

ผลลัพธ์การค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากยา Drug Related Problems (DRP) และการให้ บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) โรงพยาบาลลืออำนาจ

นางพนัญญา โฉมอุปฮาด

โรงพยาบาลลืออำนาจ

บทคัดย่อ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากหลอดลมตีบแคบเนื่องจากการอักเสบเรื้อรัง ปัจจุบันมี
แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อุบัติการณ์ของโรคหืดพบในประเทศไทยมีประมาณร้อยละ 4-13 ของประชากรทั้งหมด
คลินิกโรคหืด (Asthma)โรงพยาบาลลืออำนาจเปิดให้บริการทุกวันอังคารของสัปดาห์ ผู้ป่วยโรคหืดเข้ามารับ
การรักษาที่โรงพยาบาลลืออำนาจด้วยภาวะ Acute asthmatic attack มีแนวโน้มมากขึ้นในทุกปี ในกลุ่ม
ผู้ป่วย Acute asthmatic attack พบว่ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาที่
เกี่ยวเนื่องจากยา (Drug related problems, DRP) โดยผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติ
ตัวที่ถูกต้อง ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ปัญหาหลักที่พบเกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาสุดพ่นได้ไม่ถูกวิธี มี
การปรับลดหรือหยุดยาเอง ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง การบริหารทางเภสัชกรรมติดตามประเมินการใช้ยาจาก
เภสัชกรยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มารับบริการทุกรายได้ จากปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริหาร
ทางเภสัชกรรม **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากยา (Drug related problems, DRP) ใน
คนไข้โรคหืด 2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดในด้าน (2.1) ด้าน
Compliance ความร่วมมือในการใช้ยา (2.2) ด้าน Clinical Outcome ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืด
หืด วัดผลโดยใช้ PEFR (Peak Expiratory Flow Rate) **ขอบเขตการศึกษา** ศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่มารับ
บริการที่โรงพยาบาลลืออำนาจทำการศึกษาดังแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563 รวมระยะเวลา 6 เดือน
วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า Prospective Pretest-Posttest one group วิเคราะห์
ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงผลโดยร้อยละ **ขั้นตอนการดำเนินการ** 1) เก็บข้อมูลและค้นหา DRP ในผู้ป่วยโรคหืด
ที่มารับบริการ เพื่อประเมินปัญหา 2) ให้การบริหารเภสัชกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นเทคนิคพิเศษ แก้อา DRP/
ปัญหาเฉพาะรายของผู้ป่วย 3) เก็บข้อมูลติดตามประเมินผลด้าน Clinical outcome (ผล PEFR ที่ดีขึ้น)
สรุปผลการศึกษา 1) DRP ที่พบสูงสุดในผู้ป่วยโรคหืด 3 อันดับแรก คือ 1.Non-compliance(ร้อยละ21),
2.Adverse drug reaction (ร้อยละ8) และ 3.Duplicate medication (ร้อยละ 2.6) 2.หลังการให้บริหาร
เภสัชกรรม ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งมากขึ้นร้อยละ 92 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการ
บริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย PEFR เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 52.85 เป็น ร้อยละ 68
ข้อเสนอแนะ/ข้อจำกัดของการศึกษา ไม่ได้ประเมินค่า PEFR ในผู้ป่วยโรคหืดได้ทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยมาไม่
ตรงวันนัดของคลินิกและบุคลากรไม่เพียงพอ

คำสำคัญ หอบหืด,การให้บริหารทางเภสัชกรรม, Drug Related Problems (DRP)

บทนำ

คลินิกโรคหืด (Asthma)โรงพยาบาลลืออำนาจเปิดให้บริการทุกวันอังคารของสัปดาห์ โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อุบัติการณ์ของโรคหืดพบในประเทศไทยมีประมาณร้อยละ 4-13 ของประชากรทั้งหมด ผู้ป่วยโรคหืดเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลลืออำนาจ มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี จากการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืด ในปี 2556 มีจำนวน 196 ราย มีภาวะ Acute asthmatic attack คิดเป็นร้อยละ 20.37 ในปี 2557 จำนวน 201 ราย มีภาวะ Acute asthmatic attack คิดเป็นร้อยละ 21.88 ในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 211 ราย มีภาวะ Acute asthmatic attack คิดเป็นร้อยละ 14.7 และในปี 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 222 ราย ปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 225 คนมีภาวะ Acute asthmatic attack คิดเป็นร้อยละ 4.97 และ 3.25 สาเหตุของการเกิดภาวะ Acute asthmatic attack พบว่ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากยา โดยผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ปัญหาหลักที่พบเกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นได้ไม่ถูกวิธี มีการปรับลดหรือหยุดยาเอง ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง การบริหารทางเภสัชกรรมติดตามประเมินการใช้ยาจากเภสัชกรยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกรายได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการบางรายมาไม่ตรงนัดคลินิก มารับบริการในวันหยุด จากปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริหารทางเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นยาเทคนิคพิเศษได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาของประเทศไทยและ GINA guideline การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต ควบคุมอาการได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับคนปกติ และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากยารักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดเนื่องจากยา (Drug related problems, DRP) ในคนไข้โรคหืด
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหอบหืดในด้าน
 - (2.1) ด้าน Compliance ความร่วมมือในการใช้ยา
 - (2.2) ด้าน Clinical Outcome ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหอบหืด วัดผลโดยใช้ PEF (Peak Expiratory Flow Rate)

สรุปกรอบแนวคิด

การดำเนินงานในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลืออำนาจ ดำเนินการในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและแผนกห้องฉุกเฉิน นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร จัดตั้งเป็นคลินิกโรคหืด (easy asthma clinic) ซึ่งมีการกำหนดแนวทางร่วมกันในการบริหารผู้ป่วย โดยในส่วนของกลุ่มงานเภสัชกรรม ได้กำหนดแผนการดำเนินงานแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดและได้รับการสั่งใช้ยาสูด-พ่น ดังนี้

1. เภสัชกรตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยนอกโรคหืด ที่มีนัดเข้าคลินิกโรคหืดล่วงหน้า 1 วัน เพื่อค้นหาปัญหาด้านยา (Drug related problem; DRP) และคัดกรองผู้ป่วยที่มีระดับการควบคุมโรคหืดตั้งแต่ partly controlled ถึง uncontrolled ในการมาพบแพทย์ครั้งล่าสุด
2. ประสานงานกับพยาบาลคลินิกโรคหืด เพื่อส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรหลังจากผู้ป่วยตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว
3. เภสัชกร สัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด เพื่อประเมินการควบคุมโรคหืด
5. เภสัชกรประเมินการรักษาด้วยยา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา แก้ปัญหาและป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษา
6. เภสัชกรประเมินเทคนิคการใช้ยาสูด-พ่น และฝึกให้ผู้ป่วยใช้ยาสูด-พ่นอย่างถูกต้อง โดยมีอุปกรณ์แผ่นภาพประกอบการอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหืดกับยาที่ได้รับ มีอุปกรณ์ยาสูด-พ่น (ยาหลอก) สำหรับสาธิตทักษะการใช้ยาสูด-พ่นและฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริงโดยมีกระจกสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นภาพตนเองระหว่างฝึกปฏิบัติ
7. ประเมินผลลัพธ์ของการรักษา โดยเปรียบเทียบผลของ PEFr ที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม / ประวัติการ exacerbation และความถี่ในการใช้ยา Reliever ทุก 1 เดือน

7.สมมติฐานการวิจัย

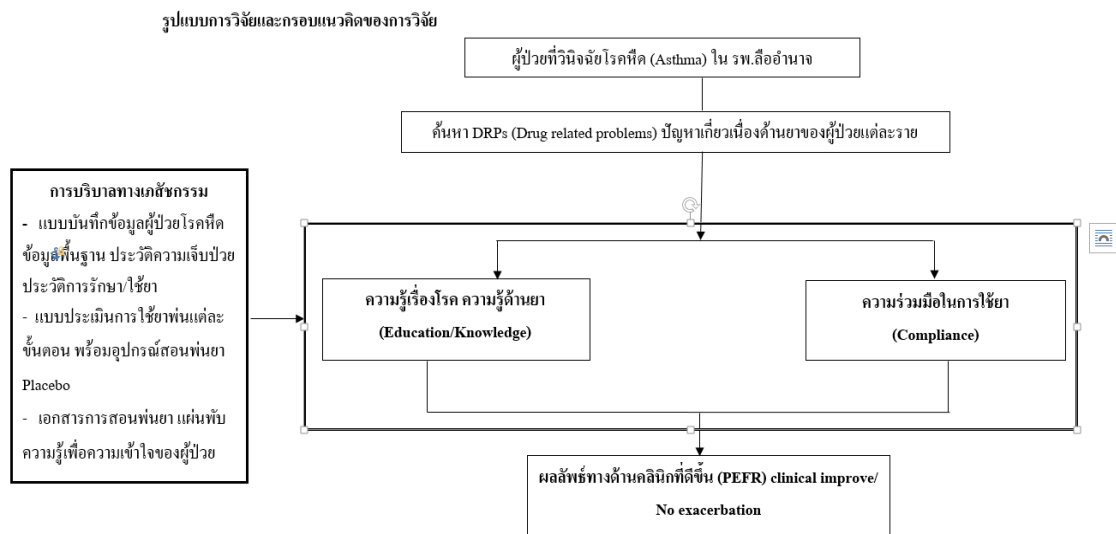
- 1) ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นกว่าเดิม
- 2) ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีปัญหาด้านการใช้ยาสูดพ่นเทคนิคพิเศษลดลงกว่าเดิม
- 3) ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่าเดิมมากกว่าร้อยละ

50

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลลืออำนาจทำการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563 รวมระยะเวลา 6 เดือน

รูปแบบการวิจัยและกรอบแนวคิดของการวิจัย



8. นิยามศัพท์เฉพาะ

8.1 การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) หมายถึง ความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกรที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อผลการรักษาที่ถูกต้อง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหลักการพื้นฐานของการปฏิบัติงานคือ การค้นปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหที่เกิดจากยาและการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากยา

8.2 ปัญหาที่เกิดเนื่องจากยา (Drug related problems ; DRPs) เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือมีผลต่อการรักษา การแบ่งประเภทปัญหาการรักษาด้วยยาซึ่งใช้ในงานบริหารทางเภสัชกรรม แบ่งออกได้เป็น 10 ประเภท ดังนี้คือ

1. จำเป็นต้องได้รับยารักษาแต่ไม่ได้รับ (Need for additional drug therapy)
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
3. การใช้แบบแผนการใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper dosage regimen)
4. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non compliance)
5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to received drug)
6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction)
7. การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
8. การได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)
9. การใช้ยาซ้ำซ้อน (Duplicate medication)
10. อื่น ๆ (miscellaneous)

8.3 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non compliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ เพื่อให้ หายจากอาการหรือโรคทั้งโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการประเมินความถูกต้องในการใช้ยาสุดพ่นของผู้ป่วย โดยจะถือว่าผู้ป่วยมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เมื่อมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. การใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง
2. การใช้ยาในปริมาณที่มากกว่าแพทย์สั่ง
3. การใช้ยาในปริมาณที่น้อยกว่าแพทย์สั่ง
4. การขาดยา หรือหยุดยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
5. การใช้ยาในเวลาที่ไม่ต่างจากแพทย์สั่ง

8.4 ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา โดยใช้ข้อมูลทางด้านอาการของผู้ป่วย (Symptoms) และผลการทดสอบสมรรถภาพปอดด้วย โดยวัดผลจากค่า PEFR

PEFR (Peak Expiratory Flow Rate) เป็นอัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออก ค่าที่วัดได้มีหน่วยเป็น ลิตรต่อนาที (L/min) ค่า PEFR เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะอุดกั้นของหลอดลมขนาดใหญ่อย่างคร่าวๆ

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืด เกิดความร่วมมือในการใช้ยามแพทย์สั่ง ส่งผลให้มีทักษะในการใช้ยาพ่นรักษาโรคหืดได้ถูกต้อง มีผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้น
- 2) เกิดการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรด้านการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย และสามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานด้านคลินิกอื่นๆ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

10. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ร่วมกับมีภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น การอักเสบของหลอดลมนี้จะทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากทำให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลม ผู้ป่วยจะเกิดอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด อาการดังกล่าวอาจจะเป็นครั้งคราว ในช่วงกลางวันหรือกลางคืน หรือตลอดทั้งวัน การอุดกั้นของหลอดลมนี้จะสามารถคืนสภาพทั้งหมดหรือแค่บางส่วนได้ด้วยตัวเองหรือด้วยการรักษา

ประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคหืดมีประมาณร้อยละ 4 - 13 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่า มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคหืดปีละไม่ต่ำกว่า 1,000 คน จากความสำคัญของโรคหืดที่เป็นเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในด้านอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วย จึงได้มีแนวทางการรักษาขึ้นมามากมายในหลายประเทศ และได้มีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เช่น GINA guidelines (Global Initiative for Asthma) โดยมีหลายประเทศนำเอา GINA guidelines เป็นแนวทางในการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดของตนเองรวมทั้งประเทศไทยด้วย

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคหืด มีดังนี้

1. สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่เกิดการกำเริบของโรค
2. สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติ
3. หลีกเลี่ยงผลแทรกซ้อนต่างๆเนื่องจากการรักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด
4. ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหอบหืด

ในการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่กล่าวข้างต้นได้ จะต้องมีการดำเนินการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดดังต่อไปนี้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา
2. จำแนกความรุนแรงของโรคและติดตามการดำเนินของโรค
3. จัดการแผนการรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่เหมาะสม
4. การดูแลติดตามผลการรักษาต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืด

การรักษาโรคหืดจะรักษาตามความรุนแรงของโรคและจะมีการปรับเปลี่ยนการรักษาเมื่ออาการของโรคดีขึ้นหรือเลวลง ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดอาจจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1. ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controller medication) เป็นยาที่ต้องใช้ทุกวันเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว ได้แก่ Corticosteroid, Thophylline, Long acting Beta2 agonist, Leukotrine modifiers, Oral antiallergic compound
2. ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (Reliever medications) เป็นยาที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการหืดเกร็งของหลอดลม ใช้เมื่อเวลามีอาการหอบเท่านั้น ได้แก่ Short acting Beta2 agonist, Anticholinergics

11. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบทดลองแบบไปข้างหน้า Pretest - Posttest one group ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลืออำนาจ เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562

โดยมีวิธีดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผนและการเตรียมการก่อนทำการศึกษา
- ขั้นตอนที่ 2 : ดำเนินการศึกษา
- ขั้นตอนที่ 3 : การวิเคราะห์ อภิปราย และสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มประชากรเป้าหมาย (Target Population) ได้แก่ ผู้ป่วย ทุกคนที่รับบริการในคลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลืออำนาจ ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผนและการเตรียมการก่อนทำการศึกษา

1.1 ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด แนวทางการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา บทบาทของเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในรูปแบบต่างๆ

1.2 สถานที่ทำการศึกษา

คลินิกโรคหืดวันอังคาร แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลืออำนาจ

1.3 ศึกษาข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย/ประเมินความเป็นไปได้ของการศึกษา

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากร

1.5 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.5.1 แบบฟอร์มประเมินการค้นหา DRPs
- 1.5.2 แบบบันทึกติดตาม PEFR
- 1.5.3 แบบประเมินการใช้จ่ายในแต่ละขั้นตอน เอกสารการสอนพ่นยา แผ่นพับความรู้เพื่อความเข้าใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 : ดำเนินการศึกษา

1. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563
2. เก็บข้อมูลผู้ป่วยค้นหา DRP ตามแบบบันทึกข้อมูลเพื่อสรุปปัญหา
3. หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ จะพบเภสัชกรเพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ทักษะการใช้ยา พ่น ประเมินอาการทางคลินิก บันทึกผล
4. ผู้ป่วยจะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ความรู้เรื่องโรคและยา ได้รับการสอนใช้ยาสูดพ่น แก๊ไข ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อพบ ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื่องทุกเดือน
5. ผู้ป่วยจะได้รับการบริการตามขั้นตอนปกติของงานเภสัชกรรม การตรวจสอบความถูกต้องของยา ใบสั่งยา รวมถึงการจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำจากเภสัชกรที่ห้องจ่ายยา
6. ประเมินผลเดือนสุดท้ายของการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 : การวิเคราะห์ อภิปราย และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

- 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงโดยร้อยละ

สรุปผลการวิจัย

- 1) DRP ที่พบสูงสุดในผู้ป่วยโรคหืด 3 อันดับแรก คือ 1.Non-compliance(ร้อยละ21), 2.Adverse drug reaction (ร้อยละ8) และ 3.Duplicate medication (ร้อยละ 2.6)
- 2.หลังการให้บริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งมากขึ้นร้อยละ 92
- 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย PEFR เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 52.85 เป็นร้อยละ 68

12.ระยะเวลาทำวิจัย

ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

13.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลืออำนาจ นพ.สุเมธ แสงอ่อน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ

14.บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Chronic respiratory disease-asthma. 2015. (Accessed on Apr.7, 2015, at <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>)
2. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brillant M, et al. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax* 2007;62:496-592.
Thai Pharmacy Council. Criteria for professional competency of licensed pharmacist. Bangkok. Thai Pharmacy Council, 2011 : pp.93-98. (in Thai)
3. Kim Sh, Kwak Hj, Kim TB, et al. Inappropriate techniques used by internal medicine residents with three kinds of inhalers (a metered dose inhaler, Diskus, and Turbuhaler): changes after a single teaching session. *J Asthma* 2009; 46:944-950.
4. เฉลิมศรี ภูมมางกูร. ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ. ใน:เฉลิมศรี ภูมมางกูร, กฤติกา ตัญญาะแสนสุข (บรรณาธิการ). *โอสถกรรมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร. นิเวศน์มิตรการพิมพ์, 2543: น.1-34.
5. อาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคหืด โดยการให้คำปรึกษาแนะนำที่โรงพยาบาลวารินชำราบ.วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.