

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาระบบการกระจายยาในโรงพยาบาลปัตตานี แสดงดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างระบบเดิม ระบบยูนิตโดส และระบบใหม่

ปัจจัยที่ศึกษา	ผลการศึกษา
เวลาที่พยาบาลใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยา	ระบบยูนิตโดสลดเวลาต่อหนึ่งหน่วยขนาดใช้ยาในระบบเดิมและระบบใหม่ร้อยละ 42 โดยระบบเดิมและระบบใหม่พยาบาลใช้เวลาไม่แตกต่างกัน
เวลาที่ฝ่ายเภสัชกรรมใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยา	ระบบยูนิตโดสและระบบใหม่ลดเวลาต่อใบสั่งยาหนึ่งใบในระบบเดิมร้อยละ 37 และ 56 ตามลำดับ โดยระบบใหม่ฝ่ายเภสัชกรรมใช้เวลาไม่ต่างกับระบบยูนิตโดส
ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	ระบบยูนิตโดสลดความคลาดเคลื่อนจากระบบเดิมและระบบใหม่ร้อยละ 87 โดยระบบเดิมและระบบใหม่พบความคลาดเคลื่อนไม่แตกต่างกัน
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานการกระจายยา	ต้นทุนของระบบยูนิตโดสสูงกว่าระบบเดิมและระบบใหม่คิดเป็น 34.28 และ 32.66 บาทต่อผู้ป่วย 1 คนตามลำดับ และระบบใหม่มีต้นทุนต่ำกว่าระบบเดิมคิดเป็น 3.11 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน
ปริมาณและมูลค่ายาสำรองบนหออผู้ป่วย	มูลค่ายาสำรองของระบบยูนิตโดสต่ำกว่าระบบเดิมและระบบใหม่คิดเป็น 24683 และ 19879 บาท และระบบใหม่มียาสำรองบนหออผู้ป่วยคิดเป็นมูลค่าต่ำกว่าระบบเดิม 299 บาท ในระยะเวลา 4 เดือน

ปัจจัยที่ศึกษา	ผลการศึกษา
ทัศนคติต่อการกระจายยา รูปแบบต่าง ๆ ในคำถาม 16 ประเด็น	พยาบาลเห็นข้อดีของระบบยูนิตได้สมากกว่าระบบอื่น 11 ประเด็น และเห็นด้วยกับระบบใหม่ 5 ประเด็น เภสัชกรเห็นข้อดีของระบบยูนิตได้สมากกว่าระบบอื่น 9 ประเด็น เห็นด้วยกับระบบใหม่ 4 ประเด็น และเห็นด้วยกับระบบเดิม 3 ประเด็น เจ้าหน้าที่เห็นข้อดีของระบบใหม่มากกว่าระบบเดิม 9 ประเด็น เห็นด้วยกับระบบเดิม 5 ประเด็น และความเห็นไม่ต่างกัน 2 ประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า การกระจายยาสำหรับผู้ป่วยในตามแนวคิดของระบบยูนิตได้สมามีข้อดีเหนือกว่าระบบการกระจายยาแบบใบสั่งยารายบุคคลประกอบกับการสำรองยานนหอผู้ป่วย (ระบบเดิมและระบบใหม่) อยู่หลายประการ โดยเฉพาะการลดความผิดพลาดจากการใช้ยาในขั้นตอนของการบริหารยาให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วยลงร้อยละ 87 เป็นการสร้างระบบการตรวจสอบซ้ำ โดยเภสัชกรอ่านและจ่ายยาจากคำสั่งแพทย์โดยตรง และพยาบาลตรวจสอบยาที่จัดมาก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วย จึงช่วยลดความคลาดเคลื่อน และเป็นระบบที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรให้ไปทำตามสายวิชาชีพจากการลดภาระเกี่ยวกับยาของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีเวลาเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โดยลดภาระการจัดยาของพยาบาลลงร้อยละ 51 และ 60 ในระบบเดิม และระบบใหม่ตามลำดับ และลดงานเอกสารในระบบเดิมลง 67.56 นาทีต่อวัน คิดเป็นเวลาทีลดลงร้อยละ 36 ระบบยูนิตได้สมเป็นระบบควบคุมยาที่รัดกุมขึ้น ลดปริมาณและมูลค่ายาสำรองบนหอผู้ป่วยได้ประมาณ 20,000 – 25,000 บาทภายในระยะเวลา 4 เดือน แต่ระบบดังกล่าวยังคงมีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการจัดตั้งระบบยูนิตได้สม ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากร เนื่องจากต้องอาศัยทักษะในการอ่านคำสั่งแพทย์ และการใช้คอมพิวเตอร์เป็นอย่างดี นอกจากนี้การแบ่งบรรจุยา ยังต้องใช้อุปกรณ์หลายอย่างเพิ่มขึ้น ต้องคำนึงถึงเรื่องราคาและการบำรุงรักษาอุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องจัดหาเพื่อกระจายยาระบบยูนิตได้สมเพิ่มขึ้นจากระบบเดิมและระบบใหม่สูงถึง 34.28 และ 32.66 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน ปัญหาการบรรจุยาเป็นหน่วยเดียวตามขนาดที่สั่งให้ผู้ป่วยแต่ละครั้ง (unit dose packaging) และปัญหาเรื่องการพิสูจน์เอกลักษณ์ยาของพยาบาล

การศึกษานี้ไม่พบข้อดีของระบบเดิม ทั้งการเกี่ยวกับยาของฝ่ายพยาบาลและเภสัชกร และความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา นอกจากค่าใช้จ่ายโดยรวมที่มีมูลค่าน้อยกว่าระบบอื่น ๆ เนื่องจากไม่ต้องจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ใด ๆ เพิ่มเติม อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะต้นทุนของฝ่ายพยาบาล จะพบว่ามูลค่างวดระบบยูนิตโดสและระบบใหม่ เพราะภาระงานของพยาบาลที่เกี่ยวกับยาในระบบเดิมมีมากกว่าระบบอื่น ๆ

แต่จากการสอบถามความคิดเห็นของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานการกระจายยาผู้ป่วยใน เห็นด้วยน้อยที่จะดำเนินงานระบบยูนิตโดสในโรงพยาบาล แม้ว่าข้อดีที่เห็นได้ชัดจากการใช้ระบบนี้ในโรงพยาบาล คือการลดภาระงานของพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยา การลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา และปริมาณการสำรวจยานหอผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องใช้จำนวนบุคคลกรในฝ่ายเภสัชกรรมมากขึ้น แม้ว่าจะมีเครื่องนับเม็ดยาอัตโนมัติช่วยในการจัดยา แต่มีปัญหาเครื่องขัดข้อง จากบันทึกการขออนุมัติซ่อมแซม พบว่าซ่อมไปแล้ว 3 ครั้ง ทำให้ต้องหยุดดำเนินงานในบางช่วง

ในขณะที่เภสัชกรเห็นด้วยในการขยายงานระบบใหม่ที่ปรับรูปแบบจากระบบเดิม ทำให้เภสัชกรเห็นคำสั่งแพทย์โดยตรงจากสำเนาที่ส่งมาห้องยา จึงลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์ที่พบในระบบเดิม และเป็นกระบวนการสำคัญที่จะสร้างระบบการตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ถูกส่งขึ้นมาหอผู้ป่วย โดยพยาบาลที่รับผิดชอบในการบริหารยาจะช่วยตรวจสอบว่ายาที่ห้องยาจัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายตรงกับที่แพทย์สั่งหรือไม่ จึงเป็นการประกันความถูกต้องในการจ่ายยา นอกจากนี้การทำแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรสามารถควบคุมกำกับการใช้ยาและเฝ้าระวังติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ ในระบบใหม่นี้ห้องยาจะจ่ายยารับประทานครั้งละ 3 - 5 วัน และยาฉีดครั้งละ 1 วัน แม้ว่าการจ่ายยาแบบนี้จะเป็นการลดภาระการจัดยาของฝ่ายเภสัชกรรม แต่ปัญหาที่ตามมาเมื่อแพทย์เปลี่ยนคำสั่งคือ จะมียาเหลือค้างบนหอผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะเมื่อไม่มีระบบการคืนยาที่ดี เพิ่มภาระในการเก็บยาคืน และการมียาค้างบนหอผู้ป่วย จะมีปัญหาเรื่องยาเสื่อมสภาพไม่ต่างไปจากระบบเดิม

การเลือกใช้ระบบการกระจายยาแบบใดนั้น จะต้องคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากรด้วย แม้ว่าการนำคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการคิดราคาและพิมพ์ฉลากยาในระบบใหม่ ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้สะดวกและรวดเร็วขึ้นกว่าระบบเดิม แต่ในช่วงแรกต้องมีการฝึกอบรมการใช้งานคอมพิวเตอร์ให้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งต้องอาศัยเวลา และความพยายามในการเรียนรู้มาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ไม่คุ้นเคยกับคอมพิวเตอร์มาก่อน นอกจากนี้การอ่านคำสั่ง

ใช้ยาจากสำเนาคำสั่งแพทย์มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้สูง เนื่องจากความไม่ชัดเจนของสำเนา และปัญหาจากการเขียนคำสั่งแพทย์เพิ่มเติมในส่วนที่สำเนาถูกดึงออกไปแล้ว

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระบบยูนิตได้สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาให้ผู้ป่วย และลดภาระเรื่องยาของพยาบาล รวมถึงลดปริมาณและมูลค่ายาสำรองบนหอผู้ป่วยเมื่อเทียบกับระบบเดิมและระบบใหม่ แต่ระบบยูนิตได้มีต้นทุนในการดำเนินงานสูง ในขณะที่ระบบใหม่สามารถแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์จากระบบเดิมได้ แต่ไม่ลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาให้ผู้ป่วยแต่อย่างใด โดยระบบใหม่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากระบบเดิมเพียงเล็กน้อย

แม้ว่าผลการศึกษาพบว่าไม่มีระบบการกระจายยาแบบใดที่สมบูรณ์แบบ และสามารถแก้ปัญหาได้ทุกจุด แต่เป้าหมายสำคัญในการพัฒนาระบบการกระจายยา คือ การลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการกระจายยา สามารถควบคุมการเก็บรักษา จ่ายยาและเตรียมยาได้อย่างมีคุณภาพ ตลอดจนลดการสูญเปล่าของยา เกิดการประหยัดในกระบวนการทั้งหมด ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ระบบยูนิตได้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา ในขณะที่ประเด็นอื่น ๆ ระบบยูนิตได้ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้เพราะระบบยูนิตได้ของโรงพยาบาลปัตตานี เป็นระบบยูนิตได้ที่ไม่สมบูรณ์แบบ ไม่ได้บรรจุเป็นหนึ่งหน่วยขนาดใช้ (single unit) และมีเพียงรูปแบบยาเม็ดที่จ่ายในรูปยูนิตได้ ดังนั้นการนำระบบยูนิตได้สมาใช้ควรเป็นระบบยูนิตได้ที่สมบูรณ์แบบ จึงจะลดปัญหาต่าง ๆ ในกระบวนการกระจายยาได้ สำหรับระบบการกระจายยาแบบใหม่ที่ปรับรูปแบบจากระบบเดิม ซึ่งเป็นระบบที่บุคลากรส่วนใหญ่สนับสนุนให้ขยายงานในโรงพยาบาลปัตตานี อย่างไรก็ตามระบบใหม่ยังคงมีจุดอ่อนที่ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในระบบเดิมได้ คือ ปริมาณการสำรองยาบนหอผู้ป่วยที่ยังคงมีมูลค่าสูง และอัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาไม่แตกต่างจากระบบเดิม ดังนั้นการนำระบบใหม่มาใช้ จึงควรกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้การใช้ระบบใหม่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งแบ่งตามผู้ที่เกี่ยวข้องได้ 2 ระดับดังนี้คือ

1. ระดับผู้บริหาร

1.1 ผู้บริหารควรกำหนดข้อปฏิบัติและนโยบายที่ชัดเจนของโรงพยาบาลในการควบคุมยาสำรองบนหอผู้ป่วย โดยให้มียาสำรองบนหอผู้ป่วยน้อยชนิดที่สุดเท่าที่จำเป็น และการกำหนดรายการยาที่ควรสำรองนั้น ควรผ่านการเห็นชอบร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เช่น รายการยาที่ใช้ช่วยชีวิต ยาจำเป็นต้องใช้เร่งด่วน ยาใช้บ่อย ยาจ่ายตามอาการ

นอกจากนี้การกำหนดให้มีการตรวจยาสำรองบนหอผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อดยาใกล้หมดอายุ ยาหมดอายุ รวมถึงตรวจสอบคุณภาพของสถานที่ที่ใช้เก็บรักษา ยา จะช่วยควบคุมยาได้ดีขึ้น

1.2 การเปิดให้บริการของฝ่ายเภสัชกรรมตลอด 24 ชั่วโมง จะทำให้หอผู้ป่วยไม่ต้องสำรองยาไว้มากเกินไป เนื่องจากสามารถเบิกยาจากห้องยาได้ตลอดเวลา แต่กรณีที่ไม่สามารถทำได้ ควรจัดระบบให้มีเภสัชกรที่พร้อมจะให้คำแนะนำปรึกษาได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหา

1.3 การจัดซื้อจัดหาของทีมงานเภสัชกรรม ถ้าสามารถเลือกให้ยาต่างชนิดกันมีสีและรูปร่างที่ต่างกันอย่างชัดเจน หรือใช้อ่านาจชื่อ ในการต่อรอกับบริษัทเพื่อเปลี่ยนฉลากยา หรือรูปแบบยาหรือการบรรจุ จะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนการจ่ายยาหรือการบริหารยาให้ผู้ป่วย

1.4 การจัดให้มีระบบหรือคณะกรรมการในการติดตามและประเมินความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการประกันคุณภาพงานบริการ

1.5 การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการกระจายยา ช่วยทำให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ควรวางแผนการปฏิบัติงานในกรณีที่เกิดเหตุขัดข้อง ไม่สามารถใช้งานคอมพิวเตอร์ได้

2. ระดับผู้ปฏิบัติ

2.1 ยาทุกอย่างที่จะบริหารให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจสอบและจ่ายมาจากห้องยาเท่านั้น และยาทุกอย่างจะต้องผ่านการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่ 2 คน (ระบบตรวจสอบซ้ำ) ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายยาจากห้องยา หรือการจัดและให้ยาบนหอผู้ป่วย ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

2.2 ลดปริมาณการจ่ายยาให้เหลือน้อยวันที่สุด เพราะพบปัญหายาเหลือใช้สูง ทำให้เพิ่มภาระของเจ้าหน้าที่ในการจัดการกับยาคืน

2.3 การรับคำสั่งแพทย์ไม่ควรมีการคัดลอก เนื่องจากผลการศึกษายังพบความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งแพทย์สูงในทุกระบบ อาจใช้ระบบ On-line ที่แพทย์สามารถส่งคำสั่งแพทย์โดยตรงมาห้องจ่ายยา และโปรแกรมที่ใช้ควรให้สามารถจัดทำ Drug profile ของผู้ป่วยได้

2.4 ระบบการกระจายยาแบบใหม่ มีปัญหาในการดำเนินงานค่อนข้างมาก เช่น สำเนาคำสั่งแพทย์มาถึงห้องจ่ายยาช้า โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 มาหลังจากเวลา 11.00 น. ทำให้เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ห้องยาในช่วงบ่ายมาก และส่งผลให้การส่งยาช้าด้วย หากไม่มียา

สำรองบนหอผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาในมือนั้นได้ จึงควรกำหนดช่วงเวลาชัดเจนของการรับคำสั่งแพทย์และส่งมอบยาให้หอผู้ป่วย

2.5 ควรติดตามประเมินผลการกระจายยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะความพึงพอใจทั้งของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย หรือญาติที่มาใช้บริการ

ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบการกระจายยา จำเป็นอย่างยิ่งที่ฝ่ายเภสัชกรรมจะต้องประสานงานและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้การกระจายยาประสบความสำเร็จและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อมูลการวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีสำหรับประชากรทั้งหมด จึงควรจะมีการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยเด็ก

2. การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง อาจมีความแตกต่างระหว่างหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ทำได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ระบบละ 2 สัปดาห์ เนื่องจากโรงพยาบาลจะทำการเปลี่ยนระบบการกระจายยาภายใน 1 เดือนนับจากวันที่เริ่มเก็บข้อมูล และช่วงเวลาที่ศึกษาทำได้เฉพาะเวลาราชการ ทำให้ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ต้องการศึกษาในช่วงเวลาหลัง 16.30 น. ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรจะมีกลุ่มควบคุมและทำการศึกษาในหลาย ๆ ช่วงเวลา เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนที่ดี และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้นานขึ้น เพราะในการวิเคราะห์ผล ค่าของข้อมูลที่นำมาคำนวณมีตั้งแต่ร้อยละ 0 ถึง 100 ซึ่งหากศึกษาในระยะเวลาสั้นเกินไป จะทำให้ผลการวิเคราะห์คลาดเคลื่อนจากที่ความจริงมาก

3. การที่ผู้ถูกสังเกตมีบุคคลอื่นมาคอยดูการปฏิบัติงาน แม้ว่าจะปิดบังวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลแล้วก็ตาม และผู้เก็บข้อมูลพยายามไม่รบกวนการทำงานของผู้ถูกสังเกต แต่ก็อาจทำให้ผู้ถูกสังเกตมีความระมัดระวังในการทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลต่าง ๆ คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

4. ความเข้าใจและการเห็นความสำคัญของ medication errors ของพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการรายงานและบันทึกอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อน ดังนั้นก่อนทำการศึกษาคว้แจงให้แพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เห็นถึงความ

สำคัญของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงความสำคัญของการรายงาน เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาศึกษาหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันหรือแก้ไขร่วมกัน

5. การจับเวลาการทำกิจกรรมของพยาบาลในการศึกษานี้ใช้นาฬิกาจับเวลาเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยา ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า การลดภาระเรื่องยาจะมีผลเพิ่มเวลาของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้จริงหรือไม่ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้ work sampling technique

6. การใช้เครื่องนับเม็ดยาอัตโนมัติในระบบยูนิตโดส และการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการคิดราคา ยา พิมพ์ฉลากยา และประมวลผลอื่น ๆ ทำให้ข้อมูลจากการศึกษาเรื่องเวลาที่ฝ่ายเภสัชกรรมใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยา ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ได้โดยตรง เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้ไม่ได้ระบุลักษณะการทำงานของฝ่ายเภสัชกรรมที่ชัดเจน ดังนั้นการนำผลการศึกษากลับไปใช้ จึงควรพิจารณาลักษณะการทำงานของฝ่ายเภสัชกรรมด้วย

7. คำถามในการวัดทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่ลึกมาก ทำให้ทัศนคติบางอย่างไม่ถูกเปิดเผย ดังนั้นการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรจะมีการสัมภาษณ์ในเชิงลึกควบคู่ไปกับการตอบแบบสอบถามด้วย