

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน
Pharmaceutical care in patients with diabetes mellitus

ภ.ญ.ศศิธร ศิริวรราชัย

Ab00251149

14 ส.ค. 2561

378506

เริ่มบริการ

10 พ.ค. 2562

โดยทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปี 2545

ประกาศคุณูปการ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปี 2545 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์พิศิษฐ์ พริยาพรณ ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพในขณะนั้น , คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติทุนของมหาวิทยาลัยบูรพา และนายแพทย์ธวัชมันต์ สิงคาลวณิช ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพคนปัจจุบันไว้ ณ โอกาสนี้

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ภญ.จงจิตร อริยประยูร , ภญ.อังคณา มอญเจริญ และ ภญ.ยุวดี เจนศิลานุกูล ที่ได้กรุณาตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหาของแบบเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

คุณความดีและประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากรายงานการวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแต่บิดา มารดา ผู้มีพระคุณยิ่ง

ศศิธร ศิริวรราชัย

ชื่อเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศศิธร ศิริวราศัย

สนับสนุนงบประมาณ ทุนอุดหนุนเงินรายได้มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2545

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบ และแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข ป้องกัน หรือติดตามเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การศึกษานี้เริ่มดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 ตุลาคม 2545 ที่ฝ่ายเภสัชกรรม ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ป่วยเบาหวาน 40 คนที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.0 เพศชายร้อยละ 35.0 ผู้ป่วยร้อยละ 80.0 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60.0 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคอื่นร่วมด้วย โดยผลการศึกษากายหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม และติดตามประเมินผล 2 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ 1 และ 2 (กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 180 mg%) มีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 mg% มีจำนวนลดลง สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบก่อนการให้บริหารทางเภสัชกรรม มี 48 ปัญหา (76.2%) , หลังการติดตามประเมินผลครั้งที่ 1 ลดลงเป็น 12 ปัญหา (19.0%) และ 3 ปัญหา (4.8%) ในการติดตามประเมินผลครั้งที่ 2 โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (49.2%) รองลงมา คือ ปัญหาการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม (23.8%) และปัญหาการไม่ได้รับยา หรือได้รับยาไม่ครบจำนวน (15.9%)

โดยสรุปการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบที่กำหนด มีส่วนช่วยให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้รูปแบบที่ได้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในโรคระบบอื่นๆ ต่อไป

Title Research PHARMACEUTICAL CARE IN PATIENTS WITH DIABETES
MELLITUS

Researcher SASITORN SIRIWARASAI

Office PHARMACY DEPARTMENT , HEALTH SCIENCE CENTER ,
BURAPHA UNIVERSITY

Abstract

The objective of this research was to implement and evaluate pharmaceutical care models in patients with diabetes mellitus , and identification , resolution or prevention of drug related problems (DRPs). The study was conducted during 1 July 2002 to 30 October 2002 , at pharmacy department , Health Science Center , Burapha University.

From 40 targeted patients receive pharmaceutical care , 65.0% were female and 35.0% were male. Eighty percents of the cases were 55 years and older , 60.0% of diabetes patients is associated with other disease. Results showed that after follow up , the number of patients in group 1 , 2 ($FBS \leq 180$ mg%) were increased and group 3 ($FBS > 180$ mg%) were decreased. The DRPs found at the first visit was 48 problems (76.2%) and reduced to 12 problems (19.0%) , 3 problems (4.8%) at the first and second follow up. The most commonly found DRPs were taking too little dose (49.2%) , taking medication at the wrong time (23.8%) and failure to receive medication (15.9%).

In conclusion, the setted model of pharmaceutical care for diabetes patient may be helpful in positive patient's outcomes and reducing DRPs. This model could be used in the other disease patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๘
สารบัญ	๙
บทที่	
1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	9
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	9
ขั้นตอนการดำเนินการ	9
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	10
4 ผลการวิจัย	12
5 อภิปรายผล สรุปและข้อเสนอแนะ	
อภิปรายผล	16
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	17
บรรณานุกรม	19
ประวัติย่อของผู้วิจัย	21

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและส่งผลต่อทางกรรมพันธุ์ดังนั้นผู้ป่วยโรคนี้จึงเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมาก เพราะนอกจากจะรักษาไม่หายขาดแล้วยังมีโรคแทรกซ้อนตามมามากมาย องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานถึง 300 ล้านคน เพิ่มจากจำนวนผู้ป่วย 140 ล้านคนในปี ค.ศ.1998 (WHO The World Health Report 1998) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานประมาณ 2.5-7% (กิติ สันบุญ, 2543 , หน้า 21-25) จากการสำรวจสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงและมีอัตราการตายสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ.2538 พบอัตราการตายประมาณ 10 คนต่อวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) และจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2543)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีเมตาบอลิซึมผิดปกติทั้งคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน (สาริต วรรณแสง, 2533) ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และก่อให้เกิดภาวะผิดปกติของทั้งเส้นเลือดขนาดใหญ่ เช่น เส้นเลือดของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ และก่อให้เกิดความผิดปกติของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงไต ตา และระบบประสาท ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงดังกล่าวด้วย (Koda-Kimble and Carlisle, 1995 , pp. 48-62) ซึ่งจากรายงานวิชาการของคณะทำงานแห่งชาติ เรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าอัตราการชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (กรมการแพทย์, 2531) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและครบวงจร จากบุคลากรสาธารณสุขต่างๆ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ ลดอุบัติการณ์หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเรื้อรังได้

ในการรักษาโรคเบาหวานผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักเกิดปัญหาเนื่องจากการใช้ยา (Drug Related Problems :DRP) เช่น ปัญหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งพบร้อยละ 17-75 และมากกว่าร้อยละ 50 ของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางคลินิก และมากกว่าร้อยละ 20 อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์, 2532) ,

(พวงพยอม การภิญโญ, 2526) , (ยูรี ชื่นสมจิตต์, 2538) นอกจากนี้ยังพบปัญหาเนื่องจากการใช้ยาประเภทอื่นๆ อีก เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยา การใช้ยาไม่ตรงข้อบ่งใช้ เป็นต้น และจากข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ประมาณร้อยละ 62 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยพบว่าประมาณร้อยละ 83 ของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดปัญหาเนื่องจากการใช้ยาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้นอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของตัวผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติอีกด้วย ดังนั้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นเภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องชาญในเรื่องการใช้ยา จึงได้มีความพยายามหาแนวทางที่จะช่วยแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางหนึ่งที่ได้เริ่มมีการนำมาใช้ในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยคือ การบริหารทางเภสัชกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นพันธกิจของเภสัชกรในการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบโดยตรงในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามต้องการ อันจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แนวคิดดังกล่าวนำเสนอโดย Helper และ Strand (1990, pp. 533-543) และสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยได้ประกาศใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม (American Society of Hospitals Pharmacists, 1993 , pp. 1720-1723) ทั้งนี้จากรายงานของ Lobas และคณะพบว่า เมื่อเภสัชกรได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบต่อผลการรักษาโดยตรง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงและทำให้คุณภาพการรักษาเพิ่มขึ้น (Lobas, Penny and Abramwitz, 1992 , pp. 1681-1688) แนวคิดนี้ได้แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยได้มีการประกาศเป็นเจตนารมณ์ “ทศวรรษแห่งการพัฒนางานวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชกรรมโรงพยาบาล” ในการประชุมสมัชชาเภสัชกรรมไทยครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ.2536 (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2536 , หน้า 34) แต่อย่างไรก็ตามจากการสรุปสถานการณ์พัฒนางานเภสัชกรรมคลินิกของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ.2537 พบว่าร้อยละ 69.41 มีการดำเนินงานเฉพาะการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย (กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2538) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นบางขั้นตอนของการบริหารทางเภสัชกรรมเท่านั้น ยังไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดที่มีการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมได้สมบูรณ์ตามแนวคิดข้างต้น จนกระทั่งในปีต่อๆ มาจึงได้มีหลายโรงพยาบาลได้เริ่มทำการศึกษากิจการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างจริงจังมากขึ้น เช่น การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (บุญราศรี คล้าชื่น และคณะ, 2540 , หน้า 14-24) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาล

สวรรค์ประชากรัษ (วนิดา นิมิตรพรชัย และจันท์ณี ฉัตรวิริยวงค์, 2542 , หน้า 1-10) การบริหารเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (รัฐภาพร วิสัย และคณะ, 2543 , หน้า 126-132) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถช่วยลดและแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ และได้รับการยอมรับจากแพทย์

แต่อย่างไรก็ตามจากในสภาพการปฏิบัติงานจริงในกระบวนการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย พบว่าด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมากและอัตรากำลังของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนจำกัด ทำให้เภสัชกรมีเวลาเฉลี่ยประมาณ 2 นาที ในการอธิบายและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยหนึ่งคน ซึ่งทำให้เภสัชกรไม่สามารถสืบค้นปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและให้การดูแลการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะหารูปแบบและแนวทางในการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสม สามารถดำเนินการได้จริงในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่ในสถานพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยทั้งในด้านผลการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยา อีกทั้งใช้เป็นแนวทางในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรกระบบอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข ป้องกัน หรือติดตามเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวกับยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. รูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน
2. ทราบถึงปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข ป้องกัน หรือติดตามเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวกับยา
3. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในด้านการใช้ยามากขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อผู้ป่วยต้องบริหารยาด้วยตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาและมีความปลอดภัยในการใช้ยา
4. ช่วยลดการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัญหาเนื่องจากการใช้ยา
2. แนวคิดและความหมายของงานบริหารทางเภสัชกรรม
3. กระบวนการของการบริหารทางเภสัชกรรม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาเนื่องจากการใช้ยา

ปัญหาเนื่องจากการใช้ยา (Drug Related Problems หรือ DRP) คือเหตุการณ์อันไม่พึงปรารถนาใดๆ ที่เกิดขึ้นหรือเกี่ยวเนื่องจากการใช้ยาในการรักษาและมีผลรบกวน หรือทำให้เกิดการเสี่ยงที่จะเกิดการรบกวนผลที่คาดว่าจะได้รับในกระบวนการรักษาด้วยยา เหตุการณ์ที่จะถือเป็นปัญหาที่เนื่องมาจากยาจะต้องมีองค์ประกอบสองประการ คือ (1) ผู้ป่วยเกิดภาวะ หรือโรค หรืออาการไม่พึงประสงค์ขึ้น และ (2) ภาวะ หรือโรค หรืออาการไม่พึงประสงค์นั้นเกิดเนื่องมาจากการใช้ยา หรือมีเหตุอันชวนให้สงสัยว่าเกิดเนื่องจากการใช้ยา เหตุการณ์ใดที่ครบสององค์ประกอบนี้จึงจะถือว่าเป็น DRP ยังรวมความไปถึงกรณีที่ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพื่อผลการรักษาแต่กลับไม่ได้รับยาจนเกิดโรคหรือภาวะที่เป็นปัญหาอีกด้วย ปัญหาเนื่องมาจากยานี้อาจเกิดโดย แพทย์ หรือเภสัชกร หรือพยาบาล หรือผู้ป่วยเองก็ได้ และอาจเกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาใดก็ได้ในระหว่างที่มีการใช้ยา

ปัญหาที่เนื่องจากการใช้ยามีมากมายหลายลักษณะซึ่งหากจะจัดเข้าเป็นหมวดหมู่แล้ว จะจัดเป็นปัญหาเนื่องจากการใช้ยา ในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated indication)
2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
3. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำเกินไป (Too little of the correct drug)
4. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป (Too much of the correct drug)
5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to receive prescribed drug)
 - 5.1 ไม่ได้รับยา หรือได้รับยาไม่ครบจำนวน
 - 5.2 ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Medication non-compliance)
 - 5.2.1 การใช้ยามากกว่าที่กำหนด
 - 5.2.2 การใช้นยาน้อยกว่าที่กำหนด

- 5.2.3 การให้ยาในเวลาไม่เหมาะสม
 - 5.2.4 การให้ยาผิดวิธีทาง หรือผิดเทคนิควิธีบริหารยา
 - 5.2.5 การให้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง
 - 5.2.6 การให้ยาเสื่อมคุณภาพ หรือหมดอายุ
 - 5.2.7 การให้ยาผิดวัตถุประสงค์
6. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา (Adverse drug reaction)
 7. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
 8. การให้ยาไม่ตรงข้อบ่งใช้ หรือยังไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งใช้นั้น (Invalid indication)
 9. ปัญหาในลักษณะอื่นๆ (Miscellaneous)

แนวคิดและความหมายของงานบริหารเภสัชกรรม

การบริหารเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เริ่มมีการใช้กันมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1967 โดย Brodie (pp. 63-65) ซึ่งเขากล่าวว่า “บริหารเภสัชกรรมเป็นการบริการแก่ผู้ป่วยรายบุคคลในเรื่องยาที่ผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับโดยบริการที่ให้นี้ไม่ใช่จบเพียงแต่การจ่ายยาแก่ผู้ป่วย แต่จะต้องให้บริการอื่นๆที่จำเป็นร่วมไปกับการให้ยา (ทั้งก่อนหน้า ระหว่างและหลังการให้ยา) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบริการที่ให้ไปจะมีประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย” แต่แนวคิดในเรื่องบริหารเภสัชกรรมยังไม่ได้รับการตอบสนองมากนักจนกระทั่ง Hepler & Strand (1992) ได้ให้ความหมายของคำว่า “บริหารเภสัชกรรมว่าเป็นเวชปฏิบัติของเภสัชกรที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก บริหารเภสัชกรรมเป็นเรื่องของการให้การรักษาด้วยยา (provision of drug therapy) ที่ตั้งเป้าหมายให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (patient health and quality of life) โดยการให้บริการนี้จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน (attitude) พฤติกรรมในการปฏิบัติงาน (behaviour) การอุทิศตนเพื่องาน (commitments) การคำนึงถึงผู้ป่วย (concerns) จริยธรรมในการปฏิบัติงาน (ethics) หน้าที่ในการปฏิบัติงาน (functions) ความรู้ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงาน (knowledge) ความรับผิดชอบในงาน (responsibilities) และทักษะในการปฏิบัติงาน (skills) ของเภสัชกรด้วย” ผลจากการรักษาด้วยยาที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอาจเกิดโดย (1) หลีกเลี่ยงโรคที่เป็นอยู่ (2) ลดหรือกำจัดการทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรค (3) หยุดยั้งหรือชะลอความรุนแรงของโรค และ (4) ป้องกันโรคหรืออาการของโรค

บริหารเภสัชกรรมจะมีความหมายที่รวมความไปถึงกระบวนการที่เภสัชกรร่วมประสานกับแพทย์และบุคลากรอื่นๆ รวมทั้งการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการกำหนดและวางแผนการ

รักษาผู้ป่วย ดำเนินการรักษาตามแผน และตรวจติดตามผลการรักษาด้วยยา หรือกล่าวให้ชัดเจนขึ้นก็คือผู้ให้บริการเภสัชกรรมมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. ระบุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา (identify drug therapy objectives)
2. กำหนดแผนการรักษาด้วยยาที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (design a therapeutic plan to meet the objectives)
3. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (implement the plan)
4. ติดตามดูความคืบหน้าของการรักษาด้วยยา (monitor its progress)

การบริหารเภสัชกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญขององค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการบริการสุขภาพ และต้องผสมผสานกลมกลืนกับการบริการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น medical care หรือนursing care การให้บริการเภสัชกรรมอาจจะเป็นการให้บริการ ณ สถานที่ใดก็ได้โดยไม่ถูกจำกัดว่าจะต้องอยู่บนเตียงผู้ป่วยเท่านั้น

กระบวนการของการบริหารเภสัชกรรม

เพื่อให้การบริหารเภสัชกรรมเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย การบริการจะต้องครบถ้วน สมบูรณ์และเป็นขั้นตอน โดย Strand และคณะ (1992) ได้เสนอขั้นตอนของการดำเนินการไว้ 9 ขั้นตอน คือ

- ขั้นที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย
- ขั้นที่ 2 รวบรวมสังเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ขั้นที่ 3 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่เนื่องจากยา
- ขั้นที่ 4 ระบุผลของเภสัชบำบัดที่ต้องการต่อปัญหาที่เนื่องจากยาแต่ละปัญหา
- ขั้นที่ 5 พิจารณาหาทางเลือกอื่นๆ ของเภสัชบำบัดที่อาจมี
- ขั้นที่ 6 เลือกทางเลือกของเภสัชบำบัดที่ดีที่สุดแล้วปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคล
- ขั้นที่ 7 พิจารณาว่าจะติดตามผลการรักษาอย่างไร
- ขั้นที่ 8 ดำเนินการติดตามผลการรักษาและปรับแผนการให้ยาตามความเหมาะสม
- ขั้นที่ 9 ติดตามความสำเร็จในผู้ป่วยรายนั้น และปรับไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์ (2532) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานของ

โรงพยาบาลผลิตสินโดยเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาด้วยข้อเขียนเพียงอย่างเดียวกับการให้คำปรึกษาด้วยวาจาพร้อมข้อเขียน พบว่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งสองวิธีทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือให้การใช้จ่ายสูงขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคำปรึกษาเลย

สาคร ขาวขำ และยงยุทธ โล่ศุภกาญจน์ (2539 , หน้า 57-64) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้จ่าย ในผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 94.1 ไม่สามารถใช้จ่ายตามสั่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้จ่ายที่ไม่ต่อเนื่อง มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย มีอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยาที่ใช้รักษา และภายหลังการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกรแล้ว ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

ศรีโรจน์ จิรัชชา (2541 , หน้า 1-6) ศึกษาการประเมินผลการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกรในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โดยทำการศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวาน 100 ราย ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 mg% ในครั้งแรก และติดตามผล 4 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 77.09 มีระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในระดับที่น่าพอใจ และการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง มีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น

วนิดา นิมิตรพรชัย และจันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ (2542 , หน้า 1-10) ได้ศึกษาการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 90 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยใช้รูปแบบการบริหารเภสัชกรรมที่กำหนดขึ้น พบปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลร้อยละ 31.11 และพบปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 28.88 โดยเภสัชกรได้ดำเนินการป้องกันปัญหา 13 ปัญหา (13.15%) ดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ 18 ปัญหา (47.37%) ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตาม 7 ปัญหา (18.42%)

บุญราศรี คล้าชื่น และคณะ (2540 , หน้า 14-24) ศึกษาการประเมินผลก้าวหน้าการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามดูแลการใช้จ่าย จำนวน 1,365 ราย พบว่าเภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด 259 ปัญหา เภสัชกรได้ดำเนินการป้องกัน แก้ไขปัญหาที่พบโดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 94.2 ปรึกษาแพทย์ร้อยละ 2.3 แจ้งพยาบาลร้อยละ 1.2 และไม่ได้แก้ไขร้อยละ 2.3

รัชฎาพร วิสัย และคณะ (2543 , หน้า 126-132) ศึกษาประสิทธิผลการบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระหว่างวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2541 ถึงวันที่ 29 มกราคม พ.ศ.2542 พบว่าได้มีการรวบรวมข้อมูลและจัดทำประวัติการใช้จ่ายของผู้ป่วยจำนวน 420 ครั้ง การประเมินปัญหาด้านยา พร้อมทั้ง

ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา จำนวน 81 ครั้ง การเข้าร่วมทีมรักษาผู้ป่วยประจำวัน 4 วันต่อสัปดาห์ การให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 23 ครั้ง สำหรับการตอบสนองของแพทย์ต่อคำแนะนำของเภสัชกร พบว่าร้อยละ 74.29 แพทย์ยอมรับและดำเนินการตามที่แนะนำ และร้อยละ 96.15 ที่ดำเนินการแก้ไข ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นไปในทางบวก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) เพื่อหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาโดย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทุกประเภท ไม่จำกัดอายุ เพศ และต้องมีการใช้ยาอยู่ขณะที่ทำการศึกษา
2. ผู้ป่วยต้องเป็นผู้เข้าด้วยตนเอง หรือผู้ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยสามารถให้สัมภาษณ์ได้
3. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการสัมภาษณ์เบื้องต้นโดยเภสัชกรแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

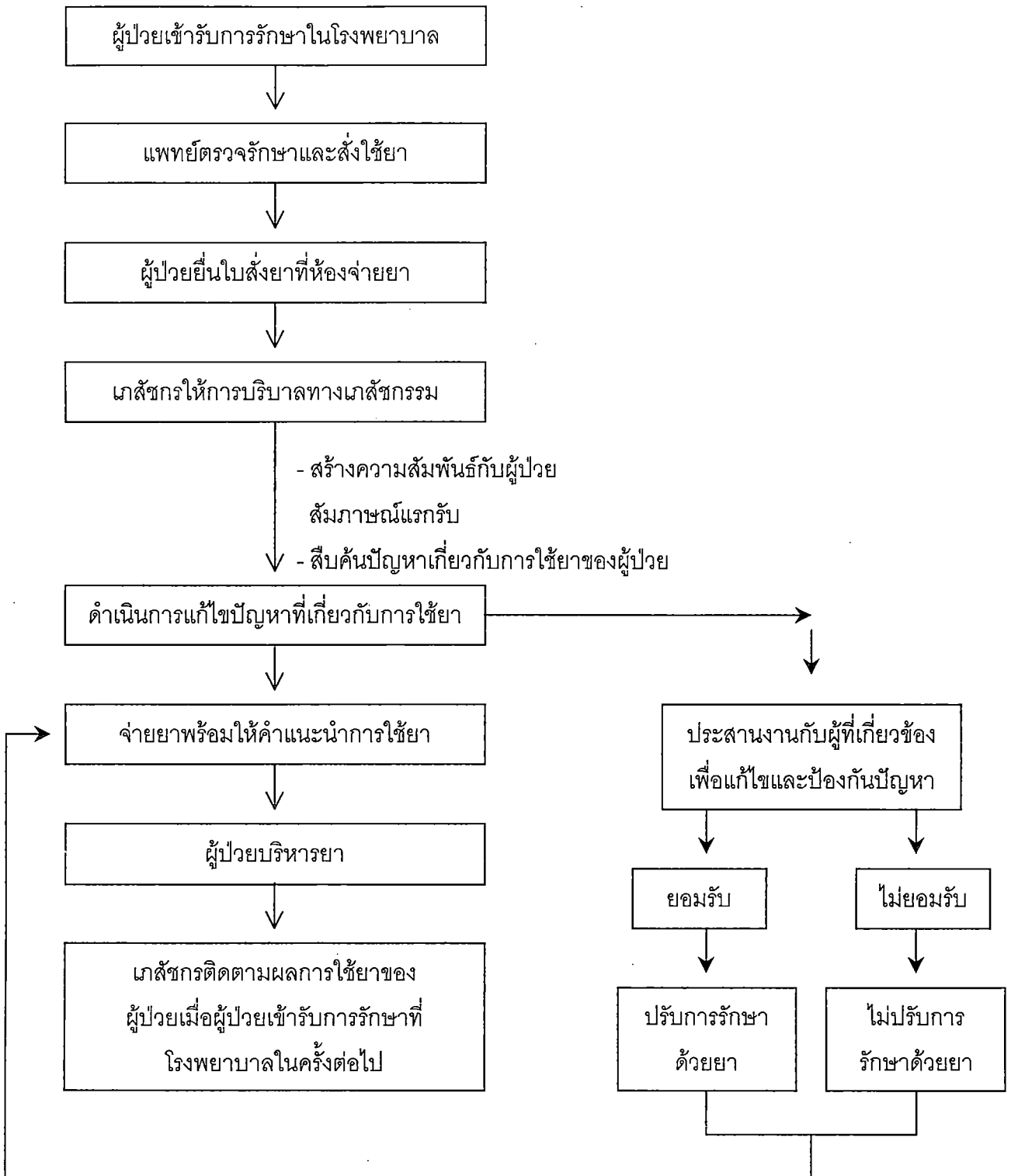
1. ทบทวนข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. สร้างและกำหนดรูปแบบ ขั้นตอนในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม ดังรูปที่ 1
3. จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าวแล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม
4. ดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นโดย

- 4.1 ทำการคัดเลือกตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน
อย่างน้อย 15 คน
- 4.2 ทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล
- ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
 - ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
 - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด (FBG, Hemoglobin A_{1c}) ,การทำงานของตับและไต, ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- 4.3 ดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น
- 4.4 ติดตามประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรม จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในครั้งต่อไปตามที่แพทย์
นัดหมาย โดยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องบัตรและ
พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง
- 4.5 รวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย
เบาหวาน
5. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
6. สรุปผลและเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงผลในรูปของค่าเฉลี่ยและร้อยละ

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา
3. ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วย



รูปที่ 1 แสดงรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน

บทที่ 4 ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูล ณ ห้องจ่ายยารงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2545 ถึง 30 ตุลาคม 2545 ได้ดำเนินการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 40 คน เป็นเพศชาย 14 คน (35.0%) และเพศหญิง 26 คน (65.0%) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 42.5 มีอายุระหว่าง 55 – 64 ปี และร้อยละ 37.5 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคอื่นร่วมด้วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

ลักษณะทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	40	100.0
เพศ		
- ชาย	14	35.0
- หญิง	26	65.0
อายุ		
- 25-34 ปี	2	5.0
- 35-44 ปี	3	7.5
- 45-54 ปี	3	7.5
- 55-64 ปี	17	42.5
- 65 ปีขึ้นไป	15	37.5
ภาวะโรคที่เป็น		
- เบาหวาน	16	40.0
- เบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	6	15.0
- เบาหวาน ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง	9	22.5
- เบาหวาน ร่วมกับโรคหัวใจ	2	5.0
- เบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง	4	10.0
- เบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคหัวใจ	1	2.5

ตารางที่ 1(ต่อ) แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

ลักษณะทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
- เบาหวาน ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับโรคหัวใจ	1	2.5
- เบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับโรคหัวใจ	1	2.5

ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและติดตามประเมินผลจำนวน 2 ครั้ง สามารถจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามระดับน้ำตาลในเลือดได้ดังตารางที่ 2 ซึ่งพบว่าหลังการติดตามประเมินผลการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในแต่ละครั้งจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ 3 (มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg%) มีจำนวนลดลงตามลำดับ คือจากร้อยละ 70.0 (ก่อนการให้บริหารทางเภสัชกรรม) เป็นร้อยละ 17.5 ภายหลังการติดตามประเมินผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 และผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ กลุ่มที่ 1 จากร้อยละ 0.0 เป็นร้อยละ 22.5 และกลุ่มที่ 2 จากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 60.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานแยกเป็นกลุ่มตามระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

การให้บริหารทางเภสัชกรรม	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (%)			
	กลุ่มที่ 1 [*]	กลุ่มที่ 2 [♥]	กลุ่มที่ 3 [▲]	รวม
- ก่อนการให้บริหารทางเภสัชกรรม	0 (0.0%)	12 (30.0%)	28 (70.0%)	40 (100.0%)
- ติดตามประเมินผลหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ครั้งที่ 1	5 (12.5%)	23 (57.5%)	12 (30.0%)	40 (100.0%)
- ติดตามประเมินผลหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ครั้งที่ 2	9 (22.5%)	24 (60.0%)	7 (17.5%)	40 (100.0%)

^{*} กลุ่มที่ 1 หมายถึงผู้ป่วยที่มี FBS ระหว่าง 70-120 mg%

[♥] กลุ่มที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยที่มี FBS ระหว่าง FBS 121-180 mg%

[▲] กลุ่มที่ 3 หมายถึงผู้ป่วยที่มี FBS มากกว่า 180 mg%

bib. 462

๗ 291๗

378506

จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้จำนวน 63 ปัญหา ซึ่งจำแนกได้เป็น 5 ประเภท ดังตารางที่ 3 โดยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การใช้น้ำน้อยกว่าที่กำหนด จำนวน 31 ครั้ง (49.2%) รองลงมาได้แก่การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม (23.8%) ,การไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบจำนวน (15.9%) ,การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง (7.9%) และการใช้ยามากกว่าที่กำหนด (3.2%) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย

ประเภทของปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
- ปัญหาการไม่ได้รับยา หรือได้รับยาไม่ครบจำนวน	10	15.9
- ปัญหาการใช้ยามากกว่าที่กำหนด	2	3.2
- ปัญหาการใช้น้ำน้อยกว่าที่กำหนด	31	49.2
- ปัญหาการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม	15	23.8
- ปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง	5	7.9
รวม	63	100.0

จากตารางที่ 4 ซึ่งจำแนกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบภายหลังการติดตามประเมินผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในแต่ละครั้ง พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแต่ไม่พบเลยหลังการติดตามประเมินผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 คือ การไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบจำนวน, การใช้น้ำมากกว่าที่กำหนด และการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง ส่วนปัญหาการใช้น้ำน้อยกว่าที่กำหนด และการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่มีจำนวนลดลงในการติดตามประเมินผลแต่ละครั้ง แต่ยังคงพบปัญหานั้นๆ อยู่ คือ ปัญหาการใช้น้ำน้อยกว่าที่กำหนดลดลงจากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 3.2 และปัญหาการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมลดลงจากร้อยละ 19.0 เป็นร้อยละ 1.6

ตารางที่ 4 แสดงปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยและผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา	จำนวนปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น (%)		
	ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม	ติดตามประเมินผลหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1	ติดตามประเมินผลหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2
- การไม่ได้รับยา หรือได้รับยาไม่ครบจำนวน	10 (15.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
- การใช้ยามากกว่าที่กำหนด	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
- การใช้นยาน้อยกว่าที่กำหนด	21 (33.3)	8 (12.6)	2 (3.2)
- การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม	12 (19.0)	2 (3.2)	1 (1.6)
- การใช้อื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง	3 (4.8)	2 (3.2)	0 (0.0)
รวม	48 (76.2)	12 (19.0)	3 (4.8)

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

จากการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น ใน การศึกษานี้สามารถให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง 26 คน เพศชาย 14 คน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะโรคหลายโรคร่วมกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึง มักจะได้รับยาหลายขนานร่วมกัน ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาได้สูง อีกทั้งยัง อาจทำให้เกิดอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยา หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ซึ่งปัญหา ต่างๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา และความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ในการศึกษานี้ได้ ให้การบริหารทางเภสัชกรรมและติดตามประเมินผล 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่มีระดับ น้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg% (ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3) มีจำนวนลดลง คือ จากก่อนการให้การ บริหารทางเภสัชกรรมมีจำนวนร้อยละ 70.0 ลดลงเป็นร้อยละ 17.5 ภายหลังจากติดตามประเมิน ผลครั้งที่ 2 และผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ (ระดับน้ำตาลใน เลือด $\leq 180\text{mg}\%$) มีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลที่ได้ส่วนนี้ยังไม่อาจยืนยันได้ว่าเป็นผล จากการให้การบริหารทางเภสัชกรรมได้ทั้งหมด เนื่องจากในการศึกษานี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัย ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เช่น การได้รับสุขศึกษาจากหน่วยงานหรือสื่อต่างๆ , การควบคุมอาหาร รวมทั้งการออกกำลังกายของผู้ป่วยแต่ละคนได้

เมื่อศึกษาถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่าจากการให้บริหารทางเภสัชกรรม แก่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถสืบค้นปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาได้จำนวนทั้งสิ้น 63 ปัญหา โดย สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเภท คือ ปัญหาการไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบจำนวน , ปัญหาการ ใช้ยามากกว่าที่กำหนด , ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด , ปัญหาการใช้ยาในเวลาไม่เหมาะสม และปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาการใช้ยา น้อยกว่าที่กำหนดร้อยละ 49.2 ภายหลังจากให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและติดตาม ประเมินผลในแต่ละครั้งพบว่า ปัญหาการไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบจำนวน , ปัญหาการใช้ยา มากกว่าที่กำหนด และปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เป็นปัญหาที่พบได้ก่อนการให้ บริหารทางเภสัชกรรมแต่ไม่พบเลยหลังการติดตามประเมินผลครั้งที่ 2 ส่วน ปัญหาการใช้ยาน้อย กว่าที่กำหนด และปัญหาการใช้ยาในเวลาไม่เหมาะสม เป็นปัญหาที่มีจำนวนลดลงในการติดตาม ประเมินผลแต่ละครั้งแต่ยังคงพบปัญหานั้นๆ อยู่

จากการสัมภาษณ์และพูดคุยกับผู้ป่วยทำให้เภสัชกรทราบถึงสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวกับการ ใช้ยาของผู้ป่วย และสามารถหาแนวทางในการป้องกัน แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาการ

ไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ครบจำนวน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ตรงตามวันที่นัดหรือผู้ป่วยมีจำนวนยาในแต่ละชานานเหลือในปริมาณที่ไม่เท่ากันและไม่พอดีกับวันที่แพทย์นัด หรือในผู้ป่วยบางรายแพทย์จะสั่งจ่ายยาโดยวิธีการ Re-Medication โดยบางครั้งยาที่เคยได้ในครั้งก่อนนั้นจะมีจำนวนไม่พอดีกับวันที่แพทย์นัดในครั้งต่อไป ซึ่งปัญหานี้เภสัชกรแก้ไขโดยการสอบถามผู้ป่วยอีกครั้งก่อนการจ่ายยาถึงจำนวนยาที่เหลือและคำนวณจำนวนยาให้พอดีกับวันที่แพทย์นัด ส่วนปัญหาการใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่กำหนด ปัญหาเหล่านี้มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมักไม่อ่านฉลากยาก่อนการใช้ยาซึ่งในแต่ละครั้งของการตรวจรักษาแพทย์จะปรับเปลี่ยนขนาดยาตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย หรือบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้มารับยาเองทำให้ไม่ทราบว่ามีมีการปรับเปลี่ยนขนาดการใช้ยา ซึ่งปัญหานี้เภสัชกรแก้ไขโดยในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยทุกครั้งจะถามถึงขนาดยาและเวลาในการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย หากมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาจะเน้นย้ำว่ามีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาและให้ผู้ป่วยอ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง

สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ของปัญหาการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสมและการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง คือผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการออกฤทธิ์ของยาที่สัมพันธ์กับเวลาในการใช้ยา และการที่ผู้ป่วยเชื่อคำกล่าวอ้างของยาหรือสมุนไพรต่างๆ ที่ผู้อื่นแนะนำ โดยปัญหาเหล่านี้เภสัชกรจะอธิบายถึงรายละเอียดต่างๆ ของยาที่ผู้ป่วยควรรู้ และอันตรายจากการใช้ยาหรือสมุนไพรที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการยืนยัน

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การดำเนินการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบที่กำหนด สามารถช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยลงได้ และยังมีส่วนช่วยควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ทั้งนี้รูปแบบที่ได้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคระบบอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเสนอผลการศึกษานี้ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น
2. จัดทำแบบบันทึกของเภสัชกร (Pharmacist Note) เพื่อบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบ แนบในประวัติการตรวจรักษาของผู้ป่วย (OPD Card) เพื่อแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ควรมีการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหารูปแบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในด้านประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัย
4. ควรมีการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคระบบอื่นๆ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2531). โรคเบาหวานในประเทศไทย. รายงานวิชาการของคณะทำงานแห่งชาติ เรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. (2536). ข่าวสั้น-งานคลินิก. ฆาศัษกรรรมคลินิก. 2 , 34.
- กลุ่มงานฆาศัษกรรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค. (2538). สรุปรการดำเนินการของกองโรงพยาบาล ภูมิภาคในการสนับสนุนการพัฒนางานฆาศัษกรรรมคลินิกตามโครงการพัฒนางาน ฆาศัษกรรรมคลินิกในโรงพยาบาล ในระหว่างปี 2535-2538. หน้า 11. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค. (เอกสารอัดสำเนา)
- ธิตติ สันับบุญ. (2543). ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน. ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน , หน้า 21-25. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชัน.
- บุญราศรี คล้าชัน, ธงชัย วัลลภวรภิก, ชูเกียรติ เพียรชนะ. (2540). การประเมินผลก้าวหน้าการ ดำเนินงานบริหารทางฆาศัษกรรรมสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี. ฆาศัษกรรรมคลินิก. 2 (2-3) , 14-24.
- พวงพยอม การภิญโญ. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุรี ชื่นสมจิตต์. (2528). ศึกษาการใช้ยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทานในผู้ป่วยเบาหวานคน ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาฆาศัษศาสตรมหาบัณฑิต คณะฆาศัษศาสตร จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2543.
- รัชฎาพร วิสัย, และคณะ. (2543). ประสิทธิผลการบริหารทางฆาศัษกรรรมบนหอผู้ป่วยอายุกรรรม. วารสารฆาศัษกรรรมโรงพยาบาล. 10 (2) , 126-32.
- วนิดา นิมิตรพรชัย, จันหนี ฉัตรวิริยวงศ. (2542). การบริหารฆาศัษกรรรมผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและ หลอดเลือดในโรงพยาบาลสวรรคัประชากรภัก. ฆาศัษกรรรมคลินิก. 7(2) , 1-10.
- ศรีโรจน์ จิรภักษา. (2541). การประเมินผลการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานโดยฆาศัษกรใน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลทุ่งใหญ่. ฆาศัษกรรรมคลินิก. 7 (1) , 1-6.
- สาคร ขาวข้า, ยงยุทธ ไล่ศุภภากญจน์. (2539). ผลการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารสมาคมฆาศัษ กรรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 6 (2) , 57-64.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2538). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 และแนวโน้ม
 มาตรการแก้ไข. คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวง
 สาธารณสุข.

สาธิต วรรณแสง. (2533). โรคเบาหวานและการรักษา. คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน.
 กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์. (2532). การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวานใน
 โรงพยาบาลเลิดสิน : การสืบหาและกลวิธีในการแก้ปัญหา. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัช
 ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

American Society of Hospital Pharmacists. (1993). ASHP statement on pharmaceutical
 care. Am J Hosp Pharm. 50 : 1720-3.

Brodie DC. (1967). Drug use control: keystone to pharmaceutical service. Drug Intell
 Clin Pharm. 1 : 63-5.

Helper CD, Strand LM. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical
 care. Am J Hosp Pharm. 47 : 533-43.

Koda-Kimble MA, Carlisle BA. (1995). Diabetes Mellitus. In: Young LY, Koda-Kimble MA
 (editors). Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs. 6 th ed, pp. 48-62
 Vancouver : Applied Therapeutics Inc.

Lobas NH, Penny W, Abramwitz PW. (1992). Effects of pharmaceutical care on
 medication cost and quality of patient care in ambulatory-care clinic. Am J Hosp
 Pharm. 49 : 1681-8.

Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. (1992). Pharmaceutical care : an introduction. Current
 concepts. Michigan : Upjohn Company.

WHO The World Health Report 1998.