

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ทำการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ทุก 2 เดือน ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2546 ถึงเดือน มีนาคม 2547 โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืด ด้านคลินิก และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารทางเภสัชกรรม ระหว่างกลุ่มศึกษาซึ่งได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบริการตามปกติ

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยมีทั้งหมด 108 ราย โดยได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 54 ราย ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถดำเนินการติดตามผลได้จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 9.3) เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลจึงเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้น 98 ราย โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาจำนวน 48 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 50 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ ลักษณะโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและโดยการทดสอบวิธีการใช้ยาสุดพ่นในครั้งแรก พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทั้งสิ้น 159 ปัญหาในกลุ่มศึกษาจำนวน 47 คน (ร้อยละ 97.9) และ 173 ปัญหาในกลุ่มควบคุมจำนวน 47 คน (ร้อยละ 94.0) คิดเป็นจำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อราย 3.3 ± 1.6 ปัญหาในกลุ่มศึกษา และ 3.5 ± 1.9 ปัญหาในกลุ่มควบคุม โดยพบว่าวิธีการใช้ยาสุดพ่นไม่ถูกต้องเป็นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุดทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และเมื่อจำแนกตามรูปแบบยาพบว่ายาสูดวัดขนาด (metered dose inhaler) เป็นรูปแบบยาที่พบปัญหาวิธีการใช้ยาสุดพ่นไม่ถูกต้องมากที่สุด เมื่อติดตามประเมินผลในครั้งที่ 3 พบว่าจำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อรายเป็น 0.3 ± 0.6 ปัญหาในกลุ่มศึกษา และ 3.3 ± 1.8 ปัญหาในกลุ่มควบคุม โดยจำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อรายของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จากการประเมินในครั้งที่ 1 แต่หลังจากที่กลุ่มศึกษาได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและติดตามประเมินผลในครั้งที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าการบริหารทางเภสัชกรรมมีผลต่อการลดลงของจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในการวิจัยนี้

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วย

จากการประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยในครั้งที่ 1 พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 8.9 ± 2.0 คะแนน และ 8.9 ± 1.7 คะแนน ตามลำดับ โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อติดตามประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยในครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 11.3 ± 0.9 คะแนน และ 9.4 ± 1.7 คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืด จากการประเมินในครั้งที่ 3 พบว่าในกลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้สูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าการบริหารทางเภสัชกรรมมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในการวิจัยนี้

4. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

จากการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่า FEV1 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่สำหรับค่า PEFr และค่า Pd20 พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าสูงกว่าในกลุ่มศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อติดตามผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดในครั้งที่ 3 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1, PEFr, Pd20 และประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดจากค่าเฉลี่ยผลต่างของผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดในครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3 ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดซึ่งได้แก่ FEV1 และ PEFr ในกลุ่มศึกษามีค่าสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่การเปลี่ยนแปลงของค่า Pd20 ในกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของโรคหืด พบว่ากลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าการบริหารทางเภสัชกรรม

อาจเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคลดลงและมีค่า FEV1 และ PEFR เพิ่มขึ้น

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมต่างพึงพอใจต่อการให้บริการของเภสัชกรจากคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ 4.8 ± 0.3 คะแนน และ 4.2 ± 0.5 คะแนนตามลำดับ โดยผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีคะแนนความพึงพอใจในระดับดีมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในระดับดีต่อการให้บริการของเภสัชกรในทุกมิติของความพึงพอใจ และพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีคะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการของเภสัชกรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในด้านความพึงพอใจโดยรวม ความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการใช้ยา และเวลาที่ให้บริการ

6. จากผลลัพธ์ของการศึกษาที่ได้สามารถสรุปได้ว่าบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่ผ่านมาสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกข้อ โดยพบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดเพิ่มขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคลดลง มีค่า FEV1 และ PEFR เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นการยืนยันว่าเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในทีมสหสาขาในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหืด จึงควรที่จะจัดให้มีเภสัชกรปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาต่อไป

ปัญหาและข้อจำกัดในการวิจัย

1. จากการแบ่งกลุ่มของการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สามารถควบคุมให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันในด้านผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดและระดับความรุนแรงของโรคหืดก่อนให้การบริการทางเภสัชกรรมได้ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไปเพื่อยืนยันผลการศึกษาคควรจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วย โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคหืดก่อนได้รับการบริการทางเภสัชกรรมเป็นเกณฑ์หนึ่งในการแบ่งกลุ่มด้วย

2. การวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้ เช่น สิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดการจับหืด หรือ การที่ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ โทรทัศน์ เป็นต้น

3. ในการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกตตั้งนั้นการค้นพบปัญหาจึงขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ในการค้นหาปัญหาของผู้วิจัย

4. ในการนัดผู้ป่วยมาเพื่อติดตามประเมินผลทุก 2 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถมาตรงตามนัดได้เนื่องจาก อยู่ต่างจังหวัด ติดธุระ และผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry ที่ได้ในการติดตามผลครั้งสุดท้ายไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบในผู้ป่วยทั้งหมดทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายปฏิเสธที่จะทำการตรวจวัดสมรรถภาพปอด โดยเหตุผลส่วนใหญ่เพราะการตรวจวัดสมรรถภาพปอดต้องใช้เวลาและผู้ป่วยต้องเหนื่อยจากการใช้แรงเป่าในการตรวจวัด และในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้แล้วการตรวจวัดสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่จะทำทุก 6-12 เดือน ส่วนค่า Pd20 ซึ่งได้จากการทดสอบความไวของหลอดลม จะไม่ได้ทำการทดสอบทุกครั้งของการติดตามผลในการรักษาและไม่ได้ทดสอบในผู้ป่วยทุกราย

5. การศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างมีความจำเพาะ เนื่องจากทำการศึกษาเฉพาะในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในรูปแบบของการบริหารเภสัชกรรม ณ ห้องตรวจอายุรศาสตร์ อาจมีสิ่งแวดล้อมบางอย่างและลักษณะผู้ป่วยแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น

ข้อเสนอแนะ

จากการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคหืดในการวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดควรทำงานร่วมกันเป็นทีม ในลักษณะของทีมสหสาขา เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยทีมสหสาขาควรมีการวางแผนงานร่วมกัน อาจมีการใช้เอกสารข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกันเพื่อสะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น ข้อมูลทางด้านอาการทางคลินิกรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานการแพทย์ ส่วนข้อมูลในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความถูกต้องในวิธีการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วย เภสัชกรจะเป็นผู้รวบรวม โดยเป็นการประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ทราบถึงข้อมูลในด้านต่างๆของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการวินิจฉัย รักษา และการปรับเปลี่ยนยาแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยผู้ป่วยก็ไม่ต้องถูกสัมภาษณ์ในคำถามที่ซ้ำกันหลายรอบ และหลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ เภสัชกรควรประเมินปัญหาที่อาจเกิดเนื่องจากยาอีกครั้งหนึ่ง โดยทีมงานควรจะต้องประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 หน้าที่รับผิดชอบและคุณสมบัติที่พึงประสงค์ของบุคลากรในทีมสหสาขาในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหืด

บุคลากร	หน้าที่	คุณสมบัติ
แพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. วินิจฉัยและตรวจรักษา 2. สั่งจ่ายยา ปรับเปลี่ยนชนิด และขนาดการใช้ยาตามความเหมาะสม 3. ติดตามผลการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรคหืด
ผู้ช่วยพยาบาล หรือ พนักงานการแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมประวัติผู้ป่วยที่แพทย์นัด 2. ชักประวัติอาการทางคลินิกตาม แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืด 3. ทดสอบสมรรถภาพปอดอย่างง่ายโดยใช้ peak flow meter 4. บันทึกข้อมูลอาการทางคลินิกและผล peak flow meter 5. ช่วยออกบัตรนัดให้แก่ผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้เบื้องต้นเรื่องการดูแลผู้ป่วย 2. มีความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคหืดและการใช้ peak flow meter 3. มีมนุษยสัมพันธ์และทักษะในการสื่อสารที่ดี
พยาบาลประจำห้องตรวจวัดสมรรถภาพปอด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำการตรวจสมรรถภาพปอดผู้ป่วย โดยใช้ spirometer ตามแพทย์สั่ง 2. สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยถึงเหตุผลและความสำคัญของการตรวจวัดสมรรถภาพปอด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความชำนาญในการใช้ spirometer ในการตรวจวัดสมรรถภาพปอด 2. มีมนุษยสัมพันธ์และทักษะในการสื่อสารที่ดี
เภสัชกร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความถูกต้องในวิธีการใช้ยาสุดพ่นของผู้ป่วย รวมถึงป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยพบแพทย์ 2. บันทึกข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยลงในประวัติข้อมูลผู้ป่วย 3. ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเรื่องโรคหืดและการใช้ยารักษาโรคหืด 4. ติดตามประเมินผลการใช้ยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหืดและยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดเป็นอย่างดี 2. มีความสามารถในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย 3. มีมนุษยสัมพันธ์และทักษะในการสื่อสารที่ดี

2. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย 1 ราย ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาทีและต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนซ้ำในหัวข้อเดียวกัน การลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอาจทำได้โดย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มพร้อมกันซึ่งสามารถดำเนินการโดยเภสัชกรหรือพยาบาล หรือ การจัดทำเป็นวิดีโอทัศน์ให้ผู้ป่วยชมในขณะที่นั่งรอรับบริการ ส่วนการบริบาลทางเภสัชกรรมในขั้นตอนอื่นควรทำเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะขั้นตอนการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องอาศัยเวลาและทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย เภสัชกรต้องสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการให้ข้อมูลแก่เภสัชกร

3. จากผลการศึกษาที่ได้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคหืด และรูปแบบของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือวิธีการใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง แนวทางแก้ไขอาจทำได้โดย

- 3.1 ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ
- 3.2 เภสัชกรควรประเมินวิธีการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยพร้อมกับให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูดพ่นทุกครั้งและในทุกคนที่มารับบริการ แม้ว่าจะไม่ได้รับยาเป็นครั้งแรกก็ตาม
- 3.3 จัดทำเอกสารความรู้ในลักษณะ คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหืด พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืด สิ่งกระตุ้นให้เกิดการจับหืด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด แผนภาพวิธีการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องในแต่ละรูปแบบ

4. จากผลการศึกษาพบว่ายังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้องจากการประเมินผลครั้งที่ 2 แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมาแล้วก็ตาม แนวทางการแก้ปัญหา คือ เมื่อเภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยแล้วควรมีการติดตามประเมินผลและให้ความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง และสำหรับกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการติดตามผลการรักษาเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน เภสัชกรอาจใช้วิธีติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

5. สำหรับการนำไปปฏิบัติจริง ในปัจจุบันพบว่าอัตรากำลังของเภสัชกรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อาจไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืดร่วมกับทีมสหสาขาได้ วิธีที่สามารถปฏิบัติอาจทำได้โดย

- 5.1 การเฝ้าระวังหรือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดเนื่องจากการใช้ยา เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการ ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูดพ่นเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยที่มีประวัติการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือมีการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืด เป็นต้น
- 5.2 การฝึกอบรมการให้ความรู้ในเรื่องโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดให้กับพยาบาล หรือ บุคลากรทางการแพทย์อื่น ที่สามารถเข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่แทนเภสัชกรได้ในทีมสหสาขา

6. จากความสำคัญของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืด ควรมีการขยายงานไปยังกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน และในผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยให้คำแนะนำเรื่องการ ใช้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

7. สำหรับการศึกษาค่าต่อไปในอนาคต ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในด้านคุณภาพชีวิต และ ด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพของการให้บริการทางเภสัชกรรม เป็นต้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย