

ความตั้งใจที่จะรายงานและเหตุผลที่ไม่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย

เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์^{1*}, มณีรัตน์ รัตนามัทธนะ²

บทคัดย่อ

ความตั้งใจที่จะรายงานและเหตุผลที่ไม่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย

เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์^{1*}, มณีรัตน์ รัตนามัทธนะ²

ว. เกษัชศาสตร์อีสาน 2556; 9(3) : 43-52

Received : 19 March 2013

Accepted : 7 October 2013

บทนำ: การรายงานความคลาดเคลื่อนเป็นเครื่องมือสำคัญในการใช้ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน จำเป็นต้องเรียนรู้ เข้าใจระบบการรายงาน และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุและจัดการเชิงระบบ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญที่พบตามมาในระบบการป้องกันนี้คือ การไม่รายงานหรือรายงานน้อยกว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจริงทำให้ข้อมูลที่เก็บได้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและระดับความตั้งใจที่จะรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและหาเหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น **วิธีดำเนินการวิจัย:** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 196 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไครส์เคอร์ และสถิติ Kruskal Wallis test **ผลการศึกษา:** พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในทุกวิชาชีพมีความตั้งใจที่จะรายงานมากขึ้นเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงที่มากขึ้น โดยที่แพทย์ให้ความสำคัญกับการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ส่วนเภสัชกรและพยาบาลให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่ผลลัพธ์ถึงตัวผู้ป่วยแล้วมากกว่า เหตุผลหลักที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น คือ การมีภาระงานมากทำให้ลืมที่จะรายงาน (แพทย์; \bar{X} =2.82, เภสัชกร; \bar{X} =3.77, พยาบาล; \bar{X} =3.54), ไม่อยากถูกพาดพิงถึงอีกยาวนาน (แพทย์; \bar{X} =2.65, เภสัชกร; \bar{X} =2.77, พยาบาล; \bar{X} =3.33) และการกลัวถูกตำหนิอย่างไม่ยุติธรรมหากเป็นผู้ที่มีอาวุโสน้อยกว่า (แพทย์; \bar{X} =2.35, เภสัชกร; \bar{X} =2.65, พยาบาล; \bar{X} =2.87) ทั้งนี้แพทย์มีเหตุผลที่ต่างไปจากเภสัชกรและพยาบาล คือ ไม่ได้กลัวถูกตำหนิ แต่ไม่ทราบว่าจะใครควรเป็นผู้รายงาน (แพทย์; \bar{X} =2.71, เภสัชกร; \bar{X} =2.08, พยาบาล; \bar{X} =1.03) **สรุปผลการศึกษา:** จากผลการศึกษานี้ทำให้เห็นว่า ควรมีพัฒนาเชิงระบบของโรงพยาบาล เพื่อสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมในองค์กรที่สร้างสรรค์ไม่กล่าวโทษคนผิด รวมทั้งพัฒนาระบบการรายงานให้เอื้อต่อการส่งเสริมให้เกิดการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนทางยาระดับต่ำที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญน้อยอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา, ความตั้งใจที่จะรายงาน, บุคลากรทางการแพทย์

¹ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

* **ติดต่อผู้พิมพ์:** เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ 36000 โทรศัพท์ 044 811005-8, E-mail: premsiri2@gmail.com

Abstract

Intent to Report and Reasons not to Report Medication Errors among Health Professionals: Case Study at a Provincial Hospital in Thailand.

Premwadee Siriwiwuttananon^{1*}, Maneerat Rattanamahattana²

IJPS, 2013; 9(3) : 43-52

Introduction : Medication error reporting is an important tool to improve the quality of health services. Health professionals must learn about identifying medication errors, root cause analysis and management systems to decrease patient risk. The major problem in medication error reporting is underreporting. This leads to unusable data of medication error. **Materials and Methods :** The objectives of this research were to examine the intention to report and to explore reasons for not reporting medication errors among health professionals. Self-reported questionnaires were administered in this survey research. The participants (n=196) were physicians, pharmacists and nurses who are practicing at a provincial hospital in Thailand. Data were analyzed using means, standard deviations, percentages, chi-square test and Kruskal Wallis test. **Results :** The results of the study revealed that all the health professionals had higher intention to report when the medication errors were more severe. Nevertheless, the physicians had a higher tendency priority to report those near miss cases but the other health professionals had a higher tendency priority to report error that have the patients. The main reasons for not reporting included the high workload that made healthcare professionals busy and forget to report (physicians; \bar{X} =2.82, pharmacists; \bar{X} =3.77 nurses; \bar{X} =3.54); fear of being endlessly criticized (physicians; \bar{X} =2.65, pharmacists; \bar{X} =2.77, nurses; \bar{X} =3.33); and fear of being unfairly blamed for adverse incidents, especially among junior staff. Unlike among the nurses and pharmacists for the latter reason regarding fears (physicians; \bar{X} =2.35, pharmacists; \bar{X} =2.65, nurses; \bar{X} =2.87), the physicians were not afraid; rather, they were not certain whom they should report the cases to (physicians; \bar{X} =2.71, pharmacists; \bar{X} =2.08, nurses; \bar{X} =1.03). **Conclusion:** The results suggest that some strategies are essential in order to encourage health professionals to report the medication errors more properly including an organization culture and values that instill their support in medication error reporting.

Keywords: Medication error, Intent to report, Health professionals

¹ Pharmacy Department Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum 36000

² Faculty of Pharmaceutical Sciences Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

* **Corresponding author :** Premwadee Siriwiwuttananon ¹Pharmacy Department Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum 36000
Tel. (+66) 44-811005-8, E-mail: premsiri2@gmail.com

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งในโรงพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกจุดในระบบที่มีการใช้ยา (Cohen, 2000) ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งในแง่ของโรงพยาบาลและผู้ป่วย การรักษาพยาบาลไม่ได้ผล ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก

ยา และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น (Ningsanon *et al.*, 2004) จากรายงานของสถาบันแพทยอเมริกัน (Institute of Medicine : IOM) พบว่า คนอเมริกันเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ประมาณปีละ 44,000-98,000 คน ในจำนวนนี้ 7,000 ตายจากความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นคิดเป็น 3-5 % ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Dennison, 2007) ในส่วนของประเทศไทย

ไม่มีการเก็บหรือรายงานข้อมูลเป็นตัวเลขที่แน่นอนแต่สามารถประมาณตัวเลขการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการคำนวณจากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยปี 2542 คิดเป็น 1,492,463 ครั้งโดยประมาณ (Ningsanon *et al.*, 2004) ความคลาดเคลื่อนทางยาจึงเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลกให้ความสำคัญ และมีความพยายามที่จะหาทางแก้และป้องกันเชิงระบบเพื่อให้ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นน้อยที่สุด เนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้ (Prapunwattana, 2007) โดยอาศัยกฎแห่งสำคัญคือการนำข้อมูลจากการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาไปวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยเสี่ยง และหาแนวทางในการป้องกันโดยออกข้อกำหนดให้ผู้ปฏิบัติปฏิบัติตามมาตรฐานต่อไป (Brown, 2001) การรายงานความคลาดเคลื่อนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพ (David, 2001) บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน จำเป็นต้องเรียนรู้ เข้าใจ และวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และสามารถจัดการเชิงระบบเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญที่พบในระบบการป้องกันนี้คือ ปัญหาการไม่รายงานหรือรายงานน้อยกว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจริงทำให้ข้อมูลที่เก็บได้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือนำมาใช้ประโยชน์ได้แต่วิเคราะห์ปัญหาออกมาแล้วได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการประมาณการไว้ว่า ในสหรัฐอเมริกา มีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ เกิดขึ้น ประมาณปีละ 1.5 ล้านครั้ง (Aspde, 2007) หลายๆเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนไม่ถูกพบ และหลายๆเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนถูกตรวจพบแต่ไม่ถูกรายงาน โดยพบว่า 50% ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นไม่ถูกรายงาน (Dennison, 2007; Kington, 2004) ในส่วนของประเทศไทยจากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลต่างๆที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าบางโรงพยาบาลไม่พบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา บางโรงพยาบาลพบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเพียงบางประเภท และบางโรงพยาบาลมีการรายงานแต่มีการรายงานน้อยอยู่ในช่วงประมาณ 0.01-1% (Prapunwattana, 2004) การที่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยามีค่าน้อยไม่ได้บ่งบอกว่าประเทศไทยเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาน้อย หรือผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนทางยา

มากกว่าประเทศอื่น แต่น่าจะบอกถึงว่าเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นไม่มีการรายงานเก็บเป็นข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์หาแนวทางป้องกันเชิงระบบ ในส่วนของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ขนาด 470 เตียง มีระบบการจัดการด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและมีการวางแผนทางสู่การปฏิบัติโดยมีการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการ และมีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันเมื่อมีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น 2 ครั้ง เมื่อพิจารณาข้อมูลจากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทุกประเภทเฉพะผู้ป่วยใน ช่วงเดือน ต.ค. 52 - มี.ค. 53 มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด 515 ครั้ง โดยมีการรายงานในระดับ A-C จำนวน 446 ครั้ง D-F จำนวน 69 ครั้ง และ G-I จำนวน 0 ครั้ง ซึ่งเมื่อประมาณปริมาณที่น่าจะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งคิดแบบต่ำสุด คือ ร้อยละ 2 ใช้วิธีคำนวณตามแบบของ ฮิดา นิงसानนท์พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่น่าจะเกิดขึ้นประมาณ 8,145 ครั้ง ดังนั้นพบว่ามีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริงมาก และมีความแตกต่างของปริมาณการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละประเภท ในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาว่าบุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพมีลักษณะความตั้งใจที่จะรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆอย่างไร รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพมีเหตุผลอย่างไรที่ไม่รายงานเมื่อมีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น เพื่อที่จะได้นำไปพัฒนา ปรับปรุงระบบการรายงานให้เอื้อต่อการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพเกิดการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะรายงานและเหตุผลที่ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 254 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย แบบประชากรจำกัด โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ และเภสัชกร ใช้ประชากรทั้งหมดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลคือส่วนที่เหลือจากการหักจำนวนแพทย์และเภสัชกรทั้งหมดออกจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้จากการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่มีอยู่จริง โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะงาน ประเภทของยาที่ใช้ และวิธีการบริหารยา (Bunprasop, 2005) ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริง 196 คน

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจำแนกตามลักษณะงาน 2) ความตั้งใจที่จะรายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้นในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆ (NCC MERP, 2007) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ รายงานเสมอ, รายงานบางครั้งแต่มากกว่า 50%, รายงานบางครั้งแต่น้อยกว่า 50%, ไม่รายงาน 3) เหตุผลที่ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงจากเครื่องมือของ Vincent *et al.* ประกอบด้วยข้อความที่เป็นเหตุผลที่ไม่รายงานจำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทดสอบหาความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในตอนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.78 และ 0.87 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ให้แก่แพทย์และเภสัชกรตามรายชื่อที่มีในส่วนของพยาบาลผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตัวเองไปที่หอผู้ป่วย ตามจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างและรายชื่อที่สุ่มได้ผ่านตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อใช้ในการอธิบายลักษณะสถานภาพพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม รวมถึงวิเคราะห์ระดับความตั้งใจที่จะรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและหาเหตุผลที่ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้นของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติทดสอบ Chi-square เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพกับการตอบคำถามของข้อคำถามในแบบวัดความตั้งใจที่จะรายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆ และสถิติ Kruskal Wallis test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพกับระดับความตั้งใจที่จะรายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆ ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดย Mann-Whitney Test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจำแนกตามลักษณะงาน

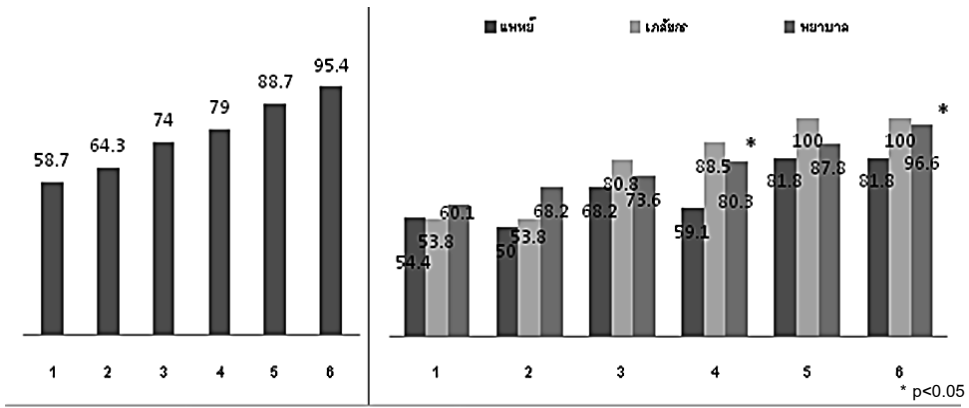
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ทั้งหมด 196 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 87.2 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็น ร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 21 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 34.9 เมื่อจำแนกข้อมูลตามลักษณะงานพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 11.2) เภสัชกร จำนวน 26 คน (ร้อยละ 13.3) และเป็นพยาบาล จำนวน 148 คน (ร้อยละ 75.5) บุคลากรทางการแพทย์มีสัดส่วนการทำงานที่ใช้ในกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 73.26±23.35% ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาคิดเป็นร้อยละ 53.2

2. ลักษณะและระดับความตั้งใจที่จะรายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์

ลักษณะสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ตั้งใจที่จะรายงานบ่อยเป็นประจำ มากที่สุด คือ สถานการณ์

ที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ตั้งแต่เป็นอันตรายถาวร เกือบเสียชีวิต และเสียชีวิต ถึงร้อยละ 95.4 ส่วนสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ตั้งใจที่จะรายงานบ่อย/เป็นประจำ น้อยที่สุดคือ สถานการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ตัวท่านเองตรวจพบความคลาดเคลื่อนนั้นเองและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนไปถึงผู้อื่น ร้อยละ 58.7 โดยมีรูปแบบความตั้งใจที่จะรายงานบ่อย/เป็นประจำเพิ่มมากขึ้น เมื่อสถานการณ์มีระดับความ

รุนแรงหรือเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อคุณลักษณะความตั้งใจที่จะรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของแต่ละวิชาชีพพบว่า แพทย์มีร้อยละของความตั้งใจที่รายงานบ่อย/เป็นประจำน้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในสถานการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และสถานการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ตั้งแต่เป็นอันตรายถาวร เกือบเสียชีวิต และเสียชีวิต (รูปที่ 1)



1. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ตัวท่านเองตรวจพบความคลาดเคลื่อนนั้นเองและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนไปถึงผู้อื่น
2. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีผู้พบความคลาดเคลื่อนดังกล่าวและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนที่ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วย
3. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไปถึงผู้ป่วยเนื่องจากพบความคลาดเคลื่อนดังกล่าวก่อน แต่ท่านความคลาดเคลื่อนนี้ไปถึงผู้ป่วยจะทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงต่อผู้ป่วยได้
4. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
5. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว โดยต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม หรือมีระยะเวลาการรักษาออกไป
6. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ตั้งแต่เป็นอันตรายถาวร เกือบเสียชีวิต และเสียชีวิต

รูปที่ 1 ร้อยละของความตั้งใจที่จะรายงานเป็นประจำ/รายงานบ่อยของบุคลากรทางการแพทย์และจำแนกตามวิชาชีพในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆ

ระดับความตั้งใจที่จะรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆพบว่า ในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรงตั้งแต่ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วยและมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไปไม่ถึงผู้ป่วย แต่ถ้าความคลาดเคลื่อนนี้ไปถึงผู้ป่วยจะทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงต่อผู้ป่วยได้ แต่ละวิชาชีพมีระดับความตั้งใจที่รายงานไม่แตกต่างกัน ส่วนสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย พบว่าสถานการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นไปถึงผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตรายต่อ

ผู้ป่วยและสถานการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ตั้งแต่เป็นอันตรายถาวร เกือบเสียชีวิต และเสียชีวิต แต่ละวิชาชีพมีระดับความตั้งใจที่รายงานไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าสถานการณ์ที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราวโดยต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม หรือมีระยะเวลาการรักษาออกไป แต่ละวิชาชีพมีระดับความตั้งใจที่รายงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.027$) โดย เกษัชกรมีระดับความตั้งใจที่จะรายงานสูงกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.016$) โดยมีระดับความตั้งใจที่จะรายงานในแต่ละวิชาชีพในสถานการณ์ต่างๆแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่างๆ

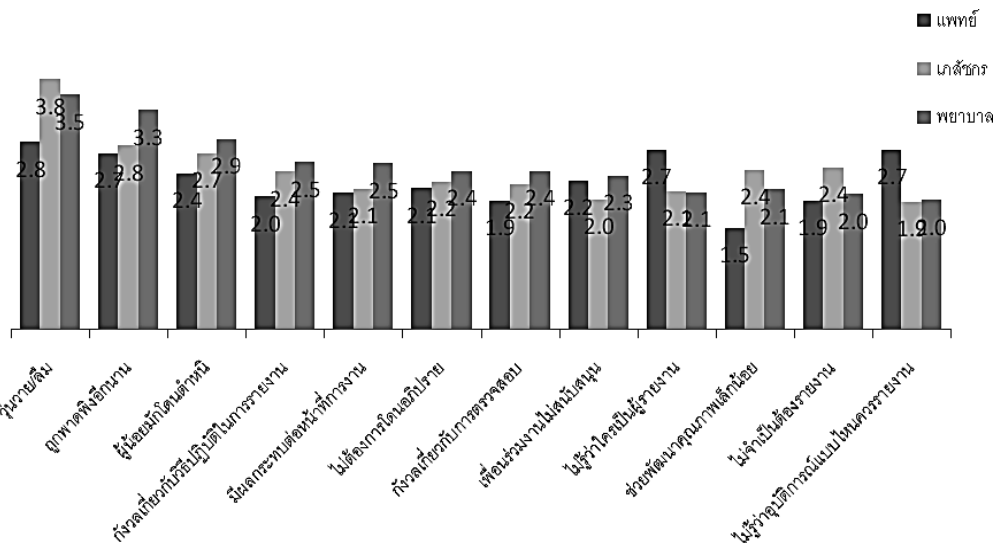
สถานการณ์	แพทย์ ¹		เภสัชกร ²		พยาบาล ³		Overall	P-value		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		1	1	2
								vs 2	vs 3	vs 3
ข้อ 1. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ตัวท่านเองตรวจพบความคลาดเคลื่อนนั้นเองและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนไปถึงผู้อื่น	2.64	1.09	2.50	1.14	2.69	1.05	0.733			
ข้อ 2. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่มีผู้พบความคลาดเคลื่อนดังกล่าวและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนที่ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วย	2.68	1.00	2.58	1.07	2.89	0.93	0.272			
ข้อ 3. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่ไปถึงผู้ป่วยเนื่องจากพบความคลาดเคลื่อนดังกล่าวก่อน แต่ถ้าความคลาดเคลื่อนนี้ไปถึงผู้ป่วยจะทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงต่อผู้ป่วยได้	3.18	0.91	3.23	0.86	3.13	1.01	0.970			
ข้อ 4. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและไปถึงผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	2.82	1.10	3.38	0.70	3.27	0.94	0.139	0.016*	0.828	0.052
ข้อ 5. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราวโดยต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม หรือ ยึดระยะเวลาการรักษาออกไป	3.41	0.80	3.92	0.27	3.57	0.75	0.027*			
ข้อ 6. มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ตั้งแต่เป็นอันตรายถาวร เกือบเสียชีวิต และเสียชีวิต	3.59	0.80	3.96	0.20	3.80	0.57	0.147			

- ทดสอบด้วยสถิติ Kruskal-Wallis Test และหาความแตกต่างเป็นรายคู่โดย Mann-Whitney Test -* P<0.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เหตุผลที่ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาเหตุผลที่ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้นของบุคลากรทางการแพทย์ พบเหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น 3 อันดับแรก คือ “เวลาข้าพเจ้ากำลังทำงานวุ่นวายข้าพเจ้าลืมที่จะรายงาน” ($\bar{X} \pm SD$; แพทย์=2.82±1.47, เกษัชกร=3.77±1.11, พยาบาล=3.54±1.09), “อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมักถูกนำไปเรียนรู้อะไรและพาดพิงถึงอีกยาวนาน” ($\bar{X} \pm SD$; แพทย์=2.65±1.32,

เกษัชกร=2.77±1.31, พยาบาล=3.33±1.25) และ “ผู้อาวุโส น้อยกว่ามักถูกตำหนิอย่างไม่ยุติธรรมกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น” ($\bar{X} \pm SD$; แพทย์=2.35±1.50, เกษัชกร=2.65±1.16, พยาบาล=2.87±1.30) ซึ่งเป็น 3 เหตุผลที่ไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้นของทั้งเกษัชกร และ พยาบาลด้วย ส่วนแพทย์มีเหตุผลที่ไม่รายงานที่แตกต่างไปจากวิชาชีพอื่น 1 ข้อ คือ “ข้าพเจ้าไม่รู้ว่าใครควรเป็นผู้รายงาน” ($\bar{X} \pm SD$; แพทย์=2.71±1.40, เกษัชกร=2.08±0.80, พยาบาล=1.03±1.03) แทนเหตุผล “ผู้อาวุโสน้อยกว่ามักถูกตำหนิอย่างไม่ยุติธรรมกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น” (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนเหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

บุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับต่ำ (ข้อ 1,2) ซึ่งผิดไปจากแนวคิดของการจัดการความเสี่ยงที่กล่าวว่าการวัดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยทั้งในระดับเล็กน้อยและระดับรุนแรงควบคู่ไปกับการวัดเหตุการณ์เกือบพลาด จะให้ข้อมูลเพื่อนำไปป้องกันความคลาดเคลื่อนที่ได้ผลกว่า ส่วนเหตุการณ์เกือบพลาด (ข้อ 3) มีสัดส่วนของคนที่จะรายงานบ่อย/เป็นประจำไม่แตกต่างจากสถานการณ์ความคลาด

เคลื่อนทางยาที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (ข้อ 4) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า แพทย์มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (ข้อ 3) มากกว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (ข้อ 4) รวมทั้งมีสัดส่วนที่จะรายงานบ่อย/เป็นประจำมากกว่าด้วย แสดงว่าแพทย์ให้ความสำคัญกับการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดมากกว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแล้วแต่ยังไม่เป็นอันตราย ต่างจากเกษัชกรและพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่ผลลัพธ์ถึงตัวผู้ป่วยแล้วมากกว่าซึ่ง

อาจเป็นเพราะว่าเภสัชกรและพยาบาลมักเจอเหตุการณ์ในระดับนี้อยู่เป็นประจำ โดยพบว่าพยาบาลจะรายงานอุบัติการณ์ที่รายงานจนเป็นนิสัย (Evans *et al.*, 2005) และมีวัฒนธรรมปฏิบัติตามระเบียบที่วางไว้ (Kingston, 2004) ประกอบกับความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นระดับนี้ถึงตัวผู้ป่วยแล้วซึ่งพบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการรายงาน (Lawton and Parker, 2002) ส่วนใหญ่จึงรายงานบ่อย/เป็นประจำ ส่วนแพทย์โดยลักษณะงานแล้วไม่ค่อยพบเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนระดับนี้จึงไม่ทราบว่าจะต้องรายงาน ส่วนสถานการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง (ข้อ 5) และระดับสูง (ข้อ 6) เป็นไปตามทฤษฎีที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ทุกวิชาชีพให้ความสำคัญกับการรายงานเมื่อมีความคลาดเคลื่อนระดับนี้เกิดขึ้น เพียงแต่แพทย์มีระดับความตั้งใจที่จะรายงานน้อยกว่าวิชาชีพอื่น อาจเป็นเพราะว่าเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นมักเป็นเหตุการณ์ที่ต้องเกี่ยวข้องหรือคาบเกี่ยวกับหลายวิชาชีพ รวมทั้งต้องมีการช่วยเหลือหรือแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นกับตัวผู้ป่วย การรายงานจึงเป็นเรื่องรองลงมาและคิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องเป็นผู้รายงาน จึงควรมีการจัดการอบรมเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนรวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ให้ได้รับรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ระบบการรายงาน แนวทางปฏิบัติในการรายงานต่างๆ ซึ่งให้ถึงความสำคัญของการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทุกระดับ โดยเฉพาะระดับต่ำ และเหตุการณ์เกือบพลาดที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญ ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลจากการรายงานไปวิเคราะห์ในเชิงป้องกันหรือเชิงรุกได้มากกว่า

เหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์โดยรวมไม่รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการศึกษานี้ พบ 3 เหตุผลหลักคือ การมีภาระงานมากทำให้ลืมที่จะรายงาน, ไม่อยากถูกพาดพิงถึง, กลัวถูกตำหนิจากหัวหน้างาน ซึ่ง 3 เหตุผลหลักเดียวกับเภสัชกรและพยาบาล ส่วนแพทย์มีเหตุผลที่ต่างออกไปแทนเหตุผลกลัวถูกตำหนิจากหัวหน้างาน คือ ไม่รู้ว่าใครควรเป็นผู้รายงาน อาจเป็นเพราะว่าในระบบการทำงานของเภสัชกรและพยาบาลจะทำงานเป็นทีมในวิชาชีพเดียวกัน มีกลุ่มแยกตามแผนก และมีหัวหน้างานแต่ละแผนกคอยดูแลรับผิดชอบ จึงมีเหตุผลที่ไม่รายงาน

เพราะกลัวถูกตำหนิจากหัวหน้างาน ส่วนแพทย์จะปฏิบัติงานคนเดียวโดยร่วมกับวิชาชีพอื่นซึ่งตามหน้าที่แล้วแพทย์ก็จะเป็นหัวหน้าทีม เหตุผลหลักที่ไม่รายงานของแพทย์จึงไม่ใช่การกลัวถูกตำหนิ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนโดยมากแพทย์มักไม่ได้เป็นผู้พบเหตุการณ์แต่อาจมีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นจึงทำให้ไม่แน่ใจว่าใครควรเป็นผู้รายงาน ในการพัฒนาระบบการรายงานจึงควรต้องทำความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพด้วยว่าใครเป็นผู้รายงาน ส่วนเหตุผลกลัวถูกตำหนิจากหัวหน้างาน แสดงให้เห็นว่าองค์กรนี้ยังมีวัฒนธรรมของการถูกตำหนิและกล่าวโทษเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นมักจะหาผู้กระทำผิดมากกว่าที่จะหาสาเหตุที่แท้จริงของความผิดพลาด ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ปิดบังความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น ไม่กล้ารายงานความคลาดเคลื่อน ผู้กระทำมีความรู้สึกอาย กลัวถูกตำหนิ ถูกประจาน หรือลงโทษ กลัวว่าจะนำไปสู่การฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหาย หรือค่าชดเชยบางกรณีโรงพยาบาลกลัวเสียชื่อเสียง กลัวถูกฟ้องร้องกลับเป็นฝ่ายปกปิดและพยายามทำให้ความผิดพลาดเงียบหายไป สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ที่พบว่าเหตุผลที่แพทย์และพยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์ คือ กลัวถูกตำหนิ ยังเป็นวัฒนธรรมของการตำหนิตีเดียว (Terzibanjan *et al.*, 2007; Vincent, 1998) พยาบาลมีเจตคติต่อการหาตัวผู้กระทำผิดเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และการรายงานอุบัติการณ์จะมีผลต่อการพิจารณาโทษ แสดงให้เห็นว่าในการแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยายังคงมีวัฒนธรรมการตำหนิและกล่าวโทษ ส่งผลให้พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์ (Bunprasop, 2005) บางการศึกษาพบว่าการที่พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวหัวหน้างานลงโทษ (Chiang, 2006) ในการส่งเสริมให้เกิดการรายงานจึงควรสร้างวัฒนธรรมในองค์กรไม่ให้มีการกล่าวโทษหรือหาตัวผู้กระทำผิด เน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้บุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองการทำงานตามแนวคิดเชิงระบบ คิดถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทำความเข้าใจในเรื่องของการรายงานว่าไม่ใช่เครื่องมือที่ใช้จับผิดผู้อื่นแต่เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพงานบริการ วิธีการเช่น มีการให้รางวัลแก่หน่วยงานที่มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับต่ำหรือเหตุการณ์เกือบพลาดมามาก ซึ่งจะเป็นการส่งเสริม หรือเป็นแรงกระตุ้นทางบวกให้เกิดการรายงาน ซึ่งผู้บริหารมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างวัฒนธรรมเหล่านี้

ไม่อยากถูกพาดพิงถึงเป็นอีกเหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพไม่อยากรายงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเรื่องของความผิดพลาดที่อาจเกิดจากความผิดพลาดของตัวบุคคลที่ไม่ระมัดระวัง ประมาท หรือไม่เอาใจใส่ หรือผิดพลาดจากระบบ เช่น ระบบการทำงาน กระบวนการทำงาน หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถหาทางป้องกันแก้ไขได้ง่ายกว่า (Reason, 2000; Dowsodsai *et al.*, 2010) อย่างไรก็ตามคงไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น เพราะเมื่อเกิดขึ้นแล้วโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรงสูง ก็จะเกิดผลกระทบต่างๆตามมามากมายโดยเฉพาะทางด้านจิตใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่อยากให้เกิดุการณ์นี้ผ่านพ้นไปโดยเร็วไม่อยากพูดถึงหรือถูกพาดพิงถึงอีก หลักของการรายงานในระบบการรายงานที่ได้ผลจึงควรมีตัวเลือกการไม่ระบุชื่อผู้รายงาน และข้อมูลที่รายงานเป็นความลับ ไม่เปิดเผย (David, 2001) ซึ่งควรมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ภายในองค์กรให้ทุกคนได้ทราบและมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อระบบการรายงาน มีการแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ไว้ว่าระบบการรายงานมีสิ่งเหล่านี้เพื่อให้พวกเขาไม่กลัวและกล้าที่จะรายงาน หรือใครบ้างที่สามารถรายงานได้และใครควรเป็นผู้รายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น ส่วนเหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์เลือกมากที่สุด คือ การมีภาระงานมากทำให้ลืมที่จะรายงาน สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่าภาระงานมาก ไม่มีเวลาที่จะรายงานรวมทั้งเห็นการรายงานเป็นภาระ (Elder, 2007; Terzibanjan *et al.*, 2007; Vincent *et al.*, 1998) ซึ่งเป็นเหตุผลที่หาทางแก้ปัญหาได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีข้อจำกัด หรือองค์ประกอบหลายๆอย่างที่เกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องลักษณะงาน จำนวนบุคลากร สถานที่ทำงาน และลักษณะส่วนบุคคล เป็นต้น ซึ่งเราไม่สามารถไปทำให้ภาระงานเหล่านั้นลดลงได้แต่เราควรพัฒนาที่ระบบการรายงานที่จะไม่ไปรบกวนการทำงานมากเกินไปหรือเพิ่มภาระงานโดยเปล่าประโยชน์ ควรสร้างคุณค่าให้กับระบบการรายงานโดยนำข้อมูลจากการรายงานเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาระบบความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยให้เห็นออกมาเป็นรูปธรรม ให้ผู้รายงานได้เห็นคุณค่า เห็นความสำคัญของการรายงาน และคิดที่จะรายงานโดยไม่เห็นว่าเป็นภาระ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้วัดความตั้งใจที่จะรายงานให้มีมาตรฐาน มีรูปแบบเนื้อหาให้สอดคล้อง

เหมาะสมกับสภาวะกาล มีการนำข้อมูลสถิติการรายงานความคลาดเคลื่อนที่มีการรายงานจริงมาเป็นข้อมูลวิเคราะห์ร่วมกันในเชิงเปรียบเทียบ เพื่อดู social desirability bias

2. ศึกษาปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งปัจจัยที่กล่าวถึงในงานวิจัยครั้งนี้ล้วนเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ยังน่าจะมีปัจจัยจากภายนอกอื่น เช่น ผู้นำองค์กร วัฒนธรรมองค์กร นโยบายขององค์กร สิ่งแวดล้อม บรรยากาศการทำงาน รวมถึงผู้ร่วมงานและอื่นๆ ที่น่าจะมีผลต่อการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์อีกแต่ไม่ได้กล่าวถึงในงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นข้อจำกัดของงานวิจัย

3. สำรวจในกลุ่มประชากรที่ครอบคลุมมากขึ้น หรือในกลุ่มประชากรที่มีน้อยอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแทนการวิจัยเชิงสำรวจ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความร่วมมือในการเก็บข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิ

References

- Aspde P, Wolcott J, Bootman J, Cronenwett L. Preventing medication error. Washington, DC: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS; 2007.
- Brown M. Managing Medication Errors by Design. *Critl Care Nurs Q* 2001; 3: 77-79.
- Bunprasop S. (2005). Attitude towards risk management climate and risk management practice in medication error of professional nurses at Maharat Nakon Si Thammarat hospital. Master of Nursing Science Program in Nursing Administration 2005, Burapa University.
- Chiang H, Pepper G. Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. *JNS* 2006; (38): 392-399.
- Cohen R. Why error reporting systems should be voluntary. *BMJ* 2000; 320: 728-729.
- David U. Medication Error Reporting Systems: Problems and Solutions. *New Medicine* 2001; 2(1): 61-65.

- Dennison R. A Medication Safety Education Program to Reduce the Risk of Harm Caused by Medication Errors. *J Contin Educ Nurs* 2007; 4: 176-184.
- Dowsodsai P, Jhandarak N. The associations of alike drugs, adjacent drugs, poly-drugs prescriptions and period of pharmacy services to the risk of medication errors in pharmacy dispensing : case study in pharmacy department, Sai mun hospital. *IJPS* 2010; 6(2): 44-51.
- Elder N, Grabam D, Brandt E, Hickner J. Barriers and Motivators for Making Error Reports from Family Medicine Offices: A Report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med* 2007; (20): 115-123.
- Evans S, Berry J, Smith B, Esterman A, Selim P, Shaughnessy J, Dewit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2005; (15): 39-43.
- Kingston M, Evan S, Smith B, Berry J. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *MJA*. 2004; 36-39.
- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care* 2002; (11): 15-18.
- Ningsanon T, Jurawuttanaton S, Montakantikul P, editors. Prevention of medication error for Patient safety. Bangkok: Prachachon; 2004.
- Propunwattana, M. Development of a medication safety system through knowledge management: a case study of a private hospital. Doctor of Public Health, Department of Health Education 2004, Mahidol University.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; (320): 768-770.
- Terzibanjan A, Laaksonen R, Weiss M *et al.* Medication Error Reporting Systems-Lessons Learnt [online]. 2008 [cited 2009 Aug 15]. Available from: <http://www.fip.org/files/fip/Patient%20Safety/Medication%20Error%20Reporting%20-%20Lessons%20Learnt2008.pdf>
- Vincent C, Stanhope N, Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1998; 5(1): 13-21.