

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ผล

จากการดำเนินการบริหารผู้สูงอายุตามแนวทางที่กำหนดไว้เบื้องต้น ณ โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเวลาดังแต่เดือน กันยายน 2537 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2538 ได้ผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** การสรุปรูปแบบของการบริหารผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเภสัชกร ประกอบด้วย

1. โครงสร้างของการดำเนินงาน
2. กระบวนการของการดำเนินงาน

**ตอนที่ 2** ผลการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการบริหารผู้สูงอายุโดยเภสัชกร ประกอบด้วย

1. ผลการดำเนินงานโดยรวม
2. ผลการสืบค้นปัญหาก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้
3. ผลการสืบค้นปัญหาตามกระบวนการการรักษาด้วยยา
4. ผลการดำเนินงานหลังพบปัญหา
5. การติดตามผลการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามแพทย์นัด

**ตอนที่ 3** ผลการศึกษาในด้านทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการตามรูปแบบที่กำหนด

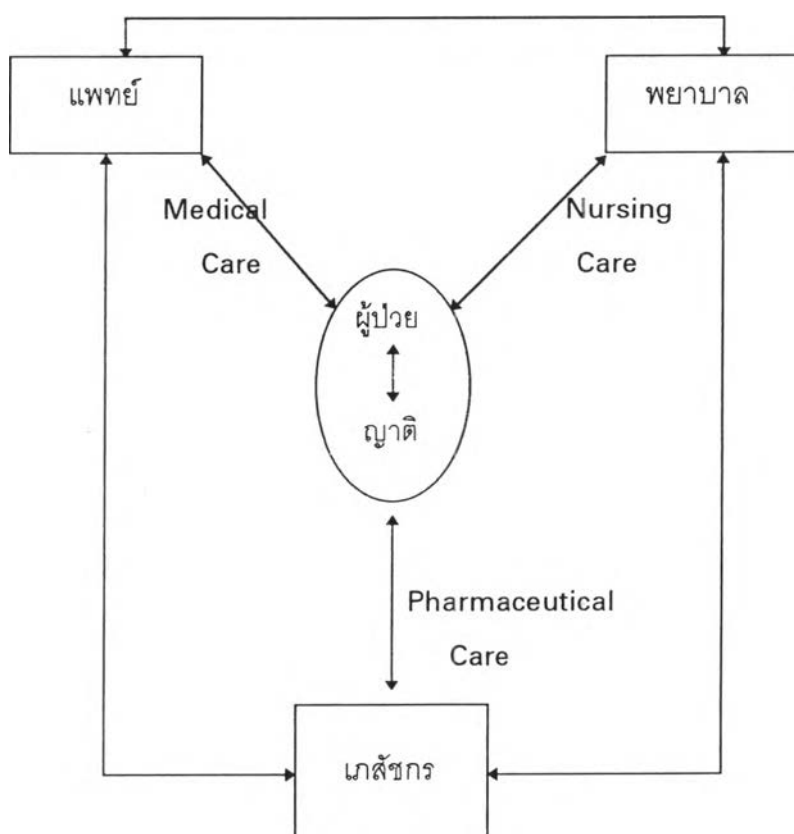
1. ทัศนคติของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล
2. ทัศนคติของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ

## ตอนที่ 1 รูปแบบการบริหารยาผู้ใช้ยากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเภสัชกร ประกอบด้วย

1. โครงสร้างของการดำเนินงาน ประกอบด้วย
  - 1.1 องค์กร , บุคลากรผู้ปฏิบัติ
  - 1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ
  - 1.3 แนวทางปฏิบัติ หรือคู่มือในการติดตามปัญหาต่าง ๆ
2. กระบวนการของการดำเนินงาน

### 1. โครงสร้างของการดำเนินงาน

1.1 บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ดังแผนผังต่อไปนี้



แผนผังที่ 3 ความสัมพันธ์ของบุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย

## 1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
2. แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล
3. แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย
4. แบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา ของเภสัชกร
5. แบบบันทึกสรุปและการวางแผนในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
6. คู่มือที่จัดทำขึ้นหรือหนังสืออ้างอิงที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ แบบบันทึกในข้อ 1 - 5 ดูตัวอย่างในภาคผนวก ค.1 - ค.5

คู่มือสำหรับติดตามผลการใช้ยาและหนังสืออ้างอิง ดูในภาคผนวก ง

## 1.3 แนวทางในการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่าง ๆ

1. แนวทางการสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
2. แนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
3. แนวทางในการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง
4. แนวทางในการตัดสินใจเกิดปัญหาในขั้นตอนต่าง ๆ ที่ดูแลผู้ป่วย
5. แนวทางในการประเมินความสำคัญของปัญหาที่พบได้แก่
  - 5.1 แนวทางการประเมินความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งของพยาบาล ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล โดยแพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ยกเว้นการเกิดอันตรกิริยาของยา
  - 5.2 แนวทางการประเมินความสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาของยา
  - 5.3 แนวทางการประเมินความเป็นไปได้ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยอาศัย Naranjo's Algorithm และความสำคัญทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ

## 2. กระบวนการหรือขั้นตอนในการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงกระบวนการของการบริหารยาโดยใช้ยาโดยเภสัชกร

กระบวนการ	วิธีการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ
1. ผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม	<ol style="list-style-type: none"> <li>ค้นหาผู้ป่วยใหม่จาก <ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนผู้ป่วย</li> <li>การเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์</li> <li>แพทย์หรือเภสัชกรแจ้งให้ทราบ</li> </ul> </li> </ol>	1. เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใหม่ได้ทันทีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	
2. การรับผู้ป่วยใหม่	<ol style="list-style-type: none"> <li>สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ*</li> <li>ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากชาร์ท</li> <li>บันทึกข้อมูลการใช้ยาในอดีต*</li> <li>บันทึกประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันและผลการตรวจร่างกายทั่วไป*</li> <li>บันทึกคำสั่งใช้ยา*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อหาปัญหาการใช้ยาที่อาจมีมาก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้คำปรึกษา, ติดตามผู้ป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ความรู้และพฤติกรรมที่อาจมีผลต่อการใช้ยา</li> <li>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</li> </ol>
3. การประเมินคำสั่งใช้ยาประจำวันโดยเภสัชกร	<ol style="list-style-type: none"> <li>บันทึกการสั่งใช้ยาในแต่ละวัน* เทียบกับภาคผนวก ง</li> <li>บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ* และผลการตรวจร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยา เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และผลตรวจอื่นๆ</li> <li>ติดต่อประสานงานกับแพทย์เมื่อพบปัญหา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อติดตามปัญหาการใช้ยา</li> <li>เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา**</li> </ol>
4. การประเมินการรับคำสั่งใช้ยาของพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>เปรียบเทียบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาในบันทึกต่าง ๆ ของพยาบาลกับแบบบันทึกการใช้ยา</li> </ol>	1. เพื่อค้นหาปัญหาการรับคำสั่งใช้ยาของพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง **</li> </ol>

ตารางที่ 3 ( ต่อ )

กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ
การรับคำสั่ง (ต่อ)	2. ติดต่อประสานงานกับพยาบาลเมื่อพบปัญหา	2 เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในส่วนนี้	2. ความคลาดเคลื่อนในการจัดเวลาสำหรับบริหารยา **
5 การประเมินการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน	1. เปรียบเทียบยาที่จ่ายจากห้องยาสำหรับผู้ป่วยใน กับบันทึกประวัติการใช้ยา 2. ประสานงานกับห้องยาเมื่อพบปัญหา	1. เพื่อค้นหาปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา 2. เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่พบ	1. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา **
6 การประเมินการบริหารยา	1. สังเกตการเตรียมยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเปรียบเทียบกับแบบบันทึกประวัติการใช้ยา 2. สังเกต- ยาที่จัดเสร็จแล้ว - ขณะบริหารยา 3. สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยบริหารยาเอง 4. ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา	1. เพื่อค้นหาปัญหาความคลาดเคลื่อนในการเตรียมและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย 2. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่พบ	1. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ** 2. ความร่วมมือในการบริหารยาของผู้ป่วยเอง **
7 การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย	1. ดำเนินการเช่นเดียวกับขั้นที่ 3 และเข้าร่วมกับคณะแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน	1. เพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย และร่วมประเมินปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่พบจากการใช้ยาร่วมกับคณะแพทย์	1. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2. ปัญหาการรักษาไม่ได้ผล

## ตารางที่ 3 ( ต่อ )

กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ
7 การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย (ต่อ)	2. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยวิธี - การสัมภาษณ์ผู้ป่วย - ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	-	-
8 การสอนและให้คำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วย	1 สอนและสอนหรือให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่รับรู้ได้	1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2. เพื่อเข้าใจปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีขึ้นก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการใช้ยาและสถานะของโรคหรืออาการที่เป็น	1. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาและลักษณะหรือข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มีครบถ้วน
9 การประเมินการสั่งยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน	1. บันทึกคำสั่งใช้ยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้านในรูปแบบบันทึกประวัติการใช้ยา* 2. ทบทวนคำสั่ง 3. ติดต่อประสานงานกับแพทย์เมื่อพบปัญหาของการสั่งยากลับบ้าน	1. ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการส่งยากลับบ้าน 2. แก้ไขปัญหาที่พบก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน 3. เป็นข้อมูลในการติดตามการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย	1 ความคลาดเคลื่อนในการส่งยากลับบ้าน **
10 ติดตามการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน	ปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 5	เช่นเดียวกับข้อ 5	เช่นเดียวกับข้อ 5

ตารางที่ 3 ( ต่อ )

กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ
11. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	1. กำหนดการให้คำแนะนำโดยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจากปัญหาที่พบระหว่างการดูแล ร่วมกับการใช้เอกสารที่เตรียมขึ้น	1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยาด้วยตนเอง 2. ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาด้วยตนเอง	1. ปัญหาความเข้าใจและพฤติกรรมกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย
12 ติดตาม ป้องกัน และ แก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับการตรวจ หลังออกจากโรงพยาบาล	1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแล 2. เลือกวิธีป้องกันหรือแก้ไขปัญหา 3. ประสานงานกับแพทย์เมื่อพบปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขเองได้	1. เพื่อหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย 2. เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่พบโดยประสานงานร่วมกับแพทย์	1. ความร่วมมือในการใช้ยา ** 2. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3. การใช้ยาไม่ได้ผล 4. อาการใหม่ที่ไม่ได้รับการรักษา
13 การให้บริการข้อมูลยาแก่แพทย์และพยาบาล	1. ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลยาเมื่อมีผู้ต้องการ 2. ค้นหาเอกสารอ้างอิงให้แพทย์	เพื่อป้องกันปัญหาที่พบเนื่องจากการขาดข้อมูลทางยาที่เหมาะสม	—

**หมายเหตุ** \* หมายถึง แบบบันทึกต่าง ๆ ตามภาคผนวก ค

\*\* หมายถึง แนวทางการติดตามปัญหาที่พบ ตามภาคผนวก ข  
วิธีการดำเนินงานหรือแนวทางการปฏิบัติ ดูจากภาคผนวก ก

## ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงาน

### 1. ผลการดำเนินงานโดยรวม

#### 1.1 ผลการดำเนินงานทั่วไป

จากการดำเนินงานตามแนวทางและรูปแบบที่กำหนด ในหอผู้ป่วยตึกอายุรกรรมโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 3 หอผู้ป่วย โดยแต่ละหอผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 33 ถึง 36 รายต่อวันและคิดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละหอผู้ป่วย และมีจำนวนผู้ป่วยที่เภสัชกรดูแลตามโครงการการบริหารบาลผู้ใช้ยาน้อยที่สุดคือ 1 รายต่อวัน และมากที่สุดคือ 13 รายต่อวัน และจากการดำเนินงานในช่วงระหว่างเดือนกันยายน 2537 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2538 เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยที่กลับมารับการตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารจากเภสัชกรตามโครงการทั้งหมด 81 ราย โดยสรุปข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการบริหารโดยเภสัชกร

ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย	เพศหญิง
จำนวนผู้ป่วย, ราย (%)	44 ( 54.32 )	37 ( 45.68 )
อายุ $\bar{x} \pm SD$ ปี	61.2 $\pm$ 9.5	65.7 $\pm$ 11.2
อาชีพ จำนวนผู้ป่วย (ราย)		
งานบ้าน	24	30
รับราชการ	5	0
ค้าขาย	4	4
รับจ้าง	7	1
กรรมกร	1	1
สมณเพศ	1	1
ช่างตัดผม	1	0
เกษตรกร	1	0
ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล (มัธยฐาน), วัน	11	
จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น (มัธยฐาน) , โรค	2	
จำนวนขนานยาที่ได้รับ (มัธยฐาน) , ขนาน	30	



จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชายหรือเพศหญิง ( $P > 0.05$ ) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะความผิดปกติ หรือมีสภาวะความเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งโรค และได้รับยาในการรักษาประมาณ 30 รายการต่อครั้งของการเข้ารับการรักษา ต่อราย โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่โรงพยาบาลประมาณ 11 วันต่อราย

จากข้อมูลโดยรวมทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูงอายุ และมีโรคแทรกซ้อนหลายโรค ทำให้มักได้รับยาในการรักษาชนิด ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากยิ่งขึ้นด้วย และอาจมีผลทำให้ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษต่อไป

## 1.2 เวลาที่ใช้ในการบริหารผู้ป่วยโดยเภสัชกร

เวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการบริหารผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อครั้งโดยเภสัชกร ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา สรุปได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริหารผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจต่อครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยเภสัชกร

ขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริหารผู้ช้ยา	เวลาที่ใช้ $X \pm SD$ นาที
1. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คำปรึกษาระหว่างอยู่โรงพยาบาล	23.58 $\pm$ 9.32
2. การทบทวนชาร์ทและบันทึกประวัติทั่วไป	13.40 $\pm$ 7.45
3. การบันทึกประวัติการใช้ยาในโรงพยาบาล	4.58 $\pm$ 1.46
4. การติดตามการสั่งช้ยา	9.08 $\pm$ 3.24
5. การติดตามการรับคำสั่ง	9.18 $\pm$ 2.66
6. การติดตามการจ่ายยา	3.60 $\pm$ 1.14
7. การสังเกตการบริหารยา	3.14 $\pm$ 0.86
8. การติดต่อประสานงานเมื่อพบปัญหา	3.44 $\pm$ 3.21
9. การเข้าร่วมกับคณะแพทย์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน	6.24 $\pm$ 1.49
10. การติดตามการคำสั่งช้ยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน	4.52 $\pm$ 1.88
11. การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	21.81 $\pm$ 7.18
12. การติดตามผลการช้ยาเมื่อผู้ป่วยกลับมารับการตรวจตามนัด	20.41 $\pm$ 5.88

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คำปรึกษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (ข้อ 1), การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล (ข้อ 11), และการติดตามผลการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามแพทย์นัด (ข้อ 12) เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามากกว่าขั้นตอนอื่น ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนดังกล่าวจัดเป็นขั้นตอนที่ให้บริการโดยตรงต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องการให้เกิดในการบริหารผู้ใช้ยา รวมทั้งผลที่ได้จะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากกว่าข้อมูลที่เคยปรากฏอยู่เดิม ขั้นตอนที่มีการใช้เวลารองลงมาคือการทบทวนประวัติผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ข้อ 2) การใช้เวลาในขั้นตอนนี้จะขึ้นกับประวัติเดิมของผู้ป่วย ถ้าเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาประจำที่โรงพยาบาลราชวิถีและเป็นโรคเรื้อรัง จะเป็นกลุ่มที่ต้องใช้เวลามากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็นผู้ป่วยใหม่ เป็นต้น

ในส่วนของการใช้เวลาในการบันทึกประวัติการใช้ยาในโรงพยาบาล (ข้อ 3) การติดตามการสั่งใช้ยา (ข้อ 4) และการติดตามการรับคำสั่ง (ข้อ 5) จะใช้เวลามากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการใช้ยามากขนาน และมีข้อควรระวังหรือข้อจำกัดในการใช้ยาก่อนข้างมากตามไปด้วย ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนการติดตามการสั่งใช้ยาต้องใช้เวลามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ซับซ้อน หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน และในส่วนขั้นตอนการติดตามการรับคำสั่ง มีการใช้เวลาดูแลใกล้เคียงกับการสั่งใช้ยา เนื่องจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจะขึ้นกับจำนวนขนานยาที่แพทย์สั่งแต่ละครั้ง และในการคัดลอกคำสั่ง มีถึง 3 ขั้นตอน คือการคัดลอกลง Medication Administration Record, Medication Card, Kardex ซึ่งทำให้มีการใช้เวลาที่ดูแลลักษณะงานที่ซ้ำซ้อน ทำให้มีการใช้เวลามากขึ้น

ขั้นตอนการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวันร่วมกับแพทย์สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ข้อ 9) เวลาที่ใช้ในส่วนนี้จะขึ้นกับความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้ป่วยใหม่ มักมีการใช้เวลาในการตรวจเยี่ยมนานกว่าผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลมานาน เนื่องจากเป็นการเริ่มต้นศึกษาผู้ป่วย และอาจมีการซักประวัติผู้ป่วยในระหว่างการตรวจเยี่ยมอีกด้วย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน มักเป็นผู้ป่วยที่อาการค่อนข้างคงที่ หรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรอผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยามากนัก ทำให้การอภิปรายปัญหาของผู้ป่วยในระหว่างการตรวจเยี่ยมมีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยใหม่

ขั้นตอนการติดตามการสั่งยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน (ข้อ 10) จะมีการใช้เวลาไม่มากนัก เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการสั่งยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และได้ผ่านการดูแลในขั้นตอนต้น ๆ มาแล้ว จึงทำให้การใช้เวลาในส่วนนี้น้อยกว่าการดูแลและติดตามการสั่งยาในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

สำหรับขั้นตอนที่มีการใช้เวลาค่อนข้างใกล้เคียงกันได้แก่ การติดตามการจ่ายยา (ข้อ 6) การติดตามการบริหารยา (ข้อ 7) และการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

(ข้อ 8) ซึ่งใช้เวลาไม่มากนัก แต่ในทางปฏิบัติ กิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นแค่ครั้งเดียวต่อผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ ในการติดต่อประสานงานกับแพทย์ อาจใช้เวลามากกว่าที่ได้แสดงไว้เนื่องจากมีบางกรณีที่ต้องรอพบแพทย์เพื่ออภิปรายปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไข เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ทันทที แต่กรณีดังกล่าวเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก และเวลาไม่แน่นอน จึงไม่ได้มีการนำมาคำนวณรวมกับเวลาที่ใช้ปกติ

และเมื่อกำหนดเวลาที่เภสัชกรใช้ในการบริหารผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละขั้นตอนรวมตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และคิดเวลาเฉลี่ยต่อวันสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะได้ค่าเฉลี่ยคือ  $25.01 \pm 6.59$  นาที หรือมีการใช้เวลาในการบริหารผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวันเฉลี่ยอยู่ในช่วงประมาณ 18.41 นาที ถึง 31.59 นาที ซึ่งเวลาที่ใช้เฉลี่ยดังกล่าวนี้ จะเป็นการคิดเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละวันที่ต้องดูแลผู้ป่วยใหม่ ซึ่งอาจมีการใช้เวลามากกว่าเวลาดังกล่าว และการดูแลผู้ป่วยเก่า ซึ่งมีการใช้น้อยกว่าเวลาเฉลี่ยข้างต้น ทำให้พอจะประมาณได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนที่กำหนด เภสัชกรหนึ่งคน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ประมาณ 13 - 23 รายต่อวัน

นอกจากนี้ ในการค้นหาปัญหาบางกรณี อาจต้องมีการค้นข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความถูกต้อง ที่นอกเหนือจากการใช้คู่มือที่จัดเตรียมขึ้น ดังนั้นเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวต้องมีการใช้เวลาในการค้นคว้าข้อมูลและความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้มีความรู้ที่ทันเหตุการณ์ ซึ่งการใช้เวลาในส่วนนี้ ค่อนข้างไม่ชัดเจน และไม่สามารถบันทึกการใช้เวลาที่แน่นอนได้ จึงไม่มีการนำมารวมกับการใช้เวลาสำหรับการให้บริการผู้ป่วยโดยตรง แต่เภสัชกรผู้ที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามขั้นตอนของรูปแบบที่กำหนดนี้ จะต้องตระหนักถึงการใช้เวลาในส่วนนี้ไว้ด้วย เพื่อให้สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำงานให้เหมาะสมต่อไป

## 2. ผลการสืบค้นปัญหาการใช้ยาในอดีตก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยามาตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งอาจส่งผลถึงการควบคุมโรคหรือความรุนแรงของโรคในปัจจุบัน ดังนั้นการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจมีมาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ จึงนับเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการรักษาในปัจจุบันหรืออนาคต

จากผลการดำเนินการสืบค้นปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 37 ราย หรือร้อยละ 45.68 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการในด้านการบริหารโดยเภสัชกร ซึ่งพบว่ามีอัตราที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาคือพบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40 ถึง 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีปัญหาการใช้ยาตามสั่ง ( Willson and Kabat,1971 ; Hvizdos ,1993 ) และในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอีกส่วนหนึ่งจำนวน 37 รายหรือร้อยละ 45.68 เป็นผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดีจำนวน 32 ราย หรือร้อยละ 39.51 และผู้ป่วยไม่เคยใช้ยาประจำมาก่อน 5 รายหรือร้อยละ 6.17 ซึ่งจากการสัมภาษณ์ไม่พบปัญหาการใช้ยาดด้วยตนเอง นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ 4 รายหรือร้อยละ 4.94 และผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ 3 รายหรือร้อยละ 3.70 ซึ่งไม่สามารถสัมภาษณ์เพื่อหาปัญหาการใช้ยาดด้วยตนเองได้

ในส่วนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาดด้วยตนเองของผู้ป่วย พบปัญหารวม 49 ปัญหาสามารถสรุปปัญหาและสาเหตุได้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปปัญหาและสาเหตุของปัญหาการใช้ยาก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

สาเหตุของปัญหา	จำนวนปัญหา (%)
<b>ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา</b>	<b>38 ( 77.55 )</b>
1. ผู้ป่วยใช้ยาน้อยเกินไป รวม มีสาเหตุจาก	24 ( 63.16 )
1.1 ลืมรับประทานยา	13 ( 54.17 )
1.2 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเพราะความเข้าใจผิด	2 ( 8.33 )
1.3 ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ	2 ( 8.33 )
1.4 หยุดรับประทานยาเพราะความเข้าใจผิด	7 ( 29.17 )
2. ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป รวม มีสาเหตุจาก	10 ( 26.32 )
2.1 ผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าแพทย์สั่งเพราะความเข้าใจผิด	1 ( 2.04 )
2.2 ผู้ป่วยซื้อยาอื่น ๆ รับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์/เภสัชกร	9 ( 18.37 )
3. ผู้ป่วยรับประทานยามืดเวลา เนื่องจากความไม่เข้าใจ	4 ( 10.53 )
<b>ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</b>	<b>10 ( 20.41 )</b>
1. การซื้อยาอื่น ๆ รับประทานจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์	5 ( 50 )
2. อาการไม่พึงประสงค์ทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	3 ( 30 )
3. ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการ ไม่พึงประสงค์	2 ( 20 )
<b>ปัญหาอื่นๆ คือผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอจนถึงวันนัด</b> ( มีผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ )	<b>1 ( 2.04 )</b>

นอกจากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ในการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการใช้ยาที่เหมาะสม มีจำนวน 62 ราย หรือร้อยละ 73.54 โดยพบปัญหาทั้งสิ้น 213 ปัญหา และปัญหาความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค ในผู้ป่วย 68 ราย หรือร้อยละ 86.95 โดยพบปัญหาทั้งสิ้น 215 ปัญหา ดังแสดงรายละเอียดของปัญหาที่พบในแต่ละประเภทตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาและสาเหตุของปัญหาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ประเภทของปัญหาที่พบ	จำนวนปัญหาที่พบ (%)
<b>1. ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาที่เหมาะสม</b>	<b>213 (100.00)</b>
ในเรื่อง 1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	57 (26.76)
2 ข้อควรปฏิบัติเมื่อลิ้มรับประทานยา	43 (20.19)
3 ความสำคัญของการใช้ยา	43 (20.19)
4 ข้อควรปฏิบัติกับยาเก่าที่เหลือ	32 (15.02)
5 การซื้อยาอื่นรับประทานเอง	30 (14.08)
6 การเก็บรักษายาที่เหมาะสม	8 (3.76)
<b>2. ขาดความรู้เรื่องโรคและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง คือ</b>	<b>215 (100.00)</b>
1. สาเหตุของโรค	60 (27.91)
2. การควบคุมอาหารมัน	47 (21.86)
3. การควบคุมอาหารเค็ม	40 (18.60)
4. การหลีกเลี่ยงความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงอารมณ์	38 (17.67)
5. การควบคุมอาหารหวาน	13 (6.05)
6. การหลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า	9 (4.19)
7. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	8 (3.72)

จากตารางที่ 6 และ 7 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจ ทั้งในเรื่องโรคที่เป็นและการใช้ยาที่เหมาะสม ซึ่งมีส่งผลให้มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง และเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเองจนมีผลต่อการควบคุมโรคหรืออาการที่เป็น และแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีการใช้ยาอย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง แต่จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงมีความรู้เรื่องต่าง ๆ ดังกล่าวไม่เพียงพอ เช่น ใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง แต่ไม่รู้ว่าถ้าลิ้มรับประทานยาแล้วควรทำอย่างไร หรือไม่รู้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ได้รับประจําวันได้แก่อะไรบ้าง หรือบางรายมีการใช้ยาอย่างถูกต้องแต่ไม่มีความรู้เรื่องโรคหรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหาร หรือการหลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด หรือทำให้สภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลง และในผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่เมื่อพบปัญหาหนึ่ง มักโยงไปถึงอีกปัญหาหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา เนื่องจากลิ้มรับประทานยาตามเวลา หรือปัญหาการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจากไม่รู้ว่าความสำคัญของการใช้ยา เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุโดยแท้จริงแล้ว พบว่ามีสาเหตุมาจากความไม่รู้หรือความไม่เข้าใจในการใช้ยา ตลอดจนข้อควรระมัดระวังในการใช้ยา จึงมีผลให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามมาในที่สุด

### 3. ผลการสืบค้นปัญหาการใช้ยาในกระบวนการการรักษาด้วยยา

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเข้าสู่ระบบของการรักษาด้วยยาในโรงพยาบาล คือมีการสั่งใช้ยา การรับคำสั่ง การเบิกจ่ายยา การเตรียมยาและการบริหารยา ตลอดจนการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย จากการดำเนินงานบริหารผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเภสัชกรโดยตรง พบว่ามีผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาได้มากกว่า 1 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงความถี่ของผู้ป่วยที่พบปัญหาและจำนวนปัญหาที่พบ

จำนวนปัญหาที่พบ ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละของผู้ป่วย
0	11	13.6
1 - 3	32	39.5
4 - 6	24	25.9
7 - 9	7	9.9
> 9	9	11.1
รวม	81	100

จากตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยา มีจำนวนทั้งหมด 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.42 และไม่พบปัญหาจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยที่ดูแล ผู้ป่วยที่พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา 1 - 3 ปัญหา มีจำนวน 32 ราย หรือร้อยละ 39.5 ของผู้ป่วยที่เข้าโครงการทั้งหมด รองลงมา คือ 4 - 6 ปัญหา (จำนวน 24 รายหรือร้อยละ 25.9 ) และมีผู้ป่วยหนึ่งรายที่พบปัญหาการใช้ยาถึง 21 ปัญหา โดยผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุและรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือน

ปัญหาที่เภสัชกรสามารถระบุได้ นำมาวิเคราะห์ได้ 3 ลักษณะคือ

- 3.1. จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาในแต่ละขั้นตอน (แสดงเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่พบปัญหาในแต่ละขั้นตอน) ดังแสดงในตารางที่ 9 - 16
- 3.2. การเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (แสดงเป็นร้อยละของปัญหาที่พบเทียบกับจากจำนวนขนานยาที่ได้รับการดูแลโดยเภสัชกร) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 17
- 3.3. ระดับความสำคัญของปัญหาที่พบในแต่ละขั้นตอน

### 3.1 ผู้ป่วยที่พบปัญหาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการการรักษาด้วยยา

การที่ผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาก็เกี่ยวกับการใช้ยามากกว่า 1 ปัญหานั้น เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการรักษาด้วยยามีโอกาสเกิดปัญหาได้ทั้งสิ้น และพบว่าในแต่ละขั้นตอนดังกล่าวมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากกว่า 1 ปัญหาได้เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 9 - 16

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาขณะอยู่

โรงพยาบาลตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยา ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	52	64.20
1	9	11.11
2	7	8.64
3	7	8.64
4	4	4.9
5	2	2.5
รวม	81	100

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	49	60.5
1	9	11.1
2	2	2.5
3	16	19.8
4	2	2.5
5	2	2.5
7	1	1.2
รวม	81	100



ตารางที่ 11 แสดงจำนวนความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	58	71.6
1	19	23.5
2	4	4.9
รวม	81	100

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	54	66.7
1	17	21.0
2	4	4.9
3	4	4.9
4	1	1.2
5	1	1.2
รวม	81	100

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนความคลาดเคลื่อนของการสั่งยากลับบ้านตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนปัญหาการสั่งยากลับบ้าน ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	69	85.19
1	8	9.9
2	3	3.7
3	1	1.2
รวม	81	100

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนอันตรกิริยาที่พบ ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	55	67.9
1	16	19.8
2	6	7.4
3	2	2.5
4	1	1.2
6	1	1.2
รวม	81	100

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการ	ร้อยละของผู้ป่วย
0	47	58.0
1	24	29.6
2	7	8.6
3	2	2.5
4	1	1.2
รวม	81	100

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนปัญหาเรื่องความร่วมมือในการบริหารยาระหว่างอยู่ใน  
โรงพยาบาลตามจำนวนผู้ป่วย

จำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
0	76	93.8
1	4	4.9
2	1	1.2
รวม	81	100

จากตารางที่ 10 ถึง 16 แสดงให้เห็นว่าในแต่ละขั้นตอนของการใช้ยา มีโอกาสเกิดปัญหาได้ทุกขั้นตอน และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายก็สามารถพบได้มากกว่า 1 ปัญหาอีกด้วย ผลดังกล่าวนี้ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเลือกดูแลผู้ป่วยบางขั้นตอน ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ทั้งหมด จึงเป็นการสนับสนุนแนวคิดในการบริหารผู้ป่วยในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาดังรูปแบบที่ได้กำหนดขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนและความสำคัญของปัญหาที่พบในแต่ละขั้นตอน ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งต้องนำมาพิจารณาร่วมกันในการจัดกิจกรรมการดำเนินงานของเภสัชกรให้สอดคล้องต่อไป

สามารถสรุปอัตราการการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในแต่ละขั้นตอนของการรักษาด้วยยา ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 สรุปจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาในแต่ละขั้นตอนของการใช้ยา

ประเภทของปัญหา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา (%)
1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล	29 ( 35.80 )
2. ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง	32 ( 39.51 )
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	23 ( 28.40 )
4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	27 ( 33.33 )
5. ความคลาดเคลื่อนในการส่งยากลับบ้าน	12 ( 14.80 )
6. ปัญหาการสั่งยาที่เกิดอันตราย	26 ( 32.10 )
7. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	34 ( 42.00 )
8. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในโรงพยาบาล	5 ( 6.10 )
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาทั้งหมด	70 ราย ( 86.4 )

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ดูแลทุกขั้นตอน และจะพบปัญหาในผู้ป่วยประมาณมากกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ดูแล ใกล้เคียงกันทุกขั้นตอน ยกเว้นการที่ผู้ป่วยใช้ยาด้วยตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจะพบปัญหาน้อยที่สุด แต่ไม่ว่าจะพบปัญหามากหรือน้อยก็ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ใช้กำหนดความจำเป็นของการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่าง ๆ ปัจจัยที่จำเป็นต้องพิจารณาคือประเภทหรือความสำคัญของปัญหา ตลอดจนโอกาสเสี่ยงของการเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ซึ่งจัดเป็นสิ่งที่ต้องให้ประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 3.2. ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการใช้ยา โดยพิจารณาจากจำนวนขนานยาที่ได้รับการดูแลโดยเภสัชกรในแต่ละขั้นตอน

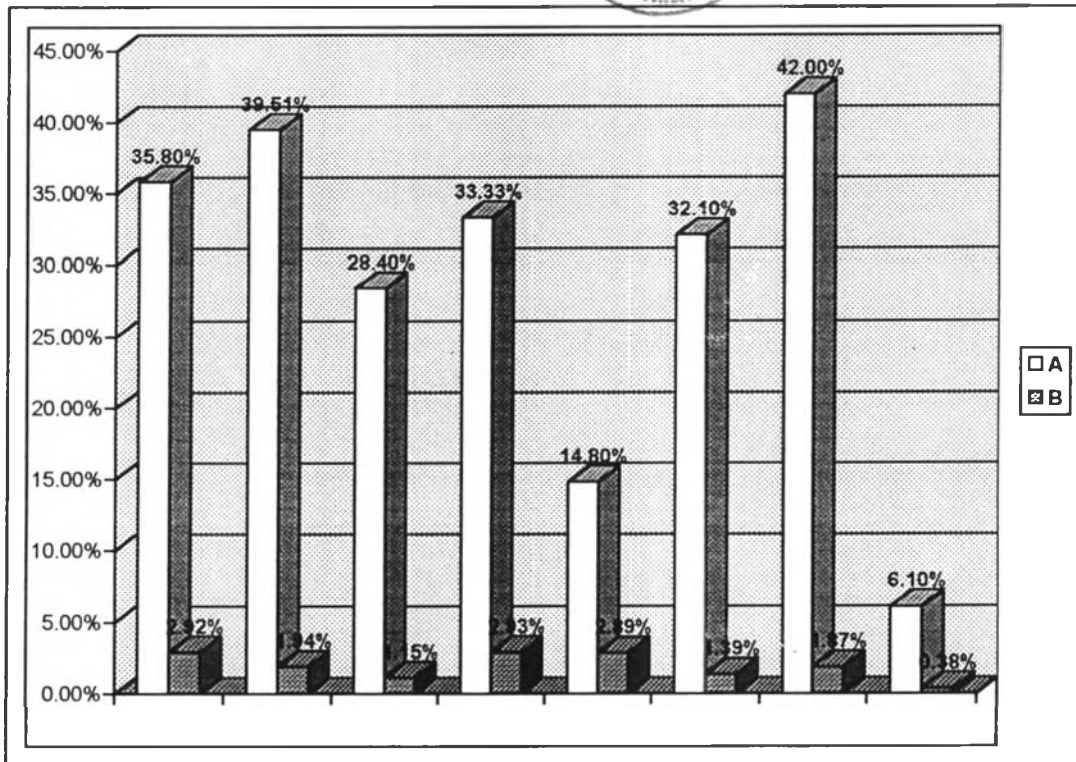
เมื่อนำปัญหาที่สามารถระบุได้มาคำนวณร้อยละของการเกิดปัญหาตามจำนวนขนานยาที่ได้รับการดูแลโดยเภสัชกร และแจกแจงตามลักษณะของปัญหาการใช้ยา สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ตารางสรุปอัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามขั้นตอนต่าง ๆ

ประเภทของปัญหา	จำนวนขนานยาที่ได้รับการดูแล	จำนวนปัญหาที่พบ (%)
1. ความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยา	2571	75 ( 2.92 )
2. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยากลับบ้าน	588	17 ( 2.89 )
3. การสั่งยาที่เกิดอันตราย	3159	44 ( 1.39 )
4. ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง		
4.1 ความคลาดเคลื่อนใน MAR	1877	39 ( 2.08 )
4.2 ความคลาดเคลื่อนใน Card	1256	24 ( 1.91 )
4.3 ความคลาดเคลื่อนใน Kardex	1308	23 ( 1.76 )
รวม	4443	86 ( 1.94 )
5. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	2338	27 ( 1.15 )
6. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	1571	46 ( 2.93 )
7. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2571	48 ( 1.87 )
8. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	1571	6 ( 0.38 )
รวม	-	349 ( 100 )

หมายเหตุ MAR หมายถึง Medication Administration Record

จากตารางที่ 17 และ 18 ซึ่งเป็นการแสดงอัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในแต่ละขั้นตอน สามารถสรุปรวมได้ดังแผนภาพที่ 4



**แผนภูมิที่ 4** แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา (A)  
และตามจำนวนขนานยา (B)

- หมายเหตุ**
- 1 หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา
  - 2 หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง
  - 3 หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา
  - 4 หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
  - 5 หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน
  - 6 หมายถึง ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา
  - 7 หมายถึง ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
  - 8 หมายถึง ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล

จากปัญหาการใช้ยาต่าง ๆ ที่เภสัชกรสามารถระบุได้ดังรายละเอียดในตารางที่ 17 และ ตารางที่ 18 สามารถแบ่งปัญหาตามแหล่งที่มาของปัญหาได้ดังนี้

## 1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย

### 1.1 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาสำหรับผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล

พบปัญหาจำนวน 75 ปัญหา (ร้อยละ 2.92 ของจำนวนขนานยาที่มีการสั่งใช้) ในผู้ป่วยจำนวน 29 ราย ( ร้อยละ 35.8 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าโครงการ ) ซึ่งลักษณะปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา การเลือกจ่ายยาไม่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ปัญหารองลงมาคือปัญหาทางด้านเภสัชกรรม เช่น การสั่งบริหารยาไม่เหมาะสมกับรูปแบบยาที่เลือกใช้ ปัญหาการไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาหรืออาการข้างเคียงของยา ปัญหาการเขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก เป็นต้น สำหรับในส่วนของความคลาดเคลื่อนในแง่ของขนาดยา หรือความเหมาะสมในการเลือกจ่ายยากับโรคหลอดเลือดหัวใจ พบได้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากโรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีการเรียนการสอน และมีการดูแลผู้ป่วยหลายระดับ ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกรายจะได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งเป็นลักษณะตรวจสอบการสั่งยาของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไปประจำหอผู้ป่วย ทำให้ความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวกับการจ่ายยาอาจมีความแตกต่างกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ได้ หรือแผนกอื่น ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ระบุได้ในครั้งนี้ อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาในโรงเรียนแพทย์ 3.13 ครั้ง ต่อการสั่งยา 1000 ขนาน ( Lesar et al.,1990 ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างในด้านบุคลากร สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา

### 1.2 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน

พบปัญหาจำนวน 17 ปัญหาหรือคิดเป็นร้อยละ 2.89 ของจำนวนขนานยาที่สั่งสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน และมีผู้ป่วยที่พบปัญหาในขั้นตอนนี้จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าโครงการ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบเกิดจากการสั่งยาไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ ซึ่งจัดเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องเร่งแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาและกลับออกจากโรงพยาบาล

### 1.3 ปัญหาการสั่งยาที่เกิดอันตราย

ซึ่งอาจเป็นอันตรายของยากับยา หรืออันตรายของยากับอาหาร ซึ่งสามารถระบุได้จำนวน 44 ปัญหาคิดเป็นร้อยละ 1.39 ของจำนวนขนานยาที่มีการสั่งใช้ ในผู้ป่วย 26 รายคิดเป็นร้อยละ 32.1 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าโครงการ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 13.33 ( พบอันตราย 1 ครั้ง ในผู้ป่วย 7.5 ราย , Manasse , 1989 ) พบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้มีอัตราที่สูงกว่า ซึ่งอาจเกิดจากความรู้ ประสบการณ์ และความสนใจในการเกิดอันตรายของยาในบุคลากรแต่ละแห่งต่างกัน

โดยสรุปสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่พบในครั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจาก

1.1. การมีแพทย์ผู้ดูแลหลายท่าน หรือหลายสาขา ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสสั่งใช้ยาที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคหรืออาการของผู้ป่วยในขณะนั้น

1.2. การที่แพทย์ไม่เห็นความสำคัญกับปัญหาบางลักษณะของผู้ป่วยที่มีความสำคัญทางคลินิกน้อย ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มีเวลาน้อย และต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายในเวลาเดียวกัน โดยเฉพาะแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นโรคที่หลากหลาย จึงอาจทำให้การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้ไม่เต็มที่ และอาจประกอบกับการที่แพทย์กลุ่มนี้ยังคงมีความรู้และประสบการณ์ น้อยกว่าแพทย์ในระดับอื่น โดยเฉพาะปัญหาการสั่งยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 โดยตรง โดยไม่มีการตรวจสอบซ้ำจากแพทย์ในระดับสูงขึ้นไป จึงทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ในอัตราที่ใกล้เคียงกับการสั่งใช้ยาที่มีการสั่งใช้ยาที่มีจำนวนขนานยามากกว่า

1.3. การที่แพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ มุ่งความสนใจในการรักษาโรคหรืออาการที่สำคัญของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้น จึงอาจทำให้ความสนใจกับปัญหาอื่น ๆ ลดลง และเกิดเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาได้

1.4. อาจเกิดจากความไม่สนใจในปัญหาที่ยังไม่เกิดอาการทางคลินิก เช่น การเกิดอันตรายของยา ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสนใจ โดยเฉพาะการเกิดอันตรายที่ไม่มีผลทางคลินิกยืนยัน หรือไม่พบความผิดปกติใด ๆ

## 2. ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง

พบปัญหาในชั้นตอนนี้จำนวน 86 ปัญหา (ร้อยละ 1.94 ของจำนวนขนานยาที่สามารถสังเกตได้) ในผู้ป่วยจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 39.51 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าโครงการ) ซึ่งจัดเป็นชั้นตอนที่ผู้ป่วยเกิดปัญหามากเป็นอันดับ 2 ของทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนปัญหา พบว่าเป็นชั้นตอนที่พบปัญหาจำนวนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากในชั้นตอนการรับคำสั่งมีหลายชั้นตอน จึงทำให้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาได้มากขึ้น นอกจากนี้ ความคลาดเคลื่อนในชั้นตอนนี้ หากเกิดขึ้นแล้ว ยังเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนในชั้นตอนอื่นตามมา โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และยังส่งผลให้เกิดปัญหาหรือผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากับผู้ป่วยได้อีกต่อไป รวมทั้งแสดงให้เห็นว่าอาจต้องมีการศึกษาเฉพาะเพื่อแสดงปัญหาที่ชัดเจนขึ้น เพื่อกำหนดวิธีป้องกัน เนื่องจากแม้ว่ารูปแบบที่กำหนดให้เภสัชกรดำเนินการเช่นนี้จะพบปัญหาได้ แต่จะกินเวลาและไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมตลอดเวลา

โดยสรุปความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง จากการสังเกตอาจมีสาเหตุจาก

1. พยาบาลไม่มีความคุ้นเคยกับชื่อยาเท่าที่ควรทำให้เกิดการคัดลอกคำสั่งผิดพลาด
2. มีการคัดลอกคำสั่งหลายชั้นตอน และผู้ทำหน้าที่คัดลอกคำสั่งมีหลายคน ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการทำงานหลายชั้นตอนและเกิดจากความคลาดเคลื่อนส่วนบุคคลได้
3. การที่พยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับการคัดลอกคำสั่งชื่อยา หรือการบันทึกการบริหารยาในแบบบันทึกการบริหารยา เนื่องจากเป็นส่วนที่พยาบาลเองไม่ได้ใช้ประโยชน์เท่าที่ควร ทำให้ละเอียดที่จะบันทึกตามขั้นตอนของการปฏิบัติงานจริงคือเซ็นชื่อเมื่อจัดยาให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งและบันทึกการบริหารยาในส่วนนี้มากที่สุด
4. ความแตกต่างของประสบการณ์ ตลอดจนการขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม
5. การไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนด ทำให้มีการละเลยขั้นตอนบางขั้นตอนที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการทำงานได้

## 3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจากแผนกเภสัชกรรม พบปัญหาจำนวน 27 ปัญหา (ร้อยละ 1.15 ของจำนวนขนานยาที่สังเกต) ในผู้ป่วยจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.4 ของจำนวน



ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาที่เคยทำมาซึ่งพบอัตราการเกิดปัญหา ร้อยละ 2.5 ของจำนวนขนานยาที่ได้รับการดูแล ( สัมมนา มูลสาร , 2537 ) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบ อัตราการเกิดปัญหาน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะยากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และอาจมีความแตกต่างในด้านสถานที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้ผลการศึกษาในแต่ละแห่งมีความต่างกัน

ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่พบ ส่วนใหญ่เกิดจากการเขียนฉลากหรือของยาไม่ครบถ้วน ซึ่งในส่วนของผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วย ข้อมูลบนซองหรือฉลากมักไม่มีความสำคัญนัก ยกเว้น ข้อมูลส่วนของชื่อยา ความแรง และชื่อผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาในส่วนนี้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการไม่มีฉลากช่วยสำหรับยาที่ต้องการวิธีการบริหารเป็นพิเศษ และอีกปัญหาหนึ่งที่พบแต่ไม่บ่อยคือ ยาที่ค้างในรถจ่ายยาระบบหนึ่งหน่วย ซึ่งพยาบาลยังไม่ได้นำออกมาจัดให้ผู้ป่วย แต่มีการรับรถกลับก่อนโดยไม่มีการตรวจสอบยาที่ค้างในรถ จึงทำให้เกิดปัญหาตามมาคือผู้ป่วยไม่ได้รับยาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาอาจเนื่องจากมีจำนวนเภสัชกรไม่เพียงพอ ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลมาก จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการทำงานได้

#### 4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

พบปัญหาในขั้นตอนนี้จำนวน 46 ปัญหา ( เป็นร้อยละ 2.93 ของจำนวนขนานยาที่สังเกต ) ในผู้ป่วยจำนวน 27 ราย ( เป็นร้อยละ 33.33 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าโครงการ ) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดปัญหาที่พบตามจำนวนขนานยากับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอยู่ในช่วง 0.4 - 12.7 ( Allan et al., 1990; Clifford et al., 1994 ) พบว่าอัตราการเกิดปัญหาที่พบค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการสังเกตการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เภสัชกรไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะยาที่แพทย์สั่งบริหารแบบวันเดียว หรือแบบทันที ( Stat dose ) หรือยาที่บริหารในมือผู้ป่วยหรือเด็ก นอกจากนี้ยาที่มีการสังเกตส่วนใหญ่เป็นยารับประทาน ในส่วนของยาฉีดและการเตรียมสารละลาย ปริมาณมากที่ให้ทางหลอดเลือดดำ จัดเป็นกลุ่มที่มีการสังเกตน้อย นอกจากนี้ การเลือกกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มยา อาจมีส่วนทำให้การพบความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาอื่น ๆ จึงควรศึกษาเพื่อกำหนดวิธีป้องกันแก้ไขต่อไปเช่นเดียวกับความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง

โดยสรุปความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการบริหารยาอาจมีสาเหตุจาก

1. พยาบาลมีงานประจำวันมากมายหลายอย่าง และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ทำให้เกิดความผิดพลาดในการงาน โดยเฉพาะงานในส่วนที่พยาบาลไม่ชำนาญคือเรื่องการเบิกยา หรือการบริหารยา

2. การปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของความผิดพลาด โดยเฉพาะความผิดพลาดในการบริหารยา หรือการจัดยาสำหรับบริหารให้กับผู้ป่วย
3. การที่มียาเก็บในหอผู้ป่วย และมีการจัดเก็บยาไม่เป็นระเบียบ ทำให้มีการปะปนของยาเม็ดหลาย ๆ ชนิด ทำให้โอกาสของความผิดพลาดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไม่ได้หยิบยาจากซองหรือช่องที่ใส่ยาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ โดยตรง จึงเหมือนกับพยาบาลทำหน้าที่เบิกยา จ่ายยา และบริหารยาเองหมด โดยไม่มีการตรวจสอบชื่าก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยเภสัชกร อีกทั้งมีโอกาสที่จะนำยาที่เก็บรักษาไม่เหมาะสมจนเสื่อมสภาพมาใช้โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ได้อีกด้วย
4. ความแตกต่างของประสบการณ์ ตลอดจนการขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม
5. การไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีการหรือขั้นตอนที่กำหนด ทำให้มีการละเลยขั้นตอนบางขั้นตอนที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยา หรือการบริหารยาได้

## 5. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบมีจำนวน 48 ปัญหา ( ร้อยละ 1.87 ของจำนวนขนานยาที่มีการสั่งใช้ ) ในผู้ป่วยจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 42 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าโครงการ ซึ่งจัดเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยในอัตรามากที่สุด ซึ่งมีอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรายงานที่ผ่านมาคือพบผู้ป่วยเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 1 ถึง 44 ( Koch , 1992 ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างเช่น กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การได้รับยาที่มีความซับซ้อนและเป็นการใช้ร่วมกันหลายขนาน สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ มักเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาเอง

## 6. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พบปัญหาจำนวน 6 ปัญหาคิดเป็นอัตราร้อยละ 0.38 ของจำนวนขนานยาที่สั่งเกิด ในผู้ป่วยจำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 6.1 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้เข้าโครงการ เมื่อเทียบกับขั้นตอนอื่นจะเป็นขั้นตอนที่พบปัญหาน้อย ทั้งนี้เนื่องจากมีบุคลากร คือพยาบาลเป็นผู้ดูแลการบริหารยาของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มีบางกรณีเท่านั้นที่ผู้ป่วยต้องให้ยาเอง จึงอาจจะมีปัญหาบ้างคือผู้ป่วยไม่รับ

ประธานยาที่จัดไว้ให้ หรือมีการนำยาอื่น ๆ มารับประทานเอง ซึ่งเมื่อพบปัญหาและมีการให้คำแนะนำ และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเหล่านั้นแล้ว มีผลทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการบริหารยาและไม่พบปัญหาส่วนนี้ในผู้ป่วยเหล่านั้นในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลอีก

เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ปัญหาในขั้นตอนนี้จะมีอัตราการเกิดปัญหาน้อยกว่าที่พบจากการสัมภาษณ์อย่างชัดเจน คือจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้คือ 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 ของจำนวนผู้ป่วยที่ดูแล

โดยสรุป ในการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา อัตราการเกิดปัญหาในแต่ละส่วนที่พบอาจมีความแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา และในบางส่วนอาจใกล้เคียงกัน อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีผลต่อคุณภาพของการรักษาและบริการ ได้แก่

1. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นอกจากนี้ บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีผลโดยอ้อมต่อผลการรักษาด้วยยา ได้แก่ ผู้ผลิตยา รัฐ และตัวผู้ป่วยเอง มีผลทำให้เกิดความแตกต่างกันในด้านความรู้ ทักษะ วิธีการหรือแนวทางในการรักษา ประสบการณ์ทั้งในด้านวิชาการและการติดต่อประสานงานของแต่ละบุคคล ตลอดจนจำนวนบุคลากรผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันไปได้
2. ระเบียบแบบแผน นโยบาย และระบบงาน และเกณฑ์ในการชี้วัดผลการรักษา และการประเมินปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน
3. ปัจจัยในเรื่องกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งแต่ละกลุ่มผู้ป่วยย่อมมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของอายุ ความซับซ้อนของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย

อย่างไรก็ตามตัวเลขที่แสดงจำนวนปัญหาต่าง ๆ ตามขั้นตอนการรักษาด้วยยาหรือการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วยข้างต้นนั้น ยังมีความแตกต่างในด้านความสำคัญทางคลินิก ซึ่งจัดเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการประเมินปัญหาและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหานั้นว่า ปัญหาใดที่ต้องรีบแก้ไขทันทีหรือในเวลาเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากมีความสำคัญทางคลินิกอย่างเด่นชัดต่อผู้ป่วย แต่ในบางปัญหาก็มีผลทางคลินิกต่อผู้ป่วยน้อย ซึ่งอาจรอการแก้ปัญหานั้นได้ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้เกี่ยวข้องโดยตรงในขณะนั้น ดังนั้นการประเมินความสำคัญของปัญหาที่พบอาจเป็นแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของงาน ในภาวะที่มีข้อจำกัดในด้านเวลาในการทำงาน หรือจำนวนบุคลากรต่อไปได้

### 3.3 ผลการประเมินความสำคัญของปัญหาที่พบในแต่ละขั้นตอนของการใช้ยา

ในการประเมินความสำคัญทางคลินิกของปัญหาที่เภสัชกรสามารถระบุได้ เมื่อได้ดำเนินงานบริหารการใช้ยา และสรุปปัญหาการใช้ยาในลักษณะต่าง ๆ ดังรายละเอียดตารางที่ 18 หน้า 64 นั้น เมื่อนำปัญหาที่พบไปทำการประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจจากโรงพยาบาลราชวิถี 3 ท่าน จากโรงพยาบาลรามธิบดี 4 ท่าน และจากโรงพยาบาลศิริราช 2 ท่าน โดยใช้แบบสอบถามตามภาคผนวก จ และในส่วนของปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา เภสัชกรผู้ดำเนินงานบริหารผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นผู้ประเมินโดยใช้แนวทางของ Naranjo's Algorithm และ Tatro ( Tatro ,1990 ) โดยมีระดับของความสำคัญของปัญหา 5 ระดับดังนี้

ระดับที่ 0 หมายถึง ไม่มีความสำคัญทางคลินิก

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่ได้ผลการรักษาตามคาดแต่ไม่เกิดผลเสียต่อร่างกายของผู้ป่วย

ระดับที่ 2 หมายถึง ทำให้การควบคุมโรคหรือความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

ระดับที่ 3 หมายถึง อาจมีผลทำให้เกิดการทำลายอวัยวะที่สำคัญ

ระดับที่ 4 หมายถึง ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

ซึ่งสามารถสรุปผลในส่วนความสำคัญทางคลินิกของปัญหาต่าง ๆ ตามขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา หรือประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงระดับความสำคัญของปัญหาตามประเภทของปัญหา

ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนปัญหา (%)				
	ระดับที่ 0	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4
1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา	5 (1.43)	17(4.87)	39(11.17)	14 (4.01)	0
2. ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง	6 (1.72)	34(9.74)	33(9.46)	7 (2.01)	6 (1.72)
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	12(3.44)	3 (0.86)	6 (1.72)	6 (1.72)	0
4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	1 (0.29)	19(5.44)	20(5.73)	1 (0.29)	5 (1.43)
5. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยากลับบ้าน	1 (0.29)	8 (2.29)	4 (1.15)	4 (1.15)	0
6. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา	7 (2.01)	18(5.16)	3 (0.86)	11 (3.15)	5 (1.43)
7. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3 (0.86)	5 (1.43)	21(6.02)	13 (3.72)	6 (1.72)
8. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	0	2 (0.57)	4 (1.15)	0	0
รวม 349 ปัญหา	35 (10.03)	106 (30.37)	130 (37.25)	56 (16.05)	22 (6.30)

**หมายเหตุ** ระดับที่ 0 หมายถึง ไม่มีความสำคัญทางคลินิก  
 ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่ได้ผลการรักษาตามคาดแต่ไม่เกิดผลเสียต่อร่างกายของผู้ป่วย  
 ระดับที่ 2 หมายถึง ทำให้การควบคุมโรคหรือความร่วมมือในการใช้ยาลดลง  
 ระดับที่ 3 หมายถึง อาจมีผลทำให้เกิดการทำลายอวัยวะที่สำคัญ  
 ระดับที่ 4 หมายถึง ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

จากตารางจะเห็นได้ว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางคลินิกตั้งแต่ระดับที่ไม่ได้ผลตามคาดแต่ไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ไปจนถึงปัญหาที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (รวมประมาณร้อยละ 90) โดยเป็นปัญหาที่ทำให้การควบคุมโรคหรือความร่วมมือในการใช้ยาลดลงมากที่สุดคือร้อยละ 37.25 รองลงมาคือปัญหาที่ไม่ได้ผลตามคาดแต่ไม่เกิดผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วยคือร้อยละ 30.37 และปัญหาที่มีผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนคือมีผลทำลายอวัยวะของผู้ป่วยหรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต คือร้อยละ 22.35

สำหรับปัญหาที่มีผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนคือปัญหาที่อาจมีผลทำลายอวัยวะของผู้ป่วย หรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตนั้น พบว่าปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด คือ 19 ปัญหา หรือร้อยละ 5.44 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่เสริมให้มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ส่วนปัญหาที่พบรองลงมาคือปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา คือ 16 ปัญหา หรือร้อยละ 4.58 นอกจากนั้น เป็นปัญหาความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง หรือการคัดลอกคำสั่งผิด และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องการจัดยาผิดขนาดให้ผู้ป่วยรับประทาน และการลืมจัดยาเป็นบางมื้อให้กับผู้ป่วย ซึ่งมีอาจผลทำให้เกิดผลเสียที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและชีวิตของผู้ป่วยได้

#### 4. ผลการดำเนินงานหลังพบปัญหา

จากปัญหาต่าง ๆ ในกระบวนการการรักษาด้วยยาดังแสดงในข้อ 3 นั้น สามารถแบ่งปัญหาที่พบได้เป็น 2 ส่วนคือ

4.1. ปัญหาที่พบโดยการรักษาในระบบเดิม หมายถึงปัญหาซึ่งเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสามารถระบุปัญหานั้นและบันทึกไว้แต่ไม่ได้มีส่วนในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยก็พบและดำเนินการอยู่แล้ว โดยเป็นปัญหาที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการแก้ไข 44 ปัญหา และพยาบาลดำเนินการแก้ไข 1 ปัญหา

4.2. ปัญหาที่พบเมื่อมีเภสัชกรเข้าไปดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้นใหม่ก็สามารถพบปัญหาได้อีกจำนวน 304 ปัญหา

ดังนั้น ในส่วนของผลการดำเนินงานด้านการบริหารผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นนั้น จะกล่าวถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในส่วนที่เภสัชกรเป็นผู้จัดการกับปัญหานั้น ๆ หรือเป็นผลการดำเนินงานโดยระบบใหม่ เมื่อนำปัญหาเหล่านั้นมาวิเคราะห์ในด้านการทำงานกับปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่เภสัชกรสามารถระบุได้ แบ่งได้เป็น

- 4.2.1. การดำเนินการกับปัญหาที่สามารถระบุได้โดยเภสัชกร ในรูปแบบการบริหารผู้  
ใช้ยา
- 4.2.2. การดำเนินงานในด้านการป้องกันแก้ไขหรือเฝ้าระวังผลเสียที่อาจเกิดกับผู้-  
ป่วยจากปัญหาที่สามารถระบุได้โดยเภสัชกร
- 4.2.3. การประเมินความสำคัญของผลการจัดการกับปัญหาที่สามารถระบุได้



#### 4.2.1 การดำเนินการกับปัญหาที่สามารถระบุได้

เมื่อพบปัญหาเภสัชกรจะดำเนินการเพื่อให้มีการแก้ไขหรือป้องกันผลเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจากปัญหาการใช้ยาทั้ง 304 ปัญหา สามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้

ก) ปัญหาที่ไม่สามารถประสานงานได้ จำนวน 3 ปัญหา จัดเป็นปัญหาที่เภสัชกรผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการโดยการติดตามและเฝ้าระวังผลเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วยต่อไป

ข) ปัญหาที่เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการ หรือประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องได้ จำนวน 301 ปัญหา แบ่งได้เป็น

❖ ดำเนินการแก้ไขหรือติดตามปัญหาโดยเภสัชกรเอง จำนวน 44 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาในส่วนของกรเขียนฉลากยา จำนวน 24 ปัญหา ปัญหาการเกิดอันตรายของยา จำนวน 15 ปัญหา และปัญหาการไม่สั่งจ่ายยาในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ที่ไม่ชัดเจน 5 ปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่เภสัชกรได้ติดตามผลต่อไปด้วยตนเอง

❖ ดำเนินการโดยการประสานงานกับบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 257 ปัญหา โดยมีระดับการยอมรับการประสานงานและข้อเสนอแนะจากเภสัชกรจากผู้เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

ระดับที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงตามข้อเสนอของเภสัชกร

ระดับที่ 2 ไม่ยอมรับข้อเสนอเภสัชกร และมีการอธิบายเหตุผลที่ยอมรับได้

ระดับที่ 3 การไม่ยอมรับข้อเสนอของเภสัชกร และไม่มีการอธิบายเหตุผล

ในส่วนของรายละเอียดเกี่ยวกับประเภทของปัญหาที่ดำเนินการประสานงานโดยเภสัชกร และระดับการยอมรับข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้อง ได้แสดงรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การจัดระดับการยอมรับปัญหาของผู้เกี่ยวข้องตามประเภทของปัญหาตาม  
ขั้นตอนการใช้ยาที่แก้ไขโดยการประสานงานของเภสัชกร

ประเภทของข้อเสนอนะ	จำนวนปัญหา (%)			
	จำนวน ปัญหารวม	ระดับการ ยอมรับ 1	ระดับการ ยอมรับ 2	ระดับการ ยอมรับ 3
1. ข้อเสนอกับการสั่ง ใช้ยา				
1.1. Therapeutic-related	43	36 (83.72)	5 (11.63)	2 (4.65)
1.2. Pharmaceutic-related	11	8 (72.72)	2 (18.18)	1 (9.09)
1.3. Duplicated/Deleted order	10	7 (70.00)	3 (30.00)	-
1.4. Others	5	5 (100.00)	-	-
2. Transcription-related	86	80 (93.02)	3 (3.49)	3 (3.49)
3. Dispensing-related	3	3 (100)	-	-
4. Administration-related	42	38 (90.48)	1 (2.38)	3 (7.14)
5. D/C medication-related	14	9 (64.29)	3 (21.43)	2 (14.29)
6. Drug interaction-related	24	17 (70.83)	6 (25.00)	1 (4.17)
7. ADR-related	13	8 (61.54)	5 (38.46)	-
8. Compliance-related	6	4 (66.67)	2 (33.33)	-
Total	257	215 (83.66)	30 (11.67)	12 (4.67)

**หมายเหตุ** ระดับการยอมรับ 1 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงตามข้อเสนอของเภสัชกร  
ระดับการยอมรับ 2 หมายถึง ไม่ยอมรับข้อเสนอเภสัชกร และมีการอธิบายเหตุผล  
ระดับการยอมรับ 3 หมายถึง ไม่ยอมรับข้อเสนอของเภสัชกร และไม่มีการอธิบายเหตุผล  
D/C = Discharge , ADR = Adverse Drug Reactions

จากตารางที่ 20 พบว่าส่วนใหญ่ยอมรับข้อเสนอนะของเภสัชกร คือร้อยละ 83 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในต่างประเทศที่มีระดับการยอมรับข้อเสนอนะของเภสัชกรที่ประมาณ ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 96 ( Mason ,et al., 1994: Slaughter ,et al.,1994 ) และมีปัญหาที่ไม่ได้รับการยอมรับ 42 ปัญหา แบ่งเป็นไม่ยอมรับแต่ให้คำอธิบาย 30 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 11.67 และไม่ยอมรับและไม่ให้คำอธิบาย 12 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 4.67 ของจำนวนปัญหาที่มีการประสานงานสาเหตุที่แพทย์ไม่ยอมรับโดยไม่มีคำอธิบาย เนื่องจากขณะนั้นไม่สามารถตามแพทย์ผู้สั่งยาโดยตรงพบ



และแพทย์ท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นเจ้าของไข้โดยตรงจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากระบบการทำงานที่ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับงานของผู้อื่น ทำให้ปัญหาที่พบแม้แพทย์ท่านอื่นอาจเห็นด้วย แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และลักษณะปัญหาเป็นปัญหาที่ไม่เร่งด่วน จึงทำให้แพทย์ท่านอื่น ๆ เลือกที่จะไม่เปลี่ยนแปลงการใช้นั้น ๆ

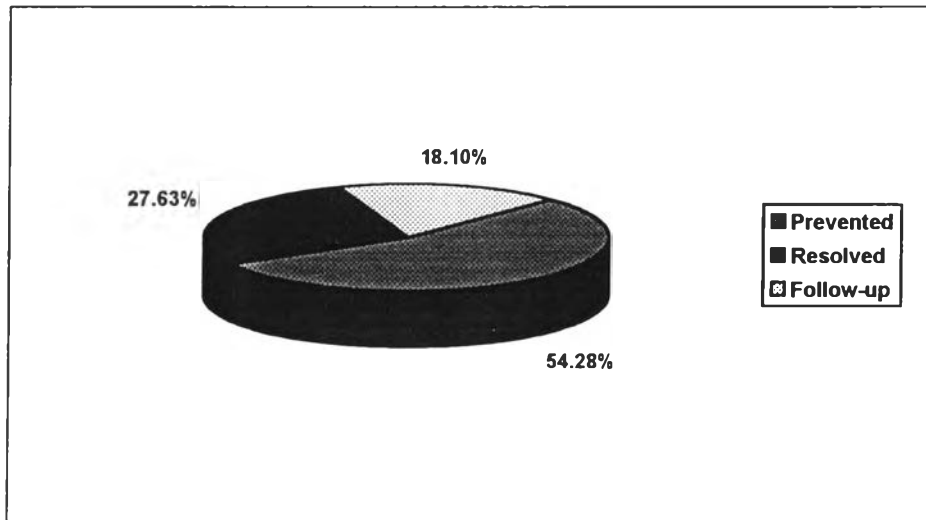
และในส่วนของพยาบาล เมื่อมีการชี้ปัญหาในส่วนของ การคัดลอกคำสั่งผิด หรือการไม่จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน บางครั้งอาจไม่มีการแก้ไขโดยตรง ซึ่งส่วนนี้เภสัชกรผู้ปฏิบัติได้ ชี้ปัญหาและอธิบายให้แพทย์ผู้ดูแลต่อไป ปัญหานั้น ๆ จึงได้รับการแก้ไขหรือป้องกัน ซึ่งสาเหตุของการไม่ยอมรับปัญหาที่เภสัชกรพบของพยาบาลอาจเกิดจากการที่พยาบาลมีงานยุ่งมากทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง หรืออาจเกิดจากพยาบาลผู้นั้นไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และอาจประกอบกับความไม่รู้หรือไม่ตระหนักในความสำคัญของผลของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น จึงไม่ให้ความสนใจในปัญหาที่เกิดขึ้นเท่าที่ควร

#### 4.2.2 การดำเนินงานในการป้องกันแก้ไขหรือเฝ้าระวังผลเสียต่อผู้ป่วยจากปัญหาที่สามารถระบุได้

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เภสัชกรสามารถระบุจากการปฏิบัติงานด้าน การบริหารผู้ป่วยตามระบบใหม่ทั้งหมด 304 ปัญหาดังรายละเอียดในข้อ 4.2.1 นั้น เมื่อนำมาวิเคราะห์ในด้านของผลการดำเนินงานต่อผู้ป่วย พบว่า ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขมีทั้งหมด 249 ปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากในทางปฏิบัติที่ผ่านมา เป็นลักษณะการดำเนินการเชิงรับ คือมีการพบปัญหาก่อนจึงได้ดำเนินการแก้ไขด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น และมีปัญหาส่วนหนึ่งที่เป็นปัญหาที่ยังไม่มีเหตุผลพอที่จะแก้ไข จึงจัดเป็นปัญหาที่มีการติดตามเฝ้าระวัง จำนวน 55 ปัญหา โดยสรุปในส่วนของผลในการดำเนินการกับปัญหาที่สามารถระบุได้ 304 ปัญหานั้น แบ่งได้เป็น

1. การช่วยป้องกันก่อนเกิดผลเสียหรืออันตรายต่อร่างกายผู้ป่วยได้ จำนวน 165 ปัญหา ( ร้อยละ 54.28 )
2. การแก้ไขปัญหาที่เกิดผลเสียกับผู้ป่วยไปแล้ว เป็นการช่วยลดผลเสียหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยมากขึ้น มีจำนวน 84 ปัญหา ( ร้อยละ 27.63 )
3. ปัญหาที่ยังต้องมีการติดตามผล เนื่องจากยังไม่มีผลเสียที่ชัดเจน หรือไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะมีการแก้ไข จำนวน 55 ปัญหา ( ร้อยละ 18.10 )

ผลการดำเนินการแก้ไขป้องกัน หรือติดตามเฝ้าระวังปัญหาที่สามารถระบุได้ สามารถแสดงเป็นแผนภูมิได้ดังภาพที่ 5



**แผนภูมิที่ 5** แสดงผลการดำเนินงานในด้านการแก้ไข ป้องกัน หรือติดตามปัญหา ที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ข้างต้น สามารถแสดงรายละเอียดตามประเภทของปัญหา หรือตามขั้นตอนของกระบวนการรักษาด้วยยา ในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงผลการจัดการกับปัญหาที่เภสัชกรสามารถระบุได้ต่อผู้ป่วย

ประเภทของปัญหา	จำนวนปัญหา (%)		
	ปัญหาที่ป้องกันได้	ปัญหาที่แก้ไขได้	ปัญหาที่ต้องติดตามต่อไป
1. Therapeutic-related	21 (6.91)	16 (5.26)	7 (2.30)
2. Pharmaceutic-related	6 (1.97)	3 (0.99)	3 (0.99)
3. Duplicated/deleted order	5 (1.64)	2 (0.66)	3 (0.99)
4. Others	4 (1.32)	1 (0.33)	0
5. Transcription-related	70 (23.03)	16 (5.26)	0
6. Dispensing-related	14 (4.61)	13 (4.28)	0
7. Adm.related	25 (8.22)	14 (4.61)	6 (1.97)
8. D/C medication-related	9 (2.96)	0	8 (2.63)
9. Drug interaction-related	7 (2.30)	10 (3.29)	22 (7.24)
10. ADR-related	0	9 (2.96)	4 (1.32)
11. Compliance-related	4 (1.32)	0	2 (0.66)
รวม	165 (54.28)	84 (27.63)	55 (18.10)

**หมายเหตุ** Adm. = Administration , D/C = Discharge , ADR = Adverse Drug Reactions

จากผลการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เภสัชกรสามารถระบุได้ จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่ที่กำหนดขึ้นโดยเภสัชกร สามารถป้องกันผลเสียต่อผู้ป่วยได้ประมาณร้อยละ 54 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่ง คือเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแล้ว และเมื่อเภสัชกรพบปัญหาดังกล่าว ได้มีการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทำให้สามารถป้องกันผลเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วยต่อไป และปัญหาที่สามารถแก้ไขผลเสียที่เกิดกับผู้ป่วยได้ประมาณร้อยละ 27 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและการรับคำสั่ง คือได้เกิดปัญหากับผู้ป่วยขึ้นแล้ว และเมื่อเภสัชกรผู้ดูแลด้านการใช้ยาได้พบปัญหาดังกล่าว และมีการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ทำให้มีผลช่วยแก้ไขผลเสียที่ได้เกิดกับผู้ป่วย และมีปัญหาที่ต้องติดตามเฝ้าระวังต่อไปประมาณร้อยละ 18 ของปัญหาที่เภสัชกรผู้ทำหน้าที่บริบาลผู้ป่วยสามารถระบุได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดอันตรกิริยาของยาซึ่งมักไม่มีอาการแสดงทางคลินิกที่ชัดเจน หรือไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนระหว่างอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือผลจากการใช้ยา

จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการแก้ไขหรือป้องกันความคลาดเคลื่อนหรือผลเสียจากการใช้ยาโดยมีผู้ให้ความสนใจติดตามปัญหาอย่างใกล้ชิด และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ช่วยลดหรือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้ในทุก ๆ ขั้นตอนของการใช้ยาได้

#### 4.2.3. การประเมินความสำคัญของผลการดำเนินการกับปัญหาที่ระบุได้โดยเภสัชกร ในการบริหารผู้ใช้ยา

จากผลการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำนวน 304 ปัญหา เมื่อนำมาประเมินความสำคัญของผลการดำเนินงานเหล่านั้น สามารถประเมินความสำคัญทางคลินิกของปัญหาเหล่านั้น โดยแยกตามกลุ่มของการป้องกันแก้ไขหรือติดตามเฝ้าระวัง สามารถแสดงผลได้ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 สรุปความสำคัญของผลการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา

ระดับความสำคัญ	จำนวนปัญหา (%)			รวม
	Prevented DRP	Resolved DRP	Follow - up DRP	
0	7 (2.30)	17 (5.59)	11 (3.62)	35 (11.51)
1	49 (16.12)	17 (5.59)	26 (8.55)	95 (31.25)
2	75 (24.67)	37 (12.17)	12 (3.95)	124 (40.79)
3	27 (8.88)	2 (0.66)	5 (1.64)	34 (11.18)
4	7 (2.30)	11 (3.62)	1 (0.33)	22 (7.24)
รวม	165 (54.28)	84 (27.63)	55 (18.09)	304 (100)

หมายเหตุ ระดับที่ 0 หมายถึง ไม่มีความสำคัญทางคลินิก

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่ได้ผลการรักษาตามคาดแต่ไม่เกิดผลเสียต่อร่างกายของผู้ป่วย

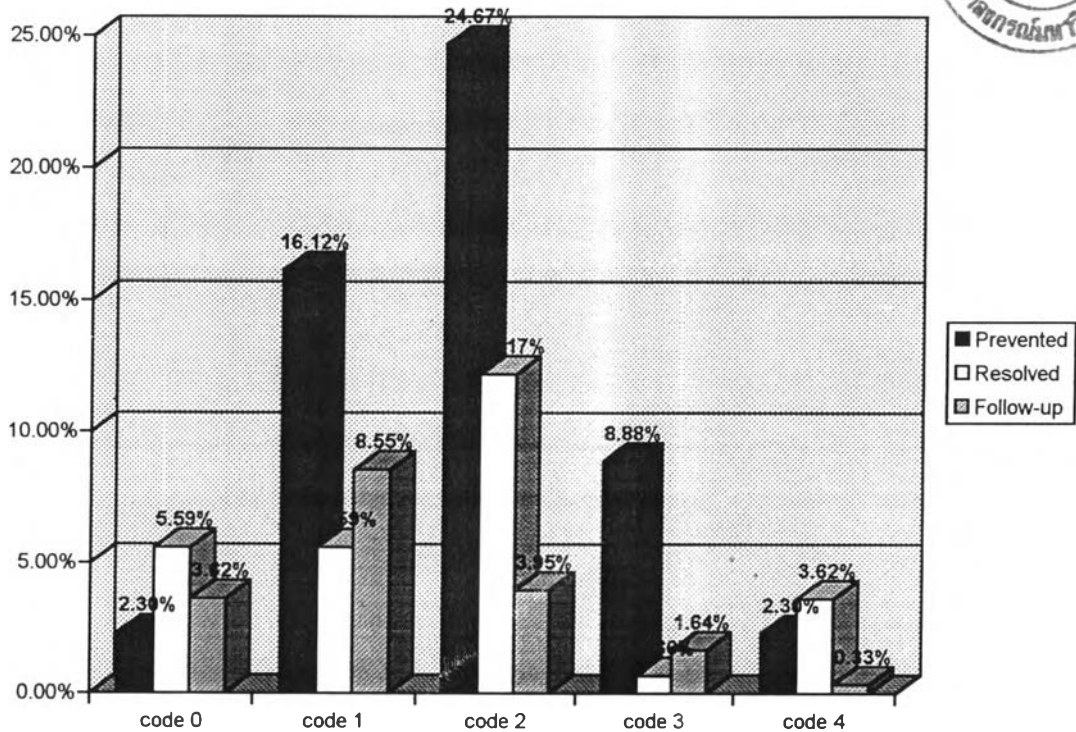
ระดับที่ 2 หมายถึง ทำให้การควบคุมโรคหรือความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

ระดับที่ 3 หมายถึง อาจมีผลทำให้เกิดการทำลายอวัยวะที่สำคัญ

ระดับที่ 4 หมายถึง ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

DRP = Drug - Related Problems

จากตาราง สามารถสรุปข้อมูลดังกล่าวเป็นแผนภูมิได้ดังแผนภูมิที่ 6



**แผนภูมิที่ 6** แสดงจำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไขและความสำคัญทางคลินิก

ผลการแก้ไขปัญหาต่อผู้ป่วยในด้านความสำคัญทางคลินิกดังตารางที่ 22 สรุปได้ว่า ปัญหาที่สามารถจัดการได้ คือมีผลช่วยลดผลเสียหรือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับร่างกายผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความสำคัญทางคลินิกตั้งแต่ระดับที่ไม่ได้ผลตามคาดแต่ไม่เกิดผลเสียกับร่างกายผู้ป่วย จนถึงระดับที่มีอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญและต่อชีวิตผู้ป่วย คือประมาณร้อยละ 90 ของปัญหาทั้งหมด เป็นการแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่เภสัชกรผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการ เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย และเป็นการแสดงให้เห็นได้ว่า การที่มีเภสัชกรช่วยดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการใช้ยานั้น จะช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาและช่วยป้องกันหรือลดผลเสียที่เกิดกับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ในส่วนของปัญหาที่ได้รับการระบุ แต่จัดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญน้อยต่อร่างกายผู้ป่วย หรือไม่มีความสำคัญในทางคลินิกที่ชัดเจน แต่อาจมีผลในด้านเศรษฐกิจ หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และควรศึกษาและประเมินผลในส่วนนี้ให้ชัดเจนต่อไป

## 5. ผลการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัดหลังออกจากโรงพยาบาล

จากการติดตามผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย ดังสรุปในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ผลการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัดหลังออกจากโรงพยาบาล

ผลการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (%)
1. สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้	38 ( 46.91 )
2. ไม่สามารถติดตามได้ โดยมีสาเหตุจาก	
2.1 แพทย์นัดผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยนอก (ไม่ใช่ตึกอายุรกรรม)	18 ( 22.22 )
2.2 นัดผู้ป่วยที่แผนกศัลยกรรมหัวใจ	14 ( 17.28 )
2.3 ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันนัด	6 ( 7.41 )
2.4 ผู้ป่วยเสียชีวิต	3 ( 3.70 )
2.5 ส่งต่อต่างจังหวัด	1 ( 1.23 )
2.6 ผู้ป่วยไม่มารับยาที่ห้องยาอายุรกรรม	1 ( 1.23 )
รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้	43 ( 53.09 )
รวม	81 ( 100 )

จากตารางที่ 23 พบว่าอุปสรรคสำคัญของการติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล คือการที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจหลายแห่ง และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่แผนกอื่น ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย

ในส่วนของผู้ป่วยที่สามารถติดตามผลการใช้ยาได้ คือ 38 ราย (ร้อยละ 46.91) พบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาก็เกี่ยวกับการใช้ยา โดยในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเองก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ จำนวน 17 ปัญหา และเมื่อมีการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดครั้งแรก พบว่าบางส่วนยังคงมีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเอง และพบปัญหาในส่วนดังกล่าว 6 ปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมกับญาติผู้ดูแล และแนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยาต่อไป นอกเหนือจากปัญหาเรื่องการบริหารยาด้วยตนเองของผู้ป่วยแล้ว จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับส่วนที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยยังคงขาดความรู้เรื่องการใช้ยา

อย่างเหมาะสมจำนวน 26 ปัญหา และขาดความรู้เรื่องโรคหรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 32 ปัญหา เมื่อเทียบกับก่อนให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ( ตารางที่ 7 ) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องความรู้ต่าง ๆ ตามหัวข้อที่กำหนดได้มากขึ้นอย่างชัดเจน

จากการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่า ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งหมายความรวมทั้งยาที่แพทย์สั่ง หรือยาที่ผู้ป่วยซื้อรับประทานเอง และส่วนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เรื่องยา แต่มีความเกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสภาวะของโรค หรืออาการของผู้ป่วย

สาเหตุหลักของปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ความไม่รู้ของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น วิธีการปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา หรือ อาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการใช้ยา หรือการซื้อยาอื่น ๆ รับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรือเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาได้ นอกจากนี้ปัญหาที่จัดเป็นปัจจัยเสริมของสภาวะโรคหรืออาการของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความไม่เข้าใจหรือความไม่มีความรู้เรื่องโรค หรือวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ทำให้การควบคุมอาการหรือโรค ทำได้ไม่เต็มที่ หรือไม่ได้ผลเท่าที่ควร ซึ่งจัดเป็นปัญหาอีกส่วนหนึ่งที่ควรให้ความสนใจและแก้ไข

เมื่อได้มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทั้งในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง หรือความรู้เกี่ยวกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสภาวะของโรคเช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การเลิกสูบบุหรี่ หรือการยอมรับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอารมณ์เครียด โดยชี้ให้เห็นว่าสิ่งใดที่จัดเป็นสาเหตุร่วมของความรุนแรงของโรค ซึ่งเมื่อได้มีการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาตามนัดหลังจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์ลดลงอย่างเด่นชัด จึงพอจะสรุปได้ว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และจะได้รับความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การควบคุมอาการหรือโรคเป็นไปได้ดียิ่งขึ้นได้

### ตอนที่ 3 ผลการศึกษาในด้านทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง ต่อการดำเนินงานบริหารผู้ป่วย โดยเภสัชกร

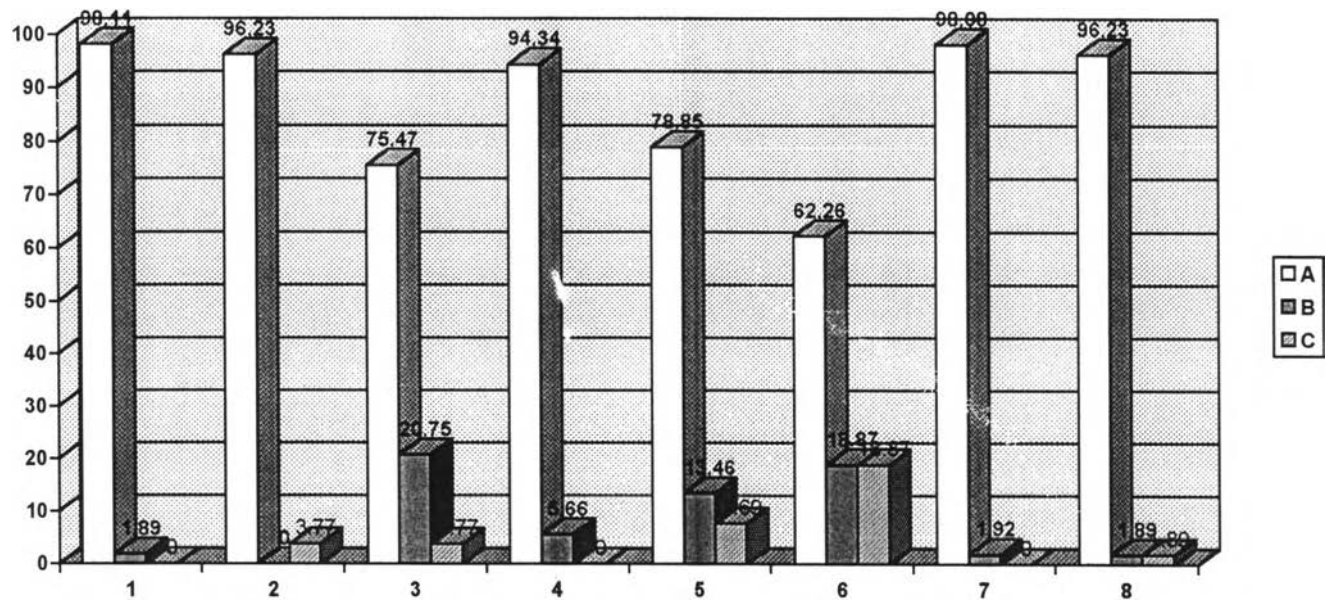
#### 1. ผลการสำรวจทัศนคติของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

จากการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ รวม 5 หน้า โดยส่งแบบสอบถามให้กับแพทย์จำนวน 30 ชุด พยาบาล 30 ชุด และเภสัชกรผู้เกี่ยวข้อง 3 ชุด มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 53 ชุด คิดเป็นร้อยละ 84.13 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมดที่ส่งไป โดยเป็นแพทย์ 21 ชุด ( คิดเป็นร้อยละ 39.62 ) พยาบาล 29 ชุด ( คิดเป็นร้อยละ 54.72 ) และเภสัชกร 3 ชุด ( คิดเป็นร้อยละ 5.66 ) และในส่วนของแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 38.10) แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 19.05) และแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 จำนวน 1 ราย ( ร้อยละ 4.76 ) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 23.81) และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรกรรมหัวใจจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 14.29) ส่วนของพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 ราย ( ร้อยละ 68.97 ) และพยาบาลเทคนิคจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 31.03 ) โดยรวมผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เคยได้รับการติดต่อประสานงานกับเภสัชกรผู้ดำเนินโครงการ (ร้อยละ 87.17) และไม่เคยได้รับการติดต่อประสานงานจากเภสัชกรผู้ดำเนินโครงการคิดเป็นร้อยละ 12.83

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงไว้ในตารางที่ 24







**แผนภูมิที่ 7** แผนภูมิแสดงทัศนคติของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริหารผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเภสัชกร

**หมายเหตุ** A= สมควรปฏิบัติ, B= ไม่สมควรปฏิบัติ, C=ไม่มีความเห็น

- 1=การสัมภาษณ์ผู้ป่วย, 2=การทำประวัติการใช้ยา และทบทวนการสั่งยา, 3=การทบทวนการรับคำสั่ง, 4=การตรวจสอบการจ่ายยา,
- 5=การสังเกตการบริหารยา, 6=เข้าร่วมกับแพทย์ตรวจผู้ป่วยประจำวัน, 7=การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน,
- 8=การติดตามผลการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดหลังจากออกจากโรงพยาบาล

จากผลการสำรวจทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริหารผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเภสัชกร พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ คือมีผู้เห็นด้วยคิดเป็นร้อยละ 98.11 และมีผู้ไม่เห็นด้วย 1 รายคือพยาบาล ซึ่งให้ความเห็นว่าเป็นการทำงานซ้ำซ้อน นอกจากนี้เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งมีผู้เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 98.08 และมีผู้มีความเห็นว่าไม่สมควรปฏิบัติ 1 ราย คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งให้ความเห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้าน หรือนักศึกษาแพทย์มากกว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกร และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงอีกขั้นตอนหนึ่งคือ การติดตามผลการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาตามนัดหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ให้ความเห็นว่าสมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 96.23 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยมีผู้ให้ความเห็นว่าไม่สมควรปฏิบัติ 1 ราย คือแพทย์ ซึ่งให้เหตุผลว่า จะเป็นการทำให้เภสัชกรเสียเวลา และไม่มีเวลาไปดูแลงานประจำของตนเอง และมีแพทย์ 1 รายที่ไม่ออกความเห็น

นอกจากนี้ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์โดยตรง คือการทำประวัติการใช้ยาขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และทบทวนคำสั่งใช้ยา มีผู้เห็นว่าสมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 96.23 โดยแพทย์ทุกรายเห็นว่าเป็นสมควรปฏิบัติ และมีพยาบาล 2 รายที่ไม่มีความเห็น

สำหรับส่วนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรประจำห้องจ่ายยาโดยตรงคือ การตรวจสอบการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยจากห้องยา มีผู้มีความเห็นว่าสมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 94.34 โดยมีผู้มีความเห็นว่าไม่สมควรปฏิบัติ 3 รายคือ แพทย์ 1 ราย เภสัชกร 1 ราย และพยาบาล 1 ราย โดยให้ความเห็นว่า เป็นการทำงานซ้ำซ้อน และเสียเวลา

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยตรง คือการทบทวนการรับคำสั่ง ซึ่งมีผู้มีความเห็นว่า สมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 75.47 และมีความเห็นว่าไม่สมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 20.75 ซึ่งเป็นแพทย์ 8 รายและเป็นพยาบาล 3 ราย ซึ่งให้เหตุผลว่าเป็นการทำงานซ้ำซ้อน และเสียเวลา ไม่มีประโยชน์ และมีผู้ไม่ออกความคิดเห็น 2 ราย เป็นแพทย์ 1 รายและพยาบาล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.77 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด นอกจากนี้เป็นการสังเกตการบริหารยา และยาที่จัดสำหรับให้ผู้ป่วยบริหารเองระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้เห็นว่าสมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 78.85 มีผู้เห็นว่าไม่สมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 13.46 ซึ่งให้ความเห็นว่าเป็นการเสียเวลาและทำงานซ้ำซ้อน และมีผู้ไม่ออกความคิดเห็นคิดเป็นร้อยละ 7.69

นอกจากนี้ ในขั้นตอนที่มีผู้มีความเห็นว่าสมควรปฏิบัติน้อยที่สุด คือขั้นตอนการเข้าร่วมกับแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน คือคิดเป็นร้อยละ 62.26 และมีผู้ให้ความเห็นว่าไม่สมควรปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 18.87 ซึ่งให้เหตุผลว่าเป็นการเสียเวลา และไม่มีผลจำเป็นที่ต้องปฏิบัติ และไม่ใช่นหน้าที่ของเภสัชกร และมีผู้ไม่มีความเห็นในส่วนนี้ คิดเป็นร้อยละ 18.87 โดยให้เหตุผลของการไม่

เห็นสมควรปฏิบัติคือ ในการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละวัน ไม่ได้เน้นในเรื่องการใช้ยา อาจเป็นการเสียเวลา และไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เภสัชกรดำเนินการจัดเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างใหม่ โดยเฉพาะการเข้าร่วมกับแพทย์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน ซึ่งบทบาทดังกล่าว อาจยังไม่ชัดเจนว่าทำเพื่ออะไร ประกอบกับในการดำเนินงานครั้งนี้จัดเป็นโครงการทดลองโครงการหนึ่ง ซึ่งเภสัชกรเองอาจมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานไม่มากเท่าที่ควร จึงทำให้บทบาทบางส่วนไม่เด่นชัด จึงทำให้ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจชัดเจนไปด้วย อย่างไรก็ตาม มีแพทย์บางส่วนที่เห็นด้วยกับการมีเภสัชกรในคณะตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน (เป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มากที่สุด)

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นสมควรปฏิบัติ ซึ่งให้เหตุผลว่า เป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพของการรักษา บางส่วนเห็นว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกร และช่วยแก้ไขหรือป้องกันปัญหาได้ทันที่

โดยสรุป จากการสอบถามในส่วนของการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวต่อไปในอนาคต มีผู้ให้ความเห็นว่า โครงการดังกล่าวสมควรดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.02 และเห็นว่าไม่สมควรทำต่อไป คิดเป็นร้อยละ 3.77 และไม่เห็นความเห็น คิดเป็นร้อยละ 11.32 และควรขยายการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

## 2. ผลการสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยผู้รับบริการ

จากการสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยซึ่งได้รับการบริบาลโดยเภสัชกร สามารถสอบถามทัศนคติได้จากผู้ป่วยจำนวน 59 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.24 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด และเพศหญิง จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.76 โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุอยู่ในระหว่าง 32 ปี ถึง 72 ปี คิดอายุเฉลี่ยได้เป็น  $58.65 \pm 8.2$  ปี โดยมีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาที่ 4 ถึง ระดับปริญญา

จากผลการสำรวจในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามทุกราย มีความพึงพอใจกับบริการดังกล่าว โดยให้เหตุผลว่า ทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตนจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.52 และมีความรู้สึกปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นจำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.19 และผู้ป่วยทุกรายที่ตอบแบบสอบถามมีความเห็นในส่วนของความต้องการให้บริการดังกล่าวมีต่อไปในอนาคต ว่าต้องการให้มีงานบริการดังกล่าวต่อไปอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยทุกรายตอบว่าเมื่อได้รับการในด้านการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา มีผลทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นกว่าเดิม โดยมี 57 ราย หรือร้อยละ 96.61 มีความเห็นว่า ผลการให้คำแนะนำทำให้เขามีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา เรื่องโรค ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น และมี 41 รายหรือร้อยละ 69.49 มีความเห็นว่า มีผลทำให้มีความรู้และความเข้าใจในการจัดการกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้

โดยสรุปผลการสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยต่องานบริการดังกล่าว ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการมีความพึงพอใจและได้รับความรู้มากตลอดจนมีความเข้าใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และโรค ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น และทุกรายมีความเห็นว่าสมควรปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมคือ มีความรู้สึกที่ดี มีบุคลากรที่มีความรู้ด้านยาโดยตรงมาให้ความรู้ และยินดีให้ความร่วมมือโดยเฉพาะกับบุคลากรที่มีกิริยามารยาทที่สุภาพ