

ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิก NCD High Risk โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

สรคมน์ วัชรานิชชัย เภสัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา

Corresponding author, Email: luoguangfa11@hotmail.com

(วันรับบทความ : 19 กันยายน 2567, วันแก้ไขบทความ : 13 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับบทความ : 11 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจนส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยประเมินจาก 2 เกณฑ์ ร้อยละความร่วมมือจากการนับเม็ดยาที่เหลือและแบบประเมินการรับประทานยาสม่ำเสมอ (MMAS)

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยของโรคเบาหวาน การใช้ยาก่อนและหลังการให้การบริหารเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) วิธีแก้ปัญหามาจากการใช้ยา รวมถึงศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวานและด้านการใช้ยา และ ศึกษาความพึงพอใจเภสัชกรในการให้คำปรึกษาหลังการบริหารเภสัชกรรม

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 89 คน จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา : พบว่าระดับค่าเฉลี่ย FBS ก่อนการวิจัยมีระดับเฉลี่ยที่ 218.40 ± 8.46 และหลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง เป็น 142 ± 5.71 เมื่อเปรียบเทียบ FBS ก่อนการวิจัย และหลังการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เช่นเดียวกับ HbA1C ก่อนการวิจัยมีระดับเฉลี่ยที่ 9.65 ± 1.7 หลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง เป็น 8.14 ± 1.67 และมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและด้านยาของผู้ป่วยก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัยไม่แตกต่างกัน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.90 ± 1.07 , 3.80 ± 0.96 ตามลำดับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.39 ± 1.06

สรุป : ผลของการบริหารเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดที่ลดลง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงขึ้น คะแนนความรู้ทั่วไปของโรคเบาหวานและด้านยาไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจหลังการรับบริการอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนา การบริหารเภสัชกรรม

Outcome of Pharmaceutical Care in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in NCD High Risk in Padang Besar Hospital

Sorakom Watcharapinchai, Pharmacist.

Pharmacy and Health Consumer Protection Department, Padang Besar Hospital, Songkhla.

Abstract

Background: Diabetes patients that cannot control blood sugar levels resulting in various complications. Pharmaceutical care in NCD high-risk clinics plays a vital role in medication use, such as checking patient adherence to medication use through 2 main criteria: the amount of medication left each time and adherence to medication use via MMAS criteria.

Objectives : To find problems arising from drug use, Drug Related Problems (DRPs), and how to solve drug use problems, compare FBS and HbA1C levels before and after receiving advice from pharmacists in NCD high-risk clinics, compare patient adherence to prescribed medication use before and after receiving advice from pharmacists in NCD high-risk clinics, compare knowledge of diabetes diseases and medications before and after receiving advice from pharmacists in NCD high-risk clinics, and measure the satisfaction after receiving advice from pharmacists in NCD high-risk clinics.

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental. The sample in this research study was 89 type 2 diabetes patients, collected data from the HoSXP database, Padang Besar hospital, Padang besar subdistrict, Sadao district, Songkla province between February and May 2024.

Results: The results of the study found that the average FBS level before the research was 218.40 ± 8.46 and after the research, the average decreased to 142 ± 5.71 . When comparing FBS before and after the research, it was found that there was a statistically significant difference $p < 0.05$. Similarly, HbA1C before the research was 9.65 ± 1.7 and after the research, the average decreased to 8.14 ± 1.67 and the statistically significant difference $p < 0.05$. The adherence to medication use was significantly higher $p < 0.05$. The knowledge scores of diabetes and medication used of the patients before and after the research were not different, with an average of 3.90 ± 1.07 and 3.80 ± 0.96 , respectively. The satisfaction was good, with an average of 4.39 ± 1.06 .

Conclusion: The results of pharmaceutical care resulted in higher adherence to medication for patients. However, the knowledge scores level were not different after finished project Satisfaction after receiving the service is good.

Keywords: Diabetic patients, pharmaceutical development, pharmaceutical care

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขโลกรวมถึงประเทศไทย อุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบความชุกของโรคเบาหวานวัดโดยประวัติและ ระดับน้ำตาล FPG ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.5 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2557 ซึ่งมีร้อยละ 8.9⁽¹⁾ และการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2562-2563 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.93 เป็นร้อยละ 21.17 ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับ HbA1C มากกว่า 7 mg/dl มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยตามมาได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดอุดตัน เป็นต้น จนส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจสาธารณสุข คือทำให้สูญเสียทรัพยากรและงบประมาณในการดูแลรักษามากขึ้น เช่นในปี พ.ศ. 2562 งบประมาณทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs มีมูลค่าสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาทคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)⁽²⁾ เมื่อคิดตามต้นทุนผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดเล็ก พบต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็น 1021.9 บาท คิดเป็นต้นทุนรวม 286.2 ล้านบาท สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็น 1421.3 บาท คิดเป็น

ต้นทุนรวม 1057 ล้านบาท⁽³⁾ ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขจำนวนมาก

จากข้อมูลทางสถิติการมารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ในปีพ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 1875 คน เป็น 1932 คน พบอัตราผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี HbA1C น้อยกว่า 7 mg/dl ในปี พ.ศ. 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 33.2 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือมากกว่าร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาลืมรับประทานยา ปรับขนาดยาเองเนื่องจากผู้ป่วยกลัวอันตรายจากการรับประทานยาจำนวนมาก

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นระดับพฤติกรรมการรับประทานยาของแต่ละบุคคล ที่ตกลงร่วมกันกับบุคลากรทางทางการแพทย์ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาจมาจากสาเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ผิดพลาด จนเป็นหนึ่งในสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคเบาหวาน⁽⁴⁾

งานบริการเภสัชกรรม (pharmaceutical care) มีบทบาทหนึ่งที่สำคัญในด้านการใช้ยาดิตตามปัญหาการใช้ยาและจัดการปัญหาด้านยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตลอดจนส่งเสริมความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยา ด้วยบทบาทดังกล่าวทำให้งานบริการเภสัชกรรมสามารถป้องกัน ลดความรุนแรงของปัญหาหรืออันตรายจากการใช้ยา และเพิ่มประสิทธิภาพหรือคุณภาพในการรักษาจนส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานศึกษาของ Ichiki⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ดูแลด้วยกระบวนการบริการเภสัชกรรมจะทำให้ค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงมากกว่าการดูแล

แบบปกติ การบริหารเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี จนสามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาในทางที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานน้อยลง ลดปัญหาความทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่ทำการศึกษาลงมือของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิก NCD high risk เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ของเรื่องโรคเบาหวานและยา ก่อนและหลังการให้การบริหารเภสัชกรรมต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) และวิธีแก้ปัญหาจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์รอง

ศึกษาความพึงพอใจเภสัชกรในการให้คำปรึกษาเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 89 ราย ที่เข้ารับบริการทางคลินิก

โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2567

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างน้อย 3 ปี
2. ผู้ป่วยมีอายุ 40 ปีขึ้นไป
3. มีผลตรวจระดับ HbA1C $\geq 7\%$ และ/หรือ FBS ≥ 130 mg/dl
4. มีสติสัมปชัญญะดี พูดคุย สื่อสาร รู้เรื่อง

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้และต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวาย ตับแข็งอย่างรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ชันรุนแรง diabetics Ketoacidosis เป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการศึกษา
3. ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เข้ารับบริการที่คลินิก NCD high risk ที่มีระดับ HbA1C มากกว่าร้อยละ 7 ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$N = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \delta^2}{\mu_d^2} \quad \delta^2 = \frac{(N_1 - 1)\delta_1^2 + (N_2 - 1)\delta_2^2}{N_1 + N_2 - 2}$$

กำหนดให้ $Z_\alpha = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดย $\alpha = 0.05$

$Z_\beta = 0.84$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 80 โดย $\beta = 0.20$

δ^2 = ความแปรปรวนของข้อมูล

μ_d^2 = ค่าเฉลี่ยผลต่าง ของ HbA1c ในการศึกษาครั้งก่อน

จากการประเมินผลของการบริหารเภสัชกรรมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C มากกว่าร้อยละ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 41 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับ HbA1C กลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน เท่ากับ 8.0 ± 1.4 และ 9.3 ± 2.1 ตามลำดับแทนค่าในสูตร

จากสูตรสามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำให้การศึกษาอย่างน้อยได้ 78 รายการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 รายการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 5 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) และแนวทางการแก้ปัญหาจากการใช้ยา

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คำถามประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อน และโรคอื่น ๆ ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย และจำนวนโรคของผู้ป่วย

1.2 แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) จำนวน

13 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลแนวทางการแก้ปัญหา จำนวน 9 ข้อ

2. แบบบันทึกข้อมูลระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด

แบบบันทึกข้อมูล ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด ก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

3. แบบประเมินผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งดัดแปลงมาจากของสุนิดา สดากกร⁽⁶⁾ 2 วิธีร่วมกันคือ

3.1 ประเมินจากร้อยละความร่วมมือจากการนับเม็ดยาที่เหลือ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

-ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 80 แสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

-ร้อยละความร่วมมือในการใช้น้อยกว่า 80 แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

3.2 แบบสอบถามของการรับประทานยาสม่ำเสมอ MMAS ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1. เคยลืมกินยาหรือไม่ 2. เคยกินยาไม่ตรงตามเวลาหรือไม่ 3. เคยหยุดยาเองหรือไม่ เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น 4. เคยหยุดยาเองหรือไม่ เมื่อรู้สึกว่าการแยกลง ประเมินผลโดยการเลือกตัวเลือก

“เคย” หรือ “ใช่” เท่ากับ 0 คะแนน “ไม่เคย” หรือ “ไม่ใช่” เท่ากับ 1 คะแนน และใช้เกณฑ์ดังนี้

- ผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 แสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง
- ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 2 แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

4. แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและด้านยาซึ่งดัดแปลงจากการศึกษาของ ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ⁽⁷⁾

แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและยา จำนวน 21 ข้อ เนื้อหาประกอบไปด้วยความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคเบาหวานและการวินิจฉัย 5 ข้อ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน 5 ข้อ การดูแลตนเองประจำวัน 6 ข้อ และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 5 ข้อ

5. แบบประเมินความพึงพอใจหลังการวิจัย

วัดค่าความพึงพอใจของการให้หลังจากการวิจัย จำนวน 10 คำถาม การประเมินผลใช้ลิเกิร์ต สเกล 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตจริยธรรมการวิจัย ในการเก็บข้อมูล และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าสู่วิจัยการศึกษา
2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทราบ
3. เก็บบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนทำการ

วิจัยครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในระยะเวลา 3 เดือน

5. เกสัชกรจะทำการประเมินในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยดังหัวข้อต่อไปนี้

(1) ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด โดยการสอบถามถึงการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อาหารเสริมหรือสมุนไพรที่ใช้ร่วม

(2) เกสัชกรให้ความรู้ และแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

(3) จัดบันทึกของปัญหาจากการใช้ยา และวิธีการแก้ปัญหาจากการใช้ยา

(4) ตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา เช่น รายการยา จำนวนเม็ดยา เป็นต้น

(5) ตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา หากมีที่ผิดเภสัชกรจะต้องรีบแก้ไขทันที

(6) จ่ายยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสรรพคุณยา วิธีการใช้ อาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา และแจ้งให้แพทย์ทราบ ในกรณีที่มีปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์

2. ขั้นตอนการทดลอง

1. หาปัญหาจากการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) และวิธีการแก้ปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 3 ครั้ง ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2567

2. ตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนทำการวิจัย ครั้งที่ 2

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์- พฤษภาคม พ.ศ.2567

3. ประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาประเมินจากร้อยละความร่วมมือจากการนับเม็ดยาที่เหลือ และการรับประทานยาสม่ำเสมอ MMAS ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2567

4. ประเมินระดับความรู้ของผู้ป่วยในด้านโรคเบาหวาน และ ยา และความพึงพอใจหลังสิ้นสุดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบไปด้วย แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวานที่ดัดแปลงจากของ ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพ ตรวจสอบข้อมูลจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับ NCD high risk 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้อง NCD high risk 1 ท่าน โดยใช้แบบทดสอบการหาค่าความเที่ยงตรงของคูเดเดอร์และริชาร์ดสัน 20 ในการตรวจสอบพบว่า ได้ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.80 ซึ่งใกล้เคียงกับของผู้วิจัยเดิม ซึ่งได้ความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.81 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจหลังการรับบริการได้ประเมินหาความเที่ยงตรงจากชุดผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมได้ ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) และแนวทางการแก้ปัญหาการใช้ยา

แสดงผลเป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด, คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยา และความร่วมมือในการใช้ยา

แสดงผลเป็นสถิติอนุมานโดยใช้สถิติ Paired sample t- test เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัย

3. ความพึงพอใจในการเข้าคลินิกหลังการวิจัย

วัดระดับความพึงพอใจการเข้าคลินิกแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการวิจัย

1. การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในระดับจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 34/2567 เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567

2. ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบทั้งทางวาจาหรือลายลักษณ์อักษร การนำเสนอข้อมูลจากงานวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง

3. หากถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ และผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิจากโรงพยาบาลได้เหมือนเดิม

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drugs Related Problems, DRPs) และการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 89 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.0 อายุเฉลี่ยระหว่างอายุ

61-70 ปี จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.30 มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรคจำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.7 โรคประจำตัวที่พบร่วมกับโรคเบาหวานมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 25.80

จำนวนยาที่ได้รับโดยเฉลี่ย 6.27 ± 2.71 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด ก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย

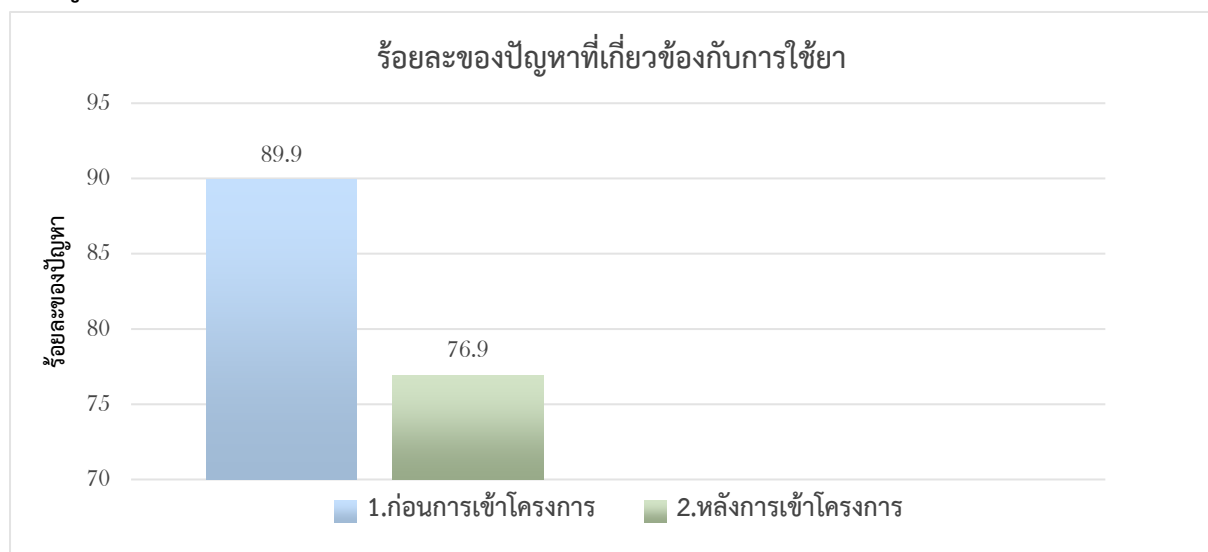
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด	ก่อนการวิจัย (N=89)	หลังการวิจัย (N=89)	p value
FBS (มก/มล)	218.40 ± 8.46	142 ± 5.71	0.00
HbA1C (%)	9.65 ± 1.7	8.14 ± 1.67	0.00

1.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drugs Related Problems, DRPs) และการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 89 ราย พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 89.9 ภายหลังการวิจัยพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 76.9 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 3 อันดับแรก การหลงลืมการกินยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์/อันตรกิริยา และการกินยาดำกว่าขนาด

หลังสิ้นสุดการวิจัย การเกิดปัญหาการใช้ยาดังกล่าว มีสัดส่วนการเกิดปัญหาที่ลดลง การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนการวิจัย สิ่งที่ต้องทำเป็น 3 อันดับแรกในระยะเริ่มต้น คือ การทบทวนการกินยาใหม่ การใช้ฉลากรูปภาพ และทำความเข้าใจการกินยากับญาติคนไข้ จำนวนหลังจากสิ้นสุดการวิจัย การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้ทำในสัดส่วนที่น้อยลง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ตารางที่ 2 และตารางที่ 3

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drugs Related Problems, DRPs) N= 89 ราย



ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drugs Related Problems, DRPs)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนปัญหาก่อนการวิจัย		จำนวนปัญหาหลังการวิจัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) หลงลืมการกินยา	28	21.3	19	11.3
2) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ / อันตรกิริยา	25	19.0	24	14.1
3) กินยาดำกว่าขนาด	25	19.0	18	10.7
4) เก็บรักษายาไม่ถูกต้อง	15	11.4	5	2.9
5) กินยาสูงกว่าขนาด	10	7.6	4	2.4
6) มีความเข้าใจผิดในการใช้ยา	9	6.8	2	1.2
7) ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	8	6.1	4	2.4
8) ผู้ป่วยอ่านฉลากยาไม่ออก	4	3.1	0	0
9) ใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้	3	2.3	0	0
10) มีค่า Cr สูงจากการใช้ยา	2	1.6	0	0
11) ได้ยาไม่เหมาะสมซ้ำซ้อน	1	0.8	0	0
12) ใช้ยาแผนโบราณ/อาหารเสริมที่ไม่ถูกต้อง	1	0.8	1	0.6
13) ใช้ยาของผู้อื่น	0	0	1	0.6

ตารางที่ 3 การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย

การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวนการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนวิจัย		จำนวนการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหลังวิจัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) ทบทวนการกินยาใหม่	63	44.0	46	34.1
2) ทำความเข้าใจการกินยากับญาติคนไข้	19	13.3	15	11.1
3) ใช้ฉลากรูปภาพ	18	12.6	6	4.4
4) แก้ไขปัญหาผลข้างเคียงการใช้ยา	13	9.8	15	11.1
5) อธิบายเรื่องการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม	11	7.7	4	3.0
6) ประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรับเปลี่ยนขนาดยา	10	4.9	13	9.6
7) อธิบายการใช้ยาสมุนไพร/อาหารเสริมที่ถูกต้อง	1	0.7	1	0.7
8) ส่งต่อสถานพยาบาลที่สูงขึ้น	0	0	1	0.7
9) ปรึกษาแพทย์ปรับยาตาม guideline	0	0	2	1.5

2. ความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้ป่วยมีความร่วมมือจากการใช้ยาโดยในการนับเม็ดยาที่เหลือโดยผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา หลังการวิจัยนี้คิดเป็นร้อยละ 92 และแบบสอบถามของการรับประทานยาสม่ำเสมอ

MMAS มีความร่วมมือหลังการวิจัยคิดเป็นร้อยละ

59.50 ร้อยละรวมของความร่วมมือการใช้ยาก่อน

และหลังการวิจัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

$p=0.03$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์ความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการวิจัย	หลังสิ้นสุดการวิจัย	p-value
1) ความร่วมมือจากการใช้ยาจากการนับเม็ดยาที่เหลือ	62.47±2.77	92.12±0.88	0.00
2) แบบสอบถามของการรับประทานยาสม่ำเสมอ MMAS	21.34±0.07	59.50±0.34	0.04
3) ร้อยละรวมของความร่วมมือในการใช้ยา	9.0±0.35	69.66±0.62	} 0.03
4) ร้อยละรวมของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	91.0±0.62	30.34±0.48	

3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและด้านยา

คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านเบาหวานโรคเบาหวานและด้านยาก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย

พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ

โรคเบาหวานและด้านยาไม่มีความแตกต่างทาง

สถิติ $p=0.68$ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและด้านยาก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย

	ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (20คะแนน)	p-value
1) ก่อนเข้าโครงการ	14.03±4.30	} 0.68
2) หลังเข้าโครงการ	16.08±2.25	

4.ความพึงพอใจในการรับบริการ

ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการให้คำปรึกษาหลังสิ้นสุดการบริบาลเภสัชกรรม

หัวข้อความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย
1) ท่านคิดว่าการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งที่จำเป็น	4.83±1.03
2) ท่านคิดว่าเภสัชกรสามารถให้คำแนะนำด้านยาและแก้ไขปัญหาด้านยาที่เกิดการใช้ยาของท่านได้เป็นอย่างดี	4.75±1.11
3) ท่านมีความยินดีในที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด	4.75±1.13
4) ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ได้รับจากเภสัชกรเป็นสิ่งที่ท่านต้องการทราบ	4.73±1.09
5) การเข้าคลินิกทำให้ท่านรู้สึกตั้งใจที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เข้าเกณฑ์	4.66±1.11
6) ท่านรู้สึกว่าเภสัชกรมีท่าทางที่เป็นมิตรและเป็นกันเอง	4.53±1.20
7) ท่านมีความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอกเหนือจากการกินยาเช่นความร่วมมือในการกินอาหารและออกกำลังกาย	4.02±1.03
8) การเข้าคลินิกแบบนี้ทำให้ท่านรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่มากขึ้น	4.01±0.87
9) ท่านรู้สึกการเข้าคลินิก NCD high risk นั้นสะดวก และไม่ยุ่งยากกับท่านมาก	3.90±1.07
10) ท่านรู้สึกว่าระยะเวลาที่ให้คำปรึกษานั้นน้อยเกินไป	3.80±0.96
ค่าเฉลี่ย หัวข้อความพึงพอใจ	4.39±1.06

วิจารณ์

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในคลินิก NCD high risk โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ของผู้ป่วยของโรคเบาหวาน และ การใช้ยาก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม ต่อปัญหาจากการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) และ วิธีแก้ปัญหาจากการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่าการบริบาลเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและ มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัย

ปัญหาหลักที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมาก 3 อันดับแรกก่อนวิจัย คือ 1. การหลงลืมการกินยา 2. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 3. ผู้ป่วยกินยาดำกว่าขนาด สอดคล้องกับงานศึกษาของปรเมษฐ์⁽⁸⁾ ที่พบปัญหาของการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเช่นกัน คือการลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 89.2 ส่วนงานศึกษาของWabe⁽⁹⁾ พบว่าการลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 50.2 การหยุดยาเองจากอาการไม่พึงประสงค์คิดเป็นร้อยละ 20.8 ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงมาก หลังสิ้นสุดการวิจัยนี้พบว่าการบริบาลเภสัชกรรมมีส่วนช่วยทำให้ปัญหาดังกล่าวลดลง ซึ่งสอดคล้องของงานวิจัยของชนตภา⁽¹⁰⁾ พบว่างานบริบาลเภสัชกรรมสามารถเภสัชกรเข้าไปดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบเชิงรุกจนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน

เกณฑ์เป้าหมายที่มากขึ้นได้และสอดคล้อง การศึกษาของอนัญญา⁽¹¹⁾ เรื่องงานบริหารเภสัช กรรมเชิงรุกทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ที่ลดลงร้อยละ 0.18-2.1 ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มที่ รับคำแนะนำแบบดั้งเดิมที่เภสัชกรเป็นฝ่ายตั้งรับ

หลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่าระดับน้ำตาลใน เลือดลดลงกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ สอดคล้องการศึกษาของนลินี⁽¹²⁾ พบว่ากลุ่ม ที่มีการบริหารเภสัชกรรมมีค่าเฉลี่ย HbA1C ใน กลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 0.68 เมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุมที่ไม่ได้ดูแลตามปกติ และจากการศึกษา ของวิกานดา⁽¹³⁾ ในเรื่องผลของการบริหารเภสัช กรรมต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่าการให้บริหารเภสัชกรรมมีแนวโน้ม ทำให้ลดปัญหาจากการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) และสร้างให้ผู้ป่วยมีความ ร่วมมือในการใช้ยาที่สูงขึ้นได้

สาเหตุที่การบริหารเภสัชกรรมสามารถทำ ให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดได้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับคำแนะนำแบบดั้งเดิม ที่เภสัชกรเป็นฝ่ายตั้งรับ เป็นผลจากจากระบบเดิม เภสัชกรต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้เภสัชกร ต้องใช้คำถามสั้นๆ ให้ผู้ป่วยตอบมากกว่าคำถาม ปลายเปิด อันเนื่องมาจากมีเวลาที่จำกัด เภสัชกรจึง ไม่สามารถสืบค้นปัญหาต่อการใช้ยาและแก้ไข ปัญหาการใช้ยาในระดับเชิงลึก การบริหารเภสัช กรรมกับผู้ป่วยรายบุคคล ช่วยให้เภสัชกรได้ค้นพบ ปัญหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้มากขึ้นจนทำให้ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและไว้วางใจกับเภสัชกรใน การถ่ายทอดปัญหาของการใช้ยาของตนเอง เช่น การที่ผู้ป่วยกลัวอันตรายและผลข้างเคียงต่อการ ใช้ยาทุกวันจำนวนมากจนส่งผลให้ผู้ป่วยลดหรือปรับ ขนาดยาเอง การรับประทานสมุนไพรหรืออาหาร

เสริมสุขภาพทดแทนการใช้ยาตามคำแนะนำ เป็นต้น การรับทราบปัญหาเหล่านี้จะส่งผลต่อการแก้ไข ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จนสามารถทำ ให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การ บริหารเภสัชกรรมนั้นสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ ดีกับผู้ป่วย จนมีส่วนให้เภสัชกรสามารถจัดการ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา การติดตามอาการไม่ พียงประสงค์จากการใช้ยา สามารถปรับแผนในการ รักษาเป็นรายคน การติดตามการรักษาอย่าง ต่อเนื่องจะช่วยลดปัญหาจากการใช้ยา และ เสริมสร้างให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเกณฑ์ของความร่วมมือ ในการนับเม็ดยาที่เหลือและความร่วมมือจากการ ประเมินแบบสอบถาม MMAS พบว่าผู้ป่วยมี คะแนนความร่วมมือในการนับเม็ดยาที่เหลือใน ระดับดี มากกว่าร้อยละ 80 และส่วนการประเมิน แบบสอบถามของการรับประทานยาสม่ำเสมอ MMAS ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือ ร้อยละ 60 ถือว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในระดับพอใช้ ร้อยละ รวมของความร่วมมือในการใช้ยาหลังสิ้นสุดการ วิจัยมากกว่าร้อยละ 69 และมีค่าแตกต่างกันทาง สถิติอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ สมมนัส⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา สูงขึ้น และมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหลัง การเข้าโครงการบริหารเภสัชกรรม การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หรือการให้ความรู้ด้านยา หลังสิ้นสุดวิจัยนี้ถึงแม้ว่าไม่ได้มีค่าแตกต่างทาง สถิติ แต่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและยา อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของปิยะ ฉัตร⁽¹⁶⁾ ว่าด้วยเรื่องการเสริมสร้างองค์ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ให้ความรู้ด้านยากับผู้ป่วย

ในงานศึกษาดังกล่าวพบว่าองค์ความรู้ที่มากขึ้น อาจไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยจะควบคุม โรคเบาหวานได้ดีขึ้น แต่พบว่างานบริหารเภสัชกรรมนั้นมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงในการใช้ยาที่ถูกต้อง เห็นคุณค่าของการรักษา จนผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองและมีความรู้ในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงขึ้นจนส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและผลการรักษาพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Bandura⁽¹⁷⁾ เรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมระดับสูงเช่นกัน อธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับที่สูงขึ้นนั้นเป็นผลมาจาก ผู้ป่วยได้รับการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการเรียนรู้ในการควบคุมและการใช้ยาโรคเบาหวาน จากงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตัวเองในทางที่ดีขึ้น จนส่งผลให้เกิดร่วมมือในการใช้ยาในระดับที่สูงได้ อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ผู้ดูแลเรื่องการให้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาของ วรนน⁽¹⁸⁾ ว่า พฤติกรรมการทานยาของคนไข้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากผู้ดูแลในการให้ยา เช่น จัดยาให้รับประทาน ช่วยอ่านฉลากหน้าของให้ ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองและเกิดแรงจูงใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Rosenstock⁽¹⁹⁾ ที่ว่า การได้รับคำแนะนำ หรือ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น ทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ส่วนผลเรื่องความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการให้คำปรึกษาเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่าในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค การใช้

ยา หรือการแก้ไขปัญหาด้านยาผู้ป่วยมีความพึงพอใจในค่าเฉลี่ยระดับที่ดี การสร้างความพึงพอใจในบริการที่ดีมีส่วนช่วยทำให้เกิดความศรัทธาเชื่อมั่น ในการให้บริการและมีส่วนช่วยสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยให้สูงขึ้นได้

สรุป

ผลของการบริหารเภสัชกรรมในคลินิก NCD high risk เภสัชกรเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองเพื่อมิให้มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเดิมที่เป็นอยู่ งานบริหารเภสัชกรรมยังสามารถทำให้เภสัชกรค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ Drug Related Problems (DRPs) และวิธีแก้ปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงและสร้างความร่วมมือในการใช้ยาได้เป็นอย่างดี แม้ว่าความรู้ด้านยาของผู้ป่วยก่อนการวิจัย และหลังการวิจัยจะไม่แตกต่าง แต่ผลของการบริหารเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรู้ด้านยาอย่างถูกต้อง ความพึงพอใจหลังการให้บริการพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการในระดับดีซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นและศึกษา งานบริหารเภสัชกรรม ในคลินิกโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น HT, COPD, CKD, Asthma, จิตเวช หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาที่มีความเสี่ยงในการยาเป็นพิษเช่น warfarin, phenytoin
2. ควรสร้างนวัตกรรมใหม่เข้าร่วมกับการบริหารเภสัชกรรม เช่น การใช้ระบบ telemedicine เพื่อให้การบริหารเภสัชกรรมเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. พัฒนาศักยภาพของเภสัชกรผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมจากการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นหรือการพัฒนาองค์ความรู้ให้สอดคล้องและทันสมัยอยู่เสมอกับวิชาการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

ควรจะแหล่งพัฒนาแม่ข่ายและต่อยอดให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในการศึกษาแลกเปลี่ยน

ดูงานเพื่อเพิ่มศักยภาพของงานบริหารเภสัชกรรมให้สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในเรื่องงบประมาณของการรักษาเปรียบเทียบก่อนและการหลังการวิจัย
2. ศึกษาทักษะอื่น ๆ เสริมกับงานบริหารเภสัชกรรมเพื่อให้งานบริหารเภสัชกรรมมีมิติที่หลากหลายในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี.มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564; [เข้าถึงเมื่อ12 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=1>.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ.แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศ ไทย (พ.ศ 2566-2570): 1-108.
3. อรทัย เขียวเจริญ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ชัดยศ, เฉอมานันท์ ศรีวงศ์ชัย, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล้าฟู, และคณะ. ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกรายโรคจากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจากการศึกษา ต้นทุนรายโรคระยะที่ 1. HISPA Compendium 2023;1(7):100-20.
4. ชื่นจิตร กองแก้ว.พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย: การวิพากษ์คำจำกัดความ. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;6(4):299-302.
5. Ichiki Y, Kobayashi D, Kubota T, Ozono S, Murakami A, Yamakawa Y, et al. Effect of patient education for diabetic outpatients by a hospital pharmacist: a retrospective study. Yakugaku Zasshi 2016;(136):1667-74.
6. สุนิดา สดากกร, วรณัฐ แสงเจริญ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์. ผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2014; ฉบับพิเศษ:116-21.

7. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ, สารีณี กฤตยานันท์, อัญชลี วรรณภิญโญ. การสร้างและทดสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้วัดความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน. Thai Journal of Pharmaceutical Sciences (TJPS) 2004;28:17-29.
8. ประเมษฐ์ พรหมพินิจ, วุฒิพงศ์ รักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2563;13(1):538-45.
9. Wabe NT, et al. Medication Adherence in Diabetes Mellitus and Self-management Practices among Type2 Diabetes with Types 2 Diabetes: A Retrospective cohort study. Diabet Med 2011;3(9):418-23.
10. ชนิดา พลอยเลื่อมแสง, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, จณิสตา อุบลสาร, ณัฐนันท์ คำจันทร์, ปนัดดา นามไพร. ผลของการให้คำแนะนำเรื่องการใช้อาหารที่บ้านต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความปลอดภัยจากการยาสูงอายุมชนดอนเวียงจันทร์.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;1(1):1-14.
11. อนัญญา สองเมือง, ธัญญา สองเมือง, นันทิกร จำปาสา.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบริหารเภสัชกรรมแบบเชิงรุก.ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32(3):236-43.
12. นลินี พูลทรัพย์, ปัญญา อยู่ประเสริฐ.ผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมต่อจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ศรีนครินทร์วิโรฒเภสัชสาร 2548;10(1):10-6.
13. วิกานดา เวชอุบล, พลอยกาญจน์ เกียรติวัฒน์, ทัดดา ศรีบุญเรือง.ผลของการให้บริหารเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2. Thai journal of Pharmacy Practice 2562;13(1):127-41.
14. ศศิธร ศิริวราศัย. การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา 2545;1-25.
15. สมมนัส มนต์ไพบูลย์, ผกามาศ ไผ่ตรีมิตร, ศราวุธ อุ่พุดินันท์. ผลการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการเสริมสร้างอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์วัดไร่ขิง.2560.ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2560;13(1):37-51.

16. ปิยะฉัตร ธรรมแก้ว. การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ [อินเทอร์เน็ต]. 2563; [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก:
<https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjY=>.
17. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 1977; 84(1):191-215.
18. วรนนัน คัลัยหงษ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2016;24:65-75.
19. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly* 1988;15(2):75-138.