

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุรีย์ รอดทอง

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้าน (ถ้ามี) เภสัชกรรมคลินิก ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 852 กลุ่มงาน เภสัชกรรม กลุ่มภารกิจ บริการจิตเวชและสุขภาพจิต
 หน่วยงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ธันวาคม 2565 - กันยายน 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การบริหารทางเภสัชกรรม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และเพื่อเปรียบเทียบการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

ปัญหาที่โรคซึมเศร้าพบได้บ่อยทั่วโลก ประชากรโลกประมาณ 280 ล้านคนในโลกเป็นโรคซึมเศร้า¹ ความชุกของโรคซึมเศร้าทั้งประเทศไทยร้อยละ 2.7² ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจึงอาจพบปัญหาจากการใช้ยาได้ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา หมายถึง เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา หรืออาจรบกวนผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องการ³ เช่น ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง เป็นต้น อัตราของความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ที่ 10.6-17.5 และ 10-42 ต่อผู้ป่วย 1,000 คนตามลำดับ⁵ มีรายงานว่าการไม่พึงประสงค์จากยา (ADE) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยร้อยละ 12.6 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทางด้านสุขภาพจิต⁶ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาร้อยละ 1.7-59⁷ เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำและลดความผิดพลาดของการสั่งใช้ยาได้ร้อยละ 2.6⁸ การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการรักษาด้วยยาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น หน้าที่หลักคือการระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่อาจเกิดขึ้น เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สามารถลดปัญหาจากการใช้ยาลงได้ ปัจจุบันการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) มีการนำมาใช้มากขึ้น ในปีงบประมาณ 2565 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีผู้รับบริการ telepsychiatry 1,022 คน และผู้ป่วยที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่พบมากที่สุด ร้อยละ 43.85 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดนอกจากนี้อาจมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดในการรักษา รวมทั้งยารักษาโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้มาก ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้ การที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ขาดความตระหนัก ความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงความคลาดเคลื่อนทางยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา อาจทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยซึมเศร้า (MDD) ปีงบประมาณ 2565 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) 293 ปัญหา จากผู้ป่วย 386 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.91 เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 70

ราย (ร้อยละ 17.95) อาการที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ EPS มือสั่น ตัวแข็งเกร็ง ตาพร่า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ลิ้นรับรสผิดปกติ ง่วงซึมมาก เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.96 รับประทานยาตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไป ทำให้พบการใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาต้านเศร้ากับยาอื่นแล้วมีผลทำให้เกิด QT prolongation หรือการใช้ยาต้านเศร้าร่วมกันหลายชนิดทำให้มีโอกาสเสี่ยงการเกิด serotonin syndrome ปัญหาการใช้ยาที่ออกฤทธิ์กลุ่มเดียวกันร่วมกัน จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 15.64) พบปัญหาผู้ป่วยปรับขนาดยาเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง หรือไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือไม่อยากรับประทานยา จำนวน 20 ราย เป็นต้น ดังนั้นการที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ทำให้เพิ่มโอกาสในการค้นหา ป้องกันและแก้ไข หรือติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการ เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริหารทางเภสัชกรรม โรคซึมเศร้า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การบริการเภสัชกรรมทางไกล ขั้นตอนบริการเภสัชกรรมทางไกล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จัดทำแบบบันทึกข้อมูลวิจัย ส่งข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมในบริการเภสัชกรรมทางไกล ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลัง ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ใช้สถิติ Paired t-test /Wilcoxon signed rank test วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS กรณีที่ค่า P-value <0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล และเผยแพร่งานวิจัย

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

-อยู่ระหว่างดำเนินการ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค แนวทางการรักษา การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากยา เป็นต้น และให้ความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปตามเป้าหมายการรักษา

2. ทราบข้อมูลการเกิดปัญหาเกี่ยวข้องกับยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

3. ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาปรับใช้เพื่อหาวิธีปฏิบัติการบริหารทางเภสัชกรรมในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

-อยู่ระหว่างดำเนินการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

-อยู่ระหว่างดำเนินการ

9) ข้อเสนอแนะ

-อยู่ระหว่างดำเนินการ

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุรีย์ รอดทอง

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้าน (ถ้ามี) เภสัชกรรมคลินิก

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 852 กลุ่มงาน เภสัชกรรม กลุ่มภารกิจ บริการจิตเวชและ
สุขภาพจิต หน่วยงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบัน
กัลยาณ์ราชนครินทร์

2) หลักการและเหตุผล

ในประเทศไทยผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย¹ จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) จะเป็นช่วงที่ประชากรที่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ในช่วงปี พ.ศ.2560 จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 11.7 ล้านคน ในปี พ.ศ.2558 เป็น 22.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583² ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังต่างๆ หลายโรคร่วมกัน ซึ่งต้องได้รับยาหลายชนิดและการใช้ยามีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุอาจมีผลกระทบต่อการทำงานของไตประจำวัน หรือทำให้เกิดโรคต่างๆ และมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic) และเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamic) ของยาได้³ ซึ่งในประชากรผู้สูงอายุอาจพบผู้ที่มีปัญหาโรคทางจิตเวชได้ โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ⁴ โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน (ร้อยละ 0.32) ทั่วโลก อัตรานี้คือ 1 ใน 222 คน (ร้อยละ 0.45) ในผู้ใหญ่^{5,7} ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและช่วงอายุ 20 ปี และมักเริ่มมีอาการเร็วกว่าในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โรคจิตเภทมักเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทุกข์ยากและความบกพร่องในชีวิตส่วนตัว ครอบครัว สังคม การศึกษา การงาน และส่วนสำคัญอื่นๆ ของชีวิต ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าคนทั่วไป 2 ถึง 3 เท่า^{6,7} ซึ่งมักเกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ระบบเมตาบอลิซึม และโรคติดเชื้อ⁷ ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุจำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้อาจพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้

เภสัชกรมีบทบาทในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม เช่น การประสานรายการยา (medication reconciliation) เป็นต้น การค้นหา การระบุ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับยา (Drug-Related Problem; DRPs) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา หมายถึง เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา หรืออาจรบกวนผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องการ⁸ เช่น ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยากับยา ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง เป็นต้น สำหรับปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้ยาน้อย 5 รายการ และมีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาต่าง ๆ^{3,9} ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในสถานดูแลมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) ยาที่อาจไม่เหมาะสม และปฏิกริยาระหว่างยากับยา ยาที่อาจไม่เหมาะสมที่ใช้บ่อยที่สุด คือ ยารักษาโรคจิต เบนโซไดอะซีพีน ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การวินิจฉัยภาวะ atrial fibrillation และการใช้ยาที่สูงขึ้นในการบำบัดด้านหัวใจ ยาจิตเวชและจิตประสาท¹⁰ การบริโภทยาหลาย

ขนาน โดยภาวะที่พบค่อนข้างบ่อยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุเนื่องจากยา คือ การพลัดตกหกล้มเนื่องจากยาต้านเศร้า ยานอนหลับ ยาต้านโคลิเนอร์จิก และยาต้านโรคจิต จากสถิติพบว่าการใช้ยาต้านจิตเวชมากกว่า 2 ขนานขึ้นไปทำให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้ป่วยใช้ยาต้านโรคจิต 1 ขนาน ประมาณ 2.4-4.5 เท่า¹¹ นอกจากนี้ยังพบภาวะความบกพร่องด้านความจำและการรู้คิดเนื่องจากยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาแก้ชัก และยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน¹² อาการสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ยาต้านโคลิเนอร์จิก และยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน อาการปัสสาวะไม่ออกเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลงเนื่องจากยาต้านโคลิเนอร์จิก¹³ เป็นต้น โดยสรุปผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคเรื้อรังจึงได้รับยาหลายชนิด การใช้ยามีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการดูแล การบริหารทางเภสัชกรรม เช่น การประเมินและติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้การบริหารผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังต่างๆ หลายโรคร่วมกัน ซึ่งต้องได้รับยาหลายชนิดและการใช้ยามีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุอาจมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้เกิดโรคต่างๆ รวมทั้งการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายบกพร่องหรือเสื่อมลง เช่น การทำงานของตับและไต และมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยา เช่น การดูดซึมยา การเปลี่ยนแปลงยา การกระจายยา และการขับยาออกจากร่างกายได้ ผู้ป่วยสูงอายุอาจมียารักษาโรคประจำตัวหลายชนิด และยาบางชนิดมีความเสี่ยงสูงหากใช้ในผู้สูงอายุ เช่น ยาต้านโรคจิต ยาต้านซึมเศร้า ยาต้านโคลิเนอร์จิก เป็นต้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และยาทางจิตเวชก็อาจทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้หลายชนิด ผู้ป่วยสูงอายุจึงควรได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสม เช่น การประเมินและการติดตามการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัยและได้ประสิทธิภาพสูงสุด

แนวความคิด หลักการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดรวมกับการรักษาอื่นๆ เช่น จิตบำบัดหรือการผ่าตัด การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุควรคำนึงถึงข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความร่วมมือในการใช้ ยาและราคา (indication, efficacy, safety, adherence and cost/convenience, IESAC) เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ แต่มีข้อพิจารณามากกว่า โดยทั่วไปการใช้ยาประกอบด้วยการสั่งใช้ยา การคัดลอกยา การจ่ายยา การให้ยา การติดตามการใช้ยาและการใช้ยาของผู้ป่วย³ เป็นต้น ยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยสูงอายุ ในการประเมินยาที่มีความเสี่ยงสูงจะต้องมีหลักเกณฑ์หรือเครื่องมือที่ช่วยพิจารณา หลักเกณฑ์ในปัจจุบันที่ได้รับการยอมรับทั่วไปคือ Beers criteria ของ American Geriatrics Society¹⁴ และ STOPP, START criteria (Screening Tool of Older Persons Prescriptions, Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)¹⁵ สามารถใช้หลักเกณฑ์นี้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ยาที่ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ แต่ทั้งนี้จะต้องอาศัยดุลยพินิจของแพทย์และทีมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน Beers criteria ประกอบด้วยหลักเกณฑ์การใช้ Potentially Inappropriate Medications (PIMs) ใน 5 ด้านคือ 1) การใช้ PIMs ในผู้ป่วย

สูงอายุโดยรวม 2) การใช้ PIMs ที่มีอันตรกิริยาระหว่างยากับโรคซึ่งอาจทำให้โรคแย่ลง 3) การใช้ PIMs ที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยสูงอายุ 4) การใช้ PIMs ที่มีอันตรกิริยาระหว่างยาที่ไม่ใช่ปฏิชีวนะกับยาอื่นซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกและควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ 5) การใช้ PIMs ซึ่งไม่ใช่ยาปฏิชีวนะที่ควรหลีกเลี่ยงหรือลดขนาดลงตามการทำงานของไตในผู้ป่วยสูงอายุ³

ข้อเสนอ

1. ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุ โรคจิตเภท เช่น ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท แนวทางประเมินปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ
2. ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อชี้แจงแนวทางปฏิบัติงานของเภสัชกรในการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุ พร้อมทั้งจัดทำวิธีปฏิบัติ/แนวปฏิบัติการบริหารทางเภสัชกรรม
3. วางแผนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท และวิเคราะห์ เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ เป็นเวลา 1 เดือน และช่วงที่ 2 นำข้อมูลปัญหาที่พบจากช่วงที่ 1 มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเก็บข้อมูลการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม ในช่วงที่ 2 เป็นเวลา 1 เดือน
4. สร้างแบบเก็บข้อมูลที่ประกอบไปด้วยข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด รวมทั้งยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลอื่น ๆ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (DRPs) พร้อมทั้งการจัดการแก้ปัญหา และข้อมูลการส่งต่อเพื่อติดตามผู้ป่วยในครั้งต่อไป
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ในผู้ป่วยสูงอายุ ในช่วงที่ 1
6. วิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ สรุปปัญหา พร้อมทั้งนำเสนอประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาวิธีป้องกันและแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย
7. นำวิธีการแก้ปัญหา มาพัฒนาเป็นวิธีปฏิบัติการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท และเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่ 2 ของการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม
8. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล นำเสนอในที่ประชุมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาเป็นวิธีปฏิบัติและคู่มือการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภทต่อไป

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีระบบการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยในได้รับบริการทางเภสัชกรรม มากกว่าร้อยละ 80
2. มีวิธีปฏิบัติ/คู่มือการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปัจุบันประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปัจุบันประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ  (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางสาวสุรีย์ รอดทอง)

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

วันที่ 13 ธันวาคม 2565

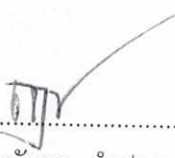
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(นายอภิชาติ แสงสิน)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

วันที่ 13 ธันวาคม 2565

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วันที่ 13 ธันวาคม 2565

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้