

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

อภิปรายและสรุป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพื่อศึกษาถึงผลของการทำความสะอาดค้ำต่อเนื่องทางยาที่มีต่อความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาบนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ทา ในขั้นตอนแรกรับ และขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยโดยมีการดำเนินการทำความสะอาดค้ำทางยาอย่างเป็นระบบชัดเจนโดยเภสัชกร คือ การสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษา โดยในขั้นตอนแรกรับสำหรับการศึกษา คือ รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในขั้นตอนจำหน่าย คือ รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แล้วเปรียบเทียบรายการยาที่ได้กับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ เมื่อพบข้อแตกต่างระหว่างรายการยา และเป็นการสั่งใช้ยาที่มีความคลาดเคลื่อน จะบันทึกเป็นข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา และติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมต่อไป โดยมีระยะเวลาการศึกษาประมาณ 5 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 จนถึงวันที่ 10 เมษายน 2551

ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยาจะถูกเก็บในทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มศึกษาจะมีการทำความสะอาดค้ำต่อเนื่องทางยาอย่างเป็นระบบชัดเจนโดยเภสัชกร ที่มีการแนบ Admission Medication Reconciliation form ; AMR form และ Discharge Medication Reconciliation form ; DMR form ไว้ที่แผ่นแรกของแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเพื่อให้แพทย์รับทราบข้อมูลรายการยาเดิมก่อนเปลี่ยนระดับการรักษาสำหรับประกอบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา (กลุ่มศึกษา) ขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการทำความสะอาดค้ำต่อเนื่องทางยาอย่างเป็นระบบชัดเจนโดยเภสัชกร (กลุ่มควบคุม) ตั้งแต่ในขั้นตอนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ขั้นตอนแรกรับ) จนถึงผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ขั้นตอนจำหน่าย)

การวัดผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาทำโดยการเปรียบเทียบร้อยละความคลาดเคลื่อนทางยา อัตราส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาต่อการรับผู้ป่วย 100 ครั้ง อัตราส่วนความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายผู้ป่วยใน (รายการต่อ 1000 วันนอน) และร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อยหนึ่งข้อ (ร้อยละ) และมีการจัดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ของ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)

การศึกษานี้มีผู้ป่วยทั้งหมด 474 ราย อยู่ในกลุ่มศึกษา 239 ราย และกลุ่มควบคุม 235 ราย มีอายุเฉลี่ย 61.5 ปี อายุอยู่ในช่วง 8 ปี ถึง 95 ปี เป็นเพศชาย 240 ราย (ร้อยละ 51.9) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5 วันนอน และโรคที่เป็นสาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ โรคติดเชื้อ ร้อยละ 27.6

จากการศึกษาพบว่า วิธีการเพื่อให้ได้รายการยาที่สมบูรณ์มากที่สุดของผู้ป่วยสำหรับใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษาเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับคำสั่งจ่ายของแพทย์ และหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาในขั้นตอนแรกเริ่ม มีการใช้วิธีการอย่างน้อย 2 วิธี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 34.0) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เภสัชกรใช้ 4 วิธีการร่วมกันเพื่อให้ได้รายการยาที่สมบูรณ์ ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ชิด (2) การขออนุญาตเดิมของผู้ป่วย (3) การทบทวนเวชระเบียน และ (4) การตรวจสอบจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลแม่ทา อย่างไรก็ตามการขออนุญาตเดิมของผู้ป่วย ทำได้เพียงร้อยละ 69 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 ที่นำยาเดิมติดตัวมาด้วย (n=142 ราย) ในขณะที่ผู้ป่วยถึงร้อยละ 39 (185 ราย) ไม่ได้นำยาเดิมติดตัวมาด้วย แต่ได้นำมาให้ดูภายหลังเมื่อเภสัชกรแจ้งให้นำยาเดิมมาด้วย แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มี การนำยาเดิมที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแสดงให้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อประกอบการรักษา

เนื่องจากยาเดิมของผู้ป่วย สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการสั่งจ่ายยาของแพทย์ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ จากข้อมูลดังกล่าวเบื้องต้น โรงพยาบาลจึงควรมีนโยบายในการรณรงค์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำยาเดิมที่เคยใช้ก่อนหน้าที่จะเข้ามาับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลยาเดิม เพื่อประกอบการตัดสินใจสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้รับยาที่

เหมาะสม และมีความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา อีกทั้งยังอาจช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลหลายแห่ง ป้องกันปัญหาจากการที่ผู้ป่วยมียาจำนวนมากอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดความสับสน และมีความเสี่ยงในการใช้ยาผิด หรือมีการแจกจ่ายยาที่เหลือให้กับ ผู้อื่น หรือการมียาที่เก็บไว้นานจนเสื่อมสภาพ นอกจากนี้ยังสามารถประหยัดปริมาณยาที่ใช้กับ ผู้ป่วยได้ หากยาเดิมมีสภาพที่ดีอยู่

จากการศึกษาพบความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำสั่งยาที่ไม่เหมาะสมจากความคลาดเคลื่อน ในการสั่งใช้ยาจำนวน 17 ราย คือ เมื่อผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดคนมาหาพยาบาลให้การ แพทย์ดูแล เจ้าหน้าที่ได้ทำการกรอกข้อมูลยาทุกตัว หรือทุกซองที่ผู้ป่วยนำมาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน ซึ่งในบางครั้งยาบางรายการแพทย์ได้สั่งหยุดใช้ไปแล้ว หรือได้สั่งเปลี่ยนขนาดยาไป จึงทำให้ขนาด ยานบนซองยาอาจไม่ใช่ขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้การตัดสินใจสั่งใช้ยา คลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากไม่ได้ดูวันที่ได้รับยาที่ระบุไว้บนซองยา โดยเฉพาะยาที่ได้รับจาก สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลแม่ทา ซึ่งแบบฟอร์ม AMR form ในการทำความเข้าใจ ต่อเนื่องทางยา อาจช่วยป้องกันแก้ไขปัญหานี้ได้เนื่องจากมีช่องให้ระบุวันที่ได้รับยาเดิมของผู้ป่วย ด้วย

สำหรับแหล่งที่มาของรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล จาก การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.4 ได้รับยาจากโรงพยาบาลแม่ทาแหล่งเดียว อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วยรายหนึ่งเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลถึง 3 แห่ง ก่อนที่จะเข้ามารับการรักษาสถานพยาบาลแม่ทาเป็นแห่งที่ 4 จากการซักประวัติผู้ป่วย และญาติ พบว่า ผู้ป่วยรายดังกล่าวติดเชื้อ HIV และมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยอับอาย ต้องการที่จะให้โรคแทรกซ้อนดีขึ้น และร่างกายอยู่ใน ภาวะเหมือนคนปกติมากที่สุด เป็นสาเหตุทำให้เปลี่ยนสถานพยาบาล หากผู้ป่วยคิดว่า สถานพยาบาลนั้นๆ ไม่สามารถรักษาโรคแทรกซ้อนให้ดีขึ้นได้ สำหรับผู้ป่วยรายดังกล่าว เกศษกร ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการรับยาที่ต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยและญาติทราบ ซึ่งท้ายสุดผู้ป่วย ตัดสินใจที่จะรับการรักษา และรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแม่ทา จากกรณีตัวอย่างดังกล่าวจะ เห็นได้ว่า นอกจากการที่เภสัชกรเข้าดำเนินการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยา เพื่อลดการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว ยังสามารถช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษา ให้มีความ ร่วมมือในการใช้ยา หรือการรักษาที่ดีขึ้น

ผลรวมของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

จากการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ทา มีผู้ป่วยกลุ่มศึกษา 239 ราย จำนวนรายการยาที่ใช้ 2683 รายการ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 235 ราย จำนวนรายการยาที่ใช้ 2643 รายการ พบความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 0.9 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 10.7 ของรายการยาทั้งหมด กลุ่มศึกษามีร้อยละของรายการยาที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอย่างเป็นระบบชัดเจน โดยเภสัชกร สามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาได้ โดยพบว่ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด คือ omission error ร้อยละ 4.8 ของรายการยาทั้งหมด รองลงมา คือ wrong dose or frequency (ร้อยละ 0.7) สำหรับความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ wrong drug และ wrong time ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gleson และคณะ (2004) และการศึกษาของ Lizer และคณะ (2007) การศึกษาทั้งสองพบว่า ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดในการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา คือ Omission error (ร้อยละ 42.3 และ ร้อยละ 48.0 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังพบความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภท commission error หรือการที่ผู้ป่วยได้รับคำสั่งใช้ยาที่ไม่สมควรได้รับเพราะไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นการพบโดยบังเอิญที่ผู้ศึกษาไม่ได้มุ่งเน้นตัวอย่างเหตุการณ์ดังกล่าว เช่น ในเวชระเบียนได้มีการระบุโดยแพทย์ สั่งหยุด Phenytoin แล้ว แต่จากการศึกษาพบการสั่งใช้ยาอีกในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นในการศึกษาต่อไป หรือหากมีการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ควรคำนึงถึงความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภท commission error ด้วย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางเภสัชกรรมคลินิกประกอบการพิจารณาความคลาดเคลื่อนทางยาประเภทดังกล่าวด้วย

การศึกษานี้ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยา ชนิด allergy to ordered drug ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงก่อนการศึกษาในเดือนมกราคม 2550 ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลแม่ทา ได้มีการปรับปรุงระบบการป้องกันการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และยึดเป็นแนวทางปฏิบัติตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2550 เป็นต้นมา โดยการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การปรับปรุงเวชระเบียนให้มี ADR Card แนบกับเวชระเบียน มีการกำหนดให้มีการสอบถาม

ประวัติแพ้ยาทุกครั้งของผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งระบบการบริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก รวมทั้งมีระบบแจ้งเภสัชกรทุกครั้งเมื่อพบผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาทั้งใน และนอกเวลาราชการ สำหรับข้อมูลประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่พบในการศึกษานี้ได้ แสดงไว้ในภาคผนวก ข

เมื่อจัดความคลาดเคลื่อนทางยาตามระดับความรุนแรง สำหรับการศึกษาที่ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต (category E – I) ความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่เป็นอันตราย (category B – D) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในขั้นตอนการดำเนินการศึกษาภายหลังจากที่มีการบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว จะนำความคลาดเคลื่อนทางยาดังกล่าวปรึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์ตัดสินใจสั่งใช้ยาอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมทั้งในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม แต่ถ้าหากความคลาดเคลื่อนนั้นไม่ได้รับการแก้ไข คาดการณ์ว่า ผู้ป่วยอาจเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับที่เป็นอันตราย จำนวน 101 ราย (คิดเป็นร้อยละ 21.3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) จากการคาดการณ์ผู้ป่วยที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับที่เป็นอันตรายนั้น แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา 13 ราย (ร้อยละ 5.4 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา) ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบ 88 ราย (ร้อยละ 37.4 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม) แสดงให้เห็นว่า การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสามารถช่วยป้องกันหรือลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ร้อยละ 32.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ โดยอยู่ในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 9.2 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.2 ซึ่งกลุ่มศึกษามีร้อยละของผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่า ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Vira และคณะ (2006) ที่ศึกษาผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ณ จุดแรกรับ และจุดจำหน่ายผู้ป่วย ในประเทศแคนาดา ซึ่งพบผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ ร้อยละ 60.0

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน ลดลงจากการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ร้อยละ 91.6 เมื่อคิดจากอัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาผู้ป่วยในของกลุ่มศึกษาเฉลี่ย 9.0 รายการต่อ 1000 วันนอน เทียบกับกลุ่มควบคุม 106.7 รายการต่อ 1000 วันนอน หรืออีกนัยหนึ่งคือ

กลุ่มควบคุมที่ไม่มีการทำความสะอาดคลองต่อเนื่องทางยา มีความคลาดเคลื่อนจากการตั้งใช้ยาผู้ป่วย ในเป็น 11.9 เท่าของกลุ่มศึกษา โดยในเดือนพฤศจิกายน และเดือนธันวาคม มีความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1000 วันนอนในอัตราที่สูงใกล้เคียงกัน (183.2 ต่อ 1000 วันนอน และ 194.3 ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงแรกของการศึกษาการทำความสะอาดคลองต่อเนื่องทางยา ในเดือนต่อมาคือ เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม จึงพบความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง แต่ในเดือนเมษายนกลับเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเดือนมีนาคม อาจเป็นเพราะช่วงการเก็บข้อมูลในเดือนเมษายน มีนักเรียนแพทย์เข้าร่วมฝึกปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในด้วย และไม่ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดคลองต่อเนื่องทางยามาก่อน จึงยังไม่เข้าใจรายการยาใน AMR form และ DMR form

ในกลุ่มศึกษาถึงแม้จะมีการทำความสะอาดคลองต่อเนื่องทางยา แต่ยังคงพบความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 0.9 ของการใช้ยา หรือคิดเป็นร้อยละ 9.2 ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ทั้งนี้ สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากในขั้นตอนการให้ข้อมูลรายการยาใน AMR form และ DMR form ที่เป็นลักษณะกระดาษสีเหลืองอ่อนสำหรับ AMR form และสีฟ้าอ่อนสำหรับ DMR form อาจไม่สะดวกตา และในช่วงการศึกษานั้น AMR form และ DMR form ไม่ได้มีการแนบที่แผ่นแรกของแฟ้มประวัติผู้ป่วยในของผู้ป่วยทุกราย มีเฉพาะกลุ่มศึกษาเท่านั้น และไม่ได้มีการแจ้งให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยคนใดเป็นกลุ่มศึกษา หรือกลุ่มควบคุม ทำให้บางครั้งแพทย์อาจไม่ได้สังเกตเห็นข้อมูลส่วนนี้ก่อนการสั่งใช้ยา จึงยังคงพบความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มศึกษาอยู่ โดยเฉพาะช่วงแรกของการศึกษา ซึ่งในทางปฏิบัติจริงหากโรงพยาบาลต้องการทำความสะอาดคลองทางยาในรูปแบบนี้ AMR form และ DMR form จะต้องแนบไว้ที่แผ่นแรกของแฟ้มประวัติผู้ป่วยในทุกคน และทำให้ฟอร์มดังกล่าวสะดวกตา หรืออาจต้องเปลี่ยนสีแบบฟอร์มให้เด่นชัดมากขึ้น พร้อมทั้งแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบโดยทั่วกันทุกคน

ผลของการทำความสะอาดคลองต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนแรกรับ

จากการทำความสะอาดคลองต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนแรกรับ มีผู้ป่วยกลุ่มศึกษา 239 ราย ใช้ยาจำนวน 953 รายการ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 235 ราย ใช้ยาจำนวน 938 รายการ พบความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 0.9 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 22.5 ของรายการยาทั้งหมด ซึ่งกลุ่ม

ศึกษามีร้อยละของรายการยาที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด คือ omission error ร้อยละ 9.6 ของรายการยาทั้งหมด รองลงมา คือ wrong dose or frequency (ร้อยละ 1.5) กลุ่มยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 32.4 ของรายการยาทั้งหมด รองลงมา คือ กลุ่มยาวิตามินและเกลือแร่ (ร้อยละ 22.1) ดังแสดงในภาคผนวก ซ โดยอัตราส่วนผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ พบร้อยละ 23.8 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉลี่ย 0.5 ข้อต่อผู้ป่วย 1 ราย แบ่งเป็นในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 3.8 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา เฉลี่ย 0.04 ข้อต่อราย และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 44.3 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เฉลี่ย 0.9 ข้อต่อราย ซึ่งกลุ่มศึกษามีร้อยละของผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทิกา ชื่อดตรง (2005) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ พบร้อยละ 58.8 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เฉลี่ย 1.2 ข้อต่อราย ซึ่งมากกว่ากลุ่มศึกษา แต่เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่าง ร้อยละของกลุ่มควบคุมที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่า 1 ข้อ พบว่า การศึกษาของฉันทิกา มีร้อยละของผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ มากกว่าการศึกษานี้ และเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Gleason และคณะ (2004) พบผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ ร้อยละ 54.4 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เฉลี่ย 1.2 ข้อต่อราย มากกว่าการศึกษานี้เช่นกัน อาจเนื่องจากการศึกษาของ ฉันทิกา และ Gleason และคณะศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ในระดับการศึกษาต่อเฉพาะทาง มีแพทย์และอาจารย์แพทย์หลายสาขา มีการใช้ยาที่หลากหลาย และซับซ้อน ในขณะที่การศึกษานี้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลแม่ทา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รายการยา จำนวนใบสั่งยา และความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าการศึกษาของ ฉันทิกา และ Gleason และคณะ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากเหตุผลด้านความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ลักษณะของโรงพยาบาล แพทย์ ชนิดของโรค และประเภทยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ดังกล่าวอาจเป็นผลให้ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ ที่พบในการศึกษานี้น้อยกว่าการศึกษาของ ฉันทิกา และ Gleason และคณะ

การศึกษายังพบอีกว่า การทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยา มีผลลดความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งจ่ายยาได้ถึงร้อยละ 95.8 (ในการรับผู้ป่วยกลุ่มศึกษาพบความคลาดเคลื่อนทางยา 3.8 รายการต่อการรับผู้ป่วย 100 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีความคลาดเคลื่อนทางยา 89.8 รายการต่อการรับผู้ป่วย 100 ครั้ง) มากกว่าการศึกษาของ ฉันทิกา ชื่อดตรง (2005) ซึ่งสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งจ่ายยา ได้ร้อยละ 79.8 อาจเนื่องมาจาก การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดเล็ก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มีโอกาสสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาพร้อมกันได้ง่าย และสะดวกกว่าการศึกษาของ ฉันทิกา ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

เมื่อจัดระดับความรุนแรง ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต (category E – I) ซึ่งการพบความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด ที่พบแบ่งเป็น Category B ร้อยละ 11.5 Category C ร้อยละ 75.2 และ Category D ร้อยละ 13.3 ซึ่งการจัดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาในการศึกษานี้จัดตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบนั้นจะถูกแก้ไขทุกครั้ง ภายหลังจากการบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในการศึกษานี้จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศ โดย Gleason และคณะ (2004) ใช้การคาดการณ์ว่า หากไม่มีการสกัดกั้นด้วยการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาแล้ว ความคลาดเคลื่อนทางยานั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับที่เป็นอันตรายถึง 15 ราย (ร้อยละ 22) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย โดย ฉันทิกา ชื่อดตรง (2548) คาดการณ์ว่า หากไม่มีการสกัดกั้น ผู้ป่วยอาจเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นระดับอันตรายเพิ่มขึ้นเป็น 5 ราย (ร้อยละ 10.9) สำหรับการศึกษานี้ คาดการณ์ว่า หากไม่มีการสกัดกั้นแล้วผู้ป่วยอาจจะเกิดความคลาดเคลื่อนที่เป็นอันตราย จำนวน 75 ราย (คิดเป็นร้อยละ 66.4 ของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา) โดยในกลุ่มศึกษาพบ 5 ราย (ร้อยละ 2.1 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบ 70 ราย (ร้อยละ 29.8) แสดงให้เห็นว่า การทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาสามารถช่วยป้องกันหรือลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนจำหน่าย

การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนจำหน่าย มีผู้ป่วยกลุ่มศึกษา 239 ราย ใ้ยาจำนวน 1730 รายการ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 235 ราย ใ้ยาจำนวน 1705 รายการ พบความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 0.9 ของจำนวนรายการยาในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 4.3 ของจำนวนรายการยาในกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มศึกษามีร้อยละของรายการยาที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด คือ omission error ร้อยละ 2.2 ของจำนวนรายการยาทั้งหมด หรือคิดเป็น ร้อยละ 84.1 ของจำนวนรายการยาที่เกิดความคลาดเคลื่อน อาจเป็นผลมาจากการที่แพทย์ และพยาบาลมีเวลาที่จำกัดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บางครั้งอาจไม่สามารถรับทราบปัญหา หรือข้อมูลยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการรยการยาขณะนอนในโรงพยาบาลจำนวนมาก และมีวันนอนหลายวัน อาจเกิดความสับสน และมีโอกาสที่จะไม่สั่งยาบางรายการได้ รองลงมา คือ wrong dose or frequency ร้อยละ 0.4 กลุ่มยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อทางเดินหายใจ ร้อยละ 29.2 รองลงมา คือ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22.4 ดังแสดงในภาคผนวก ฅ ส่วนสาเหตุที่ทำให้กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อทางเดินหายใจ เป็นกลุ่มยาที่มีความคลาดเคลื่อนมากที่สุดในการศึกษานี้ อาจเนื่องจาก ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาที่อยู่ในช่วงฤดูหนาว คือ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึงเดือน เมษายน โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจจะมีมากกว่าในช่วงฤดูอื่น ทำให้กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจมีการใ้สูงขึ้น โอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาก็คืออาจเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

ร้อยละ 14.4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ โดยกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 5.4 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา) เกิดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 23.4 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา มีร้อยละของผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อน้อยกว่าการศึกษาของ นันทิกา ชื่อตรง (2548) ที่มีผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ ร้อยละ 35.0 (กลุ่มศึกษา ร้อยละ 2.5) อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ นันทิกา ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งเป็น โรงเรียนแพทย์ในระดับการศึกษาต่อเฉพาะทาง มี

แพทย์และอาจารย์แพทย์หลายสาขา มีการใช้ยาที่หลากหลาย ในขณะที่การศึกษานี้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลแม่ทาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รายการยา จำนวนใบสั่งยา และความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าการศึกษาของ ฉันทิกา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจเป็นผลทำให้อัตราส่วนผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ข้อ พบน้อยกว่าการศึกษาของ ฉันทิกา

เมื่อจัดระดับความรุนแรง ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต (category E – I) ซึ่งการพบความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่เป็นอันตราย (category B) ร้อยละ 100 อาจเนื่องมาจากลักษณะการให้บริการในขั้นตอนจำหน่าย ผู้ป่วยจะยังไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งกลับบ้านจนกว่าผู้ป่วยจะกลับถึงบ้าน และหากเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ในขั้นตอนจำหน่าย ความคลาดเคลื่อนนั้นสามารถแก้ไขได้ก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดให้มีการแจ้งแพทย์ให้ทราบทุกครั้ง ภายหลังพบความคลาดเคลื่อนทางยาและได้บันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มศึกษาหรือกลุ่มควบคุม สำหรับการศึกษานี้ คาดการณ์ว่า หากไม่มีการสกัดกั้นแล้วผู้ป่วยอาจจะเกิดความคลาดเคลื่อนที่เป็นอันตราย จำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 8.2 ของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา) โดยในกลุ่มศึกษาพบ 8 ราย (ร้อยละ 3.3 ของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบ 31 ราย (ร้อยละ 13.2) แสดงให้เห็นว่า การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสามารถช่วยป้องกันหรือลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

สรุปได้ว่า การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอย่างเป็นระบบชัดเจน โดยเภสัชกร สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา และป้องกันไม่ให้ความคลาดเคลื่อนนั้นส่งไปถึงตัวผู้ป่วยได้ โดยอาจนำการดำเนินการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ในทุกๆจุดเปลี่ยนของการให้บริการ ทั้งการรับผู้ป่วย ส่งต่อระหว่างแผนก และจำหน่าย และอาจนำการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาดำเนินการร่วมกับการบริหารเภสัชกรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา ทั้งนี้การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ต้องอาศัยการทำงานประสานกันในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารจัดการ

1.1 เนื่องด้วยภาระงานที่มาก แต่บุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด การเข้าถึงปัญหา หรือการรับทราบข้อมูลยาเดิมก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำได้ไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกปัญหา และผู้ป่วยทุกราย ในขณะที่ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบการจัดเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยี เช่น การนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย เช่น ประวัติการใช้ยาเดิม การใช้ยาขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการสัมภาษณ์การใช้ยาของผู้ป่วย อาจนำ AMR form มาใช้ในขั้นตอนเริ่มต้นของการรับผู้ป่วย โดยอาจให้พยาบาลเป็นผู้กรอกข้อมูลเบื้องต้นใน AMR form ก่อน เนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่ในการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลแก่แพทย์อยู่แล้ว และเภสัชกรกรอกข้อมูลเพิ่มเติม เช่น กรณีที่พยาบาลต้องการปรึกษาเรื่องการจำแนกชนิดของยา เป็นต้น ก็จะช่วยให้ประหยัดเวลาและบุคลากรมากยิ่งขึ้น และเป็นการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ

1.2 จากผลการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาอย่างเป็นระบบโดยเภสัชกรบนหอผู้ป่วยให้สามารถค้นหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา และมีบทบาทสำคัญในการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาได้ เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ควรมีกิจกรรมการทำ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาบนหอผู้ป่วยใน หากมีบุคลากรมากพออาจกำหนดให้มีครบทุกหน่วยงานที่มีการใช้ยาด้วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีอัตราการใช้ยาสูง หรือหอผู้ป่วยหนัก รวมถึงผู้ป่วยนอก แต่ถ้าหากบุคลากรมีจำกัด อาจกำหนดให้มีการทำเฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงของการใช้ยาที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาออร์ฟาริน ผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

1.3 ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการ และการทำความเข้าใจ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาสามารถแสดงให้เห็นถึงข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นใน ขั้นตอนการสั่งใช้ยา และเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมกับสหวิชาชีพทางการแพทย์ในการ ป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาบนหอ ผู้ป่วยใน ดังนั้นควรมีการสรุป และประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นระยะๆ เช่น ปัญหาที่เกิด จากการทำความเข้าใจการกรอก AMR form หรือ DMR form ไม่ถูกต้อง เป็นต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการแก้ไข ป้องกัน และลดปัญหาอันเนื่องมาจากความไม่ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.4 ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการทำความเข้าใจการกรอกข้อมูล และในด้าน ผู้ป่วย มีความคิดอย่างไรในการที่ต้องนำยาเดิมมาที่โรงพยาบาลทุกครั้งที่มารักษา เป็นต้น

1.5 ควรมีการศึกษาผลในการช่วยประหยัดงบประมาณของ โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยจากการทำความเข้าใจการกรอกข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับใช้ประกอบการตัดสินใจใน การบริหารจัดการด้านอัตราค่ารักษา หรือเกณฑ์การปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยต่อไป

1.6 การวิจัยนี้เป็นการเสนอวิธีการทำความเข้าใจการกรอกข้อมูลทางยาวิธีการหนึ่งที่มีการใช้ แบบฟอร์มเพื่อแจ้งข้อมูลทางยาของผู้ป่วยแก่แพทย์ จึงสามารถใช้เป็นแนวทางการศึกษาผลของการ ทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาต่อความคลาดเคลื่อนทางยาเปรียบเทียบกับกรอกข้อมูล สอดคล้อง ต่อเนื่องทางยาวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการทำความเข้าใจการกรอกข้อมูล แทนการใช้แบบฟอร์มรูปแบบกระดาษ ทั้งนี้เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุดใน โรงพยาบาลให้แก่ผู้ที่สนใจได้

2. ด้านการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม

2.1 การที่เภสัชกรเข้าดำเนินการทำความเข้าใจการกรอกข้อมูลทางยา ต้องมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ใกล้ชิด การสืบค้นประวัติการใช้ยาจากเวชระเบียน ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของ โรงพยาบาล และวิธีการอื่นๆ เพื่อให้ได้ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล ซึ่งหากทำร่วมกับการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยหรือการประเมินผู้ป่วยแรกรับ เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา อันตรกิริยาต่อกันระหว่างยา การขาดการรักษา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการใช้ยาในทางที่ผิด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สอดคล้องต่อเนื่อง ร่วมกับการได้รับการแก้ไข และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

2.2 การศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 69 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่เภสัชกรสามารถขอญาติเดิมจากผู้ป่วยได้ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่นำยาเดิมติดตัวมาด้วย ร้อยละ 30 และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้นำยาเดิมติดตัวมาด้วย แต่นำมาให้ดูภายหลังจากที่เภสัชกรได้แจ้งให้นำยาเดิมมาด้วย 185 ราย (ร้อยละ 39) ส่วนผู้ป่วยที่เหลือ (ร้อยละ 31) ไม่สามารถนำยาเดิมมาแสดงให้เภสัชกรดูได้ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น ไม่ได้พกยาเดิมติดตัว และบ้านอยู่ไกลไม่สามารถกลับไปเอามาได้ แสดงว่า ผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญของการนำยาเดิมที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแสดงให้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อประกอบการรักษา ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมีนโยบายในการรณรงค์และส่งเสริมให้ผู้ป้วยนำยาเดิมที่เคยใช้ก่อนหน้าที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น กิจกรรมการบริจาคยาที่ไม่ใช้แล้ว หรือยาที่เหลือมากเกินไปที่จะใช้ได้หมด กิจกรรมถุงผ้ายากลับบ้าน (เป็นกิจกรรมที่ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลแม่ทา จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีถุงผ้าใส่ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล และนำกลับมาอีกครั้งเมื่อมารับบริการครั้งต่อไป ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2551) การกำหนดให้ทุกจุดบริการเน้นให้ผู้ป้วยนำยาเดิมติดตัวมาทุกครั้งที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลยาเดิม สามารถนำข้อมูลยาเดิมดังกล่าวมาประกอบการตัดสินใจสั่งใช้ยา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ไม่ซ้ำซ้อน และเกิดความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาต่อไป อีกทั้งยังเกิดประโยชน์อื่นที่เป็นการป้องกันปัญหาจากการที่ผู้ป่วยมียาจำนวนมากอยู่ที่บ้าน อาจเกิดความสับสนและมีความเสี่ยงในการใช้ยาผิด การแจกจ่ายยาให้กับผู้อื่น การมียาที่เสื่อมสภาพ และสามารถประหยัคปริมาณยาที่ใช้กับผู้ป่วยได้ หากยาเดิมนั้นมีสภาพที่ดีอยู่

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การจัดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ผลที่ได้ อาจมีระดับความรุนแรงที่น้อยกว่าความเป็นจริง โดยในการศึกษานี้พบระดับความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับที่ไม่เป็นอันตรายทั้งหมด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษานี้เมื่อพบความคลาดเคลื่อนทางยา และได้บันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว จะมีนำความคลาดเคลื่อนทางยานั้นปรึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์ตัดสินใจสั่งยาอีกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมต่อไป โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มศึกษา หรือกลุ่มควบคุม โดยในช่วงเวลาที่มีการแก้ไขคำสั่งใช้นั้นอาจแก้ไขได้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาที่มีความคลาดเคลื่อน ดังนั้นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นอาจไม่ถึงตัวผู้ป่วย หรืออาจจะถึงตัวผู้ป่วยแต่จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษานี้อาจรุนแรงน้อยกว่าความเป็นจริง

2. การคาดการณ์ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยากรณีหากไม่มีการสกัดกั้นด้วยการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นการคาดการณ์โดยผู้ศึกษาเอง ควรมีผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิกร่วมประเมินระดับความรุนแรง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลแม่ทา หรือโรงพยาบาลชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้ ขอเสนอการปรับแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาใน โรงพยาบาลแม่ทา หรือ โรงพยาบาลชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับต่อเนื่องจนถึงขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยดังนี้

1. การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนแรกรับ

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในส่วนของยาเดิมที่เคยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการ

1.1 การสร้างรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- พยาบาล ณ จุดแรกได้รับรวบรวมข้อมูลยาเดิม ได้แก่ การตรวจสอบเวชระเบียน การตรวจสอบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ใกล้ชิด การขออนุญาตผู้ป่วย หรือวิธีการอื่นๆ เช่น การขอข้อมูลประจำตัวโรคเรื้อรัง การสอบถามประวัติการใช้ยาจากสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อได้รายการยาที่สมบูรณ์แล้วบันทึกใน AMR form (ภาคผนวก ญ)

- แนบ AMR form และเอกสารอื่นๆที่ใช้ในการเบิกยา รวมทั้งยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาด้วยยื่นที่ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนเพื่อเบิกยา หากผู้ป่วยมียาเดิมแต่ไม่ได้นำติดตัวมาด้วย ให้พยาบาลแจ้งข้อมูลให้เภสัชกรทราบด้วย

- เภสัชกร หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และกรอกข้อมูลเพิ่มเติมใน AMR form ที่แนบไว้ที่แผ่นแรกของแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน กรณีที่ข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น กรณีไม่สามารถจำแนกชนิดยาได้ เภสัชกรจะทำหน้าที่ในการกรอกข้อมูลเพิ่มเติม เป็นต้น (AMR form ที่ใช้เป็นแบบฟอร์มที่ปรับปรุงจากการศึกษานี้ โดยที่มีการเพิ่มการกรอกข้อมูลในส่วนของเวลาที่รับประทานยามื้อสุดท้าย ซึ่งในการศึกษาให้ระบุข้อมูลดังกล่าวไว้ในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย)

หมายเหตุ : กรณียาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เองเมื่อเวลามีอาการ สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม ให้ระบุในช่องผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ

1.2 การเปรียบเทียบรายการยา เพื่อหาความคลาดเคลื่อนทางยา

- เภสัชกร หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วยเปรียบเทียบรายการยาเดิม และคำสั่งใช้ยาแรกรับ เมื่อพบข้อแตกต่างให้บันทึกใน AMR form ในช่อง Written on Admission และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง Doctor contacted โดยในช่อง Written on Admission มีข้อกำหนดดังนี้

Yes ในกรณีที่มีคำสั่งการใช้ยาเดิมผู้ป่วยตรงตามที่ผู้ป่วยเคยใช้

No ในกรณีที่มีคำสั่งการใช้ยาเดิมผู้ป่วยไม่ตรงตามที่ผู้ป่วยเคยใช้ พร้อมกับ

เขียนคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ที่ไม่ตรงกับยาเดิมลงในช่องว่างในบรรทัดต่อมา

- แพทย์ทบทวนรายการยาที่มีการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง Doctor contacted เมื่อแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้า

- แพทย์กรอกข้อมูลผลการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาในช่อง Result of Medication Reconciliation

1.3 การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

- เกสัชกร หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วย ประเมินแพทย์เมื่อพบว่า แพทย์ไม่ได้ทบทวนรายการยาที่มีการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง Doctor contacted หรือการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน

2. การทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนจำหน่าย

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในส่วนของยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และยาที่ต้องได้รับกลับบ้าน

ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1 การสร้างรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

- เกสัชกร หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วย บันทึกการใช้ยาในแต่ละวันใน DMR form ที่แนบไว้แผ่นแรกของแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน รวมถึงยาเดิมที่แพทย์ให้หยุดใช้ชั่วคราวในขั้นตอนแรกจับ (Hold on Medication)

2.2 การเปรียบเทียบรายการยา เพื่อหาความคลาดเคลื่อนทางยา

- แพทย์ ทบทวนรายการยาใน AMR form และ DMR form (ภาคผนวก ฎ)
- แพทย์สั่งใช้ยากลับบ้านลงใน DMR form ในช่อง Home Medication โดย DMR form สามารถใช้ทดแทนการเขียนคำสั่งใช้ยากลับบ้านที่ต้องเขียนใน Order doctor sheet ได้ (ทำเป็น Copy Order) ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลจะมีข้อตกลงให้ใช้ได้หรือไม่

- กรณีแพทย์ต้องการสั่งยาเพิ่มเติมที่ไม่มีใน DMR form สามารถเขียนเติมลงในช่องว่างด้านล่างของรายการยาแต่ละชนิดได้

- เกสัชกร หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วยเปรียบเทียบรายการที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และคำสั่งยากลับบ้าน เมื่อพบข้อแตกต่างให้ปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาการสั่งยากลับบ้านอีกครั้ง

2.3 การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

- เกสัชกร หรือพยาบาลผู้ป่วยใน ปรึกษาแพทย์เมื่อพบว่า แพทย์ไม่ได้ทบทวนรายการยาที่มีใน DMR form หรือการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน หรือไม่ได้มีการกรอกข้อมูลใน DMR form

หมายเหตุ เพื่อให้การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีข้อกำหนดต่างๆในโรงพยาบาลดังนี้

1) ควรมีการกำหนดให้การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกสัชกร ในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ข้อตกลง วิธีการดำเนินงาน แบบฟอร์มที่ใช้ เช่น คณะกรรมการเกสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) เป็นต้น

2) ควรมีการกำหนดกรอบระยะเวลาการสร้างรายการยาในชั้นตอนแรกรับ ซึ่งโดยทั่วไป กำหนดให้ภายใน 18 – 48 ชั่วโมง แต่ถ้าหากเป็นยาที่ต้องระมัดระวังสูงต้องภายใน 4 ชั่วโมง ได้แก่ Antibiotics, Insulin, Antihypertensives on a multiple dosing schedule, Anti-rejection drugs, Antiarrhythmics, Inhalers, Seizure medications, Eye medications, Pain medications และ Oral hypoglycemic on a multiple dosing schedule [44]

3) กำหนดกรอบระยะเวลาที่แพทย์ต้องทบทวนคำสั่งการใช้ยาอีกครั้ง กรณีที่พบความคลาดเคลื่อน หรือข้อแตกต่างของรายการยา เช่น ภายใน 12 ชั่วโมงภายหลังจากพบความคลาดเคลื่อน หากแพทย์ไม่มาปฏิบัติงาน ควรมีมาตรการอื่นๆ เพื่อให้มีการทบทวนคำสั่งการใช้ยา เช่น ให้พยาบาลบนหอผู้ป่วยติดต่อแพทย์ทางโทรศัพท์โดยตรง หรือประกาศเรียก เป็นต้น

4) พิมพ์ใบสั่งยากลับบ้านอีกหนึ่งใบสำหรับติดไว้กับเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในการได้รับยาในระบบผู้ป่วยนอก

โดยแบบฟอร์ม AMR form และ DMR form ที่ปรับปรุงสำหรับใช้ในโรงพยาบาลแม่ทา หรือโรงพยาบาลชุมชน คุณในภาคผนวก ญ และ ฎ

ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา

1. แพทย์

แพทย์ควรทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกครั้งที่ได้รับผู้ป่วย โดยการดู AMR และ DMR form การขอดยาเดิมของผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิด และทบทวนเวชระเบียน หากไม่สามารถแยกแยะยาเดิมได้ เช่น ยาจากคลินิกแพทย์ ให้ติดต่อฝ่ายเภสัชกรรม หรือติดต่อกับแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง แล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ลงในเวชระเบียน และในการสั่งใช้ยาควรเขียนรายการยาทุกตัว หลีกเลี่ยงการใช้คำสั่งที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น ยาเดิม เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกันทุกวิชาชีพ

2. พยาบาล

ในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ควรสัมภาษณ์ในเรื่องของยาที่เคยใช้ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษาก่อนที่จะมาโรงพยาบาลทุกครั้ง ใน AMR form เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อน และลดปัญหาต่างๆที่เกี่ยวกับยา อีกทั้งยังต้องช่วยตรวจสอบคำสั่งใช้ยาของแพทย์เทียบกับคำสั่งใช้ยาเดิม ร่วมกับการดู AMR และ DMR form หากพบว่าผู้ป่วยยังมีโรค หรืออาการที่ต้องได้รับยาเดิมอยู่ แต่แพทย์ไม่ได้สั่ง ไม่ว่าจะพบในระบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในต้องปรึกษาแพทย์ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันความไม่สอดคล้องต่อเนื่องทางยา

3. เภสัชกร

ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ซึ่งมีเภสัชกรจำนวนจำกัด การที่จะมีเภสัชกรปฏิบัติงานด้านการบริหารเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก จึงขอเสนอแนวทางการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา ดังนี้

3.1 ขั้นตอนแรกเริ่ม

- ให้คำปรึกษาเรื่องยา แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลกำหนดให้เป็นผู้กรอกแบบ AMR form เบื้องต้น ซึ่งอาจเป็นแพทย์ หรือพยาบาล แล้วเภสัชกรกรอกข้อมูลเพิ่มเติม หรือหากกำหนดให้เภสัชกรต้องรวบรวมประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย และกรอกข้อมูลใน AMR form ควรใช้วิธีการหลายๆ วิธีการร่วมกันดังนี้ การตรวจสอบเวชระเบียน การตรวจสอบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ใกล้ชิด การขอดยาเดิม

ผู้ป่วย หรือวิธีการอื่นๆ เช่น การขอคุณสมบัติประจำตัวโรคเรื้อรัง การสอบถามประวัติการใช้ยาจากสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

- ประเมินแพทย์ ปรึกษาพบว่าผู้ป่วยยังมีโรค หรืออาการที่ต้องได้รับยาเดิมอยู่ แต่แพทย์ไม่ได้สั่ง และติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา

3.2 การติดตามการใช้ยาขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

- เมื่อถึงช่วงเวลาของการเบิกยาผู้ป่วยใน ให้วิเคราะห์คำสั่งใช้ยาของแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของยา และความเหมาะสมทางวิชาการ หากค้นพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ควรมีการปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะมีการจัดยาส่งถึงหอผู้ป่วย

3.3 ขั้นตอนจำหน่าย

- วิเคราะห์คำสั่งใช้ยากลับบ้าน ในด้าน ความครบถ้วนของรายการยาที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ ความถูกต้องของชนิด ขนาด ความถี่ และความต่อเนื่องของการสั่งใช้ยา หากพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ควรมีการปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะมีการส่งมอบยากลับบ้านให้แก่ผู้ป่วย

- เกสซ์กรควรให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาให้กับผู้ป่วย หรือญาติก่อนกลับบ้านทุกราย รวมทั้งแนะนำให้มาปรึกษาเดิมกลับมาทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล

กรณีระบบผู้ป่วยนอก เกสซ์กรควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาให้กับผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งตรวจสอบความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในใบสั่งยา กับยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยใช้จากสมุดประจำตัวโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) หรือจากยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาแสดงให้ดู หรือจากเวชระเบียนหากโรงพยาบาลมีการแนบเวชระเบียนพร้อมกับใบสั่งยามาที่ห้องจ่ายยาด้วย

4. ผู้ป่วย หรือญาติ

ควรนำยาเดิมทุกรายการติดตัวมาด้วยทุกครั้งที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบทุกครั้งว่า ผู้ป่วยมียาเดิม หรือเคยรับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในก็ตาม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการ ได้รับยาซ้ำซ้อน และเพื่อให้เกิดความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมในด้านผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ เช่น มูลค่าที่ประหยัดได้จากการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ความคุ้มค่าในการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ร่วมกับการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยหรือการประเมินผู้ป่วยแรกรับ เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา อันตรกิริยาต่อกันระหว่างยา การขาดการรักษา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการใช้ยาในทางที่ผิด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สอดคล้องต่อเนื่อง ร่วมกับการได้รับการแก้ไขและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง

3. ควรมีการศึกษาผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาต่อความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายประเภทอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการศึกษานี้ด้วย เช่น commission error ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย (drug related problem) หรือการสั่งจ่ายซ้ำซ้อน เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

5. เพื่อให้เห็นประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกระบบการดูแลผู้ป่วย ควรมีการศึกษาถึงผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในระบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลที่มีต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งขณะนี้ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

6. ควรมีการศึกษาผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาด้วยวิธีการอื่นๆเปรียบเทียบกัน เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุดในโรงพยาบาล