

ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา  
และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต

นางสาวนนุช หอมเนียม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2554  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EFFECTS OF USING MEDICATION ADMINISTRATION BY EVIDENCE-BASED  
PRACTICE ON INCIDENCE OF MEDICATION ERRORS AND NURSES' JOB  
SATISFACTION IN INTENSIVE CARE UNIT

Miss Nongnuch Hormniam

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิง  
ประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและ  
ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต

โดย

นางสาวนงนุช หอมเนียม

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

นางนุช หอมเนียม: ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต (EFFECTS OF USING MEDICATION ADMINISTRATION BY EVIDENCE-BASED PRACTICE ON INCIDENCE OF MEDICATION ERRORS AND NURSES' JOB SATISFACTION IN INTENSIVE CARE UNIT) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. สุชาดา รัชชกุล, 171 หน้า

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการทดลองประกอบด้วย แผนการอบรม คู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต แบบกำกับการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบสถิติค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดภายหลังการทดลอง (2.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา (8.47 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) และความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาภายหลังการทดลอง (2.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา (5.65 ครั้งต่อ 1000 วันนอน)

2. คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ( $\bar{X} = 3.96$ ) สูงกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ( $\bar{X} = 3.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา \_2554..... ลายมือชื่อ อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5277836736: MOJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD: EVIDENCE-BASED PRACTICE/ MEDICATION ADMINISTRATION /  
 MEDICATION ERRORS / JOB SATISFACTION / INTENSIVE CARE UNIT

NONGNUCH HORMNIAM: EFFECTS OF USING MEDICATION ADMINISTRATION  
 BY EVIDENCE-BASED PRACTICE ON INCIDENCE OF MEDICATION ERRORS  
 AND NURSES' JOB SATISFACTION IN INTENSIVE CARE UNIT. ADVISOR:  
 ASST. PROF. SUCHADA RATCHUKUL, RN, Ed. D., 171 pp.

The purpose of this quasi experimental research was to using medication administration by evidence-based practice and compare the incidence of medication administration errors and nurses' job satisfaction in the Intensive Care Unit before and after implementing evidence-based practice in administering medication. The samples for the study comprised 18 nurses from the Intensive Care Unit at Phyathai 2 Hospital. The research instrumentation comprised training plans, a handbook on using evidence-based practice in administering medication in the Intensive Care Unit and the monitoring form. The instruments employed in data collection consisted of the incidence of reported medication administration errors and nurses' job satisfaction questionnaires. The questionnaire was tested for content validity and reliability. Cronbach's Alpha Coefficient was .91. The data was analyzed by percentage, mean, standard deviation and dependent t-test.

The findings can be summarized as follows:

1. Incidence of medication administration errors on wrong dosage errors (2.44errors/1000 in length of stay) were less than after using evidence-based on wrong dose errors (8.47 errors/1000 in length of stay) and wrong time errors (2.44 errors/1000 in length of stay) were less than after using evidence-based on wrong time errors (5.65 errors/1000 in length of stay).

2. The mean nurses' job satisfaction score for the group using evidence-based practice in medication administration in the Intensive Care Unit ( $\bar{X} = 3.16$ ) was significantly higher than before the experiment ( $\bar{X} = 3.16$ ), at.05.

Field of Study ... Nursing Administration..... Student's Signature.....  
 Academic Year ...2011..... Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เป็น “ครู” ที่คอยชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา แนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อคิดตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมาศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ประสบการณ์การเรียนที่มีคุณค่ายิ่งซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ตลอดจนกำลังใจที่ได้รับจากคณาจารย์ทุกท่าน ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาสนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้อำนวยการอาวุโสฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยวิกฤต และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และมีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดาผู้ให้กำเนิดที่คอยห่วงใยและเป็นกำลังใจ ผู้วิจัยตลอดมา บุคคลที่รักยิ่ง พี่น้องทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจและเฟ้ารอความสำเร็จของผู้วิจัยด้วยความปิติยิ่ง และกัลยาณมิตรที่มีสามารถเอ่ยนามได้หมดที่คอยเป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคทั้งมวลและนำมาซึ่งความสำเร็จของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1    บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.....	14
หลักการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา.....	28
หลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์.....	51
แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจในงาน.....	60
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	69
กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	71
3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	82
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	84
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	95
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	97

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
สรุปผลการวิจัย.....	106
อภิปรายผลการวิจัย.....	106
ข้อเสนอแนะ.....	114
รายการอ้างอิง.....	116
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	130
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเอกสารการพิทักษ์ กลุ่มตัวอย่าง.....	132
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ง โครงการจัดอบรม.....	155
ภาคผนวก จ ผลการวิจัยและสถิติที่ใช้.....	161
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างการวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่อง การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต .....	165
ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรมการพัฒนาการบริหารยา.....	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	171



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การสืบค้นข้อมูลจากคอมพิวเตอร์และประสบการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน.....	75
2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริง.....	84
3	ผู้แต่ง ระดับความน่าเชื่อถือและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการคัดสรรจำนวน 12 เรื่อง.....	92
4	เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	102
5	เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	104
6	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีการปฏิบัติงานก่อนและหลังการทดลอง (N=18).....	163
7	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะงานก่อนและหลังการทดลอง (N=18).....	163

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	72
2	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	97

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันแล้วรัฐบาลยังมีนโยบายส่งเสริมให้ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อหวังผลด้านเศรษฐกิจ โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia: Medical Hub) ในลักษณะศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการดูแลโดยศาสตร์ผสมผสาน ซึ่งจากนโยบายทั้งสองแนวทางดังกล่าวทำให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนที่หลากหลายกลุ่มปัญหา ในขณะที่เดียวกันต้องรักษาความเป็นเลิศทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้ดีและคงอยู่เสมอ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับเชื่อถือจากสังคมทั้งในประเทศและในระดับสากล รวมทั้งจากผลการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และประชาชนเริ่มมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วย ทำให้มีการเรียกร้องสิทธิและมีการฟ้องร้องบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้นตามไปด้วย (สภาการพยาบาล, 2549) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้องค์กรสุขภาพต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การบริการมีคุณภาพที่ดีแล้วยังต้องมุ่งเน้นการประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย ดังนั้นการปรับเปลี่ยนองค์กรพยาบาลอย่างมีระบบและมีทิศทางที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยย่อมส่งผลให้ความต้องการบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งในปริมาณและคุณภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านการพยาบาลกลับพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล และในอนาคตยังมีแนวโน้มการสูญเสียแรงงานพยาบาลไปทำงานในต่างประเทศมากขึ้น โดยพบสถิติการลาออกของพยาบาลอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 3.3 ต่อปี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2551) ซึ่งมีทิศทางตรงกันข้ามกับความต้องการการบริการทางสุขภาพที่ต้องการการบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเข้ามาในโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการนั้นเพื่อต้องการซื้อบริการและคาดหวังว่าจะได้พบกับพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญในงาน ตลอดจนต้องการเห็นพยาบาล

มีความสามารถในการตัดสินใจในการทำงาน และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การประเมินอาการ การให้การดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ มีการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีระดับสูงในการตรวจรักษา ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป (American Association of Critical Care Nursing, 1986; Hartshorn, Lamborn, and Noll, 1993 อ้างถึงใน ปรศินีย์ อัมพฤษ, 2552)

จากสภาพการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลทำให้พยาบาลที่คงอยู่ต้องรับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยและงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพงานในโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะงานเกินกำลัง มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรอบคอบและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ สาเหตุดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ (วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550) และทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย ดังสะท้อนให้เห็นจากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ในอัตราร้อยละ 4-17 นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจและสังคม ซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้อีกมาก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยจะสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (สรรธวัช อัสวเรืองชัย, 2546) เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตมีสิ่งแวดล้อมที่ตึงเครียดจากผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องการความเร่งด่วนในการช่วยชีวิต จึงจำเป็นต้องใช้ยาเป็นจำนวนมาก (Davidson et al., 2001) รวมทั้งยังต้องประสานงานกับหลายหน่วยงาน จึงมีโอกาสสูงในการเกิดความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะสามารถพบได้เป็นสองเท่าของหอผู้ป่วยทั่วไป (Camire, Moyon, and Stelfox, 2009)

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นสาเหตุนำไปสู่การใช้ยาไม่เหมาะสมหรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ (Adams and Koch, 2010) ขั้นตอนที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (Prescribing error) ความคลาดเคลื่อนในการแปลคำสั่งการใช้ยา (Transcribing error) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) และความคลาดเคลื่อนในการติดตามหลังการใช้ยา (Monitoring error) (ประชา นันทน์นฤมิตร และคณะ, 2550) ซึ่งพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระบวนการและพบได้มากที่สุด คือ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

(Fahimi et al., 2008) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลจำนวนมากถูกฟ้องร้อง (Robinson et al., 1996 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แส่นประสาน และคณะ, 2549)

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) เป็นการให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งให้ยาของผู้สั่งใช้ยาในขณะที่ยานั้นอยู่ในความควบคุมของพยาบาล โดยจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามหลักการให้ยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ซึ่งความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาลในป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าว เนื่องจากเป็นสาเหตุนำไปสู่ผู้ป่วยให้ได้รับยาที่เป็นอันตรายและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องมีการรักษาเพิ่มและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ประการที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ และส่งผลทำให้สูญเสียความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการสุขภาพ สำหรับพยาบาลก็จะรู้สึกอึดอัดใจ และไม่พึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Lilley, Harrington, and Snyder, 2005) โดยเฉพาะความผิดพลาดนั้นหากเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตเพราะเป็นการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Adams, Holland, and Bostwick, 2008) เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนในการช่วยชีวิต โดยใช้หัตถการที่ซับซ้อนจากบุคลากรในทีมสุขภาพ และยังมีข้อจำกัดในด้านของผู้ป่วยเกี่ยวกับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการบาดเจ็บ ทำให้ขาดความร่วมมือในการให้การรักษา จากสภาพการปฏิบัติงานดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดจากการทำงานได้มากกว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากอัตรากำลังพยาบาลมีไม่เพียงพอ เพราะมีการโอนย้ายหรือลาออกทุกปี ทำให้พยาบาลที่คงอยู่ต้องรับภาระงานมากขึ้น แล้วยังไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามมาได้

โรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ในประเทศไทยและกำลังอยู่ในช่วงการดำเนินการเพื่อการรับรอง Joint Commission International Accreditation (JCIA) จากประเทศสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพในการให้บริการเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลที่ได้มีการพัฒนาและติดตามการประเมินผลการดำเนินการคือ การติดตามคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยทุกๆ ด้าน การพัฒนาศักยภาพและความรู้ของบุคลากรรวมทั้งการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างครอบคลุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาคือ ไม่เกิน 1 ครั้ง

ต่อจำนวน 1000 วันนอน แต่จากการรายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของหอผู้ป่วยวิกฤต ในปี พ.ศ. 2551 - 2553 พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโดยรวมเท่ากับ 2.12, 3.87 และ 5.26 ต่อ 1000 วันนอน (คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2, 2554) ตามลำดับถือว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แม้ว่าหอผู้ป่วยวิกฤตได้มีการปรับแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนดังกล่าวแต่ก็ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ประกอบกับลักษณะของ ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ซับซ้อนและเร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องให้การพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งต้องบริหารยาให้เกิดความปลอดภัยร่วมด้วย ในขณะเดียวกันต้องคงไว้ซึ่งคุณภาพบริการ ลักษณะดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดและอาจก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานลดลงได้ ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน (Kelly, 1988)

ความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกที่บุคคลมีต่อ งานที่ทำ ซึ่งสามารถประเมินได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ (Spector, 1997) เมื่อบุคลากรพยาบาลมีความ พึงพอใจในงานย่อมทำให้เกิดความตั้งใจ เต็มใจที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ นอกจากนี้ยัง ก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อหน่วยงานและต่อวิชาชีพ ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลคงอยู่ใน หน่วยงาน ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทำให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง (นัยนา ศรีนวลดี, 2546) นอกจากนั้นแล้วการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ บริการของหน่วยงานจะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานที่ตนมีส่วนร่วม และรู้สึกที่ได้ ปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง จากการใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน (Clinical pathway) เป็นตัว ควบคุมการทำงาน (Cabello, 1990) ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้เข้าไปมีส่วนร่วมในงานที่ปฏิบัติ อยู่ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ ความสามารถได้ใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานมากเท่าไรก็จะยังมีความ พึงพอใจในงานมากเท่านั้น จากการสำรวจพบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตมีความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 69.23 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 (โรงพยาบาลพญาไท 2, 2553) จึงจำเป็นต้องมี การสนับสนุนให้พยาบาลมีความรู้สึกพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น ซึ่งมีรายงานการศึกษาพบว่าการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ ผู้ให้บริการ และสามารถยืนยันถึงประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอ ผู้ป่วยวิกฤตเกิดจาก การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างแพทย์ผู้สั่งยาและพยาบาลผู้บริหารยา การขาด

บุคคลที่คอยตรวจสอบ มีเหตุการณ์อื่นมารบกวนในขณะบริหารยา การให้ยาโดยไม่ใช้ใบบันทึกการบริหารยา การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ และการบันทึกการให้ยาไว้ล่วงหน้า (Henry and Foureur, 2007; Tromp, Natsch, and Achterberg, 2009; Valentin et al., 2009; คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2, 2554) ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรืออันตรายร้ายแรงได้ ซึ่ง JCAHO (2007) ได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพที่ยอมรับได้แล้วว่าอุบัติการณ์เหล่านี้ต้องต่ำมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย เนื่องจากเป็นอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เป็นอันตรายที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ ซึ่งพบว่าปัจจัยต่างๆ อันประกอบด้วยบรรยากาศที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวนในขณะบริหารยา มีข้อมูลเกี่ยวกับยาที่จำเป็น และมีความสะดวกต่อการใช้งานในหอผู้ป่วย การไม่ให้ยาผู้ป่วยที่เตรียมจากบุคคลอื่น การสื่อสารให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยหรือญาติและทีมสหสาขา รวมทั้งการมีแนวปฏิบัติในการบริหารยาที่เหมาะสมจะสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ (ธิดา นิงสานนท์, 2552; Kopp et al., 2006; Fahimi et al., 2008; Camire, Moyon, and Stelfox, 2009; Cohen, 2010) ทั้งนี้ในการบริหารยานอกจากจะต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแล้ว การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ (Mcintyre and Courey, 2007)

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการนำหลักฐานจากผลงานวิจัยและผลงานที่ได้รับความเชื่อถือ ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (Boswell and Cannon, 2011) และสังเคราะห์ให้เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้น (Stetler et al., 1998) ในปัจจุบันวงการพยาบาลมีการตื่นตัวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้พัฒนาคุณภาพของการให้บริการซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพ หรือการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ตามการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน การให้บริการสุขภาพแนวใหม่ไม่เพียงแต่ใช้ประสบการณ์ทางคลินิก เหตุผลทางพยาธิสรีระ และกระบวนการคิดเท่านั้น แต่พยาบาลจะต้องเรียนรู้การสืบค้นงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย และสังเคราะห์งานวิจัยสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้เป้าหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลประสบความสำเร็จ (สายพิณเกษมกิจวัฒนา, 2547) รวมทั้งยังเป็นการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงเป็นสิ่ง

ที่ทำนายพยาบาลทุกคนในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีความทันสมัยและดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (กัตติกา ธาระขำ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลวิชาชีพยังมีการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางและน้อยมาก ถึงแม้จะมีข้อมูลสนับสนุนว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่มีผลงานวิจัยรองรับจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2552; ฟองคำ ติลกสกุลชัย, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และดรุณี กาญจนคุณกร, 2543; ศิริอร สินธุ และเรณู พุกบุญมี, 2544; สุมิตรา เวฬุনারักษ์ณ์, วิภาดา คุณาวิคติกุล และชรินทร์น พุทธปวน, 2539; Brett, 1987; Briones and Bruya; 1990; Coyle and Sokop, 1990; Heater, Becker, and Olson, 1988) ซึ่งอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล คือพยาบาลขาดความรู้และทักษะในการประเมินงานวิจัยทางการพยาบาล (พจนา จารุชาติปริญญา และคณะ, 2550) ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมากยิ่งขึ้น และนำมาเป็นนโยบายในการปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพมากขึ้น (สุพัตรา ทาอ้อ, 2551) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลเน้นที่ความปลอดภัย และความคุ้มค่าของการให้บริการ รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้เป็นไปตามที่ต้องการ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Stetler (2001) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งนอกจากทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องแล้วยังเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน และยังเป็น การส่งเสริมให้พยาบาลในมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อวิชาชีพและคงอยู่ในหน่วยงานเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

### คำถามการวิจัย

1. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ภายหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่
2. ความพึงพอใจงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่



### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เป็นเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นอันตรายหรืออาจจะเป็นอันตรายก็ได้ และเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ (Lilley, Harrington, and Snyder, 2005) ทั้งนี้ยังเป็นปัญหาสำคัญของการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการตั้งแต่ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา ความคลาดเคลื่อนในการแปลงคำสั่ง ความคลาดเคลื่อนในการจัดเตรียม ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสู่ผู้ป่วย และความคลาดเคลื่อนในการเฝ้าระวังและติดตามหลังการใช้ยา (ประชา นันทน์ถนอมิต และคณะ, 2550) จากการศึกษาของ Fahimi และคณะ (2008) พบว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสู่ผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งมีสาเหตุมาจากการต่อเวร การขาดความระมัดระวัง ความใส่ใจในขณะให้ยา ภาระงานมาก และเป็นพยาบาลจบใหม่ ทั้งนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลเป็นจำนวนมากถูกฟ้องร้อง (Robinson et al., 1996 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากว่า หอผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และต้องมีการใช้ยามากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยชีวิตในภาวะเร่งด่วน (Camire, Moyon, and Stelfox, 2009) จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในขณะให้ยา ในขณะที่ลักษณะงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความซับซ้อนและเร่งด่วน ดังนั้นลักษณะงานดังกล่าวจึงมีอิทธิพลต่อพยาบาลให้มีอารมณ์เคร่งเครียด อ่อนล้า รวมถึงบางครั้งมีความรู้สึกโกรธในการต้องรับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบที่สูง ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกนี้อาจนำไปสู่การกระทำที่มีความเสี่ยงหรือทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานตามมา (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และคณะ, 2553) โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพราะเกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนอนาคต

การทำงานของผู้ให้บริการได้ (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) ส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ อึดอัดใจ และเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานตามมา ทั้งนี้ความพึงพอใจในการทำงานนั้นมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน เพราะผลงานของผู้ปฏิบัติงานที่ทำด้วยความพึงพอใจย่อมได้ผลดีกว่าผู้ปฏิบัติงานที่ทำโดยความไม่พึงพอใจ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความพึงพอใจในงานจะทำงานอย่างมีความรับผิดชอบในการทำงานมากกว่า และยังช่วยลดการขาดงาน ลางาน การมาสาย และการคงอยู่ในงาน (Lawer, 1983 อ้างถึงใน ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์, 2545)

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะงานที่ให้อิสระในการทำงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย กล่าวคือ การที่บุคคลมีอิสระในความคิด มีอิสระในการกำหนดลำดับเวลาการดำเนินไปของงาน และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติงานของตนเองได้ จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร เกิดความพึงพอใจในงาน เพิ่มความตระหนักถึงผลการปฏิบัติให้งานมีคุณภาพสูง ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย (พรพิมล ผดุงสงฆ์, 2546) ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีความเป็นอิสระ หากได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มทีบนพื้นฐานความรู้ ทฤษฎีและประสบการณ์ ก็จะสามารถจัดการดูแลสร้างสรรค์ผลงานเพื่อให้งานนั้นออกมาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเสี่ยงเชิงคลินิก ซึ่งเท่ากับเป็นการสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การให้ข้อมูลป้อนกลับถึงผลการปฏิบัติงานพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล เนื่องจากลักษณะงานเหล่านี้จะทำให้พยาบาลรู้สึกว่าเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ รวมทั้งยังมีอำนาจในการตัดสินใจสั่งการต่างๆ ได้ (ปิยะฉัตร นำชื่น, 2547)

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการนำเอาหลักฐานจากผลงานวิจัย ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมาใช้อย่างเป็นระบบ (Bucknall et al., 2001) สามารถสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการและยืนยันถึงประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2553) ซึ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Stetler (2001) เป็นรูปแบบที่ใช้การคิดเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับการประยุกต์ผลงานวิจัยในการปฏิบัติ ถือว่ามีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (พองคำ ติลกสกุลชัย, 2552) ซึ่งหลักการใช้นาแนวคิดของ Stetler (2001) คือการให้พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปราย วิเคราะห์หลักฐานงานวิจัยร่วมกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานความร่วมมือทั้งภายในหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพเพื่อมาพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการ

ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลายสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อได้ (เพ็ญภา พร้อมเพ็รียง, 2551) และยังทำให้พยาบาล เกิดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองที่ได้ใช้ความคิดอิสระ สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการได้ (Spector, 1997) ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

1. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ภายหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการ บริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2
2. กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
  - 3.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ทำการศึกษาในหอ ผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ในช่วงระยะเวลาของการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาเพียง 2 รายการคือ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose) และความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลา (Wrong time) ทั้งนี้ในระยะเวลาของการศึกษา ไม่พบรายการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอื่นทั้งก่อนและหลังการทดลอง

## คำจำกัดความในการวิจัย

1. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา หมายถึง ขั้นตอนหรือวิธีการในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีพื้นฐานมาจากการใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากผลงานวิจัยทางการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศนำมาประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมการหรือวิธีการในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้จากการระดมสมองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกันกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยบูรณาการจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Stetler (2001) ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้ เป็นการอธิบายและให้ความเข้าใจกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในเนื้อหาซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการดำเนินการร่วมกันของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการบริหารยาตามแนวคิดของ Stetler (2001) โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในสถานการณ์จริง เป็นการนำแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลโดยการเก็บรวบรวมอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเมื่อสิ้นสุดการนำแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตไปใช้

2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา หมายถึง จำนวนครั้งของเหตุการณ์การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของแพทย์ที่เขียนไว้ในแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การใช้ยาไม่เหมาะสมหรืออาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาตามคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 (2554) มี 7 รายการ ประกอบด้วย การได้รับยาผิดเวลา (Wrong time) การให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patient) การให้ยาผิดขนาด

(Wrong dose) การให้ยาผิดชนิด (Wrong drug) การให้ยาผิดวิถีทางให้ยา (Wrong route) การบันทึกการให้ยาผิดไปจากยาที่ให้ (Wrong document) และการให้ยาผิดเหตุผลการให้ยา (Wrong reason) โดยใช้วิธีนับเป็นจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนเพียง 2 รายการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้รายการของอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 รายการ ดังนี้

**2.1 การให้ยาผิดขนาด (Wrong dose)** หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาในขนาดที่สูงกว่า หรือต่ำกว่าขนาดที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งให้แต่ละครั้ง

**2.2 การให้ยาผิดเวลา (Wrong time)** หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาไม่ตรงตามเวลา ความถี่ ห่างที่ให้ยาตามคำสั่งการรักษา หากมีเหตุจำเป็นไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง รวมถึงการให้ยาผิดไปจากเวลาที่กำหนดไว้โดยไม่มีเหตุผล ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหารเพื่อตรวจพิเศษ หรือการเตรียมผ่าตัด เป็นต้น

**3. ความพึงพอใจในงาน** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ที่มีต่อการปฏิบัติงานของตนเองว่ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้การพยาบาล ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) ประกอบด้วย

**3.1 วิธีการปฏิบัติงาน (Operating procedures)** เป็นความรู้สึกยินดีหรือพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความชัดเจนของเป้าหมายในการปฏิบัติงาน โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน มีการจัดสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการให้การพยาบาล และมีบรรยากาศในการทำงานที่ดี

**3.2 ลักษณะงาน (Nature of work)** เป็นความรู้สึกยินดีหรือพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้มีความคิดอิสระในการใช้ความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติงานของตนเอง เป็นงานที่ท้าทายความสามารถ รวมทั้งมีโอกาสได้เรียนรู้ และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

**3.3 การติดต่อสื่อสาร (Communication)** เป็นความรู้สึกยินดีหรือพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการชี้แจงปรึกษาหารือเป้าหมายของหน่วยงาน มีการสื่อสารแบบเปิดเผยตรงไปตรงมา มีการประสานงานที่ดีภายในหน่วยงานและระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

4. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นที่ 1 จากสภาการพยาบาล และปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 มาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
2. ได้แนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญ โดยกำหนดเป็นหัวข้อได้ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
  - 1.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
  - 1.2 ความสำคัญของพยาบาลต่อผู้ป่วยวิกฤต
  - 1.3 ลักษณะและความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกับผู้ป่วยทั่วไป
  - 1.4 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต
  - 1.5 สมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
2. หลักการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
  - 2.1 ความหมายของการบริหารยา
  - 2.2 ความสำคัญของการบริหารยา
  - 2.3 หลักการบริหารยา
  - 2.4 นโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยา โรงพยาบาลพญาไท 2
  - 2.5 บทบาทของพยาบาลในการบริหารยา
  - 2.6 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
  - 2.7 สาเหตุความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
  - 2.8 ปัจจัยสำคัญในการบริหารยาให้ปลอดภัย
3. หลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
  - 3.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
  - 3.2 ความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
  - 3.3 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์
  - 3.4 กระบวนการและขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
4. แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจในงาน

- 4.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน
- 4.2 ความสำคัญของความพึงพอใจในงานของพยาบาล
- 4.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน
- 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล
- 4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาล
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต โดยการประเมินปัญหาผู้ป่วยพร้อมทั้งวางแผนการรักษาพยาบาล ในการแก้ไขปัญหาทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ซึ่งองค์ประกอบของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมี 3 องค์ประกอบ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Critical ill patient) พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Critical care nurse) และสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Critical care environment) มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัดเตรียมสถานที่ที่ถูกต้องและเหมาะสม เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีคุณภาพ ทันสมัย มีจำนวนเพียงพอ และพร้อมที่จะใช้งานได้ รวมทั้งมีแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่กำลังคุกคามต่อชีวิต การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระบบต่างๆ การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการความปวด และภาวะโภชนาการในระยะวิกฤต การนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และชวนพิศ ทานอง, 2551)

พื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่ผู้ป่วยมีโอกาที่จะรอดชีวิตได้หากได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่ง Florence Nightingale ได้ก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤต



(Intensive Care Unit = ICU) ขึ้นมาเป็นครั้งแรกในสมัยสงคราม Crimean ราวปี ค.ศ. 1950 โดยการนำผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยหนักที่สุดซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาโดยการใส่ปอดเหล็ก (Iron lungs) และต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการพื้นที่ที่ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะ และให้ได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดที่สุด ซึ่งนับว่าเป็นการถือกำเนิดของการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตขึ้นเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา (Bucher and Melander, 1999 อ้างถึงใน ปรศนีย์ อัมพฤษ, 2552)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ก่อตั้งสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤต เรียกว่า American Association of Critical Care Nursing หรือ AACN ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพพยาบาลสาขาหนึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1969 โดยมีหน้าที่ในการจัดบริการทางวิชาการ สนับสนุนการทำวิจัยทางการพยาบาลภาวะวิกฤต ทำงานร่วมกับบุคลากรสาขาอื่นๆ ในทีมสุขภาพ รวมทั้งเป็นเจ้าของและผู้ตีพิมพ์เผยแพร่วารสารต่างๆ อาทิ Critical Care ทั้งยังเป็นผู้กำหนดแนวทางการพยาบาลและควบคุมมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีมาตรฐานเดียวกันและมีระบบระเบียบ

สำหรับประเทศไทยยังไม่มี การก่อตั้งสมาคมพยาบาลที่ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต แต่ได้มีการจัดอบรม สัมมนาวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตอยู่เสมอๆ ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลได้มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยภาวะวิกฤตออกเป็นสาขาต่างๆ ที่คล้ายคลึงกับในประเทศสหรัฐอเมริกา (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

หอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit) เป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อปัญหาทางสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรพยาบาลจำนวนเพียงพอ และให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพราะต้องเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความชำนาญและทักษะ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์การช่วยชีวิตต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีจำนวนเตียงที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษพร้อมทั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตอย่างพอเพียง มีระบบที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสมาชิกทีมประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคโดยเร็วที่สุด โดยคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและครอบครัว (บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, 2545)

หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่เสี่ยงต่อการคุกคามต่อชีวิต หรือมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต

โดยอาจเกิดจากความล้มเหลวจากระบบหนึ่งๆหรือหลายระบบจากโรคหรือภัยอันตรายต่างๆ มีจำนวนเตียงที่ให้บริการทั้งหมด 17 เตียง รับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน หรือ/และ น้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัมขึ้นไป โดยกลุ่มโรคที่รับไว้รักษา 5 ลำดับแรก คือ โรกระบบทางเดินหายใจ โรคทางอายุกรรมประสาท โรคทางศัลยกรรมประสาท ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูก และโรคติดเชื้อในกระแสเลือดตามลำดับ มีบุคลากรทางการแพทย์ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชบำบัดวิกฤต 1 คน บุคลากรทางการแพทย์โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 20 คน พยาบาลเทคนิค 4 คนและผู้ช่วยเหลือพยาบาล 5 คน จัดตารางการปฏิบัติงานแบบดั้งเดิม คือ 8 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ มอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งในการพยาบาลจะมุ่งให้บริการ โดยมุ่งเน้นการบริการ ที่รวดเร็ว ใส่ใจ สร้างความไว้วางใจ เคารพในศักดิ์ศรี ตลอดจนการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการรักษา เพื่อความพึงพอใจอย่างสูงสุด ทั้งนี้ยังมีความมุ่งมั่นที่จะ พัฒนาระบบ การปฏิบัติงาน การติดต่อสื่อสาร การพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลให้กับบุคลากรทางการแพทย์ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุซึ่งตัวชี้วัดและการคงไว้ซึ่งคุณภาพบริการที่ดียิ่งอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาล พญาไท 2, 2553)

### 1.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

นิษฐอร วชิรสวัสดิ์ (2551) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินทางด้านร่างกายและถูกคุกคามชีวิต ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การดูแล จากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพื่อให้การดูแลและตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาภายหลัง และต้องตอบสนอง ต่อครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย

อัจฉริช อุยยะพัฒน์ (2551) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นการ พยาบาลกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตรายคุกคามต่อชีวิต หรือเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายถึงชีวิต โดยพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อ แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องให้ผู้ป่วยได้พ้นจากภาวะคุกคามนั้น โดยเร็วที่สุดและปราศจาก ภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เป็นการให้การพยาบาลโดยองค์รวม คือคำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทานอง (2551) ให้ความหมายของการพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ว่าเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต

โดยการประเมินปัญหาผู้ป่วยพร้อมทั้งวางแผนการรักษาพยาบาลในการแก้ไขปัญหาทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

William and Wilkins (2004) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นการให้บริการเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหรือการบาดเจ็บ มีอาการไม่คงที่ มีภาวะแทรกซ้อนต้องการความพร้อมและตื่นตัวในการให้การพยาบาล

American Association of Critical Care Nursing (2008) ได้อธิบายว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายและคุณภาพชีวิต โดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้วย

Chulay and Burns (2010) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่าหมายถึงการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยซับซ้อน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของพยาบาลในการประยุกต์ความรู้ ความสามารถ ทักษะทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์และปลอดภัย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยซับซ้อนทางด้านร่างกายและถูกคุกคามกับชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและมีทักษะที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพื่อให้การดูแลและตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

## 1.2 ความสำคัญของพยาบาลต่อผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างดี มีการทำงานร่วมกันกับแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีในทีมสหสาขา เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด (บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, 2545) พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความสะดวกสบายทั้งความสุขสบายส่วนตัวและให้การรักษาต่างๆ การตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยย้ายเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีภาระงานมากมาย ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษา (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2552) เช่น การตัดสินใจ

เฉพาะหน้าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งบางครั้งการช่วยชีวิตในเบื้องต้น (Basic life support) ไม่เพียงพอ พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการบริหารยาที่สำคัญและใช้เครื่องมือไฟฟ้า อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต (Advance life support) ก่อนที่แพทย์จะมาถึง เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องตัดสินใจในการเริ่มการช่วยชีวิตยังต้องมีความรู้ความชำนาญพิเศษในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ เมื่ออุปกรณ์ดังกล่าวไม่สามารถใช้งานได้ ดังนั้น พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถใช้เครื่องมือจำเพาะได้อย่างชำนาญ ทั้งนี้ต้องมีความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย สามารถติดต่อสื่อสารกับทีมแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2543)

กล่าวได้ว่า ความสำคัญของพยาบาลต่อผู้ป่วยวิกฤตนั้นคือ พยาบาลเป็นผู้ที่คอยเฝ้าสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่แพทย์จะมาถึง ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องเป็นผู้ที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ เป็นผู้ที่ต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และยาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยอาศัยความรู้ ความสามารถประกอบกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ตั้งอยู่บนองค์ความรู้ ทฤษฎี เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง นอกจากนี้ยังต้องจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้วย มีการติดต่อประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาเพื่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้พยาบาลต้องบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกสบาย รวมทั้งให้ญาติสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม

### 1.3 ลักษณะและความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกับผู้ป่วยทั่วไป

จากบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ต้องให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และต้องให้การรักษาทันที จึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย ตลอดจนมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาที่ดี (อรรธรณ คล้ายพยัณ, 2549) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จึงต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีทักษะในการ

ดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องได้รับการประเมิน วินิจฉัยอาการ และการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และยังคงต้องมีการปฏิบัติงานโดยใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ทันสมัย ทั้งนี้เพื่อวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือคงสภาพไม่ให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นรุนแรงขึ้นไปอีกและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้มีโอกาสสูงที่จะเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตโดยพยาบาลต้องสามารถจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีเพิ่มมากกว่าเพียงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป (ปรัศนี อัมพฐ, 2552) ซึ่งจากการศึกษาของนฤมล กิจงานนท์ (2540) เกี่ยวกับตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลรัฐ พบว่า สมรรถนะด้านภาวะผู้นำเป็นตัวประกอบที่สำคัญ รองลงมาเป็นความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยในระบบต่างๆ ที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญพิเศษทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตซึ่งในลักษณะงานและเป้าหมายของการให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกัน ทำให้หอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของผู้ป่วย ความเร่งด่วนในการดูแลหรือการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือ พิเศษทางการแพทย์ ซึ่งในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมีความจำเป็นการใช้น้อยกว่า เนื่องจากลักษณะการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การพักผ่อน และการฟื้นฟูอาการ การส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้การบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายของหอผู้ป่วยนั้นๆ (ชลธิรา กองจิตร, 2547)

กล่าวโดยสรุปว่าความแตกต่างของการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตต้องการการดูแลและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นจึงต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการประเมิน วินิจฉัยอาการ ตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลในลักษณะการพักผ่อน การฟื้นฟูอาการ และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ลักษณะการปฏิบัติงาน การใช้อุปกรณ์ ตลอดจนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป

#### 1.4 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต

การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ชัดเจน จะเป็นการสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ร่วมงานทุกระดับภายในหน่วยงาน ซึ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผู้กล่าวไว้ ดังนี้

พรทิพย์ โกศลวัฒน์ (2541 อ้างถึงใน อภิรดี แสงศิริโรจน์, 2545) ได้สรุปถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ดังนี้

1) ต้องมีความรู้ความชำนาญ สามารถประเมินภาวะความเจ็บป่วยและภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละคน ครอบครัว ใช้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ สรุปอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

2) มีวิจรรย์ญาณในการตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย ติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง คุญแจของความสำเร็จในการวิเคราะห์นั้น เน้นความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติ และรู้ถึงสภาพที่แท้จริงของปัญหา ต้องมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการตัดสินใจ

3) วางแผนให้การพยาบาลช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเพื่อจะให้ได้ดูแลตัวเองได้ ช่วยแก้ปัญหาให้กับญาติ และครอบครัว

4) ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ ให้คำแนะนำแก่ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้

5) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถติดต่อประสานงานร่วมมือกับผู้ร่วมงาน ทั้งวิชาชีพเดียวกันและวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ

6) เป็นผู้มีจริยธรรม คุณธรรม โดยยึดหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีมโนสำนึกในหน้าที่ และความรับผิดชอบ

7) มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถพัฒนาตนเอง และพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ

8) ต้องมีทักษะในการแปลความต้องการของผู้ป่วยได้ กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้ภาษาท่าทาง สัญลักษณ์ และสื่อต่างๆช่วย รวมทั้งแสดงกิริยาที่เห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยด้วย  
บุษบา สังข์ทอง (2550) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1) ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลนำปัญหาที่พบมาวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

2) การรับส่งเวร รายงานอาการระหว่างผลัดเปลี่ยนเวรเกี่ยวกับอาการ การพยาบาล และข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งมีการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนการทำงาน การปรับปรุง การแก้ปัญหาและการประเมินผลการปฏิบัติงาน

3) มีความรู้ ความชำนาญในการประเมินภาวะความเจ็บป่วยและความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนมีความเชี่ยวชาญในการรวบรวมข้อมูล การตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปรายการและพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล

4) มีวิจรรย์ญาณในการตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย ติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติ มีความเชื่อมั่น และความเที่ยงตรงในการตัดสินใจ

5) ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนให้คำแนะนำกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถติดต่อประสานงาน ร่วมมือกับทีมสุขภาพอื่นได้อย่างดี

6) เป็นผู้ที่มีจริยธรรมโดยยึดหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีความสำนึกในหน้าที่ มีทักษะในการแปลความต้องการของผู้ป่วยมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พัฒนาตนเองและงานให้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ

วิจิตรา กุสุมภ์ (2551) ได้กล่าวถึงขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1) เผื่อระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยและประสานงานกับทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานให้มีทักษะ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2) รับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาอย่างกะทันหัน ญาติหรือครอบครัวจึงเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวลอย่างรุนแรง เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม พิกัดหรือทุพพลภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้

3) ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิต และพัฒนาการของบุคคล เนื่องจากสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือ

จำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) การต่อท่อระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย เสี่ยงรบกวนจากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ แสงสว่างตลอดกลางวันและกลางคืน ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นภาวะเครียด (Stressor) ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสูญเสียความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ตลอดจนกระทบต่อภาวะจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมดูแล และจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อเป็นการดูแลประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมด้วย

AACN (1997 อ้างถึงใน Urden, Stacy, and Lough, 2002) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไว้ว่า มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้การพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง

2) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม คือให้การดูแลไม่เฉพาะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น ต้องการดูแลเอาใจใส่สิ่งต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลให้การรักษาส่งผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะ นำมาบูรณาการเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตควรมีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้

(1) ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพไม่ให้อาการเจ็บป่วยเกิดรุนแรงขึ้นโดยใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะความเชี่ยวชาญ ที่ตนเองมีอยู่และนำผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมาประกอบการปฏิบัติ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

(2) ควรทำการประเมินความหนักเบา หรือความจำเป็นก่อนและหลังในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง และตัดสินใจการพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วนทันที

(3) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความตื่นตัวและคอยสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และให้การตัดสินใจในการดูแลให้การพยาบาลโดยทันที



(4) แจกข้อมูลที่จำเป็นและเหมาะสมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับทราบเป็นระยะ

(5) เป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วยวิกฤตและญาติได้มีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังปัญหาเกี่ยวกับการร่วมกันดูแลให้ผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยวิกฤต

(6) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการวางแผน ให้การพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยวิกฤต ในการที่ผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการรักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สุขสบายมากขึ้น และยังคงได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

(7) ต้องคอยสังเกตและดูแลปรับปรุงให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม มีคุณภาพและประสิทธิภาพอยู่เสมอ ดูแลสิ่งของเครื่องใช้ที่ใช้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีสภาพที่ดีและพร้อมใช้ได้เสมอ ดูแลสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยรวมทั้งพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอยู่เสมอ

(8) พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีการฝึกฝนเรียนรู้ ให้ตนเองมีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญมากขึ้น และมีการนำนวัตกรรมความรู้ใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น

Sole, Klein, and Moseley (2005) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1) สนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยหรือทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจได้อย่างอิสระ

2) ให้ความสนใจและใส่ใจต่อการซักถาม ข้อสงสัยจากผู้ป่วย

3) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

4) ยอมรับในคุณค่าความเป็นบุคคล ความเชื่อ และสิทธิผู้ป่วย

5) ให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยอิสระ

6) เสนอทางเลือกที่สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ป่วย

7) สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย

8) ให้ความสนใจและสนองความต้องการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการได้

9) เฝ้าระวังและดูแลให้เกิดซึ่งคุณภาพในการดูแล

10) ติดต่อประสานงาน สื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยและทีมการรักษา กล่าวได้ว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต รวมถึงช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจและครอบครัวของผู้ป่วยให้เผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยเคารพสิทธิผู้ป่วยและยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วย ให้ข้อมูลผู้ป่วยตามบทบาทเพื่อการตัดสินใจ และเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการประสานงานกับทีมการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสมที่สุด

### 1.5 สมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลผู้ให้การดูแล และสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานของวิชาชีพ เป้าหมายที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตคือ การช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต ปราศจากความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย และต้องให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย วิกฤต ได้แก่ ญาติผู้ป่วย บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพรวมไปถึงบุคลากรพยาบาลอื่นๆ และต้องให้การดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วย ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะความเชี่ยวชาญ ร่วมกับการนำผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมาประกอบการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และจะต้องมีการฝึกฝนพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองอยู่เสมอเพื่อนำเอา ความรู้ ความสามารถของตนเองอยู่เสมอเพื่อนำเอาความรู้ ความสามารถนั้นมาพัฒนาให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตควรมีสมรรถนะในการให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ (วรรณวิไล จันทราภา, 2535 อ้างถึงใน มุกดา พรหมแก้วงาม, 2549)

- 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย
- 2) ระบบทางเดินหายใจ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการคงไว้ซึ่งการหายใจที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วย โดยสังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะพร่องออกซิเจน ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจให้น้อยที่สุด

3) ระบบขับถ่าย โดยเน้นเฉพาะการทำงานของไตซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ในร่างกายพยาบาลจะต้องสามารถประเมินการทำงานของไตจากการสังเกต และบันทึกจำนวน สี กลิ่น ของปัสสาวะ

4) ภาวะช็อก ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ พยาบาลจะต้องมีความสามารถค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อก แก้ไขตามสาเหตุ และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ

5) การติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) จะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่างๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินอาการและอาการแสดงการติดเชื้อ ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยเทคนิควิธีการปลอดเชื้อได้อย่างถูกต้อง

Dunn et al. (2000) ได้กล่าวถึงสมรรถนะหลักที่เป็นมาตรฐานสำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ไว้ดังต่อไปนี้

1) มีความรู้ในการช่วยผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจนแบบไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Non-invasive) รวมทั้งระบบการทำงานของอุปกรณ์ในการช่วยหายใจของผู้ป่วย

2) ประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา

3) สามารถประเมิน และเข้าใจผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงหย่าเครื่องช่วยหายใจ

4) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำสารอาหารที่ให้ทางสายยาง

5) มีความรู้ ความสามารถในการประเมิน ติดตามอาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคไตที่อยู่ระหว่างการได้รับการรักษา เช่น ฟอกไตทางหลอดเลือดดำ ฟอกไตทางหน้าท้อง เป็นต้น

6) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วย และสามารถให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน

Aari, Tarja, and Helena (2008) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 45 เรื่องเพื่ออธิบายเกี่ยวกับแนวคิดและค้นหาสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสามารถแบ่งสมรรถนะได้เป็น 2 ระดับ คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยวิกฤตระดับปฏิบัติการและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยวิกฤตระดับผู้เชี่ยวชาญ โดยในแต่ละระดับต้องมีสมรรถนะ

หลัก 4 ข้อย่อย คือ มีความรู้เป็นพื้นฐาน มีทักษะที่ดี มีทัศนคติมองเห็นในคุณค่าของงาน และต้องมีการพัฒนาประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสามารถแยกเป็นรายละเอียดย่อยดังต่อไปนี้

1) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิกฤตระดับปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังนี้

(1) ต้องปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นถึงความปลอดภัย ให้ความสำคัญขุติธรรม เคารพในสิทธิของผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเสมอภาคและต่อเนื่อง

(2) ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางการปฏิบัติ (Clinical guidelines) หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล (Evidence-based nursing care) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นการนำความรู้มาใช้ในการบูรณาการในการปฏิบัติงานได้

(3) สามารถให้การพยาบาลในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติและในสถานการณ์เร่งด่วนได้ โดยสามารถให้การพยาบาลโดยเชื่อมโยงกับสรีระ-ชีววิทยาของผู้ป่วยได้ สามารถใช้งานอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ สามารถแปลผลหรือค่าพารามิเตอร์จากเครื่องมือทางการแพทย์ดังกล่าวและแก้ไขเบื้องต้นเมื่ออุปกรณ์ดังกล่าวผิดปกติหรือใช้งานไม่ได้ ตลอดจนสามารถจัดการเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ เช่น การจัดการความเจ็บปวด การให้ความสะดวกสบายกับผู้ป่วย และการพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

2) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิกฤตระดับผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

(1) มีศีลธรรมที่ถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐานในการให้การพยาบาล

(2) ให้การตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบ โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและให้ข้อมูลกับพยาบาลในระดับปฏิบัติการได้

(3) พัฒนาการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidenced-based practice) มาบูรณาการในการปฏิบัติงานเนื่องจากจะเป็นการให้พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ใช้ทักษะในการวิจัย การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคล (Self-development) เพื่อพัฒนาเป็นผู้ควบคุม/ผู้ฝึกสอนทักษะในการปฏิบัติงานต่างๆและเป็นผู้จัดการในหอผู้ป่วยวิกฤต

(4) มีการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักเป้าหมายขององค์กร สามารถปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีและสามารถจัดการความขัดแย้งได้อย่างเป็นระบบ

American Association of Critical Care Nursing (2009) ได้กล่าวถึงสมรรถนะหลักของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

- 1) มีทักษะ ความสามารถในการเฝ้าระวัง ติดตามความผิดปกติของผู้ป่วยได้ สามารถ ช่วยชีวิตผู้ป่วยเบื้องต้น และช่วยชีวิตขั้นสูงได้ ตลอดจนให้การรักษาเบื้องต้นได้
- 2) สามารถคำนวณยา บริหารยาที่ให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ และติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาขยายหลอดเลือด เป็นต้น
- 3) ติดตามอาการผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้มาตรฐานวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการทำหัตถการ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การสวนหัวใจ เป็นต้น
- 4) ติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือได้เมื่อผิดปกติ
- 5) มีความสามารถ และจดจำอาการและอาการแสดงเมื่อช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และช่วยหายใจเบื้องต้นเพื่อช่วยผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายเข้าสู่หอผู้ป่วยวิกฤต

กล่าวได้ว่าพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีสมรรถนะที่สำคัญ คือ ต้องมีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยเชื่อมโยงกับพยาธิ-สรีระวิทยาเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและให้การช่วยชีวิตแบบเบื้องต้นและขั้นสูงกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีความเชี่ยวชาญในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยได้อย่างถูกต้อง และแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ดังกล่าวไม่สามารถใช้งานได้ ทั้งนี้ยังต้องสามารถประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยและทีมสหสาขาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต และภาวะเครียดต่อจิตใจได้อย่างเหมาะสมโดยพยาบาลต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่จะต้องดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต มีความเร่งด่วนในการช่วยชีวิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องอาศัยความรวดเร็วและถูกต้องตามหลักการพยาบาล รวมถึงการบริหารยาที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนทั้งนี้ยาที่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนมากเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องทำการศึกษาถึงหลักในการบริหารยาและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนในการบริหารยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุด

## 2. หลักการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

การให้ยาเปรียบเสมือนดาบสองคม คือ มีทั้งคุณและโทษ ยาบางอย่างมีโทษมากอาจถึงแก่ชีวิตหากให้ซ้ำ ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ในกระบวนการให้ยานั้นมีขั้นตอนต่าง ๆ มาก สำหรับโรงพยาบาลพญาไท 2 ผู้ป่วยที่เข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตในกระบวนการให้ยาจะเริ่มตั้งแต่แพทย์สั่งให้ยา พยาบาลรับคำสั่งแล้วดำเนินการส่งไปยังแผนกเภสัชกรรม เภสัชกรจัดและตรวจสอบยา พยาบาลดำเนินการบริหารยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ทำการประเมินอาการหลังจากผู้ป่วยได้รับยาและบันทึกการให้ยา สำหรับผู้ป่วยนอก จะเริ่มตั้งแต่แพทย์สั่งใช้ยาในใบสั่งยา พยาบาลมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของยากับแพทย์และจัดส่งให้เภสัชกรเพื่อจัดยา ตรวจสอบยา เขียนฉลากยาและวิธีใช้เพื่อมอบให้กับผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนในการให้ยานี้อาจทำให้เกิดการให้ยากับผู้ป่วยผิดพลาดได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ยาเป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถทักษะในตรวจสอบยาของพยาบาล ดังนั้น พยาบาลผู้บริหารยาจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องหลักการบริหารยา และการป้องกันความคลาดเคลื่อน

### 2.1 ความหมายของการบริหารยา

Cobb (1986 อ้างถึงในปริดา กังแฮ, 2546) ได้ให้ความหมายของการบริหารยาว่าเป็นการกระทำของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย เป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่พยาบาลปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน และเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาลวิชาชีพ

ธิดา นิงสานนท์ (2552) ได้กล่าวถึงความหมายของการบริหารยาว่า เป็นขั้นตอนการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนที่ว่าจะถึงตัวผู้ป่วย

U. S. Pharmacopeia (2004) ได้กล่าวถึงการบริหารยาว่า เป็นขั้นตอนที่สำคัญของพยาบาลในการทบทวนคำสั่งการใช้ยา เพื่อให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลา และรูปแบบของการให้ยาที่ใช้ รวมถึงการตรวจสอบยาที่เภสัชกรส่งมาที่หอผู้ป่วยให้ถูกต้องตามคำสั่งการใช้ยาอีกครั้ง อีกทั้งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องบันทึกการบริหารยาแต่ละครั้งไว้เป็นหลักฐาน

Greenstein, Gould, and Trounce (2004) ได้กล่าวถึงการบริหารยาว่า เป็นขั้นตอนการนำยาสู่ผู้ป่วย ซึ่งต้องให้ความสำคัญเพื่อการป้องกันความผิดพลาดจากการให้ยา พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจหลักเบื้องต้นในการให้ยา เพื่อให้ยาถูกต้องตามใบสั่งยา ทั้งถูกคน ถูกวิธีทางที่ให้ยา ถูกเวลา

กล่าวโดยสรุปว่า การบริหารยาเป็นบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการให้ยาตามใบสั่งยาที่ผู้สั่งให้ยาบันทึกไว้ในประวัติการรักษา โดยจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาให้ถูกต้องตามหลักการให้ยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน

## 2.2 ความสำคัญของการบริหารยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบริหารยามีความสำคัญต่อพยาบาลดังต่อไปนี้

1) การบริหารยาเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติบ่อย มีการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจำนวน 1,818 คน ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิในประเทศไทย พบว่าในระบบบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พยาบาลเป็นผู้ให้การรักษาเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อนของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวรวมทั้งการบริหารยาและ/หรือวัคซีนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 47.76 และบริหารยาและ/หรือทำกิจกรรมเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 38.25 (ทัศนา บุญทอง, 2543)

2) กิจกรรมการบริหารยาของพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สำคัญในแง่ของการเป็นหนึ่งในในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง (Anderson and Webster, 2001) และเป็นบทบาทที่มีความสำคัญเนื่องจากต้องอาศัยทักษะทางการพยาบาลที่มีความหลากหลายและจำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา (Broyles, Reiss, and Evans, 2007) ถึงแม้ว่าผู้บริหารยาจะมีการคำนึงถึงหลักความปลอดภัยในการให้ยาคือหลัก 5R ประกอบด้วย ถูกผู้ป่วย (Right patient) ถูกยา (Right drug) ถูกเวลา (Right time) ถูกขนาด (Right dose) และถูกวิถีทางให้ยา (Right route) ซึ่งหลักการ 5R นี้เป็นการบ่งบอกถึงการใช้สมรรถนะส่วนบุคคล การมองข้ามระบบในการบริหารยาก็สามารถทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น มีแสงสว่างน้อยขณะบริหารยา การมีระบบพยาบาลที่เลี้ยงไม่เพียงพอ แบบแผนในการบริการผู้ป่วย ลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน ฉลากยาไม่ชัดเจน สิ่งเหล่านี้จะสามารถทำให้การบริหารยาเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งในการบริหารยาสู่ผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดที่จะช่วยป้องกันความผิดพลาดดังกล่าวได้ (Cohen, 2010) ซึ่งกระบวนการก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาเป็นกระบวนการต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากที่สุดที่จะตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้กับผู้ป่วย ซึ่งในกระบวนการต่อเนื่องเหล่านั้นแม้จะมีระบบการตรวจสอบความถูกต้องอยู่แล้ว แต่ความคลาดเคลื่อนอาจหลุดรอดไปได้จนถึงด่านสุดท้าย ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ยาทุกขั้นตอนจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายที่ความปลอดภัยของ

ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งจากรายงานการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า ร้อยละ 39 เกิดขึ้นในขั้นตอนการสั่งยา ร้อยละ 50 เกิดขึ้นในขั้นตอนการถ่ายทอดคำสั่งและขั้นตอนการให้ยา และร้อยละ 11 เกิดขึ้นในขั้นตอนการจ่ายยา (ธิดา นิงสานนท์, วัฒนา จุฬารัตนทล และปรีชา มณฑกานติกุล, 2552)

### 2.3 หลักการบริหารยา

การให้ยาเข้าสู่ร่างกายสามารถให้ได้หลายทาง สิ่งสำคัญคือ ความถูกต้องตามหลักการให้ยา และผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักการบริหารยา ซึ่งมีผู้ให้แนวทางการปฏิบัติไว้หลายแนวทางดังนี้

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, ปรารักษ์ทิพย์ อูจะรัตน และณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ (2550) ได้กล่าวถึงหลักการบริหารยาว่าก่อนการให้ยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินสถานะของผู้ป่วยทุกครั้ง ทั้งความเจ็บป่วยและอาการปัจจุบันของผู้ป่วย รวมถึงยาและวิถีทางการให้ยา เช่น พยาบาลประเมินผู้ป่วยใน ภาวะหายใจลำบาก ก่อนการให้ยาที่จะมีผลต่อการหายใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วยภายหลังได้รับยาแล้วว่าผลของยาที่ออกฤทธิ์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างไร และไม่ว่าจะให้ยาโดยวิถีทางใดพยาบาลจะต้องปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้

1) ให้ยาหรือดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องด้วยความเอาใจใส่ เช่น ช่วยจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการฉีดยา หรือปลอบโยนและให้เวลากับผู้ป่วยที่ไม่อยากรับประทานยา หรืออธิบายสรรพคุณของยาอย่างถูกต้องเมื่อผู้ป่วยถาม

2) บันทึกการให้ยา ลงชื่อยา ขนาดของยา เวลาที่ให้ยา รวมทั้งอาการหรือสัญญาณชีพของผู้ป่วย ซึ่งยาบางอย่างจำเป็นต้องตรวจสอบก่อนให้ยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ต้องวัดความดันโลหิตก่อนให้ยา หรือยาแก้ปวดต้องลงบันทึกว่าผู้ป่วยปวดอยู่ในระดับใด ให้ยาอะไร และขนาดยาเท่าใด

3) ประเมินผลการให้ยา พยาบาลต้องรู้ถึงการออกฤทธิ์ของยาที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าให้ผลอย่างไร ผู้ได้รับยาจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างทั้งในทางที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เช่น อาการปวดลดลง หรือมีผื่นขึ้นหรือชีพจรเบาเร็วขึ้น อาการต่างๆเหล่านี้พยาบาลผู้ให้ยาต้องติดตามสังเกตและรายงานผลการเปลี่ยนแปลงให้หัวหน้าเวรหรือแพทย์ทราบด้วย

4) อาการที่พึงสังเกตภายหลังการให้ยา คือ อาการแพ้หรือปฏิกิริยาไวเกิน (Allergic or hypersensitivity reaction) ผู้ป่วยอาจมีต่อยา อาการที่แสดง เช่น มีผื่นแดง คัน ลมพิษ มีไข้ คลื่นไส้ ท้องอืด เบื่ออาหาร หรือบางคนอาจมีอาการแพ้รุนแรง (Anaphylactic shock) เช่น หลอดลม



ตีบ กล่องเสียงบวม แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หลอดเลือดขยาย ความดันโลหิตตก หมดสติ ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงต้องสังเกตอาการผู้ป่วยภายหลังให้ยาทุกครั้ง หากพบอาการผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่

นอกจากนี้พยาบาลต้องสามารถตอบคำถามหรือให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้เป็นต้น  
คือ ทำไมจึงต้องให้ยานี้ เพื่อให้เกิดผลอย่างไร เมื่อได้รับยาแล้วนานเท่าใดจึงจะปรากฏผลของยา อาการและอาการแสดงจากผลของยาที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งควรสังเกตและรีบรายงานแพทย์ทันที ถ้าหากเกิดผลข้างเคียงของยาควรทำอย่างไร ขนาดของยาและช่วงเวลาที่ยาพร้อมด้วยเหตุผล หากเป็นยาที่ให้ทางปาก ควรดื่มน้ำพร้อมกับยาหรือไม่และมากน้อยแค่ไหน ควรรับประทานยาพร้อมอาหารหรือไม่ เพราะอะไร หากลิ้มรับประทานยาควรทำอย่างไร อาหารอะไรที่ไม่ควรรับประทานระหว่างที่ได้รับยาชนิด และข้อควรปฏิบัติเฉพาะของการได้รับยาบางอย่าง เช่น ชั่งน้ำหนักทุกวัน ลดอาหารเค็ม เป็นต้น

ทั้งนี้ยังได้กล่าวถึงหลักการพยาบาลที่สำคัญในการให้ยาซึ่งประกอบไปด้วย 6 ข้อ ดังนี้

(6 Rights of medication administration)

1) ยาถูกต้อง (Right medication) ตรงตามคำสั่งการรักษาโดยการตรวจสอบอย่างน้อย 3 ครั้งคือ เมื่อหยิบยา ก่อนเตรียมยา และหลังเตรียมยา

2) ขนาดถูกต้อง (Right dose) ได้แก่ ขนาดของยาตามคำสั่งการรักษาถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย จำนวนให้ถูกต้องตามแผนการรักษา และรู้ขนาดปกติของยาที่ให้โดยทั่วไปหากพบว่าขนาดที่จะให้ผู้ป่วยแตกต่างไปจากปกติ ต้องซักถามผู้รับผิดชอบในการสั่งการรักษาให้แน่ใจ

3) ถูกเวลา (Right time) ให้ยาตรงตามเวลา ความถี่ห่างที่ให้ยาตามคำสั่งการรักษา หากมีเหตุจำเป็นไม่ควรนานเกิน 30 นาที ก่อนหรือหลังเวลาตามคำสั่งการรักษา

4) ถูกวิถีทาง (Right route) ให้ยาถูกวิถีทางให้ตามคำสั่งรักษาอย่างปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้ป่วย

5) ถูกตัวผู้ป่วย (Right client) ตรวจสอบชื่อ นามสกุลผู้ป่วยให้ตรงตามคำสั่งการรักษา โดยการถามให้ผู้ป่วยตอบชื่อ สกุลของตนเอง คู่มือผู้ป่วยร่วมกับการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยประจำหากผู้ป่วยไม่สามารถได้ตอบได้

6) บันทึกถูกต้อง (Right record) ได้แก่ การลงบันทึกการให้ยาภายหลังการให้ยา โดยไม่ลง บันทึกไว้ล่วงหน้า หากให้ยาคาดเคลื่อนจากเวลาในคำสั่งการรักษาให้บันทึกเวลาที่ให้ยาพร้อมเหตุผลที่ให้ยาไม่ตรงเวลา และถ้าหากไม่ได้ให้ยาให้ลงบันทึกเหตุผลไว้ด้วย เช่น ผู้ป่วยอาเจียน แพทย์สั่งงดเพื่อเตรียมตรวจ เป็นต้น

Downie, Mackenzie, and Williams (2003) ได้อธิบายถึงหลักการบริหารยาไว้ดังนี้

1) ให้ปฏิบัติตามนโยบายในการบริหารยาจากหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สภากาชาด หรืออาจจะเป็นนโยบายของทางโรงพยาบาล หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2) ทำการประเมินผู้ป่วยและยาที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อได้รับการดูแลผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยรับใหม่ ผู้ป่วยเดิม หรือผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นจะต้องทำการประเมินถึงอาการสำคัญ โรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้ยังรวมถึง อายุ ที่อยู่ และการช่วยเหลือจากครอบครัวในการจัดการเรื่องยาของผู้ป่วยและ เศรษฐฐานะเพื่อต้องการทราบข้อมูลการรับประทานอาหารเสริม หรือยาที่ไม่มีใบสั่งจากแพทย์

3) แผนการบำบัดทางยาของผู้ป่วย เป็นการซักถามถึงแผนการรักษาด้วยยาจากแพทย์สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้จะต้องประเมินถึงสภาพจิตใจ ปัญหาในการรับประทานยา เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบ

4) คัดลอกใบสั่งยา เพื่อทำการจัดส่งไปยังเภสัชกร ทั้งนี้จะต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนกับแพทย์ที่สั่งยาก่อนที่จะส่งใบสั่งยาไปยังเภสัชกร ตัวหนังสือต้องลบไม่ออก หรือถ้าจะเขียนผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต้องมีการจัดระบบที่ดี ไม่มีการรบกวนขณะทำการสั่งยา พยายามหลีกเลี่ยงการสั่งยาผ่านทางโทรศัพท์ ถ้ามีการสั่งยาผ่านทางโทรศัพท์ต้องให้พยาบาลคนที่ 2 ทวนคำสั่งทางโทรศัพท์โดยการอ่านออกเสียงดังกับผู้สั่งยาด้วย แล้วจึงเขียนคำสั่งยาลงในใบสั่งยา ต้องให้แพทย์ผู้สั่งยาเซ็นชื่อกำกับกำกับการสั่งยาทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าในโรงพยาบาลใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการสั่งยาอาจจะใช้ระบบการแฟกซ์เอกสารจะปลอดภัยมากกว่าการการสั่งยาทางโทรศัพท์ ทั้งนี้ก่อนการส่งใบสั่งยาไปยังเภสัชกรจะต้องตรวจสอบรายละเอียดให้ครบถ้วน ดังนี้

(1) วันที่ เดือน ปีที่ทำการสั่งยา

(2) ชื่อเต็มของยารวมทั้งองค์ประกอบของยาด้วย เช่น Glucose 5% เป็นต้น

(3) ขนาดยา จะต้องใช้หน่วยในระบบเมตริกในการสั่งขนาดยา หลีกเลี่ยงการใช้จุดทศนิยมที่ต้องแปลงเป็นหน่วยอื่นก่อนการให้ยา เช่น 0.25 มิลลิกรัม และหลีกเลี่ยงการเขียนหน่วยของยาด้วยตัวย่อ

(4) วิธีการให้ยา ให้เขียนเป็นชื่อเต็มแทนการเขียนตัวย่อ ในรายที่ต้องการรายละเอียดให้ระบุให้ชัดเจนด้วย

(5) เวลาที่ให้ยา ต้องระบุเวลาที่ต้องการให้ยาให้ชัดเจน

(6) ลายมือผู้สั่งยา ต้องเป็นชื่อเต็ม ทั้งการสั่งในใบสั่งยาและในระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้ยังเป็นการสื่อสารให้ทราบว่าแพทย์ผู้สั่งเห็นด้วยกับยาที่สั่งให้การรักษาดังกล่าว พยาบาลจะรับทราบว่าแพทย์ต้องการให้ยาดังกล่าวแล้วก็จะหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และยาที่แพทย์สั่ง แล้วจึงทำการจัดส่งคำสั่งยาไปยังเภสัชกรเพื่อทำการตรวจสอบและให้คำแนะนำในการบริหารยา การจัดเก็บยาและการติดตามอาการผิดปกติหลังจากที่ได้รับยา

5) ดำเนินการบริหารยาโดยการคำนึงถึงหลักความสะอาดให้มากที่สุด และใช้หลักปราศจากเชื้อถ้าเป็นไปได้ โดยจะต้องทำความสะอาดมือผู้เตรียมยา อุปกรณ์การเตรียมยา เป็นต้น

6) ตรวจสอบยา/ผลิตภัณฑ์บรรจุยาก่อนการบริหารยา โดยจะต้องตรวจสอบฉลากยา บรรจุยาในผลิตภัณฑ์ให้สมบูรณ์มากที่สุด ทั้งการตรวจสอบหลังจากที่ได้รับยาจากห้องยา มิใช่ตรวจสอบก่อนที่จะหยิบยาออกจากกล่องเก็บยาเพียงครั้งเดียว ทั้งนี้เพื่อต้องการตรวจสอบหลายๆ ครั้งเมื่อพบความผิดปกติจะได้จัดส่งไปยังห้องยาเพื่อการตรวจสอบอีกครั้ง

7) การระบุตัวผู้ป่วย ต้องเน้นความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย โดยการเรียกชื่อแล้วทำการตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ฉลากยา การ์ดยา ทั้งนี้ต้องทำการตรวจสอบโดยพยาบาลวิชาชีพสองคนตรวจสอบป้ายชื่อมือ รูปภาพของผู้ป่วยร่วมด้วย ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนย้าย หรือออกจากโรงพยาบาลแล้วมีผู้ป่วยใหม่เข้ามาแทนที่ในเวลาใกล้เคียงกัน การดูป้ายชื่อมือและการเรียกชื่อผู้ป่วยถือว่ามีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะสับสน สามารถสื่อสารได้ถูกต้อง

8) การจัดทำ เตรียมผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้ป่วยเพื่อการบริหารยา เช่น ให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 45 องศาเพื่อป้องกันการกลืนยาหรือการให้ยาทางทวารต้องจัดทำผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมิดชิดด้วย

9) เลือกยาที่ต้องการให้ ตรวจสอบและทำการบริหารยา โดยทำการตรวจสอบใบสั่งยา การ์ดยา ฉลากยา และผู้ป่วย โดยพยาบาลสองคนเพื่อทำการตรวจสอบซ้ำ มีการอ่านออกเสียง

10) ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจก่อนการให้ยาเนื่องจากบางกรณีการให้ยาอาจไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เช่น การให้ยา Digoxin ในผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที

11) ให้คำแนะนำผู้ป่วย และสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ความรู้ ประสิทธิภาพ วิธีการที่จะทำให้ยามีประสิทธิภาพมากที่สุด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ การขจัดยา ออกจากร่างกายรวมทั้งยาที่ผู้ป่วยจะนำกลับไปรับประทานที่บ้านเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว

12) ติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับยา บันทึกอาการ อาการข้างเคียงจากยา นอกจากนี้ยังต้องบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความเกี่ยวข้องกับยา เช่น ค่าความแข็งตัวของเลือด ค่าของเม็ดเลือดขาว เป็นต้น

13) ดูแลความสะดวกสบายของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับยาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาแบบออกฤทธิ์เฉพาะ เช่น ยานอนหลับ (Analgesic) เป็นต้น

14) กำจัดยาที่หมดอายุ และยาที่ไม่ได้ใช้ รวมทั้งของมีคม เข็มฉีดยา เป็นต้น สำหรับยาจะต้องสอบถามเภสัชกรถึงวิธีการทิ้งที่เหมาะสม สำหรับของมีคมต้องทิ้งด้วยหลักการเน้นความปลอดภัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่อันตราย เป็นทางที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อได้ เช่น HIV, Hepatitis B เป็นต้น เนื่องจากเป็นอุบัติเหตุร้ายแรงหลักในบุคลากรสาธารณสุข

15) บันทึกการให้ยา ทั้งในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัว ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยย้ายแผนกเนื่องจากจะเป็นหลักฐานการให้ยา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาทั้งหมด รวมทั้งบอกเหตุผลที่ไม่ได้ให้ยาดังกล่าวด้วย

16) ทำการประเมินและรายงานเกี่ยวกับประสิทธิภาพหลังจากที่ได้รับยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้กับพยาบาลหัวหน้าเวร สมุดบันทึกและแพทย์ผู้สั่งยา

สรุปได้ว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ยาทุกขั้นตอนซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ในกระบวนการบริหารยาให้มีความถูกต้องและปลอดภัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้ยานั้น การศึกษาถึงหลักในการบริหารยาโดยเน้นหลักการ 5R จึงถือว่ามีมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

## 2.4 นโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยา โรงพยาบาลพญาไท 2

โรงพยาบาลพญาไท 2 ให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการจัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาที่คอยให้คำแนะนำ ที่ปรึกษาและกำหนดนโยบายในการบริหารยา ทั้งนี้ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาประจำหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่คอยถ่ายทอดความรู้ ค้นหาปัญหาที่เกิดจากการบริหารยาในหอผู้ป่วยเพื่อนำเสนอคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาในการหาทางแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป ทั้งนี้ คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 (2554) ได้กำหนดนโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ปฏิบัติตาม ดังนี้

1) ให้พยาบาลทวนสอบความชัดเจน ครบถ้วนของคำสั่งใช้ยาโดยวิธีการอ่านออกเสียงร่วมกับแพทย์ทุกครั้ง

2) กรณีแพทย์สั่งใช้ยาทางโทรศัพท์/วาจา ให้พยาบาลทวนคำสั่งการใช้ยาจากแพทย์ก่อนบันทึกคำสั่งลงในประวัติของผู้ป่วย และมีการติดตามให้แพทย์ลงชื่อกำกับ (Co-sign) ทุกครั้ง

3) ก่อนการบริหารยา ต้องมีการทวนสอบความถูกต้องของยากับใบสั่งใช้ยาที่แพทย์ระบุไว้ในประวัติการรักษา และในใบบันทึกการให้ยา (MAR: Medication Administration Record)

4) บริหารยาตามหลัก 7 R อย่างเคร่งครัด ซึ่งประกอบไปด้วยการได้รับยาถูกเวลา (Right time) การให้ยาผู้ป่วยถูกคน (Right patient) การให้ยาถูกขนาด (Right dose) การให้ยาถูกชนิด (Right drug) การให้ยาถูกวิธีการให้ยา (Right route) การบันทึกการให้ยาที่ถูกต้อง (Right document) และการให้ยาถูกตามเหตุผลการให้ยา (Right reason) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงหลักก่อนการบริหารยาด้วยซึ่งประกอบด้วย การบริหารยาที่ทราบว่าเป็นยาแพ้ยา (Drug allergy) และการบริหารยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน (Drug interaction) ต้องลงชื่อและเวลาหลังให้ยาทันที

5) ตรวจสอบความถูกต้องของยา เมื่อได้รับยาจากเภสัชกรกับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ จากนั้นจึงจัดเก็บยาในกล่องยา (Medication box) ของผู้ป่วยแต่ละรายทันที

6) งดการหยิบและยืมยาของผู้ป่วยอื่น หรือระหว่างหอผู้ป่วย

7) รวบรวมยาเพื่อส่งคืนให้ห้องยาทันทีหรือภายในเวลาในการปฏิบัติงานของเวรนั้นๆเมื่อแพทย์มีคำสั่งงดใช้ยา

8) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาให้สวมสายรัดข้อมือที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติแพ้ยา โดยใช้สายรัดข้อมือสีชมพู ยกเว้น ผู้ป่วยเด็กให้ติดป้ายเตือนระวังผู้ป่วยแพ้ยาไว้บนหัวเตียงผู้ป่วย

9) ให้พยาบาลทบทวนรายการยาในกรณีที่มีคำสั่งการใช้ยาใหม่ โดยทบทวนรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ยาใหม่กับยาเดิม (Reconcile) จากใบบันทึกการให้ยา (MAR) ก่อนการบริหารยา

10) ต้องทำการแปลงหน่วยของยาจากคำสั่งแพทย์กับยาให้ถูกต้องก่อนการให้ยาทุกครั้ง

11) ให้พยาบาลทวนคำสั่งใช้ยาดูด้วยวาจาจากแพทย์ก่อนบริหารยาในกรณีฉุกเฉินทุกครั้ง

12) การทบทวนรายการยา (Medication reconciliation) ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยใหม่ ระหว่างการรักษา กรณีย้ายแผนก หรือ ส่งเข้ารับการรักษาที่แผนกอื่น และผู้ป่วยกลับบ้าน

13) มีการตรวจสอบโดยพยาบาล 2 คน (Double check) ทุกครั้งที่มีการบริหารยาฉีดหรือยาในกลุ่มเสี่ยงสูง กรณีที่เป็นคำสั่งใช้ยารั้งแรกให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของยากับ

คำสั่งการรักษา และสมุดบันทึกการให้ยา (Medication sheet) ทุกครั้ง ส่วนครั้งต่อไปให้ตรวจสอบยากับสมุดบันทึกการให้ยา

14) การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูงให้มีการดูแลโดยเฝ้าระวังและติดตามผลการให้ยารวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งระหว่างและภายหลังการบริหารยาทุกราย โดยให้ปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงาน (WI) ที่กำหนด ถ้าหากพบอาการผิดปกติระหว่างบริหารยาให้หยุดยา จากนั้นรายงานให้แพทย์ทราบทันที

15) บันทึกผลการใช้ยาและผลการประเมินผู้ป่วยภายหลังบริหารยาในแฟ้มประวัติ ทุกครั้ง

16) พยาบาลผู้บริหารยา ต้องให้ข้อมูลยาที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ ตลอดจนอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่อาจเกิดขึ้น

จากนโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 ดังกล่าวข้างต้นเป็นนโยบายที่กําหนดให้พยาบาลระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลพญาไท 2 ได้รับทราบและปฏิบัติตามเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการบริหารยาโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากการศึกษาหลักในการบริหารยาของทางโรงพยาบาลที่ถูกต้องแล้ว การเรียนรู้ระบบของโรงพยาบาลในการบริหารยาและความร่วมมือจากทีมสหสาขายังเป็นส่วนช่วยให้การบริหารยาเกิดความปลอดภัยได้

## 2.5 บทบาทของพยาบาลในการบริหารยา

ในประเทศไทย มีผู้กล่าวถึงบทบาทในการบริหารยาตามขอบเขตตามกฎหมายของพยาบาลในการให้ยาว่าการให้ยาเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล นอกเหนือจากความรู้เรื่องยาแล้ว พยาบาลต้องมีคุณธรรม โดยการตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุดเพื่อให้เกิดผลที่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วย เพราะหากเกิดความผิดพลาดจากการประมาทเลินเล่อของพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาแม้เพียงระดับเล็กน้อยก็ตาม พยาบาลต้องอยู่ภายใต้ข้อบังคับที่กฎหมายกำหนดไว้ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา พยาบาลจะสามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยเมื่อแพทย์มีคำสั่งรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น นักศึกษาพยาบาลจะให้ยาผู้ป่วยได้ก็ต่อเมื่ออยู่ภายใต้ความควบคุมดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจเป็นอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลประจำการตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ปร. ให้ไว้ ณ วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2528 เป็นปีที่ 40 ในรัชกาลปัจจุบัน แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 หมวดที่ 5 ว่าด้วยการควบคุมการ

ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ดังนี้ (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, ปรากฏทิพย์ อุจะรัตน์ และณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2550)

มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กระทำการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์หรือแสดงด้วยวิธีใดๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าวโดยมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เว้นแต่ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1) การพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ที่กระทำต่อตนเอง  
 2) การช่วยเหลือหรือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามหน้าที่ตามกฎหมาย หรือตามธรรมเนียมจรรยา โดยมิได้รับผลประโยชน์ตอบแทน แต่การกระทำดังกล่าวต้องมีใช่เป็นการฉินดยาหรือสารใดๆ เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย หรือการให้ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

3) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรมในความควบคุมของสถาบันศึกษา วิชาชีพการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ของรัฐ หรือที่ได้รับอนุญาตจากทางราชการให้จัดตั้ง หรือสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกหัดหรือผู้ให้การฝึกอบรม ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ทั้งนี้ หากผู้ประกอบวิชาชีพไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้จะต้องได้รับโทษตามกฎหมายที่กำหนดไว้คือ ภาคทัณฑ์ ปรับ จำคุก ทั้งปรับและจำคุก และโทษจากสภาการพยาบาลที่กำหนดไว้ เพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เช่น ให้พักใช้หรือเพิกถอนใบประกอบวิชาชีพ แล้วแต่ความผิดที่กระทำ สำหรับนักศึกษาพยาบาล หากกระทำผิดจะได้รับโทษตามที่สถาบันการศึกษานั้นๆกำหนดไว้ตามเหตุและผลของการกระทำผิด เช่น ภาคทัณฑ์ ทำงานชดใช้เพิ่มเติม ให้ตกชั้น หรือหมดสภาพการเป็นนักศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงความรับผิดชอบของพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาว่า พยาบาลไม่มีสิทธิให้ยาใดๆแก่ผู้ป่วยถ้าไม่มีคำสั่งการรักษาเมื่อแพทย์หรือในบางแห่งผู้ช่วยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ให้การรักษามีคำสั่งการรักษา โดยการให้ยาผู้ป่วยโดยทั่วไป คำสั่งการรักษาจะต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร แม้ว่าบางครั้งจะเป็นคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ หรือบอกเล่าด้วยปากเปล่า ผู้รับคำสั่งการรักษาจะต้องเป็นพยาบาลผู้ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น นักศึกษาพยาบาลไม่ควรรับคำสั่งการรักษาที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เพราะกฎหมายไม่คุ้มครองหากกระทำผิด

ธิดา นิงสานนท์ (2552) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการให้ยาแก่ผู้ป่วยว่า ภาระงานพยาบาลเริ่มตั้งแต่การรับคำสั่งของผู้สั่งใช้ยา จัดส่งคำสั่งนั้นไปที่ฝ่ายเภสัชกรรม รับยาจากฝ่ายเภสัชกรรม จัดเก็บดูแลรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนและยาสำรองบนหอผู้ป่วย จัดเตรียมยาแต่ละมือให้ผู้ป่วยทั้งยามืดและยามืด นำยาผู้ป่วยไปให้ผู้ป่วยและบันทึกการให้ยาหลังจากที่ให้ยากับผู้ป่วยแล้ว นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้ที่สังเกตและส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยต่อไปยังทีมรักษา อันจะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพอื่นประเมินผลของยาที่ใช้รักษาได้แม่นยำขึ้น ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลามากกว่าบุคลากรในวิชาชีพอื่น ในทำนองเดียวกันด้วยความร่วมมือของสหวิชาชีพจะช่วยให้พยาบาลบริหารยาโดยลดความเสี่ยงที่จะเกิดความปลอดภัยเคลื่อนได้

Greenstein, Gould, and Trounce (2004) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการบริหารยาว่าจะต้องปฏิบัติตามหลักการให้ยาเพื่อป้องกันความปลอดภัยเคลื่อนในการให้ยา โดยจะต้องทำความเข้าใจในตัวยา ให้ขนาดยาถูกต้อง ให้ยาถูกคน ถูกวิถีทางให้ยา ถูกเวลา โดยพยาบาลจะต้องมีความตั้งใจและจะต้องทำความเข้าใจ ดังต่อไปนี้

- 1) อ่านชื่อเต็มของผู้ป่วยจากใบสั่งการให้ยา
- 2) อ่านใบสั่งยา ตรวจสอบความถูกต้องและเวลาที่ให้ยากครั้งล่าสุด
- 3) อ่านฉลากยาจากขวดยาก่อนที่จะหยิบออกจากกล่องยา
- 4) ตรวจสอบยาจากฉลากยา ขนาดของยาที่ใช้ ทางที่ให้ยา วันหมดอายุกับใบสั่งยาอีกครั้ง
- 5) ตรวจสอบขนาดของยาให้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ ถ้าเป็นยาน้ำต้องเขย่าขวดยาโดยถือยาในระดับสายตา เทยาโดยเอาส่วนเว้าของขวดลงเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของฉลากยา คำนวณขนาดของยาที่ต้องการใช้เมื่อต้องการให้ยาในขนาดปริมาณเล็กน้อยๆ โดยจะต้องคำนวณปริมาณยาที่ต้องการใช้ให้มั่นใจก่อนการให้ยา
- 6) ตรวจสอบฉลากยาก่อนเก็บยาเข้ากล่องยา
- 7) ต้องตรวจสอบโดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ตรวจสอบเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วยและยาในใบสั่งยา โดยตรวจสอบป้ายชื่อมือ ถ้าไม่มีต้องถามชื่อเต็มของผู้ป่วย และเพิ่มความมั่นใจโดยสอบถามจากญาติร่วมด้วย
- 8) ให้ยากับผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยรับประทานยาเสร็จ
- 9) บันทึกการให้ยา รวมทั้งบันทึกการไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยพร้อมเหตุผล



Smetzer และ Cohen (2010) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการบริหารยาว่าเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในการป้องกันความคลาดเคลื่อน ทั้งนี้ยังได้กล่าวถึงหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารยาไว้ ดังนี้

- 1) สอบถามประวัติการใช้ยาในอดีตและประวัติการใช้ยาในปัจจุบันของผู้ป่วย
- 2) ทบทวนรายการยาของผู้ป่วยเมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ย้ายโรงพยาบาลและเมื่อออกจากโรงพยาบาล
- 3) ดำเนินการส่งใบสั่งยาจากแพทย์ผู้สั่งยาให้กับเภสัชกร
- 4) ดำเนินการคัดลอกคำสั่งการใช้ยาและตรวจสอบความถูกต้องจากคำสั่งการใช้ยาลงในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record: MAR)
- 5) ทำการบริหารยาโดยใช้ใบบันทึกการให้ยาทุกครั้ง
- 6) ประเมินผู้ป่วยถึงปฏิกิริยา การตอบสนองต่อยาที่ได้รับเมื่อพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ผู้สั่งยาทันที
- 7) แนะนำและให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยาที่ได้รับ

สรุปได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการบริหารยาเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ พยาบาลต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยาทุกขั้นตอนซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีอาการหนัก เสี่ยงต่อภาวะคุกคามต่อชีวิตได้ตลอดเวลาจึงจำเป็นต้องใช้ยาเป็นจำนวนมาก และมักเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) ร่วมกับการมีข้อจำกัดด้านอวัยวะในร่างกายของผู้ป่วยที่ทำงานลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาหรืออาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามหลักการให้ยาอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาดังกล่าว

## 2.6 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

สุชาดา เตะสุนันท์ (2544) ได้กล่าวถึงความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาว่าเป็นการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยได้รับยาไม่ครบทั้งชนิด จำนวนตามยาที่แพทย์สั่ง

อภิฤดี เหมะจุทา และปรีชา มนทกานติกุล (2549) ได้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาว่า หมายถึง การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียน

ไว้ในบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย หรือเป็นความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจาก ความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา

Greenstein, Gould, and Trounce (2004) ได้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยาว่า เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการกระทำของพยาบาล ถึงแม้ว่าความ คลาดเคลื่อนดังกล่าวจะไม่ร้ายแรงหรือมีผลข้างเคียงไม่ร้ายแรง แต่จะมีผลต่อพยาบาลคือ ทำให้ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากการสืบสวนหาเหตุผลความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

Cohen (2010) ได้ให้ความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไว้ว่า เป็นความผิดพลาดในการดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบหลักของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย พิจารณาคำสั่งการรักษาของแพทย์ให้ตรงกับ ผู้ป่วย เติรมยาและให้ยา ทั้งนี้ต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันการเกิด ความผิดพลาด

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยาว่า เป็นเหตุการณ์ผิดพลาดใดๆที่สามารถป้องกันได้ และอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การได้รับยาที่ แตกต่างไปจากคำสั่งการใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่บันทึกไว้ในประวัติการรักษา ในขณะที่ยานั้นอยู่ใน ความควบคุมของพยาบาล

สำหรับประเภทของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้มีผู้แบ่งประเภทความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังนี้

อภิกฤติ เหมะจุฑา และปรีชา มณฑานติกุล (2549) ได้แบ่งประเภทของความ คลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ 2 ประเภทคือ

1) การตัดสินใจทางคลินิกก่อนบริหารยา เป็นขั้นตอนที่ผู้บริหารยารวบรวมข้อมูล ทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษา ยาที่ใช้รักษา และข้อมูลผู้ป่วย ก่อนบริหารยา ความ คลาดเคลื่อนที่อาจเป็นไปได้ ได้แก่

(1) การบริหารยาผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นยา โดยมีบันทึกประวัติการแพ้ยาในแฟ้ม ประวัติของผู้ป่วย

(2) การบริหารยาที่มีหลักฐานการเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

2) การตัดสินใจในการบริหารยา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนหลังจากที่ผู้บริหารยาได้ ตัดสินใจแล้วว่ายาที่จะให้ผู้ป่วยมีความเหมาะสม จึงทำการบริหารยาตามที่คุณสั่งยาเขียนใน คำสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนนี้ ได้แก่

(1) การบริหารยาผิดชนิด (Wrong drug) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษารวมทั้งการให้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาและผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยา

(2) การบริหารยาซึ่งผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่ง (Unauthorized drug) เป็นความคลาดเคลื่อนในการให้ยาที่แพทย์ไม่มีคำสั่งใช้ยารวมถึงการให้ด้วยหรือให้ขนาดยาที่ผิดไปจากแนวทางในการบริหารยา (Clinical guidelines / Protocol)

(3) การบริหารยาไม่ครบ (Omission error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยานั้นตามที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งเมื่อถึงเวลาที่กำหนด ซึ่งมักเกิดจากผู้บริหารยาลืมให้ยา ยกเว้น ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับยาเองโดยสมัครใจ และในกรณีที่ไม่ได้ให้ยานั้นเนื่องจากได้ข้อมูลว่าไม่ควรใช้สำหรับผู้ป่วย

(4) การบริหารยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patients) เป็นความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาของผู้ป่วยอื่น

(5) การบริหารยาผิดขนาด (Wrong dose error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาในขนาดที่สูงกว่า หรือต่ำกว่าขนาดยาที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งให้แต่ละครั้ง รวมทั้งการบริหารยาที่ผิดเทคนิคแม้จะถูกต้อง ชนิด ถูกขนาด

(6) การบริหารยาผิดวิถีทาง (Wrong route error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาผิดวิถีไปจากที่ผู้สั่งใช้ยาสั่ง โดยรวมถึงผิดตำแหน่งที่ให้ยา แม้จะเป็นการให้ยาถูกต้อง ถูกวิธี

(7) การบริหารยาผิดเวลา (Wrong time error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาผิดเวลาไปจากที่กำหนดไว้ในนโยบายการบริหารยาของโรงพยาบาลโดยไม่มีเหตุผล

(8) การบริหารยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง (Extra dose error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเมื่อมีการบริหารยาแก่ผู้ป่วยเกินจากจำนวนครั้ง หรือมียาที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งต่อวัน รวมถึงการบริหารยาหลังจากมีคำสั่งหยุดใช้ยานั้นแล้วหรือมีคำสั่งชะลอการบริหารยา เช่น ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

(9) การบริหารยาในอัตราเร็วที่ผิด (Wrong rate of administration error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาโดยเฉพาะยาฉีด ในอัตราเร็วในการบริหารยาผิดไปจากที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งหรือผิดไปจากวิธีปฏิบัติมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

(10) การบริหารยาผิดรูปแบบยา (Wrong dosage form error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาผิดรูปแบบจากที่ผู้สั่งใช้ยาสั่ง เช่น บริหารยาน้ำแขวนตะกอนแทนยาเม็ด บริหารยาป้ายตาแทนยาหยอดตา

คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 (2554) ได้กำหนดนโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการบริหารยาในโรงพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้แบ่งความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาออกเป็น 7 รายการ รายละเอียดดังนี้

1) Wrong time หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาไม่ตรงตามเวลา ความถี่ ห่างที่ให้ยาตามคำสั่งการรักษา หากมีเหตุจำเป็นไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง รวมถึงการให้ยาผิดไปจากเวลาที่กำหนดไว้โดยไม่มีเหตุผล

2) Wrong patient หมายถึง ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผู้ป่วยผิดคน โดยผู้ป่วยได้รับยาของผู้ป่วยอื่น

3) Wrong dose หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการบริหารยาในขนาดที่สูงกว่า หรือต่ำกว่าขนาดที่ผู้สั่งใช้ยาสั่งให้แต่ละครั้ง

4) Wrong drug หมายถึง ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดชนิด โดยเป็นการให้ชนิดของยาต่างจากยาที่แพทย์เขียนไว้ในประวัติการรักษา รวมทั้งเป็นการให้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาและผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยา

5) Wrong route หมายถึง ความคลาดเคลื่อนเคลื่อนจากการให้ยาผิดวิธีไปจากที่แพทย์เขียนไว้ในประวัติการรักษา โดยรวมถึงผิดตำแหน่งที่ให้ยา แม้จะเป็นการให้ยาถูกชนิด ถูกวิธี

6) Wrong document หมายถึง ความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกการให้ยา รวมทั้งการบันทึกการให้ยาล่วงหน้า

7) Wrong reason หมายถึง ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดเหตุผลการให้ยา

คำนวณอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโดยนับเป็นจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ต่อ 1000 วันนอน โดยสามารถวัดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่บันทึกไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังกล่าวขึ้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะทำการลงข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของความคลาดเคลื่อนลงในระบบคอมพิวเตอร์ ทำการรวบรวมข้อมูลและแยกรายการของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวของแต่ละแผนกไว้เป็นรายเดือนและรายปีโดยคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2

สำหรับความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีผู้กำหนดไว้  
ดังนี้

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1997 อ้างถึงใน วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) กำหนดความรุนแรงเป็น 9 ระดับ ตั้งแต่ A ถึง I โดยเริ่มจากความรุนแรงน้อยที่สุด คือ มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนไปจนถึงระดับรุนแรงที่สุดที่อาจทำให้เสียชีวิต

ระดับ A เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน

ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการรักษา

ระดับ F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนในโรงพยาบาลหรืออยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

ระดับ H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

ระดับ I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

กล่าวได้ว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็นเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้และเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นการทราบถึงสาเหตุและการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักในการบริหารยาตามหลัก 7R ตามนโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาที่กำหนดไว้ของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อให้พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการบริหารยาในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการได้รับยาถูกเวลา (Right time) การให้ยาผู้ป่วยถูกคน (Right patient) การให้ยาถูกขนาด (Right dose) การให้ยาถูกชนิด (Right drug) การให้ยาถูกวิถีทางการให้ยา (Right route) การบันทึกการให้ยาที่ถูกต้อง (Right document) และการให้ยาถูกตามเหตุผลการให้ยา (Right reason) ทั้งนี้ต้องลงชื่อและเวลาหลังการให้ยาทันที

## 2.7 สาเหตุความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2549) กล่าวถึงสาเหตุความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาไว้ดังนี้

- 1) การขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่ง
- 2) การขาดข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ประวัติการแพ้ การทำงานของตับและไต ทำให้การประเมินความเหมาะสมของการให้ยาผิดพลาด ดังนั้นจึงควรมีการประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยา ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาควรมีสัญลักษณ์ที่ระบุอย่างชัดเจน เช่น ดิจิตลิกเกอร์ที่หน้าป้ายผู้ป่วยว่า แพียอะไร หรือ เวชระเบียนควรมีการระบุไว้ทุกๆหน้า ไม่ใช่เฉพาะหน้าแรกเท่านั้น โดยที่จะต้องมั่นใจว่าระบุดตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง และจะต้องมีการเชื่อมโยงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้รับทราบ

- 3) การเตรียมยาผิดหรือไม่เหมาะสม เช่น การคำนวณขนาดยาผิด การผสมยาผิด ความเข้มข้นเนื่องจากความเข้าใจต่างจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของแพทย์ การผสมยาสองชนิดที่เข้ากันไม่ได้ การใช้สารละลายที่ไม่เหมาะสมกับตัวยา และการไม่เขย่าขวดยาน้ำแขวนตะกอน

- 4) ขั้นตอนการให้ยา เช่น การระบุดตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา การใช้อุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคย การให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง การเก็บรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่เหมาะสม การเปลี่ยนยาบ่อย การมีขนาดยามากเกินไปในหอผู้ป่วย

ธิดา นิงสานนท์ สุวัฒนา จุฬาวัดนทล และปรีชา มนทกานติกุล (2552) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ได้แก่

- 1) การขาดการสื่อสารระหว่างผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายยา ผู้ให้ยา และผู้ป่วยในกระบวนการใช้ยา การทำงานเป็นทีมที่มีการสื่อสารประเด็นที่เป็นปัญหาระหว่างวิชาชีพและร่วมมือ หาทางแก้ปัญหาโดยยึดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายร่วมกัน นอกจากนี้หากมีการสื่อสารและให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยเองหรือญาติอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการให้ยาผิดหรือลืมให้ยาได้

- 2) การมีอัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงาน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันใน โรงพยาบาลส่วนใหญ่และจะเป็นปัญหามากในแผนกที่มีการใช้ยามาก

- 3) การขาดการตรวจสอบซ้ำจากบุคคลอื่น (Independent double check) หรือแม้แต่การตรวจสอบซ้ำจากบุคคลเดียวกัน (Double check) เมื่อมีการเตรียมยาในหอผู้ป่วยว่าตรงตามที่ผู้สั่งใช้ยาต้องการหรือไม่ก่อนให้ยา อันเนื่องมาจากอัตรากำลังไม่เหมาะสมหรือหากมีอัตรากำลังพอแต่อาจเป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญเนื่องจากมั่นใจว่าทำถูกต้องแล้ว

- 4) การขาดการฝึกปฏิบัติหรือเน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอน

The National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention (1998) ได้จัดกลุ่มสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการให้ยา 5 สาเหตุหลัก ดังนี้

1) การสื่อสาร (Communication) เป็นความคลาดเคลื่อนในการให้ยาที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา การติดต่อสื่อสารด้วยการเขียน ได้แก่ การอ่านลายมือไม่ออก คำย่อ จุดทศนิยม อ่านผิดหรือไม่ได้อ่าน หรือการแปลคำสั่งใช้ยาผิด

2) ชื่อยาที่มีความสับสน (Name confusion) ได้แก่ คำลงท้ายและคำนำหน้าชื่อยา ชื่อทางการค้าที่มีกรอออกเสียงคล้ายกับชื่อทางการค้าหรือชื่อสามัญทางยาของยาอื่น รูปลักษณะของยาคคล้ายกับยาที่มีชื่อการค้าอื่นหรือคล้ายกับยาที่มีชื่อสามัญทางยาอื่น ชื่อยาที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดกับยาที่เป็นยาสามัญประจำบ้าน หรือความคลาดเคลื่อนในการให้ยาที่เกิดจากชื่อสามัญทางยามีความสับสน

3) ฉลากยา (Labeling) พบความคลาดเคลื่อนในการให้ยาได้บ่อย ได้แก่ ฉลากยาบนภาชนะบรรจุจากบริษัทผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่ายหรือผู้แบ่งบรรจุคล้ายกับบริษัทต่างกันแต่มีความคล้ายคลึงกัน ฉลากยาผิด สัญลักษณ์บนฉลากยาทำให้เกิดความสับสน ฉลากยาบนภาชนะมีวิธีการใช้ยาผิด วิธีการใช้ยาไม่ครบถ้วน ซึ่งรวมถึงการไม่มีเอกสารประกอบการใช้ยาที่ครอบคลุมและชัดเจนต่อการใช้นั้นๆ ชื่อยา ความแรง เอกสารกำกับยาผิด อ่านแล้วทำให้เกิดการเข้าใจผิดสื่ออ้างอิงทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ข้อมูลผิด ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ข้อมูลหายไป ข้อมูลเก่าหรือไม่มีข้อมูล คู่มืออ้างอิง เช่น ข้อมูลผิด ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ข้อมูลหายไป ข้อมูลเก่าหรือไม่มีข้อมูล การโฆษณาผิด เป็นต้น

4) บรรจุภัณฑ์ของยา/การออกแบบผลิตภัณฑ์ยา (Packaging/design) ไม่มีความเหมาะสม ยาต่างชนิดกันแต่มีรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่คล้ายกัน หรือยาชนิดเดียวกันที่มีความรุนแรงต่างกัน แต่มีรูปแบบคล้ายกันทำให้เกิดความสับสน ซึ่งอาจจะเกิดจากสี รูปลักษณะ หรือขนาดของภาชนะบรรจุยา

5) ปัจจัยด้านบุคคล (Human factors) พบว่าอาจเกิดจากการขาดความรู้จากสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ไม่มีประสบการณ์ เช่น พยาบาลใหม่ที่อาจจะไม่มีความรู้ ความชำนาญต่อสถานการณ์ได้ทั้งหมด ปฏิบัติงานบกพร่อง การคำนวณขนาดยาและให้ยาในอัตราผิด ความผิดพลาดจากคอมพิวเตอร์ เช่น การเลือกรายการหรือโปรแกรมบนคอมพิวเตอร์ผิด การคัดกรองการแพ้ยาหรือการคัดกรองยาที่มีปฏิกิริยาต่อกันผิด เป็นต้น รวมทั้งความผิดพลาดในการเก็บยา การเตรียมยาผิด เช่น ชนิดและขนาดของตัวทำละลายผิด ขนาดและชนิดของตัวยาหลัก การคัดลอกผิด หรือแม้กระทั่งความเครียดจากปริมาณงานมาก

Cohen (2010) ได้กล่าวถึงสาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยาตามที่ ISMP (Institute for Safe Medication Practice) กล่าวไว้ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย มีองค์ประกอบหลัก 10 ข้อ ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยระบบต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่สามารถเรียกดูได้โดยสะดวก เช่น อายุ น้ำหนัก ประวัติการแพ้ยา การวินิจฉัย การตั้งครรภ์ เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและติดตามผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะสามารถบ่งบอกได้ถึงผลลัพธ์จากการได้ยาของผู้ป่วยและความก้าวหน้าในการรักษาได้

2) ข้อมูลเกี่ยวกับยา ในการลดความเสี่ยงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยานั้นพบว่าต้องควบคุมรายการยาบางส่วน การมีฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับรายการยาที่สามารถเรียกดูได้โดยสะดวกสำหรับผู้ให้บริการ การมีแนวทางการปฏิบัติ (Protocols) การมีชุดใบสั่งยา (Order set) การมีระบบข้อมูลเกี่ยวกับยา (Computerized drug information system) ระบบบันทึกการบริหารยา (Medication administration records) การมีข้อมูลผู้ป่วย (Patient profiles) และการบริการของเภสัชกรในหอผู้ป่วย (Regular clinical activities by pharmacist in patient care areas)

3) มีการสื่อสารเกี่ยวกับรายละเอียดของยา เนื่องจากการสื่อสารที่บกพร่องจะเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้นองค์กรทางสุขภาพจึงให้ความสำคัญกระบวนการในการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ สร้างมาตรฐานในการสั่งยาและข้อมูลเกี่ยวกับยาที่จะสามารถหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

4) รายละเอียดการใช้ยา บรรจุภัณฑ์ และชื่อยา ซึ่งการบ่งชี้รายละเอียดเกี่ยวกับสรรพคุณยา การใช้ยา บริษัทผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และองค์กรที่รับผิดชอบต้องเข้าไปมีบทบาทในการควบคุมเพื่อให้ผู้บริโภคนำใจในรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่จะใช้ รวมทั้งการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในชื่อยา ตัวยา ซองยา และบรรจุภัณฑ์ที่มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความสับสนได้

5) การกำหนดมาตรฐานยา การจัดเก็บและการสั่งยา ความคลาดเคลื่อนส่วนมากสามารถป้องกันได้โดยการเก็บยาไว้สำหรับใช้ในจำนวนที่น้อยที่สุด เช่น การลดยาสำหรับใช้ในโรงพยาบาล (Floor stock) การเข้มงวดเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs) การขนย้ายและการจ่ายยาจากเภสัชกรในเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามถ้าหากโรงพยาบาลสามารถใช้ยาที่มีการผสมหรือการคำนวณสำเร็จรูปจากทางบริษัทผู้ผลิตแล้วจะสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อีกทางหนึ่ง



6) การใช้อุปกรณ์สำหรับการบริหารยาและการติดตาม การออกแบบการใช้ อุปกรณ์สำหรับ อำนวยความสะดวกในการบริหารยาจะสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยาได้ ดังนั้นองค์กรจะต้องทำการประเมินการทำงานที่ปลอดภัยก่อนการตัดสินใจ เลือกซื้ออุปกรณ์ต่างๆ เช่น การไม่มีอุปกรณ์ป้องกันน้ำเกลือไหลแรงในสายให้น้ำเกลือ การใช้ ข้อต่อสายน้ำเกลือที่ไม่สามารถใช้งานร่วมกันกับอุปกรณ์สำหรับกำหนดจำนวนหยดน้ำเกลือ เป็นต้น ทั้งนี้อุปกรณ์ดังกล่าวจะต้องเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการตรวจสอบ (Double check) กับผู้ใช้ได้ด้วย หรือผู้ใช้บริการสามารถกำหนดอัตราหยดของยาได้เอง เช่น การกำหนดจำนวนยาแก้ปวด (Patient-controlled analgesia pumps) เป็นต้น

7) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีแสงสว่างไม่เพียงพอ การวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ เสียงดัง การถูกรบกวนขณะการบริหารยา ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และการปฏิบัติงานตลอดเวลาโดยที่ไม่ได้พัก ดังนั้นถ้าสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ และ บุคลากรให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องยา ก็จะ สามารถลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ทางยาได้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันปริมาณงานของบุคลากรในทีมสุขภาพจะมีปริมาณงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น องค์กรจะต้องให้ความสำคัญกับความคลาดเคลื่อนดังกล่าวด้วย

8) สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานและการศึกษา ถึงแม้ว่าการศึกษาของบุคลากรที่ ปฏิบัติงานจะสามารถลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนลงได้ แต่ในลักษณะงานจะเป็นการกำหนด ระบบและกลยุทธ์มากกว่า สิ่งที่ยกถึงประสิทธิภาพจะต้องรวมถึงการประเมินสมรรถนะของ ผู้ให้บริการด้วย และการให้ความรู้เกี่ยวกับยาใหม่ ยาที่มีความเสี่ยงสูง และการป้องกันความ คลาดเคลื่อน

9) การให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นบทบาทหลักที่มีความสำคัญในการป้องกัน ความคลาดเคลื่อน ถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับ บุคลากรทางสุขภาพ เช่น รู้เกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา และเหตุผลที่ต้องรับประทานยาจะสามารถลด ความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาให้กับผู้รับบริการจะสามารถทำให้ผู้รับบริการ รู้จักการป้องกันตนเองที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

10) กระบวนการที่มีคุณภาพและการจัดการความเสี่ยง การขาดวัฒนธรรมความ ปลอดภัย (Culture of safety) ในการปฏิบัติงาน การมีกลยุทธ์และระบบการปฏิบัติงานที่บกพร่องจะ ไม่สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

## 2.8 ปัจจัยสำคัญในการบริหารยาให้ปลอดภัย

ปรีดา กังแฮ (2546) ได้ทำการศึกษาการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริหารยาตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลตราชู ได้สรุปแนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาและป้องกันการใช้ยาผิดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ดังนี้

1) จัดทำคู่มือในการบริหารยา ซึ่งประกอบด้วยประเภทยา ชนิดและจำนวนยา การจัดเก็บรักษา การแยกประเภทของยาใช้ภายใน ภายนอก ชื่อและขนาดที่ข้างขวดเขียนระบุไว้ อย่างชัดเจน และตรวจตรวจสอบสต็อกยาทุก 1 เดือน ยาที่ใกล้หมดอายุให้คืนห้องยาหรือทำลายทิ้ง

2) การ์ดยาที่ใช้สำหรับจัด-แจกผู้ป่วยเขียนให้ชัดเจน อ่านง่ายและถูกต้อง

3) หัวหน้าทีมตรวจสอบการ์ดยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์และใบให้ยาก่อนทุกเวร ก่อนการจัด-เตรียมยาแก่ผู้ป่วย

4) ผู้บริหารยาแก่ผู้ป่วยต้องมีสติรอบคอบขณะจัดยา ตลอดจนการไม่ประมาท เลินเล่อ และยึดหลัก 5R ในการบริหารยาทุกครั้ง

5) ยาชนิดที่อาจทำให้ผู้ป่วยเพื่ออย่างรุนแรง เช่น การเกิด Anaphylactic shock ได้ เช่น ยา กลุ่มเพนนิซิลิน เซรุ่มแก่งูพิษ ยาละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ (Thrombolytic agent) ต้องทดสอบการแพ้ทางผิวหนัง (Skin test) ในการให้ยาทุกครั้ง

6) จัดเตรียมรถ Emergency ไว้ข้างเตียงผู้ป่วยในรายที่ใช้ยาดังกล่าวตามข้อ 5

7) จัดบันทึกอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และรายงานอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยากับแพทย์และฝ่ายเภสัชกรรมทราบทุกครั้ง

8) ไม่เตรียมยาที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วยไว้ก่อนโดยเตรียมยาเมื่อถึงเวลาที่จะให้ผู้ป่วยในแต่ละราย

9) เก็บยาผู้ป่วยไว้ในกล่องยาของผู้ป่วยแต่ละคนตามหมายเลขเตียงและเขียนชื่อผู้ป่วยกำกับด้วยทุกครั้ง

The National Council on Patient Information and Education (2002) สหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงบทบัญญัติ เพื่อประกันความปลอดภัยในการบริหารยา เพื่อให้พยาบาลหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการบริหารยาใช้ในการสอน ให้คำเนิ่งถึงผู้ป่วยหรือผู้บริ โภค ซึ่งมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1) การถามหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกแพทย์หรือผู้ให้การดูแลทราบเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ในปัจจุบันรวมถึงยาที่แพทย์อื่นสั่งให้กับผู้ป่วย สมุนไพร วิตามิน ยาคลายเครียด ยาแก้ปวด ยานอนหลับ เป็นต้น

2) การแจ้งให้แพทย์หรือผู้ที่ดูแลทราบเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยา หรือปฏิกิริยาของยาที่มีต่อกันที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยาใหม่กับผู้ป่วยจากแพทย์หรือผู้ดูแล

3) การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาทั้งหมดที่แพทย์สั่ง ในภาษาที่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจได้ง่ายในการรับประทานยา และระยะเวลาในการรับประทานยา

4) การตรวจดูความชัดเจนของฉลากยาก่อนรับยาใหม่จากเภสัชกร เช่น ชื่อยา วิธีการใช้ยาและวิธีการเก็บรักษา ลายมือที่เขียนบนฉลากยาต้องมีความชัดเจน หรือกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงขณะที่ใช้ยานี้

5) การจดบันทึกสิ่งที่เรียนรู้จากแพทย์ เภสัชกร และผู้ป่วยเกี่ยวกับยาซึ่งผู้ป่วยมักจะถามในสิ่งที่กังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลสุขภาพหรือพยาบาลควรมีความพร้อมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและการดูแลอื่นๆร่วมด้วย

The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCCMERP (2002) ได้กล่าวถึงสภาพแวดล้อมในการบริหารยาโดยต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมและเอื้อให้เกิดความถูกต้องในการบริหารยา เช่น มีแสงไฟในห้องผู้ป่วยที่เพียงพอ ไม่มีสิ่งรบกวนระหว่างการบริหารยา การควบคุมอุณหภูมิ ระดับของเสียง เหตุการณ์ที่ทำให้ไขว้เขว เช่น เสียงโทรศัพท์ การรบกวนของแต่ละบุคคล เป็นต้น ทั้งนี้จะต้องทำการประเมินความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยต่อกระบวนการบริหารยา

Greenstein, Gould and Trounce (2004) กล่าวถึงปัจจัยที่ช่วยให้การบริหารยาปลอดภัย ดังนี้

- 1) ต้องไม่เชื่อว่าการบริหารยาสามารถทำได้เพียงคนเดียว
- 2) ต้องไม่บริหารยาที่เกิดจากความจำ ควรใช้ใบสั่งยาในการบริหารยาเสมอ
- 3) ไม่ใช้ยาจากขวดยาที่มีฉลากยาไม่ถูกต้อง
- 4) ไม่ให้ยาที่เกิดจากการเตรียมจากบุคคลอื่น
- 5) ไม่ใช้ยาที่เก็บไว้เป็นยาสำรองในหอผู้ป่วย
- 6) ยาที่ไม่ได้ใช้ให้คืนยาไปที่เภสัชกรรม และต้องให้เภสัชกรตรวจสอบยาก่อนการให้ยา ยาที่ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วต้องทำลายทิ้งทันที

Covell (2010) ได้กล่าวถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน มีกระบวนการทำงานเป็นทีม มีกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่ดี มีการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลจะสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ ทั้งนี้ยังได้กล่าวถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในองค์กรที่จะช่วย

ป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาร่วมด้วย เช่น การกำหนดให้มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างตามความคาดหวังขององค์กรในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การมีนโยบาย แนวปฏิบัติทางในการปฏิบัติงานและมีการสนับสนุนจากองค์กรในการส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการติดต่อสื่อสารในองค์กรมากขึ้น เช่น การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนส่งเสริมให้บุคลากรมีการรายงานเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรง เป็นต้น

กล่าวได้ว่าการบริหารยาที่มีการปฏิบัติที่ซับซ้อน ต้องปฏิบัติงานร่วมกันหลายฝ่าย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการสั่งยา การคัดลอกคำสั่งการให้ยา การจ่ายยา/จัดเตรียมยา การบริหารยาสู่ผู้ป่วย การเฝ้าระวังและการติดตามหลังการให้ยา ทุกกระบวนการทำให้สามารถการให้ยาเกิดการผิดพลาดขึ้นได้เสมอ ซึ่งถือว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณภาพของบุคลากรและระบบ การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นบทบาทที่ต้องร่วมกันของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ยา พยาบาลนับเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบยาเพราะเป็นด่านสุดท้ายที่ว่าจะไปถึงผู้ป่วย โดยเฉพาะหากพบความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในกระบวนการ พยาบาลจะเป็นด่านสุดท้ายที่จะตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้ ปัจจัยที่จะทำให้พยาบาลทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุดคือ การมีความรู้เกี่ยวกับยา รู้ข้อควรระวังเกี่ยวกับยา บางตัวที่สำคัญ ดังนั้นการอบรมพยาบาลให้มีความรู้เรื่องยาจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่ดีในระหว่างวิชาชีพจะช่วยป้องกันการคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการได้ ทั้งนี้เพียงการสื่อสารที่ดีก็สามารถนำมาซึ่งกันแก้ปัญหาต่างๆและช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ ซึ่งในการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการตามนโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยา 7 รายการ ของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 ประกอบด้วย ความคลาดเคลื่อนจากการได้รับยาผิดเวลา (Wrong time) ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patient) ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose) ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดชนิด (Wrong drug) ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดวิถีทางให้ยา (Wrong route) ความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกการให้ยา (Wrong document) และความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดเหตุผลการให้ยา (Wrong reason) โดยนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ต่อ 1000 วันนอน เนื่องจากต้องการศึกษาเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ณ ช่วงเวลาที่ต้องการ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกันคิด วิเคราะห์แล้วมาประยุกต์ใช้ในการบริหารยา ซึ่งจะเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการอภิปรายเพื่อนำผลงานวิจัยที่ดีที่สุดและการคำนึงถึงบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสำคัญ เพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพในการพยาบาลต่อไป

### 3. หลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

#### 3.1 ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2547) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด (Best scientific evidence) จากงานวิจัยทางการพยาบาลและงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมกับประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความคิดเห็นหรือความขึ้นชอบของผู้ป่วยในการกำหนดแนวทางหรือตัดสินใจเลือกในการให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

อุษาวดี อิศรวิเศษ (2548) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวิจัยที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น ร่วมกับประสบการณ์และความชำนาญทางคลินิกในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง เข้าใจและเหมาะสมพร้อมทั้งคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2553) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล โดยใช้ข้อค้นพบที่ดีที่สุดที่ได้จากงานวิจัย ผสมผสานกับความชำนาญของผู้ปฏิบัติและความต้องการของผู้ป่วย

Stetler (1998) ได้ให้ความหมาย การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการให้ความสำคัญของการปฏิบัติที่สืบทอดมาจากประสบการณ์ด้านคลินิก และความคิดเห็นส่วนบุคคลที่ไม่เป็นระบบ เปลี่ยนมาใช้ข้อมูลจากการวิจัยที่มีคุณภาพ ข้อมูลการปฏิบัติและการประเมินผล ความคิดเห็นที่เป็นเอกฉันท์จากผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์การปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับ

Mock (2003) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ว่า หมายถึง การบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด จากงานวิจัยทางการพยาบาล และงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความคิดเห็น หรือความชื่นชอบของผู้ป่วย ในการกำหนดแนวทาง หรือตัดสินใจทางเลือกในการให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ในรูปของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และคู่มือการพยาบาล

Pilot และ Beck (2008) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การนำผลงานการวิจัยที่ผ่านการตัดสินใจแล้วว่าเป็นผลการวิจัยที่ดีที่สุด โดยต้องผ่านกระบวนการทดลองและคิดวิเคราะห์ว่ามีความถูกต้องและเหมาะสม เพื่อนำมาให้การพยาบาลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การบูรณาการความรู้จากผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด ข้อมูล ค่านิยมของผู้ป่วย ร่วมกับความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นระบบ และตัดสินใจทางเลือกในการให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ให้บริการ

### 3.2 ความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางหนึ่ง ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เนื่องจากการพัฒนาของการบริการที่เน้นการยกระดับความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยการปรับปรุงวิธีการให้เป็นไปในแนวเดียวกับตัวอย่าง หรือหลักฐานที่ประจักษ์แล้วถึงประสิทธิภาพในเรื่องนั้นๆ ความสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ เป็นการลดช่องว่างระหว่างการวิจัยการปฏิบัติ (Research-practice gap) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาล (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2547) เป็นกระบวนการเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติสู่การกระทำที่ดีขึ้น เพื่อสุขภาพซึ่งจะเกิดขึ้นได้โดยใช้หลักฐานสนับสนุนทั้งในแง่ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ คุ่มค่าใช้จ่ายเหมาะสม มีคุณค่าทางสังคมและจริยธรรม

ในปัจจุบันมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แต่สิ่งที่อยู่เบื้องหลังความรู้ดังกล่าวนี้ คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากผลลัพธ์ของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการเพิ่มการปฏิบัติที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ คุ่มทุน (Kaplow and Relf, 2009) และมุ่งเน้นการปฏิบัติไปที่ผู้ป่วยเป็นหลัก สำหรับพยาบาลจะเป็นการเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์และภาวะผู้นำเนื่องจากในกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นหนทางให้พยาบาลระดับปฏิบัติการได้

เปลี่ยนแปลงวิธีการ ทักษะและการเรียนรู้ทางการพยาบาลได้ด้วยตนเองเพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็นขั้นตอนหนึ่งจากการใช้กระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และจะเป็นการเพิ่มการคงอยู่ในวิชาชีพได้อีกทางหนึ่ง (Reavy and Tavernier, 2008)

กล่าวได้ว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยอาศัยความรู้จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เพื่อสอดคล้องกับเป้าหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลหรือการบริการสุขภาพแนวใหม่ตามการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นที่ความปลอดภัย คุ่มค่า คุ่มประโยชน์ของการให้บริการ เพื่อนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจในการปฏิบัติของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ

### 3.3 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการวิเคราะห์ ประเมิน และการตีค่าหลักฐานความรู้ในแง่มุมต่างๆว่ามีความน่าเชื่อถือตรวจสอบได้ และเหมาะสมกับการนำไปใช้โดยมีเกณฑ์การประเมินคุณค่าของหลักฐาน ซึ่งพัฒนาขึ้นมาให้เหมาะสมกับประเภทของหลักฐาน ได้แก่ เกณฑ์การประเมินคุณค่า ข้อเสนอแนะ และเกณฑ์การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติ เพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด ซึ่งหลักฐานที่เป็นผลการวิจัยถือว่ามีความน่าเชื่อถือมากที่สุด (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2547) ดังนั้นการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกจะเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญยิ่งเพราะถือว่าการประเมินคุณภาพงานวิจัยเพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด (Best practice) และเป็นการเชื่อมโยงหลักฐานที่จัดเป็นองค์ความรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีหลายแนวทางดังนี้

คณะกรรมการ Evidence Based Medicine and Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) อย่างน้อยหนึ่งเรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติของคณะผู้เชี่ยวชาญและตำราเอกสารอื่นๆที่ไม่ใช่งานวิจัย

Melnyk และ Fine-Overholt (2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2552) ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการที่น่าเชื่อถือในการสืบค้นการประเมิน/วิเคราะห์และการสังเคราะห์เพื่อตอบคำถามทางคลินิก หรือการวิเคราะห์เมต้าที่ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ในการสรุปผลการวิจัยจากงานวิจัยหลายๆเรื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และแนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice guideline) เป็นหลักฐานที่มีระดับน่าเชื่อถือมากที่สุดเพราะสร้างมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในช่วงนั้นๆ

ระดับที่ 2 เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม อย่างน้อย 1 เรื่องโดยผู้วิจัยจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นแบบงานวิจัยที่มีความตรงภายในมากที่สุด

ระดับที่ 3 เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการวางแผนอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม งานวิจัยชนิดนี้มีความน่าเชื่อถือน้อยลงเนื่องจากไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ทำให้มั่นใจไม่ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในตัวแปร

ระดับที่ 4 เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังในตัวแปรที่จะทำนายเหตุการณ์บางอย่างได้ (Case control) เพื่อเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างหรืองานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาตัวแปรหรือผลของตัวแปร (Cohort study)

ระดับที่ 5 และ 6 เป็นหลักฐานที่มีจากงานวิจัยเชิงบรรยายและงานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากในการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์มีข้อวิพากษ์ว่าไม่มี



งานวิจัยประเภทนี้อยู่ช่วยในการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันจึงมีการจัดระดับให้หลักฐานที่มาจากงานวิจัยเชิงบรรยายและงานวิจัยเชิงคุณภาพด้วย

ระดับที่ 7 เป็นระดับสุดท้าย นักปฏิบัติคลินิกต้องมุ่งไปหารายงานจากหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจทางคลินิก เป็นระดับต่ำสุดแต่จำเป็นในกรณีที่ไม่มีงานวิจัยในเรื่องนั้นเลย

The National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2553) ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการนำไปสู่การปฏิบัติออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 คือ หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนงานวิจัยเป็นระบบโดยที่งานวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT)

ระดับ 2 คือ หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยที่เป็นงานวิจัยทดลองทั้งหมดและเป็น RCT อย่างน้อย 1 เรื่องในจำนวนงานวิจัยทั้งหมด

ระดับ 3 คือ ผลที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับอย่างน้อย คือ

ระดับ 3.1 คือ หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยที่งานวิจัยเป็นการทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ระดับ 3.2 คือ หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือเป็นเป็นกรณีศึกษาแบบ Case control มากกว่า 1 กลุ่มขึ้นไป

ระดับ 3.3 คือ หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีการศึกษา งานวิจัยที่มีการออกแบบ การศึกษาหลายช่วงเวลาที่มติดต่อกัน โดยมีการจัดการกระทำหรือไม่ก็ได้หรือการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่ได้มีการควบคุม

ระดับ 4 คือ หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนาหรือได้มาจากการทบทวนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือรายงานจากคณะผู้เชี่ยวชาญ

นอกจากพิจารณาในแง่ความน่าเชื่อถือในระเบียบวิจัยแล้ว ในทางปฏิบัติยังต้องมีการพิจารณาถึงความเหมาะสมในประเด็นอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความสะดวก ความเหมาะสม ความมีคุณค่า ประสิทธิภาพ และการวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ หรือความประหยัด คุ่มค่าคุ่มทุน อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพงานวิจัยจะสมบูรณ์ได้ต่อเมื่อมีการประเมินความสามารถในการนำไปใช้ด้วยซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2547)

ส่วนที่ 1 ความสามารถในการเทียบเคียง (Transferability) โดยพิจารณาความคล้ายคลึงหรือความแตกต่างของปรัชญาความเชื่อถือ ประเภทของผู้ป่วย บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างการบริหารและการให้บริการ จากงานวิจัยและหน่วยงานที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility) พิจารณาจากความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงาน ด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการนำผลงานวิจัยมาใช้ รวมทั้งทรัพยากร เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นหากจะนำผลงานวิจัยมาใช้รวมถึงความร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ประเมินอัตราส่วนของประโยชน์และความคุ้มค่า (Cost-benefit ration) ประเด็นสำคัญในการตัดสินใจใช้ผลงานวิจัยอีกประการหนึ่งคือ ประโยชน์และความคุ้มค่าที่เกิดกับผู้ป่วยบุคลากรในหน่วยงานและองค์กร โดยเฉพาะที่เกิดกับผู้ป่วยดังนั้นต้องชั่งน้ำหนักระหว่างอัตราเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ

สรุปได้ว่า การประเมินค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การพิจารณาหลักฐานงานวิจัย โดยการวิเคราะห์และวิจารณ์งานวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยเรื่องนั้นมีคุณภาพดีพอที่จะนำผลการวิจัยนั้นไปใช้ในการพัฒนาสู่การปฏิบัติหรือไม่ การพิจารณาที่สำคัญคือ กระบวนการวิจัยมีความถูกต้องตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีการวิจัยซ้ำในเรื่องนั้นๆ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า คุ้มทุน และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลสามารถทำให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลง รวมทั้งพยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติงานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการประเมินคุณค่าแล้ว ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลักการของ The National Health and Medical Research Council (NHMRC 1999 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2553) เนื่องจากเป็นการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการแพทย์ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลก็เป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องทั้งทางสุขภาพและการแพทย์ที่ไม่เฉพาะเจาะจงสาขาใดสาขาหนึ่ง และมีการจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามรูปแบบการวิจัยไว้ชัดเจน เข้าใจง่ายซึ่งเหมาะแก่การนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

### 3.4 กระบวนการและขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Larrabee (2009) ได้เสนอขั้นตอนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ลงสู่การปฏิบัติไว้ 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงแนวการปฏิบัติ โดยการระดมสมองร่วมกันของผู้ปฏิบัติรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติที่เป็นปัญหาในขณะนั้น เช่น แนวการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ได้ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาตกลงร่วมกันถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติ

2) การค้นหาหลักฐานที่ดีที่สุด เป็นขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นเมื่อได้ประเมินแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติใหม่ ขั้นตอนนี้จะเป็นการค้นหาและรวบรวมหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติที่ต้องการเปลี่ยนแปลง หลักฐานเหล่านี้จะได้อาจจากการรวบรวมงานวิจัย ความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และจากตัวอย่างแนวการปฏิบัติที่มีการนำไปใช้แล้วได้ผลดี

3) การวิเคราะห์ ขั้นตอนนี้เป็นวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน เพื่อให้สามารถนำไป สังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด และในขั้นตอนนี้ยังเป็นการวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความคุ้มค่า คุ่มประโยชน์ของการนำเอาหลักฐานเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ในการประเมินคุณค่า ความน่าเชื่อถือของหลักฐานงานวิจัย เพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด

4) การออกแบบแนวปฏิบัติใหม่ เป็นการนำเอาหลักฐานที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วมาปรับเปลี่ยนให้เกิดเป็นการปฏิบัติใหม่ขึ้น

5) การนำเอาแนวปฏิบัติใหม่ไปทดลองปฏิบัติ และประเมินผล เป็นการนำเอาแนวปฏิบัติใหม่ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง และประเมินผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ

6) การส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติใหม่อย่างถาวร เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประยุกต์นำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติ โดยเป็นการนำเอาข้อเสียและข้อเสนอนะจากการนำเอาแนวปฏิบัติใหม่ไปปฏิบัติมาปรับปรุงให้แนวปฏิบัติดีขึ้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง แล้วจึงประกาศให้ผู้ปฏิบัติทุกคนได้ทราบถึงแนวปฏิบัติใหม่นี้โดยทั่วกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้และมีการนำเอาไปใช้แทนแนวปฏิบัติเดิมต่อไป

Stetler (2001) ได้พัฒนา The Stetler Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมและสนับสนุนการวิเคราะห์เกี่ยวกับการประยุกต์ผลงานวิจัยในการปฏิบัติ มีการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้กระบวนการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติที่มีความครอบคลุม ความชัดเจนและชี้แนะการปฏิบัติมากขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1) **ขั้นเตรียมการ** ขั้นตอนนี้พยาบาลจะทำการกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์โครงการสืบค้น และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย พิจารณาปัจจัยภายนอกที่อาจจะมีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน เช่น การเรียงลำดับเป้าหมายขององค์กร และปัจจัยภายในที่อาจจะมีขีดขวางการดำเนินงาน เช่น ความเชื่อส่วนบุคคล และยืนยันลำดับความต้องการในการแก้ปัญหา

2) **ขั้นวิเคราะห์ตรวจสอบ** จุดเน้นของขั้นตอนนี้ยังคงอยู่ที่การวิเคราะห์ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่สืบค้นได้ รวมถึงหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์เมตต้าของงานวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้นได้ ถ้าพบว่าแหล่งของหลักฐานไม่มีความน่าเชื่อถือเพียงพอ กระบวนการทั้งหมดจะหยุดที่ขั้นตอนนี้

3) **ขั้นประเมินและตัดสินใจ**

(1) **ขั้นประเมิน** ขั้นตอนนี้เกี่ยวกับการสังเคราะห์ผลงานวิจัย และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้หลักเกณฑ์ 4 ข้อ คือ

(1.1) ความเหมาะสมของผู้ป่วยหรือหน่วยงาน พิจารณาในด้านความคล้ายคลึงกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการนำผลงานวิจัยไปใช้และความคล้ายคลึงของสภาพแวดล้อมที่ทำการศึกษากับหน่วยงานที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้

(1.2) ความเป็นไปได้พิจารณาในด้านความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ผลงานวิจัยที่มีต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และองค์กร ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดรวมทั้งสิ่งเอื้ออำนวยที่ต้องการ

(1.3) การปฏิบัติที่เป็นอยู่ พิจารณาความสอดคล้องในแนวความคิดในการศึกษากับแนวคิดในการปฏิบัติที่เป็นอยู่ แนวความคิดในการศึกษานั้นสามารถนำมาเป็นแนวคิดในการปฏิบัติที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ และจะเกิดประสิทธิผลจากการปฏิบัติอย่างไร

(1.4) ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ ต้องมีการยืนยันจากงานวิจัยอื่นๆ อาจจะมาจากการวิเคราะห์หรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ในการสืบค้นวรรณกรรมจะต้องสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด ทั้งหลักฐานจากงานวิจัย ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานที่เป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติ รายงานการประกันสุขภาพ บทความพื้ฟูวิชาการ และกรณีศึกษา

(2) **ขั้นตัดสินใจ** ขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจว่าจะต้องใช้ผลงานวิจัยนั้นๆ หรือไม่ โดยพิจารณาร่วมกันระหว่างวัตถุประสงค์ เกณฑ์การเปรียบเทียบ และสถานการณ์

4) ขั้นการถ่ายทอด/ดำเนินการ ขั้นตอนนี้เน้นวิธีการดำเนินการของผลงานวิจัยที่สังเคราะห์แล้วหรือข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่สังเคราะห์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ บางกรณีอาจจะเป็นแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมในองค์กร แผนดังกล่าวควรจะสะท้อนการใช้ผลงานวิจัยในลักษณะของกลยุทธ์การเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมาย

5) ขั้นการประเมินผลในการปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเน้นการประเมินที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยเริ่มจากการกำหนดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดในระยะเตรียมการ และแยกแยะระหว่างการประเมินอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ในการประเมินอย่างไม่เป็นทางการพยาบาลทางคลินิกอาจจะสอดแทรกการประเมินเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแก้ปัญหา ดังนั้นจะทำให้การกระทำตามวัตรกรรมนั้นถูกประเมินเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ การประเมินอีกวิธีหนึ่งอาจเป็นการพูดคุยกับผู้ร่วมงานและมีการมีส่วนร่วมในการสังเกตผู้ป่วยรายบุคคล การวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ร่วมงาน การศึกษารายงานย้อนหลัง หรือรายงานการสำรวจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

สรุปได้ว่า กระบวนการและขั้นตอนการนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลมาใช้ จะเริ่มต้นจากการกำหนดปัญหาที่พบในหน่วยงานซึ่งต้องการได้รับการพัฒนา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับนโยบายขององค์กรและผลลัพธ์ที่ต้องการ หลังจากนั้นจะเริ่มสืบค้นหาหลักฐานงานวิจัยที่ดีที่สุดอย่างเป็นระบบแล้วนำมาประเมินถึงความน่าเชื่อถืออย่างมีวิจารณญาณในด้านความตรง ความเที่ยงและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก เพื่อนำมาสนับสนุนในการสร้างแนวปฏิบัติใหม่มาใช้ในการปฏิบัติงาน มีผู้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไว้มากมาย ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัย นำแนวความคิดกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Stetler (2001) มาเป็นกรอบในการศึกษา ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้กระบวนการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติที่มีความครอบคลุม ชัดเจนมากขึ้น จึงเป็นแนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาใช้ส่งเสริมให้พยาบาลมีการนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

#### 4. แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจในงาน

##### 4.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) ไว้ในทรรศนะต่างๆ ดังนี้

รัชชฎาพร สีดาฉาย (2548) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่าหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติที่ดีโดยรวมที่มีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้วยความพึงพอใจ มีความกระตือรือร้น มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2550) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่าเป็น เจตคติหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติในทางบวก มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี ได้แก่ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน เพื่อให้งานที่รับผิดชอบบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง (2552) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดและความพอใจในงานที่ปฏิบัติ หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่บุคคลนั้นปฏิบัติอยู่ด้วยความเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

Spector (1997) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่าเป็นความรู้สึกที่มีต่องานซึ่งสามารถประเมินได้ว่าบุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตนเอง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

George and Jones (2005) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งและเป็นทัศนคติที่ดีในพฤติกรรมองค์กร ความพึงพอใจในงานมีความเป็นไปได้ที่จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมองค์กร และส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับที่ดีขององค์กร

Robbins (2009) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่าเป็นทัศนคติ ความรู้สึกที่มีต่องานในเชิงบวก ซึ่งเกิดจากการประเมินผลลัพธ์ของงานว่าเป็นงานที่ให้อิสระ มีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันและกันบุคคลจะมีความพึงพอใจในงานสูง ในทางตรงข้ามถ้ามีทัศนคติทางลบบุคคลก็จะไม่พึงพอใจในงาน

จากความหมายของความพึงพอใจในงานที่ได้กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึงความรู้สึก นึกคิดหรือทัศนคติที่ดี ที่บุคคลมีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ โดยการมีส่วนร่วมในงาน จะเกิดความรู้สึกยินดี มีความสุขและแสดงพฤติกรรมการทำงานที่ดี มุ่งมั่นให้องค์การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

#### 4.2 ความสำคัญของความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ความพึงพอใจในงานจะเป็นความรู้สึก หรือทัศนคติในเชิงบวก จะเป็นความรู้สึกชอบหรือมีความสุขกับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน สามารถบ่งบอกถึงระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งความพึงพอใจนี้ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นในการทำงานเกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กร ความพึงพอใจในงานจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลการปฏิบัติงานของพนักงานในองค์กร และสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของตนเองได้ (ยงยุทธ เกษสาคร, 2541) สำหรับพยาบาลนั้นความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล หากพยาบาลมีความพึงพอใจในงานจะทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจและปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถรวมทั้งคงอยู่ในวิชาชีพและมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ตลอดจนทำให้บริการพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานและสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Ganong and Ganong, 1980) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในงานของตนจากความสำเร็จของงานจะก่อให้เกิดความพึงพอใจและความมั่นคงในงานของตนมากขึ้น

#### 4.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในงานได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจ โดยการกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่มีคุณภาพ ซึ่งสามารถแบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีเชิงเนื้อหา ทฤษฎีเชิงกระบวนการ และทฤษฎีเชิงการเสริมแรง (รัชฎาพร สีดาฉาย, 2548; ปรียาพร วงษ์อนุตโรจน์, 2544; วรารัตน์ เขียวไพรี, 2542; Steers and Porter, 1987; Mullins, 1999) รายละเอียดดังนี้

##### 4.3.1 ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Content theory)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความพึงพอใจในงานว่ามาจากสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลและเป็นสาเหตุทำให้บุคคลแสวงหาพฤติกรรมบางอย่าง ประกอบไปด้วยทฤษฎีที่สำคัญ

ได้แก่ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ทฤษฎีแรงจูงใจด้านความสำเร็จของ McClelland ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer และทฤษฎีความต้องการของ Murray ดังนี้

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการจูงใจและเชื่อว่าพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์มาจากความต้องการบางอย่าง ซึ่งมนุษย์จะมีความพึงพอใจเมื่อต้องการได้รับการตอบสนองโดย Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับคือ 1) ความต้องการด้านร่างกาย 2) ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย 3) ความต้องการด้านสังคม 4) ความต้องการเกียรติยศและความมีคุณค่า และ 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต ซึ่งมนุษย์จะแสวงหาความต้องการสูงขึ้นไปตามลำดับจนถึงขั้นสูงสุดคือความสำเร็จในชีวิต

ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่พัฒนามาจากแนวคิดความต้องการของ Maslow โดย Herzberg, Mausner, and Synderman (1959) ได้ศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงาน สรุปได้ว่ามีปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivator factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวงานที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ มีองค์ประกอบได้แก่ ความสำเร็จในหน้าที่การงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และปัจจัยอนามัยหรือปัจจัยค่าจูน (Hygiene factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ต้องได้รับการตอบสนองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความไม่มีความสุขในการทำงาน ปัจจัยดังกล่าว มีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ นโยบายและการบริหาร การนิเทศงาน เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน สภาพการทำงาน ชีวิตส่วนตัว สถานภาพทางสังคมและความมั่นคงในหน้าที่การงาน

ทฤษฎีแรงจูงใจด้านความสำเร็จของ McClelland เป็นทฤษฎีที่เน้นว่ามนุษย์ไม่ได้เกิดมาพร้อมกับความต้องการ แต่ความต้องการเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นบุคคลจึงเรียนรู้ความต้องการจากชีวิตการทำงาน ซึ่งการเรียนรู้นี้มีผลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติในองค์การ ทฤษฎีความต้องการความสำเร็จของ McClelland เน้นความต้องการ 3 ประการคือ 1) ความต้องการความสำเร็จ 2) ความต้องการอำนาจ และ 3) ความต้องการความผูกพัน โดยบุคคลทุกคนมีความต้องการ 3 ประการดังกล่าว แต่จะมีความต้องการสิ่งใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งความต้องการนี้ส่งผลต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลนั้น

ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer เป็นทฤษฎีที่ยุบรวมลำดับขั้นความต้องการของ Maslow จาก 5 ขั้นเหลือเพียง 3 ขั้น คือ 1) ความต้องการในการดำรงอยู่ 2) ความต้องการหาความสัมพันธ์ทางสังคม และ 3) ความต้องการด้านความเจริญเติบโตส่วนบุคคล



แต่ถึงแม้ว่าทฤษฎีความต้องการของ Alderfer จะมีความคล้ายคลึงกับทฤษฎีความต้องการของ Maslow แต่ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer จะมุ่งเน้นว่าความต้องการของมนุษย์ไม่ได้คำนึงถึงลำดับขั้นและความต้องการในแต่ละขั้นแม้ได้รับการตอบสนองแล้วก็จะยังคงอยู่

ทฤษฎีความต้องการของ Murray เป็นทฤษฎีที่ไม่ได้เรียงลำดับขั้นความต้องการเช่นของ Maslow แต่ Murray เน้นว่าในช่วงเวลาหนึ่ง บุคคลอาจมีความต้องการด้านใดด้านหนึ่งสูงหรือหลายด้านสูง และมีความต้องการด้านอื่นๆต่ำ และความต้องการที่จำเป็นและสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน มีอยู่ 4 ประการคือ 1) ความต้องการความสำเร็จ 2) ความต้องการมิตรสัมพันธ์ 3) ความต้องการอิสระ และ 4) ความต้องการมีอำนาจ

#### 4.3.2 ทฤษฎีเชิงกระบวนการ (Process theory)

กลุ่มทฤษฎีเน้นกระบวนการมีแนวคิดต่างจากกลุ่มที่เน้นเนื้อหา คือ กลุ่มทฤษฎีที่เน้นกระบวนการจะให้ความสำคัญกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิด ซึ่งจะมีส่วนจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม (Mullins, 1999) และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆในกระบวนการจูงใจ กลุ่มทฤษฎีเหล่านี้ประกอบไปด้วย

ทฤษฎีความเสมอภาคของ Adams เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นให้เห็นถึงความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่ตนเองได้ทุ่มเทลงไปกับผลลัพธ์ที่ได้กลับคืนมา โดยบุคคลจะรับรู้อัตราส่วนของสิ่งที่เขาทุ่มเทให้กับงานกับผลลัพธ์ที่ได้เปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ถ้าสัดส่วนมีความสมดุลกันบุคคลจะรู้สึกถึงความเป็นธรรมที่ได้รับจากองค์กร สิ่งที่ใช้เปรียบเทียบได้แก่ผลลัพธ์ที่ได้จากงาน (Job outcomes) หมายถึง รางวัลที่ได้รับจากความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ เช่น ค่าจ้าง การเลื่อนตำแหน่ง การยกย่อง ขอมริบและสถานภาพที่ได้รับกับความพยายามที่ให้กับงาน (Job inputs) ความเสมอภาคจะเกิดขึ้นหากเปรียบเทียบแล้วได้อัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน และเมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นจะเกิดความไม่พึงพอใจนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ลดลงหรือการลาออก

ทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแรงจูงใจที่เกิดขึ้นว่าขึ้นอยู่กับความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงาน และการได้รับรางวัลที่ปรารถนา ทฤษฎีนี้เกี่ยวข้องกับรูปแบบความต้องการ กระบวนการคิด และพฤติกรรม วิธีการที่จะได้มาซึ่งรางวัลจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามของบุคคล (Effort) ผลการปฏิบัติงานของบุคคล (Performance) และผลลัพธ์ (Outcome)

ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Locke เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นว่าแรงจูงใจเบื้องต้นในการทำงาน เกิดจากความปรารถนาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้นี้ต้องการเวลาและการชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรม

#### 4.3.3 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory)

กลุ่มทฤษฎีการเสริมแรงประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้พฤติกรรมของ Skinner ที่เชื่อว่า การให้ข้อมูลป้อนกลับและรางวัลผ่านเทคนิคการเสริมแรงในรูปแบบต่างๆ จะนำไปสู่การจูงใจให้เกิดพฤติกรรม การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การเสริมแรงทางบวกใช้เพื่อเพิ่มความน่าจะเป็นของพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของบุคคลให้เกิดการปฏิบัติซ้ำและ 2) การเสริมแรงทางลบ ใช้เพื่อเพิ่มความน่าจะเป็นของพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของบุคคลให้เกิดการปฏิบัติซ้ำ แต่จะใช้วิธีการที่ตรงกันข้ามกับการเสริมแรงทางบวก โดยทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เพื่อการหลีกเลี่ยง

จะเห็นว่าแนวคิดความพึงพอใจในงานได้พัฒนามาจากทฤษฎีแรงจูงใจ ทำให้นักวิชาการหลายท่านได้ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเป็นพื้นฐานในการอธิบายความพึงพอใจในงาน

#### 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

นักวิชาการทางการพยาบาลหลายท่านได้อธิบายถึงองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ พยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

Slavitt และคณะ (1978) กล่าวว่าองค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ มี 6 ด้าน คือ

- 1) ค่าตอบแทน หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์อื่นๆที่ได้รับจากการทำงาน
- 2) ความอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใครโดยความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติและได้รับการยอมรับ
- 3) ความต้องการงานหรือลักษณะงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
- 4) นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและปฏิบัติงาน ทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลใช้ปฏิบัติและจะดำเนินต่อไป
- 5) ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ทั้งเป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพระหว่างปฏิบัติงาน
- 6) สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่นรวมทั้งการมองเห็นคุณค่าประโยชน์ของงานด้วย

Spector (1997) ได้ศึกษา วิเคราะห์องค์ประกอบความพึงพอใจในงาน โดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่ประกอบด้วย ปัจจัยอนามัย (Hygiene factor) และปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) โดยสรุปว่า ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานโดยตรง ปัจจัยอนามัยช่วยให้บุคคลคงอยู่ในงานเท่านั้น ใ้องค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้

1) เงินเดือน/ค่าตอบแทน (Pay) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับเงินเดือนที่ได้รับ เงินค่าตอบแทนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ และการได้รับการเพิ่มเงินเดือน หรือค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถรวมทั้งความเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ซึ่งค่าตอบแทนและเงินเดือนที่ได้รับมีความเพียงพอในการดำรงชีวิตและมีความยุติธรรมในสภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

2) การส่งเสริมความก้าวหน้า (Promotion) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการเลื่อนชั้น เลื่อนตำแหน่งหรือเลื่อนระดับให้สูงขึ้นกว่าเดิมในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาบทลงโทษที่เหมาะสมกับการกระทำความผิด การที่บุคคลใดๆ ได้รับการเลื่อนชั้น เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นในเวลาที่เหมาะสม แสดงว่าบุคคลนั้นๆ มีความสามารถในการปฏิบัติงาน และเมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นในหน่วยงานนั้นๆ บุคคลที่กระทำความผิดได้รับการลงโทษตามหลักเกณฑ์ที่หน่วยงานได้กำหนดไว้ทำให้เกิดความยุติธรรมในหน่วยงาน

3) การนิเทศงาน (Supervision) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับลักษณะวิธีการนิเทศงานจากผู้บังคับบัญชา ได้แก่ การมอบหมายงาน การแนะนำวิธีการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อชี้ให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติงาน และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาระหว่างการปฏิบัติงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

4) สวัสดิการ (Benefits) หมายถึง ความพึงพอใจในการได้รับสวัสดิการต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร วันลา วันหยุดประจำปี และการเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย สวัสดิการเป็นสิ่งที่หน่วยงานหรือองค์กรสามารถจัดให้เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากเงินเดือนหรือค่าตอบแทนที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

5) สิ่งตอบแทน/รางวัล (Contingent rewards) หมายถึงความพึงพอใจในการได้รับรางวัลที่มีคุณค่าทางจิตใจ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนกับการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ เช่น การได้รับการยกย่องชมเชย การได้รับความไว้วางใจ และการได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นๆ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความมั่นใจในความสามารถที่ได้ปฏิบัติทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนางานของตนเองยิ่งขึ้นไปเรื่อยๆ

6) วิธีการปฏิบัติงาน (Operating procedures) หมายถึงความพึงพอใจในขั้นตอนการปฏิบัติงาน ที่มีการกำหนดขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมทั้งข้อกำหนดและกฎระเบียบในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานในหน่วยงานใดๆนั้น โดยเฉพาะงานที่ปฏิบัติมีความหลากหลายและเป็นงานที่สำคัญทั้งต่อตนเองและผู้อื่นแล้วนั้น การกำหนดขั้นตอน ขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามขั้นตอน และขอบเขตหน้าที่ได้

7) ผู้ร่วมงาน (Coworkers) หมายถึง ความพึงพอใจในการได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ในการทำงานร่วมกันเป็นหน่วยงานเดียวกัน มีความจำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ เมื่อหน่วยงานใดมีการทำงานระหว่างเพื่อนร่วมงานที่ดี มีการช่วยเหลือในการทำงานซึ่งกันและกันทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่มีความสุขย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในงานได้

8) ลักษณะงาน (Nature of work) หมายถึง ความพึงพอใจในประเภทของงาน ความชัดเจนของงาน ความน่าสนใจและความท้าทายของงาน รวมทั้งปริมาณงานที่ผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบมีความเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จได้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกต่องานที่ทำอยู่ว่าเป็นงานที่น่าสนใจ และมีความท้าทายต่องานนั้นๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจที่จะทำงาน

9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึงความพึงพอใจในลักษณะและรูปแบบการติดต่อสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และโดยทั้งที่เป็นคำพูดและลายลักษณ์อักษร ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในหน่วยงาน ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการติดต่อกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่เป็นการแลกเปลี่ยนความหมายในเรื่องต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจผู้อื่นและเข้าใจตนเองและพยายามทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านของความคิดเห็น ทักษะคติ ประสิทธิภาพ ความรู้ความสามารถ ความต้องการ ค่านิยม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการและจำเป็นในการปฏิบัติ และการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สร้างประสิทธิภาพในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความพึงพอใจในงานได้

Alberta Association of Registered Nurses (2005) ได้อธิบายถึงความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพว่า สิ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ความมีอิสระในงาน ภาระหน้าที่ในงาน นโยบายขององค์กร ตำแหน่งหน้าที่ ค่าตอบแทนและมนุษย์สัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

กล่าวได้ว่าความพึงพอใจในงาน เป็นความรู้สึก นึกคิดหรือทัศนคติที่ดีที่มีต่องาน เมื่อมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลโดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพแล้วสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการได้ เกิดความอิสระในการปฏิบัติงาน รู้สึกว่างานนั้นเป็นงานที่ท้าทาย มีความรู้สึกมั่นใจ มีความสุขและภาคภูมิใจกับงานที่ตนปฏิบัติอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงและซับซ้อน มีโอกาสสูงในการคุกคามต่อชีวิต จึงต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นความปลอดภัยและมีคุณภาพเป็นหลัก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) นั้นมีความครอบคลุมและเหมาะสมในการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยผู้วิจัยเลือกองค์ประกอบของความพึงพอใจ 3 ด้าน คือ 1) วิธีการปฏิบัติงาน 2) ลักษณะงาน และ 3) การติดต่อสื่อสาร มาใช้ในการศึกษาผลของการพัฒนาการบริหารโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากแนวคิดมีความเหมาะสมกับบริบทที่ต้องการศึกษา คือต้องการศึกษาถึงความพึงพอใจในงานจากการที่พยาบาลได้ใช้ความรู้ ความสามารถของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในการใช้ความคิดอิสระเพื่อกำหนดแนวทาง วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาล มีการติดต่อสื่อสาร ส่งเสริมให้เกิดการร่วมมือในการทำงาน มีการทำงานเป็นทีม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันส่งผลให้บรรยากาศในการปฏิบัติงานมีความอบอุ่นเป็นมิตร ระหว่างผู้ร่วมงานทั้งในและนอกหน่วยงานได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกทำงานมีความท้าทาย น่าสนใจมากขึ้นและเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองว่าสามารถพัฒนาคุณภาพในการบริการได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักและนำไปเป็นพื้นฐานในการสร้างความพึงพอใจในงานของพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเพิ่มการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้อีกทางหนึ่ง

#### 4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมนุษย์ ครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งลักษณะงานบริการพยาบาลมีขอบเขตกว้างและมีความซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีความรู้ที่ก้าวหน้าทันกับวิทยาการ มีความรับผิดชอบสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและปัญหาอื่นๆที่เผชิญในทุกสถานการณ์ได้ถูกต้องและรวดเร็วทันเหตุการณ์ รวมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานจึงมีความสำคัญ

ปิยฉัตร นำชื่น (2547) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล คือ ลักษณะงานซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด โดยเฉพาะงานที่ได้ใช้ทักษะหลากหลาย งานที่มีเอกลักษณะและมีความชัดเจนของงาน งานที่ให้อิสระในการคิดตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งการมีข้อมูลป้อนกลับผลการปฏิบัติงาน จากลักษณะงานดังกล่าวจะทำให้พยาบาลไม่รู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกทำท่ายความสามารถ รวมทั้งยังมีอำนาจในการตัดสินใจสั่งการต่างๆ ได้ ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น รองลงมาเป็นอายุ ระดับการศึกษา ตารางเวลาการปฏิบัติงาน ภาระงาน การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ รูปแบบการบริหารจัดการ และความเครียดในงานตามลำดับ

ณัฐสุดา อึ้งโสภา (2551) ได้ศึกษาเชิงอรรถาธิบายถึงความพึงพอใจในงานปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปทุมธานีจำนวน 164 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมากที่สุด รองลงมาเป็นลักษณะการบังคับบัญชาถึงความเป็นผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และลักษณะงานที่ได้ใช้ความรู้ ความสามารถตรงกับภาระงาน รู้สึกว่าเป็นงานที่มีประโยชน์ ทำท่ายความสามารถและให้ความรู้สึกถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ

Bregen (1993) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยทำการวิเคราะห์ห่อภิมาน ศึกษาแบบเชิงสหสัมพันธ์จำนวน 48 เรื่อง พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการสื่อสารกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ความมีอิสระในงาน การยอมรับนับถือและความยุติธรรม ความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับลักษณะงานประจำและความเชื่ออำนาจในตน และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา

Lu, While, and Barriball (2005) ได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศ อังกฤษ เพื่อให้องค์กรต่างๆ ได้นำไปศึกษาและนำไปกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการคงอยู่ในงานของพยาบาล จากการศึกษาพบความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีในองค์กรมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาเป็นการได้แสดงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน การกำหนด

คุณลักษณะงานที่มีความชัดเจน การมีอิสระในการทำงาน สุกท้ายเป็นปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน การศึกษา เป็นต้น

กล่าวได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีหลายปัจจัย เช่น ลักษณะงานที่ทำให้ผู้ร่วมงานได้ใช้ความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานมีความรู้ลึกถึงความสำเร็จในการปฏิบัติงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน และมีความยุติธรรมที่ได้รับจากองค์กร ดังนั้นการคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพจึงถือว่ามีความสำคัญนอกจากจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานแล้วยังเป็นการเพิ่มการคงอยู่ในงานได้อีกทางหนึ่งด้วย

## 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รุ่งนภา พูนนารถ (2542) ทำการศึกษาคุณลักษณะของงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพญาไท 2 กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในอยู่ในโรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 230 คน ผลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะของงานในทุกมิติ รวมถึงความพึงพอใจในงานรายองค์ประกอบและความพึงพอใจในงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน ตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจในงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ความหลากหลายทักษะ ผลสะท้อนกลับจากงาน และความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ (2549) ได้นำเสนอการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยให้พยาบาลจำนวน 19 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรามธิบดีนำไปทดลองปฏิบัติในคลินิก ผลการศึกษาพบว่า การดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวและดูแลต่อเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาลและไม่กลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

เพ็ญนภา พร้อมเพรียง (2551) ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ การปฏิบัติการของพยาบาล และอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางระกำจำนวน 12 คน พบว่าจะแนบความรู้

สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายสูงกว่าก่อนการได้รับการส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้

มัชฌิมา กิติศรี (2551) ได้ศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการบริหารยาของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998) และทำการศึกษาคำถามเป็นไปได้อันการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่าลักษณะแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบก่อนการบริหารยาขณะบริหารยาและหลังการบริหารยา ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 6 คน ระบุว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความง่าย สะดวกในการปฏิบัติ ลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณอยู่ในระดับมาก

Ring et al. (2005) ได้ทำการศึกษาการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยทำการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน National Health Service Scotland จำนวน 15 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นั้นเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการดูแล มีคุณภาพและน่าเชื่อถือมากขึ้น ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพ คือ ช่วยให้มี ความมั่นใจในการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองมากขึ้น เนื่องจากมีหลักฐานในการปฏิบัติ รู้สึกเป็นอิสระและความรู้สึกพึงพอใจในงานมากขึ้น

Fahimi และคณะ (2008) ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการเตรียมและการบริหารยาสำหรับยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศอิหร่าน โดยทำการสุ่มเวลาและเข้าสังเกตในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 524 ครั้ง พบอัตราความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการเตรียมร้อยละ 33.6 อัตราความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการบริหารยาร้อยละ 66.4 นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ เพศ ประสบการณ์ในการทำงาน สถานภาพ และประเภทของการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยาและการบริหารยา

Valentin และคณะ (2009) ได้ทำการศึกษาแบบสังเกตแบบไปข้างหน้า (Observational prospective) ถึงความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาชนิดรับประทานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อประเมิน



ถึงความถี่ ลักษณะการเกิดความคลาดเคลื่อน และวิธีการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลทำการสังเกตตลอด 24 ชั่วโมงและรายงานด้วยตนเอง เมื่อพบความคลาดเคลื่อน ศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 113 แห่งใน 27 เมือง ของประเทศ ออสเตรีย จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1,328 คน พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็น 861 ครั้งในผู้ป่วยทั้งหมด พบความคลาดเคลื่อนในการให้ยาเกินขนาดมากที่สุด ทั้งนี้ผู้ป่วยจำนวน 441 คน ได้รับผลกระทบจากการบริหารยาคลาดเคลื่อน ต้องติดตามผลการรักษาเพิ่มเติม ทั้งนี้ยังพบว่าการบริหารยาชนิดรับประทาน เป็นปัญหาที่สำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤตและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาขององค์กร และการตรวจสอบโดยบุคคลสองคนก่อนการบริหารยาจะสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนได้

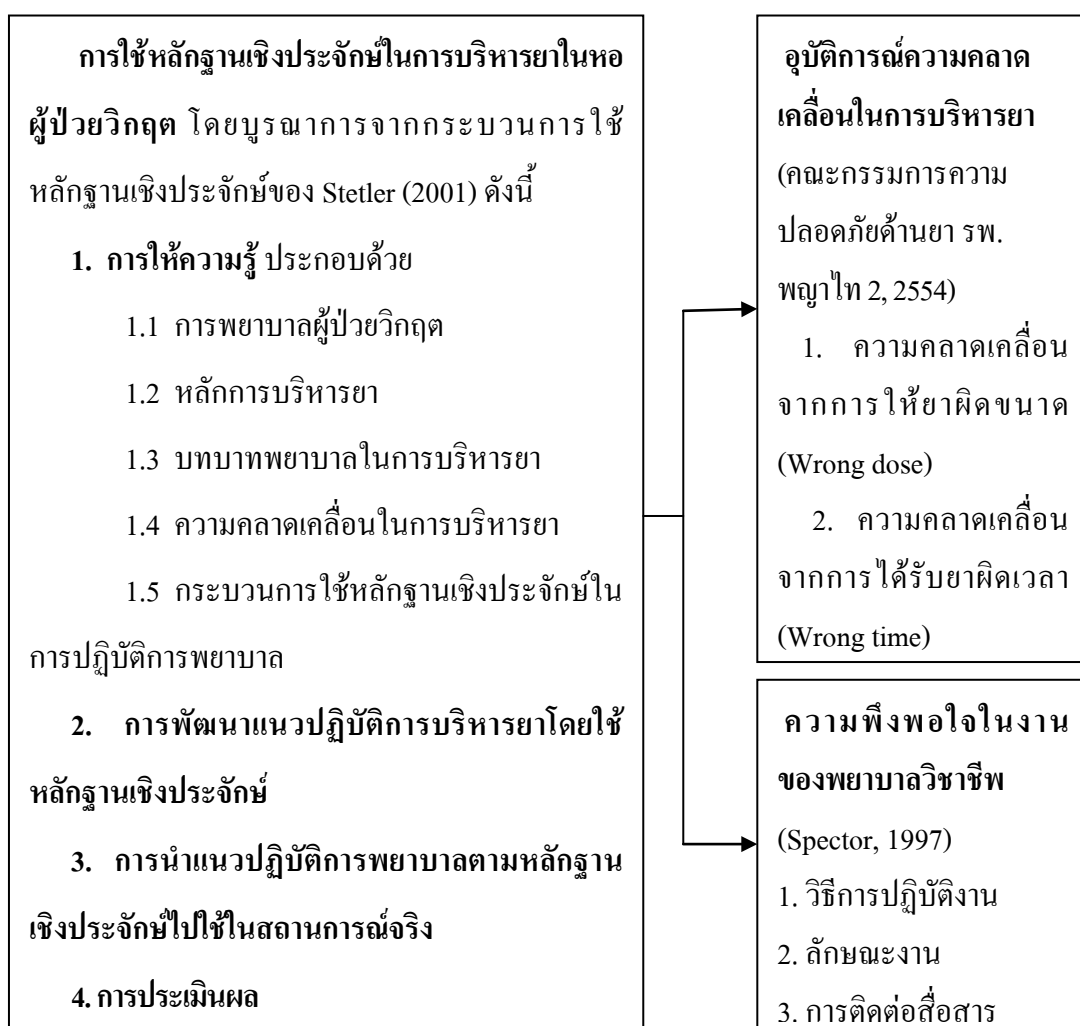
Tromp, Natsch, and Achterberg (2009) ได้ทำการศึกษาโดยการให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตาม Protocol ในการบริหารยาที่ได้จากการร่วมจัดทำของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 47 เรื่อง ซึ่งกลุ่มทดลองเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการในแผนกอายุรกรรมจำนวน 72 คน ดำเนินการโดยแต่งตั้งพยาบาลต้นแบบในการบริหารยา แล้วสังเกตพฤติกรรมเตรียมและการให้ยาผิดทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งกลุ่มควบคุมจะให้การบริหารยาตามปกติแล้ววัดจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น พบว่าจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีในการสร้างแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยบูรณาการจากระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Stetler (2001) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยอาศัยความรู้จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและการประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทที่ต้องการศึกษา โดยเน้นความปลอดภัย คุ่มค่า และคุ่มประโยชน์ ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้เป้าหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลประสบผลสำเร็จ นั่นคือส่งผลให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รายการอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 ที่ประกอบด้วย 7 รายการ แต่ในการช่วงระยะเวลาของการศึกษาพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วย

วิกฤตเพียง 2 รายการ คือ ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose) และความคลาดเคลื่อนจากการได้รับยาผิดเวลา (Wrong time) ซึ่งในการนำแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลนี้จะเป็นหนทางให้พยาบาลได้เปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงาน โดยมีส่วนร่วมอย่างอิสระในการตัดสินใจ วางแผนและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ เกิดการสื่อสารกันทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติกรพยาบาล รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย สิ่งดังกล่าวจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพของ Spector (1997) ที่ประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติงาน ลักษณะงาน และการติดต่อสื่อสาร สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design) (Burns and Grove, 2009) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

$O_1$     X     $O_2$

$O_1$  หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพวัดก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา

$O_2$  หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพวัดหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา

X หมายถึง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชน

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้**

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. สามารถเข้าร่วมในการวิจัยและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาได้ร้อยละ 100
3. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดเลือกร่วมตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้**

1. ออกจากการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2
2. ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามที่กำหนดไว้

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 94.4) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 77.8) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 61.1) อายุเฉลี่ย 31 ปี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 72.2) เฉลี่ย 8.8 ปี มีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลน้อยสุด 3 ปี สูงสุด 20 ปี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลพญาไท 2 อยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 77.8) เฉลี่ย 8.3 ปี ระยะเวลาสั้นสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 66.7) เคยมีประสบการณ์ในการสืบค้นข้อมูลทางจากคอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 72.2) และเคยมีประสบการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน (ร้อยละ 66.7) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การสืบค้นข้อมูลจากคอมพิวเตอร์และประสบการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน (N = 18)

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $\bar{X} = 31.44$ , SD = 5.36 range 25-42)		
21-30 ปี	11	61.1
31-40 ปี	5	27.8
41-50 ปี	2	11.1
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	14	77.8
คู่	4	22.2
<b>วุฒิการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	17	94.4
ปริญญาโท	1	5.6
<b>ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล</b> ( $\bar{X} = 8.78$ , SD = 5.33)		
1-10 ปี	13	72.2
11-20 ปี	5	27.8
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต</b> ( $\bar{X} = 8.33$ , SD = 5.79)		
1-10 ปี	14	77.8
11-20 ปี	4	22.2
<b>ประสบการณ์ในการนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน</b>		
เคย	12	66.7
ไม่เคย	6	33.3

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์การสืบค้นข้อมูลจากทางคอมพิวเตอร์</b>		
เคย	13	72.2
ไม่เคย	5	27.8
<b>ประสบการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์</b>		
เคย	12	66.7
ไม่เคย	6	33.3

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
  - 1.1 แผนการอบรม
  - 1.2 คู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 3.1 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
  - 3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

## 1.1 แผนการอบรม

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และ กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิด

ของ Stetler (2001) ร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1.1 ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1.1.2 กำหนดวัตถุประสงค์การจัดทำแผนการอบรมและกำหนดกิจกรรมการอบรมและกำหนดกิจกรรมการอบรมโดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมอง เน้นการมีส่วนร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถ ดังนี้

1) มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา โดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์

2) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน

3) สามารถสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) สามารถวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่คัดสรรจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

5) สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1.1.3 เตรียมเนื้อหาในแผนอบรมตามวัตถุประสงค์ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมตามประเด็นเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งแผนการอบรมประกอบด้วยวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหาการอบรม กิจกรรมการอบรม สื่อการสอนและการประเมินผล

1.1.4 กำหนดเนื้อหาในแผนการอบรม ดังนี้

ชุดที่ 1 ใช้สำหรับการอบรมในวันที่ 1 เป็นเนื้อหาในการอบรมเรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย เนื้อหาสาระเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการ

บริหารยา และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Stetler (2001) ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นวิเคราะห์ ตรวจสอบ ขั้นประเมินเปรียบเทียบ/ตัดสินใจ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปรายจำนวน 8 ชั่วโมง (ภาคผนวก ค)

ชุดที่ 2 ใช้สำหรับการอบรมในวันที่ 2 เป็นกิจกรรมการนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำการทำงานเป็นทีม ทำการประเมิน วิเคราะห์ อภิปราย และการระดมสมองร่วมกันเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมกับนำเสนอผลการวิเคราะห์ร่วมกับการอภิปรายใช้เวลาจำนวน 8 ชั่วโมง (ภาคผนวก ค)

1.1.5 จัดเตรียมเอกสารประกอบการอบรมโดยมีเนื้อหาสาระตามแผนการอบรม และกำหนดรายชื่อเอกสารสำหรับอ่านเพิ่มเติม

1.1.6 นำแผนการอบรมและเอกสารประกอบการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ แล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อพิจารณาความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมการอบรมตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

## 1.2 คู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

เป็นเอกสารแนวปฏิบัติการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง แล้วกำหนดเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันซึ่งผู้วิจัยทำการรวบรวมแล้วจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อมอบให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการปฏิบัติการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเอกสารเข้าเล่ม ฉบับกะทัดรัดขนาด 15 x 21 เซนติเมตร จำนวน 32 หน้า ภายในประกอบด้วย ข้อความและภาพประกอบที่สวยงาม เริ่มตั้งแต่ คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ ความหมายของหลักฐานเชิงประจักษ์ ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการวิเคราะห์และประเมินการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเนื้อหาในคู่มือดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (ภาคผนวก ค)



**ส่วนที่ 1** เป็นเนื้อหาสรุปโดยย่อเกี่ยวกับ ความหมายของหลักฐานเชิงประจักษ์ ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยา ซึ่งผู้วิจัยจัดทำโดยสรุปย่อมาจากเนื้อหาสาระจากแผนการอบรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างได้ทบทวนและทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

**ส่วนที่ 2** เป็นแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการบริหารยาใน หอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การปฏิบัติกรพยาบาลในกระบวนการบริหารยามี 3 ระยะ คือ การ ปฏิบัติกรพยาบาลก่อนการบริหารยา การปฏิบัติกรพยาบาลขณะบริหารยา และการปฏิบัติกร พยาบาลหลังบริหารยา

**ส่วนที่ 3** เป็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิง ประจักษ์ เรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นการสรุปผล การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 12 เรื่อง เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบกำกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการ บริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ภาคผนวก ก) เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้จัดบันทึกการ ดำเนินการตามคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะเป็น ตารางระบุแนวการปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะหลักโดยในแต่ละระยะแบ่งออกเป็นข้อรายการย่อยในการประเมินรวม ทั้งหมด 33 ข้อ คือ การปฏิบัติกรพยาบาลก่อนบริหารยาจำนวน 12 ข้อ การปฏิบัติกรพยาบาล ขณะบริหารยาจำนวน 12 ข้อและการปฏิบัติกรพยาบาลหลังบริหารยาจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็น ตารางระบุแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งกำหนดให้ใส่เครื่องหมาย (/) ลงใน ช่องว่างตามเกณฑ์พิจารณาต่อไปนี้

- |              |         |   |
|--------------|---------|---|
| “ปฏิบัติ”    | หมายถึง | กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามในแต่ละข้อรายการตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต    |
| “ไม่ปฏิบัติ” | หมายถึง | กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติตามในแต่ละข้อรายการตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต |

“หมายเหตุ” หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติตามโดยมีเหตุผลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องผ่านการปฏิบัติครบทุกขั้นตอนจึงถือว่าปฏิบัติตามคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

**3.1 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต** เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้นโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 มีจำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลา (Wrong time) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยผิดคน (Wrong patient) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดชนิด (Wrong drug) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดวิธีทางให้ยา (Wrong route) ความคลาดเคลื่อนในการบันทึกการให้ยา (Wrong document) และความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาผิดเหตุผลการให้ยา (Wrong reason) มีลักษณะเป็นตารางระบุรายการความคลาดเคลื่อนทั้ง 7 รายการ พร้อมความหมายของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวซึ่งระบุไว้ท้ายตาราง (ภาคผนวก ค) ใช้สำหรับบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจริงในระยะเวลาที่ทำการศึกษาทั้งก่อนและหลังการทดลอง และรายงานโดยนับเป็นจำนวนครั้งแล้วนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน โดยการคำนวณอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้ (คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2, 2554)

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอน}}$$

จำนวนวันนอน

**3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (ภาคผนวก ค)

**ส่วนที่ 1** เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การสืบค้นข้อมูลจากคอมพิวเตอร์

และประสบการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิดจำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ มีขั้นตอนในการสร้างดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของ Spector (1997) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านวิธีการปฏิบัติงาน ด้านลักษณะงาน และด้านการติดต่อสื่อสาร

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นข้อคำถามในการวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของ Spector (1997) เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 21 ข้อ ดังนี้

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 1) ด้านวิธีการปฏิบัติงาน | จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1-7)   |
| 2) ด้านลักษณะงาน         | จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 8-14)  |
| 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร  | จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 15-21) |

ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายปิด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับ
1 หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านระดับน้อยที่สุด (0-24%)
2 หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านระดับน้อย (25-49%)
3 หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านระดับปานกลาง (50-74%)
4 หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านระดับมาก (75-89%)
5 หมายถึง	ข้อความในรายการนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านระดับมากที่สุด (90-100%)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของแต่ละคนมารวมกันแล้วนำไปหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00-1.49 หมายถึง	ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49 หมายถึง	ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับน้อย
2.50-3.49 หมายถึง	ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49 หมายถึง	ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับมาก
4.50-5.00 หมายถึง	ความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจแก้ไขเนื้อหา หลังจากปรับแก้ไขแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (รายนาม ผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต และการบริหารยาเพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ในการ สื่อความหมาย ความเหมาะสมกับเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมการอบรม ตลอดจน ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขทั้งทางด้านเนื้อหาและภาษาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยใช้เกณฑ์ ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 ได้ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .86 และนำมาพิจารณาปรับปรุง ดังนี้

##### 1.1 แผนการอบรม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.1.1 เพิ่มกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่ใช้ในการฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการอบรม 1 เรื่อง

1.1.2 เพิ่มเติมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และ การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug)

1.1.3 เพิ่มเติมชั่วโมงกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเพิ่มทักษะการสืบค้น การอ่าน การวิเคราะห์ การประเมินและการตัดสินใจเลือกหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.1.4 ตัดเนื้อหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของแผนการอบรมออก เช่น บทบาทของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.2.1 ส่วนที่ 1 เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน

1.2.2 ส่วนที่ 2 ปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้นจำนวน 4 ข้อ หลังจากปรับแก้ไขแล้วแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพยังคงมีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ดังนี้

- 1) ด้านวิธีการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ
- 2) ด้านลักษณะงาน จำนวน 7 ข้อ
- 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ

## 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลพญาไท 3 จำนวน 15 คน เมื่อวันที่ 3-13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.91 และค่าความเที่ยงของกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ 0.89 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริง

ความพึงพอใจในงาน	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	กลุ่มทดลองใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n = 18)
ด้านวิธีการปฏิบัติงาน	0.71	0.76
ด้านลักษณะงาน	0.86	0.81
ด้านการติดต่อสื่อสาร	0.80	0.76
รวม	0.91	0.89

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้
- ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในสถานการณ์จริง
- ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการทดลอง

### ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้

ผู้วิจัยเตรียมการเพื่อการให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการวิจัย

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แผนการอบรม คู่มือแนวการปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต แบบกำกับการทดลอง แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

## 2. ติดต่อประสานงานเพื่อดำเนินการขอจริยธรรม

ผู้วิจัยขอหนังสือจากจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 3. ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูล ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อขอความร่วมมือและอนุญาตให้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

3.2 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และประสานงานกับแผนกเวชสถิติ โรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.4 จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อดำเนินการอบรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.5 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายอาคาร สถานที่ เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการจัดอบรม โดยกำหนดวันที่ 8-9 มีนาคม พ.ศ. 2555 และ 12-13 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00-16.00 น. เป็นวันเวลาในการดำเนินการอบรมสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ โดยกำหนดการอบรม ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (CCU) ชั้น 3 อาคาร 1 โรงพยาบาลพญาไท 2

3.6 ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการตรวจสอบรายชื่อพยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนัดวัน และเวลาการมาเข้าร่วมอบรม

## 4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย

4.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยโดยกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตและมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดการแผนกผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 คน โดยกำหนดให้ทำหน้าที่คอยประสานงาน อำนวยความสะดวก

สะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการอบรมและช่วยในการกำกับหรือการทดลองในระยะเวลาที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.2 ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการอบรม การดำเนินการอบรมและบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งวิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินการทดลองและวิธีการบันทึกโน้ตกำกับหรือการทดลอง

#### 5. การเตรียมตัวผู้วิจัย

ในการอบรมครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการอบรม จึงเตรียมตัวโดยศึกษาเนื้อหาวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ และได้ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับทักษะและเทคนิคต่างๆที่จำเป็นสำหรับการเป็นวิทยากรที่ดี เช่น ทักษะการอบรม ทักษะการใช้อุปกรณ์และสื่อการอบรม และทักษะการทำกลุ่มสัมพันธ์

#### 6. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ดังนี้

6.1 เก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

เก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนการทดลองจากคณะกรรมการปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2544 – 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2544 โดยนับเป็นจำนวนครั้งและนำมาคำนวณเป็นจำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกันกับช่วงเวลาของการดำเนินการทดลอง

#### 6.2 เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน เพื่อประเมินความพึงพอใจในงานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองในวันที่ 5-7 มีนาคม พ.ศ. 2555 ที่ห้องประชุมของแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วกลับถึงผู้วิจัยโดยตรง โดยการใส่แบบสอบถามคืนในซองปิดผนึกที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ พบว่าได้รับแบบสอบถามคืนครบร้อยละ 100 พร้อมกับนัดวัน เวลาเพื่อเข้ารับการอบรม



## 7. ดำเนินการฝึกอบรม

ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมตามโครงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจัดอบรมเป็น 2 กลุ่มๆละ 2 วัน คือ วันที่ 8-9 มีนาคม พ.ศ. 2555 สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และวันที่ 12-13 มีนาคม พ.ศ. 2555 สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมองและการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ทำการฝึกอบรม ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (CCU) ชั้น 3 อาคาร 1 โรงพยาบาลพญาไท 2 ตามแผนการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 2 ชุดดังนี้

### 7.1 การดำเนินการฝึกอบรมตามแผนการอบรมชุดที่ 1

7.1.1 การดำเนินการฝึกอบรมตามแผนการอบรมกลุ่มที่ 1 ซึ่งดำเนินการฝึกอบรมในวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00-16.00 น. แบ่งการอบรมออกเป็น 2 ช่วง คือช่วงเช้าเวลา 09.00-12.00 น. จะเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ ความเข้าใจด้านเนื้อหาสาระประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักการบริหารยา บทบาทพยาบาลในการบริหารยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประยุกต์จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Stetler (2001) ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นวิเคราะห์ตรวจสอบ ขั้นประเมินเปรียบเทียบและตัดสินใจ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล ร่วมกับการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับช่วงบ่ายเวลา 13.00-16.00 น. ผู้เข้ารับการอบรมลงมือปฏิบัติการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ แล้วนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการสืบค้นมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในวันถัดไป ทั้งนี้ในการอบรมตามแผนการอบรมชุดที่ 1 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ ดังนี้

- 1) มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับหลักการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน
- 3) มีความสามารถสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการอบรมตามแผนอบรมที่ 1 กลุ่มที่ 1 ในวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2555 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรมและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ตามขั้นตอนการอบรมเป็นอย่างดี มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถสืบค้นหลักฐานเชิง ประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมทั้งหมด 12 เรื่อง ซึ่งทำการ ประเมินเนื้อหาและเกี่ยวข้องกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต แล้วทำการคัดเลือกเหลือจำนวน 6 เรื่อง โดยกำหนดให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับหลักฐานเชิงประจักษ์คนละ 1 เรื่องจำนวน 4 คน ได้รับมอบหมายร่วมกัน 2 คน จำนวน 1 เรื่องและได้รับมอบหมายร่วมกัน 3 คนจำนวน 1 เรื่อง โดยให้ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์คือ นำหลักฐานที่ได้มา วิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติใน การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตในการอบรมในวันถัดไป

บรรยากาศในการอบรมเป็นกันเอง ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน ให้ความสนใจในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จาก ฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ มีการซักถามวิทยากรเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสืบค้นหลักฐานเชิง ประจักษ์ มีการช่วยเหลือกันในการสืบค้นระหว่างผู้ที่ไม่มีความชำนาญในการสืบค้นข้อมูลจาก ฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งจากการประเมินผลการอบรมชุดที่ 1 ของกลุ่มที่ 1 พบว่าผู้เข้ารับการ อบรมส่วนใหญ่พึงพอใจในการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.50$ )

7.1.2 การดำเนินการฝึกอบรมตามแผนการอบรมกลุ่มที่ 2 ซึ่งดำเนินการ ฝึกอบรมในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00-16.00 น. รวมเป็น 8 ชั่วโมงแบ่งเป็นช่วงเช้าและ ช่วงบ่าย โดยผู้วิจัยใช้วิธีการดำเนินการอบรมคล้ายกับกลุ่มที่ 1 และยึดวัตถุประสงค์ในการอบรม เดียวกัน

สรุปผลการอบรมตามแผนอบรมที่ 1 กลุ่มที่ 2 ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2555 พบว่าพบว่ามีผู้เข้ารับการอบรมให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรมและให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติตามขั้นตอนการอบรมเป็นอย่างดี มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถสืบค้นหลักฐาน เชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมทั้งหมด 10 เรื่อง ซึ่งทำ การประเมินเนื้อหาและเกี่ยวข้องกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต แล้วทำการคัดเลือกเหลือ จำนวน 6 เรื่อง โดยกำหนดให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับหลักฐานเชิงประจักษ์คนละ 1 เรื่องจำนวน 3 คน และได้รับมอบหมายร่วมกัน 2 คน จำนวน 3 เรื่อง โดยให้ดำเนินการตามกระบวนการและ ขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์คือ นำหลักฐานที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินคุณค่า

หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตในการอบรมในวันถัดไป

บรรยากาศในการอบรมเป็นกันเอง ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการอภิปรายความรู้ร่วมกัน ในหัวข้อที่วิทยากรสอน ให้ความสนใจและตั้งใจสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ มีการซักถาม วิทยากรเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการช่วยเหลือกันในการสืบค้น ระหว่างผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งจากการ ประเมินผลการอบรมตามแผนการอบรมชุดที่ 1 ของกลุ่มที่ 2 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ พึงพอใจในการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.56$ )

## 7.2 การดำเนินการฝึกอบรมตามแผนการอบรมชุดที่ 2

7.2.1 การดำเนินการฝึกอบรมตามแผนการอบรมกลุ่มที่ 1 ดำเนินการอบรม ในวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00-16.00 น. รวม 8 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการพัฒนา แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยในช่วงเช้า เวลา 08.00 -12.00 น. ผู้เข้ารับการ อบรมแต่ละคนและแต่ละกลุ่มย่อยดำเนินการแปลเอกสารพร้อมทั้งนำเสนอการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้นทางคอมพิวเตอร์ในการอบรมวันแรกใน เรื่องที่ตนได้รับมอบหมายให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนรับทราบ หลังจากนั้นในช่วงบ่ายเวลา 13.00- 16.00 น. ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนร่วมกันอภิปราย และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ของทุกกลุ่มมา พัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และมีการแทรกกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่เน้น การทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการ อบรมมีความรู้ ความสามารถ ดังนี้

- 1) สามารถวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ คัดสรรคจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
- 2) สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดย ใช้กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

สรุปผลการอบรมตามแผนการอบรมที่ 2 กลุ่มที่ 1 ในวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2555 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมให้ความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถนำเสนอและอภิปรายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมให้ ความสำคัญในการแปลเอกสารซักถามซึ่งกันและกัน สร้างบรรยากาศองค์การการเรียนรู้พร้อม ทั้งซักถามวิทยากรเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกคนตั้งใจฟัง

เมื่อกลุ่มอื่นนำเสนอผลงานที่ประชุม หลังจากที่ผู้เข้ารับการอบรมทุกกลุ่มนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับมอบหมายแล้ว ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนได้ร่วมกันระดมสมอง ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กระบวนการหลักฐานเชิงประจักษ์ได้และบรรลุวัตถุประสงค์ในการอบรมได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจากการประเมินผลการอบรมตามแผนการอบรมที่ 2 ของกลุ่มที่ 1 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่พึงพอใจในการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.50$ )

7.2.2 การดำเนินการฝึกอบรมตามแผนการอบรมกลุ่มที่ 2 ดำเนินการอบรมในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00-16.00 น. ดำเนินการอบรมโดยแบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยผู้วิจัยดำเนินการอบรมคล้ายกับกลุ่มที่ 1 และยึดวัตถุประสงค์ในการอบรมร่วมกัน

สรุปผลการอบรมตามแผนการอบรมที่ 2 กลุ่มที่ 2 ในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2555 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมให้ความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถนำเสนอและอภิปรายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมให้ความสำคัญในการแปลเอกสารซักถามซึ่งกันและกัน สร้างบรรยากาศองค์การแห่งการเรียนรู้ พร้อมทั้งซักถามวิทยากรเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทุกคนตั้งใจฟังเมื่อกลุ่มอื่นนำเสนอผลงานที่ประชุม หลังจากที่ผู้เข้ารับการอบรมทุกกลุ่มนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับมอบหมายแล้ว ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนได้ร่วมกันระดมสมอง ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กระบวนการหลักฐานเชิงประจักษ์ได้และบรรลุวัตถุประสงค์ในการอบรมได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจากการประเมินผลการอบรมตามแผนการอบรมที่ 2 ของกลุ่มที่ 2 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่พึงพอใจในการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.56$ )

## ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 2 กลุ่มรวมทั้งหมด 18 คนที่ทำการอบรมในระลอกที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการอบรมของกลุ่มที่ 1 มาบรรยายให้กับผู้เข้ารับการอบรมกลุ่มที่ 2 ได้รับทราบทุกคน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 2 กลุ่มไปให้ผู้เข้ารับการอบรมกลุ่มที่ 1 ได้รับทราบอีกครั้ง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทราบข้อมูลแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เป็น

แนวปฏิบัติเดียวกัน โดยมีขั้นตอนในการสร้างแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. สรุปสาระโดยสังเขปซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนและทำความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

2. สรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการวิเคราะห์สังเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ โดยใช้ Key word ในการสืบค้น ดังนี้ Medication administration, Medication management, Medication guideline, Medication standardization, High alert drug in critical care, Serious medication errors in critical care, Medication administration errors, Prevent Medication errors, Reducing medication administration errors, Patient safety, ซึ่งทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากเว็บไซต์ ดังนี้ [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au), [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org), [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), [www.aacn.org/AACN/practice.nst](http://www.aacn.org/AACN/practice.nst), [www.sign.ac.th.uk](http://www.sign.ac.th.uk), [www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com), [www.aha.org/medicationsafety/resources./consumer.asp](http://www.aha.org/medicationsafety/resources./consumer.asp), [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 22 เรื่อง แล้วทำการพิจารณาความเหมาะสมในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ซึ่งคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลพญาไท 2 พบว่าคงเหลือ 12 เรื่อง หลังจากนั้นจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการพิจารณาทั้งหมดมาทำการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ The National Health and Medical Research Council (NHMRC 1999 อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แส่นประสาน และคณะ, 2553) พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถจัดอยู่ในระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง และระดับ 3 จำนวน 6 เรื่อง ดังนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผู้แต่ง ระดับความน่าเชื่อถือและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารยาในหอผู้ป่วย  
วิกฤตที่ได้รับการคัดสรรจำนวน 12 เรื่อง

ลำดับที่	ผู้แต่ง/ปี	ระดับความ น่าเชื่อถือ	ชื่อเรื่อง
1	Fahimi et al. (2008)	Servey study - ระดับ 3	Errors in preparation and administration of intra-venous medications in the intensive care unit of teaching hospital: An observational study
2	Tissot et al. (2003)	Servey study - ระดับ 3	Observational Study of potential risk factors of medication
3	Valentin et al. (2009)	Prospective study - ระดับ 3	Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study
4	JB1 (2009)	Systemic review - ระดับ 2	Strategies to reduce medication errors with reference to older adults
5	JB1 (2010)	Systemic review - ระดับ 2	Roles and systems for routine medication administration to prevent medication errors in hospital-based acute care setting
6	Health Care Association of New Jersey (2007)	Systemic review - ระดับ 2	Medication management guideline
7	Henry and Foureur (2007)	Prospective study - ระดับ 3	A secondary care nursing prospective on medication administration safety
8	Kopp et al. (2006)	Prospective study	Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: Direct observational approach

- ระดับ 3 for detection

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับที่	ผู้แต่ง/ปี	ระดับความ น่าเชื่อถือ	ชื่อเรื่อง
9	Jones, S.W. (2009)	Systemic review - ระดับ 2	Reducing medication administration errors in nursing practice
10	Tromp, Natsch and Achterberg (2009)	Quasi- experimental design - ระดับ 1	The preparation and administration of intravenous drugs before and after protocol implementation
11	Pape et al. (2005)	Quasi- experimental design - ระดับ 1	Innovative approaches to reducing nurses distractions during medication administration
12	Popescu et al. (2011)	Survey study - ระดับ 3	Multifactorial influences on and deviations from medication administration safety and quality in the acute medical/surgical context

3. ผู้วิจัยสรุปแนวปฏิบัติจากผู้เข้ารับการอบรมที่ร่วมกันระดมสมองจากข้อที่ 2 เพื่อนำมา กำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติไปใช้ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ที่ ได้ ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 12 เรื่อง ตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้นโยบาย เพิ่มความปลอดภัยด้านยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 มาร่วมใน การพัฒนาแนวปฏิบัติ สามารถแบ่งออกเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา 3 ระยะ คือ การปฏิบัติพยาบาลก่อนการบริหารยา การปฏิบัติพยาบาลขณะบริหารยา และการปฏิบัติ การพยาบาลหลังบริหารยาเพื่อมอบให้กลุ่มตัวอย่างนำไปทดลองใช้

หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดทำคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา ในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ซึ่ง ในคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยเนื้อหาสรุปโดยย่อเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ใน

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต แนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 12 เรื่อง (ภาคผนวก ค)

### ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในสถานการณ์จริง

1. ผู้วิจัยนำแนวการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นไปให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ระหว่างวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2555– 9 เมษายน พ.ศ. 2555 รวมเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างขณะการปฏิบัติตามคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบกำกับการทดลองเพื่อประเมินการปฏิบัติตามคู่มือดังกล่าว และกำหนดให้มีการประชุมร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างทุกวันหลังเลิกการปฏิบัติงาน โดยใช้เวลาในการประชุม 30-60 นาที เพื่อประเมินสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติงาน ได้จริงในหอผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์ให้กลุ่มตัวอย่างต้องผ่านการปฏิบัติครบทุกขั้นตอนจึงถือว่าได้ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตครบทุกขั้นตอนคือ ร้อยละ 100 ในวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2555

2. ผู้วิจัยมอบคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 – 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 และมีการประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 15.00-16.00 น. ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น โดยมีการทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการประชุมจากการจัดประชุมย่อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 4 ครั้งในระยะเวลา 4 สัปดาห์ บรรยากาศในการประชุมแต่ละครั้งเป็นการพูดคุยกันอย่างเป็นกันเอง ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางถึง



ปัญหาและอุปสรรคที่ตนพบ ขณะที่นำคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปปฏิบัติจริง ตลอดจนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาเป็นอย่างดี

สรุปผลจากการนำคู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 พบว่าไม่มีปัญหาในการดำเนินการและยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความสนใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากรู้สึกว่าจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากยิ่งขึ้น และรู้สึกว่ามีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีมาตรฐานมากขึ้นและเป็นการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการทดลอง

หลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์แล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากข้อมูลของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาในฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลพญาไท 2 และส่งแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 18 คน (Post-test) ในวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 และได้รับกลับคืนมาทั้งหมดวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดย

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 2 เพื่อขอดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในการวิจัย พร้อมกับส่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณา และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 2 ให้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลได้
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ระยะเวลาการทดลอง
3. ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมกับการทดลองครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง
4. ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทดลองครั้งนี้ถือเป็นความลับ และจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม

5. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยที่เกิดจากการทดลอง สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยตลอดเวลาโดยผู้วิจัยให้ที่อยู่และวิธีติดต่อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยสะดวก

6. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดหรือถอนตัวจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียสิทธิใดๆที่พึงมีพึงได้จากการทำงาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล คือ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การสืบค้นข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ และประสบการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงานมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยทดสอบค่าที (Dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้สถิติร้อยละ โดยใช้สูตร ดังนี้

ความแตกต่างของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

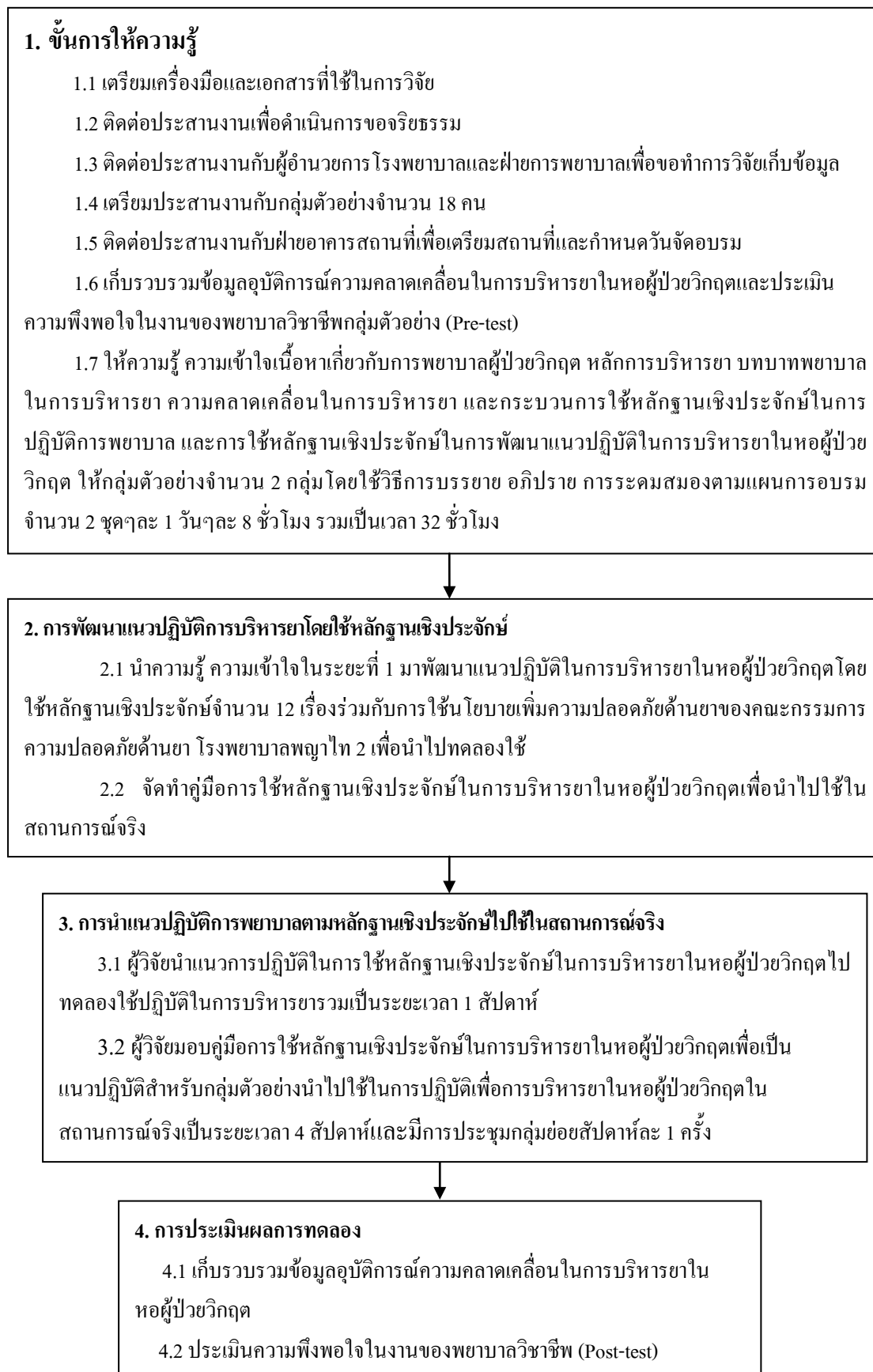
$$= \frac{(A-B) \times 100}{A}$$

A

A = อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนการทดลอง (จำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน)

B = อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลอง (จำนวนครั้งต่อ 1000 วันนอน)

## ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต และเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest – posttest) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 5)

#### ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการวิเคราะห์และการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 12 เรื่องแล้วนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้นโยบายเพิ่มความปลอดภัยด้านยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสรุปแนวการปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ 3 ระยะคือ การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการบริหารยา การปฏิบัติการพยาบาลในขณะบริหารยา และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการบริหารยา มีรายละเอียดดังนี้

##### 1. การปฏิบัติการพยาบาลก่อนบริหารยา

1.1 หลังจากที่แพทย์สั่งยาให้ตรวจสอบความชัดเจนของใบสั่งยาทุกครั้งโดยการอ่านออกเสียงชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา วิธีทางให้ยาและเวลาที่ต้องให้ยา

- 1.2 ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรกจะต้องตรวจสอบใบคำสั่งยาของแพทย์กับใบ MAR ทุกครั้ง
- 1.3 การบริหารยาโดยใช้ใบกำกับการให้ยา (MAR) ทุกครั้ง
- 1.4 จัดสถานที่ในการจัดยาและการบริหารยาให้มีความเงียบสงบ ปราศจากการรบกวน โดยกำหนดพื้นที่เป็นมาตรฐาน (ข้างเตียง) เพื่อใช้ในการเตรียมยา
- 1.5 จับคู่ระหว่างเพื่อนร่วมงาน (คู่มิตร) ในเวรนั้นๆ เพื่อช่วยในการปฏิบัติงานพยาบาล เพื่อ Double checking ยาและลงกำกับชื่อ 2 คน (Double-signing)
- 1.6 มีบุคคลที่คอยตรวจสอบ (คู่มิตรรวมงานคู่มิตร) ในการบริหารยาทุกชนิดโดยมีการขานชื่อยา ชื่อผู้ป่วย ขนาดยาที่ต้องการให้ทุกครั้งที่ทำการบริหารยา
- 1.7 กรณีฉุกเฉินมีการตรวจสอบด้วยตนเองนั้น โดยการตรวจสอบกับใบ MAR จำนวน 3 ครั้ง โดยเริ่มต้นที่จะให้ยา ขณะให้ยาและก่อนการเก็บยา (วิธีการปฏิบัติในขั้นตอนขณะบริหารยา)
- 1.8 ในกรณีที่มีการเตรียมและให้ยาพร้อมกันหลายตัว ให้เตรียมยาและให้ยาที่ละตัวจนยาหมดก่อนที่จะให้ยาตัวต่อไป
- 1.9 มีการตรวจสอบวันหมดอายุของยานิดก่อนการเตรียมยาทุกครั้ง
- 1.10 พยาบาลผู้ให้ยาต้องเป็นคนเดียวกันกับผู้ที่เตรียมยา
- 1.11 พยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องทำการตรวจสอบการเตรียมยาและให้ยาของพยาบาลวิชาชีพในทีมพร้อมทั้งคอยให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาในการบริหารยา
- 1.12 เพิ่มแสงสว่างบริเวณที่จัดยาโดยการติดหลอดไฟ และจะต้องเปิดไฟทุกครั้งที่ทำการบริหารยา

## 2. การปฏิบัติการพยาบาลขณะบริหารยา

- 2.1 จัดให้มีการบริหารยาแบบข้างเตียงผู้ป่วยโดยนำยาใส่รถเข็นไปเตรียมยาและบริหารยาที่ข้างเตียงผู้ป่วยในทุกกรณี
- 2.2 มีการทวนชื่อผู้ป่วย จากป้ายข้อมือและชื่อยาตรงกันทุกครั้งโดยไม่ใช้เลขที่ห้องหรือเลขที่เตียงของผู้ป่วย
- 2.3 ห้ามหยิบหรือยืมยาผู้ป่วยข้างเตียง
- 2.4 ห้ามรบกวนเพื่อนร่วมงานในขณะที่กำลังบริหารยา เช่น รับโทรศัพท์ การติดต่อกับแผนกธุรการอื่นๆ เป็นต้น
- 2.5 ขณะบริหารยาให้หลีกเลี่ยงการสนทนาในทุกวิถีทาง

2.6 เมื่อต้องให้ยาที่มีการคำนวณขนาดของยา ต้องใช้เครื่อง Infusion pump ที่สามารถคำนวณขนาดยาได้ทุกครั้ง

2.7 ในกรณีฉุกเฉินให้ปฏิบัติ ดังนี้

2.7.1 ให้ตรวจสอบชื่อยาและขนาดที่ใช้กับใบ MAR ด้วยตนเอง (Check#1)

2.7.2 หยิบยาทั้งซองและใบ MAR ไปที่ข้างเตียง ดำเนินการตรวจสอบประวัติการแพ้ยา และชื่อผู้ป่วยที่ป่วยข้อมือ

2.7.3 ตรวจสอบใบ MAR อีกครั้งให้ตรงกับชื่อยาที่ต้องการจะให้กับผู้ป่วย (Check#2)

2.7.4 แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงชื่อยา ขนาดยาที่ต้องการกับผู้ป่วยในขณะที่กำลังตรวจสอบกับใบ MAR (Check#3) แล้วจึงให้ยา

2.8 มีการตรวจเยี่ยมเพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการให้ยาทางหลอดเลือดดำแวนละ 2 ครั้ง (เวลาวัดสัญญาณชีพ)

2.9 มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยเพื่อประเมินการให้ยาในปัจจุบัน อาการข้างเคียงที่พบในขณะที่ใช้ยาของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ยา และแจ้งถึงชื่อยา ขนาดยา เวลาที่ให้ยา อาการที่ต้องระวังและข้อควรปฏิบัติในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา

2.10 ยึดหลักการบริหารยาตามหลัก 7R อย่างเคร่งครัด

2.11 ใช้ป้ายสัญลักษณ์เวลาเพื่อระบุเวลาที่ต้องการให้ ให้มีความเด่นชัด

2.12 ดำเนินการเตรียมและให้ยาตามเวลาที่กำหนดโดยไม่จัดยาไว้ล่วงหน้า

### 3. การปฏิบัติการพยาบาลหลังบริหารยา

3.1 ต้องมีการแนะนำ อธิบายยาและอาการที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทุกครั้ง

3.2 ติดตามอาการข้างเคียง ผลที่ได้รับหลังการบริหารยาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ และทำการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.3 ทำการบันทึกการให้ยาทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการบริหารยาโดยพยาบาลผู้บริหารยาและพยาบาลผู้ตรวจสอบ (Double-signing)

3.4 บันทึกการบริหารยาอย่างถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมชื่อยา ขนาด วิธีทาง เวลาที่ให้ยาจริง และชื่อผู้บริหารยา

3.5 มีการ Feedback เกี่ยวกับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน (Incidents) ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาทุกครั้ง

3.6 หากพบว่ามีการบริหารยาเกิดความคลาดเคลื่อนให้รายงานความคลาดเคลื่อนในระบบฐานข้อมูลของทางโรงพยาบาลทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง

3.7 เมื่อมีเหตุการณ์ที่มีความจำเป็นต้องละเว้นการบริหารยาหรือผู้ป่วยปฏิเสธยาต้องทำการบันทึกลงในใบ MAR ทันทีและส่งเวรให้กับพยาบาลเวรถัดไปได้รับทราบ

3.8 พยาบาลเจ้าของไข้ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของใบ MAR กับคำสั่งการรักษาทั้งในเวรบ่ายและเวรคืนพร้อมทั้งลงชื่อกำกับกับการตรวจสอบ 2 คน

3.9 ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลหัวหน้าเวรผู้จัดการแผนก และขอความช่วยเหลือจากเภสัชกรในกรณีที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการบริหารยา

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ค่าแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง	ร้อยละ
	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	จำนวน (ครั้งต่อ 1000 วันนอน)	
ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาด (Wrong dose)	8.47	2.44	6.03	71.19
ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลา (Wrong time)	5.65	2.44	3.21	56.81

จากตารางที่ 4 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ก่อนการทดลองมีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 12 คนต่อวัน และหลังการทดลองมีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 14 คนต่อวัน พบว่ามีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 ประเภท คือความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดและความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลา โดยก่อนการทดลองพบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดเท่ากับ 3 ครั้งต่อ 354 วันนอน หรือคิดเป็น 8.47 ครั้งต่อ 1000 วันนอนและหลังการทดลองพบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดเท่ากับ 1 ครั้งต่อ 410 วันนอน หรือคิดเป็น 2.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน สำหรับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาพบว่าการทดลองมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาเท่ากับ 2 ครั้งต่อ 354 วันนอน หรือคิด



เป็น 5.65 ครั้งต่อ 1000 วันนอนและหลังการทดลองมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาเท่ากับ 1 ครั้งต่อ 410 วันนอน หรือคิดเป็น 2.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน

จึงสรุปได้ว่าหลังการทดลองอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดลดลงจากก่อนการทดลอง 6.03 ครั้งต่อ 1000 วันนอนหรือคิดเป็นร้อยละ 71.19 และอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาลดลงจากก่อนการทดลอง 3.21 ครั้งต่อ 1000 วันนอนหรือคิดเป็นร้อยละ 56.81 สำหรับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยารายการอื่นไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต (N = 18)

ความพึงพอใจในงาน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
ด้านวิธีการปฏิบัติงาน	2.97	0.51	ปานกลาง	3.81	0.45	มาก	17	-5.67	0.00
ด้านลักษณะงาน	3.37	0.55	ปานกลาง	4.12	0.33	มาก	17	-4.90	0.00
ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.13	0.51	ปานกลาง	3.95	0.55	มาก	17	-4.12	0.01
รวม	3.16	0.46	ปานกลาง	3.96	0.41	มาก	17	5.43	0.00

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ( $\bar{X} = 3.96$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 3.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านวิธีการปฏิบัติงานหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.81$ ) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.97$ ) ค่าเฉลี่ยด้านลักษณะงานหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.12$ ) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.37$ ) และค่าเฉลี่ยด้านการติดต่อสื่อสารหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.95$ ) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ( $\bar{X} = 3.13$ ) (ภาคผนวก จ)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา และเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการทดลอง คือ แผนการอบรมเรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 ชุด คู่มือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต แบบกำกับทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.91

ดำเนินการทดลองโดยบูรณาการจากกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ดำเนินการการให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างตามแผนการอบรมเรื่อง “การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต” หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลอง (Pre-test) และเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริงเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 – 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอีกครั้ง (Post-test) และเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการ

บริหารยาจากรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentile) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t – test)

### สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้นโยบายเพิ่มความปลอดภัยด้านยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นพื้นฐานในการพัฒนา สามารถสรุปแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ 3 ระยะคือ การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการบริหารยาจำนวน 12 ข้อ การปฏิบัติการพยาบาลในขณะบริหารยาจำนวน 12 ข้อ และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการบริหารยาจำนวน 9 ข้อ

2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดพบว่าภายหลังการทดลอง (2.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา (8.47 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) คิดเป็นร้อยละ 71.19 และความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลาภายหลังการทดลอง (2.44 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยา (5.65 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) คิดเป็นร้อยละ 56.81

3. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ( $\bar{X} = 3.96$ ) สูงกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ( $\bar{X} = 3.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

#### 1. การพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการวิเคราะห์และการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 12 เรื่องแล้วนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้นโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาล

พญาไท 2 (2554) เป็นพื้นฐานในการพัฒนา สามารถสรุปแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ 3 ระยะคือ การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการบริหารยาจำนวน 12 ข้อ การปฏิบัติการพยาบาลในขณะบริหารยาจำนวน 12 ข้อ และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการบริหารยาจำนวน 9 ข้อ อธิบายได้ว่า การพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้ารับการอบรมตามแผนการอบรมได้ร่วมกันคิด วิเคราะห์ถึงสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาขึ้น โดยเน้นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตลอดจนการพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ทำให้ลดความแตกต่างในการปฏิบัติของพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กรซึ่งเป็นการประกันคุณภาพในการให้บริการที่มีคุณภาพที่อยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ร่วมกับการใช้นโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาของคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2 (2554) เป็นพื้นฐานในการพัฒนาทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาเป็นไปในแนวทางการปฏิบัติเดียวกันและมีความแตกต่างจากการปฏิบัติแบบเดิม ซึ่งมีผลทำให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง เช่น มีการตรวจสอบยาซ้ำโดยเพื่อนร่วมงานที่เกิดจากการจับคู่กันในกลุ่มนั้นๆ ซึ่งการปฏิบัติแบบเดิมจะให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ตรวจสอบซึ่งบางครั้งไม่สามารถตรวจสอบครอบคลุมได้ทั้งหมด มีการดำเนินการเพื่อลดการรบกวนในระหว่างการเตรียมยาและการให้ยา เช่น การไม่เปิดเครื่องเสียง การไม่ต้องรับโทรศัพท์เพื่อติดต่อจากแผนกธุรการอื่นๆ และการติดป้ายสัญลักษณ์ลดการรบกวนเพื่อสื่อความหมายให้ทุกคนทราบว่าต้องไม่รบกวนในขณะที่เตรียมและให้ยาโดยเป็นป้ายสัญลักษณ์ที่มีความเด่นชัดที่รถจัดยาของแต่ละเตียง มีการดำเนินการเตรียมยาก่อนให้ผู้ป่วยที่ข้างเตียงแทนการเตรียมยาในบริเวณที่เป็นพื้นที่ร่วมกัน ดำเนินการเตรียมยาและให้ยาทันทีตามเวลาที่ระบุไว้ในใบ MAR แทนการจัดยาไว้ล่วงหน้า โดยการใช้ป้ายสัญลักษณ์เวลาเพื่อระบุเวลาที่ต้องการให้ยาที่มีความเด่นชัดวางไว้ในรถจัดยาของผู้ป่วยแต่ละเตียงเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผิดขนาดและผิดเวลาซึ่งในการปฏิบัติแบบเดิมจะเป็นการจัดยาล่วงหน้าไว้ในรถจัดยาของผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบซึ่งในบางครั้งทำให้เกิดการให้ยาผิดขนาดและผิดเวลาได้ในกรณีที่แพทย์ต้องการปรับเปลี่ยนขนาดและเปลี่ยนเวลาในการให้ยาหรืออาจจะเกิดการสูญหายของยาได้ พยาบาลผู้ที่เตรียมยาต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้ยา และต้องดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของใบ MAR กับคำสั่งการรักษาทั้งในเวรป่วยและเวรดึก พร้อมทั้งลงชื่อกำกับ 2 คนจากการตรวจสอบในเวรดึกเพียง 1 คนทำให้เกิดการตรวจสอบซ้ำที่มี

ความถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้ยังมีการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอุบัติเหตุการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เช่น การติดตั้งหลอดไฟในบริเวณที่จัดยาเพิ่มขึ้น การนำเครื่องเสียงออกจากบริเวณที่จัดยา เป็นต้น

## 2. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนอุบัติเหตุการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยกว่าก่อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพบว่าในการให้ยาผิดขนาดในหอผู้ป่วยวิกฤต ลดลงกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 71.19 และการให้ยาผิดเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤต ลดลงกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 56.81 (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้แนวปฏิบัติในการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันคิด วิเคราะห์ และพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่สนับสนุนให้พยาบาลมีการวิเคราะห์เกี่ยวกับการประยุกต์ผลงานวิจัยที่ได้มาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบร่วมกับการพิจารณาถึงความเหมาะสมของบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติในการบริหารยาให้มีความครอบคลุม ความชัดเจนในการปฏิบัติมากขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมั่นใจและมีความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัตินี้ ทำให้การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hatler และคณะ (2006) ที่พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ เช่น สามารถลดการเกิดปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดการติดเชื้อที่เกิดจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในร่างกาย ลดจำนวนวันนอนและลดค่าใช้จ่ายลงได้ ดังนั้นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีการวิเคราะห์เกี่ยวกับการประยุกต์ผลงานวิจัย พยาบาลเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุง พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความครอบคลุม ชัดเจนในการปฏิบัติมากขึ้นและเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนอุบัติเหตุการความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมัชฌิมา กิตติศรี (2551) ที่ทำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ

ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความง่าย สะดวกในการปฏิบัติ ลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญศรี เลาหสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ (2549) ปทิตตา สุภารส (2551) ปานจิตร โชคพิชิต และคณะ (2551) Ring และคณะ (2005) ที่พบว่าหลังการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะทำให้พยาบาลมีความรู้ มีความรู้สึกมั่นใจและมีความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

ภายหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยามากขึ้น เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น เช่น มีการตรวจสอบซ้ำโดยเพื่อนร่วมงานที่เกิดจากการจับคู่กันในกลุ่มนั้นๆ มีการดำเนินการเพื่อลดการรบกวนในระหว่างการเตรียมยาและการให้ยา ดำเนินการเตรียมยาก่อนให้ผู้ป่วยที่ข้างเตียงแทนการเตรียมยาในบริเวณที่เป็นพื้นที่ร่วมกัน ดำเนินการเตรียมยาและให้ยาทันทีโดยการใช้ป้ายสัญลักษณ์เพื่อระบุเวลาที่ต้องการให้ยาที่มีความเด่นชัดไว้ในรถจัดยาของผู้ป่วยแต่ละเตียง ไม่มีการจัดยาและเตรียมยาไว้ล่วงหน้า และพยาบาลผู้ที่เตรียมยาต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้ยา เป็นต้น ส่งผลเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tromp, Natsch, and Achterberg (2009) ที่ดำเนินการทดลองโดยใช้ Protocol ในการบริหารยาคิดที่ได้จากการจัดทำของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสหสาขา ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 47 เรื่อง แล้วเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาคิดพบว่าการตรวจสอบซ้ำกับเพื่อนร่วมงานก่อนการเตรียมยาทุกชนิด และยาที่ต้องคำนวณขนาดของยา พยาบาลผู้ที่ให้ยาต้องเป็นคนเดียวกันกับพยาบาลผู้ที่เตรียมยา การบริหารยาต้องใช้ใบกำกับการให้ยา (MAR) ทุกครั้ง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jones (2009) ที่พบว่าการใช้ป้ายสัญลักษณ์ในการสื่อความหมายที่มีความชัดเจนเพื่อลดการรบกวนในขณะที่ดำเนินการบริหารยา หรือต้องการระบุเวลาที่ต้องการให้ยากับผู้ป่วย จะสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้

จากการศึกษาผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ ถึงแม้ว่าจะพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาคิดขนาดและผิดเวลาลดลงจากก่อนการ

ทดลองแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการตามตัวชี้วัดของทางโรงพยาบาล คือ อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เกิน 1 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ดังนั้นจึงต้องดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้

### 3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากที่ใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการใช้ความคิดอิสระในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารยา พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ร่วมกันเสนอวิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีจุดมุ่งหมายที่ชี้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อนำแนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาใช้แล้ว พยาบาลวิชาชีพมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจสอบซ้ำถึงความถูกต้องของยา เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการประสานงานในหน่วยงานและระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น ทำให้บรรยากาศในการทำงานมีความอบอุ่น เป็นมิตรระหว่างผู้ร่วมงาน ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีมากขึ้น สิ่งดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมา นั่นคือจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีจำนวนลดลง และพยาบาลจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Slavitt และคณะ (1978) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพพบว่าปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบความพึงพอใจในงานคือ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการทำงาน ปัจจัยด้านความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน คือการได้ปฏิบัติงานที่มีความท้าทาย ร่วมกับการได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยได้



กล่าวถึงส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ได้แก่ สภาพการทำงาน ลักษณะงาน และการติดต่อสื่อสาร จึงมีความเหมาะสมใช้ประเมินในการศึกษาครั้งนี้ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

**ด้านวิธีการปฏิบัติงาน** พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานด้านวิธีการปฏิบัติงาน ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีเป้าหมายในการปฏิบัติงานที่มีความชัดเจนตามขอบเขต หน้าที่ ความรับผิดชอบตลอดจนการใช้ความรู้ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงอย่างเต็มที่ และทราบแนวทางการปฏิบัติที่ส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งในการนำกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ความรู้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารยาทำการสังเคราะห์งานวิจัย และนำความรู้จากงานวิจัยมาพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ภายใต้อำนาจของวิชาชีพ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยการตัดสินใจเลือกใช้งานวิจัยที่เหมาะสม มีคุณภาพตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผสานกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของตนเข้ามาช่วยในการตัดสินใจเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการยกเลิกแนวปฏิบัติที่ไม่จำเป็น โดยที่ไม่เกิดผลเสียกับผู้ป่วยปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน จัดสถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการบริหารยาเพื่อลดการรบกวนในขณะดำเนินการบริหารยา มีการช่วยเหลือในการตรวจสอบยาซ้ำซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติในการบริหารยาที่ตนมีส่วนร่วมและเป็นแนวทางเดียวกัน ผลที่ได้คือพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเป้าหมายชัดเจนเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย สอดคล้องกับ Spector (1997) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจในงานขึ้นอยู่กับการทำงานที่มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอน หน้าที่ความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานตามขั้นตอนของตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ซึ่งในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ปฏิบัติงาน นอกจากจะช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต มีการใช้ยาเป็นจำนวนมาก และเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) จำนวนมาก รวมทั้งผู้ป่วยยังมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา จึงทำให้พยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่าง

ใกล้ชิดและยังต้องดำเนินการให้ยาตามกระบวนการบริหารยาทั้งก่อน ขณะและหลังการบริหารยาอย่างเคร่งครัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้วยังเป็นการสร้างความพึงพอใจในงานได้อีกทางหนึ่งด้วย เนื่องจากพยาบาลได้แสดงบทบาทอิสระอย่างเต็มความสามารถในการพัฒนางานให้มีคุณภาพส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจในงานได้สอดคล้องกับ Robbins (2001) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจในงานส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีอำนาจอย่างอิสระในการกำหนดกระบวนการทำงาน ใช้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน และตัดสินใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตวิชาชีพได้อย่างครอบคลุม

**ด้านลักษณะงาน** พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานด้านลักษณะงานภายหลังการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) เนื่องจากการพัฒนาแนวการปฏิบัติงาน โดยการนำกระบวนการหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ช่วยทำให้พยาบาลได้มีโอกาสใช้ศักยภาพของตนเองในการคิดอย่างอิสระ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ตลอดจนใช้ความรู้ ความสามารถในบทบาทของวิชาชีพเพื่อการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง อีกทั้งการมีคู่มือการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผลทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบริหารยามากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้นเนื่องจากการปฏิบัติที่มีหลักฐานที่ถูกต้อง ผ่านกระบวนการพิจารณาความน่าเชื่อถือตามขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังช่วยให้แนวการปฏิบัติที่สืบต่อกันมาได้รับการเปลี่ยนแปลงไปเป็นการปฏิบัติที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้มาสนับสนุนการปฏิบัติที่ถูกต้องมากขึ้น เมื่อนำแนวทางการปฏิบัติมาใช้ทำให้เกิดการซักถามเพื่อนร่วมงาน แพทย์ เภสัชกรเมื่อมีข้อสงสัยและค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารยาจากฐานข้อมูลของเภสัชกรมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตรงตามวัตถุประสงค์ของแผนการรักษา ซึ่งถือว่าเป็น โอกาสได้เรียนรู้เกิดการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ ญัญฉิมล โทพันธ์ศรี (2543) และ Spector (1997) ที่พบว่าลักษณะงานที่ให้พยาบาลมีอิสระในการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ของตนเองและมีแนวทางการปฏิบัติงานของตนเองจะทำให้ได้ใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความรู้สึกที่เกี่ยวกับความสำเร็จของงาน เกิดความรับผิดชอบและเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งนภา พูนนารด (2542) ที่พบว่าลักษณะของงานมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพญาไท 2 ซึ่งเป็นลักษณะงานที่พยาบาลต้องมีอิสระในการตัดสินใจในงาน ร่วมกับความหลากหลายในทักษะการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงานจะทำให้พยาบาลวิชาชีพได้มีโอกาสในการเรียนรู้ และการพัฒนางาน เกิดความท้าทายที่จะได้ใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และมีความภาคภูมิใจในงานที่ปฏิบัติเมื่อเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะลักษณะงานที่ท้าทายความสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมเกี่ยวกับความสำเร็จของงาน เกิดความรับผิดชอบ และเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน (จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545)

**ด้านการติดต่อสื่อสาร** พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานด้านการติดต่อสื่อสาร ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) เนื่องจากการพัฒนาแนวการปฏิบัติงานโดยการนำกระบวนการหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการสื่อสารทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการทั้งที่เป็นคำพูดและลายลักษณ์อักษร เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา ซึ่งเป็นการติดต่อกับบุคคลต่างๆเพื่อให้เกิด ความเข้าใจผู้อื่นและเข้าใจตนเองและพยายามทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านความคิด ทักษะ ประสิทธิภาพ ความรู้ความสามารถ ความต้องการและค่านิยม เพื่อให้เกิดการรับรู้ในสิ่งที่ต้องการและจำเป็นในการปฏิบัติ ในระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหา มีการสื่อสารขอคำแนะนำได้ตลอดเวลา จึงทำให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือในการทำงานมากขึ้นทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ดีภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกัน จึงถือได้ว่าการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สร้างประสิทธิภาพในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวชิ เกษสม (2552) ที่พบว่า การสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่นเดียวกับ Spector (1997) ที่กล่าวว่า การสื่อสารแบบเปิดเผย ตรงไปตรงมา ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการประสานงานที่ดีในหน่วยงานภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกันจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การตรวจสอบซ้ำโดยการขานชื่อยา ขนาดยา ชื่อ-สกุลผู้ป่วยจากเพื่อนร่วมงานที่ได้จากการจับคู่เพื่อตรวจสอบยาซ้ำแทนการให้หัวหน้าเวรตรวจสอบเพียงผู้เดียว การเตรียมและให้ยาบริเวณข้างเตียงแทนการเตรียมยาในบริเวณที่เป็นพื้นที่เดียวกัน การใช้ป้ายสัญลักษณ์เพื่อสื่อความหมายลดการรบกวนและป้ายสัญลักษณ์ระบุเวลาที่ให้ยาแทนการจดยาไว้ล่วงหน้า และพยาบาลผู้เตรียมยากับผู้ให้ยาต้องเป็นบุคคลเดียวกัน เป็นต้น เมื่อนำไปปฏิบัติแล้วสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้

1.2 ควรนำแนวการปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

1.3 แนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น จึงควรนำไปใช้กับหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ โดยคำนึงถึงการปรับให้เข้ากับบริบทและเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อให้แนวปฏิบัติที่ได้จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริงและเป็นแนวทางในการเสริมสร้างให้พยาบาลเกิดการคงอยู่ในงาน

1.4 ควรมีการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคนเกี่ยวกับทักษะการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากคอมพิวเตอร์ก่อนเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบูรณาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในปัญหาอื่นๆ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพและยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอีกทางหนึ่งด้วย

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นๆที่เกิดจากการผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและการลดจำนวนวันนอน

2.2 ควรทำการศึกษาถึงตัวแปรอื่นที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น

2.3 ควรมีการศึกษาถึงตัวแปรที่เกิดกับพยาบาลวิชาชีพที่ได้จากการบูรณาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน เช่น ความเป็นอิสระในงานของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้สึกมีคุณค่าทางการพยาบาล

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กัตติกา ธนขว้าง. (2553). การวิเคราะห์ห่อภิมาณ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 25(4): 10-22.

คณะกรรมการ Evidence Based Medicine and Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก: Clinical practice guidelines. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ 18(6): 37-47.

คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลพญาไท 2. นโยบายเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยา. เอกสารภายในโรงพยาบาลพญาไท 2 [ออนไลน์]. (2554). แหล่งที่มา: <http://pytintranet.phyathai.com> [2554, มิถุนายน 20].

จิรภัค สุวรรณเจริญ. (2545). ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใช้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิรา กองจรีต. (2547). ตัวชี้วัดคุณภาพการบริหารการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2543). **Critical care unit.** กรุงเทพมหานคร: ศิริยอการพิมพ์.

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2552). Critical care: towards optimal perfection. ในเอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, บรรณาธิการ. **Critical care: towards optimal perfection.** กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ อินเทอร์เน็ต จำกัด.

ณัฐฉิมล โลพันธ์ศรี. (2543). ผลของการปรับใช้แนวคิดการบริหารแบบยึดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานพยาบาลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณัฐสุดา อึ้งโสภา. (2551). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล  
ปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาศา บุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึง  
ประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอด การพิมพ์.
- ธิดา นิงสานนท์, สุวิวัฒนา จุฬารัตนกุล และปรีชา มณฑกานติกุล. (2552). การบริหารยาเพื่อความ  
ปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์.
- ธิดา นิงสานนท์. (2552). ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการบริหารยา. ใน ธิดา นิงสานนท์,  
สุวิวัฒนา จุฬารัตนกุล และปรีชา มณฑกานติกุล 2552. การบริหารยาเพื่อความ  
ปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์.
- นฤมล กิจจานนท์. (2540). ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต  
โรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา ศรีนวลดี. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการร่วมบริหารในหอผู้ป่วยต่อความพึงพอใจใน  
งานของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
โทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- นิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์. (2551). ผลของโปรแกรมการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงต่อความพึงพอใจ  
ในงานของพยาบาลวิชาชีพและอัตราการเกิดความผิดพลาดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย  
วิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการ  
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเรือน ชุมแจ่ม. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริบทในการทำงาน กับการเสริมสร้าง  
พลังอำนาจด้านจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญบา สังข์ทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม ความมีอิสระในงานกับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง. (2552). ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปติตดา สุภารส. (2551). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ประชา นันทน์อุทิศ และคณะ. (2550). แนวปฏิบัติการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ผิดขนาด. ในวิชา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2543). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานจิตร โชคพิชิต และคณะ. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกการดูแลผู้ป่วยที่มีสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังอยู่ใต้ผิวหนัง. ราชบัณฑิตยสถาน 14(1): 1-13.
- ปิยะฉัตร คำชื่น. (2547). การวิเคราะห์ห่อภิณงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ปรีดา กังแฮ. (2546). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริหารตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีศนีย์ อัมพฐ. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต่อความเป็นอิสระในงานของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนา จารุชาติปริญญา และคณะ. (2550). ประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. ใน เอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. จัดโดยกลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน พ.ศ. 2550.
- พรพิมล ผดุงสงฆ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงาน กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล นันนทชัย. (2547). การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. ใน เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และคณะ. (2553). ลักษณะงาน ความโกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 28(2): 56-62.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2553). การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

- เพ็ญภา พร้อมเพรียง. (2551). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการ  
ป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ การปฏิบัติการของพยาบาล และอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการ  
ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล. และคณะ. (2549). Research utilization project: การใช้หลักฐานเชิง  
ประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่  
ได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *รามธิบดีพยาบาล* 12(2): 118-133.
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2552). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธี  
ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: พรี – วัน.
- พองคำ ติลกสกุลชัย, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และดรุณี กาญจนคุณกร. (2543). การสำรวจการใช้  
ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดทบวง  
มหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 18(3): 44-54.
- มัชฌิมา กิติศรี. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนใน  
การบริหารยาแก่ผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้า  
แบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มุกดา แก้วพรมงาม. (2549). การพัฒนาแบบพฤติกรรมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามบันได  
วิชาชีพ การพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตคัดลยกรรม. การค้นคว้าอิสระ  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ขงยุทธ เกษสาคร. (2541). *ภาวะผู้นำและการจูงใจ Leadership and motivation techniques.*  
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เอกสารและตำรา สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- รัชฎาพร สีดาดาษ. (2548). *ตัวประกอบความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล  
ศูนย์.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา พูนนารถ. (2542). *คุณลักษณะของงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลพญาไท 2.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการบริหาร  
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- โรงพยาบาลพญาไท 2, แบบประเมินตนเอง หอผู้ป่วยวิกฤต. เอกสารภายในโรงพยาบาลพญาไท 2 [ออนไลน์]. (2553). แหล่งที่มา: <http://pytintranet.phyathai.com> [2 กุมภาพันธ์ 2544].
- โรงพยาบาลพญาไท 2, (2554). แบบประเมินตนเอง หอผู้ป่วยวิกฤต. เอกสารภายในโรงพยาบาลพญาไท 2 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://pytintranet.phyathai.com> [11 พฤศจิกายน 2544].
- วีจี เกษสยาม. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศการสื่อสารขององค์กร คุณค่าในงานพยาบาลกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรัตน์ เจียวไพรี. (2542). องค์กรและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ศิริอร สินธุ และเรณู พุกบุญมี. (2544). การรับรู้อุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *Thai Journal of Nursing Research* 5(1): 71-84.
- สภาการพยาบาล. (2549). ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปี 2549-2558. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2551). ทางออกวิกฤตพยาบาล. ใน การประชุมวิชาการ ปี 2551. หน้า 1-6. 24 - 26 ธันวาคม พ.ศ. 2551. ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร.
- สรรธวัช อัสวเรืองชัย. (2546). บทความทบทวนทางวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย. ในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล. **Patient safety: concept and practice.** นนทบุรี: ดีไซน์.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2547). กระบวนการพัฒนา Evidence – based practice. ในเอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง Evidence – based practice: มิติใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- สิริรัตน์ นัตรชัยสุชา, ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ และณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2550). ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล **Basic skills in nursing**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาก และชวนพิศ ทำนอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต **Critical care nursing**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สุชาดา เศษะสุนันท์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา ทาอ้อ. (2551). ผลของโปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ต่อจำนวนวันส่องไฟและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมิตรา เวฬุวนารักษ์, วิภาดา คุณาวิคติกุล และชรินทร์ตน พุทธปวน. (2539). การนำผลการวิจัยทางการพยาบาลไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์. พยาบาลสาร 23: 48-59.
- อภิรดี แสงศิริโรจน์. (2545). การศึกษาอัตราค่าต้นทุนบุคลากรทางการพยาบาล ตามกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมทั่วไป: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิรดี เหมะจุฑา และปรีชา มณฑกานติกุล. (2549). ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Medication Error). ใน ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนพล และปรีชา มณฑกานติกุล. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน.
- อรรวรรณ คล้ายพยัฒ. (2549). การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉริช อุยยะพัฒน์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน กับความสุขในการทำงาน ตามการรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุษาวดี อิศรวิเศษ. (2548). แนวทางการปฏิบัติในห้องผ่าตัด: Evidence-based practice. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 8: การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด, ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.

### ภาษาอังกฤษ

Aari, R. L., Tarja, S., and Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. **Intensive and Critical Care Nursing** 24: 78-89.

Adams, M. P., and Koch, R. W. (2010). **Pharmacology connections to nursing practice**. New Jersey: Pearson education Inc.

Adams, M. P., Holland, L. N., and Bostwick, P. M. (2008). **Pharmacology for nurses**. 2<sup>nd</sup> ed. New jersey: Prentice Hall.

Alberta Association of Registered nurse. **Survey results demonstrate improved nurse job satisfaction** [On line]. (2005). Available from: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3929/is\\_n13643140](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3929/is_n13643140) [2011, July 20]

American Association of Critical Care Nursing. **Standards for acute and critical care Nursing practice** [Online]. (2008). Available from: <http://www.classic.aacn.org/AACN/practice.nst> [2011, July 12]

American Association of Critical Care Nursing. (2009). **AACN advanced critical care nursing**. Missouri: Saunders.

Anderson, D. J., and Webster, C. S. (2001). A systems approach to the reduction of medication error on the hospital ward. **Journal of Advanced Nursing** 35(1): 34-41.

Boswell, C., and Cannon, S. (2011). **Introduction to nursing research incorporating evidence-based practice**. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.

- Bregen, M. A. (1993). Nurse' s job satisfaction: A meta-analysis of related variables. **Nursing Research** 42(1): 36-41.
- Brett, J. (1987). Use of nursing practice research finding. **Nursing Research** 36: 344-349.
- Briones, T., and Bruya, M. (1990). The professional imperative: Research utilization in the search for scientifically based nursing practice. **Focus on Critical Care** 17: 78-81.
- Broyles, B. E., Reiss, B. S., and Evans, M. E. (2007). **Pharmacological aspects of nursing care**. 7<sup>th</sup> ed. New York: Thomson Delmar learning.
- Bucknall, T., et al. (2001). Evidence based practice: Are critical care nurses ready for it. **Australian Critical Care** 14(3): 92 - 98.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2009). **The practice of nursing research appraisal synthesis and generation of evidence**. 6<sup>th</sup> ed. Missouri: Saunders Elsevier Inc.
- Cabello, C. C. (1990). Six stepping stones to better management. **Nursing Management** 30(40): 39-40.
- Camire, E., Moyen, E., and Stelfox, H.T. **Medication errors in critical care: Risk factors, prevention and disclosure**[On line]. (2009). Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full> [2010, March 20].
- Chulay, M., and Burns, S. M. (2010). **AACN essentials of critical care nursing**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The McGraw-Hill.
- Cohen, M. R. (2010). **Medication error**. Washington: American Pharmacists Association.
- Covell, C. L. (2010). Can civility in nursing work environments improve medication safety. **The Journal of Nursing Administration** 40(7): 300-307.
- Coyle, L. A., and Sakop, A. G. (1990). Innovation adoption behavior among nurse. **Nursing Research** 39(3): 176-180.
- Davidson., et al. (2001). Quality use of medicines (QUM) in critical care: An imperative for best practice. **Australian Critical Care** 14(3): 122 – 126.
- Downie, G., Mackenzie, J., and Williams, A. (2003). **Pharmacology and medicines management for nurses**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Elsevier limited.

- Dunn, V. D., et al. (2000). The development of competency standards for specialist critical care nurses. **Journal of Advanced Nursing** 31(2): 339-346.
- Fahimi, F., et al. (2008). Errors in preparation and administration of intravenous medication in the intensive care unit of a teaching hospital: An observational study. **Australian Critical Care** 21: 110-116.
- Ganong, J. M., and Ganong, W. L. (1980). **Nursing management**. 2<sup>nd</sup> ed. London: An Aspen.
- Greenstein, B., Gould, D., and Trounce, J. (2004). **Trounce' clinical pharmacology for nurses**. 17<sup>th</sup> ed. New York: Elsevier.
- George, J. M., and Jones, G. R. (2005). **Understanding and managing organizational behavior**. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Hatler., et al. (2006). Using evidence and process improvement strategies to enhance healthcare outcomes for the critically ill: A pilot project. **American Journal of Critical Care** 15 (6): 549-554.
- Heater, B. S., Becker, A. M., and Olson, R. K. (1988). Nursing intervention and patient outcomes: A meta-analysis of studies. **Nursing Research** 37(5): 303-307.
- Health Care Association of New Jersey. Medication management guideline [Online]. (2007). Variable from: <http://www.guideline.gov/content.aspx> [2011, August 12].
- Henry, K. M., and Foureur, M. (2007). A secondary care nursing prospective on medication administration safety. **Journal of Advanced Nursing** 60(1): 58-66.
- Jones, S. W. 2009. Reducing medication administration errors in nursing practice. **Nursing Standard** 23 (50): 40-46.
- Kaplow, R., and Relf, M. (2009). **Critical care nursing a holistic approach**. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kelly, J. G. (1988). Staff stress in critical care units. **Australian Health Review** 11: 152-169.
- Kopp, B. J., et al. (2006). Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: Direct observation approach for detection. **Critical Care Medicine** 34(2): 415-424.
- Larrabee, J. H. (2009). **Nurse to nurse: Evidence – based practice**. New York: McGraw – Hill.

- Lilley, L. L., Harrington, S., and Snyder, J. S. (2005). **Pharmacology and the nursing process**. 4<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby.
- Lu, H., While, A. E., and Barriball, K. L. 2005. Job satisfaction among nurse: A literature review. **International Journal of Nursing Studies** 42(3): 211-227.
- Mcintyre, L. J., and Courey, T. J. (2007). Safe medication administration. **Journal Nurse Care Quality** 22(1): 40 - 42.
- Mock, V. (2003). Clinical excellence through evidence – based practice: Fatigue management as a model. **Oncology Nursing Management** 17: 401-410.
- Mullins, L. J. (1999). **Management and organization behavior**. 5<sup>th</sup> ed. London: Financial times Pitman.
- Pape, T. M., et al. (2005). Innovative approaches to reducing nurses distractions during medication Administration. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 36(3): 77-86.
- Pilot, D. F. and Beck, C. T. (2008). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice**. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Popescu, A., et al. (2011). Multifactorial influences on and deviations from medication administration safety and quality in the acute medical/surgical context. **Worldviews on Evidence-Based Nursing** 4(1): 15-24.
- Reavy, K. and Tavernier, S. (2008). Nurses reclaiming ownership of their practice: Implementation of an evidence-based practice model and process. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 39(4): 166-172.
- Ring, N., et al. (2005). Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. **Journal of Clinical Nursing** 14: 1048-1058.
- Robbins, S. P. (2001). **Organizational behavior**. 9<sup>th</sup> ed. New Jersey. Prentice-Hall.
- Robbins, S. P. (2009). **Organizational behavior**. 13<sup>th</sup> ed. New Jersey. Prentice-Hall.
- Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. G., and Hease, A. M. (1978). Nurse' s satisfaction with their work situation. **Nursing Research** 27: 114-120.



- Sole, M. L., Klein, D. G., and Moseley, M. J. (2005). **Introduction to critical care nursing**. Philadelphia: Elsevier's Health Sciences Rights Department.
- Spector, P. E. (1997). **Job satisfaction: Application assessment cause and consequence**. London: SAGE.
- Steers, R. M., and Porter, L. W. (1987). **Motivation and work behavior**. 4<sup>th</sup> ed. Singapore: McGraw-Hill.
- Stetler, C. B., et al. (1998). Evidence - based practice and role of nursing leadership. **Journal of Nursing Administration** 28(7/8): 45-53.
- Stetler, C. B. (2001). Updating the settler model on research utilization to facilitate evidence - based practice. **Nursing Outlook** 49(6): 272-279.
- Tissot, E., et al. (2003). Observational study of potential risk factors of medication. **Pharm World Sci** 25(6): 264-268.
- The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. (2007). Characteristics of clinical indicator. **Quality Review Bulletin** 15(11): 330-339.
- The Joanna Briggs Institute (JBI). (2009). Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. **Best Practice** 13(2): 9-12.
- The Joanna Briggs Institute (JBI). (2010). Roles and systems for routine medication administration to prevent medication errors in hospital-based acute care setting. **Best Practice** 14(4): 1-4.
- The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. **National council focuses on coordinating error reduction efforts** [Online]. (1998). Available from: [http://www.corexcel.com/courses3/body.prevent medication errors](http://www.corexcel.com/courses3/body.prevent%20medication%20errors) [2011, July 25].
- The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. **Strategies to prevent medication errors**. [Online]. (2002). Available from: [http://www.corexcel.com/courses3/body.prevent medication errors](http://www.corexcel.com/courses3/body.prevent%20medication%20errors). [2011, July 25].

- The National Council on Patient Information and Education Massachusetts coalition for prevention of medication errors. **Improving medication safety: consumer information** [On line]. (2002). Available from: <http://www.aha.org/medicationsafety/resources./consumer.asp>. [July 25, 2011].
- Tromp, Natsch, and Achterberg. (2009). The preparation and administration of intravenous drugs before and after protocol implementation. **Pharm World Sci** 31(1): 413-420.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., and Lough, M. E. (2002). **Talent' s critical care nursing: Diagnosis and management**. St. Louis: Mosby.
- U.S. Pharmacopeia. (2004). **USP the medication use process** [Online]. Available from: [http://www.usp.org/pdf/EN/patientsafety/medication use process.pdf](http://www.usp.org/pdf/EN/patientsafety/medication%20use%20process.pdf). [2011, July 25].
- Valentin, A., et al. (2009). Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: Multinational prospective study. **British Medical Journal** 113(10): 814-822.
- William, L., and Wilkins. (2004). **Critical care nursing made incredibly easy**. New York: Wolters Kluwer.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ทวนทศพร สุวรรณจูงทะ	ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท 2
2. นางนิภาวรรณ ศิริประเสริฐ	ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลอาวุโส โรงพยาบาลพญาไท 2
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูล นันทชัยพันธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สมบัติแก้ว	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล พื้นฐานและบริหารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
5. นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์	ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

## ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย  
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ที่ ศษ 0512.11/0035



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพญาไท 2  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวงนุช หอมเนียม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหาราค่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ทวนทศพร สุวรรณจูฑะ ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
2. นางนิภาวรรณ ศิริประเสริฐ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลอาวุโส

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาผู้นิสิต

นายแพทย์ทวนทศพร สุวรรณจูฑะ และ นางนิภาวรรณ ศิริประเสริฐ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

นางสาวงนุช หอมเนียม โทร. 084 - 0266040

ที่ ศษ 0512.11/0035



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงนุช หอมเนียม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูต นันทชัยพันธ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีติดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูต นันทชัยพันธ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวนงนุช หอมเนียม โทร. 084-0266040



ที่ ศธ 0512.11/011๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕๐ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงนุช หอมเนียม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารขาดดุลบริการความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนิษฐอร วชิรสวัสดิ์ ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนิษฐอร วชิรสวัสดิ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ผู้นิสิต

นางสาวนงนุช หอมเนียม โทร. 084-0266040

ที่ ศธ 0512.11/0035



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น II  
ถนนพระราม I แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงนุช หอมเนียม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สมบัติแก้ว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สมบัติแก้ว

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวนงนุช หอมเนียม โทร. 084 - 0266040

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสภาน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 072/2555

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 015.1/55 : ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารขาดปฏิบัติการความ  
คลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนงนุช หอมเนียม  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 เมษายน 2555

วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 015.1 / 55  
วันที่รับรอง 30 เม.ย. 2555  
วันหมดอายุ 29 เม.ย. 2556

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารอื่นๆ ร่วมวิจัย (เช่นมี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีกรณีที่ยื่นแปลผลการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งแบบรายงานวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ที่ ศธ 0512.11/ 0373



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอลาอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 2

เนื่องด้วย นางสาวนงนุช หอมเนียม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 18 คน โดยใช้บันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงนุช หอมเนียม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*Gav*  
*ave*  
6-3-55

*สมพร รัชชกุล*

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวนงนุช หอมเนียม โทร. 084 - 0266040

- - - 1/5



ที่ ศธ 0512.11/ 0125



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

23 มกราคม 2555

เรื่อง ขอลาอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 3

เนื่องด้วย นางสาวนงนุช หอมเนียม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารขาดดุลบริการความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในพยาบาลวิชาชีพพระคัมภ์ปฏิบัติกร จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้บัณฑิต จะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงนุช หอมเนียม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร. 0-2218-1149

ข้อนิสิต

นางสาวนงนุช หอมเนียม โทร. 084 - 0266040

**ภาคผนวก ค**

**ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

## แผนการอบรม ชุดที่ 1

เรื่อง	การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
วิธีการอบรม	การบรรยาย อภิปราย ระดมสมอง กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ
วิทยากร	นางสาวนงนุช หอมเนียม
ผู้รับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน
วันและเวลา	วันที่ 8 มีนาคม 2555 เวลา 08.00-16.00 น. และวันที่ 9 มีนาคม 2555 เวลา 08.00-16.00 น.
สถานที่	ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ชั้น 3 อาคาร 1 โรงพยาบาลพญาไท 2
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความสามารถดังนี้
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับหลักการบริหารยา</li><li>2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน</li><li>3. มีความสามารถสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li></ol>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างบรรยากาศด้วยการเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ</li> <li>- พิธีเปิดการอบรม</li> <li>- กิจกรรมที่ 1 “เพราะเราคือ...พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดเพลงมาร์ชพยาบาลและให้ผู้เข้ารับการอบรมทยอยลงทะเบียนและเข้าสู่ห้องประชุม</li> <li>- ผู้วิจัยกล่าวรายงาน</li> <li>- ประธานกล่าวเปิดการอบรม</li> <li>- วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน</li> <li>- วิทยากรดำเนินวิธีการอบรมตามใบงานกิจกรรมที่ 1 เรื่อง “เพราะเราคือ...พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นซีดีเพลงบรรเลง</li> <li>- คำกล่าวรายงานและคำกล่าวเปิดการอบรม</li> <li>- ใบงานกิจกรรมที่ 1 “เพราะเราคือ...พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแสดงความคิดเห็นของแต่ละบุคคลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม</li> <li>- ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงบทบาทสำคัญของพยาบาล</li> </ul>



## แผนการอบรม ชุดที่ 2

เรื่อง	แนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
วิธีการอบรม	อภิปราย ระดมสมอง กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ
วิทยากร	นางสาวนงนุช หอมเนียม
ผู้รับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 จำนวน 18 คน
วันและเวลา	วันที่ 9 มีนาคม 2555 เวลา 08.00-16.00 น. และวันที่ 13 มีนาคม 2555 เวลา 08.00-16.00 น.
สถานที่	ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ชั้น 3 อาคาร 1 โรงพยาบาลพญาไท 2
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความสามารถดังนี้
	4. สามารถวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่คัดสรรค้จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
	5. สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ได้</p> <p>2. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถร่วมกันกำหนดแนวทางการ</p>	<p>- สร้างบรรยากาศด้วยการเปิดเพลงมาร์ชพยาบาล</p> <p><b>ขั้นนำ</b></p> <p>- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ก่อนเริ่มกิจกรรมการอบรม “ของขวัญสำหรับคนโชคดี”</p> <p><b>ขั้นดำเนินการ</b></p> <p>- ผู้เข้ารับการอบรมดำเนินการร่วมกันพัฒนาแนวทางในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต</p>	<p>- เปิดเพลงมาร์ชพยาบาลขณะที่ผู้เข้ารับการอบรมทยอยมาลงทะเบียนและเข้าสู่ห้องประชุม</p> <p>- วิทยากรกล่าวคำทักทายและเกริ่นนำเข้าสู่การอบรมในวันที่ 2</p> <p>- วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมนั่งเป็นวงกลม</p> <p>- วิทยากรช่วยเสริมในเรื่องข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ “ของขวัญสำหรับคนโชคดี”</p> <p>- ให้ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละกลุ่มปฏิบัติตามคำชี้แจงที่อยู่ในกล่องของขวัญ</p> <p>- วิทยากรแบ่งผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มๆละ 3 คน</p> <p>- วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมดำเนินการร่วมกัน</p>	<p>- แผ่นซีดีเพลงมาร์ชพยาบาล</p> <p>- เครื่องเสียง</p> <p>- ใบงานกิจกรรมที่ 6 “ของขวัญสำหรับคนโชคดี”</p> <p>- เครื่องเสียง</p> <p>- แผ่นเพลง</p> <p>- กล่องของขวัญจำนวน 5 กล่อง</p> <p>- Power point แสดงรายละเอียดขั้นตอนกระบวนการใช้</p>	<p>- จากการสังเกตการมีส่วนร่วมและการอภิปรายของผู้เข้ารับการอบรม</p> <p>- ผลของกิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันทำที่สามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม</p> <p>- การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม โดยให้ความสนใจและ</p>

คู่มือ

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

**EVIDENCE-BASED PRACTICE ON MEDICATION  
ADMINISTRATION IN INTENSIVE CARE UNIT**

โดย

นางสาวนงนุช หอมเนียม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

คู่มือ “การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต” เล่มนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตใช้เป็นแนวปฏิบัติในการบริหารยา ซึ่งเป็นการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดจากผลการวิจัย ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ปฏิบัติงานและความต้องการของผู้รับบริการ มาใช้กำหนดเป็นแนวทางให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับการบริหารยาเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด และมีคุณภาพการพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ผู้จัดทำขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาคู่มือ ผู้จัดการแผนก และเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 ทุกคนที่มีส่วนร่วมในการสร้างคู่มือเล่มนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับได้แนวทางในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ

**นางนุช หอมเนียม**

**ผู้จัดทำ**

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล**

**อาจารย์ที่ปรึกษา**

## สารบัญ

	หน้า
<b>ส่วนที่ 1</b>	
วัตถุประสงค์	1
ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์	1
ความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์	2
กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	3
ขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	4
กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พัฒนาแนวปฏิบัติ	5
การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต	
ความหมายของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	6
<b>ส่วนที่ 2</b>	
แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต	7
สรุป	12
รายการอ้างอิง	13
<b>ส่วนที่ 3</b>	
การวิเคราะห์และการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต	14

**ตัวอย่างแบบกำกับการทดลอง**  
**เรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต**

ชื่อผู้สังเกต.....

ชื่อผู้ได้รับการสังเกต.....

วันที่.....เวลา.....

**คำชี้แจง** เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพภูมิกานันท์ที่พบเห็นโดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องทางขวามือทำข้อย่อยการโดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางในการบริหารยา

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพไม่ปฏิบัติตามแนวทางในการบริหารยา

ไม่มีสถานการณ์ หมายถึง ไม่มีสถานการณ์นั้นๆตามแนวทางในการบริหารยา

รายการ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์
<b>การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการบริหารยา</b> 1. หลังจากที่แพทย์สั่งยาให้ตรวจสอบความชัดเจนของใบสั่งยาทุกครั้งโดยการอ่านออกเสียงชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา วิธีทางให้ยาและเวลาที่ต้องให้ยา 2. ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรกจะต้องมีการตรวจสอบใบคำสั่งยาของแพทย์กับใบ MAR ทุกครั้ง 3..... .....			
<b>การปฏิบัติการพยาบาลขณะบริหารยา</b> 1. จัดให้มีการบริหารยาแบบข้างเตียงผู้ป่วยโดยนำยาใส่รถเข็นไปเตรียมยาและบริหารยาที่ข้างเตียงผู้ป่วยในทุกกรณี 2. การบริหารยาจะต้องทวนชื่อผู้ป่วย จากป้ายชื่อมือและชื่อยาตรงกันทุกครั้ง โดยจะไม่ใช่เลขที่ห้อง หรือเตียง 3. .... .....			

รายการ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มีสถานการณ์
<p><b>การปฏิบัติโรงพยาบาลหลังบริหารยา</b></p> <p>1. ต้องมีการแนะนำ อธิบายยาและอาการที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <p>2. ติดตามอาการข้างเคียง ผลที่ได้รับหลังการบริหารยาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ และทำการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น</p> <p>3. ....</p> <p>.....</p>			

ตัวอย่างแบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง โปรดบันทึกจำนวนความคลาดเคลื่อนทุกครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาให้ตรงกับประเภทของความคลาดเคลื่อน

วันที่	ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล							หมายเหตุ
	Wrong time	Wrong patient	Wrong dose	Wrong drug	Wrong route	Wrong document	Wrong reason	

- 1. Wrong time หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิดเวลา
- 2. Wrong patient หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิดคน
- 3. Wrong dose หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิดขนาด
- 4. Wrong drug หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิดชนิด

- 5. Wrong route หมายถึง การให้ยาผู้ป่วยผิดทาง
- 6. Wrong document หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึก
- 7. Wrong reason หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการให้ยาผิดเหตุผลการรักษา

หมายเหตุ

.....  
 .....



**ตัวอย่างแบบสอบถาม**  
**เรื่อง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเพื่อประกอบวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต” ซึ่งประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 21 ข้อ

**โปรดอ่านคำอธิบายและคำแนะนำการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม**

1. ไม่ต้องเขียน ชื่อ-นามสกุล ของท่านลงในแบบสอบถาม
2. ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้
3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
4. แบบสอบถามชุดนี้เป็นการแสดงความคิดเห็นของท่านไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดแต่อย่างใดทั้งสิ้น
5. ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างสูงในการทำวิจัยครั้งนี้
6. คำตอบของท่านทุกข้อจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ
7. ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

**การวิเคราะห์และผลการวิจัยที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีกระบุชื่อของ**

ขอแสดงความนับถือ

นนุช หอมเนียม

นิติติปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์ 08 4026 6040

**แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน**
**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง  
ที่เว้นไว้ตามความเป็นจริงแต่ละข้อความเพียงข้อความเดียว

1. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนให้ปัดเป็นปี)
2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล.....ปี (เกิน 6 เดือนให้ปัดเป็นปี)
3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 2 เป็นเวลา .....ปี (เกิน 6 เดือนให้ปัดเป็นปี)
4. สถานภาพสมรส
  - โสด
  - คู่
  - หม้าย / หย่า
  - แยกกันอยู่
5. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
  - ปริญญาตรี
  - ปริญญาโท
  - อื่น ๆ (ระบุ.....)
6. ประสบการณ์ในการนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
  - เคย
  - ไม่เคย
7. ประสบการณ์ในการสืบค้นข้อมูลทางการพยาบาลจากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์
  - เคย
  - ไม่เคย
8. ประสบการณ์ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน
  - เคย
  - ไม่เคย

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือท้ายข้อรายการที่เห็นตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

- |                    |         |   |
|--------------------|---------|---|
| 1 = พอใจน้อยที่สุด | หมายถึง | ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อยที่สุด (0-24%)  |
| 2 = พอใจน้อย       | หมายถึง | ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับน้อย (25-49%)       |
| 3 = พอใจปานกลาง    | หมายถึง | ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง (50-74%)    |
| 4 = พอใจมาก        | หมายถึง | ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับมาก (75-89%)        |
| 5 = พอใจมากที่สุด  | หมายถึง | ข้อความในรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านในระดับมากที่สุด (90-100%) |

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		1	2	3	4	5
1	ด้านวิธีการปฏิบัติงาน ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ของการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตให้ เกิดประสิทธิภาพทางการพยาบาลที่ชัดเจน					
2	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางใน การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย					
3	..... ..... .....					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		1	2	3	4	5
8	<b>ด้านลักษณะงาน</b> ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงานได้อย่างอิสระภายใต้ความรับผิดชอบของตนเองอย่างเต็มที่					
9	ท่านสามารถบริหารจัดการงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง					
10	..... ..... .....					
15	<b>ด้านการติดต่อสื่อสาร</b> ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกับเพื่อร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ					
16	หน่วยงานของท่านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกันเพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพดีอย่างต่อเนื่อง					
17	..... ..... .....					

ภาคผนวก ง

โครงการจัดการอบรม

## โครงการจัดการอบรม

### เรื่อง “การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต”

#### หลักการและเหตุผล

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประกอบกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันแล้วรัฐบาลยังมีนโยบายส่งเสริมให้ชาวต่างประเทศเข้ามารับบริการสุขภาพในประเทศ เพื่อหวังผลด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เกิดการฟ้องร้องตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้องค์กรสุขภาพต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การบริการมีคุณภาพที่ดีแล้วยังต้องมุ่งเน้นการประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย ดังนั้นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการปฏิบัติ และนวัตกรรมอย่างกว้างขวาง ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุดทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นเลิศต่อไปจึงมีความจำเป็นอย่าง

การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ คือ การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) จะเป็นการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดจากผลการวิจัย ประสพการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ปฏิบัติงานและความคิดเห็นของหรือความต้องการของผู้รับบริการ มากำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติหรือใช้ในการตัดสินใจเลือกให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับ ผู้บริการ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ใช้ความคิดอิสระในการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการได้ สามารถสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ และยืนยันถึงประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งในปัจจุบันทุกโรงพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญและมีการสนับสนุนให้พยาบาลทุกหน่วยงานนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น และนำมาเป็นนโยบายในการปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพ และเกิดประสิทธิผลของหอผู้ป่วย เพื่อให้มีคุณภาพการพยาบาลมากขึ้น

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้โดยนำมาพัฒนาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวนงนุช หอมเนียม นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ผู้เข้ารับการอบรม

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท2 จำนวน 18 คน โดยแบ่งผู้เข้า ฝึกอบรมออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 9 คน

### ระยะเวลาการฝึกอบรม

ฝึกอบรม วันละ 8 ชั่วโมง โดยทำการอบรม 2 กลุ่มๆละ 2 วัน กลุ่มแรกทำการอบรมใน วันที่ 8-9 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00 – 16.00 น. และกลุ่มที่ 2 ทำการอบรมในวันที่ 12-13 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 08.00 – 16.00 น.

### สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุม หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (CCU) อาคาร 1 ชั้น 9 โรงพยาบาลพญาไท 2

### วิธีการดำเนินการ

1. บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี สลับกับการอภิปรายและซักถาม เพื่อให้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. แบ่งกลุ่มลงมือปฏิบัติในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. ระดมสมอง วิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วย วิกฤต
4. ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
3. มีการประสานงานและเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลวิชาชีพมากยิ่งขึ้น เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น
4. เกิดการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถในการพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

### การประเมินผลโครงการ

1. มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับหลักการบริหารยา
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน
3. มีความสามารถสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. สามารถวิเคราะห์แนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่คัดสรรค้จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
5. สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์



**แบบประเมินการอบรมกลุ่มที่ 1**  
**เรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต**  
**วันที่ 8-9 มีนาคม 2555**  
**ณ ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ โรงพยาบาลพญาไท 2**

รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม (N=9)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
<b>ด้านหลักสูตร</b>			
เนื้อหาในการฝึกอบรมมีความเหมาะสม	3.52	0.52	มาก
สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	3.72	0.48	มาก
เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อการบรรยาย	3.38	0.75	ปานกลาง
เนื้อหา มีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ใช้	3.44	0.79	ปานกลาง
<b>ด้านวิทยากร</b>			
สามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เข้าอบรม	3.46	0.50	ปานกลาง
มีความพร้อมในการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เข้ารับการอบรม	3.38	0.40	ปานกลาง
สามารถตอบคำถามได้อย่างชัดเจน	3.35	0.48	ปานกลาง
รักษาเวลาในการอบรมได้เป็นอย่างดี	3.52	0.67	มาก
<b>ด้านความพร้อมของอุปกรณ์</b>			
เอกสารประกอบการอบรมมีเนื้อหาสมบูรณ์			
ครบถ้วน	3.50	0.77	มาก
สื่อการสอนมีความชัดเจนและน่าสนใจ	3.58	0.70	มาก
<b>ด้านความคุ้มค่าต่อการเข้ามารับการอบรมในครั้งนี้</b>			
คุ้มค่า	3.66	0.50	มาก
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน</b>			
	3.50	0.60	มาก

**แบบประเมินการอบรมกลุ่มที่ 2**  
**เรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต**  
**วันที่ 12-13 มีนาคม 2555**  
**ณ ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ โรงพยาบาลพญาไท 2**

รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม (N=9)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
<b>ด้านหลักสูตร</b>			
เนื้อหาในการฝึกอบรมมีความเหมาะสม	3.64	0.50	มาก
สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	3.64	0.50	มาก
เนื้อหาสอดคล้องกับหัวข้อการบรรยาย	3.56	0.81	มาก
เนื้อหา มีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ใช้	3.27	0.79	ปานกลาง
<b>ด้านวิทยากร</b>			
สามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เข้าอบรม	3.55	0.52	มาก
มีความพร้อมในการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เข้ารับการอบรม	3.50	0.47	มาก
สามารถตอบคำถามได้อย่างชัดเจน	3.56	0.50	มาก
รักษาเวลาในการอบรมได้เป็นอย่างดี	3.66	0.67	มาก
<b>ด้านความพร้อมของอุปกรณ์</b>			
เอกสารประกอบการอบรมมีเนื้อหาสมบูรณ์			
ครบถ้วน	3.53	0.69	มาก
สื่อการสอนมีความชัดเจนและน่าสนใจ	3.46	0.50	ปานกลาง
<b>ด้านความคุ้มค่าต่อการเข้ามารับการอบรมในครั้งนี้</b>			
คุ้มค่า	3.76	0.52	มาก
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน</b>			
	3.56	0.59	มาก

**ภาคผนวก จ**

**ผลการวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิจัย**

ตารางแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีการปฏิบัติงานก่อนและหลังการทดลอง (N=18)

ด้านวิธีการปฏิบัติงาน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
1. มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ	2.72	0.67	ปานกลาง	3.61	0.50	มาก	17	-4.531	.000
2. มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย	2.67	0.77	ปานกลาง	3.78	0.55	มาก	17	-5.236	.000
3. รู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานเพราะหน่วยงานมีคู่มือการปฏิบัติงาน	2.78	0.73	ปานกลาง	3.89	0.68	มาก	17	-4.370	.000
4. เสนอวิธีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานในหน่วยงานกับเพื่อนร่วมงานได้	2.89	0.83	ปานกลาง	3.61	0.50	มาก	17	-4.075	.001
5. มีโอกาสพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดี	3.28	0.96	ปานกลาง	3.67	0.69	มาก	17	-1.381	.185
6. มีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพยาบาลให้ปลอดภัย	3.50	0.62	มาก	4.22	0.65	มาก	17	-4.075	.001
7. หน่วยงานมีบรรยากาศเอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพดี	2.94	0.94	ปานกลาง	3.89	0.76	มาก	17	-3.449	.003
รวม	2.97	0.51	ปานกลาง	3.81	0.45	มาก	17	-5.673	.000

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะงานก่อนและหลังการทดลอง (N=18)

ด้านลักษณะงาน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
8. แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ	2.94	0.80	ปานกลาง	3.94	0.80	มาก	17	-3.431	.003
9. บริหารจัดการงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระ	3.17	0.51	ปานกลาง	3.94	0.54	มาก	17	-4.082	.001
10. วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบให้ได้รับความปลอดภัยได้อย่างเต็ม ความสามารถ	3.67	0.84	มาก	4.06	0.54	มาก	17	-2.122	.049
11. การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นงานที่ทำทนายความสามารถ	3.61	0.98	มาก	4.33	0.59	มาก	17	-3.010	.008
12. รู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย	3.39	0.92	ปานกลาง	4.28	0.67	มาก	17	3.496	-.003
13. รู้สึกภาคภูมิใจว่างานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย	3.56	0.78	มาก	4.44	0.51	มาก	17	-4.531	.000
14. นำความรู้จากงานวิจัยมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระ	3.22	0.732	ปานกลาง	3.83	0.79	มาก	17	-2.170	.045
รวม	3.37	0.55	ปานกลาง	4.12	0.33	มาก	17	-4.896	.000

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านการติดต่อสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง (N=18)

ด้านการติดต่อสื่อสาร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ			
15. มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	2.94	0.80	ปานกลาง	4.00	0.59	มาก	17	-4.486	.000
16. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงาน	3.00	0.69	ปานกลาง	3.89	0.68	มาก	17	-3.496	.003
17. เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ท่านสามารถพูดคุยและขอคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยได้	3.56	0.78	มาก	4.06	0.80	มาก	17	-1.584	.132
18. หน่วยงานมีการสื่อสารแบบเปิดเผย ตรงไปตรงมาถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ	3.17	0.79	ปานกลาง	4.00	0.59	มาก	17	-3.073	.007
19. หน่วยงานร่วมทำงานเป็นทีมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	3.33	0.91	ปานกลาง	4.06	0.54	มาก	17	-2.600	.019
20. เพื่อนร่วมงานรับฟังความคิดเห็นของท่านในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ	2.78	0.81	ปานกลาง	3.89	0.68	มาก	17	-4.165	.001
21. มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวกับสหวิชาชีพเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย	3.17	0.81	ปานกลาง	3.78	0.81	มาก	17	-2.374	.030
รวม	3.13	0.51	ปานกลาง	3.95	0.55	มาก	17	-4.122	.001

**ภาคผนวก ฉ**

**ตัวอย่างการวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์  
เรื่อง การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต**

**การวิเคราะห์และการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์**  
**เรื่อง “การบริหารยาในหอผู้ป่วยวิกฤต”**

ผู้แต่ง/ปี	การออกแบบงานวิจัย/ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีการดำเนินการ	ผลการศึกษา	การนำไปใช้
<p>1. Fahimi et al. (2008)</p> <p>- Errors in preparation and administration of intravenous medications in the intensive care unit of teaching hospital: An observational study</p>	<p>Observational study</p> <p>- ระดับ 3</p>	<p>- ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ประเทศอิหร่าน</p> <p>- เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจเยี่ยมพยาบาลในขณะที่เตรียมยาและบริหารยาฉีดในเวลาที่แตกต่างกันพร้อมกับการคำแนะนำ และบันทึกความคลาดเคลื่อนในระหว่างการตรวจเยี่ยมเปรียบเทียบกับแนวทางการปฏิบัติในการบริหารยาฉีดตาม Checklist ที่ได้กำหนดไว้</p>	<p>- พบความคลาดเคลื่อนการให้ยาฉีดในอัตราที่เร็วเกินกำหนดมากที่สุด ทั้งนี้พบว่า ช่วงเวลา 09.00 น. เป็นเวลาที่มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนมากที่สุด</p> <p>- ในกรณีที่ต้องให้ยาพร้อมกันหลายตัว การเตรียมยาและให้ยาฉีดที่ละตัวจนหมดก่อนให้ยาฉีดตัวต่อไปจะสามารถลดอุบัติการณ์ได้</p> <p>- การสุ่มเลือกพยาบาลในเวรนั้นๆ เพื่อคอยสังเกตการณ์ในการเตรียมยา/ให้ยาฉีด และการสนับสนุนให้รายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจะสามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนได้</p>	<p>- ในกรณีที่มีการเตรียมและการให้ยาฉีดพร้อมกันหลายตัว ให้เตรียมยาและให้ยาฉีดที่ละตัวจนยาหมดก่อนที่จะบริหารยาตัวต่อไป</p> <p>- ให้พยาบาลรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทุกครั้งภายในเวรนั้น</p> <p>- ให้พยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งเป็นบุคคลที่ถูกเลือกเพื่อคอยทำการตรวจสอบการเตรียมยาและให้ยาฉีดของพยาบาลในทีมพร้อมทั้งคอยให้คำแนะนำในการบริหารยา</p>



ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	แบบงานวิจัย/ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีการดำเนินการ	ผลการศึกษา	การนำไปใช้
<p>2. Tissot et al. (2003)</p> <p>Observational Study of potential risk factors of medication</p>	<p>Observational study</p> <p>- ระดับ 3</p>	<p>- ศึกษาในแผนกผู้ป่วยสูงอายุและแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจประเทศฝรั่งเศส</p> <p>- ทำการศึกษาถึง 3 สาเหตุของการเกิด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาดังนี้ 1) พยาบาลขาดแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการบริหารยา 2) ใบสั่งยาขาดความชัดเจน และ 3) พยาบาลมีภาระงานมาก</p>	<p>- พบความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดมากที่สุด รองลงมาเป็นผิดเวลา และผิดอัตราความเร็วการให้ยาตามลำดับ</p> <p>- ภาระงานของพยาบาลที่มากและใบสั่งยาไม่ชัดเจนเป็นสาเหตุหลักของการเกิด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา</p> <p>- การขาดการตรวจสอบป้ายชื่อของผู้ป่วยและการขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นปัจจัยการเกิด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา</p>	<p>- ให้มีการตรวจสอบป้ายชื่อของผู้ป่วยก่อนการบริหารยาทุกครั้ง</p> <p>- หลังจากแพทย์สั่งยาให้ตรวจสอบความชัดเจนของใบสั่งยากับแพทย์ทุกครั้งโดยการอ่านออกเสียงเพื่อทวนชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา และเวลาที่ ต้องการให้ยา</p>

ภาคผนวก ข

ภาพกิจกรรมการพัฒนาการบริหารยา



รูปที่ 1 บรรยายการอบรม



รูปที่ 2 ตั้งใจสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์



รูปที่ 3 แบ่งกลุ่มย่อยสรุปแนวทางการปฏิบัติ



รูปที่ 4 แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนงนุช หอมเนียม เกิดวันที่ 25 สิงหาคม 2525 ที่จังหวัดบุรีรัมย์ สำเร็จการศึกษา  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ สมทบ  
มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2548 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2552 ปัจจุบันปฏิบัติงานใน  
ตำแหน่งพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลพญาไท 2