

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ  
ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย  
Outcome of development of drug related problem management  
by participation of pharmacist in multidisciplinary team at non-communicable  
disease clinics , Kongkrilas Hospital at Sukhothai Province

วิลาสินี มากจ้อย<sup>1</sup>

กลุ่มงานเภสัชกรรมและเภสัชสาธารณสุข โรงพยาบาลกงไกรลาศ

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 313 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 367 คน ได้รับการตรวจสอบข้อมูลและค้นหาปัญหาด้านยาในเรื่องของการเลือกใช้ยา ขนาดยา อันตรกิริยาต่อกันของยา จากเภสัชกรและได้รับการซักประวัติจากพยาบาลในเรื่องของอาการไม่พึงประสงค์จากยา ปัญหาจากการใช้ยาอื่นๆ เพื่อส่งพบเภสัชกร เภสัชกรระบุปัญหาการใช้ยาที่พบในแบบคัดกรองปัญหาด้านยา เพื่อให้แพทย์ใช้เป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน เก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามผล ระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม 2566 ถึง สิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงเปรียบเทียบข้อมูลค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ปัญหาด้านยาและการจัดการปัญหา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยา ปัญหาด้านยาถูกค้นพบและจัดการแก้ไขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.000$ ) ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงเฉลี่ย 65.90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ( $p = 0.000$ ) ระดับน้ำตาลสะสมลดลงเฉลี่ย 0.87 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 20.79 มิลลิเมตรปรอท ( $p = 0.000$ ) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 6.67 มิลลิเมตรปรอท ( $p = 0.000$ ) ดังนั้นการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยทำให้ปัญหาด้านยาได้รับการจัดการแก้ไขเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และค่าความดันโลหิตดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

**คำสำคัญ** ระบบจัดการปัญหาด้านยา/ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง / ทีมสหสาขาวิชาชีพ

---

<sup>1</sup> เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย  
e-mail :Wiphar@gmail.com

# Outcome of development of drug related problem management by participation of pharmacist in multidisciplinary team at non-communicable disease clinics , Kongkrilas Hospital at Sukhothai Province

WilasineeMarkjuye

## Abstract

The objective of this action research was for evaluate the results of drug related problem management by pharmacists in collaboration with multidisciplinary-team for chronic non-communicable diseases patients in Kong Krailat Hospital, Sukhothai Province. The sample group consisted of 313 with type 2 diabetic patients and 367 hypertensive patients. The pharmacists reviewed patients' medical history and received information from nurses on the subject of adverse drug reactions, problems with taking other medicine to refer to a pharmacist. Pharmacists identified use of medication problems founded in the drug problem screening form for physicians to use as information in prescribing medicines to compare the results before and after the development of a medication management in the same sample group. The data was collected and followed up from January 2023 to August 2023. Data analysis with descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation including compare blood pressure, blood sugar level, medication problems and problem management before and after system development using paired sample t-test statistics.

The results founded that after developing a medication management, medication issues were discovered and managed significantly increased ( $p = 0.000$ ). Clinical outcomes were statistically significantly improved. In diabetic patients, fasting blood sugar levels decreased by average of 65.90 milligrams per deciliter ( $p = 0.000$ ), and the Hemoglobin A1c level decreased by an average of 0.87 milligrams percent. In hypertensive patients the mean systolic blood pressure decreased by 20.79 mm Hg ( $p = 0.000$ ), the mean diastolic blood pressure decreased by 6.67 mmHg ( $p = 0.000$ ). Therefore, the development of a drug problem management system by pharmacists in collaboration with a multidisciplinary team help to manage medication problems. Patients had improved clinical outcomes including fasting blood sugar levels, Hemoglobin A1c levels and blood pressure levels. As a result , patients will have better quality of live.

**Keyword :** development of drug related problem management/ non-communicable disease clinics /multidisciplinary team

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease : NCD) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ในปี 2565 มีรายงานว่า NCD ทำให้เกิดการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคน (ร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรโลก) โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุ 30 - 69 ปี จำนวน 17 ล้านคน (ร้อยละ 80) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2551-2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2652-2653 อัตราการเปลี่ยนแปลงพบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.68 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2562-2563 อัตราการเปลี่ยนแปลงพบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 จากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center ในปี 2558-2565 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน <sup>(1)</sup>

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับกลไกการขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ถึงปัจจุบัน มาตรการดำเนินงานลดความเสี่ยง ลดการป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ โดยพัฒนาคุณภาพบริการ นำร่องรูปแบบการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย พัฒนา NCD system management team ระดับจังหวัด และพัฒนาศักยภาพ บุคลากรและเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรค NCD ในรูปแบบออนไลน์ <sup>(2)</sup>

โรงพยาบาลกโศภราช จังหวัดสุโขทัย ได้จัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีการดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ข้อมูลเดือนมกราคม 2565 - มกราคม 2566 พบว่าคลินิกโรคเบาหวานมีผู้ป่วยเข้ารับบริการ 1,447 ราย และ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยเข้ารับบริการ 4,388 ราย ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในเดือนมกราคม 2566 จากข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เท่ากับ 29.91 (เป้าหมาย ร้อยละ 60) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี เท่ากับ 52.40 (เป้าหมาย ร้อยละ 70) จากการทบทวนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพได้กำหนดให้มีการสืบค้นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ยังเป็น การสืบค้นปัญหาในเชิงรับ คือ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะในรายที่พยาบาล case manager คัดกรองพบและไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ผู้ป่วยจะถูกส่งมาพบเภสัชกรเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยา ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ายังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้ รับการคัดกรองปัญหาด้านการใช้ยา ทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหามีอยู่ และยังขาดระบบการจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรที่จะช่วยสนับสนุนข้อมูลด้านยา เพื่อช่วยในการตัดสินใจและใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาของแพทย์

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรเข้าร่วมเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยทำการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านยาที่สนับสนุนต่อกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปัญหาด้านยาและการจัดการแก้ไขปัญหาด้านยาก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1. **ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน และ/หรือ คลินิกความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลกองโกรลาต จังหวัดสุโขทัย

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 313 ราย และ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 367 ราย โดยใช้สมการคำนวณการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีใช้ตารางเลขสุ่ม

### เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง โดยไม่จำกัดเพศ อายุ
- 2) เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน และ/หรือ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลกองโกรลาต ภายในระยะเวลาที่ทำการวิจัย

3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เข้าใจ

4) ผู้ป่วยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาในสถานพยาบาลอื่น

2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จำเป็นต้องรักษาตัวและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP-3 ซึ่งเป็นฐานข้อมูลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลกองโกรลาต

2) แบบคัดกรองปัญหาด้านยาโดยเภสัชกร ซึ่งระบุถึง ปัญหาจากการเลือกใช้ยาเกี่ยวกับขนาดยา และ อันตรกิริยาระหว่างยา

3) แบบบันทึกข้อมูลปัญหาและแนวทางแก้ไขโดยระบุถึง ชนิดปัญหา สาเหตุ การแก้ไข ซึ่งแบ่งประเภทตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)

4) แบบติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านยา ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

### ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังตามระบบการจัดการปัญหาด้านยาแบบเดิม ระหว่างเดือนมกราคม 2566 – เมษายน 2566 บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เริ่มใช้ระบบจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – สิงหาคม 2566 เก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลดังนี้

3.1 เภสัชกรตรวจสอบข้อมูลและค้นหาปัญหาด้านยาจากระบบโปรแกรม HOSxP ของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนวันนัด บันทึกข้อมูลลงในแบบคัดกรองข้อมูลด้านยา ตามเกณฑ์ดังนี้

ปัญหาจากการเลือกใช้ยา : การได้รับยาซ้ำซ้อน การได้รับยาในกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ร่วมกับยาในกลุ่ม Angiotensin-receptor blockers (ARBs) หรือ การได้รับยา กลุ่มเดียวกัน ร่วมกัน 2 รายการ

ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา : ขนาดยาที่ได้รับต่ำ-สูง เกินไป

อันตรกิริยา : รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับมีคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยากัน

3.2 ในวันนัด เภสัชกรแบบแบคัดกรองปัญหาด้านยากับไบนำทางของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.3 หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการซักประวัติโดยพยาบาล ณ จุดคัดกรองพยาบาลจะส่งกลุ่ม ตัวอย่างมาพบเภสัชกรเพื่อซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนี้

- 1) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 2) การได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ในการรักษาโรคของผู้ป่วย
- 3) ปัญหาจากการใช้ยา

3.4 เภสัชกรพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ทบทวนข้อมูลการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบกับประวัติยาที่แพทย์สั่งว่าผู้ป่วยใช้ยาถูกต้อง หรือมีปัญหาด้านยาหรือไม่ หากพบปัญหาด้านยาเภสัชกรจะ ระบุปัญหาการใช้ยาที่พบในแบบคัดกรองปัญหาด้านยาเพิ่มเติม เพื่อให้แพทย์ใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาข้อมูลในการสั่ง ยาครั้งนี้ รวมถึงบุคลากรในทีมใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย

3.5 เภสัชกรบันทึกข้อมูลปัญหาด้านยาลงในแบบบันทึกข้อมูลปัญหาและแนวทางแก้ไขโดย ระบุถึง ชนิดปัญหา สาเหตุ การแก้ไข ซึ่งแบ่งประเภทตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) รวมถึงบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต ลงในแบบติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความ ดันโลหิต

แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการจัดการปัญหาด้านยา เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยา

ก่อนพัฒนาระบบ	พัฒนาระบบ
1. ซักประวัติผู้ป่วย คัดกรองปัญหาด้านยา โดยพยาบาล ประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. เภสัชกรค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่ถูกนัดในคลินิก จาก โปรแกรม HOSxP
2. กรณีพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ส่งผู้ป่วยพบเภสัชกร	2. นำรายชื่อผู้ป่วยมาตรวจสอบประวัติยาเดิม/ผล Lab/ ค่าความดันโลหิต ครั้งก่อน
3. เภสัชกรให้คำปรึกษา แนะนำ บันทึกข้อมูลลงในไบนำ ทาง ส่งผู้ป่วยกลับพบพยาบาลจุดคัดกรองประจำคลินิก เพื่อส่งไบนำทางและรอพบแพทย์	3. ค้นหาปัญหาด้านยา บันทึกลงใน <b>แบบคัดกรองปัญหา ด้านยา</b>
4. พยาบาลส่งผู้ป่วยพบแพทย์ตามลำดับ	4. วันนัด พยาบาลจุดคัดกรอง ซักประวัติผู้ป่วย ส่งผู้ป่วย พบเภสัชกรเพื่อค้นหาปัญหาด้านยา
5. แพทย์สั่งการรักษา หากพบปัญหาส่งผู้ป่วยพบ เภสัชกร	5. เภสัชกรค้นหาปัญหาด้านยาเพิ่มเติมจากการพูดคุย

แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการจัดการปัญหาด้านยา เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยา (ต่อ)

ก่อนพัฒนาระบบ	พัฒนาระบบ
6. พยาบาลออกบัตรนัดให้ผู้ป่วย	สัมภาษณ์ผู้ป่วย แนบบแบบคัดกรองปัญหาด้านยากับใบนำ
7. ผู้ป่วยรับยา เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยา	ทาง ส่งผู้ป่วยกลับพบพยาบาลจุดคัดกรอง
8. ผู้ป่วยกลับบ้าน	6. พยาบาลส่งผู้ป่วยพบแพทย์ตามลำดับ
	7. แพทย์สั่งการรักษา
	8. พยาบาลออกบัตรนัดให้ผู้ป่วย
	9. ผู้ป่วยรับยา เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยา
	10. ผู้ป่วยกลับบ้าน

### ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลปัญหาและการจัดการปัญหาด้านยาก่อนและหลังการพัฒนาระบบจัดการด้านยา
2. รวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) ระดับน้ำตาลใน

เลือดสะสม(Hemoglobin A1C : HbA1C)ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure : SBP) และไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure : DBP) ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบจัดการด้านยา

### 5.การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบข้อมูลค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ paired sample t-test
- 3) เปรียบเทียบข้อมูลปัญหาด้านยาและการจัดการปัญหาด้านยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ paired sample t-test

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 18/2023เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.15/2023 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2566

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

#### 1.ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน 313 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.8 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี และอายุสูงสุด 89 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 58.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด ร้อยละ 32.91 อ่านหนังสือได้ ร้อยละ 81.47 จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันมากกว่า 3 ชนิด มากที่สุด ร้อยละ 88.50 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันเท่ากับ 5.67 ชนิด ใช้ยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 76.04 (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 367 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.2 ปี อายุต่ำสุด 34 ปี และอายุสูงสุด 90 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุด ร้อยละ 70.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 31.9 อ่านหนังสือได้ร้อยละ 86.6 จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันมากกว่า 3 ชนิด มากที่สุด ร้อยละ 55.0 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันเท่ากับ 3.8 ชนิด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	โรคเบาหวาน (N = 313)		โรคความดันโลหิตสูง (N = 367)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	83	26	93	25.3
หญิง	230	72.1	274	74.7
<b>อายุ (ปี)</b>				
≤ 30	4	1.3	6	1.6
31-39	15	4.7	17	4.6
40-49	57	17.9	72	19.6
50-59	100	31.3	122	33.2
60-69	81	25.4	89	24.3
≥70	56	17.6	61	16.6
อายุเฉลี่ย ±SD	57.8 ± 11.7		58.2 ± 11.9	
อายุต่ำสุด - สูงสุด	26 - 89		34 - 90	
<b>การศึกษา</b>				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	63	17.1	72	19.6
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าปริญญาตรี	216	58.7	259	70.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	34	9.2	36	9.8
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกร	97	30.4	117	31.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	95	29.8	105	28.6
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/นักบวช	55	17.2	64	17.4
รับจ้างทั่วไป	66	20.7	81	22.1
<b>จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน (รายการ)</b>				
1-3	67	21.4	165	45.0
> 3	246	78.6	202	55.0
การใช้ยาฉีดอินซูลิน	237	76.0	0	0
จำนวนยาที่ใช้ต่อวันเฉลี่ย ±SD	5.7 ± 2.9		3.8 ± 1.8	
<b>การอ่านฉลากยา</b>				
อ่านได้	268	84.0	318	86.6
อ่านไม่ได้	45	14.1	49	13.4

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่าง

ระบบจัดการปัญหาด้านยาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบเดิมของโรงพยาบาลงไกรลาศ เริ่มต้นจาก 1) พยาบาลคัดกรองประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชักประวัติผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาจะส่งพบเภสัชกร 2) เภสัชกรทบทวนปัญหา ให้คำแนะนำ บันทึกส่งต่อแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

การพัฒนากระบวนการจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) เภสัชกรค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยก่อนวันนัด บันทึกข้อมูลลงในแบบคัดกรองปัญหาด้านยา 2) พยาบาลคัดกรองชักประวัติผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อทบทวนการใช้ยา 3) เภสัชกรทบทวนข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาด้านยาเพิ่มเติม บันทึกข้อมูลในแบบคัดกรองปัญหาด้านยา เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้เป็นข้อมูลในการสั่งจ่ายและดูแลผู้ป่วย

ผลจากการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยา พบว่า ปัญหาด้านยาถูกค้นพบและจัดการแก้ไขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.000$ ) โดยผู้ป่วยเบาหวาน 313 ราย ก่อนพัฒนาระบบ พบปัญหาจากการใช้ยา 23 ปัญหา (ร้อยละ 7.3) เมื่อพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยา พบปัญหาจากการใช้ยา 85 ปัญหา (ร้อยละ 27.2) ปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่การไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่เป็นของผู้ป่วย ร้อยละ 16.6สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ร้อยละ 9.9วิธีการแก้ไขปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ แก้ไขที่ตัวผู้ป่วย ร้อยละ 12.1 ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด ร้อยละ 77.6 และปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ร้อยละ 22.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัญหาด้านยา สาเหตุของปัญหา และวิธีแก้ไขปัญหา ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ( $n = 313$ )

หมวดปัญหา	รายละเอียด	ก่อนพัฒนาระบบ จำนวน (ร้อยละ)	พัฒนาระบบ จำนวน (ร้อยละ)
อาการไม่พึงประสงค์จากยา	เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้	4 (1.3)	1 (0.3)
ปัญหาจากการเลือกใช้ยา	ตัวยามีไม่เหมาะสมในข้อบ่งใช้	0	2 (0.6)
ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา	ช่วงเวลาของการได้รับยาเวเกินไป	5 (1.6)	6 (1.9)
ปัญหาการใช้ยา	ไม่รับประทานยา/ไม่ใช้ยา	5 (1.6)	17 (5.4)
	รับประทานยาผิดตัว	0	7 (2.2)
ปัญหาอื่นๆ	การไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่เป็นของผู้ป่วย	9 (2.9)	52 (16.6)
จำนวนปัญหาทั้งหมด	$p = 0.000$	23 (7.3)	85 (27.2)
สาเหตุของปัญหา	การเลือกใช้ยาหรือเลือกขนาดยา	4 (1.3)	1 (0.3)
	กระบวนการใช้ยา	5 (1.6)	23 (7.3)
	ข้อมูล/ความรู้	0	14 (4.5)
	ผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจ	14 (4.5)	31 (9.9)
	กระบวนการทางเภสัชกรรม	0	1 (0.3)
วิธีแก้ไขปัญหา	แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา	4 (1.3)	19 (6.1)
	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วย	16 (5.1)	38 (12.1)
	แก้ไขที่ตัวยาหรือฉลากยา	3 (1.0)	13 (4.2)
ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา	ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	16 (69.6)	66 (77.6)
	ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	7 (30.4)	19 (22.4)
	ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	0	0



ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 367 ราย ก่อนพัฒนาระบบ พบปัญหาจากการใช้ยา 21 ปัญหา (ร้อยละ 5.7) เมื่อพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยา พบปัญหาจากการใช้ยา 79 ปัญหา (ร้อยละ 21.5) ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ร้อยละ 8.9 สาเหตุของปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ร้อยละ 8.4 วิธีการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ แก้ไขที่ตัวผู้ป่วย ร้อยละ 17.7 ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาคือ ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด ร้อยละ 93.7 และปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ร้อยละ 6.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัญหาด้านยา สาเหตุของปัญหา และวิธีแก้ไขปัญหา ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 367)

หมวดปัญหา	รายละเอียด	ก่อนพัฒนาระบบ จำนวน (ร้อยละ)	พัฒนาระบบ จำนวน (ร้อยละ)
อาการไม่พึงประสงค์จากยา	เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้	17 (4.6)	10 (2.7)
ปัญหาจากการเลือกใช้ยา	ตัวยามีไม่เหมาะสมในข้อบ่งใช้	0	2 (0.5)
	มีข้อห้ามในการใช้ยา	0	3 (0.8)
	ยาไม่ได้ถูกสั่งใช้	0	3 (0.8)
ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา	ช่วงเวลาของการได้รับยายาวเกินไป	0	6 (1.6)
ปัญหาการใช้ยา	ไม่รับประทานยา/ไม่ใช้ยา	4 (1.1)	28(8.9)
	รับประทานยาคิดตัว	0	7 (1.9)
อันตราย	คาดว่าจะเกิดอันตราย	0	7 (1.9)
ปัญหาอื่นๆ	การไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่เป็นของผู้ป่วย	0	13 (4.2)
	จำนวนปัญหารวม	p = 0.000	21 (5.7)
สาเหตุของปัญหา	การเลือกใช้ยาหรือเลือกขนาดยา	4 (1.1)	8 (2.2)
	กระบวนการใช้ยา	5 (1.4)	23 (6.3)
	ข้อมูล/ความรู้	0	15 (4.1)
	ผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจ	12 (3.3)	31 (8.4)
	กระบวนการทางเภสัชกรรม	0	2 (0.6)
วิธีแก้ไขปัญหา	แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา	4 (1.1)	8 (2.2)
	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วย	14 (3.8)	65 (17.7)
	แก้ไขที่ตัวยานหรือฉลากยา	3 (0.8)	6 (1.6)
ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา	ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	21 (100)	74 (93.7)
	ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	0	5 (6.3)
	ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	0	0

ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาผู้ป่วยโรคเบาหวาน 313 ราย มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงเฉลี่ย 65.90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (มก./ดล.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยค่า FBS เฉลี่ยก่อนการพัฒนา เท่ากับ 208.65 มก./ดล. และค่า FBS เฉลี่ยหลังการพัฒนา เท่ากับ 142.75 มก./ดล. ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงเฉลี่ย 0.87 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (mg%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยค่า HbA1C เฉลี่ยก่อนการพัฒนา เท่ากับ 8.19 mg% และค่า HbA1C เฉลี่ยหลังการพัฒนา เท่ากับ 7.31 mg% (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 313)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนาระบบ		พัฒนาระบบ		t	P-value
	M	SD	M	SD		
FBS	208.7	44.9	142.8	30.5	23.9	0.000
HbA1C	8.2	1.9	7.3	1.4	10.5	0.000

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 367 ราย มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 20.79 มม.ปรอท ( $p < 0.001$ ) โดยค่าความดันโลหิตซิสโตลิก เฉลี่ยก่อนการพัฒนา เท่ากับ 148.95 มม.ปรอท และค่าความดันโลหิตซิสโตลิก เฉลี่ยหลังการพัฒนา เท่ากับ 128.17 มม.ปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 6.67 มม.ปรอท ( $p < 0.001$ ) โดยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก เฉลี่ยก่อนการพัฒนา เท่ากับ 82.94 มม.ปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก เฉลี่ยหลังการพัฒนา เท่ากับ 76.27 มม.ปรอท (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 367)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนาระบบ		พัฒนาระบบ		t	P-value
	M	SD	M	SD		
Systolic (mmHg)	149.0	12.0	128.3	14.3	20.7	0.000
Diastolic (mmHg)	83.1	14.1	76.5	11.1	6.4	0.000

## 2.อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัญหาด้านยาและการจัดการแก้ไขปัญหาด้านยาหลังการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกองโกรลาตได้ใช้แนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ซึ่งเป็นแนวทางที่มีการประเมินครบถ้วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา จนถึงการประเมินผลลัพธ์ พบปัญหาด้านยาและการจัดการแก้ไขปัญหาด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการค้นหาปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาด้านยาได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษดา อินทาดกรวด<sup>(3)</sup> ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันพบว่า การพัฒนาระบบทำให้ค้นพบปัญหาด้านยาซึ่งนำมาสู่การแก้ไข รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญชนก อินทจักร<sup>(4)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง พัฒนาระบบการดูแลด้านยาภายใต้การมีส่วนร่วมของ

เภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีศึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถคัดกรองปัญหาที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับยาก่อนวันนัดได้ ร้อยละ 17.8 และในวันนัดได้ ร้อยละ 42.7

ปัญหาด้านยาที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากการไม่รับประทานยา/ไม่ใช้ยาได้แก่ การไม่ใช้ยาฉีดอินซูลิน การไม่รับประทานยา Glipizide, Metformin สาเหตุของปัญหาเกิดจากผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา มีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ สงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา การได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป และผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนทร์ญา เหล็กเพชร และสุธาทิพย์ พิชญ์ไพบูลย์<sup>(5)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการจัดการบำบัดด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกร พบว่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาและปฏิบัติตามสั่งร้อยละ 48.2 และสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร สุทธิประภา<sup>(6)</sup> ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าวังหิน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัญหาที่พบ

ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ในด้านผู้ป่วยลืมรับประทานยาและการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม วิธีการแก้ไขปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การแก้ไขที่ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบและสาเหตุของปัญหา

ปัญหาด้านยาที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกิดจากการไม่รับประทานยา/ไม่ใช้ยา ได้แก่ การไม่รับประทานยาในมือเช้าก่อนมาพบแพทย์ การไม่รับประทานยาตามสั่งของแพทย์สาเหตุของปัญหาเกิดจากผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรธนพร วงษ์เส และคณะ<sup>(7)</sup>ซึ่งศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วยลืมใช้ยาสูงสุด ร้อยละ 68.6 รับประทานยามืดเวลา ร้อยละ 44.3 วิธีการแก้ไขปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การแก้ไขที่ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบและสาเหตุของปัญหา

ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะฉัตร ธรรมแก้ว<sup>(8)</sup>ที่ศึกษาการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเทพุย์ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังดำเนินการลดลงกว่าก่อนดำเนินการ (5.94 มก./ดล.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวาริ จตุรภัทรพงศ์ และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง<sup>(9)</sup>ที่ศึกษาผลของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานพบว่าหลังได้รับการจัดการด้านยาช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นทั้งระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไชมันในเลือด และปัญหาจากการใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิสิทธิ์ ปินประจักษ์<sup>(10)</sup>ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าหลังการใช้ระบบที่พัฒนาแล้วระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรทำงานเชิงรุกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการค้นหาปัญหาด้านยาการส่งต่อข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้านยา การให้คำแนะนำผู้ป่วย มีผลทำให้ปัญหาด้านยาได้รับการแก้ไขเพิ่มมากขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ คลินิกภาวะพาริน คลินิกหอบหืด และถุงลมโป่งพองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการปัญหาด้านยาได้เพิ่มขึ้น และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
2. จากการค้นพบปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจมากที่สุด ดังนั้นการแก้ไขปัญหายาอาจต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนควรมีการศึกษาและกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดการดูแลตนเองได้

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2565 : ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&gid=1-015-005>
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. สืบค้นจาก <http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/assets/FILES202566.pdf>
3. กฤษดา อินทาทกรวด. การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล สากเหล็ก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2565;3(2):47-60.
4. ชวิญชนก อินทจักร์ และ ยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. การพัฒนาระบบการดูแลด้านยาภายใต้การมีส่วนร่วมของเภสัชกรใน ทีมสหสาขาวิชาชีพ: กรณีศึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และ วิชาการสุขภาพ. 2562;14(3):100-110.
5. จรินทร์ญา เหล็กเพชร และ สุธาทิพย์ พิชญ์ไพบุลย์. การจัดการการบำบัดด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเภสัชกร. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิชาการสุขภาพ. 2554;6(4):274-281.
6. ประภาพร สุทธิประภา. ผลของการให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าวังหิน จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิกและการ บริหาร]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2551.
7. ภัทร์ธนพร วงษ์เส และ พรทิพย์ กิระพงษ์. ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลด ความดันโลหิต. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ครั้งที่ 9. 1811-1824.
8. ปิยะฉัตร ธรรมแก้ว. การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ. โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุตรธานี; มกราคม 2566.
9. วารี จตุรภัทรพงศ์ และ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. วารสารไทย เภสัชศาสตร์และวิชาการสุขภาพ. 2556;8(4):133-142.
10. วิสิทธิ์ ปิ่นประชานันท์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(1): 23-37.

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์มงคล ลีธูวงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกโศภราช ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการ ศึกษาวิจัย รวมถึงให้คำปรึกษาแนะนำในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ส่งผลให้การวิจัย สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกโศ ภราช ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี