

บทที่ 1



บทนำ

จากอดีตถึงปัจจุบัน การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก โดยแพทย์เป็นผู้ให้การตรวจ,วินิจฉัยและสั่งการรักษา โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับคำสั่งทุกประเภท เช่น จัดการเพื่อให้ได้ยามาบริหารแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการส่งตรวจ การจัดการดูแล ผู้ป่วยตามที่แพทย์กำหนดและทำการดูแลผู้ป่วยทางการพยาบาลเอง (Nursing care) โดยขั้นตอนในการทำงานของพยาบาลร้อยละ 45 เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลยา(จันทร์ทิพย์ สุทธิอรุณศิลป์, 2539) ตั้งแต่เขียนใบสั่งยาส่งไปห้องยาเพื่อเบิกยา เขียนรายการยาทั้งหมดลงในบันทึกการพยาบาล, ทำใบ ยาฉีด, บัตรให้ยารับประทานให้ผู้ป่วยแต่ละราย จนกระทั่งได้ยามาแล้วก็ต้องมาจัดยาแยกใส่ซองเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละราย และเตรียมยาสำหรับบริหารให้ผู้ป่วย ในขณะที่เภสัชกรมีบทบาทเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีหน้าที่ปรุงยา เตรียมยา การตรวจคุณภาพยา สำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลบทบาทส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการจัดหาและจ่ายยา

จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ พบว่ามีผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ทั้งจากอาการไม่พึงประสงค์ (Mckenney ,1976 ; Mckenny, 1979 ; Stewart , 1980 ; Eisenberg, 1987 ; Ives, 1987 ; Hallas , 1990 ; Hallas , 1992 ; Bates , et al, 1995) โดยเฉลี่ยพบถึงร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคต่าง ๆ ในโรงพยาบาล (Hepler and Strand, 1990) Grainger Rousseau รายงานว่าร้อยละ 4-5 ของสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเกิดจากปัญหาการใช้ยาและประมาณครึ่งหนึ่งเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ (Hepler and Grainger-Rousseau , 1995)

จากการศึกษาในประเทศไทยของปิยะวรรณ กุลชัยรัตน์ (2538)และจินดา ปิยศิริวัฒน์ (2539) พบปัญหาการใช้ยาในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ถึงร้อยละ 81.3 และ 44.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ โดยสำรวจจากขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการใช้ยา ซึ่งพบว่า ปัญหาจากการใช้ยาสามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ถึงร้อยละ 70.2 (จินดา ปิยศิริวัฒน์ , 2539)

พบว่าผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพบอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากยาที่สามารถป้องกันได้ แต่กลับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยดูแลพิเศษ (Special care unit) และเสียชีวิตได้ (Trunet, et al., 1980; Eisenberg, 1987; Dubois and Brook, 1988; Brennan, 1991; Leape, 1991)

Guemsey พบปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาถึงร้อยละ 12.4 ซึ่งร้อยละ 5 เป็นความคลาดเคลื่อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ (Guemsey, 1983)

ความผิดพลาดในการใช้ยาแต่ละครั้งอาจมีผลทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงไป หรืออาจเกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกินสมควรและเป็นการสิ้นเปลืองทั้งต่อผู้ป่วยเองและรัฐอย่างแน่นอน (Eisenberg, et al, 1987; Arndt, 1994)

การที่มีเภสัชกรขึ้นไปดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล สามารถลดปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากแพทย์และผู้ป่วย ในส่วนของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์และการกระจายยาสู่ผู้ป่วยโดยพยาบาล บทบาทของวิชาชีพเภสัชกรรม ก็ได้มีการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหานี้มาเป็นลำดับ ในปี ค.ศ. 1960 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการพัฒนาระบบกระจายยาชนิดโดส (Unit dose Drug Distribution System) (Annon, 1985) ขึ้นโดยคาดหวังว่าจะเปิดโอกาสให้เภสัชกรสามารถเข้าไปดูแลเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยในได้อย่างใกล้ชิด ทั้งยังลดปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนการสั่งยา, ลดภาระพยาบาลในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาที่ซ้ำซ้อน และการต้องจัดยาให้ผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งมูลค่ายาสำรองในหอผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Barker (1969) พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในระบบเดิมถึงร้อยละ 13 ขณะที่การกระจายยาแบบชนิดโดสพบเพียงร้อยละ 1.9 หรือการศึกษาของ Shultz (1973) ก็พบความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาแบบเดิมร้อยละ 5.3 ในขณะที่การกระจายแบบชนิดโดสพบเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น

ในประเทศไทยได้มีการนำระบบการกระจายยาแบบชนิดโดสมาทดลองดำเนินการในสถานพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช, โรงพยาบาลสุรินทร์, โรงพยาบาลศรีสะเกษ, โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเชียงใหม่, โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลกล้วยน้ำไทและโรงพยาบาลเวชธานี (ปกครอง มณีสิน 2534, กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2536) มีการศึกษาพบว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาก่อนและหลังใช้ระบบกระจายแบบชนิดโดสไม่แตกต่างกัน (สัมมนา มูลสาร, 2537) ทำให้ยังไม่เป็นที่ยอมรับในการนำไปปฏิบัติทั่วไปเพราะจากข้อจำกัดของระบบในการหารูปแบบ, แนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และยังเป็น การเพิ่มภาระ ต้องใช้เวลา กำลังคน และค่าใช้จ่ายในการบริการมากขึ้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำให้โรงพยาบาลในสังกัดใช้ระบบนี้เพื่อการบริการยาแก่ผู้ป่วยในตามแนวคิดในการแก้ไขการกระจายยา (กระทรวงสาธารณสุข , 2539)

จากความสำคัญของปัญหาการใช้ยาและระบบการกระจายในหอผู้ป่วย จึงมีผู้เสนอการปฏิบัติงานผสมผสานงานด้านระบบการกระจายยากับระบบการติดตามการใช้ยาขึ้น (Integrated patient-specific model) (Strand, et al,1990) โดยนอกจากเภสัชกรจะมีหน้าที่ในการจัดหาและกระจายยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วยังมีการกำหนดบทบาทของเภสัชกรให้ทำหน้าที่ดูแลปัญหาการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล จากผลการศึกษาของ วินัดดา ชูตินารา (2538) เรื่องการผสมผสานงานระบบกระจายยาและการบริหารผู้ใช้อาระดับต้นในโรงพยาบาลราชวิถีพบว่าสามารถลดมูลค่ายาสำรองคงค้างได้ถึง 196,088.91 บาทในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาและขณะเดียวกันก็สามารถค้นหาปัญหาของความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้ 745 ปัญหา จากการร่วมดูแลผู้ป่วย 200 ราย ในระยะเวลา 3 เดือน

แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ ในส่วนของกากระจายยา เภสัชกรมีหน้าที่ตรวจสอบและแก้ปัญหที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่าง ๆ แล้ว ก็ยังไม่ลดภาระงานของพยาบาล และอาจทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการสั่งถูกตรวจสอบการทำงานอยู่ ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงอาจส่งผลต่อการประสานงานและความร่วมมือของทีมรักษาและดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า มีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดได้ในทุกขั้นตอนของการใช้ยา ซึ่งสามารถสรุปสาเหตุหลักของความผิดพลาดได้ ดังนี้ (Hepler and Strand, 1990)

1. การสั่งยาไม่เหมาะสม (Inappropriate prescribing)
2. ระบบการส่งมอบยาไม่เหมาะสม (Inappropriate delivery)
3. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Inappropriate behavior by patient)
4. ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Patient idiosyncrasy)
5. การติดตามผลการใช้ยาไม่เหมาะสม (Inappropriate monitoring)

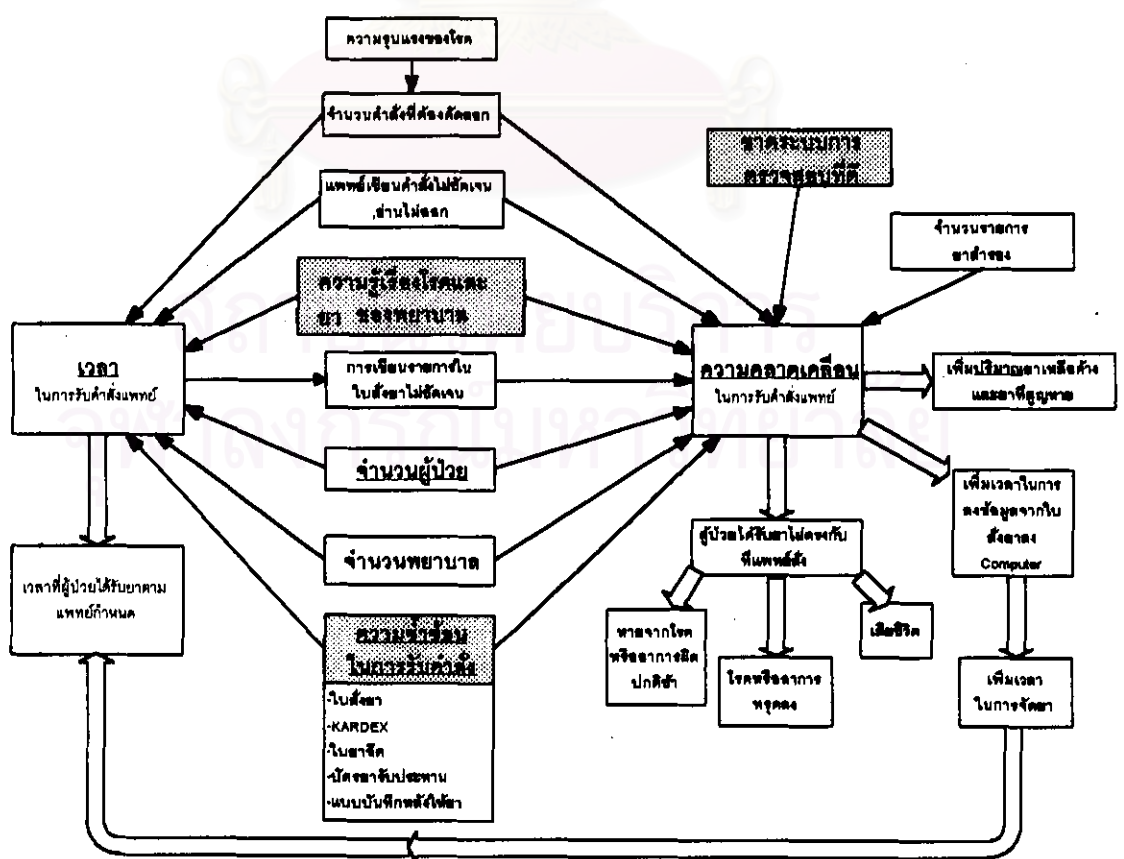
สำหรับการดูแลผู้ป่วยใน ขั้นตอนแรกที่เป็นจุดเริ่มต้นของความผิดพลาดทั้งหมดหลังจากแพทย์สั่งใช้ยาแล้ว คือ การคัดลอกคำสั่งใช้ยา โดยจากการศึกษาของ ปิยะวรรณ กุวลัยรัตน์ (2538) เรื่องบทบาทของเภสัชกรด้านการบริหารผู้ใช้อายในโรงพยาบาลปะทิว พบปัญหาดังกล่าวถึงร้อยละ 19.3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดโดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (อภิฤดี เหมะจุทา , 2531) ได้แก่

1. การที่พยาบาลต้องลอกคำสั่งใช้ยาลงในแบบฟอร์มต่างๆ หลายประเภท ทั้งเพื่อส่งมายังฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อจัดยา และเพื่อลงในบัตรให้ยาของผู้ป่วย
2. การใช้บุคลากรที่ไม่เหมาะสมในการอ่าน แปร จัดยาบนห่อผู้ป่วย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาลซึ่งมีงานอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบมากอยู่แล้ว ทำให้ความละเอียดถี่ถ้วนลดน้อยลง
3. ไม่มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนให้ผู้ป่วย
4. การมียาคงคลังบนห่อผู้ป่วยมากเกินไปจนจำเป็น
5. การบรรจุยาให้ผู้ป่วยในภาชนะใหม่บนห่อผู้ป่วยโดยไม่มีการระบุชื่อ ความแรง หรือขนาดยาใด ๆ เลย

จากการศึกษาของ Cohen และ Sender (1994) พบว่าสาเหตุของความผิดพลาดในการให้ยาผู้ป่วยของพยาบาลเกิดขึ้นจากความบกพร่องในการปฏิบัติ การขาดความรู้ หรือทั้งสองสาเหตุร่วมกัน

จากสาเหตุหลักประการหนึ่งของปัญหาความคลาดเคลื่อนในระบบนี้ น่าจะมาจากการต้องลอกคำสั่งใช้ยาหลายครั้ง, จากความรู้เรื่องยาของพยาบาล รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับคำสั่งแพทย์



การแก้ไขปัญหายังไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้ดีพอ จึงเกิดแนวคิดแก้ปัญหาหลักอย่างหนึ่งก่อนคือ

1. พัฒนาคุณภาพของกระบวนการรับคำสั่งแพทย์
2. ลดขั้นตอนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์
3. มีระบบที่เหมาะสมในการตรวจสอบความถูกต้องในการคัดลอกคำสั่งแพทย์

ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดที่จะพัฒนาวิธีการปฏิบัติในการรับคำสั่งแพทย์สำหรับผู้ป่วยใน โดยเน้น 2 วิธีการในการสร้างระบบงานที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปัญหาต่อไปนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการรับคำสั่งแพทย์ และลดความซ้ำซ้อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ ซึ่งจะได้นำคอมพิวเตอร์มาช่วย และได้จัดทำโปรแกรมประยุกต์จากโปรแกรม DISPENSE ของกระทรวงสาธารณสุข
2. ควบคุมการหมุนเวียนของยาบนห่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาการรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่ ที่สามารถ
 - 1.1 ลดความซ้ำซ้อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์
 - 1.2 มีการตรวจสอบความผิดพลาดในการคัดลอกของฝ่ายเภสัชกรรมโดยพยาบาล
2. แสดงผลของประสิทธิภาพในระบบการรับคำสั่งให้ยาในปัจจุบันกับระบบใหม่
ในประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1 ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งเทียบกับคำสั่งแพทย์
 - 2.2 การควบคุมการเบิกยา โดยเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่ายาเม็ดที่ได้รับคืนต่อ สัปดาห์และยาชนิดที่ใช้ไปกับผู้ป่วยแต่ไม่ได้บันทึกเพื่อคิดราคาและเบิกยาคืน
 - 2.3 เวลาที่ใช้ในการรับคำสั่งแพทย์

ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลในส่วนของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ระบบเดิม จากเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง เพื่อให้ได้ข้อมูลจริงของกาปฏิบัติงานของพยาบาล โดยไม่แจ้งให้พยาบาลทราบ
2. การศึกษาครั้งนี้ติดตามเฉพาะการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเท่านั้น เนื่องจากการติดตามการคัดลอกในเอกสารอื่น ๆ ทำให้พยาบาลผู้เกี่ยวข้องรู้สึกอึดอัด ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาการรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่
3. เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักข้อหนึ่งของการวิจัยนี้คือ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ของพยาบาล และป้องกันปัญหาความรู้สึกรู้สึกว่ากำลังถูกตรวจสอบการทำงานและความร่วมมือของพยาบาล ในระบบการรับคำสั่งแพทย์ใหม่ จึงยังไม่มีการตรวจคาร์เดกซ์สลิป, บัตรเตรียมยารับประทานและแบบบันทึกหลังให้ยาที่ยังคัดลอกโดยพยาบาล
4. การรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่ให้พยาบาลทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารที่พิมพ์โดยเภสัชกร เนื่องจากการรับคำสั่งแพทย์นอกจากยาแล้ว ยังมีวัสดุการแพทย์ , การตรวจชั้นสูตรค่าบริการทางการแพทย์และพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีความชำนาญมากกว่า ดังนั้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งส่วนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากยาแล้ว จึงให้พยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบ
5. ไม่สามารถจัดพิมพ์แบบบันทึกหลังให้ยา และบัตรเตรียมยารับประทานได้ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของโปรแกรม DISPENSE ซึ่งออกแบบให้ใช้กับระบบการจ่ายยาผู้ป่วยนอกเท่านั้น จึงไม่สามารถจัดทำเอกสารที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่องได้

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการให้ยาในโรงพยาบาล
2. เพิ่มความปลอดภัยในการให้ยา
3. ทำให้พยาบาลมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยทางการพยาบาลมากขึ้น
4. เภสัชกรมีโอกาสค้นหาสาเหตุของปัญหาในขั้นตอนอื่น ๆ ของระบบกระจายยา
5. เภสัชกรมีโอกาสทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ทำให้สามารถค้นหา ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาการใช้ยาของแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบการรับคำสั่งแพทย์ระบบเดิม หมายถึง การคัดลอกคำสั่งแพทย์โดยพยาบาลลงใน कार์เดกซ์, ใบเตรียมยาชนิด ,ใบติดตามผลการตรวจชั้นสูตร,บัตรยารับประทาน,เอกสารแจ้งยอดชำระเงิน ,ใบเตรียมสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ , แบบบันทึกหลังให้ยาผู้ป่วย

ระบบการรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่ หมายถึง เกสซกรรับคำสั่งแพทย์โดยบันทึกข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ เพื่อพิมพ์เอกสารแจ้งยอดชำระเงิน, ,ใบเตรียมยาชนิด,ใบติดตามผลการตรวจชั้นสูตร,ใบเตรียมสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ พยาบาลคัดลอกลงเฉพาะคาร์เดกซ์ บัตรเตรียมยารับประทานและแบบบันทึกหลังให้ยารวมทั้งตรวจสอบเอกสารแจ้งยอดชำระเงินกับคำสั่งแพทย์

คำสั่งแพทย์ หมายถึง คำสั่งของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมซึ่งเป็นผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยนั้น ได้สั่งไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วย คำสั่งใช้ยา การตรวจชั้นสูตรต่างๆ และแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบในการจัด เตรียม และดำเนินการตามสั่ง

คาร์เดกซ์ หมายถึง เครื่องมือในการติดต่อสื่อสารในการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นรูปเล่ม หรือเป็นแผ่นกระดาษแข็ง กระดาษอ่อนก็ได้ แต่ที่นิยมใช้มักใช้เป็นแผ่นกระดาษแข็ง สีขาว 2 แผ่น เรียกว่า Kardex card และแผ่นกระดาษสีชมพูหรือสีฟ้าเล็ก ๆ อีก 1 ใบ เรียกว่า Kardex slip โดยคาร์เดกซ์การ์ด จะใช้บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแผนการพยาบาล 1 ใบ(Kardex I) ส่วนอีกใบใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง(Kardex II) สำหรับคาร์เดกซ์ สลิปใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่กระทำครั้งเดียว

เอกสารแจ้งยอดชำระเงิน หมายถึง เอกสารที่พยาบาลเป็นผู้คัดลอกจากคำสั่งแพทย์ ประกอบด้วยรายการยา , วัสดุการแพทย์ ,การตรวจชั้นสูตร ,ค่าบริการทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อใช้ในการคำนวณราคา จัดจ่ายยาและวัสดุการแพทย์จากห้องจ่ายยา (ในระบบบริการผู้ป่วยในจะไม่มีใบสั่งยา (Prescription) ที่มีเฉพาะรายการยา จะใช้เอกสารแจ้งยอดชำระเงินนี้แทนใบสั่งยาด้วย)

การควบคุมยาหมอนเวียนในตึกอายุรกรรม หมายถึง การควบคุมให้มีการเบิกยาชนิดที่ใช้ไปจากรายการยาสำรองที่มีในตึกอายุรกรรมให้ตรงตามการใช้จริง และควบคุมการเบิกยาเม็ดให้เป็นไปตามแนวกำหนดที่ได้ตกลงระหว่างฝ่ายเภสัชกรรมและตึกอายุรกรรม (ภาคผนวก ก.)

ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ หมายถึง การคัดลอกจากคำสั่งแพทย์ไปยังเอกสารแจ้งยอดชำระเงิน, คาร์เดกซ์สลিপ, ใบเตรียมยาฉีด, ใบติดตามผลการชันสูตร, บัตรเตรียมยารับประทาน, ใบเตรียมสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ, แบบบันทึกหลังให้ยาผู้ป่วยที่อาจมีผลดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ถูกต้อง

โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ไม่มีรายการยาที่แพทย์สั่ง
- มีรายการยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
- คัดลอกชื่อยาผิด
- ขนาดยาผิด
- วิธีใช้ผิด
- ผิดรูปแบบ

2. ทำให้โรงพยาบาลเสียเงินงบประมาณ

โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ไม่ลงค่าบริการทางการแพทย์-พยาบาล
- ไม่ลงการตรวจชันสูตร
- สั่งยาในปริมาณเกินกว่าที่กำหนด

3. ทำให้เสียเวลาในการตรวจสอบ

โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ไม่ระบุหรือระบุเลขประจำตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
- อ่านลายมือไม่ออก

โปรแกรม DISPENSE version 1.5 d หมายถึง โปรแกรมที่พัฒนาโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาค
กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับระบบจ่ายยาผู้ป่วยนอก

โปรแกรม Microsoft ACCESS 2.0 หมายถึง โปรแกรมจัดการฐานข้อมูล แบบฐานข้อมูลสัมพันธ์
(Relational database) ซึ่งสามารถนำข้อมูลต่างๆ ที่บันทึกด้วยโปรแกรม DISPENSE มาผนวกเพิ่ม
ข้อมูล แล้วจัดทำรายงานต่าง ๆ ที่ต้องการ