

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการให้การบริบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนประทิว ตั้งแต่ มีนาคม 2538 - ธันวาคม 2538 พัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ การบริบาลผู้สูงอายุของ Hepler และ Strand (1990) และให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ.2538 ของ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เมื่อทดลองดำเนินการ สามารถแสดงผลการศึกษา ได้เป็น 3 ตอนดังนี้คือ

ตอนที่ 1 รูปแบบและวิธีการดำเนินการ ในบทบาทด้านการบริบาลผู้สูงอายุ ของเภสัชกร ในโรงพยาบาลชุมชน

ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานในส่วนของการบริบาลผู้สูงอายุ ในการระบุปัญหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานการบริบาลผู้สูงอายุวิเคราะห์ตามงานในบทบาทเภสัชกรโรงพยาบาล ชุมชน ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข 6 งานได้แก่

1. งานคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา
2. งานติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยใน
3. งานเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
4. งานประเมินการใช้ยา
5. งานระบบการกระจายยา
6. งานบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา

ซึ่งจะแสดงผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 : รูปแบบและวิธีการดำเนินการ

จากการให้บริการแบบเดิมของเภสัชกร ซึ่งให้การดูแลในกระบวนการใช้ยาเฉพาะขั้นตอนการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นการจัดเตรียมและตรวจเช็คยาให้ตรงกับใบสั่งยาของแพทย์ เป็นหลัก และตรวจสอบการจ่ายยาของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรม ไม่สามารถดูแลในขั้นตอนอื่นๆได้ เช่นความเหมาะสมในการสั่งยาของแพทย์ การเฝ้าระวังติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นต้น

โดยเสนอแนวความคิด วางรูปแบบการประสานงาน การกำหนดช่วงเวลาการปฏิบัติงาน มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในจุดต่างๆ ที่จำเป็น และจัดเตรียมเครื่องมือ คู่มือ และแบบบันทึกต่างๆ ประกอบการดำเนินงาน จากแนวความคิดของการบริหารผู้ใช้ยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติของเภสัชกรต่อผู้ป่วยโดยตรง (Patient-oriented) โดยที่ผู้ป่วยอาจมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แสดงการผสมผสานกิจกรรมของเภสัชกรรมคลินิกของโรงพยาบาลชุมชนในกระบวนการบริหารผู้ใช้ยา

การดำเนินการเป็นการให้บริการโดยเริ่มจากจุดผู้ป่วยในเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยนอก จะให้บริการในลักษณะการติดตามผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในมาก่อน รวมทั้งผู้ป่วยที่คัดเลือกตามเกณฑ์ในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการศึกษา ได้รูปแบบ และวิธีการปฏิบัติ ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประกอบด้วย

1. บุคลากรซึ่งรับผิดชอบ

ในกระบวนการบริหารผู้ใช้ยา จะดูแลผู้ป่วยไปตามขั้นตอนต่างๆของกระบวนการใช้ยา และมีงานในบางจุดต้องมีผู้รับผิดชอบเพื่อการประสานงาน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบในส่วนต่างๆ มีดังนี้คือ

1.1 เภสัชกร

จากเดิม เภสัชกรประจำโรงพยาบาล 1 คนรับผิดชอบงานประจำของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ต่อมาเมื่อเริ่มการวิจัยนี้ผู้วิจัยเป็นเภสัชกรอีกคนหนึ่ง รับผิดชอบ วางแผน และดำเนินงานในการบริหารผู้ใช้ยา ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในรายที่ติดตามได้ แสดงความต่อเนื่องของการบริหารผู้ใช้ยา ในด้านระบบการกระจายยาเพื่อปรับปรุงรายการยาแต่ละหน่วยงานให้เหมาะสม ในด้านกาบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา โดยตอบคำถามและให้ข้อมูลยา นอกจากนี้แล้วเภสัชกรประจำโรงพยาบาลยังรับผิดชอบในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาโดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ในผู้ป่วยนอก ในขณะที่ผู้

วิจัยไม่อยู่ในห้องยาขณะนั้น รวมทั้งร่วมดำเนินการในการกำหนดรายการยาสำรองคลัง ประจำ คลังยาสำรองของหน่วยงานในโรงพยาบาล และให้ข้อมูลข่าวสารด้านยา

1.2 เจ้าหน้าที่ห้องยา

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมและพยาบาลเทคนิค ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำในห้องยา และมีความรู้ด้านยาเบื้องต้น ในขั้นตอนของการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่นี้คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่วางไว้ และเชิญผู้ป่วยเข้ามารับการแนะนำปรึกษาด้านยา จากเภสัชกรในห้องยา

นอกจากนี้แล้ว เจ้าหน้าที่ดังกล่าวจะเป็นผู้ตรวจเช็คใบสั่งยาผู้ป่วยในที่มีปัญหาจากการคัดลอกของพยาบาล ซึ่งทำให้ไม่สามารถจ่ายยาได้ โดยให้บันทึกไว้ในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์ มายังใบสั่งยา

1.3 พยาบาล

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ บันทึกและประสานงานเมื่อพบปัญหาจากการจ่ายยาจากห้องยามายังหอผู้ป่วยคลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ โดยมีแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จะเป็นผู้ประสานงานต่อไปยังพยาบาลเวรทุกคน ให้สามารถรับผิดชอบในส่วนนี้ได้

พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินและประจำหอผู้ป่วย รับผิดชอบในส่วนระบบกระจายยาโดยทำหน้าที่ในการเบิกยาเพิ่มเมื่อมีการใช้ไป 1 ครั้ง/สัปดาห์ และตรวจเช็คยาให้ตรงรายการทุก 1 เดือน

พยาบาลซึ่งทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ รับผิดชอบในการสังเกตแถบสีที่ ไอพีดีการ์ด และตรวจที่ใบสั่งยาว่าเจ้าหน้าที่ห้องบัตรเขียนที่ใบสั่งยาหรือยังว่า ให้ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรเพื่อรับการแนะนำปรึกษาด้านยาต่อ และให้เป็นผู้บอกกับผู้ป่วยอีกครั้งว่า เมื่อมารับยาแล้วเชิญไปรับคำแนะนำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรด้วย

1.4 เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เป็นผู้สังเกตแถบสีที่ ไอพีดีการ์ด และเขียนที่ใบสั่งยาว่า “ F/U เภสัชกร” เพื่อให้เป็นที่ทราบ ว่า ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาแล้ว และต้องการให้มีการติดตามให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาอีกครั้ง เพราะถ้าหากมีการพบ ไอพีดีการ์ดก่อนแล้ว จะไม่เห็นกระดาษสีที่ติดไว้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตาม

2. ขอบเขตในการบริหารผู้ใช้ยา

เนื่องจากการวิจัยนี้มีจุดเริ่มในการให้การบริหารในผู้ป่วยใน ให้บริการอย่างมีความต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาพบแพทย์ เภสัชกรจะติดตามดูแลโดยเป้าหมายเพื่อระบุ แก้อา หรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเดิมหรือที่อาจเกิดขึ้นใหม่ ในส่วนนี้เภสัชกรที่รับผิดชอบในการบริหารผู้ใช้ยาจากเวลาเฉลี่ยที่ต้องใช้ต่อเภสัชกร 1 คนคือ 28.5 นาทีต่อวัน ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนใช้เวลาแตกต่างกัน

ไปขึ้นกับสภาวะความเจ็บป่วย และปัญหาจากการใช้ยาที่พบ ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถให้บริการได้ 1 หอผู้ป่วย คือประมาณ 30 เตียง แต่ถ้าหากต้องการให้สามารถครอบคลุมทั้ง 2 หอผู้ป่วยในการปฏิบัติงานของเภสัชกรคนเดียว อาจต้องทำเฉพาะการให้การบริบาลในผู้ป่วยใน ไม่สามารถให้การบริบาลต่อเนื้อได้ และถ้าหากมีการให้บริการต่อเนื่องครอบคลุมไปถึงการให้การบริบาลผู้ป่วยที่บ้านก็จะต้องมีสัดส่วนเภสัชกรต่อผู้ป่วยสูงกว่า 1 : 30 คน ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนในขณะที่จำนวนเภสัชกรไม่เพียงพอ ทำในการวิจัยนี้ จะสามารถครอบคลุมผู้ป่วยได้น้อยลง

แต่ถ้ามีเภสัชกร 2 คน เพื่อรับผิดชอบการบริบาลผู้ป่วยทั้ง 2 คน จะสามารถครอบคลุมผู้ป่วยได้กว้างขึ้น อาจจะสามารถให้การบริบาลได้ทั้ง 2 หอผู้ป่วย หรือผู้ป่วยประมาณ 60 ราย โดยที่สามารถติดตามการบริบาลเพื่อความต่อเนื่องของการบริบาลได้ด้วย

ซึ่งในรูปแบบของขั้นตอนการปฏิบัติที่โดยลักษณะของงานแล้วจะรวมเอา การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยใน การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การประเมินการใช้ยา รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไว้ในกระบวนการบริบาลผู้ป่วย แต่ได้มีส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยนอกเพื่อรับการแนะนำปรึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ส่วนการให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาเป็นการให้บริการที่สามารถทำได้ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน ยกเว้นงานด้านระบบกระจายยาที่แยกปฏิบัติแต่ลักษณะของงานไม่ได้ทำเป็นงานประจำแต่จะมีการจัดการ จัดช่วงเวลาที่ต้องปฏิบัติงานซึ่งกำหนดเป็นครั้งคราว

3. การดำเนินงาน

3.1 เครื่องมือในการดำเนินงาน

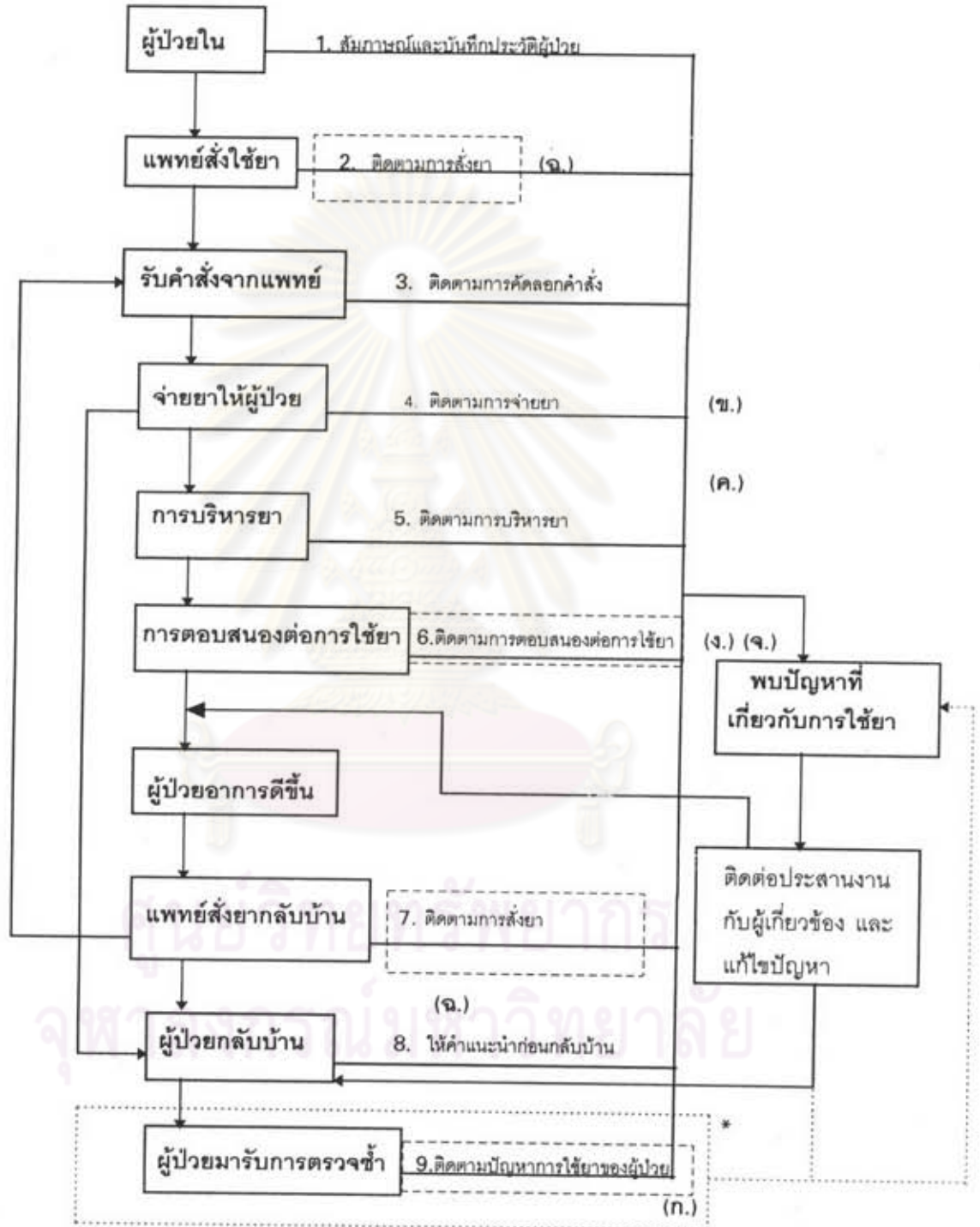
คือแบบบันทึกต่างๆ ในการปฏิบัติงาน และคู่มือการใช้ยาประจำโรงพยาบาล และคู่มือการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และหนังสือ เอกสารต่างๆที่ใช้อ้างอิง และค้นคว้า

3.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ดังภาพที่ 2 หน้า 55

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการบริหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลปะทิว

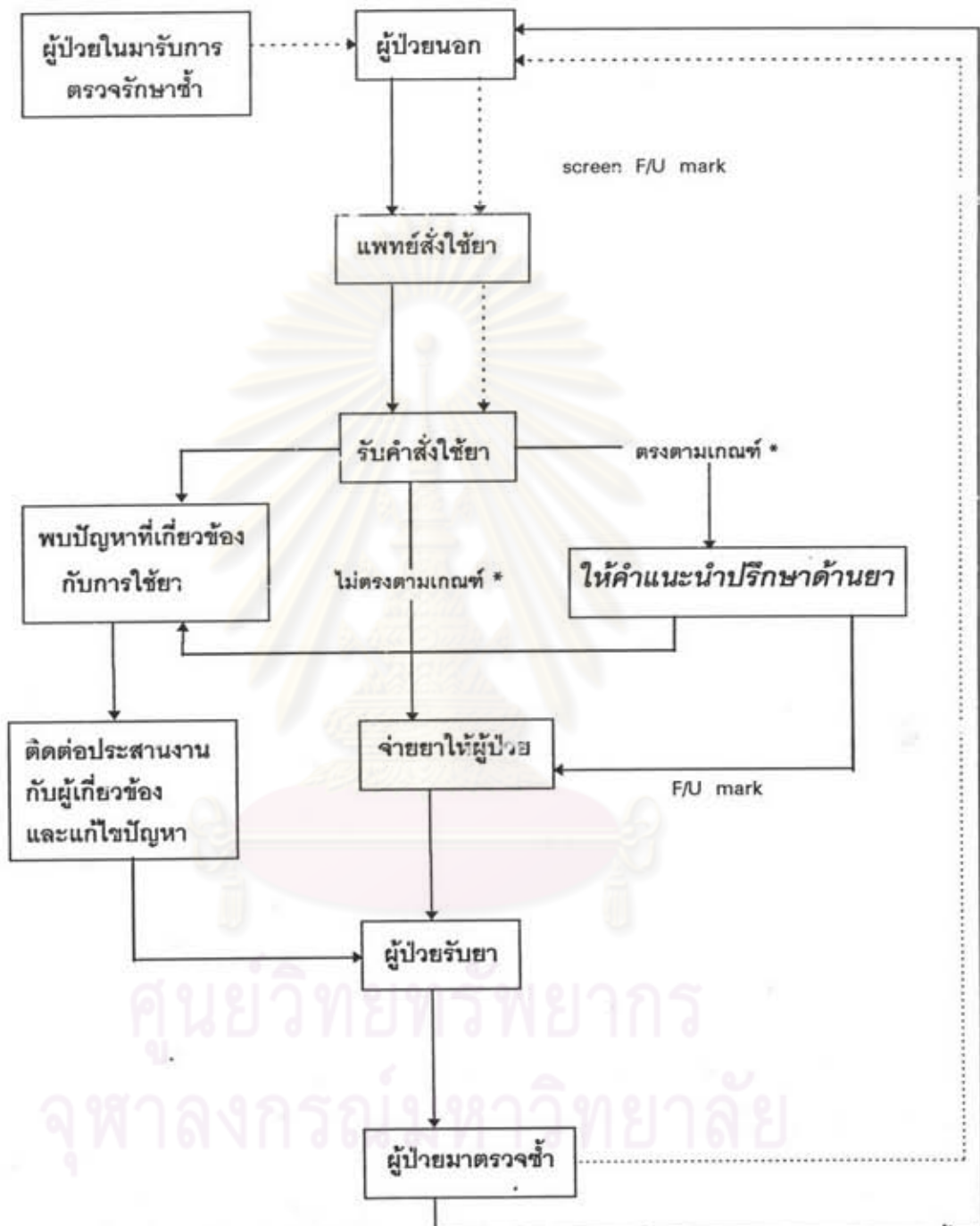


- หมายเหตุ : ——— หมายถึง กิจกรรมหลักในการปฏิบัติงาน
- * เป็นการแสดงความต่อเนื่องของการติดตามการบริหารผู้ช้ยา เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งในแผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นดังในภาพที่ 4 หน้า 57
 - แสดงกิจกรรมของเภสัชกรรมคลินิกซึ่งผนวกเป็นงานบริหารผู้ช้ยา แสดงให้เห็นการแทรกตัวอยู่ในงานบริหารผู้ช้ยา โดยใช้ตัวอักษรแสดงกิจกรรมดังต่อไปนี้
 - (ก.) หมายถึง งานคัดกรองและให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย
 - (ข.) หมายถึง งานบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา
 - (ค.) หมายถึง ระบบกระจายยาในโรงพยาบาล
 - (ง.) หมายถึง งานติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยใน
 - (จ.) หมายถึง งานเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - (ฉ.) หมายถึง งานประเมินการใช้ยา

โดยที่ (ข.) งานการบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา และ (ค.)ระบบกระจายยาในโรงพยาบาล เป็นงานที่แทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของการบริหารผู้ช้ยาจึงไม่แสดงกรอบของงาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 4 การติดตามบริบาลผู้สูงอายุในผู้ป่วยที่มาบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก



หมายเหตุ : — หมายถึง การปฏิบัติงานตามปกติ หมายถึง เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาซ้ำ

* เกณฑ์ หมายถึง เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับการแนะนำปรึกษาด้านยา

F/U mark หมายถึง การติดแถบสีแสดงการติดตามผู้ป่วย

screen F/U หมายถึง เมื่อเจ้าหน้าที่พบแถบสีการติดตามผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมาพบเภสัชกร

สามารถแสดงรายละเอียดในการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนของเภสัชกร มีเป้าหมายของกิจกรรม รวมทั้งเครื่องชี้วัดหรือสิ่งที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่อาจพบดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติงาน และเครื่องชี้วัดการปฏิบัติงานในการบริหารผู้ใช้ยา

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
ผู้ป่วยใน 1. การสัมภาษณ์และบันทึกประวัติผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย • บันทึกประวัติความเจ็บป่วย และประวัติการใช้ยา • อาการ และอาการแสดงที่ต้องการ การรักษา ด้วยยา • อุปนิสัยในการใช้ยา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วย • ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดก่อนมาโรงพยาบาล 	1. ศึกษาประวัติการใช้ยา และประวัติความเจ็บป่วย จาก โอฟีดีการ์ต 2. ศึกษาข้อมูลความเจ็บป่วยปัจจุบันจากซาร์ท 3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เรื่องความเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยา การปฏิบัติตนของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาจากการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาล
2. การติดตามการสั่งยา	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุปัญหาจากการใช้ยาในขั้นตอนการสั่งยา • ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น 	1. ร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์ในหอผู้ป่วย เพื่อการติดตามอาการผู้ป่วย และประสานงาน 2. ตรวจสอบคำสั่งใช้ยาจากใบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ตามแนวทางในภาคผนวก ก. 3. ประสานงานกับแพทย์เมื่อพบปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาจากการสั่งยา ปัญหาที่ 1,2,3,4,8

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
3. การติดตามการคัดลอกคำสั่งใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุการคัดลอกคำสั่งที่คลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ • แก้ไขความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น • ป้องกันความคลาดเคลื่อนไม่ให้มีผลต่อผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์โดยพยาบาล จากชาร์ทลงในฟอร์มต่อไปนี้ MAR, คาร์เด็กซ์, บัตรยา, ใบสั่งยา 2. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • การคัดลอกที่คลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาประเภท 1,3,4,5,6,7,8
4. การติดตามการจ่ายยา	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุการจ่ายยาที่คลาดเคลื่อนไปจากใบสั่งยา และคำสั่งแพทย์ ปัญหาจากการไม่มียาตามความต้องการ • แก้ไขความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น • ป้องกันความคลาดเคลื่อนไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบยาที่จ่ายจากห้องยา เทียบกับใบสั่งยา และคำสั่งแพทย์ 2. แก้ไข เปลี่ยนยาเมื่อไม่มียา 3. ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • การจ่ายยาที่คลาดเคลื่อนไปจากใบสั่งยา และคำสั่งแพทย์ • ไม่มียาที่ต้องการใช้ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาประเภทต่างๆ
5. การติดตามการบริหารยา	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุการบริหารยาที่คลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ • แก้ไขความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น • ป้องกันความคลาดเคลื่อนไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบยาที่จัดกับคำสั่งแพทย์ในชาร์ท 2. ติดตามการบริหารยาให้ผู้ป่วย ในด้านเทคนิค และเปรียบเทียบกับคำสั่งแพทย์ 3. ประสานงานกับพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • การบริหารยาคลาดเคลื่อนไปจากคำสั่งแพทย์ • เทคนิคการบริหารยาไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาประเภทต่างๆ

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
6. การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา • ระบุการตอบสนองต่อการใช้ยาที่ไม่เพียงพอหรือยาไม่ได้ผลในการรักษา หรือมากเกินไป • แก้ไขเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา • ป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา • ให้คำแนะนำ และปรึกษากับแพทย์ เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาเดิม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยา ศึกษาความเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง และผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจากกรรรมสัมภาษณ์และจากชาร์ทประจำทงวน 2. ประสานงานกับแพทย์และผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสาเหตุต่างๆ • มียาน้อยกว่า หรือมากกว่าขนาดในการรักษา • ผู้ป่วยมีผลการรักษาจากยาที่ได้รับไม่ดีพอ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา
7. ติดตามการสั่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุปัญหาจากการสั่งยาให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้าน • แก้ไขปัญหาจากการสั่งยากลับบ้านที่เกิดขึ้น • ป้องกันปัญหาจากการสั่งยากลับบ้านที่อาจเกิดขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบคำสั่งใช้ยาจากใบสั่งยาของแพทย์ในการสั่งให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน 2. ร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันในหอผู้ป่วย เพื่อการติดตามอาการของผู้ป่วย 3. ประสานงานกับแพทย์เมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาจากการสั่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะต่างๆ

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
8. ให้คำแนะนำผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และก่อนกลับบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน • แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น • ป้องกันปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา และความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและยา เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 2. ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยเองระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล • ปัญหาเรื่องการใช้ยาตามสั่ง และความรู้ความเข้าใจ เรื่องยา และโรคของผู้ป่วย
9. ติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> • ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยนำยาไปใช้เอง และการมาตามนัด • แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย • ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามผู้ป่วยในที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง โดยสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยขึ้น สัมภาษณ์และให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย 2. ศึกษาและบันทึกความเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยในครั้งที่มารับการรักษาใหม่ จากไอพีดีการ์ด รวมทั้งยาที่ให้ และการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ในเรื่องของการไม่ใช้ยาตามสั่ง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และวิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง • ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
<p>ผู้ป่วยนอก</p> <p>1. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับคำแนะนำปรึกษาด้านยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> คัดกรองผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ป่วยใน มารับการแนะนำปรึกษาและติดตามการใช้ยา เพื่อความต่อเนื่องของการรับยาของผู้ใช้ยา คัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่คาดว่าจะมีปัญหาในการใช้ยาสมควรได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยา ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ol style="list-style-type: none"> มีการติดแถบสีแสดงการติดตามผู้ป่วยจากการเป็นผู้ป่วยใน และมีการตั้งระบบการติดตามขึ้น โดยประสานงานกับพยาบาลผู้ซักอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในหัตถยา แจ้งเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ให้กับเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ในหัตถยา เพื่อการคัดกรองผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อตามแพทย์นัด
<p>2. การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง มีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและยา รู้จักหลีกเลี่ยงอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย หรืออาจเกิดขึ้น แก้ไข้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> จัดให้มีที่เฉพาะสำหรับการให้คำแนะนำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน สัมภาษณ์ และสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคู่มือในภาคผนวก ประสานงานและ/หรือดำเนินการแก้ไขเมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> ปัญหาเรื่องการไม่เข้าใจตามสั่ง ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประสิทธิผลของการรักษาที่ไม่เพียงพอ

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
3. การตั้งระบบติดตามผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อความต่อเนื่องของการบริหารผู้ใช้ยา และเพื่อประเมินผลการให้คำแนะนำปรึกษา • เพื่อการติดตามปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในครั้งอื่นๆ ของผู้ป่วย • เพื่อแก้ไขปัญหากจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น • เพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น • เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาของผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดแถบสีที่ ไอพีดีการ์ด เพื่อการติดตามผู้ป่วยในครั้งต่อไป โดยตั้งระบบการประสานงานกับพยาบาลผู้สัมภาษณ์อาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในห้องยา 2. เมื่อพบผู้ป่วยที่มีแถบสีที่ ไอพีดีการ์ด จะได้รับการให้คำแนะนำอีกครั้ง 3. ประสานงาน และดำเนินการแก้ไข เมื่อพบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาเรื่องการไม่ใช้ยาตามสั่ง • ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด • การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา • ประสิทธิภาพของการรักษาที่ไม่เพียงพอ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการบริหารผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
<p>ระบบการกระจายยา</p> <p>ระบบการกระจายยาในโรงพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ให้มียาสำรองประจำหน่วยงานต่างๆ ในปริมาณและชนิดที่เพียงพอกับความต้องการในการใช้ ในสภาพที่เหมาะสมโดยไม่มากเกินไปจนเป็นยาคงค้าง หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ และก่อให้เกิดอันตรายตามมา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำบัญชียาสำรองคงคลังประจำหน่วยงาน โดยประชุมกับเภสัชกรประจำโรงพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน ของหอผู้ป่วย 2 หอ และแผนกฉุกเฉิน 2. จัดเก็บยาที่เกินบัญชียาที่ปรับปรุงใหม่คืน เบิกยาที่ขาดเพิ่ม และเก็บคืนยาที่หมดอายุ และเสื่อมสภาพ 3. ให้มีการเบิกจ่ายยาสำรองคงคลัง 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ 4. ให้มีการตรวจสอบยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ และยาที่ไม่ตรงตามบัญชีสำรองทุก 1 เดือน โดยพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • มียาที่หมดอายุ เสื่อมสภาพ ไม่มีฉลาก หรือมียาคงค้างในคลังสำรองประจำหน่วยงานในโรงพยาบาล • ไม่มียาที่ต้องการใช้เมื่อถึงเวลาบริหารยา • มียาที่ไม่ตรงรายการยาสำรองคงคลัง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการบริการผู้ใช้ยา	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวทางการปฏิบัติงาน	เครื่องชี้วัด
การบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา ระบบการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา	<ul style="list-style-type: none"> • สามารถให้คำตอบหรือให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาได้ภายในเวลาที่ต้องการ • ไม่เกิดปัญหาจากการใช้ยา ที่เนื่องมาจากการขาดข้อมูลทางยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา การเตรียมและแจกแบบฟอร์มการขอข้อมูลข่าวสารด้านยา 2. ตอบคำถามและให้ข้อมูลโดยเภสัชกรเองโดยตรง 3. บริการข้อมูลเรื่องการเตรียมยาปฏิชีวนะ การเก็บยาที่ผสมแล้ว ในรูปแผ่นติดฝาผนังแก่ผู้ป่วย และห้องฉุกเฉิน 4. จัดทำคู่มือการใช้ยาประจำโรงพยาบาล ให้กับแพทย์ เภสัชกร และประจำห้องสมุดโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> • มีคำถามที่ไม่ได้รับการตอบอย่างทันท่วงที • มีคำถามที่ไม่ได้รับการตอบ

เมื่อดำเนินการตามรูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนที่แสดงในตอนต้น สามารถวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้ดังนี้คือ

1. การสัมภาษณ์และบันทึกประวัติผู้ป่วย

เมื่อมีผู้ป่วยใหม่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล อาจจะเข้ามาก่อน หรือหลัง การตรวจรักษาประจำวันของแพทย์ หรือในช่วงเวลาที่เภสัชกรไม่สามารถให้การดูแลได้ ซึ่งถ้าหากเป็นการเข้ามาก่อนการตรวจรักษาประจำวันของแพทย์ เภสัชกรจะยังไม่ได้อ่านประวัติผู้ป่วย และไม่เข้าใจอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ยาที่จำเป็น ทำให้เมื่อร่วมทีมกับแพทย์จะขาดความมั่นใจในส่วนนี้ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยเข้ามาตรวจรักษาหลังจากแพทย์ตรวจรักษาประจำวันไปแล้ว เภสัชกรจะสามารถศึกษาประวัติของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในช่วงบ่ายได้ ทำให้สามารถเตรียมความพร้อมด้านความ

รู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ และเนื่องจากแพทย์จะออกตรวจประจำวันเป็นเวลาที่ไม่แน่นอน ดังนั้นการแก้ไขปัญหานี้เภสัชกรควรมาที่หอผู้ป่วยก่อนแพทย์สักเล็กน้อย เพื่อสำรวจดูผู้ป่วยใหม่และศึกษาล่วงหน้า ซึ่งพบว่าผู้ป่วยใหม่ที่มาก่อนการตรวจประจำวันของแพทย์ไม่มาก และในส่วนนี้จะใช้เวลาไม่มากนัก

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้เวลาในช่วงบ่าย หลังจากการศึกษาประวัติผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจสถานะการป่วยครั้งนี้ และการใช้ยาของผู้ป่วยแล้ว กำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลเพื่อประเมินระบุปัญหา การสัมภาษณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักเภสัชกรและเริ่มความสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละรายจะทำเมื่อรับผู้ป่วยครั้งแรก และเมื่อพบปัญหาและทำการติดตามปัญหานั้นเป็นประจำ

ประวัติผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรค จะมีแฟ้มประวัติที่แยกออกมา ไม่รวมในชาร์ท ต้องศึกษาในส่วนนี้ด้วย แต่การใช้ชาร์ทในโรงพยาบาลชุมชน หากรอให้พยาบาลรับคำสั่งใช้ยาของแพทย์หลังการตรวจรักษาประจำวันเสร็จแล้ว จะค่อนข้างว่าง ไม่มีปัญหาในการใช้ชาร์ท และช่วงเวลาที่ไม่สะดวกอีกช่วงหนึ่งคือช่วงเวลาประมาณ 15.00 น. เป็นต้นไป ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่แพทย์มาติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่ส่งไว้ใน การตรวจรักษาประจำวันตอนเช้า ซึ่งในเวลานี้เภสัชกรสามารถไปสัมภาษณ์ พูดคุยกับผู้ป่วยได้อีกช่วงหนึ่ง อย่างไรก็ตามผลการติดตามผลการรักษาด้วยยา สามารถจะป้องกันแก้ไขปัญหาค่าที่ทันต่อเมื่อเภสัชกรพบผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และติดตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆจากแฟ้มประวัติที่มีการบันทึกไว้อย่างสม่ำเสมอ

2. การติดตามการสั่งยา

การให้การบริบาลผู้ช้ยาในช่วงการ ติดตามการสั่งยา สามารถทำได้จากทั้งหลังจากแพทย์สั่งยาไปแล้ว ดูจากใบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งในกรณีนี้จะมีการเบิกจ่ายบริหารยาให้ผู้ป่วยไปก่อน หากมีปัญหาจากการสั่งยาเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดปัญหาการไม่สั่งยาที่จำเป็นต้องใช้ การสั่งยามากหรือน้อยจนเกินไป การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา หรือการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม จะต้องเป็นการแก้ไขภายหลัง ซึ่งในขั้นแรกถ้าหากเภสัชกรยังไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยดี หรือยังไม่มั่นใจในความรู้เรื่องยาที่เกี่ยวข้อง จำเป็นที่จะต้องดูจากใบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ นอกจากนี้แล้วในระยะเริ่มแรกของการปฏิบัติงาน ความยอมรับและความเข้าใจบทบาทในการบริบาลผู้ช้ยาของเภสัชกรยังน้อย แพทย์อาจเพียงซักถามเพิ่มเติมเมื่อต้องการข้อมูลยา ซึ่งเภสัชกรควรมีความรู้ที่มากพอระดับหนึ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อถือในขั้นแรกได้ แล้วต่อไปการติดตามการสั่งยาของแพทย์ในผู้ป่วยบางราย อาจสามารถทำไปพร้อมกันในขณะที่แพทย์ทำการตรวจรักษาประจำวัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถป้องกันปัญหาจากการสั่งยาที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ในขั้นต้น และสามารถให้ความคิดเห็นในการใช้ยาในขณะสั่งใช้ยาถ้าหากมีความ

มั่นใจ ในการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะรายนั้นๆ ซึ่งนอกจากต้องศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยมาอย่างดี และมีความรู้มากพอแล้ว ยังต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ และสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าเภสัชกรช่วยเหลือในส่วนนี้ได้จริง

เมื่อพบปัญหาการประสานงานแก้ไข อาจทำได้ในขณะที่แพทย์กำลังตรวจรักษาผู้ป่วยรายนั้น หรือพิจารณาตามความเหมาะสมกับความเร่งด่วนของปัญหาและความสะดวก และอาจติดต่อทางโทรศัพท์ แต่ยังไม่ได้มีการสื่อสารหรือบันทึกในชาร์ท เพราะสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กการบอกด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ทำได้ง่าย และทันท่วงทีกว่า สำหรับโรงพยาบาลอื่นต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตามควรมีการบันทึกในส่วนของเภสัชกรเพื่อทราบภาวะและผลงาน

3. การติดตามการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

การติดตามการคัดลอกคำสั่งใช้ยา เป็นการตรวจสอบการคัดลอกจากคำสั่งแพทย์ลงมาในคาร์เด็กซ์ ซึ่งเป็นส่วนที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติงานตามคำสั่งต่อไป จากคาร์เด็กซ์จะมีการคัดลอกลงสู่มาร์ บัตรยา และ ใบสั่งยา ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าใน คาร์เด็กซ์ผิด ส่วนอื่นจะผิดด้วย ดังนั้นการตรวจสอบในคาร์เด็กซ์สำคัญที่สุด พยาบาลจะใช้คาร์เด็กซ์ในการทำงานเป็นช่วงๆไม่แน่นอนนัก ในการทำงานในการตรวจสอบใน คาร์เด็กซ์ต้องอาศัยความคุ้นเคย และมนุษย์สัมพันธ์มาก เพราะเป็นเหมือนการก้าวก่างาน และอาจเกิดความเข้าใจว่าเป็นการจับผิด ต้องแสดงให้เห็นว่าเป็นการรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานในส่วนนี้เป็นไปได้ด้วยดีคือ การแสดงให้เห็นว่าการมีเภสัชกรบนหอผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือพยาบาลได้ ในเรื่องข้อมูลความรู้ในเรื่องการเตรียมยา และข้อมูลอื่นๆที่ต้องการ และการคัดลอกลงบัตรยาก็เช่นกัน ส่วนการคัดลอกลง มาร์ อยู่ในชาร์ทอยู่แล้ว สามารถตรวจสอบได้ง่าย

แต่การคัดลอกใบสั่งยา เภสัชกรผู้บริบาลผู้ใช้ยาสามารถตรวจสอบได้เพียงบางส่วนเท่านั้น เพราะผู้ป่วย 1 คนอาจมีใบสั่งยามากกว่า 1 ใบ ใน 1 วัน และใน 1 วันอาจมีการส่งใบสั่งยามากกว่า 1 ครั้ง จึงต้องอาศัยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องยา ในการช่วยตรวจสอบใบสั่งยาที่ไม่ชัดเจน หรือมีปัญหา ไม่สามารถจ่ายยาได้ การติดตามการคัดลอกคำสั่งของพยาบาลนี้เป็นความพยายามที่จะลดปัญหาจากการใช้ยาที่จะเกิดตามมาเมื่อมีความผิดพลาดในขั้นนี้ ซึ่งมีโอกาสเกิดได้สูง อย่างไรก็ตามขั้นนี้อาจจะกินเวลาและไม่สะดวกในการปฏิบัติเป็นงานประจำ ควรมีการหาแนวทางหรือปรับวิธีปฏิบัติใหม่ เช่นการใช้สำเนาคำสั่งแพทย์โดยตรง

4. การติดตามการจ่ายยา

ในการวิจัยนี้เมื่อแบ่งเวลาในการปฏิบัติงานพบว่าเภสัชกร ไม่สามารถตรวจสอบการจ่ายยาจากห้องยามายังหอผู้ป่วยได้ทุกราย และเนื่องจากก่อนจ่ายยาจากห้องยา ได้มีการตรวจสอบโดยเภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้พอสมควรในห้องยา เช่น พยาบาลเทคนิค หรือ เจ้าหน้าที่พนักงานเภสัชกรรมจากห้องยาแล้ว แต่ยังคงพบความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ปกติแล้วเมื่อยามายังหอผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการตรวจสอบอีกครั้งก่อนเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละคนในช่องเก็บยา ซึ่งอาจมีบางครั้งที่คลาดเคลื่อน จึงได้ตั้งระบบการประสานงานขึ้นโดยให้มีการบันทึกความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จากห้องยามายังหอผู้ป่วย ให้พยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจสอบตามแบบบันทึกที่ให้ ว่าเป็นความคลาดเคลื่อนแบบไหนในแบบบันทึก ซึ่งพบว่าสามารถตรวจสอบความคลาดเคลื่อนได้ และพยาบาลมีความเต็มใจในการทำงานในส่วนนี้ และเนื่องจากเภสัชกรผู้บริบาลผู้ใช้ยา ต้องตรวจสอบยาก่อนการบริหารอีกครั้ง ในส่วนการตรวจสอบยาจากห้องยา มายังหอผู้ป่วยจึงสามารถให้พยาบาลรับผิดชอบได้เพื่อสร้างระบบตรวจสอบระบบตรวจสอบซ้ำ

5. การติดตามการบริหารยา

เป็นขั้นตอนที่สามารถติดตามได้ 2 รูปแบบคือ จากยาที่พยาบาลจัดไว้ให้ผู้ป่วย และจากการนำยาที่จัดไว้ไปบริหารให้ผู้ป่วย ซึ่งในส่วนนี้เภสัชกรไม่สามารถทำได้สำหรับยาทุกขนานทุกครั้งที่มีการเตรียมและบริหารยา หรือการบริหารเพียงบางครั้งที่เภสัชกรปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ยาที่จัดให้ผู้ป่วยจะจัดให้ตามบัตรยาที่วางเรียงกันให้ผู้ป่วยแต่ละราย ปัญหาที่มักพบคือ ถ้าบัตรยาผิด ยาที่จัดให้ผู้ป่วยจะผิดไปด้วย แต่มีบางครั้งที่บัตรยาถูกต้อง แต่ยาที่จัดให้ผู้ป่วยผิด เช่น จัดยาไม่ครบชนิด จัดยาแล้ววางให้ผู้ป่วยสลับคน เมื่อจัดยาให้ผู้ป่วยถูกต้องแล้วการบริหารยามักถูกต้อง แต่มีบางครั้งที่อาจบริหารยาผิดพลาดได้ มักเกิดจากการสลับบริหารยา พบมากกว่าการบริหารยาซ้ำกัน ซึ่งในส่วนนี้ถ้าใช้ MAR ให้เป็นประโยชน์ได้จริง คือบริหารยาแล้วจึงเซ็นชื่อกำกับ และมีการตรวจสอบเมื่อไม่แน่ใจจาก MAR การตามพยาบาลไปสังเกตการบริหารให้ผู้ป่วยทุกราย เป็นไปไม่ได้ทางปฏิบัติ แต่ควรมีการสังเกตในขณะพูดคุยสัมภาษณ์ผู้ป่วย และควรมีการตรวจสอบยาที่จัดให้ผู้ป่วย ส่วนการสังเกตการบริหารเป็นรายๆไป ควรทำเฉพาะรายที่ทำได้ และไม่เป็นการจับผิดจนเป็นการก้าวก่างาน และยังสามารถตรวจสอบจากยาที่ให้กับผู้ป่วยซึ่งกินยาเองได้ ว่าผู้ป่วยได้กินยาตามที่พยาบาลให้หรือไม่ โดยการสอบถามและดูจากถ้วยยาว่ายังมียาเหลืออยู่หรือไม่

6. การติดตามการตอบสนองต่อการรักษา

เภสัชกรสามารถติดตามดูได้จากบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่พยาบาลเขียนในชาร์ท จากผลการตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการจากชาร์ท และจากการตรวจรักษาประจำวันพร้อมกับแพทย์ จะทำให้สามารถทราบอาการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น และเข้าใจได้ดีขึ้น และนอกจากนี้ได้จากการสอบถามตัวผู้ป่วยเอง เมื่อพิจารณาดูสภาวะความเจ็บป่วยปัจจุบัน เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งอาจมีอาการหรืออาการแสดงบางอย่างที่ต้องการการรักษาเพิ่มเติม หรือปรับขนาดยา ลดหรือเพิ่มขนาดยา หรือหยุดยา หรืออาจมีอาการป่วยบางอย่างที่ยังไม่ได้รับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยหลายอย่าง แพทย์อาจลืมหายาสำหรับบางอาการไป และจะรวมไปถึงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา และในเรื่องของการรักษาตามสั่งของผู้ป่วย กรณีที่มียาบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องใช้ด้วยตนเอง เช่นยาที่ต้องผสมละลายน้ำพบว่าบางครั้งผู้ป่วยใช้ไม่ถูกต้อง หรือไม่เพียงพอ และไม่ได้ใช้ยา และข้อมูลการตอบสนองต่อการรักษาอาจต้องซักถามจากพยาบาลเพิ่มเติมเพราะพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และมีข้อมูลบางอย่างพยาบาลไม่ได้บันทึกในบันทึกของพยาบาล

ในขณะที่ตรวจรักษาประจำวันร่วมกับแพทย์ นอกจากจะได้ทราบอาการป่วยปัจจุบันของผู้ป่วยแล้ว จะเป็นเวลาที่ให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์ตามความจำเป็น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุด เพราะขณะนั้นแพทย์ยังตรวจดูและเห็นอาการของผู้ป่วย สามารถตัดสินใจได้ทันที

การสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยมีความจำเป็น เพราะสำหรับข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้จากการตรวจประจำวันกับแพทย์ และจากพยาบาล เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา อันเป็นลักษณะปัญหาเฉพาะทางเภสัชกรรม ซึ่งเภสัชกรควรรหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถระบุปัญหาได้ ในส่วนนี้ยังต้องมีการสร้างทักษะและแนวทางให้ชัดเจน

7. การส่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

เช่นเดียวกับการส่งยาให้ผู้ป่วยขณะยังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คือเป็นการพยายามระบุปัญหาจากการรักษา คือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นขณะแพทย์สั่งยา สามารถให้ข้อเสนอแนะในขณะนั้นได้เลยจะดีกว่าเมื่อคำสั่งรักษาอยู่ที่พยาบาล และผ่านการคัดลอกและเบิกยาจากห้องยาแล้ว เพราะในกรณีผู้ป่วยจะกลับบ้าน มักเป็นผู้ป่วยที่อยู่มาหลายวันและเภสัชกรเข้าใจอาการ และความจำเป็นในการรักษาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่ถ้าจำเป็นต้องมาดูภายหลังจากที่แพทย์สั่งยาไปแล้ว จะต้องดูก่อนที่พยาบาลจะเขียนเบิกยา ซึ่งการดูชาร์ทในช่วงนี้อาจขัดขวางการทำงานของพยาบาล เพราะส่วนใหญ่แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้หลังจากการตรวจรักษาประจำวัน หลังจากนั้นเมื่อพยาบาลเขียนเบิกยา ส่งยามาจากห้องยา ผู้ป่วยรับยาแล้วกลับบ้าน ดังนั้นถ้าหากเภสัชกรไม่ตรวจสอบตั้งแต่แรก

อาจแก้ไขไม่ได้ หรือลำบากในการดำเนินงาน ซึ่งการที่เภสัชกรจะดำเนินการได้ทันทีหากไม่สามารถตรวจสอบได้ทันทีหรือได้ทั้งหมดขณะตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์ อาจต้องสร้างระบบงานเพิ่มเติมขึ้น โดยให้พยาบาลแยกซารท์ผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และให้เภสัชกรตรวจสอบหลังการตรวจประจำวันเสร็จแล้วก่อนจะคัดลอกคำสั่งใช้ยากลับบ้านส่งไปห้องยา โดยในช่วงเวลานี้พยาบาลสามารถคัดลอกซารท์อื่นๆไปก่อนได้ตามปกติ

8. การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนี้ สามารถให้ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถให้ไปได้พร้อมกับการสัมภาษณ์พูดคุย เพื่อติดตามการตอบสนองของผู้ป่วย ตามความเหมาะสม และเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เภสัชกรจะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง ซึ่งจะทำเมื่อมีการจ่ายยาที่จะให้ผู้ป่วยรับกลับบ้านแล้ว และนำยาแต่ละชนิดมาอธิบายการใช้แต่ละรายการไป เน้นการระวังหรือหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อาการเจ็บป่วยที่ควรมาพบแพทย์ และการมาพบแพทย์ตามแพทย์นัด รวมทั้งการแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนในโรคต่างๆ และในขณะเดียวกันเภสัชกรสามารถตรวจสอบยาที่จ่ายจากห้องยาให้ผู้ป่วยได้ด้วย

ในโรงพยาบาลที่แพทย์มีการตรวจรักษาประจำวันเป็นเวลาที่น่านอน และการเบิกจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับบ้านเป็นเวลาที่น่านอน การปฏิบัติงานในส่วนนี้เภสัชกรจะปฏิบัติได้ง่ายขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ประสานงานกับพยาบาล ให้ผู้ป่วยรอการแนะนำจากเภสัชกรก่อนการรับยากลับบ้าน ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาประมาณ 10.00 น ซึ่งก่อนหน้านี้เภสัชกรได้ให้คำแนะนำปรึกษา และติดตามการปรับยาผู้ใช้ยา ในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วจึงไปปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกต่อ ซึ่งในส่วนนี้แม้ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่มีผู้ป่วยบางส่วนรอไม่ได้กลับไปก่อนเวลาที่เภสัชกรขึ้นไปแนะนำ ทำให้ขาดการแนะนำในส่วนนี้ไป แม้จะให้พยาบาลทำหน้าที่แทนในกรณีนี้ แต่อาจไม่ครบถ้วนเหมือนเภสัชกรแนะนำด้วยตนเอง

9. การติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อดำเนินการตามระบบการติดตามผู้ป่วย เพื่อความต่อเนื่องของการบริหารผู้ช้ยา สามารถติดตามผู้ป่วยที่ต่อมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง โดยการติดแถบสีที่ ไอพีดีการ์ด และประสานงานกับพยาบาลที่ห้องบัตร พยาบาลผู้ซักอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ และเจ้าหน้าที่ห้องยา

การติดตามผู้ป่วยจำเป็นในการติดตามผลการให้บริบาลผู้ป่วย และติดตามการตอบสนองต่อ ยาของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาใหม่ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าระบบการติดตามผู้ป่วยนี้ได้ผลพอสมควร ส่วนใหญ่แล้วพยาบาลไม่ลืมที่จะดำเนินการให้ กลับเป็นเจ้าหน้าที่ห้องยาอาจลืบบ้างในเวลาที่มผู้ป่วยมาก แต่จะมีการตรวจโดยเภสัชกรอีกครั้งหนึ่งเมื่อจะจ่ายยาให้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จึงสามารถติดตามได้ ปัญหาที่ควรระวังคือ การเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล จึงควรแจ้งให้หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกทราบ และให้ช่วยประสานงานเมื่อมีการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน

โดยสรุปแล้วแนวทางการดำเนินงานคล้ายคลึงกับในโรงพยาบาลอื่นทั้งในประเทศ และในของต่างประเทศในจุดหลัก คือมีการร่วมทีมการรักษาพยาบาลในการตรวจประจำวันกับแพทย์ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของเภสัชกรเองโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การประสานงานกับบุคลากรฝ่ายต่างๆ ซึ่งสามารถได้ผลการปฏิบัติตามที่คาดหวังเป็นส่วนใหญ่ทั้งในแง่ผลต่อผู้ป่วย และในด้านความยอมรับ อาจมีในบางจุดที่ต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานในการทำงานจริง เช่นการตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งแพทย์ ควรเปลี่ยนจากการให้พยาบาลคัดลอกลงใบสั่งยาเป็นการใช้สำเนา เพื่อลดขั้นตอนการทำงานลง ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ยังไม่มีการบันทึกลงในชาร์ตผู้ป่วย ซึ่งต่อไปอาจจำเป็นต้องเพิ่มเติมในส่วนนี้ โดยเฉพาะหากมีเภสัชกรปฏิบัติงานมากกว่า 1 คน

หมายเหตุ : MAR (Medication Administration Record) หมายถึง ใบบันทึกการบริหารยาของพยาบาล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เวลาการปฏิบัติงานประจำวันด้านการบริหารเภสัชกร

8.30 น. - 9.00 น.	ร่วมทีมการรักษาประจำวันกับแพทย์
9.00 น. - 10.30 น.	ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย ที่ผ่านการคัดกรอง
10.30 น. - 11.00 น.	ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยกลับบ้านที่หอผู้ป่วย และมีเภสัชกรประจำโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการให้คำแนะนำผู้ป่วยแทนในช่วงเวลานี้
11.00 น. - 11.30 น.	ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรอง
11.30 น. - 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 น. - 15.00 น.	ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ในการติดตามการสั่งยา การคัดลอก การบริหารยา การพูดคุยสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการติดตามการตอบสนองต่อการให้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล
15.00 น. - 16.00 น.	เวลาว่างในการปรึกษากับเภสัชกรประจำโรงพยาบาล ในเรื่องการจัดทำงานด้านการบริหารเภสัชกรในโรงพยาบาล สัมภาษณ์คณบดีประจำหน่วยงานต่างๆ และค้นหาข้อมูลจากคำถามด้านยาที่ไม่ต้องการคำตอบเร่งด่วน ศึกษาข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย และวางแผนการบริหารที่จำเป็น

หมายเหตุ : 1. การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาสามารถอยู่ได้ในทุกช่วงของเวลาการปฏิบัติงาน
2. เวลาในตารางเป็นเวลาโดยประมาณ

จะพบว่าการบริหารเภสัชกรอย่างต่อเนื่องต้องใช้เวลาตลอดเวลาการทำงานใน 1 วัน ดังนั้นแล้วการมีเภสัชกรเพียง 1 คนจะไม่สามารถทำได้ครบถ้วนเพราะต้องปฏิบัติงานในส่วนอื่นด้วย

การแบ่งช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่นในการตรวจประจำวันร่วมกับแพทย์ในตอนเช้า ต่อมาเมื่อแพทย์ไปตรวจผู้ป่วยนอกเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการจำนวนมาก เป็นช่วงเวลาที่ต้องใช้ในการติดตามบริหารเภสัชกรที่มารับการรักษาต่อเนื่องจากการเป็นผู้ป่วยใน และต่อมาเมื่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยซึ่งได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้รับยากลับบ้านแล้วเป็นเวลาที่เภสัชกรต้องให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ซึ่งเนื่องจากไม่มีเภสัชกรที่ทำหน้าที่เฉพาะดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องประสานงานกับเภสัชกรประจำโรงพยาบาล เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยนอกในการติดตามบริหารต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย หรือให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยตามเกณฑ์

การคัดเลือก แล้วผู้วิจัยจึงกลับมาทำหน้าที่ต่อ เมื่อเวลาบ่ายซึ่งผู้ป่วยนอกน้อยเป็นช่วงเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานบริหารดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าบางวันอาจใช้เวลามาก ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยและความยากง่ายในการระบุปัญหาจากการใช้ยา ตามสภาวะของผู้ป่วยและความจำเป็นในการใช้ยา และการดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาจากการใช้ยา ถ้าหากมีเวลาว่างเหลือในช่วงบ่ายซึ่งส่วนใหญ่จะมีเวลา จะเป็นช่วงเวลาที่ใช้ในการปรึกษากับเภสัชกรโรงพยาบาลในการวางแผนการบริหารดูแลผู้ป่วย การวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานในส่วนต่างๆของฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการบริหารดูแลผู้ป่วย และการวางแผนการปฏิบัติงานเมื่อโรงพยาบาลจะมีเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานจริง 2 คน อีกทั้งเป็นเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานในส่วนของการกระจายยา การค้นข้อมูลเพื่อตอบคำถามด้านยาที่ไม่ต้องการคำตอบเร่งด่วน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 : ผลการดำเนินงานในส่วนของการบริหารผู้ช้ยา

ข้อมูลทั่วไป

จากผลการวิจัยในช่วงเวลาเดือน มีนาคม 2538 - ธันวาคม 2538 เกสัชกรสามารถให้การ
บริหารผู้ช้ยาในผู้ป่วยในทั้งสิ้น 212 ราย ดังแสดงรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการบริหาร

ลักษณะ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
อายุ		
0 - 10 ปี	34	16.0
11 - 20 ปี	26	12.3
21 - 30 ปี	18	8.4
31 - 40 ปี	19	8.9
41 - 50 ปี	19	8.9
51 - 60 ปี	26	12.2
มากกว่า 60 ปี	70	33.0
รวม	212	100
เฉลี่ย	42.5 ± 25.9	
ค่ากลาง	44	
เพศ		
ชาย	111	52.4
หญิง	101	47.6
รวม	212	100

ลักษณะ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วย
อาชีพ		
งานบ้าน	53	25.0
นักเรียน	23	10.8
ทำสวน	72	33.9
เด็กในความปกครอง	22	10.4
ทำนา	5	2.4
รับจ้าง	21	9.9
สมณะ	3	1.4
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.5
ประมง	10	4.7
ค้าขาย	2	0.1
รวม	212	100
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	192	90.6
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	14	6.6
สูบ ยังไม่เลิก	6	2.8
รวม	212	100
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	194	91.5
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	13	6.1
ดื่ม ยังไม่เลิก	5	2.4
รวม	212	100
เสพติดสิ่งอื่น ๆ		
ไม่เสพ	202	95.3
เคยเสพแต่เลิกแล้ว	8	3.8
เสพ ยังไม่เลิก	2	0.9
รวม	212	100

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในกลุ่มมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อายุผู้ป่วยโดยเฉลี่ย เท่ากับ 42.5 ± 25.9 ปี ค่ากลางคือ 44 ปี จำนวนของผู้ป่วยชาย และหญิงใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน ซึ่งเป็นเพราะเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดอื่นๆ บ้าง เช่น ใบกระท่อม ในผู้ป่วย เอดส์ มีผู้เคยเสพเฮโรอีน

ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคต่างๆกัน เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ใช้เลือดออก มาเลเรีย หรือมาด้วยอาการต่างๆ เช่น ปวดท้อง ท้องร่วง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผู้ป่วยบางคนมีมากกว่า 1 โรค แสดงจำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็นขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

จำนวนโรค	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1	151	71.3
2	47	22.2
3	14	6.6
รวม	212	100

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดียว แต่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 28.8 ที่เป็นมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ซึ่งในผู้ป่วยเหล่านี้ การให้ยาจะซับซ้อนมากขึ้น จำนวนรายการยาที่ใช้จะมากขึ้นตามไปด้วย การติดตามบริหารยาผู้ป่วยต้องมีความละเอียดมากขึ้น และต้องให้ความสนใจมากเป็นพิเศษเพราะเป็นกลุ่มที่อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ง่าย ดังผลแสดงโรคประจำตัวของผู้ป่วยในตารางที่ 8

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่มารับการบริบาลในแผนกผู้ป่วยใน

โรคประจำตัว	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ลมชัก	5	2.4
เบาหวาน	14	6.6
ความดันโลหิตสูง	20	9.9
หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	13	6.1
หัวใจขาดเลือด	4	1.8
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	1	0.5
เส้นเลือดในสมองแตก	2	0.9
โรคกระเพาะอาหาร	12	5.7
หอบหืด	8	3.8
ไตวายเรื้อรัง	3	1.4
เอดส์	7	3.3
วัณโรค	2	0.9
หัวใจวาย	7	3.3
โลหิตจาง	1	0.5
SLE	2	0.9
ต่อมลูกหมากโต	3	1.4
ตับอักเสบ	1	0.5
โรคของหน่วยไต	1	0.5
รวม ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว	100	47.2
ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว	112	52.8
รวมผู้ป่วยทั้งสิ้น	212	100

โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง 20 ราย (ร้อยละ 9.9) รองลงมาคือโรคเบาหวาน 14 ราย (ร้อยละ 6.6) และผู้ป่วย 1 ราย มีผู้มโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคได้ เช่นมีทั้ง ไตวายเรื้อรัง และหลอดเลือดในสมองแตก

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 9 ต่อไปนี้

ตารางที่ 9 ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ของผู้ป่วย

ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1 - 10 วัน	183	86.3
11 - 20 วัน	24	11.3
21 วันขึ้นไป	5	2.4
รวม	212	100
	เฉลี่ย	6.3 ± 5.6 วัน
	ค่ากลาง	5 วัน
	ฐานนิยม	3 วัน

ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย อยู่ในระยะเวลาไม่เกิน 10 วัน เป็นเพราะโรคที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มาด้วยอาการของโรคที่ไม่รุนแรง ไม่ซับซ้อนจึงใช้เวลาไม่นานในการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณารายการยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล มีค่ากลางคือ 7 รายการ เฉลี่ย 7.2 ± 3.2 รายการ ฐานนิยม 5 รายการ และยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน มีค่ากลางคือ 4 รายการ เฉลี่ย 4.5 ± 3.5 รายการ จะพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น จากการศึกษาของ สุชาติ ทัศนัทกรวิน รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในโรงพยาบาลราชวิถีเฉลี่ย 30 รายการ เป็นเพราะผู้ป่วยในโรงเรียนใหญ่ในระดับนี้เป็นผู้ป่วยอาการซับซ้อน มีโรคแทรกซ้อนมากทำให้ต้องได้รับยามาก แต่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน โรคมีความซับซ้อนน้อยรายการยาที่ใช้จึงน้อย

หมายเหตุ : 1. มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุรายการยากลับบ้านได้ คือ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย ไม่ยินยอมรับการรักษาต่อ 6 ราย ส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัด 9 ราย

2. ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกรณีข้อ 1. นับถึงวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบจากการปฏิบัติงานของเภสัชกร

จากการปฏิบัติงานเภสัชกร นำข้อมูลมาแจกแจงตามนี้คือ

- (1) ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่พบจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- (2) จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาแยกตามประเภทของปัญหา

- (1.) ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่พบจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ในการวิจัยนี้มีการดำเนินการติดตามยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งสิ้น 1,534 รายการ พบปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นทั้งสิ้น 293 ปัญหา ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ให้การบริบาลสามารถแบ่งได้เป็น 9 ประเภทตามเกณฑ์ของ Hassan และ Gan (1992) จำนวนปัญหาที่พบดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาแยกตามประเภทของปัญหา

ปัญหา	จำนวนปัญหา	ร้อยละของรายการยา
1. มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้รับยา	41	2.7
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	24	1.6
3. มียาที่ถูกต้องน้อยเกินไป	18	1.2
4. มียาที่ถูกต้องมากเกินไป	27	1.8
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	66	4.3
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	35	2.3
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา	17	1.1
8. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา	20	1.3
9. อื่นๆ	45	2.9
รวม	293	19.1

ปัญหาจากการใช้ยาพบทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 19.1 ของรายการยาที่สำรวจ ปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ **ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง** ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น พยาบาลไม่ได้รับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา รองลงมาเป็นปัญหาอื่นๆ เช่น ในการสั่งยาแพทย์สั่ง Phenobarbital gr. V เนื่องจากแพทย์จำไม่ได้ว่ายา มีขนาดเท่าไร ซึ่งมีเฉพาะ gr. 1 และ gr. 1/2 เมื่อได้ซักถามก็พบว่าในความเป็นจริงแพทย์ต้องการ Phenobarbital gr.1 **มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้รับยา** อาจเกิดได้จากไม่ได้รับยาในการรักษาปัญหา

เดิมของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ แต่มีโรคกระเพาะอาหารอยู่เดิม และแพทย์ยังไม่ได้ให้ยาในการรักษา หรืออาจเป็นปัญหาใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยมาด้วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ต่อมามีความดันโลหิตสูง แพทย์ยังไม่ได้รักษา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่นผู้ป่วยปวดท้องจากยาแก้ปวด ใจสั่นจาก Aminophylline เกิดการกดการหายใจจากยา Tramadol ผู้ป่วยแพ้ยา มีการใช้ยาที่ถูกต้องมากเกินไป อาจเกิดได้ทั้งการที่แพทย์สั่งยาในขนาดที่สูงเกินไป หรือเกิดจากการให้ยาเป็นระยะเวลาานานเกินไป หรือเกิดจากแพทย์เปลี่ยนตารางการให้ยาแล้ว แต่พยาบาลยังไม่ได้เปลี่ยน ทำให้ยาที่ได้รับมากกว่าที่แพทย์สั่ง การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม เช่นเลือกใช้ยา Ibuprofen ลดไข้ในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ไข้เลือดออก การให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ เนื่องจากแพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยแพ้ยานั้น ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา เช่นการให้ยาปฏิชีวนะโดยที่ไม่มีอาการ หรืออาการแสดงว่ามีการติดเชื้อ มียาที่ถูกต้องน้อยเกินไป เกิดได้ทั้งจากการสั่งยาของแพทย์ที่ให้ขนาดยาดำเกินไป อาจเนื่องมาจากคำนวณขนาดยาผิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก หรือจากการจำขนาดยาผิด หรือเกิดจากการที่เมื่อแพทย์เปลี่ยนขนาดยาให้มากขึ้นแล้ว แต่พยาบาลยังไม่ได้เพิ่มเนื่องจากความคลาดเคลื่อนในการคัดลอก การเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา มีทั้งแบบที่เกิดขึ้น แล้ว หรือที่ต้องป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น จากหนังสืออ้างอิงที่บ่งชี้ว่าอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น

ปัญหาเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลงอันเนื่องมาจากการใช้ยา ควรมีผู้ร่วมรับผิดชอบดูแลโดยเฉพาะ

เมื่อพิจารณาการเกิดปัญหาประเภทต่างๆ ตามขั้นตอนของกระบวนการใช้ยาแสดงได้ดังตารางที่ 11

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ชนิดของปัญหาจากการใช้ตามขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา

ปัญหา	ผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล		ส่งยา		คัดลอกคำสั่งใช้ยา		บริหารยา		จ่ายยา		ติดตามการใช้ยา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	4	1.4	24	8.2	0	0	0	0	0	0	13	4.4	41	14
2	0	0	12	4.1	0	0	0	0	0	0	12	4.1	24	8.2
3	0	0	4	1.4	5	1.7	4	1.2	0	0	5	1.7	18	6.1
4	1	0.3	6	2	12	4.1	2	0.7	0	0	6	2	27	9.2
5	22	7.5	2	0.7	24	8.2	7	2.4	5	1.7	6	2	66	22.5
6	6	2	1	0.3	0	0	0	0	0	0	28	9.6	35	11.9
7	2	0.7	15	5.1	0	0	0	0	0	0	0	0	17	35
8	9	3.1	11	3.8	0	0	0	0	0	0	0	0	20	6.8
9	5	1.7	25	8.5	5	1.6	1	0.3	3	1	6	2	45	15.3
รวม	49	16.7	100	34.1	46	15.6	14	4.8	8	2.7	76	25.9	283	100

หมายเหตุ : ประเภทของปัญหาแต่ละประเภทหมายเลข 1 - 9 มีความหมายว่า ดังนี้

1. มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้รับยา
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม
3. มียาที่ถูกต้องน้อยเกินไป
4. มียาที่ถูกต้องมากเกินไป
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง
6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา
8. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา
9. อื่นๆ

ความหมายของประเภทของปัญหาจากการใช้ยานี้จะใช้ในตารางอื่นๆ หลังจากนั้นต่อไปทุกตารางที่มีประเภทของปัญหา

ปัญหาที่พบมากที่สุดพบในขั้นตอนการสั่งยาของแพทย์ ซึ่งพบปัญหาได้ทุกประเภท ที่พบมากที่สุดคือ ประเภทที่ 9 เกิดปัญหาแบบอื่นๆ มักเป็นคำสั่งใช้ยาที่ไม่ชัดเจน หรือไม่ระบุขนาดยา การสั่งยาซ้ำซ้อน ส่วนกรณีมีข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับยานั้น มีทั้งกรณีปัญหาเดิม เช่นผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง มี Hematocrit ต่ำยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มาด้วยอาการอื่น ทำให้ลืมรักษาความดันโลหิตสูงไป ปัญหาใหม่ เช่น ผู้ป่วยที่ความดันสูงขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ยังไม่ได้รับการรักษา หรือการให้ยาเพื่อป้องกัน เช่นกรณีผู้ป่วยรับ Furosemide ควรให้ Potassium chloride ป้องกันภาวะ Hypokalemia ส่วนปัญหาอื่นๆ เช่นการสั่งยาขนาดต่ำเกินไป หรือสูงเกินไป สั่งยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยมีภาวะไตวายรุนแรง ไม่ควรสั่งยาในกลุ่ม Aminoglycoside การสั่งยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เช่นผู้ป่วยใช้หัวใจใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล จากการใช้ยาด้วยตัวผู้ป่วยเอง พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือประเภทการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง จากการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดยามา 1 เดือน ต้องเข้ามามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการความดันโลหิตสูงรุนแรง ส่วนปัญหาอื่นๆ เช่น ได้รับยาน้อยเกินไป เช่นผู้ป่วยใช้ยาสุดพ่นแก้หอบหืดไม่ถูกวิธีทำให้ได้ปริมาณยาน้อยเกินไป การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่นอาการปวดท้องจากการรับประทานยาแก้ปวด ใจสั่นจากการรับประทานยา Terbutaline การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา เช่นผู้ป่วยโรคหอบหืดลดยาลดกันเรื้อรัง รับประทานยา Theophylline แต่ยังไม่หยุดสูบบุหรี่ การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เช่นผู้ป่วยกินยาชุด อื่นๆ เช่นผู้ป่วย เป็นโรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่หยุดดื่มเหล้า

ในขั้นตอนการคัดลอกมีการคัดลอกหลายขั้นตอนคือ ลอกจาก คำสั่งแพทย์ - ใบสั่งยา , คำสั่งแพทย์ - MAR , คำสั่งแพทย์ - คาร์เด็กซ์ , คำสั่งแพทย์ - บัตรยา ซึ่งการคัดลอกของพยาบาลเมื่อรับคำสั่งแพทย์จะลอกลงใน คาร์เด็กซ์ ก่อน แล้วจะใช้คาร์เด็กซ์เป็นเครื่องมือในการทำงานทั้งหมด โดยจะดูจากในคาร์เด็กซ์ ในการลอกลงขั้นตอนอื่นๆ จึงพบว่าถ้าใน คาร์เด็กซ์ มีการคัดลอกที่คลาดเคลื่อนแล้ว ใน MAR ใบสั่งยา บัตรยา มักจะคลาดเคลื่อนไปด้วย และมีผลให้การบริหารยาคลาดเคลื่อนไปด้วย เช่นการไม่ได้รับคำสั่งแพทย์ที่สั่งใหม่ในวันต่อมา การรับคำสั่งแพทย์ไม่ครบ การเขียนชื่อยาผิดชนิด แผนการให้ยาผิด ซึ่งข้อมูลตามตารางจะลงเฉพาะว่าเป็นความคลาดเคลื่อนของการคัดลอกจากคำสั่งแพทย์ - คาร์เด็กซ์ ส่วนความคลาดเคลื่อนของการคัดลอกในส่วนอื่นๆ และขั้นตอนการบริหารยา จะหมายถึงเป็นความคลาดเคลื่อนเฉพาะของขั้นตอนนั้นๆ แม้ในคาร์เด็กซ์ จะถูกต้อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อนใน MAR ซึ่งเป็นใบลงชื่อหลังการบริหารยาของพยาบาล แต่พบว่าในส่วนนี้ไม่ได้ใช้เพื่อเป็นประโยชน์จริง ถ้ามีการคัดลอกคลาดเคลื่อนมักมีการลงชื่อตามกันต่อๆมา ทำให้คลาดเคลื่อนไปเรื่อยๆ ซึ่งจากการไม่ใช้ส่วนนี้จึงทำให้มีปัญหา การบริหารยาซ้ำ และปัญหาการไม่ได้บริหารยาของพยาบาลขึ้นเนื่องจากตรวจสอบไม่ได้

ในขั้นตอนการบริหารยามักเป็นความคลาดเคลื่อนต่อเนื่องมาจากขั้นตอนการคัดลอกจาก คำสั่งแพทย์ - คาร์เด็กซ์ หรือเกิดจากการบริหารยาเอง เช่น จัดยาให้ผู้ป่วยผิดคน ลืมจัดยาให้ผู้ป่วย บริหารยาซ้ำกัน ลืมต่อสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ ลืมผสมยา เช่น Aminophylline ในสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ

การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ มีการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม เช่นพบว่า ยาปฏิชีวนะที่เลือกใช้ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ การใช้ยาที่ถูกต้องน้อยเกินไป เช่นยาลดความดันทำให้ไม่สามารถลดความดันโลหิตได้ อาจต้องเพิ่มขนาดยา เพิ่มชนิดยา หรือเปลี่ยนยา การให้ยามากเกินไป เช่นเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจนถึงปกติควรหยุดยา Dopamine

ในขั้นตอนการจ่ายยาจากห้องยามีปัญหาเกิดจากการไม่ได้รับยามากที่สุด ซึ่งเกิดจากทั้งไม่มียา ในคลังยา ห้องยาจัดยาไม่ครบ จัดยาผิดชนิด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะของปัญหาจากการใช้ยา

จากปัญหาจากการใช้ยาที่พบทั้งหมดแต่ละประเภท พบว่ามีลักษณะต่าง ๆ กันสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้คือ

1. การไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา

ตารางที่ 12 ลักษณะของปัญหาการไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา

ลักษณะ	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละของปัญหา จากการใช้ยาทั้งหมด
1. ไม่ได้ให้ยารักษาภาวะเจ็บป่วยเดิม	19	6.4
2. ไม่ได้ให้ยารักษาภาวะเจ็บป่วยใหม่	13	4.4
3. หยุดยาที่ใช้รักษา	1	0.3
4. ไม่ได้รับยาเพื่อการป้องกัน	6	2.0
5. ไม่ได้รับยาเสริมฤทธิ์ในการรักษา	2	0.7
รวม	41	13.9

การไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่พบมากที่สุดคือไม่ได้รักษาภาวะเจ็บป่วยเดิม อาจเกิดจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยโรคมากกว่า 1 โรคและแพทย์ให้ความสำคัญกับโรคที่ความรุนแรงทางคลินิกมากกว่า และอาจจะลืมจากการที่แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย เนื่องจากมีจำนวนแพทย์น้อยเมื่อเทียบกับภาระงาน ต้องรับผิดชอบการตรวจผู้ป่วยนอกด้วย การไม่ได้รักษาภาวะเจ็บป่วยใหม่พบรองลงมา อาจเกิดจากแพทย์ไม่ได้สังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยใหม่เกิดขึ้น หรืออาจรอดูอาการผู้ป่วยแล้วลืมในการตรวจรักษาครั้งต่อไป และการเปลี่ยนแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย ก็มีปัญหาจากการขาดความต่อเนื่อง และการตัดสินใจในการรักษาที่ไม่เหมือนกัน และในกรณีของแพทย์ผู้มาทำการตรวจรักษาแทนแพทย์เจ้าของไข้ อำนาจในการตัดสินใจจะน้อย นอกจากนี้พบการไม่ได้รับยาเพื่อการป้องกัน เช่นไม่ได้ให้ Potassium เสริม ในผู้ป่วยที่ได้รับ Furosemide และ Digoxin ไม่ได้รับยาเสริมฤทธิ์ในการรักษาเช่น ไม่ได้รับ ปฏิชีวนะชนิดฆ่าเชื้อ Anaerobe ในโรค Pelvic Inflammatory Disease ซึ่งมักเกิดจากเชื้อหลายชนิด และผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังจากให้ยาแบบเดิม

2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม

ตารางที่ 13 ลักษณะปัญหาการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม

ลักษณะ	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละของปัญหา จากการใช้ยาทั้งหมด
1. ใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล	7	2.4
2. ไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิผลที่สุด	5	1.7
3. ใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้	11	3.8
4. ใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้	1	0.3
รวม	24	8.2

การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ที่พบมากที่สุดคือการใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ เช่นการให้ สารน้ำที่มี Dextrose ในผู้ป่วยเบาหวาน การเลือกใช้ยาแก้ไอที่กดการไอในผู้ป่วย หลอดลมอุดกั้นเรื้อรังที่มีเสมหะ มาก นอกจากนี้พบการใช้ยาที่ไม่ได้มีประสิทธิผลสูงสุด เช่น การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม การเลือกใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล เช่นการเลือกใช้อัลดอสเตอโรนในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ไม่ตอบสนอง จำเป็นต้องเปลี่ยนยา ซึ่งในส่วนของเภสัชกรสามารถเป็นผู้ช่วยเลือกยาที่เหมาะสมได้ มีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ เนื่องจากแพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยแพ้ยา และไม่คิดว่าอาการทางผิวหนังของผู้ป่วยขณะนั้นเกิดจากการแพ้ยา ซึ่งเมื่อเภสัชกรให้ข้อเสนอแนะก็ได้รับการยอมรับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ได้รับยาที่ถูกต่อน้อยเกินไป

ตารางที่ 14 ลักษณะปัญหาได้รับยาที่ถูกต่อน้อยเกินไป

ลักษณะ	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละของปัญหา จากการใช้ยาทั้งหมด
1. ขนาดยาต่ำเกินไป	8	2.7
2. ช่วงเวลาการบริหารยายาวเกินไป	6	2.1
3. การใช้ยาไม่ถูกเทคนิค	1	0.3
4. เวลาในการบริหารยาสั้นเกินไป	3	1.0
รวม	18	6.1

การได้รับยาที่ถูกต่อน้อยเกินไป พบมากที่สุดคือ ขนาดยาต่ำเกินไป เนื่องจากความแม่นยำในขนาดยา ของยาแต่ละชนิดกับแต่ละโรค และการคำนวณขนาดยาที่ผิดพลาด ที่พบรองลงมาคือช่วง การบริหารยายาวเกินไป เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์ของพยาบาล คือเมื่อแพทย์ มีการเปลี่ยนช่วงเวลาการใช้ให้ยา ให้ช่วงเวลานั้นเข้า เพื่อเป็นการเพิ่มขนาดยาให้ผู้ป่วย แต่พยาบาล ไม่ได้รับคำสั่งนั้น หรืออาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกตั้งแต่ตอนแรก เวลาในการบริหาร ยาสั้นเกินไป เกิดจากการหยุดยาของแพทย์เอง พบการสั่งให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ครบเทอมการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยใช้ลดลงแล้ว การใช้ยาไม่ถูกเทคนิคเกิดจากตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถใช้ยา สุดพ่นแก้หอบได้ทำให้ได้รับยาไม่เพียงพอ ต้องสอนวิธีใช้จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาเป็น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป

ตารางที่ 15 ลักษณะปัญหาได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป

ลักษณะ	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละของปัญหา จากการใช้ยาทั้งหมด
1. ขนาดยาสูงเกินไป	4	1.4
2. ช่วงเวลาการบริหารยาสั้นเกินไป	9	3.1
3. ให้ยาระยะเวลานานเกินไป	12	4.1
4. จากรูปแบบยา	2	0.7
รวม	27	9.2

การได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป ที่พบมากที่สุดเกิดจาก ให้ยาเป็นระยะเวลานานเกินไป ซึ่งเกิดจากทั้งการสั่งยาของแพทย์ที่ให้ยาวนานเกินไป และจากการคัดลอกของพยาบาลที่คลาดเคลื่อน เมื่อแพทย์สั่งหยุดยาแล้วพยาบาลไม่ได้หยุดบริหารยานั้น รองลงมาคือช่วงการบริหารยาสั้นเกินไป เกิดจากสาเหตุเดียวกัน คือทั้งจากแพทย์ให้ยาในช่วงเวลาสั้นเกินไป และการคัดลอกคำสั่งแพทย์ที่คลาดเคลื่อนทั้งในตอนแรก และเมื่อแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่ง จากรูปแบบยาเกิดจากความเข้าใจผิดในขนาดยาของแพทย์ ซึ่งจำการให้ยาเป็นเม็ด และเมื่อเขียนขนาดยาเขียนผิดไป เช่น Metronidazole (500) 2 × 3 ซึ่งความเป็นจริงแล้วแพทย์ต้องการสั่ง Metronidazole (200) 2 × 3 และพยาบาลพยายามจัดยาจนได้ขนาดที่แพทย์สั่งเพราะคิดว่าแพทย์สั่งถูกต้องแล้ว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง

ตารางที่ 16 ลักษณะปัญหาไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง

ลักษณะ	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละของปัญหา จากการใช้ยาทั้งหมด
1. ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์	31	10.6
2. จากการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (รวม)	(35)	(11.9)
2.1 ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยา	10	3.4
2.2 ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา	1	0.3
2.3 สับสนจากจำนวนรายการยามากเกินไป	1	0.3
2.4 ระยะเวลาการใช้ยานาน	4	1.3
2.5 จากช่วงเวลาการบริหารยา	3	1.0
2.6 กลัวอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3	1.0
2.7 ไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น	9	3.1
2.9 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย	4	1.3
รวม	66	22.5

การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่งเกิดจาก 2 สาเหตุใหญ่คือ ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์ เช่นการไม่ได้รับคำสั่งแพทย์ที่สั่งเพิ่มในวันใหม่ของพยาบาล หรือการคัดลอกที่คลาดเคลื่อนในขั้นตอนต่างๆ ทำให้คำสั่งใช้ยาบางอย่างถูกละเลยไป และจากการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาล และก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาก่อนมาโรงพยาบาล อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยมาโรงพยาบาล หรือทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งทำให้แพทย์คาดการณ์ ทำนายความเจ็บป่วย และวางแผนการรักษาได้ยากขึ้น ซึ่งการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุต่างๆกันที่พบมากที่สุดคือ พบว่าผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยา ไม่ทราบว่าจะถ้าหากปล่อยให้อาการของโรคเกิดต่อไป แล้วจะมีผลเสียอย่างไร รองลงมาคือเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยา บางรายเกิดจากเมื่อผู้ป่วยใช้ยาเป็นระยะเวลาานทำให้ผู้ป่วยเบื่อต่อการใช้ยา ช่วงเวลาบริหารยามีผลต่อผู้ป่วยเช่นกัน การบริหารยวันละ หลายครั้ง มีผลทำให้การไม่ใช้ยาตามสั่งเพิ่มมากขึ้นกว่าการบริหารยวันละน้อยครั้งกว่า ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องปรับตารางการให้ยาใหม่ ผู้ป่วยบางรายกลัวอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทำให้ไม่ยอมใช้ยา

ตามสั่ง เช่นไม่ใช้ Theophylline เพราะใจสั้น ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยาทำให้ไม่สามารถใช้ยาได้ถูกต้อง เช่น ยาสูดพ่นแก้หอบหืด ยาที่ต้องผสมน้ำเวลาใช้ การใช้ยาหยุดตา บางรายได้รับยาปริมาณมากทำให้เกิดความสับสนในการใช้ยา และในผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำ และสายตาไม่ดีอ่านคำอธิบายหน้าของไม่เห็น ซึ่งในผู้ป่วยในขณะที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก็พบปัญหาทำนองเดียวกัน มีผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากทราบว่ายาก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้จึงไม่รับประทานยาที่พยาบาลจัดให้ หรือมีทัศนคติที่ทำให้ไม่ยอมรับประทานยา

พบว่า การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง พบได้จากการใช้ยาของผู้ป่วยเองมากกว่าจากความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์ ดังนั้นเภสัชกรต้องระมัดระวังในการบริหารการใช้ยาในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วยเอง และเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำโดยพยายามดูแลตนเองโดยให้ความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการใช้ยา และความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค

6. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ตารางที่ 17 ลักษณะปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เป็นอาการข้างเคียงของยา	25	8.5
2. เกิดการแพ้ยา	9	3.1
3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง	1	0.3
รวม	35	11.95

พบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้นในผู้ป่วยบางราย ส่วนใหญ่เป็นอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตสูงจาก Atropine ซึ่งจำเป็นต้องลดขนาดยาลง การเกิดความดันโลหิตสูงจากการใช้ยา Steroid ในผู้ป่วยหอบหืด ซึ่งต้องลดขนาดยาลงและหยุดยาไป การกตการหายใจจาก Tramadol ต้องหยุดใช้ยา นอกจากนี้พบผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา ซึ่งปัญหาที่พบทั้งกรณีที่เกิดการแพ้ยาและมาโรงพยาบาล และเกิดการแพ้ยาขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งในกรณีเหล่านี้มีทั้งที่แพทย์ทราบว่าเป็นการแพ้ยา และที่แพทย์ไม่คิดว่าเป็นการแพ้ยา ซึ่งต้องให้ข้อเสนอแนะ และพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงคือผู้ป่วยเคยเป็นโรคกระเพาะอาหารมาก่อน เมื่อได้รับยา NSAIDS ผู้ป่วยจึงเกิดอาการปวดท้องขึ้น

7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา

สำหรับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา มีทั้งที่เกิดจากอันตรกิริยาระหว่างกันของ ยา - ยา และจาก ยา - อาหาร ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่พบตั้งแต่ในขั้นตอนการสั่งยาของแพทย์ และพบได้จากการใช้ยาของผู้ป่วยเองในลักษณะของอันตรกิริยาระหว่าง ยา - อาหาร สามารถแบ่งการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยาได้เป็นแบบอันตรกิริยาที่เกิดขึ้นแล้ว กับอันตรกิริยาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ซึ่งควร ต้องป้องกันแก้ไขก่อนเกิดอาการ ซึ่งแสดงได้ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ลักษณะของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
แบ่งตามลักษณะการเกิด		
อันตรกิริยาระหว่าง ยา - ยา	15	5.1
อันตรกิริยาระหว่างอาหาร - ยา	2	0.7
แบ่งตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น		
เกิดขึ้นแล้ว	3	1.0
คาดว่าจะเกิดขึ้น	14	4.8
รวม	17	5.8

จะพบว่าเกิดการเกิดอันตรกิริยาของยา ที่พบส่วนใหญ่เป็นแบบ อันตรกิริยาระหว่าง ยา - ยา ระหว่าง ยา - อาหาร มีโอกาสพบน้อยกว่า และส่วนใหญ่อันตรกิริยาที่พบยังไม่เกิดอาการ เป็นแบบที่ คาดว่าอาจเกิดขึ้นได้ ต้องป้องกัน หรือต้องเฝ้าระวังติดตาม โดยการปฏิบัติของเภสัชกรจะอิงตาม เอกสารอ้างอิงที่ใช้ (The Medical Letter Handbook of Adverse Drug Interaction,1993 และ Drug Interaction of Clinical Importance,1995) ซึ่งในการบริหารยา ต้องให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสม ยก ตัวอย่างเช่น Digoxin - Furosemide ซึ่งการใช้ร่วมกันอาจมีผลเพิ่มพิษ Digoxin ต้องระวังระดับ Potassium จึงต้องให้ข้อเสนอแนะในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามระดับ Potassium ใน เลือด และให้Potassium เสริมเมื่อจำเป็น

8. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา

ตารางที่ 19 ลักษณะปัญหาไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้ยาในทางที่ผิด	9	3.1
2. แพทย์สั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	11	3.8
รวม	20	6.8

การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เป็นกรณีซึ่งผู้ป่วยใช้ยาในทางผิดเอง เช่นการกินยาชุด การซื้อยากินเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร และได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจากการซื้อ ยารับประทานเอง หรือเกิดจากแพทย์มีการสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ มักเกิดจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็นโดย นอกจากนี้มีการสั่งใช้ยาลายชนิดเกินความจำเป็นในผู้สูงอายุที่เกิดอาการเวียนศีรษะเป็นต้น

9. อื่นๆ มีปัญหาจากการใช้ยาเกิดขึ้นในลักษณะอื่น นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่

ตารางที่ 20 ลักษณะปัญหาจากการใช้ยาประเภทอื่นๆ

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน	10	3.4
2. รูปแบบยาไม่เหมาะสม	2	0.7
3. คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน	11	3.8
4. ไม่มียาในคลังยา	4	1.4
5. อื่นๆ	18	6.1
รวม	45	15.4

ปัญหาอื่นๆ ที่พบมากที่สุดได้แก่ คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจนจากลายมือแพทย์อ่านยาก และ พยาบาลไม่ทราบชื่อยาอย่างแน่ชัด เช่น เมื่อแพทย์สั่งยา Artane® แต่พยาบาลคัดลอกเป็น Atarax® หรือบางครั้งเมื่ออ่านลายมือแพทย์ไม่ออก พยาบาลเว้นรายการที่คัดลอกนั้นไว้ และลืมในที่สุด อาจ

เกิดจากแพทย์เองเขียนไม่ครบถ้วน เช่นไม่ระบุขนาด ไม่ระบุแผนการให้ยา รองลงมาได้แก่การสั่งยาซ้ำซ้อน ที่ข้อบ่งชี้ในการใช้เหมือนกัน เช่นการสั่งยาแก้ไอหลายชนิดในผู้ป่วย 1 ราย การสั่งยาชนิดเดียวกันทั้งยาฉีด และยารับประทาน เกิดจากการไม่มียาในคลังยาในรูปแบบนั้นเช่นไม่มียาฉีด Verapamil ไม่มี Nystatin Suspension ซึ่งต้องแก้ปัญหาโดยการยืมยา หรือ การให้ยาในรูปแบบอื่น และการสั่งให้ยาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม เช่นในอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงบางอย่างไม่จำเป็นต้องใช้ยาฉีด ควรเปลี่ยนเป็นใช้ยารับประทาน นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ เช่นการตัดลอกแผนการให้ยาจาก ก่อนอาหารเป็นหลังอาหาร เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้จะส่งผลเป็นปัญหาการให้ยาประเภทต่างๆต่อไปได้

การเกิดปัญหาจากการให้ยา ในผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีรายการที่ได้รับ จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล ต่างกัน แสดงการเกิดปัญหาจากการให้ยาได้ตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับและการเกิดปัญหาจากการให้ยา

จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ (รายการ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิดปัญหา	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหา	รวม
1 - 5	35	39	74
6 - 10	14	93	107
11 ขึ้นไป	5	26	31
รวม	54	158	212

จากการใช้สถิติไคสแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีค่า 27.3 โดยที่ $df = 2$ ซึ่งมีค่า $\chi^2 = 5.9$ ดังนั้นค่าจากข้อมูลอยู่ในช่วงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า ไม่มีความแตกต่างของการเกิดปัญหาจากการให้ยาจากผู้ป่วยที่ใช้ยาจำนวนรายการต่างกัน

แสดงว่าในการให้ยาในแต่ละช่วงรายการนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการหา ค่าการเสี่ยง (Relative Risk , RR.) พบว่า ในช่วงการให้ยา 6 - 11 รายการมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหามากที่สุด RR. = 6.6 รองลงมาคือ ใช้ยา 11 รายการขึ้นไปมีค่า RR. = 5.2 และการให้ยา 1 - 5 รายการมีค่า RR. = 1.2 โดยที่มีระดับความเชื่อมั่นของค่าการเสี่ยงที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval Relative Risk , CI RR.) ที่ 61.4 - 74.7 , 48.1 - 58.5 และ 10.6 - 12.9 ตามลำดับซึ่งแสดงว่าเป็นความสัมพันธ์กันจริง แบบมีความเสี่ยง

แสดงให้เห็นว่าช่วงของปริมาณที่พบว่าเกิดปัญหามากที่สุดคือเมื่อมีการใช้ยา 6 - 10 รายการซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้รายการอยู่ในช่วงนี้ (จากค่ากลางจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล 7 รายการ) และเมื่อการใช้ยารายการมากขึ้นไม่ได้ทำให้ปัญหามากขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากการเกิดปัญหาจากการใช้ยาแม้มีแนวโน้มว่า เมื่อรายการยามากขึ้นปัญหาที่เกิดขึ้นจะมากไปด้วยแต่ไม่เสมอไปเพราะการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เกิดขึ้นได้หลายแบบในหลายขั้นตอนการใช้ยา และด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน

เมื่อแสดงการเกิดปัญหาจากการใช้ยากับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเพื่อหาความสัมพันธ์ว่า ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น

ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (วัน)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิด ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด ปัญหาจากการใช้ยา	รวม
1 - 10	50	133	183
11 - 20	2	22	24
มากกว่า 20	2	3	5
รวม	54	158	212

จากสถิติไคสแควร์ จากข้อมูลมีค่า $\chi^2 = 4.6$ และที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 df=2 มีค่า $\chi^2 = 5.9$ ซึ่งค่าจากข้อมูลตกอยู่ในช่วงยอมรับสมมติฐานว่า ไม่มีความแตกต่างกันของการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการพบปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล

แสดงว่าการพบปัญหาจากการใช้ยาไม่ขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แม้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน ไม่ได้ทำให้พบปัญหาจากการใช้ยามากไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการใช้ยาที่ไม่ได้ซับซ้อนไปด้วย เช่นผู้ป่วยบางรายอยู่นานเพื่อทำแผลรอปูกลดถ่ายผิวหนัง และจากข้อมูลพบว่าช่วงระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลที่พบปัญหาจากการใช้ยามากที่สุดคือ 1-10 วัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลในช่วงนี้ ซึ่งมีจำนวนถึง 183 ราย (ร้อยละ 86.2 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าแต่ละช่วงอายุพบการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 การเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละช่วงอายุ

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิดปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา	รวม
0 - 10	9	25	34
11 - 20	12	14	26
21 - 30	5	13	18
31 - 40	5	14	19
41 - 50	7	12	19
51 - 60	3	23	26
มากกว่า 60 ปี	13	57	70
รวม	54	156	212

จากสถิติไคสแควร์ จากข้อมูลมีค่า $\chi^2 = 11.6$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 $df = 6$ มีค่า $\chi^2 = 12.6$ ดังนั้นค่าจากข้อมูลตกอยู่ในช่วงยอมรับสมมติฐานว่า ไม่มีความแตกต่างกันของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาในแต่ละช่วงอายุของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นช่วงอายุของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาจากการใช้ยา

ช่วงอายุของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาจะขึ้นอยู่กับจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้มากกว่า และยังขึ้นอยู่กับสภาวะโรคของผู้ป่วยนั้น พบว่าช่วงอายุที่พบจำนวนปัญหาจากการใช้ยามากที่สุดคือผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษายู่ในช่วงอายุนี้คือมีถึง 70 คน (ร้อยละ 33.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) และในช่วงของเด็กคืออายุ 0 - 10 ปี ซึ่งมีจำนวนผู้มารับการรักษามากรองลงมา พบว่าเกิดปัญหาคือขึ้นในจำนวนรองลงมา

จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาแยกตามประเภทของปัญหา

พบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย 158 ราย จาก 212 ราย (ร้อยละ 74.5) ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งเมื่อแบ่งปัญหาที่เกิดขึ้นตามประเภทของปัญหา ตามแนวทางของ Hassan และ Gan (1992) จะพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาประเภทต่างๆ ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนผู้ป่วยที่พบจำแนกตามประเภทของปัญหา

ประเภทของปัญหา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด
1. มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้รับยา	32	15.0
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	14	6.6
3. ได้รับยาที่ถูกต้องน้อยเกินไป	15	7.1
4. ได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป	25	11.7
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	53	25.0
6. เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	25	11.8
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา	11	5.2
8. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา	20	9.4
9. อื่นๆ	43	20.3
รวม	158	74.5

ปัญหาที่พบว่าเกิดในผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดคือ ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุด้วยกันในกระบวนการต่างๆของการใช้ยา เช่นเกิดจากการที่ห้องยาไม่มียาที่แพทย์สั่ง เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ เกิดจากการที่พยาบาลไม่ได้บริหารยา หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยเองให้ยาตามสั่ง ซึ่งในปัญหาเหล่านี้ บางส่วนเภสัชกรสามารถพบได้ก่อนจะเกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย แต่มีบางปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและเภสัชกรพบในภายหลังและต้องดำเนินการแก้ไข รองลงมาคือปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากปัญหา 8 ข้อข้างต้น เช่นคำสั่งใช้ยาของแพทย์ที่ไม่ชัดเจน การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน พยาบาลลง MAR ผิดวัน ผู้ป่วยเสพสารเสพติด จะเห็นว่าปัญหาต่างๆ เกิดได้จากหลายขั้นตอนการใช้ยา สามารถแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาในการใช้ยาตามกระบวนการใช้ยาต่างๆ ได้ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาจำแนกตามขั้นตอนในกระบวนการใช้ยา

กระบวนการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด
1. การใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาล	43	20.3
2. การสั่งยา	73	34.4
3. การคัดลอกคำสั่งแพทย์ (รวม)	(41)	(19.3)
3.1 คำสั่งแพทย์ - ใบสั่งยา	9	4.3
3.2 คำสั่งแพทย์ - MAR	11	5.2
3.3 คำสั่งแพทย์ - คาร์เด็กซ์	13	6.1
3.4 คำสั่งแพทย์ - บัตรให้ยา	8	3.8
4. การจ่ายยา	14	6.6
5. การบริหารยา	55	25.9
6. การติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยา	8	3.8
รวม	158	74.5

เมื่อดูจากตารางที่ 25 แสดงการเกิดปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในกระบวนการใช้ยาต่างๆ พบว่าขั้นตอนที่เกิดปัญหามากที่สุดคือ การสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งเกิดปัญหาได้ในประเภทต่างๆ เป็นได้ทั้งมีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้ยา การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม มียาที่ถูกต้องน้อยหรือมากเกินไป หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา หรืออื่นๆ รองลงมาคือการติดตามอาการผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ติดตามทั้งประสิทธิภาพในการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งแพทย์ซึ่งต้องผ่านการคัดลอกหลายขั้นตอน และปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากหลายขั้นตอนของการคัดลอก และการคัดลอกซึ่งเป็นการคัดลอกต่อกันคือในการทำงานของพยาบาลจะคัดลอกจากคำสั่งแพทย์ลงในคาร์เด็กซ์ แล้วใช้คาร์เด็กซ์เป็นเครื่องมือในการทำงานและคัดลอกต่อไป อีกทั้งบางครั้งเป็นการคัดลอกต่อกัน ทำให้ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกเกิดต่อไปเรื่อยๆ ในกรณีผู้ป่วยใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาลก็เช่นกัน อาจเกิดปัญหาได้จากการไม่ใช้ยาตามสั่ง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือการใช้ยาในทางที่ผิด

ในผู้ป่วยแต่ละรายที่เกิดปัญหาขึ้นอาจเกิดได้มากกว่า 1 ปัญหา สามารถแสดงจำนวนปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนได้ดังนี้

ตารางที่ 26 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบจำแนกตามจำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย

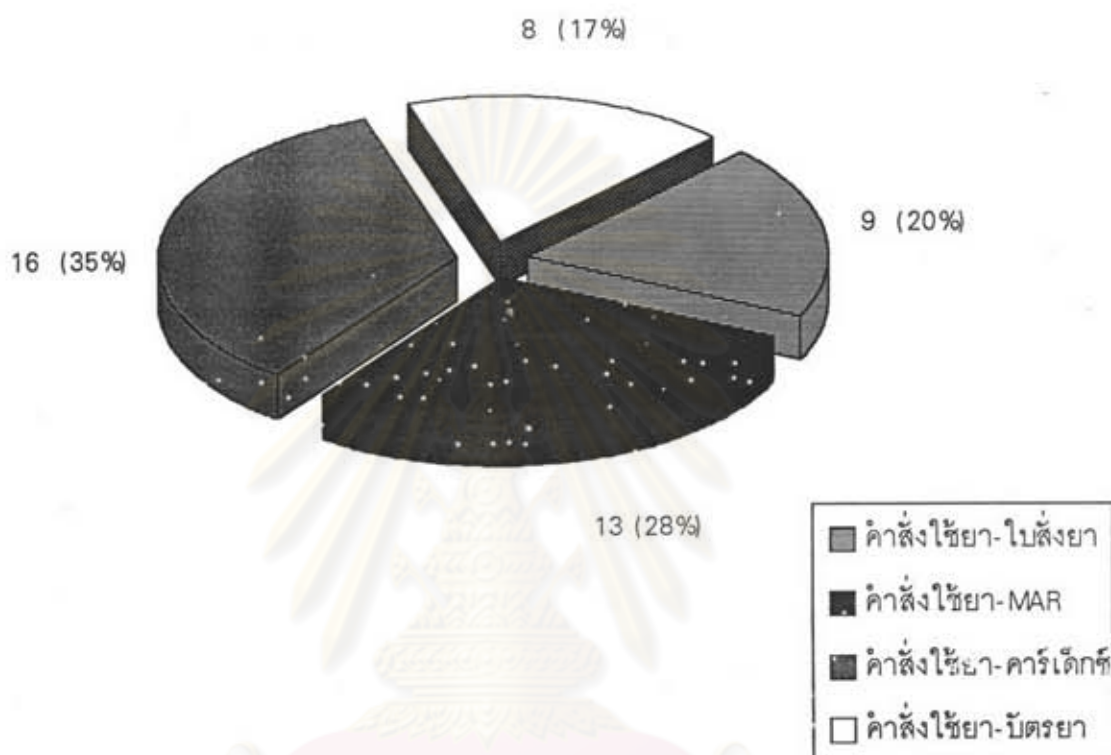
จำนวนปัญหาที่เกิดในผู้ป่วยแต่ละคน	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
0	54	25.5
1	94	44.3
2	33	15.6
3	18	8.5
4	10	4.7
5	3	1.4
รวม	212	100.0

จะพบว่ามีผู้ป่วยที่พบปัญหามากกว่า 1 ปัญหาอยู่ คิดเป็นร้อยละ 29.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนปัญหาที่พบบ่อยที่สุดต่อผู้ป่วย 1 คนคือ 5 ปัญหา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความคลาดเคลื่อนของการคัดลอกซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งเกิดขึ้น
ในขั้นตอนต่างๆกันแสดงได้ดังภาพที่ 4

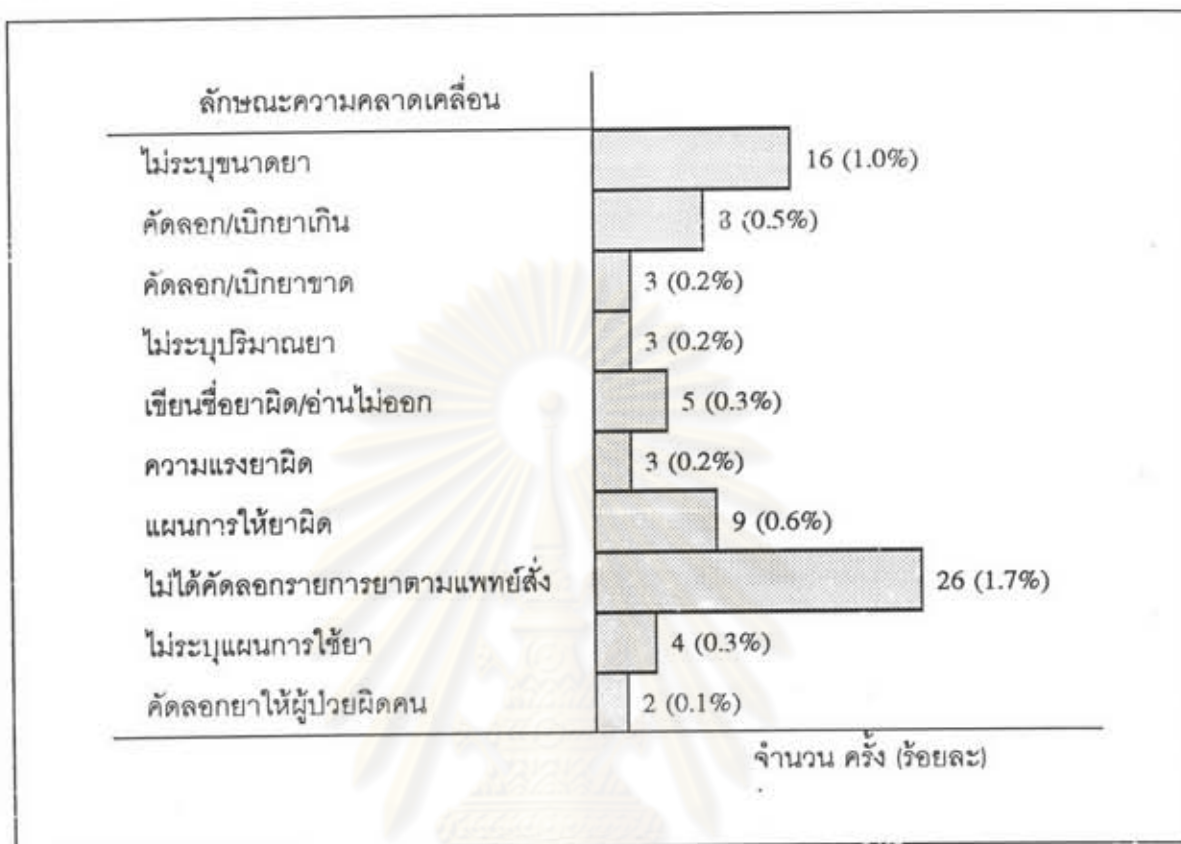
ภาพที่ 5 จำนวนความคลาดเคลื่อนของขั้นตอนการคัดลอกที่เกิดขึ้น



หมายเหตุ : ตัวเลขในแผนภูมิหมายถึง จำนวนความคลาดเคลื่อน (ร้อยละของปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด)

พบว่าความคลาดเคลื่อนในการคัดลอก จากคำสั่งใช้ยาของแพทย์ - คาร์เด็กซ์ จะส่งผลไปในขั้น
อื่นๆเนื่องจากพยาบาลใช้ คาร์เด็กซ์ในการทำงานดังกล่าวมาแล้ว และนอกจากนั้นมีความคลาด
เคลื่อนจากการคัดลอกจาก คำสั่งใช้ยา MAR ซึ่งบางครั้งเป็นการคัดลอกต่อกัน และมีการเขียนยา
ที่มีตารางการใช้ยาเหมือนกันไว้ในช่องเดียวกัน เมื่อมีการหยุดยาตัวหนึ่งโดยขีดออกไป ทำให้คิดว่า
หยุดยาอีกตัวหนึ่งด้วย การคัดลอกลงบัตรยา พบมีความคลาดเคลื่อน จากบัตรยาไม่ครบ แผนการให้
ยามืด คัดลอกยามืดชนิด และจัดวางยาให้ผู้ป่วยผิดคนเป็นต้น จากขั้นตอนการคัดลอกดังแผนภาพ
ที่ 4 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของผู้ป่วยที่ให้การบริบาลและข้อมูลจากการบันทึกความคลาดเคลื่อน
โดยเจ้าหน้าที่ห้องยา ตามที่ได้ประสานงานไว้ซึ่งความคลาดเคลื่อนไม่ได้ระบุผู้ป่วยไว้จึงแยกออกมา
แสดงผลต่างหาก พบความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์แบ่งได้ดังแผนภาพต่อที่ 5

ภาพที่ 6 จำแนกชนิดความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์



ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยา 1 รายการอาจมีความคลาดเคลื่อนได้มากกว่า 1 อย่าง เช่น ไม่ระบุทั้งปริมาณยาและแผนการให้ยา การไม่ได้คัดลอกรายการยาตามแพทย์สั่งพบมากที่สุด รองลงมาคือการไม่ระบุขนาดยา นอกจากนี้มีการคัดลอกยาขาด หรือเกินไปจากที่แพทย์ระบุ ไม่ระบุปริมาณยา เขียนชื่อยามืด หรืออ่านไม่ออก ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่พยาบาลอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก แล้วคาดเดาโดยไม่สอบถาม ความแรงยามืดคือแพทย์สั่งยาความแรงขนาดหนึ่ง แต่พยาบาลคัดลอกเป็นอีกขนาดหนึ่ง ไม่ระบุแผนการให้ยา ซึ่งยาบางชนิดเช่น ยาฉีดทำให้ไม่สามารถจ่ายยาได้ เพราะไม่รู้จำนวนที่ต้องจ่าย

สำหรับปัญหาเนื่องจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ได้ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ตรวจเช็คยาที่ได้จากห้องยาตามรายการของความคลาดเคลื่อนที่ให้ไว้ ซึ่งจะพบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำแนกชนิดของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

ความคลาดเคลื่อน	จำนวนปัญหา	ร้อยละของยา
ขนาด/ความแรงไม่ตรงตามที่ระบุ	6	0.4
จำนวนยาไม่ตรงตามที่ระบุ	2	0.1
จัดยาผิดชนิด	3	0.2
จัดยาให้ผู้ป่วยผิดคน	2	0.1
จัดยาไม่ครบชนิด	5	0.3
ฉลากยาไม่ตรงกับชนิดของยา	2	0.1
วิธีการใช้ยาผิด	6	0.4
ไม่มียาตามแพทย์สั่ง	5	0.3

ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยในการจ่ายยาจากห้องยาไปยังหอผู้ป่วยคือ ขนาด/ความแรงไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่ง Ampicillin inj. 1 gm. จ่ายขนาด 500 mg. เขียนวิธีใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่ง Bromhexine 1 ซ้อนชา 3 เวลาหลังอาหาร จ่ายยาเขียนแผนการให้ยาเป็น 1/2 ซ้อนชา 3 เวลาหลังอาหาร สำหรับความคลาดเคลื่อนในการหยิบยาให้ผิดชนิดพบว่าเป็นการหยิบผิดในยาฉีดโดยมีสาเหตุจากการนำยาที่ลักษณะ แอมพูล คล้ายกันมาไว้ใกล้เคียงกัน

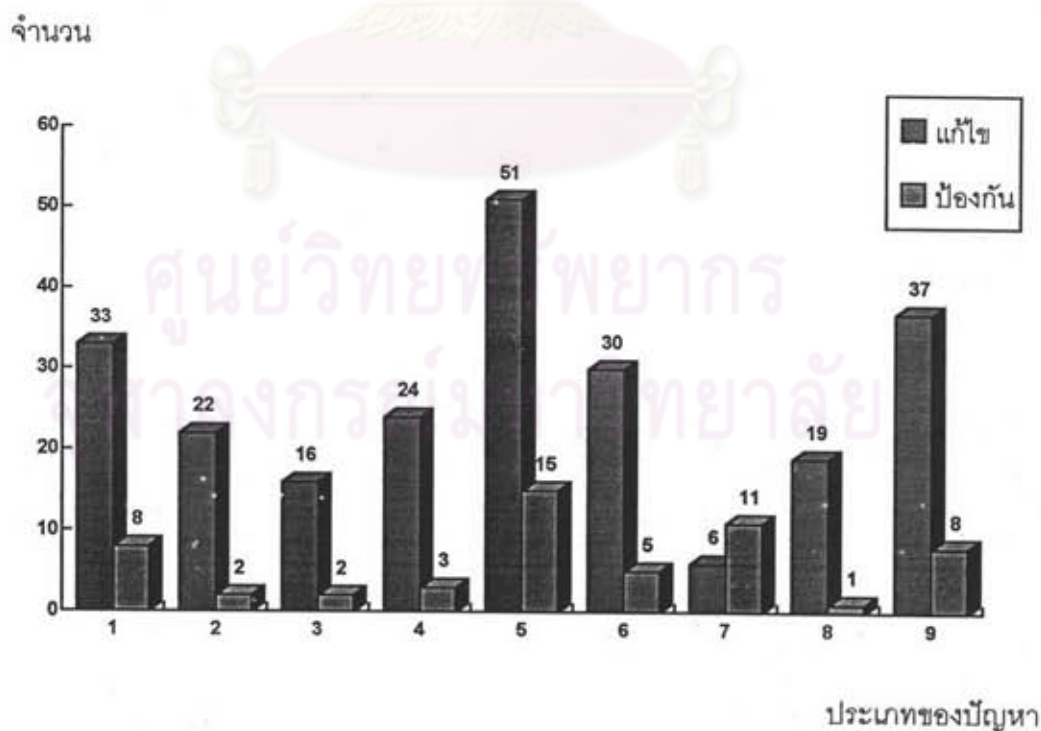
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบริหารผู้เฒ่าเมื่อมีการระบุปัญหา ปัญหานั้นอาจเกิดขึ้นแล้วต้องการการแก้ไข หรือเป็น ปัญหาที่ต้องการการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น จากปัญหาประเภทต่างๆ เกษตรกรสามารถดำเนินการบริหาร ผู้เฒ่าด้วยการป้องกัน และ แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 การจำแนกการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยาประเภทต่างๆ

ประเภท	ประเภทของปัญหาจากการใช้ยา									รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
แก้ไข	33 (11.3)	22 (7.5)	16 (5.5)	24 (8.2)	51 (17.4)	30 (10.2)	6 (2.1)	19 (6.5)	37 (12.6)	238 (81.3)
ป้องกัน	8 (2.7)	2 (0.7)	2 (0.7)	3 (1.0)	15 (5.1)	5 (1.7)	11 (3.8)	1 (0.3)	8 (2.7)	55 (18.8)
รวม	41 (14.0)	24 (8.2)	18 (6.1)	27 (9.2)	66 (22.5)	35 (11.9)	17 (5.8)	20 (6.8)	45 (15.3)	293 (100)

ภาพที่ 7 การจำแนกการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยาประเภทต่าง ๆ



จะเห็นว่าส่วนใหญ่การบริบาลผู้ช้ยาเมื่อระบุปัญหาจากการช้ยาได้ การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหา จำนวน 238 ปัญหา (ร้อยละ 81.3) ส่วนการป้องกันคิดเป็น จำนวน 55 ปัญหา (ร้อยละ 18.8) เนื่องจากในการวิจัยนี้เภสัชกรพบปัญหาหลังจากที่เกิดขึ้นแล้วเป็นส่วนใหญ่ และปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากการสั่งยาของแพทย์ และจากการบริหารยาของพยาบาล ซึ่งคาดการณ์ไม่ได้ ดังนั้นการดำเนินการของเภสัชกรคือ แก้ไขปัญหานั้น และในกรณีที่ผลของการกระทำนั้นยังไม่เกิดกับผู้ป่วย เภสัชกรจะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั้นมีผลเสียกับผู้ป่วย หรือปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยแล้วก่อนมาโรงพยาบาล เภสัชกรจะพิจารณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหานั้น หรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั้นอีก และการป้องกันปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น ไม่ให้เกิดขึ้น

จากรายการปัญหาจากการช้ยาที่ถูกระบุพบ เภสัชกรได้ดำเนินการในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการช้ยานั้น โดยได้ให้ข้อเสนอแนะลักษณะต่างๆเพื่อการป้องกัน หรือแก้ไข ตามปัญหาที่เกิดขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 29



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 ลักษณะข้อเสนอแนะในการป้องกันหรือแก้ไขจำแนกตามประเภทปัญหาจากการให้ยา

ข้อเสนอแนะ	ประเภทของปัญหา									รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. เสนอยาและขนาดยา	24 (8.2)	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	31 (10.6)	2 (0.7)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	59 (20.1)
2. ให้ความกระจ่างแก่คำสั่งแพทย์	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (3.8)	11 (3.8)
3. หยุดยา	1 (0.3)	8 (2.7)	0 (0)	11 (3.8)	2 (0.7)	15 (5.1)	4 (1.4)	10 (3.4)	9 (3.1)	60 (20.5)
4. เสนอการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	9 (3.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1.0)	0 (0)	1 (0.3)	13 (4.4)
5. ลดขนาดยา	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (2.4)	0 (0)	8 (2.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (5.1)
6. เพิ่มขนาดยา	0 (0)	0 (0)	8 (2.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (2.7)
7. เปลี่ยนรูปแบบยา	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	2 (0.7)
8. เปลี่ยนวิธีการให้ยา	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.7)	1 (0.3)	3 (1.0)
9. เปลี่ยนตารางการให้ยา	0 (0)	0 (0)	6 (2.0)	7 (2.4)	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (2.0)	20 (6.8)
10. ติดตามค่าพารามิเตอร์	3 (1.0)	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.7)	8 (2.7)	0 (0)	1 (0.3)	15 (5.1)
11. ให้คำปรึกษากับบุคลากรอื่น	2 (0.7)	3 (1.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	3 (1.0)	3 (1.0)	0 (0)	0 (0)	6 (2.0)	19 (6.5)
12. ให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาผู้ป่วย	2 (0.7)	0 (0)	2 (0.7)	0 (0)	26 (8.9)	5 (1.7)	2 (0.7)	8 (2.7)	6 (2.4)	51 (17.4)
13. เปลี่ยนยา	0 (0)	11 (3.8)	0 (0)	1 (0.3)	3 (1.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.7)	17 (5.8)
รวม	41 (14.0)	24 (8.2)	18 (6.1)	27 (9.2)	66 (22.5)	35 (11.9)	17 (5.8)	20 (6.8)	45 (15.3)	293 (100)

การให้ข้อเสนอแนะสัมพันธ์กับปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ปัญหา 1 อย่างอาจมีการแก้ไขหรือป้องกันได้หลายแบบ เช่นในกรณีที่แพทย์ปรับขนาดยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ยาก ข้อเสนอแนะที่ให้อาจมีทั้งให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษา และ เสนอยาและขนาดยา และพบว่าวิธีเสนอแนะที่ใช้อยู่คือการเสนอให้หยุดยา เพราะปัญหาที่พบมีทั้งแบบ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม ขนาดยาสูงเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีอันตรกิริยาระหว่างกันของยา มีการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม

ส่วนการให้ข้อเสนอแนะอื่นๆ เช่น การเสนอยาและขนาดยา จะใช้ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้ให้ยาที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา เช่นผู้ป่วยโลหิตจางเคยได้รับ folic acid เมื่อมาเข้ารับรักษาไม่ได้รับ จึงแนะนำให้แพทย์ให้ folic acid ส่วนที่มากที่สุดคือพยาบาลลืมนำยาแก่ผู้ป่วย หรือการคัดลอกไม่ครบถ้วน ซึ่งจะมีการแจ้งให้พยาบาลให้ยา หรือคัดลอกให้ถูกต้อง

การให้ความกระจ่างแก่คำสั่งแพทย์เช่น เมื่อแพทย์เขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก หรือลืมนเขียนขนาดยา

การให้หยุดยาส่วนใหญ่ปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนกรณีแพทย์สั่งใช้ยาไม่เหมาะสม เช่นสั่ง Ibuprofen ให้แก่เด็กมีไข้ ซึ่งขณะนั้นไข้เลือดออกกระบาดและเด็กอาจเป็นไข้เลือดออกได้ ซึ่งจะมีผลเสียตามมาจากการใช้ยากลุ่มนี้ จึงแนะนำให้หยุดยา กรณีการสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เช่นมีการให้ Gentamicin และ Norfloxacin ด้วย แนะนำให้หยุด Norfloxacin หรือกรณีแพทย์ให้ยา Cloxacillin ในผู้ป่วยที่ทำแผล นานเกินไป

การเสนอการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผู้ป่วยมาด้วยความดันโลหิตสูง มีประวัติ Hyperthyroidism เคยได้รับยาแล้วหยุดไป แนะนำให้มีการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการของหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การเสนอให้ลดขนาดยาเช่นกรณีมีการสั่งยาที่ถูกต้องแต่ขนาดยามากเกินไป หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การเสนอให้เพิ่มขนาดยา กรณีการสั่งขนาดยาที่ให้น้อยเกินไป เช่นการให้ยา Hydrochlorothiazide ในขนาด 1 × 1 แล้วไม่สามารถลดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ เสนอให้เพิ่มยาเป็น 1 × 2 หรือ ในผู้ป่วย เอดส์แพทย์สั่ง Nystatin suspension วันละ 1 ครั้ง ซึ่งไม่เป็นขนาดของการรักษาต้องเพิ่มเป็นวันละ 4 ครั้ง

การเปลี่ยนรูปแบบยา เช่น เปลี่ยนจาก Nystatin suspension เป็นแบบเม็ด เนื่องจากไม่มียา การเปลี่ยนวิธีให้ยา เช่น เปลี่ยนจากยาปฏิชีวนะชนิดเป็นกิน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีการติดเชื้อมีรุนแรง

การเปลี่ยนแปลงการให้ยา มักเกิดกรณีที่ พยาบาลให้ยามิดไปจากแผนการให้ยาที่แพทย์สั่ง และ แนะนำแพทย์เปลี่ยนแปลงการให้ยา เพื่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

การให้การติดตามค่าพารามิเตอร์ มีมากที่สุด ในกรณีอันตรกิริยา ที่คาดว่าอาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาจากเอกสารอ้างอิงต่างๆ เพื่อการวางแผนการปรับขนาดผู้ให้ยา เมื่อพบว่ามีอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่จำเป็นต้องหยุดยาแต่ต้องมีการติดตามระวังจากพารามิเตอร์ เช่นการใช้ Cimetidine ร่วมกับ Digoxin อาจเพิ่มการเกิดพิษของ Digoxin เพราะ Cimetidine เป็นสารที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ต้องระวังการเกิดพิษของ Digoxin จากอาการทางคลินิก เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นผิดปกติ

การให้คำปรึกษาร่วมกันกับแพทย์ ในการเลือกให้ยา ขนาดยาที่เหมาะสม การให้ยาในแต่ละโรค และสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่นในการปรับขนาดยา Insulin ที่ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ที่พบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก การตัดสินใจในการเลือกยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษากับผู้ป่วย ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามสั่งได้มากขึ้น และหลีกเลี่ยงปัญหาในการรักษาและปัญหาจากการใช้ยาที่ตามมา รวมทั้งจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการใช้ยา วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง และผลเสียจากการมีสภาวะเจ็บป่วยนานๆ จากการไม่ใช้ยาตามสั่ง นอกจากนี้เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย แก้ไขการใช้ยามากเกินไป และอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อเปลี่ยนยา กรณีที่แพทย์สั่งยาที่ไม่เหมาะสม เช่น เปลี่ยนจากยาแก้ไอแบบกดการไอ เป็นแบบละลายเสมหะ ในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีเสมหะมาก หรือเปลี่ยนยาเมื่อแพทย์มีการสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้ เช่นใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Aminoglycoside ในผู้ป่วยที่มีสภาวะไตบกพร่องรุนแรง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะที่ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ แบ่งตามประเภทของปัญหาที่เกิดขึ้น ดังใน ตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ข้อเสนอแนะที่ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ตามประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น

บุคลากรทาง การแพทย์	ประเภทของปัญหา									รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
แพทย์	38 (13.0)	23 (7.8)	8 (2.7)	13 (4.4)	7 (2.4)	26 (8.9)	11 (3.8)	11 (3.8)	27 (9.2)	164 (56.0)
พยาบาล	0 (0)	0 (0)	8 (2.7)	14 (4.8)	30 (10.2)	0 (0)	3 (1.0)	0 (0)	11 (3.8)	66 (22.5)
ผู้ป่วย	3 (1.0)	1 (0.3)	2 (0.7)	0 (0)	27 (9.2)	9 (3.1)	3 (1.0)	9 (3.1)	6 (2.0)	60 (20.5)
เภสัชกร	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	3 (1.0)
รวม	41 (14.0)	24 (8.2)	18 (6.1)	27 (9.2)	66 (22.5)	35 (11.9)	11 (5.8)	20 (6.3)	45 (5.3)	293 (100)

ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์ซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาที่พบ ซึ่งข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ที่ ให้เพื่อแก้ปัญหาในเรื่อง การไม่ได้ให้ยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการรักษา รองลงมาเป็นการแก้ไข หรือป้องกัน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อเสนอแนะที่ให้กับพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาประเภท ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง จากความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกและการบริหารยา ส่วนข้อเสนอแนะที่ ให้กับผู้ป่วยเป็นการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการใช้ยาตามสั่ง และเพื่อป้องกันการซื้อยาเกินเองโดยขาดความรู้ หรือการใช้ยาในทางที่ผิด ส่วนข้อเสนอแนะที่ให้กับเภสัชกรเป็นการให้ข้อเสนอแนะแก่เภสัชกรประจำ โรงพยาบาล มักเป็นลักษณะของการปรึกษา เช่นการปรึกษา เพื่อเปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยเมื่อไม่มียา หรือ การเตรียมยาในรูปแบบพิเศษให้ผู้ป่วย เช่น Quinine suspension ให้เด็ก

การบริหารการใช้ยาของเภสัชกร เมื่อมีการประสานงานให้ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรต่างๆ ข้อเสนอแนะนั้นอาจได้รับการยอมรับ หรือไม่ยอมรับดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 การยอมรับข้อเสนอแนะแบ่งตามประเภทของปัญหาจากการใช้ยา

การยอมรับ	ประเภทของปัญหา									รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ยอมรับ (A)	38 (13.0)	24 (8.2)	17 (5.8)	26 (8.9)	59 (20.1)	29 (9.9)	12 (4.1)	18 (6.1)	20 (13.7)	263 (89.8)
ยอมรับบางส่วน (P)	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.7)	6 (2.0)	4 (1.4)	1 (0.3)	2 (0.7)	18 (6.1)
ปฏิเสธ (R)	2 (0.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (1.7)	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.3)	3 (0.1)	12 (4.1)
รวม	41 (14.0)	24 (8.2)	18 (6.1)	27 (9.2)	66 (22.5)	35 (11.9)	17 (5.8)	20 (6.8)	45 (15.3)	293 (100)

หมายเหตุ : ยอมรับ (Accept : A) หมายถึง การที่บุคคลที่เกี่ยวข้องยอมรับตามข้อเสนอแนะ

ยอมรับบางส่วน (Patial accept :P) หมายถึง การที่บุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ได้ยอมรับ

ข้อเสนอแนะทั้งหมด แต่เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการกระทำอย่างอื่น

ปฏิเสธ (Reject : R) หมายถึง การที่บุคคลที่เกี่ยวข้องปฏิเสธข้อเสนอแนะ

จากตารางที่ 32 หน้า การให้ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากการตัดสินใจของเภสัชกรในการให้ข้อเสนอแนะผ่านการวางแผนตัดสินใจ และมีเอกสารในการอ้างอิงเพื่อยืนยัน และเป็นข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล และผู้ที่เกี่ยวข้องพิจารณาแล้วว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ยกเว้นบางส่วนที่มีความเห็นไม่ตรงกันมีการยอมรับบางส่วนแล้วมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการตัดสินใจอื่นๆ เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องมีเหตุผลต่างๆ และจะมีการอธิบายให้ทราบอาจเกิดจากมีเหตุผลทางคลินิกที่เภสัชกรไม่ทราบ หรือมีการตัดสินใจที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเช่น กรณีเสนอแนะให้แพทย์ลดขนาดยา เนื่องจากผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่แพทย์ให้หยุดยาไปเลย และการปฏิเสธข้อเสนอแนะพบในจำนวนเท่ากัน ในการปฏิเสธข้อเสนอแนะก็เช่นกัน ถ้าหากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีเฉพาะแพทย์เท่านั้น ที่มีการยอมรับในบางส่วน หรือปฏิเสธข้อเสนอแนะ จะมีการอธิบายเหตุผลให้ทราบเช่นกัน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่แล้วเกิดจากเหตุผลทางการรักษาทางคลินิกที่เภสัชกรไม่ทราบ ดังนั้นจำเป็นที่เภสัชกรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมให้สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ส่วนข้อเสนอแนะที่ให้กับผู้ป่วยแล้วได้รับการปฏิเสธเนื่องจากความเชื่อเฉพาะตัวของผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แก้ไขได้ยาก หรือเหตุผลอื่นๆของผู้ป่วย เช่น เหตุผลทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับ

การรักษาต่อ ส่วนข้อเสนอแนะที่ให้กับเภสัชกรประจำโรงพยาบาล ได้รับการยอมรับทั้งหมดเนื่องจากเป็นการปรึกษาในการเลือกใช้ที่เหมาะสม หรือการเตรียมยาในรูปแบบพิเศษ ส่วนข้อเสนอแนะที่ให้กับพยาบาลก็เช่นกัน เนื่องจากเป็นการแก้ไข และป้องกันการคัดลอก หรือการบริหารยาให้ถูกต้อง

จากการให้ข้อเสนอแนะ ในปัญหาจากการใช้ยาสามารถแบ่งระดับความสำคัญทางคลินิก ได้เป็น 4 ระดับ ดัดแปลงตามของ Mason และคณะ (1994) ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง มีความสำคัญทางคลินิกมาก หรือเป็นข้อเสนอแนะต่อปัญหาที่อาจมีผลต่อผู้ป่วยถึงชีวิต

ระดับ 2 หมายถึง มีความสำคัญทางคลินิกปานกลาง

ระดับ 3 หมายถึง มีความสำคัญทางคลินิกน้อย

ระดับ 4 หมายถึง ไม่มีความสำคัญทางคลินิก แต่ประหยัดมูลค่ายา ซึ่งแสดงได้ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นแบ่งตามระดับความสำคัญทางคลินิก

ระดับความสำคัญทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
1	63	21.5
2	136	46.4
3	92	36.4
4	2	0.7
รวม	293	1

การป้องกันหรือแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่มีความสำคัญทางคลินิกที่ระดับ 2 คือ มีความสำคัญปานกลาง ส่วนข้อเสนอแนะที่มีความสำคัญทางคลินิกมากนั้นมักเป็นการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนปัญหาที่ 4 มีความสำคัญเฉพาะทางเศรษฐศาสตร์มีน้อย เพราะส่วนใหญ่ปัญหาที่พบมักมีความสำคัญทางคลินิกอยู่ด้วย ส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอแนะที่มีระดับความสำคัญปานกลางเป็นเพราะผู้ป่วยที่มาับการรักษา มีความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก แต่ก็พบว่าปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นอาจมีผลต่อผู้ป่วย และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้เช่นกัน

เมื่อแยกความสำคัญทางคลินิกของปัญหาจากการใช้ยาที่พบ ตามประเภทของปัญหา ได้ดัง ตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ระดับความสำคัญทางคลินิกของข้อเสนอแนะตามประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น

ระดับความสำคัญ	ข้อเสนอแนะแยกตามประเภทของปัญหาจากการใช้ยา									รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	8 (2.7)	12 (4.1)	1 (0.3)	5 (1.7)	13 (4.4)	14 (4.8)	3 (1.0)	1 (0.3)	6 (2.0)	63 (21.5)
2	29 (9.9)	8 (2.7)	11 (3.8)	9 (3.1)	35 (11.9)	9 (3.8)	4 (1.4)	13 (4.4)	16 (5.4)	136 (46.4)
3	4 (1.4)	4 (1.4)	6 (2.0)	13 (4.4)	18 (6.1)	10 (3.4)	10 (3.4)	6 (2.0)	21 (7.2)	92 (31.4)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.7)	2 (0.7)
รวม	41 (14.0)	24 (8.2)	18 (6.1)	27 (9.2)	66 (22.5)	35 (11.9)	17 (5.8)	20 (6.8)	45 (15.3)	293 (100)

เมื่อพิจารณาแต่ละข้อเสนอแนะที่ให้ จะพบว่า การเสนอยาและขนาดยา มีความสำคัญทางคลินิกมาก 3 ครั้ง เช่นการเสนอยาลดความดันโลหิตในกรณีผู้ป่วยเกิดความดันโลหิตสูง เป็นต้น และมีระดับความสำคัญทางคลินิกปานกลาง 34 ครั้ง เช่น เสนอยา Ferrous sulfate เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง มีระดับความสำคัญน้อย 19 ครั้ง เช่น การเสนอยาที่แพทย์สั่งเมื่อพยาบาลลอกไม้ครบ

การให้ความกระจ่างแก่คำสั่งแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับความสำคัญปานกลาง 5 ครั้งและมีความสำคัญน้อย 3 ครั้ง และมีความสำคัญมาก 1 ครั้ง คือการให้ความกระจ่างกับขนาดยา Insulin ที่แพทย์สั่งผิด ว่าเป็นขนาด 40 ยูนิต ไม่ใช่ 60 ยูนิต

ข้อเสนอให้หยุดยา มีความสำคัญมาก 10 ครั้งเช่น เสนอให้หยุด Tramadol เมื่อพบว่ากดการหายใจ มีระดับความสำคัญปานกลาง 22 ครั้ง มีระดับความสำคัญน้อย 25 ครั้ง ไม่มีความสำคัญทางคลินิกแต่เป็นการประหยัดมูลค่ายา เช่น สั่งยาชนิดเดียวกันทั้งยาฉีด และยารับประทาน

เสนอการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความสำคัญทางคลินิกมาก 6 ครั้ง เช่น เสนอการตรวจระดับอิเล็กโตรไลต์ในผู้ป่วยโรคหัวใจใช้ยา Digoxin มีความสำคัญทางคลินิกปานกลางเช่นการเสนอ

ตรวจระดับธัยรอยด์ฮอร์โมนในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ Hyperthyroid มีความสำคัญทางคลินิกน้อยเช่น การเสนอตรวจจุจากระในผู้ป่วยที่มีระดับ Eosinophil 7%

การลดขนาดยา ที่มีระดับความสำคัญทางคลินิกมาก 6 ครั้ง เช่นการเสนอลดขนาดยา Cotrimoxazole ในผู้ป่วยไอบกพร่อง มีระดับความสำคัญทางคลินิกปานกลางเช่น ลดขนาดยา Tripolidine + Pseudoephedrine ในเด็กอายุ 3 ปี ควรเป็น 1/2 ซ้อนชา 3 เวลา มากกว่า 1 ซ้อนชา 3 เวลา มีความสำคัญทางคลินิกน้อยเช่น ในผู้ป่วยที่แพ้ลิดิซซิดีซึ้น ลดขนาด Cloxacillin (500) 2 × 4 เป็น 1 × 4

ข้อเสนอแนะในการเพิ่มขนาดยามีเฉพาะที่มีความสำคัญทางคลินิกปานกลาง 6 ครั้ง และมีความสำคัญทางคลินิกน้อย 2 ครั้ง

การเสนอเพื่อเปลี่ยนรูปแบบยามี เฉพาะที่มีความสำคัญทางคลินิกน้อย 2 ครั้ง เช่นการเปลี่ยนรูปแบบยา Quinine เม็ด ให้เด็กเป็นแบบยาแขวนตะกอน เพื่อการให้ยาได้ขนาดยาที่ถูกต้องไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และมีประสิทธิภาพในการรักษา

การเสนอให้เปลี่ยนวิธีการให้ยา มีระดับความสำคัญทางคลินิกปานกลาง 2 ครั้ง และมีระดับความสำคัญทางคลินิกน้อย 1 ครั้ง มักเป็นการเปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยารับประทาน

การเปลี่ยนตารางการให้ยา ส่วนใหญ่แล้วเป็นข้อเสนอแนะที่ให้กับพยาบาล เพื่อเปลี่ยนจากตารางการให้ยาที่คัดลอกไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ ซึ่งมักมีความสำคัญทางคลินิกในระดับน้อย ส่วนที่ให้กับแพทย์ เพื่อการปรับเปลี่ยนตารางการให้ยาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หรือให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

การติดตามค่าพารามิเตอร์ ที่มีความสำคัญมาก 1 ครั้ง คือการติดตามสัญญาณชีพในผู้ป่วยที่ได้รับการเสนอแนะการแก้ไขพิษจากยาฆ่าแมลงในกลุ่ม Pyrethroid ว่าไม่ต้องการการให้ยาในการรักษา พิเศษหากไม่เกิดอาการต่างๆเช่น น้ำลายไหลมาก ม่านตาหรี่ นอกจากนี้มีความสำคัญในระดับปานกลาง 7 ครั้ง ระดับน้อย 8 ครั้ง

การให้คำปรึกษาแก่แพทย์มักมีความสำคัญทางคลินิกมาก พบ 10 ครั้ง เนื่องจาก แพทย์มักต้องการคำปรึกษาจากเภสัชกรเมื่ออาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง มีการตัดสินใจใช้ยาที่ยุ่งยากขึ้น นอกจากนี้มีความสำคัญในระดับปานกลาง 6 ครั้ง มีระดับความสำคัญน้อย 1 ครั้ง

ให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำด้านยา เป็นการให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้ยาได้ถูกต้อง หรือเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาในทางที่ผิด หรือให้ผู้ป่วยมี การใช้ยาตามสั่งมากขึ้น มีความสำคัญทางคลินิกมาก 13 ครั้ง ในระดับปานกลาง 31 ครั้ง มีความสำคัญน้อย 6 ครั้ง

ข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนยา มักเป็นการให้กับแพทย์เมื่อพบว่ายาที่ให้ไม่เหมาะสม หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น หรือเป็นยาที่ผู้ป่วยแพ้ ส่วนใหญ่มีความสำคัญทางคลินิกในระดับสำคัญมาก เช่น

ผู้ป่วยแพ้ Cloxacillin เสนอให้เปลี่ยนเป็น Erythromycin นอกจากนั้นมีความสำคัญทางคลินิกปานกลาง 5 ครั้ง มีความสำคัญทางคลินิกน้อย 5 ครั้ง

ผลที่ได้จากการให้ข้อเสนอแนะในแต่ละปัญหาที่พบ ได้ผลตามชนิดของปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะที่ให้ ซึ่งแสดงผลที่ได้รับตามตารางที่ 34

ตารางที่ 34 การติดตามผลของการให้ข้อเสนอแนะกับปัญหาจากการใช้ยาแต่ละประเภท

ผลที่ได้รับ	ประเภทของปัญหา									รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา	29	9	6	1	3	10	0	2	6	66 (22.5)
ลดหรือกำจัดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2	1	0	2	2	16	1	1	1	26 (9.8)
ไม่เกิดผลเสียตามที่คาดไว้	0	7	1	9	1	1	5	8	22	56 (19.1)
แก้ไขความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกให้ถูกต้อง	0	0	8	11	26	0	0	0	6	51 (17.4)
ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ความรู้เรื่องยา	3	0	2	0	20	4	2	7	4	42 (13.4)
ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามข้อเสนอแนะ	0	5	1	0	0	2	0	1	0	9 (3.1)
ข้อเสนอแนะไม่ได้รับการปฏิบัติตาม	2	0	0	0	7	0	1	1	4	15 (5.1)
ติดตามผลไม่ได้	5	0	0	2	1	2	0	1	2	13 (4.4)
รวม	41 (14.0)	24 (8.2)	18 (6.1)	27 (9.2)	66 (22.5)	35 (11.9)	17 (5.8)	20 (6.8)	45 (15.3)	293 (100)

จะเห็นว่าผลที่ได้รับส่วนใหญ่จะเป็นประโยชน์ต่อผลการรักษาของผู้ป่วย แต่มีผลจากการปฏิเสธข้อเสนอนั้นไม่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอนั้น และมีการให้ข้อเสนอบางอย่างไม่สามารถติดตามผลได้ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปในวันหยุดซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ปฏิบัติงาน หรือในผู้ป่วยส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด

พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา จากการให้ข้อเสนอแนะของเภสัชกร คือสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้รับการรักษา ซึ่งผลที่ได้รับการแก้ไขนี้พบว่าเกิดจากปัญหาการไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้มากที่สุด ซึ่งเมื่อเภสัชกรให้ข้อเสนอแนะคือเสนอยาและขนาดยา จะทำให้แก้ไขปัญหานี้ได้

การลดหรือกำจัดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการให้การบริบาลของเภสัชกรทำให้สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

ไม่เกิดผลเสียตามที่คาดไว้ หมายความว่า การบริบาลของเภสัชกรทำให้ผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ไม่เกิดขึ้น เช่นในการเปลี่ยนยา เมื่อมีการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม มีการสั่งใช้ยาที่ไม่ชัดเจน และการแก้ไขการสั่งใช้ยาที่มากเกินไป หรือน้อยเกินไป หรือการเฝ้าระวังการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา

การแก้ไขความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกให้ถูกต้อง เป็นการให้ข้อเสนอแนะกับพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มักเป็นการแก้ไขปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่งเนื่องจากการคัดลอกที่ไม่ครบถ้วน

ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับความรู้เรื่องยา มักเป็นการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดตามมา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากการไม่ใช้ยาตามสั่งซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด

ผู้ป่วยไม่ตอบสนอง เกิดในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทรมาน ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ให้ ซึ่งทำให้ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลจังหวัด

ข้อเสนอนั้นไม่ได้มีการปฏิบัติตาม เกิดจากการปฏิเสธการบริหารที่เภสัชกรให้ ซึ่งพบมากที่สุดจากการให้การบริบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยกับปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง ซึ่งมักเกิดจากความเชื่อทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่นต้องการกลับไปรักษาหมอบ้าน ผู้ป่วยเอดส์ต้องการรักษาทางไสยศาสตร์

ติดตามผลการให้การบริบาลไม่ได้ พบมากที่สุดคือการให้บริบาลในปัญหาการไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ซึ่งอาจเกิดได้จากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปในวันหยุดซึ่งเภสัชกรไม่ได้ปฏิบัติงาน หรือเกิดในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด

การติดตามผู้ป่วยเพื่อความต่อเนื่องของการบริบาลผู้ช้ยา

ในการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เกสซกรสามารถให้การบริบาลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 56 คน จากผู้ป่วยในที่ได้รับการบริบาล 212 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 26.4 ซึ่งใน จำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มารับการบริบาลด้วยเหตุผลต่างๆดังนี้

ตารางที่ 35 จำแนกผู้ป่วยที่มารับการบริบาลต่อเนื่องตามเหตุผลที่มาใช้บริการ

เหตุผล	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลต่อเนื่อง	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลต่อเนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมด
ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อในคลินิกโรคประจำตัว	11	5.2
ผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามการรักษาโดยแพทย์	23	1.1
ผู้ป่วยมารักษาด้วยสาเหตุอื่น	22	10.4
รวม	56	26.4

ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลต่อเนื่องโดยเกสซกร ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาติดตามการรักษาต่อเนื่องจากอาการของผู้ป่วยจำเป็นต้องติดตาม เช่นผู้ป่วยมาลาเรีย นัดมาตรวจเลือดอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเกสซกรจะต้องติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งหรือไม่ มีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดขึ้นเกิดขึ้นอีกหรือไม่ รองลงมาคือผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ หรือเจ็บป่วยแบบเดิมแต่แพทย์ไม่ได้นัด และไม่ได้มาตามคลินิกโรคประจำตัว มาพบแพทย์อีกครั้งซึ่งต้องมีการติดตามการบริบาลที่ให้ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และค้นหาปัญหาใหม่เช่นกัน และผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อในคลินิกเฉพาะโรคซึ่งเคยเป็นผู้ป่วยใน ต้องระมัดระวังเรื่องการให้ยาตามสั่งเนื่องจากผู้ป่วยต้องให้ยาเป็นเวลานาน และอาจเกิดปัญหาต่างๆจากยาได้มาก

สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาติดตามนั้น มีทั้งหมด 36 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ของผู้ป่วยในที่เกสซกรให้การบริบาลทั้งหมด ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยในคลินิกโรคประจำตัวเพราะบางคนแพทย์ไม่นัด เพราะต้องมาติดตามการรักษาที่คลินิกอยู่แล้ว พบว่ามีผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัดและไม่มาดังในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 การมารับการติดตามการรักษาตามแพทย์นัด

การมาตามแพทย์นัด	จำนวน	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด
มาตามแพทย์นัด	22	10.4
ไม่มาตามแพทย์นัด	12	5.7
ยังไม่ถึงเวลานัด	2	0.9
รวม	36	17.0

จะพบว่าผู้ป่วยที่แพทย์นัดส่วนใหญ่จะมาตามที่แพทย์นัด แต่มีผู้ป่วยบางส่วนไม่มาตามแพทย์นัดอาจเนื่องจากอาการเจ็บป่วยหายดีแล้ว หรืออาจเกิดจากความละเลยของผู้ป่วย ซึ่งในการวิจัยนี้ติดตามได้เพียงระยะเวลาในช่วงการวิจัย ในทางปฏิบัติจริงหากได้ติดตามต่อไปผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีอาการเจ็บป่วยแล้วมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งเภสัชกรต้องให้การบริบาลต่อเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยใช้ยาเองที่บ้าน และให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้องต่อไป และพบว่าเมื่อสิ้นเวลาในการวิจัยนี้มีผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงเวลานัดของแพทย์อีก 2 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้เภสัชกรประจำโรงพยาบาลเป็นผู้ติดตามการบริบาลผู้ให้ยาต่อไปโดยใช้ระบบการติดตามผู้ป่วยที่ตั้งเอาไว้

ในผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลต่อเนื่อง พบว่าขณะยังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีปัญหาจากการใช้ยาในประเภทต่างๆ ซึ่งบางปัญหาต้องได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน ดังตารางที่ 37

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 37 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยซึ่งได้รับการบริหารต่อเนื่อง ขณะที่ยังเป็นผู้ป่วย
ในโรงพยาบาล

ประเภทของปัญหา	จำนวน	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด
1. มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้รับยา	10	4.7
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	5	2.4
3. มียาที่ถูกต้องน้อยเกินไป	2	0.9
4. มียาที่ถูกต้องมากเกินไป	3	1.4
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	5	2.4
6. เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	7	3.3
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา	0	0
8. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ยา	7	3.3
9. อื่นๆ	6	2.8
รวม	56	26.4

จากการติดตามให้การบริหารผู้ใช้อย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ติดตามในด้านผลการรักษาแล้วส่วนใหญ่ดีขึ้น ยกเว้นบางรายซึ่งมักเป็นผู้มีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ยากเช่น โรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาไม่แน่นอน และการติดตามปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาด้วยตัวเองของผู้ป่วย พบว่า ปัญหาในแง่ของการใช้ยาตามสั่งดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการใช้ยาในทางที่ผิดลดลง ดังแสดงในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 ปัญหาจากการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วยจากการบริหารต่อเนื่อง

ปัญหา	ก่อนออกจากโรงพยาบาล		เมื่อมาติดตามอีกครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้ยาตามสั่ง	13	23.2	6	10.7
เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	6	10.7	2	3.6
รับประทานยาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง	3	5.4	0	0
รวม	22	39.3	8	14.3

จากการติดตามให้การบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง พบว่าปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง ได้แก่ การไม่ใช้ยาตามสั่งลดลงอาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจประโยชน์ของยาต่อโรคมากขึ้น เข้าใจอันตรายจากการขาดยา เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้องมากขึ้น ส่วนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงเพราะ ผู้ป่วยรู้จักหลีกเลี่ยงป้องกัน และจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากขึ้น และพบว่าการใช้ยาอื่นๆ นอกจากแพทย์สั่ง เช่น ยาชุด ไม่เกิดขึ้นอีกเพราะผู้ป่วยเข้าใจอันตรายจากยาชุด และการใช้ยาอย่างถูกต้องมากขึ้น

ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัด มีทั้งผู้มีโรคประจำตัวและโรคอื่นๆ ที่ต้องการติดตามผลการรักษา และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มาตามแพทย์นัดมีบางรายที่ขาดยา มาในภายหลัง และเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นอีก ซึ่งจากการให้การบริบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะช่วยแก้ไขให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในส่วนนี้ได้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เวลาในการปฏิบัติงานในกิจกรรมต่างๆ ของเภสัชกรในการบริหารผู้ป่วยยา ดังตารางที่ 39

ตารางที่ 39 เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการบริหารผู้ป่วยยา

กิจกรรม	เวลาเฉลี่ยที่ใช้ (นาที) ต่อผู้ป่วย 1 ราย	พิสัยของเวลาที่ใช้ (นาที)
1. สัมภาษณ์และบันทึกประวัติผู้ป่วย	7.4 ± 3.2	3 - 14
2. ติดตามการสั่งยาของผู้ป่วย	4.4 ± 1.8	2 - 7
3. ติดตามการรับคำสั่งแพทย์	3.1 ± 0.9	1.5 - 5
4. ติดตามการจ่ายยา	ใช้การประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย	
5. ติดตามการบริหารยา	2.5 ± 0.8	1 - 4
6. ติดตามการตอบสนองต่อการให้ยา	9.8 ± 1.8	5 - 16
7. ติดตามการส่งยากลับบ้าน	3.4 ± 0.9	2 - 4
8. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และ ผู้ป่วยกลับบ้าน	5.1 ± 1.7	3 - 7
9. การติดตามการบริหารผู้ป่วยยา และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ในผู้ป่วยนอก	12.9 ± 4.4	7 - 20
10. การประสานงาน	6.1 ± 5.5	1 - 14
เวลาในการร่วมทีมการตรวจรักษา ประจำวันของแพทย์ ต่อวัน (นาที)	49.3 ± 9.2	30 - 70

เวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการบริหารผู้ป่วยยาใช้เวลาแตกต่างกัน ไปตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งปัญหาจากการให้ยาที่พบ ในขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และศึกษาประวัติการให้ยารวมทั้งการอ่านชาร์ตผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลาค่อนข้างมาก เพราะเป็นขั้นตอนที่ต้องวิเคราะห์ว่าผู้ป่วย มีสภาวะความเจ็บป่วยอย่างไร ต้องการการรักษาด้วยยาหรือไม่อย่างไร และค้นหาปัญหาจากการให้ยา และเมื่อการติดตามผู้ป่วยใน

ครั้งต่อไปจะใช้เวลาน้อยลงทำ ในขั้นตอนการติดตามการสั่งยาของแพทย์ ถ้าหากเป็นผู้ป่วยใหม่การติดตามจะใช้เวลาานกว่าผู้ป่วยที่เภสัชกรได้ให้การบริบาลไปแล้ว การติดตามการสั่งยาของแพทย์ในวันถัดไป จะใช้เวลาไม่นาน ส่วนการติดตามการรับคำสั่งแพทย์จะเป็นเวลาเฉลี่ยในการติดตาม ในการคัดลอกจากใบสั่งแพทย์ - MAR. ใบสั่งแพทย์ - คาร์เด็กซ์ ใบสั่งแพทย์ - บัตรยา โดยที่ในการคัดลอกจากใบสั่งแพทย์ - MAR. จะดำเนินการในผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากติดตามพิจารณาการสั่งยาของแพทย์แล้ว แต่ในการติดตามจากใบสั่งแพทย์ - คาร์เด็กซ์ ใบสั่งยา - บัตรยา จะเป็นการเปรียบเทียบจากใบบันทึกการใช้ยาของเภสัชกรกับใน คาร์เด็กซ์ หรือ ในบัตรยานั้น ถ้าหากพบว่าการคัดลอกที่ผิดพลาดเกิดขึ้น หรือไม่ตรงกันจะตรวจเช็คโดยเปิดชาร์ทเปรียบเทียบกับคำสั่งแพทย์อีกครั้ง ซึ่งจากการปฏิบัติงานเมื่อใช้เอกสารในการบันทึกที่สะดวกต่อการใช้งาน ทำให้ในส่วนของติดตามการคัดลอกใช้เวลาไม่นาน เวลาในการติดตามการบริหารยา เป็นเวลาเฉลี่ยจากการสังเกตการบริหารยาโดยรวมของผู้ป่วย ทั้งหอผู้ป่วย หารกับจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยแต่ละวัน เวลาที่ใช้เหล่านี้ไม่มากเพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีจำนวนรายการยาที่ใช้ไม่มาก ในการติดตามการจ่ายยาจากห้องยามายังหอผู้ป่วย เภสัชกรได้มอบหมายให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจสอบตามแบบบันทึกที่ให้ไว้ เนื่องจากเป็นส่วนที่ไม่ต้องใช้ความรู้เรื่องยาที่เป็นพิเศษทำให้เภสัชกรไม่ต้องเสียเวลาในส่วนนี้ การติดตามการตอบสนองต่อการให้ยา ใช้เวลาค่อนข้างมากกว่าขั้นตอนอื่น เพราะต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ และการตัดสินใจในการบริบาลผู้ให้ยา รวมทั้งเวลาในการเปิดค้นข้อมูลที่จำเป็นจากหนังสืออ้างอิงด้วย การติดตามการสั่งยากลับบ้านใช้เวลาน้อยกว่าการสั่งยาโดยเฉลี่ยของแพทย์ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพราะเภสัชกรติดตามการให้ยาของผู้ป่วยตลอดการอยู่โรงพยาบาล และมีความเข้าใจในการให้ยาของผู้ป่วยแล้ว ทำให้การตัดสินใจในส่วนนี้เร็วขึ้น การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านใช้เวลาไม่มากนัก เพราะในขั้นตอนการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยได้อธิบายเรื่องโรค และการปฏิบัติตนไปบ้างแล้ว ส่วนเวลาที่ใช้ในการติดตามการบริบาลผู้ให้ยาเมื่อผู้ป่วยมาในแผนกผู้ป่วยนอกอีกครั้งรวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก ใช้เวลานานกว่าเพราะยังไม่มีข้อมูลหรือศึกษาประวัติการให้ยาของผู้ป่วยบางส่วนมาก่อน ต้องซักถามรายละเอียดต่างๆมากกว่าในผู้ป่วยใน ในการประสานงานใช้เวลาต่างๆกันในการประสานงานแต่ละรูปแบบ ถ้าเป็นการแจ้งกับพยาบาลในกรณีการคัดลอก หรือการบริหารยาที่คลาดเคลื่อนมักใช้เวลาไม่นาน แต่ถ้าเป็นข้อเสนอแนะที่ให้กับแพทย์มักต้องใช้เวลาในการปรึกษา และการตัดสินใจนานกว่า

เวลาเฉลี่ยที่ใช้ต่อผู้ป่วยแต่ละราย ประมาณ 28.5 นาทีต่อวัน ในแต่ละวันเภสัชกรสามารถดูแลผู้ป่วยได้ประมาณ 1 หอผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ป่วยในแต่ละวันประมาณ 11 - 30 ราย เพราะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวันไม่เท่ากัน แล้วแต่ความเหมาะสม

ส่วนเวลาในการร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันบนหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 49.3 ± 9.2 นาที ต่อวัน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยแต่ละวัน และสภาวะป่วยของผู้ป่วย และการให้ข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ในส่วนที่ให้กับแพทย์รวมอยู่ในช่วงเวลานี้เช่นกัน

จากข้อมูลในการปฏิบัติงาน พบว่าเวลาที่ใช้ มีความแตกต่างจากการวิจัยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น การบริหารยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุชาติ ธนภัทรภวิน, 2538) การบริหารยาในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (จันทน์ อัครวิริยวงศ์, 2538) เป็นเพราะโรคที่พบในโรงพยาบาลชุมชน เป็นโรคที่พบในระดับที่ไม่รุนแรง และไม่ซับซ้อน และถ้าโรคมีความยากในการรักษา ระดับหนึ่งผู้ป่วยจะถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ทำให้เวลาที่เภสัชกรใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอน น้อยกว่าในโรงพยาบาลขนาดใหญ่



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานเมื่อวิเคราะห์ตามงานในบทบาทของเภสัชกรตามเกณฑ์ของ กระทรวงสาธารณสุข

เพื่อแสดงการปฏิบัติงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนว่าภายใต้การดำเนินงาน ในแนวคิดของการบริหารผู้ให้ยา ในขณะที่เดียวกันสามารถครอบคลุมปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเกณฑ์การปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการแยกงานเป็นส่วนๆ การจะให้เภสัชกรคนเดียวปฏิบัติภารกิจในรูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งจากผลการบริหารผู้ให้ยาเป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถปฏิบัติแสดงผลงานให้เห็นตามงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 6 งานได้ เมื่อนำมาแสดงผลวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. งานคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

ในกระบวนการบริหารผู้ให้ยาถือว่าการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยา เป็นส่วนสำคัญในการระบุ ป้องกัน หรือแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาอยู่แล้ว จึงมีกิจกรรมนี้ สามารถนำข้อมูลมาแสดง และเพิ่มการให้บริการไปสู่ผู้ป่วยที่ควรได้รับตามเกณฑ์การคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

ให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 208 คน โดยส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลและเคยให้การบริหารมาแล้ว และอีกส่วนหนึ่งจากการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับการแนะนำปรึกษา และระวังปัญหาจากการใช้ยา จากแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข คือผู้ป่วยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่า 1 ข้อดังต่อไปนี้

1. ได้รับยาที่มีวิธีการใช้เฉพาะ หรือต้องเก็บรักษาเป็นพิเศษ เช่น ยาพ่น ยาหยอดหู หยอดตา ยาเหน็บทวารหนัก ยาเหน็บช่องคลอด ยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้งผสมน้ำ
2. ได้รับยาครั้งเดียว 5 ขนานขึ้นไป ซึ่งมีวิธีการใช้ต่างกัน
3. ได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน หรืออันตรกิริยาต่ออาหาร
4. ได้รับยาที่อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้
5. มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการใช้ยา
6. ผู้ป่วยที่แพทย์ระบุว่าต้องการให้เข้ารับคำแนะนำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกร

จากผลการวิจัยมีการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตามในข้อต่างๆ ดังกล่าว และมีข้อมูลของผู้ป่วยดังตารางที่ 40

ตารางที่ 40 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	125	60.1
ชาย	83	39.9
รวม	208	100
อายุ (ปี)		
0 - 10	39	18.8
11 - 20	10	4.8
21 - 30	11	5.3
31 - 40	20	9.6
41 - 50	17	8.2
51 - 60	38	18.3
> 60	102	49.0
รวม	208	100
รายการยา ที่ผู้ป่วยใช้เฉลี่ย 3.7 ± 1.5 รายการ พิลัย = 6		

ผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุที่ให้บริการมากที่สุดคืออายุมากกว่า 60 ปี เนื่องจากเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มักเป็นผู้สูงอายุ ในกลุ่มเด็กอายุ 0 - 10 ปี มักเป็นการคัดเลือกจากการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง ส่วนในช่วงอายุอื่นๆการคัดเลือก กระจายไปต่างๆกันทั้งมีการใช้ยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษ และมีโรคประจำตัว

รายการยาที่ผู้ป่วยใช้โดยเฉลี่ยแล้วไม่มาก คือ 3.7 ± 1.5 รายการ พิลัย = 6 ดังนั้นเกณฑ์การคัดเลือกข้อที่ว่าใช้ยามากกว่า 5 ชนิดมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการคัดเลือกผู้ป่วยจากเกณฑ์อื่น

ผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาทั้งหมด 208 คน มีโรคหรือสาเหตุในคัดเลือกเข้ารับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาดังตารางที่ 41

ตารางที่ 41 โรคหรือสาเหตุของการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการแนะนำปรึกษาด้านยา

สาเหตุ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
เคยเป็นผู้ป่วยในมาก่อน	56	26.9
เป็นโรคประจำตัวที่มีผลต่อการใช้ยา	109	52.4
ได้รับยาที่มีวิธีการใช้เฉพาะหรือต้อง เก็บรักษาเป็นพิเศษ	84	40.4
มีรายการยามากกว่า 5 รายการ	3	1.4
แพทย์ส่งมารับคำแนะนำด้านยา	3	1.4
รวม	208	100

ผู้ป่วยตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องใช้ยาเป็นเวลานาน ซึ่งแพทย์จะให้ยาไปเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วผู้ป่วยต้องกลับมารับยาเพิ่มขณะเดียวกันเพื่อให้แพทย์ปรับยาตามความจำเป็น บางโรคมีคลินิกเฉพาะโรค คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด มีวันนัดผู้ป่วยที่แน่นอน ทำให้เภสัชกรติดตามผู้ป่วยได้ง่าย ดังนั้นหากการแยกเก็บประวัติผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค จะสามารถเตรียมประวัติผู้ป่วยเอาไว้ได้ และสะดวกในการปฏิบัติงาน และมีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆแต่ไม่มีคลินิกเฉพาะ เช่น โรคหัวใจ โรคต่อมธัยรอยด์ทำงานผิดปกติ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ยาเป็นเวลานาน อีกทั้งมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ อาจเกิดปัญหาต่างๆจากการใช้ยาได้มาก กลุ่มที่รองลงมาคือ กลุ่มที่มีการใช้ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษซึ่งมีหลายรูปแบบ ในจำนวนนี้การใช้ยาในเด็กคือยาปฏิชีวนะผงแห้งผสมน้ำมีเป็นจำนวนมาก ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยมาพบเภสัชกรในครั้งแรก มีน้อยรายที่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน และรองลงมาคือผู้ป่วยจากการติดตามการบริหารจากเป็นผู้ป่วยในมาก่อนเพื่อความต่อเนื่องของการบริหารผู้ให้ยา ส่วนที่พบน้อยคือผู้ป่วยที่ใช้ยามากกว่า 5 รายการและผู้ป่วยที่แพทย์ส่งมาพบเภสัชกร ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากแพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยา และเกิดการลืมเมื่อต้องรีบตรวจผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ดังนั้นเภสัชกรต้องแก้ปัญหาในส่วนนี้โดยการประสานงานกับแพทย์ และโดยการคัดกรองที่ห้องยาเอง โดยการอบรมเจ้าหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ และสำหรับบางเกณฑ์ไม่มีผู้ป่วยตามเกณฑ์นั้น คือได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน และได้รับยาที่อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ เนื่องจากการ

คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ยังบกพร่องเรื่องการค้นหาผู้ป่วยตามเกณฑ์นี้ ซึ่งต้องแก้ไขโดยให้เภสัชกรเขียนรายการยาที่เกิดอันตรกิริยาที่พบบ่อยไว้ให้กับเจ้าหน้าที่ในการคัดกรอง และในส่วนของกาเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จะพบเมื่อเภสัชกรสัมภาษณ์ในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยตามเกณฑ์อื่นแล้ว ดังนั้นต้องปรับปรุงการปฏิบัติงานในส่วนนี้โดยเภสัชกรอาจต้องเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยเองซึ่งในกรณีนี้อาจแสดงได้ว่า จำเป็นต้องมีเภสัชกรปฏิบัติงาน 2 คนโดยคนหนึ่งเป็นผู้คัดกรอง อีกคนหนึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา

ผู้ป่วยอาจมีมากกว่า 1 โรคในคนเดียว และผู้ป่วยที่มารักษาต่อจากการจำหน่ายจากผู้ป่วยในก็อาจมีโรคประจำตัวด้วยเช่นกัน ซึ่งสามารถแสดงจำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้ดังตารางที่ 42

ตารางที่ 42 จำนวนโรคที่พบในผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา

จำนวนโรค	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1	155	74.5
2	50	24.0
3	3	1.4
รวม	208	100

จะพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 24.0 ที่เป็นโรค 2 โรค และมีร้อยละ 1.4 ที่มี 3 โรค ในการให้คำแนะนำต้องครอบคลุมการใช้ยา และความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งหมดทุกโรค และเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลายโรคมากขึ้น การใช้ยามักจะมากขึ้นตามมาอาจส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยามากขึ้น ดังนั้นในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยต้องมีความถี่ถ้วนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถระบุปัญหาจากการใช้ยา และสามารถดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา มีทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัวแล้ว มารับการรักษาต่อตามแพทย์นัด หรือมีโรคประจำตัวแต่ไม่มาตามแพทย์นัด หรือเป็นผู้มีอาการอื่นๆ แล้วมาพบแพทย์ ดังตารางที่ 43

ตารางที่ 43 การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
มาตามแพทย์นัด	46	41.8
มาหลังแพทย์นัด	9	4.3
มาก่อนแพทย์นัด	15	11.5
มีอาการแล้วมาพบแพทย์	51	40.4
รวม	208	100

ผู้ไม่มาตามแพทย์นัดมักมาพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว เช่นอาการของโรครุนแรงขึ้น เป็นกลุ่มที่ต้องระมัดระวังว่าอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาเกิดขึ้นได้มาก ผู้มาก่อนแพทย์นัด อาจเกิดจาก ยาควบคุมอาการของโรคไม่ได้จึงมีอาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือเกิดอาการเจ็บป่วยอย่างอื่น รวมทั้งเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งในกรณีนี้เภสัชกรอาจดำเนินการเองในการให้ข้อเสนอแนะ หรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย หรือถ้าปัญหาเกิดจากยาไม่สามารถควบคุมอาการป่วยได้ หรือเกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง เภสัชกรต้องปรึกษาประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยรายนั้น ส่วนในผู้ที่ไม่มียาประจำตัว แต่มีการใช้ยาเทคนิคพิเศษอื่นๆ อยู่ในกลุ่ม มีอาการแล้วมาพบแพทย์ ซึ่งจะมีการให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง มีการทดสอบให้ผู้ป่วยใช้ยาให้ดู หรือให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีใช้ให้ฟัง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยาแล้ว และการให้คำแนะนำเรื่องอื่นตามความจำเป็น

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา จะได้รับการติดตามให้คำแนะนำมากกว่า 1 ครั้ง โดยผ่านระบบการติดตามผู้ป่วยที่ตั้งขึ้น พบว่ามีผู้ป่วย 52 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาเพียงครั้งเดียว นอกนั้นเป็นผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งสามารถพิจารณาปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแง่การใช้ยาตามสั่ง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และในแง่ของความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกันในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งแรกและครั้งหลัง สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 44

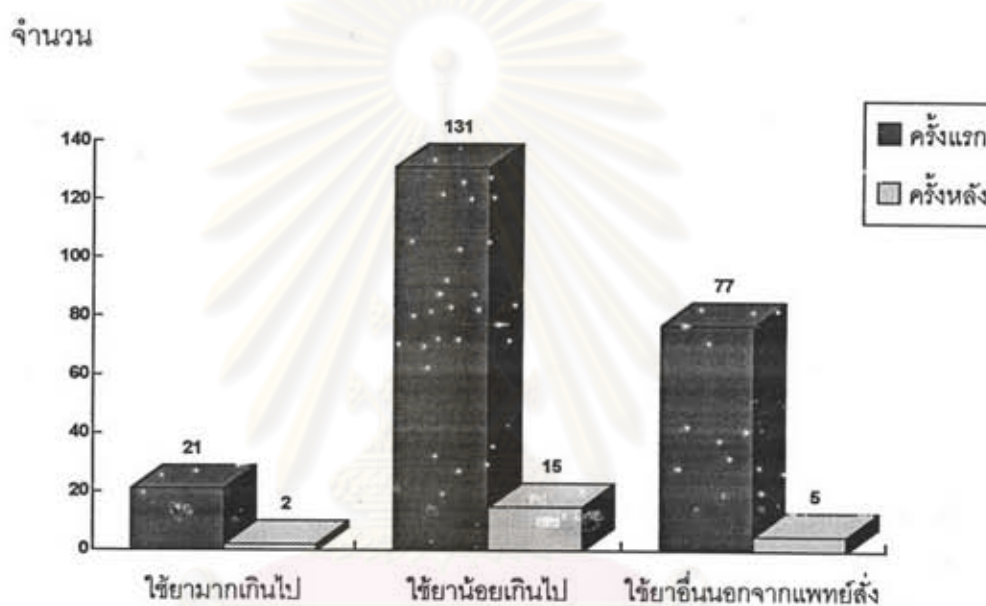
ตารางที่ 44 ปัญหาจากการใช้ยาและความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำ
 ปรึกษาด้านยา 2 ครั้งขึ้นไป

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วยที่พบในการ ให้คำแนะนำปรึกษา ครั้งแรก (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่พบในการ ให้คำแนะนำปรึกษา ครั้งหลัง (ราย)
การใช้ยาตามสั่ง		
1. ใช้ยามากเกินไป	21 (10.1)	2 (0.9)
2. ใช้ยาน้อยเกินไป	131 (63.9)	15 (7.2)
3. ใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง	77 (37.0)	5 (2.4)
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา		
1. มีผลข้างเคียงของยา	69 (33.2)	44 (21.2)
2. แพ้ยา	4 (1.9)	4 (1.9)
3. เกิดพิษจากยา	7 (3.4)	3 (1.4)
ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตน		
1. ความรู้ในเรื่องโรคที่เป็น	157 (75.5)	2 (0.9)
2. การควบคุมอาหาร	93 (44.7)	11 (5.3)
3. การสังเกตอาการของโรค	138 (66.3)	10 (4.8)
4. ข้อควรปฏิบัติตน	168 (80.8)	13 (6.3)
ขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้		
1. ขาดความรู้เรื่องผลของการไม่ ใช้ยาตามสั่ง	172 (82.7)	9 (4.3)
2. อันตรายจากยาที่ซื้อกินเอง	117 (56.3)	6 (2.9)
3. วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง	174 (83.7)	31 (14.9)
4. ข้อควรปฏิบัติเมื่อลืมหินยา	193 (92.9)	36 (17.3)
5. การเก็บยาอย่างเหมาะสม	90 (43.3)	4 (1.9)
6. อาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา การสังเกต และข้อควรปฏิบัติ	184 (88.5)	39 (18.8)

ซึ่งจากตารางที่ 44 จะแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำปรึกษาด้านยา 2 ครั้งขึ้นไปซึ่งจะ
 แสดงการเกิดปัญหาในลักษณะต่างๆของผู้ป่วย และเปรียบเทียบกัน 2 ครั้งระหว่างเมื่อผู้ป่วยมารับการ

แนะนำปรึกษาครั้งแรกและเมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามให้คำแนะนำปรึกษาอีกครั้ง ร้อยละในตารางเป็น ร้อยละที่เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำปรึกษาด้านยาทั้งหมด 208 คนซึ่งเกิดปัญหา แต่ประเภทได้ต่างๆกัน และสามารถเปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยาแต่ละประเภทที่พบในผู้ป่วย ที่ให้การแนะนำปรึกษาให้เห็นความแตกต่างระหว่างครั้งแรก กับครั้งหลังได้ดังภาพที่ 7,8,9,10 ดังนี้

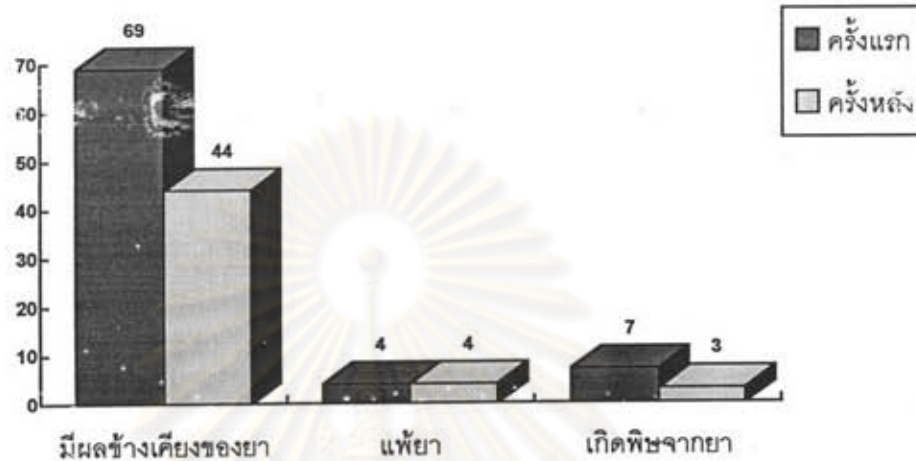
ภาพที่ 8 การเปลี่ยนแปลงปัญหาเรื่องการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำปรึกษาด้านยา 2 ครั้งขึ้นไป



จะพบว่าปัญหาในด้านการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ทั้งการใช้ยามากเกินไป ใช้นานเกินไป และใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์สั่งในผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำปรึกษาครั้งหลัง น้อยลงกว่าในครั้งแรกทุก ปัญหา ซึ่งสำหรับปัญหาที่พบในครั้งแรกที่พบมากคือการใช้ยานานเกินไปซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มาก ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยลืมกินยา หรือผู้ป่วยหยุดยาเมื่อไม่มีอาการของโรค ส่วนปัญหาการใช้ยาอื่นนอก จากแพทย์สั่ง เช่นผู้ป่วยกินยาชุด ยาแผนโบราณซึ่งไม่ทราบส่วนผสมที่แน่นอน ซื้อยากินเองโดยไม่ได้ ปรึกษาแพทย์ เภสัชกร หรือผู้มีความรู้ด้านยา ส่วนปัญหาการใช้ยามากกว่าแพทย์สั่งพบได้บ้าง เมื่อผู้ป่วยคิดว่าเมื่ออาการป่วยมากขึ้น กินยามากขึ้นแล้วทำให้หายเร็วขึ้น หรือสับสนในเรื่องตาราง การใช้ยากินยาไปพร้อมๆกันหมดทุกรายการ ทำให้กินยาบางอย่างมากกว่าแพทย์สั่ง

ภาพที่ 9 การเปลี่ยนแปลงปัญหาด้านการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ของผู้ป่วย
ที่ได้รับการแนะนำปรึกษาด้านยา 2 ครั้งขึ้นไป

จำนวน

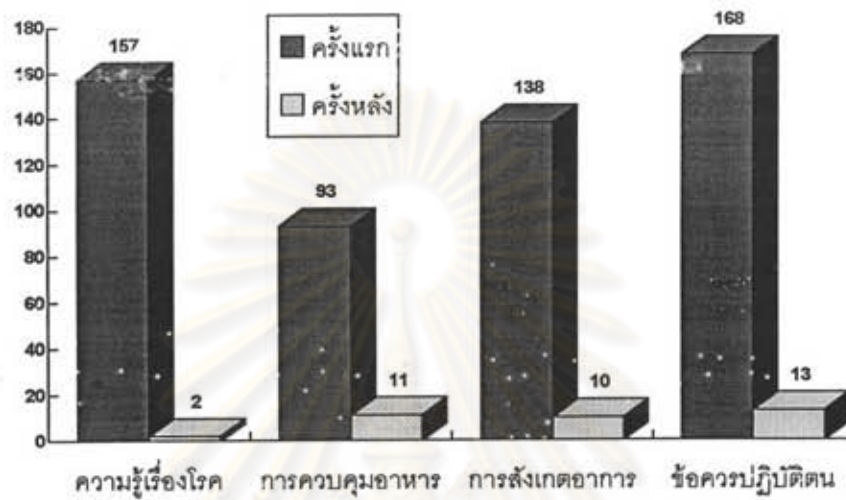


พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบในผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาในครั้งหลัง พบน้อยลงกว่าในการให้คำแนะนำปรึกษาครั้งแรก ในด้านของผลข้างเคียงของยาซึ่งพบได้มาก และ การเกิดพิษเช่นผู้ป่วยที่ได้รับยา Colchicine แล้วมีอาการท้องร่วง ส่วนการแพ้ยาพบไม่แตกต่างกัน เพราะผู้ป่วยยังคงแพ้ยาเดิม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 10 การเปลี่ยนแปลงปัญหาด้านการขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตน
ของผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำปรึกษาด้านยา 2 ครั้งขึ้นไป

จำนวน

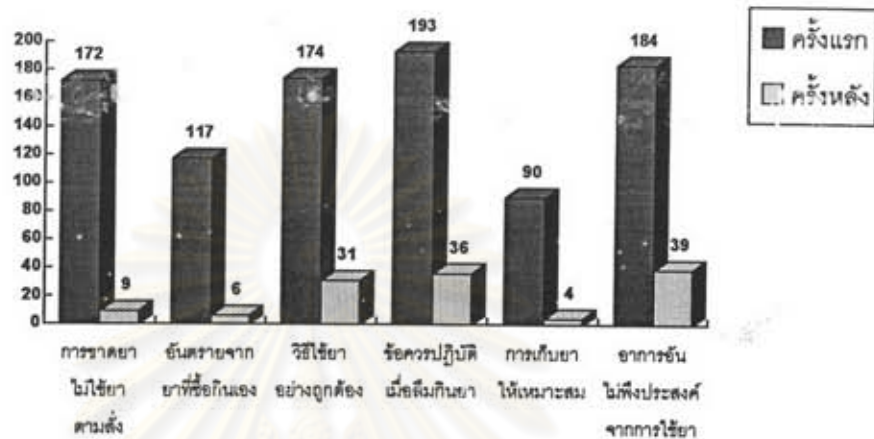


เมื่อให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาครั้งแรกแก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตนในโรคนั้นๆมากกว่าในครั้งหลัง ซึ่งปัญหาที่พบมีทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็น การควบคุมอาหารที่จำเป็น การสังเกตอาการของโรค และข้อควรปฏิบัติตนในโรคนั้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 11 การเปลี่ยนแปลงปัญหาเรื่องการขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้
ของผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำปรึกษาด้านยา 2 ครั้งขึ้นไป

จำนวน



พบว่าปัญหาการขาดความรู้เรื่องยาลดลงมาก เมื่อผู้ป่วยมารับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา
ในครั้งหลัง ปัญหาการขาดความรู้ด้านยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไรเมื่อ
รับประทานยา นอกจากนี้ มีการที่ไม่ทราบอันตรายจากการไม่ใช้ยาตามสั่ง อันตรายจากยาที่ซื้อกินเอง ข้อ
ควรปฏิบัติเมื่อรับประทานยา การเก็บยาที่เหมาะสม และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการใช้ยาด้วยตัวเองของผู้ป่วย มีปัญหาจากการใช้ยาเกิดขึ้นในด้านการไม่
ใช้ยาตามสั่งซึ่งอาจเกิดเนื่องจากความรู้ในเรื่องโรค ความเข้าใจการใช้ยาไม่เพียงพอทำให้ไม่เห็นความ
สำคัญของการใช้ยาตามสั่ง ส่วนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสวนหนึ่งมัก เกิดจากการ
ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมทั้งวิธีการสังเกตและหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยส่วน
ใหญ่เมื่อยังไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาจะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องยา โรค และการ
ปฏิบัติตน แม้แต่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ต้องใช้ยาเป็นประจำ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยาที่มีวิธีการ
ใช้ยาพิเศษ มักไม่ทราบวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องเพียงพอ

เมื่อให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีผลในทางที่ดีขึ้น คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้
ยาตามสั่งมากขึ้น มีเหลือบ้างในบางรายจากการรับประทานยาบางมื้อ หรือความเชื่อของผู้ป่วยในการซื้อยา
กินเอง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงเนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจการใช้ยาอย่างถูกต้องมากขึ้น มี
ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของตน การปฏิบัติตน และยาที่ตนใช้มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการให้คำ
แนะนำและปรึกษาด้านยาสามารถระบุปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และสามารถช่วยแก้ไขปัญหานั้นได้
และช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและสุขภาพของผู้ป่วย ได้มากกว่าการอธิบายการใช้ยาแก่ ผู้ป่วย
เมื่อจ่ายยาเพียงอย่างเดียว

2. งานติดตามการไ้ช้ยาในผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

คือผลการบริหารผู้ไ้ช้ยาดังแสดงในตอนที 2 ทั้งหมด ซึ่งสามารถครอบคลุมกระบวนการไ้ช้ยาได้อย่างครบถ้วน นับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารผู้ไ้ช้ยาซึ่งต้องมีการดำเนินการโดยปกติ

3. งานเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการไ้ช้ยา

งานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการติดตามการไ้ช้ยาอยู่แล้ว ดังนั้นจึงเป็นส่วนหนึ่งของการให้การบริหารผู้ไ้ช้ยา สามารถนำผลมาแสดงในลักษณะรายงานการเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัยพบว่ามีผู้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการไ้ช้ยา 35 ราย จากผู้ป่วย 212 ราย หรือ ร้อยละ 11.9 ของปัญหาจากการไ้ช้ยาทั้งหมด ซึ่งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการไ้ช้ยา ด้วยวิธี Naranjo's algorithm และพิจารณาตามความรุนแรง ในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการไ้ช้ยา และจากชนิดของอาการไม่พึงประสงค์จากการไ้ช้ยา (McKenny,1976) (ภาคผนวก ข.)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สามารถแสดงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยจ-
ได้ตามตารางที่ 45

ตารางที่ 45 การวิเคราะห์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ลักษณะการจำแนก	จำนวนปัญหาที่พบ	ร้อยละของปัญหา จากการใช้ยาทั้งหมด
ตามความรุนแรงของอาการที่พบ		
รุนแรงน้อย	10	3.4
รุนแรงปานกลาง	17	5.8
รุนแรงมาก	8	2.7
ตามชนิดของอาการไม่พึงประสงค์		
ผลข้างเคียงของยา	25	8.5
แพ้ยา	9	3.1
ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง	1	0.3
ความเป็นไปได้ว่าเกิดจากยา		
definite	5	1.7
probable	18	6.1
possible	12	4.1
unlikely	0	0
การจำแนกแต่ละลักษณะรวม	35	11.9

จะพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในลักษณะเป็นผลข้างเคียงของยาเป็นส่วนใหญ่ และมีความรุนแรงระดับปานกลาง เช่น ใจสั่นจากอาการข้างเคียงของTerbutaline มีผื่นที่ผิวหนังขึ้นจากการแพ้ยา Chloramphenical ที่มีระดับความรุนแรงมากได้แก่ ความดันโลหิตสูงจากยา Atropine มีผื่นแพ้แบบตุ่มน้ำใสทั่วตัวจาก Cloxacillin ที่มีระดับความรุนแรงน้อย เช่น ผู้ป่วยง่วงซึมจากอาการข้างเคียงของยา Diazepam

มักเกิดจากการผลข้างเคียงของยา เช่น สภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากยา Insulin คลื่นไส้ จากยา Metronidazole รongลงมาเกิดจากการแพ้ยาของผู้ป่วย เช่น แพ้ Metoclopramide เกิดอาการ

Extrapyramidal Symptom แพ้ยา Chloramphenicol เกิดอาการทางผิวหนัง เกิดจากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่นผู้ป่วยมีโรคกระเพาะอาหารเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา NSAIDS ได้มาก

ระดับความเป็นไปได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ probable (น่าจะใช่) เช่นการเกิดความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการได้รับยา Prednisolone ในผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาการมาก่อน ในระดับความเป็นไปได้ definite เช่นผู้ป่วยแพ้ Cloxacillin เนื่องจากผู้ป่วยมีการแพ้ลักษณะเดียวกันมา 2 ครั้งเมื่อได้ยาเดิม และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น ในระดับความเป็นไปได้ possible เช่น ผู้ป่วยปวดท้องจากอาการข้างเคียงของยา Diclofenac หรือการเกิดไข้จากยาปฏิชีวนะ Ampicillin ส่วนในระดับความเป็นไปได้ unlikely ไม่พบกล่าวคือ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีความน่าจะเป็นที่น่าจะเกิดจากยาจริง

4. งานการประเมินการใช้ยา

กระบวนการบริหารยาของผู้ใช้ยา มีการดำเนินการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยทุกขั้นตอนสามารถผนวกการประเมินการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารยา โดยเพิ่มการกำหนดเกณฑ์สำหรับยาที่คัดเลือกมาประเมินการใช้ยามาวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นว่าปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของงานเภสัชกรรมคลินิก ของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ดำเนินงานในลักษณะการบริหารยาผู้ใช้ยาได้

การวางรูปแบบการบริหารยาผู้ใช้ยา จึงหยิบยกเฉพาะยาบางตัวมาเป็นตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่าสามารถผนวกงานนี้ในกิจกรรมการบริหารยาผู้ใช้ยา ด้วยเกณฑ์ในการเลือกยาในการประเมินการใช้ยาตามแนวทางของ สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (1988) ซึ่งได้เลือกยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporin เนื่องจากเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ควรใช้ในกรณีจำเป็น และเป็นยากลุ่มที่มีราคาแพง ซึ่งในโรงพยาบาลมียากลุ่มนี้ 3 รายการคือ Cefazolin Cephalexine และ Ceftriazone

ซึ่งเภสัชกรได้ร่วมกันตกลงกับคณะแพทย์ประจำโรงพยาบาลในการตั้งเกณฑ์ ในการใช้ยากลุ่มนี้ โดยได้ใช้ข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงต่างๆรวบรวมเป็นหลักเกณฑ์ในการใช้ยากลุ่ม Cephalosporin ของโรงพยาบาล และในการสั่งใช้ยากลุ่มนี้ของแพทย์ใช้ตามเกณฑ์ และในการประเมินการใช้ยากลุ่ม Cephalosporin ของเภสัชกรประเมินตามเกณฑ์ที่ร่วมกันกำหนดนั้น (ในภาคผนวก ข.)

จากผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยใช้ยากลุ่ม Cephalosporin 12 คน จากผู้ป่วย 212 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 และใช้ทั้งสิ้น 15 รายการ จากยาทั้งหมด 1,534 รายการ คิดเป็นร้อยละ 0.9 โดยมีผู้ป่วยใช้ยาแต่ละชนิดดังนี้

Ceftriazone	5 รายการ
Cephalexine	3 รายการ
Cefazolin	7 รายการ

ผู้ป่วย 1 รายอาจใช้มากกว่า 1 รายการซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนยาในภายหลัง

ผลการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม Cephalosporin พบว่า มีการใช้ที่เหมาะสมในแง่ของ ใช้เมื่อจำเป็นเมื่อไม่ตอบสนองต่อยาอื่น ขนาดยา เวลาการให้ยา ระยะเวลาการให้ยา เหมาะสมแล้ว 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 นอกจากนั้นมีความไม่เหมาะสมต่างๆ จัดตามประเภทของปัญหาได้ดังตารางที่ 46

ตารางที่ 46 ประเภทของปัญหาจากการให้ยาจากการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม Cephalosporin

ประเภทของปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1. มีข้อบ่งชี้ในการรักษาที่ไม่ได้รับยา	0	0
2. การเลือกให้ยาไม่เหมาะสม	1	0.5
3. มียาที่ถูกต้องน้อยเกินไป	2	0.9
4. มียาที่ถูกต้องมากเกินไป	1	0.5
5. ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	0	0
6. เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการให้ยา	0	0
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา	1	0.5
8. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการให้ยา	2	0.9
9. อื่นๆ	2	0.9
รวม	9	4.2

ปัญหาจากการให้ยาที่เกิดขึ้นเช่น การให้ยาระยะเวลาสั้นหรือยาวเกินไป การให้ยาในผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา เช่นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ การให้ยา Cefazolin และ Gentamicin ในผู้ป่วยไตบกพร่อง ซึ่งต้องแนะนำให้เปลี่ยนเป็น Ceftriazone ซึ่งคลุมเชื้อแกรมลบได้มาก และไม่ต้องปรับขนาดยา และปลอดภัยในผู้ป่วยไตบกพร่อง พบการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา คือ เกิดการเสริมการเกิดพิษต่อไต ของยาในกลุ่ม Aminoglycoside และ Cefazolin จากการใช้ร่วมกัน การให้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาที่ไม่เหมาะสม พบได้บ้างจากการสั่งยาให้ผู้ป่วยที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ปฏิชีวนะกลุ่มนี้ และมีปัญหาอื่นๆ เช่นแพทย์จำชื่อยามิตรระหว่างยาแต่ละรายการ จากปัญหาดังกล่าว ในการบริหารผู้ให้ยา ได้ให้ข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังตารางที่ 47

ตารางที่ 47 การให้ข้อเสนอแนะในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยากลุ่ม Cephalosporin

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
หยุดยา	5	41.7
เพิ่มระยะเวลาให้ยา	2	16.7
ให้คำปรึกษากับแพทย์	2	16.7
เปลี่ยนยา	1	8.3
ให้ความกระจ่างกับคำสั่งแพทย์	1	8.3

ในกรณีที่แพทย์มีการสั่งให้ยาในระยะเวลาที่นานเกินไป หรือกรณีผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับยานั้น ได้ให้ข้อเสนอแนะให้หยุดยา ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะยอมรับข้อเสนอแนะ แต่มีที่ยอมรับเพียงบางส่วน เช่นกรณีแพทย์ผู้นั้นมารับผิดชอบตรวจประจำวันบนหอผู้ป่วยแทนแพทย์เจ้าของไข้ ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจหยุดยาได้ แต่จะหยุดยาเมื่อมารับเวรต่อในวันถัดไปเพื่อให้มีหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้ป่วยเองก่อน ดังนั้นจะเห็นว่าอีกปัญหาหนึ่งคือ ถ้าหากเป็นแพทย์ผู้ปฏิบัติงานแทนจะไม่กล้าตัดสินใจเปลี่ยนยาในคำสั่งของแพทย์ผู้อื่นตามการให้ข้อเสนอแนะของเภสัชกร แม้จะยอมรับก็ตาม

การเพิ่มระยะเวลาให้ยาเมื่อแพทย์สั่งหยุดให้ยาเร็วเกินไปไม่ควรระยะเวลาของการรักษา การให้คำปรึกษาแก่แพทย์ในการเลือกให้ยาให้เหมาะกับสภาวะของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ จากการให้ยา และมีโรคแทรกซ้อนทำให้การตัดสินใจให้ยาต้องใช้ข้อมูลทางยาที่ละเอียดขึ้น

การเปลี่ยนยาเมื่อการเลือกให้ยาของแพทย์ ไม่เหมาะกับสภาวะของผู้ป่วย การให้ความกระจ่างกับคำสั่งแพทย์เมื่อแพทย์เขียนชื่อยามีด Cephalaxine 1 gm. q 6 hr. เปลี่ยนเป็น Cefazolin 1 gm. q 6 hr.

ปัญหา 1 อย่างอาจให้ข้อเสนอแนะได้มากกว่า 1 อย่าง เช่นให้คำปรึกษา และแนะนำให้เปลี่ยนยา ข้อเสนอแนะให้หยุดยามากที่สุดซึ่งมีทั้งกรณีหยุดยากลุ่ม Cephalosporin เอง และหยุดยาใช้ร่วม

5. งานระบบการกระจายยา

ในด้านระบบการกระจายยา จากเดิมซึ่งมีการกำหนดรายการยาคงคลังแต่ละหน่วยงานเอาไว้ แต่การดูแลของเภสัชกรทำเป็นครั้งคราว และไม่ได้ระบุผู้รับผิดชอบที่แน่นอน จากการสำรวจจึงพบว่ามีปัญหาจากยาคงคลังเกิดขึ้น ได้มีการปรับปรุงการจัดเก็บยาในแต่ละหน่วยงาน คือ หอผู้ป่วย 1 หอผู้ป่วย 2 และแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้มียาที่จำเป็น ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันยาเหลือค้าง

หมดอายุของยาในคลังยาสำรอง และให้มียาในสภาพที่เหมาะสมกับการใช้ตลอดเวลา รวมทั้งเพื่อให้เป็นการรองรับกับการบริหารผู้ช้ยาคือเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดตามมา ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงรายการยาคลังดังกล่าว และเก็บคินยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ และประชุมตกลงกับพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน ในการตรวจสอบยาคลังเพื่อให้ตรงกับรายการยาที่กำหนดอยู่เสมอ ซึ่งงานนี้ต้องดำเนินงานเพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการกระจายที่เหมาะสมเป็นส่วนสนับสนุน การบริหารผู้ช้ยา ไม่ให้เกิดปัญหาจากการช้ยาจากส่วนนี้ขึ้น

จากการสำรวจยาคลังในครั้งแรกก่อนการปรับเปลี่ยนรายการยาพบรายการยาแต่ละหน่วยงานดังในตารางที่ 48

ตารางที่ 48 รายละเอียดของยาคลังหน่วยงานต่างๆ ในการสำรวจก่อนปรับปรุงรายการยา

รายละเอียด	หน่วยงาน								
	หอผู้ป่วย 1			หอผู้ป่วย 2			แผนกฉุกเฉิน		
	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)
รายการยาคลัง	51	801	24,385	51	801	24,385	50	445	24,950
ปริมาณยาน้อยกว่าในรายการยา	9	42	1,655	7	25	25,100	10	70	2,430
ปริมาณยามากกว่าในรายการยา	3	24	405	1	10	300	6	24	560
มียาที่ไม่มีในรายการ	2	10	250	5	70	2,600	2	47	210
ไม่มียาที่มีในรายการ	2	10	400	2	10	400	-	-	-
ยาหมดอายุ และเสื่อมสภาพ	3	22	760	5	50	1,100	7	40	445
ยาเก็บคิน ยาฉีด	16	109	33,101	17	405	5,800	26	146	4,283
ยาเม็ด	39	889	1,900	-	-	-	-	-	-

จะพบว่ารายการยาคลัง มากเกินไปทำให้มียาค้างอยู่บนคลังสำรอง และมีรายการยาที่ไม่ตรงกับในคลังสำรอง และจากการขาดการตรวจสอบพบว่ามียาบางรายการที่มีการเบิกเก็บได้มาก เกินกว่ารายการยามาก ซึ่งในส่วนนี้ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจขึ้น และถ้าหากมีการช้ยาที่เสื่อมคุณภาพกับผู้ป่วยจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ต้องมีการเก็บคินยาที่เหลือค้าง และยาที่หมดอายุ

หรือเสื่อมสภาพเพื่อการแลกเปลี่ยนกับบริษัทผู้ผลิต หรือทำลายต่อไป และ ขณะเดียวกันมียาบางรายการที่จำเป็นต้องใช้แต่ไม่มีในคลังยาสำรอง หรือมีแต่ปริมาณไม่แน่นอน และไม่มีในรายการ ซึ่งทำให้ไม่มียาใช้ เมื่อต้องการใช้ยานั้น และการควบคุมยาคงคลังทำได้ยาก จึงได้มีการปรับปรุงรายการยาคงคลังใหม่ โดยสำรวจให้เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้จริง และทำการเก็บคืนยาที่ค้างในคลังยาสำรอง หรือหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ และเบิกยาที่ยังขาดไปจากรายการยาใหม่เพิ่ม

จากการสำรวจเพื่อปรับปรุงรายการยาในครั้งแรกนี้ พบว่ามียาเก็บคืนทั้งสิ้นมีมูลค่า 45,084 บาท ซึ่งบางส่วนใหญ่ยังมีสภาพที่ใช้ได้ ยกเว้นยาเม็ด ที่ใช้ไม่ได้ อยู่เพียง 3 รายการ ซึ่งมีมูลค่า 10.50 บาท

เพื่อให้มียาในปริมาณและรายการยาที่เหมาะสม ได้ทำการปรับปรุงรายการยาคงคลังประจำหน่วยงานต่างๆ

ซึ่งจากการปรับปรุงรายการยา ของหอผู้ป่วยทั้ง 2 หอ ปรับรายการยาจากครั้งแรก ที่ มียา 51 รายการ 801 หน่วย มูลค่าทั้งสิ้น 24,385 บาท เมื่อปรับปรุงแล้ว รายการยาค้างหลังของหอผู้ป่วยทั้ง 2 มีทั้งสิ้น 50 รายการ 540 หน่วย มูลค่า 17,075 บาท

ส่วนของแผนกฉุกเฉิน มีรายการยาค้างครั้งแรก 50 รายการ 445 หน่วย มูลค่า 24,950 บาท และหลังจากปรับปรุงรายการยาคงคลังแล้ว ครั้งหลัง มีรายการยา 40 รายการ 320 หน่วย มูลค่า 17,800 บาท

พบว่าเมื่อปรับปรุงรายการยาใหม่ ค่ายาคงคลังลดลง ของหอผู้ป่วยทั้ง 2 หอซึ่งต้องมีรายการเดียวกัน 7,310 บาท ของแผนกฉุกเฉินลดลง 7,150 บาท รวมทั้งหมดลดลง 21,770 บาท และจะพบว่าเพื่อความเหมาะสมนอกจากปรับเปลี่ยนปริมาณยาแล้ว ต้องปรับเปลี่ยนรายการยาด้วยมีทั้งที่เพิ่มขึ้น และตัดออกให้มียาจำเป็นใช้เพียงพอ ซึ่งรายละเอียดการตัดรายการยาออก และการเพิ่มรายการยาในคลังสำรองแต่ละหน่วยงาน ดังตารางที่ 49

ตารางที่ 49 รายการยาคงคลังที่ได้รับการปรับปรุง

รายการ	หน่วยงาน					
	หอผู้ป่วยทั้ง 2 หอ			แผนกฉุกเฉิน		
	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)
รายการยาที่ตัดออก	6	46	1,480	12	125	3,750
รายการยาเพิ่ม	5	60	2,600	3	55	230

เมื่อทำการสำรวจครั้งที่ 2 ของเภสัชกรหลังจากสำรวจ ปรับเปลี่ยนตามข้อตกลงในครั้งแรก และให้พยาบาลหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบ ในการเบิกยามาไว้สำรอง 1 ครั้ง/1 สัปดาห์ และในการตรวจสอบคลังยาสำรอง ในความรับผิดชอบของตนทุก 1 เดือน และเภสัชกรได้สำรวจใหม่อีกครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือนหลังจากการสำรวจครั้งแรก พบผลการสำรวจดังตารางที่ 50

ตารางที่ 50 ผลการสำรวจคลังยาสำรองหลังการปรับปรุง

รายการ	หน่วยงาน								
	หอผู้ป่วย 1			หอผู้ป่วย 2			แผนกฉุกเฉิน		
	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)	รายการ	หน่วย	มูลค่า (บาท)
มีจำนวนน้อยกว่าในรายการ	4	26	560	5	33	2,515	7	30	1,090
มีจำนวนมากกว่าในรายการ	5	31	770	3	22	435	6	28	635

จะพบว่าสำรวจอีกครั้งโดยเว้นระยะเวลา 3 เดือน ปัญหาที่ยังพบอยู่คือ มียาในคลังสำรองมากหรือน้อยกว่า ในรายการยาสำรองคงคลัง แต่พบในปริมาณไม่มาก ส่วนปัญหาอื่นๆ เช่น รายการยาไม่ตรงตามรายการ ยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพไม่พบ

ในระยะเวลาระหว่างการวิจัยนี้รายการคงคลัง และยาสำรองยังอยู่ในสถานะที่เหมาะสมตามความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบต้องานร่วมกัน แต่มีความจำเป็นที่เภสัชกรจะต้องติดตามตรวจสอบเป็นครั้งคราว เพราะยาที่เริ่มไม่ตรงรายการอาจมากขึ้น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะการใช้ยาในคลังสำรองเหล่านี้ได้ เช่นเกิดจากการเปลี่ยนแพทย์ การมีแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงให้การกระจายยาเหมาะสมอยู่เสมอ และจำเป็นในการอ็รับกับการบริหารผู้ใช้ยา

หมายเหตุ : มูลค่ายาในส่วนนี้ คิดจากราคาขายของโรงพยาบาลปะทิว

6. งานบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา

การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา เป็นการให้บริการที่ เภสัชกรสามารถทำพร้อมไปด้วยกัน ในขณะที่ปฏิบัติการบริหารผู้ใช้ยา นอกเหนือไปจากการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาที่ฝ่ายเภสัชกรรมเท่านั้น พบว่าการเข้าไปดูแลผู้ป่วยโดยตรง และการได้ประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์จะมีคำถามด้านยาเข้ามามากกว่าการตั้งรับอย่างเดียว

จากคำถามด้านยาที่ได้รับทั้งหมด 122 คำถาม ในช่วงระยะเวลาของการทำการวิจัย ในช่วงเดือน มีนาคม 2538 - ธันวาคม 2539 เป็นคำถามที่ได้รับจากการถามโดยตรง 105 คำถาม (ร้อยละ 86.07) ถามทางโทรศัพท์ 14 คำถาม (ร้อยละ 11.48) ถามโดยใช้แบบฟอร์มขอข้อมูลด้านยา 3 คำถาม (ร้อยละ 2.45) จะเห็นว่าคำถามที่ได้รับเป็นคำถามจากการถามโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นเพราะเมื่อเภสัชกรให้การบริบาลบนหอผู้ป่วย จะพบปะกับบุคลากรต่างๆมากขึ้น รองลงมาเป็นทางโทรศัพท์ซึ่งมักเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบเร่งด่วน เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานขณะนั้น ส่วนการขอข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มขอข้อมูลน้อย เนื่องจากผู้ถามสามารถถามโดยตรงได้และไม่ต้องการรายละเอียดมากนัก มีการใช้แบบฟอร์มขอข้อมูล เช่นกรณีพยาบาลต้องการข้อมูลประกอบการบรรยายทางวิชาการ

เวลาเฉลี่ยในการตอบคำถามคือ 5.14 ± 8.08 นาที แต่มีคำถามที่สามารถตอบได้เลย 48 คำถาม (ร้อยละ 39.3) และมีคำถามที่ใช้เวลาในการค้นคำตอบนานและต้องตอบในวันต่อไป 3 คำถาม (ร้อยละ 2.5) นอกนั้นเป็นคำถามที่สามารถค้นหาคำตอบได้ในวันเดียว ส่วนใหญ่เวลาที่ใช้ไม่มากเนื่องจากเป็นคำถามที่ไม่ซับซ้อนมากนัก และมีบางคำถามที่เป็นคำถามในรายละเอียดของยา เช่นขนาดยา ซึ่งจำได้ไม่แน่นอน ต้องเปิดเอกสารยืนยัน ซึ่งคำถามเหล่านี้ถ้าหากเภสัชกรมีความรู้ที่แม่นยำพอ อาจตอบได้เลยเช่นกัน และจากประสบการณ์ในการทำงาน การฝึกฝนจะทำให้เภสัชกรสามารถจดจำรายละเอียดต่างๆได้มากขึ้น ทำให้การให้ข้อมูลในครั้งต่อไปเร็วขึ้น

จากการแบ่งประเภทของคำถามตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีคำถามต่างๆ ดังตารางที่ 51

ตารางที่ 51 ประเภทของคำถามด้านยา

ประเภทของคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. Identification and Availability	21	17.2
2. Pharmaceutical	24	19.7
3. Adverse Reaction	20	16.4
4. Biopharmaceutic and Pharmacokinetic	10	8.2
5. Drug Therapy	27	22.1
6. Drug Interaction	3	2.4
7. Dose	13	10.7
8. Poison	2	1.6
9. Others	2	1.6
รวม	122	100

คำถามที่เภสัชกรได้รับมากที่สุดคือ คำถามทางด้าน Drug Therapy เช่นการใช้ยาปฏิชีวนะกับการครอบคลุมเชื้อโรค ความแตกต่างของยาในกลุ่มเดียวกันแต่ต่างชนิดกัน ความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆ มักเป็นคำถามจากแพทย์เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา แต่ในตารางที่ 52 จะพบว่าพยาบาลเป็นผู้ถามมากกว่า เพราะเมื่อพยาบาลมีโอกาสได้ใกล้ชิดกับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย จะมีคำถามต่างๆเมื่อไม่เข้าใจการใช้ยาที่ตนต้องบริหารให้แก่ผู้ป่วย

รองลงมาคือคำถามทางด้าน Pharmaceutical มักเป็นคำถามเรื่องการเตรียมยา การผสมยา อายุของการใช้ยา ซึ่งมักเป็นคำถามจากพยาบาลเพื่อใช้ประกอบการบริหารยา เช่นกัน

คำถามด้าน Identification and Availability เป็นคำถามที่ต้องการทราบว่ามียาชนิด หรือรูปแบบ นั้นๆ ในโรงพยาบาลหรือไม่ เพื่อการสั่งใช้ยา หรือการระบุยาที่ผู้ป่วยใช้ และนำมาให้ดู ทั้งเพื่อการตัดสินใจให้ยาต่อไปของแพทย์ และตัดสินใจเปลี่ยนยา และระบุชนิดของยาที่สงสัยว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยานั้น

คำถามทางด้าน Biopharmaceutic และ Pharmacokinetic เป็นการถามเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของการ ชั่งระยะเวลาการออกฤทธิ์ การหมดฤทธิ์ของยา ซึ่งเป็นการถามจากแพทย์เพื่อการเว้นช่วงระยะเวลาการให้ยา และระยะเวลาในการวัดผลการรักษาจากยา และมีคำถามจากพยาบาลเพื่อการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย

คำถามด้านขนาดยาในการรักษาโรคในสภาวะต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการตัดสินใจสั่งยาของแพทย์ ส่วนในบุคคลอื่นก็มีคำถามเช่นกันมักถามเพื่อแก้ข้อสงสัย

ส่วนคำถามที่พบอื่นๆพบไม่มาก เช่น คำถามด้าน Drug Interaction ถามการเกิด อันตรกิริยาระหว่างกันของยา เช่นการให้ยารับประทานชนิดต่างๆ ต้องเว้นระยะเท่าไรเพื่อไม่ให้เกิดอันตรกิริยากันของยา คำถามเรื่องพิษจากสารพิษและการรักษาพิเศษ เมื่อผู้ป่วยกินยาพิษมาโรงพยาบาล และคำถามอื่นๆ เช่น คำถามเกี่ยวกับยาสมุนไพร เช่นพิษจากเมล็ดน้อยหน่า การใช้ครีมพญาหอ เป็นต้น

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้ข้อมูลข่าวสารด้านยา ได้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยและประชาชน ภายนอกโรงพยาบาล แสดงรายละเอียดของคำถามของบุคคลแต่ละประเภทได้ดังตารางที่ 52

ตารางที่ 52 ประเภทของคำถามจำแนกตามผู้ถาม

ประเภทของคำถาม	บุคคลที่ถาม					
	แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	ผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่ ที่ห้องยา	รวม
1. Identification and Available	10 (8.2)	9 (7.4)	2 (1.6)	0 (0)	0 (0)	21 (17.2)
2. Pharmaceutical	3 (2.5)	19 (15.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	24 (19.7)
3. Adverse Reaction	3 (2.7)	8 (6.7)	5 (4.1)	3 (2.5)	1 (0.8)	20 (16.4)
4. Biopharm and Pharmacokinetic	4 (3.3)	14 (11.5)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	10 (8.2)
5. Drug Therapy	10 (8.2)	14 (11.5)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	27 (22.1)
6. Drug Interaction	0 (0)	2 (1.6)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	3 (2.5)
7. Dose	8 (6.6)	4 (3.3)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	13 (10.7)
8. Poison	1 (0.8)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.6)
9. Others	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	2 (1.6)
รวม	39 (31.9)	63 (51.6)	9 (7.4)	8 (6.6)	3 (2.5)	122 (100)

จากคำถามเกี่ยวกับยาเหล่านี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาพื้นที่ที่สามารถตอบได้เลยโดยไม่ต้องใช้เอกสารอ้างอิง และลักษณะคำถามเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบขณะนั้นเลย ส่วนคำถามอื่นๆ เป็นคำถามที่ต้องใช้เอกสารอ้างอิงในการค้นหาคำตอบให้ผู้ถาม ซึ่งเอกสารอ้างอิงที่ใช้ดังในตารางที่ 53

ตารางที่ 53 รายการเอกสารอ้างอิง และจำนวนปัญหาที่ใช้

เอกสารอ้างอิง	จำนวน	ร้อยละ
TIMS	9	7.6
TIMS Annual	9	7.6
Handbook of drug Interaction	2	1.7
Handbook of clinical drug data	17	14.4
USPDI	12	10.2
Martindale the Extra Pharmacopeia	2	1.7
AHFS	3	2.5
Handbook on Injectable Drug	3	2.5
อื่นๆ	13	11.0
ไม่ต้องใช้เอกสารอ้างอิง	48	40.6
รวม	122	100

จะพบว่าปัญหาจำนวนมากถึง ร้อยละ 40.7 ไม่ต้องใช้เอกสารอ้างอิงในการตอบ ส่วนเอกสารอ้างอิงที่ใช้มากที่สุดคือ Handbook of Clinical Drug Data รองลงมาคือ USPDI TIM และ TIM annual ส่วนเล่มอื่นๆ ใช้ไม่มาก ส่วนเอกสารอ้างอิงอื่นๆ ที่ใช้ เช่น Harrison's Principle of Internal Medicine คู่มือเภสัชวิทยา บัญชียาโรงพยาบาล Medication Teaching Manual โปรแกรมข้อมูลเรื่องยาในหญิงตั้งครรภ์ และให้นมบุตร วารสารทางการแพทย์ เช่น คลินิก

ซึ่งในการปฏิบัติงานของเภสัชกรควรมีหนังสืออ้างอิงในขนาดพกพาสะดวก มีรายละเอียดพอสมควรติดตัวไปในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เพื่อประกอบการปฏิบัติงานของเภสัชกรเอง และเพื่อตอบคำถามที่ไม่สามารถตอบได้ทันที ได้ทันท่วงทีมากขึ้นกว่าการกลับมาค้นที่ฝ่ายเภสัชกรรมก่อน ซึ่งในการปฏิบัติงานนี้ ได้ใช้ Handbook of Clinical Drug Data ซึ่งพบว่าบางคำถามจำเป็นต้องค้นหาคำตอบจากหนังสือหลายเล่ม ดังนั้นเพื่อการบริการข้อมูลข่าวสารด้านยาได้ดี ฝ่ายเภสัชกรรมควรมีแหล่งข้อมูลมากพอสมควร ไม่ว่าจะหนังสืออ้างอิง หรือโปรแกรมความรู้ด้านยาต่างๆ รวมทั้งการใช้ระบบคอมพิวเตอร์

จากคำถามทั้งหมดที่ได้รับมีเพียง 1 คำถามที่ไม่สามารถตอบได้ทันท่วงที เป็นคำถามด้าน Drug Therapy คิดเป็นร้อยละ 0.8 ซึ่งเป็นปัญหาจากการถามของบุคคลภายนอก



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย