

การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาชนิด พฤติกรรมการเลือกใช้ ค่าใช้จ่าย และการเกิดอันตรกิริยาจากผลิตภัณฑ์สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (herbal products and dietary supplements: HPDS) ต่อยาที่ใช้ของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในช่วงพฤศจิกายน-ธันวาคม 2561 ตัวอย่างคือผู้ป่วยระยะท้าย 70 คนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีทุกราย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวอย่างและผู้ดูแลเพื่อเก็บข้อมูลการใช้ HPDS ในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 61.4) โรคหลัก 3 อันดับแรกเป็นมะเร็งปอด (ร้อยละ 20.0) มะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 17.1) และมะเร็งตับ (ร้อยละ 10.0) ผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 37.1) ใช้ผลิตภัณฑ์ที่บ้าน 59 รายการ โดยเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ร้อยละ 55.2) สมุนไพรตำรับ (ร้อยละ 27.6) และสมุนไพรเดี่ยว (ร้อยละ 17.2) ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 57.7) เหตุผลการเลือกใช้ คือ เพื่อรักษาโรค (ร้อยละ 50.8) และบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 44.1) ตัวอย่างร้อยละ 57.6 ใช้ HPDS เพราะได้รับการชักชวนจากลูกหลาน/ญาติ/เพื่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่บริโภคผลิตภัณฑ์วันละ 3 ครั้งพร้อมอาหาร (ร้อยละ 64.4) มีความรู้สึกดีขึ้นและพึงพอใจ (ร้อยละ 88.1) และจะใช้ต่อ (ร้อยละ 86.4) การศึกษาพบผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมคือไม่มีเลขทะเบียน (ร้อยละ 17.0) เสื่อมสภาพ (ร้อยละ 5.1) มีสเตียรอยด์ (ร้อยละ 1.7) และพบอันตรกิริยาต่อยาจาก HPDS (ร้อยละ 20.3) **สรุป:** ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีการใช้ HPDS เป็นประจำและมีความพึงพอใจต่อการใช้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าการเลือกใช้ไม่เหมาะสมและเกิดอันตรกิริยากับยา ทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำต่อการเลือกใช้อย่างเหมาะสมและเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้ป่วยระยะท้าย

รับต้นฉบับ: 24 เม.ย. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 20 พ.ค. 2562, รับผิดชอบพิมพ์: 6 มิ.ย. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี 33 ถนนพะนิมย ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000 E-mail: nongjon6@hotmail.com

Use of Herbal Products and Dietary Supplements among Patients with Home Palliative Care: Case Study in Muang District, Udonthani

Waraporn Rimchaisith

Pharmacy Department, Udonthani Hospital

Abstract

Objective: To study the types, consumptive behavior, cost of herbal products and dietary supplements (HPDS) among patients with palliative care at home (PPCHs), and their interaction with drugs used by patients. **Methods:** This research was a cross-sectional descriptive study during November-December 2018. The subjects were 70 patients with palliative care in Muang District, Udon Thani. The researcher interviewed subjects and care givers to collect data on HPDS used by PPCHs. **Results:** Most patients were over 60 years old (61.4%). The top 3 diseases were lung cancer (20.0%), bile duct cancer (17.1%) and liver cancer (10.0%), Twenty-six patients (37.1%) use 59 HPDSs at home, including food supplements (55.2%), herbal preparations (27.6%) and single herbs (17.2%). Majority of the HPDS costed not more than 2,500 baht per month (57.7%). The reasons for using HPDS were treating the disease (50.8%) and using as tonics (44.1%). 57.6% of subjects used HPDS because they were persuaded by their children, relatives and friends. Most patients consumed HPDS with meal three times a day (64.4%), felt better and being satisfied (88.1%) and would continue using the products (86.4%). The study found inappropriate products including those without registration number (17.0%), deteriorated products (5.1%), those adulterated with steroids (1.7%) and HPDS having interaction with drugs (20.3%). **Conclusion:** Most patients with palliative care regularly used HPDS and were satisfied with the continuous use. However, inappropriate use and interaction with drugs were identified. Health team should advise on the proper use and monitor safety of use.

Keywords: herbal products, dietary supplement, palliative care patients

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care: PC) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ PC เน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ทั้งความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรให้ PC ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย (1)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยต้องการ PC เพิ่มขึ้นทุกปี การสำรวจในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 629 แห่ง พบว่า จำนวนผู้ป่วย PC ในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวน 51,217 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล 49,126 ราย ผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 31,654 รายในชุมชน (2) กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับ PC โดยพัฒนา PC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 14 สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ เกสซกรรมมีบทบาทใน PC ประกอบด้วย การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน โดยการติดตามผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาการใช้ยาที่บ้าน ปรับขนาดยาหรือปรับพฤติกรรมและยาอื่น ๆ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (drug related problems: DRPs) จัดการยาเหลือของผู้ป่วยที่บ้าน ให้ความรู้และทักษะด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงเชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายกับระบบสุขภาพอำเภอและคลินิกหมอครอบครัว (2,3)

ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่จะกลับไปดูแลแบบ PC ที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้มักพบ DRPs ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (herbal products and dietary supplement: HPDS) ร่วมกับการรักษา การไม่ให้ความร่วมมือ การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกเวลา การขาดความรู้และทักษะในการใช้ยา ปัญหาที่เกิดจากระบบยา การใช้ยาผิดเทคนิค ปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล และการได้รับยาในขนาดที่ต่ำ และอื่น ๆ (4)

ในปัจจุบันการใช้ HPDS มีมากขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 62.2 ที่บริโภคผลิตภัณฑ์

เสริมอาหารมีทัศนคติเชิงบวกกับผลิตภัณฑ์ที่รับประทานร้อยละ 25.0 เชื่อว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนั้นสามารถรักษาโรคได้ ร้อยละ 21.2 เชื่อว่าช่วยลดอาการของโรคได้ (5) การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 56 คนพบว่ามี การใช้ HPDS 33 ชนิด และมีโอกาสเกิดอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้อยู่ถึง 56 อันตรกิริยา (6)

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ Anderson Cancer Center สหรัฐอเมริกาที่มารักษาตัวที่ฮอสปิซ (hospice) ใช้ HPDS รายการ ได้แก่ เซนต์จอห์นเวิร์ต เมลาโตนิน แปะกัวย น้ำมันปลา ฝรั่ง วิตามินอี วาเลอเรียน ชะเอม โสม กระเทียม และเอ็กไคนาเซีย (7) สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มี การสำรวจการใช้ HPDS ในผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลให้ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการใช้ HPDS สำหรับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เกสซกรรม โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานีมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเรื่อย ๆ ในปีงบประมาณ 2556-2560 มีจำนวน 390, 421, 780, 1,129 และ 950 รายตามลำดับ (8) เกสซกรรมมีบทบาทในการบริหารผู้ป่วยที่บ้าน ในปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยมะเร็งปอดลุกลามไปที่กระดูกไขสันหลังใช้ยาจินดามณีซึ่งมีเลขทะเบียนยาปลอมและผสมสเตียรอยด์ ตลอดจนผู้ป่วยหยุดรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ส่งผลให้ควบคุมอาการปวดไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้ายบางรายใช้สมุนไพรที่ไม่มีเลขทะเบียนควบคุมไปกับการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง โดยมีมูลค่า 10,000 บาทต่อเดือน อีกทั้งยังไม่มีแนวทางการพิจารณาการใช้ HPDS ในด้านผลข้างเคียงและอันตรกิริยาต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะ เกสซกรรมที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่มงานเภสัชกรรม และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลอุดรธานี ได้เล็งเห็นความสำคัญในการศึกษา ชนิดของ HPDS พฤติกรรมการเลือกใช้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและ HPDS ของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการใช้ HPDS ในผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถใช้ HPDS ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม

งานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 55/2561
ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2561

การคัดเลือกผู้ป่วย

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะท้ายทุกรายที่ขึ้นทะเบียน
ที่โรงพยาบาลอุดรธานีในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 31
ธันวาคม 2561 ข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยเมตตารักษ์
โรงพยาบาลอุดรธานีมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 96 คน เกณฑ์
คัดตัวอย่างเข้าโครงการได้แก่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอายุ 15
ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุดรธานี ผู้ป่วยที่ไม่
เข้าเกณฑ์ถูกคัดออกจำนวน 26 คน ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์
ในโครงการนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 70 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย
ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ของสมใจ ผ่านภวนันท์และคณะ
(5) และ ชุติกร สอนสุวิทย์ และคณะ (6) แบบสัมภาษณ์ผ่าน
การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
คือ แพทย์ 1 ท่านที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
เภสัชกร 1 ท่านที่ทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคมากกว่า 10
ปี และผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาจากวิทยาลัยคุ้มครอง
ผู้บริโภคแห่งประเทศไทย จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำ
แบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ
ผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดสอบกับผู้ป่วย 20 คนที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ 1)
ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง 2) ข้อมูลการใช้ HPDS
ประกอบด้วยประเภทและลักษณะของ HPDS ค่าใช้จ่าย
และปัญหาที่พบ และ 3) พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ HPDS
ประกอบด้วยลักษณะการใช้ การรับรู้ข่าวสาร และความรู้สึ
จากการใช้ HPDS

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดย
สัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หากผู้วิจัยประเมินผู้ป่วย
ตามแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคอง (palliative care performance scale หรือ
PPS) แล้วพบว่าค่า palliative care performance scale $\leq$
10 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือสับสน ไม่สามารถให้
ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
แทน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับคำแนะนำและลงนามในใบ
ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย คำถามต่าง ๆ เป็นคำถามทั่วไปที่
ถามระหว่างการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้านที่เป็น

งานประจำของผู้วิจัย และไม่มีผลกระทบทางร่างกายและ
จิตใจของผู้ถูกสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน กรณีที่มี
ใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผู้วิจัยจะ
ตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ และถ่ายรูป
ชื่อ ฉลาก ส่วนประกอบ เลขทะเบียน วันหมดอายุของ
ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ผู้วิจัยตรวจสอบเลขที่ผลิตภัณฑ์โดยใช้
ฐานข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเลขทะเบียนหรือเลขทะเบียนปลอมจะถูก
ตรวจสอบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์โดยใช้ฐานข้อมูลกรม
วิทย์ with you ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และทดสอบ
หาสเตียรอยด์โดยใช้ชุดทดสอบสารสเตียรอยด์อย่างง่าย
(DMSc steroids test kit) จากนั้นผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูล
Interactions checker จาก Drugs.com แอปพลิเคชัน ใน
การตรวจหาอันตรกิริยา แลประเมินการใช้ HPDS ที่ไม่
เหมาะสมดังนี้คือ 1. HPDS ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์
มีสารปลอมปน ผลิตภัณฑ์ไม่มีเลขทะเบียนหรือมีเลข
ทะเบียนปลอม ผลิตภัณฑ์หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ 2. มี
พฤติกรรมการใช้ HPDS ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ หักทานยา
ตามแพทย์สั่งและทานสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพแทน
3. เกิดปัญหาอันเนื่องมาจากการใช้ HPDS ในผู้ป่วยระยะ
ท้าย ได้แก่ การเกิดอันตรกิริยา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ
เชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างผู้ป่วย
ระยะท้าย 70 ราย ตัวอย่างเป็นชาย 36 ราย (ร้อยละ 51.4)
อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 61.4)
สมรสแล้ว 47 ราย (ร้อยละ 67.1) นับถือศาสนาพุทธ 68
ราย (ร้อยละ 97.2) จบระดับประถมศึกษา จำนวน 31 ราย
(ร้อยละ 44.3) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 13
ราย (ร้อยละ 18.6) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 20 ราย
(ร้อยละ 28.6) รองลงมาคือ เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน 19 ราย
(ร้อยละ 27.1) ไม่มีรายได้ จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 31.4)
รองลงมาคือมีรายได้ 5000-10,000 บาท จำนวน 13 ราย
(ร้อยละ 18.6) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์ในการรักษาคือบัตรประกัน
สุขภาพ (ร้อยละ 81.4) ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีการ
วินิจฉัยโรคหลัก คือ มะเร็งปอดจำนวน 14 ราย (ร้อยละ
20.0) รองลงมาคือมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ

17.1) ผู้ป่วยระยะท้ายมีค่า PPS 3 อันดับแรกเท่ากับ 40, 50 และ 30 จำนวน 18 ราย, 18 รายและ 15 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 25.7, 25.7 และ 21.4 ตามลำดับ

การใช้ยาและ HPDS

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการใช้ยาและ HPDS ตัวอย่าง 69 ราย (ร้อยละ 98.6) ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ

ปวด หรือลดอาการรบกวน ตัวอย่างใช้ยา 1-5 รายการ จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 52.1) ผู้ป่วยระยะท้ายใช้ HPDS 26 ราย (ร้อยละ 37.1) ตัวอย่างใช้ HPDS 1 รายการ จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 46.2) และ 7 ราย (ร้อยละ 26.9) ใช้ HPDS จำนวน 2 รายการ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ HPDS ที่ผู้ป่วยจ่าย ต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,500 บาท จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 57.7) รองลงมาคืออยู่ในช่วง 2,501-5,000 บาท จำนวน

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้าย (n=70)

	ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
เพศ	ชาย	36	51.4
	หญิง	34	48.6
อายุ	15-34 ปี	2	2.9
	35-60 ปี	25	35.7
	>60 ปีขึ้นไป	43	61.4
สถานภาพสมรส	โสด	9	12.9
	สมรส	47	67.1
	หม้าย	14	20.0
ศาสนา	พุทธ	68	97.2
	อื่น ๆ	2	2.8
วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา	31	44.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	11.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	18.6
	ปวช/อนุปริญญา	10	14.3
	ปริญญาตรีขึ้นไป	8	11.4
อาชีพ	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	11.4
	ค้าขาย	8	11.4
	เกษตรกร	11	15.8
	รับจ้าง	20	28.6
	แม่บ้าน/พอบ้าน	19	27.1
	นักเรียน/นักศึกษา	1	1.4
	พระภิกษุ	3	4.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ต่ำกว่า 5,000 บาท	5	7.1
	5,000-10,000 บาท	13	18.6
	10,001-15,000 บาท	8	11.4
	15,001-20,000 บาท	7	10.0
	20,001-25,000 บาท	2	2.9
	25,001-30,000 บาท	3	4.3
	มากกว่า 30,000 บาท	12	14.3
	ไม่มีรายได้	22	31.4

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้าย (n=70)

	ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
สิทธิการรักษา	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	57	81.4
	ประกันสังคม	1	1.4
	สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ	9	12.9
	สิทธิสำหรับพระภิกษุ	3	4.3
วินิจฉัยโรคหลัก 10 อันดับ	มะเร็งปอด	14	20.0
	มะเร็งท่อน้ำดี	12	17.2
	มะเร็งตับ	7	10.0
	มะเร็งเต้านม	5	7.14
	ไตวายระยะสุดท้าย	4	5.8
	มะเร็งตับอ่อน	3	4.3
	มะเร็งปากมดลูก	3	4.3
	มะเร็งชนิดต่อม	3	4.3
	มะเร็งรังไข่	2	2.9
	มะเร็งปากมดลูก	2	2.9

7 ราย (ร้อยละ 26.9) HPDS ที่ผู้ป่วยระยะท้ายใช้ที่บ้านส่วนใหญ่เป็นประเภทผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 32 รายการ (ร้อยละ 55.2) พบสแตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์จำนวน 1

รายการ (ร้อยละ 1.7) เป็น HPDS ที่เสื่อมสภาพจำนวน 3 รายการ (ร้อยละ 5.1) และไม่มีเลขทะเบียน จำนวน 10 รายการ (ร้อยละ 17.0)

ตารางที่ 2. ข้อมูลการใช้ยาและ HPDS (n=70)

		ความถี่	ร้อยละ
จำนวนผู้ที่ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดหรือลดอาการรบกวน		69	98.6
จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้	1-5 รายการ	36	52.1
	6-10 รายการ	29	42.0
	11-15 รายการ	4	5.7
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา		1	1.4
ผู้ที่ใช้ HPDS		26	37.1
จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ใช้	1 รายการ	12	46.2
	2 รายการ	7	26.9
	3 รายการ	2	7.7
	4 รายการ	2	7.7
	5 รายการ	1	3.8
	6 รายการ	0	0.0
	7 รายการ	2	7.7
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ HPDS ต่อเดือน	ต่ำกว่า 2,500 บาท	15	57.7
	2,501-5,000 บาท	7	26.9
	5,001-7,500 บาท	2	7.7
	มากกว่า 7,500 บาท	2	7.7

ตารางที่ 2. ข้อมูลการใช้ยาและ HPDS (n=70)

	ความถี่	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ใช้ HPDS	44	62.9
จำนวนรายการ HPDS ที่ผู้ป่วยใช้	59	100
ประเภทผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้		
สมุนไพรเดี่ยว	10	17.2
สมุนไพรตำรับ	16	27.6
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	33	55.2
ความเหมาะสมในการใช้ HPDS ของผู้ป่วย		
จำนวนรายการผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม	45	76.3
จำนวนรายการผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม	14	23.7
พบสเตียรอยด์	1	1.7
เสื่อมสภาพ	3	5.1
ไม่มีเลขทะเบียน	10	16.9

รายการ HPDS ที่ผู้ป่วยระยะท้ายใช้ที่บ้านจัดเป็นสมุนไพรเดี่ยว 6 รายการ สมุนไพรตำรับ 16 รายการ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 27 รายการ ดังที่แสดงในตารางที่ 3

ปัญหาจากการใช้ HPDS

ปัญหาที่พบอันเนื่องมาจากการใช้ HPDS คือ อันตรกิริยาระหว่างยาและผลิตภัณฑ์ที่ใช้จำนวน 12 รายการ (ร้อยละ 20.3) ในผู้ป่วยที่บริโภคผลิตภัณฑ์ 12 คน (ร้อยละ 46.1) อันตรกิริยาที่พบจากการใช้ HPDS พบ

ทั้งหมด 20 คู่ จัดเป็นประเภทที่มีความเสี่ยงปานกลาง 9 คู่ และประเภทที่มีความเสี่ยงน้อย 11 คู่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ทัศนคติในการใช้ HPDS

ตารางที่ 5 แสดงทัศนคติในการใช้ HPDS ของผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะท้าย 26 รายที่บริโภค HPDS กล่าวว่า เหตุผลของการใช้ คือ เพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่ (30 รายหรือร้อยละ 50.8) ผู้ป่วย 34 ราย (ร้อยละ 57.6) รับทราบข่าวเกี่ยวกับ HPDS จากลูกหลาน ญาติ และเพื่อน แหล่งข้อมูล

ตาราง 3. รายการ HPDS ที่พบในการวิจัย

สมุนไพรเดี่ยว	สมุนไพรตำรับ	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
1. หนานเฉาเหว่ย (n=3)	1. ยาแคปซูลเห็ดหลินจือตราจีอี (n=1)	1. ensure (n=6)
2. ใบทุเรียนเทศ (n=3)	2. ยากาโน การ์ชีเนียแคปซูล (n=1)	2. optimum boost (n=1)
3. ใบย่านาง (n=1)	3. ยาสกาโนแคปซูล (n=1)	3. แบรนต์ริงนิก (n=1)
4. หล่อฮั้งก้วย (n=1)	4. ยาฆ่าเซลล์มะเร็งจีนคินน้ำ (n=1)	4. S-O.M Cmax instant coffee powder (n=1)
5. เห็ดหลินจือ (n=1)	5. สมุนไพรหมอบาง (n=1)	5. L-ZE plus (n=1)
6. สมุนไพรตำ a (n=1)	6. ยาผงจินตามณี (n=1)	6. S-CON-ACT siam rattan (n=1)
	7. สเปรย์แก้ปวดจากประเทศจีน (n=1)	7. กาแฟ detox pure (n=1)
	8. สมุนไพรตำ b (n=1)	8. probiotic plus p001 (n=1)
	9. long don xie gan wan (จีน) (n=1)	9. aimmura sesamine (n=2)
	10. สมุนไพร (วัดคำประมง) (n=1)	10. probiotic plus p010 (n=1)
	11. ยาฝุ่น (หนองแสง) (n=1)	11. linzhimin (n=1)
	12. จีเออร์บีแคปซูล สมุนไพรบำรุงน้ำเหลือง (n=1)	12. usana เมกา เอโอ (n=1)

ตาราง 3. รายการ HPDS ที่พบในการวิจัย (ต่อ)

สมุนไพรเดี่ยว	สมุนไพรตำรับ	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
	13. สมุนไพร (เกาหลี่) (n=1)	13. usana คีเลต มิเนอรัล (n=1)
	14. สมุนไพร (ลาว) (n=1)	14. usana proflavanol (n=1)
	15. สมุนไพรจีนต้ม (n=1)	15. usana co q10 (n=1)
	16. ถั่งเช่าแคปซูล (n=1)	16. usana bio mega (n=1)
		17. blendera (n=1)
		18. nutrilite all plant protein (n=1)
		19. nutrilite protein ช็อคโกแลต (n=1)
		20. ไช้ขาวพาสเจอร์ไรต์ (n=1)
		21. colloidal amino acid dietary supplement (n=1)
		22. neomune (n=1)
		23. triple d (n=1)
		24. สารสกัดเห็ดหลินจือ (n=1)
		25. พีเจ เอิร์บ (n=1)
		26. ยาแคปซูล o-one (n=1)
		27. เห็ดหลินจือสกัดแคปซูล (n=1)

ตารางที่ 4. อันตรกิริยาที่พบจากการใช้ HPDS

ระดับความเสี่ยง	อันตรกิริยาที่พบ	รายละเอียดของสารที่ก่ออันตรกิริยากับยา
ปานกลาง	omeprazole-linhzhimin (n=1)	ferrous fumarate ใน linzhimin
	omeprazole-กาแฟ detox pure (n=1)	ferrous fumarate ใน กาแฟ detox pure
	lactulose-usana คีเลต มิเนอรัล (n=1)	magnesium ใน usana คีเลต มิเนอรัล
	ferrous-ensure (n=2)	vitamin E และ calcium ใน ensure
	ASA-ensure (n=1)	vitamin E และ calcium ใน ensure
	rifampicin-ensure (n=1)	vitamin D และ calcium ใน ensure
	isoniazid-ensure (n=1)	vitamin D ใน ensure
	ciprofloxacin-nutrilite protein รสช็อคโกแลต (n=1)	calcium ใน nutrilite protein รสช็อคโกแลต
น้อย	diazepam-cmax instant coffee powder (n=1)	caffeine ใน cmax instant coffee powder
	fentanyl-cmax instant coffee powder (n=1)	ginseng ใน cmax instant coffee powder
	prednisolone-s con act (n=1)	zinc ใน s con act
	senokort- l-ze plus (n=1)	ascorbic acid ใน l-ze plus
	lactulose-usana เมกะ เอโอ (n=1)	calcium ใน usana เมกะ เอโอ
	lactulose-usana คีเลต มิเนอรัล (n=1)	calcium ใน usana คีเลต มิเนอรัล
	lactulose-usana proflavanol (n=1)	calcium ใน usana proflavanol
	prednisolone-ensure (n=2)	vitamin E และ calcium ใน ensure
	lorazepam-nutrilite protein รสช็อคโกแลต (n=1)	calcium ใน nutrilite protein รสช็อคโกแลต
	dexamethasone-optimum boost (n=1)	vitamin E ใน optimum boost

ที่ผู้ป่วยได้มาซึ่ง HPDS คือ ลูกหลาน ญาติ และเพื่อนซี้มาฝาก (32 รายหรือร้อยละ 64.2) ลักษณะการใช้ HPDS ของผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ คือ กินยาในขนาดปกติ และบริโภค HPDS ในทุกมื้ออาหาร (38 รายหรือร้อยละ 64.4)

หลังจากใช้ HPDS ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกดีขึ้นและพึงพอใจ (52 รายหรือร้อยละ 88.1) ผู้ป่วย 51 ราย (ร้อยละ 86.4) จะใช้ HPDS ต่อ จำนวน ผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 47.5) คิดว่า HPDS รักษาโรคที่เป็นอยู่ได้

การอภิปรายและสรุปผล

การศึกษานี้พบว่า ตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 37.1 บริโภค HPDS ควบคู่กับยาที่ใช้ลดอาการปวดหรืออาการรบกวนอื่นๆ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ร้อยละ 55.2 เป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เกือบทั้งหมดมีลักษณะการบริโภค HPDS พร้อมกับกินยาในขนาดปกติทุกมื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ผ่านภูวนษ์และกรแก้ว จันทภาษา (5) ในผู้ป่วยเบาหวานในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนครที่พบ

ตารางที่ 5. ทศนคติในการใช้ HPDS ของผู้ป่วย (n=59)

ตัวแปร		ความถี่	ร้อยละ
การใช้ HPDS อื่นนอกจากยาเพื่อบรรเทาอาการปวดหรือลดอาการรบกวน ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยกินสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	2	3.4
	กำลังกินสมุนไพร	12	20.3
	กำลังกินผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	13	22.0
	กำลังกินสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	32	54.3
เหตุผลของการที่ผู้ป่วยใช้ HPDS	เพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายได้	30	50.8
	เพื่อบำรุงร่างกาย	26	44.1
	เพื่อลดอาการปวดและอาการของโรค	3	5.1
การรับรู้ข่าวสาร HPDS ของผู้ป่วย	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	8	13.6
	สื่ออินเทอร์เน็ต (เฟซบุ๊ก/ไลน์)	12	20.3
	ตัวแทนขายตรง	3	5.1
	ลูกหลาน ญาติ หรือเพื่อน	34	57.6
	สื่อวิทยุกระจายเสียง	2	3.4
แหล่งที่ผู้ป่วยเข้าถึง HPDS	ร้านค้า ร้านชำ	9	15.3
	ตัวแทนขายตรง	13	22.0
	ลูกหลาน ญาติ หรือเพื่อนซี้มาฝาก	32	54.2
	สั่งทางอินเทอร์เน็ต	1	1.7
	ทำใช้เอง	3	5.1
	อื่น ๆ	1	1.7
ลักษณะการใช้ HPDS ของผู้ป่วย	กินยาขนาดปกติและบริโภค HPDS ทุกมื้ออาหาร	38	64.4
	กินยาขนาดปกติและบริโภค HPDS วันละ 1-2 ครั้ง	14	23.7
	หยุดกินยาและบริโภค HPDS อย่างเดียว	7	11.9
ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากใช้ HPDS	ดีขึ้น รู้สึกพึงพอใจ	52	88.1
	เฉยๆ ไม่รู้สึกแตกต่าง	7	11.9
ผู้ป่วยจะใช้ HPDS ต่อหรือไม่	ใช้ต่อไป	51	86.4
	ไม่ใช้	8	13.6
ผู้ป่วยคิดว่า HPDS สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้หรือไม่	ได้	28	47.5
	ไม่ได้	21	35.6
	ไม่แน่ใจ	10	16.9

ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 91.89 บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การศึกษานี้พบว่า เหตุผลการเลือกใช้ HPDS คือ เพื่อ รักษาโรค (ร้อยละ 50.8) และเพื่อบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 44.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนศรีระ จระเข้น้อย จังหวัดสมุทรปราการของปิยะวัน วงษ์บุญหนัก และคณะ (32) ที่พบว่ากว่า ผู้ป่วยร้อยละ 57.6 ได้รับการ ชักชวนให้ใช้ HPDS จากลูกหลาน ญาติ และเพื่อน ผู้ป่วย ระยะท้ายมักสูงอายุ จึงเป็นกลุ่มที่ลูก หลาน ญาติ หรือ เพื่อนที่ใกล้ชิดชักชวนหรือแนะนำให้ใช้ HPDS อันแสดงถึง ความห่วงใยต่อคนใกล้ชิด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาใน ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังดังเช่นการศึกษาของสมใจ ผ่านวงษ์ และ กรแก้ว จันทภาษา (5) ในผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอ วาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ที่พบว่า ร้อยละ 48.65 ของ ตัวอย่างมีแรงจูงใจในใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากตัวแทน ขยายตรง ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรหรือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อไปโดยผู้ป่วยครึ่งหนึ่งคิดว่า HPDS สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ ผู้ป่วยระยะท้าย เกือบทั้งหมดรู้สึกดีขึ้น และพึงพอใจหลังจากใช้ HPDS การศึกษานี้พบผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม คือ ผลิตภัณฑ์ที่ ไม่มีเลขทะเบียนร้อยละ 17.0 ผลิตภัณฑ์เสื่อมสภาพ ร้อย ละ 5.1 ผลิตภัณฑ์มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 1.7 ผลิตภัณฑ์ที่พบ อันตรกิริยากับยาร้อยละ 20.3 อันตรกิริยาที่พบมีทั้งที่ก่อ ความเสี่ยงปานกลางและน้อย

ผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยระยะท้ายใช้ส่วนใหญ่เป็น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ลักษณะของ HPDS ที่พบส่วนใหญ่ เป็นผลิตภัณฑ์ในท้องตลาดที่มีเลขทะเบียนจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา ส่วนน้อยที่เป็นผลิตภัณฑ์ที่ ไม่เหมาะสมได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเลขทะเบียน เสื่อมสภาพ และมีสเตียรอยด์ ปัญหาที่พบอันเกี่ยวเนื่อง จากการใช้ HPDS คือ พบอันตรกิริยากับยาในร้อยละ 20.7 ของผู้ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซุสกร สอนสุ วิทย์และคณะ (6) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 56 คนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างเผือก จังหวัด เชียงใหม่ โดยพบการเกิดอันตรกิริยาของ HPDS กับยา ร้อยละ 33.3 ของ HPDS ที่ใช้

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเมื่อพบ ผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมดังนี้ หากพบผู้ป่วยบริโภค ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเลขทะเบียน เสื่อมสภาพ หรือมีสเตียรอยด์ ผสม ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์ ผลเสียที่จะเกิดขึ้นเมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง คำแนะนำให้หยุดใช้ และติดตามอาการผู้ป่วยหลังจาก

เยี่ยม 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จาก ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ ส่วนผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์และพบอันตร กิริยาต่อยา ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึง อันตรกิริยาที่เกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ลดหรือรบกวนการดูด ซึมยาที่ผู้ป่วยใช้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้ ปรับการบริหารยาและ HPDS โดยต้องให้ในเวลาที่ห่างกัน 1-2 ชั่วโมง หลังจากนั้นได้ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจาก เยี่ยมบ้าน 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ได้

ผลที่ได้เหล่านี้นำไปเกิดประโยชน์อย่างยิ่งเมื่อ นำไปพัฒนาแนวทางการใช้ HPDS ในผู้ป่วยระยะท้ายทั้ง ในบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อป้องกันการใช้ HPDS ที่ ไม่เหมาะสม รวมถึงยังสามารถเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ เหมาะสมในชุมชน โดยการตามรอยแหล่งที่มาของ ผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมเพื่อป้องกันการระบาดในชุมชน ทั้งนี้โดยอาศัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อให้ชุมชน ปลอดภัยจากการใช้ HPDS ที่ไม่ปลอดภัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการประเมินปัญหาที่พบ อันเกี่ยวเนื่องจากการใช้ HPDS เช่น ผลิตภัณฑ์บางชนิดมี แหล่งที่มาจากต่างประเทศ จึงไม่สามารถระบุส่วนประกอบ ได้ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรบางชนิดไม่สามารถระบุชื่อ สมุนไพรได้ ต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญในการพิจารณา ดังนั้นการประเมินปัญหาที่พบอันเกี่ยวเนื่องจาก HPDS จึง ไม่สามารถทำได้

ข้อจำกัดของการวิจัยอีกประการหนึ่งคือการ ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ HPDS ไม่สามารถประเมิน ได้ในผู้ป่วยระยะท้าย เช่น ภาวะบวมอันเกิดจากสมุนไพร บางชนิดกับภาวะบวมจากโรคเมเร็งระยะลุกลาม ภาวะ โปแตสเซียมสูงจากการใช้สมุนไพรบางชนิดกับภาวะไม่ สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยระยะท้าย ในการศึกษา นี้จึงไม่สามารถประเมินผลข้างเคียงดังกล่าวได้ หากต้องการ ศึกษาข้อมูลดังกล่าวควรทำการวิจัยแบบติดตามไป ข้างหน้า นอกจากนี้แล้วในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยระยะ ท้ายบางรายมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค HPDS ที่น่าแปลกใจ เช่น ผู้ป่วยบริโภค HPDS 7 รายการและมีความรู้สึกดีและ พึงพอใจ รวมทั้งคาดหวังกับผลการบริโภค ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจ พฤติกรรมผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแผนงานพัฒนาวิชาการและสร้างความเข้มแข็งกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ที่ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณคณะอาจารย์วิชาวาระบาดวิทยา วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ

แห่งประเทศไทย (วคบท.) ทุกท่านและ ผศ.(พิเศษ) ดร.ภญ.รุ่งทิศา หมื่นปา อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณกลุ่มงานเภสัชกรรม งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่ทำงานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Worldwide palliative care alliance: Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: WHO; 2014.
2. Ministry of Public Health, Health Administration Division. Drug system management in palliative care. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
3. Joint Commission of Pharmacy Practitioners. Patient care process document: Pharmacists' patient care process [online]. 2014 [cited sep 3, 2018]. Available from: jcopp.net/patient-care-process.
4. Hussain SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: An Australian experience. BMC Palliat Care 2011;10:16. doi: 10.1186/1472684 X-10-16.
5. Phanphuwong S, Chanthapasa K. Dietary supplement consumption behavior of diabetes mellitus patients in tumbon Warischaphum, Warischaphum district, Sakonnakorn province. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2013; 9:155-9.
6. Sornsuvit C, Phosuya C, Jaroonwanichkul D, Piriya chananusorn N. The use of herbal and dietary supplements and potential interactions with drugs in patients with chronic diseases. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2012; 7: 149-54.
7. Holmes HM, Kaiser K, Jackson S, McPherson LM. Soliciting an herbal medicine and supplement use history at hospice admission. J Palliat Med. 2010; 13:685-94. doi: 10.1089/jpm.2009.0378.
8. Palliative Care Network Region 8Udonthani. Palliative care guideline in Udonthani Hospital. Udonthani: Udonthani Hospital; 2018.