

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

สายใจ ศาลาสุข*, สงครามชัย สิทองดี*, รัชชวัญ เชื้อลี**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพตามเครื่องมือที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 9 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและปัญหาอุปสรรค (2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์หาปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ (4) ประชุมกลุ่มย่อย ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการส่งยา (5) ให้ความรู้กับผู้เกี่ยวข้อง (6) สร้าง แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา (7) ติดตามผลการดำเนินงาน (8) การติดตามประเมินผล (9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาลดลง คือ 25.49 ครั้งต่อพันใบสั่งยา เป็น 13.57 ครั้งต่อพันใบสั่งยา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาครั้งนี้คือการลดความสูญเปล่าและการเพิ่มคุณค่าในทุกขั้นตอนการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน และผลจากการมีส่วนร่วมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการที่ล่าช้าให้เป็นคุณค่าในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา, ความคลาดเคลื่อนทางยา

Article info:

Received: Jun 18, 2019

Revised: Aug 28, 2019

Accepted: Sep 30, 2019

Original article

Development process for pharmacy service quality improvement to reduce in pre – dispensing error in outpatient department in Khukhan Hospital, Sisaket Province

Sayjai Salasook*, Songkramchai Leethongdee*, Rabkwan Chuealee**

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Sirindhorn College of Public Health, Ubon Rachathani Province

Abstract

This action research aimed to find out development process for pharmacy service quality improvement to reduce in pre-dispensing error in Khukhan Hospital, Sisaket province. A sample was 24 people selected with inclusion and exclusion criteria. The statistics used for quantitative data analysis were descriptive such as frequency distribution, percent error rate, per thousand prescriptions, average and standard deviation. Statistical analytical analysis was Paired Sample t-test and content analysis used for qualitative data.

The research found that there were 9 steps in this development process 1) Basic information and obstacle analysis. 2) Assess the knowledge. 3) Work shop for problem analysis and action plan. 4) Focus group 5) educate the concerned person 6) Create a guideline to prevention in pre-dispensing error 7) Follow up the results 8) Follow up valuation. 9) Sharing knowledge experiences. The result showed that knowledge of participants, and satisfaction were statistically significant different. The results are as follows. The error rate is 25.49 times per thousand prescriptions. After developing the system the rate was reduce to 13.57 times per thousand prescriptions.

The key success is the reduction of wastage and added value in all four stages of the process, and the result of participation that improves into delaying processes as values in work.

Keywords: Action research, pre-dispensing error, medication error



บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา จัดเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรงและอาจส่งผลกระทบต่อระบบแรงถึงแก่ชีวิตได้ (รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกสร เทพแพง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, และชนภัทร วินยวัฒน์, 2555) สามารถ เกิดขึ้นได้ทุกกระบวนการในระบบที่มีการใช้ยา (Cohen, 2007) คุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับ บริการด้านสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการทางการแพทย์ โดยสถานบริการทางสุขภาพต้องเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการป้องกันและแก้ไขความผิดพลาดในระบบปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบตนเองสม่ำเสมอ เรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (กัญญาลักษณ์ ณ รังสี, 2555) ซึ่งความผิดพลาดในมนุษย์เกิดจาก 2 วิธีการคือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของตัวบุคคล เช่น ขาดจิตสำนึกประมาท หลงลืม และเกิดจากระบบ เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Reason, 2000)

สถาบันแพทย์ของอเมริกา (The Institute of Medicine) ได้รายงานไว้ว่า ในแต่ละปีชาวอเมริกันมีผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ของการเข้ารับบริการสุขภาพในอเมริกาเป็นจำนวนสูงถึง 40,000-98,000 คน เป็นสถานการณ์อันบ่งบอกถึงความปลอดภัยน้อยกว่าควรจะเป็น (กัญญาลักษณ์ ณ รังสี, 2555 อ้างอิงจาก Kohn et al., 2003) จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ร้อยละ 2-4 ของคนไข้ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีสาเหตุเกิดมาจากยา และ 3 ใน 4 ของคนไข้จำนวนนี้สามารถป้องกันได้ และร้อยละ 27 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมีสาเหตุจากยาเช่นกัน (Ranciman, 2003) ส่วนในประเทศไทยมักไม่ค่อยมีการรายงานหรือเก็บข้อมูลเป็นตัวเลขแน่นอน แต่ประมาณการเกิดความคลาดเคลื่อน จากการคำนวณจากสถิติสาธารณสุขของไทยปี 2542 เป็น 1,492,463 ครั้ง โดยประมาณ เนื่องจากข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) มักจะไม่ค่อยถูกรายงานหรือรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง (เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์ และคณะ, 2560) จากการศึกษาพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่พบมากที่สุดคือความคลาดเคลื่อนใน

กระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing Error) (นิตยา จันดาร์ักษ์, 2553; ยุพา วิชาสวัชรโยธิน และมาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บุรณ์, 2551) ความผิดพลาดนั้นจะเกิดผลรุนแรงขึ้นเป็นอันตรายหรืออาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในชื่อเสียงของโรงพยาบาลหากขาดการตระหนักหรือการป้องกันที่ดี เช่น กรณีความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา โดยจัดและติดฉลากยาผิดชนิดจากยายาหยอดลม (Terbutaline syrup) เป็นยาใช้ภายนอกสำหรับทาผื่นคัน (Calamine lotion) ทำให้เด็กที่กินยาดังกล่าวต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการเผยแพร่ข่าวทางสังคมออนไลน์ถึงความสะอาดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (ผู้จัดการรายวัน, 2559)

จากการให้บริการของหน่วยงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนโดยจุดมุ่งหมายของการให้บริการคือ ถูกต้องปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา และได้กำหนดตัวชี้วัด คือ อัตราความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา ไม่เกิน 5 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่งยา เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเพื่อใช้วัดคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วย พบว่ามีอัตราความผิดพลาดจากกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายยา ข้อมูลปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 และ 2558 (ตุลาคม 2557-มีนาคม 2558) เป็น 4.23, 4.63, 2.44 และ 6.95 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่งยา ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและปีพ.ศ. 2558 มีอัตราความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาสูงกว่าเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล และข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับยาที่ผ่านมา ในปี 2557 และ 2558 อุตการณ์ที่พบมากที่สุดลำดับที่ 1 คือ จัดผิดชนิด (รายงานการประเมินตนเอง SA2011 รพ.ขุนันธ์, 2559)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท/สภาพปัญหา
2. เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงาน
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาระบบคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อน

ในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการอย่างเป็นระบบมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart อ้างถึงวีระยุทธ ชาติปะกาญจน์ (2558) เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาจ่ายยาของโรงพยาบาลชุมชน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การจัดการคุณภาพและประยุกต์ใช้แนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาจ่ายยาของโรงพยาบาลชุมชน คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาจ่ายยา (Pre-dispensing error) ของงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการรับใบสั่งยา พิมพ์ฉลากยา จัดยา ตรวจสอบยา จนถึงขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำก่อนจ่ายยาโดยเภสัชกร ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา มีดังนี้

1. ประชากร ได้แก่ แพทย์หรือผู้สั่งใช้ยา ได้แก่ แพทย์ จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 11 คน พยาบาล คัดกรองก่อนพบแพทย์ จำนวน 9 คน และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 26 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ทีมวิจัยหลัก จำนวน 11 คน ได้แก่ เภสัชกร (5 คน) เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม (2 คน) พนักงานห้องยา (4 คน)

ใช้เกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนไม่จำกัดเพศ อายุและเต็มใจ เข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะเจ้าหน้าที่ประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และเกณฑ์คัดออก คือ มีการเปลี่ยนย้ายงานหรือลาออกบุตรในระหว่างทำการศึกษาวิจัย

2.2 ทีมผู้สนับสนุน จำนวน 13 คน ได้แก่ แพทย์หรือผู้สั่งใช้ยาพยาบาลคัดกรองก่อนพบแพทย์และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน

ใช้เกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกไม่จำกัดเพศ อายุและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกแบบเจาะจงคือ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 คน, 1-2 ปี จำนวน 1 คน และมากกว่า 2 ปี จำนวน 1 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลคัดกรองหน้าห้องตรวจจำนวน 2 คน เภสัชกรห้องจ่ายยาใน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมจาก NCD จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมจากคลังยา จำนวน 1 คน และเกณฑ์คัดออก คือ มีการเปลี่ยนย้ายงานลาศึกษาต่อ หรือลาออกในระหว่างทำการ ศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้ในการเก็บข้อมูลและประมวลผล

1. แบบสอบถาม แบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 17 คน (กลุ่มผู้วิจัยหลัก 11 คนและกลุ่มผู้สนับสนุน 6 คน) ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ

2. แบบบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาจ่ายยา (Pre-dispensing Error) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบจากแบบเก็บข้อมูลของศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (2550) ซึ่งประกอบด้วยประเภทความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละขั้นตอน ชื่อยาที่เกิดความคลาดเคลื่อน ผู้ปฏิบัติ จำนวนขนานยา และสาเหตุ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้วิจัยหลัก จำนวน 11 คน

4. แบบบันทึกการประชุม

5. กล้องถ่ายรูปและเครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเพื่อวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ดังนี้คือ ความรู้ ค่า IOC เท่ากับ 0.93 การมีส่วนร่วม ค่า IOC เท่ากับ 0.93 ความพึงพอใจ ค่า IOC เท่ากับ 0.58
2. วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้คือ ความรู้ เท่ากับ 0.81 การมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.93 ความพึงพอใจ เท่ากับ 0.83 นำไปใช้เป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของห้องจ่ายยา ผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ภาระงาน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการสังเกต และศึกษาความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา ก่อนการจ่ายยาจากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัญหา

2. ใช้แบบทดสอบผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing) และการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

3. การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แบบบันทึกการประชุม เพื่อวิเคราะห์หาปัญหา สาเหตุ แนวทางป้องกันและวางแผนดำเนินงานในการลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา

4. เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing Error) โดยเก็บข้อมูลจากใบสั่งยาที่มาถึงห้องยาในเวลา 09.00 – 16.00 น. (ทัศนัย ประยูรพงษ์ และไพบุลย์ ดาวสดใส, 2551) คือ

- 4.1 ก่อนการปรับปรุงกระบวนการ เก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงศุกร์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์

- 4.1 ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบใหม่ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูล

- 4.2 หลังการปรับปรุงกระบวนการ เก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงศุกร์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรตามตัวแปร เพศ อายุ ตำแหน่ง การศึกษา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ด้วยการนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่และวิเคราะห์รวมเพื่อหาข้อสรุปตามกรอบแนวคิด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามเลขที่รับรอง PH 034/ 2560

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่บนเนื้อที่ 90 ไร่ ณ บ้านนิคม ซอย 4 ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ ให้บริการประชากรในเขตอำเภอขุขันธ์ จำนวน 22 ตำบล 276 หมู่บ้าน ประชากร 151,340 ราย เป็นเพศชาย 75,395 ราย เป็นเพศหญิง 75,945 ราย มีแพทย์ จำนวน 12 คน ทันตแพทย์ จำนวน 7 คน เภสัชกร จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาลขุขันธ์ มีจำนวน 332 คน

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน เป็นหน่วยงานหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มงานเทคนิคบริการของโรงพยาบาลขุขันธ์ มีจำนวนบุคลากร 26 คน ได้แก่ เภสัชกร 10 คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม 9 คน พนักงานห้องยา 7 คน

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก แบ่งได้ 5 ขั้นตอน คือ 1) รับใบสั่งยา 2) พิมพ์/เขียนฉลากยา 3) จัดยา 4) ตรวจสอบยา 5) ตรวจสอบซ้ำโดยเภสัชกร

ส่วนที่ 2 กระบวนการดำเนินงาน

1. ขั้นวางแผน (Planning) ดังนี้ คือ

กิจกรรม 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านภาระงาน อุปสรรคและปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน ของกลุ่มผู้วิจัยหลัก ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน (11 คน) จากการสัมภาษณ์รายบุคคลและสนทนากลุ่มย่อย

กิจกรรม 2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้วิจัยหลัก (11 คน) และทีมผู้สนับสนุนที่ปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรม (6 คน)

กิจกรรม 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย กลุ่มผู้วิจัยหลัก (11 คน) และทีมผู้สนับสนุนที่ปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรม (6 คน) เพื่อวิเคราะห์หาปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์รายบุคคลเกี่ยวกับภาระงาน อุปสรรคและปัญหาในการปฏิบัติงาน และข้อมูลความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาตามแบบบันทึกก่อนการดำเนินงาน

กิจกรรม 4 การประชุมกลุ่มย่อย ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 7 คน (แพทย์ 4 คน พยาบาล 3 คน) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัญหาและแนวปฏิบัติในการสั่งจ่ายยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ขั้นดำเนินการตามแผน (Action) เป็นการปฏิบัติตามแผน คือ กิจกรรม 5 การให้ความรู้ ได้แก่ พี่สอนน้อง เป็นการให้ความรู้ในการจัดยาชนิดโดส (Unit dose) ของพนักงานห้องยาด้วยการอธิบาย สาธิตและกำกับติดตามผลโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและการจัดทำเอกสารคู่มือ เช่น ขนาดยารวาร์ฟาริน ขนาดยาในเด็ก การเตรียมยาฉีด ติดใส่ปฏิทินตั้งโต๊ะวางไว้ ณ จุดพิมพ์/เขียนฉลากยา และจุดตรวจสอบยา

กิจกรรม 6 แนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา (Pokayoke) จัดทำบัตร

รูปภาพ ใช้เป็นสัญลักษณ์บ่งบอกขณะจัดยาและป้องกันการจัดยาสลับตะกร้า อ่านฉลากยาให้จบก่อนหยิบยา วิธีการใช้ปากกาเน้นข้อความเขียนเครื่องหมายถูกไว้หน้าชื่อยาในสรุปรายการบนใบสั่งยา การมัดแผงยาทุก 10 แผง (100 เม็ด) ในกรณีที่ยามีปริมาณมากกว่า 100 เม็ดและยามีลักษณะเป็นแผง

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

กิจกรรม 7 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยการสังเกต และการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความรู้หลังการดำเนินงานจากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยาก่อนการพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 ± 2.86 หลังการให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.06 ± 1.35 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเภสัชกรรมหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรม 8 การติดตามประเมินผลการดำเนินงานจากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา (Prescribing Error) พบว่าก่อนการพัฒนาระบบ จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,472 ใบสั่งยา เกิดความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 75 ครั้ง (อัตราคลาดเคลื่อน 30.34 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) หลังพัฒนาระบบจากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,284 ใบสั่งยา พบความคลาดเคลื่อนลดลงคือ เกิดความคลาดเคลื่อน 33 ครั้ง (อัตราคลาดเคลื่อน 14.5 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing error) พบว่าก่อนการพัฒนาระบบ จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,472 ใบสั่งยา พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมดจำนวน 63 ครั้ง (อัตราคลาดเคลื่อน 25.49 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) เกิดจากขั้นตอนการจัดยาสูงสุด จำนวน 46 ครั้ง (ร้อยละ 73.02) หลังพัฒนาระบบพบความคลาดเคลื่อนลดลงคือ จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,284 ใบสั่งยาพบความคลาดเคลื่อนจำนวน 31 ครั้ง (อัตราความคลาดเคลื่อน 13.57 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) เกิดจากขั้นตอนการจัดยาสูงสุด จำนวน 22 ครั้ง (ร้อยละ 70.97)

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรม 9 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนใน

กระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยาที่เกิดขึ้น และร่วมกันเสนอแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน คือ ขั้นตอนการพิมพ์/เขียนฉลากยาจัดทำแนวทางปฏิบัติในการพิมพ์/เขียนฉลากยาและเอกสารคู่มือเพื่อใช้ในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของใบสั่งยา (ขนาดยา วารสาร ฟาริน ขนาดยา ในเด็ก) ขั้นตอนการจัดยา มีมาตรการป้องกันการจัดยาผิด ได้แก่ 1) การอ่านฉลากยาให้จบก่อนจัดยาโดยใช้วิธีการทำเครื่องหมายถูกหน้าชื่อยาในสรุปรายการยาบนใบสั่งยา 2) จัดยาหนึ่งคนต่อหนึ่งตะกร้า พร้อมใส่บัตรรูปภาพแสดงสถานะการจัดยา 3) มัดผงยาทุก 10 แผง (100 เม็ด) ในกรณีที่มีปริมาณยามีมากกว่าหรือเท่ากับ 100 เม็ดต่อรายการยา และขั้นตอนการตรวจสอบยา จัดตารางเวรผู้ปฏิบัติงานให้มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ พบว่าหลังจากมีการพัฒนาระบบทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนลดลง

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยาของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ จากการพัฒนารูปแบบ ทำให้เกิดกระบวนการดำเนินงาน 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการงานอุปสรรคและปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมโดยใช้แบบสอบถาม 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้วิจัยหลัก ทีมผู้สนับสนุนที่ปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรม และผู้วิจัย 4) ประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มผู้สั่งใช้ยาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัญหาและแนวปฏิบัติในการสั่งใช้ยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา 5) ให้ความรู้ 6) แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจัดยา 7) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยการสังเกตและเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม 8) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน จากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา 9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาหรืออุปสรรค ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การลดความสูญเปล่าในการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ผู้รับบริการไม่มียาแต่นั่งรอนาน การพิมพ์ฉลากยาผิด พิมพ์ฉลากยาซ้ำ ขาดการสื่อสารที่ชัดเจนกรณีส่งชำระเงิน การจัดยาผิด จัดยาปนตะกร้า ไม่ได้จัดยา มีความผิดพลาดแต่ตรวจสอบไม่พบ การตรวจสอบยาก่อนส่งเภสัชกรปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ

2. การเพิ่มคุณค่าในการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน โดยการจัดเจ้าหน้าที่ตรงจุดติดฉลากยาหรือจัดจ่ายช่วยในการจัดเรียงคิวใบสั่งยาเมื่อมีใบสั่งยาขึ้นในตะกร้ารับใบสั่งยามากกว่า 5 ใบ จัดตารางเวรประจำวันแบ่งงานให้ชัดเจน จัดทำแนวทางการพิมพ์ฉลากยา (Standard practice) เพื่อช่วยให้ทำงานได้ถูกต้องตั้งแต่ สอนจัดยา Unit dose ให้พนักงานห้องยา การใช้ Pokayoke เพื่อใช้ในการป้องกันข้อผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำอีก 3 ประการคือ อ่านฉลากยาให้จบก่อนการจัดยาโดยใช้ปากกาเน้นข้อความทำเครื่องหมายถูกไว้หน้าชื่อยาบนสรุปรายการยาบนใบสั่งยา การจัดยาให้จัดเพียงหนึ่งคนต่อหนึ่งตะกร้าใบสั่งยาและใบสั่งยาที่มีจำนวนยาต่อหนึ่งรายการมากกว่าหรือเท่ากับ 100 เม็ด (ยาผง) ให้ใช้วิธีการมัดผงยาทุก 100 เม็ด และจัดทำแนวทางในการตรวจสอบยาก่อนส่งเภสัชกรตรวจสอบซ้ำ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการดำเนินการตามกรอบแนวคิดทั้ง 4 ขั้นตอนคือ PAOR ได้ผลการดำเนินงานคือ งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) รับใบสั่งยา 2) พิมพ์/เขียนฉลากยา 3) จัดยา 4) ตรวจสอบยา 5) ตรวจสอบซ้ำโดยเภสัชกรจ่ายยา ต่างกับการศึกษาของจุฑามาศ เรืองจุ้ย (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุ่งกระเบน ซึ่งมีขั้นตอนการทำงาน 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) รับใบสั่งยา และให้ลำดับคิว 2) การป้อนข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ 3) จัดยาตามฉลากยา 4) การจับคู่ใบสั่งยากับยาที่จัดเสร็จแล้ว 5) การตรวจสอบยา 6) การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย โดยขั้นตอนที่ 3 และ 4 คือขั้นตอนการจัดยาและ ขั้นตอนการจับคู่ใบสั่งยา

กับยาที่จัดเสร็จแล้ว ของโรงพยาบาลชุมชนร่วมไว้เป็นขั้นตอนเดียวกัน การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์หาปัญหา และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาในปัจจุบัน มีสาเหตุเกิดจากการไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดความละเอียดรอบคอบหรืออาศัยความเคยชิน รีบเร่งอ่านฉลากไม่จบ บางอย่างมีแนวทางปฏิบัติแต่การปฏิบัติยังไม่เคร่งครัดสม่ำเสมอ ขาดการสื่อสารที่ชัดเจน พื้นที่ในการจัดยาคับแคบ ยามีความคล้ายคลึงกันในรูปแบบเม็ด สี แฉงยาหรือบรรจุภัณฑ์ ใบสั่งยามีหลายขนาน จำนวนเม็ดยามีปริมาณมากต่อหนึ่งรายการยา สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนวิเศษ (2558) ได้ทำการศึกษารายงานเบื้องต้น: ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาด้วยกิจกรรม 5 ส.พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน เนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามกิจกรรม 5ส. ของพนักงาน ความคุ้นชิน ความเร่งรีบ และสติในการทำงาน สอดคล้องกับการ ศึกษาของนิตยา จันดาร์ักษ์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลทรายมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาจำนวน 183 ใบสั่งยา พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ความไม่รอบคอบ (ร้อยละ 32.79) การมียาหลายรายการในใบสั่งยา (ร้อยละ 22.95) การวางยาไว้ใกล้กันเกินไป (ร้อยละ 7.65) การวางยาชนิดเดียวกันหลายความแรงไว้ด้วยกัน (ร้อยละ 7.10) และการมียาลักษณะคล้ายกัน (ร้อยละ 5.46) ต่างจากการศึกษาของ เกษศรีรินทร์ ขุนทอง และอัลจนา เฟื่องจันทร์ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการด้านยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน พบว่าในด้านตำแหน่งงานหรือการแบ่งหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน ไม่สำคัญเท่ากับการมีประสบการณ์ในการให้บริการด้านยา การจัดทำแนวทาง การป้องกันความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา (Pokayoke) ได้แก่ 1) จัดทำบัตรรูปภาพ ใช้เป็นสัญลักษณ์ บ่งบอกขณะจัดยาและป้องกันการจัดยาสลับตะกร้า โดยวิธีการจัดคือ เจ้าหน้าที่หนึ่งคนจัดยาทุกรายการในหนึ่งตะกร้าพร้อมใส่บัตรรูปภาพขณะจัดยาโดยหันด้าน “จัดยา

โดย...”เมื่อจัดเสร็จแล้วให้พลิกด้าน “ครบถ้วนพร้อมจ่าย”ขึ้น รอคิวในขั้นตอนตรวจสอบยาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของมานิศา อนุภาพ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดยาผู้ป่วยนอก เน้นเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานเรื่องการจัดยาจัดหนึ่งคนต่อหนึ่งตะกร้า แตกต่างกับการศึกษาของจุฑามาศ เรืองจ้อย (2555) ได้ศึกษาการพัฒนางานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบนปรับปรุงระบบบริหารจัดการภายใน (Back office) เปลี่ยนระบบการจัดยาจากเดิม เจ้าหน้าที่หนึ่งคนจัดยาทุกรายการในหนึ่งใบสั่งยา เป็นเจ้าหน้าที่ร่วมกันจัดยาในหนึ่งใบสั่งยาโดยการกำหนดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำจุดจัดยาแต่ละจุดเมื่อจัดยาในจุดจัดยาของตนเสร็จ จึงส่งให้จุดถัดไปเมื่อครบทุกฉลากยาแล้วจึงนำตะกร้ายามาวางที่จุดรอจับคู่ใบสั่งยากับตะกร้ายา 2) อ่านฉลากยาให้จบก่อนหยิบยา วิธีการใช้ปากกาเน้นข้อความเขียนเครื่องหมายถูกไว้หน้าชื่อยาในสรุปรายการบนใบสั่งยา 3) การมัดแฉงยาทุก 10 แฉง (100 เม็ด) กรณีที่ยามีปริมาณตั้งแต่ 100 เม็ดขึ้นไปและยามีลักษณะเป็นแฉงสังเกตการณ์ (Observation) โดยการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจากการสังเกต และการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความรู้หลังการดำเนินงานจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 ± 2.86 หลังการให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.06 ± 1.35 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเภสัชกรรมหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน จากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ 1) ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error) พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,472 ใบสั่งยา เกิดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 75 ครั้ง (อัตราคลาดเคลื่อน 30.34 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) หลังพัฒนาระบบจากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,284 ใบสั่งยา พบความคลาดเคลื่อนลดลงคือ เกิดความคลาดเคลื่อน 33 ครั้ง (อัตราคลาดเคลื่อน 14.5 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษศรีรินทร์ ขุนทอง และอัลจนา เฟื่องจันทร์ (2558) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบบริการด้านยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอผักไห่ จังหวัด

พระนครศรีอยุธยา พบว่าหลังพัฒนาระบบความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายลดลง ก่อนการพัฒนาระบบ ใบสั่งยาจำนวน 81 ใบ พบความคลาดเคลื่อน 10 ครั้ง (ร้อยละ 12.13) หลังพัฒนาระบบวงล้อที่ 1 ลดลงคือใบสั่งยาจำนวน 86 ใบ พบความคลาดเคลื่อน 3 ครั้ง (ร้อยละ 3.34) และวงล้อที่ 2 ใบสั่งยาจำนวน 87 ใบ ไม่พบความคลาดเคลื่อน 2) ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing error) พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,472 ใบสั่งยา พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมด จำนวน 63 ครั้ง (อัตราคลาดเคลื่อน 25.49 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) เกิดจากขั้นตอนการจัดยาสูงสุด จำนวน 46 ครั้ง (ร้อยละ 73.02) หลังพัฒนาระบบพบความคลาดเคลื่อนลดลงคือ จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,284 ใบสั่งยาพบความคลาดเคลื่อน จำนวน 31 ครั้ง (อัตราความคลาดเคลื่อน 13.57 ครั้งต่อพันใบสั่งยา) เกิดจากขั้นตอนการจัดยาสูงสุด จำนวน 22 ครั้ง (ร้อยละ 70.97) สอดคล้องกับการศึกษาของผดุงวัชร วังวิเศษ (2558) ได้ศึกษารายงานเบื้องต้น: ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาด้วยกิจกรรม 5ส. พบว่าหลังพัฒนาระบบเกิดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาลดลง ก่อนการพัฒนาระบบคือเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม และเมษายน เกิดความคลาดเคลื่อนต่อพันใบสั่งยาเท่ากับ 46.8, 32.0 และ 29.8 ครั้ง ตามลำดับ หลังพัฒนาระบบคือเดือนพฤษภาคม มิถุนายน และกรกฎาคม พบความคลาดเคลื่อนต่อพันใบสั่งยาเท่ากับ 27.4, 30.3 และ 35.1 ตามลำดับ

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่าเกิดจาก 1) การลดความสูญเปล่าในการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน คือผู้รับบริการไม่มียาแต่นั่งรอรับยานาน การพิมพ์ฉลากยาผิด พิมพ์ฉลากยาซ้ำ ขาดการสื่อสารที่ชัดเจนกรณีส่งชำระเงิน การจัดยาผิดจัดยาปนตะกร้า ไม่ได้จัดยา มีความผิดพลาดแต่ตรวจสอบไม่พบ การตรวจสอบยาก่อนส่งเภสัชกรปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ 2) การเพิ่มคุณค่าในการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน โดยการจัดเจ้าหน้าที่ตรงจุดติดฉลากยาหรือจัดจดยาช่วยในการจัดเรียงคิวใบสั่งยาเมื่อมีใบสั่งยารับในตะกร้ารับใบสั่งยามากกว่า 5 ใบ จัดตารางเวรประจำวันแบ่งงานให้ชัดเจน จัดทำแนวทางการพิมพ์ฉลากยา (Standard practice) เพื่อช่วยให้ทำงานได้ถูกต้องตั้งแต่ สอนจัดยา Unit dose ให้พนักงานห้องยา

การใช้ Pokayoke เพื่อใช้ในการป้องกันข้อผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำอีก 3 ประการคือ อ่านฉลากยาให้จบก่อนการจัดยาโดยใช้ปากกาเน้นข้อความทำเครื่องหมายถูกไว้หน้าชื่อยาบนสรุปรายการในใบสั่งยา การจัดยาหนึ่งคนต่อหนึ่งตะกร้าและใบสั่งยาที่มีจำนวนยาต่อหนึ่งรายการตั้งแต่ 100 เม็ด (ยาแผง) ขึ้นไปใช้วิธีการมัดแผงยาทุก 100 เม็ด และจัดทำแนวทางในการตรวจสอบยาก่อนส่งเภสัชกรตรวจสอบซ้ำต่างกับการศึกษาของวัชนาภา ชาทิมนตรี (2554) ได้ศึกษาการใช้แนวคิดลีนในการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ 1) มีผู้นำเข้มแข็ง มีความสามารถในการโน้มน้าว 2) การทำงานเป็นทีม 3) การมีส่วนร่วมของบุคลากร 4) วัฒนธรรมองค์กร 5) การเรียนรู้ปรับปรุงและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา 6) การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา 7) ความพร้อมด้านปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนา 8) ทีมที่ปรึกษามุ่งมั่น ทุ่มเท เสียสละ และมีคุณภาพ 9) การใช้นโยบายกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบาย และ 10) การได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้การส่งเสริมให้มีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความยั่งยืน
2. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดต่องาน ควรเพิ่มกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะผู้รับบริการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ บุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อนพี่และน้องนิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน และขอขอบพระคุณครอบครัว พ่อ แม่ ญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาลักษณ์ ธิงส์. (2555). ความปลอดภัยผู้ป่วย. **ธรรมศาสตร์เวชสาร**. 12(1), 201-206.
- เกษศรีนทร์ ขุนทอง และอัลจนา เพื่องจันทร์. (2558). การพัฒนาระบบบริการด้านยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน**. 11, 82-88.
- ขวัญชนก อารีย์วงศ์. (2556). การศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการให้บริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยใช้วิธี Lean Production. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จุฑามาศ เรืองจ้อย. (2555). การพัฒนางานการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ณณณวัตร วงษ์วิเศษ. (2558). รายงานเบื้องต้น:ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาด้วยกิจกรรม 5 ส. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 23(2), 135-142.
- ทัศนัย ประยูรพงษ์ และไพบุลย์ ดาวสดใส. (2551). การศึกษาและออกแบบงานระบบบริการ จ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพิมาย นครราชสีมา. **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน**. 4(2), 24-35.
- นิตยา จันดาภิรักษ์. (2553). ปัจจัยทำนายการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลทรายมูล. การศึกษาค้นคว้าอิสระเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์ และคณะ. (2560). ความตั้งใจที่จะรายงานและเหตุผลที่ไม่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย. **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน**, 9(3), 43-52.
- ผู้จัดการรายวัน. (2559). ชู! รพ.ติดฉลากยาผิด? เด็กเตียงจนต้องแอดมิด. [ออนไลน์]. ได้จาก <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9590000041575>. [สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2561]
- มานิดา อุนภาพ. (2557). การพัฒนาระบบการจัดยาผู้ป่วยนอก. [ออนไลน์]. ได้จาก <http://www.ckhospital.net/smf/index.php?action=dlattach;topic=85.0;attach=93>. [สืบค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2559]
- รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกสร เทพแบ่ง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, และ ชนภัทร วินยวัฒน์. (2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง **การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)**. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันภา ชาติมนตรี. (2554). ศึกษาเรื่องการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระยุทธ์ ชาศะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. **วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี**. 2(1), 202-206.
- ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสว.). (2550). **ตัวชี้วัดระบบยาในโรงพยาบาล**. [ออนไลน์]. ได้จาก [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro-8_chapter5\(6\).pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro-8_chapter5(6).pdf). [สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2561]
- Cohen, M.R. (2007). **Medication error**. 2nd ed. Washington, DC.: American Pharmaceutical Association.
- Ranciman, W.B. (2003). Adverse drug events and medication error in Australia. **International Journal for Quality in Health Care**. 15(1), 49-59.
- Reason, J. (2000). **Human error: models and management**. [online]. Available from <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>. [cited 13 October, 2016]