

การวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกร
โรงพยาบาล



นาง อังคณา คำวงศ์

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SITUATION ANALYSIS OF MEDICATION RECONCILIATION: HOSPITAL
PHARMACISTS' UNDERSTANDING, ATTITUDE



Mrs. Angkhana Khomwong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy Practice

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา:

ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล

โดย

นาง อังคณา คำวงศ์

สาขาวิชา

เภสัชกรรมคลินิก

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

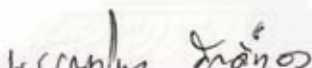
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง


คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

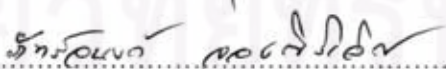
 คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ เปรมโยธิน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารัต เกษตรทัต)

 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพชร สุกุลบำรุงศิลป์)

 กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(เภสัชกรหญิงภัทรอนงค์ จongsiri เลิศ)

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อังกฤษ คำวงศ์ : การวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล. (SITUATION ANALYSIS OF MEDICATION RECONCILIATION: HOSPITAL PHARMACISTS' UNDERSTANDING, ATTITUDE)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 205 หน้า.

ความคลาดเคลื่อนทางยาทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย 1.5 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นความสูญเสีย 3.5 พันล้านบาทต่อปี ร้อยละ 50 สามารถแก้ไขได้ด้วยการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่สมบูรณ์ เภสัชกรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลที่สำคัญเนื่องจากมีความรู้เรื่องยาดี ซึ่งหากเป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีแนวโน้มที่จะทำให้การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามีความสมบูรณ์ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในปัจจุบันดังนั้นงานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาโดยการสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยมุ่งศึกษาในประเด็นของความเข้าใจและเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นหลัก

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณโดยการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งโดยทำการสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรโรงพยาบาลทั่วประเทศ 1,376 โรงพยาบาลได้รับการตอบกลับ 576 แห่งคิดเป็นร้อยละ 42.12 (42.12%) โดยใช้แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ควบคู่กับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกรโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจำนวน 7 โรงพยาบาลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2551 ถึง กุมภาพันธ์ 2552

ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามีระดับการดำเนินงานโดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 51.30 ± 2.5 การมีส่วนร่วมของเภสัชกรโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับร้อยละ 57.89 ± 3.11 เมื่อสำรวจความคิดเห็นของเภสัชกร เภสัชกรเห็นด้วยต่อการที่มีเภสัชกร (ที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาล) เข้าไปมีส่วนร่วมร้อยละ 80.99 ± 2.02 เภสัชกรมีความรู้ความเข้าใจอยู่ที่ระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 75.75 ± 2.04 มีความตั้งใจและเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในระดับที่เห็นด้วยมาก แต่มีอุปสรรคในเรื่องของปัจจัยภายในเช่นการสนับสนุนของโรงพยาบาลและอัตรากำลังเป็นต้นซึ่งสอดคล้องกับประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องของความเข้าใจ เจตคติที่ดีต่อการทำงาน และข้อจำกัดในการทำงาน

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงถึงสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาและมุ่งเน้นการสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรโรงพยาบาล พบว่าเภสัชกรมีความเข้าใจเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอยู่ในระดับที่ดี มีความเชื่อมั่นต่อศักยภาพของตนเองในการทำงาน มีเจตคติที่ดีในการที่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องในโรงพยาบาล แต่อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินงานหลายด้าน เช่น ในเรื่องของการสนับสนุนของโรงพยาบาลและอัตรากำลังเภสัชกรเป็นต้น

ภาควิชา.....เภสัชกรรมปฏิบัติ.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

มีดวงดา คำวงศ์

สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

ปีการศึกษา.....2551.....

5076605733 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEYWORDS : MEDICATION RECONCILIATION / UNDERSTANDING / ATTITUDE / HOSPITAL PHARMACY

ANGKHANA KHOMWONG : SITUATION ANALYSIS OF MEDICATION

RECONCILIATION: HOSPITAL PHARMACISTS' UNDERSTANDING, ATTITUDE.

THESIS ADVISOR: ASST. PROF PHANTIPA SAKTHONG, Ph.D., 205 pp.

Medication errors during hospitalization can lead to adverse drug events, harming at least 1.5 million people every year and extra medical costs about \$ 3.5 billion a year. Accurately and completely reconcile medication could reduce medication errors and complete medication reconciliation can develop by hospital pharmacist. The purpose of this study was to survey and analyses situation of medication reconciliation in Thailand especially attitude and understanding of hospital pharmacist.

This is a mixed quantitative and qualitative evaluation study. In the quantitative evaluation was cross-sectional survey by using mail questionnaires. The sample consisted of 1,376 hospitals. The response rate was 42.12% (567 Hospitals). In the qualitative evaluation were in-depth interview and observation. The sample consisted of 7 hospital pharmacists. Data were collected during November 2008- February 2009

This study found that situation medication reconciliation process score mean \pm SD= 51.30 \pm 2.5%, pharmacists' participation score mean \pm SD= 57.89 \pm 3.11%. Attitude of hospital pharmacist, pharmacist should participate in medication reconciliation process. The relative importance barriers encountered during the implementation of the medication reconciliation program were, Lack of team work among disciplines, extra burden and workload.

Hospital pharmacists have a good understanding in medication reconciliation. Believe in medication reconciliation can reduce medication error and good attitude on medication reconciliation. The success factors were teamwork among disciplines and support from hospital.

Department : Pharmacy Practice.....

Field of Study : Clinical Pharmacy.....

Academic Year : 2008.....

Student's Signature : *Angkhana Khomwong*

Advisor's Signature : *Phantipa Sakthong*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้คำปรึกษาคำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นารัต เกษตรทัต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เกสัชกรหญิงภัทรอนงค์ จองศิริเลิศ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ ที่ได้กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์ และเกสัชกรหญิงสุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ ที่กรุณาสละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม ขอขอบคุณ คณาจารย์ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำและห้วงใยเสมอมา ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ช่วยถ่ายทอดวิชาความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งได้นำมาใช้ประกอบในงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณเกสัชกรหญิงวีราภรณ์ ศรีสังข์ เกสัชกรหญิงวิรุณี อินต๊ะยศ เกสัชกรหญิงสุกัลยา ธรรมวันตา เกสัชกรนัทธี ไพฑูลย์ เกสัชกรมนตรี วงศ์คำมา และเกสัชกรหญิงกรรณิกา คลังเพชร ที่ช่วยถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและอนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลในงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณเกสัชกรโรงพยาบาลทุกท่านทั่วประเทศไทยที่ได้ช่วยเหลือในการตอบกลับแบบสอบถามการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว พี่ น้อง เพื่อน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุน เป็นกำลังใจ และช่วยเหลือผู้วิจัยมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์นี้ หากพึงมีขอบมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานบริการและคุณภาพชีวิตของปวงชนชาวไทย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของงานวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและทฤษฎี.....	8
แนวคิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ.....	14
ความสอดคล้องต่อเนื้อหาทางยา.....	21
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	34
3. วิธีดำเนินงานวิจัย.....	35
รูปแบบการวิจัย.....	35
การวิจัยเชิงปริมาณ.....	35
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนทำวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
รายละเอียดของแบบสอบถาม.....	39
ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย.....	46

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์สรุปอภิปรายผล.....	48
การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	49
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนทำวิจัย.....	49
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย.....	49
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์สรุปอภิปรายผล.....	50
4. ผลการวิจัย.....	51
<u>งานวิจัยเชิงปริมาณ.....</u>	51
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม.....	52
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเข้าใจ เจตคติ ของเภสัชกรโรงพยาบาลและแบบวิเคราะห์	
สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	55
2.1 ข้อมูลแสดงระดับความเข้าใจของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อสถานการณ์ความ	
สอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	55
2.2 ข้อมูลแสดงสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	57
2.3 ข้อมูลแสดงระดับเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่อง	
ทางยา.....	62
2.4 ข้อมูลแสดงระดับความคิดเห็นต่อบัญชีภายในและบัญชีภายนอกที่ทำให้	
เกิดผลสำเร็จ และอุปสรรคของโรงพยาบาลต่อการดำเนินงานความสอดคล้อง	
ต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	69
3. ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกร	
โรงพยาบาลและสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	73
3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล และ	
สถานการณ์การทั่วไปของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	73
3.2 เปรียบเทียบความเข้าใจ ทศนคติ สถานการณ์การความสอดคล้องต่อเนื่องทาง	
ยาและข้อมูลทั่วไป.....	75
3.3 แบบวิเคราะห์บัญชีภายในและบัญชีภายนอก ที่มีผลต่อการดำเนินงานความ	
สอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	81
<u>ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ.....</u>	84
ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	84
ส่วนที่ 2: ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	84
ประเด็นเรื่องความเข้าใจ.....	88

ประเด็นเรื่องเจตคติต่อการดำเนินงาน.....	91
ประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน.....	96
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
อภิปรายและสรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
การนำไปใช้.....	107
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	108
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	114
ภาคผนวก ข. การ Coding ตัวแปรในแบบสอบถาม.....	125
ภาคผนวก ค. บันทึกการถอดเทปการวิจัยเชิงคุณภาพ และ บันทึกภาคสนาม.....	134
ภาคผนวก ง. การถอดรหัสผลการวิเคราะห์เบื้องต้นประเด็นจากการสัมภาษณ์ Preliminary Themes from Open Coding.....	190
ภาคผนวก จ. ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการถอดรหัส Initial Categories, Subcategories and Themes from Axial Coding.....	195
ภาคผนวก ฉ. สรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ A Summary of a Core Category, Categories, and Subcategories.....	202
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	205

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลจำแนกตามประเภทบริการ.....	52
1.2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	53
1.3	ตารางแสดงอายุเฉลี่ยและช่วงอายุผู้ตอบแบบสอบถาม.....	53
1.4	ตารางแสดงประสิทธิภาพการทำงานเฉลี่ยและช่วงเวลาการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	54
1.5	ตารางแสดงหน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน.....	54
2.1	แสดงร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้จัก และไม่รู้จักคำว่าความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	55
2.2	แสดงความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	56
2.3	แสดงร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	57
2.4	แสดงร้อยละระดับโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล.....	58
2.5	แสดงการดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล.....	58
2.6	แสดงนโยบายการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา.....	59
2.7	แสดงนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	59
2.8	แสดงระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	59
2.9	แสดงการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	59
2.10	แสดงผลความคลาดเคลื่อนทางยาหลัง การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	60
2.11	แสดงผลเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงหลังมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา.....	60
2.12	การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	60
2.13	ระดับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรคลินิกเข้าร่วมการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล.....	60

ตารางที่	หน้า
2.14	แบบวัดความตั้งใจในการดำเนินงาน..... 62
2.15	แสดงระดับความตั้งใจในการดำเนินงาน..... 63
2.16	แบบวัดเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 63
2.17	แสดงระดับเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 64
2.18	แบบวัดเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 65
2.19	แสดงระดับเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 65
2.20	แบบวัดเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้าง..... 66
2.21	แสดงระดับเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้าง..... 67
2.22	แบบวัดความสามารถแห่งตน..... 68
2.23	แสดงระดับการวัดความสามารถแห่งตน..... 68
2.24	แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน..... 69
2.25	แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน..... 69
2.26	แสดงระดับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน..... 70
2.27	แสดงระดับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน..... 70
2.28	แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงาน..... 71
2.29	แสดงระดับการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงาน..... 72
3.1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ และสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่อง ทางยา..... 73
3.2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลและสถานการณ์ความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 74
3.3	แสดงการเปรียบเทียบขนาดโรงพยาบาลกับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่อง ทางยา..... 75
3.4	แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่อง ทางยา..... 76
3.5	แสดงการเปรียบเทียบเพศกับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 76
3.6	แสดงการเปรียบเทียบระดับการศึกษากับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่อง ทางยา..... 77

ตารางที่	หน้า
3.7	แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับเจตคติต่อความตั้งใจในการดำเนินงาน.. 77
3.8	แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 77
3.9	แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับเจตคติต่อการดำเนินงานของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 78
3.10	แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้าง..... 79
3.11	แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับเจตคติต่อการวัดความสามารถแห่งตน.. 80
3.12	แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน..... 81
3.13	แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน..... 82
3.14	แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน..... 83
1	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์โดยใช้กระบวนการทางคุณภาพ..... 84
2	ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เภสัชกรโรงพยาบาลเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา..... 85

สารบัญแผนภูมิ

ภาพที่		หน้า
1	ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เภสัชกรเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์ความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกร.....	86



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนภาพที่ 1 โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002a)	10
2	แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัยสำหรับการทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่ออธิบายพฤติกรรมการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลในประเทศไทย.....	34



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) นำมาซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug event: ADE) ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ในระบบสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ความคลาดเคลื่อนทางยาทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย 1.5 ล้านคนต่อปี มูลค่าความสูญเสียเฉพาะระบบโรงพยาบาลประมาณ 3.5 พันล้าน บาทต่อปี⁽¹⁾ จากการทบทวนเหตุการณ์พึงสังวรณ์ (Sentinel event) ระหว่างเดือนมกราคมปีพ.ศ. 2538 – เดือนธันวาคมปี พ.ศ. 2548 พบรายงานพึงสังวรณ์ หรือเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดผลเสียต่อชีวิตผู้ป่วย 3548 รายงาน พบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 358 ฉบับจากฐานข้อมูลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ซึ่งร้อยละ 63 ของเหตุการณ์สัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนทางยา และ พบว่าการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มักเกิดตรงช่วงรอยต่อของการให้บริการเช่นการเปลี่ยนแผนกเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือจุดที่มีการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดที่ไม่มีคนดูแล⁽²⁾ ซึ่งความคลาดเคลื่อนดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 50 สามารถแก้ไขโดยการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication Reconciliation) ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา จะช่วยป้องกัน ADE และลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้โดยการดำเนินงานของ JACHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) ร่วมกับสถาบัน IHI (Institute of Health Care Improvement) ในสหรัฐอเมริกาได้จัดทำโครงการ “100,000 Live Campaign” เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2005) ผลการดำเนินงานพบว่า ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสามารถป้องกัน ADE และรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้^(3,4) ดังนั้น JACHO จึงได้กำหนดให้ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็น Patient Safety Goal (ข้อ 8a, 8b) สถาบัน IHI ก็ได้กำหนดให้ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นมาตรการหนึ่งในการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2005) เป็นต้นมา สำหรับในประเทศแคนาดา สถาบัน ISMP (Institute for Safe Medication Practice) ได้กำหนดให้ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2005) ด้วย⁽⁵⁾

สำหรับประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมากโดยเฉพาะเมื่อสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้กำหนดนโยบายต่าง ๆ ที่มุ่งเน้นเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการที่ปลอดภัย ในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นมาตรการอย่าง

หนึ่งในการดำเนินการด้านความปลอดภัย⁽⁶⁾ แต่การดำเนินการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่สมบูรณ์ยังปฏิบัติกันได้ไม่มากนักถึงแม้ว่าจะมีโรงพยาบาลหลาย ๆ โรงพยาบาลพยายามที่จะวางระบบ และหาแนวทางในการดำเนินการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เช่น โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง เป็นต้น⁽⁷⁾ แต่ก็มีอีกหลายโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา สถานการณ์ของการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของแต่ละโรงพยาบาลที่อาจจะแตกต่างกันนั้น มีหลายเหตุผลที่อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งยังไม่มีการวิจัยที่วิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวมในประเด็นนี้ ถึงแม้ว่าจะมีการวิจัยที่ดำเนินการเพื่อพัฒนากระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง⁽⁷⁾ แต่การศึกษายังมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนั้นหากมีการไขข้อข้องใจในเรื่องต่าง ๆ ในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ที่อาจจะยังไม่ชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ เช่น ความเข้าใจ เจตคติต่อการดำเนินงาน หรืออุปสรรคในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกล่าวคือ เมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรมก็จะเกิดความรู้ขึ้น (Knowledge) ความรู้นี้จะมีผลทำให้เกิดเจตคติ (Attitude) เกี่ยวกับเรื่องนั้นตามมา และสุดท้ายจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมออกมา (Practice) ในเรื่องนั้น ๆ ขบวนการดังกล่าวเรียกย่อๆ ว่า KAP เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A Theory of Reasoned Action) ของฟิชเบนและไอเซน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่สามารถวิเคราะห์เพิ่มเติมได้จากสถานการณ์ทั่วไปเช่น การคล้อยตามคนรอบข้าง หรือกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นการรับรู้ว่าจะสมควรจากกดดันให้ทำหรือไม่ทำสิ่งนั้นเช่นเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หรือนโยบายโรงพยาบาลซึ่งทฤษฎีที่อธิบายได้ชัดเจนขึ้นอีกขั้นคือ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ ไอเซนเป็นต้น^(8,9) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาในเภสัชกร

เภสัชกรก็เป็นบุคคลหนึ่งที่ต้องร่วมดำเนินงานจำเป็นอย่างยิ่งที่เภสัชกรควรเข้าใจระบบการดำเนินงาน เรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินงาน ดังนั้นเภสัชกรอาจมีส่วนในการผลักดันให้การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลเป็นไปได้ง่าย และสามารถแก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนทางยา หรือป้องกัน ADE จากยา และลดความรุนแรงที่จะมาถึงตัวผู้ป่วยได้ นอกจากนี้สำหรับในโรงพยาบาลที่ดำเนินงานไปบ้างแล้ว เภสัชกรเนื่องจากเป็นผู้มีความรู้เรื่องระบบยาและเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องยาในโรงพยาบาลย่อมสามารถให้ข้อมูลสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลได้ดี และมีหลาย

งานวิจัย ที่ชี้ให้เห็นว่า การที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา มีแนวโน้มว่าผลการดำเนินงานจะค่อนข้างมีประสิทธิภาพ^(2, 4, 10, 11)

การศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษา ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจระดับความรู้ความเข้าใจ ระดับเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจความเข้าใจและเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลและสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

สมมติฐานของงานวิจัย

1. เภสัชกรมีความเข้าใจหรือเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา
2. ระดับความเข้าใจและเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลในเรื่อง ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
3. ประเด็นเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยวิธีวิจัยทางคุณภาพน่าจะใกล้เคียงกับประเด็นที่ได้จากการสำรวจโดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ควบคู่กับงานวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นส่วนเพิ่มเติมให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ทำการสำรวจเภสัชกรโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยจำนวน 1,376 โรงพยาบาล โดยแบบสอบถาม ใช้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ว่าเภสัชกรมีความเข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามากน้อยแค่ไหน มีเจตคติอย่างไรในการดำเนินงาน มี

กระบวนการปฏิบัติอย่างไรซึ่งข้อคำถามได้มาจากประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ และการทบทวนวรรณกรรม เริ่มดำเนินการสำรวจในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 13 กุมภาพันธ์ 2552

ส่วนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

เพื่อศึกษาความเข้าใจและเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ว่าเภสัชกรมีความเข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามากน้อยระดับใด มีเจตคติอย่างไรในการดำเนินงาน มีกระบวนการปฏิบัติอย่างไร และสถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นวิธีการหลัก ในการเก็บข้อมูล และทำการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกจากการบอกต่อแบบลูกโซ่ (Chain or snowball sampling) ตามหลักการของระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลว่า เป็นเภสัชกรที่เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล และยินดีให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ในระหว่างการทำงาน โดยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2551 - กุมภาพันธ์ 2552 นับจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้ 7 คน

ข้อตกลงเบื้องต้น

เนื่องจาก คำว่า Medication Reconciliation ยังไม่มีการบัญญัติคำศัพท์เฉพาะที่ชัดเจน ดังนั้นในงานวิจัยนี้เพื่อให้การสื่อสารตรงกัน ผู้วิจัยขอใช้คำว่า ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นความหมายของ Medication Reconciliation ทั้งหมดในงานวิจัย และสำหรับในแบบสอบถามหรือในการสัมภาษณ์เพื่อให้การวิจัยสามารถทำได้ง่ายและผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามจะได้เข้าใจตรงกันผู้วิจัยขอใช้ทับศัพท์คำว่า Medication Reconciliation ในการสัมภาษณ์และในแบบสอบถาม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication reconciliation)

หมายถึง การสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษา พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา เพื่อให้รายการยาดังกล่าวเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ รวมทั้งเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษาที่สร้างขึ้น กับคำสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเปลี่ยนระดับการรักษา และใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม

การบัญญัติศัพท์

คำว่า Medication Reconciliation เป็นคำที่ยังไม่มีการบัญญัติศัพท์เป็นภาษาไทยที่สามารถใช้ได้อย่างสนิทปาก หัวใจสำคัญของ Medication Reconciliation อยู่ที่คำว่า reconcile ซึ่งในที่นี้อาจแปลเอาความว่า “ตรวจสอบรอบด้าน ประสานหาข้อยุติ”

ตรวจสอบรอบด้านคือการพิจารณาทั้งยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับในอดีต และเพิ่งจะได้รับ หรือกำลังจะได้รับยา

ประสานหาข้อยุติ มีความจำเป็นเมื่อพบว่ามียาบางอย่างขาดหายไป มีบางอย่างที่เข้ากันไม่ได้ ก็ต้องมาประสานหาข้อยุติกันด้วยเหตุผล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีเหตุผล มิได้เกิดจากการละเลยหรือหลงลืม

Medication Reconciliation จึงมิได้มีเพียงรูปแบบหรือแบบฟอร์มเท่านั้น แต่หมายถึงจิตวิญญาณของผู้ประกอบวิชาชีพทุกท่าน จะอ้างความต่อเนื่องของกระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้วยตระหนักในโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในระหว่างรอยต่อของการให้บริการ

นอกเหนือไปกว่านั้นยังหมายความรวมไปถึงภาระหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรับผิดชอบต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ จัดการ ตลอดจนมีข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วย ทั้งในระหว่างที่ดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน และเมื่อมารับบริการจากสถานพยาบาล

คำว่า Medication Reconciliation อาจใช้เรียกว่าความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เพราะถ้าใช้ความต่อเนื่อง จะหมายถึง continuation ฉะนั้นเนื่องจาก คำว่า Medication Reconciliation ยังไม่มีการบัญญัติคำศัพท์เฉพาะที่ชัดเจน ดังนั้นในงานวิจัยนี้เพื่อให้การสื่อสารตรงกันผู้วิจัยขอใช้คำว่า ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นความหมายของ Medication Reconciliation ทั้งหมดในงานวิจัย⁽²⁷⁾

2. ความเข้าใจ

คือความเข้าใจในกรอบแนวคิดนี้ โดยในงานวิจัยนี้ความเข้าใจนั้นหมายถึงการที่เภสัชกรเข้าใจกิจกรรมการดำเนินงาน โดยวัดได้จากความรู้ในเรื่องระบบการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาการได้รับการอบรม หรือทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

3. เจตคติ

เจตคติเป็นดัชนีที่วัดว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง เช่น วัดดูหรือสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดย เจตคติ นั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมใน

อนาคตได้ เจตคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ การตอบสนองนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ แนวโน้มที่จะชอบใจหรือพอใจ เรียกว่า เจตคติทางบวก และแนวโน้มที่จะไม่ชอบใจหรือไม่พอใจเรียกว่าเจตคติทางลบ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal communication) ที่เป็นผลกระทบมาจาก การรับสาร อันจะมีผลต่อพฤติกรรม สำหรับในงานวิจัยนี้หมายถึงเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)

การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์จากปัจจัยภายใน

เป็นการศึกษาองค์ประกอบภายในโรงพยาบาล ที่มีผลกระทบต่อการทำงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา อันจะเป็นการบ่งบอกถึง จุดแข็งและจุดอ่อน ของการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้

1. **ด้านวิสัยทัศน์** ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ถึง แผนกลยุทธ์ขององค์กรที่ตนเองทำงานอยู่ เช่น แนวทางการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา
2. **ด้านบุคลากร** ความตระหนักและความสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนากระบวนการ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล
3. **ด้านการจัดการ** นโยบายของผู้บริหารองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา
4. **ด้านทรัพยากร** การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาให้เป็นไปตามแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล

2. การวิเคราะห์สถานการณ์จากปัจจัยภายนอก

เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลซึ่งเป็นทั้งโอกาสและอุปสรรค ที่จะทำให้โรงพยาบาลตอบสนองพันธกิจ และเป้าหมายตรงตามนโยบายของโรงพยาบาล

5. เกสัชกรโรงพยาบาล

เกสัชกรผู้รับผิดชอบหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา ในโรงพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐบาล หรือเอกชน ซึ่งอาจมีตำแหน่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม หรือเกสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ที่หัวหน้าเกสัชกรได้มอบหมายให้ดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล หรือที่เป็นเกสัชกรที่หัวหน้าเภสัชกรรมมอบหมายให้ ตอบแบบสอบถาม

6. เกสัชกรคลินิก

เกสัชกรที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน เภสัชกรรมคลินิก เช่น งานบริหารเภสัชกรรม งาน ADR งานให้คำปรึกษาเรื่องยา หรือการติดตาม การใช้ยานหรือผู้ป่วย เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลระดับความรู้ความเข้าใจของเกสัชกรโรงพยาบาล ในเรื่องความสอดคล้อง ต่อเนื้องทางยา ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ให้กับ เกสัชกรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติของเกสัชกรในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา ในโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารเพื่อเป็นใช้แนวทาง ในการจัดทำนโยบายในการพัฒนาระบบความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาเพื่อให้เกิด ประโยชน์ต่อระบบยาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
3. ได้ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาของแต่ละ โรงพยาบาล ทั้งส่วนที่เป็นข้อดี และข้อบกพร่องซึ่งสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาให้เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลที่ กำลังดำเนินงาน และยังไม่ได้นำดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาต่อไป
4. ได้ข้อมูลสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาของโรงพยาบาลในประเทศไทย ในภาพรวม และใช้ข้อมูลนั้นเป็นแนวทางในการเสนอแนะผู้บริหาร เพื่อการวิเคราะห์ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงประกอบกับการบ่งชี้ถึงเจตคติในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ของการ ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในระบบโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ความเข้าใจในเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล” ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยแยกออกเป็นประเด็นดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎี
2. แนวคิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
3. ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา
4. งานวิจัยที่ผ่านมา
5. กรอบแนวคิดของงานวิจัย

แนวคิดและทฤษฎี

ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TpB) ของไอเซน (Ajzen, 2002a)⁽¹²⁾ เป็นกรอบแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดทฤษฎีตามแผน (Theory of Planned Behavior: TpB) นำเสนอโดยไอเซน (Ajzen, 1985; 1988; 2002a, 2002b; Ajzen and Driver, 1992; Ajzen and Madden, 1986; Beck and Ajzen, 1991)⁽¹²⁾ เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และฟิชเบน (Ajzen and Fishbein, 1975; 1980) จากการศึกษาพบว่า ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลหรือพฤติกรรมทางสังคมอื่น ๆ ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากเจตนาในการทำพฤติกรรมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เจตนาในการทำพฤติกรรมได้รับการสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นเจตนาในการทำพฤติกรรมจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็ยังมีความพยายามในการทำพฤติกรรมขึ้นเพียงนั้น (Ajzen and Fishbein, 1980) แต่ในความเป็นจริงแล้วมีพฤติกรรมอื่นหลายพฤติกรรมที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาอย่างสมบูรณ์เพราะการทำพฤติกรรมอื่นให้สำเร็จจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่ปัจจัยด้านแรงจูงใจร่วมอยู่ด้วยระดับหนึ่ง ทั้งโอกาสและทรัพยากรอื่น ๆ อาทิเช่นเวลา เงิน ทักษะความสามารถ ความร่วมมือจากผู้อื่น เป็นต้น

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซนนั้น มีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลนั้นจะถูกชี้นำโดยความเชื่อ 3 ประการได้แก่ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับ

กลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และเจตนาในการทำพฤติกรรม

กล่าวว่าคุณคนจะแสดงพฤติกรรมใด ได้ย่อมต้องมีสาเหตุ สาเหตุดังกล่าวคือเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น (attitude toward behavior) การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง ทั้งใกล้และไกล (subjective norm) การรับรู้และเชื่อว่าตนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ในทิศทางที่เหมาะสม (perceived behavior control) นอกจากนี้ยังมีการควบคุมพฤติกรรมได้จริง (actual behavioral control) มิใช่เพียงเชื่อว่าควบคุมได้เท่านั้น ปัจจัยทั้ง 3 นี้ (ยกเว้นปัจจัย actual behavioral control) ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจหรือเจตนาที่จะแสดงพฤติกรรม และเจตนาดังกล่าวจะผลักดันให้เกิดการแสดงพฤติกรรมปัจจัย 3 นี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีความเชื่อเป็นพื้นฐาน ก่อนที่จะเกิดเป็นผลของความเชื่อ ค่าของเจตคติที่มีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง และการรับรู้หรือเชื่อว่าตนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ในทิศทางที่เหมาะสม จึงเกิดยอดรวมของผลคูณระหว่างระดับความเชื่อกับผลความเชื่อ แต่เราสามารถวัดค่าของปัจจัยเหล่านี้ได้โดยตรงคือให้ผู้ตอบนึกถึงภาพรวมเลยไม่ต้องแยกเป็นความเชื่อและผลของความเชื่อ

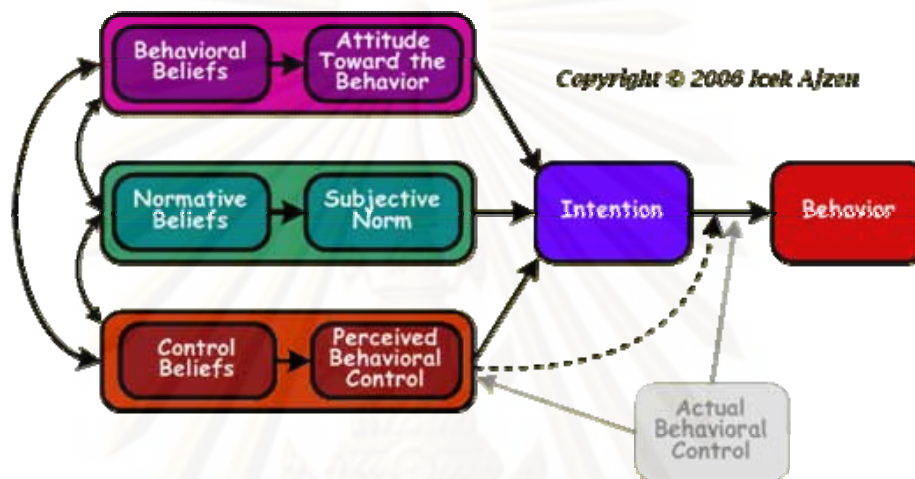
ทฤษฎีนี้ได้เสนอตัวแปรที่เรียกว่า “การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive Behavioral Control)” ในฐานะที่เป็นตัวกำหนดเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรม และตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งจากงานวิจัยเชิงประจักษ์ (Empirical Research) แสดงให้เห็นว่า การวัดความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายเจตนาในการทำพฤติกรรมได้ดีกว่าการทำนายเจตนาในการทำพฤติกรรม โดยวัดจากเจตคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และล่าสุดไอเซนได้เพิ่มตัวแปรอีกตัวหนึ่ง คือ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง (Actual Behavioral Control) ซึ่งเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรงเลยไม่ผ่านเจตนาในพฤติกรรม ดังนั้นความสำเร็จในการทำพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับเจตนาในการทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และขึ้นกับระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริงดังที่กล่าวมาแล้วจากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความแตกต่างจากทฤษฎีต้นกำเนิดและมีความเหมาะสมสำหรับการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำตามความต้องการได้สมบูรณ์มากกว่า⁽¹²⁾

Perceived behavior control หมายถึงการรับรู้หรือความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ โดยบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดเขาต้องเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้และมีโอกาสประสบความสำเร็จ

การคล้อยตามคนรอบข้างหรือกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) เป็นการรับรู้หรือเชื่อว่าสังคมอาจกดดันให้ทำหรือไม่ทำในสิ่งนั้น กลุ่มอ้างอิงอาจเช่นเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หรือคนใกล้ชิดเช่นคนในครอบครัว บุตร ภริยา สามี

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002a)

Theory of Planned Behavior (TpB)



ที่มา: <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html#null-link>

ทัศนคติ หรือเจตคติ (attitude toward behavior) คือระดับของผลการกระทำพฤติกรรมแต่ละเรื่องแต่ละประเด็น

ความตั้งใจ หรือ เจตนา (behavioral intention) คือความพร้อมที่จะทำพฤติกรรม

พฤติกรรม (behavioral) คือการกระทำหรือการแสดงออกหรือการตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ค่านิยม (value) คือความเชื่อ ความเชื่อจะมีลักษณะที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงง่ายจึงมีผลให้สังคมหนึ่งต่างไปจากอีกสังคมหนึ่ง ความเชื่อมีลักษณะเชิงเปรียบเทียบ คือเราจะให้ความสำคัญของเรื่องต่าง ๆ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การปลูกฝัง ความเชื่อมี 3 แบบคือ descriptive belief เป็นความเชื่อที่เราสามารถทดสอบได้ว่าถูกต้องหรือไม่ prescriptive belief เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งนั้นจำเป็นหรือไม่และ evaluative belief เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งนั้นดีหรือไม่ดี ค่านิยมมีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือด้านการแสวงหาความรู้ ด้านเศรษฐกิจคือสิ่งสมความมั่งคั่ง ด้านการปกครอง คือแสวงหาหนทางแห่งอำนาจ ด้านสังคม คือสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านสินทรัพย์ คือ หาความสุขใจจากรูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ด้านศาสนา คือการนับถือศาสนา ยึดในความถูกต้องผิดชอบชั่วดี

การรับรู้ (perception) คือกระบวนการที่มนุษย์สื่อสารกับสิ่งรอบตัว จากนั้นจะตีความ แปลความหมายคือวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นความเข้าใจและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับ สิ่งที่ได้สัมผัสเพื่อปฏิบัติต่อสิ่งนั้นอย่างเหมาะสมตามผลการสัมผัส ความเชื่อและการตีความ คำว่า เหมาะสมขึ้นอยู่กับแต่ละคนเพราะต่างคนต่างเห็น และเนื่องจากคนเรามีพื้นฐานทางจิตใจ ความคิดและความรู้ต่างกัน เมื่อเห็นต่างก็รับรู้ต่างกัน ตีความต่างกัน เจตนาที่จะปฏิบัติต่อสิ่ง หนึ่งสิ่งใดก็จะต่างกันและนำไปปฏิบัติต่างกัน^(9,13)

1. โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

จากแผนภาพที่ 1 โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior: TpB) นั้น ไอเซน⁽¹²⁾ กล่าวว่าการกระทำพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดการขึ้นาโดยความ เชื่อ 3 ประการ ได้แก่ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่ม อ้างอิง (Normative Beliefs) เมื่อพิจารณาภาพที่ 1 จะพบว่าความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปล ต่าง ๆ ดังนี้

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม จะส่งผลต่อเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior)

ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง จะส่งผลต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm)

ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม จะส่งผลต่อการรับรู้ ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control)

เมื่อนำผลรวมของผลคูณระหว่างเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการ รับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ก็จะสามารถทำนายเจตนาในการกระทำพฤติกรรม (Intention) ของบุคคลโดยทั่วไป กล่าวคือ หากบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อการทำพฤติกรรม มีกลุ่ม อ้างอิงที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อตัวเขา และเขารับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะควบคุม พฤติกรรมได้สูง บุคคลก็จะแสดงเจตนาในการทำพฤติกรรมนั้นสูงตามไปด้วย หากบุคคลมีระดับ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้จริง (Actual Behavioral Control) และมากเพียงพอด้วย แล้วก็จะยังมีเจตนาในการทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเมื่อมีโอกาสเพิ่มขึ้น

2. ตัวแปรตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

2.1 **ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม** (Behavioral Beliefs: BB) จะเชื่อมโยงสัมพันธ์กับพฤติกรรม นั้นความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมเป็นความเชื่อของบุคคลซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกความนึก คิดส่วนตัว ที่มีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็มีแนวโน้มว่าจะมีเจต คติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามหากมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้ผลทางลบ ก็มีแนวโน้มว่าจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

2.2 **เจตคติต่อพฤติกรรม** (Attitude Toward the Behavior: AB) หมายถึงระดับผลของพฤติกรรม ซึ่งอาจมีค่าเป็นบวกหรือลบก็ได้ เจตคติต่อพฤติกรรมนี้เกิดจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเข้มของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs: b) และการประเมินการกระทำหรือการระบุนุสาเหตุ (Evaluation of the out come or attitude: e) ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้ดังนี้

$$AB \propto \sum biei$$

AB = เจตคติต่อพฤติกรรม

bi = ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมแต่ละข้อ

ei = การประเมินผลการกระทำแต่ละข้อ

2.3 **ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง** (Normative Beliefs: NS) หมายถึงการรับรู้ว่าคุณคหรือกลุ่มอ้างอิงสำคัญต่อเขา คาดหวังหรือต้องการให้เขากระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างไร บุคคลหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญนี้ได้แก่ สามี ภรรยา ครอบครัว เพื่อนฝูง ครู อาจารย์ แพทย์ พยาบาล ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น บุคคลหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญนั้น จะขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรและพฤติกรรมที่ศึกษา ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (Normative Belief: n) นี้จะถูกนำไปคำนวณรวมกับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply with the Reference: m) ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงนี้จะเป็นตัวกำหนดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm)

2.4 **การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง** (Subjective Norm: SN) หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับความกดดันทางสังคมที่มีต่อการตัดสินใจของคุณคนให้กระทำ หรือให้ไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ กลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนี้สันนิษฐานว่าเกิดจากผลรวมผลคูณโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเข้มข้นของความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (Normative Belief: n) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply with the Referent: m) ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร⁽¹²⁾ ได้ดังนี้

$$SN \propto \sum nimi$$

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ni = ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละข้อ

mi = แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละข้อ

2.5 **ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม** (Control Beliefs: CB) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมการทำพฤติกรรม จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลว่ามีปัจจัยเพียงพอหรือไม่ที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น บุคคลมีความเชื่อว่าหากเขามีความตั้งใจในการทำงาน เขาจะได้รับค้ำยกย่องชมเชยจากผู้บังคับบัญชา เขาก็จะทำผลงานออกมาอย่างดียิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากไม่ได้รับค้ำยกย่องชมเชย ผลงานอาจจะออกมาไม่ดีเท่าที่ควร แสดงให้เห็นว่าการได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้บังคับบัญชาเป็นปัจจัยส่งเสริมในทางบวก ส่วนการไม่สนับสนุนหรือขัดขวางของผู้บังคับบัญชาเป็นปัจจัยขัดขวาง และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมนี้เกิดจากผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control Belief) กับการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม (Power of control Factor) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมนี้จะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control)

2.6 **การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม** (Perceived Behavioral Control: PBC) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลมีความสามารถที่จะกระทำและสามารถควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ได้หรือไม่อย่างไร การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้นสันนิษฐานว่า เกิดจากผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีว่าส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเข้มของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control Belief: C) และการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม (Perceived Power of the Control Factor: p) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนความถูกต้องของความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลที่มีอยู่จริง (Actual Behavioral Control) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้จะเป็นตัวแปรร่วมกับเจตนา (Intention) ที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002a)⁽¹²⁾ ได้ดังนี้

$$PBC \propto \sum cipi$$

PBC = การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ci = ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม

pi = การรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม

2.7 **เจตนาในการทำพฤติกรรม** (Intention: I) เป็นตัวแทนในการแสดงออกในการรับรู้เกี่ยวกับความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม เจตนา หรือความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนี้ จะเป็นตัวแปรหรือเงื่อนไขที่สำคัญในการกำหนดการกระทำพฤติกรรมอย่างฉับพลันของบุคคล เจตนาในการกระทำพฤติกรรมนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากตัวทำนาย (Predictor Variable) 3 ตัว ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม ตัวทำนายแต่ละตัวดังกล่าวจะทำนายเจตนาในการทำพฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับน้ำหนักและความสำคัญของตัวทำนาย รวมทั้งขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา และความสนใจของกลุ่มตัวอย่างด้วย

2.8 ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง (Actual Behavioral Control: ABC)

หมายถึงขอบเขตที่บุคคลมีทักษะ ความชำนาญ ทรัพยากร และความพร้อมอื่น ๆ ที่ต้องมีมาก่อน และจำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น การประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมนั้นมีใช้ ขึ้นอยู่เพียงเจตนาในการทำพฤติกรรมที่ชอบเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการทำ พฤติกรรมของตนที่ถูกต้องด้วย นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมยังนำไปสู่ การเป็นตัวแทนของการควบคุมที่แท้จริงและสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมด้วย

2.9 พฤติกรรม (Behavior: B) คือการกระทำที่บุคคลแสดงออก หรือตอบสนองอย่างชัดเจน

สามารถสังเกตเห็นได้ภายใต้สภาพการณ์และเป้าหมายที่กำหนด การสังเกตพฤติกรรมเดี่ยว สามารถเป็นตัวแทนในการวัดพฤติกรรมนั้นได้ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พฤติกรรม เกิดจากการทำหน้าที่ (Function) อย่างสอดคล้องกันของเจตนาในการทำพฤติกรรม ตามแนวคิดนี้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมถูกคาดหวังว่าจะเป็นสื่อกลางที่มีอิทธิพลต่อเจตนา ในการทำพฤติกรรม ในทางปฏิบัติแล้วเจตนาในการทำพฤติกรรมและการรับรู้ ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมเราจะพบบ่อย ๆ เมื่ออิทธิพลนั้นมีความหนักแน่นเข้มขึ้นต่อการทำพฤติกรรม นั้น แต่จะไม่มี ความแตกต่างกันมากนักในเหตุการณ์ปกติทั่วไป

แนวคิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ความรู้

ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษา หรือการค้นหา หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกันกับทั้ง สถานที่ บุคคล สิ่งของ ซึ่งจากการสังเกต ประสบการณ์ การรายงาน การรับรู้ เหล่านี้ต้องอาศัยเวลา (The Lexicon Webster Dictionary, 1977)⁽¹⁴⁾

ส่วนประภาเพ็ญ (2537) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของผู้เรียน เพียงจำแนกได้ อาจโดยการฝึกหรือการมองเห็น ได้ยิน ได้จำ ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความหมาย ทฤษฎี โครงสร้าง และวิธีการแก้ไขปัญหา⁽¹⁵⁾

จอห์น ลอค นักปรัชญาชาวอังกฤษเป็นผู้ตั้งลัทธิประจักษ์นิยม (Empiricism) ขึ้นมาเพื่อ อธิบายให้เห็นชัดว่า ความรู้ที่แท้จริงนั้นเกิดจากประสบการณ์ ประสบการณ์ในที่นี้หมายถึง

ประสบการณ์ทางประสาทสัมผัส อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย ซึ่งเป็นความรู้ที่ชัดเจนและแจ่มแจ้ง⁽¹⁶⁾

จากการทบทวนปรัชญาและการได้มาซึ่งความรู้จากข้อมูลแหล่งต่าง ๆ ภายใต้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ปรัชญาที่มีอิทธิพลอย่างมากก็คือ ปรัชญาแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) และประสบการณ์นิยม (Empiricism) ซึ่งเป็นแนวคิดของการวิจัยเชิงปริมาณ ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีข้อโต้แย้งว่าความรู้ที่ตายตัวไม่สามารถนำมาอธิบายธรรมชาติของความเป็นจริงได้ทุกสถานการณ์ และเกิดการยอมรับว่า ทฤษฎีไม่ได้ตัดสินที่ความถูกต้อง ความผิด และไม่มีแก่นนอนตายตัวสำหรับการศึกษาถึง วัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมมนุษย์⁽¹⁷⁾

เรเน เดส์การ์ตส์ ได้รับสมญาว่าเป็นบิดาของปรัชญาตะวันตกสมัยใหม่ เป็นคนแรกที่พยายามหาคำตอบ และได้อธิบายตามทฤษฎีเหตุผลนิยม (Rationalism) ว่า ความรู้ที่แท้จริงเกิดจากเหตุผล ความรู้ย่อมได้มาจากการใช้ปัญญาพิจารณาเห็นอย่างชัดเจนโดยอาศัยเหตุผล คำว่าเหตุผลของเดส์การ์ตส์ หมายถึงเหตุผลที่เกิดจากสัญชาตญาณหรือญาณพิเศษ (Intuition) มิใช่เหตุผลที่เกิดจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัส⁽¹⁶⁾

ดังนั้นการวิจัยเชิงปริมาณจึงมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมของผู้คนที่มาจากท้องถิ่นต่างกันทำให้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการแสวงหาความรู้ตามแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) เข้ามามีบทบาทในการศึกษาวิจัยมากขึ้น⁽¹⁷⁾

รูปแบบการเกิดความรู้ทั่วไป (Ways of knowing)

แนวคิดการได้รับความรู้เป็นหลักการเริ่มต้นที่สำคัญในการเกิดความรู้ ปกติบุคคลเรียนรู้โดยการถูกบอกเรื่องราวจากผู้อื่น หรือที่เรียกว่าการรับรู้เมื่อได้ความรู้แล้ว ผู้รับต้องนำความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์ว่า เรารับรู้อะไรเกี่ยวกับความรู้ที่ถูกนำเสนอมาบ้าง เราจะถูกบอกให้รู้โดยผู้รู้ ความรู้ หรือความจริง (Truth) เหล่านี้คือข้อเท็จจริง (Fact) ที่ได้รับการพิสูจน์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งแล้วว่ามี ความถูกต้อง

นักวิจัยเชิงประจักษ์นิยม ให้การสนับสนุนแนวคิดที่ว่าความรู้ใหม่ได้มาจากสิ่งที่วัดและสังเกตได้ในปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ นั้นในขณะที่นักวิจัยร่วมสมัย และนักปรัชญาหลายท่านจะมองถึงคุณค่าของการได้มาซึ่งความรู้ที่อธิบายได้ โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่มีคนและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จริง ๆ แล้วเกิดความรู้จากการใช้เครื่องมือวัดที่มีความหมายต่อการศึกษาปรากฏการณ์ของมนุษย์ภายใต้บริบทของสังคม

ด้วยความเชื่อที่ว่า วิทยาศาสตร์ควรจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ผู้ซึ่งมีการตอบสนองต่อสภาพหน้าที่ในสังคมนักวิจัยจึงต้องตรวจสอบทุกส่วนของความจริง คือ ตรวจสอบ

ตามวิธีอัตตวิสัย (Subjectivity) เท่า ๆ ความจริงตามวิธีวัตถุวิสัย (Objectivity) นักวิจัยควรยอมรับความรู้ที่เป็นความรู้สึก (Subjectivity sense) และให้คุณค่า (Value) กับความรู้สึกเท่า ๆ กับความรู้ที่ได้จากการสังเกต ดังนั้นความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์จะเป็นตัวแทนมุมมองของคนที่มีประสบการณ์ชีวิตนั้น นักปรากฏการณ์วิทยาแรก ๆ เชื่อว่า มีเพียงความจริงอย่างเดียว ก็คือความจริงที่เกิดจากการรับรู้ ดังนั้นการวัดการรับรู้จึงเป็นศาสตร์ที่ทำให้นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์นิยม การรับรู้ไม่ใช่สิ่งที่สังเกตได้ แต่การรับรู้คือวิธีการของการสังเกตและกระบวนการที่สิ่งทั้งหลายนำเสนอตัวมันเอง จะเห็นได้ว่าการตีความหมายของแต่ละคนขึ้นกับการรับรู้ “ความเป็นจริง” ที่ถูกพัฒนาและหล่อหลอมมาตลอดระยะเวลาของการเรียนรู้ และการให้ความหมายข้อมูลเท่า ๆ กับการมีส่วนร่วมในการกระทำของมนุษย์ สิ่งที่อยู่เป็นระบบของความเชื่อที่มาจากการรับรู้และการหล่อหลอมว่าอะไรคือความจริงสำหรับแต่ละบุคคล⁽¹⁷⁾

อาจสรุปได้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของ และบุคคล ที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์ การรายงาน โดยที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้ และสามารถแบ่งระดับความรู้ได้ 6 ขั้นตอน คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

แหล่งที่มาของความรู้

แหล่งที่มาของความรู้อาจแบ่งได้เป็น 5 แหล่ง ดังนี้⁽¹⁸⁾

1. Revealed Knowledge เป็นความรู้ที่พระเจ้าเป็นผู้ให้ เป็นความรู้อมตะที่เชื่อว่าความรู้ประเภทนี้ทำให้ตนเป็นนักปราชญ์ได้ ได้แก่ความรู้ที่ได้จากคำสอนของศาสนาต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นจริง เพราะเป็นความเชื่อที่ใครจะมาเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้
2. Authoritative Knowledge เป็นความรู้ที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านนั้น เช่น หนังสือพิมพ์ พจนานุกรม การวิจัย เป็นต้น
3. Intuitive Knowledge เป็นความรู้ที่เกิดจากการหยั่งรู้ขึ้นมาเฉียบพลัน รู้สึกว่าได้ความรู้มาด้วยตนเองทั้งที่ไม่รู้ว่ามาอย่างไร รู้แต่ว่าได้ค้นพบสิ่งที่เรากำลังค้นหาอยู่ เป็นความรู้ที่ทดสอบได้โดยการพิจารณาเหตุผล
4. Rational Knowledge เป็นความรู้ที่ได้จากการคิดหาเหตุผล ซึ่งแสดงเป็นความจริงอยู่ในตนเอง ปัจจัยที่ทำให้การคิดหาเหตุผลไม่ถูกต้องนั้นคือความลำเอียง
5. Empirical Knowledge เป็นความรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อจำแนก อธิบายและพยากรณ์ปรากฏการณ์ธรรมชาติ และปรากฏการณ์ทางสังคม ความรู้นี้จะสังเกตได้โดยผ่านประสาทรับรู้ วัดเป็นจำนวน/ปริมาณได้ วิธีการ

ได้มาซึ่งความรู้ ได้แก่ การให้เหตุผลเชิงอุปมาน (Deductive reasoning) และอนุมาน (Inductive reasoning) การตรวจสอบสมมุติฐาน และการบรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (Phenomenological describing)

ระดับของความรู้

ความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากการเดา หรือภาพลวงตาทางประสาทสัมผัส
2. ความรู้ระดับธรรมดา ได้แก่ ความรู้ทางประสาทสัมผัส หรือความเชื่อที่สูงกว่า แต่ยังไม่แน่นอน เป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้
3. ความรู้ระดับสมมุติฐาน ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากความคิดหรือความเข้าใจ ซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ ความรู้ขั้นนี้ถือว่าเป็นสมมุติฐาน เพราะเกิดจากคำนิยาม และ สมมุติฐานที่ยังไม่ได้พิสูจน์
4. ความรู้ระดับเหตุผล ได้แก่ ความรู้จากตรรกวิทยาเป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูปหรือมโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

การวัดความรู้

เครื่องมือวัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะ ซึ่งแตกต่างกันออกไป เครื่องมือวัดความรู้ที่นิยมใช้กันมากคือ แบบทดสอบ ซึ่งถือเป็นสิ่งเร้าเพื่อนำไปให้ผู้ถูกทดสอบ ให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่างเช่น การพูด การเขียน การทำท่าทาง ฯลฯ เพื่อให้สามารถสังเกตเห็น หรือ สามารถนับจำนวนปริมาณได้ เพื่อนำไปแทนอันดับ หรือคุณลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของข้อสอบหรือ แบบทดสอบมี 3 ลักษณะ คือ

1. ข้อสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบโดยการโต้ตอบด้วยวาจา หรือคำพูด ระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรง หรือบางครั้งเรียกว่า “การสัมภาษณ์”
2. สอบข้อเขียน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ
 - แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบาย บรรยาย ประพันธ์ หรือ วิเคราะห์เรื่องราวเกี่ยวกับความรู้นั้น

- แบบจำกัดคำตอบ เป็นข้อสอบที่ให้ผู้ถูกสอบพิจารณาเปรียบเทียบตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่างๆ ซึ่งมีอยู่ 4 แบบ คือ แบบถูกผิด แบบเติมตอบ แบบจับคู่แบบเลือกตอบ
3. ข้อสอบภาคปฏิบัติ เป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสอบตอบสนองออกมาด้วยคำพูด หรือการเขียนเครื่องหมายใด ๆ แต่มุ่งให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง

เจตคติ (Attitude)

พจนานุกรม Webster's New Universal Dictionary of the English language ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความรู้อันแท้จริง แต่ขึ้นอยู่กับจิตใจ ความเห็น และการลงความเห็นของแต่ละบุคคล ที่เห็นว่าน่าจะเป็นจริงตามที่ตนคิดไว้ เป็นการประเมินค่าความประทับใจ หรือการคาดคะเนคุณภาพ หรือคุณค่าของบุคคล สิ่งของ เป็นเรื่องของการตัดสินใจ ในเรื่องหนึ่ง ๆ ของแต่ละบุคคล⁽¹⁹⁾

ฉลง ภิรมณ์รัตน์ ให้คำจำกัดความของ เจตคติว่า หมายถึงความพร้อมของบุคคลที่แสดงท่าทีตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่เคยนึกคิด⁽²⁰⁾

ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าวว่เจตคติเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่นบุคคล สิ่งของ การกระทำ และอื่น ๆ และ เจตคติเป็นสภาพจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์อันทำให้บุคคลมีท่าทีต่อสิ่งสิ่งหนึ่ง ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจแสดงท่าทีออกมาในทางที่พอใจเห็นด้วย หรือไม่พอใจ ไม่เห็นด้วยก็ได้⁽¹⁵⁾

โยธิน ศันสนยุทธ์ และคณะ กล่าวว่ เจตคติ คือความชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อสถานการณ์ วัตถุ สิ่งของ บุคคล หรือกลุ่มคน เรามักจะแสดงเจตคติในรูปของความคิดเห็น แม้ว่าเจตคติจะแสดงออกซึ่งความรู้สึก แต่เจตคติก็เชื่อมโยงกับความรู้ ความเข้าใจการกระทำ⁽²¹⁾

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ กล่าวว่ เจตคติโดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึกหรือ ท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกหรือท่าทีนี้จะเข้าไปในทางที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้⁽²²⁾

พจนานุกรมทางการศึกษา (Dictionary of Education) กล่าวว่เจตคติ หมายถึง ความเชื่อ การตัดสินใจ ความคิด ความรู้สึกประทับใจที่ไม่ได้มาจากการพิสูจน์หรือชั่งน้ำหนักว่าเป็นการถูกต้องหรือไม่⁽²³⁾

องค์ประกอบของเจตคติ

ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้หรือความเชื่อถือของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากบุคคลมีความรู้ หรือเชื่อว่าสิ่งใดดี ก็มักจะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึกของบุคคล (Feeling Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกของบุคคล ซึ่งมีอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ด้วย หากบุคคลมีความรู้สึกว่ารักหรือชอบพอบนบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะเกิดเจตคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งนั้นด้วย
3. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล (Action Tendency Component) เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล คือความโน้มเอียงที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้บางอย่างโดยหนึ่งออกมา ทำให้เกิดจากความรู้และความรู้สึกที่เขามีเกี่ยวกับวัตถุ เหตุการณ์ บุคคลนั้น ๆ

เมื่อพิจารณาความหมายของเจตคติโดยอาศัยจำนวนองค์ประกอบจะให้ความหมายของเจตคติได้ 3 กลุ่ม คือ

- a. เจตคติมี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)
- b. เจตคติมี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านปัญญา และองค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก
- c. เจตคติมี 1 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก

ลักษณะของเจตคติ ลักษณะที่สำคัญได้แก่ 1) เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล 2) มีเป้าหมาย (Target) 3) มีทิศทาง (Direction) 4) มีความเข้ม (Intensity) 5) มีลักษณะค่อนข้างคงทนแต่อาจเปลี่ยนแปลงได้⁽²⁴⁾

เจตคติเกิดขึ้นได้อย่างไร

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลแต่ละบุคคลแต่ละบุคคลย่อมมีประสบการณ์เป็นสิ่งเสริมสร้างเจตคติแตกต่างกันสังคมที่ล้อมรอบตัวบุคคลซึ่งบุคคลได้พบปะสังสรรค์ด้วยทั้งในทางตรงและทางอ้อม เป็นกลจักรที่สำคัญก่อให้เกิดการสร้างเจตคติขึ้น เจตคติจึงสร้างขึ้นโดยได้รับอิทธิพลของครอบครัว โรงเรียน เพื่อนฝูง สื่อมวลชน และสิ่งรอบตัว ซึ่งสามารถอธิบายการเกิดเจตคติได้ดังนี้⁽²⁴⁾

1. คนเราจะซึมซับเอาความคิด ปฏิกริยาของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ที่เราเลียนแบบมาเป็นของเราที่ละน้อยเช่นเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวนักดนตรีหรือศิลปินก็จะรับเอาความคิดและเจตคติทางด้านดนตรี หรือศิลปินจากครอบครัว
2. ประสบการณ์ที่เข้มข้น รุนแรง ทำให้เกิดเจตคติได้
3. ประสบการณ์ธรรมดาในชีวิตประจำวัน เช่นการอบรมสั่งสอนของคุณครู
4. คนเราจะเลือก หรือรับเจตคติบางอย่างเพื่อจุดหมายบางอย่าง เช่นต้องการให้เพื่อน ๆ ยอมรับสมาชิกกลุ่ม

การเกิดเจตคติเป็นผลมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ ในสังคมหลายประการ การปลูกฝังเจตคติหรือแหล่งที่ทำให้เกิดเจตคติดังนี้

1. การได้รับประสบการณ์เฉพาะด้าน (Specific experience) คือ บุคคลจะเกิดเจตคติต่อสิ่งใด เมื่อได้รับประสบการณ์สิ่งนั้นด้วยตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น (Communication from others) ถ้าบุคคลมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น แล้วได้รับการตอบสนองในทางที่ดีเป็นที่พอใจ ย่อมเกิดเจตคติทางบวก
3. การเลียนแบบจากตัวแบบ (Model) บุคคลจะเกิดเจตคติได้จากตัวแบบที่ปรากฏให้เห็นและถ้าเกิดเจตคติทางบวก ก็จะเลียนแบบจากตัวนั้น
4. องค์ประกอบของสถาบัน (Institution factor) บุคคลจะเกิดเจตคติเนื่องมาจากอิทธิพลของสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา

การวัดเจตคติ

เจตคติเป็นนามธรรมเป็นการแสดงออกค่อนข้างสลับซับซ้อน และยากในการวัดเจตคติโดยตรง แต่เราสามารถวัดโดยอ้อมได้ โดยวัดความคิดเห็นของแต่ละบุคคลแทน การวัดเจตคติ มีนักวิจัยและนักจิตวิทยา พยายามสร้างมาตรการที่ใช้วัดหลายแบบ หลายวิธีด้วยกัน เทคนิคของลิเคิร์ท (Likert) เป็นแบบหนึ่งที่สามารถกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง สามารถที่จะดัดแปลงนำไปวัดลักษณะต่าง ๆ ทางด้านจิตพิสัยได้ เทคนิคของลิเคิร์ทเป็นที่นิยมกันมาก เพราะสามารถใช้วัดเจตคติได้เกือบทุกเรื่อง และให้ค่าความเที่ยงสูงกว่าแบบอื่น

การวัดเจตคติโดยวิธีลิเคิร์ท กระบวนการของการสร้างแบบสอบถามนี้มีตัวเลือกให้ 5 ตัวเลือก คือ 1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) ไม่เห็นด้วย 3) เฉย ๆ 4) เห็นด้วย 5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

พฤติกรรม (Behavior) หรือ การปฏิบัติ (Practice)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้ หรือไม่ได้เช่น การเดิน การพูด การคิด ความรู้ ความสนใจ ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมา และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า ซึ่งปฏิบัติไม่ได้ทันที แต่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมนั้นจะต้องอาศัยความรู้ และเจตคติเป็นส่วนประกอบ และเมื่อแสดงออกมาก็สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจะต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน⁽¹⁵⁾

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติของมนุษย์ ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งไปโดยมีจุดหมาย เป็นกิจวัตรประจำวันอันเป็นพฤติกรรมภายนอก เป็นการกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่น ๆ จะสังเกตการณ์กระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย สามารถสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ทันที แต่อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป

การวัดพฤติกรรม

จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตวิธีการดำเนินงานและสังเกตผลงานที่ออกมา ดังนั้นจึงต้องใช้เครื่องมือที่นิยมใช้ คือ แบบตรวจสอบรายการ (Check list) เป็นการตรวจสอบขั้นตอนหรือตรวจสอบขบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวัดพฤติกรรม ประกอบกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ความรู้ในหลายแหล่งข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์จริงมาประกอบการศึกษาวิจัย

ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

ที่มา

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าการเกิด ADE มักเกิดตรงช่วงรอยต่อของการให้บริการ อาจจะเป็นการเปลี่ยนแผนก เปลี่ยนสถานพยาบาล มีการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดที่ไม่มีคนดูแลจึงทำให้เกิดปัญหาตรงจุดนั้นได้ ADE ประมาณ 20% มีสาเหตุมาจากการสื่อสาร อาจจะเป็นการสื่อสาร หรือการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน หรือคลาดเคลื่อน เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น เกิดจากขบวนการสื่อสาร เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ซึ่งการสื่อสารที่เป็นมาตรฐานและการปฏิบัติให้เหมือนกันจะช่วยป้องกันได้^(25,26)

ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาจะช่วยลด ADE ได้ JACHO กำหนดให้ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาเป็น Patient Safety Goal (ข้อ 8a, 8b) ตั้งแต่ปี 2005 และปัจจุบันนี้ความ

สอดคล้องต่อเนื่องทางยายังเป็น Patient Safety Goal ปี 2009⁽⁵⁾ แต่การดำเนินงานจริงโดยการสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพบว่าการดำเนินงานยังมีจำนวนไม่มาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้าใจในระบบการทำงานหรือกระบวนการทำงานของผู้ปฏิบัติด้วย⁽⁶⁾

ความหมาย

ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจะเป็นเรื่องของการเปรียบเทียบรายการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้านก่อนมารับการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หืด ลมชัก หรือแม้แต่วินโรค จะดูว่ารายการยาที่แพทย์สั่งแรกรับนั้นครอบคลุมรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือไม่ จะดูความแตกต่างและมีการบอกแพทย์กรณีพบความแตกต่างดังกล่าวและในทุก ๆ รอยต่อของการส่งต่อผู้ป่วย จากหอผู้ป่วยไป ICU หรือจากหอผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด จากห้องผ่าตัดไปหอผู้ป่วย จนกลับบ้าน

ในช่วงรอยต่อเหล่านี้ ผู้ป่วยได้รับรายการยาครบถ้วนตามที่ควรจะได้หรือไม่ ลองดูว่าเมื่อมีการรับผู้ป่วยเข้ามาจาก ER ที่ ER เรามีการซักถามการใช้ยาของผู้ป่วยหรือไม่ว่าเคยได้รับยาอะไรมาก่อน สมมติว่าผู้ป่วยเคยเป็นวินโรคมาก่อน วันนี้มาด้วย trauma แขนขาหักหรืออุบัติเหตุ ผู้ป่วยอาจถูกส่งไปผ่าตัดเพื่อต่อกระดูกเลยและ admit ต่อ ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาวินโรคระหว่างที่นอนอยู่ในหอผู้ป่วยเลยก็ได้ เพราะไม่มีใครถาม และผู้ป่วยก็ไม่พูด หรือบางทีมีคนดูแลคนดูแลก็ไม่ได้อธิบายว่าคนไข้ได้ยาอะไรเพราะไม่มีคนถาม คนไข้ของเราบางครั้งไม่กล้าพูดอะไร ระหว่างที่นอนในหอผู้ป่วยอาจไม่ได้ยา ถ้าคนไข้เป็นเบาหวานน้ำตาลอาจจะขึ้น

เหตุการณ์เหล่านี้มีเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ถ้าหากย้อนกลับไปดูจะเห็นและสามารถเข้าใจว่าคนไข้ที่รับไว้ในอนโรงพยาบาลนั้นได้รับยาไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง

ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาคือความพยายามซักถามประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องมา แล้วเทียบกับยาที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาล ดูว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และก็จะปรึกษาแพทย์ว่าจะเปลี่ยนแปลงรายการยาตรงนี้หรือไม่ อย่างไร จะยังให้ยาต่อไปเหมือนเดิม หรือจะปรับขนาดหรือจะเปลี่ยนชนิดของยา

รายการยาดังกล่าวนี้อาจติดตามผู้ป่วยไปทุกรอยต่อของการให้บริการ เช่น เมื่อมีการย้ายแผนกเช่นจากหอผู้ป่วย ไปหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือไปห้องผ่าตัด ซึ่งบางครั้งอาจมีการหยุดใช้ยาบางชนิดชั่วคราว หากขาดการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาที่หยุดชั่วคราวนั้นไปเลย เป็นต้น และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน หรือไปรับบริการที่สถานบริการอื่น ๆ จะต้องมีการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาถูกต้อง ครบถ้วนตามที่แพทย์ได้ปรับเปลี่ยนไปแล้ว

ซึ่งนำไปใช้เมื่อเปลี่ยนระดับการรักษา 3 สถานการณ์ดังนี้

1. **ความสอดคล้องต่อเนืองทางยาในการรับผู้ป่วย** หมายถึง กระบวนการในการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา เพื่อใช้รายการยาดังกล่าว เป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาของแพทย์ และเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งยาแรกรับ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา
2. **ความสอดคล้องต่อเนืองทางยาในการส่งต่อผู้ป่วย** หมายถึง การสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วยแห่งแรกและใช้รายการยาดังกล่าวเป็นข้อมูล ในการสั่งการให้ยาแก่แพทย์และเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งใช้ยา ณ หอผู้ป่วยแห่งที่ 2 รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา
3. **ความสอดคล้องต่อเนืองทางยาในการจำหน่ายผู้ป่วย** หมายถึง การสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในหอผู้ป่วยก่อนกลับบ้านใช้รายการดังกล่าวเป็นข้อมูลในการสั่งให้ยาแก่แพทย์ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งยากลับบ้าน รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

สถานการณ์ของความสอดคล้องต่อเนืองทางยา

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า 42-61% ของผู้ป่วยที่ admit เข้ามา ไม่ได้รับยาที่ใช้ต่อเนืองตั้งแต่ 1 ชนิดหรือมากกว่าขึ้นไป⁽⁵⁾ นี่เป็นข้อมูลของต่างประเทศ จุดที่จะเกิดปัญหามากคือการรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินหรือห้องผ่าตัด แม้บางครั้งผู้ป่วยบางคนจะนำชื่อยาที่รับประทานอยู่มาให้พยาบาลบนหอผู้ป่วยดูเพื่อให้ทราบว่ารับประทานยาอะไรอยู่บ้าง แต่ยังเป็นการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ ยังไม่มีกระบวนการมาตรฐานในการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลรายการเหล่านี้ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง จากการเยี่ยมชมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพบว่า เกือบทุกโรงพยาบาลยังไม่ได้วางระบบเรื่องการหาข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอาจต้องเข้าโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉิน หากไม่มีกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนืองทางยาจะรู้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่องก็ต่อเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้วส่วนใหญ่ 2-3 วันผู้ป่วยจึงจะได้รับยาเดิม⁽⁶⁾

ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่องเมื่อเขามารับการรักษานเป็นผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลมิได้มีเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาเองก็พบปัญหาเช่นกัน Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO) และ Institute for Healthcare Improvement (IHI) จึงเห็นพ้องว่าการหาข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำเพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับยาอย่างต่อเนื่องนั้นมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADE) ดังนั้นในเดือน กรกฎาคม ค.ศ. 2004 JCAHO จึงได้ประกาศให้ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็น National Patient Safety Goal ของ ค.ศ. 2005 โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น และความสอดคล้องต่อเนื่องทางยายังคงเป็น National Patient Safety Goal ข้อ (8A& 8B) ต่อไปอีกใน ค.ศ. 2009

สำหรับประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เองก็ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้กำหนดความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาไว้ในมาตรฐานใหม่ในส่วนของระบบยา เมื่อ พ.ศ. 2549 และจะให้ความสำคัญกับเรื่องนี้อย่างจริงจังใน พ.ศ.2551 เป็นต้นไป⁽⁶⁾

Joint Commission พบว่า Sentinel events ที่มีสาเหตุมาจากความคลาดเคลื่อนทางยานั้น มากกว่าครึ่งมีสาเหตุมาจากการสื่อสาร แม้จะไม่ใช่สาเหตุโดยตรงทั้งหมดแต่ก็มีส่วนเกี่ยวข้อง และกว่าครึ่งหนึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้หากมีระบบของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป้าหมายของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามิใช่เพียงการทำเอกสาร แต่เป็นการหาข้อมูลเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสื่อสารกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยปลอดภัยยิ่งขึ้น⁽⁵⁾

มีรายงานว่าโรงพยาบาลที่มีกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาได้ถึงร้อยละ 80 ภายในเวลา 3 เดือนของการนำกระบวนการลงสู่การปฏิบัติจริงในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ากระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาลงได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลมีการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาได้อย่างสมบูรณ์จะสามารถลดเวลาการทำงานของพยาบาลที่จุดแรกรับผู้ป่วยลงได้ถึง 20 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน และลดเวลาของเภสัชกรในการจัดยาเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยลงได้ถึง 40 นาที

ประโยชน์

ถ้าทำกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสามารถทำได้อย่างสมบูรณ์ก็จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้^(3, 4, 25, 26)

1. การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่เป็นประจำเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้าเรามีจุดที่จะซักประวัติผู้ป่วยถึงเรื่องของยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องและเรายังให้เขาต่อ อันนี้จะลดความคลาดเคลื่อนจุดนี้ได้

2. การที่ไม่ได้หยุดยาบางตัวที่เป็นข้อห้ามใช้ก่อนเข้ารับการทำหัตถการบางอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่ถูกส่งมาผ่าตัดซึ่งอาจจะเป็น elective case หรือกะทันหัน ถ้าผู้ป่วยได้รับยาที่ทำให้เลือด

แข็งตัวข้างบางที่นัดมาผ่าตัดก็จะผ่าตัดไม่ได้ ตรงจุดที่คนไข้จะเข้าไปทำหัตถการนี้น่าจะมีการซักถามประวัติผู้ป่วยว่าผู้ป่วยได้รับยาอะไรมา เพราะว่าการฉีด contrast media จะทำให้การทำงานของไตลดลงแล้วถ้าผู้ป่วยได้รับยา metformin ก็จะทำให้เกิด lactic acidosis ได้ง่ายขึ้น ซึ่งเคยมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมาแล้วซึ่งเป็นข้อห้ามของยา metformin ด้วย เพราะฉะนั้นถ้าทำเรื่องของ Med Reconcile มีการซักประวัติก่อน ก็อาจป้องกันตรงจุดนี้ได้

3. การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่หลังจากหยุดใช้ยาชั่วคราว สมมติว่าผู้ป่วยเข้ามารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม แล้วเกิดต้องไปทำผ่าตัดผู้ป่วยอาจได้รับยา wafarin หรือ plavix อยู่ หมอก็จะสั่งหยุดยาก่อนผู้ป่วยจะถูกส่งไปผ่าตัด จากห้องผ่าตัดคนไข้ก็ไป ICU อาจจะไป ICU แล้วกลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมตรงนี้ก็ถือเป็นรอยต่อที่อาจเกิดการผิดพลาดได้ ผู้ป่วยมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอาจได้แต่ antibiotic หรืออะไรก็ตามที่หมอศัลยกรรมสั่ง แต่ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับ เพราะไม่ได้กิน warfarin หรือ plavix ที่เคยได้รับ ตรงนี้เป็นรอยต่อของการให้บริการ ดังนั้นรายการยาต้องตามผู้ป่วยไปตลอด ตรงนี้เกิดการผิดพลาดบ่อยเพราะแพทย์เฉพาะทางจะดูแต่ยาของตัวเอง จะไปเปิดเวชระเบียนก็แสนยากเพราะต่างคนต่างสั่งเอาไว้ ตรงนี้จะเป็นหน้าที่ของใครไม่บอก มันเป็น multidisciplinary ต้องตกลงกันเองว่าใครจะทำ เพราะมันขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับว่าเรามีอัตรากำลังส่วนไหนเท่าไร เราจะลดความคลาดเคลื่อนลงได้

4. ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนเพราะไม่ทราบว่าแพทย์สั่งเปลี่ยนยาแล้ว เวลาจำหน่ายผู้ป่วยอาจไม่เคยเอารายการยาตอนที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องก่อนเข้าโรงพยาบาลกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างอยู่โรงพยาบาลมาเปรียบเทียบกันจนจำหน่าย พอจำหน่ายไม่เคยมีการเอามาเปรียบเทียบกันเลย บางครั้งแพทย์เปลี่ยนยาไปแล้ว เช่น ยาลดความดันโลหิต อาจจะเป็นอีกตัวหนึ่งหรือตัวเดียวกันแต่เปลี่ยนขนาด แล้วถ้าไม่มีการทำ D/C counseling ตรงสุดท้ายอาจพูดธรรมดาเหมือนส่งมอบยาผู้ป่วย กลับไปบ้านก็กินเหมือนเดิม แล้วผู้ป่วยมียาอะไรเหลืออยู่ที่บ้านก็อาจกินร่วมกับยาใหม่ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการได้รับยา ซึ่งตรงนี้เป็นประเด็นที่ต้องดำเนินงานให้สมบูรณ์ในเรื่องของรายการยาให้ครบถ้วนก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกไป

5. การได้รับยาซ้ำซ้อนกับยาที่ผู้ป่วยซื้อกินเองบางทียาที่รับประทานอยู่อาจเกิดปฏิกิริยากับยาที่ซื้อมา ถ้าไม่ได้ซักประวัติก่อนผู้ป่วยอาจยังซื้อยานั้นรับประทานอยู่ต่อไป

6. การลอกคำสั่งผิดพลาดในทุกจุดที่เป็นรอยต่อของกระบวนการ ซึ่งอาจเนื่องมาจากคำสั่ง “ให้ยาเดิมต่อไป” เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือคำสั่ง “ให้ให้ยาเดิมที่เคยใช้อยู่” เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หรือคำสั่ง “ให้ยาเดิมที่ได้รับก่อนการผ่าตัด” ทำให้ต้องมีการลอกคำสั่งและลอกผิด มียาบางตัวตกหล่นไประหว่างการลอก

ปัญหาและอุปสรรค^(25, 27, 28)

1. ด้วยภาระงานที่ล้นมือหลาย ๆ คนจึงมีแนวคิดที่ผู้ป่วยควรรับผิดชอบยาที่ได้รับประทานด้วยตนเอง โรงพยาบาลจะจัดการให้เฉพาะยาที่รักษาโรค หรือเฉพาะอาการที่มารับการรักษาในครั้งนี้เท่านั้น
2. ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่ากระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยานี้ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ อาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือ เภสัชกรที่อยู่บนหอผู้ป่วยเป็นผู้สัมภาษณ์ประวัติการใช้ยา ซึ่งก็ไม่มีควมสม่ำเสมอ แล้วแต่ว่าโอกาสอำนวยแต่ ไม่มีใครได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นี้จนเสร็จสิ้นกระบวนการ
3. ยังไม่มีกระบวนการมาตรฐานที่จะเก็บรักษายาของผู้ป่วยให้ครบถ้วน เพื่อจะให้พร้อมสำหรับแพทย์ที่จะใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการสั่งยาให้ผู้ป่วย ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และบางครั้งพยาบาลที่อยู่บนหอผู้ป่วยเดียวกันอาจมีกระบวนการต่างกันในการได้มาซึ่งข้อมูล และแพทย์เองอาจยังไม่ชัดเจนเรื่องทางการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติวิชาชีพอื่นถึงเหตุผลหากมีการเปลี่ยนยา หรือเมื่อเปลี่ยนแผนการรักษา เมื่อมีภาระมากอาจทำให้ลืมสื่อสารเรื่องสำคัญ
4. วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยไม่แน่นอน ไม่สามารถให้ข้อมูลอะไรได้มากไปกว่ายาเม็ดสีอะไร รูปร่างเม็ดเป็นอย่างไร แต่ผู้ป่วยอาจจำชื่อไม่ได้ ดังนั้นต้องใช้เทคนิคหลากหลาย ซึ่งทำให้เสียเวลามากโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีบุคลากรจำกัด
5. เมื่อได้ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบฟอร์มแล้วจะสื่อสารอย่างไร เพื่อให้แพทย์เห็นข้อมูลดังกล่าวและใช้เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ยาขณะอยู่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
6. ผู้ปฏิบัติยังไม่เข้าใจกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาว่าคืออะไร และยังไม่ได้ทราบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาบางอย่างนั้น สามารถที่จะป้องกันได้ด้วยกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ
7. ทักษะในการสื่อสาร หรือ ความรู้เรื่องยาของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีไม่เท่ากัน ทำให้มีความแตกต่างกันในข้อมูลที่ได้ เช่นบางคนที่ซื้อยารับประทานเองโดยใช้ปริมาณมาก ๆ อาจจะไม่ยอมบอกข้อมูลเหล่านี้ให้ผู้อื่นทราบ หากข้อมูลเหล่านี้ขาดหายไปก็อาจมีการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน
8. อัตรากำลังเป็นปัญหาอย่างมากในระบบการทำงานปัจจุบัน บางโรงพยาบาลมีการดำเนินงาน แต่ไม่สามารถทำงานตรงนี้ได้อย่างสมบูรณ์ เพราะไม่ได้มีนโยบายระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน

ข้อมูลที่ต้องบันทึก

ข้อมูลอะไรบ้างที่เราจะต้องบันทึก⁽²⁵⁾

1. ก็คือเราจะต้องดูว่ายาอะไรที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง ถ้าเป็นผู้ป่วยประจำก็อาจจะดูจากประวัติเดิมได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมา อันนี้เป็นปัญหาว่าทำอย่างไรให้ได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์เป็นปัญหา เช่น กระเทียมซึ่งเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่กินยา warfarin หรือ aspirin อาหารเสริมก็เป็นปัญหา ฉะนั้นควรสอบถามผู้ป่วยก่อนเลยว่า นอกจากยาที่รับประทานต่อเนื่องแล้ว อย่างอื่นที่ท่านอยู่ แล้วต้องสอบถามถึงยาที่ซื้อมารับประทานเอง
2. ยาอะไรที่ท่านมือสุดท้าย ที่ท่านเข้ามาหรือฉีดเข้ามาอย่างเช่นยาฉีดอินซูลินโดยควรสอบถามถึงครั้งสุดท้ายที่ได้รับยาคือยาอะไรด้วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยากับเรื่องของอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ

องค์ประกอบของกระบวนการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้⁽²⁵⁾

1. Verification บันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. Clarification ทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึกเพื่อให้มั่นใจว่ายาและขนาดยานั้นถูกต้อง
3. Reconciliation เปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงลงในคำสั่งใช้ยา
4. Transmission เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย ให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วยเอง และส่งรายการยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อรับการรักษาค่อยๆ แขนง หรือย้ายหอผู้ป่วย

แหล่งข้อมูล

จะหาข้อมูลจากแหล่งใด⁽²⁵⁾

1. ยาที่ผู้ป่วยเอามาจากบ้านบางแห่งให้เอาของยามาให้ดูซึ่งที่ท่านจริงกับที่บนฉลากยา อาจจะไม่ต้องกันอย่างนี้มีเยอะคือผู้ป่วยปรับยาเอง
2. จากสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ
3. หากจากเวชระเบียน โรงพยาบาลเล็ก ๆ ดูจากเวชระเบียนได้ เพราะ โรงพยาบาลบางแห่ง แพทย์ดู round ward นั้นทั้งเดือน แพทย์ก็จะ review medication ก่อนจะส่งต่อให้แพทย์ท่านต่อไป และสรุปแต่ละเดือนเอง มีการส่งต่อยังมี review medication อยู่

specialist ไม่มี ถ้าโรงพยาบาลใหญ่มี specialist เยอะ คนใช้โรคเยอะ สมมุติมี specialist 4 ท่าน ท่านก็เขียนของท่าน ไม่มีแพทย์เจ้าของไข้ ไม่มีการ review medication รวม หาจากเวชระเบียนก็ยาก ซึ่งโรงพยาบาลที่มีบริบทต่างกันการหาข้อมูลก็จะมีความยากง่ายต่างกัน

4. ข้อมูลจากบันทึกการให้ยา (Medication administration record , MAR) หรือ Medication sheet ของพยาบาลก็อาจใช้ได้ดี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี สามารถพิมพ์แบบบันทึกการให้ยาจากคอมพิวเตอร์ได้
5. ใบข้อมูลยา patient drug profile จากคอมพิวเตอร์ จากงานเภสัชกรรมสามารถหาจากจุดนี้ได้ แต่จะครบถ้วน ถูกต้องทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ถูกบันทึก
6. สมมุติประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อันนี้คิดว่าใช้ได้ถ้า แพทย์ review medication ทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ถ้าแพทย์ไม่ review medication อันนั้นก็ไม่ใช่แหล่งที่ดีของข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ ในหลาย ๆ โรงพยาบาลบางโรงพยาบาล review เอาไว้ดี เราสามารถใช้ตรงนี้เป็นแหล่งข้อมูลได้
7. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านถ้าเรามีแผนนี้ให้กับผู้ป่วยติดตัวกลับไป แล้วบอกผู้ป่วยว่าครั้งหน้าถ้ามา admit เอาไปนี้กลับมา หรือถ้าไป admit ที่ไหน เอาไปนี้ให้กับแพทย์ พยาบาล ดูด้วยว่าเคยได้ยาอะไรอยู่อันนี้ ก็จะช่วยได้ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกแล้วโรงพยาบาลนั้นมีการทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับยาจากแผนกผู้ป่วยนอกอันนั้นจะช่วยได้

จากทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวไม่ได้ไม่ครบถ้วนอาจต้องใช้จากสองแหล่งขึ้นไปจึงจะได้ข้อมูลที่พอจะครบถ้วน ต้องไปประกอบกับการสัมภาษณ์อีกด้วย และต้องมีเทคนิคการสัมภาษณ์อีกด้วยว่าซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ เขาบอกว่า 10 คนสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ข้อมูลมาไม่เหมือนกันเลย แล้วแต่มุมมองของการซักถาม เพราะฉะนั้นต้องมีคำถามที่เป็นมาตรฐาน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยเภสัชกร

ในหลายการศึกษาพบว่า การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยเภสัชกร
ค่อนข้างประสบความสำเร็จ

ผลงานวิจัยของ Nester และ Hale พบว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมประวัติ
การใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยโดยสามารถสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาได้ดีกว่าแพทย์ โดยได้ทำการ
เปรียบเทียบความสมบูรณ์ของการรวบรวมประวัติการใช้ยาระหว่างเภสัชกรและพยาบาล พบว่า
เภสัชกรสามารถรวบรวมยาที่ผู้ป่วยได้รับได้มากกว่าพยาบาล⁽²⁹⁾

Bond และคนอื่น ๆ พบว่า เภสัชกรสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 51
จากการรวบรวมประวัติการใช้ยาที่ถูกต้องและสมบูรณ์⁽³⁰⁾

Strunk, Matson และ Steinke พบว่า การดำเนินงานโดยเภสัชกรสามารถลดความ
คลาดเคลื่อนทางยาได้ และสามารถจัดการกับปัญหาความไม่สอดคล้องต่อเนื่องทางยาได้ โดย
คำนวณมูลค่าที่สามารถประหยัดได้ถึง 36.58 เหรียญสหรัฐอเมริกา (1.10\$-2,311\$) สรุปได้ว่า
การเข้ามาดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยเภสัชกรสามารถลดจำนวนความ
คลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)⁽³¹⁾

Miller และคนอื่น ๆ พบว่า การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยเภสัช
กรคลินิกที่ทำงานอยู่บนหอผู้ป่วยพบความไม่สอดคล้องต่อเนื่องทางยาเพิ่มขึ้น และสามารถ แก้ไข
ได้เฉลี่ยภายในเวลา 3 วัน เร็วที่สุดภายใน 1 วัน และช้าที่สุด 8 วันหลังการรับเข้ามาในโรงพยาบาล
สรุปได้ว่า การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยเภสัชกรคลินิกจะทำให้ผู้ป่วย
ปลอดภัยมากขึ้น และลด ADE ได้แต่ในรูปแบบนี้อาจจะมีข้อเสียในเรื่องของเวลา⁽⁴⁾

Bayley และคนอื่น ๆ พบว่า เภสัชกรที่รับผิดชอบการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่อง
ทางยาโดยทำงานตรงจุดที่มีการส่งต่อ เรียก “Transitional care pharmacist” (TCP) โดยเภสัชกร
จะมีหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องยา และวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลผลการวิจัย
พบว่า สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้⁽²⁾

Kaboli, McClimon และ Schnipper พบว่า เป็นการทบทวนหลายงานวิจัยที่เภสัชกรที่
ทำงานด้านเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานความสอดคล้อง
ต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล 36 งานวิจัย มี 10 งานวิจัยที่เภสัชกรเข้าร่วม Round ward พร้อม
แพทย์ 11 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาระบบการสอดคล้องต่อเนื่องทางยา และ 15 งานวิจัยที่มีหน่วย
บริการที่เภสัชกรเข้าไปประจำเพื่อให้บริการเรื่องยา และดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทาง

ยาโดยตรง ผลการทบทวนพบว่า ทุกงานวิจัยผลการวิจัยบอกรื้อทราบบว่า การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิวิภาพมากขึ้นหลังจากที่มีเภสัชกรเข้าร่วมการดำเนินงาน⁽³²⁾

ฉันทิกา ซื่อตรง ศึกษากระบวนการประสานรายการยา และนำไปใช้เพื่อเปลี่ยนระดับการรักษารักษา 3 สถานการณ์ในผู้ป่วยในพบว่า การใช้ระบบประสานรายการยาในระบบยาผู้ป่วยใน มีผลลดความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนระดับการรักษารักษา (โรงพยาบาลเลิศสิน)⁽⁷⁾

ธนิยา ไพบูลย์วงษ์ ทำการศึกษาวิจัยเพื่อระบุและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาจากการใช้ยา โดยเภสัชกรทำการตรวจสอบความสอดคล้องต่อเนื่องของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริพดีพบว่า เภสัชกรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความสอดคล้องต่อเนื่องของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ มีส่วนช่วยในการระบุและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและค้นหาปัญหาจากการใช้ยาเมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษารักษา (โรงพยาบาลรามาริ)⁽³³⁾

วิมลพรรณ สิวิจิ ศึกษาวิจัยเพื่อวัดผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่มีต่อความคลาดเคลื่อนทางยาโดยให้เภสัชกรเป็นผู้ดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาที่มีความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในขั้นตอนแรกรับและจำหน่าย (โรงพยาบาลแม่ทา)⁽³⁴⁾

การสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย ต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ในประเทศไทยยังไม่มี การสำรวจความเข้าใจของเภสัชกรเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในต่างประเทศมีการศึกษาโดยการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาแต่เป็นการสำรวจในบุคลากรทางการแพทย

ISMP สสำรวจความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทยเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร้อยละ 69 เป็นเภสัชกรร้อยละ 22 บุคลากรทางการแพทยอื่นร้อยละ 5 และแพทยร้อยละ 4 และหน้าที่ตรงจุดแรกรับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาลร้อยละ 82 เภสัชกรมีหน้าที่เปรียบเทียบรายการยากับรายการยาที่แพทยสั่งจ่ายขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยร้อยละ 28 ส่วนการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านแพทยควรเป็นผู้รับผิดชอบมากที่สุดร้อยละ 50 และเป็นประเด็นเรื่องการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทยต่อความสำเร็จในการดำเนินงานและอุปสรรคในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาพบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางการแพทยเห็นด้วยมากที่สุดว่า เป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิด

ความสำเร็จต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา คือ การมีทีมงานในการดำเนินงานที่เข้มแข็งร้อยละ 52 การมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนร้อยละ 36 มีศูนย์กลางในการรวบรวมประวัติข้อมูลผู้ป่วยร้อยละ 30 ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติร้อยละ 22 การสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยร้อยละ 15 และการมีเภสัชกรเป็นผู้รวบรวมประวัติข้อมูลผู้ป่วยร้อยละ 10 ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานมากที่สุดคือตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 39 รองลงมาคือการขาดแคลนแพทย์เป็นผู้นำในทีมดำเนินงานร้อยละ 29 การขาดทีมงานที่เข้มแข็งร้อยละ 28 ภาระงานที่มากร้อยละ 20 ความยากในการได้มาซึ่งแหล่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยร้อยละ 19 อุปสรรคคือการที่ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานร้อยละ 17 และการขาดผู้นำในการดำเนินงานร้อยละ 15⁽³⁵⁾

เนื่องจากเรื่องความสอดคล้องต่อเนื้องทางยายังเป็นเรื่องที่ยังมีการดำเนินงานไม่มาก และงานวิจัยเชิงสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีน้อยส่วนใหญ่ที่มีการสำรวจจะเป็นการสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรเกี่ยวกับงานบริหารเภสัชกรรม และการสำรวจความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับงานบริหารเภสัชกรรม

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเป็นการสำรวจความคิดเห็นของเภสัชกรโรงพยาบาลเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา เนื่องจากบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของเภสัชกร คือ งานบริหารเภสัชกรรม และงานเภสัชกรรมคลินิกเช่นการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยบนหรือผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาเป็นสิ่งที่เพิ่มขึ้นมาจากการทำงานที่เภสัชกรทำประจำอยู่เพียงเล็กน้อย ดังนั้นเภสัชกรในฐานะที่รับผิดชอบเรื่องยาในโรงพยาบาลอยู่แล้วควรอย่างยิ่งที่จะมีบทบาทที่สำคัญกับการทำงานในส่วนนี้ ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ต่องานบริหารเภสัชกรรมที่เภสัชกรทำอยู่แล้วว่า ยังมีการปฏิบัติกันอยู่หรือไม่ จำนวนมากน้อยแค่ไหน ซึ่งจะเห็นได้จากหลายงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึง การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่องานบริหารเภสัชกรรมว่า มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์มากน้อยแค่ไหน^(36, 37)

วรารัตน์ นิลวาศ และคณะ ได้ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของแพทย์ต่อบทบาทของเภสัชกรในงานบริหารเภสัชกรรม โดยการสำรวจทางไปรษณีย์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปพบว่า แพทย์มีการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรด้านบริหารเภสัชกรรมในระดับปานกลาง ($p < 0.05$) โดยในปัจจุบันแพทย์คาดหวังว่าเภสัชกรจะให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและช่วยติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยและแจ้งแพทย์เมื่อมีปัญหาใด ๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ยา แต่แพทย์ส่วนใหญ่มิได้คาดหวังให้เภสัชกรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยยา และ/หรือ ร่วมกับแพทย์ในการวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย ส่วนบทบาทของเภสัชกรในอนาคตที่แพทย์ส่วนใหญ่คาดหวัง คือ การมีความพร้อมที่จะตอบคำถามของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา⁽³⁶⁾

วรรณุช แสงเจริญ และคณะ (2543) ได้ศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์พยาบาลและเภสัชกรในภาคใต้ต่อบทบาทของเภสัชกรในทีมให้การรักษาผู้ป่วยในเรื่อง บทบาทประโยชน์และอุปสรรคของเภสัชกร ตลอดจนความมั่นใจของเภสัชกรในทีมรักษาผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ร้อยละ 88.79 พยาบาลร้อยละ 98.82 และเภสัชกรร้อยละ 99.20 เห็น ด้วยกับการที่เภสัชกรอยู่ในทีมรักษาผู้ป่วย⁽³⁷⁾

นอกจากนี้เภสัชกรผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมมากน้อย แคล่ไหน และนำกระบวนการลงสู่การปฏิบัติมากน้อยแค่ไหน

รัตนภรณ์ อวิพันธ์ และ อัญชลี ธาดาภาคย์ วัดทัศนคติต่องานบริหารเภสัชกรรมของ เภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทยผลการวิจัยพบว่า เภสัชกรมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินงาน บริหารเภสัชกรรม⁽³⁸⁾

ถึงแม้ว่าหลายงานวิจัยจะชี้ให้เห็นถึงคุณค่าของงานเภสัชกรรมคลินิกที่ควรมีการ ดำเนินงาน แต่ทั้งนี้การที่จะเริ่มดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา โดยมีพื้นฐานมา จากงานเภสัชกรรมคลินิก จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้สถานการณ์การดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิกใน ประเทศไทยว่า มีการดำเนินงานรูปแบบใดและมากน้อยแค่ไหน

ภาวณี เตียวศิริทิพย์ และ อรวรรณ ประวัต ได้ศึกษางานทางด้านเภสัชกรรมคลินิกของ โรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับงานทางด้านเภสัชกรรมคลินิกภาพรวม และ ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดโรงพยาบาล จำนวนเภสัชกรกับการดำเนินงานทางด้านเภสัชกรรม คลินิก รวมทั้งข้อมูลของการมีเภสัชกรรมคลินิกแบ่งตามแต่ละภาคของประเทศ จากการสำรวจ พบว่า งานด้านเภสัชกรรมคลินิกที่มีการทำมากที่สุดในประเทศไทย 3 อันดับแรกคือ Discharge counseling (37.2%), Patient counseling (26.02%) และ DIS (18.37%) และเมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของโรงพยาบาลกับการเกิดงานเภสัชกรรมคลินิกพบว่าโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ มีการทำงานทางด้านเภสัชกรรมคลินิก (ได้แก่ Patient counseling, Discharge counseling, Unit dose, TDM, IV admixture, Round ward, ADR program, DIS, DUE, Drug Interaction program) มากกว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)⁽³⁹⁾

จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่างานเภสัชกรรมคลินิกที่มีการทำมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคือ Discharge counseling ส่วนการมีส่วนร่วมในการ Round ward มีความสำคัญเป็นอันดับรอง ๆ ลงมาซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถประยุกต์ใช้การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาใน งานเภสัชกรรมคลินิกดังกล่าวได้ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ และเจตคติต่อ การทำงานของผู้ปฏิบัติด้วยดังนั้นงานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ความ

สอดคล้องต่อเนื้องทางยา มุ่งศึกษาในประเด็นความเข้าใจ และเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นหลัก เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นเหมือนเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งว่า จะมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาหรือไม่ อย่างไร โดยทำการศึกษาใน 2 แนวทาง คือ ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยทำการศึกษาเชิงคุณภาพก่อนแล้วนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ในการสำรวจเชิงปริมาณ



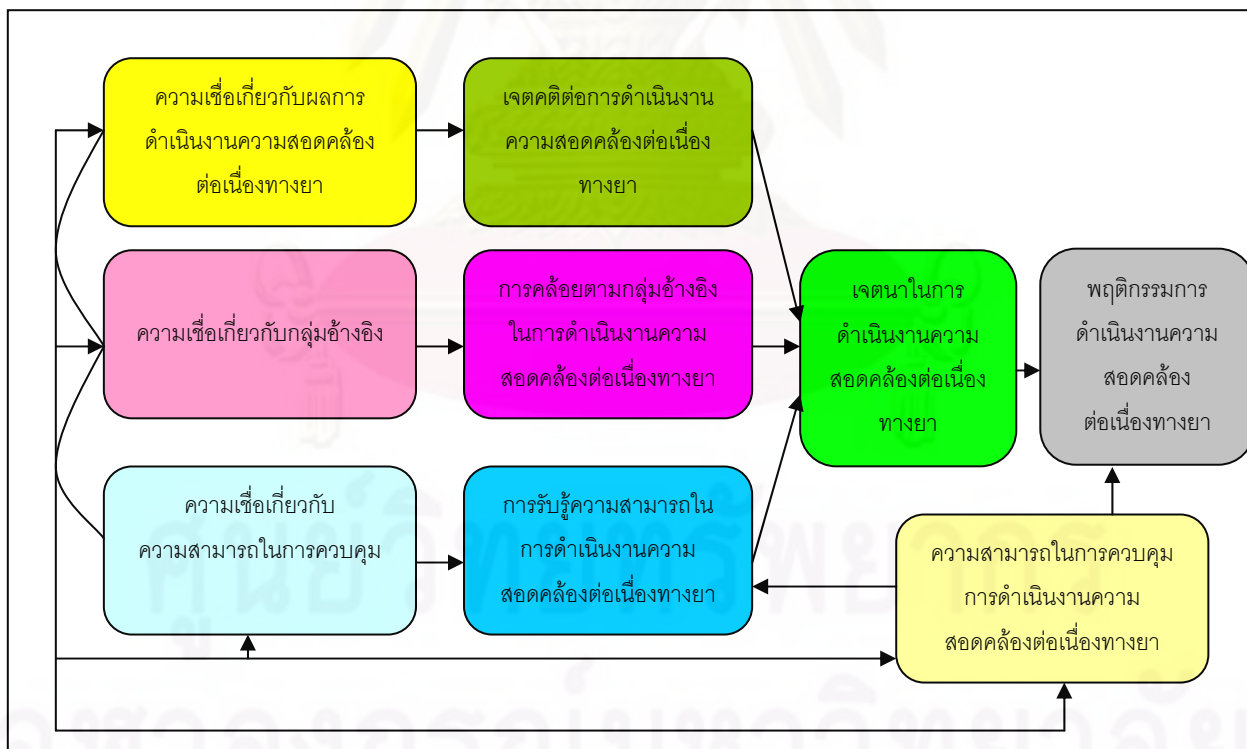
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในงานวิจัย

การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา หมายถึง พฤติกรรม หรือการปฏิบัติโดยการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยมีขั้นตอนทั้งการบันทึกข้อมูลรายการยาของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่แรกเริ่ม มีการเปรียบเทียบรายการของผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม เปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้านก่อนมารับการรักษา

ซึ่งการวิจัยนี้ในส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณโดยทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่ออธิบายพฤติกรรมกรดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลโดยมีกรอบแนวคิดงานวิจัยนี้ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัยสำหรับการทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่ออธิบายพฤติกรรมกรดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลในประเทศไทย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method)

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method)^(40, 41)

ใช้วิธีการสำรวจเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) โดยใช้วิธีการหลักคือ

1. การสำรวจทางไปรษณีย์ (Mail Survey)

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)^(17, 42)

ใช้ระเบียบวิธีแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยใช้วิธีการหลักคือ

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview)
2. การสังเกต (Observations)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2551- เมษายน 2552 โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน - 13 กุมภาพันธ์ 2552

การวิจัยเชิงปริมาณ

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย
2. การดำเนินการวิจัย
3. การวิเคราะห์และสรุปผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมข้อมูลต่าง ๆ ในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการวิจัยอย่างรัดกุม รวมทั้งเตรียมสร้างเครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย

1.2 รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลที่จะดำเนินการวิจัยและสร้างกรอบรายชื่อโรงพยาบาลที่คัดเลือกเข้าร่วมวิจัยให้สมบูรณ์

1.3 ประชากรกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยนี้ได้แก่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนในประเทศไทยที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานอยู่

กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชนในประเทศไทยที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานอยู่ทุกโรงพยาบาล ทำการเลือกตัวอย่างโดยคัดเลือกโรงพยาบาลจากกรอบบัญชีรายชื่อโรงพยาบาลประกอบไปด้วยรายชื่อโรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาล และเอกชนทั้งหมดในประเทศไทยจำนวน 1,376 โรงพยาบาล⁽⁴³⁾ แบ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน 406 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐบาล 915 แห่ง โดยส่งแบบสอบถามไปยังเภสัชกรโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 รายโดยส่งไปยังหัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน หรือเภสัชกรที่หัวหน้ากลุ่มงานมอบหมายให้ตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

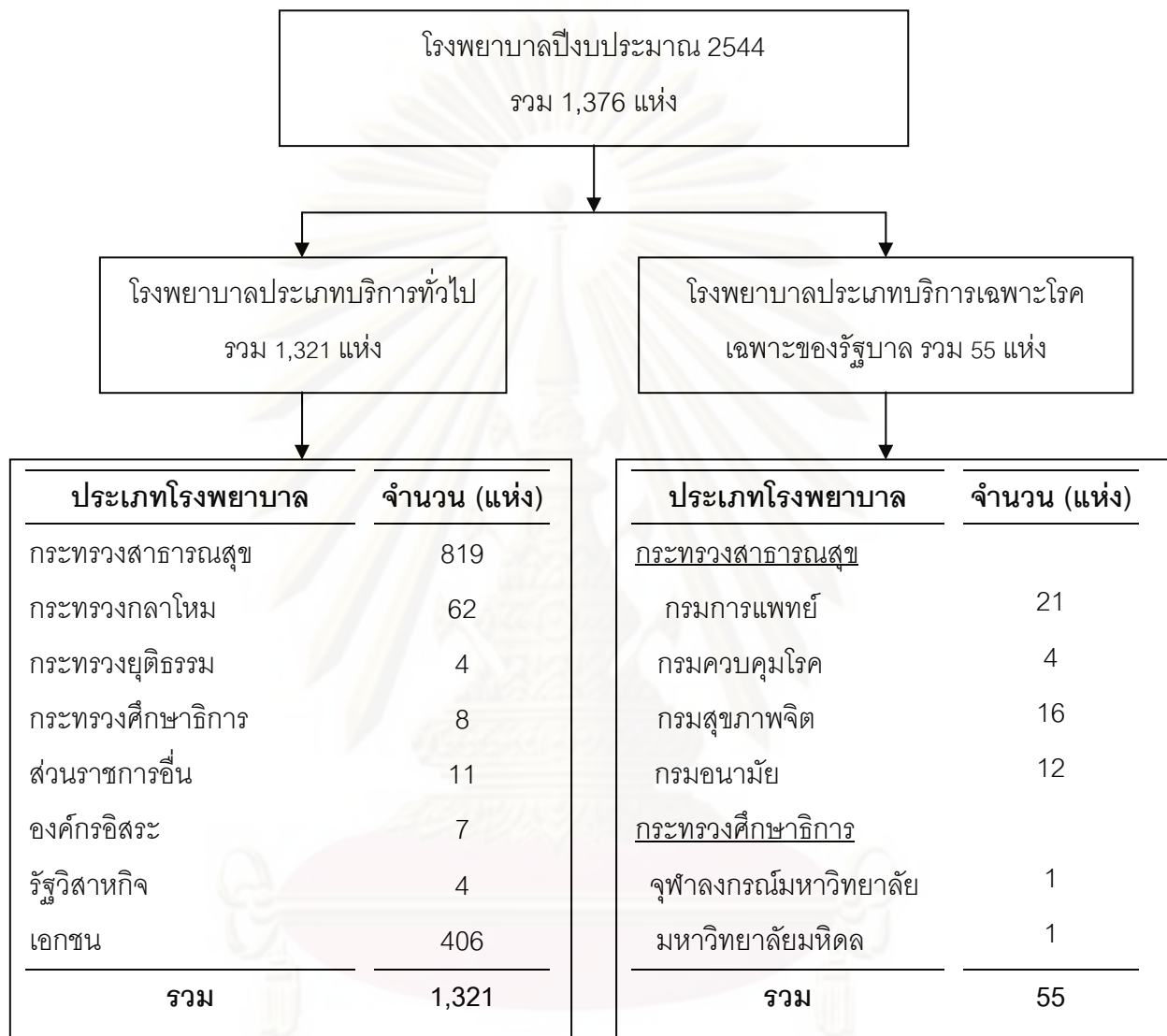
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะโรคทั้งภาครัฐบาลและเอกชนที่มีเภสัชกรทำหน้าที่บริการจ่ายยา

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบบัญชีรายชื่อโรงพยาบาล
ข้อมูลจากทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุขล่าสุด ปี 2547-2548



ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไป

โรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไป ปีงบประมาณ 2544 รวม 1,321 แห่ง			
<u>กระทรวงสาธารณสุข</u>		<u>ส่วนราชการอิสระ</u>	
กรมการแพทย์	5 แห่ง	กรุงเทพมหานคร	10 แห่ง
สำนักงานปลัดกระทรวง	614 แห่ง	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1 แห่ง
<u>กระทรวงกลาโหม</u>		<u>องค์กรอิสระ</u>	
กองบัญชาการทหารสูงสุด	1 แห่ง	สภาอากาศไทย	7 แห่ง
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก	1 แห่ง	<u>รัฐวิสาหกิจ</u>	
กองทัพบก	38 แห่ง	การรถไฟแห่งประเทศไทย	1 แห่ง
กองทัพอากาศ	12 แห่ง	โรงงานยาสูบ	1 แห่ง
<u>กระทรวงยุติธรรม</u>		การไฟฟ้านครหลวง	1 แห่ง
กรมราชทัณฑ์	4 แห่ง	การทำเรือแห่งประเทศไทย	1 แห่ง
<u>กระทรวงศึกษาธิการ</u>		รวมโรงพยาบาลของรัฐ	915 แห่ง
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	8 แห่ง	เอกชน	406 แห่ง
		รวมทั้งหมด	1,321 แห่ง

โรงพยาบาลประเภทบริการเฉพาะโรค-ของรัฐ

โรงพยาบาลประเภทบริการเฉพาะโรค-ของรัฐ รวม 55 แห่ง	
<u>กระทรวงสาธารณสุข</u>	
กรมการแพทย์	21 แห่ง
กรมควบคุมโรค	4 แห่ง
กรมสุขภาพจิต	16 แห่ง
กรมอนามัย	12 แห่ง
<u>กระทรวงศึกษาธิการ</u>	
โรงพยาบาลคณะทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1 แห่ง
โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล	1 แห่ง
รวมทั้งหมด	55 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

จัดทำแบบสอบถามเพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ในการเก็บข้อมูล โดยคำถามประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 5 ข้อ

1.2 ข้อมูลโรงพยาบาลจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับส่วนที่เป็นความเข้าใจพื้นฐานของเภสัชกรโรงพยาบาลในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา สถานการณ์ และเจตคติของเภสัชกรโดยมีคำถามทั้งหมด 3 ส่วน

2.1 ข้อคำถามวัดความเข้าใจจำนวน 2 ข้อ

2.2 ข้อคำถามวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไปจำนวน 10 ข้อ

2.3 ข้อคำถามเจตคติต่อความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา 5 ข้อ

2.4 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในและ ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา 2 ข้อ

รายละเอียดของแบบสอบถาม (ภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 1

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

1. คำถามเกี่ยวกับเพศ

2. คำถามเกี่ยวกับอายุ

3. ระดับการศึกษา

4. ประสบการณ์ในการทำงาน

5. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน

ข้อ 1, 3, 5 เป็นคำถามชนิดที่คำตอบเป็นตัวแปรจัดประเภท (category)

ข้อ 2, 4 เป็นคำถามชนิดที่คำตอบเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous)

1.2 ข้อมูลโรงพยาบาล

ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยเป็นแบบช่องว่างให้เติม

1. ขนาดโรงพยาบาล

2. จำนวนเภสัชกร

3. จำนวนเภสัชกรที่รับผิดชอบงานคลินิก
 4. จำนวนเภสัชกรที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
 5. จำนวนเภสัชกรที่จบการศึกษาระดับ Pharm. D
 6. จำนวนเภสัชกรที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท
 7. จำนวนเภสัชกรที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาโท
- ซึ่งคำถามทั้งหมดเป็นคำถามชนิดที่คำตอบเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous)

ส่วนที่ 2

2.1 ส่วนที่เป็นความรู้ความเข้าใจพื้นฐานของเภสัชกรโรงพยาบาลในเรื่อง Medication reconciliation

โดยมีคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ข้อ 13-22 โดยเป็นแบบวัดความเข้าใจชนิดที่ให้เลือกตอบซึ่งมีตัวแปรเป็นแบบตัวแปรจัดกระทำ (category) และตัวแปรที่วัดด้วยเครื่องมือ Visual analog scale (VAS) โดยที่ Scale อยู่ที่คะแนน 0-100 โดยที่

- | | | |
|-----------|---------|---------------------------|
| คะแนน 0 | หมายถึง | ไม่มั่นใจเลย |
| คะแนน 100 | หมายถึง | มั่นใจมากที่สุดร้อยละ 100 |

โดยเลือกตอบตามระดับความมั่นใจซึ่งแบบสอบถามอาศัยข้อมูลจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิจัยมาก่อน ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องานทางยาในประเทศไทย^(25, 26) โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้เป็นมิติของความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ จำแนกออกเป็นองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|--|----------------|
| 1. ความหมายของความสอดคล้องต่อเนื้องานทางยา | ข้อ 13, 18, 19 |
| 2. ประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องานทางยา | ข้อ 15, 22 |
| 3. ขั้นตอนการดำเนินงาน | ข้อ 16, 20, 21 |
| 4. การบันทึกข้อมูล | ข้อ 17 |

ข้อ 13 เป็นคำถามชนิดที่คำตอบเป็นตัวแปรจัดประเภท (category)

ข้อ 14-22 เป็นคำถามชนิดที่คำตอบเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous)

2.2 แบบวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไปของการดำเนินงาน

สำหรับส่วนแรกมีข้อคำถาม 10 ข้อ ข้อ 23-32 โดยเป็นแบบสถานการณ์ชนิดที่ให้เลือกตอบซึ่งมีตัวแปรเป็นแบบตัวแปรจัดกระทำ (category) และตัวแปรที่วัดด้วยเครื่องมือ Visual analog scale (VAS) แบ่งเป็น 5 มิติ

- | | |
|--|------------|
| 1. เป็นสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | ข้อ 23, 24 |
| 2. สถานการณ์การดำเนินงานความคลาดเคลื่อนทางยา | ข้อ 25, 26 |

ค่าเฉลี่ยของเจตคติ	การแปลค่าคะแนน
1.00-1.50	กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.51-2.50	กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติในระดับไม่เห็นด้วย
2.51-3.50	กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติในระดับไม่แน่ใจ
3.51-4.50	กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติในระดับเห็นด้วย
4.51- 5.00	กลุ่มเป้าหมายมีเจตคติในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.4 ส่วนที่เป็นแบบวิเคราะห์สถานการณ์ Medication reconciliation ในโรงพยาบาล

แบบสอบถามในส่วนนี้เป็นส่วนที่ใช้วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในองค์กร ทั้งในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานไปแล้ว อยู่ระหว่างการดำเนินงาน หรือยังไม่ได้เริ่มดำเนินงาน โดยเครื่องมือในการวิจัยนี้ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลักการวิเคราะห์ SWOT Analysis โดยทำการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อน (Weakness) โอกาสพัฒนา (Opportunity) และอุปสรรค (Threats) ในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อประเมินศักยภาพ ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และความคุ้มค่าในการดำเนินงาน โดยข้อคำถามนี้จะแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามสถานการณ์ภายใน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวิเคราะห์สถานการณ์ภายนอก

ส่วนที่ 1 เป็นแบบวิเคราะห์สถานการณ์ภายในที่มีผลในการดำเนินงาน

ประเด็นที่ 1: ประเด็นที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน

ประเด็นที่ 2: ประเด็นที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเด็นที่ 1: ประเด็นที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ ในการดำเนินงาน Medication reconciliation

แบบสอบถามในส่วนที่เป็นจุดแข็งที่ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลนี้ ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมจากการสำรวจอุปสรรคและผลสำเร็จของการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของสถาบัน ISMP (Institute for safe medication practices)⁽³⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

1. การมีเภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินงาน ข้อ 38.1
2. ด้านบุคลากร ข้อ 38.2, 38.3
3. ด้านการจัดการ ข้อ 38.4, 38. 5, 38.6
4. ด้านการดำเนินการ ข้อ 38.7

โดยเครื่องมือในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิต (Likert) คือการตอบแบบสอบถามนี้จะมีข้อให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3) เฉย ๆ 4) ไม่เห็นด้วย 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนในแบบสอบถามส่วนนี้ เป็นข้อคำถามซึ่งมีการประเมิน 2 ประเด็นคือ ประเด็นด้านความคิดเห็นและประเด็นการประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน สำหรับการประเมินด้านความคิดเห็นจะมีการให้คะแนนเป็นดังนี้

ระดับของผลสำเร็จ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

สำหรับการประเมินด้านสถานการณ์จริงจะมีการให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ระดับของผลสำเร็จ	คะแนน
เป็นจุดแข็ง	1
เป็นจุดอ่อน	0

และมีการแปลค่าคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยของผลสำเร็จ	การแปลค่าคะแนน
1	เหตุการณ์นั้นเป็นจุดแข็งของหน่วยงาน
0	เหตุการณ์นั้นเป็นจุดอ่อนของหน่วยงาน

ประเด็นที่ 2: ประเด็นที่ทำให้เป็นอุปสรรค ในการดำเนินงาน Medication reconciliation

แบบสอบถามในส่วนที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในโรงพยาบาลนี้ ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมจากการสำรวจอุปสรรคและผลสำเร็จของการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ของสถาบัน ISMP (Institute for safe medication practices)⁽³⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วยมิติที่สำคัญ 3 มิติ

1. ด้านความรู้	ข้อ 38.8
2. ด้านแนวทางการดำเนินงาน	ข้อ 38.9
3. ด้านอัตรากำลัง	ข้อ 38.10

โดยเครื่องมือในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิต (Likert) คือการตอบแบบสอบถามนี้ จะมีข้อให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 1) เห็นด้วย

อย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3) เฉย ๆ 4) ไม่เห็นด้วย 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถาม
เลือกใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนในแบบสอบถาม
ส่วนนี้มีการประเมินใน 2 ประเด็นคือ ประเด็นด้านความคิดเห็นและการประเมินจุดแข็งจุดอ่อนใน
การดำเนินงาน

สำหรับประเด็นด้านความคิดเห็นจะมีการให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ระดับของความคิดเห็น	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

สำหรับประเด็นด้านจุดแข็ง จุดอ่อน จะมีการให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ระดับของการปฏิบัติจริง	คะแนน
เป็นจุดแข็ง	1
เป็นจุดอ่อน	0

และมีการแปลค่าคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติจริง	การแปลค่าคะแนน
1	เหตุการณ์นั้นเป็นจุดแข็งของหน่วยงาน
0	เหตุการณ์นั้นเป็นจุดอ่อนของหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวิเคราะห์สถานการณ์ภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงาน

แบบสอบถามในส่วนที่เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลในการดำเนินงาน เป็นส่วนที่เป็นโอกาส
และอุปสรรคในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาลนี้ ดัดแปลงมาจาก
การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ซึ่ง
แบ่งข้อคำถามในเรื่องโอกาสและอุปสรรคในการดำเนินงานจากปัจจัยภายนอกได้ 7 ข้อแบ่งเป็น 4
มิติซึ่งเป็นมิติด้านข้อจำกัดดังนี้

1. ปัจจัยสนับสนุนองค์กรภายนอกภายนอก	ข้อ 39.1, 39.2, 39.4, 39.6
2. ปัจจัยสนับสนุนจากโรงพยาบาลอื่น ๆ	ข้อ 39.3
3. ความพร้อมทางการสื่อสาร	ข้อ 39.5
4. ความพร้อมของชุมชน	ข้อ 39.7

โดยเครื่องมือในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert) คือการตอบแบบสอบถามนี้จะมีข้อให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3) เฉย ๆ 4) ไม่เห็นด้วย 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนในแบบสอบถามส่วนนี้การให้คะแนนจะเป็นดังนี้ สำหรับการให้คะแนนในแบบสอบถามส่วนนี้ มีการประเมินใน 2 ประเด็นคือ ประเด็นด้านความคิดเห็นการประเมินโอกาสและอุปสรรค สำหรับการประเมินด้านความคิดเห็นจะมีการให้คะแนนเป็นดังนี้

ระดับของความคิดเห็น	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

สำหรับประเด็นด้านสถานการณ์จริงจะมีการให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ระดับของการปฏิบัติจริง	คะแนน
เป็นโอกาส	1
เป็นอุปสรรค	0

และมีการแปลค่าคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติจริง	การแปลค่าคะแนน
1	เหตุการณ์นั้นเป็นโอกาสของหน่วยงาน
0	เหตุการณ์นั้นเป็นอุปสรรคของหน่วยงาน

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบแบบสอบถาม เมื่อตรวจสอบแก้ไขแบบสอบถามแล้วนำไปทดสอบดังนี้

1. ตรวจสอบความตรง (Validity)

โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาประกอบด้วย อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชสังคัม 1 ท่าน และเภสัชกรโรงพยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบดูว่า เนื้อหาครบถ้วน ครอบคลุม และสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ และแก้ไขแบบสอบถามตามเนื้อหาที่ได้รับ และนำแบบสอบไปให้เภสัชกรผู้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่กำลังทำงานในโรงพยาบาลจำนวน 12 คนให้ความคิดเห็น และทดลองทำแบบสอบถาม

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามที่หาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถามในการวิจัยนี้ โดยนำแบบสอบถามไปให้เภสัชกรผู้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่กำลังทำงานในโรงพยาบาลจำนวน 10 คน ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพฯ ทดลองทำแบบสอบถาม และนำเครื่องมือที่ได้รับ ตรวจสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความเที่ยงภายใน (Internal consistency)⁽⁴⁵⁾

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method)

โดยใช้วิธีการสำรวจเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้แก่โรงพยาบาลที่มีเภสัชกรผู้รับผิดชอบ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐ หรือเอกชน อาจมีตำแหน่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม หรือเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ที่หัวหน้าเภสัชกรได้มอบหมายให้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลหรือหัวหน้าเภสัชกรได้มอบหมายให้ตอบแบบสอบถาม

2.3 ขั้นตอนในการดำเนินงาน

2.3.1 คัดเลือกโรงพยาบาลเข้าร่วมในการวิจัย

2.3.2 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม ความรู้ เจตคติ อุปสรรค และแบบสอบถามวิเคราะห์สถานการณ์ของเภสัชกรโรงพยาบาลในการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

2.3.3 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้เภสัชกรซึ่งเป็นนิสิตปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและเภสัชกรรมคลินิกวมทั้งสาขาอื่นในคณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เคยผ่านการทำงานในโรงพยาบาลจำนวน 12 คน ให้ความคิดเห็นและทดลองทำแบบสอบถาม

2.3.4 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยนำแบบสอบถามไปให้เภสัชกรผู้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่กำลังทำงานในโรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพฯ และปริมาณจำนวน 10 คน ทดลองทำแบบสอบถาม

- 2.3.5 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์
- 2.3.6 ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ส่งแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 1,376 แห่งทางไปรษณีย์โดยส่งไปจำนวน 1,376 ชุด แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลละ 1 ชุด

- 2.3.7 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ส่งกลับมาโดยใช้เวลาเก็บข้อมูลสามสัปดาห์ หลังจากส่งแบบสอบถาม ในกรณีที่อัตราการตอบกลับคืนในครั้งแรกต่ำมาก ผู้วิจัยจำเป็นต้องติดตามแบบสอบถาม Dillman (1978:183)^(40,45) แนะนำว่า น่าจะเป็นช่วงหลังอาทิตย์แรก หลังจากสัปดาห์ที่ 3 และหลังจากสัปดาห์ที่ 7 สำหรับในงานวิจัยนี้จะทำการติดตามเพียง 2 ครั้งดังนี้

การติดตามครั้งที่ 1: การเตือนครั้งแรก

มีการเตือนครั้งแรกเมื่อได้แบบสอบถามคืนภายใน 7-10 วัน หลังจากส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์แล้ว โดยใช้ไปรษณียบัตรมีใจความสั้น ๆ ว่าผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามงานวิจัยมาให้ก่อนหน้านี้ และข้อมูลที่จะได้จากการตอบกลับแบบสอบถามนี้มีความสำคัญต่องานวิจัยมาก จึงใคร่ขอให้ผู้ตอบกรุณาตอบกลับคืน และหากแจ้งว่าทำแบบสอบถามหายไปก็ยินดีจัดส่งให้ใหม่

การติดตามครั้งที่ 2

หลังจากไม่ได้รับแบบสอบถามคืนภายในเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ที่ส่งแบบสอบถามไปนั้น ในครั้งนี้ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามชุดใหม่ไปพร้อมซองปิดแสตมป์ และจดหมายที่สุภาพว่ายังไม่ได้รับแบบสอบถามคืน และข้อมูลที่ขาดไปนั้นมีความสำคัญต่อการสรุปผลการวิจัยมาก จึงส่งแบบสอบถามมาให้ใหม่ แต่ถ้าได้ตอบแล้วซึ่งอาจกำลังมาถึงผู้วิจัย ก็ไม่จำเป็นต้องตอบใหม่

- 2.3.8 วิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเข้าใจแต่ละข้อคำถาม และทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมจากข้อสังเกตเรื่องความแตกต่างของโรงพยาบาล สังกัดโรงพยาบาล อายุการทำงานของเภสัชกร โรงพยาบาลที่มีผลต่อเจตคติ และทำการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for windows version 13) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 ให้อัตราความรู้ความเข้าใจ และเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทั่วไป จุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรค และโอกาสพัฒนาของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน⁽⁴⁶⁾

3.1.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ เจตคติ และสถานการณ์การทั่วไปของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเปียร์สันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (2-tailed) กรณีที่ทดสอบแล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติและใช้การทดสอบด้วยสถิติ Spearman's rho correlation coefficient กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

3.1.3 เปรียบเทียบขนาดโรงพยาบาลกับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา, สังกัดโรงพยาบาลกับ ความเข้าใจ, เพศกับความเข้าใจ, ระดับการศึกษากับความเข้าใจ โดยใช้สถิติ ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กรณีข้อมูลมีการกระจายแบบปกติและสถิติ Kruskal-Wallis one-way analysis of Variance ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กรณีทดสอบแล้วข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

3.2 วิเคราะห์ข้อมูล ผลลัพธ์ที่ได้ และแปลผล

3.3 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอ

3.4 เขียนรายงานการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย
2. การดำเนินการวิจัย
3. การวิเคราะห์และสรุปผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลที่ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาแล้ว หรือ อยู่ระหว่างวางแผนการดำเนินงาน และสามารถให้ข้อมูลได้

1.2 เครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้วิจัย
2. เครื่องบันทึกเสียง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานวิจัย

2.1 การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยใช้วิธีการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการบอกต่อแบบลูกโซ่หรือสโนว์บอลล์ (Chain or snowball sampling)^(17, 42)
2. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ให้คำมั่นในการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงทำการนัดหมายวันเวลา สถานที่ ในการสัมภาษณ์

2.2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1. ท่านคิดว่า “Medication reconciliation” คืออะไร
2. โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงาน “Medication reconciliation” อย่างไร
3. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลถึงการดำเนินงาน “Medication reconciliation” ในโรงพยาบาลของท่าน
4. มีอะไรเป็นจุดแข็งจุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคในการดำเนินงาน “Medication reconciliation” ในโรงพยาบาลของท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูล

3.1 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

งานวิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยขั้นตอนแรกทำการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูลเช่น การบันทึกเทป การบันทึกภาคสนาม และ การบันทึกช่วยจำ เพื่อประเมิน ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจาก ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบผลการวิเคราะห์เบื้องต้น (Preliminary themes) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ข้อมูล^(17,42)

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลโดยการตีความในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยบันทึกการสัมภาษณ์จากเทปเสียง จะถูกถอดคำต่อคำเพื่อนำมาวิเคราะห์ แจกแจงหาสมรรถนะที่จำเป็นตามความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง และหลักการทางทฤษฎี ข้อมูลจากบันทึกภาคสนาม และการสังเกต จะนำมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ภาพสถานการณ์การปฏิบัติ กระบวนการ หรือประสบการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้อหาที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยข้อมูลดิบที่สามารถบ่งชี้ถึงตัวผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะได้รับการยืนยันการยินยอมให้ข้อมูลงานวิจัย

3.3 จริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ก่อนทำการสัมภาษณ์ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้สัมภาษณ์ การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่จะเกี่ยวข้องถึงผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูลโดยปลอดภัย และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลดิบของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายทันที นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถามข้อสงสัยก่อนการเข้าร่วมการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในโรงพยาบาล: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาใน 2 ส่วนคือส่วนที่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และส่วนที่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยในส่วนนี้ เป็นการสำรวจความเข้าใจ เจตคติ ของเภสัชกร โรงพยาบาล และวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา จากโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศจำนวน 1,346 โรงพยาบาล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเข้าใจ เจตคติ ของเภสัชกรโรงพยาบาล และแบบวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

2.1 ข้อมูลแสดงระดับความเข้าใจของเภสัชกรโรงพยาบาล ต่อสถานการณ์ความสอดคล้อง

ต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

2.2 ข้อมูลแสดงสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

2.3 ข้อมูลแสดงระดับเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

2.4 ข้อมูลแสดงระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ที่ทำให้เกิดผล

สำเร็จ หรือเป็นอุปสรรคของโรงพยาบาลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกร โรงพยาบาล และสถานการณ์ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้าใจ เจตคติ และสถานการณ์การทั่วไปของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

3.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม เช่น เพศ สังกัดโรงพยาบาล ขนาดโรงพยาบาล กับความเข้าใจ เจตคติ สถานการณ์การความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงาน และข้อมูลทั่วไป

ผลการทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach 's alpha สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2	ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach 's alpha
2.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับส่วนที่เป็นความรู้ความเข้าใจพื้นฐานของเภสัชกรโรงพยาบาล ในเรื่อง Medication reconciliation โดยมีคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ 2.3 ข้อคำถามแบบวัดเจตคติของเภสัชกร 5 ข้อ 2.4 แบบวิเคราะห์สถานการณ์การในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา	0.75

ผลการวิเคราะห์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการสำรวจข้อมูลความเข้าใจ เจตคติ ของเภสัชกรโรงพยาบาล และวิเคราะห์ สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจากโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศจำนวน 1,346 โรงพยาบาล ได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนมาจำนวน 567 แบบสอบถาม คิดเป็นอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม ร้อยละ 42.12 แยกตามข้อมูลของโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละการตอบกลับของแต่ละสังกัดโรงพยาบาล

สังกัดของโรงพยาบาล	จำนวนที่ส่งสำรวจ	จำนวนที่ตอบกลับ	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	872	459	52.13
กระทรวงกลาโหม	62	24	38.7
กระทรวงยุติธรรม	4	0	0
กระทรวงศึกษาธิการ	10	5	50.00
ส่วนราชการอิสระ	11	6	58.06
องค์กรอิสระ	7	2	36.86
รัฐวิสาหกิจ	4	1	25.00
เอกชน	406	70	17.24
รวม	1,346	567	42.12

ตารางที่ 1.2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (โรงพยาบาล)	ร้อยละ
<u>จำแนกตามประเภทบริการ</u>		
โรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไป	544	95.9
โรงพยาบาลประเภทบริการเฉพาะโรค	23	4.1
<u>จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล</u>		
0 เตียง	4	0.7
1 - 10 เตียง	37	6.5
11 - 30 เตียง	223	39.3
31 - 60 เตียง	106	18.7
61 - 90 เตียง	38	6.7
91 - 120 เตียง	28	4.9
121 - 200 เตียง	39	6.9
201 - 300 เตียง	13	2.3
301 - 500 เตียง	46	8.1
> 500 เตียง	33	5.8
<u>จำแนกตามเพศ</u>		
ชาย	185	32.6
หญิง	382	67.4
<u>จำแนกตามระดับการศึกษา</u>		
จบปริญญาตรี	364	64.2
จบปริญญาตรีสาขาเภสัชกรรมคลินิก	40	7.1
จบบริหารเภสัชกรรม (Pharm. D)	20	3.5
จบปริญญาโททางด้านเภสัชกรรมสาขาอื่น	42	7.4
จบปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิก	51	9.0
จบสูงกว่าปริญญาโท	4	0.7
อื่น ๆ	46	8.1

ตารางที่ 1.3 ตารางแสดงอายุเฉลี่ยและช่วงอายุผู้ตอบแบบสอบถาม

อายุเฉลี่ยผู้ตอบแบบสอบถาม \pm SD(ปี)	พิสัย
34.55 \pm 7.25	21-75

ตารางที่ 1.4 ตารางแสดงประสพการณ์การทำงานเฉลี่ยและช่วงเวลาการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประสพการณ์การทำงานเฉลี่ยผู้ตอบแบบสอบถาม เฉลี่ย \pm SD (ปี)	พิสัย
10.57 \pm 6.42	3 เดือน-38 ปี

ตารางที่ 1.5 ตารางแสดงหน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน

หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน	ความรับผิดชอบปัจจุบัน (คน)	ร้อยละ (%)
งานบริหารเวชภัณฑ์	242	42.7
งานบริการจ่ายยา	501	88.4
งานเภสัชกรรมคลินิก	455	80.2
งานผลิตยาทั่วไปและยาปราศจากเชื้อ	14	2.5
งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	40	7.1
อื่นๆ	141	24.9

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามมีหน้าที่รับผิดชอบมากกว่า 1 งาน

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับมา 567 โรงพยาบาลคิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 42.12 ขนาดโรงพยาบาลที่ตอบกลับมากมามากที่สุด 11-30 เตียงร้อยละ 39.3 ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง 382 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 เป็นเพศชาย 185 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 64.2 อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม 34.55 \pm 7.25 ปี ประสพการณ์การทำงานเฉลี่ยผู้ตอบแบบสอบถาม 10.57 \pm 6.42 ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามมีหน้าที่รับผิดชอบมากกว่า 1 งานหน้าที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ คือ งานบริการจ่ายยาร้อยละ 88.4 รองลงมา คือ งานเภสัชกรรมคลินิกร้อยละ 80.2 งานบริหารเวชภัณฑ์ร้อยละ 42.7 งานอื่น ๆ เช่นเป็นหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานร้อยละ 24.9 งานคุ้มครองผู้บริโภคร้อยละ 7.1 และงานงานผลิตยาทั่วไปและยาปราศจากเชื้อน้อยที่สุดร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเข้าใจ เจตคติ ของเภสัชกรโรงพยาบาลและแบบวิเคราะห์ สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล

2.1 ข้อมูลแสดงระดับความเข้าใจของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2.1 แสดงร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้จักและไม่รู้จักคำว่าความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

13.ท่านรู้จัก หรือเคยได้ยิน คำว่า กระบวนการ “Medication reconciliation” หรือไม่	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
รู้จัก	488	86.1
ไม่รู้จัก	79	13.9
รวม	567	100

จากตาราง 2.1 แสดงร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้จัก และไม่รู้จักคำว่าความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 86.1 รู้จักคำว่า กระบวนการ “Medication reconciliation” ร้อยละ 13.9 ไม่รู้จักคำว่า กระบวนการ “Medication reconciliation”

ตารางที่ 2.2 แสดงความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนืองทางยา

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย
14. กระบวนการ Medication reconciliation เป็นการสร้างข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลให้สมบูรณ์ เพื่อใช้รายการนี้ ในการเปรียบเทียบรายการยาอย่างต่อเนื่องในทุกจุดที่ผู้ป่วยไปรับบริการในสถานพยาบาล	77±2.2	0-100
15. กระบวนการ Medication reconciliation ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัยมากขึ้น	85±1.59	0-100
16. กระบวนการ Medication reconciliation ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักคือ 1. การบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ 2. การทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก และ 3. การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยรับใหม่ กับที่ผู้ป่วยเคยใช้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา	77.9±2	0-100
17. ข้อมูลดังต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ต้องบันทึกในกระบวนการ Medication reconciliation เพื่อให้กระบวนการมีประสิทธิภาพ 1. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ 2. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล 3. ข้อมูลการแพ้ยาผู้ป่วย	80.25±1.87	0-100
18. Medication reconciliation เป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงาน	65.53±2.9	0-100
19. Medication reconciliation เป็นเรื่องที่มีการดำเนินงานมานานแล้วแต่ยังไม่ได้ถูกเรียกว่า Medication reconciliation	65.93±2.34	0-100
20. ก่อนมีการบัญญัติศัพท์คำว่า Medication reconciliation ในหน่วยงาน มีการทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยอยู่ก่อน	64.74±2.35	0-100
21. การทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลและขณะอยู่ในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของ Medication reconciliation	84.36±1.52	0-100
22. Medication reconciliation เป็นเครื่องมือที่ทำให้การตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทันทั่วทั้งขึ้น	81.11±1.61	0-100
รวมคะแนน	75.75±2.04	0-100

จากตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นถึงระดับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เข้าใจความหมายของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 14) ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ระดับของความเข้าใจอยู่ที่ระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77 ± 2.2 ข้อคำถามข้อที่ 15 และ ข้อที่ 22 เป็นประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ระดับของความเข้าใจอยู่ที่ (ระดับคะแนนในข้อ 15) ร้อยละ 85 ± 1.59 และ (ข้อ 22) ร้อยละ 81.11 ± 1.61 สามารถตอบได้ระดับของความเข้าใจอยู่ที่ระดับคะแนนในเรื่องของกระบวนการ (ในข้อ 16) ร้อยละ 77.9 ± 2.0 ในเรื่องของข้อมูลที่ต้องบันทึก (ในข้อ 17) สามารถตอบได้ระดับของความเข้าใจอยู่ที่ระดับคะแนนร้อยละ 80.25 ± 1.87 สำหรับข้อคำถามข้อที่ 18, 19, 20, 21 ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบแบบสอบถามได้คะแนนระดับของความเข้าใจอยู่ที่ระดับคะแนนร้อยละ 65.53 ± 2.9 , 65.93 ± 2.34 , 64.74 ± 2.35 , 84.36 ± 1.52 ตามลำดับ สำหรับคะแนนเฉลี่ยระดับความเข้าใจรวมอยู่ที่ ร้อยละ 75.75 ± 2.04 แสดงให้เห็นว่า ระดับความเข้าใจในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับที่ดี

2.2 ข้อมูลแสดงสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2.3 แสดงร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

23. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินคุณภาพ โรงพยาบาล	จำนวน(โรงพยาบาล)	ร้อยละ(%)
ได้เข้าร่วม	545	96.1
ไม่เข้าร่วม	20	3.5
ไม่ตอบ	2	0.4
รวม	567	100

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.4 แสดงร้อยละระดับโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล

24. ระดับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล	จำนวน(โรงพยาบาล)	ร้อยละ (%)
ยังไม่ผ่านการประเมิน	34	6
ผ่านการประเมินขั้นได้ขั้นที่ 1	116	20.5
ผ่านการประเมินขั้นได้ขั้นที่ 2.	253	44.6
ผ่านการประเมินขั้นได้ขั้นที่ 3.	19	3.4
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA	128	22.6
ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากหน่วยงาน อื่นๆ	15	2.7
ไม่ตอบ	2	0.4
รวม	567	100

หมายเหตุ

ขั้นได้ขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข ป้องกันปัญหา

ขั้นได้ขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาต่อเนื่อง

ขั้นได้ขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ครบถ้วนและได้รับ

Hospital Accreditation (HA) โรงพยาบาลที่ได้พัฒนามาจนมีความพร้อมแล้ว สามารถ

ขอการรับรอง HA ได้โดยไม่ต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นจากขั้นได้ขั้นที่ 1

ตารางที่ 2.5 แสดงการดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
25. ในโรงพยาบาลของท่านมี การเฝ้าระวังและติดตามความ คลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) อยู่ในระดับใด	77.7±1.64	0-100

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.6 แสดงนโยบายการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา

26.โรงพยาบาลมีนโยบายการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (โรงพยาบาล)	ร้อยละ (%)
มี	558	98.4
ไม่มี	8	1.4
ไม่ตอบ	1	0.2
รวม	567	100

ตารางที่ 2.7 แสดงนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

27.โรงพยาบาลมีนโยบายการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา	จำนวน (โรงพยาบาล)	ร้อยละ (%)
มี	325	57.3
ไม่มี	240	42.4
ไม่ตอบ	2	0.4
รวม	567	100

ตารางที่ 2.8 แสดงระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	พิสัย
28. ในโรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา มากน้อยระดับใด	51.30±2.5	0-100

ตารางที่ 2.9 แสดงการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

การดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา	จำนวน (โรงพยาบาล)	ร้อยละ (%)
มี	520	91.7
ไม่มี	43	7.6
ไม่ตอบ	4	0.7
รวม	567	100

ตารางที่ 2.10 แสดงผลความคลาดเคลื่อนทางยาหลังการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (โรงพยาบาล)	ร้อยละ (%)	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
เพิ่มขึ้น	91	16.04	34.12±2.2	0-100
ลดลง	296	52.20	40.62±2.31	0-100
ไม่เปลี่ยนแปลง	111	19.57	-	-
ไม่ได้ประเมิน	9	1.64	-	-
ไม่ได้ดำเนินงาน	60	10.93	-	-
รวม	567	100	-	-

ตารางที่ 2.11 แสดงผลเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงหลังมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

เหตุการณ์สุ่มเสี่ยง (sentinel event)	จำนวน (โรงพยาบาล)	ร้อยละ (%)	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
เพิ่มขึ้น	37	6.52	30.27±1.8	10-80
ลดลง	370	65.25	40.25±2.29	5-100
ไม่เปลี่ยนแปลง	91	16.04	-	-
ไม่ได้ประเมิน	9	1.64	-	-
ไม่ได้ดำเนินงาน	60	10.93	-	-
รวม	567	100	-	-

ตารางที่ 2.12 การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
31.การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล	57.89±3.11	0-100

ตารางที่ 2.13 ระดับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรคลินิกเข้าร่วมการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
32.ระดับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรคลินิกเข้าร่วมการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล	80.99	0-100

ข้อมูลแสดงสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

จากตารางที่ 2.3 แสดงร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 545 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 96.1 ไม่ได้เข้าร่วมการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 20 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 3.5

จากตารางที่ 2.4 แสดงระดับโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับผ่านการประเมินบันไดขั้นที่ 2 ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 253 โรงพยาบาล ร้อยละ 44.6 ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 128 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 22.6 ผ่านการประเมินบันไดขั้นที่ 1 จำนวน 116 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 20.5 ยังไม่ผ่านการประเมินจำนวน 34 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 6 ผ่านการประเมินบันไดขั้นที่ 3 จำนวน 19 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 3.4 ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากหน่วยงานอื่น เช่น JCI 15 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

จากตาราง 2.5 แสดงการดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล มีการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 77.7 ± 1.64

จากตารางที่ 2.6 แสดงนโยบายการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าโรงพยาบาลที่มีนโยบายความคลาดเคลื่อนทางยา 558 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 98.4 ที่ไม่มีนโยบาย 8 โรงพยาบาลร้อยละ 1.4

จากตารางที่ 2.7 แสดงนโยบายการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (Medication reconciliation) พบว่า โรงพยาบาลที่มีนโยบายความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา 325 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 57.3 ที่ไม่มีนโยบาย 240 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 42.4

จากตารางที่ 2.8 แสดงระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล พบว่าในโรงพยาบาลมีการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 51.30 ± 2.5

ตารางที่ 2.9 แสดงการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล มีการดำเนินงาน 520 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 91.7 ไม่มีการดำเนินงาน 43 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 7.6 ไม่ตอบ 4 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 0.7

จากตารางที่ 2.10 แสดงผลการดำเนินงานหลังจากที่โรงพยาบาลมีการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นจำนวน 91 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 16.04 โดยค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.12 ± 2.2 ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจำนวน 296 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 52.20 ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนลดลงร้อยละ 40.62 ± 2.31 มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานแล้ว ความคลาดเคลื่อนไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน

111 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 19.57 มีโรงพยาบาล ที่ไม่ได้ดำเนินงานความคลาดเคลื่อนทางยา 69 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 12.16

จากตารางที่ 2.11 แสดงผลเหตุการณ์สุ่มเสี่ยง (Sentinel event) หลังมีการดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่าเหตุการณ์สุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นจำนวน 37 โรงพยาบาลคิดเป็น ร้อยละ 6.52 โดยค่าเฉลี่ยเหตุการณ์สุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.27 ± 1.8 ความคลาดเคลื่อนทางยา ลดลงจำนวน 370 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 65.25 ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อน ลดลงร้อยละ 40.25 ± 2.29 มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานแล้วความคลาดเคลื่อน ไม่เปลี่ยนแปลงจำนวน 91 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.04 มีโรงพยาบาลที่ ไม่ได้ดำเนินงานความคลาดเคลื่อนทางยา 69 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 12.16

จากตารางที่ 2.12 แสดงการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดำเนินงานความสอดคล้อง ต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 57.89 ± 3.11

จากตารางที่ 2.13 แสดงระดับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรคลินิก (เภสัชกรที่รับผิดชอบ งานเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาล) เข้าร่วมการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยว่า ควรมีเภสัชกรคลินิกเข้าร่วมการดำเนินงานความสอดคล้อง ต่อเนื้องทางยาร้อยละ 80.99 ± 2.02

2.3 ข้อมูลแสดงระดับเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

ตารางที่ 2.14 แบบวัดความตั้งใจในการดำเนินงาน

33.ความตั้งใจในการดำเนินงาน Medication reconciliation	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยมากที่สุด
	1	2	3	4	5
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
33.1 ข้าพเจ้า <u>คาดว่าจะ</u> ดำเนินงาน	6 (1.1)	4 (0.7)	52 (9.2)	243 (43.2)	258 (54.2)
33.2 ข้าพเจ้า <u>ต้องการ</u> จะดำเนินงาน	2 (0.4)	7 (1.2)	57 (10.1)	257 (45.6)	240 (42.6)
33.3 ข้าพเจ้า <u>ตั้งใจ</u> จะดำเนินงาน	2 (0.4)	9 (1.6)	65 (11.5)	247 (43.9)	240 (42.6)

ตารางที่ 2.15 แสดงระดับความตั้งใจในการดำเนินงาน

33.ความตั้งใจในการดำเนินงาน Medication reconciliation จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	คะแนนเฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
33.1 ข้าพเจ้าคิดว่าจะดำเนินงาน	4.31±0.75	1-5
33.2 ข้าพเจ้าต้องการจะดำเนินงาน	4.29±0.72	1-5
33.3 ข้าพเจ้าตั้งใจจะดำเนินงาน	4.26±0.75	1-5

จากตารางที่ 2.14 และตาราง 2.15 แสดงระดับคะแนนเจตคติเพื่อวัดความตั้งใจในการดำเนินงาน พบว่าความคาดหวัง ความต้องการ และความตั้งใจที่จะดำเนินงานอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 243 โรงพยาบาล ร้อยละ 43.2, 257 โรงพยาบาล ร้อยละ 45.6 และ 247 โรงพยาบาล ร้อยละ 43.9 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังว่าจะดำเนินงาน 4.31±0.75 คะแนน ค่าเฉลี่ยความต้องการในการดำเนินงาน 4.29±0.72 และความตั้งใจในการดำเนินงาน 4.26±0.75 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.16 แบบวัดเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

34.เจตคติต่อประโยชน์ของ Medication reconciliation จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
	1	2	3	4	5
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
34.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation มีประโยชน์เพื่อช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายการยาบนหอผู้ป่วย	4 (0.7)	7 (1.2)	35 (6.2)	218 (38.4)	299 (52.7)
34.2 ท่านรู้สึกว่าคุณมั่นใจในการจ่ายยามากขึ้นเมื่อนำระบบ Medication reconciliation มาใช้ในการทำงาน	2 (0.4)	8 (1.4)	63 (11.1)	279 (49.2)	211 (37.5)
34.3 การใช้แบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วยทำให้เกิดสุขภาพสามารถค้นหาปัญหาจากยา (DRP) ในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	4 (0.7)	8 (1.4)	64 (11.3)	291 (51.3)	196 (34.6)
34.4 ท่านคิดว่าการทำงาน Medication reconciliation จะสามารถป้องกัน ADE และช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริง	3 (0.5)	6 (1.1)	53 (9.3)	306 (54.0)	195 (34.6)

ตารางที่ 2.17 แสดงระดับเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

34.เจตคติต่อประโยชน์ของ Medication reconciliation	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน		
34.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation มีประโยชน์เพื่อช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายการยาบนหอผู้ป่วย	4.4±0.72	1-5
34.2 ท่านรู้สึกว่าคุณมั่นใจในการจ่ายยามากขึ้นเมื่อนำระบบ Medication reconciliation มาใช้ในการทำงาน	4.2±0.72	1-5
34.3 การใช้แบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วยทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาจากยา (DRP) ในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	4.18±0.74	1-5
34.4 ท่านคิดว่ากรดำเนินการ Medication reconciliation จะสามารถป้องกัน ADE และช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริง	4.21±0.69	1-5

จากตารางที่ 2.16 และ 2.17 แบบวัดเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในประเด็นที่ความคิดเห็นว่ามีประโยชน์เพื่อช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายการยาบนหอผู้ป่วยเห็นด้วยมากที่สุด 299 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 52.7 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.4±0.72 ความมั่นใจในการจ่ายยามื่อนำระบบความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามาใช้ในการทำงานเห็นด้วยมาก 279 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.2±0.72 การใช้แบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วยทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาจากยา (DRP) ในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นเห็นด้วยมากจำนวน 291 โรงพยาบาล ร้อยละ 51.3 ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.18±0.74 ท่านคิดว่ากรดำเนินการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจะสามารถป้องกัน ADE และช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริง 306 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.2 ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.21±0.69

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.18 แบบวัดเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

35. เจตคติต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยมากที่สุด
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	1	2	3	4	5
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
35.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation เพิ่มภาระในการทำงานของท่าน	31 (5.5)	83 (14.7)	183 (32.5)	187 (33.2)	79 (14.0)
35.2. Medication reconciliation ทำให้บทบาทการทำงานของเภสัชกรคลินิกบนหอผู้ป่วยมีความชัดเจนขึ้น	4 (0.8)	7 (1.2)	79 (14.0)	282 (50.1)	191 (33.9)
35.3 ท่านคิดว่า Medication reconciliation ที่ดำเนินงานโดยเภสัชกรคลินิกที่ทำงานบนหอผู้ป่วยจะทำให้เภสัชกรได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นมากขึ้น	5 (0.9)	11 (1.9)	110 (19.4)	260 (45.9)	177 (31.2)
35.4 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายสาขาวิชาชีพด้วย การดำเนินงานจึงจะมีประสิทธิภาพ	2 (0.4)	3 (0.5)	13 (2.3)	146 (25.9)	399 (70.9)

ตารางที่ 2.19 แสดงระดับเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

35. เจตคติต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน		
35.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation เพิ่มภาระในการทำงานของท่าน	3.3±1.06	1-5
35.2. Medication reconciliation ทำให้บทบาทการทำงานของเภสัชกรคลินิกบนหอผู้ป่วยมีความชัดเจนขึ้น	4.1±0.77	1-5
35.3 ท่านคิดว่า Medication reconciliation ที่ดำเนินงานโดยเภสัชกรคลินิกที่ทำงานบนหอผู้ป่วยจะทำให้เภสัชกรได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นมากขึ้น	4.0±0.81	1-5
35.4 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายสาขาวิชาชีพด้วยการดำเนินงานจึงจะมีประสิทธิภาพ	4.6±0.58	1-5

จากตารางที่ 2.18 และ 2.19 แบบวัดเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ท่านคิดว่าความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเพิ่มภาระในการทำงานของท่าน เห็นด้วยมาก 187 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 33.2 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.3 ± 1.06 ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาทำให้บทบาทการทำงานของเภสัชกรคลินิกบนหอผู้ป่วยมีความชัดเจนขึ้น เห็นด้วยมาก 282 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.1 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.1 ± 0.77 ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่ดำเนินงานโดยเภสัชกรคลินิกที่ทำงานบนหอผู้ป่วยจะทำให้เภสัชกรได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นมากขึ้น เห็นด้วยมาก 260 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 45.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.0 ± 0.81 การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาต้องอาศัยความร่วมมือของหลายสาขาวิชาชีพด้วย การดำเนินงานจึงจะมีประสิทธิภาพ เห็นด้วยมากที่สุด 399 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 70.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.6 ± 0.58

ตารางที่ 2.20 แบบวัดเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้าง

36.การคล้อยตามคนรอบข้าง จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมาก
	มากที่สุด				ที่สุด
	1	2	3	4	5
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
36.1 การที่ โรงพยาบาลอื่น มีการดำเนินการ Medication reconciliation จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ มีแนวโน้มที่จะเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลของท่านเร่งดำเนินการ Medication reconciliation มากขึ้นด้วย	10 (1.8)	19 (3.4)	117 (20.8)	279 (49.6)	138 (24.3)
36.2 ถ้า มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการ Medication reconciliation เป็นสิ่งกระตุ้นให้โรงพยาบาลท่านมีการดำเนินการมากขึ้น	5 (0.9)	9 (1.6)	77 (13.7)	260 (46.2)	212 (37.7)
36.3 การ ยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อเภสัชกรมีผลต่อการทำ Medication reconciliation	6 (1.1)	9 (1.6)	70 (12.4)	290 (51.5)	188 (33.4)
36.4 นโยบายของโรงพยาบาล มีผลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation	4 (0.7)	8 (1.4)	65 (11.5)	238 (42.3)	248 (44.0)

ตารางที่ 2.21 แสดงระดับเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้าง

36.การคล้อยตามคนรอบข้าง	คะแนนเฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน		
36.1 การที่โรงพยาบาลอื่นมีการดำเนินการ Medication reconciliation จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ มีแนวโน้มที่จะเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลของท่านเร่งดำเนินงาน Medication reconciliation มากขึ้นด้วย	3.91±0.86	1-5
36.2 ถ้ามีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการ Medication reconciliation เป็นสิ่งกระตุ้นให้โรงพยาบาลท่านมีการดำเนินงานมากขึ้น	4.18±0.79	1-5
36.3 การยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ต่อเภสัชกร มีผลต่อการทำ Medication reconciliation	4.14±0.77	1-5
36.4 นโยบายของโรงพยาบาล มีผลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation	4.27±0.77	1-5

จากตารางที่ 2.20 และ 2.21 เป็นตารางแสดงแบบวัดเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้าง การที่โรงพยาบาลอื่นมีการดำเนินการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลของท่านเร่งดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามากขึ้นด้วย เห็นด้วยมาก 279 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.6 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.91±0.86 ถ้ามีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นสิ่งกระตุ้นให้โรงพยาบาลท่านมีการดำเนินงานมากขึ้น เห็นด้วยมาก 260 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 46.2 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.18±0.79 การยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ต่อเภสัชกร นโยบายของโรงพยาบาลมีผลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เห็นด้วยมาก 290 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.5 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.14±0.77 นโยบายของโรงพยาบาลมีผลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เห็นด้วยมากที่สุด 248 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 44.0 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.27±0.77

ตารางที่ 2.22 แบบวัดความสามารถแห่งตน

37.การวัดความสามารถแห่งตน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมาก ที่สุด
	1	2	3	4	5
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
37.1 ท่านมั่นใจว่าถ้ามีการมอบหมายให้ท่าน ดำเนินงาน Medication reconciliation ท่าน จะสามารถดำเนินงานได้	4 (0.7)	14 (2.5)	83 (14.7)	306 (54.4)	156 (27.5)
37.2 ท่านคิดว่าการดำเนินงาน Medication reconciliation เป็นอะไรที่ยาก	60 (10.7)	128 (22.7)	219 (38.9)	129 (22.9)	27 (4.8)
37.3 ท่านคิดว่าการดำเนินงาน Medication reconciliation ควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร	20 (3.6)	60 (10.7)	110 (19.5)	234 (41.3)	139 (24.7)

ตารางที่ 2.23 แสดงระดับการวัดความสามารถแห่งตน

37.การวัดความสามารถแห่งตน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	คะแนนเฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
37.1 ท่านมั่นใจว่าถ้ามีการมอบหมายให้ท่านดำเนินงาน Medication reconciliation ท่านจะสามารถดำเนินงาน ได้	4.05±0.76	1-5
37.2 ท่านคิดว่าการดำเนินงาน Medication reconciliation เป็นอะไรที่ยาก	2.88±1.03	1-5
37.3 ท่านคิดว่าการดำเนินงาน Medication reconciliation ควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร	3.73±1.05	1-5

จากตารางที่ 2.22 และ 2.23 แบบวัดระดับการวัดความสามารถแห่งตน ท่านมั่นใจว่าถ้ามีการมอบหมายให้ท่านดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ท่านจะสามารถดำเนินงานได้ เห็นด้วยมาก 306 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.4 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.05±0.76 ท่านคิดว่าการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นอะไรที่ยาก เฉย ๆ 219 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 38.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 2.88±1.03 ท่านคิดว่าการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร เห็นด้วยมาก 234 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 41.3 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.73±1.05

2.4 ข้อมูลแสดงระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ
และอุปสรรคของโรงพยาบาลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2.24 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน

38. ประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิด ผลสำเร็จในการดำเนินงาน	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
	1	2	3	4	5
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน					
38.1 มีเภสัชกรที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน Medication reconciliation	24 (4.3)	36 (6.4)	88 (15.6)	222 (11.1)	193 (34.3)
38.2 มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง	7 (1.2)	19 (3.4)	51 (2.6)	200 (10.0)	212 (37.7)
38.3 มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ	6 (1.1)	9 (1.6)	70 (12.4)	290 (35.5)	286 (50.8)
38.4 โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน	13 (2.3)	17 (3.0)	44 (7.8)	215 (38.2)	274 (48.7)
38.5 โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน	12 (2.1)	29 (5.2)	62 (11.0)	218 (38.7)	242 (43.0)
38.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารให้การสนับสนุน	11 (2.0)	13 (2.3)	52 (9.2)	200 (35.5)	287 (51.0)
38.7 มีการบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์มหรือคอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์	16 (2.9)	12 (2.1)	49 (8.7)	211 (37.5)	275 (48.8)

ตารางที่ 2.25 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

38. ประเด็นเหล่านี้ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
	1	2	3	4	5
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน					
38.8 ความรู้เรื่องยาและทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำกรสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีน้อย	25 (4.5)	85 (15.2)	134 (23.9)	224 (39.9)	93 (16.6)
38.9 แนวทางการดำเนินงานกระบวนการ Medication reconciliation ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน	16 (2.8)	47 (8.4)	85 (15.1)	276 (49.1)	138 (24.6)
38.10 อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ	20 (3.6)	38 (6.8)	55 (9.8)	156 (27.8)	293 (52.1)

ตารางที่ 2.26 แสดงระดับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน

38. ระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่เป็นผลสำเร็จในการดำเนินงาน	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน		
38.1 มีเภสัชกรที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน Medication reconciliation	3.92±1.07	1-5
38.2 มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง	4.31±0.86	1-5
38.3 มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ	4.33±0.87	1-5
38.4 โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน	4.27±0.90	1-5
38.5 โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน	4.15±0.95	1-5
38.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารให้การสนับสนุน	4.31±0.87	1-5
38.7 มีการบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์มหรือคอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์	4.27±0.92	1-5

ตารางที่ 2.27 แสดงระดับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

38. ระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน		
38.8 ความรู้เรื่องยา และทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีน้อย	3.4±1.07	1-5
38.9 แนวทางการดำเนินงานกระบวนการ Medication reconciliation ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน	3.84±0.98	1-5
38.10 อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ	4.18±1.08	1-5

จากตารางที่ 2.24 ตารางที่ 2.26 ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานมีเภสัชกรที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องานยาเห็นด้วยมาก 222 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 34.3 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.92±1.07 มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง เห็นด้วยมากที่สุด 212 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 37.7 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.31±0.86 มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำเห็นด้วยมากที่สุด 290 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.8 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.33±0.87 โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน เห็นด้วยมากที่สุด 274 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 48.7 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.27±0.90 โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน เห็นด้วยมากที่สุด 242 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 43.0 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.15±0.95 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารให้การสนับสนุน เห็นด้วย

มาก 287 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.0 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.31 ± 0.87 มีการบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์มหรือ คอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์ เห็นด้วยมาก 275 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 48.8 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.27 ± 0.92

จากตารางที่ 2.25 และ 2.27 ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ความรู้เรื่องยา และทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีน้อย เห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40 ± 1.07 แนวทางการดำเนินงานกระบวนการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน เห็นด้วยมาก 276 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.1 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.84 ± 0.98 อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ เห็นด้วยมาก 293 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 52.1 ระดับคะแนนอยู่ที่ 4.18 ± 1.08

ตารางที่ 2.28 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงาน

39. ประเด็นเหล่านี้เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลในการดำเนินงาน Medication reconciliation	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1	ไม่เห็นด้วย 2	เฉยๆ 3	เห็นด้วย มาก 4	เห็นด้วยมากที่สุด 5
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
39.1 การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่อง Medication reconciliation จากองค์กรภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	5 (0.9)	12 (2.1)	53 (9.4)	256 (45.6)	236 (42.0)
39.2 มีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ	7 (1.2)	16 (2.8)	81 (14.4)	272 (48.4)	186 (33.1)
39.3 ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่ดำเนินงานแล้ว	16 (2.8)	26 (4.6)	89 (15.8)	263 (46.8)	168 (29.9)
39.4 การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรภายนอกอื่น ๆ	32 (5.7)	30 (5.3)	148 (26.3)	196 (34.9)	156 (27.8)
39.5 ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ	4 (0.7)	18 (3.2)	69 (12.3)	265 (47.2)	206 (36.7)
39.6 ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ชัดเจน	11 (2.0)	21 (3.7)	90 (16.0)	256 (45.6)	184 (32.7)
39.7 การให้ความรู้ในชุมชน Health education มีความสำคัญเพราะช่วยให้การทำงาน Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น	4 (0.7)	13 (2.3)	64 (11.4)	258 (46.1)	220 (39.3)

ตารางที่ 2.29 แสดงระดับการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงาน

39. ระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผล ในการดำเนินงาน Medication reconciliation จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 563 คน	คะแนนเฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย
39.1 การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่อง Medication reconciliation จากองค์กรภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	4.25±0.78	1-5
39.2 มีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ในประเทศ หรือต่างประเทศ) เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ	4.09±0.83	1-5
39.3 ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่ ดำเนินงานแล้ว	3.96±0.94	1-5
39.4 การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กร ภายนอกอื่น ๆ	3.7±1.09	1-5
39.5 ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้าน วิชาการ	4.1±0.81	1-5
39.6 ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ ชัดเจน	4.03±0.90	1-5
39.7 การให้ความรู้ในชุมชน Health education มีความสำคัญเพราะ ช่วยให้การทำงาน Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายขึ้น	4.2±0.79	1-5

จากตารางที่ 2.28 และ 2.29 ปัจจัยภายนอกที่มีผลในการดำเนินงานความสอดคล้อง
ต่อเรื่องทางยา การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่องความสอดคล้องต่อเรื่องทางยาจากองค์กร
ภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ เห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9
ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40±1.07 มีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ในประเทศ
หรือต่างประเทศ) เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ เห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็น
ร้อยละ 39.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40±1.07 ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่
ดำเนินงานแล้วเห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40±1.07
การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรภายนอกอื่น ๆ ระดับเห็นด้วยมาก 224
โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40±1.07 ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีใน
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ เห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับ
คะแนนอยู่ที่ 3.40±1.07 ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ชัดเจน
เห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40±1.07 การให้ความรู้

ในชุมชน Health education มีความสำคัญเพราะช่วยให้การทำงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น เห็นด้วยมาก 224 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับคะแนนอยู่ที่ 3.40 ± 1.07

3. ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล และสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล และสถานการณ์การทั่วไปของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ตารางที่ 3.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจและสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ความสัมพันธ์ระหว่าง	Pearson Correlation
1. ระดับความเข้าใจ (ข้อ 14-22) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อ 28)	0.276*
2. การมีนโยบายในการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา(ข้อ 26) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา(ข้อ 28)	0.028 ^{NS}
3. ระดับเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (ข้อ 26) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อ 28)	0.212*
4. การมีนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา(ข้อ 27) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อ 28)	0.375*

* $p < 0.01$ level, NS = not significant

จากตารางที่ 3.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้าใจข้อคำถามข้อที่ 14-22 และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 28) ระดับความเข้าใจและระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.276 ($p < 0.01$) การมีนโยบายในการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 26) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 2) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.028 ($p > 0.01$) ระดับการดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 25) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 28) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.212 ($p < 0.01$) การมีนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (ข้อคำถามข้อที่ 27) และระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาข้อคำถามข้อที่ 28 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.375 ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลและสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

ความสัมพันธ์ระหว่าง	Pearson Correlation
1. ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 28) และเจตคติด้านความตั้งใจในการดำเนินงาน (ข้อ 33)	0.330*
2. ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 28) และเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 34)	0.200*
3. ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 28) และเจตคติต่อการดำเนินงาน (ข้อ 35)	0.025 ^{NS}
4. ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 28) และเจตคติด้านการคล้อยตามคนรอบข้าง (ข้อ 36)	0.079 ^{NS}
5. ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 28) และการวัดความสามารถแห่งตน (ข้อ 37)	0.147*
6. เจตคติต่อการที่เภสัชกรคลินิกเข้าไปดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 32) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของเภสัชกร (ข้อ 31)	0.205*

p < 0.01 level, NS = not significant

จากตารางที่ 3.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลและสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา ระดับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อที่ 28) และเจตคติด้านความตั้งใจในการดำเนินงาน (ข้อ 33) มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.330 ($p < 0.01$) การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อที่ 28) และเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อที่ 34) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.200 ($p < 0.01$) การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อที่ 28) และเจตคติต่อการดำเนินงาน (ข้อ 35) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.025 ($p > 0.01$) การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อที่ 28) และเจตคติด้านการคล้อยตามคนรอบข้าง (ข้อที่ 36) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.079 ($p > 0.01$) การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อที่ 28) และการวัดความสามารถแห่งตน (ข้อที่ 37) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.147 ($p < 0.01$) เจตคติต่อการที่เภสัชกรคลินิกเข้าไปดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา (ข้อ 32) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเภสัชกร (ข้อ 31) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.205 ($p < 0.01$)

3.2 เปรียบเทียบความเข้าใจ เจตคติ สถานการณ์การความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา และข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3.3 แสดงการเปรียบเทียบขนาดโรงพยาบาลและความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
1 - 30 เตียง	259	78.99±12.81	32-100	0.073
31 - 60 เตียง	107	82.37±13.62	28-100	
61 - 120 เตียง	99	80.19±14.29	10-100	
121 - 200 เตียง	39	80.17±19.72	0-100	
201 – 300 เตียง	13	76.24±21.41	18-97	
301 – 500 เตียง	46	84.34±12.74	42-100	
> 500 เตียง	33	83.81±12.04	55-100	
รวม	563	80.19±14.75	0-100	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.3 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความเข้าใจเฉลี่ยและขนาดโรงพยาบาลทั้งหมดพบว่า โรงพยาบาลขนาดต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความเข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3.4 แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
กระทรวงสาธารณสุข	459	80.1±14.17	0-100	0.185
กระทรวงกลาโหม	24	77.62±20.03	10-100	
กระทรวงศึกษาธิการ	5	85.00±12.92	72-100	
ส่วนราชการอิสระ องค์การอิสระ และรัฐวิสาหกิจ	6	80.51±13.17	44-92	
เอกชน	70	79.11±16.72	0-100	
รวม	567	80.19±14.75	0-100	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.4 เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและความเข้าใจพบว่าระดับความเข้าใจของเภสัชกรโรงพยาบาลแต่ละสังกัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและระดับความเข้าใจแต่ละสังกัดคู่กันเป็นคู่พบว่า ไม่มีคู่ใดเลยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่า สังกัดโรงพยาบาลไม่มีผลต่อความเข้าใจของเภสัชกร

ตารางที่ 3.5 แสดงการเปรียบเทียบเพศและความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

เพศ	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
ชาย	185	77.23 ±16.37	0-100	0.001*
หญิง	385	81.63±13.70	0-100	
รวม	567	80.19±14.75	0-100	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.5 เมื่อเปรียบเทียบเพศและระดับความเข้าใจพบว่า ระดับความเข้าใจของเภสัชกรโรงพยาบาลทั้ง 2 เพศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศหญิงมีความเข้าใจในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาสูงกว่าเพศชาย

ตารางที่ 3.6 แสดงการเปรียบเทียบระดับการศึกษาและความเข้าใจในความต้องการต่อเนื่องทางยา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
จบปริญญาตรีและจบปริญญาตรีสาขา เภสัชกรรมคลินิก	404	79.68±15.06	0-100	0.367
จบปริญญาโททางด้านเภสัชกรรมสาขาอื่น	42	78.73±10.67	54-100	
จบบริหารเภสัชกรรม (Pharm. D) จบ ปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิก	71	83.04±16.10	10-100	
จบสูงกว่าปริญญาโท	4	77.25±9.07	68-86	
อื่น ๆ (จบปริญญาโทสาขาอื่น)	46	81.89±13.10	32-100	
รวม	567	80.19±14.75	0-100	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.6 เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาและระดับความเข้าใจในความต้องการต่อเนื่องทางยาในภาพรวมพบว่า ระดับความเข้าใจของเภสัชกรโรงพยาบาลที่ระดับการศึกษาต่าง ๆ นั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาเป็นคู่ เช่น จบปริญญาตรี จบปริญญาตรีสาขาเภสัชกรรมคลินิก จบบริหารเภสัชกรรม (Pharm. D) จบปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิกพบว่า เมื่อเปรียบเทียบทุกคู่แล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3.7 แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อความตั้งใจในการดำเนินงาน

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
กระทรวงสาธารณสุข	459	4.29±0.73	0.00-5.00	0.009*
กระทรวงกลาโหม	24	3.91±1.06	0.00-5.00	
กระทรวงศึกษาธิการ	14	4.08±0.52	3.67-5.00	
ส่วนราชการอิสระ องค์กรอิสระ และรัฐวิสาหกิจ				
เอกชน	70	4.08±0.97	0.00-5.00	
รวม	567	4.26±0.78	0.00-5.00	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.7 เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและความตั้งใจในการดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่า ระดับความตั้งใจในการดำเนินงานของเภสัชกรโรงพยาบาล แต่ละสังกัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีเจตคติด้านความตั้งใจในการดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ส่วนราชการอิสระ องค์กรอิสระและรัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ส่วนราชการอิสระ องค์กรอิสระ และรัฐวิสาหกิจมีเจตคติด้านความตั้งใจในการดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา > โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีเจตคติด้านความตั้งใจในการดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา ไม่ต่างกับโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3.8 แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
กระทรวงสาธารณสุข	459	4.24±0.65	0.00-5.00	0.625
กระทรวงกลาโหม	24	4.13±1.02	0.00-5.00	
กระทรวงศึกษาธิการ ส่วน ราชการอิสระ องค์กรอิสระ รัฐวิสาหกิจ	14	4.37±0.53	3.50-5.00	
เอกชน	70	4.16±0.82	0.00-5.00	
รวม	567	4.23±0.69	0.00-5.00	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.8 เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่า ระดับเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาของ เภสัชกรโรงพยาบาลแต่ละสังกัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลเป็นคู่ เช่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับเจตคติต่อประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาทุกคู่ แล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3.9 แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการดำเนินงาน

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
กระทรวงสาธารณสุข	459	4.00±0.58	0.00-5.00	0.497
กระทรวงกลาโหม	24	4.10±0.99	0.00-5.00	
กระทรวงศึกษาธิการ ส่วน ราชการอิสระ องค์กรอิสระ รัฐวิสาหกิจ	14	4.21±0.47	3.25-5.00	
เอกชน	70	4.07±0.73	0.00-5.00	
รวม	567	4.02±0.62	0.00-5.00	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.9 เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่า ระดับเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาของเภสัชกรโรงพยาบาลแต่ละสังกัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลแต่ละสังกัดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของเจตคติต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3.10 แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการคัดลอกตามคนรอบข้าง

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
กระทรวงสาธารณสุข	459	4.12±0.67	0.00-5.00	0.22
กระทรวงกลาโหม	24	4.05±1.04	0.00-5.00	
กระทรวงศึกษาธิการ ส่วน ราชการอิสระ องค์กรอิสระ รัฐวิสาหกิจ	14	3.96±0.57	3.00-5.00	
เอกชน	70	3.97±0.81	0.00-5.00	
รวม	567	4.10±0.70	0.00-5.00	

* $p < 0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.10 เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้างพบว่า ระดับเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้างของเภสัชกรโรงพยาบาลแต่ละสังกัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลเป็นคู่ เช่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงกลาโหมพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการคล้อยตามคนรอบข้างทุกคู่แล้ว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ตารางที่ 3.11 แสดงการเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการวัดความสามารถแห่งตน

สังกัดโรงพยาบาล	จำนวน (โรงพยาบาล)	คะแนนเฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	P-value
กระทรวงสาธารณสุข	459	3.87±0.72	0.00-5.00	0.821
กระทรวงกลาโหม	24	3.75±0.96	0.00-5.00	
กระทรวงศึกษาธิการ ส่วน ราชการอิสระ องค์กรอิสระ รัฐวิสาหกิจ	14	3.78±0.50	3.00-4.50	
เอกชน	70	3.85±0.81	0.00-5.00	
รวม	567	3.87±0.74	0.00-5.00	

* $p<0.05$, ทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA

จากตารางที่ 3.11 เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการวัดความสามารถแห่งตนพบว่า ระดับเจตคติต่อการวัดความสามารถแห่งตนของเภสัชกรโรงพยาบาลแต่ละสังกัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลเป็นคู่ เช่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลและเจตคติต่อการวัดความสามารถแห่งตนทุกคู่แล้ว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ตารางที่ 3.12 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน

38. ประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิด ผลสำเร็จในการ ดำเนินงาน	จำนวน (โรงพยาบาล)	จุดแข็ง	จุดอ่อน	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	
38.1 มีเภสัชกรที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วย เป็น ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน Medication reconciliation	554	181 (32.7)	373 (67.3)	0.32±0.47
38.2 มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง	554	237 (42.8)	317 (57.2)	0.42±0.49
38.3 มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ	553	235 (41.4)	318 (56.1)	0.42±0.49
38.4 โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน	554	257 (46.4)	297 (52.4)	0.46±0.49
38.5 โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการ ดำเนินงานที่ชัดเจน	553	227 (41.0)	326 (59.0)	0.41±0.49
38.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารให้การ สนับสนุน	554	315 (56.9)	239 (43.1)	0.56±0.49
38.7 มีการบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์ม หรือ คอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์	554	252 (45.5)	302 (54.5)	0.45±0.49

หมายเหตุ จำนวนโรงพยาบาลไม่เป็น 567 เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่ไม่แสดงความคิดเห็น

จากตาราง 3.12 เพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานโดยภาพรวมได้แก่ การมีเภสัชกรคลินิกที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา การมีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง การมีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ การที่โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา การที่โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน การบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์มหรือคอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์ ประเด็นเหล่านี้ยังเป็นจุดอ่อนสำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ส่วนประเด็นที่โรงพยาบาลเห็นว่าเป็นจุดแข็งในการดำเนินงานคือการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารให้การสนับสนุน

ตารางที่ 3.13 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

38. ระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน	จำนวน (โรงพยาบาล)	จุดแข็ง	จุดอ่อน	คะแนนเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	
38.8 ความรู้เรื่องยา และทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีน้อย	563	173 (31.2)	382 (68.8)	0.31±0.46
38.9 แนวทางการดำเนินงานกระบวนการ Medication reconciliation ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน	563	52 (9.4)	502 (90.6)	0.09±0.29
38.10 อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ	563	59 (10.6)	496 (89.2)	0.11±0.37

หมายเหตุ จำนวนโรงพยาบาลไม่เป็น 567 เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่ไม่แสดงความคิดเห็น

จากตาราง 3.13 เพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยภาพรวมพบว่า ความรู้เรื่องยาและทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีน้อย แนวทางการดำเนินงานกระบวนการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ ทั้ง 3 ประเด็นเป็นจุดอ่อนของหน่วยงานที่มีผลต่อการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.14 แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน

39. ระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลในการดำเนินงาน Medication reconciliation	จำนวน (โรงพยาบาล)	โอกาส	ข้อจำกัด	คะแนน เฉลี่ย±ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	
39.1 การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่อง Medication reconciliation จากองค์กรภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	564	459 (82.9)	95 (17.1)	0.82±0.37
39.2 มีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ	563	403 (72.9)	149 (26.9)	0.73±0.46
39.3 ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่ดำเนินงานแล้ว	563	365 (66.0)	188 (34.0)	0.67±0.59
39.4 การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรภายนอกอื่น ๆ	563	292 (52.8)	261 (47.2)	0.52±0.50
39.5 ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ	563	390 (70.5)	163 (29.5)	0.70±0.45
39.6 ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ชัดเจน	563	367 (66.4)	186 (33.6)	0.66±0.47
39.7 การให้ความรู้ในชุมชน Health education มีความสำคัญ เพราะช่วยให้การทำงาน Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น	563	347 (62.9)	205 (37.1)	0.62±0.48

หมายเหตุ จำนวนโรงพยาบาลไม่เป็น 567 เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่ไม่แสดงความคิดเห็น

จากตาราง 3.14 เพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานโดยภาพรวมพบว่า การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่องความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาจากองค์กรภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ การมีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ในประเทศ หรือต่างประเทศ) เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ การได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่ดำเนินงานแล้ว การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรภายนอกอื่น ๆ ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ชัดเจน และการให้ความรู้ในชุมชน Health education มีความสำคัญ เพราะช่วยให้การทำงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น ประเด็นเหล่านี้ แต่ละโรงพยาบาลเห็นว่าเป็นโอกาสในการดำเนินงาน

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1: แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์โดยใช้กระบวนการทางคุณภาพ

	ID1	ID2	ID3	ID4	ID5	ID6	ID7
เพศ	หญิง	ชาย	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย
อายุ(ปี)	26	26	31	36	42	52	31
การศึกษา	ปริญญาตรีสาขา คลินิก	ปริญญาตรีสาขา คลินิก	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ปริญญาโทสาขา คลินิก	ปริญญาตรี
เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (นาที)	36.02	50.26	30.3	56.26	31.33	29.33	50.5

อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูลเท่ากับ 34.85±9.42 ปี
เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เท่ากับ 40.57±1.14 นาที

ส่วนที่ 2 ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์

สำหรับงานวิจัยในส่วนนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เภสัชกรเกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต โดยได้ประเด็นที่เกิดจากการสัมภาษณ์ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

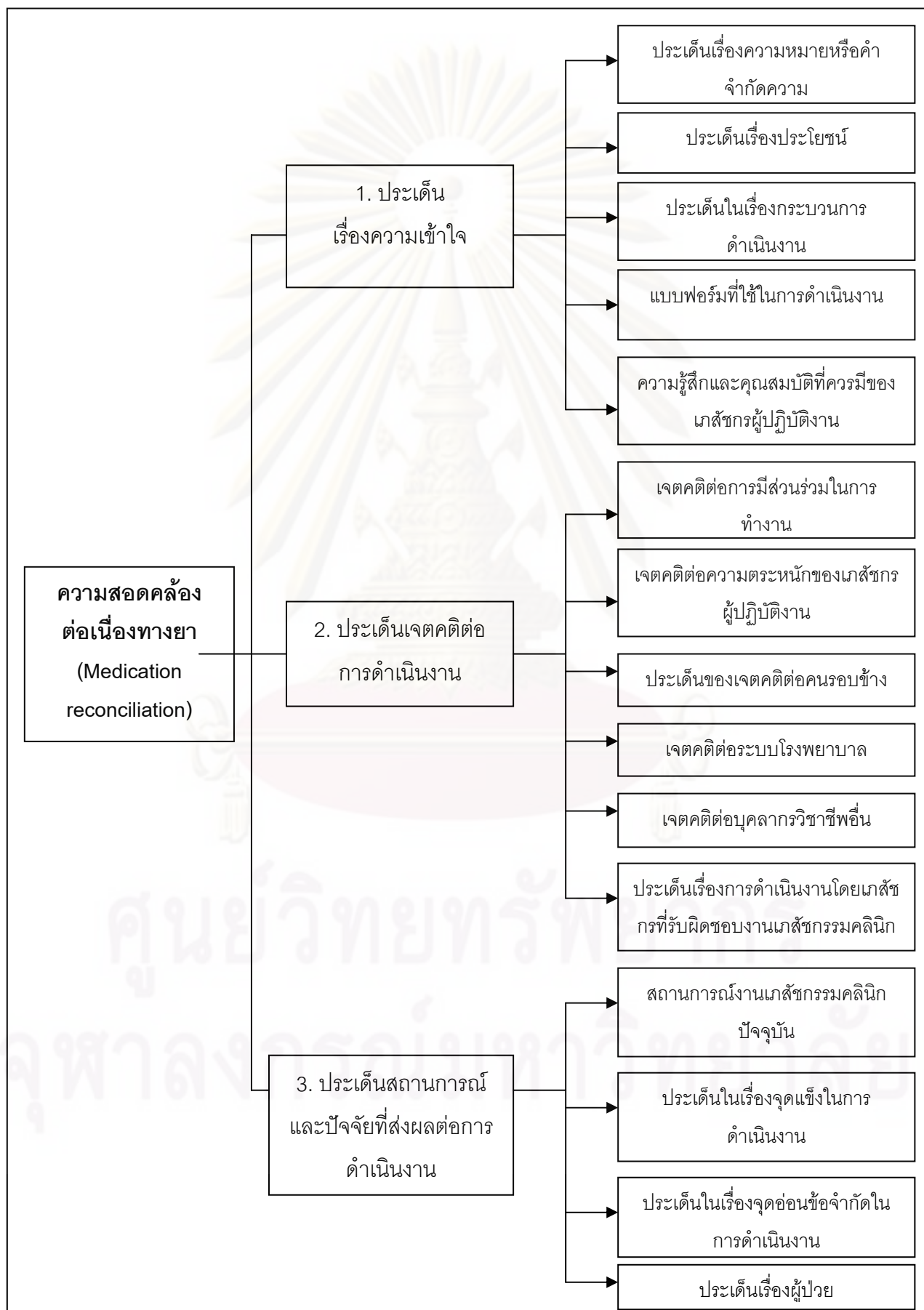
1. ประเด็นเรื่องความเข้าใจในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา
2. ประเด็นเรื่องเจตคติต่อการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา
3. ประเด็นเรื่องสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2: ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เภสัชกรโรงพยาบาลเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเรื่องทางยา

Themes	Sub-themes	Codes
1. ความเข้าใจ	1.1 ความหมายและคำจำกัดความ	- เป็นการทบทวนข้อมูลยาผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วย
	1.2 ประโยชน์	- ลดความคลาดเคลื่อนทางยา ลดการได้รับยาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยใช้ยาอย่าปลอดภัยมากขึ้น ช่วยหาปัญหาจากยา DRP
	1.3 กระบวนการดำเนินงาน	- ต้องเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งก่อนจึงจะทำได้ง่าย
	1.4 แบบฟอร์มที่ใช้	- พยายามทำแบบฟอร์มให้มันง่ายขึ้นเหมาะกับงานที่เราทำ
	1.5 ความรู้สึกและคุณสมบัติเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน	- มีใจรัก มั่นใจ มีความสุข สนุกกับการทำงาน
2. เจตคติ	2.1 เจตคติต่อการดำเนินงานโดยเภสัชกร	- การที่เราทำงานคลินิกได้ดูแลคนไข้จะมองในมุมมองที่เชื่อมต่อกัน ซึ่งเป็นมาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy
	2.2 เจตคติความตระหนักของเภสัชกร	- เภสัชกรควรมีความรับผิดชอบ มีระเบียบวินัยในตนเอง
	2.3 เจตคติต่อคนรอบข้าง	- โรงพยาบาลที่ทำได้แล้วช่วยแนะนำทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น
	2.4 เจตคติต่อระบบโรงพยาบาล	- ต้องรู้จักการทำงานร่วมกันเป็นทีม
	2.5 เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการทำงาน	- บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ อาจยังไม่รู้ประโยชน์ อาจไม่รู้จักคำว่า Med reconcile อาจเพราะไม่เคยเข้าอบรม
	2.6 เจตคติต่อบุคลากรวิชาชีพอื่น	
3. สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน	3.1 สถานการณ์การดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิกปัจจุบัน	- เดียวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาลไม่ค่อยชัดเจน
	3.2 ประเด็นเรื่องของจุดแข็งในการดำเนินงาน	- .ความเป็นทีม เรื่องการบริหารบุคคล และเรื่องระบบสื่อสาร เป็นจุดแข็งในการดำเนินงาน
	3.3 ประเด็นเรื่องจุดอ่อนหรือข้อจำกัดในการดำเนินงาน	- ปัญหาเรื่องบุคลากรอัตรากำลังเป็นปัญหาที่สำคัญ
	3.4 ประเด็นเรื่องของผู้ป่วย	- 80 % ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ, ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยก็ไม่มีประโยชน์

แผนภูมิ 1: ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เภสัชกรเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกร



1. ประเด็นเรื่องความเข้าใจ

1.1 ประเด็นเรื่องความหมาย หรือคำจำกัดความ

จากการสัมภาษณ์เภสัชกรเกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา เกี่ยวกับความเข้าใจและเจตคติของเภสัชกรโดย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต เภสัชกรจากโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานแล้ว อยู่ระหว่างดำเนินงาน กำลังเริ่มดำเนินงาน และวางแผนที่จะเริ่มดำเนินงานแต่ยังไม่ได้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา เพื่อสอบถามถึงความเข้าใจของเภสัชกรพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านบอกว่า การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา ในปัจจุบันมีลักษณะใกล้เคียงกับกิจกรรมที่มีการปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่องนั้นคือการทบทวนความถูกต้องของรายการยาเดิมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีการทำมาก่อนแล้วซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านแสดงความคิดเห็นว่าการดำเนินงานดังกล่าวเป็นมาตรฐานหนึ่งของเภสัชกรอยู่แล้ว และเป็นส่วนหนึ่งของงานเภสัชกรรมคลินิกเพียงแต่ในอดีตอาจจะยังไม่เป็นระบบ ไม่มีแบบฟอร์ม ไม่มีรูปแบบชัดเจน ซึ่งการที่มีการสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาจะเป็นเหมือนเครื่องมือที่ทำให้งานตรงจุดนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

“Review OPD card แล้วหนูว่ามันเป็นการ Reconcile อย่างหนึ่งแต่ว่ามันเป็นการดูแบบที่ว่าไม่ได้เอาเม็ดยามาด้วย เช่น การทบทวนประวัติยาเก่าของคนไข้มันก็เป็นการ Reconcile อย่างหนึ่งคือหนูมี concept อย่างนี้มาตั้งนานแล้วก่อนที่จะมี Med Reconcile แต่การที่เราทำ Med reconcile มันหมายความว่าเราเอารายการยาเดิมของคนไข้มาดูด้วย ร่วมกับการเอา OPD card มาดูด้วยให้มันชัดขึ้นให้เป็นรูปธรรมขึ้น”

ID 1

“คือว่าครั้งแรกเรามีการทบทวนอยู่แล้ว ไม่ได้คิดถึง Med reconcile เลย แต่ว่าพอไปประชุมวิชาการ ได้คุยกับอาจารย์ที่เป็นเภสัชอยู่อเมริกาเขาบอกว่า ที่จริงมาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy คืออย่างง่ายที่สุดไม่ต้องทำอะไรเลยนะวันหนึ่งนะอย่างน้อยทำ Med reconcile ก็เป็นการช่วยคนไข้ได้ระดับนึงละ ก็เลยกลับมาปรับปรุงสิ่งที่ตัวเองทำอยู่ให้เต็มรูปแบบมากขึ้น”

ID 2

1.2 ประเด็นเรื่องประโยชน์

ประเด็นในเรื่องของประโยชน์ที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดถึงเป็นอันดับแรกคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยจะได้รับยาที่ถูกต้องไม่ซ้ำซ้อน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา ลดความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจมาถึงตัวผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นระบบที่พัฒนาดี ๆ อาจช่วยลดภาระในการทำงานของแพทย์ พยาบาล และอาจช่วยลดงบประมาณ ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลได้ด้วย ที่สำคัญถ้าเภสัชกรเป็นผู้ดำเนินงานด้วย อาจช่วยให้บทบาทของเภสัชกรชัดเจน และได้รับการยอมรับมากขึ้น

“เหมือนมันจะเป็นเครื่องมือที่ทำให้การทำงานของเรชัดเจนขึ้น ให้เห็นภาพของสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นที่ว่า พวกนี้มันแสดงถึงบทบาทวิชาชีพเราด้วยนะ มันทำให้งานเภสัชกรรมคลินิกชัดเจนขึ้นนะ”

ID 4

“งานค่อนข้าง load แต่เห็นว่า Medication reconciliation ช่วยคนไข้ได้ช่วยลด error ได้ เราเลยคัดเลือกมาว่าจะทำจุดไหน กลับมาดูข้อมูล ที่บันทึกได้ครั้งแรกๆ พบว่าจุด Admission มีความคลาดเคลื่อนทางยาค่อนข้างสูง จึงเลือกทำจุดที่พอทำได้ก่อน”

ID 6

“ฉะนั้นเนี่ยที่คงเห็นว่า ประโยชน์มันไม่ได้มีแค่ดูยาเดิม แต่มันมีผลต่อหลาย ๆ อย่าง คือมันมีการเชื่อมโยงไปถึงการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล ระหว่างแพทย์ร่วมกันกับคนอื่น ๆ ด้วย”

ID 2

1.3 ประเด็นในเรื่องกระบวนการดำเนินงาน

ประเด็นในเรื่องของการดำเนินงาน ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านเห็นว่า การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลเล็กจะสามารถทำได้ง่ายกว่า เนื่องจากความสะดวกในเรื่องของการประสานงาน เพราะก่อนเริ่มดำเนินงานอาจต้องพูดคุยสร้างความเข้าใจกันก่อนหลายรอบ เนื่องจากเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหลายสาขาวิชาชีพฉะนั้นก่อนเริ่มดำเนินงานจริงผู้ปฏิบัติต้องเข้าใจไปในแนวทางเดียวกันก่อน และหากเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ก็ต้องเริ่มทำเฉพาะ

จุดใดจุดหนึ่งก่อนอาจจะเป็นจุดที่พบปัญหาทางยามาก หรือเป็นจุดที่ได้รับความร่วมมือก่อน เพราะสิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงความสำเร็จในการดำเนินงาน

“เริ่มแรกสุดแล้วจริง ๆ คือ หมอนี่จะเป็นคนดูแลผู้ป่วยก่อนเพื่อนเลย ถูกปะ แล้วหลังจากนั้นพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมวิธีบริหารยาของเค้ว่าของเค้เป็นอย่างไร บอกรายละเอียดมาเสร็จเรียบร้อยอะไรอย่างนี้ แล้วก็เภสัชก็จะมาดูอีกที่ Iden อีกที่หนึ่งว่าที่คุณดูมามากมัย ตัวไหนที่คุณสามารถ Iden ได้เราก็จะเป็นคนดูเอง”

ID 7

“งานอย่างนี้ต้องเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งก่อนถ้าเป็น ward ก็เริ่ม round อยู่แล้วก็จะง่ายเพราะคนที่ทำงานคลินิกอยู่แล้ว หนูว่า มุมมองกับงานตรงนี้นั้นจะง่าย มันแค่เพิ่มหน้าที่แค่มาดูยาแค่นั้นเอง เพราะว่า concept เรามีอยู่แล้วไงว่า เราต้องดูประวัติยาคนไข้ก่อนมาอยู่แล้วเพราะเราต้องประเมิน DRP ทุก ๆ case ที่เราดู นี่มันเป็นแค่ 1 ใน DRP เองนะ”

ID 1

1.4 แบบฟอร์มที่ใช้ในการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์พบว่า แบบฟอร์มเป็นเรื่องยุ่งยากของหลายโรงพยาบาล และเป็นปัญหาที่จะต้องมารอให้ผู้รับผิดชอบร่วมกันมาเห็นชื่อให้ครบทุกคน แต่ก็มีหลายแห่งที่แบบฟอร์มได้ถูกพัฒนาจนเป็นเครื่องช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน ทั้งนี้ทั้งนั้น อาจจะต้องนำแนวทางของโรงพยาบาลที่แบบฟอร์มเป็นเครื่องช่วยอำนวยความสะดวกมาเป็นแนวทาง สำหรับโรงพยาบาลที่แบบฟอร์มยังเป็นปัญหาต่อไป สำหรับแบบฟอร์มใด ๆ ก็ตามก่อนใช้แบบฟอร์มทางผู้จัดทำต้องมีการแจ้งต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของแต่ละโรงพยาบาลก่อน ต้องมีการประเมินและทดลองใช้ ก่อนมีการเผยแพร่ให้มีการใช้ทั่วโรงพยาบาลกระบวนการเหล่านี้มีการดำเนินงานเหมือน ๆ กันทุกโรงพยาบาล

“พอลถามว่าเขาแบบฟอร์มมัย พี่เขาบอกว่าไม่เอา พอพูดเรื่องแบบฟอร์มเขาไม่ยอมได้ เพราะงานพยาบาลเนี่ยแบบฟอร์มเขาเยอะอยู่แล้วหมอก็คงต้องเห็นหลายที่ต้องดู ตั้งแต่มีแบบฟอร์ม HAD มีแบบฟอร์มพยาบาลก็บ่น เพราะที่นี้แบบฟอร์มเขาไม่ค่อยเห็นด้วย”

ID 4

“คือว่าแบบฟอร์มนี้มันมีพื้นฐานมาจากสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่แล้วพอดีมาคุยกันว่าทำยังไงถึงจะลดภาระงาน อย่างประชุมกับพยาบาลเนี่ยประชุมกันบ่อยเพราะว่าเมื่อก่อน MAR ของพยาบาลเนี่ยบางคนมียากิน ยาฉีด แยกกัน แล้วยังต้องมารวมกันอีก คือเรามีปัญหาอยู่แล้ว เขาก็มีกันถึง 3 ชุด ครบ ทั้งยากิน ยาฉีด แล้วก็ treatment ครบ คือ 3 แพ้มละ ซึ่งเป็นภาระงานมาก ๆ เราก็เอ๊ะ ทำไมต้องแยกกันล่ะ ยากิน ยาฉีด แล้วก็ treatment เอามารวมกัน พอเอามารวมกันนี่บ๊วยังไงจะลดอีกล่ะ เพราะพยาบาลแทนที่จะได้ไปให้ยาอยู่แล้วยังต้องมายุ่งวุ่นวายเรื่องการเขียนชื่อยาอีกล่ะ ซึ่งบางทีเราเขียนชื่อยาไม่ค่อยถูกซึ่งบางทียามันต่างกันที่ชื่อการคำอีก แต่ชื่อสามัญทางยามันอันเดียวกัน เราก็เลยคิดว่าเอานี้ให้เภสัชทำไมดีกว่าหรือเพราะเรารู้เรื่องยามากกว่า”

ID 2

1.5 ความรู้สึกและคุณสมบัติที่ควรมีของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นนี้เป็นเรื่องของความรู้สึกของคนที่ได้เข้ามาทำงานตรงจุดนี้ และคุณสมบัติที่จำเป็น คือ เภสัชกรที่เหมาะสมที่จะเข้ามาทำงานตรงนี้ได้ต้องมีใจรักมาก่อน ทุ่มเทให้กับการทำงาน มีความรู้ประกอบกับต้องมีความมั่นใจในตัวเองต้องรู้จักใช้คำพูดอย่าเป็นขวานผ่าซาก แรก ๆ อาจจะไม่ค่อยมั่นใจแต่ทำจนเป็นกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้มากขึ้นและมั่นใจมากขึ้นเอง อดทนมากขึ้นถึงแม้จะเหนื่อยก็ต้องทำ เพราะทำแล้วมีความสุข รู้สึกสนุกกับการทำงาน ทำงานกันจนรู้ใจ รู้ว่าอำนาจหน้าที่ของตนเองมีแค่ไหน ได้รับการยอมรับ และที่สำคัญได้บุญเพราะช่วยผู้ป่วยได้มาก ประเด็นเหล่านี้ถ่ายทอดมาจากความรู้สึกของเภสัชกรผู้ที่ได้เข้าไปปฏิบัติงานกับผู้ป่วย และได้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่แพทย์ พยาบาล ที่ร่วมดูแลผู้ป่วย

“ถ้าเป็นเภสัชกรคลินิกก็น่าจะดี แต่คนที่ทำได้จริง ๆ มันจะต้องเป็นยังไงล่ะ มันอาศัย Core value เยอะ นะครับเพราะว่างานพวกนี้ต้องเริ่มจากที่มีใจรักมาก่อน ถึงแม้ว่าจะจบคลินิกมาบางคนจบโทคลินิกมา ไม่ทำงานคลินิกเลยก็มีเยอะแยะ เพราะว่าไปเจออะไรที่มันไม่ถูกใจ”

ID 2

“เออเราก็รู้สึก Happy กับการทำงานตรงนี้นะ ถึงแม้ว่าบางทีบางครั้งมันก็จะเบื่อ ๆ บ้าง แต่ว่ามันเป็นอะไรที่ไม่ยากเกินไป เกินกว่าที่เภสัชฯจะทำได้นะ ดีกว่าบางครั้งจ่ายยาอย่างเดียวไร้สาระ แต่อันนี้มันไม่ได้ไร้สาระเกินไปนะ คือมันก็ได้พูดได้อธิบาย และมันได้ใช้ความรู้ได้ประมวลความคิด ได้แบบทำ DRP ได้หาปัญหา ได้แก้ปัญหาก็ได้ อะไรอย่างนี้ ได้ประโยชน์ทั้งเราแล้วและก็คนไข้”

ID 3

2 ประเด็นเรื่องเจตคติต่อการดำเนินงาน

2.1 ประเด็นเรื่องการทำงานโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมคลินิก

ประเด็นเรื่องการทำงานโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมคลินิกนั้น ผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนให้การสนับสนุนประเด็นนี้ เนื่องจากการที่โรงพยาบาลมีเภสัชกรที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยในอยู่แล้ว เข้าไปบันทึก Drug profile อยู่แล้วฉะนั้นการที่นำ Med reconcile มาปรับใช้ในการทำงานจะค่อนข้างทำได้ง่ายเพราะสอดคล้องกับงานที่ทำประจำ และผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนเห็นว่างานที่ทำเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของรายการยา และสร้างความปลอดภัยในการใช้ยา เป็นมาตรฐานหนึ่งของการทำงานเภสัชกรรมคลินิกบนหอผู้ป่วยอยู่แล้ว และมุมมองของเภสัชกรที่ทำงานตรงจุดนี้ คือ การดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์จะมองในมุมมองที่ค่อนข้างเชื่อมต่อ ยึดหยุ่น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฉะนั้นการที่เภสัชกรที่ทำงานบนหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบหลักงานตรงนี้ อาจทำให้งานดำเนินไปได้ง่ายขึ้น ประกอบเภสัชกรเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องยามาก ความสมบูรณ์ในการบันทึกรายการยาอาจมีมาก นอกจากนี้การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา อาจจะเป็นส่วนผลักดันให้งานเภสัชกรรมคลินิกบนหอผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น และมีผลงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นด้วย

“เพราะเราทำงานคลินิกเนี่ยจะทำให้คนไข้ได้รับประโยชน์มากเลยคือมุมมองของคนไข้ดูแลคนไข้ได้ มันจะมองในมุมมองที่เชื่อมต่อกันแต่ถ้าใครที่ทำ Med Reconcile อย่างเดียวโดยที่ไม่ได้ Round ward เลยอาจจะมองในมุมมองที่เป๊ะ ๆ มาก เช่นหมายความว่า ถ้ายามันหายไปซัก 1 รายการอาจมีปัญหา แต่จริง ๆ แล้วอาจไม่ใช่ปัญหาเลย”

ID 1

2.2 ประเด็นของเจตคติต่อคนรอบข้าง

ประเด็นคนรอบข้างในที่นี้ หมายถึง โรงพยาบาลข้างเคียง อาจเป็นโรงพยาบาลคู่แข่ง หรือโรงพยาบาลที่กำลังพัฒนาอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน หรือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นเหล่านี้ เป็นปัจจัยแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะวิเคราะห์แยกกับปัจจัยภายในของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลข้างเคียงมีส่วนช่วยผลักดันสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านวิชาการในการดำเนินงาน ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนโรงพยาบาลข้างเคียงที่อยู่ในระดับเดียวกับถ้าเป็นเครือเดียวกันก็จะเป็นผู้คอยช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านวิชาการซึ่งกันและกัน แต่สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่นอกเครือข่ายก็อาจจะเป็นเหมือนโรงพยาบาลคู่แข่งที่คอยกระตุ้นผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลได้ก้าวสู่โรงพยาบาลคุณภาพในระดับใกล้เคียงกัน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีบทบาทในการสนับสนุนผลักดันให้โรงพยาบาลดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่การบังคับให้ดำเนินงาน แต่โรงพยาบาลก็ควรปฏิบัติตามเพื่อให้คุณภาพ และมาตรฐานการรักษาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

“มีส่วนช่วยอย่างยิ่ง อย่างรพ. ไหนที่เขาทำ HA เราขอความช่วยเหลือนิดนึงว่าเขาทำยังไง อย่างน้องที่.....เขามีประสบการณ์ ช่วยแนะนำก็มีส่วนช่วยให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น เหมือนกับที่เราไปอ่านหนังสือของ Med reconcile จริง ๆ แล้วอาจเข้าจะใจยากอยู่พอได้ไปดูงานโรงพยาบาลที่เขาทำแล้วอาจจะง่าย เข้าใจง่ายขึ้น”

ID 4

“อย่าง HA อย่างกระทรวงฯ ก็ไม่ใช่ว่าเชิงบังคับแต่ว่าต้องทำเรื่องนี้แต่ HA เนี่ยจะมาเป็นตัวกระตุ้นเรามากกว่าว่าให้เราทำเรื่องนี้ต่อไปเพราะว่า เขาบรรจุไว้เป็น Patient Safety Goal 2008 แล้ว แต่ก็ไม่ได้บังคับนะ แล้วแต่เรา”

ID 4

“กระทรวงฯ มีผลมาก เพราะถ้าเขาไม่บังคับทำ HA ก็คงไม่มีใครทำ และถ้าสมมุติกระทรวงไม่ได้กำหนดรูปแบบหลักสูตรขึ้นมาก็คงไม่มีใครเข้าใจ พี่เลยบอกหัวหน้า Ward ว่าเราอยากเพิ่มศักยภาพตรงนี้โดยการไปฝึกอบรม เราจะได้เห็นอะไรเยอะขึ้นเพราะ ตอนนี่ที่เราทำกันคือแบบเอามัน เอาใจทำมากกว่า”

ID 7

2.3 เจตคติต่อความตระหนักของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นนี้เป็นการสอบถามถึงความตระหนักของผู้ปฏิบัติ ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลไปในทางเดียวกันว่าคนเก่งอย่างเดียวทำงานตรงจุดนี้ได้ยาก นอกจากเก่งแล้วต้องรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่นด้วย งานถึงจะดำเนินไปได้ดี นอกจากนี้เภสัชกรที่รับผิดชอบงานตรงนี้ ต้องมีความรับผิดชอบ มีระเบียบวินัยในตนเอง และที่สำคัญต้องมีความเสียสละ เพราะภาระส่วนหนึ่งจะมาจากที่เภสัช ซึ่งเภสัชกรที่ทำงานตรงนี้จะค่อนข้างหนัก ต้องเตรียมในยอมรับการถูกปฏิเสธ พอทำนานไปจะเริ่มปรับตัวได้มากขึ้น

“อันที่ 2 คือคุณพร้อมจะทำงานร่วมกับคนอื่นมั๊ย เพราะว่าเรื่องของระบบยาไม่มีทางสำเร็จได้ด้วยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง คุณจัดยาเสร็จคุณก็ต้องส่งขึ้นมาให้พยาบาลเขาบริหารยา คุณได้ให้คำตอบ หรืออธิบายคุณพยาบาลเพียงพอมั๊ยว่า กินยาไปแล้วต้องระวังอะไร”

ID 5

“ถ้าเป็นเภสัชกรที่ทำงานคลินิกจริง ๆ แล้วเป็นคนไม่ค่อยมีระเบียบวินัยในตัวเอง เนี่ยมันจะมีช่วงที่เรียกว่า Drop out มีความรู้สึกว่าจะขึ้นไปดูเมื่อไหร่ก็ได้ แต่ไฉนเนี่ย มันบังคับ บังคับว่าถ้าคุณไม่ Review ประวัติบีบ ไม่งั้นคุณจะมา Round ได้ไง หมอถามว่ามียาอยู่เท่าไร ยาที่กลับมาจะมีอะไรบ้าง Dose ที่คนไข้กินเท่าไร อะไรอย่างเนี่ย นะครับ มันเป็นการบังคับตัวเองว่ายังไงก็ต้องดู”

ID 2

2.4 เจตคติต่อระบบโรงพยาบาล

ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านให้ข้อมูลว่าตนเองค่อนข้างโชคดีที่ผู้บริหารสนับสนุน ถึงได้เข้ามาทำงานตรงจุดนี้เพราะ ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาเรื่องอัตรากำลัง แต่ผู้บริหารก็เล็งเห็นความสำคัญทำให้ งานหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น และดำเนินไปได้ดี ฉะนั้นจะเห็นว่าผู้บริหารค่อนข้างมีความสำคัญในการ กำหนดนโยบายโรงพยาบาล และจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม ฉะนั้นอาจพอสรุปได้ว่าหลาย ๆ โรงพยาบาลที่การดำเนินงานทำได้ยากส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจาก การสนับสนุนของผู้บริหาร โรงพยาบาล และนโยบายโรงพยาบาลร่วมด้วย ดังนั้นถ้าอยากให้เกิดงานเหล่านี้ ควรโน้มน้าวให้ ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงานนี้ในโรงพยาบาลก่อน

“มันก็มีหลาย ๆ อย่างเช่นเขาก็จัดสรรให้เราทำงานได้ในตรงนี้ได้เต็มที่ จริงอัตรากำลังมันตั้งละ ณะ แต่เขาก็ให้ใจ คือตรงเราก็แยกออกมา ใช้เวลากับคนไข้ได้เลย”

ID3

“เพราะถ้าโรงพยาบาลไม่ยอมรับเรื่องของ Med Safety ตรงนี้ พี่ก็คงไม่ได้ขึ้นมาทำงานตรงนี้ หรอก คือบางที่นั่งจ่ายยาอยู่ข้างล่างพอขึ้นมาข้างบนเขาใช้กฎระเบียบที่เราไม่รู้”

ID5

2.5 เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการทำงาน

นอกจากการรู้จักการทำงานเป็นทีมแล้วแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นผู้ร่วมงานมีส่วนถึงผลสำเร็จ ในการทำงานด้วย ต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่าเก่งแต่ไม่มีใครยอมรับยอมรับไม่สามารถทำงานให้สำเร็จ ได้ แต่หลายโรงพยาบาลที่ได้ไปสัมภาษณ์พบว่า ทีมแพทย์และพยาบาลให้การยอมรับเภสัชกรที่ ทำงานตรงจุดนี้มาก โดยแพทย์อยากให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพราะ แพทย์รู้สึกว่าตนเองปลอดภัย และมั่นใจในการรักษามากขึ้น ส่วนพยาบาลรู้สึกว่าเภสัชกรได้มาเป็น ส่วนช่วยเติมเต็มงานของเขาให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ส่วนเภสัชกรที่ทำงานตรงจุดนี้นอกจากจะได้รับการยอมรับแล้ว ยังได้รับความร่วมมือในการทำงานอย่างดีส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยตามมา

“ถามว่าเมื่อก่อนเราไปเดิน Round กับแพทย์เราแทบไม่ได้ถูกให้ความสำคัญเลย เราแค่ไปเดิน ตามเขา แต่อันนี้คือถ้าเราพัฒนาดี ๆ นะครับพี่ Med reconcile มันจะทำให้เรารู้ข้อมูลคนไข้ รู้ลึก รู้ว่า ทำดี ๆ เนี่ยเราจะรู้สึกมั่นใจขึ้นเยอะว่าคนไข้คนนี้เป็นอะไร มีปัญหาจากยาอย่างไร หมอก็จะฟัง จากเราปั๊บ ไม่ต้องติดตามจาก Chart ไม่ต้องอ่านเอง จากเดิมเนี่ยหมอมองมาพึ่งพลิกดูรายการยา

เก่า ๆ ว่าเกิดปัญหาอะไรยังไง แต่เนี่ยจะมีเราคอยเตือน หมอก็จะรู้สึกคุ้นใจ หมอบางคนจะคิดว่ามีแล้วดี คืออย่างน้อยมันจะมีคนเก็บรายละเอียดให้ไม่ต้องกลัวว่าจะพลาด”

ID 2

“ใช้อย่างมากมายพยาบาลต้องยอมรับเราก่อน ที่นี้พี่ไซค์ดีมากเลย คือพยาบาลยอมรับเรา คือเขาจะเห็นว่าเราสามารถเข้าไปช่วยเติมเต็มทีมงานของเขาได้”

ID 5

2.4 เจตคติต่อบุคลากรวิชาชีพอื่น

เจตคติของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานกับบุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกรยังมีความเชื่อว่าหมอหรือพยาบาลอาจจะยังไม่เข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล เนื่องจากยังไม่มีการอบรมหรือให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวดังนั้นในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการดำเนินงานอาจจะต้องมีการประชุม หรือแจ้งให้แพทย์และพยาบาลได้ทำความเข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาก่อนเริ่มดำเนินงาน

“หมอเหวอ พี่ว่าเขาอาจจะยังไม่รู้จักคำว่า Med reconcile เนอะ หมายถึงว่าตอนนี้อย่างรุ่นพี่เนี่ย Med reconcile ก็ไม่ได้มีการอบรมกันมาก่อน และก็ยังไม่เคยอบรมให้คุณหมอรับรู้ และคุณหมอก็ยังไม่เคยไปอบรมเรื่องนี้ คือไม่แน่ใจว่าในโรงเรียนแพทย์มีการสอนเรื่องนี้หรือเปล่าด้วย เมื่อไม่กี่ปีมานี้เรื่องนี้เป็น Patient Safety Goal ตั้งแต่ปี 2008 หมอบางคนที่เขาสนใจเรื่อง HA เขาอาจจะพอทราบ และอาจสนใจเรื่องนี้มาก่อนหน้านี้ก็ได้ เพราะฉะนั้นคิดว่าหมออาจจะไม่ทราบประเด็นนี้นะ”

ID 4

3. ประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน

3.1 สถานการณ์งานเภสัชกรรมคลินิกปัจจุบัน

เดี๋ยวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาลไม่ค่อยชัดเจนนัก ที่รู้จักกันค่อนข้างมากก็จะเป็นส่วนของงานให้คำปรึกษา ซึ่งงานเภสัชกรรมคลินิกในเรื่องของการติดตามการให้ยาบนหอผู้ป่วยก็มีน้อยลง อาจเกิดจากหลายเหตุผลแต่ผู้สัมภาษณ์ไม่ได้สัมภาษณ์เพื่อนำเสนอในประเด็นนี้

“แต่ขนาดนี้งานคลินิกบน Ward ยังยุบไปเยอะนะ ทั้ง ๆ ที่มันมีความสำคัญนะ”

ID 4

“เดี๋ยวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาลมันชัดเจนขึ้นรีไปล่า ความชัดเจนหรือ ถ้าจะมองเห็นน่าจะเป็นงานให้คำปรึกษามากกว่า Counseling บางคนอาจรู้ว่าเป็นงานคลินิกบาง คนอาจไม่รู้”

ID 4

3.2 ประเด็นเรื่องผู้ป่วย

ประเด็นเรื่องของผู้ป่วย เป็นเรื่องที่สำคัญมากหากแต่ถูกมองข้าม แต่สำหรับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป้าหมายสำคัญคือต้องการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน เพราะฉะนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือเขาต้องทราบประโยชน์ และทราบความจำเป็นในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่ต้องนำกลับบ้านด้วย ดังนั้นการให้ความรู้ในชุมชนมีความสำคัญ เพราะช่วยให้การทำงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายขึ้น

“ส่วนใหญ่นะเราว่า 80 % คนใช้ให้ความร่วมมือแต่ก็จะมีบ้างนะบางคน ที่คนใช้ไม่ยอมมารับเองฝากคนอื่นมารับยา เราก็ไม่รู้ทำไงเนาะก็แล้วแต่เขา”

ID 3

“สิ่งแรกที่จะทำก็คือการสัมภาษณ์คนไข้เรื่องการทำงาน คนไข้ที่เอายามาด้วยก็จะสัมภาษณ์คนไข้บวกไปกับ OPD card สัมภาษณ์คนไข้ไปกับฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ สัมภาษณ์บวกไปกับการได้คุย เพราะ Reconcile คืออย่างน้อยคือ 2 จุดตรวจสอบกัน โดยยึดจุดของคนไข้เป็นจุดเด่น ถ้าคนไข้ปฏิเสธ แปลว่า ปฏิเสธ แปลว่าทั้งหมดทั้งหมดนั้นไม่ถูกต้อง”

ID 5

“คนไข้เค้า happy นะ และที่สำคัญคนไข้มีความรู้เยอะขึ้น เมื่อก่อนคนไข้ไม่ค่อยรู้ไง กินไปทำไมเหอหยา เดี่ยวนี้เลยใส่ใจ ไม่มีปัญหา เค้าจะพกยา เค้าจะรู้หน้าที่ เค้ามาถึงเค้าจะเตรียมสมุดมาด้วย เตรียมยาเค้าไว้ เอาให้เราดู”

ID 3

3.3 ประเด็นในเรื่องจุดแข็ง ในการดำเนินงาน

หลายโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลเอกชน มีการอำนวยความสะดวกในการทำงานหลาย ๆ ด้านทำให้การทำงานดำเนินงานไปได้ง่าย สำหรับโรงพยาบาลภาครัฐบาล แม้ว่าจะไม่ได้รับความสะดวกสบายทางด้านเทคโนโลยี หรือด้านอื่น ๆ เท่าที่ควร แต่ กำลังใจของเพื่อนร่วมงาน การร่วมแรงร่วมใจของหลายสาขาวิชาชีพ ความเป็นทีม หรือแม่แต่ระบบของหลาย ๆ โรงพยาบาลก็ส่งผลถึงผลสำเร็จในการทำงานได้เช่นเดียวกัน

“ก็ facility ใจเธอ ใช่มั้ยเห็นมั๊ยว่ามันอำนวยความสะดวกทุกอย่าง เรื่องผลตอบแทน เรื่องของสวัสดิการ เรื่องของโบนัส คือแน่นอนคุณก็ได้ผลตอบแทน Salary เท่าไหร่เขาต้องคาดหวังผลตอบแทนจากคุณสูงเท่านั้น มันก็ต้องมีเหมือนกัน”

ID 7

3.4 ประเด็นเรื่องจุดอ่อนหรือข้อจำกัดในการดำเนินงาน

อัตรากำลังเป็นข้อจำกัดอย่างมากในแทบทุกโรงพยาบาลที่มีแผนการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างทั้ง นโยบายของโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการจัดสรรบุคลากรของโรงพยาบาลด้วย

“จริงๆ Med reconcile เป็นเรื่องดีนะ พี่ว่ามันน่าจะเป็นเรื่องที่ทำให้ทำแรก ๆ น่าจะดี แต่บางทีบางคนก็ไม่ได้มองเรื่องความสำคัญของยา แต่ถ้าเกิดมีคน Present เรื่องนี้เยอะขึ้นเข้าไปที่ HA forum อาจารย์พอมองเห็นงานตรงนี้มากขึ้น พี่ว่ามันน่าจะเป็นส่วนสะท้อนสภา สะท้อนกระทรวงฯ ให้ขอคนเพิ่มเพื่อรองรับงานตรงนี้ได้ว่า เออมีเภสัชกรเข้ามาช่วยงานตรงนี้ได้ แต่ขนาดนี้งานคลินิกบน Ward ยังยุบไปเยอะ ทั้ง ๆ ที่มันมีความสำคัญนะ”

ID 4

“ซึ่งปัญหาของที่นี่คือ เรามีปัญหาในเรื่องของบุคลากร งานบริการผู้ป่วยในเรามี 600 เติง มีเภสัชกรรับผิดชอบ 4 คน ผู้ป่วยนอก 2,500 รายต่อวันมีเภสัช 16 คน ทำเคมีบำบัด ติดตาม ADR ติดตาม Case งานค่อนข้าง load แต่เห็นว่า Medication reconciliation ช่วยคนใช้ได้ช่วยลด error ได้เราเลยคัดเลือกมาว่าจะทำจุดไหน”

ID 6

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การอภิปราย และสรุปผลการวิจัย

จากงานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล เป็นการวิจัยควบคู่กันระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยการวิจัยเชิงปริมาณเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเข้าใจ และเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา การวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล และสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต เป็นวิธีการหลักในการศึกษา เจตคติ ความคิดเห็นเชิงลึกของเภสัชกรเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลเพื่อนำผลมาอภิปรายร่วมกับงานวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณโดยการสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 1,376 โรงพยาบาล มีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม 567 โรงพยาบาล คิดเป็น อัตราการตอบกลับร้อยละ 42.12 โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม สำหรับส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการสำรวจ ความเข้าใจ ความคิดเห็น และสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล โดยมีการแบ่งประเด็นในการสำรวจเป็น 4 ประเด็น ประเด็นที่ 1 เป็นเรื่องของความเข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา 10 ข้อ ประเด็นที่ 2 เป็นเรื่องของการวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล 10 ข้อ ประเด็นที่ 3 เป็นเรื่องของการวัดเจตคติต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจำนวน 5 ข้อ และประเด็นสุดท้ายเป็นเรื่องของ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลจำนวน 2 ข้อ

สำหรับประเด็นที่ 1 เรื่องความเข้าใจพบว่าเภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอยู่ในระดับค่อนข้างดีมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจอยู่ที่ร้อยละ 75.75 ± 2.04 และรู้จักคำว่า "Medication reconciliation" ถึงร้อยละ 86.1

สำหรับประเด็นที่ 2 ในเรื่องของการวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาพบว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา อยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ

51.30±2.5 พบว่า หลังการดำเนินงานความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงร้อยละ 40.62±2.31 จำนวน 296 โรงพยาบาล หลังการดำเนินงานพบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.12±2.2 จำนวน 91 โรงพยาบาล และหลังการดำเนินงานแล้วความคลาดเคลื่อนทางยายังไม่เปลี่ยนแปลง พบ 111 โรงพยาบาล และอีก 69 โรงพยาบาล

ยังไม่ได้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา สำหรับเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงพบว่า หลังการดำเนินงานพบเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียยาลดลงร้อยละ 40.25±2.29 จำนวน 370 โรงพยาบาล หลังการดำเนินงานพบเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิดความสูญเสียเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.27±1.8 จำนวน 37 โรงพยาบาล พบเหตุการณ์สุ่มเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง 91 โรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมอื่น ๆ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมการประเมินการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 96.1 มีนโยบายเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาถึงร้อยละ 77.7 มีนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาถึงร้อยละ 57.3 มีเภสัชกรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานถึงร้อยละ 57.89 แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลเห็นความสำคัญ และมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยามากกว่าร้อยละ 50 แต่ในเรื่องของผลการดำเนินงานอาจยังไม่ค่อยชัดเจนนัก ซึ่งการดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จ ควรมีปัจจัยสนับสนุนทั้งทางด้านของนโยบายโรงพยาบาล และบุคลากรผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เช่น เภสัชกร แพทย์ และพยาบาล เป็นต้น

สำหรับประเด็นเรื่องเจตคติต่อการดำเนินงาน เนื่องจากผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล ถ้ามีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานจะทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานค่อนข้างสูง^{29,30} ดังนั้นในส่วนนี้ผู้วิจัยจึงออกแบบแบบสอบถามขึ้นมาเพื่อสอบถามเภสัชกรโรงพยาบาลโดยเฉพาะเกี่ยวกับเจตคติต่อความตั้งใจในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาลพบว่า เภสัชกรนั้นมีความเห็นด้วยอยู่ในระดับที่เห็นด้วยมาก สำหรับความคาดหวัง ความต้องการ และความตั้งใจที่จะดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาในโรงพยาบาล สำหรับในเรื่องของประโยชน์พบว่า เภสัชกรเห็นอยู่ในระดับที่เห็นด้วยมากกว่า การสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาจะทำให้เกิดประโยชน์ในการทำงานมากเพราะช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาจากยาได้ง่ายก็จะส่งผลถึงการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังทำให้เภสัชกรทำงานด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้นสำหรับในเรื่องของการปฏิบัติงานจริง เภสัชกรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระในการทำงาน แต่ก็อาจส่งผลให้การทำงานเภสัชกรรมคลินิกบนหอผู้ป่วยชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ยังอาจทำให้เภสัชกรได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นมากขึ้น ทั้งนี้ทั้งนั้นต้อง

อาศัยความร่วมมือของวิชาชีพอื่นร่วมด้วยจึงจะทำให้ผลงานออกมามีประสิทธิภาพ สำหรับสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลรอบข้าง และกระทรวงสาธารณสุขมีผลต่อการดำเนินงานอย่างยิ่ง เพราะเป็นส่วนกระตุ้นที่สำคัญให้การดำเนินงานก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น และมีความชัดเจนมากขึ้น เกสซ์กรส่วนใหญ่เห็นด้วยมากในการเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน และคิดว่าไม่ได้เป็นงานที่ยากเกินไปสำหรับเกสซ์กร เกสซ์กรร้อยละ 41.3 เห็นว่าหน้าที่นั้นควรเป็นหน้าที่ของเกสซ์กร แสดงให้เห็นว่า เกสซ์กรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีศักยภาพ และเห็นความสำคัญในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลแต่อาจมีปัญหาและอุปสรรคในหลาย ๆ ด้านในประเด็นต่อไป

สำหรับประเด็นสุดท้ายในเรื่องของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดผลสำเร็จหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน เกสซ์กรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยว่า ปัจจัยต่อไปนี้ทำให้เกิดผลสำเร็จมีการ

ดำเนินงาน แต่ปัจจัยทั้งหมดเป็นจุดอ่อนของหน่วยงานส่วนใหญ่ เช่น ปัจจัยดังต่อไปนี้ การที่มีเกสซ์กรประจำอยู่บนหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน การที่มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง การมีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ การที่โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน การที่โรงพยาบาลกำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารให้การสนับสนุน ความสมบูรณ์ของการบันทึกรายการยา ทักษะความรู้เรื่องยาและทักษะในการสื่อสารของผู้ป่วย การมีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนและอัตรากำลังที่เพียงพอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าถ้าสามารถแก้ปัญหาปัจจัยเหล่านี้ได้ อาจส่งผลถึงความสำเร็จในการดำเนินงานได้

สำหรับประเด็นเรื่องของปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานเกสซ์กรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่า ประเด็นเหล่านี้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโอกาสในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น เช่น การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่อง ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจากองค์กรภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ มีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ในประเทศหรือต่างประเทศ) เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่ดำเนินงานแล้ว การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรภายนอกอื่น ๆ ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ชัดเจน การให้ความรู้ในชุมชน Health education มีความสำคัญเพราะช่วยให้การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพบว่ามีประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความเข้าใจประกอบด้วยประเด็นย่อยๆ 5 ประเด็น

- 1.1 ประเด็นเรื่องความหมายหรือคำจำกัดความ
- 1.2 ประเด็นเรื่องประโยชน์
- 1.3 ประเด็นในเรื่องกระบวนการดำเนินงาน
- 1.4 แบบฟอร์มที่ใช้ในการดำเนินงาน
- 1.5 ประเด็นเรื่องความรู้สึกและคุณสมบัติที่ควรมีของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นที่ 2 เรื่องเจตคติประกอบด้วยประเด็นย่อย 6 ประเด็น

- 2.1 ประเด็นเรื่องเจตคติต่อการดำเนินงานโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมคลินิก
- 2.2 ประเด็นเรื่องเจตคติต่อความตระหนักของเภสัชกร
- 2.3 ประเด็นของเจตคติต่อคนรอบข้าง
- 2.4 ประเด็นเจตคติต่อระบบโรงพยาบาล
- 2.5 ประเด็นเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการทำงาน
- 2.6 ประเด็นเจตคติต่อบุคลากรวิชาชีพอื่น

ประเด็นที่ 3 สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน

- 3.1 สถานการณ์งานเภสัชกรรมคลินิกปัจจุบัน
- 3.2 ความร่วมมือของผู้ป่วย
- 3.3 จุดแข็งในการดำเนินงาน
- 3.4 จุดอ่อนข้อจำกัดในการดำเนินงาน

ซึ่งเมื่อได้ประเด็นที่ได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้นำประเด็นดังกล่าวมาเปรียบกับ

ผลการสำรวจระดับความเข้าใจ ความคิดเห็น ระดับเจตคติเภสัชกรโรงพยาบาล และสถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาพบว่า เป็นประเด็นที่ใกล้เคียงกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

มีงานวิจัยในต่างประเทศหลายงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาควบคู่กันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณจะใกล้เคียงกับผลสำรวจของ ISMP (Institute for safe medication practices) ซึ่งทำการสำรวจความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาพบว่าหน้าที่จุดแรกรับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาล เภสัชกรมีหน้าที่เปรียบเทียบรายการยากับรายการยาที่แพทย์สั่งจ่ายขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วย ส่วน

การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านแพทย์ควรเป็นผู้รับผิดชอบมากที่สุด ส่วนต่อมาเป็นประเด็นเรื่องการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความสำเร็จในการดำเนินงานและอุปสรรคในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาพบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นด้วยมากที่สุดว่า เป็นปัจจัยที่จะส่งผลสำเร็จต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา คือ การมีทีมงานในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง การมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีศูนย์กลางในการรวบรวมประวัติข้อมูลผู้ป่วย การมีความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติ การสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วย และการมีเภสัชกรเป็นผู้รวบรวมประวัติข้อมูลผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานมากที่สุดคือตัวผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล รองลงมาคือการขาดแคลนแพทย์เป็นผู้นำในทีมดำเนินงาน การขาดทีมงานที่เข้มแข็ง ภาระงานที่มาก ความยากในการได้ซึ่งแหล่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย อุปสรรค คือ การที่ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน และการขาดผู้นำในการดำเนินงาน ซึ่งมีประเด็นหลายประเด็นที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ เช่น ในส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การมีทีมงานในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง และประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานเช่นความรู้สึกว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นในการทำงานเป็นต้น⁽³⁵⁾

เนื่องจากเรื่องความสอดคล้องต่อเนื้องทางยายังเป็นเรื่องที่ยังมีการดำเนินงานไม่มากและงานวิจัยเชิงสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีน้อยส่วนใหญ่ที่มีการสำรวจจะเป็นการสำรวจความคิดเห็นเภสัชกรเกี่ยวกับงานบริหารเภสัชกรรมและการสำรวจความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับงานบริหารเภสัชกรรมซึ่งในงานวิจัยนี้ทำการสำรวจพฤติกรรมการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาของเภสัชกรโรงพยาบาลว่า สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior: TpB) ของไอเซนหรือไม่พบว่า จากการสำรวจความคิดเห็นของเภสัชกรเกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาว่า มีปัจจัยใดบ้างเป็นเครื่องกระตุ้นส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

พบว่า การที่เภสัชกรจะมีความเชื่อเกี่ยวกับผลการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาเภสัชกรควรมีความรู้ในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาด้วย เพราะความรู้เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ความรู้และความเข้าใจในระดับที่ค่อนข้างเข้าใจ จึงจะทำให้เห็นคุณค่าของการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา และทำให้เภสัชกรมีความเชื่อมั่นว่าการดำเนินงานดังกล่าวเป็นสิ่งดี และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยด้วย ส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงานส่งผลถึงความตั้งใจที่จะดำเนินงาน และก่อให้เกิดการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื้องทางยาได้

ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ประเมินได้จากความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกในที่นี้หมายถึงโรงพยาบาลข้างเคียงอื่น ๆ และกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลกระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ยัง

ไม่ได้ดำเนินงาน หรือกำลังดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่มีความมั่นใจมากขึ้น มองเห็นแนวทางในการดำเนินงาน มีความเชื่อมั่นว่าการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นสิ่งที่สามารถดำเนินงานได้ในโรงพยาบาล และมีแนวโน้มว่าเภสัชกรโรงพยาบาล เห็นด้วยกับการที่จะปฏิบัติตามโรงพยาบาลอื่นที่ดำเนินการก่อน โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับการตอบรับที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย รวมไปถึงแนวโน้มที่จะดำเนินการตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแบบแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง และนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลได้

ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมในที่นี้ประเมินจาก เจตคติของผู้ปฏิบัติ ในประเด็นการวัดความสามารถแห่งตนว่า เภสัชกรคิดเห็น หรือเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานนี้ได้ หากมีการมอบหมายงานให้เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งผลการวิจัยอยู่ในระดับคะแนนที่ค่อนข้างเห็นด้วย 4.05 ± 0.76 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้ามีการมอบหมายงานนี้ให้เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบ เภสัชกรมีความเชื่อมั่นว่า จะสามารถควบคุมและดำเนินงานได้ ไม่ได้คิดว่าเป็นสิ่งที่ยากเกินไปสำหรับเภสัชกร ซึ่งส่วนนี้เภสัชกรจะได้วิเคราะห์และประเมินความสามารถของตนเองว่า สามารถดำเนินงานได้ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่าง ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานทั้งด้านทั้งระบบ นโยบาย การยอมรับของบุคลากรวิชาชีพอื่น อัตรากำลัง หรือในเรื่องค่าตอบแทนเป็นต้น ส่วนของการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาลพบว่า เภสัชกรมีความเห็นว่าปัจจุบันโดยรวมมีการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอยู่ที่ร้อยละ 51.30 ± 2.5 โดยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินงาน และระดับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการที่โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาและระดับการดำเนินงานซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน

ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลและการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาพบว่า ระดับเจตคติต่อความตั้งใจในการดำเนินงานของเภสัชกร การตระหนักและเข้าใจในประโยชน์ของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา และการที่มีเภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยได้มีการเปรียบเทียบเพิ่มเติมเรื่องขนาดโรงพยาบาลและความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยการเปรียบเทียบภาพรวม และเปรียบเทียบขนาดโรงพยาบาลแต่ละ

ระดับพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าระดับโรงพยาบาลไม่มีผลต่อระดับความเข้าใจเมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลกับระดับความเข้าใจพบว่าสังกัดของโรงพยาบาลไม่มีผลต่อระดับความเข้าใจในความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของเภสัชกรเมื่อเปรียบเทียบเพศกับระดับความเข้าใจพบว่าเพศหญิงมีความเข้าใจมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาและระดับความเข้าใจพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบสังกัดโรงพยาบาลแต่ละสังกัดและเจตคติด้านต่าง ๆ ทั้งต่อประโยชน์ของการดำเนินงาน การดำเนินงาน การคล้อยตามกรอบข้างและการวัดความสามารถแห่งตนพบว่า แต่ละสังกัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงความตั้งใจในการดำเนินงานซึ่งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ส่วนราชการอิสระ องค์การอิสระและรัฐวิสาหกิจมีเจตคติด้านความตั้งใจในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามากกว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถสรุปให้เห็นในภาพรวมได้ว่าความคิดเห็นของเภสัชกรไม่ได้แตกต่างกันตามสังกัด เมื่อเปรียบเทียบเพิ่มเติมทั้งหมดมีเพียงความเข้าใจในเพศหญิงและชายเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยภาพรวมสถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ยังมีการดำเนินงานไม่มากซึ่งประเด็นที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในภาพรวมสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน คือเภสัชกรผู้ดำเนินงานควรมีความเข้าใจในเรื่องของความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเห็นประโยชน์ และเชื่อว่าหากดำเนินงานแล้วจะเกิดประโยชน์ส่งผลถึงการดำเนินงานจริงและมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

และสนับสนุนให้เห็นว่า การดำเนินงานสามารถประสบผลสำเร็จได้จริงทั้ง นโยบายโรงพยาบาลและการได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลข้างเคียงอื่น ๆ กระทรวงสาธารณสุข สุดท้ายความเชื่อในศักยภาพของตัวเองของผู้ปฏิบัติที่เชื่อในความสามารถและศักยภาพในการดำเนินงานด้วยตนเองและสามารถควบคุมให้การดำเนินงานดำเนินไปได้ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนหรือบรรลุผลตามเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ประเด็นที่เป็นจุดอ่อนหรือข้อด้อยในการดำเนินงานเช่นการที่ไม่มีเภสัชกรประจำอยู่บนหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน การไม่มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง การไม่มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ การที่โรงพยาบาลไม่มีนโยบายในการดำเนินงาน การที่โรงพยาบาลไม่กำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุน ความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกรายการยา การไม่มีทักษะความรู้เรื่องยา ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย และ

การที่โรงพยาบาลไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นประเด็นเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานต่อไปได้

สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพจากการศึกษาของ Boockvar (2009) ทำการศึกษาความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาควบคู่กันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยแพทย์และเภสัชกรและค้นหาปัจจัยที่เป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกให้กับระบบซึ่งจะทำให้การดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาดำเนินไปได้ง่ายขึ้นซึ่งผลงานวิจัยพบว่า แพทย์ใช้วิธีการบันทึกแบบสั้นๆ ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลประมาณ 1 นาทีหรือน้อยกว่านั้นและแพทย์เชื่อว่าความสอดคล้องต่อเนื่องทางยามีความสำคัญแต่ยังไม่เกิดประโยชน์มากต่อผู้ป่วยและผู้ป่วย ส่วนเภสัชกรใช้วิธีการบันทึกที่ละเอียด ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูล 5-15 นาที และเภสัชกรเชื่อว่าความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์ ส่วนประเด็นอุปสรรคที่เป็นเครื่องขวางกั้นต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่พบได้แก่ 1. ภาระในเรื่องของเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน 2. รูปแบบการบันทึกที่ยังไม่ชัดเจนและอุปสรรคในเรื่องของการนำกระบวนการเข้าสู่ระบบการทำงานประจำวัน⁽⁴⁷⁾ ซึ่งผลการวิจัยของ Boockvar สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ในส่วนของอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาส่วนประเด็นอื่น ๆ อาจต่างกันบ้างเนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะเภสัชกร แต่ Boockvar ทำการศึกษาในแพทย์ด้วยจึงทำให้มีมุมมองที่แตกต่างได้

Manias และ Aitken ศึกษาประเด็นที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในหอผู้ป่วย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยพยาบาลพบประเด็นที่สำคัญอยู่ 2 ประเด็น คือ ประเด็นเรื่องการติดตามการใช้ยาในหอผู้ป่วย และประเด็นเรื่องการให้ความรู้ผู้ป่วย⁽⁴⁸⁾ ซึ่งมีประเด็นที่ใกล้เคียงสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ใน

ส่วนของการให้ความรู้ผู้ป่วย แต่ในงานวิจัยนี้ส่วนของการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นประเด็นย่อยในส่วนของการดำเนินการที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน

สำหรับเป้าหมายการดำเนินงานปี 2010 ล่าสุดจาก JACHO มีการสรุปจากผู้เยี่ยมสำรวจถึง National Patient Safety Goal 8 พบว่าเป้าหมายการทำงานข้อที่ 8 ยากต่อการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมายและไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ ผู้เยี่ยมสำรวจจึงมีแนวทางว่าทีมสำรวจจะต้องพักการดำเนินงานข้อนี้ไว้ชั่วคราว และทำการสำรวจความร่วมมือในการดำเนินงานตามเป้าหมายการดำเนินงานข้อที่ 8 ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ก่อน เนื่องจากเห็นว่าเป้าหมายการ

ดำเนินงานข้อนี้ยังเป็นปัญหาและมีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอยู่ โดยเฉพาะเรื่องความสอดคล้อง ต่อเนื่องทางยา อาจจะต้องมีการพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งสรุปได้ว่า JACHO จะนำข้อมูลความคิดเห็น จากวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร มาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาเป้าหมายการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในปี 2010 ต่อไป⁽⁴⁹⁾ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การดำเนินงานความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาในต่างประเทศค่อนข้างประสบปัญหา เนื่องจากการดำเนินงานที่ สมบูรณ์ยังมีน้อยและยังมีอุปสรรคในการดำเนินงานจากรายงานการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ในประเทศไทยก็มีปัญหาและอุปสรรคเช่นกันหลาย ๆ โรงพยาบาลติดขัดเรื่องของการดำเนินงาน ซึ่งอาจต้องสอบถามความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาการสำรวจ ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินงานสำรวจความคิดเห็น บุคลากรทางการแพทย์แต่งานวิจัยนี้ก็ทำการสำรวจเฉพาะในเภสัชกรทำให้วิเคราะห์ความคิดเห็น ได้เพียงมุมมองของวิชาชีพเภสัชกรเท่านั้น ซึ่งการสำรวจความคิดเห็นของวิชาชีพอื่น ๆ เป็น ประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งเนื่องจากจะสามารถประเมินความคิดเห็น ประสิทธิภาพการทำงาน และและ ความพึงพอใจในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการดำเนินงานความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาต่อไป

การนำไปใช้

1. ได้ข้อมูลระดับความรู้ความเข้าใจซึ่งใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ให้กับ เภสัชกรได้
2. นำข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติของเภสัชกรที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารเพื่อใช้ เป็นแนวทางในการจัดทำนโยบายในการพัฒนาระบบความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบยาในโรงพยาบาล
3. ได้ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของแต่ละ โรงพยาบาล ทั้งส่วนที่เป็นข้อดี และข้อบกพร่องซึ่งสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาให้เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลที่ กำลังดำเนินงาน และยังไม่ได้นำดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาต่อไป
4. นำข้อมูลสถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาของโรงพยาบาลในประเทศไทย ในภาพรวมใช้เป็นแนวทางในการเสนอแนะผู้บริหาร เพื่อการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นจริง ประกอบกับการบ่งชี้ถึงเจตคติในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของการดำเนินงานความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาในระบบโรงพยาบาล

ข้อจำกัดในงานวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยใน 2 ส่วนคือส่วนที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ และส่วนที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลที่ถูกคัดเลือกมาให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจากโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ หรือได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในประเทศไทยเท่านั้น อาจไม่สามารถใช้อ้างอิงกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่บริบทต่างกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรมีระดับความเข้าใจในเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอยู่ในระดับดี มีเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงาน มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพ และความสามารถในการควบคุมการดำเนินงานได้ ดังนั้นน่าจะเป็นการเหมาะสมมากที่จะมอบหมายให้เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลได้
2. จากผลวิจัยพบว่า หลายโรงพยาบาลมีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทางด้านบุคลากร และมีศักยภาพในการดำเนินงานเพียงพอ น่าจะมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลได้
3. ในการวิจัยนี้มีข้อจำกัดเพราะผู้วิจัยสอบถามเฉพาะความคิดเห็นเภสัชกรดังนั้นหากต้องการศึกษาข้อมูลในมุมมองของวิชาชีพอื่น การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์อื่นร่วมด้วยอาจได้ประเด็นเพิ่มเติมนอกจากนี้ เช่น เป็นการสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานการสร้าง ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาล เป็นต้น
4. ในการวิจัยต่อไปหากเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งอาจทำให้ได้กระบวนการในการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาที่ชัดเจนและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้ต่อไป

รายการอ้างอิง

- [1.] The national academic. Medication errors injure 1.5 million people and cost billions of dollars annually. [Online].2006 Available from: <http://www8.nationalacademies.org> [2008, Sep 19]
- [2.] Bayley, K. B., L. A. Savitz, et al. Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. Therapeutics and Clinical Risk Management. 3(2007): 695-703.
- [3.] Boockvar, K. S., C. H. LaCorte, et al. Medication reconciliation for reducing drug discrepancy adverse events. J.amjopharm 4(2006): 236-243.
- [4.] Miller SL, Miller S, Balon J, Helling TS. Medication reconciliation in a rural trauma population. J.annemergmed. 10(2008): 2-9
- [5.] The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Patient Safety Solution. [Online].2007. Available from: <http://www.jcipatientsafety.org> [2008, Sep 18]
- [6.] สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับเฉลิมฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ร่าง 3.1 [online].2005. [2008, Sep 18]
- [7.] ฉันทิกา ชี้อตรง. การพัฒนาระบบการประสานรายการยาและนำไปปฏิบัติในการติดตามจุดเปลี่ยนในระบบยาผู้ป่วยใน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548
- [8.] สำนักที่ปรึกษากรมอนามัย. แนวคิดมุมมองเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเล่ม 2 Available from:<http://advisor.anamai.moph.go.th> [2008, Oct 20]
- [9.] มนต์รี พิริยะกุล. คำบรรยายประกอบการสอนตัวอย่างกรอบแนวคิด. ภาควิชาสถิติ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2551.
- [10.] Varkey P, Cunningham J, O'Meara J, Bonacci R, Desai N, Sheeler R. Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. Am J Health-Syst Pharm. 64(2007): 850-854
- [11.] Kaboli PJ, McClimon BJ. Clinical pharmacist and medical care. ARCH INTERN MED. 166(2006): 955-964

- [12.] ลีตีพัฒน์ พิษณุธาดาพงศ์. พฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้: กรณีศึกษาบริษัท ปูนซิเมนต์ไทยจำกัด (มหาชน). รายงานการวิจัยบริษัทปูนซิเมนต์ไทย, 2550
- [13.] Ajzen I. The Theory of planned behavior. University of Massachusetts at Amherst, 1991
- [14.] The Lexicon Webster Dictionary Encyclopedia Edition, The United States of America: the English Language Institute of America, Inc. 1977: 531
- [15.] ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537: 211-251
- [16.] ชัยวัฒน์ อัดพัฒน์. ญาณวิทยา (ทฤษฎีความรู้). ภาควิชาปรัชญา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2551: 110-125
- [17.] อารีวรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549. หน้า 26-27
- [18.] กิติมา ปรีดีดิถก. ปรัชญาการศึกษา. ประเสริฐการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร, 2520
- [19.] Webster's New Universal Dictionary of the English Language. New York Lexicon, 1976: 1007
- [20.] ฉลอง ภรณ์รัตน์. จิตวิทยาสังคม. ประจักษ์การพิมพ์, กรุงเทพมหานคร, 2526
- [21.] โยธิน ศันสนยุท และ คณะ. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2533.
- [22.] บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช, 2535
- [23.] Carter VG, Ed. Dictionary of education. New York; McGraw-Hill Book Company, 1973: 325
- [24.] มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์. แขนงวิชาวัดและประเมินผล การศึกษา. คู่มือสัมมนาเสริม ทศวิชา การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมิน การศึกษา ครั้งที่ 2. นนทบุรี: แขนงวิชาวัดและประเมินผลการศึกษา สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544
- [25.] ธิดา นิงสานนท์, ปรีชามณฑานติกุล, สุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล. Medication reconciliation. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทประชาชน จำกัด, 2551
- [26.] ธนียา ไพบูลย์วงษ์. Medication reconciliation. วารสารสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 17(2007): 185-192

- [27.] หน้ารวม Forum ถามตอบปัญหาเกี่ยวกับ HA. Available from:
<http://www.pha.nu.ac.th/apirukw/HA1/forum>. [2008, Sep 18]
- [28.] Persell SD., et al. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care; J Gen Intern Med 22 (2007):1523-6
- [29.] Nester TM, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist acquired medication history in promoting patient safety. Am J Health Syst Pharm 59 (2002):2221-5
- [30.] Bond CA, Raehl CL, Frank T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in United States hospitals.
Pharmacotherapy 22 (2002):134-47
- [31.] Strunk LB, Matson AW, Steinke D. Impact of a pharmacist on medication reconciliation on patient admission to a Veterans Affairs Medical Center.
Hosp Pharm 43 (2008):643-649
- [32.] Kaboli PJ, McClimon BJ. Clinical pharmacists and inpatient medical care.
ARCH INTERN MED 166 (2006):955-964
- [33.] ธนียา ไพบุญย์วงษ์. เภสัชกรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความสอดคล้องต่อเนื่องของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามคำแหง.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551
- [34.] วิมลพรรณ สิวีจี. ผลของการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ท่า อำเภอมะเข่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 เภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
 2551
- [35.] Institute for Safe Medication Practices. Practitioners agree on medication reconciliation value, but frustration and difficulties abound. Available from: <http://www.ismp.org> [2008, Oct 6]
- [36.] วรรัตน์ นิลวาศ, ชบาไพโร โปธิ์สิริยะ, สธน บุญญประภา, ธวัชชัย เหลืองโสภณพรณ.
การรับรู้และความคาดหวังของแพทย์ต่อบทบาทของเภสัชกรในงานบริบาลเภสัชกรรม. เภสัชกรรมคลินิก. 2550; 14(1): 1-11

- [37.] วรรณุช แสงเจริญ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, ขวัญตา ณ ถลาง และคณะ. ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ในภาคใต้ต่อบทบาทเภสัชกรในทีมให้การรักษาผู้ป่วยใน. Thai J Pharm. 25 (2001): 109-120
- [38.] รัตนภรณ์ อาวิพันธ์ และ อัญชลี ธาดาศาสตร์. แบบวัดการบริหารเภสัชกรรมและทัศนคติต่องานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย. Thai J Pharm. 27 (2003): 59-71
- [39.] ภาวณี เตียวศิริทรัพย์, อรวรรณ ประวัติ. สำรวจงานทางด้านเภสัชกรรมคลินิกของโรงพยาบาลภายในประเทศไทย. โครงการการเรียนการสอนโครงการคณะเภสัชศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541
- [40.] พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. การสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่าง: ทฤษฎีและปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม, 2547
- [41.] ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล, สุภาพ ฉัตรภรณ์. การออกแบบงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545
- [42.] ศิริพร จิวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท; 2548. หน้า 8-28
- [43.] ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ. ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2547-2548. กรุงเทพฯ: บริษัท อัลฟา รีเสิร์ช จำกัด, 2547
- [44.] Sexton JB, Thomas EJ, Grillo SP. Safety attitude questionnaire (Pharmacy version). The University of Texas Safety Attitude Questionnaire [Online]. 2003. [2008, Oct 15]
- [45.] Salant P and Dillman DA. How to conduct your own survey. The United States of America; John Wiley & Sons, Inc, 1994: 137-148
- [46.] เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531
- [47.] Boockvar KS. Reducing Transition Drug Risks after Patient Transfer. VA Health Services Research and Development Career Development Conference. Washington, DC 2009.
- [48.] Manias E., Aitken R. Medication management by graduate nurses: before, during and following medication administration. Nursing and Health Science 6 (2004):83-91

[49.] The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Approved:
will not score medication reconciliation in 2009. [Online].2009.
Available from: <http://www.jcipatientsafety.org>. [2009, May 8]



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

การศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาใน
โรงพยาบาล: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล

จัดทำโดย

ภญ.อังคณา คำวงศ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอความกรุณาตอบแบบสอบถาม

โปรดดูคำชี้แจงด้านใน

1. การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ในการสำรวจความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication reconciliation) และวิเคราะห์สถานการณ์ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication reconciliation) ในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการหาแนวทางในการดำเนินงานสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication reconciliation) ที่เหมาะสม เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายความปลอดภัยด้านยาซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล และผู้ป่วยต่อไป
2. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 จะเป็นแบบทดสอบ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ 4 ส่วนดังนี้
 - 2.1 แบบวัดความเข้าใจ เรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ซึ่งแบบทดสอบส่วนแรกนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นแบบวัดความเข้าใจเลือกตอบข้อที่ท่านมั่นใจ และแบบวัดความเข้าใจแบบมาตราส่วน VAS (Visual analog Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบตามความคิดเห็นหรือตามความมั่นใจโดยกากบาททับเส้นตรงให้ตรงกับขีดที่กำหนดให้
 - 2.2 แบบวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไปประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนที่เป็นแบบสำรวจสถานการณ์ทั่วไปเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับการดำเนินงานใช้แบบสอบถามรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และแบบสอบถามให้เลือกตอบ โดยให้กากบาททับเส้นตรงให้ตรงกับขีดที่กำหนดให้หรือขีดถูกในช่องว่าง ในส่วนที่ท่านเห็นว่ามีการดำเนินงานในหน่วยงานท่าน
 - 2.3 แบบวัดเจตคติของเภสัชกรในเรื่องของการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในโรงพยาบาล โดยแบบสอบถามในส่วนนี้ใช้ แบบสอบถามแบบ 5 ระดับของลิเคิต (Likert) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้นเนื่องจากแบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบวัดความคิดเห็นไม่ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลท่านอาจดำเนินงานแล้วหรือยังไม่ได้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาก็ได้
 - 2.4 แบบวิเคราะห์ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ และอุปสรรคของโรงพยาบาล ต่อการดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในโรงพยาบาลซึ่งท่านอาจดำเนินงานหรือ ยังไม่ได้ดำเนินงานความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาก็ได้เพราะแบบวัดส่วนนี้เป็นแบบวัดที่ให้ตอบใน 2 ส่วนคือส่วนที่เป็นแบบแสดงความคิดเห็น โดยแบบสอบถามในส่วนนี้ใช้แบบสอบถาม 5 ระดับของลิเคิต (Likert) เช่นเดียวกับแบบวัดเจตคติ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น และส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส หรือ ข้อจำกัด ในหน่วยงานของท่าน เลือกตอบว่าสิ่งเหล่านี้เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส หรือข้อจำกัดในหน่วยงานท่าน
3. การตอบแบบสอบถามของท่าน จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอท่านกรุณาตอบตามความเป็นจริงโดยคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ และจะไม่มีผลเสียต่อท่าน ทั้งโดยทางตรงและโดยอ้อม ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษานี้เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ ผู้วิจัยจะได้จัดส่งข้อสรุปของผลการศึกษานี้กลับไปให้ท่านที่ต้องการทราบผล โดยท่านสามารถแจ้งความประสงค์ได้ในส่วนท้ายแบบสอบถามและส่งกลับ
4. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามนี้แล้ว ขอท่านได้โปรดส่งแบบสอบถามกลับ **ภายในวันศุกร์ที่ 13 กุมภาพันธ์ 2552** โดยท่านใช้ลวดเย็บกระดาษเย็บแบบสอบถามด้านที่เปิดออกให้ติดกันแล้วส่งทางไปรษณีย์ได้เลย (ผู้วิจัยได้พิมพ์ที่อยู่ผู้รับ และติดแสตมป์ไว้เรียบร้อยแล้ว)
- หมายเหตุ :** เนื่องจากความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ยังไม่มีการบัญญัติศัพท์ที่ชัดเจนดังนั้นเพื่อความเข้าใจตรงกันของผู้ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยขอใช้ทับศัพท์คำว่า Medication reconciliation ในแบบสอบถาม

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้เป็นอย่างมาก
ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อไป

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ให้ข้อมูล

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือเขียนคำตอบในช่องว่างที่ให้ไว้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> จบปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> จบปริญญาตรีสาขาเภสัชกรรมคลินิก
<input type="checkbox"/> จบบริหารเภสัชกรรม (Pharm D.)	<input type="checkbox"/> จบปริญญาโททางด้านเภสัชกรรมสาขาอื่น
<input type="checkbox"/> จบปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิก	<input type="checkbox"/> จบสูงกว่าปริญญาโทสาขา.....
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
4. ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล..... ปี.....เดือน
5. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> งานบริหารเวชภัณฑ์	<input type="checkbox"/> งานผลิตยาทั่วไป และยาปราศจากเชื้อ
<input type="checkbox"/> งานบริการจ่ายยา	<input type="checkbox"/> งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
<input type="checkbox"/> งานเภสัชกรรมคลินิก	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ

1.2 ข้อมูลโรงพยาบาล

6. ขนาดโรงพยาบาล.....เตียง
7. จำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาลทั้งหมด.....คน
8. จำนวนเภสัชกรที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมคลินิก.....คน
9. จำนวนเภสัชกรที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี.....คน
10. จำนวนเภสัชกรที่จบ Pharm. D.....คน
11. จำนวนเภสัชกรที่จบปริญญาโท.....คน
12. จำนวนเภสัชกรที่จบสูงกว่าปริญญาโท.....คน

ส่วนที่ 2

2.1 แบบวัดความเข้าใจ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

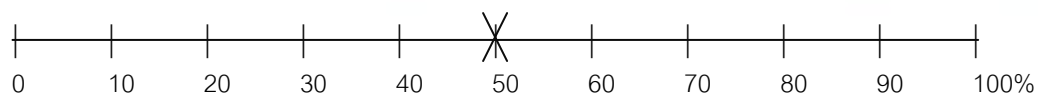
13. ท่านรู้จัก หรือเคยได้ยิน คำว่า กระบวนการ “Medication reconciliation” หรือไม่

<input type="checkbox"/> รู้จัก	<input type="checkbox"/> ไม่รู้จัก
---------------------------------	------------------------------------

คำชี้แจง : กรุณากากบาททับเส้นข้างล่างนี้

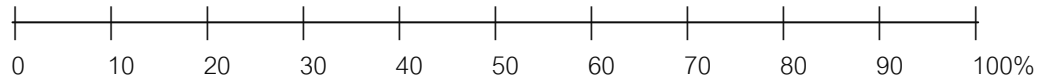
ท่านมั่นใจหรือเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยคิดเป็นร้อยละเท่าใด โดยกากบาททับเส้นข้างล่างดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง



กรุณากากบาททับเส้นข้างล่างนี้

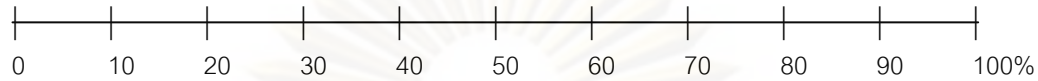
14. กระบวนการ Medication reconciliation เป็นการสร้างข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล ให้สมบูรณ์ เพื่อใช้รายการนี้ในการเปรียบเทียบรายการยาอย่างต่อเนื่องในทุกจุดที่ผู้ป่วยไปรับบริการในสถานพยาบาล



(มั่นใจน้อยที่สุด)

(มั่นใจมากที่สุด)

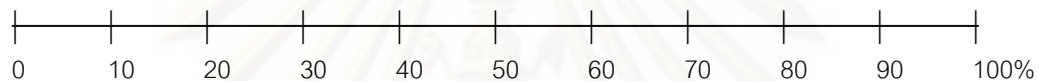
15. กระบวนการ Medication reconciliation ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัยมากขึ้น



(มั่นใจน้อยที่สุด)

(มั่นใจมากที่สุด)

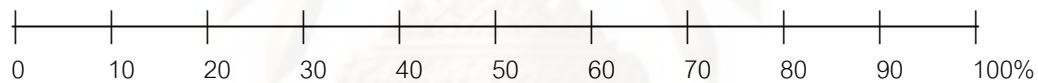
16. กระบวนการ Medication reconciliation ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักคือ 1. การบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ 2. การทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก และ 3. การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยรับใหม่ กับที่ผู้ป่วยเคยใช้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา



(มั่นใจน้อยที่สุด)

(มั่นใจมากที่สุด)

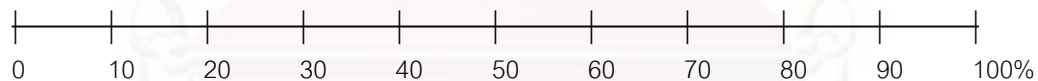
17. ข้อมูลดังต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ต้องบันทึกในกระบวนการ Medication reconciliation เพื่อให้กระบวนการมีประสิทธิภาพ
1. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ 2. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานมือสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล และ 3. ข้อมูลการแพ้ยาผู้ป่วย



(ไม่เห็นด้วย)

(เห็นด้วยมากที่สุด)

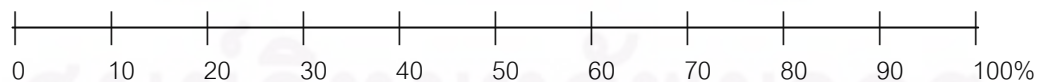
18. Medication reconciliation เป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงานท่าน



(ไม่เห็นด้วย)

(เห็นด้วยมากที่สุด)

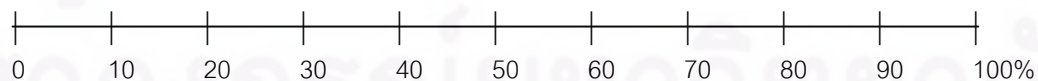
19. Medication reconciliation เป็นเรื่องที่มีการดำเนินงานมานานแล้วแต่ยังไม่ได้ถูกเรียกว่า Medication reconciliation



(ไม่เห็นด้วย)

(เห็นด้วยมากที่สุด)

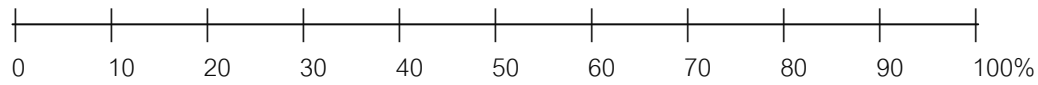
20. ก่อนมีการบัญญัติศัพท์คำว่า Medication reconciliation ในหน่วยงานมีการทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยอยู่ก่อนแล้ว



(ไม่เห็นด้วย)

(เห็นด้วยมากที่สุด)

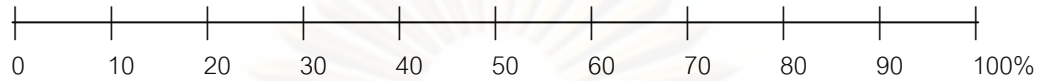
21. การทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลและขณะอยู่ในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของ Medication reconciliation



(ไม่เห็นด้วย)

(เห็นด้วยมากที่สุด)

22. Medication reconciliation เป็นเครื่องมือที่ทำให้การตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทันทั่วทั้งที่ขึ้น



(ไม่เห็นด้วย)

(เห็นด้วยมากที่สุด)

2.2 แบบวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไป

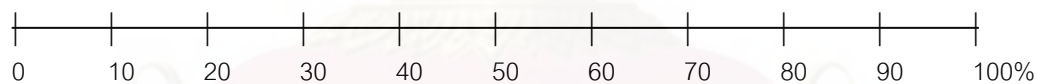
23. โรงพยาบาลของท่านได้เข้าร่วมการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) หรือไม่

 ได้เข้าร่วม ไม่ได้เข้าร่วม

24. โรงพยาบาลของท่านผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลระดับไหน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

 ยังไม่ผ่านการประเมิน ผ่านการประเมินขั้นที่ 1. โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ผ่านการประเมินขั้นที่ 2. โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ผ่านการประเมินขั้นที่ 3. โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ๆ คือ.....

25. ในโรงพยาบาลของท่านมี **การเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)** มากน้อยแค่ไหน



(ไม่มีการดำเนินงาน)

(มีการดำเนินงาน)

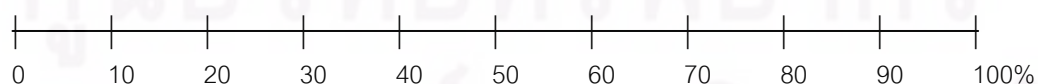
26. ในโรงพยาบาลของท่านมี **นโยบาย** ในการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หรือไม่

 มี ไม่มี

27. ในโรงพยาบาลของท่านมี **นโยบาย** ในการดำเนินงาน Medication reconciliation หรือไม่

 มี ไม่มี

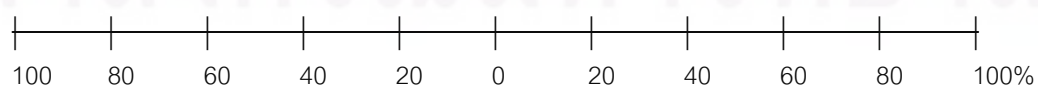
28. ในโรงพยาบาลของท่านมี **การดำเนินงาน** Medication reconciliation มากน้อยแค่ไหน



(ไม่มีการดำเนินงาน)

(มีการดำเนินงาน)

29. หลังจากมีการดำเนินงาน Medication reconciliation พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา

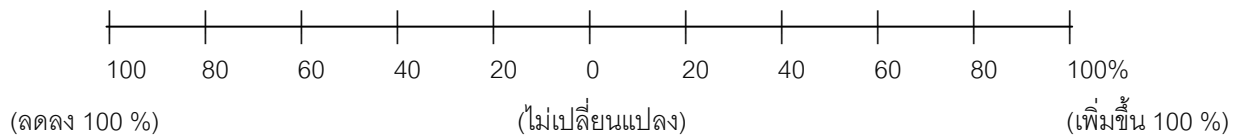


(ลดลง 100 %)

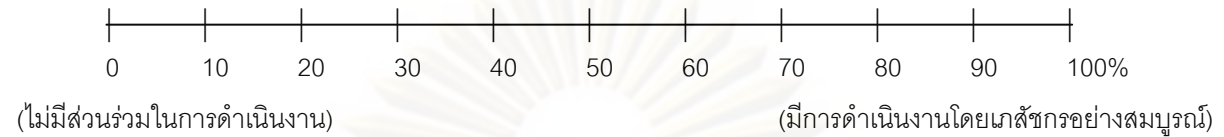
(ไม่เปลี่ยนแปลง)

(เพิ่มขึ้น 100 %)

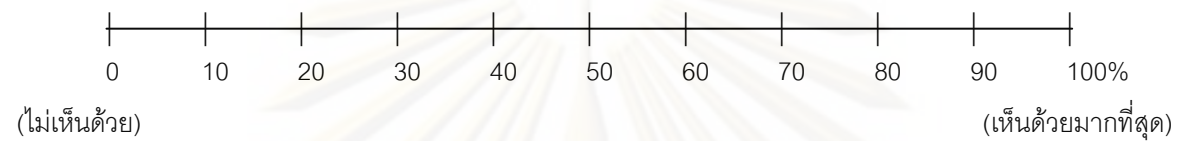
30. หลังจากมีการดำเนินงาน Medication reconciliation พบว่า เหตุการณ์ที่เสี่ยงทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย



31. โรงพยาบาลของท่านมีเภสัชกร มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Medication reconciliation มากน้อยระดับใด



32. ท่านเห็นด้วยว่าโรงพยาบาลควรมีเภสัชกรคลินิกทำหน้าที่เข้าไปดำเนินงาน Medication reconciliation หรือไม่



2.3 แบบวัดเจตคติของเภสัชกร

โปรดใส่เครื่องหมาย ในช่องว่าง หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

ระดับคะแนน
5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด
4 หมายถึงเห็นด้วยมาก
3 หมายถึงเฉย ๆ
2 หมายถึงไม่เห็นด้วย
1 หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด

33. แบบวัดความตั้งใจในการดำเนินงาน

	1	2	3	4	5
33.1 ข้าพเจ้า คาดว่าจะ ดำเนินงาน Medication reconciliation ในหน่วยงาน	—	—	—	—	—
33.2 ข้าพเจ้า ต้องการ จะดำเนินงาน Medication reconciliation ในหน่วยงาน	—	—	—	—	—
33.3 ข้าพเจ้า ตั้งใจ จะดำเนินงาน Medication reconciliation ในหน่วยงาน	—	—	—	—	—
34. เจตคติต่อประโยชน์ของ Medication reconciliation					
เจตคติ	1	2	3	4	5
34.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation มีประโยชน์ เพื่อช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายการยาบนหออผู้ป่วย	—	—	—	—	—
34.2 ท่านรู้สึกว่าคุณมั่นใจในการจ่ายยามากขึ้น เมื่อนำระบบ Medication reconciliation มาใช้ในการทำงาน	—	—	—	—	—
34.3 การใช้แบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาจากยา (DRP) ในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	—	—	—	—	—
34.4 ท่านคิดว่าการทำงาน Medication reconciliation จะสามารถป้องกัน ADE และช่วยลดความผิดพลาดเคลื่อนทางยาได้จริง	—	—	—	—	—

ระดับคะแนน
5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด
4 หมายถึงเห็นด้วยมาก
3 หมายถึงเฉย ๆ
2 หมายถึงไม่เห็นด้วย
1 หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด

35. เจตคติต่อการดำเนินงาน	1	2	3	4	5
35.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation เพิ่มภาระในการทำงานของท่าน	—	—	—	—	—
35.2 Medication reconciliation ทำให้บทบาทการทำงานของเภสัชกรคลินิกบนหอผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น	—	—	—	—	—
35.3 ท่านคิดว่า Medication reconciliation ที่ดำเนินงานโดยเภสัชกรคลินิกที่ทำงานบนหอผู้ป่วยจะทำให้เภสัชกรได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นมากขึ้น	—	—	—	—	—
35.4 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายสาขาวิชาชีพด้วย การดำเนินงานจึงจะมีประสิทธิภาพ	—	—	—	—	—
36. การคล้อยตามคนรอบข้าง	1	2	3	4	5
36.1 การที่โรงพยาบาลอื่นมีการดำเนินการ Medication reconciliation จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ มีแนวโน้มว่าจะเป็นภาระกระตุ้นให้โรงพยาบาลของท่านเร่งดำเนินการ Medication reconciliation มากขึ้นด้วย	—	—	—	—	—
36.2 ถ้ามีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการ Medication reconciliation มีแนวโน้มว่าจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้โรงพยาบาลท่านมีการดำเนินงานมากขึ้น	—	—	—	—	—
36.3 การยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation โดยเภสัชกร มีผลต่อการทำ medication reconciliation ของท่าน	—	—	—	—	—
36.4 นโยบายของโรงพยาบาลมีผลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation ของท่าน	—	—	—	—	—
37. การวัดความสามารถแห่งตน	1	2	3	4	5
37.1 ท่านมั่นใจว่าถ้ามีการมอบหมายให้ท่านดำเนินการ Medication reconciliation ท่านจะสามารถดำเนินงานได้	—	—	—	—	—
37.2 ท่านคิดว่าการดำเนินงาน Medication reconciliation เป็นอะไรที่ยาก	—	—	—	—	—
37.3 ท่านคิดว่าการดำเนินงาน Medication reconciliation ควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร	—	—	—	—	—

2.4 แบบวิเคราะห์ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ และอุปสรรคของโรงพยาบาลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

ระดับคะแนน
5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด
4 หมายถึงเห็นด้วยมาก
3 หมายถึงเฉย ๆ
2 หมายถึงไม่เห็นด้วย
1 หมายถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด

38. แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงาน Medication reconciliation	ระดับคะแนน					ท่านคิดว่าประเด็นเหล่านี้เป็นจุดอ่อน หรือจุดแข็งสำหรับหน่วยงานท่าน	
	1	2	3	4	5	จุดอ่อน	จุดแข็ง
38.1 มีเภสัชกรที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน Medication reconciliation							
38.2 มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง							
38.3 มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ							
38.4 โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน Medication reconciliation							
38.5 โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน							
38.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารให้การสนับสนุน							
38.7 มีการบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์ม หรือคอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์							

ประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน medication reconciliation	ระดับคะแนน					ท่านคิดว่าประเด็นเหล่านี้เป็นจุดอ่อน หรือจุดแข็งสำหรับหน่วยงานท่าน	
	1	2	3	4	5	จุดอ่อน	จุดแข็ง
38.8 ความรู้เรื่องยา และทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีน้อย							
38.9 แนวทางการดำเนินงานกระบวนการ Medication reconciliation ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน							
38.10 อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ							

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

สำหรับผู้สนใจการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา: ความเข้าใจ เจตคติของเภสัชกรโรงพยาบาล สามารถแจ้งความประสงค์รับเอกสารข้อสรุปการศึกษานี้ได้ในส่วนนี้

- ต้องการเอกสารข้อสรุปการศึกษานี้ ไม่ต้องการเอกสารข้อสรุปการศึกษานี้
 อีเมล.....

ขอแสดงความนับถือ

ภญ.อังคณา คำวงศ์

ผู้วิจัย

สำหรับผู้วิจัย

หมายเลข.....

เลขที่รับ.....

รับวันที่.....

กรุณาส่ง

คุณ อังคณา คำวงศ์

ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

245 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

10330

ผู้ฝากส่ง: โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....



ภาคผนวก ข.

การ Coding ตัวแปรในแบบสอบถาม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ ความสอดคล้องต่อเนื้องทางยา: ความเข้าใจ เจต
คติของเภสัชกรโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปเภสัชกรผู้ให้ข้อมูล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

1 = ชาย

2 = หญิง

2. อายุปี

3. ระดับการศึกษา

1 = จบปริญญาตรี

2 = จบปริญญาตรีสาขาเภสัชกรรมคลินิก

3 = จบวิทยาลัยเภสัชกรรม (Pharm D.)

4 = จบปริญญาโททางด้านเภสัชกรรมสาขาอื่น

5 = จบปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิก

6 = จบสูงกว่าปริญญาโทสาขา.....

7 = อื่น ๆ.....

4. ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล..... ปี.....เดือน

5. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

5.1 งานบริหารเวชภัณฑ์

1 = มี

0 = ไม่มี

5.2 งานบริการจ่ายยา

1 = มี

0 = ไม่มี

5.3 งานเภสัชกรรมคลินิก

1 = มี

0 = ไม่มี

5.4 งานผลิตยาทั่วไป และยาปราศจากเชื้อ

1 = มี

0 = ไม่มี

5.5 งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

1 = มี

0 = ไม่มี

5.6 อื่นๆ

1 = มี

0 = ไม่มี

1.2 ข้อมูลโรงพยาบาล

6. ขนาดโรงพยาบาล.....เตียง

7. จำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาลทั้งหมด.....คน

8. จำนวนเภสัชกรที่รับผิดชอบงานเภสัชกรรมคลินิก.....คน

9. จำนวนเภสัชกรที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี.....คน

10. จำนวนเภสัชกรที่จบ Pharm. D.....คน

11. จำนวนเภสัชกรที่จบปริญญาโท.....คน

12. จำนวนเภสัชกรที่จบสูงกว่าปริญญาโท.....คน

ส่วนที่ 2

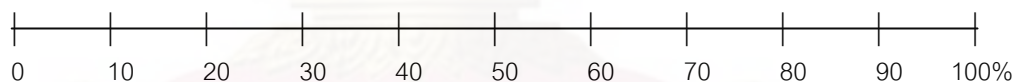
2.1 แบบวัดความเข้าใจ

13. ท่านรู้จัก หรือเคยได้ยิน คำว่า กระบวนการ “Medication reconciliation” หรือไม่

1 = รู้จัก

0 = ไม่รู้จัก

14. กระบวนการ Medication reconciliation เป็นการสร้างข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลให้สมบูรณ์ เพื่อใช้รายการนี้ในการเปรียบเทียบรายการยาอย่างต่อเนื่องในทุกจุดที่ผู้ป่วยไปรับบริการในสถานพยาบาล



(มั่นใจน้อยที่สุด)

(มั่นใจมากที่สุด)

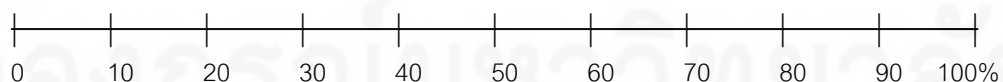
15. กระบวนการ Medication reconciliation ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัยมากขึ้น



(มั่นใจน้อยที่สุด)

(มั่นใจมากที่สุด)

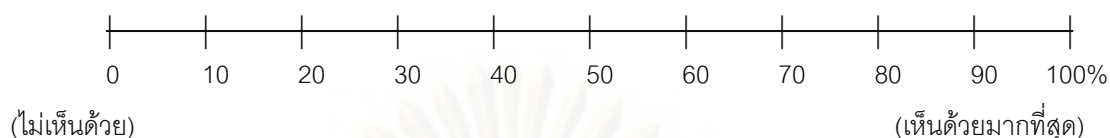
16. กระบวนการ Medication reconciliation ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักคือ 1. การบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ 2. การทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก และ 3. การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยรับใหม่ กับที่ผู้ป่วยเคยใช้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงคำสั่งจ่าย



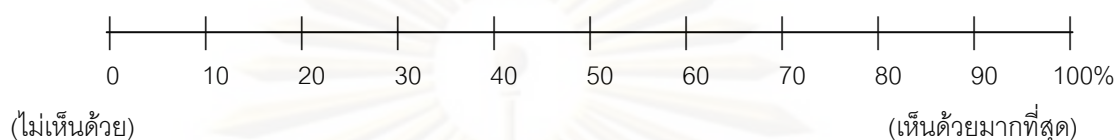
(มั่นใจน้อยที่สุด)

(มั่นใจมากที่สุด)

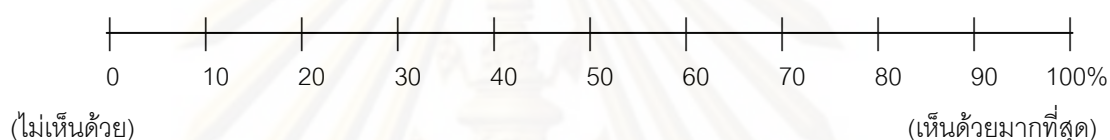
17. ข้อมูลดังต่อไปนี้นี้เป็นข้อมูลที่ต้องบันทึกในกระบวนการ Medication reconciliation เพื่อให้กระบวนการมีประสิทธิภาพ 1. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ 2. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานมือสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล และ 3. ข้อมูลการแพ้ยาผู้ป่วย



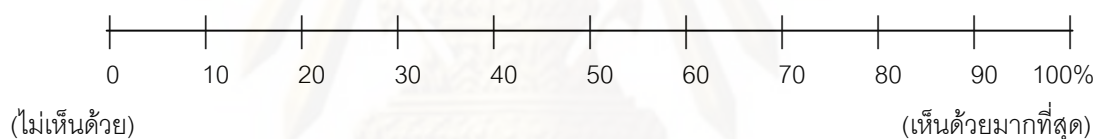
18. Medication reconciliation เป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงานท่าน



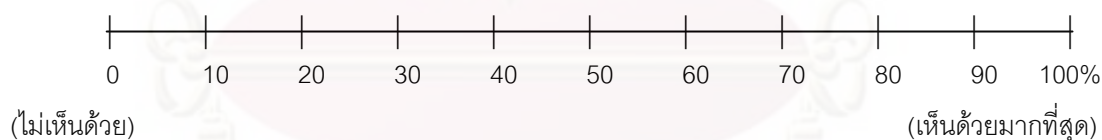
19. Medication reconciliation เป็นเรื่องที่มีการดำเนินงานมานานแล้วแต่ยังไม่ได้ถูกเรียกว่า Medication reconciliation



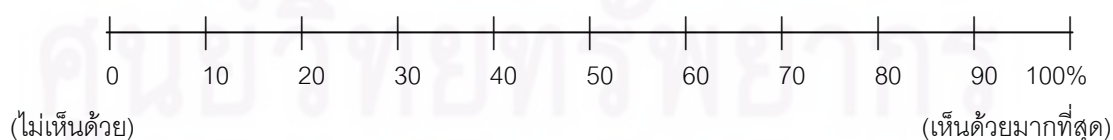
20. ก่อนมีการบัญญัติศัพท์คำว่า Medication reconciliation ในหน่วยงานมีการทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยอยู่ก่อนแล้ว



21. การทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลและขณะอยู่ในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของ Medication reconciliation



22. Medication reconciliation เป็นเครื่องมือที่ทำให้การตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทันทั่วทั้งขึ้น



2.2 แบบวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไป

23. โรงพยาบาลของท่านได้เข้าร่วมการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) หรือไม่

1 = ได้เข้าร่วม

0 = ไม่ได้เข้าร่วม

24. โรงพยาบาลของท่านผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลระดับใด (สามารถตอบได้มากกว่า 1

คำตอบ)

0 = ยังไม่ผ่านการประเมิน

1 = ผ่านการประเมินขั้นที่ 1. โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

2 = ผ่านการประเมินขั้นที่ 2. โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

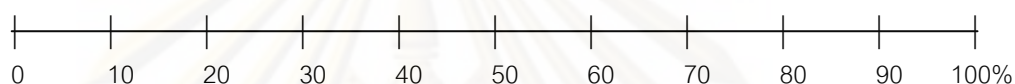
3 = ผ่านการประเมินขั้นที่ 3. โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

4 = ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

(พรพ.)

5 = ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ๆ คือ.....

25. ในโรงพยาบาลของท่านมี การเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) มากน้อยแค่ไหน



(ไม่มีการทำงาน)

(มีการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์)

26. ในโรงพยาบาลของท่านมี นโยบาย ในการเฝ้าระวังและติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หรือไม่

1 = มี

0 = ไม่มี

27. ในโรงพยาบาลของท่านมี นโยบาย ในการดำเนินงาน Medication reconciliation หรือไม่

1 = มี

0 = ไม่มี

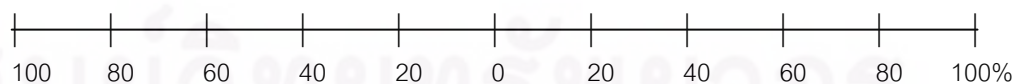
28. ในโรงพยาบาลของท่านมี การทำงาน Medication reconciliation มากน้อยแค่ไหน



(ไม่มีการทำงาน)

(มีการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์)

29. หลังจากมีการดำเนินงาน Medication reconciliation พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา

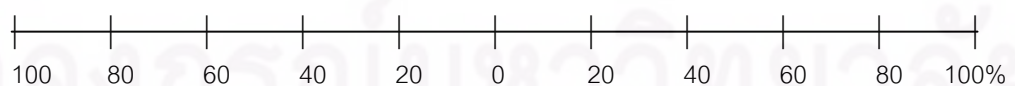


(ลดลง 100%)

(ไม่เปลี่ยนแปลง)

(เพิ่มขึ้น 100%)

30. หลังจากมีการดำเนินงาน Medication reconciliation พบว่า เหตุการณ์สุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

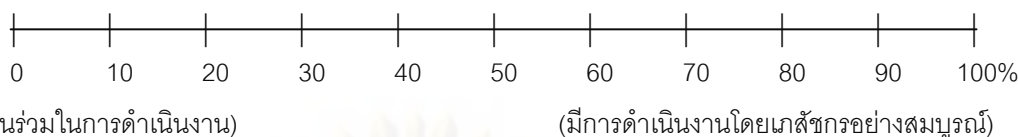


(ลดลง 100%)

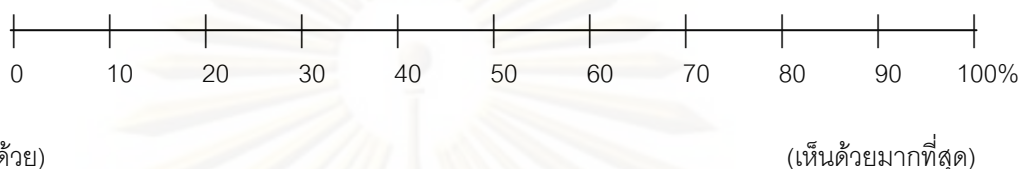
(ไม่เปลี่ยนแปลง)

(เพิ่มขึ้น 100%)

31. โรงพยาบาลของท่านมีเภสัชกร มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Medication reconciliation มากน้อยระดับใด



32. ท่านเห็นด้วยว่าโรงพยาบาลควรมีเภสัชกรคลินิกทำหน้าที่เข้าไปดำเนินงาน Medication reconciliation



2.3 แบบวัดเจตคติของเภสัชกร

33. แบบวัดความตั้งใจในการดำเนินงาน

33.1 ข้าพเจ้าคาดว่าจะดำเนินงาน Medication reconciliation ในหน่วยงาน

33.2 ข้าพเจ้าต้องการจะดำเนินงาน Medication reconciliation ในหน่วยงาน

33.3 ข้าพเจ้าตั้งใจจะดำเนินงาน Medication reconciliation ในหน่วยงาน

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

34. เจตคติต่อประโยชน์ของ Medication reconciliation

34.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation มีประโยชน์สามารถช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายการยาบนหอผู้ป่วย

34.2 ท่านรู้สึกว่าคุณมั่นใจในการจ่ายยามากขึ้น เมื่อนำระบบ Medication reconciliation มาใช้ในการทำงาน

34.3 การใช้แบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาจากยา (DRP) ในผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

34.4 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation จะสามารถป้องกัน ADE และช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริง

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

35. เจตคติต่อการดำเนินงาน

35.1 ท่านคิดว่า Medication reconciliation เพิ่มภาระในการทำงานของท่าน

35.2. Medication reconciliation ทำให้บทบาทการทำงานของเภสัชกรคลินิกบนหอผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น

35.3 ท่านคิดว่า Medication reconciliation ที่ดำเนินงานโดยเภสัชกรคลินิกที่ทำงานบนหอผู้ป่วยจะทำให้เภสัชกรได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นมากขึ้น

35.4 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายสาขาวิชาชีพด้วยการดำเนินงานจึงจะมีประสิทธิภาพ

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

36. การคล้อยตามคนรอบข้าง

36.1 การที่ โรงพยาบาลอื่น มีการดำเนินการ Medication reconciliation จำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ มีแนวโน้มว่าจะเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลของท่านเร่งดำเนินการ Medication reconciliation มากขึ้นด้วย

36.2 ถ้ามี นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการ Medication reconciliation มีแนวโน้มว่าจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้โรงพยาบาลท่านมีการดำเนินงานมากขึ้น

36.3 การ ยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation โดยเภสัชกร มีผลต่อการทำ medication reconciliation ของท่าน

36.4 นโยบายของโรงพยาบาล มีผลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation มีผลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation ของท่าน

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

37. การวัดความสามารถแห่งตน

37.1 ท่านมั่นใจว่าถ้ามีการมอบหมายให้ท่านดำเนินการ Medication reconciliation ท่านจะสามารถดำเนินงาน ได้

37.2 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation เป็นอะไรที่ยาก

37.3 ท่านคิดว่า การดำเนินงาน Medication reconciliation ควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

2.4 แบบวิเคราะห์ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ และอุปสรรคของ โรงพยาบาลต่อการดำเนินงาน Medication reconciliation

38. แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

38.1 มีเภสัชกรที่ประจำอยู่บนหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน Medication reconciliation

38.2 มีทีมนำในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง

38.3 มีแพทย์ร่วมดำเนินงานอยู่ในทีมนำ

38.4 โรงพยาบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน Medication reconciliation

38.5 โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน

38.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารให้การสนับสนุน

38.7 มีการบันทึกข้อมูลรายการยาลงในแบบฟอร์ม หรือคอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์

ประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิด**ผลสำเร็จ**ในการดำเนินงาน

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ท่านคิดว่าประเด็นเหล่านี้เป็น**จุดอ่อน** หรือ **จุดแข็ง**สำหรับหน่วยงานท่าน

0 = จุดอ่อน

1 = จุดแข็ง

38.8 ความรู้เรื่องยา และทักษะในการสื่อสารของผู้ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีน้อย

38.9 แนวทางการดำเนินงานกระบวนการ Medication reconciliation ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน

38.10 อัตรากำลังเภสัชกรที่มีอยู่ในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ

ประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิด**อุปสรรค**ในการดำเนินงาน

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ท่านคิดว่าประเด็นเหล่านี้เป็น**จุดอ่อน** หรือ**จุดแข็ง**สำหรับหน่วยงานท่าน

0 = จุดอ่อน

1 = จุดแข็ง

39. แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

39.1 การจัดอบรมพัฒนาความรู้เรื่อง Medication reconciliation จากองค์กรภายนอกที่สนับสนุนการพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาล

39.2 มีหน่วยงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ในประเทศ หรือต่างประเทศ) เป็นที่ปรึกษาและ
สนับสนุนด้านวิชาการ

- 39.3 ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากโรงพยาบาลที่ดำเนินงานแล้ว
- 39.4 การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรภายนอกอื่น ๆ
- 39.5 ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ
- 39.6 ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานได้ชัดเจน
- 39.7 การให้ความรู้ในชุมชน Health education มีความสำคัญเพราะช่วยให้การทำงาน Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยกลับบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น
- ประเด็นเหล่านี้เป็น**ปัจจัยภายนอก**ที่มีผลต่อการดำเนินงาน

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก

3 = เฉย ๆ

2 = ไม่เห็นด้วย

1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ท่านคิดว่าประเด็นเหล่านี้เป็น**จุดอ่อน** หรือ**จุดแข็ง**สำหรับหน่วยงานท่าน

0 = จุดอ่อน

1 = จุดแข็ง



ภาคผนวก ค.

บันทึกการถอดเทปการวิจัยเชิงคุณภาพ

และ บันทึกภาคสนาม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 1

ผู้เข้าร่วมวิจัย 1

ผู้สัมภาษณ์ : จุดเริ่มต้นที่คิดจะทำ medication reconciliation ความเป็นมาที่มาที่ไป

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มันเกิดขึ้นเพราะว่าเวลาเราไป round word เขาเรียกว่าอะไรที่ควรได้รับการรักษาแต่ไม่ได้รับ อย่างสมมุติบางคนมี DM, HT มีหลายโรคเลยแต่อาการที่ทำให้คนไข้มาคือ stroke คือมารักษาแต่ stroke อย่างเดียว แต่ DM, HT ยากินเขาไม่ได้ Tx เลย แต่หนูก็ Review OPD card แล้วหนูว่ามันเป็นการ Reconcile อย่างหนึ่งแต่ว่า มันเป็นการดูแบบที่ว่าไม่ได้เอาเม็ดยา มาด้วยอย่างเช่นการทบทวนประวัติยาเก่าของคนไข้มันก็เป็นการ Reconcile อย่างหนึ่งคือว่าหนูมี concept อย่างนี้มาตั้งนานแล้ว ก่อนที่จะมี Med Reconcile แต่การที่เราทำ med reconcile มันหมายความว่า เราเอารายการยาเดิมของคนไข้มาดูด้วย ร่วมกับการเอา OPD card มาดูด้วยให้มันชัดเจนให้เป็นรูปธรรมขึ้น คือที่ผ่านมาจริง ๆ คือเราทำงานคลินิกไป เราก็ต้องดูประวัติเก่าคนไข้ อยู่แล้ว ก็ดูว่าโรคเขาที่เป็นอยู่เป็นยังไง แต่มันก็ไม่ได้หมายความว่า พอกันที่คนไข้มาอน โรงพยาบาลแล้ว underlining เดิมของเขาหายแล้วก็ต้องรักษา ไม่ใช่บางครั้งเราคิดว่ายังไงก็ต้องกินแต่บางครั้งนะก่อนผ่าตัดก็ต้องงด หรือยังไง คือ หมายความว่าคนเราเวลาดูก็ต้องดูองค์รวม คือ เราดูไม่ใช่ว่าดูแต่ว่าทำไมยาเดิมคนไข้ทำไมไม่ได้อย่างนั้นมันคือ Reconcile อย่างหนึ่งแต่ไม่ได้หมายความว่ามานั่งนับเม็ดยาเอายาจากคนไข้มาดู คือเมื่อก่อนคนไข้ Refer มันเป็นอย่างนี้อยู่แล้ว คือ concept จริง ๆ มันเริ่มมาจากความคลาดเคลื่อนเพราะคนไข้บางคนนะมียาเยอะ แล้วมันก็จะ มีปัญหาอยู่ตรงที่ว่าคนไข้มียาอยู่แล้วแล้วยาที่หอบุ๊วก็ให้กินอย่างนั้นมันจะเกิดปัญหา ความซ้ำซ้อน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่า DRP กับที่เราทำนะ Reconcile มันต่างกันบ้างมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เพราะว่า DRP นะมันเหมือนกับเป็นการประเมินปัญหาจากการใช้ยานะทุกอย่างรวมทั้งโรค รวมทั้งอะไรทุก ๆ อย่างเลยแต่ Reconcile มันเหมือนกับว่า มาดูประวัติยาเดิม เราอาจมองไม่เห็นปัจจุบัน อาจมองเห็นอดีต แต่การทำงานเป็น Clinical pharmacist มันต้องมองอดีต ปัจจุบัน อนาคต ต้องมอง 3 อย่างร่วมกัน อดีตคือว่าเขาเคยเป็นอะไร เคยใช้ยาอะไร ปัจจุบันใช้ยาอะไรสมมุติว่าผู้ชายคนนี้จะกลับบ้าน หมอจะปรับยาจากฉีดเป็นกิน เราจะแนะนำยังไงให้อดีตเป็นอนาคต และถ้าสมมุติว่าคนคนเนี่ยแพ้ยาตัวเนี่ย หรือว่ากินยาตัวเนี่ยไม่ได้ผล เภสัชกรคลินิกจะทำอย่างไร จะแพลนยังไง อดีต ปัจจุบัน อนาคต เราจะบอกถึงอดีตคือสิ่งที่คนไข้เคยได้ถึงปัจจุบันเป็นยังไง แล้ว ณ ปัจจุบันที่จะได้ต่อไปในอนาคตนะเป็นยังไงมันเป็นรอยต่อช่วงอดีตของการได้รับยาครั้งที่แล้วมาจนถึงปัจจุบันและอนาคต คือว่าเรื่อง DRP มันจะครอบคลุมทุกอย่างเลยนะคือ Drug related problem คือปัญหาที่เกี่ยวกับยาทุกเรื่องทั้งแพ้ยา ทั้งอะไรเอามาหมด คือ Med Reconcile นี้มันเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของ DRP คือเป็นหนึ่งในปัญหาจากยาเท่านั้น แต่การมีมันก็ดี

เพราะทำให้กระบวนการคลินิกของเราเนี่ยชัดเจนขึ้น Complete มากขึ้น เพราะว่า ถึงแม้ที่หนูดู สมมุติว่าหนูดูแค่ OPD card แต่หนูไม่ดูยาคนไข้เนาะ มันอาจทำให้หนู loss ปัญหาบางอย่าง อย่างเช่นว่าเราเห็น OPD card หมอเขียน ASA, Metformin อะหมอเขียนอย่างนี้จริง แล้วคนไข้ เก็บยาถังง้างบ้างเราก็ไม่รู้เอายาปนกันรีเปลาเราก็ไม่รู้อย่าง case นี้เจอปัญหาเยอะสุด ๆ เลยไหน ๆ ก็มาละเดี๋ยวพาไปดูบน ward เลย อยากไปมัยยะหนูเห็นบน chart ไว้คนไข้ว่าจะ D/C แล้วแหละ ว่าจะรอกคุยกับคนไข้หนูยังเขียนไว้ใน chart ไว้เลยว่าคนไข้เอายามาปนกัน คิดดูซิคะ ASA gr I กับ ASA gr V เอามาปนกันนะ แล้วก็อีกอันนึงนะ Lasix นะ Dose มันไม่ใช่สติกเกอร์มันเป็นวันที่เก่า แล้ว แต่คนไข้เอายามา follow up ถ้าสุดท้ายมันไม่ใช่วันนั้น เออแล้ว Dose ยามันก็ได้เปลี่ยนไปแล้ว ซึ่งหนูไม่แน่ใจว่า คนไข้เนาะสลัซของกันรีเปลา นี่คือนี่สิ่งที่ทำให้เราเห็นปัญหา พอเราเห็นปั๊บมันก็คือ Drug related problem มันเป็นกระบวนการต่อเนื่องกันพอเราเจอปั๊บ สิ่งที่เราจะทำต่อไปคือ เราแพลนเลยเราคงไม่แค่เห็นแล้วปล่อยให้ เราก็ต้องแก้ไขเราก็ต้องแพลนอะไรกว้าง ๆ ก็ต้องแพลน ต่อ บางที Med Reconcile มันจะทำให้งานเรา completed ขึ้นนะหนูว่า

ผู้สัมภาษณ์ : Med Reconcile เป็นตัวเสริมเฉย ๆ รีเปลา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือ Med Reconcile ทำให้งานเราสมบูรณ์ขึ้นทำให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างดีมากขึ้นทำให้การทำงานของ Clinical pharmacist ในหอผู้ป่วยสมบูรณ์มากขึ้นอย่างคนที่ทำ Med Reconcile แต่ไม่ Round ward จะไม่เห็นเหมือนเราอย่างโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าไป Round ward ด้วย จะเป็นการดูว่าถ้าคนไข้ไม่ได้ยานี้เนาะถ้าคนไข้จะต้องผ่าตัดจะต้องหยุดยาตัวนั้นเนาะ มันจะได้แค่จุดนั้น มันจะไม่เหมือนเราอย่างคนที่ Round ward จะได้เข้าไปดูด้วยว่า เช่น เรื่อง Dose ยา อย่าง Dose สูง Dose ต่ำ DRP เขาจะหาไม่เจอด้วยบางที Drug interaction ก็อาจจะไม่ได้ดูให้คือ กระบวนการ Med Reconcile เป็นกระบวนการที่เชื่อมตรงช่วงรอยต่อเฉย ๆ อย่าง phase ที่คนไข้ จากบ้านมาโรงพยาบาลเฉย ๆ แต่ Clinical pharmacist เนี่ยใช้หมดเลยทุก phase แรก ๆ ก็จะถูกก่อน Admit นะมียาอะไรบ้างลักษณะเป็นยังไง พอ admit ก็จะถูกว่าใช้ยาถังง้างมีปัญหามั้ย แล้วก่อนกลับบ้านต้องได้รับยาอะไรคือดูทั้งอดีต ปัจจุบันอนาคตคือการทำ Med Reconcile มันทำให้ process ในการทำงานของเราสมบูรณ์ขึ้นไง คือเมื่อก่อนเราไม่ได้มานับยาหรือมาดูยาคนไข้ไง ใ้อัสเมิร์ต ๆ เนี่ยใช้ได้มั้ย แต่พอมีก็ดีเราจะได้ดูว่าอ้อเคยเป็นโรคนี้แล้วได้ยา Aspirin นะเคยได้ Clopidogrel แต่ทำไมวันนี้ไม่ได้ละคือเมื่อก่อนมันเป็นรูปธรรมแต่อาจจะไม่ชัดเจนตรงที่แค่มองว่า เขาเคยได้หรือ แต่เราไม่เห็นว่าเขาเคยได้ยังไงเคยใช้ถูกมั้ย

ผู้สัมภาษณ์ : หมายความว่า ถ้าเป็น Clinical pharmacist (เภสัชกรที่จบการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปและรับผิดชอบงานคลินิกในโรงพยาบาลเช่นการติดตามผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย) จะทำให้ Med Reconcile มันสมบูรณ์ขึ้น

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มากกว่าคนที่ไม่ได้เป็น Clinical pharmacist ถูก ๆ ไข้ ๆ เพราะหนูยังบอกที่หัวหน้า WARD เลยนะดีมาหลายที่การเขียน note บน chart ก็ดีนะเป็นการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ มันไม่ใช่หมอเห็นคนเดียว พยาบาลเขาก็เห็น พยาบาลเขาจะเป็นคนรับ order เพราะหนูจะเขียน order ว่า review order แล้วเขียนต่อไปด้วยว่าปัญหาคือ 1 อะไร 2 อะไร พอพบปัญหาเสร็จ หนูจะ plan education คนไข้ เช่น ก่อนกลับบ้านจะให้ความรู้เรื่องยา อย่างคนไข้ที่ ward มีคนนึงจะกลับบ้านวันนี้จะไม่รู้จะมาเมื่อไหร่มี case สด สด ร้อน ๆ เลยเดี๋ยวนูจะพาไปดู

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงว่าการทำ Med Reconcile ทีเดียวกับการที่ Clinical pharmacist เข้าไปทำ Med Reconcile เลยมุมมองจะไม่เหมือนกันเลย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่เหมือนกันเลยต่างกันเลยเพราะถ้าเขาไม่ใช่ เกสัชกรคลินิกนะ หรือไม่ได้เข้าไปดูแลคนไข้โดยตรงนะ เขาจะไม่ได้มองคนไข้ในมุมมองที่เป็นองค์รวมนะ แต่หนูมองว่า เพราะเราทำงานคลินิกเนี่ยจะทำให้คนไข้ได้รับประโยชน์มาหลาย คือ มุมมองของคนไข้ที่ดูแลคนไข้ได้ มันจะมองในมุมมองที่เชื่อมต่อกันแต่ถ้าใครที่ทำ Med Reconcile อย่างเดียวโดยที่ไม่ได้ Round ward เลยอาจจะมองในมุมมองที่เบะ ๆ มาก เช่นหมายความว่า ถ้ายามันหายไปซัก 1 รายการอาจมีปัญหา แต่จริง ๆ แล้วอาจไม่ใช่ปัญหาเลย อย่างเช่นคนไข้คนนี้เป็น Stroke เขาอาจเป็น HT ด้วย เป็น Sudden แบบว่า Hemoradge มาเลย เขาอาจจะไม่รู้ อาจคิดว่าจริง ๆ แล้วต้องกินยาความดัน อยู่รีเปลา ซึ่งจริง ๆ แล้วอย่างพวกที่เป็น Active อยู่เขาอาจจะไม่ให้กินยาประมาณ 14 วัน เขาบอกว่ามันจะไปตัด Blood flow ที่มันจะไปเลี้ยงสมองหมอกเขาก็จะ off ยาความดันทั้งหมดก่อน เพราะว่า ถ้าสมมุติว่าเราไปให้ยาความดันปั๊บเนี่ยกลายเป็นว่า เลือดที่จะไปเลี้ยงสมองมันจะไปได้น้อยลงคือถ้าเขาไม่ใช่ Clinical pharmacist ไม่ได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยเนี่ยเขาอาจจะคิดว่า การที่คนไข้เป็น HT มียา Madiprot เนี่ยแล้วทำไมไม่ให้ คือเขาอาจจะคิดไม่เหมือนกันเลย จริง ๆ มี Med Reconcile มันดีมาหลายคือทำได้ทุกอันนะมันดี แต่มันจะทำได้ไม่หมดทุกอันไง และเราคนเดียวทั้ง Ward ก็ต้องทำเป็นกลุ่มโรค เขากลุ่มโรคนี้ก่อนเพราะว่ามา Admit บ่อย เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตบ่อย จะไปดูก็ได้เนาะเดี๋ยวนูจะพาไปดู ไม่รู้ลูกกลับรึยัง วันนี้ต้องอธิบายลงว่า ไม่ได้นะลุงครวหลังอย่าเก็บยาอย่างนี้ แล้วให้ญาติเขาฟังด้วยว่าอย่างนั้นะกินเองมัย แล้วก็ต้องถามเขาก่อนว่าญาติจัดให้ หรือคนไข้จัดเอง เพราะคนไข้บางคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพราะถ้าเราหาปัญหาเจอว่าญาติจัดให้เราก็จะได้บอกญาติว่าจัดอย่างนี้ อย่างนี้ได้ แต่ถ้าเขาจัดเองก็ต้องบอกเขามันต้องหาสาเหตุนะว่าจากอะไร น้อง Pharm. D เขาก็ช่วยดูนะช่วยทำ ช่วยนับเม็ด ช่วยอะไรอย่างเนี่ย

ผู้สัมภาษณ์ : ก่อนที่จะมี Med Reconcile การทบทวนรายการยาเนี่ยมีคนทำมัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : หมอเคยทำเหมือนกัน เขาก็จะถามคนไข้ก่อนว่าคนไข้เคยได้ยาอะไรมัย แล้วเขาก็จะเอามาเขียนใน Progress note ของเขาว่า on service ของเขาว่ายาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับคือ Aspirin, Metformin มีวิธีกิน แล้วก็ไม่มีจำนวนเม็ด ไม่มีอะไร แล้วก็ไม่ว่าคนไข้กินถูก ไม่ถูก รู้แต่

ว่ายาเดิมเท่านั้น เพราะเขาดูจาก OPD card เขาไม่ค่อยไปขอคนไข้ดูหรือกว่า ไหนขอดูยา หน่อยซี ยกเว้นบางราย หนูก็จะขออนุญาตก่อนหนูก็จะขอ ดู หรือบางทีญาติก็เอามาให้ดูเนี่ยหมอบ ต้องกินมัยเราก็จะเห็นปัญหา หรือไม่บางทีคนไข้ก็เอามาถามว่า เนี่ยยามันเยอะมากเลย ไม่เอา ได้มัย ไม่ซื้อใหม่ได้มัยเอายาเดิมมากินต่อได้มัย ตอนนอนอยู่เนี่ย กลายเป็นคนพูดเร็วไปโดย อัตโนมติเลยนะ

ผู้สัมภาษณ์ : ก็ดีได้นี้อาสาจะอะดี

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : นี่ไง case นี้ไงพี่.....ลุงคนนี้งวางแผนทำ Med Reconcile แล้วเจอ ปัญหา

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหานี้เกิดจากอะไร

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย ว่าเขาไปเก็บยาปนกัน ถ้าเราไม่เอามาดูเราก็จะไม่เข้าใจ เราก็จะคิดว่าเขากินยาถูกนะ ทำแล้วมันดีค๊ะ ยังไงมันก็เป็นบุญได้ช่วยเหลือคนไข้เนาะ ถ้าเราไม่มอง เรื่องเนี่ยอย่างเดียวนะ หนูจะมีแบบฟอร์มอยู่ข้างบนเป็นสีฟ้า ๆ ที่ ward เดียวพาขึ้นไปดูเลย ก็จะได้เห็นว่าเป็นยังไง มันต้องเห็นการทำงานจริง ถ้าได้เห็นการทำงานจริงก็จะเข้าใจมากขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : ก็ดีเหมือนกันเพราะกำลังคิดว่าวิถียานิพนธ์ของเรามันตายตัวเกินไปคือเหมือน เราสร้างแบบสอบถามโดยที่ยังไม่ได้ถามผู้ปฏิบัติ ซึ่งแนวคิดเราอาจจะไม่ได้สอดคล้องกับการ ปฏิบัติจริง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็ต้องให้คนที่เขาทำด้วย คืออาจจะเป็นอย่างอื่น ๆ โรงพยาบาล อื่น ๆ ที่เขาทำด้วย ช่วยแสดงความคิดเห็นด้วยจะได้หลาย ๆ มุมมอง อย่างรพ.....ก็นำไปสัมภาษณ์ พี่หัวหน้ากลุ่มงานไปขออนุญาตคุยกับพี่เขาก็ได้ พี่เขาใจดี อย่างที่พี่เขาเคยทำมา คิดว่าไม่น่าจะมีปัญหาอะไร เดียววันนี้หนูนัดคนไข้ไว้ละ บอกป้าไว้ละ บอกพี่พยาบาลไว้แล้วด้วย เดียววันนี้จะขึ้นไปคุยเรื่องยาวว่ากินยังไง ฉุกเฉินก็ไม่ update มันเหมือนเป็นหน้าที่นะพี่ เกสซ์ ไม่รู้ใครจะรู้ นี่ไงแบบฟอร์ม Med Reconcile แต่ทุกวันนี้ไม่ได้ครบหรือมันจะติดตรงกับเสาร์ อาทิตย์นะ พี่.....ถ้าสมมุติเรารับ admit ได้เลย มันจะทำให้ตัวเลข เบ๊ะ ๆ มากกว่า แต่จริง ๆ มัน จะต้องมีให้หมอบเห็นด้วยนะก่อนกลับบ้าน คือเขาคิดว่าควรจะให้ต่อมัยก่อนกลับบ้านนะ ต้องให้ เขาดูก ๆ อะไรตรงนี้ด้วยอะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วแบบนี้ก่อนกลับบ้านโรงพยาบาลมีใบอะไรให้คนไข้กลับบ้านบ้างรึเปล่า

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ที่นี้เหมือนเขายังมาทำให้เนาะ แต่ถ้าเป็นเอกชนเวลา D/C เขาจะมีใบไปให้เลย ว่ายามีกี่ตัว แต่ละตัวมีวิธีใช้ยังไงบ้างคือเอกชนที่ ที่มี HA เดียวนี้ต้องมีอย่างนี้หมดเลยแต่ โรงพยาบาลรัฐบาลไม่แน่ใจ แต่ที่รพ.กำลังจะทำเพราะมันรองรับ HA ใจ กำลังทำอยู่มั้งแต่ว่ายังไม่ เห็นออกมา แต่ว่าเอกชนเห็นเขาให้หมดเลยอ้อ เนี่ยไงพี่.....มาดู MAR มีเนี่ย note ไว้หลายอันทั้ง เรื่อง Dose ยา คือจริง ๆ เขามีการทำกันมานานแล้วนะการดูรายการยานะ แต่ตอนหลังเขาเพิ่งมา

นี่ก็ได้มั้งนะว่าเอาค่านี้มั้ง จริง ๆ แล้วอยากคุยกับเขาแล้วเอาถุงยาไปให้ดูด้วย สงสัยญาติจะกลับไปแล้วมั้ง เขาจะเห็นว่า เอายามาปนกันนะ คราวหลังห้ามนำมาปนกันนะ นี่ตระกร้ายาเดิมคนไข้ เดียวที่พยาบาลเขาบอกจะซื้อมาให้ ให้ทำเป็นเรื่องเป็นราวไปเลย

ผู้สัมภาษณ์ : คือเราจะแยกยาออกมาตั้งแต่ Admit เลยใช่มั้ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือที่พยาบาลเขาจะถามว่ายาเดิมเอามาไว้เปล่า ถ้าเอามากี เอามาด้วย ถ้ายาไม่เอามากีบอกญาติเขาให้เอามาด้วยนะเพราะหนูจะแยกออกมาเลย คือถุงยาที่หนูแยกออกมาเนี่ยเพราะเป็นยาที่ไม่ได้ใช้แล้ว เช่นยาแก้ไอ ยาอะไรที่เขาใช้ตอนเป็นหวัด แต่อีกอันหนึ่งเนี่ยคือยาที่เขาใช้เป็นประจำใจ คือโรคหัวใจของเขาคือ gr V ไม่ใช่แล้วแต่รู้สึกกลับบ้านเห็นว่าเขาต้องใช้ gr I อีกนะ case นี้เพราะเขามีเรื่อง GI bleed แล้วกลัวก็เลยต้องลดขนาดยาลงมา

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนอยู่ที่นี้ไม่ได้ใช้

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช้ไม่ได้ ใช้แยกออกมาเป็นอย่างนี้เลย พอกลับบ้านก็ต้องกลับมาใช้อีกเพราะรู้สึกว่าจะเปลี่ยน order สลับไปสลับมา ตอนนี่ต้องใช้ gr I เพราะวันนั้นหมอมา Round เพราะว่า เป็น GI bleed เขาก็ลดลงเป็น gr I จำนวน 2 เม็ด คือเดิมมันเป็น gr V 1 เม็ด เพราะ Aspirin มันเป็น Dose dependent เกี่ยวกับเรื่อง bleed นะคะ ถ้าลดก็ต้องลดให้อยู่ในช่วงที่สามารถรักษาได้ 75-325 mg เนี่ยแหละก็ต้องมาแยก งานอย่างนี้ต้องเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งก่อนถ้าเป็น ward ก็เริ่ม round อยู่แล้วก็จะง่าย เพราะคนที่ทำงานคลินิกอยู่แล้ว หนูว่ามุมมองกับงานตรงนี้นั้นจะง่าย มันแค่เพิ่มหน้าที่แค่มากุยาแค่นั้นเอง เพราะว่า concept เรามีอยู่แล้วไม่ว่าเราต้องดูประวัติยาคนไข้ก่อนมาอยู่แล้วเพราะเราต้องประเมิน DRP ทุก ๆ case ที่เราดู นี่มันเป็นแค่ 1 ใน DRP เองนะ คือ DRP (Drug Related Problem) มันมีตั้ง 8-9 อย่างเยอะมาก ขึ้นกับ Criteria มันจะเป็นข้อหนึ่งนะ Untreated indication ถ้าสมมุติว่าคนไข้มียาเดิมอยู่กินมาครั้งนี่ไม่ได้รับยามันจะเป็น Untreated indication ไป คือจำเป็นต้องได้รับยาแต่ที่ไม่ได้รับถ้าได้รับยาซ้ำซ้อนก็เป็นไปได้ คือบางทีซื้อยากินเองหรือไม่ก็เป็นแพทย์ที่ผู้ป่วยเคยแพ้ซ้ำ คือสมมุติว่าคนไข้ไม่รู้ว่ายาอะไรพอกินแล้วเขาเป็นอย่างนี้ สมมุติว่าเราไม่ดูยาเก่าเขา บางทีเราก็ไม่รู้ ได้หลายข้อเลย อย่างได้รับยาซ้ำซ้อน ได้รับยาที่แพ้ซ้ำ ควรได้รับแต่ไม่ได้รับประมาณ 3-4 ข้อพวกนี้มันทำให้เห็นปัญหาหมดเลย

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงว่าถ้าเป็นเภสัชกรคลินิกทำงานที่ ward เลยก็จะเจอต่อการทำ Med Reconcile

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือถ้ามีเภสัช Round บน ward ดูเหมือนว่ามันจะประสบความสำเร็จมากกว่า คือ มันจะมีประโยชน์ต่อคนไข้ ต่อโรงพยาบาลต่อทีมดูแลผู้ป่วยเพราะมันจะทำให้เขาเห็นปัญหาอย่างนั้นขึ้นมาถึงแม้ว่าผู้ป่วย นอนโรงพยาบาลได้ขนาดยาถูกต้องหมดทุกอย่าง พยาบาลเก่งทุกอย่าง เก่งหมดแต่สุดท้ายมันก็คือตัวคนไข้เอง เราไม่รู้เลยว่าเขากินยังไงเก็บยังไง ที่บอกว่า 1x2 นะเขากินยังไงแม้กระทั่ง Lasix นะกิน 1/2x2 หรือว่า 1/2x1 หมอก็ไม่รู้ไง นั่นคือจุดที่ตอบคำถามได้ว่าครั้งที่

แล้วที่ผ่านมามันเป็นยังไง เขาก็ยังไม่เข้าใจซะมั้ง แม้กระทั่งคนไข้ที่นอนอยู่ถามว่า รู้ปะว่ายาที่ตัวเองกินเนี่ยมันรักษาอะไร ถ้ามดูบางทีอาจไม่รู้เลยนะ บางทีมันเป็นหน้าที่ เราต้องสอนน้องตลอดเลยว่า อย่าคิดว่าเขารู้แล้วถ้าเกิดว่าไม่แน่ใจก็ถามเขากลับ ถ้ารู้ก็รู้ ไม่รู้ก็คือไม่รู้ ให้อาพ่นนี้ได้กันมาตลอด บางทีสอนเหมือนจะพ่นถูก ไปดูที่ไรก็ผิดตลอดเลย แล้วบางทีก็มารู้ด้วยซ้ำว่าพ่นไปเพื่ออะไร รู้แต่ว่ามันมีหลายcase มากนะ

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับวันนี้ใช้เวลามาพอสมควรแล้วพี่รบกวนเวลา.....เท่านี้ก่อนนะคะ
ขอบคุณค่ะ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสัมมนาครั้งที่ 1
ผู้ร่วมวิจัย 1
วันที่ 7 พฤศจิกายน 2551
เวลา 14.30 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ 26 ปี
2. อาชีพรับราชการ
3. การศึกษาปริญญาตรี
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันศุกร์ที่ 7 พฤศจิกายน 2551 เวลา 14.30 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ ห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์ โดยผู้ให้สัมภาษณ์เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์ ห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาของทางโรงพยาบาล ซึ่งค่อนข้างเงียบไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้กับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์นี้จะเป็นการสัมภาษณ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวิชาที่พลศึกษา ซึ่งจะขอสัมภาษณ์รายละเอียดเรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่คืองาน medication reconciliation ที่หากงานวิจัยนี้ได้รับการเผยแพร่ข้อมูลในการสัมภาษณ์ อาจเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินงาน หรือกำลังดำเนินงาน medication reconciliation ต่อไป ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยากาศการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ผู้ให้สัมภาษณ์ทำทางคล้องแคล่วกระฉับกระเฉงและเป็นกันเอง ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการในการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ ค่อนข้างมีความรู้และมีประสบการณ์ในด้านงานเภสัชกรรมคลินิกอย่างมาก เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว และผู้ให้สัมภาษณ์ก็พาผู้สัมภาษณ์ไปดูสถานที่ทำงานจริงคือในหอผู้ป่วยใน และเอกสารที่ใช้ในการดำเนินงาน พร้อมกับอธิบาย case ผู้ป่วยที่กำลังพบปัญหาให้ผู้ป่วยและญาติฟัง แนะนำให้ผู้สัมภาษณ์ดูจุดที่จะต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้งานสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้สัมภาษณ์จึงขอจบการสนทนาโดยขอขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลังผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง

การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 16.00 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์และดูสถานที่ทำงานจริงโดยประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 2

ผู้เข้าร่วมวิจัย 2

ผู้สัมภาษณ์ : medication reconciliation ของที่นี่มีที่มาที่ไปยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือเริ่มต้นเลยการที่เราเข้ามาทบทวนรายการยามันเป็นมาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy อยู่แล้วเนาะ ก็คือเราทบทวนประวัติคนไข้อยู่แล้ว ก็คือเริ่มพบปัญหาว่าเอ๊ะ ทำไมยาบางตัวไม่ได้สั่งนะครบมันถูกหยุดไปเฉย ๆ แล้วก็ไม่มีเหตุผลใน Chart หรือใน note ว่าทำไมต้องหยุดตัวนี้เพราะอะไร พอไม่ปรากฏเหตุผลแล้วเราก็เกิดความไม่มั่นใจว่า ทำไมทั้งที่ภาวะโรคของคนไข้บางที่จริง ๆ ไม่น่าจะหยุดยา พอทำหลาย ๆ case เข้า ก็พบว่ามันเป็นยาจำนวนหนึ่งที่ ถูกหยุดโดยไม่มีเหตุผลเกิดความคลาดเคลื่อนก็เลยเป็นจุดเริ่มต้นของการทำ Med reconcile

ผู้สัมภาษณ์ : เหมือนกับว่าที่นี่มีเภสัชกรประจำ IPD อยู่แล้วจึงค้นหาปัญหาทาง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : แล้วก็พอทำมาเรื่อยๆ เนี่ยพอเริ่มมีประสบการณ์และองค์ความรู้เพิ่มขึ้นก็เริ่มเห็น ปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ก็พบเองว่ามีคนไข้จำนวนไม่น้อย 1 ไม่เคยได้รับยาที่เคยได้รับ 2 คือ Dose ผิดพลาดอาจเกิดจากเวลาน้อยแพทย์อาจมีเวลาน้อย คือถ้าความผิดพลาดเหล่านี้มันมีเหตุผล กำกับ แล้วแพทย์ก็ใช้วิจารณญาณ ในการพิจารณาว่าข้อเหตุผลเรายอมรับได้ แต่ว่าถ้ามีเหตุผลที่ยอมรับได้ เช่นคนไข้บางคนถูกลด Dose ยาขับปัสสาวะลงโดยที่คนไข้ไม่รู้เลย คือเมื่อก่อนนี้เราไม่ได้ตาม Round แต่เดี๋ยวนี้เราตาม Round ทุกวัน เช่นคนไข้เคยเคยกินยาโรค Heart อยู่แล้ว แล้วก็ซีฟอรั่มลดลงเรื่อยๆ แล้วหมอยังส่งยาเดิมอยู่อย่างนี้เราต้อง Consult ทันทีแต่ถ้าเป็นโรคทั่วไป เช่นยาโรคกระเพาะ หรือว่าอาจเป็นโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยาที่เป็นปัญหาของคนไข้คนนี้ก็อาจจะใช้วิธีการ Consult ที่หลัง

ผู้สัมภาษณ์ : คือครั้ง แรก ๆ เรามีการทบทวนอยู่แล้ว

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ครบคือว่าครั้งแรกเรามีการทบทวนอยู่แล้ว ไม่ได้คิดถึง Med reconcile เลย แต่ว่าพอไปประชุมวิชาการ ได้คุยกับอาจารย์ที่เป็นเภสัชชอยู่อเมริกาเขาบอกว่า ที่จริงมาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy คืออย่างง่ายที่สุดไม่ต้องทำอะไรเลยนะ วันหนึ่งนะอย่างน้อยทำ Med reconcile ก็เป็นการช่วยคนไข้ได้ระดับนึงละ ก็เลยกลับมาปรับปรุงสิ่งที่ตัวเองทำอยู่ให้เต็มรูปแบบมากขึ้น ซึ่งเมื่อก่อนนะการทำ Med reconcile ของที่นี่เนี่ยก็จะมีแบบฟอร์มแบบนี้ เมื่อก่อนก็คือเราทบทวน แบบฟอร์มของที่นี่เนี่ยจะใช้แบบฟอร์มเหมือนของโรงพยาบาลทั่วไปคือ drug profile สำหรับจดยาผู้ป่วยในส่วนพยาบาลก็จะมี Kardex จากนั้นก็มาคิดว่าเราน่าจะทำให้เต็มรูปแบบส่วนหนึ่งคือ drug profile ที่เราบันทึกปัญหาต่าง ๆ ซึ่งมันไม่สามารถสื่อไปถึงวิชาชีพอื่นได้ เพราะฉะนั้นเราก็เลยมาคิดว่าเอ๊ะทำยังไงก็เลยคิดจะเอา drug profile มารวมกับ Medication administration record ซึ่งพยาบาลจะได้ใช้ทุกครั้งที่มีการให้ยาอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : หมายความว่าแบบฟอร์มนี้จะไปอยู่ที่ไหน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือแบบฟอร์มนี้จะอยู่กับพยาบาลเวลาให้ยาผู้ป่วยเลย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วยังไงต่อคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือยกตัวอย่าง เช่น คนไข้ Dyspepsia เราก็จะมีการบันทึกการพยาบาลไป แต่ไม่มียา HT แต่พอไปถามคนไข้พบว่า คนไข้แจ้งว่าเคยได้รับยา HT จากโรงพยาบาลเรามาตลอด แต่ตอนนี้ไม่ได้ยาเลย (อธิบาย Chart ประกอบ) ซึ่งคนไข้มา admit ตอนกลางคืนด้วย Dyspepsia อาจจะไม่ได้รับยา แต่พอเรามาดูจริง ๆ แพทย์อาจจะ NPO และเรามาดูความดันผู้ป่วย 140/80 อาจจะไม่รุนแรงเราก็จะเขียนว่ารอ Consult ถ้าสมมุติว่าป่วยมีความดันคนไข้ขึ้น แพทย์อาจจะพิจารณาให้ยา หรือถ้าความดันคนไข้ไม่ขึ้นเลย ซึ่งจากเดิมเราอาจจะ Consult ลงใน Drug profile เดิมเราเห็นปัญหาอยู่คนเดียวเราไม่ได้ Consult อาจไม่เกิดประโยชน์ต่อใคร เราอยู่กับคนเดียวคือเมื่อก่อนนี้ใช้วิธีส่งเวรกับพยาบาล ซึ่งผมจะรอส่งเวรคนไข้เพียง 3 นะ คนไข้ BP ไม่สูงมากไม่มียาความดันหมอบอาจจะสั่ง NPO ก็ได้รอ Consult หมอบ แต่บางกรณีไม่รุนแรงแต่เราต้อง Consult หมอบเดี่ยวนี้ คือหมอบบางคนเขารู้สึกว่า ทำไมเรื่องแค่นี้ต้องรีบ Consult ด้วย ผมก็จะใช้วิธีนี้ซึ่งพยาบาลเขาก็จะรู้จากแบบฟอร์มถ้ามีโอกาสนะเขาก็จะรอ Consult หมอบได้อยู่

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วไปนี้จะอยู่ที่ไหน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไปนี้จะอยู่ในแฟ้มให้ยาคนไข้ คือเวลาแจกยาปั๊บพยาบาลก็จะเห็นใบรายการยา

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วไปนี้หมอบเห็นมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : หมอบเห็นครบหมอบ ก็เห็นตอนเช้าคือตอนตามราวตอนเช้าเนี่ยคืออันหนึ่งที่ Medication reconciliation เนี่ยคือบางครั้งหมอบไม่ยอมสั่งยาเนี่ยเขียนว่า ยาเดิมเภสัชหรือพยาบาลเนี่ยต้องมานั่งคิดว่า จะให้อะไร เพราะฉะนั้น แบบฟอร์มเนี่ยก็จะมาเสียตรงนี้ ถ้าเราเขียนว่ามียาความดัน 2 ตัวนี้หายไปพอหมอบเข้ามาตาม round ตอนเช้าหมอบเขาจะเลือกเขียนใน doctor order เลยหรือเลือกที่จะเซ็นใน MAR คือจากเดิมที่เราเคยให้ยาเอง คือยาเดิมเนี่ยก็เป็นการให้ยาเดิมโดยเราเอง แต่แบบนี้จะเป็นลายลักษณ์อักษรมากกว่า ว่าจะให้เภสัชไปคิดเองว่าจะให้ยาหรือไม่ให้ยาไหน แบบฟอร์มพวกนี้ก็จะมีการพัฒนาและปรับปรุงให้ครอบคลุมมากที่สุด อย่างพุงนี้ก็จะเปลี่ยนแพทย์เวร อย่างเช่นคนไข้คนนี้มาด้วย COPD แต่ OPD Card หายก็จะมีใบแทน ยาหายไปเราก็จะเขียนไว้ว่าเตรียมไว้รอ Consult แต่ Case นี้ไม่ได้ตีก็ เพราะว่า หมอบเขียนใน Doctor order เพราะว่าหมอบก็ตีก็แสดงให้เห็นว่าไม่ได้ให้ยาโดยพลการละ

ผู้สัมภาษณ์ : อย่างนี้จะเป็นการทำงานซ้ำซ้อนมั๊ยต้องดูทั้งไปนี้และใบ Order แพทย์

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่ครับมันจะเหมือนกับที่เราับรายการยาและก็ Drug profile ของเราแหละแต่เปลี่ยนเป็นเภสัชรับ เราไม่ใช้ Drug profile เราไม่ใช้ Med sheet ละ ใช้ใบเดียวกันหมดเลย ตอนเช้า Inchart เขาก็รับข้อมูลคร่าว ๆ ของเขาลงไป ทั้งการทำ Treatment อะไรต่าง ๆ ก็บันทึกลงใน

Kardex แต่การให้ยาหรือให้หัตถการบางอย่าง Around the clock ก็จะทำมาใส่ตรงนี้ นอกจากนั้น Inchart ก็จะมาตรวจสอบอีกที จากเดิมที่ต่างคนต่างรับ และแพทย์ก็จะเป็นการทำงานรอบเดี๋ยวมมีการตรวจสอบกัน คือเรารับแล้ว Inchart มาตรวจสอบ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างนี้เภสัชต้องมาทำงานแต่เช้ามั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็ปกติผมต้องมาก่อน 8.00 โมงเพราะผมต้องมาดูคนไข้ก่อน คืออย่างที่นี่เราจะฟังเราก่อนข้างเยอะ เพราะเวลาตอนเช้าเนี่ยหมอเข้ามา Round บางที่พยาบาลเขาจะไม่รู้อะไรเกี่ยวกับคนไข้คนนี้เลย เราเนี่ยจะรู้ แต่เราเนี่ยจะต่างจากพยาบาลตรงนี้ คือ พยาบาลเขามีการรับเวร คือสมมุติว่ามีการคนไข้ Drip Ampho B 14 วัน เนี่ยเราก็จะรู้ที่มาที่ไป ความเป็นมาทั้ง 14 วันเลย คนไข้เป็นยังไง ไตแย่งรีเปล่า เพราะฉะนั้นโบเนี่ย เนี่ย จะมีประโยชน์มาก ผมจะมาแต่เข้ามา Review ประวัติคนไข้ให้ครบ เพราะฉะนั้นเวลา Round เราจะรายงาน Case ได้เลยซึ่งจริงนะ เราจะทำให้เกียรติพยาบาลในการรายงาน Case ผู้ป่วย ได้เลยเช่น case ที่มี Head injury มาด้วยอะไรได้ยาตัวนี้เพราะอะไรเปลี่ยนเป็นยาตัวนี้ เพราะอะไร ซึ่งแพทย์เนี่ยจะชอบมากโดยเฉพาะ

อายุรแพทย์ เนี่ยจะชอบมาก จะชอบถามซอกแซกว่า โรคนี้ ยานี้ เป็นยังไง ไม่ให้ทานเพราะอะไร ซึ่งถ้าเราไม่ทำงานตรงนี้พยาบาลก็ต้องทำ คิดซะว่าเป็นการทำงานร่วมกัน เช่น คนไข้ Meropenam ได้ยามาจากโรงพยาบาล.....เขาจะมียามาเรียบร้อย มีที่ amp ครบวันนี้จริงมั๊ย และเป็นไปตามแผนการรักษาของ รพศ. จริงมั๊ย ถ้าไม่เป็นไปตามแผนการรักษาเนี่ยตอนเช้าเราจะรายงาน ซึ่งโบเนี่ยพยาบาลเขาจะเป็นคนบันทึกมารอบหนึ่งละ แล้วเราก็เอามาเติมเต็ม บางทีก็มาเติมเพิ่มเพราะบางที่หมอสั่งยา ซึ่พอคนไข้ต่ำลงอีกอันเพิ่มมาด้วย BP drop มันก็จะช่วยกันได้ระดับหนึ่งผสมกลมเกลียวกัน โดยที่ไม่ได้แบ่งแยกเลยว่าใครเป็นหมอ ใครเป็นเภสัช ใคร เป็นพยาบาล

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเป็นภาระของใครบ้างมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ลดภาระของพยาบาล เพราะเขาไม่ต้องทำโบเนี่ยครับ เขาไม่ต้องลอก Order Med record ไม่ต้องทำ คือโบเนี่ยจะใช้ร่วมกัน ซึ่งถ้าเขาไม่เห็นด้วยอย่าง เช่น เวลาให้ยา 6.00, 14.00 หรือ 12.00, 18.00 เนี่ยเขาก็จะแย้งสมมุติว่าคนไข้ชอบลະกลับตอนเที่ยงกลับมาไม่ทันซักที่ตอนบ่ายสองเนี่ย เราก็จะปรับเวลาให้คือบางทีเภสัชของเราคิดอะไรมากนะครับ แต่ว่าจูนเข้าหาคนอื่นไม่ได้นะครับ บางทีเราก็เขียนออกมาแต่บางทีมันก็ใช้ประโยชน์อะไรไม่ได้หมดนะครับ อย่างตารางการให้ยาบางทีเราก็เขียนออกมาเป็นตาราง ออกมาแรก ๆ เราจะติดขัด เพราะเราไม่ชินกับตารางการให้ยาที่เราจัดออกมา แต่ซักพักเราจะเริ่มรู้ว่าอ้อเราจะให้ยังไงเราจะเห็นปัญหาของคนไข้ชัดขึ้นนะครับ อย่างคนไข้ DM บางทียาบางตัวหมอก็ดัดออกตัวหนึ่งอย่างบางที (ซึ่งในตารางให้ยา) ยาบางตัวทำให้เกิด Hypoglycemia หมอก็จะ off ไว้ก่อนพอมาดูโบเนี่ย พยาบาลก็จะรู้ได้เลยว่าเพราะอะไรถึงหยุดยาตัวนี้ มันทำให้เราสนุกและก็มีความสุขกับการทำงานครับ ซึ่งเมื่อก่อนนี่จะไม่เป็นอย่างนี้

ผู้สัมภาษณ์ : โรงพยาบาลอื่น ๆ เขามีทำอย่างนี้กันบ้างมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คืออย่างโรงพยาบาลอื่น ๆ อย่างที่.....เนี่ยเขาจะไม่ได้ทำรูปแบบนี้แต่ก็จะทำคล้าย ๆ กันอย่างนี้แหละ แต่ว่าจะไม่มีแบบฟอร์ม พอไม่มีแบบฟอร์มปุ๊บคือข้อเสียมันก็คือเค้าอาจจะไม่ได้ทำ คือเมื่อก่อนผมเริ่มต้นจากไม่มีแบบฟอร์มเนอะ ซึ่งอะไรก็ตามที่มันทำมาแต่ไม่มีแบบฟอร์มก็เหมือนกับเป็นสิ่งที่ไม่ได้บังคับว่าต้องทำปุ๊บ คือสมมุติว่าเราชี้แจงเนี่ย ผมก็จะดูเป็นบาง Case ส่วนบาง Case ก็ดู ผ่าน ๆ ไป ผมก็บอกว่าผมทำ Med reconcile แล้วก็ได้ไม่มีใครรู้คือเพราะว่าพวกนี้มันเป็นหน้าที่เภสัชนะ คือถ้าพูดตามหลักนะเราควรทำ ใช้มั๊ยครับ แต่ว่ามันไม่มีใครมารู้กับเราใครรับสมมุติว่าวันนี้ผมเดินไป Ward แล้วออกมาแล้วบอกว่าวันนี้ผมดู Med reconcile แล้วนะมี 3 เติงที่หมอมไม่ได้สั่งยาตัวนี้ ตัวนี้เพราะอะไร เขาจะมั่นใจได้ยังไงว่าเราทำจริง ๆ เพราะฉะนั้นเนี่ยก็คงเห็นว่ประโยชน์มันไม่ได้มีแค่ดูยาเดิม แต่มันมีผลต่อหลาย ๆ อย่างคือมันมีการเชื่อมโยงไปถึงการทำงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล ระหว่างแพทย์ร่วมกันกับคนอื่น ๆ ด้วยบางที่เราทำอย่างทุกวันนี้อย่าง Amlodipine 1x1 ยาเดิมอย่างเนี่ย ซึ่งบางทีคนไข้อาจจะบอกว่ากิน 1/2 x1 พอไปเห็นหน้าของปั๊มนั้นเป็น 1x1 จริง ๆ ซึ่งตรงเนี่ยเขาก็จะเอาไปเขียน Nurse note ว่าคนไข้ non-compliance นะคือมันจะมีประโยชน์หลายอย่างมาก ซึ่งไม่ใช่แค่เราไปดูยา ซึ่งบางทียาก่อนมาโรงพยาบาล กินยาที่ให้ในโรงพยาบาล บางทีมันเหมือนกันเพราะที่ผมไปนั่งฟังประชุมซึ่ง Scope หนึ่งที่นานาชาติเขาให้คำจำกัดความว่า ต้องดู Med ก่อนมาโรงพยาบาล Med ตอนอยู่โรงพยาบาล แล้วก็ D/C med แต่ว่าถ้าเราทำจริง ๆ นะทำรูปแบบคนไทยนะผมว่ามันรวมกันได้หลายอย่างเลย อย่างบางโรคเราเห็นเลยอย่าง Meliiosis มันเป็นโรคที่เราเห็นแล้วเรารู้สึกว่าคนไข้ต้องรักษาเป็น 6 เดือนนะครึ่งคือฉีดยาอีก 6 เดือนแล้วก็รักษาต่ออีก 3 เดือนถ้าไม่ทำ Med reconcile เนี่ยสมมุติว่าคนไข้ไม่รู้แล้วบังเอิญหยุดยาของเราไปประมาณ 1 เดือนเนี่ยเกิดอะไรขึ้นครับ แล้วก็ med reconcile ของเราเนี่ยมันสะท้อนถึงระบบอันอื่น ๆ ของเราด้วยก็คือ OPD card หาย ถ้าเราไม่ทำอย่างนี้โรงพยาบาลจะไม่รู้เลยว่าระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลมีปัญหา คือบางที OPD card หายปั๊บ ตัวจริงหาไม่เจอเพราะฉะนั้นหมอมจะไม่เห็น visit ถ้าสุดท้ายก็ไปเดินดูคอมเองในสถานการณ์อย่างนี้เป็นไปได้ยาก เพราะฉะนั้นเวลามาตอนเช้าเนี่ยเราจะมาช่วยดูบางที มี case Isordil มี COPD OPD card สลับกันก็มี บางทีหมอมไม่เห็น visit ถ้าสุดท้ายก็ไปเดา ๆ เองจากยาที่เห็นจากใบรายการยาเดิมซึ่งบางทีมันไม่ได้เป็นปัจจุบัน เราก็จะคืนข้อมูลตรงนี้ให้กับทีม RM ของโรงพยาบาลว่าตอนนี้ระบบมีปัญหาเนี่ยคือจริง แล้ว Med reconcile เนี่ยมันเชื่อมโยงไปได้หลายอย่างคือมันโยงไปถึง Compliance ของคนไข้ได้ด้วย เพราะว่า DRP เนี่ยเราดูเป็นหลักอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วนานมั๊ยคะกว่าจะเอาไปนี้เข้าสู่ระบบได้

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือว่าแบบฟอร์มนี้มันมีพื้นฐานมาจากสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่แล้ว พอตีมาคุยกัน ว่าทำยังไงถึงจะลดภาระงาน อย่างประชุมกับพยาบาลเนี่ยประชุมกันบ่อยเพราะว่าเมื่อก่อน MAR ของพยาบาลเนี่ย บางคนมียา กิน ยาฉีด แยกกัน แล้วยังต้องมารวมกันอีก คือเรามีปัญหาอยู่แล้ว เขาก็มีกันถึง 3 ชุดครับ ทั้งยา กิน ยาฉีด แล้วก็ treatment ครับ คือ 3 แพ้มละ ซึ่งเป็นภาระงาน มาก ๆ เราก็เอ๊ะ ทำไมต้องแยกกันละ ยา กิน ยาฉีด แล้วก็ treatment เอามารวมกัน พอเอามารวมกันปุ๊บยังงั้นจะลดอีกละ เพราะพยาบาลแทนที่จะได้ไปให้ยาอยู่ แล้วยังต้องมายุ่งวุ่นวายเรื่องการเขียนชื่อยาอีกละ ซึ่งบางที่เราเขียนชื่อยาไม่ค่อยถูกซึ่งบางที ยามันต่างกันที่ชื่อการค้าอีก แต่ชื่อสามัญทางยามันอันเดียวกัน เราก็เลยคิดว่า เอานี้ให้เภสัชทำไม่ดีกว่าหรือเพราะเรารู้อะไรเรื่องยา มากกว่า พี่ลองสังเกตดูเวลาเภสัชบันทึกรายการยา long Chart จะทำได้ดีกว่า แต่พยาบาลจะไม่รู้ เช่น mg บางทีเขาจะไม่ได้ลง mg ยา ซึ่งบางทีคนเช็คยากก็ไม่ดูเนอะ เขาสั่ง Amlo อะไรก็ให้ไป ตามนั้น แต่ถ้าอย่างนี้ระบุ mg มาด้วยเขาจะรู้ละถ้าจ่าย Enalapril 20 มาเขาจะไม่ให้ละ แต่ถ้าพยาบาลรับบางทีหมอบอกเขียน Enalapril ฉันทก็ลงบันทึกรายการยา Enalapril ตาม ฉะนั้นห้องยาเวลาสั่งมาว่า Enalapril เขาก็ให้ตามนั้น ถึงแม้ว่าจะผิดก็ตามเพราะเขาไม่รู้ ว่า mg เท่าไร ถ้าผิดก็ผิดไปเลย

ผู้สัมภาษณ์ : โบนัสเนี่ยตอนเราไม่อยู่สมมุติว่าป่วยติดเนี่ย พยาบาลเขาจะทำยังไง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พยาบาลเขาจะเขียนไปเลยซึ่งมันเป็นหน้าที่ของเราเป็นมาตรฐานของเราอยู่แล้วก่อนที่จะไปเบิกยาเราต้องดูก่อนว่ายาอะไรครบมั๊ย เราต้องยอมรับตรงนี้ว่า เขาอาจจะช่วยเราได้บางส่วนแต่มันไม่ Complete อยู่แล้วเราต้องช่วยเขาดูอีกที่ ผมก็จะลงเป็นปากกาดำ แล้วก็ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งเวลารับ Order เนี่ยส่วนใหญ่นะเราจะรับเร็วกว่าเขา แรก ๆ เนี่ยเขาจะรับเร็วกว่าเราแต่หลัง ๆ เนี่ยเขาจะรับเร็วกว่าเราแล้ว แล้วมันทำให้เราทำงานมัน ทำงานสนุก สนุกทั้งตอนทำงานร่วมกับพยาบาล แล้วก็ตอน Round กับหมอบ คือถามว่าเมื่อก่อนเราไปเดิน Round กับแพทย์ เราแทบไม่ได้ถูกให้ความสำคัญเลย เราแค่ไปเดินตามเขาเฉย ๆ แต่อันนี้คือถ้าเราพัฒนาดี ๆ นะครับพี่ Med reconcile มันจะทำให้เราข้อมูลคนไข้ รู้ลึก รู้ว่า ทำดี ๆ เนี่ยเราจะรู้สึกมันใจขึ้นเยอะว่าคนไข้คนนี้เป็นอะไร มีปัญหาจากยาอย่างไร หมอก็จะฟังจากเราปุ๊บ ไม่ต้องติดตามจาก Chart ไม่ต้องอ่านเอง จากเดิมเนี่ยหมอบต้องมานั่งพลิกดูรายการยาเก่า ๆ ว่าเกิดปัญหาอะไรยังไง แต่เนี่ยจะมีเราคอยเตือน หมอก็จะรู้สึกอุ่นใจ หมอบางคนจะคิดว่ามีแล้วดี คืออย่างน้อยมันจะมีคนเก็บรายละเอียดให้ไม่ต้องกลัวว่าจะพลาด คือสมมุติสั่ง Dose ผิดปุ๊บ อย่างน้อยเราก็ต้องดูอยู่ละ พยาบาลไม่มีทางให้เด็ดขาด แต่ถ้ามันเป็นการทำงานแยกนะครับ สมมุติว่ามี Order มาปุ๊บ เภสัชคลินิกส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นคนแจกยาเอง ไม่ได้จ่ายยาเองคือ ผิดก็ผิด เพราะผมก็เคยใช้ชีวิตแบบนั้นคือผมคิดว่าถ้าเป็นเภสัชกรที่ทำงานคลินิกจริง ๆ แล้วเป็นคนไม่ค่อยมีระเบียบวินัยในตัวเอง เนี่ยมันจะมีช่วงที่เรียกว่า Drop out มีความรู้สึกว่าจะขึ้นไปดูเมื่อไหร่ก็ได้ แต่ไฉนเนี่ย มันบังคับ บังคับว่า ถ้าคุณไม่ Review ประวัติปั๊บ ไม่งั้นคุณจะไม่ตาม Round ได้ไง หมอถามว่ามียาอยู่เท่าไร ยาที่

กลับมาเมื่อไรบ้าง Dose ที่คนไข้กินเท่าไร อะไรอย่างเนี่ย นะครับ มันเป็นการบังคับตัวเองว่า ยังไงก็ต้องดู ถ้าไม่ดูตอนเช้า ไม่มีหน้าไปตาม Round ward กับหมออหอก ถ้าวันไหนมาสายมาก ๆ ไม่ทันไปตามดู Case ก็มาดู Med reconcile ก่อน และก็ถ้าจะไปรอให้เขาถาม ADR มันน้อยครั้ง มากเลย พี่ว่ามัย มันไม่ค่อยมีหอกมันน้อยมาก ผมว่า Med reconcile มันทำให้บทบาทเราเด่นชัด ขึ้น มันเป็นบทบาทหนึ่ง ถ้าเกิดเราพัฒนาดี ๆ นะ มันมีส่วนในการช่วยเราเยอะ เดี่ยวผมจะชี้ให้ คุณอันนี้ สรุปข้อมูลผลงานทั้งปี 2 ปีเทียบกัน ที่ผมเอาไปเสนอที่ HACC เชียงใหม่มาเป็นข้อมูล เปรียบเทียบ 2 ปี เวลาเราทำแล้วปุ๊บ ME มันลดลงยังไงก็ตอนนี้ ผอ. ก็ยอมรับว่ามีประโยชน์

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วจำเป็นมัยว่าต้องเป็นเภสัชกรที่ทำงานด้านคลินิก งานถึงจะออกมามี ประสิทธิภาพ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ผมว่าไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกรคลินิกหรอก แต่ต้องเป็นเภสัชกรที่มีใจรัก

ผู้สัมภาษณ์ : คือต้องเป็นเภสัชกรที่ Round พร้อมแพทย์มัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อาจไม่จำเป็นครับ เพราะในบางช่วงอาจจะไม่ได้ Round ทุกราย แต่การที่ บางครั้งยุ่งมากคนไข้รอ D/C 14-15 เดี๋ยวเนี่ยผมจะตาม Round คนไข้ ได้ไม่ครบเพราะฉะนั้นผม จะปลีกตัวมาแป๊บหนึ่ง แต่ถ้าวันไหนมีการเปลี่ยนแพทย์เวรวันแรกเนี่ย ควรจะตาม Round ให้ครบ ทุกเตียงแต่พอวันที่ 2 ที่3 เนี่ยหมอก็คงพอรู้รายละเอียดคนไข้ละ เพราะฉะนั้นเราปลีกมาได้ละแล้ว ก็ดักอยู่ที่โต๊ะ เพราะว่าถ้ามี Order ไม่ชอบมาพากลละก็ต้องผ่านเราทุกอัน โดยเฉพาะยา Stat เนี่ย พยาบาลที่นี่ไม่มีสิทธิ์ให้ยา Stat เอง คือที่นี่ Stock ward strick มากคือตอนเช้า เวรเช้าเนี่ย พยาบาลจะไม่สามารถฉีดยาเองได้ทุกอย่างต้องผ่าน เภสัช Screen ก่อน ฉะนั้นถ้ามี Case ไม่ดีไม่ งามนะยังงี้ก็ต้องผ่านเรา อย่างเมื่อเช้าเนี่ยมี Case ไม่ดีไม่งามมาเป็น Cloxa 250 mg ทุก 6 ชม. พี่ คุณะครับตอนแรกน้ำหนักไม่มีแต่ดูตัวเด็กไม่น่าจะหนัก 10 kg. แน่นอน Dose เด็กที่ใช้เนี่ยไม่น่าจะ ถูกต้อง เพราะฉะนั้นเภสัชเห็นความไม่ชอบมาพากลละ เอ๊ะเด็กหนัก 19 kg. มันไม่น่าจะใช้ละ case นี้ก็ไม่ได้ Round ตลอด พอมารับยาพยาบาลก็เปลี่ยนเป็น 700 mg. ทุก 6 ชม. 700 ก็ไม่ใช่ ละ 19 kg. 700 ได้ไง ไม่ใช่ 500 เหรอ ปรากฏว่าคิดผิด ก็เลยเปลี่ยน Dose เป็น 500 mg. ทุก 6 ชม. เพราะฉะนั้นไม่จำเป็นต้อง Round ก็รู้แต่ข้อเสียของการที่เภสัชไม่มาคลุกคลีมากก็คือ 1. ความ มั่นใจไม่ค่อยมี มันคงจะมาคิดแป๊บ ๆ อย่างนี้ไม่ค่อยได้หอกครับ เพราะฉะนั้นการที่ได้เห็นทุกวัน ได้ฝึกคิดทุกวันก็จะรู้แล้วก็ 2. การ Consult สมมุติว่าอยู่ห้องยาถ้าโทรไปแล้วไม่เจอแสดงว่าหมอไป ER แล้วละ ไม่งั้นหมอก็คงไปตรวจห้องอื่นอยู่ ครั้นจะเรียกมารับโทรศัพท์มันก็จะรู้สึกเกรงใจ เพราะฉะนั้นผมว่าบางครั้งไม่จำเป็นต้องมา Round หรืออะไรมาหอก แต่ผมว่าการรับ Order เป็นสิ่งจำเป็น

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการเขียน note ให้หมอละ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้าเขียน note ก็จะไปนะถ้าเรามี Stock ward คือว่าเราอยู่ใน Ward กับ หมออยู่แล้วเราก็บอกหมอได้เลย คือทำไปนาน ๆ เขาจะเริ่มมั่นใจในตัวเราแล้วว่า ไม่มีหรือการที่ มันจะมั่ว เราไม่ได้กลัวว่าถ้าเกิดว่าคนทัก อย่างจริงจัง ตึกแก ทักเรายังฟังอันนี้คนทัก เกสซักรทักทั้ง คนนะ และพออยู่กันนาน ๆ ปู่บประสพการณ์มันบอกบางที่ทุกครั้งที่มีปัญหามันก็เป็นไปตามที่มัน พุดจริง ๆ เพราะฉะนั้น DRP ที่ Consult ยก ๆ ที่เราขอสรุปว่า Consult 100 Case หมอ ตอบสนอง 17 Case Response rate ก็จะเพิ่มขึ้น เพราะว่า เราเคยมีประสบการณ์มาแล้ว เวลา ทำงานเราก็ไม่ใช้ก็ให้เราต้องยอมรับว่าเกสซักรเราเนี่ยก็โยเย บางที่อยู่ห้องยาไม่ได้ดู Case อะไร กับเขาหรือ เดินมาเขากำลัง CPR กันอยู่ คนไข้ Heart rate มันไม่ขึ้น เราก็จะ Consult ฉันทันที หรือ ฉันทันทีเป็นเกสซักร ฉันทันทีเนอะ แต่ถ้าเราอยู่อย่างนี้เราจะรู้ว่าเราอยู่ตัวคนเดียวไม่ได้ ความ กลมกลืนมันจะมีมากขึ้น อย่าเป็นขวานผ่าซาก มันไม่ได้เนอะหมอม ตัวนี้ ๆ นะ ที่เราทำมันจะ กลายเป็นอะไรที่กลมกลืนกันมากขึ้น สมมุติว่ามันให้ไม่ได้ เด็กเกิดใหม่เนอะ อย่างคนไข้แรกคลอด การศึกษาเรื่องนี้มีมามากน้อยแค่ไหน หมอเขาก็จะบอกว่าเออ เริ่มมีละนะเริ่มมีงานวิจัยละนะ อย่างเนี่ยมันก็จะกลายเป็นความนุ่มนวลมากขึ้นไม่ใช่ว่า หมอไม่ได้เนอะอย่างนั้น อย่างนี้ มันก็จะเกิด การตั้งแง่ใจครับ เพราะฉะนั้นผมอยู่ที่นี้ผมอยู่มาประมาณ 5 ปีเนาะ มันอยู่กันจนเป็นอันหนึ่งอัน เดียวกันกับเขาไปละ และพอเวลาหมอเปลี่ยนใหม่ คือหมอที่นี่จะอยู่กันแค่ 1 ปี 2 ปี ก็เปลี่ยนกันละ เขาก็จะส่งต่อกันละว่าที่เนี่ยดีนะ สบายนะ เพราะที่เนี่ยเราไม่ต้องกลัวเลย อย่างน้อยที่เนี่ยนะมี เกสซักร ช่วยดูให้เราตลอด เราก็รู้สึกบ้างที่เราเจอหมอที่โอ้ก็ สูง ๆ เราก็เริ่มรู้วิธีการเข้าหา ว่าจะเข้าไป พุดคุยกับหมอแต่ละคนยังไง จนมีครั้งหนึ่งหมอพุดกับน้องฝึกงาน เขาจะสอนน้องฝึกงานแทน เราไง เออจริง ๆ เขาแค่ได้เท่าที่เราทำอยู่เนี่ยก็ถือว่า OK แล้ว แล้วสอนน้องเรา น้องเราก็อธิบายไม่ นำเชื่อว่าว่าจะออกจากปากหมอคนนี้ แบบบางที่เรา Consult หมอเอออย่างนี้ ไม่ได้ ๆ บางที่หมอ ก็ว่า เหรอหมอไม่เห็นรู้เลย ก็ไม่ยอมรับเราไง แต่ตอนหลังกลับกลายเป็นยอมรับเรามากขึ้น พบว่า มันช่วยเราได้หลายอย่าง แล้วมันทำให้งาน เกสซักรคลินิก เป็นงานที่ไม่เลือนลอย เป็นงานที่ ต้องมี ไม่ใช่งานที่มีก็ได้ไม่มีก็ได้ ไม่ใช่เนี่ยจะถอนเรากลับวันไหนก็ได้

ผู้สัมภาษณ์ : อัตรากำลังมีผลมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีผลเมื่อก่อนทำงานตรงนี้ได้ไม่เต็มเวลา เมื่อก่อนก็ทำตอนเช้า แล้วตอนบ่ายก็ ไปช่วยจ่ายยาห้องยา แต่ตอนหลังพอดี หมอเขาอยากจะทำตอนผมไปทำงานคุณภาพ บริหารความ เสี่ยงของโรงพยาบาลเต็มตัว ผมก็เลยพยายามจะเสนอโปรเจค Med reconcile เพราะฉะนั้นแกก็ เลยไม่ถอนไปละ เพราะผมจะได้ทำงานคลินิกอย่างเต็มที่ เพราะว่าบังเอิญผมเป็นคนคณะกรรมการ RM อยู่แล้วคือโดยปกติเกสซักรเราจะไม่ค่อยคล่องตรงจุดนี้ แต่พอเราเป็น RM manager ของ โรงพยาบาลด้วยใจเราก็คงจะรู้ละสมมุติอย่างเมื่อวานนี้มี Case Sudden death พอเราเข้าไปทบทวน Case เราก็คงจะเป็นเหมือน Investigator คือ OK จริง ๆ เราดู Case เราอาจจะไม่ได้ละเอียดเท่ากับ

หมอมหรือก แต่เราจะรู้วิธีคิดทางคลินิกว่าเขา คิดยังไงอย่างคนไข้เมื่อเข้าเป็นเบาหวานมาฟัง
ปรับจากยากินเป็นยาฉีด มาแล้วอยู่ ๆ คนไข้ก็ซีมีลงเจาะน้ำตาลได้ 60 หลังจากนั้น BP drop อย่าง
นี้พอเราไปทบทวน Case เนาะเราจะรู้แล้วว่าเราจะตั้งคำถามกับเขายังไง ตั้งคำถามคือไม่ได้ตั้ง
คำถามกดดันนะพี่ ตั้งคำถามเช่นเออ เท่าที่รู้เนี่ยคนไข้ขึ้นน้อยลงตั้งแต่เมื่อวาน คือคนไข้ขึ้นน้อยลง
เนี่ย Renal failure รีเปล่า มี Sepsis มั้ย ผมว่าช่วยได้เยอะ ผมว่างานงานเภสัชกรคลินิกเนี่ยเป็น
งานที่ทำให้อาชีพเราไม่ตาย เพราะว่ามันทำให้บทบาทเภสัชกรได้รับการยอมรับส่วนหนึ่ง แต่ผมว่า
ความไฝ่ฝันของเภสัชกรคลินิกคือว่า ความจริงคืออยากให้คนยอมรับก่อน ซึ่งการคำนึงถึงผู้ป่วยเนี่ย
อาจจะมาทีหลัง ถ้าเป็นเธอ เธอจะทำอย่างนั้น ทำอย่างนี้ แต่ในการทำงานเนี่ย ในความเป็นจริงแค่
ต้องการให้คนอื่นยอมรับและให้ความคิดของเรามันไปสู่คนไข้ได้ ถ้าเราไม่ฝึกในการทำงานร่วมกัน
ด้วย ถึงเราเก่งแค่ไหนเราก็ไม่สามารถช่วยเหลือคนไข้ได้เลย เพราะเราเก่งแต่ไม่มีใครยอมรับเรา
มันก็อาจจะดีขึ้นระดับหนึ่งหากเรา Recommend ไปนะ พอเราทำไปหลาย ๆ รายปุ่น เราจะรู้ว่า
อำนาจหน้าที่จริงๆ ของเรามันคืออะไร ถึงเราไม่ใช่คนสั่งยาเองได้ แต่หน้าที่ของเราจริง ๆ มันคือ
อะไร เราจะค่อย ๆ ปรับตัวเองได้

ผู้สัมภาษณ์ : การบันทึกลงในแบบฟอร์ม Med reconcile เนี่ยถ้าเภสัชเป็นคนบันทึกเนี่ยความ
สมบูรณ์จะมีมากกว่ามั้ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้าเป็นเภสัชเนี่ยสมมุติว่าหยิบเภสัชคนนึงขึ้นมาทำ Med reconcile เนี่ย งาน
ตรงนั้นอาจจะสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ก็ได้

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเป็นเภสัชกรที่ทำงานด้านคลินิกละ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้าเป็นเภสัชกรคลินิกก็น่าจะดี แต่คนที่ทำได้จริง ๆ มันจะต้องเป็นยังไงละ มัน
อาศัย Core value เยอะ นะครับเพราะว่า งานพวกนี้ต้องเริ่มจากที่มีใจรักมาก่อน ถึงแม้ว่าจะจบ
คลินิกมาบางคนจบโทคลินิกมา ไม่ทำงานคลินิกเลยก็มีเยอะแยะ เพราะว่าไปเจออะไรที่มันไม่
ถูกใจ แรก ๆ ผมถูกปฏิเสธก็จะรู้สึกแยะ แยะ เนอะพี่เนอะ อะไรวะ อุตส่าห์ Consult บอกแล้วและเขา
ก็ไม่ฟัง ฉะนั้นทุกครั้งที่ Consult ทุกครั้งที่ทำ Med reconcile จะต้องเตรียมใจไว้เลย ว่าเขาอาจจะ
ปฏิเสธเราก็ได้ บางทีเราว่าเอ๊ะหมอมทำไมใช้ตัวนั้นบางทีคนไข้ COPD α -Block มันใช้ได้ทำไมไม่
ใช้ ไม่ใช้หรือกผมกลัวมีปัญหา เราอยู่เต็มอกว่ามันใช้ได้เราใช้ α -Block ไม่ใช่ β -Block นี่
ไม่ได้มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือด คือมันไม่ได้เกี่ยวอะไรกับหลอดเลือดเลย และเราก็ได้คุยกับหมอม Med
หมอม Med ก็ไม่ได้ว่าอะไรก็ใช้ได้บางทีนะถ้าเราไม่รู้จักควบคุมตัวเองอีโก้มาก ๆ เราก็จะบอกว่าไม่
จริงนะหมอมสอนหมอมอีกตากหาก คิดดูซิว่าผลที่เกิดขึ้นมันจะเป็นยังไงถ้าเราซึ่งดูระหว่าง ถ้าคนไข้
ไม่ดีขึ้นมาจริง ๆ เขาต้องทำอะไรซักอย่างอยู่แล้ว คือมันต้องรู้จักการทำงานร่วมกัน

ผู้สัมภาษณ์ : ทีมงานมีผลต่อการทำงานของเรามั้ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีส่วนมากครับ ผมว่า การเริ่มงาน Med reconcile รพช. ได้เปรียบกว่า โรงพยาบาลใหญ่ คือกว่าจะวางระบบได้เราต้องรู้พื้นฐานงานคลินิกมากกว่า 3 ปี ก็คือแรก ๆ โรงพยาบาลจะรู้สึกไม่มั่นใจเราไงแต่หลัง ๆ มาพยาบาลมั่นใจเรามากกว่าหมออีก เราจะรู้ใจกันเองเลย ว่า ฉันไม่มีทางจะคิดร้ายต่อคนไข้อยู่แล้ว ทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันพูดนะ จนเดี๋ยวนี้พยาบาลเริ่มปฏิเสธที่จะให้ Digoxin ถ้าคนไข้ชีพจรต่ำมาก ๆ ก็จะส่งเวรกันเดียวถ้าหมอมาก็ Consult หมอแล้วกันว่า จะให้มัย คือทำไปทำมาทุกวันมันจะเริ่มรู้ใจกันแล้ว มาตรฐานการสั่งยามันจะกลายเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เมื่อคืนเขาฉีดยาเนอะ แล้ว BP มันขึ้นมาเขาก็เลย Consult ผมว่าจะ drip Adrenaline ยังไง แต่บังเอิญเมื่อคืนผมปิดโทรทัศน์ ก็เลยสู่ม drip กันไป แล้วคนไข้ก็ Death เขาก็เลยขอ ทบทวนให้หน่อยว่าที่ drip ไปมันถูกมัย อันหนึ่งซึ่งมันจะเป็นเหตุการณ์อย่างนี้ทุกวัน ๆ ซึ่งแรก ๆ เนี่ยเราต้องเข้าใจว่าเราทำงานกันไม่ว่าใคร เราเองก็ไม่ใช้ไม่เคยพลาด บางที่เรา Run ยาผิดอย่างนี้ ผมว่าการทำงานอย่างนี้มันทำให้รู้จักการทำงานเป็นทีม ถ้าเราไม่ยึดติดกับรูปแบบนะครับ บาง โรงพยาบาลใช้วิธีดอกยาเดิมแล้วก็ปะไว้หน้า OPD card ซึ่งบางที่อาจจะเป็นการทำงานซ้ำซ้อน และเพิ่มภาระที่เราต้องเขียนด้วย การทำงานอย่างนี้มันทำให้เราทำงานกลมกลืนไปกับเขาได้ เพราะว่าโรงพยาบาลไหนที่พอจะมีเภสัชอยู่โดยเฉพาะช่วงเช้า ๆ เนี่ย ผมว่าการเฝ้าระวังมันก็เป็น สิ่งดี ตอนนีที่โรงพยาบาลผมกำลังดูแลคนไข้ 60 คนโดยใช้คน 1 คน คือเราต้องแสดงให้เห็นผู้บริหาร เห็นว่าเภสัชกร 1 คนสามารถดูแลคนไข้ได้ ทุกวันนี้ก็เร็วขึ้นเมื่อก่อนร้องเรียนบ่อยเรื่องจ่ายยาซ้ำ

ผู้สัมภาษณ์ : ทำ D/C counseling ด้วยมัยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ทำครับแต่ที่ที่เราทำแทนกันได้หมดนะครับ คือสมมติ ผู้ป่วยเป็น DM หมอสั่งให้ FBS บางที่เรารู้วันนัดตีกว่าพยาบาล รู้ว่ามีวันนัด 3 นัดเราขอรวบเป็นนัดเดียวเลย ยกเลิกนัดเดิม ด้วย สมมติว่าเราไม่สะดวกฝากทบทวนให้หน่อยนะ คือมันช่วยกันได้หมด

ผู้สัมภาษณ์ : ตั้งแต่ทำมาเนี่ยพบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างมัยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ปัญหาคือ 1. บางครั้งแพทย์ไม่ได้เขียน Order ครับ คือพอเห็นละเริ่มอุ่นใจปุ๊บมันไม่มั่วแน่ยิ่งทำให้เขามั่นใจมากขึ้นกลายเป็นว่าไม่สั่งยาเดิมมากขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ดี ผู้อำนวยการ แกก็จะไว้วางใจอะไรวะ หมอทำไม่เขียน Order กัน ก็คิดไปได้ว่าอาจเป็นเพราะระบบเรารีเปล่า ทำให้เขาไม่เขียน Order จริง ๆ แล้วนะครับหมอมปลื้มใจกับการที่หมอมจะเขียน Order มากกว่า เราแค่อยากให้มันถูกต้องที่สุดเฉย ๆ เพราะฉะนั้น อย่ามาโทษเราว่าระบบเราทำให้หมอเคยตัว อะไรอย่างนั้น ก็จะอธิบายไปประมาณนี้ แต่เขาก็ OK นะครับ ตอนบ่าย ๆ ก็เอาความเสี่ยมาทำ ด้วย ทำให้เรา Case มันพัฒนาทักษะงานคลินิกของเรา ทำให้เรารู้สึกมีความมั่นใจมากขึ้น บางทีเราอยู่ห้องยาเนอะเราทำงานด้านนี้แต่ว่า บางครั้งมันไม่รอบด้านอย่างสมมุติว่า ER เขาโทรมาว่า ฉีด Tetanus 2 week ที่แล้วตอนนี้โดนหมากัดมีแผลเหวอะหวะเลย ถ้าเราอยู่ห้องยาโดยปกติไม่ ค่อยได้เจอ Case ที่ต้องมีฉีดยาเยอะขนาดนี้ เราก็ต้องมาหาหนังสือก่อนละเสียเวลาไปอีกเยอะแต่

ถ้าอยู่อย่างนี้เคยเจออยู่แล้วนี่มันจะตอบได้เลยเพราะประสบการณ์มันทำให้เรารู้ว่าผมไป
อยู่ห้องยาถ้าสมมุติวันนั้น ER ไม่ Consult เราก็จะพลาดประสบการณ์อันนั้นไป แต่แรก ๆ คนที่มา
อยู่ใหม่ ๆ จะไม่ชอบทำไมเราต้องมาทำอะไรอะขนาดนี้ ทำไมต้องคิดอะขนาดนี้แต่เสาร์
อาทิตย์ผมจะเขียนได้เลย plan ไว้เลยบางที่ Fortum case นี้ให้ 2 gm. ทุก 12 ชม. ทำไมให้ 2 gm.
ทุก 8 ชม. อ้อไทม์มันแยละ

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับวันนี้รบกวนเวลาน้อง.....มาพอสมควรแล้วขอบคุณข้อมูลดี ๆ
ที่ได้อธิบายถ่ายทอดให้พี่.....ฟังสำหรับวันนี้ขอบคุณมาก ๆ นะคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้ามีคำถามเพิ่มเติมสงสัยตรงไหนโทรมาสอบถามได้นะครับ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1
ผู้ร่วมวิจัย 2
วันที่ 10 พฤศจิกายน 2551
เวลา 13.30 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ 26 ปี
2. อาชีพรับราชการ
3. การศึกษาปริญญาตรี
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันจันทร์ที่ 10 พฤศจิกายน 2551 เวลา 13.30 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ ห้องประชุมในหอผู้ป่วยในโดยในห้องมีเพียงผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้ให้สัมภาษณ์ โดยผู้ให้สัมภาษณ์ เตรียมเอกสารที่ใช้ในการทำงานมาพร้อมที่จะอธิบายให้ผู้สัมภาษณ์ฟัง ขณะเดียวกันผู้ให้สัมภาษณ์เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์อย่างดี สถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นห้องประชุมของพยาบาลซึ่งค่อนข้างเงียบ ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ กับผู้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อเภสัชกร หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่อาจจะยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงาน Medication reconciliation อย่างที่ผู้ให้สัมภาษณ์ดำเนินการอยู่ การให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จึงเหมือนเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยายการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ทำทางภูมิฐานและเป็นผู้มีความรู้ รูปร่างสมบุรณ์ ค่อนข้างท้วม ดูท่าทางใจดี ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการในการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ และ แววตาของ ผู้ให้สัมภาษณ์ดูภูมิใจและมีความสุขกับงานที่ได้ทำอยู่ เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว ผู้สัมภาษณ์จึงขอจบการสนทนาลงโดยขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลังผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง

การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 14.30 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 50 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 3

ผู้เข้าร่วมวิจัย 3

ผู้สัมภาษณ์ : Medication reconciliation ของที่นี่มีที่มาที่ไปอย่างไร

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ของเราใช้มีทำคลินิก warfarin อยู่แล้วไงมันสำคัญก็ต้องดูยาของคนไข้ สิ่งที่เราทำทุกวันนี่ก็คือ 1 เลยเขาใช้ยาถูกรึเปล่า มันก็คือหลักการอันเดียวกับของ Med reconcilie อะนะ

ผู้สัมภาษณ์ : คือทำมาก่อน Med reconcile จะเข้ามาอยู่แล้ว

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พอทำไปทำมา มันก็ Concept เดียวกับ Med reconcile เลย

ผู้สัมภาษณ์ : ก่อนหน้านี้เรียกอะไร

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่รู้เหมือนกัน แต่พอไปฟังเขาประชุมอีกที ใ้มันนี่เป็น Med reconcile แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วทำอย่างไร

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็คนไข้ของที่นี่ ตอนแรกเป็นคนไข้ที่ไม่ค่อยเอายามาเนาะ เอายามาบ้างไม่เอายามาบ้าง ถ้าจะให้มั่นใจเราก็ต้องรู้ยาจากคนไข้ก่อน โดยธรรมชาติอย่างหนึ่งเราต้องดูว่ามีอะไรเปลี่ยนรึเปล่า อย่างที่ทำ เช่น Warfarin clinic เนี่ย เป็นคลินิกอยู่แล้วถ้าเป็นคลินิกอื่นจะทำได้ยากเพราะใช้เวลานานยาเยอะมาก เวลาดูยาพวกเนี่ยจะทำลูกศรชี้ขึ้นชี้ลงอย่างนี้ มันจะช่วยประหยัดเวลาที่เราจะดูประวัติการใช้ยาคนไข้ ดูยาเวลาจะสัมภาษณ์คนไข้ ดูยาว่าบางทีหม้ออาจจะเขียนผิดก็ได้ไง จำยาอย่างเขียนยาผิดขนาดมาถ้าเรารู้ประวัติเก่าคนไข้เลย ไม่มีเวลาที่จะต้องวิ่งมาดูคอมพิวเตอร์ทุกครั้งที่ยาก OPD card ก็ไม่มีให้มา ถ้ามีมาด้วยทุกครั้งเราก็ดูประวัติเก่าคนไข้ได้เลย

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อแสดงว่าที่นี่ OPD card มาไม่ถึง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีมาแต่ใบสั่งยา แต่เราก็จะมี Patient profile คนไข้ไง ไม่ได้ทำในกระดาษแต่ทำในคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรมมันก็คล้าย ๆ กันดูรายการคนไข้โดยรวมมันก็มี 2 โปรแกรม ของโรงพยาบาล แล้วก็มีของ Warfarin clinic อย่างของโรงพยาบาลใช้โปรแกรม HHC มันก็จะมีประวัติการใช้ยาที่เหมือนกับโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป เหมือนเวลาเราดูประวัติการใช้ยาคนไข้ อย่างเช่น ถ้าคนไข้มีปัญหาจริง ๆ เราก็มาดูประวัติอันเก่าว่าหม้อสั่งให้เขากินอย่างไร แต่ถ้าเป็น Warfarin clinic เนี่ยเราจะมี Medication sheet เวลาพิมพ์สติ๊กเกอร์ฉลากยา รายการยามันก็จะ summary รายการยา วิธีใช้ยา จำนวนเบิกยา เพราะเราเย็บติดสมุดไว้ อย่างน้อยถ้าเขามาครั้งหน้า อย่างน้อยถ้าเขาไม่มียามา แต่เขาจะมีรายการยายาวติดสมุดประจำตัวเขามาด้วย แล้วเราไม่ต้องวิ่งมาเปิดดูประวัติเขาก็คือเราไม่ต้องมาเสียเวลาค้นหาในคอมพิวเตอร์นั่งดูตรงนั้น แล้วก็ส่วนใหญ่คนไข้ส่วนใหญ่เนี่ย จะเอายามาพร้อมสมุด เราก็จะดูคู่กันอย่างน้อยก็มันอาจจะมึผิดพลาดบ้างคือถ้าเราจะดูใน computer ใน patient profile ด้วยก็ได้หรืออาจดูในสมุดประจำตัวคนไข้ด้วยอย่างน้อยคือเราเช็คได้หลายจุดเพื่อจะดูว่ามันมีโอกาสผิดมั๊ย เพราะว่าบางทีเราไม่มีโอกาสได้ดู OPD card

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วสมุดคู่มือคนไข้เนี่ยมีมานานรึยัง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีมานานแล้วละ ก็ใช้คู่มือคนไข้มันเป็นของคนไข้คลินิก Warfarin อยู่แล้ว เพราะคนไข้ Warfarin ต้องบันทึก INR บันทึกการกินยาว่าจะกินยาอะไรบ้าง เราดูแลเขาทั้งหมดไม่ใช่ Warfarin อย่างเดียว เราดูแลยาทั้งหมดที่เขากินอยู่ด้วยไง เราก็เลยเอารายการยาทั้งหมดด้วยไงแต่ที่ว่ามันจะไม่พอ มันจะเป็นสมุดแล้วก็มีรายการยา อันนี้มันมีมานานแล้ว บริษัทเขาทำให้มาแล้วเราก็เอารายการยาเนี่ยแม้มักติดข้างหลังไปด้วย มันจะมีรายการยา 1, 2, 3, 4 อะไรบ้างเวลามาครั้งใหม่เราก็ดึงออก อย่างสมมุติว่าคนไข้มา อย่างเนี่ย เราสามารถพิสูจน์ได้ไงเราก็ถามคนไข้กินยาที่อย่าง ถ้าคนไข้เอายามาด้วยเราก็เอามาเรียงเลยไหนอันไหนกินยังงัย เราก็เช็คได้อีกไงว่า ยาเนี่ยไปเอาของเก่ามากินด้วยรีเปลา่ ดูวันนี้ในฉลากยาด้วยงัยตรงกับอันนี้หรือเปลา่ ดู OK ทุกอย่างจำนวนตรงกัน วันที่ตรงกันมัย ถ้าตรงแต่มันต้องตรงกันหมด เพราะฉลากเนี่ยออกมากับ summary รายการยาที่เนี่ยเราก็เช็ควิธีกินชิวากินยังงัย กินถูกมัย กินตามฉลากถูกรีเปลา่ ถ้าเกิดว่าวันนี้หม้อจ่ายยาเหมือนเดิม ก็ไม่มีปัญหา เราก็กลับมาดูคุณภาพยา ว่าคุณภาพยาอย่างดีอยู่รีเปลา่ สภาพยาอย่างดีอยู่รีเปลา่ ถ้ายังดีอยู่เราก็เอามารวมกับอันใหม่ได้ ถ้าเกิดหม้อปรับยาเราก็ต้องเช็คกับคนไข้ OK หม้อบอกกรีเปลา่ OK ถ้าหม้อบอก อย่าง warfarin เราก็ประเมินตามค่า INR ว่าสมเหตุสมผลรีเปลา่หม้อมีการปรับเพิ่มลดยา ขนาดยาตาม INR รีเปลา่ ถ้าหม้อปรับลดเราก็บอกคนไข้ เรียบร้อยละ OK ถูกต้องทุกอย่าง ถ้าเกิดหม้อให้ยาใหม่ เราก็ต้องให้รายละเอียดยาใหม่ ก็เอารายการยาใหม่ใส่เข้าไปในสมุดคู่มือผู้ป่วยเพื่อ update ข้อมูลรายการยา

ผู้สัมภาษณ์ : คลินิก Warfarin เนี่ยมันมีมาก่อน Med reconcile รีเปลา่

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : Med reconcile เราว่ามีมานานเหมือนกันละนะ เพียงแต่ว่าเขาเพิ่งมาบูมช่วงนี้มันก็เลยเอามาผสมกันพอดีจริง ๆ แล้วมันคือการทบทวนรายการยา ซึ่งเรามีการทบทวนกันอยู่แล้วมันก็คือการหา DRP คนไข้ นั่นแหละ

ผู้สัมภาษณ์ : จำเป็นต้องมีเภสัชแยกออกมาประจำคลินิกนี้เลยมัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช่ ๆ เพราะว่า Warfarin เนี่ยมันเป็นยา High Alert Drug ใงยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเนี่ย เราไม่ได้ Reconcile เฉพาะ Warfarin อย่างเดียวไรเราก็ดูยาอื่น ๆ ไปด้วยดูทุกอย่างว่าปัญหาคนไข้มีอะไรบ้าง

ผู้สัมภาษณ์ : คือหมายความว่า Reconcile มันมีมานานแล้ว และมันเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่เราทำอยู่แล้ว คำว่า Med reconcile เขาเพิ่งมาบัญญัติเทร่อ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เราว่าเขาบัญญัติกันมานานแล้ว แต่มันเพิ่งมาบูม มันมีมาตั้ง 10 ปีละนะ เพียงแต่มันเพิ่งมาบูมบางทีเขาก็ทำกันมานานแล้ว แล้วพอมันบูมปุ๊บมันก็เข้าเกี่ยวกับงานที่เราทำพอดี คือทุกวันนี้เราก็ทำ ทำกันไป

ผู้สัมภาษณ์ : เอะแล้วประโยชน์

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อ่อนนนถ้าเราไม่ดูให้ชัดเจนไม่ตรวจสอบเราก็ไม่รู้ ว่า หมอจ่ายยาตรงรีเปลา่มีโอกาสมลุดเยอะมากเพราะบางที่หมออาจจะเขียน mg. ผิดก็ได้เราไม่รู้ ถ้าเราไม่ประเมินจุดสำคัญ ของคนไข้ Warfarin เนี่ยเราต้องประเมินผลทางห้องปฏิบัติการกับขนาดยาที่คนไข้ได้รับ โดยการ Monitoring ว่าการใช้ยามันสมเหตุสมผลรีเปลา่ OK ถ้าเราไม่ได้ดูตามนั้น เกิดหมอเขียนผิด มันมีไง เขียนผิดตัวเลขผิดมั่ง แบบจะเพิ่มยา แต่เพิ่มเยอะเกินไป คำนวณผิดอะไรอย่างเนี่ย พอเราเจอปั๊บเราต้อง Consult กลับไป เอะแล้วหมอก็เปลี่ยนให้มีเยอะแยะ พอโทร consult เราก็ต้องช่วยหมอดูอีกรอบนึง แล้วดูได้ด้วยไง หมอไม่ได้สัมภาษณ์คนไข้ คนไข้ไม่ได้กินยาผิด 3 mg. ครึ่งเม็ด กับ 1 mg. 1เม็ด คนไข้กินมาอย่างเดียว ก็อาจเป็นเพราะยาคนไข้หมดก่อนซึ่งการที่คนไข้ไม่ได้กินยามา มันจะมีผลต่อ INR ไร ในช่วงสัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล หมอไม่รู้ หมอก็เพิ่มยาแล้วอย่างนี้ถ้าเราไม่ได้ดู พอคนไข้กลับบ้าน ถ้าหมอเพิ่มยาก็อาจทำให้คนไข้ bleed ได้ INR ก็สูงได้ เพราะฉะนั้นถ้าเราดูอย่างนี้แล้วเรา consult กลับ หมอก็อาจจะปรับให้ว่าอ่าวให้กินเหมือนเดิม ที่เคยกินก่อน แล้วก็นัดมาดูใหม่

ผู้สัมภาษณ์ : คลินิกตรงนี้มีมานานแล้ว

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็มีมาตอนที่เราย้ายมาปีกว่าอยู่เลย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการยอมรับของแพทย์ล่ะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็ดีนะอย่างตอนที่ทำใหม่ ๆ นะ Med error เยอะมาก Over dose ยา Warfarin พวกนี้เนอะถ้าดูจากสถิติ Med error พวกนี้ลดลงนะ

ผู้สัมภาษณ์ : อันนี้เฉพาะยา Warfarin หรือว่า

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่ ๆ ภาพรวมมันก็น้อย ๆ หมอก็ระวังเยอะขึ้น มีคนช่วยดูเยอะ ขึ้นมันก็จะ Safety มาก มันไม่ใช่ใครจับผิดใครนะ มันก็เหมือนกับว่าช่วยกันดู เพราะว่าบางครั้งหมอเขียน OPD card อย่างนึง ใบสั่งยาอีกอย่างนึง อย่างบางครั้งเขียนตัวเลขใน OPD card อีกอย่าง บางครั้งบางที่หมอบอกคนไข้ว่าจะเพิ่ม แต่ในใบสั่งยากลายเป็นลด อย่างนี้ถ้าเราไม่ตามแพทย์ดีดี โดยที่ไม่สนใจถามคนไข้เราก็จะไม่รู้ โอกาสมันผิดมันเยอะมาก คนไข้ก็จะกลับบ้าน หมอก็จะไม่รู้ กลายเป็นว่าคนไข้ไม่ได้ยาตามที่หมอต้องการ หรือว่าหมอบางคนอาจคำนวณผิด อย่าง $\frac{3}{4}$ เม็ด เป็น $\frac{1}{2}$ เม็ด $\frac{1}{4}$ เม็ดอย่างเนี่ยะเวลาเอามาบวกกันเนี่ยะ ทั้ง ๆ เขียนมาบอกว่าจะลด จากลด กลายเป็นเพิ่ม

ผู้สัมภาษณ์ : มีความรู้สึกที่ หมอให้การยอมรับเรามากขึ้นไหม

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็ o.k.นะ เราก็ช่วยเค้าได้เยอะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วบทบาทวิชาชีพเราชัดเจนขึ้นมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้าทำแบบนี้มันจะชัดเจนเลยล่ะ มันคือ Clinical pharmacy แล้วคือถ้าจะถามถึง MR หรือ Med reconcile ไข้ใหม่ ก็คือเราจะพบปัญหา 1 ปัญหาที่เกิดจากคนไข้ไป ว่าคนไข้ใช้

ยาได้ถูกต้องไหมแล้วก็เป็นปัญหาที่เราจะพบคือ ช่วยหมอ Review คือว่าหมออาจไม่ได้ทำ MR ไร หมออาจไม่ได้ Reconciliation แต่เราได้ทำนะ เราได้เห็นเปรียบเทียบยา ตรงนี้กับที่หมอสั่งกับที่คนไข้เคยใช้

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่สนับสนุนให้งานนี้ในโรงพยาบาลสำเร็จได้หรือมีอะไรที่เอื้อให้เราทำงานได้ดีขึ้น หรือพัฒนางานได้ในระบบโรงพยาบาล

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มันก็มีหลาย ๆ อย่างเช่นเขาก็จัดสรรให้เราทำงานได้ในตรงนี้ได้เต็มที่ จริงอัตรากำลังมันตึงละนะ แต่เขาก็ให้ใจ คือตรงที่เราทำ ก็แยกออกมา ใช้เวลากับคนไข้ได้เลย มันก็มีโครงการที่เกิดขึ้นเรื่อย ๆ เนอะ อย่างหมอโรคหัวใจ เขาก็มีงบสนับสนุน ว่าเราจะมีโครงการทำอะไร เขาก็เลยทำโครงการเสนอให้ทำถุงยาคนไข้ ถุงผ้าอันเล็ก ๆ อย่างเงี้ยะ คนไข้จะได้ลืมถุงยามาหาเรา

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อ แสดงว่างบประมาณสนับสนุน ด้วย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : แต่ยังไม่ได้นะ ยังไม่ผ่านนะ คือก็เป็นแนวโน้มที่ดีใจ เค้ก็เอ้อใจ ก็อย่างคลินิกอื่น เค้ก็พยายามที่จะทำกันอย่างี้ อย่างคนไข้โรคเรื้อรัง ความดัน เบาหวาน เค้ก็จะมีถุงใส่ยามันก็มีประโยชน์ คือคนไข้จะไม่ลืมเอายามาหาเรา แล้วจะประหยัดงบโรงพยาบาลได้เยอะด้วย ถ้าคนไข้เอายามาอย่างนี้ เราก็ปรับยาได้ไง เราดูแล้ว คุณภาพยาดีอยู่ ประหยัดได้เดือนละหลายพัน 3-5 พันบาท ก็ถือว่าเยอะนะ ปีหนึ่งก็ได้เท่าไรแล้วละเอาไปใช้เป็นค่าจ้าง โอิที ต่อคนได้เท่าไรแล้วละ

ผู้สัมภาษณ์ : การที่เรามาทำงานตรงนี้นี้คนไข้เป็นอย่างไรบ้างละ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คนไข้เค้า happy นะและที่สำคัญ คนไข้มีความรู้เยอะขึ้น เมื่อก่อนคนไข้ไม่ค่อยรู้ ใจ กินไปทำไมเหร่อยา เดียวนี้เลยใส่ใจ ไม่มีปัญหา เค้จะพกยา เค้จะรู้หน้าที่ เค้มาถึงเค้จะเตรียมสมุดมาด้วย เตรียมยาเค้าไว้ เตรียมยาเค้าไว้ เอาให้เราดู

ผู้สัมภาษณ์ : ข้อจำกัดของโรงพยาบาลมีไหม

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ความไม่สะดวกในการส่งต่อข้อมูล ห้องตรวจอยู่ไกลกว่า ห้องให้คำปรึกษา การทำแบบนี้มีหลายแบบเนอะ บางทีก็ทำหน้าที่ห้องตรวจหมอ ทำ DRP ให้หมอก่อน ก่อนเข้าพบหมอเลย ให้หมดแล้วหมอก็กส่ง แล้วก็มารับยาที่นี้ แต่มันแล้วแต่ concept นะ แต่เราว่าแบบนี้ก็ดีนะ เพราะว่าถึงแม้ว่าจะเป็นที่ปลายเหตุนะแต่ว่าที่นี้ DRP มันน้อย ที่มีการ Consult กลับมาน้อย ใจ นิดเดียวไม่ถึง 10 เปอร์เซ็นต์ ใจ ใจมัย เรื่องอะไรเราจะเอาเภสัชไปเสียเวลาตรงนั้น 1 คนไปนั่งรออยู่ตรงนั้น แต่เราอยู่ตรงนี้ทำได้หมด ใจ ทำตรงนั้นก็ได้ ทำตรงนี้ได้ แล้วเราก็ได้จ่ายยาตรงนี้ให้คนไข้ไป ได้ ใจ คือถ้าเราไปทำงานที่โน้น ก็เสียเวลาคนซักประวัติอีกคนนึง แต่อันนี้เราซักเองหมดเลย ถ้าพบปัญหาเราก็ส่งปรึกษาหมอ ใจ อย่างนี้เค้าเรียก Med reconcile แบบย่อ ๆ ใจ จริง ๆ Concept ของ MR มันมีรายละเอียดหลายอย่าง และก็หลาย Process เนอะ มีอะไรบ้างนะ จำไม่ค่อยได้ แต่ว่าเราอาจไม่ค่อยบันทึกว่าวันนี้มียาอะไรเปลี่ยน อย่างของพีที่เค้าทำงานบนตึกมันต้องมีเอกสาร

อย่างบนตึกนี้ก็จะทำเฉพาะคลินิก Warfarin คนไข้ที่ Admit ด้วย Warfarin เป็นการเริ่มต้นด้วย Med reconcile ของโรงพยาบาลเรา

ผู้สัมภาษณ์ : ทำไมถึงเริ่มที่ Warfarin ก่อนล่ะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มันเป็น High Alert Drug ไง แล้วถ้ายาตัวอื่น คนไข้ที่ยานานจะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงต่อคนไข้ ยาที่เกิดให้อันตรายมากที่สุด ก็น่าจะเป็น Warfarin

ผู้สัมภาษณ์ : การทำงานตรงนี้ ทำให้งานคลินิกของเภสัชกรชัดเจนขึ้นมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีมากขึ้น คือถ้าคิดว่าเราจ่ายยาเฉย ๆ อะนะ ถึงแม้ว่าเราจะดู INR นะแต่ปัญหาอื่น ๆ บางทีเราอาจไม่เจอเลย เช่นกินยาไม่ถูกแต่ไม่ได้บอกหมอ หรืออ่านหนังสือไม่ออกอย่างเนี่ย หมอปรับยา ก็จะไม่มั่นใจ ใจ เราจ่ายยาก็จะไม่มั่นใจ ใจ อะไรยาคนไข้ที่บ้าน ยาอะไรบ้างก็ไม่รู้ กินผิดทำไง ไข้มั๊ย คนไข้ เรา รักษาหลายที่ ใจ ได้อันนี้ก็กิน อันนี้ก็กิน เกิด drug interaction รีเปล่าเราก็อไม่รู้ บางที INR กระจุกตุมมากเลย

ผู้สัมภาษณ์ : เราจ่ายยามั่นใจมากขึ้นมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : แน่นนอน เราจ่ายยาคนไข้เอายามาด้วยเราให้คำปรึกษาด้วยเรามั่นใจมากขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าคนไข้มั่นใจในการใช้ยามากขึ้นมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่รู้สิเราก็ไม่ได้ไปสอบถามความพึงพอใจคนไข้เนอะ ว่าเขาพึงพอใจมากน้อยแค่ไหน แต่เท่าที่ดูก็น่าจะพึงพอใจอยู่นะ เพราะว่าเวลาเขานั่งรอเนี่ยเขาก็ดู Happy ดีกันอยู่นะ ถึงแม้ว่าบางทีต้องรอนานสักหน่อย แต่ก็ได้ข้อมูลจากเราก็ไม่ค่อยติดขัด

ผู้สัมภาษณ์ : คนไข้ให้ความร่วมมือในการเอายามาด้วยมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ส่วนใหญ่เนาะเราว่า 80 % คนไข้ให้ความร่วมมือแต่ก็จะมีบ้างนะบางคนทีคนไข้ไม่ยอมมารับเองฝากคนอื่นมารับยา เราก็ไม่รู้ทำไงเนอะก็แล้วแต่เขา ยิ่งพวกที่แบบไม่เอายามาเลย เรายิ่งไม่รู้ว่า กวีตกนิต ๆ นะว่ากลับบ้านไปเนี่ยเขาจะรู้เรื่องรีเปล่า บางครั้งก็บอกว่า เปื้อนซีเกียจพุดกับหมอละ ถ้าอย่างนี้เราก็อทำอะไรไม่ได้ละ ก็แล้วแต่เขาเลย แต่เมื่อก่อนเนี่ยเรายังไม่มา ก็ไม่รู้ว่าเขาทำรูปแบบไหน

ผู้สัมภาษณ์ : เป็นนโยบายหรือเราเสนอไปที่หลัง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เป็นนโยบายของกระทรวงเขาเร่งรัดให้ทุกโรงพยาบาลมี Warfarin clinic

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเกิดว่าไม่มีนโยบายคิดว่าจะทำมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มันก็ควรทำนะ เพราะว่ามันมีคนไข้ที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาอยู่ พอเราเริ่มอยู่ตัว คนไข้ Compliance ดี Stable ดี อาจจะ exclude เขาออกไป มาหมายถึงว่า คนไข้ใหม่ก็มีมาเรื่อย ๆ ใจ สมมุติว่าคนไข้คนไหนไม่เคยมีปัญหาอะไรเลย ความรู้ก็ดี อ่านออกเขียนได้ INR ก็ดี ปฏิบัติตัวก็ดี เขาก็ไม่จำเป็นต้องมาเสียเวลาอยู่ตรงนี้อยุ่แล้ว ใจ เขารับยาข้างนอกได้เลย อันนี้คือแผน เพื่อวันข้างหน้าเพื่อเราจะได้ไม่ต้อง Overload งานจะได้ไม่ lode เยอะเกินไป

ผู้สัมภาษณ์ : มีแนวโน้มขยายงานไปยังโรคอื่น ๆ อีกมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีก็พวกแอมบูไน เบาหวานความดัน โรคเรื้อรังทั่ว ๆ ไป

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วบน Ward ละมีเภสัช Round Ward มั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็มีที่.....ไ้ มีแต่ที่.....คนเดียวเมื่อก่อนนี้มีทุก Ward เราว่าทำ
ตรงนี้ก็ดีเหมือนกันนะอย่างความดัน เบาหวาน เภสัชคนอื่น ๆ ถึงแม้ว่าเขาจะไม่ได้จ่ายยา แต่ก็
ผ่านการให้ความรู้ อธิบายคนไข้หมดแล้ว แต่เราก็ช่วยดูอีกนิดหน่อย

ผู้สัมภาษณ์ : ตรงนี้ละ ทำอะไร (พาไปดู ห้อง ทำงาน และคอมพิวเตอร์ที่ใช้ลงข้อมูล)

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จ่ายยาด้วย Reconcile บางทีก็มีที่ ๆ เภสัชเข้ามาช่วยกัน

ผู้สัมภาษณ์ : อัตรากำลังมีผลต่อการทำงานมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีสิ คือที่ตรงนี้น้ำมันขึ้นมาได้ เพราะนโยบายคือถ้าไม่มีนะโดนตำหนิแน่ อย่าง
น้อย ๆ ก็มันไม่ใช่แค่โรงพยาบาลต้องทำนะแต่ ผลประโยชน์มันได้ที่คนไข้ใช้อย่างน้อย ๆ คนไข้ของ
เราก็มีความรู้เยอะขึ้น รู้ว่าต้องดูแลตัวเองยังไง รู้ว่าต้องกินยาอย่างไร

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วรู้สึกยังไงกับการทำงานตรงนี้

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เออเราก็รู้สึก Happy กับการทำงานตรงนี้นะ ถึงแม้ว่าบางทีบางครั้งมันก็จะเบื่อ
บ้าง แต่ว่ามันเป็นอะไรที่ไม่ยากเกินไป เกินกว่าที่เภสัชจะทำได้นะ

ผู้สัมภาษณ์ : รู้สึกเป็นภาระมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่นะ ดีกว่าบางครั้งจ่ายยาอย่างเดียวไร้สาระ แต่อันนี้มันไม่ได้ไร้สาระเกินไปนะ
คือมันก็ได้พูดได้อธิบาย และมันได้ใช้ความรู้ได้ประมวลความคิด ได้แบบทำ DRP ได้หาปัญหา
ได้แก้ปัญหา ได้อะไรอย่างเนี่ย ได้ประโยชน์ทั้งเราแล้วและก็คนไข้จะนะ ยิ่งทำก็ยิ่งเก่ง ยิ่งทำก็ยิ่งรู้
มาก จริง ๆ นะสำหรับพวกเรามันไม่ใช่เรื่องยาก อันนี้มันไม่ใช่เรื่องยากมีหลักการง่าย ๆ แค่นิดเดียว
คือเราประเมินผล Lab กับระดับยาไป เราอยู่แล้วว่า Target INR คืออะไรคนไข้เป็นอะไร ถึงแม้
หมอไม่เขียนมาก็ทำ ๆ ไปเดี๋ยวมันก็รู้เอง ก็ดูจากประวัติดูยา ดูโรค ทุกอย่างมันไม่มีอะไรเอื้อให้
หกรอก เราต้องใช้ความรู้ และประสบการณ์ดูใบสั่งยาเอา

ผู้สัมภาษณ์ : การประสานงานกับวิชาชีพอื่นละ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ได้ประสานงานกับวิชาชีพอื่นเยอะขึ้น หมอ พยาบาลรู้จักหมด บางทีเราอาจจะ
มีปัญหาเรื่องการประสานงานบ้างแต่ เช่นเวลาเราจะปรึกษาหมอมเราต้องรู้จักใช้คำพูด เพราะเรา
ไม่ใช่คนรักษา เราก็แค่คนช่วยเขาดู ช่วยเขาได้เยอะไปบางทีหมอเขียนผิด เพราะเราช่วยเขาเรา
ไม่ได้ไปจับผิดเขา เป็นประโยชน์ต่อคนไข้เป็นส่วนใหญ่

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับวันนี้ขอบคุณเวลา.....มาพอสมควรขอขอบคุณที่ช่วยให้ข้อมูลนะจ๊ะ

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1

ผู้ร่วมวิจัย 3

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2551

เวลา 13.30 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ 31 ปี
2. อาชีพรับราชการ
3. การศึกษาปริญญาตรี
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันอังคารที่ 11 พฤศจิกายน 2551 เวลา 14.30 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ ห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์โดยผู้ให้สัมภาษณ์ เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์ ห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์เป็นห้องให้คำปรึกษาศัลยกรรมพิเศษโรคหัวใจของโรงพยาบาลซึ่งค่อนข้างเงียบไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้กับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อเภสัชกรและโรงพยาบาลอื่นที่อาจจะต้องมาดำเนินงานเช่นเดียวกับผู้ให้สัมภาษณ์ แต่ยังไม่มีความเห็นในการดำเนินงานชัดเจนการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จึงเหมือนเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยากาศการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ทำทางภูมิฐานและเป็นผู้มีความรู้ รูปร่างกะทัดรัด คล่องแคล่ว พูดเร็ว ฉะฉาน ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการในการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ และ พาไปดูอุปกรณ์และสถานที่ในการทำงานพร้อมทั้งมอบเอกสารที่ใช้เป็นตัวอย่างในการทำงานให้ผู้สัมภาษณ์ด้วย เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว ผู้สัมภาษณ์จึงขอจบการสนทนาลงโดยขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลังผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง

การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 15.00 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 4

ผู้เข้าร่วมวิจัย 4

ผู้สัมภาษณ์ : แนวคิด Medication reconciliation ของที่นี่เป็นยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จริง ๆ แล้วมันคือมันเกิดปัญหาจากความซ้ำซ้อนจากการทานยา ซึ่งยานี้อาจจะมาจากหลาย ๆ แห่งที่จริงแล้วที่เริ่มทำก่อนที่จะมี Med reconcile คือเน้นให้คนไข้เอายามาด้วยทุกครั้งคือเป็นกิจกรรมที่ทำกันมาต่อเนื่องอยู่แล้ว เพียงแต่ว่ายังไม่ได้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน คือ เป็นสิ่งที่มีมาก่อนอยู่แล้วเพียงแต่เอามาผสมกันเฉย ๆ แต่ก็ติดอยู่ตรงที่ว่าใครจะทำเนี่ย ก็คงจะเหมือนกับหลาย ๆ โรงพยาบาลที่กำลังมีปัญหาเหมือนกันอยู่ แต่คร่าว ๆ ก็คืออย่างไรในเวลาเนี่ยคือเราไม่ได้ใช้แบบฟอร์มเนอะ คือที่เห็นในแบบฟอร์มละ ที่อาจารย์.....แนะนำหน้าตาที่จะต้องให้มีที่ให้ตึก ๆ เหมือนของ รพ.....คือเพราะว่าจะไปดูงานวันที่ 27 เนี่ยจะไปเอาแบบฟอร์มมาเนี่ย เพราะว่าของ รพ.....มีการทบทวนรายการยาเดิมของคนไข้ก่อนที่จะมีคำว่า Med reconcile ขึ้นมาอยู่แล้ว ก็คือดูยาเก่าของคนไข้ก็คือดูว่าเขากินซ้ำซ้อนมัยเป็นยาเดียวกันมัย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ต่อ Med reconcile นี้เป็นยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือคิดว่าบุคลากรของเรายังไม่รู้ว่าประโยชน์ของมันคืออะไร คืออย่างที่ฝ่ายบางคนก็อาจยังไม่เข้าใจ บางที่คนไข้ก็บ่นจะต้องเอายามาด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : จำเป็นมัยคะว่าเภสัชต้องเข้าใจ Concept ตรงนี้ก่อน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่าจำเป็นนะถ้า Concept เนี่ย ห้องเราควรจะต้องเข้าใจดีที่สุด แล้วค่อยขยายไปยังบุคลากรอื่น ๆ คือตอนนี้ห้องเราก็พยายามที่จะถามคนไข้ตลอดว่ามียาเดิมมารีเปล่าคะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้ว Med reconcile เป็นนโยบายของโรงพยาบาลรีเปล่าคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เป็นนโยบายของโรงพยาบาลนะตั้งแต่ ผอ.ลงมาเลย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างที่นี่เนี่ยมีเภสัชเข้าไปทำงานในหอผู้ป่วยบ้างมัยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็คือเข้าไปรับ Order อย่างเดียว แต่ยังไม่ได้ตาม Round นะ คอย Review ยาที่ได้ไปในแต่ละวันเนอะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการทำงานตรงนี้นั้นคล้ายกับ Med reconcile มัยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คิดว่าใกล้เคียงกันนะ เป็น Concept เดียวกันเลย คือจะคอย Review ว่ายาที่เขาได้มาแต่บางที่มันอาจจะไม่ภายใน 24 ชม.นะ ซึ่งจริง ๆ มันจะต้องภายใน 24 ชม. จริง ๆ ก็น่าจะ OK อยู่เนาะเขามาตอน 2 ทุ่ม มาตอนเช้า เรามา Review 8 โมงเช้าก็น่าจะ OK. นะ

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเกิดจะให้เภสัชเข้าไปใน Ward เพื่อช่วยทำ Med reconcile ด้วยคิดว่าจะยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คิดว่ามีประโยชน์นะอย่างเช่นยาบางอย่างที่ควรจะได้ off ทันทีก็คิดว่าจะได้

off ทันที บางทีถ้าไม่มีเภสัชเข้าไปใน Ward เราต้องโทร Consult ที่หลังบางทีมันก็ไม่ทัน ถ้าไม่ Consult บางทีหายไปเลยอย่างพี่เจอคนไข้ปรากฏว่า คนไข้มานอนวันที่ 2 เรามา Review ยา ปรากฏว่าคนไข้ไม่ได้รับยาเห็นปัญหาชัดเจน

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าถ้าเภสัชเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำ Med reconcile คิดว่ายังไงบ้างคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่าก็ดีนะอาจจะประยุกต์ลงไปในงานอื่น เช่นงานเภสัชกรรมคลินิก คือ งานผู้ป่วยในที่เรากำลังทำอยู่แล้ว ก็คืออย่างน้อย เมื่อเข้าไปทำก็ทำอัตโนมัติ ที่จริงเภสัชอาจจะทำอาจทำอยู่แล้ว แต่อาจจะไม่เป็นระบบไม่มีแบบฟอร์ม ไม่มีแนวร่วมอะไรอย่างเนี้ย ใช่มั้ยคะ

ผู้สัมภาษณ์ : เหมือนมันจะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่ง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เหมือนมันจะเป็นเครื่องมือที่ทำให้การทำงานของเราชัดเจนขึ้น ให้เห็นภาพของสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น พูดถึงเนอะ อย่างแพทย์ก็จะบอกว่า อู๋ยลิม off ลืมให้ยาคนไข้ตอนนี้คือโรงพยาบาลพี่เนี้ย จะเป็นโรงพยาบาลขยายใหญ่ขึ้นเนาะจะมีหมอสูติ หมอศัลย์ แล้วก็ตอนนี้เดี๋ยวจะมีหมอ Med มา หมอเด็กก็จะมา บางทีถ้าไม่ได้อยู่ตรงนั้น หมอถามเราก็อาจจะลืมยาของหมอ Med ไป ก็อาจจะสั่งแต่ศัลย์ อย่างสมมุติว่าคนไข้มาด้วย DM บางทีหมอก็อาจจะลืมยา DM ลืมยา Med ไป พอเรามีคำถามปุ๊บ ก็จะได้ Consult แพทย์ พี่ว่าเป็นประโยชน์กับตรงนี้ด้วย สำหรับคนไข้เพื่อจะได้ไม่พลาดโอกาสที่จะได้รับยา

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อ แสดงว่าคาดว่า Med reconcile เนี่ยจะเป็นประโยชน์มากขึ้นต่อไป

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คนไข้ด้วย พี่คิดว่า พวกนี้มันแสดงถึงบทบาทวิชาชีพเราด้วยนะ มันทำให้งานเภสัชกรรมคลินิกชัดเจนขึ้นนะ แต่คิดว่าตอนหลังมาเขาจะเคยชินมากขึ้นเองเช่นเภสัชช่วยดูเรื่องยา เรื่องของอะไร บางทีเนี่ยเขาไม่รู้ชื่อยา ไม่รู้เรื่อง Dose พยาบาลก็จะเขียนว่าตามเดิม แต่จริง ๆ อาจจะต้องกลับมาคิดนิดนึง ว่ามันจริงรึเปล่า เรื่องการตรวจสอบอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าจะเริ่มเนี่ยจะเริ่มตรงจุดไหนดีคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่าเริ่มที่ IPD น่าจะดีกว่า อย่างอื่น อย่างบางที่เราเห็นปัญหาไม่ใช่คิดจะ off ก็ off เลย เราก็ต้องปรึกษาแพทย์ว่าจะ off รึเปล่า จริง ๆ ถ้าเราได้เข้าไปอยู่ในผู้ป่วยในเต็มตัวอย่างเนี้ย มันก็คุยได้ทันที บางทีจะ Consult คุณหมอ Round เสร็จละ อ้าวไม่อยู่ละ และคุณหมอนี้ก็จะมาทันคนละเวลา แต่บางทีก็มาพร้อมกันแล้วแต่จังหวะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วแพทย์มีผลต่อการทำ Med reconcile มั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : หมอเหรอพี่ว่าเขาอาจจะยังไม่รู้จักคำว่า Med reconcile เนอะ หมายถึงว่าตอนนี้อย่างรุ่นพี่เนี่ย Med reconcile ก็ไม่ได้มีการอบรมกันมาก่อน และก็ยังไม่เคยอบรมให้คุณหมอรับรู้และ คุณหมอก็ยังไปเคยไปอบรมเรื่องนี้ คือไม่แน่ใจว่าในโรงเรียนแพทย์มีการสอนเรื่องนี้รึเปล่าด้วย เมื่อไม่กี่ปีมานี้เรื่องนี้เป็น Patient Safety Goal ตั้งแต่ปี 2008 หมอบางคนที่เขาสนใจเรื่อง HA เขาอาจจะพอทราบละ อาจสนใจเรื่องนี้มาก่อนหน้านี้ก็ได้ เพราะฉะนั้นคิดว่าหมออาจจะ

ไม่ทราบประเด็นนี้นะ แต่ที่คิดว่า เขาอาจเห็นประโยชน์ของคนไข้เขาเอง คนไข้เขาก็จะได้รับยา ถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีปัญหาตามมาน้อยลง

ผู้สัมภาษณ์ : อย่างที่นี้พอดีว่าผอ. สนับสนุนแนวคิดนี้อยู่แล้ว

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช่ค่ะ หมายถึงผอ. นะ มีผลต่อนโยบายการทำงานของโรงพยาบาลมาก คือจะเน้นให้คนไข้เอายาเดิมมาด้วยถ้ามาแล้วไม่ได้เอายาเดิมมาก็จะแนะนำให้ญาติไปเอายาเดิมมาให้ดูด้วย อย่างเช่นคนไข้บางคนเนี่ย ต้องทาน Warfarin จะต้องทานต่อเนื่องจริง ๆ เขาก็คงรู้ แต่บางทีคนไข้ก็รีบเร่ง อย่างคนไข้มาด้วยโรคหอบหืด โรคหัวใจก็รีบมาโรงพยาบาลก็ไม่ทันได้สนใจ อย่างนี้ หมอ พยาบาลก็จะช่วยกันบอกให้ญาติให้เอายาเดิมมาด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าต้องอาศัยความร่วมมือของใครบ้าง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คิดว่าต้องอาศัยความร่วมมือของทุกจุดนะ ถึงแม้เราจะทบทวนรายการยา แต่ถ้าพยาบาลไม่ได้บอกให้คนไข้เอายาเดิม ไม่ได้บอกญาติให้เอายาเดิมด้วยก็ไม่มีประโยชน์นะคือว่าอย่างนี้ต้องทำเต็มรูปแบบ แต่อย่างตอนนี้เรายังไม่ได้ทำเต็มรูปแบบ แต่ก็กำลังคิดออกแบบให้คล้ายโรงพยาบาล.....แต่ว่า Med sheet ที่เคยทำอยู่ช่วงหนึ่งมันมีปัญหาเยอะ เพราะว่าพยาบาลมีหลายท่าน แล้วยามียะเยอะมาก เลยล้มไปช่วงหนึ่ง ทำได้สักพักแล้วมีปัญหาเลยต้องหยุดไปสักพักนึงก่อน

ผู้สัมภาษณ์ : ที่ผ่านมาพบปัญหา และอุปสรรคในการทำงานบ้างมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือเรายังไม่ได้ทำเต็มรูปแบบ แต่ก็มีปัญหาคือบางที่ยาคนไข้หาย เพราะว่าบางที่มันอยู่หลายจุด บางที่ความรับผิดชอบของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางที่ยาเตียง 1, 2, 3 ใครเก็บยาเข้า บางที่ตามหากันไม่เจอ บางคนรับที่ ER, บางคนรับที่ WARD บางคนรับที่ห้องยา เวลาหายขึ้นมาเวลาไปตามไม่รู้จะไปตามทีใคร มันอยู่ที่ความรับผิดชอบต่อยาของแต่ละคนละว่ามีมากน้อยแค่ไหน ตอนนี้อยู่ที่ set ยาในฝ่ายละว่าจะทำเป็น คอนโดยา ของคนไข้แต่ละคน แต่ที่นี้บางที่เขาก็เอาไปไว้ที่ Ward และตอนนี้อยู่ที่ Ward เขาก็ยังไม่ OK. ตอนนี้อยู่ที่เก็บยาอยู่หลังห้องยาที่เดินไปนี่ละ ถ้าเป็นของโรงพยาบาลก็จะเก็บคืนห้องยา ถ้าเกิดส่งตัวกลับโรงพยาบาลของเขา ก็ต้องเอายา กลับคืนไปได้ ถ้าคนไข้บางคนต้องปรับเปลี่ยนก็ต้องให้ที่โน่นปรับเปลี่ยน

ผู้สัมภาษณ์ : ข้อจำกัดของการทำ Med reconcile มีมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้าพูดถึงข้อจำกัดนะ ไล่ตั้งแต่ บุคลากร หมอ นโยบาย ระดับของผู้ปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นฝ่ายเราก็ OK น่าจะเห็นด้วย แต่อาจจะมีปัญหาเรื่องการเก็บยาคนไข้ว่าจะเอาไปไว้ที่ไหน ต่อมาก็คือ พยาบาล คือพยาบาลที่นี้จะมียะเยอะมาบ้างเรื่องยาเดิมของคนไข้ในแต่ละที่ ว่าบางส่วนนะ ส่วนใหญ่ก็น่าจะเห็นด้วย ดีกว่าเก็บยาไว้ที่บ้าน แล้วก็เสื่อมสภาพใช้ไม่ได้ แล้วก็ช่วยป้องกันการใส่ยาซ้ำซ้อนคิดว่าเขาน่าจะเห็นด้วย แต่บางที่ใส่ยาซ้ำซ้อนเนี่ยมาจากหลายที่ พี่ว่าถ้าถามเรื่องข้อจำกัดเนี่ยตรงบุคลากรน่าจะตัดไปเลย เรื่องนโยบายก็น่าจะ OK เรื่องของทีมนักไม่

น่าจะมีปัญหา ทีมตอนนี้ที่ว่าจะทำเนี่ยว่าจะพาทีมไปดูงานก่อน คือว่าถ้าทำก็ให้เต็มรูปแบบไปเลยดีกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเภสัชกรที่ทำงานอยู่บน หอผู้ป่วยเนี่ย ถ้าเอา Med reconcile เข้าไปทำด้วย คิดว่างานคลินิกของเภสัชกรจะเป็นยังไง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ง่ายขึ้น ชัดเจนขึ้น มองเห็น DRP ชัดขึ้น ดูเรื่อง DI และ ADR ได้ง่ายขึ้น ดู ADR จากยาที่เข้าข้อคนละยี่ห้อทำได้ง่ายขึ้น แล้วพอตอนหลัง ๆ มาพี่เขาก็ ดีขึ้นเยอะ เพราะตอนหลัง ๆ มาฉลากยามันไม่ชัดเจน

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าโรงพยาบาลมีเภสัชกรประจำทำงานคลินิกอยู่บนหอผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ Med reconcile ทำได้ง่ายขึ้นมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ความจำเป็นหรือ ถ้ามีคนพอนะ พี่เทียบนะ มีคนพอกับคนไม่พอ เพราะว่าแต่ละที่ ไหนจะเรื่องของบุคลากรใช้มั๊ย ถ้ามีคนพอพี่เห็นด้วยนะ แต่ถ้ามีคนไม่พอเนี่ย อาจเป็นส่วนหนึ่งอะคะ ที่จริงแต่ก่อนมันก็พอ เพราะมีเภสัชกรด้วย เภสัชกรผู้ป่วยใน มีการทำ Med reconcile ในหอผู้ป่วย ประกอบกับ มี Patient safety goal ไปจับก็จะสอดคล้องกัน

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าถ้าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ยอมรับงานเภสัชกรรมคลินิกตรงจุดนี้ แนวโน้มที่เขาจะเห็นความสำคัญและจัดสรรอัตรากำลังให้ จะเป็นไปได้มั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่าอันนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย พี่ว่าขึ้นอยู่กับผลงานที่เรานำเสนอด้วย เพราะว่า Med reconcile เนี่ยมันกำลังเพิ่งเริ่มเข้ามาเนาะ เพราะฉะนั้นคนก็ทำเรื่องอื่นกันอยู่ ทำเรื่อง High Alert Drug ทำเรื่อง Med sheet จริง ๆ Med reconcile เป็นเรื่องดีนะ พี่ว่ามันน่าจะเป็นเรื่องที่ทำให้ทำแรก ๆ เนี่ยน่าจะดี แต่บางที่บางคนก็ไม่ได้มองเรื่องความสำคัญของยา แต่ถ้าเกิดมีคน Present เรื่องนี้เยอะขึ้นเข้าไปที่ HA forum อาจารย์พอมองเห็นงานตรงนี้มากขึ้น พี่ว่ามันน่าจะเป็นส่วนสะท้อนสภา สะท้อนกระทรวงฯให้ขอคนเพิ่มเพื่อรองรับงานตรงนี้ได้ว่า เอมมีเภสัชกรเข้ามาช่วยงานตรงนี้ได้ แต่ขนาดนี้งานคลินิกบน Ward ยังยุบไปเยอะเนาะ ทั้ง ๆ ที่มันมีความสำคัญนะ

ผู้สัมภาษณ์ : งานคลินิกบน Ward ทุกวันนี้มันเป็นรูปเป็นร่างหรือเห็นประโยชน์ชัดเจนมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือเขาจะรู้ว่าเราทำงานอะไรบ้าง แต่จะมองไปที่เนื้องานมากกว่า คือถ้าเป็นรุ่นใหม่ ๆ เนี่ยเขาจะอบรมมาเขาจะให้มา Train เขาจะถามว่าทำอะไรบ้างพวกเราก็จะเล่าให้เขาฟัง คือถ้ามองว่าเดี๋ยวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาล มันชัดเจนขึ้นรีเปล่า ความชัดเจนหรือถ้าจะมองเห็นน่าจะเป็นงานให้คำปรึกษามากกว่า Counseling บางคนอาจรู้ว่า เป็นงานคลินิกบางคนอาจไม่รู้ คือพวกงานให้คำปรึกษาด้านยา งานของแพทย์ ตอนนีเรื่องแพทย์ซ้ำ อันไหนที่เป็นท่าทางว่าจะได้รับความสำคัญเป็นพิเศษ สิ่งที่ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญ ผลักดันให้งานนั้นเข้าระบบมากขึ้น คนก็จะสนใจ อย่างการป้องกันการแพ้ยาซ้ำก็จะเป็นระบบมากขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : โรงพยาบาลอื่น ๆ มีผลต่อการทำ Med reconcile ของที่นี่มั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีส่วนช่วยอย่างยิ่ง อย่างรพ. ไหนดที่เขาทำ HA เราขอความช่วยเหลือนิดหนึ่งว่าเขาทำยังไง อย่างน้องที่.....เขามีประสบการณ์ ช่วยแนะนำก็มีส่วนช่วยให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น เหมือนกับที่เราไปอ่านหนังสือของ Med reconcile จริง ๆ แต่อาจเข้าใจจากพอไปดูงานโรงพยาบาลที่เขาทำแล้วอาจจะเข้าใจง่ายขึ้น ปรับเข้ากับโรงพยาบาลเราง่ายขึ้น แต่ไม่ถึงกับ Copy เขาทั้งหมดเพียงแต่ทำให้งานเราง่ายขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : นโยบายของส่วนกลางมีผลต่อการทำงานของเรามากน้อย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่ามีผลนะ อย่าง HA อย่างกระทรวง ก็ไม่ใช่ว่าเชิงบังคับแต่ก็ต้องทำเรื่องนี้ แต่ HA เนี่ยจะมาเป็นตัวกระตุ้นเรามากกว่าทำให้เราทำเรื่องนี้ต่อไป เพราะว่าเขาบรรจุไว้เป็น Patient Safety Goal 2008 แล้ว แต่ก็ไม่ได้บังคับนะแล้วแต่เรา

ผู้สัมภาษณ์ : ข้อมูลข่าวสารมีส่วนน้อย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีส่วนนะจาก Internet จากหนังสือ ประชุมวิชาการของสมาคม เกสัชกรรมโรงพยาบาล อย่างที่นี้รู้ครั้งแรกจากสมาคมเกสัชกรรมโรงพยาบาล แต่ตอนนั้นก็พูดถึงเรื่อง Med reconcile กันเยอะขึ้นโรงพยาบาลที่ได้ HA และได้รับการ Re-accredit ก็ต้องทำ อย่างโรงพยาบาลนี้ยังไม่ได้ Accredit ก็ต้อง Step ต่อไปเขาอาจจะให้ทำไปพร้อม ๆ กันได้

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าทำให้เพิ่มภาระการทำงานของเรามาก

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่นะเพียงแต่เราจะทำแบบฟอร์มอะไรให้มันง่ายขึ้น เหมาะกับงานที่เราทำอยู่ อย่างบางทีก็แล้วแต่เขานะอย่างบางที่อาจใช้ Progress note บางที่อาจจะใช้ Med sheet บางที่อาจใช้แบบฟอร์มใหม่ แล้วแต่ แต่ที่คิดว่าถ้าออกแบบฟอร์มมาใหม่เนี่ย เป็นภาระแน่นอน ไปถามมาละ เพราะว่า ลองไปเล่าเรื่อง MR ให้เขาฟังมาว่า MR คืออะไร เราจะทำกันมัยเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ยังไง ไม่ใช่หนูทำคนเดียวนะ ที่ต้องช่วยหนูทำนะ เคยไปเล่าให้เขาฟัง มีประโยชน์ต่อคนไข้ยังไง พอถามว่าเอาแบบฟอร์มมัย พี่เขาบอกว่าไม่เอา พอพูดเรื่องแบบฟอร์มเขาไม่อยากจะ เพราะงานพยาบาลเนี่ยแบบฟอร์มเขาเยอะอยู่แล้วหมอก็คต้องเห็นหลายที่ต้องดู ตั้งแต่มีแบบฟอร์ม HAD มีแบบฟอร์มพยาบาลก็ปั่น เพราะที่นี้แบบฟอร์มเขาไม่ค่อยเห็นด้วยถ้าเกิดประยุกต์ในงานเขา ถ้าเกิด progress note ที่ทำอยู่ตอนนี้พี่ว่า OK

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าจะทำเนี่ยจะทำรูปแบบไหน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่คิดว่าพี่จะเปลี่ยนจากบีมตราใน progress note เนี่ยต้องทำเป็น Med sheet ที่เกสัชอาจจะต้องเป็นภาระมากขึ้น ภาระของเกสัชเองแต่ไม่ใช่ ภาระของคนอื่น แต่ไม่รู้ต้องถามความเห็นของเกสัชด้วยกันว่าเขา OK มัยว่าถ้าเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ยังไงก็ต้องคุยกันก่อน คิดว่าต้องคุยกันเดือนละครั้งละ ก็จะมาคุยกันว่าจะเอามัย ถ้าเกิดไม่เอาจะเอาแบบไหน แบบเดิมหรือ ก็คงมาคุย กันตอนนี้แบบฟอร์มใหม่ เรื่องแบบฟอร์มใหม่ ลองเอามาคุยกันแล้วก็ไม่ค่อยเห็นด้วย ก็คือ Med sheet ที่เคยทำช่วงนั้นเขาก็ปั่นกันเยอะเหมือนกันเพราะว่ามันต้องใช้ยาหลาย

ตัวเนอะ บางทียา 20-30 รายการอย่างคนไข้นอนนาน แต่คิดว่าหน้าตาก็คงไม่ทิ้งของเดิมมากนัก แต่ที่นี้ต้องถามผู้ปฏิบัติคนอื่น ๆ ร่วมด้วยว่าเขาเห็นด้วยมั๊ย อย่างที่นี้ไปดูงานที่โรงพยาบาล.....มาแต่ยังไม่เห็นหน้าตา

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วทุกวันนี้ระบบของเราทำแบบไหนอะคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ระบบของเราใช้ Progress note ลงใน Chart ถามว่าคนไข้คนไหนทานยาจากโรงพยาบาล.....ยาอะไรบ้างจาก รพ.....ยาอะไรบ้าง ก็จะเขียนลำดับชื่อยาแล้วลำดับก็จะไปเขียนที่ซองยาของคนไข้ ถ้าเป็นยาเดิมของที่อื่นก็จะเขียนลงมาตามนั้น เอาตั้งแต่วันแรกที่รับก็จะเขียนว่ายาดเดิมผู้ป่วย พอถึงพยาบาล พยาบาลก็จะเขียนอีก ถ้าเกิดว่ายาขาดก็จะ Consults หมอ หมอก็จะเขียน Order เพิ่ม

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการทบทวน Order ใครเป็นคนทำคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ทบทวน Order ทั้งในเวลาและนอกเวลา เภสัชเป็นคนดูถ้านอกเวลาอย่างตอนเย็นพยาบาลก็จะเขียนยาเดิม แต่ถ้าเอามาด้วยเลยหมอก็จะเห็นตั้งแต่วันแรกเลย

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา อย่างเช่นมีการสั่งยาซ้ำซ้อน หรือไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ อย่างนี้มีเยอะมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อย่างที่นี้พบน้อยนะ บางทีเราอาจจะไม่ค่อยพบปัญหา บางทีเขาอาจจะมียาแต่ไม่ได้พามา แต่ปัญหาที่พบล่าสุด คือเราขาดการ Review ยาเดิมของคนไข้ทำให้คนไข้ไม่ได้รับยา

ผู้สัมภาษณ์ : ตรงนี้ละ ทำอะไร (พาไปดู ห้อง ทำงาน และคอมพิวเตอร์ที่ใช้ลงข้อมูล)

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จ่ายยาด้วย Reconcile บางทีก็มีพี่ ๆ เภสัชเข้ามาช่วยกัน

ผู้สัมภาษณ์ : Med error มีเยอะมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : การเก็บข้อมูลตรงนี้นั้น Under report ทำให้การประเมินได้ยากถ้าเป็นคนไข้ นอกจะเก็บได้เยอะ แต่เราส่วนใหญ่จะลงได้น้อย

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่า Med reconcile ยากไปมั๊ยสำหรับที่นี้

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่าไม่ยากนะ พี่ว่าเราไปยึดติดในแบบฟอร์มไม่ได้ แต่เรายึดในงานประจำเนี่ย แต่ว่าทำให้มันดูง่ายขึ้น ไม่ให้ซ้ำซ้อน เพราะว่าถ้าเรา ทำอะไรที่มันซับซ้อนเนี่ยมันจะทำให้งานของเรายุ่งยาก คิดว่าไม่ยากเกินไปถ้าพูดถึงพี่ว่านะ ผอ. สนับสนุน มีการรองรับ มีการกระตุ้น คิดว่าน่าจะทำได้ คิดว่าน่าจะมีผู้รับผิดชอบโดยตรงเพื่อว่าจะได้ประเมินได้ มีตัวชี้วัด มีการประเมินได้ และควรมีผู้รับผิดชอบชัดเจน

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเริ่มงานตรงนี้แล้วใครจะได้ประโยชน์บ้าง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่คิดว่าอันดับแรกจะต้องเป็นผู้ป่วย อันดับ 2 ก็คือต่อการทำงานของเราคือ ต่อการทำงานของเราทำให้การทำงานของเราง่ายขึ้น ของหมอก็ดูง่ายขึ้น พยาบาลเองก็จะทำงานง่าย

ขึ้น พี่ว่าเราสามารถทำระบบของเราได้นะ แต่ที่นี้เราจะทำยังไงแล้วก็พี่ว่ามันมีประโยชน์ต่อวิชาชีพด้วยเพราะ Med reconcile น่าจะเป็นตัวเชื่อมต่อกับหลาย ๆ งานได้

ผู้สัมภาษณ์ : พัฒนางานคลินิกของเราด้วยรีเปลา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จริง ๆ แล้วเมื่อก่อนอาจจะไม่ใช่ เพราะ งานคลินิกสมัยก่อนเขาไม่ได้คุยกันถึงเรื่องนี้ มันเป็นเรื่องใหม่นะ มันเพิ่งมาตอนหลังแต่มันทำให้การทำงานของเราง่ายขึ้น อย่าง Intensive care อย่าง Warfarin Clinic ที่จะต้องดูแลคนไข้อย่างเข้มข้น พี่ว่ามันเป็นการเชื่อมให้เราดูเรื่องอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น ให้เป็น DRP ชัดเจนขึ้นคือเมื่อก่อนอาจจะแบบไม่แสดงตัว เหมือนไม่แสดงบัตร ว่ามันทำอะไรบ้าง บางรายที่อยู่ห้องคนเดียว ปรากฏว่ายาที่มี DI กินยาแล้วเกิดจ้ำเลือดเข้าไป ไม่รู้หลอกมารู้สึกที่ตอนหลังแล้ว แต่ MR นี้มีเหมือนกับบังคับให้เขาแสดงบัตร ตั้งแต่แรกว่ากินยาอะไรบ้าง มันก็เป็นประโยชน์กับเขาด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วจะเริ่มจากตรงไหนก่อนคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ว่า IPD ง่ายกว่าแต่ตอนหลังคนไข้ DM มากขึ้น จ-ศ ก็เลยบอกพยาบาลให้คนไข้เอายามาด้วยก็พบปัญหาได้ง่ายขึ้น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจากอะไร พี่ว่ามันก็เป็นประโยชน์ แต่ยาเดิมมากับตะกร้ายาเยอะมาก พี่ว่าถ้าระบบเราดี อาจจะดีกว่านี้ แต่บังเอิญว่าเรายังคิดไม่ออกว่าจะจัดการยังไง

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ป่วยมีผลต่อการทำ MR มั้ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : น่าจะมีผลค่อนข้างเยอะ แต่พี่ว่า IPD เริ่มง่ายขึ้นแต่บางคนอาจจะไม่เอามา แต่ถ้าเอามาเป็นตัวอย่างเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ยังดี แต่เรื่องของ OPD เนี่ยพี่ว่า แต่มันดีนะแต่เราต้องจัดระบบของคนไข้ กับเรา จะให้ใครเป็นคนดูแล หมออาจจะไม่มีเวลามากอย่างจุด พยาบาล Screen เนี่ยพี่ว่าเป็นจุดที่ดีที่สุดแต่ว่าพี่เขาจะดูหลายอย่าง

ผู้สัมภาษณ์ : ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องยาของแต่ละบุคคลมีผลรีเปลา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คิดว่ามีนะ แต่ก็มีจำนวนไม่มากนัก

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะวันนี้ใช้เวลามาพอสมควรแล้ว วันนี้หนูก็ขอจบเวลาเท่านี้ก่อนนะคะ

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1
ผู้ร่วมวิจัย 4
วันที่ 11 พฤศจิกายน 2551
เวลา 16.00 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ 36 ปี
2. อาชีพรับราชการ
3. การศึกษาปริญญาตรี
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันอังคารที่ 11 พฤศจิกายน 2551 เวลา 16.00 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ ห้องประชุมของทางโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นห้องที่เงียบและไม่มีผู้คนพลุกพล่านโดยผู้ให้สัมภาษณ์ เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ กับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์นี้จะเป็นแนวทางที่ชี้ให้เห็นความคิดเห็นของเภสัชกรต่อระบบ Medication reconciliation ที่กำลังจะเกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพเภสัชกรในอนาคต การให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จึงเหมือนเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยายการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ทำทางภูมิฐานและเป็นผู้มีความรู้ รูปร่างสมบุรณ์ค่อนข้างสมส่วน ดูท่าทางใจดี ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการในการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลามาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว ผู้สัมภาษณ์จึงขอจบการสนทนาลงโดยขอขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลังผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง

การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 17.20 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 50 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 5

ผู้เข้าร่วมวิจัย 5

ผู้สัมภาษณ์ : การดำเนินงาน Medication reconciliation ของที่นี่เป็นรูปแบบไหนละคะ แล้วคิดว่าเป็นเรื่องใหม่หรือเรื่องเก่าของ โรงพยาบาล

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เป็นเรื่องเดิมที่ทุกวิชาชีพอทำอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าพยาบาลคิดว่า ควรที่จะเขียนออกมาให้เป็นรูปแบบ แต่ถามว่า หมอถามประวัติการใช้ยาเดิม คนไข้มี ถ้าอยู่ที่ OPD เราจะเห็นชัดเลยว่าเราจะพยาบาลบอกคนไข้ว่า ให้เอาถุงยาเดิม มาด้วยหมอดูยาเดิมคนไข้ ทุกคนเมื่อจะดูประกอบกับใบสั่งแพทย์ถ้าเกิดเป็นใบสั่งยาระบบเดิมเนี่ย สมมุติว่าเป็นคนไข้เนี่ย พยาบาลจะเตรียมใบสั่งยาแล้วก็ Reconcile ครั้งสุดท้ายที่ได้แล้วก็พิมพ์ให้หมอดูเลยว่าได้ยาอะไรกลับไปบ้านบ้าง จำนวนเท่าไร ทำอยู่แล้ว โดยที่คนออกแบบระบบคอมพิวเตอร์ ครั้งแรก ๆ เขาทำไว้อยู่แล้ว แต่ปัญหามันอยู่ที่ว่าไอ้อันนี้ กับ OPD card มันไม่ถูกส่งไปห้องยา Reconcile หรือความรับผิดชอบเนี่ยมันจะตกอยู่ที่หอผู้ป่วยอย่างเดียว ทีนี้พอเวลามีการเปลี่ยนยาเปลี่ยนอะไร เราจะตอบคำถามไม่ได้ แต่ที่พี่ขึ้นมาทำ MR ในผู้ป่วยในเนี่ยเพราะว่าในผู้ป่วยในเนี่ยมันมีช่องว่างอยู่ยังไม่ใช่อะไรเนี่ยให้เห็น แต่ทุกคนเนี่ยจะขอดูยาคนไข้อยู่แล้ว แต่นี่ขึ้นอยู่กับว่าใครจะมีเวลามากน้อยแค่ไหน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเภสัชเข้ามาช่วยทำตรงจุดนี้มั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช่ จริง ๆ จุดนี้เนี่ยจริง ๆ พี่ถูก มอบหมายให้มาทำ D/C counseling แต่ D/C counseling มันทำไม่ได้เลยถ้าเราไม่รู้เลยว่า ประวัติตอนที่เขาใช้ยาในโรงพยาบาลเป็นยังไงแต่พอรู้ประวัติยาในโรงพยาบาลแล้วเนี่ย ก็ถูกขอร้องให้ว่าในเมื่อมาดูแลเนี่ยให้ดูตั้งแต่ต้นเลยก็จะเริ่ม MR ตั้งแต่เริ่ม Admit ก็จะมีน้องพยาบาล ช่วย ช่วงแรก ๆ ที่จะทำเนี่ย พี่จะทำเฉพาะ คนไข้ที่เป็นเบาหวานก่อน น้องพยาบาลเขาก็จะเขียนชื่อคนไข้ แล้วก็โรคที่เป็น แล้วก็ดูว่ารับยามารียัง พอมาถึงแล้วเขาก็จะเอายามาไว้มาให้ที่พยาบาล โดยหลักการแล้วเนี่ยเราจะไม่ให้คนไข้เข้าถึงยา เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล เราก็จะบอกคนไข้ว่าเราจะเก็บยาไว้ให้ แล้วสิ่งทำให้เราต้องมาทำตรงนี้เพราะปัญหา ที่คนไข้หลาย ๆ คนต้องมา admit เพราะกินยาไม่ถูก กินมานานแล้ว เบื่อจะกิน หุดยาเองบ้าง อันนี้ส่วนใหญ่เลยกินมานานแล้ว คุณหมอบริบยา แต่ไม่อยากปรับ จะกินแบบเดิม ด้วยความที่ขี้เกียจอ่าน ไม่อยากอ่าน เพราะว่าทุกคน Comment หมอเลยว่าคุณหนังสือเล็ก ไม่รู้เหมือนกันว่าจะแก้อย่างไร แต่ก็พยายาม ตอนจะกลับก็พยายามเขียนตัวโต ๆ เข้าไว้ ก็พบปัญหาเกือบทุกเตียงที่ขี้เกียจอ่านเกี่ยวกับยา

ผู้สัมภาษณ์ : รู้สึกยังไงบ้างกับการที่เภสัชกรต้องเข้ามาทำ Med reconcile

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ก็รู้สึกดีนะ เพราะเป็นบทบาทของเรา คือจุดตั้งต้นอย่างที่เราบอกถูกมอบหมายงานมาให้ทำ D/C counseling ทีนี้ พอเราพบปัญหาว่า คนไข้ไม่ยอมทานยา ขี้เกียจทาน หรือว่าเกิด ADR จากยาเราก็ช่วยดูแล อย่างเช่นบางคนไม่ยอมกินเลย Diuretic ที่ถ้าปรับได้ก็จะบอก

แพทย์ไม่ต้องให้ยาตัวนั้น แต่คนไข้บางคนก็เริ่มมีปัญหาทางด้านหัวใจมี CHF ก็ต้องกินไม่กิน ไม่ได้ ก็รู้สึกว่าได้ช่วยคนไข้เยอะ

ผู้สัมภาษณ์ : พอมีเราเข้าไปมีส่วนช่วยทำงานตรงนี้การตอบรับของวิชาชีพอื่น ๆ เป็นยังไงบ้างคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อาจารย์หมอช่วย อาจารย์หมอยกให้ขึ้นมาช่วย แล้วก็ห้องพยาบาลก็ OK. นะคะ แต่ว่าปัญหาก็คือระบบ ระบบสนับสนุนอื่น ๆ เราไม่มีทุกอย่าง ที่ยังต้องทำด้วยมือ ระบบคอมพิวเตอร์ต่าง ๆ ก็ติดขัด ยังรู้สึกเหมือนกับเป็นแอสซอร์ไบรอน ไบรอนอยู่เลย ฉันต้องเขียน ฉันต้องทำของตัวเองหมดเลย

ผู้สัมภาษณ์ : รู้สึกเหมือนเป็นภาระมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เป็นภาระที่ต้องทำ Paper นะ ซึ่งหัวหน้ายังไม่ทราบนะ แต่ทางทีมบอกว่าที่..... จุดแค่ว่าแต่ละ Case ทำอะไรไปบ้างแล้วสรุป ๆ เอาแค่นั้นแหละ เพราะทุกอย่างที่นี้เขาก็ปรับระบบเข้าหาเราอย่าง Chart ที่นี้ถ้าเราเรียกใช้ปุ๊บ จะได้ทันที นี่ก็ออกมัย มันจะต่างจากระบบอย่างอื่น Chart ที่นี้ถ้าเรียกขอปุ๊บได้ทันทีเขาจะเห็นความสำคัญของเรา รองจากหมอยกถ้าอาจารย์ขอดูอาจารย์ต้องได้ดูก่อน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการทำงานตรงนี้เป็นคล้ายกับเป็นการทบทวนรายการยามั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เพราะว่าบทบาทของแอสซอร์ไบรอนเราต้องหา DRP เรื่องของ Adherence ของคนไข้ให้ได้ ว่าไม่มีปัญหาในเรื่องของ Adherence ด้วย ถึงจะบอกให้แพทย์ทราบได้จึงจะปรับยาได้ ถูกต้องมั๊ย แต่ว่าไม่ใช่คนไข้ไม่ยอมทานยา BP shoot แล้วจะไปบอกให้หมอปรับยา คือเท่าที่เห็นจริง ๆ เลยคือจะเป็นเรื่องช่วยสอนฉีดยา Insulin pen fill ซึ่ง Guide line หมอใหม่เนี่ยจะให้ฉีด Insulin pen fill เร็วขึ้น แล้วปัญหาของคนไข้คือฉีดไม่เป็น อ้างว่าฉีดไม่เป็นแล้วบางคนก็อ้างว่าฉีดไม่เป็นเราจะไปช่วย แต่พอลถามใหม่จริงๆ ก็คือไม่ยอมฉีด

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าการทำ Med reconcile นี้ต้องอาศัยความร่วมมือของวิชาชีพอื่น ๆ เยอะมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช้อย่างมากมายพยาบาลต้องยอมรับเราก่อน ที่นี้พี่โชคดีมากเลย คือพยาบาลยอมรับเรา คือเขาจะเห็นว่าเราสามารถเข้าไปช่วยเติมเต็มทีมงานของเขาได้ก็ OK. ละ อย่าง เช่น ถึงเขาจะละเลียดหมอนี่ Sub board, Sub board เกือบทุกคนนะ Nephro, Infectious, แล้วก็อาจารย์ Sub board ทางด้าน Cardio คือ Sub board เขาจะดูในเรื่องปัญหาของตัวเอง แต่พอคนไข้มีปัญหาอื่น ๆ บางทีเขาก็ลืมดู หรือว่าอย่าง Nephro เองยาเขาเยอะ มาก อาจารย์ เลย off Allopurinol โดยไม่ทราบสาเหตุ พอลองสอบถามเขาบอก แอ้ยผมลืมเขียน คือเรื่องฉีดยา เรื่อง Penfill เป็นเรื่องของห้องพยาบาล นี่พอเราไปช่วยเรื่องของการสอนปั๊ม คนไข้ยอมรับคนไข้ใช้เป็นเขาก็ OK. แค่อายาไปให้คนไข้ เดี่ยวหนูลอง สัมภาษณ์ พยาบาล กับหมอยกที่นี้บ้างมั๊ยจะได้

ทราบว่าเขารู้สึกกับพี่ยังไงเพราะพี่ก็อยากรู้เหมือนกัน พี่ขึ้นมาตั้งแต่เดือน กรกฎาคมตอนขึ้นมานี้รูปแบบก็ยังไม่ชัดเจน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วที่นี้ทำเฉพาะโรคหรือว่ายังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือหลัก ๆ เลยมาทำปัญหา DM อันไหนพอทำได้ก็ทำไปก่อน ทำทั้ง DM ทั้ง MI ยิ่งถ้าเธอ D/C ทั้ง 2 ฝั่ง คือส่วนที่เป็น Acute phase ก็ยังไม่ได้อะไรเพราะถือว่าหมอเขาก็ต้องดูคือ บางรายจะเป็นแบบคนไข้เข้ามาแล้ว 3-4 วัน พี่ถึงเข้าไปดูยาคนไข้ ไม่รู้พี่เข้าใจผิดหรือเข้าใจถูก แต่ พี่ยึด Compliance ของคนไข้ก่อน ดังนั้นสิ่งแรกที่จะทำก็คือการสัมภาษณ์คนไข้เรื่องการทานยา คนไข้ที่เอามาด้วย จะสัมภาษณ์คนไข้บวกไปกับ OPD card สัมภาษณ์คนไข้ ไปกับฐานข้อมูลใน คอมพิวเตอร์ สัมภาษณ์บวกไปกับการได้คุย เพราะ Reconcile คืออย่างน้อยคือ 2 จุดตรวจสอบกัน โดยยึดจุดของคนไข้เป็นจุดเด่น ถ้าคนไข้ปฏิเสธ แปลว่า ปฏิเสธ แปลว่าทั้งหมดทั้งหมดนั้นไม่ถูกต้อง อย่างในคอมพิวเตอร์บอกได้ Digoxin 1-2 เม็ดวันละครั้ง ลองสอบถามคนไข้ คนไข้บอกไม่ได้กินเลยก็จะยึดถือที่คนไข้บอก และถ้าคุณหมอจะเริ่มใส่ยาเข้าไปเราก็จะช่วยดูความปลอดภัย อย่างอื่น ว่า push เร็วมั้ย BP เป็นยังไง ไม่รู้ว่าถูกมั้ย แต่จุดยืนของพี่คือมาทำ D/C counseling ดังนั้นถ้ามี DRP กับ Compliance ไม่ดี ไปที่บ้านมันก็ไม่ดีอยู่ดี

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อ และเริ่มที่เบาหวานก่อน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือเบาหวานเป็นตัวหลัก และก็ MI เพราะเป็น Case เด่นของที่นี่ นั่นก็คือ ฝั่ง 2 ฝั่งนี้ ฝั่งที่เป็นฝั่งรอ D/C และฝั่งอีกฝั่งนี้เป็นฝั่งติดเชื้อ เพราะคนไข้ที่ต้องใส่ tube ใส่เครื่องช่วยหายใจเราจะไม่ทำเพราะว่า ไม่ได้สัมภาษณ์คนไข้ก็จบ ไม่มีประโยชน์อะไร

ผู้สัมภาษณ์ : กระบวนการที่เราทำเริ่มยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เหมือนกับว่าขั้นตอนที่มั้ยคะ คือเจอคนไข้ปุ๊บก็เตรียมความพร้อมให้เราคุ้นเคยกับคนไข้ก่อน นื่อง ๆ เขาจะส่งให้พี่เข้าไปทบทวนเฉพาะ ADR แพ้ยา หรือว่าคนไข้จะกลับบ้านแล้ว ยังใช้ยานี้ไม่เป็น อย่างอื่นเขาก็ไม่ notified เพราะเขาก็ยุ่งเหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : ที่นี้มีการตาม Round Ward มั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่ได้ Round นะแต่อาจารย์หมอ.....Request มาละว่าฟุ้งนี้เข้าให้เริ่มมา Round ด้วย ขึ้นอยู่กับว่าหมอเขาอยากมารับเราแค่ไหน หมายถึง Quality ของพี่ อาจจะต่ำกว่าชาวบ้านเขาเนาะ แต่พี่ก็จะบอกว่าพี่ก็ทำให้ได้แค่นี้แหละ แต่จะคาดหวังว่า จะให้มาปรึกษา คำนวณยาเหมือนคนที่เขาเก่ง ๆ เรียนจบ Pharm D มานะไม่ใช่เนาะ ไม่ได้เลย ตอนที่พี่เข้ามาทำการดูแลผู้ป่วยมีจุดยืนจุดเดียว คืออยากให้คนไข้ได้ยาที่สมควรได้ โบบทบาทของเภสัชกร

ผู้สัมภาษณ์ : พอเขาเข้ามาทำงานตรงนี้บทบาทของเภสัชกรชัดเจนขึ้นมั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่ไม่อยากบอก แต่พี่รู้สึกดีที่ได้เข้ามาทำนะ แต่ในมุมมองของเพื่อนร่วมงานเนี่ย ต้องลองถามเขาดูเอง เหลือไว้ 4 ด้านนะ เรามองคนอื่น คนอื่นมองเรา

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าสิ่งที่ทำลงไปนี่ใครจะได้รับประโยชน์จากตรงนี้บ้าง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้ากับคนไข้ก็เต็ม ๆ เลย เพราะเราได้ช่วยทบทวน ได้ช่วยแก้ปัญหาของเขา จากทีมก็ OK. นะ ช่วงเวลาอื่น ๆ ได้ช่วยเขา ให้งานเขาสมบูรณ์ขึ้นเพราะว่า ในขอบเขตของเขาอาจจะมองในมุมมองของเขาอาจจะไม่ได้มองเลยว่าคนไข้มาด้วย Post MI แต่เดิมคนไข้มี DM ด้วย ถ้ารักษา DM แล้วน้ำตาลมันต่ำลงเรื่อย ๆ เขาก็ Plan ที่จะให้ยากิน แต่พอเราทวนกลับมาเนี่ยว่าตั้งแต่ก่อนกลับบ้านมาเนี่ย เขาได้ยาฉีดรีเปลา ค่าถามก็คือจริง ๆ ต้องฉีดยามั้ย เราก็ต้องมาทบทวนร่วมกัน คือทบทวนกันในภายหลัง พบปัญหาที่ค่อยเอามาคุยกัน ที่นี้หมอศัลยกรรมก็อยากจะให้ Round ด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : คือที่นี้หมออยากให้เภสัชกรเข้ามา Round ด้วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : แล้วแต่แพทย์นะเพราะที่นี้แพทย์บางคนก็ต้องการความเป็นส่วนตัวสูง

ผู้สัมภาษณ์ : นโยบายของโรงพยาบาลมีผลต่อการดำเนินงานของเรา มั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มาก ๆ เพราะถ้าโรงพยาบาลไม่ยอมรับเรื่องของ Med Safety ตรงนี้ พี่ก็คงไม่ได้ขึ้นมาทำงานตรงนี้หรอก คือบางที่นั่งจ่ายยาอยู่ข้างล่างพอขึ้นมาข้างบนเขาใช้ฎีกรีเปลาเราก็ไม่รู้ความคิดเห็นของวิชาชีพอื่นเดี๋ยวจึงลองสัมภาษณ์น้องพยาบาลเขาก็แล้วกัน

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพอื่น ๆ นี้จำเป็นสำหรับการดำเนินงานมั้ยคะอย่างเช่นเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ต้องทำงานร่วมกับเรา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จำเป็นมาก เพราะว่าตอนที่พี่ขึ้นมาทำงานมีเพียงหัวหน้า Ward เท่านั้นที่รู้เรื่อง และก็ไม่ได้รู้ด้วยว่าบริบทของโรงพยาบาลเราจะเป็นยังไง เพียงแต่ที่หัวหน้า Ward ที่นี้เขาเก่งมากเขาเตรียมทีมไว้ให้ ไม่ว่าเธอจะมารูปแบบไหน ก็รับได้ แล้วก็คอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และก็น้องพยาบาลก็น่ารักมาก ประมาณว่าเอาใจเอาด้วยนี่ก็ออกมัยถ้าผิดก็ผิดไปด้วยกัน ปรับกันทุกวันเลย

ผู้สัมภาษณ์ : ความรู้สึกในการทำงาน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : พี่สนุกมากในการทำงาน แต่ไม่รู้น้องๆ เขาเป็นยังไง

ผู้สัมภาษณ์ : หมายความว่า พยาบาลที่นี้จะต้องได้รับการสร้างความเข้าใจ ก่อนที่จะมาทำ Med reconcile แล้ว

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ลองถามเขาดีกว่าเพราะคนที่ประสานด้วยนะเป็นหัวหน้า Ward แล้วหัวหน้า Ward เขาก็เตรียมทีมออกมาดีมาก ถ้ายังไม่อยากสัมภาษณ์พี่หัวหน้า Ward ก็ได้ก็เห็นว่าเขาเตรียมทีมยังไง ครั้งนึงของความสำเร็จของที่นี่นะเกิดจากหัวหน้า Ward คือนอกจากจะเป็นนโยบายโรงพยาบาลแล้วพี่หัวหน้า Ward เขายังเป็นทีมคุณภาพด้วยนะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ หน่วยงานอื่น ๆ มีผลต่อการดำเนินงานของเรามั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : กระทรวงฯมีผลมาก เพราะถ้าเขาไม่บังคับทำ HA ก็คงไม่มีใครทำ และถ้า สมมุติกระทรวงฯไม่ได้กำหนดรูปแบบหลักสูตรขึ้นมา ก็คงไม่มีใครเข้าใจ พี่เลยบอกหัวหน้า Ward ว่าเราอยากเพิ่มศักยภาพตรงนี้โดยการไปฝึกอบรม เราจะได้เห็นอะไรเยอะขึ้นเพราะ ตอนนี่ที่เราทำกันคือแบบเอามัน เอาใจทำมากกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าคนที่เข้ามาทำ Med reconcile ตรงนี้ ส่วนหนึ่งต้องมีใจรักในการทำงานด้วยมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช่ มันต้องคิดว่า Med safety คืออะไร ในใจใช่มั๊ย อย่างของพี่นี่ก็คิดว่าคนไข้ได้ยาไปถูกต้อง ๆ นะกินถูกมั๊ย แล้วพอขึ้นมาข้างบนนะไม่ยอมกินบ้างอะไรนะก็เจอกันอยู่ทุกวัน อันนี้คือ Med safety ที่เราต้องตอบคำถามตรงนี้ก่อน อันที่ 2 คือคุณพร้อมจะทำงานร่วมกับคนอื่นมั๊ย เพราะว่าเรื่องของระบบยาไม่มีทางสำเร็จได้ด้วยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง คุณจัดยาเสร็จคุณก็ต้องส่งขึ้นมาให้พยาบาลเขาบริหารยา คุณได้ให้คำตอบหรืออธิบายคุณพยาบาลเพียงพอมั๊ยว่า กินยาไปแล้วต้องระวังอะไร อันที่ 2 ในส่วนของแพทย์คุณ Approach กับเขายังไง ถ้าที่นี้แพทย์ทุกคนเก่งหมด ทุกคนเก่งมีความภูมิใจในตัวเอง แล้วเมื่อไรก็ตามที่เรารู้สึกว่า มีปัญหาต้อง Consult เราเขียนใบนี้ไว้แล้วก็ Notified บอกเขาไว้แล้ว ก็ OK มั๊ย อีกคนเลยนะที่ต้องขอบคุณนะเพราะว่าเป็นหมอคนแรกที่จะให้กำลังใจตลอดแกก็จะบอกว่า โอ้โฮดีมากเลยทำอันนี้ อันนี้ได้ประโยชน์ ดีมาก ทำให้เราปรับเราให้เข้าสู่ทิศทาง ว่าจริง ๆ แล้วส่วนตัวของหมอเนี่ย อยากเห็นภาพงานออกมาแบบไหน

ผู้สัมภาษณ์ : การที่มีหมอเข้ามาช่วยในทีมหรือว่าให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างนี้มันทำให้การทำงานตรงจุดนี้เป็นยังไงบ้างคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เป็นงานที่ไม่ใช่ใครคนใดคนหนึ่งเป็นคนทำแต่เป็นงานที่ทุกคนต้องร่วมกันทำใช่ ๆ ถ้าถามว่าจริง ๆ นโยบายสำคัญมั๊ย ถ้าเผื่อว่าผู้อำนวยการไม่มีนโยบายเรื่อง Med safety แล้วก็ไม่มีอำนาจความสะดวกตรงนี้นั้นก็ไม่เกิดขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : วิสัยทัศน์ต้องชัดเจน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ใช่ แนวทางก็ต้องชัดเจนระดับนี้ แต่ว่าพอมาถึงผู้ปฏิบัติแล้วอย่าคาดหวัง คือมันต้องปรับตัวกันทุกวัน เพราะตอนที่สรุปงานคุณภาพกับหัวหน้า Ward ว่าถ้าไม่ใช่ Ward ที่นี้เนี่ยทำไม่ได้นะ เพราะที่นี้ทุกคนให้ความร่วมมือดีมาก เรียกว่า Chart เมื่อไรได้เมื่อนั้น ถามเรื่องเกี่ยวกับคนไข้คนไหนรู้ทุกเรื่อง แต่ในบางหอผู้ป่วยเนี่ยเขามีอีกระบบนึง เรื่องยาบางที่ต้องถามอีกคน รับ Order ต้องถามกับอีกคน เรื่อง Chart ก็ไม่รู้รู้ที่ไหน ทำให้รวบรวมข้อมูลค่อนข้างยาก ถ้าจะเดินเข้าไปหาคนไข้ที่หนึ่งก็ต้องรวบรวมข้อมูลพวกนี้ก่อน ก็เรียกหาข้อมูลยา OPD card ที่เขาเอาวางไว้ให้ หรือถ้าเกิดมีปัญหอะไรเด่น ๆ นื่อง Inchart ที่นี้ก็จะ note ไว้ให้ ว่ารายนี้ไม่ยอมทานยา

หลาย ๆ อย่าง นี่ก็ออกมาว่ามันก็เป็นประเด็นให้เราเข้าไปสร้างความปลอดภัยให้กับคนไข้ เราสร้างความสัมพันธ์ได้ มันก็จะคุยได้ไหลลื่นไปเรื่อย ๆ ดีกว่าเราเริ่มต้นเป็น 0

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีการประเมินผลการดำเนินงานมั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อ้อ ดูที่ความพึงพอใจ เขายังติดเรื่องอื่นอยู่ยังไม่ได้ทำ แต่ว่า Out come คือสิ่งที่จะต้องลงไปทำตังนั้นจะต้องทำครอบคลุมให้ได้ 100 % ถ้าทำได้ 2 ก็ดูว่าตอนนี้มันยังวัดไม่ได้ว่าที่เราทำ D/C counseling อะคือแก้ปัญหาไปแล้ว ที่ OPD เป็นยังไงคืออาจารย์.....ต้องการให้เขียนต่อ แต่ตอนนี้ส่วนของ OPD เองก็มีปัญหา ส่วนพี่เองก็ยังไม่ได้ ก็เลยยังไม่ได้อะไรค่อย ๆ ทำตามบริบทของโรงพยาบาล

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วที่นี้มีบันทึกข้อมูล Med error มั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ต้องถามน้องพยาบาลนี่ยังไม่ได้รายงาน ตรงนี้เพราะว่ายังไม่มีแนวทางชัดเจนที่จะแก้ปัญหาได้คือจุดหนึ่งคือถ้าจะมีรายงานอะไรต้องมี Reference อ้างอิง และมีวิธีแก้ปัญหาให้ด้วยถ้าไม่มีไม่รู้จะรายงานไปทำไม

ผู้สัมภาษณ์ : ตัวชี้วัดการทำงานล่ะคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีแต่ว่ามีปัญหาเท่าไร แล้วเราแก้ไปเท่าไรเท่านั้นเอง

ผู้สัมภาษณ์ : จุดแข็งในการทำงาน Med reconcile ในโรงพยาบาล

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : 1. ความเป็นทีม 2. เรื่องการบริหาร Chart 3. จุดแข็งอีกอย่างที่กำลังจะหายไป คือ เรื่องของระบบคอมพิวเตอร์นี้แหละ

ผู้สัมภาษณ์ : ข้อจำกัดล่ะคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ระบบสารสนเทศที่ดีมากๆ จึงจะทำให้เรื่องนี้ประสบความสำเร็จ ระบบการสื่อสารระบบสารสนเทศเป็นปัญหามาก ๆ ปัญหาใหญ่ ๆ ของพี่อีกอย่างคือไม่มี แหล่งข้อมูลในการค้นหาข้อมูล ไม่ว่าจะไปเข้าอินเทอร์เน็ต เพื่อค้นหาข้อมูลยา หรือหนังสือเป็นข้อที่อ่อนมากๆ

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าเกิดว่าเราต้องทำ Med reconcile ทุกโรงพยาบาลเนี่ยคิดว่าอัตรากำลังเพียงพอมั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คำถามนี้ขออนุญาตไม่ตอบเพราะคนที่จะตอบได้น่าจะเป็นผู้บริหาร กระทรวงจะไล่คนมาให้รีเปลา ถ้ากระทรวงโยนมาแล้วแต่กรอบว่ามีเภสัช เท่านั้น เเท่านั้น ก็ไม่รู้จะตอบยังไง เหมือนกันตอบยาก

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้ามีเภสัชกรแยกออกมาทำงานตรงนี้พี่คิดว่าประสิทธิภาพการทำงานจะเป็นยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อันนี้ขอไม่ตอบได้มั้ยมันแล้วแต่นโยบายของแต่ละโรงพยาบาลว่าเขาเห็นความสำคัญกับการทำงานตรงจุดนี้นักน้อยแค่ไหน อย่าง รพ.....เขาเห็นความสำคัญมาก Internet มีทุกจุดในโรงพยาบาล มีศูนย์ DIS ให้โทรสอบถามคำถามคอยเป็น

Consultant ให้แก่สัช.....ได้ train Pharm D. มีการส่งไป train ที่ต่างประเทศด้วย ยอมรับ
เลยพี่ที่.....เก่งมาก ๆ ลองไปสัมภาษณ์ดูได้นะคะ

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะวันนี้ใช้เวลามาพอสมควรแล้ว วันนี้หนูก็ขอขอบคุณเวลาพี่.....เท่านี้
ก่อนนะคะขอบคุณค่ะ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1
 ผู้ร่วมวิจัย 5
 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2551
 เวลา 14.00 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ 42 ปี
2. อาชีพรับราชการ
3. การศึกษาปริญญาตรี
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันพฤหัสบดีที่ 13 พฤศจิกายน 2551 เวลา 14.30 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ หอผู้ป่วยในที่ทำงานผู้ให้สัมภาษณ์โดยผู้ให้สัมภาษณ์ เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์ ที่ทำงานผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นโต๊ะให้คำปรึกษาที่อยู่ในหอผู้ป่วยในของทางโรงพยาบาลซึ่งค่อนข้างเงียบไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้กับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อเภสัชกรท่านอื่น ๆ และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่อยากจะทำ Medication reconciliation ที่อาจยังไม่มีแนวทางชัดเจน ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน และคุณสมบัติคนที่เข้ามาทำงานตรงจุดนี้ควรเป็นอย่างไร การให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จึงเหมือนเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยากาศการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ท่าทางภูมิฐานและเป็นผู้มีความรู้ รูปร่างสมบูรณ์ค่อนข้างท้วม ดูท่าทางใจดี ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการในการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ และชี้ให้ดูเอกสารประกอบการทำงาน รวมไปถึงคอมพิวเตอร์ที่ใช้ทำงานและชี้แนะให้ดูกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องดูแล นอกจากนี้ยังขอความร่วมมือให้วิชาชีพอื่นๆ เช่นพยาบาลมาให้ข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์ด้วย ผู้สัมภาษณ์ซาบซึ้งใจและขอขอบคุณในความช่วยเหลือและความร่วมมือตรงจุดนี้เป็นอย่างยิ่ง เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว ผู้สัมภาษณ์ จึงขอจบการสนทนาลง โดยขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลัง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง

การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 16.00 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 6

ผู้เข้าร่วมวิจัย 6

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบของโรงพยาบาล.....เป็นยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือตอนแรกเนี่ยน้อง.....เขามาขอทำวิทยานิพนธ์ ที่นี้ ให้เขามาวางระบบหาแนวทาง ทำแรก ๆ ก็ OK. ยังไม่มีใครทำโดย Set ระบบสร้างแบบฟอร์ม โดยมีเภสัชเข้าไปทำ med reconcile เลย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วกระบวนการทำงานเป็นยังไงคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จุดเริ่มต้นเกิดจากถ้าคนไข้ Admit เข้ามา การส่งต่อข้อมูลถ้าเกิดว่าไม่ครบถ้วน อีกอย่างการย้ายหอผู้ป่วย จุดสุดท้ายคือจุดที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ข้อมูลยา อาจจะไม่ครบถ้วน ทำให้คนไข้ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ โดยแบบฟอร์มอันหนึ่งที่เราใช้ จะสอดไว้หน้า Chart ซึ่งปัญหาของที่นี่คือ เรามีปัญหาในเรื่องของบุคลากร งานบริการผู้ป่วยในเรามี 600 เตียง มีเภสัชกรรับผิดชอบ 4 คน ผู้ป่วยนอก 2,500 รายต่อวันมีเภสัช 16 คน ทำเคมีบำบัด ติดตาม ADR ติดตาม Case งานค่อนข้าง load แต่เห็นว่า Medication reconciliation ช่วยคนไข้ได้ช่วยลด error ได้เราเลยคัดเลือกมาว่าจะทำจุดไหน กลับมาดูข้อมูล ที่บันทึกได้ครั้ง แรก ๆ พบว่าจุด Admission มีความคลาดเคลื่อนทางยาค่อนข้างสูง จึงเลือกทำจุดที่พอทำได้ก่อน ไม่สามารถทำได้ทุกรายทั้ง 600 เตียง จึงทำเฉพาะคนไข้กลุ่มเสี่ยง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วตอนนี้มีเภสัชกรดำเนินการอยู่มั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มีค่ะก็ต้องทำนอกเวลาแล้วให้เป็น OT เอาเพราะในเวลาไม่มีคนทำ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วรู้สึกเป็นภาระมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ตอนแรก ๆ ก็เหมือนถูกบังคับอะนะ แต่เห็นว่ามีประโยชน์ พอหลัง ๆ มานี้ก็เลยตั้ง OT ไว้วันละ 2 คน ก็คือตอนนี้ที่จ้าง OT มาเนี่ยเพราะว่าในเวลาเนี่ยก็เหมือนกับให้เขาทำงานบริการได้เต็มที่ ส่วน ในส่วนของนอกเวลาก็ทำเรื่อง Reconcile เก็บ ADR ที่ไม่สมบูรณ์ก็เก็บให้สมบูรณ์ ไปทำ Antibiotic ควบคุม ซึ่งเราไม่ค่อยมีเวลาตามแต่พอตอนเย็น ๆ ก็ให้เขาตามไป Review ว่าเขาใช้ตาม Review literature มั๊ย เหมาะสมมั๊ย Dose เหมาะสมมั๊ยซึ่งจะเอามาทำนอกเวลาราชการ

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อออกมาทำนอกเวลาเลย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็เหมือนกับงานคลินิกทั้งหมด เนี่ยออกมาทำนอกเวลาเลยในเวลาก็ทำงานบริการ

ผู้สัมภาษณ์ : เพราะว่า load อัตรากำลังไม่พอ แล้วอย่างนี้มีเภสัชกรที่ไป Round ward กับ หมอมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : Round ตอนนีไม่มี เพราะอย่างผู้ป่วยในตอนนี้เรามี 26 ward แต่เรามีเภสัชประจำที่ห้องยา ผู้ป่วยใน 4 คน แล้วอย่างนี้ต้องมีจ่ายยาต่อเนื่อง ก็อย่าง gen ยาทุกวัน 5 ward แล้ว Ward อื่นก็ยังมีใบสั่งยาแต่ละ Ward เพราะจ่ายยาต่อเนื่องก็ต้องตรวจสอบการจ่ายยาทุกวัน เป็น one day dose และเวลา Key เข้าคอม แล้วก็ generate ยาทุกวัน

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงว่าปัญหาของที่นี่คือ อัตรากำลังไม่พอ ไม่มีเภสัชเข้าไป Round ward แต่การที่เราลงไปทำ Med reconcile ก็ได้รับการยอมรับดี แล้วผลหรือตัวชี้วัดในการดำเนินงานที่นี้เป็นยังไงคะ Out come ของการที่เราลงไปทำ Med reconcile

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็คือที่น้อง.....เขาก็ก็นั่งแยกเป็นกลุ่ม ควบคุมก็คือว่าไม่ได้ให้ข้อมูล แล้วกลุ่มที่ให้ข้อมูลแล้วมีการเปรียบเทียบกัน พอเราทำแล้วเราเริ่ม Admit ให้เราก็ใส่ไปหมด พอเราทำเราก็แค่ไปตามดูว่าหมอสั่งยาที่ควรจะต้องสั่งเรียบร้อยแล้ว แสดงว่าจบ Case เพราะเราทำในส่วน Admit แต่ถ้าหมอยังไม่สั่งยา ก็จะตามต่ออีก

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างเภสัชกรที่เข้ามาทำงานตรงจุดนี้ต้องทำความเข้าใจระบบมั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : แรก ๆ ก็เหมือนโดนบังคับไง เราก็ต้องอธิบายเขา ยกตัวอย่าง case ที่มีปัญหา เช่น case ที่เขาควรจะจ่ายแต่เขาไม่ได้จ่ายอย่างนี้ แล้วบางครั้งก็จะมีผลทางคลินิกเลย อย่างบางรายน้ำตาลในเลือดสูง เลย ซึ่งตอน Admit ครั้งแรกนี้อาจจะน้ำตาลในเลือดต่ำ พอทบทวน Chart กลับไป พบว่าไม่ได้จ่าย พอกลับมาอีกที ก็ Hyperglycemia ก็เลยต้องบอกเขาว่าถ้าเราช่วยตรงนี้ได้ก็จะช่วยคนได้ เขาก็เริ่มเห็นความสำคัญ

ผู้สัมภาษณ์ : ความเข้าใจตรงจุดไหนที่จะทำให้เขา สามารถลงไปทำ Med reconcile ได้เลย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มันก็ต้องจากตัวอย่าง เพราะถ้าบางทีระบบเขาดีอยู่แล้ว ชักประวัติเขาดี เราอาจจะไม่ได้ช่วยอะไรเขามาก แต่ถ้า โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่มีแพทย์เยอะ ๆ และมีการส่งคนใช้ Admit โดยที่ไม่ใช่โรคเดิมของเขา มีโอกาสที่จะหลุดได้ยาไม่ครบ ได้ยาขาด ๆ เกิน ๆ Dose ไม่ถูกต้องเนี่ยจะเยอะความเข้าใจตรงจุดนี้

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงว่าต้องมีตัวอย่างให้ดู โรงพยาบาลอื่น ๆ มีผลต่อการดำเนินงานมั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ขึ้นกับแพทย์มากกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : แนวทางในการดำเนินงาน Med reconcile ทุกวันนี้ชัดเจนมั้ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ยังเลยอันนี้ก็รู้เหมือนกันเฉพาะใน Ward ที่เราทำถ้า Ward อื่นเนี่ยก็เคยไป present ในที่ประชุม เขาก็ดูเหมือนกับว่ามันก็ดีแต่เขาก็ไม่ได้เรียกร้อง ที่จะมาให้ทำ ของเขา คืออย่างฝ่ายพยาบาลก็อาจจะยังไม่เห็นความสำคัญมาก เพราะว่าในส่วนของเราที่ต้องไปฝากงานเขาด้วย อย่างเช่นเราขึ้นไปตอนเย็นขึ้นไปกลางวันไม่ได้ โอกาสที่เราจะเจอแพทย์เจ้าของไข้ เนี่ยอย่างน้อย เราก็ต้องเขียน note ฝากว่ามาตาม case แล้ว ยาเตี๋ยง..... ยังไม่ได้ ใช้ ก็เป็นเหมือนมาตามงานเราด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : พอฝากงานเขาจะคิดว่าเป็นภาระบ้างมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อาจจะไม่ใช่ว่าเขาก็ไม่ได้ปฏิเสธนะเขาก็ยอมรับ แต่อาจจะว่าไม่ได้ขยายงานด้วย ในส่วนนี้เราก็ขยายงานไม่ออก เพราะว่าคนเราน้อย และตอนนี้ก็ทำอยู่ 3 Ward ก็จะเป็นอายุรกรวม Ward หนึ่งแล้วก็ Ward ผู้ป่วยหอบหืด

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างนี้โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกรรมมั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เขาอนุมัติแล้วไง เพิ่มอัตราให้เรา 12 ตำแหน่ง แต่ว่าไม่มีใครมาสมัครใจ เพราะมันเป็นตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีเภสัชกรที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำ Med reconcile มั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือที่นี้พอ HA มาลง ก็คือว่า เคมีบำบัดก็ต้องให้เภสัชกรขึ้นไปทำ ขึ้นไปทำคนเดียวไม่ได้ต้องส่งคนขึ้นไปเพื่อจะ verified dose แต่แต่ละวันเนี่ย อย่างเภสัช 15 คน เนี่ย ต้องหายไป 2 คนในแต่ละวัน และ OPD วันละแสนกว่าคนเนี่ยก็ Load IPD มี 600 เติงกับเภสัชอยู่ 4 คน ก็คือคนที่ทำเคมีบำบัดก็ได้มาจากงานบริการ ก็เวียนกันขึ้นไป 2 คน ถ้าวันไหนเวียนไปโดนยาในเลย 2 คน ก็โดนเลย 2 คน ที่เช็ดยาใน ทั้งหมดก็จะ load

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างนี้จุดแข็งในการทำ MR ละ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็คือเรามีแพทย์ที่เห็นด้วยก็เป็นกำลังใจให้กับคนที่ทำ หัวหน้าก็สนับสนุนตอนแรกที่ยังไม่ได้ ขอ OT ให้เขาเขาก็พยายามทำ อาจจะไปติดประวัติการเข้าคนไข้แต่บางทีอาจจะไม่ได้ไปตาม อาจจะขาดจุดนี้คือจุดที่ไปตาม ไม่รู้ว่าจะผลของการทำ Med reconcile เป็นยังไงแต่ตอนนี้เริ่มจะมีผลของการทำงาน ได้คือเขาได้ OT เขาก็มีกำลังใจขึ้นก็ไปทำงานได้งาน

ผู้สัมภาษณ์ : จุดอ่อน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือเรื่องอัตรากำลัง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วโอกาสขยายงานไปยัง Ward อื่น ๆ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ณ กำลังคนขนาดนี้ยากอยู่ เพียงแต่ที่เราจะขยายงานเป็นเพิ่ม OT เพราะอย่างที่เราทำตอนนั้นไปคุยกับรพ.....เขาก็มีปัญหาเวลาเขาจะทำ ADR เนี่ย คนไข้เขาก็ยังไม่เยอะแต่ก็ต้องทำนอกเวลาราชการก็เลยต้องขอเป็น OT กันตั้งแต่ 16.00-20.00 น.

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วตอนนี้เภสัชกรคลินิกทำอะไรบ้างคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ทำ ADR ชัดเจนทำ D/C counseling ทำต้องเลือก Ward แล้วก็เหมือนกับว่าแพทย์เขาก็ทำงานไม่ตรงกับเรา

ผู้สัมภาษณ์ : วันนี้ก็รับกวนเวลาพี่.....มาพอสสมควรแล้วหนูขอบคุณพี่.....มากเลยนะคะถ้ามีอะไรที่ไม่ครบถ้วนหนูขออนุญาตโทรมาสอบถามอีทีนะคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ได้ค่ะ

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1
ผู้ร่วมวิจัย 6
วันที่ 17 พฤศจิกายน 2551
เวลา 10.00 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ 52 ปี
2. อาชีพรับราชการ
3. การศึกษาปริญญาโทเภสัชกรรมคลินิก
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันจันทร์ที่ 17 ธันวาคม 2551 เวลา 10.00 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ ห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์โดยผู้ให้สัมภาษณ์ เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์ ห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์เป็นห้องทำงานหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมซึ่งอยู่ลึกเข้าไปในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่งค่อนข้างเงียบไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ กับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์นี้จะประโยชน์ต่อโรงพยาบาลอื่นที่อาจกำลังเริ่มวางระบบ Medication reconciliation ซึ่งอาจยังไม่มีแนวทางชัดเจน โดยโรงพยาบาลที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำงานอยู่เป็นโรงพยาบาลแรก ๆ ที่เริ่มทำงานทางด้านนี้ อาจมองเห็นแนวทาง ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน เพื่อถ่ายทอดให้โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินงานให้ชัดเจนด้วย การให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จึงเหมือนเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยายภาคการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ทำทางภูมิฐานและเป็นผู้มีความรู้ รูปร่างผอมบาง เงียบขรึม ดูท่าทางใจดี ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ และ เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว ผู้สัมภาษณ์จึงขอจบการสนทนาโดยขอขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลังผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 10.30 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์

บทสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่ 7

ผู้เข้าร่วมวิจัย 7

ผู้สัมภาษณ์ : อย่างของโรงพยาบาล.....ใครเป็นคนทำ med reconcile นะ
 โรงพยาบาล หรือ หมอ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ทำนะ ทำคือทำอะไร หมายถึงว่าสร้างแบบฟอร์ม สร้างflow การทำงานหรือว่าเป็นคนดูแลทั้งหมด

ผู้สัมภาษณ์ : เอาเป็นว่า รูปแบบที่นี้เป็นยังก่อนดีกว่า

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : รูปแบบที่นี้หรือคือคร่าว ๆ เนี่ยะ จริง ๆ แล้วก็คือผู้ป่วยที่ admit ที่เอาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลถูกปะ แล้วเริ่มแรกสุดแล้วจริงๆคือ หมอนี่จะเป็นคนดูแลผู้ป่วยก่อนเพื่อนเลยถูกปะ แล้วหลังเนี่ยะพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลวิธีบริหารยาของเค้าว่าของเค้าเป็นอย่างไร บอกมารายละเอียดมาเสร็จเรียบร้อยอะไรอย่างนี้ แล้วก็เภสัชก็มาดูอีกที่ Iden อีกทีหนึ่งว่าที่คุณดูมามากมัย ตัวไหนที่คุณสามารถ Iden ได้เราก็จะเป็นคนดูแล ประมาณอย่างนี้ แล้วมันก็จะจะมีแบบฟอร์มประมาณนี้ (เอามาให้เป็นตัวอย่าง) พยาบาลก็จะกรอรายละเอียดวิธีบริหารยาให้เรียบร้อย คือจะเอาไปก็ได้เนาะ แล้วก็พยาบาลก็จะเห็นตมาก่อน และเภสัชก็เห็นแต่ไอ้เรื่องของ Gap ทั้งหมดเนี่ยะมันก็จะมาอย่างเรื่องหมอนี่ทั้งหมดเนี่ยะ บางทีก็เค้าก็ไม่ได้ดูรายละเอียดไป อย่างพยาบาลเค้าก็จะทำอยู่แล้วไง แต่เรื่องของ flow งานตรงเนี่ยะ บางทีมันก็มี Gap ก็จะมีสองส่วนก็คือ อย่างหมอนี่เนี่ยะ บางทีเค้ารู้อยู่แล้วละ แต่บางทีเค้าไม่ได้ดูจากฟอร์มนี้ อะไรอย่างนี้ไง แต่ว่าอันนี้เราก็รายละเอียดตรงนี้ มันก็ค่อนข้างครบถ้วนนะ รับยาจากที่ไหน ๆ อะไรอย่างนี้ จากเราหรือจากที่อื่นแล้วผู้ป่วยนำมาเองมัย มันจะมีอย่างนี้ พยาบาลเค้าจะมีการสัมภาษณ์เหมือนกัน ว่าจริง ๆ แล้วยาที่นำมาเนี่ยะมีอะไร ยาจริง ๆ ที่ใช้ปัจจุบันนำมาหรือไม่แล้วจริง ๆ แล้วส่วนนี้มันจะเป็นส่วนจะเป็นส่วนของแพทย์มากกว่า ว่ายาที่เค้าอยู่แล้วเค้าจะนำมาใช้ต่อได้หรือเปล่า แต่ว่าจริงๆแล้ว Policy อันนี้มันก็ยังไม่ครบถ้วนทีเดียว เพราะว่าเราเหมือนกับว่าจริงๆยาที่ไม่ใช่จากโรงพยาบาลเรา เรายังไม่ค่อยยอมรับให้ใช้ในโรงพยาบาล ถูกปะ หลาย ๆ ที่เค้าทำกันแบบนี้ ถูกปะ แต่ในทางปฏิบัติมันทำได้จริงหรือเปล่า ถูกมัย? ว่าไม่ให้ใช้ยาเค้า ให้ใช้ยาของเราอย่างเดียว เข้าใจประเด็นนี้หรือเปล่า มันไม่มีหรอกที่คนไข้คนไหนจะยอม ถูกปะ? ใครจะมาซื้อยาของคนอื่น อีกอย่างใช้ว่ายาโรงพยาบาลนี้มัยจะถูกใช้ปะ? แต่ถ้ามันเป็นกรณีอย่างโรงพยาบาลรัฐบาลมันทำได้ถูกปะ แต่เอกชนอย่างนี้คนไข้ต้อง VIP นิดหนึ่ง การที่มีกระบวนการนี้ขึ้นมาคืออย่าง อย่างน้อยก็ตรวจสอบยาที่เค้าใช้อยู่ อะไรอย่างนี้ว่าถูกทุกอย่าง อย่างยาตาสีตาสาอะไรอย่างนี้ เข้ามามันก็ยืนยัน อย่างหนึ่งว่า เออ เภสัชเช็คแล้ว พยาบาลดูแล้วตรวจกันสอบทุกอย่าง ถ้ามี Transfer ระหว่าง Ward เนี่ยะ ก็ต้องทำใหม่อีกรอบหนึ่ง อย่างสมมุติพวก Ward ICU ไป Admit บน Ward ธรรมดาอย่างนี้ก็ต้องทำ Med reconcile อีกครั้งหนึ่ง ต้องแบบตรง Gab ทุกขั้นตอน ก็ต้องแบบว่าทำให้ได้ อันนี้จะเป็นเรื่องเมื่อมี

การนำยาจากนอกโรงพยาบาลมาใช้พวก ยาธรรมดา ยาเม็ดยาความดัน ธรรมดาอย่างจริง ๆ
 แล้วที่บอกไป Policy เนี่ยเขาไม่อนุญาตให้นำมาใช้ แต่เราก็เปิดช่องโหว่ตรงนี้ แต่ว่าในกรณีที่เป็น
 อย่างพวกเอช พวกเคมีบำบัด หรือว่ายาที่โรงพยาบาลเราไม่มี หรือว่า ยาเดิมที่ได้จาก โรงพยาบาล
 อื่น รักษาโรคเรื้อรังอยู่ในสภาพดี คือบางทีก็ให้ใช้ต่อเนื่องได้อยู่เหมือนกัน อะไรอย่างนี้ก็ได้
 อย่างนี้ได้ อย่างยาเคมีบำบัดเนี่ยบางที่ต้องมีเช็คถึงผู้อำนวยการเลยนะมันเหมือนกับว่าการที่
 คนไข้ admit เข้ามาไม่อยากใช้ยาเรา เขาก็รู้แหละว่ายาเราแพงบางทีก็ให้ออกไปซื้อได้
อย่างนี้ใช่ปะ พวกยา Chemo อย่างนี้ใช่ปะ แน่นอนมันถูกกว่าก็ต้องมีขั้นมี
 ตอนในการปฏิบัติให้อาจจะ ให้มันยากขึ้นนิดนึง ให้รู้ว่าคือเราพยายามจะดูแลคนไข้ให้ดี แต่
 เหมือนกับว่ายาที่เรานำมาจากที่อื่นนะถ้าเรารับมาใช้ แล้วเป็นของที่อื่นแล้ว ประสิทธิภาพของมัน
 คุณเก็บรักษามันยังไง ยาอะไรก็ไม่ว่าสมมุติว่าเป็น Local made เราไม่สามารถรับประกันการรักษา
 ของเราได้เออเข้าใจใช่ปะ มันก็จะมีจุดนี้ของเขา

ผู้สัมภาษณ์ : อย่างแบบฟอร์มนี้ใครจะเป็นคนคิด

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อย่างแบบฟอร์มนี้ก็จะมีคนคิดแล้วหัวหน้าก็จะมาช่วยกันดูว่าครบถ้วน ถูกต้อง
 มั้ยคืออย่างแบบฟอร์มนี้อาจจะยังไม่ดีมากเพราะว่าอย่างที่บอกไปตรงส่วนของแพทย์เจ้าของไข้
 ฉันทันทีก็จะทำยังไง จะทำยังไงว่าเสร็จแล้วหมอสามารถตามมาเซ็นได้ เข้าใจใช่ปะมันยาก แต่ว่าทำ
 ได้แค่นี้ ณ ขนาดนี้ก็ถือว่าดีมากแล้วเพราะเราก็ทวนได้ แล้วแต่อย่างพวก ยาของต่างชาติเนี่ย
 บางทีไอโฮ ยากมากเลยฉันท้องนี้ Search Internet เพราะบางทีมันมีแค่ Trade name มันไม่ได้มี
 ชื่อ Generic มาถูกปะเพราะที่นี้จะเจอเยอะมากเลย ยาอินเดีย ยาจีน ยาแขก ยาเยอรมัน อะไร
 อย่างเนี่ย เจอทุกวันเลยก็ตั้ง Search ไปตลอด บางทีเขาไม่โอเค ยาก และถ้าสมมุติว่าเป็นยาเยอะ
 นะ แล้วแกะเม็ดมาใส่ในตารางหมด จะรู้มัยว่ายาอะไร เออใช่ปะทำไม่ได้เลยนะถูกปะละ มันก็จะมี
 ปัญหา ส่วนใหญ่แล้วก็จะมีปัญหา เวลาญาตินะ คนไข้ คนไทยก็เหมือนกับ อาม่า อาซิม นะชอบ
 แกะยาทุกอย่างใส่ในตลับเวลา ไข้ปะ เวลาเข้ากลางวัน เย็น อะไรอย่างเนี่ยเออเนี่ยเป็นปัญหามาก
 เลย แล้วบางที คือมันไม่ใช่ยาแบบ Original ถูกปะ ใ้พวก Local made เนี่ยมันไม่สามารถมานั่ง
 ให้เภสัชดูได้ เราก็จะเขียนว่าไม่สามารถระบุชนิดยาได้ ใส่ทุกอันเลยเยอะเพราะยา Local made
 เมืองไทยเราเยอะถูกปะ เออมันไม่เหมือนกับต่างประเทศนะ ต่างประเทศมันมีฟอร์มออกมา รู้เลย
 ว่าคนไข้ทานยาอะไร

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วก่อนจะมี Med reconcile ใช้ระบบอะไรกัน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือ ก่อนที่จะมี Med reconcile ใ้มันทำได้ ชัก 2 ปี ได้ละมั้ง น่าจะ
 ประมาณปีกว่า 2 ปี น่าจะประมาณ นั้น แต่ก่อนนั้น แบบฟอร์มก็ไม่ใช่แบบนี้ไง มันก็มีฟอร์มมันก็
 พัฒนามา อะไรอย่างนี้ แต่ก่อนหน้านี้ น่าจะไม่ได้ทำ ไม่ได้ Check เภสัชไม่ได้มาเกี่ยวข้องในส่วนนี้
 ก็จะมีแต่พยาบาล เป็นคนทำแต่ว่าพยาบาลจะมี คือของฉันทัน มันจะใช้ระบบ Computer on line

หมดเลย นอกจากนั้นตัว Chart ที่ใช้แล้วเนี่ยก็จะถูกบันทึกลงใน Computer หมดเลย คือก่อนหน้านั้น สมมุติว่ามียามา 5 ตัว อย่าง Enalapril , Prenolol, Ca Carbonate อย่างนั้นใช้มัยพยาบาลก็จะเข้าไป Key ลงไป Computer ด้วยนอกจากการเขียนใน Chart ที่ Key ลงไปแล้วบอก ว่าตัวนี้เป็นตัว Own medication ก็คือยาของคนไข้ก็จะบอกได้ว่าเอา 5 ตัวเป็น Own medication ของเขาให้คนไข้ใช้ยาในนั้นกินไปเรื่อย ๆ ก็จะมีอยู่ใน Computer ก็จะสามารถตรวจสอบดูได้อะไรอย่างเนี่ย แล้วเราก็มาเพิ่มตรงนี้อีก

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วการประเมินผลมีการประเมินมัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ผลดีจากการทำหรือไม่มี การประเมิน อย่างเป็นรูปธรรม แต่ว่าเท่าที่ฟังเสียงตอบรับจากของพยาบาลไง เขามั่นใจได้มากขึ้น ว่ายาที่เขาเช็ค เกสซ์เช็คด้วยกันเนี่ย แน่นอนมันจะไม่หลุดให้ผิดตัวยาไปเพราะเราระบุไปให้แล้ว นอกจากคือถ้าเอายามาให้เขาเช็ค ไซปะ บางทีมันก็มาเป็นช่วง ๆ ไซปะ บางทีก็ไม่รู้อะไร ฉีดยาอะไร หรือว่ามาเป็นเม็ด ๆ เปลือย ๆ มาอย่างเนี่ยเราก็มาทำ package .ให้ใหม่ แล้วปิดสติ๊กเกอร์ว่าเนี่ยคือยาอะไรอะไร เกสซ์ที่เช็คชื่ออะไร ติดสติ๊กเกอร์อีกทีนี้ ให้พยาบาลนำกลับไปใช้ก็ยังมั่นใจได้เลยว่าอันนี้ไม่ผิด ไม่มีการหลุด อะไรอย่างเนี่ย 100 คนใช้ก็จะได้รับยาที่ถูกต้องในการกิน เพราะว่าเขาไม่ได้ บริหาร ยาเองตอนที่เขา Admit อยู่เนี่ยพยาบาลทำให้ ใช้นะ พยาบาลก็จะชัวร์ในส่วนตรงนี้

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างนี้ความคลาดเคลื่อนหายมัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มี เหมือนกันแหละ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอย่างนี้เรานำ Med reconcile มาใช้ Med error มันลดลงบ้างมัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อืมคือไม่มีใครทำสถิติ ไม่มีใครมาทำสถิติอะไรพวกนี้ไว้ไง แต่ว่า Occurent report ในแต่ละเดือนในแต่ละปี อย่างนี้เขาก็มีอยู่แล้ว เค้ทำกันตลอดแหละ คือเวลาที่มันมีระบบ เขาคงมีแหละ รพ เอกชนใหญ่ ๆ แต่ รพ.รัฐเนี่ยฉันไม่รู้ว่าได้ทำจริงมัยได้กรอกมัยเวลาเกิดความผิดไม่รู้เนาะ แต่ที่นี้เนี่ยเหมือนทำแล้วก็ต้องกรอก Occurrence ทำเป็น Online เดยนะพิมพ์เข้าไป Computer เลยไปที่ศูนย์แบบ RM เลย ศูนย์คุณภาพดูความเสี่ยงแน่นอนมันมีระดับความเสี่ยงถูกปะ Med level เคยเรียนมาหมดแล้วเอออะไรแถว ๆ นั้นแหละต้องทำอยู่แล้ว และมันใช้เทคโนโลยีทุกอย่างคือเทคโนโลยีเอื้อทุกอย่าง แต่คนใช้ก็ต้องมีประสิทธิภาพในการใช้ด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วระบบรับรองคุณภาพที่นี้ใช้ระบบไหน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือตอนนี้ใช้ HA กับ JCI แต่ JCI เนี่ยได้ตั้งแต่ 2 ปีก่อนนะจำไม่ได้เหมือนกัน แล้วตอนนี้ JCI ก็มาให้หลังอีกมากขึ้น เป็น Specific เป็น Disease specific เป็นกลุ่มโรคเลย ตอนนี้ที่ได้แล้วมี ACH, Stroke มะเร็งเต้านมมั้ง HF เพื่อการันตีการรักษา

ผู้สัมภาษณ์ : อ้อ แล้วอย่างนี้มีเกสซ์เข้าไป Round ward กับหมอมัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : มี Grand round ของเรามันจะมีคลินิก Warfarin , Stroke, TDHM หมอจะทำแต่อย่างว่าหมอโรงพยาบาลเอกชนจะไม่เหมือนหมอโรงพยาบาลรัฐบาลอยู่แล้วอันนั้นเขาจะเปิดกว้างให้วิชาชีพอื่นเข้ามาช่วยพัฒนาอยู่แล้ว แต่ที่มันไม่ใช่อย่างนั้นบางส่วนของ accept ก็มี

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วที่มีเภสัช Round ward นะนานี่ยัง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : จริง ๆ จากเดิมที่มีก็มีเภสัชคลินิกอยู่ 3-4 คน เดี่ยวนี้มาก็เริ่มขยายเป็น 7-8 คน ละมั้ง

ผู้สัมภาษณ์ : คือเขาไปทำงานที่ Ward เลย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ไม่นะ ก็อยู่ในส่วนของคลินิกเองแล้วก็ไปตามดูคนไข้ที่ Admit ในส่วนของ Disease specific คือทำในส่วน ADR, Counseling, Round แล้วก็ประเมินในเรื่องการให้ยาต่าง ๆ ทำ TDM ติดตามการให้ยาเฉพาะโรค และก็ลงมาช่วย งานบริการนะส่วนหนึ่ง

ผู้สัมภาษณ์ : อย่าง Med reconcile ก่อนใช้เนี่ย ผู้ปฏิบัติต้องเข้าใจ Concept ก่อนมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็จริง ๆ ก่อนจะใช้เนี่ยก็ต้องมีการประกาศใช้ Policy ก่อน ประกาศก่อน แล้วก็มีแบบฟอร์มให้ดู มีขั้นตอนการทำงาน ให้เราเข้าใจ ประกาศทาง Rota note เพราะเราใช้ Internet ใจประกาศก่อนเลยแหละ แจ้ง เลยที่มคนที่ทำเอกสาร จะเป็นพวก สมมุติเราเป็นพวกทำเอกสาร เราก็ต้องส่งไปให้ ส่วนของ Document control เขาดูด้วย ของเรามันเป็นงานในส่วนของคุณภาพของทางโรงพยาบาล แต่กว่าจะมีการประกาศใช้จะมีการดูซ้ำหลาย ๆ รอบก่อน จะประกาศใช้ก็ประกาศใน Intranet แล้วก็จะมีการเข้ามาดูเนี่ยส่วนใหญ่เภสัชเราก็มามาเข้าดูกันอยู่แล้ว แต่ถ้างานระดับว่าเขียน Policy ก็เฉพาะหัวหน้าระดับก่อน หัวหน้ามีหลายคนก็ช่วยกันดู อิมประมาณอย่างนั้น แล้วลูกน้องก็ค่อยมาดูตอนที่เสร็จตอนที่ประกาศใช้แล้ว พยาบาลก็จะรู้เหมือนกันเพราะมี Rota note

ผู้สัมภาษณ์ : หมายความว่าระบบพวกนี้หัวหน้าต้องรับทราบก่อน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ทุกเรื่องต้องรู้ก่อน ก็เป็นขั้น เป็นขั้นไป ยังไม่ปฏิบัติจริงก็ต้องรู้ก่อนอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้ววิชาชีพอื่นต้องเข้าใจเหมือนเรามั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็ต้องรู้เหมือนเรา คือจริง ๆ ก่อนที่จะสร้าง ตัวขั้นตอนการทำงานหรือเรื่องของ Policy เนี่ย ต้องประกาศกับพยาบาลกับหมอก่อนอยู่แล้ว ก็คือกรรมการ PT&T กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลไป ก็ประชุมก็ต้องอยู่ในวาระอยู่แล้ว หมอที่เป็นประธานอยู่ก็จะมาช่วยดูให้ด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วที่มงานมีผลต่อความสำเร็จในการทำงานบ้างมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ทีมงานหรือแบบว่าไงอะโรงพยาบาลอย่างนี้คือว่ามันต้องทำอยู่แล้ว ไม่ทำไม่ได้เพราะมันเป็นเรื่องของมาตรฐาน ใ้พวกเขาอย่างนี้ต้องทำให้ครบถ้วน เพราะว่า JCI เนี่ยยาก

กว่า HA นะ แบบว่ามีจุกจิก จุกจิกมากกว่า แบบว่ารายละเอียดเขาเยอะกว่า HA อีก เพราะฉะนั้นไม่ทำไม่ได้

ผู้สัมภาษณ์ : รู้สึกเป็นภาระมั๊ย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : คือถ้ามองเรื่องของการพัฒนาเพื่อจะให้ก้าวขึ้นไปถึงระดับนานาชาติก็ถือว่าจำเป็นต้องทำอะ เพราะว่าเราหยุดนิ่งไม่ได้เพราะถ้าคุณหยุดนิ่ง คุณก็ต้องแพ้ที่อื่น เพราะว่าทำไมต้อง JCI คุณต้องการการันตีทางด้านการตลาดใน อัตราการแข่งขันก็สูงอยู่แล้วถูกมั๊ย โรงพยาบาลเอกชน แล้วอีกอย่างยังเป็นโรงพยาบาลนานาชาติไป คนใช้ต่างชาติเยอะ เพราะฉะนั้นคุณจะไม่มีการมาตรฐานมารองรับ เป็นไปไม่ได้ ต้องมี ต้องทำ ก็เหนื่อยแหละแต่ต้องทำให้ได้

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วจุดแข็งของที่นี่

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ก็ facility ใจเธอ ใช้มันเห็นมั๊ยว่ามันอำนวยความสะดวกทุกอย่าง เรื่องผลตอบแทน เรื่องของสวัสดิการ เรื่องของโบนัส คือแน่นอนคุณได้ผลตอบแทน Salary เท่าไหร่เขาต้องคาดหวังผลตอบแทนจากคุณสูงเท่านั้น มันก็ต้องมีเหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเรื่องของข้อจำกัดในการทำงาน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เธอก็รู้อยู่แล้วใช้มั๊ย เรื่องของเภสัชกับพยาบาลอะไรอย่างเนี่ย เรื่อง Workload ก็สำคัญ ก็ตอนนี้มีเภสัชอยู่ 50 คน รวมผู้ช่วยด้วยทั้งฝ่าย 100 นิด ๆ Maximum 400 เต็ม 5 Ward ตึกหุ 2 Ward แล้วตึกข้างในอีก เพราะฉะนั้นมันก็จะมีส่วนที่ให้บริการทั้ง OPD ทั้ง IPD ฉะนั้นมันก็จะจะมีปัญหาตรงเรื่องของกำลังคนทั้งเรื่อง Stock ยา เนี่ยห้องยาหัวใจรับเกี่ยวกับ Heart Clinic เยอะแยะ เพราะโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ขนาดนี้ตึกมันเยอะเกินไป เพราะถ้าเป็นตึกแบบสูง ๆ ไปเลยควบคุมการจัดการง่ายกว่า เพราะที่นี้มันลำบากหลายตึกแล้วต้องแบ่งกำลังคน ต้องมีเภสัช 1-2 คน ผู้ช่วย 1 คนแทนที่จะมีจุดศูนย์รวมมันอาจจะ Control ได้ง่ายกว่า แต่ก็อย่างว่าทำไปแล้วถือว่าไม่พุดอีกว่าเป็นจุด Weakness เพราะมันไม่มีทางที่จะแก้ไขได้แล้ว ก็ต้องแก้ไขไปแล้วไปพัฒนาตรงส่วนอื่นให้ได้ เขาเรียกว่า โครงสร้างโรงพยาบาลที่มันกว้างใหญ่ไพศาลมากเลย เพราะว่ามันเป็นอาณาจักรไปแล้ว เป็นข้อจำกัดที่แก้ไขไม่ได้ ก็จบไป แต่เดี๋ยวนี้เขาต้องคำนวณนะว่าเภสัชกร 1 คน จะต้องทำงานได้กี่ใบยาต่อ full time equivalent ละจะคิดมูลค่าออกมาว่าห้องนี้ใบยาเท่านี้ใช้เภสัช กี่คน คนครึ่ง สองคนครึ่ง อะไรอย่างเนี่ย ไอ้ขนาดนั้นต้องคิดนะเพราะมันต้องเอามาใช้ในการทำงานทุกอย่าง จะบริหารเวลายังไงเช้า 7 โมง 8 โมง 9 โมง ทุกอย่างมีผลหมดแล้วคุ้มค่ามั๊ย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ หน่วยงานอื่น ๆ มีผลต่อการทำงานของเรามั๊ยคะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ถ้าในเครือ.....ระบบการจัดการก็ต้องทำให้เหมือนกัน แล้ววิธีการทำงานก็คล้าย ๆ กันเพราะมันกลายเป็นบริษัทมหาชนไปแล้ว ฉะนั้นการทำงานต้องทำให้เหมือนกันแต่ตัวแม่มีต้องได้ก่อนที่อื่น ต้องทำให้ได้ก่อนที่อื่น

ผู้สัมภาษณ์ : แล้ว รพ. อื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในเครือละ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : แนนอน รพ.....ได้ JCI ก่อนเพราะฉะนั้นก็ต้องได้เหมือนกัน
ใช้หยุดไม่ได้อย่างที่บอกเขาหยุดมาได้เราก็หยุดไม่ได้อยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : อะไรเป็นแนวทางให้เราต้องพัฒนาคุณภาพ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : vision กับ mission ของโรงพยาบาล ตอนที่เข้ามา Round นะ ของ JCI นะทุก
จุดคุณต้องเข้มหมดเลย อย่างยา High Alert Drug เนี่ยต้องเซ็น 2 คนนะ ตามมาดูในห้องยาเลย
เขาจะดูเลยว่าเราทำได้ Complete รึยัง ถ้าเราทำได้แสดงว่าคนเรามีประสิทธิภาพเขายอมรับ
คนไข้ก็จะได้เรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา เรื่องอะไรต่าง ๆ ทุกอย่างก็จะสมบูรณ์ เขาค่อนข้าง
สมบูรณ์นะซึ่ง HA ไม่ได้ลงลึกขนาดนี้แบบว่ารายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ เขาก็ลงลึกหมดเลย
อย่างเช่นชื่อคนไข้ นามสกุล แล้วต้องมีรูปให้ดูด้วยเราถ่ายรูปคนไข้ไว้ด้วย แล้วก็ดูวันเดือนปีเกิด
ด้วยนะ Patient Iden ต้องเข้า High Alert Drug ต้องเข้า เขาจะให้เป็น Patient safety goal เลย
นะ HA เหมือนกับเป็นเป็นการพัฒนาต่อยอดทางวิชาการประมาณอย่างนั้นมากกว่าเข้ามาทำให้
พื้นฐานของเราแน่นมากกว่ารับรองทุก 3 ปี ปี 2009 นี้ต้อง Reaccredit อีกครั้งนะ ฉันทก็จำไม่ได้
ของฉันทันได้ขึ้นไหนด้านมานานมากแล้วนะ HA นะตอนนี้ถ้า HA เข้าก็รู้สึกธรรมดาไปแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : วันนี้ใช้เวลามาพอสมควรแล้ว วันนี้เราก็ขอจบเวลา.....เท่านี้ก่อนนะ
ถ้าเกิดมีตรงไหนที่ยังไม่ชัดเจนขออนุญาตโทรมาสอบถามอีกทีนะคะขอบคุณค่ะ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ : ได้ ๆ โทรมาถามฉันได้เสมอ ถ้าตอบได้นะ

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1
ผู้ร่วมวิจัย 7
วันที่ 21 พฤศจิกายน 2551
เวลา 17.00 น.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์


1. อายุ 31 ปี
2. อาชีพเภสัชกร
3. การศึกษาปริญญาตรี
4. บัณฑิตภาคสนาม

วันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน 2551 เวลา 17.30 น. เป็นวันที่ผู้สัมภาษณ์ นัดผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เรื่องงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ทำอยู่ โดยสถานที่นัดหมายคือ หน้าห้องทำงานผู้ให้สัมภาษณ์โดยผู้ให้สัมภาษณ์ เตรียมพร้อมในการให้สัมภาษณ์อย่างดี ซึ่งเวลาที่เข้ามาสัมภาษณ์เป็นเวลาที่คุณให้สัมภาษณ์เลิกงานพอดี สถานที่ให้สัมภาษณ์ถึงแม้จะเป็นบริเวณหน้าห้องทำงานแต่ก็ไม่มีผู้คนพลุกพล่านเนื่องจากเป็นเวลาเย็น ผู้สัมภาษณ์จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ และแนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้ กับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแจ้งว่าการสัมภาษณ์จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินงาน Medication reconciliation เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลอาจจะแตกต่างดั่งนั้น แนวคิดและแนวทางในการดำเนินงานอาจต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้าย ๆ กับโรงพยาบาลของผู้ให้สัมภาษณ์ การให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จึงเหมือนเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงยินดีให้ความร่วมมือ ดั่งนั้นผู้สัมภาษณ์จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ บรรยากาศการสัมภาษณ์ดูเป็นกันเอง ผู้สัมภาษณ์แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ แต่งตัวชุดทำงานตามปกติ ทำทางภูมิฐานและเป็นผู้มีความรู้ รูปร่างขาวค่อนข้างผอมบาง ดูท่าทางใจดี ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อย่างดี บุคลิกภาพผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมั่นใจในตัวเอง ตอบคำถามการในการสัมภาษณ์อย่างมั่นใจ และ เอาเอกสารที่ใช้ประกอบการทำงานมาให้ผู้ให้สัมภาษณ์ดูด้วย เมื่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาพอสมควรและผู้ให้สัมภาษณ์ก็ได้ให้รายละเอียดของข้อมูลอย่างเต็มที่แล้ว ผู้สัมภาษณ์จึงขอจบการสนทนาลงโดยขออนุญาตโทรไปสอบถามข้อมูลในภายหลัง ผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับได้ในภายหลัง

การสัมภาษณ์จึงสิ้นสุดลงเมื่อเวลา 18.00 น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 50 นาที ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้กล่าวขอบคุณและขอโทษผู้ให้สัมภาษณ์ ถ้าได้ถามอะไรในสิ่งที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ดี หรือกระทบจิตใจ ผู้ให้สัมภาษณ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง.

การถอดรหัสผลการวิเคราะห์เบื้องต้นประเด็นจากการสัมภาษณ์

Preliminary Themes from Open Coding

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 : การถอดรหัสผลการวิเคราะห์เบื้องต้นประเด็นจากการสัมภาษณ์

No.	Themes	No.	Themes
1	ทำให้งานคลินิกสมบูรณ์ขึ้น	20	Med reconcile มันโยงไปถึง Compliance ของผู้ป่วยด้วย
2	เป็นเหมือนการทบทวนประวัติยาเดิมผู้ป่วย	21	เพื่อลดภาระงานแต่ได้คุณภาพมากขึ้น
3	ลดความซ้ำซ้อนของการได้รับยา	22	ภาระงานมากเนื่องจากระบบงานซ้ำซ้อน
4	Clinical pharmacist จะมองทั้งอดีตปัจจุบันอนาคต	23	เภสัชทำดีกว่าเพราะรู้เรื่องยามากกว่า
5	Med reconcile มันเหมือนเป็น Subset หนึ่งของ DRP เป็น 1 ในปัญหาการใช้ยา	24	เป็นมาตรฐานของเภสัชกรอยู่แล้วที่ก่อนเบิกยา ต้องทบทวนประวัติการใช้ยาให้สมบูรณ์
6	การที่เราทำงานคลินิกได้ดูแลคนไข้จะมองใน มุมมองที่เชื่อมต่อกัน	25	แพทย์จะรู้สึกอุ่นใจไม่ต้องกลัวพลาด มีเภสัชและพยาบาลคอยเก็บรายละเอียดให้ หมด
7	ถ้าทำ Med reconcile อย่างเดียวอาจมองในมุมมอง ที่เป๊ะเกินไป	26	เภสัชกรควรมีความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการ เข้าไปใน Ward
8	ต้องเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งก่อนจึงจะทำได้ง่าย	27	เภสัชกรควรมีระเบียบวินัยในตนเองและมีส่วน รับผิดชอบในผลของการใช้ยา
9	มีเภสัช Round ward เป็นคนทำดูเหมือนจะประสบ ความสำเร็จ	28	ไม่จำเป็นต้อง Round Ward ทุกครั้งแต่ประเมิน ตามความจำเป็นในผู้ป่วยแต่ละรายและปัญหา ที่พบ
10	กระบวนการ Med reconcile เป็นกระบวนการที่ เชื่อมตรงช่วงรอยต่อ	29	ความมั่นใจไม่ค่อยมีในสมัยที่เพิ่งเริ่มต้นทำ
11	เภสัชเข้าไปทบทวนยาเป็น มาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy	30	การ Consult ล่าช้าถ้าต้องรอ Consult เอง
12	เริ่มมีประสบการณ์มากขึ้น องค์ความรู้เพิ่มขึ้น ก็เริ่ม เห็นปัญหามากขึ้น	31	การรับ Order โดยตรงจากแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ
13	มาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy ทำ Med reconcile ก็ช่วยคนไข้ได้	32	เภสัชกรที่โอ้ไ้เยอะยังเป็นอุปสรรคต่อ ความสำเร็จในการทำงาน
14	ไม่ใช่ Drug profile ไม่ใช่ Med sheet ใช้แบบฟอร์ม เดียวกันหมดเลย	33	อย่าเป็นขวานผ่าซากต้องเอาใจเขามาใส่ใจเรา
15	ไบนี้พยาบาลจะบันทึกแล้วเภสัชจะมาเติมเต็ม	34	แพทย์และพยาบาลให้การยอมรับเภสัชกรมาก ขึ้น
16	ลดภาระพยาบาลไม่ต้องลอก order med record	35	ทำให้งานคลินิกเป็นงานที่ไม่เลือนลอมมี เป้าหมายและผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อการดูแล ผู้ป่วย
17	รู้สึกสนุกกับการทำงาน	36	รู้วิธีการสื่อสารกับแพทย์ให้บรรลุวัตถุประสงค์
18	อะไรที่ไม่มีแบบฟอร์มก็เหมือนไม่ได้เป็นการบังคับ ว่าต้องทำ		
19	เป็นการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ		

No.	Themes	No.	Themes
37	งานเภสัชกรรมคลินิกทำให้อาชีพเภสัชกรไม่ตาย เภสัชกรไฝฝืนให้คนอื่น ๆ ยอมรับ	57	เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาต่อเนื่อง เพียงแต่ว่ายังไม่ ไม่มีรูปแบบชัดเจน
38	เก่งแค่ไหนไม่มีใครยอมรับก็ไม่มีประโยชน์	58	ไม่ได้ใช้แบบฟอร์ม
39	ทำไปเรื่อย ๆ เภสัชจะรู้ว่าอำนาจหน้าที่ของตัวเองคือ อะไรแม้ไม่ได้สั่งยาด้วยตนเอง	59	บุคลากรยังไม่รู้ประโยชน์
40	งานพวกนี้ต้องเริ่มจากมีใจรักมาก่อนส่วนหนึ่ง	60	เป็นแนวคิดผู้อำนวยการมาก่อน
41	ทุกครั้งที่ Consult จะต้องเตรียมใจไว้เลยว่าเขา อาจจะปฏิเสธได้แต่ต้องรู้ว่าจะจัดการอย่างไรต่อไป	61	ที่จริงเภสัชอาจจะทำอยู่แล้ว แต่อาจไม่เป็น ระบบ ไม่มีแบบฟอร์ม ไม่มีแนวร่วม
42	ต้องรู้จักการทำงานร่วมกันเป็นทีม	62	เหมือนเป็นเครื่องมือที่ทำให้งานของเภสัช ชัดเจนขึ้น
43	การเริ่มงานในโรงพยาบาลเล็กอาจง่ายกว่าใน โรงพยาบาลใหญ่	63	เจ้าหน้าที่บุคลากรในโรงพยาบาลอาจไม่รู้จักคำ ว่า Med reconcile
44	ทำงานจนรู้จักกันในทีม	64	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เคยเข้าอบรม
45	ทำงานจนหลายวิชาชีพเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	65	ผู้อำนวยการมีบทบาทสำคัญต่อนโยบาย โรงพยาบาล
46	หมอสบายขึ้นแต่มีข้อเสียคือการสั่งยาเดิมมีมากขึ้น	66	ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยก็ไม่มี ประโยชน์
47	การที่เรารู้ Case มันพัฒนาทักษะทางคลินิกและ แก้ปัญหาได้รอบด้าน	67	ถ้าพยาบาลไม่บอกให้ญาติเอายามากก็ไม่มี ประโยชน์
48	การตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ยาเป็น หลักการเหมือนกับ Med reconcile	68	มีปัญหาคือยาผู้ป่วยหาย
49	Med reconcile เหมือนกับการดูประวัติการใช้ยาเก่า ของผู้ป่วย	69	ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของแต่ละคน
50	ตรวจสอบการใช้ยา และตรวจสอบคุณภาพยาด้วย Med reconcile มีมานานแต่เพิ่งมาบูม	70	ถ้าบุคลากรเพียงพอน่าจะมีคนเข้าไปทำงานตรง จุดนี้ร่วมทำงานบริการผู้ป่วยใน
51	คือการทบทวนรายการยาซึ่งเราทำอยู่แล้ว	71	ถ้ามีเภสัชกรผู้ป่วยใน ทำ Med reconcile ก็ สอดคล้องกับ Patient safety goal
52	มันคือส่วนหนึ่งของงาน Clinical pharmacy	72	ถ้าเกิดมีคนนำเสนองานตรงนี้ขึ้นไป HA forum มากขึ้นน่าจะเป็นส่วนสะท้อนสภา สะท้อนกระทรวงให้ขอคนเพิ่มเพื่อรองรับงาน ตรงนี้
53	แม้ว่าอัตรากำลังจะตั้งแต่โรงพยาบาลพยายาม จัดสรรให้เภสัชกรได้ทำงานตรงจุดนี้	73	เดี๋ยวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละ โรงพยาบาลไม่ค่อยชัดเจน
54	ถ้าคนไข้เอายามาด้วยจะช่วยประหยัดงบประมาณ โรงพยาบาล		
55	ผู้ป่วยมีความสุข		
56	ผู้ป่วยมีความรู้เยอะขึ้น		

No.	Themes	No.	Themes
74	ถ้าผู้บริหารให้ความสำคัญงานจะได้รับความสำเร็จ	95	แพทย์ให้การยอมรับ
75	โรงพยาบาลอื่นที่มีประสบการณ์ก็จะเป็นแบบอย่าง โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ทำต่อไป	96	แพทย์ยินดีให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการ ทำงาน
76	โรงพยาบาลที่ทำแล้วช่วยแนะนำทำให้ทำงานได้ง่าย ขึ้น	97	เป็นภาระที่ต้องทำ Paper
77	กระทรวงมีผลต่อการทำงานมากไม่เชิงบังคับแต่ต้อง ทำ	98	เภสัชกรมีความสำคัญรองจากแพทย์
78	ข้อมูลข่าวสารสำคัญมากจาก Internet จากการ ประชุมวิชาการ จากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล	99	โชคดีมากที่พยาบาลยอมรับเรา
79	พยายามทำแบบฟอร์มให้มันง่ายขึ้นเหมาะกับงานที่ เราทำ	100	พยาบาลเห็นความสำคัญว่าเภสัชกรเข้าไปเติม เต็มงานของเขาได้
80	ถ้าแบบฟอร์มเยอะไม่ค่อยได้รับความร่วมมือในการ บันทึก	101	หมอยกยอกให้เภสัชกรเข้าไปร่วม Round ward ด้วย
81	ระบบใช้การบันทึกย่อๆ ไว้ใน Chart	102	อย่าคาดหวัง
82	การทบทวน Order ทั้งในและนอกเวลาเภสัชเป็นคน	103	อยากให้ผู้ป่วยได้ยาที่สมควรได้รับคือบทบาท เภสัชกร
83	ดู	104	โรงพยาบาลยอมรับนโยบายในเรื่อง Med safety
84	ไม่ควรยึดติดในแบบฟอร์ม	105	กระทรวงมีผลมากเพราะถ้าเขาไม่บังคับทำ HA ก็คงไม่มีใครทำ
85	มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย มีประโยชน์ต่อการทำงานของเภสัช แพทย์ และ พยาบาล	106	ต้องคิดว่า Med safety คืออะไร
86	พยาบาล	107	ต้องถามตัวเองว่าคุณพร้อมทำงานร่วมกับคน อื่นหรือไม่
87	เป็นเรื่องใหม่ที่หลัง แต่ว่าทำให้ทำงานง่ายขึ้น	108	ไม่ใช่ใครคนใดคนหนึ่งทำแต่ทุกคนต้องร่วมกัน ทำ
88	เป็นการเชื่อมโยงให้หา DRP ได้ง่ายขึ้น	109	นโยบายสำคัญถ้าผู้อำนวยการไม่เห็น ความสำคัญไม่อำนวยความสะดวกงานตรงนี้ก็ คงไม่เกิดขึ้น
89	MR เหมือนเป็นการบังคับให้แสดงบัตรตั้งแต่แรก	110	แนวทางในการทำงานต้องชัดเจน
90	เป็นเรื่องเดิมที่ทุกวิชาชีพทำอยู่แล้ว ทำ D/C counseling โดยไม่รู้ประวัติยาเดิมผู้ป่วยไม่	111	จุดแข็งในการทำงาน คือความเป็นทีม เรื่องการ บริหารภายใน และเรื่องระบบสื่อสาร
91	มีประโยชน์ ผู้ป่วยหลายคนต้องมา Admit เพราะกินยาไม่ถูก กิน		
92	มานานแล้วเบื่อจะกิน		
93	เป็นบทบาทของเภสัชกร		
94	รู้สึกดีที่ได้ทำงานตรงนี้		

No.	Themes	No.	Themes
112	ขึ้นกับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลว่าเขาเห็น	132	ความไม่มั่นใจเรื่องคุณภาพยา
	ความสำคัญกับงานตรงจุดนี้น้อยแค่ไหน	133	ความไม่มั่นใจเรื่องประสิทธิภาพการรักษา
113	จุดเริ่มต้นเกิดจากการส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่ไม่	134	ไม่สามารถประกันการรักษาได้
	ครบถ้วน	135	บางที่ยา Local made ยากในการจำแนกชนิด
114	เรามีปัญหาเรื่องบุคลากรอัตรากำลัง		ยา
115	Med reconcile ช่วยคนไข้ได้ ช่วยลด error ได้	136	ระบบยาจะมีการบันทึกข้อมูลยาเดิมผู้ป่วยอยู่แล้ว
	ต้องเลือกทำเฉพาะจุดก่อน	137	ปัจจุบันนี้มีแบบฟอร์มเป็นรูปธรรมมากขึ้น
116	ตอนแรกๆ ผู้ปฏิบัติเหมือนถูกบังคับให้ทำงาน	138	แต่มีปัญหาอาจจะไม่ได้รับความร่วมมือจาก
117	คลินิกต้องออกมาทำงานนอกเวลาเลยในเวลาต้อง		แพทย์ในการเซ็นลงในแบบฟอร์ม
	ทำงานบริการ	139	Grand round เฉพาะโรค
118	ต้องพยายามอธิบายให้เภสัชที่เข้าไปทำงานเข้าใจ	140	ขึ้นอยู่กับการยอมรับของแพทย์ด้วย
	ประโยชน์ในการทำก่อน	141	ก่อนมีการใช้แบบฟอร์มต้องมีการตรวจสอบ
119	อย่างพยาบาลอาจยังไม่เห็นความสำคัญมาก	142	มีการประกาศให้ทุกคนทราบทั่วกันก่อนนำ
120	อาจดูเป็นภาระของพยาบาลเพราะบางที่ต้องไปฝาก		แบบฟอร์มมาใช้จริง
	งานไว้	143	ทีมงานต้องทำอยู่แล้วเพราะเป็นเรื่องมาตรฐาน
121	โอกาสที่จะเจอแพทย์เจ้าของไข้มีน้อย	144	ถ้ามองในเรื่องการพัฒนาให้ก้าวสู่ระดับ
122	หน้าที่รับผิดชอบของเภสัชกรที่นี้ค่อนข้างหนัก		นานาชาติถือว่าจำเป็นต้องทำ
123	แพทย์ที่เห็นด้วยก็จะคอยเป็นกำลังใจให้คนทำงาน	145	อัตราการแข่งขันสูง
124	รูปแบบคือหมอจะเป็นคนดูผู้ป่วยก่อน จากนั้น	146	เหนื่อยแต่ก็ต้องทำ
	พยาบาลจะเป็นคนดูวิธีบริหารยา แล้วเภสัชจะมาดู	147	ข้อดีคือ facility อำนวยความสะดวกทุกเรื่อง
	อีกทีว่ายาที่ผู้ป่วยเอามาคือยาอะไร	148	ผลตอบแทน สวัสดิการ โบนัส
125	เหมือนกับจริง ๆ ยาอื่น ที่ไม่ใช่จากในโรงพยาบาลเรา	149	จุดอ่อนเป็นเรื่องของโครงสร้างโรงพยาบาล
	ไม่ค่อยยอมรับให้ใช้นะ	150	Concept ของ Med reconcile มันมี
126	งานคลินิกที่เห็นชัดเจนน่าจะเป็นงานให้คำปรึกษา		รายละเอียดหลายอย่างหลาย Process
127	จ่ายยาช่วยให้คำปรึกษาด้วยทำให้มั่นใจมากขึ้น		
128	80 % ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ		
129	เป็นนโยบายของกระทรวง		
130	รู้สึกมีความสุขกับการทำงานตรงจุดนี้		
131	MR ได้ใช้ความรู้ ได้ประมวลความคิด ได้ทำ		
	DRP ได้หาปัญหาได้แก้ปัญหา		



ภาคผนวก จ.

ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการถอดรหัส

Initial Categories, Subcategories, and Themes from Axial Coding

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 : ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการถอดรหัส

Code	Category	Subcategories
ก	ความหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นเหมือนการทบทวนประวัติยาเดิมผู้ป่วย - Med reconcile มันเหมือนเป็น Subset หนึ่ง - กระบวนการ Med reconcile เป็นกระบวนการที่เชื่อมตรงช่วงรอยต่อ - เป็นมาตรฐานของเภสัชกรอยู่แล้วที่ก่อนเบิกยาต้องดูยาให้ครบ - เหมือนกับเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ยา - Med reconcile เหมือนกับการดูประวัติการใช้ยาเก่าของผู้ป่วย - ตรวจสอบการใช้ยา และตรวจสอบคุณภาพยาด้วย - Med reconcile มีมานานแต่เพิ่งมานิยม - คือการทบทวนรายการยาซึ่งเราทำอยู่แล้ว - มันคือส่วนหนึ่งของงาน Clinical pharmacy - เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาต่อเนื่อง เพียงแต่ว่ายังไม่มีการระบุแบบชัดเจน - ที่จริงเภสัชกรอาจจะทำอยู่แล้ว แต่อาจไม่เป็นระบบ ไม่มีแบบฟอร์ม ไม่มีแนวร่วม - เป็นเรื่องใหม่มาทีหลัง แต่ว่าทำให้ทำงานง่ายขึ้น - เป็นเรื่องเดิมที่ทุกวิชาชีพทำอยู่แล้ว - จุดเริ่มต้นเกิดจากการส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่ไม่ครบถ้วน
ข	ประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - ทำให้งานคลินิกสมบูรณ์ขึ้น - ทำให้งานคลินิกเป็นงานที่ไม่เลือนลอย - ลดความซ้ำซ้อนของการได้รับยา - ลดภาระพยาบาลไม่ต้องลอก order med record - Med reconcile มันโยงไปถึง Compliance ของผู้ป่วยด้วย - เพื่อลดภาระงาน - ถ้าคนไข้เอายามาด้วยจะช่วยประหยัดงบประมาณโรงพยาบาล - MR ได้ใช้ความรู้ ได้ประมวลความคิด ได้ทำ DRP ได้หาปัญหาได้แก้ปัญหา - เหมือนเป็นเครื่องมือที่ทำงานของเภสัชชัดเจนขึ้น - มีประโยชน์ต่อการทำงานของเภสัช แพทย์ และพยาบาล - ทำ D/C counseling โดยไม่รู้ประวัติยาเดิมผู้ป่วยไม่มีประโยชน์ - Med reconcile ช่วยคนไข้ได้ ช่วยลด error ได้

Code	Category	Subcategories
ค	กระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งก่อนจึงจะทำได้ง่าย - ใบนี้นิพยาบาลจะบันทึกแล้วเภสัชจะมาเติมเต็ม - เป็นการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ - ไม่จำเป็นต้อง Round Ward - การรับ Order เป็นสิ่งสำคัญ - ทุกครั้งที่ Consult จะต้องเตรียมใจไว้เลยว่าเขาอาจจะปฏิเสธได้ - การเริ่มงานในโรงพยาบาลเล็กง่ายกว่าในโรงพยาบาลใหญ่ - Concept ของ Med reconcile มันมีรายละเอียดหลาย Process - การทบทวน Order ทั้งในและนอกเวลาเภสัชเป็นคนดู - แนวทางในการทำงานต้องชัดเจน - งานคลินิกต้องออกมาทำนอกเวลาเลยในเวลาต้องทำงานบริการ - ต้องพยายามอธิบายให้เภสัชที่เข้าไปทำงานเข้าใจประโยชน์ในการทำก่อน - รูปแบบคือหมอจะเป็นคนดูผู้ป่วยก่อน จากนั้นพยาบาลจะเป็นคนดูวิธีบริหาร ยา แล้วเภสัชจะมาดูอีกทีว่ายาที่ผู้ป่วยเอามาว่ายาอะไร - เหมือนกับจริง ๆ ยาอื่น ที่ไม่ใช่จากในโรงพยาบาลเราไม่ค่อยยอมรับให้ใช้นะ - Grand round เฉพาะโรค - ก่อนมีการใช้แบบฟอร์มต้องมีการตรวจสอบ - มีการประกาศให้ทุกคนทราบทั่วกันก่อนนำแบบฟอร์มมาใช้จริง - ทีมงานต้องทำอยู่แล้วเพราะเป็นเรื่องมาตรฐาน
ง	เจตคติต่อการดำเนินงานโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงานคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - Clinical pharmacist จะมองทั้งอดีต ปัจจุบัน อนาคต - การที่เราทำงานคลินิกได้ดูแลคนไข้จะมองในมุมมองที่เชื่อมต่อกัน - มีเภสัช Round ward เป็นคนทำดูเหมือนจะประสบความสำเร็จ - มาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy ทำ Med reconcile ก็ช่วยผู้ป่วยได้ - เภสัชเข้าไปทบทวนยาเป็น มาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy - เภสัชทำดีกว่าเพราะรู้เรื่องยามากกว่า - งานเภสัชกรรมคลินิกทำให้อาชีพเภสัชกรไม่ตาย

Code	Category	Subcategories
ง	เจตคติต่อการดำเนินงานโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงานคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - การที่เรารู้ Case มันพัฒนาทักษะทางคลินิก - ถ้ามีเภสัชกรผู้ป่วยใน ทำ Med reconcile ก็จะต้องคล้องกับ Patient safety goal - ถ้าเกิดมีคนนำเสนองานตรงนั้นขึ้นไป HA forum มากขึ้นน่าจะเป็นส่วนสะท้อนสภา สะท้อนกระทรวงให้ขอคนเพิ่มเพื่อรองรับงานตรงนั้น - Med reconcile เป็นบทบาทของเภสัชกร - บทบาทเภสัชกรต้องหา DRP เรื่อง Adherence ของผู้ป่วยด้วย - อยากให้ผู้ป่วยได้ยาที่สมควรได้รับคือบทบาทเภสัชกร
จ	เจตคติต่อคนรอบข้าง	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลอื่นที่มีประสบการณ์ก็จะเป็นแบบอย่างโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ทำต่อไป - โรงพยาบาลที่ทำแล้วช่วยแนะนำทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น - กระทรวงมีผลต่อการทำงานมากไม่เชิงบังคับแต่ต้องทำ - ถ้ามองในเรื่องการพัฒนาให้ก้าวสู่ระดับนานาชาติถือว่าจำเป็นต้องทำ - ระหว่างโรงพยาบาลอัตราการแข่งขันสูง
ฉ	เจตคติต่อความตระหนักของผู้ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - เภสัชกรควรมีความรับผิดชอบต่อ - เภสัชกรควรมีระเบียบวินัยในตนเอง - อย่าคาดหวัง - ต้องคิดว่า Med safety คืออะไร - ต้องถามตัวเองว่าคุณพร้อมทำงานร่วมกับคนอื่นหรือไม่ - หน้าที่รับผิดชอบของเภสัชกรที่นี้ค่อนข้างหนัก
ช	ความรู้สึของผู้ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกสนุกกับการทำงาน - ภาระงานมาก - ความมั่นใจไม่ค่อยมี - เภสัชกร EGO เยอะ - อย่าเป็นขวานผ่าซาก - รู้วิธีตั้งคำถามกับแพทย์ - เภสัชกรไฝฝืนให้คนอื่น ๆ ยอมรับ - เก่งแค่ไหนไม่มีใครยอมรับก็ไม่มีประโยชน์ - ทำไปเรื่อง ๆ เภสัชกรจะรู้ว่าอำนาจหน้าที่ของตัวเองคืออะไร

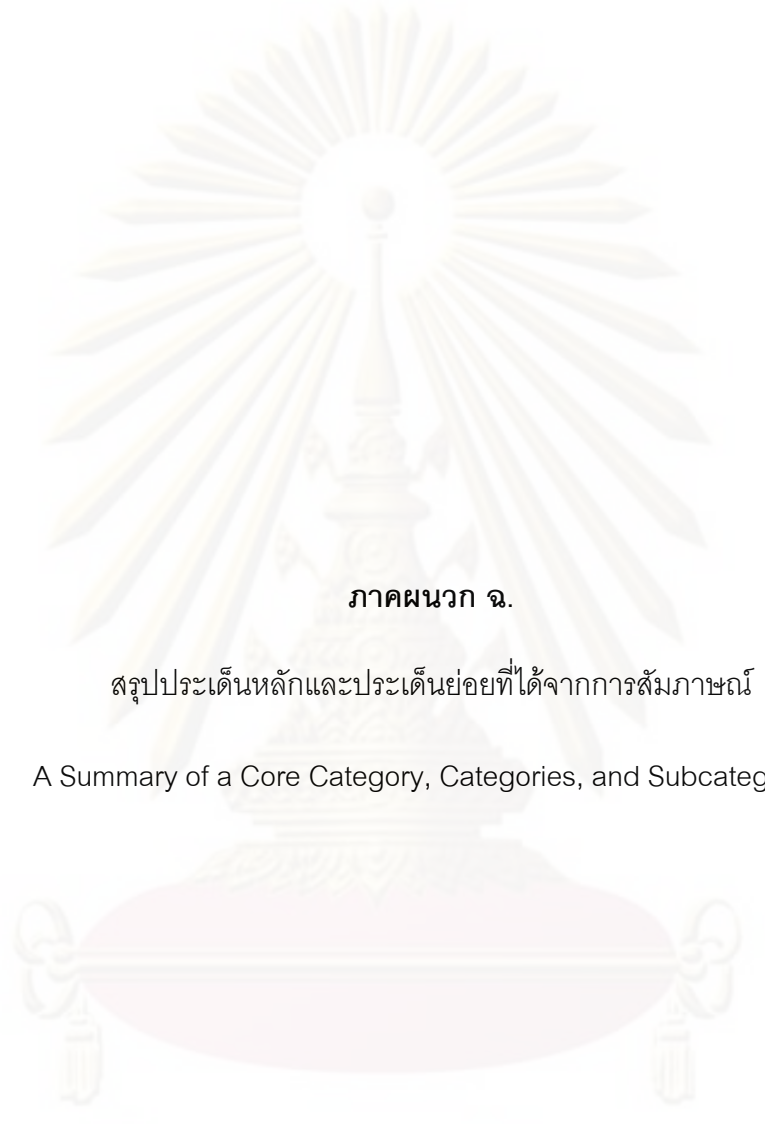
Code	Category	Subcategories
ช	ความรู้สึกรู้สึกของผู้ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - งานพวกนี้ต้องเริ่มจากมีใจรักมาก่อน - ทำงานจนรู้ใจ - ฉายยาด้วยใจทำให้คำปรึกษาด้วยทำให้มั่นใจมากขึ้น - รู้สึกมีความสุขกับการทำงานตรงจุดนี้ - รู้สึกดีที่ได้ทำตรงนี้ - ตอนแรกๆ ผู้ปฏิบัติเหมือนถูกบังคับให้ทำนะ - เหนื่อยแต่ก็ต้องทำ
ช	เจตคติต่อระบบโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - แม้ว่าอัตรากำลังจะตั้งแต่โรงพยาบาลพยายามจัดสรรให้เภสัชกรได้ทำงานตรงจุดนี้ - เป็นนโยบายของโรงพยาบาล - ถ้าผู้บริหารให้ความสำคัญงานจะได้รับความสนใจ - โรงพยาบาลยอมรับนโยบายในเรื่อง Med safety และ - กระทรวงมีผลมากเพราะถ้าเขาไม่บังคับทำ HA ก็คงไม่มีใครทำ - นโยบายสำคัญถ้าผู้อำนวยการไม่เห็นความสำคัญไม่อำนวยความสะดวกงานตรงนี้ก็คงไม่เกิดขึ้น
ญ	เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องรู้จักการทำงานร่วมกันเป็นทีม - ทำงานจนหลายวิชาชีพเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน - เภสัชกรมีความสำคัญรองจากแพทย์ - ไม่ใช่ใครคนใดคนหนึ่งทำแต่ทุกคนต้องร่วมกันทำ <p><u>พยาบาล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้าพยาบาลไม่บอกให้ญาติเอายามาก็ไม่มีประโยชน์ - โชคดีมากที่พยาบาลยอมรับเรา - พยาบาลเห็นความสำคัญว่าเภสัชกรเข้าไปเติมเต็มงานของเขาได้ - อย่างพยาบาลอาจยังไม่เห็นความสำคัญมาก - อาจดูเป็นภาระของพยาบาลเพราะบางที่ต้องไปฝากงานไว้ <p><u>แพทย์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ให้การยอมรับ - แพทย์ยินดีให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน - แพทย์จะรู้สึกอุ่นใจไม่ต้องกลัวพลาดมีเภสัชคอยเก็บรายละเอียดให้

Code	Category	Subcategories
ญ	เจตคติต่อการมี ส่วนร่วมในการ ทำงาน	<p>หมด</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์อยากให้เภสัชกรเข้าไปร่วม Round ward ด้วย - แพทย์ที่เห็นด้วยเป็นจะคอยเป็นกำลังใจให้คนทำงาน - แต่มีปัญหาก็อาจจะไม่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการเซ็นลงในแบบฟอร์ม
ฎ	แบบฟอร์ม	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ใช่ Drug profile ไม่ใช่ Med sheet ใช้แบบฟอร์มเดียวกันหมดเลย - อะไรที่ไม่มีแบบฟอร์มก็เหมือนไม่ได้เป็นการบังคับว่าต้องทำ - ไม่ได้ใช้แบบฟอร์ม - พยายามทำแบบฟอร์มให้มันง่ายขึ้นเหมาะกับงานที่เราทำ - ถ้าแบบฟอร์มเยอะไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ
ฏ	แบบฟอร์ม	<ul style="list-style-type: none"> - ที่โรงพยาบาลใช้ระบบการบันทึกย่อ ๆ ไว้ใน Chart - ไม่ควรยึดติดในแบบฟอร์ม - ปัจจุบันนี้มีแบบฟอร์มเป็นรูปธรรมมากขึ้น
ฐ	เจตคติของ บุคลากรอื่น	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรยังไม่รู้ประโยชน์ - หมออาจไม่รู้จักคำว่า Med reconcile - บุคลากรทางการแพทย์ไม่เคยเข้าอบรม - ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของแต่ละคน
ฑ	สถานการณ์งาน เภสัชกรรมคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - เดียวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาลไม่ค่อยชัดเจน - งานคลินิกที่เห็นชัดเจนน่าจะเป็นงานให้คำปรึกษา
ฒ	จุดแข็ง	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลข่าวสารสำคัญมากจาก Internet จากการประชุมวิชาการ จากสมาคมเภสัชกรรม - จุดแข็งในการทำงาน คือความเป็นทีม เรื่องการบริหารบุคคล และเรื่องระบบสื่อสาร - ข้อดีคือ facility อำนวยความสะดวกทุกเรื่อง - ผลตอบแทน สวัสดิการ โบนัส
ณ	จุดอ่อน	<ul style="list-style-type: none"> - หมอสบายขึ้นเยอะไม่ยอมเขียน Order - มีปัญหาคือยาผู้ป่วยหาย - ถ้าคนพอน่าจะมีคนเข้าไปทำงานตรงจุดนี้ - เรามีปัญหาเรื่องบุคลากรอัตรากำลัง

Code	Category	Subcategories
ตม	จุดอ่อน	<ul style="list-style-type: none"> - โอกาสที่จะเจอแพทย์เจ้าของไข้มีน้อย - ความไม่มั่นใจเรื่องคุณภาพยา - ความไม่มั่นใจเรื่องประสิทธิภาพการรักษา - ไม่สามารถประกันการรักษาได้ - บางทียา Local made ยากในการจำหน่ายชนิดยา - จุดอ่อนเป็นเรื่องของโครงสร้างโรงพยาบาล
น.	ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีความสุข - ผู้ป่วยมีความรู้เยอะขึ้น - 80 % ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ - ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยก็ไม่มีประโยชน์



 ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ.

สรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

A Summary of a Core Category, Categories, and Subcategories

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 : สรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

Core Category	Category	Subcategories
	ก. ความหมาย	ก 1. เป็นการทบทวนข้อมูลยาผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วย ก 2. ส่วนหนึ่งของงาน Clinical pharmacy ก 3. เป็นสิ่งที่มีการทำมาก่อนแล้ว
	ข. ประโยชน์	ข 1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยา ลดการได้รับยาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยใช้ยาอย่างปลอดภัยมากขึ้น ช่วยหาปัญหาจากยา DRP ข 2. ทำให้งานเภสัชกรรมคลินิกสมบูรณ์ขึ้น ข 3. เป็นเครื่องมือตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทันทั่วทั้งที่
	ค. กระบวนการ	ค 1. ต้องเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งก่อนจึงจะทำได้ง่าย ค 2. แนวทางในการทำงานต้องชัดเจน ค 3. เภสัชที่เข้าไปทำงานเข้าใจประโยชน์ในการทำก่อน ค 4. การรับ order ในหอผู้ป่วยเป็นเรื่องจำเป็น
	ง. เจตคติต่อการดำเนินงานโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบงานคลินิก	ง 1. มีเภสัช Round ward เป็นคนทำดูเหมือนจะประสบความสำเร็จ ง 2. Clinical pharmacist จะมองทั้งอดีต ปัจจุบัน อนาคต ง 3. การที่เราทำงานคลินิกได้ดูแลคนไข้จะมองในมุมมองที่เชื่อมต่อกัน ซึ่ง เป็นมาตรฐานหนึ่งของ Clinical pharmacy ง 4. ทำให้อาชีพเภสัชกรไม่ตาย ง 5. Med reconcile เป็นบทบาทของเภสัชกร
	จ. เจตคติต่อคนรอบข้าง	จ 1. โรงพยาบาลที่ทำแล้วช่วยแนะนำทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น จ 2. กระทรวงมีผลต่อการทำงานมากไม่เชิงบังคับแต่ต้องทำ
	ฉ. เจตคติต่อความตระหนักของผู้ปฏิบัติ	ฉ 1. เภสัชกรควรมีความรับผิดชอบต่อ มีระเบียบวินัยในตนเอง ฉ 2. ต้องถามตัวเองว่าคุณพร้อมทำงานร่วมกับคนอื่นหรือไม่
	ช. ความรู้สึกของผู้ปฏิบัติ	ช 1. มีใจรัก ช 2. มั่นใจ ช 3. มีความสุข ช 4. สนุกกับการทำงาน

Core Category	Category	Subcategories
	ช. เจตคติต่อระบบโรงพยาบาล	ช 1. นโยบายของโรงพยาบาล ช 2. ถ้าผู้บริหารให้ความสำคัญงานจะได้รับความสนใจ
	ญ. เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการทำงาน	ญ 1. ต้องรู้จักการทำงานร่วมกันเป็นทีม ญ 2. <u>พยาบาล</u> - พยาบาลเห็นความสำคัญว่าเภสัชกรเข้าไปเติมเต็มงานของเขาได้ - อาจดูเป็นภาระของพยาบาลเพราะบางที่ต้องไปฝากงานไว้ ญ 3. <u>แพทย์</u> - แพทย์ให้การยอมรับ - แพทย์ยินดีให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน
	ภ. แบบฟอร์ม	ภ 1. พยายามทำแบบฟอร์มให้มันง่ายขึ้นเหมาะกับงานที่เราทำ ภ 2. ถ้าแบบฟอร์มเยอะไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ
	ฎ. เจตคติของบุคลากรอื่น	ฎ1. บุคลากรยังไม่รู้ประโยชน์ อาจไม่รู้จักคำว่า Med reconcile ไม่เคยเข้าอบรม ฎ2. ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของแต่ละคน
	ฐ. สถานการณ์งานเภสัชกรรมคลินิก	ฐ1. เดียวนี้งานคลินิกของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาลไม่ค่อยชัดเจน ฐ2. งานคลินิกที่เห็นชัดเจนน่าจะเป็นงานให้คำปรึกษา
	ฑ. จุดแข็ง	ฑ 1. ความเป็นทีม เรื่องการบริหารบุคคล และเรื่องระบบสื่อสาร ฑ 2. ข้อดีคือ facility อำนวยความสะดวกทุกเรื่อง
	ฒ. จุดอ่อน	ฒ1. ปัญหาเรื่องบุคลากรอัตรากำลัง ฒ 2. ปัญหาเรื่องยาผู้ป่วยหาย ฒ 3. ถ้าเกิดมีคนนำเสนองานตรงนี้ขึ้นไป HA forum มากขึ้น น่าจะเป็นส่วนสะท้อนสภา สะท้อนกระทรวงให้ขอคนเพิ่มเพื่อรองรับงานตรงนี้
	ด. ผู้ป่วย	ด 1. ผู้ป่วยมีความสุข, มีความรู้เยอะขึ้น ด 2. 80 % ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ, ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยก็ไม่มีประโยชน์

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นาง อังคณา ชื่อสกุล คำวงศ์

เกิดเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2521 อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประวัติการศึกษา

- สำเร็จการศึกษาปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2543
- เข้าศึกษาในหลักสูตร เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550

ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่ง เภสัชกร 7 กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลเสริมงาม สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย