

# การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย จากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

## The Development of Nursing Management Model for Safety of High Alert Drug Administration Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri

ปฤษฎา เปล่งอารมณี วท.ม.,  
สาขาสุขศึกษา  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช  
จังหวัดสุพรรณบุรี

Prissana Plengarom M.S.,  
Health Education  
Chaophrayayommarat Hospital  
Suphan Buri

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงจากในหน่วยบริการของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช จำนวน 308 คน และแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาความเสี่ยงสูงโดยพยาบาลวิชาชีพ จากหอผู้ป่วยใน จำนวน 325 แฟ้ม ที่คัดเลือกแบบเจาะจง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม 2563 โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ ระยะที่ 4 พัฒนาและขยายประสิทธิผลรูปแบบ และระยะที่ 5 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสังเกตการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูง และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .906 และ .982 ตามลำดับ สำหรับแบบรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 ผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t test และ independent sample t test

**ผลการศึกษา :** ระยะที่ 1 พบว่า บริบทวัฒนธรรมและนโยบายด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงสำหรับพยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีความชัดเจน ประกอบกับการสื่อสารที่ไม่ครอบคลุมและ

ไม่ชัดเจน เนื่องจากภาระงานมาก/สถานการณ์รบกวนสมาธิขณะบริหารยาความเสี่ยงสูง และอุปกรณ์ เครื่องมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบใน 4 หน่วยงาน นำร่อง ระยะที่ 4 พัฒนาและขยายประสิทธิผลรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ซึ่งมีองค์ประกอบของรูปแบบ 2 ส่วน คือ 1) กระบวนการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูง 2) การออกแบบแผนการนิเทศทางคลินิก พบว่า จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลง ระยะที่ 5 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.29$ )

**สรุป :** รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ควรนำไปใช้และขยายผลในโรงพยาบาลเครือข่าย สุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี และเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบปัญหาใกล้เคียงกัน

**คำสำคัญ :** การพัฒนา รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล การบริหารยาความเสี่ยงสูง

*วารสารแพทย์เขต 4-5 2564 ; 40(1) : 137-150.*

## ABSTRACT

**Objective :** The aim is to develop the nursing management model for safety of high alert drug administration at Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri.

**Methods :** The purposively sampled participants in this research and development were 308 RN involved in administration of high-alert drugs from Chaophrayayommarat Hospital's service units and 325 patients' profiles. This study conducted in March - October 2020 with 5 stages in the research method as follows: Phase 1 situational analysis and studying the previous nursing problems and causes; Phase 2 designing and developing the nursing management model for safety of high alert drug administration; Phase 3 implementing the new nursing management model; Phase 4 developing and reimplementing the model; and Phase 5 evaluating the effectiveness of the model. The research instruments consisted of 1) the form of nursing process observation; 2) the questionnaire for assessing satisfaction of the nursing management model for safety administration of high alert drugs. The research instruments were tested for content validity by 5 experts and the reliability of the tools was .906 and .982 respectively. The high alert drug administration error report was tested for content validity by 5 experts and the CVI was .96. The qualitative data were analyzed with the content analysis method, and the quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and t test.

**Results :** Phase I: the research found that the context, culture, and safety policies associated with the administration of high alert drugs among nurses were abstract, doubtful, coupled incomprehensible, and miscommunication due to the heavy workload/distraction situation while administering high alert drugs and insufficient equipment. Phase 2: the draft of

the nursing management model for safety of high alert drug administration process consisted of nursing process for high risk drug management. Phase 3: the model was conducted in four pilot units. Phase 4: developing and reimplementing the model which consisted of 2 parts: 1) the nursing process for high risk drug administration 2) clinical supervision. It was found that the number of incidence of drug administration discrepancies had decreased. Phase 5: the participants were satisfied with the nursing management model for the safety of high alert drug administration at high level ( $\bar{X} = 4.29$ ).

**Conclusion :** Nursing management model for safety of high alert drug administration can be efficiently performed to reduce medication administration errors. The developed model in this research should be applied to other hospitals in Suphan Buri Province and 5th Participatory Health Region to prevent medication errors.

**Keywords :** development, nursing management model, high alert drug administration

*Received : Jun 15, 2020 Revised : Jun 26, 2020 Accepted : Aug 15, 2020*

*Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(1) : 137-150.*

## บทนำ

“ความปลอดภัย” เป็นมิติคุณภาพที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ และถือเป็นภารกิจหลักของสถานบริการทางสุขภาพที่ประเทศสมาชิกทั่วโลกควรกำหนดเป็นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) โดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายด้านความปลอดภัย เพื่อให้สถานบริการสุขภาพทั่วประเทศน่านโยบายไปขับเคลื่อนพัฒนาระบบบริการมุ่งความปลอดภัย และเป็นองค์กรที่ผู้รับบริการเชื่อมั่นและไว้วางใจเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2560<sup>1</sup> โดยเฉพาะความปลอดภัยด้านยาที่เป็น 1 ใน 5 อันดับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล (adverse event) และจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการในระบบบริการสุขภาพ<sup>2</sup>

พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยจากการ

ได้รับยา โดยเฉพาะขั้นตอนของการบริหารยา (drug administration) ซึ่งเริ่มตั้งแต่รับการสั่งใช้ยาจากแพทย์ การทวนสอบประวัติการใช้ยาและประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย การรับยาที่ส่งมาจากหน่วยงานเภสัชกรรม การจัดเตรียมยา การบริหารยาในวิถีทางต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการดูแลสังเกตอาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์จากยา ตลอดจนการให้คำแนะนำในการใช้ยา ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งล้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error: AE) ซึ่ง Joint Commission Resources สหรัฐอเมริกา รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาว่าพบมากเป็นอันดับ 4 ของอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล<sup>3</sup> และในประเทศไทยพบว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็นอันดับ 2 ของอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 10 ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีระดับความรุนแรงมาก<sup>4</sup> และเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้พยาบาลถูกฟ้องร้อง<sup>5</sup> ทั้งนี้ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization สหรัฐอเมริกา ได้รวบรวมข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระหว่าง

ค.ศ. 1995 - 2004 พบว่า สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มีปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องคือ การสื่อสาร การฝึกอบรม การจัดอัตรากำลัง สมรรถนะของบุคลากร และวิธีการปฏิบัติงาน<sup>6</sup> และจากผลการเยี่ยมสำรวจทางโรงพยาบาลในประเทศไทย พบสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เกิดจากปัญหาด้านการจัดการ การนิเทศ การกำกับติดตาม และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้ยา<sup>4</sup> ดังนั้นกระบวนการบริหารยาของพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการที่รัดกุมและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะได้รับยา หากเกิดความคลาดเคลื่อนจะถึงตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง (high alert drugs : HAD) ที่มีโอกาสเกิดอันตรายได้แม้จะให้ยาอย่างถูกต้อง<sup>7</sup> และหากมีการบริหารยาคลาดเคลื่อนจะยิ่งก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงแก่ผู้ป่วยถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ (ระดับ G, H, และ I)

กระบวนการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการและแพทย์มีแผนการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการร่วมปรึกษาหารือ ทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของแผนการรักษา ก่อนบันทึกข้อมูลการรักษาด้วยยาลงในใบบันทึกการให้ยา (medication administration records : MAR) จัดส่งแผนการรักษา (doctor order sheet : DOS) ให้เภสัชกรเพื่อให้จัดและส่งยากลับมาที่หน่วยบริการ จากนั้นพยาบาลจะตรวจสอบความถูกต้องของยา ความเสี่ยงสูงที่ได้รับเทียบกับแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนจัดเก็บยาดังกล่าวแยกจากยาทั่วไป และบริหารยา ความเสี่ยงสูงตามหลัก 6 R (Right patient, Right drug, Right dose, Right route, Right time and Right technique) รวมทั้งเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม และปลอดภัย

จากข้อมูลการติดตามความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาด้วยโปรแกรม HRMS on Cloud & HOSxP ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ตั้งแต่ปี 2560 - 2562 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในกลุ่มผู้ป่วยนอก (OPD) 1.29, 0.63, และ 0.56 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา และกลุ่มผู้ป่วยใน (IPD) 1.28, 0.01, และ 0.01 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ โดยเป็นกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 4, 3, และ 2 ครั้ง และผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 9, 7, และ 6 ครั้งตามลำดับ ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงต้องมีการรักษาเพิ่ม (ระดับ E) และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (ระดับ F) ส่งผลให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6, 111.75, 12, 246.00, และ 9,789.15 บาท ต่อราย และผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 2, 5, และ 3 วันต่อราย ตามลำดับ ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลตามนโยบาย 2 P Safety ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ศึกษาและติดตามอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยนอกและหัวหน้าพยาบาล จึงเห็นความสำคัญของการวิเคราะห์ระบบการบริหารยาความเสี่ยงสูงและพัฒนาารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูงอย่างถูกต้อง ปลอดภัยตามแผนการรักษา ลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณค่า และความภาคภูมิใจในงานบริการของพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย ส่งผลทำให้งานบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลมีคุณภาพได้ รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยา ความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช สุพรรณบุรี

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

### วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยใช้แนวคิดการวิจัยของเคมมิสและแมคทาคาท<sup>9</sup> ร่วมกับกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบของ โดนามิเดียน<sup>9</sup> ดำเนินการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช ระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม 2563 โดยการพัฒนา 2 วงรอบ วงรอบละ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ระยะการออกแบบและพัฒนารูปแบบ ระยะดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ ระยะพัฒนาและขยายประสิทธิผลรูปแบบและระยะประเมินประสิทธิผลรูปแบบ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหาการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล (มีนาคม - เมษายน 2563) รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ซึ่งเป็นหัวหน้างาน หัวหน้าเวรและพยาบาลวิชาชีพ คัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การบริหารยาความเสี่ยงสูงมากกว่า 10 ปี ผ่านการเข้าร่วมทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา มาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงโดยใช้แบบวิเคราะห์เชิงระบบตามแนวคิด JCAHO<sup>10</sup> เพื่อค้นหาปัญหารากเหง้า (root cause analysis : RCA) และแนวทางการป้องกันข้อบกพร่องเชิงระบบ (failure mode and effect analysis : FMEA) การบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2563) โดยการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎีของคาร์เพนิโต<sup>11</sup> และแนวคิดพรอคเตอร์<sup>12</sup> ออกแบบ และพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงตามบริบทของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช สุพรรณบุรี ตรวจสอบคุณภาพร่างรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .96

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง (สิงหาคม - กันยายน 2563) เป็นการพัฒนางานจริงที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสังเกตการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนสูงสุด 2 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 1.34 - 2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลการบริหารยาความเสี่ยงสูงระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง มีการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูงอยู่ในระดับต่ำ และแบบรายงานอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .96 และวางระบบให้มีการจัดเก็บและส่งแบบฟอร์มรายงานทุกเดือน หรือรายงานผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (HRMS on Cloud & HOSxP) ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้ตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) และได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .906

ระยะที่ 4 พัฒนาและขยายประสิทธิผลรูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง (กันยายน – ตุลาคม 2563) เป็นการพัฒนาและขยายผลวงจรที่ 2 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามผลการทดลองใช้รูปแบบในหน่วยงาน นำร่องมาพัฒนาให้รัดกุม ปลอดภัย และเอื้อต่อการปฏิบัติ (สิงหาคม 2563) จากนั้นนำรูปแบบดังกล่าวไปขยายผลใช้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการที่มีการบริหารยาความเสี่ยงสูง (กันยายน – ตุลาคม 2563)

ระยะที่ 5 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง (พฤศจิกายน 2563) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนสูงสุด 5 คะแนน และต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 4.50 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมาก และได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .982

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาความสอดคล้องกับ Belmont reports จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ด้วยเอกสารรับรอง

โครงการวิจัยหมายเลข YM 015/2563 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2563

## ผลการศึกษา

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t test และ independent sample t test โดยอธิบายผลการศึกษาดังนี้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ศึกษาปัญหา และสาเหตุของปัญหาการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล พบว่า มีประเด็นสำคัญแยกตามปัจจัยนำเข้า (inputs) พบปัญหา 1) บริบทวัฒนธรรมและนโยบายด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงสำหรับพยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีความชัดเจน 2) บุคลากรพยาบาล (man) มีความหลากหลายประสบการณ์ องค์กรความรู้ ความตระหนักรู้ และความใส่ใจถึงความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง การสื่อสารที่ไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน ภาระงานมากหรือสถานการณ์รบกวนสมาธิขณะบริหารยาความเสี่ยงสูง 3) อุปกรณ์ เครื่องมือ (material) ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ เช่น infusion pump, syringe pump เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น ใบบันทึกการให้ยา (medication administration record : MAR) ใบคำสั่งการให้ยาของแพทย์ (doctor order sheet : DOS) บันทึกทางการแพทย์ (nurse note) 4) ระบบงาน (method) โครงสร้างการมอบหมายงานแบบ case method ในสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วย และภาระงานที่มากเมื่อเทียบกับอัตรากำลัง จึงไม่เอื้อต่อการ double check/ re-check รวมทั้งการบริหารยาความเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวาย มีสิ่งรบกวนสมาธิเข้ามาสอดแทรกตลอดการบริหารยา

ผลการศึกษาระยะที่ 2 รูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยา

ความเสี่ยงสูง ตามแนวคิดของคาร์เพนิต<sup>11</sup> ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมิน (assessment) ก่อนการบริหารยา 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) สร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงก่อนการบริหารยา 3) การวางแผนการพยาบาล (planning) บริหารยาความเสี่ยงสูงก่อนการบริหารยา 4) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) ขณะบริหารยา ความเสี่ยงสูง และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) ขณะและหลังการบริหารยาความเสี่ยงสูง ผลการศึกษาระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลจากหน่วยงานนำร่องมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 1.48$ ) เมื่อพิจารณาแยกในแต่ละขั้นตอนพบว่า การประเมินก่อนการบริหารยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 1.56$ ) รองลงมา คือ การปฏิบัติการพยาบาล

( $\bar{X} = 1.53$ ) การวางแผนการพยาบาล ( $\bar{X} = 1.49$ ) การประเมินผลการพยาบาลขณะ/หลังบริหารยา ( $\bar{X} = 1.48$ ) และการวินิจฉัยทางการพยาบาล ( $\bar{X} = 1.24$ ) ตามลำดับ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นปัญหาที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงเพิ่มคือ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาโดยเฉพาะการเตรียมยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ประกอบกับคำสั่งแผนการรักษาที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ใช้ตัวย่อไม่เป็นสากล และเป็นสัดส่วนที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความจำ สไตลการสั่งจ่ายของแพทย์แต่ละคน ในการตีความ นอกจากนี้ การประเมิน สังเกตอาการ และอาการข้างเคียงของยา ทั้งขณะและหลังการบริหารยาไม่เหมาะสม ไม่มีความต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารกันระหว่างผู้ให้ยาและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อ โดยเฉพาะช่วงส่งต่อเวร ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลจาก 4 หน่วยงานนำร่อง (n = 44)

พฤติกรรมปฏิบัติการตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การประเมิน	1.56	0.436	สูง	1.83	0.203	สูง
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.24	0.368	ปานกลาง	1.81	0.232	สูง
การวางแผนการพยาบาล	1.49	0.430	สูง	1.87	0.178	สูง
การปฏิบัติการพยาบาล	1.53	0.387	สูง	1.86	0.114	สูง
การประเมินผลการพยาบาล	1.48	0.430	สูง	1.93	0.166	สูง
ภาพรวม	1.48	0.332	สูง	1.86	0.089	สูง

ผลการศึกษาระยะที่ 4 พัฒนาและขยายประสิทธิผลรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ซึ่งมีองค์ประกอบของรูปแบบ 2 ส่วน คือ 1) กระบวนการพยาบาล เป็นการพัฒนาแบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยาความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย ข้อมูลการบริหารยา

การประเมินติดตามการให้ยา อาการไม่พึงประสงค์ ค่าสัญญาณชีพ แบบตรวจสอบรายการด้วย check list และ ข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์ และ 2) การออกแบบแผนการนิเทศทางคลินิกโดยใช้กระบวนการพยาบาล บริหารยาความเสี่ยงสูงแนวคิดพรอคเตอร์<sup>12</sup> ประกอบด้วย การนิเทศตามแบบแผน การนิเทศตามมาตรฐาน และ

การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ พร้อมทั้งเพิ่มการกำกับติดตามประเมินผลและการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Check & Action) ผลการทดลองใช้ พบว่า การปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง (หลังการพัฒนา) ของพยาบาลจากหน่วยงานนำร่องโดยรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 1.86$ ) เมื่อพิจารณาแยกในแต่ละขั้นตอน พบว่า การประเมินผลการพยาบาล ขณะหรือหลังการบริหารยา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 1.93$ ) รองลงมา คือ การวางแผนการพยาบาล ( $\bar{X} = 1.87$ ) การปฏิบัติการพยาบาล ( $\bar{X} = 1.86$ ) การประเมินก่อนการบริหารยา ( $\bar{X} = 1.83$ ) และการวินิจฉัยทางการพยาบาล ( $\bar{X} = 1.81$ )

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพจาก 4 หน่วยงานนำร่อง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานนำร่องก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาโดยรวม และทุกขั้นตอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของกลุ่มทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลวิชาชีพจาก 4 หน่วยงานนำร่อง ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามพฤติกรรมปฏิบัติและภาพรวม (n = 44)

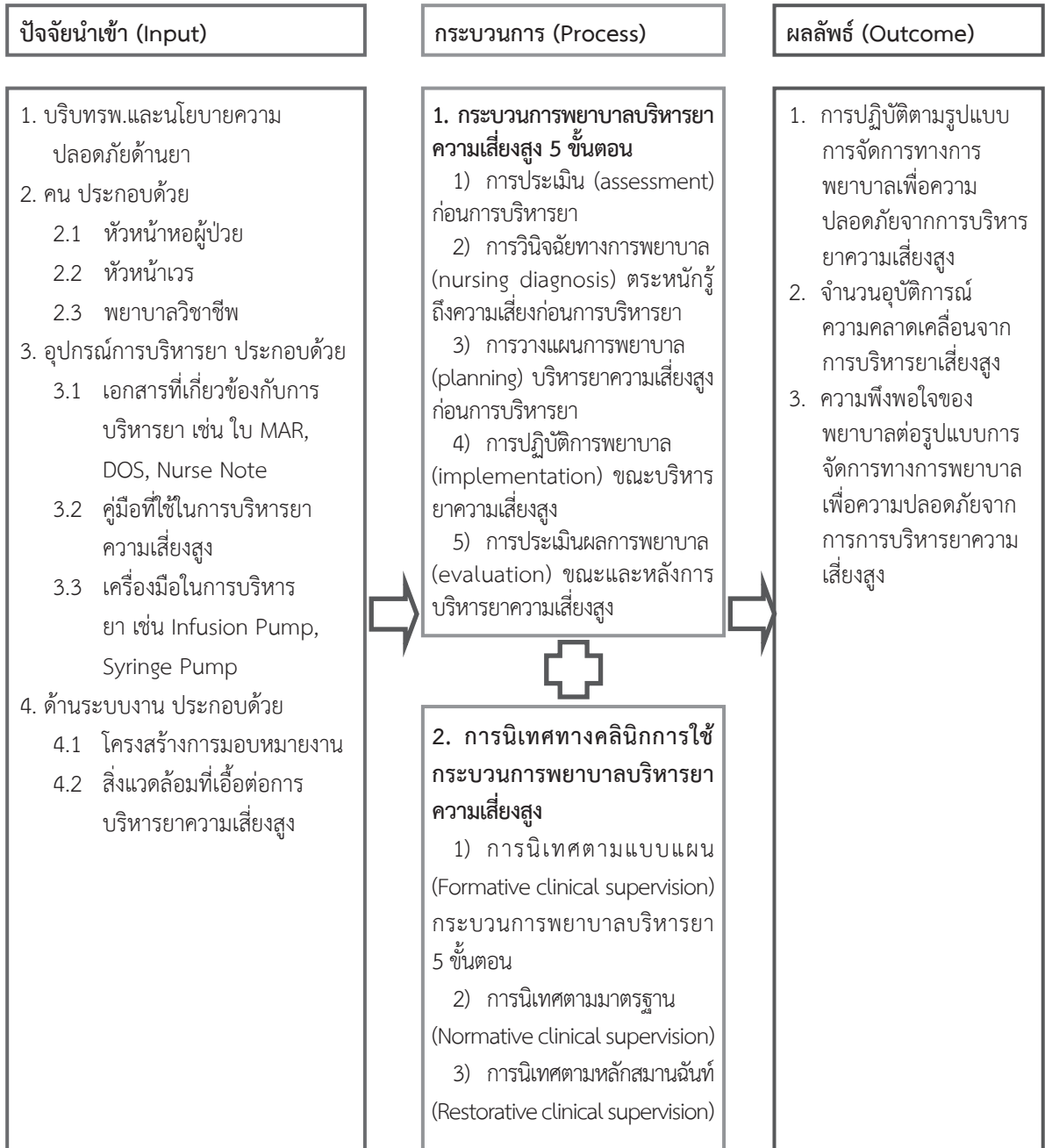
พฤติกรรมปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		df	t	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การประเมิน	4.69	1.31	5.48	0.61	43	4.361	.001***
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	3.73	1.10	5.44	0.70	43	11.708	.001***
การวางแผนการพยาบาล	4.48	1.29	5.60	0.53	43	6.293	.001***
การปฏิบัติการพยาบาล	12.27	3.09	14.90	0.91	43	6.141	.001***
การประเมินผลการพยาบาล	4.44	1.29	5.79	0.50	43	7.237	.001***
ภาพรวม	29.62	6.64	37.21	1.79	43	8.597	.001***

\* p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูง (nursing process) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ การประเมิน (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning)

การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินการพยาบาล (evaluation) และ 2) การนิเทศทางคลินิกการใช้กระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูง ซึ่งประกอบด้วย การนิเทศตามแบบแผน การนิเทศตามมาตรฐาน และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ดังแสดงในภาพที่ 1

รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง

ผลการศึกษาระยะที่ 5 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลจากหน่วยงานนำร่องโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.07$ ) ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยา

ความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช สุพรรณบุรี ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยรวมและทุกขั้นตอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช สุพรรณบุรี ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามพฤติกรรมและภาพรวม (n = 308)

พฤติกรรมการปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การประเมิน	4.46	1.256	5.68	0.519	307	17.117	.001***
การวินิจฉัยทางการแพทย์	3.63	1.303	12.75	1.473	307	88.751	.001***
การวางแผนการพยาบาล	4.15	1.293	5.76	0.481	307	22.628	.001***
การปฏิบัติการพยาบาล	11.47	2.922	15.40	0.842	307	23.902	.001***
การประเมินผลการพยาบาล	4.10	1.090	5.85	0.366	307	27.260	.001***
ภาพรวม	27.81	6.571	38.03	1.571	307	28.135	.001***

\* p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.29$ )

เมื่อพิจารณาแยกความพึงพอใจต่อกระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูงโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.31$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล (n = 308)

รายการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล	หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. กระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูงเอื้อต่อการนำไปใช้	4.24	0.553	สูง
2. การใช้กระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูง	4.31	0.578	สูง
3. ความพึงพอใจในการใช้กระบวนการพยาบาล	4.28	0.574	สูง

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความ  
ปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล (n = 308) (ต่อ)

รายการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของ พยาบาล	หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้กระบวนการพยาบาล	4.31	0.495	สูง
4. ความพึงพอใจต่อแผนนิเทศทางคลินิกในด้านคุณภาพ	4.29	0.586	สูง
5. ความพึงพอใจต่อผู้นิเทศทางคลินิก	4.34	0.579	สูง
ภาพรวมความพึงพอใจต่อแผนนิเทศ	4.31	0.495	สูง
ภาพรวมรูปแบบการจัดการทางการแพทย์	4.29	0.462	สูง

การเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา  
พัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาล  
วิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช มีความแตกต่างกัน

อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ )  
โดยจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหาร  
ยามีจำนวนลดลงหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์  
พยาบาลที่พัฒนาขึ้นดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ก่อนและหลังการพัฒนา  
รูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช สุพรรณบุรี (n = 325)

จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยา ความเสี่ยงสูงคลาดเคลื่อน	จำนวน เวชระเบียน (n)	$\bar{X}$	SD	df	t	P-value
ก่อนพัฒนา	156	0.910	1.430	324	3.262	.001***
หลังพัฒนา	169	0.468	0.994			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

## วิจารณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาปัญหาและ  
สาเหตุของปัญหาการบริหารยาความเสี่ยงสูงของ  
พยาบาล พบปัญหา ดังนี้ 1) บริบทวัฒนธรรมและ  
นโยบายด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร  
ยาความเสี่ยงสูงสำหรับพยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรม  
ไม่มีความชัดเจน 2) บุคลากรพยาบาลมีความหลากหลาย

หลายประสบการณ์ องค์กรความรู้ ความตระหนักรู้ และ  
ความใส่ใจถึงความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง  
การสื่อสารที่ไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน ภาระงานมาก  
หรือสถานการณ์รบกวนสมาชิกขณะบริหารยาความเสี่ยงสูง  
3) อุปกรณ์ เครื่องมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ และ  
4) โครงสร้างการมอบหมายงานแบบ case method  
ในสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วย และภาระงานที่มาก

เมื่อเทียบกับอัตรากำลังจึงไม่เอื้อต่อการ double check/ re-check รวมทั้งการบริหารยาความเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวาย มีสิ่งรบกวนสมาธิเข้ามาสอดแทรกตลอดการบริหารยา ซึ่งอาจเกิดจากการละเลยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาที่กำหนด ขาดการตรวจสอบซ้ำหลังให้ยาผู้ป่วย พยาบาลขาดความรู้ทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วย ภาระงานที่เร่งรีบ การสื่อสารส่งต่อข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการนิเทศ ติดตามกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือรองหัวหน้าหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร ของผ่องพรรณ อรุณศรี ถูกฉนวน พิ้วพานิช และพัชรี พงษ์พานิช<sup>15</sup> พบว่า ความผิดพลาดในการบริหารยา เกิดจากขาดการตรวจสอบความถูกต้องของการรับคำสั่ง หรือตรวจสอบไม่รัดกุม ก่อนที่จะบริหารยาให้ผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ ซึ่งเป็นรูปแบบของการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เป็นสิ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ<sup>14</sup> กระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูงที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เสริมความรู้ทักษะการบริหารยาความเสี่ยงสูงให้กับพยาบาลที่หลากหลายประสบการณ์ด้วยการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดพรอคเตอร์<sup>15</sup> แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ แทนการจับผิดในการกำกับติดตามการใช้กระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูงเป็นรายบุคคล ทำให้พยาบาลปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ส่งผลให้การปฏิบัติ

ตามรูปแบบหลังการพัฒนาจึงสูงกว่าก่อนการพัฒนาในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา เมฆพิรุณ<sup>16</sup> เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วย โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมและประชุมระดมความคิดเห็น จากนั้นอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูงแก่พยาบาลทั้งโรงพยาบาลพบว่า การดำเนินงานพัฒนาความปลอดภัยในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องยาและแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้นพร้อมการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลในเรื่องการบริหารยาและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้พยาบาลมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงมีจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลง ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงมีการประสานการดูแลกระบวนการสามด้าน คือ การจัดการในคลินิกที่เหมาะสม การบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการจัดการดังกล่าวสอดคล้องกับการบริหารความเสี่ยงและมีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยเพิ่มขึ้น<sup>5</sup> สำหรับระยะเวลาอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายด้าน

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางกำหนดการพยาบาลตัดสินใจอย่างมีเหตุผล<sup>17</sup> จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการพยาบาลบริหารยาความเสี่ยงสูง ไม่รู้สึกว่าการใช้

กระบวนการพยาบาลดังกล่าวเป็นการเพิ่มภาระงาน และพยาบาลสามารถปฏิบัติการบริหารยาไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความมั่นใจในการบริหารยาความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น

### สรุป

รูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยมราช สุพรรณบุรี และสามารถนำไปปฏิบัติงานได้จริง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาความเสี่ยงสูงอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามแผนการรักษา ลดอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณค่า และความภาคภูมิใจในงานบริการของพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในความ ปลอดภัย ส่งผลทำให้งานบริการรักษาพยาบาลของ โรงพยาบาลมีคุณภาพได้รับความไว้วางใจจากผู้รับ บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าพระยาฯ ยมราช สุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการ จริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ทีมบริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
2. ทรวง พิราลัย. HA UPDATE 2019. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562.

3. Robert A. Front line of defense the role of nurse in preventing Sentinel event. U.S.A.: Joint Commission; 2007.
4. ธิตา นิงสานนท์, สุวัฒน์ จุฬาวัดนทล, และปรีชา มนทกานติกุล. การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ การพิมพ์; 2554.
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคูล, และ บุปผาวัลย์ ศรีล้ำ. การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย : สมรรถนะพยาบาล CVT. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2556.
6. Cima L, Clarke S. The Nurse's Role in medication safety. U.S.A. Joint Commission Resources; 2007.
7. U.S. Department of Health and Human Services. Implementation guide to reducing harm from high-alert medications [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 15]. Available from: [http://www.usp.org/pdf/EN/patientsafety/medication\\_use\\_process.pdf](http://www.usp.org/pdf/EN/patientsafety/medication_use_process.pdf)
8. Kemmis S, Mc Taggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Waurm Ponds: Deakin University Press; 1988: 315-7.
9. Donabedian A. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. Milbank Q. 1989; 67(2): 233-256.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing medication errors: Strategies for pharmacists. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2001.

11. Moyet C, Juall L. Understanding the Nursing Process: Concept Mapping and Care Planning for Students. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
12. Proctor, B. Co-operative exercise in accountability. In M. Marken, & M. Payne (Eds.), Enabling and ensuring: supervision in practice (pp. 21-23). Leicester: National Youth Agency; 1987.
13. ผ่องพรรณ อรุณศรี, อุกถวิล พัวพานิช, และ พัชรี พงษ์พานิช. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (รายงานผลวิจัย). ชัยนาท: โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร; 2559.
14. Moyet C, Juall L. Understanding the Nursing Process: Concept Mapping and Care Planning for Students. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
15. Proctor B. Training for the Supervision Alliance: attitude, skills and intention. In Hyrkas K, Fowler J, Cutcliffe JR, Editors. Routledge handbook of clinical supervision: fundamental international themes. New York: Routledge; 2011. p. 23 - 34.
16. สุพัตรา เมฆพิรุณ. การพัฒนาระบบการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2556; 5(1): 24-42.
17. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญ์ พริกบุญจันทร์, บรรณาธิการ. การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร; 2560.