

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดนอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด การที่จะบรรลุถึงเป้าหมายในการรักษานอกจากจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วยังต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย จากการศึกษาหลายการศึกษาพบว่าเภสัชกรสามารถช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยได้ดี ผลการศึกษาในครั้งนี้จะให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาทั้งปัญหาเกี่ยวกับยา และปัญหาด้านอื่นๆที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นปัญหาที่แท้จริงในผู้ป่วย และมีการดำเนินการแก้ปัญหาของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วย จนสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีระยะยาวต่อไป และก่อให้เกิดการสร้างสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืนในชุมชน

การศึกษานี้เปรียบเทียบผลได้ทางคลินิกและผลได้ทางความเป็นมนุษย์ ก่อนและหลังทำการ ศึกษา ตลอดจนศึกษาปัญหาที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรวม ทั้งแสดงปัญหาและการแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย โดยประเมินผลการดำเนินงานของการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหน่วยบริการปฐมภูมิบางแม่นาง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2549 – กรกฎาคม 2549 ระยะเวลารวม 6 เดือน

กลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 67 คน จะได้รับคำแนะนำปรึกษาการใช้ยาจากเภสัชกรทุกครั้งที่ได้รับบริการ กิจกรรมที่เภสัชกรให้กับผู้ป่วยจะมุ่งเน้นการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยารวมทั้งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต่างๆ โดยเน้นที่การไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย รวมทั้งรวบรวมปัญหาที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วย เพื่อนำไปพิจารณาใช้แก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการลงชุมชนออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การพิจารณาการลงเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแต่ละรายดำเนินการแก้ไขเมื่อพบปัญหาที่ได้จากสรุปผลการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษาข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 67 คน เป็นเพศหญิง 43 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61.22 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25 กก./ม² การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 34.3) ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 52.2) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.39 ± 3.99 ปี รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่

มากกว่า 7,500 บาท สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าทอง ท. คิดเป็นร้อยละ 52.2 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.27 คน

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาทางคลินิกในผู้ป่วยพบว่า ก่อนทำการศึกษาได้ประเมินแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่า 140 mg/dl. กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในช่วง 140-180 mg/dl. และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ต่ำกว่า 180 mg/dl. พบว่าหลังทำการศึกษาดูแลผู้ป่วยโดยมีเภสัชกรร่วมดูแลผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละเดือน มีจำนวนผู้ป่วยได้รับการประเมินอยู่ในกลุ่มดีขึ้นทุกเดือนตาม ลำดับซึ่งแสดงถึงผลได้ทางคลินิกทางบวกจากการ ศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ไม่พบการลดลงของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีแนวโน้มลดลงทุกเดือน ทั้งนี้การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอื่นด้วย ซึ่งต้องนำมาพิจารณาในการดำเนินการแก้ปัญหาในผู้ป่วยต่อไป เช่น จากการศึกษา (วนิรัฐ ศรีชนะ, 2548) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ ซึ่งพบว่าความทนทานต่อกลูโคสจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอ้วนจะสามารถควบคุมโรคได้ง่ายและดีขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษาค่าดัชนีมวลกายภายหลังทำการศึกษาซึ่งอาจเป็นข้อมูลช่วยในการประเมินผลการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งจึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคนาน หรือภาวะการควบคุมโรคไม่ดี ยิ่งทำให้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มาก และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยา ก็เป็นปัจจัยในการพิจารณาเกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเช่นกัน

การเปรียบเทียบการเกิดแผลที่เท้า หลังทำการศึกษากับก่อนทำการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อร่วมกันให้บริการดูแลผู้ป่วยมีผลทางคลินิกดีขึ้นคือ ก่อนทำการศึกษาพบผู้ป่วยมีแผลที่เท้าจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.32 ภายหลังทำการศึกษาในเลือดที่ 6 ตลอดระยะเวลาที่มีเภสัชกรร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยพบผู้ป่วยมีแผลที่เท้าเหลือเพียง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.94

ผลการประเมินวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังทำการศึกษาและผลการประเมินวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าภายหลังทำการศึกษาเดือนที่ 6 ผู้ป่วยมีความรู้เชิงบวกเกี่ยวกับภาวะโรคที่ตนเองเป็น มีความรู้ในการระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดสามารถปฏิบัติตัวส่งผลดีต่อสุขภาพมากขึ้นกล่าวคือ ผู้ป่วยมีความสนใจในการปฏิบัติกิจกรรม ออกกำลังกายและดูแลสุขภาพเหมาะสมกับภาวะโรคเบาหวานของ

ตนเองมากขึ้น และบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำมากขึ้น และทราบวิธีแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ซึ่งสามารถช่วยแก้ไขปัญหาล่วงก่อนที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินเป็นลมหมดสติที่ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะช็อคจากน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ตลอดจนพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ในการสังเกตผลที่เท้าและผิวหนังเพื่อลดการติดเชื้อที่จะทำให้กลายเป็นแผลเรื้อรัง

การเปรียบเทียบผลคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังทำการศึกษาจากการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทำการวิเคราะห์ประเมินผลคุณภาพชีวิตรายด้านซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความล้ม พันธุ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าก่อนทำการศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ด้านสุขภาพร่างกายเท่ากับ 53.2 ± 28.8 แต่เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยและคำแนะนำ รวมถึงการเยี่ยมบ้าน ภายหลังการดำเนินงานที่มีเภสัชกรร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ ผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้นเป็น 63.7 ± 7.7 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เช่นเดียวกับด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านจิตใจ ก่อนทำการศึกษา คะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 42.0 ± 7.7 หลังทำการศึกษาเพิ่มเป็น 51.2 ± 5.2 ด้านระดับความเป็นอิสระก่อนทำการศึกษา คะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 59.5 ± 9.3 หลังทำการศึกษาเพิ่มเป็น 63.8 ± 9.3 ด้านความล้ม พันธุ์ทางสังคมก่อนทำการศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 57.5 ± 13.1 หลังทำการศึกษาเพิ่มเป็น 63.0 ± 12.2 ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนทำการศึกษา คะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 55.3 ± 5.2 หลังทำการศึกษาเพิ่มเป็น 66.0 ± 5.7 และด้านความเชื่อส่วนบุคคลในผู้ป่วยดีขึ้น ภายหลังทำการศึกษาโดยก่อนทำการศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 51.1 ± 8.9 หลังทำการศึกษาเพิ่มเป็น 56.9 ± 7.9 และคะแนนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับก่อนทำการศึกษา เท่ากับ 67.20 ± 4.9 ภายหลังทำการศึกษาสูงขึ้น เท่ากับ 70.53 ± 5.1 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.05$) โดยพบว่าความพึงพอใจของบุคลากรที่ให้บริการกับผู้ป่วยเป็นที่พึงพอใจ จะช่วยให้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษา (สมศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ, 2534) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม การใช้ยาที่เบี่ยงเบนส่วนหนึ่ง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย

ผลการศึกษาสรุปปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การแก้ไข และผลได้หลังการดำเนินการมีส่วนร่วม ของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย พบว่า จากจำนวนผู้ป่วย 67 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาก่อนทำการศึกษามีจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.28 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนหลังการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.94 ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาลดลงเท่ากับ 21 ราย คิดเป็น ร้อยละ 31.34 และแบ่ง เป็นกลุ่มที่ได้รับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาจากเภสัชกรหลังทำการ ศึกษา 12 ราย

คิดเป็นร้อยละ 57.14 กลุ่มที่ได้รับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาจากเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังทำการศึกษา 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.85

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังทำการศึกษา พบว่ามีจำนวนปัญหา ผู้ป่วยไม่ ได้รับยาตามสั่งมากที่สุด คือ 10 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 22.72 ของปัญหาที่เกี่ยวกับยา ทั้งหมดที่พบ ซึ่งสนับสนุนงานวิจัย (เขวภา ศรีวิชัย, 2544) ที่พบว่าปัญหาเกี่ยวกับยา ได้แก่ การไม่ ใช้จ่ายตามสั่ง เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด เนื่องจากขาดความรู้เข้าใจในการใช้จ่าย โดยเฉพาะขาดความรู้ ที่จำเป็นต่อการรักษา มากถึงร้อยละ 94.17 และพบปัญหาจำนวนขนานยาที่ได้รับของผู้ป่วยจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก จากการศึกษาเภสัชกร ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจึงดำเนินงานในส่วนที่สนับสนุนงานวิจัยดังกล่าว คือ เภสัชกรให้ความรู้ เกี่ยวกับการใช้จ่าย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมให้ความรู้ที่จำเป็นในการรักษา เภสัชกรเฝ้าระวัง ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยา ไม่ให้เกิดเกิดการใช้จ่ายหลายขนานโดยไม่จำเป็นในผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษา จึงพบผลได้ทางคลินิกและความเป็นมนุษย์ที่ดีขึ้น และหลังการศึกษาพบปัญหาที่เกี่ยวกับยาจำนวน 9 ปัญหา จากเดิมที่พบ 44 ปัญหา ดังนั้นจำนวนปัญหาที่เกี่ยวกับยาโดยรวมลดลง 35 ปัญหา คิดเป็น ลดลงร้อยละ 79.54 ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้โดยเภสัชกร 26 ปัญหา และแก้ไขได้โดยทีม เภสัชกรกับสหสาขาวิชาชีพ 14 ปัญหาและแก้ไขได้จากการเยี่ยมบ้าน 4 ปัญหา โดยปัญหาเกี่ยวกับ ยาที่พบหลังการศึกษามี 5 ประเภท คือ ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำไป (subtherapeutic dosage) พบ ผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามสั่ง (failure to receive drug) 2 ราย ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ (drug use without indication) 2 ราย ผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง 2 ราย ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามนัด 1 ราย และจากการศึกษาพบว่าปัญหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้จ่ายได้ตามสั่ง ยังมีปัจจัย เกี่ยวข้องหลายอย่างในผู้ป่วยแต่ละราย ที่ส่งผลไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย เบาหวานได้ จึงเป็นเหตุให้ต้องมีการดูแลและแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการ ลงเยี่ยมบ้าน ลงชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาย่างครบถ้วนอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะเน้น ประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วย เช่นเดียวกับ การวิจัย (Ives et.al, 1997) ที่กล่าวว่า การ แก้ปัญหาในผู้ป่วยบางครั้งอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา เพียงแต่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วย และการศึกษาของ(รุจิณาด อรรถสิทธิ์และวิชัย จันทร์กิติวัฒน์, 2548) ที่นำรูปแบบ แนวทางการดำเนินงานที่เรียกว่า PATCH ในขั้นตอนหนึ่งที่เน้นวิเคราะห์พฤติกรรมและ สิ่งแวดล้อม เพื่อให้เห็นถึงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้ได้ ประเด็นที่ต้องดำเนิน การแก้ไขให้ชัดเจนขึ้น ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

สำหรับการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในการศึกษาคครั้งนี้ สามารถสรุปบทบาทการทำงานของเภสัช

กรที่มีส่วนทำให้เกิดผลได้ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วย และสามารถเป็นแนวทางให้เภสัชกรใช้ในการปฏิบัติงานหรือทำการศึกษาค้างต่อไป ดังนี้

1. เภสัชกรต้องมีการติดตามผลการตรวจร่างกาย ผลการรักษา ทั้งก่อนทำการรักษาและตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา โดยนำผลการรักษาในอดีต ผลการตรวจระหว่างทำการรักษา ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่พบทั้งในอดีตและระหว่างทำการรักษา รวมทั้งบริบทของผู้ป่วยทุกรายที่ทำการรักษา มาบันทึกทั้งก่อนทำการรักษา และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างทำการรักษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการดำเนินการที่ให้ในผู้ป่วยอย่างไรเพื่อจะได้สรุปผลการดำเนินการหลังทำการรักษาได้ว่าเกิดจากการดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยวิธีการใด

2. เภสัชกรมีหน้าที่ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาลึกที่เกี่ยวข้อด้านยา ได้แก่ สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายว่าเกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างไร เช่น เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้ยาไม่สามารถออกฤทธิ์ในการรักษา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามสั่ง มีการปรับ เปลี่ยนขนาดยาที่รับประทานโดยผู้ป่วยเอง หรือ ผู้ป่วยรับประทานยาและเกิดผลข้างเคียงจนทำให้ไม่สามารถรับประทานได้ตามแพทย์สั่ง ซึ่งเป็นปัจจัยปัญหาที่พบเนื่องจากตัวผู้ป่วย หรือ แพทย์สั่งจ่ายยาโดยเลือกชนิดหรือขนาดยาไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหาจากผู้ให้การรักษา เพื่อเภสัชกรจะได้จำแนกปัญหาและหาทางแก้ไขว่าเกิดจากปัญหาใด

3. เภสัชกรทำการซักประวัติการใช้ยาและการรับประทานยาทุกครั้งที่ได้รับบริการผู้ป่วยเพื่อเป็นการตรวจสอบปัญหาเกี่ยวกับยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนติดตามความสามารถการใช้ยาได้ตามสั่งของผู้ป่วย กล่าวคือ เภสัชกรซักถามวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันว่าใช้ยารักษาโรคใดบ้าง มียาชนิดใด แต่ละชนิดรับประทานอย่างไร และมีการใช้ยาสมุนไพรหรือยาอื่นๆในการรักษาหรือไม่ ซื่อรับประทานเองหรือไม่ เพื่อจะได้ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ เช่น พบผู้ป่วยรับประทานยาซ้อนทั้งจากที่คลินิกและที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

4. เภสัชกรสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ ยาที่ใช้รักษาโรคในผู้ป่วยมี การออกฤทธิ์รักษาอย่างไร วิธีรับประทาน ความจำเป็นในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง หากลืมรับประทานยาปฏิบัติอย่างไร วิธีสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นอันตรายและไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดรับประทานยาเอง หรืออาการใดที่ต้องมาปรึกษาแพทย์ ตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริโภคที่เกี่ยวข้องมีผลประสิทธิภาพในการรักษาโดยใช้ยา เช่น รับประทานก่อนหรือหลังอาหาร หากรับประทานยาและไม่รับประทานอาหารจะเกิดผลตามมาอย่างไร โดยเภสัชกรเน้นอธิบายผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง

5. เภสัชกรจดบันทึกปัญหาเกี่ยวกับยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย และสรุปผลการแก้ไขทั้งจากแก้ไขได้โดยเภสัชกรในครั้งแรก แก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือการเยี่ยมบ้าน

6. เภสัชกรเป็นผู้ประเมินปัญหา และรวบรวมปัญหาโดยรวมของผู้ป่วย เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเป็นปัญหาเกี่ยวกับยาการซักประวัติปัญหาการใช้ยาสามารถทำได้ดีโดยเภสัชกร

หลังจากสรุปปัญหาให้เกศษกรนำผลประเมินปัญหาเบื้องต้นในผู้ป่วยมาร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาร่วมกันหรือหากไม่ทราบสาเหตุ ที่มาของปัญหาที่จะทำให้เกิดการแก้ไขได้ถูกต้องทีมจะลงเยี่ยมบ้านเพื่อหาที่มาของปัญหาอย่าง แท้จริงและแก้ไขต่อไป

7. เนื่องจากการดำเนินงานในการศึกษานี้ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมดังนั้นการ แก้ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยควรคำนึงผลได้ที่จะเกิดกับผู้ป่วยกล่าวคือ ประเด็นปัญหาผู้ป่วยไม่ มารับยาตามนัด แต่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยา เนื่องจาก ซื้อเองที่ร้านขายยา และสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เกศษกรควรมีการติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจถึงผลดี ในการมาติดตามผลวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ตามความสามารถในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาระในการประกอบอาชีพ ไม่สะดวกมา รับบริการ เกศษกรจึงมีหน้าที่แนะนำการซื้อยาหรือการปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นปัญหาผู้ป่วยเฉพาะ ราย ไม่จำเป็นต้องบังคับให้มาตามนัดเสมอไปแต่เกศษกรควรหาแนวทางและตัดสินใจแนะนำให้ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ดูแลตนเอง และเลือกซื้อหรือใช้ยาได้อย่างถูกต้องอย่างไร ซึ่งน่าจะเกิดผลได้ใน ตัวผู้ป่วยมากกว่าจะเสียเวลาเนื่อง จากมีภาระในการประกอบอาชีพซึ่งเป็นปัญหาหลักของผู้ป่วย คำแนะนำที่ดีและถูกต้องจากเกศษกรจะทำให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อมูลการศึกษาผลได้ทางคลินิกและทางความเป็นมนุษย์ ตลอดจนปัจจัยที่เป็นปัญหาใน ผู้ป่วยที่พบจากการศึกษา ควรนำไปใช้อ้างอิงถึงหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นและ ผู้ป่วยกลุ่มอื่นนอก จากนี้ควรคำนึงถึงคุณลักษณะของผู้ป่วยนั้นๆด้วย

จากการศึกษานี้ พบว่า การมีส่วนร่วมของเกศษกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งทางด้านกายภาพและด้านจิตใจ โดยผลการศึกษาสามารถ นำมาใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ได้รูปแบบในการประเมิน ผลได้ทางคลินิก ผลได้ทางความเป็นมนุษย์ ของการดำเนินการมีส่วนร่วมของเกศษกรในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เป็นแบบอย่างหรือแนวทาง การเปิดบทบาทเกศษกรเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการต่อเนื่อง ทำให้จำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมดที่มารับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง อาจทำให้ผลการศึกษาไม่เป็นแนวทาง

แก้ปัญหาในผู้ป่วยที่รับบริการทุกราย และผลการศึกษามีข้อคิดในด้านดี เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาคัดมาจากผู้มารับบริการต่อ เนื่องและมีข้อมูลระดับน้ำตาลก่อนทำการศึกษา 1 ปีไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง

2. เวลาที่ใช้ในการทำแบบประเมินมีจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการทำแบบประเมินระหว่างรอพบแพทย์ จึงต้องทำแบบประเมินหลังจากการตรวจและก่อนรับยาทำให้ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจในการทำแบบประเมิน เนื่องจากมีญาติหรือต้องรีบกลับไปทำงานเป็นต้น

3. แบบสัมภาษณ์มีข้อคำถามมากทำให้ต้องใช้เวลานานอาจส่งผลให้ผู้ป่วยตอบคำถามอย่างไม่ตั้งใจ

4. ผลการประเมินทางคลินิกในผู้ป่วย จากการศึกษาวัดเพียงค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนการประเมินผลได้ทางคลินิกที่ดีพอข้อจำกัดในการศึกษานี้ไม่ได้วัดค่า HbA_{1c} ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยได้ดี

5. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด 6 เดือน อาจน้อยเกินไปที่จะทำให้เห็นผลได้ทางคลินิกที่เด่นชัดจึงยังไม่พบการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การศึกษาทำในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม ที่จะสามารถช่วยเทียบผลการรักษาได้ว่าผลได้ทางคลินิก ผลได้ทางความเป็นมนุษย์ ผลได้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาค่าใช้จ่าย ความรู้ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีมากขึ้นเกิดจากเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

7. จำนวนชนิดยารักษาโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งมี 2 รายการ ได้แก่ Glibenclamide และ Metformin จึงทำให้เป็นข้อจำกัดการเลือกยาที่เหมาะสมในผู้ป่วย กล่าวคือ ถึงแม้ทีมสหสาขาวิชาชีพพิจารณาสั่งจ่ายยาในระดับสูงแล้วแต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ซึ่งทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาตามมา ทำให้ไม่สามารถแสดงผลได้ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

8. จากการทำการศึกษานี้ ไม่ได้รายงานผลการศึกษา ในส่วนข้อมูล การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยในแต่ละเดือนที่ทำการศึกษา ได้แก่ การติดตามวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนัก การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับซีรัมครีตินีนซึ่งแสดงถึงภาวะการทำงานของไตผู้ป่วย โดยหากนำข้อมูลเหล่านี้มาร่วมพิจารณาในการแปลผลได้จากการศึกษาจะทำให้ผลที่ได้ชัดเจนขึ้นและแยกผลได้ตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค หรืออาการแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน

9. การสรุปผลได้ จากการศึกษามีเภสัชกรร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพในครั้งนี้ยังอาจแสดง ผลได้ไม่เด่นชัดว่า การที่ผู้ป่วยมีผลได้ทางคลินิกและผลได้ทางความเป็นมนุษย์ที่ดีขึ้นในครั้งนี้เกิดเนื่อง จากการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างไร ผลได้ส่วนใดเกิดจากการดำเนินงานของแพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาลหรือเกิดจากการเปลี่ยนใช้ยา ดังนั้นในผลการศึกษาก็ควรแสดงผล

การดำเนินงานแต่ละส่วน เช่น จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ปรับเปลี่ยนขนาดหรือชนิดยา จำนวนปัญหาที่เภสัชกรได้รับการแก้ไขจากการแจ้งแพทย์ให้ทบทวนการสั่งจ่ายยา เป็นต้น

10. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้อธิบายความแตกต่างของการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยก่อนทำการรักษาและหลังทำการรักษาอย่างชัดเจน เพื่อให้ทราบว่าแนวทางการดำเนินงานของการศึกษาครั้งนี้ช่วยส่งผลดีแก่ผู้ป่วยเทียบกับก่อนทำการรักษาที่ไม่ได้ดำเนินการอย่างไร

11. ผลได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่แสดงถึงผลดีทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอาจเป็นผลจากการดำเนินงานที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเปรียบเทียบกับเดิมที่ไม่มีทีมดูแลผู้ป่วยอย่างเด่นชัด ดังนั้นผลได้จากการศึกษานี้จึงอาจมีอคติด้านบวก กล่าวคือ เกิดผลดีขึ้นในขณะที่ทำการรักษา 6 เดือน แต่หากทำการศึกษาระยะเวลานานขึ้น ผลได้ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอาจลดลง จึงควรศึกษาผลได้ในระยะยาวด้วยการดำเนินงานวิธีการใดที่จะส่งผลช่วยแก้ปัญหาให้เกิดผลดีในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือขยายการศึกษาไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแลของโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง

2. ควรประเมินผลมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว เนื่องจากผลทางคลินิกที่ดีขึ้นในผู้ป่วยไม่สามารถแสดงผลได้ชัดเจนในช่วงระยะเวลาที่ทำการรักษาเพียง 6 เดือน ดังนั้นเพื่อเป็นการยืนยันผลดีของการมีเภสัชกรมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา

3. ควรมีการประเมินภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะไต (BUN, Cr) ตา และอื่นๆ หากมีการทำการรักษาในช่วงระยะเวลานานเพียงพอที่สามารถเห็นผลแทรกซ้อน ที่เกิดในผู้ป่วย จากการรักษาใช้โมโนฟิลาเมนต์ ขนาด 10 กรัม ตรวจประเมินเท้าเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่สามารถนำมาประเมินเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนและหลังทำการรักษาได้เนื่องจาก ภาวะการชาปลายประสาทที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นที่ใช้ระยะเวลานาน และมีความแตกต่างแปรผันตามระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย จากการรักษาจึงใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ให้มีความเสี่ยงเกิดแผลที่เท้า หรือในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีแผลที่เท้าต้องได้รับการดูแลให้แผลหายดีและไม่เกิดแผลซ้ำ ซึ่งอาจส่งผลเรื้อรังให้ต้องตัดเท้า

4. การประเมินผลได้ทางคลินิกในผู้ป่วย ควรพิจารณาใช้ค่า HbA_{1c} ร่วมในการประเมิน นอกเหนือจากการวัดแต่ละระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS)

5. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษา มีเพียง 67 ราย ถึงแม้จะเป็นจำนวนผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่ได้รับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว แต่ก็ยังมีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไปที่จะแสดงให้เห็นผลได้ทางคลินิกที่มีนัยสำคัญ เช่น การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นหากไม่สามารถควบคุมจำนวนผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาวิจัยให้นานขึ้น เพื่อให้เห็นผลได้ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

6. การศึกษาครั้งนี้เน้นแสดงผล การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นควรกำหนดบทบาทการดำเนินงานของเภสัชกรให้ชัดเจน เพื่อประเมินผลได้ในส่วนที่ผู้ป่วยได้จากการมีเภสัชกรดูแลอย่างแท้จริง

7. การศึกษาผลได้กับผู้ป่วยในด้านต่างๆ ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ อาจส่งผลกระทบต่อผลได้ในการศึกษา เช่น ผลได้ที่ทำการวัดในผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้ควรลงรายละเอียดการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนยาหรือเพิ่มขนาดยา จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปัญหายาจากยาหรือด้านอื่น เพื่อสามารถเปรียบเทียบผลได้ว่าเกิดจากกระบวนการทำงานใดเป็นหลัก เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาดูแลผู้ป่วยต่อไป

8. ควรศึกษาบริบทของผู้ป่วยก่อนทำการรักษา เช่น ประเมินภาวะโรคภาวะแทรกซ้อนทางไต ประวัติแผนการรักษาและการปรับเปลี่ยนการรักษา เพื่อนำมาใช้พิจารณาประเมินผลได้ในผู้ป่วย กล่าวคือ หากบริบทของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษามีความแตกต่างกันมาก ผลได้จากการศึกษาอาจไม่เป็นตัวแทนผลการดำเนินงานที่แท้จริง

9. การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีกกลุ่มควบคุมไว้เปรียบเทียบผลได้ของกลุ่มทดลอง เพื่อลดอคติต่อผลที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการดำเนินงานหรือมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้องที่มีผลต่อการประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเภสัชกรร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ