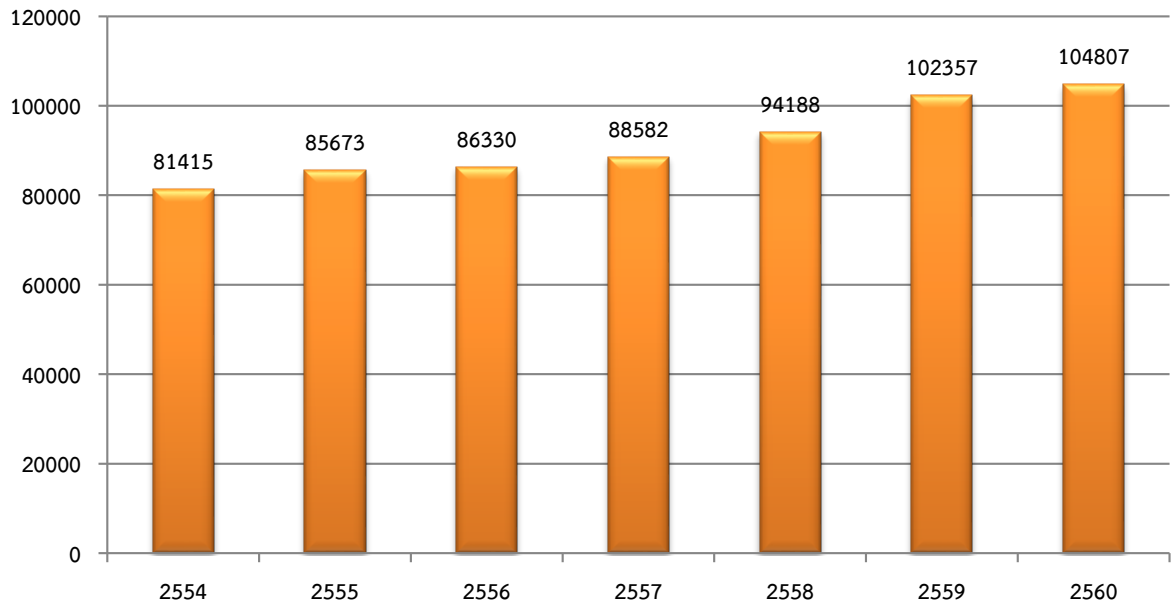


## สรุปผลงานประจำปี 2560 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

### จำนวนผู้มารับบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 104,807 ใบสั่งยา ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับแต่ละปีงบประมาณที่ผ่านมา

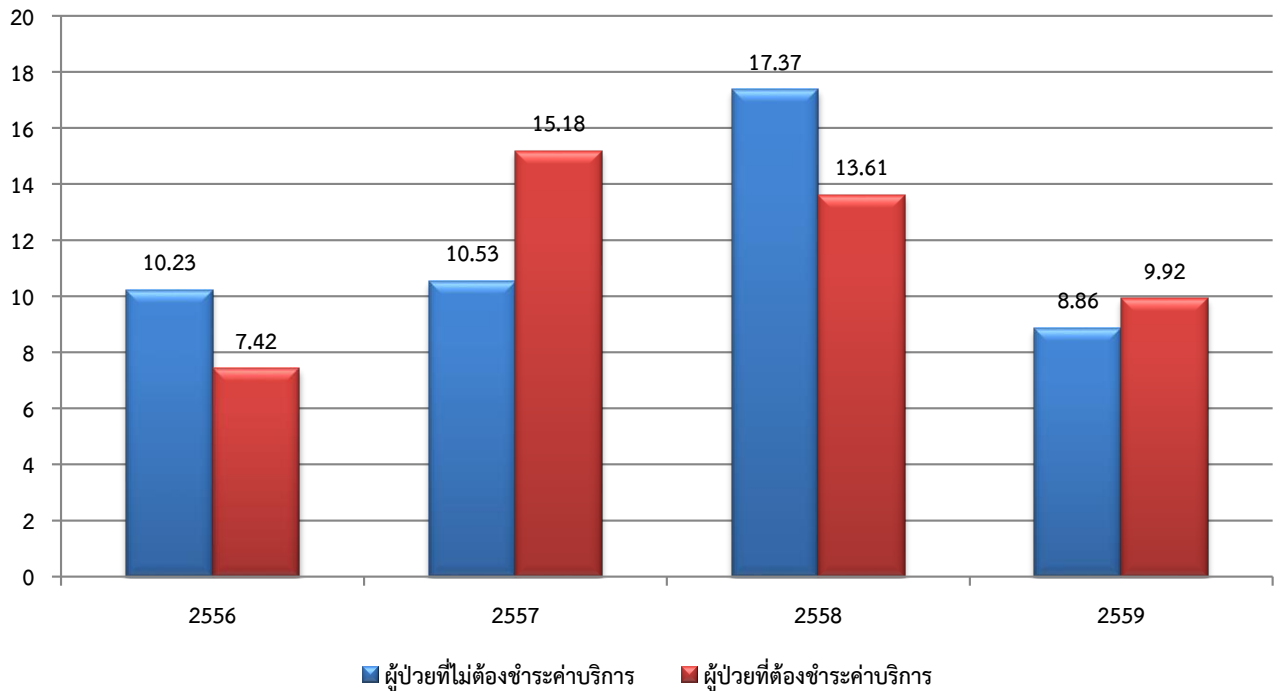


งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- การทบทวนใบสั่งยาก่อนจ่ายยา
- การบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย
- การแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาพ่นสูดทางปาก ยาพ่นสูดทางจมูก ยาฉีดอินซูลิน
- การแปรรูปตรวจเลือดประจำปีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง
- การสอบถามและแนะนำชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง
- ประเมินอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด
- ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (stroke)
- ประเมินอาการในผู้ป่วยจิตเวช
- แนะนำกลไกการดำเนินโรค, แผนการรักษาและประเมินระดับการควบคุมอาการของโรคหืด (Asthma)
- แนะนำการปฏิบัติตัวและอาหารที่ควรเลี่ยงในโรคเก๊าท์ (gout)
- แนะนำการปฏิบัติตัวและอาหารที่ควรเลี่ยงในโรคไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia)
- ประเมินระดับการติดบุหรี่และแนะนำการเลิกบุหรี่
- ให้บริการคลินิกโรคติดเชื้อ HIV
- ให้บริการคลินิกวัณโรค
- ให้บริการคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin clinic)
- จัดทำ, บันทึกลงและส่งมอบสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

## ระยะเวลาการรอคอยยาผู้ป่วยนอก

ระยะเวลาการรอคอยยาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2556 – 2559 ดังนี้

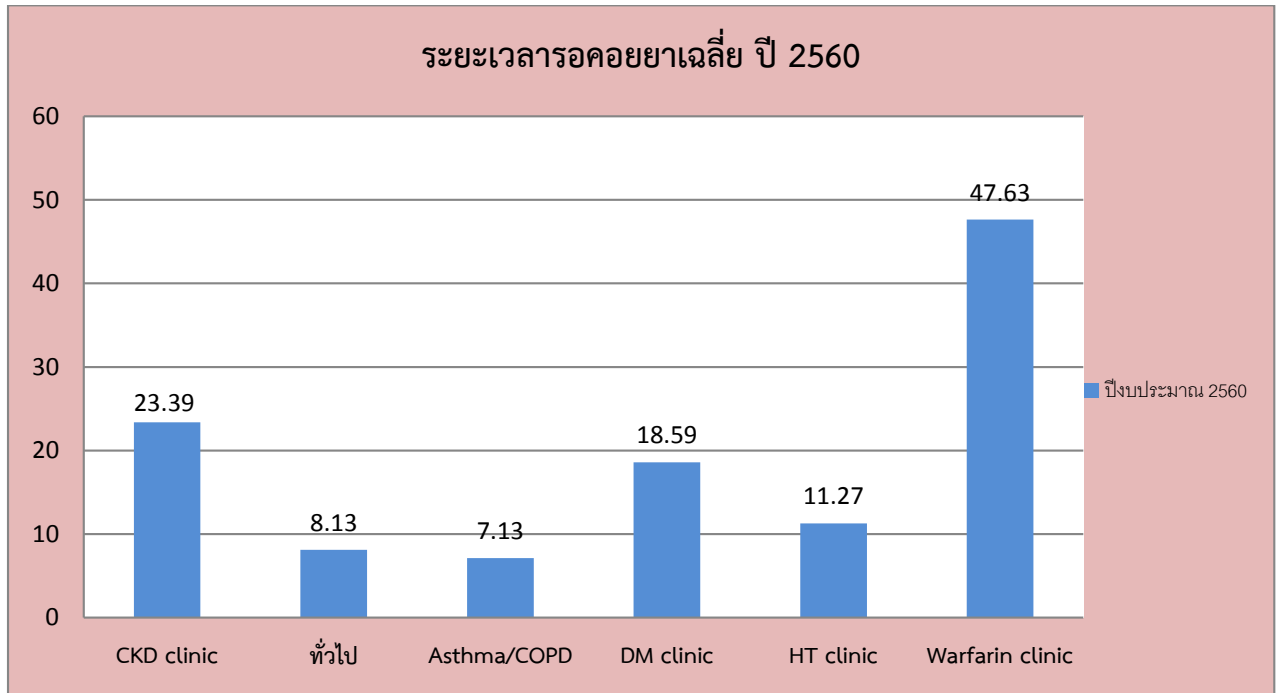


ในปีงบประมาณ 2560 ระบบบริการจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ได้ปรับระบบโดยให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยทุกรายก่อนชำระค่าบริการ และระยะเวลาการรอคอยยาจึงไม่ได้แยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ต้องชำระหรือชำระค่าบริการเช่นเดียวกับปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยผลระยะเวลาการรอคอยยาแยกตามวันที่ให้บริการ และคลินิกต่างๆ เป็นดังนี้

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	รวม
ระยะเวลาารอยารวม	945	159	422	771	1017	3379
จำนวนผู้ป่วย	62	25	83	46	71	288
max	38	11	12	37	64	
min	0	2	1	1	0	
ระยะเวลาารอรับยาเฉลี่ย	15.24	6.36	5.08	16.76	14.32	11.73

ระยะเวลาการรอคอยยาเฉลี่ยรวม 11.73 นาที โดยวันพฤหัสบดีมีระยะเวลาการรอคอยยามากที่สุด 16.76 นาที ซึ่งเป็นวันที่มีคลินิก DM รองลงมาเป็นวันจันทร์และวันศุกร์ที่มีระยะเวลาการรอคอยยาเฉลี่ย 15.24 และ 14.32 นาที ซึ่งเป็นวันที่มีการให้บริการคลินิกโรค CKD (DM+HT) และโรค HT ตามลำดับ เมื่อพิจารณาใน 3 วันทำการดังกล่าวที่มีการให้บริการในคลินิกของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผู้มารับบริการมากกว่าปกติและจะต้องใช้เวลาในการให้คำแนะนำการใช้ยาตามเกณฑ์ของกลุ่มงานเภสัชกรรมที่กำหนดไว้ จะพบว่ามีระยะเวลาการให้บริการไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมีนิสิต/นักศึกษาจากมหาวิทยาลัยต่างๆ มาฝึกงานด้านเภสัชกรรม ทำให้มีกำลังพลเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการให้บริการไม่มากเกินระยะเวลาการรอคอยยาที่กำหนดให้รอรับยาไม่เกินที่กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ กำหนดภายใน 20 นาที

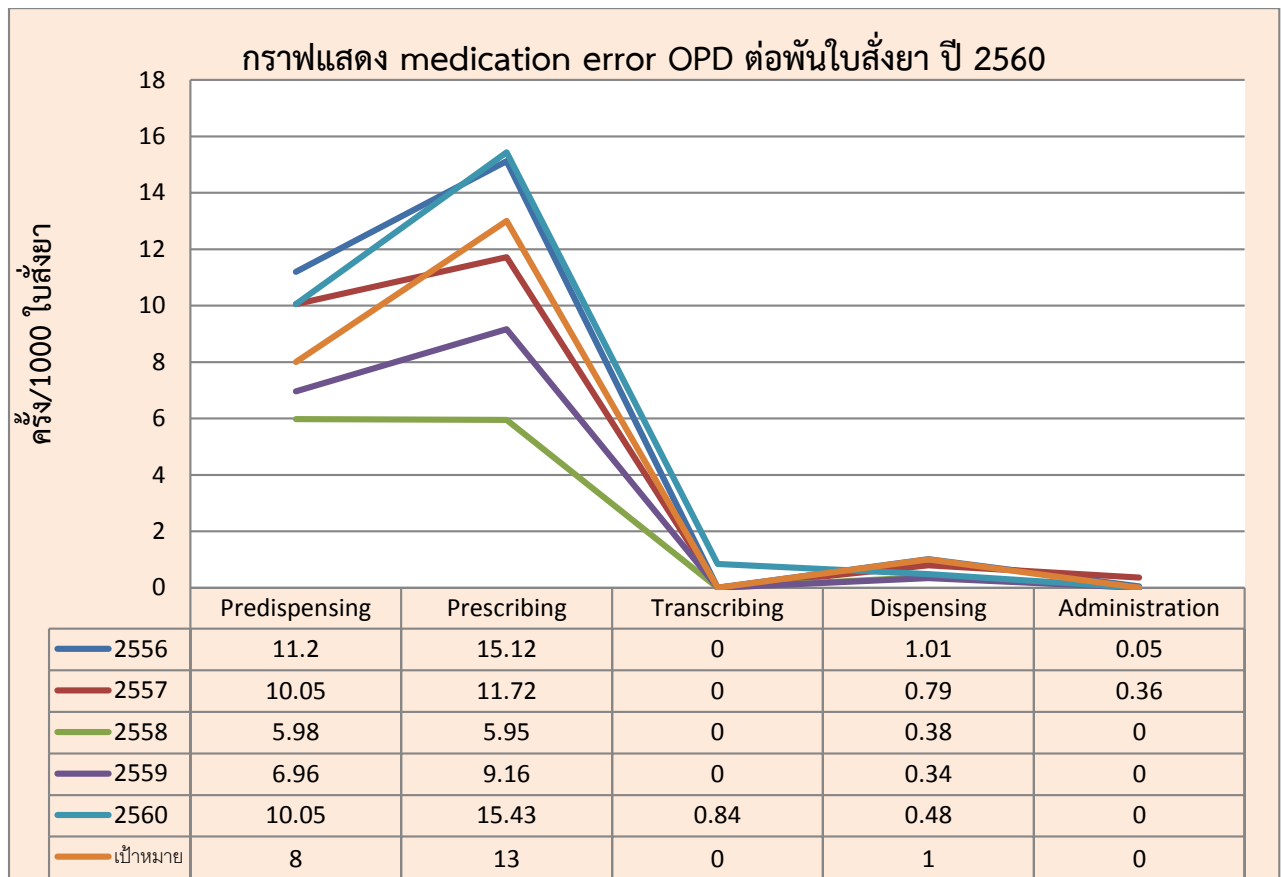
	CKD	ทั่วไป(ทุกวัน)	Asthma/COPD	DM	HT	Warfarin
ระยะเวลาารอยารวม	538	1562	114	316	338	381
จำนวนผู้ป่วย	23	192	16	17	30	8
max	38	34 (จันทร์)	12	37	24	64
min	9	0	4	4	0	33
ระยะเวลาารรับยาเฉลี่ย	23.39	8.13	7.13	18.59	11.27	47.63



เมื่อพิจารณาแยกตามคลินิกที่ให้บริการ พบว่าคลินิก Warfarin ใช้ระยะเวลาในการให้บริการมากที่สุด 47.63 นาที รองลงมาเป็นคลินิก CKD, DM และ HT ที่ใช้ระยะเวลาให้บริการ 23.39, 18.59 และ 11.27 นาที ตามลำดับ เนื่องจากคลินิก Warfarin เป็นคลินิกที่มีความเสี่ยงสูงจากผลการใช้ยาของผู้ป่วยที่ต้องสัมพันธ์กับค่า INR ที่เป็นค่าที่บ่งชี้ถึงการเกิดลิ่มเลือดในร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรจึงต้องสอบถามและค้นหาปัญหาจากการใช้ยาอย่างละเอียดและครอบคลุม ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการให้บริการมากกว่าคลินิกอื่นๆ ส่วนคลินิก CKD ใช้ระยะเวลาารรองลงมาเนื่องจากผู้ป่วยในคลินิก CKD ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาจากคลินิก DM และ HT ซึ่งในแต่ละครั้งที่ให้บริการอาจมีจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าคลินิก DM และ HT จึงใช้ระยะเวลาในการให้บริการที่มากกว่า สำหรับผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังในคลินิกต่างๆ ใช้ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ย 8.13 นาที ซึ่งไม่เกินจากระยะเวลาให้บริการที่กำหนดไว้ไม่เกิน 20 นาที อนึ่งข้อมูลระยะเวลาารคอยยาในแต่ละคลินิกอาจต้องเก็บข้อมูลในแต่ละคลินิกให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลในตารางจะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในปริมาณหนึ่ง แต่ถ้าเก็บข้อมูลจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอาจให้การแปลผลที่ชัดเจนขึ้น

## ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

ในปีงบประมาณ 2560 งาน OPD นำวิธีการบันทึกและแปลผลความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยการใช้โปรแกรม SPSS มาใช้เพื่อให้สามารถรวมผลและแปลผลข้อมูลได้สะดวกขึ้น ซึ่งผลมีดังนี้



จากกราฟพบว่า ในปีงบประมาณ 2560 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) เนื่องจากสาเหตุจากกระบวนการสั่งยา (prescribing error) เกิดขึ้นมากที่สุด รองลงมาเป็นสาเหตุจากกระบวนการจัดยาก่อนจ่าย(predispensing/processing error) และจากกระบวนการจ่ายยา(dispensing error) เป็นจำนวน 15.43, 10.05 และ 0.48 ครั้งต่อหนึ่งพันใบสั่งยาตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนครั้งการเกิดที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2559 เนื่องจากค้นหาและมีการบันทึกเพิ่มขึ้น เนื่องจากภายหลังจากการประชุมสรุปบททวนในประเด็นการบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีจำนวนลดลงในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ทำให้การดำเนินงานบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก ในและค่อนข้างใกล้เคียงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2556 และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีข้อมูลการบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาในปีงบประมาณ 2560 คิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 234 ครั้งต่อเดือน ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้มีการบันทึกรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในปีงบประมาณ 2560 ไว้ที่จำนวนเฉลี่ย 180 ครั้งต่อเดือน (ข้อมูลการบันทึกในปัจจุบันเฉลี่ยของปีงบประมาณ 2559 จำนวน 140 ครั้งต่อเดือน)

1. การจัดหา : จำนวน 7 ครั้ง

ข้อ	รายการ Error	ต.ค.		พ.ย.		ธ.ค.		ม.ค. ถึง เม.ย. ไม่มี	พ.ค.		มิ.ย.		ก.ค.		ส.ค.		ก.ย.	
		คลัง	หน่วย	คลัง	หน่วย	คลัง	หน่วย		คลัง	หน่วย	คลัง	หน่วย	คลัง	หน่วย	คลัง	หน่วย	คลัง	หน่วย
1.1	ไม่มีขายจ่าย	-		1		-			-		-		-		-		-	
1.2	สินค้าไม่ตรงตามชุดอนุมัติ	-		-		-			-		1		1		-		-	
1.3	ราคาสินค้าไม่ตรงตามชุดอนุมัติ	-		-		-			-		3		1		-		-	

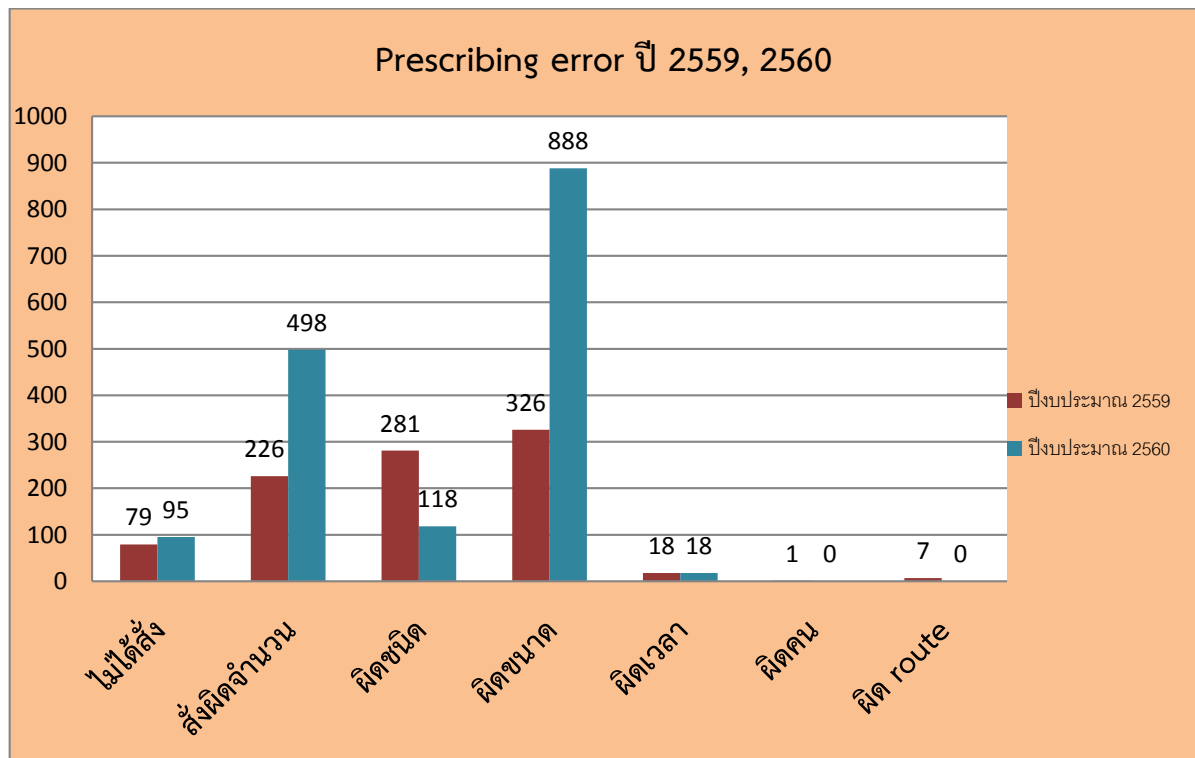
2. การเบิกจ่าย : 59 ครั้ง

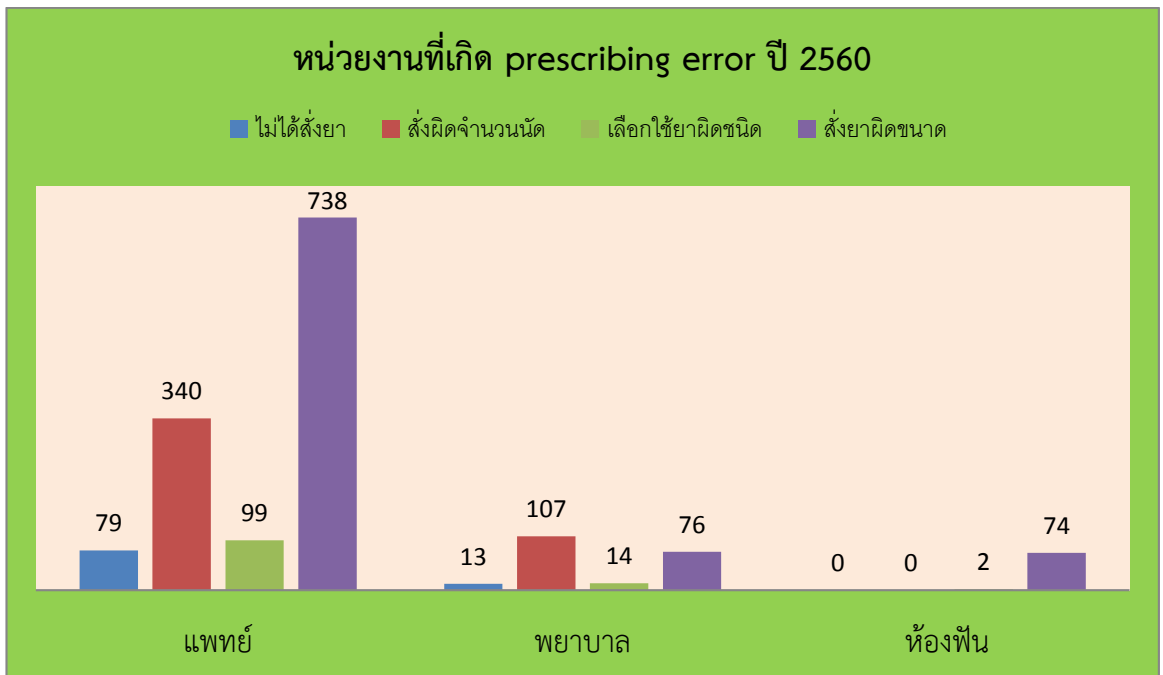
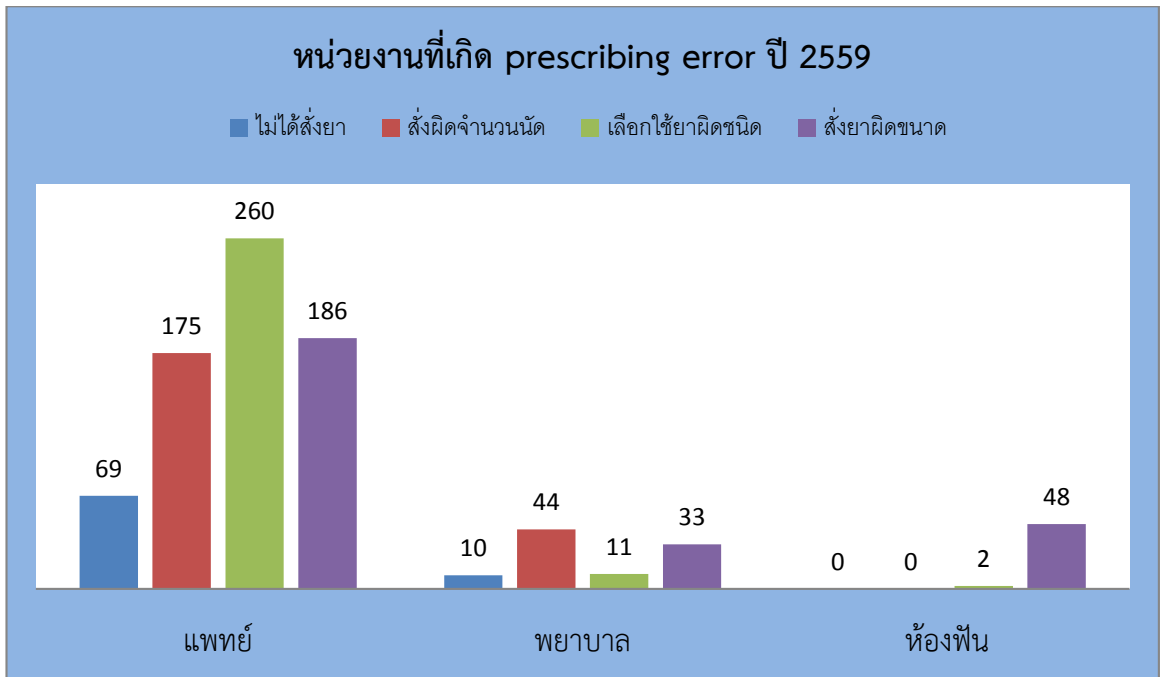
เดือน	รายการ Error										
	ส่งใบเบิกเกินกำหนด	รับของเบิกก่อนกำหนด [ครั้ง(รายการ)]						รับของเบิกเกินกำหนด	จัดของผิดชนิด/จำนวน	จัด/จ่ายของที่ Exp	ยืมสินค้าจากคลัง
		ER	W1	W2	Sup	LAB	ไทรงาม				
ต.ค.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
พ.ย.	ER 1, W1	-	6	2	-	-	-	ER 1	Sup เบิก gauze bandage คลังจัด 3*3	สอ.สะตอน Lidocaine 1%	-
ธ.ค.	-	-	2	1	1	1	-	สอ.ปะตง 1	-	-	-
ม.ค.	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-
ก.พ.	Sup 1, สวนส้ม 1	1	3(7)	6(13)	1(1)	-	1	OPD1, สะตอน,หนองมะค่า, ไทรงาม,ทรายขาว 1, ปะตง 2	-	-	-
มี.ค. ถึง พ.ค. ไม่มีรายงาน											
มิ.ย.	-	-	1(3)	3(10)	-	-	-	ปะตง 1	-	-	Sup (Autoclave tape 3 ม้วน)
ก.ค.	-	-	-	4(9)	-	-	-	OPD 1	Rx (Roxithro 5 เป็น 3 กล่อง)	-	W2 = 3(5)
ส.ค. ถึง ก.ย. ไม่มีรายงาน											
รวม	4	1	14	17	2	1	1	11	2	2	Sup 1, W2 3 ครั้ง

ตารางแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท (แบ่งตามระดับความเสี่ยง) ปีงบประมาณ 2557-2560

ปีงบประมาณ	2557		2558		2559		2560	
จำนวนใบสั่งยา	88582		94188		102357			
1 จัดหา	8	B1C7	2	C2	5	C5	7	A6C1
2 เบิก/กระจาย	0		1	C1	0		59	A59
3 เก็บ	3	B3	76	B76	0		0	
4 สั่งยา	1038	B1021C16E1	560	B557C3	938	B937 C1	1617	B1614C3
5 เตรียม/จัด	879	B872C5D2	484	B484	712	B712	1053	B1053
6 จ่ายยา	64	B10C52D2	31	C31	35	B3 C32	50	C50
7 ให้อา	31	C31	0		0		0	
8 monitor	0		0		0		0	
9 คัดลอก	3	B3	33	B33	0		88	B88
รวม	2026		1168		1690		2874	
10 compliance	552	C523D27E1F1	185	C156D28E1	342	C282D58E2	345	C328D4E13
รวม(ข้อ 10)	2578		1353		2032		3219	
11 ความเสี่ยงอื่นๆ	906	B898C8	203	B203	0		0	
รวมทั้งหมด	3484		1564		2032		3219	

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยา (Prescribing error)





ข้อมูลจากแผนภูมิปีงบประมาณ 2560 พบว่า จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา พบการสั่งยาผิดขนาดมากที่สุด รองลงมาเป็นการสั่งยาผิดจำนวนนัด, การสั่งใช้ยาผิดชนิด และไม่ได้สั่งยาให้ผู้ป่วย เป็นจำนวน 888, 498, 118 และ 95 ครั้งตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างจากปีงบประมาณ 2559 ที่ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดชนิดจะมีจำนวนลดลงจาก 281 เป็น 118 ครั้ง เนื่องจากในปีงบประมาณ 2560 ได้ปรับเปลี่ยนนิยามของความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผิดขนาดที่นำเอาหัวข้อความคลาดเคลื่อนในส่วนของการสั่งใช้ยาผิดชนิดเข้าไปรวมด้วย เช่น การสั่งวิธีใช้ยาไม่เป็นภาษาไทย(ฉลากยา), การสั่งยาที่ไม่ระบุวิธีใช้, การเลือกวิธีใช้ใน LAN ผิด เป็นต้น จึงทำให้อัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดขนาดเพิ่มขึ้น และจากการสั่งยาผิดชนิดลดลง ในส่วนของภาพรวมของการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการค้นพบและบันทึกการรายงานเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาแยกในระดับหน่วยงานที่เกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาในปีงบประมาณ 2560 จะพบว่าประกอบไปด้วย 3 หน่วยงาน คือ แพทย์, ทันตกรรม และพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ๆ เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา โดยพบว่าหน่วยงานแพทย์จะเกิดจำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยามากที่สุด เนื่องจากเป็นผู้สั่งใช้ยา

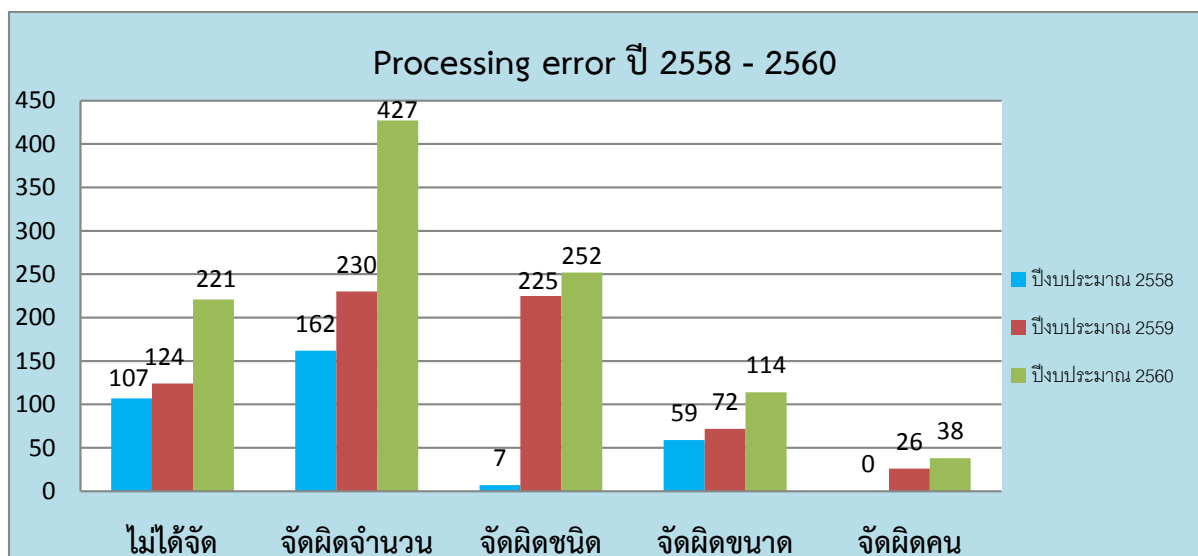
หลักในระบบของการรักษาพยาบาลมากกว่าหน่วยงานอื่น โดยเรียงลำดับความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากมากไปน้อยได้ คือ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสั่งยาผิดขนาด (ส่วนใหญ่เกิดจากการสั่งขนาดยา paracetamol ที่ไม่เหมาะสม), สั่งผิดจำนวนนัด, สั่งยาผิดชนิด และไม่ได้สั่งยา รองลงมาเป็นหน่วยงานการพยาบาลซึ่งมักเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดจำนวนนัดโดยเกิดขึ้นในคลินิกเฉพาะโรคเป็นส่วนใหญ่ และหน่วยงานทันตกรรมที่มักเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิดขนาด ซึ่งเป็นการสั่งขนาดยา paracetamol ที่มีขนาดไม่เหมาะสม(ร้อยละ 89.19) เช่นกัน

ขนาดยา Paracetamol	แพทย์ประจำ	แพทย์เวียน	ห้องฟีน	พยาบาล
High dose	19	12	16	4
Low dose	236	38	50	36

### ตัวอย่างเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูงของ Prescribing error

1. ไม่สั่ง : ผู้ป่วย HF c AF ต้องได้รับยา Warfarin แต่ไม่ได้สั่งยาให้ผู้ป่วย
2. สั่งผิดจำนวนนัด: ผู้ป่วยได้รับยา Dilantin 2 hs นัด 90 วัน ต้องได้ยา 180 แต่สั่งให้ 100 cap
  - : นัด 1 เดือน Warfarin(3) 1\*1 (ส-อา) สั่งมา 1 tab ต้องสั่ง 10 tab
  - : นัด 13 wk สั่ง warfarin(2) 1 hs 75 tab ต้องสั่ง 100 tab
  - : นัด 8 wk สั่ง warfarin(3) 1\*1 (จ-พฤ) สั่ง 24 tab ต้องสั่ง 32 tab
  - : นัด 4 wk สั่ง warfarin(2) 1\*hs สั่ง 10 tab ต้องสั่ง 30 tab
  - : นัด 13 wk สั่ง warfarin(2) 1\*1 (จ-พฤ) + 2\*1 (ศ-อา) สั่ง 95 tab ต้องสั่ง 130 tab
  - : นัด 8 wk สั่ง warfarin(3) 1\*1 (จ-พฤ) + 2\*1 (ศ-อา) สั่ง 50 tab ต้องสั่ง 80 tab
  - : นัด 7 wk สั่ง warfarin(2) 1/2\*hs สั่ง 20 tab ต้องสั่ง 25 tab
  - : นัด 8 wk สั่ง warfarin(3) 1\*hs (ส-อา) สั่ง 12 tab ต้องสั่ง 16 tab
  - : นัด 12 wk สั่ง warfarin(5) 1\*1 ทุกวัน สั่ง 80 tab ต้องสั่ง 85 tab
3. สั่งใช้ยาผิด : ผู้ป่วยรับยา warfarin ต่อเนื่อง พ.ext สั่ง Ibuprofen(200) 2\*3

### ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา (Predispensing/Processing error)



จากแผนภูมิพบว่าในปีงบประมาณ 2560 มีความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าปีงบประมาณ 2559 เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลเพิ่มมากขึ้น สาเหตุเพราะในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ช่วย



เภสัชลาออก 2 คน และมีการรับเข้าทำงานใหม่จำนวน 3 คน ซึ่งต้องใช้เวลาในการทดลองงาน จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาก่อนจ่ายเพิ่มมากขึ้น โดยพบความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการจ่ายผิดจำนวนมากที่สุด 427 ครั้ง รองลงมาเป็นการจ่ายผิดชนิด 252 ครั้ง ไม่ได้จ่ายและจ่ายผิดขนาดเป็นจำนวน 221 และ 114 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2560 กลุ่มงานเภสัชกรรมได้ริเริ่มแก้ปัญหาการจ่ายผิด โดยมีมาตรการให้ทุกครั้งที่มีการจ่ายให้ผู้จัดต้องพูดชื่อยาก่อนหยิบยาใส่ซองทุกครั้ง ซึ่งจะต้องดูว่ามาตรการดังกล่าวจะได้ผลหรือไม่ในปีงบประมาณถัดไป

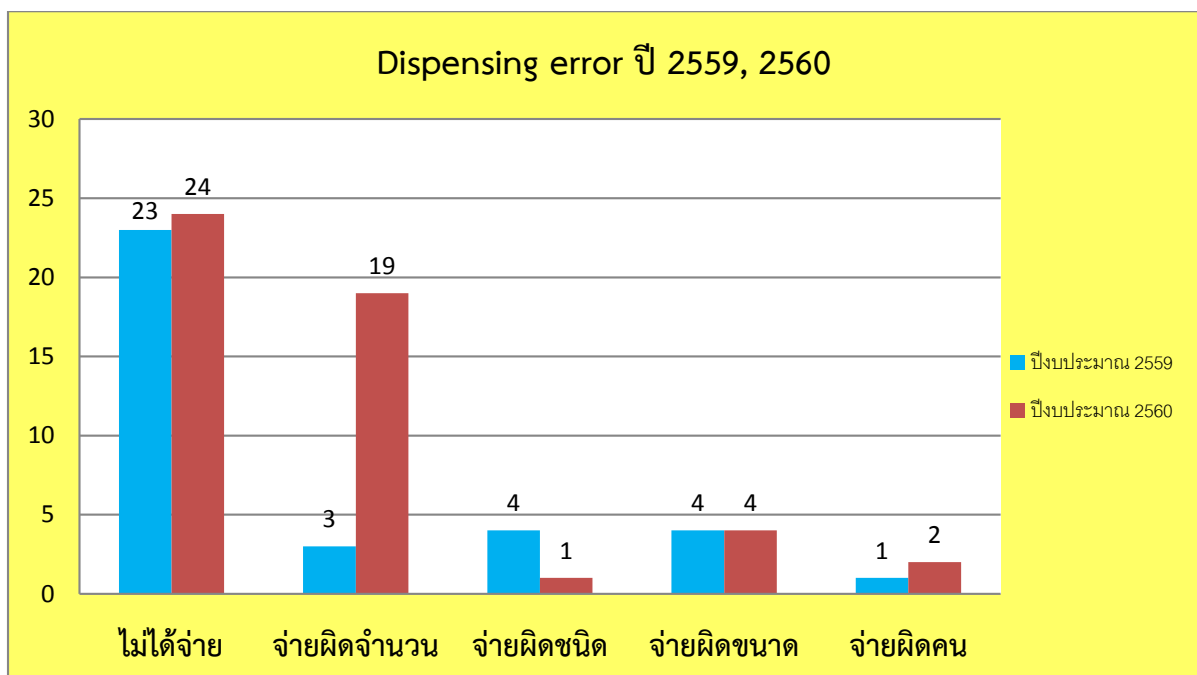
ตัวอย่างเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูงของ Processing error

1. ไม่จ่าย warfarin(2) ให้ pt
2. จ่ายผิดชนิด : จ่าย warfarin 5 mg เป็น 3 mg  
จ่าย warfarin(3) เป็น phenobarbital 30 tab  
จ่าย phenytoin เป็น Theophylline

คู่ยาที่จ่ายผิดปี 59	ความถี่
Berodual - Budesonide	6
NPH - Mixtard	5
Vitamin B6 - B1	4
Hista oph - น้ำตาเทียม	3
Amlodipine - Atenolol	3
Acetylcysteine - ORS	4
Dicyclomine - Doxycycline	4
Gemfibrozil - CaCo3	4
Amlodipine - Allopurinol	3

คู่ยาที่จ่ายผิดปี 60	ความถี่
Berodual - Budesonide	4
NPH - Mixtard	4
Vitamin B6 - B1	3
น้ำตาเทียม - poly oph	3
Amlodipine - Atenolol	3
Acetylcysteine - ORS	1
Amitrip 25 - Amoxicillin 500	5
Mefenamic - Metformin	3
Tolperisone - Tramadol	3
Tolperisone - Paracetamol	3

### ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error)



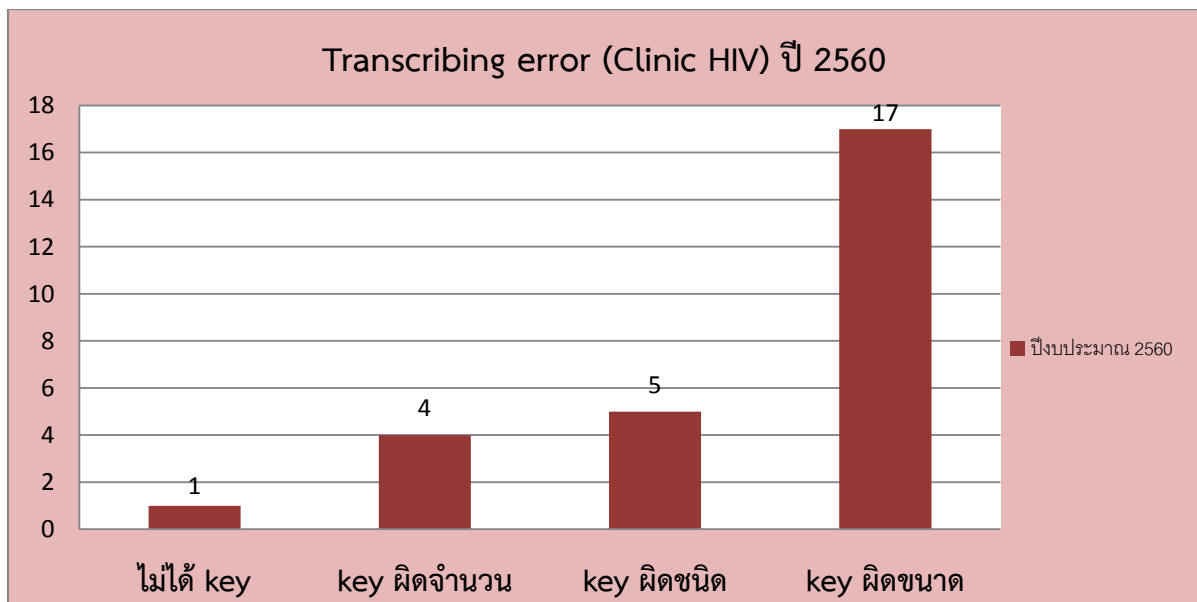
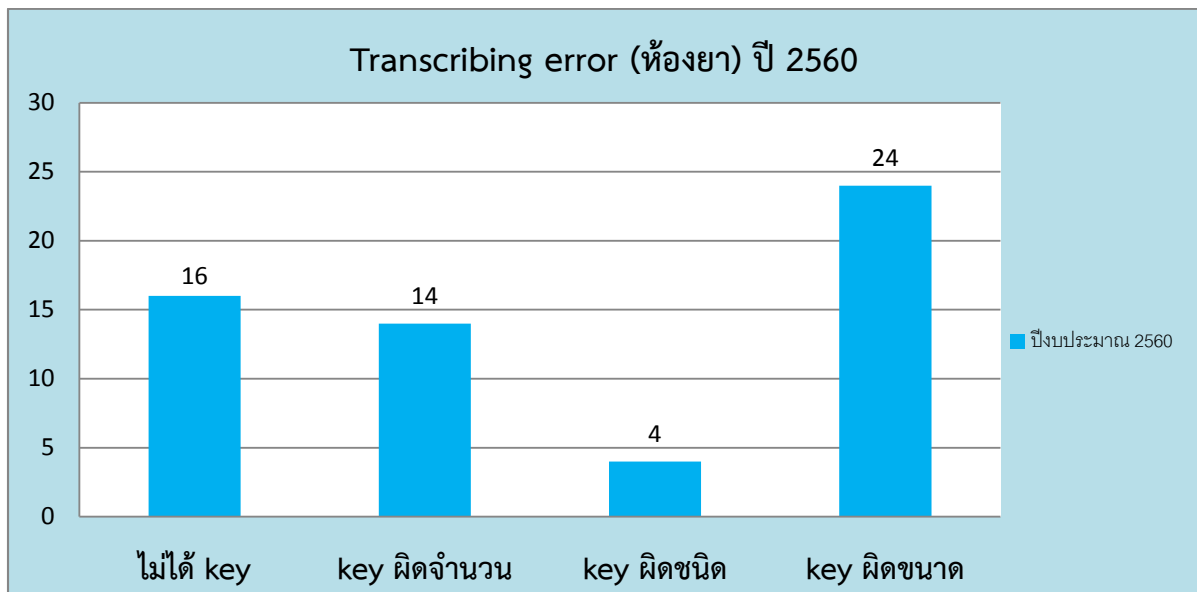
จากแผนภูมิในปีงบประมาณ 2560 พบว่า สาเหตุของความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาเกิดจาก การไม่ได้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นการจ่ายผิดจำนวน 24 และ 19 ครั้งตามลำดับ โดยส่วนใหญ่จะเป็นยารักษาโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนการจ่ายยา : จ่ายยาผิด เท่ากับ 21.06 ซึ่งมีความมากกว่าปีงบประมาณ 2556 - 2559

ที่มีสัดส่วนเท่ากับ 20.34, 11.09, 12.72 และ 15.74 ตามลำดับ และเนื่องจากข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผิด เป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 จึงดำเนินการเก็บข้อมูล dispensing error เชิงรุก โดยการสุ่มตรวจสอบจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน้าห้องจ่ายยา ผลจากการเก็บข้อมูลเป็นดังนี้ ทำการสุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 297 ราย (206+91) แบ่งเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 192 ราย (125+67) และโรคทั่วไปจำนวน 105 ราย (81+24) พบความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยารวมทั้งสิ้น 17 ครั้ง (6+11) คิดเป็นร้อยละ 5.72 โดยแบ่งเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 14 ครั้ง (5+9) คิดเป็นร้อยละ 4.71 และจากโรคทั่วไปจำนวน 3 ครั้ง (1+2) คิดเป็นร้อยละ 1.01 เหตุการณ์ของความคลาดเคลื่อน ดังนี้

1. DM; แพทย์สั่ง vitamin B1 1\*1 pc วันเว้นวัน จ่าย 1\*1 ทุกวัน
2. Psychotic; นั้ด 2 เดือน แต่จ่ายยาทุกตัวให้ 70 วัน Artane (2) 1\*2/140 tab, Chlorpromazine (50) 1 hs/70 tab, Perphenazine (4) 1\*2/140
3. HT; นั้ด 35 วัน แต่จ่ายยา simvastatin 1xhs 30 เม็ด (สั่งยาไม่พอจำนวนวันนั้ด)
4. HT; นั้ด 12 สัปดาห์ แต่จ่ายยา amlodipine (5) 1x1 pc/70 เม็ด (ควรได้ 85 เม็ด) และ Propranolol (10) 1x2 pc สั่งยา 140 เม็ด (ควรได้ 170 เม็ด)
5. CKD; นั้ด 20 วัน จ่ายยา Sodium bicarbonate (300) 4x3 pc จำนวน 200 เม็ด (ควรได้ 240 เม็ด)
6. ANC; แพทย์สั่ง dimenhydrinate (50) 1x3 pc จำนวน 20 เม็ด แต่จ่ายเป็น CPM (4) 1x3 pc แทน
7. HT, DLP; นั้ด 13 wk.(91วัน) จ่าย losartan และ gemfibrozil อย่างละ 85 tab.
8. HT; แพทย์สั่ง Tolperione 30 tab จ่าย 20 tab.
9. COPD; นั้ด 84 วัน ให้อยา 30 tab.
10. Pt ทั่วไป; นน.71 kg สั่ง amoxicillin 1\*2 pc
11. DM c HT; สั่ง M.car 2 ขวด จ่าย 1 ขวด
12. Pt ทั่วไป; นน. 67 จ่าย para 1 tab prn.
13. DM HT, DLP; lorazepam สั่ง 10 จ่าย 20 tab.
14. HF, HT; สมุ้ด ปจต. Furosemide 2\*1 แต่จ่ายยามาในฉลากเป็น 1\*2 pc
15. Stroke;n ไบ r/c Glipizide 1\*1 ac แต่ฉลากเป็น 1/2\*1 ac
16. DM, CKD; pt ต้องกิน para 2 tab แต่สั่งมา 1 tab.
17. DM; ในสมุ้ด ปจต. Simvas 10 mg แต่จ่ายเป็น 40 mg ไม่ได้แก้ไขสมุ้ดให้ถูกต้อง

ข้อมูลดังกล่าวมีปริมาณความคลาดเคลื่อนที่สูง (ประมาณ 50 ต่อ 1000 ใบสั่งยา) อย่างไรก็ตามควรต้องพิจารณาหาทางแก้ไขเพื่อให้ความคลาดเคลื่อนลดลงกว่านี้ และการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาเชิงรุก ควรมีการเก็บข้อมูลเป็นประจำ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

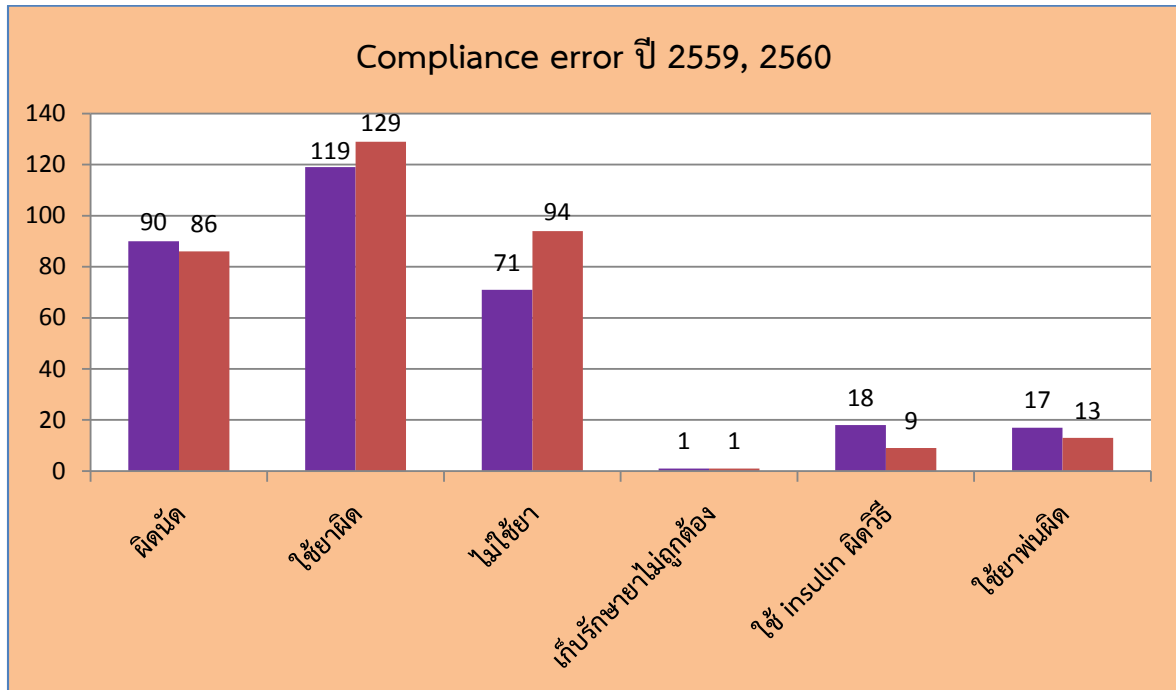
## ความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกยา (Transcribing error)



ในปีงบประมาณ 2560 งาน OPD ได้บันทึกข้อมูลที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยในโดยเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานเภสัชกรรม โดยพบว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการคัดลอกผิดขนาด ซึ่งมีสาเหตุมาจากคัดลอกผิดวิธีใช้ถึง 23 ครั้งและผิดความแรง 1 ครั้ง ซึ่งเกิดจากการคัดลอกรายการยาในหน้ารายการยาของวันสุดท้ายที่อยู่ในโรงพยาบาลจากระบบ hosxp (Home remed) แล้วไม่ได้แก้ไขวิธีใช้ยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง

ส่วนความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งจ่ายยาจากงาน HIV clinic ส่วนใหญ่เกิดจากการคัดลอกผิดขนาดที่เกิดจากสาเหตุการคัดลอกผิดวิธีใช้เช่นกัน ซึ่งเกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล (HIV co) ในคลินิกที่คัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยบันทึกลงในระบบ Hosxp คลาดเคลื่อนไปจากการปรับเปลี่ยนในปัจจุบัน

## ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Compliance error)



จากแผนภูมิพบว่า ในปีงบประมาณ 2560 มีการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วยรวม 326 ครั้งใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2559 ที่รายงานรวม 316 ครั้ง อาจเพราะไม่ได้ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาหรือบันทึกความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยพบความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วยเกิดจากการใช้ยาผิดและการไม่ใช้ยา เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 129, 94 ครั้งตามลำดับ และการผิดนัดรับยา 86 ครั้ง ซึ่งจำแนกออกตามสาเหตุเบื้องต้นของแต่ละสาเหตุหลักได้เป็น

1. การใช้ยาผิดเนื่องจาก เข้าใจวิธีใช้ยาผิด 40 ครั้ง รองลงมาเป็นการปรับยาเอง 31 ครั้ง และกินหรือฉีดตามความเคยชิน 13 ครั้ง (อื่นๆ เช่น มองไม่ชัด 5 ครั้ง, อ่านไม่ออก 5 ครั้ง, หลงลืม 10 ครั้ง)
2. การไม่ใช้ยาเนื่องจาก ไม่มีอาการจึงไม่ใช้ยา 24 ครั้ง, เกิดความผิดปกติกับร่างกาย 19 ครั้ง, ไม่ต้องการใช้ยา 15 ครั้ง, ไปธุระ 8 ครั้ง, ลืมใช้ยา 7 ครั้ง, เข้าใจว่าหายแล้ว, กินยาอื่นแทนและทำยาหายชนิดละ 4 ครั้ง
3. การผิดนัดรับยา เนื่องจากไปธุระ 26 ครั้ง, ติดงานประจำ 12 ครั้ง, ไม่มีคนพามา 10 ครั้ง, ไม่บอกสาเหตุ เนื่องจากผู้ซักถามไม่ได้ถามถึงสาเหตุที่ไม่ได้มารับยาตามนัด 11 ครั้ง

จากข้อมูลสาเหตุเบื้องต้นที่ได้ใน 3 สาเหตุหลัก เมื่อแยกตามคลินิก พบการกระจายของข้อมูล ดังนี้

ชนิด error (ใช้ยาผิด)	ครั้ง	HT	DM	CKD	COPD	Asthma	warfarin	Psycho	อื่นๆ
ปรับยาเอง	31	8	5	2	6	1	1	3	5
เข้าใจวิธีใช้ยาผิด	40	4	12	1	10	-	7	-	6
กิน/ฉีดตามความเคยชิน	13	4	4	3	1	-	1	-	-
มองไม่ชัด	5	-	2	1	-	-	-	-	2
อ่านไม่ออก	5	2	1	-	-	-	-	-	2
หลงลืม	10	1	2	-	-	1	3	1	2

**สาเหตุ** เข้าใจวิธีใช้ยาผิด 40 ครั้ง [ไม่พบเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง]

1. COPD Clinic (ส่วนใหญ่เป็นยาพ่น) เช่น

: ผู้ป่วยรายใหม่รักษาได้ 8 wk จำการใช้ยาสลับกัน ใช้ Berodual ฟันเข้า-เย็น แต่ใช้ budesonide ฟันเมื่อมีอาการ

: ไม่ใช้ยา budesonide ฟันทุกวัน เพราะคิดว่าไม่จำเป็น และไม่มีอาการกำเริบ

: ผู้ป่วยพ่นยาเฉพาะเวลาหอบ โดยจะพ่น berodual ก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะตามด้วย budesonide และ seretide ตามลำดับ และรู้สึกว่าการใช้ seretide ใช้แล้วอาการไม่ดีขึ้น

2. DM clinic เช่น

: ผู้ป่วยใช้ GPZ(5) 2\*1 แต่แพทย์สั่ง 2\*2 เข้าใจผิด BP 160/90 FBS 171

: ผู้ป่วยกินยา ASA(81) ผิด กินเช้า + เย็น, Met 2\*2 (แพทย์สั่ง 1\*3)

3. HT clinic เช่น

: กิน simvas มื้อเช้าพร้อมยา HT มาตลอด เข้าใจวิธีใช้ผิด

**สาเหตุ** ปรึกษาเอง 31 ครั้ง [ไม่พบเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง]

1. DM clinic เช่น

: แพทย์สั่ง E(5) 1\*1 แต่ผู้ป่วยกิน 2\*1 ปรึกษาเอง

: ผู้ป่วยกิน simvas 1 hs แต่แพทย์สั่ง 2 hs บอกว่ากิน 2 เม็ดแล้วทำให้ผอมลงและผิวดำขึ้น เพื่อนและคนรอบข้างก็ทักว่าเป็นแบบนี้จึงปรึกษาเองเป็นกิน 1 เม็ด เมื่อกินแล้วไม่มีอาการผอมลงและตัวไม่ดำ จึงกินยาขนาดนี้มาตลอด

: ผู้ป่วยมียา MFM และ GPZ เหลือมาก เพราะกินยาไม่สม่ำเสมอ แพทย์สั่ง MFM 2\*2 แต่กิน 1\*3 เพราะถ้ากิน 2 เม็ด แล้วจะ N/V กิน 1 เม็ด ไม่มีอาการใดๆ

2. HT clinic เช่น

: ผู้ป่วยเคยวัด BP ได้ 180 จึงปรับ Atenolol 1\*1 เป็น 1\*2 วันนี้ BP 110/70 แพทย์จึงให้กินตามที่ pt เคยกิน

: แพทย์สั่ง amlodipine(5) 2x1 pc แต่ผู้ป่วยกิน 1x1 สลับกับ 2x1 แต่ไม่ทราบสาเหตุที่ปรึกษาเอง

ชนิด error (ไม่ใช้ยา)	ครั้ง	HT	DM	CKD	COPD	Asthma	warfarin	Psycho	อื่นๆ
ไม่มีอาการจึงไม่ใช้ยา	24	10	3	-	-	4	-	-	7
เกิดความผิดปกติต่อร่างกาย	19	3	5	2	2	1	1	3	2
ไม่ต้องการใช้ยา	15	2	5	-	1	-	1	2	4
ไปธุระ	8	-	6	-	-	-	1	-	1
ลืมใช้	7	2	2	1	-	-	-	-	2
เข้าใจว่าหายแล้ว	4	1	-	-	1	-	-	-	2

**สาเหตุ** ไม่มีอาการจึงไม่ใช้ยา 24 ครั้ง

1. HT clinic เช่น

: ผู้ป่วยขาดยา HT 2 ปี หยุดยาเองเพราะเห็นว่าไม่เป็นไร (ไม่ระบุระดับ BP)

: ผู้ป่วยขาดยา 4 ปี เพราะอาการปกติดี คิดว่าไม่เป็นไร วันนี้นำ รพ.เพราะปวดเข้า จึงขอรับยา HT ต่อ BP 140/90

: ผู้ป่วยขาดยา HT 5 เดือน อาการปกติเลยไม่ใช้ยา BP160/80]

**เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง** : ขาดยา 4 ปี เพราะอาการปกติดี คิดว่าไม่เป็นไร วันนี้นำ รพ.เพราะแน่นหน้าอก

แพทย์ EKG แล้ววินิจฉัยเป็น Chronic stable angina

ส.ค : HT c Stroke ไม่ทานยาและขาดยา HT เกือบ 2 ปี เห็นว่า BP ไม่สูงคิดว่าไม่เป็นไร

ครั้งนี้เข้ารพ.ด้วย cerebral infarction

ส.ค : Pt stroke เดินได้ มา ER ด้วยไอ BP 191/110 รับยา pkk ให้ยามากิน 2 เดือน pt  
กินยาจนหมด และไม่มารับยาต่อเนื่อง เพราะเห็นว่าอาการปกติ แนะนำญาติเรื่อง  
ความเสี่ยง recurrent stroke

2. DM clinic เช่น

: ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองไม่มีอาการปวดหัว, เวียนหัว จึงไม่กินยาลดความดัน และไม่กินยาลดไขมัน  
เพราะคิดว่าไม่มีอาการใดๆ ผิดปกติ อธิบายให้เข้าใจแล้วว่าต้องกินยาต่อเนื่อง

**สาเหตุ** เกิดความผิดปกติต่อร่างกายหลังใช้ยา 19 ครั้ง

1. HT clinic เช่น

**เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง** : ผู้ป่วย lost f/u 2 ปี เนื่องจากกินยาแล้วรู้สึกหายใจไม่อิ่ม จึงไม่กินยา BP 220/110  
แพทย์ให้ amlodipine 1 tab, captopril 1 tab

2. CKD clinic เช่น

: ผู้ป่วย CAPD ได้ KCl elixir 15 cc od แต่กินบ้าง ไม่ได้กินบ้างเพราะ กินแล้วเวียนหัว K 2.4, Na 125

3. คลินิกจิตเวช เช่น

: ผู้ป่วยกิน chlorpromazine เฉพาะเมื่อมีอาการ เนื่องจากกินแล้วมีอาการง่วงซึม อ่อนเพลีย  
วันนี้มีอาการหวิวๆ พุดเยอะ

**สาเหตุ** ไม่ต้องการใช้ยา 15 ครั้ง

1. HT clinic เช่น

**เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง** : ผู้ป่วยขาดยา 4-5 เดือน เดิมกินยา E(5) 1\*2, ASA 1\*1 และ simvas(10) 1 hs  
ไปอยู่กับลูกที่นครนายก ลูกไม่ยอมมาส่งเพื่อกลับมารับยา จึงไม่ยอมกินยา  
(ต้องการประชดลูก) BP1 190/100, BP2 190/100, BP3 180/90

**สาเหตุ** ไปธุระ 8 ครั้ง

- DM clinic เช่น

: ไม่ฉีดยามื้อเย็น 2 วัน เพราะไปกินข้าวนอกบ้าน กลับมามีดเลยไม่ฉีดยา FBS 266

**เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง** : ผู้ป่วยขาดยา 3 วัน ไปธุระต่างจังหวัดไม่ได้เอายาไปด้วย และกินถั่วตัดมาก  
วันนี้ FBS 324 BP188/100]

ชนิด error (ชนิด)	ครั้ง	HT	DM	CKD	COPD	Asthma	warfarin	Psycho	อื่นๆ
ไปธุระ	26	8	14	-	1	-	-	1	2
ติดงานประจำ	12	3	5	-	-	2	-	-	2
ไม่มีคนพามา	10	5	2	-	1	-	-	-	2
ไม่บอกสาเหตุ	11	6	2	-	1	-	-	-	2

**สาเหตุ** ไปธุระ 26 ครั้ง [ไม่พบเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง]

1. DM Clinic เช่น

: ผู้ป่วยขาดยา DM 1 สัปดาห์ ไปประชุมที่ต่างจังหวัด BP 160/80, FBS 181

: ผู้ป่วยขาดยา DM 1 เดือน ไปอยู่กับแม่ที่สระบุรี FBS 571

: ผู้ป่วยขาดยา DM 15 วัน ไปงานศพที่สระบุรี FBS 259

2. HT Clinic เช่น

: ผู้ป่วยขาดยา HT 2 วัน ไปต่างประเทศ BP 170/100

**สาเหตุ** ติดงานประจำ 12 ครั้ง

HT Clinic เช่น

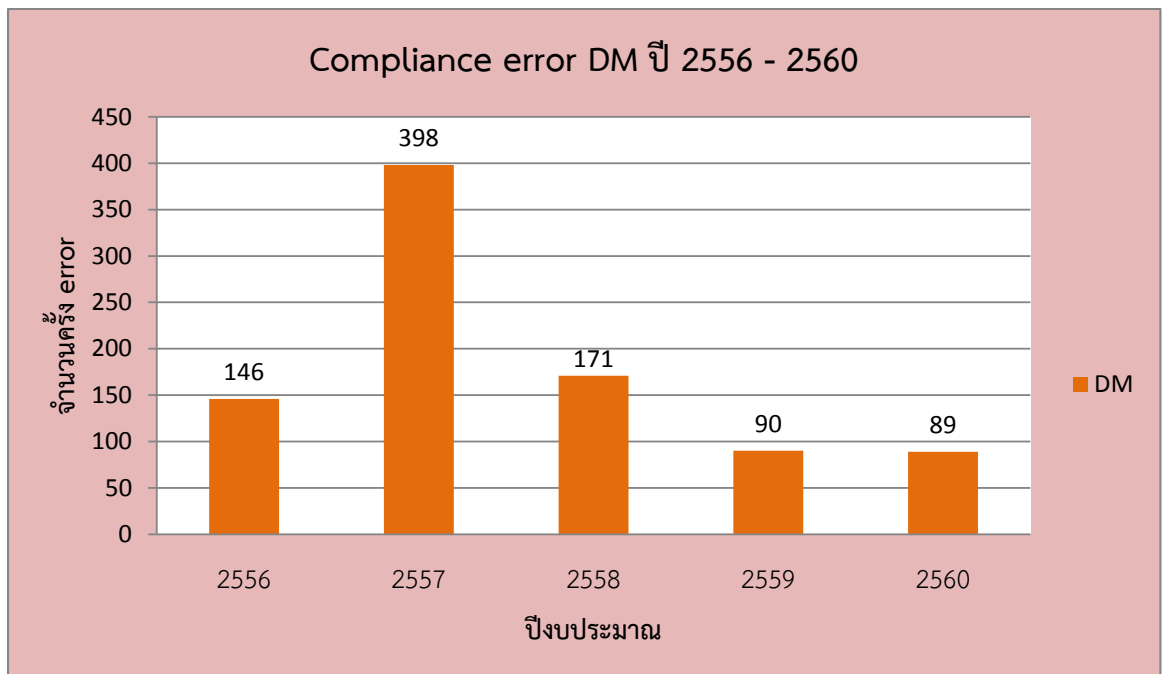
เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง : อายุ 54 ขาดยา 3 ปี ไปทำก่อสร้างที่ กทม. ซื้อมากินตอนปวดหัว วันนี้มีอาการ  
จึงมา รพ. BP 220/100]

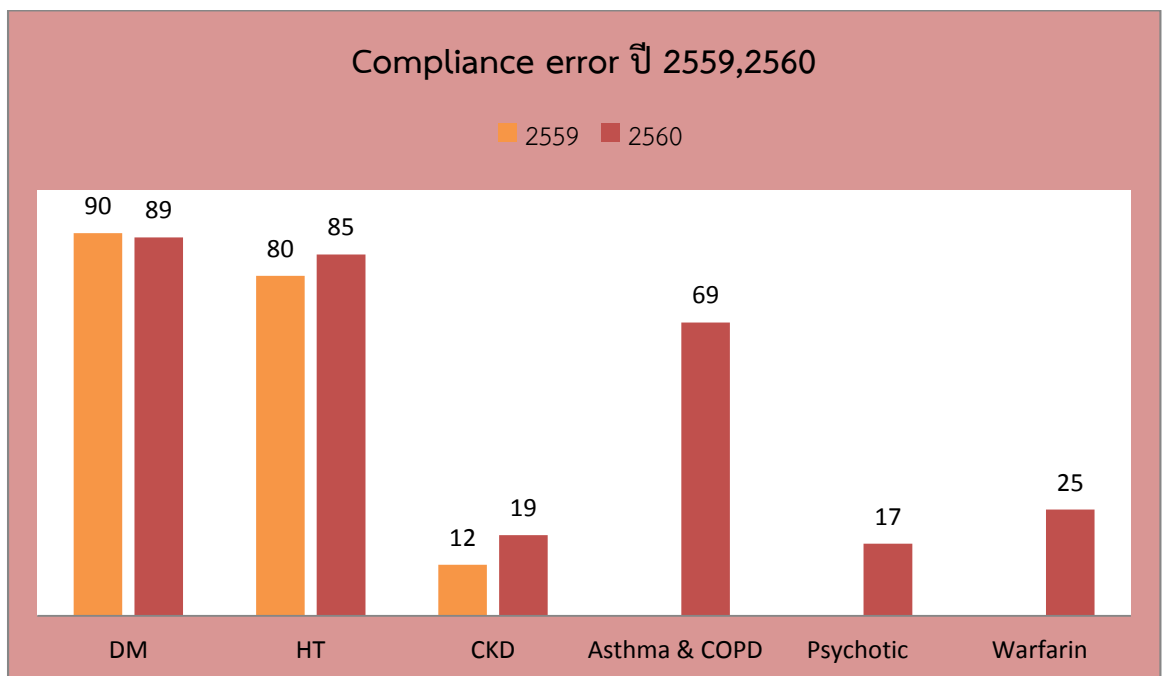
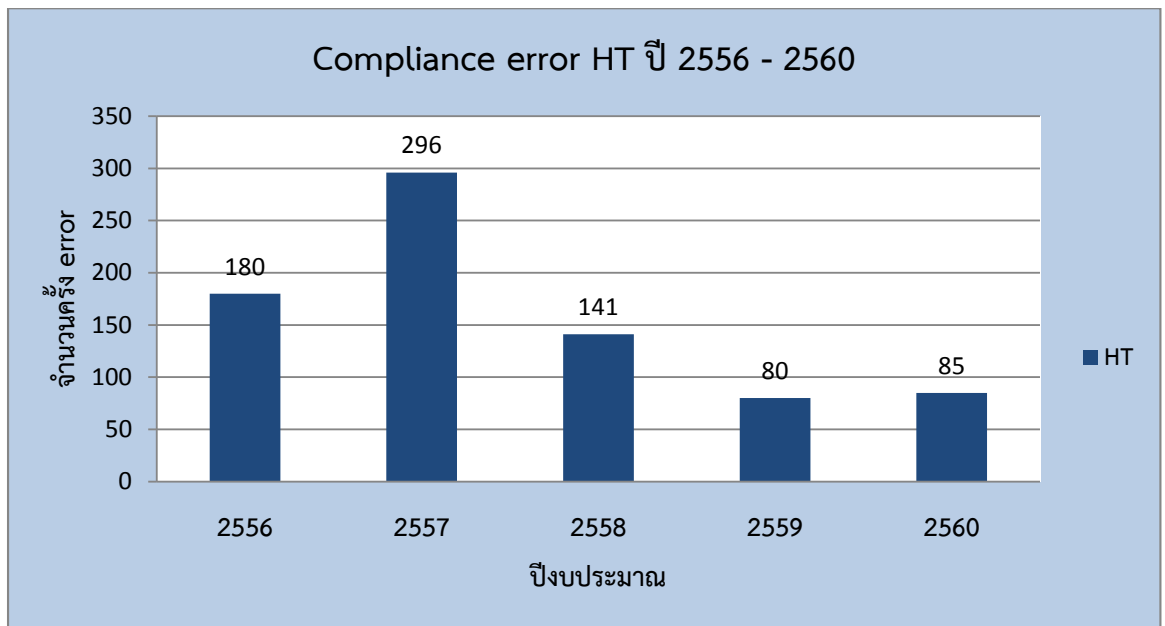
สาเหตุ ไม่มีคนพามา 10 ครั้ง [ไม่พบเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูง]

1. DM Clinic เช่น  
: ผู้ป่วยขาดยา 20 วัน ไม่ไปรับยาที่ PCU ท่งขนาน เพราะไม่มีใครไปส่ง (นัด 4 มค. 60) วันนี้มีคน  
พามาส่งรับยาที่ รพ. BP 110/80 FBS ไม่ได้เจาะ
2. HT clinic เช่น  
: ผู้ป่วยมารับยา HT มี BP สูง เพราะขาดยา 1 เดือน เนื่องจากไม่มีคนพามาส่ง ไม่มีเงินพอเสียค่ารถ  
วันนี้วัด BP ได้ 130/80 แรกรับ BP 170/90 ร่วมกับอาการปวดหัว BP ครั้งที่ 2 150/90

จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วย จะพบว่าส่วนใหญ่ผู้บันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยขาด  
ข้อมูลสาเหตุราก(root cause) ของการใช้ยาของผู้ป่วยทำให้ยังไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจนเนื่องจาก  
อาจเป็นเพราะยังไม่ได้กำหนดข้อมูลพื้นฐานที่ต้องการจากการซักถามข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลอายุ,  
ความสามารถในการใช้ยา, การมีญาติหรือผู้อื่นคอยดูแลตลอดเวลาหรือไม่ รวมทั้งสาเหตุแท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่  
สามารถใช้ยาได้ตามที่แพทย์สั่ง

การแก้ปัญหา ในปีงบประมาณ 2561 แจ้งให้เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่จ่ายยา ให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานที่ควรบันทึก  
ในแต่ละครั้งที่สอบถามประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรต้องนำเสนอข้อมูลการบันทึกข้อมูลการใช้ยาตาม  
แพทย์สั่งทุกเดือน และตัวอย่างของการบันทึกข้อมูลที่ต้องต่อที่ประชุมเภสัชกร เพื่อเป็นการทบทวนวิธีการบันทึก  
ที่ถูกต้องสม่ำเสมอ เพราะจะสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมได้ต่อไป





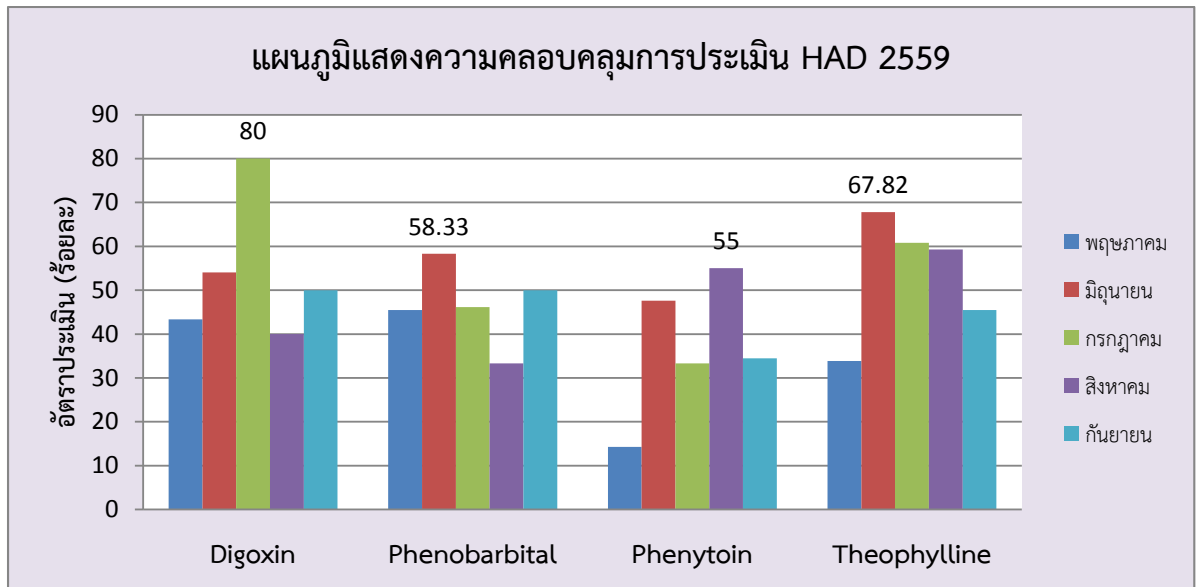
#### Compliance error

1. DM clinic : ปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจากการใช้ยาผิด(เข้าใจวิธีใช้ผิดและปรับยาเอง), ผิดนัด(ไปธุระและติดงานประจำ) และไม่ใช้ยา ตามลำดับ
2. HT clinic : ปัญหาเกิดจากผิดนัด(ไปธุระ ไม่มีคนพามา), ใช้ยาผิด(ปรับยาเองและเข้าใจวิธีใช้ผิด) และไม่ใช้ยา(ไม่มีอาการจึงไม่ใช้ยา) ตามลำดับ
3. CKD clinic : ปัญหาเกิดจากใช้ยาผิด(ใช้ตามความเคยชิน) และไม่ใช้ยา(เกิดความผิดปกติดต่อร่างกาย) ตามลำดับ
4. Asthma, COPD : ปัญหาเกิดจากใช้ยาผิด(เข้าใจวิธีใช้ผิดและปรับยาเอง), ไม่ใช้ยา และผิดนัดตามลำดับ
5. Psychotic : ปัญหาเกิดจากใช้ยาผิด(ปรับยาเอง), ไม่ใช้ยา(เกิดความผิดปกติดต่อร่างกาย)
6. Warfarin clinic : ปัญหาเกิดจากใช้ยาผิด(เข้าใจวิธีใช้ยาผิด)

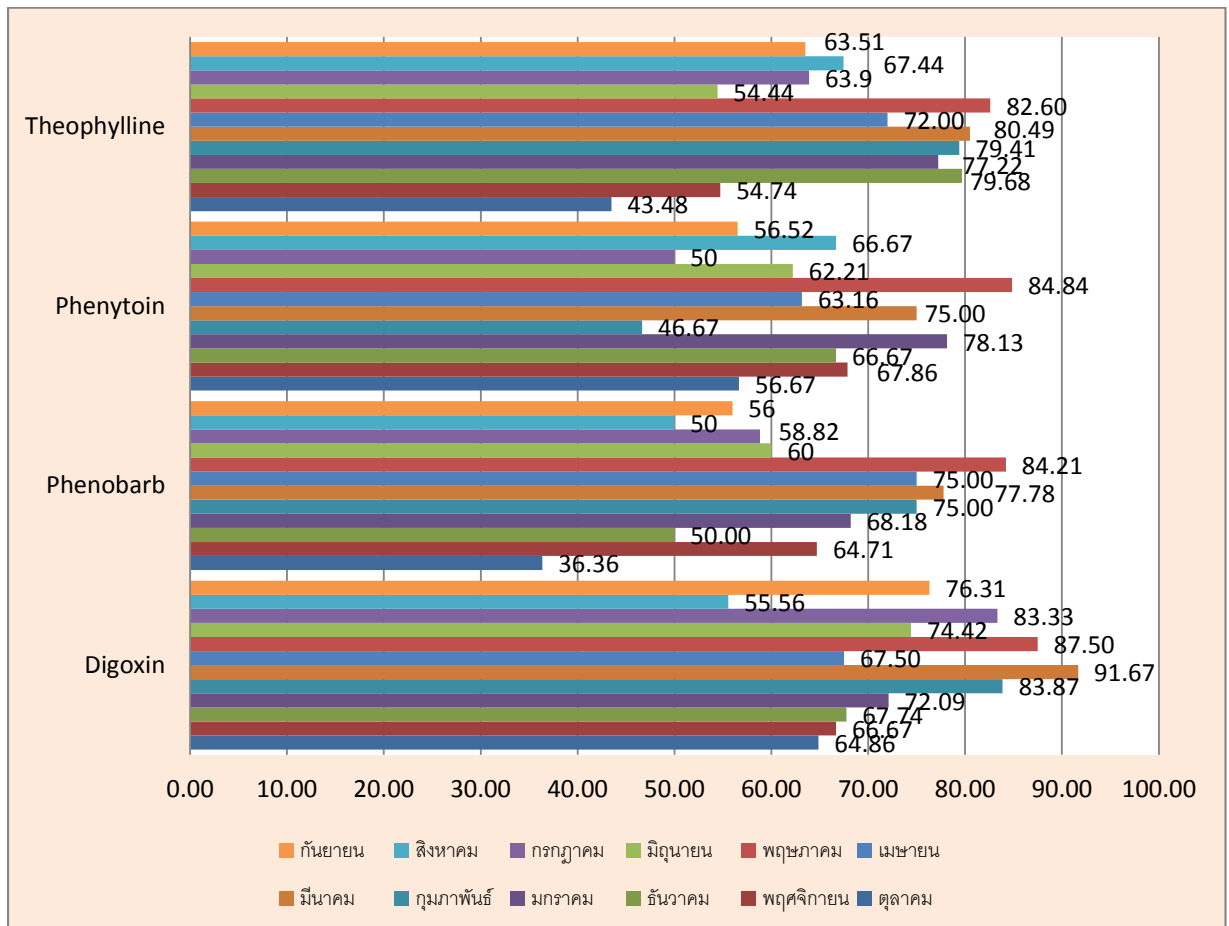


## การจ่าย HAD

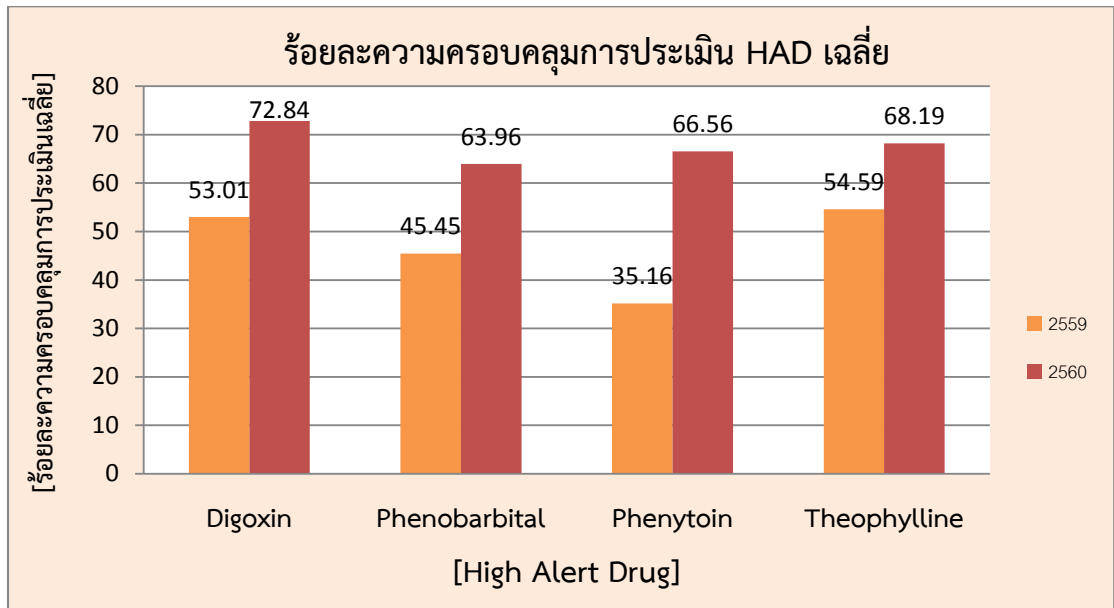
- ความครอบคลุมการประเมิน



การประเมินความครอบคลุมการประเมินยา Digoxin, Phenobarbital, Phenytoin และ Theophylline ปีงบประมาณ 2559 มีอัตราการประเมินสูงสุดร้อยละ 80, 58.33, 55 และ 67.82 ตามลำดับ และมีอัตราการประเมินเฉลี่ยร้อยละ 53.01, 45.45, 35.16 และ 54.59 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีความครอบคลุมที่น้อย โดยเกิดจากสาเหตุ ไม่ได้ประเมินเพราะลืมและบางครั้งผู้ป่วยฝากญาติหรือผู้อื่นมารับยาแทนทำให้ไม่ทราบปัญหาหรือความผิดปกติจากการใช้ยาทำให้ประเมินไม่ได้



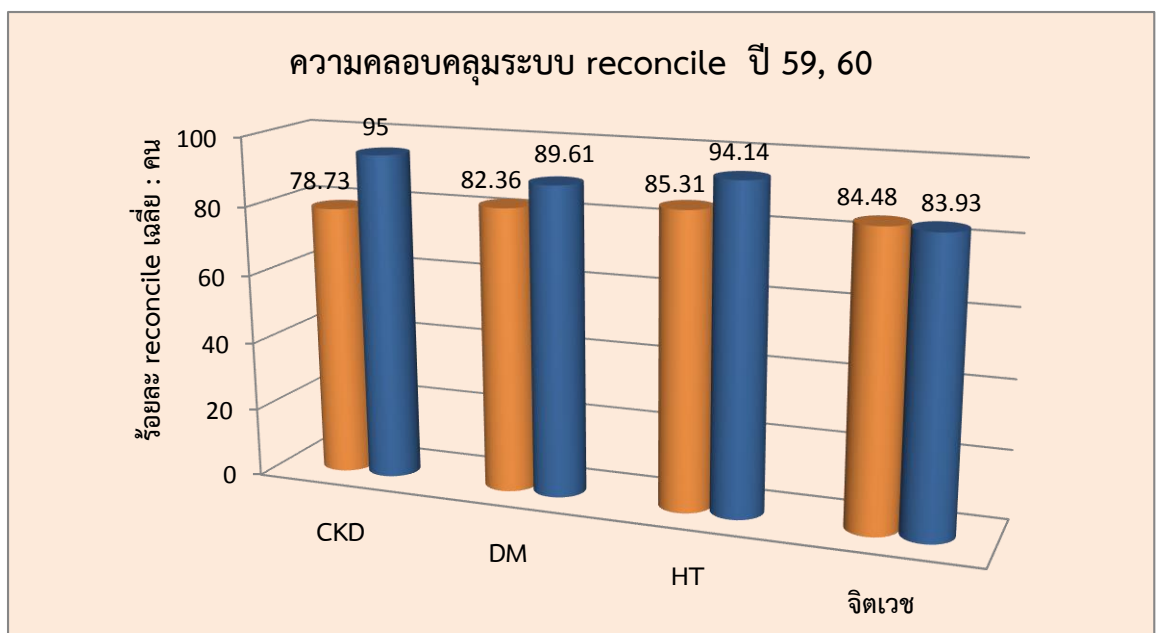
แผนภูมิแสดงความครอบคลุมการประเมินยา HAD ปีงบประมาณ 2560



**การแก้ไข** ในปีงบประมาณ 2560 ได้จัดทำใบเตือนการประเมินยา HAD ไว้ตามจุดให้บริการจ่ายยาเพื่อเตือนความจำให้ผู้จ่ายยาประเมินยา HAD ทุกครั้ง จากการเก็บข้อมูลและประเมินผลการดำเนินงานภายหลังการปรับเปลี่ยนพบว่า มีการประเมินยา HAD ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปีงบประมาณ 2559 โดย พบอัตราการประเมินเฉลี่ยร้อยละ 72.84, 63.96, 66.56 และ 68.19 ในยา Digoxin, Phenobarbital, Phenytoin และ Theophylline ตามลำดับ โดยพบว่า แนวโน้มของร้อยละการประเมินความครอบคลุม HAD ที่เพิ่มมากขึ้นมาจากชนิดยาที่มีรูปแบบการจ่ายในคลินิกเฉพาะ เช่น การจ่ายยา digoxin ในคลินิกวาร์ฟาริน หรือการจ่ายยา Theophylline ในคลินิก Asthma & COPD เป็นต้น และปัญหาจากการประเมินมักเกิดจากการไม่ได้ประเมินโดยผู้จ่ายยา เนื่องจากการหลงลืมหรือความรีบเร่งจ่ายยาในช่วงเวลาเร่งด่วน ทำให้ความครอบคลุมในการประเมิน HAD ยังไม่ถึงเกณฑ์ความครอบคลุมที่กำหนด คือ มากกว่าร้อยละ 80

**การแก้ไข** : รายงานความครอบคลุมการประเมินเป็นระยะ โดยแจ้งผลการรายงานเป็นรายวันตามผู้รับผิดชอบการจ่ายยาในแต่ละวันที่กำหนดตามตารางงาน ซึ่งจะบ่งบอกถึงความบกพร่องของการตรวจสอบการประเมินยา HAD และจะเป็นการกระตุ้นให้ตรวจสอบความครอบคลุมให้เพิ่มมากขึ้น

#### ความครอบคลุมระบบ Reconcile



จากแผนภูมิ ข้อมูลความคลอบคลุมระบบ reconcile คลินิกโรคเรื้อรัง CKD, DM, HT และ จิตเวช ปีงบประมาณ 2559 มีค่าเท่ากับร้อยละ 78.73, 82.36, 85.31 และ 84.48 ตามลำดับ ซึ่งอาจต้องปรับวิธีเก็บข้อมูลให้ชัดเจนกว่านี้ กล่าวคือ อาจเป็นเพราะการให้นิยามของการเก็บบันทึกข้อมูลไม่ดีพอ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจน้อยกว่าความเป็นจริง เช่น กรณีญาติผู้ป่วยมารับยาแทนและไม่สามารถสอบถามข้อมูลความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ก็ให้บันทึก “ญาติรับยาแทน” ในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย โดยกำหนดว่าเหตุการณ์ดังกล่าวได้ผ่านการ reconcile แล้ว หรือกรณีถ้าเป็นการมารับยาของผู้ป่วยที่เดิมรับยาประจำที่ รพ.สต. และไม่มีกรบันทึก reconcile ในสมุดประจำตัวของผู้ป่วยก็จะไม่รวมเข้าในการประเมินความครอบคลุมการ reconcile ของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามกลุ่มงานเภสัชกรรมก็ได้ปรับให้บันทึกการ reconcile ยาให้ครอบคลุมใน รพ.สต. ด้วยแล้ว ในปีงบประมาณ 2560 ภายหลังจากกำหนดนิยามการบันทึกข้อมูลและแจ้งต่อที่ประชุมให้รับทราบแล้ว ผลข้อมูลความคลอบคลุมระบบ reconcile คลินิกโรคเรื้อรัง CKD, DM, HT และ จิตเวช มีค่าเท่ากับ 95, 89.61, 94.14 และ 83.93 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าเพิ่มขึ้นกว่าปีงบประมาณ 2559 ยกเว้นในคลินิกจิตเวช ที่มีผลการประเมินที่น้อยกว่า แต่ก็ไม่แตกต่างกัน

### การประเมินความพึงพอใจ

จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 258 คน

ข้อที่	ความพึงพอใจ									
	1		2		3		4		5	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	3	1.16	4	1.55	12	4.65	85	32.95	154	59.69
2	3	1.16	2	0.78	22	8.53	76	29.46	155	60.08
3	3	1.16	3	1.16	19	7.36	70	27.13	163	63.18
4	3	1.16	4	1.55	21	8.14	89	34.50	141	54.65
5	3	1.16	1	0.39	12	4.65	58	22.48	184	71.32
6	3	1.16	2	0.78	19	7.36	72	27.91	162	62.79
7	2	0.78	15	5.81	51	19.77	90	34.88	100	38.76
รวม	20(20)	<b>1.11</b>	31(62)	<b>1.72</b>	156(468)	<b>8.64</b>	540(2160)	<b>29.90</b>	1059(5295)	<b>58.64</b>

### เกณฑ์ระดับความพึงพอใจ;

5 = พึงพอใจมากที่สุด, 4 = พึงพอใจมาก, 3 = ปานกลาง, 2 = พึงพอใจน้อย, 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด

- หมายเหตุ ; 1. ร้อยละระดับความพึงพอใจรวมในระดับ 4 และ 5  $\geq$  80 หมายถึง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมาก  
 2. ร้อยละระดับความพึงพอใจรวมในระดับ 3  $\geq$  60 หมายถึง ผู้รับบริการพึงพอใจปานกลาง  
 3. ร้อยละระดับความพึงพอใจรวมในระดับ 1 และ 2  $\geq$  50 หมายถึง ผู้รับบริการพึงพอใจน้อย

จากข้อมูลการประเมินระดับความพึงพอใจรวม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากในระดับร้อยละ 88.54 และผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่พึงพอใจน้อยในข้อคำถามที่ 7 คือ

ข้อ 7 ความรวดเร็วและความพร้อมในการให้บริการ : ความพึงพอใจปานกลางระดับร้อยละ 19.77  
 : ความพึงพอใจน้อยร้อยละ 6.59