

เอกสารอ้างอิง

1. ASHP Council on Professional affairs. Guidelines on preventing medication errors in hospitals. AJHP 50 (1993): 305-314.
2. Fry, L.M., Jonse, A.N., and Swan, G.T. Prescription writing: Incidence of errors and their effect on pharmacy workload. Aust.J.Hosp. Pharm. 15 Nov (1985): 95-98.
3. Knapp, D.E. ET AL. Relationship of inappropriate drug prescribing to increased length of hospital stay. AJHP 36(1979): 1334-1337.
4. Bedell, S.E. ET AL. Incidence and Characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. JAMA 265 (1991): 2815-20.
5. Buehler, J.W. ET AL. Unexplained deaths in a children's hospital. The New England Journal of Medicine 313 (1985): 211-216.
6. Koren, G., Barzilay, Z., and Greenwald, M. Tenfold errors in administration of drug doses: A neglected iatrogenic diseases in pediatrics. Pediatrics 77(1986): 848-849.
7. Lakshmanan, M.C., Hershey, C.O., and Breslau, D. Hospital admissions caused by iatrogenic disease. Arch Intern Med 146 (1986): 1931-1934.
8. Laape, L.L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. The New. Eng. J. Med. 344(1991): 377-384.

9. Manasse, H.R. Jr. Medication use in an imperfect world:
Drug misadvertising as an issue of public policy,
Part2. AJHP 46(1989): 1141-52.
10. Porter, J., and Jick, H. Drug-related deaths among medical
inpatients. JAMA 237(1977): 879-881.
11. Raju, T.N. ET AL. Medication errors in neonatal and
paediatric intensive-care units. Lancet 12(Aug 1989):
374-376.
12. Steel, K.L.ET AL. Iatrogenic illness on a general medical
service at a university hospital.
The New England Journal of Medicine 304(1981): 638-642.
13. Trunet, P. ET AL. The role of iatrogenic disease in
admissions to intensive care. JAMA 244(1980): 2617-2620.
14. Vincent, C.A. Research into medical accidents: A case of
negligence ? British Medical Journal 299(1989): 1150-1153.
15. Wallenmacq, P.E., and Lesne, M.L. Accidental massive iv
administration of Cyclosporine in man. Drug
Intelligence and Clinical Pharmacy 19(1985): 29-30.
16. Christensen, D.B. ET AL. Documenting outpatient problem
intervention activities of pharmacists in an HMO.
Medical Care 19 NO.1 (1981): 104-117.
17. Irely, N.S. Adverse drug reactions and death: A review of
827 cases. JAMA 236(1976): 575-578.
18. McKenney, J.M., and Harrison, W.L. Drug-related hospital
admissions. AJHPy 33(1976): 792-795.
19. Brennan, T.A. ET AL. Incidence of adverse events and

- negligence in hospitalized patients. New England Journal of Medicine 7(1991): 370-384.
20. Allan, E.L. and Barker, K.N. Fundamentals of medication error research. AJHP 47 (Mar 1990): 555-571.
 21. Preeya, Areemit .Study of the drug distribution system used in Srinagarind Hospital .Master's Thesis .Mahidol University .1987.
 22. Barker, K.N.,Mike R.L.,Pearson R.E.,Illig N.A.,and Morse M.L. Medication errors in nursing homes and small hospitals. AJHP 39(1982):987-991.
 23. Barker, K.N. The Effects of an experimental medication system on medication errors and costs; Part one: Introduction and errors study. AJHP 26(1969): 324-333.
 24. Lepinski, P.N. ET AL. Cost comparison of unit dose and traditional drug distribution in a long-term-care facility. AJHP 43 (1986):2771-27780.
 25. Hayman, J.N. Microcomputer-assisted monitoring of medication -dispensing errors.AJHP 46(1989): 1806-09.
 26. Crawley, H.K. III., Eckel, F.M., and McLeod, D.C. Comparison of a Traditional and Unit dose drug distribution system in a nursing home. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 5(1971): 166-1
 27. Derewicf, H.J., and Zellers, D.O. The computer-based unit dose system in the Johns Hopkins hospital. AJHP30(1973): 206-212.
 28. Durant, W.J., Hamill, H.T., and ZILZ DA. A unique decentralized unit dose project. AJHP 24(1967): 113-119.

29. Schnell, B.R. A Study of unit-dose drug distribution in four Canadian hospitals. The Can J Hosp Pharm (1976): 85-90.
30. Sutcliffe, H., and Jaouich, R. Computerization of pharmacy services in a long term care hospitals The Canadian Journal of Hospital Pharmacy 40(1987):181-183.
31. Timmer, C. Our unit dose system cuts medication errors. Pharmacy Times. (1972): 52-58.
32. Mayo, C.E. ET AL. Distribution accuracy of a decentralized unit dose system. AJHP 32(1975):1124-1126.
33. Ellis, S. Pharmaceutical services and patient safety in hospital .Ph.D Thesis,University of Bradford,1973. cited throug:EcKet G.M.,Griffin, B. and Veares,C. :Drug errors study in hospital-some problem of methodology and interpretation.AUST. J.HOSP. PHARM. 7(1977):54-60 .
34. ASHP council on clinical affairs. ASHP standard definition of a medication error. AJHP 39(1982): 321.
35. Vitillo, J.A., and Lesar, T.S. Preventiong medication prescribing errors. DICP, The Annals of Pharmacotherapy 25(1991): 1388-94.
36. Lesar, T.S. Common prescribing errors. Annals of Internal Medicine 117(1992): 537-38.
37. Lesar, T.S. ET AL. Medication prescribing errors in a teaching hospital. JAMA 263 (1990): 2329-2334.
38. Blum,K.V. ET AL.Medicament errors prevention by pharmacists. AJHP 45(1988): 1902-1903.

39. อภิตี เหมะจุกตา ,ระบบการจ่ายยาแบบยูนิตโดส,ภาควิชาเภสัชกรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2531 :30-38.
39. Barker, K.N., and McConnell W.E. The problems of detecting errors in hospitals. AJHP 19(1962): 361-369.
40. Eckert, G.M. and Herriott. B.A. Factors contributing to drug administration errors in hospital-The basis of an education programme. AUST. J.HOSP 7(1977): 48-53.
41. Barker, K.N. Data collection techniques: Observaion.AJHP 37 (1980). 1235-1243.
42. สมพร จันทรจักรสถิตต์ ,การพัฒนาระบบการกระจายยาแบบยูนิตโดสในโรงพยาบาล ศรีสะเกษ ,วารสารทางการแพทย์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 6 (2534):104-116.
43. McEvoy, G.K.,ed.,AHFS Drug Information 93.The American Society of Hospital Pharmacists ,Inc.USA.1993.
44. Renolds, J.E.F.,ed.,Martindale the Extrapharmacopoeia. London the Pharmaceutical Press.USA.1993.
45. Wilson, J.D. et al.,ed.Harrison's Principles of Internal Medicine ,twelfth edition.McGraw-Hill,Inc. New York,
46. American Society of Consultant Pharmacists.Detecting & Counting medication errors in long term care facilities. 1985.
Pharmacy Times. (1972): 52-58.
47. Folli, H.L. ET AL. Medication error prevention by clinical pharmacists in two children's hospitals. Pediatrics 79 M.S.(1987): 718-22.
48. Lau, N.R. Medication error analysis and intervention by a sole pharmacist.Austl. J. Hosp. Pharm. 23(1993): 243-246

49. Marcus, R.J., Quon L.M. and Wade ME. Clinical pharmacists' contribution to patient care on a gynecological unit. AJHP 38(1981): 858-861.
50. Becker, M.D., Johson M.H., and Longe R.L. Errors remaining in unit dose carts after checking by pharmacists versus pharmacy technicians. AJHP 35(1978): 432-434.
51. CSHP Standards Committee. CSHP guidelines for medication incident and medication discrepancy reporting in canadian hospitals. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy 39(1988): 67-69.
52. Shumak, SL., Corenblum, B., and Steiner, G. Recurrent hypoglycemia secondary to drug-dispensing error. Arch intern med 151(1991): 1877-78.
53. Pang, F., and Grant, J.A. Missing medications associated with centralized unit dose dispensing. AJHP 32(1975): 1121-1125.
56. Rupp, M.T. ET AL. Documenting prescribing errors and pharmacist interventions in community pharmacy practice. American Pharmacy NS28. No 9(1988): 574-581.
57. McGhan, W.F., Smith, W.E., and Adams, D.E. A randomized trial comparing pharmacists and technician as dispensers of prescriptions for ambulatory patients. Medical care 21(1983):445-453.
58. Hynniman C.E. ET AL. Unit dose and traditional drug distribution systems in four hospitals AJHP 27(1970): 803-814.

59. Morrill, G.B., and Sarreuther, C. Screening discharge prescriptions. AJHP 45(1988): 1904-1905.
60. Wellman, G.S., and Johnson, G.T. How to handle & control medication errors in the hospital setting. Pharmacy Times (July 1986): 111-113.
61. ASHP Council in Professional Affairs. ASHP guidelines on the Pharmacist's role in drug-use evaluation. AJHP 45(1988): 385-386

ពាក្យ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ นามผู้ป่วย_____อายุ_____ปี เตียง_____HN_____

ผู้รับผิดชอบ_____ตำแหน่ง_____AN_____

การวางแผนในการพยาบาล อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล_____

แพทย์_____

ประเภทผู้ป่วย	อุปกรณ์	สัตว์ / นก	ว.ป.	การรักษา			ระยะเวลา	กำหนดเวลา	วันที่หยุดยา	
<input type="checkbox"/> วิกฤต <input type="checkbox"/> ก่อนขั้ววิกฤต <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี	<input type="checkbox"/> Respirol <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Camukor <input type="checkbox"/> Teni <input type="checkbox"/> Box	<input type="checkbox"/> ใต้อุบ <input type="checkbox"/> ไก่ใต้ไฟตู้อบ <input type="checkbox"/> C. pop <input type="checkbox"/> อื่น ๆ								
การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> เช็ดตัวให้หมด <input type="checkbox"/> เช็ดตัวให้บางส่วน <input type="checkbox"/> อาบน้ำองดี <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	การทวนน้ำดื่ม น้ำปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ทุก 8 ชม. <input type="checkbox"/> ทุก 2 ชม. <input type="checkbox"/> ทุก 1 ชม.	ทำแอน <input type="checkbox"/> นอนหงาย <input type="checkbox"/> นอนราบ <input type="checkbox"/> นอนตามปกติ <input type="checkbox"/> พลิกตัวทุก 2 ชม.								
อาหาร <input type="checkbox"/> งดอาหารและน้ำ <input type="checkbox"/> อาหารอ่อน <input type="checkbox"/> อาหารธรรมดา <input type="checkbox"/> ขาดอาหารเพราะโรค	สัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ทุก 1 ชม. <input type="checkbox"/> ทุก 2 ชม. <input type="checkbox"/> ทุก 4 ชม. <input type="checkbox"/> ทุก 6 ชม เช้า + เย็น	การดูแลอาการระคาย <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> งดเครื่องดื่ม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	ว.ป.	วินิจฉัย	ขนาด	ทางที่ ให้	ระยะเวลา	กำหนด เวลา	เวลา เริ่ม	วันที่ หยุดยา
กิจกรรม <input type="checkbox"/> นอนทับเบาะแข็ง <input type="checkbox"/> นอนทับมาก ๆ <input type="checkbox"/> เดินไปห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ไม่จำกัดกิจกรรม	การเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> เปลี่ยน <input type="checkbox"/> ระวังนั่ง <input type="checkbox"/> เจริญใจ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	ซึ่งน้ำหนัก <input type="checkbox"/> วันละครึ่ง <input type="checkbox"/> วันละวัน <input type="checkbox"/> ครึ่งครึ่ง / สัปดาห์ <input type="checkbox"/> หนึ่งครึ่ง / สัปดาห์								

แสดงตัวอย่าง KARDEX แฟ้มที่ 1 (ตำแหน่ง)

ภาคผนวก 7

ภาคผนวก 10

แสดงตัวอย่าง ทะเบียนยาฉีด

ก.ป.	ชนิดของยา	ขนาด	ทางทให้	กำหนดเวลา
	GENTA.	50	MG	
	GENTA.	50	"	
	GENTA.	90	"	
	GENTA.	20	"	
	GENTA.	50	"	
15	ยาฉีด สเตรปโตไมซิน	60	"	
16	ยาฉีด สเตรปโตไมซิน	10	"	
	GENTA.	50	"	
	GENTA.	50	"	
17	ยาฉีด สเตรปโตไมซิน	50	"	
18	ยาฉีด สเตรปโตไมซิน	50	"	
	GENTA.	30	"	
	TRANSAMIN		AMP.	
	TRANSAMIN		"	
19	ยาฉีด อมิกิซิน	400	MG	
	AMIKIN		"	
	q 8 hrs.	6-14-22		

ภาคผนวก 11

แสดงตัวอย่าง ใบช่วยยืมยา

เก็บ	OD.	ชื่อ
		ยา
		เวลา 6.00 น.

(ด้านหน้า)

เก็บ	NS.	ชื่อ
		ยา
		เวลา 20.00 น.

(ด้านหน้า) อีกตัวอย่างหนึ่ง

เริ่มวันที่ เวลา

ครบวันที่ เวลา

ผู้รับคำสั่ง

(ด้านหลัง)

ภาคผนวก 15

แสดงตัวอย่างที่ 1 ของใบสั่งยาที่ใช้ในการเบิกยา

ในระบบการกระจายยาแบบยูนิตาเรียส

Form 4

รพ. 2 ก. 04 (รพ. 8)

ORDER FOR ONE DAY		ORDERS FOR CONTINUATION		
Date	Orders	Date	Orders	Date or Nurse's Signature
Hour				
	5/10/67 1.000 9 3.000 b/c 2/10/67 2.000 3.000 2.000 3.000 @ 1200 ml/hr AS	5/14/67 2.000 3.000	Sustalid 1/5 - 5/10 Paracet 200 mg q 6h Ampicillin 1g q 6h Gentamicin 80mg q 8h Alomax - milk 30ml q 6h	
Name of patient		Age	Hospital Number	
Department of Service		Ward	Attending Physician	

DOCTOR'S ORDER SHEET

ภาคผนวก 16

แสดงตัวอย่างที่ 2 ของใบสั่งยาที่ใช้ในการเบิกยา

ในระบบการกระจายยาแบบยูนิตาเรียส

Form 4

รพ. 2 ก. 04 (รพ. 8)

ORDER FOR ONE DAY		ORDERS FOR CONTINUATION		
Date	Orders	Date	Orders	Date or Nurse's Signature
Hour				
5/4/59	- Ampic 1g ๑ ๘.๖๖ ๙, ๑๘, ๒๔, ๖. - Gent 1๐๐mg ๑ OD - Sil. Diat 1๐๐๐u ๑ ๖.๖๖			
Name of patient งามศรี ทัศนีย์		Age 41		Hospital Number 5524-92
Department of Service M		Ward ๑๖๖		Attending Physician พ. ๕๑๓๓๐๐

DOCTOR'S ORDER SHEET

ภาคผนวก 17

แสดงตัวอย่าง ใบสั่งยาผู้ป่วยจากหน่วยที่ส่งมาเบิกยา

ในระบบการกระจายยาแบบยูนิตโดส

Form 4

รพ. 2 ต. 04 (รพ. 8)

ORDER FOR ONE DAY		ORDERS FOR CONTINUATION		
Date	Orders	Date	Orders	Date Off
Hour				Nurse's Signature
7/4/55	- 7/C 11/11 - 1/1000 200 mg pc 1/1000 1000 pc - 1/1000 1000 pc 1/1000 1000 pc 1/1000 1000 pc 1/1000 1000 pc		4 6 10... n 32	
Name of patient		Age	Hospital Number	
Department of Service		Ward	Attending Physician	

DOCTOR'S ORDER SHEET

ภาคผนวก 18

แสดงตัวอย่าง การลงข้อมูลในบันทึกประวัติการให้ยาแผ่นที่ 1

จากตัวอย่างใบสั่งยาในภาคผนวกที่ 15

กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ชื่อสัตว์ป่วย	ชื่อเจ้าของสัตว์ป่วย	วันที่												จำนวน	รวม	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
ชื่อและชนิดสัตว์ป่วย โคแดง-๕๐๐	๖๒๖๐	(S)														
ชื่อทางสัตว																
ชื่อและชนิดสัตว์ป่วย โคแดง ๕๐๐ มก	๖๒๖๐	(X)		(X)		(X)				(X)						
ชื่อทางสัตว																
ชื่อและชนิดสัตว์ป่วย โคแดง ๕๐ มก	๖๒๖๐		(X)		(X)		(X)			(X)						
ชื่อทางสัตว																
ชื่อและชนิดสัตว์ป่วย โคแดง milk ๕๐ มล	๖๒๖๐	(X)		(X)		(X)				(X)						
ชื่อทางสัตว																
ชื่อและชนิดสัตว์ป่วย STAT																

Handwritten signature and date: ๖/๒๕๖๓

ชื่อสัตวแพทย์ผู้ให้ยา: เลขที่ใบอนุญาต: 159250-57
 ชื่อและนามสกุล: ที่อยู่:
 หมายเหตุ:
 ๖/๒๕๖๓

ภาคผนวก 20

แสดงตัวอย่าง ใบแจ้งใช้ยา ในระบบการกระจายยาแบบยูนิตาเรียส

ยาฉีด GENTA

ขนาดหัตถ์...60 MG..IM...

ยาฉีด PGS

นาม.....

ขนาดที่ฉีด 2 ล้ายูนิต iv

ทุก 4 ชั่วโมง

M. TUSSIS

ขนาดรับประทาน 10 ML

AMMON CARB

HALF STRENGTH

ชื่อ.....

เค็ชง.....

ปริมาณ.....ML EXP.....

ภาคผนวก 21

แสดงตัวอย่าง ใบแจ้งแพทย์ในกรณีที่ใช้ยาไม่ตรงกับนโยบายด้านยาของโรงพยาบาล

เรียน แพทย์/พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง

ยา.....

ที่ท่านสั่งใช้กับผู้ป่วยเป็นยาอยู่ใน Non-Essential

drug list ซึ่งตามมติคณะกรรมการเภสัชกรรมและ

การบำบัดให้ขออนุมัติกับผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการ

ฝ่ายการแพทย์ก่อน

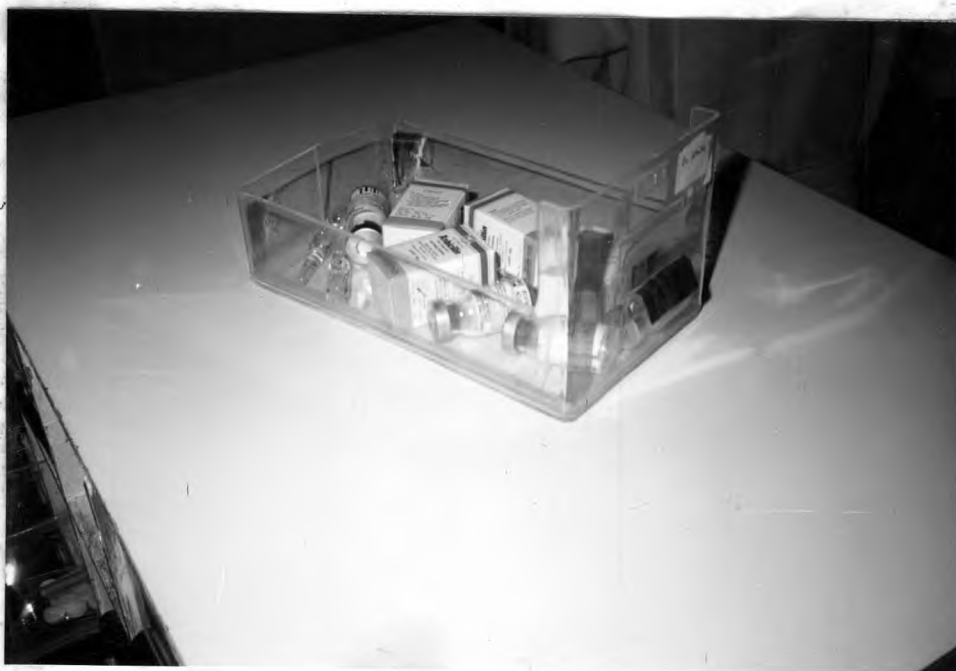
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....



ภาคผนวก 22

แสดงตัวอย่าง ยาที่จ่ายในระบบการกระจายยาแบบเต็ม



ภาคผนวก 23

แสดงตัวอย่าง ถาดส่งยาประจำเวลา 11.00 น.

ในระบบการกระจายยาแบบยูนิตโดส



ภาคผนวก 24

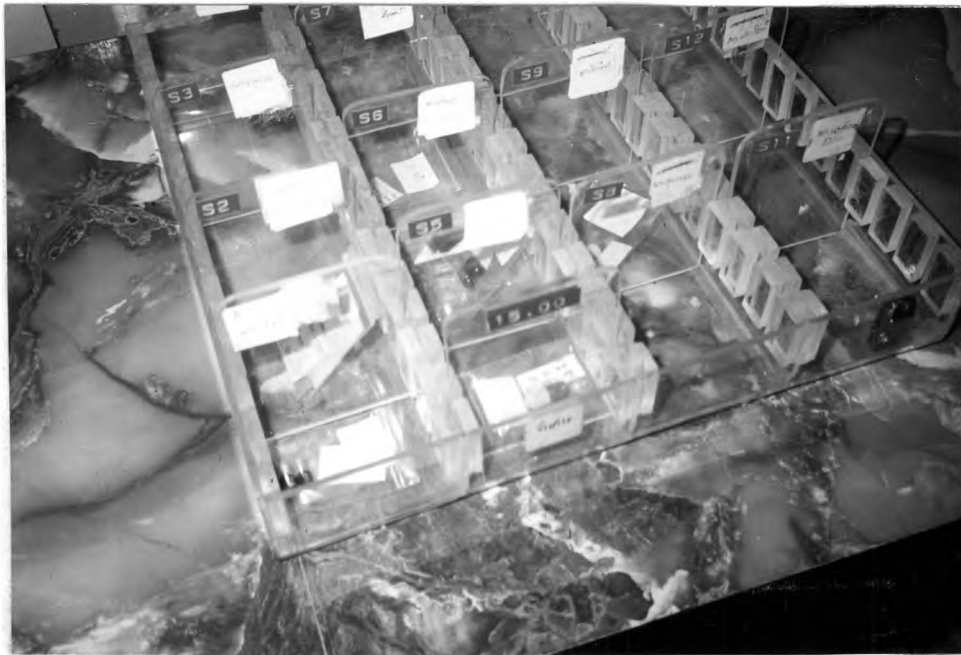
แสดงตัวอย่าง การจัดยาในระบบยูนิตโดส



ภาคผนวก 25

แสดงตัวอย่าง ยาที่จัดเสร็จแล้ว

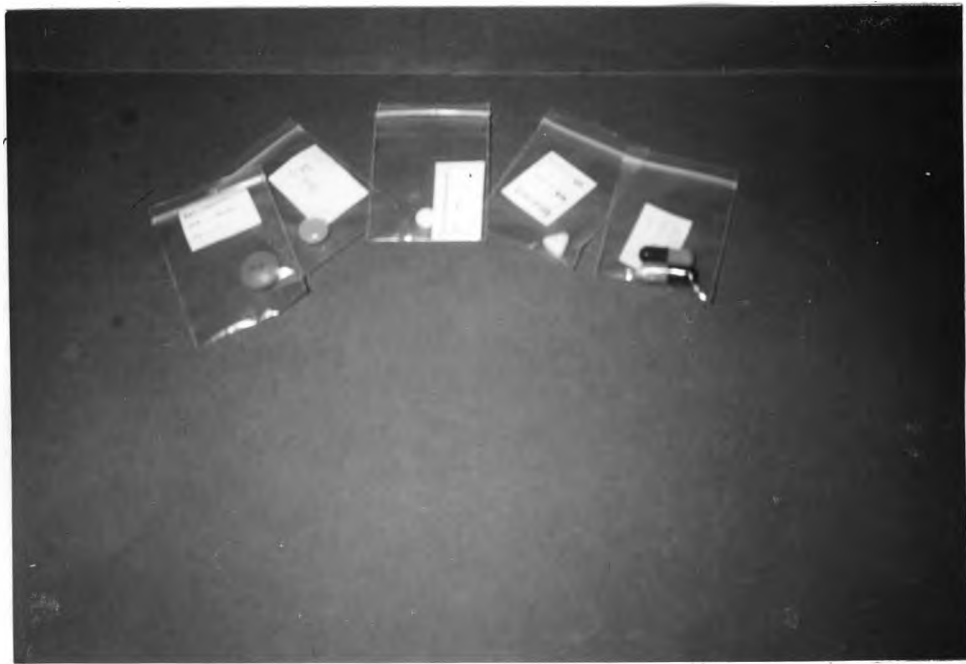
ในระบบการกระจายยาแบบยูนิโตได้ส



ภาคผนวก 26แสดงตัวอย่าง การตรวจสอบยาก่อนจ่ายของเภสัชกรในระบบการกระจายยาแบบยูนิตาเลียส

ภาคผนวก 27

แสดงตัวอย่าง ยาเม็ดที่แบ่งบรรจุแบบยูนิตาหีส



ภาคผนวก 28แสดงตัวอย่าง ยาน้ำที่แบ่งบรรจุแบบยูนิตาดีส

ภาคผนวก 29

แสดงตัวอย่าง รถส่งยา

ใช้ในการส่งยาในทั้งสองระบบ



ภาคผนวก 30

แสดงตัวอย่าง รดส่งยาในอีกลักษณะหนึ่ง





ภาคผนวก 31

แสดงตัวอย่าง Medication error-tracking form

Medication error-tracking form.

Unit Manager _____	Unit _____	Date of Error _____	Shift 1 (Days) 2 (Eve's) 3 (Nights)
--------------------	------------	---------------------	-------------------------------------

<u>TYPE OF ERROR</u>	<u>BREAKDOWN POINT</u>	<u>SEVERITY</u>
A. Omission	A. Not transcribed	A. Increased monitoring needed? YES NO
B. Unauthorized drug	B. Transcribed wrong	B. Vital signs change? YES NO
C. Extra dose	C. Charting error	C. <u>Additional</u> lab work ordered? YES NO
D. Wrong dose	D. Communication problem	D. Treatment needed? YES NO
E. Wrong time	E. Physician order problem	E. Increase in LOS? YES NO
F. Wrong rate	F. Wrong medication dispensed	(Comment on patient outcome <u>and</u> explain any YES answers in space below)
G. Wrong route	G. Medication unavailable	
H. Wrong preparation	H. Labeling problem	
I. Wrong dosage form	I. Medication administration error	

FOR QA USE ONLY

ASSIGNED CASE # _____

SEVERITY RANKING _____

DRUG CLASS _____

DEMOGRAPHICS

Circle the title of the personnel involved AND their number of years of OSUH experience. If more than one person is involved please write in these demographics.

<u>NURSING</u>	<u>EXPERIENCE AT OSU</u>	<u>PHARMACY</u>	<u>C. PHYSICIAN</u>	<u>D. OTHER</u>
1. OSU RN			1. Med. student	1. Clerical Specialist
2. OSU LPN	1. Orientation	1. Pharmacy-related error	2. Intern	2. Patient
3. Traveler	2. 0 - 6 Months		3. Resident	3. Other
4. Float RN	3. 6mo. - 1 Year		4. Attending	
5. Agency RN	4. 1 - 2 Years			
6. Agency LPN	5. 2 - 3 Years			
7. Student Nurse	6. > 3 Years			

ADDITIONAL COMMENTS (PATIENT OUTCOME, "SEVERITY" CLARIFICATIONS, MANAGEMENT F/UP, EMPLOYEE RESPONSE, FREQUENCY OF ERRORS BY INDIVIDUALS INVOLVED, ETC...) _____

ภาคผนวก 32

แสดงตัวอย่าง Medication discrepancy follow-up report form

Figure 1. Medication discrepancy follow-up report form.

DEPARTMENT OF PHARMACY SERVICES

FOLLOW-UP ON REPORTED MEDICATION DISCREPANCY

DATE: _____ PHARMACY AREA: _____

Sections I and II are to be completed by the Pharmacy employee(s) involved in the reported discrepancy. Section III should be completed by the appropriate pharmacy manager.

I. DESCRIPTION OF REPORTED DISCREPANCY:

Staff Member(s) - Signature

II. MEASURES TAKEN AND RECOMMENDATIONS:

Staff Member(s) - Signature

III. AREA SUPERVISOR'S STATEMENT:

Supervisor - Signature

Reviewed by: _____ Associate Director
 _____ Director

.....

Initiated by _____ Date _____ Control # _____
 Received by _____ Date _____
 Processed by _____ Date _____ Due Date: _____

ภาคผนวก 33

การจัดระดับ Significant, Onset, Severity, Documentation

ระดับ significant Tatro D. จะจัดแบ่งตามลำดับอาการทางคลินิก และเอกสารที่สนับสนุนดังนี้

Significance Rating	Severity	Documentation
1	Major	Suspected or >
2	Moderate	suspected or >
3	Minor	Suspected or >
4	Major/Moderate	Possible
5	Minor	Possible
	Any	Unlikely

กรณี Onset Tatra D. จัดลำดับไว้ดังนี้

Rapid หมายถึง การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาเกิดขึ้นทันที หรือ ภายใน

24 ชั่วโมง

Delay หมายถึง การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาไม่ได้เกิดขึ้นทันที อาจใช้เวลาเป็นวันหรือเป็นอาทิตย์จึงจะเห็นผล และไม่ต้องดำเนินการแก้ไขทันทีก็ได้

ภาคผนวก 33 (ต่อ)

การจัดระดับ Significant, Onset, Severity, Documentation

กรณี Severity Tatro D. จัดลำดับไว้ดังนี้

Major หมายถึง ผลของปฏิกิริยาระหว่างกันของยานั้นจะก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย หรือ มีการพิการของอวัยวะบางอย่างได้

Moderate หมายถึง ผลของปฏิกิริยาระหว่างกันของยานั้นจะทำให้สภาพการรักษาของผู้ป่วยเลวลง อาจต้องรักษาเพิ่มเติม หรือรักษานานขึ้น

Minor หมายถึง ผลของปฏิกิริยาระหว่างกันของยานั้นจะมีผลต่อผู้ป่วยน้อย อาจเพียงก่ออาการไม่พึงประสงค์เพียงเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องรักษาพยาบาลเพิ่มเติมจากเดิม ผลการรักษาเดิมก็ไม่เปลี่ยนแปลง

กรณี Documentation Tatro D. จัดลำดับไว้ดังนี้

Established หมายถึง มีรายงานการศึกษาที่แน่ชัดทั้งด้านเภสัชจลนศาสตร์ และทางคลินิก ว่าจะเกิดปฏิกิริยานั้นขึ้น

Probable หมายถึง มีรายงานการศึกษาที่แน่ชัดทั้งด้านเภสัชจลนศาสตร์ แต่การศึกษาทางคลินิกยังไม่ได้รับการยืนยันที่แน่นอน

Suspected หมายถึง มีรายงานการศึกษาที่แน่ชัดทั้งด้านเภสัชจลนศาสตร์ การศึกษาทางคลินิกยังไม่ได้รับการยืนยันที่แน่ชัดเท่าที่ควร

Possible หมายถึง มีรายงานการศึกษาด้านเภสัชจลนศาสตร์บ้าง แต่ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ หรือยังมีรายงานน้อย

Unlikely หมายถึง ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่แน่ชัด และเป็นที่ยสงสัยอยู่

ภาคผนวก 34

คำแนะนำในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

สมาคมเภสัชกรแห่งประเทศไทยได้กำหนดคำแนะนำในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ไว้ดังต่อไปนี้

1. คำแนะนำสำหรับสถานพยาบาล

ควรจัดทำนโยบาย และคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้ชัดเจน โดยควรมีข้อมูลเกี่ยวกับ

- 1.1 มีระบบบัญชียา ของหน่วยงานหรือโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
- 1.2 มีนโยบายในการคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามาทำงาน มีการฝึกอบรม, คำแนะนำ, และประเมินผลงาน ให้โอกาสศึกษาต่อ
- 1.3 มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ มีการกำหนดระดับปริมาณงาน และชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมที่ไม่มากเกินไป
- 1.4 มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมในการเตรียมยา, จัดยา ความผิดพลาดในการบริหารยาในตึกผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและหาทางป้องกันให้เกิดขึ้นให้น้อยที่สุด
- 1.5 กำหนดขอบเขตของการทำงาน ขอบเขตของความรับผิดชอบให้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการสั่งยา, การจ่ายยา, การบริหารยาให้ผู้ป่วย มีการกำหนดนโยบาย และวิธีการเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งในแง่ข้อเขียนและด้วยวาจา ทุกกระบวนการต้องมีการตรวจสอบได้ในการจ่ายยาทุกครั้ง (ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน) ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับยาซึ่งต้องได้แก้ไข ต้องตรวจสอบกับแพทย์ผู้สั่งยาก่อนที่จะบริหารยาให้ผู้ป่วยและควรมีการบันทึกไว้ในประวัติผู้ป่วยให้ชัดเจน และพยาบาลต้องรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงของการสั่งยาของผู้ป่วยทุกครั้ง
- 1.6 มีระบบประเมินและปรับปรุงเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น มีโครงการประเมิน

ภาคผนวก 34 (ต่อ)

คำแนะนำในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

การใช้ยา (DRUG USE EVALUATION) ซึ่งอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และฝ่ายเภสัชกรรม เช่นมีการติดตามผลการใช้ยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ และมีอันตรายสูง เช่น ยากลุ่ม ยาปฏิชีวนะ, ยาต้านมะเร็ง, ยาที่ใช้ในโรคหัวใจและหลอดเลือด, ยาฉีด บางชนิด (เช่น POTASSIUM, NARCOTIC, HEPARIN, PROCAINAMIDE, MAG.SULFATE, INSULIN) ในระบบนี้ควรมีการรายงานความคลาดเคลื่อนที่พบด้วย เพื่อจะใช้เป็นแนวทางในการกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้น และเป็นการป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นอีก

1.7 แพทย์ควรรู้ข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างดี เพื่อประเมินผลการรักษาและการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

1.8 ฝ่ายเภสัชกรรมควรทำประวัติการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยทุกคน ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ประวัติการใช้ยานี้ควรมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยได้มีบันทึกการแพ้ยา, การวินิจฉัยโรค, ปฏิกริยาระหว่างกันของยา, การใช้ยาซ้ำซ้อน, ผลข้างเคียงต่างๆ

1.9 ฝ่ายเภสัชกรรมควรเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดซื้อ, จัดหา, กระจายยา, ควบคุมการใช้ยาทั้งหมดในโรงพยาบาล และควรเปิดให้บริการตลอด 24 ชม. แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้ก็ควรมีระบบที่ดีในการบริการยา เช่น ระบบเวรตามตัว (ON-CALL) เป็นต้น

1.10 ฝ่ายเภสัชกรรม และฝ่ายการพยาบาล หรือ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดการร่วมมือกันพัฒนา นโยบายและแนวทางการปฏิบัติงาน ที่จะควบคุมให้การกระจายยาสู่ผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ระบบยูนิตาดีส

1.11 ควรจ่ายออกจากฝ่ายเภสัชกรรมเท่านั้น ยกเว้น ยาฉีดปราศจากเชื้อในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น การสต็อกยาในตึกผู้ป่วยควรมีให้น้อยที่สุด ยาในสถานที่เก็บยาทุกแห่งควรได้รับการตรวจเช็คจากเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ

1.12 ฝ่ายเภสัชกรรม ควรให้ความมั่นใจแก่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องจดจำผู้ป่วยได้ว่า ยาที่ซื้อมาใช้นั้นมีคุณภาพสูง เช่น

ก. เลือกยาจากบริษัทที่มีข้อมูลการเอื้อประโยชน์ในร่างกาย การบรรจุ,

ภาคผนวก 34 (ต่อ)

คำแนะนำในการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

การติดฉลากที่ดี เหมาะสม

ข. ควบคุมไม่ให้มียาหมดอายุ หรือเสื่อมคุณภาพ

1.13 ถ้าเป็นไปได้ควรมีระบบ คอมพิวเตอร์ใช้งานเภสัชกรรม เช่น ใช้ในการตรวจสอบขนาดยาที่ใช้, การใช้ยาซ้ำซ้อน, การแพ้ยา ฯลฯ

1.14 มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับยาในโรงพยาบาลที่ใช้ประจำ

1.15 มีการกำหนดเวลามาตรฐานในการบริหารยาให้ผู้ป่วย (STANDARD DRUG ADMINISTRATION TIME) โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มี ตารางคำนวณหรือขนาดยามาตรฐานไว้เพื่อความสะดวกในการคำนวณยาของแพทย์

1.16 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดควรมีการกำหนด
คำย่อทางการแพทย์ ที่ใช้ในโรงพยาบาล

1.17 มีคณะกรรมการในการติดตามและประเมินความคลาดเคลื่อน ตลอดจนหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก ซึ่งคณะกรรมการควรประกอบด้วย เภสัชกร, พยาบาลและ ผู้ให้การรักษาพยาบาลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก 35

คำแนะนำสำหรับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

การสั่งยาเป็นจุดแรกที่จะทำให้เกิด ความคลาดเคลื่อนในใช้ยา ซึ่งจากการสำรวจทั่วไปจะพบว่าประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยในทั้งหมดจะพบกับปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ อันเนื่องมาจากการจัดการใช้ยาไม่ถูกต้อง (MEDICAL MISMANAGEMENT) ซึ่งจะสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนในใช้ยาในส่วนนี้ได้โดย

1. เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ควรติดตามความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ ทางด้านยาอย่างสม่ำเสมอจากหนังสือวารสารต่างๆ* ตลอดจนปรึกษากับเภสัชกร หรือแพทย์คนอื่นๆ หรือจากการศึกษาต่อเนื่องโดยวิธีต่างๆ
2. ทุกครั้งที่จะมีการสั่งใช้ยาเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย แพทย์ควรได้ตรวจสอบและประเมินสภาวะ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อน เช่นประวัติการใช้ยาเพื่อที่จะสามารถประเมินได้ว่าจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา อะไรหรือไม่ และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยา หรือต่อการรักษาอย่างไร
3. แพทย์ควรมีความคุ้นเคยกับระบบการสั่งยาในโรงพยาบาลนั้นๆ เช่น ในด้านระบบเภสัชตำรับ โครงการประเมินการใช้ยา ค่าย้อยทางการแพทย์ต่างๆที่ให้บริการได้ ฯลฯ
4. คำสั่งใช้ยาต้องสมบูรณ์ ซึ่งควรประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย ชื่อสามัญของยา (ถ้าต้องการระบุบริษัท ให้ระบุชื่อการค้าให้ชัดเจน)วิธี และบริเวณที่จะให้ยา, รูปแบบของยา, ความแรง, ปริมาณ, ความถี่ในการให้ยา ในบางกรณีความเข้มข้น, ความเร็วในการให้ยา และเวลาเฉพาะในการใช้ยา ต้องระบุให้ชัดเจน ถ้าเป็นไปได้ ควรระบุไว้ด้วยว่า ยาอะไรจะใช้เพื่อรักษาหรือหวังผลอะไร และต้องตรวจสอบความถูกต้อง ของคำสั่งใช้นั้นๆ ทันทีที่สั่งใช้ยาเสร็จแล้ว
5. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสับสนเกี่ยวกับคำสั่งการใช้นั้นๆ ผู้สั่งใช้ยาควรดำเนินการดังนี้
 - 5.1 เขียนสั่งใช้ยาโดยใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐานเท่านั้น เช่น ควรใช้คำว่า "DAILY" แทนคำว่า "q.d." ซึ่งอาจจะทำให้สับสนกับคำว่า 'q.i.d.' ได้

5.2 หลีกเลียงคำสั่งใช้ยาที่ไม่ชัดเจน เช่น คำว่า "ใช้ยาตามแพทย์สั่ง"

5.3 ระบุความแรงของยาให้แน่นอน เช่น มก. หรือ ยูนิต มากกว่าที่จะใช้คำสั่งเป็นหน่วย เช่น 1 ขวด, หรือ 1 เม็ด ยกเว้นในกรณียาสูตรผสม

5.4 ควรสั่งยาในรูป ชื่อสามัญ หรือชื่อการค้าในยาสูตรผสม หลีกเลียงการใช้ชื่อเคมี เช่น ใช้คำว่า 6-MERCATOPURINE แทนคำว่า MERCAPTOPYRINE เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจผิดจนทำให้ได้รับยา 6 เท่าได้ ไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานทั่วไป เช่น AZT อาจจะหมายถึง ZIDOVUDINE หรือ AZATHIOPRINE กับ AZTREONAM ก็ได้ หลีกเลียงการใช้ชื่อห้อง และสัญลักษณ์ทางเคมี

5.5 หลีกเลียงการสั่งยาด้วยจุดทศนิยม ควรใช้คำว่า 500 มก. แทนคำว่า 0.5 กรัม และในกรณีที่จะต้องใช้จุดทศนิยม ควรใช้ "0" นำหน้าจุดทศนิยมเสมอ เช่น 0.5 มก. (ไม่ควรเขียนเพียง .5มก.) และไม่ควรมี "0" หลังจุดทศนิยม เช่น 5.0 มก. ควรเขียนเพียง 5 มก.

5.6 คำว่า "UNIT" ควรเขียนเต็มไม่ควรใช้เพียงคำว่า "U" เฉยๆ อาจจะอ่านผิดเป็น "0" ได้

6. ควรเขียนคำสั่งใช้ยาด้วยลายมือ ที่อ่านได้ง่ายโดยทั่วไปไม่ใช่เฉพาะคนคุ้นเคยเท่านั้นที่จะอ่านเข้าใจ ซึ่งอาจจะแก้ปัญหาในกรณีลายมืออ่านยากโดยการพิมพ์หรือใช้คอมพิวเตอร์ก็ได้

7. การสั่งยาด้วยวาจาไม่ควรกระทำ ยกเว้นในกรณีที่เป็น (ฉุกเฉิน) จริงๆเท่านั้น การสั่งยาด้วยวาจาต้องใช้คำพูดที่ชัดเจน บางครั้งอาจจำเป็นต้องบอกตัวสะกดด้วย และต้องให้ผู้รับคำสั่งอ่านทบทวน คำสั่งให้ฟังว่า รับข้อมูลถูกต้องตรงกับที่ผู้สั่งยาประสงค์หรือไม่

8. ถ้าเป็นไปได้ควรสั่งใช้ยาที่ให้ทางปาก มากกว่าที่จะสั่งใช้ยาโดยวิธีฉีด

9. ถ้าเป็นไปได้แพทย์ควรพูดอธิบายกับผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ใช้ ตลอดจนอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

10. แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยานานผู้ป่วย เป็นระยะๆ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจะยังคงจำเป็นต้องใช้ยาต่อไปหรือไม่

ภาคผนวก 36

คำแนะนำสำหรับเภสัชกร

เภสัชกรน่าจะเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการป้องกัน การเกิดการใช้ยาที่ผิด โดย อุดมคติแล้วเภสัชกรควรร่วมมือกับแพทย์ ในการพัฒนาระบบที่จะนำมาใช้และติดตาม แผนการ บำบัดด้วยยาเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีแก่ผู้ป่วย และยังถูกคาดหวังไว้ว่าเภสัชกรควรจะมี มาตรการวางอย่างยิงที่จะไม่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนเสียเองและมีข้อเสนอแนะสำหรับเภสัชกร ในเรื่องนี้อย่างนี้

1. เภสัชกรควรมีส่วนร่วมในการประเมินผล การรักษา ด้วยยา (รวมทั้งการ ใช้ยาที่เหมาะสม, การบริหารยาที่ถูกต้อง ตรวจสอบเช็คดูการใช้ยาซ้ำซ้อน, คู่มือกิริยา ระหว่างกันของยา ประเมินผลการตรวจขั้นสูตรที่สำคัญ) และร่วมในการประเมินการใช้ยา เพื่อช่วยเหลือให้การใช้เป็นไปอย่างมีเหตุมีผล ปลอดภัยต่อผู้ป่วย และให้ประโยชน์สูงสุด
2. เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำที่เหมาะสม เภสัชกรควรสนใจติดตามหาความรู้เรื่อง ยาไว้ตลอด เช่น การศึกษา วารสารต่างๆ เข้าศึกษาอบรมต่อเนื่อง ฯลฯ
3. เภสัชกรควรพร้อมเสมอที่จะให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่บุคลากรอื่นๆ
4. เภสัชกรควรคุ้นเคยกับระบบการสั่งยา และ นโยบายและข้อปฏิบัติในการ รักษาพยาบาลต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รู้ถึงความคลาดเคลื่อน ที่จะเกิดขึ้นในกรณี บุคลากรอื่นๆ ปฏิบัตินอกเหนือกฎเกณฑ์หรือนโยบายที่วางไว้ จะได้หาทางป้องกันได้ทันเวลาที่
5. เภสัชกรไม่ควรคาดเดายาหรือการใช้ยา ในบางสิ่งที่มีปัญหา ถ้ามีอะไรสงสัย ต้องติดต่อกับแพทย์ผู้สั่งยาโดยตรง
6. เมื่อเตรียมยา เภสัชกรควรจัดให้ห้องปฏิบัติงานสะดวกและเป็นระเบียบ เป็น ระบบ และจัดเตรียมยาให้เสร็จเป็นชนิดๆไป โดยมีการรบกวนจากกรณีต่างๆ ให้น้อยที่สุด เพื่อ ที่จะได้มีสมาธิที่ดีในการทำงาน
7. ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง ในกรณีที่ไม่ถูกเงินหรือเร่งด่วนมาก เภสัชกรควรดู เทียบกับใบสั่งยาต้นฉบับ (Original Copy of the Medication Order) อีกครั้งและถ้า เป็นยาที่มีความเป็นพิษสูง ควรให้เภสัชกรอีกคนเป็นผู้ตรวจ เพื่อให้แน่ใจว่า ชนิดของยา,

การเขียนฉลาก, การบรรจุ, การคำนวณขนาดยา, ปริมาณ และข้อแนะนำ ในการใช้
 ถูกต้องสมบูรณ์ดีแล้ว

8. ควรใช้ฉลากช่วย เพื่อช่วยป้องกัน ความคลาดเคลื่อนในใช้ยา

9. เภสัชกรต้องมั่นใจว่า นโยบาย และวิธีทำงานที่ใช้จะทำให้ผู้ป่วย ได้รับยา
 ทันเวลาที่บริหารยา ถ้าส่งยาสาชำต้องชี้แจงให้พยาบาลในตึกผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่ส่งยาสาชำนี้

10. ถ้าเป็นไปได้เภสัชกรควรได้อธิบาย ให้พยาบาลเข้าใจว่าทำไมจึงต้องใช้
 ยานั้นๆ, ใช้อย่างไร, ข้อควรระวัง ฯลฯ

11. เภสัชกรควรได้ไปสังเกตดูว่า จริง ๆ แล้ว การใช้อาาในตึกผู้ป่วยใช้กันอย่างไร
 ถูกต้องหรือไม่ เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำได้

ภาคผนวก 37

คำแนะนำสำหรับพยาบาล

โดยธรรมชาติของงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นวิชาชีพที่มีความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้มากกว่าวิชาชีพอื่น และเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

คำแนะนำในการปฏิบัติงานที่จะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนในใช้ยา ที่จะเกิดจากการบริหารยา มี

1. พยาบาลต้องคุ้นเคยและรู้เกี่ยวกับระบบการรักษาพยาบาล, ระบบการสั่งยาของโรงพยาบาล
2. พยาบาลควรตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วย โดยประเมินจากผลการรักษาของผู้ป่วย ตรวจสอบดูว่ามีปฏิกริยาระหว่างกันของยา หรือไม่ และควรมีการติดต่ออย่างใกล้ชิดกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาในกรณีที่มีข้อสงสัยต่างๆ
3. ควรตรวจสอบกับคำสั่งใช้ยาต่างๆ ก่อนที่จะบริหารยาให้ผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการคัดลอกคำสั่งหรือแปลใหม่ เพราะว่าเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในกรณีที่ต้องไม่ให้ยาไปก่อน โดยที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบข้อสงสัยนั้นเสียก่อน
พยาบาลควรตรวจสอบซ้ำว่า ยาที่ได้มาจากห้องจ่ายยา ทั้งชนิด จำนวน และข้อมูลอื่น ๆ เช่น วันหมดอายุ, สภาพทั่ว ๆ ไปของยา ก่อนที่จะบริหารยานั้นๆ ถ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับยานั้นๆ ต้องตรวจเช็คกับฝ่ายเภสัชกรรมให้แน่ใจเสียก่อน
4. ก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย ต้องแน่ใจก่อนว่าได้ให้ยาตรงตัวผู้ป่วยที่ต้องการ และตรวจดูด้วยว่าผู้ป่วยได้บริหารยานั้นหรือเปล่า
5. ยาที่บริหารให้ผู้ป่วยควรตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ดังนั้นควรตรวจสอบและเตรียมยาไว้ก่อนที่จะถึงกำหนดเวลาให้ยา และควรบันทึกการให้ยาไว้ทันทีที่ได้บริหารยาให้ผู้ป่วย

6. ในกรณีที่มีการคำนวณความเข้มข้นของยา ความเร็วในการให้ยา จำนวนของขวดหรือหลอดยาที่จะใช้ หรือการคำนวณอื่นๆ ต้องทำซ้ำทุกครั้งเพื่อความถูกต้องแน่นอน โดยพยาบาลคนอื่นช่วยตรวจซ้ำให้

7. ไม่ควรยืมหรือจัดยาของผู้ป่วยคนหนึ่งให้กับผู้ป่วยคนอื่น, ไม่ควรเก็บยาที่เหลือใช้ไว้ในตู้ผู้ป่วย ถ้าตรวจพบว่าห้องจ่ายยายังไม่ได้ส่งยาอะไรมาให้ ต้องตรวจสอบกับเภสัชกรก่อนว่า มีปัญหาอะไรหรือไม่กับยานั้นจึงไม่จ่ายยานั้นมา เพราะว่าเภสัชกรอาจจะไม่จ่ายยามาเนื่องจากตรวจสอบพบว่ายานั้นจะทำให้ผู้ป่วยแพ้ยาก็ได้

8. ในกรณีที่มีการใช้ยาปริมาณมากกว่าปกติ เช่น 2 แอมพูล, 2 ขวด หรือ 2 เม็ด ในรายเดียว ควรตรวจสอบความถูกต้องให้แน่นอน กับเภสัชกรก่อน

9. ยาที่ไม่ได้ใช้ที่เหลือต้องส่งคืนฝ่ายเภสัชกรรม ทั้งหมดโดยทันที ผู้ป่วยที่กลับบ้านต้องไม่ได้รับยาที่ไม่มีการเขียนฉลากกำกับโดยเด็ดขาด

10. ในกรณีที่มีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ ในการให้ยา เช่น INFUSION PUMP ฯลฯ ต้องศึกษาให้เข้าใจก่อนว่าเครื่องมือนี้ใช้อย่างไร และระมัดระวังข้อผิดพลาดที่อาจจะเกิดจากเครื่องมือนั้น

11. ถ้าเป็นไปได้พยาบาลควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ ผู้ป่วยจะได้ระมัดระวังในการใช้นั้นๆ ด้วย ถ้าจำเป็นต้องให้คำแนะนำในยาบางตัวต้องแนะนำก่อนที่ผู้ป่วยจะใช้นั้น

12. ถ้าได้รับคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาจากผู้ป่วย พยาบาลควรฟังคำถามให้เข้าใจก่อนตอบ และถ้าเป็นไปได้ให้ตรวจสอบซ้ำกับคำสั่งแพทย์ ว่ายานั้นจะใช้อย่างไร ก่อนที่จะให้ยาไปกับผู้ป่วยและต้องมั่นใจว่าไม่ได้ให้ยาผิดตัวผู้ป่วย หรือบอกวิธีใช้ที่ผิดไป

ภาคผนวก 38

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับรู้ว่า ตนเองจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไร
ตลอดจนทราบว่ายาที่ได้รับเป็นยาอะไร ต่อไปนี้เป็นคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยไม่
มาก ควรจะได้ปฏิบัติเพื่อให้การรักษายาเป็นไปอย่างได้ประโยชน์สูงสุด

1. ผู้ป่วยควรได้รับการติดต่อหรือได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรอื่น ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตลอดจนมีสิทธิที่จะถาม และเข้าใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ตนจะได้รับ
2. ผู้ป่วยควรได้รับรู้ว่ายาที่ใช้คืออะไร, ขนาดความแรงเท่าไร, ความถี่ที่จะใช้ยานี้ ผู้ป่วยควรมีรายการยาที่ตนเองใช้ไม่ได้และเหตุผลว่าทำไมจึงใช้ยานั้นไม่ได้ และควรแจ้งให้ผู้รักษารู้ทันทีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง หลังจากได้รับยา
3. ผู้ป่วยควรรับประทานยาหรือบริหารยา ตามแพทย์สั่ง

ภาคผนวก 39

คำแนะนำสำหรับบริษัทผู้ผลิตยา

ยาที่ผลิตมาอย่างไม่เหมาะสม เช่น ฉลากไม่ชัดเจน, อายุสั้น ฯลฯ ก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา บริษัทผู้ผลิตควรมีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ด้วย เช่น

1. ำให้ข้อมูลข่าวสารแก่แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยา, ฉลาก, ขนาดบรรจุ ฯลฯ
2. ไม่ควรตั้งชื่อยาที่มีการเขียนคล้ายๆกัน หรือออกเสียงเรียกชื่อคล้ายๆกันกับยาของผู้ผลิตรายอื่น เพื่อป้องกันการสับสน
3. ไม่ควรใช้ชื่อย่อทัวๆไปของการใช้ยา เป็นชื่อยา เช่น มีคำว่า "HS" ซึ่งอาจจะทำให้เข้าใจผิดไปให้ว่าเป็นยา half-strength หรือเป็นยาก่อนนอน
4. ฉลากควรมีการพิมพ์เน้นคำที่สำคัญ เช่น "เจือจางก่อนใช้"
5. คำที่เน้นหรือพิมพ์เด่นในฉลากยาควรเป็นชื่อยา, ขนาดยา, มากกว่าที่จะเน้นที่ชื่อบริษัทหรือสัญลักษณ์ของบริษัท
6. ถ้าจำเป็นต้องใช้จุดทศนิยมในฉลากยา ควรมี "0" นำหน้าจุดทศนิยมและไม่ควรมี '0' หลังจุด

ควรมีการผลิตยาในรูปยูนิตโดส รวมทั้งมีขนาดบรรจุในขนาดใหญ่น้อยด้วย เพื่อที่จะได้มีความสะดวกในการเสือกใช้นั้นๆ

ภาคผนวก 40

สรุปคำแนะนำในการแก้ไขความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

สาเหตุความคลาดเคลื่อน	คำแนะนำในการแก้ไข
1. ขบวนการสั่งยา	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนนโยบายด้านการสั่งยาของโรงพยาบาล - หารูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมในการยืนยันคำสั่งด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ - มีคู่มือในการสั่งใช้ยา - ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน
2. ฝ่ายเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน - ทบทวนนโยบายและวิธีการทำงาน - ทดสอบประสิทธิภาพของการจ่ายยา - ระบบการตรวจสอบซ้ำในการบันทึกข้อมูลประวัติการใช้ยา - การเลือกซื้อ หรือ ผลิตยา ที่มีลักษณะที่ต่างกัน - ทบทวนเกี่ยวกับบุคลากรที่ทำงานทั้งจำนวนคน และคุณภาพ - มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในขบวนการจ่ายยาที่เพียงพอ
3. การเตรียม-บริหารยา	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมพยาบาลให้เห็นความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ให้ระมัดระวังในการใช้ยาช่วยให้นายาในการเตรียมและบริหารยา มีการตรวจสอบใบช่วยให้นายาซ้ำในการทำงาน - อบรมเกี่ยวกับการเตรียมยา การตวงยา การคำนวณ และประเมินผลหลังอบรม

- ทบทวนเกี่ยวกับบุคลากรที่ทำงานทั้งจำนวนคน และ
คุณภาพ

- อบรมความรู้เกี่ยวกับยาเพิ่มเติม

- มีคู่มือในการทำงาน

4. การเตรียมใบช่วยยี่ห้อ
Kardex ทะเบียนยาฉีด
และบันทึกการให้ยา

- อบรมพยาบาลให้เห็นความสำคัญของการทำงาน
ให้ถูกต้องสมบูรณ์

- อบรมวิธีการทำ ใบช่วยยี่ห้อ Kardex
ทะเบียนยาฉีด และ บันทึกการให้ยา

- มีระบบการตรวจสอบซ้ำ



ประวัติการศึกษา

นายสัมพันธ์ มูลสาร เกิดเมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2499 ที่ จังหวัดอุบลราชธานี จบปริญญาตรี เกษศาสตร์บัณฑิต คณะ เกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2523 เข้าศึกษาในหลักสูตร เกษศาสตรมหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2535 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่ง เกษกร ระดับ 7 กลุ่มงาน เกษกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข