

การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

นรินทร์รา นุดาดิ¹ และ กฤษณี สระมุณี²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลน้ำพอง

²หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการได้ไม่ดีหรือมีปัญหาการใช้ยา ระหว่างก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร **วิธีการศึกษา:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพระหว่างพฤศจิกายน 2557 ถึง กรกฎาคม 2558 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการได้ไม่ดีหรือมีปัญหาการใช้ยา การเยี่ยมบ้านมีทั้งหมด 3 ครั้งในผู้ป่วยแต่ละราย (เดือนที่ 0, 3, 6) เภสัชกรทำหน้าที่ติดตามปัญหาการใช้ยา บันทึกความดันโลหิตที่วัดได้ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสมจากสมุดของผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจด้วยวิธีการสัมภาษณ์ **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยทั้งหมด 90 รายได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงโดยมีหรือไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 84.4) มีอายุเฉลี่ย 68.9±7.0 ปี และได้รับยา ≥ 5 รายการ (ร้อยละ 61.1) ปัญหาการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่ คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพบทั้งหมด 175 เหตุการณ์ (ร้อยละ 98.3 ของปัญหาทั้งหมด) หลังเยี่ยมบ้านปัญหานี้ลดลงเหลือ 33 เหตุการณ์ (ลดลงร้อยละ 81.1) ค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (n=76) ลดลงจากร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 9.0 ($P<0.001$) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว (n=55) ลดลงจาก 140.0 และ 90.0 มิลลิเมตรปรอทเป็น 130.0 และ 85.0 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ ($P<0.001$) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 มีความพึงพอใจในระดับมากหรือมากที่สุดต่อการร่วมทีมเยี่ยมบ้านของเภสัชกรในด้านกระบวนการเยี่ยมบ้าน ตัวเภสัชกร และผลการรักษา **สรุป:** การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมช่วยลดปัญหาการใช้ยาและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง บริการนี้เป็นที่พึงพอใจต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีบริการต่อไป

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน เภสัชกร ปัญหาการใช้ยา เภสัชกรรมปฐมภูมิ

รับต้นฉบับ: 10 กพ. 2559, รับลงตีพิมพ์: 9 พค. 2559

ผู้ประสานงานบทความ: กฤษณี สระมุณี หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150 E-mail: kritsanee.s@msu.ac.th, ksaramunee@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease; NCD) เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประเทศไทย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดลมอักเสบ และหอบหืด ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็น 849 และ 1,187 คนต่อแสนประชากร (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้งบประมาณด้านยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรคเรื้อรังนั้นมีมูลค่าสูงและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ (2)

องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบริการระดับปฐมภูมิว่ามีประโยชน์ต่อระบบสุขภาพโดยในปี พ.ศ. 2551 ได้กระตุ้นให้ทุกประเทศปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการเพิ่มศักยภาพของการบริการระดับปฐมภูมิ (3) ในปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิมากขึ้นและส่งเสริมให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในบทบาทนี้ (4, 5) และมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยการสนับสนุนงบประมาณให้กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิซึ่งประกอบด้วยงาน 5 ด้านได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานส่งมอบยาและคำแนะนำในการใช้ยา การจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และงานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพร (6)

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระยะเริ่มต้นของจังหวัดขอนแก่นนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ได้กำหนดให้การเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามดูแลและประเมินผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ตามสภาพความเป็นจริง การเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดด้านคุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชน (7) ทั้งนี้ สปสช. เขตกำหนดให้แต่ละจังหวัดหารูปแบบหรือระบบการทำงานที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรหรือการที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้านนั้นเป็นกลไกสำคัญที่คอยเชื่อมต่อบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและระดับปฐมภูมิเข้าด้วยกัน Ensing และคณะ (8) กล่าวว่า ก่อนออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาจากเภสัชกรเป็นอย่างดี แต่เมื่อกลับถึงบ้านผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาอย่างเหมาะสมได้เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การลืมวิธีการใช้ยา การจัดเก็บยาที่ไม่เหมาะสมอันส่งผลต่อคุณภาพของตัวยา เป็นต้น ดังนั้นนอกจากการเยี่ยมบ้านจะช่วยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแล้วยังเพิ่มโอกาสให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาการใช้ยาได้ดีขึ้น การศึกษาเชิงทดลองก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่า การมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านนั้น ช่วยลดปัญหาการใช้ยาและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น Peterson และคณะ (9) ทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ/สมองควบคุมระดับคอเลสเตอรอลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาแบบกึ่งทดลองของวิริยชนี ดวงสุวรรณ และอรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา (10) พบว่า การมีเภสัชกรร่วมในทีมเยี่ยมบ้านช่วยลดปัญหาการใช้ยาและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมทรง ราชนิยมและกฤษณี สระมุณี (11) รายงานผลการศึกษางานประจำพบว่า การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครอบครัวนั้นสามารถช่วยลดปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำกระบวนการจัดการปัญหาการใช้ยามาใช้ในการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ในปี พ.ศ. 2556 อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นนั้น มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสะสมเป็นจำนวนทั้งหมด 12,500 และ 5,670 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนเกินครึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C; HbA1C) ได้น้อยกว่าร้อยละ 7 ตามที่ American Diabetes Association ได้แนะนำไว้ (12) และประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายคือความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (13) ทีมเภสัชกรจึงนำกลยุทธ์เรื่องการเยี่ยมบ้าน

(ซึ่งเป็นตัวชี้วัดของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในจังหวัดขอนแก่น) มาใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมอาการทางคลินิกได้ดีขึ้น รวมถึงทำให้เภสัชกรทราบและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง โดยเภสัชกรทุกคนได้ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในเขตอำเภอคำพ่องเพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดเลือกรับการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการเยี่ยมบ้านที่มีต่อปัญหาการไ้ยาโดยมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดปัญหาจากการไ้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน และเนื่องจากการให้บริการลักษณะนี้เพิ่งจัดให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านพร้อมกับทีมสหวิชาชีพ การศึกษานี้จึงประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเภสัชกรด้วย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยจากงานประจำ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคำพ่องที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าด้วยการออกเยี่ยมบ้านระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557-กรกฎาคม พ.ศ. 2558 เนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการให้บริการ จึงกำหนดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อย 5 คนต่อหนึ่งเขตพื้นที่ รพ.สต. อำเภอคำพ่องมี รพ.สต. ทั้งสิ้น 18 แห่งผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านถูกคัดเลือกโดยหน่วยบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ได้แก่ ฝ่ายเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกและใน หน่วยคลินิกพิเศษโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล และคลินิกพิเศษโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ รพ.สต.

ผู้ป่วยในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมีดังนี้ กรณีผู้ป่วยเบาหวานต้องมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 หรือมีปัญหาการไ้ยา กรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจ

คลายตัวตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือมีปัญหาการไ้ยา การประเมินปัญหาการไ้ยาดำเนินการโดยเภสัชกรหรือนุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการทั้ง 4 แห่งที่ทำหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วย เภสัชกรกำหนดปัญหาการไ้ยาไว้ 9 ประเภท (รายละเอียดได้อธิบายไว้ในกระบวนการเยี่ยมบ้าน) และได้อธิบายแนวทางการประเมินปัญหาการไ้ยาที่กำหนดขึ้นนี้ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนการคัดเลือกผู้ป่วย

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานบริการที่เป็นงานประจำซึ่งเป็นบริการตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับเพื่อเพิ่มคุณภาพในการรักษา ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลคำพ่องให้ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในการทำวิจัย อันประกอบด้วยข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมการไ้ยา และทัศนคติที่มีต่อการไ้ยาและบริการ ในการนำเสนอผลการศึกษาจะแสดงผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้นโดยไม่อ้างอิงไปถึงผู้ป่วยรายบุคคล

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

บุคลากรในทีมสหวิชาชีพของอำเภอคำพ่องที่เข้าร่วมการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งต้องมีบุคลากรอย่างน้อยสองวิชาชีพ เภสัชกรทั้งหมดของกลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลคำพ่องซึ่งมีจำนวน 6 คนเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพโดยรับผิดชอบคนละ 3 ตำบล ความถี่ในการออกเยี่ยมบ้านเป็นสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง ผู้ป่วย 1 คนจะได้รับการเยี่ยม 3 ครั้งในเดือนที่ 0, 3 และ 6 ในแต่ละสัปดาห์ที่มีทีมเยี่ยมบ้าน 2 ทีมเพื่อให้บริการคราวละ 2 ตำบลพร้อมกัน

เมื่อถึงบ้านผู้ป่วย บุคลากรที่ร่วมทีมทำหน้าที่ตรวจร่างกายเบื้องต้น วัดความดันโลหิต (ด้วยเครื่องวัดความดันแบบดิจิตอลที่ได้รับการสอบเทียบเป็นประจำทุกปี) และประเมินสภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วย (14) ส่วนเภสัชกรมีหน้าที่ประเมินและติดตามปัญหาการไ้ยาของผู้ป่วย จดบันทึกระดับความดันโลหิตที่วัดได้ บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย ทั้งระดับน้ำตาลหลังงดอาหาร (fasting blood

sugar) และระดับน้ำตาลสะสม โดยทั่วไปแล้วจะใช้เวลาที่บ้านของผู้ป่วยคนละประมาณ 30 นาที

การศึกษานี้แบ่งปัญหาการใช้ยาออกเป็น 9 ประเภท ซึ่งเป็นไปตามคำนิยามของ Helper และ Strand ในปี 1990 จำนวน 8 ข้อ (15) และเพิ่มเติมอีก 1 ข้อดังนี้ (1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (2) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (3) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (4) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (5) ผู้ป่วยรับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (6) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (7) ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (8) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ และ (9) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเป็นหลัก เหตุการณ์ที่เข้าข่ายความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การลืมรับประทานยา การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การรับประทานยาเกินขนาดหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลกับโรคที่เป็น การที่ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาตามที่แนะนำได้ เป็นต้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เภสัชกรจะสอบถามเพิ่มเติมว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานี้เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งที่ทีมสหวิชาชีพสรุปผลการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรบันทึกข้อมูลเรื่องปัญหาการใช้ยาที่พบและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ให้แก่ผู้ป่วย ส่วนพยาบาลบันทึกข้อมูลลงในระบบฐานข้อมูลของ รพ.สต. ที่เรียกว่า Java Health Center Information System (JHCIS) และหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) เสร็จสิ้น เภสัชกรประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพด้วยการสัมภาษณ์ โดยเภสัชกรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การประเมินนี้เน้นที่ตัวเภสัชกรผู้ให้บริการเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความพึงพอใจปรับปรุงมาจากแบบประเมินที่ใช้กับงานบริการภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) กระบวนการให้บริการเยี่ยมบ้าน มีคำถามย่อย ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนในการให้บริการเยี่ยมบ้านและระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม 2) ผู้ให้บริการซึ่งหมายถึงเภสัชกร มีคำถามย่อย ได้แก่ ความสุภาพในการพูดจาและความรู้

ความสามารถ 3) ความพร้อมของเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน 4) ผลการรักษาหลังจากได้รับการเยี่ยมบ้านตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (เช่น การควบคุมน้ำตาลหรือความดันโลหิตดีขึ้น) และ 5) ความพึงพอใจโดยรวมที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 โดย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อย 2 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 3 หมายถึง พึงพอใจมาก และ 4 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด สาเหตุที่ผู้วิจัยเลือกใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 4 ระดับเนื่องจากการทราบทิศทางของความพึงพอใจที่ชัดเจน เภสัชกรทุกคนได้ร่วมกันประเมินคุณภาพเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามนี้ก่อนการนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านถูกบันทึกในโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางประชากรศาสตร์และสัดส่วนการเกิดปัญหาการใช้ยาใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยคำนวณค่ามัธยฐานเพื่อแสดงแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางของผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อน (เดือนที่ 0) และหลังการเยี่ยมบ้าน (เดือนที่ 6) ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ระดับความพึงพอใจต่อการบริการของเภสัชกรในแต่ละด้านถูกแบ่งออกเป็น 2 ทิศทางเพื่อให้เห็นแนวโน้มของความคิดเห็นที่ชัดเจนขึ้น ได้แก่ พึงพอใจน้อย-ปานกลาง (ระดับความพึงพอใจ 1 ถึง 2) และพึงพอใจมาก-มากที่สุด (ระดับความพึงพอใจ 3 ถึง 4) การศึกษานี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วย

ในช่วงเวลาของการศึกษา ทีมสหวิชาชีพได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 90 คนตามเป้าหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72 คนหรือร้อยละ 80.0) เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงโดยมีหรือไม่มีโรคอื่นร่วม จำนวน 76 คน (ร้อยละ 84.4) เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรค

ตารางที่ 1. ลักษณะของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ลักษณะของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนเหตุการณ์ (ร้อยละ)	
	ก่อนเยี่ยมบ้าน (n=175)	หลังเยี่ยมบ้าน (n=33)
ลืมรับประทานยา	45 (25.7)	8 (24.2)
ใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าแพทย์สั่ง	39 (22.3)	8 (24.2)
รับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลกับโรค (เช่น การนำผลไม้เพื่อสุขภาพ)	30 (17.1)	10 (30.3)
ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	20 (11.4)	3 (9.1)
ผู้ป่วยฉีดยาหรือบริหารยาไม่ถูกต้อง	19 (10.9)	2 (6.1)
ใช้ยาในขนาดที่มากกว่าแพทย์สั่ง	12 (6.9)	2 (6.1)
ปัญหาอื่นๆ (เช่น อ่านฉลากได้ไม่ชัดเจน)	10 (5.7)	0 (0.0)

อื่นร่วมที่ไม่ใช่เบาหวานจำนวน 14 คน (ร้อยละ 15.6) มีอายุเฉลี่ย 68.9±7.0 ปี และได้รับยาในการรักษาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปจำนวน 55 คน (ร้อยละ 61.1)

ปัญหาการใช้ยาที่พบ

ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกพบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 178 เหตุการณ์ จัดแบ่งได้ 3 ประเภท คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาพบ 175 เหตุการณ์ (คิดเป็นร้อยละ 98.3 ของจำนวนครั้งที่พบปัญหาทั้งหมด) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม 2 เหตุการณ์ และผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่มีขนาดยาน้อยเกินไป 1 เหตุการณ์ รายละเอียดเหตุการณ์ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 175 เหตุการณ์ แสดงดังตารางที่ 1 เช่น ผู้ป่วยลืมรับประทานยาจำนวน (45 เหตุการณ์) ผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (39 เหตุการณ์) รับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลกับโรค (30 เหตุการณ์) เป็นต้น จากการซักถามผู้ป่วยพบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด คือ ความไม่เข้าใจเรื่องความสำคัญของการใช้ยา 75 ครั้ง (ร้อยละ 42.9) รองลงมาคือ การที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและขาดความเข้าใจเรื่องโภชนาการ 64 ครั้ง (ร้อยละ 36.0) ความไม่เข้าใจในเรื่องการดำเนินไปของโรค 25 ครั้ง (ร้อยละ 14.3) และไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นหากไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง จำนวน 11 เหตุการณ์ (ร้อยละ 6.3)

หลังจากผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 3 ครั้งพบว่า เกสซิกสามารถช่วยจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือใน

การใช้ยาได้โดยเหตุการณ์ลดลงจาก 175 เหลือ 33 เหตุการณ์ หรือลดลงไปร้อยละ 81.1 วิธีการจัดการปัญหาการใช้ยาที่เกสซิกเลือกใช้ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำปฏิทินยา การจัดยาเป็นยูนิตโดส การจัดทำฉลากยาให้อ่านง่าย เป็นต้น แต่เหตุการณ์ที่เกสซิกช่วยจัดการได้น้อย คือ การรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลกับโรค (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์ทางคลินิก

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านแสดงอยู่ในตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในเชิงคุณภาพแล้วพบว่า หลังจากได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 3 ครั้งแล้วผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (76 คน) ยังคงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ แต่ในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (55 คน) นั้นพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 17 คน ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีค่าต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ คิดเป็นร้อยละ 30.9 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการเยี่ยมบ้าน (รูปที่ 1) พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 มีความพึงพอใจระดับมากหรือมากที่สุดต่อด้านกระบวนการให้บริการเยี่ยมบ้าน เกสซิกผู้ให้บริการ และผลการ

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการเยี่ยมบ้าน		หลังการเยี่ยมบ้าน		P ¹
	ค่ามัธยฐาน	(ค่าต่ำสุด, สูงสุด)	ค่ามัธยฐาน	(ค่าต่ำสุด, สูงสุด)	
ระดับน้ำตาล (n=76)					
หลังงดอาหาร (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	214.5	(145, 398)	165.0	(125, 298)	<0.001
สะสมในเลือด (ร้อยละ)	9.9	(7.4, 14.2)	9.0	(7.0, 13.5)	<0.001
ระดับความดันโลหิต ² (n=55)					
ขณะหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)	140.0	(130.0, 190.0)	130.0	(120.0, 140.0)	<0.001
ขณะหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)	90.0	(80.0, 95.0)	85.0	(80.0, 90.0)	<0.001

1: ทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านด้วย Wilcoxon signed rank test

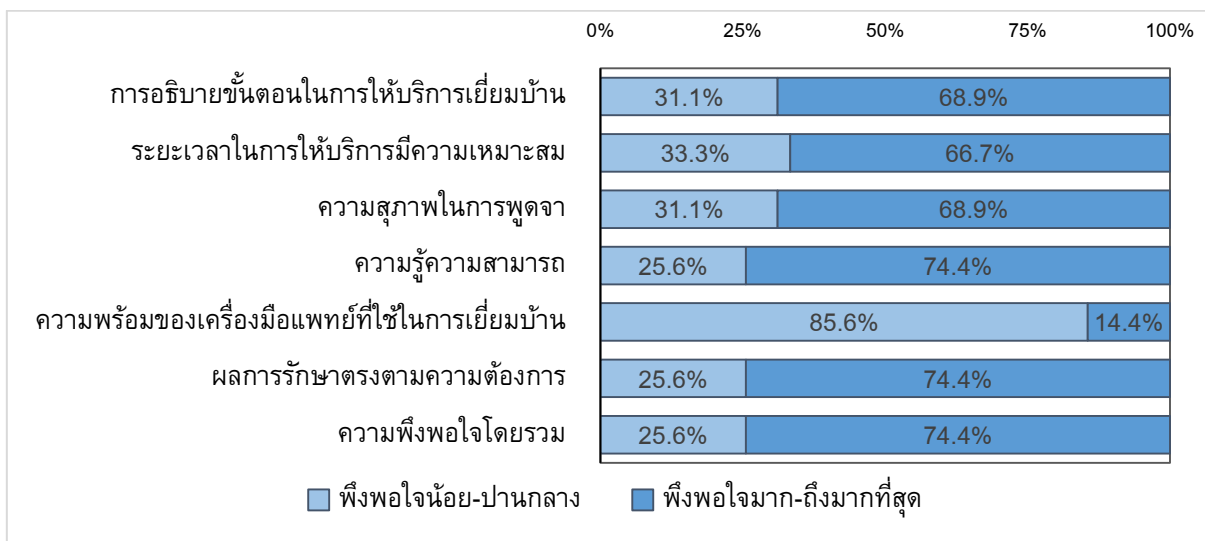
2: ค่าต่ำสุดของระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวมีค่าต่ำกว่า 140 และ 90 มิลลิเมตรปรอทได้เนื่องจากในการคัดเลือกผู้ป่วยนั้นได้พิจารณาระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหรือคลายตัว หากค่าใดค่าหนึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย (เช่น 130/90 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกเพื่อเยี่ยมบ้าน

ให้บริการรักษา แต่ผู้ป่วยร้อยละ 85.6 มีความพึงพอใจระดับน้อยหรือปานกลางต่อความพร้อมของเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามผลการประเมินโดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.4 มีความพึงพอใจมากหรือมากที่สุดต่อบริการนี้

การอภิปรายผล

การเยี่ยมบ้านเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ซึ่งทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพของอำเภอน้ำพองได้ให้การตอบรับการเข้าร่วมของเภสัชกรเป็นอย่างดีเพื่อสานต่อ

นโยบาย การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของการมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพเพื่อที่จะทราบแนวโน้มว่า กิจกรรมดังกล่าวส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไรโดยเน้นศึกษาเรื่องการจัดการปัญหาการใช้ยา การประเมินปัญหาการใช้ยาได้ใช้เกณฑ์ของ Hepler และ Strand ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลกและได้อธิบายไว้ว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดจากยา (drug-related morbidity) นั้นมักเกิดจากความผิดพลาดของการทำงานของยาในตัวผู้ป่วย ทำให้ตัวยานั้น ๆ ไม่สามารถให้ผลการรักษาตามที่ต้องการได้ (15) การประเมินปัญหาการใช้ยาของ Hepler และ Strand นั้นเน้นที่ความผิดพลาด



รูปที่ 1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการเยี่ยมบ้าน (n=90)

ของการคัดเลือกยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเป็นหลักอันเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ดังกล่าวเพียง 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม และผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่มีขนาดยาน้อยเกินไป ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจะเกิดในสัดส่วนที่น้อยแต่ก็ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากมีโอกาสก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงต่อผู้ป่วยได้

ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดในช่วงก่อนการเยี่ยมบ้าน คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การลืมรับประทานยา รับประทานยาน้อยหรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งเป็นปัญหาการใช้ยาที่สำคัญและพบได้บ่อย (8, 11) การศึกษาของ Weerawattanachai (16) พบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่สำคัญที่พบจากการเยี่ยมบ้าน คือ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง จากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.1) ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาดังกล่าว ผลการทบทวนวรรณกรรมของ Hajjar และคณะ (17) ระบุว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะได้รับยาจำนวนหลายรายการมากขึ้นและปัจจัยนี้ส่งผลต่อการรักษา การศึกษาเชิงสำรวจในบ้านพักคนชราในประเทศสิงคโปร์ พบว่า การได้รับยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาที่ไม่สม เหตุ ผล อย่าง มี นัย สำคัญ ($P < 0.001$) (18) นอกจากนี้ Shrestha และคณะ (19) ยังได้รายงานว่าการไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

อีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย คือ การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นหรือสมุนไพร ร่วมกับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัญหาที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นหลังจากการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ในช่วงเวลาที่ศึกษามีผลิตภัณฑ์สุขภาพชนิดใหม่ที่โฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอ น้ำพอง ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว นอกจากนี้ อาจเกิดจากพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของคนไทยอีกด้วย การสำรวจพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในจังหวัดพัทลุงโดย Chaimay และคณะ (20) พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.6) มีการปลูกสมุนไพรไว้ในบริเวณบ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว 2 เท่า (OR = 2.05, 95% CI: 1.05 - 3.99) ทั้งนี้ความเชื่อและวิถีชีวิตของคนไทยร่วมกับการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพจากภาครัฐอาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นพฤติกรรมนี้

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 3 ครั้ง ปัญหาจากการใช้ยาลดลงและผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยยังพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร ซึ่งสอดคล้องกับของ Sirithanawuthichai และคณะ (21) ที่ได้ศึกษาผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการลดลงจาก 198.0 เหลือ 166.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งนี้อาจเนื่องจากเภสัชกรในการศึกษานี้ได้แก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น เช่น มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลมากขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเวลา มีการจัดทำปฏิทินยาเพื่อเตือนความจำผู้ป่วย หรือการจัดยาในรูปแบบยูนิตโดสในกรณีที่ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา เป็นต้น ในสหราชอาณาจักร การศึกษาที่ให้เภสัชกรทบทวนรายการยา (medication review) ให้แก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบว่า เภสัชกรได้ส่งต่อข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้แก่แพทย์ และส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้ถึง ร้อยละ 75.6 นอกจากนี้ยังพบว่า บริการนี้ช่วยทำให้จำนวนครั้งเฉลี่ยของการหกล้มในผู้สูงอายุลดลงจาก 1 ครั้งต่อคนเหลือ 0.8 ครั้งต่อคนภายในระยะเวลา 6 เดือน (22) ในออสเตรเลียได้จัดให้มีบริการการทบทวนการใช้ยาที่บ้าน โดยให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 เพื่อทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น (23) จากหลักฐานทางวิชาการดังกล่าวเป็นการย้ำให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภาครัฐควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานของบริการนี้ต่อไป

กระบวนการประเมินและติดตามปัญหาการใช้ยาในการศึกษานี้ได้เน้นค้นหาข้อบกพร่องในการใช้ยาตามแนวทางของ Helpler และ Strand (15) ซึ่งเน้นปัญหาที่เกิดจากระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลรวมถึงปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

กระบวนการประเมินนั้นอาจมีความแตกต่างกับระบบการทบทวนรายการยาอื่น ๆ ที่ใช้ในต่างประเทศอยู่บ้าง ในสหราชอาณาจักรใช้การทบทวนรายการยา (medicine use review) ในระหว่างการจ่ายยาในร้านยา โดยเภสัชกรจะมุ่งพิจารณาว่า ผู้ป่วยรับประทานยาหรือใช้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดหรือไม่ และจะเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการในคราวเดียว (24) ในออสเตรเลียใช้รูปแบบการทบทวนรายการยาที่บ้าน (home medicine review) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการต่อวัน เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการพบแพทย์บ่อยครั้ง หรือไม่เข้าใจในวิธีการใช้ยาของตัวเอง เภสัชกรจะประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน แล้วจัดทำข้อเสนอแนะปัญหาการใช้ยาให้แก่แพทย์เพื่อแก้ไข้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยต่อไป ซึ่งในระบบนี้แพทย์และเภสัชกรได้ประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง (23, 25)

ในส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกนั้นพบว่า การมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้านไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ตามเป้าหมาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีระยะในการติดตามผู้ป่วยจำกัด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลสะสมนั้นเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการรักษาเบาหวานโดย American Diabetes Association ระบุว่า การลดระดับน้ำตาลสะสมได้น้อยกว่าร้อยละ 7.0 จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดได้ (12) อย่างไรก็ตามรูปแบบการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Stamler และคณะ รายงานประโยชน์ของการลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไว้ว่า เมื่อระดับความดันลดลง 2 มิลลิเมตรปรอท อัตราการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองจะลดลงร้อยละ 4 และ 6 ตามลำดับ (26) ผลการศึกษานี้บ่งชี้ได้ว่า การมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้านนั้นอาจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์สุดท้าย (final outcome) ที่ดีได้

นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านยังทำให้พบว่าผู้ป่วยยาเหลือใช้ที่บ้านของผู้ป่วยเป็นจำนวนมากพอสมควร มีทั้งยาที่หมดอายุแล้วและเสื่อมสภาพ ในจำนวนนี้เป็นยาทั้งหมดอายุและเสื่อมสภาพไม่สามารถกลับมาใช้ได้อีก เช่น อินซูลินชนิด NPH pen fill อินซูลินชนิด NovoMix วิตามินแบบแบ่งบรรจุ เป็นต้น ทั้งนี้ทีมเยี่ยมบ้านได้นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและได้มีการกำหนด

แนวทางป้องกันเหตุการณ์นี้โดยกำหนดให้จ่ายยาเกินวันนัดได้ไม่เกิน 5 วัน ตลอดจนมีการรณรงค์ให้ผู้ป่วยพกสมุดประจำตัวเพื่อการตรวจสอบวันนัดและมีการรณรงค์ให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาทุกครั้งที่พบแพทย์

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาในสถานที่ทำงานจริง ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จึงมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ในการศึกษาครั้งนี้ เภสัชกรทั้งหมดของโรงพยาบาลได้มีส่วนร่วมในทีมเยี่ยมบ้านและแบ่งกันรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ การพัฒนาระบบงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคนี้ทำได้ไม่ยากนัก FiB และคณะ (27) ได้พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านด้วยเครือข่ายสุขภาพ 3 ภาค (three party healthcare network) ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรร้านยา และผู้ช่วยแพทย์หรือผู้ช่วยพยาบาล ในระบบนี้ให้ผู้ช่วยแพทย์หรือพยาบาลออกเยี่ยมบ้านและส่งต่อข้อมูลปัญหาการใช้ยากลับมาให้แพทย์หรือเภสัชกรในพื้นที่วางแผนแก้ไข แต่การศึกษาก่อนหน้าที่เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรร่วมทีมสหวิชาชีพนั้นมักจะมีเภสัชกรในงานเภสัชกรรมร่วมทีมเพียงคนเดียว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (9) โรคหลอดเลือดสมอง (10) และจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (11) แต่บริการเยี่ยมบ้านนั้นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลจากงานประจำจึงมีข้อจำกัด คือ ไม่ได้มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมเนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับบริการนี้อย่างครอบคลุม ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ประเมินได้อาจเป็นผลมาจากการแทรกแซงของบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่น ๆ ด้วย การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจึงอาจทำให้การอ้างอิงผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรทำได้จำกัด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกวนอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษา กล่าวคือ ในการประเมินปัญหาการใช้ยานั้นมีเภสัชกรที่เป็นผู้ประเมินทั้งหมด 6 คน แม้ว่าทุกคนจะมีประสบการณ์ทำงานหลายปี แต่กระบวนการประเมินนั้นยังไม่ได้มีการทดสอบความเที่ยงทั้งแบบภายในผู้ประเมิน (intra-observer agreement) และระหว่างผู้ประเมิน (inter-observer agreement) จึงอาจทำให้วิธีการประเมินของเภสัชกรแต่ละท่านมีความเหลื่อมล้ำกันได้ ในการประเมินความพึงพอใจซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยเภสัชกรนั้นอาจ

ทำให้เกิดอคติจากการที่ผู้ป่วยอยากตอบคำถามให้เป็นไปในทิศทางที่ผู้สัมภาษณ์พึงพอใจได้ (obsequiousness bias) หากได้มีการเก็บข้อมูลต่อไปอีกในระยะยาวและให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นจะทำให้สามารถสรุปผลการศึกษาค้นคว้าได้ชัดเจนขึ้น

สรุปผล

เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมอยู่ด้วยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ สามารถทำให้ปัญหาการใช้ยาลดลง และช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีบริการนี้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองและบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตร้อยแก่นสารสินธุ์ และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้การสนับสนุนโครงการการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2558

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research. Thai health report 2014. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2014.
2. Couney N. Literature review: The current situation and care model of non-communicable diseases. Nonthaburi: Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2014.
3. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care-now more than ever.

Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.

4. Ministry of Public Health. A plan for developing health service system 2012-2017 [online]. 2012. [cited Jan 5, 2016]. Available from: plan.hss.moph.go.th/display_document.jsp?id=D00000000637.
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. National Health Security Office Area 7 at Khon Kaen. A handbook for developing primary care system in the fiscal Year 2014. Khon Kaen: National Health Security Office Area 7 Khon Kaen, 2014.
8. Ensing HT, Koster ES, Stuijt CCM, van Dooren AA, Bouvy ML. Bridging the gap between hospital and primary care: the pharmacist home visit [commentary]. *Int J Clin Pharm* 2015; 37: 430-4.
9. 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.
10. Thaugsuwan 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. Rachaniyom S, Saramunee K. Family pharmacist's management of drug related problems for chronic diseases at patient's in home, Kranuan district health network. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2016; 8: 169-81.

12. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2016. *Diabetes Care* 2016; 39(suppl 1): S1-S106.
13. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311: 507-20.
14. Ningsanon T, Monthakarnkul P, Wanakmanee U, Suansanea T, Chatuporn T, editors. Textbook of family pharmacist. Bangkok: The Association of Hospital Pharmacy (Thailand), 2014.
15. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-43.
16. Weerawattanachai C. Factors affecting drug related problems in diabetic inpatients at Rajavithi hospital [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2002.
17. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5: 345-51.
18. Mamun K, Lien CTC, Goh-Tan CYE, Ang WST. Polypharmacy and inappropriate medication use in Singapore nursing home. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33: 49-52.
19. Shrestha R, Pant A, Shakya SS, Shrestha B, Gurung RB, Karmacharya B. A cross-sectional study of medication adherence pattern and factors affecting the adherence in chronic obstructive pulmonary disease. *Kathmandu Univ Med J* 2015; 13: 64-70.
20. Chaimay B, Boonrod T, Simla W. Factors affecting herbal uses in primary health care. *Public Health Journal of Burapha University* 2012; 7: 25-35.
21. Sirithanawuthichai T, Wongsawasup A, Nopuan W, Krueanak T. The effectiveness of village health volunteers in Muang District, Mahasarakham. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University* 2010; 29: 439-45.
22. Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J, et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in car homes-randomised controlled trial. *Age Ageing* 2006; 35: 586-91.
23. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing home medicines review (HMR) services. Deakin West: Pharmaceutical Society of Australia Ltd, 2011.
24. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Medicines use review (MUR) [online]. 2014. [cited Apr 29, 2016]. Available from: psnc.org.uk/service-s-commissioning/advanced-services/murs/.
25. White L, Klinner C, Carter S. Consumer perspectives of the Australian home medicines review program: benefits and barriers. *Res Social Adm Pharm* 2012; 8:4-16.
26. Stamler J, Rose G, Stamler R, Elliott P, Dyer A, Marmot M. INTERSALT study findings: public health and medical care implications. *Hypertension* 1989; 14: 570-7.
27. 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.

Evaluation of Home Visits by Multidisciplinary Team with Pharmacist involvement to Manage Drug Related Problems in Diabetic and Hypertensive Patients at Nampong Hospital, Khon Kaen

Narintra Nutadee¹, Kritsanee Saramunee²

¹Community Pharmacy Department, Namphong Hospital

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

Abstract

Objective: To compare proportion of drug related problems (DRPs) and clinical outcomes among diabetic/hypertensive patients with uncontrolled conditions or DRPs, between before and after home visit, and to assess patient satisfaction towards this service by pharmacist. **Methods:** A quasi-experimental study was conducted. Pharmacists, together with the multi-disciplinary health team, visited homes of selected diabetic/hypertensive patients with uncontrolled conditions or DRPs, during November 2014 to July 2015. Three visits were made for one patient (month 0, 3, 6). Pharmacist had a role on assessing DRPs, recording blood pressure that had been measured, and recording fasting blood sugar and HbA_{1c} from patient's personal profiles. Satisfaction was assessed by interview. **Results:** A total of 90 patients were visited. The majority of them were female (80.0%), having diabetes with hypertension and with/without other co-morbidities (84.4%), having average age at 68.9±7.0 years and being prescribed 5 or more medications (61.1%). The most frequently found DRPs was non-adherence (175 events or 98.3% of total events identified). This problem decreased to 33 events after the home visit (81.1% reduction). The median of HbA_{1c} decreased from 9.9% to 9.0% ($P<0.001$). Systolic and diastolic blood pressures also decreased from 140 and 90 mmHg to 130 and 85, respectively ($P<0.001$). Over 65% of patients were satisfied at the high or very high levels on the involvement of pharmacist in home visit, home visit process, pharmacist and treatment outcomes. **Conclusion:** A home visit by multidisciplinary team with the involvement of a pharmacist can help decrease DRPs and improve clinical outcomes among diabetic and hypertensive patients. The service is satisfied to patients. Therefore, it should be continued.

Keywords: home visit, pharmacist, drug related problem, primary care pharmacy