



บทที่ 2

ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาและแนวทางแก้ปัญหา

ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับชนิดหรือขนาดของยาที่ผิดไปไม่ว่าจะเป็นยา สารวินิจฉัยโรค (Diagnostic agent) สารเคมี หรือการรักษาที่ต้องใช้สารเหล่านี้แก่ผู้ป่วยผิดคนหรือผิดเวลา หรือไม่ได้ให้สารเหล่านี้แก่ผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมหรือตามคำสั่งแพทย์หรือตามปกติที่เป็นการปฏิบัติที่ยอมรับกัน (3)

ยา (Medicines) หมายถึง สารหรือส่วนประกอบของสาร หรือตำรับที่มีหมายเลขและฉลากที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการป้องกัน รักษา หรือวินิจฉัยโรคหรืออาการ (4)

รูปแบบของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา มีดังนี้คือ (3)

1. การสั่งจ่ายยาหรือจ่ายยาแก่ผู้ป่วยผิดคน
2. ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาดของการใช้ยา คือได้รับยาในขนาดที่สูงหรือต่ำกว่าขนาดที่ถูกต้องในแต่ละมื้อมากกว่าร้อยละ 5
3. ผู้ป่วยได้รับยาผิดเวลาที่กำหนด คือกินยาก่อนหรือหลังเวลาที่แพทย์สั่ง 30 นาทีหรือมากกว่าจนถึงเวลาสำหรับยามื้อต่อไป แต่ไม่รวมถึงคำสั่งที่แพทย์สั่งว่า "ใช้ยาเมื่อต้องการ"
4. ผู้ป่วยไม่ได้รับยามื้อที่ควรจะได้รับจนถึงกำหนดเวลาของยามื้อต่อไป
5. ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด คือได้รับยาที่แพทย์มิได้สั่ง
6. ผู้ป่วยได้รับยามากครั้งกว่าที่ควรจะได้รับ
7. ผู้ป่วยได้รับยาผิดวิธีทางบริหารยา
8. ผู้ป่วยได้รับยาผิดรูปแบบ
9. ผู้ป่วยได้รับยาซึ่งเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุแล้ว
10. ลักษณะอื่น ๆ

ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขณะตลอดระบบของการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การสั่งใช้ยาเริ่มตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรค การจ่ายยา และการบริหารยาแก่ผู้ป่วย บางครั้งแพทย์เขียนคำสั่งไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง เกสซ์กรไม่ได้ติดฉลากยาบนภาชนะบรรจุยา อ่านคำสั่งแพทย์ผิดไป จ่ายยาที่มีคุณภาพต่ำอันเนื่องมาจากสภาพการเก็บรักษายาไม่เหมาะสม และรวมถึงการจ่ายยาที่อาจเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันซึ่งแพทย์สั่งจ่าย พยาบาลให้ยาแก่ผู้ป่วยผิดขนาดหรือรูปแบบของยา (5, 6) ฉะนั้นหากมีการสั่งยาไม่ตรงกับสมมุติฐานของโรค หรือจ่ายยาไม่ถูกต้อง หรือใช้ยาไม่เหมาะสมจะทำให้ยานั้นลดประสิทธิภาพลง (7)

โดยปกติแล้ว แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยหนาแน่นจะต้องอาศัยความรวดเร็วแม่นยำในการทำงาน ต้องมีการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การที่แพทย์จะสั่งใช้สารเคมีหรือสารชีวภาพ (Biological agent) ไค่นั้นขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย แพทย์ต้องทราบว่าจะเลือกใช้ยาขนาดเท่าใดด้วยวิธีทางใดจึงจะได้ผลดีที่สุด แพทย์ต้องตระหนักถึงรูปแบบของยา พิษของยา ข้อห้ามใช้ อันตรกิริยา (Drug interaction) และอาการข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังต้องทราบราคาและความสะดวกในการใช้ยาคด้วย ผลด้านการรักษาของสารเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับการใช้ยาที่ถูกต้องวิธีแก่ผู้ป่วยด้วยปริมาณและช่วงเวลาที่เหมาะสม หากแพทย์ขาดความรู้หรือเกิดความสับสนเกี่ยวกับยาหรือไม่มีเกสซ์กรให้คำปรึกษา ก็อาจเป็นเหตุให้แพทย์ก่อความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาจากการเขียนใบสั่งยาได้ โดยเฉพาะแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษา มักขาดประสบการณ์ และต้องทำงานในชนบทอีกด้วย (8, 9)

หน้าที่ที่สำคัญของแพทย์ประการหนึ่งคือ การเขียนใบสั่งยา

ใบสั่งยา หมายถึง คำสั่งให้ใช้ยา มักเขียนเป็นสูตรตำรับยาโดยแพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ หรือผู้มีสิทธิเขียนใบสั่งยาตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ คำสั่งจะประกอบด้วย ชื่อสารและปริมาณ วิธีปรุงสาร วิธีใช้ยาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (10)

ลักษณะของใบสั่งยา อาจเป็นไปได้ดังนี้คือ (10)

1. สูตรตำรับยาที่แพทย์เขียนบนกระดาษ 1 แผ่น
2. สูตรตำรับยาที่เกสซ์กรเขียนขึ้นมาจากคำสั่งทางโทรศัพท์ของแพทย์

3. คำสั่งด้วยวาจาของแพทย์ อาจะสั่งให้ใช้ยาหรือสารใด ๆ เพื่อการบำบัดรักษา
ในกรณีเร่งด่วน

4. ผลึกภัณฑ์สำเร็จรูปที่เภสัชกรเตรียมจากยาหรือส่วนประกอบของยาและจ่ายให้แก่
ผู้ป่วยตามคำสั่งของผู้สั่งยา

ส่วนประกอบของใบสั่งยา ใบสั่งยาประกอบด้วย (9, 10)

1. ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย มักเขียนโดยผู้สั่งยา หากเป็นการสั่งยาเสพติดต้องเขียนที่
อยู่ของผู้ป่วยทุกครั้ง
2. วันที่เขียนใบสั่งยา
3. ซูเปอร์สคริปชัน (Superscription) คือ เครื่องหมาย Rx มาจากภาษาลาติน
ว่า เรซิเป (Recipe) แปลว่า จงทำ (take thou หรือ you take) เครื่องหมายนี้ใช้แทน
คำสั่งให้เภสัชกรปรุงยาตามคำรับที่แพทย์เขียนไว้ในใบสั่งยา
4. อินสคริปชัน (Inscription) ประกอบด้วยรายชื่อสารและปริมาณที่จะใช้ในการ
ผสมยา
5. ซับสคริปชัน (Subscription) เป็นคำสั่งกำหนดให้เภสัชกรปรุงยาในรูปแบบและ
ขนาดที่แพทย์ประสงค์
6. ทรานสคริปชัน (Transcription) เป็นส่วนที่กำหนดวิธีใช้ยา เช่น ใช้ทาบริเวณ
ที่เป็น
7. ชื่อแพทย์ผู้สั่งยา

เภสัชกรโรงพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยจะเริ่ม
ต้นจากรับใบสั่งยาจากผู้ป่วยจนกระทั่งจ่ายยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยา
เองได้อย่างถูกต้อง เภสัชกรต้องอ่านใบสั่งยาของแพทย์ทุกใบที่ได้รับจากผู้ป่วยพร้อมทั้งตรวจ
ดูว่าไม่มีอันตรกิริยาระหว่างยาทั้งในใบสั่งยาเดียวกันหรือยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่ก่อนแล้ว (9) ฉะนั้น
เภสัชกรต้องมีความรู้และความชำนาญด้านเภสัชกรรมเป็นอย่างดีและต้องมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยว-
กับผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจได้เมื่อมีปัญหาในการจ่ายยา ถ้าเภสัชกรขาดความรอบคอบในขณะ
ปฏิบัติงานอาจมีผลทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้

ขั้นตอนในการจ่ายยา ประกอบด้วย (11, 12)

1. การรับใบสั่งยา เภสัชกรควรจะเป็นผู้รับใบสั่งยาจากผู้ช่วยโดยตรง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ชื่อกฎามผู้ป่วยหากมีข้อมูลที่เห็นได้ทันทีเมื่อรับใบสั่งยา และเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ช่วยกับเภสัชกรด้วย ในกรณีที่เภสัชกรไม่สามารถกระทำตัวเอง ควรมอบให้ผู้ช่วยเภสัชกรซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีทำหน้าที่แทน

สำหรับผู้ป่วยใหม่ เภสัชกรควรเริ่มพิจารณาเรื่องการทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Medication Profile) ด้วยการขอสนทนากับผู้ป่วยในช่วงเวลาการรับใบสั่งยาและบันทึกประวัติผู้ป่วยเข้าแฟ้มไว้

2. ตรวจสอบใบสั่งยา ขั้นต้นเพื่อความปลอดภัยของใบสั่งยาและความปลอดภัยของผู้ป่วย สิ่งที่เภสัชกรต้องตรวจสอบได้แก่

- ชื่อ อายุ น้ำหนักของผู้ป่วย ตลอดจนที่อยู่ในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษ
- ลายเซ็นของแพทย์ผู้เขียนใบสั่งยา
- ชื่อและขนาดยาที่แพทย์สั่ง
- รูปแบบของยาที่แพทย์สั่ง และปริมาณหรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ยา
- วิธีใช้ยา ความถี่ในการใช้ยาใน 1 วัน
- อันตรกิริยาของยา (Drug Interaction) ที่แพทย์สั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วย

สิ่งเหล่านี้เภสัชกรจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบจนไม่มีข้อสงสัยใด ๆ ถ้าอ่านไม่ออกหรือสงสัยว่าจะมีข้อผิดพลาดจะต้องปรึกษากับเภสัชกรผู้ร่วมงานหรือแพทย์ผู้สั่งยาก่อนเสมอ

3. การให้เลขหมายและวันที่รับใบสั่งยา ต้องทำทันทีเพื่อป้องกันการจ่ายยาผิดคน

4. การเขียนฉลากยา ปกติการเขียนฉลากยาควรกระทำโดยเภสัชกร ในบางครั้งอาจให้ผู้ช่วยเภสัชกรทำหน้าที่ได้แต่เภสัชกรจะต้องเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของรายละเอียดที่ปรากฏอยู่บนฉลากยานั้น การเขียนฉลากยาต้องใช้ข้อความที่ชัดเจนและสมบูรณ์ ต้องให้แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถอ่านฉลากยาเข้าใจและใช้ยาตามข้อความในฉลากยาได้อย่างถูกต้อง ฉลากยาควรประกอบด้วย

ด้วย ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรงและปริมาณของยา วิธีใช้ยา ฉลากยาควรพิมพ์ชัดเจนให้อ่านง่าย และเป็นระเบียบ นอกจากนี้ควรเพิ่มฉลากยาช่วยที่เหมาะสม และอาจมีใบแทรกแนะนำรายละเอียดสำหรับยานั้นๆ (Written Instruction) ให้ควบคู่ไปด้วย เช่น วิธีหยอดตา อาการข้างเคียง หรือพิษของยาเป็นอย่างไรบ้าง ข้อควรระวังในการใช้ยา การเก็บรักษายาที่เหมาะสม และอาจมีข้อมูลอื่นๆ เช่น ชื่อแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา วันหมดอายุของยา

5. การจัดเตรียมยาตามใบสั่งยา ปัจจุบันนิยมใช้ยาสำเร็จรูปกันมากและถึงแม้จะเป็นยาเตรียมก็มักจะเตรียมไว้ล่วงหน้า ฉะนั้นปัญหาด้านการเตรียมยาตามใบสั่งยาจึงมีน้อย การจัดเตรียมยาตามใบสั่งยาจะเริ่มตั้งแต่ อ่านชื่อยาพร้อมความแรงของยาที่แพทย์ระบุไว้ในใบสั่งยา จากนั้นหยิบยาที่ต้องการจากตู้เก็บยา ก่อนหยิบยาออกมาจากตู้ต้องอ่านฉลากข้างขวดยาให้แน่ใจเสียก่อนว่าเป็นยาที่มีชื่อและความแรงของยาเช่นเดียวกับที่บ่งไว้ในใบสั่งยา แล้วจึงนับและบรรจุยาตามจำนวนที่ต้องการใส่ในภาชนะที่เตรียมไว้ พร้อมกับติดฉลากยาให้เรียบร้อย ก่อนติดฉลากยาต้อง อ่านชื่อยาและความแรงของยาที่เขียนไว้บนฉลากยาให้ตรงกับที่ระบุไว้ในใบสั่งยาเสียก่อน เมื่อได้ยาตามที่ต้องการแล้ว นำขวดยาที่เหลือเก็บให้เข้าที่เดิมในตู้เก็บยาโดยอ่านฉลากยาที่ข้างขวดยาอีกครั้งหนึ่ง เพื่อเป็นการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการจัดยา การเก็บขวดยาคือต้องหันฉลากข้างขวดยาออกข้างนอกทุกครั้ง

6. การบรรจุยา ควรเลือกภาชนะบรรจุยาให้เหมาะสมกับยา ซึ่งมีฝาปิดสนิทและปลอดภัย กฎหมายของสหรัฐอเมริกาชื่อ "The Poison Prevention Packaging Act (1970)" กำหนดว่า การจ่ายยาตามใบสั่งยาทุกครั้งต้องบรรจุยาในภาชนะที่มีฝาปิดสนิทและปลอดภัย นอกจากกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไขข้ออักเสบ อาจยกเว้นให้บรรจุยาในภาชนะธรรมดาได้ สำหรับยาที่เสื่อมสลายตัวได้ง่ายเมื่อถูกแสงต้องบรรจุไว้ในภาชนะที่มีสีเข้มหรือทึบแสง และเภสัชกรต้อง แนะนำผู้ป่วยให้เก็บยาพ้นมือเด็ก

7. การตรวจสอบความถูกต้องเมื่อกักยาเสร็จ (Double Check) เภสัชกรจะต้องตรวจสอบยาที่จัดเตรียมเสร็จแล้วกับใบสั่งยาอีกครั้งหนึ่งเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่ายาที่จะจ่ายให้ผู้ป่วยนั้นถูกต้องทั้งชื่อยา ขนาดยาและวิธีใช้ยา ฯลฯ

8. การส่งมอบยา เกสซ์กรจะต้องส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อจะได้อธิบายย้าให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีใช้ยาบนฉลากอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการระวังสุขภาพระหว่างการให้ยาด้วย หากมีฉลากช่วยและใบอธิบายแทรกเกสซ์กรจะต้องแนะนำให้ผู้ช่วยสนใจอ่านพร้อมกับอธิบายจนผู้ป่วยเข้าใจชัดเจน

9. การเก็บใบสั่งยา เมื่อจ่ายยาเสร็จแล้วจะต้องนำใบสั่งยามาเก็บไว้เป็นหลักฐานต่อไป โดยเรียงใบสั่งยาตามเลขที่ใบเสร็จรับเงินที่ผู้ป่วยชำระเงินค่ายาในแต่ละวันตั้งแต่หมายเลข 1 จนถึงหมายเลขสุดท้ายของวันนั้น ถ้ามีใบสั่งยาเป็นจำนวนมากอาจแบ่งใบสั่งยาเป็นหลายเล่ม เช่น เล่มที่ 1 เป็นใบสั่งยาที่มีเลขที่ใบเสร็จรับเงินตั้งแต่หมายเลข 1-100 เล่มที่ 2 เป็นใบสั่งยาที่มีเลขที่ใบเสร็จรับเงินตั้งแต่หมายเลข 101-200 ฯลฯ พร้อมกับทำเอกสารสรุปกำกับไว้โดยลงวันที่ระบุช่วงเลขที่ใบเสร็จรับเงินของใบสั่งยาในเล่ม นับจำนวนชานยาทั้งหมดจากใบสั่งยา รวมยอดราคายาทั้งหมด เพื่อความสะดวกในการทำสถิติประจำวัน สำหรับใบสั่งยาที่มีได้ชำระเงินอันได้แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับยาฟรีประเภทต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีบัตร สป.น. (บัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย) พระภิกษุ จะนำใบสั่งยามาเรียงเป็นเล่มแยกประเภทพร้อมทำเอกสารสรุปกำกับไว้เช่นกัน หลังจากนั้นจะเก็บใบสั่งยาไว้เรียงตามเลขที่ใบเสร็จรับเงิน วันที่ เดือน และปีพ.ศ. อย่างน้อย 5 ปี เพื่อเป็นหลักฐานต่อไป สำหรับยาเสพติดให้โทษ จะต้องนำมาลงบัญชีตามแบบ ย.ส. 6 และ ย.ส. 7 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และนำส่งต้นสังกัดต่อไป

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกจากจะมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแล้วยังมีหน้าที่ให้ยาตามคำสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยอีกด้วย โดยพยาบาลจะคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในบัตรให้ยา (Medication card) และเตรียมยาตามข้อมูลในบัตรให้ยา หลังจากให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้วพยาบาลจะบันทึกลงในรายงานการบริหารยาแก่ผู้ป่วย (Medication Administration Record --MAR) ว่าผู้ป่วยได้รับยาอะไรไปแล้ว โดยอาศัยข้อมูลจากบัตรให้ยา ฉะนั้นความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาอาจเกิดขึ้นเนื่องจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์จากเวชระเบียนลงในบัตรให้ยา และพยาบาลมิได้ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งว่าได้คัดลอกคำสั่งมาถูกต้องหรือไม่ (3) นอกจากนี้พยาบาลยังอาจแปลคำสั่งของแพทย์คลาดเคลื่อนได้ด้วยสาเหตุต่าง ๆ หรืออาจคำนวณขนาดยาผิดไป ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยากับผู้ป่วยได้หลายลักษณะ (13) Davis, N.M. (1981) กล่าวไว้ว่าหากพยาบาลมีความรู้เรื่องยาในด้านการคำนวณขนาดยา รูปแบบของยา วิธีและเทคนิคในการ

ใช้ยา ผลของยาและอาการอันเกิดเนื่องจากใช้ยาเกินขนาด ก็จะช่วยให้ความคลาดเคลื่อนที่
เกิดจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลของพยาบาลลดลงได้ (14) นอกจากนี้
พยาบาลยังมีหน้าที่อื่น ๆ ด้านพยาบาลอีกมากทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะจัดเตรียมยาและให้ยาแก่
ผู้ป่วยอย่างละเอียดแม่นยำ บางครั้งอาจลืมให้ยาหรือให้ยาในเวลาที่ย่ำหรือเร็วไปกว่าที่แพทย์สั่ง
Lipman, A.G. (1986) กล่าวว่า พยาบาลต้องใช้เวลาประมาณร้อยละ 20 ของเวลาทำงาน
ทั้งหมดเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดเตรียมยาในหอผู้ป่วย (15)

ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีส่วนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้ ตัวอย่างเช่น อ่าน
ฉลากยาไม่เข้าใจหรือไม่อ่านฉลากยา ลืมกินยาหรือใช้ยามากครั้งกว่ากำหนด หรือไม่ใช้ยาตามที่
ระบุไว้ในฉลาก นอกจากนี้สาเหตุบางประการเช่น สภาพแวดล้อม สังคม ภาวะเศรษฐกิจ
และการศึกษา อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้

สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา จำแนกได้ดังนี้ (16)

1. สาเหตุเนื่องจากการสั่งยาของแพทย์

1.1 ลายมือแพทย์ แพทย์บางคนเขียนลายมือหวัดทำให้ผู้จัดเตรียมยาอ่านไม่
ออกหรืออ่านผิด โดยเฉพาะกรณีที่ย่อเขียนคล้ายกัน หรือตัวอักษรเขียนแล้วอ่านไม่ชัด หรือใช้ตัวย่อ
ที่ไม่เป็นสากลนิยม (9)

1.2 การสั่งใช้ยาคัวยาวอาจทำให้ผู้รับคำสั่งฟังไม่ชัดเจนหรือฟังผิดได้โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งการสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์มักทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย

1.3 แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยากำวมไม่ชัดเจนทำให้ฝ่ายเภสัชกรรมแปลความหมาย
ผิดพลาดได้ เภสัชกรรมสมาคมและแพทย์อายุรศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American
Pharmaceutical Association and The American Society of Internal Medicine)
แนะนำมิให้แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาว่า "ตามแพทย์สั่ง" ลงในใบสั่งยา และเภสัชกรก็ไม่ควรเขียนใน
ฉลากยาให้ผู้ป่วยว่า "ใช้ยาตามแพทย์สั่ง" ในกรณีที่แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาว่า "ตามแพทย์สั่ง"
เภสัชกรควรซักถามผู้ป่วยว่าแพทย์สั่งให้ใช้ยาอย่างไรบ้าง หากพบว่าผู้ป่วยมีความสับสนในคำสั่ง
เภสัชกรจะต้องติดต่อแพทย์เพื่อนำคำสั่งมาทบทวนให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างกระจ่าง (12, 17) การที่

แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาไม่สมบูรณ์ชัดเจนจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาด้านขนาดการใช้ ซึ่งอาจจะมีการใช้ยาน้อยหรือมากกว่าขนาดที่แพทย์ต้องการ หรือใช้ยาในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ได้ผลจากยาน้อยยกตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวดมักจะมีการใช้ยาในช่วงระหว่างมื้อยาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาแก้ปวดเป็นครั้งคราว (18)

ดังนั้นแพทย์จึงควรเขียนวิธีใช้ยาให้สมบูรณ์ เพราะจะช่วยลดความผิดพลาดจากการใช้ยาได้มาก ทั้งยังช่วยป้องกันมิให้เภสัชกรอ่านใบสั่งยาผิดได้ด้วย จึงทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (19) การบ่งขนาดความแรงของยาที่แพทย์ต้องการใช้กับผู้ป่วยมีความสำคัญในกรณีที่ยาชื่อเดียวกันอาจมีหลายขนาดความแรง แพทย์ต้องระบุขนาดที่ต้องการในใบสั่งยาเสมอ หากแพทย์ไม่บ่งขนาดยา เภสัชกรจะต้องติดต่อแพทย์ทันที มิฉะนั้นอาจจะจ่ายยาผิดขนาดจากที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยได้ แม้กรณีที่ยามีขนาดเดียวแพทย์ก็ควรบ่งขนาดยากำกับไว้ด้วยเพราะอาจมีรหัสหรือผลผลิตยาในชื่อกำเนิดเดียวกันแต่ต่างขนาดความแรงกันออกจำหน่าย หรือในอนาคตรหัสหรือชื่อของยาอาจจะผลผลิตยาชื่อการค้าเดียวกันแต่ต่างขนาดความแรงออกมามีจำหน่ายได้ อีกประการหนึ่งเพื่อเป็นการย้ำให้เภสัชกรตระหนักถึงยาที่ชื่อคล้ายกันแต่ขนาดความแรงของยาต่างกัน จะช่วยให้เภสัชกรสามารถตัดสินใจปัญหาข้อยาไม่ชัดเจนในใบสั่งยาได้รวดเร็วและถูกต้องยิ่งขึ้น เช่น Chlorpheniramine 4 มิลลิกรัม กับ Chloramphenicol 250 มิลลิกรัม แม้แพทย์จะเขียนด้วยลายมือหวัดจนเภสัชกรตัดสินใจไม่ได้ว่าแพทย์ต้องการยาชื่ออะไร ถ้าแพทย์บ่งขนาดและความแรงของยามาด้วยจะช่วยให้เภสัชกรตัดสินใจได้ทันทีและถูกต้อง (19)

1.4 ความคลาดเคลื่อนส่วนอื่น ๆ ในการสั่งยาอาจเนื่องจาก จำนวนขนาดใช้ยาผิด เขียนจุดทศนิยมของขนาดความแรงของยาคลาดเคลื่อน เขียนชื่อยาผิด ให้ยาผิดวิธีทางสั่งใช้ยาที่มีอันตรกิริยาร่วมกัน สั่งใช้ยามากชนิดเกินไป สั่งใช้ยาในระยะเวลาเกินความจำเป็น (20) ทดลองใช้ยาในข้อบ่งใช้หรือขนาดความแรงหรือวิธีใช้ซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้รับคำสั่งปฏิบัติผิดพลาดได้เนื่องจากความไม่คุ้นเคย หรือการสั่งใช้ยาที่ไม่คุ้นเคยทั้งขนาด วิธีใช้และข้อบ่งใช้

เมื่อใดก็ตามที่มีการเขียนใบสั่งยา ผู้เขียนต้องอ่านตรวจสอบให้ถี่ถ้วนก่อนเสมอเพื่อให้ใบสั่งยา มีความถูกต้อง สมบูรณ์ ความหมายชัดเจน ปราศจากจุดบกพร่องที่จะทำให้ผู้รับคำสั่ง

แปลความหมายผิดไปหรือไม่ และสิ่งสำคัญคือต้องเขียนด้วยลายมือที่ผู้อื่นอ่านได้ง่าย

1.5 ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษาทำให้การเลือกใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายป่วยหลายโรคจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์หลายสาขา บางครั้งแพทย์มิได้อ่านประวัติผู้ป่วยโดยละเอียดจึงอาจสั่งยาซ้ำกับแพทย์สาขาอื่นให้ผู้ป่วยรายเดียวกัน หรือยาที่แพทย์แต่ละสาขาสั่งอาจเกิดอันตรกิริยากันได้ เช่นมีการเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยากันโดยที่แพทย์ไม่มีโอกาสทราบ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงเป็นข้อผิดพลาดที่ทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจโดยไม่จำเป็น แม้ว่าการตรวจโรคจะมีการนำเวชระเบียน (Medical record) มาใช้เป็นข้อมูลการรักษาทุกครั้งแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบที่มีความคลาดเคลื่อนในการสั่งยารักษาโรคแก่ผู้ป่วยอยู่เนือง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีเวลาจำกัดในการตรวจรักษาผู้ป่วย และบางโรงพยาบาลแพทย์ไม่มีผู้ช่วยซักถามประวัติหรือสอบถามจากเวชระเบียน

สิ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาอีกประการหนึ่งคือ คุณภาพของเวชระเบียน (Medical record) หากเวชระเบียนมีความบกพร่อง อ่านยาก และขาดการบันทึกอย่างสมบูรณ์ อาจทำให้แพทย์ขาดข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนั้นได้ ดังนั้น Joint Commission on the Accreditation Hospitals (JCAH)* แห่งสหรัฐอเมริกา จึงได้กำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับเวชระเบียนขึ้น โดยมีใจความว่า "เวชระเบียน จะต้องเป็นเอกสารปกปิดที่มีการเก็บรักษาตามกฎหมาย จะต้องประกอบด้วยรายงานการรักษาที่ครบถ้วนถูกต้องแน่นอน เชื่อถือได้ และอ่านได้ชัดเจน" ทั้งนี้เพื่อให้สะดวกต่อการใช้ในคราวต่อไป หรือใช้ในการศึกษา ทบทวนและประเมินผลการรักษาซึ่งแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย (14, 21)

ในอดีตที่ผ่านมาเรามักมองข้ามปัญหาความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาที่เกิดจากแพทย์ไป และพยายามลดข้อผิดพลาดในการใช้ยาเฉพาะส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรเท่านั้น แต่ปัจจุบันมีรายงานว่า การวินิจฉัยโรค การสั่งการรักษาด้วยยา การกำหนดขนาดการใช้ยาของแพทย์ มีส่วนทำให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยาได้เสมอ

* Joint Commission on the Accreditation Hospitals (JCAH) คือคณะกรรมการควบคุมมาตรฐานโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับงานบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลซึ่งรวมทั้งงานเภสัชกรรมบริการด้วย

2. สาเหตุเนื่องจากการจ่ายยา ของ ฝ่ายเภสัชกรรม

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาของ ฝ่ายเภสัชกรรมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ
ดังต่อไปนี้คือ

2.1 เภสัชกรไม่มีโอกาสได้อ่านคำสั่งการใช้ยาของแพทย์สำหรับผู้ป่วยโดยตรง
แต่ได้อ่านจากข้อความคำสั่งซึ่งพยาบาลคัดลอกลงในใบสั่งยาและนำมาใช้แทนใบสั่งยา ดังนั้นหาก
มีการคัดลอกคำสั่งใช้ยาคลาดเคลื่อนซึ่งเภสัชกรไม่อาจตรวจพบได้ จึงอาจทำให้เภสัชกรจ่ายยาผิด
ไปจากความประสงค์ของแพทย์ผู้สั่งได้

2.2 การจ่ายยาโดยปราศจากประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Medication
Profile) ทำให้เภสัชกรไม่ทราบข้อมูลด้านภาวะบกพร่องของสุขภาพ โรคเรื้อรังประจำตัวของ
ผู้ป่วย และอื่น ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการใช้ยา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้เกิดความผิดพลาด
ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย ด้วยเภสัชกรจะต้องตรวจสอบ
ใบสั่งยาของผู้ป่วยทุกคนกับประวัติการใช้ยาที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีอยู่ หากพบปัญหาระหว่างใบสั่งยา
กับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย เภสัชกรจะต้องแก้ปัญหาก่อนที่จะจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย (12)

2.3 ความคลาดเคลื่อนเกิดจากการเขียนฉลากยา ยาทุกขนานที่จ่ายออกไปจากฝ่าย
เภสัชกรรมต้องติดฉลากอย่างถูกต้องโดยระบุชื่อและขนาดของยา วิธีใช้ยาที่ชัดเจน พร้อมทั้งฉลาก
ช่วยที่จำเป็นต้องมีสำหรับยาขนานนั้น ๆ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากฉลากยามักอยู่ในลักษณะการ
เขียนฉลากไม่ชัดเจน (ไม่พิมพ์ฉลาก) เขียนฉลากผิด ข้อความในฉลากไม่สมบูรณ์ ไม่มีฉลากช่วย
เป็นต้น

2.4 เภสัชกรขาดความคุ้นเคยกับชื่อการค้า รูปแบบ ความแรงของยา และ
ขาดความรอบคอบในการตรวจสอบความถูกต้องเมื่อจ่ายยาเสร็จทำให้จ่ายยาผิดคิดว่าเป็นยาชนิดเดียว
กัน การอ่านใบสั่งยาหรือรับฟังคำสั่งยาดังกล่าวจากแพทย์ผิดก็เนื่องมาจากความไม่คุ้นเคยกับชื่อ
ผลิตภัณฑ์ยาเช่นกัน

2.5 จ่ายยาผิดจากใบสั่งยา เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งใช้พนักงาน
เภสัชกรรมหรือผู้ช่วยเภสัชกรทำหน้าที่บางอย่างแทนเภสัชกรเช่น เขียนฉลากยา การจ่ายยา การ
บรรจุยา และเภสัชกรมิได้ตรวจควบคุมอย่างละเอียดรอบคอบ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้เสมอ

ฉะนั้นเภสัชกรต้องรับผิดชอบดูแลควบคุมการทำงานของพนักงานดังกล่าวอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้เภสัชกรยังต้องรับผิดชอบการฝึกฝนอบรมให้ความรู้ด้านเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและให้คำแนะนำที่ดีสำหรับการทำงานด้วย (14)

2.6 การจ่ายยานอกเวลาทำการโดยไม่มีเภสัชกรควบคุม พนักงานเภสัชกรรมบางคนอาจขาดความรอบคอบในการปฏิบัติงานทำให้จ่ายยาผิดพลาดได้ ในกรณีมีปัญหาในใบสั่งยาและไม่มีเภสัชกรให้คำปรึกษาแก้ปัญหา พนักงานต้องแก้ปัญหาด้วยตนเองซึ่งไม่อาจทราบได้ว่าถูกต้องหรือไม่หรือไม่

3. สาเหตุจากพยาบาลผู้บริบาลยาแก่ผู้ป่วย

โดยที่พยาบาลจะต้องคัดลอกคำสั่งการใช้ยาของแพทย์จากเวชระเบียนผู้ป่วยลงในบัตรให้ยา แล้วจึงนำไปจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยแต่ละมือ ดังนั้นความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาจึงมักเกิดขึ้นได้ดังนี้

3.1 การอ่านหรือฟังหรือคัดลอกคำสั่งแพทย์ผิดไปจากที่แพทย์สั่งลงในบัตรให้ยาของพยาบาลเป็นเหตุให้การบริบาลยาคคลเคลื่อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด ผิดขนาด ฯลฯ

3.2 พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับยาด้านชื่อผลิตภัณฑ์ รูปแบบ ความแรง ทำให้การบริหารยาผิด

3.3 พยาบาลให้ยาแก่ผู้ป่วยผิดคนเนื่องจากมิได้ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยให้แน่ชัด

3.4 รายงานการบริหารยาแก่ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยครั้งกว่าที่ควร

3.5 พยาบาลปล่อยให้ผู้ป่วยกินยาเอง ทำให้ผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงไม่กินยา

4. สาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับยาจากฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อนำกลับไปใช้เองที่บ้านมีโอกาสที่จะใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องได้มาก จากการศึกษาของ Madden, E.E. Jr. พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาจากหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใช้ยาไม่ถูกต้องหรือหยุดยาก่อนกำหนดมีปริมาณถึงร้อยละ 50 (22)

นอกจากการศึกษาของ Madden แล้ว ได้มีผู้รวบรวมความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาซึ่งมีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยไว้อีกหลายรายดังเช่น นายแพทย์วิลสัน (Wilson, J.T.) ได้ประมวลไว้ดังนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 34 มิได้ใช้ยาเพนนิซิลินที่แพทย์สั่งให้สำหรับการป้องกันไข้รูมาติก ผู้ป่วยมีครรภ์ร้อยละ 30 ไม่รับประทานยาวิตามินบำรุงครรภ์ตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยโรคจิตใช้ยาตามแพทย์สั่งเพียงร้อยละ 48 ผู้ป่วยเด็กที่ต้องกินยาไดเฟนิลไฮแดนโตอิน (Diphenylhydantoin) มีเพียงร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่กินยาตามแพทย์สั่ง และในกลุ่มผู้ป่วยวัยโรคมีร้อยละ 31 ที่ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (23)

การที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร และเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์อีกครั้งแพทย์มักลงความเห็นว่ายาขนานนั้นหรือขนาดใช้นั้นไม่ได้ผล และแพทย์อาจเริ่มต้นวินิจฉัยโรคใหม่หรืออาจเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้นหรือเปลี่ยนยาขนานใหม่ ทำให้การรักษาโรคซึ่งเดิมถูกต้องอยู่แล้วกลายเป็นความคลาดเคลื่อนไป การเพิ่มขนาดยาขึ้นจะทำให้มีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น อัตราการเสี่ยงต่อพิษของยามากขึ้น และการเปลี่ยนยาขนานใหม่จะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่ายาขนานเดิมและยังมีอาการข้างเคียงและพิษมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์อีกด้วย (7) คำแนะนำการใช้ยาจากแพทย์ ฉลากแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร และความเข้าใจในคำแนะนำการใช้ของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญต่อการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง Stewart กล่าวว่า "การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่งได้ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในระบบรักษาสุขภาพ (Health care system)" (24) มีรายงานการศึกษาที่แสดงว่า หากได้พัฒนาความรู้เรื่องยาให้แก่ประชาชนจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องมากขึ้น (25)

ในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรณรงค์เป็นอันมากเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ได้พบว่ามียาเป็นจำนวนมหาศาลที่แพทย์สั่งให้แก่ผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยมิได้บริโภคให้เกิดประโยชน์ จึงนับว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมาย (26) การรักษาบำบัดสมัยใหม่มีวิธีการใช้ยาอย่างซับซ้อนเพื่อให้มีประสิทธิภาพการรักษาสูงขึ้น จึงอาจมีอันตรายจากยามากขึ้น หากผู้ป่วยไม่เข้าใจในกลยุทธการสั่งใช้ยาของแพทย์และจำเป็นต้องนាំยาไปใช้เองที่บ้านโดยแพทย์ก็ไม่มีเวลามากพอที่จะอธิบายรายละเอียดในเรื่องนี้แก่ผู้ป่วย จึงพบว่าผู้ป่วยมิได้ใช้ยาที่แพทย์สั่งอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (27)

Stewart และ Cluff ได้แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 20-82 ที่ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และมีอันตรายต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 4-35 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (28, 29) จากการศึกษาหลายเอกสารพบว่า ร้อยละ 1.7 - 4.5 ของผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นโรคอันเนื่องมาจากพฤติกรรมยาของยา(30) และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยประเภทนี้มีสาเหตุมาจากการใช้ยาซึ่งมีฉลากไม่สมบูรณ์ และมีภาชนะบรรจุยามากกว่าร้อยละ 22 ที่มีฉลากยาไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในอัตราสูงได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการใช้ยาซึ่งมีฉลากยาไม่สมบูรณ์จะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยประเภทเดียวกัน แต่ได้รับยาที่มีฉลากยาสมบูรณ์ (29)

การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยเป็นปัญหาใหญ่ด้านสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยไม่ต้องการทราบวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องแต่จะใช้ยาตามความพอใจของตนมากกว่า (31) เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำอาจเป็นเพราะลืม ไม่สนใจฟัง ขณะที่แพทย์แนะนำ เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อแพทย์ ได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องยา เข้าใจคำแนะนำผิด ความซับซ้อน(Complexity) ของวิธีการใช้ยาที่แพทย์กำหนดซึ่งอาจจะเป็นจำนวนยาที่ต้องใช้ร่วมกันหรือจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาในแต่ละวัน ฉลากยาไม่สมบูรณ์หรือบางครั้งอ่านไม่ชัดเจน การใช้ยาเกิดข้อยุ่งยากรบกวนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เหตุผลทางจิตใจและอารมณ์ อาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทนหรือทนไม่ได้ (24,25,26,30) นอกจากนี้จะมีลักษณะประชากรมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น สถานภาพสมรส อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ การศึกษา ฐานะ สังคม อาชีพ รายได้ ศาสนา (24,32)

ผู้ป่วยส่วนมากมักได้รับคำอธิบายไม่เพียงพอในเรื่องวิธีใช้ยา การเก็บรักษายา อาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติระหว่างการใช้ยาที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยจึงมักจะใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิภาพและยังอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับยาในการรักษาโรคของตนเองในแง่ต่าง ๆ 8 ประการดังนี้ 1) สรรพคุณของยาที่ใช้ 2) ชื่อยาที่ใช้ 3) เวลาและวิธีที่จะใช้ยา 4) ระยะเวลาที่ต้องใช้ยา 5) ปริมาณยาสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถรับได้ใน 1 วัน โดยไม่เกิดพิษจากยา 6) อาการข้างเคียงของยา 7) ข้อหลักเสี่ยงในการใช้ยา และ 8) วิธีเก็บรักษายาที่ปลอดภัย (33,34,35,36)

ผู้ป่วยสูงอายุจะมีปัญหาในการใช้ยามากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยวัยนี้มักจะมีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค (3 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค) (4) ทำให้ต้องใช้ยามากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป ซึ่งทำให้การใช้ยาซับซ้อนและยุ่งยากลำบากขึ้น ทำให้การใช้ยาอย่างถูกต้องเป็นไปได้ยาก การใช้ยาในการรักษาโรคเรื้อรังกว่าจะเห็นผลต้องใช้เวลา นาน ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจจึงมักจะหยุดยาก่อนกำหนด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังชนิดไม่มีอาการแสดงแต่จำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำอย่างเช่น โรคความดันโลหิตสูงจะพบการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเพิ่มมากขึ้น (32) จากการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมักจะใช้ยามากหรือน้อยเกินไปหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอและมักเกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากอันตรกิริยาของยาได้ง่ายกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (4) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุยังมีปัญหาเกี่ยวกับการฟังทำให้ได้ยินแพทย์พูดไม่ถนัด ปัญหาเกี่ยวกับสายตาทำให้อ่านฉลากยาได้ไม่ชัดเจน เห็นเม็ดยาเป็นชนิดเดียวกันหมด ทำให้แยกขนาด รูปร่าง และสีของยาลำบาก (37) ความจำเสื่อมทำให้ลืมกินยาได้ง่าย สิ่งเหล่านี้เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดได้บ่อยครั้งที่สุด (30) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องใช้ยาเป็นประจำ การใช้ยาที่มีราคาสูงทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และเนื่องจากรายได้จำกัด ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการสิ้นเปลืองมากจึงใช้ยาน้อยม็อกกว่าที่แพทย์สั่งหรือหยุดยาก่อนกำหนดเพื่อเก็บยาไว้ใช้ในคราวต่อไปหรือบางครั้งไม่ยอมซื้อยาที่แพทย์สั่ง (38) ปัญหาเรื่องราคายานี้อาจแก้ไขได้โดยการเขียนใบสั่งยาภายใต้ชื่อสกุลของยา จะช่วยให้เภสัชกรสามารถเลือกจ่ายยาของบริษัทที่มีราคาประหยัดให้ผู้ป่วยได้ (36)

การใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุควรจะต้องมีความระมัดระวังดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษา มีรายงานพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งป่วยจากปฏิกิริยาของยามีอายุมากกว่า 60 ปี (39) ด้วยสาเหตุดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุใช้ยาคลาดเคลื่อนจากแพทย์สั่งมาก จึงควรต้องพิจารณากำจัดสาเหตุเหล่านี้เป็นกรณีไป ตัวอย่างดังกรณีต่าง ๆ ในตารางต่อไปนี้ (38)

สาเหตุ	การกำจัดสาเหตุ
การฟัง	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรควรพูดด้วยเสียงดังชัดเจน และช้ากว่าปกติ ○ มองคูปหน้าผู้ป่วยโดยตรง
สายตา	<ul style="list-style-type: none"> ○ ต้องพิมพ์หรือเขียนฉลากยา และคำแนะนำการใช้ยาด้วยอักษรตัวโตและทึบชัดเจน ○ ใช้ระบบสีช่วยในการเขียนฉลากยาเพื่อความเด่นชัดของตัวอักษร
ความจำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ให้คำแนะนำการใช้ยาค่อย ๆ ควบคู่ไปกับตอบคำถามที่ผู้ป่วยข้องใจจนกระทั่งแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจดี ○ แบนไบแทรกแนะนำการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนในระหว่างการใช้อยาที่บ้าน
ความซับซ้อนของวิธีใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> ○ เขียนชื่อและสรรพคุณยาบนฉลากยา ○ เขียนฉลากยาคด้วยสำนวนภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย ○ แพทย์ควรใช้น้อยขนาดที่สุดเท่าที่จำเป็น ○ ฝ่ายเภสัชกรรมควรใช้ระบบบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
ขาดความรู้ในการใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> ○ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อยา สรรพคุณยา ระยะเวลาที่ต้องใช้ยาค่อย ๆ ว่าง และไบแทรก
ความเกรงใจหรือความกลัวแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> ○ จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นส่วนตัวกับแพทย์ ○ แพทย์ควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วยพอสมควรในการซักถาม
ราคา	<ul style="list-style-type: none"> ○ สั่งใช้ยาตามชื่อสกุล เพื่อให้โอกาสเภสัชกรจ่ายยาในราคาที่เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ○ แนะนำวิธีการรักษาโดยมิต้องใช้ยา (ถ้ามี) ○ แนะนำผู้ป่วยมิให้ใช้ยาโดยไม่จำเป็น

ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาล้วนมีสาเหตุมาจากบุคคลหลายฝ่ายจึงเป็นการยากที่จะวัดความคลาดเคลื่อน และตัวบุคคลเป็นอุปสรรคอันยิ่งใหญ่ในการศึกษานี้ เพราะความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนย่อมไม่เต็มใจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้กระทำ. ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเกรงกลัว ความผิดหรือเกรงจะเสียชื่อเสียงของตนเอง (16) ปี ค.ศ. 1961 Barker, K.N. และคณะ เริ่มศึกษาถึงปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาอย่างจริงจังด้วยการพัฒนาวิธีสังเกตการณ์โดยตรง (Direct observation) ขึ้นมาโดยมีเภสัชกรเป็นผู้สังเกตการณ์ร่วมกับพยาบาลและพยานคนอื่นคอยเฝ้าสังเกตการให้ยาแต่ละครั้งแก่ผู้ป่วยของพยาบาล เมื่อนำวิธีนี้มาใช้ศึกษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และ แคนาดา จากการเปรียบเทียบผลการศึกษาย่างคร่าว ๆ พบว่าจะเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้นขึ้น 1 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 คนใน 1 วัน โดยไม่เกิดความคลาดเคลื่อนชนิดให้ยาผิดเวลา (2)

Barker, K.N. และ Davis, N.M. กล่าวว่าการศึกษาการวัดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยานั้น จะมีตัวแปรอยู่มากมาย ฉะนั้นควรทำการศึกษารูปแบบต่อเนื่องและศึกษาจากหลาย ๆ แห่ง (2, 40)

วิธีการวัดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

มีวิธีพื้นฐานในการวัดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้ 3 วิธีคือ (3)

1. วิธีสังเกตการณ์ (Observation method)
2. วิธีรายงานด้วยตนเอง (Self-report method)
3. ศึกษาจากบันทึกที่มีอยู่

1. วิธีสังเกตการณ์ คือ วิธีการที่เภสัชกรเฝ้าสังเกตพยาบาลในขณะที่เตรียมยาและให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยต้องมีให้พยาบาลผู้ถูกสังเกตการณ์ทราบว่าตนกำลังถูกเฝ้าสังเกตอยู่ ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถวัดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้ค่อนข้างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง และหากมีการออกแบบการศึกษาย่างดี (3, 40) โดยไม่ให้พยาบาลมีโอกาสได้ทราบว่าตนกำลังถูกเฝ้าสังเกตการณ์เตรียมและให้ยาผู้ป่วยก็จะสามารถวัดผลของความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น แต่ถ้าการออกแบบการศึกษาไม่รัดกุมพอ การปรากฏตัวของผู้สังเกตการณ์จะมี

อิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลและกลายเป็นข้อเสียของวิธีนี้เป็นอย่างมาก ผลที่วัดได้จะไม่ตรงกับความจริง เพราะพยาบาลจะต้องระมัดระวังตัวเพิ่มมากขึ้นในขณะปฏิบัติหน้าที่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวัดความแม่นยำในการจ่ายยาของเภสัชกรโดย Guernsey, B.G. และคณะพบว่าการที่เภสัชกรรู้ตัวว่ากำลังถูกสังเกตการณ์อยู่นั้นไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด (41)

ตัวอย่างการศึกษาของ Barker, K.N. และ McConnell, W.E.

โดยให้เภสัชกรโรงพยาบาลฝึกหัด (Hospital Pharmacy Intern) เป็นผู้สังเกตการณ์ เภสัชกรเหล่านี้จะเข้าฝึกหัดงานในตึกผู้ป่วยตามหลักสูตรของเขา ในขณะเดียวกันเขาก็จะสังเกตการเตรียมและการให้ยาของพยาบาล ด้วยวิธีการปลอมตัวนี้ทำให้เภสัชกรฝึกหัดสามารถบันทึกชื่อ ขนาดของยาทุกตัว เวลาที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยจริง ๆ และชื่อผู้ป่วยที่ได้รับยาโดยพยาบาลไม่รู้ตัว เมื่อสิ้นสุดเวลาของการศึกษา เภสัชกรฝึกหัดก็จะนำบันทึกเหล่านี้ไปเปรียบเทียบกับคำสั่งแพทย์ หากพบว่ามีข้อแตกต่างไปจากคำสั่งแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาจะถือเป็นความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

วิธีการนี้ได้มีผู้นำไปใช้ประเมินผลคุณภาพของระบบการใช้ยาในโรงพยาบาลต่าง ๆ (2)

2. วิธีรายงานด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่อาศัยการรายงานความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่เกิดขึ้นโดยพยาบาลเองซึ่งมีต้องระบุชื่อผู้กระทำในรายงาน Barker, K.N. และ McConnell, W.E. ได้ออกแบบในรายงานที่เรียกว่า "Oops" ซึ่งย่อมาจากคำว่า One Object Patient Safety โดยให้พยาบาลผู้พบความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาเขียนรายงานลงในแบบฟอร์มนี้ อย่างไรก็ตามการรายงานโดยวิธีนี้ยังให้ผลไม่ใคร่ตรงกับความจริงนัก ดังปรากฏว่ามีการรายงานความคลาดเคลื่อนเพียง 36 ครั้ง (ร้อยละ 0.07) ในหนึ่งรอบปีที่มีการสังเกตการณ์ ซึ่งตามความคาดคะเนควรจะเกิดความคลาดเคลื่อนทั้งหมดประมาณ 51,200 ครั้ง/ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าพยาบาลไม่เข้าใจเกณฑ์การรายงานความคลาดเคลื่อนเพียงพอจึงสนใจรายงานเฉพาะความคลาดเคลื่อนที่คิดว่าเป็นอันตรายร้ายแรงเท่านั้น ส่วนความคลาดเคลื่อนประเภทไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยหรือให้ยาเร็วหรือช้าไปจากคำสั่งแพทย์จะรายงานมาน้อยหรือไม่รายงานเลย จึงสรุปได้ว่าการวัดความคลาดเคลื่อนโดยวิธีรายงานด้วยตนเองได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจนักนอกจากจะมีวิธีการกระตุ้นให้มีการรายงานที่เพียงพอ

3. วิธีศึกษาจากรายงานเก่า เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยอาศัยเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอยู่แล้ว มีลักษณะคล้ายวิธีที่สอง และผลที่ได้ไม่ใคร่ตรงกับความเป็นจริงเช่นเดียวกับวิธีที่ 2

วิธีตรวจสอบการใช้จ่ายตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย อาจกระทำได้โดยวิธีต่อไปนี้ (35,42)

1. การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ วิธีนี้ใช้กับยาชนิดที่ถูกขับออกทางปัสสาวะในปริมาณที่สัมพันธ์กับระดับยาในเลือด ดังนั้นเราจึงสามารถใช้การวัดปริมาณยาในปัสสาวะแทนการวัดระดับยาในเลือดได้ ผลที่ได้นำมาสรุปเป็นผลการตรวจสอบการใช้จ่ายตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยได้ สำหรับยาที่แตกต่างไปจากนี้ต้องอาศัยวิธีการวัดปริมาณยาในกระแสเลือดซึ่งเป็นการยุ่งยากและไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วย

2. การนับเม็ดยาที่เหลือ จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยกินเหลือหักออกจากจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับครั้งแรกจะเป็นจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้ใช้ไป ซึ่งจะนำมาคำนวณเพื่อวัดการใช้จ่ายตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยได้

3. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย กระทำโดยการสนทนากับผู้ป่วยถึงวิธีการใช้จ่ายของผู้ป่วยในวันหนึ่ง ๆ เมื่อพบพฤติกรรมการล้มกินยาหรือพฤติกรรมอื่น ๆ ก็จะทราบได้ว่าผู้ป่วยใช้จ่ายตามแพทย์สั่งหรือไม่ การสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับไหวพริบของผู้สัมภาษณ์และความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยอธิบายนิสัยการใช้จ่ายของตนเองอย่างเป็นความจริง (42) จากการศึกษาพบว่าวิธีนี้ไม่อาจเป็นวิธีที่เชื่อถือได้มากนักในการประเมินความคลาดเคลื่อนจากผู้ป่วย แต่รายงานของ Rickels, K. และ Hulka กล่าวว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดความคลาดเคลื่อนในการใช้จ่ายอย่างมาก และเป็นวิธีที่เชื่อถือได้ในการศึกษาการใช้จ่ายของผู้ป่วย (30)

พฤติกรรมกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วย

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วยในต่างประเทศจำนวนหลายการศึกษาวิจัยพบว่าการสรุปพฤติกรรมกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วยแตกต่างกัน บางรายงานสรุปว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 25 - 44 ปี มักจะให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายตามแพทย์สั่งน้อยเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะสนใจการทำงานมากกว่าสุขภาพของตนเอง และมักจะเป็นผู้ป่วยเล็กน้อยและไม่เรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 45 - 64 ปี จะสามารถให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายตามแพทย์สั่งได้

ดีขึ้นเนื่องจากมีความสนใจต่อสุขภาพของตนเอง เมื่อแพทย์หรือเภสัชกรอธิบายการใช้ยาให้ฟังจึงตั้งใจฟังและเข้าใจได้ดี สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปบางรายสรุปว่า มีความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่ำ เนื่องจากในชีวิตประจำวันไม่ต้องทำงานอะไรจึงหันมาสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น แต่บางรายงานกลับสรุปไว้ว่า มีความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองเหมือนไม้ใกล้ฝั่งอีกไม่นานก็ต้องตาย เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาจึงไม่ยอมรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ทำให้ผู้ป่วยต้องกินยาเป็นประจำ ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นไม้ใกล้ฝั่งมักเบียดเบียนต่อการกินยามากขึ้น (28, 35, 43) นอกจากนี้มีการศึกษาบางรายงานที่สรุปว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษาของผู้ป่วยกับความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่เกิดขึ้น (28) แต่การศึกษาของ Robinson, A.F. พบว่าผู้ป่วยเพศหญิง อายุระหว่าง 65 - 69 ปี นับถือศาสนาโปแตสแตนท์ การศึกษาค่ำกว่าระดับ 12 และอยู่ตามลำพังมีพฤติการณ์ก่อความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาก่อนข้างสูง (4) จากการศึกษาของ Lundin, D.V. และคณะ พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกับเพศ เผ่าพันธุ์ และสถานภาพสมรสของผู้ป่วยอยู่ในอัตราค่อนข้างต่ำ (30) Steinberg, S.K. พบว่าผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้มากมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีการศึกษาค่ำ เป็นโสดหรือหม้ายหรือแยกกันอยู่ และมีโรคเรื้อรังหลายโรค (37)

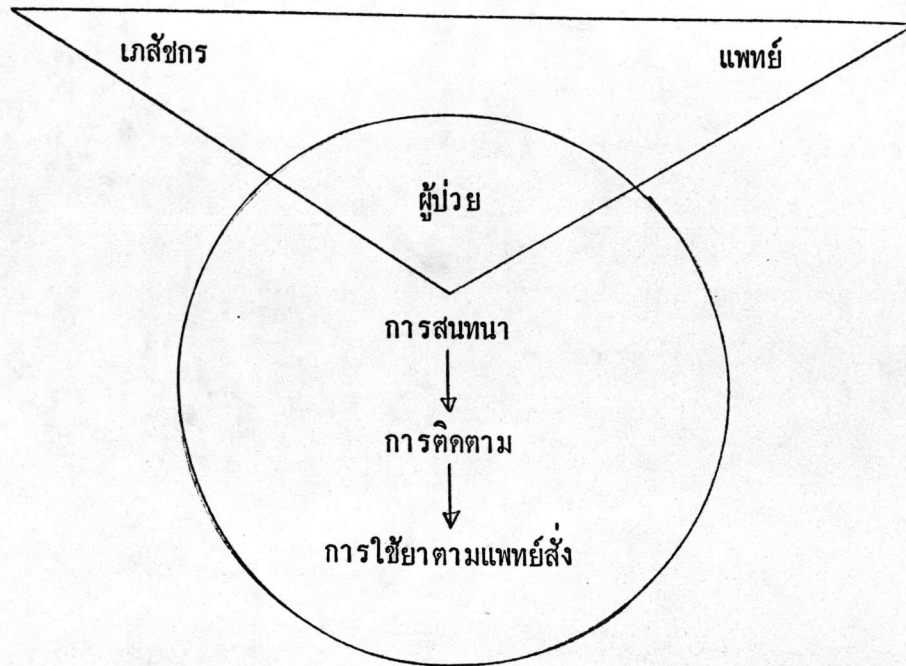
บางรายงานการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยกับความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย และความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยกับความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย แต่การศึกษาของ Stitt, R.P. และ Trinca, C.E. ไม่ได้ผลดังกล่าว (25) มีรายงานการศึกษาหนึ่งบ่งว่า หากมีการปรับปรุงวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยแล้วจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (34) Francke, D.E. กล่าวไว้ว่า "ปัญหาสำคัญในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาคือการขาดการสื่อสาร" (5) ฉะนั้นจึงเป็นความจำเป็นสำหรับแพทย์และเภสัชกรที่จะต้องอธิบายให้แก่ผู้ป่วยเข้าใจวิธีใช้ยาเพราะจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งดีขึ้น Malahy, B. และคณะ รายงานว่าความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกจากจะลดลงได้หากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง (22)

ความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการรักษาของผู้ป่วย

Brodie, D.C. กล่าวไว้ว่า "หน้าที่หลักของเภสัชกรปัจจุบันนี้ คือ การควบคุมการใช้ยา (Drug use control) ซึ่งการควบคุมการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพประการหนึ่ง คือ เภสัชกรต้องพยายามลดความคลาดเคลื่อนในการรักษาของผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยใช้ยาเองให้น้อยที่สุด" (43) Brands, A.J. ได้กล่าวว่า "หน้าที่ของเภสัชกรมิใช่เพียงปรุงยาและจ่ายยาตามใบสั่งยาให้ถูกต้องเท่านั้น แต่เภสัชกรควรเป็นผู้มอบยาให้แก่ผู้ป่วย และสละเวลาแก่ผู้ป่วยพอสมควรเพื่อให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา จนแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจทุกอย่างที่ควรระวังเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ดังนั้นแผนกเภสัชกรรมควรมีฉลากแนะนำการใช้ยาเพิ่มเติมพร้อมทั้งแนะนำเสริมด้วยวาจา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามพร้อมทั้งตอบปัญหาจนกระจ่างก่อน" (22) ในบางประเทศจะมีกฎหมายกำหนดให้เภสัชกรต้องแนบฉลากเตือนถึงข้อระวังอันตรายอันอาจเกิดจากการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยด้วย บางรัฐของสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายบังคับให้เภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมคำอธิบายวิธีการใช้ยา (44) กฎหมายดังกล่าวนี้ตราขึ้นมาเพื่อควบคุมการใช้ยาของประชาชนให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เภสัชกรในสหรัฐอเมริกา มีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อการรักษาของผู้ป่วย คือ (12)

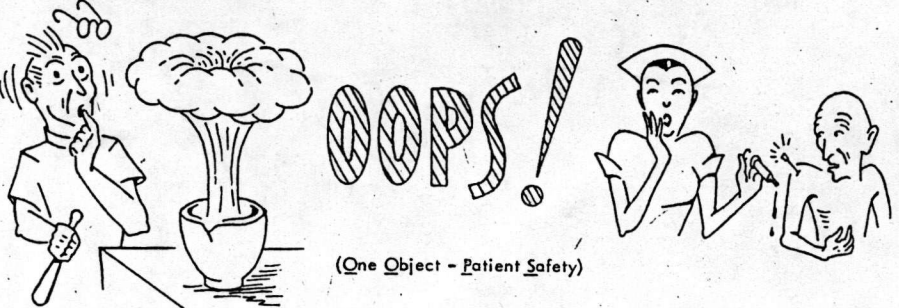
1. ป้องกันมิให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา และพยายามลดอาการข้างเคียงของยา
2. วัตถุประสงค์การรักษาคือยาที่ไม่เหมาะสมหรืออาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยให้ถูกต้อง
3. ทำนายและป้องกันพิษของยา
4. ส่งเสริมการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำในขณะที่ส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย

การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ เภสัชกร และผู้ป่วยเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการรักษาของผู้ป่วยลงได้ ดังแผนภูมิของ Boyd, J.R. และคณะ เสนอไว้ต่อไปนี้ (35)



ดังนั้นทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาให้ถูกต้องของผู้ป่วยและควรรจัดให้มีโครงการลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ต้องรายงานความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ดังตัวอย่างในภาพที่ 1

ANONYMOUS ERROR-IN-MEDICATION REPORT



(One Object - Patient Safety)

Date of Occurrence: _____ Area Involved: _____

NARRATIVE: Please give a complete story of the situation or occurrence. One easy way to include all the important facts in your report is to make sure you have answered the following questions.

1. What happened
2. Where
3. Why
4. How it might be prevented or corrected.

Use both sides of sheet if necessary and place in envelopes provided. No stamp, signature, or approval required.

ภาพที่ 1 แสดงภาพฟอร์มรายงานการเกิด ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของโรงพยาบาล ในสหรัฐอเมริกา (3)

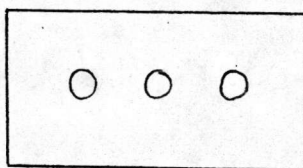
แนวทางการลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา

(1) คำแนะนำเพิ่มเติมจากเภสัชกร อาจกระทำได้หลายวิธี เช่น

- พิมพ์ใบแทรกแนะนำการใช้ยานั้น ๆ แยกให้ผู้ป่วยไปพร้อมกับยา (Written instruction)
- อธิบายการใช้ยาคำยวจาให้ผู้ป่วยอีกครั้ง (Verbal instruction) จนผู้ป่วยเข้าใจดี
- จัดทำภาพยนตร์ฉายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยขณะที่นั่งรอรับยา

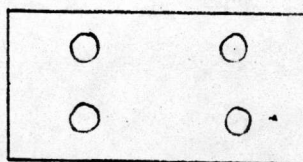
หรืออาจใช้หลายวิธีผสมกันได้ แต่วิธีที่นิยมคือ การพิมพ์ใบแทรกแนะนำการใช้ยา ควรใช้คำง่าย ๆ อ่านแล้วเข้าใจ ไม่สับสน ได้ใจความสมบูรณ์ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุควรจะมีการตัดแปลงวิธีเขียนฉลากยาให้ดูง่ายขึ้นดังภาพตัวอย่างข้างล่าง

สำหรับยาที่มีวิธีกินเป็น กินครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา จะเขียนฉลากยาเป็นดังนี้



ภาพที่ 2 ภาพแสดงฉลากยา (45)

ส่วนยาที่มีวิธีกินเป็น กินครั้งละ 2 เม็ด 2 เวลา จะเขียนฉลากยาเป็นดังนี้



ภาพที่ 3 ภาพแสดงฉลากยา (45)

BOLTON GENERAL HOSPITAL
28 Capsules Ampicillin 500 mg.
One at breakfast
One at lunchtime
One at teatime
One at suppertime
Take before/ with meals for seven days. Mrs XYZ. 2.6.79
KEEP OUT OF REACH OF CHILDREN

ภาพที่ 4 ภาพแสดงฉลากยา (26)

คำแนะนำปรึกษาที่เภสัชกรให้แก่ผู้ป่วย ไม่เพียงแต่เพิ่มมูลค่าของเภสัชกรเท่านั้น แต่ยังเป็นการใช้ความรู้ความสามารถของเภสัชกรให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้บทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับในคณะผู้บริการรักษาสุขภาพ (Health Care Team) อีกด้วย

(2) การลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากแพทย์ สามารถกระทำได้โดยแพทย์กำหนดวิธีใช้ยาให้ง่ายที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ ด้วยลดจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องกิน หรือลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องกินยาใน 1 วัน โดยแพทย์อาจใช้ยาที่ออกฤทธิ์เนิ่น (Long-acting/Sustained release dosage form) แทนได้

การตรวจผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น คลินิกไทรอยด์ เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง อาจใช้ใบสั่งที่มีชื่อยาและวิธีใช้พิมพ์ด้วยตรายางประทับไว้แล้ว แพทย์เพียงเติมชื่อผู้ป่วย จำนวนยาที่ต้องการและเซ็นชื่อกำกับ ก็จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการเขียนใบสั่งยาของแพทย์ลงได้ นอกจากนี้การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ ก็สามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วยลงได้เช่นกัน (36)

(3) การพัฒนาด้านเภสัชกรรมบริการและการบริหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาอย่างถูกต้อง มีหลายแนวทาง ดังนี้

3.1 ระบบการบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient medication profile system) มีการพิสูจน์แล้วว่า การที่เภสัชกรได้รู้พยาธิสภาพของผู้ป่วย จะมีประโยชน์ต่อการพิจารณา ขนาดของยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ หากเภสัชกรสังเกตว่าแพทย์สั่งขนาดยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย (26) จากการทดลองนำระบบนี้มาใช้ในแผนกเภสัชกรรมของโรงพยาบาล U.S. Beach Army มลรัฐเท็กซัส ภายหลังที่ได้ปรับปรุงระบบให้เหมาะสมดีแล้ว ปรากฏว่าแพทย์และเภสัชกรยอมรับว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีในการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (46)

ในบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจะมีข้อมูลอยู่ 2 ประเภทคือ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจะประกอบด้วย ชื่อ อายุ น้ำหนัก ประวัติทางสังคม นิสัยในการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การใช้ยาสามัญประจำบ้าน ประวัติการใช้ยาที่ผิดวิธี ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารอื่น ๆ ตัวอย่างบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยแสดงไว้ในภาพที่ 5 และ 6 เภสัชกรจะตรวจสอบบันทึกประวัติของผู้ป่วยเพื่อดูว่า ขนาดยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยเหมาะสมหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ โดยคำนวณจากน้ำหนักและอายุของผู้ป่วย ความถี่ในการใช้ยาเพื่อป้องกันพิษจากยาหรือใช้ยาไม่ได้ผล ปริมาณยาที่แพทย์สั่งจ่าย ยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ได้ อันตรกิริยาระหว่างยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่กับยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่ ข้อห้ามบางประการในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรใช้ยาชนิดน้ำเชื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจโตไม่ควรใช้ยาที่มีธาตุโซเดียม (12)

ประโยชน์ของการบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยนี้ คือช่วยให้เภสัชกรพิจารณาถึงอันตรกิริยาระหว่างยากับยาหรือยากับอาหาร ขนาดยา การแพ้ยา การรักษาซ้ำซ้อน ได้สะดวกขึ้น

3.2 โครงการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล (Medication discharge consultation program) อันเป็นส่วนหนึ่งของงานเภสัชกรรมคลินิก โครงการนี้เป็นวิธีที่วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การใช้ยาของผู้ป่วยถูกต้องขึ้น ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยเตรียมตัวออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักผ่อนหรือรักษาตัวเองต่อที่บ้าน เภสัชกรจะต้องขึ้นไปพบผู้ป่วยรายค้างกล่าวบนทอกผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำการใช้ยา วิธีปฏิบัติตนระหว่างการใช้ยา

<u>DOE</u> <u>123 W. Main St.</u> <u>Lexington, Ky. 40506</u> Phone: 341-2121 (H) John J. (W) Mary (1) Thomas J. 1-30-63 (2) Mary Jane 12-6-65					Allergies, Idiosyncracies, Chronic Diseases (H) Allergic to Sulfa (W) Glaucoma		
Date	Rx Number	Price	Physician	Pt.	Prescription	RPh	Ref left
1-4-73	124523	6.00	S.Smith	H	100 Robinul 1 mg. Tab. 1 qid	SS	5
1-10-73	125221	3.75	J.Jones	W	15cc. IsoptoCarpine 1% 1 gtt. RR eye bid	SS	5
1-29-73	124523	6.00	S.Smith	H	100 Robinul 1 mg. Tab. 1 qid	SS	4
2-12-73	128461	5.00	C.Cobb	2	120cc Ilosone 125 5cc q 6 h	CC	0
2-15-73	131455	3.50	S.Smith	W	24 Noctec Caps 0.5 Gm 1 hs	SS	2
2-15-73	131456	4.25	S.Smith	W	100 Meproamate 400 mg Tab itid	SS	2
3-2-73	124523	6.00	S.Smith	H	100 Robinul 1 mg. Tab. 1 qid	SS	3
3-2-73	133171	2.50	C.Cobb	1	120cc Benylin Expect. 5cc q 4 h	CC	3
3-4-73	125221	3.75	J.Jones	W	15cc IsoptoCarpine 1% 1 gtt. RR eye bid	SS	4

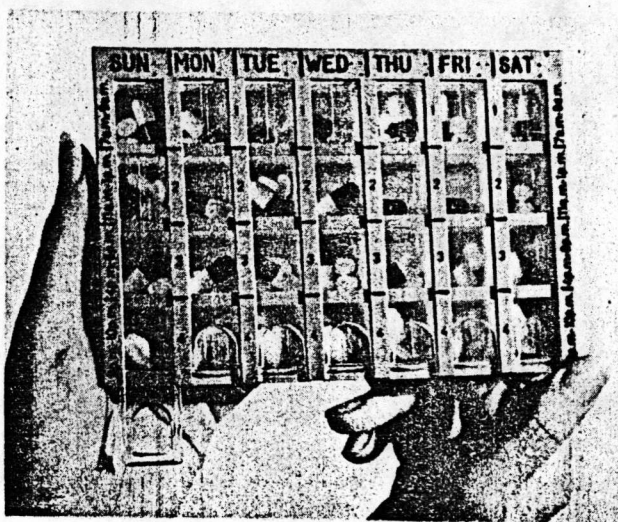
ภาพที่ 5 ภาพแสดงบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมดครบถ้วน (47)

<u>DOE, Mrs. John J. (Mary)</u> <u>123 W. Main St.</u> <u>Lexington, Ky. 40506</u> Phone: 341-2121					Allergies, Idiosyncracies, Chronic Diseases Glaucoma		
Date	Rx Number	Price	Physician	Pt	Prescription	RPh	Ref Left
1-10-73	125221	3.75	J. Jones		15cc. IosptoCarpine 1% 1 gtt. aa eye bid	JS	5
2-15-73	131455	3.50	S. Smith		24 Noctec Caps. 0.5Gm. 1 hs	SS	2
2-15-73	131456	4.25	S. Smith		100 Meproamate 400 mg Tab 1 tid	SS	2
3-4-73	125221	3.75	J. Jones		15cc IsoptoCarpine 1% 1 gtt. aa eye bid	JS	4

ภาพที่ 6 ภาพแสดงบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะราย (47)

พักผ่อนและใช้ยาที่บ้าน และอื่น ๆ พร้อมทั้งจัดยาตามคำสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน (29, 35)

3.3 คัดแปลงภาชนะบรรจุยาให้เกิดความสะดวกในการใช้ โดยการจัดยาไว้เป็นม็อดจตั้งตัวอย่างที่แสดงไว้ในภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ภาพแสดงภาชนะบรรจุยา (32)

แนวความคิดนี้ได้จาก ปี 1961 Moulding, T. ได้นำเอาวิธีปฏิทินมาใช้ในการกินยาเม็ดคุมกำเนิดดังที่พบเห็นโดยทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา หลังจากนั้นบริษัทยาหลายบริษัทได้ผลิตภาชนะบรรจุยาประเภทนี้ออกมาจำหน่าย ได้แก่ Dosepak และ Alternate Daypak ของบริษัทอัลจอร์ทัน, QID Strep-pak ของบริษัทไวเอ็ท และ Flexidose-Pak ของบริษัทสควิปป์(32)

จากการทดลองใช้ภาชนะบรรจุยาประเภทนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากยอมรับ เพราะทำให้หยิบใช้ยาได้สะดวก ป้องกันการลืมหรือกินยาซ้ำได้ สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนผู้ป่วยให้กินยาได้ ข้อเสียของภาชนะชนิดนี้คือ ราคาแพงและเปลืองเนื้อที่ในการเก็บ เนื่องจากมีขนาดไม่กระทัดรัด (32)

3.4 การฝึกอบรมพนักงานเภสัชกรรมและผู้ช่วยเภสัชกรให้มีมาตรฐานดีขึ้น ในสหรัฐอเมริกา สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลอเมริกัน (ASHP) ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกอบรมช่วยทำหน้าที่บางอย่างแทนเภสัชกร จึงได้ตรามาตรฐานการทำงานของพนักงานเภสัชกรรมขึ้น

มาตรฐานเหล่านี้มุ่งให้พนักงานมีความเข้าใจ โครงสร้างการทำงานของแผนกเภสัชกรรม กำหนดขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของพนักงาน ตลอดจนมีหลักสูตรเสริมความรู้ความสามารถในการคำนวณด้านเภสัชกรรมอย่างง่าย ๆ ความสามารถทำงานในหน้าที่จัดซื้อยาและงานควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ความรู้เกี่ยวกับขนาดยาและวิถีทางให้ยา ระบบการจ่ายยาแบบหนึ่งหน่วยของขนาดให้ยา การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย โดยพนักงานจะต้องปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิดของเภสัชกร (48)

3.5 การเลือกซื้อยาจากบริษัทต่าง ๆ หากเป็นยวขนานเดียวกันควรเลือกซื้อยาที่มีขนาด รูปร่าง และสีใกล้เคียงกัน และถ้าเป็นยาคนละขนานคงเลือกซื้อยาที่สามารถจำแนกออกจากยวขนานอื่นได้ง่าย โดยเฉพาะภาชนะภายนอกที่บรรจุควรจะแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด (14, 49)

3.6 การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และต้องใช้อยาระยะยาวเป็นระยะ จะช่วยให้การให้ยาตามสั่งดีขึ้นได้ ในการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่ใช้นาโดเฟนิลไฮแดนโดอิน เป็นประจำ หลังจากทีเภสัชกรนำโครงการนี้มาใช้ พบว่า มีการให้ยาตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 85 (23)

3.7 การแยกห้องจ่ายยาออกเป็นหน่วยย่อย ๆ ตามแผนกตรวจโรคจะช่วยลดจำนวนรายการยาในแต่ละหน่วยจ่ายยาลงได้มาก ทำให้พนักงานมีความรู้และความคุ้นเคยต่อยาแต่ละขนานมากขึ้น

3.8 ควบคุมการเก็บรักษายาเสพติด ยานอนหลับ แอมเฟตามีน และยาพิษ ไว้เฉพาะที่ในตู้ใส่กุญแจ ยาเสพติดที่เก็บไว้ตามตึกผู้ป่วยควรมีปริมาณน้อยเท่าที่จำเป็น (50)

3.9 ระบบการจ่ายยาแบบหนึ่งหน่วยการให้ยา เป็นระบบการจ่ายยาแบบใหม่ที่สามารถลดปริมาณและชนิดของยาที่เก็บไว้ประจำตึกผู้ป่วย และทำให้เภสัชกรได้อ่านคำสั่งแพทย์ตัวจริงหรือสำเนาแทนที่จะเป็นใบสั่งยาที่พยาบาลคัดลอกมา จะทำให้เภสัชกรสามารถตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาได้มากขึ้น มีการศึกษาวิจัยหลายครั้งที่ยกแบบเพื่อพิสูจน์ให้เห็นว่าประสิทธิภาพของระบบนี้สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาได้ จากการศึกษาของมหาวิทยาลัย Arkansas พบว่า เมื่อนำระบบนี้มาใช้แล้วสามารถลดความคลาดเคลื่อนได้เหลือ

ร้อยละ 1.9 Hynniman, C.E. และ Parker, P.E. ได้กล่าวว่า "การวัดการทำงานของระบบการจ่ายยาอันเดียวที่สำคัญคือ การพิจารณาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา" และ Price, E.M. กล่าวว่า "ระบบการจ่ายยาที่อันตรายที่สุดคือ การให้พยาบาลเป็นผู้แปลคำสั่งแพทย์ แล้วเลือกยาจากตู้ยาที่ประจำบนตึกให้แก่ผู้ป่วย" (8, 20, 41)

3.10 บริการผสมตัวยาที่ให้โดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ (Intravenous admixture service) โดยเภสัชกรจะเป็นผู้ผสมยาลงในยาน้ำปริมาณมาก (Large volume parenteral) ตามคำสั่งแพทย์ แล้วส่งไปยังตึกผู้ป่วย ให้พยาบาลเป็นผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วย จะเป็นการช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้มาก (20)

3.11 การนำเอาเครื่องคอมพิวเตอร์มาใช้ในงานเภสัชกรรม เช่น การควบคุมคลังยา การคิดราคา ยา จะช่วยแบ่งเบาภาระของเภสัชกร ทำให้เภสัชกรทำหน้าที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ดีขึ้น (5)

อย่างไรก็ตามไม่มีวิธีไหนที่ดีที่สุดสำหรับทุก ๆ โรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความพร้อม ความสะดวก และความเหมาะสมของโรงพยาบาล เภสัชกรต้องพิจารณาเลือกวิธีต่าง ๆ มาคัดแปลงใช้งานให้เหมาะสม