

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยในชั้นตอนต่าง ๆ ที่กำหนดไว้เบื้องต้นดังตารางที่ 2 (หน้า 34-37) ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตรในช่วงเดือนธันวาคม 2537 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2539 สามารถแสดงผลการศึกษาได้เป็น 3 ตอนดังนี้ คือ

ตอนที่ 1 รูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยซึ่งสรุปได้จากการทดลองปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนดไว้เบื้องต้น

ตอนที่ 2 ผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยที่ได้จากการปฏิบัติงานและเก็บข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนดไว้เบื้องต้นในชั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการใช้ยาประกอบด้วย

- 2.1 ผลการปฏิบัติงานโดยรวม
- 2.2 ผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยโดยรวม
- 2.3 ผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี
- 2.4 ผลการสืบค้นเพื่อระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกระบวนการใช้ยา
- 2.5 ผลการดำเนินงานในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
- 2.6 ผลการประสานงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
- 2.7 ผลการดูแลยาบนหอผู้ป่วยในเรื่องชนิด และมูลค่าของยาคงค้าง

ยามอดอายุ และยาคืนจากหอผู้ป่วย

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาในด้านทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

ตอนที่ 1. รูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย

ตามระบบเดิมของโรงพยาบาลพิจิตรการรักษายาบาลของผู้ป่วยในนั้นเภสัชกรมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อผู้ป่วยน้อยมาก ระบบการกระจายยาเป็นแบบผสมคือ มีการจ่ายยาตามรายใบสั่งยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแพทย์จะสั่งยาสำหรับใช้ครั้งละประมาณ 3-5 วัน และมียาสำรองบนหอผู้ป่วยสำหรับใช้กรณีฉุกเฉินซึ่งเก็บไว้ในรถฉุกเฉินโดยเฉพาะ ในการเบิกจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละครั้ง แพทย์จะสั่งยาในแผ่นคำสั่งแพทย์ (doctor order sheet) ลงนามกำกับและพยาบาลบนหอผู้ป่วยจะคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยา โดยที่มีแพทย์เจ้าของไข้ลงนามกำกับ จากนั้นเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยจะนำซาร์ทผู้ป่วยมายังห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อทำการเบิกยา เภสัชกรหรือเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยามีหน้าที่ทำการตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยา ประเมินคำสั่งใช้ยาอย่างคร่าวๆ เช่นขนาดยาถูกต้องหรือไม่ โดยขนาดยาเป็นขนาดที่ใช้โดยทั่วไปไม่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงคิดราคา ยาจ่าย และรับคืนยา สำหรับการรับคืนยาได้กำหนดไว้ให้มีการนำซาร์ทผู้ป่วยมายังห้องจ่ายยาทุกครั้งที่มีการคืนยา ซึ่งได้แก่กรณีที่มีการจำหน่ายผู้ป่วย หรือแพทย์สั่งหยุดยา หรือเปลี่ยนวิธีใช้ยา เพื่อที่จะตรวจสอบชนิดและปริมาณยาที่จะต้องคืน เภสัชกรจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นก็ต่อเมื่อมีการร้องขอเช่น การติดตามและวิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารยา เป็นต้น

จากการทดลองปฏิบัติงานและวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนและกิจกรรมที่กำหนดดังตารางที่ 2 (หน้า 34-37) สามารถสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย โดยรูปแบบการปฏิบัติงานที่ได้มีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบผู้ร่วมการรักษา (cotherapist model) กล่าวคือ เภสัชกรมีความรับผิดชอบในการให้คำแนะนำแก่แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย จากการประมวลข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ต้องมีการร้องขอ (Hepler, 1996) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาตรงตามเป้าหมาย และเกิดอันตรายจากการใช้นาน้อยที่สุด องค์ประกอบหรือโครงสร้างของรูปแบบในการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. บุคลากร
2. เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน
3. ขั้นตอน กิจกรรม เป้าหมาย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่คาดว่าจะพบซึ่งสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 3 โดยมีรายละเอียดของขั้นตอน กิจกรรม เป้าหมาย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่คาดว่าจะพบดังตารางที่ 3

1. **บุคลากร** ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย เภสัชกรเป็นบุคลากรหลักที่มีหน้าที่ดูแลการให้ยาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การสืบค้น ป้องกัน แก้ไข หรือติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการให้ยา เพื่อให้การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดผลเสียจากการใช้ยาน้อยที่สุด โดยต้องปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ และพยาบาล เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยจึงควรมีคุณลักษณะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี นอกเหนือจากการมีความรู้ด้านเภสัชกรรมบำบัด (pharmacotherapy) และสามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ จึงจะทำให้สามารถทำหน้าที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาความเจ็บป่วยที่หลากหลาย (ตารางที่ 5 หน้า 56) และได้รับยาที่แตกต่างกัน และสิ่งสำคัญคือปฏิบัติงานประจำอยู่บนหอผู้ป่วย เพื่อให้สามารถร่วมทีมการรักษาพยาบาล และดูแลการให้ยาของผู้ป่วยได้ครบถ้วน

จากการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเกิดในทุกขั้นตอนของกระบวนการให้ยา และเกิดได้ทุกประเภทของปัญหา (ตารางที่ 15 หน้า 70) และขั้นตอนการตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวันเป็นขั้นตอนที่เอื้อต่อการประสานงานมากที่สุดโดยเฉพาะกับแพทย์ จากข้อจำกัดด้านเวลาที่กำหนดในการดูแล และให้การรักษาผู้ป่วยของแพทย์ในโรงพยาบาลพิจิตร ซึ่งไม่แน่นอนในแต่ละวันเนื่องจากพบว่าขั้นตอนการส่งยาเป็นขั้นตอนที่พบปัญหามากที่สุด (ตารางที่ 15 หน้า 70) เพื่อให้การประสานงาน และการดูแลการให้ยาของผู้ป่วยเป็นไปอย่าง สะดวก รวดเร็ว และครบถ้วน จึงมีความจำเป็นที่เภสัชกรจะต้องประจำอยู่บนหอผู้ป่วย

2. **เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน** การปฏิบัติงานเพื่อดูแลและการให้ยาของผู้ป่วยสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณมากนัก - เนื่องจากอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ แบบบันทึกต่าง ๆ และหนังสืออ้างอิงทางเภสัชกรรมบำบัด และการประเมินผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยแบบบันทึกประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกการติดตามให้ยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิจิตรซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกประวัติการให้ยาในอดีต (ภาคผนวก ฉ หน้า 121)
 - 1.2 แบบบันทึกประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ภาคผนวก ฉ หน้า 121)
 - 1.3 แบบบันทึกสัญญาณชีพ (ภาคผนวก ฉ หน้า 121)
 - 1.4 แบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ
(ภาคผนวก จ หน้า 122-123)

- 1.5 แบบบันทึกการใช้ยา (ภาคผนวก ฉ หน้า 124)
- 1.6 แบบประเมิน และวางแผนการสืบค้น ติดตาม ป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (ภาคผนวก ฉ หน้า 125)
2. แบบการวิเคราะห์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ภาคผนวก ค หน้า 115)
3. แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยให้คำปรึกษา-แนะนำด้านยาแผนกผู้ป่วยนอก (ภาคผนวก ช หน้า 126-127)

หนังสืออ้างอิงทางเภสัชกรรมว่ามีได้แก่

Isselbacher, K.J., Braunwald, E., Wilson, J.D., Martin, J.B., Fauci, A.S., and Kasper, D.L. Harrison's Principle of Internal medicine 13th.edition New York: McGraw-Hill, 1994.

Melmon, K.L., Morrelli, H.L., Hoffman, B.B., and Nierenberg, D.W., Clinical Pharmacology Basic Principle in Therapeutics 3rd.edition New York: McGraw-Hill, 1992.

Davies, D.M. Textbook of Adverse Drug Reactions 4th.edition Oxford: Oxford University Press, 1991.

Brown, C.H. Handbook of Drug Therapy Monitoring. Baltimore: Williams & Wilkins 1990.

Tierney, L.M. McPhee, S.P, Papadakis, S.S. and Schroeder. S.A. Current Medical Diagnosis & Treatment. New Jersey:Prentice-Hall International Inc, 1993.

Benichou, C. Adverse Drug Reactions A Practical Guide to Diagnosis and Management. New York: John Wiley & Sons, 1994.

Herfindal, E.T, and Gourley, D.R. Textbook of Therapeutics Drug and Disease Management 6th.edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

Koda-Kimble, M.A, and Young, L.Y. Applied Therapeutics The Clinical use of drug 5th.edition. Vancouver: Applied Therapeutics, Inc., 1992

Lacy, C, Aramstrong, L.L., Ingram, N., and Lance, L.L. Drug Information Handbook 3th.edition 1995-1996. Ohio: Lexi-Come Inc., 1995.

Ewald, G.A., and Mckenzie, C.R. Manual of Medical Therapeutics 28 th.edition.
Missouri: Department of Medicine, Washington University, 1995 .

Mc.Cormack, J. Brown, G. Levine,M., Rangno, R. Ruedy, J. Drug Thrapy
Decision Making Guide. Pensylvania: W.B. Saunder Company, 1996.

Rizack,M.A. The medical letter handbook of adverse drug interaction .New York :
Medical letter Inc., 1995.

Tatro, D.S. Drug interaction Facts 4 th.edition. Missoruri: Facts and Comparisons
A Wolters Kluwer Company, 1994.

Knoben, J.E, Anderson, P.O., Troutman, W.C., and Davis, L.J. Handbook of
Clinical Drug Data. Wiscons: Drug Intelligence Publication, Inc., 1994.

Traub, S.L. Basic skill in Interpreting Laboratory Data. Wisconsin: American
Society of Hospital Pharmacists, Inc., 1994



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. ขั้นตอน กิจกรรม เป้าหมาย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่คาดว่าจะพบ

ตารางที่ 3 ขั้นตอนและกิจกรรมในการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย

ขั้นตอน	กิจกรรม	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ ¹
1.รับผู้ป่วยใหม่ซึ่งรับการรักษาในหอผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1.สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ² 2.ทบทวนและบันทึกประวัติการใช้ยาในอดีตจาก OPD card³ 3.บันทึกประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลการตรวจร่างกาย³ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁴ 4.บันทึกการสั่งยาจากแผนกผู้ป่วยนอก⁵ 4. ประเมินการสั่งยากับสภาวะของผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2.เพื่อหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มีก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 3.เพื่อหาปัญหาที่เกิดจากการสั่งยาแผนกผู้ป่วยนอก 4.เพื่อวางแผนในการให้คำแนะนำ ติดตามการใช้ยาและแก้ไขปัญหามาให้แกผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ความรู้และพฤติกรรมที่มีผลให้การใช้ยาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 2.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3.ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา
2.ร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.ร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน 2.สอบถามและสังเกตอาการผู้ป่วย 3.สอบถามและให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์และพยาบาลในกรณีที่พบปัญหาจากการสั่งยาจากแผนกผู้ป่วยนอก 4.ประสานงานกับแพทย์และพยาบาลเมื่อพบปัญหา 	<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อติดตามและหาปัญหาในการใช้ยาจากขั้นตอนการสั่งยา 2.เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาคือพบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2.ผลการรักษาที่ไม่เป็นตามเป้าหมาย 3.ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาก่อนวันนั้น ๆ
3.ประเมินการสั่งยาในหอผู้ป่วย		<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อติดตามและหาปัญหาในขั้นตอนการสั่งยา 2.เพื่อวางแผนในการประสานงานและแก้ไขหรือป้องกันปัญหา 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา

ตารางที่ 3 ขั้นตอนและกิจกรรมในการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรม	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ ¹
4.การประเมินการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย	<p>1.สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วย ความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยา</p> <p>2.บันทึกและประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ⁴ ผลการตรวจร่างกาย</p> <p>3.ติดต่อประสานงานกับแพทย์พยาบาลเมื่อพบปัญหาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมเช่นสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด หรือทำการสอบถามเพิ่มเติม</p> <p>4.สนทนา สอน หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นข้อควรระวัง และการปฏิบัติตนเองใช้ยา หรือการบริหารยาด้วยตนเอง</p>	<p>1.เพื่อค้นหาอาการไม่พึงประสงค์ หรือผลเสียจากการใช้ยา,ปัญหาความเจ็บป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา,ปัญหาการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้,ปัญหาผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>2.เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่พบ</p>	<p>1.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา⁶</p> <p>2.ความเจ็บป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา</p> <p>3.การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้</p> <p>4.ผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p>
5.การประเมินการสั่งยา ให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน	<p>1.ปฏิบัติเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 3</p> <p>2.ให้คำแนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านทั้งในด้านข้อบ่งชี้ วิธีใช้ ข้อควรระวัง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น และการเก็บรักษา แก่ผู้ป่วยและญาติ⁷ โดยวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>3.ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา</p>	<p>1.เพื่อค้นหาปัญหาการสั่งยา</p> <p>2.ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการใช้ยาที่ได้รับ</p> <p>3.เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย</p>	<p>1.ความคลาดเคลื่อนของการสั่งยา</p> <p>2. ความไม่เข้าใจและไม่สามารถจดจำ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือ ญาติ</p>

ตารางที่ 3 ขั้นตอนและกิจกรรมในการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย (ต่อ)

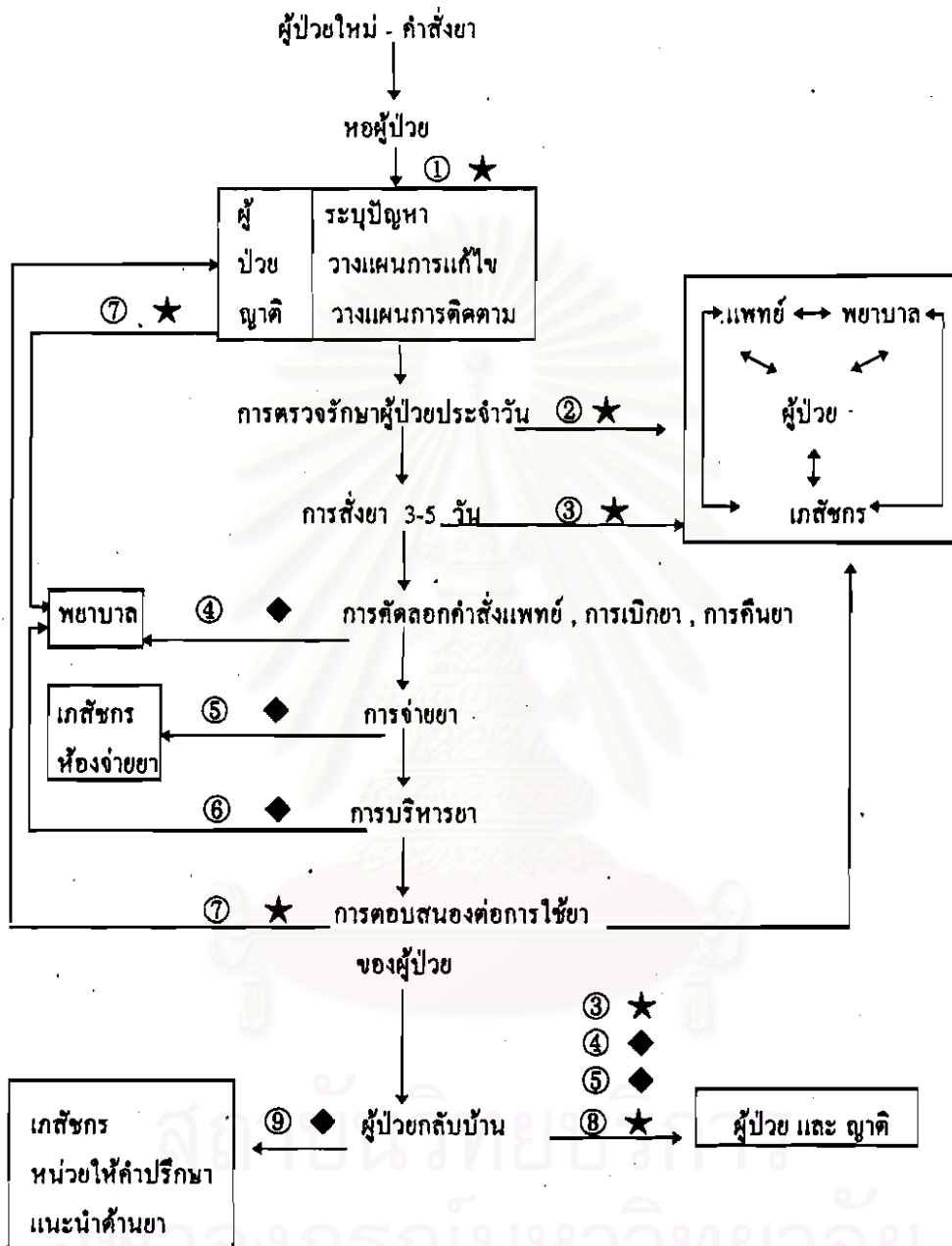
ขั้นตอน	กิจกรรม	เป้าหมาย	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ ¹
6. ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยาแผนกผู้ป่วยนอก	<p>1. บันทึกคำสั่งใช้ยาสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่น ๆ ครั้งสุดท้าย ลงในแบบบันทึกการให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยา¹</p> <p>2. สรุปสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วย และกำหนดเวลาที่ผู้ป่วยจะกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำลงในแบบบันทึกการให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยา</p> <p>3. ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกับเภสัชกรให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยา</p>	<p>1. เพื่อจัดทำข้อมูลให้ครบถ้วน และถูกต้องสำหรับการนำไปใช้ในการให้คำปรึกษา - แนะนำผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำ</p> <p>2. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย</p>	

- หมายเหตุ 1. ภาคผนวก ข หน้า 112
2. ภาคผนวก ก หน้า 111
3. ภาคผนวก ฉ หน้า 121
4. ภาคผนวก ฉ หน้า 122-123
5. ภาคผนวก ฉ หน้า 124
6. ภาคผนวก ค หน้า 115
7. ภาคผนวก จ หน้า 116
8. ภาคผนวก ช หน้า 126

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 3 ขั้นตอนและความเกี่ยวข้องของบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรบนหอผู้ป่วยตามกระบวนการ

ภาพที่ 3 ขั้นตอนและความเกี่ยวข้องของบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านเวชกรรมบนหอผู้ป่วยตามกระบวนการใช้ยา



- หมายเหตุ หมายเลขใน ○ หมายถึงขั้นตอนในการปฏิบัติงานซึ่งแสดงรายละเอียดในหน้า 48
 หมายเลขใน ★ หมายถึงขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก และเภสัชกรควรปฏิบัติ
 ◆ หมายถึงขั้นตอนที่มีความสำคัญระดับรอง สามารถให้บุคลากร หรือกระบวนการอื่นทำหน้าที่แทนเภสัชกร
 → , ↔ แสดงการประสานงาน

จากภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการใช้ยาการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยในเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย = ①
2. ขั้นตอนการร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน = ②
3. ขั้นตอนการประเมินการสั่งยาในหอผู้ป่วย = ③
4. ขั้นตอนการประเมินการคัดลอกคำสั่งแพทย์ = ④
5. ขั้นตอนการประเมินการจ่ายยา = ⑤
6. ขั้นตอนการประเมินการเตรียมยาและบริหารยา = ⑥
7. ขั้นตอนการประเมินการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย = ⑦
8. ขั้นตอนการประเมินการสั่งยาผู้ป่วยกลับบ้าน และให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน = ⑧
9. ขั้นตอนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วย
ให้คำปรึกษา- แนะนำด้านยาแผนกผู้ป่วยนอก = ⑨
10. ขั้นตอนการดูแลยาสำรองในรถฉุกเฉิน (ไม่ได้แสดงในภาพ)

โดยการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของเภสัชกรต้องมีการประสานงานกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกรห้องจ่ายยา รวมทั้งตัวผู้ป่วย และญาติ จากการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ข้อ 2.1.2 หน้า 58-59) พบว่าการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนด (ตารางที่ 2 หน้า 34-37) ให้ครอบคลุมขั้นตอนทั้งหมดจะสามารถดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยได้ประมาณ 11 รายต่อวัน ดังนั้นในสถานการณ์ที่มีเภสัชกรจำนวนจำกัด และต้องดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยในครอบคลุมทั้งหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเลือกปฏิบัติเฉพาะบางขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของงาน โดยพิจารณาจากจำนวนปัญหาที่เกิดขึ้น และลักษณะของงานในขั้นตอนนี้ๆซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถ จัดระดับความสำคัญของขั้นตอนการปฏิบัติ ได้ 2 ระดับคือ

1. ขั้นตอนสำคัญมาก และเภสัชกรควรปฏิบัติ (ตารางที่ 3 หน้า 44-46)
2. ขั้นตอนที่มีความสำคัญระดับรอง และสามารถให้บุคลากรหรือกระบวนการอื่นทำหน้าที่แทนเภสัชกร

1. ขั้นตอนที่สำคัญมาก และเก็ชกรควรปฏิบัติ ได้แก่ (1) ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (2) ขั้นตอนการร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวัน (3) ขั้นตอนการ ประเมินการสั่งยาในหอผู้ป่วย (4) ขั้นตอนการประเมินการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย (5) ขั้นตอนการประเมินการสั่งยาผู้ป่วยกลับบ้าน และให้คำแนะนำการใช้ยาผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และ(6) ขั้นตอนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยให้คำปรึกษา- แนะนำด้านยาแผนกผู้ป่วย นอก ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้ต้องใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมบำบัด ใช้วิจารณญาณในการประเมิน และ เลือกรวิธีในการป้องกัน แก้ไขหรือติดตามปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่หลากหลายทั้งในดั่งนอายุ จำนวนขนานยาที่ได้รับ (ตารางที่ 4 หน้า 55) และปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (ตารางที่ 5 หน้า 56) ดังนั้นจึงไม่สามารถใช้บุคลากรอื่น เครื่องมือ หรือกระบวนการใดทำ หน้าที่แทนเภสัชกรได้ และยังไม่สามารถใช้วิธีสุ่มตัวอย่างในการประเมินปัญหาได้ เนื่องจาก ปัญหามีโอกาสเกิดได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญใน การสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวาง แผนการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับ บ้าน นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การขอความร่วมมือ และ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยในวันต่อมามีความสะดวกมากขึ้น เภสัชกรจำเป็นต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทำ บันทึกรประวัติผู้ป่วยใหม่ทุกราย

กรณีผู้ป่วยใหม่ มาด้วยอาการรุนแรง เช่น ผู้ป่วยหอบหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยมาก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยควรรองนกว่าผู้ป่วยจะพร้อมหรือมี อาการดีขึ้น และการสัมภาษณ์อาจเริ่มด้วยเรื่องอื่นทั่ว ๆ ไปก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและสร้าง ความคุ้นเคยกับผู้ป่วย - แต่ถ้าผู้ป่วยมีญาติดูแล ให้สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลไปก่อน เมื่อผู้ป่วยพร้อมที่ จะให้สัมภาษณ์จึงเริ่มทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการร่วมตรวจรักษาประจำวัน เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีความเหมาะสม ที่สุดในการประสานงานกับแพทย์ และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยของ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมถึงตัวผู้ป่วยเอง จากการร่วมปฏิบัติอย่างใกล้ชิด และรับทราบ ปัญหาของผู้ป่วยพร้อมกัน ซึ่งแตกต่างจากการให้บริบาลเภสัชกรรมซึ่งมีโอกาสเช่นนี้น้อยกว่า เภสัชกรควรได้มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในปัญหาที่ต้องได้รับการป้องกันหรือ แก้ไข เพื่อประสานงานกับแพทย์ได้ทันทีอีกทั้งต้องเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยราย

นั้น ๆ เพื่อสามารถวิเคราะห์วิจารณ์กับแพทย์และพยาบาลได้ถูกต้อง ตรงประเด็น และครบถ้วน ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะได้ประโยชน์แล้วยังเป็นการสร้างความเชื่อถือ แก่บุคลากรอื่นรวมทั้งตัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งจะช่วยให้ง่ายต่อการประสานเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาในอนาคตต่อไป

ขั้นตอนการประเมินสั่งยา ขั้นตอนการสั่งยาเป็นขั้นตอนที่พบปัญหามากที่สุด และยังเป็นขั้นตอนที่อาจเป็นสาเหตุของปัญหาในขั้นตอนอื่นๆ ได้ เช่นการสั่งยาเกินขนาด อาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยในขั้นตอนการตอบสนองต่อการรักษา และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ที่สะดวก รวดเร็วที่สุดคือ การประสานงานกับแพทย์ขณะร่วมตรวจรักษาประจำวัน ดังที่กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาขึ้นกับจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นหากขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มมากขึ้นเภสัชกรควรให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้มากขึ้นด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 10 ขนานขึ้นไป โดยทั่วไปเภสัชกรมักมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินการสั่งยาได้ทันทีที่แพทย์สั่งยา โดยเฉพาะเภสัชกรซึ่งไม่มีความชำนาญหรือประสบการณ์มาก่อน ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามาก ดังนั้นเพื่อให้การประเมินการสั่งยาถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ การเตรียมความรู้ ความมั่นใจของเภสัชกร ประกอบการอ้างอิง หรือมีเอกสารยืนยันในการให้ข้อเสนอแนะจะทำให้สามารถสืบค้นปัญหาการสั่งยา และแก้ไขหรือป้องกันปัญหาในขั้นตอนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา จะติดตามและประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และผลของยาต่อผู้ป่วยซึ่งได้แก่ ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลการรักษาด้วยยาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ตลอดจนการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากการผลตอบสนองต่อฤทธิ์ของยา อาจไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหลังจากได้รับยา ซึ่งจะเกิดผลเมื่อใดนอกจากจะขึ้นกับการออกฤทธิ์ของยาแล้วยังขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย ดังนั้นการประเมินปัญหาจึงต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอและใกล้ชิด เพื่อสามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทันทั้งนี้ โดยการสังเกต และสอบถามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้รับทราบปัญหาของผู้ป่วย และได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ขณะเดียวกันควรระวังผู้ป่วยเกิดความกังวลจากการสอบถามด้วย โดยทั่วไปเภสัชกรยังขาดทักษะในการประเมินผลการรักษา จึงควรพัฒนาให้มีการประเมินประสิทธิผลของยาในผู้ป่วย เช่นการวัดระดับยาในเลือด หรือแนวทางการสังเกตอาการ และการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการสำหรับยาแต่ละชนิด

นอกจากนี้การปฏิบัติงานในขั้นตอนนี้ในส่วนของการประเมินความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยาจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาเองได้อย่างถูกต้อง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ตารางที่ 4 หน้า 55) และยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ละเอียดละออน้อย และบ่อยๆจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำคำแนะนำได้มากขึ้น และอาจช่วยลดปัญหาดังกล่าวข้างต้น ในกรณีที่มียาบางชนิดที่ผู้ป่วยต้องบริหารยาเอง เช่นยาอมใต้ลิ้น ยาสูดพ่น หรือ ยาใช้ภายนอก เกสซ์กรควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งสอบถามผู้ป่วยว่าได้ใช้ยาที่แพทย์สั่งถูกต้องหรือไม่ ในเรื่องขนาดยา เวลาและวิธีใช้ ควรให้ผู้ป่วยทดลองใช้ยาให้ดูในกรณีเป็นยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษช่วย หากผู้ป่วยยังใช้ยาไม่ถูกต้องหรือใช้ยาไม่เป็น ต้องรีบอธิบายและสอนวิธีใช้แก่ผู้ป่วยทันที เพื่อให้การรักษาได้ผลตามต้องการและป้องกันปัญหาจากการใช้ยานั้น ๆ

ขั้นตอนการประเมินความถูกต้องของการส่งยากลับบ้าน และให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้าน ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วนทั้งการส่งยา การคัดลอกคำสั่งแพทย์ การจ่ายยา และเภสัชกรต้องมีความรวดเร็วในการประสานงานเมื่อพบปัญหา เนื่องจากหากเกิดข้อผิดพลาด อาจจะทำให้เกิดผลเสียเมื่อผู้ป่วยนำยาไปใช้ขณะอยู่ที่บ้าน หรือต้องกลับบ้านล่าช้ากว่ากำหนด การที่เภสัชกรประจำอยู่บนหอผู้ป่วยจะทำให้สามารถประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็วหากพบปัญหา และเภสัชกรควรมีการวางแผนล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายว่าหากกลับบ้านควรได้รับยาชนิดใดบ้าง เป็นเวลานานเท่าใด และควรได้รับคำแนะนำอะไรบ้าง ด้วยวิธีใด เพื่อให้แก่ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจและสามารถกลับไปใช้ยาที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย นอกจากนี้ความคุ้นเคยที่มีต่อผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยจะทำให้สามารถให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากเภสัชกรได้รับทราบปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียด และผู้ป่วยมีความยอมรับในตัวเภสัชกร

ขั้นตอนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยาแผนกผู้ป่วยนอก ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเนื่องจากการทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งเภสัชกรต้องทำการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วนก่อนทำการส่งต่อ แต่ไม่มีความเร่งด่วน จึงสามารถปฏิบัติภายหลังได้ ในขั้นตอนนี้อาจพบปัญหาการประสานงานระหว่างแผนกเวชระเบียน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก หากไม่สามารถสร้างระบบการประสานได้ อาจทำบัตรนัดให้ผู้ป่วยนำมาขึ้นที่ห้องจ่ายยาเอง เมื่อมาทำการตรวจรักษาซ้ำ

แต่ก็อาจพบปัญหาที่ผู้ป่วยหลงลืมการนำบัตรมาขึ้นได้เช่นกัน หรืออาจใช้ OPD card ที่มีสีแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้พยาบาลหน้าห้องตรวจสังเกตได้ง่ายขึ้น

2. ขั้นตอนที่มีความสำคัญระดับรอง และสามารถให้บุคลากรหรือกระบวนการอื่นทำ หน้าที่แทนเภสัชกร ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินการคัดลอกคำสั่งแพทย์ และรับคินยา ขั้นตอนการประเมินการจ่ายยา ขั้นตอนการประเมินการเตรียมและบริหารยา และขั้นตอนการดูแลยาสำรองในรถฉุกเฉินบนหอผู้ป่วย การปฏิบัติงานในขั้นตอนเหล่านี้ไม่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจทางด้านเภสัชกรรมบำบัด เพียงแต่ใช้ความรู้ทางด้านเทคนิคซึ่งเกี่ยวกับระบบการกระจายยาเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นไม่มีความซับซ้อน และเกิดขึ้นไม่มากนัก (ตารางที่ 15 หน้า 70) ดังนั้นจึงสามารถให้บุคลากรระดับรองเช่น เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมหรือกระบวนการอื่นมาทำหน้าที่แทนเภสัชกรได้ โดยเภสัชกรทำหน้าที่ควบคุมกำกับ และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้เภสัชกรสามารถดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากขึ้น ประกอบกับในระบบเดิมของโรงพยาบาลพิจิตรมีการประเมินการคัดลอกคำสั่งแพทย์ และรับคินยา การประเมินการจ่ายยา และสำรวจยาสำรองในรถฉุกเฉินอยู่แล้ว

สำหรับขั้นตอนการประเมินการเตรียมยา และบริหารยา แม้ว่าขั้นตอนนี้เป็นตอนที่พบปัญหามากเช่นกัน (ตารางที่ 15 หน้า 70) และจากการตอบแบบสอบถามพบว่ามีแพทย์ และพยาบาลบางท่านไม่เห็นด้วยกับการที่เภสัชกรจะปฏิบัติงานในขั้นตอนนี้ (ตารางที่ 24 หน้า 89, 25 หน้า 90-91) เนื่องจากเป็นการปฏิบัติซ้ำซ้อน และก้าวล่วงงานของพยาบาล ดังนั้นเพื่อลดความขัดแย้งอาจเลือกปฏิบัติบางกรณี เช่นเมื่อเริ่มมีการสั่งยา หรือเปลี่ยนแปลงคำสั่ง หรือเมื่อแพทย์เขียนคำสั่งด้วยลายมือที่อ่านยาก รวมทั้งขั้นตอนนี้ใช้เวลามากหากต้องทำการติดตามทุกครั้งที่มีการเตรียมหรือบริหารยา จึงไม่สามารถปฏิบัติเป็นงานประจำได้ ดังนั้นควรนำระบบการกระจายยาที่สามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเตรียม และบริหารยา เช่นการจ่ายยาแบบยูนิตโดส หรือระบบการตรวจสอบซ้ำก่อนบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยมาใช้ นอกจากนี้เภสัชกรควรมีการจัดทำข้อมูลความเข้ากันได้ และความคงตัวของยาในสารละลายต่าง ๆ ติดไว้บนหอผู้ป่วย เพื่อความสะดวกและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการเตรียมยาให้ผู้ป่วย

สำหรับเวลาในการปฏิบัติงานของเภสัชกรในแต่ละวันนั้นไม่คงที่ เนื่องจากขึ้นกับเวลาที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา เวลาการตรวจประจำวันของแพทย์ และเวลาการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้ตลอดเวลา แพทย์สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยในได้ตั้งแต่เวลา

8.30 -16.30 น. ทั้งนี้ขึ้นกับเวลาว่างจากภารกิจอื่นของแพทย์แต่ละท่านในแต่ละวัน ไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนได้ จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานในขั้นตอนการประเมินการสั่งยา การคัดลอกคำสั่งแพทย์ การจ่ายยา และการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เกิดหลังจากการตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวันมีเวลาการปฏิบัติงานไม่แน่นอน

ขั้นตอนการประเมินการเตรียมและบริหารยา การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยให้คำปรึกษา- แนะนำด้านยา และการดูแลยาสำรองในรถฉุกเฉิน เป็นขั้นตอนที่สามารถปฏิบัติได้ตลอดทั้งวัน ขึ้นกับการจัดสรรเวลาของเภสัชกรให้เหมาะสมกับการทำงานในแต่ละวัน

โดยสรุปแล้ว รูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรมีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบผู้ร่วมการรักษา เภสัชกรควรปฏิบัติงานประจำอยู่บนหอผู้ป่วย จึงจะสามารถดำเนินการป้องกัน แก้ไข หรือติดตามปัญหาได้อย่างครบถ้วน ทันที โดยเฉพาะเพื่อให้สามารถการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นหัวหน้าทีมในการรักษาพยาบาล และมีส่วนสำคัญในการกำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การปฏิบัติงานในรูปแบบที่กล่าวมาข้างต้นยังเป็นการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่แสดงถึงพันธกิจของวิชาชีพ ในการให้การบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีลักษณะเด่นคือ มีความใกล้ชิด และต่อเนื่องในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย จึงทำให้การดำเนินการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถให้การป้องกันปัญหามากกว่าการแก้ไขปัญหา ซึ่งแตกต่างจากการที่เภสัชกรมิได้ปฏิบัติงานประจำอยู่บนหอผู้ป่วย พบว่าการดำเนินการต่อปัญหาโดยวิธีแก้ไขมากกว่าการป้องกัน (ปิยะวรรณ กุศลรัตน์, 2539)

ในประเทศไทยบทบาทของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยยังเป็นสิ่งใหม่ และไม่ได้อยู่ในความคาดหวังของบุคลากรสาขาอื่น ดังนั้นเภสัชกรจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้ และพัฒนาความสามารถของตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความมุ่งมั่น และสามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบุคลากรสาขาอื่นได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างรูปแบบในการปฏิบัติงาน และแสดงผลการปฏิบัติงาน ให้เป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาขาอื่นและผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วย

แบ่งเป็น

2.1 ผลการปฏิบัติงานโดยรวม

2.2.1 ข้อมูลทั่วไป

2.2.2 เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

- 2.2 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโดยรวม
- 2.3 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้
- 2.4 ผลการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกระบวนการใช้ยา
- 2.5 ผลการดำเนินงานในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
- 2.6 ผลการประสานงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
- 2.7 ผลการดูแลยาบนหอผู้ป่วยในเรื่องชนิด และมูลค่าของยาคลังจ่าย
ยามคอายุ หรือยาคืนจากหอผู้ป่วย

2.1 ผลการปฏิบัติงานโดยรวม

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดในตารางที่ 2 (หน้า 35-38) ในช่วงเดือนธันวาคม 2538 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2539 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตร โดยมีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 18 รายต่อวัน (17.2 ± 4.2) จำนวนผู้ป่วยสูงสุด 28 รายต่อวัน ต่ำสุด 9 รายต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่าย (discharge) 4 รายต่อวัน (3.3 ± 2.1) โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายสูงสุด 9 รายต่อวัน และต่ำสุด 0 รายต่อวัน และจากการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยซึ่งเป็นการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังกล่าว จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และดำเนินการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลการใช้ยาจากเภสัชกรทั้งหมด 216 ราย สามารถติดตามจนผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านและให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้าน 165 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องย้ายหอผู้ป่วย 9 ราย ไม่สมัครอยู่หรือหนีกลับ 5 ราย เสียชีวิต 4 ราย และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันหยุดราชการ 33 ราย ซึ่งสรุปข้อมูลของผู้ป่วยได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	ค่าทางสถิติ
1. อายุ (ปี)			
1.1 15 - 40	52	24.1	ค่าสูงสุด 96 (ปี)
1.2 41 - 60	57	26.4	ค่าต่ำสุด 15 (ปี)
1.3 61 - 80	95	44.0	ค่าเฉลี่ย 55.9 ± 18.7 (ปี)
1.4 > 80	12	5.5	ค่าฐานนิยม 68 (ปี)
รวม	216	100.0	
2. เวลาที่เข้ารับการรักษา (วัน)			
2.1 1	31	14.3	ค่าสูงสุด 37 (วัน)
2.2 2	44	20.4	ค่าต่ำสุด 1 (วัน)
2.3 3 - 5	74	34.3	ค่าเฉลี่ย 5.2 ± 5.2 (วัน)
2.4 6 - 10	42	19.4	ค่าฐานนิยม 2 (วัน)
2.5 >10	25	11.6	
รวม	216	100.0	
3. ปัญหาความเจ็บป่วย (ปัญหา)			
3.1 1	94	43.5	ค่าสูงสุด 7 (ปัญหา)
3.2 2	81	37.5	ค่าต่ำสุด 1 (ปัญหา)
3.3 3	34	15.8	ค่าเฉลี่ย 1.8 ± 0.9 (ปัญหา)
3.4 4	5	2.3	ค่าฐานนิยม 1 (ปัญหา)
3.5 >4	2	0.9	
รวม	216	100.0	

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	ค่าทางสถิติ
4 จำนวนขนานยาที่ได้รับ (ขนาน)			
4.1 1 - 5	57	26.4	ค่าสูงสุด 56 (ขนาน)
4.2 6 -10	103	47.7	ค่าต่ำสุด 2(ขนาน)
4.3 >10	56	25.9	ค่าเฉลี่ย 9.3 ± 6.9 (ขนาน) ค่าฐานนิยม 7 (ขนาน)
รวม	216	100.0	

หมายเหตุ ขาชนิดเดียวแต่มีวิธีใช้ต่างกันถือว่าเป็นยาคนละขนาน เนื่องจากมีความสำคัญต่อการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 ปัญหาความเจ็บป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาความเจ็บป่วย	จำนวนราย	ร้อยละ
ระบบไต และทางเดินปัสสาวะ	70	19.7
ระบบทางเดินอาหาร	68	17.3
ระบบหลอดเลือดและหัวใจ	50	12.8
ระบบทางเดินหายใจ	48	12.2
ระบบประสาทและสมอง	41	10.5
ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	36	9.2
อื่น ๆ	29	7.4
ระบบเลือด	23	5.9
ผิวหนัง	17	4.3
ได้รับสารพิษ หรือรับประทานยาเกินขนาด	6	1.5
จิตเวช	4	1.0
รวม	392	100.0

จากข้อมูลของผู้ป่วย (ตารางที่ 4) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 50 มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงของปิยะวรรณกุลสิทธิ์ (2539) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมักเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรงกว่าวัยหนุ่มสาวนั่นเอง แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 20 - 59 ปี (วินัดดา ชูตินารา ,2538) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากอายุของผู้ป่วย เช่นขีดความสามารถที่สูงในการให้การรักษาพยาบาล

ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือ 3-5 วัน พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 34.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน ซึ่งหากเภสัชกรมิได้ประจำอยู่บนหอผู้ป่วยทุกวัน อาจทำให้ไม่สามารถป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับใช้ยาที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเหล่านั้นได้ทันท่วงที ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีปัญหาความเจ็บป่วย 1 ปัญหา และได้รับยาขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6 - 10 ชนิด ปัญหาความเจ็บป่วยที่พบสามารถแยกตามระบบของร่างกายได้ตารางที่ 5 ซึ่งปัญหาความเจ็บป่วยสามอันดับแรก คือ ระบบไต แลทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และระบบหลอดเลือดและหัวใจตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.1.2 เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

จากการสังเกตการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยโดยใช้วิธี Work Sampling (Roberts , 1992) จำนวน 384 ครั้ง โดยช่วงเวลาที่ทำการสุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยใหม่เท่ากับ 3 ± 2.2 ราย ผู้ป่วยเก่า 10 ± 1.7 ราย และผู้ป่วยกลับบ้าน 2.3 ± 0.5 ราย ทำให้เห็นภาพโดยรวมของการปฏิบัติงาน เป็นสัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามขั้นตอนต่าง ๆ

ตารางที่ 6 สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามขั้นตอนต่าง ๆ ใน 7 ชั่วโมง (8.30-12.00 และ 13.00-16.30)

ขั้นตอนปฏิบัติงาน	สัดส่วนของเวลา (ร้อยละ)
1. การรับผู้ป่วยใหม่	9.7
2. การติดตามการสั่งยา	23.1
3. การติดตามการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยา	7.1
4. การติดตามการจ่ายยาจากห้องจ่ายยา	4.1
5. การติดตามการเตรียม บริหารยา	3.2
6. การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยา	23.1
7. การติดตามการส่งยากลับบ้าน	3.5
8. การให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้าน	3.5
9. การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย	3.2
10. การร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวันกับแพทย์และพยาบาล	9.7
11. การดูแลยาสำรองบนหอผู้ป่วย	4.7
12. การติดตามการคืนยา และรับคืนยา	2.9
13. ว่างจากการปฏิบัติงาน	2.2
รวม	100.0

จากตารางที่ 6 พบว่าขั้นตอนการติดตามการสั่งยา และการติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยา เป็นขั้นตอนที่มีสัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานในแต่ละวันสูงสุด เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกรายทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายเก่าและใหม่ ต้องใช้ความรู้ประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติงาน สำหรับขั้นตอนที่ใช้เวลาในการปฏิบัติงานรองลงไปในแต่ละวัน คือ การรับผู้ป่วยใหม่ และการร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยประจำวันกับแพทย์และพยาบาล สำหรับขั้นตอนที่ใช้เวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละวันน้อยที่สุด คือ การติดตามการคืนยา และรับคืนยา เนื่องจาก

เป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยบางรายที่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา หยุดยา หรือผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งมีจำนวนเฉลี่ยประมาณ 4 รายต่อวัน

ตารางที่ 7 เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการติดตามการใช้ยาต่อผู้ป่วย 1 ราย

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	นาที
1. การรับผู้ป่วยใหม่	8.6 ± 5.8
2. การติดตามการสั่งยา	6.9 ± 2.1
3. การติดตามการคัดลอกค่าแพทย์ในใบสั่งยา	1.9 ± 1.0
4. การติดตามการจ่ายยาจากห้องจ่ายยา	1.4 ± 1.3
5. การติดตามการเตรียมยาและบริหารยา	0.8 ± 0.4
6. การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย	7.0 ± 1.6
7. การติดตามการส่งยากลับบ้าน	3.9 ± 1.2
8. การให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้าน	3.9 ± 1.2
9. การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย	4.6 ± 0.8
10. การร่วมตรวจรักษาผู้ป่วย ประจำวันร่วมกับแพทย์และพยาบาล	2.4 ± 0.5

เมื่อพิจารณาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย 1 ราย (ตารางที่ 7) พบว่าขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามากที่สุด ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ จันทน์ นัครวิริยา วงศ์(2538) และ วินัดดา ชุตินารา(2538) เพราะต้องทำการสัมภาษณ์ สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย และจัดทำประวัติของผู้ป่วย เช่น ประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย รวมไปถึงความเจ็บป่วยและการใช้ยาในปัจจุบัน การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย และการติดตามการสั่งยาเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามากเป็นลำดับสอง และสาม คือ 17.0 ± 1.6 และ 6.9 ± 2.1 ตามลำดับ เนื่องจากต้องใช้ข้อมูล ทักษะ และความรู้ด้านเภสัชกรรม บำบัดในการดำเนินการร่วมกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย และการแปลผลการตรวจร่างกายร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ สำหรับขั้นตอนการติดตามการเตรียมยาและบริหารยาเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลาต่อผู้ป่วย 1 รายน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 0.8 ± 0.4 เนื่องจากเป็นการตรวจสอบยาที่ได้มีการจัดเตรียมไว้เรียบร้อยแล้วเพื่อรอการบริหาร

ตารางที่ 8 เวลาที่ใช้ปฏิบัติงานด้านการดูแลยาบนหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงาน 1 ครั้ง

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	นาที
1. การดูแลยาสำรองบนหอผู้ป่วย	13.5 ± 2.8
2. การติดตามการคืนยา และรับคืนยา	7.5 ± 5.0

จากตารางที่ 8 ขั้นตอนการดูแลยาสำรองบนหอผู้ป่วย การดูแลยาสำรองบนหอผู้ป่วย การติดตามการคืนยาและรับคืนยา มีเวลาเฉลี่ยเป็น 13.5 ± 2.8 และ 7.5 ± 5.0 ตามลำดับ โดยที่โรงพยาบาลพิจิตรมีระบบการกระจายยาแบบผสม ซึ่งประกอบด้วยการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ จำนวน 3-5 วัน และ การสำรองยาที่ใช้ในกรณีฉุกเฉินไว้บนหอผู้ป่วยซึ่งยาสำรองไว้บนหอผู้ป่วย จำนวนหนึ่ง โดยที่เก็บยาเหล่านี้มี 4 แห่งคือ

1. ชั้นเก็บยาเม็ด : แยกช่องเก็บสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ชั้นเก็บยาฉีด : แยกช่องเก็บสำหรับยาแต่ละชนิด ไม่แยกตามรายผู้ป่วย
3. รถฉุกเฉิน : เก็บยาที่ใช้กรณีฉุกเฉิน
4. ตู้เย็น : เก็บยาที่ต้องแช่เย็น

ดังนั้นการดูแลยาบนหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องดูแลยาในที่เก็บทั้ง 4 แห่งโดยทำการตรวจเช็คสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และหากมีการจัดระเบียบการเก็บยา ตรวจสอบการคืนยาให้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอจะสามารถลดเวลาในการปฏิบัติงานด้านนี้ได้ แต่อย่างไรก็ตามเวลาที่ใช้คือ 10-15 นาทีต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 8) ยังถือว่าเป็นเวลาไม่มากนักสามารถปฏิบัติได้โดยไม่รบกวนงานด้านอื่น ด้านการติดตามการคืนยาเป็นงานที่ต้องการกระทำทุกวัน ซึ่งเวลาที่ใช้ขึ้นกับจำนวนรายการยา และปริมาณยาที่มีการคืนในแต่ละวัน หากปริมาณยามาก หรือรายการมากจะใช้เวลามากขึ้น ดังนั้นการสั่งยา หรือจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในจำนวนที่น้อยลงสามารถช่วยลดงานในส่วนนี้ได้ เนื่องจากการคืนยาจะเกิดขึ้นเมื่อแพทย์สั่งหยุดใช้ยา หรือเปลี่ยนวิธีใช้ยาหรือผู้ป่วยกลับบ้าน

จะเห็นได้ว่าเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรตามขั้นตอนต่าง ๆ มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ทั้งนี้ขึ้นกับความรู้ความสามารถของเภสัชกร ระบบงานบนหอผู้ป่วย ตลอดจนลักษณะของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และลักษณะของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค ยาที่ได้รับ เป็นต้น แต่หากมองในภาพรวมพบว่าขั้นตอนใดใช้เวลามาก ขั้นตอนใดใช้เวลาน้อยพบว่ามี ความ

คล้ายคลึงกัน (จันทร์ นัฏรวินาวงศ์ ,2538; ปิยะวรรณ กุวลย์รัตน์ ,2539; และสุชาดา ธนภัทร กวินทร์ , 2538) โดยการศึกษาครั้งนี้ประมาณได้ว่าในวันหนึ่ง (8.30-12.00 และ 13.00-16.30 น.) เกษีกรสามารถดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยได้ประมาณ 11 ราย สูงสุด 17 ราย ต่ำสุด 8 ราย ซึ่งเวลาที่แท้จริงปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนขึ้นกับความรุนแรงของโรค จำนวนและชนิดของยา ตลอดจนระบบงานบนหอผู้ป่วย ตัวเกษีกรเอง และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.2 ผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยโดยรวม

บทบาทของเกษีกรในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการ รักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยเกษีกรทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และทบทวนประวัติการใช้ยา ในอดีตจากเวชระเบียนของผู้ป่วย (ถ้ามี) เพื่อสืบหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มีก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ทั้งนี้เพราะปัญหาเหล่านี้อาจมีผลต่อการควบคุมโรคหรือความรุนแรงของโรคในปัจจุบันหรืออนาคต และติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการใช้ ยานองกระทั่งแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

ตารางที่ 9 ความถี่ของผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งหมด

จำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วย 1 ราย	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละของผู้ป่วย
1	55	25.5
2	35	16.2
3	12	5.5
4	3	1.4
>4	5	2.3
รวมพบปัญหา	110	50.9
ไม่พบปัญหา	106	49.1
รวม	216	100.0

จากการสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วย 216 พบทั้งหมด 205 ปัญหา ในผู้ป่วย 110 ราย หรือร้อยละ 50.9 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยมีผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการใช้ยา ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 29 ราย 34 ปัญหา และเกิดปัญหาระหว่างการรับการรักษาใน

โรงพยาบาล 97 ราย 171 ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหามากกว่า 1 ปัญหา และเกิดปัญหาทั้งก่อน และขณะรับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 9 จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 25.5 เกิดปัญหา 1 ปัญหา สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถจำแนกปัญหา และสาเหตุของปัญหาตามเกณฑ์ที่ใช้จำแนกปัญหาที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยรับการรักษาโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่สามารถสืบค้นข้อมูลที่จำเป็นในการประเมินปัญหาได้ เช่น การวินิจฉัยโรค ข้อบ่งใช้ในการใช้ยา หรือสถานะของผู้ป่วยขณะใช้ยา เพราะความไม่ครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน และผู้ป่วยบางรายยังได้รับยาจากสถานพยาบาลภาคเอกชน หรือร้านขายยา ทำให้ขาดข้อมูลในการประเมินปัญหา ส่งผลให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาแจกแจงรวมกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นจึงแยกแสดงผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยเป็น 2 ส่วน คือ ผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา (ข้อ 2.3) และผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล (ข้อ 2.4)

2.8 ผลการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา

เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เกสซกรจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และทบทวนประวัติการใช้ยาในอดีตจากเวชระเบียนของผู้ป่วย (ถ้ามี) เพื่อสืบหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มีก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ รวมทั้งรับทราบพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละราย อันจะทำให้สามารถพิจารณาการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยในอนาคต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล

ปัญหาและสาเหตุ	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป รวม	12 (35.2)
1.1 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	10 (29.4)
1.2 รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1 (2.9)
1.3 ใช้ยาโดยผิดเทคนิค	1 (2.9)
2. ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป รวม	18 (53.0)
2.1 รับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3 (8.8)
2.2 จัดหายามาใช้เอง : ยาชุด	7 (20.6)
: ยาหม้อ, ยาลูกกลอน	4 (11.8)
: อื่น ๆ	4 (11.8)
3. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4 (11.8)
รวม	34 (100.0)

จากผลการสืบค้นปัญหา พบปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 34 ปัญหา ในผู้ป่วย 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.4 ของจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยผู้ป่วยบางรายพบปัญหามากกว่า 1 ปัญหา พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลเสียต่อโรคที่เป็นอยู่หรืออาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคจนต้องเข้ารับการรักษาในครั้งนี้จำนวน 13 ราย หรือร้อยละ 6.0 ของจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยพบว่าในกลุ่มที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานี้เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 21 ราย หรือ ร้อยละ 72.4 ของจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ซึ่งสามารถจำแนกลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ดังตารางที่ 10 จะเห็นว่าเป็นปัญหาการที่ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไปถึงร้อยละ 52.9 ของปัญหาทั้งหมดโดยส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยจัดหายามาใช้เองทั้งยาชุดและยาหม้อ ยาลูกกลอน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินความจำเป็น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 3 รายเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ โดยผู้ป่วย 2 ใน 3 รายดังกล่าวรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับคำ

แนะนำการใช้จ่ายก่อนกลับบ้าน และขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลที่ชัดเจนอาจช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักมีปัญหาด้านการรับรู้ และความจำ

2.4 ผลการสืบค้นเพื่อระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายในกระบวนการใช้จ่ายขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

2.4.1 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้จ่าย

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลซึ่งมีกระบวนการใช้จ่ายอยู่ด้วย โดยกระบวนการใช้จ่ายประกอบด้วย การสั่งยา การคัดลอกคำสั่งแพทย์ การเบิกจ่ายยา การเตรียมยา และการบริหารยา ตลอดจนการตอบสนองต่อการใช้จ่ายของผู้ป่วยแต่ละราย จากการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย 171 ปัญหาในผู้ป่วย 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.9 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยผู้ป่วยบางรายพบปัญหามากกว่า 1 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความถี่ของผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย

จำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วย 1 ราย	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละของผู้ป่วย
1	53	24.5
2	30	13.9
3	6	2.8
4	4	1.8
>4	4	1.9
ไม่พบปัญหา	119	55.1
รวม	216	100.00

จากตารางที่ 11 จะเห็นว่าในกลุ่มของผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย (97 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบปัญหา 1 ปัญหา รองลงมาคือ 2 ปัญหา ซึ่งเหมือนกับ การศึกษาของ ปิยะวรรณ กวลัยรัตน์ (2539) และสุชาดา ธนภัทรกวินทร์(2538) และพบว่ามีส่วน

ป่วยจำนวน 44 รายที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามากกว่า 1 ปัญหา ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบางรายพบว่าเกิดปัญหาในขั้นตอนของกระบวนการใช้ยามากกว่า 1 ขั้นตอน ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังปัญหาและเตรียมการป้องกันปัญหาไว้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

เมื่อหาความสัมพันธ์ของอายุของผู้ป่วย จำนวนขนานยาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย กับจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยใช้ Mutiple regression พบว่าจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$, Sig T = 0.000) และเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว(one-way analysis of variance) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ได้รับยา 1-5 ขนาน กลุ่มที่ 2 ได้รับยา 6-10 ขนาน และกลุ่มที่ 3 ได้รับยามากกว่า 10 ขนาน พบว่ากลุ่มที่ 3 มีความแตกต่างในการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจากกลุ่มที่ 1 และ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

โดยสามารถแจกแจงจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยาได้ ดังตารางที่ 12

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 จำนวนผู้ป่วยและจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนของกระบวนการ
การใช้ยาแจกแจงตามจำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วย 1 ราย

จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในผู้ป่วย 1 ราย	จำนวนผู้ป่วย(ร้อยละ)				
	สั่งยา	คัดลอก คำสั่งแพทย์	จ่ายยา	การเตรียม และบริหาร ยา	การตอบสนองต่อ การใช้ยา
1	56 (25.9)	3 (1.4)	7 (3.3)	17 (7.9)	5 (2.3)
2	17 (7.9)	0 (0.0)	2 (0.9)	2 (0.9)	4 (1.9)
3	6 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.5)
4	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวมพบปัญหา	81 (37.5)	3 (1.4)	9 (4.2)	20 (9.3)	10 (4.6)
ไม่พบปัญหา	135 (62.5)	213 (98.6)	207 (95.8)	196 (90.7)	206 (95.4)
รวม	216 (100.0)	216 (100.0)	216(100.0)	216 (100.0)	216 (100.0)

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา โดยในขั้นตอนการสั่งยาพบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาสูงที่สุดคือร้อยละ 37.5 รองลงมาคือขั้นตอนการเตรียมยาและบริหารร้อยละ 9.3 ขั้นตอนการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 4.6 การจ่ายยาร้อยละ 4.2 และการคัดลอกคำสั่งแพทย์ร้อยละ 1.4 และจากตารางที่ 12 ยังพบว่าในขั้นตอนการสั่งยามีจำนวนปัญหาในผู้ป่วย 1 รายสูงที่สุดอีกด้วยคือ 4 และ 5 ปัญหาต่อราย ซึ่งแตกต่างจากขั้นตอนอื่นๆ ที่พบปัญหาสูงสุดต่อผู้ป่วย 1 ราย เพียง 1, 2 หรือ 3 ปัญหาเท่านั้น

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่พบปัญหา(97 ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด(216 ราย)
1. ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	25	25.8	11.6
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	10	10.3	4.6
3. ได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป	11	11.3	5.1
4. ได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป	20	20.6	9.3
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	12	12.4	5.6
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	8	8.2	3.7
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา	28	28.9	13.0
8. ใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	14	14.4	6.5
9. อื่น ๆ	7	7.2	3.2

จากตารางที่ 13 จะเห็นว่าประเภทของปัญหาที่พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ และ การได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป คิดเป็นร้อยละ 13.0, 11.6, และ 9.3 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาทั้ง 3 ปัญหานี้ ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในขั้นตอนของการสั่งยา จึงเป็นสาเหตุให้จำนวนผู้ป่วย และจำนวนปัญหาในผู้ป่วย 1 ราย ในขั้นตอนการสั่งยามีค่าสูงที่สุดดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นรูปแบบการปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีขั้นตอนการประเมินการสั่งยา และควรดำเนินการอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะกรณีที่มีการสั่งยามากกว่า 10 ขนานดังที่กล่าวมาแล้ว

2.4.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

จากการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการใช้ยา พบปัญหาทั้งหมด 171 ปัญหา โดยอัตราการเกิดปัญหา หรือร้อยละของปัญหาที่พบเทียบกับ

จำนวนขนานยา หรือจำนวนครั้งที่ทำการสังเกต หรือดูแลจากเภสัชกรสรุปได้ดังตารางที่ 14 สรุปและแจกแจงปัญหาได้ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 14 อัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

ขั้นตอน	จำนวนที่ได้รับการดูแล หรือสังเกต	จำนวนปัญหาที่พบ	อัตราการเกิดปัญหาในแต่ละขั้นตอน
1.การสั่งยา (ขนาน)	2021	117	5.8
2.การคัดลอกคำสั่งแพทย์ (ขนาน)	2021	3	0.2
3.การจ่ายยา (ครั้ง)	674	11	1.6
4.การจัดเตรียมยาและบริหารยา (ครั้ง)	629	24	3.8
5.การตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย (ขนาน)	2021		
5.1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา		12	0.6
5.2 ความร่วมมือในการใช้ยา		4	0.2
รวม		171	

จากตารางที่ 14 พบขั้นตอนการสั่งยามีอัตราการเกิดปัญหามากที่สุดคือ ร้อยละ 5.8 ของขนานยาที่ได้รับการดูแล รองลงมาคือขั้นตอนการจัดเตรียมและบริหารยา ขั้นตอนที่พบปัญหาน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ ซึ่งพบเช่นเดียวกับการศึกษาของปิยะวรรณ กุลวลัยรัตน์ (2539) วินัดดา ชุตินารา(2538) และสุชาดา ธนภัทรวินทร์(2538) ทั้งนี้เนื่องจากมีปัญหามากหลายประเภทได้แก่ ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา และการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นปัญหาเฉพาะในขั้นตอนการสั่งยา เพราะเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกและไม่เลือกใช้ยา ซึ่งสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจนี้ขึ้นกับการสั่งยาเท่านั้น แต่มีบางการศึกษาที่ได้ผลแตกต่างออกไป (จันทนีย์ ฉัตรวิริยวงศ์,2538) อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะนำการศึกษาแต่ละชิ้นมาเปรียบเทียบกันทั้งนี้เนื่องจาก แต่ละการศึกษามีประชากรศึกษาที่แตกต่างกันทั้งในด้านตัวผู้ป่วย ระบบงานในโรงพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิธีการศึกษาด้วย

ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์มีอัตราการเกิดปัญหาน้อยที่สุดคือร้อยละ 0.2 ของ ขบวนการที่ได้รับการดูแล ซึ่งแตกต่างจากการการศึกษาอื่น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ การคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยาเท่านั้น ซึ่งการศึกษาของ สุชาติดา ธนภัทรภวินทร์ (2538) ได้ คิดตามการคัดลอกคำสั่งของแพทย์ใน Medication administration record คาร์เด็กซ์ และบัตรให้ ยา และการศึกษาของปิยะวรรณ กุลวลัยรัตน์ (2539) ได้ติดตามการคัดลอกในเอกสารที่กล่าว ข้างต้น และในใบสั่งยาอีกด้วย การที่การศึกษาครั้งนี้ติดตามเฉพาะการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงใน ใบสั่งยาเท่านั้นเนื่องจากการติดตามการคัดลอกในเอกสารอื่น ๆ ทำให้พยาบาลผู้เกี่ยวข้องรู้สึก อึดอัด และใบสั่งยานับเป็นหลักฐาน และเอกสารที่ยอมรับเป็นทางการในการใช้ประสานงานกับ หน่วยงานอื่น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อให้บริการต่อไป ในขณะที่เอกสารอื่นเป็นเสมือนเอกสาร เฉพาะวิชาชีพ และใช้ส่วนบุคคล นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี่ยังได้ติดตามการจัดเตรียมยาซึ่ง สามารถทำให้พบความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกลงเอกสารอื่นของพยาบาลได้โดยอ้อม เนื่อง จากการจัดเตรียมยากระทำตามคาร์เด็กซ์ และบัตรให้ยา จึงเป็นการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยจากความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 จำนวน และชนิดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายตามขั้นตอนของกระบวนการใช้จ่าย

ปัญหา	สั่งยา		คัดลอกคำสั่ง		จ่ายยา		เตรียมและบริหารยา		การตอบสนองต่อการ ใช้จ่าย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ	35	20.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	35	20.5
การเลือกจ่ายไม่เหมาะสม	12	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	7.0
ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	7	4.1	0	0.0	1	0.6	4	2.3	0	0.0	12	7.0
ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	22	12.9	1	0.6	3	1.7	4	2.3	2	1.2	32	18.7
ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง	0	0.0	2	1.1	4	6.5	11	6.5	0	0	17	10.0
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้จ่าย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	7.0	12	7
เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา	28	16.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	28	16.4
จ่ายโดยไม่มีข้อบ่งชี้	9	5.3	0	0.0	0	0.0	4	2.3	0	0	13	7.6
อื่น ๆ	4	2.3	0	0.0	3	1.7	1	0.6	2	1.2	10	5.8
รวม	117	68.4	3	1.7	11	6.5	24	14.0	16	9.4	171	100.0

จากตารางที่ 15 พบว่าปัญหาการใช้ยานหรือผู้ป่วยเกิดได้ทุกประเภท และทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา โดยปัญหาที่พบบากที่สุดคือ ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ รองลงมาคือได้ยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา คิดเป็นร้อยละ 20.5 18.7 และ 16.4 ของปัญหาที่พบทั้งหมด 171 ปัญหาพอสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นตอนสั่งยา

ในขั้นตอนนี้พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 7 ประเภท 117 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 5.8 ของจำนวนยาที่ได้รับการดูแล(ตารางที่ 14) ซึ่งนับว่าสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาของ จันทน์ย์ ฉัตรวิริยวงศ์(2538) และสุชาติ ธนภัทรกวินทร์(2538) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ แพทย์ผู้สั่งยามักเป็นแพทย์เฉพาะทาง หรืออยู่ในความดูแลของอาจารย์แพทย์อย่างใกล้ชิด การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการสั่งยามีรายละเอียดและสาเหตุของแต่ละปัญหาดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ เป็นปัญหาที่พบบากที่สุดจากปัญหาทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจาก แพทย์มักสนใจรักษาโรคหรืออาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติตามหลักการของการบริหารเภสัชกรรม ที่ต้องคำนึงถึงการดูแลการใช้ยาให้ครอบคลุมปัญหาทุกปัญหาของผู้ป่วย และแพทย์มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยน้อยคือประมาณ 2 - 3 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย (ตารางที่ 7 หน้า 59) ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน ระบบการสั่งยามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน กล่าวคือ การสั่งยาในจำนวน 3 - 5 วัน ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดความสงสัยว่ายาที่ผู้ป่วยควรได้รับถึงกำหนดวันที่ยาหมดแล้วหรือยัง ทำให้มีโอกาสสั่งยาเพิ่มให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การบอกเล่าอาการที่ไม่ละเอียดของผู้ป่วยเนื่องจากความเกรงใจ หรือเกรงกลัวแพทย์ พยาบาล อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับได้ครบถ้วนเช่นกัน

ปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม มีลักษณะของปัญหา 4 ลักษณะคือ

1. การเลือกใช้ยาซ้ำซ้อน เช่น Glibenclamide ควบคู่กับ Glipizide หรือ Salbutamol ควบคู่กับ Terbutaline
2. การเลือกใช้ยาที่เชื่อคือต่อยานั้น
3. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่นการใช้ Metformin ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการเบื่ออาหาร หรือการเลือกใช้ Dextrometophan ในผู้ป่วยที่มีเสมหะมาก
4. การเลือกใช้ยาที่มีราคาแพง แต่มีประสิทธิภาพเท่ากับยาที่ราคาถูกกว่า

โดยสาเหตุการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมมักเกิดจากแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย ไม่ทราบข้อมูลยาโดยละเอียด เนื่องจากในระหว่างการศึกษาามีแพทย์ฝึกหัด (Intern) ให้การรักษาบางครั้ง หรือการที่มีแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ที่ทำการรักษาผู้ป่วยทำให้เกิดการสั่งยาซ้ำซ้อนกัน ซึ่งแพทย์แต่ละท่านจะไม่เปลี่ยนแปลงคำสั่งของแพทย์ท่านอื่น

ปัญหาการได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไปหรือมากเกินไป มักเกิดจากการสั่งยาที่ไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต หรือ ค่า creatinine clearance ของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากแพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย การสั่งยาที่ไม่คุ้นเคย หรือการปรับขนาดยาโดยการประมาณการจากอาการทางคลินิกเท่านั้น

ปัญหาการสั่งยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้หลักเกณฑ์ของ Taro (1994) ซึ่งจะถือว่าเป็นปัญหาเมื่อมีระดับนัยสำคัญของผลเสียจากอันตรกิริยาอยู่ในระดับ 1 - 3 (ภาคผนวก ง หน้า 116) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบ 28 ปัญหา แบ่งเป็นระดับ 1 พบ 5 ปัญหา ระดับ 2 พบ 12 ปัญหา และระดับ 3 พบ 11 ปัญหา โดยยาที่เกิดคู่อันตรกิริยาระหว่างกันส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ และไม่มีผลทางห้องปฏิบัติการ หรืออาการของผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงผลเสียจากการใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน จึงทำให้แพทย์ให้ความสำคัญต่อปัญหานี้น้อยแต่อย่างไรก็ตามเภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ยังจำเป็นต้องทำหน้าที่ในการลดหรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากอันตรกิริยาระหว่างยากับยาเหล่านี้ เช่นการปรับตารางการให้ยา หรือการติดตามอาการและผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ทันท่วงทีหากเกิดผลเสียจากปัญหาดังกล่าว

ปัญหาอื่น ๆ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการบริหารยาโดยวิธีที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจก่อให้เกิดการได้รับยามากหรือน้อยเกินไป เช่นการให้ผู้ป่วยจิบยาแก้ไอ diphenhydramine

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์

ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่าขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ เป็นเพียงติดตามการคัดลอกคำสั่งลงในใบสั่งยา ซึ่งในการศึกษาที่พบ 3 ปัญหามีรายละเอียดดังนี้คือ

การได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป 1 ปัญหา เนื่องจากการคัดลอกวิธีรับประทานยาคลาดเคลื่อนจาก 1 x 2 pc เป็น 1 x 3 pc เพราะลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน

การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 2 ปัญหา เนื่องจากการคัดลอกชื่อยาไม่ครบถ้วน

3. ขั้นตอนการจ่ายยา

พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 4 ประเภท 11 ปัญหา โดยจำนวนปัญหาที่พบคิดเป็นร้อยละ 1.6 ของจำนวนครั้งที่สังเกต (ตารางที่ 14 หน้า 68) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุชาติ ธนภัทรวิรินทร์ (2538) ซึ่งเป็นการจ่ายยาแบบยูนิตโดส จึงอาจกล่าวได้ว่าความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาอาจเกิดจากสาเหตุอื่นไม่ได้ขึ้นกับระบบการจ่ายยาเพียงอย่างเดียว โดยปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนนี้มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยหรือมากเกินไป เนื่องจากการจ่ายยาในขนาดต่ำกว่า หรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากการจ่ายยาไม่ครบถ้วน

ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ เนื่องจากการจ่ายยาเกินจำนวนที่แพทย์สั่ง ซึ่งเป็นการเสี่ยงต่อการทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเป็นเวลานานเกินความจำเป็น

4. ขั้นตอนการเตรียมและบริหารยา

พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 5 ประเภท 24 ปัญหา นับเป็นขั้นตอนที่พบปัญหาเป็นลำดับที่ 2 โดยจำนวนปัญหาที่พบคิดเป็นร้อยละ 3.8 ของจำนวนครั้งที่ทำการสังเกต ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น (พบร้อยละ 2.9) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยา อาจลดลงได้จากการจ่ายยาแบบยูนิตโดส ทั้งนี้เนื่องจากเป็นระบบที่มีการตรวจสอบซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ จากบุคลากรในห้องจ่ายยา และจากพยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารยาให้ผู้ป่วย ซึ่งจะทำหน้าที่ตรวจสอบยาที่จ่ายขึ้นไปจากห้องยา แทนที่จะเป็นผู้จัดเตรียมยาและบริหารยาให้

ผู้ป่วยเอง ปัญหาในขั้นตอนนี้ มักเกิดในวันที่มีการสั่งยาเป็นครั้งแรก หรือมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดน้อยหรือมากเกินไป เพราะมีการเตรียมยาในจำนวนที่มาก หรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งมักมีสาเหตุจากการที่ห้องยาไม่มียาในขนาดที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่ง propranolol 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง จำนวน 10 เม็ด ซึ่งห้องยาจะจ่ายยาขนาด 10 มิลลิกรัม จำนวน 20 เม็ด แต่การเตรียมยาของพยาบาลเป็นครั้งละ 1 เม็ด (10 มิลลิกรัม) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาครบตามขนาดยาที่แพทย์สั่งในแต่ละมื้อ

ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากการลืมจัดยา หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาเองได้ และไม่มีญาติดูแล จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาที่พยาบาลจัดเตรียมไว้ให้

ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ มักเกิดจากความล่าช้าในการประสานงานระหว่างพยาบาลผู้รับคำสั่งจากแพทย์ และพยาบาลผู้เตรียมยา จึงทำให้เกิดการเตรียมยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ยาแล้ว

ปัญหาอื่น ๆ ที่พบมี 1 ปัญหา คือ การบริหารยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง กล่าวคือ คำสั่งให้บริหารยาในตอนหลังอาหารเช้า และก่อนนอน แต่มีการบริหารยาในตอนหลังอาหารเช้า และเย็นแทน เพราะเกิดความเข้าใจผิดเนื่องจากलयมือแพทย์ไม่ชัดเจน

5. ขั้นตอนการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

ในขั้นตอนนี้พบปัญหา 3 ประเภท 16 ปัญหา โดยจำนวนปัญหาที่พบคิดเป็นร้อยละ 0.8 ของจำนวนขนานยาที่ดูแล สาเหตุของปัญหาเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา หรือการแพ้ยา และความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย กล่าวคือ ปัญหาการได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดมากเกินไป เกิดจากผู้ป่วยนำยาเดิมซึ่งเป็นยานิคเดียวกับยาที่ได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาลมารับประทานด้วย หรือผู้ป่วยใช้ยาผิดเทคนิค เช่น การใช้ยาอมได้ลิ้นไม่ถูกวิธี ส่วนปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา คือ การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน และการได้รับยาเกินขนาด

2.5 ผลการดำเนินงานป้องกันหรือแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ในส่วนของการดำเนินการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนดข้างต้น เมื่อเภสัชกรพบปัญหาจะดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง หรือประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง หากปัญหาเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไข หรือป้องกันการเกิดปัญหา เภสัชกรจะดำเนินการติดตามเฝ้าระวังผลเสียที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีผลทางห้องปฏิบัติ อากาศ หรืออาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นผลเสียที่เกิดจากปัญหาที่ติดตามเฝ้าระวังแต่อย่างไร ซึ่งเมื่อพิจารณาตามประเภทของปัญหาสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามประเภทของปัญหา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	ผลการดำเนินการ			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ติดตามปัญหา (ร้อยละ)	
1. ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	20 (11.7)	10 (5.8)	5 (2.9)	35 (20.5)
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	2 (1.2)	5 (2.9)	5 (2.9)	12 (7.0)
3. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	6 (3.5)	2 (1.2)	4 (2.3)	12 (7.0)
4. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	10 (5.8)	9 (5.3)	13 (7.6)	32 (18.7)
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	14 (8.2)	3 (1.7)	0 (0.0)	17 (9.9)
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	0 (0.0)	7 (4.1)	5 (2.9)	12 (7.0)
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา	17 (10.0)	0 (0.0)	11 (6.5)	28 (16.5)
8. ใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	7 (4.1)	5 (2.9)	4 (2.3)	16 (9.3)
9. อื่น ๆ	1 (0.6)	2 (1.2)	4 (2.3)	7 (4.1)
รวม	77 (45.1)	43 (25.1)	51 (29.8)	171 (100.0)

จากตารางที่ 16 จะเห็นว่าสามารถดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหามีร้อยละ 70.2 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าอยู่ในช่วงร้อยละ 58 - 98 ดังนั้นจึงถือว่าการดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัญหาที่ผู้ป่วย

ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่งสามารถป้องกันหรือแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด และข้อสังเกตจากการดำเนินการต่อปัญหาที่พบในการศึกษาคั้งนี้คือ เกศษกรสามารถดำเนินการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 45.1 ซึ่งมากกว่าการใช้วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งนับเป็นข้อดีของการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยซึ่งสามารถดำเนินการต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็ว จึงสามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบปัญหา โดยสามารถสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยาได้ ดังตารางที่ 17-21

ตารางที่ 17- ผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการสั่งยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	ผลการดำเนินการ			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ติดตามปัญหา (ร้อยละ)	
1. ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	20(17.1)	10(5.8)	5(4.3)	35(29.9)
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	2(1.7)	5(4.3)	5(4.3)	12(10.3)
3. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	1(0.8)	2(1.7)	4(3.4)	7(6.0)
4. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	2(1.7)	7(6.0)	13(11.1)	22(18.8)
5. เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา	17(14.5)	0(0.0)	11(9.4)	28(23.9)
6. ใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	0(0.0)	5(4.3)	4(3.4)	9(7.7)
7. อื่น ๆ	0(0.0)	0(0.0)	4(3.4)	4(3.4)
รวม	42(35.8)	29(24.8)	46(39.3)	117(100.0)
ผลการดำเนินงานเทียบกับทั้งหมด	42/171 (24.6)	29/171 (17.0)	46/171 (26.9)	117/171 (68.4)

ตารางที่ 18 ผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	ผลการดำเนินการ			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ติดตามปัญหา (ร้อยละ)	
1. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)
2. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	2(66.7)
รวม	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	3(100.0)
ผลการดำเนินงานเทียบกับทั้งหมด	2/171(1.2)	1/171(0.6)	0/171(0.0)	3/171(1.7)

ตารางที่ 19 ผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการจ่ายยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	ผลการดำเนินงาน			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ติดตามปัญหา (ร้อยละ)	
1. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	1(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(9.1)
2. ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	3(27.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(27.3)
3. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	3(27.3)	1(9.1)	0(0.0)	4(36.4)
4. ใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	3(27.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(27.3)
รวม	10(91.0)	1(9.1)	0(0.0)	11(100.0)
ผลการดำเนินงานเทียบกับทั้งหมด	10/171 (5.8)	1/171 (0.6)	0/171 (0.0)	11/171 (6.4)

ตารางที่ 20 ผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการบริหารยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	ผลการดำเนินงาน			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ติดตามปัญหา (ร้อยละ)	
1. ได้รับยาที่ถูกสั่งแต่ขนาดน้อยเกินไป	4(16.7)	0(0.00)	0(0.00)	4(16.7)
2. ได้รับยาที่ถูกสั่งแต่ขนาดมากเกินไป	4(16.7)	0(0.00)	0(0.00)	4(16.7)
3. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	9(37.4)	2(8.3)	0(0.00)	11(45.7)
4. ใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	4(16.4)	0(0.0)	0(0.00)	4(16.7)
5. อื่นๆ	0(0.0)	1(4.2)	0(0.0)	1(4.2)
รวม	21(87.5)	3(12.5)	0(0.0)	24(100.0)
ผลการดำเนินงานเทียบกับทั้งหมด	21/171 (12.3)	3/171 (1.7)	0/171 (0.0)	24/171 (14)

ตารางที่ 21 ผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในขั้นตอนการตอบสนองต่อการ
ใช้ยาของผู้ป่วย

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	ผลการดำเนินงาน			รวม (ร้อยละ)
	ป้องกัน (ร้อยละ)	แก้ไข (ร้อยละ)	ติดตามปัญหา (ร้อยละ)	
1. ได้รับยาที่ถูกสั่งแต่ขนาดมากเกินไป	0(0.0)	2(12.5)	0(0.0)	2(12.5)
2. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	0(0.0)	7(45.8)	5(31.2)	12(75.0)
3. ใช้ยาผิดเทคนิค	2(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	2(12.5)
รวม	2(12.5)	9(56.3)	5(31.2)	16(100.0)
ผลการดำเนินงานเทียบกับทั้งหมด	2/171 (1.2)	9/171 (5.3)	10/171 (5.9)	16/171 (9.4)

เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 17 ถึง 21 ถึงผลการดำเนินงานต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นพบว่า ขั้นตอนที่สามารถดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาคือ ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ การจ่ายยา และการเตรียมยาและบริหารยา ขั้นตอนการสั่งยาเป็นขั้นตอนที่สามารถดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาน้อยที่สุด คือร้อยละ 60.6 ของปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการสั่งยา ส่วนในขั้นตอนการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถดำเนินการป้องกันและแก้ไขได้ ร้อยละ 68.8

ในขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ การจ่ายยา และการเตรียมยาและบริหารยาสามารถแก้ไขปัญหาคือครบถ้วนเนื่องจากมีเกณฑ์การตัดสินใจที่ชัดเจนโดยยึดคำสั่งแพทย์เป็นหลัก จึงเป็นการง่ายในการตัดสินใจว่าเป็นปัญหาหรือไม่ อีกทั้งคำสั่งแพทย์เป็นสิ่งที่พยาบาลบนหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม ดังนั้นหากเกิดปัญหาขัดกับคำสั่งแพทย์จึงเกิดการยอมรับที่จะแก้ไข หรือป้องกันได้ง่าย

ในขั้นตอนการสั่งยาปัญหาที่ไม่สามารถประสานงานเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไปส่วนใหญ่เกิดจากการยาให้ยาที่มีช่วงเวลาไม่เหมาะสมเช่น glibenclamide 5 mg 1 x 3 ac หรือ norfloxacin 200 mg 1 x3 pc ซึ่งอาจทำให้ปริมาณยาในกระแสเลือดบางช่วงสูงเกินไปจนอาจเกิดผลเสียได้ ซึ่งแพทย์ยืนยันในคำสั่งเดิมด้วยเหตุผลที่ว่าไม่ทำให้ขนาดยาต่อวันมากเกินไป

ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เป็นปัญหาหนึ่งที่ไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้สูง ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ให้ความสำคัญต่อปัญหานี้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการที่แสดงถึงผลเสียจากอันตรกิริยาดังกล่าว อีกทั้งไม่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันในผู้ป่วยรายนั้น ๆ ปัญหาที่แก้ไขได้ส่วนใหญ่คือปัญหาที่สามารถแก้ไขโดยการปรับตารางเวลาให้ยา เช่น norfloxacin กับ antacid หรือ ferrous sulfate กับ antacid เป็นต้น

นอกจากนี้การที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ผู้ป่วยได้ ยังมีสาเหตุมาจากการเกิดปัญหาในวันหยุดราชการ ซึ่งไม่มีเภสัชกรประจำอยู่บนหอผู้ป่วย หรือเกิดจากผู้ป่วยไม่มีเงินในการชำระค่ายา หรือห้องยาไม่มียาที่ผู้ป่วยต้องใช้ ทำให้ไม่ได้รับยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยมากที่สุด

ความเห็นของแพทย์นับเป็นที่สำคัญในที่จะทำให้เกิดการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาหรือไม่ แพทย์ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความคิดเห็นของคนโดยอ้างอิงกับประสบการณ์ในการรักษา และความรู้ที่เคยได้รับมา ซึ่งอาจขัดแย้งกับข้อเสนอแนะของเภสัชกร ทำให้ไม่ยอมรับข้อเสนอแนะของเภสัชกร

ในขั้นตอนการตอบสนองต่อการใช้ยา ปัญหาที่ไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้คือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาชนิดนั้น ๆ เช่นยาต้านมะเร็ง สิ่งที่สามารถทำได้ก็คือการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายร้ายแรง

ในการดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา บทบาทส่วนใหญ่ของเภสัชกรคือการให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 22



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ข้อเสนอแนะของเกษตรกรในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยาใน
แต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

ข้อเสนอแนะ	จำนวนครั้งในการให้ข้อเสนอแนะ (ร้อยละ)					รวม (ร้อยละ)
	1	2	3	4	5	
1. เสนออย่าหรือเปลี่ยนยา	23(13.4)	2(1.2)	1(0.6)	5(2.9)	7(4.1)	38(22.2)
2. หยุดยา	11(6.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.2)	0(0.0)	13(7.6)
3. ต่อเนื่องการใช้ยา	14(8.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	14(8.2)
4. ลดขนาดยา	10(5.9)	0(0.0)	3(1.7)	1(0.6)	0(0.0)	14(8.2)
5. เพิ่มขนาดยา	7(4.1)	0(0.0)	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	8(4.7)
6. เปลี่ยนรูปแบบยา	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.6)
7. เปลี่ยนตารางการใช้ยา	12(7.0)	0(0.0)	0(0.0)	18(10.3)	0(0.0)	30(17.5)
8. เปลี่ยนวิถีทางการใช้ยา	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
9. ให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วย	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(2.3)	9(5.3)	13(7.6)
10. ให้ความกระจ่างในคำสั่งแพทย์	0(0.0)	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.6)
11. เพิ่มจำนวนยา	0(0.0)	0(0.0)	3(1.7)	5(2.9)	0(0.0)	8(4.7)
12. ลดจำนวนยา	0(0.0)	0(0.0)	3(1.7)	3(1.7)	0(0.0)	6(3.4)
13. อื่น ๆ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.7)	0(0.0)	3(1.7)
14. ไม่ได้ให้ข้อเสนอแนะเนื่องจาก เป็นวันหยุดราชการ	10(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	10(5.9)
15. ติดตามผลของยาต่อผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด	12(7.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	12(7.0)
รวม	100 (55.5)	3(1.7)	11(6.4)	41(23.9)	16(9.4)	171(100.0)

- หมายเหตุ 1. หมายถึง ขั้นตอนการสั่งยา
2. หมายถึง ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์
3. หมายถึง ขั้นตอนการจ่ายยา
4. หมายถึง ขั้นตอนการเตรียมยาและบริหารยา
5. หมายถึง ขั้นตอนการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

จากตารางที่ 22 จะเห็นว่าข้อเสนอแนะของเภสัชกรในแต่ละขั้นตอนมีความแตกต่างกันทั้งในด้านจำนวนครั้งที่ให้ข้อเสนอแนะ และประเภทของการเสนอแนะ ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละขั้นตอนมีการเกิดปัญหาที่แตกต่างกัน

1. ขั้นตอนการสั่งยา มีการให้ข้อเสนอแนะมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่พบปัญหาสูงที่สุดนั่นเอง โดยให้ข้อเสนอแนะในการเสนอยา หรือเปลี่ยนยาในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ หรือได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย หรือเกิดการแพ้ยา

การเสนอให้หยุดยาหรือต่อเนื่องการให้ยานั้นมีความเกี่ยวข้องกับระบบการสั่งยาของโรงพยาบาลกล่าวคือแพทย์จะสั่งยาในปริมาณครั้งละ 3 - 5 วันหรือมากกว่านั้น เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการที่ต้องการใช้ยา แพทย์มักไม่ทำการหยุดยาที่ได้สั่งไว้แล้ว อาจเพราะคิดว่าอาจจะหมดเองในที่สุดและไม่ต้องเสียเวลาในการคืนยา จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการหรือโรคที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง แต่ยาที่แพทย์สั่งไว้ได้ใช้จนหมดแล้ว และแพทย์มิได้ทำการสั่งต่อ อาจเนื่องมาจากมองข้ามกำหนดเวลาที่ต้องการสั่งยาให้ผู้ป่วยต่อ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ

การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย จะพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีสถานะที่แตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเสนอให้เพิ่มหรือลดขนาดยาก็เพื่อให้ขนาดยามีความเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยและค่าที่ตรวจวัดได้ เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่า Serum creatinine

การเสนอเปลี่ยนรูปแบบยา ก็เพื่อให้การบริหารยาเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น เปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยารับประทาน ในขณะที่การเสนอให้เปลี่ยนตารางให้เพื่อปรับช่วงเวลาให้ยาให้ถูกต้องตรงตามข้อกำหนดของยาแต่ละชนิด

ในขั้นตอนนี้ไม่มีข้อเสนอแนะสำหรับปัญหาถึง 10 ปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในวันหยุดราชการ และเมื่อถึงวันทำการปัญหานั้นได้เสร็จสิ้นลง เนื่องจากยาในจำนวนที่แพทย์สั่งไว้หมดพอดี นอกจากนี้เภสัชกรยังได้เสนอ และดำเนินการติดตามผลของยาต่อผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในกรณีการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ และไม่มีค่าทางห้องปฏิบัติการหรืออาการของผู้ป่วยที่แสดงถึงผลเสียของอันตรกิริยานั้น และปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาที่แพทย์ไม่ยอมรับข้อเสนอแนะในการแก้ไขบางปัญหาสามารถนำไป

แก้ไขในขั้นตอนการเตรียมยาและบริหารยาได้โดยการประสานงานกับพยาบาลในการปรับเปลี่ยนตารางการให้ยาเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาระหว่างยาดังกล่าว

2. ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ มีการเสนอ เนื่องจากการลอกคำสั่งแพทย์ไม่ครบถ้วนในชื่อยา และให้ความกระจ่างในคำสั่งแพทย์ในกรณีคัดลอกผิดพลาดเนื่องจากลายมือที่อ่านยาก

3. ขั้นตอนการจ่ายยา มีการเสนอแนะเพื่อให้การจ่ายยาครบถ้วนและถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ทั้งในด้านชนิดของยา ความแรง และจำนวนยา ข้อเสนอแนะจึงมี 4 ประการคือ เสนอขอในกรณีจ่ายยาไม่ครบถ้วน ลดขนาดยาหรือเพิ่มขนาดยาในกรณีจ่ายในความแรงที่มากหรือน้อยกว่าแพทย์สั่งตามลำดับ เช่นเดียวกับการเพิ่มหรือลดจำนวนยาเนื่องจากมีการจ่ายยาในจำนวนที่น้อยหรือมากกว่าที่แพทย์สั่งตามลำดับ

4. ขั้นตอนการเตรียมยาและบริหารยา เป็นขั้นตอนที่มีการเสนอแนะมากอีกขั้นตอนหนึ่ง กล่าวคือมีการเสนอขอในกรณีที่การเตรียมยาไม่ครบถ้วน เสนอให้หยุดยาเมื่อมีการเตรียมยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งหรือมีคำสั่งหยุดยา หรือการลดขนาดยา เพิ่มหรือลดจำนวนยา ในกรณีที่มีการจัดเตรียมไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์

ในขั้นตอนนี้ยังสามารถให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนตารางให้ยาที่เกิดอันตรกิริยาค่อกัน ที่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนตารางให้ยา ซึ่งนับว่าเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากขั้นตอนอื่นได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะในการเก็บรักษายา (ข้อเสนอแนะอื่น ๆ) ให้ถูกต้องเพื่อป้องกันความผิดพลาด หรือการเสื่อมสภาพของยา และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้เองต้องมีการแนะนำให้ญาติผู้ป่วยคอยดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากพยาบาลมีปริมาณงานมากไม่สามารถป้อนยาให้ผู้ป่วยได้

5. ขั้นตอนการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะในขั้นตอนนี้คือการเปลี่ยนยาในกรณีที่มีการแพ้ยา หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้น แต่ในกรณีที่ยานั้นจำเป็นต้องใช้ แม้ว่าจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา หน้าที่ของเภสัชกรคือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานั้น ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจความร่วมมือในการรักษา และลดความวิตกกังวล

นอกจากการให้ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรการแพทย์ในการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการใช้ยา ที่เกิดขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว เกสซ์กรยังได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติถึงแนวทางในการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (หน้า62) ซึ่งพบ 34 ปัญหา ซึ่งนับว่าเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอีกเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเองที่บ้าน

2.6 ผลการประสานงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

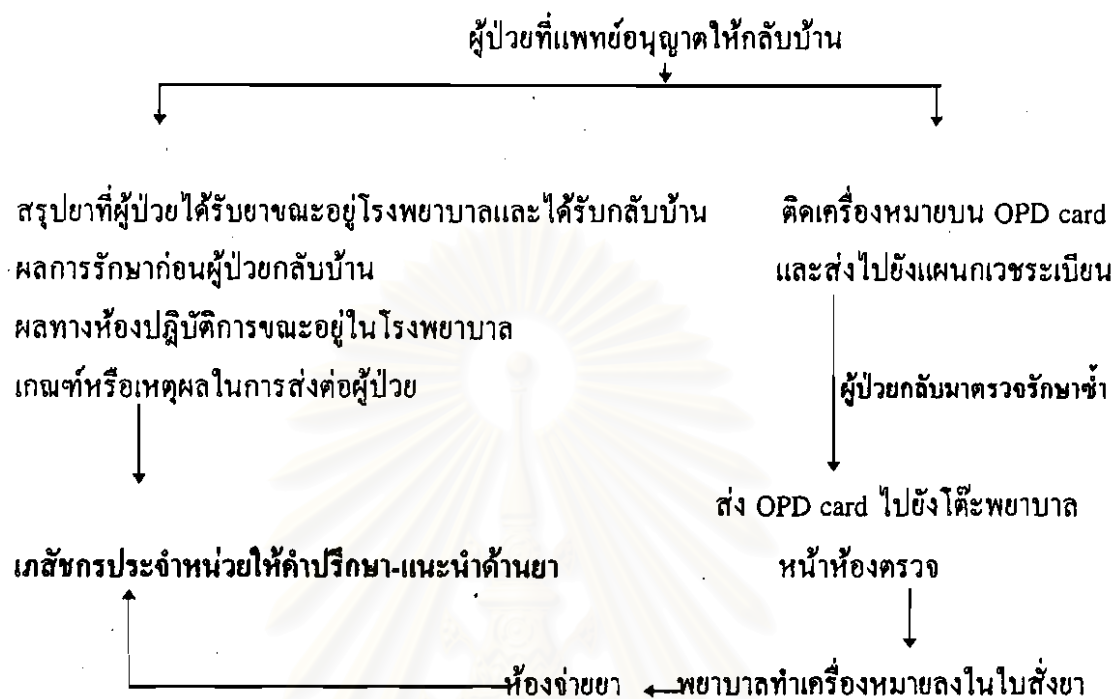
จากการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยพบผู้ป่วยที่ต้องประสานงานกับเกสซ์กรประจำหน่วยให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย 37 ราย หรือร้อยละ 17.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาทำการตรวจรักษาซ้ำ และมีแนวโน้มในการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยและวิธีการประสานงานดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อดำเนินการประสานงาน

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปและได้รับยากลับบ้านมากกว่า 4 ชนิด
2. ได้รับยากลับบ้านมากกว่า 6 ชนิด
3. ได้รับยาที่บ้านที่มีวิธีใช้พิเศษและต้องใช้เป็นเวลานาน
4. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประวัติการใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง
5. อ่านหนังสือไม่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 4 วิธีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยให้คำปรึกษา - แนะนำด้านยา



ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย 37 รายที่ทำการประสานเพื่อส่งต่อโดยเหตุผลตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ข้อ 1	1	ราย
ข้อ 1 และ 4	19	ราย
ข้อ 1 และ 4 และ 5	7	ราย
ข้อ 2	6	ราย
ข้อ 3	1	ราย
ข้อ 4	3	ราย
รวม	37	ราย

จากการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในในดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยกับแผนกเวชระเบียน และเภสัชกรประจำหน่วยให้คำปรึกษา-แนะนำด้านยา สามารถประสานงานส่งต่อผู้ป่วยมารับการดูแลการใช้ยาจากเภสัชกรประจำหน่วยให้คำปรึกษา - แนะนำ ด้านยาได้เพียง 16 ราย หรือร้อยละ 43.4 ของผู้ป่วยที่ทำการประสานงานทั้งหมด โดยสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เนื่องมาจากขาดการประสานงานกับพยาบาลหน้าห้องตรวจโดยไม่ทำเครื่องหมายลง

ในใบสั่งยา ทั้งนี้เนื่องจากมีปริมาณงานมาก เห็นความสำคัญของการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยนี้ น้อย หรือมีภาระกิจอย่างอื่นที่ต้องทำก่อน นอกจากนี้มีผู้ป่วย 3 ราย ที่ไม่มาทำการตรวจรักษา ซ้ำตามนัด

2.7 ผลการดูแลยาสารองในรถฉุกเฉินบนหอผู้ป่วย และการรับคืนยา

การดูแลยาสารองในรถฉุกเฉินบนหอผู้ป่วยเป็นกิจกรรมในระบบเดิมกระทำอยู่แต่ขาดความสม่ำเสมอ ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนดนี้จะทำการสำรวจยาบนหอผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งจากการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือนได้ทำการสำรวจยาบนหอผู้ป่วย 12 ครั้ง นอกจากการดูแลยาในรถฉุกเฉินแล้วเภสัชกรยังได้ทำการรับคืนยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยได้รับการคืนยาจากผู้ป่วย 13 ราย จำนวน 173 รายการ มูลค่า 5,678 บาท และในเดือนแรกของการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้ทำการสำรวจพบยาคงค้างที่ไม่ใช่ยาในรถฉุกเฉิน 10 รายการ มูลค่า 2,483 บาท ซึ่งได้ประสานงานกับพยาบาลเพื่อขอคืนยามายังห้องจ่ายยา ในช่วงการสำรวจไม่พบยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ พบเพียงแต่ยาสารองในรถฉุกเฉินบนหอผู้ป่วยมีปริมาณไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ภาคผนวก ฉ หน้า 129) เท่านั้นโดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 23

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 ผลการสำรวจในรถฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย

ครั้งที่ทำการสำรวจ	ยาเกิน		ยาขาด	
	รายการ	มูลค่า	รายการ	มูลค่า
1	0	0	8	365
2	1	270	2	51
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	3	32
6	0	0	1	3
7	2	31	2	39
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
รวม	3	301	14	490

จากตารางที่ 23 จะเห็นว่าพบว่ารถฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วยมียาขาดมากกว่ายาเกิน แต่มูลค่าทั้งยาขาดและยาเกินไม่มากนักเนื่องจากรายการยาและจำนวนยาในรถฉุกเฉินมีไม่มากนักเอง สาเหตุที่ทำให้ยาเกินและยาขาด เนื่องจากการเบิกไม่ตรงตามจำนวนที่ใช้จริง ซึ่งยาเหล่านี้จะใช้กรณีที่มีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน โดยเฉพาะนอกเวลาราชการซึ่งไม่มีเภสัชกรช่วยดูแลการเบิกจ่ายยา การใช้ยาจะกระทำก่อนการเบิกยาจากห้องจ่ายยา โดยใช้ยาในรถฉุกเฉิน เมื่อเสร็จภารกิจจึงมีการเบิกยาคืน ซึ่งส่วนใหญ่มักหลงลืมว่าใช้ยาไปจำนวนเท่าใด เนื่องจากมีภารกิจเร่งด่วนที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยและหากผู้ป่วยรายนั้นเสียชีวิตภารกิจนั้นจะเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ดังนั้นการดูแลให้มีในรถฉุกเฉินให้ครบถ้วนจึงมีความจำเป็นเนื่องจากเหล่านี้มีความสำคัญในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย หากมีการสำรวจสม่ำเสมอจะทำให้ปัญหาขาดหรือยาเกินลดลง ดังนั้นจะเห็นได้จากตารางที่ 23 ว่าช่วงท้ายของการสำรวจไม่มีขาดหรือยาเกินเนื่องจากพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญมากขึ้น และการปฏิบัติงานของเภสัชกรสามารถช่วยดูแลการเบิกยาได้ในกรณีที่พยาบาลมีภาระกิจที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 เหตุผลของการเห็นสมควรและไม่สมควรที่เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติ
งานในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรม	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	รวม
1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อปัญหา				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	2	0	0	2
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	9	5	16
2. จัดทำบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	1	3	1	5
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	9	4	15
3. ทบทวนการสั่งยา				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	2	2	1	5
. ทำให้มีการใช้ยาเหมาะสมมากขึ้น	1	9	3	13
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	8	3	13
4. ทบทวนการคัดลอกคำสั่งแพทย์				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	3	3	0	6
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	8	5	15
5. ตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายยา				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	3	2	2	7
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	8	3	13
6. ติดตามการเตรียมยา				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	2	0	1	3
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	1	7	4	12
. เป็นการทำงานซ้ำซ้อน	1	2	0	3
7. ติดตามการบริหารยา				
. เป็นหน้าที่ของเภสัชกร	1	2	0	3
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	9	5	16
. ไม่ใช่หน้าที่ของเภสัชกร	1	0	0	1

ตารางที่ 25 เหตุผลของการเห็นสมควรและไม่สมควรที่เกสัชกรประจำบนหอผู้ป่วยปฏิบัติ
งานในแต่ละกิจกรรม (ต่อ)

กิจกรรม	แพทย์	พยาบาล	เกสัชกร	รวม
8. ให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย				
. เป็นหน้าที่ของเกสัชกร	3	6	3	12
. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย	2	8	2	12
9. ตรวจสอบยาสำรองในรถฉุกเฉิน				
. เป็นหน้าที่ของเกสัชกร	0	2	4	6
. ทำให้มียาครบและไม่เสื่อมสภาพ	2	9	1	12
. เสียเวลาไม่คุ้มค่า	1	0	0	1

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกเหตุผลในแต่ละข้อได้มากกว่า 1 เหตุผล

จากตารางที่ 24 พบว่าแพทย์ พยาบาล และ เกสัชกร ส่วนใหญ่เห็นสมควรที่เกสัชกรจะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 9 กิจกรรม โดยเกสัชกรทั้งหมดเห็นสมควรให้เกสัชกรบนหอผู้ป่วยปฏิบัติทั้ง 9 กิจกรรม ในขณะที่แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน เห็นว่าเป็นการไม่สมควรที่เกสัชกรจะทำหน้าที่ในการติดตามความถูกต้องในการเตรียมยา และ แพทย์ 1 ท่านเห็นว่าไม่สมควรที่เกสัชกรจะทำหน้าที่ในการติดตามความถูกต้องของการบริหารยา และการตรวจสอบยาสำรองในรถฉุกเฉิน

ในส่วนของการให้เหตุผลถึงการสมควรให้เกสัชกรปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม (ตารางที่ 25) พบว่ากิจกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่ลงความเห็นว่ายอมรับปฏิบัติเนื่องจากเป็นหน้าที่ของเกสัชกรมากที่สุด คือ การให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยทั้งนี้อาจเนื่องจากโดยพื้นฐานความรู้ของเกสัชกรสามารถปฏิบัติงานนี้ได้ดีและไม่มีบุคลากรกลุ่มอื่นทำหน้าที่นี้โดยตรง

ส่วนกิจกรรมที่มีความเห็นว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกรที่มีคะแนนน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งในอดีตและปัจจุบัน (2 คะแนน) การติดตามการเตรียมยา การติดตามการบริหารยา (3 คะแนน) การจัดทำบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย และการทบทวนการสั่งยา (5 คะแนน เท่ากัน)

ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ลงความเห็นว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกรจากแพทย์คือ การตรวจสอบยาสำรองในรถฉุกเฉิน จากพยาบาลคือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งในอดีตและปัจจุบัน การติดตามการเตรียมยา และจากเภสัชกรคือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งในอดีตและปัจจุบัน การทบทวนการคัดลอกคำสั่งแพทย์การติดตามการบริหารยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากคิดว่าบุคลากรระดับอื่นสามารถทำแทนได้ เช่นการตรวจสอบยาสำรองในรถฉุกเฉิน หรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในอดีตและปัจจุบันซึ่งพยาบาลกระทำอยู่แล้ว แต่จากการสังเกตการปฏิบัติงานดังกล่าวของพยาบาลพบว่ายังขาดความครบถ้วนของข้อมูลที่ทำให้การซักถาม ดังนั้นการจะดำเนินการเภสัชกรควรชี้แจงถึงเหตุผล ความจำเป็น ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนนั้นๆทราบ ทั้งนี้เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะตามมา

เมื่อพิจารณาแยกในแต่ละกลุ่มในส่วนของความเห็นที่เป็นหน้าที่ของเภสัชกรพบว่ากลุ่มแพทย์ให้คะแนนสูงสุด (3 คะแนน) ในกิจกรรมการทบทวนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ การตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายยา และการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย กลุ่มพยาบาลให้คะแนนสูงสุด (6 คะแนน) ในกิจกรรมการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย กลุ่มเภสัชกรให้คะแนนสูงสุด (3 คะแนน) ในกิจกรรมการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยเช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะจากพยาบาลคือการร่วมส่งเวรกับพยาบาลเพื่อรับทราบและช่วยวิเคราะห์ปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับการใช้ยา ควรทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมแพทย์ทุกวันเพื่อสามารถสื่อสารปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากับแพทย์ได้โดยตรง การติดตามการเตรียมยาอาจเป็นการก้าวล่วงงานของพยาบาล และให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ญาติผู้ป่วย นอกเหนือจากการแนะนำผู้ป่วยโดยตรง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า กิจกรรมที่บุคลากรทุกกลุ่มเห็นว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกร ซึ่งนั่นก็คือ เภสัชกรสามารถปฏิบัติได้โดยไม่มีข้อโต้แย้งคือ การให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ที่เภสัชกรปฏิบัติก็ถือว่าเป็นประโยชน์แม้ว่าความเห็นส่วนใหญ่จะไม่ใช้

หน้าที่ของเภสัชกรโดยตรงก็ตาม หรืออาจกล่าวได้ว่าการยอมรับให้เภสัชกรปฏิบัติงานในการดูแลการใช้ยาบนหอผู้ป่วยจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับหนึ่ง มีบางขั้นตอนที่ไม่เห็นด้วยที่เภสัชกรจะไปปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรมีการรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนทำการกำหนดรูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกร และหากจำเป็นต้องปฏิบัติในขั้นตอนที่มีผู้ไม่เห็นด้วย ควรทำการชี้แจงก่อนหรือหลีกเลี่ยงโดยใช้วิธีการอื่นแทน เพื่อให้รูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรเป็นที่ยอมรับ และไม่เกิดความขัดแย้ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย