เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ประจำปีงบประมาณ 2568

การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย ต่อการลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

สุพรรษา อุนทริจันทร์

โรงพยาบาลระโนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

www.skho.moph.go.th/oa

บทความวิชาการ

การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย ต่อการลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

สุพรรษา อุนทริจันทร์
โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา และศึกษาผลของการพัฒนาระบบที่มีต่ออัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ดำเนินการระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 ถึง 31 สิงหาคม 2567 แบ่งวิธีการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการ ทำการศึกษากระบวนการทำงาน และให้บริการผู้ป่วยใน และเก็บข้อมูลพื้นฐาน ระยะที่ 2 การดำเนินการในแนวทางที่กำหนดขึ้น จากการประชุม ระดมความคิด และการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินการดำเนินงาน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จำนวน 10 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยเก็บข้อมูลอัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา แบบสรุปเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยในชาย และอัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชายเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเพิ่มขึ้นจาก 4 ครั้ง เป็น 14 ครั้ง คิดเป็น 9.66 ครั้งต่อพันวันนอน โดยพบความคลาดเคลื่อนระดับปานกลาง C และ D จำนวน 9 และ 5 ครั้งตามลำดับ โดยไม่พบความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาที่มีความรุนแรงระดับสูงถึงสูงมาก

สรุป การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย สามารถลดความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารยาเริ่มมีความชัดเจน ตรวจสอบง่าย และสามารถป้องกันเหตุร้ายได้ แสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนา มีจำนวนเหตุการณ์คลาดเคลื่อนที่ถูกรายงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงการทำงานที่มีความผิดพลาดมากขึ้น แต่อาจสะท้อนถึงระบบการเฝ้าระวังที่เข้มแข็งขึ้น พยาบาลมีความตระหนักรู้สูงขึ้นและกล้ารายงานมากขึ้น โดยไม่รู้สึกถูกตำหนิ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ

คำสำคัญ **รูปแบบการมอบหมายงาน, ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา**

Abstract

This action research aimed to develop a nursing assignment model for the male inpatient department at Ranot Hospital, Songkhla Province, and to study the impact of the system development on the incidence of medication errors. The study was conducted from February 1 to August 31, 2024. The research methodology was divided into three phases: Phase 1, Preparation, which involved studying the workflow and inpatient services, and collecting baseline data; Phase 2, Research Methodology, which entailed establishing guidelines through brainstorming sessions and focus group discussions; and Phase 3, Monitoring and Evaluation of the implementation. The population and sample consisted of 10 professional nurses working in the male inpatient department at Ranot Hospital. The research instruments were the nursing assignment model for the male inpatient department at Ranot Hospital, a risk incidence report form for collecting medication error rates, a summary of the male inpatient medical records, and medication error rates before and after the development of the nursing assignment model for the male inpatient department at Ranot Hospital. Descriptive statistics were used.

The study's results revealed that after developing a nursing assignment model for the male inpatient department, the incidence of medication administration errors increased from 4 to 14, representing 9.66 errors per 1,000 bed days. Moderate-grade C and D errors were found at 9 and 5, respectively. No high- to very-severe medication administration errors were observed.

Conclusion: The development of a nursing assignment model for male inpatients significantly reduced the severity of medication administration errors. This demonstrates that the medication administration system is becoming clearer, easier to monitor, and able to prevent serious incidents. This demonstrates the effectiveness of the developed model. The number of reported errors has increased, which may not reflect increased errors but rather a stronger surveillance system. Nurses are more aware and more willing to report them without feeling reprimanded, consistent with the principles of creating a safety culture in healthcare settings.

Keywords: The nursing assignment model, Medication Errors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ชี้ให้เห็นว่า ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังเพิ่มภาระต่อระบบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ WHO มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกได้ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน เมื่อ 29 พฤศจิกายน 2566 (Patient personal and People Safety .3P Safety) ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2567-2570 มุ่งสู่เป้าหมายประเทศไทยมุ่งสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อทุกคน ณ ห้องประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี โดยนายชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข[1] สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้ความสำคัญและมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในประเทศไทยโดยดำเนินงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพให้ปลอดภัยสำหรับทุกคน ได้กำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย (Critical Standards) 9 ข้อ เช่น การให้ยาอย่างปลอดภัย Medication Errors และ Adverse Drug Event ได้ถูกกำหนดให้เป็นอันดับ 3 เรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศลด Medication with Harms ได้ 50% ใน 5 ปี (โรงพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันมีรายงานอุบัติการณ์มีการค้นหาปัญหา เพื่อวางแผนป้องกันได้อย่างคลอบคลุม เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Errors) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันการทำให้เกิดการใช้ยาไม่เหมาะสมและเป็นอันตรายกับผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความดูแลควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งพบได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ได้แก่ การสั่งใช้ยาและการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (prescribing error ∝ transcribing error) การจัดจ่ายยา (pre-dispensing error ∝ dispensing error) และความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (administration error)[2] พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการบริหารยา (drug administration) เป็นการประกันคุณภาพทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีการจัดการตั้งแต่การซักประวัติ การแพ้ยา การรับคำสั่ง การจัด เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยทั้งยากิน ยาฉีด ตลอดถึงการเก็บรักษายา การบันทึกการให้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งในทุกๆ ขั้นตอนในกระบวนการบริหารยาล้วนมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น (Administration error : AE) ข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจะมีรูปแบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในลักษณะการจัดกลุ่ม (category) ตามระดับความรุนแรงที่พบ โดยใช้เกณฑ์ตามระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่สภาประสานงานระดับชาติ (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; NCC MERP) ได้กำหนดใช้ คือ การแบ่งเป็น 9 ระดับ[3] ตั้งแต่ A-I ดังนี้

Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย

Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

Category C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย

Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงถาวร

Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแกชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น) มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย

Category I : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ความตาย

ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยกับผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น กระบวนการบริหารยาของพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการที่รัดกุมและมีคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะได้รับยาหากเกิดความคลาดเคลื่อนจะถึงตัวผู้ป่วยทันที

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการบริการสุขภาพ WHO ระบุว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ปลอดภัยต้องอาศัยระบบที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และการบริหารจัดการที่เหมาะสม หนึ่งในกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วยโดยตรง คือ การมอบหมายงานของพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการจัดสรรทรัพยากร การกำหนดหน้าที่ และสร้างความชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย การมอบหมายงานการพยาบาลเป็นการบริหารงานด้วยการกระจายอำนาจ (Decentralization) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติการพยาบาลแสดงความสามารถในการทำงาน เพื่อมุ่งสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงประสิทธิภาพหลังให้การพยาบาล[4] ซึ่งงานการพยาบาลเป็นงานบริการทางวิชาชีพที่มุ่งเน้นให้การบริการที่คุณภาพแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ตั้งแต่รับใหม่จนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาระงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต การทำงานของพยาบาลที่มีภาระงานที่มากเกินไปเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ระดับภาระงานพยาบาลมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมี 4 ระดับภาระงาน 1. ภาระงานระดับหอผู้ป่วย สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 2. ภาระงานระดับความยากง่ายของงาน 3. ภาระงานระดับผู้ป่วยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค และสภาวะความเจ็บป่วย 4. ภาระงานระดับสถานการณ์พิจารณาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรับใหม่ การรับย้าย การเปลี่ยนเวร การลดอุปสรรคในการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีคุณภาพ และปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการลดปัจจัยในภาระงานของพยาบาล[5] ซึ่งในปัจจุบันระบบการพยาบาลมีกระบวนการทำงานเป็นทีมร่วมกับการมอบหมายงานการพยาบาล โดยการมอบหมายงานพยาบาล เป็นการกระจายงานของพยาบาลไปยังบุคลากรในทีมพยาบาล มีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานให้กับหัวหน้าทีมพยาบาล และการมอบหมายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีการมอบหมายงานก่อนล่วงหน้า 1 วัน ซึ่งในการมอบหมายงานของหัวหน้าทีมพยาบาลที่ได้รับผิดชอบมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย จะแบ่งความรับผิดชอบตามความสามารถ ความรู้ และประสบการณ์ของพยาบาล โดยมีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย โดยรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลมีความหลากหลาย มีการใชรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลแบบรายกรณี ผสมผสานแบบทีมการพยาบาล สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของหัวหน่าหอผู้ป่วย หัวหน่าเวร หัวหน่าทีมและสมาชิกทีมการพยาบาลได้ครบถ้วน ลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา[6] รูปแบบการมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาล (Team Nursing) ประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าทีมและสมาชิกทีม แบ่งจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้ง 2 ทีมให้เท่ากัน กำหนดหน้าที่ของพยาบาลที่รับผิดชอบแต่ละตำแหน่ง จัดของใช้ให้เพียงพอแต่ละทีม เพื่อให้เอื้อในการปฏิบัติงาน การรับส่งเวรใช้รูปแบบการรับ-ส่งข้อมูลทีมต่อทีม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ระยะเวลาในการรับ - ส่งเวรลดลง[7] การมอบหมายงานการพยาบาลมีการพัฒนาไปตามกาลเวลา โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการในขณะเดียวกันก็สร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย ซึ่งระบบเดิมไม่ได้หายไป เมื่อมีการพัฒนารูปแบบใหม่ขึ้นมาจะมีการนำไปใช้ทั้งในรูปแบบผสมผสานและรูปแบบเดียว

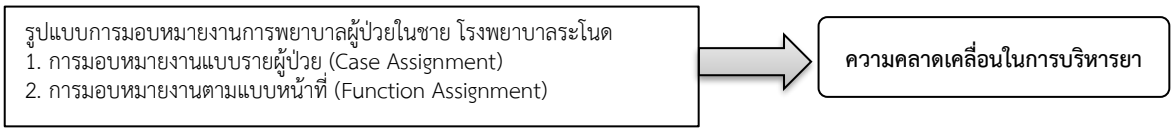
โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา เป็นโรงพยาบาล S^{+} ขนาด 60 เตียง มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ โดยเฉพาะผู้ป่วยในชายมีพยาบาลจำนวน 10 คน รวมหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 5 คน ทำงานแบ่งเป็นเวรผลัด การจัดอัตรากำลังในเวรเช้าพยาบาลวิชาชีพ 5 คนรวมหัวหน้างาน มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ในเวรบ่ายมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ส่วนเวรดึก มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน มีจำนวนเตียงทั้งสิ้น 30 เตียง มีบุคลากรซึ่งรองรับผู้ป่วย เพศชาย อายุตั้งแต่ 1 วันขึ้นไปทุกกลุ่มโรค รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่มีหลายมิติ ทั้งด้านพฤติกรรม การสื่อสาร และความจำเป็นในการให้ยาเฉพาะทาง ภาระงานของพยาบาลจึงอยู่ในระดับที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและจากการทบทวนวิเคราะห์สภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยา การมอบหมายงานการพยาบาล พบว่า มีการมอบหมายงานแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบไม่ชัดเจนในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ที่ซ้ำซ้อนไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาผู้ป่วยในจากการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยา พบว่า มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นจากการบริหารยา ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 33, 59 และ 27 ครั้งตามลำดับ คิดเป็น 16.99, 35.55 และ 18.64 ต่อพันวันนอน ตามลำดับ ระดับความรุนแรง ตั้งแต่ระดับน้อยยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยระดับ A - B จำนวน 17, 14 และ 1 ครั้งตามลำดับ ระดับ C - D ถึงตัวผู้ป่วยแล้ว จำนวน 16, 42 และ 25 ครั้งตามลำดับ ระดับ E - F มีการรักษาเพิ่ม จำนวน 0, 2 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ และต้องช่วยชีวิต ระดับ G – H - I

จำนวน 0, 1 และ 0 ครั้ง ตามลำดับ ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานของพยาบาลผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด โดยใช้กรอบแนวคิด Kimmis & Mc Taggart[8] ประกอบด้วย 1. การวางแผน (Planing) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกต (Observation) 4. การสะท้อนกลับ (Reflection) ร่วมกับแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (System approach to error)[9] และทฤษฎีทางการพยาบาลแบบผสมผสานทางการพยาบาล โดยใช้การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (case Assignment) ร่วมกับการมอบหมายงานแบบตามหน้าที่ (Functional Assignment)[10] เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารยา ลดข้อผิดพลาดในการพยาบาล และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลระโนด
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อมุ่งการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด ต่อการลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (System approach to error) โดยมีหลักการว่า ปัญหาความผิดพลาดมาจากปัญหาเชิงระบบขององค์กรส่งผลต่อความผิดพลาดของบุคคล สวิสชีสโมเดล (the swiss cheese model) ของเรียสัน[9] เปรียบได้กับการเกิดความผิดพลาดที่สามารถหลุดช่องโหว่ของระบบการป้องกันไปได้ย่อมเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ การเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในหอผู้ป่วย แบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรของ Vincent[11] มนุษย์อยู่ในลำดับสุดท้าย ดังนั้น การป้องกันเชิงระบบจะช่วยป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ได้ ร่วมกับการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานระหว่างการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (Case Assignment) และการมอบหมายงานตามแบบหน้าที่ (Function Assignment) พัฒนาตามแนวคิด Kimmis & Mc Taggart[8] ประกอบด้วย 1. การวางแผน (Planing) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกต (Observation) 4. การสะท้อนกลับ (Reflection) ได้รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จำนวน 10 คน มีประสบการณ์ทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 - 31 สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลา 4 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินงาน

1. การศึกษาสถานการณ์ กระบวนการทำงานตั้งแต่รับเวร การมอบหมายงานการพยาบาลตลอดไปจนถึงการบริหารยากับผู้ป่วย และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น การจัดการและวิธีดำเนินการ

2. ศึกษาข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาจากรายงานความเสี่ยงประจำเดือนแผนกผู้ป่วยในชาย

3. เก็บข้อมูลพื้นฐานความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – 30 เมษายน 2567 เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนหลังการพัฒนาระบบ

4. นำข้อมูลที่ได้ศึกษา นำเสนอกับผู้ดูแลในหอผู้ป่วยในชาย ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน โดยใช้การระดมความคิด ในประเด็นกระบวนการทำงาน และข้อมูลพื้นฐานความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นเพื่อเสนอความคิดเห็นในการแก้ปัญหา และหาแนวทางในการลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา

ระยะที่ 2 การดำเนินการ

5. วางแผนการดำเนินการโดยรวมรวมข้อเสนอแนะ ออกแบบรูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล กำหนดแนวทางการมอบหมายงานการพยาบาล และรูปแบบการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยากับผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดทราบ

6. ปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวางไว้ตั้งแต่ 7 พฤษภาคม 2567 – 8 สิงหาคม 2567

7. สรุปผลการดำเนินงาน และปรับปรุงแนวทางระหว่างการดำเนินการ เพื่อการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม

8. ติดตามและประเมินการดำเนินการภาพรวม จากกระบวนการที่เกิดขึ้น โดยการนำเสนอให้เวทีประชุมกลุ่มหลังการรับเวรของพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1. รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด 2. แนวทางการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนจาการบริหารยา ตรวจหาความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content validity) โดยมีการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลระโนด เภสัชกรชำนาญการประจำโรงพยาบาลระโนด หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลระโนด หัวหน้างานแผนกห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลระโนด และหัวหน้างานผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลระโนด นำค่าความเห็นระดับ 3 และ 4 มาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา โดยค่า Content Validity Index คือ 0.9 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แปลผลว่ามีความตรงด้านเนื้อหามาก สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานและข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ การมอบหมายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์

สถานการณ์การมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด โดยบริบทของโรงพยาบาลระโนดเป็นโรงพยาบาล S^+ ขนาด 60 เตียง ในปี 2564 - 2566 มีผู้รับบริการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในชาย จำนวน 6,440, 5,583 และ 5,563 คน มีจำนวนใบสั่งยาเฉลี่ย 43.35, 51.74 และ 43 ใบสั่งยา/วัน จำนวนรายการยาเฉลี่ย 238.83, 294.29 และ 258.77 รายการ/วัน รับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพศชาย อายุตั้งแต่ 1 วันขึ้นไปทุกกลุ่มโรค มีจำนวนเตียงผู้ป่วยสามัญ 24 เตียง ห้องพิเศษทั้งหมด 9 ห้อง อัตรากำลังงานบริการผู้ป่วยในชาย มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน รวมหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน ทำงานแบ่งเป็นเวรผลัด การจัดอัตรากำลังในเวรเช้าพยาบาลวิชาชีพ 5 คน รวมหัวหน้างาน มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ในเวรบ่ายมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ส่วนเวรดึกมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน มีการมอบหมายงานไม่ชัดเจนในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่ซ้ำซ้อนไม่ชัดเจน การรับใหม่ จำหน่าย ไม่มีการกำหนด มีผู้รับผิดชอบรายผู้ป่วยตามเตียง การดูแลผู้ป่วยการรายงานอาการการประสานงานเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยในเวร พยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่รับคำสั่งแพทย์ รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สรุปการดูแลแต่ละเวร การประสานงานต่าง ๆ การตรวจสอบเตรียมความพร้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา มีการกำหนดไม่ชัดเจน ทำให้มีการตรวจสอบที่ไม่สม่ำเสมอ บันทึกทางการพยาบาล พยาบาลทุกคนช่วย ๆ กันเพื่อให้งานเสร็จ หากพยาบาลหัวหน้าเวร ทำงานไม่ทันกับเวลา การบริหารความเสี่ยงภายในเวรยังไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ไม่มีการรายงานหรือมีการรายงานแต่น้อยมาก การรับส่งเวร พยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งรับคำสั่งแพทย์ ส่งเวรได้ไม่ครอบคลุม งานที่ได้รับมอบหมายบางสถานการณ์ทำไม่ทันเวลาทำให้ไม่ได้ปฏิบัติ ส่งผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น

ระบบการบริหารยาผู้ป่วยในชาย ขั้นตอนการจัดการด้านยาแผนกผู้ป่วยในชาย

เวรเช้า (เดิม)	เวรเช้า (ใหม่)	ขั้นตอนที่เพิ่ม
1. คัดลอกรายการยา วิธีใช้ ตามคำสั่งแพทย์ลงใน Medication Record จนเสร็จสิ้น 2. แพทย์เขียนคำสั่งการรักษา 3. พยาบาลหัวหน้าเวร รับคำสั่งและคัดลอกลงใบ Medication Record 4. นำรถเข็นยาและใบคำสั่งแผนการรักษาแพทย์ส่งฝ่ายเภสัชกรรม ภายในเวลา 9.00 น.	1. คัดลอกรายการยา วิธีใช้ ตามคำสั่งแพทย์ลงใน Medication Record จนเสร็จสิ้น 2. แพทย์เขียนคำสั่งการรักษา 3. พยาบาลหัวหน้าเวร รับคำสั่งและคัดลอก ลงใบ Medication Record 4. นำรถเข็นยาและใบคำสั่งแผนการรักษาแพทย์ส่งฝ่ายเภสัชกรรม ภายในเวลา 9.00 น.	1. จัดยาหลังอาหารเย็นและยาก่อนนอนเวรบ่าย ยาฉีดเวรบ่าย 18.00 น. 22.00 น. 24.00 น. และยาในช่วงเวลาอื่นๆในช่วงเวรบ่าย

เวรเช้า (เดิม)	เวรเช้า (ใหม่)	ขั้นตอนที่เพิ่ม
5. พยาบาลสมาชิกในเวร ตรวจสอบใบลงยากับคำสั่งแผนการรักษาของแพทย์ และยาที่เภสัชจัดมากับ Medication Recordว่า ถูกต้องหรือไม่ พร้อมจัดยากินก่อนและหลังอาหารเที่ยง ก่อนอาหารเย็น 6. พยาบาลสมาชิกคนที่ 2 ดูชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง และให้ยามื้อก่อนอาหารเที่ยง มื้อก่อนอาหารเย็น พร้อมบันทึกเวลาที่ให้ยาสังเกตอาการแทรกซ้อน อาการหลังให้ยา และลงบันทึก ถ้าพบภาวะแทรกซ้อน 7. พยาบาลสมาชิกคนที่ 3 ตรวจสอบยากับ Medication Record บริหารยาฉีดกับผู้ป่วย 8. จัดเรียงแฟ้มประวัติผู้ป่วยตามลำดับเตียง ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและใหม่ 9. เริ่มตรวจสอบยา จัดยา และบริหารยาตาม Medication Record มื้อก่อนอาการเย็น	5. พยาบาลสมาชิกในเวร ตรวจสอบใบลงยากับคำสั่งแผนการรักษาของแพทย์ และยาที่เภสัชจัดมากับ Medication Recordว่า ถูกต้องหรือไม่ พร้อมจัดยากินก่อนและหลังอาหารเที่ยง ก่อนอาหารเย็น 6. พยาบาลสมาชิกคนที่ 2 ดูชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง และให้ยามื้อก่อนอาหารเที่ยง มื้อก่อนอาหารเย็น พร้อมบันทึกเวลาที่ให้ยาสังเกตอาการแทรกซ้อน อาการหลังให้ยา และลงบันทึก ถ้าพบภาวะแทรกซ้อน 7. พยาบาลสมาชิกคนที่ 3 ตรวจสอบยากับ Medication Record บริหารยาฉีดกับผู้ป่วย 8. จัดเรียงแฟ้มประวัติผู้ป่วยตามลำดับเตียง ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและใหม่ 9. เริ่มตรวจสอบยา จัดยา และบริหารยาตาม Medication Record มื้อก่อนอาการเย็น จัดยาหลังอาหารเย็นและยาก่อนนอน ยาฉีดเวรบ่าย 18.00 น. , 22.00 น. ,24.00 น. และยาในช่วงเวลาอื่นๆในช่วงเวรบ่าย	
เวรบ่าย (เดิม)	**เวรบ่าย (ใหม่)**	**ขั้นตอนที่เพิ่ม**
1. พยาบาลสมาชิกคนที่ 1 เตรียมบริหารยามื้อหลังอาหาร และยามื้อก่อนนอน 2. พยาบาลหัวหน้าเวร เตรียมบริหารยาฉีดตามช่วงเวลาที่กำหนดในแต่ละเตียง	1. พยาบาลสมาชิกคนที่ 1 check ยาเตรียมบริหารยามื้อหลังอาหาร และยามื้อก่อนนอน และจัดยา เวรดึกยารับประทานก่อนและหลังอาหาร ยาฉีดเวลา 2.00 น. 6.00 น. และยาเวลาอื่นๆในช่วงเวรดึก 2. พยาบาลหัวหน้าเวร check ยา เตรียมบริหารยาฉีดตามช่วงเวลาที่กำหนดในแต่ละเตียง	1. recheck ยา 2. จัดยา เวรดึกยารับประทานก่อนและหลังอาหาร ยาฉีดเวลา 2.00 น. 6.00 น. และยาเวลาอื่นๆในช่วงเวรดึก
เวรดึก (เดิม)	**เวรดึก (ใหม่)**	**ขั้นตอนที่เพิ่ม**
1. พยาบาลสมาชิกคนที่ 1 เตรียมบริหารยามื้อก่อนอาหารและหลังอาหาร 2. พยาบาลหัวหน้าเวร เตรียมยาฉีด และบริหารยาฉีดตามช่วงเวลาที่กำหนดในแต่ละเตียง 3. พยาบาลหัวหน้าเวร และสมาชิกเวร ตรวจสอบ order แพทย์ กับ ใบ Medication Record เตียงที่ได้รับมอบหมาย	1. พยาบาลสมาชิกคนที่ 1 check ยาเตรียมบริหารยามื้อก่อนอาหารและหลังอาหาร จัดยาฉีดเวลาเช้า 10.00 น. 12.00 น. 14.00 น. และยาเวลาอื่นๆในช่วงเวรดึก 2. พยาบาลหัวหน้าเวร check ยาเตรียมยาฉีด และบริหารยาฉีดตามช่วงเวลาที่กำหนดในแต่ละเตียง 3. พยาบาลหัวหน้าเวร และสมาชิกเวร ตรวจสอบ order แพทย์ กับ ใบ Medication Record เตียงที่ได้รับมอบหมาย	1. recheck ยา 2. จัดยาฉีดเวรเช้าเวลา 10.00 น. 12.00 น. 14.00 น. และยาเวลาอื่นๆในช่วงเวรดึก

ซึ่งในกระบวนการจัดการด้านยาผู้ป่วยในชาย ตั้งแต่รับรถยามาจากห้องยา ไปจนกระทั่งถึงตัวผู้ป่วยในแต่ละเวรยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. แสดงอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในปี พ.ศ. 2564 -2566 เป้าหมาย <5ครั้ง/พันวันนอน

ปีงบประมาณ	จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อน	อัตราความคลาดเคลื่อน/พัน	ระดับความรุนแรง							
			A	B	C	D	E	F	G	H
2564	33	16.99	0	17	14	2	0	0	0	0
2565	59	35.55	0	14	31	11	1	1	0	1
2566	27	18.64	0	1	18	7	1	0	0	0

ตารางที่ 2. แสดงอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา งานผู้ป่วยในชายแบ่งตามประเภทความคลาดเคลื่อน ปี 2564–2566

รายการความคลาดเคลื่อน	จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา(ครั้ง)			อัตราครั้ง/พันวันนอน
	ปี2564	ปี2565	ปี2566	
1. ให้ยาผิดขนาด	1D	1C2D1E1H	3C 2D	0.16/8.23/0.90
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับยา	1C	5C2D	3C3D1E	0.16/1.05/1.26
3. ผิดคน	1D	1C		0.16/0.16/0
4. ผู้ป่วยแพ้ยา		1F		0/0.15/0
5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผิดอัตราเร็ว	9C	18C	7C2D	1.40/2.70/1.62
6. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผิดชนิด		4C4D	2C	0/1.20/0.36
7. ได้รับยาช้ากว่าที่กำหนด	4C		3C	0.63/0/0.54
8. ผิดเวลา		3D		0/0.45/0

จากรายงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในปี 2564-2566 มีจำนวน 33, 59 และ 27 ครั้ง ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่เกิดอุบัติการณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผิดอัตราเร็ว จำนวน 36 ครั้ง รองลงมา ผู้ป่วยไม่ได้รับยา จำนวน 15 ครั้ง และให้ยาผิดขนาด จำนวน 11 ครั้ง จากการวิเคราะห์หาสาเหตุเกิดจากเทคนิคการให้ยา/สารน้ำ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานมานานจึงขาดการทวนสอบซ้ำ และด้วยภาระงานมากไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน เช่น การ Round IV ทุก 2 ชั่วโมง, เมื่อแพทย์เปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา ไม่ได้ทวนสอบการ์ดยากับ Order

ส่วนความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เมื่อแบ่งตามระดับความรุนแรง พบระดับ H จำนวน 1 ครั้ง ในปี 2565 เกิดอุบัติการณ์ให้ยาผิดขนาด จากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า เกิดเหตุการณ์นอกเวลาราชการในเวรดึก (24.00 - 08.00 น.) เป็นยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจากรพ.อื่น แพทย์คัดลอกยาเดิมส่งไปห้องยาโดยไม่ได้ตรวจสอบซ้ำกับยาเดิมผู้ป่วย พยาบาลรับคำสั่งโดยไม่ได้ตรวจสอบซ้ำกับผู้ป่วย รองลงมาพบความรุนแรงระดับ F จำนวน 1 ครั้ง เกิดอุบัติการณ์การแพ้ยาจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าการซักประวัติการใช้ยาที่ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ได้นำยาเดิมมารพ. ทำให้การวินิจฉัยเรื่องการแพ้ยาล่าช้า มีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มเดียวกันซ้ำ และความรุนแรงระดับ E จำนวน 2 ครั้ง คือ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาพ่น MDI ที่เป็นยาประจำตัวผู้ป่วยทำให้อาการหอบเหนื่อยกำเริบเพิ่มขึ้น จากไม่มีการตรวจสอบรายการยาซ้ำ และ 2) ได้รับยาเกินขนาด เนื่องจากระบบการจัดยาเป็นแบบ one day dose กรณียาที่ต้องแบ่งครึ่ง ไม่ได้แบ่งมา พยาบาลผู้ที่จัดยาจะต้องแบ่งเอง ก่อนจะให้ยาผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้มีการทวนสอบซ้ำก่อนยาจะถึงผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่เกิดขึ้น เกิดจากการจัดระบบทวนสอบซ้ำไม่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติแล้วไม่ได้ปฏิบัติตามนั้นเนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น อัตรากำลังที่มีน้อยเพียง 2 คนในเวรผลัดบ่าย/ดึก ด้านผู้ให้บริการเกิดความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน บางปีงบประมาณมีรายงานอุบัติการณ์จำนวนมาก แต่บางปีงบประมาณจะมีน้อย เนื่องจากอุบัติการณ์บางส่วนที่เกิดขึ้นยังไม่ถูกรายงานเข้าระบบเพื่อการจัดการที่เหมาะสม อาจมีเหตุลในเรื่องการกลัวความผิดเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่อันตรายถึงผู้ป่วย ไม่มีการมอบหมายชัดเจนในแต่ละเวรในการรวบรวม สรุปรายงานอุบัติการณ์จากสมาชิกในทีม จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในชาย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การออกแบบระบบให้มีการดักจับความคลาดเคลื่อนให้ได้มากที่สุด เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2. การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย

ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยใช้การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (case Assignment) ร่วมกับการมอบหมายงานแบบตามหน้าที่ (Functional Assignment) ดังนี้

2.1. ระยะวางแผน (Planing) จากประสบการณ์ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2564-2567 แผนกผู้ป่วยในชายมีรูปแบบการมอบหมายตามหน้าที่ Functional Assignment เป็นระบบหัวหน้าเวรและทีมการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหน้าที่ความรับผิดชอบแต่ละเตียง โดยประสานกับหัวหน้าเวรและทีมสหวิชาชีพ ส่วนการบริหารยาผู้รับผิดชอบเตียงนั้น ๆ เป็นผู้บริหารยาเอง โดยขาดการทวนสอบซ้ำ ด้วยอัตรากำลังที่มีอยู่อย่างจำกัด ต้องปฏิบัติงานให้ทันกับเวลา จนพบว่ามีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาที่ไม่ได้รายงาน ส่วนที่รายงานอุบัติการณ์จะพบเหตุการณ์ที่ถึงตัวผู้รับบริการแล้ว ซึ่งต้องเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น กลายเป็นเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลเวร ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานการพยาบาลเพื่อค้นหารูปแบบที่ควรจะเป็นสำหรับแผนกผู้ป่วยในชาย

2.2.ระยะดำเนินการ/ ปฏิบัติตามแผน (DO) สนทนากลุ่มกับทีมพยาบาลในแผนก โดยนำประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การมอบหมายงาน มาอภิปรายร่วมกันระหว่างพยาบาล นำเสนอรูปแบบการมอบหมายงาน ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ แบบทีมการพยาบาล แบบรายผู้ป่วย แบบเจ้าของไข้ แบบให้การพยาบาลตามหน้าที่ และแบบรายจัดการกรณี โดยอธิบายวิธีการในแต่ละรูปแบบ ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละวิธี ซึ่งให้พยาบาลในแผนกได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ร่วมกัน หลังจากได้ร่างรูปแบบการมอบหมายงาน ได้จัดประชุมชี้แจงให้พยาบาลปฏิบัติงานรับทราบโดยทั่วถึงกัน กำหนดบทบาทหน้าที่รูปแบบการมอบหมายงาน ปรับวิธีการมอบหมายงาน เป็นแบบรายผู้ป่วยและหน้าที่ โดยมีประเด็นต่าง ๆ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประเด็นการมอบหมายงานแบบระบบเดิมกับแบบระบบใหม่

ประเด็นการมอบหมายงาน	ระบบการมอบหมายงานแบบเดิม	ระบบการมอบหมายงานแบบใหม่
การรับใหม่ จำหน่าย	ไม่มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบรายผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นองค์รวม พยาบาลทุกคนช่วยกันดูแลผู้ป่วยทุกราย	กำหนดพยาบาลในทีมทุกคนประจำเตียง กรณีรับใหม่จำหน่าย สามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแล แก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้น
การบริหารยา	มีการมอบหมายให้พยาบาล 1 คน บริหารยากิน อีก 1 คนบริหารยาฉีด มีการตรวจสอบซ้ำระหว่างพยาบาลในเวร ซึ่งบางครั้งทำไม่ทันเวลา	มอบหมายพยาบาลในทีมคนที่ 1 ในการจัดยากิน จัดยาฉีด บริหารยากิน บริหารยาฉีด เพื่อการตรวจสอบซ้ำก่อนยาไปถึงผู้ป่วย
การดูแลผู้ป่วย การรายงานอาการ การประสานงานเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยในเวร	พยาบาลหัวหน้าเวร ทำหน้าที่รับคำสั่งแพทย์ รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สรุปการดูแลแต่ละเวร การประสานงานต่าง ๆ	พยาบาลหัวหน้าเวร เดินตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยพร้อมแพทย์ รับรู้แผนการรักษาของแพทย์ทุกเตียง พยาบาลเจ้าของเตียงดูแลแก้ปัญหารายงานอาการเปลี่ยนแปลง ประสานงานกับหน่วยต่างที่เกี่ยวข้องกับเตียงที่รับผิดชอบ
การตรวจสอบเตรียมความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	มีการกำหนดไม่ชัดเจน ทำให้มีการตรวจสอบที่ไม่สม่ำเสมอ	พยาบาลในทีมคนที่ 2 รับผิดชอบทำหน้าที่ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ในแต่ละวัน เตรียมความพร้อมของเครื่องมือสำคัญ
บันทึกทางการพยาบาล	พยาบาลทุกคนช่วยๆ กันเพื่อให้งานเสร็จ หากพยาบาลหัวหน้าเวรทำไม่ทันเวลา	พยาบาลในทีม ประจำเตียงนั้นๆ ทำหน้าที่รับผิดชอบบันทึกการพยาบาล ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ซ้ำ กับหัวหน้าเวร พร้อมกับตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในเวร
การบริหารความเสี่ยงภายในเวร	ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ไม่มีการรายงาน หรือมีการรายงานแต่น้อยมาก	พยาบาลหัวหน้าเวร ในแต่ละเวร รับผิดชอบในการสรุปรายงานเหตุการณ์เวรรวมถึงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในเวรนั้นๆ
การรับส่งเวร	พยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งรับคำสั่งแพทย์ ส่งเวรได้ไม่ครอบคลุม	พยาบาลหัวหน้าเวร รับส่งเวรร่วมกับพยาบาลเจ้าของเตียง พร้อมกับเดินตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ รับรู้ปัญหาและแผนการรักษาของแพทย์

2.3. ระยะประเมินผล (Check) เมื่อได้ฉบับร่างรูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลได้นำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติงานจริง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยดำเนินการครอบคลุมทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ติดตามการปฏิบัติงานจากการสังเกต และสัมภาษณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร ความยากง่ายในการปฏิบัติตามฉบับร่างรูปแบบการมอบหมายงาน และสัมภาษณ์จากทีมร่วมดูแลได้แก่ แพทย์เวร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ต่อรูปแบบการมอบหมายงานที่พัฒนาขึ้น พบว่า ในระยะแรกของการปรับเปลี่ยนรูปแบบยังมีการสับสนในบทบาทหน้าที่ เมื่อปฏิบัติตามการมอบหมายงานที่กำหนดไว้ ทำให้งานเสร็จเร็วขึ้น ร่วมกับมีการทวนสอบซ้ำในการบริหารยาที่ชัดเจน ร่วมกับมีการดักจับรายงานความเสี่ยงได้เร็วขึ้น ก่อนถึงตัวผู้รับบริการ

2.4. ปรับปรุงพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Action) หลังจากนำฉบับร่างรูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลไปใช้ พบว่าจะต้องปรับข้อกำหนดเพิ่มเติม เนื่องจากจำนวนพยาบาลในแต่ละเวรไม่เท่ากัน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมมากขึ้น, กำหนดการการเรียกอัตรากำลังสำรองกรณีจำนวนผู้ป่วยเกิน 15 ราย ร่วมกับ Productivity > 120, และมีการกำหนดแนวทางให้มีระบบทวนสอบรายการยากับพยาบาลให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นคนละคนกัน พร้อมมีการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา โดยสื่อสารกับผู้ปฏิบัติได้เข้าใจความคลาดเคลื่อนมากขึ้น ร่วมกับแบบบันทึกรายงานความเสี่ยงในแต่ละเวร เพื่อให้ง่ายและสะดวกกับผู้ปฏิบัติเอกสารไม่ซ้ำซ้อน มีการปรับปรุงเพิ่มขั้นตอนของแต่ละเวร มีการมอบหมายงานตั้งแต่ตารางเวรออก เป็นหมายเลขไว้ในตารางเวร ออกแบบให้แต่ละหมายเลขมีงานและเตียงผู้ป่วย

ที่รับผิดชอบ ในกระบวนการบริหารยา ตั้งแต่รับรถยาจากห้องยา ไปจนกระทั่งบริหารยาไปถึง ตัวผู้ป่วย มีระบบการตรวจสอบซ้ำระหว่างเวร เช่น เวรเช้าจัดยารับประทานหลังอาหารเย็น ยาก่อนนอน และยาฉีดให้เวรบ่าย เวรบ่ายตรวจสอบซ้ำก่อนบริหารยาให้ผู้ป่วย เวรบ่ายจัดยารับประทานก่อนและหลังอาหารเช้าและยาฉีดให้เวรดึก เวรดึก ตรวจสอบซ้ำและบริหารยาให้ผู้ป่วย เวรดึกจัดยาฉีดให้เวรเช้า เวรเช้าตรวจสอบซ้ำบริหารยา หลังจากนั้นเวรเช้าเวลาประมาณ 9.00 น. ส่งรถยาไปห้องยาเพื่อให้ห้องยาเตรียมยาในวันถัดไป

3. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คน พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 10 คน (ร้อยละ 100) อยู่ในช่วงอายุ 28 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 46.5 ปี (SD = 10.67) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี 10 คน (ร้อยละ 100) ประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 6 - 38 ปี เฉลี่ย 28 ปี (SD = 11.01) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10)

ข้อมูลทั่วไป	**จำนวน(n)**	**ร้อยละ**
เพศ		
หญิง	10	100
อายุ (ปี) Min-Max=28-59 ปี (M=46.5 , SD=10.67)		
21 - 30	1	10
31 - 40	2	20
41 - 50	3	30
51 - 60	4	40
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	10	100
ประสบการณ์ทำงาน (ปี) Min-Max=6-38 ปี (M=24 , SD=11.01)		
1 - 10	1	10
11 - 20	3	30
>20	6	60

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

ข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา 4 ครั้ง คิดเป็น 3.62 ต่อ พันวันนอน โดยพบความคลาดเคลื่อนระดับ C และ F จำนวน 3 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ และหลังพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเพิ่มขึ้น จำนวน 14 ครั้ง คิดเป็น 9.66 ต่อ พันวันนอน โดยพบความคลาดเคลื่อนระดับ C D และ F จำนวน 9, 5 และ 0 ครั้ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา (n = 18)

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	จำนวนวันนอน	จำนวนครั้ง(n)	ร้อยละ	ระดับความคลาดเคลื่อน		
				ระดับ C	ระดับ D	ระดับ F
ก่อนพัฒนา	1,102	4	3.63	3	0	1
หลังพัฒนา	1,448	14	9.67	9	5	0

อภิปรายผลการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด ได้ดังนี้

1. สถานการณ์รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลระโนด อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา จากการศึกษาสถานการณ์การมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลระโนด เดิมใช้การมอบหมายงานตามแบบหน้าที่ (Function Assignment) จะเน้นหน้าที่และกิจกรรมเป็นหลัก แต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ เช่น คนที่ 1 รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ยาทางเส้นเลือด คนที่ 2 ทำหน้าที่รับคำสั่งแพทย์ตามแผนการรักษา ซึ่งการมอบหมายงานแบบนี้ มีข้อจำกัด ซึ่งการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบงาน โดยไม่คำนึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เหมาะสำหรับการทำงานที่มุ่งแต่การปฏิบัติงานมากกว่ามุ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เหมาะกับสถานที่ที่มีจำนวนพยาบาลน้อย แต่ผู้ป่วยมากและอาการไม่รุนแรง มีประเด็นการมอบหมายงาน ดังนี้ การรับใหม่ จำหน่าย ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบรายผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นองค์รวม พยาบาลทุกคนช่วยกันดูแลผู้ป่วยทุกราย การบริหารยา มีการมอบหมายให้พยาบาล 1 คน บริหารยากิน อีก 1 คนบริหารยาฉีด มีระบบการตรวจสอบซ้ำเพียงบางช่วงเวลาเนื่องจากภาระงาน การดูแลผู้ป่วย การรายงานอาการ การประสานงานเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยในเวร พยาบาลหัวหน้าเวร ทำหน้าที่รับคำสั่งแพทย์ รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สรุปการดูแลแต่ละเวร การประสานงานต่างๆ การตรวจสอบเตรียมความพร้อม เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา มีการกำหนดไม่ชัดเจน ทำให้มีการตรวจสอบที่ไม่สม่ำเสมอ สำหรับบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลทุกคนจะช่วยๆ กันเพื่อให้งานเสร็จ หากพยาบาลหัวหน้าเวรทำไม่ทันเวลา การบริหารความเสี่ยงภายในเวรไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ไม่มีการรายงานหรือมีการรายงานแต่น้อยมาก การรับส่งเวรพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งรับคำสั่งแพทย์ ส่งเวรได้ไม่ครอบคลุม มีการเน้นหน้าที่และกิจกรรมเป็นหลัก หน้าที่และกิจกรรมที่ไม่ครอบคลุม ซ้ำซ้อนไม่ชัดเจนในรายละเอียด บางครั้งทำให้เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งยังทำให้ขาดสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่องในการให้การพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ไม่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์[12] แนวคิดที่ใช้ในการจัดการวิเคราะห์และพัฒนาการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย แนวคิดที่ 2 การจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (system approach to error) โดยมีหลักการว่า ปัญหาความผิดพลาดมาจากปัญหาเชิงระบบขององค์กร ส่งผลต่อความผิดพลาดของบุคคล ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยเสนอแบบจำลองเชิงระบบการเกิดอุบัติเหตุหรือสวิสชีสโมเดล (the Swiss cheese model) ของเรียสัน[5] เสนอความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของระบบองค์กรกับการทำงานที่ผิดพลาดของมนุษย์และการทำหน้าที่ของแนวป้องกันกับกระบวนการเกิดอุบัติเหตุ และแบบจำลองสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในองค์กรของ Vincent[11] แสดงให้เห็นว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ ไม่ได้มีจุดเริ่มต้นมาจากตัวบุคคลเสมอไป มาจากเงื่อนไขที่ถูกกำหนดในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการในองค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานโดยผลลัพธ์ด้านลบ จุดเริ่มต้นมาจากกระบวนการตัดสินใจที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการวางแผน กำหนดการ การคาดการณ์ การออกแบบ การกำหนดนโยบาย การสื่อสาร การควบคุม

การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลระโนด โดยการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานระหว่างการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (Case Assignment) และการมอบหมายงานตามแบบหน้าที่ (Function Assignment) ตามจำนวนพยาบาลในแต่ละเวร กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมหลัก และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประจำเตียง กิจกรรมหลักแบ่งเป็นประเด็นดังนี้ การรับใหม่ จำหน่าย เตียงรับใหม่ จำหน่าย กำหนดผู้รับผิดชอบผู้ป่วยไว้ สามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วขึ้น การบริหารยามีการมอบหมายอย่างชัดเจน ในการจัดยากิน จัดยาฉีด บริหารยากิน บริหารยาฉีด เพื่อการตรวจสอบซ้ำก่อนยาไปถึงผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยการรายงานอาการ การประสานงานเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยในเวร มีการแบ่งความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยรายเตียง พยาบาลหัวหน้าเวรในเวรเช้าจะเดินตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยพร้อมแพทย์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผน

การรักษาร่วมกับแพทย์ในทุกเตียง พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในเตียงนั้นๆ จะให้การพยาบาล ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ตามความเหมาะสม รวมถึงการประสานงานกับหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยตามความรับผิดชอบ ส่วนการตรวจสอบ เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา มีการกำหนดชัดเจน ระบุชื่อพยาบาลเวรผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร ทำให้มีการตรวจสอบและมีความมั่นใจในเรื่องการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือมากขึ้น ด้านการบันทึกทางการพยาบาล ได้มีการระบุผู้รับที่รับผิดชอบชัดเจน ทำให้เกิดความรวดเร็วในการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องและครอบคลุม การบริหารความเสี่ยงภายในเวรมอบหมายให้หัวหน้าเวรรับผิดชอบสรุปรายงานเหตุการณ์เวรรวมถึงการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ส่งผลให้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเหล่านั้นได้รับการแก้ปัญหามากขึ้น ด้านการรับส่งเวรพยาบาลหัวหน้าเวรเดินตรวจเยี่ยมรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในเวร ให้ทีมพยาบาลต่อไปได้รับทราบเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร เวียงสีมา และนเรนทร์ฤทธิ์ ผาจันทร์[9] ได้พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโพนพิสัยโดยใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาล (Team Nursing) ประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าทีมและสมาชิกทีม แบ่งจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้ง 2 ทีมให้เท่ากัน กำหนดหน้าที่ของพยาบาลที่รับผิดชอบแต่ละตำแหน่ง จัดของใช้ให้เพียงพอแต่ละทีมเพื่อให้เอื้อในการปฏิบัติงาน การรับส่งเวรใช้รูปแบบการรับ-ส่งข้อมูลทีมต่อทีม ซึ่งผลลัพธ์พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการมอบหมายงานที่พัฒนาขึ้น มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ระยะเวลาในการรับ - ส่งเวรลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุษบา วงค์พิมล, พนิดา สุทธิประภา, วิภาวดี วโรรส และจุฑาภรณ์ เพิ่มพูน[6] ได้พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีการผสมผสานระหว่างแบบรายกรณีและแบบทีมการพยาบาล ร่วมกับการพิจารณามอบหมายงานที่มุ่งเน้น 4 ด้าน คือ สมรรถนะพยาบาล บทบาทหน้าที่ตามได้รับมอบหมาย ประเภทผู้ป่วยที่ต้องดูแลและการจัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยรูปแบบการมอบหมายงานที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้ (92.80%) และพยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (83.20%)

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาล มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นจากการบริหารยา ในปี 2564 - 2566 จำนวน 33, 59 และ 27 ครั้งตามลำดับ คิดเป็น 16.99, 35.55 และ 18.64 ต่อพันวันนอนตามลำดับ ระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยระดับ A - B จำนวน 17, 14 และ 1 ครั้งตามลำดับ ระดับ C - D ถึงตัวผู้ป่วยแล้ว จำนวน 16, 42 และ 25 ครั้งตามลำดับ ระดับ E-F มีการรักษาเพิ่ม จำนวน 0 , 2 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ และต้องช่วยชีวิต ระดับ G – H - I จำนวน 0, 1 และ 0 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบตามช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ก่อนการศึกษาเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา 4 ครั้ง คิดเป็น 3.62 ต่อพันวันนอน โดยพบความคลาดเคลื่อนระดับ C และ F จำนวน 3 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ และหลังพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2568 เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเพิ่มขึ้น จำนวน 14 ครั้ง คิดเป็น 9.66 ต่อ พันวันนอน โดยพบความคลาดเคลื่อนระดับ C D และ F จำนวน 9, 5 และ 0 ครั้งตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าภายหลังการศึกษา พบจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เพิ่มมากขึ้นนั้นพบว่า ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลปฏิบัติงานมีการทวนสอบการบริหารยาได้มากขึ้น รวมถึงมีเวลาในบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากขึ้น โดยสามารถตรวจพบก่อนการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่รุนแรง และจากจำนวนอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น ได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของความคลาดเคลื่อน พบว่า เกิดในช่วงที่มีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก ต้องใช้เวลาในการดูแลและทำหัตถการหลายอย่างในผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับมีการมอบหมายงานให้พยาบาลในเวรเช้าวันราชการไปดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลที่ไปดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อต้องมอบหมายให้พยาบาลอีกคนซึ่งต้องรับดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อีกประการกรณีลาฉุกเฉินพยาบาลจำเป็นต้องอยู่ต่อเวรยาว 16 ชั่วโมง จะมีความเหนื่อยล้าทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายงานนั้นๆ ได้ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา จากการวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถนำมาวางแผนป้องกันเชิงระบบ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกิตติพนธ์ เครือวังค์[3] การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยามาวิเคราะห์ในลักษณะแบบตั้งรับและเชิงรุก เพื่อนำมาทำแนวทางการป้องกัน เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารยาเริ่มมีความชัดเจนขึ้น ตรวจสอบได้ง่าย และสามารถป้องกันเหตุร้ายก่อนจะถึงตัวผู้รับบริการได้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนเหตุการณ์คลาดเคลื่อนที่ถูกรายงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงการทำงานที่มี

ความผิดพลาดมากขึ้น แต่อาจสะท้อนถึงระบบการเฝ้าระวังที่เข้มแข็งขึ้น พยาบาลมีความตระหนักรู้สูงขึ้นและสามารถรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนได้มากขึ้น โดยไม่รู้สึกถูกตำหนิ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีการหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น เมื่อพยาบาลเกษียณและรับบรรจุพยาบาลใหม่เพิ่มขึ้น พร้อมกับการขยายระบบบริการของโรงพยาบาลที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น

2. ผลการพัฒนาระบบการมอบหมายงานการพยาบาล ทำให้สามารถลดระดับความรุนแรงด้านที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ สามารถดักจับความคลาดเคลื่อนได้มากขึ้นก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย สามารถนำแนวทางที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับงานแผนกผู้ป่วยในที่มีบริบทคล้ายๆ กันได้ต่อไป ถึงแม้ว่าบริบทของแต่ละที่ อาจมีการปรับเปลี่ยนไปได้ ระบบการมอบหมายงานที่สร้างขึ้นก็สามารถปรับใช้ให้ยืดหยุ่นเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน เพิ่มเติมผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการรับ-ส่งเวร อุบัติการณ์ความเสี่ยงอื่นๆ ที่เกิดจากการพยาบาล

4. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบของการมอบหมายงาน ต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: การพิมพ์เทียนกวง; 2565.
2. กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม, ศุภลักษณ์ ธนานนท์นิวาส. ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รายวิชาสัมมนาทางเภสัชศาสตร์. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2552;2(1):195-217.
3. กิตติพันธ์ เครือวังค์. ความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2561;4(2):251-265.
4. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. คู่มือการนิเทศการฝึกประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล. ชลบุรี: ศรศิลป์การพิมพ์; 2539.
5. Carayon, Pascale; Wetterneck, Tosha B.; Rivera-Rodriguez, A. Joy; Hundt, Ann Schoofs; Hoonakker, Peter; Holden, Richard; Gurses, Ayse P. (2014). "Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety". Applied Ergonomics. 45(1): 14-25.
6. บุษบา วงค์พิมล, พนิดา สุทธิประภา, วิภาวดี วโรรส และจุฑาภรณ์ เพิ่มพูน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;2(1):135-142.
7. สุภาพร เคียงสีมา และนเรนทร์ฤทธิ์ ผาจันทร์. การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโพนพิสัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(3):336-347.
8. Kemmis, S; & Mc Taggart, R. The action research planner. 3rd ed. Victoria : Deakin University press; 1990.
9. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320(7237):768–70.
10. ปรางทิพย์ อุจะรัตน์. การบริหารทางการพยาบาล: การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2541.
11. Vincent C. Patient safety. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell Publishing Ltd; 2010.
12. วีณา จิระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์; 2550.