

การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล Risk Management in High Alert Drug Use among Nursing Students

ปราณิต จงพันธนิมิตร, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *
Pranit Jongpantanimit, M.N.S. (Nursing Administration) *

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างมีความคาดหวังสูงทั้งในเรื่องคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัย องค์การในระบบสุขภาพทั้งของต่างประเทศและประเทศไทยจึงยึดหลักเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goal) โดยเฉพาะในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งทำให้เกิดอันตรายถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากมีการใช้ผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยพบเป็นอันดับสูงสุดของความคลาดเคลื่อนในประเทศอังกฤษ คิดเป็นร้อยละ 50.01 (Cousins, Gerrett, & Warner, 2012) ส่วนในประเทศไทย พบเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 22.50 ของอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนพล, และปรีชา มณฑกานติกุล, 2552) ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับทีมการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั่วประเทศ มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่ามีอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง โดยขาดระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงที่ชัดเจน การรวบรวมอุบัติการณ์ที่ไม่ต่อเนื่อง และมีปัญหาความเสี่ยงที่พบระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติในการให้ยาผิดพลาด

เช่น ขาดการระบุตัวตนที่ถูกต้อง การให้ยาผิดคน การให้ยาผิดชนิด การให้ยาผิดขนาด การให้ยาผิดทาง การจัดเตรียมยาไม่ถูกต้องปราศจากเชื้อ (ยงยุทธ แก้วเต็ม, 2556) ดังนั้นในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาโดยมีการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงให้ปลอดภัย ผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการเรียนการสอนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น บทความนี้จึงนำเสนอการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์กับกรอบแนวคิดการพัฒนาการจัดการศึกษาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality and Safety Education for Nurses: QSEN) (Hudson, Lewis, Stokes, & Yarbrough, 2014) เน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติ การพยาบาลด้านความปลอดภัย (safety) เพื่อพัฒนา ด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และทัศนคติ (attitude) ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงบทบาทอาจารย์ผู้สอนในการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล โดยปลูกฝังแนวคิดจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ชั้นปีแรกจนสิ้นสุดการศึกษา สาระสำคัญได้แก่ การเชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติ การสอนการคำนวณยา การเพิ่มระดับประสบการณ์ในการบริหารยาให้ปลอดภัย ตั้งแต่ขั้นพื้นฐานจนถึงการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา การใช้หลักการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด (reflection) และการตัดสินใจทางคลินิก

* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเพิ่มประสิทธิภาพเรื่องการติดต่อสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเรื่องยากกลุ่มเสี่ยงสูงและการจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาล เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยใช้หลักประกันคุณภาพโรงพยาบาล อันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลและติดตามความเสี่ยง

ความหมายของยากกลุ่มเสี่ยงสูง

ยากกลุ่มเสี่ยงสูง (high alert drugs: HAD) หมายถึง ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วยที่รุนแรงหากเกิดความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา จนถึงการใช้ยา ต้องมีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (sentinel event alert) จากรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลศิริราช ที่รวบรวมจากเอกสารอ้างอิงและรายงานอุบัติการณ์ด้านยาที่ผ่านมา พบว่ายาที่ทุกหน่วยงานต้องเฝ้าระวังมีจำนวน 11 รายการ ได้แก่ 1) adrenergic agonist 2) กลุ่มยาโรคหัวใจ 3) calcium IV 4) digoxin 5) heparin, low molecular weight heparin 6) insulin 7) magnesium IV 8) opioids 9) potassium injection 10) warfarin tablet และ 11) neuromuscular blocking agents (วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550; คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช, 2560; โรงพยาบาลราชวิถี, 2560) ดังตัวอย่างสถานการณ์ยากกลุ่มเสี่ยงสูงที่ใช้อย่างผิดและเกิดความผิดพลาดจากการให้ยา สถานการณ์ที่ 1 แพทย์มีคำสั่งให้ On NSS 100 cc + RI 10 u iv drip 5 cc/hr พยาบาลรับคำสั่งแผนการรักษาถูกต้อง แต่เขียนป้าย iv fluid และบันทึกทางการพยาบาลเป็น NSS 100 cc + RI 100 u iv drip 5 cc/hr ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สถานการณ์ที่ 2 พยาบาลคนที่ 1 หยิบ syringe บรรจุสารน้ำที่ไม่มีสติ๊กเกอร์ติดอยู่ นำไป flush NSS lock เพราะคิดว่า syringe ที่หยิบมาเป็น NSS แต่ทราบจากพยาบาลคนที่ 2

ว่าใน syringe เป็น 50% MgSO₄ 4 ml ทำให้ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากสถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้จากการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ง่ายและเป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบแนวคิด QSEN

ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาการจัดการศึกษาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (QSEN) สมรรถนะการพยาบาลในด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและความปลอดภัย ถูกบรรจุให้เป็นสมรรถนะสำคัญของวิชาชีพพยาบาล และเน้นให้มีการจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี พยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาต้องผ่านการประเมินสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นทักษะความสามารถพื้นฐานทางคลินิก เพื่อกำหนดเป้าหมายมุ่งให้วิชาชีพพยาบาลยึดมั่นผูกพันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ที่ผ่านมา การศึกษาทางการพยาบาลในเรื่องความปลอดภัย มักถูกอภิปรายกันเฉพาะหัวข้อที่เน้นการป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยาทั่วไป หากได้มีการนำประเด็นความผิดพลาดจากการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงมาอภิปรายร่วมด้วย จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้ การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงประกอบด้วยด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากกลุ่มเสี่ยงสูง (core knowledge of risk management for safeguarding high alert drugs) เป็นองค์ประกอบที่เป็นความรู้เฉพาะด้านของบุคคล ประกอบด้วย 1) สามารถอธิบายสาเหตุของความเสี่ยงและวางแผนการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยากกลุ่มเสี่ยง

สูง รวมถึงเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีความปลอดภัย
2) สามารถอธิบายและแบ่งประเภทความเสี่ยงตามระดับ
ความรุนแรงของอุบัติการณ์ และ 3) สามารถอธิบาย
กระบวนการและสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาความผิดพลาด
จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (root cause analysis: RCA /
failure mode and effect analysis: FMEA) และ
แนวทางป้องกันอันตรายจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง
การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงที่ปฏิบัติ
เหมือนกันคือ การ double check ชื่อผู้ป่วย ชนิดและ
ขนาดของยาการเก็บแยกยาไว้ในที่เข้าถึงได้ยากการทำ
สัญลักษณ์เตือนให้ระวัง ซึ่งยาในแต่ละกลุ่มที่ใช้บ่อย
มีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1.1 ยากลุ่ม adrenergic agonist การบริหาร
ความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ
คือ 1) หากให้ IV infusion ควรใช้ infusion pump
2) ระวังการสับสนระหว่าง dobutamine กับ dopamine
3) ห้ามให้ร่วมกับ sodium bicarbonate หรือสารละลาย
ที่เป็นด่าง 4) บันทึก BP, HR และ EKG ทุก 1 ชั่วโมง
ขณะให้ยา และ 5) ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจ
เต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต สีเขียว

1.2 ยากลุ่ม heparin, low molecular weight
heparin การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทาง
ปฏิบัติที่สำคัญคือ 1) ระวังการหยาบสลับกับ insulin
2) ควรหลีกเลี่ยงการฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ เนื่องจากอาจ
ทำให้เกิดก้อนเลือด (hematoma) 3) ติดตาม BP, HR และ
Neuro signs 4) ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดเลือดดำ
เลือดออกง่าย และ 5) ติดตามผลการทดสอบการแข็งตัว
ของเลือด (activated partial thromboplastin time:
aPTT) ตามแผนการรักษา

1.3 ยากลุ่ม insulin การบริหารความเสี่ยง
ในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือ 1) ไม่เขียน
คำย่อ “U” เพราะอาจดูเหมือนเลขศูนย์ ควรใช้คำ “unit”
แทน 2) ขนาดยาเริ่มต้นของ regular insulin ที่แนะนำ
คือ 0.20-0.40 units/kg/day โดยแบ่งฉีด 3) ระวังการหยาบ
สลับกับ heparin 4) หากต้องบริหารยาแบบ IV infusion
ควรใช้ infusion pump 5) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามแผนการรักษา และ 6) ฝ้าระวัง
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น
ซีมลง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (เด็ก < 60 mg/dl ผู้ใหญ่
< 70 mg/dl)

1.4 ยากลุ่ม potassium injection การบริหาร
ความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ
คือ 1) ห้ามให้ IV push หรือ IV bolus 2) ต้องเจือจาง
กับสารน้ำ (D5W, NSS) ก่อนให้ผู้ป่วยเสมอ โดยมี
ความเข้มข้นที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ เช่น $KCl \leq 100$ mEq/L และ $K_2HPO_4 \leq 30$ mEq/L 3) ระวัง
การเกิดยารั่วออกนอกหลอดเลือด (extravasation) เพราะอาจ
ทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายได้ โดยเฉพาะที่ใช้ความเข้มข้นสูงกว่า
0.10 mEq/ml 4) ฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว (muscle cramps) อ่อนเพลีย
กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้า
เต้นไม่สม่ำเสมอหรือเต้นผิดจังหวะ EKG ผิดปกติ (peaked
T waves, depressed ST segment, prolonged QT
segments, QRS widening, loss of P waves)

2. ด้านทักษะการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา
กลุ่มเสี่ยงสูง (core skill of risk management for
safeguarding high alert drugs) หมายถึง ความสามารถ
หรือสิ่งที่บุคคลกระทำได้ดี ประกอบด้วย 1) ใช้เทคโนโลยี
มาตรฐานการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนด้านคุณภาพและ
ความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง เช่น พัฒนาทักษะ
การคำนวณยา การใช้ application เกี่ยวกับการบริหารยา
2) พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ระดับเหตุการณ์
เกือบเกิดอุบัติเหตุ (near miss) อย่างเป็นทางการ และมี
การสื่อสารเพื่อลดความผิดพลาด และ 3) มีส่วนร่วม
ในการวิเคราะห์ความเสี่ยง และออกแบบพัฒนาระบบ
ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สามารถบริหารจัดการ
ความเสี่ยงได้

3. ด้านทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา
กลุ่มเสี่ยงสูง (core attitude of risk management
for safeguarding high alert drugs) หมายถึง ความรู้สึก
นึกคิด การรับรู้ความคิดรวบยอดที่นำไปสู่การกระทำ
การแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่บุคคล

เชื่อว่าตนเองทำได้สำเร็จ ประกอบด้วย 1) เห็นคุณค่าของมาตรฐานและความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 2) ตระหนักถึงบทบาทตนเองในการบริหารความเสี่ยงหรือความผิดพลาดได้สำเร็จในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง และ 3) ตระหนักถึงคุณค่าของการเชื่อมโยงความปลอดภัยไปสู่การปฏิบัติ

บทบาทอาจารย์ผู้สอนในการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง

อาจารย์ผู้สอนมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงหลายประการ ดังนี้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2554; Lewis & Lamb, 2011; Fleming, Brady, & Malone, 2014; Fothergill Bourbonnais & Caswell, 2014) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดการเรียนการสอน เรื่อง การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง

บทบาท อาจารย์ผู้สอน	นักศึกษา	แนวทางการจัดการเรียนการสอน
1. การเชื่อมโยง ทฤษฎีสู่ การปฏิบัติ	ชั้นปีที่ 1	วางพื้นฐานความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเภสัชวิทยา อันเป็นการสร้างความรู้และฐานความคิดเกี่ยวกับการใช้ยาในระยะเริ่มต้น
	ชั้นปีที่ 2	- เน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และบูรณาการเชื่อมโยงความรู้สู่การเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ - กระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ near miss ซึ่งหมายถึงอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ให้มากขึ้น
	ชั้นปีที่ 3	- สอนเรื่องยากกลุ่มเสี่ยงสูงทางคลินิก โดยเชื่อมโยงความรู้สู่การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย - ปลุกฝังให้มองปัญหาความเสี่ยงเชิงระบบ
	ชั้นปีที่ 4	- เน้นการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงเป็นสำคัญ - ฝึกวิเคราะห์ RCA / FMEA - เพิ่มกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การเรียนรู้จากสภาพจริง (authentic learning) โดยใช้กรณีตัวอย่าง (case studies)
2. ด้าน การคำนวณยา	ชั้นปีที่ 1	สอนการคำนวณยาพื้นฐาน การใช้เศษส่วน เปอร์เซ็นต์ และอัตราส่วน การเรียงลำดับค่าของเลขจากน้อยไปมาก โดยใช้วิธีการปรับส่วนให้เท่ากัน การแปลงหน่วยให้ใหญ่ขึ้นหรือเล็กลง เช่น มิลลิกรัม กรัม มิลลิกรัม ไมโครกรัม
	ชั้นปีที่ 2-4	เพิ่มความรู้เกี่ยวกับเปอร์เซ็นต์หรือสัดส่วนของขนาดยากกลุ่มเสี่ยงสูง และ นำประสบการณ์การคำนวณมาต่อยอดในการฝึกปฏิบัติจริงทางคลินิก โดยใช้เทคนิคที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และไม่มีขั้นตอนมากเกินไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการคำนวณ และง่ายต่อการปฏิบัติ

บทบาท อาจารย์ผู้สอน	นักศึกษา	แนวทางการจัดการเรียนการสอน
3. เพิ่มระดับ ประสิทธิภาพ ในการบริหาร ยาให้ปลอดภัย โดยใช้หลัก 10 R	ชั้นปีที่ 1	<p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการบริหารยาอย่างปลอดภัย โดยใช้หลัก 10 R ได้แก่ 1) คนที่จะรับยาถูกคน (right patient) 2) ชนิดของยาที่จะให้ถูกต้อง (right drug) 3) วิธีการให้ถูกต้อง (right route) 4) ให้ยาได้ถูกต้องตามเวลา (right time) 5) ขนาดของยาที่ให้ถูกต้อง (right dose) 6) บันทึกถูกต้อง (right documentation) 7) กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา ต้องให้คำอธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการไม่รับยาให้ผู้ป่วยทราบ (right to refuse) 8) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้ยา (right history and assessment) 9) มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องปฏิกิริยาต่อกันของยา (right drug-drug interaction and evaluation) และ 10) ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิที่จะได้รับรู้ในเรื่องยาที่ต้องได้รับ (right to education and information)</p> <p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการให้ยา เช่น ยารับประทาน ยาใช้เฉพาะที่</p> <p>- ฝึกแปลความหมายของคำย่อที่เป็นสากล และคำย่ออันตราย ให้เป็นภาษาไทย ที่ถูกต้อง</p>
	ชั้นปีที่ 2	ฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง และชั้นกล้ามเนื้อ
	ชั้นปีที่ 3-4	ฝึกทักษะการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เช่น insulin, KCl, dopamine, heparin, warfarin
4. พัฒนา การบริหาร ความเสี่ยง ในการใช้ ยากลุ่มเสี่ยงสูง	ชั้นปีที่ 1	มุ่งเน้นความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์เบื้องต้นเกี่ยวกับทฤษฎีทาง การพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตการสื่อสาร ที่ผิดพลาดในทีมสุขภาพ การฝึกค้นหาความเสี่ยงในการใช้ยา โดยเฉพาะ หมวดยาที่ต้องเฝ้าระวังกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือการบริหารยาผิดพลาด
	ชั้นปีที่ 2	เน้นเรื่องความถูกต้องในการชั่งตัวผู้ป่วย กลยุทธ์หรือเทคโนโลยี ความปลอดภัยที่ลดการใช้ความจำ ซึ่งทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา โดยใช้นวัตกรรม เช่น การออกแบบ protocols และ checklist เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง
	ชั้นปีที่ 3	เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองด้านการบริหาร ความเสี่ยงให้มีความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัย อย่างต่อเนื่อง

บทบาท อาจารย์ผู้สอน	นักศึกษา	แนวทางการจัดการเรียนการสอน
	ชั้นปีที่ 4	ฝึกการเป็นหัวหน้าทีม พัฒนาภาวะผู้นำ และฝึกสร้างรูปแบบการวิเคราะห์ RCA / FMEA วางระบบการรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบยากลุ่มเสี่ยงสูง ซ้ำก่อนจะถึงตัวผู้ป่วย การสร้างสรรค์นวัตกรรมและงานวิจัยเพื่อเป็นฐานสำหรับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทันสมัย และตอบสนองได้ทันเหตุการณ์
5. เน้นการใช้ หลักการเรียนรู้ แบบสะท้อนคิด และการตัดสินใจ ทางคลินิก	ชั้นปีที่ 1-4	ฝึกการใช้คำถามในการสะท้อนคิด รวมถึงการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (active listening) และการใช้คำถามกระตุ้น (asking question) จากประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติทางคลินิกด้านการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ให้ผู้เรียนได้ร่วมกิจกรรมและได้กระทำหรือปฏิบัติในการเรียนนั้นด้วยตนเองให้มากที่สุด (active learning) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ มีการเสริมแรง และทำให้มีทัศนคติต่อการบริหารระบบความเสี่ยงในทางบวกมากขึ้น
6. เพิ่ม ประสิทธิภาพ เรื่องการติดต่อ สื่อสาร	ชั้นปีที่ 1-4	ฝึกการอ่านชื่อยา การรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ หรือตัวอย่างภาพ scan ลายมือคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อฝึกความคุ้นเคยในการวิเคราะห์ การทำความเข้าใจคำย่อที่เป็นสากล โดยการ pre-post conference และทวนสอบความถูกต้องก่อนการให้ยา เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทั้งการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนของนักศึกษา เพิ่มความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เรื่องยา และพัฒนาการสื่อสารในทีมพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
7. จัดทำคู่มือ การบริหาร ความเสี่ยง ในการใช้ ยากลุ่มเสี่ยง ของนักศึกษา พยาบาล	ชั้นปีที่ 1-4	จัดทำคู่มือที่จะนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม และชุมชน โดยเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการจัดการด้านการบริหาร ความเสี่ยง การประยุกต์ประเด็นด้านความปลอดภัยในการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ที่อาจารย์และนักศึกษามีประสบการณ์จริงในการฝึกปฏิบัติ การรวบรวมอุบัติการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาร่วมกัน โดยกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมและหาแนวทางแก้ปัญหา มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

แนวทางการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) แนวทางในการรวบรวมข้อมูลทำได้หลายวิธี เช่น 1) การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ได้แก่ บันทึกประจำวันต่างๆ เอกสารรายงานหรือบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง การประชุมกลุ่มอาจารย์เกี่ยวกับปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยหรือแหล่งฝึกต่างๆ สถานการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยง คำร้องเรียนของผู้รับบริการ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง 2) การเรียนรู้จากผู้อื่น ได้แก่ การศึกษาและวิเคราะห์ระบบบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของหอผู้ป่วยหรือจากแหล่งฝึกต่างๆ 3) การวิเคราะห์ช่องโหว่ในการฝึกปฏิบัติงาน ได้แก่ การเดินสำรวจตามเตียง (round bedside) การตามรอย (tracing) กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค หักตกร และการตรวจพิเศษต่างๆ การนิเทศทางคลินิก 4) การเฝ้าระวังไปข้างหน้า ได้แก่ ดัชนีชี้วัดความเสี่ยง (key risk indicator: KRI) ที่สะท้อนแนวโน้มความเสี่ยง เช่น อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มเสี่ยงสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ การเฝ้าระวังควรเน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเฝ้าระวังเหตุการณ์ได้ตั้งแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ซึ่งกรณีศึกษาจากการฝึกปฏิบัติทางคลินิกส่วนใหญ่พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาเป็นประเภทความเสี่ยงด้านการปฏิบัติงาน ปัญหาที่พบได้แก่ 1) การให้ยาผิดคน ขาดการ identify โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ย้ายเตียงหรือย้ายห้อง 2) การขาดข้อมูลที่จำเพาะของผู้ป่วย เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง การวินิจฉัยโรค ประวัติการแพ้ยา และยาที่ใช้ในปัจจุบัน 3) การให้ยาในอัตราที่ไม่ถูกต้อง ประสิทธิภาพการใช้ infusion pump 4) การลืมให้ยา การให้ยาไม่ครบ 5) การให้ยาผิดขนาด ขาดประสิทธิภาพ/ความรอบคอบในการคำนวณยา เนื่องจากยามีหลายรูปแบบทั้งขนาดและความเข้มข้นของยา การแปลงหน่วยผิด 6) การสื่อสาร เช่น รับคำสั่งปากเปล่าหรือทางโทรศัพท์ที่ไม่ชัดเจน ลายมือ

อ่านไม่ออก 7) ยาที่มีชื่อคล้ายคลึงกันหรือพ้องเสียงกัน (sound alike) สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่น วางยาต่างชนิดที่บรรจุในขวดลักษณะคล้ายกันไว้ใกล้กัน (look alike) มีเสียงรบกวน ขาดสมาธิในการเตรียมยา จากกรณีศึกษาดังกล่าว นำมาจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นที่ 2 การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) คือ การนำข้อมูลจากบัญชีความเสี่ยงมาจัดระดับความเสี่ยง โดยความรุนแรงมีตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมากที่สุด ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลควรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการประเมินความเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่มเสี่ยงสูงให้มีความปลอดภัย โดยในการประเมินความเสี่ยงนั้น ควรฝึกทำตารางจัดลำดับความเสี่ยง หรือ “risk matrix” โดยพิจารณาจากโอกาสที่เกิด (likelihood) ที่มีการให้คะแนน 1-5 ซึ่งหมายถึง มีโอกาสเกิดน้อยมาก เกิดน้อย เกิดปานกลาง เกิดสูง และเกิดสูงมาก ตามลำดับ และผลกระทบ (impact) ที่มีการให้คะแนน 1-5 ซึ่งหมายถึง มีผลกระทบน้อยมาก น้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก ตามลำดับ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2554) ทั้งนี้ การจัดระดับความรุนแรงเป็นระดับ A-I โดยเรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) category A ไม่มี ความคลาดเคลื่อน 2) category B มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย ยายังไม่ถึงตัวผู้ป่วย category C ผู้ป่วยได้ใช้ยาแล้ว แต่ไม่ต้องการรักษา และไม่เกิดอันตราย และ category D จำเป็นต้องเริ่มการเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 3) category E เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย/เกิดความพิการ แต่เป็นเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องให้การรักษาหรือแก้ไข category F ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล category G เกิดอันตรายหรือความพิการอย่างถาวรต่ออวัยวะบางส่วนของผู้ป่วย และ category H เกิดอันตรายจนเกือบเสียชีวิต และ 4) category I ผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ควรให้นักศึกษาฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาจากประสบการณ์จริงแล้วนำมาคำนวณระดับความเสี่ยง โดยระดับความเสี่ยง = ระดับโอกาส x ระดับผลกระทบ

ของความเสี่ยง เช่น การให้ยา insulin ไม่ตรงตามเวลา มีโอกาสเกิดขึ้นบ้าง ให้คะแนน 3 และระดับผลกระทบ ความรุนแรงอยู่ใน category D จำเป็นต้องเริ่มการเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตราย ให้คะแนน 2 ดังนั้น ระดับความเสี่ยง = $3 \times 2 = 6$ คะแนน (เป็นความเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และยอมรับได้) โดยระดับความเสี่ยงคงเหลือที่ยอมรับได้ต้อง ≤ 9 คะแนน

ขั้นที่ 3 การจัดการกับความเสี่ยง (risk management planning) โดยใช้กลยุทธ์ 4T ได้แก่ 1) การยอมรับ (take) คือ การสร้างระบบเฝ้าระวัง หากเกิดปัญหา ให้แก้ไขไปตามสถานการณ์ 2) การลดผลกระทบ (treat) คือ การหลีกเลี่ยงการดำเนินการแบบเดิมรูปแบบ ดำเนินการเป็นโครงการนำร่อง 3) การหลีกเลี่ยง/กำจัด (terminate) คือ เปลี่ยนวิธีการหรือใช้วิธีการอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง และ 4) การถ่ายเท (transfer) คือ การดำเนินการให้ผู้อื่นรับผิดชอบแทน จากกรณีศึกษาการฝึกปฏิบัติทางคลินิก มีการทบทวนอุบัติการณ์ การจัดการแก้ไขเบื้องต้น การป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขที่ระบบและกระบวนการ ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิบุคคล ฝึกการวิเคราะห์ RCA การทำแผนภูมิแก๊งปลา (fish-bone diagram) เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงความรุนแรงตั้งแต่ระดับ B ขึ้นไป ให้วิเคราะห์ RCA โดยมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทีมให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยง การบริหารจัดการความเสี่ยงกับอาจารย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้จัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วย 2) การระบุปัญหา 3) การศึกษาปัญหา 4) การค้นหาสาเหตุเบื้องต้น 5) การค้นหาสาเหตุของปัญหา และ 6) การออกแบบและแก้ไขปรับปรุงระบบ (ดุษิต สดาวร, 2554; อภิรติ นันท์ศุภวัฒน์, 2560) จากกรณีศึกษาการฝึกปฏิบัติทางคลินิก จากกรณีศึกษาปัญหา โดยใช้กลยุทธ์ในการยอมรับความเสี่ยง มีดังนี้ 1) การให้ยาผิดคน ขาดการระบุตัวตนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ย้ายเตียงหรือย้ายห้อง อาจารย์นิเทศหรือพยาบาลที่เฝ้าติดตามกระตุนเตือนให้เห็นความสำคัญของการตรวจสอบชื่อทุกครั้ง เมื่อให้ยาแล้วต้องเซ็นชื่อ การ double check ยาก่อนนำไปให้ผู้ป่วย เมื่อมีการย้ายเตียงหรือย้ายห้อง

ให้มีการสื่อสารในทีม และย้ายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะใบให้ยาทันที และควรมีฉลากยาที่เติมหรือเตรียมยาอย่างครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย เติง ชื่อยา ความแรงที่เตรียมหรือเติม เวลาที่เตรียม และวันหมดอายุ 2) การให้ยาในอัตราที่ไม่ถูกต้อง ประสบการณ์การใช้ infusion pump ซึ่งควรฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนนักศึกษาฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ทั้งด้านเทคนิค วิธีการใช้ และรายการยาที่จำเป็นต้อง drip ผ่านเครื่อง เช่น dopamine, dobutamine, insulin drip, heparin, adrenaline, nitroglycerine, potassium chloride รวมถึงตรวจสอบความถูกต้องของอัตราการให้ยา และติดตามอาการหลังให้ยาเป็นระยะ พัฒนาเป็น smart pump ที่ได้จากการคำนวณยาในอัตราต่ำสุดและสูงสุดที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานการให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งแนวทางการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงสรุปได้ดังนี้ 1) recheck / double check คำสั่งการรักษากับใบบันทึกการให้ยา (medication administration record: MAR) โดยให้คนหนึ่งเป็นผู้จัดเตรียม และอีกคนหนึ่งเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อยา ความเข้มข้นของยา และอัตราความเร็ว ก่อนที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วย 2) อ่านฉลากยา 3 ครั้ง ก่อนให้ยา ได้แก่ ก่อนหยิบยา ก่อนเตรียมยา และก่อนให้ยา 3) identify ผู้ป่วยก่อนให้ยา 4) ลงชื่อที่ใบให้ยา และเซ็นชื่อพยาบาลผู้ให้ยาตามเวลาที่ให้จริง 5) ยากลุ่มเสี่ยงสูงชนิด drip ต้องใช้ infusion pump เท่านั้น 6) recheck เครื่องและความถูกต้องของยาที่ให้ หลังให้ยา 5-10 นาที และ 7) เฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังให้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2550; ชิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2552; ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาชนครเสี่ยงใหม่, 2555)

ขั้นที่ 4 การประเมินผลและติดตามความเสี่ยง (monitoring and review) โดยการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงที่นำไปปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยมาตรฐานผลลัพธ์คุณภาพของบริการพยาบาลคือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้หลัก PDCA เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพ

ของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยการกำหนด วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ มีการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยบทบาทอาจารย์ผู้สอนในการบริหารความเสี่ยง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้เชิงเนื้อหา และการพัฒนาทักษะ โดยให้นักศึกษาทดลองปฏิบัติ ในห้องเรียน แล้วจึงนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึก ปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย โดยอาจารย์ต้องมีการนิเทศ ติดตาม ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนนักศึกษาทั้งด้าน ความรู้ การให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ในการปฏิบัติงานจริง โดยควรมีการประเมินเป็นระยะ เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงต่อไป

แนวทางการประเมินนักศึกษาพยาบาลในการบริหาร ความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง

การประเมินนักศึกษาพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง มีแนวทางดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการใช้ ยากลุ่มเสี่ยงสูง

อาจารย์ผู้สอนควรประเมินความรู้ของนักศึกษา เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันอันตรายจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยง สูงแต่ละกลุ่ม และประเมินความสามารถในการคำนวณยา (Drug Calculation Ability Test: DCAT) เพราะการคำนวณ ยาเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากพบว่านักศึกษา มักมีการคำนวณ ยาผิดพลาด โดยสามารถนำสถานการณ์ของกรณีศึกษาจริง ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงมาทดสอบ ซึ่งการประเมินมีหลาย รูปแบบ เช่น การสอบ pre-post test การตอบคำถามสั้น ๆ การสอบ OSCE การพัฒนาโปรแกรมทดสอบการคำนวณยา (eDrugCalc) ซึ่งประกอบด้วย การแปลงหน่วย การคำนวณ ขนาดยา น้ำ ยาฉีด และอัตราความเร็วในการให้ยาชนิด drip (McMullan, Jones, & Lea, 2010) เช่น ผู้ป่วย น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ต้องการได้รับยา dopamine 10 mcg/kg/min จะต้อง drip ที่ ml/hr วิธีคิดคือ ผู้ป่วย จะต้องได้รับยาจำนวน $10 \times 60 = 600 \text{ mcg/min} = 0.60$

mg/min โดยยา dopamine 2 mg อยู่ในสารละลาย dopamine 1 ml ดังนั้น ตัวยา dopamine 0.60 mg จึงอยู่ในสารละลาย dopamine $1 \times 0.60 = 0.30 \text{ ml}$ ซึ่งใน 1 นาที ผู้ป่วยจะได้รับยา 0.30 ml ดังนั้น ใน 1 ชั่วโมง (60 นาที) จึงต้องได้รับยา $0.30 \times 60 = 18 \text{ ml}$ ทั้งนี้ ควรปรับระดับความยากง่ายของแบบทดสอบตามความรู้ และความสามารถของนักศึกษาแต่ละชั้นปี และมีการให้ คำแนะนำป้อนกลับแก่นักศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ที่ชัดเจน และมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อไปปฏิบัติจริง

2. ด้านทักษะการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง

อาจารย์ผู้สอนควรประเมินความสามารถของ นักศึกษาในการวิเคราะห์หุ้ปฏิบัติการเฉพาะกรณีเกี่ยวกับ ระบบการจัดการความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง และ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติที่ครอบคลุมขั้นตอนทั้ง 4 ขั้น ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยงว่าเกิดจากสาเหตุอะไร 2) การประเมินความเสี่ยงว่าอยู่ในระดับใด 3) การจัดการ ความเสี่ยงที่ใช้วิธีการใดได้บ้าง สามารถเลือกวิธีการได้เหมาะสม กับสถานการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ และ 4) การประเมินผล การจัดการความเสี่ยง โดยชี้แนะให้นักศึกษาเข้าใจทุกขั้นตอน ของการบริหารความเสี่ยงอย่างถูกต้องและครอบคลุม มากขึ้น กระตุ้นให้คิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว ร่วมกันสรุปประเด็นการบริหารความเสี่ยง ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และประเด็นที่ควรปรับปรุง พร้อมทั้ง สรุปวิธีการที่จะนำไปปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยใช้แบบประเมิน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่พัฒนาจากแนวคิดของ Bandura (1997) ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) เมื่อวางแผน การบริหารความเสี่ยงไว้ มีความมั่นใจว่าจะสามารถทำตาม แผนที่วางไว้ 2) เข้าใจบทบาทหน้าที่ของการมีส่วนร่วม ในการบริหารความเสี่ยง 3) เมื่อใดที่ตั้งเป้าหมายสำคัญ ในการบริหารความเสี่ยงไว้กับตนเองแล้ว จะทำงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย 4) เมื่อมีความเสี่ยงหรือปัญหา ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น จะพยายามจัดการกับปัญหานั้นจนสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อประเมินว่านักศึกษา มีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น ประทับใจ และภาคภูมิใจในตนเองในประสบการณ์ที่ตน สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง

ได้สำเร็จ

3. ด้านทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยา กลุ่มเสี่ยงสูง

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้และการปฏิบัติ หากนักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการฝึกปฏิบัติ บนหอผู้ป่วย ประกอบกับได้รับการนิเทศติดตามโดยวิธีการสอนงาน (coaching) ย่อมทำให้นักศึกษามีทัศนคติทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงมากขึ้น ทั้งนี้ การประเมินทัศนคติสามารถประเมินให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ซึ่งหมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุดตามลำดับ ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) นักศึกษาเข้าใจความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และเข้าใจกระบวนการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย 2) ความเสี่ยงเป็นเรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ 3) การบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วม 4) การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก 5) การบริหารความเสี่ยงสามารถทำได้ทุกคน 6) มีความตระหนักถึงความรับผิดชอบที่จะปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายหรือความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (วาสนา อุทัยแสง, 2559)

ความปลอดภัยทางคลินิกในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพ อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นส่วนหนึ่งของทีมการพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยเฉพาะยากลุ่มเสี่ยงสูง มีการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการรายงานความเสี่ยงในระดับ near miss ให้เพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง และมีการแก้ปัญหาเชิงระบบ รวมถึงการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับแนวคิดด้านการบริหารความเสี่ยงและ ความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี โดยอาจารย์ผู้สอนมีบทบาทในการให้ความรู้เชิงเนื้อหา และ

พัฒนาทักษะการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกแก่นักศึกษา เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้นักศึกษามีความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง ก่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล ซึ่งสามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ สนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. (2560). *คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, และจุฬารัตน์ สมรูป. (2550). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล ฉบับปรับปรุงใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บพิศการพิมพ์.
- ดุสิต สถาวร. (บ.ก.). (2554). *Patient safety in the ICU*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธิดา นิงสานนท์, สุวีณา จุฬาวัดนทล, และปรีชา มณฑกานติกุล. (บ.ก.). (2552). *การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิชณี.
- ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2555). *ยาฉีด 2012 คู่มือการบริหารยา และความคงตัวของยาฉีดหลังผสม*. สืบค้น 5 ธันวาคม 2560, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/dis/2011/>
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2554). แนวคิดและหลักการใช้ความสามารถเชิงสมรรถนะของพยาบาล. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดล, และนุปผาวลัย ศรีล้ำ. (บ.ก.). *การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย: สมรรถนะพยาบาล CVT ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 3*. หน้า 87-108. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ยงยุทธ แก้วเต็ม. (2556). กฎหมายและข้อพึงระวังในการนิเทศนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 5-18.

- โรงพยาบาลราชวิถี. (2560). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานยาความเสี่ยงสูง*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอปอเรชั่น.
- วาสนา อุทัยแสง. (2559). *การตระหนักรับรู้การบริหารความเสี่ยงและการนำการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติของบุคลากร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีณา จีระแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). *การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อีเสิร์ฟเวเนคัลเลอร์ส.
- อภิรดี นันทสุภวัฒน์. (2560). *ภาวะผู้นำและการจัดการทางการแพทย์*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Cousins, D. H., Gerrett, D., & Warner, B. (2012). A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years (2005-2010). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(4), 597-604.
- Fleming, S., Brady, A. M., & Malone, A. M. (2014). An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses. *Nurse Education in Practice*, 14(1), 55-61.
- Fothergill Bourbonnais, F., & Caswell, W. (2014). Teaching successful medication administration today: More than just knowing your 'rights'. *Nurse Education in Practice*, 14(4), 391-395.
- Hudson, P., Lewis, L., Stokes, S., & Yarbrough, S. (2014). *Quality and safety education for nurses (QSEN) electronic resource matrix*. Retrieved December 1, 2017, from <http://www.ic4n.org/wp-content/uploads/2014/04/QSEN-Matrix-Final.pdf>
- Lewis, M., & Lamb, G. (2011). A comprehensive model for teaching quality and safety education for nurses (QSEN) competencies. *Dean's Notes*, 32(5), 1-4.
- McMullan, M., Jones, R., & Lea, S. (2010). Patient safety: Numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 891-899.