภาพลักษณ์ และชื่อเสียงขององค์กร รวมทั้งคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3.2 การพัฒนาระบบตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian's Theory 1989)

ศาสตราจารย์อเวดีส โดนาบีเดียน (Professor Avedis Donabedian) เป็นแพทย์ชาวเลบานอน มีสมญานามว่า Mr. Structure-Processes-Outcome เนื่องจากผลงานของโดนาบีเดียนมาจากคำถามง่าย ๆ ที่เขาชอบถามบ่อย ๆ คือ “คุณบอกได้ไหมว่าคุณภาพของการดูแลรักษาที่ดีเป็นอย่างไร” เขาเชื่อว่าคุณภาพก็คือ ผลลัพธ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินโครงสร้างและกระบวนการ (Donabedian's Model 1989) ซึ่งผลลัพธ์โดยส่วนใหญ่ยังคงเกี่ยวกับประสิทธิภาพและคุณภาพของการรักษา ในปี ค.ศ.1950 ท่านได้รับการยกย่องให้เป็น “บิดาของการวิจัยด้านผลลัพธ์: *Father of Outcomes Research*” (National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology: NICHSR 2007) นอกจากนี้โดนาบีเดียนได้ขยายมุมมองในส่วนของปัจจัยนำเข้าให้ครอบคลุมไปถึงการจัดความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า เพื่อเข้าสู่กระบวนการทำงานอย่างเหมาะสม เรียกว่า “องค์ประกอบด้านโครงสร้าง” (Structure of Model) การวิเคราะห์คุณภาพตามแนวคิดของโดนาบีเดียน มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 4.2 แสดงรูปแบบ Inputs-Processes-Outcome

3.2.1 Inputs ปัจจัยนำเข้า คือ โครงสร้าง (Structure) เป็นรูปแบบภายในของระบบ ประกอบด้วย

1) *Man* หรือทรัพยากรบุคคล เป็นการคัดเลือกคนที่เหมาะสมมีความรู้มีประสบการณ์ การจัดคนให้ตรงกับงาน การประเมินผลงานและการพัฒนาคนอย่างสม่ำเสมอ มีผู้กล่าวว่า “คนเป็นผู้สร้างระบบ ถ้าคนไม่ดีจะสร้างระบบที่ดีได้อย่างไร?” (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 22) การให้ความรู้แก่บุคลากรในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การให้คำแนะนำ การจัดการความรู้ซึ่งเน้นที่การแลกเปลี่ยนความรู้โดยตรงระหว่างคน-คน ใช้ประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญแต่ละบุคคล วัฒนธรรมที่ส่งเสริมการถ่ายโอนแลกเปลี่ยนความรู้ และการวัดผลสำเร็จที่คุณภาพขององค์ความรู้มากกว่าการถ่ายโอนองค์ความรู้

2) *Money* หรือการเงินการคลัง เป็นสิ่งจำเป็นในการหาปัจจัยนำเข้าและการใช้จ่ายในการดำเนินการ การดูแลการเงินการคลังที่มีคุณภาพ เช่น งบประมาณในการจัดอบรม การจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์ เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการบริหารยา การประเมินผล และการให้รางวัล

3) *Material* หรือวัสดุคิป์ เช่น ยาที่เข้าสู่กระบวนการผลิตซึ่งเริ่มตั้งแต่การจัดหา การคัดเลือก การเก็บรักษา เช่น มีการเก็บรักษายาอยู่ให้ในสภาวะที่เหมาะสมทั้งอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ และความปลอดภัยตามชนิดและประเภทของยา เป็นต้น การเคลื่อนย้าย การตรวจสอบคุณภาพระหว่างก่อนและกระบวนการทำงานในส่วนของการจัดบริการ สุขภาพจะต้องดูแลปัญหาด้านคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพให้เหมาะสม นั่นคือ ต้องสำรวจในส่วนของผู้รับบริการให้เหมาะสมในแต่ละรูปแบบด้วย

4) *Method* หรือรูปแบบวิธีการทำงาน คือ การจัดหาวิธีการผลิตหรือบริการ เช่น ระเบียบปฏิบัติในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง กำหนดเกณฑ์ในการเฝ้าระวัง วิธีปฏิบัติในการเตรียมยา ฉีด ยา การบริหารจัดการอื่น ๆ ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยยึดถือประโยชน์ของลูกค้าเป็นหลัก

3.2.2 กระบวนการทำงาน (Processes) เป็นการนำนโยบายหรือแผนงานลงสู่การปฏิบัติ ที่สำคัญคือ การควบคุมคุณภาพในกระบวนการทำงาน ซึ่งในแต่ละงานจะต้องทำการวิเคราะห์ จัดทำขั้นตอนการทำงานการควบคุมงาน เทคนิคที่ใช้ในการจัดการคุณภาพงาน เช่น Flow chart, Gantt Chart เป็นต้น มักจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) วิธีปฏิบัติ (Work Instruction) เพื่อให้ทุกฝ่ายยอมรับเป็นหลักฐานอ้างอิงในการสื่อสาร เป็นคู่มือตรวจสอบความถูกต้องตามข้อกำหนดที่ตกลงกันได้

3.2.3 ผลลัพธ์ (Outcome) ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการปฏิบัติงาน อาจอยู่ในรูปแบบของผลิตภัณฑ์หรือบริการวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ ในด้านคุณภาพมุมมองในการวัดหรือการประเมินผลอาจแตกต่างกันตามความต้องการและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์สามารถแบ่งได้ตามลำดับ ดังนี้

1) *Outputs* คือ ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกิดจากกระบวนการทำงาน เมื่อสิ้นสุดการทำงานนั้น ๆ เช่น ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ การผสมยา การบดยา เป็นต้น กระบวนการทำงาน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่จะให้ วิธีทางที่จะให้หรือผลข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วย/ญาติ การคิดยา การให้ยา เป็นต้น

2) *Outcome* คือ ผลที่เกิดขึ้นเมื่อนำผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นไปใช้ เป็นสิ่งที่เป็นผลกระทบโดยตรงจาก Output ที่เกิดขึ้น เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคเป็น Output ความสามารถป้องกันโรคเป็น Outcome ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยแพ้เป็น Output และผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเป็น Outcome

3) *Impact* คือ ผลที่เกิดจาก Outputs และ Outcome ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่อยู่นอกกระบวนการทำงานนั้น (Coyle and Battles 1980) เช่น การให้ยาที่ถูกต้องขนาดและถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ และก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านบวก ส่วนการที่พยาบาลนิคยาผิดชนิด และถูกลงโทษโดยผู้บริหารระดับสูง ทำให้ผู้กระทำผิดและคนอื่น ๆ มีแนวโน้มที่จะปกปิดหรือกลบเกลื่อนความผิดของตนเองเพราะกลัวการถูกตำหนิหรือลงโทษและไม่ให้ความร่วมมือในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านลบ จึงทำให้เสียโอกาสที่จะได้นำเอาความผิดพลาดมาวิเคราะห์เพื่อจะหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบเป็นความก้าวหน้าและความร่วมมือกันของบุคลากรภายในองค์กร ในการจัดการควบคุมสภาพแวดล้อมให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้แหล่งทรัพยากรทั้งคน เงิน และเครื่องมือที่มีเพื่อให้บริการผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลเมื่อมีนโยบายถูกนำไปสู่การปฏิบัติ การป้อนกลับข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร โดยมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการแต่ละขั้นตอน และแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

4. การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา

ในการพัฒนาระบบใช้หลักการของการมีส่วนร่วม และเทคนิคการสนทนากลุ่ม ดังนี้

4.1 การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นการมีส่วน (ร่วมกับคนอื่น) ในการกระทำบางอย่างหรือบางเรื่องในประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจ ไม่ว่าจะเขาจะได้ปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่ก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น โดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่า เป็นการมีส่วนร่วมได้ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก <http://psdg.anamai.moph.go.th/news/cpadmin/km/files/chapter2.doc>

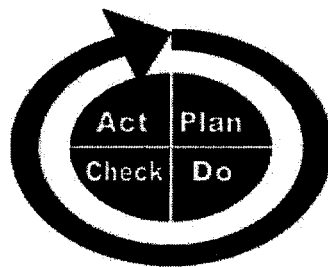
การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกัน เป็นรูปแบบของความเกี่ยวข้องผูกพันกันของสมาชิก โดยมีหลักการร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจและร่วมดำเนินการ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของทุกกิจกรรม เพื่อเปิดกว้าง มีอิสระ และมี อิทธิพลต่อสายการบังคับบัญชาไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานเสริมสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ (Crowther Kavanagh 1995 อ้างถึงใน ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร 2544)

โลดาลและเคดเนอร์ (Lodahl and Kedner 1965 อ้างถึงใน สมลักษณ์ สววิบูลย์ 2548) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในงานว่า เป็นลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคลที่มีต่องานว่างานเป็นสิ่งสำคัญต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และผลจากการปฏิบัติงานจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) มีความเห็นว่า การมีส่วนร่วมมิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินเท่านั้น แต่ต้องเข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) การมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรม และต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (meaningful participations) ไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้วเท่านั้น

จากคำจำกัดความซึ่งมีมุมมองที่ต่างกัน อาจเป็นเพราะลักษณะงานที่แตกต่างกัน แต่งานด้านระบบยาของโรงพยาบาลเป็นงานที่บุคลากรทางการแพทย์ อาทิ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อสร้างความศรัทธาและความไว้วางใจต่อผู้รับบริการ ซึ่งต้องอาศัยการบริหารแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในองค์กรและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ Deming's Cycle ของ Dr. W. Edwards Deming (adopted by Walter Shewhart 1930) ดังภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 Deming's Cycle (PDCA)

ที่มา: Walter Shewhart, 1930) The Deming's Cycle. Retrieved August 1, 2008, from http://www.4ulr.com/products/product_quality/deming_cycle.html

จากภาพที่ 2.6 แสดงถึงการขับเคลื่อนระบบ โดยการใช้ Deming's Cycle มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.1 การร่วมกันวางแผน (Plan) ว่ามีการออกแบบและจัดระบบงานได้เหมาะสมหรือไม่

4.1.2 การร่วมกันปฏิบัติตามแผน (Do) ว่ามีการปฏิบัติตามระบบหรือไม่

4.1.3 ร่วมกันตรวจสอบ (Check) ว่าทำได้ดีหรือไม่ ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดอย่างไร

4.1.4 ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง (Action) ว่าปรับปรุงระบบงานอย่างไร ได้ทำอะไรไปแล้ว และจะทำอะไรต่อไป

ระบบการจัดการความปลอดภัยมาจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่า “สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นสาเหตุร่วม คือ มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และยังเชื่อมโยงกับระบบที่บุคลากรมีปฏิสัมพันธ์ขณะปฏิบัติงานด้วย” (วิภา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2550: 24)

ดังนั้น การนำผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมได้รับรู้เป้าหมาย ร่วมในการวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหา สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ทีมงานมีความสามัคคีและร่วมมือร่วมใจนำข้อตกลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา (ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร 2544) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นคุณค่าของตนเอง ภาคภูมิใจในงานที่ทำ ก่อให้เกิดการทำงานที่มีชีวิตชีวา การได้ใจของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานยินดีที่จะบอกปัญหาและอุปสรรคอย่างตรงไปและตรงมา ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขและปรับระบบอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

4.2 การสนทนากลุ่ม

4.2.1 ความหมายของการสนทนากลุ่ม กรแก้ว จันทภาษา (2007) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า การสนทนากลุ่ม หมายถึง การสัมภาษณ์ในอีกรูปแบบหนึ่ง ที่รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) และประเด็นในการสนทนาเพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิด และแสดงความคิดเห็นต่อการสนทนาอย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนาในแต่ละกลุ่มเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้

การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) สร (2006) เป็นการสร้างบรรยากาศที่ไม่เหมือนการประชุม แต่เป็นการสนทนาอย่างเป็นกันเองในลักษณะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใช้ในการประเมินผลทางด้านธุรกิจ เป็นการศึกษาความคิดเห็น ทศนคติ ความรู้สึก

การรับรู้ ความเชื่อ ค้นหาคำตอบที่ยังคลุมเครือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยลดความขัดแย้ง และยังได้รับทราบความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง ข้อมูลที่ได้เป็นการผ่านการถกเถียงโต้ตอบกันเองของกลุ่มสนทนา แม่นยำมีความน่าเชื่อถือ และมีความหลากหลายของข้อมูล ช่วยให้เก็บข้อมูลจากตัวอย่างจำนวนหลายคนได้ในระยะเวลาสั้น และศึกษาได้ในเวลาอันจำกัด ซึ่งผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการนำการสนทนาดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีเทคนิคและวิธีการที่จะทำให้การสนทนาได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ เพื่อประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับจากการสนทนาดูแลในแต่ละครั้ง ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของการสื่อสารสองทาง (Two-Way Communication)

4.2.2 ขั้นตอนดำเนินการสนทนาดูแล

- 1) เริ่มจากกำหนดปัญหาหรือหัวข้อ รวมทั้งคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เรียบเรียงจัดลำดับอย่าให้ซับซ้อน วกวน สับสน จะทำให้ผู้ร่วมสนทนาคร่ำครึที่ออกความคิดเห็น
- 2) เลือกกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละประมาณ 10-12 คน จะต้องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดลักษณะต่าง ๆ ที่เหมือนกัน (Homogeneous) ไม่ข้ามซึ่งกันและกัน ควรให้ผู้เข้าร่วมอยู่ร่วมกลุ่มโดยตลอดตั้งแต่ต้นจนจบ
- 3) กำหนดทีมงาน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ผู้จดและผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) มีหน้าที่คอยควบคุมเครื่องบันทึกเสียง และอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มผู้ร่วมสนทนา และผู้จดบันทึก (Notetaker) ต้องไม่ใส่ความคิดของตนเองที่ถือเป็นข้อสรุปลงไปด้วย
- 4) การจัดการเพื่อเตรียมการทำสนทนาดูแล ในการเตรียมสถานที่ไม่ควรมีเสียงรบกวนมากนัก กำหนดวัน เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมงเศษ ไม่ควรใช้เวลานานเกินไป ผู้ร่วมสนทนาจะเบื่อง่ายได้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น เครื่องบันทึกเทป ม้วนเทป สมุด ดินสอ เครื่องดื่ม อาหารว่าง เป็นต้น
- 5) ดำเนินการสนทนาดูแล เริ่มจากการแนะนำตนเองและทีมงาน ควรพยายามสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพราะการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันช่วยทำให้การสนทนาอย่างมีชีวิตชีวา ไม่ตึงเครียด อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และจุดมุ่งหมายในการจัดสนทนา ควรจดประเด็นการพูดคุยไว้ เพื่อกันการลืมหืมระหว่างสนทนา พยายามให้ผู้ร่วมสนทนาทุกคนได้มีส่วนในการออกความคิดเห็นได้ร่วมพูดมากที่สุดและอย่างทั่วถึง แต่ต้องระวังไม่ให้มีการผูกขาดการสนทนา เพราะจะทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงความคิดเห็นของคนส่วนน้อย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนาดูแลซึ่งไม่สามารถให้ภาพพฤติกรรมจริง หรือได้จากการคิดหรือพูดออกมาโดยอาจ

ไม่ใช่สิ่งที่ทำได้ และผู้ดำเนินการสนทนาที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างถูกต้องจะทำให้การดำเนินการติดขัดไม่ราบรื่น

6) *ประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล* หลังการสนทนาเสร็จในแต่ละกลุ่มแล้ว ผู้ดำเนินการและผู้ช่วยควรมาสรุปลงผลสั้น ๆ และวิเคราะห์ร่วมกัน ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนาดังนี้

(1) *การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Check)* โดยการนำข้อมูลที่ถอดจากเทปรวมทั้งการจดบันทึกให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและแก้ไขเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ โดยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและตีความ เพื่อให้ได้ประเด็นหลัก (Themes) ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์ที่เป็นจริงในสิ่งที่ศึกษามากที่สุด

(2) *การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing)* โดยการตรวจสอบคำถามการวิจัย ข้อมูลจากการสนทนาการให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้พยาบาลทุกคนในฝ่ายการพยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่การตัดสินใจเลือกทำโครงการ เนื่องจากมีปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ร่วมวิเคราะห์สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล ค้นหาอุปสรรค สาเหตุ ให้ข้อเสนอแนะ และข้อควรปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ตามความคิดเห็นของผู้ร่วมพัฒนาระบบ โดยการสนทนากลุ่มจากแบบสอบถามและการตรวจสอบข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ การให้พยาบาลวิชาชีพมีพันธะผูกพันต่อความสำเร็จร่วมกัน มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางสำหรับการสร้างกลยุทธ์ การออกแบบเฝ้าระวัง ขจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและการลดผลกระทบต่อผู้ป่วย จะทำให้เกิดความรู้สึกร่วมใจ มีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงาน มีความเป็นเจ้าของและเต็มใจที่จะร่วมกันแก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์

4.3.2 การวิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วม ในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล จากแบบสอบถามตามแนวคิดของ โคนาบีเดียน และประยุกต์เนื้อหาจากเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติพลเอกสฤษดิ์ สมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2549 และปพิชญาแสงเอื้ออังกูร (2544)

4.3.3 การออกแบบระบบ โดยบูรณาการองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการบริหารยาและด้านผลลัพธ์ตามแนวคิดของ โคนาบีเดียน (Donabedian's Model 1989)

4.3.4 การสร้างผังจำลองและความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งได้จากการสนทนากลุ่ม และนำมาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

4.3.5 การประเมินผลความเหมาะสมของระบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบ

5. การประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

เครื่องมือและเทคนิคที่ใช้ในการประเมินการวิจัยมีหลายชนิดขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ประเมินว่าต้องการประเมินด้านปริมาณหรือด้านคุณภาพ รวมทั้งใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ การวิเคราะห์ทางสถิติ และการประเมินรูปแบบต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น Evaluation methods_ and techniques (2008) ได้แก่

Delphi Technique (2008) เป็นพื้นฐานในการพยากรณ์โดยเริ่มพัฒนาจากการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากเทคโนโลยีของอาวุธสงครามของกองทัพอากาศ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในสงครามเย็น เมื่อปี ค.ศ.1944 โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 1 นำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างแบบสอบถามในรอบที่ 2 หรือมากกว่านั้น นำคำตอบมาวิเคราะห์การทำนายเหตุผลและการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน และหาข้อสรุปในแต่ละรอบ ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแก้ไขและยืนยันคำตอบ จนได้ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และคำตอบที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลง จึงถือเป็นผลสรุป ผู้เชี่ยวชาญอาจเป็นกลุ่มที่ไม่เป็นทางการหรือบุคคลก็ได้ อาจนำมาปรับใช้ในการประชุม เรียกว่า Mini-Delphi หรือ Estimate-Talk- Estimate (ETE) ปัจจุบัน Delphi Technique เป็นที่นิยมใช้ในการพยากรณ์ธุรกิจและการตลาด

Focus groups (2008) เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการถามสมาชิกที่ร่วมในกลุ่มเกี่ยวกับทัศนคติด้านผลิตภัณฑ์ ด้านบริการ แนวคิดการโฆษณา เป็นต้น ข้อมูลที่ได้มีความแม่นยำและประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก นิยมใช้ในการวิจัยทางการตลาด วิธีนี้สมาชิกสามารถพูดคุยได้ตอบอย่างอิสระ มีดำเนินการได้หลายวิธี เช่น

1. Two-way focus group เป็นการให้ 2 กลุ่ม พูดคุยซักถาม ได้ตอบกันและสรุปผล
2. Respondent moderator focus group โดยมีผู้ดำเนินการและควบคุมการสนทนา
3. Online focus groups โดยการเชื่อมต่อทาง Internet

AGREE Appraisal Instrument (The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation ของ AGREE Collaboration 2001) เป็นเครื่องมือวัดที่สามารถนำไปใช้ในการประเมินได้ทั้งคุณภาพของแนวปฏิบัติและแง่มุมของข้อเสนอแนะ รวมทั้งความตรงของแนวปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์ในการประเมินของเครื่องมือนี้ซึ่งส่วนใหญ่อยู่บนพื้นฐานข้อตกลงทางทฤษฎีเป็นหลัก โดยไม่ได้เน้นในเรื่องของหลักฐานเชิงประจักษ์และไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ (ศากุล ช่างไม้ 2549: 15-23)

5.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหมาะสมของระบบ

ในการประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ผู้วิจัยเลือกใช้ AGREE Appraisal Instrument ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของระบบที่สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม มีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม โดยมีมิติในการประเมินแบ่งเป็น 6 มิติ มีรายละเอียดดังนี้

5.1.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) ประเมินจากการระบุวัตถุประสงค์และปัญหาที่แก้ไขได้ของแนวปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

5.1.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ

5.1.3 มิติด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (Rigor and Development) ประเมินจากกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนแนวปฏิบัติในการบริหารยา ตลอดจนวิธีการในการสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะและวิธีการทำให้แนวปฏิบัติในการบริหารยา มีความทันสมัย

5.1.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation) ประเมินจากการเสนอแนวปฏิบัติในการบริหารยาที่ระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

5.1.5 มิติด้านอิสระในการให้ข้อมูล (Editorial Independence) ประเมินจากผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนามีอิสระในการกำหนดข้อเสนอแนะและการยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้งที่อาจเกิดระหว่างกลุ่มบุคคลที่ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ

5.1.6 มิติด้านการนำไปใช้ (Applicability) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

5.2 วิธีการประเมินความเหมาะสมของระบบ มีผู้ร่วมประเมิน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบ โดยแจกแบบ

ประเมินความเหมาะสมของระบบ ร่วมกับคำอธิบายประกอบการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา และผังแสดงระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี (ดังภาพที่ 4.1) เพื่ออธิบายรายละเอียดของระบบให้ผู้ร่วมประเมินความเหมาะสมของระบบได้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น โดยผู้ประเมินความเหมาะสมของระบบจะให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำค่าของคำตอบที่ได้มาคำนวณหาค่าคะแนนความเชื่อมั่นของแต่ละมิติ ซึ่งการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores) กระทำได้โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายชื่อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (The AGREE Collaboration 2001)

การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้พยาบาลทุกคนในฝ่ายการพยาบาล มีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่การตัดสินใจเลือกทำโครงการ เนื่องจากมีปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ร่วมวิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล การสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาอุปสรรค สาเหตุ ให้ข้อเสนอแนะ ข้อควรปรับปรุงแก้ไข และนำมาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา โดยการออกแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง จัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและการลดผลกระทบต่อผู้ป่วย แนวทางพัฒนาบุคลากร การเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประเมินความเหมาะสมของระบบจะทำให้เกิดความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วม ระบบที่ได้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความเป็นเจ้าของและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามข้อตกลง/นโยบายที่กำหนดร่วมกัน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล อุบลราชธานี โดยการวิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล พัฒนาระบบและประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนและหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลราชธานี โดยประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก คือ

1.1 กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับหัวหน้าแผนกและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ได้แก่ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกห้องผ่าตัด/หน่วยจ่ายกลาง จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกห้องคลอด/เด็กอ่อน จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกไตเทียม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 31 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล เป็นกลุ่มสนทนาอาสาสมัครที่สนใจและมีความพร้อมในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 4 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 11 คน

1.3 กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมประเมินความเหมาะสมของระบบ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน และผู้ร่วมพัฒนาระบบ จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรงและด้านบริหารงานพยาบาล โดยได้รับตำแหน่งหัวหน้าแผนกและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มาแล้วเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป

2. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่ได้รับตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มาแล้วเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป

3. หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม หมายถึง เภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม โดยได้รับตำแหน่งหัวหน้าแผนกเภสัชกรรมและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มาแล้วเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ตอน ซึ่งแต่ละตอนแตกต่างกัน ดังนี้ ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ คือ การสนทนากลุ่ม และตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เครื่องมือแต่ละตอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างด้วยตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การสร้างเครื่องมือ

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ผู้วิจัยได้ประยุกต์เนื้อหาจากเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบัน

พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2549 ตามแนวคิดของโดนาปีเดียน ซึ่งเป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes) จำนวน 26 ข้อ และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) จำนวน 2 ข้อ และคำถามปลายเปิดเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมโดยมีคำตอบเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1-5 ระดับ และกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้คำตอบเดียว ความหมายของตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยามากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยามาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การแปลผลการประเมินสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลในการให้ความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต 2542)

$$\bar{X} = \frac{\sum fx}{N}$$

$$X \text{ มีค่า} = 1-5$$

การแปลความหมายระดับความปลอดภัยในการบริหารความปลอดภัย

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
4.50-5.00	หมายถึง มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยามากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยามาก
2.50-3.49	หมายถึง มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาน้อย
1.00-1.49	หมายถึง ไม่มีกิจกรรมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี โดยผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมการบริหารงานของพยาบาล และความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ของปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) การได้รับรู้เป้าหมาย 2) การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรฐานในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา 3) สามารถรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยา 4) สามารถแสดงความคิดเห็นเชิงขัดแย้งได้อย่างอิสระ 5) ผู้บังคับบัญชาการได้รับโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชา 6) ความสามัคคีและความร่วมมือ และ 7) การรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บังคับบัญชา โดยผู้ตอบเลือกข้อความที่ตรงกับระดับของการมีส่วนร่วม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1- 5 ระดับ คือ

5	หมายถึง	ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด
4	หมายถึง	ระดับการมีส่วนร่วมมาก
3	หมายถึง	ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง
2	หมายถึง	ระดับการมีส่วนร่วมน้อย
1	หมายถึง	การไม่มีส่วนร่วม

เกณฑ์การแปลผลการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลในการให้ความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต 2542)

$$\bar{X} = \frac{\sum fx}{N}$$

$$X \text{ มีค่า} = 1-5$$

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
4.50-5.00 หมายถึง	การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอยู่ในระดับมากที่สุด
3.50-4.49 หมายถึง	การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอยู่ในระดับมาก
2.50-3.49 หมายถึง	การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49 หมายถึง	การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.49 หมายถึง	ไม่มีการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา

2.2 การพัฒนาเครื่องมือ

2.2.1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและดำเนินการหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ของตอนที่ 1 คือ สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี และตอนที่ 3 คือ แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้ง 2 ตอน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมชัดเจนของข้อความ ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ

มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาลและเชี่ยวชาญด้านการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย	1 คน
มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิก	1 คน
มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาบริหารการศึกษา	1 คน

มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาการอุดมศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ
 ในด้านการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา 1 คน

มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาเภสัชกรรมคลินิก 1 คน

เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม ความถูกต้อง
 และขอบเขตของเนื้อหา การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาพิจารณาจากความสอดคล้องระหว่างสาระ
 คำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ กรอบทฤษฎีของมิติที่จะวัด และความเหมาะสมในการใช้ภาษา
 กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์
 ที่ต้องการวัด
- 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาตาม
 วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์
 ที่ต้องการวัด
- 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์
 ที่ต้องการวัด

นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรง
 ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร ดังนี้ (Walz; Strickland &
 Lenz 1991: 2 อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) (Polit and Hungler 1999: 80) ข้อคำถาม
 ที่ดีควรมี CVI 0.70 ขึ้นไป

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

(1) เครื่องมือตอนที่ 1 แบบสอบถามสภาพการณ์การบริหารความ
 ปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจาก
 แบบสอบถามสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่าย
 การพยาบาล ได้ค่า CVI ของแต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 18 ข้อ CVI
 เท่ากับ .95 จำนวน 10 ข้อ CVI เท่ากับ .90 จำนวน 14 ข้อ และ CVI เท่ากับ .80 จำนวน 5 ข้อ
 CVI เฉลี่ยเท่ากับ .94 ค่าดัชนีที่วัดได้ทุกข้ออยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ คือ มีค่ามากกว่า .70 ขึ้นไป (Walz;
 Strickland & Lenz 1991: 2 อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) จากนั้นผู้วิจัยได้นำ

แบบสอบถามมาปรับแก้ภาษาให้ชัดเจนและถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (รายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวภาคผนวก ง)

(2) เครื่องมือตอนที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในการวิเคราะห์ได้ค่า CVI ของแต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 2 ข้อ CVI เท่ากับ .95 จำนวน 3 ข้อ CVI เท่ากับ .90 จำนวน 4 ข้อ CVI เฉลี่ยเท่ากับ .93 และค่าดัชนีที่วัดได้ทุกข้ออยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ คือ มีค่ามากกว่า .70 ขึ้นไป (Walz; Strickland & Lenz 1991: 2 อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549) Polit D.F.; Hungler B.P. 1999: 80) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเหมาะสมมาปรับแก้ภาษาให้ชัดเจนและถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (รายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวภาคผนวก ง)

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพทั้งระดับหัวหน้าแผนก และระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หนองบัว จำนวน 10 คน เป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง ที่อยู่ในเครือข่ายและมีโครงสร้างการบริหารที่คล้ายคลึงกัน ช่วงเวลาเก็บข้อมูล คือ ระหว่างวันที่ 24-28 ธันวาคม 2550 โดยขอความอนุเคราะห์หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หนองบัว เป็นผู้เก็บคำตอบแบบสอบถาม และได้รับแบบสอบถามคืนครบ 10 ฉบับ นำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล เท่ากับ .9646

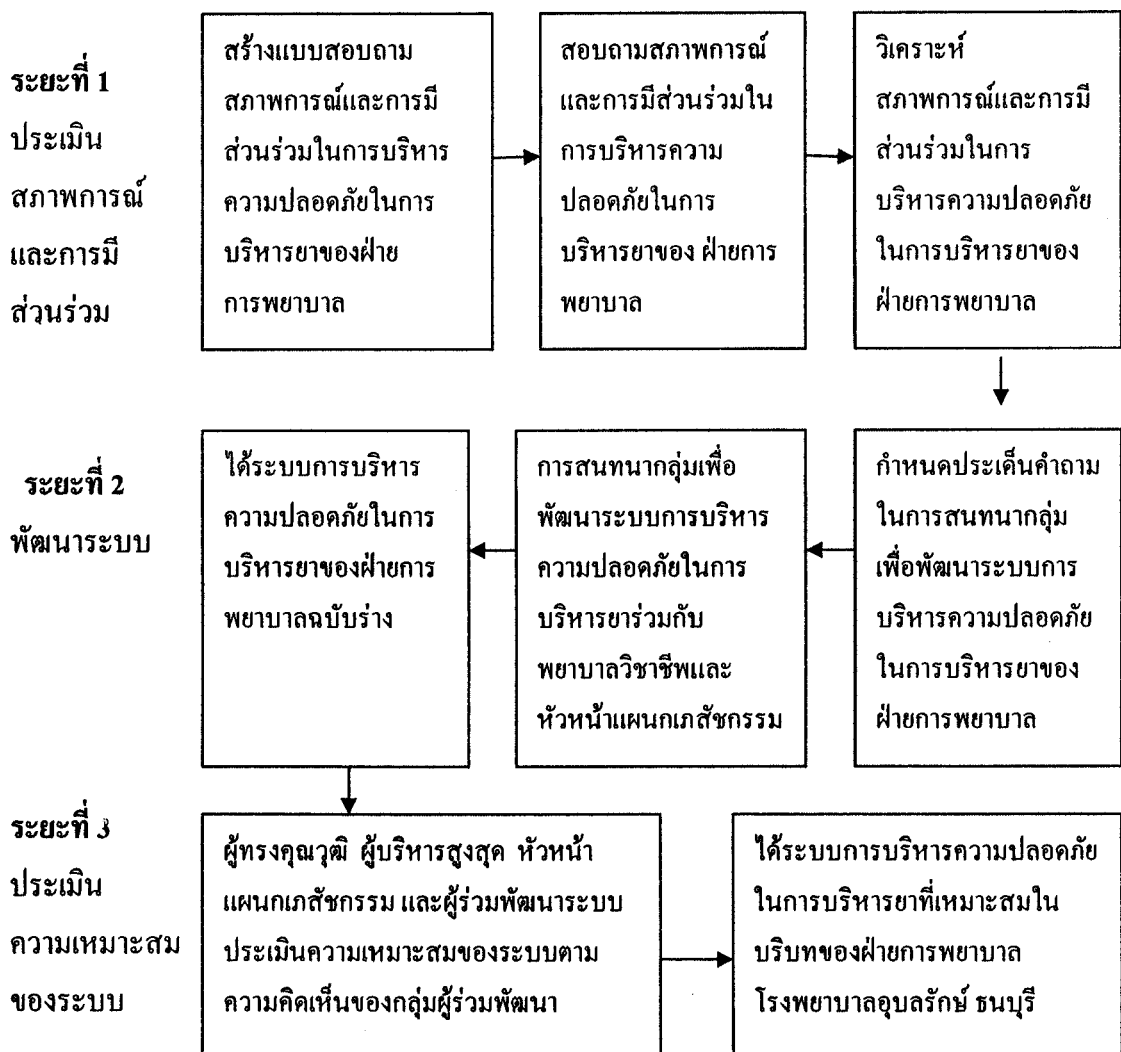
จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม .9242

ตอนที่ 2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถาม เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางที่ต้องการในการพัฒนาระบบเพื่อนำสู่ประเด็นและคำถามเจาะลึก (Probes Question) (รายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าวภาคผนวก ง) ซึ่งได้จากแบบสอบถามสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว โดยประยุกต์เนื้อหาจากเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2549 ตามแนวคิดของโคนาบีเดียน ซึ่งประกอบด้วย

1) ด้านโครงสร้าง (Structure) 2) ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) และนำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่ได้เพิ่มเติมจากการสนทนามาพัฒนาระบบ

2.2.2 นำฉบับร่างของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข

2.2.3 นำระบบที่พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารระดับสูง และผู้ร่วมพัฒนาระบบประเมินความเหมาะสมของระบบตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนในการพัฒนาระบบ

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหาร ยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

การประเมินมีหลายด้าน เช่น การประเมินสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากร เพื่อใช้ในการจัดการทรัพยากรมนุษย์โดยใช้ Thematic Apperception Test Critical Incident Technique เพื่อช่วยระบุเหตุการณ์และพฤติกรรมที่สำคัญในการทำงาน (Flanagan 1954 อ้างถึงใน อานนท์ ศักดิ์วีระวิทย์ 2547: 57) ส่วน AGREE Appraisal Instrument เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการประเมินระบบ เนื่องจากเครื่องมือนี้สามารถประเมินองค์ประกอบในการพัฒนาระบบได้อย่างครอบคลุม ช่วยระบุเหตุการณ์และพฤติกรรมที่สำคัญในการทำงานครอบคลุมชัดเจน ตั้งแต่มีการระบุขอบเขตและเป้าหมาย ระบุผู้ที่เกี่ยวข้อง ความแม่นยำและการนำเสนอรูปแบบในการพัฒนา และความมีอิสระในการให้ข้อมูลในการพัฒนาระบบ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน ดังนั้นเพื่อประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ AGREE Appraisal Instrument โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินระบบของ The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE Appraisal Instrument) ของ The AGREE Collaboration (2001)

มิติในการประเมินแบ่งเป็น 6 มิติ มีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม ดังนี้

มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย	จำนวน 1 ข้อ
มิติด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	จำนวน 1 ข้อ
มิติด้านด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา	จำนวน 3 ข้อ
มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	จำนวน 2 ข้อ
มิติด้านอิสระในการให้ข้อมูล	จำนวน 1 ข้อ
มิติด้านการนำไปใช้	จำนวน 1 ข้อ

ประเมินความเหมาะสมของระบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

- 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินแต่ละมิติของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมา
เข้าสู่สูตร ดังนี้

$$\text{ค่าคะแนนความเชื่อมั่นมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}{\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}$$

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data)

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมพัฒนาระบบ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา โดยผู้วิจัยได้ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว พาทิมงานซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 2 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน รวมผู้วิจัยทั้งสิ้นจำนวน 8 คน ไปศึกษาดูงานด้านการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชันแนล และโรงพยาบาลหนองบัว 2 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2550

3.2 การเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

3.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยขอความร่วมมือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนกและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การรักษาความลับ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3.2.2 ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลด้วยตนเอง ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 4-11 มกราคม พ.ศ. 2551

3.2.3 นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม

3.3 การเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม

3.3.1 การเตรียมกลุ่มสนทนา ผู้วิจัยขอความร่วมมืออาสาสมัครที่สนใจและมีความพร้อมในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก จำนวน 6 คน พยาบาล

วิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 4 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 11 คน และนักวันสนทนากลุ่มล่วงหน้า 1 สัปดาห์ สถานที่ใช้ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล

3.3.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่ม ระยะเวลาในการสนทนา ขออนุญาต บันทึกเทปการสนทนา และมีการจดบันทึกการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

3.3.3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มสนทนาออกเป็น 3 กลุ่ม จำนวน 11 คน ผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินรายการ โดยมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลและดูแล ความเรียบร้อยจัดอาหารว่าง และอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ขณะสนทนากลุ่ม

3.3.4 เริ่มพูดคุยให้ผู้เข้าร่วมสนทนา ทราบว่า ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ได้อย่างอิสระ และไม่มีผลต่อการประเมินผลปฏิบัติงานใด ๆ และแจ้งให้ทุกคนทราบถึงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขและองค์การเภสัชภัณฑ์ด้านสุขภาพแห่งประเทศไทยว่าด้วยการเร่งรัด ส่งเสริม สนับสนุน ปรับปรุง ใฝ่ระวังและขอความร่วมมือสถานบริการทุกระดับในทุกสังกัด ให้ ความสำคัญในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะมาตรการความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety) เพื่อชักจูงให้ผู้เข้าร่วมสนทนาตระหนักในภารกิจที่จะกระทำร่วมกัน

3.3.5 เริ่มตั้งประเด็นข้อคำถามและเนื้อหา จากแบบวิเคราะห์สภาพการณ์การ บริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี เพื่อนำ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปประกอบการพัฒนาระบบตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

3.3.6 เมื่อการสนทนาได้ข้อมูลครบถ้วนและสมควรแก่เวลา ผู้วิจัยกล่าวแสดง ขอบขอบคุณในความร่วมมือของผู้ร่วมสนทนา

3.3.7 วันและเวลาในการสนทนากลุ่ม

ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2551 เวลา 14.00-15.30 น. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับหัวหน้าแผนก จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 17 มีนาคม 2551 เวลา 14.00-15.30 น. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับหัวหน้าแผนก จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 15 พฤษภาคม 2551 เวลา 14.00-15.30 น. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับหัวหน้าแผนกจากการประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ที่อาสาสมัคร จำนวน 2 คน และหัวหน้าแผนก เภสัชกรรม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 3 คน

3.3.8 การลงทะเบียนข้อมูลผู้เข้าร่วมสนทนา

รหัสที่ 1 ครั้งที่สนทนา

รหัสที่ 2 คนที่เข้าร่วมสนทนาเพื่อทำให้เกิดความนิรนามของผู้ให้ข้อมูลและป้องกันการมีอคติของผู้วิจัยในกรณีที่วิเคราะห์ข้อมูล ในที่นี้คือ คนที่ 1 ได้รับรหัส 001 คนที่ 2 ได้รับรหัส 002 ตามลำดับ

3.4 การเก็บข้อมูลแบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ประเมินความเหมาะสมของระบบ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน ผู้บริหารสูงสุด จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน และผู้ร่วมพัฒนาระบบโดยให้แต่ละแผนก ส่งตัวแทนแผนกละ 1 คน จาก 9 แผนก รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน โดยแจกแบบประเมินความเหมาะสมของระบบ ร่วมกับคำอธิบายประกอบการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา และผังแสดงระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว (ดังภาพที่ 4.1) เพื่ออธิบายรายละเอียดของระบบ ให้ผู้ร่วมประเมินความเหมาะสมของระบบได้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น และผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 16-23 มิถุนายน พ.ศ. 2551

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมนุษย์ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกเพื่อพิจารณา และขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ภาคผนวก ข) โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

4.2 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทราบและขออนุญาตบันทึกเทปผู้ร่วมกลุ่มสนทนาและเมื่อได้รับความยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมไว้เป็นหลักฐานในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (ภาคผนวก ค) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้สัมภาษณ์และตอบคำถามหรือปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และตอบคำถามได้

4.3 การรักษาความลับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อบุคคล ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง และหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง

4.4 ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้การอาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมสนทนามีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบคำถามหรือปฏิเสธการชี้แจงใด ๆ จากการเก็บข้อมูลพบว่า มีอาสาสมัครเข้าร่วมกลุ่มสนทนาเกินจากที่กำหนดไว้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Formulate method of analyzing data)

การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.1 วิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลราชธานี หนองบัว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกรายชื่อ รายด้าน และ โดยรวม ประเมินระดับจากค่าเฉลี่ยตามการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยที่กำหนดไว้

5.2 การสนทนากลุ่ม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และรูปแบบของระบบที่ต้องการพัฒนาในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล รวม 3 ครั้ง การนำเสนอประเด็นสำคัญ (refining emerging themes) โดยการจัดระบบความหมายและข้อความที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึกจากการสนทนากลุ่ม เนื่องจากในการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมการสนทนา บางครั้งแย้งกันพูด บางคนแสดงความคิดเห็นมากทำให้บางคนคอยฟังไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยไม่มีประสบการณ์การสนทนากลุ่ม ทำให้การควบคุมการสนทนาไม่ค่อยได้ผล และบางคนพูดค่อยทำให้การบันทึกเสียงไม่ชัดเจน จึงใช้การอธิบายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และผู้เข้าร่วมสนทนาตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลจริง รวมทั้งพิจารณาแก้ไขบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ นำมาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของฝ่ายการพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของระบบและเนื้อหาในเบื้องต้น

5.3 การประเมินความเหมาะสมของระบบ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบร่วมประเมินความเหมาะสมของระบบ โดยใช้เครื่องมือวัดเพื่อการวิจัยและการประเมินผล คือ AGREE Appraisal

Instrument ซึ่งการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores) กระทำได้โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแต่ละมิติโดยมีหน่วยวัดเป็นค่าร้อยละ (เปอร์เซ็นต์) ดังนี้

$$\text{ค่าคะแนนความเชื่อมั่นแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

$$\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} = 4 (\text{คะแนน}) \times \text{จำนวนข้อในแต่ละมิติ} \times \text{จำนวนผู้ประเมิน}$$

$$\text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้} = 1 (\text{คะแนน}) \times \text{จำนวนข้อในแต่ละมิติ} \times \text{จำนวนผู้ประเมิน}$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและสรุปประเด็นการสนทนากลุ่ม นำเสนอเป็น 3 ตอน โดยมีรายละเอียดเรียงตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี

ตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี

ตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี ที่พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

**ตอนที่ 1 สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา
ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี**

**1. สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี** ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (Structures) 2) ด้านกระบวนการ
บริหารยา (Processes) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละด้านแสดงดังตาราง
ที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการ
บริหารยา จำแนกรายด้านและโดยรวมทุกองค์ประกอบ (N=31)

สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านโครงสร้าง	3.21	1.124	ปานกลาง
2. ด้านกระบวนการบริหารยา	3.61	4.579	มาก
3. ด้านผลลัพธ์	3.84	1.023	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.60	2.207	มาก

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ในภาพรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.60
แต่องค์ประกอบด้านโครงสร้างมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง และอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.21
รายละเอียดแต่ละองค์ประกอบย่อยเสนอดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและมีการปฏิบัติด้าน โครงสร้าง จำแนกรายด้าน
(N=31)

ด้านโครงสร้าง (Structures)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ทรัพยากรบุคคล (Man)			
1.1 มีการให้ความรู้แก่นุคลากรเกี่ยวกับ Medication Error and safety เป็นประจำทุกปี หรือเมื่อมีความจำเป็น	2.94	1.237	ปานกลาง
1.2 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับ ควบคุม ดูแลเมื่อเกิด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	3.35	.985	ปานกลาง
1.3 มีผู้รับผิดชอบในการติดตาม โดยมีระบบในการบริหารยา สำหรับแผนกที่ให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วย	3.45	1.121	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.24	1.11	ปานกลาง
2. การเงินการคลัง (Money)			
2.1 มีงบประมาณในการให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความ ปลอดภัยในการบริหารยา	2.77	1.283	ปานกลาง
2.2 มีงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการความปลอดภัยในการ บริหารยา	3.03	1.016	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	2.90	1.149	ปานกลาง
3. วัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการผลิต (Material)			
3.1 มีคู่มือดำเนินงานตามนโยบายเพื่อบริหารจัดการยา ให้เกิดความ ปลอดภัย	3.16	1.068	ปานกลาง
3.2 มีคู่มือปฏิบัติในการตรวจสอบวันหมดอายุของยา	3.35	1.142	ปานกลาง
3.3 มีคู่มือปฏิบัติในการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน	3.29	1.270	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.27	1.16	ปานกลาง
4. รูปแบบวิธีการทำงาน (Method)			
4.1 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเบิกยา การตรวจสอบ คุณภาพ/รับมอบยาจากห้องยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.19	1.195	ปานกลาง
4.2 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง	3.35	1.082	ปานกลาง
4.3 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมยาการให้ยาวิถีทางต่าง ๆ	3.35	1.112	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.444	1.105	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบย่อย	3.21	1.13	ปานกลาง

สรุปตารางที่ 4.2 พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติด้าน โครงสร้าง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.21 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบย่อย พบว่า รูปแบบวิธีการทำงาน มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด คือ 3.44 และการเงินการคลัง มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 2.90 ผลจากการวิเคราะห์และข้อมูลที่ได้จากการสนทนามีดังรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบย่อย ดังนี้

1) **ทรัพยากรบุคคล (Man)** พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.24 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับ ควบคุม ดูแลเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด คือ 3.45 และมีการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับ Medication Error and safety เป็นประจำทุกปี หรือเมื่อมีความจำเป็น มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 2.94 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการให้มีการกำหนดจัดแบ่งหน้าที่และมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีผู้ติดตามงาน การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริหารยา เช่น ฐานและฝึกอบรมนอกสถานที่ การพูดคุยหรือประชุมเป็นกลุ่มเล็กอย่างง่าย ๆ บ่อย ๆ หรือพูดคุยในที่ประชุมคณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการค้นคว้าหาความรู้ร่วมกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ขอให้จับกลุ่มเล็กอย่างง่าย ๆ บ่อย ๆ ทำ Workshop ถ้ากลุ่มใหญ่ขึ้นตอน ซ้ำซ้อน”

“ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี้บ้าง อย่าง LASA ไม่เคยได้ยินมาก่อน”

“เราก็เอาเรื่องความคลาดเคลื่อนไปพูดคุยในที่ประชุม PCT ทุกอาทิตย์ ยาวพวก LASA ควร ทบทวน 3-6 เดือน ต่อไป... ที่หน้าจอมีข้อมูล ทำใน LAN”

“ตอนเช้าก็มี Morning brief อยู่แล้ว...”

“เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร”

2) **การเงินการคลัง (Money)** พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.90 เมื่อพิจารณารายข้อและจากการสนทนากลุ่ม พบว่า มีงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการความปลอดภัยในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 3.03 และมีงบประมาณในการให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 2.77 ตามลำดับ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ควรมีงบฯ มาพัฒนาความรู้ให้พยาบาล”

“ทำงานมาก็ไม่เคยประชุมวิชาการเรื่องยาน่าจะให้กำลังใจกันบ้าง”

“อยากให้ต่อ Internet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง ทางแผนกคอมฯ ก็กลัวแต่ไวรัสลง”

3) **วัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการผลิต (Material)** พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 3.266 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีคู่มือปฏิบัติในการ

ตรวจสอบวันหมดอายุของยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ 3.35 และมีคู่มือดำเนินงานตามนโยบายเพื่อบริหารจัดการยาให้เกิดความปลอดภัย มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.16 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ควรมีคู่มือการบริหารจัดการยาที่หมดอายุ และแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ควรทำคู่มือที่ระบุว่ายาประเภทไหนมีอายุการใช้ยังไง”

“มีปัญหาว่าเขียนไม่ครบอย่าง Xylocain มีแต่วันเปิดใช้”

“อยากให้ส่งให้เภสัชกรเพื่อตรวจสอบและประเมินสภาพของยาทั้งหมด..”

“เขียนใส่ในฟอร์มยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ยาที่คุณหมอไม่ได้สั่งให้คืนผู้ป่วยไปเลย ...”

4) รูปแบบวิธีการทำงาน (Method) พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.44 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า รูปแบบวิธีการทำงาน (Method) มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากและปานกลาง คือ มีขั้นตอนการตรวจเช็คยาและการให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ 3.77 และมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเบิกยา การตรวจสอบคุณภาพยา การรับมอบยาจากห้องยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.19 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยาไม่มีคู่มือในการบริหารยา และให้ห้องยาจัดแยกยาที่เบิกมาให้ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยา ...”

“แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่าสู่กันฟัง”

“อยากให้ห้องยาจัดยาแยกใส่ถุงและติดป้ายชื่อและห้องผู้ป่วยให้ชัดเจน...”

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการบริหารยา (Processes) จำแนกรายองค์ประกอบย่อย (N=31)

ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา/เบิกยา			
1.1 มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือคู่มือ มีมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยา	3.45	1.338	ปานกลาง
1.2 มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการ เมื่อมีข้อสงสัยในการใช้ยา ต้องมีการปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกร	4.10	.790	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.77	1.064	มาก
2. การเก็บรักษา			
2.1 มีการจัดเก็บแยกกันอย่างชัดเจนสำหรับยาที่ใช้ภายนอก ยาที่ใช้ภายใน ยาที่ใช้ในการทดสอบและสารอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา	3.68	1.045	มาก
2.2 มีการจัดเก็บยากลุ่มเสี่ยงสูง เช่น KCl, Dopamine ฯลฯ แยกจากยาทั่วไป	3.90	1.136	มาก
2.3 มีการติดป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยงสูง “HAD” ตรงที่เก็บยาของผู้ป่วย	3.45	1.387	ปานกลาง
2.4 มีการป้องกันยาหมดอายุโดยตรวจสอบก่อนยาหมดอายุไม่น้อยกว่า 6 เดือน และส่งยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพคืนห้องยา	3.84	.779	มาก
2.5 มีการเก็บรักษายาอยู่ในสถานะที่เหมาะสมตามชนิดและ ประเภทของยา	3.81	.980	มาก
2.6 มีการตรวจสอบ Stock และเบิกยา “Star” เพื่อให้มีเพียงพอใช้แต่ไม่มากเกินไป ในกรณีฉุกเฉินทุกเวร/เมื่อให้ยา	3.94	1.093	มาก
2.7 มีระบบตรวจสอบ ยาหมดอายุทุกเดือน	3.77	.956	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.77	1.053	มาก
3. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา			
3.1 มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย	3.06	1.413	ปานกลาง
3.2 มีผู้ร่วมตรวจสอบยาที่ต้องแบ่งหรือมีการคำนวณ	3.16	1.214	ปานกลาง
3.3 มีการติดป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยงสูง “High Alert Drug” ที่บรรจุภัณฑ์ที่ ใช้ให้ยาแก่ผู้ป่วย	3.58	1.232	มาก
3.4 การให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงควร ใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ควบคุมการหยดของ สารน้ำ เช่น syringe pump หรือ Infusion pump	4.23	.956	มาก
3.5 มีระบบการบริหารยาเพื่อรักษาคุณภาพ/ยาภายหลังการจัดยา/ก่อนจ่ายยา	3.94	.892	มาก
3.6 มีการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายที่ภาชนะบรรจุยาทุก ประเภทจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น ขนาด ยาที่ให้ และวันหมดอายุคู่ไปกับยาที่จะให้แก่ผู้ป่วย	3.58	1.148	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.59	0.937	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
4. การให้ยา/สิทธิผู้ป่วย			
4.1 มีการระบุดังผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยบอกและตรวจสอบกับป้ายชื่อมือให้ตรงกันก่อนให้ยา	3.90	1.044	มาก
4.2 ตรวจสอบยาให้ตรงกับบันทึกการให้ยาอีกครั้งก่อนให้ยา	3.97	.839	มาก
4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง	3.65	1.22	มาก
4.4 มีการติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติของยา "High Alert Drug" แต่ละชนิด	3.65	1.199	มาก
4.5 ทำนปฏิบัติเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เช่น เมื่อทราบว่าให้ยาผิดคนผิดชนิดของยาโดยหยุดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที	4.10	1.106	มาก
4.6 พยาบาลกำกับให้มีความรู้ในการใช้ยาฉุกเฉินหรือยาต้านพิษที่สำคัญ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้	3.71	1.071	มาก
4.7 พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการสังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยาแก่ผู้ป่วย/ญาติ	3.81	1.108	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.82	1.084	มาก
5. การบันทึกการให้ยา			
5.1 มีแบบบันทึกการให้ยาที่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น ขนาดยา วิธีทางให้ยา เวลาที่ให้ยา และชื่อผู้ให้ยา	4.13	1.204	มาก
5.2 มีการเขียนชื่อ ตำแหน่งผู้ให้ยา ให้ตรงกับชื่อ สกุล ชนิดของยา วันที่ เวลา ในใบบันทึกยาด้วยตนเองหลังการให้ยาทันที	3.39	1.283	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.76	1.243	มาก
6. การรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ			
6.1 มีการสัมภาษณ์ประวัติการแพ้ยา ถ้าผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา ระบุอาการที่แพ้ ลงในแบบบันทึกรายงานแล้วบันทึกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ส่งเภสัชกร	4.16	.969	มาก
6.2 โทรศัพท์แจ้งเภสัชกร โดยแจ้งว่า ผู้ป่วยแจ้งประวัติการแพ้ยา ระบุชื่อผู้ป่วย HN ชื่อยา อาการเพื่อตรวจสอบทางคอมพิวเตอร์/ประเมินการแพ้ยาร่วมกับแพทย์	3.61	1.308	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ	3.88	1.139	มาก
รวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบย่อย	3.61	4.579	มาก

สรุปจากตารางที่ 4.3 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบย่อย พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ ผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ มีการปฏิบัติอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ 3.88 ส่วนการให้ ยา/สิทธิผู้ป่วย มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 2.87 ผลจากการ วิเคราะห์และข้อมูลที่ได้จากการสนทนามีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบย่อย ดังนี้

1) การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา/บิกยา พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มี ค่าเฉลี่ย 3.77 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการ เมื่อมีข้อสงสัยในการ ใช้ยาต้องมีการปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกร มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.10 และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือคู่มือ มีมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยา มีความคิดเห็นอยู่ใน ระดับปานกลาง มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 3.45 จากการสนทนากลุ่มในการสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์แพทย์ ไม่รอฟังการทวนคำสั่งของพยาบาล กรณีใช้การส่งปากเปล่าให้พยาบาลจดบันทึกในใบสั่งการ รักษาของแพทย์และให้แพทย์มาเซ็นชื่อรับรองคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง ห้ามพยาบาลใช้การเดาถ้า อ่านลายมือแพทย์ที่สั่งใช้ยาไม่ออก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ลายมือหมออ่านยากบางทีเวลารับโทรศัพท์ยังไม่ได้ทวนคำสั่งก็วางหูแล้ว”

“แพทย์ชอบส่งปากเปล่าในห้องคนไข้ แล้วรีบไปเลย”

“ต้องลงใน Dr.'s Order ไว้เลย เขียน ร.ค.ส แล้วให้แพทย์มาเซ็นชื่อภายใน 24 ชั่วโมง...”

“อ่านลายมือหมอไม่ออกห้ามเดา”

2) การเก็บรักษา ยา พบว่า มีการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.77 เมื่อ พิจารณารายข้อ พบว่า มีการตรวจสอบ Stock และบิกยา “Stat” เพื่อให้มีเพียงพอใช้แต่ไม่มากเกินไป ในกรณีฉุกเฉินทุกเวร/เมื่อให้ยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ 3.94 ส่วนการติด ป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยงสูง “High Alert Drug” ตรงที่เก็บยาของผู้ป่วย มีความคิดเห็นในระดับปาน กลาง มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.45 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้เข้าร่วม สนทนามีความต้องการให้มีสัญลักษณ์เตือนภัย และจัดทำตารางการคำนวณยาแจกทุกแผนก เภสัชกรควรจัดให้มีหรือแจ้งให้ทราบวิธีการจัดเก็บยาประเภทต่าง ๆ รวมทั้งต้องการให้ห้องยาจัด ยาแยกใส่ถุง ติดป้ายชื่อ และห้องผู้ป่วยให้ชัดเจน และกรณีป้องกันผู้ป่วยเร่งความเร็วของหดยศสาร นำยากลุ่มเสี่ยงสูง ให้ติดสติ๊กเกอร์ “ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง” ที่บริเวณปุ่มปรับการหดยศของ สารน้ำ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อยากให้ห้องยาจัดยาแยกใส่ถุงและติดป้ายชื่อและห้องผู้ป่วยให้ชัดเจน...”

“บอกวิธีผสม วิธีคำนวณให้แล้วเกิดอะไร”

“... คนไข้หรือญาติ... ชอบหมุนให้หดยศเร็ว ๆ จะได้รับกลับบ้านจะทำอย่างไรดี”

“ติดสติ๊กเกอร์ ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง ”

“เภสัชกรควรจัดให้มีหรือแจ้งให้ทราบวิธีการจัดเก็บยาประเภทต่าง ๆ ”

3) การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.59 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงควรใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ควบคุม การหยดของสารน้ำ เช่น syringe pump หรือ Infusion pump มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูง ที่สุด คือ 4.23 ส่วนการมีส่วนร่วมคำนวณและตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย มีการ ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยปานกลาง คือ 3.16 และ 3.06 ตามลำดับ และจากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการให้ มีสัญลักษณ์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล็อง/ยากลุ่มเสี่ยงสูง ควรฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ การให้สารน้ำ และการส่งต่อข้อมูลยาให้ใช้การติดสติ๊กเกอร์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ให้ห้องยาทำสัญลักษณ์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล็องทำเป็นอักษรพวก Tall man letter”

“ติดสติ๊กเกอร์ ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง ”

“ควรมีชื่อยา อัตราส่วนผสม วันที่ เวลา เช่นชื่อด้วย”

“ทำสติ๊กเกอร์ติดที่ของยาคือว่า”

“การใช้ Syringe pump...นาน ๆ ใ้ใช้ที่ ใช้ไม่เป็นควรมีการฝึกอบรม...”

4) การให้ยา/สิทธิผู้ป่วย พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.82 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การหยุดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที รวมทั้งมีแนวปฏิบัติในการ ช่วยเหลือเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ 4.10 ส่วนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อหน้าทุกครั้งและมีการติดตามเฝ้าระวังตามแนว ปฏิบัติของยา “High Alert Drug” แต่ละชนิด มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 3.65 จากการ สนทนากลุ่มพบว่า ถ้าผู้ป่วยแพ้ก็หยุดให้ยา รายงานแพทย์ และคืนยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาทันที ต้องการให้มีการซักประวัติแพ้ยาผู้ป่วยใหม่ทุกรายแล้วส่งให้เภสัชกรตรวจสอบ ติดสติ๊กเกอร์สี ผู้ป่วยแพ้ยาที่หน้า Chart เภสัชกรควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยา และ อาการสำคัญ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าแพ้ก็หยุดให้ยาทันทีรายงานหมอและคืนยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาเลย”

“ผู้ป่วยใหม่ทุกรายต้องซักว่าประวัติแพ้ยาแล้วส่งให้เภสัชกรตรวจสอบ”

“ติดสติ๊กเกอร์สีผู้ป่วยแพ้ยาที่หน้า Chart”

“เภสัชกรควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยา และอาการสำคัญ”

5) การบันทึกการให้ยา พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีแบบบันทึกการให้ยาที่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความ เข้มข้น ขนาดยา วิธีทางให้ยา เวลาที่ให้ยาและชื่อผู้ให้ยา มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.13 ส่วนมีการเขียนชื่อ ตำแหน่งผู้ให้ยา ให้ตรงกับชื่อ สกุล ชนิดของยา วันที่ เวลา ในใบบันทึกยา ด้วยตนเองหลังการให้ยาทันที มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.39 จากการสนทนา กลุ่มพบว่า ผู้ให้ยาให้ผู้อื่นเซ็นชื่อบันทึกในใบ MAR แทน และเสนอให้ผู้ให้ยา (Med nurse) ควร บันทึกการให้ยาดด้วยตนเองและบันทึกเวลาการให้ยาตามจริง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เรายังให้ Incharge เซ็นชื่อในใบ MAR แทน Med nurse”

“...ให้ Med Nurse เป็นคนเซ็นชื่อในใบบันทึกการให้ยาเอง ...ควรมีทั้งเวลาที่กำหนดและเวลาที่ให้จริงจะได้รู้ว่า Right time หรือเปล่า ”

6) การรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการสัมภาษณ์ประวัติการแพ้ยา ถ้าผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา ระบุอาการที่แพ้ลงในแบบบันทึกรายงานแล้วบันทึกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่งเภสัชกร และโทรศัพท์แจ้งเภสัชกร โดยแจ้งว่า ผู้ป่วยแจ้งประวัติการแพ้ยา ระบุชื่อผู้ป่วย HN ชื่อยาที่แพ้ อาการ เพื่อตรวจสอบประวัติทางคอมพิวเตอร์ และประเมินการแพ้ยาร่วมกับแพทย์ต่อไป มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 4.16 และ 3.16 ตามลำดับ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการให้ซักประวัติแพ้ยาผู้ป่วยใหม่ทุกรายแล้วส่งให้เภสัชกรตรวจสอบ เภสัชกรจะออกไปแพ้ยาเฉพาะยาที่แพทย์สั่งในโรงพยาบาลเท่านั้น ให้ติดสติ๊กเกอร์สีผู้ป่วยแพ้ยาที่หน้า Chart ส่วนนโยบายการรายงาน ระดับ A-B รายงานตามปกติ ไม่จำเป็นต้องเขียน Incidence Report ถ้าระดับ C ขึ้นไปต้องเขียนส่ง Incidence Report ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าระดับ D, E, F, G รายงานหัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่ายและแพทย์เจ้าของไข้ทันที ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผู้ป่วยใหม่ทุกรายต้องซักว่าประวัติแพ้ยาแล้วส่งให้เภสัชกรตรวจสอบ”

“เภสัชกรตรวจสอบให้แต่จะออกไปแพ้ยาเฉพาะยาที่แพทย์สั่งในโรงพยาบาลเท่านั้น”

“ติดสติ๊กเกอร์สีผู้ป่วยแพ้ยาที่หน้า Chart”

“นโยบายการรายงานระดับ A-B รายงานตามปกติ ถ้าระดับ C รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าระดับ D, E, F, G รายงานหัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่าย และแพทย์เจ้าของไข้ทันที”

“ถ้า A-B ไม่จำเป็นต้องเขียน Incidence Report ถ้าระดับ C ขึ้นไปต้องเขียน Incidence Report แล้วรายงานหัวหน้าตามลำดับชั้นทันที”

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมีการปฏิบัติด้านผลลัพธ์ (Outcome)
จำแนกรายข้อ (N=31)

ด้านผลลัพธ์ (Outcome)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ไม่เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนภายหลังได้รับยา	4.00	1.033	มาก
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที	3.68	1.013	มาก
รวมเฉลี่ย	3.84	1.023	มาก

สรุปจากตารางที่ 4.4 พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า ไม่เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนภายหลังได้รับยา มีการปฏิบัติค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงกว่า คือ 4.00 และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำกว่า คือ 3.68 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนามีรายละเอียดของแต่ละข้อ คือ ได้รับ Incidence Report ที่ส่งกลับมาให้แผนกหาสาเหตุและแก้ปัญหาช้ามาก กรณีแพทย์ให้หยุดให้ยารายงานแพทย์และคินยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาทันที ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ส่วนมากจะเขียน Incidence Report แต่ส่งคืนมาให้เราช้ามากเลย”

“เมื่อส่งมาให้เราหาสาเหตุแก้ไข เราก็จะมีการพูดคุย”

“ถ้าแพทย์หยุดให้ยาทันทีรายงานหมอและคินยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาเลย”

“รายงานหัวหน้าก่อนจะได้รายงานต่อ”

1.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล
มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาลจำแนกรายข้อ (N=31)

การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. รับรู้เป้าหมายในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอย่างชัดเจน	3.33	1.042	ปานกลาง
2. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรฐานในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา	3.17	.971	ปานกลาง
3. รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาตัวใหม่ ยากลุ่มเสี่ยงสูง และยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิและแสง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา	3.64	.833	มาก
4. แสดงความคิดเห็นเชิงขัดแย้งได้อย่างอิสระในเรื่องการบริหารยาที่ปลอดภัยได้	3.78	.722	มาก
5. ผู้บังคับบัญชา เปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการบริหารยาที่ปลอดภัย	4.17	.737	มาก
6. ทีมงานมีความสามัคคีและร่วมมือในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาเป็นอย่างดี	4.11	.820	มาก
7. เมื่อเกิดความผิดพลาด รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บังคับบัญชาตามนโยบายการรายงานอุบัติการณ์	4.40	.699	มาก
รวมเฉลี่ย	3.80	.832	มาก

สรุปจากตารางที่ 4.3 พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า เมื่อเกิดความผิดพลาด รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บังคับบัญชาตามนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ 4.40 และมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรฐานในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา มี

การปฏิบัติอยู่ระดับปานกลาง และอยู่ในอันดับต่ำที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.17 ผลจากการวิเคราะห์และข้อมูลที่ได้จากการสนทนามีรายละเอียดของแต่ละด้าน คือ "ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจน มีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่มีผลงานต้องการให้ระบุน้ำที่รับผิดชอบ และต้องการให้พูดคุยตกลงกันว่า ระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย ถ้ามียาตัวใหม่ก็จัดประชุมแจ้งให้พยาบาลทราบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ”

“ถ้ามียาตัวใหม่ก็จัดประชุมแจ้งให้พยาบาลทราบ...”

“อยากให้คุยกันว่าระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย”

ตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

จากการวิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล จากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มสามารถสรุปเป็นแนวทางในการสร้างระบบตามแนวคิดของ ไดนาบีเคียนมาเป็นกรอบในการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (Structures) 2) ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านสรุปได้ ดังภาพที่ 4.1

Structures

- 1. นโยบายแจ้งชัด
 - มีนโยบายและวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน
 - ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย
 - ผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม
- 2. จัดการความรู้
 - ประชาสัมพันธ์นโยบายขององค์กร
 - แผนระยะสั้น - ระยะกลาง
 - ระยะยาว
- 3. มีผู้รับผิดชอบ
 - ระดับผู้บริหาร- ระดับหัวหน้า
 - ระดับปฏิบัติการ
- 4. ครอบคลุมวางแผน/ดำเนินงาน
 - พัฒนาการใช้สารสนเทศ
 - จัดทำคู่มือการบริหารยา
 - ทำสัญลักษณ์เตือนยกกลุ่มเสี่ยงสูง
 - ประสาน/ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย/ขา
 - ปรับปรุงการปฏิบัติงาน
- 5. สื่อสารมีประสิทธิภาพ
 - ปรับปรุงการประสานงาน
 - ปรับปรุงการควบคุมงาน
 - ปรับปรุงการบริหารเวลา
- 6. ติดตามงานและแก้ไข
 - จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ
 - ผู้บริหารระดับสูงรับฟังข้อเสนอแนะ
 - หัวหน้ากระชั้น/รายงานงานอุบัติการณ์
 - การเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดวิเคราะห์/ปรับปรุงแก้ไข

Processes

- 1. ดัดขั้นตอนการทำงาน
 - ยกเลิกการใช้ Card ยา
 - จัดทำตารางคำนวณยา HAD
- 2. ร่วมรายงานความคลาดเคลื่อน
 - สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์
- 3. มีป้ายเตือนยกกลุ่มเสี่ยง
 - การจัดเก็บแยกยกกลุ่มเสี่ยง
 - จัดทำ Nursing Care Plan ยา HAD
 - มีสัญลักษณ์เตือนทุกชั้นตอนที่บริหาร HAD
 - การสื่อสารผู้ป่วยและญาติ
- 4. ไม่หลีกเลี่ยงการทวนสอบ
 - ก่อนเกิดเหตุการณ์
 - ระหว่างเกิดเหตุการณ์
 - หลังเกิดเหตุการณ์
- 5. ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติ
 - สิทธิของผู้ป่วย
- 6. ไม่ประมาทเฝ้าสังเกต
 - ตรวจสอบสภาพ/อาการ ผู้ป่วยก่อนให้ยา
 - ให้คำแนะนำและข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติก่อนให้ยา
 - หลังให้ยา เฝ้าระวังสังเกตและให้ผู้ป่วย/ญาติรวม
 - รายงานอาการ ผิดปกติ
- 7. รีบแจ้งเหตุเมื่อผิดพลาด
 - ปฏิบัติตามนโยบายการรายงานอุบัติการณ์
 - ทิมรับสถานการณ์ดำเนินการสรุปและรายงานผล

Outcome

ความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล อุบลราชธานี ธานี

ภาพที่ 4.1 ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล อุบลราชธานี ธานี

สรุปปัญหาจากการวิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาและการสนทนากลุ่มของฝ่ายการพยาบาล พบว่า

- 1) นโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัย ความไม่ชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “อยากให้คุยกันว่าระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย” “...ทำงานมาก็ปีไม่เคยประชุมวิชาการเรื่องยาเลยน่าจะให้กำลังใจกันบ้าง” “อยากให้ต่อ Internet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง ทางแผนกคอมฯ ก็กลัวแต่ไวรัสลง”
- 2) ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับ ควบคุม ดูแล และการติดตามงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร” “ปกตีสรางแนวทางในการบริหารยาต้องมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร แต่ของเรามีแต่พยาบาลกับเภสัชกร” “ส่วนมากจะเขียน Incidence Report แต่ส่งคืนมาให้เราซ้ำมาก”
- 3) ขาดงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ควรมีงบฯ มาพัฒนาความรู้ให้พยาบาล” “ถ้าไม่มีงบฯมากำหนดจะทำก็ได้ไม่ทำก็ได้” “ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี้ บ้าง อย่าง LASA ไม่เคยได้ยื่นมาก่อน” “ขาดการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์การให้สารน้ำ และมีปัญหาการใช้เครื่องมือไม่ถูกต้อง” “การใช้ Syringe pump ของ Ward นาน ๆ ใช้ทีใช้ไม่ เป็น” “ควรมีการฝึกอบรมเพราะเคยมี เอาสายใส่กลับข้างขวาเป็นซ้าย ซ้ายเป็นขวา ปรากฏว่ายาไหลย้อนขึ้นข้างบน”
- 4) ไม่มีคู่มือปฏิบัติในการบริหารยาที่เป็นมาตรฐาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ควรทำคู่มือที่ระบุว่ายาประเภทไหนมีอายุการใช้ยังไง” “เภสัชกรควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยา และอาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง”
- 5) รูปแบบหรือวิธีในการปฏิบัติงานยังไม่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “อยากให้ห้องยาจัดยาแยกใส่ถุงและติดป้ายชื่อและห้องผู้ป่วยให้ชัดเจน...” “แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่าสู่กันฟัง” “การกระจายความรู้ด้านยาไม่ครอบคลุมไม่ทั่วถึง”
- 6) การมีส่วนร่วมรับรู้เป้าหมาย และร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรฐานในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา อยู่ในระดับปานกลาง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ขาดการนำข้อมูล การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง” แต่ส่วนของการให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์ และมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น รวมทั้งทีมงานมีความสามัคคีและร่วมมือในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่าย
การพยาบาลที่ต้องการ มีดังนี้

2.1 ด้านโครงสร้าง (Structures)

2.1.1 นโยบายเข้มงวด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “กำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจ
กันก่อน” “อยากให้คุยกันว่าระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไร
และทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย” “เริ่มต้นตั้งเกณฑ์ไว้ให้พยาบาลได้ฝึกอบรมหรือประชุม
วิชาการคนละไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปีดีไหม”

2.1.2 จัดการความรู้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “นำรายงานอุบัติการณ์ มา
พูดคุยในที่ประชุมเพื่อให้ทุกคนรับรู้และศึกษาแนวทางแก้ไขร่วมกัน” “ขอให้จับกลุ่มคุยเล็ก ๆ
ง่าย ๆ ทำ Workshop ถ้ากลุ่มใหญ่ขึ้นตอนซับซ้อน” ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี้บ้าง... ” “เราก็เอาเรื่อง
ความคลาดเคลื่อน ไปพูดกันในที่ประชุม PCT ทุกอาทิตย์ ยาพวก LASA ควรทบทวน 3-6 เดือน
ต่อไปจะทำ ข้อมูล ยาผสม ความคงตัวของยาหลังผสม ที่หน้าจอมือข้อมูล ทำใน LAN” “อยากให้ต่อ
Internet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง...”

2.1.3 มีผู้รับผิดชอบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เรามีคณะกรรมการบริหาร
ยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไรไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้
ทุกคนทราบ”

2.1.4 รอบคอบวางแผน/ดำเนินงาน

1) การปรับปรุงการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “อยากให้คุย
กันว่า ระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไร และทำ Flow Chart ให้
ชัดเจนดูง่าย”

2) ปรับปรุงการประสานงานให้ดีขึ้น เช่น การสื่อสาร ดังคำกล่าวของผู้ให้
ข้อมูลที่ว่า “เราชินกับรูปแบบยาบริษัทหนึ่ง ถ้าจะเปลี่ยนน่าจะมีการแชร์ข้อมูลตรงนี้ ดิดป้าย
บอกนะ ให้วงเล็บหน่อย บางทีหมอสั่ง Trade name อยากให้มี Generic name”

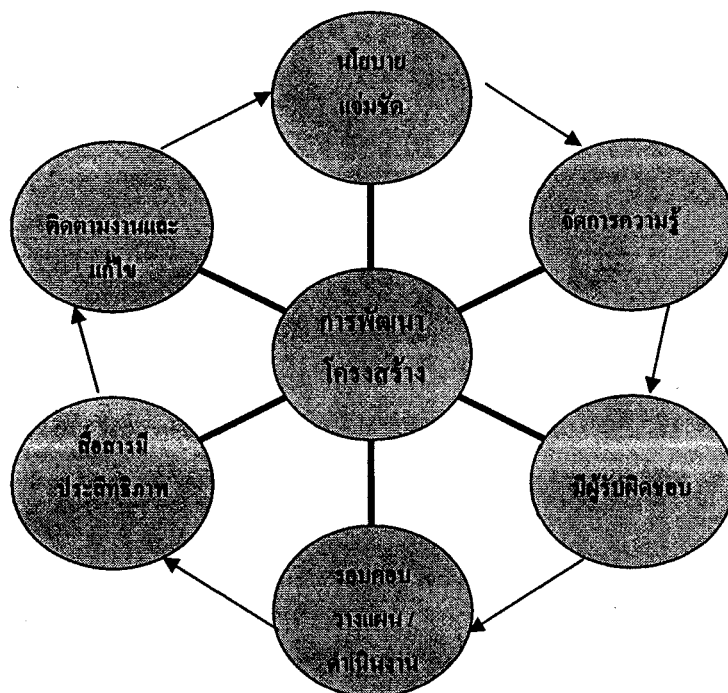
3) ปรับปรุงการควบคุมให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ไม่ให้มียา
กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความเข้มข้นสูง เช่น KCL อยู่ในแผนก ”

4) ปรับปรุงการบริหารเวลาให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ต้อง
กำหนดก่อนว่า Technical Term ยา Stat คืออะไร นับจากไหนถึงไหน ปกติจะประกันเวลาบริหารยา
“Stat” ไว้ที่ 30 นาที ”

2.1.5 สื่อสารมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ทำสัญลักษณ์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงกลองทำเป็นอักษร พวก Tall man letter” “เราก็เอาเรื่องความคลาดเคลื่อนไปพูดกันในที่ประชุม PCT ทุกอาทิตย์...” “ทำสัญลักษณ์เพื่อเตือนให้รู้ว่าแพทย์สั่งยา “Stat...” การจัดการยาความเสี่ยงสูง เช่น “มี Locker ต้องมีระบบจัดเก็บ และตรวจสอบ”

2.1.6 ติดตามงานและแก้ไข ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เมื่อส่งมาให้เราหาสาเหตุแก้ไข เราก็จะมีการพูดคุย” “เราก็เอาเรื่องความคลาดเคลื่อนไปพูดกันในที่ประชุม PCT ทุกอาทิตย์” “ผิด Dose ก็แจ้งแพทย์เป็นระยะ ถ้าผิดชนิดก็แจ้งแพทย์อยู่ดี” “ถ้าแพ้ก็นหยุดให้ยาทันที รายงานหมอและคินยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาเลย” “แจ้งเภสัชกรเพื่อตรวจสอบและรายงานตามลำดับชั้น”

ผู้วิจัยได้ผลสรุปของระบบด้านโครงสร้างในระบบการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มีรายละเอียดดังคำอธิบายประกอบในภาคผนวก จ



ภาพที่ 4.2 การพัฒนาด้านโครงสร้างการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

จากภาพที่ 4.2 แสดงการพัฒนาด้านโครงสร้างในระบบการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว มีรายละเอียดดังคำอธิบายประกอบในภาคผนวก จ

2.2 ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes)

กระบวนการเป็นขั้นตอนการทำงานหรือวิธีทำงานที่มีรายละเอียดแน่นอนว่าต้องทำกิจกรรมอะไรไว้ชัดเจน จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการสนทนากลุ่มปัญหาและอุปสรรค พบว่า

2.2.1 ปัญหาในการประสานงานการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย/ญาติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ถ้ามียาตัวใหม่ก็จัดประชุมแจ้งให้พยาบาลทราบบางทีเวลาให้ผิด ให้ช้าให้เร็ว ก็ว่าคุณไม่รู้หรือ” “ลายมือหมออ่านยากบางทีเวลารับโทรศัพท์ยังไม่ได้ทวนคำสั่งก็วางหูแล้ว” และขาดการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ญาติ ทั้งการให้ข้อมูลด้านยา การสอนให้เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ “... คนไข้หรือญาติ... ชอบหมุนให้หยดเร็ว ๆ จะได้รับกลับบ้านจะทำอย่างไรดี” “ติดสติ๊กเกอร์ ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง ”

2.2.2 ผู้ปฏิบัติไม่ยึดกฎ 6 Rights ขาดการตรวจสอบการทวนสอบเพื่อยืนยันคำสั่งใช้ยาและการคำนวณยา โดยเฉพาะยากลุ่มเสี่ยงสูง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ที่พบบ่อยก็จะเป็นจัดยาผิดขึ้นมาให้ผิดแล้วเราก็เอาใส่ Lock ยาผิด Lock อีก ผิดห้องนะ” “ห้องยาจัดมาผิดพยาบาลคนไปผิดก็ไม่ดูก่อนคิดว่าเขาจัดถูก ก็เอาไปผิดอีกก็มีนะค่ะ” “ไม่ใช่ คือ ไม่ดูว่าหมอ Order เป็นยาตัวไหน แต่ห้องยาจัดยามาอีกตัวหนึ่ง ไม่ตรงกับ Order แพทย์” “สรุปว่า พยาบาลไม่เช็ดยาก่อนไปผิด”

2.2.3 เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญในการรายงานอุบัติการณ์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ปัญหาที่พบคือ รายงานอุบัติการณ์งานยุ่งบางทีก็ลืมเขียน”

ผลของการเสนอแนะในการสนทนากลุ่มได้ระบบด้านกระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ดังนี้

1) ลดขั้นตอนการทำงาน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ต้องการยกเลิกการใช้ Card ยาเพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกยาหลายครั้งใช้ใบ MAR เตรียมยาแทน Card ยา”

2) ร่วมรายงานความคลาดเคลื่อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “นโยบายการรายงานระดับ A-B รายงานตามปกติ ถ้าระดับ C รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าระดับ D, E, F, G รายงานหัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่าย และแพทย์เจ้าของไข้ทันที” “รายงานหัวหน้าก่อนจะได้รายงานต่อ” “ถ้า A-B ไม่จำเป็นต้องเขียน Incidence Report ถ้าระดับ C ขึ้นไปต้องเขียน Incidence Report แล้วรายงานหัวหน้าตามลำดับชั้นทันที”

3) มีป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ติดสติ๊กเกอร์ ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง” “ควรมีชื่อยา อัตราส่วนผสม วันที่ เวลา เซ็นชื่อด้วย”

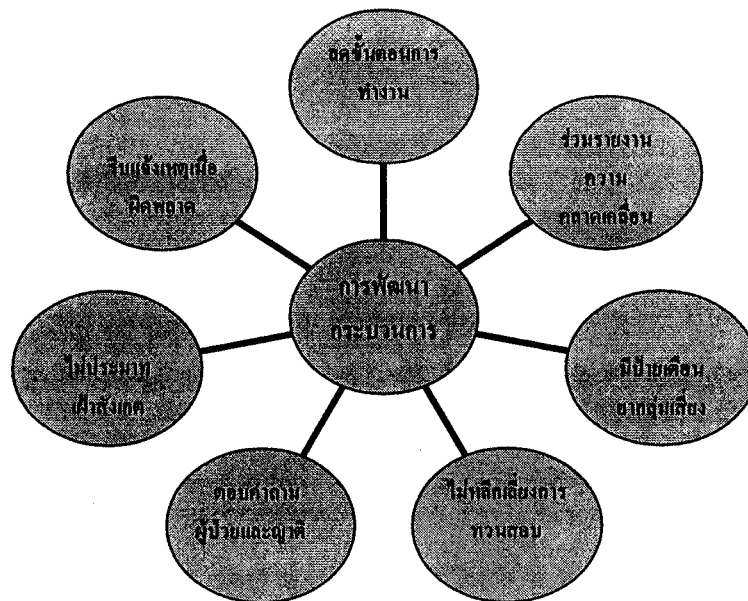
4) ไม่หลีกเลี่ยงการทวนสอบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ผู้ป่วยใหม่ทุกราย ต้องซักว่าประวัติแพ้ยาแล้วส่งให้เภสัชกรตรวจสอบ” “เภสัชกรตรวจสอบให้แต่จะออกไปแพ้ยาเฉพาะยาที่แพทย์สั่งในโรงพยาบาลเท่านั้น”

5) ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “... คนไข้หรือญาติ... ชอบหมั่นให้หยดเร็ว ๆ จะได้รับกลับบ้านจะอย่างไรดี” “ติดสติ๊กเกอร์ ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง”

6) ไม่ประมาทเฝ้าสังเกต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เราต้องรู้ Side effect และต้องเฝ้าระวังอะไร” “บอกวิธีผสม วิธีคำนวณให้แล้วเกิดอะไร”

7) รีบแจ้งเหตุเมื่อผิดพลาด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เขียน ร.ค.ส แล้วให้แพทย์มาเซ็นชื่อภายใน 24 ชั่วโมง ปกติหมอกี่มาเซ็นตอนมา round ครั้งต่อไป เวลาอ่านลายมือหมอมองไม่ออกห้ามเดา”

ผู้วิจัยได้ผลสรุปของระบบด้านกระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี ดังภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 ระบบด้านกระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

จากภาพที่ 4.3 แสดงระบบด้านกระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มีรายละเอียดดังคำอธิบายประกอบในภาคผนวก จ

2.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ด้านผลลัพธ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า ไม่เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนภายหลังได้รับยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงกว่าคือ 4.00 และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำกว่า คือ 3.68

ตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

ผู้วิจัยได้นำระบบที่พัฒนาไปประเมินความเหมาะสมของระบบ กับผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลหัวหน้าแผนกวิจัยวิทยาลัยสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาล อุบลรัตน์ ธานี จำนวน 1 คน และผู้ร่วมพัฒนาระบบ โดยให้แต่ละแผนกส่งตัวแทนมาร่วมประเมินแผนกละ 1 คน รวมเป็น 9 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบที่วิเคราะห์ได้มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นของแต่ละมิตินี้มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย มีการระบุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอย่างชัดเจน มีค่าคะแนนร้อยละ .95

3.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ผู้ร่วมในการพัฒนาระบบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในระดับหัวหน้าแผนก พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรมของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มีค่าคะแนน ร้อยละ .89

3.3 มิติด้านความแม่นยำในการพัฒนารูปแบบ คือ การพัฒนาระบบได้จากการศึกษาหลักการ/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดและจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งตรวจสอบประเด็นในการพัฒนาระบบมีความเหมาะสมเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการวิจัยและการบริหารความปลอดภัยในด้านยา มีค่าคะแนนร้อยละ .93

3.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ คือ มีการระบุขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยระบุตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นสุดท้าย มีความครอบคลุมองค์ประกอบของการพัฒนาระบบที่ชัดเจนตามลำดับขั้น และขั้นตอนการปฏิบัติ

ในแต่ละองค์ประกอบเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงในการพัฒนาระบบ มีค่าคะแนน ร้อยละ .89

3.5 มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ คือ บุคลากรในฝ่ายการพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและมีอิสระในการให้ข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ปรับแก้ระบบ การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา มีค่าคะแนนร้อยละ .87

3.6 มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ คือ ประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มีค่าคะแนนร้อยละ .92

ซึ่งค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติมีค่าคะแนนร้อยละ .91 ในแต่ละมิติมีค่ามากกว่าร้อยละ .70 สรุปได้ว่า ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ที่พัฒนาสร้างการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงและนำสู่การนำไปใช้ต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

1.1.2 เพื่อพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ที่พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคน จำนวน 31 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป ได้แก่ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกห้องผ่าตัด/หน่วยจ่ายกลาง จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกห้องคลอด/เตี้ยอ่อน จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกไตเทียม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรมที่อาสาสมัครเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 1 คน ประเมินความเหมาะสมของระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

จำนวน 1 คน หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน และผู้ร่วมพัฒนาระบบ จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถาม ตอนที่ 2 การสนทนากลุ่ม และตอนที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ที่พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา โดยแต่ละตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ตอนที่ 2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางที่ต้องการในการพัฒนาระบบเพื่อนำสู่ประเด็นและคำถามเจาะลึก (Probes Question) ซึ่งได้จากแบบสอบถามสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว โดยประยุกต์เนื้อหาจากเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติพลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ปี พ.ศ.2549 ตามแนวคิดของโดนาปีเดียน ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (Structures) 2) ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้เพิ่มเติมจากการสนทนามาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ประเมินความเหมาะสมของระบบ โดยใช้ AGREE Appraisal Instrument ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบไว้ทั้ง 9 ข้อ และปรับปรุงการใช้ภาษา 8 ข้อให้สมบูรณ์

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามสภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 4-11 มกราคม พ.ศ.2551

2) การสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลจากการบันทึกเทปและการจดบันทึกโดยเก็บข้อมูล 3 ครั้ง เวลาที่ใช้ในการสนทนาครั้งละ 90 นาที และภายหลังได้ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ฉบัง

3) ประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 16-23 มิถุนายน พ.ศ. 2551

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทป จัดระบบความหมายและข้อความที่ได้เป็นความเรียงเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และให้ผู้เข้าร่วมสนทนาตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลจริง รวมทั้งพิจารณาแก้ไขบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้นำมาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

3) ประเมินความเหมาะสมของระบบ โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายชื่อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่ตราเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแต่ละมิติ โดยมีหน่วยวัดเป็นค่าร้อยละ (เปอร์เซ็นต์)

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มได้ดังนี้

1.3.1 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์หนองบัว พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} =3.60) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านผลลัพธ์มีการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด คือ (\bar{x} =3.84) รองลงมาคือ ด้านกระบวนการบริหารยา มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} =3.61) และด้านโครงสร้างมีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ (\bar{x} =3.21)

1) ด้านโครงสร้าง (Structures) พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=3.21$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า รูปแบบวิธีการทำงาน มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด คือ ($\bar{X}=3.44$) และการเงินการคลัง มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ ($\bar{X}=2.90$)

(1) ทรัพยากรบุคคล (Man) พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=3.24$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับ ควบคุม ดูแล เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุด ($\bar{X}=3.45$) และมีการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับ Medication Error and safety เป็นประจำทุกปี หรือเมื่อมีความจำเป็น มีการปฏิบัติค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ ($\bar{X}=2.94$) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการให้มีการกำหนดจัดแบ่งหน้าที่และมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีผู้ติดตามงาน การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริหารยา เช่น คู่มือและฝึกรอบนอกสถานที่ การพูดคุยหรือประชุมเป็นกลุ่มเล็กอย่างง่าย ๆ บ่อย ๆ หรือพูดคุยกันในที่ประชุมคณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการค้นหาหาความรู้ร่วมกัน

(2) การเงินการคลัง (Money) พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=2.90$) เมื่อพิจารณารายข้อและจากการสนทนากลุ่ม พบว่า มีงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการความปลอดภัยในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=3.03$) และมีงบประมาณในการให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=2.77$)

(3) วัสดุคิบัติที่เข้าสู่กระบวนการผลิต (Material) พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=3.27$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีคู่มือดำเนินงานตามนโยบายเพื่อบริหารจัดการยาให้เกิดความปลอดภัย มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ ($\bar{X}=3.16$) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ควรมีคู่มือการบริหารจัดการยาที่หมดอายุ และแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน

(4) รูปแบบวิธีการทำงาน (Method) พบว่า มีการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=3.44$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า รูปแบบวิธีการทำงาน (Method) มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเบิกยา การตรวจสอบคุณภาพยา การรับมอทยาจากห้องยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ ($\bar{X}=3.19$) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยาไม่มีคู่มือในการบริหารยา และให้ห้องยาจัดแยกยาที่เบิกมาให้ผู้ป่วย

2) ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes) พบว่า มีการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} =3.61) แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำมีการปฏิบัติอยู่ในอันดับสูงที่สุด คือ (\bar{x} =3.88) และการให้ยา/สิทธิผู้ป่วยมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ (\bar{x} =2.87)

(1) การให้ยา/สิทธิผู้ป่วย พบว่า การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง และมีการติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติของยา “High Alert Drug” แต่ละชนิด มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากัน คือ (\bar{x} =3.65) จากการสนทนากลุ่มพบว่า เกสซ์กรควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยาและอาการสำคัญ

3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) พบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คือ (\bar{x} =3.84) เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า ไม่เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนภายหลังได้รับยา มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงกว่า คือ (\bar{x} =4.00) และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที มีการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำกว่า คือ (\bar{x} =3.68)

2. อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัย อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็น 3 วัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลราชธานี ธานี

1. ด้านโครงสร้าง เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่ามีความคิดเห็น ดังนี้

1.1 ทรัพยากรบุคคล (Man) มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.21 ผลจากการวิเคราะห์และข้อมูลที่ได้จากการสนทนา พบว่า มีการให้ความรู้แก่นักบุคลากรเกี่ยวกับ Medication Error and safety เป็นประจำทุกปี หรือเมื่อมีความจำเป็น มีการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 2.94 ซึ่งอธิบายได้ว่า

1.1.1 นโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยไม่ชัดเจน ทำให้ไม่มีเป้าหมายการวางแผน (มัลลิกา ต้นสอน 2547 อ้างถึงใน รัชณี นามจันทร์ และวรรณิ บุญช่วยเหลือ 2549: 8) การพัฒนาบุคลากรซึ่งจะเกี่ยวข้องกับด้านการเงินการคลัง (Money) ที่มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 2.90 ทำให้ไม่มีการจัดสรรงบประมาณมาพัฒนาองค์ความรู้แก่นักบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับ Medication Error and safety ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี้บ้าง อย่าง LASA ไม่เคยได้ยินมาก่อน” “ควรมึงบฯ มาพัฒนาความรู้ให้

พยาบาล ” “...ทำงานมาก็ปีไม่เคยประชุมวิชาการเรื่องยาเลยน่าจะให้กำลังใจกันบ้าง” “อยากให้ต่อ Internet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง ทางแผนกคอมฯ ก็กลัวแต่ไวรัสลง” และขาดความรู้ด้านยา การใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “การใช้ Syringe pump ของ Ward นาน ๆ ใช้ทีใช้ไม่เป็น” “ควรมีการฝึกอบรม เพราะเคยมีเอาสายใส่กลับข้างขวาเป็นซ้าย ซ้ายเป็นขวา ปรากฏว่ายาไหลย้อนขึ้นข้างบน”

1.1.2 ขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบ ในการกำกับ ควบคุม ดูแล การติดตามผล เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล อธิบายได้ว่า ผลจากนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยไม่ชัดเจน จึงไม่มีการตั้งเป้าหมายในการวางแผนในการบริหารยาให้มีความปลอดภัย ไม่มีการควบคุมติดตามและประเมินผล ไม่มีการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้มากนักน้อยเพียงใด การปฏิบัติงานก็จะเป็นไปแบบเรื่อย ๆ และเป็นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “กำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจกันก่อน” “อยากให้คุยกันว่าระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย” “เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไรไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ” “ปกติสร้างแนวทางในการบริหารยาต้องมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัช แต่ของเรามีแต่พยาบาลกับเภสัช” เมื่อมีระบบบริหารจัดการที่ไม่มีผู้รับผิดชอบ จึงขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ทำให้บุคลากรขาดตระหนักในความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ ดังนั้นเมื่อเกิดอุบัติการณ์ก็ไม่ใส่ใจในการรายงาน อาจยกภาระงานมาเป็นข้ออ้างได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ปัญหาที่พบคือ รายงานอุบัติการณ์ งานยุ่งบางทีก็ลืมเขียน”

1.1.3 ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการบริหารยาให้มีความปลอดภัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการสนทนากลุ่ม พบว่า ในด้านวัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการผลิต (Material) มีคู่มือดำเนินงานตามนโยบายเพื่อบริหารจัดการยาให้เกิดความปลอดภัย มีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.16 และรูปแบบวิธีการทำงาน (Method) มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเบิกยาการตรวจสอบคุณภาพ/รับมอบยาจากห้องยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ 3.19 ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “มีปัญหาว่าเขียนไม่ครบอย่าง Xylocain มีแต่วันเปิดใช้” “อยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยา ...” “แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่าสู่กันฟัง” อธิบายได้ว่า สภาพปัจจุบันในการบริหารยา ยังขาดความเป็นระบบและไม่มีคู่มือที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้มีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.2 ด้านกระบวนการบริหารยา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.61 ผลจากการวิเคราะห์และข้อมูลที่ได้จากการสนทนา พบว่า การให้ยา/สิทธิผู้ป่วยมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางและอยู่ในอันดับต่ำที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.87 ซึ่งอธิบายได้ว่า

1.2.1 ขาดการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ ทั้งการให้ข้อมูลด้านยา การสอนให้เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการที่พยาบาลขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่าสู่กันฟัง” “อยากให้ต่อ Internet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง ทางแผนกคอมฯ ก็กลัวแต่ไวรัสลง” “เราต้องรู้ Side effect และต้องเฝ้าระวังอะไร” “บอกวิธีผสม วิธีคำนวณให้แล้วเกิดอะไร” “ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี้บ้าง อย่าง LASA ไม่เคยได้ยินมาก่อน” ซึ่งในปัจจุบันนี้ประชาชนตื่นตัวถึงสิทธิของผู้ป่วย (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2543 อ้างถึงใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข: ม.ม.ป) ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และประเมินคุณภาพบริการเมื่อเข้ารับบริการ (สิระยา สัมมาวาจ 2540) พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และทราบปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสารจึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติต้องการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ (วีรวรรณ บุญทรirk 2540) ซึ่งจะต้องประกอบด้วยองค์ความรู้ที่จะสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา (สิริพร เกษไชย พิกุล นันทชัยพันธ์ และกนกพร สุคำวัง 2549) และปฏิเสธที่จะรับยาเมื่อเกิดความสงสัยหรือไม่แน่ใจได้ เมื่อเกิดความผิดพลาด ไม่พอใจหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจเป็นสาเหตุในการร้องเรียนและการฟ้องร้องได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul 2551: 51) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยด้วย (วิลโรตัน ชัชชวลิตสกุล และสุวรรณิ สนิะสนธิ 2546: 37-45) (สุภัทรา อิมแสงจันทร์ 2545 อ้างถึงใน ทศนี สงกา และบุพิน อังสุโรจน์ 2550: 73-87) ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล ซึ่งมีลักษณะนิสัยที่แตกต่างกัน คือ พยาบาลมักให้รายละเอียดค่อนข้างมากในลักษณะของการเล่าเรื่องเนื่องจากต้องการให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วย ขณะที่แพทย์ต้องการข้อมูลที่กระชับเพื่อการตัดสินใจ ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul 2551: 126) ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาใด ๆ ก็ตาม หากได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์อย่างเหมาะสมทันเวลาแล้ว จะเป็นผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจ (Spreitzer 1995 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี 2549: 25) นอกจากนี้ปัญหาด้านการเขียนของแพทย์ที่ใช้คำย่อไม่เป็นสากล เขียนด้วยลายมือไม่ชัดเจน ซึ่งจะเกี่ยวโยงไปถึงการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา คือ มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือคู่มือ มีมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยา ซึ่งมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.45 ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ลายมือหมออ่านยากบางทีเวลา

รับโทรศัพท์ยังไม่ได้ทวนคำสั่งก็วางหูแล้ว” “แพทย์ชอบสั่งปากเปล่าในห้องคนไข้ แล้วรีบไปเลย”
“อ่านลายมือหมอไม่ออก...”

1.2.2 ขาดการทวนสอบและการตรวจสอบความถูกต้อง ผลจากการวิเคราะห์ และข้อมูลที่ได้จากการสนทนา พบว่า การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา โดยมีการตรวจสอบ ความถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย และมีผู้ร่วมตรวจสอบยาที่ต้องแบ่งหรือมีการคำนวณ อยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.06 และ 3.16 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า พยาบาลขาดการตรวจสอบความ ถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ที่พบบ่อยก็จะเป็นจัดยาผิดขึ้นมาให้ผิด แล้วเราก็เอาใส่ Lock ยาผิด Lock อีก ผิดห้องนะ” “ห้องยาจัดมาผิด พยาบาลคนไปผิดก็ไม่ดูก่อน คิดว่าเขาจัดถูก ก็เอาไปผิดอีกก็มีนะค่ะ” “อ้อ คือพยาบาลสะเพร่า ไม่ตรวจสอบ ไม่สื่อสารกัน” “ไม่ใช่ คือไม่คว่ำหามออ Order เป็นยาตัวไหน แต่ห้องยาจัดยามาอีกตัวหนึ่ง ไม่ตรงกับ Order แพทย์” “สรุปว่า พยาบาลไม่เช็คยาก่อนไปผิด” สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ไตรทาน และ จันทรเพ็ญ ศรีอินทร์เขียว (2006) รวมทั้งความประมาทและทำด้วยความเคยชิน ขาดการตรวจสอบ ซ้ำ (Steven Elbow 2006) (โรงพยาบาลกุดชุม 2549) การเพิ่มภาระงานกะทันหัน ถูกเบี่ยงเบนความ สนใจขณะปฏิบัติงาน (Karen M. Stratton et al. 2004)

1.3 ด้านผลลัพธ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 เมื่อพิจารณาแต่ละ องค์ประกอบย่อยพบว่า ไม่เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนภายหลังได้รับยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน อันดับสูงกว่า คือ 4.00 และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำกว่า คือ 3.68 ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากที่ ผ่านมาแม้มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเกือบจะไปถึงและไปถึงผู้ป่วยแล้ว (ระดับ B-C-D) แต่ไม่เป็น อันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ความเสียหายที่เกิดขึ้นยังไม่ส่งผลเสียร้ายแรง ต่อโรงพยาบาล คะแนนเฉลี่ยจึงยังอยู่ในระดับมาก

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การจัดองค์กรถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญ มากหน้าที่หนึ่งของการบริหารจัดการ ซึ่งจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้นำ (จันทกานต์ ดันเจริญพานิช 2549: 38-47) นโยบายที่ดีทำให้การตัดสินใจถูกต้องและทำให้การบริหารงาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องชี้ทิศทางในการบริหารงานที่ผู้บริหารใช้เพื่อการพิจารณา ตัดสินใจสั่งการ ดังนั้นนโยบายจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการบริหารเพื่อให้ระบบการทำงาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนางานโดยมีการวางแผนในการดำเนินการ การจัดอัตรากำลัง ที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน การเพิ่มภาระงานกะทันหัน ถูกเบี่ยงเบนความสนใจขณะปฏิบัติงาน (Karen M. Stratton et al. 2004) จะเป็นเหตุให้ผู้ปฏิบัติงานเสียสมาธิเกิดความผิดพลาดได้ ควรจัด ให้มีคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาองค์กร มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากร ให้มีความ

เชี่ยวชาญในงาน พัฒนาระบบงานและมีการติดตามผล โดยกำหนดให้เกิดการประสานงานระหว่างคนทำงาน และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมต่าง ๆ ในองค์กร ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ผลการวิเคราะห์และการสนทนากลุ่ม พบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาลในภาพรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 โดยการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรฐานในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง และอยู่ในอันดับต่ำที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 3.17 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจน มีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่มีผลงานต้องการให้ระบุหน้าที่รับผิดชอบและต้องการให้พูดคุยตกลงกันว่า ระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไร และทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย ถ้ามียาตัวใหม่ก็จัดประชุมแจ้งให้พยาบาลทราบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ” “ถ้ามียาตัวใหม่ก็จัดประชุมแจ้งให้พยาบาลทราบ...” “อยากให้คุยกันว่าระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย” การมีส่วนร่วมในงานจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (พัชรี สายสตุคดี 2544) คือ ยังมีส่วนร่วมในระดับสูงจะส่งผลให้บุคคลจะทำงานด้วยความตั้งใจเต็มที่ มีความรับผิดชอบและพัฒนาคุณภาพของงาน

วัตถุประสงค์ที่ 2 การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

ผลจากการสนทนากลุ่มรวม 3 ครั้ง ได้แนวทางในการพัฒนาระบบ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (Structures)

1.1 นโยบายเข้มงวด จากการที่ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันว่า โรงพยาบาลไม่มีรูปแบบของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ชัดเจน จึงไม่มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการบริหารยาให้มีความปลอดภัย ไม่มีการควบคุมติดตามและประเมินผล ไม่มีการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้มากน้อยเพียงใด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ” แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาเท่าที่ควร “ปกติสร้างแนวทางในการบริหารยาต้องมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร แต่ของเรามีแต่พยาบาลกับ

เภสัชกร” อาจเนื่องจากเป็น โรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์ในสาขาต่าง ๆ สาขาละ 1 คน นอกเวลาทำงานเป็นแพทย์ที่มาปฏิบัติงาน Part time แต่จากการที่ฝ่ายการพยาบาลนำระบบที่สร้างขึ้นนำเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเพื่อพิจารณาจะเป็นสิ่งที่ประกอบการสนับสนุนพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรพยาบาล และสื่อสารกับแพทย์เพื่อขอความร่วมมือ

1.1.1 ระบุนโยบายและวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาเป็นลายลักษณ์อักษรประกาศให้ทราบทั่วทั้งองค์กร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “กำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจกันก่อน” “...อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไรไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ” “อยากให้คุยกันว่าระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย”

1.1.2 ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยจัดทำช่องทางในการรายงานอุบัติการณ์ ไม่มุ่งการตำหนิหรือลงโทษ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “นำรายงานอุบัติการณ์ มาพูดคุยในที่ประชุมเพื่อให้ทุกคนรับรู้และศึกษาแนวทางแก้ไขร่วมกัน”

1.1.3 ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง มีการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุเกือบพลาดสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อสร้างความตระหนัก และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร ซึ่งจะสร้างปฏิสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “...อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไรไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ”

1.2 จัดการความรู้ การสร้างความตระหนักและการจัดอบรมที่มีประสิทธิภาพ โดยการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง มีการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุเกือบพลาดสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อสร้างความตระหนัก และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร เสริมสร้างความตระหนักในสถานการณ์เสี่ยงที่พบบ่อย ความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมาเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ประสบการณ์ความผิดพลาดของคนอื่น มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (มิเรียม อาร์ ออฟี เซอร์ ไวส์ และเดเบอร์า แอนน์ ออนเดค (Miriam R. Aufseeser-Weiss and Deborah Anne Ondeck 2001: 56) (Geller ES. 2001 อ้างถึงใน วิณา จิระแพทย์ 2500: 79) การพูดคุยหรือประชุมเป็นกลุ่มเล็กอย่างง่าย ๆ บ่อย ๆ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2551: 118) หรือพูดคุยกันในที่ประชุมคณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care Team) รวมทั้งการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการค้นคว้าหาความรู้ร่วมกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ชอบให้จับกลุ่มเล็กอย่างง่าย ๆ บ่อย ๆ ทำ Workshop ถ้ากลุ่มใหญ่ ขึ้นตอน ชับซ้อน” “นำรายงานอุบัติการณ์ มาพูดคุยในที่ประชุมเพื่อให้ทุกคนรับรู้และศึกษาแนวทางแก้ไขร่วมกัน”

1.2.1 การฝึกอบรม โดย กำหนดเป้าหมายให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับการพัฒนาความรู้และการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์การให้สารน้ำประจำปีคนละไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปีหรือ

เมื่อมีความจำเป็น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เริ่มต้นตั้งเกณฑ์ไว้ให้พยาบาลได้ฝึกอบรมหรือประชุมวิชาการคนละไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปีดีไหม” “ควรมีการฝึกอบรม เพราะเคยมีเอาสายใส่กลับข้างขวาเป็นซ้าย ซ้ายเป็นขวา ปรากฏว่ายาไหลย้อนขึ้นข้างบน”

ในด้านการประชุมสัมมนาทางวิชาการ การดูงานและฝึกอบรมนอกสถานที่ จากการศึกษาของวาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) และชลอ น้อยเผ่า (2544) พบว่า การประชุมสัมมนาทางวิชาการ การดูงานและฝึกอบรมนอกสถานที่เป็นสิ่งจำเป็น และการอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ เจตคติ ช่วยให้เกิดการพัฒนาความคิด พฤติกรรมและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน แต่ข้อคิดเห็นนี้แย้งกับการศึกษาของ สมลักษณ์ สววิบูลย์ (2548) เพ็ญศรี ปรางสุวรรณ (2541) กนกวรรณ มลานิตย์ (2542) และพัชรี สายสคูติ (2544) ที่พบว่า การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเรื่องที่ได้รับการอบรมไม่อยู่ในความสนใจ หรือไม่ตรงกับงานที่ปฏิบัติ และการฝึกอบรมอาจใช้ช่วงระยะเวลาที่สั้นทำให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมไม่สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ได้เต็มที่ แต่อย่างไรก็ตาม งานการพยาบาลเป็นงานวิชาชีพที่ต้องก้าวตามให้ทันความเปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าทางวิชาการ เทคโนโลยีทางการแพทย์ แผนการรักษาของแพทย์ มีการค้นพบยาใหม่ ๆ วิชาใหม่อุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การฝึกอบรมด้านวิชาชีพยังมีความสำคัญและเป็นความจำเป็นขึ้นอยู่กับว่าองค์กรนั้น ๆ ต้องการนำความรู้นั้นมาใช้ประโยชน์มากน้อยเพียงใด

1.2.2 การพัฒนาระบบสื่อสารสารสนเทศ เพื่อช่วยพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรพยาบาล จากปัญหาจากการไม่มีงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร ปัจจุบันบริบทของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในรูปของการฝึกอบรมได้เปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ (Paradigm) จาก การฝึกอบรมไปสู่การเรียนรู้ (Kossek and Block 2000) การแสวงหาความรู้ที่ง่ายและประหยัดกำลังเป็นที่นิยมในขณะนี้ คือ การดึงความรู้ที่ได้จากการ Share Tacit Knowledge ซึ่งเป็นประสบการณ์อันทรงคุณค่าจากการการปฏิบัติจริงที่ฝังลึก จะถูกเผยแพร่และขยายผ่านคลังความรู้ โดยไม่ต้องไปเสียเวลาเริ่มต้นลองผิดลองถูกในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) และส่วนใหญ่ความรู้เหล่านี้อยู่ในผู้ปฏิบัติทั้งในและนอกโรงพยาบาล และสร้างเป็นเครือข่าย เช่น IV CoP เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความผูกพันและช่วยเหลือเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ปัจจุบันนี้การใช้ระบบ Blog <http://igotoknow.org.th> ของประเทศไทยซึ่งเป็นระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ทรงพลังอย่างยิ่ง มีการเขียนโปรแกรม Knowledge Volution โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชชัช ปิยะวัฒน์ และ ดร.จันทวรรณ ปิยะวัฒน์ (วิจารณ์ พานิช 2550: 119-135) องค์กรหลายแห่งสามารถนำไปติดตั้งในระบบ Intranet ได้โดยไม่คิดมูลค่า เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้ภายในองค์กรของตนเอง

1.2.3 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการปฏิบัติที่ปลอดภัย ตลอดจนสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติที่ปลอดภัย ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยในการตัดสินใจ การวางแผนการพยาบาล และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชวไล ชุ่มคำ และสุชาดา รัชชกุล 2547) (วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา 2545) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เริ่มต้นตั้งเกณฑ์ไว้ให้พยาบาลได้ฝึกอบรมหรือประชุมวิชาการคนละไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปีดีไหม” “ควรมีการฝึกอบรม เพราะเคยมีเอาสายใส่กลับข้างขวาเป็นซ้าย ซ้ายเป็นขวา ปรากฏว่ายาไหลย้อนขึ้นข้างบน”

1.2.4 จัดทำคู่มือการบริหารยา เพื่อให้พยาบาลศึกษาด้วยตนเอง คือ 1) การถ่ายถอดคำสั่งให้ยา/เบิกยา 2) การเก็บรักษาสภาพยา 3) การเตรียม/จัดยา 4) การให้ยา/สิทธิผู้ป่วย 5) บันทึกการให้ยา 6) การรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยา 7) การเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยา 8) การบริหารยาฉุกเฉิน 9) การบริหารยากลุ่มเสี่ยง 10) การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน 11) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 12) การใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์ควบคุมการหยดของสารน้ำ Infusion pump/Syringe pump 13) การให้ยาด้วยวิถีทางต่าง ๆ 14) การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ 15) การบริหารยาเสพติด และ 16) นโยบายการรายงานอุบัติการณ์

1.3 มีผู้รับผิดชอบ วางแผนการดำเนินงาน โดยประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ (วิสัย กะตา 2547) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “... อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนทราบ” โดยกำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ระดับผู้บริหาร ระดับหัวหน้าแผนก และระดับปฏิบัติการ รายละเอียดดังกล่าวอธิบายประกอบในภาคผนวก จ

1.4 ครอบคลุมวางแผน/ดำเนินงาน เน้นการออกแบบระบบป้องกันและเฝ้าระวังเชิงรุก ก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รายละเอียดดังกล่าวอธิบายประกอบใน ภาคผนวก จ

1.5 สื่อสารมีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดผลดีผลเสียในการทำงาน

1.5.1 การสื่อสารส่งต่อข้อมูลและการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีผลต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยการเตือนภัยยากลุ่มเสี่ยง จัดทำแนวปฏิบัติการสื่อสารทางโทรศัพท์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ทำสัญลักษณ์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงคลั่งทำเป็นอักษรพวก Tall man letter” “เราก็เอาเรื่องความคลาดเคลื่อน ไปพูดกัน ในที่ประชุม PCT ทุกอาทิตย์...” “ทำสัญลักษณ์เพื่อเตือนให้รู้ว่าแพทย์สั่งยา Stat...” การจัดการยาความเสี่ยงสูง เช่น “มี Locker ต้องมีระบบจัดเก็บ และตรวจสอบ”

1.5.2 จัดทำแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ การสื่อสารกับผู้ป่วย ตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งจัดทำแนวทางการประสานงานกับเครือข่ายแหล่ง บริการสุขภาพ และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ผานิต สกกุลวัฒน์ อโนทัย วีรพงศ์สุชาติ และศิริพร สิงหนคร 2540: 2) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยโรค เรื้อรังและต้องได้รับยาหลายขนาน

1.6 ติดตามงานและแก้ไข เน้นการรายงานความคลาดเคลื่อน M. Husch et al. (2005) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เมื่อส่งมาให้เราหาสาเหตุแก้ไข เราก็จะมีการพูดคุย” “เราก็ เอาเรื่องความคลาดเคลื่อน ไปพูดคุยกันในที่ประชุม PCT ทุกอาทิตย์” “ผิด Dose ก็แจ้งแพทย์เป็นระยะ ถ้าผิดชนิดก็แจ้งแพทย์อยู่ดี” “การจัดการแก้ไขสถานการณ์” “ถ้าแพทย์หยุดให้ยาทันทีรายงานหมอ และคืนยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาเลย” “แจ้งเภสัชกรเพื่อตรวจสอบและรายงานตามลำดับชั้น”

2. ด้านกระบวนการบริหารยา (Processes)

2.1 ลดขั้นตอนการทำงาน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ดังคำกล่าว ของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ต้องการยกเลิกการใช้ Card ยาเพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกยาหลายครั้ง ใช้ใบ MAR เตรียมยาแทน Card ยา” “ทำเป็นผังคำนวณ Dose เด็กอยากให้ออก”

2.2 ร่วมรายงานความคลาดเคลื่อน มีนโยบายสนับสนุนการรายงาน ผู้ที่ไม่ รายงานมีความผิด รายงานตามเวลาและตามความรุนแรงที่กำหนด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “นโยบายการรายงานระดับ A-B รายงานตามปกติ ถ้าระดับ C รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าระดับ D, E, F, G รายงานหัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่ายและแพทย์เจ้าของไข้ทันที” “รายงานหัวหน้าก่อนจะ ได้รายงานต่อ” “ถ้า A-B ไม่จำเป็นต้องเขียน Incidence Report ถ้าระดับ C ขึ้นไปต้องเขียน Incidence Report แล้วรายงานหัวหน้าตามลำดับชั้นทันที”

2.3 มีป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยง

2.3.1 จัดทำแนวทางบริหารยากลุ่มเสี่ยง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ควรมีแจกให้ตามแผนกเลย” “ทำเป็นผังคำนวณ Dose เด็กอยากให้ออก” และการเตือนภัย สำหรับเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติเมื่อต้องบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ที่ว่า “ควรมีแจกให้ตามแผนกเลย” “แนวปฏิบัติให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงเราต้องรู้ว่าควรเฝ้าระวังเรื่อง อะไร” “วิธีผสม วิธีคำนวณให้แล้วเกิดอะไร” “เราต้องรู้ Side effect และต้องเฝ้าระวังอะไร” “ถ้า เป็นยา HAD น่าจะเปลี่ยนสีของใหม่” “ยา HAD ที่ผสมใน IVF ให้ใช้ใบติดสารละลายเป็นสีให้ แดกต่างจาก IV ธรรมดา” “แยกเก็บจากยาอื่น” “อิเล็กทรอนิกส์ที่มีความเข้มข้นสูง เช่น KCl ไม่ให้ มีใน Ward” “ให้เก็บเฉพาะใน ICU” “มี Locker ต้องมีระบบจัดเก็บ และตรวจสอบ”

2.3.2 กำหนดเกณฑ์การใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ควบคุมการหยดของสารน้ำ เช่น syringe pump หรือ Infusion pump ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ควรใช้ในรายให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง เด็ก คนแก่ โรคหัวใจ”

2.4 ไม่หลีกเลี่ยงการทวนสอบ ควรมีการทวนสอบทุกขั้นตอนในการบริหารยา เพื่อป้องกัน ซึ่งจะใช้ทั้งในกรณีที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหา หรือเกิดปัญหาและแก้ไขไปแล้วแต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาซ้ำอีก แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.4.1 ก่อนเกิดเหตุการณ์ เช่น การทวนสอบซ้ำโดยผู้อื่น (Double Check) ในการเตรียมยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด เช่น การคำนวณยา การให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ควรมีผู้ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง หรือทำเป็นตารางแสดงขนาดและการผสมยา เพื่อความถูกต้องและลดภาระของผู้ปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เราต้องรู้ Side effect และต้องเฝ้าระวังอะไร” “บอกวิธีผสม วิธีคำนวณให้แล้วเกิดอะไร”

2.4.2 ระหว่างเกิดเหตุการณ์ เช่น การทวนสอบโดยการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ ก่อนให้ยาโดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยรับใหม่หรือย้ายแผนก ได้แก่ ชื่อ นามสกุล และหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย ป้องกันการให้ยาผู้ป่วยผิดคน

2.4.3 หลังเกิดเหตุการณ์ โดยการทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนวิกฤตให้เป็น โอกาส ใช้ความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาสร้างหลักประกันว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ โดยเน้นการป้องกันไปที่การวางระบบงานที่ดี เช่น การป้องกันผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ

ในกรณีที่แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ไม่มีโอกาสทบทวนร่วมกัน อาจให้แต่ละฝ่ายทบทวนในส่วนของตนเองก่อน และมอบให้ผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลจากทุกฝ่ายทั้งก่อนระหว่าง และหลังเกิดเหตุการณ์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ผู้ป่วยใหม่ทุกรายต้องซักประวัติแพ้ยาแล้วส่งให้เภสัชกรตรวจสอบ” “เภสัชกรตรวจสอบให้แต่จะออกใบแพ้ยาเฉพาะยาที่แพทย์สั่งในโรงพยาบาลเท่านั้น ”

2.5 ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติ จัดทำแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ การสื่อสารกับผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง และต้องได้รับยาหลายขนาน จากการสนทนากลุ่มพบว่า ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา การสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เภสัชกรควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยา และอาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง” “การกระจายความรู้ด้านยาไม่ครอบคลุมไม่ทั่วถึง”

2.6 ไม่ประมาทเฝ้าสังเกต พึงตระหนักว่าปัจจัยจากผู้ป่วยและปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ โดยเฉพาะการได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง

2.6.1 การตรวจสอบสภาพอาการของผู้ป่วยก่อนให้ยา ซึ่งมีผลต่อ Vital Signs ของผู้ป่วยทุกครั้ง เช่น กลุ่มยาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2.6.2 ก่อนให้ยา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีความรู้และให้คำแนะนำสอนผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา และการสังเกตอาการแพ้ยา

2.6.3 หลังให้ยา การติดตามเฝ้าระวังและให้ผู้ป่วยและญาติร่วมแจ้งเตือนพยาบาล เมื่อพบอาการผิดปกติจากการได้รับยา

2.7 รีบแจ้งเหตุเมื่อผิดพลาด จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนามีความต้องการให้มีคู่มือและขั้นตอนการปฏิบัติ และนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการได้รับยาหรือเกิดความผิดพลาดควรมีผู้รับผิดชอบในการแก้ไข สถานการณ์จะได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันที ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ถ้าให้แล้วผิดแจ้งหมอ แล้วแจ้งหัวหน้า ถ้าหัวหน้าไม่อยู่แจ้ง Incharge” “สังเกตอาการผิดปกติ” “ผิด Dose ก็แจ้งแพทย์เป็นระยะ ถ้าผิดชนิดก็แจ้งแพทย์อยู่ดี” “ราชการเขามีทีมใกล้เคียงเวลาเกิดเหตุผิดพลาดช่วยป้องกันและลดความเสียหายจากการฟ้องร้องด้วย ”

3. ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบย่อยพบว่า ไม่เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนภายหลังได้รับยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงกว่าคือ 4.00 และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขทันที มีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับต่ำกว่าคือ 3.68 ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากที่ผ่านมาแม้มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเกือบจะไปถึงและไปถึงผู้ป่วยแล้ว (ระดับ B-C-D) แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ความเสียหายที่เกิดขึ้นยังไม่ส่งผลเสียร้ายแรงต่อโรงพยาบาล คะแนนเฉลี่ยจึงยังอยู่ในระดับมาก

วัตถุประสงค์ที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ผลของการประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว โดยผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว จำนวน 1 คน และ หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน และตัวแทนพยาบาลวิชาชีพแผนกละ 1 คน รวมจำนวน 9 คน

รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน พบว่า การประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ในมิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย คือ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอย่างชัดเจน มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นมากที่สุดร้อยละ .95 อธิบายได้ว่า ก่อนที่จะเริ่มพัฒนาเครื่องมือผู้วิจัยได้อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นนโยบายระดับชาติที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องปฏิบัติเพื่อให้มีคุณภาพตามมาตรฐานกอร์ปกับประชาชนมีความตื่นตัวทางด้านสุขภาพและสิทธิผู้ป่วย แนวโน้มการฟ้องร้องเพิ่มสูงขึ้น การให้ยามีคุณภาพและโทษต่อผู้ป่วยมาก ความผิดพลาดอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และมีมิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ คือ บุคลากรในฝ่ายการพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและมีอิสระในการให้ข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ปรับแก้ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา มีค่าคะแนนความเชื่อมั่นน้อยที่สุดร้อยละ .87 อาจเนื่องจากการสนทนากลุ่มมีผู้ที่ผูกขาดการแสดงความคิดเห็นทำให้ผู้อื่นคอยรับฟัง อีกประการหนึ่ง บุคลากรพยาบาลขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี้บ้าง อย่าง LASA ไม่เคยได้ยินมาก่อน” “ควรมีงบฯมาพัฒนาความรู้ให้พยาบาล” “...ทำงานมาก็ปีไม่เคยประชุมวิชาการเรื่องยาเลยน่าจะให้กำลังใจกันบ้าง” “อยากให้ต่อ Internet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง ทางแผนกคอมฯ ก็กลัวแต่ไวรัสลง”

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล แต่กลุ่มประชากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเต็มเวลามีเพียง 31 คน จึงอาจทำให้การแปลผลไม่ชัดเจน และใช้ได้เฉพาะในบริบทของ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี

จากข้อเสนอแนะที่ควรให้แพทย์เข้าร่วมในทีมพัฒนาระบบยานั้นเนื่องจากที่ผ่านมามีข้อขัดข้องบางประการจึงใช้การปรึกษาหารือแบบไม่เป็นทางการ โดยทีมพัฒนาระบบยาซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและเภสัชกรจะนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงและนำเสนอเป็นระยะ

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่อง ระยะเวลาในการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเฉพาะในช่วงระยะแรก (Phase) ของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล และการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตรวจสอบประเมินความเหมาะสมของระบบที่พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับเกิดความตระหนัก มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และมีองค์ความรู้ในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้เวลาช่วงพักเวร เพื่อสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยไม่จำเป็นต้องพูดเฉพาะกับหัวหน้าแผนกเท่านั้น ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่รู้สึกรู้สีกว่าเป็นการเพิ่มภาระงานสามารถปฏิบัติเป็นประจำวัน จนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร จึงจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

3.2.2 ศึกษาผลการใช้ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ธานี ที่พัฒนาตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ มาลาณิตย์ (2542) “การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ
โรงพยาบาลตำรวจ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) “นโยบายระดับชาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 2550-2551
(National Patient Safety Goal 2007-2008)” (แผ่นพับ)
- กรแก้ว จันทภาษา (2007) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เทคนิคการเก็บข้อมูล
เชิงคุณภาพ สารสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2551 จาก
<http://home.kku.ac.th/korcha/dis1.html>
- กฤษฎา แสงวดี (2543) การบริหารความเสี่ยง: มิติในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล เอกสาร
ประกอบการสัมมนา เรื่อง การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล วันที่ 3-5 มีนาคม
2543 ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพมหานคร
- จันทิมา ไตรทาน และจันทร์เพ็ญ ศรีอินทร์เขียว (2006) การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของ
กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (ออนไลน์)
สารสังเขป ค้นคืนวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549 จาก
<http://www.dms.moph.go.th/nurse/issue2 report6.html> Sep,29,2006
- จันทกานต์ ดันเจริญพานิช (2549) “ทิศทางการพัฒนาภาวะผู้นำภาครัฐของไทยในศตวรรษที่ 21”
วารสารข้าราชการ 51, 5 (กันยายน-ตุลาคม): 38-47
- จิราภรณ์ สันติเสวี และดวงกมล เอกสมทราเมษฐ์ (2546) การประเมินการใช้ยา (Drug Use
Evaluation, DUE) (ออนไลน์) สารสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 พฤศจิกายน 2549 จาก
<http://www.kkh.go.th/pharmacy/duе.htm>
- เจริญ เจษฎาวัลย์ (2548) การบริหารจัดการความเสี่ยง กรุงเทพมหานคร พอดี
- ชลอ น้อยเผ่า (2544) “การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ออนไลน์) สารสังเขป ค้นคืนวันที่ 3
พฤศจิกายน 2549 จาก http://Archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2544/nuadm1044cn_abs.pdf
- ชวไล ชุ่มคำ และสุชาดา รัชชกุล (2547) “ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านยาและ
เวชภัณฑ์ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ” วารสาร
พยาบาลศาสตร์ 16, 3 (กันยายน- ธันวาคม): 14-15

- ชุตินา วีระวัชรชัย (2545) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี (ออนไลน์) สารระสังเขป คืบคืบวันที่ 2 พฤศจิกายน 2549 จาก http://thailis-db.car.chula.ac.th/CU_DC/April2004/Thesis/Chutithana.pdf
- ทัศนีย์ สงกา และยุพิน อังสุโรจน์ (2550) “บทบาทผู้นำพยาบาลในคลินิกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” *วารสารสภาการพยาบาล* 22, 1 (มกราคม-มิถุนายน): 73-87
- ธิดา นิงสานนท์ มังกร ประพันธ์วัฒน์ และมนตรีรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ (2547) “ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อระบบการดูแลสุขภาพ” ใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล บรรณาธิการ *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* หน้า 11 กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- _____ (2547) “ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อระบบการดูแลสุขภาพ” ใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล บรรณาธิการ *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* หน้า 22-23 กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- _____ (2547) “ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อระบบการดูแลสุขภาพ” ใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล และปรีชา มนทกานติกุล *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* หน้า 29 กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) *การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง* เชียงใหม่ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
- นฤมล แก่นสาร (2548) “การพัฒนาแนวทางการบริหารยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลขอนแก่น” การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เบญจมาศ เลปวิทย์ (2543) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยนอก” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปฐม มณีโรจน์ (2549) การบริหารการพัฒนา สารระสังเขปออนไลน์ คืบคืบวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549 จาก <http://library.uru.ac.th/bookonline/books%5CCh2A.pdf>
- ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช (ออนไลน์) สารระสังเขป คืบคืบวันที่ 7 เมษายน 2550 จาก <http://dcms.thailis.or.th/dcms/download.php>

- “ประกาศสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. 2548” (2548, 3 พฤศจิกายน) ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 122
ตอนที่ 94 ง หน้า 42-45
- ประคอง วรรณสุด (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง)
กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรีดา กังแฮ (2546) “การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริหารยาตามการรับรู้ของพยาบาลและ
ผู้ป่วย โรงพยาบาลจังหวัดตรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ผาณิต สกฤตวัฒน์ อโณทัย วีรพงษ์สุชาติ และศิริพร สิงหนตร (2540) “การจัดการผู้ป่วยราย
กรณี: รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ” วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ภาคเหนือ 3, 1 (มกราคม-มีนาคม): 2-5
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (ม.ม.ป) “สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ สิทธิผู้ป่วย และกลไกการคุ้มครอง
สิทธิ” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และ
ระบบบริการสุขภาพกับการบริหาร โรงพยาบาล หน่วยที่ 2 หน้าที่ 8 สารสังเขป
ออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 5 กรกฎาคม 2551 จาก
http://www.stou.ac.th/Thai/Grad_Stdy/schools/shs/DOC/no2/no2-1.doc
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2549) " Medication Safety: เทคนิคในการพัฒนางาน " สารสังเขป
ออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 8 กรกฎาคม 2549 จาก
www.tato.moph.go.th/groupv/uploadfiles/medication49.ppt
- เพ็ญศรี ปรางสุวรรณ (2541) "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความสามารถในการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย"
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พัชรี สายสคูดี (2544) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในงานพฤติกรรม
การเป็นสมาชิกขององค์กรกับพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มังกร ประพันธ์วัฒน์ (2004) “กรณีศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาประสพการณ์ตรงในประเทศ
ไทย” ใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัดเนทล และปรีชา มนทกานติกุล
บรรณาธิการ การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
หน้า 83 กรุงเทพมหานคร ประชาชน

- _____. (2549) การบริหารยา: ยาสำส่นระหว่างหลักการและชนิดความคลาดเคลื่อน สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 10 กันยายน 2549 จาก http://www.pha.nu.ac.th/apirukw/HA1/uploads/FAC1_6R&Ming.pdf.
- _____. (2549) Medication Error สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 3 พฤศจิกายน 2549 จาก <http://203.157.217.5/rxpharma/DIS/seminar49/mederror48-HO.pdf>
- ยุพาพร ปรีชากุล และราตรี แสงส่ง (ม.ป.ป.) การบริหารทางเภสัชกรรมในเด็ก สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 15 สิงหาคม 2551 จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1206
- ยุพิน อังสุโรจน์ (2541) “การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล” วารสารพยาบาลศาสตร์ 10, 1 (มกราคม-มีนาคม): 44-48
- รัชณี นามจันทรา และวรรณิ บุญช่วยเหลือ (2549) “การบริหารการพยาบาลกับการจัดการเชิงธุรกิจ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 14 หน้า 8 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____. (2549) “การบริหารการพยาบาลกับการจัดการเชิงธุรกิจ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 14 หน้า 34 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ (2549) “การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล” ใน *แนวการศึกษาชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 1-15 หน้า 10-18 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- โรงพยาบาลกุดชุม (2549) การพัฒนาระบบบริหารยาผู้ป่วยใน สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืน 18 สิงหาคม 2550 จาก http://phdb.moph.go.th/Annual2549/data/datakate/kate14/h_k14/yasothon/drug_.ppt#493,11,ภาพนิ่ง 11
- วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) *การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาองค์กร เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องระบบทวิภาคีกับการแก้ปัญหาแรงงานในรัฐวิสาหกิจ* จัดโดย กองรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน วันที่ 6-8 มีนาคม 2546 โรงแรมพัทยาเซนเตอร์ เมืองพัทยา ชลบุรี
- วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) “ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- วิจารณ์ พานิช (2550) ผู้บริหารองค์กรอัครริยะฉบับนักปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร สถาบันการส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส)
- วิษณุพร คุปตะวาทีน (2547) “การบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกกรณีศึกษา โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพมหานครแพทยทหารเรือ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชา
 สาธารณสุขศาสตร์ (วส 1) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ และสุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล (2547) “ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา” ใน
 ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล และปรีชา มนทกานติกุล บรรณาธิการ การ
 ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กรุงเทพมหานคร
 ประชาชน
- วิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล และสุวรรณิ สนิะสนธิ (2546) “การศึกษาการรับรู้สิทธิผู้ป่วยกับการ
 ปฏิบัติการพยาบาลที่เคาน์ตลิตีผู้ป่วยของพยาบาลงานผู้ป่วยใน สถาบันสุขภาพเด็ก
 แห่งชาติมหาราชินี” วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช 14, 1 (มกราคม-มีนาคม): 37-45
- วิสัย คตะตา (2547) “การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาล
 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร” การศึกษาค้นคว้าอิสระ
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลสาขา
 การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วีรวรรณ นุณทริก (2540) “ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วยใน
 โรงพยาบาลรามาริบัติ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก
 บริหารการดูแลสุขภาพและสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ
 พยาบาล” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพและระบบบริการพยาบาล
 หน่วยที่ 11 หน้า 7 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาล
 ศาสตร์
- _____ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน ประมวลสาระชุด
 วิชาการพัฒนาศักยภาพและระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 11 หน้า 14 นนทบุรี มหา
 วิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน ประมวลสาระชุด
 วิชาการพัฒนาศักยภาพและระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 11 หน้า 16 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- _____. (2550) *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติ ความปลอดภัยทางคลินิก กรุงเทพมหานคร ด้านสุขภาพการพิมพ์*
- วีรพงษ์ เถลิศจิรต์น์ (2549) FCSM กับ Risk Management (ตอนที่ 1) สารสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 22 กันยายน 2549 จาก http://www.ftpi.or.th/pworld/pw43/43_fsmc.pdf
- สากุล ช่างไม้ (2549) “การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)” *วารสารกรุงเทพคริสเตียน* 12, 1 (มกราคม-เมษายน): 15-23
- ศิริวัฒน์ ยิ้มเลี้ยง (2543) CoP. กับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โรงพยาบาลพิจิตร สารสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 2 มิถุนายน 2551 จาก www.ppho.go.th/vichakan/my_upload/somchaw/CoPs9%BE%C2%D2%BA%D2%C5.ppt –
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2546) *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ HA301 นนทบุรี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ)*
- สนธยา พลศรี (2545) การปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาจิตใจประชาชนของพระสังฆาธิการ ในจังหวัดมุกดาหาร (ออนไลน์) สารสังเขป ค้นคืนวันที่ 23 พฤศจิกายน 2549 จาก http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Somprachan_Siangyen/Chapter2.pdf
- สภาการพยาบาล (2548) *มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ พระราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 94 ง หน้า 42-45*
- สมลักษณ์ สววิบูลย์ (2548) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดกาญจนบุรี” *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2549) *เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล (วิทัศน์) นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*
- สร (2006) การนำเทคนิคการสนทนากลุ่มย่อย (FGD) มาใช้เพื่อการพัฒนาองค์กรและบุคลากร สารสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 23 พฤศจิกายน 2549 จาก http://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?passTo=7f4953f9a76100d6c511fd3c045faf1d&bookID=303&read=true&count=true
- ลิระยา สัมมาวาง (2540) “สิทธิผู้ป่วย” *พยาบาลสาร* 24, 1 (มกราคม-มีนาคม): 16-23

สิริพร เกษไชย พิภูล นันทชัยพันธ์ และกนกพร สุคำวัง (2549) “การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง” *พยาบาลสาร* 33, 1 (เมษายน-มิถุนายน): 117-129

สุชาดา เดชเดชะสุนันท์ (2544) ความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2550 จาก http://library.car.chula.ac.th:82/search*thx?/.b402654/b402654/1%2C1%2C1%2CB/marc~b402654

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ (2544) “เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ:คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ” พิมพ์ครั้งที่ 10 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์ (2546) เผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยา แล้วทำอะไรต่อ: TG240 หาดใหญ่-กรุงเทพ 24 มกราคม 2549 สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 3 พฤศจิกายน 2549 จาก <http://gotoknow.org/file/anuwatsup//What%20Next%20From%20Medication%20Error.Pdf>

_____ (2551) “วางด่านสามชั้น ป้องกันกรณี คอกรัก” ใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล บรรณาธิการ *เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก รวมบทความ HA วารสาร Medical Times และ Quality Care* หน้า 51 นนทบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

_____ (2551) “ปรับโฉมการดูแลที่ข้างเตียงผู้ป่วย” ใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล บรรณาธิการ *เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก รวมบทความ HA วารสาร Medical Times และ Quality Care* หน้า 126 นนทบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

_____ (2551) “รูปแบบกับวัฒนธรรม” ใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล บรรณาธิการ *เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก รวมบทความ HA วารสาร Medical Times และ Quality Care* หน้า 117-119 นนทบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อภิรดี เหมะจุทา และปรีชา มนทกานติกุล (2547) “ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา” ใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัดนุกูล และปรีชา มนทกานติกุล บรรณาธิการ *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* หน้า 69-70 กรุงเทพมหานคร ประชาชน

อานนท์ สักดิ์วีระวิชัย (2547) “เรื่องเก่าที่เรายังหลงทาง” *จุฬาลงกรณ์วารสาร* 16, 1 (มกราคม-มีนาคม): 64

อารีญา คำนผาทอง (ม.ป.ป.) ระบบและรูปแบบบริการพยาบาล สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 6 มิถุนายน 2551 จาก http://www.phraehospital.go.th/~nurse/link/km_nurse/mang/nursemanagment.html

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) “การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพและระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่14 หน้า 25
 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

Baker DP, Gustafson S, Beaubien J, Salas E, Barach P. *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation*. Literature Review. AHRQ Publication No. 05-0053, April 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Retrieved August 20, 2007, from <http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>

Brennan TA.; Leape LL.; Laird NM.; Hebert L.; Localio AR.; Lawthers AG. et al . (1991)
 "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I." *Division of General Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA 02115.* 324, 6 (February): 370-6. Retrieved August 20, 2007 from
<http://www.google.co.th/search?hl=th&q=Brennan+TA.+Leape+LL%2C+Laird++NM%2C+Hebert+L%2C+Localio+AR%2C++Lawthers+AG.+et.+al+.%281991&meta=>

Couger J. Daniel & Knapp Robert W. (1974) *System Analysis Techniques*. Toronto: John. Willey & Sons, Inc.

Coyle and Battles (1980) “Medical Team Training, The Case for Medical Team Training.”
 Retrieved September 2, 2006 from
<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/medteam4.htm>

David P. Baker,et.al. (2005) “Medical Teamwork and Patient Safety:The Evidence-based Relation.” *Literature Review prepared by American Institutes for Research, University of Central Florida, University of Miami Center for Patient Safety.*
 Retrieved August 8, 2008, from <http://www.ahrq.gov/qual/medteam/medteamfig2.gif>

Hicks RW. and Becker SC. (2006) “The Official Publication of The Infusion Nurses Society.”
Journal of Infusion Nursing. 29, 1 (January-February): 20 – 27.

Institute for Safe Medication Practices. (2008). " Examples of the impact of the USP-ISMP Medication Error Reporting Program (MERP)." Retrieved May, 4, 2007 from
<http://www.ismp.org/about/merpimpact.asp>

- ISMP Medication Safety Alert. (2006) ISMP Nurse Advise-ERR, October 2006, Volume 4, Number 10. ©2006 ISMP. Retrieved September 13, 2007, from http://www.ismp.org/Newsletters/nursing/articles/2006_10.asp
- John P. Santell and Diane Cousins. (2003) "Medication Errors Documenting and Reducing Medication Errors." Vol.28, No.7 Posted: 7/15/03.
- Karen M. Stratton et al.(2004). Reporting of Medication Error by Pediatric Nurses. 2004 Dec;19(6):385-92 Retrieved September 13, 2007, from <http://www.google.co.th/search?hl=th&q=Reporting+of+Medication+Errors+by+Pediatric+Nurses&meta=>
- Kossek and Block (2000) "Managing Human Resouce in the 21th Century:From Core Concepts to Strategic Choice." United State of America: South- Western College Publishing.
- Leape LL., Brennan TA., Laird NM., Lawthers AG., Localio AR., Barnes BA. et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *Results of the Harvard medical practice study II.N Engl J Med. 324: 377-84.*
- Merriam-Webster. (2008). "Policy." Online Dictionary. Retrieved June 26, 2008, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/Policy>
- _____. (2008). "Development." Online Dictionary. Retrieved June 26, 2008, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/development>
- _____. (2008). "Risk". Online Dictionary. Retrieved August 12, 2008, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/risk>
- _____. (2008). "System". Online Dictionary. Retrieved August 17, 2008, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/system>
- M.Husch et.al.(2005) " Insights from the sharp end of intravenous medication errors: implications for infusion pump technology. " *Quality and Safety in Health Care.* 2005; 14: 80-86. Retrieved May 4, 2007 from <http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/14/2/80>.
- Michael S. Leonard et al. (2006) "Risk Reduction for Adverse Drug Events Through Sequential Implementation of Patient Safety Initiatives in a Children's Hospital." *Pediatrics* Vol.118 No.4 October 2006, pp.e1124-1129. Retrieved September 5, 2006 from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/118/4/e1124>

- Miriam R. Aufseeser-Weiss and Deborah Anne Ondeck (2001) " Medication Use Risk Management Hospital Meets Home Care: National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention." *Journal of Nursing Care Quality*. 15, 2 (April-June): 50-56
- M. Tamuz.; E. J. Thomas and K. E. Franchois. (2004). " Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems". *Quality and Safety in Health Care*. 13, 2 (February): 13-20. Retrieved November 2, 2007 from <http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/13/1/13>
- _____. (2004) " Defining and classifying medical error: lessons for learning K M " *Sutcliffe Qual. Saf. Health Care*, 13: 8-9. Retrieved November 2, 2007 from C:\Documents and Settings\user\Desktop\Defining and classifying medical error lessons for patient safety reporting systems -- Tamuz et al., 13, 1: 13 -- Quality and Safety in Health Care.htm. <http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/13/1/13>
- NICHSR (2007) Health Services Research Post 1945: Health Care Technology . Retrieved November 2, 2007 from <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/ihtm/02history/history17.html>
- Polit D.F. and Hungler B.P. (1999) "Nursing Research Principles and Methods." Philadelphia, Lippincott.
- RMF Staff .(2004) . "Risk management." Originally published in *RMFInteractive, Issue 5, October 2004* group. Retrieved June 20, 2008, from <http://www.rmfi.harvard.edu/research-resources/articles/risk-management-essentials.aspx>
- Steven Elbow. (2006). "St.Mary's Nurse is charged." *The Capital time:Front: A1.Thursday, November 2, 2006* . Retrieved May 4, 2007, from www.madison.com/archives/read.php?ref=/tet/2006/11/02/0611020413.php
- Tamayo Kazaoka et al. (2006) "Why nurses make medication errors: A simulation study" *nurse education* . Retrieved May 4, 2007, from http://www.google.co.th/search?hl=th&as_qdr=al&q=tamayo+kazoaka+et+al+2006+why+nurses+make+medications+errors&btnG=ค้นหา&meta=

- The AGREE Collaboration. (2001). AGREE Appraisal Instrument. Retrieved September 23, 2007. from <http://www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf>
- Walter Shewhart (1930) The Deming's Cycle. Retrieved August 1, 2008 from http://www.4ulr.com/products/product_quality/deming_cycle.html
- Wilson RM.; Runciman WB.; Gibbert RW.; Harrison BT.; Newby L. and Hamilton JD. (1995). The Quality in Australian health care study. Med J Aust 1995;163:458-71. Retrieved September 23, 2007 from <http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/13/1/13>.
<http://psdg.anamai.moph.go.th/news/cpadmin/km/files/chapter2.doc>
- Wikipedia. (2004). "Patient safety". The free encyclopedia. Retrieved September 23, 2007 from http://en.Wikipedia.org/wiki/Patient_safety
- _____. (2007) "Delphi_Techniques." The free encyclopedia. Retrieved September 23, 2007 http://en.wikipedia.org/wiki/Delphi_Techniques
- _____. (2007) "Evaluation method and techniques." The free encyclopedia. Retrieved September 23, 2007 from http://en.wikipedia.org/wiki/Evaluation#Evaluation_methods_and_techniques
- _____. (2007) "Focus group." The free encyclopedia. Retrieved September 23, 2007 from http://en.wikipedia.org/wiki/Focus_group

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

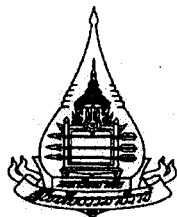
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่งและสังกัด
1. ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร.เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์	หัวหน้างานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
3. ดร.รุ่งรัมย์ วิบูลชัย	หัวหน้าวิเทศสัมพันธ์และการตลาด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
4. ดร.ภูยีน กุมภล้า	ผู้ช่วยคณบดีคณะเภสัชศาสตร์/อาจารย์ระดับ 7 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี
5. คุณนิตยา คาววงศ์ญาติ	หัวหน้างานวิชาการ กลุ่มงานเภสัชกรรม/เภสัชกร 7 แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูน อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่.....

ชื่อโครงการวิจัย	การพัฒนากระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่าย การพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี
เลขที่โครงการ	ID
รหัส	2485100271
ชื่อนักศึกษา	นางสาวชนนิกานต์ อุดรมาตร
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ชนบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.พุลสุข หิงคานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง.....



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. (662) 5048036, 5048037 โทรสาร 5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120

**เอกสารรับรองโดยกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

ชื่อ โครงการวิจัย การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการ
พยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

เลขที่โครงการ/รหัส ID *เดือน – พ.ศ. 2551 เลขประจำตัวของนักศึกษา...2485100271

(ต.ย. ID 11-2549-38)

ชื่อนักศึกษา นางสาวชนิกานต์ อุตระมาตร

ที่อยู่ 30 ถนนหลวง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (34000)

ที่ทำงาน โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

**วันที่รับรอง.....

* เดือน และ พ.ศ. ที่คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์เห็นชอบ โครงการวิจัยที่นักศึกษาเสนอ

**วันที่คณะกรรมการบัณฑิตศึกษารับรองภายหลังออก ID ประมาณ 2 สัปดาห์

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว)นามสกุล.....
ตำแหน่งงาน..... ปฏิบัติงานประจำแผนก..... ฝ่าย.....
โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ก่อนที่จะลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายถึง
วัตถุประสงค์และวิธีวิจัยอย่างละเอียดและเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ
และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม โครงการเมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผย
เฉพาะในภาพรวมที่เป็นผลสรุปเป็นผลการวิจัย หรือเฉพาะที่เกี่ยวกับหน่วยงานอื่นเท่านั้น.

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นนี้แล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำการวิจัย
(.....)

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

ผู้วิจัย นางสาว ชนนิกันต์ อุดรมาตร

ผู้ตอบแบบสอบถาม หัวหน้าแผนกและพยาบาลประจำการได้รับการบรรจุให้ปฏิบัติงานใน
ฝ่ายการพยาบาลทุกคน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช ของนางสาวชนนิกันต์ อุดรมาตร เป็นการศึกษาสภาพการบริหารยาความ
ปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล และการมีส่วนร่วมของพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนา
ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาให้มีมาตรฐาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ตอบ
แบบสอบถามนี้ และขอได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง ผู้วิจัยขอรับรองว่า ข้อมูลที่
ท่านตอบมาทั้งหมด ถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะไม่
ก่อให้เกิดความเสียหายต่อท่านและหน่วยงานของท่านแต่อย่างใด

2. แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบวิเคราะห์สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา
ของฝ่ายการพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการ
บริหารยาของพยาบาล

3. ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน ภายในวันที่ 11 มกราคม 2551 และ
ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี
2. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบัน โปรดระบุ.....
3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานที่แผนก / หน่วยงาน
4. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรีปี
5. ประสบการณ์ทำงานทางการแพทย์ของท่านภายหลังสำเร็จการศึกษา.....ปี

ส่วนที่ 2

แบบสอบถามสภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามในตอนนี้ประกอบด้วย เนื้อหา 3 ด้าน มีทั้งหมด 43 ข้อ คือ
 - 1.1 การจัดองค์กรและการจัดทรัพยากรในการบริหารยา (Structures)
 - 1.2 ขั้นตอนในการบริหารยา (Processes)
 - 1.3 ผลลัพธ์ (Outcome)
2. ข้อความในแบบวิเคราะห์สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล หมายถึง ท่านคิดว่า

“ขณะนี้สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของหน่วยงานของท่าน มีการปฏิบัติหรือไม่และมากน้อยเพียงใด”
3. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับของความคิดเห็นของท่าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1- 5 ระดับ คือ

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	1. ด้านโครงสร้าง (Structures)					
	1.1 (Man) ทรัพยากรบุคคล					
S1	1.1.1 มีการให้ความรู้แก่นุคลากรเกี่ยวกับ Medication Error and safety เป็นประจำทุกปี หรือเมื่อมีความจำเป็น					
S2	1.1.2 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับ ควบคุม ดูแลเมื่อเกิดความปลอดภัยเคลื่อนในการบริหารยา					
S3	1.1.3 มีผู้รับผิดชอบในการติดตาม โดยมีระบบในการบริหารยาสำหรับแผนกที่ให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วย					
	1.2 (Money) การเงินการคลัง					
S4	1.2.1 มีงบประมาณในการให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา					
S5	1.2.2 มีงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการความปลอดภัยในการบริหารยา					
	1.3 (Material) วัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการผลิต					
S6	1.3.1 มีคู่มือดำเนินงานตามนโยบายเพื่อบริหารจัดการยาให้เกิดความปลอดภัย					
S7	1.3.2 มีคู่มือปฏิบัติในการตรวจสอบวันหมดอายุของยา					
S8	1.3.3 มีคู่มือปฏิบัติในการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน					
	1.4 (Method) รูปแบบวิธีการทำงาน					
S9	1.4.1 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการ เบิกยา การตรวจสอบคุณภาพยา การรับมอบยาจากห้องยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย					
S10	1.4.2 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง					
S11	1.4.3 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมยา การให้ยาในวิถีทางต่าง ๆ					
S12	1.4.4 มีสถานที่ในการเตรียมยา จัดยา และให้ยาแก่ผู้ป่วยที่สะอาด และปราศจากสิ่งรบกวนสมาธิ					

ลำดับ	สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	2. ขั้นตอนในการบริหารยา (Processes)					
P16	2.1 การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา/บิกยา 2.1.1 มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือคู่มือ มีมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน อาทิ เช่น การไม่รับคำสั่งใช้ยาด้วยวาจาในขากลุ่มเสี่ยงสูง ยกเว้นกรณี CPR หลังจากรับคำสั่งด้วยวาจาต้องให้แพทย์ลงชื่อเพื่อยืนยันคำสั่งใช้ยา โดยเร็วที่สุดหลังจากช่วยผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว					
P17	2.1.2 มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการ เมื่อมีข้อสงสัยในการใช้ยา ต้องมีการปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหรือเภสัชกร					
	2.2 การเก็บรักษายา					
P18	2.2.1 มีการจัดเก็บแยกกันอย่างชัดเจนสำหรับยาที่ใช้ภายนอก ยาที่ใช้ภายใน ยาที่ใช้ในการทดสอบ และสารอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา					
P19	2.2.2 มีการจัดเก็บขากลุ่มเสี่ยงสูง เช่น KCl ,Dopamine ฯลฯ แยกจากยาทั่วไป					
P20	2.2.3 มีการติดป้ายเตือนขากลุ่มเสี่ยงสูง “High Alert Drug” ตรงที่เก็บยาของผู้ป่วย					
P21	2.2.4 มีการป้องกันยาหมดอายุโดยตรวจสอบก่อนยาหมดอายุไม่น้อยกว่า 6 เดือน และส่งยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพคืนห้องยา					
P22	2.2.5 มีการเก็บรักษายาอยู่ในสภาวะที่เหมาะสมทั้ง อุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้นการ ถ่ายเทอากาศ และความปลอดภัยตามชนิด และประเภทของยา					
P23	2.2.6 มีการตรวจสอบ Stock และบิกยา “Stat” เพื่อให้มีเพียงพอใช้แต่ไม่มากเกินไป ในกรณีฉุกเฉินทุกเวร/เมื่อให้ยา					
P24	2.2.7 มีระบบตรวจสอบ ยาหมดอายุทุกเดือน					

ลำดับ	สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	2.3 การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา					
P25	2.3.1 มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย เช่น มีพยาบาล 2 คนตรวจสอบชื่อผู้ป่วยชื่อยาขนาดเวลาที่ให้ถูกต้องตรงกัน ก่อนเตรียมยา					
P26	2.3.2 มีผู้ร่วมตรวจสอบยาที่ต้องแบ่งหรือมีการคำนวณ					
P27	2.3.3 มีการติดป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยงสูง “High Alert Drug” ตรงบรรจุ ภัณฑ์ที่ใช้ให้ยาแก่ผู้ป่วย					
P28	2.3. การให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงควร ใช้ syringe pump หรือ Infusion pump					
P29	2.3.5 มีระบบการบริหารยาเพื่อรักษาคุณภาพของยาภายหลังการจัดยา ก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น ให้ฉีกฟอยล์ที่แผงยาเมื่อจะให้ยา ผู้ป่วย ไม่แกะเม็ดยาทิ้งไว้					
P30	2.3.6 มีการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายที่ภาชนะบรรจุ ยาทุกประเภท จนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น ขนาดยาที่ให้ และวันหมดอายุคู่ไปกับยาที่จะให้แก่ ผู้ป่วย					
	2.4 ขั้นตอนการให้ยา/สิทธิผู้ป่วย					
P31	2.4.1 มีการระบุตัวผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยบอกและตรวจสอบ กับป้าย ข้อมือให้ตรงกันก่อนให้ยา					
P32	2.4.2 ตรวจสอบยาให้ตรงกับ บันทึกการให้ยาอีกครั้งหนึ่งก่อนให้ ผู้ป่วย					
P33	2.4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง					
P34	2.4.4 มีการติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติของยา “High Alert Drug” แต่ละชนิด					
P35	2.4.5 ทานปฏิบัติเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เช่น เมื่อ ทราบว่ายามีผิดคนผิดชนิดของยาโดยหยุดให้ยา และรายงาน แพทย์ทันที					
P36	2.4.6 พยาบาลกำกับให้มีความรู้ในการใช้ยาฉุกเฉินหรือยาด้านพิษที่					

ลำดับ	สภาพการณ์การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	สำคัญ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้					
P37	2.4.7 พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการสังเกตอาการ ผิดปกติจากการได้รับยาแก่ผู้ป่วย/ญาติ					
P38	2.5 บันทึกการให้ยา 2.5.1 มีแบบบันทึกการให้ยาที่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น ขนาดยา วิธีทางให้ยา เวลาที่ให้ยาและชื่อผู้ให้ยา					
P39	2.5.2 มีการเขียนชื่อ ตำแหน่งผู้ให้ยา ให้ตรงกับชื่อ สกุล ชนิดของยา วันที่ เวลา ในใบบันทึกยา ด้วยตนเองหลังการให้ยาทันที					
P40	2.6 ระบบรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วย แพ้ยาซ้ำ 2.6.1 มีการสัมภาษณ์ประวัติการแพ้ยา ถ้าผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา ระบุ อาการที่แพ้ลงในแบบบันทึกรายงานแล้วบันทึกเหตุการณ์ที่ไม่ พึงประสงค์ส่งเภสัชกร					
P41	2.6.2 โทรศัพท์แจ้งเภสัชกร โดยแจ้งว่า ผู้ป่วยแจ้งประวัติการแพ้ยา ระบุ ชื่อผู้ป่วย HN ชื่อยาที่แพ้ อาการ เพื่อตรวจสอบประวัติทาง คอมพิวเตอร์ และประเมินการแพ้ยาร่วมกับแพทย์ต่อไป					
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่จะทำให้การวิเคราะห์ขั้นตอนการบริหารยา (Processes) สมบูรณ์ยิ่งขึ้น						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

ส่วนที่ 3

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามในตอนนี้ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาลมีทั้งหมด 7 ข้อ

ระดับการมีส่วนร่วม หมายถึง พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติโดยมีหลักการร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ และร่วมดำเนินการของทุกกิจกรรม ในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยามากน้อยเพียงใด

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่าน เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1- 5 ระดับ คือ

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย

ลำดับ	การมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของพยาบาล	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ตอบแบบสอบถาม				
		5	4	3	2	1
pa1	ท่านได้รับรู้เป้าหมายในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาอย่างชัดเจน					
pa2	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดมาตรฐานในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา					
pa3	ท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาตัวใหม่ ยากลุ่มเสี่ยงสูง และยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิและแสงซึ่งเป็นประโยชน์ในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา					
pa4	ท่านแสดงความคิดเห็นเชิงขัดแย้งได้อย่างอิสระ ในเรื่องการบริหารยาที่ปลอดภัยได้					
pa5	ผู้บังคับบัญชา เปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการบริหารยาที่ปลอดภัย					
pa6	ทีมงานมีความสามัคคีและร่วมมือในการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาเป็นอย่างดี					
pa7	เมื่อเกิดความผิดพลาดท่านรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บังคับบัญชา ตามนโยบายการรายงานอุบัติการณ์					

ส่วนที่ 2

ประเด็นการสนทนา

1. คำถามนำสู่ประเด็น

1. ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาในปัจจุบันมีอะไรบ้าง

2. คำถามเจาะลึก

2.1 Structures

2.1.1 ท่านต้องการจัดให้มีการให้ความรู้การบริหารยาในรูปแบบใดและบ่อยครั้งเพียงใด

2.2.2 ท่านคิดว่าควรมีการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาความรู้บุคลากรอย่างไร

2.2.3 ท่านคิดว่าสาเหตุอะไรบ้างที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล

2.2 Processes

2.2.1 ท่านคิดว่าควรมีแนวปฏิบัติในการการถ่ายถอดคำสั่งใช้ยาหรือไม่ และอย่างไร

2.2.2 ท่านคิดว่าควรมีแนวทางการปฏิบัติในการบริหารยา “Stat” หรือไม่ และอย่างไร

2.2.3 ท่านคิดว่าควรมีมาตรการป้องกันการนำยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพมาใช้หรือไม่อย่างไร

2.2.4 ท่านคิดว่าในการเตรียมยาควรมีการระบุข้อความใดบ้างเพื่อเป็นการสื่อสารส่งต่อข้อมูลยาที่ต้องแบ่งเป็น Small Dose

2.2.5 ท่านคิดว่าควรมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมยา การให้ยาในวิถีทางต่าง ๆ หรือไม่อย่างไร

2.2.6 ท่านคิดว่ามีปัญหาในการจัดเก็บยาหรือไม่อย่างไรและท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างในการจัดเก็บเพื่อรักษาคุณภาพของยา

2.2.7 ท่านคิดว่าการบริหารยาเพื่อรักษาคุณภาพของยาภายหลังการจัดยาและก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยควรเป็นเช่นไร

2.2.8 ท่านคิดว่าควรมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงหรือไม่

อย่างไร

2.2.9 ท่านคิดว่าควรมีแนวทางการปฏิบัติในการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านหรือไม่และอย่างไร

2.2.10 ท่านคิดว่าควรมีเกณฑ์ในการใช้อุปกรณ์ เช่น syringe pump หรือ Infusion pump หรือไม่อย่างไร

2.2.11 ท่านคิดว่าควรมีการรักษาคุณภาพของยาภายหลังการจัดยาและก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

2.2.12 ท่านคิดว่าควรมีคำแนะนำและการให้ข้อมูลด้านยาและการสังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยาก่อนที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วย/ญาติหรือไม่อย่างไร

2.3 Outcomes

2.3.1 ท่านคิดว่าควรมีแนวปฏิบัติ เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหรือไม่อย่างไร

2.3.2 ท่านคิดว่าควรมีแนวปฏิบัติผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำหรือไม่อย่างไร

2.3.3 ท่านคิดว่าควรมีระบบรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่อย่างไร

ส่วนที่ 3

แบบประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามระดับผลการประเมินความคิดเห็นของท่าน
ดังนี้

- 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด
- 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

แบบประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว เป็นแบบประเมินระบบที่ใช้ภายหลังจากได้สร้างระบบขึ้นแล้ว ที่ใช้แนวทางการประเมินของเครื่องมือ AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) ซึ่งเป็นเครื่องมือของ AGREE Collaboration (2001)

<http://www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf>

ลำดับ ที่	ประเด็นการประเมิน	ระดับ ความคิดเห็น				ข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม
		4	3	2	1	
		1	1. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย มีการระบุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการบริหารความ ปลอดภัยในการบริหารอย่างชัดเจน			
2	2. ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ร่วมในการพัฒนาระบบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในระดับ หัวหน้าแผนกและระดับปฏิบัติงานและเภสัชกรของ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ หนองบัว					
3	3. ด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา 3.1 การพัฒนาระบบได้จาก การศึกษาหลักการ/ทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดและจัดความสัมพันธ์ของ องค์ประกอบของระบบ					
4	3.2 หลักฐานทางวิชาการที่ใช้ในการพัฒนาระบบ ได้แก่ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา การพัฒนาระบบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่มี อายุไม่เกิน 10 ปี หรือที่มีอายุเกิน 10 ปีเป็นเอกสารทาง วิชาการที่เขียนโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารระบบ คุณภาพ ด้านระบบยาและการบริหารความคลาดเคลื่อน เกี่ยวกับยาที่ได้รับการยอมรับทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ					
5	3.3 ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบประเด็นในการพัฒนาระบบมี ความเหมาะสม คือ ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ คือ มี วุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล และเชี่ยวชาญด้านการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย 1 คน มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขา อุดมศึกษา 1 คน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบริหาร ความปลอดภัยในการบริหารยา ปริญญาโทสาขา เภสัชกรรมคลินิก 1 คน ปริญญาเอกสาขาเภสัชกรรมคลินิก 1 คน และสาขาบริหารการศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาระบบ 1 คน					

ลำดับ ที่	ประเด็นการประเมิน	ระดับ ความคิดเห็น				ข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม
		4	3	2	1	
6	<p>4. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation)</p> <p>4.1 มีการระบุขั้นตอนในการดำเนินงาน เพื่อความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยระบุ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นสุดท้าย มีความครอบคลุมองค์ประกอบของการพัฒนาระบบที่ชัดเจนตามลำดับขั้นดังนี้</p> <p> ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วม บริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล</p> <p> ขั้นที่ 2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าแผนก ระดับปฏิบัติการ และหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม เพื่อนำเนื้อหา มาสร้างระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล</p> <p> ขั้นที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของระบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบ ได้ระบบใหม่ที่สมบูรณ์</p>					
7	<p>4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ ในแต่ละองค์ประกอบเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงในการพัฒนาระบบได้จาก</p> <p>4.2.1 การทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะงานวิจัย/ตำรา เพื่อใช้ออกแบบ/พัฒนา</p> <p>4.2.2 วิเคราะห์สภาพการณ์และการมีส่วนร่วมในการบริหารความปลอดภัยใน การบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล</p> <p>4.2.3 วิเคราะห์เนื้อหาในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อนำมาพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล</p>					

ลำดับ ที่	ประเด็นการประเมิน	ระดับ ความคิดเห็น				ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม
		4	3	2	1	
	<p>4.2.4 นำฉบับร่างของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบตรวจสอบคุณภาพของระบบ</p> <p>4.2.5 ปรับปรุงคุณภาพของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลอุบลราชธานี ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจะได้ระบบฉบับสมบูรณ์</p>					
8	<p>5. ด้านอิสระในการให้ข้อมูล</p> <p>บุคลากรในฝ่ายการพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและมีอิสระในการให้ข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ปรับแก้ระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา</p>					
9	<p>6. ด้านการนำไปใช้</p> <p>ประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลอุบลราชธานี</p>					

ภาคผนวก จ

คำอธิบายประกอบการพัฒนากระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา
ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

คำอธิบายประกอบ
การพัฒนาระบบระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

คำอธิบายประกอบการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล อุบลรักษ์ ธนบุรี นี้เป็นเอกสารอธิบายรายละเอียดของระบบ เพื่อให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในระบบของโรงพยาบาลทุกท่านได้เข้าใจ ศึกษาและจัดเตรียมเพื่อนำระบบนี้ไปใช้ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. แนวคิดของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
2. วัตถุประสงค์ของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
3. โครงสร้างของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
4. กระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล
5. แนวทางในการนำระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลไปใช้

1. แนวคิดของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

การให้ยาเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่สำคัญและเป็นความรับผิดชอบหลักอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติเป็นประจำตามแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และทราบปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นตัวกลางในการสื่อสารและประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพथรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยา เมื่อเกิดปัญหาในการได้รับยาของผู้ป่วย สิ่งที่ต้องคำนึง ก็คือ จะต้องเข้าใจว่า ทุกสรรพสิ่งล้วนเชื่อมโยงกันเป็นระบบ และมีความสัมพันธ์กันและมีผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหาร แพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งความล้มเหลวและความบกพร่องของระบบนี้อาจก่อให้เกิดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนมากกว่าที่จะเป็นความผิดพลาดธรรมดาหรือไร้ความสามารถของบุคคลแต่

เพียงอย่างเดียว (Leape LL. 1999 อ้างถึงใน ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬารัตนพล และปรีชา มณฑานติกุล 2547: 29) ดังนั้นในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารของ ฝ่ายการพยาบาล จึงมิใช่การแก้ไข ป้องกันและการจัดการกับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์เท่านั้น แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่า โดย เปลี่ยนความเสี่ยงให้เป็น ทูทางปัญญา เปลี่ยนความรู้และประสบการณ์อันตราย ให้เป็น โอกาสในการพัฒนาหาแนวทางวางระบบในการลด/ป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีก มีผู้รับผิดชอบในการ ดำเนินการแต่ละขั้นตอน จนได้ระบบที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร โดยใช้แหล่งทรัพยากรทั้ง คน เงิน เครื่องมือ ที่มีให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด และค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด (กฤษฎา แสงวงศ์ 2543) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหาร ยาของฝ่ายการพยาบาล

2.1 เป้าหมาย

“ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาของพยาบาล”

2.2 วัตถุประสงค์

2.2.1 เพื่อพัฒนาระบบการมอบหมายงานการบริหารยาที่ชัดเจน ครอบคลุม และมี ประสิทธิภาพ

2.2.2 เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารยา ที่ครอบคลุมในทุกขั้นตอน

2.2.3 เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความ ปลอดภัยในการบริหารยา

2.2.4 พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการบริหารยา ตามระบบที่ได้ พัฒนาปรับปรุง

3. โครงสร้างของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

โครงสร้างระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการบริหารยา และด้านผลลัพธ์ ดังภาพที่ 4.1 มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การพัฒนาด้านโครงสร้าง (Structures)

3.1.1 นโยบายแจ่มชัด

1) มีนโยบายและวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน โดยผู้บริหารเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาเป็นลายลักษณ์อักษรประกาศให้ทราบทั่วทั้งองค์กร เพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดกลยุทธ์ และแผนงานทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ให้การสนับสนุน ทั้งด้านทรัพยากร ขวัญกำลังใจ

2) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย สนับสนุนการรายงานปัญหา มีระบบการรักษาความลับและปิดบังชื่อผู้รายงาน และจัดทำช่องทางในการรายงานอุบัติการณ์ ไม่มุ่งการตำหนิหรือลงโทษ

3) ผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมของพยาบาลทุกคน

4) ประชาสัมพันธ์นโยบายขององค์กร

(1) วัตถุประสงค์และแนวทางการปฏิบัติ แผนดำเนินการและเครื่องมือชีวิต

(2) การประชุมระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับผู้ปฏิบัติ มีการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุเกือบพลาดสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักในสถานการณ์เสี่ยงที่พบบ่อย

(3) ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยแล้วนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร ยกระดับการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย พัฒนาความเชื่อมต่อกับระบบงานอื่น ทั้งระบบที่ทำก่อนหน้าและระบบที่จะรับช่วงไปดำเนินการต่อไป เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ (Total Quality Improvement: TQI) โดยมุ่งเน้นการทำงานที่มีคุณภาพสูงด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด

3.1.2. จัดการความรู้ การที่ผู้ให้บริการขาดความรู้ ข้อมูลหรือสารสนเทศเป็นเหตุผลสำคัญของปัญหาทางคุณภาพที่รุนแรงในสถานบริการสุขภาพ จึงควรมีการกำหนดแผนการจัดการความรู้ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวในการสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในรูปแบบต่าง ๆ

1) แผนระยะสั้น

(1) การฝึกอบรม พยาบาลทุกคนจะต้องได้รับการอบรม เกี่ยวกับระบบยาของโรงพยาบาล การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา การฝึกอบรมทีมใกล้เคียงและการจัดการสถานการณ์

2) แผนระยะกลาง

(1) จัดทำคู่มือการบริหารยา เพื่อให้ศึกษาทำความเข้าใจและยึดถือปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการทบทวนคู่มือ/แนวทางปฏิบัติทุก 3 ปี หรือเมื่อเห็นว่าจำเป็น โดยเนื้อหาของคู่มือการบริหารยา ประกอบด้วย

ก. แนวคิดการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

ข. เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา

ค. กระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล ประกอบด้วย 1) การถ่ายถอดคำสั่งใช้ยา/เบิกยา 2) การเก็บรักษาสภาพยา 3) การเตรียม/จัดยา 4) การให้ยา/สิทธิผู้ป่วย 5) บันทึกการให้ยา 6) การรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยา 7) การเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 8) การบริหารยาฉุกเฉิน 9) การบริหารยากลุ่มเสี่ยง 10) การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน 11) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 12) การใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์ Infusion pump/Syringe pump 13) การให้ยาด้วยวิถีทางต่าง ๆ 14) การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ 15) การบริหารยาเสพติด และ 16) นโยบายการรายงานอุบัติการณ์

3) แผนระยะยาว

(1) สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ โดยการมีส่วนร่วมและดึงความรู้ที่ได้จากการ Share Tacit Knowledge ในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) ทั้งในและนอกโรงพยาบาล การจดบันทึกประเด็นดี ๆ จากเรื่องเล่า ความสำเร็จ เคล็ดลับการทำงาน นำมาเผยแพร่ เก็บบันทึกไว้เป็นความรู้ขององค์กร ซึ่งการขับเคลื่อนความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) คือ การ “ขับเคลื่อนใจคน” ขับเคลื่อนความภูมิใจ ความศรัทธา ตั้งอกตั้งใจที่จะคิดค้นวิธีทำงานแบบใหม่ๆ ขับเคลื่อนปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างคน สร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งระหว่างคนในองค์กร การยอมรับนับถือ ความเชื่อถือและมีมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน และทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

ก. ติดตาม ตรวจสอบ ค้นหา วิเคราะห์สาเหตุและแนวโน้มอันตรายต่าง ๆ ในการบริหารยาโดยนำประเด็นเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยหรือความเสี่ยงในการบริหารยาที่พบระหว่างปฏิบัติงาน มาพูดคุยภายในทีมงาน โดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่มีความถี่สูง ทำงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทำอยู่ตลอดเวลา

ข. ทบทวนว่าสิ่งที่ทำบรรลุสิ่งที่ตั้งใจไว้หรือไม่ สิ่งดี ๆ ที่ควรเอาไปใช้ต่อและอะไรคือสิ่งที่ควรปรับปรุงในครั้งต่อไป เพื่อให้ตระหนักในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีหัวหน้าหน่วยเข้าร่วมหรือคอยชี้แนะ และต้องเน้นย้ำว่าไม่มีการกล่าวโทษกันในการ

พูดคุย ประเด็นที่ควรทบทวน ได้แก่

ก) ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ข) ทบทวนระบบการป้องกันและการรายงานความคลาดเคลื่อน

ในการบริหาร

ค) ทบทวนการมีแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาและการให้

ข้อมูลเกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง

ง) ทบทวนการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับ และการ

ทบทวนคำสั่งใช้ยา โดยศึกษาจากประสบการณ์ความผิดพลาดของคนอื่น ความสูญเสียของ
โรงพยาบาลที่ผ่านมาเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

(2) จัดให้บุคลากรพยาบาลเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ สัมมนา กับ
หน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาลตามความเหมาะสม อย่างน้อย 2 ครั้ง/คน/ปี เพื่อดูดซับ Tacit
Knowledge

3.1.3. มีผู้รับผิดชอบ

สำรวจบทบาทหน้าที่และระบบการมอบหมายงานปรับปรุงแก้ไข ให้ชัดเจน
ครอบคลุมทั้งระบบ ประชุมชี้แจงให้ทุกคนทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ

1) ระดับผู้บริหาร มีทีมพัฒนาระบบยาทำหน้าที่ในการกำกับดูแลให้ระบบ
ขับเคลื่อนไปอย่างต่อเนื่องกลมกลืนตามนโยบายความปลอดภัยในการบริหารยา จัดให้มีทีมรับ
สถานการณ์ (Adverse Event Response Team) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น

2) ระดับหัวหน้า ให้มีหน้าที่กำกับดูแลและตรวจสอบสภาพการทำงาน เช่น
การจัดยักรากำลังที่เหมาะสม สถานที่ในการเตรียมยา จัดยาและให้ยาแก่ผู้ป่วยที่สะอาดและ
ปราศจากสิ่งรบกวนสมาธิ มีอุปกรณ์ที่จะอำนวยความสะดวกในการบริหารยาเพียงพอและพร้อม
ต่อการใช้ ตรวจสอบหาสาเหตุของความเสี่ยง หรืออันตรายที่เกิดจากการบริหารยาในหน่วยงานที่
ตนรับผิดชอบ ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมด้านความปลอดภัยในการบริหารยา เช่น การรายงาน
อุบัติการณ์

3) ระดับปฏิบัติการ มีหน้าที่ตรวจสอบ ค้นหาความเสี่ยงในระบบยาและ
ปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาอย่างเคร่งครัดและกระทำอย่างจริงจัง
ต่อเนื่อง

3.1.4 รอบคอบวางแผน / ดำเนินงาน

การวางแผนทำให้รู้ทิศทางในการดำเนินงาน สามารถประสานงานกัน รู้ว่า

ควรทำอะไรและทำอย่างไร กิจกรรมใดควรทำก่อนหลังอย่างไรเพื่อลดความซ้ำซ้อนสิ้นเปลือง มีการกำหนดมาตรฐานหรือเครื่องชี้วัดและควบคุมการดำเนินการให้ได้ผลลัพธ์ เปรียบเทียบการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าขาดการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนงาน ทำให้การทำงานไม่เป็นระบบ รูปแบบวิธีการทำงานไม่ชัดเจนสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน แนวทางการวางแผนงานเพื่อพัฒนาระบบงาน มีรายละเอียด ดังนี้ คือ

1) การปรับปรุงการปฏิบัติงาน ตัวอย่างเช่น

(1) ทำ *Flow Chart* ระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของระบบ

(2) ลดขั้นตอนการคัดลอกยา โดยยกเลิกการใช้ Card ยา

(3) จัดทำคู่มือการบริหารยา

(4) จัดทำตารางแสดงขนาดและการผสมยา กลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อความ

ถูกต้องและลดภาระงาน

2) ปรับปรุงการประสานงานให้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น

(1) พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสาร เช่น การตั้งใช้ยาทางโทรศัพท์ การเตือนภัยยากกลุ่มเสี่ยงสูง

(2) พัฒนากิจกรรมเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

3). ปรับปรุงการควบคุมให้ดีขึ้น เช่น “ไม่ให้มียากกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ อิเล็กโตรไลต์ที่มีความเข้มข้นสูง เช่น KCL อยู่ในแผนก ”

(1) กำหนดวัตถุประสงค์ และเครื่องชี้วัดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เพื่อเป็นแนวทางในการติดตามและประเมินผล

4). ปรับปรุงการบริหารเวลาให้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น

(1) การบริหารยาฉุกเฉิน โดยกำหนดเกณฑ์การบริหารยาฉุกเฉินภายในเวลา 30 นาที หลังจากประเมินผลการใช้ระบบใหม่ถ้าไม่เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมาย ต้องหาสาเหตุว่ามีอุปสรรคหรือข้อขัดข้องที่จุดใด เพื่อแก้ไข

3.1.5 สื่อสารมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน มากกว่าการใช้ข้อมูลในอดีตที่ล้าสมัย หรือการใช้ความรู้สึก การปรับปรุงระบบการสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยลดความขัดแย้ง และช่วยให้งานบรรลุผลได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น การติดต่อสื่อสารจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ก่อให้เกิดความ

ไว้วางใจและความร่วมมือซึ่งมีผลต่อคุณภาพการบริหารยาของพยาบาล ความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่ที่พบในการบริหารยาคือการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน แนวทางการแก้ปัญหาคือ

- 1) พัฒนาการใช้สารสนเทศในกระบวนการบริหารยาของพยาบาล เพื่อให้ในการค้นคว้าหาความรู้ทางการบริหารยา นำมาสร้างคุณค่าในกระบวนการทำงานประจำ เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขัน ปรับปรุงงานเป็นพลวัตรเรื่อยไป
- 2) จัดทำคู่มือการบริหารยาและการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการบริหารยาของพยาบาล
- 3) การทำสัญลักษณ์เตือนยากลุ่มเสี่ยงสูง และยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล้อง (LASA)
- 4) การประสานงานและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย/ยา ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น มาตรฐานการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาของแพทย์ การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน และประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย
- 5) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยงสูง การสังเกตและเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

3.1.6 ติดตามงานและแก้ไข

ต้องมีแผนในการติดตามการทำงานเพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ปัญหา และให้รายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะ การขับเคลื่อนระบบให้เดินหน้าไปอย่างต่อเนื่อง ก็คือ เราจะติดตามและ ประเมินผลของการพัฒนาความก้าวหน้าและความสำเร็จอย่างไร ซึ่งจะต้องประกอบด้วย

- 1) ผู้บริหารระดับสูงรับฟังข้อเสนอแนะ และปัญหาต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติงาน โดยตรง และนำมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาระบบ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม
- 2) กำหนดให้หัวหน้าแผนกรับผิดชอบในแต่ละแผนกในการกระตุ้นเดือนการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะกรณีเกือบพลาด (Near Missed)
- 3) การเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดที่มาจากการปฏิบัติตามแผน การปฏิบัติตามหน้าที่และเป้าหมายและจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์ สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยทั่วกัน เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - (1) นำเรื่องความคลาดเคลื่อนที่เกิดไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในที่ประชุมPCT ทุกอาทิตย์
 - (2) ทบทวน ยาพวก LASA ทุก 6 เดือน

(3) ทีมพัฒนาระบบยา ติดตามผลของการจัดการของ *Adverse Event Response Team* รายงานผู้บริหารทราบ

(4) ทีมพัฒนาระบบยา สรุปการรายงานการดำเนินการ ประจำทุก 3 เดือนและประจำปี สื่อสารให้ทุกคนทราบ เป็นข้อมูลป้อนกลับให้ทุกแผนกรับทราบผลการดำเนินงาน

3.2 การพัฒนาระบวนการบริหารยา (Processes)

กระบวนการเป็นขั้นตอนการทำงาน หรือบอกวิธีทำงานมีรายละเอียดแน่นอนว่า ต้องทำกิจกรรมอะไรไว้ชัดเจน แนวทางในการพัฒนาระบวนการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยา ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรีมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ลดขั้นตอนการทำงาน

1) ยกเลิกการใช้ *Card* ยาเพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกยาหลายครั้ง ใช้ใบ MAR เตรียมยาแทน *Card* ยา

2) จัดทำตารางคำนวณยากลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อลดภาระงาน

3.2.2 ร่วมรายงานความคลาดเคลื่อน

สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ไม่มุ่งการตำหนิหรือลงโทษ การไม่รายงานถือเป็นความผิด โดยเฉพาะเหตุการณ์ “เกือบพลาด” เป็นการส่งสัญญาณว่าระบบยังมีปัญหา แต่โชคดีที่มีผู้ค้นพบและจัดการแก้ไขได้ก่อน เหตุการณ์เหล่านี้ควรได้รับการใส่ใจว่าสำคัญไม่น้อยกว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับปรุงในเชิงระบบขึ้น

3.2.3 มีป้ายเตือนยากลุ่มเสี่ยง

1) การจัดเก็บแยกยากลุ่มเสี่ยงจากยาทั่วไปมีป้าย “ยากลุ่มเสี่ยง” ติดให้เห็นชัดเจน และห้ามเก็บยาที่มีความเข้มข้นสูง เช่น KCL ไว้ในแผนก

2) จัดทำ *Nursing Care Plan* ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา High Alert Drug แต่ละตัว เพื่อให้การบริการพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3) มีการแสดงสัญลักษณ์เตือน ทุกขั้นตอนที่มีการบริหารยากลุ่มเสี่ยง เช่น การติดสติ๊กเกอร์สีและข้อความเตือน “HAD” ที่บรรจุภัณฑ์ยา/สารน้ำ

4) การสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติทราบ โดยติดสติ๊กเกอร์ “ยาความเสี่ยงสูง ห้ามปรับเอง” ที่บริเวณปุ่มปรับการหยดของสารน้ำ

3.2.4 ไม่หลีกเลี่ยงการทวนสอบ ควรมีการทวนสอบเป็นประจำเกี่ยวกับการป้องกันซึ่งจะใช้ทั้งในกรณีที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหา หรือเกิดปัญหาและแก้ไขไปแล้ว แต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาซ้ำอีก แบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่

1) ก่อนเกิดเหตุการณ์ เช่น การทวนสอบซ้ำโดยผู้อื่น (Double Check)

ในการเตรียมยา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด เช่น การคำนวณยา การให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ควรมีผู้ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง หรือทำเป็นตารางแสดงขนาดและการผสมยา เพื่อความถูกต้อง และลดภาระของผู้ปฏิบัติงาน

2) ระหว่างเกิดเหตุการณ์ เช่น การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ ก่อนให้ยา โดยเฉพาะในกรณี ผู้ป่วยรับใหม่ ย้ายแผนก ได้แก่ ชื่อ นามสกุล และหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย ป้องกันการให้ยาผู้ป่วยผิดคน

3) หลังเกิดเหตุการณ์ โดยการทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนวิกฤตให้เป็น โอกาส ใช้ความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาสร้างหลักประกันว่า จะไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ โดยเน้นการป้องกันไปที่การวางระบบงานที่ดี เช่น การป้องกันผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ

ในกรณีที่แพทย์ เกศษกร และพยาบาลไม่มีโอกาสทบทวนร่วมกัน อาจให้แต่ละฝ่ายทบทวนในส่วนของตนเองก่อน และมอบให้ผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลจากทุกฝ่าย

3.2.5 ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติ

การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ญาติ การคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ควรให้ผู้ป่วย/ญาติ มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และร่วมตรวจสอบความถูกต้อง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธและไม่รับยาเมื่อเกิดความสงสัยหรือข้องใจเกี่ยวกับยานั้น ๆ พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและข้อมูลเกี่ยวกับยาเพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำ ได้อย่างถูกต้อง การวางแผนการจำหน่ายโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับประทานยา การฉีดยา ทำอย่างไรถ้าลืมรับประทานยาโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาหลายขนานเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ต้องใช้ยาเป็นประจำ การป้องกันและแก้ไขเมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia ฯลฯ เป็นต้น

3.2.6 ไม่ประมาทเฝ้าสังเกต

พึงตระหนักว่าปัจจัยจากผู้ป่วยและปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยเป็น สิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ โดยเฉพาะการได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง

1) การตรวจสอบสภาพอาการของผู้ป่วยก่อนให้ยา ซึ่งมีผลต่อ Vital Signs ของผู้ป่วยทุกครั้ง เช่นกลุ่มยาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2) ก่อนให้ยา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีความรู้และให้คำแนะนำสอนผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา และการสังเกตอาการแพ้ยา

3) หลังให้ยา การติดตามเฝ้าระวังและให้ผู้ป่วยและญาติร่วมแจ้งเตือน

พยาบาล เมื่อพบอาการผิดปกติจากการได้รับยา

3.2.7 รับมือเหตุเมื่อผิดพลาด

- 1) ปฏิบัติตามนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งกรณี “เกือบพลาด”
- 2) ทีมรับสถานการณ์ (Adverse Event Response Team) ดำเนินการแก้ไข

สถานการณ์มิให้รุนแรง แต่ต้องอยู่บนความยุติธรรมทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สรุปและรายงานผู้บริหารระดับสูง

4. แนวทางในการนำระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลไปใช้

ก่อนจะนำระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลไปใช้ ฝ่ายการพยาบาลดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ศึกษารายละเอียดของระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลโดยศึกษาให้ครอบคลุมถึงประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

4.2 ศึกษาวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบ

4.3 ศึกษาหลักการของการบริหารจัดการระบบเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการ

4.4 วิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการในการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลในด้านต่างๆแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำมากำหนดเป้าหมายของการพัฒนาระบบ

4.5 การจัดเตรียมคู่มือการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาล

4.6 การจัดเตรียมการจัดทำเอกสารประกอบกับแบบประเมินความเหมาะสมของระบบที่พัฒนาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารระดับสูงสุด หัวหน้าแผนกเภสัชกรรม และผู้ร่วมพัฒนาระบบเป็นผู้ประเมิน

ภาคผนวก ฉ

ตารางการสนทนากลุ่ม

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>1. ทานคิดว่าปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาระบบการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาในปัจจุบันมีอะไรบ้าง</p>	<p>1-S-001 “พูดถึงเรื่องของอนุมัติการประชุมวิชาการของพยาบาล เพราะทำงานมากที่สุดปีไม่เคยประชุมวิชาการเรื่องยาเลยน่าจะให้กำลังใจกันบ้าง”</p> <p>1-S-002 “ส่งไปอบรมที่โน่นที่นี่บ้างอย่าง LASA ไม่เคยได้เรียนมาก่อน”</p> <p>2-S-007 “ควรมีงบประมาณพัฒนาความรู้ให้พยาบาล ”</p> <p>3-S-011 “เรามีคณะกรรมการบริหารยาแต่ไม่ Work อยากให้กำหนดว่าให้ใครทำอะไร ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและแรงใจให้ทุกคนทราบ ”</p> <p>3-S-010 “ปกติสร้างแนวทางในการบริหารยาต้องมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัช แต่ของเรามีแต่พยาบาลกับเภสัช ”</p> <p>1-S-013 “ปัญหาที่พบคือรายงานอุบัติการณ์ งานยุ่งบางทีก็ลืมเขียน”</p> <p>1-S-001 “ส่วนมากจะเขียน Incidence Report แต่ส่งคืนมาให้เราช้ามาก”</p> <p>2-S-007 “ถ้ามียาตัวใหม่ก็จัดประชุมแจ้งให้พยาบาลทราบบางทีเวลาให้คิดให้ช้าให้เร็ว กว่าคุณไม่รู้หรือ ”</p>	<p>-ไม่มีนโยบายในการบริหารยาที่ชัดเจนและสื่อสารให้ทุกคนทราบ</p> <p>-ปัญหาในการจัดการความรู้แก่บุคลากร</p> <p>-ขาดการประสานและเผยแพร่ข้อมูลด้านยา</p> <p>-ขาดความร่วมมือในการบันทึกรายงาน</p> <p>-ขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบการเก็บข้อมูลและการควบคุมติดตามงาน</p>	<p>-พัฒนาระบบ</p> <p>-กำหนดนโยบายวัตถุประสงค์และเป้าหมาย</p> <p>-กำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบใน--วางแผนการดำเนินงาน</p> <p>-ควบคุมกำกับติดตาม แก้ไขประเมินผลและการรายงานผล</p> <p>-พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสาร</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและกรณีศึกษา	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>2. ท่านต้องการให้รูปแบบของการบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาของฝ่ายการพยาบาลเป็นอย่างไร</p>	<p>ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและกรณีศึกษา</p> <p>1-S 001 “กำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจกันก่อน”</p> <p>2-S 009 “อยากให้คุณช่วยกันว่าจะระบบบริหารความปลอดภัยในการบริหารยาที่ครบวงจรเป็นอย่างไรและทำ Flow Chart ให้ชัดเจนดูง่าย”</p> <p>3-S 011 “แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่าสู่กันฟัง”</p> <p>1-S 001 “ต้องการยกเลิกการใช้ Card ยาเพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกยาหลายครั้งใช้ใบ MAR เตรียมยาแทน Card ยา”</p> <p>1-ผู้วิจัย “ต้องเอาใบ Copy อีกใบติดที่ใบ MAR ใหม่”</p> <p>1-S 001 “ปกติเรามี 1 copy ส่งไปเบิกที่ห้องยา ถ้าทำเป็น 2 copy ถ้าหมอเขียนไม่ลงนำหน้าจะมองไม่เห็น และ Review ยาที่ใบ MAR กับใบ Dr. 's Order เลย ”</p> <p>1-S 005 “เราอยากให้ Incharge เช่นชื่อ ใบใบ MAR แทน Med nurse”</p> <p>1-S 004 “น่าจะให้มี Med Nurse เป็นคนเซ็นชื่อในใบบันทึกการให้ยาเอง ในแบบฟอร์มควรมีช่วงเวลาที่กำหนดและเวลาที่ให้จริงจะได้รู้ว่า Right time หรือเปล่า”</p>	<p>-การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์</p> <p>-ลดขั้นตอนการคัดลอกยา โดยยกเลิกการใช้ Card ยา</p> <p>-เน้นความถูกต้องในการให้ยาตามหลัก 6 R</p> <p>-ทำสัญลักษณ์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงต้องและยากลุ่มเสียง</p> <p>-การนำข้อมูล การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>-ลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานเพื่อลดโอกาสเกิดความผิดพลาด</p> <p>-พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารและการตรวจสอบ</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและการจับบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
	<p>ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนและการจับบันทึก</p> <p>3-S 011 “อยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีศึกษา เพื่อที่จะทราบว่าใช้ยาชนิดบางอย่างจะต้องdilute ด้วยอะไร เช่น Tienamจะต้องdilute ด้วย0.9% normal saline ยาบางตัวต้องผสมในขวดแก้ว ห้ามผสมในขวดพลาสติก ”</p> <p>3-S 011 “อยากให้เห็นความถูกต้องในการให้ยาตามหลัก 6 R ”</p> <p>2-S 011 “ทำสัญลักษณ์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล็องทำเป็นอักษร พวก Tall man letter”</p> <p>1- S 005 “นำรายงานอุบัติการณ์ มาพูดคุยในที่ประชุมเพื่อให้ทุกคนรับรู้ และศึกษาแนวทางแก้ไขร่วมกัน”</p> <p>3- S 010 “ขาดการนำข้อมูล การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง”</p> <p>2- ผู้วิจัย “ ราชการเขามีทีมใกล้เคียงเวลาเกิดเหตุผิดพลาดช่วยป้องกันและลดความเสียหายจากการฟ้องร้องด้วย ”</p>		

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>3.. ท่านต้องการให้จัดการความรู้ในการบริหารยาในรูปแบบใดและบ่อยครั้งเพียงใด</p>	<p>ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก</p> <p>1-S 001 “ ขอปให้จับกลุ่มคุยเล็กๆ ง่าย ๆ ทำ Workshop ถ้ากลุ่มใหญ่ขึ้นตอนซับซ้อน ”</p> <p>1-S 002 ส่งไปอบรมที่โนนที่นี้บ้าง อย่าง LASA “ไม่เคยได้ยินมาก่อน”</p> <p>3-S 011 “แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่มสู่กันฟัง”</p> <p>3-S 010 “เราก็เอาเรื่องความคลาดเคลื่อนไปพูดกันในที่ประชุมPCT ทุกอาทิตย์ ยาวพวก LASA ควรทบทวน 3-6 เดือน ต่อไปจะทำ ข้อมูล ยาผสม ความคงตัวของยาหลังผสม ที่หน้าจอมมีข้อมูล ทำในLAN”</p> <p>3-S011 “อยากให้ออ Intemet ให้ Ward บ้าง อยากค้นคว้าหาความรู้บ้าง ทางแผนกคอมพ์ก็กลัวแต่ไวรัสลง”</p> <p>1-S 005 “เริ่มต้นตั้งเกณฑ์ไว้ให้พยาบาล ได้ฝึกอบรมหรือประชุมวิชาการ คนละไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปีได้ไหม”</p>	<p>-ส่งเสริมการจัดการความรู้และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ</p>	<p>การพัฒนาองค์ความรู้บุคลากร</p>
<p>4. ท่านคิดว่าควรมีการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาความรู้บุคลากรอย่างไร</p>	<p>2-S007 “ควรมีงบประมาณความรู้ให้พยาบาล ”</p> <p>2-S012 “ถ้าไม่มีงบประมาณจะทำก็ได้ไม่ทำก็ได้”</p> <p>3-S011 “ที่เคยทำก็ใช้วิธีขออนุมัติเป็นครั้งๆไป ”</p>	<p>- ไม่มีการจัดงบประมาณในการพัฒนาความรู้พยาบาล</p>	<p>-จัดสรรงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจับบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>5. ท่านคิดว่ามีสาเหตุอะไรบ้างที่ทำให้เกิดความคิดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล</p>	<p>ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจับบันทึก</p> <p>1-S 001 “ที่พบบ่อยก็จะเป็นจัดยาผิดขึ้นมาให้ผิดแล้วเราก็เอาใส่ Lock ยาผิด Lock อีก ผิดห้องนะ”</p> <p>1-S 002 “ห้องยาจัดมาผิด พยาบาลคนไปผิดก็ไม่ดูก่อนคิดว่าเขาจัดถูก ก็เอาไปผิดอีกก็มีนะค่ะ”</p> <p>1-S 001 “ข้อคือพยาบาลสะเพร่า ไม่ตรวจสอบ ไม่สื่อสารกัน”</p> <p>1-S 002 “ไม่ใช่ คือไม่ดูว่าหมอ Order เป็นยาตัวไหน แต่ห้องยาจัดยามาอีกตัวหนึ่ง ไม่ตรงกับOrder แพทย์”</p> <p>1-S 001 “เราชินกับรูปแบบยาบริษัทหนึ่ง ถ้าจะเปลี่ยนน่าจะมีการแชร์ข้อมูลตรงนี้ คิดป้ายบอกนะ ให้วงเล็บหน่อย บางทีหมอลืม Trade name อยากรู้ก็มี Generic name”</p> <p>1 - S 002 “แล้วแต่ความเคยชินบางทีหมอ.... สั่ง Trade name หมออีกคนสั่งคนละตัวแต่มันเป็นตัวเดียวกัน”</p> <p>1-S 001 “ถ้าไม่รู้ก็ถามห้องยา แต่ถามบ่อยๆก็ไม่ดี ที่ที่สุดคือใส่ทั้ง 2 ชื่อ”</p> <p>2 - S 013 “ลายมือหมออ่านยากบางทีเวลารับโทรศัพท์ยังไม่ได้ทวนคำสั่งก็วางหูแล้ว”</p> <p>3 - S 011 “ภาวะจิตใจของผู้ให้บริการ สติและความพร้อมของพยาบาล”</p>	<p>ความบกพร่องของผู้ปฏิบัติ</p> <p>-ประมาท</p> <p>-ขาดการทวนสอบ</p> <p>ขาดสมาธิ</p> <p>-ใช้ความเคยชิน</p> <p>-ไม่ปฏิบัติตามกฎ 6 Rights</p> <p>-การสื่อสาร ไม่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>-การสื่อสาร</p> <p>-การจัดอัตรากำลัง</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>6. ท่านคิดว่าควรมีแนวปฏิบัติในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาหรือไม่และอย่างไร</p>	<p>ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก</p> <p>1-S 001 “ต้องการยกเลิกการใช้ Card ยาเพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกยาหลายครั้งใช้ใบ MAR เตรียมยาแทน Card ยา”</p> <p>1-S 001 “ปกติเรามี 1 copy ส่งไปบันทึกที่ห้องยา ถ้าทำเป็น 2 copy ถ้าหมอเขียนไม่ลงหน้าก็จะมองไม่เห็น Review ยาที่ใบ MAR กับใบ Dr.’s Order เลย”</p> <p>2-S 005 “แพทย์ชอบสั่งปากเปล่าในห้องคนไข้”</p> <p>2-S 006 “ต้องลงใน Dr.’s Order ไปด้วย”</p> <p>3-S 012 “มีบางครั้งก็แพทย์สั่งด้วยปากเปล่าแล้วรีบไปเลย”</p> <p>2-S 008 “เขียนร.ค.ส.แล้วให้แพทย์มาเซ็นชื่อภายใน 24 ชั่วโมง ปกติหมอก็กมาเซ็นตอนมา round ครั้งต่อไปเวลาอ่านลายมือหมอไม่ออกห้ามเดา”</p> <p>2-S008 “ OPD Case หมอโทรมาสั่งเราส่งไปบันทึกที่ห้องยา เกสซ์เก็บ OPD card ไว้ ยอกให้ส่ง OPD card กลับมาจะได้ให้หมอเซ็น”</p>	<p>ยกเลิกการใช้ Card ยา</p> <p>-แนวทางการรับคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์</p>	

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและการจัดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
7. ท่านคิดว่าควรมีแนวทางการปฏิบัติในการบริหารยา "Stat" หรือไม่และอย่างไร	<p>3-S-011 "ทำสัญลักษณ์เพื่อเตือนให้รู้ว่าแพทย์สั่งยา "Stat" เคยมีหมอสั่งยาเสร็จก็วางซ้อนกัน อันที่จริงยา "Stat" วางอยู่ข้างสุด ไม่มีสัญลักษณ์เลยไม่เห็น"</p> <p>3-S-012 "ให้หมอแจ้งพยาบาลคนที่ตาม Round และต้องเป็นคนติดสัญลักษณ์ หรือเมื่อแพทย์เอา Chart มาวางต้องถามหรือปัดดูก่อน"</p> <p>3-S-010 "ต้องกำหนดก่อนว่า Technical Term ยา Stat คืออะไรนับจากไหนถึงไหน ปกติจะประกันเวลาบริหารยา "Stat" ไว้ที่ 30 นาที"</p> <p>3-S-011 "เอาเริ่มตั้งแต่แพทย์สั่งจนถึงคนไข้ได้รับยา"</p>	<p>ทำสัญลักษณ์เตือนว่ามียา "Stat".</p> <p>-กำหนด Technical Term ยา "Stat".</p> <p>และประกันเวลาบริหารยา "Stat"</p>	<p>-จัดทำคู่มือการบริหารยา "Stat"</p> <p>-พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสาร</p>
8. ท่านคิดว่าควรมีมาตรการป้องกันการนำยามาหยอดหรือยาเสื่อมสภาพมาใช้หรือไม่อย่างไร	<p>1-S-006 "เราตรวจสอบยามาหยอดทุกเดือน"</p> <p>3-S-011 "แต่เราขาดคู่มือมีแต่เล่าสู่กันฟัง"</p> <p>1-S-005 "ควรทำคู่มือที่ระบุว่ายาประเภทไหนมีอายุการใช้ยังไง"</p>		<p>-จัดทำคู่มือการตรวจสอบและการระบุอายุงานของยาที่เปิดใช้</p>
9. ท่านคิดว่าการเตรียมยาควรระบุข้อความใดบ้างเพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลที่ต้องแบ่งเป็น Small Dose	<p>3-S-011 "ควรมีชื่อยา อัตราส่วนผสม วันที่ เวลา เช่นชื่อด้วย"</p> <p>1-S-003 "ถ้าเหลือไม่รู้ผสมเท่าไร อย่างเหลือ 5 cc. อย่างนี้"</p> <p>1-S-006 "น่าจะบอกเวลาหมดอายุด้วย"</p> <p>3-S-011 "มีปัญหาว่าเขียนไม่ครบอย่าง Xylocain มีแต่วันเปิดใช้"</p> <p>3-S-010 "ทำสติ๊กเกอร์เลยจะได้เขียนครบ"</p>		<p>-จัดทำวิธีการสื่อสารข้อมูลที่แบ่งใช้ Small Dose</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>10. ท่านคิดว่าควรมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมยา การให้ยาในวิถีทางต่างๆ หรือไม่ว่าอย่างไร</p>	<p>3-S 010 “คิดว่าควรมีเพราะไม่ทราบว่ายาวตัวไหนที่ต้องระวังเช่น เก็บในตู้เย็นและยาตัวไหนที่ห้ามผสม หรือห้ามให้พร้อมกัน”</p> <p>1-S 005 “อยากให้มีเอกสารอธิบายติดข้างฝา”</p> <p>3-S 010 “ตกลงจะทำไว้ในคู่มือ”</p> <p>1-S 004 “ทำสติ๊กเกอร์ติดที่ของยาคือว่า”</p> <p>3-S 011 “อยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยา เพื่อที่จะทราบว่าให้ยาผิดบางอย่างจะต้องdilute ด้วยอะไร เช่น Tienamจะต้องdilute ด้วย0.9% normal saline ยาวบางตัวต้องผสมในขวดแก้ว ห้ามผสมในขวดพลาสติก”</p>		<p>-จัดทำคู่มือการบริหารยา</p> <p>-พัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสาร</p>
<p>11. ท่านคิดว่ามีปัญหาในการจัดเก็บยาหรือไม่และท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างในการจัดเก็บเพื่อรักษาคุณภาพของยา</p>	<p>1-S001 “ควรมีคู่มือวิธีการจัดเก็บยาประเภทต่างๆ”</p> <p>1-S002 “อยู่ใน Leaflet ก็มี แต่หนังสือตัวเล็กมากและไม่สะดวก”</p> <p>2-S 005 “มักเกิดปัญหานำยาที่เบกจากห้องยา ใส่ในช่องเก็บยาของผู้ป่วยผิดคนเพราะเวลาห้องยาจ่ายยาใส่ของทุกคนรวมในตะกร้าเดียวกันอยากให้แยกใส่ถุงและติดป้ายชื่อและห้องผู้ป่วยให้ชัดเจนตรวจสอบได้ง่าย”</p> <p>3-S 010 “ช่องเก็บยาของเราเล็กเกินไปปล้นออกมาไปปนกับของคนอื่น”</p> <p>3-ผู้วิจัย “หรือเราจะทำตู้เก็บยาไว้ในห้องคนไข้ แล้วยาที่ต้องเก็บเป็นตู้เย็น”</p> <p>3-S010 “เราก็อ่าสติ๊กเกอร์ เก็บในตู้เย็น คิดในใจ MARจะได้อ่านที่เก็บ”</p>		<p>-จัดทำคู่มือการจัดเก็บเพื่อรักษาคุณภาพของยา</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
12. ท่านคิดว่าควรมีการรักษาคุณภาพของยาภายหลังการจัดยาและก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร	<p>1-S 006 “ถ้ากลัวถูกแสงเราใส่ Tray แล้วปิดฝา”</p> <p>1-S 002 “ ปกติเก็บไว้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง”</p> <p>1-S 002 “เวลาจัดได้ตัวยังไม่แกะ ก่อนให้ผู้ป่วยเราก็กะ”</p> <p>1-S 011 “บาง Ward เตรียมยาให้กัน บางที่ข้ามเวร”</p>	<p>-จัดทำคู่มือเตรียมยาเพื่อรักษาคุณภาพของยา</p>	<p>-จัดทำคู่มือเตรียมยาเพื่อรักษาคุณภาพของยา</p>
13 ท่านคิดว่าควรมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการบริหารยา กลุ่มเสี่ยงสูงหรือไม่อย่างไร	<p>1-S 001 “ ควรมีแจกให้ตามแผนกเลย ”</p> <p>1-S 004 “ ทำเป็นผังคำนวณ Dose เต็มออกให้บอก ”</p> <p>2-S 009 “บอกวิธีผสม วิธีคำนวณ ให้แล้วเกิดอะไร ”</p> <p>2-S 012 “แนวปฏิบัติให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง Side effect และต้องเฝ้าระวังอะไร ”</p> <p>2-S 011 “ถ้าเป็นยา HAD น่าจะเปลี่ยนสีของใหม่ ยา HAD ที่ผสมใน IVF ให้ใช้ใบติดสารละลายเป็นสีให้แตกต่างจาก IV ธรรมดา”</p> <p>2-S 012 “ที่ Ward ... ใช้สติ๊กเกอร์สี ยากลุ่มเสี่ยงติดเลย ”</p> <p>1-S 003 “ไม่ให้มียากลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะไฮโดร โคลที่ที่มีความเข้มข้นสูง เช่น KCL อยู่ในแผนก ”</p> <p>1-S 004 “เก็บไว้เฉพาะที่ ICU เพราะต้องใช้ด่วน”</p> <p>2-S 009 “ติดสติ๊กเกอร์ ห้าม Push ไว้ด้วย และต้องใช้คนเช็ก 2 คน”</p>	<p>-ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน</p> <p>-จัดทำตารางเกี่ยวกับ การเตรียมและคำนวณ ยากลุ่มเสี่ยงสูง</p> <p>-จัดทำ Nursing Care Plan สำหรับยากลุ่มเสี่ยง (HAD)</p>	<p>-จัดทำคู่มือการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง</p> <p>-จัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง</p> <p>-การสื่อสาร/ เผยแพร่ข้อมูลยา</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
	<p>ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก</p> <p>3-S 011 “ให้ห้องยาทำสติ๊กเกอร์เตือนยาที่มีรูปคล้ายเสียงคลั่งต้องทำเป็นอักษร พวก Tall Man letter”</p> <p>2-S 012 “มีLockerต้องมีระบบจับเก็บ และตรวจสอบ”</p> <p>3-S011 “มีปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือ คนใช้หรือญาติที่หมออนุญาตให้กลับบ้านได้ ขอบหมุนให้หยาบเร็วๆ จะได้รับกลับบ้านจะทำอย่างไรดี”</p> <p>3-S011 “ติดสติ๊กเกอร์ ยาคาวมเสียงสูง ห้ามปรบเอง”</p>		
<p>14. ท่านคิดว่าควรมีแนวทางการปฏิบัติในการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านหรือไม่และอย่างไร</p>	<p>1-S 001 “เขียนใส่ในฟอร์มยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านยาที่คุณหมอไม่ได้สั่งให้คืนผู้ป่วยไปเลย เอาไว้เฉพาะยาที่แพทย์ให้ต่อแล้วแยกใส่ถุง”</p> <p>1-S 010 “อยากให้เห็นสีเพื่อตรวจสอบและประเมินสภาพของยาทั้งหมดเพราะผู้ป่วยอาจใส่ยาสลับของมาจากบ้าน และพยาบาลอาจไม่รู้ว่าใช้หรือไม่และจะรับเฉพาะยาของโรงพยาบาลอุบลรัตน์เท่านั้นเพราะถ้าชื้อยากลินิกส่วนมากจะไม่มีชื้อยา”</p> <p>1-S 010 “ที่เพิ่งเจอมีทั้งสลับซองและได้ยาซ้ำซ้อน คือผู้ป่วยไม่เอายาที่เคยกินมาให้ดู หมอลังยาให้ กลับไปเจอกินควบทั้งยาเก่า ยาใหม่ แคลเซียม 1 กรัมกับ 625 กรัม คนไข้เป็นโรคไตด้วย คนไข้ไม่รู้ว่าเป็นยาชนิดเดียวกัน”</p>	<p>-การป้องกันการให้ยาซ้ำซ้อนและยาเสื่อมคุณภาพ</p>	<p>-จัดทำคู่มือการบริหารยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน</p> <p>-พัฒนาระบบการสื่อสารการส่งต่อข้อมูล</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนและการจับบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>15. ท่านคิดว่าควรมีเกณฑ์การใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ เช่น syringe pump หรือ Infusion pump หรือไม่อย่างไร</p>	<p>ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนและการจับบันทึก</p> <p>1-S001 “ควรใช้ใบรายชื่อให้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง เด็ก คนแก่ โรคหัวใจ”</p> <p>1-S004 “ยาที่Dose น้อยๆผสมไม่ได้ เช่น ให้ Bicarb 50cc. ในเวลา ½ ชั่วโมง ยาน้อยๆใช้เวลานาน”</p> <p>3-S011 “เด็ก 1 เดือน ให้ยา 5 ซีซี จดใน 30 นาที การใช้ Syringe pump ของ Ward นานๆใช้ก็ใช้ไม่เป็น”</p> <p>3-S011 “ควรมีการฝึกอบรมเพราะเคยมี เอาสายใส่กลับข้างขาเป็นซ้าย ซ้ายเป็นขวา ปรากฏว่ายาไหลย้อนขึ้นข้างบน”</p>	<p>-ไม่มีเกณฑ์ ในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้การให้สารน้ำ</p> <p>-ขาดการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์</p>	<p>จัดทำคู่มือการบริหารยาและคู่มือการใช้/บำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์</p>
<p>16. ท่านคิดว่าควรให้ข้อมูลด้านยา วิธีการสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วย/ญาติหรือไม่อย่างไร</p>	<p>2-S 009 “ ควรบอกชนิด สรรพคุณ และผลข้างเคียง”</p> <p>1-S 003 “ เกสัชควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงของยา และอาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง”</p> <p>3-S 010 “ การกระจายความรู้ด้านยาไม่ครอบคลุมไม่ทั่วถึง”</p>		<p>-การสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลด้านยา</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนและการจัดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
17. ท่านคิดว่าควรมีแนวปฏิบัติ เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหรือไม่อย่างไร	<p>1-S001 “หยุดให้ยาทันทีแล้วแจ้งหมอ”</p> <p>2-S008 “ถ้าให้แล้วผิดแจ้งหมอแล้วแจ้งหัวหน้า ถ้าไม่อยู่แจ้ง Incharge”</p> <p>2-S 009 “สังเกตอาการผิดปกติ”</p> <p>3-S 010 “ผิด Dose ก็แจ้งแพทย์เป็นระยะ ถ้าผิดชนิดก็แจ้งแพทย์อยู่ดู”</p>		<p>-จัดทำนโยบาย</p> <p>การรายงาน</p> <p>อุบัติการณ์</p>
18. ท่านคิดว่าควรมีแนวปฏิบัติผู้ป่วยแพ้ยา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่อย่างไร	<p>1-S001 “ถ้าแพทย์หยุดให้ยาทันทีรายงานหมอและคืนยาที่ผู้ป่วยแพ้ไปห้องยาเลย”</p> <p>1-S 002 “แจ้งเภสัชเพื่อตรวจสอบและรายงานตามลำดับชั้น”</p> <p>3-S011 “ผู้ป่วยใหม่ทุกรายต้องซักประวัติแพ้ยาแล้วให้เภสัชตรวจสอบ”</p> <p>3-S010 “เภสัชจะออกไปแพ้ยาเฉพาะที่แพทย์สั่งใช้ในโรงพยาบาลเท่านั้น ”</p> <p>1-S001 “ติดสติ๊กเกอร์สี ผู้ป่วยแพ้ยา ที่หน้าChart”</p> <p>3-S 010 “ถึงแม้เราจะติดป้ายเตือนผู้ป่วยแพ้ยาหน้าChart แต่บางทีหมอก็ไม่อ่านอยู่ดี”</p> <p>3-S 010 “เวลาตาม Round หมอช่วยบอกเตือนว่าผู้ป่วยแพ้ยา ก็จะช่วยได้”</p>		<p>-จัดฝึกอบรมทีม</p> <p>แก้ไขสถานการณ์</p> <p>-พัฒนา</p> <p>ประสิทธิภาพการสื่อสาร</p>

ประเด็นการสนทนา	ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการจดบันทึก	ประเด็นสำคัญและข้อมูลสนับสนุน	องค์ประกอบหรือแนวทางในการพัฒนาระบบ
<p>19. ท่านคิดว่าควรมีระบบรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่อย่างไร</p>	<p>1-S-001 “ส่วนมากจะเขียน Incidence Report แต่ส่งคืนมาให้เราข้ามากเลยเมื่อส่งมาให้เราหาสาเหตุแก้ไข เราก็จะมีการพูดคุย”</p> <p>1-S-003 “เราจะ Xerox แล้วเอามาถ่ายทอดเวลาประชุมแผนก”</p> <p>2-S-008 “นโยบายการรายงานระดับ A-B รายงานตามปกติ ถ้าระดับ C รายงานภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าระดับ D,E,F,G รายงานหัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่ายและแพทย์เจ้าของไข้ทันที”</p> <p>2-S-008 “รายงานหัวหน้าก่อนจะได้รายงานต่อ”</p> <p>3-S-010 “ถ้า A-B ไม่จำเป็นต้องเขียน Incidence Report ถ้าระดับ C ขึ้นไปต้องเขียน Incidence Report แล้วรายงานหัวหน้าตามลำดับชั้นทันที”</p>	<p>-ไม่มีแนวทางในการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน</p>	<p>-กำหนดนโยบายการรายงานอุบัติการณ์และสื่อสารให้ทราบทั่วกัน</p>

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว ชนนิกานต์ อุดรมาตร
วัน เดือน ปีเกิด	24 เมษายน 2493
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2520
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่ง	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
รางวัล เกียรติประวัติ	นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่น ประจำปี 2547 สำหรับ โรงพยาบาลเอกชน : สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย