

การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเลย

สุภาพร สนองเดช ภบ. กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย และระบุสาเหตุของความคลาดเคลื่อนดังกล่าว ระยะเวลาในการศึกษา 12 เดือน (ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและใบสั่งยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการศึกษา พบว่า 1) มีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescription error) รวม 144 ครั้ง (0.6509 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) โดยมีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดวิธีใช้รวม 100 ครั้ง (0.4522 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) และสั่งยาผิดชนิดจำนวน 16 ครั้ง (0.0723 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้รวม 7 ครั้ง (0.0317 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) ซึ่งความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเหล่านี้ยังไม่ถึงผู้ป่วย เพราะมีเภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบยา และพบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา 2) ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) พบ 3,193 ครั้ง (14.4421 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่ยังไม่ไปถึงผู้ป่วย ในจำนวนนี้ พบว่า 3 อันดับแรกคือ จัดยาผิดชนิด 1,312 ครั้ง (5.9325 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) จัดยาผิดจำนวน 497 ครั้ง (2.2473 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) จัดยาไม่ครบรายการ 305 ครั้ง (1.3791 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) 3) ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) แบ่งเป็น 3.1) ความคลาดเคลื่อนที่ไปถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นความรุนแรงระดับ C มีทั้งหมดรวม 57 ครั้ง (0.2577 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) ในจำนวนนี้มี 3 อันดับแรกคือ การจ่ายยาไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่ง 15 ครั้ง (0.0678 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) จ่ายยาผิดคน 10 ครั้ง (0.0452 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) จ่ายยาผิดจำนวน 7 ครั้ง (0.0317 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) 3.2) ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาที่มีความรุนแรงระดับ D มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ก็ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม รวม 9 ครั้ง คิดเป็น 0.0406 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยาโดยมีการจ่ายยาผิดชนิดรวม 6 ครั้ง (0.0271 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา), จ่ายยาผิดวิธีใช้ 2 ครั้ง (0.009 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา), จ่ายยาไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่ง 1 ครั้ง (0.0045 ครั้ง ต่อ 1000 ใบสั่งยา) 3.3) ความคลาดเคลื่อนระดับ E ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติมรวม 2 ครั้งคือ การจ่ายยาผิดชนิด (0.009 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา)

ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root cause analysis) ในกระบวนการที่เกิดภายในหน่วยจ่ายยา คือ ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) และความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) มีสาเหตุจากภาระงานมากเกินไป ขาดความรอบคอบในการทำงาน ขาดประสบการณ์ในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากความฟุ้งของชื่อยาและความคล้ายคลึงกันของรูปแบบยา (Look a like sound a like)

จะเห็นว่าในกลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ยังมีความคลาดเคลื่อนทางยาดังแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาระงาน ประสบการณ์การทำงานของบุคลากร และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความฟุ้งของชื่อยาและความคล้ายคลึงกันของรูปแบบยา อันจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาและประกันคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา, ผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลเลย

Studies of Medication Errors in Pharmaceutical Services for Out Patients in the Pharmacy Work Group, Loei Hospital.

Supaporn Sanongdech, B.Sc.(Pharmacy), Pharmacy Work Group, Loei Hospital, Loei

Abstract

This descriptive study aimed to study medications errors in pharmaceutical services for out-patients at Loei Hospital and determine the causes of the aforementioned errors over a study period of 12 months (October 2014 – September 2015). The data collection instruments were composed of the medication errors record forms and prescription forms. Data were analyzed by using medication errors incidence rates. The results of the study showed that: 1) 144 prescription errors (0.6509 times per 1,000 prescription forms). There was a total of 100 prescription instruction errors (0.4522 times per 1,000 prescription forms), 16 prescription wrong drug errors (0.0723 times per 1,000 prescription forms) and 7 prescription forms ordering the dispensing of medications to which patients are allergic (0.0317 times per 1,000 prescription forms). These prescription errors did not reach patients because pharmacists checked the medications and discovered errors before dispensing them. 2) 3,193 pre-dispensing errors that did not reach patients were encountered (14.4421 times per 1,000 prescription forms); Of this number, the top three errors were 1,312 drugs errors (5.9325 times per 1,000 prescription forms), 497 quantity errors (2.2473 times per 1,000 prescription forms). And 305 times of incomplete medications (1.3791 times per 1,000 prescription forms). And 3) dispensing errors divided into the following: 3.1) 57 errors at level C severity that reached patients but unlikely to cause harm to them (0.2577 times per 1,000 prescription forms). Of this number, the top three errors were 15 incomplete dispensing according to doctor's orders (0.0678 times per 1,000 prescription forms), 10 errors dispensed to the wrong patients (0.0452 times per 1,000 prescription forms) and 7 medication wrong quantity errors (0.0317 times per 1,000 prescription forms); 3.2) 9 dispensing errors with severity at Level D were errors that could have necessitated monitoring and/or intervention to preclude harm (0.0406 times per 1,000 prescription forms) and 6 wrong drugs dispensing errors (0.0271 times per 1,000 prescription forms), 2 wrong dosage errors (0.009 times per 1,000 prescription forms), 1 error incomplete dispensing according to doctor's order (0.0045 times per 1,000 prescription) and 3.3) 2 Level E errors that occurred and temporary harm with require further treatment/correction is wrong drug dispensing error 2 times (0.009 times per 1,000 prescription form). Root cause analysis was performed to determine dispensing errors in dispensary units, excessive workloads negligence and inadequate personnel experience were the causes of pre-dispensing errors and dispensing errors. Similar medication names and shapes (Look a like sound a like) were also the external causes of medication errors.

Minor to severe dispensing errors in Pharmacy department, Loei hospital caused by internal factors such as workloads, negligence and personnel experience in addition to external factors such as similar medication names and shapes. This problems should be solved for further improvement and quality assurance.

Key words: Medication errors, Out patient, Loei Hospital

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา นับเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งถ้าระดับความรุนแรงสูงก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระบวนการ และเกิดกับทุกสาขาวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกิดจากระบบหรือจากตัวบุคคลก็ได้ ในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ถ้าความคลาดเคลื่อนทางยานั้นไปถึงผู้ป่วย อาจเกิดความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเรื่องยาโดยบุคลากรทางการแพทย์เหมือนผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ โดยการออกแบบระบบให้เอื้อต่อการป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้น ควรมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีความปลอดภัย โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicators) ตัวหนึ่งขององค์กร

จากการสำรวจของ American Society of Health-Society Pharmacist¹ รายงานว่ามากกว่าร้อยละ 95 ของโรงพยาบาลมีกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าชาวอเมริกันเป็นจำนวนไม่น้อยเสียชีวิตเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)² และทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายหลายพันล้านเหรียญสหรัฐ¹ ส่วนในประเทศไทยก็มีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ที่เกิดขึ้น เพื่อหาสาเหตุและพัฒนาวิธีการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การศึกษาเชิงระบบของความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า³ ในโรงพยาบาลเลย พบความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับต่างๆ อยู่เป็นประจำ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ก็มีการแก้ไขตามสภาพปัญหานั้นตลอดมา อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่มีการจัดประเภทความคลาดเคลื่อนและวิเคราะห์หาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การวางมาตรการในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย มีความสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความรุนแรง ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยจะนำผลการศึกษาที่ได้ ไปเป็นแนวทางในการป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย
2. เพื่อหาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความรุนแรง ประเภทของความคลาดเคลื่อน

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างเดือนตุลาคม 2557 – เดือนกันยายน 2558 นาน 12 เดือน ที่งานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย จากแบบบันทึกการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเทียบกับใบสั่งยา จัดกลุ่มความคลาดเคลื่อน และวิเคราะห์หาสาเหตุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และใบสั่งยา

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนต่อ 1,000 ใบสั่งยา)

นิยามศัพท์

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)⁴ หมายถึงเหตุการณ์ใดๆที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเกิดสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุม

ของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลัดกันที่สุขภาพ กระบวนการและระบบซึ่งรวมถึงการใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดตามยา การบรรจุยา

การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตามการใช้ยา และการใช้ยา

2. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ที่ไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยาได้แก่ ผิดชนิดยา ผิดรูปแบบยา ผิดความแรง ผิดขนาดยา ผิดวิธีการใช้ยา ผิดจำนวนยา ผิดคน จ่ายยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ จ่ายยาที่ไม่มีความจำเป็น เตรียมยาผิด เช่นการเจือจาง การผสมยา ฉลากยาผิด โดยเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น เมื่อมีการจ่ายยาออกจากห้องยาไปแล้ว

2.1 การจ่ายยาไม่ตรงกับผู้ป่วย (Wrong Patient Errors) หมายถึง การจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน

2.2 ฉลากยาคลาดเคลื่อน (Wrong Labelling Errors) หมายถึง การพิมพ์ชื่อผู้ป่วย วิธีใช้ คำแนะนำต่างๆฉลากยาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง

2.3 จ่ายยาผิดชนิด (Wrong Drug Errors) หมายถึงการจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดชนิดไปจากที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

2.4 จ่ายยาผิดความแรง (Wrong Strength Errors) หมายถึงการจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดความแรงไปจากที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

2.5 จ่ายยาผิดรูปแบบ (Wrong Dosage Form Errors) หมายถึงการจ่ายยาผิดรูปแบบไปจากที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

2.6 จ่ายยาผิดวิธีใช้ (Wrong Dosage Errors) หมายถึงการจ่ายยาผิดวิธีใช้ไปจากที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

2.7 จ่ายยาจำนวนไม่ถูกต้อง (Wrong Quantity Errors) หมายถึงการจ่ายยาผิดจำนวนไปจากที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

2.8 การจ่ายยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ หมายถึง การจ่ายยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

2.9 ผิดจำนวนยา จ่ายยาไม่ครบหรือเกินรายการ หมายถึงการจ่ายยาไม่ครบหรือเกินรายการไปจากที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

3. งานเภสัชกรรมบริการผู้ป่วยนอก หมายถึง การให้บริการจัดยา ตรวจสอบ จ่ายยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา คัดกรอง และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาเบื้องต้น ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวมถึงการดูแลความสอดคล้องต่อเนื่องของการใช้ยา แก่ผู้ป่วยนอก

4. ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง การจำแนกระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งได้ดังนี้

I ไม่มีความคลาดเคลื่อนทางยา

Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่จะทำให้ความคลาดเคลื่อนขึ้นได้

II มีความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ไม่เป็นอันตราย

Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่อันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่อันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ความคลาดเคลื่อนจะไปถึงผู้ป่วย

Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่อันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

III มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือ แก้ไขเพิ่มเติม

Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น

และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยฉวย

Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

IV มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

ผลการวิจัย

จากการทบทวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2558 (ระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558) พบความคลาดเคลื่อนซึ่งแบ่งตามขั้นตอนการจ่ายยาได้ดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescription error) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด จำนวน 221,153 ใบ

ประเภทความคลาดเคลื่อน	จำนวน	จำนวนครั้งต่อ
ความรุนแรงระดับ B	(ครั้ง)	1,000 ใบสั่งยา
-สั่งยาผิดวิธีใช้	100	0.4522
-สั่งยาผิดชนิด	16	0.0723
-สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้	7	0.0317
-สั่งยาผิดจำนวน	6	0.0271
-สั่งยาผิดรูปแบบ	5	0.0226
-ใบสั่งยาและแฟ้มประวัติผู้ป่วยไม่ตรงกัน	2	0.0090
-เขียนใบสั่งยาผิดคน	2	0.0090
-สั่งยาซ้ำรายการ	2	0.0090
-สั่งยาเกินขนาดสูงสุด (Max Dose)	2	0.0090
-ไม่ระบุวิธีใช้	2	0.0090
รวมรายการที่คลาดเคลื่อน	144	0.6509

จากตาราง 1 ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescription error) พบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดวิธีใช้มากที่สุด จำนวน 100 ครั้ง (0.4522 ครั้งต่อ 1,000 จำนวนใบสั่งยา) รองลงมาคือ สั่งยาผิดชนิด จำนวน 16 ครั้ง (0.0723 ครั้ง ต่อ

1,000 จำนวนใบสั่งยา) และมีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้จำนวน 7 ครั้ง (0.0317 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การสั่งใช้ยาผิดวิธีใช้มากที่สุด รองลงมาคือ การสั่งใช้ยาผิดชนิดและสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ ตามลำดับ

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผิดวิธีใช้จำนวน 100 ครั้ง มีสาเหตุมาจากความเร่งรีบในการสั่งใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก และการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ของแพทย์อาจสับสนเนื่องจากคีย์เวิร์ด (key word) ในการบันทึกข้อมูลมีจำนวนมาก และพบว่าความคลาดเคลื่อนนี้เกิดจากแพทย์เฉพาะทาง 63 ครั้ง และแพทย์ใช้ทุน 37 ครั้ง สาเหตุที่ความคลาดเคลื่อนของแพทย์เฉพาะทางเกิดมากกว่าแพทย์ใช้ทุน อาจมาจากแพทย์เฉพาะทางตรวจคนไข้มากกว่า และความชำนาญในการใช้คอมพิวเตอร์น้อยกว่าแพทย์ใช้ทุน จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดวิธีใช้มากกว่าแพทย์ใช้ทุน ส่วนความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผิดชนิด จำนวน 16 ครั้ง มีสาเหตุมาจากชื่อยามีความคล้ายคลึงกัน (Look a like sound a like) โดยขณะแพทย์บันทึกข้อมูล รายการยากับรายการหัตถการทางการแพทย์อื่นๆ จะแสดงขึ้นหน้าจอคอมพิวเตอร์ทั้งหมด โดยที่รายการยาในโรงพยาบาลมีมากกว่า 500 รายการ อาจทำให้แพทย์สับสนได้ ส่วนการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยานั้น เกิดจากแพทย์บางท่านที่ไม่ได้สั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้ระบบการแจ้งเตือน (Pop up alert) ไม่เกิดขึ้นขณะแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยดังกล่าว แต่ระบบจะแจ้งเตือนการแพ้ยา (Pop up alert) อีกครั้งที่ห้องยา เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องยาบันทึกข้อมูลยาที่แพ้จากใบสั่งยาลงคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้เภสัชกรจะปรึกษาแพทย์ผู้ตรวจรักษา ให้พิจารณาปรับเปลี่ยนยาเพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ กรณีนี้ความคลาดเคลื่อนยังไม่ไปถึงผู้ป่วย จึงจัดเป็นความรุนแรงระดับ B

2. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) จากใบสั่งยาทั้งหมด 221,153 ใบ

ประเภทความคลาดเคลื่อน	จำนวน(ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา
ความรุนแรงระดับ B		
I การจัดยา		
-จัดยาผิดชนิด	1,312	5.9725
-จัดยาผิดจำนวน	497	2.2473
-จัดยาไม่ครบรายการ	305	1.3791
-จัดยาผิดความแรง	240	1.0852
-จัดยาผิดรูปแบบ	52	0.2351
-จัดยาสลับซอง	11	0.0497
II การบันทึกถาดคอมพิวเตอร์		
-บันทึกไม่ครบรายการ	161	0.7280
-บันทึกผิดวิธีใช้	82	0.3708
-บันทึกผิดชนิด	55	0.2487
-บันทึกผิดจำนวน	36	0.1628
-บันทึกถาดยาผิดชื่อคนไข้	16	0.0723
-บันทึกผิดรูปแบบ	5	0.0226
-บันทึกผิดความแรง	3	0.0136
-บันทึกวันนัดฉีดยาผิด	2	0.0090
-ไม่บันทึก/ระบุวิธีใช้ยา	1	0.0045
III การตรวจสอบยา		
-ตรวจสอบยาผิดชนิด	149	0.6737
-ตรวจสอบยาผิดจำนวน	64	0.2894
-ตรวจสอบยาไม่ครบรายการ	59	0.2668
-ตรวจสอบยาผิดวิธีใช้	49	0.2216
-ตรวจสอบยาผิดความแรง	48	0.2170
-เอายาของคนอื่นใส่ถุงยาไปด้วย	15	0.0678
-ตรวจสอบถาดยาผิดชื่อคนไข้	13	0.0588
-ตรวจสอบยาผิดรูปแบบ	6	0.0271
-ตรวจสอบยาสลับซอง	5	0.0226
-ตรวจสอบยาซ้ำรายการ	3	0.0136
-ตรวจสอบวันนัดฉีดยาผิด	2	0.0090
-ตรวจสอบถาดยาที่แบ่งบรรจุผิดชนิด	2	0.0090
รวม	3,193	14.4421

จากตาราง 2 ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) พบว่า เกิดความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาผิดชนิด เป็นจำนวนมากที่สุด 1,312 ครั้ง (5.9325 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) รองลงมาคือ การจัดยาผิดจำนวน 497 ครั้ง (2.2473 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) และการจัดยาไม่ครบรายการที่แพทย์สั่งจำนวน 305 ครั้ง (1.3791 ครั้ง

ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดนี้เกิดจากชื่อหรือลักษณะยาที่คล้ายคลึงกัน (Look a like sound a like) (เสียงพ้องมองคล้าย) ทำให้การจัดยาเกิดความคลาดเคลื่อน ประกอบกับความเร่งรีบในการจัดยา โดยเฉพาะในช่วงเวลาเร่งด่วน (11.00 น. – 14.00 น.)

รวมความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ทั้งหมด 3,193 ครั้ง (14.4421 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) แต่เป็นความคลาดเคลื่อนที่เภสัชกรที่ตรวจจ่ายยา และเภสัชกรที่จ่ายยาตรวจพบก่อนความคลาดเคลื่อนจะไปถึงผู้ป่วย จึงจัดเป็นความรุนแรงระดับ B

3. ความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการจ่ายยา (dispensing error) ดังตาราง 3 เป็นความคลาดเคลื่อนที่ไปถึงผู้ป่วยแล้ว

ตาราง 3 ความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการจ่ายยา (dispensing error) จากใบสั่งยาทั้งหมด 221,153 ใบ

ประเภทความคลาดเคลื่อน	จำนวน(ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา
ความรุนแรงระดับ C		
-จ่ายยาไม่ครบรายการ	15	0.0678
-จ่ายยาผิดคน	10	0.0452
-จ่ายยาผิดจำนวน	7	0.0317
-จ่ายยาผิดชนิด	7	0.0317
-จ่ายยาถาดยาผิดชื่อผู้ป่วย	6	0.0271
-จ่ายยาผิดความแรง	5	0.0226
-จ่ายยาโดยเอายาคนอื่นใส่ถุงยาไปด้วย	3	0.0136
-นับวันฉีดยาผิด	2	0.0090
-จ่ายยาสลับคน	1	0.0045
-จ่ายยาผิดรูปแบบ	1	0.0045
ความรุนแรงระดับ D		
-จ่ายยาผิดชนิด	6	0.0271
-จ่ายยาผิดวิธีใช้	2	0.0090
-จ่ายยาไม่ครบรายการที่สั่ง	1	0.0045
ความรุนแรงระดับ C		
-จ่ายยาผิดชนิด	2	0.0090
รวม	68	0.3073

จากตาราง 3 พบว่ามีความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (dispensing error) ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับความรุนแรงระดับ C คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่า ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว เกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่งจำนวน 15 ครั้ง (0.0678 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) รองลงมาคือ การจ่ายยาผิดคนจำนวน 10 ครั้ง (0.0452 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) และการจ่ายยาผิดจำนวนและการจ่ายยาผิดชนิด อย่างละ 7 ครั้งเท่ากัน (0.0317 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากบุคลากรขาดความรอบคอบไม่มีสมาธิขณะทำงาน ขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยขาดประสบการณ์ในการทำงานและลักษณะของยาคคล้ายคลึงกัน (look a like sound a like) จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้

ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาที่ระดับ D พบว่า มีการจ่ายยาผิดชนิดจำนวน 6 ครั้ง (0.0271 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) รองลงมาคือ การจ่ายยาผิดวิธีใช้ 2 ครั้ง (0.0090 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) และการจ่ายยาไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่งจำนวน 1 ครั้ง (0.0045 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากลักษณะยาคคล้ายคลึงกัน (Look a like Sound a like) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ระดับความรุนแรงเกรด D จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือไม่ ส่วนการจ่ายยาผิดวิธีใช้ 2 ครั้งนั้น มีสาเหตุมาจากการบันทึกข้อมูลยาลงในคอมพิวเตอร์ของเจ้าหน้าที่ห้องยาอ่านลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน ประกอบกับเภสัชกรที่ตรวจสอบยาและเภสัชกรที่จ่ายยา เกิดความผิดพลาดในตนเอง (Human error) ทำให้ความคลาดเคลื่อนนั้นไปถึงผู้ป่วย ส่วนการจ่ายยาไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่งที่เกิดขึ้น 1 ครั้งนั้น มีสาเหตุมาจากเภสัชกรที่จ่ายยาทำยาตกหล่นที่เคาน์เตอร์จ่ายยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไปไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่ง ส่วนกระบวนการในการทำงานของงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกนั้นจะบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์โดยเจ้าพนักงาน

เภสัชกรรมและจัดยาโดยเจ้าหน้าที่ห้องยาและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมส่วนการตรวจสอบยาและการจ่ายยานั้นจะเป็นหน้าที่ของเภสัชกร ซึ่งทุกคนจะทำงานแบบตรวจสอบซึ่งกันและกัน (Double check) เพื่อลดและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนที่ความรุนแรงระดับ E เกิดจากการจ่ายยาผิดชนิด จำนวน 2 ครั้ง (0.0090 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ซึ่งมีสาเหตุจากลักษณะยาคคล้ายคลึงกัน โดยมีการจ่ายยาเม็ด prednisolone 5 mg เป็นยาเม็ด Lasix (40 mg) 1 ครั้ง ซึ่งลักษณะยาเป็นเม็ดสีขาวกลมขนาดใกล้เคียงกันส่วนอีกความคลาดเคลื่อนหนึ่งนั้นจะเป็นการจ่ายยาเม็ด Neotigason จ่ายเป็นยาเม็ด Lamisil ซึ่งยาทั้ง 2 ชนิดนี้จะบรรจุอยู่ในกล่องยาคคล้ายคลึงกัน จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นจัดเป็นระดับความรุนแรงเกรด E ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม จำเป็นต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ ซึ่งพบว่าลักษณะยาคคล้ายคลึงกันมาก ทำให้เกิดความสับสนได้สำหรับกระบวนการของการทำงานนั้นสามารถเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการทำงาน อาจเริ่มจากการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ของแพทย์, เจ้าหน้าที่ห้องยาและกระบวนการของการจัดยา, เภสัชกรที่ตรวจสอบยา และเภสัชกรที่จ่ายยา โดยงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก ได้ให้มีกระบวนการทำงานแบบตรวจสอบซึ่งกันและกัน (Double check) เพื่อลดและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

สรุปผล และวิจารณ์ผล

จากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น จะแบ่งความคลาดเคลื่อนทางยาออกเป็น 3 กลุ่มคือ ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ (Prescription error) ซึ่งพบว่าความคลาดเคลื่อนจากการที่แพทย์สั่งใช้ยาผิดวิธีใช้พบมากที่สุด ซึ่งอาจจะเกิดจากแพทย์มีความสับสนในการบันทึกข้อมูลยาลงในคอมพิวเตอร์หรือตรวจคนไข้มากเกินไป ทำให้สับสน ในการบันทึกข้อมูล จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้ ส่วนความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผิดชนิดจำนวน 16 ครั้งนั้นมีสาเหตุมาจากชื่อยามีความคล้ายคลึงกัน

(Look a like sound alike) และรายการยาของโรงพยาบาลมีมากกว่า 500 รายการอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้ ส่วนการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาแล้วนั้น เกิดจากยังมีแพทย์บางท่านที่ยังไม่ได้สั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้ระบบการแจ้งเตือน (Pop up alert) ไม่เกิดขึ้นขณะที่แพทย์สั่งยาให้กับผู้ป่วยแต่ระบบก็จะแจ้งเตือนอีกครั้งที่ห้องยา เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องยابันทักข้อมูลยาจากใบสั่งยาลงในคอมพิวเตอร์เมื่อพบการแจ้งเตือนผู้ป่วยแพ้ยาเภสัชกรจะปรึกษาแพทย์ผู้ตรวจรักษาให้พิจารณาปรับเปลี่ยนยาเพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำแต่ความคลาดเคลื่อนเหล่านี้จะถูกตรวจสอบโดยเภสัชกรก่อนที่ยาจะไปถึงผู้ป่วย ดังนั้นจึงเป็นความรุนแรงระดับ B สำหรับความคลาดเคลื่อน

ก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย ที่เกิดมากที่สุดคือ การจัดยาผิดชนิด ซึ่งก็จะพบว่าสาเหตุเกิดจาก ลักษณะยาคลายคลึงกัน (Look a like sound a like) ทำให้เกิดความสับสนประกอบกับความเร่งรีบในการปฏิบัติงานในช่วงเวลาเร่งด่วน (11.00-14.00น) และมีบางเดือน (ธันวาคม - มกราคม) ที่มีความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเป็นเดือนที่งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกรับนักศึกษาฝึกงานซึ่งยังไม่มี ความคุ้นเคยกับลักษณะยาของโรงพยาบาลเลย และ นักศึกษาฝึกงานก็ยังขาดประสบการณ์ในการทำงาน จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเพิ่มมากขึ้นได้ อย่างไรก็ตามยังเป็นความคลาดเคลื่อนระดับ B ซึ่งเภสัชกรจะตรวจพบก่อนที่ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วย ส่วนความคลาดเคลื่อนจากการกระบวนการจ่ายยา (Dispensing error) เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น และไปถึงผู้ป่วยแล้ว ได้ระดับความรุนแรงจาก C ถึง E ที่พบโดยระดับ C เป็นระดับที่ยังไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งพบมากที่สุดคือ การจ่ายยาไม่ครบตามรายการที่แพทย์สั่ง รองลงมาคือการจ่ายยาผิดคน ซึ่งมีสาเหตุมาจาก บุคลากรขาดความรอบคอบในการปฏิบัติงานและขาดสมาธิขณะปฏิบัติงาน (Human error) ส่วนความคลาดเคลื่อนระดับ D นั้น

เป็นระดับความรุนแรงที่ความคลาดเคลื่อนไปถึงผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม ที่พบมากที่สุด คือ จ่ายยาผิดชนิด ซึ่งมีสาเหตุมาจากลักษณะยาคลายคลึงกัน (Look a like sound a like) ส่วนความคลาดเคลื่อนระดับ E พบว่าเกิดขึ้น 2 ครั้ง คือ จ่ายยาผิดชนิด มีสาเหตุมาจากลักษณะยาคลายคลึงกัน โดยทางงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ได้ให้มีการปรับเปลี่ยนฉลากแบ่งบรรจุยาโดยให้มีฉลากแบ่งบรรจุยาของยาเม็ด Prednisolone เป็นสีที่มีความแตกต่างจากของยาเม็ด Laix 40 mg คือปรับเปลี่ยนฉลากแบ่งบรรจุยาให้มีความแตกต่างกัน ทำให้สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาในยาคุ่นี้ลงได้

จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนการจ่ายยาโดยบุคลากรในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก สรุปได้ว่า มีสาเหตุ 3 ด้าน คือ

1. ด้านบุคลากร อาจเนื่องจากลายมือแพทย์อ่านยาก หรือไม่ชัดเจน ทำให้การพิมพ์ฉลากยาคลาดเคลื่อน ซึ่งได้ปรับปรุงระบบจากการที่แพทย์สั่งยาด้วยการเขียนใบสั่งยา มาเป็นการบันทึกข้อมูลยาลงคอมพิวเตอร์โดยแพทย์ ทำให้ชื่อยาชัดเจนขึ้น แต่ยังมีแพทย์บางท่านยังไม่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสั่งใช้ยา ซึ่งเป็นส่วนน้อย

2. ด้านกระบวนการทำงาน อาจมีสาเหตุจากภาระงานที่มากเกินไป ความเร่งรีบในเวลาเร่งด่วน (11.00 ถึง 14.00 น.) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การใช้คำย่อที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงในการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาลเลย ดังนั้นงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกจึงได้กำชับให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานให้เพิ่มความระมัดระวังในการจัดยาและตรวจสอบยาซ้ำก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และให้ทุกคนทำงานแบบตรวจสอบซึ่งกันและกัน (Double check)

3. ด้านยา มีสาเหตุจากชื่อยา หรือลักษณะเม็ดยา และกล่องบรรจุยาคลายคลึงกัน (Look a like sound a like) (ชื่อยาหรือลักษณะคล้าย) จึงทำให้เกิดความสับสนในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการจ่ายยา

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภทต่างๆ ของความคลาดเคลื่อนและระดับความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยสามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเลย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำเฉพาะงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาค้างต่อไป ควรจะมีการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยในด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ทั้งระบบยาของโรงพยาบาล จากการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีข้อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ ได้ดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ (Prescribing error) มีแนวทางในการป้องกันดังนี้

- ขอความร่วมมือจากแพทย์ในการเขียนใบสั่งยาให้ชัดเจนโดยการกำหนดให้ใช้ชื่อยาเป็นชื่อสามัญ (Generic name)

- แพทย์สั่งยาด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อลดปัญหาจากลายมือแพทย์ที่ไม่ชัดเจน

- ขอความร่วมมือให้แพทย์ใช้คำย่อให้เป็นไปตามข้อตกลงในการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล

- ชื่อยาที่เป็นชื่อพ้องมองคล้าย (Look a like sound a like) ได้ทำการปรับที่คีย์เวิร์ด (key word) ที่ฉลากยาเพื่อให้ดูแตกต่าง

- สรุปรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ (Prescription error) ผ่านระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลและผ่านองค์กรแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทราบถึงความคลาดเคลื่อนของตนเอง เพื่อแพทย์จะได้ตระหนักถึงความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

2. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-

dispensing error) มีแนวทางในการป้องกันดังนี้

- กำหนดชื่อยาชื่อพ้องมองคล้าย (Look a like sound a like) ที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังของโรงพยาบาล

- ปรับคำสำคัญ (key word) ในการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ให้มีความแตกต่าง

- ปรับฉลากยาให้เห็นความแตกต่างเป็น Tall man Letter และทำตัวอักษรพิมพ์ใหญ่ พิมพ์เล็ก เพื่อให้เห็นความแตกต่าง

- ปรับตำแหน่งการจัดเรียงยา โดยจัดเรียงยาเป็นกลุ่มตามการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (Pharmacology) และอาจสลับตำแหน่งในกลุ่มนั้น ๆ หากพบว่ามีชื่อยาในกลุ่มนั้นๆ เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำบ่อยๆ

- เพิ่มความระมัดระวังในการจัดยา และการตรวจสอบยาซ้ำก่อนจ่ายยา

- ประสานงานกับงานบริหารเวชภัณฑ์ในการสั่งชื่อยาที่มีลักษณะยาที่แตกต่างกัน มาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในเรื่องชื่อยาและลักษณะยาที่คล้ายคลึงกัน (Look a like sound a like)

3. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) มีแนวทางในการป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ดังนี้

- สรุปความคลาดเคลื่อนทางยาประจำเดือนและประชุมชี้แจงอุบัติการณ์ของการเกิดและหาสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการป้องกัน และเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตรวจสอบซึ่งกันและกัน (Double check) จนเสร็จสิ้นกระบวนการของการจ่ายยา

- ยาคุไหนที่เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำบ่อยๆ จะทำสัญลักษณ์เพื่อให้เห็นความแตกต่างของยา

- เพื่อเป็นมาตรฐานในการจ่ายยา เภสัชกรทุกคนที่จ่ายยาจะต้องใช้คำถาม Prime question กับผู้ป่วยเสมอ (Prime question คือการซักถาม ชื่อ-สกุลผู้ป่วย, ประวัติการแพ้ยา, ทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

- จัดอบรมให้ความรู้เรื่องยาและชี้แจง

แนวทางในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน เพื่อให้เกิดทักษะในการทำงาน

- จัดให้เจ้าหน้าที่ห้องยาและเภสัชกรเข้าร่วมประชุมวิชาการทั้งในหน่วยงานจัดเองและนอกหน่วยงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ

- จัดสถานที่ตรวจสอบยาและดใช้โทรศัพท์มือถือ เพื่อให้เภสัชกรมีสมาธิขณะทำงาน

4. ธิดา นิงสานนท์, มังกร ประพันธ์วัฒนะ, นนทรรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์. ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนทางยาต่อระบบการดูแลสุขภาพ. ใน: ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬารัตนพล, ปรีชา นนทกานติกุล, บรรณาธิการ. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน; 2548.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและความอนุเคราะห์จาก นายแพทย์ปราโมทย์ บุญเจียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณนายสมพงษ์ แสนประสิทธิ์ เภสัชกรสุพล ชัยชูสอน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรหญิงจิตติมา วุฒิอิน คุณวนิดา เคนทองดี และบุคลากรที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือ ความอนุเคราะห์ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษานี้ ผู้วิจัยอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Michelle M. and Thoma, Pharm., ASHP Statement on the Pharmacist's Role in medication Reconciliation. Medication Therapy and Patient Care Specific Areas- statement 2012. 10:303-305.

2. Bond CA, Raehl CL and Frank T. Medication errors in United States hospitals. Pharmacotherapy 2001;21(9): 1023-36.

3. จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, มณฑิพย์ รัชจวิจิน, อัญชลี บำรุงวงศ์พัฒน์, อัญชลี บริบูรณ์เวช. การศึกษาเชิงระบบของความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2548 ;22 (1): 5-19.