

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา  
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคเหนือ



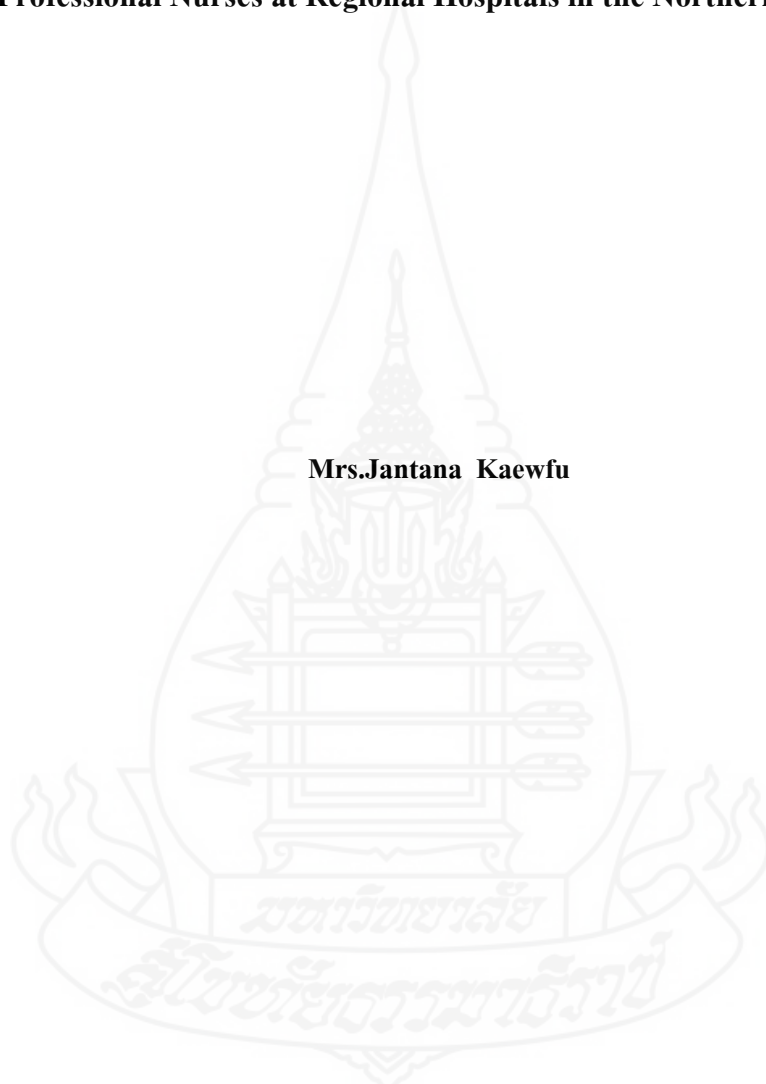
นางจันทนา แก้วฟู

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2554

**Factors Affecting Risk Management of Medication Errors by  
Professional Nurses at Regional Hospitals in the Northern Region**

**Mrs.Jantana Kaewfu**



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

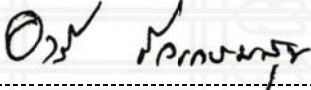
2011

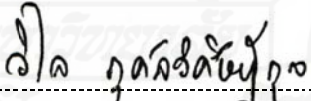
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของ  
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ  
ชื่อและนามสกุล นางจันทนา แก้วฟู  
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข  
2. อาจารย์ ดร. ปรีศนา นวลบุญเรือง  
3. รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล

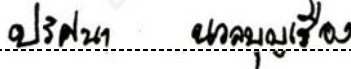
วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2555

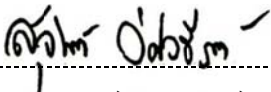
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
----- ประธานกรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ชัยฤดี จิรสินธิปก)

  
----- กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข)

  
----- กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล)

  
----- กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ปรีศนา นวลบุญเรือง)

  
----- ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

**ผู้วิจัย** นางจันทนา แก้วฟู รหัสนักศึกษา 2495100741 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2) อาจารย์ ดร. ปริศนา  
นวนบุญเรือง (3) รองศาสตราจารย์วไล กุศลวิศิษฐ์กุล **ปีการศึกษา** 2554

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงานของของพยาบาลวิชาชีพ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงาน กับ การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ และ (3) ศึกษาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำนวน 249 คนซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างเชิงเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงาน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และภาระงานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยที่สุดกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 31.3 ( $R^2 = 0.313$ ) และสามารถสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา =  $18.045 + 1.166$ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

**คำสำคัญ** การบริหารความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติ ภาระงาน



**Thesis title:** Factors Affecting Risk Management of Medication Errors by Professional Nurses at Regional Hospitals in the Northern Region  
**Researcher:** Mrs.Jantana kaewfu; **ID:** 2495100741; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor; (2) Dr.Prissana Naunboonruang; (3) Wilai kusolvisitkul, Associate Professor ; **Academic year:** 2011

### Abstract

The purposes of this descriptive study were: (1) to study the risk management of medication errors, attitudes to prevent medication errors, and workload of professional nurses, (2) to explore the correlation among attitude to prevent medication errors, workload, and the risk management of medication errors of professional nurses, and (3) to identify the predictor variables of the risk management of medication errors by professional nurses.

The sample comprised 249 professional nurses who worked for regional hospitals in the northern region. They were selected by the simple random sampling technique. Questionnaires were used as research tools and comprised four section: personal data, the risk management of medication errors, attitude to prevent medication errors, and workload. The questionnaires were tested for validity and reliability. The reliabilities of the second to the fourth section were done by Cronbach.'s alpha coefficient. The reliabilities were 0.94, 0.96, and 0.96 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The major findings were as follows. (1) Professional nurses rated their risk management of medication errors at the high level, their attitude to prevent medication errors at the high level, and their workload at the high level. (2) There were significant positive relationships between (a) the risk management of medication errors and the attitude to prevent medication errors at the moderate level ( $r = 0.560$ ), and (b) also related to the workload at the minimal level ( $r = 0.144$ ). (3) The attitude to prevent medication errors could predict the risk management of medication errors. This predictors accounted for 31.3% ( $R^2 = 0.313$ ). Finally, the predictive equation is constructed below.

Risk management of medication errors = 18.045 + 1.166 attitude to prevent medication errors

**Keywords:** Risk management, Medication errors, Attitude, Workload

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ปริศนา นวลบุญเรือง และ รองศาสตราจารย์ วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล อาจารย์ร่วมปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ และให้ คำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน ด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราชทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่าอย่าง ยิ่งจนประสบผลสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ และ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

กราบขอบพระคุณมารดา น้องๆและญาติ ที่เป็นกำลังใจ และมีส่วนสนับสนุนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

จันทนา แก้วฟู

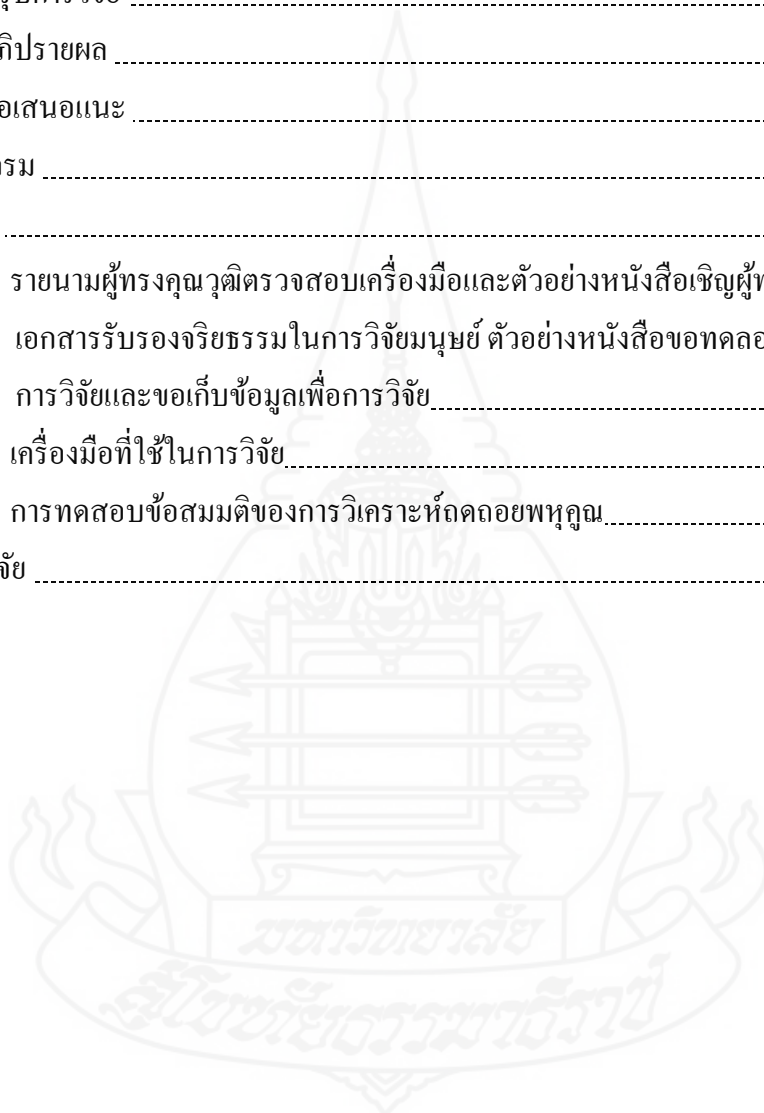
มีนาคม 2555

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	9
ขอบเขตการวิจัย .....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	13
การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา .....	14
ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา .....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	49
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	50

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	75
สรุปการวิจัย .....	75
อภิปรายผล .....	80
ข้อเสนอแนะ .....	85
บรรณานุกรม .....	87
ภาคผนวก .....	95
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยมนุษย์ ตัวอย่างหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือ การวิจัยและขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	96
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ค การทดสอบข้อสมมติของการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณ.....	118
ประวัติผู้วิจัย .....	122



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ .....	40
ตารางที่ 3.2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ	40
ตารางที่ 3.3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	47
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	51
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบริหารความเสี่ยงความ คลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนก เป็นรายด้านและโดยรวม .....	54
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบริหารความเสี่ยงความ คลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนก เป็นรายข้อและรายด้าน.....	55
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติในการป้องกัน ความคลาดเคลื่อน ทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม.....	59
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติในการป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนก เป็นรายข้อและรายด้าน .....	60
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือจำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม .....	63
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน .....	64
ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อน ทางยา ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ .....	69
ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อน ทางยาและภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม .....	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ สมการถดถอย ในการทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อน ทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ โดยวิธี Stepwise multiple regression .....	72



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ..... 8



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการให้สิทธิและการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะผู้ใช้บริการ มีการปฏิรูประบบสุขภาพและลดอัตราค่าตัวของบุคลากร จากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐต้องกำหนดแนวกลยุทธ์ในการแข่งขันเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ มีการนำเอาเทคโนโลยีต่างๆเข้ามาใช้เพื่อความสะดวกรวดเร็วและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่มุ่งเน้นสิทธิของผู้ป่วย เช่น การประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด พ.ศ. 2539 (วินา จีระแพทย์, 2549) ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ในด้านการรักษาเมื่อเข้ามาในโรงพยาบาล เมื่อการบริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ผู้ใช้บริการก็สามารถร้องเรียนหรือฟ้องร้องผู้ให้บริการได้ มีผลทำให้ทีมสุขภาพมีความเสี่ยงที่จะถูกร้องเรียนสูง ถ้าไม่ทำตามกฎหมาย จากการใช้บริการต้องการการบริการที่มีคุณภาพและรัฐเปิดโอกาสให้มีการเลือกสถานบริการทางสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ตนเองคาดหวัง กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยง จึงนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การพัฒนา และรับรองคุณภาพมาใช้ในสถานบริการเพื่อเป็นการประกันความปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการ

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่แอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน ถ้าไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่ดีก็จะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้เกิดความสูญเสียต่างๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความสูญเสียได้ง่าย เนื่องจากเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์และมีหน้าที่ที่ต้องให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย แต่การให้บริการแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยง เช่นเกล (Schenkel, 2000) พบว่าผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล 50 คนจะมีความเสี่ยงเกิดขึ้น 1 คน จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2548) พบว่า ในแต่ละปีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการได้รับการรักษาพยาบาลผิดพลาดที่ป้องกันได้ ประมาณ 44,000 ถึง



98,000 ราย ซึ่งมากกว่าการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ (43,458 ราย) มะเร็งเต้านม (42,297 ราย) หรือ เอ็ดส์ (16,516) สำหรับความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่พบมีหลายประการ ได้แก่ ความเสี่ยงทั่วไป ความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค เป็นต้น สำหรับความเสี่ยงทางคลินิก ที่พบบ่อยมากที่สุด คือความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (ธิดา นิงสานนท์, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า มีความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพอย่างมาก ตัวอย่างเช่น ในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา 36 แห่ง พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาสูงถึง ร้อยละ 26 ของการให้ยาทั้งหมด ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ป้องกันได้ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและการดูแลที่ต้องได้รับในระยะยาว พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 17 ล้านถึง 29 ล้านดอลลาร์ต่อปี และในประเทศออสเตรเลียเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 350 ล้านดอลลาร์ต่อปี (The Joann Briggess Insititute, 2005) จากการศึกษาของฮิคและคณะ (Hick *et al*, 2007) พบว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทำให้ผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 0.1) ได้รับความเสียหายถึงชีวิต ฮูม (Hume, 1999) รายงานว่า ในปี 1993 สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา 7,391 ราย เฉพาะรัฐแคลิฟอร์เนียมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยาถึง 700 คนต่อปี (Speier, 2000) ผลการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา 94 ราย มีการให้ยาผิดขนาดมากที่สุด 42.6% ผิดชนิด 29.8% ผิดคำสั่ง 29.8% ไม่ได้สั่ง 28.7% คำนวนผิด 20% จากการศึกษาของ ถัง และคณะ (Tang *et. al*, 2007) พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ บุคลากรขาดความระมัดระวัง (86%) ภาระงานหนัก (37.5%) และพยาบาลจบใหม่มีประสบการณ์น้อย (37.5%) จากการศึกษาวิจัยอิทธิพลของสภาพการทำงานที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของเซกิและยามาซากิ (Seki and Yamazaki, 2006) พบว่า ภาระงานทางการพยาบาลและการขาดประสบการณ์จะนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาได้ จากการบริหารยาทิสсот และคณะ (Tissot *et. al*, 1999) พบว่า ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา 132 ราย (6.6%) และมีความสัมพันธ์ภาระงานของพยาบาล จะเห็นได้ว่าความคลาดเคลื่อนทางยามีอุบัติการณ์เกิดขึ้นสูง

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ย่อมมีสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องสาเหตุจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา มี 2 ปัจจัย (Alanko and Nyholm, 2007) ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่นภาระงานที่มากเกินไป การติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลว การมีสิ่งที่ทำให้ขาดสมาธิ หรือขัดจังหวะในการบริหารยา เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาไม่เพียงพอ พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนทางยาจึงเป็นภาระหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของผู้บริหารการพยาบาลโดยการใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาใน

งานบริการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยและเป็นการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นประเด็นที่ทุกโรงพยาบาลต้องจัดการ เนื่องจากส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทางยาและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ด้านใหญ่ๆคือ 1) ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ ความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ บรรยากาศภายในองค์กร แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร และโครงสร้างของหน่วยงาน เป็นต้น (กมลทิพย์ ละแมนชัย, 2548) (สารนิติ บุญประสพ , 2549) (สมคิด มะโนมัน, 2551) อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาและยังมีการศึกษาน้อยในประเทศไทยได้แก่ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และปัจจัยที่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยได้แก่ ภาระงาน ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานว่า มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่ อย่างไร

เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งที่สนใจศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่ เพราะพฤติกรรมของมนุษย์จะปฏิบัติไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับเจตคติต่อสิ่งนั้นจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมมนุษย์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) และมนุษย์จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้และเจตคติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) การมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดไปในทิศทางบวกหรือลบนั้นจะประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจความรู้สึกต่อสิ่งนั้นและมีแนวโน้มในการประพฤติปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ (Triandis, 1971) จากการศึกษาแนวทางที่พยาบาลวิชาชีพใช้เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา คือ การสำรวจค้นหา การคาดการณ์ล่วงหน้า การตรวจเช็คซ้ำ การตระหนักในภาพรวม และการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Seki and Yamazaki, 2006) ดังนั้น เจตคติทางบวกในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ถ้าเจตคติเป็นไป

ในทางลบจะทำให้ไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆเพื่อจะป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาแม้ว่ากิจกรรมต่างๆเหล่านี้จะเป็นภาระงานของตนก็ตาม มีข้อสนับสนุนจากผลการศึกษาดังต่อไปนี้ ตัวอย่างเช่น สมคิด มะโนมัน (2551) ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลนครปฐมพบว่า เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม กมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบว่า เจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ และสารนิตินุญประสพ (2549) ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมอยู่ในระดับดีเป็นต้น

สำหรับปัจจัยที่สองซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ ภาระงานเป็นงานที่บุคลากรใช้ไปเพื่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับสัดส่วนจำนวนของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ในแต่ละอาชีพในแต่ละงานจะมีภาระงานไม่เหมือนกัน อาชีพพยาบาลจะมีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย การขาดบุคลากรจะทำให้เพิ่มภาระงานเกิดความเสี่ยงนำไปสู่คุณภาพการดูแล เจนและคณะ (Jane *et.al*, 2010) กล่าวว่า การมีภาระงานมากเกินไปจะมีผลในทางลบต่อพยาบาล ต่อผู้ป่วยและต่อระบบหน้าที่โครงสร้างขององค์กร นอกจากนี้ อลันโกและนิโฮม (Alanko and Nyholm, 2007) ได้กล่าวว่า การมีภาระงานมากจะมีผลต่อสุขภาพของพยาบาลเช่น บาดเจ็บกล้ามเนื้อ กระดูก คอ และหลัง ผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า การลาออกจากงาน และผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ทำให้เกิดความผิดพลาด หรือเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากการศึกษาของถังและคณะ (Tang *et al*, 2007) ได้มีการโพลักกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์จากการผิดพลาดในการให้ยาและพบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยามีสาเหตุมาจากภาระงานมาก 37.5% ที่กล่าวมาจะเห็นว่าในต่างประเทศได้มีการศึกษาภาระงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ แต่การศึกษาภาระงานในประเทศไทยยังไม่มีใครศึกษาว่าสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ในขณะที่ปัจจุบันนี้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่องานบริการด้านต่างๆ รวมทั้งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่างๆในคลินิกตามมาและรวมถึงความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งมี

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้บ่อยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยเฉพาะระดับตติยภูมิซึ่งให้บริการสุขภาพที่มีการบริหารจัดการยาจำนวนมาก หลากหลายชนิด และซับซ้อนมากกว่าระดับอื่นๆ

โรงพยาบาลศูนย์เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่งมีปัญหารักษาสุขภาพซับซ้อนและมีโอกาสได้รับยารักษาหลายประเภทในเวลาเดียวกันจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่นๆ หากมีอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนทางยาจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงและเกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ ตั้งแต่ไม่เป็นอันตราย พิการ ต้อนอนโรงพยาบาลนาน จนเป็นอันตรายถึงเสียชีวิต นอกจากนี้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่มั่นใจ และอาจถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง และต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่สำคัญในการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงต้องมีการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อย่างไรก็ตามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลศูนย์ก็ยังคงดำเนินการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น

โดยสรุป การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นภารกิจสำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์ในการป้องกันความเสี่ยงจากความผิดพลาดในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลศูนย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1) ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวนน้อยและ 2) ในประเทศไทยไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับภาระงานที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทั้ง 2 ปัจจัยที่กล่าวมาจะมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่ให้การรักษายาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหารักษาสุขภาพซับซ้อนและมีโอกาสได้รับยารักษาหลายประเภทซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่นหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุง ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นการประกันคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยสำหรับผู้ให้บริการต่อไป

## 2. คำถามการวิจัย

2.1 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงานและการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือเป็นอย่างไร

2.2 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือหรือไม่ อย่างไร

2.3 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือหรือไม่ อย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

3.3 เพื่อศึกษาตัวแปรที่ทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

## 4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การใช้ยาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อน และพยาบาลวิชาชีพเป็นด่านสุดท้ายที่กระทำต่อผู้ป่วยซึ่งมีโอกาสเกิดความเสี่ยงมาก (ชิตา นิงสานนท์และคณะ, 2547) ในความเป็นจริง เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากจะรับรู้และจำกัดความเสี่ยงให้ได้มากที่สุด การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาจะเป็นการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา ลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่เกิดขึ้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบริหารความเสี่ยง ของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) และ ความคลาดเคลื่อนทางยาของ โคเฮน (Cohen, 2007) ที่



เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ คือ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration error) ซึ่งเป็นการให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งของการให้ยาที่แพทย์ผู้สั่งให้ยาบันทึกไว้ในประวัติการรักษาของผู้ป่วย มาศึกษา โดยมีขั้นตอน การปฏิบัติที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการค้นหาค่าความเสี่ยง 2) ขั้นตอนการวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงและ 4) ขั้นตอนการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

ส่วนปัจจัยทางด้านเจตคติ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมตามเจตคติ จะทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้นได้ ดังนั้นเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาจะทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมหรือการกระทำที่จะไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ที่ว่าเจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ เทรนดิส (Triandis, 1971) ที่มององค์ประกอบของเจตคติ 3 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ องค์ประกอบทางด้านจิตอารมณ์และองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมมาศึกษาเนื่องจาก องค์ประกอบเจตคติทั้ง3ด้านมีความสัมพันธ์กันถ้าบุคคลมีความรู้ความเข้าใจว่าการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ หรือเป็นสิ่งที่มิโทษ จะมีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ หลังจากได้รับรู้และมีการประเมินค่าสอดคล้องกับคุณค่าที่ตนรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรม ให้การสนับสนุน และร่วมมือในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่อย่างไร

ส่วนปัจจัยด้านภาระงาน ของพยาบาลที่ทำมีหลายอย่างหลายด้านแตกต่างกันไป การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมองภาระงานของ คารายอนและอัลวาราโด (Carayon and Alvarado, 2007) มาศึกษาเนื่องจากการแบ่งกลุ่มลักษณะงานของพยาบาลที่มีผลและเกี่ยวข้องต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยแบ่งภาระงานออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระงานด้านร่างกาย 2) ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา 3) ความกดดันด้านเวลา 4) ภาระงานด้านอารมณ์ 5) ภาระงานเชิงปริมาณ 6) ภาระงานเชิงลักษณะของงาน 7) ความแปรผันของภาระงาน

## ตัวแปรต้น

**เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา**

- 1.ด้านความรู้ความเข้าใจ
- 2.ด้านจิตอารมณ์
- 3.ด้านพฤติกรรม

(Triandis, 1971)

**ภาระงาน**

- 1.ภาระงานด้านร่างกาย
- 2.ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา
- 3.ความกดดันด้านเวลา
- 4.ภาระงานด้านอารมณ์
- 5.ภาระงานเชิงปริมาณ
- 6.ภาระงานเชิงลักษณะของงาน
- 7.ความแปรผันของภาระงาน

(Carayon and Alvarado, 2007)

## ตัวแปรตาม

**การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา**

1. การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
3. การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

(Wilson and Tingle, 1999;  
Cohen, 2007)

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 5. สมมติฐานการวิจัย

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงทางยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือการค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา การวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา การจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา และ การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพต้องมีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในทางบวกเพราะเจตคติเป็นเรื่องของความรู้สึก ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด อาจแสดงออก มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกนั้นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในทางบวกเชื่อว่าการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาจะเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ ช่วยลดความเสี่ยงทางยาที่เกิดขึ้นจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อไป

ภาระงานเป็นหน้าที่ที่พยาบาลวิชาชีพต้องกระทำ ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพมีหลายประเภท (Carayon and Alvarado, 2007) ได้แก่ ภาระงานด้านร่างกาย (Physical workload) ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา (Cognitive workload) ความกดดันด้านเวลา (Time pressure) ภาระงานด้านอารมณ์ (Emotional workload) ภาระงานเชิงปริมาณ (Quantitative workload) ภาระงานเชิงลักษณะของงาน (Qualitative workload) และความแปรผันของภาระงาน (workload variability) เป็นต้นการมีภาระงานมากเกินไป เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Alanko and Nyholm, 2007) ในการป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา จึงมีผลต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

5.1 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

5.2 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ



## 6. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดย

**6.1. ประชากร** เป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง จำนวน 2,623 คน

**6.2. กลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเชิงเดียว (Simple random sampling) จำนวน 249 คน

**6.3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา** คือ

**6.3.1 ตัวแปรต้น** ได้แก่ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงาน

**6.3.2 ตัวแปรตาม** ได้แก่ การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

**7.1 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงจากความผิดพลาดในการให้ยาผู้ป่วย มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถประเมินการ โดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) และความคลาดเคลื่อนทางยาของโคเฮน (Cohen, 2007) ดังนี้

**7.1.1 การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ มีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางยาจากใบคำสั่งยาของแพทย์ การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) รายงานประชุมหน่วยงานทุกเดือน การติดตามข่าวจากสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องการบริหารยาผิดพลาด และรายงานการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือการให้ยา

**7.1.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีการตัดสินใจสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา ความรุนแรงและความสูญเสียจากความผิดพลาดทางยาและเรียงลำดับความสำคัญของความเสี่ยงด้านความผิดพลาดทางยา

**7.1.3 การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ มีการเลือกใช้วิธีการกำจัด การบรรเทา และการควบคุมความเสี่ยงจากความผิดพลาดทางยา

**7.1.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา** หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีการติดตามวัดและประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงจากความผิดพลาดจากยาและมีการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการจัดการความเสี่ยง

**7.2 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา** หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความเสี่ยงในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ไม่มีความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถประเมินเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้โดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของทรานดิส (Triandis, 1971) ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านจิตอารมณ์ และด้านพฤติกรรม ดังนี้

**7.2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจ** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับ นโยบายและประโยชน์ของการจัดการความเสี่ยงจากความผิดพลาดทางยา

**7.2.2 ด้านจิตอารมณ์** หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาภายหลังได้รับรู้กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความ คลาดเคลื่อนทางยา

**7.2.3 ด้านพฤติกรรม** หมายถึง แนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพที่จะปฏิบัติตาม กระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

**7.3 ภาระงาน** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพต้องทำเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยสามารถประเมินภาระงาน โดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของคารายอนและอัลวาราดโ (Carayon and Alvarado, 2007) ที่มองภาระงาน 7 ด้าน ได้แก่

**7.3.1 ภาระงานด้านร่างกาย** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติ กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวและการจัดการเครื่องมือเครื่องใช้ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีจำนวนมาก

**7.3.2 ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อ กิจกรรมที่ต้องใช้ข้อมูลข่าวสารและการจัดการข้อมูลข่าวสารจำนวนมากในเวลาอันสั้น รวมถึงการ สื่อสารประสานงานต่างๆ

**7.3.3 ความกดดันด้านเวลา** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมที่ ต้องทำอย่างรวดเร็วและต้องให้สิ้นสุดภายในเวลาจำกัดที่กำหนด

**7.3.4 ภาระงานด้านอารมณ์** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่องานที่ เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก รวมถึงการทำร้ายร่างกายหรือ โดยการกล่าวร้าย ทางวาจา จากผู้ป่วยและญาติ

**7.3.5 ภาระงานเชิงปริมาณ** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมจำนวนมากที่ต้องปฏิบัติ

**7.3.6 ภาระงานเชิงลักษณะของงาน** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่องานที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนต้องใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานรวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่ใช้กับผู้ป่วย

**7.3.7 ความแปรผันของภาระงาน** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆในแต่ละเวร โดยเวรเช้าและเวรบ่ายมักจะมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าเวรดึก

**7.4 พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูงเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ทำงานในหอผู้ป่วยในและปฏิบัติงานทางด้านการให้ยาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

**7.5 โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ** หมายถึง สถานบริการด้านสาธารณสุขระดับตติยภูมิสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป มีแพทย์เฉพาะสาขาปฏิบัติงานและมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมสำหรับให้บริการรักษาพยาบาล ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตภาคเหนือของประเทศ มี 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลลำปาง

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและฝ่ายพัฒนาบุคลากรในการปรับปรุงและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

8.2 เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา รวมทั้งการวิจัยปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัย ต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทั้งในและต่างประเทศ สรุปวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และ นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
  - 1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
  - 1.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
  - 1.3 ความหมายและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา
  - 1.4 ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา
  - 1.5 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา
  - 2.1 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
    - 2.1.1 ความหมายของเจตคติ
    - 2.1.2 องค์ประกอบของเจตคติ
    - 2.1.3 จุดประสงค์ของการวัดเจตคติ
  - 2.2 ภาระงาน
    - 2.2.1 ความหมายของภาระงาน
    - 2.2.2 ระดับของภาระงาน
    - 2.2.3 ประเภทของภาระงาน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

### 1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง

#### 1.1.1 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้  
 บราวน์ (Brown, 1979) ให้ความหมายว่า การบริหารความเสี่ยง เป็นการ  
 ป้องกันการสูญเสียที่ต้องรับผิดชอบ ควบคุม ปัญหาด้านกฎหมาย และเป็นศาสตร์ในการค้นหา  
 ประเมิน และบำบัดความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดปัญหาที่นำมาซึ่งความสูญเสียของ  
 องค์กร

วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) กล่าวถึง ความหมายของการ  
 บริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ความปลอดภัย  
 และประสิทธิภาพการให้บริการ นำความเสี่ยงนั้นมาประเมินค่าและการดำเนินการจัดหรือลด  
 ความเสี่ยงดังกล่าว

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ให้ความหมายการบริหารความเสี่ยง หมายถึง  
 กระบวนการบริหารเพื่อลดความผิดพลาดที่เกิดจากทฤษฎีปฏิบัติซึ่งมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ  
 อันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือ เจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลผู้เกี่ยวข้องถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

กฤษฎดา แสงวงดี (2542) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง เป็นกระบวนการ  
 ค้นหาความเสี่ยงและมีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหายโดยมีวัตถุประสงค์  
 คือ เพื่อลดอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดกับ ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ และเพื่อลดโอกาสที่จะ  
 สูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ได้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยง  
 หมายถึง กระบวนการหรือระบบบริหาร มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมิน  
 ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

ชวไล ชุ่มคำ (2545) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การบริหารที่  
 เฉพาะเจาะจงกระทำควบคู่ไปกับการบริหารงานทั่วไปเป็นการจัดการเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยง  
 ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ขณะปฏิบัติงาน

สรูป การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการจัดการเพื่อป้องกันหรือ  
 ลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ องค์กร โดยมีการค้นหา วิเคราะห์ จัดการ  
 และประเมินผลการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดการสูญเสียด้านการเงินของ  
 องค์กร

### 1.1.2 วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543) สามารถปฏิบัติได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk financing) มีรายละเอียด

1) การควบคุมความเสี่ยง เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย โดยใช้ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) ที่มีความเสี่ยงสูง การพ่วงถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) ให้บุคคลอื่นหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่แทน การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) โดยการใช้มาตรการต่างๆลดโอกาสที่จะเกิด ความเสียหาย การลดความสูญเสีย (Loss reduction) เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้วใช้กลยุทธ์ต่างๆเพื่อให้บรรเทาลง เช่น การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมา เพื่อลดการเสียชื่อเสียง หรือดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บด้วยความใส่ใจทันที และกลยุทธ์สุดท้าย คือ การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆโดยมีระบบสำรองเพื่อให้ผลกระทบต่อองค์กรลดลง

2) การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย มีเป้าหมายที่จ่ายเงินทดแทนเมื่อเกิดความสูญเสียเกิดขึ้นแล้ว อย่างเหมาะสม หรืออาจมีการถ่ายโอนให้กลุ่มสมาชิกรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

## 1.2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

มีผู้ให้แนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงหลากหลาย ในที่นี้จะขอกล่าวแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย 2 แนวคิด ได้แก่

1.2.1 แนวคิดของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) กล่าวว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นกระบวนการที่องค์กรด้านสุขภาพต้องตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดความสูญเสียในสถานบริการสุขภาพต้องมีการค้นหาและประเมินความเสี่ยงต่อเนื่องเพื่อเพิ่มในการป้องกัน ควบคุมและยับยั้งความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะต้องค้นหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้และที่สำคัญคือ การรายงานอุบัติการณ์ และการจัดการอุบัติการณ์อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งขึ้นอยู่กับการค้นหาได้ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์ สามารถจัดการแก้ไขผลกระทบเหล่านี้ได้ถูกต้องและรวดเร็ว

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) เป็นกระบวนการตัดสิน ความรุนแรงของความสูญเสียและจำแนกความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการค้นหาโอกาสของการเกิดความ



เสี่ยง มีการกำหนดระบบ การจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างรวดเร็ว นับไว้เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน และได้รับความไว้วางใจจากผู้ใช้บริการ

3) *การจัดการความเสี่ยง (Risk Treatment)* ได้แก่ การเลือกใช้วิธีการต่างๆ ขององค์กรที่จะลดความเสี่ยง โดยมีการจัดการคือ การควบคุม การยอมรับ การหลีกเลี่ยง การลด และการพ่วงถ่ายความเสี่ยง สามารถปรับวิธีการต่างๆ เพื่อป้องกันความสูญเสียจากความเสี่ยงให้เหมาะสมที่สุด

4) *การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Evaluation)* เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือ การวัดและการประเมินประสิทธิผลของวิธีการค้นหา วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง เพื่อให้แน่ใจว่า กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงจะถูกวัดและตรวจสอบอย่างถูกต้อง ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ คณะกรรมการการบริหารความเสี่ยง หัวหน้าผู้บริหารองค์กรสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาทางกฎหมาย ของผู้เสียหาย ทนาย สหสาขาวิชาชีพ มาร่วมกันประเมินประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการภายใต้ความซื่อสัตย์และโปร่งใส ความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันจะต้องถูกค้นพบอย่างรวดเร็วและจัดการด้วยวิธีการนุ่มนวล มีวัฒนธรรมไม่ตำหนิ ลงโทษเมื่อรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง คือการวิเคราะห์อุบัติการณ์ ความเสี่ยงและการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและข้อเสนอแนะเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดซ้ำของปัญหา การจัดการความเสี่ยงที่ได้ผลไม่ควรมุ่งไปที่การกระทำของแต่ละบุคคลแต่ควรมุ่งไปที่ ปัจจัยเกี่ยวกับงาน ทีม สถานการณ์และองค์กรพร้อมๆ กัน และเป้าหมายมิได้อยู่ที่การขจัดความผิดพลาดให้หมดสิ้นไปแต่อยู่ที่การลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นตามมา การจัดการความเสี่ยงควรมุ่งเน้นที่การป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่ดีมากกว่าที่จะลดความผิดพลาดเหล่านั้น

**1.2.2 แนวคิดของ อนุวัฒน์ สุภษฎุติกุล (2543)** กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) *การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)* เป็นการค้นหาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา ด้วยวิธีการต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) *เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต* จากระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว หรือประสบการณ์ในอดีตของบุคคล

(2) *เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น* โดยการค้นหาจากวารสารวิชาการ/อินเทอร์เน็ต จากการเข้าร่วมประชุมวิชาการ การสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ หรือการติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ เพื่อสร้างบัญชีความเสี่ยง (Risk profile)

(3) การเรียนรู้ในระหว่างการทำงาน เป็นการค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และควบคุมความเสียหายที่จะเกิดปัญหาในอนาคต โดยการใช้วิธีการรายงานผลไม่พึงประสงค์ (Adverse patient occurrence) 3 ลักษณะ คือ

ก. การรายงานอุบัติการณ์ (Incident reporting) โดยบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์เป็นผู้ที่มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา

ข. การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence Screening) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย จากทีมที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับคุณภาพ

ค. การรายงานเหตุการณ์ (Occurrence Report) หรือการรายงานอุบัติการณ์ตามรายการที่กำหนด (Structured Incident Report) เจ้าหน้าที่ที่รายงานต้องเข้าใจ ทุกคนต้องรับทราบและจะต้องรายงานเหตุการณ์เหล่านี้ เพื่อให้ข้อมูลกลับ (Feedback) มายังเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรง

## 2) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

(1) การประเมินเพื่อควบคุมความเสียหาย ซึ่งเป็นการประเมินขั้นต้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น และจะต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อทบทวนในเวลาไม่เกิน 24 ชม. ต้องมีคำถามขึ้นในใจอย่างต่อเนื่องว่า เกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสาเหตุ ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร จะจัดการเองหรือต้องการความช่วยเหลือ

(2) ประเมินจากบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) การจัดทำ บัญชีความเสี่ยง ทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเรื่องเฉพาะของหน่วยงาน ต้องมีการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆที่สำคัญ ต้องมีการวิเคราะห์ความรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และนำไปวางแผนจัดการอย่างเหมาะสม

3) การจัดการกับความเสี่ยง (Action to manage risk) เป็นการควบคุมความเสี่ยง กับการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียซึ่งเป็นการจัดการในระดับโรงพยาบาล โดยมีกลยุทธ์ในการควบคุมความสูญเสีย ดังนี้คือ

(1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) เช่น การปิดห้องผ่าตัด เนื่องจาก ไม่มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล

(2) การผ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) เช่นการจ้างเหมาให้บริการมาดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน

(3) การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) โดยการ



ก. ปกป้อง เช่น กล่องใส่ของมีคม การฉีดวัคซีน การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับหัตถการบางอย่าง

ข. การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การตรวจสอบ การทดสอบระบบสำรอง

ค. การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน การรับส่งผู้ป่วยอาการหนัก

ง. การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง

(4) การลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ (Loss reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้

(5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

4) การประเมินผลการจัดการ (Evaluation) จะเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ กิจกรรมการประเมิน ได้แก่

(1) การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

(2) การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ ต้องทบทวนว่าอุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว และอุบัติการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดี่ยว (Isolated incident) หรือเป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่

(3) การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มหรือไม่

จากการทบทวนวรรณกรรมการบริหารความเสี่ยง พบว่า การบริหารความเสี่ยงจะมีประสิทธิภาพได้นั้นต้องอาศัยกระบวนการต่างๆ ร่วมกันอย่างเป็นขั้นตอน กระบวนการบริหารความเสี่ยงของแต่ละนักวิชาการจะแตกต่างกัน งานวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามแนวคิดของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) ที่มี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการ

ความเสี่ยงมาเป็นแนวทางในการบูรณาการกับความคลาดเคลื่อนทางยา ได้เป็นแนวคิดการบริหาร ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา

### 1.3 ความหมายและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา

#### 1.3.1 ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา

มีผู้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยาไว้หลากหลาย ตัวอย่าง เช่น บาทิส (Bates, 1995) ให้ความหมาย ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึงความคลาดเคลื่อนใดๆใน กระบวนการใช้ยา

เลเปเป (Leape, 1995) ให้ความหมายความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง ความคลาดเคลื่อนใด ๆ ในกระบวนการสั่งใช้ยา การจ่ายยา หรือการให้ยา อาจมีหรือไม่มีผลเชิงลบ ตามมา

สมาคมเภสัชกรแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Society of Health-System Pharmacists, 1993) ได้ให้ความหมาย ความคลาดเคลื่อนทางยาว่า หมายถึง การเกิด อุบัติการณ์ใดๆที่อาจก่อให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและสามารถ ป้องกันได้ภายใต้การดูแลและควบคุมความรับผิดชอบของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอุบัติการณ์นั้น สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในลักษณะวิชาชีพต่างๆ ตั้งแต่ การสั่งใช้ยา การสื่อสาร คำสั่ง การติด ฉลากเขียนซองยา การบรรจุซอง การจ่ายยา การให้ยา การสอนและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา การเฝ้า ระวังติดตามผลและอาการไม่พึงประสงค์จากยา

นีเบเกอร์ (Nebeker, 2004) ให้ความหมายความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมอาจมีผลให้เกิดอันตรายหรือไม่ก็ได้

สรุป ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่บุคลากรวิชาชีพด้าน สุขภาพกระทำแตกต่างจากมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใช้ยาและการกระทำนั้น อาจมีอันตรายหรือไม่อันตรายต่อผู้ใช้บริการก็ได้

#### 1.3.2 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา

สภาประสานความร่วมมือแห่งชาติด้านการป้องกันและการรายงานความ คลาดเคลื่อนทางยา (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention, 2001) ได้สรุปสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้

1) ปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนของการติดต่อสื่อสาร จากการใช้ ยา เขียนยาหรือแปลคำสั่งการใช้ยาผิด คลาดเคลื่อนจากชื่อยาคล้ายกันออกเสียงคล้ายกัน

คลาดเคลื่อนจากฉลากยาไม่ชัดเจน คลาดเคลื่อนจากวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ในการบริหารยา ไม่เหมาะสมไม่พร้อมใช้ไม่ได้มาตรฐาน

2) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ พยาบาลขาดความรู้เรื่องยา พฤติกรรมการ ปฏิบัติงานบกพร่องผิดพลาด เช่น เตรียมยาผิด คัดลอกยาผิด คำนวณยาผิด มีความเครียด เนื่องจาก ภาระงานที่มากเกินไป ความเหนื่อยล้า อ่อนนอน เป็นต้น

อลัน โกและนิโฮม (Alanko and Nyholm, 2007) ได้วิเคราะห์ สาเหตุของการ เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล มี 2 ปัจจัย คือ

1) ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Organization factors) ได้แก่

(1) ภาระงานที่มากเกินไป (Over workload) การมีเจ้าหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม ต้องทำงานเกินชั่วโมง งานที่หนักยาก (Intensive of work) และต้องรีบเร่งทำให้เสร็จทันเวลา (Time pressure) อยู่ในสถานการณ์ที่เร่งด่วน (Herried situation) และงานที่ต้องทำให้เครียด (Job stress) จะ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการทางยาของพยาบาล ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการณ์ในการบริหาร ยาสูง

(2) การติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลว (Communication breakdown) ระหว่าง พยาบาล กับพยาบาล หรือ ระหว่าง พยาบาลกับวิชาชีพแพทย์และเภสัช การสื่อสารคำสั่งในกรณีฉุกเฉิน แพทย์สั่งด้วยวาจา (Verbal Order) หรือทางโทรศัพท์ (Telephone Order) ความผิดพลาดเกิด จากการพูดไม่ชัดเจน พูดเร็วเกินไป หรือฟังไม่ชัดเจนและการไม่ทบทวนคำสั่ง

(3) สภาพแวดล้อมด้านการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) เช่น การมีเสียงรบกวน (High noise) ขณะบริหารยา สภาพการบริหาร จัดการที่อ่อนแอ (Administration and managerial weakness) เช่น การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการสอน ชี้แนะหรือไม่ได้รับคำแนะนำ (Staff inadequate orientation to task)

(4) มีสิ่งที่ทำให้ขาดสมาธิ หรือขัดจังหวะในการบริหารยา (Distractions and interruptions) จะรวมไปถึง การไม่ได้หยุดพัก การรับงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน การ สนทนาเรื่องอื่นๆ

(5) ผลกระทบของยา เช่น ซ้ำยากคล้ายกัน ยาที่มีรูปแบบฟอร์มหลายรูปแบบ วิธีการใช้ยาไม่ชัดเจน ทำให้เป็นสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

2) ปัจจัยด้านบุคคล (Individual factors) ได้แก่

(1) พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา (Inability to follow protocol) ไม่ได้ตรวจทวนยา ตรวจทวนชื่อผู้ป่วย หรือตรวจทวนเอกสารก่อนบริหารยา ไม่ปฏิบัติ

ตามเทคนิคการให้ยาที่ถูกหลัก 6 ประการ คือ ถูกยา (Right Drug) ถูกขนาด (Right Dose) ถูกทาง (Right Route) ถูกเวลา (Right Time) ถูกผู้ป่วย (Right Patient) และถูกเทคนิค (Right Technique)

(2) พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาไม่เพียงพอ (Inadequate knowledge of medication) การไม่ทราบยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน ขาดความรู้เกี่ยวกับยา ไม่ทราบสรรพคุณ กลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง ข้อควรระวังข้อห้าม และวิธีการให้ยา

(3) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เช่นการมีความเครียด การขาดประสบการณ์ในการทำงาน

จากการศึกษา ค้นคว้า ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้างเกี่ยวกับภาระงานที่มีผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งจะมีผลต่อการจัดการความเสี่ยงในด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล

#### 1.4 ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถแบ่งเป็นประเภทใหญ่ได้ หลายลักษณะ ดังนี้

**1.4.1 แบ่งโดยยึดที่ตัวผู้ป่วย** สภาประสานความร่วมมือแห่งชาติด้านการป้องกันและการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention, 2001) ได้กำหนดความรุนแรงเป็น 9 ระดับ ตั้งแต่ A ถึง I

Category A ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

Category B มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

Category C มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นไปถึงผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

Category D มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นไม่เป็นอันตรายแต่ต้องเฝ้าระวังติดตามดูเพิ่มขึ้น

Category E มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่ม

Category F มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นจำเป็นต้องยืดเวลาในการรักษาผู้ป่วยต่อไปอีก

Category G มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น พิการ

Category H มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิต เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น

Category I มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

#### 1.4.2 แบ่งตามวิชาชีพที่รับผิดชอบในแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา

กระบวนการใช้ยาที่รักษาในโรงพยาบาลมี 4 กระบวนการคือ กระบวนการสั่งใช้ยา กระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา กระบวนการจ่ายยา และกระบวนการบริหารยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นมี 4 ลักษณะดังนี้

1) ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing Error) จะเกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์เป็นการสั่งใช้ยาผิดโดยเลือกใช้ ขนาดยาผิด รูปแบบยาผิด สั่งยาในจำนวนที่ผิด เลือกวิธีทางให้ยาผิด เลือกความเข้มข้นของยาผิด เลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิด การสั่งใช้ยาผิดตัวผู้ป่วย หรือการไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ของการให้ยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วยมี 2 ด้าน (ปรีชา มณฑาทานติกุล, 2547) ได้แก่

(1) ความคลาดเคลื่อนจากการตัดสินใจสั่งใช้ยา คือ ใช้ยาในผู้ป่วยโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมหรือไม่มีข้อบ่งชี้ยานั้นๆ การใช้ยาสองชนิดที่มีข้อบ่งชี้เดียวกันโดยไม่มีควมจำเป็น การใช้ยาในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ยานั้นๆ ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา ใช้ยาที่มีขนาดต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป ใช้ยาที่ไม่สามารถผสมกันได้ การใช้ยาผิดวิธีทาง เป็นต้น

(2) ความคลาดเคลื่อนจากการเขียนคำสั่งใช้ยา ได้แก่ เขียนชื่อยา ขนาดยา ความแรง รูปแบบยา ไม่ถูกต้อง ไม่ระบุขนาด วิธีทาง ความเร็วของการให้ยา เขียนลายมืออ่านยาก เขียนข้อความที่คลุมเครือ ใช้ชื่อย่อที่ไม่เป็นสากล เขียนหน่วยยาผิด เป็นต้น

2) ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcription Error) จะเกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลหรือเภสัชกรเป็นความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา จากคำสั่งยาต้นฉบับที่ผู้สั่งใช้ยาเขียนแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ คลาดเคลื่อนจากการไม่ได้คัดลอกคำสั่งใช้ยา และความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยาผิด

3) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing Error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชคือ จ่ายยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งใช้ยาเช่น ไม่จ่ายยาตามที่แพทย์สั่ง หรือจ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งแพทย์ จ่ายยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดรูปแบบ ผิดจำนวน คำวนขนาดยาผิด จ่ายยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน จ่ายยาในผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ จ่ายยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ จ่ายยาที่มีผลยาผิด จ่ายยาให้ผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน ภาชนะบรรจุยาไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง เป็นต้น

4) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration Error) จะเกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลเป็นความคลาดเคลื่อนที่ให้ยาไม่ตรงคำสั่งใช้ยาที่แพทย์เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาแบ่งประเภทความคลาดเคลื่อนได้เป็น 3 ประเภท คือ



(1) การตัดสินใจทางคลินิกก่อนบริหารยา เป็นขั้นตอนที่ผู้บริหารยารวบรวมศึกษาข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น โรค โรคประจำตัว การได้รับยา การแพ้ยา รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมยา โดยความคลาดเคลื่อนที่พบได้แก่ การให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้โดยมีบันทึกประวัติการแพ้ยาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยชัดเจน การให้ยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน และการเตรียมยาไม่เหมาะสมไม่ถูกต้อง

(2) การตัดสินใจในขณะบริหารยา เป็นการบริหารที่ผู้บริหารยาได้ตัดสินใจแล้วว่ายาที่จะให้ผู้ป่วยมีความเหมาะสม โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนนี้ (Cohen, 2007) ได้แก่

ก. การบริหารยาซึ่งผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่ง (Unordered or Unauthorized Drug) หรือเรียกว่า การบริหารยาผิดชนิด (Wrong Drug Error) คือ การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการสั่งยานั้น

ข. การบริหารมากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (Extra –dose Error) คือการให้ยาผู้ป่วยเกินจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งเช่น แพทย์สั่งหยุดใช้แต่ยังให้อยู่หรือให้ขณะที่แพทย์ให้หยุดยาไว้ก่อนตัวอย่างเช่น ถ้าแพทย์สั่งให้ยาทุกๆตอนเช้าและผู้ป่วยได้รับอีกครั้งในตอนเย็นถือว่าเป็นการบริหารยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง

ค. การบริหารยาไม่ครบหรือลืมให้ยา (Omission Error) คือผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามเวลา ไม่นับผู้ป่วยปฏิเสธหรือมีอาการง่วงและอาหารก่อนเพื่อการผ่าตัด

ง. การบริหารยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong Patient) รวมไปถึงการบริหารยาซึ่งผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่ง (Unordered or Unauthorized Drug) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเกิน และการบริหารยาไม่ครบหรือลืมให้ยา (Omission Error) ในผู้ป่วยที่แพทย์ตั้งใจให้

จ. การบริหารยาผิดขนาด (Wrong Dose Error) จะเกิดเมื่อยาชนิดนั้นมีหลายขนาดแต่ให้ขนาดไม่ตรงคำสั่งใช้ยาหรืออาจเกิดจากวัด แบ่งไม่ถูกต้อง นักวิชาการบางท่านยอมรับขนาดของยาที่แตกต่างมากกว่า 10 % ของขนาดยาจริงถือว่าเป็นเกิดความคลาดเคลื่อน

ฉ. การบริหารยาผิดวิธีทาง (Wrong Route Error) เกิดขึ้นเมื่อให้ยาในตำแหน่งหรือข้างที่แตกต่างไปจากคำสั่งตัวอย่างเช่น สั่งฉีดยาแต่ให้ยาทางปาก และให้ยาทางหูข้างขวาแทนที่จะให้หูซ้าย

ช. การบริหารยาผิดเวลา (Wrong Time Error) คือ การให้ยามากกว่า 60 นาทีก่อนหรือหลัง ตามตารางให้ยา หรือตามเหตุผลของการยอมรับได้ เช่น ให้งดยทุกสิ่งทางปากหรือให้ยาเมื่อจำเป็น (PRN) ควรจะไม่ให้ใกล้เกินไปกับให้ยาก่อนหน้านั้น ตามคำสั่ง ตามตารางเวลา การบริหารยาผิดเวลา (Wrong Time Error) จะไม่ถูกบันทึกถ้าแพทย์ไม่ระบุเวลาการให้

ยาในวันนั้นจนถึงการให้ครั้งที่ 2 การให้ยาครั้งแรกตามตารางมาตรฐานการให้ยาจะถูกบันทึกซึ่งจะมีผลต่อการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาในครั้งต่อไปในวันนั้น สามารถยอมรับได้ ที่ 60 นาทีก่อนและหลัง ตามตารางการให้ยา โรงพยาบาลบางแห่งใช้เลขรหัส (Bar code) เพื่อประเมินตรวจสอบการให้ยาในระบบ 90 นาทีก่อนและหลังตามตาราง

**ฉ. การบริหารยาผิดขนาดและรูปแบบยา (Wrong Dosage-form Error)** คือการให้ยาในรูปแบบที่แตกต่างจากคำสั่งเช่น คำสั่งให้ยาแขวนตะกอนแต่ให้ยาเป็นแบบชนิดเม็ดและให้ยาเอสไพรินรูปแบบไม่เคลือบแทนที่จะให้ในรูปแบบที่เคลือบถ้าใส่ กรณีรูปแบบชนิดเม็ดที่ถูกบด ให้แตกละเอียดจะไม่ถือว่าเป็นผิดรูปแบบยาเนื่องจากผลกระทบของการบดไม่ทำให้ประสิทธิภาพของยาบางตัวลดลง

**ญ. การบริหารยาผิดเทคนิค (Wrong Technique Error)** คือการกระทำที่ไม่ถูกต้องหรือละเอียดในช่วงระหว่างการเตรียมยาหรือการให้ยาเช่น ถ้าให้อัตราสารน้ำผิดแต่ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องถือว่าผิดเทคนิค ถ้าผู้สั่งมีคำสั่งให้ยาเพื่อปรับยาตามขนาดอัตราการเต้นของชีพจรหรือความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละเลยไม่ได้ทำถือว่าผิดเทคนิคแต่ถ้าพบว่าอัตราการเต้นของชีพจรต่ำแล้วยังคงให้ยาอยู่ถือว่าเกิดการบริหารมากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (Etra – dose Error)

จากการศึกษาในประเทศอังกฤษถือว่าการให้สารน้ำถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการให้ยาถ้าคลาดเคลื่อนจากการเตรียมหรือไม่ตรงตามใบคำสั่ง ไม่ตรงตามกฎการให้สารน้ำ หรือไม่ตรงตามคำแนะนำที่ผู้ผลิตแนะนำไว้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความคลาดเคลื่อนจนถึงเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้

(3) การตัดสินใจหลังการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นคือไม่ได้ติดตามผลหรืออาการผิดปกติหลังการให้ยา (Mornitor Error) (ซิดา นิงสานนท์และคณะ, 2547)

## 1.5 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) และความคลาดเคลื่อนทางยาของโคเฮน (Cohen, 2007) ใช้เป็นเครื่องมือจัดการเพื่อป้องกันหรือลดโอกาสจะเกิดความเสียหายประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

**1.5.1 การค้นหาความเสี่ยงทางยา (Risk Identification of drug)** เป็นการค้นหาทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

1) ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกได้แก่ การค้นหาโดยใช้เทคนิคการตรวจค้นความคลาดเคลื่อนทางยา (ชะอริสิน สุขศรีวงศ์, 2542) ดังนี้

(1) ความคลาดเคลื่อนด้านคำสั่งใช้ยา ใช้การตรวจซ้ำสอง (Double checking) พยาบาลทบทวนใบสั่งยาก่อนส่งไปห้องยาหรือเภสัชกรตรวจสอบใบสั่งยาซ้ำก่อนส่งมอบยาไปหผู้ป่วย

(2) ความคลาดเคลื่อนด้านการจ่ายยา โดยการให้เจ้าหน้าที่ห้องยาสังเกตและบันทึกข้อมูลในขณะนั้น (Participant observer) หรือการตรวจซ้ำสอง (Double checking) โดยให้เภสัชกรตรวจยาซ้ำก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วยและพยาบาลตรวจยาซ้ำก่อนจะเก็บยาไว้ในตู้ยาแต่ละห้องของผู้ป่วย

(3) ความคลาดเคลื่อนด้านการให้ยา ผู้ทำผิดพลาดหรือผู้พบเห็นอุบัติการณ์ หรือบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์ต้องเขียนรายงานในแบบฟอร์ม (Anonymous self-report) หรือค้นหาความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record: MAR) การบันทึกรายงานความคลาดเคลื่อนยาจะต้องไม่ระบุชื่อผู้กระทำ บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ไม่แสดงความคิดเห็นหรือกล่าวหาบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ระบบการรายงานต้องเป็นความลับ ผู้บริหารไม่มุ่งเน้นหาผู้กระทำผิด

2) ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่ การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาจาก

(1) การศึกษาระบบบันทึกข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีในหน่วยงานเช่น การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล รายงานการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือการให้ยา ซึ่งข้อมูลที่รายงานจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปปรับปรุงพัฒนาเพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือลดความรุนแรง

(2) จากวารสารวิชาการ สืบค้นข้อมูลจาก อินเทอร์เน็ต การติดตามข่าวจากสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องการบริหารยา

(3) การรายงานประชุม หน่วยงานทุกเดือนเพื่อนำเป็นแนวทางในการปรับแก้ไขข้อบกพร่อง

**1.5.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางยา (Risk analysis of drug)** เป็นการวิเคราะห์สาเหตุ ความถี่ ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

1) การวิเคราะห์สาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยา อาจเกิดได้หลายสาเหตุทั้งปัจจัยด้าน โครงสร้างและปัจจัยด้านบุคคล (Alanko and Nyholm, 2007) การทราบสาเหตุจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดความเสี่ยง

2) การวิเคราะห์ความถี่ความคลาดเคลื่อนทางยา การเกิดความถี่หรือเกิดซ้ำในเรื่องเดิมคณะกรรมการหรือผู้บริหารต้องจัดการแก้ไข



3) การวิเคราะห์ความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยา โคเฮน (Cohen, 1999) ได้แบ่งดัชนีความรุนแรงออกเป็น 4 ประเภท 9 ระดับ จาก A-I ดังนี้

(1) ประเภทที่ 1 ไม่มีความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับ A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน

(2) ประเภทที่ 2 มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย

ระดับ B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นไม่เป็นอันตรายเนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นไปถึงผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตราย

ระดับ D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นไม่เป็นอันตรายแต่ต้องติดตามดูแลเพิ่มเติม

(3) ประเภทที่ 3 มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

ระดับ E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว ต้องรักษาเพิ่มเติม

ระดับ F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว ต้องยืดเวลาในการนอนโรงพยาบาลออกไป

ระดับ G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับ H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเกือบถึงแก่ชีวิต

(4) ประเภทที่ 4 มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย จนเสียชีวิต

ระดับ H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเสียชีวิต

1.5.3 การจัดการความเสี่ยงทางยา (Risk treatment of drug) โดยการ ควบคุม ลด ป้องกัน หลีกเลี่ยง แก้ไขความเสี่ยงที่ได้วิเคราะห์มาแล้ว (สารนิติ บุญประสพ, 2549) โดยการ

1) ระดมทรัพยากรบุคคล (Human Resources) และศักยภาพของบุคลากร มาใช้ให้เกิดประโยชน์

2) การสื่อสาร (Communication) มีการกำหนดแนวทางการสื่อสาร การ รายงานข้อมูลความเสี่ยงภายในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) โดยสร้างความเชื่อมั่นแก่บุคลากร อุบัติการณ์ที่ถูกรายงานไม่มีผลเชิงลบแต่มีผลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการ ปฏิบัติครั้งต่อไปและมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ ผู้ปฏิบัติงาน

5) การปฏิบัติการบริหารยา ในลักษณะการควบคุมและการป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้

(1) การประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้ได้ยาตามวัตถุประสงค์ของการให้ยาในเรื่อง อายุ น้ำหนัก เพศ ภาวะโภชนาการ ประเมินความรู้ ประวัติการแพ้ยา สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกรู้ตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประเมินการยอมรับการใช้ยาของผู้ป่วย

(2) การรับคำสั่งแพทย์ ในการให้ยา ในการอ่าน การคัดลอกต้องถูกต้องครบถ้วน ชัดเจน ตามคำสั่งถ้าคำสั่งไม่ถูกต้องไม่ชัดเจนต้องปรึกษาแพทย์ไม่คาดเดาเองกรณีที่ปรึกษาแพทย์แล้วยืนยันให้การรักษาแบบเดิมโดยที่พยาบาลเห็นว่าอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย พยาบาลสามารถปฏิเสธการให้ยาแก่ผู้ป่วยได้และให้แพทย์เป็นผู้ให้ยาเองพร้อมทั้งบันทึกไว้เป็นหลักฐานกรณีต้องให้ยาเร่งด่วนต้องเขียนแผนการรักษาไว้ตามคำพูดและพูดทวนซ้ำกับแพทย์ก่อนไปจัดเตรียมยาและต้องให้แพทย์เซ็นกำกับภายใน 24 ชั่วโมง

(3) การเตรียมยา ต้องมีการอ่านฉลากยา 3 ครั้งคือ ก่อนหยิบยาออกจากที่เก็บ ก่อนเตรียมยา และก่อนเก็บยาเข้าที่เดิมถ้าเป็นยาฉีดต้องอ่านชื่อยา วิธีทางที่ให้ยา ขนาดที่บรรจุในหลอดยา และวันเดือนปีที่หมดอายุ ต้องมีการศึกษารูปแบบการออกฤทธิ์ของยา สามารถพบได้หรือไม่ หรือยามีปฏิกิริยาต่อกันหรือไม่

(4) การให้ยา ก่อนการให้ยาต้องตรวจสอบความถูกต้องตามหลัก 5 ประการ คือ ตรวจสอบชื่อยา ขนาด เวลา วิธีทางที่ให้ ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยต้องตรงกับใบบันทึกการให้ยา ตรงกับป้ายท้ายเตียงหรือป้ายข้อมือ ไม่ถามชื่อนำถ้าเป็นเด็กเล็กให้ถามชื่อกับบิดา มารดา หรือผู้ปกครองเด็กให้ยาผู้ป่วยเฉพาะที่ตนเองเตรียมเท่านั้น ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาล ไม่วางยาทิ้งไว้เพราะผู้ป่วยอาจลืมรับประทานยา สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้รู้จักชื่อ ขนาดยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา

(5) การติดตามผลหลังการให้ยา เพื่อสังเกตการตอบสนองต่อยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ยาบางชนิดจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ปรับจำนวนหยด ต้องติดตามสังเกตการณ์ไหลเข้าสู่ผู้ป่วย ยาบางชนิดต้องติดตามสัญญาณชีพ

(6) การบันทึกและการรายงาน ให้บันทึกในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record:MAR) ทันทีถ้าผู้ป่วยปฏิเสธยาต้องลงบันทึกเหตุผลที่ผู้ป่วยปฏิเสธยา ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล

**1.5.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงทางยา** (Risk management evaluation of drug) เป็นการติดตามผลการดำเนินงานที่กำหนด ได้ผลมากน้อยเพียงใด ต้องปรับปรุงพัฒนา เปลี่ยนแปลงหรือไม่โดยการ

1) การติดตามผลการจัดการความเสี่ยง จากตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน เป็นประจำทุกเดือน จากรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา จากรายงานการตรวจสอบการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์บาลด้านความผิดพลาดทางยา และจากรายงานข้อร้องเรียนต่างๆทางด้านการให้ยา

2) *เปรียบเทียบผลการจัดการความเสี่ยงกับข้อมูลเดิม* ด้วยการทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือนทุกปีให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา รวมทั้งมีมาตรการในการป้องกันหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์นั้นทั้งที่มีการป้องกันไว้แล้ว

3) *ประเมินวิธีการจัดการความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว* ตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ประเมินประสิทธิภาพของวิธีการปฏิบัติแล้วนำมาแก้ไข ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสม

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

### 2.1 เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

#### 2.1.1 ความหมายของเจตคติ

เจตคติเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่สำคัญเพราะพฤติกรรมต่างๆที่บุคคลแสดงออกล้วนเป็นภาพสะท้อนจากเจตคติที่มีอยู่ภายในตัวของบุคคลนั้น การทราบถึงเจตคติของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าเป็นไปในทิศทางใดและมีความเข้มมากน้อยแค่ไหนย่อมทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถทำนายพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นของบุคคลนั้นได้ และสามารถวางแผนดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนั้นได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เจตคติมี 2 ทิศทางคือ เจตคติทางบวก เป็นความรู้สึกที่พึงพอใจและพร้อมที่จะตอบสนองในลักษณะที่เห็นด้วย อยากรกระทำ อยากเข้าใจหรือปฏิบัติในทางที่ดีต่อสิ่งนั้น ส่วนเจตคติทางลบเป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจและพร้อมที่จะตอบสนองในลักษณะที่เห็นด้วยไม่อยากรกระทำและไม่อยากเข้าใจสิ่งนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม บารอน (Baron, 1986) กล่าวว่า ลักษณะของเจตคติ มีดังนี้คือ

- 1) เจตคติ เป็นสภาวะหนึ่งของจิตใจที่มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมในเชิงบวกหรือเชิงลบก็ได้
- 2) เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ และจากประสบการณ์เมื่อเรียนรู้ว่าสิ่งใดทำให้เกิดความพึงพอใจ มีประโยชน์ ก็จะเกิดเจตคติเชิงบวกหากเป็นไปในทางตรงข้ามก็จะเกิดเจตคติเชิงลบต่อสิ่งนั้น

3) เจตคติเกิดจากความคิด ความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่สะสมมานานและเป็นไปในทิศทางเดียวกันซ้ำๆจะทำให้เกิดเจตคติได้เร็วและมั่นคง

4) เจตคติของแต่ละคนต่อสิ่งเดียวกันจะแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การรับรู้ และการเรียนรู้ของแต่ละคน

5) เจตคติอาจใช้ในการทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ นั่นคือ บุคคลที่มีเจตคติต่อสิ่งใด ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งนั้น

6) เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีการวางเงื่อนไข หรือปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล พร้อมทั้งดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

### 2.1.2 องค์ประกอบของเจตคติ

แมคไกวร์และเชฟเวอร์ (Mcguire, 1969 and Shaver, 1977 อ้างถึงในกัญญา มุลประหัส, 2545) ได้กล่าวถึงเจตคติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1) *ความรู้เชิงประเมินค่า* (Cognitive component) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่างๆรวมทั้งความเชื่อต่อสิ่งเหล่านั้นว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือมีโทษมากน้อยเพียงใด เป็นการประเมินค่าสิ่งของถ้ามีทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆไม่ตรงความเป็นจริงจะทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือส่วนรวมได้

2) *ความรู้สึกทางอารมณ์* (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นการที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลจะเกิดความรู้สึกชอบสิ่งนั้นและตรงกันข้ามถ้ารู้สึกสิ่งใดมีโทษบุคคลจะไม่ชอบหรือเกลียดสิ่งนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและสอดคล้องกับการรับรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆด้วย

3) *การมุ่งกระทำ* (Behavioral intention component) หมายถึง ความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเองแต่จะเลือกที่จะปฏิบัติในทิศทางบวกหรือลบซึ่งขึ้นอยู่กับความคิด ความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินแล้วถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ว่าสิ่งนั้นดีมีคุณค่าเกิดความรู้สึกชอบหรือพอใจพร้อมที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนชอบและพอใจให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลรู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดีมีโทษก็จะเกิดความรู้สึกไม่ชอบไม่พอใจ บุคคลพร้อมที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งนั้น

ทรานดิส (Traindis, 1971) กล่าวว่า เจตคติ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) **องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component)** เป็นการรับรู้ของบุคคลในการจำแนกสิ่งต่างๆจากประสบการณ์ที่เคยได้รับมาทำให้เกิดความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนั้นซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจของแต่ละบุคคลทำให้มีปฏิกิริยาต่อสิ่งนั้นแตกต่างกันและแสดงความคิดเห็นออกมาแตกต่างกัน

2) **องค์ประกอบด้านจิตอารมณ์ (Affective component)** เป็นอารมณ์ (Emotion) หรือความรู้สึก (feeling) ที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นๆหลังจากได้ประเมินว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าในทางบวกหรือลบ มีประโยชน์หรือมีโทษ โดยจะแสดงอารมณ์หรือความรู้สึกกับสิ่งที่ประเมินแล้วว่าสิ่งนั้นพอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ชอบหรือไม่ชอบ

3) **องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)** เป็นความโน้มเอียงหรือแนวโน้มในการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติหลังจากประเมินสิ่งเรานั้นแล้วถ้าชอบมีประโยชน์พึงพอใจหรือต้องการก็จะให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลรู้ว่าสิ่งนั้นไม่ดีไม่ชอบมีโทษก็จะหลีกเลี่ยงสิ่งนั้น

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาสนใจแนวคิดทรานดิส มาศึกษาเพราะเชื่อว่า องค์ประกอบเจตคติทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กันถ้าบุคคลมีความรู้ความเข้าใจว่าการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ หรือเป็นสิ่งที่มิมีโทษ จะมีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ หลังจากได้รับรู้และมีการประเมินค่าสอดคล้องกับคุณค่าที่ตนรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรม ให้การสนับสนุนและร่วมมือในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่อย่างไร

### 2.1.3 จุดประสงค์ของการวัดเจตคติ

ดวงเดือน พันธุนาวิน (2530) ได้กล่าวถึงจุดประสงค์ของการวัดเจตคติ คือ

1) **วัดเพื่อทำนายพฤติกรรม** การมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลย่อมเป็นเครื่องแสดงว่าเขามีความรู้ทางด้านดีหรือไม่ดี เกี่ยวกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด การทราบเจตคติของบุคคลย่อมช่วยให้ทราบการกระทำของบุคคลนั้นได้

2) **วัดเพื่อหาทางป้องกันและแก้ไข** การที่บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งใดอย่างไรรั้นเป็นสิทธิส่วนบุคคล บุคคลจะมีเจตคติต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใดแตกต่างกันไปจึงจำเป็นต้องให้กลุ่มมีความคิดเห็นและเจตคติสอดคล้องกันเพื่อป้องกันปัญหาข้อขัดแย้งในเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข



3) **วัดเพื่อความเข้าใจ** สาเหตุและเปรียบเทียบสาเหตุภายในที่ผลักดันให้บุคคลทำสิ่งต่างๆที่แตกต่างกันซึ่งสาเหตุภายในหรือเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอาจมีผลจากสาเหตุภายนอก ดังนั้นบางครั้งอาจต้องวัดเจตคติของบุคคลต่อสาเหตุภายนอกด้วย

จากที่ศึกษาดังกล่าว ถ้าเราทราบเจตคติของบุคคลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเราสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา

## 2.2 ภาระงาน (workload)

### 2.2.1 ความหมายของภาระงาน

สังศรี กิตติรัศมีตระกูล (2007) ได้ให้ความหมายของ ภาระงาน (workload) หมายถึง ปริมาณงานที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยบริการซึ่งวัดได้จากจำนวนหน่วยบริการ(Unit of service)

ราชัน อรุณแสง (2552) ได้ให้ความหมายของ ภาระงาน หมายถึง สิ่งที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการต้องมีหน้าที่ปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

หน่วยนับภาระงาน (Unit of workload) จะนับเป็นชิ้น อัน ราย ในกรณีที่ผลงานนั้นใช้เวลาในการผลิตที่คงที่เป็นการผลิตที่มีกระบวนการผลิตตรงไปตรงมาส่วนในกรณีที่คนหลายคนร่วมกันผลิตหรือผลงานนั้นใช้เวลาในการผลิตแตกต่างกัน หน่วยนับของภาระงานจะนับเป็นคนและเวลา

การวิเคราะห์ภาระงาน (Workload analysis) เป็นการศึกษาค้นคว้า แยกแยะ จำแนก แจกแจงแล้วแสดงให้เห็นว่างานและผลงานที่ทำหรือผลิตนั้นมีจำนวนปริมาณเท่าไร ใช้ทรัพยากรคนและเวลาในการผลิตเท่าไร บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ผลงานที่เกิดขึ้นหรือผลิตได้อาจเป็นผลงานของบุคคลหรือองค์กรก็ได้ประโยชน์ที่ได้จากการวิเคราะห์ภาระงานจะเป็นการประเมินค่าผลการปฏิบัติงาน การใช้ทรัพยากรคนและเวลาคุ่มค่าหรือไม่ ใช้ในการวางแผนจัดอัตรากำลังบริหารต้นทุน ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรพัฒนางานและองค์กรต่อไป

ภาระงานของวิชาชีพพยาบาล (Nursing workload) เป็นงานที่บุคลากรพยาบาลใช้ไปเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล (Nursing Activity) จะมีทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct Care) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect Care) กิจกรรมที่สัมพันธ์กับหน่วยงาน (Unit –Related) และเวลาส่วนบุคคล (Personal Time) (Ball et al, 1984) ซึ่งกิจกรรม



เหล่านี้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่กิจกรรมพยาบาลในแต่ละวันแต่เวร โดยแบ่งเป็นกิจกรรมที่มีผลงานและกิจกรรมที่ไม่มีผลงาน (มาริษา สมบัติบุรณ์, 2546) ดังนี้

## 1. กิจกรรมที่มีผลงาน (Productive Activities) ประกอบด้วย

1.1 การพยาบาลโดยตรง (Direct Nursing Care) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ผลสำเร็จด้วยการปฏิบัติพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การดูแลอนามัยส่วนบุคคล ความสุขสบาย การบรรเทาความเจ็บปวด การสอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพกายและจิตใจ

1.2 การพยาบาลโดยอ้อม (Indirect Nursing Care) ได้แก่ การปฏิบัติงานอื่นๆที่เอื้ออำนวยต่อการบริการพยาบาลเป็นภารกิจที่จำเป็นของหน่วยงานอาจเป็นงานเฉพาะตำแหน่ง งานสนับสนุนระบบบริหารจัดการ การพัฒนาและประกันคุณภาพ หรืองานที่เชื่อมต่อกับงานหน่วยงานอื่นๆ การพยาบาลโดยอ้อมสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 กิจกรรมประกอบการดูแลผู้ป่วย (Patient related variable) เป็นงานที่ทำเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในบทบาทของพยาบาลเช่น การเตรียมของที่เริ่มต้นและต่อท้ายกิจกรรมพยาบาลโดยตรงตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน การบันทึกรายงาน (Nurse's note) การรับคำสั่งการรักษา การประชุมปรึกษา การรับ-ส่งเวร ซึ่งงานเหล่านี้จะผันแปรตามจำนวนผู้ป่วยและความต้องการการพยาบาล

1.2.2 การปฏิบัติงานที่จำเป็นต่อหน่วยงาน (Unit related indirect constant) เป็นงานสนับสนุนระบบบริการพยาบาล ได้แก่ งานธุรการ งานด้านสารสนเทศ การใช้เทคโนโลยีต่างๆ งานเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ และสาธารณูปโภค

1.2.3 งานที่เกี่ยวกับบุคลากร (Staff related) เป็นงานเฉพาะตำแหน่งในกระบวนการบริหารงานบุคคล เช่น การปฐมนิเทศ การสอนงาน การมอบหมายงาน ดูแลกำกับ การดำเนินงานประเมินผล จัดอัตรากำลัง งานพัฒนาบุคลากร

2. กิจกรรมที่ไม่มีผลงาน (Non-productive Activities) ได้แก่ การทำธุระส่วนตัว (Personal time) เวลาเพื่อเหนื่อยล้า (Fatigue) และการรอคอย (Delay) ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน

### 2.2.2 ระดับของภาระงาน

ภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไปจะมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและมีผลต่อประสิทธิภาพในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย ระดับภาระงานที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมี 4 ระดับ (วีณา จีระแพทย์, 2549) ดังนี้

1) *ภาระงานระดับหอผู้ป่วย (Unit level)* กำหนดจากสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ให้การดูแล (Nurse/patient ratio) โดยพิจารณาคูณลักษณะด้านคุณวุฒิและประสบการณ์ในการทำงาน ประเภทของงานที่ปฏิบัติงานประจำ (Regular staff) และการจ้างพยาบาลจากหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติงาน (Pool nurse) ภาระงานในระดับนี้พบว่า การใช้สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย ที่มีพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มาจากหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติงาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยมากขึ้น

2) *ภาระงานระดับงาน (Job level)* พิจารณาจากความยาก ง่าย ของงานในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ ไม่เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบ ไม่เป็นงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และบ่อยในช่วงเวลาหนึ่งๆ

3) *ภาระงานระดับผู้ป่วย (Patient level)* พิจารณา ความรุนแรงของโรคและสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลและเวลาที่พยาบาลต้องใช้ในการบริการผู้ป่วยแต่ละราย

4) *ภาระงานระดับสถานการณ์ (Situation level)* พิจารณาภาระงานจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน สิ่งที่เกิดขึ้นชั่วคราวในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ก่อให้เกิดความต้องการ 4 ด้าน คือ การเอาใจใส่พิเศษ งานที่เร่งด่วน ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นเช่น การย้ายเตียง การรับใหม่ งานที่ต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น เช่น การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เป็นต้น

### 2.2.3 ประเภทของภาระงาน

การายอนและอัลวาราดิ (Carayon and Alvarado, 2007) ได้แบ่งภาระงาน ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย แบ่งได้ 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

1) *ภาระงานด้านร่างกาย (Physical workload)* เป็นงานด้านกายภาพที่พยาบาลต้องทำที่เกี่ยวข้องกับ การเคลื่อนย้ายและการยกผู้ป่วย การอาบน้ำผู้ป่วย การจัดการอุปกรณ์ หรือ เครื่องใช้ทางการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้ เสียหาย หรือ ไม่มีและทำให้ต้องใช้แรงงานและเสียเวลาในการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้เหล่านั้นให้มีใช้เมื่อ

จำเป็นต้องใช้ เช่น ใช้เวลาในการเดินทางไปเยี่ยมอุปกรณ์อีกแห่งหนึ่งกรณีไม่มีอุปกรณ์ หรืออุปกรณ์นั้น อยู่ในสภาพที่ใช้งานไม่ได้หรือไม่มีอุปกรณ์ที่ต้องการ เป็นต้น

2) *ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา (Cognitive workload)* เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารที่มีจำนวนมากของพยาบาลวิชาชีพและส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการจัดการและดำเนินการในเวลาอันสั้น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ต้องใช้การติดต่อสื่อสาร การประเมินสภาพของผู้ป่วย การประเมินผลการพยาบาล และการให้การพยาบาลผู้ป่วยหนัก เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยที่กินชีพซึ่งต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วและต้องใช้ข้อมูลจำนวนมากในการตัดสินใจ การถูกขัดขวางสมาธิในการทำงานของพยาบาลและการใช้ความคิดในการปฏิบัติงานจากการติดต่อสื่อสารหรือจากภาระงานอื่น ๆ เป็นต้น

3) *ความกดดันด้านเวลา (Time pressure)* เป็นงานที่ต้องทำอย่างรวดเร็วและภายใต้กำหนดวันเวลาสิ้นสุด งานที่จำกัดความกดดันด้านเวลาเกี่ยวข้องกับปริมาณงานที่ต้องทำภายใต้แรงบีบคั้นที่เกิดขึ้นชั่วคราวและหลากหลาย เช่น พยาบาลหอผู้ป่วยต้องประเมินสุขภาพของผู้ป่วย การตรวจวัดและติดตามอาการของผู้ป่วย การบันทึกเอกสารและการปฏิบัติกิจกรรมบำบัดที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

4) *ภาระงานด้านอารมณ์ (Emotional workload)* เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงหรือร้ายแรงของสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยพยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่อาการหนัก และมีประสบการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการทำร้ายร่างกายหรือโดยการกล่าวร้าย ทางวาจา จากผู้ป่วยและญาติ ล้วนก่อให้เกิดภาระงานด้านอารมณ์ขึ้นได้

5) *ภาระงานเชิงปริมาณ (Quantitative workload)* เป็นงานที่พยาบาลต้องทำในแง่จำนวนของงาน นั่นคือ ภาระงานเชิงปริมาณเกี่ยวข้องกับจำนวนของงานที่ทำและจำนวนชั่วโมงของงานที่ทำ

6) *ภาระงานเชิงลักษณะของงาน (Qualitative workload)* เป็นงานที่พยาบาลต้องทำในแง่ความยากของงาน โดยจะเกี่ยวข้องกับระดับการใช้ความรู้ของพยาบาล ด้านยา เทคโนโลยีต่างๆ และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย

7) *ความแปรผันของภาระงาน (workload variability)* เป็นการเปลี่ยนแปลงของงานในช่วงเวลาหนึ่ง สาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคือ เวิร์กของพยาบาล โดยเฉพาะเวิร์กเช้า จะมีระดับของภาระงานมากกว่าเวิร์กดึก ทำให้พยาบาลเวิร์กดึกรู้สึกอ่อนล้า มีเวลาให้กับผู้ป่วยมากขึ้น รู้สึกตนเองมีเอกสิทธิ์และมีอิสระมากขึ้นเนื่องจากพยาบาลสามารถควบคุมงานและเวลาในการทำงานของตนเองได้

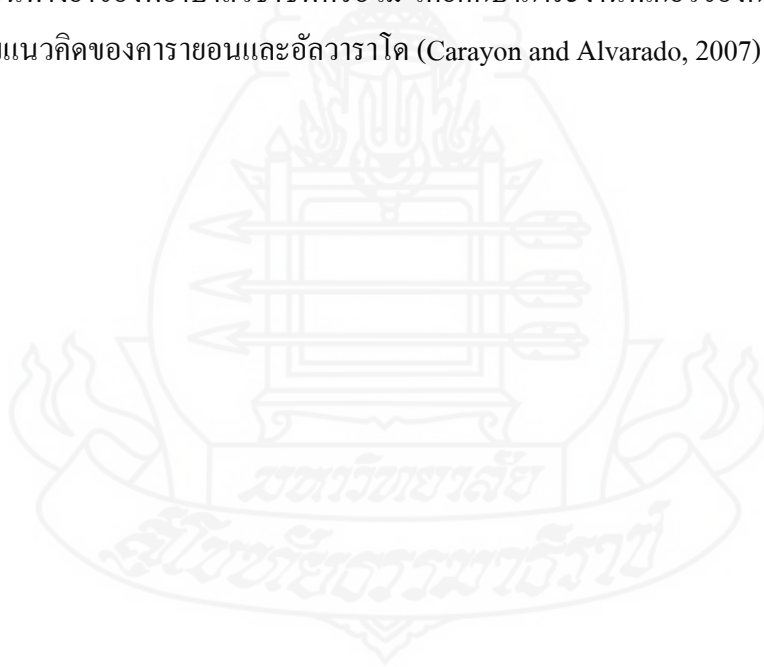
มิติด้านต่างๆของภาระงานมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ผลของภาระงานมาก ทำให้เกิดผลลัพธ์ดังต่อไปนี้การายอนและอัลวาราโด (Carayon and Alvarado, 2007)

ก. ผลต่อสุขภาพของพยาบาล เช่น การเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การปวดของคอ ไหล่ เข่า และการบาดเจ็บของลำกระดูกไขสันหลัง (Spinal cord) เป็นต้น

ข. ผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน เช่น ความไม่พึงพอใจในงาน ความเครียด ความตั้งใจลาออกจากงาน และการลาออกจากงาน

ค. ผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ทำให้เกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนทางยา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิชาการในประเทศไทยได้ ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้อง การบริหารความเสี่ยงและความความคลาดเคลื่อนทางยาไว้แล้ว หลายท่าน ผู้วิจัย สนใจศึกษาปัจจัยภาระงาน จะมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพหรือไม่ โดยศึกษาภาระงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วย ตามแนวคิดของการายอนและอัลวาราโด (Carayon and Alvarado, 2007)



### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชวไล ชุ่มคำ (2545) ศึกษาผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้นเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วย อายุรกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย และแบบสอบถามวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม

วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) ศึกษาความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลในหอผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง พยาบาลที่มีประสบการณ์อบรมด้านการบริหารความเสี่ยง มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิด โดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์อบรมด้านการบริหารความเสี่ยง และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่ามีความสามารถในการลดและกำจัดสิ่งที่เป็นความเสี่ยงในการให้ยาผิดสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ตำแหน่งงาน การได้รับการฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนระยะเวลาปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ เจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เขมวิทช์ วงษ์เจริญสุข (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพบุรี พบว่า ทักษะคติวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ที่ระดับ 0.05 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ระดับ 0.001

สารนิตี บุญประสพ (2549) ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบพบว่าการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัด การความเสี่ยงและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงพยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติบ่อยครั้ง ส่วนขั้นตอนการค้นหาและการประเมินความเสี่ยงจะปฏิบัติเป็นบางครั้ง ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานและปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกัน มีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ไม่แตกต่างกัน และพยาบาลวิชาชีพได้ระบุปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด 3 ด้านคือ ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ อ่านและแปลคำสั่งการใช้ยาได้ไม่ชัดเจน ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน ได้แก่ ภายในหอผู้ป่วยมีเครื่องมือควบคุมการให้ยาอัตโนมัติไม่เพียงพอ และด้านบุคลากร ได้แก่ ภาระงานและความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

กันยรัตน์ ม้าวิไล (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสาร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมคิด มะโนมัน (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้แนวคิด ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ศึกษาผลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า ความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยากับเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐมได้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคเหนือ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ 5 แห่ง โดยมีประสบการณ์ทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปี จำนวนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือแต่ละแห่งมีดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช จำนวน 611 คน โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 574 คน โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 541 คน โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง จำนวน 477 คน โรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ จำนวน 420 คน รวมมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 2,623 คน (จากการโทรศัพท์สอบถามฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับการสืบค้นจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2554 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2554)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติและทำงานในโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 249 คน ด้วยสูตรการหาขนาดตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (วิลเลียม กุสลาวิชญ์กุล, 2549) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

## 1.1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{สูตร } n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \frac{1.96^2 CV^2}{r^2}$$

โดยที่  $N$  = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษา = 2,623 คน

$n$  = จำนวนพยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง

$\alpha$  = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณผิดไปจากค่าจริงกำหนดให้ = 0.05

ดังนั้น  $z_{\alpha/2}$  เท่ากับ 1.96

$$CV = \text{สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน} = \frac{S}{\bar{X}}$$

$S$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จากการทดสอบเครื่องมือวิจัยเท่ากับ 14.57

$\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยคะแนนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาจากการทดสอบเครื่องมือวิจัยเท่ากับ 114.90

$r$  = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ กำหนดให้เท่ากับ 0.015

$$\text{แทนค่าสูตร } n_0 = \frac{1.96^2 \left( \frac{14.57}{114.90} \right)^2}{0.015^2} = 274.54$$

$$\text{ดังนั้น } n = \frac{274.54}{1 + \frac{274.54}{2,623}} = 248.52 = 249$$

ดังนั้น จำนวนพยาบาลวิชาชีพตัวอย่างเท่ากับ 249 คน

## 1.2 การสุ่มตัวอย่าง

**1.2.1 สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์** 3 แห่งจาก 5 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลตัวอย่างคือ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงพยาบาลศูนย์เชิงราชประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ แต่ละโรงพยาบาลตัวอย่างกำหนดจำนวนพยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง โดยแบ่งตามสัดส่วนได้จำนวนพยาบาลตัวอย่าง โรงพยาบาลศูนย์เชิงราชประชานุเคราะห์ 97 คน โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง 81 คน และโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ 71 คน ตามที่กำหนดดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลพุทธชินราช	611	-
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	574	97
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	541	-
โรงพยาบาลลำปาง	477	81
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	420	71
รวม	2,623	249

1.2.2 *คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง* โรงพยาบาลวิชาชีพจำนวน 249 คน จำแนกตามแผนกของ แต่ละ โรงพยาบาล ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละ โรงพยาบาลเพื่อกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกได้กลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตาราง ที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

แผนก	โรงพยาบาลเชียงราย					
	ประชานุเคราะห์		โรงพยาบาลลำปาง		โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	
	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ศัลยกรรม	148	25	141	24	112	19
อายุรกรรม	154	26	106	18	107	18
สูติกรรม	112	19	94	16	83	14
กุมาร/เด็ก	71	12	65	11	47	8
หอผู้ป่วยหนัก	59	10	47	8	41	7
อื่นๆ	30	5	24	4	30	5
<b>รวม</b>	<b>574</b>	<b>97</b>	<b>477</b>	<b>81</b>	<b>420</b>	<b>71</b>

**1.2.3 การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้ประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ด้วยตนเอง และฝากแจกแบบสอบถามในแต่ละหอผู้ป่วยโดยระบุให้กระจายตามแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหนัก แผนกอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม 5 แผนกนี้ และฝากส่งแบบสอบถามคืนกลับทางไปรษณีย์ด่วน (EMS)

### 1.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หลังจากนั้น ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือและที่อยู่พร้อมเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ถึงผู้อำนวยการ และหรือกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผ่านตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ในหนังสือนำแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย รวมทั้งไม่มีผลเสียทั้งด้านส่วนตัวและหน้าที่การงานแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาวิจัยที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขงานบริการเท่านั้น การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการบริหารยา มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่างจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) ความคลาดเคลื่อนทางยาตามแนวคิดของโคเฮน (Cohen, 2007) มีจำนวน 29 ข้อ เป็นคำถามทางบวกทั้งหมด มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 7 -ข้อ  
 2.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 6 -ข้อ  
 2.3 การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 11 ข้อ  
 2.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 5 ข้อ  
 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ข้อ

เดียว มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและคำตอบมีความหมายดังนี้

	ความหมาย	ค่าคะแนนของข้อความ
เห็นด้วยมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือมีการปฏิบัติตามข้อความที่ระบุของพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด (ร้อยละ 81-100)	5
เห็นด้วยมาก	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือมีการปฏิบัติตามข้อความที่ระบุของพยาบาลวิชาชีพ มาก ร้อยละ(61-80)	4
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือมีการปฏิบัติตามข้อความที่ระบุของ พยาบาลวิชาชีพ ปานกลาง(ร้อยละ 41-60)	3
เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือมีการปฏิบัติตามข้อความที่ระบุของ พยาบาลวิชาชีพ น้อย (ร้อยละ 21-40)	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือมีการปฏิบัติตามข้อความที่ระบุของ พยาบาลวิชาชีพ น้อยที่สุด (ร้อยละ 1-20)	1

การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยด้วยเกณฑ์การตัดสิน ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

คะแนนเฉลี่ย 4.50- 5.00	หมายถึง	มีการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50- 4.49	หมายถึง	มีการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50- 3.49	หมายถึง	มีการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49	หมายถึง	มีการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00- 1.49	หมายถึง	มีการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นคำถามทางบวกทั้งหมด ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของ เทรนดิส (Traindis, 1971) จำนวน 18 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

- 3.1 ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ  
 3.2 ด้านจิตอาารมณ์ จำนวน 7 ข้อ  
 3.3 ด้านพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียว มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยเกณฑ์ การให้คะแนนและคำตอบมีความหมายดังนี้ คือ

	ความหมาย	ค่าคะแนนของข้อความ
เห็นด้วยมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ร้อยละ 81-100)	5
เห็นด้วยมาก	ข้อความนั้น ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมาก (ร้อยละ 61-80)	4
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้น ตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง (ร้อยละ 41-60)	3
เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้น ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย (ร้อยละ 21-40)	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ข้อความนั้น ตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด (ร้อยละ 1-20)	1

การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย โดยเกณฑ์การตัดสิน มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

คะแนนเฉลี่ย 4.50- 5.00	หมายถึง	มีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50- 4.49	หมายถึง	มีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50- 3.49	หมายถึง	มีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49	หมายถึง	มีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00- 1.49	หมายถึง	มีเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับน้อยที่สุด



ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ภาระงาน เป็นคำถามทางบวกทั้งหมดมี 7 ด้าน จำนวน 38 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

4.1	ภาระงานด้านร่างกาย	จำนวน	5	ข้อ
4.2	ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา	จำนวน	7	ข้อ
4.3	ความกดดันด้านเวลา	จำนวน	5	ข้อ
4.4	ภาระงานด้านอารมณ์	จำนวน	6	ข้อ
4.5	ภาระงานเชิงปริมาณ	จำนวน	6	ข้อ
4.6	ภาระงานเชิงลักษณะของงาน	จำนวน	4	ข้อ
4.7	ความแปรผันของภาระงาน	จำนวน	5	ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียว มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยเกณฑ์ การให้คะแนนและคำตอบมีความหมายดังนี้ คือ

	ความหมาย	ค่าคะแนนของ ข้อความ
เห็นด้วยมากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ร้อยละ 81-100)	5
เห็นด้วยมาก	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก (ร้อยละ 61-80)	4
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง (ร้อยละ 41-60)	3
เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย (ร้อยละ 21-40)	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด (ร้อยละ 1-20)	1

การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย โดยเกณฑ์การตัดสิน มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

คะแนนเฉลี่ย 4.50- 5.00	หมายถึง	มีภาระงานอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50- 4.49	หมายถึง	มีภาระงานอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50- 3.49	หมายถึง	มีภาระงานอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49	หมายถึง	มีภาระงานอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00- 1.49	หมายถึง	มีภาระงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 นำแบบสอบถามทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อรายการ และการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยา และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยพิจารณาจากประเด็นคำถามของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยว่า มีความสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎี หรือกรอบแนวคิด (Framework) ที่นำมาอ้างอิงหรือไม่ด้วยการประเมินโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index Of Congruence: IOC) (นิรัตน์ อิมามิ, 2549) พร้อมทั้งลงความเห็นให้คะแนนรายข้อคำถาม ดังนี้คือ

- +1 เมื่อข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา
- 0 เมื่อไม่แน่ใจข้อคำถามหรือไม่สามารถตัดสินใจได้
- 1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

1.2 หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด นำผลการพิจารณาถึงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำจำกัดความของตัวแปร ด้วยสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การตัดสินพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยพิจารณาเกณฑ์ดังนี้

1) ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่า ข้อคำถามสามารถนำไปใช้ได้

2) ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามนั้น ไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความของตัวแปรที่

ต้องการวัด ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

จากผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาข้อที่ 1,2 ด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาข้อที่ 1 และแบบสอบถามภาระงานด้านการงานเชิงปริมาณข้อที่ 4 ได้ค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ได้ปรับแก้แนะนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาจนได้ข้อคำถามทุกข้อในแบบสอบถามได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 จึงนำไปใช้ทุกข้อคำถาม

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะการทำงานใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและมีการใช้ยาหลากหลายซับซ้อนใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 40 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามภาระงาน เท่ากับ 0.96 นำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจริงและนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยง ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม		
	จำนวน (ข้อ)	ทดลอง (40 คน)	เก็บข้อมูลจริง (249 คน)
<b>แบบสอบถาม การบริหารความเสี่ยงความ คลาดเคลื่อนทางยา</b>	<b>29</b>	<b>0.94</b>	<b>0.94</b>
- การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	7	0.84	0.80
- การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	6	0.87	0.89
- การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	11	0.76	0.84
- การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงทางยา	5	0.91	0.87
<b>แบบสอบถามเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา</b>	<b>18</b>	<b>0.96</b>	<b>0.94</b>
- ด้านความรู้ความเข้าใจ	6	0.95	0.86
- ด้านจิตอาารมณ์	7	0.91	0.89
- ด้านพฤติกรรม	5	0.86	0.80
<b>แบบสอบถาม ภาระงาน</b>	<b>38</b>	<b>0.96</b>	<b>0.94</b>
- ภาระงานด้านร่างกาย	5	0.78	0.76
- ด้านการใช้สติปัญญา	7	0.78	0.84
- ความกดดันด้านเวลา	5	0.91	0.85
- ภาระงานด้านอารมณ์	6	0.88	0.87
- ภาระงานเชิงปริมาณ	6	0.88	0.84
- ภาระงานเชิงลักษณะของงาน	4	0.78	0.80
- ความแปรผันของภาระงาน	5	0.81	0.74

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

3.1 หลังจากโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือทั้ง 3 โรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มการพยาบาลตามลำดับ

3.2 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือและที่อยู่พร้อมเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ถึงผู้อำนวยการ และหรือกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 แห่ง

3.3 ติดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลหรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์แต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม วิธีการ เก็บข้อมูล โดยฝากกลุ่มการพยาบาลแจกแบบสอบถามตามแผนกหอผู้ป่วยที่ระบุหน้าซองเอกสาร พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับทางด่วน(EMS) โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2554 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2554 รวมระยะเวลา 121 วัน

3.4 เก็บรวบรวมแบบสอบถามตามที่ได้นัดหมายไว้ พร้อมตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป 249 ฉบับแต่ขาดไป 22 ฉบับได้ส่งแบบสอบถามเพิ่มเติมไปให้อีก 22 ฉบับทดแทนที่ขาดไปและได้กลับคืนมาจนครบ นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 249 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถาม

3.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่ามัธยฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ (Quartile deviation) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงาน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกรายด้านและโดยรวม

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา กับ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และ ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา กับภาระงาน โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กำหนดเกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) ดังนี้ (มุกดา ต้นชัย, 2549)

ค่า $r$	ระดับความสัมพันธ์
$\pm 0.81 - 1.00$	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
$\pm 0.61 - 0.80$	มีความสัมพันธ์กันสูง
$\pm 0.41 - 0.60$	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
$\pm 0.21 - 0.40$	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
$\pm 0.00 - 0.20$	มีความสัมพันธ์กันต่ำมากหรือไม่มีความสัมพันธ์

การแปลความหมายความสัมพันธ์จาก เครื่องหมาย + หรือ - ของค่า  $r$  ที่คำนวณได้ โดยลักษณะของความสัมพันธ์มีรายละเอียด ดังนี้

4.2.1 ถ้าค่า  $r$  เป็น + หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกโดย  
ข้อมูลทั้งสองเพิ่มหรือลดตามกัน

4.2.2 ถ้าค่า  $r$  เป็น - หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันทางลบโดย  
ข้อมูลทั้งสองเพิ่มหรือลดตรงกันข้ามกัน

4.3 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อสร้างสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือจำนวน 249 คน ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงาน

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ



## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยา ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 249)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-24	42	16.87
25-29	39	15.66
30-34	64	25.70
35-39	39	15.66
40-44	33	13.26
45-49	18	7.23
≥ 50 ขึ้นไป	14	5.62
รวม	249	100.00
มัธยฐานอายุ 33 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์เท่ากับ 7.11 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 22 และ 58 ปี ตามลำดับ		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ปริญญาตรี	230	92.37
ปริญญาโท	19	7.63
รวม	249	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์ในการทำงาน(ปี)</b>		
1-5	78	31.33
6-10	40	16.06
11-15	56	22.49
16-20	31	12.45
21-25	23	9.24
>25	21	8.43
รวม	249	100.00
มัธยฐานประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์เท่ากับ 7.13 ปี		
ประสบการณ์ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 1 และ 35 ปีตามลำดับ		
<b>แผนกที่ปฏิบัติงาน</b>		
ศัลยกรรม	68	27.31
อายุรกรรม	62	24.90
หอผู้ป่วยหนัก	49	19.68
กุมาร/เด็ก	31	12.45
สูติกรรม	25	10.04
อื่นๆ	14	5.62
รวม	249	100.00
<b>การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง</b>		
ได้รับการอบรม	207	83.13
ไม่ได้รับการอบรม	42	16.87
รวม	249	100.00
<b>การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยา</b>		
ได้รับการอบรม	185	74.30
ไม่ได้รับการอบรม	64	25.70
รวม	249	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี (ร้อยละ 25.70) มีพื้นฐานอายุ 33 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 92.37) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 31.33) มีพื้นฐานประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปี ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 27.31) ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงมากที่สุด (ร้อยละ 83.13) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การบริหารยามากที่สุด (ร้อยละ 74.30)



## ตอนที่ 2 การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกัน คลาดเคลื่อนทางยา และภาระงาน

ผลการศึกษาการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกัน  
คลาดเคลื่อนทางยา และภาระงาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ดังแสดงในตาราง  
ที่ 4.2 ถึงตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบริหารความเสี่ยงความ  
คลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็น  
รายด้านและโดยรวม

การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
ด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	4.31	0.46	มาก
ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	3.74	0.69	มาก
ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงทางยา	3.74	0.70	มาก
การค้นหาค่าความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	3.69	0.56	มาก
รวม	3.87	0.52	มาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล  
วิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.87$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า  
การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 4.31$ ) และการค้นหาค่า  
เสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ( $\bar{x} = 3.69$ )

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบริหารความเสี่ยงความ  
 คลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็นรายข้อ  
 และรายด้าน

การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านการค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา</b>	<b>3.69</b>	<b>0.56</b>	<b>มาก</b>
1) ท่านทบทวนใบสั่งยาของแพทย์ก่อนจัดยา	4.51	0.69	มากที่สุด
2) ท่านและเพื่อนร่วมงานตรวจสอบการบริหารยา ของหน่วยงานเมื่อพบว่ามีอุบัติการณ์	4.04	0.78	มาก
3) ท่านทบทวนรายงานอุบัติการณ์ด้านความ คลาดเคลื่อนทางยาที่เคยเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย	3.74	0.83	มาก
4) ท่านศึกษารายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจาก รายงานประชุมในหน่วยงานทุกเดือน	3.62	0.91	มาก
5) ท่านศึกษาวิธีการใช้และวิธีการซ่อมแซม เครื่องมือที่ชำรุดเสียหาย	3.53	0.86	มาก
6) ท่านติดตามข่าวการบริหารยาผิดพลาดทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล	3.41	0.79	ปานกลาง
7) ท่านร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การค้นหา ความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานอื่น	2.97	0.98	ปานกลาง



ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา</b>	<b>3.74</b>	<b>0.69</b>	<b>มาก</b>
1) ท่านร่วมวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วยในหน่วยงาน	3.97	0.76	มาก
2) ท่านมีส่วนร่วมวิเคราะห์แนวทางการบริหารยาให้กับผู้ป่วยอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร	3.83	0.95	มาก
3) ท่านมีส่วนร่วมวิเคราะห์ความสูญเสียจากความคลาดเคลื่อนทางยากับเพื่อนร่วมงาน	3.82	0.76	มาก
4) ท่านมีส่วนร่วมวิเคราะห์ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา	3.75	0.85	มาก
5) ท่านมีส่วนร่วมจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา	3.75	0.80	มาก
6) ท่านนำความเสี่ยงทางยาของหน่วยงานอื่นมาวิเคราะห์ความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้น	3.35	1.05	ปานกลาง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา</b>	<b>4.31</b>	<b>0.46</b>	<b>มาก</b>
1) ท่านให้ยาโดยยึดหลัก 6 R	4.64	0.51	มากที่สุด
2) ท่านบันทึกการให้ยาและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งหลังให้ยา	4.60	0.57	มากที่สุด
3) ท่านสำรองยาจำเป็นที่เร่งด่วนไว้	4.56	0.74	มากที่สุด
4) ท่านเตรียมยาโดยอ่านฉลากยาทั้งก่อนหยิบ ขณะเตรียม และก่อนเก็บยาทุกครั้ง	4.41	0.70	มาก
5) ท่านสอบถามประวัติการแพ้ยาก่อนให้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง	4.39	0.81	มาก
6) ท่านติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย หลังให้ยา	4.37	0.65	มาก
7) ท่านใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา	4.27	0.85	มาก
8) ท่านศึกษาเอกสารความรู้เกี่ยวกับการเตรียมยาและข้อห้ามในการเตรียมยา	4.19	0.65	มาก
9) ท่านแจ้งผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรับทราบอาการและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา	4.16	0.77	มาก
10) ท่านมีส่วนร่วมจัดทำมาตรฐานยาฉุกเฉิน จัดเตรียม ตรวจสอบความพร้อมของยาฉุกเฉินและติดตามประเมินผลการใช้ยา	4.06	0.84	มาก
11) ท่านร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นลายลักษณ์อักษร	3.72	0.91	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

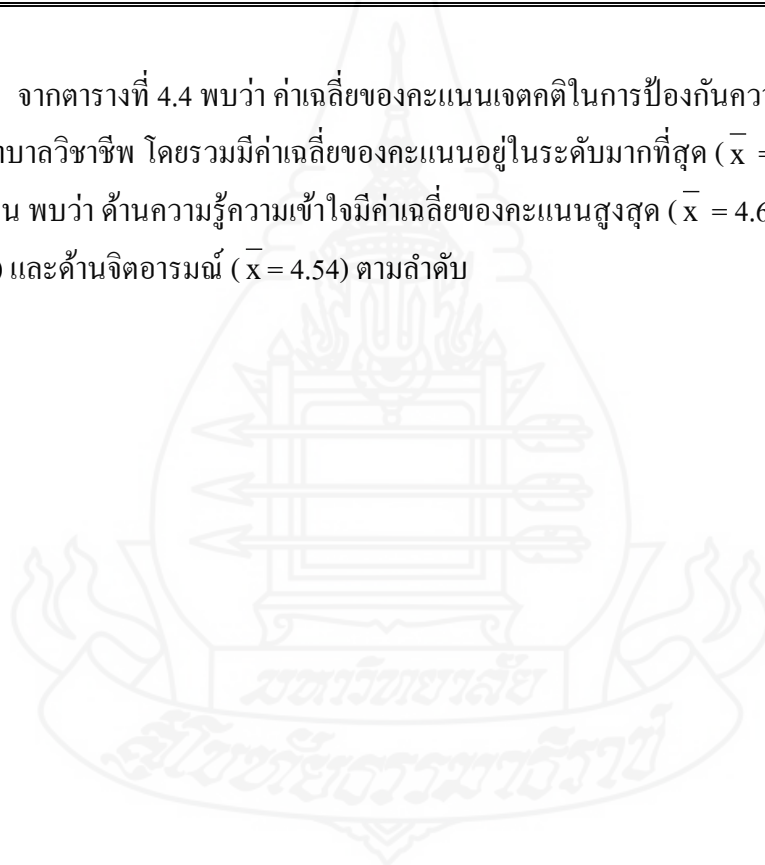
การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงทางยา</b>	<b>3.74</b>	<b>0.70</b>	<b>มาก</b>
1) ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงด้านความผิดพลาดทางยา	4.0	0.82	มาก
2) ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงจากความผิดพลาดทางยา	3.95	0.87	มาก
3) ท่านมีส่วนร่วมทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา	3.74	0.85	มาก
4) ท่านนำผลจากการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามาพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทางยา	3.70	0.81	มาก
5) ท่านเข้าร่วมรับฟังการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจากความผิดพลาดทางยาของหน่วยงานอื่น	3.29	0.99	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยามากที่สุดและค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมาก โดย 3 ลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเกี่ยวกับให้ยาโดยยึดหลัก 6 R ( $\bar{x} = 4.64$ ) การบันทึกการให้ยาและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งภายหลังให้ยา ( $\bar{x} = 4.60$ ) การสำรองยาจำเป็นที่เร่งด่วนไว้ ( $\bar{x} = 4.56$ ) ตามลำดับ ส่วน 3 ลำดับสุดท้ายที่อยู่ในระดับต่ำสุด คือ การเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงานอื่น ( $\bar{x} = 2.97$ ) การเข้าร่วมรับฟังการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงจากความผิดพลาดทางยาของหน่วยงานอื่น ( $\bar{x} = 3.29$ ) และการนำความเสี่ยงทางยาของหน่วยงานอื่นมาวิเคราะห์ความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ( $\bar{x} = 3.35$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.66	0.40	มากที่สุด
ด้านพฤติกรรม	4.57	0.42	มากที่สุด
ด้านจิตอาารมณ์	4.54	0.43	มากที่สุด
รวม	4.59	0.38	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.59$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด ( $\bar{x} = 4.66$ ) ด้านพฤติกรรม ( $\bar{x} = 4.57$ ) และด้านจิตอาารมณ์ ( $\bar{x} = 4.54$ ) ตามลำดับ



ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ</b>	<b>4.66</b>	<b>0.40</b>	<b>มากที่สุด</b>
1) การบริหารยาด้วยความรอบคอบ และมีสมาธิของพยาบาลจะลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้	4.74	0.47	มากที่สุด
2) การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้องและปลอดภัย	4.74	0.48	มากที่สุด
3) การตรวจสอบซ้ำในขณะที่บริหารยาอีกครั้งจะป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ดีที่สุดทางหนึ่ง	4.70	0.51	มากที่สุด
4) การประเมินความเสี่ยงมีประโยชน์ป้องกันในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	4.68	0.50	มากที่สุด
5) การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยง	4.64	0.50	มากที่สุด
6) รับทราบนโยบายของการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน	4.46	0.58	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านจิตอาารมณ์</b>	<b>4.54</b>	<b>0.43</b>	<b>มากที่สุด</b>
1) การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลทุกคน	4.77	0.45	มากที่สุด
2) แนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเรื่องสำคัญที่สุดประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย	4.68	0.49	มากที่สุด
3) การมีมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการบริหารยาอย่างปลอดภัย	4.61	0.51	มากที่สุด
4) ภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	4.54	0.57	มากที่สุด
5) มั่นใจว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการของพยาบาล	4.47	0.59	มาก
6) พึงพอใจที่บุคลากรในหน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาตามความเป็นจริง	4.36	0.63	มาก
7) การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถลดความเครียดจากการบริหารยาได้	4.35	0.66	มาก



ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ด้านพฤติกรรม</b>	<b>4.57</b>	<b>0.42</b>	มากที่สุด
1) ระวังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่าการบริหารยาทั่วไป	4.65	0.64	มากที่สุด
2) มักสอบถามแพทย์หรือเภสัชกรเมื่อไม่แน่ใจเกี่ยวกับความถูกต้องของการบริหารยา	4.63	0.52	มากที่สุด
3) ท่านจะสอบถามประวัติการแพ้ยาก่อนการให้ยาผู้ป่วย	4.61	0.50	มากที่สุด
4) มีการบริหารยาอย่างรอบคอบและมีสมาธิทุกครั้ง	4.56	0.54	มากที่สุด
5) มีการศึกษาเพื่อเตรียมตนเองให้มี ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้าน ความคลาดเคลื่อนทางยา	4.33	0.60	มาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ความรู้สึกลัว การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลทุกคน ( $\bar{x} = 4.77$ ) การคิดว่าการบริหารยาด้วยความรอบคอบ และมีสมาธิของพยาบาลจะลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ( $\bar{x} = 4.74$ ) และการคิดว่าการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้องและปลอดภัย ( $\bar{x} = 4.74$ )

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ศูนย์ภาคเหนือจำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม

ภาระงาน	$\bar{x}$	s	ระดับ
ภาระงานเชิงลักษณะของงาน	4.40	0.54	มาก
ภาระงานเชิงปริมาณ	4.24	0.61	มาก
ความกดดันด้านเวลา	4.21	0.70	มาก
ความแปรผันของภาระงาน	4.15	0.56	มาก
ภาระงานด้านอารมณ์	3.87	0.83	มาก
ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา	3.83	0.66	มาก
ภาระงานด้านร่างกาย	3.62	7.90	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.04</b>	<b>0.49</b>	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.04$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาระงานเชิงลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 4.40$ ) และภาระงานด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในลำดับสุดท้าย ( $\bar{x} = 3.62$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

ภาระงาน	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ภาระงานด้านร่างกาย</b>	<b>3.62</b>	<b>0.79</b>	<b>มาก</b>
1) เคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าทางบ่อยๆจนทำให้การ พยาบาลผู้ป่วย	4.04	0.94	มาก
2) เสียเวลาและพลังงานในการเดินทางไปและกลับ ระหว่างการปฏิบัติงาน	3.43	1.23	ปานกลาง
3) มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยหรือการรักษาพยาบาล	3.36	0.67	ปานกลาง
4) เสียเวลาและแรงงานในการจัดการเครื่องมือที่ สูญหายหรือชำรุด	3.23	1.26	ปานกลาง
5) เสียเวลาตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ ก่อนการปฏิบัติงาน	3.06	1.27	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ภาระงาน	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา</b>	<b>3.83</b>	<b>0.66</b>	<b>มาก</b>
1) ใช้องค์ความรู้และหรือข้อมูลและเรียงลำดับข้อมูลก่อนรายงานหรือประสานงานกับแพทย์	4.35	0.62	มาก
2) ใช้ข้อมูลหลายแหล่งเพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน	4.14	0.80	มาก
3) ใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล	4.04	0.83	มาก
4) ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลต่างๆในการประเมินผลการพยาบาล	3.90	0.85	มาก
5) ใช้เวลามากในการรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วนก่อนรายงานการส่งเวร เหวดัดไป	3.74	0.98	มาก
6) เสียเวลาไปกับการติดต่อประสานกับฝ่ายต่างๆ	3.36	1.16	ปานกลาง
7) ใช้เวลามากในการรวบรวมข้อมูลหลายแหล่งเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย	3.28	1.11	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ภาระงาน	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ความกดดันด้านเวลา</b>	<b>4.21</b>	<b>0.70</b>	<b>มาก</b>
1) เขียนบันทึกต่างๆจำนวนมากในเวลาที่ย่ำกัด	4.37	0.77	มาก
2) มีการรับผู้ป่วยใหม่พร้อมกันมากกว่า 1 คนบ่อยครั้ง	4.30	0.85	มาก
3) จัดการเอกสารจำนวนมากให้เสร็จสิ้นในเวลาที่ย่ำกัด	4.27	0.79	มาก
4) รีบเร่งซักประวัติและประเมินสุขภาพของผู้ป่วยรับใหม่ให้เสร็จภายในเวลาอันย่ำกัด	4.07	0.50	มาก
5) รีบเร่งให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายในเวลาที่ย่ำกัด	4.03	1.00	มาก
<b>ภาระงานด้านอารมณ์</b>	<b>3.87</b>	<b>0.83</b>	<b>มาก</b>
1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ป่วยรุนแรงหรือผู้ป่วยหนักจำนวนมาก	4.06	1.04	มาก
2) มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบ่อยครั้ง	4.03	1.16	มาก
3) ปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อความไม่พึงพอใจในการให้บริการของผู้ป่วยและหรือญาติ	3.96	0.98	มาก
4) ปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการถูกตำหนิทางวาจาจากผู้ป่วยและหรือญาติ	3.88	1.04	มาก
5) มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยที่มีอาการสับสนในการปฏิบัติงาน	3.65	1.13	มาก
6) ให้การดูแลผู้ป่วยและหรือญาติที่มีอารมณ์ฉุนเฉียวบ่อยครั้ง	3.62	1.12	มาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ภาระงาน	$\bar{x}$	s	ระดับ
<b>ภาระงานเชิงปริมาณ</b>	<b>4.24</b>	<b>0.61</b>	<b>มาก</b>
1) มีปริมาณงานที่ต้องทำจำนวนมากในแต่ละเวร	4.46	0.63	มาก
2) ทำกิจกรรมต่างๆ จำนวนมากให้ผู้ป่วยแต่ละราย	4.33	0.73	มาก
3) มีภาระงานที่ต้องตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล จำนวนมาก	4.27	0.71	มาก
4) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละเวร	4.21	0.86	มาก
5) ในหน่วยงานของท่าน มีอัตรากำลังไม่เพียงพอกับ ภาระ งาน	4.12	0.97	มาก
6) ทำงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลจำนวนมาก	4.06	0.94	มาก
<b>ภาระงานเชิงลักษณะของงาน</b>	<b>4.40</b>	<b>0.54</b>	<b>มาก</b>
1) ใช้ความรู้ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย แบบองค์รวม	4.59	0.53	มากที่สุด
2) ใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่ เกิดขึ้นในหน่วยงานของท่าน	4.43	0.59	มาก
3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน	4.42	0.71	มาก
4) ใช้เครื่องมือและหรือเทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการ ปฏิบัติงานพยาบาล	4.15	0.83	มาก



ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ภาระงาน	$\bar{x}$	s	ระดับ
ความแปรผันของภาระงาน	4.15	0.56	มาก
1) เฝ้าระวังตรวจวัดและติดตามอาการของ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วบ่อยครั้ง	4.41	0.76	มาก
2) มีการปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลตามปัญหาของ ผู้ใช้บริการบ่อยครั้ง	4.20	0.70	มาก
3) มีภาระงานที่มีการปรับเปลี่ยนบ่อยๆ	4.16	0.81	มาก
4) ปรับเปลี่ยนระบบงานตามนโยบายของ โรงพยาบาลบ่อยๆ	3.99	0.77	มาก
5) มีงานในเวรเช้าและบ่ายเปลี่ยนแปลง มากกว่าเวรดึก	3.97	0.96	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระงานของพยาบาลวิชาชีพทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อ ค่าเฉลี่ยของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดย 3 ลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ภาระงานเชิงลักษณะของงานเกี่ยวกับ การใช้ความรู้ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายแบบองค์รวม ( $\bar{x} = 4.59$ ) ภาระงานเชิงปริมาณเกี่ยวกับ มีปริมาณงานที่ต้องทำจำนวนมากในแต่ละเวร ( $\bar{x} = 4.46$ ) และภาระงานเชิงลักษณะของงานเกี่ยวกับต้องใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ( $\bar{x} = 4.43$ ) ตามลำดับ ส่วน 3 ลำดับสุดท้ายที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุด คือ เสียเวลาตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือก่อนการปฏิบัติงานทุกครั้ง ( $\bar{x} = 3.06$ ) เสียเวลาและแรงงานในการจัดการเครื่องมือที่สูญหายหรือชำรุด ( $\bar{x} = 3.23$ ) และใช้เวลามากในการรวบรวมข้อมูลหลายแหล่งเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย ( $\bar{x} = 3.28$ ) ตามลำดับ

**ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และ  
ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาล  
วิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคนหือ**

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคนหือ ดังแสดงในตารางที่ 4.8 และตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		ระดับความสัมพันธ์
	(r)	p-value	
1. เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	0.560	<0.001**	ปานกลาง
2. ภาระงาน	0.144	0.023*	ต่ำมาก

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.8 พบว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.560$ ) และภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.144$ )

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและ  
 ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ  
 จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
<b>เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา</b>	0.560	<0.001**	ปานกลาง
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.448	<0.001**	ปานกลาง
ด้านจิตอารมณ์	0.509	<0.001**	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	0.572	<0.001**	ปานกลาง
<b>ภาระงาน</b>	0.144	0.023*	ต่ำมาก
ภาระงานด้านร่างกาย	0.050	0.434	ไม่สัมพันธ์กัน
ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา	0.198	0.002**	ต่ำมาก
ความกดดันด้านเวลา	0.029	0.648	ไม่สัมพันธ์กัน
ภาระงานด้านอารมณ์	-0.027	0.675	ไม่สัมพันธ์กัน
ภาระงานเชิงปริมาณ	0.127	0.046*	ต่ำมาก
ภาระงานเชิงลักษณะของงาน	0.289	<0.001**	ต่ำ
ความแปรผันของภาระงาน	0.202	<0.001**	ต่ำ

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.9 พบว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งโดยรวมและ  
 รายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อน  
 ทางยาของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.560$ )

สำหรับภาระงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.144$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาระงานเชิงลักษณะของงานและความแปรผันของภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.289$  และ  $0.202$  ตามลำดับ) ส่วนภาระงานด้านการใช้สติปัญญา และภาระงานเชิงปริมาณจะสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ( $r = 0.198$  และ  $0.127$  ตามลำดับ) ส่วนภาระงานด้านอื่นๆ ไม่มีสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ



**ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของ  
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคนเหนือ**

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ใน  
การทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลศูนย์ภาคนเหนือ โดยวิธี Stepwise multiple regression

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	t	p-value
เจตคติในการป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยา	1.166	0.560	10.612	<0.001**
Constant (a) = 18.045	R = 0.560	R <sup>2</sup> = 0.313	S.E. = 11.82904	
R Square Change = 0.313	adjust R square = 0.310	F = 112.614		

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์พหุถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีตัวแปร เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาะงาน พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายได้ 1 ตัวแปร คือ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถทำนายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 31.3 (R<sup>2</sup> = 0.313)

ดังนั้น สรุปได้ว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถทำนาย การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 31.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และได้สมการถดถอยเพื่อทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ดังนี้

$$\text{จากสูตร} \quad \hat{Y} = a + bx$$

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา = 18.045 + 1.166 เจตคติในการป้องกัน  
ความคลาดเคลื่อนทางยา

$\hat{Y}$  = การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

a = ค่าคงที่ (Constant)

b = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

x = เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

จากสมการอธิบายได้ว่า เมื่อตัวแปรเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น 1.166 คะแนน

จากตาราง 4.10 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) สามารถสร้างสมการทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\text{จากสูตร} \quad \hat{Z} = BZ$$

$\hat{Z}$  = การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

Z = ค่ามาตรฐานของเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

B = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนนมาตรฐานของเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

ดังนั้น สมการในรูปคะแนนมาตรฐานสามารถเขียนได้ดังนี้

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา = 0.560 เจตคติในการป้องกัน  
ความคลาดเคลื่อนทางยา



จากสมการอธิบายได้ว่า หากปรับค่าตัวแปรทุกตัวให้เป็นค่ามาตรฐานที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อเพิ่มเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา 1 หน่วยมาตรฐาน การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้น 0.560 หน่วยมาตรฐาน

กล่าวโดยสรุป ตัวแปร 2 ตัว คือ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา กับ ภาระงาน มีตัวแปรเพียง 1 ตัวที่สามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ คือ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ร้อยละ 31.3



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ โดยศึกษาเฉพาะเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา กับภาระงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

1.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงาน กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

1.1.3 เพื่อศึกษาตัวแปรที่ทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

##### 1.2 วิธีดำเนินวิจัย

1.2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2,623 คน กลุ่มตัวอย่าง 249 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling)

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับ

การอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยา มีลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่างจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยงความด้านคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999) ความคลาดเคลื่อนทางยาของโคเฮน (Cohen, 2007) มี จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา การวิเคราะห์ความ เสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และการ ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงทางยา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น คำถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ เทรนดิส (Triandis, 1971) จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ด้าน ความรู้ความเข้าใจ ด้านจิตอาารมณ์ และด้านพฤติกรรม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตรา ส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ภาระงาน เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ของคารายอนและอัลวาราดิ (Carayon and Alvarado, 2007) จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย ภาระงาน ด้านร่างกาย ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา ความกดดันด้านเวลา ภาระงานด้านอารมณ์ ภาระงาน เจริญปริมาณ ภาระงานเชิงลักษณะของงาน และความแปรผันของภาระงาน ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบวัดมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้นำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเนื้อหา ความครอบคลุมและแก้ไข เบื้องต้น จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความหมาย ของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยการประเมินจากดัชนีความสอดคล้องของข้อ คำถามกับเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูนซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงโรงพยาบาลศูนย์ไม่ได้รับการสุ่มเป็น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของ เครื่องมือโดยการนำคำนวณหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) ได้ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา แบบสอบถาม เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามภาระงาน เท่ากับ 0.94 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และผู้รับผิดชอบประสานงานการทำวิจัยของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยไปประสานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลด้วยตนเองฝากแจกแบบสอบถามและรับแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ด่วน(EMS) โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2554 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2554 รวมระยะเวลา 121 วัน จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป 249 ฉบับแต่ขาดไป 22 ฉบับได้ส่งแบบสอบถามเพิ่มเติมไปให้อีก 22 ฉบับตามที่ขาดได้กลับคืนมาครบ นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 249 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์สถิติพื้นฐาน โดยค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) รวมทั้งสร้างสมการทำการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

### 1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

**1.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จำนวน 249 คน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี (ร้อยละ 64) มัธยฐานอายุ 33 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 92.37) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 31.33) มัธยฐานประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปี ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 27.31) ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงมากที่สุด (ร้อยละ 83.13) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การบริหารยามากที่สุด (ร้อยละ 74.30)

**1.3.2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงาน ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า**

1) การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.87$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด ( $\bar{x} = 4.31$ ) และการค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยสุด ( $\bar{x} = 3.69$ ) (ตารางที่ 4.2)

2) เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.59$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด ( $\bar{x} = 4.66$ ) ด้านพฤติกรรม ( $\bar{x} = 4.57$ ) และด้านจิตอารมณ์ ( $\bar{x} = 4.54$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4)

3) ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.04$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าภาระงานเชิงลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด ( $\bar{x} = 4.40$ ) และภาระงานด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในลำดับสุดท้าย ( $\bar{x} = 3.62$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.6)

### 1.3.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า

1) เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.560$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้านพบว่า เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจและด้านจิตอารมณ์และด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.448, 0.509$  และ  $0.572$  ตามลำดับ)

2) ภาระงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.144$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าภาระงานเชิงลักษณะของงานและความแปรผันของภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.289$  และ  $0.202$  ตามลำดับ) ภาระงานด้านการใช้สติปัญญา และภาระงานเชิงปริมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ( $r = 0.198$  และ  $0.127$  ตามลำดับ)

### 1.3.4 ศึกษาตัวแปรที่ทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า

1) เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถทำนาย การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.313 ( $R^2 = 0.313$ ) สามารถทำนาย การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 31.3

2) ภาระงาน สามารถอธิบาย การบริหารความเสี่ยงด้านคลาดเคลื่อนทางยา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.021 ( $R^2 = 0.021$ ) สามารถพยากรณ์ การบริหารความเสี่ยงด้านคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 2

3) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอนพบว่าตัวแปรต้นที่เข้าร่วมสมการทำนาย 1 ตัวแปร คือ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีอำนาจในการทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 31.3 ( $R^2 = 0.313$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน พบว่าเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีค่า  $Beta = 0.560$  โดยมีสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบคือ

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา =  $18.045 + 1.166$  เจตคติในการป้องกัน  
ความคลาดเคลื่อนทางยา

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา =  $0.560$  เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อน  
ทางยา



## 2. อภิปรายผล

### 2.1 การศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ

#### 2.1.1 การศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.87$ ) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) พบว่า ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากและในด้านรายข้อพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของสารนิตี บุญประสพ (2549) พบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนให้ความสำคัญกับงานด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาไม่น้อยกว่างานด้านอื่นและอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 4.73$ ) เนื่องจาก

1) กระบวนการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาไม่ว่าจะเป็นทางด้านการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยทำให้การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.2) 2) ปัจจุบันตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีการกำหนดสิทธิของประชาชนในมาตราที่ 52 ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข เปิดโอกาสให้สามารถใช้สิทธิในการจัดการกับเงื่อนไขและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพได้มากขึ้น มีกลไกการร้องทุกข์และขอความช่วยเหลือที่เกิดจากงานบริการและโรงพยาบาลได้นาน โยบายการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องมีแนวทางจัดการเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยา มีการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้ใช้บริการ ต่อผู้ให้บริการและต่อองค์กร ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพจึงอยู่ในระดับมาก 3) โรงพยาบาลได้นาน โยบายการรับรองคุณภาพเข้ามา จึงกระตุ้นให้พัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาล มีการกำหนดแนวทางไว้ในมาตรฐานของโรงพยาบาล ความปลอดภัยทางยาเป็นส่วนหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องมีการรับรองคุณภาพและเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักในการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา



เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีระดับมากทุกด้าน โดยด้านการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาสูงสุด พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนรายชื่ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่ด้านอื่นๆค่าเฉลี่ยของคะแนนรายชื่ออยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (ตารางที่ 4.3) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความเสี่ยงเป็นไปโดยอัตโนมัติเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากการคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากนี้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในมาตรฐานการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลในด้านการบริหารยาจะมีแนวทางให้ปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อน ดังนั้นพยาบาลทุกคนจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารยาซึ่งถือว่าเป็นการจัดการความเสี่ยงในกระบวนการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่มีน้อยกว่าด้านอื่นคือ การค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจาก การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อค้นหาความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดความเสียหาย และพยาบาลรู้สึกว่าการค้นหาเป็นการจับผิดซึ่งกันและกันในการทำงาน และจะถูกกลงโทษ

เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับสูงที่สุดคือ การจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเกี่ยวกับให้ยาโดยยึดหลัก 6 R (ตรวจชื่อยา ขนาด เวลา วิธีทางที่ให้ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เทคนิคถูกต้อง) และให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า ( $\bar{x} = 4.64$ ) (ตารางที่ 4.3) เนื่องจาก พยาบาลได้รับการฝึกอบรมตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลให้บริหารยาโดยยึดหลัก 6 R ซึ่งเป็นไปตามข้อปฏิบัติของการบริหารยาของพยาบาลโดยทั่วไป (American Society of Health System Pharmacy, 1997) และเป็นการปฏิบัติสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพราะพยาบาลมีหน้าที่โดยตรงในการบริการให้ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติตามการจัดการความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาตามข้อปฏิบัติของการบริหารยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญเสริม พิงพุทธรัตน์และพินิจ ปริษานนท์ (1998) ที่พบว่า คุณภาพการให้ยาแก่ผู้ป่วยของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก ส่วนในรายชื่อที่การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่มีน้อยกว่าข้ออื่นคือ ด้านการค้นหาความเสี่ยงในข้อเกี่ยวกับการเข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานอื่นเพื่อนำมาจัดทำแนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน ( $\bar{x} = 2.97$ ) (ตารางที่ 4.3) เนื่องจากพยาบาลมีงานประจำที่ต้องดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยตนเองประกอบกับบุคลากรมีจำนวนน้อยจึงไม่ได้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นและผู้บริหารยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา จึงส่งผลให้พยาบาลไม่มีโอกาสเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานอื่น

### 2.1.2 การศึกษาเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมคิด มะโนมัน (2551) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มี เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับงานวิจัยของสารนิติ บุญประสพ (2549) ที่ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการจัดการความเสี่ยงและการปฏิบัติการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า มีเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับดีมาก แสดงถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจว่าการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ มีความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรม ให้การสนับสนุน และร่วมมือในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นไปได้สูงมาก เนื่องจาก 1) พยาบาลมีเจตคติว่าการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาไม่ว่าจะเป็นด้านการค้นหาความเสี่ยง ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านการจัดการความเสี่ยง และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 4.5) โดยมีความคิดเห็นว่าในกระบวนการใช้ยา พยาบาลเป็นด่านสุดท้ายในการสกัดกั้นความคลาดเคลื่อนไม่ให้ถึงตัวผู้ป่วยดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่สุดในการป้องกันและแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนที่จะไปถึงตัวผู้ป่วย (ธิดา นิงสานนท์และคณะ, 2547) ทำให้รู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลทุกคน โดยอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 4.5) 2) พยาบาลได้รับการปลูกฝังให้ปฏิบัติการบริหารยาอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่เป็นนักศึกษาการให้ยาผิดพลาดเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้นเพราะจะสะท้อนไปถึงคุณภาพการให้บริการของพยาบาลและตามกฎหมายพยาบาลต้องรับผิดชอบในการกระทำของตนในการบริหารยา (สุปราณี เสนาคิสัย, 2547)

### 2.1.3 การศึกษาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

จากการศึกษาภาระงานพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.04$ ) สอดคล้องกับงานวิจัย เอลลินา เดอ อะราวาโจ การ์เซีย (Eliana de Araujo Garcia, 2010) พบว่า 35% เวลาการทำงานของพยาบาลถูกใช้ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยโดยอ้อม (Indirect Nursing Care) 35% ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Nursing Care) 18% ใช้เวลาในกิจกรรมส่วนตัว (Private time activity) และ 12% ใช้ไปในกิจกรรมส่งเสริมเพื่อการพยาบาล (Related activity) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาระงานเชิงลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 4.40$ ) เนื่องจาก 1) ลักษณะงานของพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายแบบองค์รวม ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการ

ปฏิบัติการพยาบาล และต้องใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ทั้งในด้านบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการ จากการศึกษาพบว่ามีความเชื่ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ตารางที่ 4.7) 2) งานบริการพยาบาลจะบูรณาการครอบคลุม 4 มิติ ไปด้วยกัน คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ 3) ลักษณะงานของพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ( Holistic nursing) ต้องดูแลครอบคลุมไปถึงร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณต้องใช้ศาสตร์และศิลป์อื่นๆมาสนับสนุนสอดแทรกในการปฏิบัติการดูแลต่อและ 4) โรงพยาบาลมีการนำนโยบายหรือแนวคิดใหม่ๆเข้ามาเพื่อการรับรองคุณภาพได้มีการพัฒนาทางด้านวิชาการในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการสนับสนุนในการทำวิจัยนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละด้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นนโยบายหรือแนวคิดดังกล่าวจะตกเป็นในภาระหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่

## 2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

### 2.2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่าเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ในระดับปานกลาง ( $r = 0.560$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของกมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) ที่พบว่า เจตคติต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 15) สอดคล้องกับงานวิจัยของสมคิด มะโนมัน (2551) ที่ว่า เจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ สารนิตี บุญประสพ (2549) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับสูงมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามากตรงกับแนวคิดของเทรนดิส (1971) และแนวคิดของบารอน (Baron, 1986) ที่มองเจตคติทั้งด้านความรู้ความเข้าใจด้านจิตอารมณ์และด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากเจตคติของมนุษย์จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก นั่นคือ ถ้าพยาบาลวิชาชีพคิดว่า การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์เมื่อได้มีการประเมินคุณค่าที่ตนรู้สึก ต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา จึงมีความโน้มเอียงที่จะมีพฤติกรรมให้การสนับสนุน การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดประสิทธิผล แต่ถ้าพยาบาลวิชาชีพคิดว่า การป้องกันความ

คลาดเคลื่อนทางยา เป็นสิ่งที่ไม่มีความจำเป็นทำให้เกิดความยุ่งยากเสียเวลา จะทำให้มีพฤติกรรมไม่สนับสนุนการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้นจึงพบว่าเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยามีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

### 2.2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาระงานกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า ภาระงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาดำรง (r = 0.144) จากงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า ภาระงานที่หนักของพยาบาลจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้น (Giraud, T. et al, 1993) (Tissot and others) (Alankon and Nyholm, 2007) แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้จะมีความสัมพันธ์น้อยที่สุดกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เพราะการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารยาซึ่งเป็นงานประจำของพยาบาลและจัดเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล การป้องกันการเกิดความผิดพลาดทางยาต้องใช้กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงทางยาเพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมงานด้านคุณภาพของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนให้การบริหารยาบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้ยาแก่ผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงแล้ว การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพียงแต่ไม่ทราบว่าเป็นการบริหารความเสี่ยง เช่น การให้ยาตรงกับผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ถูกวิธี ดังนั้นภาระงานอื่นที่เพิ่มขึ้นจึงไม่ได้เป็นตัวชี้วัดถึงการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา และทำให้ภาระงานจึงมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยที่สุด

### 2.3 การศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือครั้งนี้เมื่อเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถเข้าทำนายได้มีเพียง 1 ตัวแปร คือ เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 31.3 ( $R^2 = 0.313$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของสมคิด มะโนมัน (2551) ที่พบว่าเจตคติต่อการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 22.8 ( $R^2 = 0.228$ ) ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถเข้าร่วมทำนายการ

บริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพได้ ทั้งที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง คือ ภาระงาน เพราะมีความสัมพันธ์น้อยที่สุด โดยสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้เพียงร้อยละ 2.1 ( $R^2 = 0.021$ )

จากผลการศึกษาคั้งนี้สรุปได้ว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาแต่มีเพียงเจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเท่านั้นที่สามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 31.3 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 63.4 ไม่สามารถทำนายได้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยพบว่า การบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยที่สุด ( $\bar{x} = 3.69$ ) (ตารางที่ 4. 2) ดังนั้นผู้บริหารควรเสริมสร้างวัฒนธรรมในการค้นหาความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาให้มากขึ้นเพื่อพัฒนาการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพและสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 31.3 ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติทางบวกในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า แม้ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมในระดับน้อยที่สุดและไม่ทำนายการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า ภาระงานทุกด้านอยู่ใน



ระดับมาก (ตารางที่ 4.6) โดยเฉพาะด้านการใช้สติปัญญา ภาระงานเชิงปริมาณ ภาระงานเชิงลักษณะของงานและความแปรผันของภาระงาน อยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาภาระงานด้านเหล่านี้ของพยาบาลวิชาชีพ ปรับงานให้เหมาะสมเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยปลอดภัย

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 จากการวิจัยพบว่า เจตคติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 31.3 ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 63.4 ไม่สามารถทำนายได้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมภายนอกและภายใน เป็นต้น

3.2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ทราบถึงข้อเท็จจริงและข้อมูลเชิงลึกในการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

3.2.3 การบริหารยามีหลายขั้นตอนที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใช้ยาด้วย เช่น แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น



บรรณานุกรม





### บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ ละแมนชัย (2548) "ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- กฤษดา แสงดี (2542) "การบริหารความเสี่ยง:มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล" *วารสารกองการพยาบาล* 26, 3 (กันยายน-ธันวาคม) : 34-35
- กันยรัตน์ ม้าวิไล (2551) "ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- กัลยา วาณิชย์บัญชา (2543) *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ซีเคแอนด์เอส โฟโต้สตูดิโอ
- \_\_\_\_\_ (2549) *การวิเคราะห์สถิติ:สถิติการบริหารและวิจัย* พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กฤษยา ตันติผลาชีวะ (2539) *การบริหารหอผู้ป่วย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ปิ่นเกล้าการพิมพ์
- เจนวิทย์ วงษ์เจริญสุข (2548) "ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องในการปฏิบัติงานที่ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลพบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ชวไล ชุ่มคำ (2545) "ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน" วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และคณะ (2542) "ความคลาดเคลื่อนทางยา:การป้องกัน ตรวจสอบ และ รายงาน" *คู่มือมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร จันทร่ม่วงการพิมพ์

- ณัญญา มูลประหัต (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่องาน ความเชื่ออำนาจในตน  
บรรยากาศขององค์กรกับการมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล  
สังกัดกระทรวงกลาโหม” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พูนสุข หิงคานนท์ และดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2549) “การศึกษาปริมาณงานการพยาบาล” ใน  
*ประมวลสาระชุกวิชาการพัฒนาระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 7 หน้า 43-47  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ดวงเดือน พันธุมนาวัน (2530) “การวัดและการวิจัยเจตคติที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ” ใน .  
เอกสารบรรยายพิเศษในวิชาสัมมนาสังคมศาสตร์เชิงพฤติกรรม กรุงเทพมหานคร  
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- เดชาวุธ นิตยสุทธิ (2549) “สถิติเพื่อการวิเคราะห์หลายตัวแปร2” ใน *ประมวลสาระชุกวิชาการ  
วิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 12 หน้า 1-58 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล และปรีชา มนทกานติกุล (2547) *การป้องกันความ  
คลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* กรุงเทพมหานคร ประชาชน  
\_\_\_\_\_. (2549) *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา* กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- นิรัตน์ อิมามิ (2549) “เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุกวิชาการวิจัยทางการ  
พยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 4 หน้า 1-65 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2547) *ระเบียบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญเสริม พึ่งพุทธรัตน์ และพินิจ ปรีชานันท์ (2541) “คุณภาพการให้ยา” *รามาชิบดีสาร*  
4 (มกราคม) :45-46
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532) *ทัศนคติ:การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย* พิมพ์ครั้งที่ 2  
กรุงเทพมหานคร พีระพัฒนา
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) *Quality & Safety In Nursing Concept and Practice*  
พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์  
\_\_\_\_\_. (2548) *การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย* พิมพ์ครั้งที่ 3  
กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์

- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) “การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย  
โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มังกร ประพันธ์วัฒน์ (2550) “Medication Error: ความคลาดเคลื่อนทางยา” ใน *เอกสาร  
ประกอบการบรรยาย. มหกรรมคุณภาพ 51 ปี* วันที่ 20-23 มิถุนายน 2549 โรงพยาบาล  
แพร่
- มาริษา สมบัติบุญ (2546) “แนวคิดและการบริหารอัตรากำลังในหน่วยบริการพยาบาล”  
(อค์สำเนา)
- มุกดา ตันชัย (2549) “สถิติที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัย  
ทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 9 หน้า 1-88 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ยุวดี ฤชา และปาริชาติ กู้ช (2549) “การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการทำวิทยานิพนธ์” ใน  
*ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 7 หน้า 1-155 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ราชัน อรุณแสง (2552) “ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาระงานและ  
ความสามารถในการบริหารงานของหัวหน้าสถานีอนามัยกับผลสัมฤทธิ์การ  
ดำเนินงานตามตัวชี้วัด โครงการอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพ จังหวัดตรัง” วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิกา อัสวชัยวิกรม (2549) “เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์  
ทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1* หน่วยที่ 5 หน้า 1-91  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2545) “ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงด้านการให้ยาผิดของ  
พยาบาล”งานนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล (2549) “การสุ่มตัวอย่างและการหาขนาดตัวอย่าง” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์ สาธารณสุขและสถิติ* หน่วยที่ 5 หน้า 1-102 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วีณา จีระแพทย์ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 5-27 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_ (2549) “กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 58-83 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศรีนวล สถิตย์วิทยานันท์ (2549) “กระบวนการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาลและจริยธรรมในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1* หน่วยที่ 1 หน้า 1-79 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_ (2549) “การเขียนโครงการวิจัย รายงานการวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์ สาธารณสุขและสถิติ* หน่วยที่ 15 หน้า 1-70 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) *Patient Safety Concept and Practice* กรุงเทพมหานคร ดีไซร์
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2542) *โรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่* พิมพ์ครั้งที่ 3 ม.ป.ท.
- สารนิตี บุญประสพ (2549) “เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- สุปราณี เสนาดิสัย (2547) *การพยาบาลพื้นฐาน:แนวคิดและการปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 11 กรุงเทพมหานคร จุดทอง
- ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล (2007) “การบริหารอัตรากำลัง” สำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์) สาระสังเขปค้นคืนวันที่ 30 มกราคม 2554 จาก [http://www.dms.moph.go.th/nurse/2007\\_11\\_9/Songsri.pdf](http://www.dms.moph.go.th/nurse/2007_11_9/Songsri.pdf)

- สมคิด มะโนมัน (2551) “ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลนครปฐม” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543) *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- American Society of Hospital Pharmacists. (1993). “ASHP guideline on preventing medication error in hospital” *American Journal Pharmacists*. 50:305-341.
- Alanko, K. and Nyholm, L. (2007). “Oops! Another Medication Error. A Literature Review of contributing Factors and Method to prevent Medication Errors” Bachelor of Nursing. Nursing and Health Care.
- Bandura, A. (1986). “Social foundations of Thought and Action: A Social cognitive Theory” *Englewood Cliffs*. NJ: Prentice Hall.
- \_\_\_\_\_. (1999). “Social Cognitive Theory of Personality.” Retrieved January 31, 2010, from: <http://www.des.emory.edu/mfp/bandurabio.html>.
- Baron, RA. (1986). *Behavior in organizations*. Massachusetts: Allyn and Bacon, Inc.
- Bates, D.W., Boyle, D.L., and Vander Viet, M.B. (1995). “Relationship between medication error and adverse drug events” *J Gen Intern Med*. 10, 4: 199-205.
- Brown, B.L. (1979). *Risk management for hospitals a practical*. Gaithersburg: An Aapen-Publication.
- Carayon, P. and Alvarado, C.J. (2007). “Workload and Patient safety Among Critical Care Nurses.” *Crit Care Nurs Clin N Am*. Vol.19: 121-129.
- Carayon, P. and Gurces, A. (2005). “Nursing workload and patient safety in intensive care unit: A human factors engineering evaluation of literature. *Intensive and Critical care Nursing*. 21: 284-301.
- Cohen, R.M. (1999). *Medication error causes, prevention, and risk management*. Boston: Jones and Bartlett.
- Cohen, H., Robinson, S., and Mandrack, M. (2003). “Getting to the root of medication.” *Nursing*, 33, 9: 36-45.

- Cohen, M.R. (2007). *Medication error*. The American Pharmacists Association .Washington DC.
- Giraud, T., Dhainaut, J.F., Vaxelaire, J.F. and Auther. (1993). "Iatrogenic complications in adult intensive care and general care units:a prospective two-center study." *Crit Care Med*. 21,1: 40-50.
- Hick,R.W., Becker, S.C. and Windle, P.E. (2007). "Medication errors in the PACU". *Perianesthesia Nursing*. 22: 413-9.
- Hume, M. (1999). " Changing hospital culture, systems reduce drug errors." *Exec Solut Healthc Manage*. 2,4:1, 4-9.
- Institute of Medicine. (2006). " Preventing Medication Errors " *Institute of Medicine Washington DC2006*. Retrieved June 25, 2011 from <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series/medicationerrorsnew.pdf>
- Jane Lawless, Lixin Wan, and Irene Zeng. (2010). " Patient care 'rationed' as nurses struggle under heavy workload-survey" *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 16, 8.
- Joaana Briggles Institute. (2005). "Strategies to reduce medication errors with reference to older adults" *Best Practice*. 9, 4: 1-5.
- Leape, L.L. (1995). "Preventing adverse drug event" *Am J Health Syst Pharm*. 52 ,4: 379-382.
- McGuire,W.J. (1969). "The nature of attitudes and attitude change" *The handbook of Social Psychology*. 2nd edn, vol.3. New York: Addison Wesley.
- National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (1998). "About Medication Error".Retrieved September 23, 2010 from <http://www.neernerp.org/aboutmederror.htm>.
- \_\_\_\_\_.(2001). "preventing medication errors." Retrieved December 16, 2010. from <http://www.corexcel.com/courses3/preventing medication errors1.html>.
- Nebeker,J.R., Barach, P. and Samore, M.H. (2004). "Clarifying adverse drug events:a clinician's guide to terminology, documentation and reporting" *Ann Intern Med*. 140,10: 795-801.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research:Principles and Methods*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Wailliam&Wilkins.



- Seki, Y. and Yamazaki, Y. (2006). "Effects of working conditions on medication errors in a Japanese Hospital." *J Nurs Manag.* 14, 2: 128-139.
- Schenkel, S. (2000). "Promoting patient safety and preventing medical error in Emergency department." *Aced Emerg Med.* 7,11(November): 1204-1222 Abstract from :PMID:11073469(pubmed-indexed for medline) Retrieved September 22, 2010 from [www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez.html](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez.html).
- Shaver, G. (1977). *Principle of school psychology*. Massachusetts: Cambridge.
- Speier, J. (2000). Speier bill aimed at eliminating medication errors. 2000. Available at: <http://www.sen.ca.gov/speier>. Accessed August 2, 2011.
- Staten, P.A. (2002). "Claiify orders for safer medication management." *Nursing Management.* 33, 10: 26-27.
- Tang, f-i., Sheu, s-j., Yu, s., Wei, i-l., and Chen, c-h. (2007) "Nurses relate the contributing factors involved in medication errors" *Journal of Clinical Nursing.* 16: 447-457
- Tinge, J. (2004). "Improving medication safety is duty of all nurses." *British Journal of Nursing.* 10, 13: 181.
- Tissot, E., Cornette, C., Demoly, P. and Auther. (1999). "Medication errors at the administration stage in an intensive care unit." *Intensive Care Med.* Vol 25: 353-359.
- Triandis, Harry C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: John Wiley & Sons.
- Wilson, J.and Tingle, J. (1999). *Clinical risk modification: A route to clinical governance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สืบช่วยธรรมมาภิบาล

**ภาคผนวก ก**

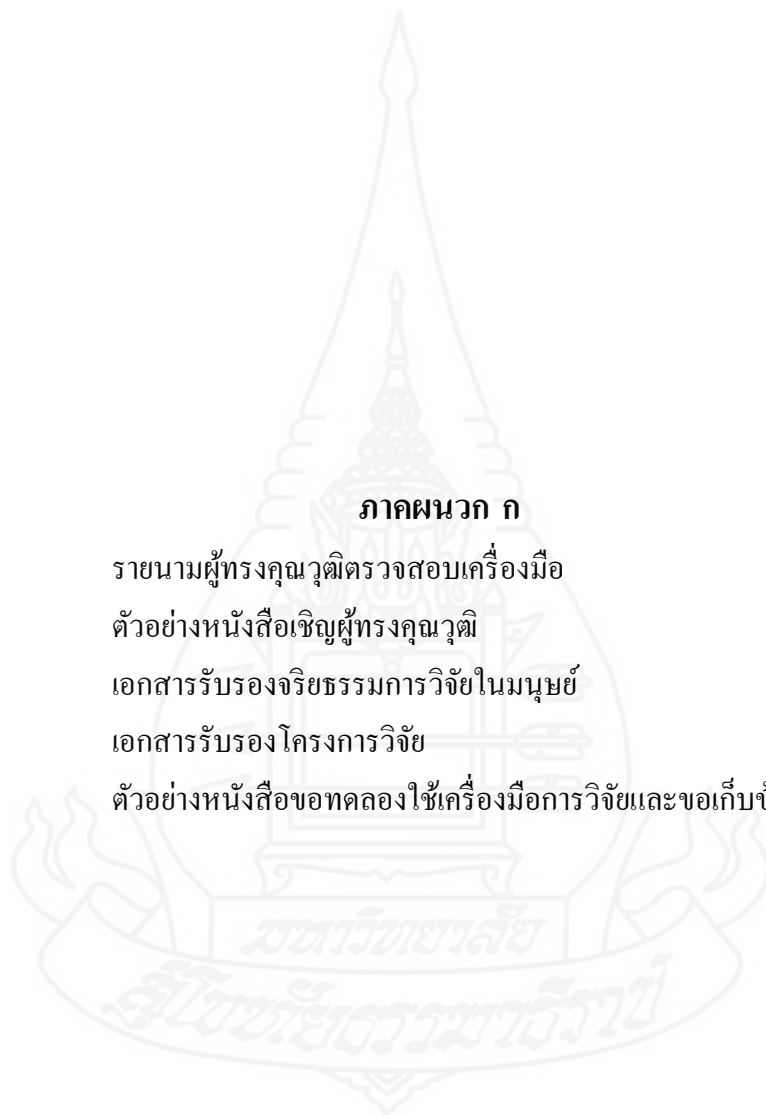
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ตัวอย่างหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยและขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณาเครื่องมือวิจัยจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ ดร. รัชฎรดี จิรสินธิปก อาจารย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
3. อาจารย์ ฤดาวัลย์ รวมเมฆ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษพยาบาล 9  
ผู้ช่วยเลขาธิการสภาการพยาบาล
4. อาจารย์ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยา  
พยาบาลวิชาชีพ 9
5. อาจารย์ มนต์สินธุ์ บุญยทรพร รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลลำปาง



ที่ ศษ 0522.26/ว 284

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

7 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ด้วย นาง จันทนา แก้วฟู นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ “ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคนี้อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอยู่ ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์เพ็ญจันทร์ แสนประสาน เป็น ผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-25032620

โทร. 0-8985-1709-6 (นาง จันทนา แก้วฟู)

สำเนาเรียน อาจารย์เพ็ญจันทร์ แสนประสาน



ที่ ศษ 0522.26/ว 284

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
 จังหวัดนนทบุรี 11120

7 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

ด้วยนาง จันทนา แก้วฟู นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ศูนย์ภาคเหนือ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนवल สติติวิทยานันท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-25032620

โทร. 0-8985-1709-6 (นาง จันทนา แก้วฟู)

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางจันทนา แก้วฟู
วัน เดือน ปีเกิด	23 สิงหาคม 2509
สถานที่เกิด	อำเภอ เมือง จังหวัด ลำปาง
ประวัติการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2537 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2545
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาล ลำปาง อำเภอ เมือง จังหวัด ลำปาง
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

