

GPO

วาระการเภสัชกรรม
The Government Pharmaceutical Organization

“อนุทิน” นำ รมว.สร.
มาเลเซีย ศึกษา
“กัญชาทางการแพทย์”

องค์การเภสัชกรรมแบบครบวงจร



องค์การเภสัชกรรม รับรางวัล
หนึ่งล้านกล้าความดีตอบแทนคุณแผ่นดิน ปี 2565
สาขานวัตกรรม การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
สายพันธุ์ใหม่ 2019

ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565
ISSN : 0125-3891

“อนุทิน” นำ รมว.สร. มาเลเซีย
ศึกษา “กัญชาทางการแพทย์”
องค์การเภสัชกรรมแบบครบวงจร

“อก. จับมือ SVG
เกาะ MOU พัฒนารุทก
สมุนไพรรักษาโรค
จ่อผลิตสกัด
สกัดเลี้ยงนาร่อง”

องค์การเภสัชกรรม
รับรางวัล หนึ่งล้านกล้า
ความดีตอบแทนคุณแผ่นดิน
ปี 2565 สาขานวัตกรรม
การพัฒนาวัคซีนป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
สายพันธุ์ใหม่ 2019

องค์การเภสัชกรรม (จีพีโอ)
ได้คะแนนการประเมินคุณธรรม
และความโปร่งใสของ
หน่วยงานภาครัฐ (ITA)
จาก ป.ป.ช. เกรด A
ระดับดีมาก ต่อเนื่องเป็นปีที่ 7

จีพีโอ จินเน็กซ์ แคปซูล

GPO Ginnex Capsules

สารสกัด **ปังจขันธ์**
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดปังจขันธ์ 250 มิลลิกรัม
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า-เย็น
ผลิตภัณฑ์มาตรฐานคุณภาพของ
องค์การเภสัชกรรม

คำเตือน
อ่านคำเตือนในฉลากก่อนบริโภค
ไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค



Gynostemma pentaphyllum extract

จีพีโอ เห็ดหลินจือ

แคปซูล

ยาแผนโบราณ
ประกอบด้วยสารสกัด

เห็ดหลินจือ

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดเห็ดหลินจือ 350 มิลลิกรัม
(เทียบเท่าเห็ดหลินจือ 3.5 กรัม)

สรรพคุณ บำรุงร่างกาย

รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์
ผ่านกระบวนการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจาก
สมุนไพร โดยมีการควบคุมมาตรฐานสากล มีการตรวจสอบเอกลักษณ์
โดยใช้เทคนิค high performance liquid chromatography (HPLC)
วิเคราะห์หาสารสำคัญคือ โพลีแซคคาไรด์
และการตรวจการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัด



Ganoderma lucidum extract



ผลิตภัณฑ์คุณภาพ จาก
องค์การเภสัชกรรม

มีจำหน่ายที่ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรม ทุกสาขา และร้านขายยาทั่วไป
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 1648, 02 203 8849

วารสารองค์การเภสัชกรรม

ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565
 Vol.48 No.4 July - September 2022
 ISSN : 0125-3891

คณะที่ปรึกษา

- นพ.วิฑูรย์ ด้านวิบูลย์
- ดร. ภาณุ.มุกดาวรรณ ประกอบไวยกิจ
- นางศิริบุษ ซิวันพิศาลบุกุล
- ภญ.ศิริกุล เมธีวีรังสรรค์
- ภญ.ดนตรี เกษสุวรรณสิงห์
- นายรังษิ ปัดลี
- ดร. ภาณุ.นันทกาญจน์ สุวรรณปิฎกกุล
- ภญ.อมรรัตน์ สืบบุญเชิญวงศ์
- ภญ.สุภาพร ตีพพะมงคล
- ภญ.วีระมล มหาตมวดี

บรรณาธิการ

นางสุนิสา พรหมประสิทธิ์

กองบรรณาธิการ

นางสาวคันธรัตน์ มณีโชติ
 นางวิภาวรรณ ธรรมบำรุง
 นายธนาคาร สังการี

ศิลปินกรรม

นางรสสุคนธ์ ลีมสุวรรณเกสร
 นายชุตติศักดิ์ ทาบสุวรรณ
 นายจุมพล ศศิพงษ์อนันต์

ภาพประกอบ

นายธาดา เกษตร
 นายวิวัฒน์ เข็ญยูโซะ

พิสูจน์อักษร/สมาชิกสัมพันธ์

นางชัชมนท์ บุญนาม



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งผลงานวิเคราะห์วิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเป็นสื่อเผยแพร่กิจกรรมและการดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน
4. เพื่อเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนทัศนะและความคิดเห็น

กองประชาสัมพันธ์ องค์การเภสัชกรรม

75/1 ถนนพระรามที่ 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ / โทรสาร 0 2644 8856

E-mail : AA32@gpo.or.th

<http://www.gpo.or.th>

Contents

ข่าวประชาสัมพันธ์

- | | |
|--|--|
| <p>3 “อนุทิน” นำ รมว.สธ. มาเลเซีย ศึกษา “กัญชาทางการแพทย์” องค์การเภสัชกรรมแบบครบวงจร</p> <p>5 องค์การเภสัชกรรมจับมือสำนักแก้ปัญหาทางานก่อสร้างและชมรมนักกฎหมายก่อสร้าง ลงนามบันทึกความเข้าใจโครงการระดับข้อพิพาททางเลือกสำหรับงานก่อสร้าง</p> <p>7 “อก. จับมือ SVG เคาะ MOU พัฒนารัฐกิจสมุนไพรสำหรับสัตว์จ่อชุดผลิตภัณฑ์สัตว์เลี้ยงนำร่อง”</p> <p>8 องค์การเภสัชกรรมรับรางวัลหนึ่งล้านกล้าความดีตอบแทนคุณแผ่นดิน ปี 2565 สาขานวัตกรรม การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019</p> <p>9 องค์การเภสัชกรรม (จีพีโอ) ได้คะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) จาก ป.ป.ช. เกรด A ระดับดีมาก ต่อเนื่องเป็นปีที่ 7</p> | <p>21 ผลของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกรในหน่วยบริการด้านปฐมภูมิร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง</p> <p>25 ผลการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรสำหรับผู้ป่วยนอกคลินิกวาริฟาริน โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์</p> <p>29 ผลของการพัฒนาระบบจัดการความปวดโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา strong opioids ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเถิน</p> <p>38 การพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาริฟาริน โรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี</p> <p>40 การศึกษาความชุกปัจจัยในการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีผลกระทบต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน PCC พักทัน จังหวัดสิงห์บุรี</p> <p>45 ผลการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี</p> |
|--|--|
- 10 รบรื่องการ**
- บทความ**
- 13** การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโรคหลอดเลือดสมองหลังออกจากโรงพยาบาลเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
- 16** การพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง



“อนุทิน” นำ รบว.สร. มาเลเซีย ศึกษา “กัญชาทางการแพทย์” องค์การเภสัชกรรมแบบครบวงจร

รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นำรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซีย ศึกษาการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ขององค์การเภสัชกรรม ตั้งแต่กระบวนการปลูก ขึ้นทะเบียน วิธีการสกัด และการใช้ผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มโรคต่าง ๆ พร้อมแบ่งปันประสบการณ์ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยมี 3 ปัจจัยช่วยให้เกิดความสำเร็จ



วันที่ 23 สิงหาคม 2565 ที่องค์การเภสัชกรรม อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นำนาย Khairy Jamaluddin ABU BAKAR รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเทศมาเลเซีย เยี่ยมชมโรงงานและสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ขององค์การเภสัชกรรม โดยมี นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยและมาเลเซียเข้าร่วม

นายอนุทิน กล่าวว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซีย ประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ จึงให้ความสนใจต่อยุทธศาสตร์กัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย ในช่วงการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม 2565 จึงได้ขออนุญาตหารือกับประเทศไทย และเป็นที่มาของการศึกษาดูงานในครั้งนี้ โดยประเทศไทยได้แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมในการใช้รักษาและสร้าง

คุณภาพชีวิตของไทยมากกว่า 300 ปีแล้ว เนื่องจากกัญชาเป็นส่วนหนึ่งของอาหารและยา ก่อนที่จะถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติด แต่ขณะนี้เรามีการปลดล็อกกัญชาออกจากยาเสพติดเหลือเพียงสารสกัดที่มี THC เกิน 0.2% เท่านั้น การส่งเสริมนโยบายกัญชาทางการแพทย์ให้ประสบความสำเร็จมี 3 ปัจจัยสำคัญ คือ 1. การสนับสนุนและความมุ่งมั่นของรัฐบาล 2. ความรู้ด้านวิชาการและทางการแพทย์ในการสนับสนุน และ 3. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

นายอนุทิน กล่าวว่า สำหรับการศึกษาดูงานที่องค์การเภสัชกรรมในครั้งนี้ มีทั้งเรื่องขั้นตอนการเพาะปลูกโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การขึ้นทะเบียนโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) วิธีการสกัดโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อการแพทย์โดยกรมการแพทย์ ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ หากมาเลเซียมีการขับเคลื่อนในเรื่องนี้เช่นกันก็หวังว่าจะเกิดความร่วมมือ



ในการวิจัยและพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาการใช้กัญชาทางการแพทย์

สำหรับการเดินทางกัญชาทางการแพทย์ขององค์การเภสัชกรรมนั้น ได้พัฒนาผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ชนิดหยดใต้ลิ้น 4 สูตร นำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กรมการแพทย์กำหนด ได้แก่ สูตร THC เด่น, สูตรที่มี THC และ CBD สัดส่วน 1:1, สูตรที่มี THC เข้มข้น 81 มิลลิกรัมต่อมิลลิกรัม หรือ THC FORTE สำหรับใช้รักษาเสริมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และสูตร CBD เด่น สำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเด็ก ซึ่งมีการนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยจากคลินิกกัญชานำร่อง 12 เขตสุขภาพ ก่อนขยายสู่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ นอกจากนี้ กรมการแพทย์และสถานพยาบาลต่าง ๆ ยังได้ทำการศึกษาและขยายขอบเขตการใช้ในกลุ่มโรคต่าง ๆ ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่น โรคพาร์กินสัน และโรคหลอดเลือดสมองแข็ง เป็นต้น ล่าสุดสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ทั้ง 4 สูตร บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2564

ทั้งนี้ องค์การเภสัชกรรมได้ขยายกำลังการผลิตวัตถุดิบช่อดอกกัญชาจากการปลูกในรูปแบบ Indoor พื้นที่ 100 ตารางเมตร ไปยังพื้นที่ปลูกขององค์การเภสัชกรรม อำเภอนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ในการปลูกรูปแบบโรงเรือน Green House และทำการ

ศึกษาภาวะการปลูกที่เหมาะสมในแต่ละโรงเรือนควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ได้ผลผลิตกัญชาทางการแพทย์ที่มีปริมาณสารสำคัญตามกำหนด และเพื่อให้ได้วัตถุดิบที่มีมาตรฐานเมดิคัลเกรดแท้จริง รวมถึงพัฒนาพื้นที่ปลูกกัญชาขนาด 1,000 ตารางเมตรในรูปแบบ Indoor ณ อาคารฝ่ายสมุนไพรและเภสัชเคมีภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อีกหนึ่งแห่งอยู่ระหว่างการติดตั้งระบบปลูก คาดว่าเริ่มปลูกได้ประมาณต้นปี 2566 ปลูกกัญชาได้ประมาณ 5,000 ต้นต่อปี เป็นผลผลิตช่อดอกกัญชาจำนวน 1,000 กิโลกรัมต่อปี นอกจากนี้ ยังเตรียมรองรับวัตถุดิบจากกัญชงสำหรับนำมาผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ยา เวชสำอาง และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยร่วมกับเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนและผู้ประกอบการ 12 แห่งทั่วประเทศ ในการปลูกกัญชงคุณภาพตามมาตรฐานที่องค์การเภสัชกรรมกำหนด ร่วมกับโครงการหลวงและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) นำเมล็ดกัญชงมาสกัดเป็นน้ำมัน เพื่อเป็นส่วนประกอบในการผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยสร้างรายได้ให้แก่ชุมชนและผู้ประกอบการได้อีกทางหนึ่ง ปัจจุบันพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดแล้ว 2 รายการ ได้แก่ ชาใบกัญชงพร้อมดื่ม และผลิตภัณฑ์ SIBANNAC Hemp Seed Oil Bedtime Lip Care ผลิตจากน้ำมันเมล็ดกัญชงในรูปแบบลิปบาล์มที่มีส่วนผสมของวิตามินอีและให้ความชุ่มชื้นแก่ริมฝีปาก



องค์การเภสัชกรรม จับมือ สำนักแก้ปัญหาทาง ก่อสร้างและชมรมนักกฎหมายก่อสร้าง

ลงนามบันทึกความเข้าใจ โครงการระงับข้อพิพาททางเลือกสำหรับงานก่อสร้าง

วันที่ 16 สิงหาคม 2565 เวลา 08.30 น. ที่องค์การเภสัชกรรม นพ.วิฑูรย์ ตำนานวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เป็นประธาน ในพิธีลงนามบันทึกความเข้าใจ โครงการระงับข้อพิพาททางเลือก สำหรับงานก่อสร้างโดยคณะกรรมการ (Construction Dispute Resolution Board) ระหว่างองค์การเภสัชกรรม สำนักแก้ปัญหาทางงานก่อสร้าง โดยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ เหลืองบุตรนาถ ผู้อำนวยการสำนักแก้ปัญหาทางงานก่อสร้าง และชมรมนักกฎหมายก่อสร้าง โดยนายกัมพล กิตติพงษ์พัฒนา ประธานชมรมนักกฎหมายก่อสร้าง และนายนิวัฒน์ ธัญปิตินันท์ อุปนายกฝ่ายต่างประเทศ สมาคมวิศวกรที่ปรึกษาแห่งประเทศไทย โดยมีผู้บริหารองค์การเภสัชกรรม สำนักแก้ปัญหาทางงานก่อสร้าง และชมรมนักกฎหมายก่อสร้าง ร่วมในพิธี

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวว่า ในช่วงที่ผ่านมา โครงการก่อสร้างขององค์การเภสัชกรรมได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ต่างๆ อาทิ การแพร่ระบาดของ COVID-19 ไม่ว่าจะเป็นความล่าช้า การหยุดชะงัก และต้นทุนที่สูงกว่า ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อม การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท (Mediation) เป็นหนึ่งในทางเลือกของการแก้ไขข้อพิพาท (Alternative Dispute Resolution) ที่มีมาตั้งแต่ปี 1970 และได้รับความนิยมใช้กันอย่างกว้างขวางในวงการก่อสร้างที่สหรัฐอเมริกา เพื่อที่จะลดปริมาณคดีที่จะขึ้นศาล การไกล่เกลี่ยไม่ใช่ส่วนหนึ่งของ





กระบวนการศาล แต่เป็นกระบวนการระดับข้อพิพาทที่เป็นไปอย่าง
ฉันทมิตร มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า

การลงนามบันทึกข้อตกลงในครั้งนี้จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมและ
สนับสนุนซึ่งกันและกันทางด้านวิชาการและการประชาสัมพันธ์
เกี่ยวกับกระบวนการระดับข้อพิพาททางเลือกโดยคณะกรรมการ
ข้อพิพาท (Dispute Board) รวมทั้งเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและ
ประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับกระบวนการระดับข้อพิพาท
ทางเลือกโดยคณะกรรมการข้อพิพาท (Dispute Board) และ
เพื่อประชาสัมพันธ์ให้วงการก่อสร้างในประเทศไทยทราบเกี่ยวกับ
กระบวนการระดับข้อพิพาททางเลือกโดยคณะกรรมการข้อพิพาท
(Dispute Board) และนำไปปรับปรุงใช้ต่อไป

โอกาสดียวกันนี้ที่ประชุมยังมีการสัมมนาเรื่อง “การระงับ
ข้อพิพาทโดย Dispute Board” โดยการสัมมนาครั้งนี้ ได้รับเกียรติ
จากศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ เหลืองบุตรนาค ผู้อำนวยการสำนัก
แก้ปัญหาทางก่อสร้าง นายชำนาญ พิเชษฐพันธ์ ที่ปรึกษาชมรม
นักกฎหมายก่อสร้าง และนายกัมพล กิตติพงษ์พัฒนา ประธาน
ชมรมนักกฎหมายก่อสร้าง ร่วมเสวนา และภายในงานสัมมนา
ได้เปิดโอกาสให้มีการถาม-ตอบเกี่ยวกับเรื่องกระบวนการระดับ
ข้อพิพาททางเลือก โดยได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมรับฟัง มีการ
สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการประนอมข้อพิพาท และการอนุญาต
ตุลาการ ตั้งแต่ข้อมูลเบื้องต้นไปจนถึงรายละเอียดในข้อกฎหมาย
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เข้ารับฟังได้รับรู้และเข้าใจ
รวมทั้งเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการระงับข้อพิพาท
ทางเลือกต่อไป





“อก. จับมือ SVG เคาะ MOU พัฒนารัฐกิจสมุนไพรสำหรับสัตว์ จ่อผลิตภัณฑ์สัตว์เลี้ยงนาร่อง”

วันที่ 30 สิงหาคม 2565 เวลา 14.00 น. ที่องค์การเภสัชกรรม นพ.วิฑูรย์ ด่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม เป็นประธานในพิธีลงนามข้อตกลงความร่วมมือโครงการธุรกิจสมุนไพรสำหรับสัตว์อย่างครบวงจร ระหว่างองค์การเภสัชกรรม (อก.) กับ กลุ่มบริษัท สมาร์ท เวท (SVG) ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายสินค้าและผลิตภัณฑ์สำหรับปศุสัตว์และสัตว์เลี้ยง โดย นสพ.นันทพงษ์ พิบูลย์ ประธานเจ้าหน้าที่บริหารและกรรมการผู้จัดการใหญ่ กลุ่มบริษัทสมาร์ท เวท (SVG) และมีผู้บริหารองค์การเภสัชกรรม ทีมสัตวแพทย์ของกลุ่มบริษัทสมาร์ท เวท (SVG) ร่วมเป็นสักขีพยาน เพื่อผลักดันผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับสัตว์สู่ตลาดทั้งในและต่างประเทศ เตรียมศึกษาและดำเนินการผลิตภัณฑ์สำหรับสัตว์เลี้ยงเพื่อนำร่อง

ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม กล่าวว่า การลงนามความร่วมมือครั้งนี้ เป็นความร่วมมือกับกลุ่มบริษัท สมาร์ท เวท (SVG) ประกอบด้วยบริษัทในเครือ จำนวน 5 บริษัท ได้แก่ บริษัท สมาร์ท เวท จำกัด, บริษัท เบลินดิกซ์ แอ็ดวานซ์ จำกัด, บริษัท ศูนย์สมาร์ทเทค จำกัด, บริษัท เว็ท แพลนเน็ต จำกัด และบริษัท เอลวีจี อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด มีวัตถุประสงค์เพื่อความร่วมมือในด้านการวิจัย พัฒนา และผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร อาทิ ขมิ้นชัน อบเชย ชิง ชาเขียว ฟ้าทะลายโจร กัญชงและกัญชา และสมุนไพรอื่นในระดับอุตสาหกรรมเพื่อนำไปใช้ในการป้องกัน รักษา ฟันฟู ส่งเสริม และเพิ่มคุณภาพชีวิตสุขภาพของสัตว์ รวมทั้งศึกษาความเป็นไปได้และโอกาสทางธุรกิจของผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มและเป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนห่วงโซ่อุปทาน สอดรับกับนโยบายของรัฐบาลในการพลิกโฉมประเทศไทยด้วยสมุนไพร โดยในช่วงแรกจะเริ่มต้นที่การ



จัดตั้งคณะทำงานเพื่อวางแผนงานและขั้นตอนสำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์สำหรับสัตว์เลี้ยงตามมาตรฐานและเกณฑ์การผลิตของหน่วยงานกำกับดูแล อาทิ อาหารเสริมสำหรับสัตว์ อาหารเปียก อาหารขบเคี้ยว และน้ำดื่ม ก่อนจะขยายสู่กลุ่มผลิตภัณฑ์สำหรับปศุสัตว์ที่มีความเป็นไปได้ในอนาคต

“ในด้านความร่วมมือของแต่ละฝ่าย องค์การฯ ในฐานะผู้นำนวัตกรรมพืชสมุนไพร จะทำหน้าที่สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการ วัตถุดิบและสารสกัด รวมถึงสนับสนุนและผลักดันให้มีการนำผลงานวิจัยหรือผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากความร่วมมือไปสู่การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ ขณะที่ SVG ในฐานะองค์กรที่ดำเนินงานด้านนวัตกรรมและผลิตภัณฑ์สำหรับปศุสัตว์และสัตว์เลี้ยงมาอย่างยาวนาน จะทำหน้าที่ในการวิจัย ผลิต จัดจำหน่ายหรือเป็นตัวแทนจัดจำหน่าย ดำเนินงานด้านการตลาด ตลอดจนการขอรับรองผลิตภัณฑ์ที่เกิดขึ้นตามบันทึกข้อตกลง โดยหากความร่วมมือในครั้งนี้เป็นไปด้วยความลุล่วงและสัมฤทธิ์ผล คาดการณ์ว่าจะเกิดการผลักดันและขับเคลื่อนธุรกิจและผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับสัตว์สู่ตลาดทั้งในและต่างประเทศ เพื่อยกระดับขีดความสามารถของธุรกิจอาหารสัตว์ผสมสมุนไพรไทยสู่สากล” ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมกล่าว

องค์การเภสัชกรรม รับรางวัล หนึ่งล้านกล้าความดีตอบแทนคุณแผ่นดิน ปี 2565 สาขานวัตกรรม การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

วันที่ 26 สิงหาคม 2565 เวลา 13.00 น. ณ หอประชุม กองทัพอากาศ เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร มูลนิธิเพื่อสังคมไทย จัดพิธีมอบรางวัลไทย รางวัลเกียรติยศ บนเส้นทางชีวิต ในโครงการหนึ่งล้านกล้าความดีตอบแทนคุณแผ่นดิน โดย พลอากาศเอก ชลิต พุกผาสุข องคมนตรี เป็นประธานมอบรางวัล องค์การที่มีความเป็นเลิศ ประจำปี 2565 สาขานวัตกรรม การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ให้กับองค์การเภสัชกรรม มีนายรังษี ปดลี รองผู้อำนวยการ องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้รับมอบ

นายรังษี กล่าวว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 ส่งผลกระทบไปทั่วโลก องค์การเภสัชกรรม (อ.ก.) ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความมั่นคงทางยาของประเทศได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีนสำหรับโรคโควิด 19 เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงการป้องกันและการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย สามารถพึ่งพาตนเองได้ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข การพัฒนาวัคซีน HXP-GPOVAc โดยการสนับสนุนจากองค์กร PATH ที่ได้ส่งมอบหัวเชื้อวัคซีนต้นแบบซึ่งพัฒนาโดยโรงเรียนแพทย์แห่งเมาท์ไซนาย (The Icahn School of Medicine at Mount Sinai) และมหาวิทยาลัยเท็กซัสแห่งออสติน (University of Texas at Austin) สหรัฐอเมริกา มาทำการผลิตที่โรงงานผลิต (วัคซีน) ชีวิตตูลูขององค์การเภสัชกรรม ที่ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี วัคซีนชนิดนี้ผลิตด้วยเทคโนโลยีไข่ไก่ฟัก (Egg-based) เป็นวิธีการผสมผสานโดยการใช้เชื้อไวรัสนิวคาสเซิล (Newcastle disease virus, NDV) ร่วมกับใช้เทคโนโลยีเฮกเซโปรเพิ่มความ



คงสภาพของโปรตีนส่วนหนาม ได้เป็นไวรัสลูกผสม NDV-HXP-S มาใช้ในการกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต้านโรคโควิด19

ทั้งนี้ องค์การเภสัชกรรมได้พัฒนาและผลิตวัคซีนทดลอง HXP-GPOVAc ซึ่งทำการศึกษาก่อนคลินิกในระยะที่ 1 และ 2 โดยศูนย์ทดสอบวัคซีน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อประเมินความปลอดภัยและความสามารถในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในอาสาสมัครผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี ผลการวิเคราะห์ทั้ง 2 ระยะ พบว่าวัคซีนดังกล่าว มีข้อมูลความปลอดภัยและผลการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ทั้งนี้เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2565 ได้ทำการศึกษาวิจัยทดสอบทางคลินิกในระยะที่ 2 เพิ่มเติมของวัคซีนเอชเอ็กซ์พี จีพีโอแวก (HXP-GPOVAc) ขนาด 10 ไมโครกรัม เพื่อประเมินความปลอดภัยและความสามารถในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในอาสาสมัครสุขภาพดี โดยมีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 300 คน ณ โรงพยาบาลนครพนม สำหรับการดำเนินงานโครงการวิจัย HXP-GPOVAc ระยะที่ 3 คาดว่า จะเริ่มในปลายปี 2565

“โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นนวัตกรรมอันมีคุณประโยชน์ และสนับสนุนต่อยอดนโยบายความมั่นคงด้านวัคซีนของประเทศ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพขององค์การเภสัชกรรมและความสัมพันธ์อันดีด้านความร่วมมือระหว่างองค์กรทั้งในและต่างประเทศ หากผลการศึกษาแสดงออกมาว่าวัคซีนที่ผลิตในประเทศมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยที่สามารถเทียบเคียงกับวัคซีนที่นำเข้า และมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดหาวัคซีนที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนคนไทย ช่วยลดการนำเข้าจากต่างประเทศ และองค์การเภสัชกรรมยังคงมุ่งมั่นดำเนินงานตามภารกิจอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสาธารณสุขของประเทศ ” นายรังษีกล่าว



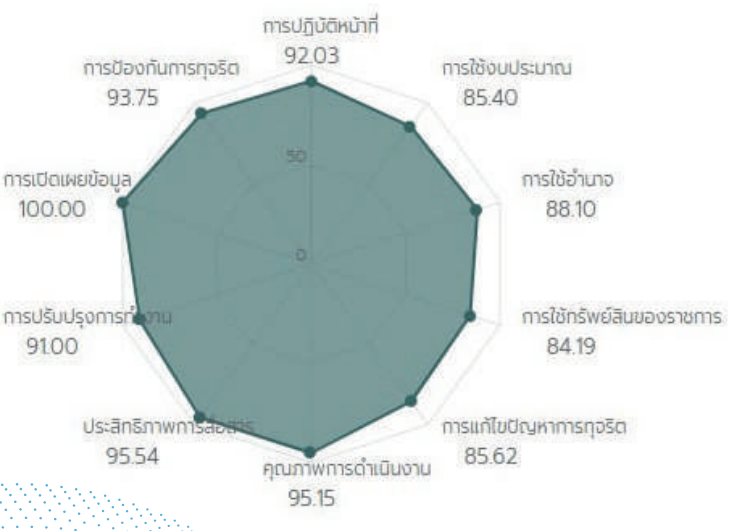
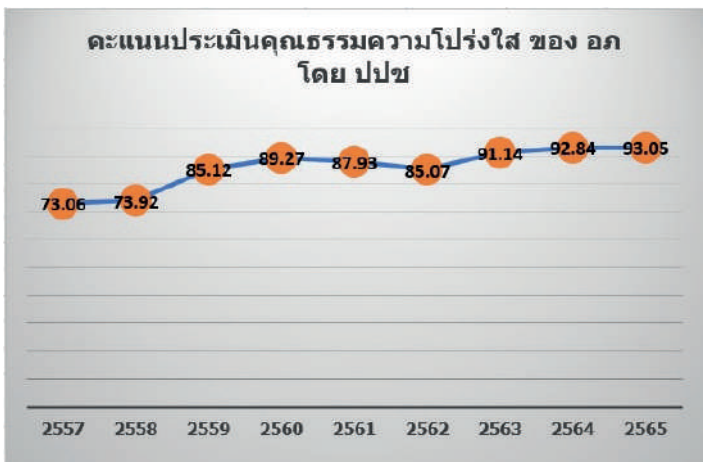
องค์การเภสัชกรรม (จีพีโอ) ได้คะแนนการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) จาก ป.ป.ช. เกรด A ระดับดีมาก ต่อเนื่องเป็นปีที่ 7



“องค์การฯ ดำเนินงานด้วยเจตนาธรรมณ์ ความมุ่งมั่นตามหลักกการ
ธรรมาภิบาล และแนวคิดคุณธรรมนำการพัฒนา ร่วมสร้างความเข้มแข็ง
จากภายในตามหลักระเบิดจากข้างใน เพื่อร่วมสร้างสรรค์สังคมคุณธรรม
และผู้ปฏิบัติงานทุกคนร่วมกันขับเคลื่อนคุณธรรมที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม
และต้องขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน รวมถึงผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนาองค์กร สร้างคุณธรรม
จริยธรรม และความโปร่งใสในองค์กรอันเป็นที่รัก ตามหลักคุณธรรม
จริยธรรม และความโปร่งใสในองค์กรที่ควรประพฤติปฏิบัติจนกลายเป็น
วัฒนธรรมองค์กรที่ดีเรื่อยมา” ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ กล่าว

องค์การเภสัชกรรมได้รับการประเมินคุณธรรมและ
ความโปร่งใส (ITA) 93.04 คะแนน เกรด A ระดับดีมาก
ประจำปีงบประมาณ 2565 จากสำนักงาน ป.ป.ช. ต่อเนื่อง
เป็นปีที่ 7 แสดงถึงการเป็นองค์กรที่ดำเนินงานตาม
หลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใส มีคุณธรรมและจริยธรรม
ในการบริหารงานอย่างสูงมาโดยตลอด

ภญ.วีระมล มหาตมวดี ผู้ช่วยผู้อำนวยการองค์การ
เภสัชกรรม กล่าวว่า องค์การเภสัชกรรมได้รับการประเมิน
คุณธรรมและความโปร่งใส ด้วยคะแนนเฉลี่ย 93.04 คะแนน
อยู่ในระดับเกรด A ระดับดีมาก ต่อเนื่องเป็นปีที่ 7 จากการ
ที่องค์การฯ ได้เข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความ
โปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐหรือ ITA
(Integrity and Transparency Assessment) ประจำปี
งบประมาณ 2565 ซึ่งจัดขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการ
ป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน
ป.ป.ช.) โดยคะแนนการประเมินมาจากตัวชี้วัด 10 ด้าน
คะแนนเต็มด้านละ 100 คะแนน ได้แก่ 1. การเปิดเผยข้อมูล
ได้ 100 คะแนน 2. การป้องกันการทุจริต ได้ 93.75 คะแนน
3. ประสิทธิภาพในการสื่อสาร ได้ 95.54 คะแนน 4. คุณภาพ
ในการดำเนินงาน ได้ 95.15 คะแนน 5. การปรับปรุง
การทำงาน ได้ 91.00 คะแนน 6. การปฏิบัติหน้าที่ ได้
92.03 คะแนน 7. การใช้อำนาจ ได้ 88.10 คะแนน
8. การแก้ไขปัญหาการทุจริต ได้ 85.62 คะแนน 9. การใช้
งบประมาณ ได้ 85.40 คะแนน และ 10. การใช้ทรัพย์สิน
ของราชการ ได้ 84.19 คะแนน





GPO ให้การต้อนรับ คณะสื่อมวลชนไทยและต่างประเทศ เยี่ยมชมโครงการกัญชา ทางการแพทย์

เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2565 องค์การเภสัชกรรมได้ให้การต้อนรับคณะสื่อมวลชนไทยและต่างประเทศ จำนวน 70 คน เข้าเยี่ยมชมโครงการกัญชาทางการแพทย์ ณ องค์การเภสัชกรรม อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี โดยมี นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม นายแพทย์วิฑูรย์ ต่านวิบูลย์ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม และ ดร. ภญ.นันทกาญจน์ สุวรรณปิฎกกุล ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ พร้อมด้วยคณะเจ้าหน้าที่ขององค์การเภสัชกรรมให้การต้อนรับ โดยการเยี่ยมชมครั้งนี้เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของงาน Meet the Press กัญชา-กัญชง เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และเศรษฐกิจ จัดขึ้นโดยกรมประชาสัมพันธ์

ในครั้งนี้นักข่าวได้เข้าเยี่ยมชมกระบวนการสกัดกัญชาทางการแพทย์และความคืบหน้าการก่อสร้างพื้นที่ปลูกกัญชารูปแบบ Indoor ขนาด 1,000 ตารางเมตร ซึ่งอยู่ในระหว่างการติดตั้งอุปกรณ์ระบบปลูกแบบอัตโนมัติ จะเริ่มปลูกกัญชาได้ประมาณต้นปี 2566 สามารถปลูกกัญชาได้จำนวน 5,000 ต้นต่อปี และเป็นผลผลิตช่อดอกกัญชาจำนวน 1,000 กิโลกรัมต่อปี



องค์การเภสัชกรรมจัดกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการใช้ยาอย่างปลอดภัยให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนปฏิรูปที่ดินลือก 20 ไร่ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี



องค์การเภสัชกรรม โดยกองพัฒนางานองค์กร เพื่อความยั่งยืน จัดกิจกรรม GPO สานสัมพันธ์ชุมชน ปี 2565 ณ ชุมชนปฏิรูปที่ดินลือก 20 ไร่ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี โดยมี ดร. ภญ.มุกดาวรรณ ประกอบไวยกิจ รองผู้อำนวยการ องค์การเภสัชกรรม เป็นประธานเปิดงาน ซึ่งโครงการดังกล่าว องค์การเภสัชกรรมได้จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี เป็นความมีระหว่าง องค์การเภสัชกรรมและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกัน จัดขึ้น เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาอย่างปลอดภัยให้แก่ประชาชนผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนดังกล่าว ทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการร่วมกันดูแลประชาชนในพื้นที่โดยรอบขององค์การเภสัชกรรม อำเภอดงเจริญ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนผู้สูงอายุในพื้นที่มีสุขภาพที่แข็งแรง ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2565





องค์การเภสัชกรรมเข้าร่วมพิธีมอบความช่วยเหลือแก่ศรีลังกา เพื่อช่วยบรรเทาผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ณ กระทรวงการต่างประเทศ



ภญ.สุวิมล วรเกษมสุข ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาดและการขาย เป็นตัวแทนองค์การเภสัชกรรม เข้าร่วมพิธีมอบความช่วยเหลือแก่ศรีลังกาเพื่อช่วยบรรเทาผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ณ กระทรวงการต่างประเทศ โดยองค์การเภสัชกรรมได้มอบยาจำเป็น จำนวน 3 รายการ รวมมูลค่า 234,000 บาท ผ่านทางกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อมอบให้แก่สถานเอกอัครราชทูตศรีลังกาประจำประเทศไทยในการนำไปช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของพี่น้องประชาชนชาวศรีลังกา ในฐานะมิตรประเทศที่มีความสัมพันธ์อันดีกับประเทศไทยมาโดยตลอด เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2565

ให้การต้อนรับ

ดร. ภญ.นันทกาญจน์ สุวรรณปิฎกกุล ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ องค์การเภสัชกรรม ให้การต้อนรับคณะผู้เชี่ยวชาญการอบรมหลักสูตรการบริหารระดับสูงเชิงบูรณาการทางการแพทย์ (บสพ.รุ่นที่ 5 Medical Hub Version) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในโอกาสเข้าเยี่ยมชมศึกษาดูงานโครงการปลูกัญชาทางการแพทย์ขององค์การเภสัชกรรม อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี (GPO Canna House) เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2565



การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโรคหลอดเลือดสมอง หลังออกจากโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

โดย นว.ประเสริฐ สุเมธวานิชย์

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้น ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา หรือเกิดความพิการที่ถาวรได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดภาระต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดขนาดและภาระของสังคมต่อประเด็นการเกิดความพิการถาวรของผู้ป่วย

วิธีการศึกษาและดำเนินโครงการ

ใช้แนวทางการออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities of daily living), แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Care giver Burden Interview, Thai version) และแบบบันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการดำเนินงาน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่าไม่มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่เริ่มป่วยจนถึง 6 เดือนแรก ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL 80-100) ทั้งหมด 18 ราย พบการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 5.5 และในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ADL 25-75) ทั้งหมด 14 ราย พบการเกิดแผลกดทับ ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ และปอดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 21.41, 7.1 และ 14.3 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มนอนติดเตียง (ADL 0-20) ทั้งหมด 9 ราย พบการเกิดแผลกดทับ ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ และปอดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 55.5, 33.3 และ 22.2 ตามลำดับ

การประเมินระดับภาระของผู้ดูแล พบว่าในส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เริ่มป่วยใน 6 เดือนแรกไม่มีภาระในการดูแลหรือมีน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.2 เช่นเดียวกับกับผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้และได้บางส่วนที่ส่วนใหญ่ไม่มีภาระในการดูแลหรือมีน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.3 ต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนอนติดเตียง ที่ส่วนใหญ่จะมีภาระในการดูแลระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.4 และมีภาระการดูแลระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.2

ในด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เคยได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายอย่างน้อยหนึ่งภาคีเท่ากับ 23 ราย จากทั้งหมด 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.5 โดยพบว่าประเภทของการให้ความช่วยเหลือที่มากที่สุดของผู้ป่วยทุกกลุ่ม คือ การออกบัตรผู้พิการ ในทางกลับกันการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล เป็นการให้ความช่วยเหลือที่พบน้อยที่สุดในทุกกลุ่ม

สรุปการดำเนินการ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจะมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากขึ้นเช่นเดียวกับระดับภาระของผู้ดูแลและเริ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ทั้งนี้ผลดำเนินโครงการทำให้ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยได้รับการวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์, ผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 95.3 ได้รับการประเมิน และร้อยละ 53.5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากมีความบกพร่องของระบบไหลเวียนในสมอง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2546 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 5.5 ล้านคน ซึ่งเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นในสหรัฐอเมริกาพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 และเป็นต้นเหตุของความพิการอย่างรุนแรง จากต้นปี ค.ศ. 1970 - 1990 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนเป็น 2.4 ล้านคน โดยในเดือนแรกหลังเกิดอาการพบว่ามีอัตราการตายถึงร้อยละ 25 และช่วงหนึ่งปีมีอัตราการตายถึงร้อยละ 40 โอกาสที่จะเป็นอัมพาตซ้ำในระยะช่วงหนึ่งเดือนแรกพบได้ถึงร้อยละ 3-5 และร้อยละ 10 ในช่วงหนึ่งปี เมื่อติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไปพบว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 25 ที่ต้องอยู่ในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน¹

ในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 24.7 ซึ่งใกล้เคียงกับประชากรในประเทศต่าง ๆ² พ.ศ. 2544 - 2546 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของอัมพาตร้อยละ 18.2, 21.4, 27.7 ของโรคไม่ติดต่อ³ เมื่อคำนึงถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้นของสังคมต่อการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินในการรักษา ค่าเสียโอกาสในการทำงานของญาติพี่น้องที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างรักษาตัว และพักผ่อน มีการประเมินค่าใช้จ่ายโดยประมาณพบว่าผู้ป่วยต่อราย

ในระยะ 3 เดือนแรกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐเฉพาะตัวผู้ป่วยเองไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท ต่อราย ยังไม่นับการสูญเสียอื่น ๆ^{4,5} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และส่งผลให้เกิดข้อและกระดูกติดหรือเกิดความพิการที่ถาวรได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{6,7,8}

เครือข่ายสุขภาพอำเภอเกาะคาจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยจัดทำระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ได้นำมาตรฐานบริการสาธารณสุข⁹ (Public Health Service Standard) โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ และมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน¹⁰ (Home health care) ที่เป็นรูปแบบชัดเจน เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว สามารถขยายผลไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

2. วิธีดำเนินการ

ใช้แนวทางการออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนซึ่งเป็นการดำเนินโครงการควบคู่ไปกับการเยี่ยมผู้ป่วยโดยปกติ มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานแพทย์แผนไทย ระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่ 1 กันยายน 2562 ถึง 30 กันยายน 2563

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหลอดเลือดสมองตีบและแตกซึ่งไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 50 ราย โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 และตารางที่ 2

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Caregiver)

3. ภาควิชาเครือข่ายประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) นักสังคมสงเคราะห์และจิตอาสาในเขตพื้นที่อำเภอเกาะคา

ตารางที่ 1 แสดงประเภทของกลุ่มเป้าหมายหลักในโครงการ

รหัส	คำจำกัดความ	จำนวนครั้งที่เยี่ยม	กลุ่มบุคคลที่ไปเยี่ยม
1	ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยถึง 6 เดือนแรก	1-2 ครั้ง ต่อเดือน	ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ
	ผู้ป่วยที่ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่		เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข
2.1	ช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL 80-100)	1 ครั้ง ต่อเดือน	นักกายภาพบำบัด
2.2	ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ADL 25-75)	1-2 ครั้ง ต่อเดือน	เจ้าพนักงานแพทย์แผนไทย
2.3	กลุ่มนอนติดเตียง (ADL 0-20)	1-2 ครั้ง ต่อเดือน	อย่างน้อย 3 วิชาชีพขึ้นไป ต่อการเยี่ยมแต่ละครั้ง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย

รหัส	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1	4 (8)
2.1	20 (40)
2.2	16 (32)
2.3	10 (20)

4. เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

- แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามมาตรฐานของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities of daily living)
- แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามหลัก Zarit Caregiver Burden Interview (Thai version)
- แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

5. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินโครงการพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีจำนวนทั้งหมด 43 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 86 ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

รหัส	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ)
1	4 (8)	2 (4.6)
2.1	20 (40)	18 (41.8)
2.2	16 (32)	14 (32.6)
2.3	10 (20)	9 (21)
รวม	50 (100)	43 (86)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่าไม่มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่เริ่มป่วยจนถึง 6 เดือนแรก ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL 80-100) ทั้งหมด 18 ราย พบการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 และในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ADL 25-75) ทั้งหมด 14 ราย พบการเกิดแผลกดทับ 3 ราย ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ 1 ราย และปอดติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.41, 7.1 และ 14.3 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มนอนติดเตียง (ADL 0-20) ทั้งหมด 9 ราย พบการเกิดแผลกดทับ 4 ราย ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ 3 ราย และปอดติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.5, 33.3 และ 22.2 ตามลำดับ ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน

รหัส	ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1	แผลกดทับ	0 (0)
	ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	0 (0)
	ปอดติดเชื้อ	0 (0)
2.1	แผลกดทับ	0 (0)
	ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	1 (5.5)
	ปอดติดเชื้อ	0 (0)

รหัส	ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
2.2	แผลกดทับ	3 (21.4)
	ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	1 (7.1)
	ปอดติดเชื้อ	2 (14.3)
2.3	แผลกดทับ	4 (55.5)
	ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	3 (33.3)
	ปอดติดเชื้อ	2 (22.2)

จากการออกเยี่ยมบ้าน จำนวนผู้ดูแลที่ได้รับการประเมินตามแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีทั้งหมด 41 ราย เทียบกับจำนวนผู้ดูแลทั้งหมด 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.3

การประเมินตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามหลัก Zarit Caregiver Burden Interview (Thai version) พบว่าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เริ่มป่วยใน 6 เดือนแรกไม่มีภาวะในการดูแลหรือมีน้อย เช่นเดียวกับกับผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้และได้บางส่วนที่ส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะในการดูแลหรือมีน้อย โดยมีจำนวน 9 รายทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 56.2 และ 64.3 ตามลำดับ ต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนอนติดเตียงที่ส่วนใหญ่จะมีภาวะในการดูแลระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.4 และมีภาวะการดูแลระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.2 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลที่ได้รับการประเมินตามแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผลการประเมิน

รหัส	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล และได้รับการประเมิน	ระดับการะของผู้ดูแลและจำนวนผู้ดูแลในแต่ละระดับการะของการดูแล (ร้อยละ)
1	2	2	Little or no 2 (100) Mild to moderate 0 (0) Moderate to severe 0 (0) Severe 0 (0)
2.1	18	16	Little or no 9 (56.2) Mild to moderate 3 (18.8) Moderate to severe 4 (25) Severe 0 (0)
2.2	14	14	Little or no 9 (64.3) Mild to moderate 2 (14.3) Moderate to severe 3 (21.4) Severe 0 (0)
2.3	9	9	Little or no 1 (11.2) Mild to moderate 4 (44.4) Moderate to severe 2 (22.2) Severe 2 (22.2)
รวม	43	41	

ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เคยได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายอย่างน้อยหนึ่งภาคีเท่ากับ 23 ราย จากทั้งหมด 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.5 โดยพบว่าประเภทของการให้ความช่วยเหลือที่มากที่สุดของผู้ป่วยทุกกลุ่มคือ การออกบัตรผู้พิการ ในทางกลับกันการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเป็นการให้ความช่วยเหลือที่พบน้อยที่สุดในทุกกลุ่ม ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายในโครงการอย่างน้อยหนึ่งภาคี

รหัส	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย	รายละเอียดของกรมมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายในด้านต่าง ๆ
1	2	2	การให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ 2 การปรับสภาพที่อยู่อาศัย 0 การออกไปรับรองความพิการ 2 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 0
2.1	18	10	การให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ 3 การปรับสภาพที่อยู่อาศัย 1 การออกไปรับรองความพิการ 10 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 0
2.2	14	8	การให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ 2 การปรับสภาพที่อยู่อาศัย 2 การออกไปรับรองความพิการ 6 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 1
2.3	9	3	การให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ 1 การปรับสภาพที่อยู่อาศัย 2 การออกไปรับรองความพิการ 3 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 1
รวม	43	23	

6. สรุปการดำเนินการ

ผู้ป่วยตลอดเลืดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง จะเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากขึ้นเช่นเดียวกับระดับการะของผู้ดูแลและเริ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ทั้งนี้ผลการดำเนินโครงการทำให้ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยได้รับการวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์, ผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 95.3 ได้รับการประเมิน และร้อยละ 53.5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในเวลา 1 ปี ผลดำเนินการผ่านเกณฑ์ชีวิตตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงาน

เป้าประสงค์	ผลการดำเนินงาน
1. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยได้รับการวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ 86
2. ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลได้รับการประเมิน	ร้อยละ 95.3
3. ร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย	ร้อยละ 53.5

ข้อเสนอแนะ

- เชิงนโยบาย
 - มีการขยายระบบดังกล่าวไปสู่นอกเขตเทศบาลตาม รพ.สต.ต่างๆ โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน
 - ประสานกับ อปท. เพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อขยายไปยังนอกเขตเทศบาล

2. เชิงปฏิบัติการ

- เพิ่มตัวชี้วัดหรือเป้าประสงค์เพิ่มเติมในด้านการวัดสมรรถนะของทีมนิสิตวิชาชีพตามแบบประเมินการจัดการเรียน เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)

เอกสารอ้างอิง

1. American Stroke Association. Management of stroke: new guidelines. Nov 2003, 2 (11): 1-3.

2. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2545). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ละเลยด้านที่เป็นอัมพาต. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 12: 1-10.

3. สถิติสาธารณสุขรายงานประจำปี. กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 80.

4. รุ่งนภา จันทรา. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมนิสิตวิชาชีพ. วารสารพยาบาลทหารบก. 18 (1): 49-50.

5. สถิติค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองและจำนวนเตียง. งานเวชสถิติ สถาบันประสาทวิทยา. ฉบับประจำปี 2550: 34.

6. Granger et. Al. (2002). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. ArchPhys Med Rehabil. 83 (2): 25-27.

7. Toglia JP. (1981). Cognitive rehabilitation: A model for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy. 41: 439-448.

8. พรภัทร ธรรมสโรช. (2558). ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 14 (2): 77-80.

9. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ฉบับประจำปี 2552: 1-14.

10. แผนการจัดการความรู้ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2553

การพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง

กญ.นริศรา จริตงาม กม.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

เภสัชกรถือว่ามีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายให้ดีที่สุด การศึกษานี้เป็นการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

วิธีการวิจัย

ใช้รูปแบบงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยทำการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสริมงาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 - 30 พฤศจิกายน 2564 จำนวน 76 ราย เทียบกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 30 พฤศจิกายน 2563 จำนวน 61 ราย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรม มีทั้งหมด 76 ราย เป็นเพศชาย 41 ราย เพศหญิง 35 ราย อายุเฉลี่ย 70.92 ปี

เป็นโรคมะเร็ง 43 ราย และโรคอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง 33 ราย ผลจากการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบสหวิชาชีพพร้อมกับการพัฒนาบริหารเภสัชกรรมพบว่าผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม strong opioids เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.95 เป็นร้อยละ 61.84 มูลค่าจัดซื้อยาในกลุ่ม strong opioids เพิ่มขึ้นจาก 7,625 และ 30,680 บาท มีการประเมินอาการปวดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.57 เป็นร้อยละ 44.64 สำหรับการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.03 เป็นร้อยละ 83.33 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกรมีจำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.16 มีการพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug Related Problems; DRPs) 22 ราย และทุกรายของปัญหาด้านยาเภสัชกรได้มีการปรึกษาแพทย์เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านยาและได้รับการแก้ไขปัญหทั้งหมด

สรุปผลการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในรูปแบบสหวิชาชีพ โดยพัฒนางานบริหารเภสัชกรรม ทำให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงยาในกลุ่ม strong opioids การจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย การค้นหาปัญหาการใช้ยาและแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง บริบาลเภสัชกรรม

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย¹ โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั่วโลก ได้เปิดเผยโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ผ่านเว็บไซต์ www.who.int เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562 พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก² มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม ข้อจำกัดหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองคือ ข้อบังคับที่เข้มงวดในการใช้ยา กลุ่ม strong opioids และกลุ่มยาแก้ปวดอื่น ๆ สำหรับบรรเทาอาการทรมานก่อนเสียชีวิต ซึ่งตรงนี้จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ จำเป็นต้องมีทีมสุขภาพซึ่งไม่ใช่แค่แพทย์ พยาบาล แต่รวมถึงเภสัชกร ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยา ควรเข้ามาจัดการด้านยาเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในการใช้ยา กลุ่ม strong opioids เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากที่สุด และที่สำคัญควรตระหนักไว้เสมอว่าครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลมีความต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรคจนกระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต จากแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)³ ได้กำหนดให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานตามระดับของหน่วยบริการ มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญ ของโรงพยาบาล มีหน่วยบริการดูแลแบบประคับประคอง มีระบบบริการหรือรูปแบบการทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และมีการรักษา/บรรเทาด้วย strong opioids มากกว่าร้อยละ 20 เภสัชกรถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่จะมีส่วนช่วยในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะบทบาทในการให้การบริบาลเภสัชกรรม ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในสหรัฐอเมริกา^{4,5} ได้แนะนำว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรจัดให้มีเภสัชกรทำงานร่วมกับแพทย์และพยาบาล โดยเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมที่สุด และช่วยหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้ แต่อย่างไรก็ตาม งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับเภสัชกร ยังถือเป็นงานใหม่ โรงพยาบาลที่เพิ่งจะเริ่มต้นพัฒนางานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงไม่มีหน่วยงานและขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่งผลให้เภสัชกรยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นปัจจุบัน เพื่อที่จะนำมาใช้บริหารจัดการหรือวางแผนด้านยา นอกจากนี้ เภสัชกรบางส่วนยังไม่เข้าใจถึงหลักการหรือแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้

อย่างเต็มที่ ดังนั้น หากเภสัชกรทราบถึงหลักการแนวคิดและบทบาทของวิชาชีพเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้ว จะทำให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างดี และเพื่อตอบสนองนโยบายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดลำปางได้ดำเนินการตามมาตรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)⁶ โดยในปี 2562 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1,490 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2563 คือ 1,820 ราย สำหรับโรงพยาบาลเสริมงามเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จัดอยู่ในระดับ F2 มีแนวโน้มพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นโดยในปี 2562 พบ 65 รายและ 70 ราย ในปี 2563 อัตราการใช้ยากกลุ่ม strong opioid ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปี 2562 และ 2563 คือร้อยละ 15.71 และ 29.27 ตามลำดับ ทั้งนี้กระบวนการดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเสริมงามยังพบปัญหาอยู่หลายประการ ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานในรูปแบบสหวิชาชีพที่ชัดเจน การจัดเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาลจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิและในชุมชน รวมถึงงานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เภสัชกรต้องมีส่วนร่วมโดยตรง เป็นต้น ทำให้ผลการดำเนินงานในด้านการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเสริมงาม โดยคาดว่าจะเป็นการส่งเสริมไม่เพียงแต่วิชาชีพเภสัชกร แต่ยังเป็นส่งเสริมให้แต่ละวิชาชีพสามารถร่วมเป็นทีมสุขภาพตามบทบาทของตนนำไปสู่สภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย

ใช้รูปแบบงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยทำการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วย Palliative Care ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสริมงามทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 - 30 พฤศจิกายน 2564 เทียบกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 30 พฤศจิกายน 2563 ซึ่งข้อมูลก่อนการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมเป็นข้อมูลย้อนหลังทบทวนจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HosXp) และแบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วย (Drug Profile) งานวิจัยนี้ได้ผ่านการขอรับการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 17/64 ดำเนินการโดยมีการประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อรับทราบและทบทวนแนวทางการดำเนินงาน โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วย Palliative Care ผู้ป่วยนอก โดยมีกรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม

strong opioids การบันทึกอาการปวด (pain score) หรือยารักษาอาการอื่น ๆ ค้นหาค้นหาจากการใช้ยา อาหารเสริม รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยา มีการประสานแพทย์กรณีพบปัญหาจากการใช้ยา การปรับยาตามระดับความปวดของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะการให้ยาของผู้ป่วยและญาติ

- บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วย Palliative Care ผู้ป่วยในโดยมีการร่วมมือกับสหวิชาชีพร่วมวางแผนการรักษากับทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นอกจากนี้ทีมได้มีการจัดทำคำสั่งการรักษาแบบ Standing Order เพื่อความครอบคลุมในการจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วย สะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาโดยเภสัชกรตามแนวทางการบริบาลเภสัชกรรม มีการบันทึกข้อมูลการใช้ยาใน (Drug profile) ทบทวนข้อมูลยาเดิมของผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids การบันทึกอาการปวด (Pain Score) หรือยารักษาอาการอื่น ๆ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยทุกราย ค้นหาค้นหาที่เกิดจากการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วย และทำการปรึกษาแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ผลการวินิจฉัยโรค อาการไม่สบายของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านผลการให้บริบาลเภสัชกรรม ได้แก่ ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลการใช้ยากกลุ่ม strong opioids และการประเมินอาการปวดของผู้ป่วย ข้อมูลปัญหาด้านยา (DRPs) และการจัดการปัญหาด้านยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Patient Drug Profile) โรงพยาบาลเสริมงาม, ข้อมูลการใช้ยามอร์ฟีนแบบออกฤทธิ์สั้น, แบบบันทึกความปวด/เวลาที่กินยาแก้ปวดเมื่อมีอาการ

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสริมงามทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 - 30 พฤศจิกายน 2564 เทียบกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 30 พฤศจิกายน 2563

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
2. ผลการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ก่อนการดำเนินงานพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม ปี 2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 61 ราย ปี 2564

มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 76 ราย เป็นเพศชาย 41 ราย เพศหญิง 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.95 และ 46.05 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 70.92 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2563 คือ 71.51 ปี โดยผู้ป่วยในปี 2564 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 56.58 โรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็งร้อยละ 43.42 เช่น ผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยในปี 2563 คือมะเร็งร้อยละ 42.62 ไม่ใช่มะเร็งร้อยละ 57.38 สำหรับอาการที่ไม่สบายของผู้ป่วย ในปี 2564 อาการที่พบมากคืออาการปวด ร้อยละ 30.55 รองลงมาคืออาการหอบเหนื่อย และอาการคั่งของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 17.59 และ 15.74 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากปี 2563 อาการที่พบมากคืออาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 31.88 รองลงมาเป็นอาการปวด ร้อยละ 28.99 ร้อยละเฉลี่ยทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
เพศ (จำนวนคน, ร้อยละ)		
ชาย	43 (70.49)	41 (53.95)
หญิง	18 (29.51)	35 (46.05)
รวม	61 (100)	76 (100)
อายุเฉลี่ย (ปี)	71.51	70.92
โรคที่เป็น (จำนวนคน, ร้อยละ)		
มะเร็ง	26 (42.62)	43 (56.58)
ไม่ใช่มะเร็ง	35 (57.38)	33 (43.42)
ประเภทอาการไม่สบาย (จำนวนอาการ, ร้อยละ)		
ปวด	20 (28.99)	33 (30.55)
หายใจหอบเหนื่อย	22 (31.88)	19 (17.59)
เสมหะ	4 (5.80)	17 (15.74)
นอนไม่หลับ	0	10 (9.26)
ท้องผูก	0	7 (6.48)
บวม	3 (4.35)	6 (5.56)
อื่น ๆ	20 (28.99)	16 (14.81)

ผลการบริบาลเภสัชกรรมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ในปี 2564 มีการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมพบว่าผู้ป่วยได้รับยา strong opioids เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.84 จากปี 2563 ได้รับเพียงร้อยละ 22.95 มีการประเมินอาการปวดในปี 2564 ร้อยละ 44.64 เพิ่มจากปี 2563 ซึ่งมีการประเมินร้อยละ 28.57 ซึ่งทำให้มูลค่าจัดซื้อยา Opioids ในปี 2563-2564 เป็น 7,625 และ 30,680 บาท ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการไม่สบาย ซึ่งในปี 2564 มีการจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2563 จากร้อยละ 42.03 เป็น 83.33 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกรในปี 2564 มีจำนวน 67 ราย มีการพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug Related Problems; DRP) 22 ราย โดยเป็นปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adversed drug reaction; ADR) จำนวน 8 ราย และทุกรายของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาทั้งหมดมีการปรึกษาแพทย์

โดยเภสัชกรเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาและได้รับการแก้ไขปัญหาทั้งหมด รายละเอียดทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
การได้รับยา Opioids (ร้อยละ)	14 (22.95)	47 (61.84)
มีการประเมินอาการปวด (ร้อยละ)	4 (28.57)	21 (44.64)
มูลค่าการจัดซื้อยา Opioids (บาท)	7,625	30,680
การจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (ร้อยละ)	29 (42.03)	90 (83.33)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกร (ร้อยละ)	10 (16.39)	67 (88.16)
การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา (ร้อยละ)	1/3 (33.33)	8/8 (100)
การปรึกษาแพทย์โดยเภสัชกรเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาและได้รับการแก้ไข (ร้อยละ)	5/5 (100)	22/22 (100)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง และมารับการรักษาในโรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 พฤศจิกายน 2564 เทียบกับก่อนการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 พฤศจิกายน 2563

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต้องใช้ความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เป็นต้น ทางโรงพยาบาลจึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอำเภอเสริมงาม โดยรวบรวมจากแหล่งต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลจาก HosXp, COClampang, ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งผลให้ผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมร้อยละ 25 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 56.58 โรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 43.42 เช่น ผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยติดเชื้อ เป็นต้น ข้อมูลตรงส่วนนี้สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการตายของอำเภอเสริมงาม ที่อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งสูงเป็นอันดับ 1 โดยเพิ่มจากอัตรา 67.77 ในปี 2563 เป็น 141.73 ต่อแสนประชากรในปี 2564 ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้ายปัญหาอาการไม่สุขสบายหลักของผู้ป่วยมะเร็งคืออาการปวด ในส่วนนี้การวางแผนบริหารจัดการด้านยาให้มีการสำรองยาให้เพียงพอพร้อมใช้จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะยากกลุ่ม strong opioids⁷ โรงพยาบาลเสริมงาม

มีการดำเนินการจัดหา morphine ชนิดฉีด ชนิดน้ำ ชนิดเม็ด รับประทานรูปแบบออกฤทธิ์ทันทีและออกฤทธิ์เนิ่น จากข้อมูลการศึกษาหลังจากมีการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมพบว่ามูลค่าการจัดซื้อยากกลุ่ม strong opioids เพิ่มขึ้นจาก 7,625 เป็น 30,680 บาท ตามลำดับ แสดงถึงการเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids มีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยอัตราการเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรมเพิ่มจากร้อยละ 22.95 เป็นร้อยละ 61.84 จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย⁸ ศึกษาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินการโดยสหวิชาชีพ สามารถช่วยค้นหาปัญหาการใช้ยาและการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2565 มีแผนเพิ่มกรอบยาแผ่นแปะ Fentanyl เข้ากรอบยาโรงพยาบาลเสริมงาม เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการจัดการอาการปวดให้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาการเรื่องขั้นตอนการจัดซื้อที่มีความยุ่งยากและใช้ระยะเวลาในการจัดซื้อยากกลุ่ม strong opioids เนื่องจากเป็นยาเสพติด ดังนั้น การมีจำนวนฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันจึงมีความสำคัญมากโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อการจัดทำแผนในการสำรองยากกลุ่มนี้ให้เพียงพอและพร้อมใช้อยู่เสมอ

ในการนี้ทางทีมคณะกรรมการ Palliative care ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลในส่วนของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยมีการจัดทำ Standing order ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งมีรายละเอียดการรักษารักษาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ครอบคลุมครบถ้วน ในส่วนของผลการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม จะดำเนินการโดยผู้ป่วยและญาติทุกรายจะได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกรตามแนวทางการบริบาลเภสัชกรรม ค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยารวมถึงป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งก่อนการพัฒนาแบบการดำเนินการจะพบเภสัชกรกรณีที่มีปัญหาด้านยาและได้รับการส่งต่อขอคำปรึกษาด้านยาเท่านั้น จะเห็นว่าก่อนการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม มีผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรเพียงร้อยละ 16.39 หลังการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม มีผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเพิ่มเป็นร้อยละ 88.16 นอกจากนี้ พบว่าแนวโน้มในการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.03 เป็นร้อยละ 83.33 หลังการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม โดยอาการไม่สุขสบายร้อยละ 30.55 เป็นอาการปวด ร้อยละ 17.59 เป็นอาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 15.74 เป็นอาการมีสารคัดหลั่งเสมหะ ที่เหลืออื่น ๆ จะเป็นอาการนอนไม่หลับ ท้องผูก บวม เป็นต้น เนื่องจากเภสัชกรได้ดำเนินการตามแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมดังกล่าว เภสัชกรจึงเป็นส่วนหนึ่งในการค้นหาและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย

จากผลการพัฒนาบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้เพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนาบริบาลเภสัชกรรมพบ ADR 3 เหตุการณ์ หลังการพัฒนาบริบาลเภสัชกรรมพบ ADR เพิ่มขึ้นเป็น 8 เหตุการณ์ เช่น มีการสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยที่แพ้เกิดผลข้างเคียงจาก

ยามอร์ฟิน กัญชา ระดับยามอร์ฟินไม่ได้ขนาด เป็นต้น จากอุบัติเหตุการเพิ่มชิ้นอาจเนื่องมาจากสาเหตุที่เรามีการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกทำให้สามารถพบเหตุการณ์มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถจัดการได้ทุกเหตุการณ์ร้อยละ 100 ซึ่งก่อนการพัฒนาบริบาลเภสัชกรรมพบการจัดการ ADR ร้อยละ 33.33

ในส่วนของการดำเนินงานกรณีพบปัญหาด้านยาจำเป็นต้องมีการประสานงานกันโดยสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการขอคำปรึกษาแพทย์เพื่อดำเนินการแก้ไข ซึ่งก่อนการพัฒนา มีผลการดำเนินงานของการปรึกษาแพทย์โดยเภสัชกรเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาเพิ่มขึ้นจาก 5 ครั้งเป็น 22 ครั้ง และทุกครั้งจะได้รับการแก้ไข เช่น ขอคำปรึกษาเรื่องการปรับยามอร์ฟิน การทบทวนยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับการผสมยาใน syringe diver การแพ้ยา เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชรัตน์⁹ ศึกษาผลการให้บริการทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดพบว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในการวางแผนและเลือกใช้ยา รวมทั้งให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล เพื่อช่วยให้การรักษา ป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเนื่องจากโรคมะเร็งและการศึกษาของปัทมาวดี¹⁰ พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบสหวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ทำให้สามารถค้นพบปัญหาการใช้ยาและแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม สรุปแล้วบทบาทของเภสัชกรในงานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเริ่มต้นด้วยการค้นหาประเมิน และการรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพโดยเริ่มตั้งแต่การได้รับวินิจฉัยโรคจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยจนถึงแก่กรรม¹¹

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลเสริมงามอยู่ในช่วงเริ่มพัฒนางานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงยังไม่มีหน่วยงานและขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจน จึงทำให้บทบาทของเภสัชกรในงานด้านนี้ยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้เภสัชกรยังขาดองค์ความรู้ทางเภสัชกรรมในเรื่อง การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในด้านนี้ เพื่อให้เภสัชกรสามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริทัศน์¹² ศึกษาความคิดเห็นของเภสัชกรต่องาน Palliative care พบว่าเภสัชกรเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต่อทีม โดยการดูแลที่เภสัชกรจะเข้ามาช่วยเหลือทีมได้ดีที่สุดคือ การดูแลด้านร่างกาย ส่วนบทบาทงานที่เภสัชกรเห็นว่าตนเองจะมีระดับความสามารถในการดูแลน้อยที่สุดก็คือ งานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งในส่วนนี้ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญควบคู่ไปกับองค์ความรู้ที่ต้องการพัฒนาอยู่เสมอเพื่อที่จะทำให้พัฒนาบทบาทดังกล่าวให้มากขึ้น และเพื่อตอบสนองนโยบายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข

2. การบริหารยากรณีที่มีอายุสั้น และมีอัตราการใช้ที่ไม่แน่นอน เช่น ยามอร์ฟินน้ำ ซึ่งเป็นยาเสพติดที่มีขั้นตอนการทำลายที่ยุ่งยาก ในกรณีนี้อาจมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อการวางแผนการจัดหายาให้พร้อมใช้และลดอัตรายาสูญเสียจากการหมดอายุ

3. สืบเนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ในช่วงที่ดำเนินการทำให้การดำเนินงานติดตามการใช้ยาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทำให้ยังไม่ครอบคลุมงานบริบาลเภสัชกรรมแบบองค์รวม อาจมีแนวทางการสร้างเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยด้านยาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. เป็นต้น

4. ควรมีการพัฒนากระบวนการคืนยาในกลุ่ม strong opioids กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้แล้วหรือเสียชีวิต เพื่อป้องกันการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดในชุมชน

บรรณานุกรม

1. กิติพล นาควิโรจน์. หลักการของ Palliative care: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว; 2021 [สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: (<https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th>)
2. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) 2021 [cited 20/11/2021]. แหล่งที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152>
3. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (Inspection Guideline) [สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <file:///C:/Users/User/Downloads/Documents/079%20SP7%20inspection%20guideline%20palliative%20care.pdf>.
4. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the pharmacist's role in palliative and hospice care. Am J Health-Syst Pharm. 2016;73:1351-67.
5. Lipman AG, Arter SG, Berry JI, et al. ASHP Statement on the pharmacist's role in hospice and palliative care. Am J Health-Syst Pharm 2002;59:1770-3.
6. HDC-Report กลุ่มรายงานมาตรฐาน Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ปีงบประมาณ 2563 จังหวัดลำปาง. [Internet]. [cited 17 พฤศจิกายน 2563]. Available from: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5&id=28e-3ca2ae78a73a2b3d37a7d16f02d7d
7. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สิงหาคม 2561.

8. ศุภชัย แพงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30 (ฉบับเพิ่มเติม 1 พฤษภาคม - มิถุนายน 2564)

9. กชรัตน์ ชิวพฤกษ์, ธนียา เจริญเสรีรัตน์. การบริหารทางเภสัชกรรมของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: [https:// pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-research-special-abstract.php?num=52&year=2551](https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-research-special-abstract.php?num=52&year=2551)

10. ปัทมาวดี ช่างเพชร, ผกามาศ โมตรีมิตร. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University. July - December 2015;2 (2).

11. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

12. ศิริทัศน์ กระดานพล, ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ. ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อระดับความสามารถของตนเองในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559;11 (1).

ผลของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกรในหน่วยบริการด้านปฐมภูมิรณรงค์ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

กญ.อารีรัตน์ คุณยศยิ่ง
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลวังเหนือ

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ชุมชน และมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วก็ตาม จะเห็นได้จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ประมาณการณ์ว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 333 ล้านคนทั่วโลก และส่วนใหญ่อยู่ในเอเชียร้อยละ 7.4 จากรายงานสถิติของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษามีเพียงร้อยละ 29 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้ และผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากถึงร้อยละ 70 ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน ทั้งทางตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และแผลเรื้อรัง สำหรับจังหวัดลำปาง อำเภอวังเหนือ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นทุกปี จะเห็นได้จากปี 2560-2562 มีจำนวน 2,105, 2,254 และ 2,411 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.93, 93.39 และ 93.49 ตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ในปี 2560 คิดเป็น 7,137,555 บาท ในปี 2561 คิดเป็น 8,101,38 บาท และในปี 2563 คิดเป็น 8,554,450 บาท ตามลำดับ (รายงานประจำปีคลินิกโรคเรื้อรังประจำปีโรงพยาบาลวังเหนือ, 2563) ซึ่งทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน การฟื้นฟูสุขภาพและการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานทางด้านตา ไต เท้า ด้านอื่น ๆ และในด้านรักษาด้วยยา

ยาเป็นปัจจัยหนึ่งในสี่ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ การใช้ยาให้ถูกต้องทั้งถูกคน ถูกโรค ถูกเวลา ถูกขนาด และถูกวิธี ซึ่งการมีความรู้และความเข้าใจในการใช้สลากยา ตัวอักษรหรือ

รูปภาพประกอบการทานยา เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา (สมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมุณี (2559)) ในการจัดประเภทปัญหาการใช้ยา 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ แนวทางของ Hepler และ Strand (1990) แนวทางของ The American Society of Health System Pharmacist (ASHP) (1990) และแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) เวอร์ชัน 5.01 ซึ่งจัดทำและเผยแพร่โดยกลุ่มนักวิจัยด้านบริหารเภสัชกรรมของประเทศแถบยุโรป เนื่องจากเป็นแนวทางที่มีวิธีการประเมินครบถ้วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ มีการแบ่งประเภทปัญหาการใช้ยาเป็น 4 หมวด ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problem; P) สาเหตุของปัญหา (Cause; C) วิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention; I) และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (Outcome of intervention; O)

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของอำเภอวังเหนือ ใช้ยาไม่ถูกต้องตามหลักของ 5R และปัญหาเกี่ยวกับยาด้านอื่น ๆ ในส่วนของผู้สูงอายุพบปัญหาการใช้สายตาอ่านฉลากยาไม่ถูกต้อง ตัวหนังสือเล็ก มองไม่เห็น จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานหยาบยาไม่ถูกต้อง หยาบยาผิด หรือจากตัวของโรคเบาหวานที่เรื้อรัง ทำให้ไม่ยอมทานยา ประกอบกับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องร่วมด้วย จึงทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในร่างกายไม่ได้ผล (มีค่ามากกว่า 7) เมื่อระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย (รายงานประจำปีงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลวังเหนือ, 2563)

จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านยาที่ผ่านมา งานเภสัชกรรมโรงพยาบาลวังเหนือได้มีแนวทางให้ความรู้สุขศึกษารายกลุ่มและรายเดี่ยว การใช้ฉลากช่วยรูปภาพในการจัดการด้านยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดน้ำตาลสะสม และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แต่ยังคงพบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานยังมีอยู่ เช่น กินยาไม่ตรงตามเวลา ผิดขนาด ไม่ต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของยา ความเบื่อหน่ายจากการรักษาด้วยยาในระยะเวลาที่ยาวนาน บางรายต้องหยุดยา ทำให้เกิดผลกระทบขึ้นกับผู้ป่วย คือ ระดับน้ำตาลสะสมในร่างกาย (HbA1C) ยังสูงกว่าค่าปกติ (มีค่ามากกว่า 7) มีภาวะแทรกซ้อนของระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ภาวะไตวาย ตามองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว การหายของบาดแผลช้า อาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปัสสาวะบ่อย และมีภาวะ Hypoglycemia, Hyperglycemia ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล และจากงานวิจัยของสมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมุณี (2557) ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับยาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาโดยวิธี The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรครอบครัวของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน สามารถช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มโรคเรื้อรังได้ และจากการศึกษาของรจเรศ หาญรินทร์ (2552) การจัดการประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา ซึ่งใช้แนวทางของ PCNE ผลการศึกษาพบว่า การจัดการประเภทแบบ PCNE เป็นระบบ เป็นขั้นตอน และมีประสิทธิภาพ เหมาะกับการปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งช่วยให้ทราบผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาผลของการใช้แนวผลลัพธ์ในการจัดการด้านยาของเครือข่ายการดูแลด้านยาโดยเภสัชกรรมของยุโรปปี 2549 (The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) มาใช้ในการแก้ปัญหาเรื่องยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลร่องเคาะ อำเภอลำปางขึ้น หากผลของการการศึกษาวิจัยมีประสิทธิภาพจริง จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้านยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ยาได้ถูกต้อง ลดภาวะภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยา ลดค่ารักษา และผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ในระดับหนึ่งต่อไป

จุดประสงค์

1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการจัดการด้านยา โดยใช้แนวผลลัพธ์ในการจัดการด้านยาของเครือข่ายการดูแลด้านยาโดยเภสัชกรรมของยุโรป ปี 2549 (The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) โดยเภสัชกรในหน่วยงานปฐมภูมิตำบลร่องเคาะ อำเภอลำปาง
2. เปรียบเทียบหลังการจัดการใช้แนวผลลัพธ์ในการจัดการด้านยาของเครือข่ายการดูแลด้านยา โดยเภสัชกรรมของยุโรป ปี 2549 (The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) โดยเภสัชกรกับระยะติดตามผล 6 เดือน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกรในหน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิร่องเคาะ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิร่องเคาะ อำเภอลำปาง จำนวน 153 ราย ข้อมูลในช่วงเวลาเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

1. มีอายุ 35 ถึง 80 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) สูงกว่า 7
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเสร็จสิ้นการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

1. ใช้ยาเบาหวานชนิดฉีด
2. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตตั้งแต่ระดับ 3b สมองและหัวใจ
3. เป็นผู้อยู่ในภาวะพึ่งพา (ADL<12)
4. เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช หรือมีปัญหาในการรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบการประเมินการใช้ยาและให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเภสัชกรจัดการปัญหาการใช้ยาและประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาด้วยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วย โดยใช้แนวทาง The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) มีคำถามที่ใช้ 4 ประเด็น ดังนี้ มีการแบ่งประเภทปัญหาการใช้ยาเป็น 4 หมวด ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problem; P) สาเหตุของปัญหา (Cause; C) วิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention; I) และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (Outcome of intervention; O)

สถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลลัพธ์ใช้แนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t - test dependent

ผลการศึกษา

ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็นเพศชาย จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.1 เพศหญิง จำนวน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.9 มีสถานะควบคุมมากที่สุด ร้อยละ 93.46 สำหรับการศึกษาร้อยละระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.14

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.24 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,000-2,000 บาท ร้อยละ 26.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยงานปฐมภูมิตำบลร่องเคาะ (n=153)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	69	45.1
หญิง	84	54.9
อายุ		
30-40 ปี	5	3.27
41-50 ปี	25	16.34
51-60 ปี	68	44.44
61-70 ปี	55	35.95
(M =57.23, SD=7.9351, Range=40.0)		
สถานะ		
โสด	1	0.65
คู่	143	93.46
หม้าย	8	5.24
หย่าร้าง	1	0.65
(M =2.058, SD=.2864, Range=3.00)		
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	24	15.68
ประถมศึกษา	66	43.14
มัธยมศึกษา	56	36.6
ปริญญาตรี	7	4.58
(M =2.3464,SD=.90554,Range=4.00)		
อาชีพ		
เกษตรกร	109	71.24
ค้าขาย	14	9.15
แม่บ้าน	6	3.92
รับจ้าง	20	13.07
ว่างงาน	1	0.65
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อปท.	3	1.97
(M =1.6863, SD =1.2485, Range=5.00)		
รายได้		
1,000-2,000 บาท	40	26.14
2,001-3,000 บาท	35	22.88
3,001-4,000 บาท	31	20.26
4,001-5,000 บาท	20	13.07
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป	27	17.65
(M =4,263, SD=4,148.4739, Range=29,000.00)		

ผลการจัดการด้านปัญหาด้านสาเหตุของปัญหา วิธีการแก้ไข ปัญหา ตามแนวทาง PCNE (2006)

ตารางที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับยา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขที่พบจากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลร่องเคาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลร่องเคาะ (n=153)

สาเหตุ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
C6.1 สาเหตุอื่น ๆ	9	5.88
C1.8 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือสาเหตุอื่น ๆ	13	8.50
C3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยา	11	7.19
C2.6 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้	20	13.10
C3.1 ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีใช้ยา	7	4.58
C4.1 ผู้ป่วยลืมรับประทาน ใช้ยา	30	19.61
C4.2 ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	14	9.15
C4.9 การรักษาไม่ตรงกับความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย	12	7.84
C4.7 ผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	5	3.27
C2.2 การรับประทานหรือใช้นานน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	2	1.31
C2.3 การรับประทานหรือใช้นานมากกว่าที่ควรจะเป็น	3	1.96
C3.5 ผู้ป่วยขาดการสื่อสารกับแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์	6	3.92
C1.2 การเลือกขนาดยาไม่เหมาะสม	1	0.65
C2.1 เวลาในการใช้ยาหรือช่วงเวลาการใช้ยาไม่เหมาะสม	7	4.58
C4.3 ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา	4	2.61
C4.8 การได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป	9	5.88
วิธีแก้ไขปัญหา		
I4.1 การแก้ไขอื่น ๆ	5	3.27
I2.1 ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย	50	32.68
I2.4 ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย	57	37.25
I1.3 วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์และแพทย์ตอบรับข้อเสนอ	9	5.88
I2.3 ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปให้แพทย์	8	5.23
I1.2 ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์	6	3.93
I2.2 ให้คำแนะนำโดยการเขียนแจ้งผู้ป่วย	15	9.80
I3.1 เปลี่ยนตัวยา	3	1.96

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ก่อนและหลังการจัดการด้านยาฯ (n=153)

ข้อมูล	n	X	S.D.	t	P
ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS)					
ก่อนการจัดการด้านยา	153	135.86	23.79	9.48	0.012
หลังการจัดการด้านยา	153	127.42	28.54	-	-
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)					
ก่อนการจัดการด้านยา	153	117.42	1.59	7.58	0.013
หลังการจัดการด้านยา	153	115.65	1.37	-	-

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ติดตามหลังการจัดการด้านยาฯ 6 เดือน (n=153)

ข้อมูล	n	X	S.D.	t	P
ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS)					
หลังการจัดการด้านยา (3 เดือน)	153	127.42	28.54	10.54	.000
ติดตามระยะหลัง 6 เดือน	153	125.32	27.34	-	-
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)					
หลังการจัดการด้านยา (3 เดือน)	153	115.65	1.39	9.24	.000
ติดตามระยะหลัง 6 เดือน	153	113.54	1.24	-	-

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกร ในหน่วยบริการด้านปฐมภูมิรณรงค์เคาะอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังจากการใช้แนวผลลัพธ์ในการจัดการด้านยาของเครือข่ายการดูแลด้านยา โดยเภสัชกรของยุโรป ปี 2549 (The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (2006) นำมาอภิปรายผลครั้งนี้ ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็นเพศชาย จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.50 เพศหญิง จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.50 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 88.8 สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 40.4 รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.5 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 12.4 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,500 บาท

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาล (FBS) ก่อนและหลังเข้าร่วมการด้านยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกร ดังนี้ ก่อนเข้าร่วมน้ำตาลในเลือด (FBS) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.86 (± 23.79) หลังจากเข้าร่วมการจัดการด้านยา มีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 127.42 (± 28.54)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังการจัดการด้านยา โดยเภสัชกร ดังนี้ ก่อนเข้าร่วมน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 117.4 (± 1.59) หลังจากเข้าร่วมการจัดการด้านยาโดยมีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 115.65 (± 1.37) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบิน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธี t-test Dependent พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ติดตามการจัดการด้านยาฯ ระยะ 6 เดือน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีค่าเฉลี่ย 125.32 (± 27.34) และค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีค่าเฉลี่ย 113.54 (± 1.24) เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบโดย t-test dependent พบว่าค่าน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัญหาการใช้ยาทั้งหมดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 6.2 พบว่า ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการลืมกินยา/ใช้ยาผิดเป็นร้อยละ 19.61 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุที่สอง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งร้อยละ 13.07 จากการวิจัยครั้งนี้ วิธีการแก้ไขปัญหาโดยการให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมากเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมาได้แก่ ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย ร้อยละ 32.68 และการแก้ไขปัญหานั้นอันดับที่ 3 ได้แก่ ให้คำแนะนำโดยการเขียนแจ้งผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 9.80 ได้มีการส่งต่อแพทย์เพื่อปรับแผนในการรักษาต่อไปร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อส่วนบุคคลต่อการใช้ยารักษาโรคเบาหวานต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรสามารถลดและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสิชลพบร้อยละ 93.24 ของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการยอมรับและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของเภสัชกรจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องอันเป็นสัญญาณที่ดีในการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และจากการศึกษาของต่างประเทศ Van Mill (2005; 10: 5-8.) ได้กล่าวไว้ว่าปัญหาการใช้ยานั้นเกิดได้จาก 3 จุดในระบบการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งใช้ยาของแพทย์ การจ่ายยาของเภสัชกร และการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย แต่มักจะไม่ได้รับการติดตามโดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยไม่ใช้อย่างสม่ำเสมอ (non adherence) แก้ไขได้ด้วยวิธีการเสริมศักยภาพผู้ป่วย (patient empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยรับบทบาทของตนเองมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพพร้อมกับการดูแลของญาติ ต่อเนื่องที่บ้านและเมื่อพบปัญหาสามารถขอคำปรึกษาได้จาก รพ.สต.โรงพยาบาลโดยเภสัชกรชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรเสนอแนะให้มีการใช้แนวทางจัดการฯ นี้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานเพราะพบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเสนอให้มีการนำแนวทางนี้ไปใช้ในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (แผนบริการ). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. คณะทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. คู่มือเภสัชกรปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานแผนคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ; 2554.
3. รจเรศ หาญรินทร์. (2552). การจัดการของปัญหาเกี่ยวกับยา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
4. โรงพยาบาลวังเหนือ (2563). รายงานประจำปีคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง.
5. วิมลวรรณ พันธุ์เกาและคณะ. (2548). การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก.
6. ศศิธร กิจไพบูลย์ทวี. การบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลสิชล. 2559.
7. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์และคณะ. (2554-2557). โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus). กรมการแพทย์.

8. สมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมุณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุข ภาพอำเภอกระนวน. 2557.

9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. กรุงเทพฯ.

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพื้นที่ 7 ขอนแก่น. คู่มือการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิปีงบประมาณ 2557. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น, 2557.

11. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์. 2562.

12. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm 1996; 53:1713-6.

13. Hanrinth R. Classification for drug related problems. Thai Journal of Pharmacy Practice 2009 ; 1: 84-95. 14. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990; 47:533-43.

ผลการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรสำหรับผู้ป่วยนอก คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์

กญ.อสพรรณ ด้วงตะกั่ว ก.บ., วท.ม. (วิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ)
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วย ประเมินค่า INR ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟาริน โรค และข้อควรปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้คำแนะนำของเภสัชกร เปรียบเทียบระดับ INR ของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้คำแนะนำของเภสัชกรประจำคลินิก วาร์ฟาริน ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินทุกรายที่ผ่านวาร์ฟารินคลินิก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก คลินิก วาร์ฟาริน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.10, มีอายุ \geq 70 ปี ร้อยละ

43.60, ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.60, ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน \leq 1,500 บาท และอยู่ในช่วง 1,501 - 3,000 บาท เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 43.75, มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 93.76, โรคที่พบมากคือโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 84.38, โรคร่วมส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.63 ระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกรพบว่ามีความรู้การใช้ยา วาร์ฟาริน โรค และข้อควรปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.10 และระดับสูง ร้อยละ 93.75 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรเท่ากับ 12.59 และ 18.38 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ค่าเฉลี่ย INR ของผู้ป่วยก่อนให้คำแนะนำโดยเภสัชกรเท่ากับ 2.93 และ 2.58 ตามลำดับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.039$) ความพึงพอใจมากที่สุด 2 อันดับแรกคือ สื่อในการให้ความรู้เข้าใจง่าย และระยะเวลาในการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร ร้อยละ 100 ความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ความสะอาด

เป็นระเบียบของอาคารสถานที่ ร้อยละ 81.20 ข้อเสนอแนะ ควรทำ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน เพื่อพัฒนา การทำงานบริบาลเภสัชกรรมคลินิกวาร์ฟารินต่อไป

คำสำคัญ

การให้คำแนะนำ ผู้ป่วยนอกคลินิกวาร์ฟาริน ความรู้ International Normalized Ratio (INR) ความพึงพอใจ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ร้อยละ 35 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30 ในปี 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (<http://www.service.nso.go.th>) ยารวาร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีดัชนีการรักษาแคบ มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา อาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ จึงทำให้เภสัชกรต้องเข้าไปมีบทบาทร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (สุรกิจ นาทีสรวรรณ, 2547) จากสถิติของโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องใช้ยารวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นทุกปี ระดับ INR ที่สูงกว่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ ระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายอาจก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การปรับขนาดยาและการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นยา กลุ่ม High Alert Drug ปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากยา เพิ่มความร่วมมือในการรักษา Chiquette et al. (1998) โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โดยเภสัชกรจะทำหน้าที่ในการประเมินปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่สามารถคาดเดาได้ ผู้วิจัยเป็นเภสัชกรมีบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วย และประเมินผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟาริน ผลที่ได้จากงานวิจัยเรื่องนี้จะประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน และวางแผนการทำงานของคลินิกวาร์ฟารินของโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร
2. เพื่อประเมินค่า INR ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. จัดทำคู่มือแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน
2. ลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวาร์ฟาริน

3. นำข้อมูลไปปรับปรุงและพัฒนาการให้คำแนะนำคลินิกวาร์ฟาริน

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre Experimental Research) เป็นการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยารวาร์ฟาริน การปฏิบัติตัว ผลข้างเคียง ข้อควรระวังก่อนและหลังการให้คำแนะนำของเภสัชกร เปรียบเทียบระดับ INR ของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้คำแนะนำของเภสัชกร ประจำคลินิกวาร์ฟาริน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินทุกรายที่ผ่านวาร์ฟารินคลินิก โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ ระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินทุกรายที่ผ่านวาร์ฟารินคลินิก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ ระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้

1. เข้ารับการบริการคลินิกวาร์ฟาริน และได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร
2. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมที่มีผลกระทบต่ออาการออกฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน ได้แก่ โรคไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism), โรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism), โรคกระเจ็ง และภาวะพร่องวิตามินเค (Vitamin K deficiency) และคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา ดังนี้
 1. ผู้ป่วยไม่มารับยาต่อเนื่องมากกว่า 2 เดือน หรือแพทย์ส่งตัวไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ๆ
 2. ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งหยุดใช้ยารวาร์ฟารินจากทุก ๆ สาเหตุ
 3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ แบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟาริน ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ โรคที่วินิจฉัย โรคร่วม รายได้ ระดับการศึกษา
2. การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยารวาร์ฟาริน 19 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน พัฒนาโดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) มีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบกับผู้ป่วย 32 คน มีความเชื่อมั่นที่ 0.80
3. ความพึงพอใจในหัวข้อต่าง ๆ ที่มีต่อคลินิกวาร์ฟาริน ติดตาม ADR, ค่า INR ก่อนและหลังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร จากข้อมูลจากเวชระเบียน ระบบคอมพิวเตอร์ การซักประวัติผู้ป่วย ทำการบันทึกทุกครั้งที่พบเภสัชกร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แสดงผลในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับคำแนะนำในครั้งแรกที่พบเภสัชกร กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความรู้ก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยนอกคลินิกกวัร์ฟาริน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.10, มีอายุ ≥ 70 ปี มากถึงร้อยละ 43.60, ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.60, ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน $\leq 1,500$ บาท และอยู่ในช่วง 1,501 - 3,000 บาท เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 43.75, มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากถึงร้อยละ 93.76, โรคที่พบมากคือ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 84.38, โรคร่วมส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.63

2. ความรู้ก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร

ก่อนการให้คำแนะนำผู้ป่วยนอกคลินิกกวัร์ฟารินมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค และข้อควรปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก คือ ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และนำสมุดประจำตัวมาด้วย ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม และตอบถูกต้องน้อยที่สุด 2 อันดับแรก คือ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ร้อยละ 31.30 รองลงมาคือ การมีเลือดออกเพียงเล็กน้อยไม่ต้องมาโรงพยาบาล และการทานนมถั่วเหลืองควรทานในปริมาณเท่าเดิม เท่ากัน ร้อยละ 40.60

หลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยนอกคลินิกกวัร์ฟาริน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค และข้อควรปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ตอบถูกต้อง แต่ข้อที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด 2 อันดับแรก คือ การทานผักใบเขียวควรทานในปริมาณเท่าเดิม และการทานนมถั่วเหลืองควรทานในปริมาณเท่าเดิม เท่ากันคือ ร้อยละ 90.60 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยนอกคลินิกกวัร์ฟารินจำแนกตามความรู้ก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการให้คำแนะนำ ร้อยละ	หลังการให้คำแนะนำ ร้อยละ
1.	ยาที่ท่านรับประทานเป็นยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	87.50	100.00
2.	ยาที่ท่านรับประทานช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันในอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการได้	78.10	100.00

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการให้คำแนะนำ ร้อยละ	หลังการให้คำแนะนำ ร้อยละ
3.	ทราบค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) เป้าหมายของท่าน	84.40	100.00
4.	การเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยอย่างกะทันหัน โดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นอาการของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	68.80	96.90
5.	การมีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นสีส้มแดง หรือเกิดจ้ำเลือดตามร่างกาย โดยไม่มีสาเหตุอื่น เป็นอาการที่ท่านต้องมาพบแพทย์	84.40	100.00
6.	การมีเลือดออกเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องมาโรงพยาบาล	40.60	96.90
7.	การซื้อยาสมุนไพรเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่เป็นอันตราย	46.90	96.90
8.	การซื้ออาหารเสริมรับประทานเองไม่เป็นอันตราย	46.90	96.90
9.	หากลิ่มรับประทานยารักษาโรค "ไม่เกิน 12 ชั่วโมง" ให้รับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ในขนาดเดิม	65.60	93.80
10.	หากลิ่มรับประทานยารักษาโรค "เกิน 12 ชั่วโมง" ให้ ข้าม ยามื้อนั้นไป และรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเดิม (ไม่ต้องเพิ่มยา)	46.90	93.80
11.	หากลิ่มรับประทานยาต้องจดไว้ แจ้งแพทย์และเภสัชกรทุกครั้ง	71.90	100.00
12.	หากมีอุบัติเหตุเกิดเลือดออกให้ห้ามเลือด หากเลือดไม่หยุดไหลให้รีบไปโรงพยาบาล	87.50	100.00
13.	หากไปพบแพทย์ที่อื่นหรือทันตแพทย์ต้องให้ข้อมูลทุกครั้งว่าท่านกำลังทานยารักษาโรค	84.40	96.90
14.	ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และนำสมุดประจำตัวมาด้วย	100.00	100.00
15.	ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม	90.60	100.00
16.	ควรนำซองยาเดิมที่ท่านอยู่มาด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์	59.40	93.80
17.	ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ	31.30	93.80
18.	การทานผักใบเขียวควรทานในปริมาณเท่าเดิม	43.80	90.60
19.	การทานนมถั่วเหลืองควรทานในปริมาณเท่าเดิม	40.60	90.60

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำ โดยเภสัชกร พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้การใช้ยาพาริน โรค และ ข้อควรปฏิบัติตัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.10 และระดับสูง ร้อยละ 93.75 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอก คลินิก วารสารพาริน จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-11 คะแนน)	8	25.00	0	0
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	17	53.10	2	6.25
สูง (16-19 คะแนน)	7	21.90	30	93.75
รวม	32	100.00	32	100.00

$\bar{X} = 12.59$, S.D. = 3.44, Min = 2, Max = 16

$\bar{X} = 18.38$, S.D. = 1.60, Min = 12, Max = 19

ผู้ป่วยนอกคลินิกวารสารพาริน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้คำแนะนำเท่ากับ 12.59 และหลังการให้คำแนะนำเท่ากับ 18.38 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้คำแนะนำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P-value
ก่อนการให้คำแนะนำ	12.59	3.44	-13.517	< 0.001
หลังการให้คำแนะนำ	18.38	1.60		

ผู้ป่วยนอกคลินิกวารสารพาริน มีค่าเฉลี่ยผลค่า INR ของผู้ป่วยก่อนให้คำแนะนำโดยเภสัชกร เท่ากับ 2.93 และหลังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรเท่ากับ 2.58 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยผลค่า INR ของผู้ป่วยหลังการให้คำแนะนำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลค่า INR ก่อนและหลังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร

ผลค่า INR	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P-value
ก่อนการให้คำแนะนำ	2.93	1.02	2.159	.039
หลังการให้คำแนะนำ	2.58	0.43		

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจผู้ป่วยนอก คลินิกวารสารพาริน พบว่าความพึงพอใจมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ สื่อในการให้ความรู้ เข้าใจง่าย และระยะเวลาในการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร ร้อยละ 100 ความพึงพอใจน้อยที่สุด 2 อันดับแรก คือ ความสะอาด เป็นระเบียบของอาคารสถานที่ ร้อยละ 81.20 รองลงมาคือ ตัวอักษรของสื่อในการให้ความรู้มองเห็นได้ชัดเจน ร้อยละ 96.90 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยนอกคลินิกวารสารพาริน จำแนกตามความพึงพอใจต่อคลินิกวารสารพารินรายข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ความพึงพอใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ความสะอาด เป็นระเบียบของอาคารสถานที่	81.20	18.80	0.0
2.	สื่อในการให้ความรู้เข้าใจง่าย	100.00	0.0	0.0
3.	ตัวอักษรของสื่อในการให้ความรู้มองเห็นได้ชัดเจน	96.90	3.10	0
4.	ระยะเวลาในการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร	100.00	0.0	0.0

อภิปรายและสรุปผล

หลังการให้คำแนะนำของเภสัชกร ผู้ป่วยนอกคลินิกวารสารพาริน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จะไม่สามารถจำการปฏิบัติตัวต่างๆ ได้หมด เภสัชกรต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการอธิบายให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ รูปภาพ ตัวอย่างเม็ดยา ตารางการใช้ยาพาริน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร กฤตธรรมากุล และคณะ (2549) ที่พบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำโดยเภสัชกรโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มความรู้อธิบายให้แก่ผู้ป่วย คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.52 เป็น 8.84 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chiquette (1998) และศิระยา เล็กเจริญ และภุรี อนันตโชติ (2554) การได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร คะแนนเฉลี่ยผลค่า INR ของผู้ป่วยก่อนและหลังให้คำแนะนำโดยเภสัชกรเท่ากับ 2.93 และ 2.58 ตามลำดับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.039) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบค่า INR เป้าหมายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 22.1 เป็น 77.5 ความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือต่อการรักษา สามารถเฝ้าระวังอาการของภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ โดยสรุปการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร มีผลทำให้เพิ่มความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมมากขึ้น ควรสนับสนุนให้มีการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในคลินิกวารสารพาริน เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาแ้วรฟาริน อุปัการณัการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาแ้วรฟาริน เพื่อนำปัญหาและอุปสรรคมาพัฒนาการทำงานบริหารเภสัชรกรรม คลินิกแ้วรฟารินในภาพรวมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน แบ่งตามสาเหตุจากโรค (พ.ศ. 2550-2559) สืบค้นข้อมูล เมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2565 ที่ (<http://www.service.nso.go.th>).
2. สุรกิจ นาทีสุวรรณ, ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ใช้ในระบบการแข็งตัวของเลือด. ในบุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬวัฒน์, เนติ สุขสมบูรณ์, วิมล อนันต์สกุลวัฒน์, สุรกิจ นาทีสุวรรณ, ปรีชา มณฑกานติกุล, บรรณาธิการ. การบริหารเภสัชรกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด, 2547: 125-43.

3. ศิระยา เล็กเจริญ ภูรี อนันต์โชติ. การประเมินผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำโดยเภสัชรกรแก่ผู้ป่วยที่รับประทานยาแ้วรฟาริน ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ.วารสารไทยเภสัชรศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2554;6 (2):91-99.

4. ศิริพร วิทจรรรยาพงศ์, ประภาพักตร์ ศิลปะโชติ, จุราพร พงศ์เวชรักษ์ และคณะ. ผลของการให้คำแนะนำของเภสัชรกรแก่ผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาแ้วรฟารินที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549;24:93-99.

5. Ansell J, Hirsh J, Poller L, Bussey H, Jacobson A, Hylek E. The Pharmacology and Management of the Vitamin K Antagonist. Chest 2004;126:204-233.

6. Benjamin, S Bloom. 1986. 'Learning for mastery'.Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol 2 :47-62.

7. Chiquette E, Amato MG, Bussey HI. Comparison of an anticoagulation clinic with usual medical care. Arch Intern Med 1998; 158:1641-1647.

ผลของการพัฒนาระบบจัดการความปวด โดยเภสัชรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา strong opioids ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเกิน

กค.มนตรี วงศ์คำมา

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชรกรรม โรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด ปัญหาการเข้าถึงยาแก้ปวด strong opioids เป็นสาเหตุสำคัญของการบำบัดรักษาความปวดของผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นปริมาณ strong opioids ที่ผู้ป่วยได้รับจึงถูกใช้เป็นตัววัดหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพของระบบบำบัดรักษาความปวดของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่ผู้ป่วยเข้าถึงยาแก้ปวด strong opioids ได้น้อยเนื่องจากสาเหตุหลายประการ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาแก้ปวด strong opioids ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองแบบผู้ป่วยนอกใช้รูปแบบการศึกษาแบบ pre-post intervention โดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนการดำเนินงานในเดือน ต.ค. 2552 - ก.ย. 2557 เปรียบเทียบกับข้อมูลหลังเริ่มดำเนินงานในเดือน ต.ค. 2558 - ก.ย. 2563 ซึ่งเภสัชรกรร่วมได้พัฒนาระบบฯ โดยการดูแลตั้งแต่กระบวนการจัดหายา strong opioids ชนิดและรูปแบบยาต่าง ๆ ให้เพียงพอร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินความปวดของผู้ป่วย ดูแลให้มีการสั่งจ่าย

strong opioids อย่างเพียงพอ มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ตลอดจนการประเมินติดตามผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 280 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยในช่วงก่อนการพัฒนาระบบ 67 ราย และหลังพัฒนาระบบ 213 ราย ผู้ป่วยมารับยาแก้ปวด strong opioids เพิ่มขึ้นจาก 128 ครั้ง ก่อนการพัฒนาระบบเป็น 613 ครั้งหลังพัฒนาระบบ ปริมาณยาแก้ปวด strong opioids (oral morphine equivalent) รวมที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มขึ้นจาก 35,150 มิลลิกรัมก่อนการพัฒนาระบบเป็น 271,160 มิลลิกรัมหลังเริ่มพัฒนาระบบ ปริมาณยาแก้ปวด strong opioids เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับเพิ่มขึ้นจาก 524 มิลลิกรัมก่อนการพัฒนาระบบเป็น 1,273 มิลลิกรัมหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด strong opioids สำหรับควบคุมอาการปวดต่อเนื่องควบคู่กับยาแก้ปวด strong opioids สำหรับควบคุมอาการปวดกำเริบเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 0.0 ก่อนการพัฒนาระบบ เป็นร้อยละ 60.1 หลังการพัฒนาระบบ

การมีเภสัชกรร่วมในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาความปวดโดยใช้ยา strong opioids เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทนำ

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 มีการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณวันละ 160 คน ตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 64,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 30,000 รายต่อปี อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยประมาณ 153.6 ต่อแสนประชากรชายไทย และ 123.8 ต่อแสนประชากรหญิง¹ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดเนื่องจากมีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยยังเข้าถึงยาแก้ปวด strong opioids ได้น้อย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบำบัดรักษาความปวดของผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ²⁻⁵ ดังนั้น ปริมาณ strong opioids ที่ผู้ป่วยได้รับจึงถูกใช้เป็นตัววัดหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพของระบบบำบัดรักษาความปวดของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่ผู้ป่วยเข้าถึงยาแก้ปวด strong opioids ได้น้อย⁶ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ทัศนคติด้านลบของบุคลากรทางการแพทย์ที่มองว่ายา strong opioids เป็นยาเสพติดทำให้ไม่กล้าใช้กับผู้ป่วยมากนัก การขาดองค์ความรู้และทักษะในการใช้ยา strong opioids บำบัดรักษาความปวดของผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินความปวดอย่างครอบคลุมทุกด้าน และการเริ่มใช้ยา การปรับเปลี่ยนชนิดยา ขนาดยา รูปแบบยาให้เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งต้องอาศัยการฝึกอบรมที่เพียงพอ จึงจะสามารถใช้ยาแก้ปวด strong opioids ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย การให้ยาแก้ปวด strong opioids แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้ทั้งชนิดที่ใช้สำหรับควบคุมอาการปวดแบบต่อเนื่อง (continuous pain) และชนิดที่ใช้สำหรับอาการปวดแบบกำเริบ (breakthrough pain) แต่ปัญหาที่พบมากโดยเฉพาะในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย คือการมียาแก้ปวด strong opioids แต่ละชนิดยา รูปแบบยาอย่างจำกัด และมีปริมาณที่ไม่เพียงพอเนื่องจากระบบควบคุมกำกับยาเสพติดในปัจจุบัน ทำให้เภสัชกรที่มีหน้าที่จัดซื้อยาไม่กล้าสั่งอย่างในปริมาณมาก ๆ เนื่องจากเป็นภาระในการรายงาน และปัญหาขาดอายุเมื่อจำนวนคนไข้ลดลง ส่งผลให้มีการจำกัดปริมาณการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มียาเพียงพอสำหรับควบคุมอาการปวด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล ซึ่งก็ถูกปลูกฝังทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และสังคมรอบตัวที่มองว่ายา strong opioids คือยาเสพติด ถ้าใช้มากอาจติดยา หรือเกิดการหายใจทำให้ไม่ยอมกินยาหรือใช้น้อยกว่าแผนการรักษา ทั้งที่ในความเป็นจริงนั้นสิ่งเหล่านี้แทบไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็งเลย ดังนั้น การมีระบบให้ข้อมูล คำแนะนำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะช่วยแก้ไขปัญหเหล่านี้ได้มาก โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องมีทัศนคติและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับการใช้ยา strong opioids เป็นอย่างดี^{2-5,7} ปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เภสัชกรที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากสามารถประสานงานในการปรับเปลี่ยนระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อให้มียา strong opioids ทั้งชนิดยา รูปแบบยา และปริมาณสำรองที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยา พยาบาลผู้ให้การดูแลและบริหารยาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถใช้ยา strong opioids ได้อย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนการรักษาคือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁸⁻¹²

จากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลโดยเภสัชกรที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในช่วงระยะเวลาเดือนตุลาคม 2557 - มีนาคม 2558 พบว่า ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่มีอาการปวด 28 ราย ไม่ได้รับยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็วสำหรับรักษาอาการปวดกำเริบถึงร้อยละ 78.0 ผู้ป่วยไม่ได้รับยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เน้นสำหรับรักษาอาการปวดต่อเนื่องร้อยละ 14.0 ผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนล่าช้า ร้อยละ 12.0 ผู้ป่วยได้รับยาเม็ดมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เน้นแต่กลืนยาเม็ดไม่ได้ ร้อยละ 10.0 ผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนในขนาดที่ต่ำเกินไปจนไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ร้อยละ 14.0 ผู้ป่วยใช้ยามอร์ฟีนไม่ไปตามแผนการรักษาร้อยละ 34.0 ผู้ป่วยเกิดปัญหาอื่น ๆ ด้านยาร้อยละ 8.0 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10) ถึงร้อยละ 46.0 ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6) ร้อยละ 14.0 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการปวดได้ดี (คะแนนความปวด 0-3) มีเพียงร้อยละ 6.0 พบปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุมถึงร้อยละ 34.0 จึงเกิดการพัฒนาระบบจัดการความปวดโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพขึ้นในปีงบประมาณ 2558⁷

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบจัดการความปวดโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา strong opioids ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในช่วงระยะเวลา 6 ปี ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

นิยามศัพท์

Strong opioids : ยาระงับปวดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่ออกฤทธิ์แรง เช่น Morphine, Fentanyl เป็นต้น

Palliative care : การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

Around the clock (ATC) : ลักษณะการให้ยา strong opioids แก่ผู้ป่วยเป็นครั้ง ๆ อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม 24 ชั่วโมงในแต่ละวัน เพื่อควบคุมอาการปวดต่อเนื่อง (Continuous pain) ซึ่งในงานวิจัยนี้จะใช้ยา Morphine sustained-release 10 mg tablet (MST10), Morphine sustained-release 30 mg tablet (MST30) และ Fentanyl transdermal patch 25mcg/ hr

Breakthrough pain (BTP) : อาการปวดกำเริบซึ่งมีความจำเป็นต่อให้ยา strong opioids แก่ผู้ป่วยเป็นครั้ง ๆ ในแบบที่เรียกว่า Rescue or As needed opioids ซึ่งในงานวิจัยนี้จะใช้ยา Morphine immediated-release 10 mg tablet, Morphine Syrup 2 mg/ml

Oral morphine equivalent : ขนาดยา strong opioids ชนิดต่าง ๆ เมื่อคำนวณเปรียบเทียบฤทธิ์ในการระงับปวดกับ Morphine ชนิดรับประทาน (Oral morphine) ได้แก่ Morphine injection 10 mg/ml คูณ 3 (ยาฉีดมีความแรงเป็น 3 เท่าของยารับประทาน) และ Fentanyl transdermal patch 25mcg/hr คูณ 270 (แผ่นแปะที่มีอัตราการปลดปล่อยตัวยา 25 mcg ต่อชั่วโมง คิดเป็นขนาดยามอร์ฟีนชนิดรับประทาน 90 mg ต่อวัน และสามารถใช้ได้ 3 วัน)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดระบบการเข้าถึงยา strong opioids ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดที่ยั่งยืน โดยมีเภสัชกรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
2. สามารถนำผลจากการศึกษาไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น ๆ เพื่อพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการเพิ่มการเข้าถึง strong opioids ของผู้ป่วยซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ pre-post intervention เปรียบเทียบข้อมูลก่อนการดำเนินงานในเดือน ต.ค. 2552 - ก.ย. 2557 เปรียบเทียบกับข้อมูลหลังเริ่มดำเนินงานในเดือน ต.ค. 2558-ก.ย. 2563 โดยวัดจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับยา จำนวนครั้งของการมารับยาของผู้ป่วย ปริมาณยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ การได้รับยาควบคุมกันทั้งชนิดที่ใช้สำหรับควบคุมอาการปวดต่อเนื่องและอาการปวดกำเริบ

2. แหล่งข้อมูลการวิจัย

ข้อมูลการใช้ยา strong opioids ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่บันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล และข้อมูลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวของคลินิก Palliative care ของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ

3. ประชากรที่ศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าสู่วิจัย

- (1) เป็นผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคมะเร็งรหัส ICD-10: C000-C97 และ/หรือได้รับการวินิจฉัยการดูแลแบบประคับประคองรหัส ICD-10: Z515
- (2) ได้รับการบำบัดรักษาความปวดโดยใช้ยา strong opioids ได้แก่ Morphine sustained-release 10 mg tablet (MST10), Morphine sustained-release 30 mg

tablet (MST30), Fentanyl transdermal patch 25mcg/hr, Morphine immediated-release 10 mg tablet, Morphine Syrup 2 mg/ml

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา

ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งรหัส ICD-10: C000-C97 ที่ได้รับยา Morphine injection 10mg/ml IV push เพื่อนำบำบัดรักษาความปวดหลังจากการผ่าตัด

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) จัดตั้งทีม Palliative care และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ส่งตัวแทนแต่ละวิชาชีพเข้ารับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2) Palliative care team ร่วมกับ Patient care team จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวด แนวทางการดูแลและการใช้ยา strong opioids

3) กลุ่มงานเภสัชกรรม ดำเนินการปรับปรุงกรอบรายการยา strong opioids ที่จำเป็น ขออนุมัติต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (The pharmacy and therapeutic committee) เพื่อเพิ่มรายการยา strong opioids 5 รายการ ได้แก่ Morphine syrup 2mg/ml, Morphine immediated release 10 mg tablet สำหรับบำบัดอาการปวดกำเริบ และ Fentanyl transdermal patch 25 mcg/hr, Morphine sustained release 30 mg tablet, Morphine sutained release 20 mg capsule สำหรับบำบัดอาการปวดต่อเนื่อง ในบัญชียาของโรงพยาบาล ดำเนินการจัดซื้อยาจากกองทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พัฒนาระบบการสำรองยาให้สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ยา strong opioids ชนิดต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย

4) จัดทำกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก (care process) โรคมะเร็งที่มีความปวด สร้างเครื่องมือ แบบบันทึกความปวด (pain diary) สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลประจำวันนำมาใช้สื่อสารกับทีมดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนยาระงับปวดให้เหมาะสม พยาบาลจะทำหน้าที่คัดกรองข้อมูลผู้ป่วยและประเมินอาการปวดอย่างครอบคลุม เภสัชกรประเมินปัญหาด้านยาและเสนอแนะแผนการใช้ยาระงับปวดก่อนส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อประเมินสภาวะโรคของผู้ป่วยและสั่งการรักษา เพื่อให้เภสัชกรให้คำแนะนำก่อนส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลนำไปใช้ที่บ้าน พยาบาลจะแนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลอื่น ๆ พร้อมส่งต่อให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuous care) ต่อไป เริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่เดือนเมษายน 2558

5) เภสัชกรประเมินใบสั่งยาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดทุกราย โดยเน้นการปรับเปลี่ยนยาระงับปวดให้สอดคล้องกับอาการปวดของผู้ป่วย ทั้งชนิดยา ขนาดยา ความแรง และรูปแบบยาที่เหมาะสมกับการใช้ยาระงับอาการปวดทั้งแบบต่อเนื่องและแบบกำเริบ ที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล หากพบปัญหาจะปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขก่อนส่งมอบยาพร้อมคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

6) ประเมินผลการบำบัดอาการปวด (pain control) หลังเริ่มการดำเนินงานครบ 6 เดือน (1 เม.ย. 2558 - 30 กันยายน 2558) โดยเปรียบเทียบปัญหาด้านยาที่พบ และคะแนนประเมินความปวดของผู้ป่วย กับช่วงเวลาก่อนการดำเนินงาน 6 เดือน (1 ต.ค. 2557 - 31 มี.ค. 2558)

7) ประเมินผลการเข้าถึงยา strong opioids ของผู้ป่วย (opioid access) หลังการดำเนินงานครบ 6 ปี (ปีงบประมาณ 2558 - 2563) โดยเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการติดตามอาการของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้ยาเพิ่ม และปริมาณยาระงับปวด (oral morphine equivalent) เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับกับช่วงเวลาก่อนการดำเนินงาน 6 ปี (ปีงบประมาณ 2552 - 2557)

5. วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้

ใช้โปรแกรม HosXP ในการประมวลผลข้อมูลของประชากรที่ต้องการศึกษา โดยกำหนดรหัสการวินิจฉัยโรค ICD-10 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่ต้องการคือ C000-C97 และกำหนดรายการยา strong opioids 5 ชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อดึงข้อมูล Hospital Number (HN) เพศ อายุ ผลการวินิจฉัยโรค ชนิดและจำนวนของยา strong opioids ที่ผู้ป่วยได้รับ ในส่วนของข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยาโดยเภสัชกร จะทำการจัดเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมคลินิก Palliative care

6. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากโปรแกรม HosXP จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแจกแจงโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินงานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การประเมินผลข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ประเมินผลการบำบัดอาการปวด (pain control) หลังเริ่มการดำเนินงานครบ 6 เดือน (1 เม.ย. 2558 - 30 กันยายน 2558) โดยเปรียบเทียบปัญหาด้านยาที่พบ และคะแนนประเมินความปวดของผู้ป่วย กับช่วงเวลาก่อนการดำเนินงาน 6 เดือน (1 ต.ค. 2557 - 31 มี.ค. 2558) และช่วงที่ 2 จะประเมินผลการเข้าถึงยา strong opioids ของผู้ป่วย (opioid access) หลังการดำเนินงานครบ 6 ปี (ปีงบประมาณ 2558 - 2563) โดยเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการติดตามอาการของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้ยาเพิ่ม และปริมาณยาระงับปวด (oral morphine equivalent) เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ กับช่วงเวลาก่อนการดำเนินงาน 6 ปี (ปีงบประมาณ 2552 - 2557)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดและได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมดในการศึกษานี้มีทั้งหมด 280 ราย แบ่งเป็นช่วงปีงบประมาณก่อนการพัฒนาระบบ 67 ราย และหลังพัฒนาระบบ 213 ราย ก่อนการพัฒนาระบบมีผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 61.2 เพศหญิง ร้อยละ 38.8 หลังการพัฒนาระบบมีผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 50.2 เพศหญิง ร้อยละ 49.8 ผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบ

อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.3 ส่วนในช่วงหลังพัฒนาระบบยังคงมีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 32.4 และพบแนวโน้มผู้ป่วยในช่วงอายุ 71-80 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.9 ในช่วงก่อนการพัฒนาระบบ เป็นร้อยละ 27.7 หลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลเพศและอายุของผู้ป่วย

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนาระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552 - 2557		หลังการพัฒนาระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558 - 2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	41 (61.2)	107 (50.2)	
	หญิง	26 (38.8)	106 (49.8)	
ช่วงอายุ	21-30 ปี	2 (3.0)	5 (2.3)	
	31-40 ปี	3 (4.5)	3 (1.4)	
	41-50 ปี	9 (13.4)	24 (11.3)	
	51-60 ปี	11 (16.4)	28 (13.1)	
	61-70 ปี	25 (37.3)	69 (32.4)	
	71-80 ปี	14 (20.9)	59 (27.7)	
	81-90 ปี	3 (4.5)	23 (10.8)	
	91-100 ปี	0 (0.0)	2 (0.9)	

2. ชนิดของโรคมะเร็งของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาความปวดด้วยยา strong opioids ในช่วงก่อนการพัฒนาระบบมีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับมารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 22.4 ส่วนในช่วงหลังการพัฒนาระบบพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 30.5 รองลงมาคือโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 18.3

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนาระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552-2557		หลังการพัฒนาระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558-2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
โรคมะเร็งปอด	15 (22.4)	65 (30.5)		
โรคมะเร็งตับ	17 (25.4)	39 (18.3)		
โรคมะเร็งเต้านม	2 (3.0)	12 (5.6)		
โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	3 (4.5)	8 (3.8)		
โรคมะเร็งปากมดลูก	3 (4.5)	10 (4.7)		
โรคมะเร็งลำไส้	2 (3.0)	8 (3.8)		
โรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ	8 (11.9)	12 (5.6)		

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนา ระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552-2557		หลังการพัฒนา ระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558-2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
โรคมะเร็ง กระเพาะอาหาร	0	(0.0)	6	(2.8)
โรคมะเร็งทางเดิน หายใจอื่นๆ	2	(3.0)	3	(1.4)
โรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ	1	(1.5)	0	(0.0)
โรคมะเร็งอื่นๆ	14	(20.9)	50	(23.5)

3. การประเมินผลของการพัฒนาระบบจัดการ ความปวด

3.1 การประเมินผลในช่วง 6 เดือนหลังการ พัฒนาระบบ

3.1.1 ปัญหาด้านยาที่พบและได้รับการแก้ไข โดยเภสัชกร

จากการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรเป็นเวลา 6 เดือน พบร้อยละของปัญหาด้านยาต่อการมารับบริการของผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ได้แก่ ปัญหาการไม่ได้รับยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็วสำหรับรักษาอาการปวดกำเริบลดลงจากร้อยละ 78.0 เหลือร้อยละ 16.4 ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เน้นสำหรับรักษาอาการปวดต่อเนื่องลดลงจากร้อยละ 14.0 เหลือร้อยละ 1.4 ปัญหาผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนล่าช้าลดลงจากร้อยละ 12.0 เหลือร้อยละ 4.1 ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาเม็ดมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เน้นแต่กลืนยาเม็ดไม่ได้ลดลงจากร้อยละ 10.0 เหลือร้อยละ 0.0 ปัญหาผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนในขนาดที่ต่ำเกินไปจนไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ลดลงจากร้อยละ 14.0 เหลือร้อยละ 3.1 ปัญหาผู้ป่วยใช้ยามอร์ฟีนไม่เป็นไปตามแผนการรักษาลดลงจากร้อยละ 34.0 เหลือร้อยละ 5.5 ปัญหาด้านยาประเภทอื่นๆ ลดลงจากร้อยละ 8.0 เหลือร้อยละ 3.7

ตารางที่ 3 ปัญหาด้านยาที่พบและได้รับการแก้ไข โดยเภสัชกรในช่วง 6 เดือน ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ปัญหาด้านยา ที่พบ (ครั้ง)	ก่อนการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 50 ครั้ง) ต.ค. 2557 - มี.ค. 2558		หลังการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 78 ครั้ง) เม.ย. 2558 - ก.ย. 2558	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ไม่ให้ยา strong opioids ออกฤทธิ์เร็ว สำหรับปวดกำเริบ	39	78.0	13	16.4
ไม่ให้ยา strong opioids ออกฤทธิ์เน้น สำหรับปวดต่อเนื่อง	7	14	1	1.4

ปัญหาด้านยา ที่พบ (ครั้ง)	ก่อนการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 50 ครั้ง) ต.ค. 2557 - มี.ค. 2558		หลังการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 78 ครั้ง) เม.ย. 2558 - ก.ย. 2558	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ผู้ป่วยได้รับยา มอร์ฟีนล่าช้า	6	12.0	3	4.1
ผู้ป่วยได้รับยา เม็ดออกฤทธิ์เน้น แต่ผู้ป่วยกลืนยา ไม่ได้	5	10.0	0	0.0
ผู้ป่วยได้รับยา ในขนาดที่ต่ำ เกินไปจนควบคุม อาการไม่ได้	7	14.0	2	3.1
ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ใช้ยาไม่เป็นไป ตามแผนการ รักษา	17	34.0	4	5.5
ปัญหา ด้านยาอื่นๆ	4	8.0	3	3.7
รวม	85		27	

3.1.2 ผลการการบำบัดอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้ยา strong opioids

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของคะแนนประเมินอาการปวดของผู้ป่วยนอกแต่ละครั้ง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10) ลดลงจากร้อยละ 46.0 เหลือร้อยละ 4.1 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6) ลดลงจากร้อยละ 14.0 เหลือร้อยละ 11.0 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการปวดได้ดี (คะแนนความปวด 0-3) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0 เป็นร้อยละ 82.2 ส่วนปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ลดลงจากร้อยละ 34.0 เหลือร้อยละ 2.7

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนประเมินความปวดในแต่ละครั้ง ที่ผู้ป่วยมารับบริการในช่วง 6 เดือน ก่อนและหลัง พัฒนาระบบ

ระดับคะแนน อาการปวดของ ผู้ป่วย (ครั้ง)	ก่อนพัฒนาระบบ (ผู้ป่วยมารับบริการ 50 ครั้ง) ต.ค. 2557 - มี.ค. 2558		หลังพัฒนาระบบ (ผู้ป่วยมารับบริการ 78 ครั้ง) เม.ย. 2558 - ก.ย. 2558	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ปวดระดับรุนแรง (คะแนน ความปวด 7-10)	23	46.0	3	4.1
ปวดระดับ ปานกลาง (คะแนน ความปวด 7-10)	7	14.0	9	11.0

ระดับคะแนน อาการปวดของ ผู้ป่วย (ครั้ง)	ก่อนการพัฒนาระบบ (ผู้ป่วยมารับบริการ 50 ครั้ง) ต.ค. 2557 - มี.ค. 2558		หลังการพัฒนาระบบ (ผู้ป่วยมารับบริการ 78 ครั้ง) เม.ย. 2558 - ก.ย. 2558	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ปวดระดับเล็กน้อย/ ไม่ปวดเลย (คะแนน ความปวด 7-10)	3	6.0	64	82.2
ไม่ได้รับการ ประเมินอาการ ปวดอย่าง ครอบคลุม	17	34.0	2	2.7
รวม	50		78	

3.2 การประเมินผลในช่วง 6 ปี ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

3.2.1 จำนวนครั้งของการได้รับยา strong opioids ของผู้ป่วย

จำนวนครั้งของการมารับยา strong opioids ของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี ช่วงเวลา ก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วย 67 ราย มารับยา strong opioids 128 ครั้ง ช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 213 ราย มารับยา strong opioids 613 ครั้ง โดยหลังจากเริ่มพัฒนาระบบ ผู้ป่วยที่มารับยาเพียง 1 และ 2 ครั้งจากร้อยละ 61.2 และ 22.4 ตามลำดับ ก่อนการพัฒนาระบบ เหลือร้อยละ 44.1 และ 19.7 ตามลำดับ หลังการพัฒนาระบบ ในขณะที่ผู้ป่วยมารับยา 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และมากกว่า 10 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0, 6.0, 3.0, 0.0, 0.0, 0.0, 0.0, 1.5 ตามลำดับ ก่อนการพัฒนาระบบ เป็น 14.6, 5.6, 6.6, 0.5, 0.5, 1.9, 0.9, 1.4, 4.2 ตามลำดับหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 5 จำนวนครั้งของการมารับยา strong opioids ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนา ระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552-2557		หลังการพัฒนา ระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558-2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1 ครั้งต่อปี	41	(61.2)	94	(44.1)
2 ครั้งต่อปี	15	(22.4)	42	(19.7)
3 ครั้งต่อปี	4	(6.0)	31	(14.6)
4 ครั้งต่อปี	4	(6.0)	12	(5.6)
5 ครั้งต่อปี	2	(3.0)	14	(6.6)
6 ครั้งต่อปี	0	(0.0)	1	(0.5)
7 ครั้งต่อปี	0	(0.0)	1	(0.5)

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนา ระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552-2557		หลังการพัฒนา ระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558-2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
8 ครั้งต่อปี	0	(0.0)	4	(1.9)
9 ครั้งต่อปี	0	(0.0)	2	(0.9)
10 ครั้งต่อปี	0	(0.0)	3	(1.4)
มากกว่า 10 ครั้งต่อปี	1	(1.5)	9	(4.2)

3.2.2 ปัญหาด้านยาที่พบและได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกร

จากการที่เภสัชกรได้พัฒนาบทบาทในการประเมินใบสั่งยาที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการปวดทุกราย โดยเน้นการปรับเปลี่ยนยาระงับปวดให้สอดคล้องกับอาการปวดของผู้ป่วย ทั้งชนิดยา ขนาดยา ความแรง และรูปแบบยาที่เหมาะสมกับการใช้ระดับอาการปวดทั้งแบบต่อเนื่องและแบบกำเริบที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ดูแล หากพบปัญหาจะปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขก่อนส่งมอบยา พร้อมคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ทำให้แนวโน้มของปัญหาด้านยาลดลงเป็นอย่างมาก ได้แก่ ปัญหาการไม่ได้รับยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็วสำหรับรักษาอาการปวดกำเริบลดลงจากร้อยละ 83.6 เหลือร้อยละ 3.4 ผู้ป่วยไม่ได้รับยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เน้นสำหรับรักษาอาการปวดต่อเนื่องลดลงจากร้อยละ 25.0 เหลือร้อยละ 2.9 ผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนล่าช้าลดลงจากร้อยละ 18.8 เหลือร้อยละ 2.0 ผู้ป่วยได้รับยาเม็ดมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เน้นแต่กลืนยาเม็ดไม่ได้ลดลงจากร้อยละ 48.4 เหลือร้อยละ 4.4 ผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนในขนาดที่ต่ำเกินไปจนไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ลดลงจากร้อยละ 40.6 เหลือร้อยละ 6.7 ผู้ป่วยใช้ยามอร์ฟีนไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ลดลงจากร้อยละ 25.0 เหลือร้อยละ 5.2 ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านยาประเภทอื่น ๆ ลดลงจากร้อยละ 32.0 เหลือร้อยละ 10.0

ตารางที่ 6 ปัญหาด้านยาที่พบและได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกรในช่วง 6 ปี ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ปัญหาด้านยา ที่พบ (ครั้ง)	ก่อนการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 128 ครั้ง) ปีงบประมาณ 2552 - 2557		หลังการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 613 ครั้ง) ปีงบประมาณ 2558 - 2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ไม่ให้ยา strong opioids ออกฤทธิ์เร็ว สำหรับปวดกำเริบ	107	83.6	21	3.4
ไม่ให้ยา strong opioids ออกฤทธิ์เน้น สำหรับปวดต่อเนื่อง	32	25.0	18	2.9

ปัญหาด้านยาที่พบ (ครั้ง)	ก่อนการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 128 ครั้ง) ปีงบประมาณ 2552 - 2557		หลังการพัฒนา ระบบ (ผู้ป่วยมารับ บริการ 613 ครั้ง) ปีงบประมาณ 2558 - 2563	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ผู้ป่วยได้รับยา มอร์ฟีนล่าช้า	23	18.8	12	2.0
ผู้ป่วยได้รับยา เมื่อดอกฤทธิ์เริ่ม แต่ผู้ป่วยกินยา ไม่ได้	6	48.4	27	4.4
ผู้ป่วยได้รับยาใน ขนาดที่ต่ำเกินไป จนควบคุมอาการ ไม่ได้	52	40.6	41	6.7
ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ใช้ยาไม่เป็นไป ตามแผนการรักษา	32	25.0	32	5.2
ปัญหา ด้านยาอื่น ๆ	41	32.0	61	10.0
รวม	293		212	

3.2.3 การใช้ยา strong opioids ในการบำบัด

รักษาความปวดของผู้ป่วย

ปริมาณยา strong opioids ชนิดต่าง ๆ เมื่อคำนวณเป็น oral morphine equivalent (mg) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งปริมาณ strong opioids รวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ เพิ่มขึ้นจาก 35,150 mg ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ เป็น 271,160 mg ในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบ ปริมาณ strong opioids เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับต่อปี เพิ่มขึ้นจาก 524 ± 835 mg ในช่วงเวลา ก่อนการพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้นเป็น 1,273 ± 2,073 ในช่วงเวลา หลังการพัฒนาระบบ มูลค่ายา strong opioids รวมทั้งหมดที่ผู้ป่วย ได้รับ เพิ่มขึ้นจาก 41,020 บาท ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้นเป็น 230,937 บาท ในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบ

การใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวด ต่อเนื่องในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 100 เนื่องจากมียาที่ออกฤทธิ์เนิ่น คือ Morphine sustained-release 10 mg tablet ใช้เพียงชนิดเดียว ต่อมาหลังการพัฒนาระบบมีการจัดซื้อยาทั้งชนิดและรูปแบบยาอื่น ๆ มาใช้ การใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดต่อเนื่องในช่วงเวลา หลังการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 92.5

การใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดกำเริบ ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 0 เนื่องจากไม่มี ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว และสามารถจ่ายให้ผู้ป่วยนอกนำไปใช้ที่บ้านได้ ต่อมาในช่วงหลังการพัฒนาระบบมีการจัดซื้อยาทั้งชนิดและรูปแบบ ยาอื่น ๆ มาใช้ การใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการ ปวดต่อเนื่องในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 67.6

การใช้ยา strong opioids ทั้งชนิดที่ใช้สำหรับบำบัดรักษา อาการปวดต่อเนื่องควบคู่ไปกับการใช้ยาสำหรับอาการปวดกำเริบ

เพิ่มขึ้นจากในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบร้อยละ 0 เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 60.1 หลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 7 ยา strong opioids ที่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อนำบาดอาการปวด

ข้อมูล		ก่อนการ พัฒนาระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552 - 2557	หลังการ พัฒนาระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558 - 2563	p-value
1.	strong opioids ทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ (oral morphine equivalent (mg))	35,150	271,160	p=0.0001
2.	strong opioids เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ (oral morphine equivalent (mg ± S.D.))	524 ± 835	1,273 ± 2,073	p=0.0001
3.	มูลค่า strong opioids ทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ (บาท)	41,020	230,937	
4.	ผู้ป่วยที่ได้รับ strong opioids สำหรับอาการปวดต่อเนื่อง (ราย (ร้อยละ))	67 (100)	197 (92.5)	
4.1	Morphine 10 mg sustained-release tablet (เม็ด) สำหรับบำบัดอาการปวดต่อเนื่อง	3,515	16,333	
4.2	Fentanyl 25 mcg/ hr transdermal patch (แผ่น) สำหรับบำบัดอาการปวดต่อเนื่อง	0	101	
4.3	Morphine 30 mg sustained-release tablet (เม็ด) สำหรับบำบัดอาการปวดต่อเนื่อง	0	452	
5.	ผู้ป่วยที่ได้รับ strong opioids สำหรับอาการปวดกำเริบ (ราย (ร้อยละ))	0 (0.0)	144 (67.6)	
5.1	Morphine 2mg/ml syrup 60 ml (ขวด) สำหรับบำบัดอาการปวดกำเริบ	0	550	

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนาระบบ (n = 67) ปีงบประมาณ 2552 - 2557	หลังการพัฒนาระบบ (n = 213) ปีงบประมาณ 2558 - 2563	p-value
5.2 Morphine 10 mg immediated-release tablet (เม็ด) สำหรับบำบัดอาการปวดกำเริบ	0	100	
6. การสั่งใช้ยาสำหรับอาการปวดต่อเนื่องควบคู่กับยาสำหรับอาการปวดกำเริบ (ราย ร้อยละ)	0 (0.0)	128 (60.1)	

วิจารณ์ผล

การศึกษาค้นคว้าของการพัฒนาระบบจัดการความปวดโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา strong opioids ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเถิน พบว่ามีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 280 ราย แบ่งเป็นช่วงปีงบประมาณก่อนการพัฒนาระบบ 67 ราย และหลังพัฒนาระบบ 213 ราย ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ มีผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 61.2 เพศหญิง ร้อยละ 38.8 หลังการพัฒนาระบบมีผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 50.2 เพศหญิง ร้อยละ 49.8 ผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.3) ส่วนในช่วงหลังพัฒนาระบบยังคงมีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.4) และพบแนวโน้มผู้ป่วยในช่วงอายุ 71-80 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.9 ในช่วงก่อนการพัฒนาระบบ เป็นร้อยละ 27.7 หลังการพัฒนาระบบ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวโน้มของประชากรในประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคองได้เพิ่มขึ้นตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งสองสาขาของประเทศไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน โดยในช่วงก่อนการพัฒนาระบบมีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 22.4 ส่วนในช่วงหลังการพัฒนาระบบพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 30.5 รองลงมาคือ โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 18.3 ซึ่งชนิดของโรคมะเร็งแต่ละชนิดอาจมีอาการปวดแตกต่างกัน เนื่องจากการรักษาการลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ มีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวด ตลอดจนระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่หลังการวินิจฉัย จะส่งผลต่อการเกิดอาการปวดที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังจะเห็นได้จากการมารับยา strong opioids ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ

ในส่วนของการเข้าถึงยา strong opioids ของผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา strong opioids ช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ 67 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 213 ราย ในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการค้นหาผู้ป่วยที่สมควรได้รับยา และเริ่มยาเร็วขึ้น โดยมีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่รักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้วกลับมาอยู่ในชุมชน โดยเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 18 แห่งในเขตอำเภอเถิน แตกต่างจากเดิมที่ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงมากจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยในเท่านั้นจึงจะมีการเริ่มยา strong opioids ซึ่งผู้ป่วยมักมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานหลังจำหน่าย เพราะมีการดำเนินของโรคลุกลามจนถึงระยะสุดท้าย ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบมักมารับบริการเพียงครั้งเดียวแล้วเสียชีวิตหลังจากนั้น เมื่อมีการพัฒนาระบบทำให้โดยเฉพาะเมื่อแยกผู้ป่วยตามจำนวนครั้งที่มารับยา จำนวนครั้งของการมารับยา strong opioids ของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี ช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยมารับยา strong opioids 128 ครั้ง ช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยมารับยา strong opioids 613 ครั้ง ผู้ป่วยที่มารับยาเพียง 1 และ 2 ครั้งจากร้อยละ 61.2 และ 22.4 ตามลำดับ ก่อนการพัฒนาระบบ เหลือร้อยละ 44.1 และ 19.7 ตามลำดับหลังการพัฒนาระบบ ในขณะที่ผู้ป่วยมารับยา 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และมากกว่า 10 ครั้งจากร้อยละ 6.0, 6.0, 3.0, 0.0, 0.0, 0.0, 0.0, 0.0, 1.5 ตามลำดับ ก่อนการพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้นเป็น 14.6, 5.6, 6.6, 0.5, 0.5, 1.9, 0.9, 1.4, 4.2 ตามลำดับหลังการพัฒนาระบบ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการค้นหาผู้ป่วยและการเริ่มยาเร็วขึ้นดังที่กล่าวมา นอกจากนี้ยังมีการนัดติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินติดตามอาการและปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลจากคลินิกะงับปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถมารับยาแทนผู้ป่วยได้โดยใช้ pain diary เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมดูแลและผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนยาได้ตามอาการปวดและการใช้ยาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยในแต่ละวัน ส่งผลให้มีการใช้ยา strong opioids เพิ่มขึ้นจากข้อมูลปริมาณยา strong opioids ชนิดต่างๆ เมื่อคำนวณเป็น oral morphine equivalent (mg) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณ strong opioids รวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ เพิ่มขึ้นจาก 35,150 mg ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ เป็น 271,160 mg ในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบ ปริมาณ strong opioids เฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับต่อปี เพิ่มขึ้นจาก 524 ± 835 mg ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้นเป็น 1,273 ± 2,073 ในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบ มูลค่ายา strong opioids รวมทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มขึ้นจาก 41,020 บาท ในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้นเป็น 230,937 บาท ในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบ เป็นสิ่งสะท้อนว่าโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นในการจัดสรรงบประมาณค่ายา Strong opioids อย่างเพียงพอและบทบาทที่เห็นได้ชัดเจนมากของเภสัชกรในการจัดซื้อจัดหายาและดูแลการใช้ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่ม

คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ซึ่งการใช้ยาสำหรับอาการปวดต่อเนื่องและสำหรับอาการปวดกำเริบควบคุมกันได้อย่างเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญในการบำบัดรักษาอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดต่อเนื่องในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 100 แต่การควบคุมความปวดกลับไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการมียาที่ออกฤทธิ์เนิ่นคือ Morphine sustained-release 10 mg tablet ใช้เพียงชนิดเดียว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการปวดกำเริบ ต่อมาหลังการพัฒนาระบบมีการจัดซื้อยาทั้งชนิดและรูปแบบยาอื่น ๆ มาใช้ ผู้ป่วยที่ได้รับยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดต่อเนื่องในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 92.5 เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดไม่รุนแรง และเป็นแค่บางครั้งคราวที่มีสาเหตุกระตุ้น สามารถใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการปวด ส่วนการใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดกำเริบในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 0 เนื่องจากไม่มียาที่ออกฤทธิ์เร็ว และสามารถจ่ายให้ผู้ป่วยนอกนำไปใช้ที่บ้านได้ ต่อมาในช่วงหลังการพัฒนาระบบมีการจัดซื้อยาทั้งชนิดและรูปแบบยาอื่น ๆ มาใช้ การใช้ยา strong opioids สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดต่อเนื่องในช่วงเวลาหลังการพัฒนาระบบเท่ากับร้อยละ 60.1 จากการวิเคราะห์ข้อมูลการส่งจ่ายยาแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจมียาเหลืออยู่จึงไม่มีข้อมูลการส่งยาสำหรับอาการปวดต่อเนื่องในบางครั้ง สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งคือการใช้ยา strong opioids ทั้งชนิดที่ใช้สำหรับบำบัดรักษาอาการปวดต่อเนื่องควบคุมไปกับการใช้ยาสำหรับอาการปวดกำเริบ เพิ่มขึ้นจากในช่วงเวลาก่อนการพัฒนาระบบร้อยละ 0 เพิ่มเป็นร้อยละ 60.1 หลังการพัฒนาระบบ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาอาการปวดเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

สรุปผลการวิจัย

เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงยา strong opioids ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง ทั้งในด้านการจัดหายาให้มีชนิด รูปแบบยา และปริมาณให้เพียงพอ รวมทั้งการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาและประเมินอาการปวดของผู้ป่วย เพื่อเริ่มยาให้เร็วขึ้น คอยปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีการให้ยาสำหรับควบคุมอาการปวดทั้งแบบต่อเนื่องและกำเริบอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาการเข้าถึงยา strong opioids ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพในการบำบัดรักษา ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ดูแล คະแนนประเมินความปวด ความพึงพอใจ ความคลาดเคลื่อนทางยา อาการ

อันไม่พึงประสงค์จากยา ตลอดจนการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง เป็นต้น เพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลที่มีบริบทหลากหลายได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุลาวัลย์ วรรณโคตร. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561.
2. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2547.
3. สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง. 2556.
4. Deepak M,D. Baby P, Sreekumar K, Alan David K, Nalini V. Availability and Utilization of Opioids for Pain Management: Global Issues. The Ochsner Journal. m2014;14:208-215.
5. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2547.
6. Global State of Pain Treatment: Access to Medicines and Palliative Care. Human Rights Watch. 2011.
7. Montree W. Impact of a clinical pharmacist-led management on cancer pain therapy in Thoen district health system, Thailand: a retrospective study. Asian Conference on Clinical Pharmacy 2017. Yokyakarta, Indonesia.
8. ธราณี คงทะเล จุฑามณี สุทธิสิทธิ์ และธิดิยา สิริสิงห์. Pharmaceutical Care Related to Pain Management in Patients with Cancer at The Medical Wards of Ramathibodi Hospital. Mahidol University. 2547.
9. Changpeth P, Miteemitr P. Development Of Participation Of Pharmacist For Cancer Patients In Jaokunpiboonphanomtuan Hospital. Veridian E-Journal, Sci Technol Silpakorn Univ. 2015;2 (2):50-75.
10. Hussainy SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. BMC Palliat Care. 2011;10: (1): 16.
11. Savage I, Blenkinsopp A, Closs SJ, Bennett MI. "Like doing a jigsaw with half the parts missing": Community pharmacists and the management of cancer pain in the community. Int J Pharm Pract. 2013; 21 (3): 151-60.
12. Jian C, Xiao-yang L, Wei-jia W, Bin S, Yun Y, Hong J, Qi-sheng W, Bin C. Impact of a Clinical Pharmacist-Led Guidance Team on Cancer Pain Therapy in China: A Prospective Multicenter Cohort Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2014;48 (4): 500-9.

การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

กณ.ภัทริยา บุชทิพย์ (กบ.)

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญ

วาร์ฟาริน เป็นยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation) ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง แต่มี Therapeutic index แคบ และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการใช้ยา เดิมมีการใช้ยาในระดับตติยภูมิ แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงได้มีขยายการบริการเป็นการเชื่อมโยงระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินร่วมกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้นแก่ผู้ป่วยที่รับยารวาร์ฟาริน

โรงพยาบาลนาดี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้เริ่มเปิดบริการคลินิกวาร์ฟารินโดยทีมประกอบด้วย แพทย์เภสัชกร และพยาบาล มีการกำหนดบทบาทหน้าที่การทำงานเพื่อเฝ้าระวังและดูแลการใช้ยาของคนไข้ให้เกิดความปลอดภัย เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ที่ใช้วาร์ฟาริน ได้แก่ บทบาทในการช่วยทีมรักษาเพื่อระบุข้อบ่งใช้ของยา บทบาทในการติดตามด้านประสิทธิภาพ บทบาทในการติดตามด้านความปลอดภัย บทบาทในการประสานรายการยาและติดตามเกี่ยวกับอันตรกิริยาระหว่างยา ดังนั้น เภสัชกรจึงมีส่วนในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา
2. เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีประเมิน สอบถาม และการสังเกตผู้ป่วยขณะเข้ารับบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยารวาร์ฟารินและเข้าคลินิกวาร์ฟารินของโรงพยาบาลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

ขั้นตอนการพัฒนา

1. ประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งคลินิกวาร์ฟาริน กำหนดบทบาทหน้าที่และขั้นตอนการรับบริการ
2. กำหนดแนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

3. สรุปผลการดำเนินการการให้บริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในระบบ Hospital OS
2. แฟ้มข้อมูลที่ได้รับยารวาร์ฟาริน
3. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน
4. สมุดและบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ	
ชาย	19	31.67
หญิง	41	68.33
	อายุช่วงอายุ	
< 60 ปี	23	38.33
61-70 ปี	13	21.67
>70 ปี	24	40.00
	โรคประจำตัว/ โรคร่วม	
HT	33	35.48
DLP	26	27.96
DM	14	15.05
CHF	9	9.68
VHD	5	5.38
COPD	3	3.23
Thyroids	3	3.23
รวม	93	100

ข้อมูลผู้ป่วยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าคลินิกทั้งหมด 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.33) และอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 61.67) ผู้ป่วยมีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการการให้บริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

ตารางที่ 2 ค่า INR และความร่วมมือการใช้ยา

รายการ	จำนวน (N=1,455)	ร้อยละ
1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา	363	24.95
2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ Good adherence	1,310	90.03

พบว่า จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกเป็น 1,455 ครั้ง มีจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา 363 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.95 แต่จำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามี 1,310 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90.03

ตารางที่ 3 ปัญหาจากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวน (N=1,455)	ร้อยละ
1. Non adherence	145	9.97
2. Drug-Drug interaction	45	3.10
3. Drug-Food interaction	3	0.21
4. Medication error	11	0.76

จากจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการพบว่า มีจำนวนครั้งของความไม่ร่วมมือการใช้ยา 145 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.97 มีปัญหาเกิด Drug-Drug interaction 45 ครั้ง โดยเป็นการใช้ยาร่วมกับยาลดไขมันในเส้นเลือด (Simvastatin/Lopid/ ยาลดไขมันอื่น) เกิด Drug-Food interaction ในคนที่รับประทานยาลดไขมันอื่น พบ Medication error เป็นการคำนวณขนาดยาผิด ยายาผิด และผู้ป่วยกินยาผิด คิดเป็นร้อยละ 0.76

ตารางที่ 4 สาเหตุของการไม่ร่วมมือการใช้ยา

สาเหตุของการไม่ร่วมมือการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
1. ลืมกินยา	138	95.18
2. ไม่มีคนดูแล	3	2.07
3. อ่านหนังสือไม่ได้	2	1.38
4. กินผิดซอง ยาหาย	1	0.01
5. ไม่กินเพราะเกิดอาการไม่พึงประสงค์	1	0.01
	145	100

พบว่า สาเหตุของการไม่ร่วมมือการใช้ยาส่วนใหญ่คือลืมกินยา คิดเป็นร้อยละ 95.18 เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้มีการลืมกินยาเป็นจำนวนมาก

ตารางที่ 5 อาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา

อาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา	จำนวน (N=1,455)	ร้อยละ
1. มีจ้ำเลือดที่แขน	4	0.28
2. เลือดไหลไม่หยุด ซีม อ่อนเพลีย	2	0.14
3. เลือดออกในทางเดินอาหาร	1	0.07
	7	0.49

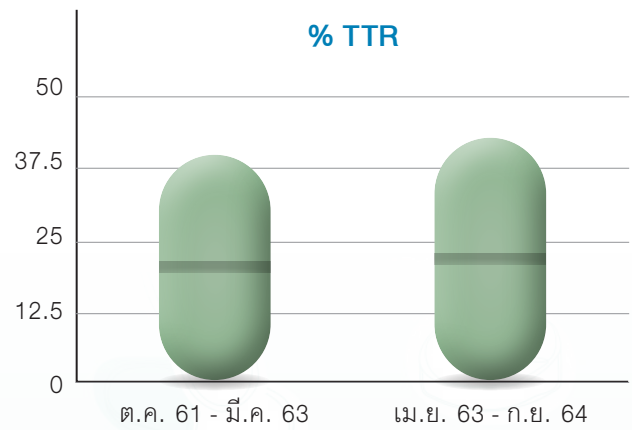
พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 0.49 โดยผู้ป่วยมีจ้ำเลือดที่แขน 4 ราย เนื่องจากได้รับยาขนาดมากกว่าที่ควรได้รับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาด้วยยารักษา INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษาเพิ่มมากขึ้น

จากผลการดำเนินงานให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 - 30 กันยายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่รับยารักษา และได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 60 ราย พบผู้ป่วยร้อยละของ INR in Target (TTR) เพิ่มสูงขึ้น โดยก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ช่วงตุลาคม 2561 - 30 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยมีร้อยละของ TTR เท่ากับ 39.30 ภายหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม มีร้อยละของ TTR เพิ่มขึ้น ในช่วง 1 เมษายน 2563 - 30 กันยายน 2564 เป็นร้อยละ 42.87 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของ TTR จากผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา

2. ป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลนาดี พบอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2561- 30 มีนาคม 2563 พบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์ มีจ้ำเลือดที่แขน 3 ราย เลือดไหลไม่หยุด อาเจียนเป็นเลือด จำนวน 2 ราย และเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร 1 ราย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยรับประทานยาผิด เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานยา แต่ผู้ป่วยเข้าใจผิดโดยรับประทานยาจำนวนเท่าเดิม หรือเกิดจากผู้ป่วยลืมรับประทานยา แล้วรับประทานเป็นจำนวน 2 เท่าของขนาดปกติในวันถัดไป จากการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยให้คำแนะนำความสำคัญของการรับประทานยาให้ถูกต้อง มีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเรื่องการหลงลืม รวมไปถึงประสานความร่วมมือกับแพทย์ ปรับการใช้ยาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลงจากอาการไม่พึงประสงค์ช่วง ตุลาคม 2561 - 30 มีนาคม 2563 เกิดในผู้ป่วย 6 ราย เป็นมีอาการไม่พึงประสงค์ 2 ราย ในช่วง เมษายน 2563 - กันยายน 2564

ผลการพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา ข้อควรระวังต่างๆ การเกิดอาการ

ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ และแนวทางป้องกันอาการดังกล่าว รวมถึงการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาเพื่อหาแนวทางป้องกันหรือลดปัญหาจากการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

3. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

3.1 พัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยที่รับประทาน ยาวาร์ฟารินโดยพัฒนาระบบการให้บริบาลเภสัชกรรม เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยสูงสุด

3.2 บุคลากรทางการแพทย์ มีความตระหนักในการให้บริการการรักษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาวาร์ฟารินร่วมติดตามผลการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยา การให้ยา ที่อาจเกิดอันตรกิริยาต่อกันกับยาวาร์ฟาริน

3.3 เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมถึงการต่อยอดเพื่อพัฒนาระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 เป็นแนวทางในการพัฒนางานบริบาลทางเภสัชกรรมด้านอื่น ๆ รวมไปถึงเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านบริการอื่นของโรงพยาบาลนาคี เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่ให้ความร่วมมือที่ดีในการใช้ยากับค่า INR ที่อยู่ในเป้าหมาย และการค้นหาปัญหาเชิงลึกที่ผู้ป่วยมีค่า INR

ไม่อยู่ในเป้าหมายการรักษา ในการศึกษารั้งต่อไปหากมีการศึกษาเพิ่มในประเด็นดังกล่าวจะช่วยนำไปวางแผนและแก้ไขปัญหาลงสู่ผู้ป่วยในอนาคตได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ. คู่มือการดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559).
2. ทรงขวัญ ศิลารักษ์ และคณะ. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. ประยูทธ ภูวรัตน์วิวิธ. บทบาทของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ Warfarin. วิทยานิพนธ์การศึกษาคณะเภสัชกรรม สาขาเภสัชกรรม (2561).
4. ศุภลดี ช้อยชาญชัยกุล และคณะ. การใช้ยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยสูงอายุ: กรณีศึกษาและการดูแล. Rama Nurs J สิงหาคม-ธันวาคม 2551.
5. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. Common pitfall in warfarin management. วิทยานิพนธ์การศึกษาคณะเภสัชกรรม รหัสกิจกรรม 3003-1-000-001-12-2559.
6. เจริญใจ ต้นติวชิวนานิช และรังสิมา ไชยาสุ. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินของโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารเภสัชกรรมไทย (2556).

การศึกษาความชุกปัจจัยในการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีผลกระทบต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ใน PCC พัททัน จังหวัดสิงห์บุรี

กญ.แวงใจ ไหมเลี้ยง กบ.

โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

ความเป็นมา

โรคไตนับเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของระบบสาธารณสุขทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และประเทศชาติ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน ความเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะไตอย่างหนึ่ง คือ การใช้ยาชุดซึ่งอาจมียา NSAIDs สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อหาความชุกและปัจจัยในการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีผลกระทบต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน PCC พัททัน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยโดยการสังเกตแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน PCC พัททัน กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม N4studies และทำการสุ่มแบบโควตาในผู้ป่วยแต่ละหมู่ จำนวนทั้งหมด 100 ราย ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 31 สิงหาคม 2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากการออกเยี่ยมบ้าน สถิติที่ใช้ในการพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 68 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69 และว่างงานร้อยละ 44

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57 ความชุกในการใช้ยาชุด ร้อยละ 41 โดยซื้อจากคลินิก การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 11 โดยสั่งซื้อออนไลน์ ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาชุดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยในเรื่องของเพศ ($p=0.597$) อายุ ($p=0.391$) การศึกษา ($p=0.405$) อาชีพ ($p=0.720$) และความรู้เกี่ยวกับยาชุด ($p=0.709$) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการตัดสินใจในการใช้ยาชุด ($p=0.000$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยในเรื่องของเพศ ($p=0.287$) อายุ ($p=0.670$) การศึกษา ($p=0.959$) และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($p=0.318$) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยทางการตลาด ($p=0.000$) อาชีพ ($p=0.049$) และพฤติกรรมการตัดสินใจในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($p=0.000$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 พบว่า ปัจจัยทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพการโฆษณา ($r=0.693$) การส่งเสริมการขาย ($r=0.293$) ประชาสัมพันธ์ ($r=0.604$) การขายโดยบุคคล ($r=0.733$) และการตลาดทางตรง ($r=0.626$)

สรุป

ยังพบการใช้ยาชุดเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยในเรื่องเพศ อายุ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด และในส่วนผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการใช้หนึ่งในห้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากในการใช้คือปัจจัยทางการตลาด ดังนั้น เราจึงควรให้ความรู้ในเรื่องโทษภัยของการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่หลงเชื่อโฆษณา

เภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ มีส่วนในการค้นหาปัญหาและช่วยให้ข้อมูลเพื่อชะลอไตเสื่อม สามารถนำผลการวิจัยไปเพื่อพัฒนาต่อยอดเพื่อช่วยสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วยตนเองและสามารถเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์ได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาชุดแก้ปวดค่อนข้างมาก อาจต้องแนะนำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ยาใช้ภายนอกหรือการใช้สมุนไพรเพื่อทดแทนมากขึ้น

บทนำ

จากสถานการณ์โรคไตในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก คนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมาคือมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จากข้อมูลพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน จึงจำเป็นต้องเน้นการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตช้าลง นอกจากนี้พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป การรับประทานอาหารเค็ม ฟาสต์ฟู้ด ขนมขบเคี้ยว

ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ในระดับที่ต้องการ ดังนั้นจึงอยากให้ประชาชนหันมาใส่ใจด้วยการลดการบริโภคโซเดียมลงจะช่วยให้มีสุขภาพดี สาเหตุอีกอย่างหนึ่งที่ไม่อาจละเลยได้คือ การใช้ยาชุดโดยเฉพาะยากุ่มเอ็นเสดรวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพมากมาย หากใช้เกินความจำเป็นก็อาจส่งผลกระทบต่อไตได้

ในยุคข้อมูลข่าวสาร ผู้บริโภครับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รวดเร็วกว่าในอดีต ตลอดจนแหล่งหาซื้อสินค้าได้หลายช่องทาง อาทิ ร้านค้า ตลาดนัด อินเทอร์เน็ต หรือแม้แต่ช่องทางขายตรงผ่านสื่อโฆษณาทั้งโทรทัศน์และวิทยุ การที่ผู้บริโภคจะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพชนิดใดมารับประทานนั้น ส่วนมากมักจะขึ้นกับข้อมูลที่ผู้บริโภคได้รับจากสื่อโฆษณาและบุคคลรอบข้าง โดยอาจจะไม่ได้ศึกษาข้อมูลที่ถูกต้องก่อนการตัดสินใจซื้อหรือบริโภค จึงทำให้ตกเป็นเหยื่อการโฆษณาโดยไม่รู้ตัว (กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2550)

ผศ. ดร. ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี กล่าวว่า การลดปัจจัยเสี่ยงการใช้ยา กระตุ้นให้เกิดองค์ความรู้และผลดีองค์ความรู้ พร้อมทั้งกระจายความรู้ให้ทั่วถึง อีกทั้งยังต้องคอยควบคุมการโฆษณาขายยาให้เป็นไปอย่างถูกต้องและมีความเหมาะสม และมีการสร้างเครือข่ายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดปัญหาด้านการใช้ยาได้ (กพย. วิกิพจนานุกรม, 24 เมษายน 2560)

ดังนั้น ปัจจัยที่จะมีอิทธิพลต่อการใช้ยา ไม่ว่าจะเป็นยาชุด ยาสมุนไพร หรือแม้แต่ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนมาจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็นเรื่องยา ปัจจัยทางการตลาด สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ทัศนคติ ความเชื่อ ย่อมมีผลต่อการเลือกซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมาใช้เพื่อบริโภค

ในการปฏิบัติงานที่เป็นหน่วยเล็กในพื้นที่รับผิดชอบคือ PCC พักทัน ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เริ่มมีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ดีเพื่อไปรับบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อลดระยะเวลารอคอยรับยา เริ่มมีการส่งต่อเพื่อมารักษาตั้งแต่ปี 2560 โดยมีหมอครอบครัวดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ตั้งแต่ปี 2561 เนื่องจากประชากรในเขตตำบลพักทัน ประกอบด้วย 10 หมู่ ประชากรทั้งหมดประมาณ 4,320 คน 1,266 หลังคาเรือน ซึ่งมีผู้สูงอายุ 1,013 คน คิดเป็นร้อยละ 23.44 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และพบว่าสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งคือความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 2 และ 3 ในเวทีประชาคมของพื้นที่ ส่วนปัญหาสุขภาพอันดับ 1 คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ในช่วงปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เคยส่งมารักษาใกล้บ้านใกล้ใจ ทั้งหมด 396 ราย ถูกส่งตัวกลับเพื่อรักษา

ภาวะไตเสื่อมที่แยกลง จำนวน 35 ราย และมีแนวโน้มที่จะส่งกลับมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการสอบถามผู้ป่วยส่วนหนึ่งพบว่าบริโภคอาหารเค็ม การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แต่ปัญหาอีกส่วนหนึ่งที่พบคือ การซื้อยาชุดจากคลินิกมาเพื่อรับประทานบรรเทาอาการเจ็บปวดจากการทำงาน และอาจจะมีส่วนน้อยที่ซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพมาเพื่อรับประทานจากการหลงเชื่อโฆษณา จากคำบอกเล่า หรือแม้แต่ลูกหลานซื้อมาให้หวังให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามคำโฆษณา จึงเป็นที่มาของการทำการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกในการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจมีผลกระทบต่อไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยในการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อส่วนบุคคล รวมถึงปัจจัยทางการตลาดที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 100 ราย
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กันยายน 2563
4. ตัวแปรในการศึกษา
 - 4.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ การสื่อสารทางการตลาด พฤติกรรมการตัดสินใจ
 - 4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะไตเสื่อม หมายถึง ค่า eGFR ที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยแบ่งได้ดังนี้

ระยะของโรค	รายละเอียดของระยะต่าง ๆ	ค่าการทำงานของไต GFR	การรับการรักษา
ระยะที่ 1	ไตเริ่มเสื่อม (มีโปรตีนในปัสสาวะ)	90 หรือมากกว่า	ปกติ รักษาที่ PCC
ระยะที่ 2	ไตเสื่อม ค่า GFR ลดลงเล็กน้อย	60-89	
ระยะที่ 3	ค่า GFR ลดลงปานกลาง	30-59	ส่งกลับ รพ. เข้าคลินิกโรคไต
ระยะที่ 4	ค่า GFR ลดลงมาก	15-29	
ระยะที่ 5	ไตวาย	น้อยกว่า 15	

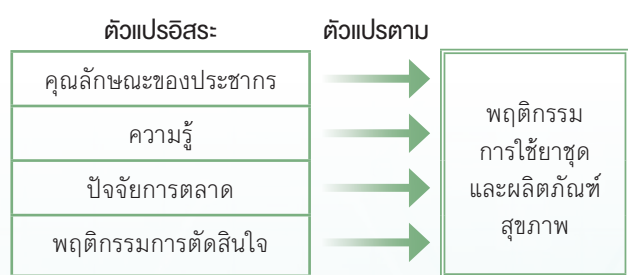
2. ปัจจัยในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ความรู้ที่ผู้บริโภคเลือกใช้ทัศนคติ รวมทั้งปัจจัยทางการตลาด ไม่ว่าจะเป็นด้านโฆษณา การส่งเสริมการขาย ด้านประชาสัมพันธ์ การขายตรง โดยบุคคล หรือการขายตรงออนไลน์

3. พฤติกรรมในการตัดสินใจใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงความต้องการ การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจ และการซื้อมาใช้

4. ยาชุด หมายถึง ยาหลายชนิดที่จัดรวมอยู่ในซองเดียวกันเพื่อรับประทานพร้อมกัน ตั้งแต่ 2 เม็ดขึ้นไป ซึ่งอาจจะมีสเตียรอยด์หรือไม่มีสเตียรอยด์ผสมอยู่ก็ได้ รวมถึงยาเอ็นเสดและยาลูกกลอน

5. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่าง ๆ รวมทั้งสารสกัดเข้มข้นสมุนไพรต่าง ๆ ที่ใช้รับประทานเพื่อเสริมอาหารหลัก ไม่จัดเป็นยา

กรอบแนวคิดวิธีวิจัย



วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ Cross sectional analytical study โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) เท่ากับ 0.879 เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่มกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรม SPSS ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.955 ซึ่งมากกว่า 0.80 แสดงว่าแบบทดสอบมีความเที่ยงแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน
ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม
ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการตัดสินใจบริโภคยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบางระจัน เพื่อมารับการรักษาที่ PCC พักทัน ตั้งแต่ปี 2560 โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม N4studies (estimation finite population proportion) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 96 ราย แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเก็บจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับยาที่ PCC พักทัน เฉลี่ยหมู่ละ 5-20 ราย ขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งมา

3. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบค่าที (t-test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) (Wiersma,1995) โดยอาศัยเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยน้ำหนักคำถามที่อ้างอิงแนวคิดของเบสท์และแกนน์ (Best and Kahn,1998) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง .00-.20 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง .20-.40 มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง .40-.60 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง .60-.80 มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง .80-1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 69) การศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 78 จบชั้นประถมศึกษา และว่างงานคิดเป็นร้อยละ 44 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวขนาดเล็ก 2-4 คน มากถึงร้อยละ 74 มีสิทธิ์การรักษาคือบัตรทอง รัฐบาลที่ PCC แห่งเดียว ร้อยละ 93

2. ด้านความรู้

ตารางที่ 1 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (N=100 คน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนน 0-4 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนน 5-7 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน 8-10 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ระดับคะแนน	จำนวนคน	ระดับความรู้
0-4 คะแนน	14	ระดับต่ำ
5-7 คะแนน	57	ระดับปานกลาง
8-10 คะแนน	29	ระดับสูง

จากตารางที่ 1 เมื่อจำแนกความรู้กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อจำแนกความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับยาชุด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67 ทราบว่ายาลดความดันโลหิต สมุนไพร มีผลต่อการทำงานของไต แต่ไม่ทราบว่าฉลากยาต้องแสดงเลขที่ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยไม่มีกรอบเครื่องหมาย อย. และเมื่อจำแนกความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าร้อยละ 81 มีความรู้ ว่าผลิตภัณฑ์อาหารเสริมไม่ใช่ยา จึงต้องรับประทานยาตาม

คำสั่งแพทย์ แต่ไม่ทราบว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ต้องได้รับการอนุญาตจาก อย. อย่างถูกต้อง

ตารางที่ 2 พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้ยาชุดและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (N=100 คน)

	จำนวนคนที่ใช้ยาชุด (คน)	จำนวนคนที่ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คน)
1. พฤติกรรมการใช้		
-ไม่เลือกใช้	59	79
-ซื้อเอง	35	11
-ญาติ	3	7
-เพื่อน	3	3
2. แหล่งซื้อ		
-ร้านชำ	4	0
-ตลาดนัด	1	1
-ร้านยา	10	1
-คลินิก	26	0
-ออนไลน์	0	19
3. ความถี่		
-ทุกวัน	7	18
-2-3 วัน /สัปดาห์	5	1
-เดือนละครั้ง	29	2

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาชุด ที่ซื้อมาใช้เอง คิดเป็นร้อยละ 35 โดยซื้อจากคลินิกมากที่สุด และใช้นาน ๆ ครั้ง เมื่อมีอาการ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ซื้อมาใช้เอง คิดเป็นร้อยละ 11 โดยสั่งซื้อออนไลน์จำนวนมากที่สุดและใช้ทุกวัน

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการตลาดกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (N=100 คน)

ความสัมพันธ์ปัจจัยการตลาดกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	r	p-value	การแปลผล
1. การโฆษณา	0.693	0.01	ค่อนข้างสูง
2. การส่งเสริมการขาย	0.293	0.01	ค่อนข้างต่ำ
3. ด้านการประชาสัมพันธ์	0.604	0.01	ค่อนข้างสูง
4. ด้านการขายโดยบุคคล	0.733	0.01	ค่อนข้างสูง
5. ด้านการตลาดทางตรง	0.626	0.01	ค่อนข้างสูง

จากตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการตลาดกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การขายโดยบุคคล และการตลาดทางตรง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับค่อนข้างสูง ส่วนการส่งเสริมการขาย โดยการตลาด แลก แจก แถมกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ 21 คน และไม่ใช่ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 79 คน จากทั้งหมด 100 คน ที่ p-value 0.005

ปัจจัย	P- value	การแปลผล
เพศ	0.287	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
อายุ	0.670	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
การศึกษา	0.959	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
อาชีพ	0.049	มีนัยสำคัญทางสถิติ
ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.318	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ปัจจัยทางการตลาด	0.000	มีนัยสำคัญทางสถิติ
พฤติกรรมการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.000	มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4 พบว่า ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยในเรื่องของเพศ อายุ อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าอาชีพ ปัจจัยทางการตลาด และพฤติกรรมการตัดสินใจในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

1. ความชุกในการใช้ยาชุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน คิดเป็นร้อยละ 41 โดยซื้อจากคลินิกมากที่สุด และใช้นาน ๆ ครั้งเมื่อมีอาการ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน คิดเป็นร้อยละ 11 โดยสั่งซื้อออนไลน์จำนวนมากที่สุด และใช้ทุกวัน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาชุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยในเรื่องของเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับยาชุด มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการตัดสินใจในการใช้ยาชุดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCC พักทัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยในเรื่องของเพศ อายุ อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยทางการตลาด อาชีพ และพฤติกรรมการตัดสินใจในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย อาจมีสาเหตุมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีจำนวนน้อย เพราะกลุ่มตัวอย่างอายุมาก และว่างงานเป็นส่วนใหญ่

ข้อจำกัดของการศึกษาคั้งนี้ คือกลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างมาก อาจมีความเข้าใจในคำถามไม่ชัดเจน แม้ว่าจะอธิบายเป็นรายข้อแล้วก็ตาม และอาจเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรไม่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในการกำหนดนโยบาย

1. การเฝ้าระวังในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายในเรื่องการจำหน่ายยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน
2. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในเรื่องโทษภัยของยาชุด และข้อจำกัดของการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วย
3. มีช่องทางในการสอบถามเรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถสอบถามหรือหาข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
4. เสนอทางเลือกอื่นเพื่อลดผลกระทบจากยาชุดแก้ปวดและ NSAIDs เช่น การนวด ประคบ การบริหารร่างกาย
5. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม. (หมอ 1) รวมทั้งประชาชนทุกคน โดยเฉพาะด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากพบว่ามีผู้ใช้ถึงข้อมูลแต่ไม่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. คู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน. กรุงเทพฯ. สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
2. ภก.กิตติยศ ยศสมบัติ และ ภญ.สิริรัช พละภิญโญ. ยากับชีวิต ความรู้คู่ผู้บริโภค. กรุงเทพฯ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2553.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2560.
4. ผศ. ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังคัลลี. กพย. วิพากษ์ 'เภสัช' ไม่ติดตามผลหลังจ่ายยา ซีไทยมีช่องโหว่ใช้ยาอื้อ. กพย. วิพากษ์จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยาฉบับวันที่ 24 เมษายน 2560.
5. วิภาวรรณ มโนปราโมทย์. กุมภาพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าผ่านสังคมออนไลน์ (อินสตาแกรม) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร [บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.
6. คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคของกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ปี 2554. กรุงเทพฯ; 2554.
7. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในชุมชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ที่ 25 จังหวัด ดำเนินการภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ; 2562.
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2562). โฆษณาสมุนไพรเกินจริงดับโตฟัง.14 มิถุนายน 2563, <http://www.thaihealth.or.th/Content/50369>.
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2563). เผยสถิติคนไทยติดเค็มป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า 8 ล้านคน. 14 มิถุนายน 2563, <http://www.thaihealth.or.th/Content/51283>.

ผลการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี

กญ.สรिता นิลแสง กบ.

โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี



บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี จำนวน 425 คน ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปและต้องได้รับยาที่จำเป็นต้องมีการพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยาอย่างน้อย 1 ชนิด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกการติดตามข้อมูลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบฟอร์มปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square test และ Independent t-test ผลการศึกษาค้นพบว่าเมื่อมีการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ผ่านการแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญบนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP โดยพัฒนาระบบการแจ้งเตือนค่าการทำงานของไตผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์และแสดงข้อมูลลงบนใบสั่งยา การกำหนดรายการยาและวิธีปรับขนาดยาที่เป็นแนวทางเดียวกันของโรงพยาบาล ในภาพรวมพบว่าการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถทำให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 67.4 เป็นร้อยละ 75.2 ($p < 0.01$) หลังจากการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานพบว่าเภสัชกรดำเนินการปรึกษาแพทย์ทั้งสิ้น 41 ครั้ง แพทย์ได้ปรับการรักษาด้วยยาร้อยละ 60.9 หยุดยาร้อยละ 29.3 และไม่ปรับยาร้อยละ 9.8 พบการสั่งจ่ายยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Meropenem injection, Diclofenac tablet และ Augmentin injection สรุปผลการดำเนินการ พบว่าการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง แนวทางการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง การใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ยาในส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการทานยาที่เหมาะสม

ทั้งนี้รวมไปถึงการดูแลความปลอดภัยในการใช้ยาของประชากรกลุ่มพิเศษ อันได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยาได้และสามารถป้องกันอันตรายจากการใช้ยาในส่วนที่ป้องกันได้ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคไต การศึกษาของวรรณวสุช์ ธนาเสริมสวย พบการใช้ยาอย่างเหมาะสมกับระดับการทำงานของไตในผู้ป่วยเพียงแค่อ้อยละ 60.10 และการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมส่วนใหญ่จะเป็นการสั่งใช้ยาที่เกินขนาด¹ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสพัฒนาแนวทางการดำเนินการที่สามารถดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยานั้นๆ ได้

โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิขนาด 30 เตียง ข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 31 มีนาคม 2565 รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, 4 และ 5 จำนวน 425 คน โดยจากการปฏิบัติงานพบปัญหาในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นการสั่งใช้ยาเกินขนาด ไม่มีการปรับขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการสั่งใช้ยาบางรายการที่มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อสำรวจเบื้องต้นถึงสาเหตุของปัญหาจากบุคลากรที่ดำเนินงานในการให้บริการพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากปริมาณภาระงานที่มาก ขาดข้อมูลความรู้ ไม่ทราบหรือจำไม่ได้ว่ารายการใดที่ต้องปรับขนาด อีกทั้งไม่มีการแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ เช่น ค่าการทำงานของไตเพื่อระบุว่าเป็นผู้ป่วยโรคไต อีกทั้งข้อมูลที่สำคัญในการระบุโรคของผู้ป่วยเข้าถึงได้ยากหรือต้องใช้เวลานานในการเข้าถึงข้อมูล จึงทำให้เกิดปัญหาในการสั่งใช้ยาเกิดขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนข้อมูลที่สำคัญเพื่อระบุข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับใช้ในการปรับขนาดยาหรือตรวจสอบการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบ Descriptive study ศึกษาการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป และต้องได้รับยาที่จำเป็นต้องมีการพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาน้อย 1 ชนิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบบันทึกการติดตามข้อมูลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- แบบฟอร์มปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ขั้นตอนและวิธีศึกษา

- ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อนำมาพัฒนาและจัดทำแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พร้อมทั้งจัดทำโครงร่างงานวิจัย
- จัดทำเอกสารเพื่อขอจริยธรรมวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
- ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

4. พัฒนาและจัดทำแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จังหวัดนนทบุรี โดยได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อเป็นแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านระบบโปรแกรม HOSxP ดังนั้นพัฒนาระบบการแจ้งเตือนข้อมูลที่สำคัญโดยแสดงผลบนหน้าจอในรูปของหน้าต่าง Pop-up พัฒนาระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติที่แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับและจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาตามค่าการทำงานของไต และพัฒนาระบบการแจ้งเตือนข้อมูลผ่านเอกสารสำคัญ อันได้แก่ ใบสั่งจ่ายยา

- ประชุมชี้แจงแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)
- รวบรวมเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินการนำเสนอต่อคณะกรรมการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบหาค่าความแตกต่างทางสถิติของผลลัพธ์ในการศึกษา
 - ข้อมูลเชิงลักษณะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square test
 - ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะ	ก่อนการใช้ระบบ		หลังการใช้ระบบ		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	107	47.7	103	46.3	0.603 ¹
หญิง	117	52.3	119	53.7	
อายุ					
น้อยกว่า 40 ปี	13	5.8	10	4.5	0.827 ²
41 - 50 ปี	49	21.9	45	20.3	
51 - 60 ปี	64	28.6	61	27.5	
61 - 70 ปี	83	37.0	86	38.7	
มากกว่า 70 ปี	15	6.7	20	9.0	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.39±12.47		69.54±12.80		
ค่าการทำงานของไต Serum Creatinine (Scr) (mg/dL), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.04±2.52		2.18± 2.60		0.332 ²
ค่าการทำงานของไต Creatinine clearance (CrCL) (mL/min), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	32.79±14.64		31.96±15.06		0.308 ²
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงที่ศึกษา	515	-	545	-	
จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องและได้รับรายการยาที่ต้องปรับขนาดยา	224	-	222	-	

1.chi-square test 2.independent sample t-test

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของการศึกษา พบว่าในระยะเวลาที่ศึกษามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ทั้งหมดจำนวน 515 และ 545 ครั้งสำหรับช่วงก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างทั้งสองช่วงมีลักษณะไม่แตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ และการทำงานของไต

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามแนวทางการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 ในช่วงก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

รายการข้อมูล พิจารณาตามการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (visit)	ก่อนการใช้ระบบ จำนวน (ครั้ง)	หลังการใช้ระบบ จำนวน (ครั้ง)	P
จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาที่ได้รับรายการยาที่ต้องติดตาม ความเหมาะสมทั้งหมด	224	222	0.003*
จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาที่ได้รับยาอย่างเหมาะสม	151	167	
ร้อยละของการใช้ยาอย่างเหมาะสม	67.4	75.2	
พิจารณาตามขนาดยา	จำนวน (รายการยา)	จำนวน (รายการยา)	
จำนวนขนาดยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยไตบกพร่อง	423	483	<0.001**
จำนวนขนาดยาที่ได้รับการใช้ยาอย่างเหมาะสม	277	353	
ร้อยละของการใช้ยาอย่างเหมาะสม	66.0	73.0	

*p-value <0.05 , ** p-value <0.001

จากตารางที่ 2 พบว่าในช่วงก่อนการพัฒนาแนวทางการการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเหมาะสมร้อยละ 67.4 (151/224) ของจำนวนครั้งในการเข้ารับรักษา และร้อยละ 66.0 (277/423) ของจำนวนขนาดยาที่ต้องปรับขนาดยา และในช่วงหลังของการพัฒนาพบว่าผลการปรับขนาดยา มีความสอดคล้องกับแนวทางการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 75.2 (167/222) ของจำนวนครั้งในการรักษา และร้อยละ 73.0 (353/483) ของจำนวนขนาดยาที่ต้องปรับขนาดยา (p<0.001)

ตารางที่ 3 การดำเนินการเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเภสัชกรเมื่อพบการแจ้งเตือนในระบบ

การจัดการโดยเภสัชกร	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ขอคำปรึกษาจากแพทย์ และแพทย์ดำเนินการ ปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยา	41	100
ปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยา	25	60.9
ไม่ปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยา	4	9.8
หยุดยา	12	29.3

ตารางที่ 3 แสดงผลการดำเนินการโดยเภสัชกรเมื่อพบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังจากการแจ้งเตือนในระบบ โดยเภสัชกรได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด 41 ครั้ง ทั้งนี้แพทย์ปรับยา 25 ครั้ง (ร้อยละ 60.9) หยุดยา 12 ครั้ง (ร้อยละ 29.3) และไม่ปรับยา 4 ครั้ง (ร้อยละ 9.8)

ตารางที่ 4 รายการยาที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสมก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการใช้ยา

รายการยา ที่ใช้ไม่เหมาะสม	ก่อนการใช้ระบบ		หลังการใช้ระบบ		หลังใช้ระบบ เภสัชกรปรึกษา แพทย์ (ครั้ง)	การจัดการของแพทย์ เมื่อเภสัชกรปรึกษา		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		ปรับยา	หยุดยา	ไม่ปรับยา
ยาฉีด Ceftazidime	13	8.9	11	8.5	5	5	0	0
ยาฉีด Meropenem	15	10.3	13	10.0	7	6	0	1
ยาฉีด Cefazolin	10	6.8	9	6.9	3	3	0	0
ยาฉีด Ciprofloxacin	11	7.5	10	7.7	3	3	0	0
ยาฉีด Augmentin	14	9.6	13	10.0	4	3	0	1
ยาฉีด Gentamicin	8	5.5	7	5.4	2	2	0	0
ยาเม็ด Colchicine	6	4.1	5	3.8	2	1	0	1
ยาเม็ด Enalapril	8	5.5	7	5.4	2	0	2	0
ยาเม็ด Allopurinol	11	7.5	10	7.7	3	2	1	0
ยาเม็ด Metformin	13	8.9	12	9.2	4	0	3	1
ยาเม็ด Diclofenac	15	10.3	13	10.0	3	0	3	0
ยาเม็ด Ibuprofen	12	8.3	11	8.5	2	0	2	0
ยาเม็ด Naproxen	10	6.8	9	6.9	1	0	1	0

จากตารางที่ 4 พบว่าจากการดำเนินการ พบรายการยาที่มีการปรับขนาดยาไม่เหมาะสม 3 อันดับแรก ได้แก่ Meropenem, Diclofenac และ Augmentin และหลังพัฒนาแนวทางมีการสั่งจ่ายไม่เหมาะสมลดลง

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผ่านการพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (HOSxP) เพื่อลดการจ่ายที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถทำให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 75.2 สอดคล้องกับการศึกษาของอริสา แสงเพ็ง และคณะที่พบว่าระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติบน HOSxP สามารถช่วยให้มีการปรับขนาดยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.67 เป็น 72.58 ($p < 0.001$)⁴

โดยบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการทวนสอบรายการยาสามารถเพิ่มความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น โดยผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแพทย์ปรับยาร้อยละ 60.9 พยาบาลร้อยละ 29.0 และไม่ปรับยาร้อยละ 9.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ชุตินารา และคณะที่พบว่าแพทย์มีการปรับยาหลังจากเภสัชกรนำเสนอข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 51.1² ดังนั้น การดำเนินการร่วมกันของสหวิชาชีพของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ในการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามที่ผู้ป่วยควรได้รับมากขึ้น และจากผลการศึกษาวิจัยพบรายการยา 3 อันดับแรกที่ยังคงพบการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม คือ ยาฉีด Meropenem, ยาเม็ด Diclofenac และยาฉีด Augmentin ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอติพล คล้ายปักซี่ และคณะที่พบรายการยาที่สั่งจ่ายไม่เหมาะสม คือ ยาฉีด Cefotaxime ยาฉีด Meropenem และยาเม็ด Colchicine ซึ่งความแตกต่างของรายการยานั้นขึ้นอยู่กับบริบทเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรนำแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพและผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 ใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโดยการชะลอภาวะเสื่อมของไต

2.2 สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น โดยลดความสิ้นเปลืองจากการจ่ายที่ไม่เหมาะสม

2.3 เพิ่มเติมบทบาททางวิชาชีพเภสัชกรรม เนื่องจากมีเภสัชกรช่วยทวนสอบการใช้ยาของแพทย์เพื่อดูความเหมาะสมด้านยาให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านยาที่เหมาะสมมากขึ้น

2.4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายร้านขายยาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบแนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนี้มาประยุกต์เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน อาทิ ผู้ป่วยคลินิกวารสาริน โดยสามารถพัฒนารูปแบบบริการสำหรับผู้ป่วยรายโรคอื่นให้มีการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Thanasermsuay W. The effect of pharmacist's intervention on dosage adjustment for patients with renal insufficiency at the medical ward of Ramathibodi Hospital [master thesis] . Bangkok:Mahidol University; 2006.
2. Chutinara W, Thongsodsang S, Khanthahat S. Outcome of adjustment dosage of antibiotics in patients with renal impairment. Thai Journal of Hospital Pharmacy 2012; 22: 96-105.
3. Aworn N, Ratanadechsakul P, Ratanadechsakul J, Sriudorn P, Phadungsai N, Sommart S, Effect of developed "CKD alert pop up"; Case study in Phanomphrai Hospital, Roiet Province. Routine development program for national research and R2R network partners; 2014 July 23-25; IMPACT Arena, Exhibition and Convention Center, Muang Thong Thani. Bangkok; 2014. p.156.
4. Saengpeng A, Saramunee K, Anusornsangia W. Development of dosage adjustment system for inpatients with renal impairment at Prasat hospital, Surin province. Thai Journal of Pharmacy Practice 2017; 9: 280-91.
5. Klaypaksi A. Effect of develop computerized clinical decision support system on medication use in patients with renal impairment. Thai Journal of Pharmacy Practice 2019; 9: 285-92.

บางคำถาม...เกี่ยวกับพรมมิ พืชสมุนไพรบำรุงความจำ

การศึกษาวิจัย โดยทีมนักวิจัยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จากการสนับสนุนทุนวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พบว่า พรมมิ มีประสิทธิภาพในการบำรุงความจำ ป้องกันสมองเสื่อม

ถาม: พรมมิมักใช้ในการป้องกันสมองเสื่อมได้อย่างไร

- ตอบ: 1. เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งเกี่ยวกับการเรียนรู้ และการเก็บข้อมูล
2. เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาททำให้มีปริมาณสารสื่อประสาทมากขึ้น ได้แก่ การตื่นตัวการเรียนรู้และความจำ ควบคุมการเคลื่อนไหว
3. เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่สมอง แต่ไม่มีผลต่อความดันโลหิต

ถาม: พรมมิต่างกับแปะก๊วยอย่างไร

- ตอบ: ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของพรมมิและแปะก๊วยต่อการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิตบนผิวเปลือกสมอง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่า
- เหมือนกันคือ สารสกัดสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณหลอดเลือดแดงบนเยื่อหุ้มสมอง
- ต่างกันคือ พรมมิไม่มีผลทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงไป

ถาม: พรมมิมีการทดลองทางคลินิกในคนอย่างไร

- ตอบ: พรมมิ มีการทดลองทางคลินิกกับอาสาสมัครสุขภาพดี ช่วงอายุมากกว่า 55 ปี จำนวน 60 คน พบว่า โดยการให้รับประทานสารสกัดพรมมิ วันละ 300 มก. พบว่าเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว เพิ่มการตื่นตัวต่อสิ่งเร้า มีสมาธิเพิ่มมากขึ้น เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และความจำ คลายอาการซึมเศร้า จากการศึกษายังไม่พบอาการพิษและอาการข้างเคียงใดๆ ข้อมูลของพรมมิ ในตอนนี้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เป็นการรับประทานเพื่อป้องกันการเสื่อมของสมอง

ถาม: พรมมิมีความปลอดภัยในการใช้หรือไม่

- ตอบ: พรมมิมีความปลอดภัยเนื่องจากมีการใช้มายาวนานทั้งในตำรับยาไทยและตำรับอายุรเวทของอินเดีย อีกทั้งคณะผู้วิจัยก็มีการศึกษาพิษเฉียบพลัน การศึกษาพิษกึ่งเรื้อรังและการศึกษาพิษเรื้อรัง รวมทั้งการศึกษาในมนุษย์ ก็ไม่พบพิษหรืออาการข้างเคียง

ถาม: พรมมิสามารถให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมทานได้หรือไม่

- ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ กล่าวว่า พรมมิเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ใช่ยา ใช้ชะลอการเสื่อม หรือป้องกันการเสื่อมของสมอง แต่ไม่ใช่การรักษา

ถาม: พรมมิสามารถให้เด็กรับประทานได้หรือไม่

- ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์พรมมิในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี เนื่องจากอายุน้อยกว่านี้อาจยังมีกระบวนการในการกำจัดยาออกจากร่างกายไม่เต็มที่ และยังไม่สามารถที่จะมีความสามารถในการกำจัดยาออกจากร่างกายได้เท่าผู้ใหญ่

ถาม: การรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพรมมิชนิดเม็ด ร่วมกับยาอื่นๆมีโอกาสเกิดผลเสียหรือเปล่า

- ตอบ: คณะผู้วิจัยฯ ได้มีการศึกษาผลของสารสกัดพรมมิต่อการทำงานของเอนไซม์ในตับและในมนุษย์พบว่า สารสกัดพรมมิ มีผลต่อการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ และจึงประเมินได้ว่ามีโอกาสน้อยที่สารสกัดพรมมิในขนาดปกติจะก่อให้เกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันที่อาศัยเอนไซม์ดังกล่าวในการเปลี่ยนแปลงเพื่อการขจัดออกจากร่างกาย

ถาม: ต้องรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพรมมิชนิดเม็ดนานเท่าไรจึงจะเริ่มเห็นผลในการป้องกันการเสื่อมของสมอง

- ตอบ: ตามข้อมูลการทดลองทางคลินิกในอาสาสมัครสุขภาพดีคือ 2-3 เดือน ซึ่งหากใช้ผลิตภัณฑ์แล้วเกิดประโยชน์ ก็สามารถรับประทานต่อเนื่องไปได้หรือจะหยุดใช้สักระยะแล้วกลับไปใช้ใหม่ก็ได้ เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การรับประทานขึ้นกับความต้องการของผู้บริโภค เนื่องจากไม่ได้มุ่งหมายการรักษา



สารสกัดพรมมิชนิดเม็ด ผลิตภัณฑ์คุณภาพขององค์การเภสัชกรรม
วางจำหน่ายแล้วที่ ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรมและร้านขายยาทั่วไป

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ องค์การเภสัชกรรม โทร. 02 203 8291-92, Call Center 1648





องค์การเภสัชกรรม เสาหลักด้านยา และเวชภัณฑ์ของประเทศ




องค์การเภสัชกรรม

75/1 ถนนพระรามที่ 6


ราชเทวี กรุงเทพฯ

0 2644 8856



 องค์การเภสัชกรรม



 www.gpo.or.th