

การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน

สมทรง ราชนิยม¹ และกฤษฎี สระมุณี²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

²หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาชนิดของปัญหาที่เกี่ยวข้องยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรครอบครัวของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่ได้ผล **วิธีการ:** เก็บข้อมูลช่วงปีงบประมาณ 2556-2557 โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรครอบครัวค้นหาปัญหาการใช้ยาและประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลและสังเกตผู้ป่วย การจัดกลุ่มประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ใช้แนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา **ผลการวิจัย:** จากผู้ป่วยที่มีข้อมูลสมบูรณ์ทั้งหมด 109 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.14) อายุเฉลี่ย 65.21 ± 12.74 ปี โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 77.98) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.39) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 28.44) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคนละ 2.11 ± 1.92 ครั้ง (สูงสุด=14, ต่ำสุด=1) ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือไม่ใช้ยาในทุกกรณี (ร้อยละ 53.06) สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่ คือ การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 18.87) วิธีการแก้ปัญหาที่ใช้บ่อย คือ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 30.77) และวิธีการอื่น ๆ (ร้อยละ 33.03) เช่น การเสริมศักยภาพผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการใช้ยา อย่างไรก็ตามปัญหาการใช้ยาบางส่วนก็ไม่สามารถจัดการได้อย่างสมบูรณ์ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล **สรุป:** ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีสัดส่วนที่สูง การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้

คำสำคัญ: เภสัชกรครอบครัว การเยี่ยมบ้าน ปัญหาการใช้ยา โรคเรื้อรัง เภสัชกรปฐมภูมิ

รับต้นฉบับ: 24 มค. 2559, รับลงตีพิมพ์: 10 เมษ. 2559

ผู้ประสานงานบทความ: กฤษฎี สระมุณี หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ. กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150 E-mail: kritsanee.s@msu.ac.th, ksaramunee@gmail.com

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2553 จังหวัดขอนแก่นได้รับงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) งานเภสัชกรรม จังหวัดขอนแก่น จึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยอ้างอิงตามคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิของคณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ (1) สปสช. เขต 7 จังหวัดขอนแก่นได้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่มีบริการที่ดูแลการใช้ยาให้แก่ประชาชนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด การเยี่ยมบ้านถูกจัดเป็นบริการเชิงรุกของงานบริการปฐมภูมิและเป็นตัวชี้วัดสำคัญของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น (2) ด้วยเหตุผลดังกล่าว กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จึงได้จัดตั้งงานเภสัชกรรมปฐมภูมิขึ้นเป็นสายงานใหม่ในกลุ่มงานเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 และจัดให้มีเภสัชกรรับผิดชอบงาน 1 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 และ 2556 ได้รับการจัดสรรเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอีกปีละ 1 คน รวมแล้วในปัจจุบันที่มงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมีอัตรากำลังจำนวน 3 คน ประกอบด้วยเภสัชกร 1 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน เภสัชกรในทีมเภสัชกรรมปฐมภูมิมีหน้าที่ดูแลระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งให้บริการเภสัชกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (1, 2) และอีกบทบาทที่สำคัญ คือ การติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่บ้าน เภสัชกรที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านถูกเรียกว่า “เภสัชกรครอบครัว”

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นมีความสอดคล้องกับทิศทางนโยบายงานด้านปฐมภูมิตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. ปี 2555-2559 ที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการโดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่านโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกับ สปสช. กล่าวคือมีการกำหนดให้ใช้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เป็น

ทิศทางและเป้าหมายในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคจิตเวช ถูกจัดอยู่ในสาขาที่ต้องได้รับการพัฒนาระบบบริการเช่นเดียวกัน (3) นอกจากนี้นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเครือข่ายระดับอำเภอ (District Health System; DHS) ให้เป็นกลไกการบริหารจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง การบริหารงานแบบ DHS ใช้ข้อมูลปัญหาของพื้นที่ในการทำงาน โดยใช้หลักการทำงานแบบ 1A4C (Accessibility=การเข้าถึงบริการ Continuity=การให้บริการอย่างต่อเนื่อง Comprehensiveness=การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ Coordination=การประสานงาน Community participation=ชุมชนมีส่วนร่วม) เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง การบริหารงานเน้นการทำงานเป็นทีม มีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อันได้แก่ กำลังคน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ทั้งยังมีการพัฒนาระบบการทำงานโดยการทำงานร่วมกับชุมชน ทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันโดยออกเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเภสัชกรครอบครัวเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพของ DHS (4) จากที่กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้นได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ซึ่งการพัฒนาให้บริการนี้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนได้นั้นจะต้องอาศัยหลัก 1A4C และการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายประการ เช่น ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี ผู้ป่วยมารับบริการประจำแต่ยังคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยมียาเหลือจำนวนมากแต่ให้ข้อมูลว่ากินยาสม่ำเสมอ การเกิดโรคแทรกซ้อน การไม่มาตามนัดบ่อยครั้ง หรือไม่มารับการรักษา เป็นต้น (5) โรงพยาบาลจึงมีความคิดที่จะใช้กลไกของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และเลือกใช้การเยี่ยมบ้านมาช่วยแก้ไขปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรหรือการที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้านนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการช่วยลดปัญหาการใช้ยาและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น Peterson และคณะ (6) ได้ออกแบบ

การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ/สมองควบคุมระดับคอเลสเตอรอลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดจาก 4.9 เหลือ 4.2 มิลลิโมลต่อลิตร ($P=0.005$) มณีรัตน์ และคณะ (7) รายงานว่า การเยี่ยมบ้านโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 94.4 เทียบกับร้อยละ 33.3, $P<0.01$) Tunpichart และคณะ (8) พบว่าการให้บริการจัดการยา (medication therapy management) ที่บ้านช่วยให้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานลดลง อย่างไรก็ดีตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่สังเคราะห์หรือสรุปวิธีการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายยาที่ใช้แล้วได้ผล

เภสัชกรครอบครัวและคณะกรรมการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวนได้ร่วมกันกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และกำหนดแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล เภสัชกรครอบครัวถูกวางให้มีความสำคัญในการประเมินและติดตามปัญหาการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย ในการเยี่ยมบ้านเภสัชกรครอบครัวจะประเมินผู้ป่วยตามหลัก INHOMESSS (9) และมีการประเมินอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการใช้ยา ร่วมกับการใช้ความรู้การบริบาลทางเภสัชกรรม เภสัชบำบัด โภชนบำบัด และสมุนไพร และการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบบ่งชี้เพื่อประกอบในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (9)

จากการดำเนินงานเยี่ยมบ้านมาตลอดเวลาเกือบ 5 ปีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการเยี่ยมบ้าน คือ ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug related problems; DRPs) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะวิเคราะห์ประเภทของปัญหาการใช้ยา รวมไปถึงสังเคราะห์วิธีการแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้วางแผนในการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ซึ่งเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณ 2556-2557 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2557) การศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นเอกสารในงานประจำแบบย้อนหลังและถือเป็นส่วนหนึ่งของการสรุปผลการทำงาน โครงร่างการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ การเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวสามารถทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ผลการวิเคราะห์จะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมบ้าน

เภสัชกรครอบครัวและคณะกรรมการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวนได้ร่วมกันกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ผู้ป่วยโรคไตวายที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคจิตเวช ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้พิการ และผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา ส่วนในแต่ละโรคนั้นจะมีเกณฑ์คัดเลือกเพิ่มเติมแสดงดังตารางที่ 1 ผู้ป่วยมีลักษณะที่ตรงตามเกณฑ์ดังกล่าวเพียงข้อใดข้อหนึ่งจะได้รับการประสานงานเพื่อการเยี่ยมบ้าน ผู้ที่ทำหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกโรคเรื้อรัง และเภสัชกรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการปฐมภูมิ เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านกับทีมสัปดาห์ละ 3 วัน โดยใช้เวลา 1 วัน ต่อ 1 เขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. 1 แห่ง ในหนึ่งเดือนจะลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านให้ครบ

ตารางที่ 1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

โรค	เกณฑ์การคัดเลือก
เบาหวาน	เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เป็นผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัดติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เกิน 200 mg/dl ติดต่อกัน 2 เดือน
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ดีตั้งแต่ grade 2 ขึ้นไป (ระดับความดันโลหิต $\geq 160/100$ mmHg) ติดต่อกัน 3 เดือน เป็นผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัดติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป
ไตวายที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง	เป็นผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนของไตวาย เป็นผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัดติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป
วัณโรค	เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรครายใหม่ เป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการดื้อยา เป็นผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัด 1 เดือน
จิตเวช อัมพฤกษ์ อัมพาต	เป็นผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัด 1 เดือน
หอบหืด	เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้

ทั้งหมด 12 รพ.สต. และอีกหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) ในการเยี่ยมผู้ป่วย 1 ราย ใช้เวลาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นกับความซับซ้อนของปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย ใน 1 วันสามารถให้การเยี่ยมผู้ป่วยได้จำนวนเฉลี่ย 4-5 ราย เพราะต้องใช้เวลาในการเดินทาง ก่อนลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะมีผู้จัดการเคส (case manager) ทำหน้าที่ชี้แจงข้อมูลให้กับทีมเยี่ยม เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนรู้ล่วงหน้าว่าเมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วยแล้วต้องทำอะไรบ้าง และหลังการเยี่ยม สมาชิกในทีมต้องสรุปผลการเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อวางแผนการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยพร้อมกันวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป สมาชิกทุกคนในทีมมีโอกาสได้เป็นผู้จัดการเคส การคัดเลือกผู้จัดการเคสขึ้นกับปัญหาหลักของผู้ป่วยรายนั้น ๆ เช่น ถ้าเป็นปัญหาการใช้ยาจะมอบหมายให้เภสัชกรเป็นผู้จัดการเคส เป็นต้น

อุปกรณ์ที่เภสัชกรครอบครัวต้องเตรียมออกไปใช้ในการลงเยี่ยมบ้านทุกครั้งประกอบด้วย ซ่อนดวงยา

แก้วตวงยา อุปกรณ์ตัดแบ่งเม็ดยา ซองยา โกร่งบดยา ฉลากยา อุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช้ำยาได้ง่ายขึ้น เช่น สติกเกอร์ รูปภาพสำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก กระบองยาเปล่า ดิลล์ใส่ยาแบบ unit dose นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์การแพทย์อื่นที่จำเป็นสำหรับใช้ติดตามการรักษาด้วยยาและประเมินอาการของผู้ป่วยซึ่งทีมเยี่ยมบ้านได้เตรียมไปด้วย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท หูฟัง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เครื่องวัดสมรรถภาพปอด (peak flow meter) ไฟฉาย พรอทวัดไข้ ไม้มัดลิ้น ชุดทำแผล รวมถึงเอกสารตำราวิชาการที่สามารถพกพาได้ง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งเภสัชกรครอบครัวจะบันทึกอาการของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การตรวจสอบด้านสุขภาพตาม

แนวทาง INHOMESSS (9) ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ I=Immobility, N=Nutrition, H=Housing, O=Other people, M=Medication, E=Examination, S=Safety, S= Spirituality, และ S=Services

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดประเภทปัญหาการใช้ยานั้นมี 3 แนวทางที่สำคัญด้วยกัน ได้แก่ แนวทางของ Hepler และ Strand (10) แนวทางของ The American Society of Health System Pharmacist (ASHP) (11) และแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ซึ่งจัดทำและเผยแพร่โดยกลุ่มนักวิจัยด้านบริหารเภสัชกรรมของประเทศแถบยุโรป (12) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางของ PCNE เวอร์ชัน 5.01 เนื่องจากเป็นแนวทางที่มีวิธีการประเมินครบถ้วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ และมีฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยแล้ว (13) ทำให้ช่วยเพิ่มความถูกต้องในการวิเคราะห์ข้อมูล PCNE เวอร์ชัน 5.01 แบ่งปัญหาการใช้ยาเป็น 4 หมวด ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problem; P) สาเหตุของปัญหา (Cause; C) วิธีการแก้ไข ปัญหา (Intervention; I) และ ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (Outcome of intervention; O) ในแต่ละหมวดหลักดังกล่าวมีการกำหนดหมวดรองเอาไว้รวมไปถึงรายละเอียดของปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภท หมวดหลักของการประเมิน DRP ตาม PCNE แสดงดังตารางที่ 2 ส่วนรายละเอียดทั้งหมดสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก The PCNE Classification V 5.01 (12)

วิธีการที่เภสัชกรครอบครัวยุคใหม่เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาการใช้ยา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ การสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบประวัติการรักษาจากฐานข้อมูลที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนการไปเยี่ยมผู้ป่วย การตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ การสังเกตวิธีการจัดเก็บยา การสังเกตสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย การสังเกตและประเมินความสามารถในการบริหารยาของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล การตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อประเมินผลการรักษาด้วยยา และการค้นหาอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้เภสัชกรครอบครัวยังทดสอบผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่าจะมีการปนเปื้อนของสเตียรอยด์ด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์

การวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาตามแนวทางของ PCNE

ปัญหาเกี่ยวกับยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ที่บันทึกไว้ในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ถูกนำมาประเมินเพื่อจัดกลุ่มตามแนวทางของ PCNE เวอร์ชัน 5.01 (12) (ตารางที่ 2) โดยผู้วิจัยชื่อแรก ปัญหาการใช้ยาที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม P6.5 อันหมายถึงปัญหาอื่น ๆ หากผู้วิจัยชื่อแรกไม่แน่ใจในการจัดกลุ่มข้อมูล ผู้วิจัยคนที่สองจะช่วยพิจารณาการจัดกลุ่มโดยการอภิปรายและร่วมกันตัดสินใจพร้อมกับผู้วิจัยชื่อแรก

ตารางที่ 2. ปัญหาเกี่ยวกับยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ตามแนวทางของ PCNE

หมวด	รหัส	รายละเอียด
ปัญหา (P)	P1.1-1.3	อาการไม่พึงประสงค์จากยา
	P2.1-2.6	ปัญหาจากการเลือกใช้ยา
	P3.1-3.4	ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา
	P4.1-4.2	ปัญหาการใช้ยา
	P5.1-5.2	อันตรกิริยา
	P6.1-6.5	ปัญหาอื่น ๆ
สาเหตุ (C)	C1.1-1.8	การเลือกใช้ยาหรือขนาดยา
	C2.1-2.6	กระบวนการใช้ยา
	C3.1-3.5	ข้อมูล/ความรู้
	C4.1-4.10	ผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจ
	C5.1-C5.2	กระบวนการทางเภสัชกรรม/ไบสัชยา
	C6.1-C6.2	สาเหตุอื่น ๆ
วิธีการแก้ไข (I)	I1.1-I1.5	แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา
	I2.1-I2.4	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วย
	I3.1-I3.6	แก้ไขที่ตัวยาหรือฉลากยา
	I4.1-I4.2	การแก้ไขอื่น ๆ
ผลลัพธ์ (O)	O0.0	ไม่ทราบ
	O0.0	ไม่ทราบผลการแก้ไขปัญหา
	O1.0	ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด
	O2.0	ปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน
	O3.1-O3.4	ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข

ที่มา: PCNE (12), รจเรศ หาญรินทร์ (13)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกในโปรแกรมทางคณิตศาสตร์ Excel และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสังเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหา DRP นั้น ผู้วิจัยได้รวบรวมวิธีการแก้ไขปัญหาที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการปัญหาได้สำเร็จทั้งแบบแก้ไขได้ทั้งหมดและแก้ไขได้บางส่วน หลังจากนั้นจึงนำวิธีการทั้งหมดที่รวบรวมได้มาจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหา DRP ที่มีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการทบทวนบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วงปีงบประมาณ 2556-2557 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรครบถ้วนที่มีบันทึกข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 109 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.14) อายุเฉลี่ย 65.21 ± 12.74 ปี โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 77.98) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.39) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 28.44) ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 68.81) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคนละ 2.11 ± 1.92 ครั้ง (สูงสุด=14, ต่ำสุด=1) ดังแสดงในตารางที่ 3

ประเภทปัญหาการใช้ยาตาม PCNE

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบ

จากการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 5 หมวด (ตารางที่ 4) ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากยา (P1) ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (P3) ปัญหาการใช้ยา (P4) อันตรกิริยา (P5) และปัญหาอื่น ๆ (P6) ในผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามจำนวนทั้งหมด 109 ราย พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 83 ราย (ร้อยละ 76.15) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 98 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้ยาคณะ 1 ปัญหา (71 ราย, ร้อยละ 85.54) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือใช้ยาในทุกกรณี (P4.1) (ร้อยละ 53.06) รองลงมาเป็นปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่ได้กำหนดใน PCNE (P6.5)

(ร้อยละ 14.29) เช่น ผู้ป่วยใช้ยาแผนโบราณผสมสเตียรอยด์หรือยาชุด ปัญหาความเสี่ยงจากการจัดเก็บยา ผู้ป่วยขาดยา หรือมียาใช้ไม่เพียงพอถึงวันนัด

ตารางที่ 3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	34.86
หญิง	71	65.14
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)	65.21 ± 12.74	
(สูงสุด, ต่ำสุด)	(20, 89)	
โรคที่เป็น		
เบาหวาน	85	77.98
ความดันโลหิตสูง	68	62.39
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ที่ไม่รวมความดันโลหิตสูง	31	28.44
อัมพฤกษ์ / อัมพาต	12	11.01
ไตวายที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง	4	3.67
จิตเวช	4	3.67
หอบหืด	3	2.75
วัณโรค	1	0.92
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยา	83	76.15
จำนวนโรคที่เป็น		
1 โรค	34	31.19
มากกว่า 1 โรค	75	68.81
จำนวนครั้งที่เยี่ยมเฉลี่ย $\pm$ SD	2.11 ± 1.92	
(สูงสุด, ต่ำสุด) (ครั้ง)	(14, 1)	

สาเหตุของปัญหาการใช้ยา

จากปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 98 ครั้งที่พบ สามารถระบุสาเหตุของปัญหาตามแนวทางของ PCNE ได้ 106 สาเหตุ (ตารางที่ 4) สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากที่สุด คือ สาเหตุอื่น ๆ (C6.1) (ร้อยละ 18.87) เช่นผู้ป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณผสมสเตียรอยด์ ใช้ผลิตภัณฑ์จากน้ำผลไม้หรือยาชุด รองลงมาเกิดจากผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยา (C3.2) (ร้อยละ 13.21) และเกิดผลข้างเคียงจากยาหรือสาเหตุอื่น ๆ (C1.8) (ร้อยละ 13.21)

ตารางที่ 4. ปัญหาเกี่ยวกับยา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหา		
P4.1 ผู้ป่วยไม่รับประทานยา/ใช้ยาในทุกกรณี	52	53.06
P6.5 ปัญหาอื่นที่นอกเหนือจากเกณฑ์ที่กำหนดใน PCNE	14	14.29
P1.1 เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้	12	12.24
P6.1 ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษาแม้ว่าจะได้รับยาเหมาะสมแล้ว	11	11.22
P6.2 การไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่เป็นของผู้ป่วย (นำมาซึ่งปัญหาในอนาคต)	5	5.10
P3.2 ขนาดยาสูงเกินไป หรือความถี่ในการให้ยามากเกินไป	2	2.04
P1.2 เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบแพ้	1	1.02
P5.1 คาดว่าจะเกิดอันตรกิริยา	1	1.02
สาเหตุ		
C6.1 สาเหตุอื่นๆ	20	18.87
C1.8 เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือสาเหตุอื่น ๆ	14	13.21
C3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยา	14	13.21
C2.6 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้	13	12.26
C3.1 ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีใช้ยา	5	4.72
C4.1 ผู้ป่วยลืมรับประทาน /ใช้ยา	5	4.72
C4.2 ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	5	4.72
C4.9 การรักษาไม่ตรงกับเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย	5	4.72
C4.7 ผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	4	3.77
C2.2 การรับประทานหรือใช้ยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	2	1.89
C2.3 การรับประทานหรือใช้ยามากกว่าที่ควรจะเป็น	2	1.89
C3.5 ผู้ป่วยขาดการสื่อสารกับแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์	2	1.89
C1.2 การเลือกขนาดยาไม่เหมาะสม	1	0.94
C2.1 เวลาในการใช้ยาหรือช่วงเวลาการใช้ยาไม่เหมาะสม	1	0.94
C4.3 ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา	1	0.94
C4.8 การได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป	1	0.94
วิธีการแก้ไข		
I4.1 การแก้ไขอื่น ๆ	73	33.03
I2.1 ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย	68	30.77
I2.4 ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย	43	19.46
I1.3 วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์และแพทย์ตอบรับข้อเสนอ	19	8.60
I2.3 ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปให้แพทย์	15	6.79
I1.2 ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์	1	0.45
I2.2 ให้คำแนะนำโดยการเขียนแจ้งผู้ป่วย	1	0.45
I3.1 เปลี่ยนตัวยา	1	0.45

วิธีการแก้ไขปัญหาคาใช้จ่าย

ในช่วงปีงบประมาณ 2556-2557 นั้น เกษตรกรครอบครัวยากจนได้ออกแบบและจัดการปัญหาคาใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยทุกราย โดยรวมแล้วพบว่าได้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาคาใช้จ่าย 221 วิธีสำหรับผู้ป่วย 83 ราย โดยเฉลี่ยแล้วในผู้ป่วยที่พบปัญหา 1 ราย ต้องใช้วิธีการแก้ปัญหาคาใช้จ่ายจำนวน 2.66 วิธี ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 34.94) ที่สามารถใช้วิธีการแก้ปัญหาคาใช้จ่ายเพียง 1 วิธีก็ได้อีก 54 ราย (ร้อยละ 65.06) เกษตรกรครอบครัวยากจนต้องใช้วิธีการแก้ปัญหามากกว่า 1 วิธี เมื่อวิเคราะห์ตามแนวทางของ PCNE (ตารางที่ 4) แล้วพบว่า วิธีการแก้ปัญหาคาใช้จ่ายมากที่สุด คือ การแก้ไขอื่น ๆ (I4.1) (ร้อยละ 33.03) เช่น การตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อแสดงให้เห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีสาเหตุจากปัญหาคาใช้จ่าย การจัดทำอุปกรณ์หรือฉลากที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถบริหารยาได้ง่ายขึ้น การตรวจสอบหาสาเหตุของโรคที่ผสมในยาที่ผู้ป่วยใช้โดยใช้ชุดทดสอบสเตียรอยด์ การฝึกทักษะการบริหารยาให้ญาติ การหาจิตอาสาเพื่อช่วยในการบริหารยา การจัดระบบยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายโดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ส่งเบิกและรับยาแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ รองลงมาคือการแก้ปัญหาคาใช้จ่ายให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (I2.1) (ร้อยละ 30.77) เช่น การอธิบายเรื่องโรค เหตุผลของการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา วิธีการบริหารยาที่ถูกต้อง

ผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา

จากปัญหาคาใช้จ่ายที่พบทั้งหมด 98 ครั้งในผู้ป่วยจำนวน 83 ราย พบว่าเกษตรกรครอบครัวยากจนสามารถจัดการปัญหาได้ทั้งหมด (O1.0) จำนวน 68 ครั้ง (ร้อยละ 69.39) ส่วนปัญหาอีก 30 ครั้ง (ร้อยละ 30.61) นั้นได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน (O2.0)

การสังเคราะห์ผลการแก้ไขปัญหาคาใช้จ่าย

วิธีการจัดการปัญหาคาใช้จ่ายที่ได้ผลดี

จากปัญหาคาใช้จ่ายที่พบสูงสุด คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยา/ใช้ยาในทุกกรณี (P4.1) (52 ครั้ง) เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ปัญหาถูกจัดการได้ (33 ครั้ง) ผู้วิจัยพบว่า สำหรับปัญหาคาใช้จ่ายไม่รับประทานยาหรือใช้ยาในผู้ป่วย (P4.1) ที่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้

ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้ (C2.6) วิธีการแก้ไขปัญหาคาใช้จ่ายที่ได้ผลดี คือ วิธีการแก้ไขอื่น ๆ (I4.1) เช่น การทำฉลากช่วยเพื่อบอกคำแนะนำเพิ่มเติม การทำฉลากเพิ่มที่ซองยาเพื่อบอกสรรพคุณยา การจัดยาเป็นชุด การฝึกทักษะการบริหารยาให้ผู้ป่วยและญาติ การทำอุปกรณ์เสริมเพื่อให้สามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น ร่วมกับการให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล รวมทั้งการปรึกษาแพทย์เพื่อขอปรับเปลี่ยนคำสั่งการใช้ยาของผู้ป่วย สำหรับปัญหาการไม่รับประทานยาหรือใช้ยาในผู้ป่วย (P4.1) ที่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยา (C3.2) พบว่าวิธีการแก้ปัญหาคาใช้จ่ายที่ได้ผลดี คือ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (I2.1) นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการแก้ไขอื่น ๆ ร่วมด้วย

สาเหตุที่ทำให้แก้ปัญหาคาใช้จ่ายได้เพียงบางส่วน

เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีปัญหาคาใช้จ่ายไม่รับประทานยา/ใช้ยาในทุกกรณี (P4.1) (52 ครั้ง) แต่เกษตรกรสามารถจัดการได้บางส่วน (19 ครั้ง) เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้การจัดการปัญหาไม่ประสบผลสำเร็จ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีปัญหาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลในฉลากยาหรือเอกสารกำกับยา (C3.3) เกษตรกรครอบครัวยากจนจัดการด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การทำฉลากช่วยเพื่อบอกคำแนะนำเพิ่มเติม การทำฉลากเพิ่มที่ซองยาเพื่อบอกสรรพคุณยา การจัดยาเป็นชุด การฝึกทักษะการบริหารยาให้ การทำอุปกรณ์เสริมเพื่อให้สามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น ร่วมกับการให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแล เป็นต้น แต่ก็ยังไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาคาใช้จ่ายได้อย่างสมบูรณ์นักเนื่องจากปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง โดยพบว่ามีจำนวน 14 ครั้ง (ร้อยละ 73.68) ที่ผู้ป่วยหลงลืมการใช้ยา นอกจากนี้อาจเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวกับญาติหรือผู้ดูแล โดยพบว่ามีจำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 21.05) ซึ่งญาติหรือผู้ดูแลยังไม่สามารถดูแลการใช้ยาให้ผู้ป่วยได้ตามที่ตกลงกับเกษตรกรครอบครัวยากจน เช่น ญาติหลงลืมในการจัดยาให้ผู้ป่วย ญาติไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาตามที่นัดหมาย และยังพบปัญหาผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5.26) และจิตอาสาที่ช่วยดูแลไม่สามารถมาให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.14) อายุเฉลี่ย 65.21 ± 12.74 ปี โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 77.98) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.39) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 28.44) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน พ.ศ. 2551-2553 ที่รายงานว่า โรคที่ผู้ป่วยนอกเป็นสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แสดงว่าทั้งสองโรคนี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค และในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Tunpichart และคณะ (8) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของเภสัชกรเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรครวมมากกว่า 2 โรค (ร้อยละ 90) มีอายุเฉลี่ย 66 ± 9.4 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.30 และใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 ราย ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่าบริการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลา แต่น่าจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

การเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในบทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิในปัจจุบันและกิจกรรมนี้ได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่า กระบวนการการเยี่ยมบ้านมีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ กล่าวคือ มีทั้งแบบที่เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านเอง (6, 8) เภสัชกรร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้าน (14) และแบบทำงานร่วมกันกับเครือข่ายสุขภาพ (16) Peterson และคณะ (6) ได้ออกแบบให้เภสัชกรในหอสมุดเคลื่อนที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ/สมองในระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามการใช้ยาตามระดับไขมันในเลือดในงานวิจัยของ Tunpichart และคณะ (8) เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านและให้บริการการจัดการยาแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตกรุงเทพมหานคร เภสัชกรออกเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งภายในระยะเวลา 3 เดือน ในการศึกษาของวิริยชน์ ดวงสุวรรณ และอรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา (14) เภสัชกรเข้าร่วมในทีมเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลระดับ

ความดันโลหิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ซึ่งออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 3 เดือน FiB และคณะ (15) ได้ออกแบบระบบการเยี่ยมบ้านด้วยเครือข่ายสุขภาพ 3 ภาคี (three party healthcare network) ได้แก่ แพทย์ประจำครอบครัว (general practitioner) เภสัชกรร้านยา และผู้ช่วยแพทย์หรือผู้ช่วยพยาบาล โดยผู้ช่วยแพทย์หรือผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ออกเยี่ยมบ้านและส่งต่อข้อมูลกลับมาให้แพทย์หรือเภสัชกรในพื้นที่ช่วยแก้ไขปัญหามาแก่ผู้ป่วย สำหรับกระบวนการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนนั้น เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมบ้านไปจนกว่าปัญหาจะได้รับการแก้ไข ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่ายังไม่สามารถจัดให้มีแพทย์ร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้านได้ แต่ทีมเยี่ยมบ้านสามารถปรึกษากับแพทย์ประจำโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ได้เมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 98 ครั้ง ในผู้ป่วย 83 ราย การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการจัดประเภทปัญหาการใช้ยาของ PCNE เวอร์ชัน 5.01 เนื่องจากเป็นแนวทางที่มีวิธีการประเมินครบถ้วน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ (12, 13) แม้ว่าการจัดการปัญหาการใช้ยาของ PCNE ฉบับปรับปรุงล่าสุด คือ เวอร์ชัน 6.2 แต่ในการศึกษานี้ได้เลือกใช้เวอร์ชัน 5.01 เนื่องจากได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (8) แล้ว ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจได้ง่ายขึ้น อีกประการหนึ่งคือเวอร์ชัน 5.01 ได้แบ่งประเภทปัญหาเป็น 6 ประเภท ทำให้มีรายละเอียดของการแบ่งประเภทปัญหามีความชัดเจนกว่าและง่ายต่อการวิเคราะห์ เมื่อเทียบกับเวอร์ชัน 6.2 ที่แบ่งปัญหาเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ประสิทธิภาพของการรักษา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และปัญหาอื่น ๆ (16) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบบางชนิดไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มตามแนวทางของ PCNE ได้ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการเลือกใช้ยาของผู้ป่วยเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ เหตุการณ์นี้อาจมีความเฉพาะเจาะจงกับประเทศไทยที่ผู้ป่วยไทยนิยมสรรหาทางเลือกการรักษาอื่น ๆ มาใช้ร่วมกับการรักษาของ

แพทย์แผนปัจจุบัน แต่หมวดของปัญหาการใช้ยาของ PCNE ในประเด็นการเลือกใช้นั้นได้กำหนดไว้เพียงเรื่องการเลือกใช้ยาเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องจัดกลุ่มปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเข้าในกลุ่มปัญหาประเภทอื่น ๆ (P6.5) ตัวอย่างของปัญหาดังกล่าว เช่น ปัญหาการใช้ยาแผนโบราณผสมสเตียรอยด์หรือยาชุด เพราะเชื่อในคำโฆษณาหรือคำบอกต่อของเพื่อนบ้าน ปัญหายาเสื่อมสภาพจากการจัดเก็บยา เป็นต้น ในอนาคตอาจต้องมีการพิจารณาปรับแนวทางของ PCNE เพื่อให้มีความเจาะจงกับประเทศไทยมากขึ้น

ปัญหาการใช้ยาที่พบจากการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้มีความแตกต่างกับผลการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้เมื่อประเมินด้วยแนวทางของ PCNE คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือใช้ยาในทุกกรณี (P4.1) โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยาจึงหยุดใช้ยา หรือหาขายอื่นมาใช้แทน ในการแก้ไขปัญหานี้ เภสัชกรครอบครัวไม่ควรใช้วิธีการแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว แต่ต้องแสดงให้เห็นข้อมูลที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ เช่น ผลการตรวจร่างกายที่แสดงถึงอาการโรคที่ทรุดลง หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอันเนื่องมาจากการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง การตรวจและแสดงผลตรวจยาเสพติดที่ผสมอยู่ในยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้ ในขณะที่การศึกษาของ Tunpichart และคณะ (8) รายงานว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรกของเภสัชกรพบปัญหานี้สูงถึง 822 ครั้ง การศึกษาในประเทศเยอรมันโดย Fils และคณะ (15) ที่ได้ให้บริการการทบทวนรายการยาที่บ้าน (home medication review) ด้วยเครือข่ายสุขภาพ 3 ภาคี และประเมินปัญหาการใช้ยาโดยใช้แนวทางของ PIdoc (17) ผลการศึกษาพบปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยาที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยมากที่สุด 454 ครั้ง (ร้อยละ 58.3) จะเห็นได้ว่าปัญหาการใช้ยามีความแตกต่างกันในแต่ละกันศึกษา ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของโรคในกลุ่มตัวอย่างเป็น การใช้ยา และพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงแนวทางการประเมินปัญหาการใช้ยาที่มีความแตกต่างกัน

เภสัชกรครอบครัวในการศึกษานี้ครั้งนี้แก้ไขปัญหาการใช้ยาได้อย่างสมบูรณ์สูงถึงร้อยละ 69.39 ของจำนวนครั้งที่พบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเภสัชกรครอบครัวที่ช่วยแก้ปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ชี้ให้เห็นประโยชน์ของเภสัชกรในทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (7, 8, 14, 15) การช่วยลดปัญหายาขยะ (7) การช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (14) และการช่วยควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ/สมอง (6) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เภสัชกรครอบครัวช่วยแก้ไขปัญหานั้นเพียงบางส่วนเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดบางอย่างของตัวผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล van Mil (18) ได้กล่าวไว้ว่า ปัญหาการใช้ยานั้นเกิดได้จาก 3 จุดในระบบการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งจ่ายยาของแพทย์ การจ่ายยาของเภสัชกร และการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย แต่มักจะไม่ได้รับการติดตาม โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (non-adherence) ประเด็นนี้อาจแก้ไขได้ด้วยวิธีการเสริมศักยภาพผู้ป่วย (patient empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้บทบาทของตนเอง มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ (19) ในขณะนี้อยู่ได้เริ่มดำเนินกิจกรรมดังกล่าวไปแล้วในพื้นที่

การเยี่ยมบ้านเป็นงานที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการทำงานในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ทางเภสัชศาสตร์ร่วมกับทักษะอื่น ๆ เช่น ทักษะเบื้องต้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทักษะการประเมินอาการของโรคที่สัมพันธ์กับการใช้ยา และทักษะการสื่อสาร การให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้นภาครัฐหรือผู้กำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพควรต้องพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรสุขภาพเพื่อสนับสนุนงานปฐมภูมิให้มากขึ้น รวมถึงควรส่งเสริมให้เภสัชกรครอบครัวได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นให้ชำนาญขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วย พร้อมทั้งพิจารณาจัดสรรค่าตอบแทนในการทำงานเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

การศึกษานี้มีจุดเด่นคือเป็นการศึกษาในสถานที่การทำงานจริง ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการเยี่ยมบ้าน

นั้นเป็นทีมงานในการทำงานจริง ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จึงมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์ปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังคงมีจุดอ่อน คือ ในการการประเมินปัญหาการใช้ยานั้นยังไม่ได้มีการทดสอบความเที่ยงทั้งแบบภายในผู้ประเมิน (intra-observer agreement) และระหว่างผู้ประเมิน (inter-observer agreement) แต่จุดบกพร่องนี้จะส่งผลต่อผลการศึกษาเพียงเล็กน้อย เนื่องจากผู้วิจัยชื่อแรกมีประสบการณ์ทำงานมา 18 ปี และเป็นผู้ประเมินปัญหาการใช้ยาเพียงคนเดียวทำให้มีความสม่ำเสมอในการประเมิน อีกประการหนึ่ง คือ การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยอีกหลายด้าน เช่น คุณภาพชีวิตอันเป็นเป้าหมายสุดท้าย (ultimate goal) ที่แท้จริง ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรคำนึงถึงประเด็นนี้ นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาที่ลดลงอาจไม่ได้เกิดจากการแทรกแซงโดยเภสัชกรเท่านั้น แต่อาจมีผลจากบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นที่ร่วมทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งได้ให้การรักษาคำแนะนำแก่ผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการขยายผล (generalisability) ไปยังเขตบริการสุขภาพอื่น ๆ เนื่องจากบริบทด้านกำลังคนและความสามารถของเภสัชกรที่อาจมีความแตกต่างกัน การแบ่งประเภทปัญหาการใช้ยาตามแนวทางของ PCNE อาจยังขาดความจำเพาะกับบริบทของประเทศไทย ดังนั้นในการศึกษาครั้งถัดไปอาจมีความจำเป็นต้องทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือนี้ก่อนการใช้งานจริง แม้ว่าการเยี่ยมบ้านจะเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันของสหวิชาชีพ เวลาและงบประมาณ แต่การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านนั้นช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้ และอาจต้องอาศัยกระบวนการเสริมศักยภาพผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปัญหาได้สมบูรณ์มากขึ้น กิจกรรมนี้จึงควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐต่อไป

สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการปฏิบัติงานประจำให้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนในประเด็นปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และสามารถใช้เป็นแนวทางในการ

แก้ไขปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยของผู้โรคเรื้อรังในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีปัญหาการใช้ยาในสัดส่วนสูง โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือใช้ยา แต่เภสัชกรครอบครัวสามารถช่วยจัดการปัญหานี้ให้แก่ผู้ป่วยได้ดี กรณีที่สาเหตุของปัญหาเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้นั้น สามารถแก้ไขได้ด้วยหลายวิธี เช่น การทำฉลากช่วย การจัดยาเป็นชุด เป็นต้น กรณีที่สาเหตุของปัญหาเกิดจากผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการใช้ยา สามารถแก้ไขได้โดยการให้คำแนะนำด้วยวาจาแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ปัญหาการใช้ยาบางส่วนก็ไม่สามารถจัดการได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนและบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานเยี่ยมบ้าน ผลงานบางส่วนของการศึกษาครั้งนี้ได้ถูกนำเสนอในงานประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 17-18 สิงหาคม 2558

เอกสารอ้างอิง

1. Primary Care Pharmacy Working Group. Handbook for pharmacist to work in primary care unit. Bangkok: Office of Health Consumer Protection Plan; 2011.
2. National Health Security Office Area 7 Khon Kaen. A handbook of developing primary care system Fiscal Year 2014. Khon Kaen: National Health Security Office Area 7 Khon Kaen, 2014.
3. Ministry of Public Health. Development plan for public health service system (service plan). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2012.
4. Juntrabhibhat K. Policy of primary care pharmacy driven by the National Health Security Office [online]. 2014. [cited 2015 Jul 31] Available from

- <http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/.../DHS คณิตศาสตร์20มีค57.pdf>.
5. Department of Pharmacy and Consumer Health Protection, Kranuan Crown Prince Hospital. Report of drug related problems in patients with chronic diseases. Khon Kaen: Kranuan Crown Prince Hospital; 2010.
6. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Naunton M, Vial JH, Stewart K. Impact of pharmacist-conducted home visits on the outcomes of lipid-lowering drug therapy. *J Clin Pharm Ther* 2005; 29: 23-30.
7. Maneerat M, Waleekhachonloet O, Phumart P, Sangasri P. Effect of home health care by pharmacy students on knowledge, compliance, and wasted drug problems in households. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2010; 2: 24-34.
8. Tunpichart S, Sakulbumrungsil R, Somrongthong R, 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.
9. Ningsanon T, Monthakarnkul P, Wanakmanee U, Suansanea T, Chatuporn T, editors. Textbook of family pharmacist. Bangkok: The Association of Hospital Pharmacy (Thailand); 2014.
10. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47:533-43.
11. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53:1713-6.
12. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems (revised 01- 05-06 vm) V 5.01 [online]. 2006. [cited 2015 Jul 31]. Available from: http://www.pcne.org/upload/files/16_PCNE_classification_V5.01.pdf
13. Hanrinth R. Classification for drug related problems. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2009 ; 1: 84-95.
14. Thaungsuwan W, Jedsadayanmata A. Effect of pharmacist participation in multidisciplinary team for home visit on blood pressure and drug adherence of stroke patients. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2016; 8: 48-57.
15. Fiß T, Meinke-Franze C, van den Berg N, Hoffmann W. Effects of a three party healthcare network on the incidence levels of drug related problems. *Int J Clin Pharm* 2013; 35:763-71.
16. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems (revised 14-01-2010 vm) V 6.2 [online]. 2010. [cited 2015 Jul 31]. Available from: http://www.pcne.org/upload/files/11_PCNE_classification_V6-2.pdf.
17. Adusumilli PK, Adepu R. Drug related problems: an overview of various classification systems. *Asian J Pharm Clin Res* 2014; 7: 7-10.
18. Van Mil, F. Drug-related problems: a cornerstone for pharmaceutical care. *Journal of the Malta College of Pharmacy Practice* 2005; 10: 5-8.
19. World Health Organisation. WHO Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [online]. 2009. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/>.

Family Pharmacist's Management of Drug Related Problems for Chronic Diseases at Patient's in Home, Kranuan District Health Network

Somsong Rachaniyom¹, Kritsanee Saramunee²

¹Department of Pharmacy and Health Consumer Protection, Kranuan Crown Prince Hospital

²Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: This study was a descriptive research to identify types of drug related problems (DRPs), causes, interventions and outcomes of interventions among patients who received a home care service from family pharmacists of Kranuan Crown Prince Hospital and to synthesize interventions that were effective. **Methods:** Data were collected between the fiscal year 2013-2014 using a home care record. Family pharmacists investigated DRPs and evaluated outcomes of provided interventions by interviewing and observing patients. DRPs, causes, interventions and outcomes of intervention were categorized based on the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) guideline. Descriptive statistic was used to analyse data. **Results:** A total of 109 records were completed and usable. The majority were female (65.14%) with average age 65.21 ± 12.74 years. Three most common chronic diseases were diabetes (77.98%), hypertension (62.39%) and cardiovascular disease (28.44%). On average the patients were visited at home 2.11 ± 1.92 times (max= 14, min= 1). The most prevalent DRP was partial or complete medication noncompliance (53.06%). Concomitant use of other health products was a common cause (18.87%). Frequently employed interventions were verbal medication counselling (30.77%) and other techniques (30.03%) such as empowering caregivers, providing additional equipment for medication use. However, some DRPs were not completely solved because of factors relevant to individual patients and caregivers. **Conclusion:** A high proportion of DRPs among patients with chronic health problems exists in community. A home care service provided by family pharmacists is potential to resolve this problem.

Keywords: family pharmacist, home visit, drug related problem, chronic diseases, primary care pharmacist