

สรุปผล และ ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาแต่ละประเภทมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการทำงานของบุคลากรต่างๆ เช่น ถ้าฝ่ายเภสัชกรรมจ่ายยาผิด ก็มีโอกาสสูงที่พยาบาลจะบริหารยานั้นผิดไปด้วย ขณะเดียวกันการสั่งใช้ยาที่มีความคลาดเคลื่อนก็จะนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้เช่นกัน ดังนั้นการแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ควรจะถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกฝ่ายที่มีส่วนในการทำงานเกี่ยวกับยา ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนหรือขบวนการใดๆในการรักษาก็ตาม ร่วมกันแก้ไขและป้องกัน

ความสำคัญของปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในปัจจุบันนี้ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรไม่ว่าจากวงการสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลหรือจากกระทรวงสาธารณสุข สังเกตได้จากยังไม่มีมาตรการหรือวิธีการใดๆเป็นการเฉพาะในการป้องกันการเกิด หรือประเมินสถานการณ์ของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น หรือกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงไว้ให้แน่นอน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับอัตราการเกิด สาเหตุการเกิด ความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และวิธีการในการป้องกันความคลาดเคลื่อนเท่าที่ควร

เป็นที่ยอมรับกันว่า ระบบการจ่ายยาแบบยูนิตาดีส์มีส่วนในการเพิ่มค่าใช้จ่าย หรือเพิ่มจำนวนคนในการปฏิบัติงานของฝ่ายเภสัชกรรม แต่เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และความสะดวกในการจัดหาบุคลากรมาทำงาน เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการจ้างพยาบาล และการมีจำนวนจำกัดของพยาบาลที่ผลิตได้ต่อปีแล้ว ระบบยูนิตาดีส์สามารถลดเวลาการทำงาน of พยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (26) ทำให้พยาบาลลดเวลาการทำงานที่เกี่ยวกับยาลงได้ประมาณร้อยละ 50 และสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้อย่างมีนัยสำคัญ

เช่นกัน ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการจ้างเจ้าหน้าที่ห้องยาเพิ่มขึ้นนี้ เป็นสิ่งที่น่าจะคุ้มค่าในการลงทุน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

ก. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อบกพร่องที่ควรคำนึง สำหรับผู้ที่จะเอาผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. การเก็บและประเมินความคลาดเคลื่อนในการส่งยาครั้งนี้

มีข้อจำกัดที่จะมีผลต่อข้อมูลที่ได้หลายประการ เช่น

-การประเมินขนาดยา ยาที่จะมีปฏิกิริยาระหว่างกัน ฯลฯ ด้วยตัวบุคคล อาจได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เท่ากับการศึกษาในต่างประเทศอื่นๆ ที่ประเมินโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของทรัพยากร

-ประสบการณ์การเก็บข้อมูลของเภสัชกรที่เก็บข้อมูลก็จะมีผลต่อการเก็บข้อมูลได้เช่นกัน

-การเก็บข้อมูลโดยอาศัยผู้เก็บข้อมูลหลายคน อาจมีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือผิดพลาดได้ง่าย

2. ข้อจำกัดในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหาร

ยาทางสถิติ ระหว่างหอผู้ป่วยที่ใช้ระบบการกระจายยาแบบเดิมและหอผู้ป่วยที่มีการใช้ระบบการกระจายยาแบบยูนิโตซิส คือ การที่จะมีความแตกต่างของหอผู้ป่วยแต่ละหอ ทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วย จำนวนเจ้าหน้าที่ จำนวนยาที่จะบริหาร ฯลฯ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลศรีสะเกษไม่เคย

เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ก่อนที่จะเริ่มระบบการกระจายยาแบบยูนิตาดีสมา ก่อนเลย ดังนั้นข้อมูลที่จะเปรียบเทียบนี้ก็จะ เป็นข้อมูลหลังจากที่มีการปรับปรุงระบบแล้ว เท่านั้น และก็ไม่สามารถเลือกหผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันที่สุดทั้งในแง่ประเภทผู้ป่วย_ จำนวน เจ้าหน้าที่ จำนวนผู้ป่วย ฯลฯ ได้ เนื่องจากหผู้ป่วยหลักที่ไม่ได้ใช้ระบบยูนิตาดีสขณะนี้ มีเพียง หผู้ป่วยศัลยกรรม และ หผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เท่านั้น

3. การเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโดยใช้ผู้เก็บข้อมูลคนเดียว ตลอดการวิจัย อาจจะมีข้อดีที่มมีความแตกต่างของผู้เก็บข้อมูลในแต่ละระบบ แต่ก็มีข้อเสียที่ การเก็บข้อมูลครั้งนี้เก็บข้อมูลติดต่อกัน 7 วัน ระหว่างเวลา 5.00 - 17.00 น. ซึ่งจะเป็น ผลให้ผู้เก็บข้อมูลอ่อนล้าและ เกิดข้อผิดพลาดในการเก็บข้อมูลได้ แม้ว่าผู้วิจัยจะได้รับคำแนะนำ และฝึกอบรมมาอย่างดีในการเก็บข้อมูลและ เว้นช่วงพักผ่อนในการเก็บข้อมูลระหว่างหก็ตาม

4. การที่ผู้ถูกสังเกตอาจจะรู้ถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ เนื่องจากมีการเตือนจากผู้เก็บข้อมูลในกรณีที่พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่เห็นได้ชัดเจน (potential error) อาจจะทำให้ผู้ถูกสังเกตระมัดระวังในการทำงานมากขึ้น อัตราความคลาดเคลื่อนที่ได้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงได้

5. การที่จะตัดสินว่าลักษณะอย่างใดบ้างที่จะนับว่าเป็นความคลาดเคลื่อนในการใช้ ยาเกิดขึ้น ถ้าดำเนินการในรูปคณะกรรมการ อาจให้ความแม่นยำกว่า โดยกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินการสั่งใช้ยานลักษณะการประเมินการใช้ยา และทำการสุ่มตรวจสอบเป็นครั้งคราว เนื่องจากเป็นภาระสูงถ้าผนวกกับการบริการทั่วไป

ข. ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาที่พบ

1. เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

1.1 ควรหากลยุทธ์ให้แพทย์ เข้าใจในการปฏิบัติงานเป็นทีม การตรวจสอบ



ความถูกต้องเหมาะสมที่สั่งซ้ำโดยเภสัชกร การสอบถามข้อมูลการสั่งยาโดยเภสัชกร เป็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นการเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เป็นการ จับผิดการทำงาน ความผิดพลาดในการทำงานเป็นสิ่งที่เป็นไปได้และเป็นสิ่งปกติในการทำงาน ทุกประเภทของบุคคลทุกคน

1.2 การนำระบบการทำงานที่ก่ประวัติดการใช้จ่ายของผู้ป่วยโดยเภสัชกร เป็น เครื่องมือที่สามารถช่วยในการแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งซ้ำยาได้ ดังนั้น ระบบการทำงานเช่นนี้ นำที่เภสัชกรโรงพยาบาลทุกท่านจะให้ความสำคัญนำไปปฏิบัติและ ทดลองใช้ตลอดจนหาวิธีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

1.3 ความคลาดเคลื่อนที่พบส่วนใหญ่ อาจดำเนินการแก้ไขโดยเภสัชกร จึง ควรกำหนดนโยบายรองรับการปฏิบัติโดยระบุสิ่งที่เภสัชกรสามารถปฏิบัติได้ในระดับต่างๆ เช่น การเปลี่ยนเวลาการบริหารยาที่มีการเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันได้โดยไม่ต้องแจ้งแพทย์ในยา บางรายการ บางรายการให้แจ้งแพทย์ภายหลัง หรือบางรายการต้องได้รับความเห็นชอบก่อน เปลี่ยนแปลง ฯลฯ

2. เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

มีข้อเสนอแนะต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งงานการปฏิบัติงาน และนโยบายของ หน่วยงาน ในการลดหรือป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาดังนี้

2.1 ระบบการทำงาน

2.1.1 ควรจัดทำมีระบบการตรวจสอบการลงข้อมูลในบันทึกประวัติ การใช้จ่ายของผู้ป่วยซ้ำ

2.1.2 ควรมีการเลือกชื่อผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะภายนอกต่างกัน เห็นได้ชัด

- 2.1.3 ควรมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะภายนอกยาที่ผลิตขึ้นในตัวเอง ไม่ว่าจะ เป็นสีของยาหรือฉลากยา ไม่ให้มีลักษณะและสีที่คล้ายกัน
- 2.1.4 ความผิดพลาดส่วนใหญ่เป็นความผิดพลาดส่วนบุคคล จึงควร กำหนดระบบตรวจสอบและการมีนโยบายที่แน่นอนชัดเจนในการประเมินความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้เป็นประจำทั้ง การประเมินโดยฝ่ายเภสัชกรรมเอง หรือการประเมินจากรายงานของพยาบาลที่พบความคลาดเคลื่อน ตลอดจนหาวิธีการลดและป้องกันความคลาดเคลื่อนให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดในลักษณะการประกันคุณภาพงานบริการ
- 2.1.5 ระบบการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของยาที่แบ่งบรรจุ ควรได้รับการกำหนดเป็นนโยบายและมีวิธีการปฏิบัติที่แน่นอนชัดเจน สำหรับโรงพยาบาลที่จะนำระบบยูนิตาเคิลส์ไปใช้
- 2.2 การจัดหาหี้อุปกรณ์ที่เหมาะสม และจำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องแบ่งบรรจุยาเม็ด เป็นต้น ซึ่งการแบ่งบรรจุยาโดยใช้ซองยาแบบโอสในการบรรจุยาเม็ด เมื่อประเมินในแง่ค่าใช้จ่าย ความถูกต้องแม่นยำ ความสมบูรณ์ของฉลากยาที่จะได้ความคงตัวของยาที่ได้ การสามารถนำยาที่เหลือจากตักผู้ป่วยกลับมาใช้ได้อีกถ้ายังไม่ได้เปิดใช้ ลดการสูญเสียได้ ตลอดจนการประหยัดเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่ห้องยาที่มีอยู่อย่างจำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับการจัดซื้ออุปกรณ์บรรจุยาแบบแบ่งบรรจุในแผงพลาสติกหรือออลูมิเนียมแล้ว ความคุ้มค่าในการใช้เครื่องมือดังกล่าว น่าจะคุ้มค่าในการลงทุนมากกว่าการแบ่งบรรจุด้วยมือโดยใช้ซองพลาสติก
- 2.3 การจัดสรรบุคลากรให้มีจำนวนที่เหมาะสมกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น เมื่อจ่ายยาแบบยูนิตาเคิลส์ในหอผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

- 2.4 การจัดทำมีเกล็ชกรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากจะแก้ปัญหาการจ่ายยาผิดแล้ว ยังช่วยจัดยาในระบบยูนิตาใต้สบริการหลังเวลาราชการได้ ซึ่งจะเป็นการลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้ส่วนหนึ่งด้วย
- 2.5 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เรื่องยา ให้เห็นความสำคัญของการตรวจสอบยาก่อนจ่าย ความสำคัญที่จะต้องพยายามจ่ายให้ถูกต้องร้อยละร้อย
- 2.6 การเปิดบริการงานผสมและแบ่งบรรจุยาชนิด เพื่อความสมบูรณ์ของระบบยูนิตาใต้ส การประหยัดค่าใช้จ่าย ลดการสูญเสียยา และเพิ่มความถูกต้องในการบริหารยา และประการสำคัญคือเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านยา

3. เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อที่จะป้องกันให้ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเกิดให้น้อยลง ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษน่าจะทำได้ในขั้นต้นนี้ เช่น

3.1 การมีข้อปฏิบัติและนโยบายที่ชัดเจนของโรงพยาบาลในการควบคุมให้ยาสำรองของผู้ป่วยให้มีเฉพาะยาที่เป็นยาฉุกเฉินและในปริมาณที่จำกัดเท่านั้น ยาทุกอย่างที่จะบริหารให้ผู้ป่วยยกเว้นยาฉุกเฉินต้องได้รับการตรวจสอบและจ่ายมาจากห้องยาเท่านั้น จะมีส่วนช่วยในการลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้อย่างมาก

3.2 การจัดทำคู่มือและขั้นตอนการทำงานต่างๆในระบบยูนิตาใต้สของบุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การสั่งยาของแพทย์ที่ต้องเขียนสั่งหยุดใช้ยาในใบสั่งยาที่สอดคล้องกระดาษคาร์บอนไว้แล้วเท่านั้น การตรวจสอบยาซ้ำของพยาบาลและเมื่อตรวจสอบแล้วถ้าพบข้อคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาต้องทำอย่างไร ทั้งการรายงานและการประเมินความถูกต้องอีกครั้ง

จากคำสั่งแพทย์โดยตรง ฯลฯ เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรจะทำและสามารถทำได้โดยไม่ยากนัก

3.3 การชี้แจงให้แพทย์และพยาบาลและบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องให้เห็นความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาประเภทอื่นๆ เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขร่วมกัน ตลอดจนการสนับสนุนจากส่วนกลางในการประสานงานต่างๆ และให้เป็นการปฏิบัติโดยทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศด้วย

3.4 การปรับปรุงการจัดเวลาลงพักกลางวันของแต่ละหอผู้ป่วยให้เป็นลักษณะเดียวกัน ที่จะต้องมีพยาบาลคอยรับผิดชอบในการบริหารยาผู้ป่วย เวลา 12.00 น. รวมทั้งการปรับเปลี่ยนเวลาการบริหารยาชนิดวันละครั้งที่กำหนดไว้ที่เวลา 9.00 น. ให้มาบริหารยาในเวลาตรงกับการบริหารยาอื่นๆ เช่น เปลี่ยนเป็นเวลา 6.00 น. หรือ 12.00 น. แทน

3.5 การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาให้แก่พยาบาล เช่น ยาใดสามารถให้ร่วมกันทางสาย 3 ทาง ได้ ปริมาตรสุดท้ายของยาชนิดที่ผสมเสร็จแล้วหรือปริมาตรของน้ำกลั่นที่ถูกต้องที่ใช้ในการผสมยาชนิดต่างๆ ฯลฯ หรือทำตารางข้อมูลเหล่านี้ประจำไว้บนหอผู้ป่วย

การชี้แจงให้พยาบาลเห็นความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ที่อาจจะเกิดขึ้น และเน้นให้ปฏิบัติงานตามขั้นตอนในการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น การขานชื่อผู้ป่วยก่อนบริหารยา เป็นต้น

3.6 การหาวิธีการแจ้งนโยบายเกี่ยวกับยาต่างๆให้พยาบาลและแพทย์ทราบอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รวมถึงการบูรณาการบุคลากรใหม่ นอกจากนี้ควรมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบและถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3.7 การปรับปรุงการแจ้งบรรจยาแบบยูนิคส์ให้ผู้ใช้ข้อมูลของฉลากยา

สมบูรณ์ เช่นวันที่หมดอายุของยา และขยายให้ครอบคลุมยาฉีด และยาชนิด ซึ่งเป็นรูปแบบของยาที่มีโอกาสจัดยาผิดพลาดได้ง่าย

3.8 การผลิตยาที่ไม่ให้สียา หรือฉลากคล้ายกัน ตลอดจนการเลือกชื่อยาที่ไม่มีลักษณะและสีของยาค่อยๆ กันเป็นต้น เช่นยา Ampicillin inj. 1 กรัม และ 500 มก. ของบางบริษัท ที่มีลักษณะและสีของฉลากยาเหมือนกันมาก ทำให้พยาบาลหยิบยาเหล่านี้ผิดได้ง่าย เป็นต้น หรือถ้าจำเป็นต้องมียาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันดังกล่าวไว้ชื่อยู่ ก็ต้องแนะนำให้จัดเก็บยาเหล่านี้ให้ห่างกัน หรือทำฉลากใหม่ให้เด่นชัด

3.9 การจัดทำมีระบบหรือคณะกรรมการในการติดตาม และประเมินความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ตลอดจนการวางแผนแก้ไขและป้องกันให้ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นให้น้อยที่สุดในหอผู้ป่วยต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพงานบริการ

การปรับปรุงความถูกต้องของขั้นตอนการใช้ยาทุกขั้นตอน เช่น การจ่ายยา ดังข้อเสนอแนะที่ผ่านมา เพราะว่าการจ่ายยาที่ผิดก็ยังคง เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้เช่นกัน

3.10 การนำระบบการผสมและแบ่งบรรจุยาฉีดมาใช้ก็จะมีส่วนทั้งในแง่การประหยัดค่าใช้จ่ายยาและลดการสูญเสียยา และสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการผสมยาผิดการคำนวณผิดได้ด้วย

3.11 ข้อเสนอแนะในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาอื่นๆ มีดังที่ได้เสนอไว้ในส่วนของภาคผนวกแล้ว

4. เกี่ยวกับการวิจัยต่อไป

ยังมีงานวิจัยอีกหลายประการที่น่าที่จะมีการวิจัยต่อ เนื่องจากการที่มีการนำระบบยูนิตาดีส์มาใช้ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในบางลักษณะนี้ เช่น

- 4.1 การศึกษาในประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเทียบกับการลงทุน เรื่องค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนไปทั้งในแง่ต่อผู้ป่วย และต่อโรงพยาบาลเอง เมื่อกำหนดใช้การกระจายยาแบบยูนิตาดีส์
- 4.2 การนำข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาทั้ง 3 ประเภท ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไปใช้ในการปรับปรุงระบบ เพื่อหาแนวทางในการลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา เป็นต้น
- 4.3 ผลกระทบของระบบยูนิตาดีส์ต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและเวลาในการทำงานของพยาบาลและกลุ่มงานเภสัชกรรม
- 4.4 ความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อระบบ
- 4.5 การวิจัยเพื่อพิสูจน์ว่า ระบบการกระจายยาแบบยูนิตาดีส์หรือการสร้างระบบการกระจายยาที่เหมาะสมกับการใช้ในโรงพยาบาลในประเทศไทยที่จะสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดเวลาการทำงานของพยาบาล ตลอดจนการลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาลได้หรือไม่เท่าใดและอย่างไร เป็นต้น เช่นโดยการทดลองแบบก่อนและหลังการทดลอง เป็นสิ่งที่น่าจะทำได้ ไม่ว่าในโรงพยาบาลศรีสะเกษโดยการทดลองในหอผู้ป่วยที่เหลือ หรือในโรงพยาบาลอื่นๆ
- 4.6 การออกแบบใบสั่งยาที่ทำให้แพทย์สั่งยาแยกออกจากการสั่งการรักษาอื่นๆ และ

ศึกษาด้านความยอมรับของแพทย์ เวลาในการปฏิบัติงานของแพทย์และ
ประโยชน์ในการทำงานเทียบกับแบบเดิม

5. เกี่ยวกับการแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในระดับประเทศ

5.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากส่วนกลางในการจัดทำระบบยูนิตาดีส์สำหรับ

สมบูรณ์ เช่น การเปิดบริการผสมและแบ่งบรรจุยาฉีดจากฝ่ายเภสัชกรรมจุดเดียวสำหรับทั้ง
โรงพยาบาล การจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีราคาแพง เช่น เครื่องแบ่งบรรจุยาเม็ดโดยแผ่นอลูมิเนียม
 ฯลฯ ก็จะมีผลดีต่อผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาวิชาชีพของเภสัชกรให้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
รวมทั้งอัตราค่าจ้างที่เป็น

5.2 การมีหน่วยงานเป็นส่วนกลางที่จะคอยรับรายงาน ประเมินปัญหา

แก้ไข และ ป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาซ้ำขึ้นอีกในระดับประเทศ
ก็จะเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการของรัฐได้อีกระดับหนึ่ง

5.3 สถาบันการศึกษา ควรมีบทบาทในการฝึกสอนนักศึกษาให้มีความรู้เกี่ยว

กับการทบทวนใบสั่งยา และการประเมินความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาด้วย เพื่อให้
เภสัชกรมีความรู้และความชำนาญที่เพียงพอในการให้ความรู้แก่แพทย์ และเป็นที่ยอมรับจาก
วิชาชีพอื่นๆ เนื่องจากงานของเภสัชกรในส่วนนี้สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น จากการใช้ข้อมูลใน
บันทึกประวัติการรักษาดังที่ใช้นในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

5.4 การมีนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้ความสำคัญ

ของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล การให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
ของในขบวนการรักษาพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และการ
กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาทุกประเภทของโรงพยาบาลไว้ใน
มาตรฐานงานในระบบ พบส. ก็จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการรักษาพยาบาล
ได้

สรุป

ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ 3 ประเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และเพื่อเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของหอผู้ป่วยที่ใช้ระบบการกระจายยาแบบเดิมและแบบยูนิตาไรส์ ในระหว่างเดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2536

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจทันทีจากใบสั่งยาที่ส่งมา เบิกยาที่ห้องยา และการประเมินข้อมูลย้อนหลังในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาร้อยละ 2.7 แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นความคลาดเคลื่อนที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงต่อผู้ป่วย แต่บางส่วนของความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาประเภทสั่งใช้ยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน จะก่อให้เกิดผลการรักษาที่เปลี่ยนแปลงและอาจทำให้ต้องมีการรักษาเพิ่มเติม หรือทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาพยาบาลนานขึ้น

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจและไม่ได้ปิดบังวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาตั้งแต่ร้อยละ 0.91 ถึงร้อยละ 6.02 ในแต่ละหอผู้ป่วย ในการเก็บข้อมูล 14 วันในแต่ละหอ และการศึกษายังทำให้ทราบถึงสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาคด้วย

โดยสรุปแล้วความคลาดเคลื่อนและสาเหตุความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่พบสามารถหาวิธีป้องกัน และแก้ไขได้ เช่น การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับยา การจัดระบบตรวจสอบข้อมูลการลงประวัติการใช้ยาผู้ป่วยซ้ำ การตรวจสอบยาซ้ำจากยาที่บรรจุลงในรถส่งยาที่พร้อมจะจ่ายยาให้หอผู้ป่วยแล้วเท่านั้น การจัดซื้อยาที่ไม่มีลักษณะยาและฉลากคล้ายกัน การเปลี่ยนสียาที่ผลิตเอง เช่น Antacid susp. ให้มีสีที่แตกต่างจากยา Milk of magnesia susp. หรือ No-mag susp. ตลอดจนการเปลี่ยนสีฉลากยาให้แตกต่างกัน ในยาที่ไม่สามารถเปลี่ยนสียาได้ เช่นยา M.tussis และ M.scill ammoncarb เป็นต้น

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เก็บข้อมูลโดยวิธี สั่งเกิดและปิดบังวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาใน หอผู้ป่วยที่ใช้ระบบการกระจายยาแบบเดิมร้อยละ 11.78 ในหอผู้ป่วยที่ใช้ระบบการ กระจายยาแบบยูนิตาได้สพบความคลาดเคลื่อน 16.74 และในกรณีที่ไม่รวมความคลาด เคลื่อนประเภท WRONG TIME ERROR หอผู้ป่วยที่ใช้ระบบการกระจายยาแบบเดิมจะมีความ คลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 11.43 ส่วนระบบยูนิตาได้สจะพบความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5.69

การศึกษาครั้งนี้ยังทำให้ทราบถึงสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ทั้งในระบบการกระจายยาแบบเดิม และระบบยูนิตาได้ส ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน นี้ส่วนใหญ่แล้วจะเกิดจากความผิดพลาดของบุคคล เช่น เกิดจากการลืม การไม่รอบคอบใน การทำงาน การขาดความรู้ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบริหาร ยา เกิดจากการจัดระบบงานที่ไม่เหมาะสมด้วย เช่น ไม่มีการตรวจสอบซ้ำของยาที่จัดเตรียม ไว้ การหยุดพักที่ยังพร้อมกัน ไม่มีการตรวจสอบซ้ำเอกสารที่เกี่ยวข้องในการบริหารยา ต่างๆ เช่น ใบช่วยยาให้ยาว่าทานถูกต้องหรือไม่ ฯลฯ

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่พบนี้ ส่วนมากสามารถหาวิธีการป้องกันได้ เช่น การจัดระบบงานให้มีการตรวจสอบซ้ำ การจัดระบบงานใหม่ การอบรมความรู้ให้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ

ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา เป็นสิ่งที่สามารถพบได้ในทุกขั้นตอนของการรักษา พยาบาล และเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งควรมีระบบในการ ติดตามและประเมินความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ กำหนดวิธีการ ทำงานที่เหมาะสม และหามาตรการในการ แก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าว ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นการประกันคุณภาพของการรักษา พยาบาลด้วย