

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โครงการให้คำแนะนำ เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์
จากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ณ ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลสิรินธร

เสนอโดย

นางสาวณัฐกานต์ ไพรัตน์นกร

ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 254)

กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การประสานรายการยา (medication reconciliation) เป็นกระบวนการที่จะทำให้ได้มาซึ่งรายการยาที่ผู้ป่วยใช้จริงก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ได้รายการยาที่ครบถ้วนและถูกต้องตามที่แพทย์สั่งและที่ผู้ป่วยใช้จริง รวมไปถึงรายการยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เองด้วย เช่น วิตามิน สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ฯลฯ การประสานรายการยาควรทำตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ย้ายหอผู้ป่วย จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ควรทำเพียงขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนหน่วยให้การดูแล

การประสานรายการยา มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. Verification การรวบรวมรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. Clarification การสอบถามผู้ป่วย/ญาติว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างไร ใช้ยาอย่างถูกต้องหรือไม่ ในขั้นตอนนี้ควรสอบถามข้อมูลว่า ผู้ป่วยรับประทานยาครั้งสุดท้ายเมื่อใด ยาอะไรบ้าง ขนาดเท่าไร
3. Reconciliation เป็นการเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการยาเดิมที่ได้จากการดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 หากมีการเปลี่ยนแปลงรายการยา ควรทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผล หากพบว่ามีเปลี่ยนแปลงของรายการยาโดยไม่ระบุเหตุผล เภสัชกรหรือผู้ทำหน้าที่ประสานรายการยาควรทวนสอบกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาอีกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน จะต้องมีการประสานรายการยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยกลับบ้านกับรายการยาขณะนอนโรงพยาบาล
4. Transmission การสื่อสารรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับล่าสุดกับหน่วยงานใหม่ที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป เช่น กรณีย้ายหอผู้ป่วย หรือย้ายสถานพยาบาล และสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกรณีผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน โดยเภสัชกรต้องมีการจัดทำสรุปรายการยาล่าสุดส่งให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยจะไปรับบริการต่อไป ตลอดจนเก็บไว้ในเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งต่อไปด้วย

นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน (discharged counseling) เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งหลังจากที่ทำสรุปรายการยาล่าสุดและจัดยาให้ผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว โดยเภสัชกรจะต้องเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจการใช้ยา โดยเฉพาะรายการยาที่มีการเปลี่ยนแปลงชนิด ขนาด หรือวิธีบริหารยา เพื่อป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่เภสัชกรต้องดำเนินการเองเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยา

ได้อย่างถูกต้อง ได้ผลการรักษาตามเป้าหมาย และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ⁽¹⁾

ปัญหาการใช้ยา (drug related problems: DRPs)

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC ได้ให้ความหมายของปัญหาการใช้ยาไว้ว่า “เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือสงสัยว่าเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรบกวนการบรรลุเป้าหมายของการรักษา และต้องการการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพในการแก้ไขปัญหา” โดยแบ่งประเภทของปัญหาการใช้ยาเป็น 7 ประเภท ดังนี้⁽²⁾ (สาเหตุของปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภทแสดงในภาคผนวก ก)

1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (unnecessary drug therapy)
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับยาเพิ่มเติม (needs additional drug therapy)
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับผลอย่างเต็มที่จากยาที่แพทย์สั่งจ่าย (ineffective drug)
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป (dosage too low)
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction)
6. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป (dosage too high)
7. ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษา (non adherence)

การแก้ไขปัญหาการใช้ยาของเภสัชกร (pharmacy interventions)

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC ได้แบ่งประเภทการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของเภสัชกรเป็น 2 ประเภท ซึ่งแต่ละประเภทมีวิธีการ ดังนี้⁽²⁾ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงประเภทและวิธีการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของเภสัชกร (pharmacy interventions)

ลำดับ	ประเภทการแก้ไข้ปัญหา	วิธีการแก้ไข้ปัญหา
1	การเสนอแนะแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแผนการใช้ยา เพื่อแก้ไข้/ขจัดปัญหาการใช้ยา	1.1 เพิ่มรายการใหม่สำหรับรักษา 1.2 เปลี่ยนขนาดยาและวิธีการใช้ยา 1.3 เปลี่ยนยาที่ใช้รักษา 1.4 หยุดยา 1.5 เพิ่มการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ
2	การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการแก้ไข้/ขจัดปัญหาการใช้ยา	2.1 แนะนำวิธีการใช้ยาที่เหมาะสม 2.2 ลดอุปสรรคในการเข้าถึงยาของผู้ป่วย 2.3 เพิ่มรายการใหม่สำหรับการรักษา 2.4 เปลี่ยนยาที่ใช้รักษา 2.5 เพิ่มแผนการติดตามผู้ป่วย

ลำดับ	ประเภทการแก้ไขปัญหา	วิธีการแก้ไขปัญหา
		2.6 หยูดยา 2.7 มออบอุปรณ์การบริหารยาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

ความไม่ต่อเนื่องทางยา (medication discrepancy)

หมายถึง ความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาใหม่ของแพทย์กับยาที่ผู้ป่วยมีการใช้เดิม โดยอาจเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ (intentional discrepancy) คือ กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีประวัติการได้รับ ยาด้านลิ่มเลือด (anticoagulant) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด แพทย์จึงตัดสินใจหยุดยานี้ก่อนการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนโดยตั้งใจและถูกต้องตามหลักวิชาการ ดังนั้น จึงไม่จัดว่าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ แต่ไม่มีการบันทึก (undocumented intentional discrepancy) คือ กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา แต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารที่ชัดเจน แม้ไม่ใช่ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

3. ความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ (unintentional discrepancy) คือ กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งจัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา⁽³⁾

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สาระสำคัญของเรื่อง

โรงพยาบาลสิรินธร เป็นโรงพยาบาลขนาด 379 เตียง ประกอบด้วย หอผู้ป่วย 19 หอ และมีแนวโน้มที่จะขยายเพิ่มขึ้นในอนาคต เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบัน ระบบการจ่ายยากลับบ้านของห้องยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิรินธร มีขั้นตอนดังนี้ เมื่อแพทย์สั่งจำหน่ายผู้ป่วย และส่งยากลับบ้าน เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะทำหน้าที่บันทึกการยาตามคำสั่งแพทย์ลงในระบบคอมพิวเตอร์ ส่งให้เจ้าหน้าที่จัดยา จากนั้นเภสัชกรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบยา ทำการตรวจสอบความถูกต้องของยา หากพบปัญหาจากการสั่งยา เภสัชกรจะทวนสอบกับพยาบาลเพื่อสอบถามแพทย์อีกครั้ง ในขั้นตอนการส่งมอบยา เภสัชกรที่ทำหน้าที่จ่ายยา อธิบายวิธีใช้ยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นขั้นตอนสุดท้าย

กระบวนการประสานรายการยา เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในทุกช่วงที่เป็นรอยต่อของการรักษา แต่เนื่องจากที่ผ่านมา โรงพยาบาลสิรินธรยังไม่มีการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน มีเพียงการประสานรายการยาแรกรับเท่านั้น การประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จึงไม่ได้ทำในผู้ป่วยทุกราย ทำให้ไม่สามารถค้นพบความไม่ต่อเนื่องทางยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์และปัญหาการใช้ยาอื่น

ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านที่ไม่ถูกต้องครบถ้วน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาให้ครบถ้วนทั้งระบบ โดยเพิ่มกระบวนการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านขึ้นมา พร้อมทั้งค้นหาปัญหาการใช้ยา และให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้านโดยเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีความเข้าใจและใช้ยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

- 4.2.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ
- 4.2.2 จัดประชุมกับผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
- 4.2.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการให้สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบ
- 4.2.4 นำแนวทางมาปฏิบัติ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4.2.5 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินการ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติผลงานทั้งหมด โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ หนังสือ บทความทางวิชาการ และงานวิจัย เพื่อศึกษาคำจำกัดความและแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประสานรายการยา ปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหาการใช้ยา วิธีการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร และความไม่ต่อเนื่องทางยา

6.2 จัดประชุมกับผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ได้แก่ เภสัชกรประจำ เภสัชกรห้วงเวลา และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน อีกทั้งนำเสนอคำจำกัดความและแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมให้ผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบ เพื่อให้การปฏิบัติงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมีความถูกต้องมากที่สุด

6.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการให้สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือและความสะดวกในการปฏิบัติงาน

6.4 นำแนวทางที่ได้กำหนดร่วมกันมาปฏิบัติเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล (แนวทางการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แสดงในภาคผนวก ข) โดยมีขั้นตอนดังนี้

6.4.1 กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งจำหน่ายเฉพาะรายที่มีการส่งยากลับบ้านทั้งหมด ทั้งนอกและในเวลาราชการ

6.4.2 จัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

แบบบันทึกปัญหาการใช้ยาที่พบเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (ภาคผนวก ค)

- ใ้แนบกับใบสั่งยาของผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งจำหน่ายและมียากลับบ้าน
- บันทึกข้อมูลเมื่อพบปัญหาการใช้ยา โดยเลือกประเภทของปัญหาการใช้ยาที่พบ

และระบุรายละเอียดของปัญหา รวมทั้งการแก้ไขลงในแบบบันทึก หากไม่พบปัญหาการใช้ยา ให้เลือกช่อง “ไม่พบ DRPs”

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการจ่ายยากลับบ้าน (ภาคผนวก ง)

- แจกแบบสอบถามเพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อบริการจ่ายยากลับบ้านให้กับผู้ป่วยหรือญาติที่มารับยากลับบ้าน จำนวน 400 ชุด ในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2565

6.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดปัญหาการใช้ยาต่อไป รวมทั้งนำเสนอแนวทางการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้เป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่มงานเภสัชกรรม

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการดำเนินการพัฒนาระบบการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 ทำให้เกิดผลสำเร็จของงาน ดังนี้

7.1 มีการพัฒนาระบบการจ่ายยากลับบ้านให้มีความครบถ้วนและถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น เพื่อให้รอยต่อของการรักษาในครั้งถัดไปมีความสมบูรณ์

ผู้เสนอได้มีการประชุมร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน จึงเกิดแนวทางการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (ภาคผนวก ข) และกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่มงานเภสัชกรรม ซึ่งสามารถนำมาปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

7.2 มีการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งจำหน่าย เฉพาะรายที่มีการสั่งยากลับบ้านทั้งหมด

ในปี 2565 มีผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งจำหน่ายทั้งหมด จำนวน 25,380 ครั้ง ผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งยากลับบ้านจำนวน 11,697 ครั้ง โดยมีการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจำนวน 10,277 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.86 ของจำนวนผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งยากลับบ้านทั้งหมด

จากการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งจำหน่ายในเวลาราชการ รายที่มีการสั่งยากลับบ้านได้รับการประสานรายการยาทั้งหมด ซึ่งการประสานรายการยานั้น ควรทำในผู้ป่วยทุกราย ถึงแม้ว่าได้กำหนดแนวทางให้มีการประสานรายการยาในผู้ป่วยที่มียากลับบ้านทุกราย ทั้งในและนอกเวลาราชการ แต่หากผู้ป่วยถูกจำหน่ายนอกเวลาราชการ อาจไม่ได้ประสานรายการยาได้ทั้งหมด ซึ่งอาจมีสาเหตุ ดังนี้

นอกเวลาราชการมีจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานจำกัดเมื่อเทียบกับปริมาณงาน และต้องทำหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน เกสเซอร์ห้วงเวลาที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นต้น นอกจากนี้ การประสานรายการยา ควรทำทุกรายต่อของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในทุกครั้งที่รับการรักษาหรือมีการเปลี่ยนหน่วยให้การดูแล ดังนั้น การพัฒนาระบบการประสานรายการยาอย่างต่อเนื่องทุกรายต่อของการรักษา ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยที่กลับมาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยเหตุนี้จึงควรเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

7.3 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยากลับบ้านที่แพทย์สั่งและใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยมีคะแนนความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

จากการแจกแบบสอบถามเพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อบริการจ่ายยากลับบ้านให้กับผู้ป่วยหรือญาติที่มารับยากลับบ้าน จำนวน 400 ชุด ซึ่งคำถามประกอบด้วย หัวข้อความพึงพอใจต่อบริการ 2 ข้อ คือ หลังจากได้รับบริการจ่ายยากลับบ้าน ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา และ ท่านได้รับยากลับบ้านถูกต้อง ครบถ้วน (แบบสอบถาม ระดับความพึงพอใจและการแปลผลคะแนน แสดงในภาคผนวก ง) พบว่า โดยภาพรวม ผู้รับบริการให้คะแนนของระดับความพึงพอใจต่อบริการจ่ายยากลับบ้านเฉลี่ยร้อยละ 89.42 โดยมีคะแนนความพึงพอใจต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของยากลับบ้านที่ได้รับ ร้อยละ 90.75 และความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ร้อยละ 88.08 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อบริการจ่ายยากลับบ้าน

ความพึงพอใจต่อบริการ	จำนวนความพึงพอใจ (ร้อยละ)			รวม	คะแนนความพึงพอใจ (ร้อยละ)
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)		
หลังจากได้รับบริการจ่ายยากลับบ้าน					
1. ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา	271 (67.75)	115 (28.75)	14 (3.50)	400 (100)	88.08
2. ท่านได้รับยากลับบ้านถูกต้อง ครบถ้วน	300 (75)	89 (22.25)	11 (2.75)	400 (100)	90.75
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 2 หัวข้อ					89.42

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่

1. ผู้รับบริการได้รับยาตามลำดับที่ควรได้รับ ถ้าพบความไม่ต่อเนื่องทางยาและต้องใช้เวลาในการปรึกษาแพทย์ ได้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบก่อน

2. เวลาในการรอรับยาเหมาะสม ไม่นานเกินไป

3. ได้รับการอธิบายการใช้ยาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

4. ยาที่ได้รับมีความถูกต้อง ครบถ้วน

5. เห็นถึงความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการและแก้ไขปัญหา

ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้คะแนนความพึงพอใจในระดับน้อย ได้แก่

1. ผู้รับบริการไม่เห็นความสำคัญของการรับฟังการอธิบายการใช้ยาให้เข้าใจและไม่ทราบแน่ชัดว่ายาที่ได้รับถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ เนื่องจากเป็นญาติซึ่งไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง

2. ผู้รับบริการมีความเร่งรีบ

3. ผู้รับบริการมีระยะเวลารอคอยนาน เนื่องจากเป็นรายที่ต้องรอการทวนสอบปรึกษากับแพทย์ และ/หรือในช่วงเวลาเร่งด่วนที่ผู้ป่วยจากหลายหอผู้ป่วยถูกจำหน่ายในเวลาเดียวกัน

ดังนั้น โอกาสพัฒนาเพื่อปรับปรุงความพึงพอใจต่อการบริการจ่ายยากลับบ้าน ให้ดียิ่งขึ้นมีดังนี้

1. สอบถามผู้รับบริการว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และแจ้งช่องทางการติดต่อเภสัชกรหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม

2. ในรายที่เร่งรีบ ขอความร่วมมือพยาบาลแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องยาล่วงหน้าและส่งใบสั่งยากลับบ้านมาดำเนินการให้เร็วขึ้น

3. แจ้งให้ผู้รับบริการทราบเป็นระยะหากต้องรอปรึกษาแพทย์นาน

4. เพิ่มจำนวนเภสัชกรจ่ายยากลับบ้านในช่วงเวลาเร่งด่วน

7.4 สามารถป้องกันการเกิดปัญหาการใช้ยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

จากการดำเนินการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในปี 2565 พบความไม่ต่อเนื่องทางยาทั้งหมด จำนวน 1,294 ครั้ง เป็นความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ แต่ไม่มีการบันทึก จำนวน 428 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.08 และความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ จำนวน 866 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.92 (ตารางที่ 3) ซึ่งความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์นั้น จัดเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (prescribing error) และจะถูกบันทึกเป็นปัญหาการใช้ยาด้วย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนความไม่ต่อเนื่องทางยาที่พบจากการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ความไม่ต่อเนื่องทางยา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ แต่ไม่มีการบันทึก	428	33.08
เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์	866	66.92
รวม	1,294	100

จากการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 10,277 ครั้ง พบปัญหาการใช้ยาจากความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ จำนวน 866 ครั้ง เมื่อรวมกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษา ซึ่งพบในขั้นตอนการจ่ายยาอีกจำนวน 36 ครั้ง รวมปัญหาในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 902 ครั้ง ซึ่งเภสัชกรมีการจัดการปัญหาที่พบและปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขก่อนที่จะถึงผู้ป่วยได้ทุกปัญหา คิดเป็นร้อยละ 100 ของปัญหาการใช้ยาที่พบทั้งหมด แบ่งเป็นประเภทของปัญหาการใช้ยาได้ดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงประเภทของปัญหาการใช้ยา

ประเภทของปัญหาการใช้ยา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	167	18.52
ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับยาเพิ่มเติม	199	22.07
ผู้ป่วยไม่ได้รับผลอย่างเต็มที่จากยาที่แพทย์สั่งจ่าย	131	14.52
ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป	107	11.86
ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	39	4.32
ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป	223	24.72
ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษา	36	3.99
รวม	902	100

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัญหาการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป ร้อยละ 24.72 รองลงมาคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับยาเพิ่มเติม ร้อยละ 22.07 และผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 18.52 โดยตัวอย่างความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ แต่ไม่มีการบันทึก และปัญหาการใช้ยาที่พบ แสดงในภาคผนวก จ และ ฉ ตามลำดับ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการจ่ายยากลับบ้านให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น ลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (prescribing error) และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ผู้ป่วยมีความเข้าใจและใช้ยาได้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง

8.2 โรงพยาบาลมีการประสานรายการยาครบถ้วนทั้งระบบ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

8.3 สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อหาสาเหตุและการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 นอกเวลาราชการมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่มีจำกัด เมื่อเทียบกับภาระงาน และเกษตรกรห้วงเวลาที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถดำเนินการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ครบทุกราย

9.2 โรงพยาบาลสิรินธรมีการผลัดเปลี่ยนการปฏิบัติงานของแพทย์ใหม่ก่อนข้างบ่ยส่งผลกระทบต่อปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยา

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีการทบทวนแนวทางการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในกลุ่มงานเภสัชกรรมอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงปรับปรุงระบบการเรียนรู้งานของเกษตรกรห้วงเวลาให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และมีการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ครบทุกรายทั้งในและนอกเวลาราชการ

10.2 ควรมีการนำผลที่ได้ไปร่วมปรึกษากับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดปัญหาการใช้ยา โดยเฉพาะความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ และในกรณีที่เกิดจากความตั้งใจแต่ไม่ได้บันทึก ขอความร่วมมือแพทย์ระบุรายละเอียดในคำสั่งใช้ยาให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้น และลดระยะเวลารอคอยในการทวนสอบคำสั่งใช้ยาและปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยาอย่างเป็นระบบในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่สำหรับแพทย์ด้วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ณัฐกานต์ ไพรัตน์นกร*.....

(นางสาวณัฐกานต์ ไพรัตน์นกร)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*๕ ๒ พ.ค. ๒๕๖๗*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*พิทิตา วานิชกมลนันท์*.....

(นางพิทิตา วานิชกมลนันท์)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร

วันที่.....*๕ ๒ พ.ค. ๒๕๖๗*.....

(ลงชื่อ).....*อ.อ.*.....

(นางอัมพร เกียรติปานอภิกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธร

วันที่.....*๕ ๒ พ.ค. ๒๕๖๗*.....

เอกสารอ้างอิง

1. ชิดา นิงสานนท์ และคณะ. กรอบงานพื้นฐานระบบยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.thaihp.org/wp-content/uploads/2022/06/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%90%E0%B8%B2%E0%B8%99.pdf>
2. อัญชกรณ์ คำสาร, จินดาวิทย์ อิศระ โชติ, สมพงศ์ คำสาร. กรอบแนวคิดการพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา [อินเทอร์เน็ต]. ลำพูน: งานพัฒนาระบบยาและเภสัชสนเทศโรงพยาบาลลำพูน; 2560-2 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.rh1.go.th/web/uploads/document/64/document/25640719.pdf>
3. คชามาศ แซ่ฝ้าง. Medication Reconciliation กับมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. ว. ไทยโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 31 ธันวาคม 2566]; 5:99-110. เข้าถึงได้จาก: http://www.prachanath.su.ac.th/tbps/tbps2010_1/tbps2010_1_99-110.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงประเภทของปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหาการใช้ยา ⁽²⁾

ลำดับ	ประเภทของปัญหาการใช้ยา (DRPs categories)	สาเหตุของปัญหาการใช้ยา (causes of DRPs)
1	ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (unnecessary drug therapy)	1.1 ได้รับยาซ้ำซ้อน 1.2 ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ของโรคหรือภาวะจำเป็น 1.3 มียาที่เหมาะสมมากกว่ายาที่ได้รับ 1.4 ใช้ยาในทางที่ผิดหรือใช้สารเสพติด 1.5 ใช้ยาเพื่อแก้ไขผลข้างเคียงของยาตัวอื่นที่ใช้รักษา
2	ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับยาเพิ่มเติม (needs additional drug therapy)	2.1 จำเป็นต้องรับยาเพื่อป้องกันอาการ/โรค 2.2 จำเป็นต้องรับยาเพื่อรักษาอาการ/โรคที่ไม่ได้รับการรักษา 2.3 จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา
3	ผู้ป่วยไม่ได้รับผลอย่างเต็มที่จากยา ที่แพทย์สั่งจ่าย (ineffective drug)	3.1 มียาที่มีความคุ้มค่าในแง่ต้นทุน - ประสิทธิภาพมากกว่า 3.2 ภาวะที่ผู้ป่วยเป็นไม่ตอบสนองต่อยา 3.3 ขนาดยาที่ใช้ไม่เหมาะสม 3.4 ใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้กับโรค/ภาวะที่ผู้ป่วยเป็น 3.5 ใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผลสำหรับโรค/อาการที่ผู้ป่วยเป็น
4	ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาด น้อยเกินไป (dosage too low)	4.1 ใช้ยาในขนาดที่ไม่มีประสิทธิผล 4.2 ต้องการติดตามผลการใช้ ว่าขนาดยาที่ใช้มีน้อยเกินไป 4.3 ระยะห่างของการให้ยามากเกินไป 4.4 การบริหารยาไม่ถูกต้อง 4.5 เกิดอันตรกิริยาทำให้ลดปริมาณตัวยาคำคัญ 4.6 การเก็บรักษาไม่เหมาะสมทำให้คุณภาพยาลดลง 4.7 ระยะเวลาการให้ยาสั้นเกินไป
5	ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา (adverse drug reaction)	5.1 เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในขนาดปกติ 5.2 มียาที่ปลอดภัยมากกว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับ 5.3 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากอันตรกิริยาระหว่างยา ในขนาดใช้ยาปกติ 5.4 การบริหารยาไม่เหมาะสม

ลำดับ	ประเภทของปัญหาการใช้ยา (DRPs categories)	สาเหตุของปัญหาการใช้ยา (causes of DRPs)
		5.5 เกิดการแพ้ยา 5.6 การเพิ่มหรือลดขนาดยาเร็วเกินไป 5.7 มีข้อห้ามในการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของยา
6	ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป (dosage too high)	6.1 ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่มากเกินไป 6.2 ต้องการติดตามผลการใช้ ว่าขนาดยาที่ใช้มากเกินไป 6.3 ความถี่การให้ยามากเกินไป 6.4 ระยะเวลาให้ยานานเกินไป 6.5 เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้เกิดพิษจากยา
7	ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษา (non adherence)	7.1 ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา 7.2 ผู้ป่วยมีปัญหาทางการเงิน/ไม่สามารถจ่ายค่ายาที่ใช้รักษา 7.3 ผู้ป่วยไม่อยากใช้ยา 7.4 ผู้ป่วยลืมใช้ยา 7.5 ไม่มียาที่ต้องใช้ตามแผนการรักษา 7.6 ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือบริหารยาได้ด้วยตนเอง

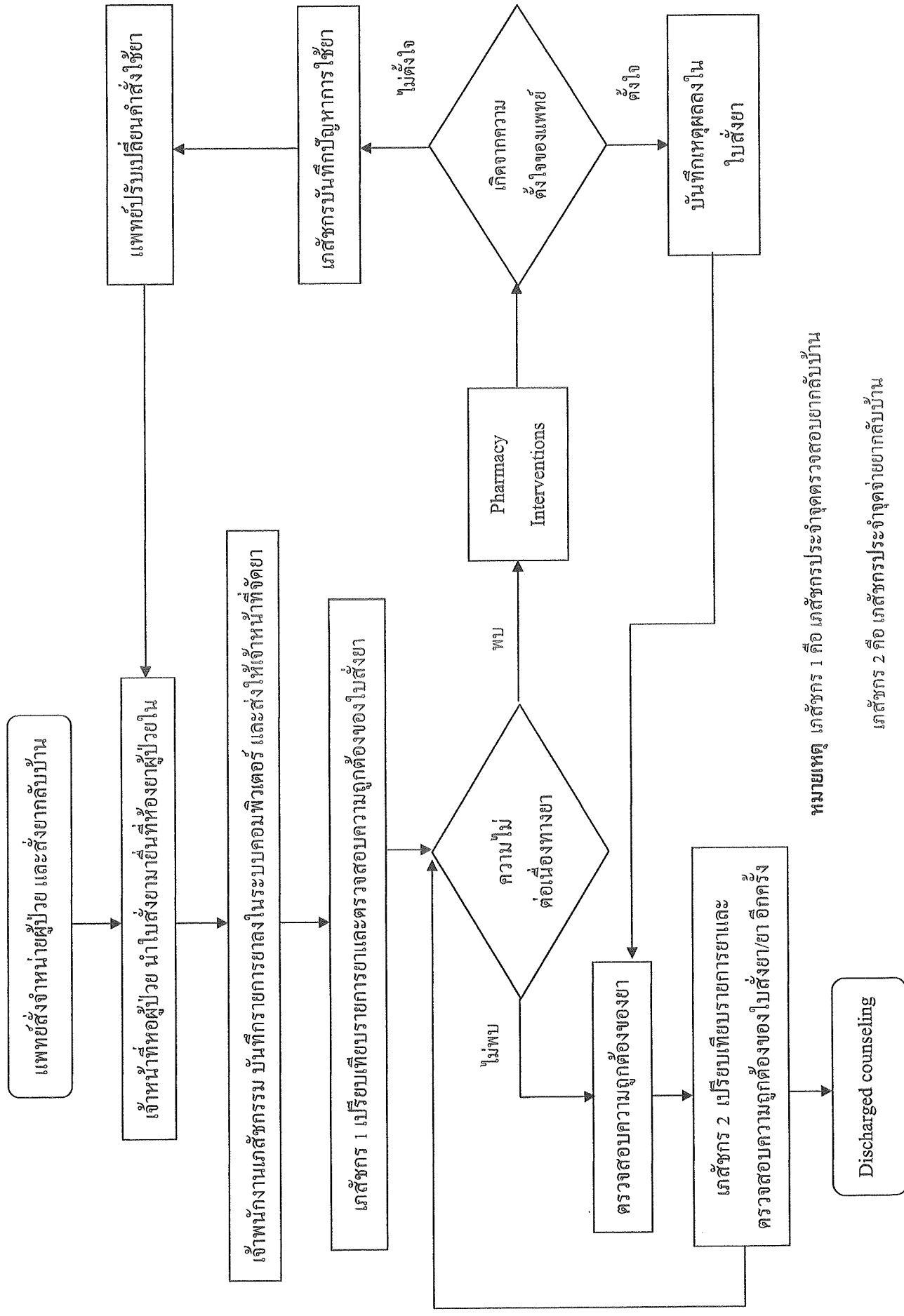
ภาคผนวก ข

แนวทางการจ่ายยากลับบ้านและการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

หมายเหตุ ปฏิบัติตามแนวทางสำหรับผู้ป่วยในที่แพทย์สั่งจำหน่าย เฉพาะรายที่มีการสั่งยากลับบ้านทั้งหมด ทั้งนอกและในเวลาราชการ

1. เมื่อแพทย์สั่งจำหน่ายผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนำไปส่งยามายังที่ห้องยาผู้ป่วยใน
2. เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมนำแบบบันทึกปัญหาการใช้ยาแนบกับ ใบสั่งยา (เฉพาะรายที่แพทย์สั่งยากลับบ้าน) และบันทึกรายการยากลับบ้านตามคำสั่งแพทย์ลงในระบบคอมพิวเตอร์ หากพบปัญหาให้ส่งปรึกษาเภสัชกรเพื่อพิจารณาแก้ปัญหา เมื่อบันทึกรายการยาลงในระบบคอมพิวเตอร์เรียบร้อยแล้ว จึงส่งให้เจ้าหน้าที่จัดยาตามลำดับ
3. เภสัชกรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบยากลับบ้าน ทำการเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกลับบ้านกับยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและยาที่ได้รับระหว่างรักษาในโรงพยาบาล โดยอาศัยข้อมูลจากทั้งแบบบันทึก medication reconciliation แรกรับ แบบบันทึกรายการยาขณะรักษาในโรงพยาบาล (drug profile) และข้อมูลในระบบ e-phis และตรวจสอบความถูกต้องของยา
4. หากพบความไม่ต่อเนื่องทางยา เภสัชกรปรึกษาแพทย์ (ผ่านพยาบาล หรือสอบถามแพทย์โดยตรง) หากเกิดจากความตั้งใจของแพทย์ ให้บันทึกเหตุผลไว้ในใบสั่งยา แต่หากเกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ แพทย์จะมีการปรับเปลี่ยนคำสั่งใช้ยา และใบสั่งยาใหม่จะถูกส่งมายังห้องยาผู้ป่วยในอีกครั้ง จากนั้น เจ้าหน้าที่ห้องยาจึงดำเนินการตามคำสั่งแพทย์ที่ถูกต้อง โดยความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ จะถูกบันทึกว่าเป็นปัญหาการใช้ยา
5. เภสัชกรบันทึกข้อมูลเมื่อพบปัญหาการใช้ยาลงในแบบบันทึก โดยเลือกประเภทของปัญหาการใช้ยาที่พบและระบุรายละเอียดของปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหา หากไม่พบปัญหาการใช้ยา ให้เลือกช่อง “ไม่พบ DRPs”
6. เมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลมาติดต่อรับยากลับบ้านที่ห้องยาผู้ป่วยใน เภสัชกรที่ทำหน้าที่จ่ายยา ทำการเปรียบเทียบรายการยาและตรวจสอบความถูกต้องของยาอีกครั้ง (double check) หากพบความไม่ต่อเนื่องทางยาให้ดำเนินการตามข้อ 4 และ 5 จากนั้นอธิบายและแนะนำการใช้ยาให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ โดยเฉพาะรายการยาที่มีการเปลี่ยนแปลงชนิด ขนาด หรือวิธีบริหารยา เพื่อป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน และแนบใบสรุปรายการยาล่าสุดให้ผู้ป่วยหรือญาตินำกลับบ้านด้วย
7. เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการจ่ายยา เภสัชกรที่ทำหน้าที่จ่ายยานำแบบบันทึกปัญหาการใช้ยาเก็บในกล่องที่จัดเตรียมไว้ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลต่อไป

ผังงาน (flowchart) แสดงขั้นตอนการจ่ายยากลับบ้านและการประสานการพยาบาลในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน



หมายเหตุ เภสัชกร 1 คือ เภสัชกรประจำจุดตรวจสอบยากลับบ้าน

เภสัชกร 2 คือ เภสัชกรประจำจุดจ่ายยากลับบ้าน

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกปัญหาการใช้ยาที่พบเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา (DRPs) ที่พบเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

วันที่ _____ AN _____ ไม่พบ DRPs

ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องรับยาเพิ่มเติม

ไม่ได้รับผลอย่างเต็มที่จากยาที่แพทย์สั่ง dosage too low ADR

dosage too high non adherence อื่น ๆ

ปัญหาที่พบ _____

การแก้ไข _____

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการจ่ายยากลับบ้าน

ระดับความพึงพอใจ มีค่าอยู่ระหว่าง 1 - 3 คะแนน แปลผลได้ ดังนี้

- 3 คะแนน หมายถึง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ความพึงพอใจต่อบริการ	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
หลังจากได้รับบริการจ่ายยากลับบ้าน			
1. ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา			
2. ท่านได้รับยากลับบ้านถูกต้อง ครบถ้วน			

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ แต่ไม่มีการบันทึก

ตัวอย่างที่	ความแตกต่างของคำสั่งใช้ยา	ผลจากการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร
1	<p>ผู้ป่วยได้รับยา warfarin 2 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน แพทย์สั่งยาปฏิชีวนะ กลับบ้าน levofloxacin 500 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า (5 วัน) ยาทั้ง 2 รายการมีปฏิกิริยาต่อกัน โดย levofloxacin มีผลเพิ่มระดับยา warfarin</p>	<p>แพทย์ยืนยันให้ยาร่วมกัน แต่จะติดตาม INR อย่างใกล้ชิด โดยเลื่อนนัดใกล้ขึ้นเป็น 1 สัปดาห์</p>
2	<p>เดิมผู้ป่วยได้รับยา Jardiance Duo[®] (empagliflozin + metformin) 12.5/1,000 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า และ Amtrel[®] 5/10 mg (amlodipine + benazepril) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น เมื่อจำหน่าย แพทย์สั่งยากลับบ้าน Jardiance[®] 10 mg (empagliflozin) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า และ Amtrel[®] 5/10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า</p>	<p>แพทย์ตั้งใจปรับเปลี่ยนยาและลดขนาดยา เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตลดลง</p>
3	<p>ก่อนรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยา atenolol 50 mg รับประทานครั้งละ ครั้งเม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ขณะรักษา ในโรงพยาบาล แพทย์สั่งหยุดยา atenolol และเปลี่ยนเป็น metoprolol 100 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น เมื่อจำหน่าย แพทย์ไม่ได้สั่งยาลดความดันโลหิต กลุ่ม beta-blockers</p>	<p>แพทย์ตั้งใจหยุดยาลดความดันโลหิต กลุ่ม beta-blockers</p>

ตัวอย่าง ที่	ความแตกต่างของคำสั่งใช้ยา	ผลจากการแก้ไขปัญหของเภสัชกร
4	<p>ผู้ป่วยโรค chronic myeloid leukemia (CML) ได้รับความแตกต่างของคำสั่งใช้ยา</p> <p>ได้รับยา imatinib 100 mg รับประทาน ครั้งละ 4 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า</p> <p>แพทย์สั่งยากลับบ้าน paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง</p> <p>เมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ ยาทั้ง 2 รายการ มีปฏิกิริยาต่อกัน โดยการใช้ imatinib ร่วมกับ paracetamol ขนาดสูง หรือใช้อย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มระดับ paracetamol และเพิ่มความเป็นพิษต่อตับได้ เนื่องจาก imatinib มีผลยับยั้ง paracetamol O-glucuronidation</p> <p>หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ขนาดยา paracetamol ไม่ควรเกินวันละ 1,300 mg</p>	<p>แพทย์ยืนยันสั่งยาร่วมกัน โดยให้รับประทาน paracetamol เฉพาะเวลามีอาการปวดหรือมีไข้</p> <p>เภสัชกรจึงได้แนะนำผู้ป่วย ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 2 เม็ด หรือ 1,000 mg</p>

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างปัญหาการใช้ยาที่พบ

ตัวอย่าง ที่	ปัญหาการใช้ยา	ผลจากการแก้ไขปัญหของเภสัชกร
1	<p>ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ แพทย์คนที่ 1 สั่งยากลับบ้านตามแบบบันทึก medication reconciliation แรกครับ ซึ่งมี manidipine 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า จากนั้นแพทย์คนที่ 2 สั่งยากลับบ้านเพิ่มเติม amlodipine 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ซึ่งยาทั้ง 2 รายการ เป็นยาในกลุ่มเดียวกัน คือกลุ่ม calcium channel blockers</p>	<p>- แพทย์สั่งใช้ manidipine 20 mg และยกเลิก คำสั่ง amlodipine 10 mg</p>
2	<p>ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับยาเพิ่มเติม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้รับยาสูตร isoniazid + rifampicin + pyrazinamide + ethambutol (HRZE) แต่แพทย์ไม่ได้สั่ง vitamin B6 - ผู้ป่วยเบาหวาน เดิมได้รับยา Janumet® (50/500) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น แต่ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ แพทย์สั่งหยุดยาเดิมชั่วคราวและให้ฉีด insulin 70/30 เมื่อแพทย์สั่งจำหน่าย ค่า HbA1C = 9% แต่ไม่มีการสั่งยาลดน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์มีคำสั่งเพิ่ม vitamin B6 100 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน - แพทย์มีคำสั่งเพิ่มยา Janumet® (50/500) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น

ตัวอย่าง ที่	ปัญหาการใช้ยา	ผลจากการแก้ไขปัญหของเภสัชกร
3	<p>ผู้ป่วยไม่ได้รับผลอย่างเต็มที่ จากยาที่แพทย์สั่งจ่าย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนและขณะรักษาตัวใน โรงพยาบาล ผู้ป่วย ได้รับยา metformin 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น เมื่อแพทย์ สั่งจำหน่าย ค่า eGFR = 19 ml/min/1.73m² แพทย์สั่ง ยากลับบ้าน metformin ตามเดิม - ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและขณะรักษาตัวใน โรงพยาบาล ได้รับยาสูตร tenofovir 300 mg + emtricitabine 200 mg + rilpivirine 25 mg เมื่อแพทย์ สั่งจำหน่าย มีการสั่งใช้ omeprazole 20 mg รับประทานร่วมด้วย ซึ่งยาทั้ง 2 รายการ มี ปฏิกิริยาต่อกัน โดย omeprazole มีผลลดระดับของ rilpivirine จึงเป็นข้อห้ามใช้ร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์สั่งหยุดยา metformin และเพิ่ม glipizide 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า เย็น - แพทย์ยกเลิกคำสั่งใช้ omeprazole 20 mg
4	<p>ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป ได้แก่</p> <p>ก่อนและขณะรักษาตัวใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยา levodopa 200 mg + benserazide 50 mg รับประทาน ครั้งละ เศษหนึ่งส่วนสี่เม็ด วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน แต่เมื่อแพทย์สั่งจำหน่าย สั่ง levodopa 200 mg + benserazide 50 mg รับประทานครั้งละ เศษหนึ่งส่วนสี่เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า เย็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ไม่ได้ตั้งใจปรับลดขนาดยา จึงสั่ง levodopa 200 mg + benserazide 50 mg รับประทาน ครั้งละ เศษหนึ่งส่วนสี่เม็ด วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ตามเดิม
5	<p>ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ceftriaxone และ metronidazole แพทย์สั่งยากลับบ้าน cefixime และ metronidazole</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ยกเลิกคำสั่งใช้ cefixime และ metronidazole เปลี่ยนเป็น ciprofloxacin

ตัวอย่างที่	ปัญหาการใช้ยา	ผลจากการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร
6	<p>ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เพศชาย อายุ 29 ปี น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร ผล Hb = 6.4, Hct = 21.4 ก่อนและขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับยาสูตร tenofovir 300 mg + emtricitabine 200 mg, dolutegravir 50 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง 20.00 น. และ zidovudine 100 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง (8.00 น. และ 20.00 น.) เมื่อจำหน่าย แพทย์สั่งยา สูตรดังกล่าวตามเดิม แต่สั่ง zidovudine 300 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง (8.00 น. และ 20.00 น.)</p>	<p>- แพทย์สั่งลดขนาดยา zidovudine เป็น 100 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง (8.00 น. และ 20.00 น.) ตามเดิม</p>
7	<p>ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร ซึ่งมีประวัติ ใช้ยา warfarin 3 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน เมื่อแพทย์สั่งจำหน่าย ปรับลดยาเป็น warfarin 3 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน (เว้นวันอาทิตย์) จากการพูดคุยขณะจ่ายยา พบว่าญาติเห็นว่าครั้งก่อน ผู้ป่วย มีค่า INR ต่ำกว่าค่าปกติ จึงเข้าใจว่า การให้ผู้ป่วย รับประทานแปะก็วย จะช่วยเพิ่มค่า INR ให้อยู่ในค่าปกติได้</p>	<p>- เภสัชกรแนะนำการใช้ยาและให้ความรู้ เกี่ยวกับการรับประทานยา warfarin แก่ญาติ อย่างละเอียดอีกครั้ง</p>

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวณัฐกานต์ ไพรัตน์นกร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกษักรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 254) สังกัดกลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการตติภูมิ โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการให้คำแนะนำ เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลสิรินธร

หลักการและเหตุผล

ยาต้านมะเร็ง หรือที่เดิมนิยมเรียกว่า ยาเคมีบำบัด (chemotherapeutic agents) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพ
ในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีคุณสมบัติในการยับยั้งการเจริญเติบโต หรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง
โดยกลไกที่สำคัญคือ ยับยั้งการสร้าง โปรตีน (inhibition of protein synthesis) และยับยั้งการแบ่งตัว
ในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง (inhibition of cell-cycle) ในปัจจุบันยาเคมีบำบัดถูกใช้เป็นการรักษาหลัก
ของโรคมะเร็งหลายชนิด ในขณะเดียวกัน ยังถูกใช้เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด การฉายรังสี
และรวมไปถึงการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการรักษา กล่าวคือ
การรักษาให้หายขาด (cure) การควบคุมโรค (control) หรือการรักษาแบบประคับประคอง (palliation)

ยาเคมีบำบัด เป็นยาที่ออกฤทธิ์ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว
เช่น เซลล์ของเยื่อทางเดินอาหาร ผม และเซลล์ไขกระดูก จึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อย
ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนทั้งชนิดเฉียบพลัน (acute) และไม่เฉียบพลัน (delayed) ไข้ หนาวสั่น เหนื่อย อ่อนแรง
ผมร่วง อาการจากการกดไขกระดูก ซึ่งเกิดจากค่าของเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือด
ต่ำสุดจากค่าปกติ เรียกว่า nadir นอกจากอาการข้างเคียงข้างต้นแล้ว ยาเคมีบำบัดยังมีความเป็นพิษ
ต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายด้วย เช่น หัวใจ ปอด ไต ตับ กระเพาะปัสสาวะ ระบบประสาท เป็นต้น⁽¹⁾

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ADE (Adverse Drug Event) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา
และได้รับการประเมินแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ยา

ADR (Adverse Drug Reaction) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นระหว่าง
การรักษาด้วยยาในขนาดปกติ และได้รับการประเมินแล้วว่ามีสัมพันธ์กับการใช้ยา แบ่งเป็น 2 ประเภท
ได้แก่

1. Type A (augmented) ADR หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาในขนาดปกติ
และสัมพันธ์กับคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยา หรืออาจเรียกว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (side effect)
ซึ่งความรุนแรงของอาการ ขึ้นกับขนาดของยาและการตอบสนองของแต่ละบุคคล สามารถแก้ไขได้
โดยการลดขนาดยาลง การเปลี่ยนไปใช้ยาอื่น หรือให้ยาชนิดอื่นที่สามารถลบล้างอาการไม่พึงประสงค์

จากขบวนการแรก ตัวอย่างของอาการไม่พึงประสงค์ประเภทนี้ ได้แก่ ผลจากยาเคมีบำบัดที่มีการออกฤทธิ์ทางการรักษานอกบริเวณเป้าหมาย เช่น อาการผมร่วง ไช้กระดูกถูกกดการทำงาน เป็นต้น

2. Type B (bizarre) ADR หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อยาที่ได้รับ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาแบบ idiosyncratic คือ ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า อาการแพ้ยา (drug allergy) มีวิธีแก้ไขเพียงประการเดียว คือ ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยานั้นและให้การรักษาทตามอาการ

Preventable ADR หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้^(2, 3)

ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ สามารถแบ่งได้หลายแบบ ในที่นี้จะกล่าวถึง ความรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทยได้ใช้การแบ่งประเภทตามเกณฑ์นี้ โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

1. รุนแรง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดผลต่อไปนี้ คือ เสียชีวิต (death) อันตรายถึงชีวิต (life-threatening) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะแรก หรือเพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (hospitalization-initial/prolonged) ความพิการ (disability) ความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomaly) ต้องการวิธีการในการป้องกันความเสียหายหรือการถูกทำลายอย่างถาวร (required intervention to prevent permanent impairment or damage)

2. ไม่รุนแรง หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือหัวข้อรุนแรง⁽⁴⁾

ผลการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของ Wahlang JB และคณะ (2017)⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 119 คน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 106 อาการ ยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ cisplatin, cyclophosphamide, paclitaxel และ 5-FU อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง และความผิดปกติทางโลหิตวิทยา อาการไม่พึงประสงค์แบ่งประเภทตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ รุนแรงน้อย ร้อยละ 77.4 รุนแรงปานกลาง ร้อยละ 18.9 และรุนแรงมาก ร้อยละ 3.8 อาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้พบร้อยละ 45.3 ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนและท้องผูก ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันไม่ได้ ได้แก่ สะอึก โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ และผมร่วง

ดังนั้น บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างใกล้ชิด เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้สามารถตรวจพบอาการไม่พึงประสงค์ได้ตั้งแต่เริ่มต้น มีการประเมินและการจัดการที่เหมาะสมอย่างทันที่ มี การป้องกันหรือบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตสูงสุดจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดสำหรับทีมสหวิชาชีพในการบริหารผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์เคมีบำบัด ประกอบด้วย การจัดทำข้อมูลความเป็นพิษและอาการไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัดชนิดต่าง ๆ การจัดการ และหลักการป้องกันหรือบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น

2. มีการให้คำแนะนำเรื่องยาเคมีบำบัด อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ร้อยละ 100 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่มารับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์เคมีบำบัด

3. เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดที่ควรป้องกันได้ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ในปี 2567 โรงพยาบาลสิรินธรมีโครงการจัดตั้งศูนย์เคมีบำบัด เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง การให้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งและทำลายเซลล์มะเร็งซึ่งมีการแบ่งตัวเร็ว แต่ในขณะเดียวกัน เซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็ว ก็ถูกทำลายไปด้วย เช่น เซลล์เส้นผม เซลล์เม็ดเลือดขาว เซลล์เยื่อกระดูกเพาะอาหาร เป็นต้น จึงอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ท้องเสียง่าย ผอมลง อ่อนเพลีย อาการจากภาวะไขกระดูกถูกกดการทำงาน ทำให้ค่าของเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดต่ำกว่าค่าปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความกังวลใจ รู้สึกไม่สุขสบาย และส่งผลต่อแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา หรือไม่สามารถรับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ ยายังมีคุณสมบัติเป็นพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งกรณีที่รุนแรง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้น การป้องกัน การลดความรุนแรง การเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และพิษจากยาเคมีบำบัด และการจัดการแก้ไขที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ

เนื่องจากโรงพยาบาลสิรินธร ยังไม่มีระบบงานด้านเคมีบำบัด จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาโครงการให้คำแนะนำ เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด สร้างแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนางาน

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพิษและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ พิษต่อหัวใจ ไต กระเพาะปัสสาวะ ปอด ระบบประสาท และภาวะ hypersensitivity reaction การป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดพิษหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด ข้อมูลพิษและอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ นำไปสู่การจัดการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลยาเคมีบำบัดที่มีในโรงพยาบาล ความเป็นพิษและอาการไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัด คำแนะนำ/วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของพิษและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น การประเมินสถานะและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับยาที่เสี่ยงต่อการเกิดพิษหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง การพิจารณาเลือกให้ยา (ทั้งชนิดและขนาด) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การจัดการเมื่อเกิดพิษและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด

3. จัดทำสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแลก่อนเริ่มรักษา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่จะได้รับ และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

4. ใช้ระบบเทคโนโลยีช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลพิษและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย นำไปสู่การเตือนก่อนการให้ยา และจัดทำฉลากช่วยหรือบัตรเตือนเรื่องยา เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการให้ยา เช่น cytotoxic drug, vesicant drug, อัตราเร็วในการให้ยา เป็นต้น

5. จัดประชุมกับคณะทำงานศูนย์เคมีบำบัด กำหนดนโยบายที่ชัดเจนและแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดแนวทางการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ ทุก 6 เดือน เพื่อทบทวนการเกิดอุบัติการณ์และวิเคราะห์สาเหตุเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

6. จัดอบรมให้ความรู้แก่คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังการเกิดพิษและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด มีการป้องกันและการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางปฏิบัติในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดสำหรับทีมสหวิชาชีพในการบริหารผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์เคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยและ/หรือญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเคมีบำบัดและอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้น
3. สามารถป้องกันผู้ป่วยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดที่ควรป้องกันได้ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ก่อนเริ่มการรักษา เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่จะได้รับ อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจจะเกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ร้อยละ 100 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่มารับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์เคมีบำบัด
2. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดระดับรุนแรง ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต อันตรายถึงชีวิต และความพิการ เท่ากับ 0

(ลงชื่อ).....พัชราภรณ์ ไพรัตน์นกร

(นางสาวพัชราภรณ์ ไพรัตน์นกร)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....๕ ๒ พ.ค. ๒๕๖๗.....

เอกสารอ้างอิง

1. สุภัสร์ สุบงกช. หลักในการบริหารยา เพื่อป้องกันพิษและอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านมะเร็ง. ใน: สุภัสร์ สุบงกช, วรรณญา ครอบแก้ว, นภาพรณี อุดมผล, นภาพรรณ ลืออิสระตระกูล, เพ็ญพร พรรณนา, บรรณาธิการ. คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2560:37-47. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/File_download/drug/NCI-Standard%20FOR%20PDF.pdf
2. ธิดา นิงสานนท์ และคณะ. กรอบงานพื้นฐานระบบยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihp.org/wp-content/uploads/2022/06/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%90%E0%B8%B2%E0%B8%99.pdf>
3. ภาสกร รัตนเดชสกุล, จันทร์จารีกร รัตนเดชสกุล. ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาด้วยข้อมูล ADR (Adverse Drug Reaction) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=312
4. จิตติมา เอกตระกูลชัย. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547 [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Jittima_Eaktrakoolchai/Fulltext.pdf
5. Wahlang JB, Laishram PD, Brahma DK, Sarkar C, Lahon J, Nongkynrih BS. Adverse drug reactions due to cancer chemotherapy in a tertiary care teaching hospital. Ther Adv Drug Saf [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 4]; 8(2):61-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5315222/pdf/10.1177_2042098616672572.pdf