

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรม ภาควิชาเภสัชกรรม


คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2542

ISBN 974-334-275-3

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

INPATIENT PHARMACEUTICAL CARE AT CHATTURUS
COMMUNITY HOSPITAL



Miss Wongnee Kulprom

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

Department of Pharmacy
Faculty of Pharmaceutical Sciences

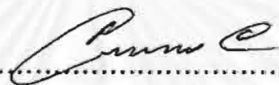
Chulalongkorn University

Academic Year 1999

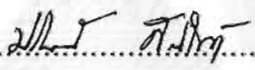
ISBN 974-334-275-3

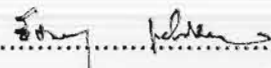
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส
โดย นางสาว วงศ์ณี กุลพรม
ภาควิชา เภสัชกรรม
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ อังฉรา อุทิศวรรณกุล

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

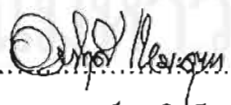

.....คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุนิพนธ์ ภูมมางกูร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ประภาพักตร์ ศิลปโชติ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ อังฉรา อุทิศวรรณกุล)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุมาลี แสงธีระปิติกุล)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อภิฤดี เหมะจุฑา)

วงศ์ณี กุลพรม : การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส
(INPATIENT PHARMACEUTICAL CARE AT CHATTURAS COMMUNITY
HOSPITAL) : อ. ที่ปรึกษา รศ. อัจฉรา อุทิศวรรณกุล ; 122 หน้า ISBN974-334-275-3

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน
จตุรัส ระหว่าง 16 สิงหาคม ถึง 15 ธันวาคม 2542 โดยเภสัชกรดำเนินงานดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับผู้ป่วย
เข้าพักรักษา จำหน่ายและเมื่อผู้ป่วยกลับมามีอาการตามผลการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง และประเมินความพึงพอใจ
ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

ในช่วงที่ทำการศึกษา เภสัชกรสามารถให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยใน 1,038 ราย พบ
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 328 ปัญหาในผู้ป่วย 250 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคืออันตรกิริยาระหว่างยากับยา
92 ปัญหา (ร้อยละ 28.05) การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 74 ปัญหา (ร้อยละ 22.56) และอาการไม่พึงประสงค์จาก
การใช้ยา 44 ปัญหา (ร้อยละ 13.41) ตามลำดับ เภสัชกรประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องตามสาเหตุของปัญหา พบว่า
แก้ไขปัญหาได้ 180 ปัญหา (ร้อยละ 54.88) ป้องกันได้ 65 ปัญหา (ร้อยละ 19.82) ต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
58 ปัญหา (ร้อยละ 17.68) และไม่สามารถแก้ไขได้ 25 ปัญหา (ร้อยละ 7.62) มีผู้ป่วย 160 ราย ที่ได้รับการ
บริหารต่อเนื่องจากการเป็นผู้ป่วยในแล้วมารับการบริการต่อที่คลินิกผู้ป่วยนอก จากการประเมินความพึงพอใจของผู้
ป่วยต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรจำนวน 186 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีความพึงพอใจใน
ระดับมาก อายุเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วน
ปัจจัยอื่น เช่น เพศ การศึกษา อาชีพ ค่ารักษาพยาบาล โรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

การปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถค้น
พบ แก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาเป็นการเพิ่ม
คุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ภาควิชาเภสัชกรรม.....ลายมือชื่อนิติ.....
สาขาวิชา.....เภสัชกรรม.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา.....2542.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

C4176580433 : MAJOR PHARMACY

KEY WORD : PHARMACEUTICAL CARE / COMMUNITY HOSPITAL

WONGNEE KULPROM : INPATIENT PHARMACEUTICAL CARE AT

CHATTURAS COMMUNITY HOSPITAL. THESIS ADVISOR :

ASSO.PROF. ACHARA UTISWANNAKUL. 122 PP. ISBN 974-334-275-3

The purpose of this study was to determine the output of a pharmacist's pharmaceutical care services at Chaturus Community Hospital during August 16, to December 15, 1999. The services aimed to provide continuity of care starting when the patients were admitted, discharged until their follow-up visit at outpatient clinic. The satisfaction of the patients who stayed in hospital over 3 days were assessed.

During studying, 1038 patients were offered the inpatient pharmaceutical care services, 328 drug related problems (DRPs) were identified in 250 patients. The most commonly found DRPs were : 92 drug-drug interaction problems (28.05%), 74 failure to receive medication problems (22.56%) and 44 adverse drug reaction problems (13.41%), respectively. After co-ordination with health care team, 180 problems (54.88%) were resolved, 65 problems (19.82%) could be prevented, 58 problems (17.68%) should be monitored closely and 25 problems (7.62%) were unable to resolve. There were 160 patients received continuity of pharmaceutical care services in the first follow-up visit at outpatient clinic. One hundred and eighty-six patients were assessed for their satisfactions toward pharmaceutical care that they received. Most patients ranked their satisfactions at high level. Age was the only factor that had statistically significant correlation with the patient satisfaction ($P < 0.05$), but other factors such as sex, education, occupations, cost of treatment, chronic disease and length of stay showed no significant correlation. ($P > 0.05$)

The inpatient pharmaceutical care services done by the pharmacist in co-ordination with other health care professionals can identify, resolve or prevent drug related problems. The patients will receive maximal benefit from the drug consumption. This can lead to the improvement of patient care

ภาควิชาเภสัชกรรม.....ลายมือชื่อนิติ.....
สาขาวิชา.....เภสัชกรรม.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา.....2542.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

Compu

Wong Nee Kulprom

กิตติกรรมประกาศ



ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สันติ วิริยางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจตุรัส ที่อนุญาตให้เข้าทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนจตุรัส และสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนโครงการนี้โดยตลอด และขอขอบพระคุณคณะแพทย์และพยาบาล ประจำหอผู้ป่วย ที่ให้คำชี้แนะและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนจตุรัส ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประภาพักตร์ ศิลปโชติ หัวหน้าโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก และท่านอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาเภสัชกรรมที่ได้ส่งเสริม และสนับสนุนการวิจัยในโครงการนี้ด้วยดีตลอดเวลา

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์อัจฉรา อุทิศวรรณกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้ความช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษา คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการวิจัย ให้กำลังใจจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และเนื่องจากทุนการวิจัยนี้บางส่วนได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย ณ ที่นี้ด้วย

ท้ายนี้ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ น้อง และเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
รายการคำย่อ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	6
2 ปริทัศน์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรม.....	7
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
3.1 ประชากร.....	37
3.2 เครื่องมือในการวิจัย.....	38
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	44
4.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม.....	44
4.2 ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม.....	51
4.3 ตอนที่ 3 ผลการติดตามผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้งหนึ่ง.....	81
4.4 ตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการบริหาร ทางเภสัชกรรมของเภสัชกร.....	85

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	98
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	98
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	113
ประวัติผู้วิจัย.....	122



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา.....	46
ตารางที่ 2 โรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	48
ตารางที่ 3 จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	49
ตารางที่ 4 จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน.....	50
ตารางที่ 5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย.....	51
ตารางที่ 6 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา.....	53
ตารางที่ 7 จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลกับการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา.....	55
ตารางที่ 8 การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา.....	56
ตารางที่ 9 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ.....	58
ตารางที่ 10 การเกิดอันตรายหรือระหว่างยากับยา.....	60
ตารางที่ 11 ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง	61
ตารางที่ 12 รายการยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ.....	63
ตารางที่ 13 ปัญหาการได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไป.....	64
ตารางที่ 14 ปัญหาในลักษณะอื่น ๆ.....	66
ตารางที่ 15 ปัญหาการได้รับยาที่เหมาะสม แต่ขนาดยาน้อยเกินไป.....	67
ตารางที่ 16 การไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ	69
ตารางที่ 17 ปัญหาการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	71
ตารางที่ 18 ปัญหาการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้	72
ตารางที่ 19 ผลการให้ข้อเสนอแนะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบของเภสัชกร.....	73
ตารางที่ 20 กิจกรรมที่ได้ดำเนินการแก้ไข ป้องกัน หรือเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ.....	74
ตารางที่ 21 ผลการติดตามผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้งหนึ่ง.....	81
ตารางที่ 22 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ.....	86
ตารางที่ 23 สภาพการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ.....	88
ตารางที่ 24 ลักษณะความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	90
ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	91
ตารางที่ 26 คะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	92
ตารางที่ 27 คุณลักษณะประชากรกับความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	93

รายการคำย่อ

ac	= Before Meals
amp.	= Ampule
ASHP	= American Society of Hospital Pharmacists
BP	= Blood Pressure
BUN	= Blood Urea Nitrogen
COPD	= Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPZ	= Chlorpromazine
Cr	= Creatinine
D/C	= Discharge
5%D/N/2	= 5% Dextrose in 0.45% Sodium Chloride Solution
DZP(D ₂)	= Diazepam
ECHO	= Economic Clinical Humanistic Outcome
E / D	= Eye Drop
EMB	= Ethambutol
FBS	= Fasting Blood Sugar
F/U	= Follow-up
g.	= Gram
GI	= Gastrointestinal
HCTZ	= Hydrochlorothiazide
hr.	= Hour
HT	= Hypertension
I.C.U.	= Intensive Care Unit
IHD	= Ischemic Heart Disease
im.	= Intramuscular
INH	= Isoniazid
IR	= Isoniazid Rifampicin
IRZE	= Isoniazid Rifampicin Pyrazinamide Ethambutol
iv.	= Intravenous

รายการคำย่อ (ต่อ)

K	= Potassium
KCl	= Potassium Chloride
LFT	= Liver Function Test
MDI	= Metered Dose Inhaler
Mg	= Magnesium
mg.	= Milligram
mg%	= Milligram per 100 Milliliters
mg/kg	= Milligram per Kilogram
mmHg	= Millimeters of Mercury
M.O.M.	= Milk of Magnesia
NSAIDs	= Non Steroidal Anti-inflammatory Drugs
OD	= Once Daily
pc	= After Meals
prn	= As Needed or As Occasion Requires
PTU	= Propylthiouracil
PU	= Peptic Ulcer
PZA	= Pyrazinamide
q	= Every
RI	= Regular Insulin
UGIH	= Upper Gastro- Intestinal Hemorrhage
URI	= Upper Respiratory Infection
UTI	= Urinary Tract Infection

บทที่ 1



บทนำ

จากการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร มาสู่การบริหารบาททางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ซึ่งเป็นความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยในส่วนการบำบัดรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ถือเป็นพันธกิจของเภสัชกรที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยใช้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems ; DRPs) เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งเภสัชกรต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อระบุ แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Hepler and Strand , 1990)

จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรค และอัตราการตาย อาจนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว และอาจเกิดปัญหาการรักษาใหม่ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาพบแพทย์อีก ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน เข้าห้องฉุกเฉิน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเสียชีวิต และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Johnson, และคณะ, 1995) เช่น จากการติดตามผู้ป่วยห้องฉุกเฉินของ Smith และคณะ (1997) พบผู้ป่วยเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาร้อยละ 4.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด การไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง (Failure to Receive Drug) เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดร้อยละ 58.0 การศึกษาของ Dennehy และคณะ (1996) พบว่าการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Noncompliance) ร้อยละ 58.0 และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 32.0 เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับยา ที่พบในผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และการศึกษาของ Aparasu (1998) พบว่าร้อยละ 0.41 ของผู้ป่วยที่เข้าห้องฉุกเฉินทั้งหมด มีสาเหตุเนื่องมาจากเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้

เนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา และมีผลเสียแก่ผู้ป่วยโดยตรง พบว่าการบริหารผู้ป่วยทางเภสัชกรรม สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ลดระยะเวลาของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การย้ายไปอยู่ในห้องดูแลผู้ป่วยพิเศษ (I.C.U.) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) และการเกิดอาการ

ไม่เพียงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งลดจำนวนของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ (Smyth และคณะ , 1998) การที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการรักษา และลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ (Chisholm และคณะ , 1995)

การประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการทางเภสัชกรรม มีสามด้านคือผลลัพธ์ ด้านคลินิก (Clinical Outcome) ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (Humanistic Outcome) และผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcome) สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับบริการที่คาดหวัง ถ้าบริการที่ได้รับตรงตามความต้องการหรือความคาดหวัง หรือสูงกว่าความคาดหวังของเขา พวกเขาจะเกิดความพึงพอใจหรือประทับใจกับการบริการนั้น (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539 ; Coons and Johnson , 1997 ; Schommer and Kucukarslan , 1997)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการทางการแพทย์ วัดจากหลายด้าน เช่น ความสะดวกของบริการ ทัศนคติความมีน้ำใจของผู้ให้บริการ คุณภาพของบริการ ข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับ การเข้าถึงบริการ , ด้านเทคนิค , สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา และค่าใช้จ่าย เป็นต้น (Pathak and Maine 1996 ; Schommer and Kucukarslan ,1997 ; Coons and Johnson, 1997 ; Johnson , 1999) ความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจนำไปสู่ความเข้าใจและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้การรักษาดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และพวกเขาอาจจะแนะนำให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ มาเข้ารับบริการ (ธนัญชนก จำเริญอรุณ, 2541) การศึกษาของ Larson (1998) พบว่าผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจกับการบริการทางเภสัชกรรมด้วยคะแนนเฉลี่ย 3.7 ± 1.1 และ Briesacher and Correy (1997) พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการคอยรอรับยา จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและบริการที่ได้รับจริงของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี ของ ธนัญชนก จำเริญอรุณ (2541) พบว่าค่าเฉลี่ยของความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของบริการที่ได้รับจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในบริการทุก ๆ ด้าน และค่าเฉลี่ยความคาดหวังกับบริการที่ได้รับจริงของผู้ป่วยต่อบริการด้านคุณภาพของห้องยา คือ การได้รับยาครบจำนวนและถูกต้องตามที่

แพทย์สั่ง และบริการที่ควรได้รับการปรับปรุง คือ บริการด้านความสะดวกรวดเร็ว และ ข้อมูลที่ได้รับ

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มมีการนำแนวคิดของการบริหารทางเภสัชกรรมมาปฏิบัติ แต่เนื่องจากเป็นงานที่ค่อนข้างใหม่ และอยู่ในช่วงของการค้นหารูปแบบของงานที่เหมาะสมเป็นมาตรฐาน อีกทั้งการปฏิบัติงานจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะบางอย่าง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้ช้า (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2536) จากการประเมินผลการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรีพบว่า เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด 259 ปัญหา ในจำนวนนี้ 224 ปัญหา (ร้อยละ 94.2) พบในผู้ป่วยที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เภสัชกรได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่พบ โดยการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ (บุญราศรี กล้าชื่น และคณะ, 2540) ในการติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งมากที่สุด 155 ปัญหา (ร้อยละ 37.6) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 121 ปัญหา (ร้อยละ 29.4) ซึ่งเภสัชกรสามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียได้ 180 ปัญหา (ร้อยละ 47.3) แก้ไขได้ 105 ปัญหา (ร้อยละ 25.5) และต้องเฝ้าระวังอีก 116 ปัญหา (ร้อยละ 28.1) (รัตนา แสนอารี, 2539) จากการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบปัญหาจากการสั่งใช้ยามากที่สุด 120 ปัญหา (ร้อยละ 50.6) ปัญหาจากการบริหารยา 53 ปัญหา (ร้อยละ 22.4) ปัญหาจากการจ่ายยา 24 ปัญหา (ร้อยละ 10.1) เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาได้ 183 ปัญหา (ร้อยละ 85.5) ทั้งนี้เป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (เปรมจิตต์ จริยพงษ์ไพบูรณ์, 2539)

ในโรงพยาบาลชุมชน ได้เริ่มมีการทบทวนหาแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยบ้างแล้ว โดยในปี 2538 ได้มีการทำโครงการพัฒนางานเภสัชกรรมชุมชนปี 2538-2539 โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการปฏิบัติงานทางด้านเภสัชกรรมคลินิก และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติภายใต้หลักของการบริหารทางเภสัชกรรม โดยโรงพยาบาลจตุรัสได้เข้าร่วมโครงการพัฒนางานเภสัชกรรมชุมชนดังกล่าว จึงได้พัฒนาระบบการกระจายยาผู้ป่วยในเป็นแบบ วันต่อวัน (Daily Dose) มีการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในก่อนนำยากลับไปใช้เองที่บ้าน (Discharge Counseling) งานบริการข่าวสารด้านยา,

งานเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่งานติดตามการใช้ยาในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกรเป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ ซึ่งการมีเภสัชกรเข้าไปร่วมรับผิดชอบโดยตรง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาได้ จากบทบาทของเภสัชกรด้านการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนประทิว พบปัญหาจากการใช้ยา 293 ปัญหา ข้อเสนอแนะเพื่อการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ 263 ครั้ง (ร้อยละ 89.4) โดยการผสมผสานหลายกิจกรรมของงานเภสัชกรรมคลินิกเข้าไว้ด้วยกัน (ปิยะวรรณ กุวลัยรัตน์, 2538) การที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจ และเห็นความสำคัญของการใช้ยา จะทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น และป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้ นอกจากนี้การประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรจะทำให้ทราบว่า การบริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ในระดับใด

ผู้วิจัยได้คัดเลือกโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นสถานที่วิจัย เนื่องจากต้องการนำหลักการบริหารทางเภสัชกรรมมาปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน และจากการศึกษาเบื้องต้นในการติดตามการใช้ยาในหอผู้ป่วยจำนวน 280 รายพบว่าผู้ป่วย 74 ราย (ร้อยละ 26.43) มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจำนวน 95 ปัญหา ประกอบกับโรงพยาบาลจตุรัสมีจำนวนเภสัชกรเพียงพอที่จะขยายงาน และสามารถที่จะดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมให้เป็นงานประจำได้ นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งฝึกระดับจังหวัดของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ดังนั้นการติดตามการใช้ยาของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อเภสัชกรและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ และเป็นการเปิดบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยด้านยาอีกด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรัส
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรงพยาบาลจตุรัส
2. เพื่อศึกษาผลการให้ข้อเสนอแนะในการระบุ แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรัส
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ต่อกิจกรรมการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) หมายถึงการดูแลรับผิดชอบของเภสัชกรต่อผู้ป่วยโดยตรงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเภสัชกรมีหน้าที่ในการระบุ แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา โดยปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยนั้น

2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems) หมายถึง ผลอันไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา ทำให้ไม่ได้รับผลการรักษาที่ต้องการตามแนวทางของ Hepler and Strand 1990 และ Hassan and Gan 1993 ดังนี้

1. การไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indication)
2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)
3. การได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Too Little of Correct Drug)
4. การได้รับที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (Too Much of Correct Drug)
5. การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง (Failure to Receive Prescribed Drug)
6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction)
7. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction)
8. การให้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (Invalid Indication)
9. ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ (Miscellaneous)

3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ใด ๆ จากการใช้ยา ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ และเกิดขึ้นเมื่อใช้ยานาปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัยบรรเทาหรือบำบัดรักษาโรค โดยไม่รวมถึงการใช้ยาในขนาดสูง จากอุบัติเหตุหรือโดยจงใจหรือจากการใช้ยาในทางที่ผิด (WHO, 1989)

4. อันตรกิริยาของยา (Drug Interaction) หมายถึง การเกิดอันตรกิริยาระหว่าง ยา กับยา หรือยากับโรค หรือยากับอาหารซึ่งส่งผลต่อการดูดซึมของยา การเพิ่มหรือลดฤทธิ์ของยาที่ใช้

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง จากการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับบริการที่คาดหวังถ้าบริการที่ได้รับมากกว่าหรือเท่ากับบริการที่คาดหวังไว้ ผู้ป่วยจะพึงพอใจและใช้บริการนั้นซ้ำอีกครั้ง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล จตุรัส
3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาลจตุรัสและโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ต่อไป
4. เปิดบทบาทของเภสัชกรในการเข้ามีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย



บทที่ 2

ปรัชญาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกร โดยตรงที่มีต่อผู้ป่วย ในการติดตามดูแลรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง แน่นนอน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผลการรักษาดังกล่าวหมายถึง

1. การหายจากโรค
2. บำบัดหรือบรรเทาอาการของผู้ป่วย
3. ชลอหรือยับยั้งการดำเนินของโรค
4. ป้องกันโรคหรืออาการของโรค

โดยเภสัชกรจะต้องประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และผู้ป่วย ในการวางรูปแบบการปฏิบัติ และการติดตามการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผลการรักษาที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรมีหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ

1. ค้นหาปัญหาที่เกิดหรือมีโอกาสดังกล่าวจากการใช้ยา
2. แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา
3. ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

การบริหารทางเภสัชกรรม เป็นแนวคิดใหม่ที่มีความสำคัญ ถือเป็นพันธกิจของเภสัชกรที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยใช้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

Lee and Ray (1993) ได้ขยายความของ Hepler and Strand (1990) ว่าการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีลักษณะที่เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยในส่วนอื่นๆ เช่นการดูแลของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือพยาบาล โดยมีประเด็นหลักที่สำคัญ ดังนี้

1. เภสัชกรดูแลผู้ป่วยโดยขึ้นกับความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย
2. เภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายและดูแลด้านการใช้ยา

ทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง

3. กลุ่มเป้าหมายหลักของการปฏิบัติงานคือผู้ป่วย
4. เกษีกรจะรับผิดชอบต่อผลของการใช้ยาโดยตรง

การดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรมโดยใช้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการดำเนินการ จะช่วยให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวางแผน กำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติงาน เภสัชกรจึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจความหมายของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อน

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems ; DRPs)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องหรือสงสัยว่าจะมีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นได้ส่งผลหรือมีโอกาสนำไปสู่ผลต่อการใช้ยาที่ต้องการในผู้ป่วยรายนั้น Strand และคณะ (1990) ได้เสนอเงื่อนไขไว้ว่า

1. ผู้ป่วยจะต้องเกิดหรือแสดงว่ามีโอกาสเกิดโรคหรืออาการ
2. อาการหรือโรคเหล่านั้น ต้องมีสาเหตุหรือสงสัยว่าเกิดจาก หรือเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual DRPs.) คือ ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา หรือสงสัยว่าจะเกิดจากการใช้ยาขึ้น และยังเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ที่จะต้องได้รับการแก้ไข
2. ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Potential DRPs.) คือ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดังกล่าวอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่ควรได้รับการป้องกัน
3. ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว (Inactive DRPs.) คือ ผู้ป่วยเคยเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในอดีตที่ได้รับการแก้ไขแล้ว แต่ควรบันทึกและติดตามการกลับเป็นซ้ำ เป็นลักษณะที่ควรสนใจติดตามเพื่อป้องกัน

จากหน้าที่หลักของเภสัชกร 3 ประการ คือ ค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่กำหนดกรอบของงานบริหาร

ทางเภสัชกรรม ทำให้มีผู้สนใจรวบรวมและจัดแบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาไว้หลายอย่าง ดังนี้

- I. แบ่งตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนของการใช้ยา
- II. แบ่งตามเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจมีผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วย
- III. แบ่งตามปัญหาของการรักษาด้วยยา

I. การแบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนของการใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนต่างๆ ของการใช้ยา อาจจำแนกได้ดังนี้ (Allan and Barker, 1990 ; ASHP, 1993)

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา

- 1.1 ชื่อยาไม่ถูกต้อง
- 1.2 วิธีทางบริหารยาไม่ถูกต้อง
- 1.3 ขนาดยาไม่ถูกต้อง
- 1.4 ความแรงของยาไม่ถูกต้อง
- 1.5 รูปแบบยาที่สั่งไม่ถูกต้อง
- 1.6 ข้อมูลในคำสั่งไม่ครบถ้วน
- 1.7 การสั่งใช้ยาที่มีข้อบ่งใช้เหมือนกันซ้ำซ้อน
- 1.8 การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมในแง่ของ ข้อบ่งใช้ การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์
- 1.9 การสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยา
- 1.10 การลืมนัดสั่งใช้ยา
- 1.11 การเขียนคำสั่งใช้ยาที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิด หรือลายมือที่อ่านยาก

2. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

- 2.1 การลืมนัดบริหารยาตามแพทย์สั่ง
- 2.2 การบริหารยาผิดเวลา
- 2.3 การบริหารยาผิดขนาดจากที่แพทย์สั่ง หรือบริหารยาซ้ำซ้อน
- 2.4 การบริหารยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
- 2.5 การบริหารยาผิดรูปแบบจากที่แพทย์สั่ง

- 2.6 การใช้ยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
- 2.7 การบริหารยาที่มีการเตรียมผิดสูตร
- 2.8 การบริหารยาด้วยเทคนิค หรือขั้นตอนที่ไม่เหมาะสม
3. ความคลาดเคลื่อนในการติดตามผลการรักษา เช่น ไม่มีการสั่งติดตามผลการตรวจรักษา หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง หรือความคลาดเคลื่อนในการทบทวนการสั่งจ่าย หรือปรับรูปแบบตามสภาวะของผู้ป่วย
4. ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
5. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Allan and Barker, 1990)
 - 5.1 การจ่ายยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดรูปแบบ ลืมจ่ายยา หรือจ่ายยาช้าช้อน หรือจ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้
 - 5.2 การเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม
 - 5.3 การเตรียมยาหรือผสมยาผิดไม่เหมาะสม
6. ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น

II. การแบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเหตุการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจมีผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990 ; Hassan and Gan, 1993)

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ
 - 1.1 ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์
 - 1.2 ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งเกิดหลังได้รับการรักษาระยะหนึ่ง
 - 1.3 หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น
 - 1.4 แพทย์สั่งยาที่เสริมฤทธิ์ในการรักษา
 - 1.5 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
 - 2.1 การเลือกใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ไม่เหมาะสมกับโรค
 - 2.2 การเลือกใช้ยาที่ไม่ได้ให้ผลดีที่สุด
 - 2.3 การเลือกใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้

- 2.4 การเลือกใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยแพ้
- 2.5 การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ใช่ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- 2.6 การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่คุ้มค่าในทางเศรษฐกิจ
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม แต่ขนาดหรือระดับยาน้อยเกินไป
 - 3.1 การใช้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป
 - 3.2 ความเข้มข้นของยาดำกว่าระดับที่ได้ผลในการรักษา
 - 3.3 ระยะเวลาระหว่างมือของยาห่างกันมากเกินไป
 - 3.4 การเลือกบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
 - 3.5 การเลือกใช้รูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป
 - 3.6 ปัญหาการใช้ยาเสื่อมสภาพหรือยาที่หมดอายุ
4. การใช้ยาที่เหมาะสม แต่ขนาดหรือระดับยาสูงเกินไป
 - 4.1 การใช้ยาในขนาดที่สูงเกินไป
 - 4.2 ระดับยาในเลือดสูงจนถึงระดับที่ก่อให้เกิดภาวะพิษ
 - 4.3 การบริหารยาด้วยอัตราเร็วมากเกินไป
 - 4.4 ระยะเวลาในการบริหารยาแต่ละมือห่างกันน้อยเกินไป
 - 4.5 เกิดการสะสมของยา ทำให้ระดับยาในเลือดสูงเกินไป
 - 4.6 การบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
 - 4.7 การเลือกรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป
5. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - 5.1 การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Type A)
 - 5.2 การแพ้ยา หรือ การเกิดโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Type B)
6. อันตรกิริยาระหว่างยา
 - 6.1 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา
 - 6.2 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรค
7. การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง
 - 7.1 เกสซ์กรจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามแพทย์สั่ง
 - 7.2 พยาบาลลืมบริหารยาให้กับผู้ป่วย
 - 7.3 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Non compliance)
8. การได้รับยาโดยไม่มียังข้อบ่งใช้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งใช้
 - 8.1 การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse)

- 8.2 การใช้ยาในข้อบ่งใช้ที่ไม่ได้รับการรับรอง
- 8.3 การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้หรือใช้ยาโดยไม่มีคำแนะนำ
- 9. ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ เช่น
 - 9.1 ปัญหาความไม่ชัดเจนในการสั่งใช้ยา
 - 9.2 ปัญหาการสั่งยาซ้ำซ้อน
 - 9.3 ปัญหาการคัดลอกคำสั่งผิด
 - 9.4 ปัญหาการไม่ให้ข้อมูลการบริหารยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
 - 9.5 ความคลาดเคลื่อนในการติดตามผลการรักษา

III. การแบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาคตามปัญหาของการรักษาด้วยยา (PRIME Pharmacotherapy Problems)

Canaday and Yarborough (1994) ได้เสนอแนวทางการกำหนดประเภทปัญหา โดยนำลักษณะปัญหาที่อาจพบ มาจัดใหม่ให้จำง่ายและเป็นลักษณะปัญหาที่อาจพบในการปฏิบัติงานของเภสัชกรโดยเฉพาะ โดยกำหนดเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

1. เกสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical) คือ ความคลาดเคลื่อนในทางเภสัชกรรม โดยประเมินเกี่ยวกับ
 - รูปแบบยา
 - ขนาดยา
 - วิธีทางบริหารยา
 - เวลาในการบริหารยา
 - ระยะเวลาในการรักษา
 - ความถี่ของการบริหารยา
2. อันตรายต่อผู้ป่วย (Risk to Patient) คือ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของผู้ป่วย โดยประเมินเกี่ยวกับ
 - ข้อห้ามใช้ของยา
 - การแพ้ยาของผู้ป่วย
 - ยาทำให้เกิดความเจ็บป่วย
 - การใช้ยาไม่เหมาะสม
 - อาการไม่พึงประสงค์
 - ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา
3. อันตรกิริยา (Interaction) คือการเกิดอันตรกิริยาของยา โดยประเมินเกี่ยวกับ
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย

4. ขอบ่งใช้กับสภาวะ / โรคผู้ป่วย (Mismatch Between Medication and Indication/Conditions) คือการใช้ยาโดยไม่สัมพันธ์กับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย โดยประเมินเกี่ยวกับ
 - การใช้ยาโดยไม่มีขอบ่งใช้
 - ขอบ่งใช้หรือสภาวะของโรคที่ไม่ได้รับการรักษา
5. ประสิทธิภาพของการรักษา (Efficacy Issue) โดยประเมินเกี่ยวกับ
 - การเลือกใช้ยาที่ให้ผลในการรักษาโรคของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ว่ามีประสิทธิภาพหรือให้ผลในการรักษาได้ดีที่สุด
 - การใช้ยาที่ไม่มีหลักฐานหรือมีผลในการรักษาน้อย
 - ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตรงตามที่แพทย์สั่ง เช่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี ปัญหาการขาดแคลนยา หรือผู้ป่วยไม่เชื่อว่าจะใช้ยาได้ผล

จากตัวอย่างของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายลักษณะและทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา บางชนิดอาจรุนแรงและมีนัยสำคัญมาก ในขณะที่บางชนิดอาจไม่รุนแรงนัก

สาเหตุของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

สาเหตุที่ทำให้ผลการรักษาด้วยยาไม่เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดย Hepler and Strand (1990) ได้แบ่งประเภทของสาเหตุตามขั้นตอนกระบวนการใช้ยาดังต่อไปนี้

1. การสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม ได้แก่การสั่งใช้ยาในขนาดและวิธีการให้ยาที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านชนิดยา รูปแบบ ขนาด วิธีทาง ปริมาณ ระยะเวลาและช่วงเวลาให้รวมถึงการสั่งใช้ยาที่ไม่จำเป็น
2. การนำส่งยาไม่เหมาะสม ได้แก่
 - 2.1 การไม่มียาให้ใช้ในเวลาที่ต้องการ เนื่องจากไม่มียาในคลังยา ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ายาได้ ระบบการกระจายยา หรือผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ให้ยาอย่างครบถ้วน
 - 2.2 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา เช่น การเขียนฉลากยาไม่ถูกต้อง การขาดคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หรือให้คำแนะนำในทางที่ผิด

2.3 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เช่น การเตรียมยา การบริหารยา การหยาบยาผิด

3. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสมหรือถูกต้อง พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เหมาะสม เป็นปัญหาด้านความร่วมมือของผู้ป่วย
4. การเกิดอาการแพ้โดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Patient Idiosyncrasy) อันเป็นปฏิกิริยาตอบสนองจากยากับผู้ป่วยเฉพาะราย
5. การติดตามผลการรักษาไม่เหมาะสม (Inappropriate Monitoring) ได้แก่ ความล้มเหลวของการติดตามและแก้ไขผลการรักษาด้วยยา หรือการติดตามผลของการรักษาด้วยยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การมีเป้าหมายเพื่อให้ผลการใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ เพื่อผลการรักษาที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามพันธกิจในการบริหารทางเภสัชกรรม เภสัชกรต้องประสานงานเดิมเข้ากับงานใหม่ และจะต้องเป็นภารกิจของเภสัชกรทุกคน

ผลกระทบของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยา ก่อให้เกิดผลต่าง ๆ ตามมา ดังนี้

1. ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานขึ้น
3. ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาไม่ได้ผลหรือเกิดพิษจากยา
4. ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาของ Johnson และคณะ (1995) พบว่าการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย อาจนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว และอาจเกิดปัญหาการรักษาใหม่ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาพบแพทย์อีก ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน เข้าห้องฉุกเฉิน เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเสียชีวิต ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล Ng และคณะ (1999) พบว่ายาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 29.0 โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบมากที่สุดร้อยละ 58.0

ประโยชน์ของการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

1. เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเภสัชกรในการค้นหา แก้อา และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา
2. ช่วยให้เภสัชกรได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง
3. ช่วยกำหนดกระบวนการ การพัฒนาการทำงานให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
4. เป็นการพัฒนาศักยภาพของเภสัชกร
5. เป็นแนวทางต่อการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอน ซึ่งจะเน้นถึงผลการรักษาของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการใช้ยาที่เหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาของ Bjornson และคณะ (1993) พบว่าการที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง และลดค่าใช้จ่ายด้านยาด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับทีมที่ไม่มีเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย

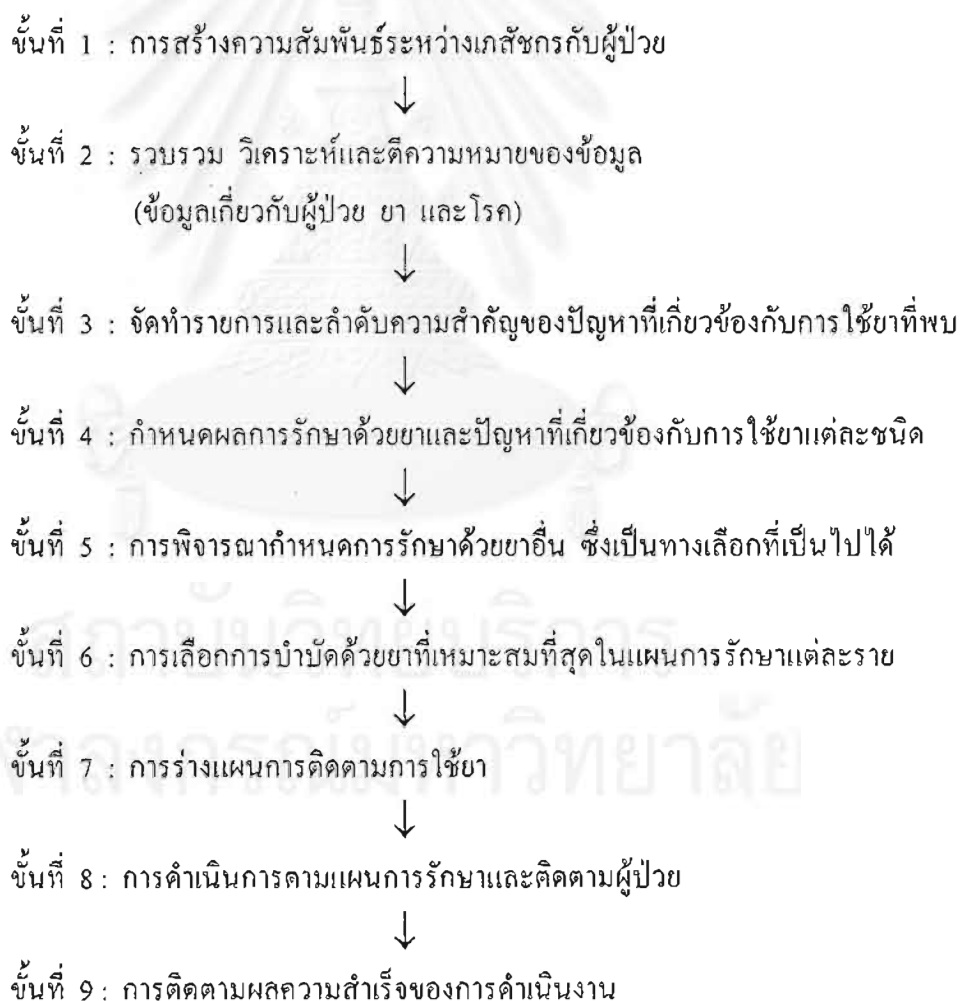
Cumie และคณะ (1997) พบว่าเภสัชกรที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยช่วยพัฒนาความสามารถในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้มากขึ้น และพบว่านักศึกษาเภสัชศาสตร์หลักสูตร Pharm D สามารถค้นหา แก้อา และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ในการร่วมดูแลผู้ป่วยพบว่าคำแนะนำ ร้อยละ 86 ของนักศึกษาได้รับการยอมรับจากทีมแพทย์ (Chisholm และคณะ, 1997)

การบริหารการใช้ยาโรคระบบทางเดินหายใจที่โรงพยาบาลราชวิถี พบผู้ป่วยร้อยละ 32.77 มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งมากที่สุด (ร้อยละ 31.48) ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (ร้อยละ 47.06) เป็นปัญหาการได้รับยาในขนาดต่ำกว่าขนาดที่ใช้รักษามากที่สุด (ร้อยละ 42.95) เภสัชกรสามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาได้ ร้อยละ 50.16 แก้อาปัญหาได้ ร้อยละ 48.85 ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานว่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้นและควรดำเนินการต่อไป (จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์, 2538) การบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าก่อนผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งมากที่สุด (ร้อยละ 54.3) ขณะที่

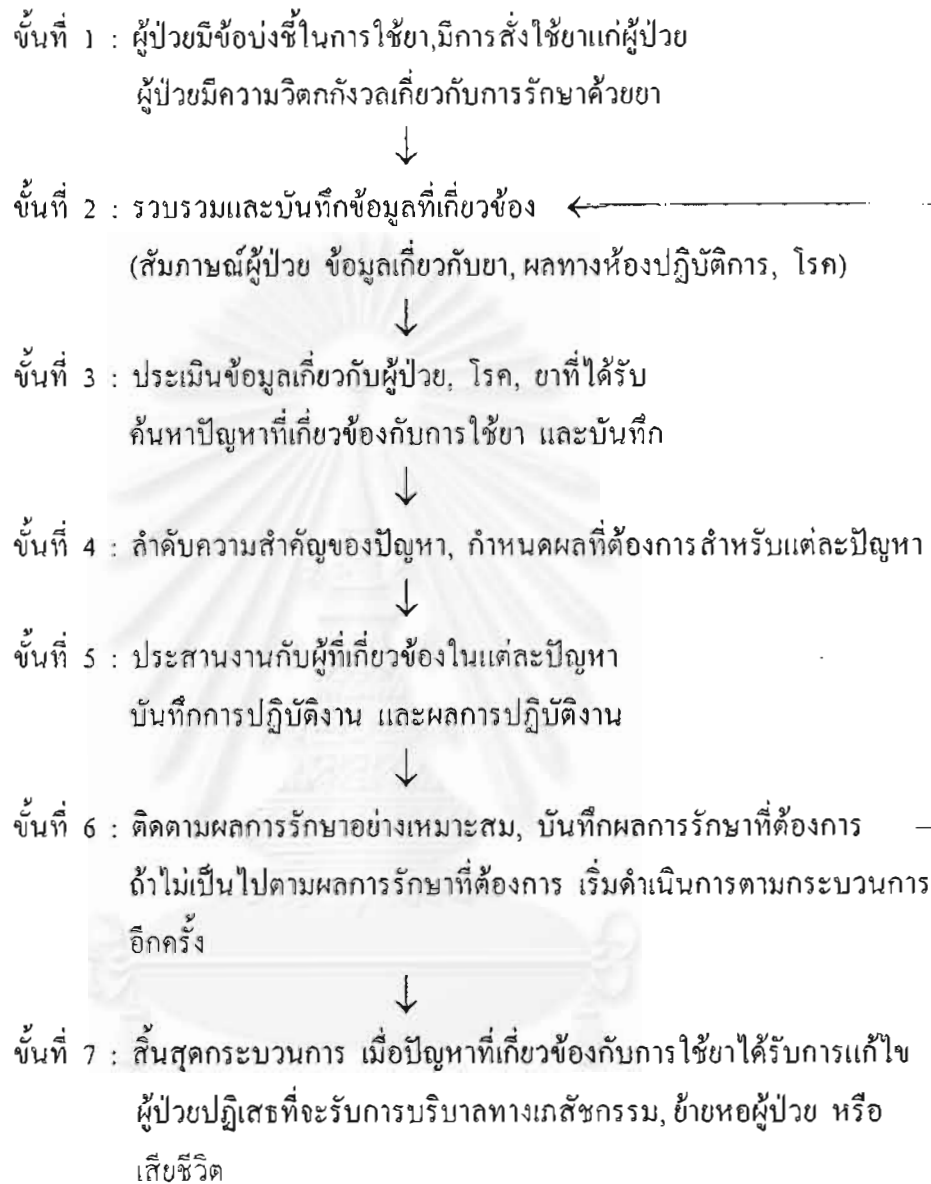
ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบปัญหาอันตรกิริยา 71 ปัญหา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 54 ปัญหา เกสัชกรแก้ปัญหที่พบได้ 87 ปัญหา ป้องกันได้ 28 ปัญหา ติดตามเฝ้าระวัง 52 ปัญหา (ชัยณรงค์ ก้องเกียรติงาม, 2541)

กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม

เพื่อเป็นแนวทางแก่เภสัชกร ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการเสนอกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม โดยเน้นความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยในฐานะผู้ดูแลด้านยา และการกำหนดผลการรักษาร่วมกับผู้ป่วย กระบวนการนี้เรียกว่า Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ (Strand และคณะ, 1988)



Tomechko และคณะ (1995) ได้เสนอกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ดังนี้



ASHP (1996) ได้เสนอกระบวนการที่เป็นมาตรฐานสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรม
ดังนี้

ขั้นที่ 1 : การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อใช้ในการค้นหา แก้ไขหรือ
ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินความ
เหมาะสมของการใช้ยา



ขั้นที่ 2 : ระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น



ขั้นที่ 3 : ระบุความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรักษา



ขั้นที่ 4 : กำหนดผลการรักษาที่ต้องการ



ขั้นที่ 5 : วางแผนการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย



ขั้นที่ 6 : วางแผนการติดตามผลการใช้ยา



ขั้นที่ 7 : ดำเนินการตามแผนการรักษา



ขั้นที่ 8 : ดำเนินการติดตามผลการรักษา



ขั้นที่ 9 : วางแผนการรักษาใหม่แล้วแต่ผลการรักษาของผู้ป่วย

Cipolle และคณะ (1998) ได้เสนอกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

ขั้นที่ 1 : เริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

(หาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย, โรค, ยาที่ผู้ป่วยได้รับ)



ขั้นที่ 2 : การประเมินข้อมูลที่ได้รับเพื่อกำหนดการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ผู้ป่วย : มีความเข้าใจ มีความคาดหวัง มีความกังวล มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

ผู้ดูแล : ให้มีการใช้ยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสะดวกในการใช้ที่สุด



ขั้นที่ 3 : วางแผนการดูแลรักษาโดยกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติ

ผู้ป่วย : พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา → แก้ไขปัญหา

ผู้ดูแล : ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา → ถึงเป้าหมายการรักษาที่ตั้งไว้
→ ป้องกันปัญหา



ขั้นที่ 4 : การติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย (สถานะสุขภาพของผู้ป่วย)

- บันทึกผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หายป่วย ดีขึ้น ไม่ดีขึ้น ล้มเหลว เสียชีวิต

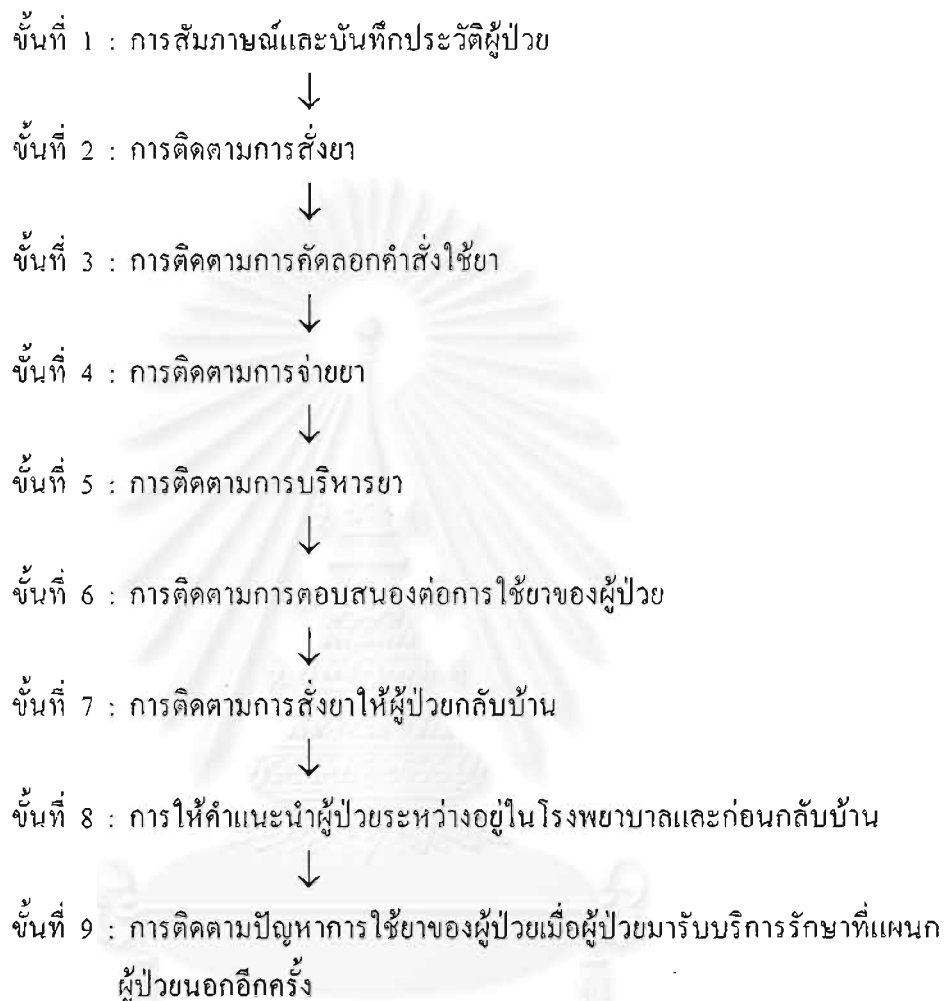
- ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ถึงเป้าหมายการรักษาที่ตั้งไว้

- เริ่มขั้นตอน ที่ 1 ใหม่ เมื่อพบปัญหาใหม่ที่ต้องการรักษา แก้ไขหรือป้องกันในอนาคต

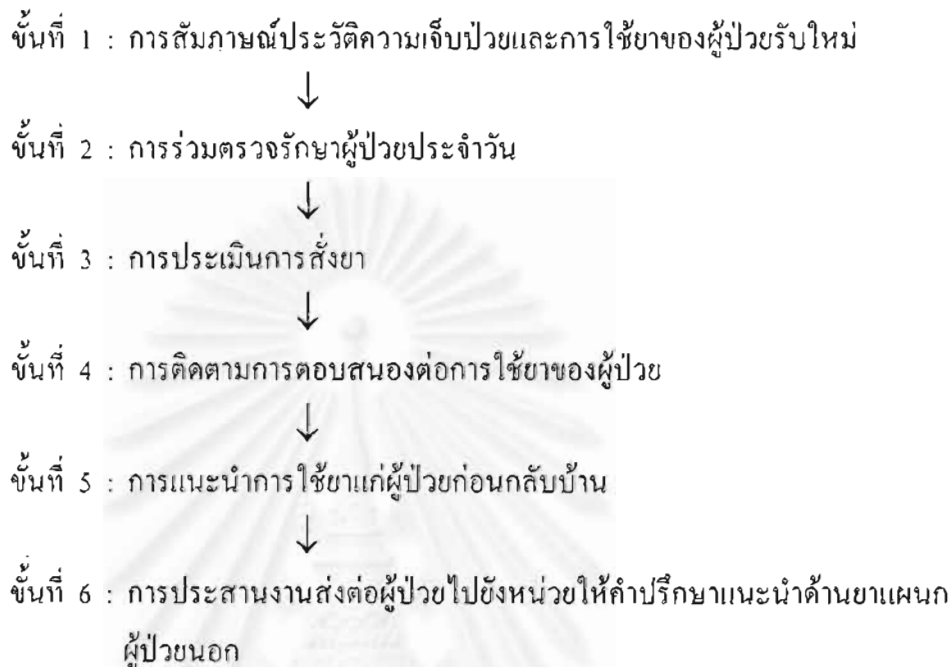


ขั้นที่ 5 : ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ปีระวรรณ กุวลย์รัตน์ (2538) ได้เสนอรูปแบบการปฏิบัติงานบริหารผู้ไข้ใน
โรงพยาบาลชุมชน ดังนี้



จินดา ปิยศิริวัฒน์ (2539) พบว่ารูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย ต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่จำเป็นอย่างน้อย 6 กิจกรรม คือ



ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผลการรักษาด้วยยาเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม Dvorak และคณะ (1998) พบว่าการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วไปรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยส่งสำเนารายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนกลับบ้านพร้อมประวัติการรักษาไปให้เภสัชกรชุมชนหรือเภสัชกรแผนกผู้ป่วยนอก จากการติดตามผลพบว่าข้อมูลของผู้ป่วย 102 ราย (ร้อยละ 85.0) มีประโยชน์ในการให้คำปรึกษาด้านยาที่พิเศษเฉพาะสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ ข้อมูลผู้ป่วย 104 ราย (ร้อยละ 87.0) มีประโยชน์สำหรับเภสัชกรในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โรค และยาที่ผู้ป่วยได้รับ ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และข้อมูลผู้ป่วย 75 ราย (ร้อยละ 62.0) ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

Wemick และคณะ (1996) กล่าวว่า การขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว หากไม่สามารถดูแลปัญหาพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จะทำให้ผู้ป่วยสับสนและให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำได้ จึงให้เภสัชกรทบทวนรายการยาก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วย

30 ราย (ร้อยละ 11.9) ได้รับการเปลี่ยนใบสั่งยาตามข้อเสนอแนะของเภสัชกรในเรื่อง ขนาดยา การเลือกยาที่เหมาะสม ยาที่ผู้ป่วยแพ้ ใบสั่งยาไม่ถูกต้องครบถ้วน เช่น ไม่ลงจำนวนยา จำนวนครั้งที่จะมารับยาต่อเนื่อง (Refill) ลายเซ็นค้แพทย์ เป็นต้น

รัตนา แสนอารี (2539) ติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 412 ปัญหา เภสัชกรสามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียได้ 180 ปัญหา (ร้อยละ 43.70) แก้ไขได้ 105 ปัญหา (ร้อยละ 25.50) และต้องเฝ้าระวังอีก 116 ปัญหา (ร้อยละ 28.10) เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาในครั้งที่ 1 พบปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อนที่จะมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำสั่ง (ชัยณรงค์ ก้องเกียรติงาม, 2541) ปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (จันทนิ ฉัตรวิริยวงศ์, 2538) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากการเป็นผู้ป่วยในแล้วมารับบริการต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญ

ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรม (Outcome of Pharmaceutical Care)

การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานการบริหารทางเภสัชกรรม Gouveia และคณะ (1991, 1995); Farris and Kirking (1993) ได้เสนอการประเมินคุณภาพของการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นการประเมิน โครงสร้าง - กระบวนการ - ผลลัพธ์ (Structure - Process - Outcome) พร้อมเกณฑ์ชี้วัดผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. เกณฑ์ชี้วัดโครงสร้าง

ใช้ประเมินด้านการจัดองค์กร บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากร โดยตั้งอยู่ในสมมุติฐานว่า การมีโครงสร้างที่ดีจะก่อให้เกิดการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ เกณฑ์ชี้วัดโครงสร้าง เช่น การมีเภสัชกรปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรรม มีศูนย์เภสัชสนเทศที่เหมาะสม มีคลังยาที่เพียงพอ มีผู้ช่วยเภสัชกรที่ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดี มีพื้นที่เป็นส่วนตัวสำหรับให้คำปรึกษาด้านยากับผู้ป่วย เป็นต้น

2. เกณฑ์ชี้วัดกระบวนการ

ใช้ประเมินขั้นตอนการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรม ที่เกิดขึ้นระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย ตั้งอยู่ในสมมุติฐานว่ากระบวนการที่ดีจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี เกณฑ์ชี้วัดกระบวนการ เช่น ประเภทและจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การค้นหา แก้ไข

และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของเภสัชกร ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

3. เกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นเป็นผลต้องการสุดท้ายสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรม แต่การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าเป็นผลมาจากการบริหารทางเภสัชกรรมเพียงอย่างเดียว

ตัวชี้วัดผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย โดยทั่วๆ ไปจะวัดจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่

1. สถานะการทำงานของร่างกาย (Functional Status) สถานะสุขภาพและร่างกายของผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ, รู้สึกดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
3. ประสิทธิภาพการรักษา (Therapeutic Effectiveness) เช่น การหายจากโรค, บำบัดหรือบรรเทาอาการ, ชลอหรือยับยั้งการดำเนินของโรค, ป้องกันโรคหรืออาการของโรค
4. อาการที่ได้รับการแก้ไขแล้ว (Symptom Resolution)
5. อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reaction)
6. การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospitalizations)
7. อัตราการตาย (Mortality Rate)
8. ความชอบและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วย (Patient Preferences and Satisfaction with Care)

Angaran (1991) กล่าวว่า การประกันคุณภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพการวัดและติดตามการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ จะต้องปฏิบัติภายใต้เงื่อนไข

1. สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเหมาะสม
2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. ระยะเวลาในการรักษา
4. ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาและการตัดสินใจของผู้ป่วย
5. การยอมรับและตระหนักถึงความรู้สึกของผู้ป่วย

6. ประสิทธิภาพของการใช้เทคนิค, เครื่องมือต่าง ๆ
7. มีกำรบันทึกที่เพียงพอ เกื้อติดตามความต่อเนื่องของการรักษาและประเมินผล

ข้อจำกัดของการวัดผลที่ได้ คือ ความยากของการวัดผลและความยุ่งยากของการออกแบบวิธีวัด (Holdford and Smith , 1997) เช่น

1. ความยากของการแยกผลของการดูแลสุขภาพ จากอาหาร, การดำเนินชีวิตประจำวัน, สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ
2. การแยกผลระหว่างหน่วยงานหนึ่งกับอีกหน่วยงานหนึ่ง เช่นการดูแลของเภสัชกรกับพยาบาล
3. การใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัววัดมีผลได้ต่อสุขภาพน้อยกว่าการใช้ผลการตรวจทางสรีรวิทยาเป็นตัวชี้วัดและต้องใช้ตัวอย่างผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก
4. ผลได้บางอย่างต้องใช้ระยะเวลาในการสังเกตนาน

ECHO Model เป็นรูปแบบการวัดผลลัพธ์ด้านการบริหารทางเภสัชกรรม โดยแบ่งผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมออกเป็น 3 ด้าน คือผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ ผลลัพธ์ด้านคลินิก และผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (Maine and Pathak, 1997)

1. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcomes)

Ortmeier (1996) แบ่งค่าใช้จ่าย (Cost) ในทางเศรษฐศาสตร์เป็น 4 ส่วน คือ

- 1.1 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์โดยตรง (Direct Medical Costs) เป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายทางตรงในการรักษาความเจ็บป่วย เช่น ค่ายา, ค่าตรวจรักษาของแพทย์, ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้คำแนะนำปรึกษา
- 1.2 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์โดยตรง (Direct Nonmedical Costs) เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเนื่องจากการเจ็บป่วย เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาลหรือคลินิก , ค่าอาหารและค่าที่พัก
- 1.3 ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect Costs) เช่น การขาดรายได้เนื่องจากการเกิดโรค (พิการ) หรือเสียชีวิต และการขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย
- 1.4 ค่าใช้จ่ายที่จับต้องไม่ได้ (Intangible Cost) เป็นผลมาจากปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความเจ็บปวดเนื่องจากการเจ็บป่วย ความกลัวผลข้างเคียงของการรักษาและคุณภาพชีวิต

2. ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical Outcomes)

เป็นการเปลี่ยนสถานการณ์ทางสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังการรักษา มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยวัดจากการเสียชีวิต การเกิดโรค การกลับเข้ารับการรักษาอีกครั้ง ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น (Kozma 1995 ; Danieles 1996)

ผลลัพธ์ทางคลินิกวัดจาก 5 ส่วน หรือ Five D's คือ การเสียชีวิต (Death), โรค (Disease) ความพิการ (Disability) ความไม่สบาย (Discomfort) และความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพของการรักษา เป็นผลกระทบทางลบที่ต้องกำจัดหลีกเลี่ยง หรือทำให้เกิดน้อยที่สุด (Maine and Pathak , 1997)

3. ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (Humanistic Outcomes)

เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเป็นอยู่และความรู้สึกของผู้ป่วยอันเป็นโครงสร้างด้านจิตใจ ตัวชี้วัดที่สำคัญคือ คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ซึ่งวัดทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึก โรคหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการ

การบันทึกการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรม

ถ้าหากไม่มีการบันทึกการปฏิบัติงานใด ๆ ก็เสมือนว่าไม่ได้ปฏิบัติงานนั้นจริง ๆ การบันทึกการปฏิบัติงานต่าง ๆ จะบอกให้ทราบว่าได้ทำอะไรลงไปแล้วบ้าง ใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ระบบการบันทึกและแบบบันทึกในการปฏิบัติงานมีใช้กันอยู่หลายแบบ เช่น

1. การบันทึกแบบ SOAP Note (Subjective, Objective, Assessment and Plan) ใช้ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยหรือการแนะนำเพื่อแก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่พบ มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่มีการบันทึกข้อมูลของเภสัชกรไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย บันทึกไม่ค่อยมีส่วนสัมพันธ์กับการติดตามผลการรักษาและติดตามผู้ป่วย (Donneily and Brauner ,1992)

2. การบันทึกแบบ CORE - PRIME - FARM

Canaday and Yarborough (1994) ได้เสนอแนวทางการบันทึกการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐาน โดยใช้อักษรหน้าของแต่ละข้อมาเรียงเพื่อให้ง่ายแก่การจำ ดังนี้

2.1 วางแผนการรักษาด้วยยาแบบ CORE ได้แก่

- Condition of Need : ภาวะของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา
- Outcome Desired : กำหนดเป้าหมายของการรักษา
- Regimen Selected : เลือกแผนการรักษาเพื่อให้ได้ผลตามที่กำหนด
- Evaluation Parameter : กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามผลการรักษา

2.2 ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยจำแนกแบบ PRIME Type

แบ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เป็น

- Pharmaceutical : ความคลาดเคลื่อนในทางเภสัชกรรม
- Risk of Patient : โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของผู้ป่วย
- Interaction : การเกิดอันตรกิริยาของยา
- Mismatch Between Medication and Indication/Conditions : การใช้ยาโดยไม่สัมพันธ์กับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย
- Efficacy Issue : ประสิทธิภาพของการรักษา

2.3 การบันทึกความก้าวหน้าในการรักษา แบบ FARM ประกอบด้วย

- Finding : สิ่งที่ค้นพบเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้ง Subjective และ Objective ที่พบเพื่อให้เห็นลักษณะ ขอบเขต และความสำคัญของปัญหาที่ชัดเจน
- Assessment : การแปลผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมใน Finding เพื่อแยกปัญหาที่เกิดขึ้นกับที่คาดว่าจะเกิด และปัญหาที่สำคัญกับปัญหาที่ไม่สำคัญ
- Resolution : ข้อเสนอแนะของเภสัชกรเพื่อแก้ไข ป้องกัน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

Monitoring and Follow - up : การติดตามผลการรักษาด้วยยา

3. การบันทึกแบบ PMDRP (Pharmacist's Management of Drug - Related Problems)

PMDRP เป็นแบบบันทึกที่ปรับปรุงมาจากแบบบันทึก PWDT และเป็นเครื่องมือต้นแบบที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ใช้ในการเรียนรู้ และฝึกฝนการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรม มุ่งเน้นที่การระบุ และแก้ไขปัญหากับการใช้ยาเป็นสำคัญ มีความแตกต่างจาก PWDT คือมีเครื่องมือในส่วนของการติดตามผลการรักษา (Winslade และคณะ,1997)

ในกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมเกือบทุกขั้นตอนจะต้องมีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยไว้เพื่อใช้ในการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยวิธีการบันทึกและแบบบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีหลายแบบ ซึ่งแต่ละแบบมีข้อดีข้อเสียและรายละเอียดที่แตกต่างกันไป เภสัชกรควรเลือกใช้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาเภสัชศาสตร์ ใช้แบบบันทึก PWDT ในการค้นหาและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบการเกิดอันตรกิริยาของยา ร้อยละ 24.5 และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 23.4 และข้อเสนอแนะสามารถแก้ไขปัญหาก็ ร้อยละ 77.3 (Briceland และคณะ, 1993)

การใช้แผนภูมิ ในกระบวนการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา สำหรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์และเภสัชกรทั่วไป จะเพิ่มคุณภาพของการดูแลรักษา และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ (Robertson, 1996)

การบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยบันทึกจำนวนชนิดของข้อเสนอแนะของเภสัชกร และคำนวณความประหยัดจากการใช้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า การได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป และการได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป เป็นปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบมากที่สุด ข้อเสนอแนะ ร้อยละ 90.0 มีผลต่อคุณภาพของกระบวนการใช้ยา เช่น การรักษาโรค การรักษาอาการใหม่ และป้องกันการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อย่างเช่นข้อเสนอแนะในการปรับขนาดยา, การเลือกใช้ยา และร้อยละ 10.0 ของข้อเสนอแนะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (Weidie , และคณะ 1998) การให้ข้อเสนอแนะของเภสัชกรนำไปสู่การใช้ยาที่เหมาะสมและลดการเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้ข้อเสนอแนะเกิดที่หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 67.0 และหอผู้ป่วยนอก ร้อยละ 33.0 และข้อเสนอแนะที่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ ร้อยละ 89.8 สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 140,328 ดอลลาร์ (Kroon และคณะ, 1997)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction)

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง หรือ บรรลุจุดหมายที่ตั้งไว้ระดับหนึ่ง ลูกค้าย่อมพอใจถ้าเขาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการ เมื่อเขามีความต้องการ ณ สถานที่ที่เขาต้องการ ในรูปแบบที่ต้องการ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วย หลังจากได้รับบริการไปแล้ว ความพึงพอใจต่อบริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ป่วย จึงต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

ความคาดหวังเกิดจากประสบการณ์ในอดีต การได้ยิน การโฆษณา โดยสื่อเกณฑ์ ภายหลังจากการใช้บริการ ลูกค้าย่อมเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับบริการที่คาดหวัง ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ลูกค้าย่อมไม่สนใจ ถ้าบริการที่ได้รับสูงกว่าความคาดหวังของเขา ลูกค้าย่อมใช้บริการนั้นซ้ำอีก



คุณภาพของบริการจะเป็นที่ยอมรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพอใจของลูกค้า และคุณภาพการให้บริการที่ดี มีลักษณะ ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539)

1. การเข้าถึงลูกค้า อำนวยความสะดวกด้าน เวลา สถานที่ ง่ายต่อการใช้บริการ
2. การติดต่อสื่อสาร ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบายถูกต้อง
3. ความสามารถ บุคลากรมีความชำนาญ ความรู้ ความสามารถ
4. ความมีน้ำใจ บุคลากรมีมนุษยสัมพันธ์เป็นที่น่าเชื่อถือ โอบอ้อมอารี
5. ความน่าเชื่อถือ สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจในบริการ
6. ความไว้วางใจ บริการที่ให้ต้องสม่ำเสมอและถูกต้อง
7. การตอบสนองลูกค้า สามารถแก้ปัญหาลูกค้าได้อย่างรวดเร็วตามต้องการ

8. ความปลอดภัย บริการที่ให้ต้องปราศจากอันตราย ความเสี่ยง ปัญหาต่างๆ
9. สร้างบริการให้เป็นที่รู้จัก
10. การเข้าใจและรู้จักลูกค้า ต้องเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้าให้ความสนใจและตอบสนองความต้องการดังกล่าว

อนูวัฒน์ สุขชุติกุล และคณะ (2541) กล่าวว่า คุณภาพคือภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้สินค้าหรือบริการ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. คุณภาพที่ต้องมี เป็นสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง หากไม่ได้รับจะเกิดความไม่พึงพอใจ
2. คุณภาพที่ประทับใจ คือสิ่งที่เกินความคาดหวังของลูกค้า หากไม่ได้รับก็จะไม่รู้สึกรู้สีก แต่เมื่อได้รับแล้วจะรู้สึกประทับใจ

นอกจากนี้ อนูวัฒน์ สุขชุติกุลและคณะ (2541) ยังแบ่งคุณภาพบริการสุขภาพออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ
2. ความเหมาะสมของการให้บริการ เป็นการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้หรือความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
3. ประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยรอดชีวิต หนีจากการเจ็บป่วย ไม่มีความพิการ
4. ประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้แก่การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
5. ความปลอดภัยของการให้บริการ ได้แก่การที่ไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนขึ้น
6. การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อจำเป็น
7. ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ
8. ความต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด 8 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการใช้บริการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพของบริการ (Coons and Johnson, 1997) ได้แก่

1. ลักษณะของบุคคลที่ให้การดูแลรักษา (Personal Aspects of Care)

2. คุณภาพด้านเทคนิคของการดูแลรักษา (Technical Quality of Care)
3. การเข้าถึงบริการ และความพอเพียงของการดูแลรักษา (Accessibility and Availability of Care)
4. ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Continuity of Care)
5. ความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience)
6. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Setting)
7. การพิจารณาด้านการเงิน (Financial Considerations)
8. ประสิทธิภาพ (Efficacy)

Ware (1996) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่ใช้กำหนดความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ

1. คุณภาพของการดูแลรักษา (Quality of Care)
2. การเข้าถึงบริการการดูแลรักษา (Access to Care)
3. ความครอบคลุมของบริการ (Services Cover)
4. ค่าใช้จ่าย (Cost)
5. การให้ข้อมูลคำแนะนำ (Information)

Pathak and Maine (1996) ประเมินคุณภาพของบริการโดยใช้

1. ความสามารถด้านเทคนิค (Technical Competence)
2. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Surrounding or Context)
3. ผู้ให้บริการ (Provider)
4. การติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal)
5. การเข้าถึงบริการ (Accessibility)
6. การเห็นอกเห็นใจ (Empathy)
7. ความไว้วางใจ (Trust)

Johnson (1999) ประเมินคุณภาพของบริการโดยใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการทางการแพทย์จาก

1. คุณภาพด้านเทคนิคและความสามารถ (Technical Quality and Competence)
2. การติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal)
3. การติดต่อสื่อสาร (Communication)

4. การเงิน (Financial)
5. การเข้าถึงบริการ (Accessibility)
6. การมีบริการตามเหมาะสมหรือเมื่อจำเป็นต้องใช้ (Availability)
7. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Setting)

การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยกับงานบริการเภสัชกรรม

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งงานบริการเภสัชกรรมด้วย เนื่องจาก (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539 : Schommer and Kucukarslan , 1997)

1. งานบริการเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ (Intangibility) ผู้ซื้อไม่สามารถมองเห็นหรือเกิดความรู้อีกได้ก่อนที่จะมีการซื้อ คุณภาพขึ้นกับประสบการณ์
2. งานบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability) เหมือนสินค้าอื่น ต้องกระทำขณะนั้นและสิ้นสุดเมื่อหยุดบริการ
3. การแยกเรื่องงานบริการออกจากตัวผู้ให้บริการทำไม่ได้ เพราะการให้และการรับบริการเกิดขึ้นในขณะเดียวกัน
4. ความแตกต่างของงานบริการ (Variability) การบริการขึ้นกับลักษณะของแต่ละบุคคลและเวลาที่บริการ ดังนั้นทักษะ ความชำนาญ มนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ

แนวคิดเกี่ยวกับประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับงานบริการเภสัชกรรม มีดังนี้

(Schommer and Kucukarslan 1997)

1. การประเมินความพึงพอใจด้านการปฏิบัติงาน (Satisfaction as a Performance Evaluation) เน้นลักษณะเด่นหรือลักษณะพิเศษของบริการ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย (Patient Satisfaction Questionnaire ; PSQ) โดยใช้แบ่งลักษณะของการบริการเป็น 8 ส่วน คือ

1. ด้านการติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal Characteristics) ผู้ให้บริการควรมีหน้าตาเข้มแข็งแจ่มใส มีความเป็นมิตร พุดจาดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบายถูกต้อง ตั้งใจรับฟังผู้อื่น สนใจในหน้าที่ที่ปฏิบัติ เพื่อให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ
2. คุณภาพด้านเทคนิค (Technical Quality) เช่น มีคอมพิวเตอร์ช่วยใน

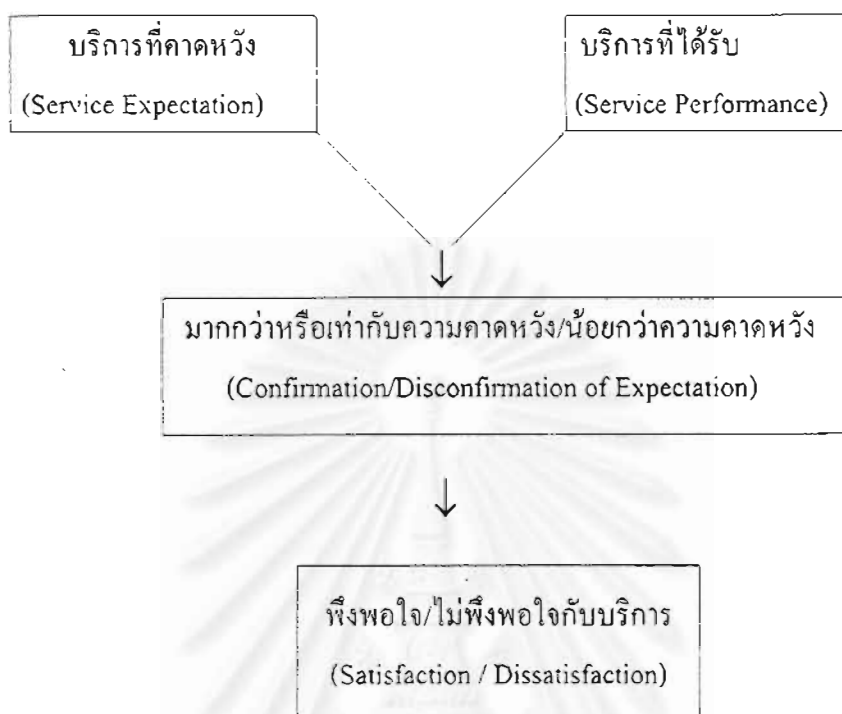
การพิมพ์ฉลาก ค้นหาข้อมูลทางยา มีฉลากช่วยแนะนำการใช้ยา เกสซ์กร ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ค้นหาแก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม

3. การเข้าถึงบริการและความสะดวก (Accessibility and Convenience) ผู้ป่วยสะดวกต่อการมาใช้บริการ ใช้เวลาในการคอยรับยาไม่นาน มีที่นั่งรอรับยาพอเพียง สะดวกสบาย
4. ด้านการเงิน (Finance) ค่าใช้จ่ายการให้บริการควรเหมาะสมกับระดับการให้บริการ
5. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ (Efficacy and Outcome) ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา มีการใช้ยาตามสั่ง ลดการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
6. สภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สถานที่กว้างขวาง ไม่แออัด มีบรรยากาศที่จะสร้างความรู้สึกที่ดี สะอาด ไม่มีกลิ่นอับ
7. ความต่อเนื่องของบริการ (Continuity) ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกัน และทุกครั้งที่มารับบริการ
8. การมีบริการตามเหมาะสมหรือเมื่อจำเป็นต้องใช้ (Availability)

โดยผู้ป่วยจะเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวัง จากประสบการณ์ที่ได้รับเป็นกระบวนการทางจิตศาสตร์ (Psychological Process) โดยใช้ 5 - Point Likert Scale ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. ความพึงพอใจจากความคาดหวัง (Satisfaction as Disconfirmation of Expectations) โดยความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นผลมาจากการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับบริการที่คาดหวัง ถ้าบริการที่ได้รับมากกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังผู้ป่วยจะพอใจ แต่ถ้าบริการที่ได้รับต่ำกว่าความคาดหวัง ความไม่พอใจจะเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยใช้ความรู้ ความเข้าใจจากการใช้บริการ และประสบการณ์เป็นปัจจัยในการประเมินความพึงพอใจ

ทฤษฎีของ Disconfirmation of Expectation (Schommer, 1995)



ดังนั้นการวัดคุณภาพของการบริการโดยใช้ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต้องลดความต่างระหว่างบริการที่คาดหวังกับบริการที่ได้รับ ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจเขาจะใช้บริการนั้นซ้ำอีก

3. การประเมินค่าจากผลที่ได้รับ (Affect - based Assessment)

การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ใช้ผลกระทบหรือประโยชน์ที่ได้รับจากบริการเป็นตัวประเมิน โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งความคาดหวังไว้ แนวคิดนี้ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยกับบริการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร สมการที่ใช้วัดคือ Likert - Type Scale ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. การประเมินความพึงพอใจจากความเสมอภาค (Satisfaction as an Equity - based Assessment)

การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ใส่เข้าไป (Input) และสิ่งที่ได้รับ (Output) ในการประเมิน เช่นการเปรียบเทียบบริการที่ได้รับกับค่าบริการที่จ่าย โดยใช้ความยุติธรรม และความเสมอภาค เป็นตัวกำหนดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรง

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร Schommer (1995) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 1.00 ได้รับการให้คำปรึกษาน้อยกว่าที่คาดหวัง ผู้ป่วยร้อยละ 70.0 ได้รับการบริการเป็นไปตามที่คาดหวัง และผู้ป่วยร้อยละ 29.0 ได้รับการบริการมากกว่าที่คาดหวัง ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลหลายชนิด และใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานตามที่คาดหวัง จะมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลหลายชนิดและใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานกว่าที่คาดหวังจะพอใจกับบริการที่ได้รับมากที่สุด Johnson และคณะ (1998) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดกับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้านยา และจำนวนของข้อมูลที่ได้รับ โดยเฉพาะคำเตือนและข้อควรระวังในการใช้ยา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุดกับระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยรับยา Lucas (1998) ทำการประเมินผลบริการของเภสัชกรเกี่ยวกับการสอนเรื่องยาแก่ผู้ป่วยก่อนนำยากลับไปใช้ที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนมีความพึงพอใจกับข้อมูลที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอน แต่การสอนของเภสัชกรไม่ได้ลดอัตราของการกลับเข้ามารักษาใหม่ของผู้ป่วย การประเมินรสชาติของยาปฏิชีวนะ 4 ชนิดในเด็กโดยใช้ Visual Analog Scale (Facial Hedonic Scale) พบว่ายา Erythromycin มีรสดีมากกว่ายา Cephalexin, Fusidic acid และ Cloxacillin ตามลำดับ และยา Cloxacillin มีรสแย่ที่สุด ซึ่งแตกต่างจากยา 3 ชนิดแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการให้ยาที่มีประสิทธิภาพทัดเทียมกันในผู้ป่วยเด็ก รสชาติจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (Matsui และคณะ, 1996)

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าความสะดวกและการเข้าถึงบริการมีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังเช่นในหน่วยเวชระเบียน หน่วยตรวจโรค และหน่วยจ่ายยา ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่พอใจกับการรอคอย (วิภา ดุรงค์พิศมัญกุล, 2525) การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดนครสวรรค์ ของ ปิยวรรณ ประคุณคงชัย (2533) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความพึงพอใจต่ำสุดกับความสะดวกที่ได้รับจากบริการ และมีความพึงพอใจสูงสุดกับคุณภาพของบริการ การศึกษาของ กมลศรี เตชะจำเริญสุข (2535) ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยประกันสังคมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ยในการมารับบริการ 53 นาที ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ 3.77 โดยผู้ป่วยไม่พอใจเกี่ยวกับการใช้เวลารอคอย และไม่พอใจห้องจ่ายยาเกี่ยวกับการแนะนำการใช้ยาและขั้นตอนการให้บริการ

จักรพันธ์ พิมพ์น (2536) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากศึกษากรณี : ผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมทั่วไปต่อบริการที่ได้รับในด้านความสะอาดของบริการ ด้านคุณภาพของบริการ ด้านอรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ และด้านข้อมูลทางการแพทย์ พบว่าเวลาที่ใช้ในการรอคอยเพื่อรับบริการการแพทย์ ความสะอาดของบริการ มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยธิดา สมุทรประพูน (2540) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 24 ศูนย์ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 63.5 มีความพึงพอใจสูงกับบริการ โดยวัดจากความสะอาด, อรรถาธิบายความมีน้ำใจ, คำแนะนำข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพของบริการ และค่าบริการ

การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อบริการของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย Sutarga (1998) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84.5 พอใจกับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยร้อยละ 63.6 พอใจกับบริการที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ (อาหาร) และผู้ป่วยร้อยละ 56.8 พอใจกับบริการทั้งหมด โดยอายุและระดับการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่จังหวัดบุรีรัมย์ของ เบญญา ลวกโธสง (2541) ประมาณ 2 ใน 3 ของทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจสูงต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชน และประมาณ 1 ใน 3 มีความพึงพอใจปานกลาง ปัจจัยด้านอาชีพและความเชื่อถือในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชนของผู้ป่วยใน ส่วนปัจจัยด้านภาษา อาชีพ ลักษณะของโรค และความเชื่อถือในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชนของผู้ป่วยนอก

เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2542) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยในมีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการ (ความสนใจเอาใจใส่ กิริยามารยาท และการให้ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ให้บริการ) คุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยการรวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วยและประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย จากชาร์ท, โอฟีดีการ์ด, สัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ติดตามการเกิดปัญหาในกระบวนการใช้ยาทุกขั้นตอน โดยการร่วมทีมการรักษากับแพทย์ในการตรวจรักษาประจำวัน, ตรวจสอบบันทึกการใช้ยา, บัตรให้ยา, ยาที่ให้ผู้ป่วย, ยาที่เหลือกลับมาห้องจ่ายยาจากรถส่งยา ใบหมายเหตุปัญหาคารจ่ายยาและบริหารยา จากพยาบาลและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อบริการทางเภสัชกรรมที่ได้รับระหว่างเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้านพบแพทย์ตามนัด 1 ครั้ง โดยมุ่งเน้นแสดงผลของการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการบริหารผู้สูงอายุว่า เภสัชกรสามารถค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้อย่างไรบ้าง ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่า การให้บริการบริหารทางเภสัชกรรม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ในระดับใด

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การเตรียมการและวางแผนโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2. การดำเนินงานและเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3. การวิเคราะห์และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4. การสรุปผลการดำเนินงานและเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 1. การเตรียมการและวางแผนโครงการวิจัย

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ ความเข้าใจให้สามารถวิเคราะห์และวางแนวทางการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างเหมาะสม รัดกุมและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีของการบริหารทางเภสัชกรรม และความพึงพอใจของผู้ป่วย ในด้าน

แนวความคิด หลักการ เป้าหมาย รูปแบบการดำเนินงาน การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหา รูปแบบและเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

1.2 คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการ

การคัดเลือกโรงพยาบาลพิจารณาจากหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1.2.1 ได้รับความยินยอมและสนับสนุนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
- 1.2.2 มีจำนวนเภสัชกรพอที่จะสามารถทำให้การปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยเป็นงานประจำได้
- 1.2.3 ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- 1.2.4 มีความจำเป็นต้องสร้างงานบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อเปิดบทบาทของเภสัชกร และรองรับการเป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาเภสัชศาสตร์

การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการ คือ โรงพยาบาลจตุรศ อําเภोजตุรศ จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกองสาธารณสุข ภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแพทย์ประจำ 3 คน เภสัชกร 3 คน การจ่ายยาให้ผู้ป่วยในเป็นแบบวันต่อวัน (Daily dose) การจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เภสัชกรจะนำยามาจ่ายพร้อมให้คำแนะนำเรื่องโรคและการใช้ยา รวมทั้งการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

1.3 กำหนดกลุ่มประชากรตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ เป็นผู้ป่วยในที่ผ่านการตรวจและวินิจฉัยว่าต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจตุรศ ระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม ถึง 15 ธันวาคม 2542 ทุกราย ไม่น้อยกว่า 1,000 ราย ยกเว้นผู้ป่วยที่คลอดบุตรตามปกติ

1.4 การศึกษาวิจัยนำร่อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง ในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1.4.1 ศึกษาลักษณะโดยทั่วไป ของระบบการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจตุรศ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- 1.4.2 ร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการตรวจรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เพื่อศึกษาลักษณะการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับยา และการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งหาแนวทางในการประสานงาน
- 1.4.3 ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย และผลการให้ข้อเสนอแนะในการระบุ แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่พบ เพื่อเป็นข้อมูลใน

การหารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสม

- 1.4.4 สร้างแบบทดลองติดตามผลการใช้ยา ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย
 - 1.4.5 สร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งเอกสารอ้างอิง ข้อมูลทางยาต่างๆเพื่อใช้ในการวิจัย
 - 1.4.6 จัดทำเกณฑ์สำหรับการติดตามและระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการใช้ยา
- 1.5 เครื่องมือในการวิจัย
- จัดเตรียมเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้
1. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)
 - 1.1 แบบบันทึกประวัติประจำตัวผู้ป่วย
 - 1.2 แบบบันทึกการใช้ยา
 - 1.3 แบบบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 1.4 แบบบันทึกการบริหารผู้สูงอายุ
 - 1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย
 2. การให้คำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

1. ขั้นตอนการปฏิบัติงานและดำเนินการเก็บข้อมูลมีดังนี้
 - 1.1 รับผู้ป่วยใหม่ สัมภาษณ์และบันทึกประวัติผู้ป่วย, ประวัติการใช้ยา, ประวัติอาการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน จากซาร์ท, โอพีดีการ์ด และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือ ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล
 - 1.2 แพทย์สั่งใช้ยา ติดตามการสั่งยาโดยร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์ในหอผู้ป่วย โดยติดตามอาการผู้ป่วย การสั่งใช้ยาของแพทย์ ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการสั่งยา และประสานงานกับแพทย์เมื่อพบปัญหา เพื่อแก้ไข ป้องกัน หรือติดตามเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้น

- 1.3 การรับคำสั่งจากแพทย์ ติดตามการคัดลอกคำสั่งแพทย์จากบันทึกประวัติ การใช้ยาประจำตัวผู้ป่วยของฝ่ายเภสัชกรรม และการคัดลอกของฝ่ายพยาบาล เปรียบเทียบกับคำสั่งแพทย์ ระบุการคัดลอกคำสั่งที่คลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อแก้ไขความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น และป้องกันความคลาดเคลื่อนไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย
- 1.4 การจ่ายยาให้ผู้ป่วยจากฝ่ายเภสัชกรรม ติดตามการจ่ายยาจากห้องยามายังหอผู้ป่วย โดยดูจากใบหมายเหตุของพยาบาลในรดส่งยา และโทรศัพท์ตามยาจากหอผู้ป่วย ระบุการจ่ายยาที่คลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ และการไม่มียาตามความต้องการ ประสานงานกับเภสัชกรเมื่อพบปัญหาที่ต้องแก้ไข
- 1.5 การบริหารยาให้กับผู้ป่วย ติดตามการเตรียมบริหารยาให้กับผู้ป่วยในต่างเทคนิค โดยดูจากยาที่เตรียมให้ผู้ป่วย และยาที่เหลือกลับมาในรดส่งยา ประสานงานกับพยาบาลเมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา
- 1.6 ผลการใช้ยา ติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง, ผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สัญญาณชีพต่างๆ จากการสัมภาษณ์ และจากชาร์ตประจำตัวผู้ป่วยทุกวัน ค้นหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การตอบสนองต่อการใช้ยาที่ไม่เพียงพอ หรือยาไม่ได้ผลในการรักษาหรือ ได้รับยามากเกินไป ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา
- 1.7 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์สั่งยาคลับบ้าน ติดตามการสั่งยาและจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยตรวจสอบคำสั่งใช้ยาของแพทย์กับยาที่จ่ายให้กับผู้ป่วย ค้นหาปัญหาที่อาจเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยาคลับไปใช้ที่บ้าน ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา เพื่อแก้ไข และป้องกันปัญหา และนำยามาจ่ายให้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยาและการปฏิบัติตัวก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยาคลับไปใช้ที่บ้าน

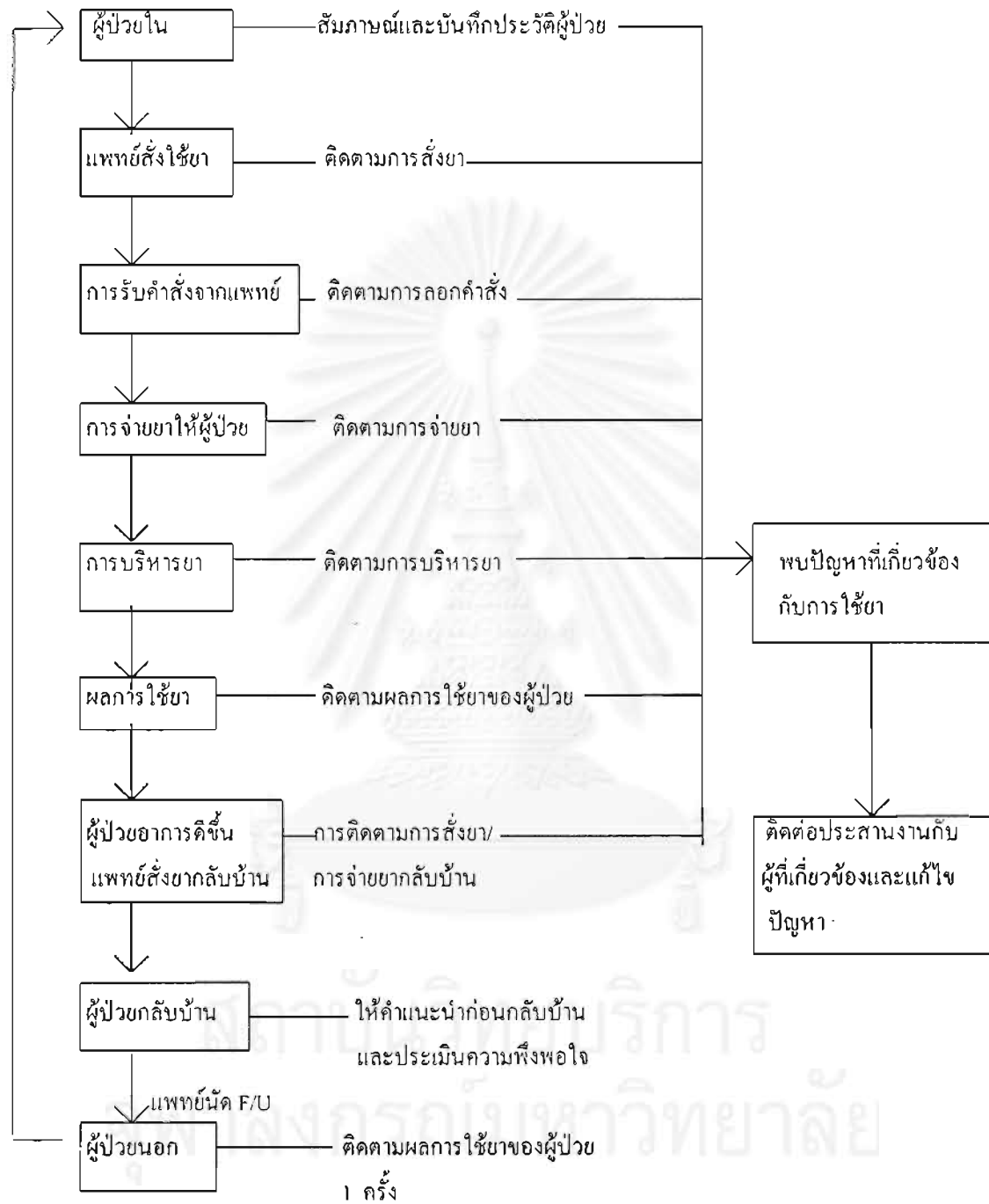
1.8 ติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย หลังจากกลับบ้านและแพทย์นัดมารับบริการเป็น ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่อไป 1 ครั้ง โดยประสานงานส่งข้อมูลและวันนัดที่ผู้ป่วยจะกลับมารับการรักษา ไปยังหน่วยให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง ในเรื่องของการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และวิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

2. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อต้องการทราบว่าบริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ในระดับใด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

- 2.1 จะทำการประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป เพราะผู้ป่วยใช้บริการได้ครบทุกขั้นตอนและอยู่นานพอที่จะสามารถประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้ หลังจากผู้ป่วยรับยา ก่อนกลับบ้าน
- 2.2 ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ค) โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ให้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง ผู้ป่วยเด็กให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินแทน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้ดูแลอ่านให้ฟังแล้วผู้ป่วยให้คะแนน เมื่อทำแบบประเมินเสร็จแล้วนำมาส่งที่กล่องรับแบบสอบถาม
- 2.3 นำแบบสอบถามที่ได้รับคืน มาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และคะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับ

แผนภูมิการดำเนินงานของเภสัชกร



ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และประเมินผล

- 3.1 วิเคราะห์ผลของการให้บริการติดตามการใช้จ่ายในหอผู้ป่วยของเภสัชกรโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยในด้าน
 - 3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่ได้รับการติดตามดูแลการใช้จ่ายโดยเภสัชกรในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา
 - 3.1.2 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด
 - 3.1.3 จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายที่พบในแต่ละขั้นตอน ของกระบวนการใช้จ่าย
 - 3.1.4 จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไข ป้องกัน และเฝ้าระวังเปรียบเทียบกับปัญหาที่พบ
 - 3.1.5 จำนวนปัญหาที่ได้รับการยอมรับในการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการแก้ไข และป้องกันปัญหา
 - 3.1.6 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามผลการใช้จ่าย เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่แพทย์นัดติดตามผลการรักษาครั้งที่ 1
- 3.2 วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ทางด้านเพศและโรคเรื้อรัง กับความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้การทดสอบ Unpaired T-Test อายุ การศึกษา อาชีพ ค่ารักษาพยาบาลและ จำนวนวันที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล กับความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้การทดสอบ One-Way ANOVA หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านอายุ กับความ พึงพอใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

ระยะเวลาการดำเนินงาน เมษายน 2542 - มีนาคม 2543

ตารางแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและระยะเวลาที่ใช้

ขั้นตอน	ช่วงเวลาในการดำเนินงาน	ระยะเวลา
ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการและวางแผนการวิจัย		
1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	เม.ย. 42	1 เดือน
2. คัดเลือกโรงพยาบาลและศึกษาวิจัย นำร่อง	พ.ค. 42 - มิ.ย. 42	2 เดือน
3. กำหนดขั้นตอนการวิจัย	1-15 ก.ค. 42	ครึ่งเดือน
4. จัดทำเครื่องมือในการวิจัย	15 ก.ค. 42 - 15 ส.ค. 42	1 เดือน
ขั้นตอนที่ 2		
ดำเนินการวิจัยตามแนวทางที่วางไว้	16 ส.ค. 42 - 15 ธ.ค. 42	4 เดือน
ขั้นตอนที่ 3		
วิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย	16 ธ.ค. 42 - ก.พ. 43	2 เดือน ครึ่ง
ขั้นตอนที่ 4		
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	มี.ค. 43	1 เดือน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผู้วิจัยดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม ถึง 15 ธันวาคม 2542 ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลจตุรัส

ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม

2.1 ลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในการบริหารทาง
เภสัชกรรม

2.2 รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในการบริหารทาง
เภสัชกรรม

2.3 ผลการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่
พบ

ตอนที่ 3 ผลการติดตามผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกหนึ่งครั้ง

ตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม
ของเภสัชกร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

1.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 1,038 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 538 ราย (ร้อยละ 51.83) และเพศหญิง 500 ราย (ร้อยละ 48.17) เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 324 ราย (ร้อยละ 31.21) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 754 ราย (ร้อยละ 72.64) มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 444 ราย (ร้อยละ 42.77) และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 244 ราย (ร้อยละ 23.51) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยมีผู้ป่วย 201 ราย (ร้อยละ 19.36) ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ชำระเงินเอง เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีบัตรผู้สูงอายุจำนวน 225 ราย (ร้อยละ 21.68) ผู้ป่วยรับบัตรสวัสดิการ

ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) จำนวน 205 ราย (ร้อยละ 19.75) หรือซื้อบัตรประกันสุขภาพที่ชำระค่าบัตรครั้งเดียว 500 บาท/ปี จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 8.86) ดังแสดงรายละเอียดของลักษณะประชากรที่ศึกษาในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา

ลักษณะประชากร		จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	ชาย	538 (51.83)
	หญิง	500 (48.17)
	รวม	1,038 (100.00)
2. อายุ (ปี)	< 1	37 (3.56)
	1 - 10	134 (12.91)
	11 - 20	66 (6.36)
	21 - 30	105 (10.12)
	31 - 40	159 (13.39)
	41 - 50	107 (10.31)
	51 - 60	126 (12.14)
	> 60	324 (31.21)
3. การศึกษา	ยังไม่ถึงเกณฑ์	126 (12.14)
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	46 (4.43)
	ประถมศึกษา	754 (72.64)
	มัธยมศึกษา	59 (5.68)
	อนุปริญญา	35 (3.37)
	ปริญญาตรี	18 (1.73)
4. อาชีพ	เกษตรกรรวม	444 (42.77)
	ค้าขาย	23 (2.22)
	รับจ้าง/ลูกจ้าง	68 (6.55)
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	32 (3.08)
	อยู่บ้านเฉย ๆ	244 (23.51)
	นักเรียน/นักศึกษา	75 (7.23)
	เด็กในปกครอง	126 (12.14)
	อื่น ๆ	26 (2.50)
5. การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล	นำร่องโรงพยาบาล	201 (19.36)
	บัตร สปร.	205 (19.75)
	บัตรสุขภาพ	92 (8.86)
	บัตรผู้สูงอายุ	225 (21.68)
	บัตรประกันสังคม	14 (1.35)
	บัตรผู้นำท้องถิ่น	11 (1.06)
	เด็กอายุ 0-12 ปี	120 (11.56)
	ใบใช้สอย	130 (12.56)
	อื่น ๆ	40 (3.85)

* บัตร สปร. หมายถึง บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

จากตารางที่ 1 ลักษณะของประชากรกลุ่มศึกษาในครั้งนี้ พบว่าจำนวนเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จบการศึกษามัธยมศึกษาและมียารายได้น้อย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งควรจะได้รับบริการดูแล เพราะอาจรับประทานยาไม่ถูกต้อง เกิดความสับสนจำวิธีใช้ยาไม่ได้ เนื่องจากสายตาไม่ดี หรืออ่านหนังสือไม่ออก

ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนมาก ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาล จึงไม่มีปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยที่ต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาลหากไม่มีเงินจ่ายหรือมีเงินไม่พอจ่าย เกษตรกรสามารถอนุมัติลดหย่อนหรือให้ฟรีได้

1.2 สภาพการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

โรคหรืออาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก 5 อันดับแรก ได้แก่

1. ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Bronchitis, Pharyngitis, Tonsillitis)
2. ปวดท้องมาก (Abdominal pain) เช่น Gastritis, Dyspepsia, PU
3. ท้องเสีย (Diarthea)
4. หอบหืด (Asthma)
5. วิงเวียน (Vertigo)

เนื่องจากช่วงที่ทำการวิจัยเป็นช่วงฤดูฝนต่อกับฤดูหนาว จึงพบโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคหอบหืดมาก การขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเองทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการที่สามารถป้องกันได้ เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย นอกจากนั้นเป็นโรคของผู้สูงอายุ คือ วิงเวียน เหนื่อยเพลีย ซึ่งเป็นอาการที่อาจรักษาตนเองได้ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องรับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล อาจเพราะมีปัญหาจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง หรือรับไว้เพื่อสังเกตอาการ หรือเพราะผู้ป่วยไม่สะดวกจะเดินทางกลับบ้านซึ่งอยู่ต่างตำบลออกไป จึงพบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 1 วันมีมากที่สุด (396 ราย)

ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 1,038 ราย ผู้ป่วย 649 ราย (ร้อยละ 62.52) ไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย 389 ราย (ร้อยละ 37.48) มีโรคเรื้อรัง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 304 ราย (ร้อยละ 78.15) มีโรคเรื้อรังเพียงหนึ่งโรค เช่น หอบหืด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน วัณโรคปอด เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 19.02) มีโรคเรื้อรัง 2 โรค เช่น เบาหวานกับความดันโลหิตสูง หอบหืดกับวัณโรคปอด เบาหวานกับวัณโรคปอด มีผู้ป่วยจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 2.83) มีโรคเรื้อรัง 3 โรค เช่น เบาหวานกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง, เบาหวานกับความดันโลหิตสูงและหอบหืด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โรคเรื้อรัง	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. ไม่มีโรคเรื้อรัง	649 (62.52)
2. มีโรคเรื้อรัง	389 (37.48)
2.1 มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	304 (78.15)
2.2 มีโรคเรื้อรัง 2 โรค	74 (19.02)
2.3 มีโรคเรื้อรัง 3 โรค	11 (2.83)

ผู้ป่วยจำนวน 396 ราย (ร้อยละ 38.15) พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1 วัน ผู้ป่วยจำนวน 256 ราย (ร้อยละ 24.66) พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 วัน และผู้ป่วยจำนวน 386 ราย (ร้อยละ 37.19) พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป เฉลี่ยผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2.92 วัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

จำนวนวันที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1 วัน	396 (38.15)
2 วัน	256 (24.66)
3 วัน	140 (13.49)
4 วัน	86 (8.29)
5 วัน	51 (4.91)
6 วัน	34 (3.28)
7 วัน	21 (2.02)
8 วัน	14 (1.35)
9 วัน	10 (0.96)
10 วัน	7 (0.67)
> 10 วัน	23 (2.22)
เฉลี่ย	2.92 วัน

หมายเหตุ สูงสุด 50 วัน 1 ราย

จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน มีตั้งแต่ 1-10 รายการ ผู้ป่วยส่วนมากจำนวน 286 ราย (ร้อยละ 27.55) ได้รับยา 3 รายการ ผู้ป่วยจำนวน 243 ราย (ร้อยละ 23.41) ได้รับยา 4 รายการ และผู้ป่วยจำนวน 141 ราย (ร้อยละ 13.58) ได้รับยา 2 รายการ มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.10) เท่านั้นที่ได้รับยา 10 รายการ เฉลี่ยผู้ป่วยได้รับยา 2.98 รายการ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาจำนวน 170 ราย จะเป็นผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อที่อื่น 113 ราย ไม่สมัครใจอยู่ 29 ราย เสียชีวิต 13 ราย และผู้ป่วยมีบาดแผลอยู่แล้ว 15 ราย จำนวนรายการยาที่ได้รับแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

จำนวนรายการยาที่ได้รับ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ไม่มียา	170 (16.38)
1 รายการ	28 (2.70)
2 รายการ	141 (13.58)
3 รายการ	286 (27.55)
4 รายการ	243 (23.41)
5 รายการ	108 (10.40)
6 รายการ	34 (3.27)
7 รายการ	20 (1.93)
8 รายการ	6 (0.58)
9 รายการ	1 (0.10)
10 รายการ	1 (0.10)
รวม	1,038 (100.00)
เฉลี่ย	2.98 รายการ

จากตาราง ที่ 2,3 และ 4 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้มีโรคเรื้อรัง จึงพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1-3 วันเท่านั้น (เฉลี่ย 2.92 วัน) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน มีผู้ป่วย เพียง 1 รายเท่านั้นที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 50 วัน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพองและอยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล

ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน มีจำนวน 2-4 รายการ เฉลี่ยยา 2.98 รายการ เท่านั้น มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ได้รับยาสูงสุดคือ 10 รายการ เพราะผู้ป่วยรายนี้มีโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, มีอาการหอบเหนื่อย, วิตกกังวลนอนไม่หลับ ปวดเมื่อย และมีตุ่มคัน แพทย์จึงจ่ายยาตามโรคหรืออาการที่เป็นทั้งหมด

ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานการบริบาลทางเภสัชกรรม

2.1 ลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในการบริบาลทางเภสัชกรรม

จากการดำเนินงานบริบาลทางเภสัชกรรมตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนดให้แก่ผู้ป่วย 1,038 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 250 ราย (ร้อยละ 24.08) พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด 328 ปัญหา จำแนกได้ดังนี้ ผู้ป่วย 197 รายพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพียงปัญหาเดียว ผู้ป่วย 34 ราย และ 14 ราย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 2 ปัญหา และ 3 ปัญหา ตามลำดับ มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่พบปัญหามากที่สุด 5 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	788 (75.92)
2. พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	250 (24.08)
รวม	1,038 (100.00)
พบ 1 ปัญหา	197 (78.80)
พบ 2 ปัญหา	34 (13.60)
พบ 3 ปัญหา	14 (5.06)
พบ 4 ปัญหา	4 (1.60)
พบ 5 ปัญหา	1 (0.40)
รวม	250 (100.00)

จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเฉลี่ยคือ 1.3 ปัญหาต่อราย เมื่อเทียบกับการศึกษาของจันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ (2538) ซึ่งพบเฉลี่ย 2.6 ปัญหาต่อราย และการศึกษาของเปรมจิตต์ จริยพงศ์ไพบุลย์ (2539) มีค่าเฉลี่ย 0.7 ปัญหาต่อราย ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละการศึกษาวิจัยมีความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ลักษณะของโรงพยาบาล ชนิดของโรค และประเภทของยาที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและส่วนมากไม่มีโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น (เฉลี่ย 2.92 วัน) จึงทำให้พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้อย

อย่างไรก็ตามเมื่อมีการใช้ยาข้อมมีโอกาสมพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีผู้ป่วยหนึ่งราย พบปัญหามากที่สุด 5 ปัญหา เพราะเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาไม่สม่ำเสมอจึงเกิด Cerebrovascular accident (CVA) ทำให้แขนขาข้างขวาอ่อนแรงกระตุก, ตัดเชื้อทางเดินปัสสาวะระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี จึงมีโอกาที่จะเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้มาก

ในจำนวนผู้ป่วย 250 ราย ซึ่งพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบว่าเป็นเพศหญิง 129 ราย (ร้อยละ 51.6) เพศชาย 121 ราย (ร้อยละ 48.4) มีอายุมากกว่า 60 ปี 124 ราย (ร้อยละ 49.6) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 199 ราย (ร้อยละ 79.6) ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 ราย (ร้อยละ 6.8) ยังไม่ถึงเกณฑ์ (อายุน้อยกว่า 6 ปี) 15 ราย (ร้อยละ 6.00) เป็นผู้สูงอายุอยู่บ้าน 106 ราย (ร้อยละ 42.4) มีอาชีพเกษตรกรกรรม 94 ราย (ร้อยละ 37.6) มีโรคเรื้อรัง 153 ราย (ร้อยละ 60.8) ไม่มีโรคเรื้อรัง 97 ราย (ร้อยละ 38.8) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. เพศ - ชาย	121 (48.40)
- หญิง	129 (51.60)
รวม	250 (100.00)
2. อายุ (ปี)	
< 1	7 (2.80)
1-10	14 (5.60)
11-20	7 (2.80)
21-30	17 (6.80)
31-40	18 (7.20)
41-50	25 (10.00)
51-60	38 (15.20)
> 60	124 (49.6)
3. การศึกษา	
- ยังไม่ถึงเกณฑ์	15 (6.00)
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	17 (6.80)
- ประถมศึกษา	199 (79.60)
- มัธยมศึกษา	8 (3.20)
- อนุปริญญา	6 (2.40)
- ปริญญาตรี	5 (2.0)
4. อาชีพ	
- เกษตรกรรม	94 (37.60)
- ค้าขาย	2 (0.80)
- รับจ้าง-ลูกจ้าง	12 (4.80)
- ข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ	8 (3.20)
- อยู่บ้านเฉยๆ	106 (42.40)
- นักเรียน/นักศึกษา	7 (2.80)
- เด็กในปกครอง	15 (6.00)
- อื่น ๆ	6 (2.40)
5. โรคเรื้อรัง	
- ไม่มีโรคเรื้อรัง	97 (38.80)
- มีโรคเรื้อรัง	153 (61.20)

จากตารางที่ 6 ลักษณะประชากรที่พบปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบว่าเพศหญิงกับเพศชาย มีโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้พอ ๆ กัน อายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสที่จะเกิดปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยามากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว แสดงถึงความต้องการทางบริการสาธารณสุขของชุมชนมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามวัย เช่น สายตาเสื่อมลง, การได้ยินไม่ชัดเจน, ประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ ทำงานลดลง, เกิดความเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์, และผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน ๆ หรือเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน จึงเพิ่มโอกาสที่จะเกิดปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา ตลอดจนการมีความเชื่อที่ผิด ๆ หรือความยุ่งยากในการใช้ยา จำนวนขนานยาที่ได้รับ เป็นต้น การขจัดหรือลดปัญหาเหล่านี้จึงต้องการผู้ที่มีความรู้เรื่องยาเป็นอย่างดี เข้ามาดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

จากตารางที่ 5 พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาน้อยเพียงร้อยละ 24.08 และจากตารางที่ 6 พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคเรื้อรัง การให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคหรือกลุ่มยา หรือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้การสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และการหาแนวทางป้องกันและแก้ไข มีความรัดกุมและชัดเจน สะดวกต่อการดำเนินงานมากขึ้น

จากการศึกษาของ Schmader และคณะ (1997) พบว่าการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 38.0 ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและ ร้อยละ 53.0 ต้องเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉิน หรือมาโรงพยาบาลก่อนกำหนดนัด Aparasu และ Fliginger (1997) พบว่าการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 5.04 ต้องมาพบแพทย์ที่คลินิก

ผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงยังมีความสามารถในการอ่านเขียน แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่ถึงเกณฑ์เรียนหนังสือ ซึ่งอ่านหนังสือไม่ออกคงต้องหาวิธีที่จะให้ญาติหรือผู้ดูแล หรือผู้ปกครองช่วยในการอ่านฉลากและจัดยาให้รับประทาน หรือใช้ฉลากช่วยที่เป็นรูปภาพสัญลักษณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ปกครองจำวิธีรับประทานยาได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 21.20) 2 วัน จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 23.20) 3 วัน จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 17.20) 4 วัน จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 10.80) และ 5 วัน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 9.60) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลกับการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

จำนวนวัน	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา(ร้อยละ)
1 วัน	53 (21.20)
2 วัน	58 (23.20)
3 วัน	43 (17.20)
4 วัน	27 (10.80)
5 วัน	24 (9.60)
6 วัน	14 (5.60)
7 วัน	8 (3.20)
8 วัน	6 (2.40)
9 วัน	1 (0.40)
10 วัน	3 (1.20)
>10 วัน	13 (5.20)
รวม	250 (100.00)

จากตารางที่ 7 พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เกิดได้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันแรก จนถึงมากกว่า 10 วัน และพบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล 1-3 วัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.92 วัน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเกิดได้ทุกระดับของกระบวนการใช้ยา และพบได้ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างพักอยู่ในโรงพยาบาล และก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ค้นพบทั้งหมด 328 ปัญหา เมื่อจำแนกปัญหาตามระยะเวลาที่พบแบ่งเป็น ปัญหาที่พบระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 181 ปัญหา (ร้อยละ 55.18) ปัญหาที่พบก่อนมาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 92 ปัญหา (ร้อยละ 16.77) และปัญหาที่พบก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 55 ปัญหา (ร้อยละ 16.77) เมื่อจำแนกตามกระบวนการใช้ยา ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาจากการสั่งใช้ยา พบจำนวน 217 ปัญหา (ร้อยละ 66.16) ที่พบรองลงมาคือปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย 54 ปัญหา (ร้อยละ 16.46) ปัญหาจากการบริหารยา 34 ปัญหา (ร้อยละ 10.37) และปัญหาจากการจ่ายยา 23 ปัญหา (ร้อยละ 7.01) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. แบ่งตามระยะเวลาที่พบ	
1.1 ปัญหาที่พบก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	92 (28.05)
1.2 ปัญหาที่พบระหว่างเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	181 (55.18)
1.3 ปัญหาที่พบก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	55 (16.77)
รวม	328 (100.00)
2. แบ่งตามกระบวนการใช้ยา	
2.1 ปัญหาการสั่งใช้ยา	217 (66.16)
2.2 ปัญหาการจ่ายยา	23 (7.01)
2.3 ปัญหาการบริหารยา	34 (10.37)
2.4 ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย	54 (16.46)
รวม	328 (100.00)

จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และในทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ตั้งแต่เริ่มมีการสั่งใช้ยา การรับคำสั่งจากแพทย์ การจ่ายยา การบริหารยาให้กับผู้ป่วยและการใช้ยาของผู้ป่วยเอง ปัญหาที่พบมากที่สุดเกิดขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาจากการสั่งใช้ยา ได้แก่การสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ผู้ป่วยแพ้ยา ขนาดยาสูงหรือต่ำกว่าขนาดทั่วไป ช่วงเวลาในการบริหารยาไม่เหมาะสม การสั่งยาที่มีอันตรกิริยาที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การสั่งยาซ้ำซ้อน เขียนคำสั่งด้วยลายมือที่อ่านยาก คำสั่งไม่ชัดเจน เป็นต้น

ปัญหาที่พบรองลงมาเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะมาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย เช่นการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, การได้รับยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

ปัญหาที่พบก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น แพทย์เขียนคำสั่งไม่สมบูรณ์ ไม่ระบุความแรงของยา จำนวนเม็ดยา สัมลัษณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ สิ่งของที่ก่อให้เกิดอันตรายซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย การเขียนฉลากยาไม่ตรงตามแพทย์ระบุ จัดยาที่มีขนาดความแรงไม่ตรงกับที่ระบุในใบสั่งยา จัดยาไม่ครบ สัมบริหารยาที่แพทย์สั่งให้ลึกลับก่อนกลับบ้าน เป็นต้น

เมื่อเทียบการศึกษาของ จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ (2538) ซึ่งพบปัญหาที่เกิดระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 47.06 เป็นปัญหาการได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษามากที่สุด และปัญหาที่พบก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 32.77 เป็นปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง การศึกษาของ จินดา ปิยศิริวัฒน์ (2539) พบปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 171 ปัญหา (ร้อยละ 44.90) ลักษณะของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ร้อยละ 20.5 และปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 13.40 การศึกษาของ ชัยณรงค์ ก้องเกียรติงาม (2541) พบปัญหาระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 167 ปัญหา เป็นปัญหาของการใช้ยาที่อาจเกิดอันตรายต่อกันมากที่สุด 71 ปัญหา ส่วนปัญหาการใช้ยาที่พบก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 159 ปัญหา ที่พบมากที่สุดคือปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง ร้อยละ 54.3 การศึกษาของ เปรมจิตต์ จริยพงศ์ไพบูลย์ (2539) ปัญหาพบมากที่สุดคือปัญหาการสั่งใช้ยา 120 ปัญหา (ร้อยละ 50.60) ซึ่งรายละเอียดของปัญหาจะแตกต่างกันตามลักษณะของผู้ป่วย, ยาใช้, ลักษณะโรงพยาบาล, ภูมิภาค, พื้นที่ตั้งและสิ่งแวดล้อมของชุมชนโรงพยาบาล แต่ที่เหมือนกันคือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบมากระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และเกิดจากการสั่งใช้ยา Knapp และคณะ (1998) พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเกิดจากการเลือกใช้ยา ร้อยละ 50.0 การที่มีเภสัชกรติดตามดูแลการใช้ยา จึงช่วยประสานระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้มีความเข้าใจและช่วยในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้การรักษาด้วยยาเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ค้นพบทั้งหมด 328 ปัญหา รายละเอียดของปัญหาที่พบจากมากไปหาน้อยคืออันตรกิริยาระหว่างยา 92 ปัญหา (ร้อยละ 28.05) การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 74 ปัญหา (ร้อยละ 22.56) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 44 ปัญหา (ร้อยละ 13.41) การได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไป 28 ปัญหา (ร้อยละ 8.54) ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ 26 ปัญหา (ร้อยละ 7.93) เช่น ความไม่ชัดเจนในการสั่งใช้ยา (ไม่ระบุความแรงของยา, จำนวนเม็ดยา, ชื่อยาไม่ถูกต้อง, ลายมืออ่านยาก การเขียนคำสั่งใช้ยาที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิด) การสั่งยาที่ไม่มีใช้ในโรงพยาบาล การคัดลอกคำสั่งผิด เป็นต้น การได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยาน้อยเกินไป 25 ปัญหา (ร้อยละ 7.62) การไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ 24 ปัญหา (ร้อยละ 7.32) การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 8 ปัญหา (ร้อยละ 2.44) และปัญหาการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้ 7 ปัญหา (ร้อยละ 2.13) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ

รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)
1. การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ	24 (7.32)
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	8 (2.44)
3. การได้ยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	25 (7.62)
4. การได้ยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	28 (8.54)
5. การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง	74 (22.56)
6. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	44 (13.41)
7. อันตรกิริยาระหว่างยา	92 (28.05)
8. การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้	7 (2.13)
9. ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ	26 (7.93)
รวม	328 (100.00)

จากตารางที่ 9 พบว่าลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ค้นพบค่อนข้างแตกต่างจากปัญหาที่พบในโรงพยาบาลอื่นและพบไม่มาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลจัดรัส

เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ที่มีผู้ป่วยเข้า-ออก เร็วมาก ผู้ป่วยมักเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรงนัก เพราะถ้าอาการรุนแรงมักจะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชัยภูมิหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

2.2 รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ

2.2.1 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา พบจำนวน 92 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 28.05 ของปัญหาทั้งหมด และเป็นกลุ่มปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ในการประเมินอันตรกิริยาระหว่างยากับยา หรือยากับอาหาร ใช้เกณฑ์จากหนังสือ Drug Interaction Facts ed. 5th (1996) ส่วนการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการศึกษาไม่มีการศึกษา เพราะที่โรงพยาบาลไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากนัก รายละเอียดของการเกิดอันตรกิริยาของยาแสดงในตารางที่ 10



ตารางที่ 10 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา

อันตรกิริยาระหว่างยากับยา	จำนวน (ร้อยละ)	ผลที่เกิด/อาจเกิด	การแก้ไข
INH-rifampicin	20 (21.74)	↑พิษต่อตับ	เฝ้าระวัง
digoxin-furosemide	10 (10.87)	↑พิษของยา digoxin	เฝ้าระวัง
KCl-spirolactone	1 (1.09)	↑ระดับโพแทสเซียม	เฝ้าระวัง
HCTZ-glibenclamide	14 (15.22)	↑ระดับน้ำตาลในเลือด	เฝ้าระวัง
propranolol-indomethacin	2 (2.17)	↓ฤทธิ์ของยา propranolol	เฝ้าระวัง
digoxin-levothyroxine	2 (2.17)	↓ฤทธิ์ของยา digoxin	เฝ้าระวัง
theophylline-cimetidine	4 (4.35)	↑ระดับยา theophylline	หยุดยา cimetidine
theophylline-norfloxacin	1 (1.09)	↑ระดับยา theophylline	เฝ้าระวัง
theophylline-rifampicin	3 (3.26)	↓ระดับยา theophylline	เฝ้าระวัง
digoxin-PTU	1 (1.09)	↑พิษของยา digoxin	เฝ้าระวัง
levothyroxine-FBC®	1 (1.09)	รบกวนการดูดซึมของ thyroxine	แยกเวลารับประทานยา ห่างกัน 4-6 ชั่วโมง
rifampicin-glibenclamide	3 (3.26)	↓ฤทธิ์ของยา glibenclamide	เฝ้าระวัง
theophylline-propranolol	1 (1.09)	↑เพิ่มระดับยา theophylline	เฝ้าระวัง
norfloxacin-antacid	19 (20.65)	รบกวนการดูดซึมยา norfloxacin	แยกเวลารับประทานยา ห่างกัน 2 ชั่วโมง
propranolol-cimetidine	2 (2.17)	↑ระดับยา propranolol	เฝ้าระวัง
doxycycline-antacid	3 (3.26)	รบกวนการดูดซึมยา doxycycline	แยกเวลารับประทานยา ห่างกัน 2 ชั่วโมง
theophylline-lorazepam	1 (1.09)	↓ฤทธิ์ของ lorazepam	เฝ้าระวัง
furosemide-enalapril	1 (1.09)	↓ฤทธิ์ของ furosemide	เฝ้าระวัง
spironolactone-enalapril	3 (3.26)	↑ระดับโพแทสเซียม	เฝ้าระวัง
รวม	92 (100.00)		

จากตารางที่ 10 พบว่ามีคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยา 19 คู่ยา ในจำนวน 92 ปัญหานั้น คู่ยาที่พบมากที่สุดคือ INH-rifampicin 20 ปัญหา (ร้อยละ 21.74) norfloxacin-antacid 19 ปัญหา (ร้อยละ 20.65) HCTZ-glibenclamide 14 ปัญหา (ร้อยละ 15.22) digoxin-furosemide 10 ปัญหา (ร้อยละ 10.87) เนื่องจากช่วงที่ศึกษา มีผู้ป่วยวัณโรคปอด, วัณโรคปอด-หอบหืด, วัณโรคปอด-เบาหวาน, ท้องเสีย, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มา

เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาก จึงพบอันตรกิริยาคู่ยาเหล่านี้สูง สำหรับกลไกการเกิดอันตรกิริยาและความสำคัญทางคลินิก แสดงในภาคผนวก ง

เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีการตีพิมพ์ พบว่าการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ส่วนมากมีระดับนัยสำคัญพบที่ระดับ 2 ซึ่งเป็นคู่ยาที่มีเอกสารอ้างอิงสนับสนุนว่าเป็นคู่ยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายค่อนข้างรุนแรง ระยะเวลาในการเกิดมีทั้งแบบเร็ว (rapid) และช้า (delayed) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแบบช้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง (moderate) เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของการเกิดอันตรกิริยา โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีการตีพิมพ์ พบว่าอยู่ในระดับเป็นไปได้ (probable) 71 ปัญหา, และเป็นไปได้สูง (established) 12 ปัญหา มีทั้งปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ทันทีที่พบ เช่น ปัญหาที่เกิดจากการดูดซึมของยา ได้แก่ antacid gel และ norfloxacin ให้แยกเวลารับประทานยาห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือ levothyroxine-FBC[®] โดยให้แยกเวลารับประทานให้ห่างกัน 4-6 ชั่วโมง และปัญหาที่ต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยานั้นอยู่ จึงอาจมีโอกาสดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขึ้นได้ การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะสามารถป้องกันไม่ให้ปัญหานั้นมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

2.2.2 ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง พบจำนวน 74 ปัญหา (ร้อยละ 22.56) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง

ลักษณะของปัญหา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา	43 (58.11)
2. จำขยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามสั่ง	13 (17.57)
3. ไม่ได้บริหารยาให้กับผู้ป่วย	18 (24.32)
รวม	74 (100.00)

จากปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 43 ปัญหา (ร้อยละ 58.11) เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของโรค ไปรู่ระไปอยู่กับลูกต่างจังหวัดระยะหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถมารับยาได้ ลูกไม่ว่างพามารับยา

รับประทานยาผิดวิธี ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และเพราะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน วัณโรคปอด จิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมาก หอบเหนื่อยเจ็บหน้าอก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก เหนื่อยเพลีย มีอาการทางจิตเวชจากการขาดยา จึงมาโรงพยาบาลและแพทย์ให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เกษชกรจึงต้องให้คำแนะนำและความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การใช้ยา และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเช่นนี้อีก

ปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ที่เกิดจากขั้นตอนการรับคำสั่งของแพทย์ และการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม ทำให้ลอกคำสั่งแพทย์ไม่ครบ และจัดยาไม่พอให้ผู้ป่วย จำนวน 13 ปัญหา (ร้อยละ 17.57) เกิดจากขั้นตอนการรับคำสั่งแพทย์และการบริหารยาของพยาบาลจำนวน 18 ปัญหา (ร้อยละ 24.32) เช่น ไม่เอาสำเนาคำสั่งแพทย์มาให้ฝ่ายเภสัชกรรม รับคำสั่งไม่ครบ ทำการรื้อยาหาย ลอกวิธีรับประทานยาผิด ทำยาหล่น และลืมบริหารยาให้ผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์สั่งฉีดยาให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 3 รายคือ lincocin 1 ml im , diclofenac 1 amp. im ,vitamin.K₁ 10 mg 1 amp. im ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาช้ากว่ากำหนด

2.2.3 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบจำนวน 44 ปัญหา (ร้อยละ 13.41) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 รายการยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ

รายการยาที่เป็นสาเหตุ	อาการไม่พึงประสงค์	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)	ประเภทที่เกิด
ampicillin	maculopapular rash	3 (6.97)	type B
cloxacillin	maculopapular rash	1 (2.33)	type B
colchicine	diarrhea	3 (6.97)	type A
cotrimoxazole	fixed drug eruption	1 (2.33)	type B
cotrimoxazole	maculopapular rash	1 (2.33)	type B
cotrimoxazole	Stevens Johnson Syndrome	1 (2.33)	type B
enalapril	cough	1 (2.33)	type A
glibenclamide	hypoglycemia	9 (20.93)	type A
indomethacin	GI - irritation	1 (2.33)	type A
insulin	hypoglycemia	4 (9.30)	type A
INH-rifampicin	hepatotoxicity	1 (2.33)	type A
INH-rifampicin-PZA	anorexia nausea vomiting	2 (4.65)	type A
INH-rifampicin-PZA	rash	2 (4.65)	type B
Metronidazole	GI - irritation	1 (2.33)	type A
M.O.M	diarrhea	4 (9.30)	type A
penicillin G	anaphylactic shock	1 (2.33)	type B
phenobarbital	dizziness,drowsiness	1 (2.33)	type A
phenobarbital	maculopapular rash	2 (4.65)	type B
piroxicam	maculopapular rash	1 (2.33)	type B
dexamethasone	moon face,buffalow hump	4 (9.30)	type A
รวม		44 (100.00)	

ประเภทของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Type A) พบจำนวน 31 ปัญหา (ร้อยละ 70.45) มีความสัมพันธ์กับขนาดของยาและสามารถทำนายได้ พบได้บ่อยและไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต

2. การแพ้ยาหรือการเกิดโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Type B) พบจำนวน 13 ปัญหา (ร้อยละ 29.55) ความรุนแรงของอาการไม่สัมพันธ์กับขนาดของยาที่ใช้ มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

กลุ่มยาปฏิชีวนะพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด มีทั้งผื่นคันธรรมดา และอาการรุนแรงจากยา ampicillin, cloxacillin, cotrimoxazole, INH-rifampicin-PZA, penicillin G. ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์บางอย่าง เช่น อาการข้างเคียงจากยา เมื่อหยุดยาหรือลดขนาดยาอาการจะดีขึ้น จึงใช้วิธีอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพร้อมวิธีปฏิบัติตัว แต่ปฏิบัติยากเกินไป ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษจึงจะดีขึ้น และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดยเฉพาะ maculopapular rash , fixed drug eruption, anaphylactic shock , Stevens Johnson Syndrome เกสซ์กรจะทำบัตรแพ้ยาประจำตัวให้ผู้ป่วยพกติดตัว อธิบายให้ทราบถึงอาการที่เกิด แนะนำให้แสดงบัตรแพ้ยาประจำตัวทุกครั้งที่ได้รับยาจากคลินิก ร้านยา หรือโรงพยาบาล และใช้สติ๊กเกอร์ติดที่โทรศัพท์มือถือ เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาครั้งต่อไป

2.2.4 ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไป พบจำนวน 28 ปัญหา (ร้อยละ 8.54) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ปัญหาการได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไป

ลักษณะปัญหา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)
การได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป	23 (82.14)
มีการสะสมของยาจนเกิดภาวะพิษ	4 (14.29)
ระยะเวลาในการบริหารยาห่างกันน้อยเกินไป	1 (3.57)
รวม	28 (100.00)

ปัญหาการได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไป ที่เกิดจากการสั่งยาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับยา ethambutol (3 ปัญหา), rifampicin (1 ปัญหา), pyrazinamide (1 ปัญหา) ขนาดมากเกินไป เสนอแพทย์ลดขนาดลงตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย เพราะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษจากยา หรือผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ปี น้ำหนัก 10 กิโลกรัม ได้รับยา diazepam 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เพื่อป้องกันอาการชักจากไข้สูง เสนอแพทย์ลดขนาดยาลงเป็น diazepam 2 mg ครั้งละ 1 เม็ดครึ่ง วันละ 3 ครั้ง (ขนาดปกติ 0.6-0.8 มก./กก./วัน) นอกจากนี้เกิดจากการสั่งยาอย่างเดียวกันทั้งชนิดชนิดและชนิดรับประทาน เช่น สันนิษฐาน aminophylline พร้อมกับสั่งยา theophylline ชนิดรับประทาน หรือสั่งชนิดยา diclofenac ร่วมกับยาเม็ดชนิดรับประทาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษจากยาที่ใช้ เช่น ภาวะพิษจากยา aminophylline ได้แก่ออาการ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เพราะได้รับยาในขนาดที่มากเกินไป การแก้ปัญหาคือเสนอแพทย์ให้หยุดยา ปัญหาเกิดภาวะพิษจากยารักษาวัณโรคปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลือง, ตาเหลือง และตรวจพบการทำงานของตับผิดปกติ เพราะขนาดยาที่สูงเกินควรทำให้เป็นพิษต่อดตับ (2 ปัญหา) จึงต้องหยุดใช้ยา การที่เภสัชกรเข้าไปช่วยในการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จะช่วยทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

2.2.5 ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่นๆ พบจำนวน 26 ปัญหา (ร้อยละ 7.93) เกิดจากการสั่งยาของแพทย์ จำนวน 13 ปัญหา (ร้อยละ 50.0) เช่น การไม่ระบุจำนวนเม็ดยา หรือความแรงของยาก่อนกลับบ้าน สั่งยาไม่มีในบัญชียาของโรงพยาบาล คำสั่งไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจผิด เช่น แพทย์สั่ง D3 1x3 pc ซึ่งหมายถึง diazepam 3 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร พยาบาลจึงให้ผู้ป่วยรับประทานยา diazepam 2 mg, ครั้งละ 1 เม็ดครึ่งเพื่อให้ได้ขนาดยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งเภสัชกรได้แจ้งแพทย์ จึงเปลี่ยนเป็นยา diazepam 2 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารแทน ปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆที่เกิดจากการจ่ายยา จำนวน 7 ปัญหา (ร้อยละ 26.92) เช่น เขียนวิธีรับประทานยาบนฉลากยาก่อนกลับบ้านผิด หรือจัดยาไม่ครบเป็นต้น ปัญหาเกิดจากพยาบาล จำนวน 6 ปัญหา (ร้อยละ 23.07) เช่น พยาบาลเขียนวิธีรับประทานยา cloxacillin หลังอาหารแทนการให้ก่อนอาหาร หรือเขียนการ์ดยาผิด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ปัญหาในลักษณะอื่น ๆ

ลักษณะของปัญหา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)
1. ปัญหาจากการสั่งยาของแพทย์	13 (50.0)
- ไม่ระบุจำนวนเม็ดยา/ความแรงของยาก่อนกลับบ้าน	8
- สั่งยา ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล	2
- คำสั่งไม่ชัดเจน	3
2. ปัญหาจากการจ่ายยา	7 (26.92)
- การเขียนวิธีรับประทานยาบนฉลากยาก่อนกลับบ้านผิด	4
- จัดยาไม่ครบ	3
3. ปัญหาจากพยาบาล	6 (23.07)
- การเขียนวิธีรับประทานยาผิด	4
- เขียนการ์ดยาผิด	2
รวม	26 (100.00)

พบว่าปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ เกิดจากการสั่งยาของแพทย์ร้อยละ 50.0 เกิดจากฝ่ายเภสัชกรรม ร้อยละ 26.92 และพยาบาลร้อยละ 23.07 ซึ่งการแก้ไขปัญหาลักษณะอื่น ๆ ที่พบ เภสัชกรจะประสานงานกับแพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรง การที่เภสัชกรเข้ามาดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ของผู้ป่วยได้

2.2.6 การได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยาน้อยเกินไป พบจำนวน 25 ปัญหา (ร้อยละ 7.62) การเลือกใช้อายุอย่างเหมาะสมแต่ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่ำเกินไป เช่น ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่ำเกินไป 18 ปัญหา (ร้อยละ 72.0) หรือระยะเวลาห่างมือของยาห่างมากเกินไป 7 ปัญหา (ร้อยละ 28.0) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ปัญหาการได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยาน้อยเกินไป

ลักษณะปัญหา	จำนวนปัญหา	การแก้ไข
1. ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่ำเกินไป 18		
ปัญหา (ร้อยละ 72.0)		
* ผู้ป่วยวัณโรคได้รับยา PZA หรือ EMB ขนาดน้อยเกินไป	8	* เพิ่มขนาดยาให้เหมาะสมตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
* ผู้ป่วยงูสวัดได้รับยา acyclovir 400 mg วันละ 5 ครั้ง	1	* เพิ่มขนาดยาเป็น 800 mg วันละ 5 ครั้ง
* ผู้ป่วย Hyperthyroidism ได้รับยา propranolol 10 mg วันละ 3 ครั้ง	1	* เพิ่มขนาดยาเป็น 40 mg วันละ 3 ครั้ง เพราะผู้ป่วยมีอาการใจสั่นชีพจร 124 ครั้ง/ นาที
* ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้รับ norfloxacin 100 mg วันละ 2 ครั้ง	1	* เพิ่มขนาดยาเป็น 400 mg วันละ 2 ครั้ง
* ผู้ป่วยหัวใจวายได้รับยา furosemide 40 mg ครั้งเม็ดเช้า	1	* เพิ่มขนาดยาเป็น 1 เม็ดเช้า เพราะผู้ป่วยยังมีอาการบวมเหนื่อยเพลีย
* แพทย์สั่ง activated charcoal 50 gm. ทุก 6 ชม. แต่ได้รับ ultracarbon (250 mg) 8 เม็ด	2	* ประสานงานกับพยาบาลเพิ่มขนาดยาให้ครบตามสั่ง
* แพทย์สั่ง norfloxacin (400 mg) วันละ 2 ครั้ง แต่ได้รับขนาด 100 mg วันละ 2 ครั้งแทน	1	* เพิ่มขนาดยาให้ครบตามสั่ง
* แพทย์สั่งยา cloxacillin (500 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ตามต้องการ	1	* เสนอแพทย์เปลี่ยนเป็นรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน

ตารางที่ 15 ปัญหาการได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยาน้อยเกินไป (ต่อ)

ลักษณะปัญหา	จำนวนปัญหา	การแก้ไข
* แพทย์สั่ง actifed ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งแต่ได้รับยาชนิดน้ำเชื่อมครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 2 ครั้ง แทน	1	* ประสานงานกับเภสัชกรจัดยาตามสั่ง
* ผู้ป่วยรับประทานยาผิดโดยรับประทาน ยา HCTZ ครั้งเมื่เช้าพร้อมกับ propranolol (40 mg) ครั้งเดียวหลังอาหารเช้าแทนการรับประทาน วันละ 3 ครั้ง ทำให้ความดันโลหิตสูงถึง 200/110 mmHg	1	* ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยากับผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหา
2. ระยะเวลาห่างมือของยาห่างกันมากเกินไป จำนวน 7 ปัญหา (ร้อยละ 28.00)		
* แพทย์สั่งยา erythromycin ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร	2	* แก้ไขเป็นครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน
* แพทย์สั่ง diazepam 2 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันชักจากไข้สูง	1	* แก้ไขเป็นทุก 8 ชั่วโมง
* ผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนได้รับยา cimetidine ฉีด ทุก 12 ชั่วโมง	4	* แก้ไขเป็นทุก 6 ชั่วโมง

การที่เภสัชกรเข้าไปร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

2.2.7 การไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ พบจำนวน 24 ปัญหา (ร้อยละ 7.32) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ

ลักษณะปัญหา	จำนวน (ร้อยละ)
- การหยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น	13 (54.17)
- การไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค	3 (12.50)
- การไม่ได้รับการรักษาอาการหรือภาวะที่เกิดขึ้นใหม่	8 (33.33)
รวม	24 (100.00)

ก. การหยุดสั่งใช้ยาในผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้นพบ 13 ปัญหา (ร้อยละ 54.17) ได้แก่

- * ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนแต่ได้รับการฉีดยา cimetidine เพียงวันเดียว (3 ปัญหา) เสนอแพทย์เพิ่มยาให้ผู้ป่วย
- * ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, hypothyroidism ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง (7 ปัญหา) จึงเสนอแพทย์เพิ่มยาให้ผู้ป่วย เพราะแพทย์รักษาแต่อาการที่นำผู้ป่วยมาโดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับยาต่อเนื่อง
- * ผู้ป่วยหอบหืดหลังจากหยุดยาฉีด aminophylline แล้วไม่ได้มารับประทาน (2 ปัญหา) เสนอแพทย์เพิ่มยาให้ผู้ป่วย
- * ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ก่อนมาพักรักษาในโรงพยาบาลได้รับยา roxithromycin (150 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ไม่ได้ยาต่อเนื่อง (1 ปัญหา) แจ้งแพทย์เพิ่มยาให้ผู้ป่วย

ข. การไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรคพบ 3 ปัญหา (ร้อยละ 12.50) ได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและหัวใจตันผิดจังหวะ ไม่ได้รับยาแอสไพริน เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เสนอแพทย์ให้เพิ่มยาแอสไพรินแก่ผู้ป่วย

ค. การไม่ได้รับการรักษาอาการหรือภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ พบ 8 ปัญหา (ร้อยละ 33.33) ได้แก่

- * ผู้ป่วยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 3 ราย และพยาธิปากขอ 1 ราย ไม่ได้รับยา เสนอแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วย
- * ผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ($K = 2.46 \text{ mEq/L}$) เสนอแพทย์เสริมโพแทสเซียมให้ผู้ป่วย
- * ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเป็นอัมพฤกษ์ ตรวจพบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงถึง 326 mg\% และไตรกลีเซอไรด์สูง 248 mg\% แต่ไม่ได้รับยาจึงเสนอแพทย์เพิ่มยาลดไขมันในเลือด gemfibrozil ให้ผู้ป่วย เพราะเป็นยาลดไขมันชนิดเดียวที่มีในบัญชียาของโรงพยาบาล
- * ผู้ป่วยถูกตรวจพบวัณโรคปอดครั้งแรกได้รับยา INH เพียงอย่างเดียว (2 ปัญหา) เสนอแพทย์เพิ่มยา Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol
จะเห็นได้ว่าการบริหารทางเภสัชกรรม สามารถค้นพบและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาให้ผู้ป่วยได้

2.2.8 ปัญหาการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม พบจำนวน 8 ปัญหา (ร้อยละ 2.44) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ปัญหาการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม

ลักษณะปัญหา	จำนวน	การแก้ไข
* ตรวจพบพยาธิ strongiloid ได้รับยา mebendazole 100 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น ซึ่งไม่ได้ผลในการรักษา	2	* เปลี่ยนเป็นยา albendazole 400 mg วันละครั้ง หลังอาหารเช้า ติดต่อกัน 3 วัน
* ผู้ป่วย Hyperthyroidism ได้รับยา salbutamol และ aminophylline	1	* เปลี่ยนเป็นยา propranolol และ PTU แทน
* ผู้ป่วยท้องผูกถ้าใส่ยาคัดค้านได้รับยา loperamide 2 เม็ด	1	* งดใช้ loperamide และเปลี่ยนเป็นการสวนทวาร (enema)
* ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองและหัวใจขาดเลือด ได้รับยา propranolol ทำให้ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากขึ้น	2	* เปลี่ยนเป็นยา atenolol ซึ่งเป็น Beta ₁ - Selective
* ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผลการตรวจ BUN 71.9 mg% , Cr. 8.2 mg% , K 5.3 mEq/L ได้รับยา enalapril ซึ่งจะ ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น	1	* เปลี่ยนเป็นยา atenolol
* ผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีปัญหาเรื่องไต ได้รับยา gentamicin 240 mg iv วันละครั้งและ ampicillin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง	1	* เปลี่ยนเป็นยา ceftriaxone 1 gm วันละครั้งแทนซึ่งใช้ได้ดี สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไต โดยไม่ต้องปรับขนาดยา

ซึ่งปัญหาการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม มีทั้งการเลือกยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่เหมาะสมกับโรค การเลือกยาที่เป็นข้อห้ามใช้ และการเลือกยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่ใช่ว่าที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ซึ่งข้อเสนอแนะของเภสัชกรในการแก้ไขปัญหาคือการเปลี่ยนไปใช้ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยแทน

2.2.9 ปัญหาการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้
 จำนวน 7 ปัญหา (ร้อยละ 2.13) ดังแสดงในตารางที่ 18
 ตารางที่ 18 ปัญหาการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้

ลักษณะปัญหา	จำนวน	การแก้ไข
* ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับยา metoclopramide ร่วมกับยา domperidone ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน	2	* หยุดยา metoclopramide
* ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้รับยา diclofenac ผิดร่วมกับยา ibuprofen(200 mg) และ indomethacin อย่างละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน	1	* หยุดยา indomethacin และเพิ่มขนาดยา ibuprofen เป็น 400 mg. วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
* ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้รับยา norfloxacin (400mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ร่วมกับยาฉีด ceftriaxone 1 กรัม วันละครั้ง ซึ่งเป็นการใช้ยาเกินความจำเป็น	1	* เสนอแนะให้ลดยาแล้วแต่แพทย์ ยืนยันคำสั่งเดิม
* ผู้ป่วยหอบหืดได้รับทั้งยา terbutaline และ salbutamol ซึ่งเป็นยา Beta ₂ -agonist	1	* หยุดยา terbutaline
* ผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหาร ส่วนบน ได้รับยาฉีด cimetidine 1 amp. Stat และทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับ cimetidine (200mg) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	1	* เสนอแนะให้ลดยาแล้วแต่แพทย์ ยืนยันคำสั่งเดิม
* ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้รับยา Ampicillin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับ gentamicin 240 mg iv OD และร่วมกับ norfloxacin (400mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง	1	* ปัญหาเกิดในวันที่เภสัชกรไม่ได้มาปฏิบัติงาน เมื่อพบปัญหาผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ปัญหาจึงไม่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้ จะเป็นการใช้ยาซ้ำซ้อนกันในกลุ่มเดียวกันหรือออกฤทธิ์เหมือนกัน ซึ่งไม่มีข้อมูลยืนยันว่าการใช้ร่วมกันว่าจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น จึงเป็นการใช้ยาเกินความจำเป็น ทำให้สิ้นเปลือง

2.3 ผลการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ

จากการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม ให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรัส 1,038 ราย พบผู้ป่วยจำนวน 250 ราย มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยารวม 328 ปัญหา ลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา แบ่งเป็น

1. ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข คือปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและยังเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ที่จะต้องได้รับการแก้ไข เพื่อมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย จำนวน 205 ปัญหา (ร้อยละ 62.50)
2. ปัญหาที่ควรได้รับการป้องกัน คือปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในอดีต เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก หรือเป็นปัญหาที่คาดว่าจะเกิด หรือมีข้อมูลยืนยันว่าจะเกิดปัญหานั้น หรือถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นจริงจะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย จำนวน 65 ปัญหา (ร้อยละ 19.82)
3. ปัญหาที่ควรติดตามเฝ้าระวัง คือปัญหาที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยยังคงต้องได้รับยานั้นอยู่ การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซิด จึงสามารถป้องกันมิให้ปัญหานั้น มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จำนวน 58 ปัญหา (ร้อยละ 17.68)

ผลการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ป้องกัน หรือเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ แสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ผลการให้ข้อเสนอแนะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบของเภสัชกร

ผลการให้ข้อเสนอแนะ	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อเสนอแนะที่ได้รับการยอมรับและแก้ไขปัญหา	180 (54.88)
ปัญหาที่ได้รับการป้องกันโดยเภสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วย	65 (19.82)
ปัญหาที่ได้รับการเฝ้าระวังโดยกิจกรรมของเภสัชกร	58 (17.68)
ปัญหาที่ไม่ได้แก้ไข	25 (7.62)
รวม	328 (100.00)

กิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในการแก้ไข ป้องกัน หรือเฝ้าระวังปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 กิจกรรมที่ได้ดำเนินการแก้ไข ป้องกัน หรือเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
* การแก้ไขปัญหา	180 (54.88)
- เพิ่มขนาดยา	13 (3.96)
- ลดขนาดยา	13 (3.96)
- เพิ่มขนาดยาในการรักษา	19 (5.79)
- หยุดให้ยา	32 (9.76)
- ปรับเปลี่ยนความถี่ในการบริหารยา	6 (1.83)
- ปรับเปลี่ยนเวลาในการบริหารยา	35 (10.67)
- ปรับเปลี่ยนเป็นยาอื่น	5 (1.52)
- แก้ไขปัญหาการจ่ายยา	21 (6.40)
- แก้ไขปัญหาการบริหารยา	26 (7.93)
- แก้ไขปัญหาคำสั่งไม่ชัดเจน	10 (3.05)
* ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกัน ปัญหา	65 (19.82)
* ติดตามเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย	58 (17.68)
* ปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไข	25 (7.62)
รวม	328 (100.00)

เมื่อค้นพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ป่วยเพื่อดำเนินการแก้ไข ป้องกัน และเฝ้าระวังปัญหา ที่ค้นพบดังนี้

การแก้ไขปัญหาก็กิจกรรมที่ได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยคือ

1. การปรับเปลี่ยนเวลาในการบริหารยา จำนวน 35 ปัญหา (ร้อยละ 10.67) เช่น
 - การแยกระยะห่างของเวลารับประทานยา norfloxacin กับ antacid gel ให้ห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพราะรบกวนการดูดซึมของยา norfloxacin
 - เปลี่ยนวิธีรับประทานยา cloxacillin (500mg) จากครั้งละ 2 เม็ด เมื่อมีอาการ เป็นครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งก่อนอาหารและก่อนนอน
 - เปลี่ยนเวลารับประทานยาวัณโรคจากก่อนนอน เป็นหลังอาหารเช้า เนื่องจากผู้ป่วยเบื่ออาหาร คลื่นไส้ เหนื่อยเพลีย
 - เปลี่ยนวิธีรับประทานยา cloxacillin, glibenclamide, ofloxacin, roxithromycin จากรับประทานหลังอาหารเป็นก่อนอาหาร เนื่องจากอาหารรบกวนการดูดซึมของยา
2. การหยุดยา จำนวน 32 ปัญหา (ร้อยละ 9.76) เนื่องจาก
 - 2.1 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น
 - หยุดยา M.O.M เพราะผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย
 - หยุดยา theophylline เพราะผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เหนื่อย
 - หยุดยา cotrimoxazole, phenobarbital, ampicillin, penicillin G piroxicam เนื่องจากปฏิกิริยาไวเกิน
 - 2.2 การจ่ายยาซ้ำซ้อน เนื่องจากเป็นยาในกลุ่มเดียวกันหรือยาชนิดเดียวกัน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกันจึงหยุดยาเช่น
 - หยุดยา metoclopramide เพราะผู้ป่วยได้รับยานี้ร่วมกับยา domperidone
 - หยุดยา terbutaline เพราะผู้ป่วยได้รับยานี้ร่วมกับยา salbutamol
 - หยุดยา theophylline เพราะผู้ป่วยได้รับยานี้ร่วมกับยา aminophylline ฉีด
 - หยุดยา indomethacin เพราะผู้ป่วยได้รับยานี้ร่วมกับยา ibuprofen และ diclofenac ฉีด stat
 - 2.3 การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมเนื่องจากจ่ายยาที่เป็นข้อห้ามใช้ เช่น
 - หยุดยา enalapril เนื่องจากผู้ป่วยตรวจพบการทำงานของไตผิดปกติแล้ว เปลี่ยนเป็นยา atenolol แทน

- หยุดยา propranolol เพราะผู้ป่วยมีโรค COPD, หอบหืดร่วมด้วยแล้ว เปลี่ยนเป็นยา atenolol แทน

2.4 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เช่น

- หยุดยา cimetidine เพราะเกิดอันตรกิริยากับยา theophylline ที่ใช้ร่วมกัน
- หยุดยา spironolactone ที่ใช้ร่วมกับยา enalapril เพราะผู้ป่วยมีระดับ โพแทสเซียมในเลือดสูง (6.72 mEq/L)

2.5 การใช้ยานานเกินความจำเป็น เช่น

- หยุดยา ceftriaxone ในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเพราะผู้ป่วยไม่มีไข้ และผลการตรวจปัสสาวะปกติแล้ว
- หยุดยา albendazole 200 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน เพราะการรักษาพยาธิปากขอรับประทาน 2 เม็ด ครั้งเดียว

3. การเพิ่มขนาดยาในการรักษา จำนวน 19 ปัญหา (ร้อยละ 5.79) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับยา ที่สมควรได้รับ เช่น

- เพิ่มยา KCl ในผู้ป่วยที่ได้รับยา furosemide ร่วมกับยา digoxin แล้วมีภาวะ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (2.46 mEq/L)
- เพิ่มยา aspirin ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด, โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อป้องกันการจับตัวของเกร็ดเลือด
- เพิ่มยา praziquantel หรือ albendazole ในผู้ป่วยที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ หรือ พยาธิปากขอ
- เพิ่มยา gemfibrozil ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและอัมพฤกษ์ที่มีระดับ โทเลสเทอรอล 326 mg% และไตรกลีเซอไรด์ 248 mg%
- เพิ่มยา cimetidine ชนิดเม็ดแก่ผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบนซึ่ง ได้รับยาฉีด cimetidine วันเดียว
- เพิ่มยา theophylline แก่ผู้ป่วยหอบหืดที่ได้รับยาฉีด aminophylline เมื่อหยุดยาฉีด แล้วไม่ได้รับประทานต่อ

4. การเพิ่มขนาดยา จำนวน 13 ปัญหา (ร้อยละ 3.96) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เหมาะสม แต่ขนาดยาน้อยเกินไป เช่น

- เพิ่มขนาดยา acyclovir จากขนาด 400 mg วันละ 5 ครั้ง เป็น 800 mg วันละ 5

ครั้ง แก่ผู้ป่วยงูสวัด

- เพิ่มขนาดยา pyrazinamide, ethambutol โดยคำนวณตามน้ำหนักตัวแก่ผู้ป่วยวัณโรค
- เพิ่มขนาดยา cimetidine จาก 400 mg ก่อนนอน เป็น 400 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า,เย็น ในผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งเปลี่ยนจากยา ฉีด cimetidine มาเป็นยารับประทาน

5. การลดขนาดยา จำนวน 13 ปัญหา (ร้อยละ 3.96) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไปหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น

- ลดขนาดยา ethambutol ในผู้ป่วยวัณโรคปอดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
- ลดขนาดยา colchicine เพราะผู้ป่วยท้องเสีย
- ลดขนาดยา chlorpropamide , glibenclamide ในผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ลดขนาดยา diazepam จากชนิด 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เป็น diazepam 2 mg ครั้งละ 1 เม็ดครั้ง วันละ 3 ครั้ง ในผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันชักจากไข้สูง

6. การปรับเปลี่ยนความถี่ในการบริหารยา จำนวน 6 ปัญหา (ร้อยละ 1.83) เช่น

- เว้นระยะห่างในการบริหารยา levothyroxine กับ FBC[®] ให้ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง โดยให้รับประทานยา levothyroxine 2 เม็ด หลังอาหารเช้า และ FBC[®] ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเที่ยง,เย็น เพราะยา FBC[®] จะ ลดการดูดซึมของยา levothyroxine
- เพิ่มความถี่ของยา erythromycin จากรับประทานทุก 12 ชั่วโมง เป็นทุก 6 ชั่วโมง
- เพิ่มความถี่ของยา diazepam 2 mg จากรับประทานทุก 12 ชั่วโมง เป็นทุก 8 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันชักจากไข้สูง
- เพิ่มความถี่ของยาฉีด cimetidine จากทุก 12 ชั่วโมง เป็นทุก 6 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน

7. การปรับเปลี่ยนเป็นยาอื่น จำนวน 5 ปัญหา (ร้อยละ 1.52) เนื่องจากผู้ป่วยใช้ยาที่มีประสิทธิภาพไม่เหมาะสมกับโรค หรือได้รับยาที่เป็นข้อห้ามใช้ เช่น

- เปลี่ยนยาจาก mebendazole เป็น albendazole ในผู้ป่วยตรวจพบพยาธิ strongiloid

- เปลี่ยนยาจาก gentamicin เป็น ceftriaxone ในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่มีปัญหาเรื่องไต
- เปลี่ยนยาจาก aminophylline ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน เป็นยา theophylline ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าเย็น ในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีอาการหอบหืดเพื่อลดความถี่ในการรับประทานยา

8. แก้ไขปัญหาจากการบริหารยา จำนวน 26 ปัญหา (ร้อยละ 7.93) เช่น บริหารยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามสั่ง ลอกริธีรับประทานยาในกรณีขาดยา ทำการลดยาหายทำให้มียาเหลือทำยาหล่น สัมผัสยาให้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เป็นต้น เกษขจรจึงแก้ไขโดยการประชุมร่วมกับพยาบาลทั้งหมดเพื่อช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ทำความเข้าใจกับระบบการกระจายยาผู้ป่วยใน ปรับปรุงการจ่ายยาใหม่โดยการจัดเป็นชุดสำหรับยาแต่ละมื้อในหนึ่งวัน (ใส่ซองซิปลิส สำหรับยาแต่ละชนิดพร้อมระบุชื่อยา ความแรง คลิปรวมกันพร้อมชื่อผู้ป่วย แยกเวลารับประทาน เช้า เทียง เย็น ก่อนนอน) เพื่อความสะดวกในการบริหารยาให้กับผู้ป่วย

9. แก้ไขปัญหาการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 21 ปัญหา (ร้อยละ 6.40) เช่น ปัญหาซึ่งเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมลอกคำสั่งแพทย์ลงในบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วยไม่ครบ จัดยาไม่ครบ เขียนวิธีรับประทานยาในฉลากยาของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านไม่ถูกต้อง แก้ไขปัญหาโดยการชี้แจงกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ทุกครั้งที่พบปัญหา พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้ปัญหาเกิดขึ้นอีก

10. แก้ไขปัญหาคำสั่งแพทย์ไม่ชัดเจน เช่น ไม่ระบุจำนวนเม็ดยา ความแรงของยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน วิธีรับประทานยาไม่ถูกต้อง โดยประสานงานกับแพทย์โดยตรงในการแก้ไขปัญหา ซึ่งปัญหาการจ่ายยา ปัญหาการบริหารยามักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการอ่านคำสั่งแพทย์

การป้องกันปัญหา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบางปัญหาเป็นปัญหาที่เคยเกิดขึ้นแล้วในอดีต เช่น ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษาหรือยาที่รับประทาน และการปฏิบัติตัว โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลให้เข้าใจ จะได้ร่วมมือกันในการป้องกัน

มิให้ปัญหาเกิดขึ้นอีก หรือเป็นปัญหาที่พบในปัจจุบัน เช่น ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเฉพาะปฏิกริยาไวเกิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาครั้งต่อไป เพราะการเกิดปัญหาแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือการป้องกันและการปฏิบัติตัวจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั้นอีก

การดำเนินการแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหาที่พบ จำนวน 65 ปัญหา (ร้อยละ 19.82) เช่น

- การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยและญาติในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี จำนวน 39 ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยขาดยาและรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ เมื่อเกิดความผิดปกติจึงมาโรงพยาบาล ทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน วัณโรคปอด จิตเวช

- ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเนื่องจากปฏิกริยาไวเกิน จำนวน 15 ปัญหา ได้ทำบัตรแพ้ยาประจำตัวให้กับผู้ป่วยโดยแจ้งให้ผู้ป่วยแสดงบัตรทุกครั้งที่ได้รับยาจากร้านยา คลินิก สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลที่ใช้บริการ นำสติ๊กเกอร์สีแดงติดไว้ที่โอพีดีการ์ด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการที่เกิดขึ้น ข้อควรระวังโดยเฉพาะการซื้อยารับประทานเอง

- ผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 9 ปัญหา เกสซกรแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้ทราบถึงอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการดังกล่าวขึ้น เพื่อป้องกันภาวะช็อค

- ผู้ป่วยวัณโรคปอดไม่ยอมรับประทานยา จำนวน 2 ปัญหา เนื่องจากคลื่นไส้ เหนื่อยเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นคันแต่ไม่มีไข้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าอาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ในช่วงแรกของการรักษา เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดและร่างกายต้องใช้เวลาปรับตัว หลักการรักษาโรคต้องรับประทานยาต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน ห้ามหยุดยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ถ้ารู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบนำยากลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเท่านั้น

การเฝ้าระวังปัญหา จำนวน 58 ปัญหา เนื่องจากปัญหาที่ควรติดตามเฝ้าระวัง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยยังคงได้รับยานั้นอยู่ การดำเนินการกับปัญหาที่ไม่เห็นผลชัดเจน ทางคลินิก ซึ่งอาจจะเคยมีการรายงานถึงการเกิดปัญหาของยานั้นขึ้น บางครั้งเมื่อติดต่อ ประสานงานกับแพทย์ แพทย์อาจเห็นว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิก และผู้ป่วยยังใช้ยานั้นได้ ผลดีโดยไม่มีปัญหา หรือข้อมูลที่ให้กับแพทย์อาจจะยังไม่เพียงพอ จึงมิได้จัดการหรือแก้ไข ปัญหานั้น และบางครั้งบางปัญหาอาจต้องใช้เวลาในการแก้ไข

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จำนวน 58 ปัญหา (ร้อยละ 17.68) ได้แก่ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาซึ่งยังไม่เกิดปัญหาในผู้ป่วย และผู้ป่วยยังใช้ยานั้นได้ผลดีจึงต้องติดตามเฝ้าระวัง ตัวอย่างเช่น อันตรกิริยาระหว่างยา INH-rifampicin, glibenclamide-HCTZ, digoxin-levothyroxine, glibenclamide-rifampicin, spironolactone-enalapril, theophylline-cimetidine, theophylline-propranolol, indomethacin-propranolol, digoxin-furosemide, theophylline-rifampicin เป็นต้น

ปัญหาที่ไม่ได้แก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จำนวน 25 ปัญหา (ร้อยละ 7.62) เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและพบเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่น หรือเป็นปัญหาที่เสนอแนะแล้วแพทย์ไม่ยอมแก้ไข เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้รับยาฉีด ceftriaxone 1 gm วันละครั้ง ร่วมกับยารับประทาน norfloxacin (400 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า - เย็น, การจ่ายยาซ้ำซ้อน เช่น ผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน ได้รับยาฉีด cimetidine ทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับยา cimetidine (200 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น หรือ ผู้ป่วยได้รับยาฉีด dexamethaxone 8 mg ทุก 6 ชั่วโมงร่วมกับยา prednisolone (5 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เกณฑ์การเสนอแนะแพทย์แล้ว แต่แพทย์ยืนยันคำสั่งเดิม

การที่เภสัชกรเข้าไปติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ อื่น ๆ ในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ตอนที่ 3 ผลการติดตามผู้ป่วยที่แพทย์นัดมารับการตรวจรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยนอก อีกครั้ง

จากการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม ให้กับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจัดรัส 1,038 ราย มีผู้ป่วยในที่แพทย์นัดติดตามผลการรักษา โดยให้มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง จำนวน 170 ราย สามารถติดตามผลได้ 160 ราย อีก 10 ราย เป็นผู้ป่วยนัดนอก ระยะเวลาวิจัย รายละเอียดของผู้ป่วยที่ติดตามผลการรักษาแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่มารับการตรวจรักษาต่อ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผลการติดตาม	จำนวน (ราย)	รับยาแล้วกลับบ้าน (ราย)	รับไว้รักษาต่อใน โรงพยาบาล(ราย)
มารักษาตรงตามกำหนดที่แพทย์นัด	89	85	4
มารักษาก่อนถึงกำหนดที่แพทย์นัด	30	11	19
มารักษาหลังจากกำหนดที่แพทย์นัด	3	1	2
ไม่มาตรวจรักษาเลย	38	-	-
รวม	160	97	25

หลังจากแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยที่แพทย์นัดติดตามผลการรักษาโดยให้มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ก็จะนัดเข้าคลินิกพิเศษต่าง ๆ หลังวันจำหน่ายประมาณ 1 หรือ 2 สัปดาห์ หรือไม่เกิน 1 เดือน ถ้าเป็นผู้ป่วยทั่วไปจะนัดประมาณ 1 สัปดาห์เพื่อฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติและการติดตามอาการของผู้ป่วย โดยส่งประวัติพร้อมวันนัดมาให้เภสัชกรที่หน่วยให้คำปรึกษาด้านยาช่วยติดตามผลให้ จากตารางที่ 21 พบว่ามีผู้ป่วย 89 ราย มาตรวจรักษาตรงตามกำหนดที่แพทย์นัด ในจำนวนนี้หลังจากแพทย์ติดตามผลการรักษาแล้ว แพทย์สั่งยาให้กลับไปรับประทานที่บ้าน 85 ราย และรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล 4 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคหอบหืด วันที่มาตรวจตามนัดเป็นญาติที่ห้องและทำการรักษาโดยหมอมือบ้านจนเป็นแผลเปื่อยทั่วหน้าท้อง 1 ราย ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตมีอาการเบื้ออาหาร

เหนื่อยและเพลียมาก 1 ราย ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (IHD) มีอาการปวดจุกท้องได้ลิ้นปี่ มากร่วมกับอาการไอ 1 ราย และผู้ป่วยเบาหวานมีอาการวิงเวียนศีรษะมากร่วมกับอาการ คลื่นไส้ อีก 1 ราย จึงต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับยาแล้วกลับบ้าน ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอีก 12 ปัญหาจากผู้ป่วย 10 ราย ดังนี้

1. อันตรกิริยาระหว่างยา glibenclamide-HCTZ, glibenclamide-rifampicin, INH-rifampicin เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าว และยังใช้ยานั้นได้ผลคืออยู่ จึงต้องติดตามเฝ้าระวังต่อไป
2. ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบน ได้รับเพียงยารักษาอาการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบน แพทย์ลืมให้ยารักษาความดันโลหิตสูง ต้องวิทยุแจ้งไปที่สถานีอนามัย ให้ตามญาติผู้ป่วยมารับยาเพิ่ม และผู้ป่วย HT-CVA-hyperlipidemia แพทย์ลืมสั่งยา gemfibrozil แจ้งแพทย์เพิ่มยาให้ผู้ป่วย
3. การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาน้อยกว่าที่สั่งคือ แพทย์สั่งยา HCTZ ครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง หลังอาหารเช้า และ methyl dopa (250 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น ผู้ป่วยรับประทาน HCTZ ครั้งเม็ดหลังอาหารเช้า เพราะเคยรับประทานขนาดนี้ จึงต้องแนะนำผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจเรื่องการรักษาโรค ซึ่งจำเป็นต้องปรับขนาดยาตามระดับความดันโลหิตสูง, พร้อมทั้งเน้นการรับประทานยาให้ถูกต้องตามสั่ง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อีก 1 ราย ไปรื้อต่างจังหวัดแต่ไม่ได้นำยาไปด้วย ทำให้ขาดยา 3 วัน จึงต้องให้คำแนะนำ
4. การได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยาน้อยเกินไป ผู้ป่วยตรวจอุจจาระพบพยาธิ *capillaria philippinensis* ควรจะได้รับยา mebendazole 200 mg วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 20 วัน แต่แพทย์สั่งจ่ายยาเพียง 8 วัน และนัดอีก 7 วันให้มาตรวจอุจจาระซ้ำ ในการตรวจซ้ำได้พบพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยจึงได้รับยา praziquantel (600 mg) 3 เม็ดก่อนนอน และ mebendazole 200 mg, วันละ 2 ครั้งอีก 10 วัน รวมผู้ป่วยได้รับยา 18 วัน แจ้งแพทย์เพิ่มยาจนครบขนาดรักษา

ผู้ป่วยมารับยาก่อนถึงกำหนดที่แพทย์นัด จำนวน 30 ราย รับยาแล้วกลับบ้าน 11 ราย และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 19 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งคิดธุระมาวันนัดไม่ได้จึงขอรับยาก่อน และผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งรู้สึกไม่สบาย เช่น ท้องเสีย เหนื่อยเพลีย หอบเหนื่อย

วิงเวียน ปวดท้อง ปวดศีรษะมาก สะอึกไม่หาย บวม จึงรอให้ถึงวันนัดไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย จึงต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วย 1 ราย ฆาตยาลดความดันโลหิตไป 3 วัน มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ความดันโลหิตขึ้นสูง 230/110 mmHg. จึงมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด ต้องอมยา nifedipine ที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อความดันลดลงแล้วจึงรับยาและกลับบ้าน นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง, หอบหืด-เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง, หอบหืด-วัณโรคปอด, วัณโรคปอด, วัณโรคปอด-ความดันโลหิตสูง มีอาการหอบเหนื่อยเพลีย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิงเวียน ปวดศีรษะ, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง-ไตวายเรื้อรัง ไม่ได้รับยาความดันโลหิตสูงตามสั่ง, ความดันโลหิตสูง-เบาหวาน ความดันโลหิตสูง-หัวใจขาดเลือด, ความดันโลหิตสูง-เบาหวาน-หัวใจขาดเลือด, เบาหวาน-parkinsonism ฆาตยา (ปกติรับยาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา), เบาหวาน-ติดเชื้อที่ไต ผลปัสสาวะผิดปกติและปวดเอวมาก, ผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการผิดปกติ แพทย์ตรวจดูอาการแล้วเห็นสมควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1 ราย รับประทานยาไม่ถูกวิธี ทำให้ได้รับยาน้อยกว่าที่สั่ง ความดันโลหิต 200/110 mmHg. มีอาการปวดศีรษะมาก วิงเวียน มาช่วงเวรป่วย พยาบาลจึงรับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามขั้นตอน เมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจะประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วยในการแก้ไขและป้องกันปัญหา

ผู้ป่วยมารักษาหลังจากกำหนดนัด จำนวน 3 ราย รับยาแล้วกลับบ้าน 1 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 2 ราย เนื่องจากถึงวันนัดแล้วยังมียาเก่าเหลืออยู่ และไม่มีอาการผิดปกติจึงมาหลังจากกำหนดนัด โดยไม่ฆาตยาเมื่อรับยาแล้วจึงกลับบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และผู้ป่วยเบาหวาน-หัวใจเต้นผิดจังหวะมีอาการหายใจเร็วและเหนื่อย จึงต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

มีผู้ป่วย จำนวน 38 ราย ไม่มารับการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาเลย ตรวจเช็คกับโอพีดีการ์ดเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ทำการศึกษาแล้วไม่มีผลการรักษา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอจตุรัส ไปทำงานที่อื่นไม่ได้รับการรักษาเป็นประจำที่นี่ จะมารับการรักษาเป็นครั้งคราวเวลากลับบ้านเท่านั้น หรือส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้เคียงซึ่งอยู่ในเขตที่อยู่อาศัย เนื่องจากมีโรคเรื้อรังต้องรับยาประจำจะได้สะดวกในการเดินทางมารับยาต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่ทราบสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากผู้ป่วยใน แล้วมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เกสซ์กรสามารถค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วยยา เนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเกิดได้ทั้งกับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และปัญหาบางอย่าง เช่น การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง อันเกิดจากการใช้ของผู้ป่วย บางครั้งไม่สามารถแก้ไขด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาเพียงครั้งเดียว ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยด้านการศึกษา อายุ ความคิด ความเชื่อ ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา การใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติตัว จึงต้องใช้เวลาในการติดตามแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาเพราะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เมื่อเราสามารถแก้ไขปัญหานี้ให้กับผู้ป่วยแล้ว อาจมีปัญหาใหม่เกิดขึ้นมาอีกได้ ดังนั้นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น



ตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการบริหาร ทางเภสัชกรรมของเภสัชกร

การทำกรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จะทำเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป เพราะเป็นผู้ที่ได้ใช้บริการครบทุกขั้นตอน และอยู่โรงพยาบาลนานพอที่จะประเมินความพึงพอใจ ต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรได้

จากการศึกษาพบว่ามียุผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จำนวน 386 ราย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม จำนวน 186 ราย (ร้อยละ 48.19) ผู้ป่วยไม่ได้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 51.81) ได้แก่ผู้ป่วยถูกส่งไปรักษาต่อที่อื่น จำนวน 37 ราย ผู้ป่วยหรือญาติอ่านหนังสือไม่ได้เพราะสายตาไม่ดี ไม่ได้เอานแว่นตามาด้วย จำนวน 14 ราย ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติงาน จำนวน 83 ราย เสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วยหรือญาติไม่ให้ความร่วมมือ จำนวน 65 ราย เนื่องจากต้องรีบกลับเพราะมีรถที่ขยเคียว เวลา 11.00น. รอดูกมารับก่อนช่วงบ่าย ญาติพาผู้ป่วยกลับบ้านไปก่อนแพทย์อนุญาต หรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เหลือญาติไว้ 1 รายรอรับยา จึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ แสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
- หญิง	92 (49.46)
- ชาย	94 (50.54)
รวม	186 (100.00)
2. อายุ (ปี)	
< 1	5 (2.69)
1-10	28 (15.05)
11-20	13 (6.99)
21-30	10 (5.38)
31-40	12 (6.45)
41-50	19 (10.21)
51-60	24 (12.90)
>60	75 (40.32)
3. การศึกษา	
- ยังไม่ถึงเกณฑ์	24 (12.90)
- ไม่ได้รับหนังสือ	12 (6.45)
- ประถมศึกษา	139 (74.73)
- มัธยมศึกษา	6 (3.23)
- อนุปริญญา	4 (2.15)
- ปริญญาตรี	1 (0.54)
4. อาชีพ	
- เกษตรกรรม	70 (37.63)
- ค้าขาย	2 (1.08)
- รับจ้าง/ลูกจ้าง	3 (1.61)
-ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (1.61)
- อยู่บ้านเฉย ๆ	65 (34.95)
- นักเรียน/นักศึกษา	16 (8.60)
- เด็กในปกครอง	24 (12.90)
- อื่น ๆ	3 (1.61)
5. การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล	
- บำรุงโรงพยาบาล	19 (10.22)
*- บัตร สปร.	34 (18.28)
- บัตรสุขภาพ	17 (9.14)
- บัตรผู้สูงอายุ	58 (31.18)
- บัตรประกันสังคม	1 (0.54)
- บัตรผู้นำท้องถิ่น	1 (0.54)
- บัตรเด็กอายุ 0-12 ปี	29 (15.59)
- ไม่ใช้สิทธิ์	22 (11.83)
- อื่น ๆ	5 (2.69)

* บัตร สปร. หมายถึง บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจเป็นเพศชาย 94 ราย (ร้อยละ 50.54) เพศหญิง 92 ราย (ร้อยละ 49.46) มีอายุมากกว่า 60 ปี 75 ราย (ร้อยละ 40.32) สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา 139 ราย (ร้อยละ 74.73) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 70 ราย (ร้อยละ 37.63) เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ 65 ราย (ร้อยละ 34.95) ผู้ป่วยใช้บัตรผู้สูงอายุ 58 ราย (ร้อยละ 31.18) บัตรสวัสดิการด้านประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.) 34 ราย (ร้อยละ 18.28) ผู้ป่วยเด็ก 0-12 ปี 29 ราย (ร้อยละ 15.59) มีผู้ป่วยเพียง 19 ราย (ร้อยละ 10.22) เท่านั้น ที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

สภาพการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วย 95 ราย (ร้อยละ 51.10) มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย 91 ราย (ร้อยละ 48.90) ไม่มีโรคเรื้อรัง ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 117 ราย (ร้อยละ 62.90) พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 69 ราย (ร้อยละ 37.10) ผู้ป่วยส่วนมากเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 33.33) พัก 4 วัน จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 22.58) พัก 5 วัน จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 17.74) เฉลี่ย 5.21 ± 3.74 วัน ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 สภาพการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ

สภาพการเจ็บป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเรื้อรังของผู้ป่วย	
- ไม่มีโรคเรื้อรัง	91 (48.90)
- มีโรคเรื้อรัง	95 (51.10)
2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	
- ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	117 (62.90)
- พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	69 (37.10)
3. จำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	
- 3 วัน	62 (33.33)
- 4 วัน	42 (22.58)
- 5 วัน	33 (17.74)
- 6 วัน	17 (9.14)
- 7 วัน	11 (5.91)
- 8 วัน	6 (3.23)
- 9 วัน	3 (1.61)
- 10 วัน	2 (1.08)
>10 วัน	10 (5.36)
เฉลี่ย	5.21 ± 3.74

จากตารางที่ 22 และ 23 เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนไม่แตกต่างกัน ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ จบการศึกษามัธยมศึกษา และไม่มีปัญหาการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษา ส่วนสภาพการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและไม่มีโรคเรื้อรังมีจำนวนไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาถึง 117 ราย (ร้อยละ 63.59) ส่วนมากเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3-5 วัน (เฉลี่ย 5.21 ± 3.74 วัน)

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร แบ่งออกเป็นหลายด้าน คือ

1. การเข้าถึงบริการและความสะดวก (Accessibility and convenience) ได้แก่คำถามในข้อ 4, 6, 8 และ 9 เกี่ยวกับ ความสะดวกในการรับยาก่อนกลับบ้าน การได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการ การเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีปัญหา และเวลาที่ให้บริการในแต่ละครั้ง
2. คุณภาพของการดูแล (Quality of care) ได้แก่ คำถามในข้อ 2, 10, 11 และ 12 เกี่ยวกับการตรวจสอบยาก่อนจ่ายของเภสัชกร ความต้องการของผู้ป่วยที่จะให้ทางโรงพยาบาลให้การบริการเช่นนี้อีก ความพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ และเมื่อเจ็บป่วยจะมาใช้บริการอีก
3. การให้ข้อมูลคำแนะนำ (Information) ได้แก่คำถามในข้อ 3 และข้อ 5 เกี่ยวกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย ยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยาและการปฏิบัติตัว
4. การติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal) ได้แก่คำถามในข้อ 1 และข้อ 7 เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยาของเภสัชกร และการพูดคุยไต่ถามทุกข์สุขของเภสัชกร สุภาพ เป็นกันเอง

ลักษณะความพึงพอใจของผู้ป่วยแสดงรายละเอียดอยู่ในตารางที่ 24



ตารางที่ 24 ลักษณะความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อความ	ความพึงพอใจในบริการที่ท่านได้รับ มากน้อยเพียงใด				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. การสัมมนาประชาสัมพันธ์การเจ็บป่วยและการใช้ยาโดยเภสัชกร	121 (65.10)	46 (24.70)	18 (9.70)	-	1 (0.50)
2. เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนจ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละราย	125 (67.20)	43 (23.10)	15 (8.10)	3 (1.60)	-
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยาและการปฏิบัติตัว	136 (73.10)	37 (19.90)	12 (6.50)	1 (0.50)	-
4. การที่เภสัชกรนำยามาจ่ายพร้อม ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน	156 (83.90)	24 (12.90)	5 (2.70)	1 (0.50)	-
5. ผลการให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งได้รับ ทำให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องยา เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวมากขึ้น	117 (62.90)	54 (29.00)	15 (8.10)	-	-
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการ	101 (54.30)	55 (29.60)	28 (15.10)	-	2 (1.1)
7. การพูดคุยโต้ถามทุกข์สุขของเภสัชกร สุภาพ เป็นกันเอง	126 (67.70)	43 (23.10)	14 (7.50)	3 (1.60)	-
8. เภสัชกรเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีปัญหา	118 (63.40)	44 (23.70)	21 (11.30)	6 (1.60)	-
9. เวลาที่ท่านรับบริการในแต่ละครั้งเหมาะสมแล้ว	95 (51.70)	60 (32.30)	27 (14.50)	3 (1.60)	1 (0.50)
10. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดวัสดุให้การบริการเช่นนี้กับท่านต่อไป	135 (72.60)	43 (23.10)	8 (4.30)	-	-
11. ท่านมีความพอใจกับการให้บริการติดตามผลการใช้ยาที่ท่านได้รับ	123 (66.10)	49 (26.30)	11 (5.90)	3 (1.60)	-
12. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะมารับบริการที่โรงพยาบาลจัดตั้งอีก <input type="checkbox"/> แน่นอน <input type="checkbox"/> ไม่น่า	167 (89.80)			19 (10.20)	
13. ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นอื่น ๆ เพื่อใช้ในการปรับปรุงบริการ.....					

พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีความพึงพอใจ ต่อกิจกรรมการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมของ
เภสัชกรอยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้ป่วยจะพอใจมากที่สุดกับการที่เภสัชกรนำยามาจ่ายพร้อม

ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาที่หอผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน (ข้อ 4) โดยเฉพาะรายละเอียดที่
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัว (ข้อ 3)
ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะให้ทางโรงพยาบาลจัดวัสดุให้บริการเช่นนี้ต่อไป (ข้อ 10) และมี
ความพึงพอใจกับการที่เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยา ก่อนจ่ายให้กับผู้ป่วยแต่ละราย
(ข้อ 2) รวมทั้งการพูดคุยไต่ถามทุกข์สุขการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา, การ
ที่เภสัชกรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับกิจกรรมการบริบาล
ทางเภสัชกรรมที่ได้รับ และคิดว่าผลการให้คำปรึกษาแนะนำทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ
เกี่ยวกับเรื่องยา และโรคที่เป็น และการปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น ระหว่างเข้าพักรักษาตัวอยู่
ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการ สำหรับเวลาที่ให้บริการ
ผู้ป่วยบางส่วนเห็นว่าเหมาะสมแล้วและบางส่วนอยากให้เพิ่มเวลามากขึ้น เมื่อถามว่าถ้าเจ็บป่วย
จะมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือไม่ มีผู้ป่วย 167 ราย ตอบว่ามาแน่นอน น มีผู้ป่วย 19 ราย
ตอบว่าไม่แน่ เมื่อคิดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยออกมาในรูปค่าเฉลี่ย พบว่าผู้ป่วยมีความ
พึงพอใจต่อกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยของระดับ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย

ลักษณะความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ
1. การสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยาโดยเภสัชกร	4.538 ± 0.714
2. เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยา ก่อนจ่ายให้กับผู้ป่วยแต่ละราย	4.559 ± 0.712
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัว	4.656 ± 0.624
4. การที่เภสัชกรนำยามาจ่ายพร้อมให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา ก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน	4.801 ± 0.497
5. ผลการให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งได้รับทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและยามากขึ้น	4.548 ± 0.641
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการ	4.360 ± 0.815
7. การพูดคุยไต่ถามทุกข์สุขของเภสัชกรสุขภาพเป็นกันเอง	4.570 ± 0.704
8. เภสัชกรเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีปัญหา	4.489 ± 0.759
9. เวลาที่ให้บริการในแต่ละครั้งเหมาะสมแล้ว	4.320 ± 0.820
10. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดวัสดุให้บริการเช่นนี้กับท่านต่อไป	4.683 ± 0.552
11. ท่านมีความพอใจกับการให้บริการติดตามผลการใช้ยาที่ท่านได้รับ	4.570 ± 0.680

ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมของ
เภสัชกร พบว่าค่าเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยที่มากที่สุด คือ 4.801 ± 0.497 (ข้อ 4) ผู้ป่วย
มีความพึงพอใจสูงที่สุดกับการที่เภสัชกรนำยามาจ่าย พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาก่อนที่

ผู้ป่วยจะกลับบ้านในหอผู้ป่วย และค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ 4.320 ± 0.820 (ข้อ 9) ผู้ป่วย มีความพึงพอใจน้อยที่สุดกับเวลาที่ให้บริการในแต่ละครั้ง คะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละราย กำหนดโดยการเอาคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในแบบสอบถามที่ให้ ตั้งแต่ ข้อ 1 ถึงข้อ 11 มารวมกัน คะแนนเต็ม 55 คะแนนดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 คะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วย

คะแนนที่ได้	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
31	1 (0.54)
32	1 (0.54)
37	1 (0.54)
38	2 (1.08)
40	4 (2.15)
41	9 (4.84)
42	5 (2.69)
43	4 (2.15)
44	6 (3.23)
45	5 (2.69)
46	4 (2.15)
47	12 (6.45)
48	6 (3.23)
49	9 (4.84)
50	7 (3.76)
51	11 (5.91)
52	15 (8.06)
53	14 (7.53)
54	19 (10.21)
55	51 (27.41)
ค่าเฉลี่ย	50.09 ± 5.254

พบว่าผู้ป่วย 1 ราย ให้คะแนนรวมความพึงพอใจต่ำสุดคือ 31 คะแนน และมีผู้ป่วย 51 ราย ให้คะแนนเต็ม 55 คะแนน คะแนนเฉลี่ย คือ 50.09 ± 5.254 และมีผู้ป่วยจำนวน 110 ราย ให้คะแนนรวมความพึงพอใจสูงกว่าค่าเฉลี่ย

เนื่องจากการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร เป็นบริการที่เกินความคาดหวังของผู้ป่วย หากไม่ได้รับก็จะไม่ผิดหวัง แต่เมื่อได้รับแล้วมักรู้สึกประทับใจ เพราะมีผู้ป่วยหลายรายบอกว่าเคยมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้งแต่ไม่เคยพบเภสัชกรเลย เป็นการดีที่เภสัชกรออกมาดูแลผู้ป่วยในตึก ผลการประเมินความพึงพอใจจึงออกมาในระดับมาก เพราะว่าการให้บริการเช่นนี้เป็นบริการใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน ผู้ป่วยจึงไม่ได้คาดหวังไว้ว่าจะต้องมีหรือจะต้องได้รับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการระดับมากถึงมากที่สุด

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ค่ารักษาพยาบาล โรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ลักษณะประชากรกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ลักษณะประชากร	มีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05)
เพศ	0.987
อายุ	0.023
การศึกษา	0.150
อาชีพ	0.097
ค่ารักษาพยาบาล	0.793
โรคเรื้อรัง	0.610
ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	0.945

ด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจไม่แตกต่างจากเพศหญิง คือ 50.085 ± 5.179 และ 50.098 ± 5.357 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าไม่แตกต่างกัน (P = 0.987) แม้ว่าเพศที่แตกต่าง

กัน จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญญา ลวกโรสง (2541) ที่พบว่าเพศของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2542) ที่พบว่าเพศของผู้ป่วยในที่มารับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ การที่เพศแตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรไม่แตกต่างกัน เพราะเภสัชกรให้ความสำคัญในการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นเพศที่แตกต่างกันจึงมีความพึงพอใจต่อบริการของเภสัชกรไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$)

ด้านอายุ อายุเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อความคิดเห็นของบุคคลซึ่งวัยต่างกันย่อมมีความคิดเห็นแตกต่างกัน บุคคลจะใช้เหตุผลในการคิด การกระทำ และเมื่ออายุเปลี่ยนไป ความคาดหวัง ความต้องการและความพึงพอใจย่อมเปลี่ยนไปด้วย จากการวิจัยนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย ($P = 0.023$) ซึ่งสอดคล้องกับ Sutarga (1998) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุที่แตกต่างกันคะแนนรวมความพึงพอใจมีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มอายุ 11-20 ปี กับกลุ่มอายุ 41-50 ปี ($P = 0.048$) กลุ่มอายุ 11-20 ปี กับกลุ่มอายุที่มากกว่า 60 ปี ($P = 0.001$) กลุ่มอายุ 21-30 ปี กับกลุ่มอายุที่มากกว่า 60 ปี ($P = 0.035$) กลุ่มอายุ 51-60 ปี กับกลุ่มอายุที่มากกว่า 60 ปี ($P = 0.032$) อายุกับคะแนนความพึงพอใจมีความสัมพันธ์ในทางบวก (Pearson correlation, $R = 0.2131$) และกลุ่มที่อายุสูงขึ้น คะแนนความพึงพอใจจะเพิ่มขึ้น ($P = 0.001$) อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 0.1 คะแนน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะชอบการดูแลเอาใจใส่

ด้านการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยทางด้านสังคมที่จะช่วยให้คนมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล รู้จักป้องกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริหารไม่แตกต่างกัน ($P = 0.150$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Sutarga (1998) ที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อกรบริการของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยของปิยธิดา สมุทรประพูน (2540) พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร จากผลการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิผู้รับบริการทางการแพทย์ และได้รับบริการตามประเภทสิทธิของการรักษาพยาบาล ซึ่งต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วนใหญ่จะใช้บริการห้องพิเศษ ซึ่งมีเครื่องอำนวยความสะดวกครบครัน ความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลอาจแตกต่างกันตามข้อมูลการรับรู้ในสิทธิผู้ป่วย ผลการวิจัยจึงแสดงว่าระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันกับระดับความพึงพอใจ

ด้านอาชีพ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรไม่แตกต่างกัน ($P = 0.097$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง/ลูกจ้าง ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรที่อยู่นานเฉยๆ ก็มีความพึงพอใจต่อการบริการเหมือนกัน เพราะการบริการเน้นความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเกินความคาดหวัง ทำให้มีผู้มารับบริการซึ่งแตกต่างกันหลากหลายอาชีพเกิดความพึงพอใจเช่นเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเบญญา ลวกโซสง (2541) ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยผู้ป่วยอาชีพเกษตรกรมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แต่สอดคล้องกับเบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2542) และ Sutarga (1998) ซึ่งพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาล

คำรักษาพยาบาล การได้รับบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ทั้งบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ บัตรประกันสังคม บัตรผู้นำท้องถิ่น บัตรเด็ก 0-12 ปี สมณะหรือผู้พิการ และผู้มีใบใช้สัทธิ จะทำให้ประชาชนมีหลักประกันและมีโอกาสได้รับการดูแลด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิของการรักษาพยาบาลต่าง ๆ กันกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินคำรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกันต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร ($P = 0.793$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2542) ที่พบว่าประเภทของบัตรสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกันของผู้ป่วยใน ต่อบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และ เบญญา ลวกโซสง (2541) ซึ่งพบว่าการมีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อบริการของ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ การที่ผู้ป่วยใช้บัตรสวัสดิการการรักษายาบาล และผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษายาบาลมีความพึงพอใจต่อกรบริการไม่แตกต่างกันนั้น เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการตามขั้นตอนและเงื่อนไขความจำเป็นโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษายาบาล ส่วนผู้ที่ไม่มีเงินหรือเงินไม่พอจ่ายค่ารักษายาบาล เกษีกรสามารถอนุมัติฟรีค่ารักษายาบาลให้ได้ เพราะโรงพยาบาลจัดรัสเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ดำเนินการโดยไม่หวังผลกำไร มีเงินอุดหนุนจากรัฐบาล และผู้ป่วยทุกกลุ่มได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ด้วยอชยาศัยไมตรีอันดีจากเกษีกร และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ อยู่แล้ว

โรคเรื้อรัง จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังและผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ($P = 0.610$) การที่ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังและไม่มีโรคเรื้อรัง มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกันจากเกษีกร และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาวิจัยพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการบริบาลทางเกษีกรรรมของเกษีกร, ($P = 0.945$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่องเท่าเทียมกัน ตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาจเนื่องจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่นาน (ส่วนมาก 3-5 วัน)

สรุปโดยรวมว่า เพศ การศึกษา อาชีพ ประเภทสิทธิของการรักษายาบาล โรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อกิจกรรมการบริบาลทางเกษีกรรรมของเกษีกร ($P > 0.05$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรที่ให้บริการด้วยความสนใจ เอาใจใส่ ด้วยความสุภาพและให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษาเป็นอย่างดี เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การใช้ยา ผลข้างเคียงจากยา และการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายจากการรับยาที่ก่อนกลับบ้าน เพราะเกษีกรนำยาไปจ่ายให้ในหอผู้ป่วย โดยปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อกิจกรรมการบริบาลทางเกษีกรรรมของเกษีกร ($P < 0.05$) โดยกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน คะแนนรวมของความพึงพอใจจะแตกต่างกัน

ผู้สูงอายุ จะมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุชอบที่จะมีคนมาดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ

สำหรับข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นอื่น ๆ ของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการปรับปรุงบริการ คือ

1. ให้เพิ่มจำนวนเตียงรักษาให้มากกว่านี้
2. ต้องการให้พยาบาลบางคนพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสุภาพและไพเราะ ไม่ควรตะคอกผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยและญาติบางรายไม่มีความเข้าใจในระบบบริการ
4. ควรแยกผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ไว้คนละห้อง ไม่ควรปะปนกัน เพราะเด็กแรกเกิดอาจติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยอื่น ๆ
5. ควรอำนวยความสะดวกมากขึ้น เช่น เวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย
6. ให้ดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ และให้บริการดีมากขึ้น ๆ ขึ้นไปอีก
7. ควรปรับปรุงห้องน้ำให้ดีขึ้น
8. ควรเพิ่มด้านประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการติดต่อ-รักษา

ทางโรงพยาบาลจตุรัสได้จัดอบรมการบริการประทับใจและพฤติกรรมบริการ ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน รวมทั้งพัฒนาคุณภาพทั้งด้านบุคลากรและบริการ จัดตั้งหน่วยประชาสัมพันธ์ และมีประชาสัมพันธ์อาสา สำหรับให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บริการ การติดต่อรักษา และมีรายการเยี่ยมผู้ป่วยใหม่ห้องพิเศษด้วยชุดเยี่ยมและการ์ดอวยพรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการ ให้ความสำคัญในการบริการตามความต้องการของผู้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน และกำลังปรับปรุงขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส เป็นการเปิดบทบาทของเภสัชกร ในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา การวิจัยเพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนด ในด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ค้นพบ ผลการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ ตลอดจนติดตามผู้ป่วยในที่กลับมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้งเพื่อความต่อเนื่อง และประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป พร้อมทั้งสรุปแนวทางการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส

การบริหารทางเภสัชกรรม แก่ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส ได้นำหลักการของการบริหารทางเภสัชกรรม, ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต่าง ๆ ในผู้ป่วย, ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต่าง ๆ และแนวทางในการแก้ไข ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าจากหนังสือตำราและวารสารต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดรูปแบบแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกระบวนการใช้ยา เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสั่งใช้ยาของแพทย์ การจ่ายยา การบริหารยา ผลของการใช้ยา เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา เมื่อค้นพบแล้วจึงจำแนกว่าปัญหาใดเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข หรือเป็นปัญหาที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง หรือต้องป้องกัน โดยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือผู้ป่วย ในการแก้ไขปัญหานั้น การป้องกันหรือเฝ้าระวังปัญหาเพื่อมิให้ปัญหานั้นเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นโดยมีความรุนแรงน้อยที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา จากการดำเนินงานตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนด เป็นระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม - 15 ธันวาคม 2542 ผู้วิจัยได้ให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย 1,038 ราย สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

ผลการปฏิบัติงานของเภสัชกร ในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สามารถค้นหาปัญหาได้ 328 ปัญหาจากผู้ป่วย 250 ราย เมื่อจำแนกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามแนวทางของ Hassan & Gan (1993) ตามลำดับได้ดังนี้

1. อันตรกิริยาระหว่างยา จำนวน 92 ปัญหา (ร้อยละ 28.05)
2. การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 74 ปัญหา (ร้อยละ 22.56)
3. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 44 ปัญหา (ร้อยละ 13.41)
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยามากเกินไป 28 ปัญหา (ร้อยละ 8.54)
5. ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ 26 ราย (ร้อยละ 7.93)
6. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดยาน้อยเกินไป 25 ปัญหา (ร้อยละ 7.62)
7. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ 24 ปัญหา (ร้อยละ 7.32)
8. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 8 ปัญหา (ร้อยละ 2.44)
9. การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้ นั้น 7 ปัญหา (ร้อยละ 2.13)

ปัญหาจากการใช้ยาที่ค้นพบเมื่อจำแนกตามกระบวนการใช้ยา พบปัญหาจากการสั่งใช้ยา 217 ปัญหา (ร้อยละ 66.10) ปัญหาจากการจ่ายยา 23 ปัญหา (ร้อยละ 7.01) ปัญหาจากการบริหารยา 34 ปัญหา (ร้อยละ 10.37) และปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย 54 ปัญหา (ร้อยละ 16.46) การเกิดปัญหาพบได้ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

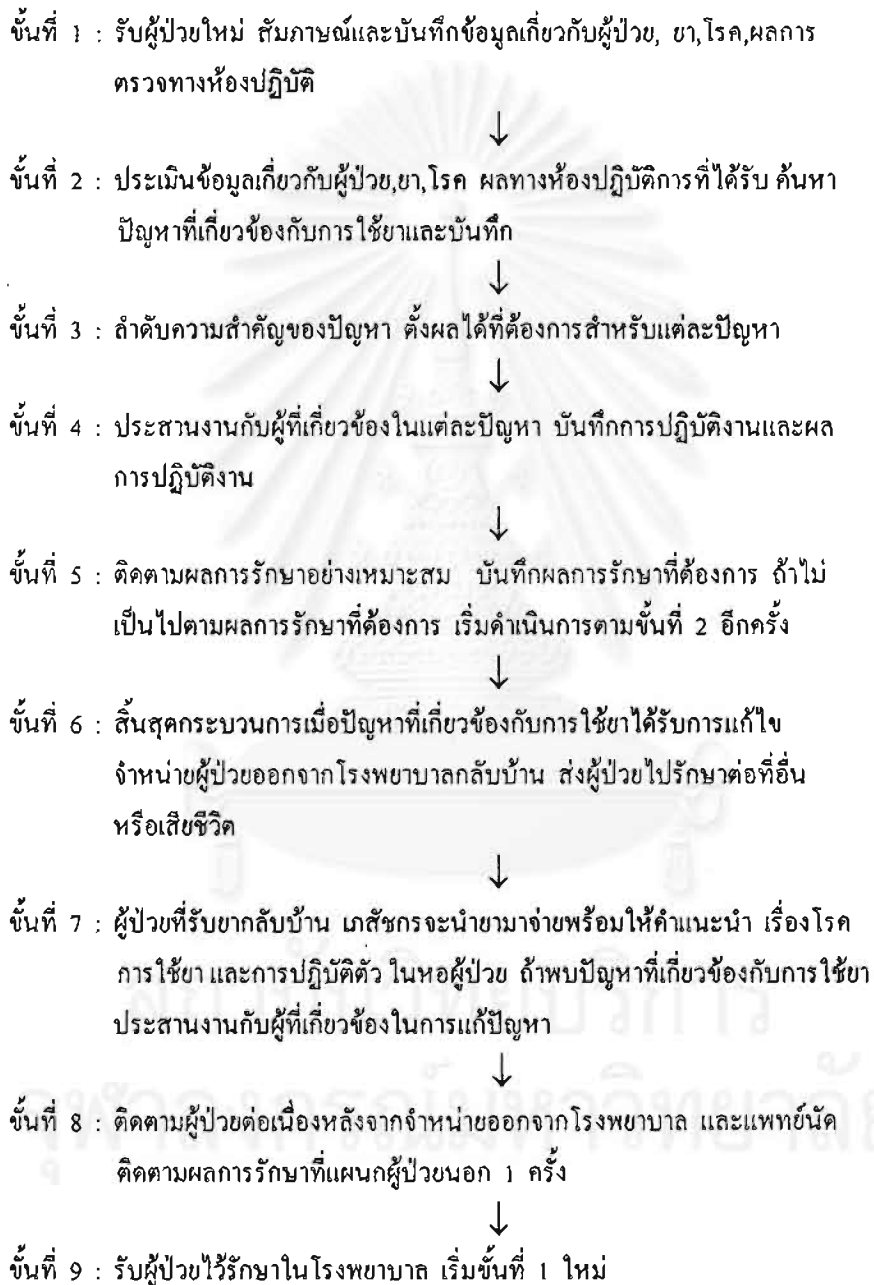
จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 328 ปัญหา เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาได้ 180 ปัญหา (ร้อยละ 54.88) ปัญหาที่ต้องป้องกัน 65 ปัญหา (ร้อยละ 19.82) ปัญหาที่เฝ้าระวัง 58 ปัญหา (ร้อยละ 17.68) และปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไข 25 ปัญหา (ร้อยละ 7.62)

การติดตามผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างซึ่งกลับมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากแพทย์นัดติดตามผลการรักษาจำนวน 170 ราย สามารถติดตามผลได้ 160 ราย โดยผู้ป่วยมารักษาตรงตามทีแพทย์นัด 89 ราย มารักษาก่อนถึงวันนัด 30 ราย มารักษาหลังวันนัด 3 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยรับยาแล้วกลับบ้าน 97 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 10 ราย เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 12 ปัญหา จึงประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา มีผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารับรักษาใน

โรงพยาบาล 25 ราย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามรูปแบบที่กำหนด และมีผู้ป่วย 38 ราย ไม่มาตามแพทย์นัดเลยจนสิ้นสุดระยะเวลาที่ศึกษา

การประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ด้านการเข้าถึงบริการและความสะดวก คุณภาพบริการ การให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ยา และการปฏิบัติตัว และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 50.09 ± 5.25 อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ ประเภทสิทธิของการรักษาพยาบาล โรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

สรุปแนวทางในการดำเนินงานการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล
ชุมชนจตุรัส จากการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจตุรัส สรุปแนวทางใน
การดำเนินงานได้ดังนี้



สำหรับขั้นตอนการปฏิบัติงานในการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ จะมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาข้อมูลประวัติการใช้ยา และ ปัญหาจากการใช้ยาในอดีต เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ขั้นตอนการประเมินการสั่งใช้ยาโดยร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์ เพื่อ ป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกับแพทย์ได้ อย่างทันท่วงที
3. ขั้นตอนการติดตามการรับคำสั่งจากแพทย์ การจ่ายยา และการบริหารยาให้กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกับเภสัชกร และพยาบาล
4. ขั้นตอนการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ป่วย และปัญหาการเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
5. ขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา อาการข้างเคียง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและ ยา รวมทั้งการปฏิบัติตัว ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และก่อนนำยากลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและใช้ยาด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ป้องกันและแก้ไข ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
6. ขั้นตอนการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับมารับการรักษาลงจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามปัญหาที่ได้แก้ไขไปแล้ว และติดตามปัญหาที่อาจจะเกิด ขึ้นใหม่

เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปรักษาต่อที่บ้าน เภสัชกรผู้วิจัยได้ทำการประเมินความ พึงพอใจของผู้ป่วยก่อนที่จะกลับบ้าน เพื่อให้ทราบว่ากิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ในระดับใด

รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่กำหนดขึ้น สามารถดำเนินการได้ครบตามกระบวนการ ใช้ยา เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ในทุกขั้นตอน ผลการแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขตามข้อเสนอของเภสัชกร สำหรับแนวทางในการดำเนินงานอาจสรุปได้ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วยในการบริหารทางเภสัชกรรม ควรดำเนินการให้แก่ผู้ป่วยทุกคน แต่ จากการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 24.08 เท่านั้น ที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์ด้วยอาการป่วยแบบเฉียบพลัน และไม่มีโรคเรื้อรัง จึงพิทักษ์

ตัวในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วันเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จึงควรมีการบริหารทางเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคหรือกลุ่มยาที่ใช้ จะทำให้เกณฑ์ในการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา แนวทางป้องกัน แก้ไข มีความรัดกุมชัดเจนยิ่งขึ้น และสะดวกต่อการดำเนินงานมากขึ้น

2. การทบทวนคำสั่ง เป็นขั้นตอนหนึ่งซึ่งมีความสำคัญมาก ที่สามารถค้นพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้มาก และเป็นการกระตุ้นให้เภสัชกรมีความตื่นตัวที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อให้ทันต่อการสั่งใช้ยาที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และเพิ่มความมั่นใจให้กับเภสัชกรก่อนที่จะเข้าร่วมกับแพทย์ในการตรวจรักษาประจำวัน

3. การเข้าร่วมกับคณะแพทย์ในการตรวจรักษาประจำวัน สามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้มาก เพราะปัญหาส่วนมากเกิดจากขั้นตอนการสั่งใช้ยาของแพทย์ และพบมากระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สะดวกในการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเภสัชกรควรพัฒนาบทบาทให้ชัดเจน มีความพร้อมทางด้านความรู้เรื่องยาและโรค

4. การจ่ายยาและการบริหารยา หากใช้ระบบกระจายยาแบบ unit dose หรือ daily dose จะช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาและการบริหารยาได้มาก เพราะเป็นแบบที่มีการควบคุมและตรวจสอบความถูกต้องซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการติดต่อประสานงานกันระหว่างฝ่ายเภสัชกรรมและหอผู้ป่วยใน

5. การติดตามการตอบสนองต่อยา สามารถดำเนินการพร้อมกับการเข้าร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์ ทำให้ทราบผลการรักษา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่าง ๆ รวมทั้งความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

6. การติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้งหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามปัญหาที่ได้แก้ไขแล้ว และติดตามปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่หรือบางปัญหาต้องใช้เวลาในการแก้ไข

อย่างไรก็ตามรูปแบบและแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมที่ใช้ในโรงพยาบาลจตุรัสครั้งนี้ หากโรงพยาบาลใดประสงค์จะนำไปใช้ ควรพัฒนาและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะ

1. การกำหนดผู้ป่วยที่จะให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ควรจำแนกตามกลุ่มโรคหรือกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ จะทำให้เกณฑ์การค้นหา แก่ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีความรัดกุม ชัดเจน และสะดวกต่อการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามหากเป็นไปได้โรงพยาบาลควรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามารับการรักษา โดยพัฒนารูปแบบบริการให้เหมาะสม สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มหรือแต่ละโรค

2. การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge Counseling) เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน สามารถลดความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องกลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก เพราะเกิดปัญหาจากการใช้ยา และต้องให้บริการนี้แก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทุกราย

3. กระบวนการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ต้องพัฒนาให้ใช้ได้ผล สามารถทำให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำได้อย่างชัดเจนและปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งเกิดความตระหนักในความสำคัญของการใช้ยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง โดยเภสัชกรต้องนำเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยมาประยุกต์ ตลอดจนการจัดสถานที่ให้คำปรึกษา และจัดเวลาให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจฟัง และเข้าใจประโยชน์จากการรับคำแนะนำ

4. เนื่องจากผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่พบปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยา ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเพราะมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามวัย และมีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาคิดต่อกันเป็นระยะเวลานาน หรือ เป็นหลายโรคพร้อมกัน เภสัชกรต้องหาวิธีที่จะให้ผู้ป่วยสูงอายุจำวิธีรับประทานยาได้ดีขึ้น เช่น ใช้ฉลากช่วยที่เป็นรูปภาพสัญลักษณ์ต่างๆ การจัดยาตัวอย่างโดยมีกล่องใส่ยาที่แยกเวลารับประทาน เป็นต้น พร้อมการให้คำแนะนำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามปัญหาที่ได้แก้ไขแล้ว และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่

5. การบริบาลทางเภสัชกรรมตามรูปแบบที่กำหนด เภสัชกรต้องใช้เวลาปฏิบัติงานประจำบนหอผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จึงควรมีเภสัชกรประจำบนหอผู้ป่วย หรือให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำหน้าที่เช็ดยาหรือปฏิบัติงานในส่วนที่สามารถกระทำแทนเภสัชกรได้ เพื่อเภสัชกรจะได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

6. เมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ควรบันทึกลงในชาร์ทของผู้ป่วย ด้วยแบบฟอร์มที่เหมาะสม พร้อมข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ และหาแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

7. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด ควรพัฒนาการทำงานเป็นทีม เพื่อร่วมมือกันในการติดตามดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหา คิดหาวิธีป้องกันหรือแก้ไขปัญหาร่วมกัน

8. พัฒนาด้านเทคโนโลยี เช่นการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง ลดโอกาสการเกิดปัญหาจากการคัดลอกคำสั่ง และปัญหาที่เกิดจากการบริหารยา รวมทั้งใช้คอมพิวเตอร์ในการตรวจสอบการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาด้วย

9. ควรมีการอภิปรายร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยและช่วยกันหาแนวทางการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม และอภิปรายถึงปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้วว่าได้ผลดีหรือไม่อย่างไร รวมทั้งปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการป้องกัน แก้ไขได้ เพื่อหาวิธีดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

10. เภสัชกรควรได้ฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเตรียมพร้อมด้านความรู้เรื่องยาและโรคเป็นอย่างดี โดยเฉพาะยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล ตลอดจนกลุ่มยาและโรคที่พบบ่อย เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็ว จนเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือจากบุคลากรอื่น ๆ

11. ในวันหยุดที่เภสัชกรไม่ได้ปฏิบัติการบริหารทางเภสัชกรรม ทำให้มีบางปัญหาที่เกิดขึ้นต้องรอเวลานานกว่าจะได้รับการแก้ไข หรือไม่ได้แก้ไขเลยเนื่องจากผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว จึงควรมีการพิจารณาให้มีการขึ้นเวรสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรมในวันหยุด

12. เนื่องจากเภสัชกรปฏิบัติงาน ในส่วนของการบริหารทางเภสัชกรรมเฉพาะในเวลาราชการ ตอนเช้าเภสัชกรควรมาดูชาร์ทก่อนการตรวจประจำวันของแพทย์ เนื่องจากมีการรับผู้ป่วยให้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลช่วงบ่ายและดึกด้วย เพื่อให้รู้การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในช่วงต่าง ๆ และมีข้อมูลสามารถร่วมทีมในการรักษาผู้ป่วยได้

13. การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาเป็นสิ่งจำเป็น ไม่เฉพาะผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเท่านั้น การให้ผู้ป่วยแจ้งเพื่อการขอเข้ารับการรักษาแนะนำเอง เป็นสิ่งควรทำเพราะผู้ป่วยบางรายไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เภสัชกรกำหนดอาจมีปัญหา หรือมีข้อสงสัยเรื่องยา ที่ต้องการคำปรึกษา

14. การทำงานทุกขั้นตอน ต้องอาศัยการติดต่อประสานงาน มนุษยสัมพันธ์ที่ดี ทักษะในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร ยังเป็นงานใหม่และอยู่ในระหว่างการพัฒนาแบบที่เหมาะสมต้อง

อาศัยเวลาและความเข้าใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่สำคัญคือเกษตรกรต้องอดทน ทุ่มเทให้กับงานนี้ อย่างจริงจัง

15. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ควรเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่สามารถทำแบบประเมินได้ด้วยตนเองเท่านั้น จึงจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องจากผู้ป่วยจริง ๆ และควรทำการประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะรับยากลับบ้าน เพราะหลังจากรับยาแล้วจะมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากรีบกลับบ้าน

การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการพัฒนาบทบาทของเภสัชกร ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เภสัชกรต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และความอดทนเป็นอันมาก เพื่อให้แพทย์ยอมรับว่าเภสัชกรคือผู้ร่วมทีมบำบัดรักษา และมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น จึงถือว่าเป็นพันธกิจของเภสัชกรที่ต้องให้การบริหารทางเภสัชกรรมอย่างแท้จริงแก่ผู้ป่วยทุกราย



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลศรี เตชะจำเริญสุข. 2535. ความพึงพอใจของผู้ป่วยประกันสังคมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. 2536. ทศวรรษแห่งการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชกรรม โรงพยาบาล. เภสัชกรรมคลินิก 2: 34.
- จักรพันธ์ พิมพายน. 2536. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ต่อบริการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ศึกษากรณี: ผู้ป่วยนอกของคลินิกอายุรกรรมทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์. 2538. การบริหารผู้ใช้ยาโรกระบบทางเดินหายใจที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินดา ปิยศิริวัฒน์. 2539. บทบาทของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยณรงค์ ก้องเกียรติงาม. 2541. การบริหารทางเภสัชกรรมระดับต้นในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนัญชนก ฉ่ำเย็นอุรา. 2541. การเปรียบเทียบความคาดหวังกับที่ได้รับปฏิบัติจริงต่อบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารเภสัชกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญราศรี คล้าชื่น, ธงชัย วัลลภวรกิจ, และชูเกียรติ เพ็ชรชนะ. 2540. การประเมินผลก้าวหน้าการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. เภสัชกรรมคลินิก 5(2-3): 15-24.
- เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร. 2542. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญญา ลวกโธสง. 2541. ความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์. 2538. บทบาทของเภสัชกรด้านการบริหารผู้ไข้ในโรงพยาบาลชุมชน
ประทีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะวรรณ ประคุณคงชัย. 2533. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ :
ศึกษากรณี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาวิจัย
ประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เปรมจิตต์ จริยพงศ์ไพบุลย์. 2539. การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย
โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชา
เภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา แสนอารี. 2539. การติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาล
สมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเภสัชกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภา คุรงค์พิศิษฐ์กุล. 2525. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามธิบดี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปรีญา ลักขิตานนท์, สุภร เสรีรัตน์, และองอาจ ปทะวานิช. 2539. การบริหาร
การตลาดยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา.
- อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล และคนอื่น ๆ. 2541. ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบสำหรับ
บริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Allan, E.L., and Barker, K.N. 1990. Fundamentals of medication error research. Am J Hosp Pharm 47: 455-571.
- American Society of Health-System Pharmacists (ASHP): 1996. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm 53: 1713-1716.
- American Society of Hospital Pharmacists (ASHP). 1993. ASHP statement on pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 50: 1720-1723.
- Angaran, D.M. 1991. Quality assurance to quality improvement: Measuring and monitoring pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 48: 1901-1907.
- Aparasu, R.R. 1998. Drug-related-injury visits to hospital emergency departments. Am J Health-Syst Pharm 55: 1158-1161.
- Aparasu, R.R., and Fliginger, S.E. 1997. Inappropriate medication prescribing for the elderly by office-based physicians. Ann Pharmacother 31: 823-829.
- Bjornson, D.C., et al. 1993. Effect of pharmacists on health care outcomes in hospitalized patients. Am J Hosp Pharm 50: 1875-1883.
- Briceland, L.L., Hamilton, R.A., and Kane, M.P. 1993. Pharmacy students' experience with identifying and solving drug-related problems during clinical clerkship. Am J Hosp Pharm 50: 294-296.
- Briesacher, B., and Corey, R. 1997. Patient satisfaction with pharmaceutical services at independent and chain pharmacies. Am J Health-Syst Pharm 54: 531-536.
- Canaday, B.R., and Yarborough, P.C. 1994. Documenting pharmaceutical care: Creating a standard. Ann Pharmacother 28: 1292-1296.
- Chisholm, M. A., Hawkins, D.W., and Taylor, A.T. 1997. Providing pharmaceutical care: Are pharmacy students beneficial to patients? Hosp. Pharm 32:370-375.
- Chisholm, M.A., Pittman, D. G., Longley, J.M., and Mullis, S.R. 1995. Implementation of pharmaceutical care in acute medical cardiovascular patients. Hosp Pharm 30(7): 572-574, 577-578.
- Cipolle, R.J., Stand, L.M., and Morley, P.C. 1998. Pharmaceutical care practice. New York: Mc Graw-Hill.

- Coons, S. J., and Johnson, J.A. 1997. Humanistic outcomes. In Escovitz, A., and Pathak, D. S. (ed.), Health outcomes and pharmaceutical care: Measurement, application, and initiatives, pp. 403-441. New York: Academic Press.
- Currie, J. D., Chrischilles, E.A., Kuehl, A.K., and Buser, R.A. 1997. Effect of a training program on community pharmacists' detection of and intervention in drug-related problems. Am Pharm. 37: 182-191.
- Dennehy, C. E., Kishi, D. T., and Louie, C. 1996. Drug-related illness in emergency department patients. Am J Health-Syst Pharm 53: 1422-1426.
- Dobie, R. L., and Rascati, K.L. 1994. Documenting the value of pharmacist interventions Am Pharm. 34: 50-54.
- Donnelly, W. J., and Brauner, D. J. 1992. Why SOAP is bad for medical record. Arch Intern Med 152:481-484.
- Dvorak, S.R., Mc Coy, R. A, and Voss, G. D. 1998. Continuity of care from acute to ambulatory care setting, Am J Health-Syst Pharm 55: 2500-2504.
- Ferris, K.B., and Kirking, D. M. 1993. Assessing the quality of pharmaceutical Care I. One perspective of quality, II. Application of concepts of quality assessment from medical care. Ann pharmacother 27: 68-73, 215-223.
- Gouveia, W. A., Pungay, K. M., Massaro, F.J., and Ware, J.E. 1991. Paradigm for the management of patient outcomes. Am J Hosp Pharm 48: 1912-1916.
- Gouveia, W. A., and Chapman, M. M. 1995. The outcomes of patient care. Am J Health-Syst Pharm 52: S11-S15.
- Hassan, Y., and Gan, K. E. 1993. Using pharmacist workup of drug therapy. In Manual of pharmacist workup of drug therapy in pharmaceutical care. pp. 1-41. University Sains Malaysia, Kota Bharu: A&D Printing and Stationery.
- Hepler, C. D., and Strand, L. M. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 47: 533-543.
- Holdford, D. A., and Smith, S. 1997. Improving the quality of outcomes research involving pharmaceutical services. Am J Health-Syst Pharm 54: 1434-1442.

- Johnson, J.A. 1999. Patient satisfaction. In Nawarat Charupatanapong (ed.) Outcome research in pharmaceutical care assessment of humanistic outcome: Applications for patient care, pp. 59-82. Bangkok: Mahidol University.
- Johnson, J. A., and Bootman, J.L. 1995. Drug-related morbidity and mortality. Arch Intern Med 155: 1949-1956.
- Johnson, J. A., and Bootman, J.L. 1997. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm 54: 554-558.
- Johnson, K. A., Parker, J. P., McCombs, J. S, and Cody, M. 1998. The Kaiser permanente/USC patient consultation study: Patient satisfaction with pharmaceutical services. Am J Health-Syst Pharm 55: 2621-2628.
- Knapp, K. K., Katzman, H., Hambright, J.S., and Albrant, D. H. 1998. Community pharmacist interventions in a capitated pharmacy benefit contract. Am J Health-Syst Pharm 55: 1141-1145.
- Kozma, C.M. 1995. Outcomes research and pharmacy practice. Am Pharm 35: 35-41.
- Kroon, L. A., Dennehy, C.E., Corelli, R.I., Reisner-Keller, L., Brethauer, B., and Koda-Kimble, M. A. 1997. Documenting and characterizing pharmaceutical care in an academic health center. Hosp Pharm 32: 1639-1646.
- Larson, J. W. 1998. Patient satisfaction with delivery of products and information by an ambulatory care pharmacy. Am J Health-Syst Pharm 55: 1025-1029.
- Lee, M. P., and Ray, M. D. 1993. Planning for pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 50: 1153-1159.
- Lucas, K. S. 1998. Outcomes evaluation of a pharmacist discharge medication teaching service. Am J Health-Syst Pharm 55: S32-S35.
- Maine, L. L., and Phatak, D. S. 1997. Measuring outcomes in contemporary pharmacy practice. In Escovitz, A., and Pathak, D. S. (eds.), Health outcomes and pharmaceutical care: Measurement, application, and initiatives, pp. 67-79. New York: Academic Press.
- Matsui, D., Barron, A., and Rieder, M.J. 1996. Assessment of the palatability of antistaphylococcal antibiotics in pediatric volunteers. Ann Pharmacother 30: 586-588.

- Ng, D., Cosh, D. G., Harris, J. and Whitehead, C. 1999. Unplanned medication-related admissions to an acute care general teaching hospital. *Aust J Hosp Pharm* 29: 84-87.
- Ortmeier, B. G. 1996. Economic outcomes. In Smith, M. C., and Wertheimer, A. I. (eds.), *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care*, pp. 385-401. New York : The Haworth Press.
- Robertson, K. E. 1996. Process for preventing or identifying and resolving problems in drug therapy. *Am J Health-Syst Pharm* 53: 639-650.
- Schmader, K. E., Hanlon, J.T., Landsman, P. B., Samsa, G.P., Lewis, I.K., and Weinberger, M. 1997. Inappropriate prescribing and health outcomes in elderly veteran outpatient. *Ann Pharmacother* 31: 529-533.
- Schommer, J. C. 1995. Higher levels of consultation services increase patient satisfaction. *Am Pharm* 35: 33-39.
- Schommer, J. C., and Kucukarslan, S.N. 1997. Measuring patient satisfaction with pharmaceutical services. *Am J Health-Syst Pharm* 54: 2721-2732.
- Smith, K. M., McAdams, J. W.; Frenia, M. L., and Todd, M. W. 1997. Drug-related problems in emergency department patients. *Am J Health-Syst Pharm* 54: 295-298.
- Smutrapapoot, P. 1997. *Patient satisfaction towards the services of health center 24, B. M. A.* Master's Thesis, Master of Primary Health Care Management, Mahidol University.
- Smythe, M. A., Shah, P. P., Spiteri, T.L., Lucarotti, R.L., and Begle, R. L. 1998. Pharmaceutical care in medical progressive care patients. *Ann Pharmacother* 32: 294-299.
- Strand, L. M., Cipolle, R. J., and Morley, P. C. 1988. Documenting the clinical pharmacist's activities: Back to basics. *Drug Intell Clin Pharm* 22: 63-67.
- Strand, L. M., Morley, P. C., Cipolle, R. J., Ramsey, R., and Lamsam, G. D. 1990. Drug-related problems : Their structure and function. *DICP Ann Pharmacother* 24: 1093-1097.
- Sutarga, I. 1998. *Satisfaction of in-patient towards community hospital services in Sena hospital, Ayutthaya province Thailand.* Master's Thesis, Primary Health Care Management, Mahidol University.
- Tatro, D. S. 1996. *Drug Interaction Facts 5th ed*, St Louis: A Wolters Kluwer Company.
- Tomechko, M. A., Strand, L.M., Morley, P.C., and Cipolle, R. J. 1995. Q and A from the pharmaceutical care project in Minnesota. *Am Pharm* 35: 30-39.

- Weidle, P., Bradley, L., Gallina, J., Mullins, C. D., Thorn, D., and Siegel, L. P. 1998. Pharmaceutical care intervention documentation program and related cost savings at a university hospital. Hosp Pharm 34: 43-52.
- Wernick, A., Possidente, C. J. Keller, E. G., and Gilroy, G. 1996. Enhancing continuity of care through pharmacist review of discharge medications. Hosp Pharm 31: 672-681.
- Winslade, N. E., Bajcar, J. M., Bombassaro, A. M., Caravaggio, C. D., Strong, D.K., and Yamashita, S. K. 1997. Pharmacist's management of drug-related problems : A tool for teaching and providing pharmaceutical care. Pharmacotherapy 17(4): 801-809.
- World Health Organization (WHO). 1993. Quality pharmaceutical care service benefits for governments and public (Pharmaceutical care). Second meeting on the role of pharmacist: 31 Aug-3 Sep, Tokyo Japan.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เกณฑ์การพิจารณาการเกิดปัญหาจากการใช้ยา

การระบุปัญหาจากการใช้ยาตามแนวทางของ Hepler and Strand (1990) Hassan and Gan (1993) พิจารณาประเภทของปัญหาได้ตามลักษณะดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated indication)
 - 1.1 ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์
 - 1.2 ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งเกิดหลังได้รับการรักษาระยะหนึ่ง
 - 1.3 หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น
 - 1.4 แพทย์สั่งยาที่เสริมฤทธิ์ในการรักษา
 - 1.5 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug selection)
 - 2.1 การเลือกใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ไม่เหมาะสมกับโรค
 - 2.2 การเลือกใช้ยาที่ไม่ได้ให้ผลดีที่สุด
 - 2.3 การเลือกใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้
 - 2.4 การเลือกใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยแพ้ แต่ไม่ใช่ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
 - 2.5 การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ใช่ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
 - 2.6 การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่คุ้มค่าในทางเศรษฐกิจ
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม แต่ขนาดหรือระดับยาน้อยเกินไป (Too little of correct drug)
 - 3.1 การใช้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป
 - 3.2 ความเข้มข้นของยาค่าต่ำกว่าระดับที่ได้ผลในการรักษา
 - 3.3 ระยะเวลาห่างมือของยา ห่างกันมากเกินไป
 - 3.4 การเลือกบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
 - 3.5 การเลือกใช้รูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป
 - 3.6 ปัญหาการใช้ยาเสื่อมสภาพหรือยาที่หมดอายุ

4. การใช้ยาที่เหมาะสม แต่ขนาดหรือระดับยาสูงเกินไป (Too much of correct drug)
 - 4.1 การใช้ยาในขนาดที่สูงเกินไป
 - 4.2 ระดับยาในเลือดสูงจนถึงระดับที่ก่อให้เกิดภาวะพิษ
 - 4.3 การบริหารยาด้วยอัตราเร็วมากเกินไป
 - 4.4 ระยะเวลาในการบริหารยาแต่ละมือห่างกันน้อยเกินไป
 - 4.5 เกิดการสะสมของยา ทำให้ระดับยาในเลือดสูงเกินไป
 - 4.6 การบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
 - 4.7 การเลือกรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป
5. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction ; ADR)
 - 5.1 การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Type A)
 - 5.2 การแพ้ยา หรือ การเกิดโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Type B)
6. อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
 - 6.1 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา
 - 6.2 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรค
7. การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง (Not receiving prescribed drug)
 - 7.1 เกสัชกรจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามแพทย์สั่ง
 - 7.2 พยาบาลลืมบริหารยาให้กับผู้ป่วย
 - 7.3 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับยาไม่ดี (Non compliance)
8. การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้ (Invalid indication)
 - 8.1 การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse)
 - 8.2 การใช้ยาในข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรับรอง
 - 8.3 การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือใช้ยาโดยไม่มีเจตนาจำเป็น
9. ปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ (Miscellaneous)
 - 9.1 ปัญหาความไม่ชัดเจนในการสั่งใช้ยา
 - 9.2 ปัญหาการสั่งยาซ้ำซ้อน
 - 9.3 ปัญหาการคัดลอกคำสั่งผิด
 - 9.4 ปัญหาการไม่ใส่ข้อมูลการบริหารยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
 - 9.5 ความกลาดเคลื่อนในการติดตามผลการรักษา

ภาคผนวก ข

แบบเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก.

HN.....AN..... วันที่รับ.....Dx.....

แพทย์.....D/C.....Dx..... อยู่โรงพยาบาล.....วัน

ประเภทสิทธิ์ บำรุง รพ. บัตร สปร. บัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ

บัตรประกันสังคม ผู้นำท้องถิ่น เด็ก 0-12 ปี เบิกได้ อื่น ๆ

2. การศึกษา ยังไม่ถึงเกณฑ์ ไม่ได้เรียนหนังสือ ป.1 - ป.6 ม.1-ม.6 ปวส./ปวช.

ปริญญาตรี อื่น ๆ.....

ความสามารถในการอ่านเขียน อ่านออก/เขียนได้ อ่านได้อย่างเดียว อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้

3. อาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง/ลูกจ้าง รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ

อยู่บ้านเฉย ๆ นักเรียน/นักศึกษา เด็กในปกครอง อื่น ๆ.....

4. โรคประจำตัว.....

5. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

6. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

8. ยาที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

ได้รับจาก.....

9. ประวัติการแพ้ยา.....

10. ประวัติทางครอบครัว.....

11. ประวัติทางสังคม คัมสุรา.....สูบบุหรี่.....สิ่งเสพติดอื่น ๆ.....

12. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....

13. สรุปปัญหาความเจ็บป่วย.....

Patient problem and action taken

Date	Drug related problem		Date	Action taken	date	Result
	No.	Describe				

1. Untreated indications 2. Improper drug selection 3. Too little of correct drug 4. Too much of correct drug
 5. Failure to receive prescribed drug 6. ADRs 7. Drug interaction 8. Invalid indication 9. Others

แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจตุรัส ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....เตียง.....

TEST	DATE				TEST	DATE			
	NORMAL					NORMAL			
Hct-male	40-50%				FBS	60-110 mg%			
-female	35-45%				BUN	7-20 mg%			
WBC	3200-10000/mm ³				Creatinine	0.6-1.3 mg%			
Neutrophils(segs)	36-73%				K	3.6-5.2 mEq/L			
Eosinophills	0-6%				Uric acid	2.5-8.5 mg%			
Basophills	0-2%				Total bilirubin	0.2-1.3 mg%			
Lymphocytes	14-45%				Direct bilirubin	.0-0.4 mg%			
Monocytes	0-11%				Atk. Phos.	75-270 U/L			
Platelets	170-380 10 ³ /mm ³				AST(SGOT)	0-50 U/L			
Malaria					ALT(SGPT)	0-35 U/L			
Widal Test					Total Protien	6.3-8.0 gm%			
Well Fclix					Albumin	3.9-5.0 gm%			
HIV					Globulin	2.6-3.4 gm%			
HbsAg					Cholesterol	<200-240 mg%			
Gram's					HDL-cholesterol	>35 mg%			
AFB					Triglyceride	<200 mg%			
					Lipase	4-20 u/dl			
					Amylase	20-100u/dl			
URINE EXAM									
Color					BODY FLUIDS (CSF,Ascite,ect) and Others				
Spgr.	1.001-1.035								
PH	4.5-8.5				CSF-Glucose	40-80 mg%			
Albumin	<0.5 gm%				-Pressure	70-180 mmWater			
Glucose					-Protein	5-25 mg%			
RBC					-WBC	0-10 mm ³			
WBC									
Casts									
Epithelial cells									
Bacteria									
STOOL EXAM									
Ova & Parasites									
Occult blood									

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

วันที่.....ชื่อผู้ป่วย.....เตียง.....

กรุณาเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความพึงพอใจในบริการที่ท่าน ได้รับมากน้อยเพียงใด				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อยที่ สุด 1
1. การสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยาโดยเภสัชกร					
2. เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนจ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละราย					
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และ การปฏิบัติตัว					
4. การที่เภสัชกรนำยามาจ่ายพร้อมให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา ก่อนผู้ป่วยจะ กลับบ้าน					
5. ผลการให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งได้รับ ทำให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ เรื่องยา เรื่อง โรคและการปฏิบัติตัวมากขึ้น					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการ					
7. การพูดคุยได้ถามทุกข์สุขของเภสัชกร สุภาพ เป็นกันเอง					
8. เภสัชกรเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีปัญหา					
9. เวลาที่ให้บริการในแต่ละครั้งเหมาะสมแล้ว					
10. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดคู่มือให้บริการเจ้าหน้าที่กับท่านต่อไป					
11. ท่านมีความพอใจกับการติดตามผลการใช้ยาที่ท่านได้รับ					
12. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะมารับบริการที่โรงพยาบาลจัดคู่มือ <input type="checkbox"/> มาแน่นอน <input type="checkbox"/> ไม่แน่ <input type="checkbox"/> ไม่มาแน่นอน					
1. ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นอื่น ๆ ในตารางปรุงปรุงบริการ					

ดัดแปลงจาก (กมลศรี เศษะจันเจริญสุข, 2535; จักรพันธ์ พินพาชน, 2536; ทัญญาภก ถิ่นยืนอุรา, 2541; Briesacher . and Correy . 1997; Coons . and Johnson , 1997; Johnson . 1999; Larson ., 1998)

ภาคผนวก ง

การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ความสำคัญทางคลินิกและกลไกการเกิด

อันตรกิริยาระหว่าง ยากับยา	significance	Onset-serverity-document	กลไกของการเกิด อันตรกิริยา
INH-rifampicin	1	Delayed-major-probable	↑hepatotoxicity
digoxin-furosemide	1	Delayed-major-probable	↓K,Mg→ ↑digoxin toxicity
KCl-spironolactone	1	Delayed-major-established	↑ serum K
HCTZ-glibenclamide	2	Delayed-moderate-propable	↓ insulin sensitivity & secretion
propranolol-indomethacin	2	Delayed-moderate-propable	↓effect of propranolol
digoxin-levothyroxine	2	Delayed-moderate-established	↓ effect of digoxin
theophylline-cimetidine	2	Delayed-moderate-established	↑ theophylline level
theophylline-norfloxacin	2	Delayed-moderate-established	↑ theophylline level
theophylline-rifampicin	2	Delayed-moderate-established	↓ theophylline level
digoxin-PTU	2	Delayed-moderate-established	↑ toxicity of digoxin
levothyroxine-FBC [®]	2	Delayed-moderate-suspected	↓ absorption of levothyroxine
rifampicin-glibenclamide	2	Delayed-moderate-suspected	↓ level of glibenclamide
theophylline-propranolol	2	rapid-moderate-probable	↑ theophylline level
norfloxacin-antacid gel	2	rapid-moderate-probable	↓ absorption of norfloxacin
propranolol-cimetidine	2	rapid-moderate-probable	↑ level propranolol
doxycycline-antacid gel	2	delayed-moderate-probable	↓ absorption of doxycycline
theophylline-lorazepam	3	rapid-minor-suspected	↓ effect of lorazepam
furosemide-enalapril	3	delayed-minore-suspected	↓ effect of furosemide
spironolacton-enalapril	4	delayed-moderate-possible	↑ serum K

จาก Drug Interaction Facts ed. 5th (1996)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางสาววงศ์นี กุลพรม เกิดวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2506 ที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเกสัชศาสตร์บัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2529 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ.2541 ปัจจุบันรับราชการที่โรงพยาบาลจตุรัส อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ตำแหน่ง เกสัชกร 7

