

ปัจจัยต่อความสำเร็จ และการพัฒนารูปแบบของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน: ศึกษานำร่องในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11

ปิยะวรรณ กุลยรัตน์, ภ.ม.

ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

e-mail: k_piyawan@yahoo.com

วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2568;31(2):162-76.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ผลสำรวจมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในพบว่ายังมีการปฏิบัติที่ไม่ครบถ้วน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และวิเคราะห์ผลต่อความรู้ ทักษะ การดำเนินงาน รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในพื้นที่นำร่องเขตสุขภาพที่ 11

วิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพัฒนา ดำเนินการระหว่างพฤษภาคม - ตุลาคม 2567 ใน 3 จังหวัด โดยพัฒนาระบบผ่านการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและการประชุมเภสัชกร ประเมินผลโดยเปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนา ด้วยสถิติ McNemar test, Wilcoxon signed rank test และวิเคราะห์ปัจจัยด้วย multiple regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเภสัชกร 160 คน อายุเฉลี่ย 37.9 ปี โดยร้อยละ 63.1 ปฏิบัติงานด้านบริการเภสัชกรรม หลังการพัฒนา ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการบริหารทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.8 (SD = 9.3) เป็น 94.7 (SD = 9.2) ทักษะเชิงบวกก็เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐานระดับ 3 เป็นระดับ 4 (คะแนนเต็ม 5) และการดำเนินงานด้านบริหารทางเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยอัตราการผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพิ่มจากร้อยละ 75.3 (SD = 23.5) เป็น 77.9 (SD = 24.8) ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรม จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระดับความสามารถปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

สรุป: การพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในทำให้ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยามากขึ้น ปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรม จำนวนเภสัชกร และระดับความสามารถการปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

คำสำคัญ: การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน; มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา; ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรม

Factors Contributing to Success and Development of the Pharmaceutical Care Model for Inpatients: A Pilot Study in Hospitals within Health Region 11

Piyawan Kuwalairat, M.S. in Pharm

Pharmacy Department, Paknam-Chumphon Hospital

e-mail: k_piyawan@yahoo.com

Thai J Clin Pharm. 2025;31(2):162-76.

Abstract

Background: A survey on inpatient pharmaceutical care safety standards revealed partial compliance with established guidelines.

Objective: To develop an inpatient pharmaceutical care system and evaluate its impact on knowledge, attitudes, practices, and factors influencing compliance with medication safety standards in a pilot site within Health Region 11.

Methodology: This developmental study was conducted from May to October 2024 in three provinces. The system was improved through an analysis of development opportunities and meetings with pharmacists. The evaluation was performed by comparing pre- and post-development data using the McNemar test, Wilcoxon signed-rank test, and multiple regression analysis to examine influencing factors.

Results: The study included 160 pharmacists with an average age of 37.9 years, 63.1% of whom worked in pharmaceutical services. After system development, knowledge of pharmaceutical care concepts and principles increased from 93.8% (SD = 9.3) to 94.7% (SD = 9.2). Positive attitudes improved from a median score of 3 to 4 (out of 5), and pharmaceutical care practices became more effective. The compliance rate with medication safety standards increased from 75.3% (SD = 23.5) to 77.9% (SD = 24.8). Factors influencing compliance included knowledge of pharmaceutical care principles, the number of pharmacists in hospitals, and pharmacists' competency levels in inpatient pharmaceutical care practices.

Conclusion: The development of an inpatient pharmaceutical care system improved compliance with medication safety standards. Key factors influencing compliance included knowledge of pharmaceutical care principles, the number of pharmacists, and pharmacists' competency in providing inpatient pharmaceutical care.

Keywords: inpatient pharmaceutical care; medication safety standards; pharmaceutical care outcomes

ความสำคัญและที่มาของงานวิจัย

การบริหารทางเภสัชกรรม เป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการรับผิดชอบการใช้ยาและป้องกันปัญหาจากยา เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า ตามแนวคิดของ Hepler และ Strand¹ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค บรรเทาอาการ ลดความรุนแรง หรือป้องกันโรค¹⁻³ ปัจจัยสำคัญในการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ ทักษะ ทักษะความรู้ในการปฏิบัติงาน และระบบงานสนับสนุน ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัญหาจากการใช้ยา วางแผนการรักษา ติดตามผล และประเมินความสำเร็จในการรักษา⁴⁻⁵

งานวิจัยในประเทศต่าง ๆ พบว่าปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในระบบบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ ความรู้ของเภสัชกร แนวทางการให้คำแนะนำ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์⁶⁻⁸ ในการพัฒนาระบบจำเป็นต้องมีองค์ประกอบสำคัญ เช่น โครงสร้างองค์กร ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบคือ สมรรถนะด้านบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรผู้ป่วยในต่ำกว่าร้อยละ 80 รวมถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างงาน ภาระงาน และการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่น⁹⁻¹¹

ประเทศไทยมีการพัฒนามาตรฐานและแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาและเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย¹²⁻¹⁴ โดยมีเป้าหมายหลัก 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความปลอดภัยในการใช้ยา 2) คุณภาพการดูแลรักษา 3) ความคุ้มค่าในการรักษา และ 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับเภสัชกรในปี พ.ศ. 2554 และการปรับปรุงเกณฑ์สมรรถนะโดยสภาเภสัชกรรม^{15,16} รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาซึ่งครอบคลุมงานบริหารทางเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน¹⁷

ในส่วนของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พบว่ามีการปฏิบัติไม่ครอบคลุม เนื่องจากมีข้อจำกัด หรือ

อุปสรรคหลายประการ^{18,19} ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในมีระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 52.0²⁰ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยทำศึกษานำร่องใน 3 จังหวัดที่มีขนาดแตกต่างกัน ได้แก่ จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช และพังงา เพื่อหาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ได้แก่ ความรู้ด้านงานบริหารทางเภสัชกรรม ทักษะ และโครงสร้างระบบงานขององค์กร การศึกษานี้จึงได้กำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้อง วางแนวทางการพัฒนาระบบงาน และวิเคราะห์ผลของการพัฒนาระบบ เพื่อพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดนำร่องเขตสุขภาพที่ 11 และวิเคราะห์ผลการพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในต่อ ความรู้ ทักษะ และการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และผลสำเร็จของการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทักษะ และการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และผลสำเร็จของการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในจังหวัดนำร่องเขตสุขภาพที่ 11

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา การพัฒนารูปแบบและปัจจัยต่อความสำเร็จของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในจังหวัดนำร่องในเขตสุขภาพที่ 11 แบบภาคตัดขวาง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – ตุลาคม 2567

ขอบเขตของงานวิจัย

ศึกษาในเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 3 จังหวัดนำร่องของเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีขนาดแตกต่างกัน คือ จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช และพังงา

ประชากรคือ เภสัชกรทุกคนในจังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช และพังงา จำนวน 88, 217 และ 60 คน ตามลำดับ รวม 365 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7²¹ ได้จำนวนตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 160 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบกำหนดโควตา (quota sampling) โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละจังหวัดเทียบกับจำนวนเภสัชกรรวมของแต่ละจังหวัด และแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดคือ จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช และพังงา ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36, 98 และ 26 คน ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เภสัชกรทุกคนในจังหวัดนำร่องในเขตสุขภาพที่ 11 คือ จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช และพังงา ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยคือ เภสัชกรที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน เภสัชกรที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบันไม่ถึง 6 เดือน หรือเป็นเภสัชกรที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ตามมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 047/2467 ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 11/2567 วันที่ 22 เมษายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป **ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรม จำนวน 10 ข้อ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ **ส่วนที่ 3** ทักษะคติต่องานบริหารเภสัชกรรม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยสอบถามระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ **ส่วนที่ 4** ระดับความสามารถการปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน จำนวน 10 ข้อ 5 ตัวเลือก โดยวัดเป็นช่วงจากร้อยละของการปฏิบัติงานในส่วนของการ

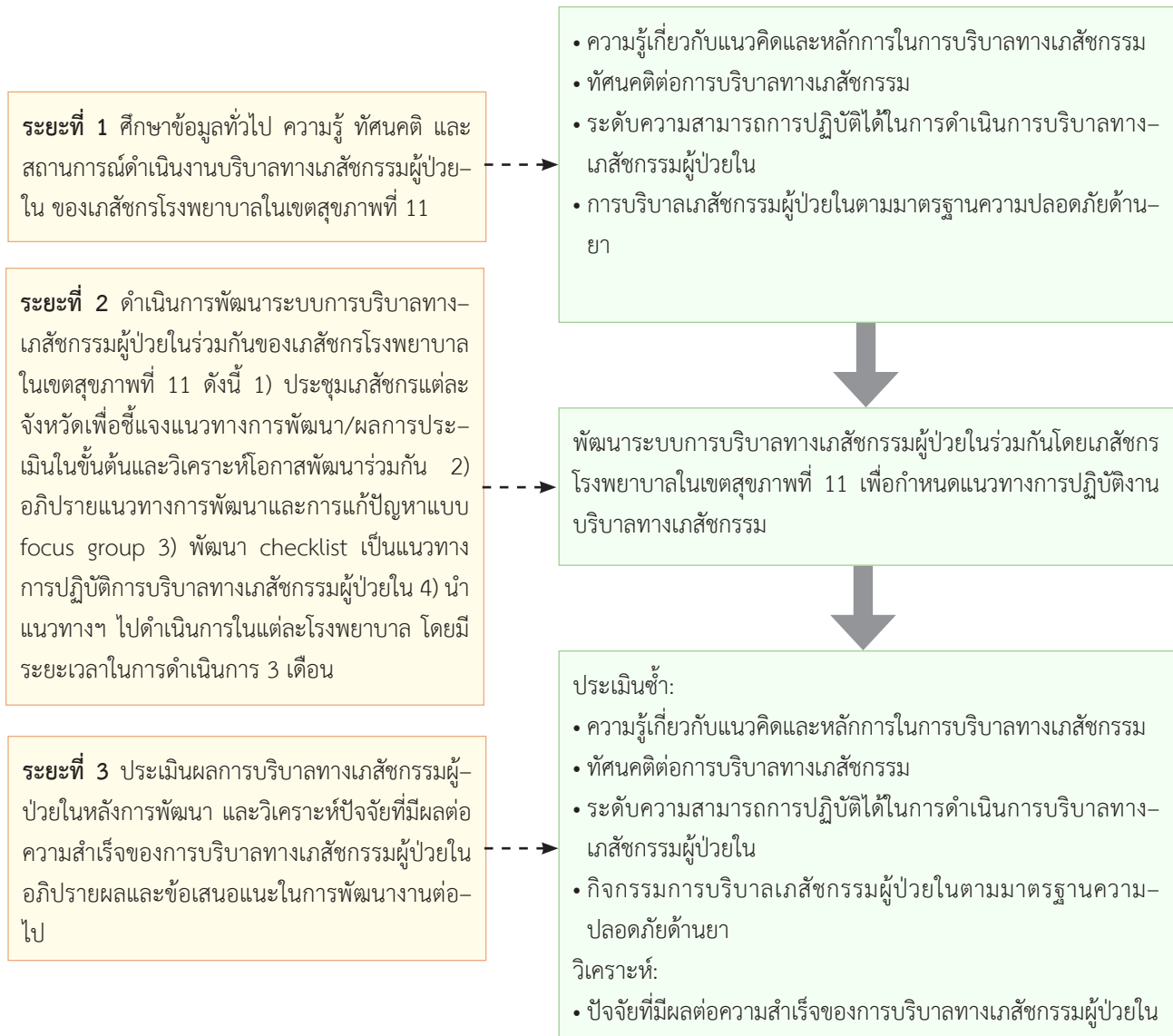
การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่สามารถปฏิบัติได้ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ใช้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดย pilot study ในเภสัชกรโรงพยาบาลอื่นในเขต 11 จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยต้องมีค่า 0.6 ขึ้นไป (ค่า Cronbach's alpha coefficient 0.6 และ IOC 0.78) **ส่วนที่ 5** ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน จำนวน 14 ข้อ เป็นการวัดผลการปฏิบัติงานในการบริหารทางเภสัชกรรมว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ โดยคำตอบมี 2 ตัวเลือกคือ ใช่หรือไม่ใช่ **ส่วนที่ 6** ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน จำนวน 10 ข้อ 5 ตัวเลือก โดยวัดเป็นช่วงจากร้อยละของผลลัพธ์ที่ครอบคลุมในเชิงกระบวนการที่สามารถปฏิบัติได้

วิธีการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ **ระยะที่ 1** ส่งแบบสอบถามให้ทุกโรงพยาบาลตามจำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้น โดยส่งแบบสอบถามเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ระยะเวลาในการส่งและรวบรวมแบบสอบถามกลับมาใช้เวลา 1 สัปดาห์ **ระยะที่ 2** จัดทำโครงการพัฒนาระบบงานบริหารทางเภสัชกรรม และจัดสัมมนาเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงระบบงาน เพื่อกำหนดแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันโดยเภสัชกรทุกโรงพยาบาล โดยใช้แนวทางมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมของสภาเภสัชกรรม แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมตามหลักการของ Hepler และ Strand และแนวทางตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา พ.ศ. 2565 หลังจากนั้นนำแนวทางฯ ไปดำเนินการในแต่ละโรงพยาบาล ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน **ระยะที่ 3** ส่งแบบสอบถามให้เภสัชกรทุกโรงพยาบาลตอบแบบสอบถามซ้ำหลังจากมีการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามแนวทางฯ รวบรวมแบบสอบถามกลับภายใน 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการบริหารทางเภสัชกรรม ทักษะคติต่อการบริหารทางเภสัชกรรม การดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัย

ด้านยาของงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กระบวนการวิจัยดังรูปที่ 1

การวัดผลและการวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในแนวคิดและหลักการบริหารทางเภสัชกรรม ทศนคติต่อการบริหารทางเภสัชกรรม การดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และระบบสนับสนุนการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน กิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามมาตรฐาน

ความปลอดภัยด้านยา ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละด้านก่อนและหลังการพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Wilcoxon signed rank test และ McNemar test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โดยตัวแปรต้นคือ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรม ทศนคติต่อการบริหารทางเภสัชกรรม การดำเนินงาน



รูปที่ 1 กระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา การพัฒนารูปแบบ และปัจจัยต่อความสำเร็จของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11

บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ระบบสนับสนุนการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ตัวแปรตามคือผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยใช้การวิเคราะห์ multiple regression โดยมีระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.6 อายุเฉลี่ย 37.98 ปี (SD = 8.52 ปี) สถานภาพโดยรวม โสด ร้อยละ 55.0 จบการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ปริญญาตรี) ร้อยละ 79.4 โดยส่วนใหญ่จบจากหลักสูตรเภสัชศาสตร์ 5 ปี ตำแหน่งงานปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 87.7 หน้าที่หลักของกลุ่มตัวอย่างเป็นเภสัชกรงานบริการเภสัชกรรม ร้อยละ 63.1 ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงาน 13.1 ปี (SD = 9.2 ปี)

ผลวิเคราะห์การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในของเภสัชกรใน 3 จังหวัดนำร่องในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่ามีระดับความรู้ด้านแนวคิดและหลักการบริหารทางเภสัชกรรมเฉลี่ยก่อนการพัฒนา ร้อยละ 93.8 (SD = 9.3) และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.7 (SD = 9.2) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ด้านทัศนคติ พบว่าระดับทัศนคติเชิงบวกต่อการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่ามัธยฐานของทัศนคติเชิงบวกก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับ 3 และเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 4 หลังจากมีการพัฒนา ทั้งนี้ ไม่พบทัศนคติในระดับเห็นด้วยน้อยหรือน้อยมาก จากการทดสอบด้วย Wilcoxon signed rank test พบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของทัศนคติเชิงบวกในหลายประเด็น ได้แก่ ความเชื่อว่าการบริหารทางเภสัชกรรมส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพเภสัชกรและแพทย์ เห็นว่าการบริหารทางเภสัชกรรมควรดำเนินการโดยเภสัชกรที่จบสายบริหารเท่านั้น การตระหนักว่าเภสัชกรสามารถป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยได้ ระดับความเครียดจากภาระงานปัจจุบัน และความรู้สึก

ว่างานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในอาจเพิ่มความเครียดมากขึ้น ดังในตารางที่ 2

ด้านการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โดยวัดจากระดับที่สามารถปฏิบัติได้ พบว่าก่อนและหลังการพัฒนา ค่ามัธยฐานของระดับที่สามารถปฏิบัติได้ อยู่ที่ระดับ 4 อย่างไรก็ตามมีบางกระบวนการที่หลังจากการพัฒนาสามารถดำเนินการได้ในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การให้ข้อมูลด้านการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยที่ข้างเตียง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ดังในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา พบว่าหลังการพัฒนา ร้อยละการผ่านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.3 (SD = 23.5) เป็นร้อยละ 77.9 (SD = 24.8) โดยหัวข้อไม่พบปัญหาการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ในปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังในตารางที่ 4

วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ปัจจัยแต่ละตัวแปรด้วย univariate regression พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ได้แก่ อายุ สาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาล ระดับความสามารถปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรม และทัศนคติต่อการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และวิเคราะห์ปัจจัยรวมด้วย multivariate regression analysis ดังสมการ

$$Y = 1.324 + 0.133\text{pharmacist} + 0.120\text{practice} + 0.693\text{knowledge}$$

โดยที่ Y คือ คะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรม รองลงมาคือจำนวนเภสัช-

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการ ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	จำนวนผู้ที่ตอบถูกต้อง (ร้อยละ)		p-value
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
การบริหารทางเภสัชกรรมมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	160 (100.0)	160 (100.0)	-
ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมคือเภสัชกรต้องดูแล ให้ผู้ป่วยได้ผลที่ดีจากการรักษาด้วยยา	141 (88.0)	144 (90.0)	0.664 ^a
การบริหารทางเภสัชกรรมเน้นย้ำความรับผิดชอบ ของเภสัชกรต่อการใช้ยา	145 (90.6)	148 (93.1)	0.454 ^a
เป้าหมายของการบริหารทางเภสัชกรรมคือให้ผู้ป่วยมี ผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษา	152 (95.0)	152 (95.0)	1.000 ^a
ปัจจัยพื้นฐานของการบริหารทางเภสัชกรรมคือการระบุ ความต้องการด้านยาของผู้ป่วย	109 (68.1)	117 (73.1)	0.216 ^a
ความรับผิดชอบในการบริหารทางเภสัชกรรมคือต้องระบุ แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา	159 (99.4)	159 (99.4)	1.000 ^a
เภสัชกรต้องประเมินปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยและ ระบุยาหรือสาเหตุอื่นที่เป็นสาเหตุของปัญหา	160 (100)	160 (100)	-
เภสัชกรต้องพัฒนาแผนเพื่อการได้ผลการรักษาที่ดี จากการใช้ยาของผู้ป่วย	157 (98.1)	157 (98.1)	1.000 ^a
เภสัชกรต้องติดตามประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วย และผลของการแนะนำ	160 (100)	160 (100)	-
ต้องมีการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม	158 (98.8)	159 (99.4)	1.000 ^a
คะแนนความรู้เฉลี่ย ร้อยละ	93.8 (SD=9.3)	94.7 (SD=9.2)	0.203 ^b

เภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง N=160

^aMcNemar test^bWilcoxon signed rank test

กรที่มีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระดับความ-
สามารถปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริหารทางเภสัช-
กรรมผู้ป่วยใน ดังในตารางที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การบริหารทางเภสัชกรรมมีบทบาทสำคัญในการ
ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาและ
เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา องค์ประกอบสำคัญที่ส่ง-

ผลต่อความสำเร็จของการบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่
ความรู้ของเภสัชกร ทักษะคิด และโครงสร้างระบบงาน
ขององค์กร^{22,23} การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์
ข้อมูลดังกล่าวและวางแผนพัฒนาระบบบริหารทาง-
เภสัชกรรมผู้ป่วยใน

จากการศึกษาใน 3 จังหวัดนำร่องในเขตสุขภาพ
ที่ 11 พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการ
บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในก่อนพัฒนาอยู่ที่ร้อยละ

93.8 (SD = 9.3) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.68 (SD = 9.2) หลังการพัฒนา เภสัชกรมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุง เช่น การระบุความต้องการด้านยาของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{5,24}

ด้านทัศนคติของเภสัชกร คำนวณฐานของทัศนคติเชิงบวก ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับ 3 และเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 4 หลังการพัฒนา โดยเภสัชกรส่วนใหญ่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความเครียดจากภาระงาน ซึ่งระดับทัศนคติเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาสะท้อนถึงความจำเป็นในการสนับสนุนเภสัชกร

เพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางเภสัชกรรม ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Wilcoxon signed rank test พบว่าทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในประเด็นเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการแก้ไขปัญหาการใช้ยา และผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ^{8,11}

ในด้านระดับของการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พบว่าก่อนและหลังพัฒนามีค่ามัธยฐานของระดับที่สามารถปฏิบัติได้อยู่ในระดับ 4 แต่มีกิจกรรมที่หลังการพัฒนามีการดำเนินงานในระดับที่

ตารางที่ 2 ทัศนคติในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ทัศนคติในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	ค่ามัธยฐานของทัศนคติเชิงบวก		p-value
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
เภสัชกรทุกคนมีความรู้และทักษะพื้นฐานเพียงพอในการให้การบริการทางเภสัชกรรม	4	4	0.911
บริหารทางเภสัชกรรมทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพเภสัชกรและแพทย์ไม่ดี	2	3	0.001*
การให้การบริการทางเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นต่อวิชาชีพเภสัชกรมากขึ้น	5	5	0.761
การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นหน้าที่ของเภสัชกรแต่ปฏิบัติได้ยาก	3	3	0.267
การบริหารทางเภสัชกรรมควรดำเนินการโดยเภสัชกรที่จบสายบริหารเท่านั้น	3	4	0.001*
เภสัชกรสามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยา	1	4	0.001*
ประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ	4	4	0.946
มีระบบที่เอื้ออำนวยต่อการใช้อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ	4	4	0.720
มีเวลาเพียงพอที่จะให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย	3	3	0.762
เครียดกับภาระงานในปัจจุบัน และงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในทำให้เครียดมากขึ้น	3	3	0.006*

เภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง N=160; คะแนนเต็ม = 5

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถที่ปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ระดับการดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	ค่ามัธยฐานของการดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน		p-value
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
ตรวจสอบประเมินความเจ็บป่วย การใช้ยาและวางแผนการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	4	4	0.832
ซักประวัติความเจ็บป่วยและการใช้ยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานี้	4	4	0.665
ประเมินปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย	4	4	0.688
บันทึกประวัติการใช้ยาหรือความเจ็บป่วย และปัญหาจากการใช้ยาที่พบระหว่างการรักษา	4	4	0.291
ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ข้างเตียง ประเมินด้านการใช้ยา โดยตรวจเยี่ยมแยกหรือร่วมกับแพทย์	3	3	0.628
สื่อสารกับทีมสหวิชาชีพแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา	4	4	0.357
ดำเนินกิจกรรมทางคลินิกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยา เช่น DIS, DUE	4	4	0.517
วางแผนและติดตาม ให้การบริบาลผู้ป่วยตามแผน ตั้งแต่เข้ารับการรักษานจนกระทั่งจำหน่าย	4	4	0.775
ให้คำแนะนำการใช้ยาและให้ข้อมูลการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยที่ข้างเตียงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน	3	4	0.000*
มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่รับการบริบาลทางเภสัชกรรม	3	3	0.063

เภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง N=160; คะแนนเต็ม = 5

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปฏิบัติได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือมีการให้คำแนะนำการใช้ยาและให้ข้อมูลด้านการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยที่ข้างเตียงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านบริบาลทางเภสัชกรรมในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁵⁻²⁷

เมื่อวิเคราะห์ผลการผ่านมาตรฐานความปลอดภัย

ด้านยาในหัวข้อการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในพบว่าหลังการพัฒนา ร้อยละการผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพิ่มขึ้นจาก 75.3 (SD = 23.5) เป็น 77.9 (SD = 24.8) โดยหัวข้อการลดปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการลดปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ในปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่

ผ่านมา²⁸⁻²⁹ แต่ก็ยังเป็นหัวข้อที่มีผู้ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 56.9 รองลงมาคือระบบการประเมินและประกันคุณภาพของเภสัชกร (ร้อยละ 61.9) และการใช้นวัตกรรม

เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยา (ร้อยละ 63.1) ซึ่งควรได้รับการพัฒนาต่อไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ตารางที่ 4 ร้อยละของการผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	จำนวนผู้ผ่าน (ร้อยละ)		p-value
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
มีการกำหนดเกณฑ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	146 (91.3)	145 (90.6)	1.000 ^a
มีการให้บริหารตามเกณฑ์ที่กำหนด	149 (93.1)	146 (91.3)	0.581 ^a
มีการบันทึกการใช้ยาและข้อมูลเพื่อติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกัน และการให้คำแนะนำการใช้ยา	147 (91.9)	146 (91.3)	1.000 ^a
มีการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาก่อนจำหน่าย (discharge counseling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	147 (91.9)	147 (91.9)	1.000 ^a
มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการให้บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรค กลุ่มยา	117 (73.1)	121 (75.6)	0.607 ^a
เภสัชกรติดตาม ประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	145 (90.6)	147 (91.3)	0.791 ^a
เภสัชกรบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมใน pharmacist note / progress note หรือใน chart เพื่อการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	156 (97.5)	156 (97.5)	1.000 ^a
ปรับปรุงคู่มือ/แนวทางการให้บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ที่เป็นปัจจุบัน	109 (68.1)	111 (69.4)	0.880 ^a
ประเมินความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้ป่วย	104 (65.0)	116 (72.5)	0.090 ^a
มีระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรในกรณีศึกษาปัญหาทางด้านยา ทุก 3 เดือน	106 (66.3)	105 (65.6)	1.000 ^a
มีการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์ของการให้การบริหารทางเภสัชกรรม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	114 (71.3)	113 (70.6)	1.000 ^a
ไม่พบปัญหาการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ที่สามารถป้องกันได้ในปีที่ผ่านมา	71 (44.4)	91 (56.9)	0.006 ^{*a}
มีระบบการประเมินหรือประกันคุณภาพของเภสัชกรผู้ให้ข้อมูลที่ให้บริการ ที่เป็นระบบ	85 (53.1)	99 (61.9)	0.086 ^a
มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการ ส่งเสริมการใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยา	90 (56.3)	101 (63.1)	0.118 ^a
ระดับของการผ่านเกณฑ์มาตรฐานเฉลี่ย	ร้อยละ 75.3 (SD=23.5)	ร้อยละ 77.9 (SD=24.8)	0.159 ^b

เภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง N=160

^aMcNemar test

^bWilcoxon signed rank test

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา univariate regression analysis และ multivariate regression analysis

ปัจจัยที่มีผล	Code	Univariate regression			Multivariate regression analysis				
		Con-stant	B	Beta	Sig. (p=0.05)	Con-stant	B	Beta	Sig. (p=0.05)
						1.324			0.748
เพศ	gender	4.359	-0.093	-0.034	0.673		-0.070	-0.007	0.916
อายุ	age	13.950	-0.90	-0.233	0.003*		-0.172	-0.446	0.087
สถานภาพสมรส	status	4.303	-0.034	-0.019	0.817		0.144	0.047	0.600
ระดับการศึกษา	educate	4.463	-0.150	-0.122	0.126		-0.073	-0.017	0.814
สาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา	branch	3.795	0.315	0.215	0.007*		0.174	0.035	0.710
ตำแหน่งงาน	position	3.900	0.304	0.148	0.063		0.346	0.049	0.508
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	duration	4.560	-0.024	-0.224	0.005*		0.078	0.219	0.375
จำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาล	pharmacist	9.668	0.061	0.242	0.002*		0.133	0.530	0.029*
จำนวนพนักงานผู้ช่วย	assistant	4.102	0.017	0.117	0.143		-0.158	-0.327	0.194
ระดับความสามารถที่ปฏิบัติได้ในการดำเนินการบริหารงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	practice	5.061	1.536	0.450	0.000*		0.120	0.352	0.000*
คะแนนความรู้ด้านแนวคิดและหลักการในการบริหารงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	knowledge	2.073	0.232	0.221	0.005*		0.693	0.196	0.006*
ทัศนคติต่อการบริหารงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	attitude	3.135	0.033	0.158	0.047*		0.044	0.063	0.380

B = unstandardized coefficients
 Beta = standardized coefficients

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในส่งผลต่อการออกแบบระบบและการสนับสนุนให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน จากการศึกษที่ผ่านมาในหลายประเทศรวมทั้งโรงพยาบาลในประเทศไทย¹²⁻¹⁴ พบว่าผลการประเมินในส่วนของผู้เข้าร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในงานบริการเภสัชกรรม แสดงให้เห็นว่าในโรงพยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรผู้ให้การบริการทางเภสัชกรรม คือเภสัชกรกลุ่มเดียวกับเภสัชกรที่ทำงานบริการ เมื่อประเมินจากการตำแหน่งและระดับการศึกษาพบว่าเภสัชกรผู้ให้การบริการทางเภสัชกรรมสามารถให้การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในได้ไม่แตกต่างกัน แม้ว่าจะจบการศึกษาในหลักสูตร/สาขาที่ต่างกัน คือเภสัชกรหลักสูตร 5 ปี หรือหลักสูตร 6 ปี ทั้งสาขาการบริหารเภสัชกรรมหรือสาขาเภสัชกรรมอุตสาหกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผ่านการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของงานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในมากที่สุด ได้แก่ ความรู้ในการให้บริการทางเภสัชกรรม รองลงมาคือจำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ดังนั้น ควรนำผลการวิจัยนี้มาประกอบการวางแผนพัฒนาศักยภาพเภสัชกรเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) รวมทั้งการจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานด้านการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้²⁴ ในอนาคตแนวทางการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในอาจมุ่งเน้นการบริหารเฉพาะโรคและการประเมินผลลัพธ์ที่มีต่อการรักษาของผู้ป่วย หรือวัดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นรายบุคคล ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาลักษณะดังกล่าวในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง^{10,30}

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน มีผลเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการบริหารทางเภสัชกรรมให้แก่เภสัชกร ส่งเสริมทัศนคติที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน และช่วยให้เภสัชกรสามารถให้บริการด้านบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในให้สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการบริหารทางเภสัชกรรม จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการทางเภสัชกรรม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 11 ที่ได้มีการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกัน เพื่อเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อจำกัดจากความแตกต่างของพื้นที่ ลักษณะการจัดอัตรากำลังและการบริหารจัดการ และลักษณะสังกัดของโรงพยาบาล ที่อาจส่งผลต่อปัจจัยที่ส่งผลของแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งวิธีการพัฒนาระบบและระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการออกแบบโครงสร้างอัตรากำลัง รายละเอียดงาน ระบบสนับสนุน สารสนเทศ การบันทึกข้อมูล การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาวัฒนธรรมที่ช่วยสนับสนุนการบริหาร ด้านความรู้ควรมีการสำรวจและพัฒนาเภสัชกรให้มีความรู้ที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ด้านทัศนคติควรออกแบบระบบที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานและกำหนดนโยบายที่ชัดเจนโดยให้สอดคล้องกับกลุ่มโรคสำคัญ ปัญหาในพื้นที่และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้านการดำเนิน

งาน ควรวางแผนระบบ การบันทึก ติดตามผล และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง การพัฒนาระบบ

ที่มีประสิทธิภาพดังกล่าวจะช่วยให้การบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในเป็นระบบ มีมาตรฐาน และสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hos Pharm.* 1990;47(3):533-43. doi: 10.1093/ajhp/47.3.533.
2. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam G. Drug related problem: their structure and function. *DICP.* 1990;24(11):1093-7. doi: 10.1177/106002809002401114.
3. อัญชกรณ์ คำสาร, จินดาวิทย์ อิศระโชติ, สมพงศ์ คำสาร. กรอบแนวคิดการพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา งานพัฒนาระบบยาและเภสัชสนเทศ โรงพยาบาลลำพูน (2560-2562). [อินเทอร์เน็ต]. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2564 [สืบค้นเมื่อ 3 เมย. 2566] สืบค้นจาก: <http://www.rh1.go.th/web/uploads/document/64/document/25640719.pdf>
4. Kopciuch D, Paczkowska A, Zaprutko T, Ratajczak P, Nowakowska E, Kus K. A survey of pharmacists' knowledge, attitudes and barriers in pharmaceutical care concept in Poland. *BMC Med Edu.* 2021;21(1):458. doi: 10.1186/s12909-021-02891-6.
5. Mishore KM, Mekuria AN, Tola A, Ayele Y. Assessment of knowledge and attitude among pharmacists toward pharmaceutical care in Eastern Ethiopia. *Biomed Res Int.* 2020;2020:7657625. doi: 10.1155/2020/7657625.
6. Silva BB, Fegadolli C. Implementation of pharmaceutical care for older adults in the Brazilian public health system: a case study and realistic evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):37. doi: 10.1186/s12913-020-4898-z.
7. Bobbins AC, Burton S, Fogarty TL. Different models of pharmaceutical services and care in primary healthcare clinics in the Eastern Cape, South Africa: challenges and opportunities for pharmacy practice. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):e1-11. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2323.
8. Guo X, Yao D, Liu J, Huang Y, Wang Y, Yao W. The current status of pharmaceutical care provision in tertiary hospitals: results of a cross-sectional survey in China. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):518. doi: 10.1186/s12913-020-05371-7.
9. De Baetselier E, Van Rompaey B, Dijkstra NE, Sino CG, Akerman K, Batalha LM, et al. The NUPHAC-EU framework for nurses' Role in interprofessional pharmaceutical care: cross-sectional evaluation in Europe. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7862. doi: 10.3390/ijerph18157862.
10. สายชล ขำปฏี, สุภาพ เตชะมหามณีรัตน์, ใจนุช กาญจนภู, นฤมล โพธิ์ศรีทอง, ณอมพงษ์ เสถียรลัคนา, ชีรภัทร์ ฉันทพันธ์, และคณะ. ประสิทธิภาพอุปสรรค สิ่งสนับสนุน และผลลัพธ์ของการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเภสัชกรในคลินิกหอบหืดรอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต].

- 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];17(1):68-90. สืบค้นจาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5845?locale-attribute=th>
11. อองอาจ มณีใหม่, วัชรารณ ชุมพลศรี, เขมณัฏฐ์ รัตนวรวงศ์, พิชญุตม์ รัตนธัญพัทธ์, กัญญวรา ออบอูน. การประเมินสมรรถนะตนเองของเภสัชกรโรงพยาบาลประเทศไทยโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริหารเภสัชกรรม. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566]; 13(2):1-16. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/248869>
12. นิลวรรณ อยู่ภักดี, พิศาลสิทธิ์ ธนวุฒิ. การสำรวจกิจกรรมของเภสัชกรที่ปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];25 (4):723-33. สืบค้นจาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/350>
13. ศศิธร กิจไพบูลย์ทวี. การบริหารทางเภสัชกรรม บนหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];31(3):369-83. สืบค้นจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/170364>
14. ศหัสญา ฐปบุชา. การบริหารทางเภสัชกรรมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และชาย ตึกกาญจนาภิเษก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา [อินเทอร์เน็ต]. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา; 2564 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2567] สืบค้นจาก: https://www.kanpho.go.th/new/images/downloads/เล่ม_3_เนื้อหาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา.pdf
15. ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา. งานบริหารเภสัชกรรม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ; ม.ป.ป. [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 2567]. สืบค้นจาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/add_pro4_11.pdf
16. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 8/2554 เรื่องเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริหารทางเภสัชกรรม พ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สภาเภสัชกรรม; 2554 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2567]. สืบค้นจาก: https://pharmacycouncil.org/share/file/file_1633.54ประกาศสภาฯ_ที่8_2554.pdf
17. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารการสาธารณสุข. ระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 67]. สืบค้นจาก: <http://phdb-service.moph.go.th/APP/PHARMACY/index.php> [ต้องใช้รหัสผ่าน]
18. รัตนภรณ์ อาริพันธ์, อัญชลี ธาดากาศย์. แบบวัดการบริหารเภสัชกรรมและทัศนคติต่องานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลในประเทศไทย. ไทยเภสัชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];27(1-2):59-71. สืบค้นจาก: <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/TJPS/10471162.pdf>
19. มนทยา สุนันทิวัฒน์, สมหญิง พุ่มทอง, เทพนคร แสนเนียน, สุมัทนา สังขา, พชร ดวงจันทร์. การสำรวจงานบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของภาครัฐ. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];33(1):1-18. สืบค้นจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/260379>
20. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม (CPO) เขตสุขภาพที่ 11. สรุปผลดำเนินงาน CPO 11 ปี ปม. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11; 2567 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2567]. สืบค้นจาก: <https://rpho11.moph.go.th/main/สรุปผลดำเนินงาน-cpo-11-ปี-ปม-2567/>
21. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power ana-

- lysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.
22. Sun Q, Wan C, Xu Z, Huang Y, Xi X. Association of pharmaceutical care barriers and role ambiguity and role conflict of clinical pharmacists. *Front Pharmacol*. 2023;14:1103255. doi: 10.3389/fphar.2023.1103255.
 23. กนกวรรณ พรหมพันใจ, รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, ชานนท์ งามถิ่น. การพัฒนาระบบการคัดกรองวิเคราะห์ใบสั่งยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]*. 2559 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];25(3):446-55. สืบค้นจาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/274>
 24. ภัณฑิรา ปริณูรักษ์, นันทวรรณ กิติกรณารณ. สมรรถนะทางวิชาชีพสำหรับเภสัชกรของประเทศไทยและนานาชาติและการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทย. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. [อินเทอร์เน็ต]*. 2562 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];15(3):1-13. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/127172>
 25. ณัฐกรณ์ ทรงสิริสุข, นิลวรรณ อยู่ภักดี. การสำรวจกิจกรรมการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของเภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]*. 2560 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];9(2):307-20. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/170866>
 26. วิไลลักษณ์ ตันตะโยธิน, วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, กุลวดี ศรีพานิชกุลชัย, นุศราพร เกษสมบุญ, มุกดาวรรณ ประกอบไวยกิจ, และคณะ. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]*. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];17(1):91-107. สืบค้นจาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5858?locale-attribute=th>
 27. บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]*. 2564 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2566];18(3):167-78. สืบค้นจาก: <https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/10535>
 28. Sallom H, Abdi A, Halboup AH, Başgut B. Evaluation of pharmaceutical care services in the Middle East Countries: a review of studies of 2013–2020. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1364. doi.org/10.1186/s12889-023-16199-1.
 29. Shrestha R, Palaian S, Sapkota B, Shrestha S, Khatiwada AP, Shankar PR. A nationwide exploratory survey assessing perception, practice, and barriers toward pharmaceutical care provision among hospital pharmacists in Nepal. *Sci Rep*. 2022;12(1):16590. doi: 10.1038/s41598-022-16653-x.
 30. นิตยารวรรณ กุลณารวรรณ, ฉิน ประพงค์เสนา, นิตย-ธิดา ภัทรธีรกุล, อีรวุฒิ พงษ์เศรษฐไพศาล. การพัฒนาระบบการปฏิบัติงานและประเมินผลผลลัพธ์การบริหารทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบ่อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2558 [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 2567]. สืบค้นจาก: <https://has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/1098>