

ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยง  
ของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน



นางสาวชวไล ชุ่มคำ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-9850-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF RISK PREVENTION TRAINING PROGRAM ON RISK MANAGEMENT  
ABILITY OF PROFESSIONAL NURSES, A CASE STUDY OF LERDSIN HOSPITAL



Miss Chavalai Chumkham

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

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2002  
ISBN 974-17-9850-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง ต่อความสามารถในการจัดการ  
ความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน  
โดย นางสาวชวไล ชุ่มคำ  
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชวไล ชุ่มคำ : ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน ( THE EFFECT OF RISK PREVENTION TRAINING PROGRAM ON RISK MANAGEMENT ABILITY OF PROFESSIONAL NURSES, A CASE STUDY OF LERDSIN HOSPITAL ) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล, 103 หน้า. ISBN 974-17-9850-4.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้น ศึกษาในกลุ่มเดิวก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยแผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยและแบบตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามดัชนีประยুক্ত (เอ็ม อี คิว) วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.746 ค่าดัชนีความยากของแบบสอบถามเท่ากับ 0.43 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.75 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที

### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.  
ปีการศึกษา.....2545.....

ลายมือชื่อนิติศ.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4277808936: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD : RISK PREVENTION TRAINING PROGRAM / RISK MANAGEMENT /  
PROFESSIONAL NURSES / DRUGS AND MEDICAL SUPPLIES

CHAVALAI CHUMKHAM :THE EFFECT OF RISK PREVENTION TRAINING  
PROGRAM ON RISK MANAGEMENT ABILITY OF PROFESSIONAL NURSES,  
A CASE STUDY OF LERDSIN HOSPITAL. THESIS ADVISOR: ASST. PROF.  
SUCHADA RATCHUKUL, Ed.D, 103 pp. ISBN 974-17-9850-4.

This research was conducted as a pre-experimental research, with one group pretest - posttest research design. The purpose of this research was to explore the difference of risk management ability among professional nurses at before and after risk prevention-related training program on risk management in medical unit. The subjects were 22 professional nurses in the medical unit of Lerdsin Hospital. The study tools consisted of risk management study plan, medical risk prevention guidelines and visiting form. The data were collected by using the Modified Essay Question ( MEQ ) for risk management ability of professional nurses. The reliability of study tools was also tested by Cronbach' Alpha Coefficient. It was found that the coefficient, the index of difficulty and the discrimination power were 0.746, 0.43 and 0.75 respectively. Statistical variables used in data analysis were mean, standard deviation and dependent t-test

The major findings were as follows :

The risk management ability of professional nurses in medical units after the risk prevention-related training program was significant higher than before the training at the .05 confidential level.

Field of study...Nursing Administration....

Student's signature.....

Academic year.....2002.....

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิดคำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ การเรียนการสอนที่มีคุณค่ายิ่ง

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาตรวจสอบ แก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเมตตาและห่วงใยเสมอมา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 23 ท่าน ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบ แก้ไขแผนการอบรม และแบบสอบอัตรณ์ประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนาวาเอกหญิงอาภรณ์ ชูดวง กราบขอบพระคุณผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลเลิดสินรวมถึงขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง ของโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลเลิดสิน ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้เงินทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลเลิดสิน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานและน้อง ๆ ทุกท่านที่ปฏิบัติงานแทนในบางช่วงเวลาที่ผู้วิจัยไม่ได้ปฏิบัติงาน

ท้ายสุดนี้ ขอรำลึกถึงพระคุณมารดา ที่ได้ล่วงลับไปแล้ว และขอกราบขอบพระคุณบิดาที่ ๆ และหลานสาวที่ให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่นและความเข้มแข็ง ตลอดจนให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านแก่ผู้ทำวิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

ชวไล ชุ่มคำ

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>10</b>
2.1 แนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.....	11
2.2 แนวคิดการบริหารความเสี่ยง.....	25
2.3 ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง.....	36
2.4 แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย.....	43
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
<b>บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>55</b>
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	63
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	<b>68</b>

## สารบัญ ( ต่อ )

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	73
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	74
5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	75
5.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป . . . . .	75
รายการอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	84
ภาคผนวก ข. สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	89
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	92
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	103

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

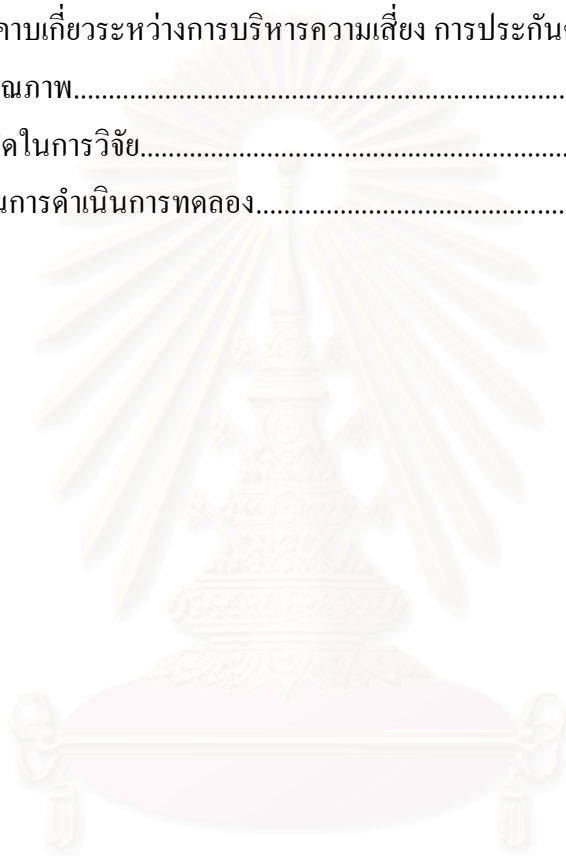
ตารางที่	หน้า
1	35
2	39
3	62
4	70
5	71

## สารบัญภาพ

หน้า

แผนภูมิที่

1	แสดงความคาบเกี่ยวระหว่างการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและ การพัฒนาคุณภาพ.....	35
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54
3	สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	67



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน มีการขยายตัวอย่างมากทั้งจำนวนเตียงและเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ประกอบกับประชาชนมีการศึกษา มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีความต้องการการบริการสาธารณสุขที่ดีเป็นเลิศ รวดเร็ว และมีความคาดหวังต่อการให้บริการเพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งทั้งภาครัฐบาลและเอกชนต้องเร่งปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (Hospital Accreditation) กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงกำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพร้อยละ 100 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ยิ่งไปกว่านั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้กำหนดในเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลว่า “ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนทุกแห่งต้องได้มาตรฐานภายในปี 2549” ดังนั้นจึงทำให้สถานพยาบาลและ โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งต้องเร่งรีบดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อสนองนโยบายหลักของชาติ

จากแนวการบริหารคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมของโรงพยาบาลนั้น จะเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Process) ซึ่งมีแนวทางว่าแต่ละโรงพยาบาลจะต้องมีกระบวนการคุณภาพ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ระดับที่ 2 การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ระดับที่ 3 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuos Quality Improvement) การให้บริการของโรงพยาบาลในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นต้องมีระบบการป้องกันความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกแง่มุม และทั้งโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล, 2543: 94) การนำแนวคิดการพัฒนาและรับรอง คุณภาพมาใช้โดยรับรองว่าโรงพยาบาลนั้นๆ มีระบบงานที่เป็นมาตรฐานและมีระบบการตรวจสอบ ตนเองที่เชื่อถือได้ ซึ่งไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วย ทุกรายจะปลอดภัยแต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่ จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญที่โรงพยาบาลต้องประกันให้ได้ว่ามีความเสี่ยงน้อยที่สุด (กฤษดา แสงดี, 2542: 38) ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การจัดการความเสี่ยงมีหลายอย่าง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการถ่ายโอนความเสี่ยง การลดความรุนแรงหลังเกิดเหตุการณ์ การแบ่งแยกความเสี่ยงหรือการสำรองทรัพยากร และการป้องกันความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงมีหลายประการ เช่น การมีแนวทางปฏิบัติขั้นตอนการดำเนินการ และแนวทางการดูแล และมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ โดยปรับปรุงให้ทันสมัยและแนะนำให้เจ้าหน้าที่รับทราบ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อเจ้าหน้าที่ตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขตหรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการ (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2543: 25)

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง การปฏิบัติเชิงการจัดการ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ในโรงพยาบาล โดยที่ การจัดการนี้เป็นไปเพื่อลดความถี่ของการเกิดความเสี่ยง ความรุนแรง และค่าใช้จ่าย (Marriner-Tomey; อ้างถึงใน มณีรัตน์ โภทชรัก, 2538: 48) กระบวนการของการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือการวินิจฉัย สืบค้นความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงรวมถึงการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงตลอดจนการถ่ายโอนความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Wilson, and Tingle, 1999: 54)

ในปัจจุบันประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้นและมีความคาดหวังบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สูงขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มจะกระทำความผิดทางจริยธรรมมากขึ้น ทำให้เกิดการร้องเรียนและการฟ้องร้องกันมากขึ้นทั้งต่อสื่อมวลชนและองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สภากาชาด การฟ้องร้องเป็นการแสดงให้เห็นถึงความไม่พึงพอใจ ความไม่เชื่อถือศรัทธาของผู้รับบริการที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ หรือต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งก่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาล จากการศึกษาของ ชูชัย สุภวงส์ พบว่าคดีความที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาจากปี พ.ศ. 2534 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 มีคดีความทั้งสิ้น 567 คดี และแพทยสภาตัดสินลงโทษทั้งหมด 204 คดี (เพ็ญฉาย ประทีปนากร, 2542) พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะทราบถึงความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง เป็นคนสำคัญที่อยู่ในทีมบริหารความเสี่ยง เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ (Peteet, 1983: 458) เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้นำ กิจกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติต่อผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและพยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมนี้เป็นประจำทุกวัน ๆ ละ หลายครั้ง คือการให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย คือ ถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกทาง ถูกเวลา และถูกเทคนิค ตลอดจนการจัดเก็บยาที่จำเป็น ไม่เสื่อมคุณภาพหรือหมดสภาพเร็วเกินไป ซึ่งใน สถานการณ์จริงพบว่ามีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการให้ยาไม่มากนักน้อย หากเกิดความผิดพลาดในการให้ยานี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจจะมี ความรุนแรงเล็กน้อย หรือ รุนแรงมาก ถึงแก่ชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

หรือบางรายอาจต้องย้ายเข้าไปอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนหรือกำหนดไว้ในแผนการรักษา มาก่อน รวมทั้งอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวมากขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

จากการรวบรวมข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเถิดเทิง ปีงบประมาณ 2544 ที่ผ่านมาพบว่า ความผิดพลาดในการให้ยาเป็นปัญหาที่มีรายงานอุบัติการณ์สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์เรื่องอื่นๆ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, 2544) และเนื่องจากหน่วยงานอายุรกรรมเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงมาก เพราะเป็นงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาในการบำบัดรักษาเป็นส่วนใหญ่ การบริหารจัดการเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงและแก้ปัญหาการให้ยาผู้ป่วยผิดพลาดในทางปฏิบัติควรได้มีแนวทางป้องกันความผิดพลาดในการให้ยาและย้าเตือนให้ทุกคนได้ปฏิบัติตามขั้นตอนทุกครั้งที่ใช้ยา ควรให้ผู้ให้ยาผิดพลาดได้มีโอกาสวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้ยา ได้พูดหรือเขียนในสิ่งที่ตนต้องระวังและคิดหาวิธี ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก (Roland, 1992 อ้างถึงในวรวรรณ เหนือคลอง และคณะ, 2540: 78) และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการพัฒนาทักษะความสามารถของบุคลากรพยาบาล การฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางปฏิบัติ และการพัฒนาความรู้ความสามารถ โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาร่วมกันเป็นทีม มีส่วนร่วมในการระดมสมองของทีม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานร่วมกันอย่างมีระบบ โดยร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ร่วมกัน

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น พยาบาลวิชาชีพควรมีความสามารถในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจที่จับใจถูกต้องด้วยเหตุและผล ทั้งนี้เพราะความรู้ต่างๆ ที่ได้เรียนมาเป็นความรู้ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ได้มาจากการศึกษา ภายใต้อาจารย์ที่สอนไม่พอสufficiant สำหรับการปฏิบัติงาน ถ้าปราศจากความสามารถในการแก้ไขปัญหา พยาบาลก็จะทำงานไปโดยอาศัยการท่องจำ ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความรู้นั้นไม่นานก็หมดไป แม้ว่าความรู้จะเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาล แต่ความสามารถในการประมวลข้อเท็จจริงเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ มีความสำคัญมากกว่า (Larkin and Backer, 1977: 1 อ้างถึงใน อารมณ์ ชูดวง, 2535: 1) การประมวลความรู้ ประสบการณ์ การคิดอย่างไตร่ตรอง รอบคอบ จะช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยงจากการปฏิบัติพยาบาล และหาสาเหตุกำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยงหรือควบคุมความเสี่ยงให้ลดลงหรือไม่เกิดขึ้นเลยในหอผู้ป่วยซึ่งเขาปฏิบัติงานอยู่

### คำถามของการวิจัย

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยงและใช้แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือไม่ ทั้งนี้

เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้าไปเป็นแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการหรือการปฏิบัติเชิงการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย อันเนื่องจากการได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลในโรงพยาบาลโดยการจัดการนี้ เพื่อลดความถี่ ความรุนแรงและค่าใช้จ่าย โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล นอกจากนี้การบริหารความเสี่ยงที่ได้ผลดีต้องมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่ทันต่อเหตุการณ์ (Swanburg, 1996: 609) การอบรมจึงเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพราะในสภาพความเป็นจริงพบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นสาเหตุของการถูกฟ้องร้องมาก ฉะนั้นหากบุคลากรในโรงพยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการฟ้องร้องได้ ดังนั้นเพื่อช่วยลดความสูญเสียของโรงพยาบาลลงจึงควรมีการอบรมการบริหารความเสี่ยง (Oppman, 1976: 16 อ้างถึงใน ทวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542: 5) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การป้องกันความเสี่ยงที่ได้ผลมากที่สุดคือการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ( กฤษดา แสงวดี, 2542: 44)

จากการรวบรวมข้อมูลด้านการรายงานอุบัติการณ์ปีงบประมาณ 2544 ของโรงพยาบาลเลิศสินพบว่าอัตราความผิดพลาดจากการให้ยามีความถี่และความรุนแรงสูงกว่าอุบัติการณ์ด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาล จึงนับว่าเป็นปัญหาความเสี่ยงที่จะต้องปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนจนเป็นความต้องการของโรงพยาบาลที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานและผ่านการรับรองคุณภาพจึงจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้วยการสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลโดยการเสริมความรู้เฉพาะทางให้แก่บุคลากรพยาบาลและพัฒนาความสามารถในการจัดการความเสี่ยงโดยพัฒนาความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ดังที่สร้อยตระกูล อรรถมนะ (2542: 443) กล่าวว่า การพัฒนาองค์การจะมุ่งใช้เทคนิคการแทรกแซงที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะขององค์การ แต่ถ้าหากการแทรกแซงที่ทำให้เกิดผลลึกซึ้งทางด้านอารมณ์มากที่สุดก็จะได้แก่การใช้เทคนิคของการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความละเอียดอ่อนในการรับรู้ (Sensitivity Training)

จากการศึกษาของ Cohen , Senders และDavis (1994) พบว่าสาเหตุของความผิดพลาดในการให้ยาผู้ป่วยเกิดขึ้นจากความบกพร่องในการปฏิบัติ หรือการขาดความรู้หรือทั้งสองสาเหตุร่วมกัน (Rowland, 1992 อ้างถึงใน วรวรรณ เหนือคลอง และคณะ, 2540: 78) ให้ความเห็นว่าในทางปฏิบัติแล้วการบริหารจัดการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ปัญหาการให้ยาผู้ป่วยผิดพลาด ควรมีแนวทางป้องกันความผิดพลาดในการให้ยาและการย้ำเตือนให้ทุกคนได้ปฏิบัติตามขั้นตอนทุกครั้งที่ใช้ยา ควรให้ผู้ให้ยาผิดพลาดได้มีโอกาสวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้ยา พุดหรือเขียนเกี่ยวกับสิ่งที่ทุกคนต้องระวัง และคิดหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก นอกจากนี้พยาบาลควรศึกษาหาความรู้อยู่เสมอเกี่ยวกับข้อควรระวังในการให้ยา ขนาดยา วิธีการให้ยา และผลข้างเคียง ซึ่งจะช่วยให้การให้ยาผิดพลาดน้อยกว่าพยาบาลที่ไม่ได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพราะการฝึกอบรมเป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน รวมทั้งความรับผิดชอบต่างๆที่บุคคลพึงมีต่อหน่วยงาน และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ปฏิบัติงาน (จกกลณี ชุติมาเทวินทร์, 2542:1) และการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ของบุคคลจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จิตใจ และการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ (Bloom, 1976:7-8)

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการฝึกอบรมแต่เนื่องจากผู้เข้าอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแล้ว เป็นการให้การศึกษาหลังวัยเรียนจึงใช้หลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learner) กล่าวคือ ผู้ใหญ่พร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่พึงพอใจและต้องการรู้ ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้เร็วกว่า หากได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมในการอบรม โดยเฉพาะหากมีการปฏิบัติจริง แทนที่จะเป็นการนั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการอบรมแบบให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยซึ่งเขาปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับ Calliari (1995 อ้างถึงใน วรวรรณ เหนือคลองและคณะ, 2540: 79) ที่ว่าพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการระดมความคิดหาแนวทางในการป้องกันความผิดพลาดในการให้ยา และคิดหาแนวทางในการป้องกันความผิดพลาดในการให้ยา และคิดหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการให้ยาได้อีก

แบบสอบ เอ็ม. อี. คิว. หรือแบบสอบอัตนัยประยุกต์ (Modified Essay Question Test หรือ MEQ) เป็นแบบสอบที่มีลักษณะเป็นการเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ แทรกคำถามเป็นระยะ ๆ ผู้สอบใช้ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อคิดหาคำตอบเองอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของความเป็นจริงสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้สอบได้แสดงความสามารถในการประยุกต์ความรู้ต่าง ๆ มาแก้ปัญหาทางคลินิก ซึ่งไม่สามารถใช้สถานการณ์จริงได้ (Feletti and Engle, 1980: 79 อ้างถึงใน อากรณี ชูดวง, 2535: 35) ซึ่งแบบสอบ เอ็ม. อี. คิว. หรือแบบสอบอัตนัยประยุกต์ เป็นแบบสอบที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความสามารถ

ในการคิดอย่างมีเหตุผลและการแก้ปัญหาการตัดสินใจและอาจใช้เพื่อทดสอบเจตคติได้ด้วย (จันทร์นิวัตร เกษมสันต์, 2538: 97 อ้างถึงใน สุปราณี การพึ่งตน, 2542: 46) จากการศึกษาตำราตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าส่วนมากจะใช้แบบสอบถาม เอ็ม. อี. คิว. วัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางคลินิกหรือทางการพยาบาล และความสามารถในการแก้ปัญหาทั่วไป ซึ่งมีแนวคิดคล้ายกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของ Wilson and Tingle (1999) คือการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ดังนั้นการที่จะวัดความสามารถในการจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถจัดการทำให้เกิดขึ้นจริงได้ แต่เป็นการกำหนดขึ้นมาได้ในสถานการณ์จำลองแล้วสอบถามในรูปแบบสอบถาม เอ็ม. อี. คิว. หรือแบบสอบถามอัตรัดนัยประยุกต์เพื่อนำไปวัดความสามารถในการแก้ปัญหของพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง และจากแนวคิดต่างๆดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาบุคลากรในด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพโดยใช้การฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์แล้วทดสอบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ

**จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้**

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังได้รับการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

### **ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) ศึกษาในกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ซึ่งการฝึกอบรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยและนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ไปปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสินเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2545

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 2.1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ



หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิงของโรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## 2.2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง จำนวน 22 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.2.1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

2.2.2. ประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ขึ้นไป

2.2.3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

3. ตัวแปรต้น ได้แก่ การฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง

4. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง** หมายถึง กิจกรรมการฝึกอบรมซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการในการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจและนำไปปฏิบัติจนเกิดความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ กิจกรรมการฝึกอบรมประกอบด้วยเนื้อหาการฝึก อบรมและวิธีการดังนี้

1. การฝึกอบรมเนื้อหาการป้องกันความเสี่ยง เป็นกิจกรรมการอบรมโดยใช้แผนการอบรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ใช้วิธีอบรมเชิงปฏิบัติการโดยมีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมอง และฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาฝึกอบรม 3 วัน วันละ 6 ชั่วโมง รวม 18 ชั่วโมง การอบรมแต่ละครั้งประกอบด้วยขั้นนำ ขั้นสอน และขั้นสรุป ดำเนินการอบรมตามแผนการอบรม 3 ชุด ๆ ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมสาระสำคัญ ดังนี้

ครั้งที่ 1 แนวคิดในการบริหารความเสี่ยง ความหมายของความเสี่ยง ความหมายของการบริหารความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย ความเสี่ยงกับการประกันและการพัฒนาคุณภาพ

ครั้งที่ 2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ 3 การใช้แนวทางป้องกันความเสี่ยง ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย การฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหาความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ด้วยกระบวนการบริหารความเสี่ยง

2. การนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ผ่านการอบรมไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยออกตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำปรึกษาพร้อมกับใช้แบบตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. การตรวจเยี่ยม ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานตามแนวทางตรวจเยี่ยมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงในระหว่างการปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย 6 สัปดาห์

**ความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์** หมายถึง โอกาสเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนของกระบวนการให้ยาเข้าไปในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยวิธีการเตรียมยา วิธีการให้ยา การจัดเก็บ การบำรุงรักษายาและเวชภัณฑ์ และการทำลายยาที่เหลือใช้ หมดอายุ หรือเสื่อมคุณภาพ

**ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง** หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้านความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ตลอดจนทักษะในการคิดพิจารณา ใตร่ตรอง และวิเคราะห์วิจารณ์เพื่อตัดสินใจแก้ไขปัญหาความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย โดยสามารถค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง จัดการกับความเสี่ยง และประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ซึ่งสามารถวัดหรือประเมินโดยใช้แบบสอบอรรถนัยประยุกต์ (Modified Essay Question) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวคิดในการสร้างแบบสอบอรรถนัยประยุกต์ของ Feletti และ Engle (1980 อ้างถึงใน อภรณ์ ชูดวง, 2535) ซึ่งความสามารถในการจัดการความเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **การค้นหาความเสี่ยง** หมายถึง การค้นหาเพื่อที่จะระบุความเสี่ยงซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ การบันทึกประสบการณ์ในอดีต คำร้องเรียนของผู้ป่วย ตลอดจนข่าวสารต่าง ๆ นำมาจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่

2. **การวิเคราะห์ความเสี่ยง หรือประเมินความเสี่ยง** หมายถึง การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะเกิดหรือเกิดขึ้นแล้วเพื่อค้นหาสาเหตุและผลกระทบต่อหน่วยงาน หรือต่อองค์กรอย่างไร ในเรื่องของความถี่ที่จะเกิดและความรุนแรงอย่างไร และความเป็นไปได้ที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้นสรุปสภาพปัญหาว่าอะไรคือความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไขหรือกำหนดการป้องกัน โดยเร็ว

3. **การจัดการกับความเสี่ยง** หมายถึง การกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง ลดความเสี่ยงตลอดจนการป้องกันความเสี่ยงมิให้เกิดขึ้นอีก

**4. การประเมินผล** หมายถึง การทบทวนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทั้งหมด โดยการติดตามเครื่องชี้วัด ซึ่งเป็นการนำผลที่ได้ดำเนินการหรือทำกิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านความเสี่ยงมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

**พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับบริหารหรือระดับปฏิบัติการของ โรงพยาบาลผลิติน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

**โรงพยาบาลผลิติน** เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ มีขนาด 485 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาผู้ป่วยทั่วไปประกอบด้วย แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกออร์โธปิดิกส์ แผนกกุมารเวชกรรม แผนกสูตินรีเวชกรรม และแผนกตา หู คอ จมูก

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อควบคุมหรือลดความเสี่ยงด้านการบริหารและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความตระหนัก และประสบการณ์ในการจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
  - 1.1 ความหมายและความจำเป็นของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
  - 1.2 กระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
  - 1.3 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
  - 1.4 หลักสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
  - 1.5 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยการฝึกอบรม
  - 1.6 การฝึกอบรม
2. แนวคิดการบริหารความเสี่ยง
  - 2.1 ความหมายของความเสี่ยง
  - 2.2 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
  - 2.3 ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 2.4 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย
  - 2.5 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
  - 2.6 การบริหารความเสี่ยงกับการประกันและการพัฒนาคุณภาพ
3. ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง
  - 3.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา
  - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง
  - 3.3 การวัดความสามารถในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง
  - 3.4 แบบสอบอัตรณ์ประยุกต์
4. แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

### 1.1 ความหมายและความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

#### 1.1.1 ความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ นับว่าเป็นงานที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับองค์กรในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคที่สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เกิดการแข่งขันกันอย่างมากมายในทุกองค์กร การก้าวต่อไปในอนาคตขององค์กรใด ๆ ล้วนต้องอาศัยงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นรากฐานทั้งสิ้น (พยอม วงศ์สารศรี, 2544: 146) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ไว้ดังนี้

Leonard (1989) ให้ความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่า หมายถึง การที่นายจ้างจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้แก่บุคลากรในช่วงระยะเวลาที่กำหนดเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้นและให้มีการพัฒนาในตัวบุคลากร

Swanburg (1996: 2) กล่าวถึงความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่าเป็นกระบวนการซึ่งเป็นการจัดการร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพ

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurses Association : ANA Quoted in O'conner, 1986 ) ( อ้างถึงใน ดวงพร เลิศทรัพย์อนันต์, 2543: 6) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การปฐมนิเทศ (Orientation) การให้ความรู้ในขณะปฏิบัติงาน (Inservice Education) และการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education) เพื่อจุดประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาในทุก ๆ ด้านให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง และหน่วยงาน

พงศ์ หรดาล ( 2539: 2 ) สรุปความหมายของการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นกิจกรรมการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เพื่อที่จะปรับปรุงและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและทัศนคติ อันเหมาะสมจนสามารถก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539: 56) ได้ให้ความหมายการพัฒนาบุคลากรหมายถึง กระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดนัย เทียนพุฒ (2543: 153) กล่าวว่า การพัฒนาพนักงาน เป็นลักษณะที่องค์กรเป็นผู้ดำเนินการเพื่อพนักงานที่มุ่งการวิเคราะห์ทำให้มั่นใจและช่วยก่อให้เกิดสิ่งใหม่ โดยผ่านการเรียนรู้เป็นการเพิ่มโอกาสให้แก่แต่ละบุคคล เติบโต ทำให้คนทำงานได้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ชูชัย สมितिไกร (2542: 6) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หรือการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยรูปแบบและวิธีการหลายชนิด ตัวอย่างเช่น การฝึกอบรม การหมุนเวียนงาน การดูงาน การสอน การให้การศึกษา ทั้งในแง่การส่งบุคลากรไปเรียนในสถานศึกษาหรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง การปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานและการส่งเสริมสุขภาพและการกีฬา เป็นต้น ดังนั้นการฝึกอบรมจึงมีความหมายที่แคบกว่าการพัฒนาบุคลากร หรืออาจกล่าวได้ว่าการฝึกอบรมเป็นวิธีการหนึ่งของการพัฒนาบุคลากร

พยอม วงศ์สารศรี (2544: 146) กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการดำเนินการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบให้มีคุณภาพ ประสพผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจแก่องค์กร

จากความหมายและคำจำกัดความของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาบุคลากรพยาบาลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการพัฒนาบุคลากรพยาบาลหมายความว่ากระบวนการพัฒนาบุคลากรพยาบาลตามที่หน่วยงานหรือบุคลากรเองร่วมกันจัดกระทำขึ้น โดยมีผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานให้เป็นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

### 1.1.2 ความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

ความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มาจากเหตุผลหลายประการ เช่น ความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทำให้เกิดช่องว่างของความรู้ ทุกหน่วยงานจะต้องมีการเตรียมพร้อมที่ดีที่สุด ซึ่งปัจจัยหลักก็จะเป็นเรื่องของการศึกษาและอบรม ทั้งนี้เพราะการศึกษา อบรมเป็นตัวชี้ขาดในการสร้างความแข็งแกร่งและสร้างกำลังคนที่มีความสามารถ ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการฝึกอบรมจะใช้ได้ผลดีที่สุดและเหมาะสมในกรณีต่อไปนี้ (จกกลณี ชูติมาเทวินทร์, 2542 : 7)

1. เมื่อหน่วยงานมีความต้องการทักษะที่เฉพาะเจาะจง
2. เมื่อบุคลากรยังมีทักษะไม่เพียงพอในงานนั้น ๆ
3. เมื่อบุคลากรยังปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐานความต้องการ
4. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีวิธีการ และเทคนิคใหม่ ๆ
5. เมื่อต้องการเตรียมกำลังคนเพื่อรองรับงานในอนาคต
6. เมื่อต้องการพัฒนามาตรฐานของงานให้สูงขึ้น

จากความหมายและความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ดังกล่าว จะเห็นว่า ปัญหาจากความเจริญก้าวหน้าในเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสารทำให้การบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรต้องนำมาเป็นตัวชี้วัดและปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องด้วยการปรับปรุงระบบงาน

รวมทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะเฉพาะให้แก่บุคลากรใน องค์กรให้เกิดความตระหนัก และสร้างโปรแกรมความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการหรือแนวทางป้องกันความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ แก่ องค์กร ผู้ใช้บริการและบุคลากร

## 1.2 กระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง ( ชูชัย สมितिไกร, 2542 อ้างถึงใน ดวงพร เลิศทรัพย์อนันต์, 2543: 12 –15) ได้อธิบายถึงกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่า ประกอบด้วยขั้นตอนในการดำเนินการ 6 ขั้นตอนคือ

**ขั้นตอนที่ 1** การหาความต้องการ หรือจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่ง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์กร (Organizational Analysis) เป็นการวิเคราะห์ที่เริ่มต้นด้วยการ ตรวจสอบเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขององค์กร รวมทั้งแนวโน้มต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ เป้าหมายเหล่านี้ ตรวจสอบบรรยากาศการทำงานภายในองค์กร (Organization Climate) และเป็นการ สสำรวจทรัพยากรที่มีอยู่ภายในองค์กร ซึ่งจำเป็นต่อการจัดโครงการพัฒนาให้บรรลุผลสำเร็จ

2. การวิเคราะห์ภารกิจและคุณสมบัติ (Task and Know, Skill, and Ability Analysis) คือ การวิเคราะห์ภารกิจซึ่งผู้รับการพัฒนาจะต้องปฏิบัติภายหลังการพัฒนาการวิเคราะห์นี้จะบ่งบอกว่า ผู้ปฏิบัติงานจะต้องทำอะไร อย่างไร และยังบ่งบอกอีกด้วยว่าผู้ปฏิบัติงานนั้นจะต้องมีความรู้ ทักษะ และ ความสามารถอะไรบ้างสำหรับการปฏิบัติงาน

3. การวิเคราะห์บุคคล (Personal Analysis) เป็นการวิเคราะห์ความรู้ความสามารถและ ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนว่าอยู่ในระดับใด

กิจกรรมทั้ง 3 สามารถใช้เครื่องมือ หรือวิธีการหาข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ได้ หลากหลายวิธี ดังนี้ (จิรัฐะ ประมวลพฤกษ์, 2538; วิจิตร อาวะกุล, 2540 )

1. การสังเกต (Observation) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้า เพราะเป็น ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร สังเกตได้เฉพาะในเวลาทำงานเท่านั้น โดยกำหนดแนวทางจัดทำเป็นเครื่องมือ ประกอบการสังเกต วิธีนี้ผู้ถูกวัดหรือสิ่งที่ถูกวัดกับผู้ถูกวัดไม่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กันเลยก็ได้ มีข้อดี คือได้ข้อมูลโดยตรงและไม่รบกวนผู้ถูกสังเกต

2. การสัมภาษณ์ (Interview) อาจทำได้ทั้งการสัมภาษณ์ปากเปล่า ซึ่งบรรยากาศเป็น ธรรมชาติและเป็นกันเอง ได้ข้อมูลที่แท้จริง แต่อาจไม่ครอบคลุมในสิ่งที่ต้องการ หรือการสัมภาษณ์ที่มี แบบสัมภาษณ์ประกอบ จะได้ข้อมูลตรงจุดหมาย แต่บรรยากาศจะไม่เป็นธรรมชาติแต่ข้อจำกัดของการ สัมภาษณ์คือ เสียเวลามาก วิเคราะห์ข้อมูลยาก

3. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยใช้ชุดคำถาม หรือรายการ หรือข้อความที่กำหนดขึ้นเพื่อวัดลักษณะบางประการที่ต้องการ หรือถามข้อเท็จจริงบางประการ จะมี 2 ลักษณะคือ แบบสอบถามที่กำหนดคำตอบให้เลือกกับแบบสอบถามที่ให้เขียนตอบ มีข้อดีคือได้จำนวนมากในเวลาสั้น ใช้ต้นทุนน้อย สรุปข้อมูลได้ง่าย แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น สร้างยาก และมักได้คำตอบกลับมาน้อย

4. การสำรวจ (Survey) โดยการใช้แบบสอบถามไปยังบุคลากรหรือทำการสัมภาษณ์ซึ่งจะทำให้ทราบว่าปัญหาอะไรบ้างที่เกิดขึ้นในองค์กร และปัญหาค้างกล่าวมีลักษณะของความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

5. การทดสอบ (Test) โดยมีชุดของข้อความ ที่ใช้วัดความรู้ที่สามารกำหนด คำตอบถูก - ผิด หรือกำหนดเป็นคะแนนมาก คะแนนน้อยได้ ซึ่งมีข้อดี คือ ช่วยกำหนดสาเหตุของปัญหาและเลือกบุคคลที่จะรับการพัฒนา แต่มีข้อจำกัดคือใช้ได้ในเหตุการณ์เฉพาะอย่าง ผลการทดสอบที่ได้อาจไม่ตรงกับงาน

6. การศึกษาจากเอกสาร (Documentary) โดยการค้นคว้าข้อเท็จจริงจากเอกสารที่มีอยู่ในองค์กร เช่น รายงานประจำเดือน ประจำปี รายงานการประชุม ฯลฯ มีข้อดี คือ ให้นำแนวทางที่ดีที่สุดในการค้นหาปัญหาแต่มีข้อจำกัดคือไม่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น

7. การประชุม (Meeting) ทำได้ 2 ลักษณะ คือประชุมผู้บังคับบัญชา หัวหน้า หน่วยงาน และหัวหน้าเจ้าหน้าที่ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคในการทำงาน มีข้อดีคือเป็นการพัฒนาไปในตัวและเปิดโอกาสให้วิเคราะห์แสดงความคิดเห็นข้อจำกัดคือใช้เวลามากวิเคราะห์และสรุปข้อมูลได้ยาก

8. การประเมินผลการทำงาน (Performance Appraisal) เป็นเครื่องมือสำคัญในการหาความต้องการในการพัฒนาคนทำงาน ซึ่งต้องใช้การวิเคราะห์ และประเมินผลการทำงานควบคู่กันไป มีข้อดีคือได้ข้อมูลตรงและเฉพาะ มองเห็นความจำเป็นในการพัฒนาสำหรับแต่ละคน ข้อจำกัดคือ ใช้เวลามาก ทำได้ยาก เพราะต้องมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนที่ 2** กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ในการพัฒนา (Objective) เมื่อทราบความต้องการ หรือจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แล้ว เริ่มดำเนินการด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ว่าจะพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไรในการปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนที่ 3** การเลือกวิธีการ (Methods) เลือกวิธีการที่เหมาะสมว่าควรจะทำดำเนินการด้วยวิธีใดเช่น การฝึกอบรม การสัมมนา การส่งไปดูงาน หรือศึกษาต่อ ทั้งนี้โดยพิจารณาว่าวิธีใดจะได้ผลรวดเร็วและคุ้มค่าที่สุด ซึ่งจะต้องคำนึงถึงลักษณะของปัญหาและวิธีการแก้ไขจำนวนทรัพยากรมนุษย์ที่จะต้องพัฒนาระยะเวลา งบประมาณ และข้อเท็จจริงอื่น ๆ

**ขั้นตอนที่ 4** การกำหนดโครงการ หมายถึง การจัดทำรายละเอียดโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแต่ละเรื่องว่ามีหลักการและเหตุผลอย่างไร จะดำเนินการอย่างไร จะใช้วิธีการใด กำหนดสาระสำคัญในการพัฒนา งบประมาณดำเนินการ แหล่งสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ



**ขั้นตอนที่ 5** การดำเนินการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ตามโครงการที่ได้กำหนดหรือจัดทำขึ้น เช่น การจัดฝึกอบรม หรือประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือการจัดส่งไปปฏิบัติงานตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ ตลอดจนการจัดกิจกรรมพัฒนางาน หรือพัฒนาองค์การ เพื่อให้ทรัพยากรมนุษย์ของ องค์การได้มีการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงจิตความสามารถดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ หรือมีความพร้อมต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

**ขั้นตอนที่ 6** การประเมินผล เป็นการติดตามผลการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่า ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด มีปัญหา อุปสรรค หรือข้อขัดข้องประการใดบ้าง รวมทั้งการติดตามดูว่าหน่วยงานและบุคคลนั้นได้รับประโยชน์จากโครงการที่ดำเนินการไปเพียงใด คุ่มค่าหรือไม่

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการขององค์การ และบุคลากร (Kelly – Thomas, 1998: 30 และ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534: 229 อ้างถึงใน ศรีสุรางค์ แสงแก้ว, 2542 : 36 ) ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญสรุปได้ดังนี้ คือ

1.2.1 การสำรวจความต้องการ (Assessment) เป็นการพิจารณาร่วมกันทั้งด้านความต้องการของหน่วยงานโดยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ และจากการประเมินการปฏิบัติงานรวมทั้งสภาพการณ์ทั่วไปในองค์การและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 การวางแผนจัดโปรแกรมในการพัฒนาบุคลากร (Planning) เป็นการจัดเตรียมโครงการกำหนดรูปแบบโครงการ และนำเสนอโครงการพัฒนาบุคลากร

1.2.3 การดำเนินงานตามโปรแกรมที่กำหนด (Implement) เป็นการดำเนินการ ขั้นตอนตามแผนการพัฒนาบุคลากรที่กำหนด

1.2.4 การประเมินผล (Evaluation) เพื่อเป็นการศึกษาว่าการดำเนินงานตามที่กำหนดมีปัญหาหรืออุปสรรคใดหรือไม่ ต้องมีการปรับปรุงในกิจกรรมใดรวมทั้งการติดตามผลของการพัฒนาตามโครงการที่ได้ดำเนินการ ไปแล้วนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของ โครงการมากน้อยเพียงใด

จากกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเถลิงในเรื่องการบริหารความเสี่ยง จึงได้จัด โปรแกรมการพัฒนาบุคลากรในด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยใช้วิธีการอบรมให้ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง และแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย แล้วนำไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยแล้วจึงติดตามประเมินผลอีกครั้งหนึ่ง

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ประการใหญ่ ๆ คือ วัตถุประสงค์ขององค์กรและวัตถุประสงค์ส่วนบุคคลดังนี้ ( พงศ์ หรดาล, 2539 )

1.3.1. วัตถุประสงค์ขององค์กร องค์กรมีความมุ่งหมายที่เน้นหนักไปในแง่ของส่วนรวมได้แก่

1.3.1.1 เพื่อสร้างความสนใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร

1.3.1.2 เพื่อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด

1.3.1.3 พัฒนาการปฏิบัติงานให้ได้ผลสูงสุด

1.3.1.4 ลดความสิ้นเปลือง และป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน

1.3.1.5 เพื่อจัดวางมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

1.3.1.6 เพื่อฝึกฝนบุคคลไว้เพื่อความก้าวหน้าของงานและการขยายของกิจการ

1.3.1.7 เพื่อสนองบริการอันมีประสิทธิภาพแก่สาธารณะและหรือผู้มารับบริการ

1.3.2 วัตถุประสงค์ส่วนบุคคล หมายถึงความมุ่งมั่นของบุคลากรในองค์กรอาจได้แก่

1.3.2.1 เพื่อความก้าวหน้าในการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง

1.3.2.2 เพื่อพัฒนาทำที่บุคลิกภาพในการปฏิบัติงาน

1.3.2.3 เพื่อพัฒนาฝีมือในการปฏิบัติงานโดยการทดลองปฏิบัติ

1.3.2.4 เพื่อฝึกฝนการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจด้วยตนเอง

1.3.2.5 เพื่อเรียนรู้งานและลดการเสี่ยงอันตรายในการปฏิบัติงาน

1.3.2.6 เพื่อปรับปรุงสภาพการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

1.3.2.7 เพื่อส่งเสริมและสร้างขวัญในการปฏิบัติงาน

1.3.2.8 เพื่อเข้าใจนโยบายและความมุ่งหมายขององค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่ให้ดีขึ้น

1.3.2.9 เพื่อให้เกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุปได้ว่าวัตถุประสงค์ของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์นั้นมีได้ 2 ประการคือ วัตถุประสงค์ขององค์กรซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ส่วนรวมในการพัฒนาบุคลากรในองค์กรนั้นๆ และ วัตถุประสงค์ส่วนบุคคลซึ่งเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในงานได้เมื่อบุคลากรนั้นได้รับการตอบสนองดังที่ประสงค์

### 1.4 หลักสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การเรียนรู้เป็นกระบวนการเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในการทำงานในองค์กร การเรียนรู้โดยทั่วไปหมายถึง การเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในตัวผู้เรียน ไม่ใช่เพียงแต่ทักษะทางด้าน

กายภาพหรือการพัฒนาทักษะทางความคิด แต่จะหมายรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คุณค่าและความสนใจ ตลอดจนมุมมองและวิสัยทัศน์ที่จะช่วยให้การทำงานสำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี ( จงกลนิชุตติมาเทวินทร์, 2542: 2 )

Bloom (1976:7-8) นักจิตวิทยา ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ของบุคคลมี 3 ประการ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive domain) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า
2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (Affective domain) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยม เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ
3. การเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ค่านิยม แล้วจึงนำสิ่งที่เรียนรู้แล้วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะ มีความชำนาญมากขึ้น

Gerry and Kingsley (อ้างถึงใน อารีย์ พันธุ์มณี, 2540) กล่าวว่า การเรียนรู้มีลักษณะดังนี้คือ การเรียนรู้เกิดขึ้นได้เพราะมีวัตถุประสงค์หรือแรงจูงใจ การเรียนรู้เกิดจากการพยายามตอบสนองในหลายรูปแบบเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายก็คือการแก้ปัญหา และสุดท้ายการตอบสนองจะต้องกระทำจนเป็นนิสัย

Bruner (1971 อ้างถึงใน สุรางค์ ไคว่ตระกูล, 2541) เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดได้เมื่อผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหาเรียกว่าการเรียนรู้โดยการค้นพบ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานดังนี้

1. การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ นอกจากเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนแล้ว ยังเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน สิ่งแวดล้อมด้วย
2. ผู้เรียนแต่ละคนมีประสบการณ์ และพื้นฐานความรู้แตกต่างกัน การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากการที่ผู้เรียนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบใหม่กับประสบการณ์ และมีความหมายใหม่
3. พัฒนาการทางเชาว์ปัญญา จะเห็นได้ชัดโดยที่ผู้เรียนสามารถรับสิ่งเร้าที่ให้เลือกได้หลายอย่างพร้อม ๆ กัน

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นและสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านทักษะความชำนาญ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านความรู้สึกเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน

Bandura (1977 อ้างถึงใน ชูชัย สมิตธิไกร, 2542: 110 ) เจ้าของทฤษฎีความรู้ความเข้าใจในทางสังคม (Social Cognitive Theory) กล่าวว่า การเรียนรู้โดยส่วนใหญ่ของมนุษย์ เป็นการเรียนรู้โดย

การสังเกตการกระทำของผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตในรูปของการเห็นตัวแบบกระทำจริง ๆ การดูภาพยนตร์ การอ่านหนังสือ หรือการได้รับฟังจากผู้อื่น อย่างไรก็ตามคนเราจะเลือกสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่ตนเองมีความสนใจเท่านั้น สิ่งที่ได้สังเกตเห็นจะถูกเก็บบันทึกไว้ในความทรงจำในรูปสัญลักษณ์ต่าง ๆ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา ต่อจากนั้นก็อาจจะมีการทบทวน ผึกซ้อมสิ่งที่ได้สังเกตอยู่ในใจ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่บุคคลนั้นคิดว่า การกระทำนั้นจะส่งผลบวกต่อตนเอง เขาก็จะแสดงพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้ออกมา บุคลากรที่ปฏิบัติงานแล้วมีอาชีพหน้าที่การงาน ดังนั้นการฝึกอบรมเป็นการให้การศึกษาหลังวัยเรียนซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ (Adult Learner) การพัฒนาบุคลากรจึงต้องใช้หลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะดังนี้ (จงกลณี ชุตินาเทวินทร์, 2542: 3-4)

1. ผู้ใหญ่ไม่ต้องการถูกปฏิบัติเหมือนกับตนเองเป็นเด็ก เพราะผู้ใหญ่สามารถรับผิดชอบได้ เคารพตนเอง และกำหนดวิธีการของตนเอง
2. ผู้ใหญ่มีประสบการณ์มากมายหลายอย่างที่สามารถจะนำมาใช้ได้ในการอบรม ซึ่งควรจะต้องเอามาพิจารณาด้วย
3. ผู้ใหญ่มักจะไม่สนใจเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องที่มีเนื้อหามาก ๆ หรือการที่จะต้องจดจำข้อเท็จจริง หรือตัวเลขที่มากมาย หรือการพูดถึงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ใหญ่จะแสวงหาสิ่งที่แท้จริงและคุณค่าในด้านอื่น ๆ ด้วย
4. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดในสภาพการณ์ที่น่ารื่นรมย์
5. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้เร็วกว่า หากได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมในการอบรม โดยเฉพาะหากมีการทำจริงปฏิบัติจริง แทนที่จะเป็นการนั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว
6. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดี เมื่ออยู่ในสภาพที่พร้อมและพอใจที่จะเรียน ฉะนั้นการจูงใจและการเตรียมความพร้อมจึงจำเป็นจะต้องให้ความสำคัญด้วยเช่นกันในกระบวนการฝึกอบรมให้กับผู้ใหญ่
7. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้เร็วที่สุดโดยหลัก “ความเกี่ยวข้องกัน” ซึ่งหมายถึงทุกข้อเท็จจริงทุกแนวคิด และความคิดรวบยอดทั้งหลายนั้นจะสามารถเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อสิ่งเหล่านี้ เกี่ยวโยงกับสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือเคยมีประสบการณ์มาแล้ว
8. การเปิดโอกาสให้ผู้ใหญ่ได้ค้นพบตัวเอง เรียนรู้ด้วยตัวเอง จะเป็นกิจกรรมที่แต่ละคนสามารถรับผิดชอบด้วยตนเอง ในสัดส่วนเวลาของตนเอง โดยมีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้คอยแนะนำ ซึ่งการเรียนโดยวิธีนี้ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดี เพราะแต่ละคนล้วนมีความถนัดของตนเองด้วยกันทั้งนั้น
9. ผู้ใหญ่แต่ละคนเรียนรู้ได้เร็วหรือช้าในอัตราก้าวกระโดดที่แตกต่างกันและในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและทางด้านร่างกายเป็นตัวกำหนดขีดความสามารถทางการเรียนรู้ ถึงแม้แต่ละคนจะเริ่มต้นเหมือนกันหรือการเริ่มต้นด้วยความกระตือรือร้นสูงสุดเหมือนกันก็ตาม

10. สำหรับผู้ใหญ่แล้ว การเรียนรู้คือกระบวนการตลอดชีวิต คือสามารถเรียนรู้ได้ไม่สิ้นสุด ผู้ใหญ่จึงมีความรู้มากซึ่งจะมีความหมายว่าบางคนอาจจะมีประสบการณ์มากกว่าวิทยากรหรือผู้สอน หรืออาจจะมีความรู้ในบางเรื่องมากกว่าผู้สอนก็ได้ รวมทั้งอาจจะมีความรู้มากกว่าผู้เข้าร่วมอบรมในกลุ่มเดียวกันด้วย

11. ผู้ใหญ่ชอบเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ขณะที่การใช้ภาษาท่าทาง และสื่อทัศนูปกรณ์ที่หลากหลายจะมีผลต่อการเรียนรู้มากกว่าสื่อที่เป็นภาษาเขียน

12. ถึงแม้ว่าผู้ใหญ่จะมีความรู้สีกทางด้านเกียรติภูมิและศักดิ์ศรีค่อนข้างมาก แต่ผู้ใหญ่ก็ยังมี ความพอใจและความอบอุ่นใจที่ได้รับ การยกย่องเช่นเดียวกับเด็กๆ ฉะนั้นการเสริมแรง (Reinforcement) ในทางบวก อาทิ คำชมเชย การให้รางวัล ก็จะช่วยกระตุ้นและจูงใจในการเรียนรู้ได้อย่างมากเช่นเดียวกัน

13. กระบวนการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดีมากที่สุด เมื่อการเรียนรู้นั้น ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานปัจจุบันได้

14. กระบวนการที่อบรมให้กับผู้ใหญ่ ควรเริ่มต้นจากภาพรวมก่อน จากนั้นระบุทีละส่วนทีละขั้นตอน จากนั้นจึงตามด้วยการแสดงให้เห็นภาพรวมอีกครั้ง

15. ความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคนจะแตกต่างกันแล้วความต้องการที่แท้จริงของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันด้วยทั้งในเรื่องของทักษะเฉพาะ ความรู้เทคนิค ทักษะ และประสบการณ์

16. การหลงลืมของผู้ใหญ่ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและในทันทีหลังการอบรมได้ ฉะนั้นวิทยากรควรจะหาวิธีให้การเรียนรู้ที่ง่าย และสามารถจำได้ง่าย และเพิ่มพูนขึ้นได้โดยการกระทำซ้ำ แสดงซ้ำ พูดซ้ำ ในเรื่องเดียวกัน แต่เปลี่ยนวิธีการนำเสนอซึ่งจะช่วยได้อย่างมากเพื่อให้จำได้ไม่ลืม

17. ทุกสิ่งทุกอย่างอาจจะง่ายต่อการเรียนรู้และการยอมรับของผู้ใหญ่ ถ้าหากการกระทำนั้นหรือสิ่งนั้น ไม่ขัดกับสิ่งที่ได้เคยเรียนรู้ หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

การพัฒนาบุคลากรนั้นส่วนใหญ่ของการจัดอบรมจะใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ซึ่งจะเห็นว่าสถานการณ์ การเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเรียนการสอนอย่างมาก (Cart Rogers อ้างถึงใน บุญเลิศ ไพรินทร์, 2538: 25 ) นักจิตวิทยาบำบัดแชนแนว แสดงความคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอนในผู้ใหญ่ว่า “เราไม่สามารถสอนผู้อื่นให้เรียนรู้ได้โดยตรง เราเพียงแต่อำนวยความสะดวกเพื่อให้เขาได้เรียนรู้ด้วยตนเองเท่านั้น” ทั้งนี้เพราะคนทุกคนจะอยู่ในแวดวงประสบการณ์ของตนเองซึ่งเขาจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นประสบการณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา

นอกจากการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่แล้ว หลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การจูงใจ โดยใช้กลุ่มทฤษฎีที่เน้นกระบวนการของการจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจนี้มีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แรงจูงใจของบุคคลจะสะท้อนออกมาให้เห็นทั้งจากการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และจากแรงกายแรงใจที่เขาทุ่มเทให้แก่การกระทำนั้น ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Goal-Setting Theory) ซึ่งทฤษฎีนี้มีสาระสำคัญว่า เป้าหมายที่มีความ

ชัดเจน เจาะจงและความน่าทำทายเป็นผลต่อการปฏิบัติงาน เพราะเป้าหมายนั้นจะควบคุมทิศทางของพลังงานและความตั้งใจ ทำให้มีการขับเคลื่อนพลังงานหรือร่างกายแรงใจ ทำให้มีจิตใจที่ยืนหยัดมั่นคงเป็นเวลานาน และกระตุ้นให้บุคคลมีการพัฒนาวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายนั้น (Locke และคณะ 1981, อ้างถึงใน ชูชัย สมितिไกร, 2542: 111-112) ซึ่งการจะบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายจำเป็นต้องมีเงื่อนไขต่าง ๆ ดังนี้

1. เป้าหมายนั้นจะต้องมีความชัดเจนเจาะจงมากหรือน่าทำทาย
2. เป้าหมายนั้นจะต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคล เพื่อให้มีความเป็นไปได้ที่บุคคลนั้นจะประสบความสำเร็จ
3. การตั้งเป้าหมายที่ดีนั้น ผู้กระทำจะต้องยอมรับเป้าหมายที่ได้รับการกำหนดจากผู้อื่น ทั้งนี้เพราะความยอมรับต่อเป้าหมาย จะทำให้บุคคลนั้นยึดมั่นและสนับสนุนเป้าหมายนั้น
4. การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการกระทำเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

จากแนวคิดและกระบวนการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งผู้วิจัยประเมินจากความต้องการขององค์กร ซึ่งกำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องที่จะต้องปฏิบัติในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ใช้บริการเรียกร้องสิทธิต่างๆ มากขึ้น การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นและการหาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลก็เป็นเรื่องที่ต้องจัดดำเนินการด้วย ผู้วิจัยใช้วิธีดำเนินการฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยง การใช้แนวทางป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วยตลอดจนความรู้และทักษะที่จำเป็นเช่น การจัดการความขัดแย้ง การตัดสินใจโดยการจัดการ เพื่อลดความเสี่ยงโดยการจัดอบรมครั้งนี้ตั้งอยู่บน พื้นฐานของหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิด หลังจากนั้นนำแนวทางไปปฏิบัติและประเมินผล การมีปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bruner จะทำให้พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกิดการพัฒนาทางปัญญา สามารถแก้ปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและมีแนวทาง แก้ไขหรือป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำได้อีก

### 1.5 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยการฝึกอบรม

Swanburg (1996) กล่าวว่าในการบริหารความเสี่ยงที่จะให้ได้ผลดี ต้องมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่ทันต่อเหตุการณ์ การอบรมเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพราะในสภาพความเป็นจริงพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลถูกฟ้องร้องกันมาก ฉะนั้นหากบุคลากรของโรงพยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องได้ ดังนั้นเพื่อช่วยลดความเสี่ยง ลดการสูญเสียของโรงพยาบาลลง จึงควรมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

จกกลนี้ ชูติมาเทวินทร์( 2542:2)เมื่อใดก็ตามที่ผลของการปฏิบัติงานถูกวินิจฉัยว่าต่ำกว่ามาตรฐาน สิ่งแรกที่จะต้องนึกถึงก็คือการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วคนเราจะต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน เมื่อทำงานบกพร่องหรือไม่รู้วิธีการทำงานในภารกิจที่ตนรับผิดชอบ หรือเมื่อได้รับมอบหมายภารกิจใหม่ซึ่งต้องใช้ความรู้ ทักษะใหม่ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามสภาพการณ์แล้วก็อาจจะต้องมีกลยุทธ์การฝึกอบรมที่แตกต่างกันออกไป

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในเรื่องของการบริหารความเสี่ยง หรือการจัดการความเสี่ยงเป็นสิ่งที่จะต้องจัดกระทำเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนในเรื่องของพฤติกรรมการทำงานตลอดจนให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

## 1.6 การฝึกอบรม

เป็นกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งถูกจัดขึ้นอย่างเป็นระบบ และเป็นวิธีการที่นิยมกันมากโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในปัจจุบันทั้งในด้านความรู้ความสามารถ ทักษะ ทักษะคิดที่มีต่อการปฏิบัติตนรวมทั้งความตระหนักรู้ และแรงจูงใจของบุคลากรในองค์กร อันจะส่งผลให้บุคลากรเหล่านั้นมีเจตคติที่ดีต่อองค์กร อีกทั้งยังเป็นการเตรียมการให้กับบุคลากรที่จะได้รับการเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น ให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่งนั้นๆ (ชูชัย สมितिไกร, 2542 ดนัย เทียนพูน, 2543 และ Leonard, 1989)

### 1.6.1 วิธีการฝึกอบรม

การฝึกอบรม ทำได้หลากหลายวิธี หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมหรือเกณฑ์ในการจำแนก ซึ่งอาจแบ่งได้ดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2534; วิจิตร อาวะกุล, 2540; ชูชัย สมितिไกร, 2542)

#### 1. แบ่งตามแหล่งของการฝึกอบรม ได้แก่

1.1 การฝึกอบรมภายในองค์กร (In-house Training) เป็นวิธีที่ องค์กรจัดขึ้นเองภายในสถานที่ทำงาน มีข้อดีคือ องค์กรสามารถกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างเต็มที่ แต่มีข้อเสียคือ องค์กรต้องใช้ทรัพยากรมาก การฝึกอบรมประเภทนี้ ได้แก่

ก. การปฐมนิเทศ (Orientation) เป็นการอบรมให้แก่บุคคลที่เข้ามาทำงานใหม่ในระยะแรก เนื้อหาในการอบรมส่วนใหญ่ มักเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับหน่วยงานหรือองค์กร เช่น ประวัติความเป็นมา นโยบายวัตถุประสงค์ ผู้บริหารหรือบุคคลสำคัญในองค์กรหน้าที่ เงื่อนไขในการจ้างงาน สิทธิ สวัสดิการของพนักงานที่จะได้รับ ข้อเสนอแนะการบริการความสะดวกต่าง ๆ ฯลฯ

ข. การจัดอบรมระยะสั้น (Short Course) เป็นการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้เฉพาะด้าน

ค. การจัดอบรมวิชาการทั่ว ๆ ไป เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความต้องการของเจ้าหน้าที่

1.2 การฝึกอบรมจากภายนอกองค์การ เป็นการจ้างองค์การฝึกอบรมภายนอก ให้เป็นผู้จัดการฝึกอบรมแทน หรือส่งพนักงานเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งจัดขึ้นโดยองค์การภายนอก ซึ่งมักเป็นที่นิยมขององค์การขนาดเล็กที่มีพนักงานไม่มากและไม่มีหน่วยฝึกอบรมเป็นของตนเอง

2. แบ่งตามการจัดประสบการณ์ การฝึกอบรม ได้แก่ การฝึกอบรมในงาน (On-The-job Training) เป็นการให้ผู้อบรมปฏิบัติงานจริง ๆ ในสถานที่ทำงานจริง ภายใต้การดูแลของพนักงานที่ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง

2.1 การฝึกอบรมนอกรางาน (Off-The-job Training) เป็นการเรียนรู้ในสถานที่ฝึกอบรมโดยเฉพาะและต้องหยุดพักการปฏิบัติงานจริงไว้ชั่วคราว

3. แบ่งตามทักษะที่ต้องฝึก ได้แก่

3.1 การฝึกอบรมทักษะด้านเทคนิค (Technical Skills Training) วิธีนี้มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านเทคนิค

3.2 การฝึกอบรมทักษะด้านการจัดการ (Managerial Skills Training) วิธีนี้ผู้เข้ารับการอบรมมักจะมีตำแหน่งเป็นผู้จัดการหรือหัวหน้างาน

3.3 การฝึกอบรมทักษะการติดต่อสัมพันธ์ (Interpersonal Skills Training) เป็นวิธีที่เน้นให้ผู้อบรม มีการพัฒนาทักษะในด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน

4. แบ่งตามระดับชั้นของพนักงานที่เข้ารับการฝึกอบรม

4.1 การฝึกอบรมระดับพนักงานปฏิบัติการ (Employee Training) วิธีนี้มักเกี่ยวกับลักษณะและขั้นตอนของการปฏิบัติงาน

4.2 การฝึกอบรมระดับหัวหน้างาน (Supervisory Training) ผู้บริหารระดับนี้จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารงานในระดับต้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ทั้งทักษะเบื้องต้น และมีความรู้ความสามารถในการที่จะสอนงานให้ ผู้ใต้บังคับบัญชา ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 การฝึกอบรมระดับผู้จัดการ (Managerial Training) เป็นการอบรมผู้บริหารอบรมผู้บริหาร ระดับกลาง โดยให้ความรู้หลักการจัดการและบริหารงานที่ลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อให้สามารถบริหารงานและจัดการคน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



4.4 การฝึกอบรมระดับผู้บริหารชั้นสูง (Executive Training) เป็นการอบรมที่ให้ความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการบริหารองค์การ เช่น การตัดสินใจ วางนโยบายและแผนงาน อำนวยการ และควบคุมงานในองค์การ

กล่าวได้ว่าแนวทางการฝึกอบรม มีได้หลากหลายวิธีทั้งการฝึกอบรมภายในองค์การหรือฝึกอบรมภายนอกองค์การก็ได้ในการวิจัยครั้งผู้วิจัยได้จัดการฝึกอบรมภายใน องค์การ โดยเป็นการอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาความรู้ด้านการจัดการความเสี่ยง เป็นการพัฒนาความรู้เฉพาะด้านให้แก่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วย

### 1.6.2 เทคนิคและวิธีการฝึกอบรม

นอกจากการฝึกอบรมจะมีด้วยกันหลายประเภทแล้ว เทคนิคและวิธีการฝึกอบรมก็มีหลายรูปแบบเช่นเดียวกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการอบรม ลักษณะของการเรียนรู้ ฯลฯ โดยทั่วไปลักษณะการฝึกอบรมมีได้หลายวิธีดังนี้ (เสาวลักษณ์ สิงห์โกวินท์, 2528; พงศ์ ทรดาล, 2539; วิจิตร อวาระกุล, 2540; ชูชัย สมितिไกร, 2542 อ้างถึงใน ดวงพร เลิศทรัพย์อนันต์, 2543: 22-25) ซึ่งในแต่ละวิธีมีรายละเอียดโดยสังเขป เป็นดังนี้

1. การบรรยาย วิธีนี้ผู้บรรยายจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ให้ผู้ฟังได้ทราบอาจเป็นโอกาสให้ผู้เข้าฟังซักถามข้อสงสัยได้ ซึ่งเรียกว่าเป็นการบรรยายแบบกึ่งอภิปราย กล่าวคือผู้บรรยายจะแนะแนวทางให้ผู้ฟัง ในขอบเขตของเรื่อง รวมทั้งเสริมข้อความต่าง ๆ หรือเสนอปัญหาที่ควรอภิปราย

2. การประชุมอภิปราย ได้แก่ การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก โดยวิธีร่วมแสดงความคิดเห็นแบบปากเปล่า มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและรับฟังความรู้และแนวความคิดจากผู้เข้าร่วมประชุม

3. กรณีศึกษา หรือการศึกษาจากตัวอย่าง วิธีนี้ผู้ทำการอบรม จะนำเอาปัญหาตัวอย่าง พร้อมทั้งข้อมูลประกอบที่เกี่ยวข้อง มาให้ผู้เข้ารับการอบรมศึกษา วิเคราะห์และหาทางแก้ปัญหา ตัวอย่างที่นำมา อาจเกิดขึ้นจริงแต่ตัดแปลงแก้ไขให้เหมาะสมกับรูปเรื่องที่พิจารณา

4. การสาธิต วิธีนี้ผู้สอนจะต้องแสดงให้เห็นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมดูถึงวิธีการใช้เครื่องมือบางอย่าง ซึ่งอาจกระทำอย่างช้า ๆ ให้เห็นถึงขั้นในการปฏิบัติงาน เช่น การควบคุมบังคับ การติดตั้ง และวิธีการใช้พร้อมทั้งอธิบายประกอบจนกว่าผู้รับการอบรมจะเข้าใจเสร็จแล้วให้ผู้รับการฝึกอบรมทำตาม การสาธิตนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมภาคปฏิบัติ

5. การฝึกอบรมในงานหรือลงมือปฏิบัติงาน วิธีนี้เหมาะสำหรับการสอนด้านทักษะและความชำนาญ ซึ่งต้องการเรียนรู้ในระยะอันสั้น เป็นการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสเรียนรู้งาน โดยการปฏิบัติงานจริง ๆ ภายใต้อาณัติและบรรยากาศของการทำงานจริง ๆ ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้วิธีการทำงาน และในขณะเดียวกันก็ได้ผลิตผลงานออกมาด้วยซึ่งนับว่าเป็นวิธีการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง

6. การระดมสมอง เป็นเทคนิคการฝึกอบรม ที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ใช้สมองในการคิดร่วมกัน และเป็นการฝึกอบรมที่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรีทุกแง่มุม ไม่คำนึงว่าจะผิดหรือถูก เป็นความคิดคำแนะนำสั้น ๆ อาจเป็นการพูดหรือการเขียนในกระดาษ ใช้เวลาตั้งแต่ 1 – 10 นาที แล้วรวบรวมจัดลำดับเลือกเฉพาะข้อเสนอที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

7. ทักษะศึกษา เป็นการนำผู้เข้ารับการอบรมไปศึกษายังสถานที่อื่นนอกเหนือจากการสอนในสถานอบรมตามปกติ เพื่อให้เห็นข้อเท็จจริง สถานการณ์ การปฏิบัติทำงานจริงในเรื่องที่อบรม ควรบอกหรือตั้งข้อสังเกตในสิ่งที่จะไปดู เมื่อไปดูมาแล้ว อาจให้เขียนรายงาน หรือจัดให้มีการอภิปรายสรุปผล เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ และสร้างความสัมพันธ์ของกลุ่มอีกด้วย

8. การสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการสอนที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยการสอนของคอมพิวเตอร์หรือหนังสือที่เตรียมบทเรียน คำถาม คำตอบ อธิบายใช้ทบทวนกลับไปกลับมา จนเกิดความเข้าใจ มีขั้นตอนการสอนตั้งแต่ง่าย พื้นฐาน ค่อย ๆ ยากขึ้น จากบทที่ 1 ไปเรื่อย ๆ เมื่อจบบทบาท จบตอน และมีคำถาม ข้อสอบ ประเมินผลในสิ่งที่ผู้เรียนอาจยังเข้าใจผิด มักจัดทำขึ้นโดยคณะวิชาการ บริษัท

9. เกมเชิงรุก เป็นการสร้างเกม หรือการเล่น โดยจำลองสภาพองค์การบริษัท หรืออุตสาหกรรมใดอุตสาหกรรมหนึ่ง ให้ผู้เข้ารับการอบรมทำการตัดสินใจ เรียนรู้วิธีการบริหารการเป็นผู้นำ การตัดสินใจสั่งการ การสังเกต การฝึกหัด โดยการใช้เกม อาจมีการแข่งขันกับกลุ่มอื่น ๆ มีการแพ้ ชนะ อาจมีการแข่งขันในเวลาจำกัด เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น การแข่งขันดำเนินการบริหารการดำเนินธุรกิจนั้น เป็นต้น

10. การแสดงบทบาทสมมติ เป็นเทคนิคการฝึกอบรมที่เน้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้แสดงบทบาทในสถานการณ์เหมือนจริง การแสดงบทบาทสมมติจะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาส สังเกต ประเมินและอภิปรายหรือทำความเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ที่คิดว่าน่าจะใช้ในชีวิตประจำวัน และเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานได้

11. การจำลองสถานการณ์ วิธีนี้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนจะมีโอกาสได้เป็นผู้แสดงตามสถานการณ์ที่จำลอง ซึ่งบุคคลที่ได้แสดงจะต้องแสดงให้สมจริง เสมือนว่าตนเองอยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ ส่วนผู้ที่ยังไม่ได้แสดง อาจจะได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือร่วมทำการวิเคราะห์หลังจากการแสดงเสร็จสิ้นลง ดังนั้นการจำลองสถานการณ์ในการฝึกอบรมลักษณะนี้จะต้องจำลองสถานการณ์และสภาพการณ์ให้คล้ายหรือเหมือนกับสภาพการทำงานจริงให้มากที่สุด และให้สอดคล้องกับหน้าที่ของผู้เข้ารับการอบรม

12. การแสดงแบบพฤติกรรม เป็นเทคนิคที่ผู้เข้ารับการอบรมจะเรียนรู้จากพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นตัวแบบหรือผลที่เกิดจากการกระทำของตัวแบบ และผู้อบรมเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบเพื่อเป็นการฝึกทักษะ ปลูกฝังค่านิยม การฝึกอบรมในลักษณะนี้ผู้จัดการฝึกอบรม

จะต้องสรรหาบุคคลที่สามารถปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เห็น และเกิดศรัทธา หรือมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันจนยึดพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงานต่อไป

13. การฝึกโดยใช้อุปกรณ์จำลอง เป็นวิธีที่จัดขึ้นในห้องเรียน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับที่ทำงานจริง ทั้งเครื่องมือและสภาพการทำงาน วิธีนี้บุคคลสามารถทดลองและฝึกหัดวิธีการทำงานได้อย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องไปใช้สถานที่ทำงานจริง และไม่ต้องหยุดการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อใช้สถานที่ทำงานจริง เครื่องมือ อุปกรณ์ในการทำงานจริง ไม่เสียหายและถ้าผู้เข้ารับการอบรมคนใด มีคุณสมบัติและวิธีปฏิบัติงานไม่เหมาะสมก็จะได้รับการแก้ไขก่อนทำงานจริง

14. แบบฝึกหัดรายบุคคล เป็นการกำหนดให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง ในการแก้ปัญหา หลังจากการบรรยาย อาจตั้งโจทย์ ปัญหาให้ฝึกหัดแก้ปัญหาบนกระดานในสมุดแบบฝึกหัด การทดลองโดยการปฏิบัติ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

จากเทคนิคและวิธีการฝึกอบรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิธีการฝึกอบรมนั้นมีหลายวิธี ซึ่งจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการอบรมแต่ละครั้ง ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยาย และการระดมสมองของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เขามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยงและพัฒนาความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

## 2. แนวคิดการบริหารความเสี่ยง

### 2.1 ความหมายของความเสี่ยง

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้หลากหลาย ในที่นี้จะขอกล่าวโดยสังเขปดังนี้ Young and Hayne (1988: 322) ให้ความหมายของความเสี่ยงว่าเป็นโอกาสหรือสิ่งที่ทำนายว่าจะเกิดในด้านลบ Hershey and Bowes (1978 อ้างถึงใน อภา นิคมศักดิ์, 2533: 24) กล่าวว่าความเสี่ยงตามความหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์กรสุขภาพหมายถึงโอกาสของการสูญเสียซึ่งเกิดขึ้นได้ในขณะที่มีการจัดการในโรงพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานให้บริการสุขภาพ ซึ่งพิจารณาได้ 2 ลักษณะคือ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางการเงินโดยตรง เช่น ไฟไหม้ และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียอันเกิดจากการได้รับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม

Williams and Heins (อ้างถึงใน Wilson, 1999: 15) ให้ความหมายของความเสี่ยงว่าเป็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติซึ่งเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ คือ

1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ในเรื่องของการละเลยทำให้ผู้รับบริการต้องเสียเวลาและทรัพย์สิน

3. การสูญเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือบุคลากรจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย
4. สูญเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากกระบวนการฟ้องร้อง
5. ผู้ป่วยไม่พอใจจากการที่ไม่ได้รับข้อมูลและการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ
6. ค่าเสียหายซึ่งแอบแฝงเนื่องจากการบาดเจ็บ ความเครียด และคุณภาพบริการที่

ลดลง

อนูวัฒน์ สุขขุดิคุด (2543: 2) กล่าวว่าความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลอาจมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ ซึ่งรวมความถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกักขัง การรบกวน
2. เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก
3. การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
4. ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะมาถึง คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ
5. การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยแพร่ความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด

กฤษฎดา แสงวดี (2542: 34) กล่าวว่าความเสี่ยง หมายถึงโอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอนหรือการเปิดเผยต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542: 12) ได้ให้ความหมายของความเสี่ยง หมายถึงโอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

กล่าวโดยสรุปความหมายของความเสี่ยง คือ อัตราหรือโอกาสที่จะก่อให้เกิดความสูญเสีย มีเหตุร้าย หรือสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลในทางลบ ความไม่แน่นอนในการปฏิบัติ การถูกเปิดเผย รวมถึงความผิดพลาดและสิ่งรบกวนที่ส่งผลเสียหายทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม

## 2.2 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

Koch and Fairly (1993: 92) ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่าเป็นหนึ่งในการบริหารที่เฉพาะเจาะจงในการบริหารทั่วไป การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการวางแผนการจัดองค์กร การอำนวยความสะดวกและการควบคุมต้นเหตุและกิจกรรมวางแผนองค์กร ให้เกิดประโยชน์รวมทั้งค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

Brown (1979: 1 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542: 12) ได้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่าหมายถึงการป้องกันการสูญเสียที่ต้องรับผิดชอบควบคุมปัญหาด้านกฎหมายและเป็น

ศาสตร์ในการค้นหา ประเมิน และบำบัดความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหาที่นำมาซึ่งความสูญเสียขององค์กร

Marriner – Tomey (1992 อ้างถึงใน มณีรัตน์ โภทขงรัก, 2538: 48) ได้กล่าวถึงการจัดการต่อความเสี่ยง (Risk Management) หรือการบริหารความเสี่ยงหมายถึง การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเนื่องจากการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยที่ได้รับจากการจัดการนี้เพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่าย

Wilson and Tingle (1999 : 924) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการบริหารความเสี่ยงในระบบของสาธารณสุขประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment )
3. การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment )
4. การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Risk Evaluation )

กล่าวสรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารที่เฉพาะเจาะจงและเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการบริหารงานทั่วไป เป็นการจัดการเพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร ตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ขณะปฏิบัติการพยาบาล โดยมีระบบหรือกระบวนการเป็นขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

### 2.3 ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ได้มีนักวิชาการทางการแพทย์ จัดแบ่งประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาลดังนี้ ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 7 ประการดังนี้ (อนูวัฒน์ สุขชุตติกุล, 2543: 3)

- 2.3.1 ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
- 2.3.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน
- 2.3.3 การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการไม่ว่ารายได้ได้นั้น จะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง
- 2.3.4 การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่ หรือของบุคคล ที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล
- 2.3.5 การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

2.3.6 การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

ชาติรี ดวงเนตร (2541: 48 -48 ) ได้แบ่งประเภทของการบริหารความเสี่ยงออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1). การบริหารความเสี่ยงทางธุรกิจหรือความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Non- Medical Risk Management)

2.) การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ (Medical Risk Management)

### 1.) การบริหารความเสี่ยงทางธุรกิจหรือความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Non- Medical Risk Management )

การบริหารความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล เป็นการบริหาร ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินของผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลทุกคน และขององค์กรเองด้วย ความเสี่ยงนี้ไม่เกี่ยวข้องกับผลของการรักษาพยาบาลผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลนั้น หมายถึงผู้ป่วย ญาติ เพื่อนฝูง หรือผู้ที่เข้ามาติดต่องาน และผู้ที่อยู่ประจำทำงานเช่นพนักงาน ลูกจ้างต่าง ๆ รวมทั้งคณะแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ฯลฯ เป็นต้น ความเสียหายต่อร่างกาย เช่น การลื่นล้มหรือสะดุด หกล้ม การตกจากที่สูง การถูกไฟฟ้าดูด การถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก การถูกสารเคมีไหม้ การถูกรังสี เอ็กซเรย์ การถูกรังสีปริมาณ ความเสียหายต่อจิตใจ เช่น สภาพสถานที่ทำงานไม่เหมาะแก่การปฏิบัติงาน ห้องผู้ป่วยไม่เหมาะสมต่อการพัก เช่น การทรุดพัง ความสกปรกของอาคารสถานพยาบาลทรัพย์สิน สูญหาย หรือเสียหาย เป็นต้น

### 2.) การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ ( Medical Risk Management )

การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ในสถานพยาบาล เป็นการป้องกันควบคุม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากผลของการรักษาพยาบาลที่จะทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยต่อ โอกาสพลาดพลั้งของแพทย์และพยาบาล และต่อโอกาสถูกร้องเรียนขององค์กร จะเห็นได้ว่าความ แตกต่างของความเสี่ยงทางธุรกิจกับความเสี่ยงทางการแพทย์นั้นมีอยู่อย่างชัดเจนคือ ความเสี่ยงทางธุรกิจ นั้นเป็นความเสี่ยงทางรูปธรรมเป็นส่วนใหญ่ สามารถวัดด้วยหลักวิทยาศาสตร์ได้ง่าย ส่วนความเสี่ยงทาง การแพทย์นั้นเป็นความเสี่ยงทางนามธรรมเป็นส่วนใหญ่ เพราะไม่สามารถวัด “ความรู้สึก” และ “โอกาส” ตามหลักวิทยาศาสตร์ได้ ฉะนั้นการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์จึงต้องใช้ “ศิลป์” มากกว่า “ศาสตร์” คือต้องใช้ความรู้สึก ความเข้าใจและความละเอียดอ่อนมากเป็นพิเศษ

กล่าวได้ว่าการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งเป็นการบริหารความเสี่ยงทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นเรื่องไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กับการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์หรือการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยตรง โดยเฉพาะการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์มักจะเป็นเรื่องความเสี่ยงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่อยู่ภายในของผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อนมาก

## 2.4 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย

ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยอาจจำแนกตามผลกระทบที่จะเกิดขึ้น (กฤษดา แสงวงดี, 2542: 35) ดังต่อไปนี้

2.4.1 ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การถื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียงหรือจากที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษาพยาบาลผิดคน การให้ยาผิด การชอกช้ำหรือบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การละเลยผู้ป่วยที่มีคำสั่ง “Do not Resuscitate” การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือการประเมินปัญหาล่าช้า

2.4.2 ความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว การทำให้เสียหน้า อับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การไม่ยินยอมรับการรักษา การไม่ดูแลความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่การตัดสินใจ

2.4.3 ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว การเก็บรักษาทรัพย์สินหรือของมีค่า รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

2.4.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจคาบเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจ อารมณ์ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย / ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยวิกลจริตถูกเงิน หรือผู้ป่วย/ครอบครัวที่ประสบความสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่คงเส้นคงวา ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ ตัดสินใจไม่ได้ หรือการกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว

กล่าวได้ว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

## 2.5 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

กระบวนการบริหารความเสี่ยง มีรูปแบบการบริหารจัดการเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ (Wilson and Tingle, 1999 : 924-925)

- 2.5.1 การค้นหาความเสี่ยง ( Risk Identification )
- 2.5.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง ( Risk Assessment )
- 2.5.3 การบำบัดหรือการจัดการกับความเสี่ยง ( Risk Treatment )
- 2.5.4 การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ( Risk Evaluation )

### 2.5.1 การค้นหาความเสี่ยง ( Risk Identification )

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย อาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา อาจจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุดคือ การเฝ้าระวังและมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับ Duran (1980: 22 อ้างถึงใน อภา นิติศักดิ์, 2539: 38 ) ที่กล่าวว่าการค้นหาการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมีลักษณะเป็นเช่นไรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ถ้าขาดการระบุนว่าอะไรคือความเสี่ยง การจัดการย่อมขาดประสิทธิผล

หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า (อนูวัฒน์ สุภษุติกุล, 2543: 16)

#### 2.5.1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต สามารถทำได้ดังนี้

ก. ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวม แต่ละหน่วยงานก็จะมีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตนอยู่แล้วในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งหน่วยงานควรจะนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน

ข. ประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer Review) เป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนโดยอาศัยผลงานการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง (อนูวัฒน์ สุภษุติกุล, 2541: 100) การค้นหาความเสี่ยงอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามดังต่อไปนี้ (อนูวัฒน์ สุภษุติกุล, 2541: 3) อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงานเรา ในประสบการณ์ของพวกเขาเคยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความรุนแรงสูงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ในช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำให้การทำงานของเรามีความเสี่ยงสูง มีการแก้ปัญหาอะไรที่ทำอยู่ในกิจกรรมคุณภาพ



การทบทวนโดยเพื่อร่วมวิชาชีพจะทำให้เห็นแนวโน้มของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (Stoechkmann, 1992: 162 อ้างถึงใน กวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542: 18)

#### 2.5.1.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นอาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการ Internet การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพ การติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสีย

ในการค้นหาความเสี่ยงจากวารสารวิชาการ คำที่จะใช้ค้นหาคือ Occurrence, Incident, Claim, Misadventure, Adverse Patient Occurrence (APO) ควรค้นหาวารสารในช่วง 3-5 ปี เลือกทั้งวารสารที่เฉพาะเจาะจงสำหรับวิชาชีพของตน รวมทั้งวารสารทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลและคลินิกบริการ แหล่งที่จะค้นหาได้ง่ายที่สุดในปัจจุบันคือการใช้ดัชนีซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

เป้าหมายของการเรียนรู้จากอดีตและการเรียนรู้จากผู้อื่นคือการสร้างบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

#### 2.5.1.3 เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน

การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญคือเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

วิธีการที่ใช้ ได้แก่ การรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (Adverse Patient Occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence Screening) การรายงานเหตุการณ์ (Occurrence Reporting) หรือรายงานอุบัติการณ์ตามรายการที่กำหนด คือ

ก. รายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) การรายงานอุบัติการณ์เป็นข้อมูลที่สำคัญของการค้นหาความเสี่ยง (Duran, 1979: 60; Gruendemann and Fernsebner, 1995: 93) การเขียนรายงานอุบัติการณ์มีแนวคิดว่าจะต้องรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมาย Wilson and Tingle (1999: 58-59) กล่าวว่าองค์กรต้องมีการระบุการเขียนอุบัติการณ์ที่ชัดเจน เขียนเมื่อไหร่ และอย่างไร การส่งรายงานจะต้องส่งตรงที่ใครและกรณีใด การรายงานอุบัติการณ์เป็นการระบุเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมาโดยไม่แทรกความคิดเห็น การเขียนรายงานที่ดี ควรจะเขียนทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้เขียน

ข. คำร้องเรียนของผู้ป่วย (Patient Complaints) การร้องเรียนของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรคำนึงถึงให้มาก เพราะความไม่พอใจของผู้ป่วย เป็นสาเหตุสำคัญของการฟ้องร้อง การร้องเรียนของผู้ป่วยจะทำให้ผู้บริหารได้รู้ข้อมูลและทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การรับฟังและแสดงท่าทีที่เป็นมิตรจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสงบลง (Sullivan and Decker, 1997: 140)

ค. การค้นหาความเสี่ยงจากการวิเคราะห์ระบบบริการ (Fiest, 1991 อ้างใน กฤษดา แสงวดี, 2542: 39-43) โดยการค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพประเด็นนี้มีความหมายเหมือนกับการค้นหาโอกาสในการพัฒนา ตัวอย่างเช่น การค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักของหอผู้ป่วยอายุรกรรม กระบวนการหลักของหอผู้ป่วยศัลยกรรม กระบวนการหลักของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กระบวนการหลักในการบริหารยา และ เวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย กระบวนการหลักในการบริหารพัสดุภัณฑ์

### 2.5.2 การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

การวิเคราะห์ความเสี่ยง เป็นกระบวนการที่ค้นหาโอกาสการเกิดความเสี่ยงของการสูญเสียจากความเสี่ยงที่ค้นหาได้และความเป็นไปได้ที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้น การประเมินความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แบ่งความเสี่ยงเพื่อประเมินโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียของแต่ละเหตุการณ์ว่า มีความถี่และความรุนแรงเพียงใด มีผลทางคลินิกอย่างไร และผลต่อองค์กรอย่างไร ซึ่งแบ่งความเสี่ยงออกได้เป็น 4 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 เกิดบ่อยไม่รุนแรง กลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง

กลุ่มที่ 2 เกิดไม่บ่อยไม่รุนแรง กลุ่มนี้อาจจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน

กลุ่มที่ 3 เกิดไม่บ่อย รุนแรง กลุ่มนี้ต้องให้ความสำคัญ

กลุ่มที่ 4 เกิดบ่อย รุนแรง เป็นข้อบ่งชี้ถึงปัญหาวิกฤตต้องมีการกำหนด

แนวทางการป้องกันแก้ไขเร่งด่วน

### 2.5.3 การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment)

การบำบัดหรือการจัดการกับความเสี่ยงเป็นทางเลือกที่องค์กรสุขภาพจะนำไปจัดการกับความเสี่ยง โดยมีกลวิธีในการจัดการกับความเสี่ยงดังต่อไปนี้

1) การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถจะจัดการกับความเสี่ยงให้หมดไปได้ เพราะความเสี่ยงนั้นแฝงอยู่ในระบบ หรือไม่มีอำนาจที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ (อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2543 : 1) แต่กระนั้นก็ตามการกำหนดมาตรการในการควบคุมอาจลดผลที่จะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยมาตรการดังนี้

1.1) พัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยง

1.2) พัฒนาโปรแกรมการศึกษาและอบรมในการจัดการกับความเสี่ยง

เพราะการศึกษาและการอบรมจะสร้างความตระหนักให้แก่คน การฝึกปฏิบัติจะทำให้เกิดความชำนาญ (Oppman, 1979: 95)

1.3) ใช้นโยบาย กระบวนการ แผนปฏิบัติการ (Protocol) ขั้นตอนการ

ดำเนินการ (Pathway) และแนวทางการดูแล (Clinical Guideline) และมีการทบทวนเป็นระยะๆ ปรับปรุงให้ทันสมัย และแนะนำให้เจ้าหน้าที่รับทราบ

1.4) การวางแผนป้องกันอุบัติเหตุในอนาคต เป็นการลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความเสียหาย

2) การยอมรับความเสี่ยง (Risk Acceptance) การยอมรับความเสี่ยง เกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่มีโอกาสเกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสียหายที่ได้รับและจัดทำแผนให้ครอบคลุมความสูญเสียด้านการเงินที่จะตามมา การยอมรับความเสี่ยงนั้นเหมาะที่สุดสำหรับกรณีต่อไปนี้

2.1) ความเสี่ยงที่ไม่สามารถลด ย้าย หรือหลีกเลี่ยงได้ เช่นผู้ป่วยหกล้มหรือตกเตียง ค่าเสียหายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่มาก โรงพยาบาลจึงไม่ทำประกันความเสี่ยง แต่ใช้การเฝ้าระวังแทนหรือยอมรับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายเอง

2.2) ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากและความสูญเสียนั้นไม่มากเกินความสามารถขององค์กรที่จะจ่าย เช่นการให้ยาผิด

3) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการจัดการเมื่อพบว่าใช้กลวิธีต่าง ๆ แล้ว ความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้ อาจมีการหลีกเลี่ยงโดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการสูญเสีย เช่นส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

4) การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดยการยอมจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจำกัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียให้แก่ ผู้ป่วย โดยให้บริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์กรอาจทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลดลงได้

#### 2.5.4 การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Risk Evaluation)

การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบริหารความเสี่ยง เพื่อทบทวนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยง โดยมีรูปแบบการประเมิน เช่น แบบฟอร์มการประเมินประจำปีของกิจกรรมความเสี่ยงและประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

Wilson and Tingle (1999: 57) กล่าวว่า การประเมินความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงผู้บริหาร และองค์กรที่ดูแลสุขภาพ คณะแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด และผู้ป่วยผู้เสียหายกับทนาย การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ การประเมินประสิทธิภาพของโครงการบริหารความเสี่ยง ทำให้แน่ใจว่า กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ต่าง ๆ ได้ถูกวัดอย่างแม่นยำ และได้รับทราบหรือเข้าถึงกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงอื่น ๆ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สำเร็จลงได้ ภายในบรรยากาศของความซื่อสัตย์และโปร่งใส ซึ่งความคิดพลาด และเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการหรือไม่คาดฝันจะถูกค้นพบโดยเร็ว จัดการด้วยวิธีที่นุ่มนวล และมีประสิทธิภาพตลอดจนการรายงานอุบัติการณ์โดยปราศจากบทลงโทษหรือข้อตำหนิ การแก้ปัญหาและวิธีการที่ควรนำมาใช้ เพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการประเมินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปด้วยดี

ศูนย์พัฒนาคุณภาพจำเป็นที่จะต้องรายงานประจำปีที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมบริหารความเสี่ยงรวมถึงการประเมิน และทบทวนแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง นโยบายบริหารความเสี่ยง จะถูก จัดทำขึ้นอย่างเหมาะสมหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการประเมินผล โดยแผนยุทธศาสตร์ถือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญยิ่ง

กล่าวได้ว่าการบริหารความเสี่ยงมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ไม่สามารถแยกจากการประกันคุณภาพได้ ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ มีการกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ดี มีการวัดประเมินค้นหาและการทบทวนความเสี่ยงหรือช่องว่างที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง และสามารถจัดการกับปัญหาได้ทันเวลาที่

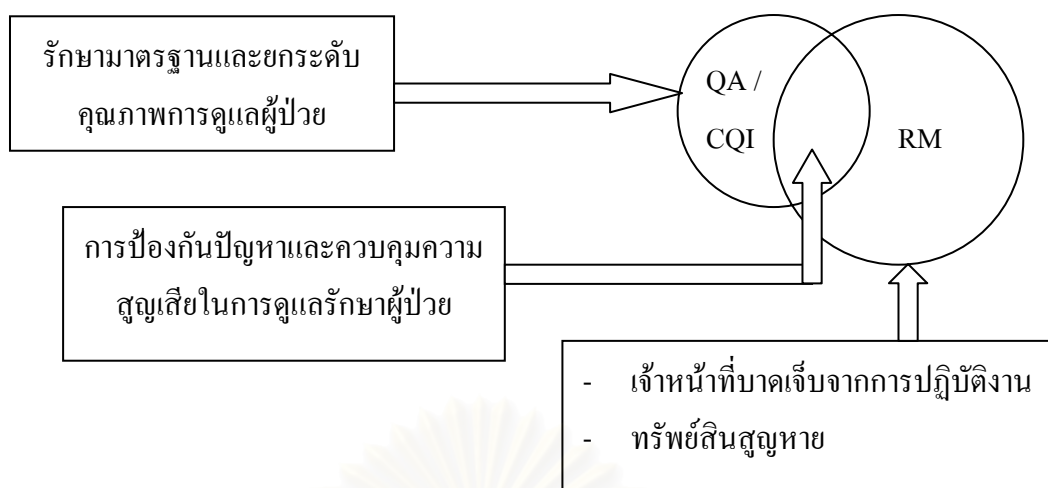
## 2.6 การบริหารความเสี่ยงกับการประกันและการพัฒนาคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพเป็นระบบที่เสริมกันและกัน แม้ว่าจะมีขอบเขตไม่เหมือนกันแต่ก็มีจุดรวมอยู่ส่วนหนึ่งได้แก่ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 12)

- ก. เครื่องมือและเทคนิคที่ใช้ติดตามระดับการเกิดปัญหา เช่น รายงานอุบัติการณ์
- ข. เน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย กลไกป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย
- ค. กำกับถึงคุณภาพ ความทันต่อเวลา ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร
- ง. การสื่อสารและร่วมมือระหว่างกิจกรรมทางการบริหารและกิจกรรมทางคลินิก
- จ. เน้นการศึกษาต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่

ความสำคัญของแต่ละระบบอาจเปลี่ยนแปลงไปในสถานการณ์แตกต่างกันเนื่องจากมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน เป้าหมายของการประกันและพัฒนาคุณภาพคือการทบทวนตรวจสอบ ผลงานเพื่อรักษาระดับและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการบริหารความเสี่ยงคือ การคุ้มครองป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยงอาจจะไม่มุ่งเน้นความเป็นเลิศแต่ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การประกันและการพัฒนาคุณภาพมุ่งการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่เน้นเรื่อง ค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงน้อยกว่า (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 12-13) เช่นเดียวกับ Gruendemann and Fernsebner (1995: 92) กล่าวว่า การลดความเสี่ยงจะต้องมีโปรแกรมการ รับรองคุณภาพ และมีการพัฒนาตลอดเวลา เป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการดูแลมากขึ้น

ดังนั้นกล่าวได้ว่าการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพมีความเกี่ยวพันและมีส่วนที่คล้ายกัน ถ้าการประกันคุณภาพการพยาบาลมีประสิทธิภาพและได้ผลเต็มร้อยก็ไม่จำเป็นต้องมีการบริหารความเสี่ยง ตามแผนภูมิที่ 1 และตารางที่ 1



QA หมายถึง การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)

CQI หมายถึง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

RM หมายถึง การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

แผนภูมิที่ 1 แสดงความคาบเกี่ยวระหว่างการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ

และการพัฒนาคุณภาพ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2543: 13)

การบริหารความเสี่ยง	การประกันคุณภาพ
1. ป้องกันสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล	1. เป็นนโยบายของโรงพยาบาล
2. ป้องกันผู้รับและผู้ให้บริการในความเสี่ยงที่มองไม่เห็น	2. พัฒนาการทำงานของผู้ให้บริการรวมทั้งปกป้องผู้ป่วย
3. ป้องกันอันตรายที่เกิดแก่ผู้ป่วย ญาติ และลูกจ้าง	3. คำนึงถึงคุณภาพของผู้ป่วย
4. ลดการสูญเสียของบุคคล	4. กำหนดคุณภาพในการดูแล
5. ป้องกันการสูญเสียโดยการเพิ่มคุณภาพการดูแลและต้องมีการควบคุมตลอดเวลา	5. ป้องกันความสูญเสียหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยโดยการควบคุมสาเหตุของปัญหา
6. มีการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อจัดทำตามกระบวนการการบริหารความเสี่ยง	6. ค้นหารูปแบบของการไม่ถูกร้องเรียน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์และมาตรฐานทำตามกระบวนการของการประกันคุณภาพ

ตารางที่ 1 บทบาทการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพ (Orlikoff and

Lanham, 1981 อ้างถึงในภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542: 14)

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น กล่าวสรุปได้ว่าการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล หมายถึงความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และประเมินผลกลยุทธ์ที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง นอกจากนี้การบริหารความเสี่ยงยังเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำควบคู่ไปกับการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วย

### 3. ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้านความเสี่ยง โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ตลอดจนทักษะของพยาบาลในการสืบค้นข้อมูลความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยงหาแนวทางจัดการความเสี่ยง และมีการกำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) ซึ่งแบ่งความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ออกเป็นดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) การระบุความเสี่ยงซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่จะต้องเฝ้าระวังและค้นหาตรวจว่าสิ่งที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงคืออะไร Duran (1980 อ้างถึงในอภานิตยศักดิ์, 2533 ) กล่าวว่าการค้นหาว่าการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมีลักษณะเช่นไร เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ถ้าขาดการระบุว่าจะไรคือความเสี่ยง การจัดการย่อมขาดประสิทธิภาพ

2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment) เป็นขั้นตอนการประเมินว่าความเสี่ยงนั้น ๆ มีความถี่ และความรุนแรงเพียงใด มีผลกระทบทางคลินิกหรือต่อองค์กรอย่างไร เพื่อการประมาณการสูญเสีย และการวางแผน

3. การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment) เป็นการพิจารณาทางเลือกที่จะจัดการกับความเสี่ยง โดยประกอบไปด้วย กลวิธีต่าง ๆ เช่น การควบคุมความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง และการถ่ายโอนความเสี่ยง เป็นต้น

4. การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (Risk Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้าย ที่จะประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยงที่ปฏิบัติตามทั้ง 3 กระบวนการ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว มีลักษณะคล้ายคลึงกับหลักและแนวคิดต่างๆ ไปในการแก้ปัญหาดังนี้

### 3.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา

#### 3.1.1 ความหมายของปัญหา

พวงเพ็ญ ชุมหปราง (2533) กล่าวว่า ปัญหาคือสิ่งที่เมื่อเราเผชิญหน้าอยู่ เราอยู่ในสภาพการณ์ที่ไม่สามารถหาข้อมูล วิธีการหนึ่งวิธีการใดโดยเฉพาะมาแก้ไขสภาพการณ์นั้นได้ หรืออาจมีข้อมูลอยู่แล้วแต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2534) กล่าวว่า ปัญหาคือกิจกรรมที่ต้องการบรรลุเป้าหมายและมีเหตุขัดข้องเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้

อาภรณ์ ชูดวง (2535) กล่าวว่า ปัญหาหมายถึงสิ่งที่ซับซ้อน ยังหาคำตอบไม่ได้ และการที่จะได้คำตอบมานั้นต้องใช้กระบวนการที่เหมาะสม

สุปราณี การพึ่งตน (2542) กล่าวว่าปัญหาคืออุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้นักคิดบรรลุถึงจุดหมายที่วางไว้เป็นเหตุการณ์ที่เบี่ยงเบนไปซึ่งต้องใช้กระบวนการต่าง ๆ ที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขสภาพการณ์ที่เป็นปัญหานั้น

Alavi, C., and others (1997: 473-780 , อ้างถึงใน สุปราณี การพึ่งตน, 2542: 37) กล่าวว่า ปัญหาคือจุดเริ่มแรกของกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดการประยุกต์เพื่อแก้ปัญหา หรือใช้ทักษะเชิงเหตุผล

จากความหมายของปัญหาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่าปัญหาคือ สิ่งที่ยุ่ยากซับซ้อนอันเป็นกิจกรรมที่ต้องการบรรลุเป้าหมาย เป็นเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดการประยุกต์วิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาในเชิงเหตุผล

#### 3.1.2 ความหมายของการแก้ปัญหา

Gagnr, (1985, อ้างถึงใน สุปราณี การพึ่งตน, 2542: 37) กล่าวถึงการแก้ปัญหาว่า เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนค้นพบ เป็นการผสมผสานสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและวางแผนที่จะประยุกต์สิ่งเหล่านั้นเพื่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาสำหรับสถานการณ์ใหม่ ๆ

อาภรณ์ ชูดวง (2535) สรุปว่าการแก้ปัญหา หมายถึง การใช้ความสามารถในกระบวนการคิดประกอบกับความรู้ ประสบการณ์ และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนประสบการณ์เดิมจากการเรียนรู้ทางตรงและทางอ้อมมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ

สุปราณี การพึ่งตน (2542) ให้ความหมายของการแก้ปัญหาว่า เป็นกระบวนการที่มีระเบียบแบบแผน ต้องอาศัยกระบวนการคิด ร่วมกับความรู้สึกและประสบการณ์นำมาใช้ในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุตามจุดหมายที่วางไว้ ซึ่งผู้นั้นต้องมีความเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจนด้วย

จากความหมายของการแก้ปัญหข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การแก้ปัญหเป็นกระบวนการที่ใช้ความรู้ความสามารถ ตลอดจนประสบการณ์และวิธีการทางวิทยาศาสตร์นำไป

ประยุกต์ใช้ในการทำงานเพื่อให้งบรณรพเป้ำหมยที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้นั้นจะต้องมีความเข้าใจปัญหานั้น ำ อย่างชัดเจนด้วย

### 3.1.3 กระบวนการแก้ปัญหา

ได้มีนักวิชาการได้ให้แนวทางในกระบวนการแก้ปัญหาหลากหลายซึ่งจะ นำมาสร้งโดยสังเขปดังนี้

Bloom, ( 1956 : 122 ) ได้กล่าวถึงกระบวนการแก้ปัญหาว่ามี 5 ขั้นตอน คือ

1. เมื่อผู้เรียนได้พบปัญหา จะต้องคิดค้นหาสิ่งที่เคยพบเห็นและ เกี่ยวข้องกับปัญหา

2. ผู้เรียนจะใช้ผลจากขั้นที่ 1 มาสร้งรูปแบบของปัญหาขึ้นมาใหม่

3. มีการจำแนกแยกแยะปัญหา

4. การเลือกใช้ทฤษฎี หลักการ ความคิดเห็นและวิธีการที่เหมาะสมกับ ปัญหา

5. การใช้ข้อสรูปของวิธีการมาแก้ปัญหา

Guilford, and Hoepfner, ( 1971 : 130 ) ได้กำหนดลำดับการแก้ปัญหา ว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ หมายถึง ขั้นตั้งปัญหา หรือค้นพบว่าปัญหาที่แท้จริง ของเหตุการณ์คืออะไร

2. ขั้นการวิเคราะห์ปัญหา หมายถึง ขั้นในการพิจารณาว่ามีสิ่งใดบ้าง ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา หรือสิ่งใดบ้างที่ไม่ใช่สาเหตุสำคัญ

3. ขั้นเสนอแนวทางในการแก้ปัญหา หมายถึง การหาวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งตรงกับสาเหตุของปัญหา แล้วแสดงออกมาในรูปของวิธีการแก้ปัญหา สุดท้ายจะได้ผลลัพธ์ออกมา

4. ขั้นตรวจสอบผลลัพธ์ หมายถึง ขั้นการเสนอเกณฑ์เพื่อตรวจสอบ ผลลัพธ์ที่ได้จากการเสนอวิธีการแก้ปัญหา ถ้าพบว่าผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่ถูกต้อง ก็ต้องมีวิธีการเสนอปัญหา ใหม่จนกว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้อง

5. ขั้นในการนำไปประยุกต์ใหม่ หมายถึง การนำวิธีการแก้ปัญหาที่ ถูกต้องไปใช้ในโอกาสข้างหน้า เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาคล้ายคลึงกับปัญหาที่แล้ว

Sprankle, (1995) กล่าวถึงขั้นตอนการแก้ปัญหาว่ามีด้วยกัน 6 ขั้นตอน ดังนี้ ระบุปัญหา ทำความเข้าใจกับปัญหา ระบุทางเลือกเพื่อแก้ปัญหา เลือกวิธีที่ดีที่สุดจากทางเลือกใน ข้อ 3 ไปใช้ กำหนดวิธีการที่จะนำทางเลือกไปแก้ปัญหา และการประเมินผล



จากกระบวนการแก้ปัญหาดังกล่าวสรุปได้ว่ากระบวนการในการแก้ปัญหานั้นมีขั้นตอนในการดำเนินการเป็นลำดับต่อเนื่องดังนี้ การระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาหาสาเหตุแห่งปัญหานั้น ๆ เป็นการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติ และประเมินผล

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง

เมื่อพิจารณาจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง นับได้ว่าเป็นวิธีการหรือกระบวนการจัดการกับปัญหา เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือพยาบาล อันเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผลที่ได้รับจากการจัดการนี้ เป็นไปเพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และค่าใช้จ่ายจากความเสียหาย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนการแก้ปัญหาทั่วไป ก็จะได้เป็นกระบวนการที่ใกล้เคียงกัน ตามตารางที่ 2

กระบวนการแก้ปัญหาโดยทั่วไป	กระบวนการบริหารความเสี่ยง
1. การระบุปัญหา	1. การค้นหาความเสี่ยงเพื่อระบุความเสี่ยง
2. การวิเคราะห์ปัญหา	2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง
3. เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา	3. การจัดการกับความเสี่ยง
4. การประเมินผล	4. การประเมินผล

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบ กระบวนการแก้ปัญหา ทั่วไปและกระบวนการในการบริหารความเสี่ยง

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการในการแก้ปัญหาทั่วไปและการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยงหรือกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยนำไปใช้เป็นหลักในการสร้างแบบสอบถามอัตรัดนัยประยุกต์ เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผลในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

### 3.3 การวัดความสามารถในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง

#### 3.3.1 ความสามารถในการแก้ปัญหา

Stollberg (1956: 225-228 อ้างถึงใน นุสร จำปาวัลย์, 2535) ได้แสดงความคิดเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้น และวิธีการแก้ปัญหของแต่ละคนย่อมมีลักษณะเฉพาะเป็นเอกลักษณ์ การแก้ปัญหาจึงไม่เหมือนกัน ไม่มีขั้นตอนที่แน่นอน และไม่จำเป็นต้องทำตามลำดับขั้นหรือในบางขั้นตอนไม่มี นอกจากนี้การแก้ปัญหายังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล วุฒิทางสมอง สภาพการณ์ที่ไม่ต่างกันรวมทั้งกิจกรรมหรือความสนใจของแต่ละคนที่มีต่อปัญหานั้น แต่ Weir, (1974: 18 อ้างถึงใน อภรณ์ ชูดวง, 2535) กล่าวว่า ผู้ที่ถือว่ามีความสามารถในการแก้ปัญหานั้น ต้องเป็นผู้ที่สามารถคิดได้ทุกขั้นตอน ถ้าคิดถูกเพียงบางขั้นตอนถือว่ายังไม่มีความสามารถในด้านนี้ เพราะยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จ ส่วน Morgan (1987: 154-155) ให้ความเห็นว่า ความสามารถในการแก้ปัญหของบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการใช้วิธีการในการแก้ปัญหาเป็นสำคัญ โดยมีองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ได้แก่ สติปัญญา ผู้ที่มีสติปัญญาคิดจะแก้ปัญหาได้ดี แรงจูงใจในการที่จะทำให้เกิดแนวทางการแก้ปัญหา ความพร้อมในการที่จะแก้ปัญหาใหม่ ๆ โดยทันทีจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การเลือกวิธีการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม

กล่าวได้ว่า ความสามารถในการแก้ปัญหของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไปทั้งวิธีการและขั้นตอน เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละคน ซึ่งระดับของสติปัญญาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้การแก้ปัญหของบุคคลแตกต่างกันออกไป และนอกจากนี้ความพร้อมด้านตัวบุคคล พื้นฐานความรู้จาก ประสบการณ์เดิม สภาพการณ์แวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจยังช่วยส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถจัดให้มีขึ้นได้ในการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรมของบุคคลได้ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนเพื่อการอบรมที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพความสามารถในการแก้ปัญหา

ส่วนการวัดความสามารถในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นทักษะการคิดในระดับสูงนั้น เครื่องมือวัดควรมีลักษณะดังนี้ (Quillmalz, 1985 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531: 91)

1. ปัญหาที่ถาม ควรเป็นปัญหาสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ
2. วัดทักษะรวม ไม่ใช่แยกวัดเป็นส่วน ๆ
3. มีทางเลือกในการตีความหรือการตัดสินใจแก้ปัญหา
4. เป็นคำถามปลายเปิด สำหรับให้อธิบายเหตุผล
5. เป็นคำถามในเชิงเชื่อมโยงความคิดหรือการสรุปทั่วไป
6. วัดทักษะการคิดขั้นสูง เช่น ให้ออกแบบ ให้ออกกระบวนการแก้ปัญหา

ให้คิดต่อไปว่าทำอะไร จึงจะทำให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เป็นต้น

### 3.4 แบบสอบอรรถนัยประยุกต์ (Modified Essay Question test : MEQ)

#### 3.4.1 ลักษณะของแบบสอบ

แบบสอบอรรถนัยประยุกต์เป็นแบบสอบที่นำเสนอกรณีศึกษาซึ่งเป็นเรื่องจริงตามลำดับขั้นตอนการเกิดเหตุการณ์ ซึ่งมีได้ให้ข้อมูลทั้งหมดในครั้งเดียวเหมือนแบบสอบเรียงความ แต่ให้ข้อมูลเป็นตอน ๆ แล้วมีคำถามแทรกเป็นระยะ ๆ ข้อมูลที่ให้นั้นอาจเกี่ยวข้องกับคำถามมากหรือน้อยหรือไม่สัมพันธ์กันเลย ผู้สอบต้องคิดตัดสินใจเลือกข้อมูลมาสังเคราะห์คำตอบเพื่อตอบ คำถามปลายเปิด การตอบค่อนข้างอิสระแต่ต้องอยู่ในกรอบข้อมูลที่กำหนดให้ คำถามแต่ละข้อเป็นอิสระจากกันถ้าผู้สอบตัดสินใจผิดและตอบคำถามผิดไปแล้ว ข้อต่อไปผู้สอบได้ข้อมูลเพิ่มเติมจึงจะสามารถคิดแก้ปัญหาหรือตัดสินใจใหม่ที่ถูกต้องได้ และจะทราบว่าคำตอบที่ถูกต้องของ คำถามข้อก่อนหน้าเป็นอย่างไร ดังนั้นแบบสอบอรรถนัยประยุกต์ จึงกำหนดให้ผู้สอบทำข้อสอบเฉพาะหน้านั้น ๆ โดยมีให้ย้อนกลับไปแก้ไขคำตอบที่ทำไปแล้วหรือเปิดดูข้อมูลข้างหน้า (Knox, J. D. E., 1975 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531: 28)

การที่แบบสอบอรรถนัยประยุกต์ ไม่มีการชี้แนะคำตอบเหมือนแบบสอบเลือกตอบ ผู้สอบจะต้องวิเคราะห์คำถามและสังเคราะห์คำตอบด้วยตนเอง แบบสอบนี้จึงสามารถประเมินกระบวนการคิด ตลอดจนเจตคติของผู้สอบได้ด้วย (Knox, J. D. E., 1975 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531: 28) ดังนั้นจึงเป็นการวัดความสามารถของวัตถุประสงค์การศึกษาทั้ง 3 ด้าน คือด้านความรู้ ทักษะ แบบเจตคติ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531) ซึ่งสอดคล้องกับที่ จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์ (2538: 98) ได้กล่าวไว้ว่าแบบสอบอรรถนัยประยุกต์เป็นแบบสอบที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล และการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และอาจใช้เพื่อทดสอบเจตคติได้ด้วย

**3.4.2 องค์ประกอบของแบบสอบอรรถนัยประยุกต์** องค์ประกอบของแบบสอบอรรถนัยประยุกต์ประกอบด้วยดังนี้ (อาภรณ์ ชูดวง, 2535: 45, จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์, 2538: 38 )

- 1) สถานการณ์สั้นๆ
- 2) คำถามที่เกี่ยวข้องกับการตั้งสมมติฐาน
- 3) คำถามหรือข้อมูลที่นำไปสู่การตั้งสมมติฐานได้หลายแบบ
- 4) การตั้งสมมติฐาน
- 5) คำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้หรือขั้นตอนในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การสังเคราะห์ข้อมูล และการประเมินผล
- 6) คำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้พื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินความเข้าใจ

**3.4.3 หลักทั่วไปในการสร้างแบบสอบอรรถนัยประยุกต์** (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531: 29; อาภรณ์ ชูดวง, 2535: 45)

1) กำหนดวัตถุประสงค์ โดยทั่วไปแบบสอบอัตนัยประยุกต์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสามารถในการใช้เหตุผลตัดสินใจแก้ปัญหา วัตถุประสงค์จึงควรประกอบด้วยขอบเขตของกระบวนการแก้ปัญหาที่กำหนดให้ชัดเจนทั้งเนื้อหาและความสามารถที่ต้องการให้เกิดขึ้น

2) ตั้งโจทย์สั้น ๆ เป็นตัวอย่างของกรณีศึกษาที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติจริง มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไป โดยโจทย์จะต้องเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการทดสอบ และครอบคลุมวัตถุประสงค์

3) สร้างคำถามตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้คิดตั้งสมมติฐานและหาข้อมูลในรายละเอียด เพื่อทดสอบสมมติฐานและตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไป

4) จำนวนข้อสอบในแบบสอบอัตนัยประยุกต์ควรมีตั้งแต่ 5-35 ข้อ (Feletti, 1980: 934 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยชนก, 2531: 24)

5) การทำโมเดลคำตอบ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ทำโดยการนำข้อสอบแบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่สร้างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประมาณ 12 คน เป็นผู้ตรวจสอบ เพื่อกำหนดคำตอบที่เป็นไปได้และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ซึ่งการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์มากจะช่วยให้แบบสอบอัตนัยประยุกต์มีความตรง (Knox, 1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยชนก, 2531: 24)

6) ผู้ทรงคุณวุฒิประชุมร่วมกัน อภิปรายข้อคิดเห็นในแต่ละคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันในคำตอบที่ควรจะเป็น แล้วกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละคำถามให้ชัดเจน เพียงพอที่จะตรวจและมีความเป็นปรนัยมากที่สุด

7) กำหนดเวลาในการตอบแต่ละคำถาม โดยทั่วไปมักแบ่งเวลาช่วงละ 5 นาที แต่อาจมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ แล้วแต่ลักษณะและความยาวของคำตอบที่จะต้องตอบ

8) จัดเตรียมข้อสอบที่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่ของแบบสอบอัตนัยประยุกต์จะจัดพิมพ์เป็นเล่มโดยการเรียงหน้า คำถามใดที่อาจเป็นแนวทางให้คำตอบแรกควรพิมพ์ในหน้าต่อไป เพื่อให้ผู้ตอบเดาคำตอบได้ ควรพิมพ์คำแนะนำการตอบไว้แผ่นหน้าของข้อสอบ พร้อมทั้งอธิบายชักชวนความเข้าใจถึงวิธีการตอบคำถาม และคะแนนที่จะได้ก่อนทำการสอบเสมอ

9) ทดลองใช้สอบก่อน แล้วจึงนำมาปรับปรุงคำถามและคำตอบให้ดีขึ้น

#### 3.4.4 จุดเด่นของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1) สร้างได้ค่อนข้างง่าย คล้ายกับการสร้างข้อสอบแบบอัตนัย

2) เป็นเครื่องมือที่ประเมินได้ทั้งแบบประเมินผลความก้าวหน้าและ

ประเมินผลรวบยอด

- 3) สามารถใช้ประเมินนักศึกษาได้ครั้งละจำนวนมาก โดยอาจตัดแปลงการใช้แบบทดสอบด้วยการฉายบนเครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ แล้วให้ตอบทีละคำถามแทนการพิมพ์เป็นเล่ม
- 4) ใช้ทดสอบความสามารถในการหาข้อมูลวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเมินค่า
- 5) สามารถวัดเจตคติได้
- 6) ให้คะแนนได้คงที่

#### 3.4.5 จุดอ่อนของแบบสอบถามอัตโนมัติประยุกต์

- 1) มีความยุ่งยากในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
- 2) ครอบคลุมเนื้อหาได้ไม่กว้างเท่าข้อสอบแบบปรนัย
- 3) นักศึกษาอาจแอบพลิกกระดาษไปข้างหน้าหรือย้อนหลังกลับมาดูได้
- 4) ใช้เวลาในการตรวจข้อสอบค่อนข้างมาก
- 5) คำตอบที่กำหนดไว้อาจไม่เฉพาะเจาะจง ประกอบกับนักศึกษาไม่ทราบว่า จะต้องตอบลึกแค่ไหน

จะเห็นได้ว่าแบบสอบถามอัตโนมัติเป็นแบบสอบที่ใช้สถานการณ์ที่ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสพบได้บ่อย มีการแทรกคำถามปลายเปิดเป็นระยะ ๆ ผู้รับการอบรมต้องตอบคำถามในเวลาจำกัด และเพื่อได้ข้อมูลแล้วไม่สามารถพลิกกลับไปดูหน้าเดิมได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามประยุกต์ในการวัดความสามารถในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยงของพยาบาล เพื่อวัดความสามารถของพยาบาลในการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือใช้ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

#### 4. แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

เป็นแนวทางที่มีวิธีการปฏิบัติเชิงการจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือพยาบาลอื่นเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็น 1 ใน 6 ด้านของแนวทางป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ซึ่งกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ในมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ในขอบเขตของมาตรฐานการพยาบาล การบริการผู้ป่วยใน (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

#### 4.1 การบริหารยาและเวชภัณฑ์

การบริหารยาทางเภสัชวิทยา หมายถึง วิธีการต่าง ๆ ในการให้ยาเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย การให้ยาโดยทั่วไปจะทำให้เกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ (ชัยณรงค์ เจริญและนิสามณี สัตยาบัน, 2542: 11)

- 1) ผลเฉพาะที่ (Local Effects) มักเกิดบริเวณที่ให้ยา
- 2) ผลต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ (Systemic Effects) จะเกิดหลังจากที่ยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและกระจายไปยังตำแหน่งออกฤทธิ์

การบริหารยาในหอผู้ป่วยเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (ศิริพร เปลี่ยนผดุง, 2539: 1) ส่วนคำว่าเวชภัณฑ์ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง สิ่งของ เครื่องใช้ที่เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา ชุดให้น้ำเกลือ สายดูดเสมหะ สำลี เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้วพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดเตรียมยา นำยาไปให้ผู้ป่วยและเก็บยา การจะให้ยาแก่ผู้ป่วยต้องมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งเขียนโดยแพทย์เท่านั้น แต่ในภาวะวิกฤตแพทย์อาจสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ได้ ซึ่งพยาบาลต้องบันทึกคำสั่ง เวลาและชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษา และให้แพทย์เซ็นชื่อกำกับทันทีเมื่อแพทย์มาทำการตรวจผู้ป่วยหรือภายใน 24 ชั่วโมง ตาม ความจำเป็น การที่แพทย์จะสั่งการรักษาด้วยปากเปล่า พยาบาลจะต้องให้แพทย์เขียนคำสั่งการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรทันทีในเวลาเหมาะสม (วัชรวิ อาภาศิริพงษ์, สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ และรุจิรา เจียมอมรรัตน์, 2540: 138)

#### 4.2 แนวทางการจัดเก็บรักษายาและควบคุมเวชภัณฑ์

ก่อนที่จะจัดการเก็บรักษายาและควบคุมเวชภัณฑ์ ควรมีความเข้าใจในลักษณะของยาประเภทต่าง ๆ ดังนี้ (วัชรวิ อาภาศิริพงษ์, สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ และรุจิรา เจียมอมรรัตน์, 2540: 124-126)

##### 4.2.1 ของแข็ง (Solid dosage form)

1. ยาแคปซูล (Capsule) มีเปลือกหุ้มเป็นเจลาติน (Gelatin) ด้วยอาจเป็นผงหรือของเหลวซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 แคปซูลชนิดแข็ง (Hard Gelatin Capsule) เป็นเปลือกสาม 3 อัน ภายในบรรจุยาผง เช่น แคปซูลแอมพิซิลิน

1.2 ทรงกระบอกภายในบรรจุยาที่เป็นของเหลว หรือกึ่งเหลว เช่น น้ำมันตับปลา

2. เม็ด (Tablet) มีขนาด สี รูปร่าง แตกต่างกันไป มีทั้งชนิดไม่เคลือบและชนิดเคลือบ (Enteric coated tablet) ยาเม็ดเคลือบจะเป็นมันวาว อาจเคลือบด้วยน้ำตาล หรือฟิล์ม (Film coated tablet)

3. ยาลอม (Troche or Lozenge) เป็นเม็ด มีรูปร่าง กลิ่น รสต่าง ๆ กัน ใช้มจึงออกฤทธิ์ได้ดี ใช้เพื่อบรรเทาอาการระคายเคืองในคอ

4. ยาผง (Powder) ลักษณะคล้ายแป้ง มีสีต่าง ๆ กัน มีทั้งชนิดรับประทานและใช้ภายนอก

5. ยาอมใต้ลิ้น (Sublingual) มีทั้งเป็นเม็ดและแคปซูล ใช้อมใต้ลิ้นเนื่องจากใต้ลิ้นมีหลอดเลือดเลี้ยงมาก ยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดอย่างรวดเร็ว

#### 4.2.2 ของเหลว (Liquid dosage form)

1. ยาแขวนตะกอน (Emulsion) ประกอบด้วยน้ำและน้ำมันผสมรวมกันเมื่อเขย่าจะเป็นเนื้อเดียวกัน

2. เจล (Gel) มีรูปแบบและการใช้แตกต่างกัน เช่น อะลุ่มมิลค์ (Alum milk) เป็นยาน้ำเคลือบกระเพาะอาหาร ลักษณะคล้ายนมสดชั้นใช้รับประทาน ส่วนที่ใช้ภายนอกคล้ายวุ้นเหลวใส มีทั้งทาเฉพาะที่และใช้หล่อลิ้น

3. ยาน้ำเชื่อม (Syrup) มีลักษณะข้น รสหวาน ประกอบด้วยตัวยาน้ำตาล และน้ำ มีสี กลิ่นและรสแตกต่างกัน

4. ยาน้ำแขวนตะกอน (Suspension) ประกอบด้วยน้ำ และผงที่ไม่ละลายน้ำ ถ้าทิ้งไว้ตัวยาจะตกตะกอน ก่อนนำไปใช้ต้องเขย่าขวดทุกครั้ง

5. ยาสารละลาย (Solution) เป็นยาที่ผสมกับน้ำกลั่นบริสุทธิ์ เช่น สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

#### 4.2.3 ยาใช้เฉพาะที่สำหรับผิวหนังหรือเยื่อเมือก (Topical application form)

1. ครีม (Cream) ประกอบด้วยน้ำและไขมัน ใช้กับผิวหนังหรือแผลที่ไม่ต้องการเก็บความชื้นมากนัก

2. โลชั่น (Lotion) ประกอบด้วยผงยา และน้ำ เป็นยาแขวนตะกอนชนิดใช้ภายนอก เช่น คาลาไมด์ โลชั่น (Calamine lotion)

3. ยาทาถู (Liniment) เป็นยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ น้ำมันและสบู่ ออกฤทธิ์เฉพาะบริเวณที่ทา

4. จี๊ฟิ่ง (Ointments) มีส่วนผสมของไขมัน อยู่ในรูปกึ่งแข็งกึ่งเหลว มีทั้งใช้ทาผิวหนัง เช่น แผลถูกไฟไหม้น้ำร้อนลวก และใช้กับตา เช่น จี๊ฟิ่งป้ายตาเทอร์ราไมซิน (Terramycin ophthalmic ointment)

5. ยาป้าย (Paint) เป็นของเหลวสำหรับใช้ภายในโดยป้ายคอ และใช้ภายนอกทาผิวหนังเพื่อลดการเจริญเติบโตของเชื้อโรค

6. ยากลั้วคอและบ้วนปาก (Gargle and mouth wash) เป็นของเหลว ใส มีสี กลิ่น รส แตกต่างกัน มีทั้งชนิดเจือจางและเข้มข้นซึ่งต้องผสมน้ำตามสัดส่วนให้เจือจางก่อนใช้

7. ยาเหน็บ (Suppositories) มีหลายชนิด ดังนี้

7.1 ยาเหน็บทวารหนัก (Rectal Suppository) มีทั้งชนิดที่เป็นของแข็งและกึ่งแข็งกึ่งเหลว เป็นรูปกรวย หรือแท่งปลายเรียว (Torpedo) ใช้เหน็บเข้าทางทวารหนัก ควรเก็บในตู้เย็นเพื่อให้ยาคงรูป เช่น ยาเหน็บรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก (Proctosedyl) ยาสวนเหน็บในเด็ก (Dry glycerin)

7.2 ยาเหน็บช่องคลอด (Vaginal Suppository) เป็นเม็ดรูปวงรีหรือแท่ง ประกอบด้วยยาฆ่าเชื้อโรค ใช้เหน็บเข้าทางช่องคลอด

7.3 ยาเหน็บช่องปัสสาวะ (Urethral Suppository) รูปร่างคล้ายแท่งดินสอ ใช้รักษาการติดเชื้อ ปัจจุบันใช้น้อยมาก

8. ยาสูดดม (Inhalation)

8.1 ยาสูดดม (Inhalant) มีลักษณะต่าง ๆ เช่น ของแข็ง ของเหลว ก๊าซ แต่งเติมกลิ่น ใช้สูดดม ไอระเหยผ่านทางจมูกหรือช่องปาก

8.2 ยาพ่น (Spray) เป็นของเหลวใช้สำหรับพ่นเข้าทางช่องจมูก ช่องปาก หรือบริเวณผิวหนัง

#### 4.3 วัตถุประสงค์ของการเก็บรักษาและควบคุมเวชภัณฑ์

วัตถุประสงค์ของการเก็บรักษาและควบคุมเวชภัณฑ์ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ดังนี้ (2539: 130-130)

- 4.3.1 เพื่อให้มีเวชภัณฑ์ไว้ใช้อย่างครบถ้วน และมีอุปกรณ์ในการใช้งานได้อย่างเต็มที่
- 4.3.2 มีปริมาณยาพอสมควรที่จะเบิกจ่ายได้โดย ไม่มียาค้างอยู่เกินความจำเป็นในหอผู้ป่วย
- 4.3.3 มีการจัดเก็บรักษา และควบคุมอย่างถูกต้อง
- 4.3.4 สามารถเบิกยาได้อย่างสะดวกตรวจสอบง่าย



#### 4.4 กระบวนการเก็บรักษาและควบคุมเวชภัณฑ์

กระบวนการเก็บรักษาและควบคุมเวชภัณฑ์แนวทางปฏิบัติในการเก็บรักษา แบ่งออกเป็น 4 กระบวนการคือ สถานที่เก็บ การจัดเก็บ การเก็บรักษา การควบคุม

**4.4.1 สถานที่เก็บยา และเวชภัณฑ์ควรมีระบบการจัดเก็บที่ดี** ดังนี้ 1) แยกเป็นสัดส่วน มีความแข็งแรง ปลอดภัย 2) การถ่ายเทอากาศดี ไม่อับชื้น ไม่ถูกแสงแดด หรือความร้อน 3) มีอุปกรณ์ครบถ้วน คือ มีชั้นวางยา ตู้เก็บยาเม็ด ขาน้ำ และน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยอาจจัดแยกชั้นกับให้เป็นระเบียบ มีตู้เย็นเก็บวัคซีน และภาชนะบรรจุยา

**4.4.2 การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์** แบ่งออกเป็นหลักในการจัดเก็บและวิธีการจัดเก็บซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) หลักในการจัดเก็บยา ในการจัดเก็บยาควรมีหลักในการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ดังนี้ ถูกต้องตามหลักวิชาการ สามารถหมุนเวียนการใช้ยาได้ดี มีความเป็นระเบียบ สะดวกในการหยิบจ่าย ตรวจสอบง่าย

2) วิธีการจัดเก็บ ควรมีการจัดเก็บดังนี้

2.1) แยกยาออกเป็นหมวดหมู่ แยกเก็บในชั้นหรือตู้ที่ได้กำหนดไว้ ยาเสพติดให้โทษ วัคซีน แอลกอฮอล์ แยกเก็บไว้ต่างหาก ในที่ที่ปลอดภัย และมีอุณหภูมิที่เหมาะสม

2.2) การจัดเรียงตามตัวอักษร หรือตามฤทธิ์ในการรักษา

2.3) การจัดเก็บเพื่อหมุนเวียนการใช้ยา มี 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 จัดยาที่มาใช้ใหม่ไว้ด้านใน น้ำยาเก่าออกมาไว้ด้าน

นอกแทน

แบบที่ 2 จัดเรียงยาใหม่ไว้ด้านซ้าย น้ำยาเก่าไว้ด้านขวา

แบบที่ 3 จัดเรียงซ้อนกัน โดยจัดยาใหม่อยู่ล่างสุด ยาเก่า

อยู่ด้านบน

ยาปฏิชีวนะที่มีอายุการใช้งานควรทำชั้นแยกเก็บต่างหาก ยาเก่าอยู่ด้านบนแสดงวันหมดอายุติดไว้ที่หน้าชั้นของยาแต่ละตัวให้มองเห็นได้ง่าย เพื่อสะดวกในการตรวจสอบและหมุนเวียนใช้ก่อน

**4.4.3 การเก็บรักษา** การเก็บรักษายามีหลักปฏิบัติดังนี้

1) ถูกต้องตามหลักวิชาการ

ยาทุกชนิดควรเก็บในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ปราศจากความชื้น ความร้อน แสงแดด ยกเว้นจะระบุเป็นกรณีพิเศษ ดังนี้

1.1) เก็บยาในที่เย็นอุณหภูมิ 15 °c

1.2) เก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 2 – 10 °c

- 1.3) เก็บไว้ในช่องแข็งอุณหภูมิ  $-20^{\circ}\text{C}$
- 1.4) ยาปฏิชีวนะไม่ควรเก็บในอุณหภูมิมากกว่า  $70^{\circ}\text{C}$
- 1.5) ยาประเภทวัคซีน เซรุ่ม Toxoid, Antitoxin เก็บในตู้เย็น
- 1.6) ยาเสพติดให้โทษต้องแยกเก็บต่างหาก ระมัดระวังเป็นพิเศษ

ควรจะล็อกกุญแจ ต้องมีบันทึกการรับ-จ่ายทุกครั้ง

1.7) แอลกอฮอล์ เป็นวัสดุไวไฟ ควรแยกเก็บห่างจากวัสดุเชื้อเพลิง เช่น เบตาดีน ไม่เก็บใกล้ไฮโครเจนเปอร์ออกไซด์ เพราะอาจเกิดการระเบิดได้

## 2) การตรวจเช็คสภาพของยา และสถานที่เก็บรักษา

สิ่งที่ต้องตรวจเช็คคือ (วัชร อภาชีรพงศ์ และคณะ, 2540: 138-139)

- 2.1) วันหมดอายุของยา ยาที่หมดอายุไม่ควรนำไปให้ผู้ป่วยรับประทาน
- 2.2) การเสื่อมสภาพของยาที่มีได้แสดงวันหมดอายุ
- 2.3) การแยกเก็บระหว่างยาใช้ภายนอก และยาใช้ภายใน
- 2.4) ความถูกต้องและเหมาะสมในการเก็บรักษาเพื่อรักษาคุณภาพของยา เช่น ยาบางชนิด ห้ามถูกแสง บางชนิดต้องเก็บในที่เย็น
- 2.5) สภาพของตู้เก็บยาหรือสภาพของตู้เย็นที่ใช้เก็บยา
- 2.6) สภาพของขวดหรือภาชนะที่ใช้บรรจุยา ต้องไม่แตกชำรุด
- 2.7) สภาพของฉลากไม่ลบเลือนสถานที่เก็บยาควรตรวจตราเรื่องความปลอดภัยแข็งแรง หมั่นทำความสะอาดอยู่เสมอ

**4.4.4 การควบคุม** ทำบัญชีการควบคุมเบิกจ่ายยา และปริมาณยาที่เหลือตั้งระเบียบขึ้นมา เพื่อควบคุมการเบิก-จ่ายแต่ละครั้ง ไม่ควรเบิกยามาไว้มากเกินในผู้ป่วยแต่ละรายให้เบิกได้ทุก 3 วัน / ครั้ง (ตามระเบียบการเบิกยาให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลเลิดสิน)

สรุปว่ากระบวนการเก็บรักษาและควบคุมเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้ยาและเวชภัณฑ์แต่ละชนิด โดยมีหลักการและวิธีการจัดเก็บที่เป็นระบบระเบียบ สะดวกและปลอดภัยในการจัดเก็บ และการนำไปใช้ รวมทั้งมีการจัดทำบัญชีเบิกจ่ายเพื่อควบคุมปริมาณการใช้ยาที่สำคัญ

## 4.5 แนวทางปฏิบัติในการเตรียมยา ควรปฏิบัติดังนี้

ห้องเตรียมยาควรมีแสงสว่างมากเพียงพอและพยาบาลควรเตรียมคนเดียวเพื่อป้องกันความผิดพลาด การตรวจสอบ (Check) โดยอ่านฉลากยา 3 ครั้งและให้ถูกต้องตามหลัก 5 ถูก คือตรวจสอบ โดยอ่านฉลากยา 3 ครั้ง คือ 1) ก่อนหยิบขวดยาหรือซองยา ออกจากตู้หรือที่เก็บยา 2) ก่อนเทยา หรือ ดูดยา 3) ก่อนเก็บขวดยาเข้าที่ หรือก่อนทิ้งขวดยา ควรปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลัก 6 ถูก คือ (สุพานิ เสนาคิสัย, 2540 : 325-410)

1. ถูกยา (Right Drug) ก่อนให้ยาพยาบาลต้องตรวจสอบชื่อยา ในการ์ดยา ให้ตรงกับคาร์เด็กซ์ (Kardex) คำสั่งการรักษา และต้องอ่านชื่อยาให้ถูกต้อง รู้จักชื่อทางการค้าของยา และหากฉลากยาเลอะเลือน ไม่ชัดเจนหรือไม่แน่ใจ ไม่ควรใช้ยานั้น
  2. ถูกขนาด (Right Dose) พยาบาลจะต้องคำนวณขนาดยาให้ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงที่แพทย์สั่ง ถ้าเป็นยาน้ำต้องตวงให้ได้ปริมาณตามที่ต้องการ
  3. ถูกเวลา (Right Time) พยาบาลจะต้องทราบตัวอย่างเกี่ยวกับเวลาที่จะให้ยา และให้ยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง
  4. ถูกผู้ป่วย (Right Patient Or Right Client) ให้ยาตรงตัวผู้ป่วยตาม ชื่อ – สกุล ชื่อผู้ป่วย อาจมีการซ้ำกัน ดังนั้นก่อนให้ยาจึงควรถามชื่อและนามสกุลผู้ป่วย โดยถามว่าชื่ออะไร นามสกุลอะไร เพราะผู้ป่วยอาจตอบรับทั้งที่ตนเองไม่ได้ชื่อนั้น ไม่ควรใช้เฉพาะการดูเบอร์เตียง เพราะอาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้
  5. ถูกทาง (Right Method Or Right Route) ให้ยาถูกทาง เช่น ให้ทางปาก ฉีด เหน็บ ซึ่งพยาบาลจะต้องทราบตัวอย่างต่าง ๆ ที่ใช้เกี่ยวกับการใช้ยา
  6. ถูกเทคนิค (Right technique ) ยางบางประเภทมีเทคนิคการให้ยาโดยเฉพาะ พยาบาลต้องให้ยาให้ถูกต้องตามเทคนิคเฉพาะของยาแต่ละ ชนิด เช่น ยาที่มีผลต่อชีพจรหรือความดันโลหิต ต้องจับชีพจรและวัดความดันโลหิตก่อนให้ผู้ป่วยรับประทาน เป็นต้น
- โดยสรุปวิธีการเตรียมยาและให้ยาทุกครั้งต้องตรวจสอบฉลากยาให้ถูกต้องตามหลัก 6 ถูก คือ ถูกยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกผู้ป่วย ถูกทาง และถูกเทคนิค

#### 4.6 การสังเกตการเสื่อมและการหมดอายุของยา

ยาที่มีการเสื่อมและหมดอายุ ซึ่งอาจทำให้ผู้ใช้เกิดอันตราย ไม่ได้ประโยชน์จากการใช้หรืออาจเกิดโรค โรครักษายากขึ้นจากการดื้อยา เพราะความแรงของยาลดลง ยาทุกชนิดมีวันหมดอายุ ซึ่งบางประเทศกฎหมายบังคับให้บอกวันหมดอายุไว้ที่ภาชนะบรรจุยา ยาที่ไม่บอกวันหมดอายุ ให้ดู วันเดือนปีที่ผลิต ( Mfg, Date, Mfr. Date ) ไม่ควรเก็บไว้นานเกินไป 5 ปี สำหรับยาเม็ด และไม่เกิน 3 ปี สำหรับยาน้ำ และต้องสังเกตยามี รส กลิ่น สี ลักษณะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ ดังนี้

ยาน้ำ สีอาจซีดหรือเข้มขึ้น ถ้าเป็นยาแขวนตะกอน ตะกอนจะจับตัวแข็ง เขย่าไม่เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน ส่วนยาแขวนตะกอนเมื่อเขย่าขวด ยาไม่เป็นเนื้อเดียวกัน แยกเป็นชั้นของน้ำและน้ำมัน ยาน้ำเชื่อมมีการตกผลึกเขย่าขวดแล้วไม่ละลาย

ยาเม็ด จะเริ่มละลาย เม็ดแตกร้าวหรือสีเปลี่ยนไป ถ้าเป็นแคปซูล จะพบแคปซูลบวม ขึ้นราหรือเปลี่ยนสี หรือสีของยาผลในแคปซูลเปลี่ยนไป ยาหยอดตา ปกติเป็นน้ำใส ถ้าหมดอายุจะหนืดหรือหยดแล้ว มีอาการแสบตา

วันหมดอายุของยาอาจใช้คำต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

Expiration Date	1 / 6 / 93,	Expired Date	6 / 94
Expiry	1 / 5 / 92,	Exp. Date	5 / 1995
Expired	2 / 8 / 1996,	Exp.	8 / 95
D. of Exp.	8 – 95,	Valid	9 – 94
Used before	Jan. 1994,	Use by	Jul. 1993

#### 4.7 การกำจัดยาที่เสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ

ในการกำจัดยาที่เสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้จัดเก็บขยะ ด้วยเพราะยาถือเป็นสารเคมีชนิดหนึ่ง ควรมีที่ทิ้งขยะซึ่งแยกจากขยะประเภทอื่น ๆ มีฝาปิดมิดชิดแล้ว เขียนข้อความติดไว้ว่า “ ขยะอันตราย ”

นอกจากแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ข้างต้น Davis (1994 อ้างถึงใน มณีรัตน์ โภทชงรัก, 2537: 50 ) เสนอวิธีการที่จะลดความผิดพลาดจากการให้ยา โดยการสอนผู้ป่วยดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยจดบันทึกชื่อยา และฤทธิ์ของยา
2. ให้ผู้ป่วยบอกประวัติการแพ้ยาในอดีต
3. ชักถามวิธีการรับประทานยา เช่น เวลาเช้า, กลางคืน หรือพร้อมมื้ออาหาร
4. ถ้ามีคำสั่งการรักษา ยาตัวใหม่ ให้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องฤทธิ์และอาการข้างเคียงด้วย
5. บอกให้ผู้ป่วยเข้าใจเวลารับประทานยา เพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
6. เวลาแจกยาครั้งต่อไป สอบถามให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจคำอธิบายที่เคยได้แนะนำไปแล้ว
7. ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจยาที่จัดให้ถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะซักถามได้ เพื่อความปลอดภัยของตนเอง
8. ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องยาอย่างละเอียด เช่น วิธีกิน ฤทธิ์ยา และอาการข้างเคียง อาการที่ควรมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยา

กล่าวโดยสรุปว่า การบริหารยาและเวชภัณฑ์ควรคำนึงถึงการจัดการให้มียาไว้ใช้ในจำนวนที่พอเหมาะ ไม่มียาค้างอยู่เกินความจำเป็น มีการจัดเก็บรักษาและควบคุมอย่างถูกต้อง สามารถหยิบใช้ได้สะดวก และตรวจสอบง่าย รวมทั้งวิธีการให้ยาที่ถูกต้อง ไม่เกิดความผิดพลาดอันประกอบด้วยหลัก 6 ถูก คือถูกยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกผู้ป่วย ถูกทาง และถูกเทคนิค

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาภา นิตยศักดิ์ (2533) ศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง และความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับสูง และให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลด้านให้ยาผิดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งด้านอุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านอยู่ในระดับเห็นด้วย ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษาและการได้รับการอบรมทางการบริหาร โดยผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้คะแนนความคิดเห็นในการจัดการต่อความเสี่ยงของเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องและความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลรวมสามด้านแตกต่างจากผู้บริหารสังกัดกระทรวงมหาดไทย

วรวรรณ เหนือคลองและคณะ (2540) ศึกษาย้อนหลังถึงสาเหตุ ความรุนแรง วิธีการแก้ไขและแนวทางป้องกันการให้ยาผิดพลาด กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา ให้เลือด และสารละลายทางหลอดเลือดที่เกิดขึ้นในฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2537 จำนวน 61 ราย พบว่า อุบัติเหตุความผิดพลาดที่พบมากที่สุดคือการให้ยา ร้อยละ 68.9 อันดับรองคือ ความผิดพลาดในการให้เลือดร้อยละ 16.4 และความผิดพลาดในการให้สารละลายทางหลอดเลือดร้อยละ 14.7 อุบัติการณ์ส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในผลัดเวรเช้าเวลา 08.00-16.00 น. อายุงานระหว่าง 0- 3 ปี สาเหตุการให้ยาผิดพลาดเกิดขึ้นจากความบกพร่องในการปฏิบัติและขาดความรู้ ร้อยละ 11.5 ความรุนแรงของการให้ยาผิดพลาดอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางร้อยละ 70.5 รุนแรงมากร้อยละ 21.3 รุนแรงน้อยร้อยละ 8.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แก้ไขโดยวิธีสังเกตอาการหรือต้องให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยร้อยละ 49.1 แนวทางในการป้องกันการให้ยาผิดพลาดพบว่ามี การป้องกันในด้าน การปฏิบัติงาน และระบบงาน

สิระยา สัมมาวาท (2541) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 75 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เคยปฏิบัติงานผิดพลาด คิดเป็นร้อยละ 56 โดยผิดพลาดขณะศึกษาอยู่ชั้นปี 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมา ได้แก่ชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 42.86 ลักษณะของความผิดพลาดส่วนใหญ่เป็นการให้ยาผิด คิดเป็นร้อยละ 76.19 สาเหตุของความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากขาดความละเอียดรอบคอบ คิดเป็นร้อยละ 76.19 ขาดทักษะและประสบการณ์ร้อยละ 54.76 นักศึกษาทั้งหมดคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นป้องกันได้โดยนักศึกษามีความรู้

ในสิ่งที่ทำ มีความละเอียดรอบคอบและความตั้งใจในการทำงาน นักศึกษาส่วนใหญ่ตั้งใจว่าจะมีภาระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก

ขันทอง สาสนกุล (2541) ศึกษาาระดับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ศึกษากรณีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ถ้าพิจารณาตามรายด้านจะพบว่า ด้านร่วมออกกฎระเบียบกำหนดสถานที่ และเวลาในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อในระดับสูง ด้านให้ความรู้และนำควบคุมเจ้าหน้าที่ในเรื่องการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ พร้อมทั้งติดตามประเมินผลอยู่ในระดับสูง และด้านวางแผนงานเพื่อจัดปัญหาและสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อได้แก่ การอบรมและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับขยะมูลฝอยติดเชื้อ และการเคยมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยทั่วไปของหัวหน้าหอผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากเจ้าหน้าที่เก็บขยะขาดความรู้ความเข้าใจไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ และปัญหาเจ้าหน้าที่นำขยะมูลฝอยติดเชื้อและขยะมูลฝอยธรรมดา รวมกันในถังเดียวกัน

พรหมมินทร์ หอมหวล (2542) ได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การร้องเรียนแพทย์กรณีทิวเวชปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ. 2533-2540) และตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 20 ราย จากการศึกษาพบว่า การร้องเรียนแพทย์กรณีทิวเวชปฏิบัติในหนังสือพิมพ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2533-2540 มีจำนวน 75 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้น 2.7 เท่า ลักษณะการร้องเรียนพบว่าเป็นเวชปฏิบัติในสาขาสูติกรรมมากที่สุด ร้อยละ 32 ผู้ร้องเรียนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุ 31-40 ปี ผู้เกี่ยวข้องเป็นสามีหรือบิดาของผู้เสียหายมากที่สุด ผู้เสียหายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เสียชีวิตร้อยละ 57.34 จากสถานพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 62.34 มูลเหตุการร้องเรียนเกิดจากกลุ่มมูลเหตุที่แพทย์ตรวจรักษาไม่ได้มาตรฐานชัดเจน ร้อยละ 37.33 และจากการสัมภาษณ์พบเหตุที่กระตุ้นให้ผู้เสียหายร้องเรียนมากที่สุดคือความไม่พอใจหรือโกรธ วิธีการร้องเรียนใช้วิธีการแจ้งความเจ้าหน้าที่ตำรวจร้อยละ 36 การฟ้องร้องต่อศาล คิดเป็น 3.5 เท่าของผู้เสียหายจากสถานพยาบาลของรัฐ ผลการร้องเรียน แพทย์ปฏิเสธเรื่อง 25 ราย ขอมให้การช่วยเหลือ 20 ราย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ร้องเรียนไม่ได้ฟ้องศาลจำนวน 16 ราย โดยทิ้งเรื่องไปจำนวน 7 ราย ยุติเพราะแพทย์จ่ายค่าสินไหมจำนวน 5 ราย มีการฟ้องต่อศาลจำนวน 4 ราย และยอมความได้ใน ชั้นศาล จำนวน 2 ราย

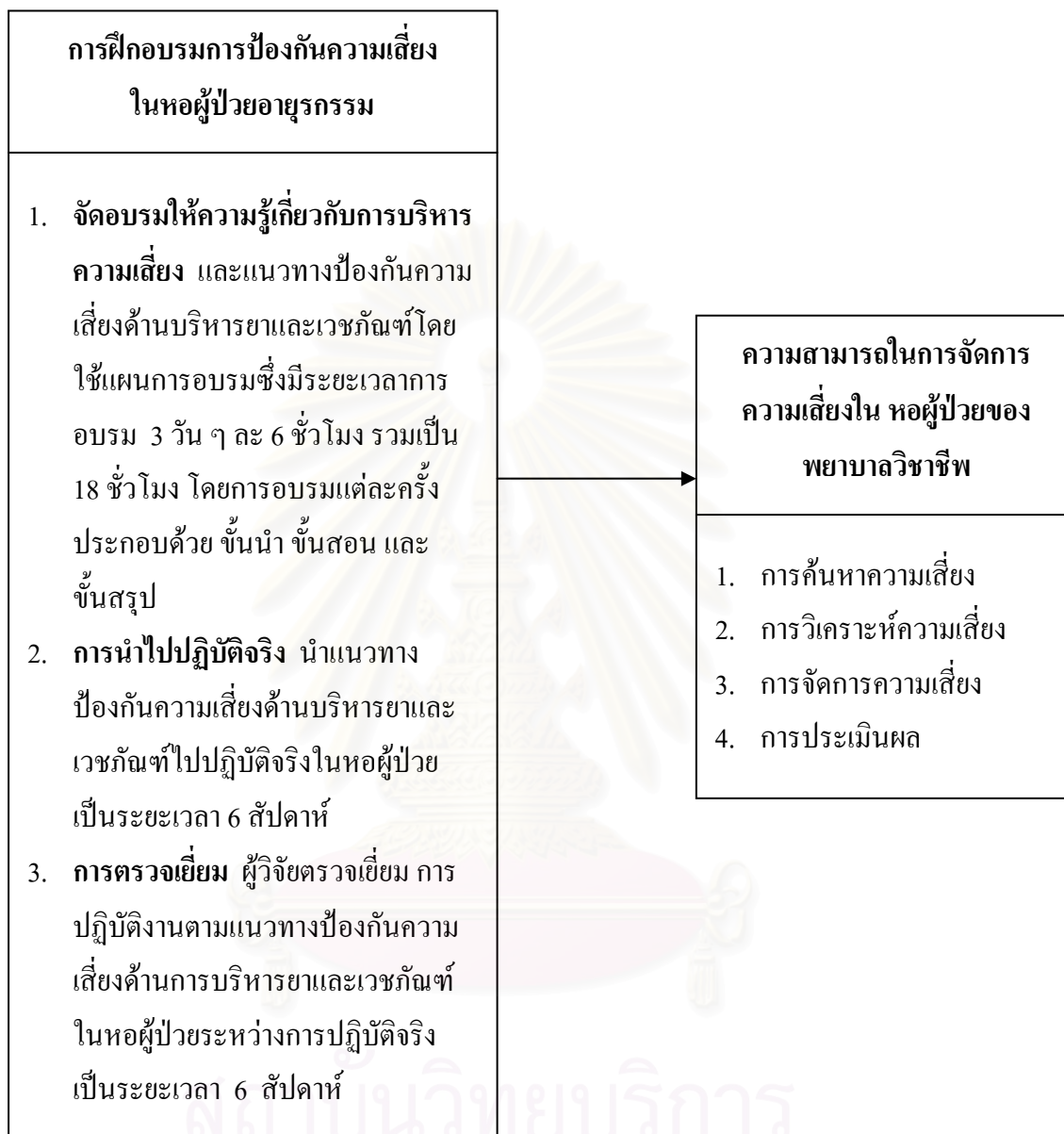
Boyd (1995) ศึกษาการระบุบทบาทและความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการความเสี่ยงในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยศึกษาในหัวหน้าหอผู้ป่วย 15 คน ได้ระบุถึงบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ผลที่พบคือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการสืบสวนเหตุการณ์ (Occurrence Investigate) เท่านั้นรับรู้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง (Risk Manager)

Elnitsky, and others (1997) ศึกษารายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลที่ทำงานใน โรงพยาบาลชุมชน 15 รัฐทางตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการรายงานอุบัติการณ์และความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้รายงานอุบัติการณ์ของผู้ตรวจการพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลปฏิบัติการ 380 คน ใช้แบบสำรวจรายงานอุบัติการณ์ 20 ข้อ ที่สามารถตรวจสอบการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทำงาน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 36 เชื่อว่าอุบัติการณ์บางเรื่องไม่ต้องรายงาน ร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์มีความเที่ยงตรงพอ และร้อยละ 14 ไม่เชื่อว่าการรายงานอุบัติการณ์จะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ได้ สำหรับเรื่องความเชื่อในการใช้รายงานของผู้ตรวจการพบว่า พยาบาลร้อยละ 17 เชื่อว่าผู้ตรวจการนำรายงานอุบัติการณ์มาใช้ในการประเมินพยาบาล และร้อยละ 25 กล่าวว่าผู้ตรวจการจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพยาบาลเมื่อรายงานอุบัติการณ์ และพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ดีกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ศึกษาเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 289 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโดยรวม อยู่ระดับมากด้านการป้องกันอัตรากำลังของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยด้านการป้องกันอัตรากำลังของโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงโดยรวมสูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย

สาลิ บุญศิริรัตน์ และคณะ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการลดการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การวินิจฉัยความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับตามเครื่องมือของกอสเนลล์ (Gosnell) ได้จำนวนตัวอย่าง 15 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้เครื่องมือที่เป็นการสังเกตมีค่าคะแนนความเสี่ยง 0.8 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงก่อนทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงลดลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยลง

แผนภูมิ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย





### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้น (Pre - Experimental Research) เป็นกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

O<sub>1</sub> X O<sub>2</sub>

O<sub>1</sub>: การวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง

X: การฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็น ระยะเวลา 6 สัปดาห์

O<sub>2</sub>: การวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์และนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง จำนวนหอผู้ป่วยละ 11 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน
2. ประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ขึ้นไป
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย

- 1.1 แผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- 1.2 แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วย
- 1.3 แบบตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง ด้านการบริหารยา

และเวชภัณฑ์

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประยุกต์ ใช้วัดความสามารถ

ในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ

### การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานของการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยแผนการอบรมประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม การฝึกอบรม สื่อการสอน เกณฑ์การประเมินผลซึ่งเนื้อหาดังกล่าว ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) และอนูวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ซึ่งมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำราเอกสารบทความต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การฝึกอบรม และการบริหารความเสี่ยง

1.1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดทำแผนอบรมและกำหนดกิจกรรมการอบรม กำหนดให้การอบรมเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมองและฝึกปฏิบัติ กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถดังนี้

1) มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานการบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง

2) ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล นำไปประยุกต์ใช้การบริหารความเสี่ยงในการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

1.1.3 เตรียมเนื้อหาในการอบรมตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงซึ่งได้แก่ ความหมายของการบริหารความเสี่ยง เป็นมาของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดจนกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยงการวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงกับการประกันและพัฒนาคุณภาพ การฝึกปฏิบัติหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย และมีการอภิปราย และสรุปผลของการอบรม โดยแผนการฝึกอบรมนั้นได้แบ่งออกเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อการสอนและเกณฑ์การประเมินผล

1.1.4 กำหนดเนื้อหา ในแผนการอบรมเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานในการบริหารความเสี่ยง ความหมายของความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความเสี่ยงเกิดกับ ผู้ป่วย ความเสี่ยงกับการประกันและการพัฒนาคุณภาพ

ชุดที่ 2 ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผลการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

ชุดที่ 3 ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการวิเคราะห์กระบวนการหลักในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย การฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหาความเสี่ยงการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์โดยการแบ่งกลุ่มระดมสมองและนำเสนอแนวทางในการ ป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

1.1.5 ผู้วิจัยนำแผนการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารความเสี่ยงตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องต่อวัตถุประสงค์ กิจกรรมการสอนตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

1.1.6 จัดทำเอกสารประกอบการอบรม โดยมีเนื้อหาสาระตามแผนการอบรม และรายชื่อหนังสือสำหรับอ่านเพิ่มเติม

1.2 แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารโรงพยาบาล 3 ท่าน ด้านบริการระดับปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ท่าน ด้านป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล 1 ท่าน แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม 1 ท่าน และ เภสัชกร 1 ท่าน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากตำราทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ

1.2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นกรอบแนวคิดสร้างเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 8 ท่าน เพื่อรวบรวมแนวคิดต่าง ๆ มาสร้างเป็นแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยได้ข้อคำถามดังนี้

1) ท่านคิดว่ากระบวนการหลักในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยควรประกอบด้วยขั้นตอนอะไรบ้าง

2) ในแต่ละขั้นตอนของการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง หรือความผิดพลาดในแต่ละขั้นตอนอย่างไร

3) ถ้าพยาบาลให้ยาผิดพลาดควรปฏิบัติอย่างไร

1.2.3 ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator ) ด้วยตนเองใช้เวลาในการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเป็นเวลา 120 นาที โดยผู้วิจัยขออนุญาต ในการบันทึกเทประหว่างสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยทำการถอดเทปและสรุปเนื้อหาสร้างเป็นแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย โดยจัดพิมพ์เป็นเอกสารเข้าเล่ม ฉบับกระตัดรีดขนาด 15 X 21 ซม. จำนวน 22 หน้า ภายในเล่มประกอบด้วยข้อความและภาพประกอบสีสวยงาม เริ่มตั้งแต่ คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 7 เรื่อง ดังนี้

1) การรับคำสั่งจากใบคำสั่งแพทย์ (Medication order)

2) การเบิกยาและรับยาจากหน่วยจ่ายยา (เภสัชกร)

3) การเตรียมยา

4) การให้ยากับผู้ป่วย

5) การเก็บรักษาและควบคุมเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

6) การกำจัดยาที่เสื่อมคุณภาพ หมดยา หรือเหลือใช้

7) การจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับบ้านและข้อควรปฏิบัติเมื่อให้ยาผิด

1.3 แบบตรวจเช็คการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

1.3.1 สร้างแบบตรวจเช็คการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วยด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย รายการข้อมูลการตรวจเช็คแบ่งเป็น 7 เรื่อง รวม 21 ข้อ เรียงลำดับตามขั้นตอนหรือกระบวนการหลักต่าง ๆ ในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ด้านขวามือเป็นผลการประเมินการปฏิบัติว่า “ถูกต้อง” “ไม่ถูกต้อง” และ “ข้อเสนอนะ” ของผู้วิจัย ซึ่งใช้ในการตรวจเช็คแบบไม่มีส่วนร่วม โดยการซักถามผู้ปฏิบัติ สังเกต และให้คำแนะนำการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยง ใน

หอผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพไปใช้ในระหว่างการทดลอง 6 สัปดาห์โดยคิดว่าได้ปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องให้คำแนะนำ และถ้าผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ถูกต้องควรมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ของข้อคำถามในแบบตรวจเยี่ยม

1.3.2 ผู้วิจัยใช้การตรวจเยี่ยมแบบไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง การสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและจากการศึกษาบันทึกทางการพยาบาล

1.3.3 การตรวจเยี่ยมถ้าไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้วิธีการพูดคุย และให้ข้อเสนอแนะ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามวัดศักยภาพความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยสร้างแบบสอบถามวัดศักยภาพความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ลักษณะแบบสอบถามเป็นสถานการณ์จำลองและมีการสอดแทรกคำถามเป็นระยะ ๆ มีจำนวนทั้งหมด 4 สถานการณ์ มีข้อคำถามสถานการณ์ละ 4-5 คำถาม รวมคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยประยุกต์แนวคิดในการสร้างแบบสอบถามวัดศักยภาพ Feletti and Engle (1980 อ้างถึง ในอารักษ์ ชูดวง, 2535) มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วย และการบริหารความเสี่ยงจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 ศึกษาการสร้างแบบสอบถามวัดศักยภาพจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3 กำหนดขอบเขตวัตถุประสงค์ของการสร้างแบบสอบถามวัดศักยภาพ เพื่อวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

2.4 กำหนดขอบเขตกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

2.5 กำหนดสถานการณ์โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย ศึกษากรณีสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย แล้วนำมาสร้างเป็นสถานการณ์ปัญหาการบริหารจัดการ 4 สถานการณ์ โดยให้ข้อมูลเป็นส่วน ๆ พร้อมกับข้อคำถามปลายเปิด แต่ละสถานการณ์ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมการประเมินความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล ได้สถานการณ์ทั้งหมด 4 สถานการณ์ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 เป็นสถานการณ์ของนายสมปอง เกี่ยวกับการให้ยาผิดคน

สถานการณ์ที่ 2 เป็นสถานการณ์ของนายชั้น เกี่ยวกับการให้ยาผิดชนิดจากการอ่าน  
ลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน

สถานการณ์ที่ 3 เป็นสถานการณ์ของนายบุญ เกี่ยวกับการให้ยาหมดอายุ

สถานการณ์ที่ 4 เป็นสถานการณ์ของนางระเบียบ เกี่ยวกับการพยาบาลขาดความรู้และ  
ทักษะในการบริหารยา

2.6 สร้างข้อคำถามเพื่อวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและ  
เวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย โดยกำหนดข้อคำถามตามสถานการณ์เรียงตามลำดับขั้นตอนของการเกิดเหตุการณ์  
โดยให้ข้อมูลเป็นส่วน ๆ พร้อมกับข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 17 ข้อ 4 สถานการณ์ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 มีจำนวนคำถาม 5 คำถาม

สถานการณ์ที่ 2 มีจำนวนคำถาม 4 คำถาม

สถานการณ์ที่ 3 มีจำนวนคำถาม 4 คำถาม

สถานการณ์ที่ 4 มีจำนวนคำถาม 4 คำถาม

2.7 จัดพิมพ์แบบสอบอัตนัยประยุกต์ โดยกำหนดให้ด้านหน้าของกระดาษแต่ละหน้า  
แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ส่วนบนประกอบด้วยเวลาที่ควรใช้ เวลาสะสม คำแนะนำในการทำแบบ  
สอบหน้าที่ของข้อสอบและเลขที่ผู้สอบ ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหาของสถานการณ์ที่กำหนดให้ ส่วนที่ 3 เป็น  
ข้อคำถาม และส่วนที่ 4 เป็นส่วนที่กำหนดให้เขียนคำตอบ ซึ่งในแบบสอบมีข้อคำถามหน้าละ 1-2 ข้อ  
ส่วนด้านหลังของกระดาษสอบเป็นข้อมูลของสถานการณ์ของหน้าที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้สอบเข้าใจ  
สถานการณ์ที่กำหนดให้อย่างต่อเนื่อง ข้อสอบแต่ละสถานการณ์จัดเรียงลำดับ ข้อคำถามตั้งแต่ข้อแรก  
ถึงข้อสุดท้ายแล้วเขียนรวมเล่มแยกเป็นแต่ละสถานการณ์ โดยใส่สีปกสีต่าง ๆ กัน คือ สถานการณ์ที่ 1 ปกสี  
เหลือง สถานการณ์ที่ 2 ปกสีชมพู สถานการณ์ที่ 3 ปกสีเขียวอ่อน สถานการณ์ที่ 4 ปกสีฟ้า โดยมี  
ปกหน้ากำหนดให้ผู้สอบเขียนชื่อ - สกุล อายุ และประสบการณ์ทำงาน พร้อมคำแนะนำในการทำ  
แบบสอบถาม แต่ละแบบสอบประกอบด้วยสถานการณ์จำนวนหน้า จำนวนข้อคำถาม เวลาในการทำ  
ข้อสอบคะแนนของแบบสอบ และช่องว่างสำหรับผู้ตรวจข้อสอบกรอกคะแนน แล้วนำแบบสอบทั้ง 4  
สถานการณ์ ใส่รวมไว้ในซองสีน้ำตาลขนาด 9 X 12 นิ้ว ซึ่งมีคำชี้แจงในการทำแบบสอบติดไว้ที่หน้าซอง  
ทุกซอง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทั้งหมดไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องหลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความรู้ และประสบการณ์ด้านการบริหารความเสี่ยง หรือการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 4 ท่าน และอาจารย์พยาบาลซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารหรือการพยาบาลอายุรศาสตร์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์กิจกรรมการสอน ส่วนภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงดังนี้

1.1 แผนการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.1.1 ปรับกิจกรรมการอบรมให้เน้นเรื่องการสร้างตระหนักรู้ในความเสียหายให้มากขึ้นในช่วงแรก ๆ ของการฝึกอบรม

1.1.2 ปรับข้อความของวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและกำหนดและปรับเวลาให้เหมาะสมกับเนื้อหา

1.2 แบบสอบอัตนัยต์ประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดูตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความรู้ และประสบการณ์ด้านการสร้างแบบสอบอัตนัยต์ประยุกต์ จำนวน 5 ท่าน ( ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา การใช้คำถาม ความเหมาะสมของสถานการณ์ และลำดับขั้นการวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.2.1 ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น

1.2.2.ปรับปรุงข้อมูลในสถานการณ์ให้สามารถวัดได้ตรงตามขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง

1.2.2 ปรับข้อความคำถามให้มีความเป็นอิสระจากกันไม่ให้มีผลต่อคำถามของข้อต่อไป

1.3 เอกสารเข้าเล่มจำนวน 1 เล่ม เรื่อง “แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์” ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีการแก้ไขตรงสารบัญ และ ให้เน้นข้อความสำคัญ

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบอัตนัยต์ประยุกต์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์จำนวน 13 ท่าน (ดังรายนามผู้เชี่ยวชาญในภาคผนวก) ตรวจสอบแบบสอบอัตนัยต์ประยุกต์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตลอดจนกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการ

ตอบคำถามแต่ละข้อ เพื่อนำมา สร้างเป็น โมเดลคำตอบและกำหนดกรอบของเวลาที่เหมาะสมในการทำแบบสอบของพยาบาลวิชาชีพ ต่อจากนั้นเมื่อได้รับแบบสอบจากผู้เชี่ยวชาญคืนครบทุกท่านแล้ว ผู้วิจัยทำการรวบรวมคำตอบและหาเวลาเฉลี่ยที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านใช้ในการทำแบบสอบแต่ละข้อ จากนั้นจึงเชิญผู้เชี่ยวชาญทั้ง 13 ท่านมาประชุมในวันที่ 26 กรกฎาคม 2545 เวลา 09.00 – 15.00 น. ณ ห้องพยาบาลวิทย์ชั้น 5 ตึก 33 ปี โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมประชุมได้จำนวน 11 ท่าน ได้ผลสรุปดังนี้

ก. ปรับโครงสร้างของแบบสอบอัตรณ์ประยุกต์จำแนกตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของแต่ละสถานการณ์จำนวน 4 สถานการณ์ รวมข้อคำถาม 17 ข้อ (เพิ่มเป็น 18 ข้อ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ข้อคำถามในแต่ละสถานการณ์ของแบบสอบอัตรณ์ประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามขั้นตอนการค้นหาค่าความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

การวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย	สถานการณ์ที่ 1 (คำถามที่)	สถานการณ์ที่ 2 (คำถามที่)	สถานการณ์ที่ 3 (คำถามที่)	สถานการณ์ที่ 4 (คำถามที่)	รวม
การค้นหาค่าความเสี่ยง	1, 2	1	1	1	5
การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง	3	2	2	2	4
การจัดการความเสี่ยง	4	3	3	3,5	5
การประเมินผล	5	4	4	4	4
รวม	5	4	4	5	18

ข. เวลาในการทำแบบสอบ ผู้วิจัยนำเวลาเฉลี่ยที่ผู้เชี่ยวชาญใช้ในการตอบแบบสอบอัตรณ์ประยุกต์ดังกล่าวมาปรับเพิ่มร้อยละ 30 ตามแนวคิดของมหาวิทยาลัยนิวคาสเซิล ได้เป็นเวลาที่กำหนดสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการทำข้อสอบแต่ละข้อ ซึ่งเวลาดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์เดียวกับแบบสอบอัตรณ์ประยุกต์ของมหาวิทยาลัย นิวคาสเซิล คือ 2 – 20 นาที (Feletti, G. I and Smith, E.K.M, 1986: 130 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยชนก, 2531) รวมเวลาที่ผู้เชี่ยวชาญใช้เท่ากับ 60 นาที และเวลาที่ปรับแล้วรวม 77 นาที (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

ค. นำหนักคะแนน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าแต่ละข้อคำถาม มีจำนวนคำตอบแตกต่างกัน จึงพิจารณาให้นำหนักคะแนนตามจำนวนคำตอบและความยากง่ายของข้อคำถามนั้น ๆ โดย



น้ำหนักคำตอบได้ตั้งแต่ 0.25 – 1 คะแนน และเพิ่มให้คะแนนออกมาเป็นจำนวนมาก จึงให้น้ำคะแนนที่ได้มาคูณด้วย 4 ดังนั้นได้คะแนนของข้อคำถามตามความสามารถของการจัดการความเสี่ยงดังนี้

- 1) ความสามารถในการค้นหาความเสี่ยง 48 คะแนน
- 2) ความสามารถในการวิเคราะห์ความเสี่ยง 52 คะแนน
- 3) ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง 78 คะแนน
- 4) ความสามารถในการประเมินผล 56 คะแนน

## 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ( Reliability )

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ในวันที่ 1 สิงหาคม 2545 กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยด้านอายุรกรรมของโรงพยาบาลตำรวจซึ่งมีลักษณะงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำข้อสอบเสร็จคนแรกใช้เวลา 50 นาที และคนสุดท้ายใช้เวลา 77 นาที พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ทดลองใช้แบบสอบให้ความเห็นว่าดังต่อไปนี้

- 2.1 เวลาที่ใช้มีความเหมาะสม
- 2.2 ข้อคำถามตอบยาก ทำให้ไม่แน่ใจว่าคำตอบจะตรงกับวัตถุประสงค์หรือไม่
- 2.3 ข้อสอบเป็นคำถามปลายเปิดทำให้ต้องใช้เวลาในการคิดพิจารณามาก จำนวนข้อสอบควรน้อยกว่านี้
- 2.4 สถานการณ์บางข้อยาวมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการคิดพิจารณาทำให้รู้สึกเครียด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำคะแนนที่ได้มาหาคุณภาพของแบบสอบ โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.746

## 3. ค่าดัชนีความยากและค่าอำนาจจำแนก

คำนวณหาค่าดัชนีความยาก (Index of difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ของแบบสอบชุดนี้ โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ข้อสอบอัตนัยของ Whitney and Saber (1970 อ้างถึงใน สิริชัย กาญจนวาสิ, 2539) ได้ค่าดัชนีความยาก (P) เท่ากับ 0.43 และค่าอำนาจจำแนก (D) เท่ากับ 0.75 (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้  
 ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมการทดลอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกิดสินเพื่อขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลเกิดสิน
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อเตรียมงานการอบรม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง และใช้ หอผู้ป่วยทั้ง 2 หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่ทำการวิจัยและเก็บข้อมูล
3. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทดลองแล้วจึงกำหนดวันเวลาเพื่อดำเนินการวิจัย และกำหนดวันที่ 26 – 28 สิงหาคม 2545 เป็นวันฝึกอบรม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไปและมีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ยินดีและเต็มใจช่วยในการรวบรวมข้อมูลและประสานงาน

### ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การฝึกอบรม

ระยะที่ 2 การนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ไปปฏิบัติ

#### ระยะที่ 1 การฝึกอบรม

- 1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยขอให้เข้ารับการอบรมระหว่างวันที่ 26-28 สิงหาคม 2545
- 1.2 ก่อนทำการอบรมให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามระดับความรู้เพื่อวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยง โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามระดับความรู้และเก็บด้วยตนเอง
- 1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างในเรื่องของแนวคิดพื้นฐานของการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง และแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยโดยมีระยะเวลาการอบรม 3 วัน ๆ ละ 6 ชั่วโมง รวมเป็น 18 ชั่วโมง ซึ่งการอบรมเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ แต่ละครั้งของการอบรมจะประกอบด้วยขั้นนำ ขั้นสอน และขั้นสรุป โดยดำเนินการตามแผนการอบรม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมสาระสำคัญดังนี้

ครั้งที่ 1 อบรมวันที่ 26 สิงหาคม 2545 มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานในการบริหารความเสี่ยง ความหมายของความเสี่ยง ความหมายของการบริหารความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย กระบวนการบริหารความเสี่ยง ใช้เวลาในการฝึกอบรม 6 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 อบรมวันที่ 27 สิงหาคม 2545 มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง (ต่อ) ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง การบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย วิเคราะห์กระบวนการหลักของการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ใช้เวลาในการฝึกอบรม 6 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 อบรมวันที่ 28 สิงหาคม 2545 เป็นการฝึกปฏิบัติหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยโดยแบ่งกลุ่มระดมสมอง หลังจากนั้นให้กลุ่มนำเสนอผลการฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติ 6 ชั่วโมง

## ระยะที่ 2 การนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ไปปฏิบัติ

1. ภายหลังจากอบรมผู้วิจัยชี้แจงและขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพ ให้พยายามนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ได้อบรมไปใช้ในหอผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2545 เป็นต้นไป และมอบเอกสารเข้าเล่มซึ่งเป็นแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยแก่ผู้เข้าอบรมคนละ 1 เล่ม

2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโดยใช้แบบตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า

1) ส่วนใหญ่พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและเวชภัณฑ์ได้ถูกต้องไม่มีปัญหา

2) พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางจริง 4 – 5 ราย โดยให้เหตุผลว่ายังไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

## ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง ภายหลังจากนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ไปปฏิบัติจนครบ 6 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 1 กันยายน 2545 – 11 ตุลาคม 2545) ผู้วิจัยได้นัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและแจกแบบสอบถามระดับประยุต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอีกครั้ง (Post-test) ในวันที่ 15 ตุลาคม 2545

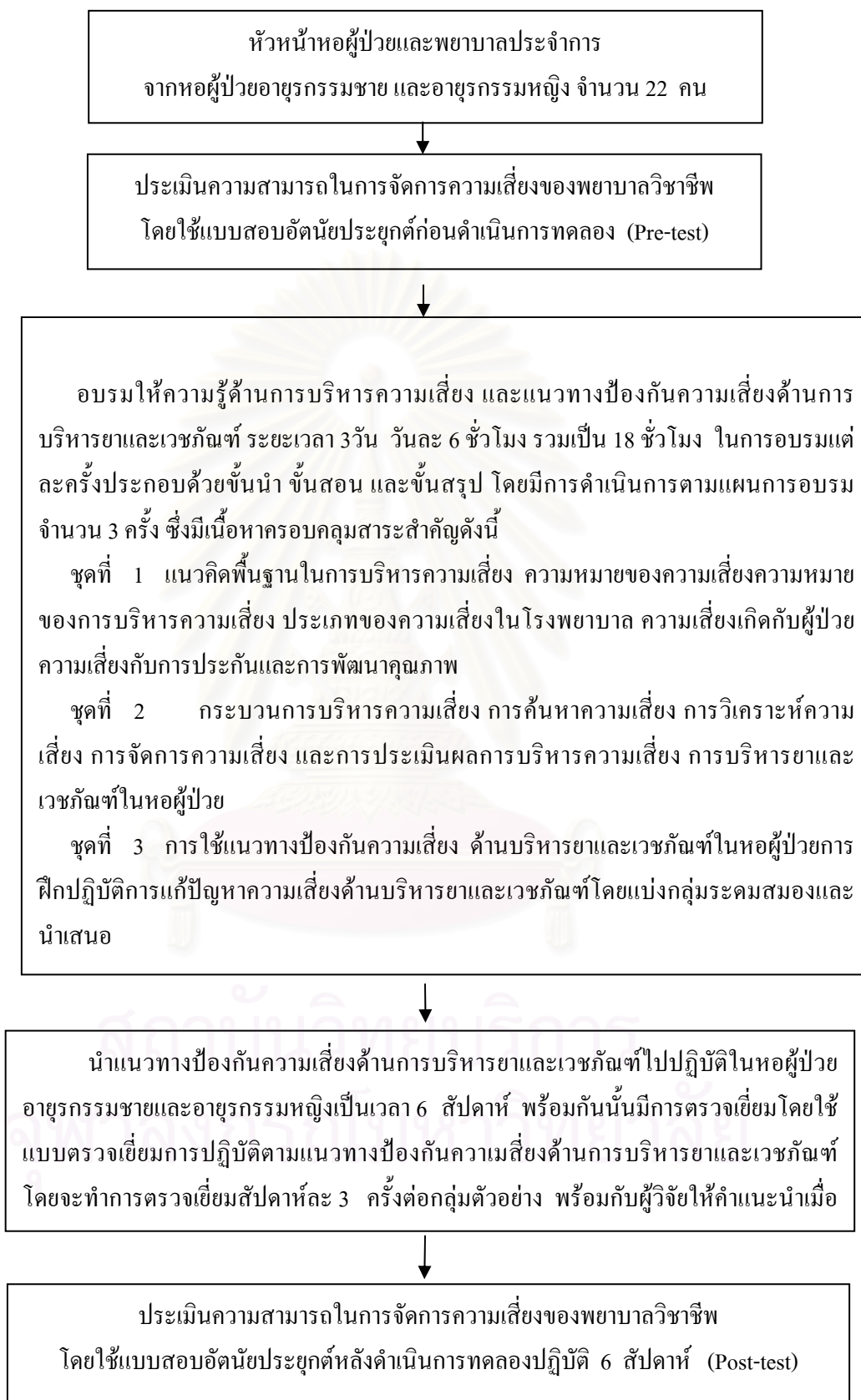
2. มีผู้ช่วยวิจัย 2 คนเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองโดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่ควบคุมการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ทำการรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองดังกล่าวมาตรวจให้คะแนนตามโมเดลคำตอบที่กำหนดไว้
4. จัดเตรียมตารางวิเคราะห์ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW Version 11 ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในด้านต่าง ๆ ของความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (Dependent-T-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

### แผนภูมิ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โดยแบบของการวิจัยเป็นแบบการทดลองเบื้องต้น (Pre- Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest – Posttest Design)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เสนอตารางที่ 4
- ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลอง เสนอตารางที่ 5
- ตอนที่ 3 เปรียบเทียบจำแนกเป็นรายด้านของความสามารถในการจัดการความเสี่ยงทั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เสนอตารางที่ 6

## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ และประสบการณ์การทำงาน  
(N = 22)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
20 – 30	12	55
31 – 40	5	23
41 – 50	3	14
> 50	2	9
<b>ประสบการณ์การทำงาน (ปี)</b>		
1 – 5	13	59
6 – 10	4	18
11 – 1	2	9
16 – 20	0	0
> 20	3	14

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 22 คน ซึ่งเป็นเพศหญิงล้วน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 และ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 14 และอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่และมีประสบการณ์การทำงาน 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 59 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงาน 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 18 และ 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14 และ 11 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 9

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลัง การทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลัง การทดลอง

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	68.18	18.83	5.883*	.000
หลังการทดลอง	90.55	16.01		

\* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตอนที่ 3 เปรียบเทียบจำแนกเป็นรายด้านของความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ  
ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ  
จำแนกเป็นรายด้านก่อนและหลังการทดลอง

ความสามารถในการ จัดการความเสี่ยง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การค้นหาความเสี่ยง	17.05	6.45	23.36	6.39	-3.826*	.001
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	13.18	5.10	21.23	5.29	-5.339*	.000
การจัดการความเสี่ยง	20.68	4.94	25.18	6.14	-3.094*	.005
การประเมินผล	17.27	10.89	20.77	8.02	-1.658	.112
โดยรวม	68.18	18.83	90.55	16.01	-5.883	.000

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ  
ภายหลังการทดลองในด้านการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงสูงกว่า  
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านการประเมินผล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพกรณีศึกษา โรงพยาบาลเลิดสิน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

#### สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังจากการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสินกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง จำนวนทั้งสิ้น 22 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง

โรงพยาบาลเลิดสิน

2. ประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) แผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานของการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยแผนการอบรมประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม การฝึกอบรม สื่อการสอน เกณฑ์การประเมินผล ซึ่งเนื้อหาดังกล่าวผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) และอนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) 2) แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและ เวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ

สนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 ท่าน และ 3) แบบตรวจเยี่ยมตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์จำนวน 21 ข้อ และนอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยจำนวน 4 สถานการณ์ รวม 18 ข้อ โดยประยุกต์แนวคิดในการสร้างแบบสอบถามประยุกต์ของ Feletti and Engle (1980 อ้างถึงในอาภรณ์ ชูดวง, 2535) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารความเสี่ยงหรือการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 4 ท่าน และอาจารย์พยาบาลซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารยาหรือการพยาบาล อายุรศาสตร์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 3 ท่าน และผ่านกระบวนการสร้างโมเดล คำตอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ จำนวน 13 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางด้านอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 21 คน ได้ดัชนีความยากของแบบสอบถามเท่ากับ 0.43 และ ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.75 และทดสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.746

การดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลองหลังให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยง (Pre-test) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยงและแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์โดยใช้แผนการอบรมซึ่งมีระยะเวลาการอบรม 3 วัน ๆ ละ 6 ชั่วโมง รวมเป็น 18 ชั่วโมง ใช้วิธีอบรมเชิงปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ไปปฏิบัติงานตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อจากนั้นผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพชุดเดิม (Post-test)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW Version 11 โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลเกิดสิน ก่อนและหลังการทดลอง จากนั้นจึงเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ (Dependent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม

## อภิปรายผลการวิจัย

ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้ ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การฝึกอบรมเป็นวิธีการหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรเป็นกิจกรรมการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เพื่อที่จะปรับปรุงและเพิ่มพูนความรู้ทักษะ และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบให้มีคุณภาพและประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจแก่องค์กร (พงค์ หรดาล, 2539:56 และ พะยอม วงศ์สารศรี, 2544:146) ซึ่งการฝึกอบรมถือว่าเป็นการให้ความรู้รูปแบบหนึ่ง โดยการเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในการทำงาน การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหา ตามแนวคิดพื้นฐานด้านการเรียนรู้ของ Bruner (Bruner, 1971 อ้างถึงใน สุรางค์ โค้วตระกูล, 2541) ที่กล่าวว่า 1) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม 2) ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ใหม่โดยอาศัยความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิม 3) ก่อให้เกิดการพัฒนาการทางเข้าปัญหา

ดังนั้นในการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงซึ่งผู้เข้ารับการอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย อายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง จำนวน 22 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานแล้ว การฝึกอบรมเป็นการศึกษาหลังวัยเรียน ผู้วิจัยจึงใช้หลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learner) โดยการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยช่วยกันหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ข้อที่ว่า ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้เร็วกว่าหากได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของการอบรม โดยเฉพาะหากมีการทำจริงปฏิบัติจริงแทนที่เป็นการนั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว (จกกลณี ชุตินาเทวิน, 2542 :3-4) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการอบรมแบบประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยและผู้รับการอบรมนำไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 6 สัปดาห์ จะเห็นว่าวิธีการฝึกอบรมแบบนี้จะเป็นการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาอบรมในการจัดการความเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับ Oppman (1979:95) ที่กล่าวว่าการศึกษาและการอบรมจะสร้างความตระหนักให้แก่คน รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจะทำให้เกิดความชำนาญ และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุรางค์ แสงแก้ว (2542) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อจำแนกตามรายด้านของความสามารถในการจัดการความเสี่ยงคือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล พบว่า ภายหลังการฝึกอบรมการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 6) ยกเว้นด้านการประเมินผล ซึ่งพบว่าก่อนและหลังการฝึกอบรมไม่มี

ความแตกต่างกัน ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากแบบสอบถามนี้ประยุกต์ใช้ในการวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงก่อนและหลังการทดลองที่มีข้อจำกัดในเรื่องของคำตอบที่กำหนดไม่เฉพาะเจาะจง และผู้เรียนไม่ทราบว่าต้องตอบแค่ไหน ซึ่งในด้านของการประเมินผลนั้นเป็นสิ่งที่ต้องใช้การทบทวนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากระบวนการบริหารความเสี่ยง ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ การเกิดอุบัติเหตุซ้ำขึ้นอีก ทั้งๆที่มีมาตรการป้องกันแล้ว ซึ่งแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นสร้างจากสถานการณ์จำลองที่ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสพบได้บ่อย แต่ทางด้านการประเมินผลความเสี่ยงนั้นต้องใช้ระยะเวลาของการเก็บอุบัติเหตุต่างๆ ดังนั้นก่อนและหลังการทดลองจึงไม่เห็นความแตกต่างของการประเมินผล หรือการฝึกอบรมไม่มีผลต่อความสามารถของการจัดการความเสี่ยงด้านการประเมินผล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในหอผู้ป่วยแผนกอื่นๆ เพื่อเป็นการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงด้านบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย ไม่ให้เกิดความผิดพลาดอีกต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเพื่อสร้างแนวทางป้องกันความเสี่ยงในด้านอื่นๆ เช่น การป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม การให้การบริการดูแลผู้ป่วยประเภทต่างๆ
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการทดลองที่ได้กำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยว่ามีอุบัติเหตุเกี่ยวกับการบริหารยาดังกล่าวเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไร เช่นกำหนดเก็บรายงานอุบัติเหตุในระยะเวลา 6 เดือน เป็นต้น เพื่อนำมาประเมินผล และวางมาตรการที่เหมาะสมต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษฎา แสงวดี. 2542. การบริหารความเสี่ยง : มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพการพยาบาล.วารสารกอง  
การพยาบาล. 20 (3) : 34-36.
- กฤษฎา แสงวดี และคณะ. 2542. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (ปรับปรุงครั้งที่1)  
กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2539. การบริหารหอผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิ่นเกล้าการพิมพ์.  
คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพ  
ของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ  
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ 2540-2549) (ร่างที่ 3). วันพุธที่ 7 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ห้องประชุม  
501 ชั้น 5 อาคาร 3 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
- ขันทอง สาสนกุล. 2541.การมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ:ศึกษากรณี  
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหา  
บัณฑิต( พัฒนาสังคม ) สาขาวิชาการวิเคราะห์และวางแผนทางสังคม.บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยพัฒนบริหารศาสตร์.
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง.2544.รวบรวมข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ปี2544.กรุงเทพฯ:  
โรงพยาบาลเลิดสิน. (อัครา).
- คณะทำงานทบทวนคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2538.  
คู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข  
(Universal Precautions) (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์  
ทหารผ่านศึก.
- จกกลนี ชูติมาเทวินทร์. 2542. การฝึกอบรมเชิงพัฒนา. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ้ง.
- จารุวรรณ ปัทม. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลและการ  
ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน กับความสามารถในการตัดสินใจด้านการบริหารงานของ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์นิวัทธ์ เกษมสันต์. 2538. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก. กรุงเทพฯ : สถาบันพระ  
บรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

- ชาติรี ดวงเนตร. 2541. คุณภาพ ทรัพยากร และความเสี่ยงทางการแพทย์. **ประสบการณ์ทวิภพ.** กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.
- ชัยณรงค์ เชิดชูและนิสามณี สัตยาบัน.. 2542. **หลักการออกฤทธิ์ของยา การบริหารยาและผลของร่างกาย ต่อยา.** ในคณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยาของกองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เอส. อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์ จำกัด.
- ชูชัย สมितिโกกร .2542. **การฝึกอบรมในองค์กร.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิระ ประวาสพฤกษ์. 2538. **การพัฒนาบุคคล และการฝึกอบรม.** กรุงเทพฯ: หน่วยศึกษานิเทศ สำนักงานสถาบันราชภัฏ
- दनัย เทียนพุด. 2543. **การจัดแผน HRD สู่สหสวรรค์หน้าสำหรับนักฝึกอบรมมืออาชีพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ดี เอ็น ที คอนซิล แดนที.
- दनัย เทียนพุด. 2543. **การบริหารทรัพยากรบุคคลในทศวรรษหน้า.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงพร เลิศทรัพย์อนันต์. 2543. **การจัดทำแผน 5 ปีเพื่อพัฒนาบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลเลิดสิน.** โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์วรรณ มูลทองซุน. 2534. **การพัฒนาแบบสอบเอ็ม อี คิว เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัย การศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเลิศ ไพรินทร์. 2538. **เทคนิคการฝึกอบรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และเจตคติ.** กรุงเทพฯ: สถาบันข้าราชการพลเรือน.
- บุญเสริม พึ่งพุทธรัตน์ และพินิจ ปรีชานนท์. 2541. **คุณภาพการให้ยา. งามาธิบดีพยาบาลสาร, 4 (มกราคม): 45-56.**
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2534. **จิตวิทยาการศึกษา.** กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพ.
- พวงแก้ว ปุณยถนกก. 2531. **แบบสอบอัตรณ์ประยุกต์ (เอ็ม อี คิว) เพื่อใช้วัดทักษะการแก้ปัญหา ใน รายงานผลการวิจัยทุนรัชดาภิเษกสมโภช.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. 2540. **หลักการและแนวคิดการบริหารจัดการหอผู้ป่วยที่มุ่งคุณภาพบริการ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 5 ( มกราคม– เมษายน ): 35-40.**
- พวงเพ็ญ ชุมพราราม. 2533. **การพัฒนารูปแบบการสอนในคลินิก เพื่อพัฒนาความสามารถในการ แก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎ์บัณฑิต ภาควิชาหลักสูตรและการสอนบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

- พยอม วงศ์สารศรี. 2544. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์สุภา.
- พงศ์ หรดาล. 2539. การวางแผนการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร. กรุงเทพฯ :  
คณะอุตสาหกรรมการศึกษา สถาบันราชภัฏพระนคร.
- พรหมมินทร์ หอมหวาน.2542. การเรียกร้องแพทย์กรณีทิวเวชปฏิบัติ:ศึกษาจากการร้องเรียนใน  
หนังสือพิมพ์( พ.ศ. 2532-2540 ). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ( สาธารณสุข  
ศาสตร์ ) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญฉาย ประทีปธนากร. 2542.การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสิทธิที่จะรับรู้ของผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลสุรินทร์ . วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ. 2542. การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาล  
ศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญา  
มหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาณี วงษ์เอก ใน เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ. 2536. การวิจัยเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม.  
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากรสถาบันวิจัย  
ประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีรัตน์ โภทชรัก. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล การดูแล และการจัดการ  
ต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. 2540. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.  
ยงยุทธ เกษสาคร. 2544. ภาวะผู้นำและการจูงใจ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: SK BOOKNIT.
- รุ่งรวี จันทร์แดง. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ทัศนคติและการ  
ปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการ  
โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร ชมสวน. 2542. อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- เรมवल นันท์สุภวัฒน์. 2542. ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร. เชียงใหม่ : นนทบุรีการพิมพ์.
- วรวรรณ เหนือคลอง และคณะ. 2540. รายงานอุบัติการณ์ การใช้ยาผิดพลาดในฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชศาสตร์. 15 (กรกฎาคม – กันยายน ): 75-80.



- วัชร อภาธีรพงษ์ สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณและรุจิรา เจียมอมรรัตน์. 2540. การให้ความรู้แก่บุคคลเกี่ยวกับการบริหารยา.ในอภิถุญา เพียรพิจารณา.แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเล่ม 2, 123-125. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- วิจิตร อาวะกุล. 2540. การฝึกอบรม. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาฯ.
- วิเชียร ทวีลาภ. 2534. นิเทศการพยาบาล: แนวความคิดวิธีการ เทคนิคการนิเทศ และการพัฒนาบุคคลสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: มหิตล.
- วิมนต์ วันยะนาพร. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมการทำงานกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรสิทธิ์ สิทธิไทรย์โยธิน แสงวงดี. 2536. การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพจากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุรางค์ แสงแก้ว. 2542. ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสิ สุวิมล ทิรกานนท์ และสิริเดช สุชีวะ. 2539. การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ / SPSS สำหรับงานวิจัย : การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร เปลี่ยนผดุง. 2539. บทที่ 1 หลักทั่วไปสำหรับพยาบาลในการใช้ยา. ในคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 9. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- สาตี บุญศรีรัตน์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและ นฤมล อนุมาศ. 2544. ผลของโปรแกรมการลดการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลหาดใหญ่.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.21 (มกราคม – เมษายน ): 29-41.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542. มาตรฐานโรงพยาบาล แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไอซีร จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.กองการพยาบาล.2539.คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิระยา สัมมาวาท. 2541.ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. งามธิบดีเวชสาร.4 ( เมษายน-มิถุนายน ): 190-202.

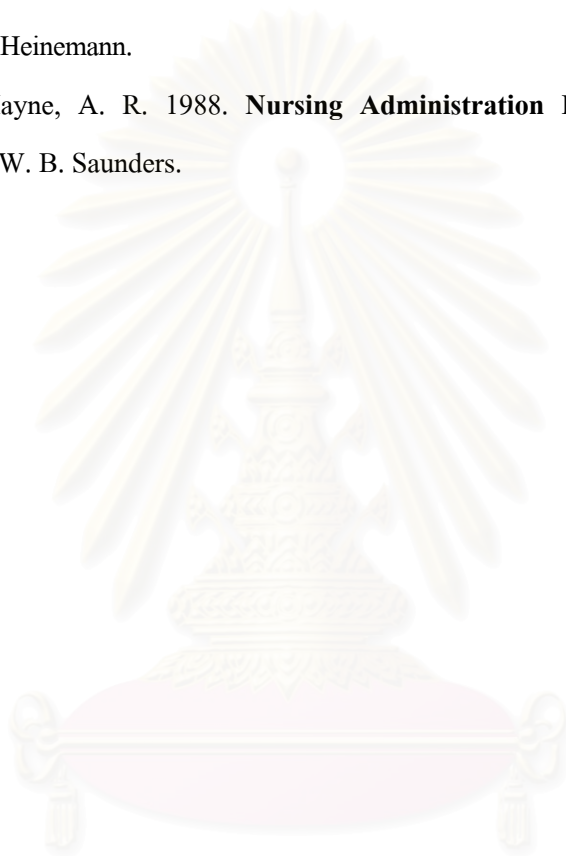
- สุปราณี การพึ่งตน. 2542. ผลการสอนโดยสร้างศรัทธาและโยนิโสมนสิการต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปา เสนาดิสัย. 2540. การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทองจำกัด.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. 2541. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. การบริหารงานบุคลากรทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ศุภวิชการพิมพ์.
- สร้อยตระกูล อรรमानะ. 2542. พฤติกรรมองค์กร : ทฤษฎีและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2543. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. ครั้งที่ 2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ). กรุงเทพฯ : ดีไซร์ จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ. 2541. การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อาภา นิตยศักดิ์. 2533. การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภรณ์ ชูดวง. 2535. การสร้างแบบสอบ เอ็ม อี คิว เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ พันธุ์มณี. 2540. จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ดันอ้อ แกรมมี

## ภาษาอังกฤษ

- Bloom, B.S. 1976. **Human Characteristics and School Learning**. New York: Mc Graw-Hill Book.
- Boyd, J.M. 1995. **Risk management role and responsibilities of the nurse manager**. (CD-ROM).  
Abstract from: Master Thesis: Masters Abstracts International Item: 11375803
- Camp, N.H., and Iyer, P.W. 1995. **Nursing Documentation : A Nursing Process Approach**. 2<sup>nd</sup> Ed.  
New York: Mosby-Year Bock, Inc.
- Cobb MD. 1986. Evaluating medication errors. **Journal of Nursing Administration**. 16 (April): 41-44.

- Cohen ,M.R., Sender,J.and Davis N.M. 1994. 12 ways to prevent medication errors. **Nursing 94.** (February):34-41.
- Croford , N. and Acorn, FS. Focus. 1997. Groups their Use in Administrative Research . **The Journal of Nursing Administration.** Vol. 27 No. 5 May.
- Duran. G. 1979. Positive use of incident reports. **Hospitals** 16 (July): 60-68.
- Elnitsky, C., Nichols, B., and Palmer, K. 1997. Are hospital incidents being reported? **The Journal of Nursing Administration.** 27: 40-46.
- Feletti, G.I., and Engle, C.E. 1980. The modified essay Question for testing problem-solving skills. **The Medical Teacher** .(January):79-80.
- Gruendeman, B. J. and Fernsebner, B. 1995. **Comprehensive Preoperative Nursing.** Boston: Jones and Bartlett.
- Guilford, J. P. and Hoepfner, R. 1971. **The Analysis of Intelligence.** New York: Mc Graw-Hill.
- Kavaler F. and Spiegel D. Allen. 1997. **Risk Management in Health Care Institutions.** London: Jones and Baretlett Publishers.
- Keill P, Johnson T. 1993. Shifting gears : improving delivery of medications. **Journal of Nursing Care Quality.** 7 (January): 24-33
- Koch, M. W. and Fairly, T. M. 1993. **Integrated Quality Management: The Key to Improving Nursing Care Quality.** Louise: Mosby Year Book.
- Leonard, N. and Zeace, N. 1989. **Developing Human Resource.** San Francisco: Jossy Bass Publishing.
- Oppman, C. D. 1979. Staff training vital for risk management. **Hospitals 53** (December): 95 - 98.
- Peter, L.W., and Steer, R.M. 1975. **Motivation and Work behavior.** New York: M.C. Graw-hill Bock Company.
- Peteet, G.W. 1983 Risk management and nursing. **Nursing Clinics of North America.** 18: 457-465
- Potter, P.A. and Perry, A.G. 1994. **Basic Nursing : Theoary and practice.** St. Louise: Mosby.
- Rosemary, R., Jane, S. and Roger, C. 1999. **Nurse at Risk A Guide to Health and Safety at Work.** 2<sup>nd</sup> edition . Macmillan Press LTD. London.
- Rowland, H.S., Rowland, B.L. 1992. **Nursing administration handbook.** Maryland: An Aspen Publication.
- Sprankle, M. 1995. **Problem-Solving and Programming Concepts.** 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.

- Sullivan, E. K, and Decker, P. J. 1997. **Effective leaderships and management in nursing**. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Swanburg, R. C. 1996. **Management and leadership for nurse manager**. London: Jones and Bartlett.
- Wilson, J. 1997. Formulating a risk management strategy. **British Journal of Nursing**. 6 (16): 924-925.
- Wilson, J. and Tingle, J. 1999. **Clinical risk modification : A route to clinical governance**. Oxford: Butterworth – Heinemann.
- Young, L.C., and Hayne, A. R. 1988. **Nursing Administration From Concepts to Practice**. Philadelphia: W. B. Saunders.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### 1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแผนการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง

1. รศ. เพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ งานการพยาบาล  
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. รศ. ฟารีดา อิบราฮิม อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ. ดร. ญัษิตา อินทรประสงค์ อาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร. อุไรวรรณ พรทวีวุฒิ เกษัชกร 7 ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเลิศสิน  
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
5. นายชำนาญ จิตตรีประเสริฐ นายแพทย์ 8 หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพสำนักพัฒนา  
วิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
6. นางกฤษฎา แสงวงศ์ นักวิชาการพยาบาล 7 สำนักพยาบาล กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข
7. นางเพ็ญจันทร์ แสนประสาน ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### 2. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามดัชนีประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม

1. รศ. ดร. ยวดี ฤชา อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. รศ. พ.ต.ต. หญิง พวงเพ็ญ ชูณหปราณ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ. ดร. สุนีย์ ละกำป็น อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุข  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นาวาเอกหญิงอรกรณ์ ชูดวง รองผู้อำนวยการกองการศึกษา  
กรมแพทย์ทหารเรือ
5. พ.ต. จารุวรรณ ปี่ทอง ผู้ช่วยหัวหน้าตึกอุบัติเหตุชั้น 4  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### 3. รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามอัตรันัยประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. นาวาเอกหญิงอาภรณ์ ชูดวง         | รองผู้อำนวยการกองการศึกษา<br>กรมแพทย์ทหารเรือ                            |
| 2. พ.ต.ท. หญิง พัฒนีวรรณ กังเฮ     | หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ฉก. 7)<br>โรงพยาบาลตำรวจ                   |
| 3. พ.ต.ท. สุวรรณ คำเขียว           | หัวหน้าหอผู้ป่วยข้าราชการตำรวจ ชั้น 2<br>งานการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ     |
| 4. พ.ต. หญิง จารุวรรณ ปี่ทอง       | ผู้ช่วยหัวหน้าตึกอุบัติเหตุชั้น 4<br>โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า              |
| 5. เรือเอกหญิงกนกเลขา สุวรรณพงษ์   | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ  |
| 6. เรือเอกหญิง วรรณพร ทองแสงจันทร์ | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ  |
| 7. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์          | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์   |
| 8. อาจารย์ศศิธร หงษ์ชูเวช          | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์   |
| 9. นางสาวกพร ไพศาลวัชรกิจ          | พยาบาลระดับ 6 ประจำตึก ภิปร.14<br>โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์                    |
| 10. นางสาววิพรรณ ภูมิบรรเจ็ด       | พยาบาลประจำตึกประสงค์ 4<br>โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน                     |
| 11. นางสาวรจนา พรหมมีด             | พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายพิเศษ<br>โรงพยาบาลเลิดสิน            |
| 12. นางพิมพ์ประภา โดสงคราม         | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม<br>กระดูกชาย 1 โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 13. นางสาวธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง    | พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม<br>โรงพยาบาลเลิดสิน               |



4. รายนามผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมเพื่อสร้างโมเดลคำตอบ กำหนดน้ำหนักคะแนนและกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการทำแบบสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. นาวาเอกหญิงอาภรณ์ ชูดวง         | รองผู้อำนวยการกองการศึกษา<br>กรมการแพทย์ทหารเรือ                         |
| 2. พ.ต.ท. หญิง พัฒนีวรรณ กังแฮ     | หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ลก. 7)<br>โรงพยาบาลตำรวจ                   |
| 3. พ.ต. หญิง จารุวรรณ ปี่ทอง       | ผู้ช่วยหัวหน้าตึกอุบัติเหตุชั้น 4<br>โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า              |
| 4. เรือเอกหญิง วรรณพร ทองแสงจันทร์ | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ  |
| 5. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์          | อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเชนดท์หลุยส์  |
| 6. นางสาวภวพร ไพศาลวัชรกิจ         | พยาบาลระดับ 6 ประจำตึก ภปร 14<br>โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์                     |
| 7. นางสาวศิริพรรณ ภูมิบรรเจิด      | พยาบาลประจำตึกประสงค์ 4<br>โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน                     |
| 8. นางสาวรจนา พรหมมณี              | พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายพิเศษ<br>โรงพยาบาลเลิดสิน            |
| 9. นางพิมพ์ประภา โดสงคราม          | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม<br>กระดูกชาย 1 โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 10. นางสาวธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง    | พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม<br>โรงพยาบาลเลิดสิน               |

5. รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ได้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อสร้างแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. นางละไม แก้วอำไพ           | พยาบาลวิชาชีพ 8 รองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล<br>โรงพยาบาลเลิดสิน                         |
| 2. นางสาวปรีชา เกษมสุข        | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย<br>โรงพยาบาล เลิดสิน                       |
| 3. นางสาววัฒนาภรณ์ หล่อตระกูล | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง<br>โรงพยาบาลเลิดสิน                       |
| 4. นางสาวอริศรา जानสืบสี      | พยาบาลวิชาชีพ 5 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย<br>อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเลิดสิน                |
| 5. นางสาวกรกฏ ไกรยะวงษ์       | พยาบาลวิชาชีพ 4 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย<br>อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน               |
| 6. นางสาวปราณี วตะกุลศิลป์    | พยาบาลวิชาชีพ 7 พยาบาลควบคุมและป้องกัน<br>โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 7. นางสาวจิราภรณ์ อุษณกรกุล   | เภสัชกร 5 หัวหน้างานยาใน โรงพยาบาลเลิดสิน   |
| 8. น.พ. อัครฐาน จิตนุยานนท์   | นายแพทย์ 7 ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน   |



ภาคผนวก ข  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. หาค่าความยากง่ายและหาอำนาจจำแนกของแบบสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สูตรของ Whiney and Saber (1970 อ้างถึงใน ศิริชัย กาญจนาวาสี, 2539)

$$P = \frac{Su + SL - (2N \times Xmin)}{2N (Xmax - Xmin)}$$

$$D = \frac{Su + SL}{N (Xmax - Xmin)}$$

P = ดัชนีความยากง่าย

D = ดัชนีค่าอำนาจจำแนก

SU = ผลรวมของคะแนนของกลุ่มสูง

SL = ผลรวมของคะแนนของกลุ่มต่ำ

N = จำนวนผู้เข้าสอบของกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ

Xmax = คะแนนที่นักศึกษาทำได้สูงสุด

Xmin = คะแนนที่นักศึกษาทำได้ต่ำสุด

2. หาค่าความเที่ยงของแบบสอบอัตนัยประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum \sigma_1^2}{\sigma^2} \right)$$

$\alpha$  = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

K = จำนวนข้อในแบบทดสอบ

$\sum \sigma_1^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมรายข้อ

$\sigma^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

3. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มโดยใช้สูตร Dependent t-test (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538)

$$t = \frac{d}{Sd/\sqrt{n}}$$

d = ผลต่างของคะแนนหลังการทดลองกับการก่อนการทดลอง

Sd = ค่าเบี่ยงเบนของผลต่างของคะแนนหลังการทดลองกับการก่อนการทดลอง

n = จำนวนตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางเวลาที่ผู้เชี่ยวชาญใช้ในการทำแบบสอบถามและเวลาที่ปรับแล้วเพื่อความเหมาะสมในการทำแบบสอบวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงด้านแบริหารยาและเวชภัณฑ์ใน หอผู้ป่วยและ  
คะแนนของแต่ละข้อคำถาม

สถานการณ์ที่	คำถามที่	เวลาที่ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ (นาที)	เวลาที่ปรับแล้วโดยใช้ เวลาเพิ่มขึ้น 30 %
1	1	3.36	4
	2	2.36	3
	3	5.53	7
	4	} 2.82	4
	5		
2	1	3.54	5
	2	3.18	4
	3	3.14	4
	4	2.90	4
3	1	2.27	3
	2	} 5	7
	3		
	4	3.64	5
4	1	5.27	7
	2	3.27	4
	3	6.18	8
	4	3	4
	5	3.09	4
รวม		60	77

ตารางแสดงค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบอัตนัยประยุกต์ วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ

สถานการณ์ที่	ข้อที่	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (D)
1	1	0.27	0.6
	2	0.51	0.36
	3	0.31	0.28
	4	0.09	0.48
	5	0.35	0.3
2	1	0.67	0.2
	2	0.6	0.2
	3	0.36	0.26
	4	0.4	0.73
3	1	0.27	0.32
	2	0.25	0.3
	3	0.44	0.23
	4	0.33	0.44
4	1	0.55	0.3
	2	0.38	0.53
	3	0.34	0.4
	4	0.35	0.11
	5	0.26	0.52

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ตัวอย่างแผนการฝึกอบรม

เรื่อง	การบริหารความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยง (ครั้งที่ 1)
วิธีการฝึกอบรม	การบรรยาย และการอภิปราย
วิทยากร	นางสาวชวไล ชุ่มคำ
หลักสูตร	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้เข้ารับการอบรม	หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง จำนวน 18 คน
ระยะเวลา	09.00 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.00 น. รวม 6 ชั่วโมง
สถานที่จัดอบรม	โรงพยาบาลเลิดสิน
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถดังนี้ <ol style="list-style-type: none"><li>1. มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานการบริหารความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยง</li><li>2. ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล</li><li>3. นำไปประยุกต์ใช้การบริหารความเสี่ยงในการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย</li></ol>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการฝึกอบรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>เมื่อจบการอบรมผู้เข้ารับการอบรมสามารถ</p> <p>1. บอกความหมายของความเสี่ยงได้ถูกต้อง</p>	<p><b>บทนำ</b></p> <p>เป็นที่ทราบกันดีว่าโรงพยาบาลผลิตสินค้ามาสู่การรับรองคุณภาพซึ่งหัวใจสำคัญของการรับรองคุณภาพ คือการให้บริการที่ยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางโดยโรงพยาบาลจะต้องมีระบบบริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทั้งด้านการรักษาและการพยาบาลควบคู่ไปกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการด้วย พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ในฐานะผู้ให้บริการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรประเภทอื่น ๆ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารความเสี่ยงควบคู่ไปกับการประกันคุณภาพการพยาบาล</p> <p><b>เนื้อหา</b></p> <p><u>ความหมายของความเสี่ยง</u></p> <p>ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความเสี่ยงไว้หลากหลายจะขอยกตัวอย่างมาให้ทราบสัก 2 – 3 ท่าน ดังนี้</p> <p>Williams and Heins ( อ้างถึงใน Wilson; 1999 หน้า 15 ) ได้ให้ความหมายไว้ว่าความเสี่ยงหมายถึง ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติซึ่งเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</li> <li>2. ในเรื่องของการทะเลาะทำให้ผู้รับบริการต้องเสียเวลาและทรัพย์สิน</li> </ol>	<p><b>ขั้นนำ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• วิทยากรแนะนำตัว นำเข้าสู่เนื้อหาการอบรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง</li> </ul> <p>วิทยากรถามผู้เข้ารับการอบรมว่า ตามความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมว่า ความเสี่ยงหมายถึงอะไร โดยถามผู้เข้ารับการอบรมประมาณ 2-3 คน หลังจากนั้นจึงอธิบายความหมายของความเสี่ยง ( ใช้เวลา 20 นาที )</p>	<p><b>Power point</b></p> <p>อธิบายความหมายของความเสี่ยง</p>	<p>ผู้เข้ารับการอบรม 1-2 คน ตอบได้ใกล้เคียงกับความหมายของความเสี่ยง วิทยากรช่วยเสริมในส่วนที่ขาดและให้ความหมายที่ถูกต้อง</p>

## ตัวอย่างข้อสอบชุดที่.....

แบบสอบอัตรณ์ประยุกต์วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ  
(Modified Essay Questions)

สำหรับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสกุลผู้ตอบ.....อายุ.....ปี ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

สถานการณ์ที่ 1 นายสมปอง

การให้คะแนน

จำนวนหน้า 4 หน้า

คำถามที่ 1 .....(.....) คำถามที่ 4.....(.....)

จำนวนคำถาม 5 คำถาม

คำถามที่ 2.....(.....) คำถามที่ 5.....(.....)

เวลา 14 นาที

คำถามที่ 3.....(.....)

คะแนนเต็ม 100 คะแนน

คะแนนที่ได้.....คะแนน

### คำแนะนำ

1. **อย่าลืม** เขียนชื่อ – สกุล อายุ ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในช่องที่เว้นไว้ให้
2. **ห้าม** เปิดข้อสอบจนกว่าจะได้รับสัญญาณ
3. **ห้าม** อ่านข้อความหน้าต่อไปล่วงหน้า
4. **ห้าม** ย้อนกลับไปทำข้อสอบที่ผ่านมาแล้ว
5. พยายามตอบให้ครบทุกข้อ
6. อ่านโจทย์ให้เข้าใจและคิดให้ดีก่อนเขียนคำตอบลงในส่วนที่กำหนดให้
7. พยายามตอบให้ได้ใจความและตอบให้ตรงประเด็น
8. มีข้อความในสถานการณ์เดิมอยู่ในด้านหลังของหน้าก่อนให้พยาบาลวิชาชีพอ่าน แต่ห้ามพลิกกลับไปแก้ไขในข้อที่ผ่านมาโดยเด็ดขาด



**ตัวอย่างแบบตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง  
ด้านบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม**

ชื่อสกุลผู้รับการตรวจเยี่ยม.....หน่วยงาน.....

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง ตามการตรวจเยี่ยมโดยใส่เครื่องหมายลงในช่อง “ถูกต้อง” เมื่อพบการปฏิบัติตรงตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยและใส่เครื่องหมาย  ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อไม่พบการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย หากไม่พบการปฏิบัติเนื่องจากไม่มีสถานการณ์ที่จะปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติยังขาดความเข้าใจ ผู้ตรวจเยี่ยมจะให้ข้อเสนอแนะ กรุณาใส่เครื่องหมาย  ลงในช่อง “ข้อเสนอแนะ”

แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์

รายการ	การปฏิบัติ		
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ข้อเสนอแนะ
<b>ก. การรับคำสั่งจากใบคำสั่งแพทย์</b> 1. กรณีที่อ่านลายมือแพทย์ผู้สั่งการรักษาไม่ออกหรือไม่แน่ใจ ได้ติดต่อสอบถามแพทย์ผู้สั่งการรักษาก่อนนำไปปฏิบัติ 2. มีการตรวจสอบคำสั่งการให้ยาให้ตรงกันทั้งในใบคำสั่งการรักษาคาร์เด็กซ์ บัตรให้ยาและใบบันทึกการให้ยาทุกวัน			
<b>ข. การเบิกยาและรับยาจากหน่วยจ่ายยา (เภสัชกรรม)</b> 3. พยาบาลที่ป้อนข้อมูลเบิกยากับผู้ตรวจรับยา เป็นบุคคลคนเดียวกัน 4. การตรวจรับยาต้องตรวจสอบชื่อยา ขนาดยา และจำนวนให้ถูกต้อง ตรงกับสำเนาใบเบิกยาและใบคำสั่งแพทย์			
<b>ค. การเตรียมยา</b> 5. บริเวณที่จัดเตรียมยาต้องสะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ ตรวจสอบอุปกรณ์การฉีดยาให้อยู่ในสภาพปลอดภัยก่อนใช้ทุกครั้ง			

ที่ ทม 0342/914



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

/4 มิถุนายน 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวชวไล ชุ่มคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินกาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาล เลิดสิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภูมิตา อินทรประสงค์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ ละกำป็น ภาควิชาสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ผลิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือดังกล่าวด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๒/๖๖๖ ๑๐๓๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

1. หัวหน้าภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภูมิตา อินทรประสงค์)
2. หัวหน้าภาควิชาสาธารณสุข (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ ละกำป็น)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ รัชชกุล โทร 0-22189823

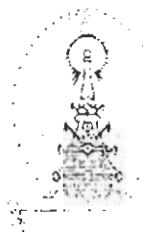
งานบริการการศึกษา

โทร. 0-22189825 โทรสาร 0-22189806

รายชื่อ นิสิต

นางสาวชวไล ชุ่มคำ โทร.0-23539799 ต่อ2308, 2309หรือ 0-16974141

ที่ ทม 0342/ ๑/ ๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวชวไล ชุ่มคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินกาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลเลิดสิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยใช้แบบวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยง (แบบสอบถามดัชนีประยุกต์) จากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ รัชชกุล โทร 0-22189823

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-22189825 โทรสาร 0-22189806

รายชื่อ นิสิต

นางสาวชวไล ชุ่มคำ โทร.0-23539799 ต่อ2308, 2309หรือ 0-16974141

ที่ ทม 0342/ 915



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

19 มิถุนายน 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

เนื่องด้วย นางสาวชวไล ชุ่มคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินกาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลเลิดสิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในขณะนี้จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แผนการฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยงด้านยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม แบบวัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยง (แบบสอบถามต้นนัยประยุกต์) จากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

2/ระมอม ๖๐๑๗๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล โทร 0-22189823

งานบริการการศึกษา โทร. 0-22189825 โทรสาร 0-22189806

รายชื่อ นิสิต นางสาวชวไล ชุ่มคำ โทร.0-23539799 ต่อ2308, 2309หรือ 0-16974141



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชวไล ชุ่มคำ เกิดเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2498 ที่กรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ ปีการศึกษา 2519 ศึกษาต่อหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นปีการศึกษา 2524 – 2525 และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล เมื่อปีการศึกษา 2545 ปัจจุบัน รับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 (ไอ.ซี.ยู. เด็กแรกเกิด) โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย