



บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การบริหารการใช้ยาโรคระบบทางเดินหายใจนี้ เป็นการสร้างรูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาอย่างครบวงจร โดยเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยใหม่ การสั่งยาของแพทย์ การรับคำสั่งของพยาบาล การจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม การบริหารยาของผู้ป่วย การติดตาม การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอีกครั้ง เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย การสร้างรูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารการใช้ ยาต้องกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน การเลือกตัวบ่งชี้ การประเมินผล โดยนำหลักการ ทฤษฎีของการบริหารการใช้ยา ความรู้เรื่องโรคระบบทางเดินหายใจและยาที่ใช้ในโรคนี้ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยา และแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าจากหนังสือคู่มือ วารสารต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก จากนั้นก็ปฏิบัติงานโดยดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด

การดำเนินงานการบริหารการใช้ยา เริ่มจากเมื่อผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เภสัชกรจะสัมภาษณ์ และบันทึกประวัติผู้ป่วย ติดตามการสั่งยา จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ติดตามการคัดลอกคำสั่ง ติดตามการจ่ายยา ติดตามการบริหารยา ติดตามการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย ติดตามการสั่งยาและการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยกลับบ้าน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน รวมทั้งติดตามปัญหาจากการใช้ยา และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาครั้งใหม่ ถ้าพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เภสัชกรก็จะติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ

ผลของการดำเนินงานการบริหารการใช้ยาโรคระบบทางเดินหายใจ 119 คน การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วย 39 คน (ร้อยละ 32.77) เป็นปัญหาทั้งหมด 54 ปัญหา โดยปัญหาที่พบส่วนมากคือการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง มีถึงร้อยละ 31.48

ในการให้การดูแลขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาทั้งหมด 305 ปัญหา จากจำนวนครั้งที่สังเกต 13982 ครั้ง คิดเป็นอุบัติการณ์เกิดร้อยละ 2.18 โดยพบในผู้ป่วย 56 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 ของผู้ป่วยที่ดูแลทั้งหมด และประเภทของปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหา

การได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา 131 ปัญหา (ร้อยละ 42.95 ของปัญหาที่พบ) ปัญหาที่พบรองลงมาคือการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ 39 ปัญหา (ร้อยละ 12.79) นอกจากนั้นพบปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง 32 ปัญหา (ร้อยละ 10.49) ปัญหาการได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป พบ 29 ปัญหา (ร้อยละ 9.51) ปัญหาอื่น ๆ พบ 26 ปัญหา (ร้อยละ 8.52) ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา พบ 22 ปัญหา (ร้อยละ 7.21) ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา พบ 14 ปัญหา (ร้อยละ 4.59) ปัญหาการไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ พบ 10 ปัญหา (ร้อยละ 3.28) และปัญหาการเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม พบ 2 ปัญหา (ร้อยละ 0.66)

หากวิเคราะห์ตามขั้นตอนการดำเนินการพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการสั่งยา ทั้งหมด 46 ปัญหาจากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 2712 ขนาน (ร้อยละ 1.70) ในผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 21.85) สามารถแก้ไขได้ 34 ปัญหา (ร้อยละ 73.91) สามารถป้องกันได้ 9 ปัญหา (ร้อยละ 19.57) และมี 3 ปัญหา (ร้อยละ 6.52) ไม่สามารถประสานงานแก้ไขได้ เนื่องจากแพทย์เห็นว่ามีผลสำคัญทางคลินิกน้อย ไม่มีผลทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลง

ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการรับคำสั่งใช้ยา 165 ปัญหา จากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 5534 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 2.98 โดยแบ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการคัดลอกคำสั่งลงใน Medication card 48 ปัญหาจากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 1212 ขนาน (ร้อยละ 3.96) ปัญหาที่เกิดจากการคัดลอกคำสั่งลงใน Medication Administration Record 69 ปัญหา จากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 2086 ขนาน (ร้อยละ 3.31) ปัญหาที่เกิดจากการคัดลอกคำสั่งลงใน Kardex 48 ปัญหาจากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 2236 ขนาน (ร้อยละ 2.15) ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการป้องกัน หรือแก้ไขโดยดำเนินการได้ การแก้ไขร้อยละ 41.82 และได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ร้อยละ 58.18 โดยประสานงานกับพยาบาล

ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการจ่ายยาพบ 24 ครั้ง จากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 1838 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 1.31 โดยเป็นปัญหาที่เกิดจากการเขียนของยาไม่ตรงตามที่แพทย์ระบุ ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องโดยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการบริหารยาพบ 26 ครั้ง จากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 1662 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 1.56 ประเภทของปัญหาที่พบมากที่สุดในช่วงนี้คือ ปัญหาการได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา ซึ่งเกิดจากการบริหารยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง และการที่ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง พบ 10 ปัญหา (ร้อยละ 38.46) ปัญหาที่เหลือเป็นการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง พบ 6 ปัญหา (ร้อยละ 23.08) โดยปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด

สามารถป้องกันได้ 5 ปัญหา (ร้อยละ 19.23) และสามารถแก้ไขได้ 21 ปัญหา (ร้อยละ 80.77) โดยประสานงานกับพยาบาล

ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการติดตามการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยพบ 44 ปัญหา จากจำนวนขนานยาที่สำรวจ 2236 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 1.97 ประกอบด้วยปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา โดยพบ ผู้ป่วยซึ่งไม่ร่วมมือในการรักษา 19 คน (ร้อยละ 15.97) ของผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวนปัญหาที่พบ 22 ปัญหา โดยพบในผู้ป่วยโรคหอบหืดมากที่สุด (ร้อยละ 59.09) รองลงมาพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง (ร้อยละ 36.36) และประเภทของปัญหาที่พบมากที่สุดคือ เทคนิคในการพ่นยาไม่ถูกต้อง พบ 9 ปัญหา (ร้อยละ 40.91 ของปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่พบทั้งหมด) และส่วนใหญ่เป็นปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งไม่ค่อยมีแรงกดหลอดยา หรือความจำไม่ดีจึงจำวิธีพ่นยาไม่ได้ ประเภทของปัญหาที่พบรองลงไปคือการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง พบ 4 ปัญหา (ร้อยละ 18.18) พบใน ผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง สาเหตุจากผู้ป่วยพ่นยาไม่เป็น หรือความเข้าใจผิดคิดว่าเมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็ไม่ต้องรักษา ต่อ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการรักษาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ 4 ปัญหา (ร้อยละ 18.18) ปัญหาการได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป 3 ปัญหา (ร้อยละ 13.64) ปัญหาการได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา 2 ปัญหา (ร้อยละ 9.09) ซึ่งปัญหาทั้งหมดก็ได้รับการแก้ไขโดยแนะนำวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พร้อมทั้งแจกเอกสารแสดงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้แก่ผู้ป่วยร่วมกับการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการรับประทานหรือพ่นยาตามแพทย์สั่ง และผลเสียของการหยุดยา ลดยา เพิ่มยา หรือใช้ยาอื่นเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และแนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยาหรือพ่นยา ส่วนปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา พบในผู้ป่วย 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18.49 ยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์บ่อยที่สุดคือ Penicillin G Sodium และ Berodual^R พบ 3 ปัญหา (ร้อยละ 13.64) รองลงมาคือ Isoniazid, Lasix^R, Prednisolone และ Theodur^R พบ 2 ปัญหา (ร้อยละ 9.09) ยาอื่น ๆ (Aminophylline, Dichloride^R, Lactulose^R, Enaril^R, Ethambutol, Rifater^R, Tienam^R และ Vancomycin) พบ 1 ปัญหา (ร้อยละ 4.55) และเมื่อประเมินความเป็นไปได้ของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ โดยใช้ Naranjo's Algorithm พบว่ามีความเป็นไปได้สูง 8 ครั้ง เป็นไปได้ 9 ครั้ง และอาจเป็นไปได้ 5 ครั้ง ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยใช้วิธีต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

จากปัญหาที่พบทั้งหมด (ยกเว้นปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา และการเกิดอันตรกิริยาของยา) จำนวน 269 ปัญหา ได้นำมาให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดและทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศิริราช รามาธิบดี และราชวิถี จำนวน 11 ท่าน ทำการประเมินความสำคัญทางคลินิก พบว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างมาก 21 ปัญหา (ร้อยละ 7.81) มีความสำคัญมาก 35

ปัญหา (ร้อยละ 13.01) มีความสำคัญ 96 ปัญหา (ร้อยละ 35.69) ค่อนข้างจะสำคัญ 80 ปัญหา (ร้อยละ 29.74) และไม่มีความสำคัญทางคลินิก 37 ปัญหา (ร้อยละ 13.75)

การดำเนินการป้องกันแก้ไข เมื่อสามารถสืบค้นถึงปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว เกสซักรก็ดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาตามสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งสามารถป้องกันปัญหาได้ 153 ปัญหา (ร้อยละ 50.16) และแก้ไขได้ 149 ปัญหา (ร้อยละ 48.85) ไม่สามารถประสานงานแก้ไขได้ 3 ปัญหา (ร้อยละ 0.98)

ส่วนการติดตามปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล กระทำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่กลับมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด สามารถติดตามได้ 69 คน จาก 85 คน ซึ่งพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา 15 ปัญหา จากจำนวนขนานยา 395 ขนาน (ร้อยละ 3.80) ในผู้ป่วย 15 คน (ร้อยละ 21.74) โดยเป็นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 7 คน (ร้อยละ 10.14) ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา 8 คน (ร้อยละ 11.59) โดยพบในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด 4 คน (ร้อยละ 57.14) และประเภทของปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ เทคนิคในการพ่นยาไม่ถูกต้อง 6 คน (ร้อยละ 85.71) และผู้ป่วยที่มีปัญหาประเภทนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่ค่อยมีแรงกดหลอดยารหรือจำวิธีการใช้ยาไม่ได้ จึงทำให้พ่นยาไม่ถูกเทคนิค ปัญหาอีกประเภทที่พบบ่อยคือ ปัญหาการได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา พบ 1 คน (ร้อยละ 14.29) แต่ปัญหาทั้งหมดก็ได้รับการแก้ไขโดยอธิบายวิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง พร้อมกับแจกเอกสารแผ่นพับ และอธิบายถึงผลดีผลเสียของการรับประทานยาน้อยกว่าหรือมากกว่าที่กำหนด และแนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ส่วนปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา พบว่ายาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์บ่อยที่สุดคือ Berodual^R พบ 3 ปัญหา (ร้อยละ 37.5) ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รองลงไปคือ Prednisolone และ Theodur^R พบ 2 ปัญหา (ร้อยละ 25) ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขตามแนวทางที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และเมื่อประเมินความเป็นไปได้ของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ 8 ครั้ง โดยใช้ Naranjo's Algorithm พบว่ามีความเป็นไปได้สูง 5 ครั้ง เป็นไปได้ 3 ครั้ง

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปัญหาและจำนวนขนานยา หรือจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล หรือจำนวนโรคของผู้ป่วย พบว่าระดับของความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปัญหาและจำนวนขนานยามีความสัมพันธ์กันมาก คือถ้าผู้ป่วยได้รับยาหลายขนาน ก็มีแนวโน้มว่าจะมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามากขึ้นด้วย จึงควรระมัดระวังมากยิ่งขึ้น และระดับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปัญหาและจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กันน้อย คือถ้าผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน อาจมีจำนวนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามากหรือน้อยก็ได้ ขึ้นกับจำนวนขนานยาที่ได้

รับมากกว่า และถ้าผู้ป่วยมีโรคหลายโรคอาจมีจำนวนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามากหรือน้อยก็ได้ ขึ้นกับจำนวนขนานยา และประเภทของยาที่ได้รับมากกว่า

ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องยาที่ใช้ของผู้ป่วยก่อน และหลังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร พบว่าหลังให้คำแนะนำความรู้ความเข้าใจเรื่องยาที่ใช้ของผู้ป่วยในหัวข้อ ข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ยา ขนาด และเวลา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยาตามเวลาที่กำหนด อาการไม่พึงประสงค์ของยา การเก็บรักษายา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความรู้ในเรื่องชื่อยา หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ ซึ่งการที่ความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องชื่อยาเพิ่มขึ้นน้อยอาจเนื่องจากชื่อยาเป็นภาษาต่างประเทศ และผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการจำลดลง

ผลการประเมินต้นทุนรวมโดยตรง ซึ่งเป็นผลรวมของค่าแรงเภสัชกรที่ปฏิบัติงานร่วมกับค่าเอกสารที่ใช้ในการดำเนินงาน พบว่าค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ตลอดจนถึงติดตามหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอาจเพิ่มค่าใช้จ่ายจากเดิม 443.38 บาท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เปลี่ยนแปลงเท่านั้น ถ้าจะหาประสิทธิภาพของการดำเนินงานนี้ในการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะต้องเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดค่าใช้จ่ายด้วย เช่น การลดค่าใช้จ่ายในการที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย การลดค่าใช้จ่ายในการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม สั่งยาซ้ำซ้อน การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา การเปลี่ยนแปลงปริมาณของบุคลากร ค่าใช้จ่ายต่อประโยชน์โดยตรงที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น

ผลการศึกษาทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วย พบว่าแพทย์ 15 คน (ร้อยละ 88.24) เภสัชกร 3 คน (ร้อยละ 100) และพยาบาล 26 คน (ร้อยละ 89.66) มีความเห็นว่าโครงการการบริหารบาลูไซยานี้ควรทำต่อเนื่อง พยาบาล 1 คน (ร้อยละ 3.45) มีความเห็นว่าไม่ควรทำต่อเนื่อง และแพทย์ 2 คน (ร้อยละ 11.76) พยาบาล 2 คน (ร้อยละ 6.90) ไม่มีความคิดเห็น ผู้ที่เห็นว่าโครงการนี้ควรทำต่อเนื่อง ต้องการให้ขยายขอบเขตการบริการไปยังผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดคือ 45 คน (ร้อยละ 91.84) รองลงไปคือโรคไตมีผู้ต้องการ 37 คน (ร้อยละ 75.51) โรคเอดส์มีผู้ต้องการ 23 คน (ร้อยละ 46.94) โรคระบบทางเดินอาหารมีผู้ต้องการ 22 คน (ร้อยละ 44.90) นอกจากนี้ยังมีผู้ต้องการให้ขยายขอบเขตไปยังโรคอื่น ๆ เช่น โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ และทุก ๆ ระบบ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 16.33) ส่วนผู้ป่วยทุกคนพอใจกับโครงการการบริหารบาลูไซยานี้ และต้องการให้มีบริการนี้ต่อไป เพราะผลการให้คำแนะนำที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานการบริหารผู้ใช้ยาโรกระบบทางเดินหายใจนี้ แม้ว่าจะสามารถค้นหาปัญหา ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาได้จำนวนมาก และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่ก็มีข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประโยชน์ และความสะดวกในการปฏิบัติมากขึ้น ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในกระบวนการให้บริการแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 รับผู้ป่วยใหม่

กรณีผู้ป่วยใหม่มาด้วยอาการรุนแรง เช่น ผู้ป่วยหอบหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อยมาก เมื่อแพทย์ให้การรักษามีอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยบางคนยังคงมีอาการหอบเหนื่อยอยู่บ้าง การสัมภาษณ์ผู้ป่วยควรดูว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์หรือยัง ซึ่งบางคนอาจต้องรอถึง 2-3 วัน โดยระหว่างที่รอการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนด อาจคุยกับผู้ป่วยในเรื่องอื่น ๆ ทัวไปที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจและเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีญาติดูแล ก็สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลไปก่อน และเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ก็สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 7 การประเมินการสั่งใช้ยา

การประเมินคำสั่งใช้ยาของแพทย์ เมื่อพบปัญหาหรือข้อสงสัยควรติดต่อประสานงานกับแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และควรมีเอกสารอ้างอิงของข้อมูลยาที่เกิดปัญหานั้น ๆ เพราะแพทย์บางท่านต้องการดูประกอบการตัดสินใจ เภสัชกรที่จะทำหน้าที่ประเมินคำสั่งใช้ยาได้ดีต้องมีความรู้เรื่องโรค และยาเป็นอย่างดี และมีความมั่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็น เสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมได้

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามการรับคำสั่งใช้ยา

การเปรียบเทียบคำสั่งใช้ยาของแพทย์กับการคัดลอกลงในแบบฟอร์มต่าง ๆ ของพยาบาล ควรกระทำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดลอกคำสั่งแพทย์ลง Kardex และบัตรให้ยา เนื่องจากเวลาพยาบาลจะบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยจะดูจาก Kardex และบัตรให้ยาเป็นหลัก ดังนั้นถ้ามีการคัดลอกที่ถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะได้รับยาที่ถูกต้องด้วย ส่วนการคัดลอกลงในแบบบันทึกการให้ยานั้นเป็นการบันทึกเพื่อให้ทราบว่าได้บริหารยาให้แก่ผู้ป่วยแล้วตามเวลาที่กำหนด แต่บางคนก็ไม่ค่อยให้ความสำคัญแก่การบันทึกตรงส่วนนี้ เพราะคิดว่าให้ยาแก่ผู้ป่วยถูกต้องแล้ว จึงมีการบันทึกบ้างไม่บันทึกบ้าง หรือบันทึกผิดบ่อย ซึ่งจริง ๆ แล้วส่วนนี้ก็มิ

ความสำคัญ คือ ถ้าเป็นช่วงเปลี่ยนเวรของพยาบาล เมื่อให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้วและไม่ลงบันทึก เสร็จต่อไป มาดูเห็นว่าไม่มีการลงบันทึกการให้ยาแก่ผู้ป่วยอาจคิดว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับยา จึงให้ยาแก่ผู้ป่วยซ้ำอีกได้ ดังนั้นจึงควรประสานงานกับพยาบาลให้ช่วยกันลงบันทึกการให้ยาของผู้ป่วยให้ครบถ้วนและถูกต้อง เพื่อเป็นหลักฐานที่สามารถเชื่อถือได้ นอกจากนี้อาจนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง ซึ่งจะลดโอกาสที่เกิดการคัดลอกผิด

ขั้นตอนที่ 4 และขั้นตอนที่ 8 ติดตามการจ่ายยาจากห้องยา

ในทางปฏิบัติงานจริง ๆ การดำเนินงานทุกขั้นตอนตามรูปแบบ และแนวทางที่เสนอไว้ในการวิจัยครั้งนี้ จะทำให้เปลืองเวลามาก ควรพิจารณาความจำเป็นในแต่ละขั้นตอน สำหรับขั้นตอนการติดตามการจ่ายยานั้น จากผลการวิจัยจะเห็นว่าพบปัญหาน้อยคือ ร้อยละ 1.31 เท่านั้น และเป็นการเขียนซองผิดเกี่ยวกับวิธีใช้ยา ซึ่งถ้าเกิดปัญหาขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล อาจไม่เกิดปัญหารุนแรง เนื่องจากส่วนมากพยาบาลจะดูวิธีใช้ยาจาก Kardex เป็นหลักก็จะพบปัญหาและแก้ไขได้ แต่ถ้าเป็นการจ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้เองที่บ้าน ถ้าเกิดปัญหานี้ขึ้นก็จะมีอันตรายมาก ก็อาจจะติดตามการจ่ายยาเฉพาะยากลับบ้าน เพราะการจ่ายยาให้ผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เภสัชกรห้องยาก็ตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายยาเป็นปกติอยู่แล้ว พอยามาถึงหอผู้ป่วยพยาบาลก็จะตรวจสอบอีกครั้ง และก่อนที่ผู้ป่วยจะบริหารยา พยาบาลและเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานการบริบาลผู้ช้ำาก็จะตรวจสอบอีกครั้งอยู่แล้ว ดังนั้นการติดตามการจ่ายยาขั้นนี้ในการบริบาลผู้ช้ำยาจึงอาจมีความจำเป็นน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนอื่น และจากปัญหาที่เกิดขึ้นแม้จะน้อยคือ ร้อยละ 1.31 อาจมีการดำเนินการประกันคุณภาพของการทำงานในกระบวนการจ่ายยาในห้องยาทุกขั้นตอน เป็นการทดแทน

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามการบริหารยา

การติดตามการบริหารยาจะรวมถึงการเตรียมยาด้วย ซึ่งการเตรียมยาส่วนมากเป็นการผสมตัวทำละลายในตัวยาเพื่อเตรียมฉีดให้แก่ผู้ป่วย หรือเป็นการผสมยาฉีดลงในสารละลายปริมาตรมาก การผสมยาฉีดมากกว่า 1 ชนิด เข้าด้วยกัน ซึ่งพยาบาลผู้เตรียมมักมีปัญหาต้องการทราบเกี่ยวกับยาชนิดใดเข้ากันไม่ได้ ยาชนิดหนึ่งต้องผสมกับสารละลายปริมาตรมากชนิดใดจึงจะคงตัว และหลังจากผสมยาเข้ากับตัวทำละลายแล้วตัวยาสามารถคงตัวอยู่ได้กี่ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้องหรือในตู้เย็น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานควรรวบรวม และจัดทำตารางข้อมูล มีข้อมูลความเข้ากันได้ และความคงตัวของตัวยาในสารละลายต่าง ๆ ติดประจำไว้ที่หอผู้ป่วย เพื่อความสะดวกรวดเร็ว แก้ไขและป้องกันปัญหาในการทำงานของพยาบาลในจุดนี้

การบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลนั้น ที่เกิดปัญหาส่วนมากเนื่องมาจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์ไม่ถูกต้อง และเมื่อแก้ไขปัญหาในขั้นตอนนี้ก็ต้องตามไปแก้ไขขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งด้วย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 ติดตามการตอบสนองต่อการให้ยา

การติดตามการตอบสนองต่อการให้ยานั้น จะติดตามปัญหาความไม่ร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วย และปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา กรณีที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล บางครั้งผู้ป่วยต้องบริหารยาเอง เช่น ยาน้ำชนิดรับประทาน ยาทาภายนอก ยาสูดพ่น เกสซ์ควรติดตามสัมภาษณ์ ผู้ป่วยว่าได้ให้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง ในเรื่องขนาดยา เวลา และเทคนิคในการให้ยา กรณียาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษช่วย เช่น ยาสูดพ่น ควรให้ผู้ป่วยทดลองให้ยาให้ดู เพราะมีผู้ป่วยหลายคนที่ใช้ยาอย่างไม่ถูกเทคนิค หรือบางคนใช้ไม่เป็นเลย จึงไม่ใช้ยานั้น ๆ ทำให้เกิดปัญหาการขาดยาหรือไม่ได้ให้ยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้นจึงควรสอบถามผู้ป่วยว่าสามารถให้ยาได้อย่างถูกต้องหรือไม่ ตั้งแต่เริ่มแรกหลังจากแพทย์สั่งให้ผู้ป่วยให้ยาเอง ถ้าผู้ป่วยใช้ยาไม่เป็น หรือใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง ก็จะได้รับแก้ไขได้ทันที ป้องกันการเกิดปัญหาจากการให้ยาได้

ส่วนการติดตามปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา ผู้ป่วยบางคนเมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้นมาแต่ไม่ได้รายงานแพทย์หรือพยาบาล และบางครั้งอาการไม่พึงประสงค์นั้นก็ป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยานั้นได้ ดังนั้นเภสัชกรผู้ดูแลผู้ป่วยจึงควรสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงอาการที่ผิดปกติ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข หรือหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ยามากขึ้น

ขั้นตอนที่ 9 การให้คำแนะนำการให้ยาก่อนกลับบ้าน

ในส่วนของการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย กรณีที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนมากจะมีปัญหาในเรื่องของการได้ยิน การมองเห็น และการจดจำข้อมูลต่าง ๆ นอกจากนี้บางคนก็อ่านหนังสือไม่ได้ กรณีนี้อาจต้องใช้เครื่องมืออื่นช่วย เช่น การใช้ภาชนะบรรจุเฉพาะที่สามารถป้องกันความสับสนในการให้ยา หรือใช้ฉลากที่มีตัวอักษรขนาดใหญ่ หรือมีรูปภาพที่สื่อแล้วผู้ป่วยเข้าใจได้ หรือให้คำแนะนำกับผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้สามารถช่วยผู้ป่วยในการให้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 10 ติดตามการตอบสนองต่อการให้ยาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล

การติดตามการตอบสนองต่อการให้ยาของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ต้องพยายามหาวิธีการสัมภาษณ์ที่จะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงว่าผู้ป่วยได้ให้ยา

อย่างถูกต้องตามแพทย์สั่งหรือไม่ และเกิดอาการผิดปกติอะไรบ้าง และต้องทำให้ผู้ป่วยไวใจและมั่นใจว่าเภสัชกรสามารถให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาได้ กรณีผู้ป่วยที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษในการใช้ยาก็ควรมีการทดสอบว่าผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกเทคนิคจริง ๆ

2. ข้อเสนอแนะทั่วไป

2.1 เมื่อพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ควรบันทึกลงในชาร์ทของผู้ป่วย และบันทึกข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ และหาแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

2.2 การเข้าร่วมกับคณะแพทย์ ในการตรวจรักษาประจำวันอาจทำเป็นบางวันในหนึ่งในสัปดาห์ หรือถ้าไม่มีเวลาพออาจใช้วิธีปรึกษาแพทย์เฉพาะเวลาที่มีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับโรคหรือผลการใช้ยาของผู้ป่วย

2.3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ข้อมูลบางส่วนสามารถให้กับผู้ป่วยพร้อม ๆ กันได้ เช่น ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป ของผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ ข้อเสนอแนะการใช้ยาโดยทั่วไป เป็นต้น

2.4 ข้อเสนอแนะในการปรับกระบวนการทั้งระบบ

การดำเนินงานการบริหารการใช้ยา ถ้าจะให้ได้ดีที่สุด ควรมีการพัฒนาด้านต่าง ๆ คือ พัฒนาคู่มือการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยา แก่บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น เภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด พัฒนาการทำงานเป็นคณะ เพื่อร่วมมือกันในการติดตามดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหา คิดหาวิธีป้องกันหรือแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาสถานที่ที่ปฏิบัติงานให้เหมาะสม และสะดวกในการปฏิบัติงาน มีการจัดส่วนบริเวณการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล บริเวณที่ใช้เตรียมยา ผลมยาให้เป็นสัดส่วน พัฒนาด้านเทคโนโลยี เช่นการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง ลดโอกาสการเกิดปัญหาจากการคัดลอกคำสั่ง รวมถึงลดปัญหาที่เกิดจากการบริหารยาด้วย พัฒนาระบบกระจายยา ซึ่งอาจจะจัดยาสำหรับผู้ป่วยเพื่อการใช้เพียง 1 วัน จะลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย และลดปริมาณยาที่จะค้างสต็อกในหอผู้ป่วย ป้องกันยาเสื่อมสภาพ และถ้ามีเวลาจำกัดในการดูแลเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย อาจจะเลือกความสำคัญของขั้นตอนที่จำเป็นต้องดูแลก่อน ตามลำดับดังนี้

1. ขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งจะมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อหาข้อมูลประวัติการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาในอดีต เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ขั้นตอนการประเมินการสั่งใช้ยา เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกับแพทย์ได้อย่างทันท่วงที
3. ขั้นตอนการติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยา เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา
4. ขั้นตอนการให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและใช้ยาด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
5. ขั้นตอนการติดตามการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามปัญหาที่ได้แก้ไขไปแล้ว และติดตามปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นใหม่ ส่วนการดำเนินงานในขั้นตอนที่จำเป็นน้อย หรือต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรการแพทย์อื่น แต่ไม่ได้รับความร่วมมือมากนัก อาจทำได้โดยประสานงานกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำอยู่แล้ว เพื่อเพิ่มความระมัดระวังให้มากยิ่งขึ้นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว

3. ข้อเสนอแนะในเรื่องการติดตามผลบริการบริหารผู้สูงอายุ

ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้มีการอภิปรายร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย และช่วยกันหาแนวทางการป้องกันหรือแก้ไขที่เหมาะสม และอภิปรายถึงปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้วว่าได้ผลดี หรือไม่อย่างไร และหาวิธีดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

จากการดำเนินงาน การบริหารผู้ใช้นี้ จะเป็นแนวทางให้เภสัชกรได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และใกล้ชิดยิ่งขึ้น สามารถสืบค้นปัญหา ป้องกัน และ/หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้มากขึ้น และรวดเร็วกว่าเดิม ทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการรักษาสูงสุด และมีความปลอดภัยมากขึ้น และการที่จะดำเนินงานนี้ต่อ คงต้องมีการปรับปรุงหรือแก้ไขบางขั้นตอนให้เหมาะสมกับสถานที่ที่จะนำไปปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคลากรด้วย