

ชื่อผลงานเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

ผู้เสนอผลงาน น.ส.ภาวิณี อร่ามเจริญรัตน์ ตำแหน่ง เภสัชกร 6 ว กลุ่มบริการทางการแพทย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย

ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2549 – 30 เมษายน 2550

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาและระดับCD4ของผู้ป่วย ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกจำนวน 17 คนที่มารับยาต้านไวรัสในคลินิกผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2549 – 30 เมษายน 2550

จากการศึกษาพบว่าปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามีทั้งสิ้น 30 ปัญหา โดยปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 43.34 รองลงมาคือปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งร้อยละ 36.67 ภายหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมพบว่าปัญหามีจำนวนลดลงเหลือ 9 ปัญหาคิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงเหลือร้อยละ 16.67 และปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งเหลือร้อยละ 13.33 ในด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยวิธีการสัมภาษณ์และการนับเม็ดยาที่เหลือพบว่า ผู้ป่วย 6 คน(ร้อยละ 35.29) มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 และมีผู้ป่วย 3 คน(ร้อยละ 17.65) มีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 85 ภายหลังที่ให้การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยทุกคนมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 85 โดยผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 เพิ่มขึ้นเป็น 13 คน(ร้อยละ 76.47) เมื่อพิจารณาระดับCD4 ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าCD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีจำนวนลดลงจาก 10 คน(ร้อยละ 58.52)เหลือ 4 คน(ร้อยละ 23.53) และผู้ป่วยที่มีค่าCD4 มากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 7 คน(ร้อยละ 41.18)เป็น 13 คน(ร้อยละ 76.47)

จากการศึกษาถึงผลของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แสดงให้เห็นว่า การที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในลักษณะเป็นรายบุคคล สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆได้

บทนำ

ในปัจจุบันโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายๆประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีรายงานข้อมูลโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของประชากรทั่วโลกจนถึงสิ้นเดือนธันวาคม ปี ค.ศ.2005 โดย UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มีจำนวนประมาณ 38.6 ล้านคน(33.4-46.0 ล้านคน) และเสียชีวิตแล้ว

จำนวน 25 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งในประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2527 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 305,318 คน และมีผู้เสียชีวิตแล้ว 85,123 คน^(1,2)

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV หรือ Human immunodeficiency virus) ซึ่งจะติดเชื้อในเม็ดเลือดขาว ทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานไม่ดีหรือถูกทำลายไป มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้ออ่อนแอลง เป็นผลทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ไม่สามารถที่จะรักษาได้ทั้งหมด และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ปัจจุบันมีการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเป้าหมายของการรักษานั้นไม่ได้รักษาโรคให้หายขาดแต่เพื่อลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น สบวหรือแก้ไขภูมิคุ้มกันที่เสียไป และลดปริมาณเชื้อไวรัสให้เหลือน้อยที่สุดและนานที่สุด⁽³⁾ ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ในอดีตยาต้านไวรัสมีราคาแพงเนื่องจากต้องนำเข้าจากต่างประเทศ แต่ในปัจจุบันยามีราคาถูกลงมาก ประกอบกับการขยายโอกาสการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และโครงการการป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก (CARE) ส่งผลให้มีผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นจำนวนมากโดยไม่ต้องเสียค่ายา จึงทำให้ผู้รับยามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต จากรายงานเดือนกันยายน พ.ศ.2549 มีผู้รับยาต้านไวรัสจำนวน 83,925 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2546 ที่มีผู้รับยาจำนวน 8,500 คน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่พร้อมเข้ารับบริการถึงเดือนละประมาณ 2,300 คน⁽²⁾

การรับประทานยาของผู้ป่วยนั้นต้องตรงเวลาและต่อเนื่องจึงจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ สามารถระงับการเพิ่มปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ลดการทำลาย CD4 ลดการเกิดเชื้อดื้อยา ลดโอกาสและความถี่ของการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งชะลอการดำเนินสู่โรคเอดส์ให้ช้าลงส่งผลให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่จากงานวิจัยหลายเรื่องพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การศึกษาพฤติกรรม การรับประทานยาต้านเรโทรไวรัสของผู้ป่วยนอก ณ สถาบันบาราคนราดูร พบว่าผู้มารับยาเคยมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 67.8 โดยผู้ที่รับประทานยาที่มีความถี่ทุก 8 ถึง 12 ชั่วโมง จะมีความคลาดเคลื่อนในการรับประทานสูงถึงประมาณร้อยละ 40-100 และการลืมรับประทานยา ยังพบบ่อยถึงร้อยละ 47.8⁽⁴⁾ การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายถูกต้องตามแพทย์สั่งเพียงร้อยละ 14 ซึ่งลักษณะการใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่งที่พบมากที่สุดคือ การหยุดยาเอง ขาดยาเป็นบางมื้อพบได้มากถึงร้อยละ 80.56⁽⁵⁾ และการศึกษาผู้รับยาต้านไวรัสในจังหวัดราชบุรี ผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยาถึงร้อยละ 81.4 โดยเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุดร้อยละ 74.3⁽⁶⁾ การที่ผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาและไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ทำให้ผลการวิจัยทางคลินิกผิดพลาด การรักษาไม่ได้ผล เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นเภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ตรงเวลา และต่อเนื่อง พร้อมทั้งป้องกันอันตรายจากอาการไม่พึง

ประสงค์จากการใช้ยาซึ่งพบได้บ่อย ซึ่งแนวทางหนึ่งที่สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ คือ การบริหารทางเภสัชกรรม

การบริหารทางเภสัชกรรม(Pharmaceutical care)คือ การให้การดูแลรักษาด้วยยาซึ่งประกอบด้วย กระบวนการค้นหาปัญหา ป้องกันการเกิดปัญหา และแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือ Drug-Related Problems(DRPs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลลบจนผลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยการจำแนก DRPs แบ่งออกเป็น 8 ประเภทได้แก่ การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา การใช้ยาในขนาดที่มากกว่าการรักษา การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาของยา และการได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้⁽⁷⁾ โดยมีการศึกษาผลการให้การบริหารทางเภสัชกรรมรายบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี พบว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 46.67 โดยเภสัชกรได้ให้การบริหารทางเภสัชกรรมรายบุคคลแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งทำการวินิจฉัยปัญหา แก้ไขและป้องกันปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น ซึ่งทุกปัญหาสามารถแก้ไขและป้องกันได้และผู้ป่วยมีผลการตอบสนองที่ดีต่อยา โดยมีค่า CD4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.13⁽⁸⁾ รวมถึงอีกการศึกษาหนึ่งในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา พร้อมทั้งเพิ่ม adherence และ compliance ของผู้ป่วยได้⁽⁹⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำการบริหารทางเภสัชกรรมมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาถึงผลลัพธ์ในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับCD4ของผู้ป่วย เพื่อให้การรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด สามารถชะลอการดำเนินสู่โรคเอดส์ให้ช้าลงส่งผลให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นและไม่ก่อให้เกิดอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับCD4ของผู้ป่วย

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

1. วิธีการดำเนินงาน

- เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Prospective descriptive study)
- ศึกษาเอกสาร ทบทวนข้อมูลและวารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
- กำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย
- จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- จัดเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อม และเตรียมเอกสาร/คู่มือที่ต้องใช้ในการทำวิจัย
- ประชุมชี้แจงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ

- เมื่อถึงวันนัดที่ผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสในแต่ละเดือน หลังจากผู้ป่วยเข้าพบแพทย์แล้วเภสัชกร จะให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น รวมถึงการ หนีบเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย
- รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
- สรุปผล และเขียนรายงานการวิจัย
- เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทราบ

2. ขอบเขตงาน

ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มารับยาต้านไวรัสในคลินิกผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกราย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2549 - 30 เมษายน 2550 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสดังนี้⁽¹⁰⁾

สำหรับผู้ใหญ่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ร่วมกับมีค่า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
3. ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่มี CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่รับยาต้านไวรัสต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมรักษาในโครงการ

สำหรับเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและมีอายุ 12 เดือนขึ้นไป

1. มีอาการอยู่ใน clinical staging B หรือ C
2. มีระดับ CD4% น้อยกว่า 20%

ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

จากการดำเนินการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสในคลินิกผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 17 คน พบว่าเป็นเพศชาย 9 คน (ร้อยละ 52.94) เพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 47.06) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.18 มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม ถึงร้อยละ 88.24 และร้อยละ 52.94 ของผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสแล้ว โดยมีปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 76.47 ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 88.24 และ 94.12 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 82.35 รับยาต้านไวรัสและยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 2 รายการ โดยมีผู้ป่วย 1 คนรับยามากที่สุดจำนวน 4 รายการ คิดเป็นร้อยละ 5.88

ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

1. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสามารถสืบค้นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ทั้งสิ้น 30 ปัญหา โดยปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด(ร้อยละ 43.34) รองลงมาคือปัญหาไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง(ร้อยละ 36.67) ปัญหาไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ(ร้อยละ 10.00) ปัญหาใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา(ร้อยละ 3.33) ปัญหาใช้ยาในขนาดที่มากกว่าการรักษา(ร้อยละ 3.33) และปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา(ร้อยละ 3.33) ภายหลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

พบว่าปัญหาที่มีจำนวนลดลงเหลือ 9 ปัญหา (ร้อยละ 30.00) โดยเป็นปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5 ปัญหา(ร้อยละ 16.67) และปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 13.33)

ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่บ่อยที่สุดคือ ผื่นแพ้ทางผิวหนังแบบไม่รุนแรงจำนวน 5 คน(ร้อยละ 38.46) ซึ่งให้ยาต้านฮีสตามีนชนิดรับประทานแล้วไม่มีอาการอีก มีผู้ป่วยเพียง 1 คน(ร้อยละ 7.69)ที่ต้องรับยาด้านฮีสตามีนชนิดรับประทานและยาทาสเตียรอยด์ทุกครั้งเพื่อบรรเทาอาการ ส่วนอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลดนั้นพบในผู้ป่วย 3 คน(ร้อยละ 23.08) แก้ไขโดยให้วิตามินบำรุงไปรับประทาน ซึ่งผู้ป่วย 1 คน(ร้อยละ 7.69)อาการดีขึ้น แต่อีก 2 คน(ร้อยละ 15.39)ยังมีอาการอยู่ซึ่งอาจเป็นอาการนำของภาวะ Lactic acidosis เกสชกรและพยาบาลจึงได้ทำการเฝ้าระวังอยู่ ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้นเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กเฉพาะช่วงแรกที่ได้รับยา แต่ไม่มีอาการอีกเมื่อรับยาค้างต่อไป

ปัญหาไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งนั้น ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

ปัญหาไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ ได้แก่ แพทย์ไม่ได้จ่ายยา Co-trimoxazole และ Fluconazole เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสให้แก่ผู้ป่วยที่มี CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. และต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. ตามลำดับ

ปัญหาใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กทำน้ำหกใส่ขวดยาในปริมาณเล็กน้อยแต่มีเม็ดยาบางส่วนที่เกาะกันเป็นก้อน โดยไม่กล้าบอกผู้ดูแลเนื่องจากกลัวโดนดุ จึงยังคงรับประทานยานั้นต่ออีก 1 วัน เมื่อเภสัชกรนำมาดูจึงเห็นว่ายาเสื่อมสภาพจากการเปียกน้ำ จึงอธิบายและแนะนำผู้ดูแลเรื่องการเก็บรักษา

ปัญหาใช้ยาในขนาดที่มากกว่าการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กมารับยาก่อนวันนัด โดยบอกว่าทานยาครบตลอด ไม่มีลืมและไม่ได้ทำยาหาย แต่มีบางครั้งที่ไม่แน่ใจว่ารับประทานยาไปแล้ว ซึ่งปกติเด็กจะหิวยารับประทานเอง เมื่อผู้ดูแลกลับบ้านจะสอบถามอีกครั้งหนึ่งถ้าเด็กลืมก็จะให้รับประทานยาทันที จึงเป็นไปได้ว่าจะได้รับยาซ้ำซ้อน แก้ไขโดยให้ลุงของผู้ป่วยช่วยดูการรับประทานยาตอนเย็นซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ดูแลยังไม่กลับบ้าน

ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยา Efavirenz มีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 2 เดือน เมื่อสอบถามพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาห่างจากอาหารมื้อเย็นประมาณ ½ - 1 ชั่วโมง และอาหารมักเป็นประเภททอดและมันเป็นส่วนใหญ่ เมื่อให้เปลี่ยนเวลารับประทานอาหารให้เร็วขึ้นพบว่าอาการดีขึ้น

2. ความร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อศึกษาถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยวิธีการสัมภาษณ์และการนับเม็ดยาที่เหลือพบวก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วย 6 คน(ร้อยละ 35.29) มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างร้อยละ 85 ถึงร้อยละ 95 มีจำนวน 8 คน(ร้อยละ 47.06) และผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าร้อยละ 85 มีจำนวน 3 คน(ร้อยละ 17.65) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็ก 2 คนและผู้ใหญ่ 1 คน

ภายหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยทุกคนมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยไม่มีผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าร้อยละ 85 เลย และผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า

ร้อยละ 95 เพิ่มขึ้นเป็น 13 คน(ร้อยละ 76.47) เนื่องจากผู้ป่วยมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และอยากเห็นตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น

3. ระดับ CD4 ของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาระดับCD4 ของผู้ป่วยหลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยที่มีค่า CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีจำนวนลดลงจาก 10 คน(ร้อยละ 58.52) เหลือ 4 คน(ร้อยละ 23.53) และผู้ป่วยที่มีค่า CD4 มากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 7 คน(ร้อยละ 41.18) เป็น 13 คน(ร้อยละ 76.47) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาถึงผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แสดงให้เห็นว่า การที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในลักษณะเป็นรายบุคคล สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ มีผลเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้ป่วยไม่มารับยาในวันคลินิกแต่มารับวันอื่นแทน ซึ่งบางครั้งจะไม่ได้เจอกับผู้วิจัย จึงไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมครบทุกครั้งที่มารับยา
2. บางครั้งผู้วิจัยปฏิบัติงานจ่ายยาเพียงคนเดียวไม่มีผู้มาทำหน้าที่แทน จึงมีเวลาเพียงเล็กน้อยในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม อาจทำให้ไม่สามารถสืบค้นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างละเอียดซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ไม่ตรงจุด
3. ผู้ป่วยบางรายไม่มารับยาด้วยตนเองทุกครั้ง แต่ให้ภรรยาซึ่งได้รับยาด้านไวรัสเช่นเดียวกันมารับยาแทน ทำให้ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ป่วยแต่ละคนเริ่มรับยาไม่พร้อมกันจึงตรวจ CD4 ไม่ตรงกัน หลายคนไม่ได้ตรวจในช่วงเดือนธันวาคมที่เริ่มทำการศึกษาก็ใช้ค่า CD4 ครั้งล่าสุดซึ่งอาจก่อนการศึกษานาน 1-3 เดือน นำมาอ้างอิงเป็นค่าก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น เนื่องจากเมื่อซักถามและพูดคุยกับผู้ป่วยนานขึ้นก็จะพบสาเหตุที่มาของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เภสัชกรสามารถสืบค้นปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยได้ดี
2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการนับเม็ดยา มีความสะดวก รวดเร็ว แม่นยำและปฏิบัติได้ง่ายที่สุด แต่มีข้อเสียคือถ้าผู้ป่วยไม่นำยามาด้วยจะไม่สามารถตรวจสอบได้และเม็ดยาที่หายไปนั้นไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยรับประทานจริง ซึ่งเภสัชกรจะต้องนับโดยไม่ให้ผู้ป่วยทราบหรือเห็นขั้นตอนการนับและเพื่อป้องกันการที่ผู้ป่วยไม่นำยามาโรงพยาบาล พร้อมทั้งบอกเหตุผลในการนำยามาว่าต้องการตรวจสอบยอดการใช้ยาเพื่อนำมาเบิกยาในครั้งต่อไป และการประเมินความร่วมมือใน

การใช้ยาของผู้ป่วยมีหลายวิธี ไม่ควรใช้เพียงวิธีเดียวหรือใช้วิธีใดวิธีหนึ่งตลอด เนื่องจากไม่มีวิธีใดที่จะวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด ต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปรีชา มณฑกานติกุล, โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์, ใน ปรีชา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสาระวงศ์, สุทธิพร ภัทรชยากุล, (บรรณาธิการ). คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์, กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน, 2550: 16-19.
2. อิตาพร จิรวัฒน์ไพศาล. นโยบายโครงการสนับสนุนยาต้านเอชไอวีเอดส์. ใน ปรีชา มณฑกานติกุล, ปรีชา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสาระวงศ์, สุทธิพร ภัทรชยากุล, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์, กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน, 2550: 2-8.
3. ถนอมศักดิ์ อเนกธนานนท์. การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส. An Update on Infectious Diseases, กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์, 2548: 545-547.
4. กนกพร เมืองชนะ, วิไลวรรณ พร้อมมูล, ปิยนุช สมตนะ. พฤติกรรมการรับประทานยาต้านเรโทรไวรัสของผู้ป่วยนอก. สืบค้นจาก <http://www.thaihp.org>. วันที่เข้าไปสืบค้น April 19, 2007.
5. วาสี ศิริเสาวลักษณ์. รายงานวิจัยเรื่อง การให้บริการด้านบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน โรงพยาบาลนครพิงค์. เภสัชกรรมคลินิก: 2542-2543; 8(1-2): 49.
6. อนามิกา มากจ้อย. การใช้ยาในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดราชบุรี. เภสัชศาสตร์ มหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
7. อภิญญา เตชะจุฑา. เอกสารโรเนียวของภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 124-127.
8. สุทธิพงษ์ วาณิชชัยเจริญ. ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี. ว.วิชาการเขต 12. 2548; 16(3): 15-27.
9. อรรณพ หิรัญดิษฐ์. การบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิก HIV ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เภสัชศาสตร์ มหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
10. คณะทำงานโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. แนวทางปฏิบัติงานโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2549: 40-41.