

## สถานการณ์การดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์

อมราพัทธ์ สารกุล<sup>1</sup>, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ<sup>2</sup>, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช<sup>2</sup>

Received: 30 January 2017

Accepted: 21 April 2017

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** งานบริหารเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุรินทร์ **วิธีดำเนินงานวิจัย:** พัฒนาแบบสอบถามจากข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และทดสอบการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 10 แห่ง ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา แล้วทำการปรับแก้ไข จากนั้นส่งสอบถามหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง ในจังหวัดสุรินทร์ ช่วง ตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) **ผลการวิจัย:** ดำเนินวิจัยนำเข้า พบว่าโรงพยาบาล 11 แห่ง (ร้อยละ 68.8) มีปัญหาด้านอัตรากำลังคน ทำให้สัดส่วนเวลาของเภสัชกรที่ใช้ใน งานบริหารเภสัชกรรม น้อยกว่าร้อยละ 20 ของชั่วโมงทำงานทั้งหมด ด้านกระบวนการ พบว่าการดำเนินการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก มีการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังโดยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีในโรงพยาบาลทุกแห่ง โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค เอชไอวี จิตเวชพบใน 12 แห่ง การดูแลการใช้ยารักษาโรคไต พบใน 7-8 แห่ง ในด้านการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พบว่ามีเพียง 9 แห่ง (ร้อยละ 56.3) ที่มีเภสัชกรให้บริการเภสัชกรรมทุกวัน อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการเฉพาะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยกิจกรรมหลักที่มีการดำเนินการคือ การติดตามความต่อเนื่องทางยา ในด้านผลการดำเนินการ พบว่ามีโรงพยาบาลเพียงบางส่วนที่มีการเก็บข้อมูล และจากข้อมูลพบว่าการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จิตเวช ทำได้น้อยที่สุด โดยดำเนินการได้เพียงร้อยละ 64-81 ของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด ส่วนการบริหารผู้ป่วยใน ก็พบปัญหาความไม่ครอบคลุมในการดำเนินการเช่นกัน โดยเฉพาะการติดตามความต่อเนื่องด้านยา และการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้าน ซึ่งทำได้เพียงร้อยละ 49.8 และร้อยละ 8.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล **สรุปผลการวิจัย:** การดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมต้องการการสนับสนุนเรื่องอัตรากำลัง ในปัจจุบันมีการดำเนินการบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาความครอบคลุมในการดำเนินการ รวมถึงการจัดการข้อมูลยังไม่เป็นระบบ

**คำสำคัญ:** งานบริหารเภสัชกรรม, โรงพยาบาลชุมชน

**วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13 (ฉบับพิเศษ): 417-428**

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> ป.ร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยงานวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\* **ติดต่อผู้พิมพ์:** อมราพัทธ์ สารกุล โรงพยาบาลสุรินทร์ อ.เมือง จ.สุรินทร์ 32000 โทรศัพท์. 095-6124691

e-mail: give.amarapak@gmail.com

## Pharmaceutical care situation in community hospitals of Surin province

Amarapak Sarakul<sup>1\*</sup>, On-anong Waleekhachonler<sup>2</sup>, Thananan Rattanachotphanit<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** Pharmaceutical care has been developing for better patient outcome. This research aimed to survey pharmaceutical care activities in community hospitals of Surin province. **Methods:** The questionnaire was developed based on standards of the Healthcare Accreditation Institute, criteria of the National Health Security Office and the Ministry of Public Health and literature review. The questionnaire was evaluated for content validity by experts and it was tested in 10 pilot hospitals which were not the study hospitals. Then, the questionnaire was sent to the head of the pharmacy department in 16 community hospitals, Surin province. Data were collected during October 2014 to September 2015. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** Input evaluation revealed that 11 hospitals (68.8%) had problem of manpower shortage. Proportion of time that pharmacists could spend on conducting pharmaceutical care was less than 20% of their working time. Process evaluation found that pharmaceutical care was set as part of chronic care clinic, outpatient services. Pharmaceutical care for diabetes and hypertension were available in all 16 hospitals while the services for asthma, chronic obstructive pulmonary disease, tuberculosis, human immunodeficiency virus, psychiatric clinics were available in 12 hospitals. Pharmaceutical care for patients receiving warfarin and patients with chronic kidney disease were available in 7 and 8 hospitals. For in-patient services, 9 hospitals (56.3%) had pharmacists responsible for daily services by which medication reconciliation was the major activity. In terms of output evaluation, only some hospitals collected their output data. Coverage of pharmaceutical care provision among the new cases of diabetes mellitus, hypertension, psychiatric patients who received outpatient services was in unsatisfactory level (64-81% of all new cases). Problems of coverage of pharmaceutical care provision were also found in the in-patient services. Only 49.8% of the admitted patients received medication reconciliation service while 8.5% of them received discharge counseling service from pharmacists. **Conclusion:** Manpower is required for expanding pharmaceutical care activities. Currently, pharmaceutical care provision in community hospitals is increasing, however, there is problems in terms of coverage rate and data management system.

**Keywords:** Pharmaceutical care, Community Hospitals

**IJPS 2017; 13 (Supplement): 417-428**

<sup>1</sup> Master Student in Clinical Pharmacy Program, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>2</sup> Ph.D., Assistant Professor, Clinical Pharmacy Unit, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Mahasarakham University

\* **Corresponding author** : Amarapak Sarakul, Surin hospital , Maung District, Surin Province 32000

Tel: 095-6124691 e-mail: give.amarapak@gmail.com

## บทนำ

งานบริหารเภสัชกรรม มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยด้านยา เพื่อให้ได้ประโยชน์ ปลอดภัยและคุ้มค่าจากการใช้ยา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภายใต้การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ (Hepler and Strand, 1990; Luisetto M, 2011) สำหรับการทำงานดังกล่าวในประเทศไทย เริ่มปี พ.ศ. 2535 (Ningthaisong T, 2016) ในปัจจุบันการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมมีแนวกำกับจากมาตรฐานจากกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดขึ้น ข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) (The Institute of Hospital Quality Improvement & Accreditation, 2015) และเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (National Health Security Office) งานด้านบริหารเภสัชกรรมได้ขยายการดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ซึ่งยังมีข้อจำกัด ไม่ว่าจะเป็นด้านนโยบายของโรงพยาบาล มาตรฐาน ข้อกำหนดในการประเมินคุณภาพงาน จำนวนเภสัชกรที่กระจายตัวในหน่วยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ระดับการศึกษาและสาขาที่เฉพาะด้านบริหารเภสัชกรรมหรือเภสัชกรรมคลินิก งบประมาณ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการจัดบริการ ตลอดจนภาวะผู้นำธรรมาภิบาล ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรรม (Ngorsurachet et al, 2004) และในปี ค.ศ. 2008 ได้มีการศึกษาการปฏิบัติงานและปริมาณงานบริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน (Rattanachotphanit et al, 2008) เพื่อดูความครอบคลุมของการดำเนินกิจกรรม จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของเภสัชกร และจำนวน FTE ของบุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนระดับจังหวัดสุรินทร์ ที่พิจารณาทั้ง 3 ส่วนคือ ปัจจัย

นำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Processes) ผลผลิต (Outputs) อันนำไปสู่การทราบข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานในบริบทโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) สำรวจสถานการณ์ในช่วงปีงบประมาณ 2558 (ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัย กลุ่มประชากร คือ กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง ในจังหวัดสุรินทร์

กรอบการประเมินประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Processes) ผลผลิต (Outputs) ของงานบริหารเภสัชกรรม โดยข้อคำถามพัฒนาขึ้นจากเกณฑ์ HA, สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นผ่านการประเมินความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน และมีประสบการณ์ด้านการวิจัยในด้านบริการสุขภาพ จำนวน 3-5 คน จากนั้นปรับแบบสอบถาม แล้วทดลองเก็บข้อมูลจริงในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล 20 ข้อ 2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน 7 ข้อ 3) ปัจจัยนำเข้าของงานบริหารเภสัชกรรม 16 ข้อ ปลายเปิด 1 ข้อ 4) กระบวนการของงานบริหารเภสัชกรรม ซึ่งแบ่งข้อหลักเป็น บริบาลผู้ป่วยนอก 9 ข้อ และผู้ป่วยใน 12 ข้อ 5) ผลผลิต (Outputs) ในส่วนของงานบริหารเภสัชกรรมแบ่งการตอบคำถามแยกเป็นงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก 27 ข้อ และงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน 13 ข้อ ใน

การศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแต่ละโรคที่ทำการศึกษาได้จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยการใช้รหัส ICD 10 ทั้งนี้กรณีการหาจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ กำหนดให้ดึงข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีรหัส ICD 10 ที่สนใจในช่วงที่ทำการศึกษา และต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD 10 ดังกล่าวในช่วงเวลาในอดีตก่อนช่วงที่กำหนด (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2010)

ผู้ตอบแบบสอบถามคือหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้า โดยผู้วิจัยทำการประสานงานกับผู้ตอบแบบสอบถามทุก 2 สัปดาห์ จนได้รับการตอบกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

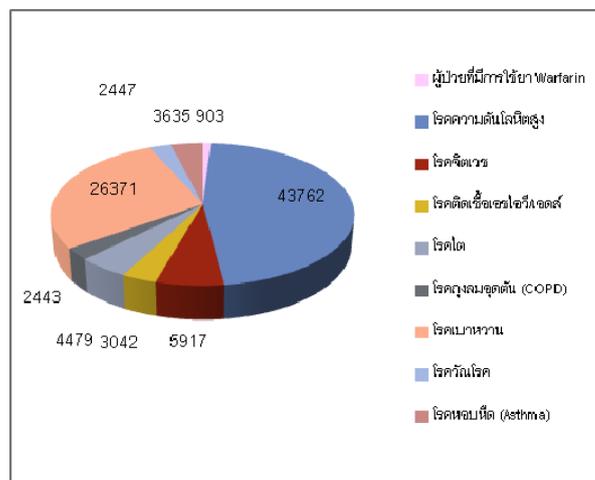
### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล (รพ.)

โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

(M2) 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 8 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 3 แห่ง การดำเนินการแผนกผู้ป่วยนอก ทั้ง 16 แห่ง (ร้อยละ 100) ใช้โปรแกรม HosXP พบจำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยาตั้งแต่ 2.2 รายการ (กลุ่ม รพ.M1) ถึง 6.5 รายการ (กลุ่ม รพ.F3) ระยะเวลารอคอยให้บริการจ่ายยา ตั้งแต่ 4.6 นาที (กลุ่ม รพ.M2) ถึง 40.1 นาที (กลุ่ม รพ.M1) การดำเนินการผู้ป่วยใน (IPD) พบว่าอัตราการครองเตียงมีตั้งแต่ร้อยละ 53.5 (กลุ่ม รพ. F3) ถึง ร้อยละ 161.8 (กลุ่ม รพ.F2) วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน เท่ากับ 3.4 วัน ในกลุ่มโรงพยาบาล M2 และ F2 และ 2.6 วัน ในกลุ่ม F3 (ตารางที่ 1)

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ที่โรงพยาบาล 16 แห่ง ด้วยโรคเรื้อรังที่สนใจ ซึ่งตามเกณฑ์คุณภาพต่างๆ เภสัชกรควรดูแลการใช้ยา แสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคที่สนใจ

พบว่า 3 ลำดับโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหอบหืด

โรงพยาบาลทั้ง 16 แห่งมีการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่มีเพียง 14 แห่งที่บุคลากรทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลออกไปให้บริการรักษา จำยา ที่ รพ.สต. ตั้งแต่ 1-22 วัน ต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน จำนวนเภสัชกรมีตั้งแต่ 2 คน (กลุ่ม รพ. F3) ถึง 13 คน (กลุ่ม รพ.M2) และจำนวนบุคลากรทั้งหมดในกลุ่มงาน มีตั้งแต่ 4 คน (กลุ่ม รพ.F3) ถึง 36 คน (กลุ่ม รพ.M2) โรงพยาบาล 6 แห่ง มีเภสัชกรระดับปริญญาโท และ โรงพยาบาล 11 แห่ง มีเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตร PharmD 6 ปี

**ตารางที่ 1** แสดงลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่ม M1 (N=1)	กลุ่ม M2 (N=3)	กลุ่ม F1 (N=1)	กลุ่ม F2 (N=8)	กลุ่ม F3 (N=3)
จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา : Mean (SD); min, max	2.6	2.8 (0.7); 2.4, 2.6	5.5	3.9 (0.8); 3.2, 5.6	5.9 (0.5); 5.5, 6.5
ระยะเวลาจ่ายยาผู้ป่วยแต่ละราย (นาที) : Mean (SD); min, max	40.1	13.5 (10.2); 4.6, 24.7	14.2	16.6 (7.0); 7.2, 28.4	20.8 (15.2); 11.7, 38.3
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน/ราย) : Mean (SD); min, max	3.1	3.4 (0.5); 3.1, 4.0	3.9	3.4 (0.6); 2.5, 4.3	2.6 (0.2); 2.4, 2.7
อัตราการครองเตียง (%) : Mean (SD); min, max	95.5	88.9 (13.3); 76.3, 102.8	79.4	93.3 (32.6); 53.9, 161.8	106.4 (46.3); 53.5, 139.2
จำนวน รพ. ที่จัดบุคลากร ไป บริการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ รพ.สต.	1	3	1	6	3
จำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่ รพ.สต. : Mean (SD); min, max	22	0.7 (0.6); 0, 16	1	4.6 (6.1); 0, 16	4 (0)
จำนวนโรงพยาบาลที่มีเภสัชกร ป. โท เภสัชกรรม, แห่ง	1	1	1	3	0
จำนวนโรงพยาบาลที่มีเภสัชกร PharmD, แห่ง	0	2	1	5	3
จำนวนเภสัชกร Mean (SD); min, max	13	10.3 (2.1); 8, 12	9	4.8 (1.3); 3, 7	2.3 (0.6); 2, 3
จำนวนบุคลากรกลุ่มงานเภสัชกรรม Mean (SD); min, max	35	29.3 (8.3); 20, 36	23	11.3 (2.5); 8, 15	5.33 (1.5); 4, 7

\* M1=รพท.ขนาดเล็ก, M2=รพช.แม่ข่าย (120 เตียง), F1=รพช.ขนาดใหญ่ (90 – 120 เตียง), F2=รพช. ขนาดกลาง (30 – 90 เตียง), F3=รพช.ขนาดเล็ก (30 เตียง)

การวิเคราะห์รวมโรงพยาบาลทุกแห่งพบว่า เกษัชกร 1 คน มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในงานบริการจ่ายยา OPD มากที่สุดคือ 13.4 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 33.4) รองลงมาคือ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 6.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 16.3) งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 5.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 13.6) งานบริหารเวชภัณฑ์ จำนวน 4.6 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 11.5) งานอื่นๆ เช่น งานผลิตยา, งาน HA, งานประชุม 4.2 ชั่วโมง/ (ร้อยละ 10.5) งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (IPD) 3.77 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 9.4) และน้อยสุดคืองานในด้านคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) คือ 2.1 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 5.3)

**ส่วนที่ 3** ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ในส่วนของงานบริหารเภสัชกรรม

ร้อยละ 68.8 ของโรงพยาบาล ตอบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านอัตรากำลังคน เป็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางานมากที่สุด ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีปัญหาน้อยมาก

**ส่วนที่ 4** กระบวนการ (Processes) ในส่วนของงานบริหารเภสัชกรรม

โรงพยาบาลมีกระบวนการจัดตั้งคลินิก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (OPD) อย่างเป็นรูปธรรม คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีในโรงพยาบาลทั้ง 16 แห่ง คลินิกหอบหืด ปอดอุดกั้น วัณโรค เอชไอวี จิตเวช มีในโรงพยาบาล 12 แห่ง คลินิกไต มีในโรงพยาบาล 8 แห่ง ส่วนคลินิกกึ่งฟารินมีการดำเนินการเพียง

แต่ 7 แห่ง ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินงานครอบคลุมการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การวางแผนและติดตามการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา

ในส่วนของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (IPD) มีการดำเนินการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทุกแห่ง โดย 9 แห่ง เกษัชกรปฏิบัติงานทุกวัน และ 7 แห่งที่เกษัชกรปฏิบัติงานเฉพาะเมื่อมีการแจ้งหรือขอคำปรึกษาโดยแพทย์หรือพยาบาล หอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีการดำเนินการบริหารเภสัชกรรมคือ สุนิรีเวชกรรม (รพ. 5 แห่ง) ศัลยกรรม (รพ. 4 แห่ง) กุมารเวชกรรม (รพ. 4 แห่ง) สำหรับรายละเอียดกิจกรรมบนหอผู้ป่วย พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีการติดตามความต่อเนื่องทางยา (Medication Reconciliation) โดย 6 แห่ง สามารถทำภายใน 24 ชั่วโมง, ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง, ประเมินการใช้ยา, และสอนยาเทคนิคพิเศษแก่ผู้ป่วย

**ส่วนที่ 5** ผลผลิต (Outputs) ในส่วนของงานบริหารเภสัชกรรม

โดยภาพรวม มีโรงพยาบาลเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่มีการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในแต่ละข้อ ทั้งในผู้ป่วยนอกและในรูปแบบการเก็บข้อมูลยังมีการใช้คอมพิวเตอร์ในการเก็บข้อมูลไม่มากนัก ผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (OPD) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การดำเนินการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (OPD)

กลุ่มโรค	การให้บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (ให้คำปรึกษาด้านยา แก้ปัญหาด้านยา)				
	รพ.ที่มี คลินิก บริหาร, แห่ง	รพ.ที่เก็บ ข้อมูล บริหาร, แห่ง	รพ.ที่เก็บข้อมูล บริหารใน คอมพิวเตอร์, แห่ง	ผู้ป่วยที่ได้รับบริหาร (%, ค่าเฉลี่ย(SD); (Min, Max)	ผู้ป่วยรายใหม่ที่ ได้รับบริหาร (%), ค่าเฉลี่ย(SD); (Min, Max)
- โรคเบาหวาน	16	4	0	-	80.5(23.6);58.2,100
- โรคความดันโลหิตสูง	16	5	3	-	64.2(26.5);25.4, 100
- โรคหอบหืด (Asthma)	12	11	4	81.5(24.1); 26.6, 100	96.9(10.1);66.7, 100
- โรคถุงลมอุดตัน (COPD)	12	12	4	79.7(29.9);8.4,100	96.7(11.0);63.6,100
- ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา Warfarin	7	8	4	90.9(18.3);54.12, 100	81.8(17.2);54.5,100
- โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	12	13	5	-	100
- โรควัณโรค	12	11	6	-	100
- โรคไต	8	4	3	-	91.9(16.2); 67.5,100
- โรคจิตเวช	12	5	2	-	76.0(33.0); 20.3,100

เมื่อพิจารณาความครอบคลุมในการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มโรค/ยาที่สนใจ พบว่า โรคหอบหืด (Asthma) โรคถุงลมอุดตัน (COPD) ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา วาร์ฟาริน เป็นกลุ่มโรคและกลุ่มยาที่นิยมเก็บข้อมูลความครอบคลุมในการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่มีการใช้ยาเทคนิคพิเศษ ที่ควรได้รับการทวนสอบการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น ยาสูดพ่น เป็นต้น และผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินต้องได้รับการติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ทุกครั้งที่มีการมารับบริการ จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมด 861 ราย มีการให้บริหารทางเภสัชกรรมคิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 90.9 ซึ่ง

พบน้อยที่สุดพบในกลุ่ม รพ.M2 ร้อยละ 54.1 ส่วนความครอบคลุมน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยถุงลมปอดอุดตัน (COPD) ร้อยละ 79.7 ซึ่งพบน้อยที่สุดพบในกลุ่ม รพ.F2 (ร้อยละ 8.4) นอกนั้นในส่วนผู้ป่วยเบาหวานได้เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่เพิ่งได้รับยาฉีดอินซูลิน ได้รับการให้บริหารทางเภสัชกรรม มีโรงพยาบาล 4 แห่งเก็บข้อมูล ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 68 โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลน้อยที่สุดพบในกลุ่ม รพ.F2 (ร้อยละ 0)

เมื่อพิจารณาเฉพาะความครอบคลุมในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายใหม่ พบว่าสถานการณ์ปัจจุบัน โรคที่เภสัชกรให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุด กลุ่มเอชไอวี/เอดส์และวัณโรค

โดยให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยรายใหม่ เท่ากับ ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรค 190, 612 ราย (ข้อมูลจาก รพ. 13, 11 แห่งตามลำดับ) ส่วนโรคที่เภสัชกรให้บริการครอบคลุมน้อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยรายใหม่ เท่ากับร้อยละ 64.2 ของผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรค 883 ราย (ข้อมูลจาก รพ. 5 แห่ง)

การติดตามผลการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยใน (IPD) ดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่า การติดตามความต่อเนื่องทางยา (Medication reconciliation) มีโรงพยาบาล 12 แห่งที่เก็บข้อมูล

พบว่าค่าเฉลี่ยสัดส่วนของการติดตามความต่อเนื่องด้านยาของโรงพยาบาลเหล่านี้ เท่ากับร้อยละ 49.8 ของจำนวนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ปริมาณการดำเนินการมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล (ต่ำสุดร้อยละ 1.8 และสูงสุดร้อยละ 100) มีโรงพยาบาลเพียง 6 แห่งที่เก็บข้อมูลการติดตามความต่อเนื่องด้านยาว่าสามารถดำเนินการได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ และพบว่าร้อยละ 67.6 ของโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้

**ตารางที่ 3** การดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (IPD)

กิจกรรมงานบริบาล	การให้บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยใน		
	รพ.ที่เก็บข้อมูล, แห่ง	รพ.ที่เก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์, แห่ง	ผู้ป่วยที่ได้รับบริบาล (%), ค่าเฉลี่ย(SD) (Min, Max)
การติดตามความต่อเนื่องด้านยาจากเภสัชกร	12	5	49.8(41.8);1.8,100
การติดตามความต่อเนื่องด้านยาจากเภสัชกรภายใน 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	6	4	67.6(38.4);9.9,100
การประเมินการแพ้ยา (ครั้ง)	9	5	148.5(86.9);14,284
การติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูง (ครั้ง)	12	8	1357(1789);40,6571
ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ในผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง (HAD)	11	6	0.2(0.4);0,1.4
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์แบบ serious ADR จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง	11	7	0.5(1.3);0,4.2
การประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสม (ครั้ง)	13	5	107.3(109.8);12,299
การป้องกัน แก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (ครั้ง)	10	2	347.3(381.8);6,911
การตอบคำถามเรื่องยากับบุคลากรทางการแพทย์ (ครั้ง)	6	2	47.8(48.7);3,142
การทำ discharge counseling	6	3	8.5(26.2);1.5,66.5
การประสานงานให้เกิดการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา	12	2	1.2(1.5);0,4

การประเมินการแพทย์ มีโรงพยาบาล 9 แห่งที่เก็บข้อมูล โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแพทย์ในรอบปีของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันมาก ค่าเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลคือ 148.5 ครั้ง และผลการเก็บข้อมูลมีตั้งแต่ 14-284 ครั้ง

จำนวนครั้งของการใช้ยาความเสี่ยงสูงมีโรงพยาบาล 12 แห่งที่เก็บข้อมูล โดยจำนวนครั้งของการใช้ยาความเสี่ยงสูงในรอบปีของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันมาก ค่าเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลคือ 1,357 ครั้ง มีตั้งแต่ 40-6,571 ครั้ง

ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาความเสี่ยงสูงระดับ E มีโรงพยาบาล 11 แห่งที่เก็บข้อมูล โดยค่าเฉลี่ยของสัดส่วนความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเท่ากับร้อยละ 0.2 ของจำนวนผู้ที่ได้รับการสั่งใช้ยา ความเสี่ยงสูงทั้งหมดในรอบปี (ต่ำสุดร้อยละ 0 และสูงสุดร้อยละ 1.4) ค่าเฉลี่ยสัดส่วนการเกิด serious adverse event ในผู้ที่ได้รับการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูงทั้งหมดเท่ากับ ร้อยละ 0.5 (ต่ำสุดร้อยละ 0 และสูงสุดร้อยละ 4.2)

การประเมินการใช้ยา มีโรงพยาบาล 13 แห่งที่เก็บข้อมูล โดยจำนวนครั้งของการประเมินการใช้ยาในรอบปีของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันมาก ค่าเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลคือ 107.3 ครั้ง มีตั้งแต่ 12-299 ครั้ง

จำนวนครั้งที่เภสัชกรป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีโรงพยาบาล 10 แห่งที่เก็บข้อมูล พบว่าจำนวนครั้งการดำเนินการแตกต่างกันมากระหว่างโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลคือ 347.3 ครั้ง ตั้งแต่ 6-911 ครั้ง ในรอบปี

จำนวนครั้งที่เภสัชกรตอบคำถามเรื่องยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ มีโรงพยาบาล 6 แห่งที่

เก็บข้อมูล พบว่า จำนวนครั้งการดำเนินการแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลคือ 47.8 ครั้ง ตั้งแต่ 3-142 ครั้ง ในรอบปี

การทำ discharge counseling มีโรงพยาบาล 6 แห่งที่เก็บข้อมูล โดยค่าเฉลี่ยของสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการ discharge counseling เท่ากับร้อยละ 18.5 ของจำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลในรอบปี (ต่ำสุดร้อยละ 1.5 และสูงสุดร้อยละ 66.5)

จำนวนครั้งที่เภสัชกรมีการประสานงานให้เกิดการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาจากการสำรวจข้อมูล มีโรงพยาบาล 12 แห่งที่เก็บข้อมูล ทั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เท่ากับ ร้อยละ 1.2 ของจำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลในรอบปี (ต่ำสุดร้อยละ 0 และสูงสุดร้อยละ 4.0)

## อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สำรวจสถานการณ์การดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ในจังหวัดสุรินทร์ รวม 16 แห่งตอบแบบสอบถามครบทั้ง 16 แห่งถือเป็นร้อยละ 100 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเข้า (Inputs) โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ในจังหวัดสุรินทร์ได้ดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็พบปัญหาด้านอัตรากำลังคนเป็นสำคัญในการดำเนินงาน พบปัญหานี้ในร้อยละ 68.8 ของโรงพยาบาล ทำให้เภสัชกรส่วนใหญ่ใช้เวลากับการบริการจ่ายยา ในขณะที่สัดส่วนเวลาที่ใช้ในงานบริบาลเภสัชกรรม น้อยกว่าร้อยละ 20 ของชั่วโมงทำงานทั้งหมด

ในด้านกระบวนการ (Processes) พบว่าการดำเนินการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกมีการ

จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลทุกแห่ง แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่ง มีการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่มีโรงพยาบาลเพียง 14 แห่งที่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมีการไปติดตามดูแลผู้ป่วย ในด้านการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พบว่ามีโรงพยาบาลเพียง 9 แห่ง (ร้อยละ 56) ที่มีเภสัชกรให้บริหารเภสัชกรรมทุกวัน อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการเฉพาะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยกิจกรรมหลักๆ ที่ทำคือการติดตามความต่อเนื่องทางยา

ในด้านผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม (Outputs) พบว่ามีโรงพยาบาลเพียงบางส่วนที่มีการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานที่สนใจ และจากข้อมูลพบว่าการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก รายใหม่ในโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน จิตเวช ไต มีการเก็บข้อมูลเพียง 4-5 แห่ง เท่านั้น และยังพบว่าผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม ดำเนินการได้น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 64-81 ของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดพบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน จิตเวช ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาผลที่ได้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ อีกทั้งเครื่องมือในการเก็บข้อมูลการให้บริหารทางเภสัชกรรมส่วนใหญ่แล้ว ยังใช้การบันทึกข้อมูลโดยกระดาษ ดังนั้นสิ่งนี้น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเก็บข้อมูล และผลการดำเนินงานที่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่ให้การบริหารเภสัชกรรม ส่วนการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ก็พบปัญหาความไม่ครอบคลุมในการดำเนินการเช่นกัน โดยเฉพาะการติดตามความต่อเนื่องด้านยา และการทำ discharge counselling ซึ่งทำได้เพียงร้อยละ 49.8 และร้อยละ 18.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากข้อมูลทั้ง 2

กิจกรรมนี้ก็พบว่าด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มาก อีกทั้งเครื่องมือการเก็บข้อมูลโดยกระดาษ จึงส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงานที่ได้ดังกล่าว ส่วนผลจากการศึกษาคั้งนี้ นั้นในส่วนที่ยังไม่สามารถหาอัตราความครอบคลุมได้ จึงเสนอแนะว่าถ้าต้องเก็บข้อมูลเหล่านี้เพื่อให้เกิดการมองเห็นภาพการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้น ควรที่จะมีการกำหนดข้อมูลที่ต้องเก็บ เช่น จำนวนครั้งที่มีเหตุการณ์รายงานอาการไม่พึงประสงค์ทางยา จำนวนครั้งที่มีเหตุการณ์ใช้ยาความเสี่ยงสูง จำนวนครั้งที่มีการใช้ยาที่ต้องได้รับการประเมินความเหมาะสมทางยา เป็นต้น

จากผลการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับงานวิจัยครั้งก่อนหน้านั้น จะพบว่า ปัญหาด้านอัตรากำลังเภสัชกรที่พบในการศึกษานี้เป็นปัจจัยนำเข้าที่เป็นสำคัญสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Ngorsurachet, 2004) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนั้นได้กล่าวว่า ไม่ว่าจะมีการจัดระเบียบกฎ นโยบาย ขึ้นมามากมายแต่ก็ยังพบว่าปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นกัน ถึงแม้ว่างานวิจัยก่อนหน้าจะเน้นในเรื่องการจัดการระบบยาในโรงพยาบาลก็ตาม และความเหมือนของงานวิจัยก่อนหน้าพบว่ากลุ่มประชากรที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มาจากกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เช่นเดียวกับกับงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถือว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในเรื่องปัญหาด้านปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย (Pharmaceutical care) อีกทั้งลักษณะการทำงานของ เภสัชกรจากการศึกษานี้ ก็ใกล้เคียงกับงานวิจัยก่อนหน้า (Rattanachotphanit et al, 2008) โดย การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ซึ่งพบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่ใช้เวลาในการจ่ายยาถึงร้อยละ 45.1-55.6 ของจำนวนชั่วโมงการ

ทำงานทั้งหมด และน้อยที่สุดคือในงานคุ้มครอง  
ผู้บริโภคร้อยละ 8.4-10.8 ส่วนงานบริหารเภสัช  
กรรมร้อยละ 9.2-10.4 ซึ่งเทียบสัดส่วนกับการศึกษา  
ครั้งนี้ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยการศึกษา  
ครั้งนี้จะแบ่งออกเป็นงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย  
นอก (ร้อยละ 14) และผู้ป่วยใน (ร้อยละ 10)  
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม  
ต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ แต่  
อย่างไรก็ตามก็ยังคงพบว่า กระบวนการการ  
ดำเนินงานในแผนกผู้ป่วยนอกพัฒนาขึ้น มากกว่า  
ผู้ป่วยในเช่นเดียวกัน และการศึกษาก่อนหน้านี้ยัง  
ไม่มีกิจกรรมการจัดตั้งคลินิกพิเศษการให้บริบาล  
ผู้ป่วยในรูปแบบ one stop service ซึ่งกระบวนการ  
นี้ทำให้เกิดการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น มี  
การพัฒนาคลินิกที่หลากหลาย ตามนโยบาย และ  
เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพต่างๆ ของโรงพยาบาล ซึ่ง  
ในนโยบายนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไป  
จากมาตรฐานก่อนหน้า นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้า  
ครั้งนี้ยังพบว่า มีบุคลากรออกไปเยี่ยมบ้านและออกไป  
ให้บริการจ่ายยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
อีกด้วย ส่วนแผนกผู้ป่วยในพบสิ่งที่แตกต่างไปจาก  
เดิมคือ มีการดูแลการใช้ยาในหอผู้ป่วยต่างๆ มากขึ้น  
โดยส่วนใหญ่คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งมี  
โรงพยาบาลที่มีเภสัชกรขึ้นปฏิบัติงานประจำติด  
ผู้ป่วยทุกวันเพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาและปกป้อง  
ปัญหาการใช้ยาโดยไม่ต้องรอการเรียกหาจากแพทย์  
หรือพยาบาล ซึ่งส่วนกระบวนการเหล่านี้ใน  
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แตกต่างจากครั้งก่อน และผลผลิตที่  
ได้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีการนำเสนอผลผลิตที่  
แตกต่างจากการสำรวจในงานวิจัยก่อนหน้านี้  
(Rattanachotphanit et al, 2008) โดยการศึกษา  
ครั้งนี้ในส่วนแผนกผู้ป่วยในมีกระบวนการการ

ติดตามความต่อเนื่องทางยา (Medication  
reconciliation) การติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูง  
การประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา การสอนยา  
เทคนิคพิเศษ ครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน  
จังหวัดสุรินทร์ แต่ผลผลิตอาจยังไม่สามารถเก็บ  
ข้อมูลได้ครบทุกแห่ง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่  
พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ มี  
กระบวนการทำงานครบทุกแห่งดังกล่าว อาจจะเป็น  
เพราะว่ากลุ่มประชากรการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับ  
นโยบาย ข้อปฏิบัติจากส่วนกลางเช่นเดียวกันคือ มี  
การประชุมส่งนโยบายจากหัวหน้างานเภสัชกรรมที่  
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ อีกทั้ง  
โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ มีการจัดตั้ง  
คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (Medication  
Safety) จึงส่งเสริมและพัฒนาให้เป็นไปในรูปแบบ  
เดียวกันอย่างพร้อมเพียง ขณะที่การศึกษา  
ก่อนหน้านี้กลุ่มประชากรโรงพยาบาลชุมชนเช่นกันแต่อยู่  
คนละจังหวัด ดังนั้นการต่อเนื่องประสานนโยบาย  
อาจทำให้ไม่ไปพร้อมๆ กันทั้งประเทศ เป็นผลให้  
เกิดผลผลิตในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ที่แตกต่างจากครั้ง  
ก่อนหน้า แต่อย่างไรก็ตาม ผลผลิตการดำเนินงาน  
บริหารเภสัชกรรมในการศึกษาปัจจุบันก็ยังพบ  
ปัญหาความครอบคลุมของการดำเนินการ รวมถึง  
ปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อสามารถ  
นำมาใช้ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการได้  
อย่างรวดเร็ว

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ทำการสรุปสถานการณ์  
การดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมของโรงพยาบาล  
ชุมชน ในด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ  
ผลผลิต โดยไม่ได้รวมผลลัพธ์ทางคลินิก แม้ว่า  
ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยสะท้อนคุณภาพของงาน

บริหารเภสัชกรรม เนื่องจากข้อจำกัดจากการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในการติดตามข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก (Outcome) น้อยมาก และยังพบว่า การดำเนินการกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น สิ่งที่ต้องตระหนักในการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรม คือความต่อเนื่องในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นบริการระดับทุติยภูมิ จึงมีการส่งต่อ ส่งกลับกับหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โดยสรุป ตำแหน่งงานบริหารเภสัชกรรม ต้องการการสนับสนุนเรื่องอัตรากำลัง ในปัจจุบันมีการดำเนินการบริหารเภสัชกรรมสำหรับโรคเรื้อรัง และกิจกรรมตามเกณฑ์คุณภาพต่างๆ แต่ยังมีปัญหาความครอบคลุมในการดำเนินการ รวมถึงการจัดการข้อมูลยังไม่เป็นระบบ ไม่มีข้อมูลในด้านความต่อเนื่องของการติดตาม และไม่มีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งควรพัฒนาต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน จ.สุรินทร์ และผู้รับผิดชอบในการตอบแบบสอบถาม

### References

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *AJHP* 1990; 47(3): 533-43.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision [Online]. 2010 [cited 2016 Jul 11] Available form: <http://www.who.int/classifications/icd/10/> edinfo.psu.ac.th/pr/pr2012/ICD/ICD10\_2010.pdf

Luisetto M. European Society of Clinical Pharmacy. WHAT IS CLINICAL PHARMACY?[Online]. 2011. [cited 2015 Dec 6] Available form: [http://www.escpweb.org/cms/clinical\\_pharmacy](http://www.escpweb.org/cms/clinical_pharmacy)

Ngorsuraches S, Singhpaiboonporn N, Sornlertlumvanich A, Nima U. Songkhla Drug System. 2004. Sponsored by Health Service Research Institute.

Ningthaisong T. The pace of new pharmaceutical care to become a pharmacist, family[Online]. [cited 2016 Jun 10] Available form: <http://thaihp.org/download.php?option=showfile&file=251>

Ratanachodpanich T. Limwattananon S, Limwattananon C, Pitaknitinun K. Monitoring of Practice and Volume of Pharmacy Services in District Hospitals. *TJHP* 2008; 18(3): 265-77.

The Institute of Hospital Quality Improvement & Accreditation. Hospital and Health Care Standard Sixtieth Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne. 2015; 56-61