

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

คลินิกเติมยา (Refilling clinic)

ความหมาย

ระบบการรับยาต่อเนื่อง เป็นระบบการให้บริการส่งจ่ายยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนดให้สามารถรับยาเติมต่อได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการประเมินสถานะจากเภสัชกรโดยตรงเป็นระยะ ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการที่สะดวก รวดเร็ว และได้รับการดูแลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ (Conte, 1986)

คลินิกเติมยา เป็นคลินิกที่ออกแบบขึ้นมา เพื่อช่วยให้เภสัชกรให้การรักษารักษาพื้นฐานโดยใช้มาตรฐานการรักษา เป็นแนวทางในการรักษาและตัดสินใจเลือกจ่ายยา (Cassidy, 1996) การเติมยา (Refills) ที่คลินิกเติมยาของผู้ป่วย เภสัชกรควรสร้างแนวทางหรือมาตรฐานสำหรับการเติมยาเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยแต่ละครั้ง เช่น ผู้ป่วยควรได้รับการคัดกรอง การวัดสัญญาณชีพ (Vital Sign) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนที่จะรับใบสั่งเติมยา รวมทั้งเภสัชกรควรซักประวัติผู้ป่วยก่อนจ่ายยาทุกครั้ง (Montello, 1999)

แนวคิดและการพัฒนาระบบบริการรับยาต่อเนื่องในคลินิกเติมยา

แนวคิดของระบบบริการรับยาต่อเนื่องในคลินิกเติมยา

สืบเนื่องจากการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงบทบาทของเภสัชกรให้หันมามุ่งเน้นการบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิกจึงเกิดขึ้นและพัฒนาสู่ระบบการบริการรับยาต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและขยายบทบาทการทำงานของเภสัชกรในการบริการแก่ผู้ป่วยนอกและแก้ปัญหาที่เกิดจากการบริการในคลินิกทั่วไป ซึ่งระบบดังกล่าวนี้จะเน้นการบริการแก่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา การจ่ายตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรค ซึ่งในคลินิกทั่วไปปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยโรคเหล่านี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเข้าคิวรอรับการตรวจรักษา

รอรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รอรับการตรวจร่างกาย รอรับผลการตรวจ และรอพบแพทย์ รวมทั้งการรอรับยาในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการ จากสาเหตุดังกล่าวทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ยอมมาพบแพทย์ตามนัดและขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แพทย์จึงใช้วิธีส่งยาครั้งละหลาย ๆ เดือน ให้แก่ผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคได้ดี ไม่มีโรคแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกในการมารับบริการ และไม่ต้องกลับมารับยาบ่อย ๆ แต่ข้อเสีย คือ ถ้ามีอาการข้างเคียงหรือความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างนั้นก็จะเป็นการประมาทและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่ ดังนั้นระบบการรับยาต่อเนื่อง จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ใช้สำหรับติดตามประเมินสถานะของผู้ป่วย รวมทั้งลดระยะเวลาและเพิ่มความสะดวกในการมารับการบริการของผู้ป่วยที่อยู่ในระบบนี้ (สุคติ บัวทอง และ พงจิต เลิศสุทธิรักษ์, 2541)

การให้บริการคลินิกเติมยา ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ คือ เกสัชกร ซึ่งเกสัชกรจะปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกผู้ป่วยนอก ที่มีชื่อเรียกว่าคลินิกเติมยา (Medication Refilling Clinic) โดยการให้บริการพื้นฐานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม ที่มีภาระกิจในการทำงานร่วมกัน ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเกสัชกรจะทำหน้าที่ส่งยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับสารต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. ผู้ป่วยเบาหวาน
4. ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง
5. ผู้ป่วยจิตเวช
6. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
7. ผู้ป่วยที่ได้รับยากันชัก (Anticonvulsant)

การพัฒนาระบบบริการรับยาต่อเนื่องในคลินิกเติมยา

งานคลินิกเติมยาเกิดขึ้นครั้งแรกที่สหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1970 โดยเป็นการขยายบทบาทของเกสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพื่อติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง โดยเกสัชกรเป็นผู้ส่งจ่ายยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเริ่มที่โรงพยาบาล Detroit General Hospital ขนาด 430 เตียง เป็นแห่งแรก (D'Achille *et al*, 1978) จากนั้นสถานพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกาได้ขยายงาน คลินิกเติมยาออกไป โดยมีสาเหตุเนื่องจาก

ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น และมีผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาต่อเนื่องมากขึ้น สำหรับผลการดำเนินงานใน คลินิกเดิมยาหลาย ๆ แห่ง พบว่าผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อ รอพบแพทย์และรับยาน้อยลง และมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Jones *et al*, 1987)

ปี ค.ศ. 1970 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เริ่มนำระบบบริการรับยาต่อเนื่องมาใช้เป็น ครั้งแรกโดยมีเภสัชกรเป็นผู้สั่งใช้ยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกอายุรกรรม ทั่วไป และคลินิกโรคเฉพาะทางแต่ละสาขา ระบบนี้ทำให้เภสัชกรสามารถประเมินและแก้ไข ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้มีบริการรับยาต่อเนื่องแพร่หลายมากขึ้นใน โรงพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ ทั่วสหรัฐอเมริกา (D'Achillis *et.al*, 1978; Jones *et al*, 1987)

ปี ค.ศ. 1976 เภสัชกรได้มีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ณ Indian Health Service โดยใช้แนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นติดต่อกับแพทย์ สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ประเมินผล ทางห้องปฏิบัติการ และตัดสินใจว่าจะจ่ายยาหรือส่งให้แพทย์ประเมิน รวมทั้งให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง เป็นระยะเวลา 19 เดือน ในผู้ป่วยเบาหวาน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการติดตามเบื้องต้นโดยเภสัชกร ซึ่งความสำเร็จของโครงการนี้ ทำให้เภสัชกรขยายงานการรักษาโรคเรื้อรังและมุ่งแนวทางปฏิบัติสำหรับแต่ละโรค เช่น โรค เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เภสัชกรใช้ความสามารถมากขึ้น และแพทย์ได้ใช้เวลา ส่วนใหญ่กับผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (Schilling, 1977)

ปี ค.ศ. 1977 มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอกและรับบริการทางเภสัชกรรม ใน E.J.Meyer Memorial Hospital สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 42 คน โดยแบ่งการศึกษาเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่ม ทดลอง เภสัชกรเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มควบคุมแพทย์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและสั่งใช้ยา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการใช้ยาตามแบบบันทึกการใช้ยา (profile) ให้มี ประสิทธิภาพและปลอดภัยตามขนาดยาที่รักษา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการ เปลี่ยนแผนการรักษา และอุบัติการณ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ (Sczupak and Conrad, 1977)

ปี ค.ศ. 1978 มหาวิทยาลัย Southern California สหรัฐอเมริกา มีโครงการ นำร่องในการอบรมเภสัชกร เพื่อสอบและให้ประกาศนียบัตรเป็นผู้สั่งใช้ยาจำนวน 30 คน โดยมี เกณฑ์สำหรับเภสัชกรในการสั่งใช้ยาต่อเนื่อง คือ การคัดเลือกผู้ป่วย สั่งจ่ายยาตามรายการที่แพทย์ สั่งจ่ายไว้แล้ว และมีการประเมินผลการรักษาทุก ๆ 2 สัปดาห์โดยแพทย์ ซึ่งผลการประเมินจาก แบบสอบถามพบว่า เภสัชกรมีการสั่งใช้ยาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม (Conte, 1986)

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมีสถานะของโรคคั่งที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับยา เช่น การใช้ยาตามสั่งหรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากยา ควรได้รับการบริบาลจากเภสัชกร ซึ่งเภสัชกรในประเทศสหรัฐอเมริกา มีบทบาทในการให้บริการทั้งหมดแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมาพบเภสัชกรที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานแทนการมาพบแพทย์ ดังนั้น เภสัชกรจึงทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคเฉียบพลันที่ต้องทำการวินิจฉัย (ปรีชา มณฑกานติกุล, 2543)

คลินิกเคมียาในประเทศไทยเริ่มนำมาใช้เป็นที่แรกครั้งแรกที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อ ปี พ.ศ. 2541 โดยเริ่มดำเนินการในคลินิกพิเศษเฉพาะโรคที่มีอายุรแพทย์เป็นผู้รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีการดูแลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่มีการประเมินผลระบบการรับยาต่อเนื่อง (มุสดี บัวทอง และพจนจิต เลิศสุทธิรักษ์, 2541)

คลินิกเคมียาของโรงพยาบาลตรัง เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2543 โดยการสนับสนุนของ นายแพทย์ชวลา สัมพันธ์รัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง คณะกรรมการพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก และทีมสหสาขาวิชาชีพด้านอายุรกรรม ซึ่งเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2544 ที่กลุ่มงานเภสัชกรรม โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่ส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้แล้ว หรือผู้ป่วยที่ญาติมารับยาแทน

วัตถุประสงค์ของคลินิกเคมียา (McCloskey, 1996)

การให้บริการของเภสัชกรในคลินิกเคมียามีวัตถุประสงค์โดยทั่วไปดังนี้

1. เพื่อเป็นแหล่งในการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัดในคลินิกปกติ
2. เพื่อให้มีการสั่งจ่ายยาแก่ผู้ป่วยที่แผนการสั่งจ่ายยาเดิมหมดอายุ และผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนแผนการสั่งจ่ายยาใหม่ รวมทั้งผู้ป่วยที่ถูกแพทย์ตัดออกจากการนัดหมายในคลินิกปกติ
3. เพื่อช่วยพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ไปรับบริการยังคลินิกปกติตามเดิม
4. เพื่อเป็นแหล่งในการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง รวมทั้งการใช้ยาอย่างถูกวิธี

นอกจากนี้ คลินิกเดมยายังเป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษาทางยาแก่ผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิกปกติ ซึ่งแพทย์ให้ดุลยพินิจว่าสมควรส่งต่อมาเพื่อรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา

ขอบเขตของการให้บริการในคลินิกเดมยา

Morton และ Bridges(1977) ได้กำหนดขอบเขตของการให้บริการในคลินิกเดมยาดังนี้

1. แผนการให้บริการของคลินิกเดมยา (Medication refill program)
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient education)
3. การซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ทุกคน

(Medication histories)

4. การให้ข้อมูลยา (Drug information)
5. การติดตามผลการใช้ยา (Drug therapy monitoring)

การรับบริการที่คลินิกเดมยา

เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งประสบปัญหาในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุดังต่อไปนี้ เช่น ยาหมดก่อนถึงวันนัดหมายมาพบแพทย์ครั้งต่อไป ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วย ไม่ได้รับใบนัดให้มาพบแพทย์ในครั้งต่อไป และผู้ป่วยไม่มารับบริการตามกำหนดนัดในครั้งถัดไป ฯลฯ ซึ่งการขาดยาของผู้ป่วยไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาดังกล่าวพยาบาลจะส่งมาพบเภสัชกรที่คลินิกเดมยา เพื่อให้เภสัชกรส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วย โดยเภสัชกรได้ใช้แนวทางปฏิบัติในการเข้ารับบริการที่คลินิกเดมยาดังนี้ (Morton และ Bridges, 1977)

1. ผู้ป่วยยื่นบัตรที่งานเวชระเบียน เพื่อขอรับยาต่อเนื่อง จากนั้นงานเวชระเบียนจะส่งผู้ป่วยไปที่คลินิกเดมยาพร้อมกับเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้เภสัชกรใช้ประกอบการสั่งใช้ยาดังนี้ คือ

- วางแผนการรักษาที่ถูกต้องและทบทวนแผนการรักษา
- บันทึกการมารับบริการที่คลินิกเดมยา และบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย
- ชนิดและขนาดยาที่ใช้ในปัจจุบัน
- ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เข้ากับชนิดและขนาดยาที่ใช้

2. เกสัชกรทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับข้อมูลต่อไปนี้
 - เหตุผลที่มาใช้บริการ ณ.โรงพยาบาล
 - วันนัดครั้งต่อไป
 - ปัญหาผู้ป่วยที่ประเมินได้ทั้งในปัจจุบันและอดีต
 - ยาที่ใช้ในปัจจุบันทั้งที่แพทย์สั่งให้ยาและที่ผู้ป่วยซื้อเอง
 - ผู้ป่วยรับประทานยาตามสั่งในขนาดที่กำหนด และตามประวัติการเจ็บป่วย
 - ประวัติการไม่ใช้ยาตามสั่งและการไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง
3. ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจโดยใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ดังตัวอย่าง
 - ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจ
 - น้ำหนัก ส่วนสูง
 - อุณหภูมิร่างกาย
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - อาการทางกายอื่นๆที่สังเกตได้
4. ข้อมูลด้านจิตวิสัย (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลนี้ขึ้นอยู่กับความทรงจำและความรู้สึกของผู้ป่วย ดังตัวอย่าง
 - ความรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อยขึ้น คอแห้งตลอดเวลา คัดมึนมากขึ้น มีแผลเรื้อรัง ปวดแสบปวดร้อน ตาพร่า มองเห็นไม่ชัด เป็นต้น
 - ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการใช้ยา
5. การใช้ยาในปัจจุบัน การใช้ยาตามสั่งในขนาดที่กำหนด และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug-related problems, DRP) ที่เกิดขึ้นใหม่
6. ถ้าเกสัชกรประเมินว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาใหม่ที่เกิดจากการใช้ยาเกสัชกรจะสั่งจ่ายยาต่อเนื่องไว้ในกรณีต่อไปนี้
 - ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งจะมีผลต่อการจ่ายยาต่อเนื่อง
 - ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง
 - ผู้ป่วยกลับไปพบเกสัชกรตามนัด ถ้าผู้ป่วยไม่กลับไปตามนัดติดต่อกัน 2 ครั้ง เกสัชกรจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากคลินิกเดิมและหาคลินิกใหม่ที่เหมาะสมให้
7. เกสัชกรจะไม่สั่งจ่ายยาต่อเนื่องในกรณีดังต่อไปนี้
 - ผู้ป่วยไม่มาตามนัดที่เกสัชกรนัดติดกัน 2 ครั้ง
 - ผู้ป่วยรับยาที่คลินิก ซึ่งไม่ติดต่อกับโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยติดยา
- ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและไม่มารับบริการที่โรงพยาบาลอีก
- ผู้ป่วยเด็ก

8. เกสัชกรจะประเมินผู้ป่วยและตรวจความถูกต้องของแผนการสั่งจ่ายยาก่อนเขียนใบสั่งยา เพื่อให้แน่ใจว่าจะจ่ายยาจำนวนถูกต้อง ถ้ามีนัดเกิน 1 เดือน เกสัชกร จะเพิ่มยาจำนวนเล็กน้อยให้เพียงพอสำหรับการนัดครั้งต่อไป

9. เกสัชกรต้องเขียนใบสั่งยาให้เรียบร้อยก่อนที่จะให้แพทย์เซ็นชื่อ

10. เกสัชกรต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าเขาจะได้รับใบสั่งยาใหม่จากแพทย์ในการตรวจตามนัดครั้งต่อไป

11. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาใหม่จากการใช้ยาเกิดขึ้น เกสัชกรจะส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามปัญหาที่รีบด่วนหรือคลินิกพิเศษ

12. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาตามสั่ง เกสัชกรจะพิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับคำปรึกษาด้านยาเพื่อแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

13. เกสัชกรสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าจำเป็นเพื่อช่วยรักษาสุขภาพของผู้ป่วยและเพื่อปรับขนาดยาที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

14. เกสัชกรจดบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินการให้คำปรึกษาและการตัดสินใจสั่งหรือไม่สั่งจ่ายลงในแบบบันทึกการรักษาทาง เกสัชกรรม (Clinical Pharmacy Care Plan) เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลสำหรับการประเมินผลการรักษาในการนัดครั้งต่อไป

15. เมื่อเกสัชกรเขียนใบสั่งยาเสร็จแล้ว ต้องเซ็นชื่อกำกับร่วมกับแพทย์

การวิเคราะห์ปัญหาความเจ็บป่วย

การวิเคราะห์และเสนอแผนการแก้ปัญหา ควรนำปัญหาที่สำคัญที่สุดจัดเป็นปัญหาอันดับแรกในการวิเคราะห์และเสนอแผนในการแก้ไขปัญหา และควรทำการวิเคราะห์ที่ละปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน โดยอาศัยรูปแบบ SOAP note ซึ่งเป็นการเขียนข้อมูลแยกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงจิตวิสัย (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ตรวจนับเป็นตัวเลขไม่ได้ แต่จะเป็นคำบอกเล่าอาการไม่สบายตัวของผู้ป่วยเอง เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น เหนื่อย ฯลฯ

2. ข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจ ได้แก่

2.1 ค่าที่เป็นตัวเลขที่ได้จากการตรวจร่างกาย เลือด ปัสสาวะ อุจจาระ

น้ำไขสันหลัง เช่น ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิ จำนวนเม็ดเลือดขาว ระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ระดับครีอะตินินในซีรัม เป็นต้น

2.2 ความผิดปกติที่พบในขณะตรวจร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องมาน นิ้วปุ่ม ฯลฯ

2.3 การตรวจอื่น ๆ ได้แก่ X-ray, EKG, CT-scan ฯลฯ

นอกจากนี้ ยังรวมถึงข้อมูลการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย

3. การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยนำเอาข้อมูลเชิงจิตวิสัย และข้อมูลเชิงวัตถุวิสัยมาใช้ประกอบในการประเมินปัญหา ซึ่งมีคำแนะนำให้ตั้งคำถามกับตัวเองดังนี้

3.1 ปัญหานั้นอาจเกิดจากยาได้หรือไม่

3.2 ปัญหานั้นจำเป็นต้องใช้รักษาหรือไม่ ปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่

3.3 ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอยู่แล้ว ให้ตั้งคำถามต่อไปอีกว่า

- ถ้าผู้ป่วยได้รับยาหลายขนาน ยาเหล่านั้นทุกขนานจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหรือไม่

- ยานี้ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือไม่

- ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับถูกต้องหรือไม่ ต้องปรับขนาดยาหรือไม่

- ผู้ป่วยได้รับยาในรูปแบบและวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

- ความถี่ของการใช้ยาทำความยุ่งยากให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่

- ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพอเพียงหรือไม่

- ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาหรือไม่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเปล่า

- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือไม่

- มีปฏิกิริยาระหว่างยาหลาย ๆ ชนิดที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกันหรือไม่

- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับการใช้ยาหรือไม่ ลืมรับประทานยาหรือเปล่า

พยายามหาคำตอบของคำถามข้างต้น ควรบอกด้วยว่า ทำไมจึงเลือกใช้นานี้ ทำไมจึงเปลี่ยนยา ทำไมจึงลดขนาดยา ทำไมจึงเพิ่มยาอีกชนิดหนึ่ง เป็นต้น ถ้าเห็นด้วยกับการใช้ยาดังกล่าวควรให้เหตุผลสนับสนุนด้วย

4. แผนการ (Plan) เป็นการวางแผนการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา และติดตามผล ซึ่งควรประกอบด้วย

4.1 แผนการรักษาและการตรวจติดตามผลการรักษาด้วยยา (therapeutic monitoring) โดยระบุวิธีการตรวจติดตามไว้ด้วย ได้แก่ อาการและค่าพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษานั้น ๆ

4.2 แผนการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction monitoring) โดยระบุวิธีการตรวจติดตามเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

4.3 การให้ความรู้เรื่องยาและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง (patient education)

การวิเคราะห์ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน

การวิเคราะห์ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเดมียา วิเคราะห์โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการวางแผนการรักษาเบาหวาน (Schilling, 1977) คือ

1. การกำหนดเป้าหมายของการรักษา

1.1 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมอาการของโรคเบาหวานให้คงที่

1.2 ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. การให้บริการและการนัดหมาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลเชิงจิตวิสัย (Subjective data)

: ความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น เช่น เห็นภาพซ้อน มองเห็นไม่ชัด

: ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย เช่น ถ่ายปัสสาวะ

บ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักตัวลดลง

: มีความผิดปกติของผิวหนัง เช่น แผลเรื้อรัง ขาปลายมือปลายเท้า

2.2 ข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย (Objective data)

: ผลการตรวจปัสสาวะ ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และสัญญาณชีพ

: ผลการตรวจน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG), Blood uria nitrogen (BUN) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆที่จำเป็น

2.3 การประเมิน (Assessment)

: ควบคุมได้หรือควบคุมไม่ได้

: การประเมินความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจากให้คำปรึกษา โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยา

: การตัดสินใจของเภสัชกรในการสั่งใช้ยาต่อเนื่อง เภสัชกรตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

2.4 แผนการ (Plan)

- : ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค อาหาร ยา การปฏิบัติตัว
 - : ให้การรักษาเดิม เพื่อเปลี่ยนยาใหม่
 - : การวางแผนในการให้บริการโดยใช้แบบบันทึกการให้คำแนะนำหรือแบบบันทึกการให้คำปรึกษา
 - : ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนการดูแลตนเอง และการใช้ยา
 - : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยในการใช้ยาตามสั่งโดยใช้เอกสารแผ่นพับ ตารางการใช้ยา การนัดหมายผู้ป่วย และการนับจำนวนเม็ดยา
- #### 3. การนัดหมายครั้งต่อไป

ปัจจัยทางคลินิกที่บ่งชี้ผลการรักษาโรคเบาหวานใน Medication refill program

(Sczupak, C.A., 1977)

ข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกในเวชระเบียนแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล บ่งชี้ถึงความก้าวหน้าของโรค แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ โดยดูจาก

1. อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ แสดงว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอาจไม่ได้ผล
 - ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อยาที่ใช้รักษา (Drug reaction)
 - ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)
 - ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะมากผิดปกติ (Polyuria) และ/หรือถ่ายปัสสาวะมากในตอนกลางคืน (Nocturia)
 - ผู้ป่วยหิวบ่อยและกินอาหารมาก (Polyphagia)
 - ผู้ป่วยกระหายน้ำมากกว่าปกติ (Polydipsia)
 - ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ (Weight fluctuation)

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน หากมีผลตรวจดังต่อไปนี้ แสดงว่าระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้
 - Urine glucose > 2+
 - ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) > 150 mg/dl และ
 - 2-hr postprandial > 200 mg/dl
3. การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
4. การใช้ยาตามสั่ง และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
5. การมาตรวจซ้ำที่คลินิกพิเศษ การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวาน แสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการโรคเบาหวาน
6. มีการเปลี่ยนแปลงขนาดความแรงของยา หรือเปลี่ยนแปลงระยะเวลาของการให้ยาเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการโรคเบาหวานได้

มีผู้ทำการศึกษาผลดีของการนำระบบบริการรับยาต่อเนื่องมาใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพของเภสัชกรในการให้บริการทางคลินิกแก่ผู้ป่วย ดังนี้

Schilling (1977) ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการติดตามและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยเริ่มจากเภสัชกรสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงภาวะโรค และประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา ให้คำปรึกษาด้านยา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นเวลา 19 เดือน พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย (193 คน) ได้รับการติดตามโดยเภสัชกร ซึ่งทำให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย และแพทย์มีเวลาสำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนมากขึ้น

Jaber, et al. (1996) ได้ศึกษาผลการประเมินการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 39 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน และติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 4 เดือน ซึ่งกลุ่มทดลองเภสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรคและให้คำปรึกษาด้านยา อาหาร การออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย และสอนการตรวจน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน สำหรับกลุ่มควบคุมแพทย์เป็นผู้ตรวจและสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ค่า HbA_{1c} และ ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$ และ $p = 0.015$) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม

Baran และคณะ (1999) ศึกษาผลของการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 88 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 1995 ถึง เมษายน 1996 พบว่า หลังการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร ผู้ป่วยร้อยละ 86 กล่าวว่า การให้คำปรึกษาด้านยา ของเภสัชกรมีผลดีในการควบคุมโรค และระดับ HbA_{1c}, Random blood glucose ความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โรคเบาหวาน และการรักษา

ความหมาย

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเป็นเวลานาน อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานในโรคเบาหวานจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือดและหัวใจ ความผิดปกติพื้นฐานทางเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association หรือ ADA) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานทั่วโลก ได้ประชุมแก้ไขและปรับปรุงการวินิจฉัย การจำแนกประเภทโรคเบาหวานใหม่ ดังนี้

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2003)

ในปี 1997 ADA ได้แบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มักเกิดจากกระบวนการ Cellular-mediated autoimmunity ทำลายเซลล์ เบต้าของตับอ่อนและจะมีภาวะการขาดอินซูลิน
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับ ความผิดปกติในการหลั่งของอินซูลินของตับอ่อน ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
3. โรคเบาหวานชนิดที่ 3 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่
 - ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเซลล์เบต้าของตับอ่อน เรียกว่า MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) พบในคนอายุน้อย มักจะต่ำกว่า 25 ปี

- ความผิดปกติทางพันธุกรรมของการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เกิดจากการมีเวตชันของตัวรับอินซูลิน ทำให้อินซูลินไม่สามารถจับกับตัวรับและออกฤทธิ์ได้
- โรคของตับอ่อน การทำลายตับอ่อน ไม่ว่าจะเกิดจากการอักเสบ, Trauma, การติดเชื้อ
- ยาหรือสารเคมีบางอย่าง เป็นตัวกระตุ้นและยับยั้งการหลั่งอินซูลิน

4. โรคเบาหวานชนิดที่ 4 เป็นโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus ;GDM) พบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์หรือโรคเบาหวานที่เกิดระหว่างการตั้งครรภ์

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในปัจจุบันคัดแปลงมาจากเกณฑ์ของ National Diabetes Data Group ของสหรัฐอเมริกาและ WHO ซึ่งมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ในเวลาที่ต่างกัน	วิธีตรวจวัดและค่าที่ได้
1. มีอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ คิมน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ	ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำเวลาใดก็ตาม (random plasma glucose) มีค่า ≥ 200 มก./ดล.
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG)	FPG ≥ 126 มก./ดล.
2. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำที่เวลา 2 ชั่วโมงในการตรวจ 75 gram oral glucose tolerance test (75g OGTT)	75g OGTT ≥ 200 มก./ดล.

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2003)

การตรวจหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรทำเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง คือ

- คนที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ถ้าผลตรวจปกติให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี
 - คนที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ควรทำการตรวจเบาหวานด้วย
1. ความอ้วน (น้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือ ดัชนีมวลกาย (BMI) $\geq 27 \text{ kg/m}^2$)
 2. บิดามารดา พี่หรือน้อง ร่วมท้องเดียวกันเป็นโรคเบาหวาน
 3. เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes mellitus ; GDM) หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
 4. เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าความดันโลหิต (BP) $\geq 140/90$ มม.ปรอท)
 5. มี HDL-cholesterol ≤ 35 มก./ดล. หรือ ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดล.
 6. เคยตรวจพบว่ามี IFG (Impaired fasting glucose; FPG 110-125 มก./ดล.) มาก่อน
แนะนำให้ตรวจหาระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) จะเหมาะสมกว่า เนื่องจากทำได้ง่าย สะดวก ถูก และเชื่อถือได้มาก

กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความผิดปกติ 2 อย่าง คือ

1. ภาวะที่ความสามารถของอินซูลินในการทำให้กลูโคสเข้าเซลล์ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับอินซูลินที่เท่ากันในคนปกติที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (Insulin Resistance)
2. ความสามารถในการหลั่งอินซูลินของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนลดลง (Insulin Deficiency)

เป้าหมายในการรักษา

1. เพื่อมิให้มีอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังจากโรคเบาหวาน
3. สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน

หลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (อภิชาติ วิษณุรัตน์, 2546)

ผู้ป่วยเบาหวานนอกจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแล้ว มักจะมีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน อย่างน้อย 1.5-2 เท่า ระดับไขมันในเลือดผิดปกติและโรคอ้วน ก็พบบ่อยเช่นกัน ทั้งหมดนี้มักพบในคนเดียวกัน

เรียกว่า Metabolic syndrome หรือ Syndrome X ความผิดปกตินี้ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease; CHD) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มียาอาการนี้ จึงต้องดูแลรักษาภาวะผิดปกติต่าง ๆ ใน Metabolic syndrome ไปพร้อมๆ กัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 จำนวน 3,055 คน ไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD) มาก่อน หลังจากติดตามผู้ป่วยไปโดยเฉลี่ย 7.9 ปี พบผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD) 335 คน ภายในเวลา 10 ปี (Turner, 1998) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD) คือ ระดับ LDL ที่สูง, ระดับ HDL ที่ลดลง, ความดันโลหิตสูง, ระดับ HbA_{1c} และการสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุด ไม่ใช่มุ่งแต่ควบคุมภาวะระดับน้ำตาลสูงในเลือดเพียงอย่างเดียว

การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการ

อาการต่างๆในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำมาก น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มักเกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้ปัสสาวะมากจนมีอาการเพลียและกระหายน้ำ ส่วนน้ำหนักลด สาเหตุเกิดจากการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อเนื่องจากผลของการขาดอินซูลิน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมาต่ำกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยการให้ยาเม็ดหรือการฉีดอินซูลิน ก็สามารถลดอาการที่กล่าวมาแล้วได้

การควบคุมน้ำหนักตัว

ปัจจัยเสี่ยงซึ่งสัมพันธ์กับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคนไทย คือ ความอ้วน พบว่าดัชนีมวลกาย (body mass index ; BMI) ที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับกลูโคสในเลือดที่สูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่อ้วน คือ มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ต้องหาวิธีทำให้น้ำหนักตัวลดลงใกล้เคียงกับปกติที่สุด โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เพราะภาวะอ้วนทำให้เกิดภาวะ Insulin resistance คือ มีการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ จะเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการศึกษาว่า คนที่น้ำหนักเกิน ถ้าทำให้น้ำหนักลดลงได้ร้อยละ 5-10 (Fujioka, 2000) ก็สามารถทำให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น แต่การศึกษานี้ต้องใช้ยาลดน้ำหนักช่วย โดยผู้ที่ลดน้ำหนัก

ได้ร้อยละ 5 จะลดภาวะน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ได้ 25 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ HbA_{1c} ได้ร้อยละ 0.53

National Cholesterol Education Program III (NCEP III) ได้แสดงเกณฑ์ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG), HbA_{1c}, ไขมันในเลือด, ระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในโรคเบาหวาน

การตรวจ	ดี	ต้องปรับปรุง
Glycemic control		
Fasting plasma glucose (มก./ดล.)	80-120	> 140
Postprandial glucose (มก./ดล.)	80-160	> 180
HbA _{1c} (%)	< 7	> 8
Blood Pressure (มม.ปรอท)	≤ 130/85	> 160/90
Lipids		
Total -cholesterol (มก./ดล.)	< 200	> 250
LDL-cholesterol (มก./ดล.)	< 100	> 130
HDL-cholesterol (มก./ดล.)	> 45	< 35
Triglyceride (มก./ดล.)	< 200	> 400
Body Mass Index (Kg/m ²)	20-25	> 27

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก อาจเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อนว่าเป็นโรคเบาหวาน

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาก อาจเกิดจากผู้ป่วยรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป

1.3 ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารในมื้อหนึ่งๆ ผู้ป่วยออกกำลังกายมากเกินไป และ ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของตา (Diabetic Retinopathy) รวมถึงตาบอด มักเกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเรตินา ทำให้เลนส์ตาบวม หลอดเลือดมาเลี้ยงจอประสาทตาลดลง และเลือดไหลเวียนไม่ดี

การควบคุมภาวะ Diabetic Retinopathy

- ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติ
- แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนตรวจตาปีละ 1 ครั้ง

2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไตของโรคเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) เป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End State Renal Disease ; ESRD) ถ้าวินิจฉัยได้ในระยะเริ่มแรกจะสามารถชะลออาการเสื่อมของไตได้ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานควรตรวจหาภาวะความผิดปกติของไตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยตรวจ Urine Analysis, BUN, Creatinine และ Microalbuminuria

การตรวจหาค่า Microalbuminuria มี 3 วิธี คือ

1. การวัด Urine albumin/creatinine ratio โดยใช้ random spot urine ซึ่งเป็นการเก็บปัสสาวะที่ถ่ายออกมากครั้งแรกในตอนเช้า
2. เก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อหา Urine Microalbumin และค่า creatinine clearance
3. เก็บปัสสาวะช่วงเวลาหนึ่ง (time collection) เช่น 4 ชั่วโมง หรือเก็บช่วงตลอดคืนจนเช้า (overnight collection)

โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้ (วีระศักดิ์ ศรีนนทากร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2546)

ชนิด	Random (mg.alb/g.Cr.)
ปกติ	< 30
Microalbuminuria	30-300
Macroalbuminuria	> 300

2.3 โรคทางระบบประสาทส่วนปลาย (Diabetic Neuropathy) ส่วนใหญ่พบทั้งระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง โดยปัญหาสำคัญที่สุดคือ แผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot)

อาการของแผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot) คือ

- อาการจากระบบหลอดเลือด เท้าเย็น, Intermittent Claudication
- อาการจากระบบประสาท ชา รู้สึกเหมือนไฟช็อต หรือรู้สึกว่ามีตัวแมลง
ไต่ขา
- อาการจากระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เท้ามีการเปลี่ยนแปลงผิดรูป เช่น Hammer tool

- ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร ท้องอืด ท้องผูก การรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ข้อควรระวังคือ ห้ามลดระดับน้ำตาลในเลือดเร็วเกินไป เนื่องจากจะทำให้มีอาการชา (neuropathy) กลับเป็นมากขึ้นในช่วงแรก แต่อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นในภายหลัง

จากการศึกษา ของ United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 กับอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในหลอดเลือดเล็ก (microvascular) และหลอดเลือดใหญ่ (macrovascular) ในประเทศอังกฤษ ปี ค.ศ. 1977 โดยทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) > 108 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้งห่างกัน 1-3 สัปดาห์ จำนวน 5,102 ราย ในผู้ป่วยอายุ 25-65 ปี และติดตามผลเป็นเวลากว่า 10 ปี

โดยมีจุดประสงค์หลัก คือ ศึกษาการควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดที่ระดับน้ำตาลต่ำกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ว่าจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในหลอดเลือดเล็ก (microvascular) และ หลอดเลือดใหญ่ (macrovascular) ได้หรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ควบคุมอาหารเป็นหลัก (Conventional) จำนวน 1,138 คน ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) และ HbA_{1C} เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมาไป (HbA_{1C} เฉลี่ยร้อยละ 7.9) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่สู่มให้ได้รับยา Sulfonylurea หรือ Insulin (Intensive) จำนวน 2,729 คน ค่า HbA_{1C} ลดลงในปีแรก (HbA_{1C} เฉลี่ยร้อยละ 7) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอาหารเป็นหลักและกลุ่มที่ได้รับยา พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาเมื่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยทั่วไปจากโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 12 และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมพบว่าการลดลงของ HbA_{1C} ทุกร้อยละ 1 สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปได้ ร้อยละ 21 และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก (microvascular) ร้อยละ 37 แสดงให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก (microvascular) (วิทยา ศรีดามา, 2545)

การไม่ใช้ยาตามสั่ง

ความหมาย

การไม่ใช้ยาตามสั่ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดจากคำสั่งแพทย์ ทำให้การรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองในแง่ของการควบคุมโรค การหายจากโรค การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติในส่วนรวมที่ต้องเสียบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่ายา (Johnson; 1992)

จากการสำรวจโดย National Pharmaceutical Council เมื่อปี 1992 ในสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยในโรคต่างๆ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยด้วยโรคและสภาวะต่างๆ

โรคหรือสภาวะการณของผู้ป่วย	อัตราของการไม่ใช้ยาตามสั่ง (ร้อยละ)
หอบหืด	20
ไขข้ออักเสบ	55 – 71
คุมกำเนิด	8
เบาหวาน	40 – 50
ลมชัก	30 – 50
ความดันโลหิตสูง	40

จะเห็นได้ว่าอัตราของการไม่ใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสูงถึง ร้อยละ 40 - 50 เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังชนิดอื่นที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรค

วนิดา มะระยงค์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาผลการควบคุมเบาหวาน และการไม่ สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย จำนวน 200 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ร้อยละ 56.3

ปัจจัยหลัก 3 ประการที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้จ่ายตามสั่ง ดังนี้ (Anonymous, 1993)

1. ปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆดังนี้

1.1 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสซักถาม หรือกลัวที่จะซักถามแพทย์ และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับปัญหาข้อสงสัย หรือข้อกังวลของตัวเอง

1.2 ผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

1.3 ผู้ป่วยมีความกลัว หรือ มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา

2. การสื่อสารผิดพลาดระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย

การสื่อสารที่ผิดๆ ไม่ชัดเจน คลุมเครือและขาดประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยหลักอีกประการที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้จ่ายตามสั่งในผู้ป่วย โดยการศึกษาของ Burgess (1989) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 ที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจากแพทย์ และมีจำนวนผู้ป่วยเพียงร้อยละ 18 ที่ได้รับการบอกกล่าวจากเภสัชกรถึงเหตุผลที่พวกเขาต้องเข้าคลินิกเดมยา

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 50 จะลืมข้อมูลที่แพทย์บอกไป หลังจากเสร็จจากการพบแพทย์เพียงไม่กี่นาที

3. ความซับซ้อนของแผนการรักษา

ปัญหาการไม่ใช้จ่ายตามสั่ง ที่เกิดจากความซับซ้อนของแผนการรักษานี้พบได้มากในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นรูปแบบการใช้จ่ายที่มีความยุ่งยาก หรือมีความถี่ในการใช้ยาต่อวันที่มากกว่าจะมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

รูปแบบของการไม่ใช้จ่ายตามสั่ง

The National Council for Patient Information and Education (NCPPIE) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดรูปแบบการไม่ใช้จ่ายตามสั่งไว้ดังนี้ (Anonymous, 1993)

1. ผู้ป่วยปฏิเสธแผนการรักษาของแพทย์ และไม่ใช้จ่ายตามคำสั่งแพทย์

จากการศึกษาของ The American Association for Retired Persons (AARP) ในปี ค.ศ. 1988 พบรูปแบบการไม่ใช้จ่ายตามสั่งถึงร้อยละ 21 ของผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง ภายในระยะเวลา 12 เดือน ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,001 คน โดยผู้ป่วยให้เหตุผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เหตุผลของการปฏิเสธแผนการรักษาและการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์

เหตุผลที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์	อัตราการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยสับสน	ร้อยละ 5
- ค่าใช้จ่ายในการรักษา	ร้อยละ 6
- ผู้ป่วยรับข้อมูลไม่ถูกต้อง	ร้อยละ 7
- ผู้ป่วยคิดว่าตนเองอาการดีขึ้น	ร้อยละ 20
- ผู้ป่วยกังวลกับผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ร้อยละ 30
- ผู้ป่วยคิดว่าโรคของตนเองอาการไม่ดีขึ้น	ร้อยละ 31

2. ผู้ป่วยใช้ยาผิดจากคำสั่งแพทย์ แบ่งย่อยๆ ได้ดังนี้ (ทศนีย์ สอนแจ่ม, 2546)

- 2.1 รับประทานยาผิดขนาด
- 2.2 รับประทานยาผิดเวลา
- 2.3 ลืมรับประทานยา 1 มื้อ หรือมากกว่า
- 2.4 หยุดรับประทานยาเองก่อนแพทย์สั่ง

การประเมินการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

การตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาตามสั่งดีหรือไม่ อาจทำได้หลายวิธี ซึ่งบางครั้งจำเป็นต้องใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน คือ

1. การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill counting)
2. ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (Self Report) โดยใช้วิธีวัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้คำถาม 6 ข้อ คือ
 - หยุดรับประทานยาเอง
 - ลืมรับประทานยา 1 มื้อ หรือมากกว่า
 - รับประทานยามากกว่าที่กำหนดในฉลาก
 - รับประทานยาน้อยกว่าที่กำหนดในฉลาก
 - รับประทานยาผิดเวลา
 - รับประทานยาอื่นๆที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย
3. ตารางบันทึกการใช้ยา (Medication Reminder Card)
4. การดูความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย (Repeat Prescription)

ดังนั้น เกษีกรควรประเมินว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด เช่น การกินยาด้วยชนิด ขนาด และตามเวลาที่สั่งหรือไม่ รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำอื่นๆ เช่น เรื่องการกินอาหาร การดำรงชีวิตต่างๆ การมาตรวจตามนัด ขอมให้เจาะเลือดตามที่สั่ง เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเกษีกรเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงผลการรักษาอาการเบาหวาน และในการท่วิจัยควรมีมาตรการในการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยให้มากที่สุด และต้องหาวิธีการติดตาม เพื่อทราบถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร (ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ, 2533)

กลยุทธ์ในการเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำ ควรใช้มาตรการหลายๆ อย่างที่เหมาะสมในแต่ละท้องถิ่นร่วมกัน เช่น

1. อธิบายอย่างชัดเจนที่สุด โดยอาจใช้บุคลากรทางการแพทย์
2. ดัดแปลงขนาดยาให้เหมาะสมกับนิสัยของคนไข้
3. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง (self – monitoring) เช่น การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น
4. ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยมีข้อสงสัย บางครั้งอาจมีการอภิปรายระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองถึงปัญหาต่าง ๆ การให้สุศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการแจกเอกสาร และแผ่นบันทึกข้อความช่วยเหลือความจำต่างๆ
5. เพิ่มความสะดวกสบายแก่คนไข้ระหว่างการมาตรวจ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยให้สั้นที่สุด
6. พยายามให้คนในครอบครัวช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ปรึกษาหรือบุตร ในการเตือนเรื่องการกินยา การมาตรวจตามนัด เป็นต้น

การทำนายการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Smith, 1996)

การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นผลมาจาก ปัจจัย 3 ด้าน คือ

1. ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ รายได้
2. ปัจจัยทางสังคม เช่น ความมั่นคงของครอบครัว การให้การสนับสนุนของครอบครัว และขนาดของครอบครัว
3. ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ทศนคติ การจินตนาการ และการควบคุมตัวเอง

วิธีการทำนายการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ วิธีวัดทางตรง และวิธีวัดทางอ้อม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิธีการวัดการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและข้อจำกัดของแต่ละวิธี

วิธีการวัด	ข้อจำกัด
วิธีวัดทางตรง	
1. การรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย เช่น แบบสอบถามของ Morisky และคณะ (1986)	- ผู้ป่วยอาจโกหกหรือลืม ผลที่ได้จึงมักสูงกว่าความเป็นจริง
2. วัดจากผลการรักษา	- ใช้ได้กับการรักษาที่ได้ผลและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสูงเท่านั้น
3. การประมาณ โดยแพทย์	- ผลที่ได้มักสูงกว่าความเป็นจริง เพราะการนัดเหมือนเป็นเครื่องเตือนความจำหรือเป็นการบังคับให้ผู้ป่วยกินยาตามสั่ง
4. การกะประมาณ โดยเภสัชกร	- ถูกต้องเฉพาะผู้ป่วยที่มาต่อยาตรงเวลา แต่อาจสับสนเปลี่ยนจากการต้องใช้สำเนาใบสั่งยา และระยะทางมาต่อยาไกล
5. การนับเม็ดยาหรือขวดยา	- ไม่สามารถอธิบายผลจากการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันได้ ผลที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยอาจเอายาที่เหลือมากกว่าความเป็นจริงออกไป ให้เหลือพอดีกับจำนวนวันที่เปิดขวดยา)
6. ติดตามผลจากเครื่องมือ (การทำบันทึกจำนวนและเวลาที่เปิดขวดยา)	- เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยต้องกินยา ผลที่ได้จึงสูงกว่าความเป็นจริง และไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยกินยาจริงหรือไม่ แต่วิธีนี้ลดความผิดพลาดจากการนัดหมายได้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้วัดในทางปฏิบัติจริง
7. การสัมภาษณ์คนในครอบครัว	- เชื่อถือได้ถ้าคนในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษา
วิธีวัดทางอ้อม	
1. การวิเคราะห์เลือดและซีรัม	- ได้ผลถูกต้อง แต่ไม่สามารถใช้ได้กับยาทุกตัว เป็นการล่วงล้ำเข้าไปในร่างกาย ขึ้นกับเวลาที่กินยาและผลจากเภสัชจลนศาสตร์ของยารวมทั้งมีราคาแพง
2. การวิเคราะห์ปัสสาวะ	- เวลาในการเก็บมีความสำคัญมากต้องรู้เภสัชจลนศาสตร์ของยา - ใช้ได้เฉพาะการวิเคราะห์ทางปัสสาวะ สารเคมีที่ใช้ต้องได้รับการยอมรับจากองค์การอาหารและยา (Food and Drug Administration ; FDA) สัดส่วนสารเคมีที่ใช้ต้องวัดอย่างถูกต้อง
3. การใช้สารเคมีเป็นเครื่องหมาย	

เครื่องมือที่ใช้ในการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาตามสั่ง

(Interventions designed to prove medication noncompliance)

เนื่องจากปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญของกระบวนการรักษา นับตั้งแต่ปี 1970 เป็นต้นมาจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆเพื่อใช้แก้ปัญหานี้ แต่ยังไม่มียาเครื่องมือชนิดใดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

Peterson และคณะ (2003) ได้นำเสนอเครื่องมือในการแก้ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งโดยผสมผสานวิธีการที่แตกต่างกัน 2 วิธี คือ การให้คำปรึกษาทางยาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบชนิดของเครื่องมือที่ใช้แก้ปัญหการไม่ใช้ยาตามสั่ง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การให้คำปรึกษาทางยา
การปรับตารางการใช้ยา	การให้คำปรึกษาด้วยวาจา
การปรับผลิตภัณฑ์บรรจยยา	- โดยแพทย์
การสร้างทักษะโดยบุคลากรทางการแพทย์	- โดยพยาบาล
การให้รางวัลตอบแทน	- โดยเภสัชกร
การนับจำนวนเม็ดยา	การใช้สื่อวีดิทัศน์
การใช้ปฏิทินยา	การให้คำปรึกษาด้วยการเขียน
การใช้กล่องใส่ยา	การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
การเตือนความจำด้วยไปรษณีย์	การให้คำปรึกษาทางไปรษณีย์
การเตือนความจำทางโทรศัพท์	การให้คำปรึกษาทางอี-เมลล์
การเตือนความจำด้วยอี-เมลล์	

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการให้ข้อมูลเป็นกุญแจสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นการให้คำปรึกษาทางยาถือเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเต็มใจที่จะใช้ยาแต่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับยาและวิธีการใช้ หรือผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง (West และ Goldberg, 2002)

นอกจากนี้วิธีการให้คำปรึกษายังใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่ตั้งใจที่จะไม่ใช้ยาตามสั่ง ซึ่งการให้ข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสมจะช่วยเปลี่ยนใจผู้ป่วยได้

วิธีการให้คำปรึกษาทางยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือใช้ยาตามสั่ง เนื่องจากการให้คำปรึกษามีข้อจำกัดต่างๆ ในเรื่องของระยะเวลาที่มีจำกัด และวิธีการให้คำปรึกษาเพียงครั้งเดียว หรือไม่ลงลึกในรายละเอียดก็จะไม่สามารถไปเปลี่ยนทัศนคติและความเคยชินในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ จึงได้มีผู้เสนอวิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยควบคู่ไปกับวิธีการให้คำปรึกษาทางยาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การจะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เพราะไม่มีวิธีไหนดีที่สุด และวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาทุกวิธีสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 4-11 เท่านั้น (Peterson, et al., 2003) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาอาจช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ (Lip and Beevers, 1997)

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้ได้ผลดี บุคลากรควรติดตามและประเมินผลเป็นระยะ เพื่อว่าเมื่อเกิดปัญหาจะได้แก้ไขได้ทันเวลา การประเมินผลเป็นการช่วยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้มีการควบคุมอาการของโรคได้ตลอดเวลา (Ross, et al., 2001) และการบันทึกข้อมูลของเภสัชกรจะช่วยให้การตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Choo, et al., 1999)

การให้คำปรึกษาทางยา (Medication Counseling)

ความหมาย

การให้คำปรึกษาทางยาเป็นกระบวนการที่เภสัชกรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ ในการตัดสินใจด้วยตนเอง เพื่อแก้ปัญหาหรือลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นที่ไปอย่างเหมาะสม

การให้คำปรึกษาเรื่องยา เป็นงานที่เภสัชกรทุกคนทำได้ หากได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนอย่างถูกวิธีจนเกิดความชำนาญ

The US Pharmacopeia ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาเรื่องยาในระดับต่างๆ ดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลข่าวสารทางยา (Medication information transfer) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการถ่ายทอด การส่งผ่านข้อมูลข่าวสารด้านยาให้กับบุคคลทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใด โดยอาศัยการบอกเล่า การเขียน การดูภาพประกอบ เพื่อให้ผู้รับข้อมูลสามารถใช้ยาได้ตามสั่ง

2. การแลกเปลี่ยนข้อมูลทางยา (Medication information exchange) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร และการตอบข้อสงสัยให้กับบุคคลหนึ่งบุคคลใดโดยเฉพาะ โดยอาศัยการบอกเล่า การเขียน การดูภาพประกอบ เพื่อให้ผู้รับได้ข้อมูลการใช้ยาและวิธีการบริหารยาที่มีความเหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล

3. การให้ความรู้ทางยา (Medication education) เป็นการวางแผนสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

4. การให้คำปรึกษาทางยา (Medication Counseling) เป็นการกระทำที่มุ่งเน้นการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะบุคคล เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกระบวนการนี้เน้นให้เภสัชกรเป็นผู้จัดเตรียมและร่วมสนทนาโต้ตอบเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาไปในทางที่ถูกต้องโดยพิจารณาจากพื้นฐานทางร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม อารมณ์ ความคิดและความเชื่อของผู้ป่วย และเภสัชกรเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องยา เพื่อนำไปสู่การตอบสนองของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ มุ่งมั่นและอดทน

การให้คำปรึกษาที่ดีเภสัชกรควรได้ทำในสิ่งต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และข้อมูลเหล่านั้นมีความสำคัญต่อผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเภสัชกรเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และต้องการช่วยเหลืออย่างจริงจังจนเกิดความไว้วางใจในตัวเภสัชกร
3. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยระลึกว่าควรกระทำสิ่งใด

อธิบายแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การให้คำปรึกษาเรื่องยาเป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการให้ข้อมูลข่าวสารทางยาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหานั้นที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก สมสกุล และคณะ (2544) ศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาด้านยา และสรุปว่าเภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแลตนเอง ช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งและส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

จรรยาบรรณของเภสัชกรในเรื่องการให้คำแนะนำเรื่องยา (เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, 2543)

แม้ว่าในพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรมได้กำหนดจรรยาบรรณของวิชาชีพไว้แล้วก็ตาม ในการปฏิบัติกิจกรรมให้คำแนะนำเรื่องยาต้องมีจรรยาบรรณหรือจริยธรรมที่ควรคำนึงถึง ดังนี้

1. ผลดีต่อผู้ป่วย เภสัชกรมีหน้าที่หลักที่จะทำทุกอย่างให้ได้ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย นั่นคือเจตนารมณ์ที่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด และได้ผลตามที่ต้องการมากที่สุด
2. สิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยอมรับคำแนะนำหรือเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาต่าง ๆ ด้วยตนเอง นั่นคือ เภสัชกรไม่มีสิทธิในการสั่งให้ผู้ป่วยทำ หรือบังคับให้ผู้ป่วยทำ เภสัชกรมีหน้าที่เพียงเสนอวิธีที่ดีที่สุดพร้อมเสนอทางเลือกอื่นให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกปฏิบัติ
3. สุจริตใจต่อผู้ป่วย เภสัชกรต้องมีความบริสุทธิ์ใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับสิ่งที่ดีที่สุด
4. ความยินยอมตามกฎหมาย ในกรณีที่จะต้องทำให้ถูกต้องตามกฎหมาย เภสัชกรจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอม โดยมีการลงลายมือเป็นหลักฐาน
5. ปกปิด ข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายรวมทั้งการใช้ยาต้องถือเป็นความลับ ห้ามนำมาเปิดเผยสู่สาธารณชนโดยเด็ดขาด
6. เภสัชกรต้องซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วยในการให้คำแนะนำใด ๆ ก็ตาม เช่น การที่ เภสัชกรเสนอให้ผู้ป่วยใช้วิตามินโดยไม่จำเป็นถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและไม่ซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย เป็นต้น

องค์ประกอบของการให้คำปรึกษาด้านยา

ลักษณะเฉพาะของการให้คำปรึกษาเรื่องยาประกอบด้วยกระบวนการ วิธีการและขั้นตอนต่างๆ ที่มีระบบแบบแผน ซึ่ง Lewis และคณะ (1998) ได้เสนอองค์ประกอบของการให้คำปรึกษาเรื่องยา ดังนี้

1. การแนะนำ (Introduction) เป็นการทำความรู้จักและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย
 - โดยการยิ้ม
 - กล่าวทักทาย "สวัสดีครับ"
 - ตรวจสอบชื่อ นามสกุล เพื่อให้แน่ใจว่าสนทนากับผู้ป่วยที่ต้องการจริง
2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Profile assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติความเจ็บป่วยที่ผ่านมาในอดีต หรือได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมดังนี้

- มาคราวนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม
 - หลังจากมาตรวจครั้งที่แล้วมีอาการผิดปกติอะไรบ้าง
3. การประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วย (Patient assessment และ counseling) เป็นการสนทนา เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ความรู้ ความคิด ทักษะ ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่านมาเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug Related Problem , DRP) และความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ได้ยาตามสั่ง

โดยอาศัยเทคนิคของ **Prime Question** ประกอบด้วยคำถามหลัก 5 ข้อคือ

- แพทย์ได้บอกคุณหรือไม่ว่าเป็นยาอะไร
- แพทย์บอกวิธีใช้ยานี้อย่างไร
- ยานี้ใช้แก้หรือรักษาอะไร
- คุณมีปัญหาอะไรจึงใช้ยานี้
- มีข้อแนะนำหรือข้อควรระวังพิเศษเมื่อใช้ยานี้อย่างไรบ้าง

เมื่อสำรวจว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ นำชื่อยามาให้ดูเม็ดยาและตั้งคำถามว่า

" ยาในถุงนี้เป็นยาอะไร "

" ยานี้ใช้อย่างไร ช่วยอธิบายให้ฟังด้วย "

" ถ้าลืมรับประทานยาจะทำอย่างไร "

" หลังจากใช้ยาไปแล้วมีปัญหาอะไรบ้าง "

คำถามเหล่านี้จะตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วย ว่าคุณใช้ยาสม่ำเสมอหรือไม่

4. การทบทวนการให้คำปรึกษาก่อนสิ้นสุดการสนทนา(Clinical Closure) เป็นขั้นตอนจบสิ้น หลังจากดำเนินการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยแล้วและต้องการให้ผู้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้อง เข้าใจถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยใช้คำถามว่า

" ไม่ทราบว่ายังมีปัญหา ข้อสงสัยอะไร เชิญถามได้ครับ "

5. การทบทวนการนัดหมาย (Visit Closure) เป็นการยุติบริการ มีการทบทวนและนัดหมายผู้ป่วย โดยถามว่า

" นัดครั้งต่อไป 11 มกราคม คงพบกันอีก เพื่อจะได้ติดตามผลการให้คำแนะนำมีอะไรต้องแก้ไขปรับปรุงอีก สำหรับวันนี้มีเรื่องสนทนาเท่านี้ สวัสดีครับ "

ทักษะของการให้คำปรึกษา (Counseling Skills) (สุพร เกิดสว่าง , 2542)

การฟังอย่างมีส่วนร่วม (Active and empathic listening)

1. การใส่ใจ (Attending)

1.1 การประสานสายตา (Eye contact)

1.2 แสดงการใส่ใจโดยภาษากาย (Body language)

- การแสดงออกทางหน้า “สีหน้า” (Facial expression)
- ท่านั่ง (posture)
- การจัดที่นั่งและระยะห่างระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา
- กิริยาท่าทาง (Gesture)

1.3 ลักษณะของเสียง (Vocal characteristics)

- เสียงสูง-ต่ำ (Pitch, tone)
- ความดัง-ค่อย
- ความเร็วของการพูด
- น้ำเสียง
- การเน้น
- จังหวะการพูด
- การพูด ร, ล และคำกล้ำ ร, ล, ว
- เสียงรบกวน

1.4 การเงี่ยบ

1.5 การสนทนา

2. การให้กำลังใจ (Encouraging)

2.1 การให้กำลังใจโดยภาษากาย

2.2 การให้กำลังใจโดยคำพูด

3. การถาม (Questioning)

4. การเลือกประเด็น (Focussing)

5. การทวนซ้ำ (Paraphrasing)

6. การสะท้อนความหมาย และ/หรือความรู้สึก (Reflecting meaning and/or feeling)

7. การสังเกต (Observing)

8. การพิสูจน์ความถูกต้องของข้อมูล (Clarifying)

9. การสรุป (Summarizing)

การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล รวมถึงการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาที่ซับซ้อนให้ง่ายขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้จริงๆ (Hulka, *et.al*, 1975) พบว่า การใช้ยาตามสั่งจะลดลงถ้าแผนการรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้เวลานาน และทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สะดวก หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงเกินไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยาเพียง 1 ชนิด มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งเกิดขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 15 ผู้ป่วยที่รับประทานยา 2 ถึง 3 ชนิด ต่อวัน พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25 และในผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับประทานยามากกว่า 5 ชนิดในหนึ่งวัน พบปัญหานี้สูงถึงร้อยละ 35 โดยที่การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงต่อไปนี้จะช่วยลดความยุ่งยากและซับซ้อนของแผนการรักษาได้ (Anonymous, 1993)

1. รูปแบบของยา (Dosing Formulation) เช่น ชนิดน้ำ ชนิดเม็ด ชนิดผง เป็นต้น และการบริหารยา เช่น การรับประทาน การพ่น การฉีด การอมใต้ลิ้น เป็นต้น สามารถเพิ่มหรือลดการใช้ยาตามสั่งได้ ดังนั้นแพทย์จึงควรเลือกใช้ยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้สะดวก
2. ความถี่ของการใช้ยา (Dosing Frequency) การลดความถี่ของการใช้ยาโดยลดจำนวนของยาต่างชนิดกัน และการตัดยาที่ไม่มีความจำเป็นออกจากแผนการรักษา หรือลดความถี่ในการรับประทานยาในหนึ่งวันลง สามารถลดการไม่ใช้ยาตามสั่งได้
3. ผลิตภัณฑ์บรรจุยา (Packaging) ที่ง่ายต่อการใช้และการจดจำสามารถเพิ่มการใช้ยาตามสั่งได้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่ารูปแบบของผลิตภัณฑ์บรรจุยาช่วยลดความสับสนในการใช้ยาทั้งขนาดยาและความถี่ในการใช้
4. การเตือนการใช้ยาทางโทรศัพท์ (Telephone reminder) เกสัชกรสามารถลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งโดยโทรศัพท์ถึงผู้ป่วยเพื่อเตือนให้รับประทานยา โดยในปัจจุบันได้มีการผลิตโปรแกรมซอฟต์แวร์ต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวกในการเชื่อมต่อโทรศัพท์อัตโนมัติ เพื่อให้การเตือนการใช้ยาทางโทรศัพท์มีความสะดวก

นอกจากนี้แพทย์สามารถลดปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยอธิบายถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการรักษา (Prioritizing the regimen) ตัดทอนแผนการรักษาให้เป็นขั้นตอนง่ายขึ้น (Graduated regimen implementation) และลดความไม่สะดวกในการใช้ยา และการลืมรับประทานยาโดยปรับตารางการใช้ยาให้เหมาะสมกับกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย (Tailoring the regimen)

แนวทางปฏิบัติสำหรับเภสัชกรที่ให้คำแนะนำปรึกษา (ASHP, 1993)

เภสัชกรมีหน้าที่อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่รักษา ถ้าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาดีขึ้น ผู้ป่วยจะเพิ่มการใช้ยาตามสั่งมากขึ้น เภสัชกรที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาควรมีจุดมุ่งหมายที่จะเพิ่มผลการรักษา โดยช่วยให้มีการใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น มีการให้ข้อมูลเฉพาะโรคและให้คำแนะนำผู้ป่วยแต่ละคนตามสถานการณ์

สำหรับผู้ป่วยใน ก่อนผู้ป่วยจะได้รับยากลับบ้านควรให้คำแนะนำ ปรึกษา ในห้องที่จัดไว้โดยเฉพาะ เช่น มีอุปกรณ์ช่วยในการแนะนำ โดยการพูด ให้ดูรูปภาพ เขียนให้ผู้ป่วยเข้าใจ และถามหลังให้ความรู้ เพื่อทบทวนว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่

ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ควรทบทวนยาของผู้ป่วยแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1. ชื่อยา ชื่อการค้า ชื่อเคมี
2. ข้อบ่งใช้ การออกฤทธิ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ถ้าไม่ออกฤทธิ์จะอย่างไร
3. วิธีให้ยา ขนาดยา เวลาให้ยา รวมทั้งระยะเวลาที่ให้ยา
4. วิธีเตรียมยา
5. คำแนะนำในการให้ยา
6. ข้อควรระวัง ควรสังเกตขณะให้ยา
7. อาการไม่พึงประสงค์ ที่ควรระวังหรือข้อหลีกเลี่ยง ฤทธิ์ยาที่ต้องการ
8. วิธีการปรับยาดด้วยตนเอง
9. วิธีเก็บยาที่เหมาะสม
10. ปฏิกริยาต่อกันที่เกิดระหว่างยากับยา ยากับอาหารหรือข้อห้าม
11. ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีวิทยา วิธีทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระยะเวลาของการให้ยาแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่จะแปลผล
12. ข้อมูลการรับยาต่อเนื่อง วิธีการมาเติมยา
13. ถ้าลืมรับประทานยาควรทำอย่างไร
14. ข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับยา

ทั้ง 14 ข้อนี้ เภสัชกรควรเลือกใช้ในการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาหรือในใบสั่งยา

ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร

มีหลาย ๆ การศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรมีความสำคัญทั้งในแง่ของการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง Huff และคณะ (1983) กล่าวว่า ตั้งแต่เริ่มมีการใช้แบบการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 เป็นต้นมาเภสัชกรได้พัฒนารูปแบบของแผนการให้คำปรึกษาจนสามารถครอบคลุมปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีผลสัมฤทธิ์ทางการรักษาสูงขึ้น จึงนับว่ากระบวนการให้คำปรึกษาด้านยาก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

วันจันทร์ ปุญญะวันทนีย์ และคณะ (2541) ได้ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตและให้คำปรึกษา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 108 ราย ณ ช่องรับยาไม่เสียเงิน ห้องยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่าง พ.ศ. 2534-2540 โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายละเอียด 2 ครั้ง พบว่า อุบัติการณ์ของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบการพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผลการศึกษาสรุปว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้ถ้าเภสัชกรทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

ทัศนีย์ สอนแจ่ม (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 238 ราย พบว่าวิธีการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรจึงเป็นวิธีการที่สำคัญในการลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง

Rehder และคณะ (1980) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ที่ได้รับการเตือนความจำในการใช้ยาโดยกล่องใส่ยา (Medication Container) และกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการให้คำปรึกษาและเตือนความจำการใช้ยาโดยกล่องใส่ยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้านยามีการปฏิบัติตามแผนการรักษาสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการเตือนความจำโดยใช้กล่องใส่ยา และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มปฏิบัติตามแผนการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความหมาย

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของผู้รับบริการที่มีต่อคลินิกเดมยา ในด้านต่างๆ เช่น การอธิบายการใช้ยาให้ผู้รับบริการเข้าใจ และรู้สึกมั่นใจในการใช้ยา ความสะดวก และระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อม สถานที่ให้บริการ และเสียงที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการ (เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, 2545)

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของ Shapiro และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ดังนี้

1. บริการที่ท่านได้รับมีประโยชน์ต่อท่านเพียงไร
2. เจ้าหน้าที่ห้องยาให้เวลากับท่านเท่าที่ท่านต้องการ
3. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องยาและใบสั่งยา เจ้าหน้าที่ห้องยาจะช่วยดูแลแก้ไขให้ท่านเสมอ
4. เจ้าหน้าที่ห้องยาสามารถให้คำแนะนำและอธิบายจนท่านเข้าใจวิธีการใช้ยา

อย่างถูกต้อง

5. เจ้าหน้าที่ห้องยาอธิบายให้ท่านเข้าใจได้ว่ายาที่ท่านได้รับเป็นยารักษาอะไร
6. เจ้าหน้าที่ห้องยาอธิบายอาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา
7. เจ้าหน้าที่ห้องยาเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับท่านและปัญหาสุขภาพของท่านเป็นอย่างดี
8. บริการของห้องยาแห่งนี้เป็นไปตามความคาดหวังของท่าน
9. ในภาพรวม ท่านพึงพอใจต่อบริการที่ท่านได้รับอยู่
10. ท่านจะแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการที่ห้องยานี้