

ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และการจัดการปัญหาโดยเภสัชกร

พิจักษณา มณีพันธุ์¹, กรกมล รุกขพันธ์²

¹โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 จังหวัดนราธิวาส

²ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความถี่ ประเภท ความรุนแรงและสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (drug related problems: DRPs) ตลอดจนวิธีการแก้ไข การยอมรับการแก้ไข และผลการแก้ไข DRPs บนหอผู้ป่วยในโดยเภสัชกร **วิธีการ:** การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 282 รายที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยตรวจสอบประวัติการรักษา รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ รายการยาที่ได้ในแต่ละวัน และยังเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งค้นหาและจัดการ DRPs ตามแบบประเมินของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) Version 8.02 การแบ่งระดับความรุนแรงของ DRPs ใช้เกณฑ์ตาม NCC MERP Index การศึกษาวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยใช้แบบสอบถาม **ผลการวิจัย:** ตัวอย่างอายุเฉลี่ย 39.2 ± 27.7 ปี วันนอนเฉลี่ย 4.4 ± 4.2 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 19.5 มี DRPs รวม 72 ครั้ง เฉลี่ย 1.3 ± 0.6 ปัญหาต่อราย DRPs ร้อยละ 78.0 เป็นเรื่องประสิทธิภาพการรักษา ร้อยละ 33.3 ของ DRPs มีความรุนแรงอยู่ในระดับ D คือ เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ร้อยละ 40 ของสาเหตุของ DRPs เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง การแก้ไข DRPs ร้อยละ 36.8 เป็นการแก้ไขผ่านผู้สั่งใช้ยา การจัดการปัญหาของเภสัชกรร้อยละ 97.2 ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ร้อยละ 84.7 ของการแก้ปัญหาทำได้สำเร็จ บุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 90.9 พึงพอใจต่อการจัดการ DRPs **สรุป:** DRPs บนหอผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง การจัดการกับปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรได้รับการยอมรับอย่างดีและสามารถแก้ไขปัญหาด้านยบบนหอผู้ป่วยได้มาก

คำสำคัญ: การจัดการปัญหาด้านยา ปัญหาด้านยา เภสัชกร การบริหารทางเภสัชกรรม

รับต้นฉบับ: 18 มิ.ย.2561, รับลงตีพิมพ์: 26 ก.ค. 2561

ผู้ประสานงานบทความ: กรกมล รุกขพันธ์ ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112 E-mail: korngamon.r@psu.ac.th

Drug Related Problems in Patients Hospitalized to a Community Hospital within Three Border Southern Provinces and Management of the Problems by Pharmacist

Pijuksana Maneephan¹, Korngamon Rookkapan²

¹Yingo Community Hospital Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary, Narathiwat

²Department of Pharmacy Administration, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To study frequency, type, severity, causes of drug related problems (DRPs), including planned interventions, intervention acceptance, intervention outcomes for patients hospitalized to a community hospital located in three southern border provinces. **Methods:** This research was a descriptive study. Subjects were 282 inpatients admitted to inpatient ward of a community hospital located in three southern border provinces. Data were collected by reviewing treatment history, medication history, and drugs prescribed in each day of stay. Interview with the patients and their care-givers was also conducted to collect more information. Information was used to identify DRPs and management of DRPs according to the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) V.8.02. Severity of DRPs was classified according to the NCC MERP index. The study measured satisfaction of patients and medical personnel using the questionnaire. **Results:** Mean age of subjects was 39.2 ± 27.7 years with average lengths of stay 4.4 ± 4.2 days. DRPs were found in 19.5% of patients with the total of 72 DRPs or an average of 1.3 ± 0.6 DRPs per patient. Seventy-eight percent of the DRPs was related to treatment effectiveness. The severity of 33.33% of DRPs was at level D (the events reached the patients, and intensive special care is needed). Forty percent of causes of DRPs were related to patients. The intervention for 36.8% of DRPs was at the prescriber level. Acceptance among physicians, patients and care-givers was achieved in 97.2% of the intervention of pharmacists. 84.7% of interventions were successful in resolving the problems. 90.9% of health personnel were satisfied with DRP management. **Conclusion:** The majority of DRPs identified in patient wards were rather severe. Interventions to resolve DRPs by pharmacist were well accepted and were able to resolve a large number of DRPs.

Keywords: management of drug related problems, drug related problems, pharmacists, pharmaceutical care

บทนำ

ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (drug related problems; DRPs) เกิดกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษาและอาจมีผลรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ (1) ปัญหาด้านยาทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 27.3 ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้อาจพิการ หรือเสียชีวิต (2) มีงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มี DRPs อย่างต่อเนื่องทั้งในช่วงก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล (3,4) DRPs ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้รัฐต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐต้องเสียงบประมาณสูงถึง 177.4 พันล้านดอลลาร์ต่อปีอันเป็นผลมาจาก DRPs (5)

ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับ DRPs ในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค ผลการวิจัยพบ DRPs ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (6) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (7) และผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (8) ร้อยละ 50, 64.7 และ 87.5 (8) นอกจากนี้ ยังพบ DRPs ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 23.5 - 29.2 (9-11)

งานวิจัยในอดีตพบว่า การมีเภสัชกรเข้าไปพัฒนางานด้านยาบนหอผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น มีความปลอดภัยจากยา ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดการตาย และลดความพิการได้ (3, 5, 9, 12, 13) การจัดการ DRPs ของเภสัชกรสามารถลดค่าใช้จ่ายของการรักษาได้ (14,15) เมื่อมีเภสัชกรช่วยดูแล DRPs พบว่าคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น (16) เภสัชกรจึงเป็นบุคลากรการแพทย์ที่สำคัญสำหรับการจัดการ DRPs ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีเอกลักษณ์ของท้องถิ่นในเรื่องวัฒนธรรมและความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ DRPs เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำสั่งแพทย์และใช้ยาไม่ถูกต้องเพราะประชาชนจำนวนมากใช้ภาษายาวีเพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวัน และผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจภาษาไทย สถานที่วิจัยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 95 นับถือศาสนาอิสลาม เภสัชกรพบ DRPs ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แต่ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบทั้งในเรื่อง ชนิดของ DRPs ปริมาณ แนวทางและผลลัพธ์ของการจัดการ DRPs เป็นต้นผู้วิจัยจึงจัดทำการศึกษาโดยใช้แบบประเมิน DRPs ของ

Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 8.02(17) เพื่อรวบรวมข้อมูล DRPs อย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลนี้ในการแก้ปัญหาและป้องกัน DRPs ต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ ศร0521.1.07/033 ลงวันที่ 10 มกราคม 2560

ตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาสซึ่งมีแพทย์ทั่วไปจำนวน 5 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 1 คน และเภสัชกรจำนวน 5 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระหว่างเดือน มิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2560 การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran (18) สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว การศึกษากำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ไว้ที่ 0.05 อัตราการเกิด DRPs อ้างอิงจากงานวิจัยของวงศ์นี้ กุลพรม ซึ่งพบอัตราการเกิด DRPs ในผู้ป่วยร้อยละ 24.08 (10) ความคลาดเคลื่อนในการประเมินที่ยอมรับได้ คือ ร้อยละ 5 การคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 282 คน

เกณฑ์คัดเข้าคือผู้ป่วยทุกรายเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในและมีการใช้ยาหรือสารน้ำอย่างน้อย 1 ชนิดขึ้นไป ส่วน เกณฑ์คัดออกคือผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามอย่างต่อเนื่องจนออกจากโรงพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยที่ย้ายโรงพยาบาลทำให้การรักษายังไม่เสร็จสิ้นก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยจนครบ 282 คน

การเก็บข้อมูล

รูปที่ 1 แสดงขั้นตอนการเก็บข้อมูลเพื่อค้นหาและประเมินปัญหาด้านยาการเก็บข้อมูลเริ่มจากการค้นหาผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ HOSxP ของโรงพยาบาล และทบทวนประวัติการรักษาเดิม ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ และค่าทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยบางราย ผู้วิจัยต้องค้นหาประวัติการรักษาเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่น คลินิกเอ็ดส์ คลินิกวัณโรค เป็นต้น หลังจากนั้นเภสัชกร

สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปจากผู้ป่วย ญาติที่เป็นผู้ดูแล หรือ ผู้ปกครอง และบันทึกข้อมูลเหล่านี้ในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยแรกรับ แบบประสานรายการยาที่ใช้เดิม และบันทึกค่าทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อแพทย์ตรวจผู้ป่วยประจำวัน แพทย์จะเขียนคำสั่งด้านยาและแผนการรักษาต่าง ๆ ไว้ในใบลงคำสั่งการรักษาของแพทย์ (doctor order sheet) เกสซ์กรจะอ่านและประเมินคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ตลอดจนติดตามผลการรักษาด้วยยา เกสซ์กรประเมินการบริหารยาของพยาบาล ได้แก่ การให้ยาทางหลอดเลือดดำตามอัตราที่กำหนด โดยบันทึกสรุปลงแผนการรักษาของแพทย์และความคิดเห็นของเกสซ์กร ในแบบบันทึกประจำวันของเกสซ์กร (pharmacy daily note) และบันทึกภาพในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ผื่นแพ้ยาที่เกิดขึ้น ลักษณะแผล เป็นต้น เพื่อใช้เตือนความจำของผู้วิจัย ในการทบทวนการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวเป็นเวลานาน

การประเมิน DRPs

เกสซ์กรค้นหา DRPs ในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยใช้แบบประเมิน DRPs ของ PNCE version 8.02 (17) ที่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ให้แปลเป็นภาษาไทยและใช้ในการวิจัย การแปลทำโดยผู้วิจัยและตรวจสอบการแปลโดยอาจารย์เกสซ์กรที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก หัวข้อที่ต้องประเมินเมื่อพบ DRPs ในแบบประเมิน PCNE version 8.02 แสดงในตารางที่ 1

เมื่อผู้ป่วยเกิด DRPs เกสซ์กรจะประเมิน DRPs ยึดตามแบบประเมิน PCNE โดยเลือกได้ 1 ข้อ (P1 - P3)

จากนั้นประเมินความรุนแรงของปัญหาตามนิยามของ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) (19) ว่ามีความรุนแรงในระดับใด (A - I) จากนั้นเกสซ์กรประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (C1 - C8) โดยเลือกได้มากที่สุด 3 ข้อ หลังจากนั้น เกสซ์กรเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา (I0 - I4) ซึ่งสามารถเลือกได้มากที่สุด 3 วิธี จากนั้นประเมินการยอมรับการแก้ไขปัญหาด้านยา (A1 - A3) โดยเลือกได้เพียง 1 ข้อ เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เกสซ์กรสรุปผลลัพธ์ของการจัดการ DRPs โดยเลือกได้หัวข้อเดียว (O0 -O3)

การประเมิน DRPs และความรุนแรงของ DRPs ที่พบในผู้ป่วย 15 คนแรก (ไม่ได้นำผลนี้ไปรวมในผลการวิจัยสุดท้าย) ทำโดยผู้วิจัยและเกสซ์กรอีกท่านหนึ่งที่จบการศึกษา doctor of pharmacy และเป็นชาวมุสลิมในพื้นที่ และมีพื้นฐานทางวัฒนธรรมเดียวกับผู้ป่วย เกสซ์กรผู้นี้ทำหน้าที่เป็นล่ามกรณีผู้ป่วยไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ การประเมินโดยผู้ประเมินทั้งสองคนจะทำงานเป็นอิสระต่อกัน แล้วนำผลมาเปรียบเทียบกัน หากผลที่ได้มีความแตกต่างผู้ประเมินทั้งสองจะอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อสรุป กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความหมายของเกณฑ์ได้ลึกซึ้งมากขึ้น หากมีข้อสงสัยในการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในการเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email) สอบถามไปยังคณะทำงานของแบบประเมิน PCNE การประเมิน DRPs หลังจากนั้นทำโดยผู้วิจัยชื่อแรกเพียงผู้เดียว

ตารางที่ 1.แบบประเมินปัญหาด้านยา PCNE V 8.02 (17)

ชนิดของปัญหา (P)	สาเหตุ(C)	การแก้ไข (I)	การยอมรับการจัดการปัญหา (A)	ผลลัพธ์(O)
P1 ประสิทธิภาพการ รักษา	C1 การเลือกใช้ยา	I0 ไม่มีการจัดการ	A1 ยอมรับ	O0 ไม่ทราบ
P2 ความปลอดภัยของ การรักษา	C2 การเลือกรูปแบบยา	I1 ด้านผู้สั่งใช้ยา	A2 ไม่ได้รับการยอมรับ	O1 ได้รับการแก้ไข
P3 อื่นๆ	C3 การเลือกขนาดยา	I2 ด้านผู้ป่วย	A3 อื่นๆ	O2 แก้ไขบางส่วน
	C4 ระยะเวลาในการรักษา	I3 ด้านยา		O3 ไม่ได้รับการแก้ไข
	C5 การจ่ายยา	I4 กิจกรรมอื่น		
	C6 ขั้นตอนการใช้ยา			
	C7 สาเหตุจากผู้ป่วย			
	C8 สาเหตุอื่นๆ			

หมายเหตุ:P=problem, C=cause of DRP, I=interventions, A=intervention acceptance, O= outcome of intervention

การประเมินความพึงพอใจ

การวิจัยนี้เภสัชกรได้ให้บริการข้อมูลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และจ่ายยาให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านพร้อมให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการ DRPs ของเภสัชกรโดยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของ วรวรรณ บุญประเทือง (9) แบบวัดนี้ประเมินความพึงพอใจในด้านการแต่งกายและบุคลิกลักษณะของเภสัชกร ด้านอรรถาศัย-ความมีมิตรไมตรี ด้านความเอาใจใส่ ด้านความรู้ความชำนาญ (สามารถอธิบายถึงเหตุผลในการใช้ยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อควรระวัง และอื่น ๆ สามารถช่วยเหลือให้คำแนะนำได้) ด้านอื่น ๆ เช่น สามารถติดต่อเภสัชกรที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว แบบประเมินผ่านการทดลองใช้ในผู้ป่วยในจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.85

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยวัดความพึงพอใจในภาพรวมของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยต่อการจัดการ DRPs ของเภสัชกร โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง และส่งให้บุคลากรทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การกรอกข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้โปรแกรม Epidata version 3.1 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R version 3.4.2 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

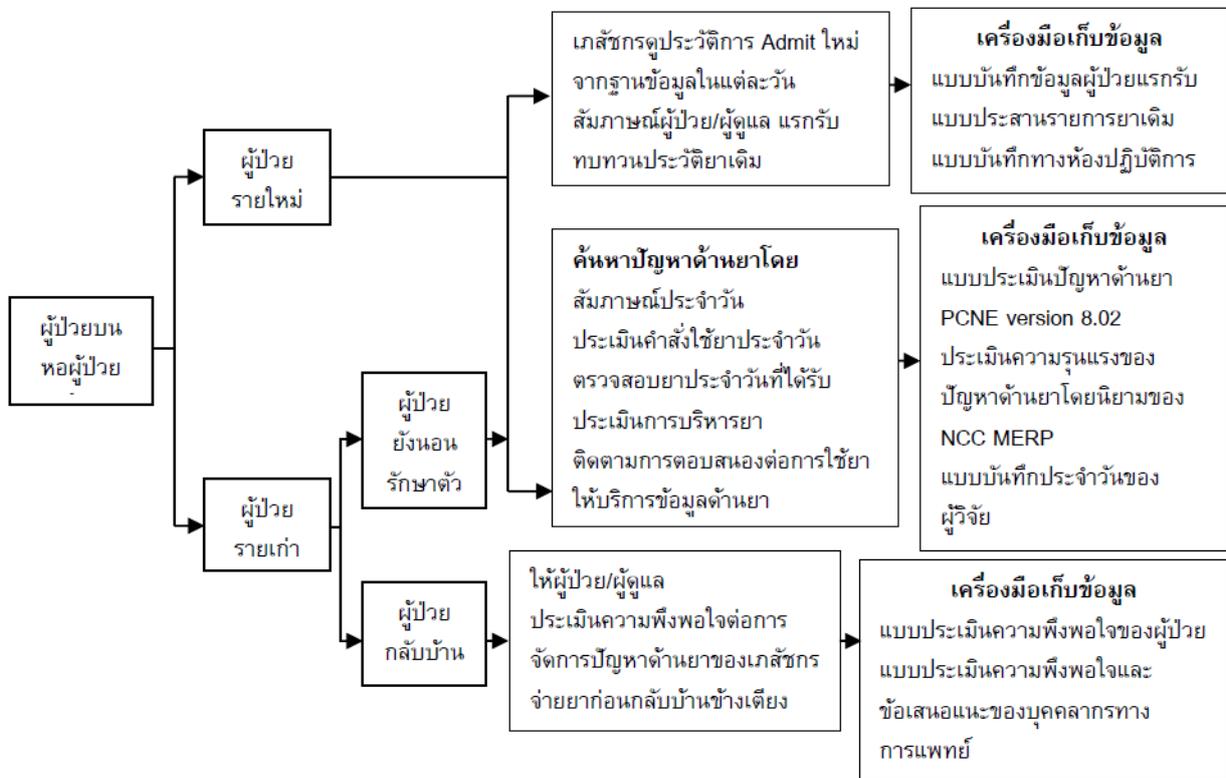
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ตัวอย่าง 282 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 53.9 อายุเฉลี่ย 39.2±27.7 ปี โรคที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาตัวมากที่สุดสามลำดับแรก คือ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคเยื่อจมูกและลำคออักเสบเฉียบพลัน และไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ ตามลำดับ ตัวอย่างมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.4 ±4.2 วัน

ชนิดของปัญหาด้านยา

การศึกษาพบ DRPs 72 ปัญหาในผู้ป่วยจำนวน 55 ราย (ร้อยละ 19.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด) โดยพบตั้งแต่ 1-3 ปัญหาต่อราย เฉลี่ย 1.3±0.6 ปัญหาต่อราย (คิดจากผู้ป่วย 55 ราย) หรือ 0.26 ปัญหาต่อราย (คิดจากผู้ป่วย 282 ราย) ร้อยละ 97.2 ของ DRPs พบโดยเภสัชกร (ตารางที่ 2)



รูปที่ 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเพื่อค้นหาและประเมินปัญหาด้านยา

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	152	53.9
	หญิง	130	46.1
อายุเฉลี่ย±SD (ปี) (ต่ำสุด, สูงสุด)		39.2 ± 27.7 (0.08, 96)	
โรค	อูจจาระร่วงเฉียบพลันจากสาเหตุต่าง ๆ	27	9.5
	โรคเยื่อจมูกและลำคออักเสบเฉียบพลัน	25	8.8
	ไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ/ไข้สูงชัก	23	8.1
	หลอดลมอักเสบ	22	7.7
	กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ	17	6.0
	แผลติดเชื้อ	17	6.0
	โรคหืด	14	4.9
	ปอดอักเสบติดเชื้อ	14	4.9
	อื่นๆ	123	43.61
จำนวนวันนอนเฉลี่ย±SD (วัน) (พิสัย)		4.4 ± 4.2 (0-34)	
ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา (ราย)		55	19.5
	พบ 1 ปัญหา	41	74.5
	พบ 2 ปัญหา	11	20.0
	พบ 3 ปัญหา	3	5.5
ปัญหาด้านยา (ครั้ง)		72	
ผู้พบปัญหา	เภสัชกร	70	97.2
	แพทย์/พยาบาล	2	2.8

ชนิดของ DRPs ที่พบมากที่สุดคือ ด้านประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 77.8) รองลงมาคือด้านความปลอดภัยของการรักษา (ร้อยละ 15.3) และด้านอื่น ๆ (ร้อยละ 6.9) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ความรุนแรงของปัญหาด้านยา

เมื่อแบ่ง DRPs ตามระดับความรุนแรงพบว่า ความรุนแรงสามลำดับแรกที่พบได้บ่อยอยู่ในระดับ D (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือระดับ E (ร้อยละ 31.9) และระดับ C (ร้อยละ 19.4) ตามลำดับ ทั้งสามลำดับนี้เป็น DRPs ที่เกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแล้ว ความถี่ของ DRPs ที่ระดับความรุนแรงต่าง ๆ แสดงดังตารางที่ 4 ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบในระดับความรุนแรงต่าง ๆ มีดังนี้ ระดับ B ได้แก่ แพทย์สั่งยาผิดแต่เป็นยาที่ไม่ทำให้เกิดอันตราย ไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยให้เภสัชกรเพื่อให้คำแนะนำกรณียาเทคนิคพิเศษที่ผู้ป่วยต้อง

เริ่มใช้ครั้งแรก เช่น ยาพ่นหอบ ชนิด MDI, Nebulizer Accuhaler สำหรับ DRPs ที่มีความรุนแรงระดับ C เช่น ฝ้ายเภสัชกรรมยาจ่ายยาผิด แต่ส่งผลน้อยต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาการบริหารยาผิด แต่ส่งผลต่อผู้ป่วยน้อย เช่น ให้อาหารขนาดสูงหรือต่ำเกินไป แต่ไม่อยู่ในขนาดยาที่อันตรายหรือไม่ใช่ยาที่อันตราย

DRPs ที่มีความรุนแรงระดับ D เป็นระดับที่พบบ่อยที่สุด ตัวอย่างของ DRPs ในระดับนี้ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเต็มต่อเนื่องจนทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน และต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดยาจนทำให้เกิดภาวะ diabetic ketoacidosis จนเป็นสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พยาบาลบริหารยาผิด ความรุนแรงมีผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction: ADRs) หรือแพ้ยา

ตารางที่ 3. ปัญหาด้านยา

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
ชนิดของปัญหา Problem(P)	เกิดขึ้นแล้ว	72	100
P1 ประสิทธิภาพการรักษา		56	77.8
	P1.1 ไม่ได้ผลจากการรักษา	23	31.9
	P1.2 ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม	20	27.8
	P1.3 มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา	13	18.1
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	P2.1 เกิด/อาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา	11	15.3
P3 อื่น ๆ		5	6.9
	P3.1 ปัญหาเกี่ยวกับต้นทุน ประสิทธิภาพการรักษา	2	2.8
	P3.2 การได้รับยาที่ไม่จำเป็น	2	2.8
	P3.3 ปัญหาข้อร้องเรียนไม่ชัดเจน จำเป็นต้องชี้แจงเพิ่มเติม	1	1.4

DRPs ที่มีความรุนแรงระดับ E ได้แก่ การเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการรักษาด้วยตนเองของผู้ป่วย ก่อนมารักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น การรักษาด้วยสมุนไพรกับหมอบ้านจนติดเชื้อ การไปฉีดยาที่คลินิกแล้วเกิดอาการไตวาย การนอนโรงพยาบาลซ้ำจากสาเหตุ DRPs เช่น การได้ยาไม่เหมาะสม หรือการไม่ได้ยาที่สมควรได้รับ ผู้ป่วยขาดยาหรือไม่ได้รับยาต่อเนื่อง จนอาการของโรคกำเริบ หรือมีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น

DRPs ที่มีความรุนแรงระดับ F ได้แก่ ภาวะของผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้นจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากขาดยา หรือเกิด ADRs จนถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ DRPs ที่มีความรุนแรงระดับ H ได้แก่ การที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและผู้ป่วยขาดยา จนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

หรือ ADRs อย่างรุนแรงจนเกิดการพิการถาวร ส่วน DRPs ที่มีความรุนแรงระดับ I ถือว่าเป็นระดับที่รุนแรงที่สุดจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยยา ประกอบกับญาติไม่ให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจึงเกิดอาการแทรกซ้อนจนเสียชีวิต

สาเหตุของปัญหาด้านยา

การประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิด DRPs ผู้ประเมินสามารถเลือกสาเหตุได้มากที่สุดไม่เกิน 3 ข้อทั้งนี้จาก DRPs 72 ปัญหา พบว่ามีสาเหตุทั้งหมด 115 สาเหตุดังแสดงในตารางที่ 5 สาเหตุที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก คือ 1) สาเหตุจากตัวผู้ป่วย (ร้อยละ 40.0) 2) สาเหตุอื่น ๆ (ร้อยละ 20.9) เช่น ไม่ได้ติดตาม ADR ของยากันชัก ผู้ป่วยหยุด

ตารางที่ 4. ระดับความรุนแรงของปัญหาด้านยา (ประเมินตามนิยามของ NCC MERP Index)

	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ระดับ A เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	0	0
ระดับ B เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	3	4.2
ระดับ C เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่ได้รับอันตราย	14	19.4
ระดับ D เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	24	33.3
ระดับ E เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนเกิดอันตรายชั่วคราวหรือต้องรักษาเพิ่มขึ้น	23	31.9
ระดับ F เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	3	4.2
ระดับ G เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนทำให้พิการถาวร	0	0
ระดับ H เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นผลให้ผู้ป่วยการถาวร	4	5.6
ระดับ I เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	1	1.4

ตารางที่ 5. สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาด้านยา

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของปัญหา(เลือกได้มากที่สุด 3 ข้อ) Cause of DRPs (C)		115	100
C1การเลือกใช้ยา		19	16.5
	C1.1 เลือกยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง/สูตรยา	2	1.7
	C1.2 เลือกยาที่มีข้อห้ามใช้	3	2.6
	C1.3 เลือกยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้	1	0.9
	C1.5 สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ยากลุ่มเดียวกัน/ สารสำคัญเดียวกัน	1	0.9
	C1.7 ไม่มีการรักษาด้วยยาแม้จะมีอาการบ่งชี้ที่มีอยู่ก็ตาม	12	10.4
C2 การเลือกรูปแบบยา	C2.1 เลือกรูปแบบยาไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนี้	2	1.7
C3 การเลือกขนาดยา		7	6.1
	C3.1 ขนาดยาดำเกินไป	2	1.7
	C3.2 ขนาดยาสูงเกินไป	3	2.6
	C3.3 ความถี่ในการให้ยาไม่เพียงพอ	1	0.9
	C3.4 ความถี่ในการให้ยามากเกินไป	1	0.9
C4 ระยะเวลาในการรักษา	C4.2 ระยะเวลาในการรักษายาวนานเกินไป	1	0.9
C5 การจ่ายยา		9	7.8
	C5.1 ยาที่ถูกสั่งยังไม่พร้อม/ไม่พร้อมใช้	1	0.9
	C5.2 ไม่ได้ให้ข้อมูลที่จำเป็น	6	5.2
	C5.4 จ่ายยาผิดชนิด ผิดความแรง	2	1.7
C6 ขั้นตอนการให้ยา		7	6.1
	C6.1 เวลาของการบริหารยา/ระยะห่างของการให้ยาไม่เหมาะสม	2	1.7
	C6.2 ให้ยาน้อยเกินไป	1	0.9
	C6.3 ให้ยามากเกินไป	2	1.7
	C6.4 ไม่ได้ให้ยา	2	1.7
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย		46	40.0
	C7.1 ผู้ป่วยใช้/ทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือ ไม่ได้ทานยาเลย	23	20.0
	C7.3 ผู้ป่วยใช้ยาเป็นโทษ (ไม่ปกติ ใช้ถี่เกินไป)	2	1.7
	C7.4 ผู้ป่วยใช้ยาที่ไม่จำเป็น	4	3.5
	C7.5 ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เกิดอันตรกิริยากับยา	3	2.6
	C7.8 ผู้ป่วยบริหารยา/ใช้ยาในทางที่ผิด	1	0.9
	C7.9 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา/รูปแบบยานี้ได้	13	11.3
C8 สาเหตุอื่นๆ			
	C8.1 ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ หรือติดตามไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการตรวจระดับยาในเลือดพบไม่มีระบบติดตาม	4	3.5
	C8.2 สาเหตุอื่น ๆ ระบุ	20	17.4

หยุดยาที่แพทย์สั่งเพราะรักษาที่บ้าน ผู้ป่วยดื่ม
น้ำมดแทนยา ผู้ป่วยใช้ยาพ่นหอบหืดไม่ถูกต้องเพราะไม่
เข้าใจภาษาไทย และ 3) สาเหตุเกิดจากการเลือกใช้ยา (ร้อยละ
16.5)

การแก้ไขปัญหาด้านยา

ในการศึกษานี้ มีการแก้ไข DRPs ด้วยความ
พยายาม 174 ครั้ง เกสซักรผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานระหว่าง

ตารางที่ 6. การแก้ไขปัญหาด้านยา

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
การแก้ไขปัญหาด้านยา (เลือกได้มากที่สุด 3 ข้อ) Interventions (I)		174	100
I1 ด้านผู้สั่งจ่ายยา		64	36.8
	11.1 แจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบคนเดียว	37	21.3
	11.3 เสนอการแก้ไขต่อผู้สั่งจ่ายยา	13	7.5
	11.4 พิจารณาร่วมแก้ไขปัญหากับผู้สั่งจ่ายยา	10	5.7
	11.2 ถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้สั่งจ่ายยา	4	2.3
I2 ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล		42	24.1
	12.1 ให้คำปรึกษาด้านยา	22	12.6
	12.4 พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล	18	10.3
	12.3 ส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้สั่งจ่ายยา	2	1.1
I3 ด้านยา		49	28.2
	13.6 เริ่มยาชนิดใหม่	13	7.5
	13.1 เปลี่ยนยา	11	6.3
	13.5 หยุดยา	11	6.3
	13.4 เปลี่ยนคำแนะนำการใช้	8	4.6
	13.2 เปลี่ยนขนาดยา	5	2.9
	13.3 เปลี่ยนสูตรตำรับ	1	0.6
I4 การจัดการ/กิจกรรมอื่น		19	10.9
	14.1 การแก้ไขอื่นๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยให้งานเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วยให้ทันตแพทย์	17	9.8
	14.2 รายงานผลข้างเคียงจากยาต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ	2	1.1

แพทย์ พยาบาล เภสัชกรคนอื่นที่อยู่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยและญาติ วิธีแก้ไขปัญหามากที่สุดคือ การแก้ไขผ่านผู้สั่งจ่ายยา (ร้อยละ 36.8 ของความพยายามในการแก้ปัญหทั้งหมด) รองลงมา คือ การแก้ไขปัญหาโดยแก้ไขในเรื่องของยา (ร้อยละ 28.2) และการแก้ไขปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล (ร้อยละ 24.1) รายละเอียดการแก้ไขปัญหาด้านยาแสดงดังตารางที่ 6

การยอมรับและผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาด้านยา

การศึกษานี้พบว่า มีการยอมรับการแก้ไข DRPs 70 ปัญหาจากทั้งหมด 72 ปัญหา หรือร้อยละ 97.2 ดังแสดงในตารางที่ 7

DRPs ร้อยละ 84.7 ได้รับการแก้ไขได้สำเร็จ รองลงมาคือแก้ไขได้บางส่วน ร้อยละ 11.1 และแก้ไขไม่ได้เนื่องจากขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

ความพึงพอใจ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการจัดการ DRPs โดยเภสัชกรบนหอผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มากถึงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย คือ 4.59 ± 0.48 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน)

บุคคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย มี 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นพยาบาล (ร้อยละ 72.7) อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี อายุการทำงานช่วง 3-6 ปี (ร้อยละ 40.9) การจัดการ DRPs ส่วนใหญ่ต้องติดต่อกับแพทย์พบว่า แพทย์ทุกท่าน จากทั้งหมด 6 ท่านพึงพอใจต่อการจัดการ DRPs ของเภสัชกร แพทย์ทุกท่านเห็นด้วยว่าการดำเนินงานของเภสัชกรช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านการจ่ายยา บุคคลากรทางการแพทย์ทุกคนอยากให้เภสัชกรจัดการ DRPs บนหอผู้ป่วยต่อไป กิจกรรมที่บุคคลากรทางการแพทย์ต้องการจากเภสัชกรมากที่สุด

ตารางที่ 7. การยอมรับการแก้ไขปัญหาด้านยา

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
การยอมรับและดำเนินการจัดการกับปัญหา (เลือกได้ 1 ข้อ) intervention acceptance (A)		72	100
A1 การจัดการปัญหาได้รับการยอมรับ		70	97.2
	A1.1 ได้รับการยอมรับและดำเนินการตามทั้งหมด	64	88.9
	A1.2 ได้รับการยอมรับและดำเนินการบางส่วน	6	8.3
A2 การจัดการปัญหาไม่ได้รับการยอมรับ		2	2.8
	A2.1 ไม่ได้รับการยอมรับ: ทำไม่ได้	1	1.4
	A2.3 ไม่ได้รับการยอมรับ: เหตุผลอื่น	1	1.4

การปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน คือการให้คำแนะนำด้านยา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของเภสัชกรบนหอผู้ป่วยคือ อยากรให้เภสัชกรวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมรักษา และอยากให้เภสัชกรประจำทุกวันที่หอผู้ป่วยตลอดเวลา

การอภิปรายผล

การศึกษาพบว่าเกิด DRPs ในผู้ป่วยร้อยละ 19.5 ที่รักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ งานวิจัยนี้พบผู้ป่วยที่มี DRPs น้อยกว่างานวิจัยก่อนหน้าในประเทศไทย (ร้อยละ 23.46 - 24.08) (10,11) และน้อยกว่าที่เคยศึกษาในต่างประเทศ (ร้อยละ 23.5 - 85) (3,4) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการวิจัยก่อนหน้านี้มีเกณฑ์คัดเข้าที่จำเพาะจงมากกว่า เช่น ศึกษาในผู้ป่วยมากกว่า 18 ปีที่ไ้ช้ยามากกว่า 4 รายการต่อวัน จำนวนรายการยาที่มากทำให้มีโอกาสพบ DRPs มากขึ้น อีกทั้งการวิจัยในอดีตศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิ ซึ่งมีแพทย์และผู้ป่วยจำนวนมาก ตลอดจนมีความซับซ้อนของโรคและยามากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก อย่างไรก็ตาม พบว่าจำนวนของ DRPs เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 รายมีค่าใกล้เคียงกัน โดยงานวิจัยนี้พบ 1.3 ± 0.6 ปัญหาต่อราย และงานวิจัยในต่างประเทศ พบ 1.6 ± 1.21 ปัญหาต่อราย (4) งานวิจัยก่อนหน้านี้ ใช้แบบประเมิน DRPs ของ PCNE คนละเวอร์ชันกับงานวิจัยนี้ จึงอาจทำให้ได้ค่าที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือเวอร์ชันเดียวกันกับผู้วิจัยใช้

DRPs ที่พบมากที่สุดในงานวิจัยนี้เป็นเรื่องของประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 77.8) ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยในประเทศเดนมาร์ก (ร้อยละ 47 เป็น DRPs ที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา) อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบว่าสาเหตุของ DRPs เกิดจากผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 40) ซึ่งต่างจากงานวิจัยของต่างประเทศพบว่า สาเหตุของ DRPs เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 51) (3,4) ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยในต่างประเทศมีความรู้เรื่องการช้ยาและมีช่องทางเข้าถึงข้อมูลด้านยามากกว่าคนไทย

งานวิจัยนี้ยังพบว่าสาเหตุของปัญหาด้านยาที่พบบ่อยรองลงมาคือสาเหตุอื่น ๆ (ร้อยละ 20.8) ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งนี้อาจมีเรื่องของวัฒนธรรมและบริบทพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มาเกี่ยวข้อง โดยพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีระยะที่เป็นเอดส์ 1 ราย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยหยุดกินยาที่แพทย์สั่งเอง แล้วรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงจนติดเชื้อฉวยโอกาสตามมา ผู้ป่วย 1 รายประสบอุบัติเหตุจากรถ ทำให้มีแผลขนาดใหญ่ และทำยาพอกสมุนไพรใช้เองโดยปฏิเสธการใช้ยาที่แพทย์สั่ง ยาที่ผู้ป่วยทำขึ้นไม่สะอาดทำให้แผลติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ราย มีความเชื่อเรื่องปฏิกิริยาระหว่างอาหารกับยา เชื่อว่าถ้ารับประทานน้ำผึ้ง แต่งโม ทูเรียน ร่วมกับยาจะทำให้เสียชีวิตได้ จึงทำให้หยุดยาเดิมที่แพทย์สั่ง เช่น ยาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ผู้ป่วย 3 รายมีความเชื่อในเรื่องยาอาหรับที่ใช้เป็นยาสร้างสมรรถภาพทางเพศและรักษาได้ทุกโรค เชื่อเรื่องยาชุด และยาปฏิชีวนะ ว่าสามารถรักษาโรคต่างๆ ได้ดีกว่าและรวดเร็วกว่ายาที่ได้จากโรงพยาบาล จึงซื้อยารจากร้านชำ รถเร่ และยาที่ขายตามแผงลอยในตลาดสดมารับประทานเอง จึงเกิดปัญหาด้านยาต่าง ๆ เช่น เป็นโรค

กระเพาะอาหารอักเสบ ซึ่งเป็น ADRs จากยาในกลุ่ม NSAIDs(non-steroidal anti-inflammatory drugs)

งานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยวัยกลางคนจนถึงวัยชรา จำนวน 4 ราย เข้าใจภาษาไทยเพียงเล็กน้อย และผู้ป่วย 11 รายไม่เข้าใจภาษาไทยเลย จึงไม่เข้าใจการใช้ยาเทคนิคพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาพ่นหอบหืดและยาฉีดอินซูลิน การทวนสอบการใช้ยาในกลุ่มเทคนิคพิเศษจึงเป็นสิ่งสำคัญ หลังจาก DRPs ทางโรงพยาบาลจึงพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารต่าง ๆ ได้แก่ สื่อการสอนพ่นยาภาษายาวี ฉลากภาพ ปฏิทินยา รายมือเป็นภาษายาวีสำหรับผู้ป่วยวิกลจริต กระดานตัวอักษร ยา และแผนภาพอธิบายการฉีดยาอินซูลิน เพื่อเป็นสื่อในการอธิบายแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้มากขึ้น

การศึกษานี้พบ DRPs 72 ครั้ง ผู้ที่ค้นพบ DRPs มากที่สุดคือ เภสัชกร (ร้อยละ 97.2 ของ DRPs ทั้งหมด) แสดงให้เห็นว่า หากไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย DRPs เหล่านี้อาจไม่ถูกค้นพบเมื่อพิจารณาในระดับความรุนแรงของ DRPs ตามเกณฑ์ของ NCC MERP Index (18) DRPs ที่พบมากที่สุดเป็นระดับ D คือ เหตุการณ์ปัญหาเกิดกับผู้ป่วยแล้วต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ รองลงมาคือระดับ E คือ เหตุการณ์ปัญหาเกิดกับผู้ป่วยจนเกิดอันตรายชั่วคราวหรือต้องรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการจัดการ DRPs เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

เภสัชกรควรวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ในกรณีนี้ DRPs ของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข ควรมีการประสานกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและช่วยแก้ไขปัญหาต่อไป เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรเรียนภาษายาวีให้คล่องแคล่วเพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อจัดการ DRPs ของผู้ป่วย นอกจากนี้ การแก้ไข DRPs ที่แท้จริงนั้นไม่ได้สิ้นสุดที่โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีกิจกรรมที่สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยพิเศษที่มีปัญหาต่าง ๆ เฉพาะราย โดยต้องบูรณาการกับงานเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย

สรุปผล

การศึกษาพบ DRPs ในผู้ป่วยร้อยละ 19.5 ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในสาม

จังหวัดชายแดนภาคใต้ DRPs ที่พบมากที่สุด คือ DRPs ในประเด็นประสิทธิภาพการรักษา DRPs ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ D ตามเกณฑ์ของ NCC MERP เป็นเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ สาเหตุที่ทำให้เกิด DRPs มากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง วิธีแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือการแก้ไขที่ผู้สั่งใช้ยา โดยมีการแจ้งเกี่ยวกับ DRPs และร่วมกันแก้ไข DRPs กับเภสัชกร ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับต่อคำแนะนำของเภสัชกร และส่งผลให้ปัญหาได้รับการแก้ไขเป็นส่วนมาก อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับการปฏิบัติงานของเภสัชกร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนวิจัยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อีกทั้งขอขอบคุณผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ประสานงานในชั้นตอนต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Hanrinth R. Classification for drug related problems. Thai Journal of Pharmacy Practice 2009; 1:84–96.
2. Vo TH. Evaluation of the potential impact of pharmacist interventions development and validation of the CLEO multidimensional tool [master thesis]. Grenoble : Grenoble-Alpes University; 2015.
3. Nielsen TR, Andersen SE, Rasmussen M, Honoré PH. Clinical pharmacist service in acute ward. Int J Clin Pharm 2013; 1137–51.
4. Nibal A, Anfal E, Fatih MV, Mesut S. Drug related problems identified by clinical pharmacist at the internal medicine ward in Turkey. Int J Clin Pharm 2018; 40: 360–7.
5. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc 2001; 41: 192–9.

6. Sawasdeephanich J. Primary pharmaceutical care services among patients with chronic kidney disease Kantharawichai hospital, Mahasarakham province. *Research and Development Health System Journal* 2008; 1: 57–63.
7. Nuntasaeen T, Soontornpas R, Mootsikapun P, Soontornpas C. Root cause analysis of related problems in drug use of patients with HIV Infection: A case study at Srinagarind hospital. *Srinagarind Medical Journal* 2015; 30: 221–8.
8. Chanatepaporn P, Soontornpas C. Pharmacist roles in patients with acute coronary syndrome in medical wards at Srinagarind hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical sciences* 2006; 2: 54–65.
9. Boonpratueng W. Development of pharmaceutical care service at medical ward of King Chulalongkorn Memorial hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
10. Kulprom W. Inpatient pharmaceutical care at Chatturus community hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999.
11. Chanatepaporn P. Assessments of pharmaceutical care in female-medical ward in university hospital. *Srinagarind Medical Journal* 2006; 21: 282–8.
12. Folli HL, Poole RL, Benitz WE, Russo JC. Medication error prevention by clinical pharmacists in two children's hospitals. *Pediatrics* 1987; 79: 718–22.
13. Iafate RP. Documenting medication errors averted by pharmacists. *Am J Hosp Pharm* 1986;43: 1672-3.
14. Mueller BA, Abel SR. Impact of college of pharmacy-based educational services within the hospital. *DICP* 1990; 24: 422–5.
15. Western Australian Clinical Pharmacists Group. Recording clinical pharmacist interventions: is there a better way? *Austr J Hosp Pharm.*1991; 21: 158–62.
16. Eadon H. Assessing the quality of ward pharmacists' interventions. *Int J Pharm Pract* 1992; 1: 145–7.
17. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems V 8.02 [online]. 2017. [cited Jul 31, 2017]. Available from: www.pcne.org/upload/files/230_PCNE_classification_V8-02.pdf.
18. Cochran WG. *Sampling techniques.*2nd ed., New York: John Wiley and Sons; 1963.
19. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error reporting program. *Am J Hosp Pharm* 1991; 48: 2611–6.