

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวางรูปแบบกระบวนการบริหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ตามแนวทางของพันธกิจในการรับผิดชอบต่อตัวผู้ใช้ยาโดยตรงของเภสัชกร เพื่อปรับบทบาทของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเดิมรับผิดชอบทางด้านผลิตภัณฑ์เท่านั้น และเนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทยมีแต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนยังอยู่ในขั้นหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมและหาผู้ริเริ่ม การวิจัยนี้จึงมุ่งวางรูปแบบและแนวทางปฏิบัติงานในการบริหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน โดยผนวกนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดบทบาทของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนด้านเภสัชกรรมคลินิก ที่สอดคล้องกับแนวคิดของการบริหารผู้ป่วยยา

ทฤษฎีและแนวทางในการปฏิบัติ ได้จากการศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมความคิด และแนวทางในการปฏิบัติ มีการเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้อง และทักษะในการบริหารผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน และได้มีการศึกษาวิจัยนำร่องเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อการศึกษาลักษณะงาน สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรต่างๆ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการประสานงาน และการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติงาน

กระบวนการบริหารผู้ป่วยในการวิจัยนี้จะดูแลทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา โดยเน้นที่ผู้ป่วยใน เริ่มจากเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เภสัชกรจะสัมภาษณ์ สร้างความสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ศึกษาประวัติความเจ็บป่วย และบันทึกในแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย ร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันบนหอผู้ป่วยกับแพทย์ ติดตามการสั่งยาของแพทย์ ติดตามการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์ไปยัง คาร์เด็กซ์ MAR บัตรยา ใบสั่งยา ติดตามการจ่ายยาจากห้องยาไปสู่หอผู้ป่วย ติดตามการบริหารยา ติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาเมื่อผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามบริหารผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับมารับการรักษาใหม่อีกครั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งในขั้นตอนเหล่านี้มุ่งหาปัญหาจากการใช้ยาซึ่งเกิดกับผู้ป่วยเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาจะดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยานั้นทันที ในส่วนของผู้ป่วยนอกมีการติดตามผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ป่วยใน เพื่อความต่อเนื่องของการบริหารผู้ป่วยยา และมีการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดระบบการคัดกรอง และระบบการกระจายยาได้มีการปรับปรุงให้เหมาะสม ไม่มียาคงค้างในคลังสำรอง ไม่มียาหมดอายุ หรือ

ยาเสื่อมสภาพบนหอผู้ป่วย และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดูแลคลังยาในหน่วยงานของตน ในส่วนของการบริการเภสัชสนเทศมีการประชาสัมพันธ์และให้บริการที่ฝ่ายเภสัชกรรม และในขณะที่ให้การบริบาลผู้ช้ยา ซึ่งสามารถรับและตอบคำถามด้านยาได้ตลอดเวลา และแนวทางปฏิบัติงานในกระบวนการบริบาลผู้ช้ยาสามารถทำให้เภสัชกรค้นพบปัญหาจากการช้ยาในทุกขั้นตอนของกระบวนการช้ยา และดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นอย่างต่อเนื่อง และศึกษาเพื่อแสดงผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรที่ให้การบริบาลผู้ช้ยาในส่วนของ การระบุ ป้องกัน และแก้ไขปัญหากจากการช้ยา

จากผลการวิจัยดำเนินงานในผู้ป่วย 212 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง และชาย จำนวนใกล้เคียงกัน อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร และทำงานบ้านรองลงมา ในการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนดเภสัชกรพบปัญหาจากการช้ยาในผู้ป่วย 158 ราย (ร้อยละ 74.5) และจากรายการยาทั้งสิ้น 1,534 รายการ พบปัญหาจากการช้ยาทั้งสิ้น 293 ปัญหา (ร้อยละ 19.1) ยา 1 รายการ หรือผู้ป่วย 1 รายอาจเกิดปัญหาจากการช้ยาได้มากกว่า 1 ปัญหา มีปัญหาที่พบประเภทต่างๆดังนี้คือ **ไม่ได้รับยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา** 41 ปัญหา (ร้อยละ 1.2) พบในผู้ป่วย 32 ราย (ร้อยละ 15.0) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้ให้ยารักษาสภาวะเจ็บป่วยเดิม 19 ปัญหา(ร้อยละ 6.4) **การเลือกช้ยาไม่เหมาะสม** 24 ปัญหา (ร้อยละ1.56) พบในผู้ป่วย 54 ราย (ร้อยละ6.60) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสั่งยาที่มีข้อห้ามช้ 11 ปัญหา (ร้อยละ 3.8) **ได้รับยาที่ถูกต้องน้อยเกินไป** 18 ปัญหา (ร้อยละ 1.17) พบในผู้ป่วย15 ราย (ร้อยละ 7.1) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากขนาดยาที่ได้รับต่ำเกินไป 8 ปัญหา (ร้อยละ 2.7) **ได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป** 27 ปัญหา (ร้อยละ 1.8) พบในผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 11.7) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการให้ยาในระยะเวลาสั้นเกินไป 12 ปัญหา (ร้อยละ 4.1) **ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง** 66 ปัญหา (ร้อยละ4.3) พบในผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 25.0) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเอง 35 ปัญหา (ร้อยละ 11.7)เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการช้ยา 35 ปัญหา (ร้อยละ 2.3) พบในผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 11.8)ส่วนใหญ่เกิดจากอาการข้างเคียงของยา 25 ปัญหา (ร้อยละ 8.5) ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงปานกลาง 17 ปัญหา (ร้อยละ 5.8) และความเป็นไปได้ในระดับ probable 18 ปัญหา (ร้อยละ 6.14) **เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา** 17 ปัญหา (ร้อยละ 1.1) พบในผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 5.2) มักเป็นอันตรกิริยาระหว่างยา-ยา 15 ปัญหา (ร้อยละ 5.1) ส่วนใหญ่เป็นอันตรกิริยาที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่อาจเกิดขึ้นได้ต้องป้องกัน 14 ปัญหา (ร้อยละ 4.8) **ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการช้ยา** 26 ปัญหา (ร้อยละ 1.3) พบในผู้ป่วย 20 ราย (ร้อยละ 9.4) เกิดจากการช้ยาในทางที่ผิดของผู้ป่วยเอง และ แพทย์สั่งยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้เท่าๆกัน 9 ปัญหา (ร้อยละ 3.1) **อื่นๆ** 45 ปัญหา (ร้อยละ 2.9) พบในผู้ป่วย 43 ราย (ร้อยละ 20.3) ส่วนใหญ่เกิดจากคำสั่งช้ยาที่ไม่ชัดเจน 11 ปัญหา (ร้อยละ 3.4) และอื่นๆ

พบว่าขั้นตอนในกระบวนการช้ยาที่เกิดปัญหามากที่สุดคือ ขั้นตอนการสั่งยาของแพทย์พบ 100 ปัญหา (ร้อยละ 34.1)ส่วนในขั้นตอนอื่นๆปัญหามาจากการช้ยาที่พบคือ ผู้ป่วยช้ยาก่อนมาโรง

พยาบาล 49 ปัญหา (ร้อยละ 16.7) ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา เกิดปัญหาจากการใช้ยารวม 46 ปัญหา (ร้อยละ 15.6) ขั้นตอนการบริหารยา 14 ปัญหา (ร้อยละ 4.8) ขั้นตอนการจ่ายยา 8 ปัญหา (ร้อยละ 2.7) ขั้นตอนการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย 76 ปัญหา (ร้อยละ 25.9)

จากปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข 238 ปัญหา (ร้อยละ 81.29) ส่วนปัญหาที่ได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นมี 55 ปัญหา (ร้อยละ 18.77)

ซึ่งข้อเสนอแนะที่ให้ไปเป็นไปตามปัญหาจากการใช้ยาที่พบนั้น ซึ่งสรุปได้ว่ามีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ เสนอยาและขนาดยา 59 ครั้ง (ร้อยละ 20.1) ให้ความกระจ่างแก่คำสั่งแพทย์ 11 ครั้ง (ร้อยละ 3.8) หยุดยา 60 ครั้ง (ร้อยละ 20.5) เสนอการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 13 ครั้ง ลดขนาดยา 15 ครั้ง (ร้อยละ 5.1) เพิ่มขนาดยา 8 ครั้ง (ร้อยละ 2.7) เปลี่ยนรูปแบบยา 2 ครั้ง (ร้อยละ 0.7) เปลี่ยนวิธีการให้ยา 3 ครั้ง (ร้อยละ 1.0) เปลี่ยนตารางการให้ยา 20 ครั้ง (ร้อยละ 6.8) ติดตามค่าพารามิเตอร์ 15 ครั้ง (ร้อยละ 5.1) ให้คำปรึกษากับบุคลากรอื่น 19 ครั้ง (ร้อยละ 6.5) ให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาผู้ป่วย 51 ครั้ง (ร้อยละ 17.4) และเปลี่ยนยา 17 ครั้ง (ร้อยละ 5.8)

การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้นซึ่งอาจให้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย หรือเภสัชกร พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับ คือ 263 ครั้ง (ร้อยละ 89.8) พบที่มีการยอมรับบางส่วน 18 ครั้ง (ร้อยละ 6.1) และได้รับการปฏิเสธ 12 ครั้ง (ร้อยละ 4.1)

ระดับความสำคัญทางคลินิกของข้อเสนอแนะ พบว่าส่วนใหญ่มีความสำคัญทางคลินิก ปานกลาง 136 ครั้ง (ร้อยละ 46.6) และพบว่าที่มีความสำคัญทางคลินิกมากมีมากถึง 63 ครั้ง (ร้อยละ 21.5) นอกนั้นมีความสำคัญทางคลินิกลดน้อย 92 ครั้ง (ร้อยละ 31.4) ส่วนที่ไม่มีมีความสำคัญทางคลินิกแต่มีผลทางเศรษฐกิจมี 2 ครั้ง (ร้อยละ 0.7)

การสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยเพื่อการปรับยาอย่างต่อเนือง พบว่าสามารถให้การปรับยาต่อเนืองได้ ในผู้ป่วย 56 ราย (ร้อยละ 26.4) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมารับรักษาต่อในคลินิก เฉพาะโรค 11 ราย (ร้อยละ 19.6) ผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามการรักษาโดยแพทย์ 23 ราย (ร้อยละ 41.1) และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยสาเหตุอื่น 22 ราย (ร้อยละ 39.3) พบว่าจากการให้ปรับยาผู้ให้ยา ทำให้การใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วยที่บ้านดีขึ้น และลดปัญหาจากการใช้ยา คือ ลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งได้ 7 ปัญหา ลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ 4 ปัญหา และลดปัญหาการใช้ยาด้วยตนเองในทางที่ผิดของผู้ป่วยได้ไม่พบเลยในผู้ป่วยที่ให้การปรับยาต่อเนือง

โดยเภสัชกรใช้เวลาในการปรับยาผู้ให้ยา เฉลี่ย 28.5 นาที ต่อราย ต่อวัน หรือเภสัชกร 1 คน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ประมาณ 30 ราย ต่อวัน

เมื่อวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน เพื่อแสดงตามเกณฑ์การปฏิบัติของเภสัชกรในงานเภสัชกรรม คลินิกของกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้คือ

ในส่วนของการคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำในผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 208 ราย เป็นผู้ป่วยที่คัดกรองตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข 152 ราย (ร้อยละ 73.1) ติดตามในระบบบริบาลผู้ช้ยา 56 ราย (ร้อยละ 26.9) ซึ่งพบว่าสามารถลดปัญหาจาก 1,795 ปัญหาในครั้งแรก เหลือเพียง 234 ปัญหาในครั้งหลัง แสดงให้เห็นว่า การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยสามารถลดปัญหาจากการช้ยาของผู้ป่วยได้

การติดตามการช้ยาในผู้ป่วยใน เป็นกิจกรรมที่แสดงผลได้เช่นเดียวกับผลของการบริบาลผู้ช้ยาซึ่งเริ่มจากผู้ป่วยในทั้งหมด และงานเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการช้ยา ดังแสดงแล้วเช่นกันในผลการบริบาลผู้ช้ยา

การประเมินการช้ยา สามารถดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของการบริบาลผู้ช้ยา ในที่นี้แสดงตัวอย่างยาในกลุ่ม Cephalosporin พบว่ามีการช้ Cephalosporin ในผู้ป่วย 12 ราย (ร้อยละ 5.7) ช้ทั้งสิ้น 15 รายการ (ร้อยละ 0.9) พบว่ามีการช้ยาในกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม 4 ราย (ร้อยละ 33.3) ส่วนอีก 8 ราย (ร้อยละ 66.7) มีการช้ไม่เหมาะสม คือมีการเลือกช้ยาไม่เหมาะสม 1 ปัญหา (ร้อยละ 8.3) ได้รับยาที่ถูกต้องน้อยเกินไป 2 ปัญหา (ร้อยละ 16.7) ได้รับยาที่ถูกต้องมากเกินไป 1 ปัญหา (ร้อยละ 8.3) เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยา 1 ปัญหา (ร้อยละ 8.3) ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา 2 ปัญหา (ร้อยละ 16.7) และ อื่นๆ 2 ปัญหา (ร้อยละ 16.7) โดยผู้ป่วย 1 รายเกิดได้มากกว่า 1 ปัญหา นอกจากนั้นสามารถแก้ไขปัญหาโดยให้ข้อเสนอแนะดังนี้ เสนอให้หยุดยา 5 ครั้ง (ร้อยละ 41.7) นอกจากนี้ได้แก่การเพิ่มระยะเวลาในการให้ยา ให้คำปรึกษากับแพทย์ เปลี่ยนยา และให้ความกระจ่างกับคำสั่งแพทย์

ด้านระบบการกระจายยา ได้ปรับรายการยาคงคลังประจำหอผู้ป่วย และแผนกฉุกเฉิน ให้มียาในปริมาณที่พอเหมาะ และไม่มีรายการยาที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ และสามารถเก็บยาที่คงค้างอยู่ในหน่วยงานต่างๆ นั้นที่ยังมีสภาพดีช้การได้ มีมูลค่าทั้งสิ้น 45,073.50 บาท และจากการปรับรายการยาคงคลังสามารถลดมูลค่ายาคงคลังได้ทั้งสิ้น 21,770 บาท และเป็นการตัดรายการยาที่ไม่จำเป็นออกรวม 18 รายการ และเพิ่มรายการยาที่จำเป็นต้องช้ แต่ไม่มีในครั้งแรก 8 รายการ และจากการสำรวจในครั้งหลังพบว่ายังคงมีปัญหาเฉพาะเรื่องมีปริมาณยามากหรือน้อยกว่า ในรายการ

ด้านระบบการบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา บริการตอบคำถามทั้งสิ้น 122 คำถาม จำแนกเป็นการถามโดยตรง 105 คำถาม (ร้อยละ 86.1) การถามทางโทรศัพท์ 14 คำถาม (ร้อยละ 11.5) ส่วนคำถามโดยช้แบบฟอร์มขอข้อมูลน้อย มี 3 คำถาม (ร้อยละ 2.5) เกสเซอร์สามารถตอบได้ทันที 48 คำถาม (ร้อยละ 39.3) นอกจากนั้นต้องทำการสืบค้น เอกสารอ้างอิงช้เอกสารต่างๆกันตามคำถามที่ได้รับ ที่ช้มากที่สุดคือ Handbook of Clinical Drug Data พบว่าคำถามต่างๆที่ได้รับมีเพียง 1 คำถามที่ไม่สามารถตอบได้ทันที (ร้อยละ 0.82)

ประเภทของคำถามพบว่าเป็นคำถามด้าน Drug Therapy มากที่สุด 27 คำถาม (ร้อยละ 22.1) รองลงมาเป็นคำถามด้าน Pharmaceutical 19 คำถาม (ร้อยละ 15.6)

สำหรับผู้ถาม พยาบาลเป็นผู้ถามคำถามมากที่สุด 63 คำถาม (ร้อยละ 51.6) รองลงมาคือ แพทย์ 39 คำถาม (ร้อยละ 31.9) เภสัชกร 9 คำถาม (ร้อยละ 7.4) ผู้ป่วย 8 คำถาม (ร้อยละ 6.6) และ เจ้าหน้าที่ห้องยา 3 คำถาม (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ

จากรูปแบบของการบริหารผู้สูงอายุที่ตั้งขึ้นสามารถระบุปัญหาจากการใช้ยา และดำเนินการ ป้องกันและแก้ไขได้โดยการประสานงานกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง และสามารถย่นวงงานทางด้าน เภสัชกรรมคลินิกตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขไปในขณะเดียวกัน ซึ่งอยู่ทั้งในส่วนของการ บริหารผู้สูงอายุ และในส่วนของการที่มาสืบสนับสนุนรองรับการบริหารผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าเมื่อใช้รูปแบบการ ปฏิบัติงานโดยใช้หลักของการบริหารผู้สูงอายุ สามารถจะปฏิบัติได้จริงและก่อประโยชน์แท้จริงแก่ผู้ป่วย แต่ละราย



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

จากรูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการบริหารผู้ไ้ยา ที่ทดลองดำเนินการในการวิจัยนี้เป็นรูปแบบเฉพาะของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลมีความใกล้ชิดกันมาก โรคที่ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ซับซ้อน ยาที่ใช้มีจำนวนน้อย และมักเป็นยาที่ใช้กันมานาน ดังนั้นลักษณะการปฏิบัติงานหรือผลการปฏิบัติงานที่ได้จากการวิจัยนี้ อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปในโรงพยาบาลประเภทอื่นๆได้ทั้งหมด แต่เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีลักษณะงานและสภาพการณ์ที่คล้ายคลึงกัน จึงมีโอกาสนำไปประยุกต์ใช้ได้เป็นส่วนมาก

การปฏิบัติตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ในหน้าที่ด้านเภสัชกรรมคลินิกทั้ง 6 ข้อนั้น การแยกปฏิบัติงานเป็นงานๆไป เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากทางปฏิบัติเพราะจำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนมีน้อยมากอีกทั้งไม่ได้ประโยชน์อย่างแท้จริงแก่ผู้ป่วย เมื่อต้องแยกการปฏิบัติงานต่างๆเป็นแต่ละงาน เพราะการบริหารผู้ไ้ยาต้องยึดถือจากตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ แล้วจึงพิจารณาว่าผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่แล้วเลือกกิจกรรมหรืองานเข้ามาช่วยแก้ปัญหา หรือป้องกันปัญหางานเภสัชกรรมคลินิกเดิมจึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารผู้ไ้ยา ในลักษณะบริการสนับสนุน หรือบริการเพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่พบบ่อย ดังนั้นงานเช่น งานคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย งานติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยใน งานเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และงานประเมินการใช้ยาสามารถผนวกหรือแสดงผลรวมงานเหล่านี้อยู่ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการบริหารผู้ไ้ยา งานด้านระบบการกระจายยาเป็นส่วนที่ใช้เวลาไม่มากในการจัดการ และเป็นงานที่ปฏิบัติเป็นครั้งคราวไม่ได้ปฏิบัติเป็นงานประจำ เภสัชกรซึ่งดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ขณะดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน แต่เป็นส่วนจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องปรับปรุง ให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านการบริหารผู้ไ้ยา เพราะถ้าไม่เหมาะสมจะเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างสำคัญ ส่วนงานการบริการข้อมูลข่าวสารด้านยาโดยเฉพาะในส่วนตอบคำถามหรือให้ข้อมูลยา เมื่อทำควบคู่ไปกับการบริหารผู้ไ้ยาจะสามารถให้บริการผู้ถามได้มากขึ้นและทำให้เกิดความเชื่อถือเภสัชกรในการเป็นผู้รู้ด้านยา ซึ่งการให้บริการในลักษณะตอบคำถามระหว่างปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ควรมีการจดบันทึก ซึ่งมีประโยชน์ทั้งแก่การบริการตอบคำถามเดิมในครั้งต่อไป และในแง่การรวบรวมผลงาน

เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีกลุ่มผู้รับบริการค่อนข้างจำกัด คือเป็นประชาชนในท้องถิ่นนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหมุนเวียนมารับบริการ ดังนั้นการให้บริหารผู้ป่วยควรปฏิบัติจึงจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ไม่เพียงแต่เป็นการติดตามผลการบริหารการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการเฝ้าระวังค้นหาปัญหาใหม่ที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยด้วย แต่อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้ ลักษณะความต่อเนื่องของการบริหารผู้ไ้ยาเป็นการเน้นการบริหารในผู้ป่วยใน และติดตามอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอก ไม่สามารถดูแลได้ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกในเวลาเดียวกัน รวมทั้งการติดตาม

ดูแลถึงบ้านเมื่อจำเป็น เนื่องจากข้อจำกัดของภาระงานของเภสัชกร เวลาในการศึกษา เพราะในการวิจัยนี้มีผู้วิจัยเพียงคนเดียวที่ให้การบริบาลผู้สูงอายุ และใช้การประสานงานกับบุคลากรอื่นๆช่วยและเภสัชกรประจำให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ แต่ไม่รวมในการบริบาลผู้สูงอายุ ดังนั้นไม่สามารถทำไปพร้อมกันได้ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือติดตามถึงบ้านได้ ซึ่งถ้าต้องการทำทั้งหมดอาจต้องการเภสัชกรอีก 1 คนเพื่อให้บริการที่เต็มที่มากขึ้น ไม่ต้องแบ่งเวลาจนเวลาแต่ละส่วนน้อยจนเกินไป แต่อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานทั้งหมด ของฝ่ายเภสัชกรรม ก็เปรียบเสมือนปฏิบัติงานด้วยเภสัชกร 2 คน คือเภสัชกรประจำทำงานในส่วนเดิม ในการบริหารงานในฝ่าย และให้บริการต่างๆตามปกติ และยังสามารถช่วยเหลือในการคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยนอก ในกรณีที่เภสัชกรผู้ทำหน้าที่บริบาลผู้สูงอายุไม่อยู่ รวมทั้งการตอบคำถามด้านยาที่เข้ามาในฝ่าย ส่วนเภสัชกรผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ด้านการบริบาลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติงาน ดังนั้นหากมีการนำแนวทางจากการวิจัยนี้ไปใช้ต้องคำนึงถึงในส่วนนี้ คือในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อยต้องมีอาจต้องมีเภสัชกร 2 คน และต้องมีการแบ่งงานซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องแยกกันชัดเจนไปว่า เภสัชกร 1 คนทำงานประจำ อีก 1 คนทำงานด้านการบริบาลผู้สูงอายุ เพราะถ้าหากเป็นเช่นนี้จะเกิดการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกัน และไม่สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ และจะสามารถครอบคลุมผู้ป่วยได้น้อย แต่ควรมีการตกลงการรับผิดชอบที่ชัดเจน การร่วมกันรับผิดชอบในระบบการบริบาลผู้สูงอายุ หรือหมุนเวียนสลับหน้าที่กันได้ สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือต้องพัฒนาการจดบันทึกการปฏิบัติให้สามารถใช้งานได้ดี และให้สามารถสื่อสารระหว่างบุคคลได้ สามารถใช้ติดตามผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับชาร์ตผู้ป่วยที่แพทย์ใช้ในการรับผิดชอบร่วมกัน

ในโรงพยาบาลปะทิวมีหอผู้ป่วย 2 หอ แต่ผู้วิจัยสามารถให้การบริบาลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่เพียงหอผู้ป่วยเดียวเท่านั้น เพราะจากการทดลองปฏิบัติงานทั้ง 2 หอผู้ป่วยพร้อมๆกัน พบว่าไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ทั้ง 2 หอ ดังนั้นถ้ามีเภสัชกรปฏิบัติงานในการบริบาลผู้ป่วย 2 คนจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น คือสามารถดูแลผู้ป่วยในได้ทั้งหมด แต่ในการวิจัยนี้ยังเป็นขั้นเริ่มต้น และเภสัชกรประจำโรงพยาบาลยังไม่พร้อมที่จะให้การบริบาลผู้ป่วยด้วยตนเอง แต่ช่วยเหลือในด้านอื่นๆได้มาก รวมทั้งการวางแผนในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการแก้ไขคือการกำหนดความสำคัญของงานที่จะเริ่มปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายในการให้บริการ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือนโยบายของโรงพยาบาล เช่นหากจะเริ่มให้การบริบาลผู้สูงอายุควรให้บริการผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นเภสัชกร 1 คนอาจไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ โดยเฉพาะผลการศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นว่า หากจะดำเนินการให้ครบวงจรต้องมีเภสัชกรเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ประมาณ 1 คนต่อผู้ป่วยใน 30 ราย

ข้อเสนอแนะในแต่ละขั้นตอนของการบริหารผู้ป่วย

ในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ สามารถแสดงการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในหน้าที่ใหม่เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยากับบุคลากรการแพทย์อื่นๆ ในพันธกิจการบริหารผู้ป่วย อย่างไรก็ตามดังกล่าวยังเป็นเพียงขั้นเริ่มต้น ยังมีสิ่งที่ควรปรับปรุงอีกหลายประการ โดยสามารถแสดงข้อเสนอแนะตามขั้นตอนการปฏิบัติงานได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์และบันทึกประวัติผู้ป่วย

ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเพื่อให้เภสัชกรมีข้อมูลในการให้การบริบาลในขั้นต่อไป เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ก่อนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยต้องศึกษาประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา และต้องทราบสถานะความเจ็บป่วยและความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อน เพื่อทราบประเด็นในการสัมภาษณ์ที่ตรงจุด และครบถ้วน และการบันทึกประวัติผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลความเจ็บป่วยต่างๆต้องบันทึกอย่างเพียงพอ และเป็นลำดับเพื่อให้สามารถกำหนด สามารถค้นหาปัญหา วางแผนตัดสินใจในการบริหารผู้ป่วย รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยได้ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละรายจะทำเมื่อรับผู้ป่วยครั้งแรก และเมื่อพบปัญหาและติดตามปัญหานั้น และต้องมีการกำหนดแผนการบริหารผู้ป่วยในการติดตามปัญหา แต่ในกรณีที่ไม่พบปัญหาในการใช้ยา อาจไม่จำเป็นต้องสัมภาษณ์ในรายละเอียดทุกวัน เนื่องจากยังมีข้อจำกัดของเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถครอบคลุมทั้งหอผู้ป่วยใน 1 วัน ดังนั้นการใช้เวลาต้องเป็นไปตามความสำคัญของปัญหา การเยี่ยมและซักถามการเปลี่ยนแปลงอาการโดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ยาบางกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ในการติดตาม เพื่อสร้างความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและติดตามปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่ก็เพียงพอ การเตรียมเครื่องมือในการบันทึกเป็นสิ่งสำคัญ ควรเป็นแบบบันทึกที่สะดวกในการทำงาน สั้น กระทัดรัด และแสดงข้อมูลให้สามารถติดตามได้ง่าย ไม่ควรมีหลายหน้าจนเกินไป และการจดบันทึกต้องครบถ้วน และบันทึกทุกปัญหาที่พบไม่ตัดสินใจ ลักษณะการจดบันทึกต้องสามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติงานสานต่อได้

ปัญหาเรื่องการค้นหาผู้ป่วยใหม่ และการให้การบริบาลผู้ป่วยในวันหยุดซึ่งเภสัชกรยังไม่ได้ครอบคลุมถึงนั้น อาจแก้ปัญหาได้โดยการให้มีเภสัชกรขึ้นเวรรับผิดชอบผู้ป่วย โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบสลับกันไปเช่นเดียวกับการขึ้นเวรของแพทย์ ซึ่งต้องการเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน 2 คนขึ้นไป

2. การติดตามการสั่งยา

ในส่วนของ การติดตามหรือการร่วมทีมการรักษา เนื่องจากแพทย์จะออกตรวจประจำวันเป็นเวลาที่แน่นอน ดังนั้นเภสัชกรควรมาที่หอผู้ป่วยก่อนแพทย์สักเล็กน้อย เพื่อสำรวจผู้ป่วยใหม่และศึกษาล่วงหน้า ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยใหม่ที่มาก่อนการตรวจประจำวันของแพทย์ไม่มาก และในส่วนี้จะใช้เวลาไม่มากนัก

การติดตามการสั่งยา: สามารถทำได้ทั้งหมดหลังจากแพทย์สั่งยาไปแล้ว ดูจากใบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ หรืออาจทำไปพร้อมกับการร่วมตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะสามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้ส่วนหนึ่ง ซึ่งเภสัชกรควรมีความรู้ที่มากพอระดับหนึ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อถือในขั้นแรกได้ ซึ่งนอกจากต้องศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยมาอย่างดี และมีความรู้มากพอแล้ว ยังต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ และสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าเภสัชกรช่วยเหลือในส่วนนี้ได้จริง ซึ่งตามความเป็นจริงแล้วปริมาณยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนไม่มาก และโรคที่พบไม่มากการเตรียมความพร้อมในการทำงานสามารถทำได้ และเมื่อมีประสพการณ์ถึงขั้นหนึ่งแล้วจะสามารถสร้างทักษะมากขึ้นได้

ในการประสานงานกับแพทย์ผู้สั่งยา อาจเป็นการให้ข้อเสนอแนะในขณะที่ร่วมการตรวจรักษาประจำวันได้เลย หรือถ้าหากค้นพบปัญหาในภายหลัง การประสานงานแล้วแต่ความเร่งด่วนของปัญหา ถ้าไม่เร่งด่วนสามารถให้ข้อเสนอแนะได้ในการร่วมตรวจรักษาประจำวันในวันถัดมา กรณีเร่งด่วนอาจใช้การโทรศัพท์ หรือติดต่อแพทย์โดยตรง

3. การติดตามการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

การติดตามการคัดลอกคำสั่ง พบว่าส่วนใหญ่ถ้าใน คาร์เด็กซ์มิด ส่วนอื่นจะมิดด้วย ดังนั้นการตรวจสอบในคาร์เด็กซ์ สำคัญที่สุดพยาบาลจะใช้คาร์เด็กซ์ในการทำงานเป็นช่วงๆไม่แน่นอน ในการปฏิบัติงานในการตรวจสอบใน คาร์เด็กซ์ต้องอาศัยความคุ้นเคย และมนุษย์สัมพันธ์มาก เพราะเป็นเหมือนการก้าวทำงาน ต้องแสดงให้เห็นว่าเป็นการรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

พบว่าหากมีการใช้เอกสารในการปฏิบัติงานที่สะดวกในการปฏิบัติงาน มีความคล่องตัวแล้ว การตรวจสอบทั้งใน ส่วนของคาร์เด็กซ์ และในบัตรยาใช้เวลาไม่นาน และไม่กีดขวางการทำงานของพยาบาล นอกจากการคัดลอกใบสั่งยาจะเกิดความผิดพลาดได้บ่อยแล้วยังต้องใช้เวลาอีก และไม่เกี่ยวข้องกับงานดูแลผู้ป่วยของพยาบาล หากเภสัชกรผู้บริหารผู้ใช้ยาสามารถตรวจสอบได้เพียงบางส่วนเท่านั้น จึงต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องยา ในการช่วยตรวจสอบในสั่งยาที่ไม่ชัดเจน หรือมีปัญหา ไม่สามารถจ่ายยาได้ ในการปฏิบัติงานจริงๆ ในส่วนนี้ ควรเปลี่ยนเป็นใช้ใบคำสั่งแพทย์ที่มี

สำเนา เพื่อลดภาระการคัดลอก สามารถดึงสำเนามาให้ห้องยาในการจ่ายยาได้เลย จะลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกได้ และลดการเสียเวลาที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยลง

ในด้านเอกสารการจดบันทึกของพยาบาลซึ่งพบว่ามีความซ้ำซ้อน ต้องคัดลอกหลายครั้งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนสูง และพยาบาลไม่ได้ใช้ให้เป็นประโยชน์จริง จึงควรมีการประชุม ระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในการปรับปรุงระบบการบันทึกในผู้ป่วยในใหม่ให้มีการลดเอกสารและเหมาะสม ลดการสูญเปล่าและทำให้ความคลาดเคลื่อนน้อยลง

4. การติดตามการจ่ายยา

ในการตรวจสอบการจ่ายยาจากห้องยามายังหอผู้ป่วยเภสัชกรต้องใช้เวลามาก โดยไม่สมควรเช่นกัน และไม่สามารถทำได้ทุกราย ดังนั้นการให้มีการตรวจสอบการจ่ายยาจากห้องยา โดยเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้พอสมควรในห้องยา คือ พยาบาลเทคนิค หรือ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมจากห้องยาก่อนการจ่ายยามายังหอผู้ป่วย แล้วเมื่อยามายังหอผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการตรวจสอบอีกครั้งก่อนเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละคนในช่องเก็บยา และเพื่อให้การตรวจสอบซ้ำจากพยาบาลครบถ้วน จึงได้ตั้งระบบการประสานงานขึ้นโดยให้มีการบันทึกความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จากห้องยามายังหอผู้ป่วย โดยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจสอบตามแบบบันทึกที่ให้ ว่าเป็นความคลาดเคลื่อนแบบไหนในแบบบันทึก ซึ่งพบว่าสามารถตรวจสอบความคลาดเคลื่อนได้

ในการปฏิบัติงานจริง การใช้ระบบเดียวกับในการวิจัยนี้น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่าให้เภสัชกรตรวจสอบทั้งหมด เพื่อไม่ให้เสียเวลาในส่วนอื่นที่จำเป็นมากกว่า

5. การติดตามการบริหารยา

ในขั้นตอนการบริหารยาของพยาบาลพบปัญหาได้จากสาเหตุ 2 ประการคือ การขาดความรู้ อย่างเพียงพอด้านยา เช่น การผสมยาเข้าด้วยกัน การเจือจางยาก่อนฉีด และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อน ซึ่งในด้านความรู้ด้านยาเภสัชกรสามารถป้องกันปัญหาในจุดนี้โดยการให้ข้อมูลในการเตรียมยาเพื่อบริหารให้กับ ผู้ป่วยที่มีการใช้บ่อย เช่นการเตรียมยาปฏิชีวนะฉีด อายุการเก็บยาที่ ละลาย หรือเจือจางแล้ว การให้หนังสือตำราบางเล่มไว้ในหอผู้ป่วย และแนะนำการใช้หนังสือ เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลได้เมื่อ เมื่อไม่สามารถสอบถามจากเภสัชกรได้ แต่ในขณะเวลาปฏิบัติการพยาบาลสามารถสอบถามได้จากเภสัชกรผู้บริบาลผู้เฝ้า หรือจากเภสัชกรในฝ่ายเภสัชกรรมได้ตลอดเวลา

มีบางครั้งที่อาจบริหารยาผิดพลาดได้จากความคลาดเคลื่อน มักเกิดจากการลืมบริหารยา พบมากกว่าการบริหารยาซ้ำกัน ซึ่งในส่วนี้ถ้าใช้ MAR ให้เป็นประโยชน์ได้จริง คือบริหารยาแล้วจึงเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งจะช่วยควบคุมปัญหาส่วนนี้ได้ และรวมทั้งการตรวจสอบ ของเภสัชกรซึ่งไม่สามารถตรวจสอบได้ทุกราย ควรทำการสุ่มเป็นครั้งคราวในการติดตามการบริหารยาของพยาบาลในขณะการบริหารยาของพยาบาล โดยไม่ให้เป็นลักษณะการจับผิด และการติดตามการบริหารยาส่วนหนึ่งสามารถตรวจสอบในขณะเดียวกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยการสอบถามจากผู้ป่วย และสังเกตจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ

6. การติดตามการตอบสนองต่อการให้ยา

การติดตามการตอบสนองต่อการให้ยาของผู้ป่วย เภสัชกรควรติดตามทั้งในลักษณะการตอบสนองต่อยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา รวมทั้งการให้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ซึ่งยาบางชนิดผู้ป่วยต้องใช้เองแม้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เช่นยาขับปัสสาวะ ซึ่งต้องติดตามจากทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การศึกษาจากชาร์ท และการตรวจรักษาประจำวันบนหอผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ซึ่งเภสัชกรต้องทำความเข้าใจในสภาวะของผู้ป่วย และความจำเป็นในการให้ยาเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

การติดตามการตอบสนองในผู้ป่วยแต่ละรายต้องการช่วงเวลาในการติดตามที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาวะความเจ็บป่วย และปัญหาจากการให้ยาที่เกิดขึ้น เป็นกิจกรรมส่วนสำคัญซึ่งเภสัชกรที่จะปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงต้องให้เวลาและดำเนินการอย่างต่อเนื่องกว่ากิจกรรมอื่น และเภสัชกรจะต้องสร้างความรู้และทักษะทางคลินิกเพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลการให้ยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

7. การส่งยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

เช่นเดียวกับการส่งยาให้ผู้ป่วยขณะยังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นขณะแพทย์สั่งยา สามารถให้ข้อเสนอแนะในขณะนั้นได้เลยจะดีกว่าเมื่อคำสั่งให้ยาอยู่ที่พยาบาล ถ้าจำเป็นต้องมาดูภายหลังจากที่แพทย์สั่งยาไปแล้ว จะต้องดูก่อนที่พยาบาลจะเขียนเบิกยา ซึ่งการดูชาร์ทในช่วงนี้อาจขัดขวางการทำงานของพยาบาล เพราะส่วนใหญ่แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ หลังจากการตรวจรักษาประจำวัน หลังจากนั้นเมื่อพยาบาลเขียนเบิกยา ส่งยามาจากห้องยา ผู้ป่วยรับยาแล้วกลับบ้าน ดังนั้นถ้าหากเภสัชกรไม่ตรวจสอบตั้งแต่แรกอาจแก้ไขไม่ได้ อาจต้องสร้างระบบงานเพิ่มเติมโดย ให้พยาบาลแยกชาร์ทผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านไว้ให้เภสัชกรตรวจสอบก่อน

การคัดลอกไปยังห้องยา ซึ่งเภสัชกรก็จะต้องปรับตารางการทำงาน หรือการประสานงานกับเภสัชกรที่ห้องยา ซึ่งถ้าหากมีเภสัชกร 2 คนในการปฏิบัติงานจะสามารถจัดความรับผิดชอบในส่วนนี้ได้ดีขึ้น

ปัญหาที่พบคือ มีผู้ป่วยบางรายที่แพทย์รับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลในวันหยุด และเภสัชกรยังไม่ได้ดูแลผู้ป่วยนี้ และเมื่อถึงวันทำงานแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้เภสัชกรยังไม่เข้าใจการใช้ยาของผู้ป่วย แก้ไขได้โดย ก่อนการตรวจรักษาของแพทย์ เภสัชกรควรมาดูสารัตถ์ของผู้ป่วยใหม่ก่อน และปัญหากรณีที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันหยุด ซึ่งเภสัชกรไม่ได้ดูแลในส่วนนี้ ในทางปฏิบัติสามารถแก้ไขได้โดย การให้มีการปฏิบัติงานในวันหยุดของเภสัชกรในกรณีรับยาผู้ป่วย

8. การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนี้ ให้ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถให้ไปได้พร้อมกับการสัมภาษณ์พูดคุย เพื่อติดตามการตอบสนองของผู้ป่วย ตามความเหมาะสม และเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เภสัชกรจะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง ซึ่งจะทำในผู้ป่วยทุกรายเพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งในแง่ของการใช้ยาตามสั่ง ซึ่งอาจเกิดปัญหาได้จากทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาและโรคของผู้ป่วย และจากอุปนิสัย ความเชื่อของผู้ป่วยเอง และการระมัดระวัง และการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดได้ ซึ่งเภสัชกรต้องพยายามป้องกัน แก้ไขในส่วนนี้ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

ส่วนการดำเนินการนั้น เนื่องจากเภสัชกรไม่ได้ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตลอดเวลาจึงต้องประสานงานกับพยาบาล ให้ผู้ป่วยรอกการแนะนำจากเภสัชกรก่อนการรับยาที่บ้าน แม้ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาสามารถดำเนินการได้ แต่มีผู้ป่วยบางส่วนรอไม่ได้กลับไปก่อนเวลาที่เภสัชกรขึ้นไปแนะนำ ทำให้ขาดการแนะนำในส่วนนี้ไป แม้จะให้พยาบาลทำหน้าที่แทนในกรณีนี้ แต่อาจไม่ครบถ้วนเหมือนเภสัชกรแนะนำด้วยตนเอง ดังนั้นในทางปฏิบัติจริง อาจให้มีการนำยาจากห้องยาไปพร้อมๆกันกับเภสัชกรขึ้นไปให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องรอรับยาก่อน ซึ่งอาจทำผู้ป่วยบางรายเสียเวลาไปบ้าง อีกทางหนึ่งซึ่งดีกว่าคืออาจต้องมีเภสัชกรอยู่ประจำบนหอผู้ป่วยเพื่อความสมบูรณ์ในส่วนนี้ และการให้คำแนะนำปรึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกให้เป็นหน้าที่ของเภสัชกรอีก 1 คน ซึ่งต้องมีการจัดบันทึกที่สามารถใช้ติดตามผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีระหว่างเภสัชกร 2 คน

9. การติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งนำยากลับไปใช้ที่บ้าน

เพื่อความต่อเนื่องของการบริหารยา ผู้ใช้ยา เกสซ์กรจะมีการติดตามการบริหารยาผู้ป่วยจากการเป็นผู้ป่วยในซึ่งเพื่อเป็นการติดตามผลการให้บริหารยาผู้ป่วย และติดตามการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาใหม่ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การตั้งระบบติดตามผู้ใช้ยาทำตามความเหมาะสมกับระบบงาน และสถานที่นั้นๆ ต้องชัดเจน สามารถติดตามได้จริง และระวังข้อผิดพลาดที่ทำให้ติดตามผู้ป่วยไม่ได้ ต้องมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย และต้องมีการเตรียมการที่ดี โดยต้องมีการประชุมชี้แจง และมอบหมายความรับผิดชอบ ในระยะแรกเกสซ์กรต้องกวาดค้น และระวังข้อผิดพลาด เนื่องจากความไม่เคยชินกับระบบที่เพิ่มขึ้น จนกระทั่งสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ซึ่งถ้าหากพบว่าส่วนไหนเป็นอุปสรรคต่อการติดตาม ต้องปรับปรุง

ปัญหาที่พบในโรงพยาบาลปะทิวในระบบการติดตามคือ ในวันที่ 20 ของเดือนเจ้าหน้าที่จะรวบรวมชาร์ททั้งหมดที่ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วรวมทั้งชาร์ทของวันที่ 20 เองด้วยไปส่งให้กับฝ่ายเวชระเบียน ซึ่งถ้าหากเกสซ์กรไม่ทันได้ติดเครื่องหมายการติดตามที่ไอทีดีการ์ด ในชาร์ทวันที่ 20 เมื่อไปยังฝ่ายเวชระเบียนจะติดตามได้ยากขึ้น ต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ให้รอให้เกสซ์กรติดเครื่องหมายการติดตามก่อนแล้วจึงส่งไป ซึ่งเกสซ์กรควรทำงานด้วยความรวดเร็วและไม่ทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่ในส่วนนี้ล่าช้า

ในการติดตามการใช้ยาต้องถี่ถ้วนในการติดตามปัญหาจากที่เคยเกิดมาแล้ว ซึ่งอาจเกิดขึ้นอีก หรืออาจมีผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งต้องใช้ระบบการบันทึกที่ชัดเจน สามารถติดตามได้ และการเก็บเอกสารต้องเป็นระเบียบสามารถค้นหาได้อย่างรวดเร็ว และสะดวกในการใช้งาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระบบการคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ป่วยนอก

ระบบการคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ต้องอาศัยการประสานงานกับหลายฝ่าย คือ ชั้นแรกต้องบอกเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ในห้องยาทราบ เมื่อเจ้าหน้าที่ในห้องยาทราบเกณฑ์แล้ว เมื่อพบผู้ป่วยตามเกณฑ์จะเชิญมาพบเภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษา ในระยะแรกเมื่อยังไม่คุ้นเคยกับระบบงาน เจ้าหน้าที่อาจลืมได้ เภสัชกรประจำจะช่วยตรวจดูก่อนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง แล้วต่อมาเมื่อผู้ป่วยผ่านการแนะนำในครั้งแรก จะมีระบบการติดตามโดยติดแถบสีที่ไอดีการ์ด ซึ่งต้องประสานงานกับพยาบาลห้องบัตรในการตรวจดูไอดีการ์ดที่มีแถบสีติด แล้วเขียนที่ใบสั่งยาว่าให้พบเภสัชกร แล้วพยาบาลผู้ซักอาการผู้ป่วยจะบอกผู้ป่วยอีกครั้ง และเมื่อเจ้าหน้าที่ห้องยาเห็นใบสั่งยาที่มีการเขียนให้ติดตาม จะเชิญผู้ป่วยเข้ามาพบเภสัชกร ดังนั้นในครั้งหลังๆ เจ้าหน้าที่ต้องสังเกต 2 อย่างคือ ผู้ป่วยตามเกณฑ์ และผู้ป่วยติดตาม ซึ่งส่วนนี้จะรวมผู้ป่วยในที่ติดตามด้วย ในระยะแรกพบว่ามีการลืม แต่เภสัชกรสามารถตรวจพบได้ และเมื่อมีความชำนาญแล้วไม่ค่อยมีการลืมเกิดขึ้น

แต่ในการปฏิบัติงานจริง จะต้องมีการปรับปรุงสถานที่ปฏิบัติงาน ให้เป็นสัดส่วน แทนการใช้โต๊ะเภสัชกรในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพราะอาจเกิดความไม่สะดวกขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีเภสัชกร 2 คน และรับผิดชอบในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่พร้อมกัน

การจัดบันทึกในการให้คำแนะนำต้องจัดบันทึกอย่างละเอียดพอสมควร ว่าในแต่ละครั้งพบปัญหาอะไรจากผู้ป่วยบ้าง และให้คำแนะนำอะไรแก่ผู้ป่วยไปบ้าง เพื่อให้สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไปได้ และประสานงานระหว่างเภสัชกร 2 คนได้ การจัดเรียงประวัติผู้ป่วยต้องง่ายแก่การหยิบหา เมื่อผู้ป่วยเข้ามาพบเภสัชกร อาจเรียงตามตัวอักษร หรือตามหมายเลขในไอดีการ์ด แต่ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเรียงตามตัวอักษร

และนอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำ แบบขอเข้ารับการให้คำแนะนำปรึกษาโดยความสมัครใจของผู้ป่วย โดยให้ประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเป็นคนแจก และอธิบาย พบว่ามีผู้กรอกข้อความว่าต้องการเข้าพบเภสัชกร และยังไม่เข้าใจการใช้ยาที่แล้มา เป็นจำนวนมากพอสมควร แต่เนื่องจากใน ส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำในระยะ 1 เดือนหลังของการวิจัย จึงไม่นำข้อมูลส่วนนี้มาเป็นผลการวิจัย

ด้านระบบการกระจายยา

พบว่าในแต่ละโรงพยาบาลมักมีปัญหา เรื่องยาสำรองคงคลังประจำหน่วยงานในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วย หรือแผนกฉุกเฉิน มักมียาเก็บมากเกินไป เหลือยาคงค้าง มียาหมดอายุ และเสื่อมสภาพ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และอาจก่อปัญหาตามมาได้ ดังนั้นในแต่ละโรงพยาบาลจึงควรหาแนวทางจัดระบบการกระจายยาให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลของตน ซึ่งได้ให้มีการปรับปรุงระบบการกระจายยาแบบผสมคือ ให้มีเภสัชกรบนหอผู้ป่วย และในแผนกฉุกเฉิน เฉพาะรายการ และในปริมาณที่จำเป็นใช้จริง ในส่วนของยาที่ใช้ประจำวัน ในเวลาทำการให้เบิกจากห้องยา จึงได้ดำเนินการปรับปรุงรายการยาคงคลัง และเก็บคืนยาที่มากเกินไป หรือยาที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ

การกำหนดรายการยาคงคลังเป็นการกำหนดร่วมกัน ระหว่างเภสัชกรกับพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ แล้วเภสัชกรจัดการดูแลคลังยาในขั้นแรก ส่วนในลำดับต่อไปเมื่อมีการปรับปรุงแล้ว ให้พยาบาลผู้รับผิดชอบ ดูแลคลังยาในส่วนของตนเอง โดยให้มีการตรวจรายการยา และวันหมดอายุของยา ให้แก่ห้องยาทุก 1 เดือน และยาที่มีการจ่ายไป ให้มีการเบิกจากห้องยา 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ เพื่อการทำงานที่เป็นระบบ ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลเต็มใจในการทำงานในส่วนนี้ แต่เภสัชกรอาจไปดูแลเองบ้างเป็นระยะ เช่น ทุก 3 เดือน หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาใหม่เพื่อความเหมาะสมเป็นครั้งคราวไป

หากมีกำลังบุคลากรเพียงพอการพิจารณานำระบบการจ่ายยาแบบยูนิตโดสมาประยุกต์ใช้ อาจแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจัดและบริหารยาได้ และลดภาระการดูแลของเภสัชกรในชั้นตอนต่างๆ แต่ในปัจจุบันอาจไม่เป็นทางเลือกที่จะได้ประโยชน์อย่างแท้จริง และกินเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านระบบการบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา

เนื่องจากการให้บริการข้อมูลข่าวสาร เป็นงานที่เภสัชกรทำประจำอยู่แล้วแต่ไม่มีการจัดบันทึก และเป็นการรับคำถามที่ห้องยา เมื่อให้การบริบาลผู้ช้ยา พบว่าสามารถให้บริการได้มากขึ้น คำถามส่วนใหญ่สามารถตอบได้เลย แต่มีบางส่วนที่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจต้องเปิดเอกสารอ้างอิง จากการจัดบันทึกคำถามที่ได้รับ ทำให้สามารถจำคำตอบได้ เมื่อได้รับคำถามเดิมในครั้งต่อไปสามารถตอบได้ ความสะดวกที่มากขึ้น และความเชื่อถือต่อข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น * และเภสัชกรควรมี การศึกษาอ่านตำราอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถใช้ความรู้ในการข้อมูลแก่ผู้อื่นได้ และใช้ในการ บริบาลผู้ป่วยในขณะเดียวกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเภสัชกรให้การบริบาลบนหอผู้ป่วย ควรมีคู่มือการ ใช้ยาที่พกพาสะดวก มีข้อมูลยาพอสมควรติดตัวไปด้วย ทั้งเพื่อประกอบการบริบาลผู้ช้ยา และเพื่อ การตอบคำถามที่อาจได้รับ

แต่ในการวิจัยนี้เมื่อมีการประชาสัมพันธ์ และแจกแบบฟอร์มการขอข้อมูลยา พบว่ามีผู้ขอ ข้อมูลด้วยแบบฟอร์มน้อย อาจเป็นเพราะในโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก บุคลากร สามารถติดต่อกันได้ง่าย มีความคุ้นเคยกันมาก และลักษณะคำถามไม่ต้องการรายละเอียดมากนัก จึงถามด้วยวาจา หรือการถามทางโทรศัพท์มากกว่า ลักษณะคำถามต้องการเพื่อใช้ประโยชน์ขณะนั้น เลย หรือเพื่อการเพิ่มเติมความรู้ อย่างไรก็ตามลักษณะการขอข้อมูลควรมีไว้ในกรณีมีผู้ต้องการข้อมูล ที่ละเอียดมากขึ้น และต้องมีการประชาสัมพันธ์ที่มากขึ้น

ในการวิจัยนี้ นอกจากการตอบคำถามด้านยาแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำข้อมูลสนับสนุนการทำงาน ของบุคลากรต่างๆ เช่นทำแผ่นติดฝาผนัง ในเรื่องการผสมยาปฏิชีวนะชนิดฉีด ไว้ในหอผู้ป่วยทั้ง 2 หอ และ ในแผนกฉุกเฉิน จัดทำคู่มือการใช้ยาประจำโรงพยาบาลแจกแก่แพทย์ เภสัชกร และไว้ประจำ ห้องสมุดโรงพยาบาลให้ทุกคนใช้ได้ และแผ่นพับให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วย ชนิดยาต่างๆ และในโรค ต่างๆ ซึ่งจะลดภาระการตอบคำถามในเรื่องที่ซ้ำกัน และช่วยท่นเวลาแก่ผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ฝ่าย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินการใช้ยา

การยกตัวอย่างกลุ่มยา Cephalosporin ออกมาทำการประเมินการใช้ยาพบว่า มีปัญหาจากการใช้ยาในลักษณะใกล้เคียงกับยากลุ่มอื่นๆ และสามารถทำไปในขณะเดียวกับการปรับยาได้ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การประเมินการใช้ยาอย่างเดียวยังไม่เพียงพอในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ยังไม่เป็นปัญหาที่เร่งด่วน ควรตั้ง และปรับปรุงระบบการบริหารยาขึ้นมาก่อน เพราะการประเมินการใช้ยาจะอยู่ในส่วนนี้ด้วยอยู่แล้ว ต่ขไปเมื่อกำกับบริหารยาสามารถดำเนินไปได้ดีแล้ว ถ้ามีรายการไหนมีปัญหาหลายๆ จึงแยกออกมาทำการประเมินการใช้ยาในภายหลัง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1. ควรมีสำเนาในคำสั่งใช้ยาของแพทย์ เพื่อไม่ต้องมีการคัดลอกลงในสั่งยา ซึ่งเป็นส่วนที่ตรวจสอบได้ยาก และใช้เวลานาน การใช้สำเนาจะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการคัดลอกที่ผิดพลาดได้
2. ควรมีเภสัชกรอย่างน้อย 2 คน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงจึงจะสามารถให้การบริบาลผู้ช้ยาได้อย่างครบถ้วน และเต็มที่ โดยควรมีการแบ่งงานกันในการบริบาลผู้ช้ยาและงานประจำ โดยแต่ละช่วงเวลาต้องมีเภสัชกรปฏิบัติงานในแต่ละจุด เพื่อการบริบาลผู้ช้ยาทุกชั้นตอน
3. สำหรับวันหยุดซึ่งถ้าหากเภสัชกรไม่ได้ปฏิบัติงานในการบริบาลผู้ช้ยา ทำให้บางครั้งปัญหาเกิดขึ้นนานกว่าจะถึงวันทำงานอีกครั้งจึงจะได้รับการแก้ไข ดังนั้นควรมีการพิจารณาให้มีการขึ้นเวรสำหรับการบริบาลผู้ช้ยาในวันหยุด ซึ่งจำเป็นต้องแยกออกจากเภสัชกรประจำห้องจ่ายยาปกติ เพราะการปฏิบัติงานต้องใช้เวลามาก และต้องมีกำลังเภสัชกรเพื่อรองรับการปฏิบัติงานตามจำนวนเตียงผู้ป่วย และสำหรับคำตอบแทนต้องมีการประชุมหารือกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
4. การจัดบันทึกของเภสัชกร ควรวางแผนแบบบันทึกให้ใช้ง่าย สะดวก และมีการบันทึกที่ชัดเจนมากพอ และสามารถติดตามได้ ในกรณีที่ต้องมีการรับผิดชอบร่วมกันกับเภสัชกร หรือบุคลากรผู้อื่น จึงควรกำหนดแบบฟอร์มที่เหมาะสม และควรเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกประวัติผู้ป่วย (ชาร์ท) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
5. การร่วมทีมการตรวจรักษาประจำวันกับแพทย์เป็นสิ่งจำเป็น และทำให้บทบาทชัดเจนขึ้นจากการวิจัยพบว่าหลังจากการปฏิบัติงานไประยะหนึ่งแล้ว การยอมรับจะมากขึ้น สามารถร่วมในการตัดสินใจช้ยาได้ และเป็นช่วงเวลาเหมาะสมที่สุดในการให้ข้อเสนอแนะเพราะแพทย์กำลังดูผู้ป่วย สามารถตัดสินใจได้เลย และเภสัชกรสามารถรับรู้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้พร้อมแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามในการสัมภาษณ์ของเภสัชกรเอง เมื่อพบปัญหา หากเป็นการเร่งด่วนสามารถแจ้งแพทย์ได้เลย โดยไม่ต้องรอถึงการตรวจผู้ป่วยในวันต่อไปของแพทย์
6. ระบบการติดตามผู้ป่วยควรมีการประชุมประสานงานเป็นปกติ และมีการกำหนดความรับผิดชอบแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน เพื่อความครบถ้วนของการติดตามผู้ป่วย
7. เภสัชกรต้องเตรียมความรู้เรื่องยาและโรคอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะยาที่มีช้ในโรงพยาบาล และกลุ่มยาและโรคที่พบบ่อย หรือมีข้อสังเกตพิเศษที่ควรทราบ ซึ่งอาจต้องอาศัยการเตรียมตัวล่วงหน้า เพื่อความเชื่อถือของบุคลากรอื่นๆ และเมื่อมีการฝึกฝนและมีทักษะ จะสามารถจดจำและคุ้นเคยได้เช่นเดียวกับแพทย์ที่ต้องช้ความรู้และทักษะในการตัดสินใจสั่งยาและดูแลผู้ป่วย
8. ในกรณีที่เภสัชกรไม่ได้ทำงานในส่วนของการบริบาลผู้ช้ยาในวันหยุด วันแรกของการเริ่มทำงานใหม่ จึงเป็นวันที่เภสัชกรควรมาดูชาร์ทก่อนการตรวจประจำวันของแพทย์ เพื่อให้รู้การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในช่วงวันหยุด และมีข้อมูลสามารถร่วมทีมในการรักษาผู้ป่วยได้

9. ในส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากระบบการกระจายยา คือคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในแต่ละวัน พบว่าถ้าแพทย์สั่งยาเม็ดครั้งเดียวหลายวัน ทำให้มีปัญหาหมียาเหลือค้างบนห่อผู้ป่วย เมื่อมีการหยุดยา หรือเปลี่ยนยา ซึ่งพบบ่อย ทำให้เกิดความสูญเสีย ผู้วิจัยจึงได้เสนอให้ในกรณีของยาเม็ด ให้แพทย์สั่งยาโดยไม่ระบุจำนวน และห่อยาจะจ่ายมาสำหรับ 3 วัน ส่วนยาฉีดเป็นการเบิก วัน ต่อ วันอยู่แล้ว พบว่าเมื่อลองทำไประยะหนึ่งปัญหาเรื่องยาเม็ดเหลือค้างบนห่อผู้ป่วยน้อยลงมาก และทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น เพราะแบบเดิมแพทย์อาจไม่ได้หยุดยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้แล้ว เนื่องจากลืมดู แต่เมื่อใช้การจ่ายยา 3 วัน แพทย์ต้องมีการพิจารณาใหม่เมื่อยาหมด หากไม่จำเป็นต้องใช้ยาแล้ว จะหยุดยาไป จึงเห็นว่าทางโรงพยาบาลควรกำหนดระยะเวลาจ่ายยา เช่น ใช้ระบบการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ในอย่างมาก ครั้งละ 3 วันสำหรับยาเม็ด 1 วันสำหรับยาฉีดเป็นต้น

10. เมื่อมีเภสัชกรครบ 2 คนตามกรอบของโรงพยาบาล 60 เตียงแล้วควรมีการบริหารผู้ใช้ยา ทั้ง 2 หอผู้ป่วย เพื่อความครบถ้วนและประโยชน์ของผู้ป่วย และในแง่ของความต่อเนื่องของการบริหาร ผู้ใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ป่วยนอก อาจมารับการรักษาในหอผู้ป่วยใดก็ได้

11. การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา นอกจากการตอบคำถามด้านยาแล้ว ควรมีข้อมูล สนับสนุนการทำงานของบุคลากรต่างๆ เช่นทำแผ่นติดฝาผนังในเรื่องการผสมยาปฏิชีวนะชนิดฉีด จัดทำคู่มือการใช้ยาประจำโรงพยาบาลแจกแก่แพทย์ เภสัชกร และไว้ประจำห้องสมุดโรงพยาบาลให้ทุกคนใช้ได้ และแผ่นพับให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วย

12. การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาเป็นสิ่งจำเป็น ไม่เฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์พบว่ามีปัญหาในการใช้ยาเท่านั้น จากเกณฑ์และการค้นหาปัญหาของเภสัชกรเองสำคัญ เพราะจากผลการวิจัยพบ ปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ และในขั้นต่อไปการให้ผู้ป่วยแจ้งเพื่อการขอเข้ารับการศึกษาแนะนำเอง เป็นสิ่งที่ควรทำ เพราะผู้ป่วยบางรายไม่อยู่ในเกณฑ์ แต่อาจมีปัญหา หรือข้อสงสัยเรื่องยาที่ต้องการคำปรึกษา การกระตุ้นผู้ป่วยด้วยแบบฟอร์มขอคำปรึกษาแนะนำได้ผลดีกว่า การติดป้ายว่า "มี ปัญหาเรื่องยาปรึกษาเภสัชกร" เพียงอย่างเดียว

13. กระบวนการในการค้นหาปัญหา อาจต้องปรับปรุงให้สามารถค้นหาปัญหาได้ก่อนที่ปัญหา จะเกิด ให้สามารถป้องกันได้มากขึ้น ด้วยการสร้างทักษะพื้นฐานทางคลินิกและเภสัชกรรม

14. การทำงานทุกขั้นตอน ต้องอาศัยการประสานงาน มนุษย์สัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพอันดี กับบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่สุด .

แนวทางการวิจัยต่อไปในอนาคต

1. การให้การบริบาลต่อเนื่องไปถึงการบริบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยร่วมกับทีมสาธารณสุขส่วนอื่น
2. การประเมินผลที่ได้รับจากระบบการบริการ ที่มีการบริบาลผู้สูงอายุ และระบบที่ไม่มีการบริบาลผู้สูงอายุ ทั้งทางคุณภาพ และทางมูลค่าทางเศรษฐกิจ
3. การเปรียบเทียบผลที่ได้รับของผู้ป่วยก่อน และหลังให้การบริบาลผู้สูงอายุ
4. การประเมินการบริบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งขึ้น
5. การศึกษาภาระงานในการบริบาลผู้สูงอายุ กับอัตราผู้รับผิดชอบงาน
6. การปรับปรุงระบบการบันทึกเอกสารของบุคลากรต่างๆ และปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น
7. การประเมินประสิทธิภาพของบุคลากรผู้ช่วยในการลดภาระงานเภสัชกรในบางส่วน
8. การเปรียบเทียบกระบวนการบริบาลผู้สูงอายุ ในรูปแบบที่ต่างกัน และดูการป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่ได้จากแต่ละกระบวนการดำเนินงาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย