

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ผลการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น บนหอผู้ป่วยในชั้นตอนต่างๆ ที่กำหนดไว้แล้ว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนธันวาคม 2540 ถึงเดือน พฤษภาคม 2541 สามารถแสดงผลการศึกษาได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 รูปแบบและแนวทางในการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นบนหอผู้ป่วย ซึ่งได้สรุปจากผลการทดลองปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนดไว้เบื้องต้น

ตอนที่ 2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น ที่ได้จากการปฏิบัติงานและเก็บข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนดในชั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยาประกอบด้วย

2.1 ผลการปฏิบัติงานโดยรวม

2.2 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีตก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้

2.3 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยขณะรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

2.4 ผลการดำเนินงานแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในชั้นตอนต่างๆ ที่กำหนด

2.5 ผลการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน และแก้ไขปัญหาค้นพบ

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาในด้านทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานนี้ของเภสัชกร ซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วย

ตอนที่ 1 รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นบนหอผู้ป่วย

ในระบบการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่เดิมเภสัชกรมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงน้อยมาก เนื่องจากต้องทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแพทย์จะสั่งจ่ายยาครั้งละ 3-5 วัน โดยเขียนคำสั่งลงในแผ่นคำสั่งแพทย์ (Doctor Order Sheet) และพยาบาลบนหอผู้ป่วยจะคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยา โดยมีแพทย์เจ้าของไข้

ลงนามกำกับไว้เท่านั้น จากนั้นเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยจะนำใบสั่งยามาเบิกยาจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน เกษชกรก็จะทำหน้าที่จ่ายยาให้ถูกต้องตามการคัดลอกคำสั่งแพทย์ของพยาบาลในใบสั่งยา โดยไม่มีโอกาสได้เห็นคำสั่งโดยตรงจากแพทย์ หรือได้สัมภาษณ์ซักถามผู้ป่วย เกษชกรจะไม่มีโอกาสทราบได้เลยว่าแพทย์หยุดใช้ยาที่ตั้งไปแล้วหรือยัง เปลี่ยนวิธีการบริหารยาไปหรือไม่ การบริหารยาถูกต้อง มีปัญหาหรือไม่ ตลอดจนไม่สามารถทราบผลจากการใช้ยาของผู้ป่วยว่าจะมีผลตอบสนองอย่างไรบ้าง มีการแนะนำการใช้ยาได้ถูกต้องแก่ผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยกลับบ้านหรือไม่ ประการใด

ฉะนั้น จึงมีการทดลองปฏิบัติงานและวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน และกิจกรรมที่กำหนด (ดังตารางที่ 4) เพื่อสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานของเกษชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นบนหอผู้ป่วย โดยรูปแบบการปฏิบัติงานมีลักษณะตามแนวคิดที่กำหนดไว้ในภารกิจหลักใน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ ขั้นตอนขณะผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลและขั้นตอนการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

สำหรับองค์ประกอบในการปฏิบัติงานของเกษชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

1. บุคลากร
2. เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน
3. ขั้นตอน กิจกรรม เป้าหมาย และปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปได้ตามตารางที่ 4

สรุปได้ตามตารางที่ 4

#### 1. บุคลากร

จากการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด เกษชกรจะต้องปฏิบัติงานประจำบนหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คน เพื่อความสะดวกและทันการในการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นต่อผู้ป่วย และง่ายต่อการประสานงาน การแก้ไขปัญหา ป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยากับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

#### 2. เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน

การบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นต่อผู้ป่วยโดยตรง จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์และแบบบันทึกต่างๆ หนังสืออ้างอิงทางด้านเภสัชกรรมบำบัด และการประเมินผลของปัญหาที่เกิดขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นมาตรฐานไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย

1. แบบบันทึกการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ภาคผนวก ช)
  - 1.1 แบบบันทึกการติดตามการใช้ยาในอดีตของผู้ป่วย
  - 1.2 แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยในปัจจุบัน
  - 1.3 แบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
  - 1.4 แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาพยาบาล
  - 1.5 แบบสรุปผลการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น
  - 1.6 แบบบันทึกการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
2. แบบการประเมินความรู้ - เข้าใจต่อการใช้ยาของผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)
3. คู่มือในการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น (ภาคผนวก ก)
4. แบบวิเคราะห์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ภาคผนวก ค)
5. หนังสืออ้างอิงทางเภสัชกรรมมาบัด ได้แก่

Tatro, D.S. Drug Interaction Facts. 5<sup>th</sup> edition. Missouri : Facts and Comparison, A Wolters Kluwer company, 1996.

Knoben, J.E. and Anderson, P.O. Handbook of Clinical Drug Data. 7<sup>th</sup> edition, Wisconsin : Drug Intelligence, Publications, Inc., 1997.

Stockley, I.H. Drug Interactions 4<sup>th</sup> edition, The Pharmaceutical Press : Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1996.

Shannon, M.T., Wilson, B.A. and Stang, C.L. Drug and Nursing Implications. 8<sup>th</sup> edition, Appleton & Lange, USA, 1995.

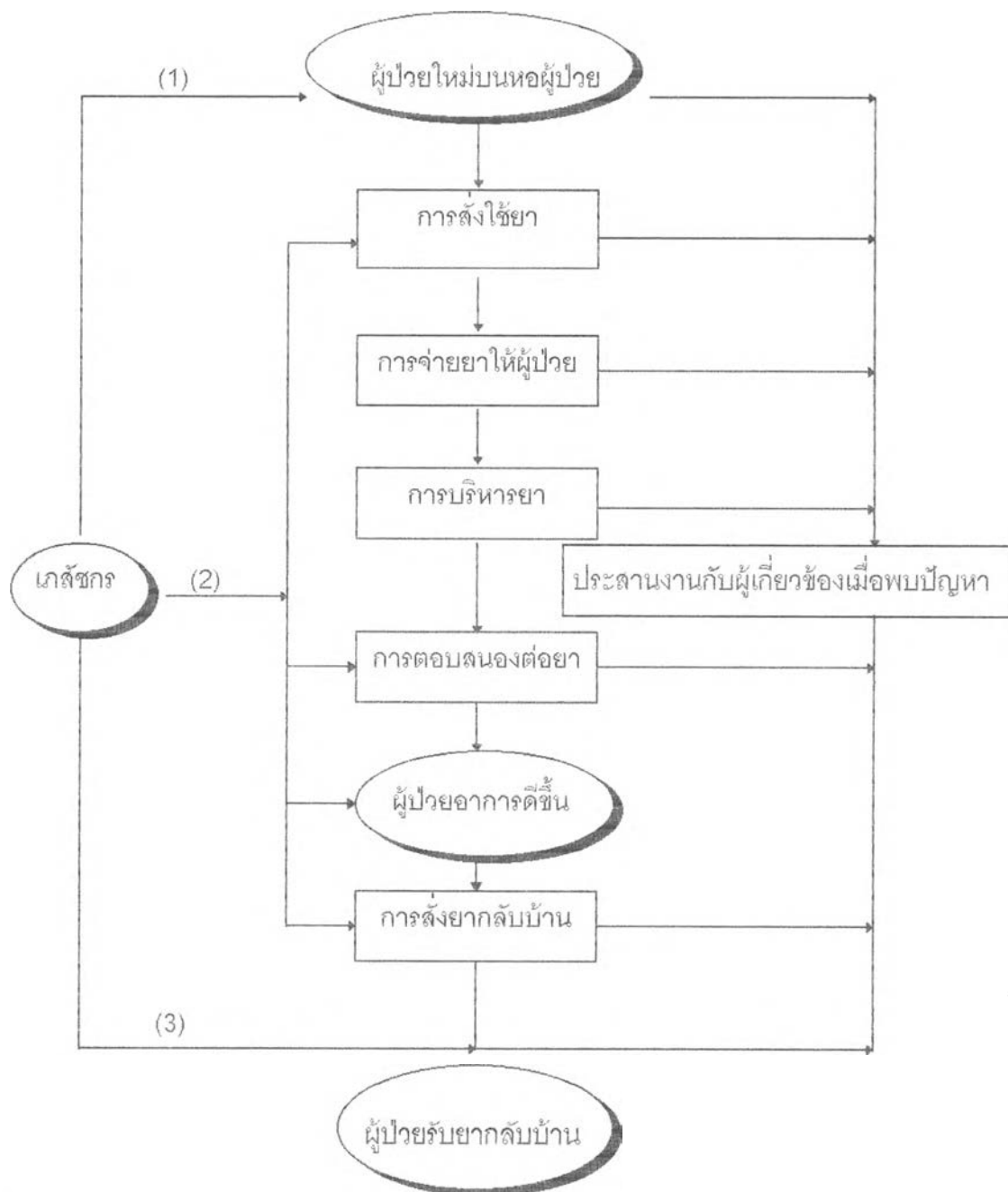
Herfindal. E.T. and Gourley, D.R. Textbook of Therapeutic Drug and Disease Management. 6<sup>th</sup> edition, Baltimore : Williams & Wilkins, 1996.

Koda-Kimble. M.A. and Young, L.Y. Applied Therapeutic The Clinical Use of Drug. 6<sup>th</sup> edition. Vancouver : Applied Therapeutics. Inc, 1995.

ตารางที่ 4 แสดงขั้นตอนและการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล	ข้อมูลที่ได้	วิเคราะห์ข้อมูล
1. รับผู้ป่วยใหม่	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</li> <li>2. สัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยทั่วไป</li> <li>3. สัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาในอดีต</li> <li>4. สัมภาษณ์ความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน้าป้ายผู้ป่วย</li> <li>2. ผู้ป่วย</li> <li>3. ญาติผู้ป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับชื่อยา</li> <li>2. ประวัติการใช้ยาในอดีต</li> <li>3. ความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ยาจ สัมพันธ์กับการใช้ยา</li> <li>2. ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในอดีต</li> <li>3. ปัญหาความรู้-เข้าใจการใช้ยา</li> </ol>
2. ติดตามปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาระหว่างรับการรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกการสั่งใช้ยาในปัจจุบัน</li> <li>2. ประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในด้านของการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ปัญหา ADR, ปัญหา DI</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน้าป้ายผู้ป่วย</li> <li>2. แบบบันทึกการใช้ยาในปัจจุบัน</li> <li>3. ข้อมูลความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยาของผู้ป่วย</li> <li>4. ผู้ป่วย</li> <li>5. ญาติผู้ป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปัญหาการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม</li> <li>2. ปัญหาการเกิด ADR</li> <li>3. ปัญหาการเกิด DI</li> <li>4. การประสานงานเพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนชนิดของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา</li> <li>2. ผลการประสานงานในการแก้ไข-ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา</li> </ol>
3. การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกรายการยากลับบ้าน</li> <li>2. ให้การแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย</li> <li>3. ประสานงานเมื่อพบปัญหาการสั่งใช้ยาก่อนกลับบ้าน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในอดีต</li> <li>2. ข้อมูลความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา</li> <li>3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน</li> <li>4. ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>5. ใบสั่งยากลับบ้าน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำ</li> <li>2. จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ</li> <li>3. จำนวนรายการยาที่ให้คำแนะนำ</li> <li>4. ปัญหาที่พบและแก้ไข-ป้องกัน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนรายการยาที่เกิดปัญหาการสั่งใช้ยา</li> <li>2. ผลการประสานงานเพื่อแก้ไข-ป้องกันปัญหา</li> </ol>

ภาพที่ 3 ขั้นตอนและการดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมระดับต้นโดยเภสัชกร



(1) = ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่

(2) = ติดตามปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยขณะรับการรักษาพยาบาล

(3) = การให้คำแนะนำการใช้ยาต่อผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

### 3. ขั้นตอน กิจกรรม เป้าหมายและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

จากตารางที่ 4 และภาพที่ 3 จะพบกระบวนการในการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นที่ได้กำหนดการปฏิบัติงานไว้ 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่เพื่อสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในอดีตก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ขั้นตอนการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาระหว่างรับการรักษาในด้านของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา และการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และสุดท้ายเป็นขั้นตอนการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน และ ประสานงานเมื่อพบปัญหาก่อนผู้ป่วยรับยากลับบ้าน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดเฉพาะขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่

เป็นขั้นตอนที่เภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้ป่วย จะได้สัมภาษณ์สื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ความเชื่อถือไว้วางใจ อันจะนำไปสู่การสืบค้นหาข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในอดีต การประเมินความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยาเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นต่อไป

สำหรับขั้นตอนนี้ เภสัชกรควรมีคู่มือในการสัมภาษณ์เพื่อเป็นแนวทางและมาตรฐานเดียวกันที่ใช้ได้กับเภสัชกรทุกคนที่จะมาปฏิบัติงานแทนกันได้ และได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

#### 2. ขั้นตอนการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ในขั้นตอนนี้เภสัชกรจะต้องมีองค์ความรู้ทางด้านเภสัชกรรมบำบัด ต้องมีการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องมีทักษะในการสื่อสาร ประสานงานเพื่อแก้ไขป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น และเพื่อสะดวกในการปฏิบัติงานของเภสัชกรที่จะกระทำได้ทุกคน จึงกำหนดรูปแบบคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะปัญหาการเกิด ADR, DI และการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม

#### 3. ขั้นตอนการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

เป็นขั้นตอนที่จะสามารถปฏิบัติได้ตรงเป้าหมายต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย อันเนื่องจากเภสัชกรได้ดูแลและรวบรวมข้อมูลการใช้ยามาตลอด ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และขณะผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

## ตอนที่ 2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น

แบ่งเป็น

- 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ดูแล
- 2.2 ผลการสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีตก่อนการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น
- 2.3 ผลการสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในขณะที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
- 2.4 ผลการดำเนินงานในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาค่าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขณะที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
- 2.5 ผลการดำเนินการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนกลับบ้านและแก้ไข ป้องกันปัญหาที่พบ

### 2.1 ผลการปฏิบัติงานโดยรวม

#### 2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการปฏิบัติงานตามแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นที่กำหนด ระหว่างเดือนธันวาคม 2540 ถึงเดือนพฤษภาคม 2541 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า มีผู้ป่วยเฉลี่ย 39 รายต่อวัน จำนวนสูงสุด 48 ราย ต่ำสุด 30 รายต่อวัน และมีการจำหน่าย (Discharge) เฉลี่ย 2 รายต่อวัน โดยมีการจำหน่ายสูงสุด 12 รายต่อวัน และต่ำสุด 0 รายต่อวัน เภสัชกรรับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมรับยากลับบ้านด้วยจำนวนรวมทั้งสิ้น 210 ราย ไม่รวมกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ย้ายหอผู้ป่วย หนีกลับบ้าน และผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้ยาก่อนกลับบ้าน สรุปข้อมูลของผู้ป่วยได้ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
< 20	8	3.8
20-29	25	11.9
30-39	38	18.1
40-49	33	15.7
50-59	39	18.6
60-69	44	20.9
70-79	17	8.1
≥ 80	6	2.9
รวม	210	100.0
หมายเหตุ อายุสูงสุด 90 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี		
2. การศึกษา		
ป.1-ป.6	66	31.4
ม.1-ม.6	90	42.9
ปวช.-ปวส.	12	5.7
ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า)	36	17.2
ปริญญาโท	3	1.4
อื่นๆ	3	1.4
รวม	210	100.0
หมายเหตุ ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาโท ต่ำสุดไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	34	16.2
หม้าย	13	6.2
หย่า/แยก	3	1.4
คู่	160	76.2
รวม	210	100.0
หมายเหตุ หม้าย รวมผู้ป่วยที่ภรรยาเสียชีวิตไปแล้วด้วย		



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
4. อาชีพ		
นักเรียนนักศึกษา	4	1.9
ค้าขาย	12	5.7
เกษตรกร	15	7.2
รับจ้าง	54	25.7
พ่อบ้าน	58	27.6
รับราชการ	67	31.9
รวม	210	100.0

หมายเหตุ พ่อบ้านรวมถึงผู้เกษียณอายุราชการและไม่ทำงานอื่นใด

**อายุผู้ป่วย**

พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีมากที่สุดคือ ร้อยละ 20.9 และร้อยละ 18.6 เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม 50-59 ปี

**การศึกษา**

การศึกษาของผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.9) อยู่ในระดับมัธยมศึกษา รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.4

**สถานภาพสมรส**

ส่วนใหญ่ประมาณสองในสามของของผู้ป่วยทั้งหมดใช้ชีวิตคู่ คือร้อยละ 76.2

**อาชีพ**

อาชีพส่วนใหญ่รับราชการร้อยละ 31.9 ซึ่งรวมพลทหารประจำการและอาสาสมัคร อาชีพรองลงมาที่พบหนึ่งในสี่ ก็คือพ่อบ้านซึ่งส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี

## ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษายาบาลบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ตารางที่ 6 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษายาบาลบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ระยะเวลา (วัน)	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
< 10	102	48.6
10-20	66	31.4
21-30	32	15.2
> 30	10	4.8
รวม	210	100.0

หมายเหตุ ตาสุด 2 วัน สูงสุด 79 วัน

พบว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งรับการรักษายาบาลน้อยกว่า 10 วัน และจำนวนผู้ป่วยก็ลดลงมาตามจำนวนวันที่รับการรักษายาบาล เป็นลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนปัญหาความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยต่อผู้ป่วย 1 ราย

จำนวนความเจ็บป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1	89	42.4
2	78	37.1
3	32	25.2
4	10	4.8
> 4	1	0.5
รวม	210	100.0

หมายเหตุ จำนวนความเจ็บป่วยสูงสุด 5 โรค จำนวน 1 ราย

### จำนวนปัญหาความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยต่อ 1 ราย

จำนวนโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง มีจำนวน 1 โรคต่อ 1 ราย ซึ่งผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับของ จินดา ปิยสิริวัฒน์ (2539) ที่โรงพยาบาลพิจิตร

ตารางที่ 8 ปัญหาความเจ็บป่วยขณะรับการรักษาพยาบาลบนหนอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ปัญหาความเจ็บป่วย	จำนวนปัญหา	ร้อยละ
ระบบหลอดเลือดและหัวใจ	109	28.0
ระบบทางเดินหายใจ	51	13.1
ระบบทางเดินอาหาร	46	11.8
ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	42	10.7
มะเร็ง	33	8.4
ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ	28	7.1
ติดเชื้อ HIV	22	5.6
อื่นๆ	18	3.3
รวม	389	100.0

ปัญหาความเจ็บป่วยขณะรับการรักษาพยาบาลบนหนอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ตารางที่ 8 พบปัญหาความเจ็บป่วยทั้งหมด 389 ปัญหาในผู้ป่วย 210 ราย หรือผู้ป่วย 1 ราย มีปัญหาความเจ็บป่วยประมาณ 2 ปัญหา และยังพบว่าปัญหาโรคหลอดเลือดและหัวใจมีมากเป็นอันดับ 1 คือ ร้อยละ 28.0

ตารางที่ 9 สิทธิการใช้จ่ายตามระเบียบโรงพยาบาล

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยฟรีค่ายา	45	21.5
1.1 อนาคต 24 ราย (11.4)		
1.2 ใช้สิทธิเป็นพลทหาร, อมต 21 ราย (10.0)		
2. ผู้ป่วยประกันสังคม	7	3.3
3. ผู้ป่วยซื้อยาเองหรือเบิกคั่นสังกัด	158	75.2
3.1 ผู้ป่วยต้องซื้อยาเอง 55 ราย (26.2)		
3.2 ผู้ป่วยเบิกคั่นสังกัด 103 ราย (49.1)		
รวม	210	100.0

หมายเหตุ ( ) = ร้อยละของผู้ป่วย 210 ราย

### สิทธิการใช้จ่ายตามระเบียบของโรงพยาบาล

ตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยสามในสี่ของทั้งหมดเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 ที่สามารถเบิกใช้จ่ายได้เกือบทุกชนิดและขนาดตามเภสัชตำรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2540) โดยเป็นผู้ป่วยที่ต้องซื้อยากินเอง 55 ราย และผู้ป่วยที่เบิกต้นสังกัดได้ (ไม่ต้องซื้อยาเอง) มีจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดคือ 103 ราย (ร้อยละ 49.1) สำหรับผู้ป่วยประเภทที่ 1 ซึ่งมีสิทธิการใช้จ่ายได้น้อยรายการที่สุด มีร้อยละ 21.4 และผู้ป่วยประเภทที่ 2 ซึ่งมี 7 ราย (ร้อยละ 3.3) ก็จำกัดการใช้จ่าย แต่ใช้จ่ายได้มากกว่าประเภทที่ 1 ผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 2 นี้ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้ด้วยว่าจะพบการเลือกใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมมากน้อยเพียงใด แต่จากข้อมูลที่ได้ผู้ป่วยเบิกต้นสังกัดมีจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด และจากข้อมูลสถิติที่ทำให้พบว่าปริมาณและมูลค่าในการใช้จ่าย ผู้ป่วยประเภทเบิกต้นสังกัดมีมูลค่าการใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 70 ของมูลค่าในการใช้จ่ายของผู้ป่วยทุกประเภทรวมกัน ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่น่าสนใจต่อปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้จ่ายเกินความเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งต้องมีการศึกษาต่อไป

### 2.2 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี

เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการรักษาพยาบาลที่หออายุรกรรมชาย เภสัชกรจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามคู่มือการปฏิบัติงาน (ภาคผนวก ก) เพื่อสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายในอดีตของผู้ป่วย เพื่อรับทราบข้อมูล พฤติกรรม ระดับความรู้-เข้าใจต่อการใช้จ่าย ตลอดจนปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อการใช้จ่ายในอนาคต ข้อมูลที่ได้จะเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลการใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาในอดีตที่ดูแลเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ การใช้จ่ายตามสั่ง, อาการไม่พึงประสงค์จากยาและการได้รับยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาต่อกันสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 10 ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในอดีตของผู้ป่วยก่อนการรักษาพยาบาลใน  
โรงพยาบาล

ลักษณะปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
- ไม่สามารถใช้อายตามสั่ง	114
- ADR	40
- DI	5
- ไม่พบปัญหา	51
รวม	210

**ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในอดีตของผู้ป่วย**

ตารางที่ 10 จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 114 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา 210 ราย ไม่ใช้อายตามสั่งคือ ใช้น้อยกว่าแพทย์สั่ง หรือใช้อื่นซึ่งแพทย์ไม่ได้สั่ง ซึ่งได้ผลคล้ายกับผลการศึกษาของ จินดา ปิยสิริวัฒน์ (2539) และพบปัญหาจาก ADR 40 ราย ในจำนวนนี้ 30 ราย เป็นปัญหา ADR จากยาต้านมะเร็ง เช่น ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อีก 6 ราย จะเป็นอาการไอ จากการใช้ ACE I และ 4 ราย พบอาการท้องอืด แน่นท้อง เบื่ออาหาร น่าจะเป็นจาก Aspirin, Metformin ตามลำดับ

สำหรับปัญหา DI จำนวน 5 รายนั้น ที่พบเป็นการใช้ Insulin ร่วมกับ Aspirin 2 ราย และการใช้ยา Glibenclamide ร่วมกับการดื่มสุรา 3 ราย (มีค่านัยสำคัญของการเกิดปัญหา DI ที่ระดับ 2) ซึ่งสามารถจะแก้ไขได้ด้วยการให้คำแนะนำ ความรู้-เข้าใจต่อการใช้นั้นๆ

ตารางที่ 11 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามสั่งในอดีตของผู้ป่วยก่อนการรักษาพยาบาลใน  
โรงพยาบาล

ลักษณะการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	96	45.7
ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง :-	114	54.3
รวม	210	100.0

หมายเหตุ — เกณฑ์การตัดสินใจการใช้ยาตามสั่งนี้ ใช้ตามแบบที่กำหนด และได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และจากหน้าป้ายผู้ป่วย อาจเป็นข้อจำกัดของการได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

ตารางที่ 11 แสดงปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นเพราะผู้ป่วยหาวิธีหรือยาอื่นมาเพื่อบำบัดโรคของตน นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาในอดีตที่ผ่านมาเพียงพอ และเมื่อเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจที่อาจต้องรักษาไปนาน จึงแสวงหาวิธีอื่น เพื่อรักษาให้หายตามความเข้าใจของตน และอาจเป็นสาเหตุทำให้อาการกำเริบจนต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยซื้อยาชุด 50 ราย ยาลูกกลอน 21 ราย และยาหม้อ ยาน้ำมนต์อีก 9 ราย ดังนั้น ก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลควรให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอ

นอกจากปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบแล้ว เมื่อทดสอบความรู้ความเข้าใจต่อการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยถึง 204 ราย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา

ความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
มีความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา	6	2.9
ขาดความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา	204	97.1
- ขาดความรู้ 1 หัวข้อ	2	
- ขาดความรู้ 2 หัวข้อ	4	
- ขาดความรู้ 3 หัวข้อ	172	
- ขาดความรู้ 4 หัวข้อ	20	
- ขาดความรู้ 5 หัวข้อ	4	
- ขาดความรู้ 6 หัวข้อ	2	
รวม	210	100.0

### ความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

เกณฑ์ในการประเมินความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยาของผู้ป่วยได้จากแบบประเมินที่กำหนด (ภาคผนวก ก) โดยแบ่งเป็น 6 หัวข้อ ในการประเมินผู้ป่วย คือ

1. ชื่อยา
2. ข้อบ่งใช้
3. วิธีการใช้ยา ขนาดและเวลา
4. วิธีการปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยาตามเวลาที่กำหนด
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
6. การเก็บรักษา

ถ้าผู้ป่วยสามารถตอบปัญหาทั้ง 6 หัวข้อได้ ถือว่ามีความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่งถือว่ายังขาดความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา จะต้องให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยเภสัชกร

ผลการทดสอบความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา (ตารางที่ 12) พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยาเพียง 6 ราย หรือร้อยละ 2.9 จากจำนวนผู้ป่วยที่ประเมินทั้งหมด 210 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 172 ราย (ร้อยละ 81.9) ขาดความรู้-เข้าใจใน 3 หัวข้อ โดยผู้ป่วย 165 ราย (ร้อยละ 78.6) ขาดความรู้-เข้าใจในการใช้ยาในหัวข้อ ชื่อยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยาตามเวลาที่กำหนด

และหัวข้ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยจะไม่ทราบชื่อยาอันเนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปหรือบุคลากรทางการแพทย์มีการแนะนำหรือแจ้งชื่อยาไว้

แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยควรทราบตามสิทธิ์นั้น ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับข้อมูลเท่าที่ควร ฉะนั้น เกสซกรรมมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยทุกรายในเรื่องความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยา เมื่อมีการจ่ายยาทุกครั้ง

### 2.3 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยขณะรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแล้ว ก็จะเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลตามปกติทั่วไป กล่าวคือ ได้รับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ แพทย์จะสั่งยา พยาบาลจะเป็นผู้บริหารยาตามคำสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วย ยาที่ผู้ป่วยได้รับจะเบิกจากแผนกจ่ายยาผู้ป่วยใน กองเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สำหรับการสืบค้นโดยรวมของการบริหารทางเภสัชกรรม ในขั้นตอนนี้จะเป็นการดูแลปัญหา 3 ปัญหาเกี่ยวข้องกับยา และตอบสนองต่อการใช้ยา คือ ในอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม



ตารางที่ 13 จำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาพยาบาล

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา	จำนวนปัญหา	ร้อยละ (ราย)
ADR	54	32.3 (45)
DI	71	42.5 (59)
การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม	42	25.2 (42)
รวม	167	100.0

หมายเหตุ พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย 95 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 210 คน

ตารางที่ 13 ผู้ป่วย 95 ราย (จากผู้ป่วยที่ศึกษาและดูแลทั้งหมด 210 ราย) พบจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบทั้งหมด 167 ปัญหา เป็นปัญหาทาง DI, ADR และเวลาเลือกยาที่ไม่เหมาะสม จำนวน 71, 54 และ 42 ปัญหาและยังพบว่า การเลือกยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วย 42 ราย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนของผู้ป่วยประเภทนี้ (จะเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 2) มี 52 ราย ทำให้พบว่าผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 2 ประมาณสามในสี่มีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยามิตรระเบียบของโรงพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง และทำให้มีปัญหาในการควบคุมการใช้ยาตามระเบียบของโรงพยาบาลไม่ได้ผล สำหรับปัญหา ADR 54 ปัญหา พบในผู้ป่วย 45 ราย และปัญหา DI 71 ปัญหาในผู้ป่วย 59 ราย

ตารางที่ 14 แสดงรายการยาและอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ

รายการยาที่เป็นสาเหตุ	ADR	จำนวนปัญหา (ความเป็นไปได้)
Aspirin	Flatulence	3 (poss)
Hydrochlorothiazide	Hyperuricemia	2 (poss)
Glibenclamide	Hypoglycemia	8 (prob)
Gliclazide	Hypoglycemia	4 (prob)
Metformin	Anorexia	3 (prob)
Lisinopril	Cough	3 (poss)
Captopril	Cough	3 (poss)
Doxorubicin	Alopecia	4 (prob)
Vinblastin SO <sub>4</sub>	Alopecia	2 (prob)
Etoposide	Alopecia	6 (prob)
Mitoxantrone HCL	Alopecia	2 (prob)
Epirubicin	Alopecia	7 (prob)
Cyclophosphamide	Alopecia	7 (prob)
		รวม 54 ปัญหา

ตารางที่ 14 พบว่า ADR ที่พบบนนั้น (เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินของ Naranjo's Algorithm โดยแบ่งเป็น 4 ระดับคือ Definite (def), Probable (prob), Possible (poss) และ Unlikely (un)) (รายละเอียดของเกณฑ์ประเมินแสดงในภาคผนวก ค) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Probable คือ 46 ปัญหา และระดับ Possible จำนวน 8 ปัญหา ซึ่งได้ผลที่คล้ายกับผลการศึกษาของ รัตนา แสนอารี (2539) และไม่พบ ADR ในระดับ Definite อาจเนื่องจากเกณฑ์ในการประเมินนี้ยังไม่มีกรปฏิบัติในชั้นของการทดลองหยุดใช้ยากับผู้ป่วย (Dechallenge) และไม่มีกรทดลองใช้ยากับผู้ป่วยอีก (Rechallenge) ซึ่งเป็นข้อจำกัดในด้านความปลอดภัย และสภาวะโรคของผู้ป่วย ทำให้ผลคะแนนในการประเมิน จึงไม่ถึงเกณฑ์ Definite

ตารางที่ 15 แสดงรายการยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่พบ

อันตรกิริยาระหว่างยา	ระดับนัยสำคัญของ	
	ปัญหา	จำนวน ปัญหา
Furosemide + Digoxin	1	7
INH + Rifampicin	1	5
Metronidazole + Warfarin	1	1
Furosemide + Hydrochlorothiazide	1	1
Aspirin + Warfarin	1	3
Cimetidine + Propranolol	2	4
Atenolol + Prazosin	2	1
Propranolol + Prazosin	2	2
Cimetidine + Theophylline	2	2
Phenytoin + Cimetidine	2	2
Ferrous SO <sub>4</sub> + Norfloxacin	2	2
Aspirin + Sod. Valproate	2	1
Captopril + Food	2	3
Norfloxacin + Al(OH) <sub>3</sub>	2	2
Norfloxacin + CaCO <sub>3</sub>	2	1
Dexamethasone + Phenytoin	2	1
Sulfadiazine + Phenytoin	2	2
Cefazolin + Gentamycin	2	2
Azithromycin + Theophylline	2	1
Amikacin + Ceftriaxone	2	1
Fluconazole + Phenytoin	2	3
Cefazolin + Warfarin	2	1
Glipizide + Aspirin	2	2
Insulin + Propranolol	2	2
Didanosine + Ketoconazole	2	1

อันตรกิริยาระหว่างยา	ระดับนัยสำคัญของ ปัญหา	จำนวน ปัญหา
Paracetamol + Phenytoin	2	3
Phenytoin + Carbamazepine	2	1
INH + Phenytoin	2	2
Prazosin + Metoprolol	2	1
Cimetidine + Aminophylline	2	1
Aspirin + Insulin	2	5
Captopril + Furosemide	3	3
Enalapril + Furosemide	3	2
ปัญหารวม 71 ปัญหา		

หมายเหตุ ปัญหาการเกิด DI ใช้หลักเกณฑ์ของ Tatro (1996) ซึ่งจะถือว่าเป็นปัญหาเมื่อมีระดับนัยสำคัญของผลเสียจาก DI อยู่ที่ระดับ 1 ถึง 3

ตารางที่ 15 ปัญหา DI 71 ปัญหาพบจากการสั่งยาในผู้ป่วย 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด 210 คน แต่ถ้าพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 95 ราย แล้วจะพบว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งได้รับยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน

ปัญหา DI ที่พบทั้งหมด 71 ปัญหาเกิดจากยาทั้งหมด 41 รายการ และพบว่าจำนวนปัญหาที่เกิด DI มากที่สุดคือ Furosemide + Digoxin จำนวน 7 ปัญหา อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจมากเป็นอันดับหนึ่งคือ ร้อยละ 28.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด

จากผลการศึกษาพบว่า ปัญหา DI ที่เกิดอยู่ในระดับนัยสำคัญของปัญหาที่ 1 มีจำนวน 17 ปัญหา และปัญหาอยู่ในระดับนัยสำคัญที่ 2 มีจำนวน 49 ปัญหา ซึ่งพบมากที่สุดที่เหลือเป็นปัญหาที่ระดับนัยสำคัญที่ 3 จำนวน 5 ปัญหา

สำหรับรายการยาที่เกิดปัญหา DI มากครั้งที่สุดคือ Furosemide จำนวน 13 ครั้ง และ Phenytoin จำนวน 7 ครั้ง รองลงมาเกิดปัญหา 4 ครั้ง คือ Cimetidine และ Aspirin เกิดปัญหา DI จำนวน 3 ครั้งคือ Prazosin, Norfloxacin และ Warfarin เกิดปัญหา DI จำนวน 2 ครั้งคือ Theophylline, Cefazolin, Insulin และ Propranolol

จากการศึกษา DI ครั้งนี้ จะพบว่ายาบางรายการที่เกิด DI จำเป็นต้องใช้ เช่น INH + Rifampicin อันเนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียาที่ให้ผลการรักษาได้ดีกว่านี้ หรือยาในกลุ่ม  $\beta$ -blocker

+ Vasodilator จะทำให้ผลในการลดความดันดียิ่งขึ้น หรือการใช้ Furosemide + Digoxin ก็ได้ผลดีในการรักษาพยาบาล ฉะนั้น ปัญหาที่พบและแสดงไว้เป็นปัญหาที่ได้จากเอกสารอ้างอิงเท่านั้น นอกจากนี้ผลการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาระหว่างรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย พบผู้ป่วย 30 ราย มีทั้งปัญหา ADR และ DI และผู้ป่วย 6 ราย เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้ง 3 ลักษณะพร้อมกัน

#### 2.4 ผลการดำเนินงานในการป้องกัน-แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

ตารางที่ 16 ผลการดำเนินงานต่อปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาขณะรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	ผลการดำเนินการ			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ต้องติดตาม ปัญหา (ร้อยละ)	
DI	28 (16.8)	31 (18.5)	12 (7.2)	71 (42.5)
ADR	0	20 (12.0)	34 (20.4)	54 (32.4)
การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม	0	36 (21.6)	6 (3.5)	42 (25.4)
รวม	28 (16.8)	87 (52.1)	52 (31.1)	167 (100.0)

ในส่วนของผลการดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้ เมื่อพบปัญหาจะดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นทันที หรือประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเภสัชกรเอง ถ้ายังไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันอีกเภสัชกรจะต้องดำเนินการติดตาม เฝ้าระวังปัญหานั้นที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้

ตารางที่ 16 จะพบว่าเภสัชกรสามารถดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้ร้อยละ 68.9 จากปัญหาที่พบทั้งหมด 167 ปัญหา ซึ่งใกล้เคียงกับการดำเนินงานของจินดา ปิยสิริวัฒน์ (2539)

โดยพบว่า การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยากระทำได้รวมร้อยละ 52.1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาอันเนื่องมาจากการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม แก้ไขปัญหาได้ 36 ปัญหา จากจำนวนปัญหา 42 ปัญหา ทั้งนี้เพราะว่าทุกปีที่มีลักษณะจัดระเบียบของโรงพยาบาลถึงเภสัชกร ถ้าพบปัญหานี้สามารถตัดลีนใจแก้ไขหรือประสานงานไปยังเภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วย

ในได้ทันที ทำให้การแก้ไขปัญหารวดเร็วและผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องสมควรจะได้รับ ในขณะที่ปัญหาทาง ADR แก้ไขได้เพียง 20 ปัญหา จาก 54 ปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากเป็นปัญหาที่ต้องประสานงานกับฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง ลักษณะปัญหามักพบในยาซึ่งทราบปัญหา ADR ดื้ออยู่แล้ว และหลีกเลี่ยงยาก ถึงแม้ว่าจะมี ADR ก็ตาม อาทิเช่น ยาต้านมะเร็ง ยาลดความดัน ACEI เป็นต้น

สำหรับปัญหาทาง DI สามารถแก้ไขได้ 31 ปัญหาจาก 71 ปัญหา ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ก็มีเหตุผลเช่นเดียวกับปัญหาทาง ADR ส่วนหนึ่งเป็นเพราะแพทย์ยังมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกันต่อไปเพราะให้ผลการรักษาที่ดี เช่น INH + Rifampicin, Furosemide + Digoxin แต่ต้องดูแลคนไข้อย่างใกล้ชิด ในด้านของผลเสียที่อาจเกิดขึ้น เช่น ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการหรือดูลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยประกอบกับลักษณะ หรืออาการของโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย

สำหรับผลการศึกษาในการป้องกันปัญหา DI ได้ 28 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของปัญหาที่พบทั้งหมด และเป็นปัญหาเดียวที่ป้องกันได้ใน 3 ปัญหาที่ดูแลอยู่ ปัญหา DI ที่ป้องกันได้เพราะแพทย์สามารถติดต่อสอบถามผลที่เกิดจาก DI ได้จากผลทางห้องปฏิบัติการหรือผลทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น Amikacin + Ceftriaxone, Phenytoin + Fluconazole

ปัญหา ADR ไม่สามารถป้องกันได้เนื่องจากยาที่พบ ADR มีความจำเป็นต้องใช้ยา และเป็นอาการที่พบ ADR บ่อย เช่น เกิดผื่นจางจากการใช้ยาต้านมะเร็ง เป็นต้น

ปัญหาที่เกี่ยวกับการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมก็ป้องกันไม่ได้เช่นกันเพราะว่าจะไม่ทราบก่อนที่แพทย์จะเลือกสั่งใช้ยากับผู้ป่วย ดังนั้นปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่เภสัชกรจะสามารถดูแลในลักษณะป้องกันได้คือ DI

และในกรณีของปัญหาที่ต้องติดตามต่อไป จำนวน 52 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 31.1 ของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด ปัญหาที่ต้องติดตามมากที่สุดคือ ปัญหา ADR 34 ปัญหา หรือร้อยละ 65.4 ของจำนวนปัญหาทั้งหมด เนื่องจากปัญหา ADR ดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ และมีความจำเป็นต้องใช้ยานั้นอีกต่อไปในการบำบัดรักษาโรค เช่น ยาต้านมะเร็ง ยาลดความดันในกลุ่ม ACE I และยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม เป็นต้น ฉะนั้นเภสัชกรควรให้คำแนะนำผู้ป่วยในปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

ปัญหา DI ที่ต้องติดตาม 12 ปัญหา ก็เป็นปัญหาที่ยานั้นจำเป็นต้องใช้ต่อไปเนื่องจากเป็นยาที่ให้ผลการรักษาที่ดี จึงต้องระวังจากผลทางห้องปฏิบัติการ หรืออาการทางคลินิกของผู้ป่วย

ปัญหาที่เกี่ยวกับการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 6 ปัญหา เป็นปัญหาที่แพทย์ลงความเห็นว่ายานั้นๆ จำเป็นต้องใช้ยาอื่นแทน (ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) จึงจะทำให้ผลการรักษาดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องซื้อยาเอง เช่น Zofran® , Sulperazone® , Zinnat® เป็นต้น ซึ่งจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการได้รับยาไม่ครบตามสั่ง เนื่องจากผู้ป่วยประเภทนี้ (ประเภทที่ 1 และ 2) มักมีปัญหาทางการเงินอยู่แล้ว ฉะนั้นปัญหานี้ทางโรงพยาบาลและกองเภสัชกรรมจะต้องทบทวนแก้ไขรายการยาที่จำเป็นเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยประเภทนี้ต่อไป

สำหรับปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในด้านอื่นๆ ที่พบ นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้ว ก็คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาซ้ำซ้อน เช่น Paracetamol + Norgesic, Princi-B-Fort® + B1-6-12 ก็แก้ไขได้โดยหยุดยาตัวใดตัวหนึ่งตามความเห็นแพทย์

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม เช่น Z-bec® ให้รับประทานวันละ 3 ครั้ง ก็แก้ไขเป็น 1 ครั้งต่อวัน

## 2.5 ผลการดำเนินการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนกลับบ้านและแก้ไข ปัญหาที่พบ

ตารางที่ 17 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา	จำนวนปัญหา	จำนวนผู้ป่วย
DI	8	8
ADR	2	2
การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม	5	5
ปัญหาอื่น ๆ	3	3
รวม	18	18

หมายเหตุ จำนวนชนานยากลับบ้านทั้งหมดที่ดูแล 1,018 ชนาน ในผู้ป่วย 210 ราย

ผู้ป่วยกลับบ้าน 210 ราย มีจำนวนชนานยาทั้งหมด 1,018 ชนานยา พบปัญหาดังนี้:-

ปัญหา DI จากการตรวจสอบความถูกต้องทั้งในด้านจำนวนยา ขนาดยา และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น ถ้าพบปัญหาดังกล่าว ก็จะทำการประสานงานไปยังแพทย์ หรือเภสัชกร ตลอดจนพยาบาลในการแก้ไขปัญหาก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยานั้นไปใช้เองที่บ้าน และสามารถพบปัญหาดังนี้ พบ ปัญหาจำนวน 8 ปัญหา แก้ไขได้ 1 ปัญหาคือ Folic acid+ Cotrimoxazole แพทย์ให้หยุด Folic acid ปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังต่อไปอย่างใกล้ชิดก็คือ

Phenytoin + Fluconazole	ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย (ระดับนัยสำคัญของปัญหา DI = 2)
INH + Rifampicin	ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย (ระดับนัยสำคัญของปัญหา DI = 1)
Theophylline + Lorazepam	ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย (ระดับนัยสำคัญของปัญหา DI = 3)
Aspirin + Insulin	ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย (ระดับนัยสำคัญของปัญหา DI = 2)
Cimetidine + Propranolol	ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย (ระดับนัยสำคัญของปัญหา DI = 2)



สำหรับปัญหา DI ที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป เป็นปัญหาที่ยาดังกล่าวมีความจำเป็นต้องใช้ นั้น เพราะให้ผลดีในการรักษาคือ INH + Rifampicin ในผู้ป่วยวัณโรค, Fluconazole + Phenytoin ในผู้ป่วยติดเชื้อ AIDS นอกจากนี้เป็นปัญหาที่แพทย์ให้ติดตามอาการทางคลินิก และผลทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากยาที่เกิด DI นั้นๆ เคยใช้แล้ว และไม่พบปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ

**ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม** เป็นลักษณะผิดระเบียบของโรงพยาบาล พบ 5 ขนานยา 5 ปัญหา แก้ไขได้ 4 ปัญหา คือ แพทย์สั่งใช้ :-

Ismo® (20) เปลี่ยนเป็น Isordil®

Adalat® (5) เปลี่ยนเป็น Nelapine®(5)

Diclocil®(250) เปลี่ยนเป็น Cloxacillin (500 mg)

Ativan® (1) เปลี่ยนเป็น Lorazepam แทน

ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้คือ แพทย์สั่งใช้ Fluconazole ในคนไข้โรคเอดส์และติดเชื้อรารุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยานี้ เนื่องจากใช้ยาอื่นไม่ได้ผล

**ปัญหาทาง ADR** พบจำนวน 2 ปัญหา ในผู้ป่วย 2 ราย ไม่สามารถแก้ไขได้เลย เนื่องจากแพทย์ลงความเห็นว่าต้องใช้แม้ทราบปัญหา ADR แล้วก็ตาม คือ Captopril และ Lisinopril ปัญหา ADR ของยาทั้งสองก็คือ การไอ (Cough) แต่ให้คำแนะนำผู้ป่วย ถ้ามีปัญหามากขึ้น ให้มาพบแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขโดยใช้ยาอื่นในการรักษา (Alternative Drug)

**ปัญหาอื่นๆ** เป็นปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน 3 ปัญหา ในผู้ป่วย 3 ราย คือ สั่งใช้ Paracetamol + Muscol® 2 ราย และ Paracetamol + Tyleneon® ในผู้ป่วย 1 ราย โดยสามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้ง 3 ราย

จากผลการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการใช้ยา จากจำนวนปัญหาที่พบในชั้นตอนนี้ มีเพียง 18 ปัญหาจากจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ 1,018 ขนานยา หรือคิดเป็นร้อยละ 1.8 ของขนานยาทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขณะรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 8.5 ของจำนวนขนานยา 1,962 ขนานยา เป็นสิ่งบ่งชี้ได้ว่าการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน น่าจะเป็นผลดีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ทราบปัญหาท่อนจึงสามารถป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ รวมทั้งให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ ซึ่งน่าจะเป็นการป้องกันปัญหาการนำยาไปใช้ด้วยตนเองได้ไม่มากนักน้อยงานหลักในส่วนนี้ของเภสัชกร คือ การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับยาแต่ละขนานที่ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ต่อมากกว่าการแก้ไขปัญหา

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาในด้านทัศนคติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 18 ทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นจากเภสัชกร

ข้อมูลทางทัศนคติ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1. ● ความพึงพอใจต่อการให้บริการติดตามผลการใช้ยา	210	100.0
- ได้รับความรู้-เข้าใจต่อการใช้ยามากขึ้น		
- มีความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น		
- ได้รับทราบอาการข้างเคียง ผลเสียของการไม่ใช้ยาตามสั่ง		
● ไม่พอใจ	0	0.0
- เสียเวลา		
- 'ไม่ได้รับประโยชน์อะไร		
- 'ได้รับการพูดจาไม่ดี		
2. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลมีบริการแบบนี้อีกต่อไปหรือไม่		
ต้องการ	210	100.0
ไม่ต้องการ	0	0.0
3. ท่านมีความเห็นต่อการบริการนี้ ดังต่อไปนี้		
- เวลาที่ให้บริการ		
เหมาะสม	210	0.0
ไม่เหมาะสม	0	0.0
- สถานที่ให้บริการ		
เหมาะสม	205	97.6
ไม่เหมาะสม	0	0
อื่นๆ	5	2.4
- การให้คำอธิบายในการแนะนำการใช้ยา		
เข้าใจดี ชัดเจน	208	99.1
ไม่เข้าใจ	2	0.9

## ตารางที่ 18 (ต่อ)

ข้อมูลทางทัศนคติ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ		
ต้องการให้มีบริการต่อเนื่องครบวงจร 48 ราย		
ต้องการให้บริการแนะนำเรื่องอาหาร 37 ราย		
ต้องการให้มีเภสัชกรประจำห้องยานอกเพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา 30 ราย		

จากผลการสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบริการทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยพอใจและต้องการให้มีการบริการต่อไป เวลาที่ให้บริการเหมาะสม สำหรับสถานที่ให้บริการมีผู้ป่วย 5 ราย ต้องการให้มีสถานที่เฉพาะเพื่อความสะดวกต่อการเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น (หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือหอผู้ป่วยแบบรวม)

การอธิบายการใช้ยาของเภสัชกรเข้าใจดี มีผู้ป่วย 2 ราย ไม่ยอมรับฟัง อันเนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยเอง

ข้อเสนอแนะของผู้ป่วย 48 ราย ต้องการให้เภสัชกรให้บริการให้ครบวงจร คือ รวมทั้งผู้ป่วยนอกด้วย ผู้ป่วย 37 ราย ต้องการให้เภสัชกรแนะนำเรื่องอาหารที่เป็นประเภทอาหารเสริม และมีผู้ป่วย 30 ราย ต้องการให้คำปรึกษาและอธิบายปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยนอกด้วย

จากข้อเสนอแนะ และผลการสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่แสดงว่าเภสัชกร ควรดำเนินงานนี้ต่อไป และให้ครอบคลุมผู้ป่วยมากขึ้น และควรมีการบริการด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย

ตารางที่ 19 ทศนคติ ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนี้

ข้อมูลทัศนคติ	จำนวนแพทย์ (N = 5)	จำนวนเภสัชกร (N = 3)	จำนวนพยาบาล (N = 10)
1. เภสัชกรควรรับผู้ป่วยเพื่อบันทึกประวัติการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในอดีต			
ควร	5	3	10
ไม่ควร	0	0	0
2. เภสัชกรควรติดตามดูแลผู้ป่วยในด้าน ADR			
ควร	5	3	10
ไม่ควร	0	0	0
3. เภสัชกรควรติดตามดูแลผู้ป่วยในด้าน DI			
ควร	5	3	10
ไม่ควร	0	0	0
4. เภสัชกรควรติดตามดูแลการใช้ยาตามระเบียบโรงพยาบาล			
ควร	3	3	8
ไม่ควร	2	0	2
5. เภสัชกรควรให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน			
ควร	5	3	10
ไม่ควร	0	0	0
6. รูปแบบที่ดำเนินงานเหมาะสม			
เหมาะสม	5	3	10
ไม่เหมาะสม	0	0	0

## ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อมูลทัศนคติ	จำนวนแพทย์ (N = 5)	จำนวนเภสัชกร (N = 3)	จำนวนพยาบาล (N = 10)
7. พึงพอใจต่อการดำเนินงานตาม โครงการนี้			
พอใจ	5	3	10
ไม่พอใจ	0	0	0
ไม่ทราบ	0	0	0
8. คิดว่าการดำเนินงานโครงการนี้มี ส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษา พยาบาลต่อผู้ป่วย			
ดีขึ้น	5	3	10
เหมือนเดิม	0	0	0
ไม่ทราบ	0	0	0
ไม่ดีขึ้น	0	0	0
9. คิดว่าควรมีการดำเนินการโครงการ นี้ต่อไป			
ควร	5	3	10
ไม่ควร	0	0	0
อื่นๆ	0	0	0

จากผลการสำรวจทัศนคติของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้แบบสอบถาม (ภาคผนวก จ) ได้รับคำตอบจากแพทย์ 5 ท่าน เภสัชกร 3 ท่าน และพยาบาล 10 ท่าน ผลการสำรวจ (ตารางที่ 19) พบว่าบุคลากรทั้งหมดเห็นด้วยกับโครงการนี้ โดยคิดว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกร และเภสัชกรมีความรู้เรื่องยาดี น่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น สำหรับการใช้จ่ายตามระเบียบของโรงพยาบาล แพทย์ 2 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน เห็นว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาล เภสัชกรไม่จำเป็นต้องมาดูแลในด้านนี้ เนื่องจากแพทย์ทุกท่านมีบัญชีระเบียบการเลือกใช้จ่ายของโรงพยาบาลทุกคนอยู่แล้ว

สำหรับข้อเสนออื่นๆ นั้น เช่น ต้องการให้มีศูนย์ให้ความรู้เรื่องยา ในการตอบรับคำถามได้ตลอดเวลาที่ต้องการทราบข้อมูลทางด้านยา

โดยสรุป ในด้านทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีต่อการบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้น เห็นด้วยกับงานนี้ไม่มีข้อขัดแย้ง สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้ ในหัวข้อที่สำคัญทุกหัวข้อ ซึ่งเป็นผลที่สอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ชุตินารา (2538) และรายงานการศึกษาของจินดา ปิยสิริวัฒน์ (2539)

ฉะนั้น การบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นควรดำเนินการต่อไป ถ้ากระทำได้ทุกหอผู้ป่วยจะยิ่งเป็นประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านการใช้ยา และการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นไปอีก