

ผลของการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้าน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ปริยา ถมุดธา^{1*}, ชมพูนุท พัฒนจักร¹, อติศักดิ์ ถมุดธา², สุกัญญา คำผา¹, สุภิญญา ภูมิตชกิจ¹, ปกัสนรินทร์ จีระอำพรวัฒน์¹,
ภาวินี เพลรินทร์¹

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

²กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Effects of Home Care Pharmacy Service in Urban Area Health System, Mahasarakham Province

Pariya Thomudtha^{1*}, Chompunut Pattanajak¹, Adisak Thomudtha², Sukanya Khampa¹, Supinya Phoomwanitchakit¹,
Papassarin Jeeraaumpornwat¹, Pawinee Plerin¹

¹Pharmacy Department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province

²Thai Traditional and Alternative Medicine Department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province

หลักการและวัตถุประสงค์: จากการปฏิบัติงานเมื่อให้บริการเภสัชกรรมพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจึงใช้กลไกของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเภสัชกรออกเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาปัญหาจากยา

วิธีการศึกษา: เป็นการสังเกตเชิงพรรณนา โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บริการเภสัชกรรมต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเก็บข้อมูล เภสัชกรประเมินสุขภาพของผู้ป่วยด้วยวิธี INHOMESSS ค้นหาปัญหาการใช้ยา สาเหตุ การแก้ปัญหา และประเมินผลลดการแก้ปัญหา โดยประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จ.มหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2559

ผลการศึกษา: ได้ออกให้บริการเภสัชกรรมที่บ้านเป็นจำนวน 54 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.81 มีอายุเฉลี่ย 65.21 ± 12.74 ปี เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไขมัน) สูงถึงร้อยละ 36.99 การประเมินผู้ป่วยด้วย INHOMESSS พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวที่ลำบาก ร้อยละ 66.67 มีลักษณะการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 55.55 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 51.02) สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจากยาส่วนใหญ่ คือ การได้รับรายการ

Background and Objective: The pharmacists at primary care unit found many drug related problems (DRPs) when patients received medicine. This study aimed to investigate the effects of home care pharmacy services.

Methods: This was a descriptive study. This study determined inclusion criteria for home health care and used data collected via home care record forms as a research tool. The pharmacists were required to identify DRPs and potential for home health care with a systematic approach which consisted of data collection, assessing patients during the visit following INHOMESSS guidance and management of DRPs for individual patients. The study population were the patients has been visited at home by pharmacists from the urban area health system of Mahasarakham province in fiscal year 2016.

Results: There were 54 patients visited by pharmacists. Most of them were females (64.81%), and average age was 65.21 ± 12.74 years. The highest rate of chronic illness (diabetes hypertension and dyslipidemia) in homes visited by the pharmacists were 36.99%. A holistic patient assessment undertaken with INHOMESSS method found that the majority of them had poor mobility (66.67%) and improper nutrition (55.55%). Regarding evaluation of

*Corresponding Author: Pariya Thomudtha, Pharmacy Department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province
E-mail: pocky107@hotmail.com, Tel: +668 1614 3587

ยาจำนวนมากเกินร้อยละ 24.49 เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 49.07 การบริการเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 91.66

สรุป: การศึกษานี้สามารถเพิ่มการบริการเภสัชกรรมได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาที่บ้านและเภสัชกรสามารถแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดจากยาของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน, การออกเยี่ยมบ้าน, เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จ.มหาสารคาม

DRPs, most were attributed to non-adherence (51.02%) whereby the cause of DRPs could be attributed to prescription of numerous drugs (24.49%). Nearly half (49.07%) of the pharmacists' main role in home care pharmacy service for managing DRPs was reviewing medication and adherence monitoring. Effective resolution of DRPs by pharmacists was as high as 91.66%.

Conclusions: In summary, the results from this study indicated that pharmacists could increase home care pharmacy services in the target group following inclusion criteria for screening and finding DRPs. The pharmacists could resolve the DRPs.

Keywords: Continuity of pharmaceutical care, home care pharmacy service, urban area health system, Mahasarakham

ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3): 229-35. • Srinagarind Med J 2017; 32(3): 229-35.

บทนำ

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นมีความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาด้านปฐมภูมิตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2555-2559 ที่ให้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องระดับครอบครัว (การเยี่ยมบ้าน) เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการ¹ เป็นต้น

การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือ การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่อยู่ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้เป็นไปตามเป้าหมาย การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือหนึ่งในการทำให้สามารถเข้าใจภาพชีวิตจริงของผู้ป่วยได้มากที่สุด² จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะการช่วยลดปัญหาการใช้ยาและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น การศึกษาของ Manadee และคณะ³ ได้ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตตัวของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตหลังได้รับการเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการปฏิบัติงานเมื่อให้บริการเภสัชกรรมกับผู้ป่วยที่มารับยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลายประการ เช่น ผู้ป่วยมียาเหลือจำนวนมากแต่ให้ข้อมูลว่ากินยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา การใช้ผลิตภัณฑ์อื่นนอกจากแผนการรักษาปัจจุบันที่ได้รับ

เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา จึงมีความคิดที่จะใช้กลไกการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมาช่วยแก้ไขปัญหา ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านโดยใช้การประเมินด้วยวิธี INHOMESSS และ (2) เพื่อศึกษาชนิดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ของการแก้ไข ปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายอำเภอเมือง โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558-30 กันยายน 2559 (ปีงบประมาณ 2559)

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเภสัชกรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จ.มหาสารคาม โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้บริการเภสัชกรรมต่อเนื่องในชุมชน (การเยี่ยมบ้าน) โดยมีกลุ่มเป้าหมายดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง หอบหืด โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน ความจำเสื่อม) (2) ผู้ป่วยไตวาย และ/หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต (3) ผู้ป่วยจิตเวช (4) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (5) ผู้พิการ (6) ผู้ป่วยติดเตียง (7) ผู้ที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence) (8) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาเทคนิคพิเศษที่มีความเสี่ยงในการใช้ไม่ถูกวิธี และอาจไม่ประสบผลสำเร็จ

ในการรักษา (9) ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน (fatal drug interaction) ซึ่งมีความเสี่ยงที่อาจจะเกิดปัญหาจากการใช้ยา (10) ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง (high alert drugs) ที่มีแนวโน้มอาจเกิดปัญหาการใช้ยา (11) ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพไว้แล้วและแพทย์เห็นว่าควรจะมีการติดตามเพื่อดูแลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จากนั้นได้แจ้งทีมเยี่ยมบ้านพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบจะจัดลงเยี่ยมในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเพื่อให้เภสัชกรได้ลงไปเยี่ยมบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบประวัติการรักษาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนการไปเยี่ยมผู้ป่วยและการวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาเภสัชกรจะบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การตรวจสอบสุขภาพตามแนวทาง INHOMESSS การทบทวนประวัติการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ การค้นหาปัญหา สาเหตุ การแก้ไขปัญหาก็ให้กับผู้ป่วย และการประเมินผลลัพธ์การแก้ไขปัญหามาจากยา

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผล

1. การประเมินผล INHOMESSS ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการประเมิน INHOMESSS เป็นแนวทางประเมินผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน²

ประเด็น	การประเมินผล
I - Immobility	Good: เคลื่อนไหวได้ดี, Poor: เคลื่อนไหวได้ลำบาก/ทำไม่ได้/ติดเตียง
N-Nutrition	Good: ทานเหมาะสม, Poor: ทานไม่ได้/ทานไม่ถูกสุขลักษณะ
H-Housing	Good: ไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ, Poor: มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ
O-Other people	Good: มีคนคอยดูแลช่วยเหลือ, Poor: ขัดแย้งกับผู้อื่นภายในบ้าน หรือไม่มีผู้ดูแล
M-Medication	Good: ไม่มีการใช้ผลิตภัณฑ์อื่น, Poor: มีการใช้ผลิตภัณฑ์อื่นที่เสี่ยงต่อภาวะโรค
E-Examination	Good: มีสัญญาณชีพที่ปกติ, Poor: มีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ
S-Safety	Good: ปลอดภัย, Poor: ไม่ปลอดภัย
S-Spirituality	Good: มีกำลังใจดี, Poor: สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต
S-Services	Good: ทราบหน่วยบริการที่จะไปใช้บริการได้, Poor: ไม่ทราบว่าเวลาเจ็บป่วยจะไปไหน

หัวข้อ Medication ในส่วน INHOMESSS จะประเมินเพียงการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นหรือไม่ ส่วนประเด็นปัญหาจากการใช้ยาจะแยกพิจารณาในส่วนหัวข้อปัญหาที่เกิดจากยา

2. การประเมินผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาจากยา แบ่งออกเป็น

- สามารถจัดการปัญหาได้ทั้งหมดหมายถึง เภสัชกรประเมินสิ่งที่เภสัชกรแก้ไขปัญหาด้านยาให้กับผู้ป่วย แก้ไขได้สำเร็จสมบูรณ์
- สามารถแก้ไขปัญหาได้บางส่วน หมายถึง เภสัชกรประเมินสิ่งที่เภสัชกรแก้ไขปัญหาด้านยาให้กับผู้ป่วย แก้ไขได้บางส่วนไม่สมบูรณ์ทั้งหมด
- ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข หมายถึง เภสัชกรไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านยาได้

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

ออกเยี่ยมบ้านทุกวันจันทร์และวันพุธของแต่ละสัปดาห์ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแบ่งออกเป็น 3 กระบวนการ คือ ก่อนออกเยี่ยมบ้าน (รวบรวมข้อมูล และสรุปปัญหาที่ควรติดตามผู้ป่วยที่บ้าน) ขณะเยี่ยมบ้าน (ประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามหลัก INHOMESSS (ตารางที่ 1) และค้นหาปัญหาจากยา ปรีกษา ร่วมกับทีม และให้การแก้ไขปัญหามาจากยา) และหลังเยี่ยมบ้าน

(สรุปข้อมูลบันทึกการเยี่ยม และวางแผนหากต้องติดตามต่อ)

วิธีการวัดผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกในโปรแกรม Excel และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงร่างการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการงานวิจัยของโรงพยาบาลมหาสารคามแล้ว เลขที่ COA No 60/010

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (การออกเยี่ยมบ้าน) ของเครือข่าย อำเภอเมือง โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการดำเนินการเยี่ยมบ้านในปีงบประมาณ 2559 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย	54
เพศ	
• ชาย	19 (35.19)
• หญิง	35 (64.81)
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)	65.21 $\pm$ 12.74
ออกให้บริการเภสัชกรรมในโรค (ครั้ง)*	
• โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไขมัน)	27 (36.99)
• ไตวายระยะสุดท้าย	7 (9.59)
• โรคหลอดเลือดสมอง	5 (6.85)
• ความจำเสื่อม	1 (1.37)
• หอบหืด	4 (5.48)
• โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ (ยกเว้นความดัน)	3 (4.11)
• Gout, Osteoporosis	3 (4.11)
• ลมชัก	1 (1.37)
• วัณโรค	1 (1.37)
• ผู้ป่วยติดเตียง	1 (1.37)
• ผู้พิการ	1 (1.37)
• จิตเวช	2 (2.74)
• ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2 (2.74)
• มะเร็ง	7 (9.59)
• อื่นๆ (Post op, Fracture of bone)	8 (10.95)

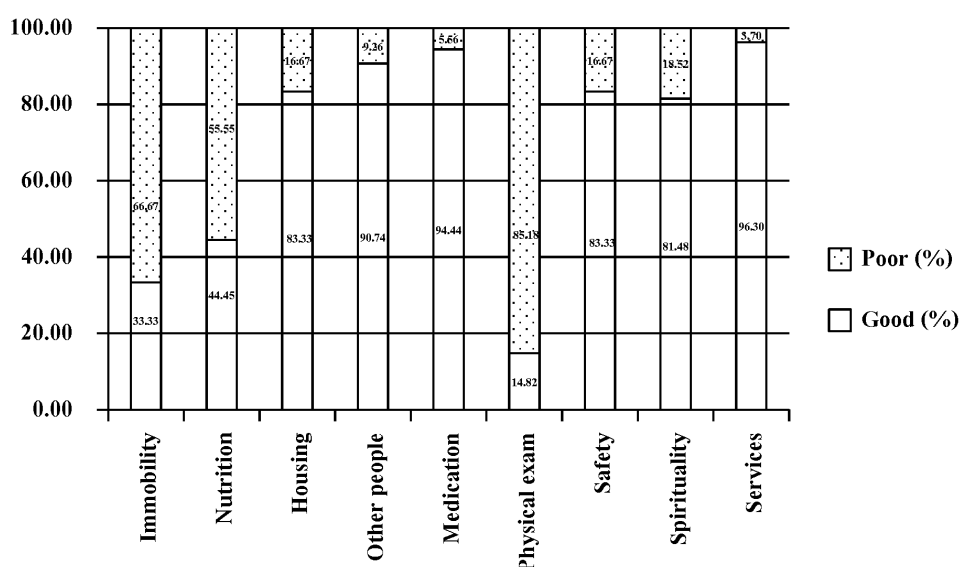
* นับเป็นหน่วยครั้งเนื่องจากเภสัชกรแต่ละท่านออกเยี่ยมซ้ำกับผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับการเยี่ยมแล้วจากเภสัชกรท่านอื่น และผู้ป่วยบางรายเป็นหลายโรคในคนเดียวกัน

การประเมิน INHOMESSS

ผลการประเมิน INHOMESSS พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง มีการเคลื่อนไหวที่ลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลย (poor immobility ร้อยละ 66.67) มีลักษณะการรับประทานอาหารยังไม่เหมาะสม (poor nutrition ร้อยละ 55.55) เมื่อมีการตรวจวัดสัญญาณชีพต่างๆ ที่บ้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พบสัญญาณชีพที่ผิดปกติ (poor physical exam ร้อยละ 85.18) ส่วนประเด็นอื่นๆ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (มากกว่าร้อยละ 80) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นนอกจากแผนการรักษาที่ได้รับการรักษาจากแพทย์/เภสัชกร (good medication ร้อยละ 94.44) และผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินคิดถึงสถานพยาบาลที่จะพาตัวเองไปรับการรักษาได้ (good services ร้อยละ 96.30) (รูปที่ 1)

ปัญหาจากการใช้ยา สาเหตุปัญหาจากยา วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาจากยา

ปัญหาจากยาที่เภสัชกรพบส่วนใหญ่คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 51.02 รองลงมา คือ เรื่องการจัดเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา/ผลข้างเคียงจากยาที่พบขณะเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 14.29 สาเหตุปัญหาจากยาสวนมาก คือ การได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป ร้อยละ 24.49 เภสัชกรมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนการใช้ยาและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 49.07 รองลงมาคือให้คำแนะนำการจัดแยกเก็บยาให้ถูกวิธี/สอนการแบ่งเม็ดยา/การจัด unit dose ร้อยละ 12.04 การแก้ไขปัญหามาจากการบริการเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 91.66 (ตารางที่ 3)



รูปที่ 1 ผลการประเมิน INHOMESSS

ตารางที่ 3 ปัญหาจากยา สาเหตุ การให้บริบาลเภสัชกรรมที่บ้าน และผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาจากยา

	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ปัญหาที่เกิดจากยา*	49	
• ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ลืมทาน, ขาดยา, ทานผิด, จัดยาผิด, หยุดทานยาเอง)	25	51.02
• ใช้ยานอกระบบ (สมุนไพรไม่ทราบชนิด)	1	2.04
• ได้รับยาหลายแหล่งเสี่ยงต่อการไม่พึงประสงค์จากยา/ใช้ยาเกินขนาด	1	2.04
• เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา/ผลข้างเคียงจากยาที่พบขณะเยี่ยมบ้าน	7	14.29
• การจัดเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี (แกะยาจากแผง, แกะยาออกจากซองกันแสง, แกะยามารวมกันทำ unit dose ที่ผิด)	7	14.29
• อันตรกิริยาจากยา (ยา-ยา, ยา-อาหาร)	2	4.08
• ใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้อง (พินยา, ฉีดยา insulin ไม่ถูกวิธี)	5	10.20
• มียาที่ไม่สมควรได้รับต่อภาวะผู้ป่วย	1	2.04
สาเหตุที่เกิดปัญหาจากยา*	49	
• เกิดผลข้างเคียงจากยา	7	14.29
• ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา	3	6.12
• การได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป	12	24.49
• ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้	9	18.37
• ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	4	8.16
• การรักษาไม่ตรงกับเชื้อโรคของสุขภาพของผู้ป่วย	3	6.12
• ผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	7	14.29
• ผู้ป่วยลืมนับประทานยา/ใช้ยา	4	8.16
การให้บริบาลเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยขณะออกเยี่ยมบ้าน*	108	
• ทบทวนประวัติรายการยาที่บ้าน/ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา/และส่งเสริมกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา (การใช้ฉลาก/รูปภาพช่วย)	53	49.07
• การให้กำลังใจ (มีความกังวลใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับ, จิตใจหดหู่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาแต่ไม่มีความหวัง)	11	10.19
• จัดแยกเก็บยาให้ถูกวิธี/สอนการแบ่งเม็ดยา/การจัด unit dose	13	12.04
• แก้ไขอันตรกิริยาจากยา/ให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาจากยา (ยา-ยา, ยา-อาหาร)	2	1.83
• ให้คำแนะนำผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาและการแก้ไข	11	10.19
• ให้คำแนะนำการตรวจติดตาม (LFT, FBS) เพื่อป้องกัน ADR จากยา	1	0.93
• สอนใช้ยาเทคนิคพิเศษ (ยาพ่นหอบหืด ถุงลมโป่งพอง)	2	1.85
• สอนใช้ยาเทคนิคพิเศษ (ยาฉีดอินซูลิน)	5	4.63
• ให้ศึกษาและโภชนาการอาหาร (อาหารเบาหวาน/ความดัน/โรคไต/โรคเกาต์)	8	7.41
• ปรับยา Morphine เพื่อ Control pain ให้เหมาะสม ร่วมกับแพทย์	1	0.93
• ประสานข้อมูลรายการยาจาก รพ.อื่น ที่เกี่ยวข้อง	1	0.93
ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาจากการบริบาลเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย*		
• สามารถจัดการปัญหาได้ทั้งหมด	99	91.66
• สามารถแก้ปัญหาได้บางส่วน	9	8.34

* นับหน่วยเป็นครั้งเนื่องจากเภสัชกรแต่ละท่านออกเยี่ยมซ้ำกับผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับการเยี่ยมแล้ว, ผู้ป่วยบางรายพบหลายปัญหาและอาจได้รับการแก้ไขปัญหาลายวิธีในคนเดียวกัน

วิจารณ์

การออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. ซึ่งเป็นการทำงานระดับปฐมภูมิที่อาศัยความร่วมมือของคนในพื้นที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนเข้าถึงง่ายและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการพัฒนางานเยี่ยมบ้านที่ดี กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมากที่สุดคือผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

(เบาหวาน ความดัน ไชมัน) ร้อยละ 36.99 การศึกษานี้ จัดกลุ่มโรคเบาหวาน ความดัน ไชมัน ไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักเป็นโรคเหล่านี้ในคนเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2558-2559 ที่รายงานว่าโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน และไชมันในเลือดสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบสูงสุด และคล้ายคลึง

กับการศึกษาของสมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมณี⁴ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่คือ โรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 77.98) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.39) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มโรคนี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ การศึกษานี้มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการ INHOMESSS ทำให้เข้าใจผู้ป่วยในแบบองค์รวม ผลการประเมิน INHOMESSS ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการเคลื่อนไหวที่ลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลยสูงถึง ร้อยละ 66.67 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการเคลื่อนไหวที่ลำบาก อันเป็นสาเหตุสำคัญที่จะก่อให้เกิด ปัญหาจากการใช้ยาได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสมควรได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะการรับประทาน อาหารที่ไม่เหมาะสม โดยพบสูงถึงร้อยละ 55.55 อาจเนื่อง มาจากวัฒนธรรมการทานอาหารของชาวอีสานมักประกอบ อาหารโดยใช้ปลาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการได้ รับโซเดียมได้ และมักทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็น เรื่องที่ยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีหลายการศึกษา ที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ศึกษาผลของเภสัชกรในการ เยี่ยมบ้าน พบปัญหาด้านยาเป็นปัญหาหลักนอกจากปัญหาด้านอื่น (ปัญหาทางด้านคลินิก พฤติกรรม ความรู้ ทักษะ) เช่น การศึกษาของ Tunpichart และคณะ⁵ การศึกษาของ Khumsikiew และคณะ⁶ (พบปัญหาเทคนิคการใช้ยาพ่น สูงที่สุด ร้อยละ 52.5) และการศึกษาของ FiB และคณะ⁷ (พบปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยาที่อาจส่งผลต่ออาการ ทางคลินิกมากที่สุดถึงร้อยละ 58.3) ปัญหาจากยาที่พบส่วนใหญ่จากการศึกษานี้คือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 51.02 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมณี⁴ การศึกษาของTunpichart และคณะ⁵ และการศึกษาของสุจิตรา พิทักษ์⁸ ที่พบความ ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบมาก แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการใช้ยามีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ซึ่ง อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็น การใช้ยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยการศึกษานี้เภสัชกร เข้าไปมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนการใช้ยาและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 49.07 แสดงให้ เห็นว่าเภสัชกรได้มีส่วนช่วยในการคัดกรองปัญหาด้านยา และส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้สูงมาก การแก้ไขปัญหามาจากการบริการเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วย สามารถแก้ไขได้ทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 91.66 จากผลของการ เยี่ยมบ้านเมื่อนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนางานเพื่อลด ปัญหาที่เกิดจากยา เช่น การทำฉลากช่วย การจัดยาเป็นชุด

การประเมินความรู้และเทคนิคในผู้ป่วยที่ได้รับยาเทคนิค พิเศษครั้งแรกที่ได้รับยาและมีการติดตามเมื่อมารับบริการ การใช้สัญลักษณ์รูปภาพเพิ่มเติมของยาเพื่อให้ผู้ป่วยสังเกต การบริหารยาที่ง่ายขึ้น การส่งต่อข้อมูล (Pharmacist note) ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อให้เภสัชกรที่ให้บริการจ่ายยา ท่านอื่นได้ทราบถึงปัญหาและช่วยตระหนักในปัญหาของผู้ป่วยและร่วมแก้ไข เป็นต้น

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำเสนอภาพรวมของผู้ป่วยที่ถูก เยี่ยมบ้าน จึงใช้ได้กับการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลมหาสารคามทำให้ผลการศึกษานี้นี้อาจมี ข้อจำกัดในการขยายผล (generalizability) ไปยังเขตบริการ สุขภาพอื่น อย่างไรก็ตามหน่วยงานเภสัชกรรมจากที่อื่นๆ สามารถเรียนรู้หรือนำแนวคิดเรื่องระบบการเยี่ยมบ้านไปปรับ ใช้ได้ สรุปการศึกษานี้สามารถเพิ่มการบริการเภสัชกรรมได้ ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหา การใช้ยาที่บ้าน เภสัชกรที่ออกเยี่ยมบ้านสามารถแก้ไขจัดการ ปัญหาที่เกิดจากยาของผู้ป่วยที่พบขณะเยี่ยมบ้านได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้างานเภสัชกรรมปฐมภูมิและทุติยภูมิ หัวหน้าและ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคีโรงพยาบาล มหาสารคาม และบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงาน เยี่ยมบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Development plan for public health service system (service plan). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2012.
2. สายพิน หัตถ์รัตน์. หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน สำหรับเภสัชกร. ใน: ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม, ปรีชา มณฑานติกุล, บรรณาธิการ. คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการ เยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2554: 9-19.
3. Manadee C, Ploylearmsang C, SookaneknunP. Effects of elderly care with chronic diseases on quality use of medicine at home in area of sub-district health promoting hospitals, Somdet District, Kalasin Province. IJPS 2014; 3: 354-71.
4. สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอกระนวน. TJPP 2016; 8: 169-81.
5. Tunpichart S, Sakulbumrungsil R, SomrongthongR, Hongsamoot D. Chronic care model for diabetics by pharmacist home health in Bangkok metropolitan: a community based study. Int J Med Med Sci 2012; 4: 90-6.

6. Khumsikiew J, Monmaturapoj T, Songmuang A, Songmuang T, Yousukwattanakul T, Arparsunum N. Effects of pharmaceutical care with home care pharmacy service in asthmatic patients. IJPS 2015; 3: 71-82.
7. FiB T, Meinke-Franze C, van den Berg N, Hoffman W. Effects of a three party healthcare network on the incidence levels of drug related problems. Int J Clin Pharm 2013; 35: 763-71.
8. สุจิตรา พิทักษ์. ผลของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองหอย อำเภอคอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2558; 2: 128-36.

