

ชื่อวิทยานิพนธ์ การบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

กรณีศึกษาโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ

ผู้วิจัย นาวาตรีหญิงวิชชุพร คุปตะวาทีน **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหาร
โรงพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีตกะลิน (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สุรเดช ประดิษฐ์บาทูภา **ปีการศึกษา** 2547

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนาในการบริหารความเสี่ยงของการให้บริการจ่ายยา ผู้ป่วยนอก โดยศึกษาลักษณะ ชนิด ความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก การวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง ตลอดจนหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลจากการบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ทั้งหมดที่ส่งมาห้องจ่ายยา ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2547 (ช่วงก่อนดำเนินการ) และระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2547 (ช่วงหลังดำเนินการ) ลงในแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ในการแจกแจงข้อมูลความคลาดเคลื่อน และใช้ในการเปรียบเทียบในเชิงปริมาณของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ผลการวิจัย หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา โดยรวมทุกขั้นตอนลดลงร้อยละ 38.71 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ลดลงร้อยละ 64.39 ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ลดลงร้อยละ 23.19 และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ลดลงร้อยละ 13.33

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนและให้ผู้ปฏิบัติงานการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อลดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา และพัฒนาคุณภาพการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ บริหารความเสี่ยง ,ความคลาดเคลื่อนทางยา

Thesis title: RISK MANAGEMENT OF OUT-PATIENT DRUG DISPENSING SERVICE
CASE STUDY AT BANGKOK NAVAL HOSPITAL ,NAVAL MEDICAL
DEPARTMENT

Researcher: Lieutenant Commander Witchuporn Kuptawathin WRTN; **Degree:** Master of Public Health (Hospital Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Panee Sitakalin, Associate Professor ; (2) Suradej Praditbatuka, Assistant Professor ; **Academic year:** 2004

ABSTRACT

The objective of this research and development study was to manage the risks of out-patient drug dispensing service, case study at Bangkok Naval Hospital. The specific objectives were to determine types and frequency of medication error, to analyze the causes of medication error, and to prevent the risk of medication errors in out-patient drug dispensing work process. All prescriptions filled in the out-patient pharmacy between 1 st April – 30 th June 2004 (before implementing risk preventions) and during 1 st July – 30 th September 2004 (after implementing risk preventions) were audited to determine the rate of medication errors by recording the check sheet forms. The descriptive statistics of percentage was used to describe the data of medication errors and compare the quantity of changes after implementing risk preventions.

After implementing risk preventions, the results showed that total of medication errors in out-patient drug dispensing process decreased 38.71 percentages. The prescribing errors decreased 64.39 percentages. The pre-dispensing errors decreased 23.19 percentages. The dispensing errors decreased 13.33 percentages.

This study recommends that the out-patient drug dispensing should have the standard documents of the work instructions. All employees have to practice and follow that standard documents to prevent the risk of out-patient dispensing services and to be continuous quality improvement of services.

Keywords: risk management, medication error

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. พานี สีตะกลิน อาจารย์ที่ปรึกษาและประธานกรรมการคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและกรรมการคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ห่วงใย และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์วิชาญ เกติวิชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยตรวจสอบรายงานการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอน และถ่ายทอดความรู้ให้ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชที่มอบทุนในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พล.ร.ต.เชาว์ ปุจฉาการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ (พ.ศ.2547) ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณ ว่าที่ น.อ.หญิง วิสิษฐศรี เพิ่มสุขจิตต์ หัวหน้าแผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ (พ.ศ.2541-2546) และ น.ท.หญิงรัตนา แสนอารี หัวหน้าแผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ (พ.ศ. 2546-2548) ที่ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณบุคลากรแผนกเวชปฏิบัติทั่วไป บุคลากรแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ และผู้ป่วนอกที่มารับบริการที่ให้ความร่วมมือและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคนที่ ช่วยเหลือ เอื้ออาทร สนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัย ด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ น.ท.ชุมพล คุณแม่ ดร.วิชนี คุณป้า คุณน้า และขอบคุณน้องทั้งสอง นางสาวรัชชา คุณป้า คุณน้า และนายณัฐญ์ คุณป้า ที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษาและทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

นาวาตรีหญิงวิชชุพร คุณป้า

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ประเด็นปัญหาการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์	6
ขอบเขตการศึกษา	7
นิยามศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	13
ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
ระยะเวลาการเก็บข้อมูล	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
ขั้นตอนการดำเนินงาน	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยรวม ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 เมษายน 2547 ถึง 30 มิถุนายน 2547 (ช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง)	54
ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยรวม ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2547 (ช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง)	63
เปรียบเทียบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในช่วง เวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2547 ถึง 30 มิถุนายน 2547 (ช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความ เสี่ยง) กับความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในช่วง เวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2547 (ช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความ เสี่ยง)	72
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปการวิจัย	82
อภิปรายผล	84
ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	95
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ข แนวทางป้องกันความเสี่ยงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยา ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ	98
ค การบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	102
ง แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อน	105
ประวัติผู้วิจัย	108

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ตารางเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงกับการประกันและพัฒนาคุณภาพ.....	21
ตารางที่ 2.2 ตารางแสดงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากงานเภสัชกรรมและการสั่งใช้ยา	24
ตารางที่ 4.1 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามชนิดของ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	54
ตารางที่ 4.2 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	55
ตารางที่ 4.3 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre – dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	56
ตารางที่ 4.4 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการ ป้องกันความเสี่ยง	57
ตารางที่ 4.5 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา ใน ขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	58
ตารางที่ 4.6 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	59
ตารางที่ 4.7 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	60
ตารางที่ 4.8 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	61
ตารางที่ 4.9 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	62
ตารางที่ 4.10 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	62
ตารางที่ 4.11 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามชนิดของ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.12 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 64

ตารางที่ 4.13 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยง จำนวนครั้งและร้อยละของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre – dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 65

ตารางที่ 4.14 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 66

ตารางที่ 4.15 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 67

ตารางที่ 4.16 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 68

ตารางที่ 4.17 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 69

ตารางที่ 4.18 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 70

ตารางที่ 4.19 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 71

ตารางที่ 4.20 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง 71

ตารางที่ 4.21 ตารางเปรียบเทียบชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการ ป้องกันความเสี่ยง 72

ตารางที่ 4.22 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการ ป้องกันความเสี่ยง .. 73

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.23 ตารางเปรียบเทียบชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre – dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	74
ตารางที่ 4.24 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	75
ตารางที่ 4.25 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	76
ตารางที่ 4.26 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	77
ตารางที่ 4.27 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งจ่าย ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	78
ตารางที่ 4.28 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	79
ตารางที่ 4.29 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	80
ตารางที่ 4.30 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง	81

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์	6
ภาพที่ 3.1 แผนผังการไหลของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ	49

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวคิดเรื่องกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อมุ่งหาวิธีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ให้มีความปลอดภัย และเกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (อนุวัฒน์ ศุภชุตikul 2543) ซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล อาจจำแนกได้ดังนี้ การล้นหล่ม การพลัดตกจากเตียง หรือจากที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษายาผิดคน การให้ยาผิด การบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การรักษาล่าช้า การประเมินปัญหาล่าช้า การละเลยความรู้สึกรักของผู้ป่วย ครอบครัว การทำให้เสียหน้า อับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น (กฤษฎา แสงวงดี , 2543)

การบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยหลักการพื้นฐาน 3 ประการ คือ คุณภาพ (Quality) การประเมิน (Evaluation) และการนำไปใช้ (Utilization Management) (Stahl, 1997) โดยมี เป้าหมายเพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยง และป้องกันความสูญเสียทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล ดังนั้นกระบวนการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้น ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล จึงเป็นการประเมินความเสี่ยงก่อนที่อุบัติการณ์จะเกิดขึ้น รวมถึงการป้องกันปัญหาและความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นระบบเตือนภัยล่วงหน้า และเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาและความเสียหายในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

การให้บริการรักษาพยาบาลจะใช้ยาเป็นหลักหรือใช้ยาร่วมด้วยเสมอ ซึ่งเป้าหมายหลักของการใช้ยาในการรักษา คือ ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหรืออาการ ทั้งชนิด ปริมาณ ขนาด รูปแบบของยา วิธีใช้ที่ถูกต้องเหมาะสมตรงตามเวลา เพื่อให้เกิดผลในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ รวมทั้งลดความสูญเสียทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและตัวผู้ป่วย

การให้ยามีหลายขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขั้นตอนเริ่มตั้งแต่แพทย์สั่งใช้ยา พยาบาลรับหรือลอกคำสั่ง และส่งให้เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ประจำห้องยา จัดยา พยาบาลรับยาไปจัดเพื่อส่งมอบให้ผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด สำหรับผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งยาในใบสั่งยา มอบให้ผู้ป่วยไปส่งที่ห้องจ่ายยา มีเจ้าหน้าที่และเภสัชกรจัดนับยา เขียนฉลากและวิธีใช้ แล้วส่งมอบให้ผู้ป่วยไปใช้ตามคำแนะนำ (จรัส สุวรรณเวลา 2545)

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะมีทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละวัน มีเป็นจำนวนมาก แพทย์ต้องสั่งใช้ยาหลากหลายชนิด ห้องยาต้องจัดยาหลายรายการ พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน มีการบริหารยาหลายชนิดตามเวลาที่หลากหลาย การให้ยาผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจึงเกิดขึ้นได้ และจัดว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ความเสี่ยงนี้อาจเกิดมากหรือน้อยขึ้นกับคุณภาพของคนและระบบ การให้ยาผิดพลาดอาจเป็นการให้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดเวลา ผิดคน (ผู้ป่วย) หรือเว้นไม่ได้ให้ยาเมื่อถึงกำหนดที่ต้องให้

“ ความคลาดเคลื่อนทางยา ” (medication error) เป็นเหตุการณ์ใดๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยอาจเป็นสาเหตุโดยตรงหรือเหตุนำสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

การศึกษาและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1961 โดย Barker & McConnell ที่ University of Florida Teaching Hospitals ต่อมาได้มีการศึกษาทำนองเดียวกันนี้มากขึ้น เช่น รายงานของ Institute of Medicine (IOM) เมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1999 คาดว่ามีผู้เสียชีวิตเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยาถึง 7,000 คนต่อปี (Lazarou J, 1998) องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทำการสำรวจย้อนหลังถึงผู้เสียชีวิต ในช่วง 1 มกราคม ค.ศ. 1993 ถึง 31 ธันวาคม ค.ศ.1998 พบผู้เสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา 469 คน จากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด 5,366 รายงาน (Jerry, et al, 2001) Guernsey และคณะได้ประเมินความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในปี ค.ศ.1983 พบว่าจากรายการยาทั้งหมด 9,394 รายการ มีความคลาดเคลื่อนทางยา 1,165 รายการ เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่ก่อให้เกิดอันตราย 141 รายการ นอกจากนี้รายงานของ Institute of Medicine (IOM) ในปี

ค.ศ.1997 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วย 33.6 ล้านคนเสียชีวิตเพราะความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 44,000-98,000 คน คิดเป็นมูลค่าการสูญเสียถึง 1.7-2.9 หมื่นล้านดอลลาร์ ซึ่งเป็นปัญหา ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยายังเป็นปัญหาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาไม่ได้ผล ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เกิดอาการข้างเคียงหรือพิษจากยา รวมถึง การสิ้นเปลืองทรัพยากรอีกด้วย

American Society of Health System Pharmacist, 1996 พบว่าความคลาดเคลื่อนทาง ยาเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการให้บริการ ทุกลักษณะรูปแบบ ซึ่งหากมีอัตราการเกิดสูง ก็จะเป็น สาเหตุให้คุณภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการลดน้อยลง หรืออาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย ได้รับความอันตรายจากการใช้ยาได้ จนต้องกลับเข้ามาอนรักษาทันทีในโรงพยาบาลอีกครั้ง ทำให้ สิ้นเปลืองทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรสำหรับดูแลรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น หรืออาจทำให้ ผู้ป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิตได้

ความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา ของแพทย์ ความคลาดเคลื่อนจากการลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยาของพยาบาล ความ คลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาที่เกี่ยวข้องกับการจัดยาและจ่ายยาตามใบสั่งยาของห้องจ่ายยา และ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทั้งที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์และตัวผู้ป่วย

อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามประเภทของความคลาดเคลื่อนที่ มีรายงาน มีความแตกต่างกัน เพราะความแตกต่างในด้านสถานที่ วิธีการศึกษา และขอบเขตของ การศึกษา ทั้ง Hartwig, et al, 1991 ได้รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามประเภทความ คลาดเคลื่อนดังนี้ การบริหารยาผิดพบร้อยละ 45 การแปลคำสั่งยาผิดพบร้อยละ 32 การจัดจ่ายยาผิด พบร้อยละ 13 และการสั่งใช้ยาผิดพบร้อยละ 4 การศึกษาของ Leape และคณะ (อ้างใน Cohen MR, 1996) ได้รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามประเภทดังนี้ การสั่งใช้ยาผิดพบร้อยละ 39 การ บริหารยาผิดพบร้อยละ 38 การแปลคำสั่งใช้ยาผิดพบร้อยละ 12 และการจัดจ่ายยาผิดพบร้อยละ 11

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2530 (ปริยา อาริมิตร 2530) พบว่ามีถึงร้อยละ 20.4 ผลการศึกษาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่าง วันที่ 4-29 ตุลาคม พ.ศ. 2542 (นวลจันทร์ เทพศุภรังษิกุลและคณะ 2542) พบความเสี่ยงในการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา ร้อยละ 3.49

โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ ได้ให้บริการให้แก่ข้าราชการ และลูกจ้างทหารเรือ ครอบครัวและพลเรือนทั่วไป ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ ระหว่างเวลา 6.30-16.00 น. ให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ประมาณ 200 ใบ

ต่อวัน ใบสั่งยาผู้ป่วยในประมาณ 5 ใบต่อวัน ในส่วนของการบริการการจ่ายยาผู้ป่วยนอกเป็นจุดที่ให้บริการผู้ป่วยนอกจำนวนมากในเวลาอันจำกัด และใบสั่งมีความหลากหลายของรายการยา ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกได้ในทุกขั้นตอน เช่น ขั้นตอนการสั่งยา ขั้นตอนการจัดยาและขั้นตอนการจ่ายยา ถือเป็นความเสี่ยงชนิดหนึ่งซึ่งสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงก่อนที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาลักษณะ ชนิด และความถี่ของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไขในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการจ่ายยา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง การรักษาโรคมมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับบริการ โดยใช้หลักการ บริหารความเสี่ยง อันได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลมาประยุกต์ใช้เพื่อหาลักษณะของปัญหา สาเหตุ และแนวทางป้องกันความเสี่ยง สร้างความตระหนักในการให้บริการของบุคลากรวิชาชีพ เสริมสร้างร่วมมือกันระหว่าง วิชาชีพ เพื่อเกิดการพัฒนาคูณภาพการบริการจ่ายยาอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยใน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อบริหารความเสี่ยงในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

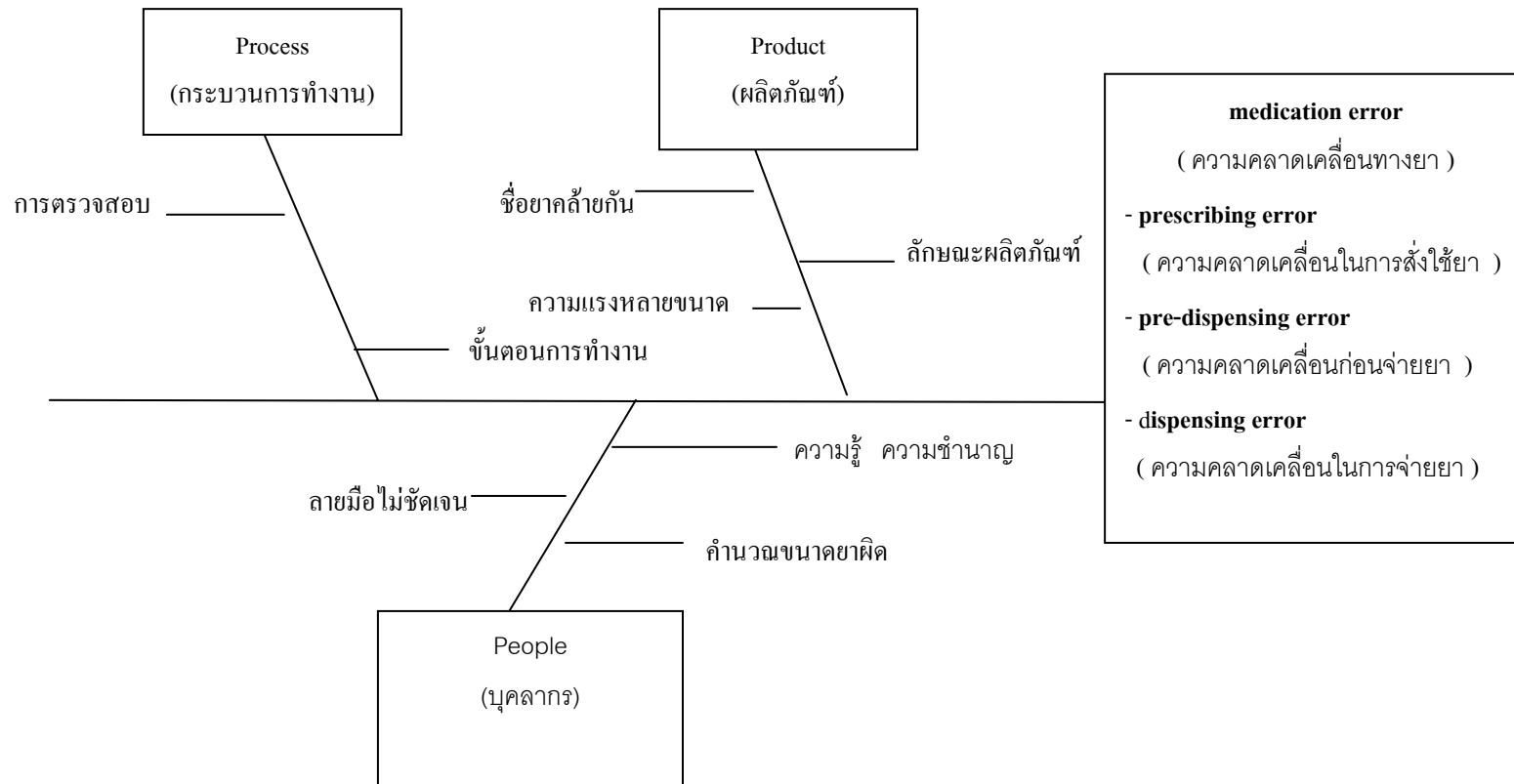
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะ ชนิด ความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
2. เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
3. เพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
4. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคูณภาพของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

การบริการจ่ายยาของโรงพยาบาลมีความคลาดเคลื่อน ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก หากความคลาดเคลื่อนนั้นไม่ได้รับการแก้ไขก่อนที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วย

4. กรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์

5. ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในกระบวนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 6.30-16.00 น. เฉพาะขั้นตอนความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ก่อนจ่ายยา (predispensing error) และการจ่ายยา (dispensing) โดยมุ่งเน้นในประเด็น ผิดชื่อยา ผิดขนาดความแรง ผิดรูปแบบ ผิดจำนวน ผิดวิธีใช้ ผิดชื่อผู้ป่วย

6. นิยามศัพท์

6.1 ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

6.2 การบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก หมายถึง กระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้หลักการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่

6.2.1 การค้นหาความเสี่ยง หมายถึง การที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ทบทวน โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงาน และจากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา-จ่ายยา

6.2.2 การประเมินความเสี่ยง หมายถึง การที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกประเมินความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆ โดยพิจารณาถึงความถี่ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆ จากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา-จ่ายยา

6.2.3 การจัดการกับความเสี่ยง หมายถึง การที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกมีการจัดการกับสิ่งที่จะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

6.2.4 การประเมินผล หมายถึง การที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกติดตามผลของการจัดการกับความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยวัดจากร้อยละความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในการบริการจ่ายยาที่เปลี่ยนแปลงไป

6.3 การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก หมายถึง การดำเนินการหรือการปฏิบัติงานโดยบุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ ตามลำดับ

- 6.3.1 การเขียนคำสั่งใช้ยาลงในใบสั่งยาโดยแพทย์
- 6.3.2 การรับและตรวจสอบคัดกรองใบสั่งยาโดยเภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกร
- 6.3.3 การคิดราคายาและพิมพ์ฉลากยาด้วยคอมพิวเตอร์โดยผู้ช่วยเภสัชกร
- 6.3.4 การจัดยาตามฉลากยาโดยผู้ช่วยเภสัชกรและลูกจ้าง
- 6.3.5 การตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดกับใบสั่งยาโดยเภสัชกรและ/หรือผู้ช่วยเภสัชกร
- 6.3.6 การส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาโดยเภสัชกรและ/หรือผู้ช่วยเภสัชกร

6.4 ความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก หมายถึง เหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่ผิดไปจากคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่ควรจะได้รับ หรือได้รับยาทั้งที่ไม่ควรจะได้รับ

6.5 ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ โดยอาจเป็นสาเหตุโดยตรงหรือเหตุนำสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา พิมพ์ฉลากยา และการจัดยา (pre-dispensing error) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error) ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับยาไปแล้ว และเกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยและการให้ยาของพยาบาลบนหอผู้ป่วยซึ่งจะไม่ขอกกล่าวในที่นี้

6.6 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) หมายถึง การสั่งใช้ยาที่ไม่สมบูรณ์ แบ่งเป็น

6.6.1 ความไม่สมบูรณ์ในการเขียนชื่อยา หมายถึง การเขียนชื่อยาผิด หรือการเขียนชื่อยาไม่ชัดเจนที่ก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเภสัชกร 2 คนขึ้นไป ยืนยันเห็นพ้องว่าเป็นการเขียนที่ไม่ชัดเจนหรือการใช้ชื่อย่อที่ไม่แพร่หลายทั่วไปในทางการแพทย์

6.6.2 ความไม่สมบูรณ์ในการเขียนขนาดความแรงของยา หมายถึง การไม่ระบุขนาดความแรง ในกรณีที่ยานั้นมีความแรงมากกว่า 1 ความแรงตามบัญชียาโรงพยาบาลทหารเรือ

กรุงเทพ หรือการระบุความแรงในขนาดที่ไม่มีการผลิตออกจำหน่าย หรือเขียนระบุความแรงไม่ชัดเจน

6.6.3 ความไม่สมบูรณ์ในการเขียนรูปแบบยา หมายถึง การไม่ระบุรูปแบบยาในกรณีที่ยานั้นมีมากกว่า 1 รูปแบบตามบัญชียาโรงพยาบาล หรือการระบุรูปแบบยาที่ไม่มีการผลิตออกจำหน่ายตัวอย่างยาที่มีมากกว่า 1 รูปแบบ เช่น Ventoline ซึ่งมีรูปแบบเป็น ยาเม็ด ยาน้ำ ยาพ่นแบบ inhaler (เป็นยาที่ใช้สูดเข้าคอ ventoline evohaler ®) ยาพ่นแบบเป็นสารละลายและใช้กับเครื่องพ่น (ventoline nebulizer)

6.6.4 ความไม่สมบูรณ์ในการเขียนจำนวนยา หมายถึง การไม่ระบุจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ หรือระบุผิดไปจากที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือเขียนระบุปริมาณยาไม่ชัดเจน

6.6.5 ความไม่สมบูรณ์ในการเขียนวิธีการบริหารยา (วิธีใช้ยา) หมายถึง การไม่ระบุวิธีบริหารยา (วิธีใช้ยา) หรือระบุวิธีใช้ยา ความถี่ในการใช้ยา หรือวิธีใช้ก่อน-หลังอาหารผิดไป

6.6.6 ความไม่สมบูรณ์ของรายการยาที่สั่ง หมายถึง การไม่สั่งยาบางชนิดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ หรือใช้เป็นประจำ หรือเขียนรายการยาครบทุกชนิดในเวชระเบียน แต่ไม่ได้ลอกลงใบสั่งยา

6.6.7 การสั่งยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก หมายถึง การที่ไม่สามารถระบุ ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ จำนวน และรูปแบบของยาได้โดยอ่านจากลายมือแพทย์ที่เขียนในใบสั่งยา

6.6.8 การสั่งยาในใบสั่งยาที่ระบุตัวผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ หมายถึง การสั่งยาในใบสั่งยาที่ไม่ได้ระบุชื่อผู้ป่วย หรือระบุชื่อผู้ป่วยผิด และ / หรือ ระบุเลขระเบียนผู้ป่วย (Hospital Number) ไม่ถูกต้อง ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วยในขั้นตอนการบริการจ่ายยาและอาจทำให้เกิดการส่งมอบยาผิดคน

6.7 ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการคิดราคา ยา พิมพ์ฉลากยา และ/หรือการจัดยา โดยผู้ช่วยเภสัชกร และลูกจ้าง ซึ่งความคลาดเคลื่อนนี้สามารถตรวจพบและได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรขณะทำการตรวจสอบก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย

6.7.1 ชนิดของยาไม่ถูกต้อง หมายถึง คิคราคาและพิมพ์ฉลาก และจัดยาไม่ตรงกับรายชื่อยาที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.7.2 ความแรงยาไม่ถูกต้อง หมายถึง คิคราคาและพิมพ์ฉลาก และจัดยาไม่ตรงกับความแรงที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.7.3 รูปแบบยาไม่ถูกต้อง หมายถึง คิคราคาและพิมพ์ฉลาก และจัดยาไม่ตรงกับรูปแบบยาที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.7.4 จำนวนยาไม่ถูกต้อง หมายถึง คิตรายการและพิมพ์ฉลาก และจัดยาไม่ตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.7.5 วิธีใช้ไม่ถูกต้อง หมายถึง พิมพ์ฉลากวิธีใช้ไม่ตรงกับวิธีใช้ที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.7.6 จำนวนรายการยาไม่ถูกต้อง หมายถึง คิตรายการและพิมพ์ฉลาก และจัดยาไม่ตรงกับรายการยาที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.7.7 ชื่อผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หมายถึง พิมพ์ฉลากชื่อผู้ป่วยไม่ตรงกับชื่อผู้ป่วยในใบสั่งยา

6.8 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นหลังจากส่งมอบยาให้ผู้ป่วยซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการได้รับรายงานจากแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยหรือการออกไปสำรวจหลังจากผู้ป่วยได้รับยาแล้ว ซึ่งอาจเป็นการจ่ายยาผู้ป่วยผิดคน หรือจ่ายยาไม่ตรงกับที่ระบุในใบสั่งยา

6.8.1 จ่ายยาผิดชนิด หมายถึง จ่ายยาไม่ตรงกับรายชื่อยาที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.8.2 จ่ายยาผิดความแรง หมายถึง จ่ายยาไม่ตรงกับความแรงที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.8.3 จ่ายยาผิดรูปแบบ หมายถึง จ่ายยาไม่ตรงกับรูปแบบที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.8.4 จ่ายยาผิดจำนวน หมายถึง จำนวนยาที่จ่ายไม่ตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.8.5 วิธีใช้ยาของยาที่จ่ายไม่ถูกต้อง หมายถึง จ่ายยาซึ่งฉลากวิธีใช้ยาบนซองยาไม่ตรงกับวิธีใช้ยาที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.8.6 จ่ายยาขาดบางรายการ หมายถึง จำนวนรายการยาที่จ่ายไม่ตรงกับรายการยาที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา

6.8.7 จ่ายยาผิดคน หมายถึง จ่ายยาของบุคคลอื่นให้กับอีกบุคคลหนึ่งซึ่งไม่ใช่เจ้าของยา

6.9 การจ่ายยาตามนโยบายโรงพยาบาล ที่ต้องจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้แก่ผู้ป่วยตามสิทธิที่พึงได้รับ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนชนิดของยา หรือเปลี่ยนชื่อการค้าของยา ซึ่งมีชื่อยาสามัญทางยาเดียวกัน ให้ถือว่าไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยา ตามข้อ 6.7.1 และ 6.8.1

6.10 ในกรณีที่ขนาดความแรงของยาที่แพทย์สั่งไม่มีจ่าย หรือขาดคราว จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนเป็นยาชนิดเดียวกัน (ชื่อสามัญทางยาเดียวกัน) แต่ต่างขนาดความแรงของยา และ

จำเป็นต้องปรับขนาดวิธีใช้ ระยะเวลาที่ใช้ และปริมาณยาที่ต้องจ่ายให้ผู้ป่วย ถือว่าไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยา ตามข้อ 6.7.2, 6.7.3 , 6.7.4 , 6.7.5, 6.8.2 , 6.8.3 , 6.8.4 และ 6.8.5

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ทราบลักษณะ ชนิด และความถี่ของความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาที่เกิดขึ้นในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
- 7.2 ทราบปัญหาในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการบริการจ่ายยา
- 7.3 เป็นแนวทางป้องกัน แก้ไข ปรับปรุงระบบงานเพื่อลดความเสี่ยงก่อนการจ่ายยาให้ผู้ป่วย
- 7.4 กระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความระมัดระวังและตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน
- 7.5 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการบริการจ่ายยาต่อไป
- 7.6 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด รูปแบบ จำนวน ทราบสรรพคุณยา วิธีใช้ยาที่ถูกต้อง และทราบข้อควรระวังในการใช้ยา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการบริหารความเสี่ยง
 - 1.1 ความหมายของความเสี่ยง
 - 1.2 ประเภทความเสี่ยง
 - 1.3 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
 - 1.4 การบริหารความเสี่ยง
 - 1.5 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 1.6 ระบบบริหารความเสี่ยง
 - 1.7 การบริหารความเสี่ยงกับการประกันและพัฒนาคุณภาพ
 - 1.8 ความเสี่ยงในงานเภสัชกรรม
2. ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)
 - 2.1 ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.2 ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.3 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.4 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.5 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา
 - 2.6 แนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.7 การตรวจหาความคลาดเคลื่อนทางยา
 - 2.8 การบันทึกข้อมูลและรายงาน
 - 2.9 การวิเคราะห์ข้อมูล
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)
 - 3.2 ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error)
 - 3.3 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

1.1 ความหมายของความเสี่ยง

องค์การสุขภาพเป็นธุรกิจที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะเมื่อมีความก้าวหน้าทาง การแพทย์และเทคโนโลยี

ความเสี่ยงตามความหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์การสุขภาพ หมายถึง โอกาสของการสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เป็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนไปจากสถานการณ์ปกติ ซึ่ง เกิดขึ้นได้ขณะที่มีการจัดการในโรงพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานให้บริการสุขภาพ รวมทั้ง โอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

ผลที่เกิดจากความเสี่ยงนั้นอาจเป็น

1. การบาดเจ็บคืออันตรายรุนแรง (harm) หมายความว่ารวมถึงการถูกทำร้าย การ ทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การสูญเสีย การถูกกลั่นแกล้ง การ ครอบงำ การมีบาดแผล
2. ผลร้ายหรืออันตราย (hazard) หมายถึง การเกิดภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก และความไม่มั่นคง
3. ภาวะเสี่ยงอันตราย (danger) หมายถึง ความรู้สึกคุกคาม ความอ่อนแอ
4. ความไม่แน่นอน (uncertainty) หมายถึง สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น น่าสงสัย คาดการณ์ ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ
5. การเปิดเผยข้อมูล (exposure) หมายถึง ความหวาดกลัวที่จะถูกนำเสนอ ถูก เปิดเผย เผยความลับ รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด

อาจกล่าวได้ว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Hershey and Bowes, 1978 อ้างใน อภา นิศยศักดิ์ 2533; Wilson, 1999; กฤษฎา แสงวงศ์ 2543; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล 2543)

1.2 ประเภทความเสี่ยง

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลมี 7 ประการ (risk heptagon) ได้แก่ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล 2543)

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาด การสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และกา
รดำเนินงาน ไม่ว่าจะรายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
ทรัพย์สินนี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ผู้ป่วย / ญาติ เจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่สามซึ่งทำ
ธุรกิจโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานที่มีมือที่
ต้องลงทุนสูง

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ
ประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์เล็กน้อยหรือมหาศาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล อาจจำแนกประเภทตามผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
ดังนี้ (กฤษฎา แสงวงศ์ 2543)

1. ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่
การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียง หรือจากที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะผิด การ
ระบุดัว ผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษายาผิดคน การให้ยาผิด การชอกช้ำหรือการบาดเจ็บจาก
การรักษายาผิด การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การละเลย
ผู้ป่วยที่มี คำสั่ง ‘ Do not Resuscitate’ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือการ
ประเมินปัญหาล่าช้า

2. ความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการ
กระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของ
ผู้ป่วย

ครอบครัว การทำให้เสียหน้า อับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การไม่ยินยอมรับการ
รักษา การไม่ดูแลความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่การตัดสินใจ

3. ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงทางสังคม ได้แก่
การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระ
ค่ารักษายาผิด การรักษายาผิดที่เกินความจำเป็น ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของ
ผู้ป่วยและครอบครัว การเก็บรักษาทรัพย์สินหรือของมีค่า รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความ
เชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของ

ผู้ป่วย / ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หรือผู้ป่วย/ครอบครัวที่ประสบความสูญเสียต่ออวัยวะหรือชีวิต การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่คงเส้นคงวา ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ ตัดสินใจไม่ได้ หรือการกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย / ครอบครัว

ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2543)

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่น หกล้ม การตกเตียง การติดเชื้ การตัดอวัยวะหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

3. ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การเปิดเผยผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่นกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งเป็นกลุ่มๆ โดยพิจารณามุมมองของผู้มีโอกาสรับความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้ดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พุทธิชัยปีติกุล 2544)

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้ในโรงพยาบาล เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกอับอาย หรือถูกทำร้ายจิตใจ เป็นต้น

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เช่น การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิ ผู้ป่วย การเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองสูญหาย เป็นต้น

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) การได้รับการปฏิบัติที่ผิด
บทบัญญัติของศาสนาหรือความเชื่อ เป็นต้น

2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของโรงพยาบาล

2.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล
การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น

2.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เช่น ความรู้สึกอับอายเสียหน้า
หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

2.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย
การถูกยึด ใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย เป็นต้น

2.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิด
บทบัญญัติทางศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น

3. ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล

3.1 การสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน

3.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

3.3 การเสื่อมสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนเวลาอันควร

3.4 เครื่องมือและอุปกรณ์ใช้การไม่ได้กะทันหัน

3.5 การทำผิดบทบัญญัติของกฎหมาย

3.6 การถูกฟ้องเรียกค่าเสียหาย

3.7 ไฟไหม้

3.8 น้ำท่วม

4. ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน

4.1 การกำจัดขยะมูลฝอยและการบำบัดน้ำเสียที่ไม่เหมาะสม

4.2 การทำลายสิ่งแวดล้อม

1.3 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ประกอบด้วยกระบวนการ
ค้นหาความเสี่ยง กระบวนการประเมินความเสี่ยง และกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิด
ความเสียหาย เพื่อลดจำนวนและความรุนแรงของความสูญเสียที่เกิดขึ้น ป้องกันการสูญเสีย
ทรัพย์สิน และจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ
รวมทั้งการลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร

ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล คือ การค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง และป้องกันความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ

1. เพื่อลดอันตราย หรือเหตุร้ายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
2. เพื่อลดโอกาสที่จะสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

(Brown, 1979 อ้างใน กวพร ไพศาลวัชรกิจ 2542; Nance, 1993 อ้างใน กวพร ไพศาลวัชรกิจ 2542; Wilson, 1992 อ้างใน ชลอ น้อยเผ่า 2544; กฤษฎา แสงวดี 2543; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543)

สรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการบริหารเพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งในรูปแบบที่สามารถจับต้องได้หรือเป็นลักษณะรูปธรรม (tangible) เช่น ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลจากการปฏิบัติงาน และในรูปแบบที่ไม่สามารถจับต้องได้หรือในลักษณะนามธรรม (intangible) เช่น การสูญเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล ความเสื่อมใสศรัทธาของชุมชนที่มีต่อโรงพยาบาล

1.4 การบริหารความเสี่ยง (risk management)

จุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงอาจทำได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง (risk control) และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (risk financing) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543)

1. การควบคุมความเสี่ยง (risk control) เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 คือ

1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำงานที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการทำคลอด

1.2 การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือ การที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอกซเรย์นอกสถานที่ที่เป็นการฟ้องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย

1.3 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือ การใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น ป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย

1.4 การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมา เพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสีย คือ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

1.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่อองค์การลดลง

2. การบริหารเงินชดเชยความเสี่ยง (risk financing) มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายไว้เองหรือฟ้องถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีหนึ่งของการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบ ในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่าชดเชยจำนวนไม่มาก ด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการหรือตั้งเป็นกองทุนสำรอง โรงพยาบาลอาจเข้าร่วมในโปรแกรมประกันตนเอง (self-insurance) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างการคงความรับผิดชอบและการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่น อีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก การบริหารเงินชดเชยความเสี่ยงไม่ใช่ทางเลือกเพื่อทดแทนการควบคุมความเสี่ยง ควรตระหนักว่าความควบคุมความเสี่ยงควรใช้กับความเสี่ยงทุกอย่างที่พบ นอกจากนั้นการบริหารความเสี่ยงยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อนของบุคคลและองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่าย แม้ว่าจะไม่อาจจัดการความเสี่ยงให้หมดสิ้นไป แต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถจัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้

กิจกรรมการจัดการหรือบริหารความเสี่ยงว่ามี 3 แนวทาง คือ (กฤษฎา แสงวงศ์ 2543)

1. การลดความเสี่ยง (risk avoidance) คือ โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมหรือให้บริการพิเศษที่ตนไม่มีความชำนาญหรือมีทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยอย่างเพียงพอ

2. การยอมรับความเสี่ยง (risk retention) ในกรณีนี้โรงพยาบาลยอมรับว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น มีความเสียหายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง โรงพยาบาลจะจัดงบประมาณส่วนหนึ่งไว้ เพื่อชดใช้ค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

3. การถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความรับผิดชอบต่อความเสี่ยงให้หน่วยงานอื่น โดยการซื้อประกันและจ่ายเบี้ยประกัน กล่าวคือ บริษัทประกันจะเป็น ผู้รับผิดชอบต่อความเสี่ยงแทนโรงพยาบาล

จึงเห็นได้ว่า การบริหารความเสี่ยงมุ่งลดความเสียหายทางการเงิน แต่ในความเป็นจริงการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น การดำเนินการตาม 3 แนวทางดังกล่าว

ไม่อาจลดความผิดพลาดอันเป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้องได้ บริษัทประกันหลายแห่งยกเลิกประกันหลายแห่งเพิ่มเบี้ยประกันให้สูงขึ้น และหลายแห่งมีเงื่อนไขกับโรงพยาบาลว่าจะรับประกันก็ต่อเมื่อโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ ทั้งนี้เพราะการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนั้นมีความซับซ้อนหลายขั้นตอน โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีการใช้เทคโนโลยีและวิธีการใหม่ๆ ในการรักษาพยาบาล ก็ยังมีความซับซ้อนในขั้นตอนการบริการมากขึ้น มีผู้เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นเหตุส่งเสริมโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงทั้งสิ้น หากไม่มีความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีระบบงานที่มีมาตรฐานและไม่มีระบบตรวจสอบที่ดี

1.5 กระบวนการการบริหารความเสี่ยง (risk management process)

การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการหรือระบบบริหาร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง การประเมินผล (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล 2543)

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)

การค้นหาความเสี่ยง เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา อาจจะเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือความผิดพลาดของคนอื่น วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุด คือ การเฝ้าระวัง และมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม

2. การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)

2.1 การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ คือ การตอบคำถามว่ามีโอกาสเกิดความเสียหายมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก การมีคำตอบเหล่านี้ ทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม มุ่งหาความพยายามกับการป้องกัน ความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อยแต่มีความสูญเสียน้อย

2.2 การประเมินความเสี่ยงในขณะเกิดเหตุ คือ การบริหารการจ่ายเงินชดเชย (claim management) ได้แก่ กระบวนการบันทึก และปรึกษาซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีความเสียหายเกิดขึ้น

2.3 การประเมินความเสี่ยงที่ดีจะต้องมีข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่รวมอยู่ในแหล่งเดียวกัน กิจกรรมของบุคคลหรือแผนกต่างๆ ในการตอบสนองต่อความสูญเสียซึ่งเคยมีมา

ก่อน จะต้องถอยให้กับระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร ซึ่งต้องการความร่วมมือเพื่อให้มีการประเมินอย่างครอบคลุมสมบูรณ์

3. การจัดการกับความเสี่ยง (action to manage risk) มีกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้บริหารระดับสูงมีโอกาที่จะทบทวนการเผชิญกับความเสี่ยงที่รุนแรง และพิจารณาว่าวิธีการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียวิธีใดจะเหมาะสมที่สุดสำหรับความเสี่ยงแต่ละเรื่อง หรือ อาจจะเป็นกลยุทธ์กว้างๆ ที่ใช้กับความเสี่ยงทั่วไป

4. การประเมินผล (evaluation) ควรมีการทบทวนอย่างน้อยปีละครั้ง ด้วยการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบ ประเด็นที่ควรทบทวน ได้แก่

4.1 อัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของความเสี่ยงและการจ่ายเงิน ควรเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในอดีตและเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ

4.2 กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

4.3 การประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้วินิจฉัยว่า เจ้าหน้าที่ทุกคน คือ ผู้จัดการความเสี่ยง

1.6 ระบบบริหารความเสี่ยง (risk management system)

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมซึ่งมีการดำเนินงานอยู่แล้ว เช่น อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย ระบบประกันคุณภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ การรายงานอุบัติการณ์ การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย การเขียนฉลากวัตถุอันตราย สิ่งเหล่านี้อาจเรียกว่า โปรแกรมที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (risk management program) นอกจากนี้ยังมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (line risk management) ซึ่งเป็นกิจกรรมประจำวันของหัวหน้าหน่วยที่จะจัดการกับความเสี่ยงในขอบเขตอำนาจตน

สิ่งที่ขาดหายไปโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ การประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เพื่อให้มีผู้รู้ว่ากำลังเกิดความเสี่ยงอะไรขึ้น โรงพยาบาลกำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร กิจกรรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ผลเพียงใด ผลการประสานเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้งหมดเข้าด้วยกัน คือ ระบบบริหารความเสี่ยง (risk management system) อันได้แก่ การมีโครงสร้างร่วม มีเป้าหมายร่วม มีกิจกรรม ที่ครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งการรายงาน การสะท้อนข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูล กิจกรรมของคณะกรรมการ การฝึกอบรม การมีส่วนร่วมของ

เจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของผู้ประกอบวิชาชีพ

การมีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะส่งผลดังต่อไปนี้

1. การยอมรับบทบาทของโปรแกรมที่มีอยู่เดิมและบทบาทของหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ
2. การเป็นหลักประกันว่าหัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้จัดการกับความเสี่ยงในโอกาสแรก
3. การส่งเสริมการสื่อสารระหว่างโปรแกรมและหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ
4. ทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยง จะต้องเสริมพลังให้ทุกคนสามารถจัดการกับความเสี่ยง
5. การไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

ผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) คือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งผู้อำนวยการมอบหมายให้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลควรมีผู้จัดการความเสี่ยงซึ่งอาจเป็นผู้ผู้อำนวยการ หรือรองผู้อำนวยการ หรือคณะกรรมการ หรือบุคคลซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้อง (เช่น ผู้ประสานงานคุณภาพ) หรือบุคคลอื่นที่ได้รับมอบหมาย ขณะเดียวกันจะต้องสร้างความตระหนักว่าทุกคน จะต้องทำหน้าที่ผู้จัดการความเสี่ยงในขอบเขตงานของตน

1.7 การบริหารความเสี่ยงกับการประกันและพัฒนาคุณภาพ

การบริหารความเสี่ยงกับการประกันและพัฒนาคุณภาพเป็นระบบที่เสริมกันและกัน แม้ว่าจะมีขอบเขตไม่เหมือนกัน แต่ก็มีจุดร่วมอยู่ส่วนหนึ่ง ได้แก่

1. การมีเครื่องมือและเทคนิคที่ใช้ติดตามเกิดปัญหา เช่น รายงานอุบัติการณ์
2. การเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย กลไกป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย
3. การคำนึงถึงคุณภาพ ความทันต่อเวลา ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร
4. การสื่อสารและร่วมมือระหว่างกิจกรรมทางการบริหารและกิจกรรมทางคลินิก
5. การเน้นการศึกษาต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่

ความสำคัญของแต่ละระบบอาจจะเปลี่ยนแปลงไปในสถานการณ์แตกต่างกัน เนื่องจากมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน เป้าหมายของการประกันและพัฒนาคุณภาพ คือการทบทวนตรวจสอบผลงานเพื่อรักษาระดับและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการบริหารความเสี่ยง คือการคุ้มครองป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยงอาจจะไม่ทำให้เป็นเลิศ แต่ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การประกันและพัฒนาคุณภาพมุ่งที่จะปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่เน้นเรื่องค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงน้อยกว่า

ตารางที่ 2.1 ตารางเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงกับการประกันและพัฒนาคุณภาพ

	การบริหารความเสี่ยง (RM)*	การประกันและพัฒนาคุณภาพ (QA/CQI)**
ความมุ่งหมาย	คุ้มครองทรัพยากรของโรงพยาบาล	คุ้มครองผู้ป่วย ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ มุ่งพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ขอบเขต	ประเมินการเผชิญกับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการสูญเสียของทุกฝ่าย	ประเมินประสิทธิผล และประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย
จุดเน้น	เหตุการณ์เพียงครั้งเดียวซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียที่สำคัญ	กลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะคล้ายกัน
ตัวอย่างเรื่อง Medication Error	มีการให้ยาผิดขนาดทำให้ผู้ป่วยช็อกและเสียชีวิต โรงพยาบาลถูกเรียกร้องค่าเสียหาย มีการทำข้อเสนอแนะเพื่อป้องกัน ไม่ให้เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีก	ตรวจสอบพบว่ามีอัตราการใช้ยาซ้ำกว่ากำหนด ไม่มีผลเสียร้ายแรงต่อผู้ป่วย ศึกษาหาสาเหตุของความล่าช้า
ตัวอย่างเรื่อง การพลัดตกหกล้ม	ผู้ป่วยลื่นหกล้มในบริเวณที่เพิ่งทำความสะอาดเสร็จ ซึ่งไม่ได้ตั้งป้ายเตือนให้ระวัง ส่งผลให้แขนหัก มีการสอบสวนให้ข้อมูลต่อบริษัท ประกัน และให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยดูแล รักษาความสะอาดเพื่อป้องกันการ	สถิติผู้ป่วยสูงอายุตกเตียงมากขึ้น ทำการศึกษาเพื่อแสดงให้เห็นว่าต้องเอาใจใส่กับผู้ป่วยที่มีความสับสนให้มากขึ้น

* RM (Risk Management)

** QA(Quality Assurance)/ CQI(Continuous Quality Improvement)

ที่มา : อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ดีไซร์

1.8 ความเสี่ยงในงานเภสัชกรรม

ความเสี่ยงในงานเภสัชกรรม เป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงานเภสัชกรรม ตั้งแต่การจัดซื้อจัดหาและการควบคุมเก็บรักษา และเวชภัณฑ์ งานบริการเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน งานผลิตและเตรียมยา งานบริการข้อสนเทศทางยา งานให้คำปรึกษาด้านยา โดยมุ่งเน้นหรือมองความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเชิงระบบที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งที่เกิดจากการดำเนินการหรือสมรรถนะของกลุ่มงานเภสัชกรรม โดยตรง หรือเกิดจากบุคลากรวิชาชีพอื่น ระบบและกระบวนการอื่น โดยที่เภสัชกรหรือกลุ่มงานเภสัชกรรมเข้าเป็นส่วนหนึ่งในระบบ ในทีมงานหรือกระบวนการดังกล่าว เช่น กระบวนการบำบัดด้านยา (drug therapy) กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยงในงานเภสัชกรรมเป็น โอกาสที่จะเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์โดยที่กลุ่มงานเภสัชกรรมเข้าไปเกี่ยวข้อง โดยบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งทางตรงและทางอ้อม

การจำแนกความเสี่ยงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวที่แน่นอน การจำแนกดังกล่าวเอื้อต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในลักษณะของงานคลินิกและงานรักษาพยาบาล แต่การจำแนกดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดประโยชน์มากนักต่องานที่มีลักษณะการดำเนินการในรูปแบบของการสนับสนุนหรือส่วนหลังการบริการ เช่น งาน โฆษณา การ งานบริหารจัดการ สำหรับกลุ่มงานเภสัชกรรมมีลักษณะการดำเนินการที่แตกต่างจากกลุ่มงานอื่นๆ โดยมีสองลักษณะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน คือ งานที่สนับสนุนกิจกรรมการรักษาพยาบาล ได้แก่ งานจัดซื้อจัดหา งานควบคุมเก็บรักษา และ เวชภัณฑ์ งานผลิตยาในลักษณะที่เป็นการผลิตในปริมาณมาก สำหรับงานในลักษณะที่สองได้แก่งานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน งานให้คำปรึกษาด้านยา งานติดตามการบำบัดด้านยา งานเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย สำหรับงานบริการข้อสนเทศทางยานั้นมีเนื้อหาที่คาบเกี่ยวทั้งสองลักษณะ อย่างไรก็ตามการจำแนกความเสี่ยงในงานเภสัชกรรมก็อาจใช้การจำแนกในลักษณะดังกล่าวได้โดยพิจารณาผลกระทบ หรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้นโดยยึดผู้ป่วย หรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การจำแนกในลักษณะเช่นนี้มีข้อดีประการหนึ่ง คือ เป็นการจัดอันดับความสำคัญของผลกระทบและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากรisk

เนื่องจากยังไม่เคยมีการจำแนกความเสี่ยงในงานเภสัชกรรมมาก่อน การจำแนกความเสี่ยงครั้งนี้ จึงเป็นเสมือนแนวทางที่จะช่วยกันร่วมระดมความคิดในการบริหารจัดการความเสี่ยงในงานเภสัชกรรม โดยจะยึดแนวทางการจำแนกความเสี่ยงของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล 2543) และให้คำนิยามที่ช่วยในการจำแนกได้แก่

1. การบาดเจ็บคืออันตรายรุนแรง (harm) เป็นความเสี่ยงที่มีแนวโน้มสูงมากในการที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยมีผลให้เกิดอันตรายรุนแรง เจ็บป่วยหรือมีภาวะคุกคามจนอาจมีผลให้เสียชีวิตได้ หรือส่งผลกระทบต่อความเชื่อถือของผู้รับบริการที่มีต่อองค์กรอย่างมาก

2. ผลร้ายหรืออันตราย (hazard) เป็นความเสี่ยงที่มีแนวโน้มสูงที่จะก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นผลร้าย หรือทำให้อาการเลวลง หรือทำให้การรักษาไม่ได้ผล

3. ภาวะเสี่ยงอันตราย (danger) เป็นความเสี่ยงที่มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอันตราย หรือส่งผลต่อการรักษา หรือเป็นภาวะคุกคาม

4. ความไม่แน่นอน (uncertainty) เป็นความเสี่ยงที่อาจส่งผลหรือไม่มีผลกระทบต่อการรักษา โดยสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความคลาดเคลื่อนที่อาจแก้ไขได้โดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายรุนแรง

5. การเปิดเผยข้อมูล (exposure) เป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการโดยเป็นผลกระทบด้านสังคม ความรู้สึก เช่น การระบุนาการ หรือข้อมูลผู้ป่วยโดยไม่ตั้งใจ มีผลให้ผู้รับบริการอับอาย หรือรู้สึกไม่มั่นคง หรือเป็นความลับของผู้ป่วย

ตารางที่ 2.2 ตารางแสดงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากงานเภสัชกรรมและการสั่งใช้ยา

Harm	Hazard	Danger	Uncertainty	Exposure
1. การจ่ายยาผิดคน	1. การจ่ายยาผิด ขนาน	1. ยาใหม่ที่อยู่ ระยะติดตาม	1. การแก้ไขข้อมูล ตัวยาในใบสั่งยา	1. การเปิดเผย ความลับผู้ป่วย
2. การจ่ายยาที่ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ที่ รุนแรง และอาจเป็น อันตราย	2. การจ่ายยาใน ขนาดที่มากเกินไป	2. จ่ายยาผิดเวลา	2. จ่ายยาผิดจำนวน ครั้งต่อวัน	2. การจ่ายยากลับ ผู้รับบริการเฉพาะ
3. ยาเสื่อมคุณภาพ	3. จ่ายยาในขนาด ที่น้อยเกินไป	3. การจ่ายยาไม่ ครบปริมาณ	3. การจ่ายยาที่มีผล ไวต่อความรู้สึกของ ผู้รับบริการ เช่น ยา เหน็บ	3. ยาต่อคุณภาพ
4. ยาขาดคลังใน กลุ่ม vital	4. ยาที่มีอันตราย โดยเฉพาะระดับ 1 และ 2 ที่มี ความสำคัญ	4. การใช้ยาที่อาศัย ทักษะพิเศษ	4. ยาที่มีการใช้ เฉพาะ เช่น ยาเหน็บ ยาหยอดตา ยาหยอดหู	
	5. การจ่ายยา ทดแทนหรือเปลี่ยน รูปแบบ	5. ความไม่เข้าใจ วิธีใช้	5. ให้ข้อมูลขัดแย้ง	
	6. ได้ยาจากแพทย์ หลายคน		6. ปัญหาการ สื่อสาร	
	7. ยาขาดคลังยาใน กลุ่ม essential		7. ฉลากแบ่งบรรจุ ขาดข้อมูล	

ที่มา : มังกร ประพันธ์วัฒนะ (2543) "การบริหารความเสี่ยงในงานเภสัชกรรม" ใน *เส้นทางสู่
คุณภาพบริการเภสัชกรรม 40 นนทบุรี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล*

2. ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

2.1 ความหมายของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) คือ ความคลาดเคลื่อนใดๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยาซึ่งนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยขณะที่อยู่ในความดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนั้น ไม่ว่าจะทำให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ตามมาหรือไม่ก็ตาม ซึ่งความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับ ทักษะความชำนาญของบุคลากร ผลิตภัณฑ์ยา กระบวนการวิธีและระบบงานเภสัชกรรม ซึ่งรวมถึง การสั่งใช้ยา การสื่อสาร คำสั่งใช้ยา ผลิตยา รูปแบบผลิตภัณฑ์ยา การตั้งชื่อของผลิตภัณฑ์ยา การผสมปรุง การจัดจ่ายยา การกระจายยา การบริหารยา การให้การศึกษ การตรวจสอบและการนำไปใช้ (American Society of Health System Pharmacists, 1998)

2.2 ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้ความบกพร่องของกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นเกณฑ์ แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (American Society of Health System Pharmacists (ASHP), 1996-1997)

1. การสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง (prescribing error) เช่น
 - 1.1 เขียนชื่อยา ขนาดยา ความแรง รูปแบบยา ไม่ถูกต้อง
 - 1.2 จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ หรือมีข้อห้ามใช้
 - 1.3 จ่ายยาที่ตนเองไม่มีอำนาจสั่งจ่าย
 - 1.4 จ่ายยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมหรือไม่มีข้อบ่งชี้
 - 1.5 การตัดลอกใบสั่งยาผิดพลาด
2. การจัดจ่ายยาไม่ถูกต้อง (dispensing error) เช่น
 - 2.1 ไม่ได้ทบทวนใบสั่งยาก่อนจัดยา
 - 2.2 จัดยาไม่ถูกต้องตามใบสั่งยา อาจจะเป็นผิดตัวยาน ขนาด รูปแบบ หรืออื่นๆ
 - 2.3 ปรุงยาด้วยเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง
 - 2.4 เขียนฉลากยาผิดหรือไม่ครบถ้วน
 - 2.5 จ่ายยาที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ
 - 2.6 จ่ายยาไม่ตรงกับผู้ป่วย
 - 2.7 ไม่ได้ให้คำแนะนำในการใช้ยา

3. การบริหารยาไม่ถูกต้อง (medication administration error) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง สำหรับผู้ป่วยใน จะเกิดจากการที่พยาบาลไม่ได้จัดยาให้ จัดยาให้ไม่ตรงตามชนิด เวลา ขนาด รูปแบบยาที่สั่ง ไม่มีการติดตามผลการใช้ยา (monitoring error) สำหรับผู้ป่วยนอก มักจะเกิดจากการไม่ใช้ยาตามสั่ง (non-compliance)

ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถแบ่งตามความบกพร่องของกระบวนการใช้ยาได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing errors) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ อันได้แก่ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับข้อบ่งใช้ของยา ข้อห้ามใช้ของยา ประวัติการแพ้ยา ยาเดิมที่ใช้รักษาอยู่ เป็นต้น และความคลาดเคลื่อนในการกำหนด ขนาดยา รูปแบบของยา จำนวนยา วิธีให้ยา ความเข้มข้นของยา อัตราเร็วในการให้ยา ข้อเสนอแนะในการให้ยา รวมทั้งการสั่งยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก หรือคำสั่งที่นำไปสู่การเกิดความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วย การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน การสั่งใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่เป็นอันตราย การสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยผิดคน

2. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing errors) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรมที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยาของแพทย์ซึ่งไม่ถูกตรวจสอบแก้ไขก่อนผู้ป่วยได้รับยาไปจากห้องจ่ายยา

ชนิดของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ได้แก่

1. ไม่ได้จ่ายยาตามแพทย์สั่ง (omission error)
2. จ่ายยาที่ไม่มีในคำสั่งแพทย์ (unordered drug error)
3. จ่ายยาผิดชนิด (wrong drug error)
4. จ่ายยาผิดความแรง (wrong strength error)
5. จ่ายยาผิดรูปแบบ (wrong dosage form error)
6. จ่ายยาผิดขนาดที่แพทย์สั่ง (wrong dose error)
7. จ่ายยาผิดเวลา (wrong time error)
8. จ่ายยาผิดคน (wrong patient error)

3. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration errors) หมายถึง การบริหารยาให้ผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ความคลาดเคลื่อนนี้รวมถึงการไม่จ่ายยาที่แพทย์สั่ง (omission) ตัวอย่างเช่น จ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน หรือไม่จ่ายยาเนื่องจากยาขาดคราว

ชนิดของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ได้แก่ วิธีการบริหารยาไม่ถูกต้อง (wrong administration technique) การบริหารยาที่หมดอายุ การเตรียมยาไม่เหมาะสม (wrong preparation administered)

ความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ดังนี้ (อภิฤดี เหมะจุทา 2542)

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาของแพทย์ (prescribing errors)
2. ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม (dispensing errors)
3. การบริหารยาให้ผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ (administration errors)
4. ความคลาดเคลื่อนในการติดตามผลการใช้ยา เป็นความบกพร่องในการติดตามความเหมาะสมของการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาหรือไม่ดำเนินการหาข้อมูลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการประเมินผลของการใช้ยา (monitoring errors)
5. ความคลาดเคลื่อนในความร่วมมือยินยอมใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงความไม่ยินยอมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่แพทย์กำหนด (compliance errors)

2.3 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา

สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาอาจจะอยู่ในส่วนของบุคลากร เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วย ฯลฯ ทรัพยากร เช่น เครื่องจักร ยา ฉลากยา ภาชนะ สถานที่เก็บ หรืออยู่ในส่วนของกระบวนการ เช่น ขั้นตอนการทำงาน การคัดลอกคำสั่ง การพิมพ์ การคำนวณ เป็นต้น

ความคลาดเคลื่อนทางยานี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน และเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่ง ASHP, 1993 ได้สรุปสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาว่าอาจจะเกิดได้จาก

1. ความไม่ชัดเจนของฉลากยา
2. ชื่อยาที่มีความใกล้เคียงกัน เช่น สะกดคล้ายกัน เสียงอ่านต่างกันเล็กน้อย
3. การทำงานของเครื่องจักรผิดพลาด
4. ลายมืออ่านยาก
5. การคัดลอกคำสั่งผิด
6. การคำนวณขนาดให้ยาผิด
7. ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับการฝึกที่เพียงพอ
8. การใช้อักษรย่อไม่เหมาะสม

9. การเขียนหรือพิมพ์ฉลากผิด
10. พนักงานมีงานมากเกินไปจนความสามารถ
11. ความเลินเล่อของพนักงาน
12. การไม่มียาที่ต้องการใช้

2.4 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความสูญเสียได้ต่างๆ กัน บางอย่างเกิดขึ้นบ่อยแต่ผลเสียมีไม่มาก แต่บางอย่างไม่ค่อยเกิด แต่เมื่อใดที่เกิดแล้วจะเกิดผลเสียร้ายแรงจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วย ได้ดังนี้ (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), 1998)

ประเภทที่ยังไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับ A ไม่มี ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีแนวโน้มที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น

ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย

ระดับ B ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่ผ่านไปถึงผู้ป่วย

ระดับ C ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย แม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นผ่านไปถึงผู้ป่วยแล้ว

ระดับ D ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย แต่ต้องเพิ่มความเอาใจใส่ติดตามดูแล

ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นแล้ว และทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

ระดับ E ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาหรือใช้มาตรการใดๆ เพื่อแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานั้น

ระดับ F ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดอันตรายขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ระดับ G ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับ H ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นแล้ว และทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต
ระดับ I ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

2.5 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ จำแนกได้ดังนี้

1. ปัจจัยจากบุคลากรทางสาธารณสุข

1.1 ความผิดพลาดจากบุคคล (human error factors) ได้แก่

- การขาดความสามารถ (performance deficit)
- การขาดความรู้ที่เหมาะสม (knowledge deficit)
- การคำนวณขนาดยาผิดพลาด (miscalculation of dosage)
- การเตรียมยาผิดพลาด (wrong drug preparation)
- การขาดบุคลากรที่มีความชำนาญ (inadequately trained personnel)

1.2 ความผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูล (communication)

- การแปลคำสั่งแพทย์ผิดพลาด (misinterpretation of order)
- ความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาด้วยคำพูด (oral miscommunication)
- ความผิดพลาดจากการสั่งยาด้วยคำสั่งเขียน (written

miscommunication)

- ใบสั่งยาไม่ชัดเจน (unclear prescription)
- ลายมือแพทย์อ่านยาก (illegible handwriting)
- การใช้คำย่อ (use of abbreviation) ที่ไม่ชัดเจน ไม่เป็นสากล

2. ปัจจัยจากผลิตภัณฑ์ยา

2.1 ชื่อยาค้างกัน (name confusion ; sound alike)

- การตั้งชื่อเลียนแบบหรือทำให้สับสนกับชื่อยาดั้งเดิม (proprietary name confusion)

- การที่มีชื่อยาค้างกัน โดยบังเอิญ (established name confusion)

2.2 ลักษณะฉลากคล้ายกัน (labeling ; look alike) เช่น บริษัทเดียวกันผลิต

ทยาคนละชนิดกันแต่ฉลากคล้ายกัน

2.3 ลักษณะผลิตภัณฑ์คล้ายกัน

- เครื่องมือที่ใช้กับผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะและวิธีการใช้คล้ายกัน
- การออกแบบบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกัน
- ความสับสนด้านลักษณะของยาเม็ด ยาแคปซูลที่คล้ายกัน

3. การใช้เครื่องมืออัตโนมัติในการกระจายยาโดยปราศจากความรอบคอบของผู้ปฏิบัติงาน

4. การสั่งใช้ยาที่ไม่มีในโรงพยาบาล

5. ความไม่เหมาะสมในระบบงาน

หลายหน้าที่

- การจัดหน้าที่ตำแหน่งงานซ้ำซ้อนไม่ชัดเจน เช่น เจ้าหน้าที่หนึ่งคน ทำงาน

- ภาระรอบบริเวณทำงานไม่เหมาะสม

- ปริมาณงานมากเกินไป

- ขั้นตอนการทำงานไม่เหมาะสม

- ขาดระบบการตรวจสอบในขั้นสุดท้ายที่เหมาะสม

6. ผู้ป่วยมียาที่ใช้อื่นที่ใช้อยู่ เมื่อได้รับยาใหม่ไป อาจเกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน และเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้

2.6 แนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาต้องอาศัยความร่วมมือและประสานงานระหว่างแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรอื่นในการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติในการป้องกันและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Errors) รวมทั้งมีการติดตามควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง American Society of Health System Pharmacists ได้แนะนำ แนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยแนะนำให้ทั้งองค์กรและบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะต้องจัดทำแผนงานร่วมกัน ดังนี้คือ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดองค์กรและนโยบาย สิ่งที่ต้องทำ คือ

1.1 จัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee –PTC) และระบบเภสัชตำรับของโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายการคัดเลือกยา และประเมินผลการใช้ยาของโรงพยาบาล

1.2 จัดจ้างบุคลากรที่มีคุณภาพและการมอบหมายงานที่เหมาะสมให้รับผิดชอบ มีการฝึกอบรม การควบคุม และการประเมินผล

1.3 มีจำนวนบุคลากรให้เพียงพอ ให้แต่ละคนมีปริมาณงานและชั่วโมงทำงานที่ไม่มากเกินไป

1.4 มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี พนักงานไม่ถูกรบกวนขณะปฏิบัติหน้าที่

1.5 จัดทำสายบังคับบัญชาและขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ที่มีทำหน้าที่สั่งยา จัดยาและให้ยาผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร มีระบบการสื่อสารด้วยวาจา เมื่อเกิดปัญหาหรือความไม่เข้าใจ ผู้จัดยาต้องได้อ่านใบสั่งยาตัวจริงเสมอ ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ต้องบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อมีการปรึกษาหรือการแก้ไข

1.6 มีระบบประเมินการใช้ยา (drug use evaluation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีรายงานของผลเสียจากการใช้ยาสูง หรือยาบางกลุ่ม เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาต้านมะเร็ง ยาโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ระบบที่จัดทำนี้จะต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อปรับปรุงให้มี ประสิทธิภาพ

1.7 ให้เภสัชกรและผู้ช่วยที่ทำหน้าที่จัดยาเข้าถึงระบบข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมินใบสั่งยาก่อนจัดยาได้ถูกต้อง ข้อมูลที่ต้องการคือ ยาที่ได้รับ ประวัติการแพ้ยา การวินิจฉัยโรค ภาวะตั้งครรภ์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.8 ควรจัดทำ medication profile (แบบบันทึกการใช้ยา) ของทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งจะต้องมีข้อมูลเพียงพอที่จะทำให้ติดตามผลของการให้ยา ประเมินโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และการให้ยาซ้ำ ซ้อนได้ เช่น ยาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการได้รับยา ประวัติการแพ้ยาและอื่นๆ

1.9 ให้ฝ่ายเภสัชกรรมต้องรับผิดชอบเรื่องการจัดหายา การกระจายยา และการควบคุมการใช้ยา ตลอดจนต้องจัดให้มีเวลาบริการด้านเภสัชกรรมอย่างเพียงพอ สำหรับโรงพยาบาลควรมีตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่สามารถทำได้ ให้มีระบบจ่ายยานอกเวลาที่รัดกุม ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทำหน้าที่กำหนดรายการยาและระเบียบต่างๆ

1.10 ให้หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสำหรับการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดให้มีระบบการควบคุมตรวจสอบ

1.11 จ่ายยาจากฝ่ายเภสัชกรรมยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน เก็บยาไว้บนห่อผู้ป่วย ควรให้น้อยที่สุด และเภสัชกรจะต้องขึ้นไปตรวจดูเป็นระยะๆ แยกเก็บยาใช้ภายนอกและใช้

ภายใน ให้ระมัดระวังเพิ่มขึ้นสำหรับยาที่มีโอกาสทำให้เกิดผลเสียร้ายแรง หรือยาที่มีช่วงของความปลอดภัย (margin of safety)¹ แคบ หรือยาที่อยู่ในรูปเข้มข้น

1.12 ต้องให้มั่นใจว่ายาที่มีใช้ในโรงพยาบาลนั้นมีคุณภาพสูง เช่น มีมาตรการที่ดีในการเลือกแหล่งจำหน่ายยา คัดเลือกยาที่มีคุณภาพ มีบรรจุภัณฑ์และฉลากที่ดี

1.13 ควรจำกัดให้ผู้ป่วยใช้ยาที่นำมาเองร่วมกับยาของโรงพยาบาลให้น้อยที่สุดในกรณีหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกสัชกรจะต้องให้แพทย์เขียนลงในใบบันทึกการรักษาของผู้ป่วยและเกสัชกรต้องตรวจดูให้แน่ใจว่าเป็นยาอะไร ถ้าไม่แน่ใจให้ทิ้งไป

1.14 ส่งคืนยาที่แพทย์ยกเลิกหรือเหลือให้ฝ่ายเภสัชกรรม หรือเขียนฉลากให้ถูกต้อง รวมทั้งควรมีการอธิบายวิธีการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยต้องนำยาไปใช้ต่อที่บ้าน

1.15 ควรมีระบบคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการตรวจขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ การได้ยา ชำช้อน การแพ้ยา และปฏิกริยาระหว่างยา

1.16 จัดให้มีหน่วยข้อมูลยา

1.17 ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดเวลาแน่นอนในแต่ละวัน สำหรับการให้ยาผู้ป่วย และกำหนดว่าจะยอมให้คลาดเคลื่อนได้เท่าไร

1.18 ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดด้วยมาตรฐานสำหรับการจ่ายยา เพื่อป้องกันตัวอยู่ที่คิดขึ้นเอง

1.19 ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดกลุ่มคนที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลและวิเคราะห์อัตราการเกิดสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา

1.20 ควรจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือกัน เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น อัตราการเกิด สาเหตุและแนวทางแก้ไข

2. ข้อแนะนำสำหรับผู้สั่งใช้ยา ข้อควรปฏิบัติที่จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนได้แก่

2.1 มีการติดตามความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ และเมื่อจะสั่งใช้ยาที่ไม่คุ้นเคย หรือสำหรับโรคที่ไม่คุ้นเคย ควรจะต้องปรึกษาผู้รู้ก่อน

2.2 ควรจะมีการประเมินผลการใช้ยาเดิม โอกาสที่จะเกิดปฏิกริยาระหว่างยาใหม่และเก่าก่อนที่จะสั่งเปลี่ยนยาใหม่ หรือเพิ่มยาในการรักษา ซึ่งการที่จะทำได้ดีต้องมีระบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เชื่อถือได้

¹ margin of safety หมายถึง ร้อยละของผลต่างของขนาดยาที่ก่อให้เกิดพิษร้อยละ 1 กับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ร้อยละ 99 เทียบกับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ร้อยละ 99 ถ้าหากว่าขนาดยาที่ก่อให้เกิดพิษร้อยละ 1 กับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ร้อยละ 99 ใกล้เคียงกัน แสดงว่ายานั้นมีช่วงของความปลอดภัยแคบ

2.3 ศึกษาและสร้างความคุ้นเคยกับระบบยาของโรงพยาบาล เช่น เกสซ์
ตำรับ การทำการประเมินผลการใช้ยา การรักษาตามมาตรฐาน เวลามาตรฐานของการให้ยา และ
อักษรย่อที่เหมาะสม เป็นต้น

2.4 เขียนคำสั่งใช้ยาและใบสั่งยาให้สมบูรณ์ครบถ้วน มีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย ชื่อ
สามัญทางยา หรือชื่อการค้า (ถ้าเจาะจงผลิตภัณฑ์) วิธีบริหารยา รูปแบบของยา ขนาดใช้ยา
ความแรง ปริมาณ ความถี่ของการให้ยา และชื่อผู้สั่งยา ในบางกรณีอาจจะต้องระบุถึงอัตราการ
เจือจาง ผู้สั่งยาจะต้องตรวจสอบความถูกต้องทันทีที่เขียนใบสั่งยาเสร็จ

2.5 เขียนคำสั่งใช้ยาให้ชัดเจน ผู้สั่งใช้ยา ควรจะ

2.5.1 เขียนคำสั่งเต็มของคำสั่งใช้ยา เช่น ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยได้รับยา
วันละครั้ง ควรเขียนว่า “daily” หรือ “วันละครั้ง” ไม่ใช่ “q.d.” ซึ่งผู้อ่านอาจเข้าใจผิดว่าเป็น
“q.i.d.” ซึ่งหมายถึงวันละ 4 ครั้ง

2.5.2 ไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ เช่น ใช้ยาตามแพทย์สั่งเพราะผู้ป่วยอาจลืม

2.5.3 ควรเขียนขนาดยาให้ชัดเจน 30 mg , 500 mg ไม่ใช่ 1 เม็ด 2 เม็ด
นอกจากในกรณียาผสม

2.5.4 ควรเขียนชื่อที่เป็นทางการของยาไม่ใช่ชื่อย่อ

2.5.5 ควรหลีกเลี่ยงการใช้ทศนิยม เช่น เขียน 500 mg แทน 0.5 g และถ้า
จำเป็นต้องใช้ให้ระวัง เลข “ศูนย์” โดยถ้าจะเขียนเลขที่มีค่าน้อยกว่าหนึ่งต้องเขียน “0” หน้า
ทศนิยมเสมอ เช่น 0.5 ml, 0.8 g ไม่ใช่เขียน “.5 ml” , “.8 g” ถ้าหากไม่เขียนเลขศูนย์ผู้อ่านอาจไม่
เห็นจุดทศนิยมทำให้จัดยาผิด และไม่ต้องเขียนเลขศูนย์ถ้าหากอยู่ท้ายจำนวนเต็ม เช่น ไม่เขียน 5.0
g เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินถึง 10 เท่าได้

2.5.6 ให้เขียนคำว่า “units” แทน “u” เพราะบางครั้งจะอ่านผิดว่าเป็น
ศูนย์ เช่น จ่าย insulin 10 units ไม่ใช่จ่าย insulin 10 u

2.5.7 ให้ใช้ระบบเมตริก

2.6 เขียนคำสั่งให้อ่านออกได้ง่าย ไม่ใช่ต้องจำลายมือ ถ้าเป็นไปได้ ควรใช้
การพิมพ์

2.7 หลีกเลี่ยงการออกคำสั่งใช้ยาด้วยวาจา ในกรณีที่จำเป็นให้พูดซ้ำชัด ลำ
หรับผู้รับคำสั่งควรทวนคำสั่งนั้นซ้ำต่อผู้สั่ง โดยสะกดชื่อยา พูดคำเต็มของคำสั่งใช้ยา หลังจาก
นั้นให้บันทึกลงคำสั่งในใบสั่งยาหรือสมุดเพื่อให้ผู้สั่งยาเซ็นชื่อรับทราบ

2.8 ควรเลือกใช้ยารับประทานมากกว่ายาฉีด

2.9 ควรอธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ทราบถึงวิธีการใช้ยา การเกิดอาการข้างเคียงหรือผลเสียจากการใช้ยา

2.10 ต้องติดตามผลการใช้ยาเป็นระยะเพื่อดูความจำเป็นของการใช้

3. ข้อเสนอแนะสำหรับเภสัชกร ควรทำหน้าที่ในการป้องกันการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยา โดยร่วมมือกับผู้สั่งใช้ยาในการวางแผนการใช้ยาและติดตามผลของการใช้ยา ตลอดจนต้องมีความรอบคอบในการจัดยาตามใบสั่งให้ถูกต้อง

3.1 ควรมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการใช้ยา การประเมินการใช้ยา จะช่วยทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีเหตุผลที่สมควร

3.2 มีความรู้ที่ทันสมัยเรื่องการใช้ยา ดังนั้นจึงควรพัฒนาตนเองด้วยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมไม่ว่าจะโดยการอ่านหนังสือ วารสาร หรือรับการอบรม

3.3 ให้เตรียมตัวพร้อมเสมอ สำหรับการให้ข้อมูลเรื่องยาแก่แพทย์และบุคลากรอื่นๆ

3.4 ให้ทำความคุ้นเคยกับระบบต่างๆ เกี่ยวกับยาที่ทางโรงพยาบาลได้จัดขึ้นสำหรับการสั่งยา จัดและกระจายยา ตลอดจนติดตามผลการใช้ยา เพื่อที่จะลดความคลาดเคลื่อนทางยาให้มึ้น้อยที่สุด

3.5 ให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่ง ถ้าไม่เข้าใจคำสั่งในใบสั่งยา ห้ามเดาหรือคิดว่าควรจะเป็นอย่างไรด้วยตนเอง

3.6 จัดยาตามใบสั่งอย่างมีขั้นตอนถูกต้อง บริเวณที่ทำงานสะอาด ปราศจากการรบกวนขัดจังหวะ

3.7 ให้มีการทบทวนความถูกต้องของใบสั่งยาดัวจริงก่อนจัดยาเสมอ ถ้าเป็นยาที่มีความเสี่ยงในการใช้สูงควรจะต้องทบทวนซ้ำโดยเภสัชกรอีกคนหนึ่ง สิ่งที่ต้องทบทวนได้แก่ ชื่อยา การเขียนฉลาก การบรรจุ จำนวน ขนาดใช้ยา และคำสั่งในการใช้ยา

3.8 ควรจ่ายยาในรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้เลย เช่น จ่ายยาในรูปแบบของหนึ่งหน่วยขนาดใช้ (unit dose)

3.9 ให้ใช้ฉลากช่วยเพื่อเพิ่มความเข้าใจในการใช้ยา และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

3.10 ต้องจัดยาให้รวดเร็วทันต่อความต้องการใช้ของผู้ป่วย ถ้ามีข้อขัดข้องต้องแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทันที

3.11 ให้เภสัชกรได้ขึ้นไปห้ที่หอผู้ป่วยเพื่อตรวจสภาพ การเก็บยาสำรอง และการให้ยาแก่ผู้ป่วย

3.12 ควรตรวจสอบยาที่ส่งคืนมายังฝ่ายเภสัชกรรม เพื่อดูว่าเกิดจากความคลาดเคลื่อน เช่น การลืมนำจ่ายแก่ผู้ป่วยหรือไม่

3.13 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย หรือญาติ หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

3.14 ให้เก็บรักษาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยา-รับยาของผู้ป่วยไว้ เพื่อ ให้สามารถยืนยันขั้นตอนตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยา-รับยาที่อาจเกิดขึ้น

4. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย วิธีการรักษาและยาที่จะได้รับ เพราะถ้าผู้ป่วยสนใจ จะทำให้ความ

คลาดเคลื่อนต่างๆ ลดลง คำแนะนำต่อไปนี้จะทำให้การใช้จ่ายได้รับผลดีที่สุด

4.1 ควรแจ้งให้แพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล ทราบถึงอาการป่วย การแพ้ยา และยาที่กำลังใช้อยู่โดยละเอียด

4.2 ให้ซักถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาและยาที่จะได้รับ

4.3 ควรจดบันทึกเรื่องยาที่ตนเองเคยได้รับ หรือกำลังใช้อยู่ ตลอดจนจำชื่อยา ขนาดยา ขนาดรับประทานและควรบอกได้ว่ายาอะไรบ้างที่ตนเองไม่สามารถใช้ได้

4.4 กล่าวที่จะซักถาม เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่ได้รับ

4.5 ให้ใช้จ่ายตามที่สั่งอย่างเคร่งครัดหลังจากที่ได้รับคำอธิบายจากแพทย์ หรือเภสัชกร หรือพยาบาลแล้ว

2.7 การตรวจหาความคลาดเคลื่อนทางยา

การตรวจหาความคลาดเคลื่อนทางยาทำได้ยาก แต่เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรต้องทำ เมื่อพบ ต้องบันทึกลงในรายงาน ทำการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิด และสร้างระบบที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก การรายงานเพียงแต่จำนวนครั้งและชนิดของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยไม่ได้สืบหาสาเหตุ จะไม่ให้ประโยชน์ในเชิงบริหาร เพราะไม่ได้มีกระบวนการแก้ไขสาเหตุ เพื่อที่จะลดความคลาดเคลื่อนนั้น วิธีการตรวจหาแต่ละวิธีจะมีความสมบูรณ์แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของตัวแปรต่างๆ ในแบบรายงาน และความครบถ้วนของจำนวนครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อน การที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยงานและระดับของความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ต้องการ

ในระบบการกระจายยาของโรงพยาบาล ควรต้องมีการกำหนดกระบวนการตรวจหาและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน อันได้แก่ ขั้นตอนการสั่งยา การจัดยา และการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย เทคนิคของการตรวจ สามารถทำได้หลายวิธี คือ

1. การตรวจหา prescribing error ทำได้โดยใช้การตรวจสอบซ้ำสอง (double check) เช่น การทบทวนใบสั่งยาโดยเภสัชกรก่อนที่จะจัดยา
2. การตรวจหา dispensing error สามารถปฏิบัติได้ 2 วิธี คือ
 - 2.1 การใช้ participant observer technique ให้พนักงานที่ทำงานในขณะนั้นเป็นผู้สังเกตและบันทึกข้อมูล
 - 2.2 การใช้การตรวจสอบซ้ำสอง (double checking) โดยให้เภสัชกรหรือพยาบาล หรือพนักงานตรวจยาซ้ำก่อนที่จะจ่ายให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งวิธีนี้ได้ผลดี
3. การตรวจหา medication administration error ที่ใช้กันมี 4 วิธี คือ
 - 3.1 การให้ผู้ที่ทำผิดหรือพบเห็น รายงานลงในแบบฟอร์ม (anonymous self-reports) วิธีการนี้พบว่าการรายงานน้อย เพราะอาจถูกห้าม หรือไม่คิดว่าจะเกิดความเสียหาย หรือถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย
 - 3.2 การรายงานความคลาดเคลื่อนต่างๆ ลงในรายงานของผู้ป่วย (incident reports) วิธีการนี้ใช้ไม่ได้ผล เพราะไม่ค่อยมีผู้รายงาน
 - 3.3 การศึกษาที่ต้องการโยงหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา (critical-incident technique) เช่น การวิเคราะห์รายงานจำนวนมากๆ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์กับปัจจัยร่วม
 - 3.4 การปลอมหรืออำพรางการสังเกตพฤติกรรม (disguised-observation technique) เช่น บอกว่าจะมาศึกษาเรื่องระบบจ่ายยา แต่ความจริงมาสังเกตพฤติกรรมการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยของพยาบาล เป็นต้น โดยจะบันทึกพฤติกรรมทั้งหมดรวมทั้งคิดว่าผู้ป่วยได้รับยาหรือไม่ อย่างไร แล้วมาเปรียบเทียบกับคำสั่งแพทย์ วิธีการนี้จะพบว่าได้ผลดี ได้รายงานที่สมบูรณ์ แต่เสียเวลาและต้องฝึกผู้สังเกตเป็นเวลานานและค่าใช้จ่ายสูง

2.8 การบันทึกข้อมูลและรายงาน

การออกแบบรายงานสำหรับการบันทึกข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทำได้ต่าง ๆ กัน ขึ้นอยู่กับว่าต้องการนำผลของรายงานไปใช้ประโยชน์อะไร เมื่อกำหนดเป้าหมายของการทำกิจกรรมนี้ได้แล้ว จึงมากำหนดว่าต้องการใช้ตัวแปรใดบ้าง เช่น ถ้าหากเป้าหมายของกิจกรรมเพียงต้องการทราบว่ามี ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือไม่ ลักษณะของข้อมูลที่ต้องการจะต้องน้อยกว่าเมื่อเป้าหมายเป็น อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลมีเท่าไร หรือ หากมีเป้าหมาย เป็น เพื่อต้องการลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล เป็นต้น

ตัวแปรที่ควรมีในแบบฟอร์มรายงานนั้นมีผู้เสนอไว้มาก การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เป็นสำคัญ ยกตัวอย่าง คือ

1. ข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ชื่อ หมายเลขของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค
2. สถานที่เกิดเหตุ
3. ชนิดของความคลาดเคลื่อน เช่น ชื่อยา การเขียนชื่อ การให้ยา การสั่งยา
การจัดยา
4. วันที่ เวลาที่เกิด
5. ผู้ที่เป็นต้นเหตุ
6. ผู้ที่พบและรายงาน
7. ความรุนแรงและความเสียหายที่เกิดหรืออาจจะเกิดขึ้น
8. สาเหตุ เช่น ลายมืออ่านยาก คัดลอกคำสั่งผิด เกตซ์กรไม่อยู่ คำนวณขนาดยา
ผิด

2.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ให้การรักษาผู้ป่วยที่เกิดอันตราย บันทึกและรายงานทันที ในกรณีที่มีรายงานความผิดปกติทางคลินิก ต้องทำการสอบสวนหาสาเหตุ สิ่งที่ต้องคำนึง คือ ต้องใช้รายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อการปรับปรุงระเบียบวิธีการทำงาน

ในระดับโรงพยาบาล ควรกำหนดเวลาที่แน่นอนว่าจะทำการประมวลผลรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อไร เช่น ทุกเดือน ทุก 6 เดือน การใช้โปรแกรม SPSS มีช่วยประมวลผล จะทำให้สามารถแจกแจงตัวแปรต่าง ๆ อีกทั้งยังคำนวณผลทางสถิติได้สะดวกขึ้น ผลสรุปของรายงานควรมานำมาใช้ในการเสนอแผนการป้องกัน แผนในการลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระยะยาว

การวิเคราะห์ทำได้หลายแบบ เช่น

1. การแจกแจงสถิติการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดต่าง ๆ ตามผู้ที่เป็นต้นเหตุ อาจทำเป็นสถิติในรอบ 1 เดือน 6 เดือน 12 เดือน ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นความคลาดเคลื่อนเนื่องจากตัวบุคลากร จะได้อ้างแผนอบรมได้
2. การแจกแจงสถิติการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดต่าง ๆ ตามสาเหตุ

แจกแจงตามชนิดยา รูปแบบยา ชื่อยา ตามเวลาที่เกิด ตามสถานที่เกิด ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นว่า ความคลาดเคลื่อนนั้นเกิดที่ใด เกิดกับยาประเภทใดมาก เกิดเวลาใดมาก เพื่อจะได้วิเคราะห์ต่อไปว่า อะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนนั้น ๆ

3. การแจกแจงสถิติความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดต่าง ๆ ตามบุคลากรที่เป็นต้นเหตุ เวลาที่เกิด สถานที่เกิด เกิดกับยาประเภทใดมาก ทั้งนี้เพื่อให้ทราบว่า ควรจะตัดสินใจเลือกทำมาตรการในการป้องกันแก้ไขที่จุดใดก่อน เพราะแม้จะพบอัตราการเกิด ความคลาดเคลื่อนต่ำ แต่ถ้าก่อให้เกิดความเสียหายมาก ผู้บริหารจำเป็นที่จะต้องทำการป้องกัน แก้ไขก่อน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)

การศึกษาเรื่อง การสำรวจความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก แผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการศึกษาแบบสำรวจย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่างใบสั่งยา ผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ผลการศึกษาใบสั่งยา 1,619 ใบ พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ ยา 389 ใบ (ร้อยละ 24.03 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด) คิดเป็นความคลาดเคลื่อน 460 ครั้ง โดย พบความไม่สมบูรณ์ในการเขียนคำสั่งใช้ยามากที่สุด คือ ร้อยละ 16.06 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด การสั่งใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 11.92 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด และการสั่งใช้ยา ซ้ำซ้อน ร้อยละ 0.43 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ในกลุ่มความไม่สมบูรณ์ในการเขียนคำสั่งใช้ยา พบว่าเป็นการไม่ระบุความแรงของยามากที่สุด (ร้อยละ 8.52 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด) การเขียน ชื่อยาไม่ชัดเจน (ร้อยละ 2.90 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด) และการใช้ชื่อยาแบบย่อที่ไม่เป็นสากล (ร้อยละ 2.60 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด) ซึ่งผลความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาส่งผลให้เกิด ความผิดพลาดในการใช้ยาในผู้ป่วย เกิดเป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของบุคลากร และเป็นปัญหาในการปฏิบัติประสานงาน เพื่อแก้ไขจัดการความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น (อรพิน พานิชยานุสนธิ์ และคณะ 2542)

การศึกษาเรื่อง ความคลาดเคลื่อนในระบบการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มที่งานบริการจ่ายยาจัดทำ เก็บรวบรวม ใบสั่งยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก พบความคลาดเคลื่อน 445 รายการ (ร้อยละ 0.72 ของรายการยา 61,574 รายการ จากจำนวนใบสั่งยา 25,247 ใบ) พบว่าความ

คลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด คือ ความไม่สมบูรณ์ในการสั่งใช้ยา ร้อยละ 60.7 ของความคลาดเคลื่อนทั้งหมด ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ คือ การไม่ระบุขนาดความแรงของยา (ร้อยละ 44.0 ของความคลาดเคลื่อนทั้งหมด) รองลงมา คือ ไม่ระบุจำนวนยา 48 รายการ (ร้อยละ 10.79 ของความคลาดเคลื่อนทั้งหมด) (กุลภัสสร แซ่เอง 2544)

การศึกษาเรื่องการสำรวจความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาโดยสำรวจข้อมูลจากการบันทึกการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของเภสัชกรรม พบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 1,298 ใบ (ร้อยละ 1.78 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 72,734 ใบ) เป็นความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งยา 599 ใบ (ร้อยละ 46.15 ของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น) แยกเป็นความคลาดเคลื่อนในเรื่องแบบแผนการใช้ยา 496 ใบ ที่พบบ่อยคือ ความคลาดเคลื่อนในการเขียนวิธีใช้ผิด คิดเป็นร้อยละ 67.28 ของความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (อัญชลี พีชมงคล 2544)

การศึกษาเรื่อง การติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี โดยวิธีเก็บบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 31,939 ใบ มีการสั่งยา 140,137 รายการ พบความคลาดเคลื่อนจำนวน 2,956 ใบและพบความคลาดเคลื่อน 3,426 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) 1,826 ครั้งคิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน 1.30 %ของจำนวนรายการยาทั้งหมด ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาที่พบบมากที่สุด คือความไม่สมบูรณ์ในการเขียนความแรงยา ที่พบบ่อยคือ การไม่ระบุความแรงยา สาเหตุที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา คือ ลายมือไม่ชัดเจน การใช้ชื่อย่อที่ไม่เป็นสากล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่สั่งจ่ายในด้านความแรงของยา รูปแบบยา วิธีการใช้ (กรรณิการ์ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545)

การศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจากจำนวนใบสั่งยาทั้งสิ้น 11,484 ใบ พบความคลาดเคลื่อน 264 ใบ เป็นความคลาดเคลื่อนจากแพทย์ผู้สั่งใช้ยา (prescribing error) 96 ใบ คิดเป็นร้อยละ 36.37 ของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 0.84 ของใบสั่งยาทั้งหมด แบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในเรื่องการเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างยาที่มีฤทธิ์ซ้ำซ้อนกัน จำนวน 28 ใบ (ร้อยละ 29.17) ความคลาดเคลื่อนในเรื่องความถี่ของการใช้ยาต่อวันไม่เหมาะสม 19 ใบ (ร้อยละ 19.79) ความคลาดเคลื่อนในเรื่องขนาดความแรงของยา จำนวน 8 ใบ (ร้อยละ 8.33) ความคลาดเคลื่อนในเรื่องการสั่งใช้ยาโดยไม่

ระบุวิธีใช้จำนวน 6 ใบ (ร้อยละ 6.25) สาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ บุคลากร
ขาด

ความรู้ความชำนาญ ขาดความรอบคอบ ขาดสมาธิในการทำงาน การจัดระบบการทำงานที่ไม่
เหมาะสม ความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน บรรยากาศในห้องปฏิบัติงานที่ไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งนำ
เทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน (สุวรรณะ บัวทอง 2545)

การศึกษาเรื่อง การบริหารความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ระบบปกติ
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาโดยสำรวจอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนใน
งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน แบบย้อนหลัง ร่วมกับการเฝ้าสังเกต การระดมสมอง พบความ
คลาดเคลื่อนของใบสั่งยาผู้ป่วยใน 31 ครั้ง จากจำนวน 12,656 ใบ คิดเป็นร้อยละ 0.25 ของจำนวน
ใบสั่งยาทั้งหมดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายที่พบบ่อย คือ เขียนวิธีใช้ยาผิด สาเหตุของ
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การขาดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน
2) การจัดระบบหรือวิธีปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและซ้ำซ้อน 3) ผู้ปฏิบัติขาดข้อมูลความรู้และ
4) ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนักในการทำงาน (ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ และคณะ 2542)

การศึกษาเรื่อง การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาตามใบสั่งยาของห้อง
จ่ายยาผู้ป่วยใน ชั้น 6 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยวิธีการเก็บข้อมูลจากใบสั่งยาของ
ผู้ป่วยใน จำแนกตามลักษณะและเวลา พบว่า เดือนที่มีรายการยามากกว่าจะเกิดความคลาดเคลื่อน
สูงกว่าเดือนที่มีรายการยาน้อยกว่า อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการเขียนใบสั่งยาของแพทย์
และการลอก คำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยา คิดเป็นร้อยละ 7 ของความคลาดเคลื่อนที่พบทั้งหมด 714
ครั้ง โดยพบความคลาดเคลื่อนที่เขียนวิธีใช้ไม่ถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือ เขียนขนาดความแรง
ของยาไม่ถูกต้อง สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดได้จาก ชื่อยามีความใกล้เคียงกัน
ลายมือแพทย์หรือลายมือพยาบาลอ่านยาก การใช้อักษรย่อไม่เหมาะสม ความเลินเล่อของเจ้าหน้าที่
การคัดลอกผิด การคำนวณขนาดยาผิด (ศิริทานต์ สันตติวงศ์ไชย 2544)

3.2 ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error)

การศึกษาเรื่อง การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของ
โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างปี พ.ศ.2528- 2529 ด้วยวิธีการบันทึกความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น
ระหว่างขั้นตอนในการ จ่ายยาโดยวิธีสังเกตการณ์และบันทึกความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการเขียน
ใบสั่งยาของแพทย์จาก ใบสั่งยา ในระยะสำรวจใบสั่งยาจำนวน 8,525 ใบ พบความคลาดเคลื่อน
739 ใบ คิดเป็น 827 ครั้ง หรือ 10.14 ครั้งต่อใบสั่งยา 100 ใบ เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากฝ่าย
เภสัชกรรม 9.3 ครั้งต่อใบสั่งยา 100 ใบ หลังจากกำหนดหน้าที่ให้บุคลากรทางเภสัชกรรม

ปฏิบัติงานให้เหมาะสมตามความสามารถของแต่ละบุคคล ระยะ ก จำนวนใบสั่งยา 3,800 ใบ พบความคลาดเคลื่อน 305 ใบ คิดเป็น 333 ครั้ง หรือ 9.18 ครั้งต่อใบสั่งยา 100 ใบ เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากฝ่ายเภสัชกรรม 8.62 ครั้งต่อใบสั่งยา 100 ใบ และเมื่อทดลองให้เภสัชกรเป็นผู้รับใบสั่งยาจากผู้ป่วยเพื่อดูความถูกต้องของใบสั่งยาก่อนที่จะส่งให้บุคคลากรทางเภสัชกรรมนำไปเขียนฉลากและจัดยาให้ผู้ป่วย ระยะ ข ใบสั่งยาจำนวน 3,714 ใบ พบความคลาดเคลื่อน 345 ใบ คิดเป็น 368 ครั้ง หรือ 11.17 ครั้งต่อ ใบสั่งยา 100 ใบ เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากฝ่ายเภสัชกรรม 9.34 ครั้งต่อใบสั่งยา 100 ใบ ผลที่ได้ปรากฏว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากฝ่ายเภสัชกรรมทั้งในระยะสำรวจกับระยะทดลองแบบ ก และ ระยะสำรวจกับระยะทดลองแบบ ข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ความคลาดเคลื่อนเกิดจากการจ่ายยาผิดขนาดและผิดขนาดบ่อยครั้งที่สุด ความคลาดเคลื่อนเกิดจากขั้นตอนการเขียนฉลากและจัดยามากที่สุด (ปราณี เหมวิมล 2529)

การศึกษาเรื่อง การค้นหาความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยวิธีสังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล และสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่งานบริการจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.นพรัตน์ราชธานี พบความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาร้อยละ 3.49 (98 ครั้ง) จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,815 ใบ ซึ่งแจกแจงได้เป็น รายการยาไม่ถูกต้องร้อยละ 0.11 จำนวนยาไม่ถูกต้องร้อยละ 0.92 ชนิดยาไม่ถูกต้องร้อยละ 0.57 รูปแบบยาไม่ถูกต้องร้อยละ 0.04 และความแรงของยาไม่ถูกต้องร้อยละ 0.32 ผลการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกถึงสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา พบว่าเกิดจากระบบการปฏิบัติงาน (นวลจันทร์ เทพสุภรังษิกุล และคณะ 2542)

การศึกษาเรื่อง ความคลาดเคลื่อนในระบบการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มที่งานบริการจ่ายยาจัดทำ เก็บรวบรวมใบสั่งยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก พบว่า ความคลาดเคลื่อนจากการคิดราคายา 342 รายการ (ร้อยละ 52.05 ของรายการยาที่คลาดเคลื่อนทั้งหมด 657 รายการ) พบการพิมพ์ชื่อยาผิดเกิดบ่อยที่สุด 131 รายการ (ร้อยละ 19.94 ของรายการยาที่คลาดเคลื่อนทั้งหมด) รองลงมาคือการพิมพ์วิธีใช้ผิด 115 รายการ (ร้อยละ 17.50 ของรายการยาที่คลาดเคลื่อนทั้งหมด) และพิมพ์จำนวนยาผิด 73 รายการ (ร้อยละ 11.11) ส่วนความคลาดเคลื่อนในการจัดยา พบ 315 รายการ (ร้อยละ 47.95 ของรายการยาที่คลาดเคลื่อนทั้งหมด) เป็นการจัดยาผิดจำนวน 167 รายการ (ร้อยละ 25.42 ของรายการยาที่คลาดเคลื่อนทั้งหมด) และจัดผิดชื่อยา 148 รายการ (ร้อยละ 22.53 ของรายการยาที่คลาดเคลื่อนทั้งหมด) (กุลภัสสร แซ่เอง 2544)

การศึกษาเรื่องการสำรวจความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล หัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาโดยสำรวจข้อมูลจากการบันทึกการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของเภสัชกรรม พบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 1,298 ใบ (ร้อยละ 1.78 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 72,734 ใบ) พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบันทึกข้อมูลการใช้ยาในคอมพิวเตอร์ของฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาล 650 ใบ เป็นการบันทึกข้อมูลในการสั่งใช้ยาในเรืองวิธีการใช้ยามากที่สุด รองลงมาคือ บันทึกข้อมูลผิดตัวยา และพบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดและจ่ายยา 49 ใบ ส่วนใหญ่เป็นการจัดยาผิดตัวยา รองลงมาเป็นการจัดยาผิดจำนวน สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนของการใช้ยา เกิดจากบุคลากร (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วย) ทรัพยากร (เครื่องจักร ยา ฉลากยา ภาชนะ สถานที่เก็บ) หรืออยู่ในส่วนของกระบวนการ เช่น

ขั้นตอนการทำงาน การคัดลอกคำสั่ง การพิมพ์ การคำนวณ (อัญชลี พีชมงคล 2544)

การศึกษาเรื่อง การติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี โดยวิธีเก็บบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 31,939 ใบ รายการยาทั้งหมด 140,137 รายการ พบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) 1,505 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน 1.07% ของจำนวนรายการยาทั้งหมด แยกเป็นความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา พิมพ์ฉลากยา จำนวน 380 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.27 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อย คือการพิมพ์ชนิดของยาไม่ถูกต้อง รองลงมาเป็นวิธีการพิมพ์วิธีใช้ไม่ถูกต้อง และความคลาดเคลื่อนในการจัดยา 1,128 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.80 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อย คือ จำนวนรายการยาที่จัดไม่ถูกต้อง รองลงมาเป็นการจัดยาผิดชนิด และความคลาดเคลื่อนในการจัดยา 1,128 ครั้ง คิดเป็น 0.80% ของจำนวนรายการยาทั้งหมด สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อน มาจากลายมือที่ไม่ชัดเจน ปัญหาชื่อยาคล้ายคลึงกัน ระบบปฏิบัติงาน สาเหตุจากเจ้าหน้าที่ขาดความรอบคอบ ขาดการตรวจสอบ สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (กรรณิการ์ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545)

การศึกษาเรื่อง มาตรการของเภสัชกรในการลดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการจ่ายยา ศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบทดลองเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการจ่ายยา ก่อนและหลังดำเนินมาตรการ (intervention) พบความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังดำเนินมาตรการตามลำดับดังนี้ ในขั้นตอนการทำการฉลากยา ด้านชื่อยาร้อยละ 0.10 และ 0.04 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 60) ด้านความแรงร้อยละ 0.05 และ 0.02 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 60) ด้านรูปแบบยาร้อยละ 0.02 และ 0.00 ของจำนวนรายการยา

ทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 100) ด้านความคลาดเคลื่อนในชื่อผู้ป่วย ร้อยละ 0.03 และ 0.02 ของจำนวน
รายการยาทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 33) ในขั้นตอนการจัดยา พบความคลาดเคลื่อน ด้านชื่อยา
ร้อยละ 0.13 และ 0.12 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 8) ด้านความแรง ร้อยละ 0.11
และ 0.10 ของจำนวน รายการยาทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 9) และด้านรูปแบบยา ร้อยละ 0.02 และ
0.02 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด โดยรวมความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงทั้งสิ้นร้อยละ 30
(วรุณี ศรีสุภโอบาร และศุภลักษณ์ อินทปิ่นดี 2545)

การศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วย
นอกโรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการจัดยาของ
เจ้าหน้าที่ห้องยา ทั้งในขั้นตอนการพิมพ์ฉลากยาด้วยคอมพิวเตอร์ และในขั้นตอนการจัดยาตาม
ใบสั่งยา จำนวน 162 ใบ คิดเป็นร้อยละ 61.36 ของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นทั้งหมด 264 ใบ หรือ
คิดเป็นร้อยละ 1.41 จากใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 11,484 ใบ ความคลาดเคลื่อนของฉลากยา
จากการพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์จำนวน 94 ใบ (ร้อยละ 0.82 ของใบสั่งยาทั้งหมด) แยกเป็นพิมพ์
วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง 36 ใบ (ร้อยละ 38.30) ชื่อและสกุลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 17 ใบ (ร้อยละ 18.09)
พิมพ์ยาไม่ครบจำนวน 15 ใบ (ร้อยละ 15.96) พิมพ์ชื่อยาผิดรายการ 12 ใบ (ร้อยละ 12.76) พิมพ์
ขนาดความแรงของยาผิด 8 ใบ (ร้อยละ 8.51) พิมพ์จำนวนยาที่ต้องการไม่ถูกต้อง 3 ใบ (ร้อยละ
3.19) พิมพ์รายการยาผิดวัน 2 ใบ (ร้อยละ 2.13) พิมพ์ยาคือรูปแบบ 1 ใบ (ร้อยละ 1.06) ส่วน
ความ

คลาดเคลื่อนในการจัดยาของเจ้าหน้าที่ห้องยา พบว่า มีจำนวน 68 ใบ แยกเป็นจัดยาจำนวนไม่
ถูกต้อง 18 ใบ (ร้อยละ 26.47) จัดยาไม่ครบรายการ 17 ใบ (ร้อยละ 25) จัดยาผิดความแรง 13 ใบ
(ร้อยละ 19.12) จัดยาผิดรายการ 10 ใบ (ร้อยละ 14.71) จัดยาให้ผู้ป่วยผิดคน 8 ใบ (ร้อยละ 11.76)
จัดยาผิดรูปแบบ 2 ใบ (ร้อยละ 2.94) สาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ บุคลากร
ขาดความรู้ความชำนาญ ขาดความรอบคอบ ขาดสมาธิในการทำงาน การจัดระบบการทำงานที่ไม่
เหมาะสม ความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน บรรยากาศในห้องปฏิบัติงานที่ไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งนำ
เทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน (สุวรรณะ บัวทอง 2545)

การศึกษาเรื่อง การบริหารความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยในระบบปกติ
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาโดยสำรวจอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนใน
งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน แบบย้อนหลัง ร่วมกับการเฝ้าสังเกต การระดมสมอง พบความ
คลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (ทั้งระบบปกติ และระบบหนึ่งหน่วยบรรจุ) 249 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยา
19,522 ใบ คิดเป็นร้อยละ 1.28 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด โดยพบการจัดยาผิดชนิดมากที่สุด
สาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การขาดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานที่ได้

มาตรฐาน 2) การจัดระบบหรือวิธีปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและซ้ำซ้อน 3) ผู้ปฏิบัติงานข้อมูลความรู้และ 4) ผู้ปฏิบัติงานความตระหนักในการทำงาน (ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ และคณะ 2542)

การศึกษาเรื่อง การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาตามใบสั่งยาของห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ชั้น 6 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยวิธีการเก็บข้อมูลจากใบสั่งยาของผู้ป่วยใน พบว่า อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจัดและจ่ายยา ตามใบสั่งยา คิดเป็นร้อยละ 92.79 ของอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทั้งหมด โดยขั้นตอนการคิดราคา เขียนชื่อยา เกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 27.7 ซึ่งคลาดเคลื่อนในการเขียนวิธีใช้มากที่สุด รองลงมาคือ ไม่ได้เขียนชื่อยา และอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาคิดเป็นร้อยละ 63.51 ซึ่งคลาดเคลื่อนในการจัดยามีจำนวนมากที่สุด รองลงมาไม่ได้จัดยา การจัดยาผิดชนิดและการจัดยาผิดชื่อยาพบเป็นอันดับสาม สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดได้จาก ชื่อยามีความใกล้เคียงกัน ลายมือแพทย์หรือลายมือพยาบาลอ่านยาก การใช้ตัวย่อไม่เหมาะสม ความเลินเล่อของเจ้าหน้าที่ การคัดลอกผิด การคำนวณขนาดยาผิด (ศิริทานต์ สันตติวงศ์ไชย 2544)

3.3 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)

การศึกษาเรื่อง การค้นหาความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยวิธีสังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล และสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่งานบริการจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.นพรัตน์ราชธานี จากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 2,815 ใบ พบ ความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จากการสุ่มตัวอย่างใบสั่งยาจำนวน 578 ใบ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 99 เปอร์เซนต์ พบรายการยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 0.17 จากจำนวนรายการยาทั้งหมด และไม่พบการจ่ายยาผู้ป่วยผิดราย ผลการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกถึงสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา พบว่าเกิดจากสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (นวลจันทร์ เทพศุภรังษิภกุล และคณะ 2542)

การศึกษาเรื่อง การติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี โดยวิธีเก็บบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาจากจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด 31,939 ใบ รายการยาทั้งหมด 140,137 รายการพบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) จำนวน 92 ครั้ง คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน 0.07% ของจำนวนรายการยาทั้งหมดที่พบบ่อยที่สุดคือ การจ่ายยาผิดชนิด รองลงมาคือ การจ่ายยาผิดจำนวนและรายการจำนวนยาไม่ถูกต้อง ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาสามารถตรวจพบและแก้ไขก่อนผู้ป่วยได้รับยา สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อน ความผิดพลาดในการตรวจสอบ ขาดสมาธิ ขาดความระมัดระวัง จำนวน ใบสั่งยามากถูกขัดจังหวะขณะทำงาน จำนวนรายการยาในใบสั่งยามีมาก จำนวนผู้ตรวจสอบยามีน้อย (กรรณิการ์ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545)

การศึกษาเรื่องความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาโดยเภสัชกร 6 ใบ คิดเป็นร้อยละ 2.27 ของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นทั้งหมด (ร้อยละ 0.05 ของใบยาทั้งหมด) แยกเป็นจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน 2 ใบ (ร้อยละ 33.32) จ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดรายการ 1 ใบ (ร้อยละ 16.67) ไม่พบว่ามีการจ่ายยาจำนวนไม่ถูกต้องและไม่พบว่าจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา สาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ บุคลากรขาดความรู้ความชำนาญ ขาดความรอบคอบ ขาดสมาธิในการทำงาน การจัดระบบการทำงานที่ไม่เหมาะสม ความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน บรรยากาศในห้องปฏิบัติงานที่ไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน (สุวรรณะ บัวทอง 2545)

การศึกษาเรื่อง การบริหารความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ระบบปกติ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาโดยสำรวจอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน แบบย้อนหลัง ร่วมกับการเฝ้าสังเกต การระดมสมอง พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา 14 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยา 12,656 ใบ คิดเป็น ร้อยละ 0.11 ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด โดยพบการจ่ายยาผิดชนิดมากที่สุด สาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การขาดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน 2) การจัดระบบหรือวิธีการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและซ้ำซ้อน 3) ผู้ปฏิบัติขาดข้อมูลความรู้และ 4) ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนักในการทำงาน (ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ และคณะ 2542)

การศึกษาเรื่อง การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาตามใบสั่งยาของห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ชั้น 6 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยวิธีการเก็บข้อมูลจากใบสั่งยาของผู้ป่วยใน พบว่าอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผิดคิดเป็นร้อยละ 1.58 สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดได้จาก ชื่อยาที่มีความใกล้เคียงกัน ลายมือแพทย์หรือลายมือพยาบาลอ่านยาก การใช้อักษรย่อไม่เหมาะสม ความเลินเล่อของเจ้าหน้าที่ การคัดลอกผิด การคำนวณขนาดยาผิด (ศิริทานต์ สันตติวงศ์ไชย 2544)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการบริการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาเป็นหลักมีเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหรืออาการ ทั้งชนิด ปริมาณ ขนาด รูปแบบของยา วิธีใช้ที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงตามเวลาเพื่อให้เกิดผลในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การให้บริการผู้ป่วยนอกต้องดำเนินการภายใต้เวลาอันจำกัด การให้ยาผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจึงสามารถเกิดขึ้นได้ และจัดว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งความเสี่ยงนี้สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้

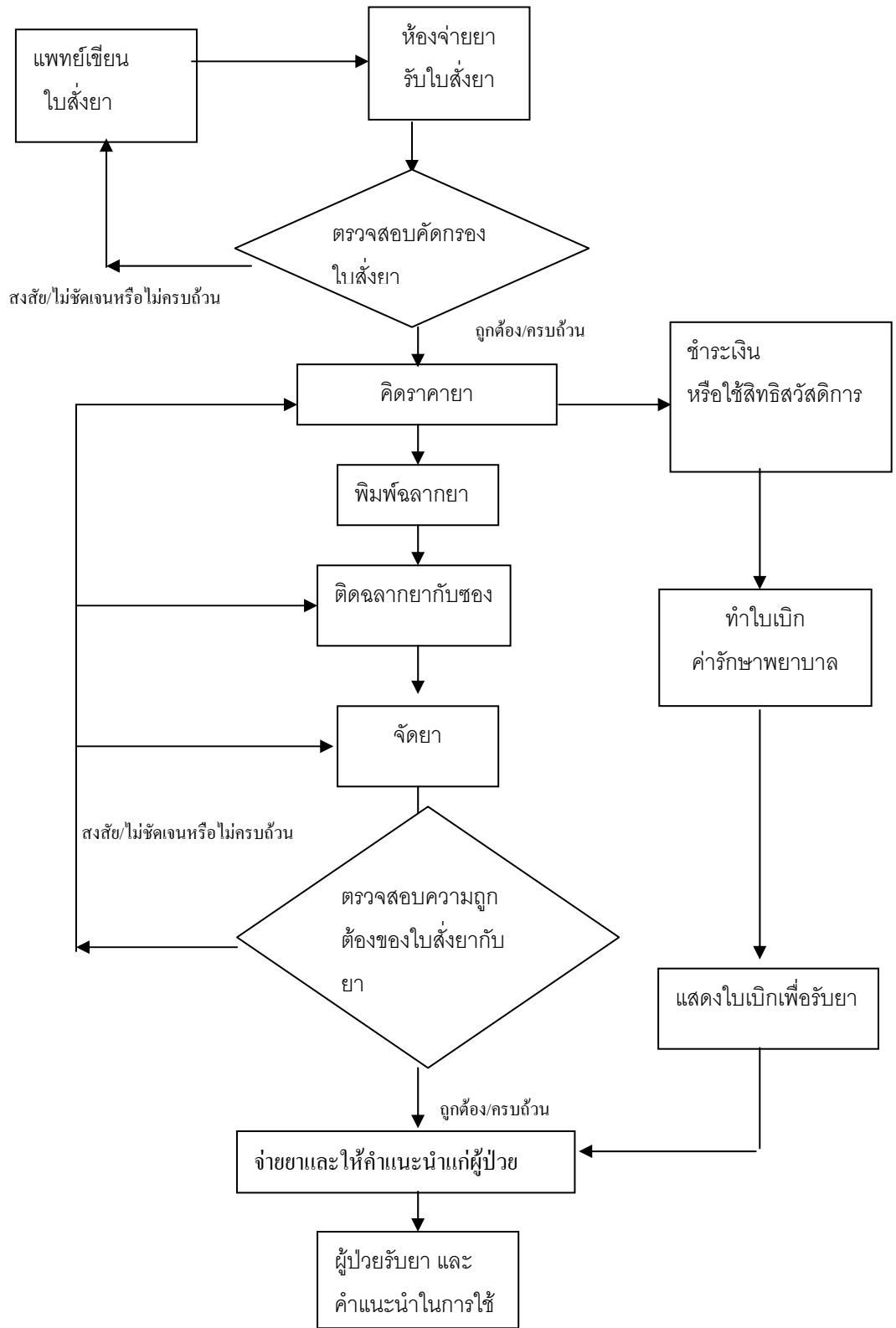
โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ขนาด 80 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพแก่ข้าราชการ ลูกจ้างครอบครัวข้าราชการทหารเรือ และพลเรือน การให้บริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย โรคอายุรกรรม โรคผิวหนัง โรคจิตเวช โรคทางพันธุกรรม คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี และให้บริการผู้ป่วยในเฉพาะ โรคจิตเวชและบำบัดสารเสพติด

เนื่องจากโรงพยาบาลรับผู้ป่วยในเฉพาะ โรคจิตเวชและบำบัดสารเสพติด และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นพลทหาร หรือชายวัยฉกรรจ์ ซึ่งรับมาเป็นผลัด และระยะเวลาในการรักษาสั้น คือ ประมาณ 40 วัน ยาที่ใช้รักษามีเพียงไม่กี่ชนิด ไม่มีความหลากหลาย โอกาสเกิดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนข้างต่ำ ขณะที่โรงพยาบาลให้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมีความหลากหลาย ดังที่กล่าวแล้วในข้างต้น โดยเฉลี่ยมีผู้มารับบริการ วันละ 200 คน ยาที่ใช้มีความหลากหลาย การบริการผู้ป่วยนอกต้องดำเนินการภายใต้เวลาอันจำกัด โอกาสเกิดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจึงค่อนข้างสูง ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาวิจัยการบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อวิเคราะห์หาปัญหา และหาแนวทางพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก หมายถึง การดำเนินการหรือการปฏิบัติงานโดยบุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ตามลำดับ

1. การเขียนคำสั่งใช้ยาลงในใบสั่งยาโดยแพทย์
2. การรับและตรวจสอบคัดกรองใบสั่งยาโดยเภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกร
3. การคิดราคายาและพิมพ์ฉลากยาด้วยคอมพิวเตอร์โดยผู้ช่วยเภสัชกร

4. การจัดยาตามฉลากยาและใบสั่งยาโดยผู้ช่วยเภสัชกรและลูกจ้าง
5. การตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดกับใบสั่งยาโดยเภสัชกร
6. การส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาโดยเภสัชกรและ/หรือผู้ช่วยเภสัชกร



ภาพที่ 3.1 แผนผังการไหลของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในกระบวนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ในวันและเวลาราชการ เฉพาะขั้นตอนความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) และการจ่ายยา (dispensing error) โดยมุ่งเน้นในประเด็น ผิดชื่อยา ผิดขนาดความแรง ผิดรูปแบบ ผิดจำนวน ผิดวิธีใช้ ผิดชื่อผู้ป่วย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้การวิจัยแบบ research and development โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคลาดเคลื่อนในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับลักษณะ ชนิด ความถี่ของความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกชนิดและจำนวนความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (check sheet) ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติงานจริง และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน และหาแนวทางป้องกัน แก้ไข เพื่อลดความเสี่ยง โดยทดลองนำแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากสาเหตุต่างๆในกระบวนการทำงานนั้นไปปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน และประเมินผลโดยเปรียบเทียบผลก่อนการดำเนินการกับหลังการดำเนินการ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ส่งมาห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนทั้งในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง จำนวน 4,694 ใบ และในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงจำนวน 4,694 ใบ เหตุผลที่ศึกษาจากใบสั่งยาทั้งหมดในรอบ 2-3 เดือน เนื่องจากประชากรผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และต้องมารับยาทุกเดือนหรือ 2 – 3 เดือนเป็นประจำ จึงอาจถือได้ว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน อีกทั้งปริมาณใบสั่งยาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณเดียวกันมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการวิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ศึกษาเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดใน 1 ปีงบประมาณ และเหตุที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองช่วงจำนวนเท่ากัน เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบที่ชัดเจน ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานการบริการจ่ายยาในทุกขั้นตอนเป็นผู้ปฏิบัติงานคนเดิม

3. ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยา ช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 06.30 ถึง 16.00 น. เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงแรก ก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2547 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2547 และช่วงที่สอง หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2547 โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2547

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ว่ามีความตรง ครบคลุมตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษาและทดสอบการเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มแล้ว แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกแบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1. แบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา
2. แบบฟอร์มที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา-จ่ายยา

การรายงานปัญหาหรือความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาผู้ป่วยนอก (prescribing error) สามารถตรวจพบก่อนการจัดจ่ายยา โดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ให้บันทึกในแบบฟอร์มที่ 1 ส่วนรายงานปัญหาหรือความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ได้แก่ขั้นตอนการคิดราคา/พิมพ์ฉลากและจัดยา สามารถตรวจพบก่อนการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย ณ จุดจ่ายยา สำหรับรายงานปัญหาหรือความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ซึ่งเป็นการจ่ายยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง สามารถตรวจพบจากการสังเกตขณะให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย จากการตรวจสอบของผู้ป่วย และจากข้อร้องเรียนของผู้ป่วยนอก ให้บันทึกในแบบฟอร์มที่ 2 การบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาที่พบความคลาดเคลื่อนเป็นผู้บันทึกโดยบันทึกทันทีที่พบ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การบันทึกความคลาดเคลื่อนทางการบริการจ่ายยา โดยรายการยาที่เกิดความคลาดเคลื่อน 1 รายการ จะลงบันทึกเป็น 1 เหตุการณ์ในแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยทำเป็นประจำทุกวัน ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ (การบันทึกความคลาดเคลื่อนทางการบริการจ่ายยา แสดงไว้ในภาคผนวก)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ในการแสดงและแจกแจงข้อมูลความคลาดเคลื่อนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในขั้นตอนต่างๆ ในด้านลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อน สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยา ซึ่งสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ร้อยละ จะนำไปใช้ประกอบการวิเคราะห์ความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก และเปรียบเทียบในเชิงปริมาณของความคลาดเคลื่อนที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น หลังจากการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

7. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานในการศึกษาวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

7.1 ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ ขั้นตอนการทำงานและการให้บริการการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

7.2 ศึกษา ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการบริหารความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน

7.3 วางขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน

7.4 จัดทำแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนที่ศึกษา ได้แก่แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา และแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่ายยา-จ่ายยา

7.5 อบรมเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ ขั้นตอนต่างๆ ให้มีความเข้าใจที่

ตรงกันในการลงบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

7.6 นำแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาที่จัดทำขึ้นมาทดลองปฏิบัติงานจริง

7.7 ทบทวน แก้ไข และเพิ่มเติมแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้ครอบคลุมความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน และสะดวกในการบันทึกไม่เกิดความผิดพลาด

7.8 บันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

7.9 วิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น โดยแจกแจงตาม ลักษณะ ชนิด และความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน และวิเคราะห์สาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่าง ๆ

7.10 พิจารณาหาแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

7.11 ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

7.12 บันทึกจำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกหลังดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง และเปรียบเทียบกับความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง

7.13 สร้างและเสนอแนะผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในทุกกระบวนการจ่ายยา ผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพบริการ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ เพื่อร่วมกันดำเนินการหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นต่อไป

7.14 ดำเนินการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา หาแนวทางป้องกัน แก้ไข ต่อเนื่อง โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ

7.15 จัดทำระเบียบปฏิบัติในการดำเนินการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาและมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาการบริหารความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทยทหารเรือ พบว่า

1. ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยรวม ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2547 (ช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง)

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบว่ามีใบสั่งยาที่มีความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก 134 ใบ คิดเป็นร้อยละ 2.85 ของจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด และเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 160 ครั้ง คิดเป็น 3.41 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	จำนวนครั้งต่อจำนวน	
	จำนวน (ครั้ง)	ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)	62	1.32
2. ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre - dispensing error)	91	1.94
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)	7	0.15
รวม	160	3.41

จากข้อมูลในตารางที่ 4.1 พบว่า ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่พบมากที่สุด คือ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre -

dispensing error) จำนวน 91 ครั้ง (1.94 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) รองลงมา คือ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) จำนวน 62 ครั้ง (1.32 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) จำนวน 7 ครั้ง (0.15 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

1.1 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา จำนวน 62 ครั้ง (1.32 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) รายละเอียดลักษณะความเสี่ยงแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อ
		จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การสั่งใช้ยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	10	0.21
2. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดขนาดขนาดความแรงของยา	18	0.38
3. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดรูปแบบของยา	1	0.02
4. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดจำนวนที่ต้องใช้	3	0.06
5. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดวิธีใช้	12	0.26
6. การสั่งใช้ยาในใบสั่งยาที่ไม่มีชื่อผู้ป่วย/ ผิดชื่อ	2	0.04
7. การสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน	12	0.26
8. การสั่งใช้ยาซ้ำ	2	0.04
9. การใช้คำย่อไม่เป็นสากล	2	0.04
รวม	62	1.32

จากข้อมูลในตารางที่ 4.2 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสั่งยาโดยไม่ระบุหรือระบุขนาดขนาดความแรงของยาผิด จำนวน 18 ครั้ง (0.38 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือระบุวิธีใช้ผิด จำนวน 12 ครั้ง (0.26 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การสั่งใช้ยาค้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน จำนวน 12 ครั้ง (0.26 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การสั่งใช้ยาผิดชื่อยาหรือผิดชนิด จำนวน 10 ครั้ง (0.21 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

1.2 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error)

ในช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา จำนวน 91 ครั้ง (1.94 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) แบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก จำนวน 67 ครั้ง (1.43 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดยา จำนวน 24 ครั้ง (0.51 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre - dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนก่อนจ่ายยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา/พิมพ์ฉลาก	67	1.43
2. ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดยา	24	0.51
รวม	91	1.94

ลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก และ ลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดยา แสดงในตารางที่ 4.4 และตารางที่ 4.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการ ป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดชื่อยา / ผิดชนิด	7	0.15
2. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดขนาดขนาดความแรงของยา	9	0.19
3. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง	13	0.28
4. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดวิธีใช้	29	0.62
5. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากขาดบางรายการ	7	0.15
6. การพิมพ์ฉลาก ผิดชื่อผู้ป่วย	2	0.04
รวม	67	1.43

จากข้อมูลในตารางที่ 4.4 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดวิธีใช้ จำนวน 29 ครั้ง (0.62 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง จำนวน 13 ครั้ง (0.28 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดขนาดความแรงของยา จำนวน 9 ครั้ง (0.19 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

ตารางที่ 4.5 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา ใน
ขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อจำนวน
		ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การจัดยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	9	0.19
2. การจัดยาผิดขนาดความแรงของยา	4	0.09
3. การจัดยาผิดรูปแบบของยา*	1	0.02
4. การจัดยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง	8	0.17
5. การจัดยาขาดบางรายการ	2	0.04
รวม	24	0.51

จากข้อมูลในตารางที่ 4.5 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การจัดยาผิดชื่อยาหรือผิดชนิด จำนวน 9 ครั้ง (0.19 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การจัดยาผิดจำนวนที่แพทย์สั่ง จำนวน 8 ครั้ง (0.17 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และการจัดยาผิดขนาดความแรงของยา จำนวน 4 ครั้ง (0.09 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

* รูปแบบยาในกรณีที่ยานั้นมีมากกว่า 1 รูปแบบตามบัญชียาโรงพยาบาล หรือการระบุรูปแบบยาที่ไม่มีการผลิตออกจำหน่าย ตัวอย่างยาที่มีมากกว่า 1 รูปแบบ เช่น Ventoline ซึ่งมีรูปแบบเป็น ยาเม็ด ยาน้ำ ยาพ่นแบบ inhaler (เป็นยาที่ใช้สูดเข้าคอ ventoline evohaler ®) ยาพ่นแบบเป็นสารละลายและใช้กับเครื่องพ่น (ventoline nebulizer)

1.3 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2547 ถึง 31 พฤษภาคม 2547 ในช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงจากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยา จำนวน 7 ครั้ง (0.15 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) รายละเอียดลักษณะความเสี่ยงแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การจ่ายยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	1	0.02
2. การจ่ายยาโดยไม่ระบุ / ผิดวิธีใช้	3	0.06
3. การจ่ายยาขาดบางรายการ	1	0.02
4. การจ่ายยาผู้ป่วยผิดคน	2	0.04
รวม	7	0.15

จากข้อมูลในตารางที่ 4.6 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การจ่ายยาโดยไม่ระบุหรือระบุวิธีใช้ผิด จำนวน 3 ครั้ง (0.06 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน จำนวน 2 ครั้ง (0.04 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การจ่ายยาผิดชื่อยาหรือผิดชนิด จำนวน 1 ครั้ง (0.02 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และการจ่ายยาขาดบางรายการ จำนวน 1 ครั้ง (0.02 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

1.4 สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการผู้ป่วยนอก ในช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการผู้ป่วยนอกในการสั่งจ่ายยา แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งจ่ายยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การสั่งจ่าย	ร้อยละ
1. เขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์	32	51.61
2. ขาดความรู้ ขาดทักษะ	16	25.81
3. ลายมือที่ไม่ชัดเจน	12	19.35
4. ใช้ตัวย่อไม่เหมาะสม	2	3.23
รวม	62	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.7 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งจ่ายยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสั่งจ่ายยาโดยเขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์ จำนวน 32 ครั้ง (ร้อยละ 51.61 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาทั้งหมด) การขาดความรู้ ขาดทักษะ ในการสั่งจ่ายยา จำนวน 16 ครั้ง (ร้อยละ 25.81 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาทั้งหมด) การสั่งจ่ายยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน จำนวน 12 ครั้ง (ร้อยละ 19.35 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาทั้งหมด) ส่วนการสั่งจ่ายยาด้วยตัวย่อที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น จำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 3.23 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาทั้งหมด)

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์
ฉลาก แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา /
พิมพ์ฉลาก ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การคิดราคา /พิมพ์ฉลาก	ร้อยละ
1. ขาดการตรวจสอบ	49	73.13
2. ขาดความรู้ ขาดทักษะ	18	26.87
รวม	67	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.8 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความ
คลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การขาดการ
ตรวจสอบ จำนวน 46 ครั้ง (ร้อยละ 73.13 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์
ฉลากทั้งหมด) การขาดความรู้ ขาดทักษะ จำนวน 18 ครั้ง (ร้อยละ 26.87 ของจำนวนความ
คลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากทั้งหมด)

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา แสดง
รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา
ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การจัดยา	ร้อยละ
1. ขาดการตรวจสอบ	24	100.00
รวม	24	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.9 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความ
คลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา มีสาเหตุเดียว ได้แก่ การขาดการตรวจสอบ จำนวน 24 ครั้ง
(ร้อยละ 100 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการจัดยาทั้งหมด)

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา แสดง
รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา
ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การจ่ายยา	ร้อยละ
1. ขาดการตรวจสอบ	7	100.00
รวม	7	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.10 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความ
คลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา มีสาเหตุเดียว ได้แก่ การขาดการตรวจสอบ จำนวน 7 ครั้ง
(ร้อยละ 100 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาทั้งหมด)

2. ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยรวม ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2547 (ช่วงหลังการดำเนินการป้องกัน ความเสี่ยง)

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบว่ามีใบสั่งยาที่มีความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก 82 ใบ คิดเป็นร้อยละ 1.75 ของจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 98 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.41 ครั้งของจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

	จำนวน	จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา
ชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	จำนวน (ครั้ง)	100 ใบ (n = 4,694)
1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)	22	0.47
2. ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre - dispensing error)	70	1.49
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)	6	0.13
รวม	98	2.09

จากข้อมูลในตารางที่ 4.11 พบว่า ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่พบมากที่สุด คือ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre - dispensing error) จำนวน 70 ครั้ง (1.49 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) รองลงมา คือ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) จำนวน 22 ครั้ง (0.47 ครั้งของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมดต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) จำนวน 6 ครั้ง (0.13 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

2.1 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา จำนวน 22 ครั้ง (0.47 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) รายละเอียดลักษณะความเสี่ยงแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อ
		จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การสั่งใช้ยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	3	0.06
2. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดขนาดความแรงของยา	5	0.11
3. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดจำนวนที่ต้องใช้	1	0.02
4. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดวิธีใช้	6	0.13
5. การสั่งใช้ยาในใบสั่งยาที่ไม่มีชื่อผู้ป่วย/ ผิดชื่อ	1	0.02
6. การสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน	6	0.13
รวม	22	0.47

จากข้อมูลในตารางที่ 4.12 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือระบุวิธีใช้ผิด จำนวน 6 ครั้ง (0.13 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน จำนวน 6 ครั้ง (0.13 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือผิดความแรง จำนวน 5 ครั้ง (0.11 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

2.2 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error)

ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา จำนวน 70 ครั้ง (1.49 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) แบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก จำนวน 37 ครั้ง (0.79 ครั้งของจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมดต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และความคลาดเคลื่อนในการการจัดยา จำนวน 33 ครั้ง (0.70 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ตารางแสดงชนิดของความเสี่ยง จำนวนครั้งและร้อยละของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre — dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนก่อนจ่ายยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา/พิมพ์ฉลาก	37	0.79
2. ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา	33	0.70
รวม	70	1.49

ลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก และลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในการจัดยา แสดงในตารางที่ 4.14 และตารางที่ 4.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.14 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อ
		จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดชื่อยา / ผิดชนิด	17	0.36
2. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดขนาดความแรงของยา	4	0.09
3. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดรูปแบบของยา	1	0.02
4. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง	6	0.13
5. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดวิธีใช้	5	0.11
6. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากขาดบางรายการ	3	0.06
7. การพิมพ์ฉลาก ผิดชื่อผู้ป่วย	1	0.02
รวม	37	0.79

จากข้อมูลในตารางที่ 4.14 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดชื่อยาหรือชนิดยา จำนวน 17 ครั้ง (0.36 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง จำนวน 6 ครั้ง (0.13 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดวิธีใช้ จำนวน 5 ครั้ง (0.11 ครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ)

ตารางที่ 4.15 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อ
		จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การจัดยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	12	0.26
2. การจัดยาผิดขนาดความแรงของยา	9	0.19
3. การจัดยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง	11	0.23
4. การจัดยาขาดบางรายการ	1	0.02
รวม	33	0.70

จากข้อมูลในตารางที่ 4.15 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การจัดยาผิดชื่อยาหรือผิดชนิด จำนวน 12 ครั้ง (0.26 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การจัดยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง จำนวน 11 ครั้ง (0.23 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และการจัดยาผิดขนาดความแรงของยา จำนวน 9 ครั้ง (0.19 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

2.3 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

จากจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 4,694 ใบ พบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยา จำนวน 6 ครั้ง (0.13 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) รายละเอียดลักษณะความเสี่ยงแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ตารางแสดงลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
1. การจ่ายยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	1	0.02
2. การจ่ายยาผิดจำนวนที่แพทย์สั่ง	3	0.06
3. การจ่ายยาโดยไม่ระบุ / ผิดวิธีใช้	1	0.02
4. การจ่ายยาผู้ป่วยผิดคน	1	0.02
รวม	6	0.13

จากข้อมูลในตารางที่ 4.16 พบว่า ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การจ่ายยาผิดจำนวนที่แพทย์สั่ง จำนวน 3 ครั้ง (0.06 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การจ่ายยาผิดชื่อยาหรือผิดชนิด จำนวน 1 ครั้ง (0.02 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) การจ่ายยาที่ไม่ระบุหรือระบุผิดวิธีใช้ จำนวน 1 ครั้ง (0.02 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ) และการจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน จำนวน 1 ครั้ง (0.02 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 100 ใบ)

2.4 สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการ ผู้ป่วยนอก ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา แสดง
รายละเอียดดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา
ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การสั่งใช้ยา	ร้อยละ
1. เขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์	12	54.55
2. ขาดความรู้ ขาดทักษะ	4	18.18
3. ลายมือที่ไม่ชัดเจน	6	27.27
รวม	22	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.17 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา 3 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสั่งใช้ยาโดยเขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์ จำนวน 12 ครั้ง (ร้อยละ 54.55 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาทั้งหมด) การสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน จำนวน 6 ครั้ง (ร้อยละ 27.27 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาทั้งหมด) การขาดความรู้ ขาดทักษะ ในการสั่งใช้ยา จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 18.18 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาทั้งหมด) ส่วนการสั่งใช้ยาด้วยตัวย่อที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น จำนวน 0 ครั้ง (ร้อยละ 0.00 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาทั้งหมด)

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์
ฉลาก แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา
/ พิมพ์ฉลาก ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การคิดราคา / พิมพ์ ฉลาก	ร้อยละ
1. ขาดการตรวจสอบ	22	59.46
2. ขาดความรู้ ขาดทักษะ	15	40.54
รวม	37	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.18 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความ
คลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การขาดการ
ตรวจสอบ จำนวน 22 ครั้ง (ร้อยละ 59.46 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์
ฉลากทั้งหมด) การขาดความรู้ ขาดทักษะ จำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 40.54 ของจำนวนความ
คลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากทั้งหมด)

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา แสดง
รายละเอียดดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา
ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การจัดยา	ร้อยละ
1. ขาดการตรวจสอบ	33	100.00
รวม	33	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.19 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความ
คลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยา มีสาเหตุเดียว ได้แก่ การขาดการตรวจสอบ จำนวน 33 ครั้ง
(ร้อยละ 100 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาทั้งหมด)

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา แสดง
รายละเอียดดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ตารางแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา
ในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	การจ่ายยา	ร้อยละ
1. ขาดการตรวจสอบ	6	100.00
รวม	6	100.00

จากข้อมูลในตารางที่ 4.20 พบว่า สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความ
คลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยา มีสาเหตุเดียว ได้แก่ การขาดการตรวจสอบ จำนวน 6 ครั้ง
(ร้อยละ 100 ของจำนวนความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาทั้งหมด)

3. เปรียบเทียบความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2547 (ช่วงก่อนการดำเนินการป้องกัน ความเสี่ยง) กับความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2547 (ช่วงหลังการดำเนินการป้องกัน ความเสี่ยง)

ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในช่วงก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงเปรียบเทียบกับความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในช่วงหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง แสดงในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ตารางเปรียบเทียบชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งตามชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	ช่วงก่อนดำเนินการ	ช่วงหลังดำเนินการ	ลดลง
	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	(ร้อยละ)
1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา (prescribing error)	1.32	0.47	64.39
2. ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre - dispensing error)	1.94	1.49	23.19
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)	0.15	0.13	13.33
รวม	3.41	2.09	38.71

จากข้อมูลในตารางที่ 4.21 พบว่า หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้วความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกลดลงเมื่อเทียบกับช่วงก่อนดำเนินการ โดยลดลงร้อยละ 38.71 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา ลดลงร้อยละ 64.39 ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา ลดลงร้อยละ 23.19 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ลดลงร้อยละ 13.33

3.1 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนสั่งใช้ยา (prescribing error)

หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว พบว่าความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 64.39 รายละเอียดลักษณะความเสี่ยงแสดงในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	ช่วงก่อนดำเนินการ	ช่วงหลัง	ลดลง (ร้อยละ)
	จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	ดำเนินการ จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	
1. การสั่งใช้ยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	0.21	0.06	71.43
2. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดขนาดความแรง ของยา	0.38	0.11	71.05
3. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดรูปแบบของยา	0.02	0.00	100.00
4. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดจำนวนที่ต้องใช้	0.06	0.02	66.67
5. การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุ / ผิดวิธีใช้	0.26	0.13	50.00
6. การสั่งใช้ยาในใบสั่งยาที่ไม่มีชื่อผู้ป่วย / ผิดชื่อ	0.04	0.02	50.00
7. การสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน	0.26	0.13	50.00
8. การสั่งใช้ยาซ้ำ	0.04	0.00	100.00
9. การใช้คำย่อไม่เป็นสากล	0.04	0.00	100.00
รวม	1.32	0.47	64.39

จากข้อมูลในตารางที่ 4.22 พบว่า หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาลดลง ซึ่ง 5 อันดับแรกที่ลดลง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสั่งใช้ยาซ้ำรายการ ลดลงร้อยละ 100.00 การใช้คำย่อไม่เป็นสากล ลดลงร้อยละ 100.00 การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือระบุรูปแบบของยาผิด ลดลงร้อยละ 100.00 การสั่งใช้ยาผิด ชื่อยาหรือผิดชนิดยา ลดลงร้อยละ 71.43 การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือระบุขนาด

ความแรงของยาผิด ลดลงร้อยละ 71.05 ส่วนการสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือระบุจำนวนผิด ลดลงร้อยละ 66.67 การสั่งใช้ยาโดยไม่ระบุหรือระบุวิธีใช้ผิด การสั่งใช้ยาในใบสั่งยาที่ไม่มีชื่อผู้ป่วยหรือผิดชื่อ การสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน ลดลงร้อยละ 50

3.2 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error)

หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว พบว่าความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นก่อนจ่ายยาโดยรวมลดลงร้อยละ 23.19 เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ลดลงร้อยละ 44.75 และเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดยา เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.25 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ตารางเปรียบเทียบชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre — dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

	ช่วงก่อน ดำเนินการ	ช่วงหลัง ดำเนินการ	ลดลง (ร้อยละ)
ชนิดของความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา	จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	
1. ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา/พิมพ์ฉลาก	1.43	0.79	44.75
2. ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา	0.51	0.7	เพิ่มขึ้น 37.25
รวม	1.94	1.49	23.19

ลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก และลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดยา ซึ่งเปรียบเทียบกันในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง แสดงในตารางที่ 4.24 และตารางที่ 4.25 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.24 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการ
คิดราคา / พิมพ์ฉลาก ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อน
ดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการ ป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทาง ยา	ช่วงก่อนดำเนินการ ช่วงหลังดำเนินการ ลดลง (ร้อยละ)		
	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	
1. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดชื่อยา / ผิดชนิด	0.15	0.36	เพิ่มขึ้น 140.00
2. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดขนาดความแรง ของยา	0.19	0.09	52.63
3. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดรูปแบบของยา	0.00	0.02	****
4. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดจำนวนจากที่ แพทย์สั่ง	0.28	0.13	53.57
5. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากผิดวิธีใช้	0.62	0.11	82.26
6. การคิดราคา/พิมพ์ฉลากขาดบางรายการ	0.15	0.06	60.00
7. การพิมพ์ฉลาก ผิดชื่อผู้ป่วย	0.04	0.02	50.00
รวม	1.43	0.79	44.75

หมายเหตุ **** ไม่สามารถคำนวณได้

จากข้อมูลในตารางที่ 4.24 พบว่า หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว ลักษณะ
ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ลดลง ซึ่ง 5 อันดับแรกที่
ลดลง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การคิดราคา/ พิมพ์ฉลากผิดวิธีใช้ ลดลงร้อยละ 82.26 การ
คิดราคา / พิมพ์ฉลากขาดบางรายการ ลดลงร้อยละ 60.00 การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดจำนวนจากที่
แพทย์สั่ง ลดลงร้อยละ 53.57 การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดขนาดความแรงของยา ลดลงร้อยละ 52.63
การพิมพ์ฉลากผิดชื่อผู้ป่วย ลดลงร้อยละ 50.00 และพบว่า การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดชื่อยาหรือผิด
ชนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 140 การคิดราคา / พิมพ์ฉลากผิดรูปแบบของยา เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถคำนวณ
ได้ว่าเพิ่มขึ้นร้อยละเท่าไร

ตารางที่ 4.25 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยา
 ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกัน
 ความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	ลดลง (ร้อยละ)	
	ช่วงก่อนดำเนินการ จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	ช่วงหลังดำเนินการ จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)
	1. การจัดยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	0.19
2. การจัดยาผิดขนาดความแรงของยา	0.09	0.19 เพิ่มขึ้น 111.11
3. การจัดยาผิดรูปแบบของยา	0.02	0.00 100.00
4. การจัดยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง	0.17	0.23 เพิ่มขึ้น 35.29
5. การจัดยาขาดบางรายการ	0.04	0.02 50.00
รวม	0.51	0.70 เพิ่มขึ้น 37.25

จากข้อมูลในตารางที่ 4.25 พบว่า หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว ลักษณะ
 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยาโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.25 โดย
 ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจัดยาที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การจัดยาผิด
 ขนาดความแรงของยา เพิ่มขึ้นร้อยละ 111.11 การจัดยาผิดชื่อยาหรือผิดชนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.84
 การจัดยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 35.29 ส่วนความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทาง
 ยาที่เกิดจากการจัดยาที่ลดลง ได้แก่ การจัดยาผิดรูปแบบของยา ลดลงร้อยละ 100.00 การจัดยาขาด
 บางรายการ ลดลงร้อยละ 50.00

3.3 ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error)

ช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง พบว่าความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยาลดลงร้อยละ 13.33 ของจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด รายละเอียดลักษณะความเสี่ยงแสดงในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 ตารางเปรียบเทียบลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา	ลดลง		
	ช่วงก่อนดำเนินการ	ช่วงหลังดำเนินการ	(ร้อยละ)
	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	
1. การจ่ายยาผิดชื่อยา / ผิดชนิด	0.02	0.02	0.00
2. การจ่ายยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง	0.00	0.06	****
3. การจ่ายยาโดยไม่ระบุ / ผิดวิธีใช้	0.06	0.02	66.67
4. การจ่ายยาขาดบางรายการ	0.02	0.00	100.00
5. การจ่ายยาผู้ป่วยผิดคน	0.04	0.02	50.00
รวม	0.15	0.13	13.33

หมายเหตุ **** ไม่สามารถคำนวณได้

จากข้อมูลในตารางที่ 4.26 พบว่า หลังจากดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว ลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการจ่ายยาลดลง ซึ่ง 3 อันดับแรกที่ลดลงเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การจ่ายยาขาดบางรายการ ลดลง ร้อยละ 100.00 การจ่ายยาโดยไม่ระบุหรือระบุวิธีใช้ผิด ลดลงร้อยละ 66.67 การจ่ายยาผู้ป่วยผิดคน ลดลงร้อยละ 50.0 ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจ่ายยาที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากดำเนินการป้องกันความเสี่ยงคือการจ่ายยาผิด ชื่อยาหรือผิดชนิด การจ่ายยาผิดขนาดความแรงของยา และการจ่ายยาผิดรูปแบบของยา ส่วนการจ่ายยาผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถคำนวณได้ว่าเพิ่มขึ้นร้อยละเท่าไร

3.4 สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการ

ผู้ป่วยนอก

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา ในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน	การสั่งใช้ยา		
	ช่วงก่อนดำเนินการ	ช่วงหลังดำเนินการ	ลดลง (ร้อยละ)
	จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	
1. เขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์	0.68	0.26	61.76
2. ขาดความรู้ ขาดทักษะ	0.34	0.90	เพิ่มขึ้น 164.70
3. ลายมือที่ไม่ชัดเจน	0.26	0.13	50.00
4. ใช้ตัวย่อไม่เหมาะสม	0.04	0.00	100.00
รวม	1.32	0.47	64.39

จากข้อมูลในตารางที่ 4.27 พบว่า หลังจากดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยาลดลง ซึ่ง 3 อันดับแรกที่ลดลงเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสั่งใช้ยาด้วยตัวย่อที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น ลดลงร้อยละ 100.00 การสั่งใช้ยาโดยเขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์ ลดลงร้อยละ 61.76 และการสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน ลดลงร้อยละ 50.00 นอกจากนี้ยังพบว่า การสั่งใช้ยาโดยขาดความรู้และขาดทักษะ เพิ่มขึ้นร้อยละ 164.70

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน	การคิดราคา / พิมพ์ฉลาก		
	ช่วงก่อนดำเนินการ	ช่วงหลังดำเนินการ	ลดลง (ร้อยละ)
	จำนวนครั้งต่อจำนวน	จำนวนครั้งต่อจำนวน	
	ใบสั่งยา 100 ใบ	ใบสั่งยา 100 ใบ	
(n = 4,694)	(n = 4,694)		
1. ขาดการตรวจสอบ	1.04	0.47	54.80
2. ขาดความรู้ ขาดทักษะ	0.38	0.32	15.79
รวม	1.42	0.79	44.36

จากข้อมูลในตารางที่ 4.28 พบว่า หลังจากดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว สาเหตุของการเกิดความเสียหายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการคิดราคา / พิมพ์ฉลากลดลงที่ลดลง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การขาดการตรวจสอบ ลดลงร้อยละ 54.80 การขาดความรู้ ขาดทักษะลดลงร้อยละ 15.79

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยาในช่วงก่อน
ดำเนินการป้องกันความเสียหายกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสียหาย แสดงรายละเอียด
ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการ
จัดยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสียหายกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกัน
ความเสียหาย

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน	การจัดยา		
	ช่วงก่อนดำเนินการ	ช่วงหลังดำเนินการ	ลดลง (ร้อยละ)
	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	
1. ขาดการตรวจสอบ	0.51	0.70	เพิ่มขึ้น 37.25
รวม	0.51	0.70	เพิ่มขึ้น 37.25

จากข้อมูลในตารางที่ 4.29 พบว่า หลังจากดำเนินการป้องกันความเสียหายแล้ว
สาเหตุของการเกิดความเสียหายจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยาเพิ่มขึ้น ได้แก่ การขาด
การตรวจสอบ เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.25

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 ตารางเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยาในช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยงกับในช่วงหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน	การจ่ายยา		
	ช่วงก่อนดำเนินการ จำนวนครั้งต่อจำนวน ใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	ช่วงหลังดำเนินการ จำนวนครั้งต่อ จำนวนใบสั่งยา 100 ใบ (n = 4,694)	ลดลง (ร้อยละ)
1. ขาดการตรวจสอบ	0.15	0.13	13.33
รวม	0.15	0.13	13.33

จากข้อมูลในตารางที่ 4.30 พบว่า หลังจากดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้วสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการจ่ายยาลดลง ได้แก่ การขาดการตรวจสอบ ลดลงร้อยละ 13.33

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ research and development เรื่อง การบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพมหานครแพทยทหารเรือ โดยสรุปผล ดังนี้

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อบริหารความเสี่ยงในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะ ชนิด ความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
2. เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
3. เพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
4. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ส่งมาห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ในวันและเวลาปฏิบัติการ ในช่วงก่อนและหลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง จำนวน 4,694 ใบ

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยา ช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 06.30-16.00 น. เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงแรก ก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2547 และช่วงที่สอง หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2547 โดยใช้ระยะเวลาในการ

ดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2547

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความตรง ครบคลุมตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษาแล้ว โดยแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกแบ่งเป็น 2 แบบฟอร์ม

1. แบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนของในการสั่งใช้ยา
2. แบบฟอร์มที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา-จ่ายยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การบันทึกความคลาดเคลื่อนทางการบริการจ่ายยา โดยรายการยาที่เกิดความคลาดเคลื่อน 1 รายการ จะลงบันทึกเป็น 1 เหตุการณ์ในแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ในการแสดงและแจกแจงข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในขั้นตอนต่างๆ ในด้านลักษณะความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยา และใช้ในการเปรียบเทียบในเชิงปริมาณ คือร้อยละของความคลาดเคลื่อนที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น หลังจากการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง

1.3 ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการบริหารความเสี่ยงในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ พบว่า ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดในทุกขั้นตอนของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ได้แก่ การสั่งใช้ยา การคิดราคา/พิมพ์ฉลาก การจัดยา และการจ่ายยา และสามารถเกิดได้ทุกลักษณะความเสี่ยง ซึ่งมีความถี่ต่างกันไปในแต่ละลักษณะ

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยามาจากการสั่งใช้ยาโดยเขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์ การขาดความรู้ ขาดทักษะ ในการสั่งใช้ยา และการสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน ส่วนสาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนคิดราคา/พิมพ์ฉลาก การจัดยา และการจ่ายยา มาจากการขาดการตรวจสอบ และขาดความรู้ขาดทักษะ

เมื่อพิจารณาหาแนวทางป้องกันจากลักษณะความถี่ของลักษณะความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนต่างๆ ร่วมกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนนั้นๆ และดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว พบว่า แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ดำเนินการศึกษานี้ สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมทุกขั้นตอนได้ร้อยละ 38.71 โดยความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ลดลงร้อยละ 64.39 ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ลดลงร้อยละ 23.19 และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ลดลงร้อยละ 13.33 โดยความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาซึ่งแบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา/พิมพ์ฉลาก ลดลงร้อยละ 44.75 และความคลาดเคลื่อนในการจัดยา เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.25

2. อภิปรายผล

ผลการสำรวจความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก พบความคลาดเคลื่อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ซึ่งให้เห็นถึงความเสี่ยง หรือโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับผลเสีย หรือความไม่ปลอดภัยจากการได้รับยาไม่ถูกต้อง เช่น ชนิดยา ขนาดความแรงของยา แม้ว่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่จะถูกตรวจพบและแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยาไปใช้ ซึ่งเมื่อเทียบเกณฑ์ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาของ NCCMERP ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับ B คือ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่ผ่านไปถึงผู้ป่วย ในส่วนของความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยาซึ่งส่งผ่านยาไปให้ผู้ป่วยแล้ว แต่ก็ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เพราะความผิดพลาดนั้นสามารถแก้ไขในขณะที่อธิบายยาให้แก่คนไข้ หรือคนไข้สอบถามทันทีเมื่อได้รับยา ถือว่า ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับ C คือ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย แม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นผ่านไปถึงผู้ป่วยแล้ว จะเห็นได้ว่า หากเจ้าหน้าที่ห้องยาอธิบายยาทุกชนิดทางด้านสรรพคุณ วิธีใช้ ข้อควรระวังให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่ย้ายยา สามารถที่จะลดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยาได้ เนื่องจากการเพิ่มความระมัดระวังและเป็นการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งก่อนส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ในการศึกษานี้ที่พบมากที่สุด คือ การสั่งยาโดยไม่ระบุหรือระบุขนาดความแรงของยาผิด สอดคล้องกับ การสำรวจความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์ (อรพิน พานิชยานุสนธิ์ และคณะ 2542) การสำรวจความคลาดเคลื่อนในระบบการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

(กุลภัสสร แซ่เอง 2544) รวมทั้งการสำรวจการติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี (กรณีการ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545) และการสำรวจความเสี่ยงจาก ความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียรใหญ่ (สุวรรณะ บัวทอง 2545) อันดับรองลงมา คือ การสั่งจ่ายยาโดยไม่ระบุหรือระบุวิธีใช้ผิด ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจ ความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช (อัญชลิ พีชมงคล 2544) เนื่องจากความแตกต่างของหน่วยที่ใช้ในการศึกษาที่ไม่เหมือนกันจึงไม่ได้แสดง ข้อมูลเปรียบเทียบไว้ใน ณ ที่นี้

ความคลาดเคลื่อนจากการปฏิบัติงานของห้องจ่ายยา พบในขั้นตอนการคิดราคา/ พิมพ์ราคา การจัดยา และการจ่ายยา

ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา/พิมพ์ราคาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ คิดราคา/ พิมพ์ราคาผิดวิธีใช้ ผิดจำนวน และผิดขนาดความแรงของยา ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาความ คลาดเคลื่อนในระบบการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (กุลภัสสร แซ่เอง 2544) การสำรวจความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช (อัญชลิ พีชมงคล 2544) การสำรวจการติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี (กรณีการ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545) การสำรวจความเสี่ยงจากความ คลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียรใหญ่ (สุวรรณะ บัวทอง 2545) ที่พบความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา /พิมพ์ราคาผิดวิธีใช้ ผิดจำนวน มากที่สุด 3 อันดับแรก แต่ การศึกษานี้ไม่พบความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา/พิมพ์ราคาผิดชื่อยา/ผิดชนิด ใน 3 อันดับแรก เช่นการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาดังกล่าวข้างต้น โดยการศึกษาวิจัยนี้พบการคิดราคา/พิมพ์ ราคาคือผิดขนาดความแรงของยา แทน

ความคลาดเคลื่อนในการจัดยาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ จัดยาผิดชื่อยา/ผิดชนิด ผิดจำนวนจากที่แพทย์สั่ง และผิดขนาดความแรงของยา ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาเรื่องการสำรวจ ความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช (อัญชลิ พีชมงคล 2544) และการสำรวจการติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี (กรณีการ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545) ที่พบ การจัดยาผิดชื่อยา/ผิดชนิด ผิดจำนวนมากที่สุด และสอดคล้องกับ ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยา ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียรใหญ่ (สุวรรณะ บัวทอง 2545) ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบใน การจัดยาผิดจำนวน และผิดขนาดความแรงของยา ใน 3 อันดับแรก ต่างจากการศึกษาความ คลาดเคลื่อนในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ซึ่งพบการจัดยาไม่ครบรายการตามที่แพทย์สั่ง ในความ คลาดเคลื่อนในการจัดยา 3 อันดับแรก ในขณะที่การศึกษานี้ไม่พบประเด็นดังกล่าว

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่พบบ่อยมากที่สุด คือ การจ่ายยาผิดวิธีใช้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยาของโรงพยาบาลอื่น เช่น การค้นหาความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของกลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.นพรัตน์ราชธานี พบรายการยาไม่ถูกต้องมากที่สุด (นวลจันทร์ เทพสุภรังษิกุล และคณะ 2542) การสำรวจการติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา ผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี พบการจ่ายยาผิดชนิดมากที่สุด (กรรณิการ์ เหมือนจันทร์แจ่ม 2545) ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบการจ่ายยาผิดคนมากที่สุด (สุวรรณะ บัวทอง 2545)

เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า ปัญหาความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการผู้ป่วยนอกเกิดขึ้นจาก 2 ส่วน คือ

1. การสั่งใช้ยาของแพทย์ มีสาเหตุจาก การสั่งใช้ยาโดยเขียนใบสั่งยาไม่สมบูรณ์ การขาดความรู้ ขาดทักษะ ในการสั่งใช้ยา และการสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจน
2. การปฏิบัติงานของห้องจ่ายยา มีสาเหตุมาจาก การขาดการตรวจสอบ การขาดความรู้ ขาดทักษะ

ซึ่งเป็นสาเหตุความคลาดเคลื่อนเนื่องจากตัวบุคคล (human error) ขาดความรู้ ขาดทักษะ ขาดการสื่อสารที่ดี ลายมือไม่ชัดเจน การใช้ตัวย่อไม่เป็นสากล และความคลาดเคลื่อนเนื่องจากระบบ (process error) ขั้นตอนและระเบียบปฏิบัติงานไม่เหมาะสม ขาดระบบตรวจสอบในขั้นตอนสุดท้าย และมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยามีชื่อคล้ายกัน ลักษณะบรรจุภัณฑ์คล้ายกัน ยามีหลายขนาดความแรง

ดังนั้นแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษานี้ จึงแบ่งเป็น 2 แนวทาง ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนของ American Society of Health System Pharmacists (ASHP) คือ

1. แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งใช้ยา
2. แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (คิดราคา / พิมพ์ฉลาก และจัดยา) และขั้นตอนจ่ายยา

ซึ่งมุ่งเน้นที่การขจัดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน มากกว่าความเสี่ยงที่เกิดจากผู้ป่วย เพื่อเกิดการพัฒนาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีความเสี่ยงลดลง

หลังดำเนินการป้องกันความเสี่ยงแล้ว พบว่า แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ดำเนินการศึกษานี้ สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมทุก

ขั้นตอนได้ร้อยละ 38.71 โดยความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ลดลงร้อยละ 64.39 ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) ลดลงร้อยละ 23.19 และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ลดลงร้อยละ 13.33 ซึ่งลักษณะ ชนิด ของความคลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะเดิม แต่มีความถี่ลดน้อยลงในแต่ละขั้นตอนของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยลักษณะของความคลาดเคลื่อนที่อยู่อันดับแรกๆของความคลาดเคลื่อนจะตกไปอยู่อันดับท้ายๆ ในแต่ละขั้นตอนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยหลังจากดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ปฏิบัติงานเพิ่มความระมัดระวังไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยในช่วงก่อนดำเนินการตามแนวทางป้องกันความเสี่ยง ทำให้ละเลยลักษณะความคลาดเคลื่อนที่เกิดไม่บ่อย ส่วนความคลาดเคลื่อนในการจัดยาเพิ่มความถี่เพิ่มมากขึ้นในทุกลักษณะความคลาดเคลื่อน โดยรวมแล้วเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.25 อาจเกิดขึ้นเนื่องจากความเร่งรีบในการปฏิบัติงานจนขาดการตรวจสอบในขั้นตอนสุดท้าย และอาจเป็นเพราะขั้นตอนปฏิบัติในแนวทางป้องกันความเสี่ยงมีความซับซ้อนมากกว่าก่อนการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงจึงก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากขึ้น แนวทางแก้ไขควรปรับหรือลดขั้นตอนในการทำงาน ระดมความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติเพื่อให้การปฏิบัติงานเหมาะสมคล่องตัวขึ้น ส่วนบางกรณีที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 100 เช่น ความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา/พิมพ์ฉลาก ผิดชื่อยาหรือผิดชนิด ดังตารางที่ 4.24 ที่เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 140.00 ความคลาดเคลื่อนในการจัดยาที่จัดผิดขนาดความแรงยาที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 111.11 ดังตารางที่ 4.25 สาเหตุที่ทำให้เกิดการสั่งใช้ยาคลาดเคลื่อนเนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะ เพิ่มขึ้นร้อยละ 164.70 ดังตารางที่ 4.27 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มาใช้บริการบริการสุขภาพมีลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคแตกต่างจากช่วงก่อนดำเนินการป้องกันความเสี่ยง ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง ยาที่ต้องได้รับแตกต่างไปจากเดิมทั้งชนิด ขนาดความแรง อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนไม่มีความรู้และทักษะความชำนาญในโรคและยานั้น จึงก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่าร้อยละ 100 จากความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ผู้วิจัยเห็นว่าแพทย์ควรเขียนคำวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยไว้ในใบสั่งยา และข้อมูลจำเป็นอื่นๆ เช่น อายุ น้ำหนักของผู้ป่วย เพื่อสามารถตรวจสอบได้ว่า แพทย์สั่งยาเหมาะสมถูกต้องกับโรคหรือไม่

แนวทางป้องกันความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในการศึกษานี้แม้ดำเนินการในระยะเวลาที่จำกัด แต่ก็สามารถทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยรวม ลดลงร้อยละ 38.71 แสดงให้เห็นว่าแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาลงได้ระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากดำเนินการในระยะเวลาที่

อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้หวังผลไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นเลย คงเป็นไปได้ แม้ในการปฏิบัติงานจะมีการตรวจสอบงานของขั้นตอนที่ผ่านมาแฝงอยู่ในกระบวนการแล้ว จึงควรกำหนดวิธีการตรวจสอบผลงานทุกขั้นตอนให้เป็นมาตรฐาน และเป็นระเบียบปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติทุกคน โดยเฉพาะการตรวจสอบตนเอง และควรดำเนินการป้องกันความเสี่ยงโดยใช้หลักการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ สร้างความตระหนักในความสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยาแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะ ความคลาดเคลื่อนทางยาคงเกิดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด

การบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ นอกจากจะทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาลดลงแล้ว ยังทำให้ทราบปัญหาในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการบริการจ่ายยา ทราบลักษณะ ชนิด ความถี่ของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เกิดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการบริการจ่ายยา ทั้งยังกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความระมัดระวัง และตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา มีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์สาขาวิชาชีพต่างๆ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และยังเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอกให้ดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

3.1.1 จัดทำมาตรฐานในการปฏิบัติงานในทุกขั้นตอนของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก และปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อให้งานบริการจ่ายยามีคุณภาพ ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนทางยา

3.1.2 จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อควบคุมและกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล

3.1.3 กำหนดแนวทางและระเบียบปฏิบัติเมื่อเกิดความเสี่ยงเกิดขึ้น

3.1.4 ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงเพื่อวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงานร่วมกัน เกิด

ผู้รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงให้ชัดเจน

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 ขยายผลการศึกษานำหลักการบริหารความเสี่ยงไปใช้กับการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

3.2.2 ศึกษาความเสี่ยงในการบริหารยาของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ในการบริหารยาให้ผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงในขั้นตอนบริหารยา

3.2.3 พัฒนาคุณภาพการบริการจ่ายยาผู้ป่วย

3.2.4 ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ หลังจากมีการบริหารความเสี่ยงการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พล.ร.ต.เชาว์ ปุจฉาการ ผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ (พ.ศ.2547)
2. น.ท.หญิงรัตนา แสนอารี หัวหน้าแผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ (พ.ศ.2546-2548)
3. ญ.อาภรณ์ เจริญพิริยะ เภสัชกร 5 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี

ภาคผนวก ข

แนวทางป้องกันความเสี่ยงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

แนวทางป้องกันความเสี่ยงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

แนวทางป้องกันความเสี่ยงเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่กำหนดต่อไปนี้ มุ่งเน้นในประเด็นผิดชื่อยา/ชนิดยา ผิดขนาดความแรงของยา ผิดรูปแบบของยา ผิดจำนวน ผิดวิธีใช้และผิดชื่อผู้ป่วย หรือ จ่ายผู้ป่วยผิดคน โดยจะแบ่งแยกแนวทางการป้องกันความเสี่ยงเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งใช้ยา และส่วนที่ 2 แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนจ่าย (กิดราคา/พิมพ์ฉลาก และ จัดยา) และขั้นตอนจ่ายยา

1. แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งใช้ยา

- 1.1 ขอความร่วมมือแพทย์ผู้สั่งยา เขียนใบสั่งยาด้วยลายมือที่ชัดเจน อ่านง่าย
- 1.2 ขอความร่วมมือแพทย์ผู้สั่งยา เขียนใบสั่งยาให้สมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาดความแรงของยา รูปแบบของยาที่นอกเหนือจากยาเม็ด วิธีใช้ยา และจำนวนที่สั่ง
- 1.3 ขอความร่วมมือแพทย์ผู้สั่งยาแก้ไขคำสั่งใช้ยาในเวชระเบียนของผู้ป่วย หากมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขใบสั่งยา และขอให้เขียนคำสั่งยาในเวชระเบียนด้วยลายมือที่ชัดเจน อ่านง่าย
- 1.4 ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่เวชระเบียน และพยาบาลหน้าห้องตรวจลงรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น ชื่อ – สกุล หมายเลขระเบียนผู้ป่วย (Hospital Number) สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยให้สมบูรณ์ด้วยลายมือที่ชัดเจนและอ่านง่าย
- 1.5 จัดทำบัญชียาของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน โดยระบายแถบสีบนชื่อยาและขนาดความแรงของยา สำหรับตัวยาที่มีหลายขนาดความแรง เพื่อให้แพทย์สามารถสังเกตเห็นได้เด่นชัด และให้มีบัญชียาของโรงพยาบาลประจำห้องตรวจโรคทุกห้อง
- 1.6 จัดทำการ์ดซึ่งรวบรวมรายการยาที่มีหลายขนาดความแรง และรายการยาที่มีชื่อยาคัดคล้ายคลึงกัน สอดไว้ใต้กระจกโต๊ะตรวจของแพทย์ เพื่อความสะดวกของแพทย์ในการสั่งจ่าย
- 1.7 ขอความร่วมมือผู้แทนยาให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับขนาดยาของยาแต่ละชนิดให้ชัดเจน รวมถึงขนาดวิธีใช้

2. แนวทางป้องกันความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (กิดราคา /พิมพ์ฉลาก และ จัดยา) และขั้นตอนจ่ายยา

- 2.1 ประชุมเภสัชกร เจ้าหน้าที่กิดราคา/พิมพ์ฉลาก เจ้าหน้าที่จัดยาและเจ้าหน้าที่ที่ช่วยเภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องและจ่ายยาให้ผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาใน

การจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อให้ตระหนักถึงผลเสียของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และระดมสมองหาสาเหตุและร่วมกันหาแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น

2.2 ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาที่มีจ่ายในโรงพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ในห้องจ่ายยา ในด้านชื่อการค้า ชื่อสามัญ สรรพคุณ วิธีใช้ ข้อควรระวัง วิธีใช้ยาเฉพาะ เช่น วิธีใช้ยาสูดพ่น ชนิดต่างๆ และทดสอบความรู้ในเรื่องยาเป็นระยะ

2.3 ประสานกับเภสัชกรและ/หรือประสานกับแพทย์ผู้สั่งยาเพื่อขอคำยืนยันหรือเปลี่ยนแปลง แก้ไข เพิ่มเติม รายละเอียดในใบสั่งยา และเน้นให้เจ้าหน้าที่ขอความร่วมมือจากแพทย์ให้ลงชื่อกำกับจุดที่แก้ไขและลงรายละเอียดที่แก้ไขลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วย เมื่อพบว่าคำสั่งในใบสั่งยาไม่สมบูรณ์และชัดเจน

2.4 ให้เจ้าหน้าที่คิดราคา บันทึกรายละเอียดที่แก้ไขลงในใบสั่งยา ไม่ว่าจะ เป็น ชื่อยา ขนาดความแรง รูปแบบ วิธีใช้ จำนวนที่จ่าย โดยคำนวณยาที่คนไข้จะได้รับในแต่ละมื้อ และเป็นระยะเวลาทานเท่ากับจำนวนที่แพทย์สั่ง และให้บันทึกลงใบสั่งยาก่อนที่จะบันทึกลงคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่ต้องเปลี่ยนชื่อการค้าการจ่ายยา (ตัวยาเดียวกันแต่ต่างชื่อการค้า) หรือ เปลี่ยนขนาดความแรงของยาที่ต่างไปจากแพทย์สั่งในกรณีที่ยาไม่มีจ่ายชั่วคราว

2.5 เน้นให้เจ้าหน้าที่คิดราคา (ผู้บันทึกลงคอมพิวเตอร์) ตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลที่บันทึกลงคอมพิวเตอร์กับคำสั่งในใบสั่งยาและแก้ไขถูกต้องก่อนที่จะส่งพิมพ์ฉลาก

2.6 แก้ไขรหัสใน โปรแกรมการคิดราคา ยา ให้รายการยาที่มีหลายขนาดความแรง อยู่ห่างจากกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่คิดราคาเลือกการยาผิดไปจากที่ต้องการ และเป็นการเพิ่มความระมัดระวังในการเลือกรายการ และปรับปรุงโปรแกรมการคิดราคาให้เป็นปัจจุบันทุกเดือน

2.7 รวบรวมและพิมพ์ รหัสวิธีใช้เฉพาะทาง รหัสวิธีการใช้เมื่อมีอาการ รหัสวิธีใช้ทุก... ชั่วโมง รหัสวิธีใช้ที่ต่างไปจากที่ผูกไว้กับชื่อยาใน โปรแกรม คิดไว้หน้าเครื่องคอมพิวเตอร์คิดราคา

2.8 รวบรวมรายการยาที่สามารถทำให้เกิดความสับสนเนื่องจากมีชื่อยาที่คล้ายกัน ออกเสียงคล้ายกัน พิมพ์ติดไว้หน้าเครื่องคอมพิวเตอร์

2.9 ทำสัญลักษณ์พิเศษติดไว้ที่ชั้นวางยา หรือติดภาชนะบรรจุยาที่ทำให้เกิดความสับสนในการจัดยา เช่น ยาที่มีชื่อคล้ายกัน ยาที่มีชื่อออกเสียงคล้ายกัน ยาที่มีภาชนะบรรจุคล้ายกัน ยาที่มีหลายขนาดความแรง และจัดแยกยาชนิดนั้นๆ ไว้ให้ห่างจากกัน และอบรมเจ้าหน้าที่ใน ห้องจ่ายยาในเรื่องต่างๆ เหล่านี้

2.10 เน้นให้เจ้าหน้าที่จัดยาตามใบสั่งยาควบคู่ไปกับการอ่านจากฉลากยาบนซอง และให้อ่านฉลากยาที่เปะบนซอง ฉลากยาบนภาชนะบรรจุยา และ ใบสั่งยามากกว่า 1 ครั้ง เช่น

อ่านฉลากยาบนซองยาเทียบกับใบสั่งยา อ่านฉลากยาบนภาชนะบรรจุยาก่อนที่จะนับยา อ่านฉลากยาบนซองอีกครั้งก่อนบรรจุยา และอ่านฉลากยาบนภาชนะบรรจุก่อนเก็บยานั้นไว้ตำแหน่งเดิม และตรวจสอบฉลากยากับใบสั่งยาอีกครั้งหนึ่ง

2.11 ให้เจ้าหน้าที่จัดยาตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาทุกรายการกับใบสั่งยาก่อนจะส่งมอบให้เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย

2.12 เน้นให้เภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของชื่อยา ขนาดความแรงของยา รูปแบบของยา ขนาดวิธีใช้ จำนวนยา จำนวนรายการยาที่จัด รวมทั้งรายละเอียดบนฉลากยา กับใบสั่งยาด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง

2.13 เน้นให้ผู้ทำหน้าที่จ่ายยา ซึ่งอาจจะเป็นเภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกร ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนจ่ายยา เมื่อจะจ่ายยาให้ خان ชื่อผู้ป่วย สอบถามนามสกุลให้ผู้ป่วย นามสกุล หรือตรวจสอบจากบัตรแสดงตัวผู้ป่วย เพื่อระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกคนก่อนที่จะจ่ายยาให้พร้อมให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย โดยบอกชื่อยา สรรพคุณ วิธีใช้ ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องครั้งสุดท้าย

ภาคผนวก ค

การบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

การบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

1. แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนการบริการจ่ายยา โรงพยาบาลทหารเรือ
กรุงเทพ เป็นแบบฟอร์มประจำเดือน.....ปี..... แบ่งเป็น 2 แบบฟอร์ม คือ

1.1 แบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา
โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ประจำเดือน.....ปี.....

1.2 แบบฟอร์มที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา -จ่ายยา
โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ประจำเดือน.....ปี.....

2. แนวทางการบันทึกความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

2.1 เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในการสั่งใช้ยา
(prescribing error) ซึ่งได้แก่ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสั่งใช้ยา ให้ลงข้อมูลความ
คลาดเคลื่อนในแบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา โรงพยาบาล
ทหารเรือกรุงเทพ ประจำเดือน.....ปี..... ตามขั้นตอนดังนี้

2.1.1 บันทึกข้อมูล วันที่ และ เวลาที่พบความคลาดเคลื่อน ในช่อง “ วันที่ /
เวลา ” โดยสามารถลงวันที่/เวลา เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนครั้งต่อไปในวันเดียวกัน ให้ลงเฉพาะ
เวลา

2.1.2 บันทึก ชื่อผู้ที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ในช่อง “ ผู้เกี่ยวข้อง ”

2.1.3 ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องย่อยของช่อง “ ความคลาดเคลื่อนในใบสั่งยา
” เพียงช่องเดียว เพื่อระบุว่า เป็นความคลาดเคลื่อนชนิดใด ระหว่าง “ ผิดชื่อยา / ผิดชนิด ” “ ไม่
ระบุ/ผิดขนาดความแรง ” “ ไม่ระบุ / ผิดรูปแบบยา ” “ ไม่ระบุ / ผิดจำนวน ” “ ไม่ระบุ / ผิด
ขนาดวิธีใช้ ” “ ยาขาดบางรายการ ” “ ไม่มีชื่อผู้ป่วย / ชื่อผิด ” “ ลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน ”
และช่อง “ อื่นๆ (ระบุ) ” หากมีความคลาดเคลื่อนนอกเหนือจากที่กล่าวมา และระบุความ
คลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในช่อง “ สาเหตุ ”

2.1.4 บันทึกรายละเอียดที่ปรากฏในใบสั่งยา ซึ่งเป็นรายละเอียดที่
คลาดเคลื่อน ลงในช่อง “ รายละเอียดในใบสั่งยา ”

2.1.5 บันทึกรายละเอียดที่ถูกต้อง หรือที่ควรเป็นในใบสั่งยา ลงในช่อง
“ รายละเอียดที่ถูกต้อง ”

2.1.6 ลงรายละเอียดในช่อง “ สาเหตุ ” หากทราบสาเหตุของการเกิดความ
คลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

2.2 เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) อันได้แก่ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจัดยา และความคลาดเคลื่อนที่เกิดในขั้นตอนจ่ายยา (dispensing error) ซึ่งได้แก่ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจ่ายยา ให้ลงข้อมูลความคลาดเคลื่อนในแบบฟอร์มที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา - จ่ายยา โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ประจำเดือนปี..... ตามขั้นตอนดังนี้

2.2.1 บันทึกข้อมูล วันที่ และ เวลาที่พบความคลาดเคลื่อน ในช่อง “วันที่ / เวลา” โดยสามารถลงวันที่/เวลา เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนครั้งต่อไปในวันเดียวกัน ให้ลงเฉพาะเวลา

2.2.2 บันทึก ชื่อผู้ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ในช่อง “ผู้เกี่ยวข้อง”

2.2.3 ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องย่อยของช่อง “ขั้นตอน” เพียงช่องเดียว เพื่อระบุว่า เป็นความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนใด ระหว่าง คิดราคา / พิมพ์ฉลาก จัดยา และจ่ายยา

2.2.4 ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องย่อยของช่อง “ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา – จ่ายยา” เพียงช่องเดียว เพื่อระบุว่า เป็นความคลาดเคลื่อนชนิดใด ระหว่าง “ผิดชื่อยา / ผิดชนิด” “ผิดขนาดความแรง” “ผิดรูปแบบยา” “ผิดจำนวน” “ไม่ระบุ / ผิดขนาดวิธีใช้” “ขาดบางรายการ” “ชื่อผู้ป่วยผิด” “จ่ายยาผิดคน” และช่อง “อื่นๆ (ระบุ)” หากมีความคลาดเคลื่อนนอกเหนือจากที่กล่าวมา และระบุความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในช่อง “สาเหตุ”

2.2.5 บันทึกรายละเอียดที่ปรากฏในใบสั่งยาตามที่แพทย์สั่ง ลงในช่อง “รายละเอียดในใบสั่งยา”

2.2.6 บันทึกรายละเอียดที่คลาดเคลื่อน ลงในช่อง “รายละเอียดที่คลาดเคลื่อน”

2.2.7 ลงรายละเอียดในช่อง “สาเหตุ” หากทราบสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการคิดราคา / พิมพ์ฉลาก จัดยา และจ่ายยา

ภาคผนวก ง

แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ เหมือนจันทร์แจ่ม (2545) "รายงานการศึกษา เรื่อง การติดตามความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชบุรี"
- กฤษฎา แสงวดี (2543) "การบริหารความเสี่ยง : มิติหนึ่งในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล" ใน เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่องการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล 3-5 มีนาคม 2543 ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมเซ็นจูรี่ปาร์ค กรุงเทพมหานคร
- กุลภัสสร แซ่เอง (2544) "ความคลาดเคลื่อนในระบบจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์" *สงขลานครินทร์เวชสาร* 19, 3 (ก.ค.-ก.ย.): 151-164
- จรัส สุวรรณเวลา (2545) *ความเสี่ยงในโรงพยาบาล* นนทบุรี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- ชลอ น้อยเผ่า (2544) "การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชะอรลิน สุขศรีวงศ์ (2542) "ความคลาดเคลื่อนทางยา การป้องกัน ตรวจสอบ และรายงาน" ใน สุวัฒนา จุฬาวัดเนชวล, อรพินท์ รัตนจันทร์, อภิญญา เหมะจุฑา *คู่มือมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 116-24 กรุงเทพมหานคร สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
- นวลจันทร์ เทพสุภกรังษิกุล, วณิดา พีรพัฒน์ โภคิน, ชื่นจิตร กองแก้ว, ศิตาพร ยังกง (2542) "การค้นหาความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก". *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)* 9, 3 (ก.ย.- ธ.ค.): 238-47
- ปรมิินทร์ วีระอนันต์วัฒน์, นฤมล เจริญกิจภัณฑ์, พรรณนภา ตระการพันธุ์ (2542) "การบริหารความเสี่ยงในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ระบบปกติ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)* 9, 2 (พ.ค.- ส.ค.): 131-144
- ปราณี เหมวิมล (2529) "การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เลิศสิน ระหว่างปี พ.ศ.2528 – 2529" วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ปรียา อารีมิตร (2530) "การศึกษาระบบการกระจายยาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์" วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) "การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มังกร ประพันธ์วัฒน์ (2543) "การบริหารความเสี่ยงในงานเภสัชกรรม" ใน *เส้นทางสู่คุณภาพ
บริการเภสัชกรรม 40* นนทบุรี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- วรุณี ศรีศุกโอบาร, ศุภลักษณ์ อินทป็นติ (2545) "มาตรการของเภสัชกรในการลดความ
คลาดเคลื่อนทางยาก่อนการจ่ายยา" โครงการพิเศษปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิจิตรา ชูแสนกุล, พรสุข ตันติลีปิกร (2545) "การศึกษาความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์" โครงการพิเศษปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะ
เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิราทนต์ สันตติวงศ์ไชย (2544) "รายงานการศึกษาเรื่อง การศึกษาเวลาที่ใช้ในการให้บริการ
จ่ายยา ของห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ชั้น 6 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา "
- สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล (2544) *คู่มือก้าวสู่ HA (Hospital Accreditation) Step by Step.*
กรุงเทพมหานคร ส.เอเชียเพรส
- สุวรรณะ บัวทอง (2545) "รายงานการศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในงาน
บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียรใหญ่"
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) *ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ดีไซร์
- อภิฤดี เหมะจุฑา (2542) "ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา" ใน *การประชุมวิชาการประจำปี 2542*
สิงหาคม 2542 สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 162-180
- อรพิน พานิชยานุสนธิ์, ศุภศิลป์ สระเอี่ยม, จารุรัตน์ เพ็ชรสงฆ์, พัชรินทร์ สุภาพโสภณ (2542)
"การสำรวจความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาล
รามธิบดี" *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)* 9, 1 (ม.ค.-เม.ย.): 40-
44
- อัญชลี พิษมงคล (2544) "รายงานการศึกษาเรื่อง การสำรวจความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาแก่
ผู้ป่วย ในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช "

- อภา นิตยศักดิ์ (2533) "การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลใน
โรงพยาบาลของรัฐ" วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- American Society of Health System Pharmacist (1993) " ASHP Guideline on Preventing
Medication error in Hospital Practice Standard of ASHP ". *ASHP*. 305-314.
- American Society of Health System Pharmacist (1996) " ASHP Guideline on Preventing
Medication error in Hospital Practice Standard of ASHP ". *ASHP*. 64-73.
- American Society of Health System Pharmacist (1998) " Suggested definitions and relationships
among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and
adverse drug reactions ". *Am J Health-Syst Pharm*.55: 64-73.
- Barker KN ,McConnell WE (1962) " The Problem of detecting medication errors in hospitals ".
Am J Hosp Pharm. 19: 360-9.
- Brown BL (1979) *Risk management for hospitals a practical approach*. Gaithersburg :An
Aspen-Publication.
- Cohen MR (1996) " NCCMERP error prevention recommendation ". *Hosp Pharm*. 31 (12) :
1562.
- Cohen MR (1999) " Preventing dispensing errors " In : Cohen MR, editor. *Medication Errors*
9.1-9.19 Washington D.C. American Pharmaceutical Association.
- Guernsey BG, Ingram NB ,Hokanson JA ,et al (1983) " Pharmacists' dispensing accuracy in a
high volume outpatient pharmacy service : focus on risk management ". *Drug Intell*
Clin Pharm 17 : 742-6.
- Hartwig SK , Dender SD , Schneider PJ (1991) " Severity –indexed ,incident report-based
medication error –reporting program ". *Am J Hosp Pharm*. 48 : 2611-6. Retrieved
Feb 1 , 2004 ,from <http://www.nccmerp.org/medErrorCatIndex.html>
- Jerry P, Sammie B, Allen B, et al (2001) " Retrospective analysis of mortalities associated with
medication errors ". *Am J Health –Syst Pharm*. 58 : 1835-41.
- Lazarou J, Pomaranz Bruce H, Corey Paul N (1998) " Incidence of adverse drug reaction in
hospitalizes patients,A meta-analysis of prospective studies ". *JAMA*. 279 : 1200-5

Nance, D.G. and Fairly. (1993) "T.M. in Risk Management and Safety" in *Integrated Quality Management The Key to Improving Nursing Care Quality*. 92 St Louise : Mosby.

Oregon Association of Hospitals and Health Systems (OAHHS) " Helpful hints for preventing medication errors : Oregon Association of Hospitals and Health Systems (OAHHS)". Retrieved Jun 4 , 2004 , from <http://www.oahhs/issues/safety/mederror.html>.

Roger Dean (1996) " Medicaiton errors :Preventing the preventable ". *Drug therapy*. , 38 (9) : Retrieved Mar 4 , 2004 , from <http://dacc.uchicago.edu/drug/bulletins/n0996.html>

Stahl DA (1997) " Management risks in subacute care ". *Nurse Manager*. , 28 (10) : 26-7.

Wilson J. (1999) *Clinical Risk Modification : A Route to Clinical Governmance*. Oxford: Butterworth - Heinemann.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาตรีหญิงวิษุพร คุปตะวาทีน
วัน เดือน ปีเกิด	30 สิงหาคม 2515
สถานที่เกิด	อำเภอพระนคร จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	เกศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2539
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอบางกอกน้อย จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	ประจำกองเวชบริรักษ์ กรมแพทย์ทหารเรือ ช่วยราชการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ