ผลของการพัฒนารูปแบบการประสานรายการยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลตรัง

Outcome of the development of medication reconciliation model at female surgery ward in trang hospital

สุรัตน์ ปริชาตินนท์
เภสัชกรชำนาญการโรงพยาบาลตรัง
Email : surat3118@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการประสานรายการยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลตรัง เปรียบเทียบผลของระบบเดิมที่ให้บุคลากรทางการแพทย์คัดกรองรายการยาเดิมอย่างอิสระ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 จำนวน 445 ราย กับผลของระบบใหม่ที่ใช้ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์ร่วมคัดกรองรายการยาในระบบ “MR one page” ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2569 จำนวน 488 ราย เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของผู้ป่วยในทุกรายที่เข้าเกณฑ์ ผลการศึกษาพบว่าระบบใหม่ให้ผลดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1.จำนวนวันนอนของระบบใหม่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 (IQR=4) น้อยกว่าระบบเดิมที่เท่ากับ 5 (IQR=6) (p<.006) 2.จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสั่งยาเดิมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.2 เป็นร้อยละ 75.1 (p=.035) 3.ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากร้อยละ 38.4 เหลือร้อยละ 26.5 (p=.006) 4.ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 73.8 เหลือร้อยละ 57.6 (p=.036) 5.ความร่วมมือในการบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.5 เป็นร้อยละ 86.1 (p<.001) และการสั่งยาเดิมในระบบ “MR one page” ได้รับความร่วมมือในการสั่งใช้ยาสูงถึงร้อยละ 94.1 ส่วนผลการพัฒนาที่ไม่แตกต่างคือการสั่งใช้ยาเดิมโรคเรื้อรังภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 69.7 เป็นร้อยละ 73.8 (p=.460) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการประสานรายการยาโดยใช้ระบบ MR one page ช่วยลดจำนวนวันนอน ลดความคลาดเคลื่อนทางยา ความครอบคลุมของการสั่งยาเดิมเพิ่มขึ้น และทีมสหสาขาให้ความร่วมมือในการใช้ระบบสูง

คำสำคัญ : การประสานรายการยา , ความคลาดเคลื่อนทางยา , MR one page , Medication Reconciliation

Abstract

This quasi-experimental study was conducted to evaluate the outcomes of developing a medication reconciliation model in the female surgical ward of Trang Hospital. The study compared the

conventional system, in which healthcare personnel independently screened prior medication lists between November 2025 and January 2026 (445 patients), with a newly implemented system that utilized computer-assisted screening through the “MR one page” system between February and April 2026 (488 patients). Data were obtained from electronic medical records of all eligible inpatient cases. The new system demonstrated statistically significant improvements ($p < 0.05$) including: 1. The median length of hospital stay in the new system was 3 days (IQR = 4), compared with 5 days (IQR = 6) in the old system ($p<0.006$). 2. The number of patients who received the chronic diseases medication increased from 66.2% to 75.1% ($p=.035$). 3. The incidence of medication errors was reduced from 38.4% to 26.5%. ($p=0.006$). 4. Medication errors that reached patients decreased from 73.8% to 57.6% ($p=0.036$). 5. The recording of the last medication taken before hospital admission increased from 65.5% to 86.1**%** ($p<.001$). Furthermore, the implementation of the “MR one page” system for prescribing prior medications achieved a high level of multidisciplinary cooperation, reaching 94.1. A non-significant outcome of the development was that the prescribing of prior chronic disease medications within the first 24 hours of admission increased slightly from 69.7% to 73.8% ($p = .460$). The study concluded that medication reconciliation using the “MR one page” system helped reduce the average length of hospital stay, decreased medication errors, increased the coverage of prior medication prescribing, and achieved a high level of multidisciplinary cooperation in system utilization.

Keywords: medication reconciliation, medication discrepancy, MR one page

บทนำ

Medication reconciliation (MR) หรือกระบวนการเทียบประสานรายการยาเป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานหนึ่งของการปฏิบัติงานที่สำคัญของระบบยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยาในทุกช่วงรอยต่อของการดูแลรักษา[1] ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้อย่างต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนจากการใช้ยา และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) เป็นองค์กรที่ดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศเป็นเป้าหมายของประเทศในปีพ.ศ.2548 กำหนดให้การประสานรายการยาเป็นเป้าหมายข้อที่ 8 ของ 2006 National Patient Safety Goal[2] สำหรับประเทศไทยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้นำกระบวนการนี้ระบุไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพและใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 จนถึงฉบับปรับปรุงใหม่ปี 2566 - 2570 ระบุเรื่อง Medication reconciliation ไว้ในระบบการจัดการด้านยาหมวด II-6.2 ถึงการปฏิบัติในการใช้ยาว่าเป็นกระบวนการการดำเนินงานด้านยาที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตั้งแต่การ

สั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา มีกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อ มีระบบการเก็บหรือบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร มีการระบุบัญชีรายการยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องแม่นยำและใช้ในทุกจุดบริการ มีการส่งมอบรายการยาของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนที่อยู่ถัดไป มีการเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย ตลอดจนมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบและสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย[3] ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ในอัตราร้อยละ 4 - 17 นำมาซึ่งความทุพพลภาพทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนทางการรักษาของโรงพยาบาลทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินกว่า 37,600 ล้านเหรียญสหรัฐ ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจและสังคมซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้อีกมาก และที่สำคัญกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกันได้ โดยมีมูลค่าความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้เท่ากับ 17,000 - 29,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี[4] รายงานของ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 46 ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษาผู้ป่วย[5,6]

ปัจจัยสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยาคือความผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรที่มักเกิดขึ้นระหว่างรอยต่อของการให้บริการในขั้นตอนการรับผู้ป่วย การย้ายหอผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า Medication reconciliation มีประสิทธิภาพในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา และ Medication reconciliation ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบในรูปแบบทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล (Multidisciplinary Medication reconciliation) เป็นหนึ่งมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในระบบยา[7,8,9] มีงานวิจัยพบว่าการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในกระบวนการ Medication reconciliation จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน[10] เพิ่มความครอบคลุมของการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10,11] ทั้งในขั้นตอนรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องตามรอยต่อของการรักษา และลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา[10,11,12,13]

โรงพยาบาลตรังพบข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในปี 2565 - 2567 ที่เกี่ยวกับ Medication reconciliation ดังนี้ ไม่ได้สั่งยาเดิมที่ควรได้รับ 97 ครั้ง, 119 ครั้ง และ 130 ครั้งตามลำดับ[14] สั่งขนาดยาแรกรับไม่ตรงกับขนาดยาเดิม 25, 1 และ 55 ครั้งตามลำดับ สั่งยาความถี่ไม่ตรงกับยาเดิม 12, 5 และ 17 ครั้งตามลำดับ สั่งยาผิดชนิด 7, 6 และ 15 ครั้งตามลำดับ และความคลาดเคลื่อนทางยาอื่นๆ 19, 30 และ 51 ครั้งตามลำดับ สาเหตุของความคลาดเคลื่อนเกิดจากข้อมูลยาของผู้ป่วยไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นปัจจุบัน การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง มีการดำเนินการ Medication reconciliation ไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน จากผลการทบทวนแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานระบบยา และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลตรังจึงมีนโยบายพัฒนารูปแบบการประสานรายการยาโดยนำระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการคัดกรองรายการยาร่วมกับการสั่งใช้ยาในใบ “MR one page” มาใช้ในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569 งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาผลของ

การพัฒนารูปแบบกระบวนการประสานรายการยา ต่อตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ตัวชี้วัดเชิงคลินิก ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา และต่อความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินผลของการพัฒนาและเป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการประสานรายการยา Medication reconciliation (MR) โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์คัดกรองรายการยาร่วมกับการสั่งยาในระบบ MR one page เปรียบเทียบกับระบบที่มีบุคลากรทางการแพทย์คัดกรองรายการยาแบบอิสระร่วมกับการสั่งใช้ยาใน Doctor order sheet

สมมติฐานของการวิจัย

การประสานรายการยาโดยใช้ระบบ MR one page มีประสิทธิภาพดีกว่าระบบเดิมซึ่งประสานรายการยาอย่างอิสระ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น:
การใช้ระบบ MR one page



ตัวแปรตาม:
ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ
1.ความครอบคลุมในการสั่งยาเดิม
2.ความรวดเร็วในการสั่งยาเดิมเรื้อรังภายใน 24 ชม. หลังเข้ารับการรักษา
3.ความคลาดเคลื่อนทางยา
4.การบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย (last dose)
5.ความร่วมมือในการสั่งใช้ยาในใบ MR
ตัวชี้วัดเชิงคลินิก
จำนวนวันนอน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังพัฒนากระบวนการประสานรายการยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลตรังในช่วงก่อนพัฒนารูปแบบระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 และหลังพัฒนารูปแบบระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2569

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Before - After Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกราย (Total population) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลตรัง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)
   - ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลตรัง เดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 และเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2569
2. เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)
   - รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอื่นก่อนเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
   - เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงไม่ถึง 24 ชม.

ในช่วงก่อนพัฒนารูปแบบ MR เดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 พบผู้ป่วยตรงเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 454 คน ตรงเกณฑ์การคัดออก จำนวน 9 คน คงเหลือ 445 คน (N=445)

ในช่วงหลังพัฒนารูปแบบ MR เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2569 พบผู้ป่วยตรงเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 515 คน ตรงเกณฑ์การคัดออก จำนวน 27 คน คงเหลือ 488 คน (N=488)

เครื่องมือในการวิจัย งานวิจัยนี้ใช้การบันทึก รวบรวมข้อมูล จาก 3 ส่วน ดังนี้

1.ข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP ซึ่งโรงพยาบาลตรังใช้บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยได้แก่ อายุ สิทธิบัตร สาขาแรกรับ ประเภทการมาโรงพยาบาล จำนวนวันนอน ประเภทการจำหน่าย ประวัติการรับยาโรคเรื้อรัง

2.ข้อมูลจากแบบฟอร์ม MR one page ได้แก่ การบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย (last dose) ความร่วมมือในการสั่งใช้ยาในใบ MR

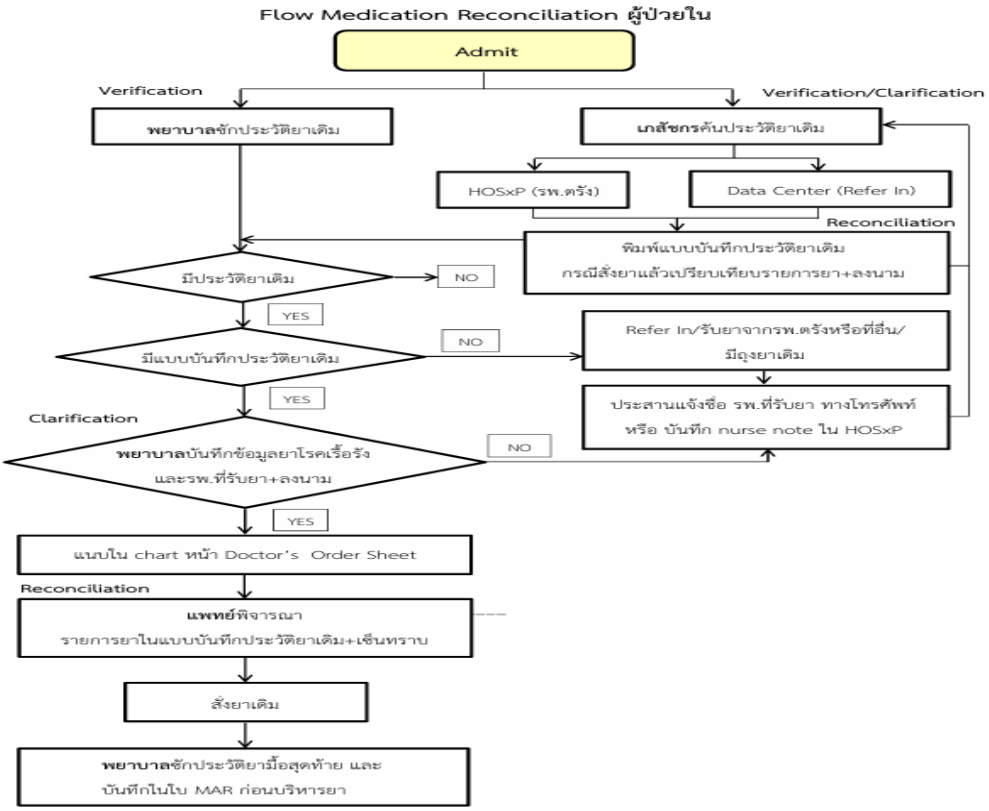
3.ข้อมูลจากระบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลตรังโครงการวิจัยเลขที่ ID 079/11-2568 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2568

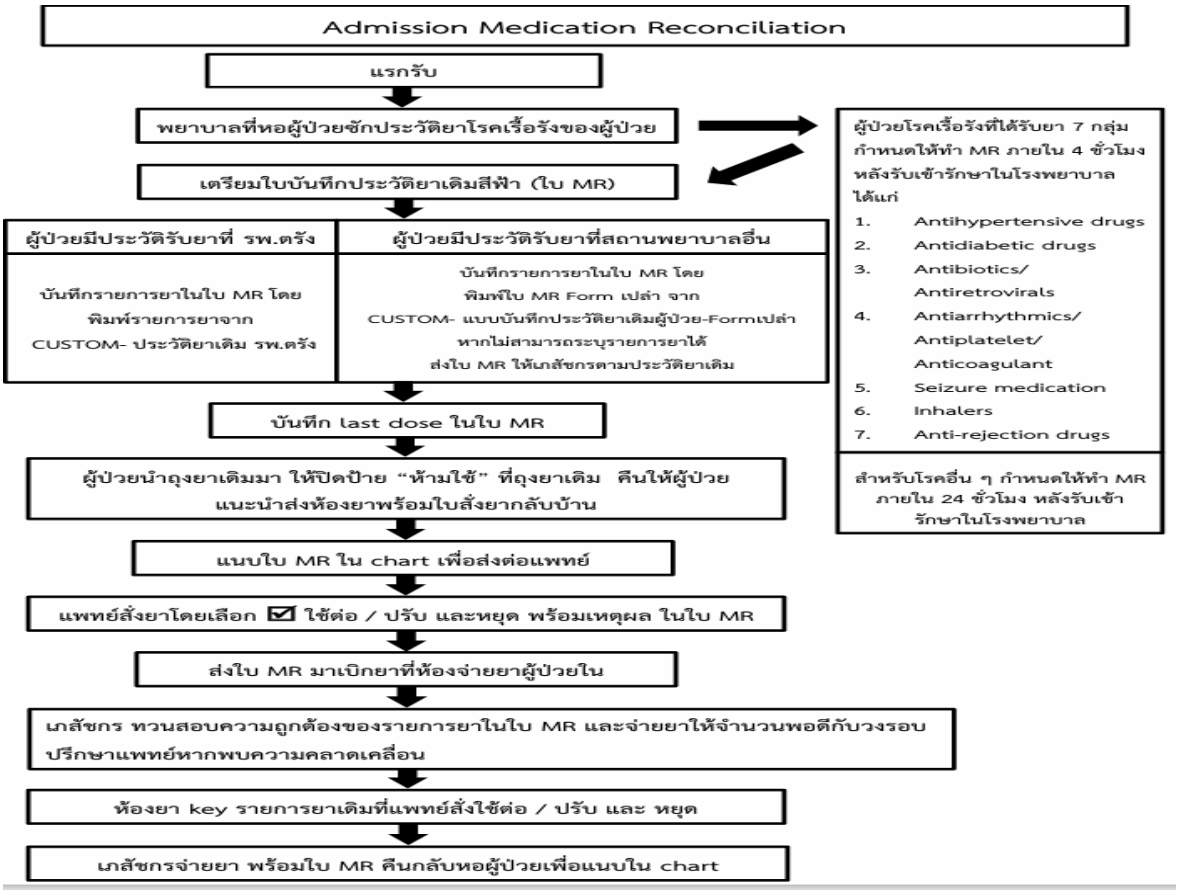
วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนมาตรฐานระบบยา ข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา และมีข้อสรุปปรับรูปแบบการพัฒนากระบวนการ MR กรณีผู้ป่วยรับยาเดิมโรงพยาบาลตรัง ดังนี้

เรื่อง	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
1.การคัดกรองประวัติยา	เภสัชกรคัดกรองตามใบสั่งยา พิมพ์ใบ MR ตามจำนวนใบสั่งยา	ระบบคอมพิวเตอร์คัดกรอง พิมพ์ใบ “MR one page”
2.การพิมพ์ใบ MR	ห้องยา	หอผู้ป่วย
3.การสั่งยา	สั่งยาใน Doctor order sheet	สั่งยาในใบ “MR one page”
4.การบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย (last dose)	บันทึกในใบซักประวัติ	บันทึกในใบ “MR one page”
5.จำนวนการจ่ายยา	จำนวนยาถึงวงรอบยา	จำนวนยาจากข้อมูล last dose และวงรอบยา



รูปที่ 1 ระบบ MR ก่อนพัฒนา



รูปที่ 2 ระบบ MR หลังพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนาแบบฟอร์ม กฎและเงื่อนไขต่างๆของชุดคำสั่ง (Protocol) ระบบ MR one page โดยผู้วิจัยประสานผู้เกี่ยวข้องด้านระบบสารสนเทศ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มากำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข รูปแบบ ของชุดคำสั่ง

1.รายการยาต้องคัดกรองจากทั้งใบสั่งยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกแผนก เพื่อแก้ปัญหาการทบทวนประวัติยาไม่ครอบคลุม

2.รายการยาที่นำมาแสดงในใบ “MR one page” ต้องลดภาระของผู้ให้บริการ ไม่ซ้ำซ้อน แต่ครอบคลุมยาซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ต่อเนื่อง ดังนี้

2.1 ยาไม่เรื้อรัง ไม่นำมาแสดง เช่น Paracetamol, Diclofenac

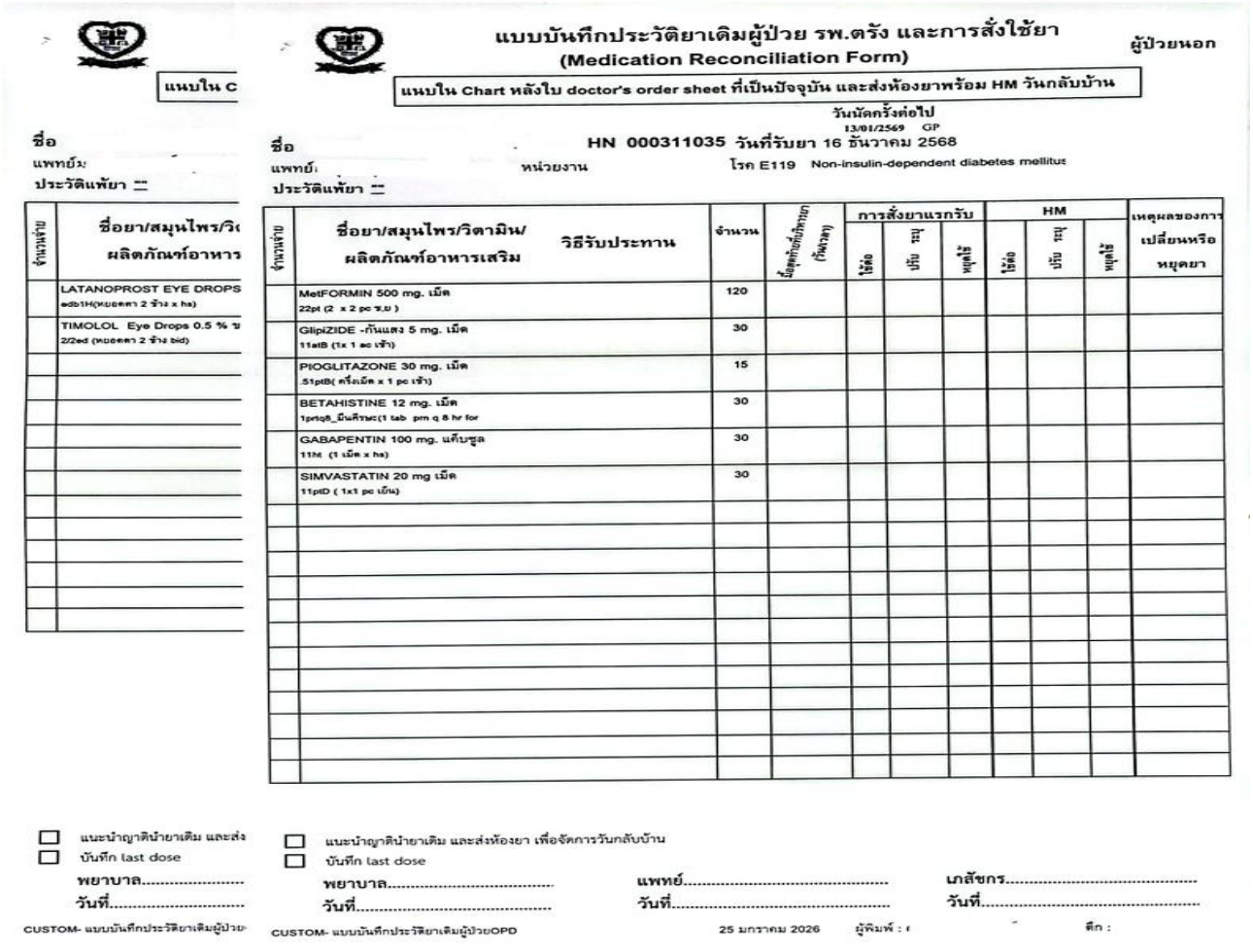
2.2 ยาเรื้อรัง แสดงรายการยาย้อนหลัง 240 วัน เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

2.3 ยาเรื้อรัง แสดงรายการยาย้อนหลัง 360 วัน เช่น ยารักษาต่อมลูกหมากโต(แพทย์นัด 360 วัน)

2.4 ยา Antibiotic กรณีใช้เป็นยาไม่เรื้อรังแสดงรายการยาย้อนหลัง 14 วัน กรณีใช้เป็นยาเรื้อรัง แสดงรายการยาย้อนหลัง 240 วัน เช่น Bactrim, Azithromycin

3.รายการยาควรเรียงตามวันที่รับยา รายการยา วิธีใช้ จากปัจจุบันย้อนหลังไปตามจำนวนวันที่กำหนด โดยยา 1 ชนิดจะไม่แสดงซ้ำ “ยกเว้น” มีวิธีใช้ต่างกัน เพื่อลดเวลาและลดความคลาดเคลื่อนของการทบทวนประวัติการใช้ยา

4. รูปแบบใบ “MR one page” ควรใช้งานได้สะดวก สามารถใช้ร่วมกันทั้งวันแรกรับและวันกลับบ้าน ดังรูป



แบบบันทึกประวัติยาเดิมผู้ป่วย รพ.ตรัง และการสั่งใช้ยา
(Medication Reconciliation Form)
ผู้ป่วยนอก

แนบใน Chart หลังใบ doctor's order sheet ที่เป็นปัจจุบัน และส่งห้องยาพร้อม HM วันกลับบ้าน

วันนัดครั้งต่อไป 13/01/2569 GP

ชื่อ HN 000311035 วันที่รับยา 16 ธันวาคม 2568

แพทย์ หน่วยงาน โรค E119 Non-insulin-dependent diabetes mellitus

ประวัติแพ้ยา --

จำนวนจ่าย	ชื่อยา/สมุนไพร/วิตามิน/ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม วิธีรับประทาน	จำนวน	มื้อสุดท้ายที่รับยา (วันที่ยา)	การสั่งยาแรกรับ ใช้ต่อ	ปรับ ระบุ	หยุดใช้	HM ใช้ต่อ	ปรับ ระบุ	หยุดใช้	เหตุผลของการเปลี่ยนหรือหยุดยา
	LATANOPROST EYE DROPS									
	TIMOLOL Eye Drops 0.5 %									
	MetFORMIN 500 mg. เม็ด 2?pt (2 x 2 pc ช.บ)	120								
	GlipiZIDE -ก่อนแลง 5 mg. เม็ด 11mB (1x 1 ac เช้า)	30								
	PIOGLITAZONE 30 mg. เม็ด .51ptB(ครึ่งเม็ด x 1 pc เช้า)	15								
	BETAHISTINE 12 mg. เม็ด 1prtq8_มีนศีรษะ(1 tab prn q 8 hr for	30								
	GABAPENTIN 100 mg. แค็ปซูล 11ht (1 เม็ด x ha)	30								
	SIMVASTATIN 20 mg เม็ด 11ptD (1x1 pc เย็น)	30								

☐ แนะนำญาตินำยาเดิม และส่ง ☐ บันทึก last dose
พยาบาล.....
วันที่.....

☐ แนะนำญาตินำยาเดิม และส่งห้องยา เพื่อจัดการวันกลับบ้าน ☐ บันทึก last dose
พยาบาล.....
วันที่.....

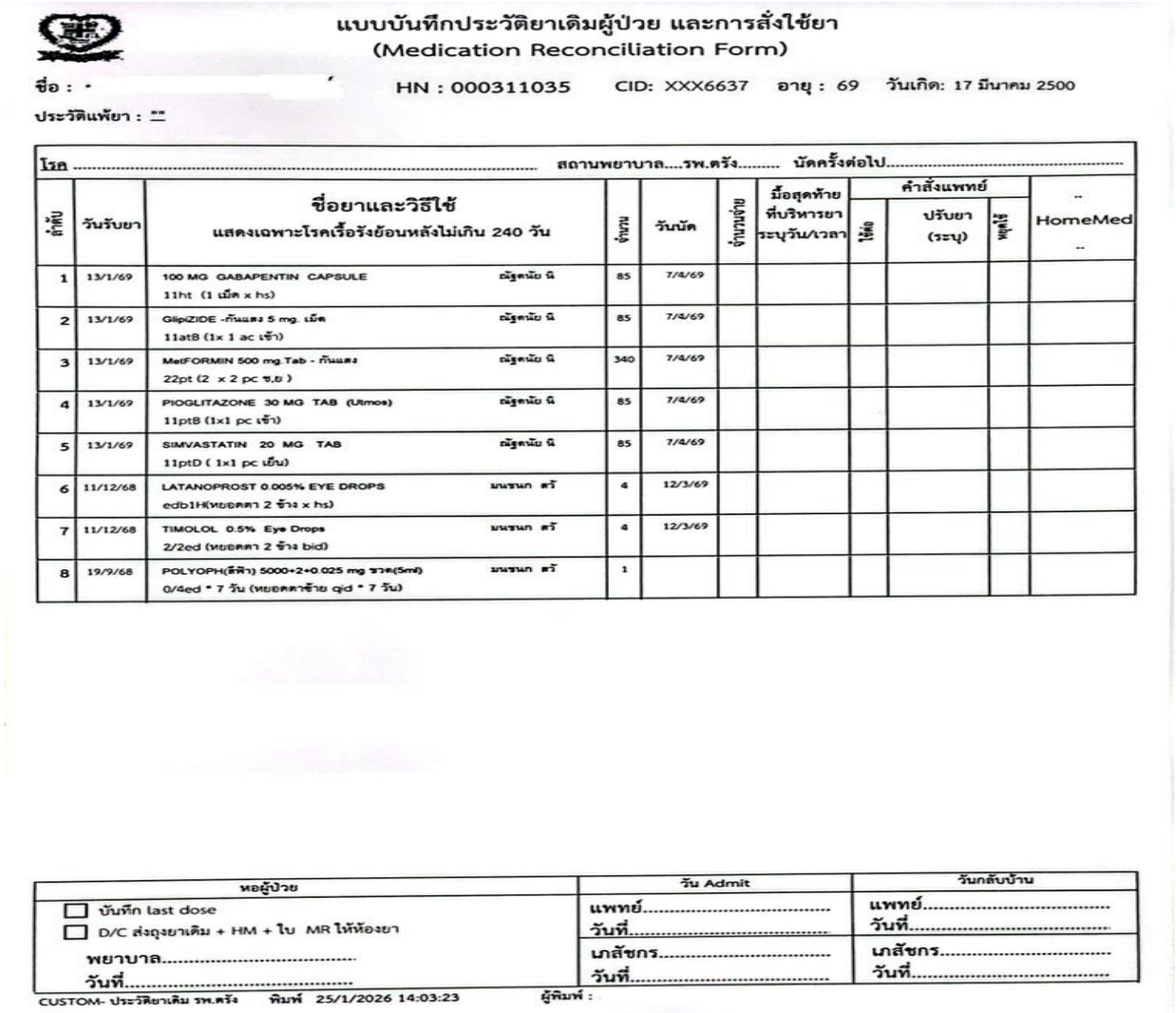
แพทย์.....
วันที่.....

เภสัชกร.....
วันที่.....

CUSTOM- แบบบันทึกประวัติยาเดิมผู้ป่วย

CUSTOM- แบบบันทึกประวัติยาเดิมผู้ป่วยOPD 25 มกราคม 2026 ผู้พิมพ์ : ตึก :

รูปที่ 3 แบบฟอร์ม MR ก่อนพัฒนา



แบบบันทึกประวัติยาเดิมผู้ป่วย และการสั่งใช้ยา
(Medication Reconciliation Form)

ชื่อ : • HN : 000311035 CID: XXX6637 อายุ : 69 วันเกิด: 17 มีนาคม 2500

ประวัติแพ้ยา : --

โรค ..... สถานพยาบาล....รพ.ตรัง..... นัดครั้งต่อไป.....

ลำดับ	วันรับยา	ชื่อยาและวิธีใช้ แสดงเฉพาะโรคเรื้อรังย้อนหลังไม่เกิน 240 วัน		จำนวน	วันนัด	จำนวนจ่าย	มื้อสุดท้ายที่บริหารยา ระบุวัน/เวลา	คำสั่งแพทย์ ใช้ต่อ	ปรับยา (ระบุ)	หยุดใช้	-- HomeMed --
1	13/1/69	100 MG GABAPENTIN CAPSULE 11ht (1 เม็ด x hs)	ณัฐดนัย นิ	85	7/4/69						
2	13/1/69	GlipiZIDE -กันแสง 5 mg. เม็ด 11atB (1x 1 ac เช้า)	ณัฐดนัย นิ	85	7/4/69						
3	13/1/69	MetFORMIN 500 mg.Tab - กันแสง 22pt (2 x 2 pc ช,ย)	ณัฐดนัย นิ	340	7/4/69						
4	13/1/69	PIOGLITAZONE 30 MG TAB (Utmos) 11ptB (1x1 pc เช้า)	ณัฐดนัย นิ	85	7/4/69						
5	13/1/69	SIMVASTATIN 20 MG TAB 11ptD (1x1 pc เย็น)	ณัฐดนัย นิ	85	7/4/69						
6	11/12/68	LATANOPROST 0.005% EYE DROPS edb1H(หยอดตา 2 ข้าง x hs)	มนชนก ศรี	4	12/3/69						
7	11/12/68	TIMOLOL 0.5% Eye Drops 2/2ed (หยอดตา 2 ข้าง bid)	มนชนก ศรี	4	12/3/69						
8	19/9/68	POLYOPH(ตีพิา) 5000+2+0.025 mg ขวด(5ml) 0/4ed * 7 วัน (หยอดตาซ้าย qid * 7 วัน)	มนชนก ศรี	1							

หอผู้ป่วย	วัน Admit	วันกลับบ้าน
☐ บันทึก last dose ☐ D/C ส่งถุงยาเดิม + HM + ใบ MR ให้ห้องยา พยาบาล..... วันที่.....	แพทย์..... วันที่.....	แพทย์..... วันที่.....
	เภสัชกร..... วันที่.....	เภสัชกร..... วันที่.....

CUSTOM- ประวัติยาเดิม รพ.ตรัง พิมพ์ 25/1/2026 14:03:23 ผู้พิมพ์ :

รูปที่ 4 แบบฟอร์ม MR หลังพัฒนา

ระยะที่ 3 การนำกระบวนการ MR ใหม่ไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569

ระยะที่ 4 ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้เก็บรวมรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลในระบบ HOSxP ตามหนังสือที่ ตง 0033.123/851 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2569

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1.ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR)

2.ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Chi-square test และ Fisher'S Exact Test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเชิงคุณภาพ (Categorical Data) เช่น ความครอบคลุมในการสั่งยาเดิม ความรวดเร็วในการสั่งยาเดิมเรื้อรังภายใน 24 ชม.หลังเข้ารับการรักษา ความคลาดเคลื่อนทางยา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3.ใช้ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยาเดิม ก่อนและหลังการปรับรูปแบบ MR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษา

ข้อมูล	ก่อนใช้ระบบ (คน (ร้อยละ))	หลังใช้ระบบ (คน (ร้อยละ))	p-value
จำนวนผู้ป่วย	445 (47.7%)	488 (52.3%)	p=.898$^{\chi 2}$
-ไม่มีโรคเรื้อรัง	226 (48.6%)	239 (51.4%)	
-มีโรคเรื้อรังรับยา รพ.ตรัง	87 (48.3%)	93 (51.7%)	
-มีโรคเรื้อรังรับยา สถานพยาบาลอื่น	124 (45.8%)	147 (54.2%)	
-มีโรคเรื้อรังรับยา รพ.ตรังและสถานพยาบาลอื่น	8 (44.4%)	9(55.6%)	
สาขาแรกรับ			
-ศัลยกรรมทั่วไป	367 (47.9%)	399 (52.1%)	p=.949$^{\chi 2}$
-ศัลยกรรมระบบประสาท	22 (43.1%)	29 (56.9%)	
-ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ	18 (45.0%)	22 (55.0%)	
-ศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก	10 (50.0%)	10 (50.0%)	
-อื่นๆ	28 (50.0%)	28 (50.0%)	
สิทธิบัตร			
-บัตรประกันสุขภาพ	359 (47.5%)	397 (52.5%)	p=.448$^{\chi 2}$
-ข้าราชการ	45 (52.3%)	41 (47.7%)	
-สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
-ประกันสังคม	34 (43.6%)	44 (56.4%)	
-อื่นๆ	4 (80.0%)	1 (20.0%)	
อายุ (Median)	54(IQR=28)	56(IQR=28)	p=.183^{M}
ประเภทการมาโรงพยาบาล			
-นัดมา	129 (44.9%)	158 (55.1%)	p=.718$^{\chi 2}$
-มาเอง	165 (48.4%)	176 (51.6%)	
-Refer-in	132 (49.6%)	134 (50.4%)	
-EMS	19 (48.7%)	20 (51.3%)	

$\chi 2$=Chi-square test, Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของทั้งกลุ่มก่อนพัฒนาและหลังพัฒนามาใช้ระบบ MR one page ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์เชิงคลินิกและเชิงกระบวนการเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติยาเดิมโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดเชิงคลินิก	ก่อนใช้ระบบ (N=219) คน (ร้อยละ)	หลังใช้ระบบ (N=249) คน (ร้อยละ)	p-value
จำนวนวันนอนในผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยาเดิมเรื้อรัง	Median=5(IQR=6)	Median=3(IQR=4)	p=.006^{M}
ความครอบคลุมในการสั่งยาเดิมในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง			
-จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งยาเดิมโรคเรื้อรัง	145 (66.2%)	187 (75.1%)	p=.035$^{\chi 2}$
-จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสั่งยาเดิมโรคเรื้อรัง	74 (33.8%)	62 (24.9%)	

ตัวชี้วัดเชิงคลินิก	ก่อนใช้ระบบ (N=219) คน (ร้อยละ)	หลังใช้ระบบ (N=249) คน (ร้อยละ)	p-value
ความรวดเร็วในการสั่งใช้ยาเดิมโรคเรื้อรังหลัง admit	(N=145)	(N=187)	
-สั่งใช้ยาเดิมโรคเรื้อรังภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ	101 (69.7%)	138 (73.8%)	p=.460 χ^2
-สั่งใช้ยาเดิมโรคเรื้อรังแต่สั่งหลัง 24 ชั่วโมง	44 (30.3%)	49 (26.2%)	
การบันทึก last dose ในผู้ป่วยที่มียาเดิมโรคเรื้อรัง	(N=145)	(N=187)	
-มีการบันทึก last dose	95 (65.5%)	161 (86.1%)	p<.001 χ^2
-ไม่มีการบันทึก last dose	50 (34.5%)	26 (13.9%)	
ความร่วมมือในการสั่งใช้ยาในใบ MR		(N=187)	
-มีการสั่งใช้ยาเดิมในใบ “MR one page”	-	176 (94.1%)	
-ไม่สั่งใช้ยาเดิมในใบ “MR one page”		11 (5.9%)	

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนวันนอนในผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยาเดิมเรื้อรังโดยใช้ MR one page เท่ากับ 3 (IQR=4) น้อยกว่าระบบเดิมที่เท่ากับ 5 (IQR=6) (p<.006) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งยาเดิมโรคเรื้อรังของระบบใหม่เท่ากับร้อยละ 75.1 ครอบคลุมกว่าระบบเดิมที่เท่ากับร้อยละ 66.2 (p=.035) การสั่งใช้ยาเดิมโรคเรื้อรังภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับของทั้งสองระบบไม่แตกต่างกัน (p=.460) การบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย (last dose) ในผู้ป่วยที่มียาเดิมโรคเรื้อรังระบบใหม่เท่ากับร้อยละ 86.1 สูงกว่าระบบเดิมที่เท่ากับร้อยละ 65.5 (p<.001) สำหรับความร่วมมือของแพทย์ในการใช้ระบบ MR one page พบว่าสูงถึงร้อยละ 94.1

ตารางที่ 3 แสดงความคลาดเคลื่อนทางยาเปรียบเทียบเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติยาเดิมโรคเรื้อรัง

ความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนใช้ระบบ (N=219) คน (ร้อยละ)	หลังใช้ระบบ (N=249) คน (ร้อยละ)	p-value
การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา			
-ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยา	135 (61.6%)	183 (73.5%)	p=.006 χ^2
-พบความคลาดเคลื่อนทางยา	84 (38.4%)	66 (26.5%)	
ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน	(N=84)	(N=66)	
-ความรุนแรงไม่ถึงผู้ป่วย (Near Miss/ระดับ A-B)	22 (26.2%)	28 (42.4%)	p=.036 χ^2
-ความรุนแรงถึงผู้ป่วย (Miss/ระดับ C-I)	62 (73.8%)	38 (57.6%)	
ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา	(N=84)	(N=66)	
-การสั่งยาผิดขนาด	1 (1.2%)	2 (3.0%)	p=.409 F
-การสั่งยาผิดความถี่	3 (3.6%)	0 (0%)	
-การสั่งยาเดิมเรื้อรังไม่ครบ	4 (4.8%)	3 (4.5%)	
-การสั่งยาผิด visit/ไม่ up date	1 (1.2%)	0 (0%)	
-การสั่งยาที่หยุดใช้แล้ว	0 (0%)	1 (1.5%)	
-ไม่ได้สั่งยาเดิมเรื้อรัง	75 (89.3%)	60 (90.9%)	

F=Fisher’S Exact Test

จากตารางที่ 3 พบว่าการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยที่มียาเดิมโรคเรื้อรังและใช้ระบบ MR ใหม่เท่ากับร้อยละ 26.5 ลดลงจากระบบเดิมที่เท่ากับร้อยละ 38.4 (p=.006) ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงตัวผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 73.8 เป็นร้อยละ 57.6 (p=.036) สำหรับประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (p=.409)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพัฒนารูปแบบการประสานรายการยาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลตรัง เปรียบเทียบผลของระบบเดิมที่ให้บุคลากรทางการแพทย์คัดกรองรายการยาเดิมอย่างอิสระ กับผลของระบบใหม่ที่ใช้ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์ร่วมคัดกรองรายการยาและสั่งยาแบบ “MR one page” พบว่าระบบ “MR one page” มีประสิทธิผลดีกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1.จำนวนวันนอนลดลง 2.จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสั่งยาเดิมเพิ่มขึ้น 3.จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง 4.ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงผู้ป่วยลดลง 5.ความร่วมมือในการบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การสั่งยาเดิมในระบบ “MR one page” ยังได้รับความร่วมมือในการสั่งใช้ยาสูงถึงร้อยละ 94.1 ผลการพัฒนาที่ไม่แตกต่างคือการสั่งใช้ยาเดิมโรคเรื้อรังภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

1.ผลลัพธ์ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ

1.1 ความครอบคลุมในการสั่งยาเดิม พบว่าการพัฒนารูปแบบกระบวนการประสานรายการยาเพิ่มความครอบคลุมในการสั่งยาเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 66.2 เป็นร้อยละ 75.1 (p=.035) เนื่องจากระบบที่ใช้ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์ร่วมคัดกรองรายการยาแบบ “MR one page” สามารถบังคับให้แสดงรายการยาได้ครบทุกคลินิก ทุกสาขา ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามนโยบายหรือแนวทางที่ทีมสหวิชาชีพกำหนด รูปแบบการนำเสนอข้อมูลที่จัดเรียงตามวันที่รับยา รายการยา วิธีใช้ยา โดยยา 1 ชนิดจะแสดงไม่ซ้ำกันเว้นแต่มีวิธีใช้ที่ต่างกัน รวมทั้งการไม่นำกิจกรรมอื่นๆที่ไม่ใช่ยาซึ่งผู้ป่วยได้รับ เช่น กายภาพบำบัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การนวดบำบัด มาแสดง มีส่วนช่วยให้การทบทวนและตัดสินใจสั่งยาทำได้สะดวกรวดเร็วกว่าระบบเดิม ซึ่งการให้บุคลากรค้นหารายการยาโดยอิสระและต้องทบทวนรายการจำนวนมากที่บันทึกอยู่ในระบบ HOSxP ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศหลักของโรงพยาบาล ส่งผลให้การคัดกรองรายการยา การสั่งใช้ยา มีโอกาสไม่ครบถ้วนได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ตุมผะกา ที่นำคอมพิวเตอร์มาใช้ในกระบวนการ MR ในรูปแบบ IPD paperless โรงพยาบาลละหานทรายพบความครอบคลุมในการดำเนินการ MR เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 97.9 เป็นร้อยละ 99.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.005)[10] เช่นเดียวกับการศึกษาของพรศรี อิงเจริญสุนทรและคณะที่พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยในการประสานรายการยา ณ.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่าเพิ่มความครอบคลุมในกระบวน MR ถึงร้อยละ 96.58[11]

1.2 ความรวดเร็วในการสั่งใช้ยาเดิมเรื้อรังภายใน 24 ชม.หลังเข้ารับการรักษา พบว่าระบบ MR one page ให้ผลการสั่งใช้ยาเดิมเรื้อรังภายใน 24 ชม.แรกรับไม่แตกต่างกับระบบเดิม(จากร้อยละ 69.7 เป็นร้อยละ 73.8 (p=.460)) สอดคล้องกับการศึกษาของพิริยะ และคณะที่ใช้ standing MR พบว่าทำกระบวนการ MR ได้ทัน 24 ชม. เพิ่มจากเดิมร้อยละ 93.55 เป็นร้อยละ 98.98 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.365) [15] แตกต่างจากการศึกษาของพรศรี อิงเจริญสุนทร และคณะ ที่พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยในการประสานรายการยา ณ.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าสามารถเพิ่มการประสานรายการยาภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับได้ถึงร้อยละ 95.22[11] ผลการวิจัยที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้ศึกษาในแผนกศัลยกรรม ซึ่งในวันแรกรับอาจมีการงดยาน้ำ และอาหารเพื่อเตรียมผ่าตัด มีการใช้ยาฉีดทดแทนยากิน หลังผ่าตัดจึงจะมีการพิจารณายาเดิมอีกครั้ง ส่งผลให้การสั่งใช้ยาใน 24 ชม.แรกรับแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ส่วนใหญ่รับการรักษาด้วยยารับประทาน จึงควรได้รับยาภายใน 24 ชม.แรกรับ

1.3 ผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าระบบ “MR one page” ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 38.4 เป็นร้อยละ 26.5 (p=.006) ลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงตัวผู้ป่วย (Miss/ความรุนแรงระดับ C-I) จากร้อยละ 73.8 เป็นร้อยละ 57.6 เพิ่มประสิทธิภาพการดักจับความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่ถึงตัวผู้ป่วย (Near Miss/ความรุนแรงระดับ A-B) จากร้อยละ 26.2 เป็น ร้อยละ 42.4 (p=.036) สอดคล้องกับการศึกษาของพรศรี อิงเจริญสุนทรและคณะ เรื่องการพัฒนาระบบประสานรายการยาในผู้ป่วยเด็กโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าสามารถช่วยดักจับและป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรงได้[11] การศึกษาของนงนภัส ขันแก้วและคณะ เรื่องผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการประสานรายการยากลับบ้านโดยให้เภสัชกรพิมพ์ใบสั่งยากลับบ้านที่มีรายการยาต่อเนื่องจากระบบคอมพิวเตอร์พบว่ามีความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าการเขียนด้วยลายมือ[12] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของณิชารีย์ อินทร์ประสิทธิ์ และคณะ ที่การพัฒนาแบบฟอร์มการทำ MR discharge phase รวบรวมรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในปัจจุบัน ณ หอผู้ป่วย ทำให้สะดวกในการค้นหายาปัจจุบัน ง่ายต่อการสั่งใช้ยา สามารถทบทวนรายการยาทั้งหมดได้อย่างเป็นระบบ พบว่าป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเช่น ปัญหาจากการอ่านลายมือ การคัดลอกคำสั่งยาได้[13]อย่างไรก็ดีพบว่า ผลการศึกษาของทัศนีย์ที่ใช้ระบบ IPD Paperless KPHIS ในกระบวนการประสานรายการยาของโรงพยาบาลละหานทราย พบว่าไม่สามารถลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ (p=.228)[10] ผลที่แตกต่างดังกล่าวนี้อาจเกิดจากแบบฟอร์ม กฎและเงื่อนไขของชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์ (Protocol) รวมทั้งวิธีการปฏิบัติงานที่ต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล

1.4 ผลต่อการบันทึกเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย (last dose) พบว่ามีการบันทึกในใบ MR one page เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.5 เป็นร้อยละ 86.1 (p<.001) เนื่องจากมีการกำหนดบริบทชัดเจนในการบันทึก มีการใช้ข้อมูล last dose ร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการจ่ายยา บริหารยา สนับสนุนแนวทางในการปฏิบัติ

1.5 ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนากระบวนการแพทย์มีการสั่งใช้ยาในใบ MR one page ร้อยละ 94.1 แสดงถึงการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางสูง เนื่องจากใบ MR one page เสนอข้อมูลยาเดิมที่ง่ายและสะดวกต่อการพิจารณาสั่งใช้ยา ลดการคัดลอกคำสั่งยา ลดความคลาดเคลื่อนทางยา

แสดงบริบทของแต่ละวิชาชีพชัดเจน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการปฏิบัติงานในกระบวนการ Medication reconciliation มีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การพัฒนาเทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์ช่วยลดความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน และการสร้างระบบประสานรายการยาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมีส่วนช่วยให้ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานจากทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น[10,11,12]

2.ผลต่อตัวชี้วัดเชิงคลินิก

ผลของการศึกษาต่อตัวชี้วัดเชิงคลินิก พบว่าระบบ“MR one page” สามารถลดค่ามัธยฐานของจำนวน วันนอนจาก 5 วัน (ผู้ป่วยร้อยละ 50 ตรงกลางมีวันนอน 2 – 8 วัน (Q3=8,Q1=2,IQR=6)) เป็น 3 วัน (ผู้ป่วยร้อยละ 50 ตรงกลางมีวันนอน 2 – 6 วัน (Q3=6,Q1=2,IQR=4)) ดีกว่าระบบเดิม (p<.006) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเดิมอย่างต่อเนื่องครบถ้วน รวดเร็ว และถูกต้อง ทำให้ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยาลดลง การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างรวดเร็วนี้น่าจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและโรงพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลนาน ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและโรงพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากร เช่น เพิ่มอัตราการการหมุนเวียนเตียงทำให้ผู้ป่วยรายอื่นสามารถถึงการรักษาได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพร พัฒนเกรียงไกรและคณะที่ศึกษาผลลัพธ์ของการปรับกระบวนการประสานรายการยาโดยทีมสหวิชาชีพ:กรณีศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม1โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่าการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาและช่วยประหยัดมูลค่าการใช้ยาของโรงพยาบาล[9]

ข้อจำกัดของการศึกษา

1.การสืบค้นข้อมูลรายการยาเรื้อรังเดิมของผู้ป่วยที่รับจากสถานพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจากสถานพยาบาลอื่นๆ อาจมีการล่าช้าเนื่องจากปิดทำการนอกเวลาราชการ กระทบต่อความรวดเร็วในการสั่งยาเดิมเรื้อรังภายใน 24 ชม. แรกรับ

2.การศึกษานี้พบว่าการกระจายตัวของอายุและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงไม่ปกติ ทำให้ต้องใช้ Mann-Whitney U Test ซึ่งมีอำนาจทดสอบต่ำกว่า Independent t-test

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.ควรนำระบบ“MR one page” มาใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีบริบทหรือลักษณะงานแบบเดียวกัน เนื่องจากผลการวิจัยแสดงถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนต่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

2.ควรมีการพัฒนาและกำหนดมาตรฐานการทำงานของระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้รองรับการทำ Medication Reconcilation อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาลต่อไป

3.การพัฒนา Medication reconciliation ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพแล้ว ควรนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อให้การดำเนินงานสะดวกรวดเร็ว การสื่อสารที่มีความชัดเจน จัดระบบการทำงานที่ไม่ซับซ้อนจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานง่ายขึ้น วิเคราะห์สาเหตุปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพิ่มเติมต่อสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น การจำหน่ายแบบดีขึ้น การส่งต่อ การเสียชีวิต

2.ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพิ่มเติมด้านผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

3.ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพิ่มเติมด้านผลกระทบต่อภาระงาน ความพึงพอใจของผู้รับและผู้ให้บริการ

4.เพื่อลดข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยนี้ การมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถสืบค้นประวัติยาได้จะแสดงผลลัพธ์ได้ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สมบัติ สธนเสาวภาคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เภสัชกรวรรณทิพย์ ตั้งสถิตพร หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรวิบูล รัตนกูล หัวหน้างานผลิตยา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลตรัง ที่ให้คำปรึกษาเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านที่ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล. Medication Reconciliation ผ่านแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี :ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรม. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก:http://ccpe. Pharmacycouncil.org/index php ?Option=article_detail&subpage= article_detail&id =4692561
2. The Joint Commission.National Patient Safety Goals Effective January 2024 for the Hospital program [Internet].Report Generated by DSSM Improve the effectiveness of communication among caregiver; 2023. [Available 20 Jul. 2024]. Available from: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/ documents/ standards/national-patient-safety-goals/2024/npsg_chapter_hap_jan2024.pdf
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่5 นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนกวง จำกัด; 2565
4. อภิฤดี เหมะจุฑา. การประสานรายการยา Medication reconciliation อีกหนึ่งมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในระบบยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2016. [เข้าถึงเมื่อ 2568 เมษายน 3].เข้าถึงได้จาก: http://ccpe.pharmacycouncil.org/

5. Institute for Healthcare Improvement. Medication reconciliation. 2005. [cited 2005 September08]. Available from:http://www.ihi.org/
6. Institute for Safe Medication Practice. Medication safety alert : building a case for medication reconciliation. 2005 Apirl 21. [cited 2005 September 04]. Available from: http://www.ismp.org/MSAarticles/20050421.htm
7. สมาพร สันถวะสกุล, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. กระบวนการพัฒนาการประสานรายการยา (Medication reconciliation) งานบริบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;9(3):34-46
8. จันทิมา ศิริคัณทวานนท์, นันทยา ประคองสาย. ผลของการพัฒนา Medication reconciliation ต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลพระปกเกล้า วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2557;31(4):232-247
9. เพ็ญพร พัฒนเกรียงไกร, วรวิทย์ ตั้งวิไล, พีรยศ ภมรศิลปธรรม. ผลลัพธ์ของการปรับกระบวนการประสานรายการยาโดยทีมสหวิชาชีพ:กรณีศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม1โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จังหวัดนครสวรรค์. 2564;14(4):887-900
10. ทัศนีย์ ตุมผะกา. ผลการติดตามการทำ medication reconciliation ก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless KPHIS ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะนอนโรงพยาบาลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลละหานทราย.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(1):73-82
11. พรศรี อิงเจริญสุนทร, เบญจวรรณ ทับทิมแสน, วริศรา ศรีสระหลวง, ศรัณยา นิตินันทพงศ์. การพัฒนาระบบประสานรายการยาในผู้ป่วยเด็กโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47(3):32-47
12. นงนภัส ขันแก้ว, พีรพัฒน์ สิงห์ขันธ์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการประสานรายการยากลับบ้านที่ดำเนินการโดยเภสัชกร. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2564;31(3):209-220
13. ณิชารีย์ อินทร์ประสิทธิ์, สุเมธ โก๊เจริญ, นันทพร เล็กพิทยา, ธนียา แซ่ผัง. ยาครบจบที่ med reconcile [อินเทอร์เน็ต] งานมหกรรมคุณภาพ (Quality Conference) ครั้งที่ 30 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2566. เข้าถึงได้จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/CQI
14. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล เข้าถึงได้จาก https://hrms16.thai-nrls.org
15. พิริยะ จิตนภากาญจน์, และคณะ. ผลของกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.Thai Journal of Pharmacy Practice. 2565;15(4):1003-1014