

# ประสิทธิผลของรูปแบบการคัดลอกคำสั่งแพทย์แบบใหม่ ในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ธานี อัตวินิจตระการ\*

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ. กาญจนบุรี

\* Corresponding author: [paholpol@hotmail.com](mailto:paholpol@hotmail.com)

## บทคัดย่อ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ได้นำระบบการจ่ายยาแบบรายวัน (daily dose) มาใช้ในการกระจายยาผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี 2541 พบว่าได้ผลดีในด้านการบริหารเวชภัณฑ์ แต่ยังมี ความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกิดจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์จาก doctor's order sheet ไปสู่ใบสั่งยา เพื่อให้ห้องยาจัดเตรียมยาตามใบสั่งยา จึงได้มีพัฒนา รูปแบบแบบคัดลอกคำสั่งแพทย์ (doctor's order sheet copy) แบบใหม่ มาใช้ในปี 2548 มีผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนก่อนขั้นตอนการจัดเตรียมยา (pre-dispensing error) ลดลงจากร้อยละ 14 – 17 ในปี 2547 เหลือร้อยละ 0.92, 0.87 และ 0.15 ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ และในนวัตกรรมนี้ ได้มีการผสมผสานบันทึก ความก้าวหน้าในการรักษา (progress note) ของแพทย์เข้าไว้ด้วย ส่งผลให้การบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาของแพทย์ในเวชระเบียน ผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์ในระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.00, 72.86 และ 81.67 ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ

*Thai Pharm Health Sci J 2008;3(1):103-108*<sup>§</sup>

## บทนำ

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 440 เตียงได้นำระบบการกระจายยาผู้ป่วยในแบบการ จ่ายยาแบบรายวัน (daily dose) มาใช้ตั้งแต่ปี 2541<sup>1-3</sup> โดยมี clinical drug profile เป็นเครื่องมือช่วยควบคุมและตรวจสอบ การบริหารยาผู้ป่วยในทุกราย สามารถลดความสูญเสียที่เกิด จากการสั่งยามากเกินไป หรือมีขาดค้างในหอผู้ป่วยได้อย่าง มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากการประเมินคุณภาพพบว่า มีความคลาดเคลื่อนทางยาอันเนื่องมาจากกระบวนการคัดลอก คำสั่งแพทย์ จาก doctor's order sheet ลงใบสั่งยา เพื่อนำ ใบสั่งยาไปให้ห้องยา จัดและจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ที่ปรากฏ ในใบสั่งยา

จากการสุ่มตัวอย่างคำสั่งในใบสั่งยากับคำสั่งใน doctor's order sheet เดือนกรกฎาคม สิงหาคม และ กันยายน 2547 พบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาแบบก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) สูงถึงร้อยละ 15.33, 17.67 และ 14.50 ตามลำดับ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ เป็นความ เสี่ยงระดับสูงที่ต้องได้รับการแก้ไข ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิด

อันตรายจากการได้รับยาไม่ถูกต้อง และจากการวิเคราะห์ สาเหตุแห่งปัญหา ความเสี่ยงนี้สามารถลดได้โดยลดการ ปรับปรุงวิธีการคัดลอกคำสั่งแพทย์และสร้างรูปแบบการ ทำงานที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้ในการทำงานประจำ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อการพัฒนาระบบงาน ตามแนวทางการพัฒนา งานประจำโดยใช้งานวิจัย ผู้วิจัยได้สำรวจปัญหา หาสาเหตุ และเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์หาทางแก้ไขระบบการ ปฏิบัติงานส่งต่อข้อมูลจากคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ทั้งนี้ การตรวจสอบความ คลื่นทางยาในระบบการลอกคำสั่งแพทย์ลงใบสั่งยาโดย พยาบาล ได้ศึกษาการลอกคำสั่งแพทย์โดยสุ่มตรวจใบสั่งยา เดือนละ 1200 ใบ ในช่วง กรกฎาคม – กันยายน 2547 แล้ว สรุปจำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาแบบก่อนจ่ายยาที่พบ

จากนั้นได้ประชุมหารือร่วมกันระหว่างกลุ่มงานเภสัช กรรม องค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล เพื่อพัฒนาแนว

<sup>§</sup> 13<sup>th</sup> year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

ทางการส่งต่อข้อมูลการสั่งจ่ายยาของแพทย์ เมื่อได้แนวทางแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ จากนั้นได้ติดตามผลการดำเนินงานแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบและวิธีปฏิบัติ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมต่อไป ผลจากการระดมสมองได้ข้อสรุปแนวทางการทำงานใหม่ โดยการสร้างแบบพิมพ์ชุดคำสั่งแพทย์ที่มีสำเนาคาร์บอนในตัว โดยเมื่อแพทย์สั่งการรักษาในคำสั่งแพทย์แล้ว แบบพิมพ์ชุดสำเนาจะถูกฉีกออกตามรอยปรุ เพื่อใช้เป็นใบสั่งยา ให้ห้องยาตรวจสอบคำสั่งให้ถูกต้อง แล้วดำเนินการจัดและจ่ายยาต่อไป โดยวิธีนี้ไม่ต้องมีการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงสู่ใบสั่งยา แบบพิมพ์ชุดสำเนาในตัวเองนี้ได้เริ่มนำมาทดลองใช้กับงานบริการผู้ป่วยในทั้งโรงพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 มีการติดตามประเมินผลข้อปัญหาในทางปฏิบัติ และสุ่มตรวจใบสั่งยาเดือนละ 1,200 ใบ ในช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม 2548 เพื่อสรุปความคลาดเคลื่อนทางยาแบบก่อนจ่ายยา ผลปรากฏว่าอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่ตรวจพบซึ่งมีสาเหตุจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงสู่ใบสั่งยาลดลงอย่างชัดเจน ความคลาดเคลื่อนที่ยังพบบ้างเนื่องจากแพทย์สั่งไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้อง เช่น รายการยา ขนาดความแรง ขนาดที่ให้ หรือแพทย์เขียนน้ำหนักเบาทำให้ไม่ติดกระดาษชุดสำเนา ซึ่งเภสัชกรผู้ตรวจสอบดำเนินการประสานงานแก้ไขคำสั่งให้ถูกต้องก่อนใบสั่งยาไปจัดและจ่ายยาต่อไป สำหรับผู้ปฏิบัติงานพบว่ามี ความพึงพอใจในแบบพิมพ์ใหม่ จึงได้บรรจุแบบพิมพ์นี้เข้าเป็นเอกสารปฏิบัติประจำในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน และมีการติดตามผลความคลาดเคลื่อนทางยาแบบก่อนจ่ายยา เพื่อรายงานผลเป็นดัชนีชี้วัดรายปี

ในการเฝ้าระวังและลดความคลาดเคลื่อนทางยา<sup>4-7</sup> แบ่งเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ ดังนี้ 1) ความคลาดเคลื่อนแบบก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) มีสาเหตุจาก 2 ลักษณะ คือ การสั่งให้ยา (prescribing) และ การคัดลอกคำสั่งให้ยา (transcribing) 2) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) และ 3) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (administration error) โดยในการศึกษาครั้งนี้ประเมินผลเฉพาะความคลาดเคลื่อนทางยาแบบก่อนจ่ายยา (pre-dispensing error) โดยแสดงผลความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในรูปความถี่ และร้อยละ

นอกจากนี้ ได้มีการนำเสนอข้อมูลรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (medical audit) ในส่วนของการเขียนบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา (progress note) ของแพทย์ ซึ่งเป็นบันทึกความก้าวหน้าของการรักษาหรือนำไปสู่เหตุผลการสั่งการรักษา โดยการประเมินคุณภาพ

ของการเขียนบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา ใช้เกณฑ์ตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและเวชระเบียน (Coding and Medical Record Audit Guideline)<sup>8</sup> โดยมีระดับคุณภาพ ดังนี้ na หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีการประเมินในประเด็นนั้น ๆ (not applicable; N/A) miss หมายถึง ไม่มีเอกสารให้เห็นหรือสูญหาย no หมายถึง ไม่มีการบันทึกในเอกสาร poor (แย่มาก) หมายถึง อ่านไม่ออก ไม่เขียนปัญหาสำคัญ fair (พอใช้) หมายถึง เขียนไม่ครบปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลง good (ดี) หมายถึง เขียนปัญหาสำคัญครบถ้วน แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ excellent (ดีเยี่ยม) หมายถึง มีการบันทึกในลักษณะ subjective, objective assessment และ plan ครบถ้วน ทั้งนี้ ใช้การประเมินทั้งก่อนและหลังนำแบบสำเนา progress note ไว้ใน doctor's order sheet ด้วย

## ผลการศึกษา

จากการศึกษารูปแบบและวิธีปฏิบัติงานก่อนการพัฒนาพบว่า เมื่อแพทย์ตรวจอาการผู้ป่วยใน แพทย์จะเขียนสั่งการรักษาใน doctor's order sheet จากนั้นพยาบาลคัดลอกคำสั่งลงใบสั่งยา จากนั้นใบสั่งยาถูกส่งมายังห้องยา เพื่อจัดและจ่ายยาต่อไป จากการสุ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2547 พบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาอันเนื่องจากการคัดลอกคำสั่งผิดพลาด ในอัตราค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 15.33, 17.67 และ 14.00 ในเดือนกรกฎาคม สิงหาคม และกันยายน 2547 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2547

รายการ	เดือนที่ศึกษาในปี 2547		
	กค.	สค.	กย.
จำนวนใบสั่งยาที่เบิก	1,200	1,200	1,200
จำนวนใบสั่งยาที่พบความคลาดเคลื่อน	184	106	168
ร้อยละความคลาดเคลื่อน	15.33	17.67	14.00

กลุ่มงานเภสัชกรรม นำเสนอรูปแบบการทำงานใหม่ที่ไม่ต้องคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงสู่ใบสั่งยา โดยการทำให้สำเนา doctor's order sheet แบบกระดาษคาร์บอนสำเนาในตัวแบบพิมพ์สำเร็จ เมื่อแพทย์สั่งการรักษาแล้ว แบบพิมพ์ชุดสำเนาจะถูกฉีกออกตามรอยปรุ นำไปเป็นใบสั่งยาเพื่อให้ห้องยาดำเนินการตามกระบวนการเพื่อจ่ายยาตามระบบต่อไป โดยวิธีนี้เภสัชกรจะเห็นลายมือคำสั่งแพทย์ ซึ่งเป็นไปตาม

มาตรฐานคุณภาพ และไม่มีการคัดลอกคำสั่งเกิดขึ้น รูปแบบพัฒนาใหม่นี้ได้นำมาใช้ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548

หลังจากเริ่มดำเนินการ ได้ติดตามสุ่มเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนก่อนการจัดเตรียมยา ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2548 พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4.83, 1.33, และ 1.00 ในเดือน มกราคม กุมภาพันธ์ และ มีนาคม 2548 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) แสดงว่าการพัฒนาให้ผลในทางที่ดี

**ตารางที่ 2** จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในเดือนมกราคม - มีนาคม 2548 หลังใช้แบบสำเนาในตัว

รายการ	เดือนที่ศึกษาในปี 2548		
	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม
จำนวนใบสั่งยาที่เบิก	1,200	1,200	1,200
จำนวนใบสั่งยาที่พบความคลาดเคลื่อน	58	16	12
ร้อยละความคลาดเคลื่อน	4.83	1.33	1.00

จากการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเก็บข้อมูลตามรูปแบบการปฏิบัติในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงสู่ใบยาแบบใหม่โดยการใช้แบบพิมพ์ชุดคำสั่งแพทย์ที่มีสำเนาคาร์บอนในตัวแบบพิมพ์สำเร็จ พบว่าความคลาดเคลื่อนก่อนการจัดเตรียมยาลดลงอย่างมากและต่อเนื่อง โดยพบในอัตราร้อยละ 0.92, 0.87 และ 0.15 ในปี 2548, 2549, และ 2550 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในปี 2548 - 2550

รายการ	ปีงบประมาณ		
	2548 (มค. - ตค.)	2549 (ตค. 48-กย. 49)	2550 (ตค. 49-กย. 50)
จำนวนใบสั่งยาที่เบิก	89,945	109,493	112,524
จำนวนใบสั่งยาที่พบความคลาดเคลื่อน	827	952	168
ร้อยละความคลาดเคลื่อน	0.92	0.87	0.15

ในขั้นตอนการระดมสมองเพื่อพัฒนางาน ได้มีการนำเสนอข้อมูลรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (medical audit) ในส่วนของการเขียน progress notes ของแพทย์ เพื่อบันทึกความก้าวหน้าของการรักษา หรือนำไปสู่เหตุผลของการสั่งการรักษา พบว่าในปี 2547 คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งหมายถึง ระดับดี (good)

หรือระดับยอดเยี่ยม (excellent) เท่านั้น มีเพียงร้อยละ 55.72 (ตารางที่ 4) ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ หากจะบรรจุพื้นที่การบันทึกความก้าวหน้าของการรักษาลงในแบบพิมพ์ที่สร้างขึ้น จะเป็นการอำนวยความสะดวกแก่แพทย์ในการบันทึกเพิ่มขึ้น พร้อม ๆ กับการสั่งการรักษา จึงมีการผสมผสานบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาไว้ใน doctor's order sheet ที่พัฒนาขึ้นด้วย

ผลการประเมินคุณภาพเวชระเบียนหลังดำเนินการพบว่าการบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา (progress note) ในคุณภาพที่ยอมรับได้ (ระดับ good หรือ excellent เท่านั้น) ในปี 2548, 2549, และ 2550 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็น 72.86 และ 81.67 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** การประเมินคุณภาพการบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา (progress note) ปีงบประมาณ 2547 - 2550<sup>9</sup>

ระดับคุณภาพ*	ผลการประเมินคุณภาพการบันทึก progress note รายปี (ร้อยละ)			
	2547	2548	2549	2550
	N/A	-	-	-
MISS	1.43	1.43	-	-
NO	15.71	5.71	-	-
POOR	12.86	18.57	4.29	1.67
FAIR	14.29	14.29	22.86	16.67
GOOD	32.86	42.86	40.00	45.00
EXCELLENT	22.86	17.14	32.86	36.67
ผลงานคุณภาพที่ยอมรับได้ (ระดับ good ถึง excellent)	55.72	60.00	72.86	81.67

\* ระดับคุณภาพ:

n/a	หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมี (not applicable)
miss	หมายถึง ไม่มีเอกสารให้เห็นหรือสูญหาย
no	หมายถึง ไม่มีการบันทึกในเอกสาร
poor (แย่มาก)	หมายถึง อ่านไม่ออก ไม่เขียนปัญหาสำคัญ
fair (พอใช้)	หมายถึง เขียนไม่ครบปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลง
good (ดี)	หมายถึง เขียนครบปัญหาสำคัญแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้
excellent (ดีเยี่ยม)	หมายถึง มีการบันทึกในลักษณะ subjective, objective, assessment และ plan ครบถ้วน

## วิจารณ์ผลการศึกษา

ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนก่อนการจัดเตรียมยา เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและพบได้บ่อย ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยใน เมื่อแพทย์ตรวจอาการของผู้ป่วยแล้ว จะบันทึกความก้าวหน้าของการรักษาในแบบบันทึกความก้าวหน้าใน

การรักษา หรือ progress note และสั่งการรักษา ลงใน doctor's order sheet ขั้นตอนต่อมา จะเขียนคำสั่งจ่ายยา ลงในใบสั่งยา เพื่อให้นำไปเบิกยามาใช้กับผู้ป่วยต่อไป แต่ในการปฏิบัติโดยทั่วไป พยาบาลมักเป็นผู้คัดลอกคำสั่งจ่ายยา ลงสู่ใบสั่งยา ซึ่งในขั้นตอนการคัดลอกนี้ มักพบความคลาดเคลื่อน อันเนื่องมาจากการคัดลอกไม่ถูกต้อง ซึ่งมีสาเหตุจากลายมือที่อ่านยาก หรืออ่านได้แต่คัดลอกผิด ลักษณะความคลาดเคลื่อนประเภทนี้ คือ pre-dispensing error ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ที่ต้องการการแก้ไขและป้องกันอย่างเป็นระบบ

การพัฒนาสร้างรูปแบบแบบฟอร์มที่ทำสำเนาในตัวของ doctor's order sheet โดยผสมผสาน doctor's order sheet และใบสั่งยา เข้าไว้เป็นเอกสารฉบับเดียวกัน เป็นการเพิ่มความสะดวกและประหยัดเวลาให้ทำงานขั้นตอนเดียว ได้ผลงานครบตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และไม่ต้องมีขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา จึงเป็นการตัดสาเหตุของปัญหาได้ตรงประเด็น เมื่อใบสั่งยาที่เป็นสำเนาในเอกสาร ถูกแยกและนำส่งห้องยา เภสัชกรจะเห็นลายมือแพทย์ผู้สั่ง หากพบปัญหาในคำสั่ง สามารถหารือกับแพทย์ผู้สั่งได้โดยตรง

ในด้านมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลและข้อกำหนดของแพทย์สถานนั้น คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป็นมาตรฐานที่โรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการพัฒนา ซึ่งในส่วนนี้ บันทึกความก้าวหน้าในการรักษา หรือ progress note เป็นเอกสารส่วนหนึ่งที่กำหนดให้แพทย์ต้องบันทึกให้ได้คุณภาพ เพื่อป้องกันความก้าวหน้าของการรักษาในแต่ละครั้งที่แพทย์เข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การสั่งการรักษาใน doctor's order sheet จะสัมพันธ์และมีเหตุผลรองรับเนื้อหาในบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา ซึ่งในทางปฏิบัติ สาเหตุที่แพทย์ไม่บันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาให้สมบูรณ์ได้ ส่วนหนึ่งเนื่องจากการต้องเสียเวลาพลิกเปิดเอกสารหลายฉบับในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย การผสมผสานแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาเข้ากับ doctor's order sheet แบบที่มีสำเนาในตัวจึงช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้มาก

การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการทำงานของสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการผสมผสานแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาเข้ากับ doctor's order sheet แบบที่มีสำเนาในตัวนี้ ทำให้แพทย์ไม่เสียเวลาในการพลิกแฟ้มเอกสารหลายฉบับ แพทย์สามารถบันทึกสิ่งที่กำหนดให้ต้องบันทึกหลาย ๆ หัวข้อในเอกสารฉบับเดียวได้ ช่วยเพิ่มความสะดวกในการทำงานและน่าจะจูงใจให้มีการบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาเพิ่มขึ้น

ในการพัฒนางานครั้งนี้ นอกจากผลงานที่ได้รับจะมีคุณภาพเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีผลต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน พอสรุปได้ดังนี้ คาดว่าแพทย์ได้รับความสะดวกในขั้นตอนการทำงาน ทำให้การบันทึกการรักษาพยาบาลมีเหตุผลที่แสดงด้วยหลักฐานในเวชระเบียน ปรากฏชัดเจนและมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

สำหรับเภสัชกร การได้เห็นบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาที่ต่อเนื่องอาจช่วยให้เข้าใจ clinical drug profile ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้สามารถปรึกษากับแพทย์เพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาได้อย่างชัดเจน ตรงประเด็น และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดีขึ้น

พยาบาลเป็นกลุ่มปฏิบัติงานวิชาชีพกลุ่มใหญ่ที่มีความพึงพอใจสูงสุดในการพัฒนานี้ เนื่องจากไม่ต้องคัดลอกคำสั่งการรักษา ลงสู่ใบสั่งยา ในอดีต การคัดลอกคำสั่ง นอกจากจะเสียเวลาแล้ว หากคัดลอกไม่ถูกต้อง พยาบาลจะถูกตำหนิจากแพทย์ และยังคงต้องเสียเวลาเพิ่มขึ้นอีกในการปรับปรุงแก้ไขคำสั่งให้ถูกต้อง ดังนั้น พยาบาลจะมีเวลาในการทำงานการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

ส่วนผู้บริหาร คาดว่ามีความพอใจในผลจากการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้น กิจกรรมงานบริการที่มีคุณภาพ และตรวจสอบได้ด้วยหลักฐานคุณภาพที่ชัดเจน จะทำให้อัตราความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดลดลง มีผลให้ข้อร้องเรียนหรือฟ้องร้องลดลง ท้ายที่สุด กลุ่มที่ได้รับผลจากการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้นโดยตรง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการรักษา การได้รับบริการตามมาตรฐานและมีเหตุผลที่ถูกต้องบันทึกไว้ชัดเจน ทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย

## สรุปผลการศึกษา

การทำสำเนาในตัวของ doctor's order sheet ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่สูงขึ้น โดยการผสมผสานวิธีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี 2548 มีผลให้ความคลาดเคลื่อนก่อนขั้นตอนการจัดยา (pre-dispensing error) ที่เกิดจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลดลงอย่างมาก โดยพบเป็นร้อยละ 0.92, 0.87 และ 0.15 ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ ขณะเดียวกันการบรรจุแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา (progress note) ลงในแบบเอกสารสำเนาในตัวฉบับเดียวกัน เป็นการอำนวยความสะดวกและลดเวลาในขั้นตอนการปฏิบัติงาน และเป็นแรงจูงใจให้เกิดการบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยคุณภาพการบันทึกในระดับที่ยอมรับได้ (ดีหรือดีเยี่ยม) เพิ่มขึ้นอย่าง

มาจาก ร้อยละ 60.00 เป็น 72.86 และ 81.67 ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ นวัตกรรมนี้เป็นสิ่งแสดงให้เห็นผลของการพัฒนาความคิดและรูปแบบการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดร่วมกัน ซึ่งจะส่งส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ

---

## เอกสารอ้างอิง

1. ธานี อติวินิจตระการ. ประสิทธิภาพของการกระจายยาผู้ป่วยในระบบ Daily Dose ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. ประชุมวิชาการสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ประจำปี 2542: น. 201.
2. อภิญญา เหมะจุฑา. ระบบการจ่ายยาแบบยูนิตโดส. กรุงเทพฯ. ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
3. ปกครอง มณีสิน. การพัฒนาระบบการกระจายยาแบบยูนิตโดสในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
4. ธิดา นิงสานนท์และคณะ. การป้องกันการความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2547: บริษัทประชาชน จำกัด.
5. Bate DW. Medication error; how common are the and what can be done to prevent them. *Drug Saf* 1996;15:303-310.
6. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospital. *Am J Health-Syst Pharm* 1993;50:305-314.
7. Davis NM, Cohen MR. Medication errors: cause and prevention. Philadelphia, USA. 1981.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและเวชระเบียน (Coding and Medical Record Audit Guideline). ตุลาคม 2547.
9. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. รายงานผลการประเมินคุณภาพเวชระเบียน พ.ศ. 2547, 2548, 2549, 2550. (ข้อมูลไม่ตีพิมพ์)

---

## Original Article

# The Effectiveness of New Doctor's Order Sheet Copy Form for In-patient Pharmacy Service

Tanee Attavinijtrakarn\*

Pharmaceutical Department, Paholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi, Thailand

\* Correspondence: [paholpol@hotmail.com](mailto:paholpol@hotmail.com)

## ABSTRACT

Daily-dose drug distribution system was established in in-patient pharmacy service, Paholpolpayuhasena hospital since 1998. Such distribution system resulted in a cost-saving for inventory management. Unfortunately, transcribing error remained a troublesome problem. The objective of this action research was to lessen transcribing errors by means of implementing the copy of doctor's order sheet. A new form of doctor's order sheet with self-copied carbon paper was developed and tried since 2005. This new practice resulted in substantial reduced rates of pre-dispensing errors from 14% – 17% in the year 2004 to 0.92%, 0.87% and 0.15% in 2005, 2006 and 2007 respectively. Later on, doctor's progress note was also added into this copied form. Progress note completion in medical record was audited, and numbers of acceptable progress note had been increased dramatically to 60.00%, 72.86% and 81.67% in 2005, 2006 and 2007 respectively.

*Thai Pharm Health Sci J* 2008;3(1):103-108<sup>§</sup>

---

<sup>§</sup> 12<sup>th</sup> year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

ภาคผนวก

PAHOLPOLPAYUHASENA HOSPITAL  
DOCTOR 'S ORDER SHEET

Date/ Time	PROGRESS NOTES	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION	
				Bed _____ HN _____ Name _____ Age _____ Ward _____ สิทธิบัตร <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> เบิกได้ พจน. <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
Date/Time	PROGRESS NOTES	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION	
				Bed _____ HN _____ Name _____ Age _____ Ward _____ สิทธิบัตร <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> เบิกได้ พจน. <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____

หมายเหตุ : กรุณาระบุคำสั่ง OFF โดยไม่ต้องช้อนไปยกเลิกคำสั่งเก่า