

# สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอวาปีปทุม มหาสารคาม

## Causes of Patient's Medication Problems in Home Care Visits by Pharmacists in Wapipathum District, Maha Sarakham Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

บุญถม ปาปะแพ\*, สาริณี สง่าศรี, ดองดา ดันจารย์, อัจฉรีย์ ภูวศิษฐ์  
เบญจภา, พัชรีย์ สังขเกท, รัตนพร ชนาวีรัตน์ และ อรวรรณ ประเมทโท

ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลวาปีปทุม มหาสารคาม

\* ติดต่อผู้พิมพ์: btp2508@hotmail.com

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556;8(4):148-154

Boonthom Papapae\*, Sarinee Sangasri, Tongta Tonjarn, Atcharee  
Puwasitbenjapa, Patcharee Sankapet, Rattanaporn Chanawirat and  
Orawan Prametto

Pharmacy Department, Wapipathum Community Hospital, Maha Sarakham, Thailand

\* Corresponding author: btp2508@hotmail.com

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2013;8(4):148-154

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาลักษณะและสาเหตุของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกร **วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงสำรวจโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ระหว่างกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม 2556 ในเขต อ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม เก็บข้อมูลโดยใช้สัมภาษณ์และการสังเกตและบันทึกตามแนวทางเยี่ยมบ้าน INHOMESS และแบบบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยาตามแนวทาง PNCE เฉพาะปัญหาและสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย **ผลการศึกษา:** จากการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในผู้ป่วย 66 ราย ผู้ป่วยส่วนมากเป็นหญิง (ร้อยละ 60) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด ตามด้วยความดันโลหิตสูง พบปัญหาด้านลักษณะสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ป่วยถึงร้อยละ 51.51 ตามด้วยการดำเนินชีวิตประจำวัน และลักษณะการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารและยาที่มีผลต่อโรคผู้ป่วย (ร้อยละ 37.87 และ 36.36 ตามลำดับ) พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา 62 ครั้ง โดยปัญหากลุ่มประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด 46 ครั้ง (ร้อยละ 74.19) โดยปัญหาย่อย คือ ได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ (ร้อยละ 38.70) ตามด้วยการมีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา (ร้อยละ 16.12) ส่วนสาเหตุของปัญหาพบมี 81 ครั้ง ที่พบบ่อยคือการบริหารยาหรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง (29 ครั้ง, ร้อยละ 35.80) รองลงมาคือเกี่ยวกับผู้ป่วยเอง (19 ครั้ง) และจากการเลือกใช้ยา (14 ครั้ง) สรุป: การศึกษาลักษณะและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยปัญหาได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ ซึ่งเน้นความสำคัญของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน

**คำสำคัญ:** ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา, สาเหตุ, การเยี่ยมบ้าน, INHOMESS, NCPE

### Abstract

**Objective:** To determine type and cause of drug related problems (DRPs) in home care visits for patients with chronic disease by the pharmacist. **Method:** A survey design was used during home visits for the patients in Wapipathum, Maha Sarakham, by pharmacists in the multidisciplinary team during Feb. to Aug. 2013. Data collection was conducted using interview, observation and documentation using INHOMESS home visit guide and PNCE DRP identification guide. Data were analyzed and presented as descriptive statistics. **Results:** With 66 patients home-visited, there were more females (60.00%) than males, and diabetes was the most found illness followed by hypertension. Disease-specific health problems were the most frequently found issue (51.51% of patients), followed by problems in daily living and concomitant use of food and drugs that could affect drug treatment (37.87 and 36.36, respectively). A total of 62 episodes of DRPS were found. With the effectiveness of drug therapy as the most frequently found DRP category, achieving subtherapeutic drug benefit was the most found DRP followed by the need for indicated drug. For 62 DRP episodes, a total of 81 causes of DRPs were identified with incorrect drug usage/administration (29 times, 35.80%) and wrong drug selected (19 times, or 23.46%) as the most found specific causes. **Conclusion:** In home visit to determine DRPs and the related causes, subtherapeutic benefits were the most frequently found DRP. The finding emphasizes the critical role of pharmacists in home care multidisciplinary team.

**Keywords:** drug related problem, cause, home care, INHOMESS, NCPE

### บทนำ

การเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในบริการเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้านยา ในปีงบประมาณ 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น ได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางานเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ 5 ด้าน ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานส่งมอบและให้คำแนะนำด้านการใช้ยา งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน งานคุ้มครองผู้บริโภค และงานพึ่งตนเองด้านสมุนไพร ซึ่งฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลวาปีปทุมจึงได้เริ่มงานด้านการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาอย่างต่อเนื่อง

เภสัชกรเป็นหนึ่งในสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นเภสัชกรจึงได้รับการคาดหวังว่าจะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านเป็นไปอย่างมีคุณภาพมากขึ้น การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เภสัชกรได้เรียนรู้ปัญหาและเข้าใจถึงรากเหง้าของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดที่แตกต่างกันถึงแม้จะป่วยเป็นโรคเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ การเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรได้รับฟังและเห็นปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นจริงขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน ผลจากการเรียนรู้ในการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา ทำให้เภสัชกร

ตระหนักมากขึ้น รวมถึงการนำปัญหาที่พบหรือพบที่เรียนที่ได้รับจากการเยี่ยมบ้านมาปรับปรุงขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน รวมถึงแนวทางในการป้องกันปัญหาจากการรักษาด้วยยาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่น ๆ ทั้งระดับครอบครัวและระดับชุมชน

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมีการพัฒนามานานแล้ว และปัจจุบันการเยี่ยมบ้านมีแนวทางให้สามารถปฏิบัติตามได้สะดวกขึ้น โดยหนึ่งในแนวทางนี้ ได้แก่ แนวทาง INHOMESS<sup>1</sup> ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Immobility) เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวได้เอง กินได้ ขับถ่ายสะดวก กลั้นได้หรือไม่ กิจกรรมอื่น ๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร ความสามารถความสามารถในการทำกิจกรรมในหมวดนี้ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยา จะรวมถึงความสามารถในการใช้ยา แกะเม็ดยา หรือซองยา การฉีดยาอินซูลิน การกดพ่นสูดยา สายตาและการมองเห็น หรือความสามารถในการอ่านฉลากยาด้วย N (Nutrition) เป็นการประเมินว่า ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร อาหารโปรด วิธีการเตรียมอาหาร ปริมาณอาหารที่กิน วิธีการกินอาหาร นิสัยการกิน ซึ่งการประเมินจะรวมถึงความรู้ในการควบคุมอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยด้วย H (Housing) เพื่อประเมินสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร ภายในบ้านแออัด โปร่งสบาย สะอาด รอบบ้านมีบริเวณหรือไม่ รั้วรอบขอบชิด หรือทะเล่กันกับเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร O (Other people) เพื่อประเมินว่า ภาวะบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีผลต่อผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร สมาชิกในบ้านป่วยเป็นอะไรหรือมีความเสี่ยงสุขภาพอะไร M (Medication) ประเมินว่าผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร ถูกต้องหรือไม่ มีวิธีจัดการยาแต่ละมืออย่างไร มียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง เช่น ยาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ เป็นต้น E (Examination) ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกายที่จำเป็น เช่น วัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดูภาวะเลือดจาง เหลือง การรับรู้ ฟังปอด หัวใจ ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกายและข้อ การตรวจดูแผลกดทับ เป็นต้น S (Safety) ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ S (Spiritual health) ประเมินความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี การนับถือศาสนา พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความคิด ภาวะจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งวิธีจัดการความเครียด ท้ายสุด S (Services) ประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล มีสิทธิการรักษาใด หรือมีบริการอื่นใด รวมทั้งบริการที่อยู่นอกเหนือเรื่องสุขภาพในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการได้อีกบ้าง

สำหรับการประเมินเป็นข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การศึกษานี้ใช้เกณฑ์ประเมิน The Pharmaceutical Care

Network Europe (PCNE) Classification for drug related problems V6.2 ซึ่ง PNCE<sup>2</sup> เป็นกลุ่มนักวิจัยทางด้านการบริหารทางเภสัชกรรมในประเทศแถบยุโรป (ก่อตั้งในปี ค.ศ.1994) และกลายเป็นสมาคมที่เป็นทางการของประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี ค.ศ. 2005 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมในแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมของประเทศแถบยุโรป ภารกิจของ PCNE คือ การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยา ที่เรียกว่า PCNE classification scheme for drug-related problems ซึ่งได้พัฒนาตั้งแต่ version 1 จนถึงปัจจุบัน คือ version 6.2 การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาของ PCNE ได้รับการยอมรับว่าจัดประเภทได้ครอบคลุม เหมาะแก่การใช้งานในสภาพจริง และช่วยให้ทราบผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมได้ โดยได้จัดหมวดของปัญหาเป็น 4 หมวดหลักได้แก่ ได้แก่ P-Problems (ปัญหา) C-Causes (สาเหตุ) I-Interventions (วิธีการแก้ไข ปัญหา) และ O-Outcome of intervention (ผลลัพธ์ของการแก้ไข ปัญหา) โดยในการศึกษาในครั้งนี้นำมาใช้ 2 ส่วนย่อย คือ P-Problems และ C-Causes ซึ่ง P-Problems (ปัญหา) หมายถึง เหตุการณ์ทั้งที่คาดการณ์และไม่คาดการณ์ไว้ซึ่งทำให้การรักษาด้วยยาเกิดความผิดพลาด โดยมีหมวดหมู่หลัก (primary domains) ได้แก่ P1-ประสิทธิผลการรักษา (treatment effectiveness) ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการขาดผลของการรักษาด้วยยา ซึ่งมีหัวข้อย่อยได้แก่ ไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว ได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ ได้ผลการรักษาผิดไปจากที่ต้องการ และมีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา ส่วน P2-อาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse reactions) ได้แก่ ผลข้างเคียง แพ้ยา และ เกิดพิษจากยา สำหรับ P3-ค่าใช้จ่ายในการรักษา (treatment costs) พิจารณาว่าอาจเป็นเพราะ ราคาแพงกว่าที่ควร หรือมีการใช้ยาที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ ท้ายที่สุด P4-อื่น ๆ (Others) จะรวมถึง ผู้ป่วยไม่พอใจกับการรักษาทั้งที่ผลการรักษาเป็นไปตามที่ตั้งใจและค่าใช้จ่ายสมเหตุผลแล้ว และท้ายสุด การที่ปัญหาไม่ชัดเจนไม่สามารถหาสาเหตุได้จำเป็นต้องมีการทำให้ชัดเจนในอนาคต

สำหรับส่วนที่ 2 ของ The PCNE คือ C-Causes (สาเหตุ) คือ การกระทำหรือไม่กระทำ ที่นำไปสู่การเกิดปัญหา และหนึ่งปัญหาอาจมีได้มากกว่าหนึ่งสาเหตุ โดยมี primary domains ได้แก่ C1-การเลือกใช้ยา (drug selection) ซึ่งประกอบไปด้วยสาเหตุย่อย ๆ เช่น ใช้ยาไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้ ไม่มีข้อบ่งชี้ ใช้ร่วมกับยา/อาหารอื่นอย่างไม่เหมาะสม ใช้ยาที่อยู่ในกลุ่มรักษาเดียวกัน หรือมีตัวออกฤทธิ์เดียวกัน ไม่มีการระบุข้อบ่งชี้ของยาที่สั่งใช้ ใช้ยามากเกินไปสำหรับข้อบ่งชี้เดียวกัน มียาที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากกว่าให้เลือกใช้ ไม่มีการใช้ยาที่จำเป็นต้องใช้ร่วมเพื่อเสริมฤทธิ์หรือป้องกันผลข้างเคียง และท้ายสุด มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา ส่วนสาเหตุต่อมา C2-รูปแบบยา (Drug form) ได้แก่ ใช้รูปแบบยาไม่เหมาะสม ส่วน C3-การเลือกขนาดใช้ยา (dose selection) มีสาเหตุย่อย คือ ใช้ขนาดที่ต่ำเกินไป ใช้

ขนาดที่สูงเกินไป ช่วงระยะเวลาการให้ยาห่างเกินไป ช่วงระยะเวลาการให้ยาถี่เกินไป ไม่มีการติดตามระดับยาในเลือด มีปัญหาทางเภสัชจลนศาสตร์จำเป็นต้องมีการปรับขนาดยา และสภาวะโรคเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีการปรับขนาดยา สำหรับ C4-ระยะเวลาการรักษา (treatment duration) ได้แก่ ระยะเวลาการรักษาสั้นเกินไป ระยะเวลารักษานานเกินไป ด้าน C5-การใช้ยาหรือบริหารยา (drug use/administration process) ได้แก่ ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยาน้อยกว่าที่กำหนดไว้ ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามากกว่าที่กำหนดไว้ ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา ใช้ยาหรือได้รับการบริหารผิด ใช้ยาในทางที่ผิด และผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ ส่วน C6-การกระจายยา (logistics) ได้แก่ ไม่สามารถจ่ายยาที่แพทย์สั่งใช้ได้ สั่งจ่ายคลาดเคลื่อน จ่ายยาคลาดเคลื่อน (ผิดตัวหรือผิดขนาด) สำหรับ C7-ผู้ป่วย (patient) นั้นมีสาเหตุดังนี้ ลืมใช้ยา ใช้ยาที่ไม่จำเป็น รับประทานอาหารที่มีผลต่อยา เก็บรักษายาไม่เหมาะสม กรณีที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ รวมถึงกรณีที่ไม่มีความชัดเจน

การศึกษาลักษณะและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ การเยี่ยมบ้านเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเพราะทำให้เห็นสภาพวิถีชีวิตที่แท้จริงและปัญหาซึ่งเป็นบริบทของผู้ป่วย โดยการออกร่วมกับทีมสหวิชาชีพทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยในหลายมิติ ซึ่งบทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย<sup>1</sup> ถือเป็นบทบาทในการทำงานเป็นทีมที่มีคุณภาพในการบริการผู้ป่วย ที่เสริมบทบาทซึ่งกันและกันในการทำงานซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนาระบบการบริการที่ต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพโดยเภสัชกรก็มีบทบาทที่เด่นชัดขึ้นมาในทีมในการดูแลระบบการใช้ยาของผู้ป่วย เภสัชกรที่ออกเยี่ยมบ้านจะต้องศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในการประกอบการสำรวจข้อมูลลักษณะและสาเหตุของปัญหาในการใช้ยาให้เป็นแนวทางเดียวกัน ในการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกตามแนวทางประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านด้วยเครื่องมือ INHOMESS<sup>1</sup> และแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา<sup>2</sup> ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งประเภทหรือชนิดและความเหมาะสมของการจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา จนได้เครื่องมือในการศึกษาวิจัยที่เหมาะสม ตลอดทั้งศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการศึกษาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น ข้อมูลการส่งยาคืนของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชลบุรี<sup>3</sup> ศึกษาปัญหาการใช้ยาผิดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลนครราชสีมา<sup>4</sup> และผลการบริหารเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานของอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี<sup>5</sup> ซึ่งจากข้อมูลพบว่าการออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกรได้มีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาลักษณะ

และสาเหตุของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยขณะที่อยู่บ้านก็น่าจะเป็นการหาข้อมูลประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปทุมภูมิ ทำให้หาทางแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัยในการใช้ยา โดยวัตถุประสงค์จำเพาะของการศึกษานี้ คือ 1) เพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย และ 2) เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug-related problems) และสาเหตุของปัญหาดังกล่าว ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังนี้ กลุ่มประชากร คือประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้รับการคัดเลือก โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และได้รับการออกเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ ช่วงเวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม 2556 ตามวันเวลาราชการที่เหมาะสม โดยการเลือกตัวอย่างนั้นใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ของทีมดูแลต่อที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่กลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งที่ 3 ขึ้นไปภายใน 28 วัน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษหรือมีสิ่งกีดขวางไปหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยที่พบปัญหาซับซ้อนและได้รับการส่งต่อจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเพื่อขอรับคำปรึกษาจากทีมดูแลต่อที่บ้าน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้านจากห้องให้คำปรึกษาด้านยา

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ น้ำหนักที่อยู่ ประวัติการแพทย์ ชื่อผู้ดูแล เบอร์โทรศัพท์ สถานภาพสมรส การศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ โรคประจำตัว ประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม วัตถุประสงค์ของการเยี่ยม ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกการเยี่ยมตามแนวทาง INMOMESS ซึ่งใช้ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (รายละเอียดดังแสดงในบทนำ) และส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาซึ่งปรับปรุงจาก The PCNE classification for drug relate problem V6.2 ซึ่งจะประเมินเฉพาะส่วน P-Problems (ปัญหา) และส่วน C-Causes (สาเหตุ) ซึ่งได้แสดงรายละเอียดในส่วนบทนำ

ในกระบวนการการศึกษานี้ มีขั้นตอนดังนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบวิธีการต่าง ๆ ในการดำเนินงานประชุมชี้แจงบทบาทของ

เภสัชกรในการออกเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูล ตลอดทั้งทำความเข้าใจกับความรู้ทางวิชาการต่างๆในการออกเยี่ยมบ้าน และวิธีการประเมินผู้ป่วยของเภสัชกรทั้งหมด 6 คน เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากนั้นได้จัดทำแผนการเก็บข้อมูลร่วมกับการออกเยี่ยมบ้านกับทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยกำหนดวันเยี่ยมตามตารางการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิในแต่ละเดือน

การเก็บข้อมูลนั้น ดำเนินการในขณะออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีขั้นตอนดังนี้ ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลHHC พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นักกายภาพบำบัด บางครั้งอาจมีอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หรือผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเยี่ยมกับทีมด้วย โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ทำการสอบถามและบันทึกข้อมูลตามแนวทางของ INHOMESS ส่วนเภสัชกรเก็บค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา โดยการสอบถาม สังเกต เปรียบเทียบข้อมูลการใช้ยาจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล สมุดประจำตัวผู้ป่วย และเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อสรุปและประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์นั้นมาจากการพบผู้ป่วยแต่ละรายเพียงหนึ่งครั้ง

ในระหว่างการเก็บข้อมูลนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ทบทวนประวัติการรักษา ประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ หรือฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาสั่งการรักษาต่อไป

เมื่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละรายเสร็จสิ้น เภสัชกรจัดหมวดหมู่และสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา สาเหตุของปัญหาให้แน่ชัด เพื่อเตรียมหาแนวทางการแก้ปัญหาและติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป โดยในส่วนการวิจัยนั้น เภสัชกรได้นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และจัดเรียงลำดับความสำคัญต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

## ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้สามารถระบุผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์การศึกษาได้ 66 ราย (ตารางที่ 1) โดยประมาณสองในสามเป็นหญิง (ร้อยละ 63.34) อายุระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 43.94) สมรส (ร้อยละ 69.69) ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 87.87) ส่วนมากไม่ได้ทำงานแล้ว (48.48) หรือเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 45.45) ในด้านสภาวะสุขภาพ พบว่าเกือบทั้งหมดไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 98.48) (ตารางที่ 2) โรคที่พบ

บ่อยที่สุด คือ เบาหวาน (ร้อยละ 68.18) ตามด้วยความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48.48) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.27) ส่วนมากมีโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 36.36) ส่วนมากมีวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อประเมินหรือค้นหาปัญหา (ร้อยละ 78.79)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วย (N = 66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	24	36.36
หญิง	42	63.64
<b>อายุ</b>		
ไม่เกิน 49 ปี	3	4.54
50 – 59 ปี	18	27.27
60 – 69 ปี	29	43.94
70 – 79 ปี	11	16.66
80 – 89 ปี	5	7.57
อายุเฉลี่ย 63.66 ปี ช่วงที่พบ 29 – 87 ปี		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	5	7.57
สมรส	46	69.69
หม้าย	13	19.69
หย่าร้าง	2	3.03
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
บัตรประกันสุขภาพ	58	87.87
ร่วมจ่าย 30 บาท	3	4.54
สิทธิจ่ายตรง	5	7.57
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ทำงาน	32	48.48
เกษตรกร	30	45.45
รับราชการหรือพนักงานของรัฐ	2	3.03
รับจ้าง	1	1.51
พระภิกษุ	1	1.51
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	2	3.03
ประถมศึกษา	61	92.42
มัธยมศึกษา	1	1.51
อนุปริญญาขึ้นไป	2	3.03

ตารางที่ 2 ลักษณะทางสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (N = 66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
<b>ประวัติการแพ้ยา</b>		
ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา	65	98.48
เคยมีประวัติการแพ้ยา	1	1.51
<b>จำนวนโรค/ภาวะของผู้ป่วย</b>		
เบาหวาน	45	68.18
ความดันโลหิตสูง	32	48.48
ไขมันในเลือดสูง	18	27.27
ไตวาย	13	19.69
หลอดเลือดสมอง	9	13.64
เก๊าท์	8	12.12
มะเร็ง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	6	9.09
หัวใจ	4	6.06
หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4	6.06
วันโรค	2	3.03
อื่น ๆ	5	7.57
<b>จำนวนโรคร่วมของผู้ป่วย</b>		
1 โรค	18	27.27
2 โรค	24	36.36
3 โรค	13	19.69
4 โรค	10	15.15
5 โรค	1	1.51
<b>ประเภทของการเยี่ยม</b>		
การเยี่ยมบ้านเพื่อคัดเลือกผู้ป่วย	38	57.58
ส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	28	42.42
<b>วัตถุประสงค์ของการเยี่ยม</b>		
เพื่อประเมินหรือค้นหาปัญหา	52	78.79
เพื่อแก้ไขหรือติดตามปัญหา	14	21.21

ผลการประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESS พบว่า ในด้าน immobility นั้น ในผู้ป่วย 66 รายมี ร้อยละ 30.30 มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนปัญหาที่ เกี่ยวกับการอ่านฉลากยา และการแกะเม็ดยาหรือซองยานั้นพบ น้อย (ตารางที่ 3) ส่วนด้าน nutrition นั้น พบว่ามีถึงร้อยละ 19.69 ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคแต่ไม่ได้ควบคุม ในด้าน Medication นั้นพบว่ามีร้อยละ 15.15 ที่ใช้ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วมกับยารักษาโรคด้วย และมีถึงร้อยละ 18.18 ที่ใช้การรักษาด้าน อื่นร่วมด้วย และพบว่าผู้มีผู้ที่ขาดการรักษาต่อเนื่องเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 3.03) ผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาลักษณะเฉพาะโรค (ร้อยละ 42.42) ส่วนปัญหาที่เกี่ยวกับความเชื่อหรือความกังวลใจนั้นพบ น้อย (ร้อยละ 12.12) และปัญหาการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.15 ของผู้ป่วย 66 ราย

ตารางที่ 3 การประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านตามแบบประเมิน INHOMESS (N = 66 ราย)

การประเมิน	ลักษณะปัญหาที่พบ	จำนวนครั้งที่พบ	ร้อยละต่อผู้ป่วยทั้งหมด
Immobility	การทำกิจวัตรประจำวัน	20	30.30
	สายตา/การอ่านฉลากยา	3	4.54
	การแกะเม็ดยา/ซองยา	2	3.03
	รวม	25	37.87
Nutrition	มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคแต่ไม่ได้ควบคุม	13	19.69
	ไม่ทราบข้อมูลการควบคุมอาหาร	2	3.03
	รวม	15	22.72
Housing	สัญลักษณ์สิ่งแวดล้อมของบ้าน	7	10.60
	รวม	7	10.60
Other people	ขาดผู้ดูแล	4	6.06
	ขาดความตระหนักในการดูแล	7	10.60
	รวม	11	16.66
Medication	ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	10	15.15
	ใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย	12	18.18
	ขาดการรักษาต่อเนื่อง	2	3.03
	รวม	24	36.36
Examination	ปัญหาสุขภาพเฉพาะโรค	28	42.42
	ปัญหาสุขภาพทั่วไป	6	9.09
	รวม	34	51.51
Spiritual	ความเชื่อ/ความกังวลใจ	8	12.12
	รวม	8	12.12
Service	การเข้าถึงบริการ	10	15.15
	รวม	10	15.15

ผลการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาพบว่า มีผู้ป่วย 49 ราย ที่มีปัญหาจากการใช้ยา (ร้อยละ 74.24) (ตารางที่ 4) โดยพบ ปัญหา 62 ครั้ง ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ ปัญหาด้าน ประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด 46 ครั้ง (ร้อยละ 74.19) ซึ่งได้ แบ่งเป็นลักษณะของปัญหาย่อยอีก 4 ลักษณะ เรียงลำดับจากมาก ไปหาน้อย ดังนี้ ได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ 24 ครั้ง (ร้อยละ 38.70) มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา 10 ครั้ง (ร้อยละ 16.12) ผู้ป่วยไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว 8 ครั้ง (ร้อยละ 12.90) และได้ผลการรักษาผิดไปจากที่ต้องการ 4 ครั้ง (ร้อยละ 6.45) รองลงมาได้แก่ ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา 13 ครั้ง

(ร้อยละ 20.96) และปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยา 3 ครั้ง (ร้อยละ 4.83) ตามลำดับ ไม่พบปัญหาด้านความพึงพอใจต่อการ รักษาหรือให้บริการ

ตารางที่ 4 การประเมินและค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (ผู้ป่วย 66 คน พบปัญหาใน 49 คน)

ปัญหาหลัก	จำแนกประเภทของปัญหา	จำนวนครั้งของปัญหา (N = 62)	ร้อยละ
ประสิทธิภาพการรักษา (Treatment effectiveness)	-ไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว	8	12.90
	-ได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ	24	38.70
	-ได้ผลการรักษาผิดไปจากที่ต้องการ	4	6.45
	-มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา	10	16.12
	รวม	46	74.19
อาการไม่พึงประสงค์ จากยา (Adverse reactions)	-ผลข้างเคียง	3	4.83
	-แพ้ยา	0	
	-เกิดพิษจากยา	0	
รวม	3	4.83	
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (Treatment costs)	-ราคาแพงกว่าที่ควร	5	8.06
	-มีการใช้ยาที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้	8	12.90
	รวม	13	20.96
อื่นๆ (Others)	-ผู้ป่วยไม่พอใจกับการรักษา ทั้งที่ ผลการรักษาเป็นไปตามที่ตั้งใจและ ค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผลแล้ว	0	
	-ปัญหาไม่ชัดเจน ไม่สามารถหาสาเหตุได้ จำเป็นต้องมีการทำให้ชัดเจนในอนาคต	0	

เมื่อพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า จากปัญหาทั้งหมด 62 ครั้ง มีสาเหตุต่าง ๆ ที่แตกต่างกันถึง 81 ครั้ง โดยพบว่ามีสาเหตุในกลุ่มการใช้ยาหรือบริหารยา (drug use / administration process) บ่อยที่สุด คือ 29 ครั้ง (ร้อยละ 35.80) โดยใน 29 ครั้งนี้พบว่าเป็นสาเหตุไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหาร ยาบ่อยที่สุด คือ 8 ครั้ง ตามด้วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหาร ยาตามเวลาที่กำหนดไว้ (6 ครั้ง) สำหรับสาเหตุกลุ่มที่ รองลงมา คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง (พบสาเหตุ 19 ครั้ง) โดย สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ รับประทานอาหารที่มีผลต่อยา (พบ สาเหตุ 11 ครั้ง) กลุ่มสาเหตุกลุ่มที่พบบ่อยเป็นลำดับที่สาม คือ การเลือกใช้ยา (พบ 14 ครั้ง) โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ใช้ยา ไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้ (6 ครั้ง) ตามด้วยการไม่ได้ใช้ยาทั้งที่มี ข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา (5 ครั้ง)

## อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 66 รายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 68.18) ตามด้วยความดัน โลหิตสูง (ร้อยละ 48.48) ผลการประเมินตามแนวทาง INHOMESS พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 30.30 มีปัญหาในการทำ กิจวัตรประจำวัน แต่มีปัญหากับการอ่านฉลากยาและการ แกะเม็ดยาหรือซองยาค่อนข้างน้อย และมีถึงร้อยละ 19.69 ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคแต่ไม่ได้ควบคุม มีร้อยละ 15.15 ที่ใช้ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วมกับยารักษาโรคด้วย ผู้ป่วยส่วนมากมี -

**ตารางที่ 5** การจำแนกสาเหตุของปัญหา (จำนวนปัญหา 62 ครั้ง)

กลุ่มสาเหตุของปัญหา	สาเหตุย่อย	จำนวนครั้งของสาเหตุ	ร้อยละ
การเลือกยา (Drug selection)	-ยาไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้	6	
	-ไม่มีข้อบ่งชี้	2	
	-ไม่มีการใช้ยาที่จำเป็นต้องใช้ร่วมเพื่อเสริมฤทธิ์หรือป้องกันผลข้างเคียง	1	
	-มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา	5	
	<b>รวม</b>	<b>14</b>	<b>17.28</b>
การเลือกขนาดยา (Dose selection)	-ขนาดที่ต่ำเกินไป	2	
	-ขนาดที่สูงเกินไป	1	
	-สภาวะโรคเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีการปรับขนาดยา	4	
	<b>รวม</b>	<b>7</b>	<b>8.64</b>
ระยะเวลาการรักษา (Treatment duration)	-ระยะเวลารักษานั้นเกินไป	2	
การใช้ยาหรือการบริหารยา (Drug use/administration process)	-ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้	6	
	-ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยาน้อยกว่าที่กำหนดไว้	4	
	-ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามากกว่าที่กำหนดไว้	3	
	-ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามากกว่าที่กำหนดไว้	8	
	-ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามากกว่าที่กำหนดไว้	5	
	-ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา	1	
	-ใช้ยาหรือได้รับการบริหารผิด	2	
	-ใช้ยาในทางที่ผิด	1	
-ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้	5		
<b>รวม</b>	<b>29</b>	<b>35.80</b>	
การกระจายยา (Logistics)	-ไม่สามารถจ่ายยาที่แพทย์สั่งใช้ได้	1	
	-ส่งยาคลาดเคลื่อน	3	
	-จ่ายยาคลาดเคลื่อน (ผิดตัว หรือผิดขนาด)	1	
<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>6.17</b>	
ผู้ป่วย (Patient)	-ลืมใช้ยา	3	
	-ใช้ยาที่ไม่จำเป็น	1	
	-รับประทานอาหารที่มีผลต่อยา	11	
	-เก็บรักษายาไม่เหมาะสม	4	
<b>รวม</b>	<b>19</b>	<b>23.45</b>	
อื่น ๆ (Other)	-ไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	5	
	<b>รวม</b>	<b>5</b>	<b>6.17</b>
<b>รวมสาเหตุทั้งหมด</b>		<b>81</b>	<b>100</b>

ปัญหาสุขภาพเฉพาะโรค (ร้อยละ 42.42) ใน 66 รายพบ 49 รายที่พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา โดยพบปัญหาด้านประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด 46 ครั้ง (ร้อยละ 74.19) ซึ่งปัญหากลุ่มนี้ ที่พบบ่อยที่สุด คือ ได้รับความการรักษาจากยาไม่พอ 24 ครั้ง (ร้อยละ 38.70) มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา 10 ครั้ง (ร้อยละ 16.12) และผู้ป่วยไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว 8 ครั้ง (ร้อยละ 12.90) จากปัญหา 62 ครั้งพบว่ามีสาเหตุ 81 ครั้ง โดยสาเหตุในกลุ่มการใช้ยาหรือการบริหารยา (Drug use / administration process) บ่อยที่สุด คือ 29 ครั้ง (ร้อยละ 35.80) โดยใน 29 ครั้งนี้พบว่าเป็นสาเหตุไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาบ่อยที่สุด คือ 8 ครั้ง ตามด้วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ (6 ครั้ง) สำหรับสาเหตุกลุ่มที่รองลงมา คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง (พบสาเหตุ 19 ครั้ง) โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ รับประทานอาหารที่มีผลต่อยา (พบสาเหตุ 11 ครั้ง) กลุ่มสาเหตุกลุ่มที่พบบ่อยเป็นลำดับที่สาม คือ การเลือกยา (พบ 14 ครั้ง) โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ยาไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้ (6 ครั้ง) ตามด้วยการไม่ได้ใช้ยาทั้งที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา (5 ครั้ง)

การที่พบว่าส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 68.18) ทำให้ต้องตระหนักว่าต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคนี้อย่างใกล้ชิด เพราะเป็นกลุ่มคนที่มีโอกาสมีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยามากที่สุด ในการประเมินตาม INHOMESS ที่พบว่าผู้ป่วยแม้จะมีปัญหาที่เกี่ยวกับการอ่านฉลากยาและการแกะเม็ดยาหรือซองยาค่อนข้างน้อยแต่ก็ควรให้ความสนใจหากเป็นยาที่ต้องรับประทานติดต่อกันไปตลอด อีกสิ่งหนึ่งที่พบว่ามีถึงร้อยละ 19.69 ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคแต่ไม่ได้ควบคุมมัน ย้ำความสำคัญของการให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้หลังจากที่มีความรู้แล้ว ทั้งนี้ เกสัชกรควรมีความรู้ในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมโดยอาจต้องใช้ความรู้ทางการเสริมศักยภาพแห่งตนหรืออำนาจแห่งตนเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมที่พึงประสงค์นี้<sup>7,8</sup> จากที่พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 15.15 ที่ใช้ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วมกับยารักษาโรคด้วย สะท้อนถึงความจำเป็นของเภสัชกรในการออกให้คำแนะนำต่อโทษและประโยชน์ของผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ใช้ร่วมด้วย

การที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาสุขภาพเฉพาะโรค (ร้อยละ 42.42) ช่วยให้ผู้ที่ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพไม่กังวลเกินไปว่าจะต้องรับมือกับปัญหาที่หลากหลายมาก เช่น ปัญหาเชิงสังคมหรือจิตวิทยา ซึ่งบุคลากรหลายประเภท โดยเฉพาะเภสัชกร ไม่ได้รับการฝึกมาอย่างเป็นระบบหรือเพียงพอเพียงที่จะรับมือกับปัญหาหลักขณะนั้น ส่วนในด้านปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยานั้น จากที่พบว่ามีถึง 49 รายใน 66 รายที่มีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหานั้นแสดงให้เห็นถึงความซุกที่สูงของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ดังนั้นเภสัชกรจึงมีความสำคัญยิ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการที่พบปัญหาด้านการใช้ยาในกลุ่มประสิทธิภาพในการรักษาามากที่สุด โดนนัยที่บ่อยที่สุด คือ ได้รับความการรักษาจากยาไม่พอ (ร้อยละ 38.70) มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา (ร้อยละ 16.12) และผู้ป่วยไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว (ร้อยละ 12.90) เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นจำเป็นต้องปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นโดยเฉพาะคุณภาพการรักษาด้วยยาที่ต้องการการพิจารณาทางวิชาการเข้มข้นขึ้น และเมื่อพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่ามีสาเหตุในกลุ่มการใช้ยาหรือการบริหารยา (Drug use / administration process) บ่อยที่สุด (ร้อยละ 35.80) โดยเป็นสาเหตุไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาบ่อยที่สุด ตามด้วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ แสดงถึงความจำเป็นในการต้องมีผู้เฝ้าความสำคัญของการใช้ยาและการค้นหาวิธีที่จะช่วยผู้ป่วยสามารถใช้อย่างสะดวกที่สุด ส่วนสาเหตุกลุ่มที่รองลงมา คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ รับประทานอาหารที่มีผลต่อยานั้น ก็เน้นความสำคัญในการให้ความรู้และการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปัญหาต่อยาและต่อโรค เกสัชกรสามารถช่วยสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี ท้ายที่สุดสาเหตุการเลือกยา คือ ยาไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้ และการไม่ได้ใช้ยาทั้งที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยานั้น สามารถแก้ไขได้โดยการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเป็น

อย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลและทางเลือกที่เป็นวิชาการแก่แพทย์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม ที่เปิดโอกาสและสนับสนุนเวลา และสนับสนุนงบประมาณ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายวาปีปทุม ตลอดจนทั้งเภสัชกรของโรงพยาบาลวาปีปทุมที่ร่วมในการเก็บข้อมูล ตลอดจนทั้งกลุ่มผู้ป่วยในเป้าหมายที่ช่วยในการให้ข้อมูลกับทีมงาน ซึ่งทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวัฒน์ชวกร และคณะ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2553.
2. รจเรศ หาญรินทร์. การจัดการประเภทยาเกี่ยวกับยา. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2553;1(1):84-96.
3. อรพินทร์ ปราโมทย์. มูลค่ายาเหลือใช้ส่งคืนห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี* 2556;38(1):15-20.
4. กฤติกา หงษ์โกคาพันธ์. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครราชสีมาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2556;21(1):121-129.
5. อุไลลักษณ์ เทพวัลย์และคณะ. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2008;18:39-51.
6. ปิยะวรรณ กุลยรัตน์ และคณะ. การประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยใน ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก* 2552;16(2-3):165-176.
7. ดวงสมร นิลदानนท์, จุฬารัตน์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2553;10(3):51-60.
8. ชนิษฐา สุธเดชาวุธ. การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2553.

#### Editorial note

*Manuscript received in original form on October 12, 2013;  
accepted in final form on December 20, 2013*