

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การลดระยะเวลาการอคอมယาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง

เสนอโดย

นางสาวดวงทิพย์ ชัยสุริยะพันธ์

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ (เภสัชกรรมคลินิก)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 372)

กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการติตยภูมิ

โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- ชื่อผลงาน การบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง
- ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2562
- ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั่วโลกมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกปีอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากการอัตราการเกิดที่ลดลง และความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้มีอัตราการตายที่ลดลง ในประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประเทศไทยมีประชากร 64.92 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 10.02 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.43<sup>1</sup> โดยโรคที่มักพบในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น<sup>2</sup> ผลของการรักษาโรคเหล่านี้ซึ่งมีการใช้ยาร่วมกันหลายนานา (polypharmacy) ร่วมกับความเสื่อมของกล่องไขงในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดผลลบทางยาและเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drugs related Problems) ที่มากขึ้น เช่น การได้รับยาซ้ำซ้อน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้รับยาที่มีขนาดยาต่ำหรือสูงกว่าในการรักษา ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Non-compliance) เป็นต้น<sup>3,4</sup>

การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) หมายถึง ความรับผิดชอบต่อความต้องการด้านยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>5,6</sup> โดยผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต้องอาศัยหลักการจัดการด้านยา (medication therapy management) ซึ่งประกอบด้วย การทบทวนการใช้ยา การบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล การวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยา การส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำเอกสารของผู้ป่วย และนัดติดตามผล รวมถึงมีการประสานงานกันระหว่างเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยตามมา<sup>7</sup> และต้องมีแนวทางที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยประเมินความเหมาะสมทางยาในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น Beer's criteria เป็นต้น<sup>8</sup>

ปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems; DRPs) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเนื่องจากการใช้ยา ซึ่งรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ต้องมีการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาเหล่านี้ Cipolle และคณะ<sup>6</sup> แบ่งปัญหาการใช้ยาเป็น 7 ประเภท ดังนี้

- ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีจำเป็น (unnecessary drug therapy)
- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม (needs additional drug therapy)
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล (ineffective drug)
- ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำกว่าน้ำดีการรักษา (dosage too low)
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction)
- ผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา (dosage too high)
- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence or noncompliance)

Beer's criteria เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายเพื่อช่วยในการคัดเลือกยาให้เหมาะสมในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 65 ขึ้นไป โดยแบ่งเกณฑ์การพิจารณาเป็น 2 กลุ่มคือ

1) พิจารณาการใช้ยาไม่เหมาะสมที่ไม่เข้ากับตัวโรคหรือสภาวะต่างๆ เช่น ไม่แนะนำการใช้ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง เช่น first-generation Antihistamine

2) พิจารณาความไม่เหมาะสมของการใช้ยาโดยเข้ากับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม Non-steroidal Anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ Cyclooxygenase-2 inhibitors (COX-2 Inhibitor) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น<sup>8</sup>

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- 1) ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error)
- 2) ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcription error)
- 3) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)
- 4) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

ซึ่งความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการที่แพทย์สั่งยาไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องทั้งขนาด วิธี และจำนวนการใช้ยา ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันได้

เป้าหมายของการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้สูงอายุนั้น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดความสับสนในการบริหารยา มีความปลอดภัยในการใช้ยาและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ และนำไปสู่การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเภสัชกรเป็นหนึ่งในทีมแพทยสาขาวิชาชีพ

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### 4.1 สาระสำคัญของเรื่อง

จากรายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากฐานทะเบียนประชากรในระบบฐานทะเบียนรายปี 2562 โดยกองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม พบว่า ในเดือนธันวาคม 2561 กรุงเทพมหานครมีประชากรผู้สูงอายุ 1,020,717 คน จากประชากรทั้งหมด 5,480,469 คน มีอัตราผู้สูงอายุท่ากับร้อยละ 18.63 เพิ่มขึ้นจากเดือนธันวาคม 2560 ที่มีอัตราผู้สูงอายุท่ากับร้อยละ 17.82 และเป็นประชากรผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง 596,009 คน และเป็นเพศชาย 424,908 คน คิดเป็นร้อยละ 58.38 และ 41.62 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ในกรุงเทพมหานครตามลำดับ<sup>10</sup>

โรงพยาบาลกลางให้บริการตรวจรักษาผู้สูงอายุโดยแพทย์เฉพาะทาง โดยเปิดให้บริการทุกวันอังคาร พุธ และศุกร์ตั้งแต่เวลา 8.00-12.00 น. ซึ่งจะทำงานร่วมกันเป็นสาขาวิชาชีพประกอบด้วย 医師 พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย กลุ่มงานเภสัชกรรมจัดให้มีเภสัชกรชั้นไปประจำที่คลินิกผู้สูงอายุในทุกวันพุธ จากข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้ารับการบริบาลโดยเภสัชกรเป็นจำนวน 251 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 75 คน

และเพศหญิงจำนวน 176 คน ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายจะได้รับการค้นหาปัญหาทางยาจากเภสัชกรก่อนและหลังพบแพทย์จะได้รับคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมอยู่ต้อง ปลดลดภัยจากการไม่พึงประสงค์จากยาและเพื่อให้เกิดการประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อื่นและรวมรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาล

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน และทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการบริบาลทางเภสัชกรรม การแบ่งประเภทของปัญหา และเกณฑ์ประเมินการใช้ยาไม่เหมาะสมตาม คำแนะนำของเบียร์ส (Beers' Criteria 2015)

4.2.2 สร้างแบบบันทึกการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

4.2.3 กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม

4.2.4 ดำเนินการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า

4.2.5 รวบรวมข้อมูลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

6.1 ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน โดยกำหนดให้ผู้ป่วยพบเภสัชกร เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยดำเนินการ ตามหลักการจัดการด้านยา ซึ่งประกอบไปด้วย การทบทวนการใช้ยา การบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย การวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา การส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำเอกสารของผู้ป่วยและนัดติดตามผล การประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย

ทบทวนการแบ่งประเภทปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ การได้รับยาโดย “ไม่มีข้อบ่งใช้” ความต้องการยาในการรักษาเพิ่มเติม การได้รับยาที่ “ไม่มีประสิทธิผล” การได้รับยาขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา และผู้ป่วยไม่ใช้ ความร่วมมือในการใช้ยา

ทบทวนเกณฑ์ประเมินการใช้ยาไม่เหมาะสมตามคำแนะนำของเบียร์ส (Beers' Criteria 2015)

6.2 สร้างแบบบันทึกเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (ภาคผนวก 1)

6.3 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลกลางระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และผ่านตามเกณฑ์ ดังรายละเอียดในตารางที่

## ตารางที่ ๑ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการบริบาล	เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุออกจาก การบริบาล
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี เป็นต้นไป</li> <li>- ผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลางเป็นครั้งแรกหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายนาน (polypharmacy) ตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป</li> <li>- ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกร</li> <li>- ผู้ป่วยสูงอายุที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เช่น ถูกจำหน่ายออกจากคลินิกผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดหมายได้</li> <li>- ผู้ป่วยสูงอายุที่ปฏิเสธการรับการบริบาลทางเภสัชกรรมจากเภสัชกรประจำคลินิกผู้สูงอายุ</li> </ul>

6.4 ดำเนินการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้สูงอายุที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า โดยมีขั้นตอนการบริบาลทางเภสัชกรรม ดังนี้

6.4.1 ก่อนถึงวันนัดหมาย 2 วันทำการเภสัชกรจะทำการพิมพ์รายรายการเดิมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) และทบทวนปัญหาจากการใช้ยาจากครั้งที่แล้ว และจัดเตรียม Drug identification chart เพื่อใช้ในการตีอ�述ความเข้าใจในตรงกับผู้ป่วยสูงอายุ (ภาคผนวก 2)

6.4.2 เมื่อถึงวันนัด เภสัชกรจะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความร่วมมือในการใช้ยา โดยประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษาโดยเบรริยบเทียบกับรายการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน หากผู้ป่วยไม่ได้นำยามา เภสัชกรจะใช้ Drug identification chart เพื่อใช้ร่วมประเมิน การสอบถามความร่วมมือและปัญหาจากการใช้ยารวมถึงการรับยาจากต่างสถานพยาบาล โดยเภสัชกรโทรศัพท์สอบถามที่สถานพยาบาลนั้นๆ และสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น การใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผู้ป่วยใช้ร่วม ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุ ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายในการรักษาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

6.4.3 เภสัชกรจะทำการประสานรายการยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านก่อนพับแพท์เพื่อแจ้ง ปริมาณยาคงเหลือที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอยู่ให้แพทย์ทราบ ซึ่งจะนำไปใช้ในการคำนวณจำนวนยาใหม่ปริมาณเพียงพอต่อการใช้รักษาในครั้งถัดไปและเพื่อเป็นการประหยัดเวลาใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วยเองและโรงพยาบาล

6.4.3 ส่งต่อข้อมูลที่ให้กับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น แพทย์พยาบาล ทราบหากพบปัญหาจากการใช้ยา เภสัชกรจะทำการแจ้งจำเป็นของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพทราบเพื่อวางแผนการเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมบ้าน

6.4.4 ติดตามและประเมินผลการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในนัดครั้งถัดไป

6.5 รวบรวมข้อมูลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม วิเคราะห์ผล และสรุปผลการดำเนินงาน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

7.1 ผู้สูงอายุในคลินิกได้รับการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้องกว่าร้อยละ 80

ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลางระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 251 คน เป็นเพศชาย 75 คนและเพศหญิง 176 คนปัญหาจากการใช้ยา 477 ปัญหา โดยในผู้ป่วยสูงอายุบางรายพบปัญหาจากการใช้ยามากกว่า 1 ปัญหา ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)
1. การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้	71(14.88)
2. มีความจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติม	86 (18.03)
3. การได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล	31 (6.50)
4. การได้รับยานาดต่ำกว่าขนาดการรักษา	76 (15.93)
5. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	65 (13.63)
6. การได้รับยานาดสูงกว่าขนาดการรักษา	32 (6.71)
7. การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	116 (24.32)
รวม (ปัญหา)	477 (100)

โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อันดับที่ 1 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 24.32 ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุและ/หรือผู้ดูแลไม่เข้าใจจุดประสงค์ของการให้ยา อันดับที่ 2 มีความจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาเพิ่มเติมคิดเป็นร้อยละ 19.17 และอันดับที่ 3 การได้รับยานาดต่ำกว่าขนาดการรักษา ร้อยละ 15.93 ซึ่งจากปัญหาทั้งหมดนี้ เภสัชกรได้ประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลทุกปัญหา และปัญหาได้รับการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของเภสัชกรคิดเป็นร้อยละ 98.5 ปัญหาในส่วนที่ไม่ได้รับการแก้ไขนั้นเกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาคิดเป็นร้อยละ 1.5 เนื่องจากบางครั้งผู้พากผู้ป่วยสูงอายุนั้นไม่ใช่ผู้ดูแลที่แท้จริง (True caregiver) ซึ่งไม่สามารถถ่ายทอดแผนการรักษาที่เปลี่ยนไปให้กับผู้ดูแลที่แท้จริงได้

กระบวนการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุนั้น เภสัชกรจะทำการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาและปรับแก้ไขปัญหาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น พบปัญหาความไม่เข้าใจภาษาของผู้ดูแลหลัก เภสัชกรจะใช้รูปภาพหรือทำสัญลักษณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจวิธีการรับประทานยาตรงกับถูกต้องแน่นอน หรือพับปัญหานั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีทศนคติไม่ถูกต้องต่อการใช้ยา เช่นการรับประทานยานอนหลับจะทำให้ติดยาเป็นต้น เมื่อทราบสาเหตุเภสัชกรจะให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อปรับ

ทัศนคติให้สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ หรือการพบปัญหาเกิดจากการที่ผู้ดูแลเมื่อเวลาไม่สัมพันธ์กับเวลารับประทานยาของผู้ป่วย เกสัชกรจะแนะนำวิธีการจัดเตรียมยาเป็นรายเม็ดอาหารร่วมกับการใช้เทคโนโลยีช่วยเตือนเช่น โทรศัพท์ เมื่อใกล้ถึงเวลา.rับประทานยา และรวมถึงการให้บริการตอบคำถามหรือข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาทางยาเบื้องต้นผ่านทางแอปพลิเคชันLine เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการใช้ยาอย่างถูกต้องปลอดภัย

### 7.2 สามารถประยัดค่าใช้จ่ายทางยาจากยาเดิมที่ผู้ป่วยสูงอายุมียาเหลือใช้

ผลจากการบวนการประสานรายการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลกลางตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนธันวาคม 2562 โดยเภสัชกรจะทำการประสานรายการยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านก่อนพนแพทย์ เพื่อแจ้งปริมาณยาคงเหลือที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอยู่ให้แพทย์ทราบ ซึ่งจะนำไปใช้ในการคำนวณจำนวนยาให้มีปริมาณเพียงพอต่อการใช้รักษาในครั้งถัดไป ทำให้พบปัญหารือถึงการได้รับยาซ้ำซ้อนได้แก่ การได้รับยาซ้ำซ้อนจากต่างแผนก การได้รับยาซ้ำซ้อนจากสถานพยาบาลอื่นและการได้รับมากกว่าวันนัด ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้เป็นมูลค่า 187,150.50 บาท ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 มูลค่ายาที่สามารถประยัดค่าได้จากการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเภสัชกรประจำคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง**

แหล่งที่มาของยาที่ผู้ป่วยมีเหลือ	มูลค่ายาที่ประยัดค่าได้(บาท)
- ยาเดิมที่ผู้ป่วยที่เหลือ	50,051.00
- ได้รับยาซ้ำซ้อนจากการสั่งระหว่างแผนก	46,421.50
- ได้รับยาซ้ำซ้อนจากสถานพยาบาลอื่น	90,678.00
รวมมูลค่า	187,150.50

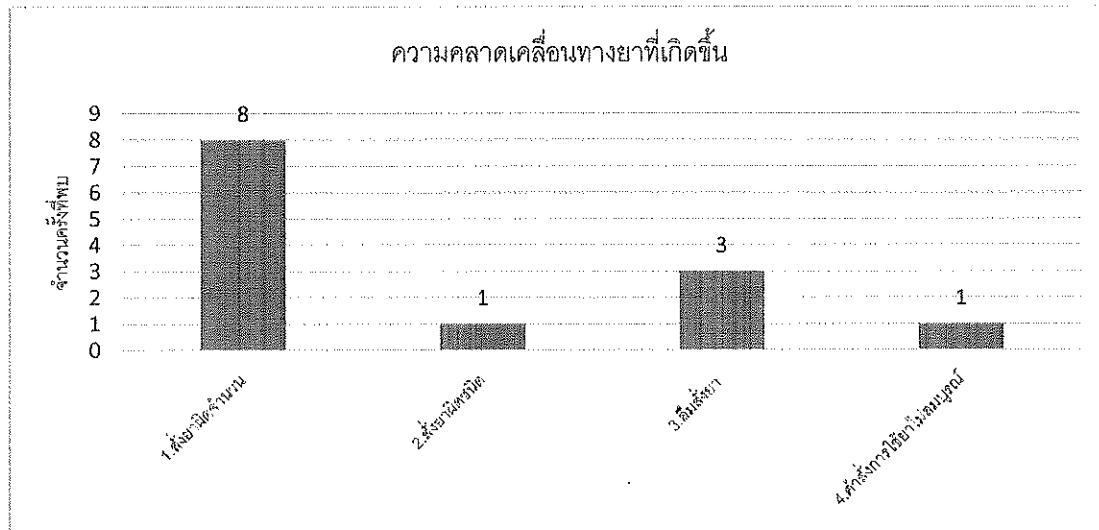
ซึ่งจากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า มูลค่ายาที่ประยัดค่าได้จากการได้รับยาซ้ำซ้อนกับสถานพยาบาลอื่นมีมูลค่าสูงที่สุด ดังนั้น ขั้นตอนการประสานรายการยาในคลินิกผู้สูงอายุนอกจากเภสัชกรจะต้องพิจารณาการได้รับยาซ้ำซ้อนภายในโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการได้รับยาซ้ำซ้อนจากสถานพยาบาลอื่นอีก เพื่อช่วยลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วยและยังสามารถช่วยให้โรงพยาบาลประยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

### 7.3 สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถป้องกันได้

จากการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาหลังจากการพับแพท์ โดยตัดปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไขในข้อ 7.1 ออก พบร่วมกับ หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถป้องกันได้ โดยแบ่งตามขั้นตอนได้ดังนี้

7.3.1 ความคลาดเคลื่อนทางยาหลังพับแพท์ (Prescribing Error) พบทั้งหมด 13 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4 ความคลาดเคลื่อนทางยาหลังพับแพท์ (Prescribing error)

## แผนภูมิที่ 4 ความคลาดเคลื่อนทางยาหลังพับแพทช์(prescribing Error)



โดยความคลาดเคลื่อนทางยาหลังพับแพทช์ที่เกิดจากจากการสั่งยานั้นอันดับ 1 คือการสั่งยาผิดจำนวน จำนวน 8 ครั้ง อันดับที่ 2 คือลืมสั่งยาให้ผู้ป่วย 3 ครั้ง และสุดท้ายคือการสั่งยาผิดชนิด และคำสั่งการใช้ยาไม่สมบูรณ์ 1 ครั้ง ซึ่งแก้ไขโดยการแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง

7.3.2 ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจ่ายยา (Dispensing Error) พบ ทั้งหมด 4 ครั้ง เกิดจากการจ่ายยาไม่ครบจำนวน ซึ่งแก้ไขโดยการมาขอรับเพิ่มก่อนถึงวันนัดและบางรายที่ไม่สะดวกเดินทางจะซื้อเพิ่มจากร้านยาแทนให้เพียงพอถึงวันนัด

7.3.3 ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการบริหารยา(administration Error) พบ 2 ครั้ง เป็นจากการเก็บข้อมูลที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก (Out-patients service) ข้อมูลที่ได้รับจึงเกิดจากการที่ผู้ป่วยนำยากลับไปบริหารด้วยตนเองที่บ้านและผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ได้แจ้งกลับมาให้เภสัชกรทราบ พบว่า มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น 2 ครั้งคือ ผู้ดูแลไม่ทราบว่ายาที่ได้รับเป็นตัวยาออกฤทธิ์เนื่น จึงเตรียมยาไม่ถูกวิธีให้แก่ผู้ป่วย เภสัชกรจึงแจ้งแพทย์เพื่อเปลี่ยนรูปแบบยาให้เหมาะสมสมต่อสภาพของผู้ป่วยแทน

จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้สูงอายุ พน ว่าสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถป้องกันได้ ช่วยทวนสอบไม่ให้เกิดการสั่งยาผิดชนิดได้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

### 8.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

- ผู้สูงอายุได้รับความรู้ความเข้าใจในการรักษาและสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

### 8.2 ประโยชน์ต่อหน่วยงาน

8.2.1 ส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในรูปแบบสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

8.2.2 พัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุให้ได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

### 8.3 ประโยชน์ต่อโรงพยาบาล

8.3.1 โรงพยาบาลมีทีมสาขาวิชาชีพให้บริการแก่ผู้สูงอายุทำให้การรักษาสูงอายุได้มาตรฐาน และมีคุณภาพมากขึ้น

8.3.2 โรงพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้จ่ายทางด้านยาจากรายการยาที่เหลือใช้ของผู้สูงอายุได้

## 9. ความรู้สูงมาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากภาระงานประจำของเภสัชกรทำให้ไม่สามารถให้บริบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกวันที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอุปสรรคดังนี้

9.1 ขาดความต่อเนื่องในการติดตามผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องผู้ป่วยสูงอายุบางรายต้องอาศัยผู้ดูแลพามา จึงไม่สามารถมาตามนัดในวันที่มีเภสัชกร

9.2 ผู้ที่พำนักผู้ป่วยสูงอายุมาโรงพยาบาลบางส่วนไม่ใช่ผู้ดูแลที่แท้จริง ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลงให้แก่ผู้ดูแลที่แท้จริงได้ครบถ้วน หรือถ่ายทอดไม่ถูกต้อง

9.3 ปัญหาจากการใช้ยาบางอย่าง ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบางรายไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ เนื่องจากไม่ทราบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคือปัญหาจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างครบถ้วน

## 10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีระบบการติดตามและทวนสอบความเข้าใจของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลเมื่อกลับถึงบ้าน เพื่อทบทวนแผนการรักษา เนื่องจากผู้พำนักผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลที่แท้จริงซึ่งไม่สามารถถ่ายทอดสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ผู้ดูแลที่แท้จริง (True caregiver) ให้เข้าใจได้ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น

10.2 การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้สูงอายุนี้มีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์แต่ยังขาดผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจมีการติดตามเพิ่มเติมในอนาคต

10.3 ผลกระทบจากการประยุกต์ใช้ยา ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุได้รับยาซ้ำซ้อนจากสถานพยาบาลอื่นเป็นมูลค่าค่อนข้างสูง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประยุกต์ใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อเป็นการช่วยประยุกต์ใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... *พิมพ์ นฤมล พันธ์*

(นางสาวดวงทิพย์ ชัยสุริยะพันธ์)

ผู้ขอรับการประเมิน  
(วันที่)..... /..... /.....  
*๒๖ พฤษภาคม*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... /..... *จ. กัน.*  
.....

(นางจริยา สุภาพงษ์)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม  
กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการติดตาม โรงพยาบาลกลาง  
(วันที่)..... /..... /.....  
*๒๖ พฤษภาคม*

(ลงชื่อ)..... *กาน.*

(นายเพชรพงษ์ กำจารกิจการ)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์  
ในขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง  
(วันที่)..... /..... /.....  
*๒๖ พฤษภาคม*

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2558. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง วันที่ 30 กันยายน 2557). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;2558
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากร สาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2555
3. ศรีสา เรืองฤทธิ์ชาญกุต. การใช้ยาร่วมกันหลายนานในผู้สูงอายุ. Rama Med J 2018; 41(1):95-104
4. Maher RL Jr, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf 2014; 13(1):57-65.
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43.
6. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management services. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
7. American Pharmacists A, National Association of Chain Drug Stores F. Medication therapy management in pharmacy practice: core elements of an MTM service model (version 2.0). Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA. 2008;48(3):341-53.
8. American Geriatrics Society 2015 Beer Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015;63(11):2227-46.
9. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MEPP) Available from: <http://www.neemer.org/aboutmederror.htm>
10. รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจากฐานทะเบียนประชากร ในระบบฐานทะเบียนราษฎร โดยกองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. Available from:  
[http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22\\_02\\_62fullpaper.pdf](http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22_02_62fullpaper.pdf)

ภาคผนวก

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

วันที่...../...../.....

HN.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี น้ำหนัก..... กก.

ชื่อ-นามสกุล.....	HN:.....
.....	วันที่รับปรึกษา.....

**แบบบันทึกข้อมูลการจัดการปัญหาภาระยา (Drug Related problems :DRPs)**

Date	วันที่	Descriptive of DRPs	intervention	จำนวนยาที่ให้ผล

- การใช้ยาโดยไม่จำเป็นอย่างไร (unnecessary drug therapy)
- ความต้องการยาในการรักษาเพิ่มเติม (needs additional drug therapy)
- การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective drug)
- การใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดยา (dosage too low)
- การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)
- การใช้ยาในขนาดมากกว่าขนาดยา (dosage too high)
- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence or noncompliance)

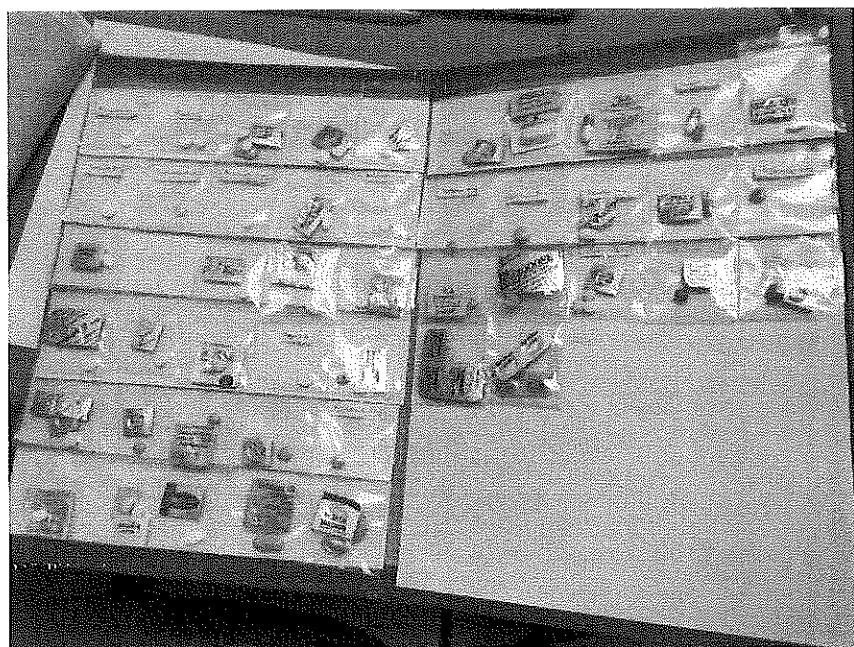
## ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา

ปัญหาจากการใช้ยา	สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยา
<p>1. การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ (unnecessary drug therapy)</p>	<p>1.1 การได้รับยาซ้ำซ้อน</p> <p>1.2 การได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ ณ ขณะนั้น</p> <p>1.3 สถานะของผู้ป่วยในขณะนั้น ไม่เหมาะสมที่จะรักษาโดยการใช้ยา</p> <p>1.4 การใช้ยาในทางที่ผิด การติดยา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่</p> <p>1.5 การใช้ยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาอื่นที่สามารถหลอกเลี้ยงได้</p>
<p>2. ความต้องการยาในการรักษาเพิ่มเติม (needs additional drug therapy)</p>	<p>2.1 ควรได้รับยาเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอื่น</p> <p>2.2 ควรได้รับยาเพื่อรักษาโรคที่กำลังเป็นอยู่</p> <p>2.3 ควรได้รับยาเพื่อเสริมฤทธิ์ทางการรักษาภัยยาตัวอื่น</p>
<p>3. การได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล (ineffective drug)</p>	<p>3.1 มียาตัวอื่นที่ให้ประสิทธิผลในการรักษามากกว่ายาตัวที่ใช้อยู่</p> <p>3.2 เกิดการดื้อยาที่กำลังใช้อยู่</p> <p>3.3 รูปแบบยาที่ใช้อยู่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>3.4 ยาที่ใช้อยู่เป็นข้อห้ามใช้สำหรับผู้ป่วย</p> <p>3.5 ยาที่ใช้อยู่ไม่มีประสิทธิผลสำหรับข้อบ่งใช้ที่กำลังรักษา</p>
<p>4. การได้รับยาในขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา (dosage too low)</p>	<p>4.1 ขนาดยาที่ใช้ต่ำเกินกว่าจะให้ผลการรักษาที่ต้องการ</p> <p>4.2 ต้องมีการติดตามผลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา</p> <p>4.3 ความถี่ในการใช้ยาน้อยเกินไป</p> <p>4.4 การบริหารยาไม่ถูกต้อง เช่น การให้ยาผิดวิธี การให้ยาผิดวิธีทาง</p> <p>4.5 การเกิดอันตรายร้ายแรงระหว่างยาจนทำให้ยาไม่มีประสิทธิผลในการรักษา</p> <p>4.6 การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี ทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ</p> <p>4.7 ระยะเวลาในการใช้ยาต้องสั้นเกินไปจนทำให้ไม่เกิดผลการรักษาที่ต้องการ</p>

<p>5. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)</p>	<p>5.1 การอาการไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งไม่ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้รักษา</p> <p>5.2 ยาที่ใช้ยาอาจไม่ปลดล็อกสำหรับผู้ป่วยรายนั้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากยา</p> <p>5.3 การเกิดอันตรายระหว่างยาจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาขึ้น</p> <p>5.4 การบริหารยาไม่ถูกต้องจนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาขึ้น</p> <p>5.5 ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา</p> <p>5.6 การเพิ่มขนาดยาหรือลดขนาดยาที่เร็วเกินไปจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา</p>
<p>6. การได้รับยาในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา (dosage too high)</p>	<p>6.1 การให้ยาในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษาจนทำให้เกิดพิษจากยาขึ้น</p> <p>6.2 ต้องมีการติดตามผลทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ยาในขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา</p> <p>6.3 ความถี่ในการใช้ยามากเกินไป</p> <p>6.4 ระยะเวลาในการใช้ยา.rakananaเกินไป</p> <p>6.5 การเกิดอันตรายระหว่างยาจนทำให้เกิดพิษจากยาขึ้น</p>
<p>7. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence or noncompliance)</p>	<p>7.1 ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา แม้ว่าจะได้รับการอธิบายแล้วก็ตาม</p> <p>7.2 ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยานั้นได้ เช่น ยาที่ใช้ไม่อุปกรณ์ในการรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ายาเองได้</p> <p>7.3 ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ยา</p> <p>7.4 ผู้ป่วยลืมใช้ยา</p> <p>7.5 ผู้ป่วยไม่สามารถหา yanenมาใช้ได้</p> <p>7.6 ผู้ป่วยไม่สามารถถือ yanenมาใช้ได้</p>

ภาคผนวก2

**Drug Identification chart**



**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวดวงทิพย์ ขัยสุริยะพันธ์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)  
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 372) สังกัดกลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการติดภูมิ  
โรงพยาบาล สำนักการแพทย์

**เรื่อง การลดระยะเวลาอคอ่ายาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล**

**หลักการและเหตุผล**

จากการที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ.2543 เป็นต้นมา โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบน 1 ใน 10 ของประชากรทั้งหมด และมีการประมาณการว่า ในปี พ.ศ.2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (Super aged Society) จากรายงานสำนักงานปักธงชนวน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร<sup>1</sup> พบว่าประชากรสูงอายุของกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ.2559 มีจำนวน 967,481 คน คิดเป็นร้อยละ 17.31 ของประชากรที่เขียนทะเบียนในกรุงเทพมหานครจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กรุงเทพมหานครกำลังสู่ “สังคมสูงวัย” แล้วและใกล้จะถึงเป็นสังคมสูงวัย โดยสมบูรณ์ในเวลาอีกไม่นาน ซึ่งแนวโน้มการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

เพื่อเป็นการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงวัย กรุงเทพมหานคร จึงให้หน่วยงานของกรุงเทพมหานครที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทำงานแบบบูรณาการ มีความร่วมมือนำแผนไปสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกันและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครบรรลุเป้าหมาย “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และมีความสุข” และในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 20 ปี ระยะที่ 2 (2561-2565) มีการกำหนดเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไว้ด้วยกัน 3 มิติ โดยมิติที่ 3.1 ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ได้รับการดูแลอย่างครบวงจร โดยผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้สุขภาวะ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และพัฒนาระบบการรับบริการช่องทางคิวให้กับผู้สูงอายุ (fast track)<sup>2,3</sup>

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาล สำนักงาน疾控 ศูนย์ฯ จึงเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสำนักการแพทย์ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นที่บริเวณชั้น 16 เปิดให้บริการ ในวันอังคาร พุธ และศุกร์ มีผู้ป่วยสูงอายุมารับบริการเฉลี่ย 220 คนต่อเดือน ในแต่ละวัน ไปสั่งยา มีจำนวนรายการยาตั้งแต่ 5-18 รายการต่อใบสั่งยา มีระยะเวลาอคอ่ายาเฉลี่ย 45.6 นาทีต่อใบสั่งยา พนักงาน药房 ต้องรอนานมากกว่า 60 นาทีจากกระบวนการตรวจส่วนและแก้ไขใบสั่งยา ซึ่งผลจากการมีระยะเวลาอคอ่ายาที่ยาวนาน อีกทั้งสภาวะแวดล้อมที่ค่อนข้างแออัดจากการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากการรับบริการพร้อมๆ กัน จากสิ่งเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อความไม่սบายกายของผู้สูงอายุที่มีพละกำลังลดลง และเพิ่มความกังวลใจต่อผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแล

สถานการณ์ของห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลกลางมีจำนวนผู้ป่วยมารับยาเฉลี่ยวันละ 500-600 คนต่อวัน โดยให้บริการหลายแผนกได้แก่แผนกอาชุรกรรม ศัลยกรรม ห้องผ่าตัดเล็ก คลินิกผู้สูงอายุ และประกันสุขภาพล้วนหน้า จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ห้องยาชั้น 2 จะมีจำนวนในสั่งยาเฉลี่ย 10,882 ในสั่งยาต่อเดือน ส่งผลให้มีช่วงเวลาที่แออัดและไม่ลื่นไหลซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยตรวจเรื่องพร้อมๆ กันจากหลายแผนก จากสถิติที่ผ่านมา พบร่วมตัวตั้งแต่เวลา 9.00น. ถึง 12.30น. มีระยะเวลาอค雍ที่เพิ่มมากขึ้น เป็น 40.2 นาที และด้วยข้อจำกัดของปริมาณผู้ป่วยต่อพื้นที่รับยาของห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ๒ ที่ค่อนข้างแคบ โดยเฉพาะในช่วงเวลาเร่งด่วน ทำให้มีความแออัดของผู้รับบริการในบริเวณรับยา

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย “ผู้สูงอายุได้รับบริการเร่งด่วน (fast-track) และผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างรวดเร็ว” และ โรงพยาบาลกลาง ได้เล็งเห็นความสำคัญของนโยบายดังกล่าว จึงได้กำหนดเกณฑ์ให้ใบสั่งยาของผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่ได้รับบริการเร่งด่วน(fast tract) โดยกำหนดเกณฑ์ความเร่งด่วนให้เป็นลำดับที่ 3 ต่อจากผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้พิการ ดังนั้นเพื่อลดระยะเวลาอค雍ยาของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ลดความคลาดเคลื่อนทางยา เกสัชกรซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพ โดยการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา ช่วยคืนหายาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิผล ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

- เพื่อลดระยะเวลาอค雍ยาของผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลกลาง
- เพิ่มความพึงพอใจในการรับยาในผู้สูงอายุ
- ลดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ที่เกิดจากการรักษาหลายแผนกหรือต่างโรงพยาบาล

### กระบวนการมิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยสูงอายุโดยแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุในวันอังคาร พุธและศุกร์ โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเฉลี่ย 220 รายต่อเดือน มีจำนวนรายการยาเฉลี่ย 1,120 รายการต่อเดือน และมีระยะเวลาอค雍ยาเฉลี่ย 45.06 นาทีต่อใบสั่งยา ซึ่งจากการกำหนดให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับบริการเร่งด่วนนั้น จึงพยายามลดระยะเวลาอค雍ยาให้อยู่ภายใต้ 30 นาที

โดยการพัฒนาระบบการลดระยะเวลาอค雍ยาของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

- นำข้อมูลการร้องเรียนทางวาระมาประกอบการพิจารณาเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของการรอรับยานาน
- ออกแบบเพื่อพัฒนาระบบการทำงานใหม่ โดยอาศัยการประยุกต์ใช้แนวคิดของลีน (LEAN)<sup>4</sup>

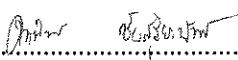
3. จัดประชุมร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพเพื่อชี้แจงแนวทางการการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
4. รวบรวมข้อมูลที่ได้และนำมาวิเคราะห์
5. สรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ลดระยะเวลาอคัยภาพของผู้สูงอายุ
2. ผู้ป่วยสูงอายุมีความปลดปล่อยจากการใช้ยา
3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการ

#### **ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

1. ระยะเวลาอคัยภาพของผู้สูงอายุจากคลินิกผู้สูงอายุไม่เกิน 30 นาที
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อการรับบริการมากกว่าร้อยละ 80
3. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุลดลง

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวดวงทิพย์ ชัยสุริยะพันธ์)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ  
 (วันที่) ..... ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ / .....

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโยบาลและยุทธศาสตร์ 2558. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง วันที่ 30 กันยายน 2557). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;2558
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากร สาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์ต่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2555
3. รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจากฐานทะเบียนประชากรในระบบฐานทะเบียนรายถาวร โดยกองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
[http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22\\_02\\_62fullpaper.pdf](http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22_02_62fullpaper.pdf)
4. นิพนธ์ บัวแก้ว. รู้จักระบบการผลิตแบบลีน.พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานครฯ สมาคมส่งเสริม เทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น), 2549