

ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี

พชรณัฐ ชาญรัฐพงศ์

โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาปัญหาด้านยาในผู้ป่วยเรื้อรังของเภสัชกรในทีมหมอครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้านกับโรงพยาบาลพรหมคีรี **วิธีการ:** ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกคัดเลือกจากโรงพยาบาลพรหมคีรีในปีงบประมาณ 2558 ให้ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและตามแนวทาง INHOMESSS (immobility, nutrition, home environment, other people, medication, examination, safety, spiritual health และ service) เพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม เภสัชกรค้นหาปัญหาด้านยาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตรวจสอบประวัติการรักษาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ สังเกตการจัดยา-การเก็บยา การตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อประเมินผลการรักษาด้วยยา การค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการตรวจสอบการปนเปื้อนของสเตียรอยด์ในสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ เภสัชกรบันทึกข้อมูลปัญหาด้านยาที่พบและวิธีการแก้ไขปัญหา การแบ่งประเภทปัญหาด้านยาใช้นิยาม ของ Hepler และ Strand **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.53) อายุเฉลี่ย 72.58 ± 10.21 ปี โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 42.79) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.74) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.43) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคนละ 2.05 ± 0.62 ครั้ง (พิสัย 1-3) ในรอบ 12 เดือน เภสัชกรค้นพบปัญหาด้านยาในผู้ป่วย 74 คน ปัญหาด้านยาที่พบมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (ร้อยละ 31.08 ของปัญหาด้านยาที่พบทั้งหมด) ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดน้อยเกินไป (ร้อยละ 28.38 ของปัญหาด้านยาที่พบทั้งหมด) ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (ร้อยละ 18.92 ของปัญหาด้านยาที่พบทั้งหมด) และผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (ร้อยละ 10.81 ของปัญหาด้านยาที่พบทั้งหมด) ปัญหาด้านยาที่พบได้รับการแก้ไขในผู้ป่วยทุกราย **สรุป:** เภสัชกรมีบทบาทของสำคัญในทีมหมอครอบครัว โดยเป็นผู้จัดการแก้ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จึงเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของทีมในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลที่ดีต่อการรักษา

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน โรคเรื้อรัง เภสัชกรปฐมภูมิ ปัญหาด้านยา ทีมหมอครอบครัว

บทนำ

โรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดในสมอง และโรคจิตเวช มีผลทำให้ผู้ป่วยติดเตียง พิกการทางร่างกาย หรือพิการทางสมอง ประเทศไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน 849 คนต่อประชากร (1) โรคความดันโลหิตสูง 1187 คนต่อแสนประชากร (2) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 250,000 รายต่อปี ในปี 2554 โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุอันดับแรก ๆ ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (3)

องค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบริการระดับปฐมภูมิที่มีประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขและขอให้ทุกประเทศพัฒนาศักยภาพของระบบสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2551 สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนให้มีการบริการระดับปฐมภูมิมากขึ้นและส่งเสริมให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ (4,5) สปสช. จัดทำคู่มือทีมหมอครอบครัวโดยกำหนดให้ทุกวิชาชีพมีบทบาทในทีมหมอครอบครัว บทบาทของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ และงานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ (6)

กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. เห็นถึงประโยชน์ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นการติดตามและประเมินผลการรักษาที่บ้าน โรงพยาบาลพรหมคีรีจึงได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยยึดหลักการทำงานปฐมภูมิแบบ 1A4C โดย accessibility คือ การเข้าถึงบริการ comprehensiveness คือ การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ continuity คือ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง coordination คือ การประสานงาน และ community participation คือ การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำงานดังกล่าวมีงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งโดยมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมและเกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยังช่วยให้สามารถแก้ปัญหาการเข้าไม่บริการ

สาธารณสุขในผู้ป่วยเรื้อรังที่ด้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเบ็ดเสร็จด้วยสหวิชาชีพและชุมชน

โรงพยาบาลพรหมคีรีพบปัญหาในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวชในประเด็นที่ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคไม่ได้ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เกิดโรคแทรกซ้อนหรือไม่มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับบริการจากโรงพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยด้อยโอกาส และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองดังที่พบในการศึกษาในอดีตด้วย (7) ทางโรงพยาบาลกำหนดให้เภสัชกรใช้กลไกการทำงานของเภสัชกรรมปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดเพื่อติดตามผู้ป่วยแก้ไขปัญหา

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยช่วยลดปัญหาการใช้ยาและทำให้ผลทางคลินิกดีขึ้น การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมระดับคอเลสเตอรอลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยลดจาก 4.9 เหลือ 4.2 มิลลิโมลต่อลิตร (8) การศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลง และได้รับการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9) การมีเภสัชกรร่วมในทีมเยี่ยมบ้าน ช่วยลดปัญหาการใช้ยาและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาโรคหลอดเลือดสมองได้ (10) การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (11) การให้บริการจัดการด้านยาที่บ้านช่วยให้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานลดลง (12)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำหลักการเภสัชกรรมปฐมภูมิและ INHOMESSS (13) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัว รวมทั้งการมีเภสัชกรทำหน้าที่ค้นหาปัญหาการใช้ยาในการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลที่ได้จะบ่งบอกประสิทธิภาพในปัจจุบันของการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและสามารถใช้เพื่อวางแผนพัฒนาในเรื่องนี้ของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลพหลมศิริในปีงบประมาณ 2558 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558 การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้านทำโดยหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน และฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกทุกรายได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทันตภิบาล เภสัชกร และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและเจ้าหน้าที่จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพดำเนินการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ก่อนการเยี่ยมบ้าน ผู้จัดการเคส (case manager) นำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมาแจ้งกับบุคคลอื่นในที่ประชุมทีมสหวิชาชีพที่ดำเนินการเยี่ยมบ้าน และแจ้งให้สมาชิกในทีมสหวิชาชีพทุกคนรู้ล่วงหน้าว่า เมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วยแล้วต้องทำอะไรบ้าง บุคคลากรในทุกวิชาชีพสามารถเป็นผู้จัดการเคสได้ขึ้นอยู่กับปัญหาหลักของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ถ้าผู้ป่วยพิการจะมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้จัดการเคส ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาหลัก คือ ยา เภสัชกรจะเป็นผู้จัดการเคส เป็นต้น ก่อนการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรศึกษาประวัติการใช้ยาและข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวจากฐานข้อมูลในโรงพยาบาลพหลมศิริ

การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและตามแนวทาง เพื่อดูแลผู้ป่วย กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม (14) วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านที่เภสัชกรต้องเตรียมออกไป เช่น ช้อนยา ที่ัดแบ่งเม็ดยา ชองยา ปากกาเมจิก ฉลากยา กระป๋องยาเปล่า ชองแบ่งบรรจุยาสีชา เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เครื่องวัดสมรรถภาพปอด ไฟฉาย ปรอทว็ดไข ไม่กดลิ้น เครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติ หูฟัง และชุดทำแผล

หลังจากการเยี่ยมบ้านเภสัชกรบันทึกปัญหาการใช้ยาที่พบและวิธีการแก้ไขปัญหาก็ให้กับผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพสรุปผลการเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อวางแผนการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

การดำเนินงานโดยเภสัชกร

ในการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการตรวจด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามแนวทาง INHOMESSS และปัญหาด้านยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ประเภทตามคำนิยาม ของ Hepler และ Strand (15) คือ 1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ 2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม 3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป 4. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 5. ผู้ป่วยรับยาที่ต้องแต่ขนาดมากเกินไป 6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 7. ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และ 8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ

เภสัชกรค้นหาปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหาโดยสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบประวัติการรักษาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ สังเกตการจัดยาและการเก็บยา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อประเมินการบริหารยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งยังตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อประเมินผลการรักษาด้วยยา ค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และตรวจสอบการปนเปื้อนของสเตียรอยด์ในสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ การสรุปข้อมูลในการศึกษานี้ใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการทบทวนบันทึกการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปีงบประมาณ 2557 (1 ตุลาคม 2557–30 กันยายน 2558) พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรจำนวน 229 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.53) อายุเฉลี่ย 72.58 ± 10.21 ปี โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 42.79) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.74) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.43) อัมพฤกษ์/อัมพาต (ร้อยละ 37.55) จิตเวช (ร้อยละ 7.86) หอบหืด (ร้อยละ 1.75) และมะเร็ง (ร้อยละ 1.31) ผู้ป่วยทุก

รายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคนละ 2.05 ± 0.62 ครั้งในรอบ 12 เดือน (พิสัย 1-3 ครั้ง)

ปัญหาด้านยา

การเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรพบปัญหาด้านยาที่เภสัชกรไม่สามารถทราบได้ถ้าไม่ได้ไปเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วย การศึกษาพบปัญหาด้านยาในผู้ป่วย 74 ราย ปัญหาด้านยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ 23 ราย (ร้อยละ 31.08 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ติดบ้านติดเตียง มักไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่มีญาติไปรับยาแทนหรือขาดการรับยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยารักษาโรคที่ควรจะได้รับ นอกจากนี้มีผู้ป่วย 3 รายที่ไม่ได้รับยาที่สมควรได้ เพราะผู้ป่วยไม่เชื่อถือการรักษาทางการแพทย์ในแผนปัจจุบัน จึงหยุดการรักษาและไปรับการรักษาโดยใช้สมุนไพรแทน

การศึกษาพบผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม 1 ราย (ร้อยละ 1.35) คือผู้ป่วยมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและใจสั่น แต่ได้รับยา propranolol 10 mg ทำให้ดับบังอาการใจสั่นจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไปเป็นผู้ป่วยจิตเวช 10 ราย (ร้อยละ 13.51 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) ผู้ป่วยจิตเวชที่รับประทานยาแล้วยังมีอาการและรู้สึกวุ่นวายยังไม่ถึงระดับการรักษา ผู้ป่วยจึงปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเองโดยไม่แจ้งแพทย์หรือเภสัชกร พฤติกรรมดังกล่าวทำให้ยาหมดเร็วกว่ากำหนด และผู้ป่วยขาดยาในช่วงปลายเดือน แพทย์จึงปรับขนาดยาให้ผู้ป่วยใหม่ตามที่ผู้ป่วยรับประทานยาเองเพราะสามารถควบคุมอาการได้และขนาดยาอยู่ในระดับที่ใช้ในการรักษา

ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาโดยไม่ได้ไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 10 ราย (ร้อยละ 13.51 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) ต้องมีการเพิ่มขนาดยาให้เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วย 2 ราย ไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 2.70 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) เพราะผู้ป่วยทำหายจึงไม่ได้รับประทานยา นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยา morphine ขนาดต่ำกว่าที่ควร 1 ราย (ร้อยละ 1.35 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ได้ขนาดยามากเกินไป 14 ราย

(ร้อยละ 18.92 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์เคยสั่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ต่อมาแพทย์เปลี่ยนขนาดการรักษาเหลือวันละ 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานวันละ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากกว่าขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษาโรค ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเป็นผื่นแพ้ยา 2 ราย (ร้อยละ 2.70 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) ผู้ป่วยเกิดอาการชักระหว่างยา 3 ราย (ร้อยละ 4.05 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) เพราะผู้ป่วยรับประทานยา omeprazole พร้อมกับยาลดกรด ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ 8 ราย (ร้อยละ 10.81 ของผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา) เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ จากปัญหาการใช้ยาที่พบในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยทั้ง 74 ราย พบว่า เภสัชกรสามารถจัดการเป็นผู้จัดการเคสเพื่อแก้ปัญหาด้านยาได้ตามความเหมาะสมในแต่ละราย

การอภิปรายและสรุปผล

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.53) มีอายุเฉลี่ย 72.58 ± 10.21 ปี โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น 3 อันดับแรก คือ เบาหวาน (ร้อยละ 42.79) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.74) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.43) ตามลำดับ ลักษณะตัวอย่างที่พบสอดคล้องกับลักษณะของตัวอย่างในการศึกษาที่ผ่านมา (16) เพราะโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีเกณฑ์ที่ไม่แตกต่างกันนักในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ

การศึกษาทำให้ได้ข้อสรุปว่า ในการจัดการปัญหาด้านยาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยระหว่างการให้บริการจ่ายยาที่โรงพยาบาลนั้น ไม่เพียงพอที่จะทำให้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักไม่ให้ข้อมูลอย่างถี่ถ้วนหรือปฏิเสธไม่บอกความจริงกับพยาบาล แพทย์ หรือเภสัชกร นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยาโดยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ มักเป็นผู้ป่วยติดเตียงซึ่งญาติต้องมารับยาแทนหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงขาดยา แต่มีผู้ป่วย 3 รายที่ไม่เชื่อถือการรักษาทางการแพทย์ในแผนปัจจุบัน จึงหยุดการรักษาและไปรับการรักษาโดยใช้สมุนไพรแทน ผู้วิจัยได้เขียนถึงกรณีเหล่านี้เป็นเรื่องเล่า “ความหวังของไม้ไผ่ผืน” (17)

ผู้ป่วย 10 รายได้ยาถูกต้องแต่มีขนาดยาน้อยเกินไป เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขนาดยาเองเนื่องจากมีอาการของโรคไม่ได้ ทำให้ยาหมดเร็วกว่ากำหนดและเกิดการขาดยา เกสซ์กรจึงปรึกษาแพทย์ในเรื่องขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชบางคนต้องออกไปทำงานนอกบ้านตั้งแต่เช้าถึงเย็น จึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานยาและขนาดยาให้เหมาะสมที่ทำให้สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยได้เขียนกรณีเหล่านี้เป็นเรื่องเล่าในวารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยาคลินิกเรื่อง “รู้สึกไม่ถึงยา” (18) และเรื่อง “สามชีวิต สายสัมพันธ์ในวงเวียนแห่งโรคภัยไข้เจ็บ” (19)

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับยา morphine tablet จากโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง เนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าป็นยาเสพติดจึงไม่กล้าให้ผู้ป่วยรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทรมานมากเมื่อเกสซ์กรได้ไปเยี่ยม และแนะนำให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาที่ถูกต้องและมีอาการเจ็บปวดลดลง ผู้วิจัยได้เขียนกรณีนี้เป็นเรื่องเล่า “วาระสุดท้ายของน้องปลา” (20)

จากการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาโดยไม่ได้ไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 10 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้ยาในขนาดที่สูงขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง 2 คน เนื่องจากผู้ป่วยได้ทำยาหาย ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดยามากเกินไป 14 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับประทานยามานาน เมื่อแพทย์เปลี่ยนวิธีรับประทานยาทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้น ต่อมาแพทย์ลดขนาดยาลงแต่ผู้ป่วยยังคงเคยชินกับวิธีการใช้ยา จึงยังคงรับประทานยาในขนาดเดิม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดซึ่งมากกว่าที่แพทย์สั่ง ปัญหาการใช้ยาน้อยหรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการศึกษาอื่น ๆ เช่นกัน (16,21) จากการวิจัยครั้งนี้พบปัญหานี้ในผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 47.30 ของผู้ป่วย 74 รายที่พบปัญหาด้านยา) ซึ่งสอดคล้องกันและการศึกษาของ Weerawattanachai (22) ที่พบว่า ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่พบจากการเยี่ยมบ้าน คือ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งในผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคและเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนาด รวมทั้งไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง การศึกษาของ Hajjar และคณะ(23) พบว่า

การรับประทานยาก่อนอาหารและหลังอาหารโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้เหตุผลของการรับประทานยาในเวลาดังกล่าว หรือสับสนมีผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนอาหารและหลังอาหารพร้อมกัน

ปัญหาอีกประการหนึ่งที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในขณะเยี่ยมบ้าน คือ การใช้อาหารผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือสมุนไพร พฤติกรรมนี้เกิดจากการหลงเชื่อคำโฆษณาและความหวังในการหายจากโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางครั้งบุตรหลานเป็นผู้ซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพมาให้ผู้ป่วยเพื่อเป็นการแสดงถึงความกตัญญูต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายมีอาการคล้ายกับอาการ Cushing หรือกลุ่มอาการของผู้ได้รับยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเหล่านี้ด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์พบว่ามีส่วนประกอบของสเตียรอยด์ การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่รับประทานสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ 8 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรงราชนิยม ที่พบในขณะเยี่ยมบ้านว่า มีผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรที่ผสมยาสเตียรอยด์ (16)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถแก้ไขปัญหการใช้ยาที่ค้นพบได้ครบถ้วนทุกเหตุการณ์ ซึ่งแสดงถึงประโยชน์ของการมีเกสซ์กรที่ช่วยในทีมเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่แสดงประโยชน์ของเกสซ์กรในการเยี่ยมบ้าน(10-12, 24) การศึกษาในอดีตพบว่าการมีเกสซ์กรในทีมเยี่ยมบ้านทำให้สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (10) และควบคุมระดับคอเลสเตอรอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสมองได้ (8)

ในการเยี่ยมบ้านเกสซ์กรต้องมีความรู้ทางด้านเภสัชศาสตร์ร่วมกับทักษะอื่นๆ เช่น ทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทักษะการประเมินอาการของโรคที่สัมพันธ์กับการใช้ยา ทักษะด้านชุมชน ทักษะการสื่อสาร การทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพต่าง ๆ และกับชุมชน รวมถึงหลักการปฐมภูมิ เช่น 1A4C เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพของประเทศ เกสซ์กรมีบทบาทสำคัญในทีมหมอครอบครัว โดยเป็นผู้จัดการแก้ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ การเยี่ยมบ้านโดยมีเกสซ์กรร่วมด้วยช่วยเพิ่มศักยภาพของทีมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้แก้ปัญหาด้านการใช้ยาครบทุกเหตุการณ์ และมีผลที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีเกสซ์กรในทีมหมอครอบครัวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมคีรีและบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 ที่สนับสนุนงบประมาณทำให้การดำเนินงานให้ลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research. Thai health report 2014. Nakhon pathom: Mahidol University, 2014.
2. Pothisat S, Couny N, Udomchairat R, Prechachaiwit P, Konlaeard S, Miratanaprat S, et al. Literature review: the current situation and care model of non-communicable disease. Nonthaburi: Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2014.
3. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. J Stroke 2014; 16: 1-7.
4. Ministry of Public Health. Development plan for public health service system (service plan). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2012.
5. Leesathapornwongsa P. Action plan of role of primary care pharmacy in universal coverage system [online]. 2011. [cited Jan 5, 2016]. Available from: thaihp.org/index2.php?option=showfile&tbl=home&id=697.
6. Primary Care Pharmacy Working Group. Handbook for pharmacists working in primary care units. Bangkok: Office of Health Consumer Protection Plan, 2011.
7. Department of Pharmacy and Health Consumer Protection, Kruanan Crown Prince Hospital. Report of drug related problems in patients with chronic diseases. Khonkaen: Kruanan Crown Prince Hospital; 2010.
8. 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.
9. Nisittra P. Effects of discharge counseling and home-based interventions provided by pharmacist among elderly patients [dissertation]. Khon kaen: Khon kaen University; 2007.
10. 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.
11. 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.
12. Tunpichart S, Sakulbumrungsil R, Somrongthong R, Hongsamoot D. Chronic care model for diabeticst by pharmacist home health in Bankok metropolitan: a community based study. Int J Med Med Sci 2012; 4: 90-6.
13. Ningsanon T. Monthakarnkul P, Wanakmanee U, Suansanea T, Chatuporn T. Textbook of family pharmacist. Bangkok: The Association of Hospital Pharmacy (Thailand); 2014.
14. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. Am Fam Physician 1999; 148:1-8.
15. Hepler CD. Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990; 47:533-43.
16. Rachaniyom S, Saramunee K. Family pharmacist 's management of drug related problem for chronic diseases at patient's in home, Kruanan district health network. Thai Journal of Pharmacy Practice 2016; 8: 169-81.
17. Chayanattapong P. Stories from the communities (hope of those with one foot in the grave). Clinic 2015; 31: 761-5.

18. Chayanattapong P. Stories from the communities (may not be a strong enough drug). *Clinic* 2015; 31: 1111-4.
19. Chayanattapong P. Stories from the communities (three lives-relationship in the circle of sickness). *Clinic* 2015; 31: 861-4.
20. Chayanattapong P. Stories from the communities (Pla's end of life). *Clinic* 2015; 31: 1339-43.
21. Ensing HT, Koste ES, Stuijt CCM, van Dooren AA, Bouvy ML. Bridging the gap between hospital and primary care: the pharmacist home visit. *Int J Clin Pharm* 2015; 37: 430-4.
22. Weerawattanachai C. Factors affecting drug related problems in diabetic inpatients at Rajavithi hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2002.
23. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5: 345-51.
24. 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.

RESEARCH ARTICLE

Drug Related Problems in Patients with Chronic Diseases during Home Visits by Pharmacists in the Family Care Team of Promkiri District Health Network

Patcharanat Chayanattapong

Promkiri Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Abstract

Objective: To identify drug related problems (DRPs) in patients with chronic diseases during home visits by pharmacists in the family care team of Promkiri district health network. **Method:** Subjects were patients with chronic diseases selected by Promkiri hospital in the fiscal year 2015 to be visited at homes by multidisciplinary teams. Home visits were based on holistic care and INHOMESSS approach (immobility, nutrition, home environment, other people, medication, examination, safety, spiritual health และ service) covering physical, psychological, social and environmental care. The pharmacist identified DRPs by interviewing patients and their care takers, examining patients' history in database of the Hospital, checking medication use of patients, observing drug taking and storage, performing basic physical examination to evaluate outcomes of drug treatment, identifying adverse drug reactions, testing suspected herbal or health products for steroids contamination using test kit. Pharmacist recorded identified DRPs and problem solving methods. Classification of DRPs was based on the definition of Hepler and Strand. **Results:** The majority of 229 patients with home were female (76.53%) with an average age of 72.58 ± 10.21 years. Three most common chronic diseases were diabetes (42.79%) hypertension (39.74%) and cardiovascular diseases (38.43%). Patient were visited at home on average 2.05 ± 0.62 times (range 1-3) within 12 months. The pharmacist identified DRPs in 74 patients. Four most prevalent DRPs were not receiving necessary drugs (31.08% of identified DRPs), receiving sub-therapeutic dose (28.38% of identified DRPs), receiving overdosed medications (18.92% of identified DRPs) and receiving medications without indications (10.81% of identified DRPs). Identified DRPs in all patients were resolved. **Conclusion:** Pharmacists played an important role in family care team as a case manager in resolving DRPs in patients with chronic diseases, and strengthening patient care team leading to an improved outcome.

Keywords: home health care, chronic diseases, primary care pharmacists, drug related problems, family care team