นิพนธ์ต้นฉบับ **original article**

การประเมินผลการประสานรายการยาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ แผนกศัลยกรรม และแผนก ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Evaluation of Medication Reconciliation Process in post-operative patients at Surgical Wards and Eye Ear Nose Throat Wards in Mahasarakham Hospital

พรพิมล นาสุริวงค์[1], เพชรรัตน์ดา ราชดา[2]
Pornpimol Nasuriwong[1], Petchradda Rachada[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการประสานรายการยา (Medication Reconciliation ; MR) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ แผนกศัลยกรรมและแผนกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึก Medication Reconciliation จากผู้ป่วย 482 ราย ในขั้นตอนแรกรับ หลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2567-30 มิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา : ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทาง MR ใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 81.20 ความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) ทั้งหมด 156 ครั้ง จำนวน 569 รายการ พบ ME ในขั้นตอนแรกรับ ร้อยละ 2.23 จากผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรได้รับ สั่งใช้ยาที่หยุดใช้แล้ว พบ ME ในขั้นตอนหลังผ่าตัด ร้อยละ 4.09 จากผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อหลังผ่าตัด สั่งยาผิดขนาดหรือผิดความถี่ พบ ME ในขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 15.28 จากผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมหลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นระดับ B ร้อยละ 97.5 ระดับ C ร้อยละ 2.47 ระดับความรุนแรงที่คาดการณ์ไว้หากไม่ได้รับการแก้ไขน่าจะรุนแรงระดับ D ร้อยละ 97.89 และระดับ E ร้อยละ 2.11 พบมากในยา Warfarin ยาความดัน ยาเบาหวาน ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์การจัดการปัญหาเภสัชบำบัดเท่ากับ 3,200 คะแนน คะแนนคุณภาพการจัดการปัญหาเภสัชบำบัด 5.62 คะแนน

สรุปผลการศึกษา : การประสานรายการยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาเดิมต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ป้องกันและลดระดับความรุนแรงของ ME ได้

คำสำคัญ : การประสานรายการยา, ความคลาดเคลื่อนทางยา, ขั้นตอนหลังผ่าตัด

[1-2]**เภสัชกรชำนาญการ, งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม**

Abstract

Objective : To evaluate the outcomes of medication reconciliation (MR) in patients undergoing surgery at the Surgery and the Ear, Nose, and Throat (ENT) departments of Mahasarakham Hospital.

Design and Methods : This was a descriptive study. Data were collected using a Medication Reconciliation form from 482 patients at three stages: admission, post-operation, and discharge. The study period was from October 1, 2024, to June 30, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results : Percentage of patients who completed the Medication Coordination (MR) process within 24 hours was 81.20%. A total of 156 medication errors (MEs) involving 569 drug items were identified. At admission, the ME rate was 2.23%, primarily due to patients not receiving their home medications or being prescribed drugs that were previously discontinued. Post-operation, the ME rate was 4.09%, resulting from patients not having their home medications continued after surgery, or incorrect dosage/frequency. At discharge, the ME rate was 15.28%, caused by patients not receiving their home medications from the post-operative period through to discharge. The severity of the identified errors was mostly Category B (97.5%) and Category C (2.47%). The predicted severity, had these errors not been corrected, was estimated to be Category D (97.89%) and Category E (2.11%). The medications most frequently involved were warfarin, antihypertensives, and antidiabetic drugs. The total relative weight score for managing pharmacotherapy problems was 3,200 points, with a quality score of 5.62.

Conclusion : Medication reconciliation in surgical patients helps ensure the continuity of their home medications before and after surgery, thereby preventing and reducing the severity of medication errors.

Keyword : Medication Reconciliation, Medication Error, Post operation

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา อาจเกิดความรุนแรงต่อผู้ป่วยได้ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกจุดของการให้บริการ เช่น การเปลี่ยนแผนการรักษา สถานพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดจนการรับผู้ป่วยเข้ารักษาหรือจำหน่ายกลับบ้าน[1] The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ; JACHO รายงานสาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 63 สาเหตุจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรในขั้นตอนแรกรับ ย้ายหอผู้ป่วย และจำหน่ายจากโรงพยาบาล[2-3] มาตรการหนึ่งในการป้องกันและลดปัญหา คือ กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation ; MR) เป็นกระบวนการจัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ปัจจุบัน พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิถีทางให้ยาที่เป็นปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจสั่งยาแก่แพทย์สำหรับการรักษาในทุกระดับของการให้บริการ[4] การประสานรายการยาได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือลดความรุนแรงอันอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกจุดรอยต่อของการรักษา โดยในปี ค.ศ. 2005 JACHO ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศให้การประสานรายการยาเป็นเป้าหมายข้อที่ 8 ของ National Patient Safety Goal 2006 สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดการประสานรายการยาไว้ในมาตรฐานใหม่ในระบบยา ปี พ.ศ. 2549[5]

ในประเทศไทยมีการศึกษาการประสานรายการยาในแผนกศัลยกรรม 2 งานวิจัย ได้แก่ กรองหทัย มะยะเฉี่ยว และคณะ[6] ค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมในขั้นตอนแรกรับและกลับบ้านพบความคลาดเคลื่อนทางยาขณะแรกรับ เป็นความรุนแรงระดับ B จำนวน 196 ครั้ง (ร้อยละ 98.0) และระดับ C 4 ครั้ง (ร้อยละ 2.0) ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบขณะจำหน่าย เป็นความรุนแรงระดับ B ทั้ง 37 รายการ การศึกษาของณิชากร และคณะ[7] ทำการศึกษาการปรับปรุงและประเมินผลระบบประสานรายการยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในขั้นตอนแรกรับและกลับบ้านโดยปรับปรุงระบบการสื่อสารกับสหวิชาชีพ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและพัฒนาเครื่องมือปฏิบัติงานพบความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 20.1 ของจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา พบมาก คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่เคยใช้ ความรุนแรงอยู่ในระดับ B แพทย์ ยอมรับคำปรึกษาจากเภสัชกร ร้อยละ 88.6 การศึกษาการประสานรายการยาในผู้ป่วยศัลยกรรมขั้นตอนหลังผ่าตัดในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อย

โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้พัฒนาระบบประสานรายการยาในขั้นตอนแรกรับ โดยพิมพ์ประวัติยาเดิมรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามย้อนหลัง 6 เดือนใช้เป็น Doctor's order สำหรับยาเดิมผู้ป่วยแรกรับ แต่ในขั้นตอนการย้ายหอ การสั่งใช้ยาหลังผ่าตัด และการสั่งใช้ยาในขั้นตอนกลับบ้านยังใช้ระบบการเขียนคำสั่งใช้ยาด้วยลายมือแพทย์ และยังไม่มีใบ MR รวบรวมข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม เปรียบเทียบกับยาที่สั่งใช้หลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปีงบประมาณ 2564 - 2567 ของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและ แผนกตา หู คอ จมูก พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากคือ การไม่ได้สั่งยาเดิมผู้ป่วยมีโอกาสที่จะไม่ได้รับยาโรคเรื้อรังที่ควรได้รับ รองลงมา คือ สั่งยาผิดขนาดหรือผิดความถี่ และสั่งยาผิดชนิด พบความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ F 1 ครั้งจากสั่งใช้ยาที่หยุดใช้แล้ว และมีความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาบางชนิดระหว่างรอยต่อการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการทำหัตถการเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (เช่น

Warfarin) อยู่เดิม เมื่อผ่าตัดเสร็จ แพทย์อาจต้องปรับยาหรือเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดอื่นที่เหมาะสมกับสภาวะหลังผ่าตัด การประสานรายการยาจะช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและปลอดภัยในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ ข้อมูลรายงานปัญหาการใช้ยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยาหลังผ่าตัดมีน้อย ขาดการเก็บข้อมูลการประสานรายการยาในขั้นตอนนี้มีโอกาสที่การสั่งใช้ยาในขั้นตอนหลังผ่าตัด และการสั่งยากลับบ้านในแผนกศัลยกรรมและแผนก ตา หู คอ จมูก อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินผลการประสานรายการยาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ แผนกศัลยกรรมและแผนก ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคาม และวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางปรับปรุงระบบประสานรายการยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการประสานรายการยาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ แผนกศัลยกรรมและแผนก ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินผลระบบประสานรายการยาในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม และแผนก ตา หู คอ จมูก ในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการเลขที่ MSKH_REC 67-01-078

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ได้รับการทำประสานรายการยา ในแผนกศัลยกรรมและแผนก ตา หู คอ จมูก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังใน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคระบบต่อมไร้ท่อ กลุ่มโรคระบบประสาทและสมอง จิตเวช กลุ่มโรคระบบเลือด และกลุ่มโรคระบบโรคติดเชื้อ ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ได้แก่ ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุชั้น 8 ศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง และแผนก ตา หู คอ จมูก ได้แก่ ตึกตา ตึกหู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568 การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่ม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในช่วงเวลา 8.30 - 16.30 น. ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในเวลาราชการ

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่สามารถทวนสอบประวัติการใช้ยาที่ได้รับก่อนเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ผ่านการทำประสานรายการยา และสามารถดำเนินการได้ภายใน 24 ชั่วโมง

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล < 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยพิจารณาจากผลลัพธ์หลักที่ต้องการ คือ ร้อยละการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

การศึกษาของ กรองหทัย มะยะเฉี่ยว และคณะ[6] พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการทำประสานรายการยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 25.20 หรือคิดเป็นสัดส่วน 0.252 การคำนวณหาขนาดตัวอย่างใช้สูตรดังนี้

$$n = Z^2pq / d^2$$

กำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่าง

Z = 1.96 เมื่อกำหนด α = 0.05

d = ช่วงความคลาดเคลื่อนที่รับได้ คือ ร้อยละ 5 = 0.05

p = ค่าสัดส่วนของปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา คือ 0.252

q = 1-p = 0.748

แทนค่าต่างๆ ลงในสูตร ได้ค่าดังนี้

$n = (1.96^2 \times 0.252 \times 0.748) / 0.05^2$

n = 438

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 438 ราย โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 482 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ใบ MR สำหรับยาเดิมผู้ป่วยแรกรับ (MR form) ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยพิมพ์ออกจากระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีประวัติการใช้ยาย้อนหลัง 6 เดือน

2. แบบเก็บข้อมูลของผู้วิจัยที่สร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว และข้อมูลรายการยา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกรับ หลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน

3. แนวทางการหยุดยาก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการหยุดยาก่อนผ่าตัดและเริ่มยาหลังผ่าตัด

4. การประเมินระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) งานวิจัยนี้เก็บเฉพาะ ME ในขั้นตอนการสั่งใช้ยาของแพทย์ (Prescribing Error) ขั้นตอนแรกรับทำการเปรียบเทียบประสานรายการยาที่แพทย์สั่งใช้กับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องก่อนมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ขั้นตอนหลังผ่าตัดเปรียบเทียบรายการยาที่ได้รับก่อนผ่าตัดกับคำสั่งใช้ยาหลังผ่าตัด ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้านเปรียบเทียบข้อมูลจาก Order for Continue ล่าสุดก่อนวันกลับบ้าน รายการยาเดิมก่อนมานอนรักษากับยากลับบ้านที่แพทย์สั่ง ใช้เภสัชกรตรวจสอบการสั่งยา หากพบความแตกต่างจะประสานงานกับแพทย์ งานวิจัยนี้เก็บความแตกต่าง รายการยาที่ปรึกษาแพทย์แล้วพบว่าเกิดจากความไม่ตั้งใจหรือพลั้งเผลอ (Unintentional Medication Discrepancies) จะนับเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา และประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขการสั่งยาให้ถูกต้อง

ผู้วิจัยแบ่งประเภทของ ME เป็น 8 ประเภท คือ 1) การไม่ได้รับยา (Omission) 2) ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ (Commission) 3) สั่งยาผิดขนาดหรือผิดความถี่ (Wrong dose or frequency) 4) ได้ยาผิดเวลา (Wrong time) 5) สั่งยาผิดชนิด (Wrong drug) 6) สั่งยาซ้ำซ้อน (Duplication) 7) สั่งใช้ยาที่มีประวัติแพ้ 8) คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน ประเมินระดับความรุนแรงตั้งแต่ A ถึง I ตามเกณฑ์ของ The National Coordination Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)[11]

การประเมินระดับความรุนแรงของ ME และประเมินคาดการณ์ระดับความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไข (Potential Harm Level) มีเภสัชกร 3 ท่าน จบการศึกษาปริญญาโทเภสัชกรรมคลินิกเป็นผู้ประเมิน ME ที่เกิดขึ้น เป็นคณะทำงาน ME ของโรงพยาบาล หากเภสัชกรมีความเห็นไม่ตรงกันให้ใช้ความเห็นที่ตรงกัน 2 ใน 3 คนเพื่อตัดสิน

ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์การจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (Sum Relative Weight for Drug Therapy Problem : SumRwDTP)[12] หมายถึง การประเมินค่างานทางเภสัชกรรมด้านเภสัชบำบัด โดยเป็นการบันทึกการวินิจฉัยประเภทปัญหาเภสัชบำบัด ระดับความรุนแรง วิธีการจัดการปัญหาของเภสัชกร และผลลัพธ์ในการจัดการ SumRwDTP = ผลรวมของคะแนนระดับความรุนแรงของปัญหา (Harm Severity Score : 1 - 5) X คะแนนผลลัพธ์การจัดการ (DTP Outcomes Status Score : 1 - 5) X คะแนนคุณภาพการบันทึกทางเภสัชกรรม (Pharmacy Documentation Quality Score: 1 - 3)

คะแนนคุณภาพการจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (CmiDTP) = SumRwDTP/N (N = จำนวนปัญหาเภสัชบำบัดที่ได้รับการจัดการแก้ไข

ป้องกัน) เกณฑ์การให้คะแนนระดับคุณภาพการจัดการปัญหาด้านยา (Drug Therapist Level) ระดับ 1 : คะแนน <15 หมายถึง ระดับพื้นฐานหรือปฏิบัติการ (Basic Level/Practitioner Level) ระดับ 2 : คะแนน 16 - 30 หมายถึง ระดับชำนาญการ (Experience Level/Professional Level) ระดับ 3 : คะแนน 31 - 45 หมายถึง ระดับก้าวหน้าหรือเชิงลึก (Advance Level/Senior Professional Level) ระดับ 4 : คะแนน 46 - 60 หมายถึง ระดับเชี่ยวชาญ (Expert Level) ระดับ 5 : คะแนน 61 – 75 หมายถึง ระดับเชี่ยวชาญพิเศษหรือทรงคุณวุฒิ (Advisory Level)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้กระบวนการประสานรายการยา ในขั้นตอนแรกรับ ขั้นตอนหลังผ่าตัด และขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือย้ายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการประสานรายการยาในขั้นตอนแรกรับผู้ป่วย ทำการทบทวนคำสั่งใช้ยาทำการเปรียบเทียบประสานรายการยาที่แพทย์สั่งกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องก่อนมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการประสานรายการยาในขั้นตอนหลังผ่าตัด (Post operative) เปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ต่อเนื่องก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และรายการที่งดก่อนผ่าตัด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการประสานรายการยา ในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือย้ายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา และเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ต่อเนื่องก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

หากพบความแตกต่างรายการยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา จะสื่อสารประสานงานปรึกษาแพทย์ในคำสั่งใช้ยา และแพทย์ปรับเปลี่ยนคำสั่งการสั่งยาให้ถูกต้อง เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของรายการยาในใบ MR จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทาง MR ภายใน 24 ชั่วโมง จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความรุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยา ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เก็บข้อมูลผู้ป่วย 482 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม และแผนก ตา หู คอ จมูก ที่มีการผ่าตัด อายุเฉลี่ย 64.38 ± 8.90 ส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง 279 ราย (ร้อยละ 57.90) เพศชาย 203 ราย (ร้อยละ 42.10) โรคประจำตัวที่พบมาก คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 60.10) รองลงมา คือ ระบบต่อมไร้ท่อ (ร้อยละ 20.30) และกลุ่มโรคระบบโรคติดเชื้อ (ร้อยละ 5.4) ตามลำดับ แบ่งเป็นหอผู้ป่วยตา 165 ราย ศัลยกรรมยูโร 41ราย ศัลยกรรมกระดูกชาย 38 ราย ศัลยกรรมกระดูกหญิง 73 ราย ศัลยกรรมชาย 32 ราย ศัลยกรรมหญิง 75 ราย ศัลยกรรมทั่วไป 25 ราย ศัลยกรรมอุบัติเหตุชั้น 8 14 ราย และ หู คอ จมูก 19 ราย

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประสานรายการยา

ผู้ป่วยได้ทำ MR แรกรับภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ ร้อยละ 81.20 ในขั้นตอนแรกรับมีใบ MR แรกรับ 442 ราย (91.7%) ความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกในใบ MR พบว่าข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 394 ราย (ร้อยละ 81.70%) ข้อมูลที่ไม่ปรากฏในแบบบันทึกมากที่สุด คือ การบันทึกเวลารับประทานยาครั้งสุดท้ายของพยาบาล

ความแตกต่างของรายการยา

ขณะแรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล พบความแตกต่างของรายการยา 424 รายการยา คิดเป็นร้อยละ 15.53 จากจำนวนรายการทั้งหมด 2,729 รายการ เป็นความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ 61 รายการ (ร้อยละ 2.23) ลักษณะการสั่งยาของแพทย์ผู้รักษาเมื่อแรกรับ ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการสั่งใช้ยาเดิมในการรักษาโรคทางอายุรกรรมต่อเมื่อแรกรับ เนื่องจากมีใบ MR รวบรวมรายการยาโรคเรื้อรัง แพทย์จึงมีความสะดวกในการสั่งใช้ยาเดิมต่อ

ขั้นตอนหลังผ่าตัด พบความแตกต่างของรายการยา 365 รายการยา คิดเป็นร้อยละ 17.17 จากจำนวนรายการทั้งหมด 2,125 รายการ รายการเป็นความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ 87 รายการ (ร้อยละ 4.09)

ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน พบความแตกต่างของรายการยา 1,108 รายการยา คิดเป็นร้อยละ 40.23 จากจำนวนรายการทั้งหมด 2,754 รายการ รายการเป็นความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ 421 รายการ (ร้อยละ 15.28) เนื่องจากในขั้นตอนหลังผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้านไม่มีใบ MR รวบรวมรายการยาใน 2 ขั้นตอนนี้ แพทย์ไม่สะดวกเขียนสั่งใช้ยาเดิมต่อ จึงพบความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์มากกว่าในขั้นตอนแรกรับ ดังตารางที่ 1

จำนวน ประเภท และความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (ME)

งานวิจัยพบความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด 156 ราย (ร้อยละ 32.36 ของการเข้ารักษาทั้งหมด 482 ราย) จำนวน 569 รายการ แบ่งเป็น ME ขั้นตอนแรกรับ 24 ครั้ง ขั้นตอนหลังผ่าตัด 29 ครั้ง และขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน 103 ครั้ง พบมากในขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน 421 รายการ (ร้อยละ 73.98 ของรายการยาที่พบความคลาดเคลื่อน) รองลงมา คือ หลังผ่าตัด 87 รายการ (ร้อยละ 15.28) และขั้นตอนแรกรับ 61 รายการ (ร้อยละ 10.74) ตามลำดับ ในระดับความรุนแรง B ทั้งหมด 555 รายการ และระดับ C 14 รายการ ประเภท ME ที่พบบ่อย คือ ไม่ได้รับยาที่เคยได้รับ 525 รายการ รองลงมา คือ สั่งใช้ยาที่หยุดใช้แล้ว 17 ครั้ง สั่งยาผิดขนาดหรือความถี่ จำนวน 14 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของรายการยาและความตั้งใจของแพทย์

ความแตกต่างของรายการยา	แรกรับ		หลังผ่าตัด		จำหน่าย	
	จำนวนรายการยา	ร้อยละ	จำนวนรายการยา	ร้อยละ	จำนวนรายการยา	ร้อยละ
รายการยาที่พบความแตกต่าง						
- เกิดจากความตั้งใจของแพทย์	250	9.16	168	10.43	167	6.06
- เกิดจากความตั้งใจของแพทย์แต่ไม่บันทึก	113	1.14	110	5.17	520	18.88
- เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์	61	2.23	87	4.09	421	15.28
ไม่มีความแตกต่างรายการยา	2,305	84.46	1,760	82.82	1,109	40.29
รวม	**2,729**	**100**	**2,125**	**100**	**2,754**	**100**

ผู้ป่วยที่เข้านอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการผ่าตัดต้องหยุดยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด 7 - 10 วันเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกผิดปกติขณะเข้ารับการผ่าตัด จากการเก็บข้อมูลพบว่าไม่ได้หยุดยาละลายลิ่มเลือด คือ Warfarin 1 ราย ทำให้เลื่อนผ่าตัดตา จากการศึกษานี้มีการหยุดยาก่อนผ่าตัด 302 ครั้ง ได้แก่ Warfarin, Aspirin และ Clopidogrel ตั้งใจไม่หยุด 167 ครั้ง ไม่มีรายการยาที่ต้องหยุด 12 ครั้ง และไม่ได้หยุดยาก่อนมาผ่าตัด 1 ราย

การผ่าตัดแบ่งความเสี่ยงในการเกิดเลือดออก 3 กลุ่ม คือ ความเสี่ยงเลือดออกน้อย ความเสี่ยงเลือดออกปานกลาง – ต่ำ และความเสี่ยงเลือดออกมาก การศึกษานี้ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง-ต่ำ 249 ราย (ร้อยละ 51.70) และความเสี่ยงเลือดออกน้อย 233 ราย (48.30) การได้ยาหลังผ่าตัด จำนวน 358 ราย (ร้อยละ 74.50) ตั้งใจหยุดยาชั่วคราว 123 ราย (ร้อยละ 25.50)

ตารางที่ 2 ความถี่และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา จำแนกตามระดับการรักษา

ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา	ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (รายการ)				
	แรกรับ		หลังผ่าตัด		จำหน่าย
	B	C	B	C	B
ไม่ได้รับยาที่เคยได้รับ	41	6	68	5	405
ขนาดยา/ความถี่แตกต่างจากที่เคยได้รับ	3	0	5	1	5
สั่งใช้ยาที่หยุดใช้แล้ว	6	2	3	0	6
สั่งยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยา	1	0	2	0	3
ได้รับยาที่มีข้อข้ามใช้	2	0	3	0	2
ผลรวม	53	8	81	6	421
รวม	**61**		**87**		**421**

คาดการณ์ระดับความรุนแรงที่ผู้ป่วยจะได้รับถ้าหลุดรอด (Potential Harm Level) หากไม่ได้รับการแก้ไขในขั้นตอนแรกรับคาดการณ์ความรุนแรงระดับ D 61 ครั้ง ขั้นตอนหลังผ่าตัดคาดการณ์ความรุนแรงระดับ D 81ครั้ง ระดับ E 6 ครั้ง และจำหน่ายกลับบ้านคาดการณ์ความรุนแรงระดับ D 415 ครั้ง ระดับ 6 ครั้ง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คาดการณ์ความถี่และระดับความรุนแรง หากไม่ได้รับการแก้ไขจำแนกตามระดับการรักษา

ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา	คาดการณ์ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา (รายการ)					
	แรกรับ		หลังผ่าตัด		จำหน่าย	
	D	E	D	E	D	E
ไม่ได้รับยาที่เคยได้รับ	47	0	68	5	399	6
ขนาดยา/ความถี่แตกต่างจากที่เคยได้รับ	3	0	5	1	5	0
สั่งใช้ยาที่หยุดใช้แล้ว	8	0	3	0	6	0
สั่งยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยา	1	0	2	0	3	0
ได้รับยาที่มีข้อข้ามใช้	2	0	3	0	2	0
รวม	**61**		**87**		**421**	

กลุ่มยาที่พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาบ่อย ได้แก่ กลุ่มยาลดความดัน 126 ครั้ง Warfarin 116 ครั้ง กลุ่มยาเบาหวาน 102 ครั้ง และ ASA 81 mg 95 ครั้ง เป็นต้นดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กลุ่มยาที่พบความแตกต่างรายการยา

รายการยา	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
Warfarin	116	20.38
Aspirin	95	16.69
Clopidogrel	22	3.87
กลุ่มยาเบาหวาน	102	17.92
กลุ่มยาความดัน	126	22.14
กลุ่มยาลดไขมัน	26	4.57
อื่นๆ	82	14.42
รวม	**569**	**100**

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมาก คือ ไม่สั่งยาโรคเรื้อรังเดิม จำนวน 525 รายการ (ร้อยละ 92.27) แสดงตัวอย่างดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ชนิดและความถี่การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ชนิดของความแตกต่างรายการยา	จำนวนรายการ	ร้อยละ	ตัวอย่าง
ไม่สั่งยาโรคเรื้อรังเดิม	525	92.27	- กลับบ้านไม่ได้สั่งยาเบาหวานเดิม เภสัชกรปรึกษาให้ต่อ - ใช้คำสั่งยาเดิม สอบถามต้องการสั่ง Propranolol - แรกรับเขียนคำสั่งว่า “ยาเดิม” ทำให้ไม่ได้ไม่ยาโรคต่อมลูกหมากเดิมของคนไข้ เภสัชกรปรึกษาสั่งใช้ต่อ - กลับบ้านไม่ได้สั่งยาเดิมคือ Simvastatin เภสัชกรปรึกษาสั่งใช้ต่อ
สั่งยาผิดขนาด	14	2.46	- ยาเดิมเป็น Rifampicin 300 mg = 2*1 pc หลังผ่าตัดแพทย์สั่ง rifampicin 450 mg = 2*1 hs ได้ไป 1 dose เภสัชกรปรึกษาให้ขนาดเดิมต่อ - ขณะนอนโรงพยาบาลปรับขนาด Warfarin ได้ 33 mg/wk INR 2.5 กลับบ้านสั่ง Warfarin เป็น 51 mg/wk เภสัชกรปรึกษาลดขนาดยาลงเท่าเดิม
สั่งยาซ้ำซ้อน	17	2.98	- สั่งยาซ้ำซ้อน Simvastatin ร่วมกับ Atorvastatin เภสัชกรปรึกษา แพทย์จึง Off Atorvastatin - แรกรับแพทย์สั่งใช้ยา Warfarin + Aspirin จากประวัติล่าสุดได้หยุด Aspirin เปลี่ยนเป็น Warfarin แล้วเภสัชกรปรึกษาแพทย์จึง Off Aspirin
สั่งยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยา	6	1.05	- คำสั่งยากลับบ้านสั่ง Naproxen คู่กับ Warfarin INR ก่อนสั่งใช้ เท่ากับ 2.6 เภสัชกรปรึกษาคู่ยา DI แพทย์เปลี่ยนเป็น Tramadol แทน - หลังผ่าตัดสั่ง Ciprofloxacin คู่กับ Warfarin INR ก่อนสั่งใช้ เท่ากับ 2.8 เภสัชกรปรึกษาคู่ยา DI แพทย์เปลี่ยนเป็น Cefixime แทน
ได้รับยาที่มีข้อข้ามใช้	7	1.24	- ผู้ป่วย Warfarin ตรวจ INR แรกรับ 5.2 แพทย์สั่งใช้ยาต่อ เภสัชกรปรึกษาหยุดยาก่อน - ผู้ป่วย Warfarin รายใหม่เริ่มยาได้ 3 วัน INR = 4.2 แพทย์สั่งใช้ต่อ เภสัชกรปรึกษาหยุดยาก่อน และลดขนาด
รวม	569	100	

ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์การจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (SumRwDTP)

คิดคะแนนรวมในขั้นตอนแรกรับ หลังผ่าตัด และขั้นตอนจำหน่ายกลับ ตัวอย่างการคำนวณ ดังนี้

ขั้นตอนแรกรับ : ผู้ป่วย Hyperthyroidism พบปัญหาคำสั่งใช้ยาในใบ Medication review สั่งยาซ้ำซ้อนในคู่ยา MMI + PTU ได้รับยาร่วมกัน 3 วัน ผู้ป่วยเป็น Cholestatic Jaundice/ Liver Failure ทำให้ได้รับยาที่มีข้อห้าม/ข้อควรระวัง โดยเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้ Liver Failure เมื่อประเมินคะแนน Harm Severity Score = 4 คะแนน (อาจทำให้เกิดอันตรายจนพิการถาวรหรือต้องช่วยชีวิต) DTP Outcomes Status Score = 5 คะแนน (หายหรืออาการคงที่ตามเป้าหมายการรักษา) Pharmacy Documentation Quality Score = 1 คะแนน (บันทึกในแบบบันทึกทางเภสัชกรรมโดยไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน) เมื่อนำมาคำนวณ SumRwDTP = 4*5*1 = 20คะแนน

ขั้นตอนหลังผ่าตัด : ciprofloxacin คู่กับ Warfarin INR ก่อนสั่งใช้ เท่ากับ 2.8 เภสัชกรปรึกษาคู่ยา DI แพทย์เปลี่ยนเป็น Cefixime แทน Harm Severity Score = 3 คะแนน (อาจทำให้เกิดอันตราย ต้องเข้านอนรับการรักษาหรือนอนนานขึ้น) DTP Outcomes Status Score = 5 คะแนน (หายหรืออาการคงที่ตามเป้าหมายการรักษา) Pharmacy Documentation Quality Score = 1 คะแนน (บันทึกในแบบบันทึกทางเภสัชกรรมโดยไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน) เมื่อนำมาคำนวณ SumRwDTP = 3*5*1 = 15 คะแนน

ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน : กลับบ้านแพทย์ไม่สั่งยาเดิมคือ NPH pf ปรึกษาแพทย์สั่งใช้ยาเดิมต่อ Harm Severity Score = 3 คะแนน (อาจทำให้เกิดอันตราย ต้องเข้านอนรับการรักษาหรือนอนนานขึ้น) DTP Outcomes Status Score = 5 คะแนน (หายหรืออาการคงที่ตามเป้าหมายการรักษา) Pharmacy Documentation Quality Score = 1 คะแนน (บันทึกในแบบบันทึกทางเภสัชกรรมโดยไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน) เมื่อนำมาคำนวณ SumRwDTP = 3*5*1 = 15 คะแนน

นำคะแนนที่ได้ในการแก้ไขปัญหาแต่ละข้อมาคิดเป็นผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์การจัดการปัญหาเภสัชบำบัดทั้งหมด ได้คะแนนเท่ากับ 3200 คะแนน

คะแนนคุณภาพการจัดการปัญหาเภสัชบำบัด (CmiDTP) = SumRwDTP/N เมื่อนำคะแนนที่ได้มาคำนวณ 2900/569 ครั้ง เท่ากับ = 5.62 คะแนน การแปลผล ถ้าคะแนนได้ < 15 หมายถึง การจัดการปัญหาเภสัชบำบัดในกระบวนการ MR อยู่ในระดับ 1 : ระดับพื้นฐานหรือปฏิบัติการ (Basic Level / Practitioner Level)

อภิปรายผล

โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ดำเนินการประสานรายการยาในขั้นตอนแรกรับ หลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากในขั้นตอนแรกรับมีใบ Medication review รวบรวมประวัติยาเดิม ทำให้สั่งใช้ยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าในขั้นตอนหลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้านที่แพทย์สั่งใช้ยาด้วยลายมือ มีโอกาสที่จะสั่งยาเดิมไม่ครบ ไม่สั่งยาเดิมที่ถูกหยุดใช้ขณะนอนโรงพยาบาล สั่งขนาดยาไม่ถูกทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่าในขั้นตอนแรกรับ ในแผนกตา หู คอ จมูก พบปัญหา คือ รายการยาที่หยุดก่อนผ่าตัด ไม่ได้หยุดยา 1 ราย ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัด ในขั้นตอนหลังผ่าตัด แผนกตา หู คอ จมูก มีการสั่งใช้ยาเดิมต่อเนื่องจากใน Standing Order ระบุว่าให้ใช้ยาโรคประจำตัวต่อ ส่วนแผนกศัลยกรรมกระบวนการ MR ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่มีการกำหนดแนวทางร่วมกันว่าจะเริ่มยากลุ่มละลายลิ่มเลือด หรือยาต้านเกร็ดเลือกได้วันไหน ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ จึงไม่ได้สั่งใช้ยาเดิมต่อ ส่วนในขั้นตอนกลับบ้านแผนกตา หู คอ จมูก พบปัญหาการไม่สั่งใช้ยาเดิมต่อ

ดังนั้นควรมีการพัฒนาการประสานรายการยาในขั้นตอนหลังผ่าตัดอย่างจริงจัง

มีข้อมูลจากหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าการทำ MR ช่วยลด ME ได้[6] การศึกษาของ Mekonnen และคณะ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากการทำ MR โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ทำสามารถลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 19 ลดการมารักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลร้อยละ 28 และลดการมารักษาจากอาการไม่พึงประสงค์ได้ ร้อยละ 67[7] โรงพยาบาลมหาสารคามเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบ MR ในปี 2564 ใช้ใบ Medication Review เป็นใบคำสั่งยาเดิมแรกรับ ทีมสหวิชาชีพเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเภสัชกรสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนระดับ B และ C ช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงของ ME ตั้งแต่ระดับ C ถึง D ขึ้นไปได้ หากไม่มีการป้องกันและแก้ไข อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ คาดการณ์ระดับความรุนแรงที่ผู้ป่วยจะได้รับถ้าหลุดรอด (Potential Harm Level) อาจทำให้เกิดความรุนแรงระดับ C – G ได้ กระบวนการ MR จึงช่วยลดระดับความรุนแรงของ ME ได้ โดยพยาบาลซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย เวลารับประทานยาครั้งสุดท้าย แพทย์ซักประวัติการใช้ยาเพิ่มและพิจารณาสั่งใช้ยาเดิมต่อ เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องและความแตกต่างของรายการยาที่สั่งใช้กับประวัติยาเดิมของผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการมีทีมสหวิชาชีพ และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการทำ MR สะดวกต่อการทำงาน ข้อมูลถูกต้อง ลดการเกิด ME ทำให้ได้ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และลดค่าใช้จ่ายได้[8-10] การกำกับติดตามและประเมินผล การสะท้อนผล การเยี่ยมสำรวจให้หน่วยงานรับทราบผล สอดคล้องกับงานวิจัยของพิริยะ จิตนภากาญจน์[8] ที่ระบุว่าการสร้างนโยบายให้แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรทำ MR และอบรมให้ทุกคนมีศักยภาพในการทำ MR ได้เหมือนกันจะทำให้กระบวนการ MR สำเร็จมากขึ้น การไม่สามารถติดตามข้อมูลประวัติยาได้ภายใน 24 ชั่วโมง มีสาเหตุจากการสื่อสารข้อมูลยาเดิมในใบส่งตัวไม่ครอบคลุมรายการยา ไม่มีรายการยาเดิมของโรงพยาบาลต้นทางแสดงในใบ Medication Review ในอนาคตหากมีระบบสารสนเทศที่รวบรวมรายการยาของผู้ป่วยได้น่าจะทำให้กระบวนการตามยาเดิมได้เร็วขึ้น เช่นในงานวิจัยของดรุณี วุฒิปรีชา[9] ที่มีระบบ IT ของจังหวัดที่มีข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ในจังหวัดจะทำให้การดำเนินการรวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น

คุณภาพการจัดการปัญหาด้านยา (CmiDTP) เท่ากับ 5.62 (ระดับพื้นฐานหรือปฏิบัติการ) ซึ่งน้อยกว่างานวิจัยของอัญชพร คำสาร ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบันทึกและประเมินค่างานเภสัชกรรมในการจัดการปัญหา ได้คะแนน SumRwDTP เฉลี่ยคนละ 5669.10 ± 7435.64 และคะแนนคุณภาพการจัดการปัญหา เท่ากับ 17.34 ± 12.14 เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลของเภสัชกร ไม่ได้บันทึกการปรึกษาของเภสัชกรในแฟ้มผู้ป่วยทำให้ได้คะแนนการบันทึกน้อย

สรุปผลการศึกษา

กระบวนการประสานรายการยาโดยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและแผนกตา หู คอ จมูก ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยมีเภสัชกรช่วยตรวจสอบและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยากับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้สร้างแบบฟอร์ม Medication Review เฉพาะในขั้นตอนแรกรับเท่านั้น ควรมีการจัดทำบัญชีรายการยาเปรียบเทียบในขั้นตอนหลังผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการไม่สั่งใช้ยาเดิมหลังผ่าตัด โดยนำกระบวนการ MR ไปเป็นนโยบายขับเคลื่อนของโรงพยาบาลต่อไป

ในอนาคตแนะนำการใช้สารสนเทศมาช่วยดำเนินงาน เพื่อให้ครอบคลุมในทุกขั้นตอน และควรมีการประเมินผลลัพธ์ของการประสานรายการยาทางด้านเศรษฐศาสตร์ร่วมกับผลลัพธ์ทางคลินิก จุดแข็งของการศึกษานี้คือการได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ เกิดการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ MR อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Institute For Safe Medication Practices (Internet.) 2023 (cited Oct 18, 2023). Available from: https://www.ismp.org/
2. JCAHO. National Patient Safety Goals. 2005. Available from: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/05_npsgs.htm
3. National Patient Safety Goals / The Joint Comission (Internet.) 2023 (cited Oct 19, 2023). Available from: http://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/
4. ธิดา นิงสานนท์. Medication Reconciliation. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล บรรณาธิการ. Medication Reconciliation. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2551: 1-25.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เกณฑ์การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) เกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองศิริราชสมบัติครบ 60 ปี. 2561; 140. Available from:https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/
6. กรองหทัย มะยะเฉี่ยว และโพยม วงศ์ภูวรักษ์. ผลของกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2016; 8(1): 35-47.
7. ณิชากร พิริยะชนานุสรณ์, นภดล ชลอธรรม และ นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์. การปรับปรุงและประเมินผลระบบประสานรายการยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566; 15(3): 751-765.
8. ฉัตราภรณ์ พรมโคตรและ มณีรัตน์ รัตนามหัทธนะ. การพัฒนาและประเมินผลกระบวนการตรวจสอบความสอดคล้องของการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13(3) ก.ค. – ก.ย. 2560: 49-58.
9. เพ็ญพร พัฒนเกรียงไกร, วรวิทย์ ตั้งวิไล, พีรยศ ภมรศิลปธรรมศึกษา ผลลัพธ์ของการปรับกระบวนการประสานรายการยาโดยทีมสหวิชาชีพ : กรณีศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14(4) ต.ค-ธ.ค. 2565: 887-900.

10. รุงทิวา เลาหเธียรประธาน และ วินิดา ศรีกุศุลานุกุล. ผลของกระบวนการทำการประสานรายการยาในการป องกันความคลาดเคลื่อนทางยาณ โรงพยาบาลมะการักษ์. TBPS 9(2); 2014: 32-45.
11. National coordination council of medication error reporting and prevention. NCC MERP taxonomy of medication error [online]. 1998 [cited 2009 Nov 11]. Available from: http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf
12. อัญชภรณ์ คำสาร, ศุภลักษณ์ วงศ์ปาลี, จินดาวิทย์ อิสระโชติ. การพัฒนาระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระบบยา โรงพยาบาลลำพูน ปี 2558 – 2562. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 2023; 3(1): 33-51.