

## ผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง

อมรรัตน์ ปะติเก<sup>1</sup>, ชนิดา พลอยเลื่อมแสง<sup>2</sup>, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์<sup>2</sup>, ศิรินาถ ดงศิริ<sup>3</sup>  
นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup> คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย **วิธีการ:** แบบของการวิจัย คือ การศึกษาแบบกึ่งทดลองที่ประเมินผลก่อนและหลัง การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่ติดบ้าน 18 รายและติดเตียง 9 รายโดยการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 3 ครั้งใน 6 เดือน การดูแลผู้ป่วยเริ่มด้วยการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเบื้องต้นทั้งด้านกายภาพและการใช้ยา และแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ประเมิน คือ คุณภาพชีวิต ปัญหาจากยา (drug related problems: DRPs) ความร่วมมือในการใช้ยา ผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไต ภาวะซึมเศร้า การเคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ การเก็บข้อมูลใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อิงเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยา (Brief Medication Questionnaires; BMQ) และการนับเม็ดยา แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการเคลื่อนไหว (Modified Barthel Index) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden's score) แบบวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L-VAS และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ **ผลการวิจัย:** ก่อนการวิจัยในกลุ่มติดบ้านพบ DRP ในผู้ป่วย 8 คนจากทั้งหมด 18 คน และในกลุ่มติดเตียงพบ DRP ในผู้ป่วย 6 คนจากทั้งหมด 9 คน การแทรกแซงสามารถขจัด DRP หมดไปได้ในผู้ป่วยทุกคน จำนวนผู้ที่มีมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นในกลุ่มติดบ้านจาก 6 คน เป็น 17 คน ( $p < 0.001$ ) และในกลุ่มติดเตียงเพิ่มจาก 4 คน เป็น 9 คน ( $p = 0.031$ ) การแทรกแซงทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มติดบ้านเพิ่มจาก 5 คน เป็น 18 คน ( $p < 0.001$ ) และในกลุ่มติดเตียงเพิ่มจาก 8 คน เป็น 9 คน ( $p = 0.347$ ) ตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยในกลุ่มติดบ้านลดลงจาก 10 คน เป็น 3 คน ( $p < 0.001$ ) และในกลุ่มติดเตียงลดลงจาก 9 คน เป็น 6 คน ( $p = 0.091$ ) ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียงลดลงจาก 9 คนเป็น 4 คน ( $p = 0.059$ ) หลังการแทรกแซง คุณภาพชีวิตของตัวอย่างเพิ่มขึ้น 0.08 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มติดบ้าน และ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มติดเตียง ความพึงพอใจต่อการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น 0.63 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มติดบ้าน และ 0.50 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มติดเตียง Bathel index เพิ่มขึ้น 3.05 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มติดบ้าน และ 1.67 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มติดเตียง ภาวะซึมเศร้าลดลง 1.66 ( $P < 0.001$ ) ในกลุ่มติดบ้าน และ 3.44 ( $P < 0.001$ ) ในกลุ่มติดเตียง **สรุป:** การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ติดบ้านและติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ DRPs และภาวะซึมเศร้าลดลง ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียงมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มติดเตียง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา มีผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐาน การเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการดูแลมากขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้การเยี่ยมบ้านดังกล่าวเป็นนโยบายและควรเพิ่มเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านอื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ทีมสหสาขาวิชาชีพ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ การดูแลที่บ้าน

รับต้นฉบับ: 1 ก.ย. 2561, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 10 ส.ค. 2562, รับลงตีพิมพ์: 18 ส.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: ออมรรัตน์ ปะติเก นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 E-mail: apatike@hotmail.com

## Effects of Multidisciplinary Home Care on Quality of Life of Home-bound and Bed-bound Elderly Patients

Amornrat Patike<sup>1</sup>, Chanuttha Ploylearmsang<sup>2</sup>, Juntip Kanjanasilp<sup>2</sup>, Sirinart Tongsir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Student in Master of Pharmacy Program on Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>2</sup>Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

<sup>3</sup>Faculty of Medicine, Mahasarakham University

### Abstract

**Objective:** To study the effect of multidisciplinary home care on health problems and quality of life of home-bound and bed-bound elderly patients. **Method:** Study design was a quasi-experiment measuring the effects before and after the provision of multidisciplinary home cares for 3 times within 6 months for 18 home-bound and 9 bed-bound elderly patients. The care began with identifying patients' health problems, basic physical and drug use problems and collaborative resolution of the problems between health team and family members. Outcomes of the study included quality of life, drug related problems (DRPs), medication adherence, clinical outcomes for hypertension, diabetes mellitus and kidney diseases, depression, movement, complications from being bed-bound and satisfaction. Data collection was done using forms for adverse drug reaction based on WHO's criteria, scale for interviewing adherence (Brief Medication Questionnaires; BMQ), pill count, depression screening test (9Q), modified Barthel index for movement assessment, Braden's score for bed sores, quality of Life scale (EQ-5D-5L-VAS), and satisfaction questionnaire. **Results:** At the beginning of the study, DRPs were identified in 8 of 18 home-bound patients, while DRPs were identified in 6 of 9 bed-bound patients. Interventions eliminated DRPs in all patients. Drug adherent patients increased from 6 to 17 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and from 4 to 9 ( $p = 0.031$ ) in the bed-bound patients. Intervention improved the number of patients with clinical outcomes meeting the goals from 5 to 18 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and from 8 to 9 ( $p = 0.347$ ) in the bed-bound patients. Subjects with depression decreased from 10 to 3 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and from 9 to 6 ( $p = 0.091$ ) in the bed-bound patients. Subjects with bed-bound complications (Barden's score) decreased from 9 to 4 ( $p = 0.059$ ) in the bed-bound patients. After interventions, quality of life among subjects improved by 0.08 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and 0.05 ( $p < 0.001$ ) in the bed-bound patients. Satisfaction towards multidisciplinary home care increased by 0.63 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and 0.50 ( $p < 0.001$ ) in the bed-bound patients. Bathel index increased by 3.05 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and 1.67 ( $p < 0.001$ ) in the bed-bound patients. Depression score decreased by 1.66 ( $p < 0.001$ ) in the home-bound patients and 3.44 ( $p < 0.001$ ) in the bed-bound patients. **Conclusions:** Multidisciplinary home care for the home-bound and bed-bound elderly patients decreases DRPs, depression, bed-bound complications in bed bound group. It also increases medication adherence, clinical outcomes within targeted goals, Bathel index score, quality of life and satisfaction towards home care by the multidisciplinary team. Therefore, such home care services should be promoted as a policy. Moreover, there is a need to expand collaborative network to local administrative organizations to improve the quality of life in other domains.

**Keywords:** home-bound patients, bed-bound patients, multidisciplinary team, quality of life, elderly, home care

## บทนำ

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีผู้สูงอายุร้อยละ 12 (1) ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 2 รองลงมาจากประเทศสิงคโปร์ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 14.2 ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป  $\geq$  ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดหรือสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป  $\geq$  ร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (2) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ.2552 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. ผู้สูงอายุติดสังคม คือ ผู้สูงอายุทั่วไปที่ยังดูแลตัวเองได้และออกนอกบ้านได้ 2. ผู้สูงอายุติดบ้าน (home bound elderly: HBE) คือ ดูแลตัวเองได้บ้าง แต่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ และ 3. ผู้สูงอายุติดเตียง (bed bound elderly: BBE) คือ ดูแลตัวเองไม่ได้และต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา (3) HBE และ BBE เป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิง โดยมักพบปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การมีโรคเรื้อรัง พิกการ ทูพลภาพ สุขภาพจิต การเข้าถึง การใช้ยาจำนวนมาก (polypharmacy) (4)

ในเขตพื้นที่ 6 ชุมชนภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มี HBE และ BBE 46 ราย (ณ เดือนเมษายน 2559) ผู้สูงอายุเหล่านี้มีปัญหาคือเคลื่อนไหวและไม่สามารถมารับยาต่อเองได้เอง จึงมักให้ญาติมารับยาแทน ภาวะนี้เป็นภาวะพึ่งพิงญาติในการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายยังไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems: DRPs) เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลเรื่อง DRPs โดยตรง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการดูแล HBE และ BBE โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อลดปัญหาสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มดังกล่าว

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่ประเมินผลก่อนและหลังการแทรกแซง งานวิจัยนี้ได้รับอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 022/2559

### ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปใน 6 ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และเป็นกลุ่ม HBE และ BBE โดยการประเมินตามเกณฑ์ของ Barthel ADL index ได้คะแนน 0-20 คะแนน (5) ทั้งนี้ ตัวอย่างต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยเห็นยินยอมด้วยตนเอง หรือโดยผู้ดูแลที่มีอำนาจแทนทางกฎหมาย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามผลการเยี่ยมบ้านได้หลังจากเก็บข้อมูลพื้นฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยย้ายที่อยู่ เสียชีวิต เข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 เดือน หลังจากเก็บข้อมูลพื้นฐาน หรือถูกส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ที่ขอออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างสองกลุ่ม กำหนดค่า  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.20$  พารามิเตอร์ในการคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาของ Glendinning (6) ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงคือ 0.2 คะแนน (พิสัยที่เป็นไปได้ของคะแนนคุณภาพชีวิต คือ 0-1 คะแนน) การรวมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซง ได้ค่าเท่ากับ 0.32 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 21 คน ทั้งนี้ ตัวอย่างอาจมีการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็น 27 คน

การสำรวจในปี พ.ศ.2559 ในพื้นที่วิจัยพบ HBE (คะแนน Barthel ADL index 5-11) จำนวน 31 คน และพบกลุ่ม BBE ที่มีคะแนน Barthel ADL index ติดเตียง 0-4 จำนวน 15 คน คิดเป็นสัดส่วน HBE: BBE เท่ากับ 2:1 การเลือกตัวอย่างใช้การเลือกแบบโควตาให้ได้สัดส่วน HBE: BBE เท่ากับ 2:1 ตามลักษณะประชากร ดังนั้น จึงเลือก HBE เท่ากับ 18 คน และ BBE 9 คน

### การแทรกแซง

การศึกษาเยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันทุก 2 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการ

ดูแลที่บ้านตามสภาวะโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินผู้ป่วยแต่ละคนเป็นราย ๆ ไป และดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ระบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีแนวทางดังนี้

1. มีการจัดอบรมทีมเยี่ยมบ้านและการแบ่งงานตามหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ เภสัชกรมีหน้าที่ค้นหา DRP และแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ นักกายภาพมีหน้าที่ประเมินการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยและดูแลตามปัญหาที่พบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์แผนไทยมีหน้าที่ประเมินภาวะของผู้ป่วยที่สามารถใช้แพทย์ทางเลือกในการรักษาและบรรเทาอาการได้ และดูแลตามปัญหาที่พบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พยาบาลมีหน้าที่ค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเบื้องต้น และแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และแพทย์มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ทีมในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหา

2. จัดทำแผนในการออกเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดตารางในการออกเยี่ยมบ้านของทีม คือ ทุกวันพุธและศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น. ระยะในการเยี่ยมประมาณ 30-60 นาทีต่อคน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดรายชื่อผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้านในแต่ละวัน

3. มีการเก็บข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ แฟ้มประวัติผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลอายุ เพศ ปัญหาสุขภาพ DRPs อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติโรคที่เป็น ประวัติแพ้ยา/สารเคมี/สิ่งกระตุ้น ประวัติครอบครัว ประวัติทางสังคม เช่น เหล้า บุหรี่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar: FBS) สีและลักษณะของปัสสาวะ

4. การออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะโดยสารรถยนต์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และมีคำตอบแทนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการออกเยี่ยมบ้าน ระหว่างการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรเก็บข้อมูล DRPs ในแบบประเมิน และเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ Brief Medication Questionnaires (BMQ) และการนับเม็ดยาที่เหลือ (pill count) โดยผู้ป่วยจะต้องมี BMQ เท่ากับ 0 ร่วมกับมีการใช้ยาตามสั่งจากการนัดเม็ดยาร้อยละ 80-120 จึงจะถือว่ามีความร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ป่วยใช้ยาหลาย

รายการ ผู้ป่วยจะต้องร่วมมือในการใช้ยาทุกตัว จึงจะถือว่ามีความร่วมมือในการใช้ยา (7) พยาบาลประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9Q ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 27 หากคะแนน 9Q  $\geq 7$  คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 8Q (8) และประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับด้วย Braden's score มีคะแนนตั้งแต่ 6-23 หากผู้ป่วยมีคะแนน Braden's score  $<16$  คะแนน จะต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป (9) นักกายภาพบำบัดประเมินการเคลื่อนไหวด้วย modified Barthel index มีคะแนนตั้งแต่ 0-20 หากผู้ป่วยมีคะแนน  $\geq 12$  แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (10)

ผู้ป่วยตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L-VAS ด้วยตนเอง EQ-5D-5L ประเมินมิติทางสุขภาพ 5 มิติ แต่ละมิติมี 5 ตัวเลือก เรียงตามระดับความรุนแรง คะแนนที่ได้ถูกแปลงเป็นค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วน VAS เป็นวิธีการวัดสุขภาพทางตรงด้วยสเกล มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด (11)

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้านในกรณีของ BBE เภสัชกรสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตามแบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนในเนื้อหาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์ทีมเยี่ยมบ้าน พยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน และนักกายภาพทีมเยี่ยมบ้าน แบบประเมินมีทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบเป็นระดับ 0-5 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ( $> 36$  คะแนน) ถือว่ามีความพึงพอใจในการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ พิจารณาตาม JNC7 สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (12) โดยผู้ป่วยที่ใช้ยารักษามากกว่า 1 ชนิด ต้องควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายคือ  $<140/90$  mmHg หรือ  $<130/80$  mmHg สำหรับผู้ป่วยที่มีเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอ้างอิงจาก ADA 2015 (13) โดยเป้าหมายคือ HbA1c  $<7\%$  และ FPG อยู่ในช่วง 80-130 mg/dL,

สำหรับโรคไตอ้างอิงเป้าหมายตาม KDIGO 2017 (14) โดยที่มีเป้าหมายในการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ GFR  $\leq$  30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>

5. เมื่อพบปัญหาสุขภาพและ DRPs ทีมสหวิชาชีพจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน และมีการวางแผนการติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไปร่วมกันระหว่างทีมผู้ป่วย และผู้ดูแล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS 17.0 การวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่ศึกษา การศึกษาใช้ Cochrane chi-square เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการแทรกแซงที่มีการวัดในระดับนาม (nominal scale) ในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงทั้งสองครั้ง ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ การเกิด DRP ความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มาตรฐานภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การศึกษาใช้ McNemar's test สำหรับการเปรียบเทียบรายคู่เมื่อพบว่า Cochrane chi-square ให้ผลทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยใช้ Friedman test สำหรับตัวแปรที่วัดในระดับจัดอันดับขึ้นไประดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ 0.05

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไป

ตัวอย่างเป็น HBE และ BBE 27 คน โดยมี BBE 9 คนซึ่งเป็นเพศหญิง 6 คน เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 2, 3 และ 4 คน ตามลำดับ โรคประจำตัวของ BBE คือ ความดันโลหิตสูงจำนวน 8 คน เบาหวานจำนวน 2 คน โรคไตจำนวน 1 คน พาร์กินสันจำนวน 1 คน และโรคเรื้อรังจำนวน 1 คน ตามลำดับ BBE 8 คน ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ผู้ป่วยเคยมีประวัติการดื่มเหล้าจำนวน 2 คน และสูบบุหรี่จำนวน 2 คน BBE รับประทานโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 8 คน อีก 1 คนรับยาจากโรงพยาบาลมหาสารคาม

HBE ในการศึกษา 18 คน เป็นเพศหญิง 12 คน เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1, 10 และ 7 คน ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงจำนวน 13 คน เบาหวานจำนวน 11 คน และโรคไตจำนวน 7 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยจำนวน 16 คน ไม่เคยมี

ประวัติแพ้ยา ผู้ป่วยเคยมีประวัติการดื่มเหล้าจำนวน 6 คน และสูบบุหรี่จำนวน 4 คน HBE รับประทานโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 25 คน และที่เหลือ 2 คนรับยาจากโรงพยาบาลมหาสารคาม

#### สุขภาพก่อนการแทรกแซง

ในการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพครั้งแรก (สัปดาห์ที่ 1) HBE 8 ใน 18 คนมี DRP ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 6 คน ผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 5 คน มีภาวะซึมเศร้า (9Q >7 คะแนน) จำนวน 10 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

คะแนน EQ5D-5L ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกของกลุ่ม HBE มีค่าเฉลี่ยที่  $0.57 \pm 0.22$  (พิสัยของคะแนน คือ 0-1 คะแนน) เมื่อประเมินด้วย VAS พบว่า ได้คะแนน  $50.56 \pm 7.25$  (พิสัยของคะแนน คือ 0-100 คะแนน) ความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา คือ  $4.05 \pm 0.35$  คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) การประเมินการเคลื่อนไหวได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $8.39 \pm 2.06$  (จากคะแนนเต็ม 20) และคะแนนความซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ย  $6.83 \pm 1.58$  (จากคะแนนเต็ม 27) (ตารางที่ 1)

กลุ่ม BBE 6 ใน 9 คนพบ DRP ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก กลุ่มนี้ร่วมมือในการใช้ยา 4 คน ผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 8 คน มีภาวะซึมเศร้า 9 คน มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ 9 คน (ตารางที่ 3) คะแนน EQ5D-5L คือ  $0.03 \pm 0.10$  ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย VAS มีค่าเฉลี่ย  $30.56 \pm 5.27$  คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย คือ  $4.20 \pm 0.43$  คะแนนการเคลื่อนไหวมีค่าเฉลี่ย  $1.00 \pm 0.87$  คะแนน และคะแนนซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ย  $10.33 \pm 2.40$  คะแนน (ตารางที่ 2)

#### สุขภาพของกลุ่มติดตามบ้านหลังการแทรกแซง

การดูแลสุขภาพของ HBE โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง (ครั้งที่ 1-3) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มี DRPs ลดลง ( $P < 0.001$ ) จำนวนผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกเพิ่มขึ้น ( $P < 0.001$ ) จำนวนผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น ( $P < 0.001$ ) และจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง ( $P = 0.005$ ) (ตารางที่ 1)

หลังการแทรกแซง คะแนนอรรถประโยชน์ที่วัดโดย EQ5D-5L เพิ่มขึ้น ( $P < 0.001$ ) คุณภาพชีวิตที่วัดด้วย VAS เพิ่มขึ้น ( $P < 0.001$ ) คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

( $P < 0.001$ ) คะแนนการเคลื่อนไหว (Bathel index) เพิ่มขึ้น ( $P < 0.001$ ) และภาวะซึมเศร้าลดลง ( $P < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยหญิง อายุ 70 ปี มี DRP คือผู้ป่วยได้รับยาต่ำกว่าขนาดที่ให้ผลการรักษา เพราะผู้ป่วยฉีดยาเบาหวาน mixtard ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง รวมทั้งเก็บรักษา ยาฉีดเบาหวานไม่เหมาะสม คือ ไม่เก็บไว้ในตู้เย็น ทั้งยังเก็บยาหลายอย่างรวมกันและสลับชองกัน เภสัชกรและทีมสหวิชาชีพได้ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยา และเขียนสัญลักษณ์เกี่ยวกับการใช้ยาไว้ที่หน้าชองยา และเก็บยาที่เกินคืน นอกจากนี้ยังวางแผนร่วมกับญาติในการดูแล

การรับประทานยาและการฉีดยา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต รวมไปถึงความพึงพอใจที่มากขึ้นในการติดตามผล

**สุขภาพของกลุ่มติดเตียงหลังการแทรกแซง**

ตารางที่ 2 แสดงผลการดูแลสุขภาพใน BBE โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง พบว่า DRP ลดลง ( $P = 0.004$ ) และผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มขึ้น ( $P = 0.030$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนผู้ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.347$ ) จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียงลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.091$ )

**ตารางที่ 1.** ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านจากผลการดูแลสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=18)

ผลลัพธ์	การเยี่ยมบ้านครั้งที่			P	การเปรียบเทียบระหว่างครั้งที่เยี่ยม
	1 (สัปดาห์ที่ 1)	2 (สัปดาห์ที่ 8)	3 (สัปดาห์ที่ 16)		
จำนวนคนที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา	8	2	0	$< 0.001^1$	$1 > 2 = 3^2$
จำนวนคนที่ร่วมมือในการใช้ยา	6	12	17	$< 0.001^1$	$1 > 2 = 3^2$
จำนวนคนที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐาน	5	12	18	$< 0.001^1$	$3 = 2 > 1^2$
จำนวนคนที่มีภาวะซึมเศร้า	10	4	3	$P = 0.005^1$	$1 > 2 = 3^2$
ค่าเฉลี่ยของอรรถประโยชน์จาก EQ5D-5L (±SD) (คะแนนมีพิสัยจาก 0 ถึง 1)	$0.57 \pm 0.22$	$0.65 \pm 0.18$	$0.65 \pm 0.21$	$< 0.001^3$	$3 = 2 > 1^4$
ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่ประเมินจาก VAS (±SD) (คะแนนมีพิสัย 0 ถึง 100)	$50.56 \pm 7.25$	$56.11 \pm 6.08$	$61.11 \pm 7.58$	$< 0.001^3$	$3 > 2 > 1^4$
ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการดูแล (±SD) (คะแนนมีพิสัย 0 ถึง 5)	$4.05 \pm 0.35$	$4.40 \pm 0.33$	$4.68 \pm 0.16$	$< 0.001^3$	$3 > 2 > 1^4$
ค่าเฉลี่ยของ Barthel Index (±SD) (คะแนนมีพิสัย 6-23)	$8.39 \pm 2.06$	$9.94 \pm 2.41$	$11.44 \pm 2.63$	$< 0.001^3$	$3 > 2 > 1^4$
ค่าเฉลี่ยของความซึมเศร้า (±SD) (คะแนนมีพิสัย 0-27)	$6.83 \pm 1.58$	$5.67 \pm 1.14$	$5.17 \pm 1.29$	$< 0.001^3$	$1 > 2 > 3^4$

1: Cochran chi-square

2: McNemar chi-square: ">" หมายถึงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ "=" หมายถึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3: Friedman test

4: Wilcoxon signed rank test: ">" หมายถึงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ "=" หมายถึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงจากผลการดูแลสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=9)

ผลลัพธ์	การเยี่ยมบ้านครั้งที่			P	การเปรียบเทียบระหว่างครั้งที่เยี่ยม
	1 (สัปดาห์ที่ 1)	2 (สัปดาห์ที่ 8)	3 (สัปดาห์ที่ 16)		
จำนวนคนที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา	6	0	0	0.004 <sup>1</sup>	1>2=3 <sup>2</sup>
จำนวนคนที่ร่วมมือในการใช้ยา	4	9	9	0.030 <sup>1</sup>	3=2 >1 <sup>2</sup>
จำนวนคนที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐาน	8	9	9	0.347 <sup>1</sup>	1=2=3
จำนวนคนที่มีภาวะซึมเศร้า	9	8	6	0.091 <sup>1</sup>	1=2=3
ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง (Barden's Score)	9	8	4	0.059 <sup>a</sup>	1=2=3
ค่าเฉลี่ยของอรรถประโยชน์ จาก EQ5D-5L (±SD) (คะแนนมีพิสัยจาก 0 ถึง 1)	0.03 ±0.10	0.05±0.13	0.08±0.11	<0.001 <sup>3</sup>	1=2=3 <sup>4</sup>
ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ที่ประเมินจาก VAS (±SD) (คะแนนมีพิสัย 0 ถึง 100)	30.56±5.27	33.33±6.14	35.56±4.64	<0.001 <sup>3</sup>	3 > 2 > 1 <sup>4</sup>
ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการดูแล (±SD) (คะแนนมีพิสัย 0 ถึง 5)	4.20±0.43	4.59±0.23	4.70±0.18	<0.001 <sup>3</sup>	3 > 2 > 1 <sup>4</sup>
ค่าเฉลี่ยของ Barthel Index (±SD) (คะแนนมีพิสัย 6-23)	1.00±0.87	2.11±1.05	2.67±1.41	<0.001 <sup>3</sup>	3=2 >1 <sup>4</sup>
ค่าเฉลี่ยของความซึมเศร้า (±SD) (คะแนนมีพิสัย 0-27)	10.33±2.40	8.44±2.07	6.89±1.83	<0.001 <sup>3</sup>	1 > 2 > 3 <sup>4</sup>

1: Cochran chi-square

2: McNemar chi-square: ">" หมายถึงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ "=" หมายถึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3: Friedman test

4: Wilcoxon signed rank test: ">" หมายถึงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ "=" หมายถึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรรถประโยชน์จาก EQ5D5L และการประเมินด้วย VAS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ความพึงพอใจและการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้ลดลง (P<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ดังตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิง อายุ 77 ปี มี DRP คือ มีการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่มีข้อบ่งใช้สำหรับการรักษานั้น ๆ โดยผู้ป่วยได้นำใบไม้มาปิดแผลที่เท้า แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานร่วมด้วยจึงทำให้แผลติดเชื้อ ทีมพยาบาลทำแผล และปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยจึงได้ยาปฏิชีวนะเพิ่ม

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่ร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่ไปรับยาต่อเนื่องให้ ทำให้ผู้ป่วยขาดยาบางรายการไป เกษักรและทีมได้ให้ความรู้เรื่องโรคและยา และร่วมวางแผนกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เช่นการสอนล้างแผลและการรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น การแทรกแซงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เข้าเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง รวมไปถึงมีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

## การอภิปรายและสรุปผล

จากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่ม HBE และ BBE โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นระยะเวลา 6 เดือน ด้วยการลงเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเบื้องต้นทั้งด้านกายภาพและการใช้ยา ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย การแทรกแซงทำให้ DRP มีจำนวนลดลง และผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

เภสัชกรมีบทบาทในการค้นหา DRP และปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจเรื่องโรคและยาที่ถูกต้อง และแก้ไขตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น ให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยเขียนสัญลักษณ์หน้าซองยาใหม่ให้ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจนขึ้น เก็บยาที่เหลือคิน และติดตามการใช้ยาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปโดยใช้วิธีการนับเม็ดยา (15) เมื่อผู้ป่วยมี DRP ลดลงและร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ทางคลินิกเข้าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น (16) ในกลุ่ม BBE พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อลดลง พยาบาลทีมเยี่ยมบ้านมีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น การพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ การทำแผลผู้ป่วยในกรณีมีแผลกดทับเกิดขึ้น การสังเกตสีของปัสสาวะจากสายสวนเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสายสวน (17) ผู้ป่วยมีค่าคะแนนการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น โดยนักกายภาพมีบทบาทในการช่วยแนะนำวิธีการออกกำลังกายและวิธีการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันและแก้ไขการเกิดปัญหาข้อติด นอกจากนี้ แพทย์แผนไทยยังช่วยรักษาอาการปวดข้อโดยการนวดและประคบในผู้ป่วยที่สามารถใช้แพทย์ทางเลือกรักษาได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาของพวกเราเพื่อผูกสวัสดิ์และคณะ (18) พบว่า คะแนนการเคลื่อนไหวมีค่าเท่าเดิมหลังจากการเยี่ยมบ้าน ความแตกต่างอาจเกิดจากความต่างของตัวอย่างและกระบวนการบริหารผู้ป่วยระหว่างการศึกษ การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อสุขภาพกายและสภาพจิตใจดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มขึ้น (19)

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบวัดผลก่อนและหลัง ทำให้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาในการศึกษาที่สั้นและขนาดตัวอย่างน้อย การศึกษาครั้ง

ต่อไปควรออกแบบการศึกษาเป็นแบบการทดลองเชิงสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ควรมีการศึกษาในเรื่องความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการออกเยี่ยมบ้าน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ เช่น ความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชุมชน นโยบายของผู้บริหาร และงบประมาณที่สนับสนุน เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง สามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ สถานพยาบาลควรมีนโยบายให้มีระบบการดูแลนี้สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือผู้ป่วยในบางประเด็น เช่น ปัญหารายได้ หนี้สิน ครอบครัว สภาพแวดล้อม และเพื่อนบ้าน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพจึงควรดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือตัวแทนชุมชน เพื่อเปิดมุมมองในการจัดการปัญหาสุขภาพในมิติอื่น ๆ ให้มากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนวิจัยวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. National Research Management System. Research strategy on elderly 2013- 1016 [online]. 2015 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.kmutt.ac.th/rippc/nrct59/34s10.pdf](http://www.kmutt.ac.th/rippc/nrct59/34s10.pdf)
2. Thaweesit S, Sunpuwan M, Chuanwan S. Population structure and economic stability of ASEAN [online]. 2013 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/AnnualConference/Download/2556/2556\\_conference\\_full.pdf](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/AnnualConference/Download/2556/2556_conference_full.pdf)
3. Damrikanlert L. Research aimed at health enhancing value of people's health care [online]. 2015 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.hsri.or.th/sites/default/files/.../02\\_พญ.ลัดดา\\_ดำริการเลิศ.pdf](http://www.hsri.or.th/sites/default/files/.../02_พญ.ลัดดา_ดำริการเลิศ.pdf)
4. National Health Assembly. Long term care in Thailand [online]. 2012 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.samatcha.org/?q=taxonomy/term/22/all](http://www.samatcha.org/?q=taxonomy/term/22/all)

5. Department of Medical Services. Barthel activities of daily living: ADL. 2015 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [happynetwork.org/upload/forum/pic5552fe2898d4a.doc](http://happynetwork.org/upload/forum/pic5552fe2898d4a.doc).
6. Glendinning C, Jones K, Baxter K, Rabiee P, Curtis L, Wilde A, et. al. Home Care Re-ablement services: Investigating the longer-term impacts [online]. 2010 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Reablement.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Reablement.pdf)
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. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Clinical Practice Guideline of Psychosocial Intervention for Depressive Disorder for Psychiatric nurse in Tertiary care [online]. 2010 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.thaidepression.com/www/58/cnpgtertiarycare.pdf](http://www.thaidepression.com/www/58/cnpgtertiarycare.pdf)
9. Ministry of Public Health. Palliative care guideline 2014. [online]. 2014 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf)
10. Dajpratham P, Meenaphant R, Junthon P, Pianmanakij S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The Inter-rater reliability of Barthel Index (Thai version) in stroke patients. Journal of Thai Rehabilitation 2006; 16: 1-9.
11. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. The EQ-5D-5L Thai version [online]. 2015 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.hitap.net/wp-content/uploads/2015/08/PB\\_EQ5D5L-final-for-web.pdf](http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2015/08/PB_EQ5D5L-final-for-web.pdf)
12. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [online]. 2003 [cited Mar 10, 2015]. Available form: [www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf)
13. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015. Diabetes Care 2015; 38 (sup 1): S1-86.
14. International Society of Nephrology. Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease—mineral and bone disorder (CKD-MBD) [online]. 2017 [cited Aug 15, 2017]. Available form: [kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf](http://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf)
15. Kamlungdee U, Bunmusik P, Watcharawiwat A. The development of home visit guidelines for patients with type 2 diabetes mellitus or hypertension run by family care team. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4: 34-45.
16. Atthawong P, Anusornprasert N, Sardlee H. Home nursing care (HNC) for bed-ridden patients from primary care unit (PCU). Journal of Health Science. 2017; 26: 89-93.
17. Makchumnum P, Poolsup N, Pongmesa T. Effect of home health care in hypertensive patients by multidisciplinary team. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University. 2016; 3: 13-33.
18. Phuaksawat P, Nakkhun N, Rotchanarak W. Situations, problems, and health care needs for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani municipal community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015; 1: 54-64.
19. Tumviriyakul H. Need for home health care in deep South of Thailand. Thai Journal of Primary Care and Family Medicine. 2011; 2: 15-25.