

ปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ ในเขตอำเภอคลอง

นางสาว จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาเภสัชกรรม ภาควิชาเภสัชกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2542

ISBN 974-332-912-9

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**DRUG RELATED PROBLEMS IN GERIATRIC PATIENTS
AT HOME IN LONG DISTRICT**



Miss Chulalak Chongwiriyanurak

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy**

Department of Pharmacy

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 1999

ISBN 974-332-912-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ ในเขตอำเภอคลอง
โดย นางสาว จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์
ภาควิชา เภสัชกรรม
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ อัจฉรา อุทิศวรรณกุล

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

Sin Sornam

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา กี่ระนันท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Albert Sornam ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ประภาพักตร์ ศิลปโชติ)

Sin Sornam อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ อัจฉรา อุทิศวรรณกุล)

Sin Sornam กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุมาลี แสงธีระปิติกุล)

Orin Prasun กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อภิญญา เหมะจุฑา)

Sin Sornam กรรมการ
(เภสัชกร นพคุณ เอกวรรณานนท์)

จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์ : ปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ ในเขตอำเภอคลอง (DRUG RELATED PROBLEMS IN GERIATRIC PATIENTS AT HOME IN LONG DISTRICT) อ.ที่ปรึกษา : รศ. อัจฉรา อุทิศวรรณกุล, 80 หน้า. ISBN 974-332-912-9.

การวิจัยนี้ได้ศึกษาถึงปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ หลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของจังหวัดแพร่ เกสร์กรได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเหล่านี้ 4 ครั้ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2541 ถึง พฤษภาคม 2542 จากผู้ป่วยจำนวน 54 ราย โดยศึกษาถึงลักษณะของปัญหาการใช้ยา อัตราการเกิดปัญหาการใช้ยา สาเหตุของปัญหาการใช้ยาที่บ้าน และอัตราการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ

จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก พบปัญหาการใช้ยาจำนวน 75 ปัญหาจากผู้ป่วย 40 ราย (ร้อยละ 74.1) จำนวนปัญหาการใช้ยาโดยเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 1.39 ปัญหา โดยผู้ป่วยที่รับยาเองมีปัญหาการใช้ยา 22 ราย (ร้อยละ 81.5) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยา จำนวนปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มแรกมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มหลังอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยที่บ้านในครั้งที่ 2, 3 และ 4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา และจำนวนปัญหาการใช้ยาลดลงทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน โดยปัญหาการใช้ยาเหลือเพียง 4 ปัญหาจากผู้ป่วย 3 รายในการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 4 และจำนวนปัญหาการใช้ยาที่พบนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดจากการวิจัยคือ การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (109 ปัญหา) เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยา รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (10 ปัญหา) ผู้ป่วยที่กลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 7 เดือนที่ทำการวิจัยมีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.0) ซึ่งสาเหตุการกลับเข้าพักรักษาตัวนั้น ไม่ชัดเจนว่ามาจากปัญหาการใช้ยา แต่จำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ช่วงก่อนการวิจัยมีจำนวน 4 ราย ลดลงเหลือเพียง 1 รายหลังการวิจัยนี้สิ้นสุดลง

การติดตามการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุโดยเกสร์กรทำให้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง โดยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพิ่มความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยให้ทราบปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง จากสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย การปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน ซึ่งอาจแตกต่างจากข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาล เช่น การเก็บรักษา ยา และผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการติดตามการใช้ยาที่บ้านโดยเกสร์กรนั้น เป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วย

ภาควิชาเภสัชกรรม.....
สาขาวิชาเภสัชกรรม.....
ปีการศึกษา2542.....

ลายมือชื่อนิติต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ. อัจฉรา
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4076502433 MAJOR PHARMACY

KEY WORD: DRUG RELATED PROBLEMS / GERIATRIC PATIENTS / HOME CARE

CHULALAK CHONGWIRIYANURAK : DRUG RELATED PROBLEMS IN GERIATRIC PATIENTS AT HOME IN LONG DISTRICT. THESIS ADVISOR : ASSO. PROF. ACHARA UTISWANNAKUL, 80 pp. ISBN 974-332-912-9.

Drug related problems in geriatric patients at home was studied after discharge from Long Hospital, Phrae. Pharmacist visited at their home 4 times during November 1998 to May, 1999. This was done on 54 patients. The objectives of this study were to examine the types of problems, rate of occurrence, causes of problem and readmission rate.

At the first home visit, 75 drug related problems (DRPs) were found in 40 cases (74.1%), mean of DRPs was 1.39 per patient. The twenty-two patients (81.5%) who used drugs by themselves had DRPs more than patients who had care giver. The number of DRPs in the first group was significantly more than the other group ($p < 0.05$). The numbers of problems and patients were decreased when the pharmacist visited at home the second, the third and the fourth time. There was 4 DRPs in 3 patients at the last visited. The number of DRPs after these services was significantly lower than those of before the service rendered ($p < 0.05$). The result showed that the most encountered problem was failure to receive prescribed drug (109 problems) because the patients did not understand the instructions. The second rank was adverse drug reactions (10 problems). Twenty patients (37.0%) were readmitted during the seven months period of this study. The causes of readmission could not be proven, however the number of patients who admitted more than 2 times were reduced from 4 patients before the study to 1 patient at the end of the study.


The home visit by the pharmacist reduced the number of drug related problems by increasing the cooperation about drug usage, decreasing adverse drug reactions and increasing knowledge about their medicines. When the pharmacist visited patients at home, she encountered the patients' lifestyle and environment and could find the problems that may be ignored when they were in the hospital such as how to keep the medications. The patients agreed that pharmacist home visit was mostly beneficial to them.

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....

สาขาวิชา.....เภสัชกรรม.....

ปีการศึกษา.....2542.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง นายแพทย์เฉลิมชัย คุณชมภู ที่อนุญาตให้เข้าทำการศึกษาในโรงพยาบาลลอง และสนับสนุนให้การดำเนินโครงการวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณ รศ. นพคุณ เอกวรรณานนท์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชสาธารณสุขและงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆในการทำวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ รศ. นภาพรณ เวียงแก้ว รศ. ศุภลักษณ์ ไชยเรต ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย และประสานงานในการติดตามข้อมูล ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลลองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในทุกๆด้านและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณนิรมาน ใจเย็น และ คุณพัชรีภรณ์ ถิ่นแสน สำหรับความช่วยเหลือในการออกเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบคุณ คุณเบญจวรรณ ชานไช และ คุณสาวรีย์ กาศเกษม ที่ช่วยตรวจทานเอกสาร ขอขอบคุณ ทีมงานฝ่ายการพยาบาลทุกท่าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลองทุกท่านที่ให้ความเอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวกด้วยดี ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ อัจฉรา อุทิศวรรณกุล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นในการวิจัยมาโดยตลอด ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี และอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาเภสัชกรรมสาขาเภสัชกรรมคลินิกที่ได้ส่งเสริม และสนับสนุนด้วยดีมาตลอด และเนื่องจากบางส่วนของทุนการวิจัยครั้งนี้ได้รับจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มา ณ ที่นี้

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา รศ. ประดิษฐา สันติกุลและครอบครัว พี่ น้อง เพื่อนๆ ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอดจนสำเร็จการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
รายการอักษรย่อ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
2 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	6
3 วิธีดำเนินการวิจัย	20
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	27
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	60
รายการอ้างอิง	65
ภาคผนวก	70
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	71
ภาคผนวก ข แบบประเมินความรู้ผู้ป่วย	73
ภาคผนวก ค แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา 1	74
ภาคผนวก ง แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา 2	75
ภาคผนวก จ ข้อมูลของรายการยาที่รับคืนจากผู้ป่วย	76
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการติดตามที่บ้าน	77
ประวัติผู้วิจัย	80

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปโดยสรุปของผู้ป่วยสูงอายุ.....	28
2. จำนวนผู้ป่วยแยกตามตำบลที่อยู่ของผู้ป่วย.....	29
3. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามช่วงอายุและเพศ.....	30
4. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามสถานภาพ และผู้ดูแลในการใช้ยา.....	30
5. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามระดับการศึกษา และความสามารถในการ อ่านเขียนหนังสือ.....	32
6. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล.....	32
7. จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	33
8. จำนวนผู้ป่วยแยกตามปัญหาความบกพร่องทางด้านร่างกาย.....	34
9. จำนวนผู้ป่วยสูงอายุแบ่งตามจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลลง.....	35
10. จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนขนานของยาอื่นที่ใช้ร่วมเป็นประจำ.....	35
11. จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนครั้งของผู้ป่วย ที่เข้าพักรักษาตัวหรือมารับบริการ ที่ห้องฉุกเฉินของในโรงพยาบาลลงในช่วง 7 เดือนของการวิจัย.....	36
12. จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนโรคประจำตัวอื่นๆ.....	37
13. จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค.....	37
14. ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วย และจำนวนปัญหาการใช้ยาที่พบ จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4.....	38
15. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1.....	39
16. จำนวนผู้ป่วยใหม่และจำนวนผู้ป่วยเก่า จำแนกตามจำนวนปัญหาที่พบ จากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก.....	40
17. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2.....	41
18. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามลักษณะผู้ป่วยที่พบปัญหา ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2.....	42

สารบัญตาราง (ต่อ)

19. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3.....	43
20. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามลักษณะผู้ป่วยที่พบปัญหา ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3.....	43
21. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4.....	44
22. จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามลักษณะผู้ป่วยที่พบปัญหา ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4.....	45
23. ลักษณะของปัญหาจากการใช้ยาโดยจำแนกตามการติดตามเยี่ยมบ้าน ในครั้งที่ 1-4.....	46
24. สาเหตุของปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง โดยจำแนกตามการติดตาม เยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1-4.....	48
25. ลักษณะของปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากสาเหตุความไม่เข้าใจในวิธีใช้ยาหรือ สับสนในวิธีใช้ยา.....	49
26. ยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอาการแสดง.....	52
27. จำนวนปัญหาที่เกิดจากปัญหาลักษณะอื่นๆ โดยแบ่งเป็น การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-4.....	53
28. จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล หรือห้องฉุกเฉิน หลังการเยี่ยมบ้าน.....	54
29. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน หลังการเยี่ยมบ้าน ช่วงก่อนวิจัยและช่วงวิจัย.....	55
30. การรับยาคืนจากผู้ป่วยเมื่อมีการเยี่ยมบ้านโดยจำแนกเป็นจำนวนผู้ป่วย จำนวนรายการยา และจำนวนเม็ดยา.....	57
31. จำนวนประชาชนที่รับบริการจากการออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง.....	58

รายการอักษรย่อ

JCAHO	= The Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations
ASHP	= The American Society of Hospital Pharmacists
ADR	= Adverse Drug Reaction
DRP	= Drug Related Problems
mg	= milligram
DR H	= Drug Related Hospitalization
HHC	= Home Health Care



บทที่ 1

บทนำ



ประเทศไทยในปัจจุบันได้มีการพัฒนาประเทศในทุกด้านทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายและก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมและสิ่งแวดล้อมตามมา เช่น การเกิดชุมชนแออัด, มีขยะมูลฝอยมากมาย, การเกิดอุบัติเหตุในโรงงาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนตามมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของคนไทยในการรักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 57.7 ในปี 2536 คนไทยมีการบริโภคยาสูงถึง 50,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ต่อปี (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538) ดังนั้นปัญหาสุขภาพอนามัยจึงเป็นปัญหาสำคัญ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในสหรัฐอเมริกาอายุของประชากรยาวขึ้น โดยคนที่มีอายุ 85 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 24 ในปี 1960 และจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 44 ในปี 2040 ซึ่งในปี 2050 จะมีคนอเมริกาที่มีอายุยืนยาวเกิน 85 ปี อย่างน้อย 15 ล้านคน คิดเป็น 7 เท่าของปี 1980 (Catania, 1994) ในประเทศไทยนั้นในปี 2543 คาดว่าจะมี ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 4.8 ล้านคน (ร้อยละ 7.54 ของประชากรทั้งหมด) และประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีนั้นมีจำนวน 3.5 ล้านคน (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2538) จากการศึกษาของ Caranasos และคณะ (1974) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยาหลายชนิดเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะโรคหลายโรคร่วมกัน และปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งก็พบได้บ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น กลุ่มโรคที่พบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ที่เป็นสาเหตุการตายสูงสุดคือ โรคหัวใจ ส่วนโรคเรื้อรังที่พบบ่อยคือ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคข้ออักเสบ ผู้ป่วยสูงอายุมักต้องใช้ยาในการรักษาโรคนาน จึงทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (Lamy, 1994) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยนั้นควรเป็นการบริหารแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) โดยมีการดูแลร่วมกันหลายสาขาวิชาชีพ ในการวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อยืดระยะเวลาของการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่นให้ช้าที่สุด ผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจอย่างมากตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน

ยาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ยาจึงกลายเป็นสิ่งสำคัญมากขึ้น เพราะเป็นเครื่องมือในการรักษาโรค จากการศึกษาต่างๆพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาถูกชี้วัดว่าเป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาซ้ำอีกครั้งในโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาจากการใช้ยาอย่างรุนแรงจนถึงแก่ความตาย เช่น การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Graham, 1983) การกลับเข้าพักรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล เกี่ยวข้องอย่างมากกับการไม่สามารถบริหารจัดการกับยาที่ได้รับหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Cugley, 1993; Levy, 1988) Prince และคณะ (1992) พบว่า ปัญหาที่สัมพันธ์เนื่องมาจากยาที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาล คือ การใช้ยาในทางที่ผิดหรือมากเกินไปร้อยละ 35 การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยร้อยละ 28 อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 28 ดังนั้นการใช้ยาจึงต้องมีความระมัดระวังเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาน้อยที่สุด

เภสัชกรเป็นบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับยามากที่สุด การติดตามดูแลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย จึงเป็นบทบาทหนึ่งของเภสัชกรที่ควรได้รับความสนใจ โดยเภสัชกรมีหน้าที่หลักในการค้นหาปัญหา แก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRP) ของผู้ป่วย และควรให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและเต็มใจที่จะใช้ยาที่ได้รับนั้น โดยเฉพาะการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาความบกพร่องทางร่างกายเช่น การมองเห็น, การได้ยินและการช่วยเหลือตัวเอง ผู้ป่วยบางคนอาจมีผู้ดูแลในการใช้ยาแต่ในบางรายไม่มี จึงอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาการใช้ยาที่บ้าน และก่อให้เกิดผลเสียตามมามากมาย ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องใช้ยาหลายอย่าง มักเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยามากขึ้น จากการศึกษาของ Cugley (1993) พบว่าการติดตามที่บ้านโดยเภสัชกรในผู้ป่วยสูงอายุหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรือใช้ยาเอง จะพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเช่น การลืมกินยา การกินยาซ้ำซ้อน การเก็บสะสมยา การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่ เมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยร้อยละ 61 ที่ต้องได้รับคำปรึกษาในการใช้ยาอีก โดยมีผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลแล้วแต่จดจำได้เพียงเล็กน้อย

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ได้รับความสนใจมากขึ้นเพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการสาธารณสุข และมีแนวโน้มที่จะเข้ามามีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยมากขึ้นเนื่องจาก

1. ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันและในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและพิการมากขึ้น มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. การรับวิทยาการใหม่ๆ จากต่างประเทศ ในการพัฒนาทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น
3. การพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตก
4. วิวัฒนาการของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
5. การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว ทำให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีความจำเป็นที่ต้องจัดให้มีขึ้น ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุและผู้เจ็บป่วยที่ขาดผู้ดูแลที่บ้านได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น ลดภาระและความวิตกกังวลของครอบครัว สามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการเดินทางไปโรงพยาบาล ลดปริมาณผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ลดภาระและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับสถานพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายการให้บริการเชิงรุกมากขึ้น เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-2539) ที่จะส่งเสริมการศึกษา แสวงหา และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งประชาชนสามารถมีส่วนร่วมกับภาครัฐได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ และจัดทำโครงการการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้น ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกรมการแพทย์ที่มีความพร้อมในปี พ.ศ. 2536 และได้มีการขยายโครงการออกไปยังโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ต่อมาถึงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) ยังคงเน้นการให้บริการเชิงรุก โดยเน้นการทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการมากขึ้น และเพื่อลดความต้องการที่จะเดินทางไปยังสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น อันจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายทั้งของภาครัฐและประชาชน โดยขยายโครงการไปสู่สถานบริการสาธารณสุขระดับชุมชน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2538)

การดำเนินงานให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยทีมพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจึงเน้นไปในการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยมากนัก แต่จากการศึกษาของ ลักษณ์า จิตไพบูลย์ (2536) และ มนัสสินิตย์ บุญยทรัพย์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้

ยาที่บ้านในด้านจำนวนยาที่ต้องรับประทาน เวลาที่ต้องรับประทานยา อาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้น และวิธีเก็บรักษายา

ดังนั้นเภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ควรมีการศึกษาถึงการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้มีแนวทางที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ของประเทศในอนาคต และเกิดประโยชน์กับประชาชนผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสถานบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น เภสัชกรควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

โรงพยาบาลลองมีโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยซึ่งดำเนินการมาแล้ว 2 ปี ในปีงบประมาณ 2541 ใช้ชื่อ “โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ผู้ป่วยได้รับการเข้าเฝ้าก ผู้ป่วยไม่ได้มารับบริการตามนัดและมีภาวะแทรกซ้อนอันตราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และผู้ป่วยที่แพทย์ให้ติดตามที่บ้านแต่ละกรณี ซึ่งจะติดตามผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมพยาบาล ดังนั้นจึงเน้นด้านการพยาบาลมากกว่าที่จะค้นหาปัญหาในการใช้ยา ฝ่ายเภสัชกรรมเป็นทีมสนับสนุนโดยประสานงานในเรื่องยา และเวชภัณฑ์ของผู้ป่วย (โรงพยาบาลลอง, 2540) เภสัชกรจะให้ข้อมูลด้านยาแก่พยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยา ซึ่งจะไม่ใช้การให้ข้อมูล หรือค้นหาปัญหาการใช้ยากับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ข้อมูลหรือปัญหาการใช้ยาที่ได้ไม่ครอบคลุมทั้งหมด ส่งผลให้การใช้ยาของผู้ป่วยไม่ได้ประโยชน์เต็มที่

จากการศึกษาข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลลองในเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82.35 มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา และเมื่อมีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านโดยเภสัชกรพบว่า ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง ซึ่งการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านจะทำให้ทราบข้อมูล และปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การเก็บรักษายาของผู้ป่วย การพบยาที่เหลืออยู่ที่บ้านของผู้ป่วย จะทำให้สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาของผู้ป่วยได้ ซึ่งเภสัชกรอาจไม่ได้ข้อมูลเหล่านี้จากการบริหารผู้ป่วยที่โรงพยาบาล แม้ว่าจะมีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านก็ยังคงมีปัญหาการใช้ยาอยู่ ดังนั้นจากโครงการที่มีและจากการศึกษานำร่อง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีปัจจัยและโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูง

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ หลังจากได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลลง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ
3. เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ
4. เพื่อศึกษาถึงอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือการกลับมาโรงพยาบาลก่อนกำหนดนัดหมายกับแพทย์ของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ผู้ป่วยสามารถใช้ยาที่บ้านอย่างถูกต้องหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. ได้แนวทางการให้บริการดูแลการใช้ยาที่บ้านโดยเภสัชกร

สถาบันวิทย์บริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอน และจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับบุคลากรที่มาจากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยมีจุดมุ่งหมายโดยตรงกับผู้ป่วย คือ 1. เพื่อรักษาโรค 2. เพื่อขจัดหรือบรรเทาอาการของผู้ป่วย 3. เพื่อชลอการดำเนินของโรค และ 4. เพื่อป้องกันการเกิดโรคและอาการในแต่ละกระบวนการนั้นมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ ความผิดพลาดที่เกี่ยวกับยานั้นมีหลากหลาย ตั้งแต่การเตรียมยา การเปลี่ยนขนาดยา ยาที่มีโอกาสใช้แล้วผิดพลาดสูง เช่น มอร์ฟีน เข็มชั้นสำหรับเด็ก ในการปฏิบัติงานควรมีบุคลากรอย่างน้อย 2 คน เพื่อการตรวจเช็คที่ถูกต้อง เภสัชกรควรเป็นผู้เตรียมยา และตรวจเช็คกับพยาบาลถึงคำสั่งแพทย์ การบริหารจัดการกับยาที่ได้รับอย่างผิดพลาดของผู้ป่วยจะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น เสียชีวิต (Cohen, 1989; Cugley, 1993)

งานเภสัชกรรมได้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงจากการบริหารผลิตภัณฑ์ การจ่ายยา มาเป็นการมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วย โดย Hepler and Strand ได้เสนอแนวคิดใหม่เรียกว่า Pharmaceutical care (การบริหารทางเภสัชกรรม) ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นพันธกิจของเภสัชกรในการปฏิบัติงาน โดยได้นิยามไว้ว่า การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการให้ความรับผิดชอบต่อการบำบัดรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามที่กำหนด เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเภสัชกรมีหน้าที่รับผิดชอบ 3 ประการคือ บ่งชี้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดจากการใช้ยา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา ในการดำเนินการนั้นเภสัชกรจะดำเนินการร่วมกับผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆในการวางแผนการรักษา ดำเนินการตามแผนการรักษา และติดตามแผนการรักษาด้วยยา ซึ่งก่อให้เกิดผลการรักษาที่ต้องการให้แก่ผู้ป่วย ในการบริหารทางเภสัชกรรม สิ่งสำคัญที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย คือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems: DRP)

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยานั้นมีมากมาย สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกรหรือผู้ป่วย และเกิดได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการการรักษาดด้วยยา คำจำกัดความของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาหรือการใช้ยา หมายถึง ผลหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องหรือสงสัยว่าจะมีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นได้ส่งผล หรือมีโอกาสส่งผลต่อผลของการใช้ยาที่ต้องการในผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990) ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยนั้นสามารถแบ่งได้หลายแบบ เช่น ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโดยแบ่งตามประเภทของปัญหาตามผลของการใช้ยา (Strand et al., 1990) ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indication) เช่น
 - ไม่ได้รับยารักษาอาการหรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์
 - หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection) เช่น
 - การเลือกใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา
 - การเลือกใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้
 - การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่คุ้มค่าในทางเศรษฐกิจ
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Too Little of the Correct Drug) เช่น
 - การใช้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป
 - ระยะเวลาระหว่างมือของยาห่างกันมากเกินไป
 - การเลือกบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (Too Much of the Correct Drug) เช่น
 - การใช้ยาในขนาดที่สูงเกินไป
 - ระยะเวลาระหว่างมือของยาห่างกันน้อยเกินไป
 - การเลือกบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to Receive Prescribed Drug) เช่น
 - แพทย์ลืมสั่งยา
 - เภสัชกรจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามแพทย์สั่ง
 - พยาบาลลืมบริหารยาให้ผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือการไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (non compliance) เช่น ไม่ไปรับยาตามนัด
6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions: ADR)
7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interactions) เช่น
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร

8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้ (Invalid Indication) เช่น

- การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse)
- การใช้ยาในข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรับรอง
- การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือใช้ยาโดยไม่มี ความจำเป็น

ปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งนั้นมีสาเหตุหลายอย่าง เช่น แพทย์สั่งยา ห่วงยาจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามแพทย์สั่ง และสาเหตุสำคัญ คือ การไม่ได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยโดยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ยาที่ผู้ป่วยใช้โรคที่เป็นอยู่ ความเชื่อของผู้ป่วย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ มากมาย เช่น ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ การเกิดอาการข้างเคียงหรือพิษจากยา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมาหาแพทย์ใหม่อีกครั้ง ผู้ป่วยต้องได้รับยาเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยบางรายอาจเสียชีวิต (อภิฤดี, 2537) จากการศึกษาของ Levy (1988) พบว่า ปัญหาหลักของการไม่สามารถใช้ยาตามสั่งนั้นแต่ละรายจะมี 2.3 ปัญหาต่อเดือน อาจมีมากถึงครึ่งหนึ่งของยาที่แพทย์สั่งจ่ายนั้นใช้อย่างไม่ถูกต้อง โดยผู้สูงอายุร้อยละ 21 ไม่ได้กินยาทันทีที่ได้รับการสั่งจ่าย ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่งหยุด มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ที่แบ่งยาให้ผู้ป่วยรายอื่น และร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุจะเก็บยาเอาไว้ ความเชื่อและความตระหนักของผู้ป่วยถึงความเจ็บป่วยและการรักษา นั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และจะมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้วย

มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย อาจเป็นผลมาจากโรคของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเอง หรือเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นบางรายงานการศึกษา อาจใช้ข้อมูลของการเข้าพักรักษาซ้ำอีกครั้งของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาถูกชี้วัดว่า เป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาซ้ำอีกครั้งในโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาจากการใช้ยาอย่างรุนแรงจนถึงแก่ความตาย เช่น การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Graham, 1983) การกลับมาพักรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลเกี่ยวข้องกับอย่างมากกับการไม่สามารถบริหารจัดการกับยา ที่ได้รับหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Cugley, 1993; Levy, 1988)

สาเหตุหรือเหตุผลของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความสัมพันธ์เนื่องมาจากยา (Drug Related Hospitalization: DRH) ที่พบบ่อยคือ การเกิด ADR การใช้ขนาดยาหรือจำนวนครั้งน้อยกว่ากำหนด (Hewitt, 1995; Schneitman-Mc Intire, 1996)

Hallas และคณะ (1990) ได้รายงานว่ามีผู้ที่ทำการศึกษานหลายรายในต่างประเทศ ระหว่าง 30 ปีที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นว่า การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และในแผนกผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) โดยมีรายงานพบอัตราของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่มีความสัมพันธ์เนื่องมาจากยาแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 2.9 ถึงร้อยละ 28.2

การศึกษาของ Einarson (1993) พบว่าโดยเฉลี่ยร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

จากการศึกษาของ พิจิตรา รัตนไพบูลย์ (2539) พบว่า การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่น่าจะมีปัจจัย หรือสาเหตุสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 40.96 และอุบัติการณ์ของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลโดยน่าจะมีสาเหตุเนื่องมาจากยาคิดเป็นร้อยละ 6.96 จากผู้ป่วยทั้งหมด

Prince และคณะ (1992) พบว่า ปัญหาที่สัมพันธ์เนื่องมาจากยาที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล คือ การใช้ยาในทางที่ผิดหรือใช้ยามากเกินไปร้อยละ 35, การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยร้อยละ 28, อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 28

Oregon Department of Human Resources ได้ทำการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 23 จากการติดตามโดยทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Nursing Home) เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพราะการไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องยาที่บ้านได้ (Levy, 1988)

Williams และ Fitton (1988) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง (Readmission) ภายในเวลา 28 วันหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ามีปัจจัยที่อาจเป็นไปได้ 7 ข้อ คือ การกลับเป็นซ้ำ การเกิดปัญหาใหม่ ปัญหาของผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยครั้งก่อน ความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายปัญหาเนื่องมาจากยา และปัญหาจากการบริการ โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีปัจจัยหลาย

ประการรวมกัน และพบว่าร้อยละ 59 ของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเกิดจากปัญหาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยใช้การจัดการดูแลที่เหมาะสม

Col, Fanale และ Kronholm (1990) ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นปัญหาที่เกิดจากยา เนื่องจากการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรักษาโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ใช้ระยะเวลารักษานานๆ จากการศึกษาพบว่า ประมาณการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 26 ถึง 59 ของประชากรโดยทั่วไป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย คือ ความสามารถจดจำเรื่องวิธีใช้ยา การพบแพทย์หลายท่าน การใช้ยาจำนวนมาก และการที่ผู้ป่วยมีความคิดว่ายาราคาแพง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับรักษาที่โรงพยาบาลคือ การไม่กลับมาพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด การพบแพทย์หลายคน เพศหญิง ผู้มีรายได้ปานกลาง การใช้ยาหลายชนิด การมีความรู้สึกว่ายาแพง

การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลนั้น จะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสีย เช่น ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ค่าบริการของแพทย์ ค่าตรวจของทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาที่ต้องนำมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การสูญเสียรายได้ของผู้ป่วย การสูญเสียเวลาขณะที่ผู้ป่วยนอนพักในโรงพยาบาล มีการศึกษาของ Grahl (1994) รายงานว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหามีสาเหตุมาจากการไม่ใช้ยาตามสั่งนั้น มีมูลค่าประมาณ 100 พันล้านดอลลาร์ต่อปี ประชากรวัยทำงานเสียเวลาทำงาน 20 ล้านวันต่อปีเนื่องจากการไม่สามารถบริหารจัดการยาได้ (Felkey, 1995)

มีรายงานการศึกษาว่า สถานภาพการสมรสและอายุนั้น เกี่ยวข้องกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่มีความสัมพันธ์เนื่องมาจากยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่หย่าร้างหรือหญิงหม้าย จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากยา และทำให้อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เช่น รายงาน DRH ของ Ives, Bentz and Gwyther (1987) คือ ร้อยละ 0.2 ถึง 29.3

บางรายงานพบว่าเกิด DRH ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 61 ปี น้อยกว่าในผู้ป่วยที่อายุ 61-80 ปี เพราะผู้ป่วยอายุมากมักมีการใช้ยาจำนวนมาก และมีการใช้ยามิดมาก (Caranasos, Stenart and Cheft, 1974; Ives, Bentz and Gwyther, 1987) แต่ทั้งนี้รายงานส่วนใหญ่ ไม่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH (Hallas 1990; McKenney and Harrison, 1976; Einarson, 1993)

ผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของอวัยวะของร่างกายที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีภาวะโรคหลายโรคร่วมกัน ยาที่ได้รับสำหรับรักษาโรคมักมีหลายชนิด และต้องใช้เวลาเป็นเวลานาน ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุลดลง และยังเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องต่างๆของร่างกายมากมายเช่น สายตาที่เสื่อมลง การได้ยินไม่ชัดเจน ประสบกับความรู้สึกของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งอาจมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่ผิด จึงต้องการผู้ที่มีความรู้เรื่องยาเป็นอย่างดีเข้ามาช่วยดูแลการใช้ยา (Morse, 1986; Phillips and Car-Lopez, 1990)

ปี 1988 สหรัฐอเมริกามีประชากรอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 12 ของประชากร และคาดว่าในปี 2025 จะมีประชากรอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 20 ในปี 1990 Mayo clinic ประมาณว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุในอเมริกานั้นสูงถึง 60 ล้านดอลลาร์ ซึ่งความยุ่งยากคือ ผู้ป่วยสูงอายุมักอยู่คนเดียว ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นค่าใช้จ่ายที่แฝงไว้ใน การดูแลประมาณ 1 ใน 4 ของค่ายาจะเป็นของผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี โดยจะได้รับยาประมาณ 13 รายการต่อปี (Levy, 1988)

เภสัชกรควรเป็นผู้ที่ติดตามปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มียาหลายอย่างมักเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุมักซับซ้อนจากระบบการบริหารยา ความยุ่งยากของภาชนะบรรจุ ความจำไม่ดี และยากที่จะวัดการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา (Fairbrother, J., Mottram, D. R., and Williamson, P. M., 1993.) การเลือกยาด้วยความระมัดระวัง และความพยายามที่จะให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมนั้น เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ และควรให้ความสนใจในการให้บริการทางด้านเภสัชกรรมปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เช่น การให้คำปรึกษาวิธีต่างๆ การพัฒนารูปแบบการจ่ายยาให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายขึ้น การให้บริการด้านเภสัชกรรมถึงบ้าน ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ดวงจิต พนมวัน ณ อยุธยา และ นารัต เกษตรภักดิ์, 2538) บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยนั้นจึงมีหน้าที่ในการค้นหาปัญหา ป้องกันปัญหาและแก้ไข ปัญหา ซึ่งความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีสาเหตุเนื่องมาจากยานั้น สามารถป้องกันได้ จากรายงานพบว่าประมาณร้อยละ 2.6 ของผู้ป่วยที่มาปรึกษาที่แผนกฉุกเฉินเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ (Dennehy, Kishi and Louie, 1996)

การศึกษาของ Rode (1994) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาจากเภสัชกร มีความเชื่อมั่นในยา มั่นใจในยาที่แพทย์สั่งใช้และสามารถใช้ยาได้ตามสั่งร้อยละ 96 ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และเภสัชกรสามารถใช้ยาได้ตามสั่งร้อยละ 93 ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ .

สามารถใช้ยาได้ตามสั่งร้อยละ 89 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากทั้งแพทย์และเภสัชกรสามารถใช้ยาได้ตามสั่งร้อยละ 77

แนวทางในการป้องกันการเกิด DRH (Bond and Hussar, 1991; Felkey, 1995; Rode, 1994; Schommer and Wiederholt, 1994) เช่น

1. เลือกใช้ยาที่เหมาะสม
2. การจัดแผนการรักษาแบบง่ายให้ผู้ป่วย
3. การลดค่าใช้จ่ายของยาที่สั่งใช้ เช่น การสั่งยาที่ราคาไม่แพงเพื่อที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายเงินได้
4. การจัดการบริการทางด้านสุขภาพ เช่น การเยี่ยมเยียนบ้านผู้ป่วย
5. การลดการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้ด้านยา การให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Home Health Care, Home Care, Homecare เป็นชื่อที่ใช้บอกถึงบริการ และผลิตภัณฑ์ ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน คำจำกัดความกว้างที่สุด คือ Home Health Care (HHC) มีความหมายเดียวกับ Home Care ประกอบไปด้วยการรักษาโรค การพยาบาล การดูแลทางเภสัชกรรม และการดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยในที่พักหรือบ้านของผู้ป่วย Pegels ได้ให้คำจำกัดความของ Home Health Services หมายถึง บริการที่เตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งอยู่ที่บ้าน เพื่อวางแผนการรักษาโดยแพทย์ ซึ่งจะรวมถึงการพยาบาลผู้ป่วย, การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค, การออกกำลังกายและการกายภาพบำบัด (Catania, 1994) การวางแผนให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยสูงอายุนั้น ให้ความสำคัญในเรื่องที่จะให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

Naylor และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามที่บ้านโดยพยาบาลอย่างมีระบบนั้น จะลดความถี่ของการกลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการกลับมาโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายนานขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ

ในสหรัฐอเมริกาเริ่มได้เริ่มมี HHC แล้วตั้งแต่ปี 1980 แต่ไม่มีกรบันทึกข้อมูลที่ควรบันทึก ปัญหาในช่วงเริ่มต้นนั้นคือ การเรียนรู้หาแนวทางในการให้บริการที่มุ่งเน้นตัวผู้ป่วย การดูแลการปฏิบัติงาน และทีม HHC ไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีเภสัชกรในทีม ต่อมาในปี 1988 JCAHO.

ได้จัดทำคู่มือสำหรับ HHC ซึ่งการบันทึกข้อมูลจะเป็นกุญแจสำคัญในการติดต่อสื่อสาร และเป็นข้อมูลเพื่อเตรียมงานสำหรับผู้ป่วย ทักษะสำคัญสำหรับเภสัชปฏิบัติการคือ การแยกแยะปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การประเมินผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การทำงานร่วมกับทีม ซึ่งอยู่ในมาตรฐานของ JCAHO

ในปี 1993 ASHP (The American Society of Hospital Pharmacists) ได้จัดทำคู่มือ ASHP Guideline สำหรับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานนี้ เพื่อเป็นแนวทางให้เภสัชกรได้เข้าใจถึงบทบาทในการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (American Society of Hospital Pharmacists, 1993)

การใช้บันทึกปัญหาเกี่ยวกับยาในการดูแลการรักษา และใช้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอื่นในการรักษาผู้ป่วยจะต้องอ้างอิงจากแบบแผนการรักษาของแพทย์ และปัญหาจากบันทึกของพยาบาลด้วย ซึ่งแผนการบริหารทางเภสัชกรรมนั้นจะเป็นประโยชน์มากในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย การกระตุ้นผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้เห็นความสำคัญในเรื่องการให้ยา ซึ่งจะส่งผลถึงผู้ป่วยในความร่วมมือในการให้ยาด้วย คำถามที่ผู้ป่วยมักถามพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาลคือ ผลของยา อันตรายจากการให้ยา ขนาดการให้ยา วิธีการบริหารยา และอันตรกิริยาระหว่างยา (Johnson, K. A., Bergstedt, H. A., and Robert, T. W., 1993; Stromme, H. K., and Botten, G. 1993)

อุปสรรคสำคัญในงานบริการเภสัชกรรมคือ การขาดการเข้าถึงผู้ป่วย ความไม่เต็มใจของทีมในการให้ข้อมูลแก่เภสัชกรเพื่อเตรียมการบริหารแก่ผู้ป่วย (Monk, 1998) ซึ่งการเข้าถึงผู้ป่วยนั้นอาจไม่ต้องไปด้วยตนเองทุกครั้งอาจใช้การโทรศัพท์ โทรสาร (fax) จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ซึ่งในการทำงานควรให้ผู้ป่วยทราบด้วยว่า เภสัชกรเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาได้ แต่การติดต่อโดยตรงกับผู้ป่วยอาจจำเป็นในบางครั้ง เพราะผู้ป่วยบางรายไม่นิยมการพบเภสัชกรโดยการติดต่อทางอื่น เช่น ทางไปรษณีย์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้พบเภสัชกรที่จัดเตรียมยา กลัวที่จะไม่มีผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับยา แต่การใช้ไปรษณีย์มีข้อดีหลายอย่าง เช่น ค่าใช้จ่ายที่ถูกลง ความสะดวกในการรับยาเพราะไม่ต้องเดินทาง มารับยาได้โดยไม่ต้องรอนาน ซึ่งจะดีกับผู้ป่วยที่เดินทางไม่สะดวก ข้อเสียคือ ผู้ป่วยสูงอายุนั้นต้องการมีการพบปะพูดคุยโดยตรงกับเภสัชกร และต้องการมีผู้ที่ จะตอบปัญหาเกี่ยวกับยาให้ (Carroll, N. and Fincham, J. E. 1993)

ประโยชน์หรือข้อดีของการติดตามที่บ้านโดยเภสัชกรในผู้ป่วยสูงอายุหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรือใช้ยาเอง จะพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การลืมกินยา การกินยาซ้ำซ้อน การเก็บสะสมยา การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ อยู่ มีผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลแล้วแต่จำได้เพียงเล็กน้อย (Cugley, 1993) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้สามารถให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้พบเภสัชกร และผู้ป่วยที่มี DRP จากการศึกษาของ Fairbrother (1993) บ่งชี้ว่า เภสัชกรซึ่งทำงานร่วมกับ General Practitioners จะมีบทบาทสำคัญในการเลือกโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

ประโยชน์จากการเยี่ยมบ้านนั้น นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังเป็นประโยชน์กับตัวเภสัชกรด้วย โดยเป็นโอกาสดีที่จะได้ฝึกฝนพัฒนาทักษะในการให้คำปรึกษา และเพิ่มประสบการณ์ (Cugley, 1993)

Home Health Care ในประเทศไทยนั้นได้มีผู้เรียกแตกต่างกันออกไป คือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ช่วยให้ผู้รับบริการกลับสู่สภาวะสุขภาพดีและสามารถพึ่งตนเองได้ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างหลากหลายเช่น

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือจากความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ณ ที่อยู่อาศัยของเขาในเรื่องบริการพยาบาล การบำบัด การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ในลักษณะองค์รวมคือ การดูแลสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ รวมทั้งการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยช่วยเหลืออื่นๆ โดยที่เน้นการพึ่งพาตนเอง ภายใต้อาสาสมัครร่วมมือ แนะนำ สนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ (โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2536)

พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2539) ให้ความหมายว่า การให้บริการสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่อง ที่ให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการและครอบครัวที่บ้าน หรือในสถานที่พักอาศัยโดยทีมสุขภาพ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการให้คงสภาวะสุขภาพที่ดี หรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด และมีความพิการหรือความเจ็บป่วยเหลือน้อยที่สุด ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลสุขภาพไม่ใช่แนวคิดใหม่ แต่ได้เริ่มมานานแล้วและมีวิวัฒนาการมาตามลำดับ มาสู่การดำเนินการเยี่ยมบ้านของหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน โดยเน้นการอนามัยแม่และเด็กเป็นสำคัญ แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการขยายบทบาทและบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีการพัฒนาแนวคิดและหลักการที่แตกต่างจากการเยี่ยมบ้านคือ การดูแลสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ เพิ่มการบริการที่ซับซ้อนที่บ้านเป็นการบริการเชิงรุกสู่ชุมชนอย่างมีระบบ มุ่งเน้นการนำการรักษาพยาบาลไปถึงผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยกำหนดรูปแบบบริการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ครอบคลุมทั้งบริการดูแล รักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มนัสสินิตย์ บุญยสรรพ, 2536)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่นิยมกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านเพื่อที่จะได้อยู่กับสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมากกว่า โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น มักจะปฏิเสธการอยู่โรงพยาบาลด้วยเหตุผลว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่จะอยู่และตายในสิ่งคุ้นเคย โดยปราศจากการรบกวนด้วยการวินิจฉัยโรคทางการแพทย์หรือการบำบัดรักษา นอกจากนี้อาจเกิดจาก ความเชื่อทางวัฒนธรรมหรือศาสนา การพิจารณาเกี่ยวกับการเงิน ความกลัวเกี่ยวกับโรงพยาบาล หรือการเรียนรู้ทางลบเกี่ยวกับโรงพยาบาล ความกลัวตาย หรือความพึงพอใจที่จะอยู่กับครอบครัว ที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการอยู่โรงพยาบาล (พรทิพย์ เกษฐานนท์, 2539)

ในประเทศไทยการดูแลสุขภาพที่บ้านได้เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ตั้งแต่ต้นนโยบายแผนงานสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 ที่จะส่งเสริมการศึกษา แสวงหา และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประชาชนสามารถมีส่วนร่วมกับภาครัฐได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ จึงมีหลายหน่วยงานได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และทำโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้น

ปี พ.ศ. 2532 โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้เริ่มดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องการและร้องขอมา จึงได้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้ชื่อว่า โครงการครอบครัวบำบัด (มณีรัตน์ เลขลบ, 2536)

ปี พ.ศ. 2534 ยุพาพิน ประสารธิดคม (2535) ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม โดยศึกษาจากผู้ป่วยเรื้อรังที่มี

ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เพราะความด้อยสมรรถภาพทางร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วนหรือทั้งหมด อันเนื่องมาจากโรคทางระบบประสาท และได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลรามาริบัติ

ปี พ.ศ. 2535 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้รับทุน CMB. ในการทำโครงการ Nursing Education for Home Care ในการศึกษาวิจัยและทำโครงการพัฒนาสร้างศูนย์การบริการสุขภาพที่บ้าน โดยในระยะเริ่มแรกนี้ได้ให้ทุนกับนักศึกษาระดับปริญญาโททำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน และเรื่องความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน

ปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้นำเอาการดูแลสุขภาพที่บ้าน มาใช้ในการให้บริการกับประชาชนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปหลายแห่ง โดยใช้ชื่อโครงการว่า การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน ต่อมาเรียกว่า โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ปัจจุบันได้มีการดำเนินงานโครงการนี้ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด ตลอดจนได้มีการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยบางแห่งที่มีความพร้อมในบางจังหวัด

ปี พ.ศ. 2537 กองอาสาชาติ สภากาชาดไทยร่วมกับแผนกพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ดำเนินโครงการการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (แผน วรรณเมธี, 2538)

ปี พ.ศ. 2539 พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2539) ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-2549) โดยพบว่า รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลภายในทศวรรษหน้า ไม่ควรเป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ แต่ควรมีรูปแบบหลากหลายตามสภาพของพื้นที่และปัญหาในพื้นที่ ควรมีวัตถุประสงค์เดียวกันและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยรูปแบบที่น่าจะเป็นไปได้มากและมีอนาคตภาพที่พึงประสงค์ เป็นรูปแบบที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบเน้นโรงพยาบาลเป็นฐาน และเน้นชุมชนเป็นฐานเข้าด้วยกัน ที่เป็นงานรวมของโรงพยาบาล มีการบริหารจัดการและการให้บริการโดยคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล โดยไม่มีหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านรองรับ

ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทยนั้น ในปัจจุบันเป็นที่ต้องการมากขึ้น อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆดังนี้ (วิลาวุธ และประยงค์, 2538)

1. ความต้องการบริการสุขภาพอนามัยโดยส่วนรวมสูงขึ้น เพราะประชาชนมีระดับการศึกษาสูงขึ้น มีความเข้าใจและเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น
2. โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น
3. การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากแบบแผนของโรค และความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเป็นการเจ็บป่วยจากโรคไร้เชื้อ โรคติดเชื้อ (เช่น เอชส์) และโรคจากการประกอบอาชีพ และการเจ็บป่วยดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาที่กำหนด
4. แบบแผนการรักษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น
5. สภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ที่เป็นผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง อิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตก การเปลี่ยนวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา วิวัฒนาการของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี บุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ

การนำการดูแลสุขภาพที่บ้านมาใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและสถานบริการ (ประพิน วัฒนกิจ, 2536) คือ

1. ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง
2. มีความอบอุ่นที่ได้อยู่กับครอบครัว
3. ลดภาระและความวิตกกังวลของครอบครัว
4. สามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
5. เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล
6. ทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น
7. ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการเดินทางไปโรงพยาบาล
8. ลดปริมาณผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
9. ลดภาระและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง
10. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับสถานพยาบาล
11. ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในสายตาประชาชนดีขึ้น

ทีมผู้ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักพยาธิวิทยาด้านการพูด (Speech Pathologists) นักโภชนาการเภสัชกร พนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน และคนทำงานบ้าน ซึ่งแต่ละคนจะมีบทบาทต่างกันไป โดยเภสัชกรเป็นผู้ให้คำอธิบาย คำแนะนำ และข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ในการใช้ยา และอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนบันทึกคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยลงในบันทึกของผู้ป่วย

เนื่องจากเป็นงานใหม่ที่เพิ่งเริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในกระทรวงสาธารณสุข จึงมี ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังนี้ (พรทิพย์ เกตุรานนท์; 2539)

1. ปัญหาการบริหารจัดการ พบว่า ไม่มีหน่วยงานรองรับอย่างชัดเจน และมีความจำกัดหรือขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีอัตราตำแหน่งบุคลากรเฉพาะรองรับ การจัดบุคลากรจากกลุ่มงาน และฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องซึ่งมีภาระงานประจำมากอยู่แล้วมาร่วมกันทำงาน ในลักษณะของคณะกรรมการและทีมการดำเนินงาน เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร ซึ่งต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีบุคลากรเพียงพอในการดำเนินงาน และทีมบุคลากรประจำหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านรองรับอย่างเป็นทางการ ปัญหาการประสานงานระหว่างทีมและปัญหาด้านงบประมาณ
2. ปัญหาด้านการให้บริการ พบว่ามีปัญหาเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ยังมีความหลากหลายและไม่ชัดเจน ปัญหาในการออกให้บริการแต่ละครั้งมีข้อจำกัดในเรื่องทีมที่ออกให้บริการ ซึ่งการออกเยี่ยมบ้านพร้อมกันเป็นทีมในภาวะที่บุคลากรสาธารณสุขมีจำกัดนั้น ยิ่งทำให้บุคลากรที่ให้บริการในสถานบริการมีความจำกัดมากขึ้น และเสียเวลาในการทำงาน เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการที่ออกเยี่ยมกับปริมาณงานที่ต้องทำในโรงพยาบาล จึงทำให้ผลงานที่ได้ออกมาในเชิงปริมาณไม่คุ้มกับจำนวนคนและเวลาที่เสียไป ซึ่งรูปแบบต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีบุคลากรรับผิดชอบในการติดตามนิเทศ และประเมินผลโดยเฉพาะ
3. ปัญหาด้านการประเมินผล พบว่าการประเมินผลการดำเนินโครงการนั้น ยังไม่สามารถวัดได้ชัดเจน ในเรื่องของการลดค่าใช้จ่ายและอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาล และการเกิดต้นทุนประสิทธิผลในการดำเนินงาน

การดำเนินงานให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยทีมพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจึงเน้นไปในด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยมากนัก

จากการศึกษาของ รัตนา แสนอารี (2539) และ สมพร เมฆอรุณรุ่งเจริญ (2539) ได้ทำการติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามปัญหาการใช้ยาไปแล้วนั้น เมื่อติดตามผู้ป่วยต่อไป ยังคงพบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย จึงได้เสนอแนะให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน (Home Health Care) เพื่อให้มีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นว่าผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการใช้ยาอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

จากเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส) ในงานเภสัชกรรม การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Home Pharmaceutical Care) นั้นเป็นงานหนึ่งของกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โดยการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้บริการ เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องยา การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งกำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องทำได้สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และเป็นกิจกรรมที่สมควรพัฒนาให้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

ดังนั้นเภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีการศึกษาถึงการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้มีแนวทางที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ของประเทศในอนาคต ให้เกิดการทำงานที่คล่องตัว เกิดประโยชน์กับประชาชนผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสถานบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น เภสัชกรควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อม ในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อที่จะปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบได้อย่างดี มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของประชาชน และลดค่าใช้จ่ายและภาระของสถานบริการในการให้บริการที่ไม่จำเป็นลง เพื่อที่จะได้ให้บริการอื่นๆที่จำเป็นได้ครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ในอันที่จะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในอนาคต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกปัญหาการไ้ช้ยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (patient home care record)
- แบบบันทึกปัญหาการไ้ช้ยา
- แบบประเมินการให้ความรู้ผู้ป่วยโดยเภสัชกร

ข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก (OPD card) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การนับเม็ดยาผู้ป่วยที่บ้าน การทดลองปฏิบัติของผู้ป่วย

3. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ที่เข้าพักรักษาตัว และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลลงด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเอดส์ โรคไตวาย โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรควัณโรค โรคภัยรภัย โรคอัมพาตครึ่งซีก และโรคลมชัก ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 ถึง พฤษภาคม 2542 โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ที่กำหนด

พื้นที่ที่กำหนด : คือ พื้นที่ในเขตอำเภอเมืองซึ่งมี 9 ตำบล 77 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน การคมนาคมสะดวก ยกเว้น 4 หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ที่มีการคมนาคมไม่สะดวก และจัดอยู่นอกขอบเขตการวิจัยนี้ คือ

บ้าน อิม หมู่ 5 ตำบล ผามอก
 บ้าน ผาคอ หมู่ 6 ตำบล บ้านป็น
 บ้าน ห้วยแม่ต้า หมู่ 7 ตำบล บ้านป็น
 บ้าน หาดผาคัน หมู่ 9 ตำบล ท่งแสง

โรงพยาบาลเป้าหมาย : คือ โรงพยาบาลลอง ซึ่งผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากทีมงานโรงพยาบาลลอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีแพทย์ประจำ 3 คน รับผิดชอบผู้ป่วยในเขตอำเภอลองทั้งหมด และบางหมู่บ้านของอำเภอวังชิ้น ซึ่งอยู่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลอง แต่ผู้ป่วยมารับบริการเนื่องจากความสะดวกในด้านการคมนาคม ดึงผู้ป่วยใน แบ่งเป็นเด็กผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชาย การจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจะเป็นช่วงเช้า หลังจากแพทย์ตรวจและอนุญาตให้กลับบ้าน การรับยาของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจะใช้ drug profile ซึ่งยาที่จะให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้านจะเขียนโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำสั่ง โดยจะให้ ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อบริการจากห้องยาโดยตรง เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย แพ้มประวัติของผู้ป่วยเหล่านี้จะส่งไปยังฝ่ายแผนงานในช่วงบ่ายของทุกวัน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติต่อไป

เกณฑ์ของผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในข่ายของงานวิจัยครั้งนี้คือ

- ◆ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น
- ◆ ผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่ไปอยู่นอกพื้นที่ที่กำหนดในช่วงที่มีการติดตามที่บ้าน
- ◆ ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านไม่ครบ 4 ครั้ง

4. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 7 เดือน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2541 ถึง 31 พฤษภาคม 2542

5. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจะดำเนินการโดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

1. การคัดเลือกผู้ป่วย
2. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ
3. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยเภสัชกรผู้ให้คำแนะนำเมื่อจ่ายยากลับบ้าน

4. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากการติดตามที่บ้านผู้ป่วย
5. การเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่กลับมารักษาาก่อนกำหนดนัดหมาย

1. การคัดเลือกผู้ป่วย

จะคัดเลือกผู้ป่วยจากตึกผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเป้าหมาย และพื้นที่ที่กำหนด โดยทำเครื่องหมายกำหนดเลขที่ผู้ป่วยตามโครงการไว้ที่ Drug Profile และแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก เพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยในโครงการวิจัย

2. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ

เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ ซึ่งเป็นข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ป่วย และประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งจะได้ข้อมูลดังนี้

- เลขที่โรงพยาบาล
- เลขที่นอนในโรงพยาบาล
- เพศ, สถานภาพ
- อายุ
- ที่อยู่
- อาชีพ
- สิทธิการรักษาพยาบาล
- วันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ประวัติการแพ้ยา
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และระยะเวลาในการเป็นโรค
- ประวัติการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน

3. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยเภสัชกรผู้ให้คำแนะนำเมื่อจ่ายยากลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล นำ Drug Profile มารับยาที่ห้องจ่ายยา

- 3.1 ผู้ป่วยทุกรายมารับยาด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่บ้านให้ผู้ดูแลมารับยาพร้อมกับผู้ป่วย
- 3.2 เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตามหัวข้อต่อไปนี้ คือ ข้อบ่งใช้ของยา วิธีการบริหารยา ขนาดที่ใช้ รูปแบบของยา เวลาใช้ยาที่เหมาะสม ข้อควรระวังในการใช้ยา คำแนะนำพิเศษในการใช้ยา การเก็บรักษา ยา อาการอันไม่พึง

ระวังในการใช้ยา คำแนะนำพิเศษในการใช้ยา การเก็บรักษา ยา อากาศอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น วิธีปฏิบัติเมื่อสัมผัสประทานหรือใช้ยา ช่วยทบทวนวันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาในครั้งต่อไป ให้แผนพับข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ และแจ้งแก่ผู้ป่วยถึงการออกติดตามปัญหาการใช้ยาที่บ้านโดยเภสัชกร

- 3.3 เภสัชกรประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินการให้ความรู้ผู้ป่วยและบันทึก เพื่อเป็นข้อมูล และแนวทางในการติดตามปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้เช่น ปัญหาความบกพร่องทางร่างกายของผู้ป่วย แนวโน้มในการเกิดปัญหา ผู้ดูแลในการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย
- 3.4 ให้ผู้ป่วยเขียนแผนที่บ้าน เพื่อความสะดวกในการออกติดตาม โดยให้เน้นสถานที่สำคัญของหมู่บ้านเช่น วัด โรงเรียน บ้านของผู้ใหญ่บ้าน-กำนัน ป้ายหมู่บ้าน และร้านขายของชำในหมู่บ้าน
- 3.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมด เพื่อเตรียมตัวในการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน เช่น ผลการวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังได้รับการจำหน่าย

4. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากการติดตามที่บ้านผู้ป่วย

- 4.1 การเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่บ้านจะดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะได้ข้อมูลทั่วไปเพิ่มเติมคือ
 - ◆ ผู้ดูแลในการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย
 - ◆ พฤติกรรมทั่วไปเช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่
 - ◆ การศึกษาของผู้ป่วย การอ่านเขียนหนังสือ
 - ◆ ยาอื่นที่ใช้ที่บ้าน
 - ◆ ยาอื่นที่ใช้ร่วมเป็นประจำ
- 4.2 การติดตามปัญหาการใช้ยาที่บ้านจะศึกษาตามผลของการใช้ยา 9 ข้อ ดังนี้
 1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indication)
 2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)
 3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Too Little Correct Drug)
 4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (Too Much Correct Drug)
 5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to Receive Prescribed Drug)
 6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions)

7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interactions)
 8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งใช้นั้น (Invalid Indication)
 9. ปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆ (Miscellaneous)
- 4.3 การค้นหาปัญหาการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ พูดคุย ซึ่งต้องเริ่มแนะนำตัว และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย จากนั้นจึงได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ใช้ และปัญหาในการใช้ยา ดังนี้
- ยาที่ใช้ทั้งหมดทั้งที่ได้จากโรงพยาบาลลอง โรงพยาบาลอื่นๆ คลินิก ยาที่ซื้อใช้เองที่บ้าน
 - สอบถามถึงวิธีใช้ยา
 - สอบถามถึงความรู้เกี่ยวกับยา
 - อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - ผลจากการใช้ยา
 - การเก็บรักษายา
 - การนับเม็ดยาที่เหลืออยู่
 - การเก็บยาที่เหลือที่บ้านผู้ป่วย
 - การนัดไปรับยาครั้งต่อไป
- 4.4 เมื่อพบปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วย ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยการทำความเข้าใจ ให้คำแนะนำ และการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มียาเก่าเหลืออยู่ที่บ้าน หรือมียาเสื่อมสภาพ ให้เก็บยานั้นคืนแก่โรงพยาบาล โดยต้องได้รับการยอมรับและอนุญาตจากผู้ป่วยให้นำไปคืนโรงพยาบาล หรือให้ผู้ป่วยนำไปคืนที่โรงพยาบาลเอง และในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 4 จะสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการให้บริการนี้
- 4.5 การติดตามผู้ป่วยที่บ้านจะติดตามทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้
- ◆ การติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 จะติดตามผู้ป่วยภายใน 14 วัน หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลลอง
 - ◆ การติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 จะติดตามผู้ป่วยภายใน 3-5 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการติดตามที่บ้านครั้งแรก
 - ◆ การติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 3 จะติดตามผู้ป่วยภายใน 3-5 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการติดตามที่บ้านครั้งที่ 2

- ◆ การติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 4 จะติดตามผู้ป่วยภายใน 3-5 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการติดตามที่บ้านครั้งที่ 3

5. การเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่กลับมารักษาก่อนกำหนดนัดหมาย

กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายที่กลับมารักษาก่อนกำหนดนัดหมาย จะได้รับการติดตามและสัมภาษณ์ เพื่อหาสาเหตุของการกลับมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับยา บันทึกการเปลี่ยนแปลงการรักษา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการดังนี้

6.1 จำนวนปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่บ้านผู้ป่วย

6.2 จำแนกปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indication) เช่น
 - ไม่ได้รับยารักษาอาการหรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์
 - หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุมหรือรักษาโรคที่เป็นขณะนั้น
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection) เช่น
 - การเลือกใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา
 - การเลือกใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (Too Little of the Correct Drug) เช่น
 - การสั่งใช้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป
 - ระยะเวลาห่างมือของยาห่างกันมากเกินไป
 - การเลือกบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (Too Much of the Correct Drug) เช่น
 - การใช้ยาในขนาดที่สูงเกินไป
 - ระยะเวลาห่างมือของยาห่างกันน้อยเกินไป
 - การเลือกบริหารยาด้วยวิธีทางที่ไม่เหมาะสม
5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to Receive Prescribed Drug) เช่น
 - แพทย์ลืมสั่งยา
 - เภสัชกรจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ครบตามแพทย์สั่ง
 - พยาบาลลืมบริหารยาให้ผู้ป่วย
 - การไม่ใช้ยาตามสั่งหรือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non compliance)

6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions: ADR)
7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interactions) เช่น
8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้ (Invalid Indication) เช่น
 - การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse)
 - การใช้ยาในข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรับรอง
9. ปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆ เช่น
 - มียาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
 - ขาดยาผิด

6.3 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

- 6.4 จำนวนและลักษณะปัญหา เปรียบเทียบจากการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ในครั้งที่ 1 และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา
- 6.5 จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล หรือเข้ารับการรักษาก่อนกำหนด
- 6.6 สาเหตุที่คาดว่าทำให้ผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลก่อนกำหนด
- 6.7 สาเหตุที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่คาดว่าทำให้ผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลก่อนกำหนด

7. ประเมินผล และสรุปผลการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึก และการติดตามผู้ป่วยที่บ้านทั้ง 4 ครั้ง นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประเมิน วิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย

8. คำอธิบายศัพท์

- การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งในงานวิจัยนี้ หมายถึงลักษณะการใช้ยาดังต่อไปนี้
 - ใช้ยาน้อยครั้งหรือมากกว่าแพทย์สั่ง
 - ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าหรือมากกว่าแพทย์สั่ง
 - ใช้ยามืดเวลา
 - ใช้ยาผิดเทคนิควิธี
 - หยุดใช้ยา เพราะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา
 - ไม่ใช้ยา
- ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเรื้อรังจากการพบแพทย์ในช่วงงานวิจัย
- ผู้ป่วยรายเก่า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนว่าเป็นโรคดังกล่าว

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการดำเนินการวิจัยปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง ตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้เบื้องต้น ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 ลักษณะทั่วไป

เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลงด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลลง และกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านในเขตอำเภอกลงจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จากเกณฑ์การคัดเลือกมีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 64 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแต่ไม่ครบ 4 ครั้งจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 15.6) เนื่องจากเสียชีวิตที่บ้าน 6 ราย เป็นหญิง 2 ราย ชาย 4 ราย เสียชีวิตที่โรงพยาบาลเมื่อกลับมารักษาตัวซ้ำจำนวน 2 ราย เป็นหญิง 1 ราย ชาย 1 ราย ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ไปอยู่นอกเขตเป้าหมาย 2 ราย เป็นหญิง 1 ราย ชาย 1 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 4 ครั้ง มีจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 84.4) ลักษณะข้อมูลทั่วไปโดยสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปโดยสรุปของผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อมูล	
ผู้ป่วยทั้งหมดจากเกณฑ์การคัดเลือก	64 ราย
● ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแต่ไม่ครบ 4 ครั้ง	10 ราย
■ เสียชีวิตที่บ้าน	
หญิง	2 ราย
ชาย	4 ราย
■ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลเมื่อกลับมารักษาตัวซ้ำ	
หญิง	1 ราย
ชาย	1 ราย
■ ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ ไปอยู่นอกเขตเป้าหมาย	
หญิง	1 ราย
ชาย	1 ราย
● ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 4 ครั้ง	54 ราย
■ เพศ	
● เพศหญิง	32 ราย
● เพศชาย	22 ราย
■ อายุเฉลี่ย	69.78 ปี
■ สถานภาพ	
● สมรส	36 ราย
● หม้าย	17 ราย
● โสด	1 ราย
■ การศึกษา	
● ไม่ได้เรียนหนังสือ	38 ราย
● ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา	16 ราย
■ ผู้ดูแลในการใช้ยา	
● ใช้ยาด้วยตนเอง	27 ราย
● มีผู้ดูแลในการใช้ยา	27 ราย
■ ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย	4.93 วัน
■ ค่าเฉลี่ยจำนวนขนานยาที่ได้รับจากใบสั่งยา/วัน	5.63 ขนาน

1.2 พื้นที่หมู่บ้าน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตตำบลห้วยอ้อ ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบโดยตรงของโรงพยาบาลจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) และรองลงมาคือ ตำบลบ้านปิน 12 ราย (ร้อยละ 22.3) โดยตำบลห้วยอ้อ และตำบลบ้านปินเป็นตำบลขนาดใหญ่มีประชากรมาก รายละเอียดของจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโดยแบ่งตามตำบลที่อยู่ของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยแยกตามตำบลที่อยู่ของผู้ป่วย

ตำบล	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ห้วยอ้อ	14 (25.9)
แม่ปาน	1 (1.9)
บ้านปิน	12 (22.3)
ทุ่งแล้ง	7 (13.0)
บ่อเหล็กทอง	6 (11.2)
ห้วยทุ่ง	3 (5.6)
เวียงต้า	5 (9.3)
ผามอก	2 (3.7)
ปากทาง	4 (7.4)

1.3 ช่วงอายุและเพศ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเพศชายจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 40.7) เพศหญิง 32 ราย (ร้อยละ 59.3) สัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 0.69:1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี มีจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 29.6) การกระจายของข้อมูลอายุทั้งของเพศหญิงและเพศชายจะใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 อายุของผู้ป่วยที่น้อยที่สุดคือ 60 ปี อายุมากที่สุดคือ 85 ปี และอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด 69.78 ปี โดยฐานนิยมของอายุคือ 67 ปี มีจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 13.0) จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบปัญหาในการใช้ยาจำนวน 70 ปัญหา เพศชายมีจำนวนปัญหามากกว่าเพศหญิง โดยเพศหญิงมีจำนวนปัญหาเฉลี่ย 1.21 ปัญหา เพศชาย 1.40 ปัญหา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับจำนวนปัญหาในการใช้ยาโดยใช้ T-test พบว่า เพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามช่วงอายุและเพศ

ช่วงอายุ (ปี)	เพศ				รวม (ราย)	ร้อยละ
	ชาย (ราย)	ร้อยละ	หญิง (ราย)	ร้อยละ		
60-64	5	9.3	9	16.6	14	25.9
65-69	6	11.1	10	18.5	16	29.6
70-74	5	9.3	6	11.1	11	20.4
75-79	4	7.4	5	9.3	9	16.7
มากกว่า 79	2	3.7	2	3.7	4	7.4
รวม	22	40.7	32	59.3	54	100

1.4 สถานภาพและผู้ดูแลในการใช้ยา

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สมรสแล้วและยังมีชีวิตคู่ร่วมกันจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.9) เท่านั้นที่เป็นโสด ซึ่งเป็นพระภิกษุ ในส่วนของผู้ดูแลการใช้นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาด้วยตนเองจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 และรองลงมาคือ มีบุตรดูแลในการใช้ยาจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 33.4) นอกจากนี้ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยคือ สามีหรือภรรยาผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามสถานภาพ และผู้ดูแลในการใช้ยา

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
สถานภาพ	
- สมรส	36 (66.7)
- หม้าย	17 (31.5)
- โสด	1 (1.9)
ผู้ดูแลในการใช้ยา	
- ตัวเอง	27 (50.0)
- สามี-ภรรยา	5 (9.3)
- บุตร	16 (29.6)
- ญาติ	6 (11.1)

ข้อมูลผู้ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้จากการเยี่ยมบ้านนั้น จะแตกต่างจาก ข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร เมื่อมารับยาแทนผู้ป่วยที่ห้องจ่ายยาก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Discharge counseling) โดยข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (42 ราย) จะมีบุตรหรือสามีภรรยาผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลการใช้ยา แต่จากการติดตามเยี่ยมบ้านสภาพที่เป็นจริงคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาด้วยตนเอง (27 ราย) เนื่องจากบุตรหลานจะต้องออกไปทำงาน ผู้สูงอายุจะอยู่บ้านเพียงลำพัง ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยสัมภาษณ์ที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกอาจไม่ตรงความเป็นจริง จากการวิจัยผู้ป่วยที่มีบุตรดูแลในการใช้ยา 16 รายมีจำนวน 13 รายที่อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และที่เหลือ 3 รายจัดเตรียมยาไว้ให้ก่อนออกไปทำงาน

1.5 ระดับการศึกษาและการอ่านเขียน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ 38 ราย (ร้อยละ 70.4) โดยที่อ่านหนังสือไม่ออกเลย 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อ่านฉลากยาได้มีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.0) โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เรียนในระดับประถมศึกษาจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 24.1) ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 5.6) และไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านเขียนได้บ้างจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 7.4) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5 จากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก กลุ่มผู้ป่วยที่อ่านเขียนไม่ได้จำนวน 34 ราย มีผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา 24 ราย (ร้อยละ 70.6) จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 1.09 ผู้ป่วยที่อ่านเขียนได้จำนวน 20 รายเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา 16 ราย (ร้อยละ 80) จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 1.65 กลุ่มผู้ป่วยที่อ่านเขียนได้มีปัญหามากกว่ากลุ่มที่อ่านเขียนไม่ได้ อาจเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่อ่านเขียนไม่ได้นั้นส่วนใหญ่มีผู้ดูแลในการใช้ยา (ร้อยละ 67.6) แต่ในกลุ่มที่อ่านออกเขียนได้ส่วนใหญ่ใช้ยาด้วยตนเอง (ร้อยละ 80) มีเพียง 4 ราย (ร้อยละ 20) ที่มีผู้ดูแลในการใช้ยา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียน กับจำนวนปัญหาในการใช้ยาโดยใช้ T-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่อ่านเขียนได้มีปัญหาค่าการใช้ยาไม่แตกต่างไปจากกลุ่มที่อ่านเขียนไม่ได้ แต่ความสามารถในการอ่านหนังสือเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งการเขียนฉลากยาให้ชัดเจน อ่านง่าย ขนาดตัวหนังสือเหมาะสมกับผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาเรื่องสายตานั้น จะเพิ่มความสะดวก ความถูกต้องในการอ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามระดับการศึกษา และความสามารถในการอ่านเขียนหนังสือ

ระดับการศึกษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือและอ่านเขียนหนังสือไม่ได้	34	63.0
ไม่ได้เรียนหนังสือและอ่านเขียนหนังสือได้	4	7.4
ระดับประถมศึกษา	13	24.1
ระดับมัธยมศึกษา	3	5.6
รวม	54	100.0

1.6 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาโดยให้บัตรผู้สูงอายุมีจำนวนมากที่สุดถึง 43 ราย (ร้อยละ 79.6) มีเพียง 9 ราย (ร้อยละ 16.7) ที่ใช้สิทธิเบิกได้จากต้นสังกัด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6 ซึ่งสิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลจะไม่มีผลต่อการเลือกส่งรักษาของแพทย์ เพราะเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีบัญชีรายการยาเพียงชุดเดียวเท่านั้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล จึงไม่มีผลต่อการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ปัญหาในการมารับบริการนั้นจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล และต้องมีผู้ดูแลมาส่ง ทำให้เกิดความไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยบางราย ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 2 และ 3 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 5 รายไม่มารับยาตามนัดที่โรงพยาบาล เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลมาส่งหรือมารับยาให้ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงไม่ได้ใช้ยา ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยพบปัญหาจึงได้ทำการแนะนำ และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยเน้นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพบแพทย์และรับยาตามนัด

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละแยกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล

สิทธิในการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ผู้สูงอายุ	43 (79.6)
เบิกจากต้นสังกัด	9 (16.7)
พระภิกษุ	1 (1.9)
ทหารผ่านศึก	1 (1.9)

1.7 ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-4 วัน คิดเป็นร้อยละ 57.4 และมีผู้ป่วยที่อยู่นานกว่า 7 วัน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 20.4) ฐานนิยมของจำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ 2 วัน ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาคือ 4.93 วัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7 ระยะเวลาที่นานที่สุดคือ 15 วัน น้อยที่สุดคือ 1 วัน ผู้ป่วยที่อยู่นานกว่า 7 วัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่พักรักษาตัวอยู่ในช่วง 1-4 วัน

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
1 วัน	7 (13.0)
2 วัน	10 (18.5)
3 วัน	8 (14.8)
4 วัน	6 (11.1)
5 วัน	4 (7.4)
6 วัน	5 (9.3)
7 วัน	3 (5.6)
นานกว่า 7 วัน	11 (20.4)
เฉลี่ย	4.93 วัน
รวม	54 ราย

1.8 ปัญหาความบกพร่องด้านร่างกายของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกายจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 92.6) ปัญหาที่พบบ่อยเป็นผู้ป่วยตาบอด 2 ราย (ร้อยละ 3.7) ผู้ป่วยหูหนวก 2 ราย (ร้อยละ 3.7) ดังแสดงในตารางที่ 8 เมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ปัญหาเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในการแนะนำการใช้ยา ผู้ป่วยหูหนวก 1 ราย อ่านหนังสือได้บ้างจึงใช้วิธีเขียนหนังสือเป็นสื่อในการสอบถามและให้คำแนะนำในการใช้ยา ผู้ป่วยรายนี้มีการยาเป็นผู้ดูแลและจัดเตรียมยาให้ การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกรับพบผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง จึงใช้เวลา

นานมากกับการพูดคุยกับผู้ป่วย แต่ครั้งต่อมาพบผู้ป่วยและภรรยาจึงได้รับความสะดวกในการพูดคุยและให้คำแนะนำ

ผู้ป่วยตาบอดทั้ง 2 รายนั้นเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาพ่นจึงต้องใช้เวลาในการให้คำแนะนำ และสอนการใช้ยาพ่นให้ถูกต้อง และพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ใช้ยาได้ถูกต้องภายหลังได้รับการแนะนำ และเมื่อติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อมาไม่พบปัญหาเหล่านี้ ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นอีกหลายรายที่ยังคงมีปัญหาต้องได้รับการแนะนำซ้ำในการติดตามครั้งอื่นๆ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาตาบอดที่ตนเองมี จึงให้ความสนใจและมีความพยายามในการแก้ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยแยกตามปัญหาความเป็นผู้บกร่องทางด้านร่างกาย

ปัญหาความเป็นผู้บกร่องทางด้านร่างกาย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	50 (92.6)
การมองเห็น	2 (3.7)
การได้ยิน	2 (3.7)

1.9 จำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับและยาอื่นที่ใช้ร่วมเป็นประจำ

จำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับหลังได้รับการจำหน่ายอยู่ในช่วง 4-7 ขนาน มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ได้รับยา 1 ขนาน คิดเป็นร้อยละ 1.9 จำนวนขนานยาที่มากที่สุดคือ 9 ขนาน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 5.63 ± 1.4 ขนาน/คน ฐานนิยมของขนานยา คือ 5 ขนาน (18 ราย) ร้อยละเอียดยของจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับจะแสดงในตารางที่ 9 ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 6 ขนาน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค กลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาอื่นร่วมเป็นประจำที่บ้านมีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 22.2) ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ 1 ขนาน (ร้อยละ 13.0) และมีผู้ป่วย 3 รายมีการใช้ยาอื่นร่วมมากกว่า 3 ขนาน โดยจำนวนสูงสุดของขนานยาอื่นที่ใช้ร่วมคือ 5 ขนาน ดังแสดงในตารางที่ 10 จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกรายมีปัญหาในการใช้ยา ซึ่งเกิดจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลลงและยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วย

ตารางที่ 9 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุแบ่งตามจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลลง

จำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
1 ขนาน	1 (1.9)
4 ขนาน	8 (14.8)
5 ขนาน	18 (33.3)
6 ขนาน	15 (27.8)
7 ขนาน	7 (13.0)
8 ขนาน	3 (5.6)
9 ขนาน	2 (3.7)
เฉลี่ย 5.63 ขนาน	รวม 54 ราย

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนขนานของยาอื่นที่ใช้ร่วมเป็นประจำ

จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วมเป็นประจำ	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีการใช้ยาอื่น	42 (77.8)
1 ขนาน	7 (13.0)
2 ขนาน	1 (1.9)
3 ขนาน	1 (1.9)
4 ขนาน	2 (3.7)
5 ขนาน	1 (1.9)

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้ยาอื่นร่วมเป็นประจำนี้เป็นผู้ป่วยที่รักษาโรคจากหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกแพทย์ โดยแต่ละแห่งจะรักษาโรคต่าง ๆ กัน เช่น รับประทานยาลดไขมันเลือดกันเรื่อยจากโรงพยาบาลลง แต่รับประทานความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลแพร่ และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาซ้ำซ้อน 2 ราย โดยได้รับยาซ้ำจาก 2 โรงพยาบาลซึ่งเป็นยาชนิดเดียวกัน แต่ลักษณะเม็ดยาและสีของเม็ดยาต่างกัน จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยที่รับยาจากโรงพยาบาลหลายแห่งให้นำยาทุกขนานที่ใช้เป็นประจำมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา

1.10 ประวัติการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 7 เดือนก่อนการวิจัย (พ.ย. 2540-พ.ค. 2541)

ผู้ป่วยสูงอายุก่อนหน้านี้จำนวน 40 รายคิดเป็นร้อยละ 74.1 ไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยมีผู้ป่วยจำนวน 25 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ และมีเพียง 15 รายที่เป็นผู้ป่วยนอกรับยาจากโรงพยาบาล ลอง กลุ่มผู้ป่วยที่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 14 ราย นั้น ส่วนใหญ่เคยมารับบริการ 1-3 ครั้ง มีเพียง 1 รายที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 25 ครั้ง รายละเอียดของผู้ป่วยเหล่านี้แสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวหรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลลองในช่วง 7 เดือนก่อนการวิจัย (พ.ย. 2540-พ.ค. 2541)

จำนวนครั้ง	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
0 ครั้ง	40 (74.1)
1 ครั้ง	8 (14.8)
2 ครั้ง	2 (3.7)
3 ครั้ง	3 (5.6)
25 ครั้ง	1 (1.8)

1.11 โรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย และระยะเวลาในการเป็นโรค

ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรังจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 44.4) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง 13 ราย (ร้อยละ 24.1) โรคอัมพาตครึ่งซีก 5 ราย (ร้อยละ 9.3) โรคหัวใจล้มเหลว 4 ราย (ร้อยละ 7.4) โรคไตเรื้อรัง 3 ราย (ร้อยละ 5.6) โรควัณโรค 2 ราย (ร้อยละ 3.7) โรคหัวใจขาดเลือด 2 ราย (ร้อยละ 3.7) และโรคที่มีผู้ป่วยน้อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ในกลุ่มนี้ผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายมีการกระจายข้อมูลโรคที่เป็นใกล้เคียงกัน ยกเว้นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจล้มเหลวพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่โรควัณโรคจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 63.0) ผู้ป่วย 16 ราย มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย 1 โรค ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วยมากที่สุดคือ 3 โรค มีจำนวน 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 12 ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 2 ราย มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ทั้ง 2 ราย กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 13 ราย มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย 6 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง 1 ราย ที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วม 3 โรค คือ หัวใจล้มเหลว วัณโรค และโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 12 จำนวนผู้ป่วยแยกตามจำนวนโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย

จำนวนโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีโรคอื่น	34 (63.0)
1 โรค	16 (29.6)
2 โรค	3 (5.6)
3 โรค	1 (1.9)

ผู้ป่วย 54 รายที่เข้าร่วมการวิจัย จำแนกเป็นผู้ป่วยรายเก่า 29 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ 25 ราย ผู้ป่วยรายเก่าที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนั้น มากกว่า 5 ปี (13 ราย) รองลงมาคือ 1 ปี (10 ราย) ที่เหลือ 6 รายจะเป็นโรคในระยะ 2-5 ปี รายละเอียดแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค

ระยะเวลาที่เป็นโรค	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	
	ผู้ป่วยใหม่	ผู้ป่วยเก่า
ไม่เคยเจ็บป่วย	25	0
1 ปี	0	10
2 -5ปี	0	6
มากกว่า 5 ปี	0	13
รวม	25	29

ตอนที่ 2 ผลการวิจัย

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในช่วง 7 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 ถึงเดือน พฤษภาคม 2542 ผู้ป่วยจำนวน 54 รายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครบ 4 ครั้ง ซึ่งจากการติดตาม พบปัญหาการใช้ยาต่างๆในผู้ป่วยอย่างหลากหลาย การนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

- 2.1 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยา
- 2.2 ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
- 2.3 การกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน
- 2.4 การรับยาคืนจากผู้ป่วยเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน
- 2.5 การให้บริการแก่ประชาชนนอกเหนือจากผู้ป่วยเป้าหมาย

2.1 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยา

จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครบ 4 ครั้ง ในผู้ป่วยทั้งหมด 54 ราย ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละครั้งจะพบปัญหาที่แตกต่างกัน และจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเปลี่ยนแปลงไป ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยามากที่สุดถึง 40 ราย จำนวนปัญหาพบมากที่สุด 75 ปัญหา และเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 2, 3 และ 4 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา และจำนวนปัญหาลดลงทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วย และจำนวนปัญหาการใช้ยาที่พบจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4

ข้อมูล	HC1	HC2	HC3	HC4
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา (ราย)	40	33	9	3
ร้อยละของผู้ป่วยที่พบปัญหา	74.1	61.7	16.7	5.6
จำนวนปัญหาการใช้ยาที่พบ (ปัญหา)	75	39	10	4
จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อราย	1.39	0.72	0.18	0.07

HC1 = การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

HC2 = การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

HC3 = การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

HC4 = การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบปัญหามากที่สุดจำนวน 75 ปัญหา จากผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.1 นั่นคือ มีผู้ป่วยเพียง 14 ราย (ร้อยละ 25.9) ที่ไม่มีปัญหาจากการใช้ยาใดๆเลย ดังแสดงในตารางที่ 15 พบปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 0-5 ปัญหาต่อราย ค่าเฉลี่ยของปัญหาต่อรายคือ 1.39 ± 1.27 ($X \pm SD$) โดยฐานนิยมที่พบปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุคือ 1 ปัญหา จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.0) และผู้ป่วยที่พบ 5 ปัญหา มีเพียง 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยพระภิกษุ มีโรคเรื้อรังอื่นร่วม 3 โรค รักษาโรคจากหลายแห่ง ปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาการใช้ยาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง การใช้ยาซ้ำซ้อน การใช้ยาพ่นผิดเทคนิควิธี สัมรับประทานยาในบางมื้อ และมียาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ เมื่อผู้วิจัยค้นพบปัญหาของผู้ป่วย จึงได้แก้ไขปัญหาและอธิบายถึงผลที่ได้จากการใช้ยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย แนะนำให้นำยาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่เข้ารับการตรวจ เพื่อป้องกันปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อน และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

ตารางที่ 15 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบ
ในผู้ป่วยแต่ละรายในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

จำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	14 (25.9)
1 ปัญหา	20 (37.0)
2 ปัญหา	11 (20.4)
3 ปัญหา	4 (7.4)
4 ปัญหา	4 (7.4)
5 ปัญหา	1 (1.9)
รวม	54 (100.0)

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 25 รายพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 8 รายที่ไม่พบปัญหาการใช้ยา ที่เหลือจำนวน 17 ราย มีปัญหาการใช้ยา 1 ปัญหาจำนวน 9 ราย 2 ปัญหาจำนวน 5 ราย นอกนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา 3, 4 และ 5 ปัญหาอย่างละ 1 ราย ผู้ป่วยรายเก่า 29 รายนั้น มีผู้ป่วยจำนวน 6 รายที่ไม่พบปัญหาการใช้ยา ผู้ป่วยที่เหลือ 23 รายมีปัญห จำนวน 1 ปัญหา 11 ราย 2 ปัญหา 6 ราย จำนวนปัญหาที่พบมากที่สุดคือ 4 ปัญหา มีจำนวน 3 ราย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 16 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยรายเก่าที่มี

ประวัติโรคเรื้อรังและผู้ป่วยรายใหม่ กับจำนวนปัญหาในการใช้ยาโดยใช้ T-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p>0.05$)

ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยใหม่และจำนวนผู้ป่วยเก่า จำแนกตามจำนวนปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก

จำนวนปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก	จำนวนผู้ป่วยแยกตามประเภทผู้ป่วย (ราย)	
	ผู้ป่วยใหม่	ผู้ป่วยเก่า
ไม่พบปัญหา	8	6
1 ปัญหา	9	11
2 ปัญหา	5	6
3 ปัญหา	1	3
4 ปัญหา	1	3
5 ปัญหา	1	0
รวม	25	29

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้ป่วยที่ใช้ยาเองจำนวน 27 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา 22 ราย (ร้อยละ 81.5) ผู้ป่วยเพียง 5 ราย (ร้อยละ 18.5) ที่ใช้ยาได้ถูกต้อง และผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหามากที่สุดคือ 5 ปัญหาเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ยาด้วยตนเอง กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยาทั้งหมด 27 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 66.7) มีผู้ป่วยที่ใช้ยาได้ถูกต้องจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 33.3) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในการใช้ยากับจำนวนปัญหาในการใช้ยา จากการเยี่ยมบ้านครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาด้วยตนเองจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแล และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยาเองและผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยากับจำนวนปัญหาในการใช้ยาโดยใช้ T-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p<0.05$) แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยาเอง มีปัญหาในการใช้ยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีผู้ดูแล ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการดูแลในการใช้ยาจากบุตรหลานหรือญาติ และเภสัชกรควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาในการใช้ยามาก

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 61.1) จำนวนปัญหาทั้งหมด 39 ปัญหา พบปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 0-3 ปัญหาต่อราย ค่าเฉลี่ยของปัญหาต่อราย คือ 0.72 ± 0.68 ($X \pm SD$) โดยฐานนิยมที่พบปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุคือ 1 ปัญหาจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 51.9) โดยผู้ป่วยที่พบ 3 ปัญหา มีเพียง 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบ
ในผู้ป่วยแต่ละรายในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

จำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	21 (38.9)
1 ปัญหา	28 (51.9)
2 ปัญหา	4 (7.4)
3 ปัญหา	1 (1.9)
4 ปัญหา	0 (0.0)
5 ปัญหา	0 (0.0)
รวม	54 (100.0)

จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหานั้นเพิ่มขึ้นเป็น 21 ราย (ร้อยละ 38.9) โดยเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่พบปัญหาจากการติดตามครั้งที่ 1 แล้วแก้ไขได้และไม่เกิดปัญหาใหม่จำนวน 15 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหามาก่อนอีก 6 ราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา 33 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาตั้งแต่การติดตามครั้งที่ 1 แล้วในการติดตามครั้งที่ 2 ยังคงมีปัญหาในการใช้ยา แต่จำนวนปัญหาลดลง 12 ราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาเพิ่มขึ้น 9 ราย ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเท่าเดิม 12 ราย ดังแสดงในตารางที่ 18 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาลดลงนั้นจำนวนปัญหาลดลงจาก 2-5 ปัญหาเหลือเพียง 1 ปัญหาจำนวน 11 รายและลดลงจาก 4 ปัญหาเหลือ 3 ปัญหาจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเพิ่มขึ้นนั้นเป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในครั้งแรก แต่เพิ่งพบปัญหาจากการติดตามครั้งที่ 2 จำนวน 8 ราย ปัญหาที่พบเช่น ปัญหาการใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธีเนื่องจากผู้ป่วยเพิ่งได้รับยาเมื่อไปพบแพทย์ตามนัด หรือผู้ป่วยบางรายได้รับการเปลี่ยนยาที่ใช้และเปลี่ยนขนาดแต่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจ ทำให้เกิดปัญหาการใช้บ่อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง ปัญหาการไม่ไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอีก 1 รายนั้นมีปัญหาการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 1 ปัญหาเป็น 2 ปัญหาในการติดตามครั้งที่ 2 โดยปัญหาเดิมซึ่งยังแก้ไขไม่ได้คือ ผู้ป่วยไม่กล้าใช้ยาที่ใช้ประจำเมื่อมีอาการ

ปวดท้อง โดยใช้เฉพาะยารักษาอาการปวดท้องเท่านั้น และปัญหาใหม่ที่พบคือ มีการใช้ยาในขนาดมากกว่าแพทย์สั่ง เนื่องจากแพทย์ลดขนาดการใช้ยา แต่ผู้ป่วยยังคงใช้ยาในขนาดเดิม เพราะผู้ดูแลในการใช้ยาเห็นว่าเป็นยาเดิมจึงไม่ได้อ่านฉลากยา กลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาการใช้ยาเท่าเดิม เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหา 1 ปัญหา 11 ราย และ 2 ปัญหา 1 ราย โดยบางรายเป็นปัญหาเดิม เช่น ปัญหาการใช้ยาพ่นไม่ถูกเทคนิควิธี บางรายเป็นปัญหาใหม่เช่น ใช้ยาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง

และเมื่อผู้วิจัยค้นพบปัญหาของผู้ป่วย ดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อป้องกันผลเสียที่ตามมา จะเน้นปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้มากขึ้น และป้องกันปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

ตารางที่ 18 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามลักษณะผู้ป่วยที่พบปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในการใช้ยา	21 (38.9)
■ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในครั้งก่อน	6
■ ผู้ป่วยเดิมที่พบปัญหาและแก้ไขได้	15
2. ผู้ป่วยที่พบปัญหาในการใช้ยา	33 (61.1)
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาลดลง	12
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเพิ่มขึ้น	9
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเท่าเดิม	12
รวม	54 (100)

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 16.7) โดยพบ 10 ปัญหา จำนวนปัญหาอยู่ในช่วง 1-2 ปัญหาต่อราย ค่าเฉลี่ยของปัญหาต่อรายคือ 0.18 ± 0.44 ($X \pm SD$) โดยฐานนิยมที่พบปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ คือ 1 ปัญหาจำนวน 8 ราย และมี 1 รายที่พบ 2 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบ
ในผู้ป่วยแต่ละรายในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

จำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	45 (83.3)
1 ปัญหา	8 (14.8)
2 ปัญหา	1 (1.9)
รวม	54 (100.0)

จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเพิ่มขึ้นเป็น 45 ราย (ร้อยละ 83.3) โดยเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่พบปัญหาจากการติดตามครั้งที่ 2 แล้วแก้ไขได้และไม่เกิดปัญหาใหม่จำนวน 27 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหามาก่อนอีก 18 ราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา 9 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการติดตามครั้งที่ 2 และยังคงมีปัญหาในการใช้ยาเมื่อติดตามครั้งที่ 3 แต่จำนวนปัญหาลดลงจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเท่าเดิม 4 ราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาเพิ่มขึ้น 3 ราย ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามลักษณะผู้ป่วย
ที่พบปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในการใช้ยา	45 (83.3)
■ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในครั้งก่อน	18
■ ผู้ป่วยเดิมที่พบปัญหาและแก้ไขได้	27
2. ผู้ป่วยที่พบปัญหาในการใช้ยา	9 (16.7)
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาลดลง	2
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเพิ่มขึ้น	3
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเท่าเดิม	4
รวม	54 (100)

ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาลดลงทั้งสองรายนั้นจำนวนปัญหาลดลงจาก 2 ปัญหา เหลือเพียง 1 ปัญหา ผู้ป่วยที่มีปัญหาเพิ่มขึ้นนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในครั้งที่ 2 แต่กลับพบปัญหาเมื่อมีการติดตามครั้งที่ 3 เช่น ปัญหาสึมน้ำรับประทานยาในบางมื้อจำนวน 2 ราย ปัญหาการใช้ยาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีจำนวนปัญหาเท่าเดิมนั้นคือ ยังมีจำนวนปัญหาเท่ากับ 1 ปัญหา โดยปัญหาเดิมได้รับการแก้ไข แต่พบปัญหาใหม่ที่ไม่พบในการติดตามครั้งที่ 2 เช่น การใช้ยาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง เมื่อผู้วิจัยค้นพบปัญหาของผู้ป่วยได้ดำเนินการแก้ไข และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อป้องกันผลเสียที่ตามมา จะเน้นปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้มากขึ้น

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 5.6) โดยมีปัญหาทั้งหมด 4 ปัญหา ค่าเฉลี่ยของปัญหาต่อรายคือ 0.07 ± 0.33 ($X \pm SD$) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเพิ่มขึ้นเป็น 51 ราย (ร้อยละ 94.4) ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามจำนวนปัญหาที่พบ
ในผู้ป่วยแต่ละรายในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

จำนวนปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
ไม่มีปัญหา	51 (94.4)
1 ปัญหา	2 (3.7)
2 ปัญหา	1 (1.9)
รวม	54 (100.0)

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 นั้นสามารถแก้ไขได้หมดและไม่เกิดปัญหาขึ้นอีกในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 แต่พบปัญหาในผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3 ราย ดังแสดงในตารางที่ 22 ซึ่งไม่มีปัญหาในการใช้ยาเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ปัญหาที่พบคือ ยานหมดอายุ ซึ่งผู้ป่วยได้มาจากญาติซึ่งใช้ยานิตเดียวกัน แต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นยานหมดอายุ และปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน ซึ่งได้จากโรงพยาบาลเดียวกันแต่รูปแบบ ลักษณะเม็ด สี แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึงใช้ยาทั้งสองชนิด

ตารางที่ 22 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละโดยแยกตามลักษณะผู้ป่วย
ที่พบปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในการใช้ยา	51 (94.4)
■ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในครั้งก่อน	42
■ ผู้ป่วยเดิมที่พบปัญหาและแก้ไขได้	9
2. ผู้ป่วยที่พบปัญหาในการใช้ยา	3 (5.6)
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาลดลง	-
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเพิ่มขึ้น	3
■ ผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเท่าเดิม	-
รวม	54 (100)

จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาลดลงจากจำนวน 40 รายในการติดตามครั้งที่ 1 เหลือเพียง 3 ราย ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาลดลง 37 รายคิดเป็นร้อยละ 92.5 ซึ่งแต่ละครั้งในการติดตาม ผู้ป่วยจะมีปัญหาที่เปลี่ยนไป โดยบางรายที่ยังคงพบปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 นั้น เป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยรายเดิมแต่เป็นปัญหาใหม่ และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งพบปัญหา บางปัญหาสามารถแก้ไขได้ในการติดตามเพียงครั้งเดียว แต่บางรายบางปัญหาต้องใช้เวลาในการแก้ไขติดตามถึง 3 ครั้ง ซึ่งรายละเอียดของปัญหาต่างๆอยู่ในตอนที่ 2.2

2.2 ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

จำนวนปัญหาและลักษณะของปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งนั้นแตกต่างกัน การเยี่ยมบ้านครั้งแรกจะพบปัญหามากที่สุด และเมื่อได้รับการแก้ไข ปัญหาบางข้อแก้ไขได้ บางข้อแก้ไขไม่ได้จากการติดตามแนะนำเพียงครั้งเดียว

2.2.1 ลักษณะของปัญหา

เมื่อจำแนกชนิดของปัญหาจากการใช้ยา (DRP) ออกเป็น 9 ข้อซึ่งแสดงรายละเอียดของปัญหาดังตารางที่ 23 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1, 2 และ 3 พบว่าการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งนั้นเป็นปัญหามากที่สุดถึง 61 ปัญหา 37 ปัญหา และ 10 ปัญหา ตามลำดับ รองลงมาคือ

การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งพบ 8 ปัญหาในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ปัญหาจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 นอกจากนั้นเป็นปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆซึ่งพบ 4 ปัญหาและ 1 ปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 4 ตามลำดับ ส่วนปัญหาอื่นๆเช่น ได้รับยาที่ไม่ควรได้รับยา การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไปนั้นไม่พบ เนื่องจากในการวิจัยนี้ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะได้รับยาและคำแนะนำในการใช้ยาอย่างถูกต้องจากเภสัชกรแล้ว ทำให้ปัญหาเหล่านี้หมดไป ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยานั้นไม่พบอาจเนื่องจาก จำนวนขนานยาของผู้ป่วยไม่มาก ยาที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนมีขนานยาไม่มาก การเกิดอันตรกิริยาจากยาผู้ป่วยจึงไม่พบ

ตารางที่ 23 ลักษณะของปัญหาจากการใช้ยาโดยจำแนกตามการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1-4

ลักษณะของปัญหา	HC1 (ปัญหา)	HC2 (ปัญหา)	HC3 (ปัญหา)	HC4 (ปัญหา)
1. ได้รับยาที่ไม่ควรได้รับยา	-	-	-	-
2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	-	-	-	-
3. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	-	-	-	-
4. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	2	-	-	2
5. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง	61	37	10	1
6. เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	8	2	-	-
7. เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา	-	-	-	-
8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	-	-	-	-
9. ปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆ	4	-	-	1
รวม	75	39	10	4

2.2.2 สาเหตุของปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป

พบปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไปทั้งหมด 4 ปัญหาจากผู้ป่วย 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 23 รายแรกพบจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สาเหตุจากผู้ป่วยตรวจรักษา 2 ครั้งด้วยอาการต่างกันภายในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์จากแพทย์อื่นของโรงพยาบาลเดียวกันพบว่า ผู้ป่วยได้ยาชนิดเดียวกันแต่ขนาดยาต่างกันซึ่งเม็ดยามีขนาดต่างกัน ผู้ป่วยจึงรับประทานยาทั้งสองอย่าง และจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาการใช้ยาซ้ำอีก 2 ขนาน สาเหตุจากผู้ป่วยไม่รับยาตามนัดโดยยังมียาเหลือที่บ้าน 10 เม็ด ผู้ป่วยได้รับยา

เดิมแต่มียา 2 ชนิดที่มีลักษณะเม็ดยาเปลี่ยนไปโดยขนานแรกเปลี่ยนทั้งรูปร่าง สี และวิธีการใช้ยาขนานที่ 2 ลักษณะเม็ดยาไม่เปลี่ยนแต่การบรรจุผลิตภัณฑ์เปลี่ยนไป โดยได้รับยาชนิดแผงมาแทนยาเม็ดบรรจุของ ผู้ป่วยจึงคิดว่าได้ยาใหม่เพิ่มจึงรับประทานยาทั้งหมดนั้น ผู้ป่วยอีก 1 รายจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ได้รับยาชนิดเดียวกันจากโรงพยาบาลต่างกันจึงใช้ยาทั้งหมดตามสั่ง

ปัญหาลักษณะนี้อาจเกิดขึ้นได้ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา แม้แต่เปลี่ยนภาชนะบรรจุ หรือมีการรักษาจากหลายแห่ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อ่านเขียนภาษาไทยได้ และชื่อยาจะเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ผู้ป่วยมักจะได้ไม่สังเกตหรือให้ความสนใจในชื่อยาและผู้ป่วยมักใช้ยาเอง การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่บ้านจึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลจากการใช้ยาซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับคำแนะนำในการใช้ยา หรือให้ผู้ป่วยถามเภสัชกรทุกครั้งที่มียาลักษณะเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมจากเดิม และเภสัชกรควรแจ้งแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา หรือขนาดใช้ยา และย้ำให้ผู้ป่วยหรือญาตินำยาที่ใช้ประจำให้แพทย์ดูทุกครั้งที่ได้รับการตรวจ

2.2.3 สาเหตุของปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง

สาเหตุของปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งนั้นแบ่งเป็น การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และการไม่รับยาตามแพทย์นัด ซึ่งปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งนั้นแบ่งเป็นสาเหตุย่อยคือ ไม่กล้าใช้ยาที่ได้รับ เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สัมรับประทานยาในบางมื้อและไม่เข้าใจในวิธีใช้ยาหรือสับสน พบว่าในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 นั้น พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 61 ปัญหา 37 ปัญหา 10 ปัญหาและ 1 ปัญหาตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 24 ซึ่งพบว่ามีสาเหตุหลักคือ ความไม่เข้าใจในวิธีใช้ยาหรือสับสนในการใช้ ส่งผลให้ใช้ยาไม่ถูกต้องเช่น ใช้ยาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง ใช้ยามากครั้งกว่าแพทย์สั่ง ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าแพทย์สั่ง ใช้ยาในขนาดมากกว่าแพทย์สั่ง ใช้ยามืดเวลา ใช้ยามืดเทคนิควิธี ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 นั้น พบปัญหาเพิ่มขึ้นคือ การไม่ไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล ซึ่งรายละเอียดจะจำแนกตามสาเหตุของปัญหาดังข้อ ก-ข

ตารางที่ 24 สาเหตุของปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง โดยจำแนกตามการติดตาม
เยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1-4

สาเหตุของปัญหา	HC1 (ปัญหา)	HC2 (ปัญหา)	HC3 (ปัญหา)	HC4 (ปัญหา)
1. การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง				
- ไม่กล้าใช้ยาที่ได้รับ	6	3	1	0
- ไม่เข้าใจในวิธีใช้ยา/สับสน	44	20	6	1
- เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3	1	0	0
- ลืมรับประทานยาในบางมื้อ	2	3	2	0
2. ไม่ไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล				
- ไม่มีคนไปส่ง	0	4	1	0
- ไม่ทราบวันนัด	6	1	0	0
- ไม่อยากไป (อาการดีขึ้น)	0	5	0	0
รวม	61	37	10	1

ก. ผู้ป่วยไม่กล้าใช้ยาที่ได้รับ

จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยไม่กล้าใช้ยาที่ได้รับ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยอื่น 6 ปัญหา เนื่องจากกลัวการรักษาอาการอื่นนี้มีผลต่อยาที่ใช้ประจำ จึงหยุดใช้ยาที่ได้รับหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลลง และจะใช้ยารักษาอาการอื่นดังกล่าว หลังจากทำความเข้าใจ และอธิบายเหตุผลกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และแนะนำแนวทางแก้ไข โดยให้ผู้พวายนายาที่ใช้ประจำให้แก่แพทย์ทุกครั้งที่เข้ารับการตรวจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจไม่เกิดปัญหาขึ้นอีก มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ยังคงมีปัญหาดังกล่าว โดยครั้งที่ 2 เกิดปวดท้องแต่ผู้ดูแลลืมนำยาให้แพทย์ดูและไม่กล้าสอบถามแพทย์ จึงให้แต่ยารักษาอาการปวดท้องจากคลินิกเท่านั้น ผู้วิจัยจึงเน้นย้ำแนวทางเดิมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข. ความไม่เข้าใจในวิธีใช้ยาหรือสับสน

เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจในวิธีใช้ยาหรือสับสนในการใช้ยา แม้ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรที่โรงพยาบาลแล้วก็ตาม หรือผู้ป่วยบางรายผู้รับยาไม่ได้เป็นดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้มีการใช้ยาในลักษณะต่างๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ลักษณะของปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากสาเหตุความไม่เข้าใจในวิธีใช้ยา หรือสับสนในวิธีใช้ยา

ลักษณะของปัญหาการใช้ยา	HC1 (ปัญหา)	HC2 (ปัญหา)	HC3 (ปัญหา)	HC4 (ปัญหา)
ใช้นาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง	13	6	5	1
ใช้ยามากครั้งกว่าแพทย์สั่ง	10	1	0	0
ใช้ยาในขนาดมากกว่าแพทย์สั่ง	2	1	0	0
ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าแพทย์สั่ง	4	1	0	0
ใช้ยามืดเวลา	2	0	0	0
ใช้ยามืดเทคนิควิธี	13	11	1	0
รวม	44	20	6	1

- ใช้นาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่ง

ปัญหาการใช้ยาน้อยครั้งกว่าแพทย์สั่งนี้พบทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมบ้านโดยพบ 13 ปัญหา 6 ปัญหา 5 ปัญหา และ 1 ปัญหาตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้จากการติดตามเยี่ยมบ้านเพียงครั้งเดียว เช่น ผู้ป่วยไม่ทานยามื้อก่อนนอน เนื่องจากระยะเวลาใกล้กับมื้อเย็น จึงได้แก้ไขให้ตื่นมาทานในช่วงดึก ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุจะตื่นเป็นประจำจึงแก้ไขปัญหาได้ มีผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาในครั้งที่ 1 แต่พบในครั้งที่ 2 หรือไม่พบปัญหาในครั้งที่ 2 แต่พบในครั้งที่ 3 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนจำนวนครั้งในการใช้ยาแต่ผู้ป่วยยังใช้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่ยังคงมีปัญหาเมื่อติดตามครั้งต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยจำจำนวนครั้งของการใช้ยาไม่ได้และผู้ป่วยต้องใช้ยาด้วยตนเอง จึงต้องรพพบญาติผู้ป่วยเพื่ออธิบายทำความเข้าใจและย้าให้ช่วยจัดยาไว้ให้ผู้ป่วยเป็นมือ โดยเฉพาะมื้อกลางวันผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน

แนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ต้องทำความเข้าใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยให้ตระหนักถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีปัญหาเรื่องความจำ ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องให้ญาติจัดยาไว้ให้ก่อนออกไปทำงาน

- ใช้ยามากครั้งกว่าแพทย์สั่ง

พบปัญหานี้ทั้งหมด 11 ปัญหาและสามารถแก้ไขได้ในครั้งเดียว โดยการอธิบายถึงผลจากการใช้ยาที่ถูกต้อง และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากมีการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง

- ใช้ยาในขนาดมากกว่าแพทย์สั่ง

พบปัญหานี้ทั้งหมด 3 ปัญหาและสามารถแก้ไขได้ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งเดียว โดยการอธิบายถึงผลจากการใช้ยาที่ถูกต้อง และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากมีการใช้ยาในขนาดมากกว่าแพทย์สั่ง

- ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าแพทย์สั่ง

ปัญหาการใช้ยาในขนาดน้อยกว่าแพทย์สั่งนี้พบทั้งหมด 5 ปัญหา และสามารถแก้ไขได้ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งเดียว โดยการอธิบายถึงผลจากการใช้ยาที่ถูกต้อง และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากมีการใช้ยาในขนาดน้อยกว่าแพทย์สั่ง ผู้ป่วยไตวาย 1 รายที่ไม่เกิดปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แต่พบปัญหานี้ในการติดตามครั้งที่ 2 เนื่องจากผู้ป่วยเคยรับยาจากโรงพยาบาลแพร์คือ furosemide (500 mg) ขนาดให้ยาก็คือ ครึ่งเม็ดหลังอาหารเช้า และเมื่อมารับยาที่โรงพยาบาลลอง ซึ่งไม่มียาในขนาดดังกล่าว แพทย์จึงสั่งใช้ furosemide (40 mg) ขนาดให้ยาก็คือ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นยาเดิมจึงใช้ยา ครึ่งเม็ดตามเดิม เมื่อพบปัญหาจึงอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และไม่พบปัญหานี้อีก

- ใช้ยามืดเวลา

พบปัญหาการใช้ยามืดเวลา 2 ปัญหาคือ ผู้ป่วย 1 รายใช้ยา isosorbide sublingual อมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการไอ โดยไม่เข้าใจว่าเป็นยาอมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก และผู้ป่วย 1 รายใช้ยา digoxin เฉพาะเวลามีอาการใจสั่น ใจเต้นแรง จึงรับประทานเมื่อมีอาการดังกล่าว กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องอธิบายให้เข้าใจในผลจากการใช้ยา และผลเสียที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยาที่ผิด

- ใช้ยาผิดวิธี

ปัญหาการใช้ยาผิดเทคนิคหรือวิธีนั้น ส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ไขได้ในครั้งเดียว จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจำนวน 13 รายที่ใช้ยาพ่น (salbutamol inhalation) ทุกรายมีการใช้ยาที่ผิดวิธี ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่เคยใช้ยาพ่นดังกล่าวมาแล้ว เมื่อพบปัญหาจึงอธิบายแก่ผู้ป่วยถึงผลดีที่ได้รับจากการใช้ยาที่ถูกต้อง และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ไม่ถูกต้อง จากนั้นจึงทำการสอนแนะนำวิธีใช้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อติดตามในครั้งที่ 2 พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 4 รายที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามวิธีใช้ยา ผู้ป่วยอีก 9 รายยังคงเกิดปัญหานี้ จึงได้แนะนำเน้นย้ำในส่วนวิธีปฏิบัติมากขึ้น และสามารถแก้ไขได้หมด และมีผู้ป่วย 2 รายที่เพิ่งจะได้รับยาพ่นในครั้งนี้อย่างถูกต้องและมีปัญหาดัง

กล่าว เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาเพียง 1 ราย และไม่พบปัญหาดังกล่าวในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ผู้ป่วยที่ใช้จ่ายพ่นนั้นหลายรายจะทำได้ถูกต้องเมื่อไม่มีอาการเหนื่อยหอบ และหากมีอาการผู้ป่วยจะตกใจ กลัว ทำให้ใช้จ่ายไม่ถูกต้อง สัมวิธีใช้จ่ายที่ได้จากการฝึกปฏิบัติ ซึ่งข้อมูลต่างๆจะได้จากผู้ดูแลหรือตัวผู้ป่วยเอง การให้คำแนะนำแก่กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ควรให้กำลังใจและคำชมเชยแก่ผู้ป่วยในความพยายามที่จะปฏิบัติให้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยกล้าซักถาม และไม่อายหรือรู้สึกผิดเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีความกระตือรือร้นที่จะฝึกปฏิบัติ หากมีผู้ดูแลอยู่ด้วยควรแนะนำแก่ผู้ดูแลด้วย

ค. การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การนับจำนวนปัญหาในการวิจัยนี้จะนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา โดยได้จากการพูดคุยและรับฟังปัญหาจากผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะมีความกังวลหรือไม่สบายกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ใจเต้นเร็วผิดปกติจากยา isosorbide อาการใจสั่น มือสั่นจากยา terbutaline salbutamol อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะจากยา reserpine การให้คำแนะนำถึงอาการที่อาจเกิดจากยาเหล่านี้ และวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งความจำเป็นในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในการใช้ยามากขึ้น

ง. การยอมรับประทานยาในบางมือ

ปัญหาการยอมรับประทานยาในบางมือนั้นพบทั้งหมด 7 ปัญหาโดยปัญหาทั้งหมดสามารถแก้ไขได้จากการติดตามเยี่ยมบ้านเพียงครั้งเดียว ซึ่งการให้คำแนะนำถึงผลที่เกิดขึ้นหากลืมนำยา และย้ำถึงวิธีแก้ไขเมื่อลืมนำยา การมีผู้ดูแลช่วยกระตุ้นเตือนจะช่วยให้ผู้ป่วยใช้จ่ายได้ถูกต้องมากขึ้น

จ. การไม่ไปรับยาที่โรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีคนไปส่ง

จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยจำนวน 4 รายและ 1 ราย ตามลำดับไม่ไปรับยาตามนัดเพราะไปโรงพยาบาลเองไม่ได้ และลูกไปทำงานไม่มีคนส่งไปโรงพยาบาล จึงต้องเน้นย้ำกับญาติมากขึ้นถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงแก้ไขได้

ฉ. ผู้ป่วยไม่ทราบวันนัดครั้งต่อไป

ปัญหาไม่ทราบวันนัดครั้งต่อไปนั้นพบในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จำนวน 6 ปัญหา โดยผู้ป่วยมักจะลืมวันนัดหรือทำบัตรนัดหาย ผู้ป่วยบางรายญาติเป็นผู้รับยาให้จึงไม่ทราบข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายให้เห็นความสำคัญของวันนัดและการไปพบแพทย์ตามนัด และพบปัญหานี้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 จำนวน 1 รายมีสาเหตุจากโรงพยาบาลนัดวันผิด ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะไปรับยาเมื่อยามหมด จึงได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงความผิดพลาดจากการนัดวันผิดและแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาล โดยเขียนรายละเอียดของปัญหาที่พบแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและบันทึกลงสมุดนัดผู้ป่วย

ช. ผู้ป่วยไม่ยอมไปโรงพยาบาลเนื่องจากอาการดีขึ้น

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 5 รายไม่ไปรับยาตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บางรายไม่มีอาการแสดงของโรคจึงไม่ค่อยสนใจที่จะไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล จึงต้องอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยจำนวน 3 รายที่มีอาการแสดงของโรคหลังจากไม่ได้ใช้ยา 7-10 วัน กลุ่มนี้จะให้ความสนใจซักถามมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการแสดง

2.2.4 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

พบผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งหมด 8 รายจากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จำนวน 2 ราย ซึ่งรายละเอียดของยาและอาการที่เกิดแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ยาที่คาดว่าทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอาการแสดง

ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	อาการแสดง
isonizid	1	คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดท้อง
salbutamol	2	ใจสั่น, มือสั่น
aminophylline	2	ใจสั่น
reserpine	1	ปวดศีรษะ, ง่วงนอน
terbutaline	1	เจ็บคอ, ปากและคอแห้ง
methyldopa	1	ปวดศีรษะ
propranolol	2	อ่อนเพลีย, นอนไม่หลับ

ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่มีแนวโน้มที่จะลดความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยและการแสดงถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาต้องให้คำแนะนำกับผู้ป่วยถึงอาการที่เกิดขึ้นและวิธีแก้ไข ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับในยามากขึ้นจึงแก้ไขปัญหาลงนี้ได้

2.2.5 ปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆ

ปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ มียาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ และฉลากยาผิด รายละเอียดของปัญหาจะจำแนกตามข้อ ก และ ข และจำนวนปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่นๆนี้แสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนปัญหาที่เกิดจากปัญหาลักษณะอื่นๆ โดยแบ่งเป็นการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-4

ลักษณะของปัญหาอื่นๆ	HC1 (ราย)	HC2 (ราย)	HC3 (ราย)	HC4 (ราย)
1. มียาเสื่อมสภาพหมดอายุ	3	0	0	1
2. ฉลากยาผิด	1	0	0	0
รวม	4	0	0	1

ก. ปัญหา มียาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

ปัญหา มียาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุนั้นพบ 4 ปัญหา โดยพบ 3 ปัญหาจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และคำแนะนำในการเก็บรักษา ยาที่เหลือและวิธีปฏิบัติเมื่อมียาเหลือมาก สาเหตุของยาเหลือคือ ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่นอกนัด แต่ไม่ได้นำยาคืนให้แก่โรงพยาบาล เมื่อได้รับการจำหน่ายมักได้ยาเดิมกลับมา ทำให้มียาเหลือเก็บที่บ้านมากจนยาเสื่อมสภาพ แต่เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อมาไม่พบปัญหาดังกล่าว แต่พบอีก 1 ปัญหาจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ผู้ป่วยได้รับยาพ่นที่หมดอายุ (salbutamol inhalation) จากญาติ ซึ่งผู้ป่วยใช้แล้วมากกว่า 10 ครั้ง อาการไม่ทุเลา ต่างจากยาที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล จึงสอบถามจากผู้วิจัยเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ผู้วิจัยได้แนะนำให้สังเกตวันหมดอายุของยา ซึ่งเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ผู้ป่วยคงเข้าใจและจดจำได้ยาก จึงได้แนะนำให้นำยาที่สงสัยสอบถามจากแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยา

ข. ผลการวิจัย

พบปัญหาดังกล่าว 1 ปัญหาจากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จึงได้แก้ไขให้ถูกต้อง และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับจำนวนปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาลดลงจาก 40 ราย เป็น 3 รายและจำนวนปัญหาลดลงจาก 75 ปัญหาเหลือเพียง 4 ปัญหา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ paired T-test พบว่าจำนวนปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านจะพบปัญหาในการใช้ยาที่แท้จริง และเมื่อมีการติดตามจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาลดลง

2.3 การกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือห้องฉุกเฉินหลังจากการติดตามเยี่ยมบ้าน

จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 63.0) ไม่มีการกลับมาพักรักษาตัว หรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 7 เดือนที่ทำการวิจัย ผู้ป่วยจำนวน 9 ราย กลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย กลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้ง และมีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวถึง 3 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินหลังการเยี่ยมบ้าน (พ.ย. 2541-พ.ค. 2542)

จำนวนครั้ง	จำนวนผู้ป่วย (ราย, ร้อยละ)
0 ครั้ง	34 (63.0)
1 ครั้ง	9 (16.7)
2 ครั้ง	10 (18.5)
3 ครั้ง	1 (1.9)

จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือห้องฉุกเฉินก่อนการวิจัยและช่วงการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการพักรักษาในโรงพยาบาล หรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 40 รายนั้นเป็นผู้ป่วยรายใหม่โดยกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 1 ครั้งจำนวน 4 รายและ 2 ครั้งจำนวน 3 ราย และผู้ป่วยรายเก่ากลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 2 ครั้งจำนวน 2 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 14 รายนั้นหลังการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 1 ครั้งจำนวน 8 รายนั้นกลับมาโรงพยาบาลก่อนกำหนด 1 ครั้ง 4 ราย 2 ครั้ง 1 ราย 3 ครั้ง 1 ราย อีก 2 รายนั้นมารับบริการตามนัด ผู้ป่วย 2 รายที่มีประวัติเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 2 ครั้งนั้นกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้งทั้งสองราย ผู้ป่วย 3 รายที่มีประวัติเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 3 ครั้งนั้นกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้งจำนวน 1 ราย 2 ครั้งจำนวน 1 รายและกลับมาใช้บริการตามนัด 1 ราย และผู้ป่วยที่มารับบริการ 25 ครั้งในช่วง 7 เดือนก่อนการวิจัยจำนวน 1 รายนั้นกลับมาใช้บริการก่อนนัดเพียง 2 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือห้องฉุกเฉิน หลังการเยี่ยมบ้าน ช่วงก่อนวิจัยและช่วงวิจัย

ระยะเวลา พ.ย. 2540-พ.ค. 2541 (ก่อนวิจัย)				ระยะเวลา พ.ย. 2541-พ.ค. 2542 (ช่วงวิจัย)			
จำนวน ครั้ง	ผู้ป่วยใหม่ (ราย)	ผู้ป่วยเก่า (ราย)	รวม (ราย)	จำนวน ครั้ง	ผู้ป่วยใหม่ (ราย)	ผู้ป่วยเก่า (ราย)	รวม (ราย)
0	25	15	40	0	18	16	34
1	0	8	8	1	4	5	9
2	0	2	2	2	3	7	10
3	0	3	3	3	0	1	1
25	0	1	1	25	0	0	0

ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการถึง 25 ครั้งนั้นเป็นผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการโดยเป็นการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 11 ครั้ง มาบริการที่ห้องฉุกเฉิน 14 ครั้ง ส่วนใหญ่มาด้วยอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยรายนี้มียาพ่น (salbutamol inhalation) ใช้ที่บ้านเป็นประจำแต่ใช้ไม่ได้ผล อาการไม่ทุเลาจึงต้องมาที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านจึงพบว่า ใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี (ผิดเทคนิคการใช้) หลังจากรับการแนะนำและฝึกการใช้ที่ถูกต้องโดยเภสัชกรแล้ว

จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลก่อนนัดลดลงอย่างมากเหลือเพียง 2 ครั้งในระยะเวลา 7 เดือน โดยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง และนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

จากการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร ส่งผลถึงความถี่ในการกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินด้วย ซึ่งการกลับมาพักรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ เช่น สภาพของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยา สภาพอากาศ การปฏิบัติตนของผู้ป่วย จากการวิจัยนี้พบว่า การกลับมาพักรักษาซ้ำนั้นมีสาเหตุไม่ชัดเจนว่ามาจากปัญหาการใช้ยา หรือจากปัจจัยอื่นๆ แต่จำนวนครั้งของการมาพักรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล หรือห้องฉุกเฉินลดลงนั้นอาจเป็นผลจากการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยก็ได้

2.4 การรับยาคืนจากผู้ป่วยเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน

การออกเยี่ยมผู้ป่วยถึงที่บ้านนอกจากจะได้ทราบปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านแล้ว ยังได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย การเก็บรักษายาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาด้วยตนเอง การเก็บรักษาาก็เก็บไว้เอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในถุงยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล บางรายก็จะเก็บไว้ในกระเป๋า หรือกระป๋องยาเฉพาะของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการใช้ยาทุกวันทั้งโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และโรคอื่นๆ อยู่เสมอ เช่น ยาโรคหัวใจ ยาโรคปวดข้อต่างๆ ยาโรคกระเพาะ ยาแก้อาเจียน จะเก็บยาต่างๆ ไว้รวมกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรับยาจากโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด แต่ผู้ป่วยหลายรายที่จะกลับไปโรงพยาบาลก่อนนัด และมักจะไม่นำยาเดิมกลับไปด้วย เมื่อแพทย์ตรวจรักษาก็จะสั่งยากลับบ้าน ซึ่งมักเป็นยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ทำให้มียาค้างที่บ้านผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง จะมียาเหลือที่บ้านมากที่สุด ผู้ป่วยบางรายรับยาจากหลายแห่ง ทั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด คลินิก จะมียาซ้ำกันที่บ้านมาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกใช้ยาเพียง 1 แห่งเท่านั้น ยาก็จะเหลือค้างเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาด้วยบัตรผู้สูงอายุ จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่ค่อยสนใจถึงผลจากการที่มียาเหลือ เช่น เรื่องราคา หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ในการออกเยี่ยมบ้านนี้ ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ถึงการเก็บรักษา และวิธีปฏิบัติเมื่อต้องกลับไปรับยาจากโรงพยาบาล ทั้งเวลาฉุกเฉินและการรับยาตามนัด โดยให้ผู้ป่วยนำยากลับคืนโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันปัญหา ยาเหลือที่บ้าน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อน และป้องกันเรื่องยาหมดอายุ และลดการสูญเสียยาเหล่านี้ ซึ่งหากมีการใช้ยาเหล่านี้ก็

จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพผู้ป่วยตามมา ในการออกติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกจะได้รับยาขึ้นจำนวนมากถึง 3,092 เม็ด จากยา 25 รายการ และจะลดลงไปเรื่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยสอบถามจากพยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน ฝ่ายเภสัชกรรม และจากการติดตามผู้ป่วยซึ่งกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลก่อนนัด ข้อมูลของจำนวนผู้ป่วย จำนวนรายการยา และจำนวนเม็ดยาที่ได้รับยาให้แก่ผู้ป่วยเมื่อออกเยี่ยมบ้านได้แสดงไว้ในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 การรับยาขึ้นจากผู้ป่วยเมื่อมีการเยี่ยมบ้านโดยจำแนกเป็นจำนวนผู้ป่วย จำนวนรายการยา และจำนวนเม็ดยา

การเยี่ยมบ้านครั้งที่	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนรายการยา (รายการ)	จำนวนยา (เม็ด)
1	15	25	3092
2	2	2	26
3	3	4	100
4	3	3	66
รวม	23	34	3284

ยาที่ได้รับขึ้นจากผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่เป็นยากลุ่มขยายหลอดลม รายการยาที่รับขึ้นจำนวนมากที่สุดคือ salbutamol อันดับต่อมาคือ aminophylline และ bromhexine จำนวนยาที่ได้รับขึ้นทั้งหมดจำนวน 3,284 เม็ด จากผู้ป่วย 23 ราย มูลค่า 1,431 บาท ซึ่งคิดจากราคาที่โรงพยาบาลจำหน่ายให้แก่ผู้ป่วย จากการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง รายการยา จำนวนเม็ดยาและมูลค่ายาที่รับขึ้นจากผู้ป่วยในแต่ละรายการ ดังแสดงในภาคผนวก จ

2.5 การให้บริการแก่ประชาชนอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยเป้าหมาย

การออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วยเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยบางคนจะมีผู้ดูแลหรือบางรายจะอยู่รวมกันหลายคนในเขตบ้าน ดังนั้นเมื่อมีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมถึงบ้าน จะได้รับความสนใจจากประชาชนในชุมชนนั้นๆ บางรายจะมาขอคำแนะนำในเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ วัตถุประสงค์ บริโภคเรื่องการใช้ยา และซักถามข้อสงสัยที่เกิดขึ้นเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยแต่ละครั้งที่ให้บริการจะเป็นปัญหาที่แตกต่างกัน

ออกไป ซึ่งรายละเอียดของจำนวนประชาชนที่ได้รับบริการจากการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งแสดงไว้ในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 จำนวนประชาชนที่รับบริการจากการออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง

การเยี่ยมบ้าน	จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการ (ราย)	ครอบครัวผู้ป่วย (ครอบครัว)
ครั้งที่ 1	27	14
ครั้งที่ 2	31	11
ครั้งที่ 3	20	11
ครั้งที่ 4	14	10
รวม	92	46

จากการติดตามเยี่ยมบ้านครบ 4 ครั้ง และได้สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยต่อการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรนั้นพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความยินดีและพึงพอใจมากที่มีเภสัชกรมาให้คำแนะนำติดตามการใช้ยาถึงที่บ้าน เพราะมีผู้ป่วยบางรายมีปัญหาไม่ยอมใช้ยา คือ ลืม ไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยา และขาดกำลังใจ และเมื่อมีเภสัชกรมาให้คำปรึกษาแนะนำจะเชื่อฟังและปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมั่นใจในการใช้ยา โดยให้ความสนใจในการซักถามมาก ซึ่งครั้งแรกที่ไปเยี่ยมจะใช้เวลาในการทำควมคุ้นเคย แนะนำตัว และวัตถุประสงค์ในการให้บริการ ในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคย ต้องกระตุ้น ชักชวนพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหา ผู้ป่วยบางรายจะดีใจมาก บางรายเฉยๆไม่ให้ความสนใจมากนัก แต่เมื่อเริ่มมีความคุ้นเคยจึงกล้าซักถาม ได้ตอบและให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ในการติดตามครั้งต่อๆมาไม่ต้องใช้เวลานานมาก ผู้ป่วยจะเสนอปัญหาที่สงสัยเลยเมื่อพบกันทั้งเรื่องยา โรค ความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆในการให้บริการของโรงพยาบาล ข้อข้องใจสงสัยเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล ซึ่งจะได้รับคำถามโดยไม่ต้องมีการกระตุ้น แต่ผู้วิจัยก็ยังต้องค้นหาปัญหาเพิ่มจากการซักถามผู้ป่วย

จุดที่เป็นความพึงพอใจมากคือ การให้บริการที่บ้านนั้นจะได้รับความสะดวก สถานที่โล่งสบาย ไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีผู้ป่วยอื่นจ้องมอง ผู้ป่วยมีเวลามาก จึงให้ความสนใจในคำแนะนำ พร้อมทั้งจะรับรู้ปัญหาและแก้ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น โดยไม่อายเมื่อถูกซักถามหรือได้รับการฝึกปฏิบัติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่มีผู้ให้ความสนใจในเรื่องปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้

ยา ซึ่งบางครั้งมีปัญหาแต่ไม่กล้าถามหรือปรึกษาใคร และมีประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชนนั้นด้วย เมื่อมีการติดตามเยี่ยมถึงที่บ้าน บางรายมีคำถามเตรียมไว้ด้วย

กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะพอใจมากที่มีผู้ให้ความสนใจเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดกำลังใจและญาติผู้ดูแลจะทำกายภาพบำบัดไม่เป็น เนื่องจากไม่ได้รับการฝึกสอนจากโรงพยาบาล จึงต้องให้พยาบาลออกมาร่วมทีมเพื่อช่วยฝึกให้แก่ญาติผู้ดูแล ต้องทำความเข้าใจกับผู้ดูแลและผู้ดูแลถึงการฝึกกายภาพบำบัด ถึงผลที่จะได้รับจากการฝึกหรือไม่ฝึก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เริ่มขยับแขนขา ยกได้ นั่งได้ บางรายเริ่มหัดเดินและมีความหวังที่จะเดินได้ ซึ่งหากไม่มีเภสัชกร ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยคงลำบากและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ลุกนั่งไม่ได้ ผู้ป่วยและญาติต้องการให้มีการฝึกสอน และฝึกปฏิบัติขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจมาก ในการสอนแนะนำอย่างใกล้ชิดถึงวิธีใช้ยาพ่นที่ถูกต้องโดยเภสัชกร ผู้ป่วยจะมีความกระตือรือร้นที่จะฝึกปฏิบัติให้ถูกต้อง ส่งผลให้ผลการใช้ยาดีขึ้น

ผู้ป่วย 3 รายต้องการให้นายามาที่บ้าน เนื่องจากความไม่สะดวกในการไปรับยาที่โรงพยาบาล โดยไม่มีคนไปส่ง ค่ารถแพง เมารถ หรือเหนื่อยต่อการเดินทาง และต้องการให้มีแพทย์มาตรวจที่บ้านบ้างเป็นครั้งคราว (3 เดือน/ครั้ง) ผู้ป่วย 3 รายที่มีอคติต่อแพทย์และพยาบาล ทำให้ทุกครั้งที่ไปรับยาจะไม่พึงพอใจ จึงพยายามซักถามถึงสาเหตุของความไม่พอใจ โดยอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยเห็นว่าการให้บริการให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลนั้นดี แต่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการรับคำแนะนำ เนื่องจากมีเวลาน้อย ผู้ป่วยบางรายมีญาติมาส่งและต้องรีบกลับไปทำงาน หรือบางรายมาโดยรถโดยสารประจำทางซึ่งมักจะไม่รอ สถานที่ให้คำปรึกษานั้นอยู่ที่ห้องจ่ายยาซึ่งจะเสียงดัง ทุบว้าย ผู้ป่วยจะไม่มีสมาธิ และผู้ป่วยสูงอายุจะมีปัญหาในด้านการรับฟัง ผู้ป่วยจะให้คำตอบรับตลอดต่อการให้คำปรึกษา การซักถามมีน้อย และแผ่นพับที่ให้อ่านเพิ่มข้อมูลเรื่องยาและโรคนั้นพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้อ่านและไม่สนใจที่จะอ่าน ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาส่วนใหญ่เห็นว่า ตนเองมีการใช้ยาถูกต้องมากขึ้น อากาศของโรคดีขึ้น มีความมั่นใจในการใช้ยามากขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ และมีความหวังในการใช้ชีวิตมากขึ้น อยากให้มีการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรอย่างนี้ตลอดไป

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัยศึกษาปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ หลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 64 ราย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านครบ 4 ครั้งมีจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 84.4) เป็นหญิง 32 ราย (ร้อยละ 59.3) ชาย 22 ราย (ร้อยละ 40.7) ผู้ป่วยอีก 10 รายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแต่ไม่ครบ 4 ครั้ง เนื่องจากเสียชีวิตที่บ้านและเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเมื่อกลับมาพักรักษาซ้ำ และย้ายออกนอกเขตเป้าหมาย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 69.78 ปี จำนวนขนานยาที่ได้รับหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.63 ขนาน ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.93 วัน ผู้ป่วย 27 ราย (ร้อยละ 50.0) ใช้ยาด้วยตนเอง ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยอ่านเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ป่วยที่ใช้ยาอื่นร่วมเป็นประจำมีจำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่จะใช้ยาอื่นร่วม 1 ขนาน ผู้ป่วยจำนวน 14 รายมีประวัติการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 7 เดือนก่อนการวิจัย

จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาเองมีปัญหาในการใช้ยาถึง 22 ราย (ร้อยละ 81.5) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยาโดยพบจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 66.7) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ T-test ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยาเองและผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยากับจำนวนปัญหาในการใช้ยาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p < 0.05$) ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยาด้วยตนเอง เกสัชกรควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ แม้ว่าจะให้คำปรึกษาแนะนำจากที่โรงพยาบาลแล้วก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการติดตามต่อเนื่องที่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากมีโอกาสเกิดปัญหาการใช้ยามาก

จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 พบปัญหาการใช้ยาจำนวน 75 ปัญหาจากผู้ป่วย 40 ราย (ร้อยละ 74.1) จำนวนปัญหาการใช้ยาโดยเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 1.39 ปัญหา

จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 2 พบปัญหาการใช้ยาจำนวน 39 ปัญหาจากผู้ป่วย 33 ราย (ร้อยละ 61.7) จำนวนปัญหาการใช้ยาโดยเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 0.72 ปัญหา

จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 3 พบปัญหาการใช้ยาจำนวน 10 ปัญหาจากผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 16.7) จำนวนปัญหาการใช้ยาโดยเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 0.18 ปัญหา

จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 4 พบปัญหาการใช้ยาจำนวน 4 ปัญหาจากผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 5.6) จำนวนปัญหาการใช้ยาโดยเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 0.07 ปัญหา

จากการวิจัยพบว่าเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 4 ครั้งโดยเภสัชกรนั้น จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาลดลงจาก 40 ราย เหลือเพียง 3 ราย และจำนวนปัญหาการใช้ยาลดลงจาก 75 ปัญหาเหลือเพียง 4 ปัญหา ซึ่งจำนวนปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ทดสอบโดยใช้ paired T-test

จากการติดตามเยี่ยมบ้านครบ 4 ครั้งปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดจากการวิจัยคือการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (109 ปัญหา) รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (10 ปัญหา) สาเหตุของปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งคือการไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่เข้าใจในวิธีใช้ยาหรือมีความสับสนในการใช้ยา ผู้ป่วยไม่กล้าใช้ยาที่ได้รับ เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยลืมรับประทานยาในบางมื้อ และการไม่ไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่ทราบวันนัด ไม่มีคนไปส่งไปโรงพยาบาล และผู้ป่วยไม่ออกไปโรงพยาบาลเมื่ออาการดีขึ้น เมื่อมีการติดตามการใช้ยาที่บ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรทำให้ปัญหาจากการใช้ยาลดลง โดยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา แก้ไขอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพิ่มความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.0) กลับมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 7 เดือนที่ทำการวิจัย จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านของเภสัชกร ส่งผลถึงความถี่ในการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินด้วย จากการวิจัยนี้พบว่า การกลับมาพักรักษาตัวนั้นมีสาเหตุไม่ชัดเจนว่ามาจากปัญหาการใช้ยาหรือจากปัจจัยอื่นๆ แต่จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินนั้นลดลง ซึ่งอาจเป็นผลจากการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยก็ได้

การออกติดตามผู้ป่วยถึงที่บ้านจะได้ทราบปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านอย่างแท้จริง จากสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย การปฏิบัติตนขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การเก็บรักษายาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย 23 ราย (ร้อยละ 42.6) เก็บยาเอาไว้จำนวน 34 รายการ จำนวน 3,284 เม็ด คิดเป็นมูลค่า 1,431 บาท และมีการให้บริการประชาชนอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยเป้าหมายอีก 92 ราย

โดยผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการติดตามการใช้ยาที่บ้านโดยเภสัชกรนั้น เป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การให้คำแนะนำผู้ป่วยที่บ้านในครั้งแรกนั้นต้องใช้ระยะเวลานาน ต้องสร้างความคุ้นเคยจนได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย โดยเริ่มจากการแนะนำตัวกับผู้ป่วย พุดคุยถึงสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในปัจจุบัน สภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไป จากนั้นจึงเริ่มซักถามผู้ป่วยเช่น อาการและการเจ็บป่วยของโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซักถามประวัติการเจ็บป่วยทั้งหมด ซักถามอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป พุดคุยถึงยาและขอดยาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล สอบถามถึงผู้ดูแลในการใช้ยา การจัดเตรียมยาที่ใช้ วิธีใช้ยา นับเม็ดยา ยาอื่นๆที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมด ยาที่ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านทั้งหมด ในรายที่มียาพ่นให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาจะดำเนินการแก้ไขในแต่ปัญหานั้น เช่น ปัญหาการใช้ยาน้อยครั้งหรือมากกว่าแพทย์สั่ง ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นเมื่อไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และผลดีที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ดังนั้นเภสัชกรควรเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ ทักษะในการติดต่อสื่อสาร และเทคนิคการให้คำปรึกษากับผู้ป่วย

2. การออกติดตามผู้ป่วยที่บ้านนั้นควรถามย้ำกับผู้ป่วยถึงบ้านเลขที่ หมู่ ตำบล ของผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพราะอำเภอคลองมีการเปลี่ยนแปลงการจัดแบ่งหมู่บ้าน ตำบล แต่ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยคงเป็นที่อยู่เดิม ทำให้ได้ข้อมูลผิดพลาด ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยที่บ้านไม่ได้รับความสะดวก

3. สื่อความรู้ชนิดสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความสนใจที่จะอ่านและบางรายอ่านหนังสือไม่ได้ ถูกหลานที่บ้านก็ไม่ได้ใส่ใจที่อ่านความรู้เกี่ยวกับยาและโรค แต่ผู้ป่วยสนใจที่จะสอบถามพุดคุยกับเภสัชกรมากกว่า

4. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา ขนาดใช้ยา การลดหรือเพิ่มยา และผู้ป่วยที่รับยาจากหลายสถานพยาบาลนั้น เภสัชกรควรแจ้งและอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลทุกครั้ง และควรให้ความสำคัญกับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น เช่น การได้รับยาซ้ำซ้อน การใช้ยาน้อยครั้งหรือมากกว่าแพทย์สั่ง

5. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยควรเน้นเรื่องวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ข้อบ่งใช้ของยา ความจำเป็นในการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่ใช้เมื่อมีอาการ เช่น ยาอมใต้ลิ้น แนะนำและติดตามให้ผู้ป่วยทุกรายที่มารับยานำยาเดิมมาด้วย อาจจัดระบบนับเม็ดยาเดิมที่เหลือของผู้ป่วยแล้วจ่ายยาเพิ่มให้ครบจำนวนตามแพทย์สั่ง เพื่อป้องกันยาเหลือที่บ้าน ยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพ การให้ยาซ้ำซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาด้วยตนเอง ควรการให้คำแนะนำถึงผลที่เกิดขึ้นหากลืมนำยาและย้ำถึงวิธีแก้ไขเมื่อลืมนำประทานยา การมีผู้ดูแลช่วยกระตุ้นเตือนจะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น และปัญหาบางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้ในการแนะนำเพียงครั้งเดียว จึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

6. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ไม่อาจทำได้ทุกรายจึงควรมีเกณฑ์คัดเลือผู้ป่วยเพื่อการติดตามต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มเช่น โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังหรือโรคหอบหืดที่มียาพ่นใช้ร่วมด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาที่บ้าน

7. ผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยาด้วยตนเอง เภสัชกรควรให้ความสนใจเป็นพิเศษแม้ว่าจะให้คำปรึกษาแนะนำจากที่โรงพยาบาลแล้วก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่พร้อมที่จะรับคำแนะนำขณะอยู่โรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยนี้ควรได้รับการติดตามต่อเนื่องที่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ

8. ผู้ป่วยที่รับยาจากหลายสถานพยาบาล ควรแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาเหล่านั้นมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่ได้รับตรวจ และควรซักถามข้อมูลการใช้ยาอื่นที่บ้านด้วย เพื่อป้องกันการให้ยาซ้ำซ้อนและป้องกันไม่ให้มียาเหลือที่บ้านเกินจำเป็น

9. ผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่น (เช่น salbutamol inhalation) ควรได้รับการติดตามการใช้ยาที่บ้าน เนื่องจากการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ยาพ่นแม้จะเคยได้รับคำแนะนำการใช้ยาแล้วจากที่โรงพยาบาล แต่เมื่อมีการติดตามที่บ้านพบว่ายังใช้ไม่ถูกต้อง และต้องใช้เวลานานในการให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นหลายรายจะทำได้ถูกต้องเมื่อไม่มีอาการเหนื่อยหอบ และหากมีอาการผู้ป่วยจะตกใจ กลัว ทำให้ใช้ยาไม่ถูกต้อง สัมผัสยาที่ได้จากการฝึกปฏิบัติ ซึ่งข้อมูลต่างๆจะได้จากผู้ดูแลหรือตัวผู้ป่วยเอง การให้คำแนะนำแก่กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ควรให้กำลังใจและคำชมเชยแก่ผู้ป่วยในความพยายามที่จะปฏิบัติให้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยกล้าซักถาม และไม่อายหรือรู้สึกผิดเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีความกระตือรือร้นที่จะฝึกปฏิบัติ หากมีผู้ดูแลควรฝึกปฏิบัติและแนะนำแก่ผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

10. ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทุกราย ควรได้รับคำแนะนำ และฝึกปฏิบัติการ ทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลและก่อนได้รับการจำหน่ายจาก โรงพยาบาล เพื่อให้มีการทำกายภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และควรได้รับการติดตามดูแลเยี่ยม บ้านอย่างต่อเนื่องด้วย จากทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วย

11. การติดตามผู้ป่วยที่บ้านไม่พบปัญหาการใช้จ่าย การใช้จ่ายลูกกลอน หรือยานมอในการรักษาโรค อาจเนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีนโยบายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข กระจายครอบคลุมทั้งจังหวัด ทำให้ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขและป้องกัน

12. ปัญหาที่พบจากการวิจัย คือ เมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่อยู่ที่บ้านแต่ไปที่บ้านญาติ แต่ดำเนินการแก้ไขโดยให้ญาติหรือบ้านใกล้ๆ ไปตามผู้ป่วยกลับมา และการติดตามผู้ป่วยที่อยู่ไกล ต้องเสียเวลาเดินทางนานนั้น แก้ไขโดยพยายามจัดเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในเส้นทางเดียวกันนั้นไปพร้อมกันเพื่อประหยัดเวลาและบุคลากร

13. จากการวิจัยนี้การกลับมาพักรักษาซ้ำนั้น มีสาเหตุไม่ชัดเจนว่ามาจากปัญหาการใช้จ่าย หรือจากปัจจัยอื่นๆ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบผลการรักษาในแง่การกลับมารักษาซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีการติดตามที่บ้านโดยเภสัชกร กับผู้ป่วยที่ไม่มีการติดตามที่บ้าน และจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมียาเหลือและเก็บสะสมยาไว้ที่บ้านมากมาย ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มขึ้นถึงสาเหตุ และพฤติกรรมผู้ป่วยในการเก็บรักษายาเพื่อให้ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง ตรงประเด็น จะทำให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น

13. จากข้อจำกัดด้านต่างๆ นั้นสามารถดำเนินการโดยประยุกต์รูปแบบการดำเนินการ เช่น

- ด้านอัตรากำลังของเภสัชกร : สามารถประยุกต์ได้โดยดำเนินงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยจัดทำเป็นแบบแผนการดำเนินงานในการค้นหาปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วย
- ด้านเวลา : ควรจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่เป็นอยู่ของแต่ละแห่งแล้ว จึงดำเนินการแก้ไขตามลำดับ
- ด้านงบประมาณ : สามารถประยุกต์การทำงานโดยร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.) และงานของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
- ด้านศักยภาพของเภสัชกรและเทคโนโลยี : เภสัชกรควรเข้าร่วมการประชุมสัมมนาอบรมและฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการค้นหาและติดตามปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกื้อ วงศ์บุญสิน. 2538. ผู้สูงอายุ: มุมมองด้านประชากรและสังคม. เอกสารประกอบการสัมมนา
วิจัยทัศนผู้สูงอายุไทย: 1-17.
- ดวงจิต พนมวัน ณ ออยุธยา และ นารัต เกษตรทัต. 2538. งานวิจัยด้านการเฝ้าไข้ในผู้สูงอายุ.
เอกสารประกอบการสัมมนา วิจัยทัศนผู้สูงอายุไทย: 87-109.
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2536. บทบาทของพยาบาลกับแนวทางการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่
บ้าน. เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชน
ที่บ้าน.
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2538. บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับแนวทางการดูแลสุขภาพอนามัยที่
บ้าน. เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน.
- แผน วรรมณธี. 2538. สภาสาธารณสุขไทยกับงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน. สารสภากาพยาบาล 10
(กรกฎาคม-กันยายน) : 26-33.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. 2539. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลใน
สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-
2549). วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิจิตรา รัตนไพบูลย์. 2539. การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าของผู้ป่วยที่มีสาเหตุ
เนื่องมาจากยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณีรัตน์ เลขลบ. 2536. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาล
ศรีสะเกษ.
- มนัสสินธุ์ บุญยธรรม. 2536. ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ประสารอธิคม. 2535. ผลของการใช้แบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการ
พยาบาลของโอเรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา แสนอารี. 2539. การติดตามปัญหาการเฝ้าไข้ในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่น
เกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2536. การดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน. จันทบุรี: โรงพยาบาลจันทบุรี.
- โรงพยาบาลลอง. กันยายน 2540. แผนงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาลลอง. แพร์: โรงพยาบาลลอง.
- ลักขณา จิตต์ไพบูลย์. 2536. ความต้องการการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ่มตระกูล. 2537. การดูแลสุขภาพที่บ้าน. สารสภากา
พยาบาล 10 (กรกฎาคม-กันยายน) : 1-6.
- สมพร เมฆอรุณรุ่งเจริญ. 2539. การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคในคลินิกโรค
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรกฎาคม 2538. สถานการณ์และแนวโน้มสาธารณสุขใน
แผนฯ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544). เอกสารประกอบการสัมมนาระดับภาค เรื่อง
แนวคิดและทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่ง
ชาติ ฉบับที่ 8. กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิฤดี เหมะจุทา. เมษายน 2537. นวัตกรรมของงานบริการเภสัชกรรมโรงพยาบาล.

ภาษาอังกฤษ

- American Society of Hospital Pharmacists. 1993. ASHP Guidelines for the pharmacist' role in home care. American Journal of Hospital Pharmacy 50: 1940-1944.
- Bond, W. S., and Hussar, D. A. 1991. Detection method and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Pharmacy 48: 1978-1988.
- Caranasos, G. J., Stewart, R. B., and Cluff, L. E. 1974. Drug induced illness leading to hospitalization. Journal of American Medical Association 288: 713-717.
- Carroll, N. and Fincham, J. E. 1993. Elderly consumers' perceptions of the risks of using mail-order pharmacies. Journal of Social and Administrative Pharmacy 10: no 3: 123-129.
- Catania, P. N. 1994. Introduction to home health care. Home health care practice (2 nd ed). CA: The pocket Press.
- Cohen, M. R. 1989. Medication error reports. Hospital Pharmacy 24: 219, 222.

- Col, N., Fanale, J. E., and Kronholm, P. 1990 . The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. Archive of Internal Medicine 150: 841-845.
- Cugley, M., Jessop, J., Lovitt, H., and Reick, A. 1993. Domiciliary visits by hospital pharmacists to elderly patients. Australian Journal of Hospital Pharmacy 23: 26-27.
- Dennehy, C. E., Kishi, D. T., and Louie, C. 1996. Drug-related illness in emergency department patients. The American Journal of Health-System Pharmacists 53:1422-1426.
- Einarson, T. R. 1993. Drug-related hospital admissions. The Annals of Pharmacotherapy 27: 832-840.
- Fairbrother, J., Mottram, D. R., and Williamson, P. M. 1993. The doctor-pharmacist interface, a preliminary evaluation of domiciliary visits by a community pharmacist. Journal of Social and Administrative Pharmacy 10: no 2: 85-91.
- Felkey, B. G. 1995. Adherence screening and monitoring: pharmacist play an important role in adherence screening and monitoring. American Pharmacy NS35: 42-51.
- Graham, H., and Livesley, B. 1983. Can readmission to a geriatric medical unit be prevented?. Lancet 1: 404-406.
- Grahl, C. 1994. Improving compliance-solving a \$100 billion problem. Managed Healthcare 4: S11-S13.
- Hallas, J., et al. 1990. Drug-related hospital admissions: the role of definitions and intensity of data collection, and the possibility of prevention. Journal of Internal Medicine 288: 83-90.
- Hepler, C. D., and Strand, L. M. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy 47: 533-543.
- Hewitt, J. 1995. Drug-related unplanned readmission to hospital. Australian Journal of Hospital Pharmacy 25: 400-403.
- Ives, T. J., Bentz, E. J., and Gwyther, R. E. 1987. Drug-related admissions to a family medicine inpatient service. Archive of Internal Medicine. 147: 1117-1120.

- Johnson, K. A., Bergstedt, H. A., and Robert, T. W. 1993. Use of pharmaceutical care plans in home i.v. therapy. American Journal of Hospital Pharmacy 50: 2173-2174.
- Lamy, P. P. 1994. The needs of the elderly patient. Home health care practice (2 nd ed). CA: The pocket Press.
- Levy, R. A., and Smith, D. L. 1988. Keeping the elderly patient at home. American Pharmacy NS 28: 41-44.
- McKenney, J. M., and Harrison, W., L. 1976. Drug related hospital admissions. American Journal of Hospital Pharmacy 32: 792-795.
- Monk-Tutor, M. R. 1998. Home care practice as a model for providing pharmaceutical care. The American Journal of Health-System Pharmacists 55: 486-490.
- Morse, G. D., Douglas, J. H., Rodgers, S., and Gal, P. 1986. Effect of pharmacist intervention on control of resistant hypertension. American Journal of Hospital Pharmacy 43: 905-9.
- Naylor, M. D., et al. 1999. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. Journal of American Medical Association 281: 613-620.
- Phillips, S. L., Car-Lopez, S. M. 1990. Impact of pharmacist on medication discontinuation in a hospital-based geriatric clinic. American Journal of Hospital Pharmacy 47: 1075-1079.
- Prince, B. S., Goetz, C. M., Rihn, T. L., and Olsky, M. 1992. Drug related emergency department visits and hospital admissions. American Journal of Hospital Pharmacy 49: 1696-1700.
- Rode, J. 1994. Patients confirm that medication counseling helps. American Journal of Hospital Pharmacy 51: 1606-1607.
- Schneider, P. J., et al. 1995. Cost of medication-related problems at a university hospital. The American Journal of Health-System Pharmacists 52: 2415-2418.
- Schneitman-Mc Intire, O., Famen, T. A., Gordon, N., Chan, J., and Toy, W. A. 1996. Medicine misadventures resulting in emergency department visits at an HMO medical center. The American Journal of Health-System Pharmacists 53: 1416-1422.

- Schommer, J. C., and Wiederholt, J. B. 1994. Pharmacists' perception of patients' needs for counseling. American Journal of Hospital Pharmacy 51: 478-485.
- Strand, L. M., Morley, P. C., Cipolle, R. J., Ramsey, R., and Lamsam, G. D. 1990. Drug-related problems: their structure and function. The Annals of Pharmacotherapy 24: 1093-1097.
- Stromme, H. K., and Botten, G. 1993. Support and service for the drug treatment of old people living at home . Journal of Social and Administrative Pharmacy 10: no 3 :130-137.
- Williams, E. I., and Fitton, F. 1988. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. British Medical Journal 297: 784-787.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Home Care Record)	
เลขที่	
HN	AN
ชื่อ	เพศ
อายุ ปี	น้ำหนัก กก. ว/ด/ป เกิด
ที่อยู่	โทร
อาชีพ	การศึกษา (อ่านเขียนได้)
สิทธิการรักษา	สถานภาพสมรส
แผนที่บ้านผู้ป่วย	
วันที่เข้าพักรักษา	วันที่จำหน่าย
Diagnosis	แพทย์
ประวัติการแพ้ยา	
ปัญหาความบกพร่องทางร่างกาย	
(....) มี (....) การมองเห็น (....) การได้ยิน (....) การเคลื่อนไหว (....) การช่วยเหลือตนเอง (....) ไม่มี	
พฤติกรรมทั่วไป	(....) ต้มเหล้า (....) สูบบุหรี่ (....) อื่นๆ เช่น.....
ประวัติการเจ็บป่วย	(....) โรคหลอดเลือดและหัวใจ ปี (....) โรคเบาหวาน ปี (....) โรคตับ ปี (....) โรคไต ปี (....) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ปี (....) อื่นๆ
ผู้ดูแลในการใช้ยา	(....) ใช้เอง (....) มีผู้จัดเตรียมให้ คือ

ภาคผนวก ก. (ต่อ)

ประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล/การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน(1 ปีก่อนมาครั้งนี้)		
1. ว/ด/ป	จำนวนวันที่เข้าพัก	วัน การวินิจฉัย.....
2. ว/ด/ป	จำนวนวันที่เข้าพัก	วัน การวินิจฉัย.....
3. ว/ด/ป	จำนวนวันที่เข้าพัก	วัน การวินิจฉัย.....
4. ว/ด/ป	จำนวนวันที่เข้าพัก	วัน การวินิจฉัย.....
การกลับมาอนพักรักษาในโรงพยาบาล/การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน		
1. ว/ด/ป	จำนวนวันที่เข้าพัก	วัน การวินิจฉัย.....
สาเหตุการกลับมาอนพักรักษาในโรงพยาบาล.....		
การเปลี่ยนแปลงการรักษา (...) มี คือ..... (...) ไม่มี		
2. ว/ด/ป	จำนวนวันที่เข้าพัก	วัน การวินิจฉัย.....
สาเหตุการกลับมาอนพักรักษาในโรงพยาบาล.....		
การเปลี่ยนแปลงการรักษา (...) มี คือ..... (...) ไม่มี		
ยาที่ได้รับหลังจำหน่าย		
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
การนัดครั้งต่อไป		

ภาคผนวก ข.

แบบประเมินความรู้ผู้ป่วย		
ชื่อผู้ป่วย.....	โรค.....	เลขที่.....
หัวข้อที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย		
<ol style="list-style-type: none"> 1. ซ้ำองไข้อย่าง 2. วิธีการบริหารยา ขนาดที่ใช้ รูปแบบของยา เวลาให้ยาที่เหมาะสม 3. คำแนะนำพิเศษในการให้ยาและการเก็บรักษา 4. ข้อควรระวัง 5. อาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและข้อควรปฏิบัติ 6. วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานหรือให้ยา 7. ช่วยทบทวนวันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาในครั้งต่อไป 		
<p>ผู้รับการแนะนำ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลผู้ป่วย คือ <input type="checkbox"/>ญาติ คือ.....</p> <p>ปัญหาผู้ป่วย 1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>ข้อเสนอแนะ 1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือ</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ..... ภาสกรผู้ให้คำแนะนำ</p>		

ภาคผนวก ง.

แบบบันทึกปัญหาการไต่อา 2

<p>รายละเอียดของปัญหา</p> <p>การแก้ไข/แนะนำ</p>	<p><u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1</u></p>
<p>รายละเอียดของปัญหา</p> <p>การแก้ไข/แนะนำ</p>	<p><u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2</u></p>
<p>รายละเอียดของปัญหา</p> <p>การแก้ไข/แนะนำ</p>	<p><u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3</u></p>
<p>รายละเอียดของปัญหา</p> <p>การแก้ไข/แนะนำ</p>	<p><u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4</u></p>

ภาคผนวก จ.

ข้อมูลของรายการยา จำนวนเม็ดยาและมูลค่ายาที่รับคืนจากผู้ป่วย

รายชื่อยา	รวม (เม็ด)	ราคา/เม็ด (บาท)	มูลค่า (บาท)
AIOH ₃	27	0.16	4.32
aminophylline	625	0.21	131.25
amitriptyline 10 mg	5	0.25	1.25
amoxycilline	18	2.29	41.22
B1-8-12	49	0.51	24.99
Bco	11	0.16	1.76
สูตร belloid [®]	7	0.57	3.99
benzhexol	89	0.28	24.92
bromhexine	515	0.16	82.4
cimetidine 200 mg	41	2.12	86.92
cinnarizine	12	0.29	3.48
diazepam 2 mg	13	0.13	1.69
digoxin	86	0.23	19.78
domperidone	54	0.5	27
hydrochlorothiazide	99	0.34	33.66
indomethacin	6	0.29	1.74
methyldopa	115	2.47	284.05
สูตร moduretic [®]	30	1	30
multivitamin	10	0.31	3.1
propranolol 10 mg	45	0.61	27.45
propranolol 40 mg	115	1.21	139.15
reserpine	21	0.2	4.2
salbutamol	745	0.26	193.7
sodamint	55	0.06	3.3
terbutaline	449	0.5	224.5
dipotassium clorazepate	42	0.73	30.66
รวม	3,284		1,430.48

ภาคผนวก ฉ.

ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 64 ราย จำแนกตามโรคประจำตัว ปัญหาการไต่ยา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน 7 เดือนก่อนการวิจัย (พ.ย. 2540-พ.ค. 2541) และ 7 เดือนของการวิจัย (พ.ย. 2541-พ.ค. 2542)

ผู้ป่วยราย ที่	โรคประจำตัว	ปัญหาการไต่ยา (ปัญหา)				จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล/ห้องฉุกเฉิน	
		HC1	HC2	HC3	HC4	7 เดือนก่อนการวิจัย (ครั้ง)	7เดือนของการวิจัย (ครั้ง)
1*	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	2	0	0	0	0	1
2#@	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	2	0	0	0	3	1
3#@	ไตวายเรื้อรัง	4	3	0	1	1	1
4	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	1	1	0	0	2	2
5*#	หัวใจล้มเหลว	2	0	0	0	0	2
6#	หัวใจล้มเหลว	0	0	1	0	1	2
7#@	ความดันโลหิตสูง	2	1	1	0	0	0
8*#@	ความดันโลหิตสูง	5	1	0	0	0	1
9*#	ความดันโลหิตสูง	1	2	0	0	0	1
10*\$	วัณโรค	4	1	0	0	0	0
11\$@	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	0	2	0	0	1	1
12#\$@	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	1	1	0	0	25	2
13\$@	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	3	1	0	0	3	2
14*#	อัมพาตครึ่งซีก	0	2	1	0	0	0
15*	อัมพาตครึ่งซีก	0	1	0	0	0	0
16*\$@	หัวใจขาดเลือด	2	1	0	0	0	0
17\$@	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	4	1	0	0	1	1
18\$	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	3	0	2	0	1	3
19*#\$@	ความดันโลหิตสูง	0	1	0	0	0	0
20*@	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	1	1	0	0	0	0
21*#	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	1	0	1	0	0	0
22	หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	2	0	0	0	1	1
23	ไตวายเรื้อรัง	0	0	0	0	1	0

ภาคผนวก ข (ต่อ)

ผู้ป่วยราย ที่	โรคประจำตัว	ปัญหาการใช้ยา (ปัญหา)				จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล/ห้องฉุกเฉิน	
		HC1	HC2	HC3	HC4	7 เดือน ก่อนการวิจัย (ครั้ง)	7เดือนของการวิจัย (ครั้ง)
24#\$\$@	ความดันโลหิตสูง	1	0	0	0	0	0
25*#\$\$@	ความดันโลหิตสูง	3	0	0	0	0	0
26*	อัมพาตครึ่งซีก	1	0	0	0	0	1
27*	อัมพาตครึ่งซีก	0	1	0	0	0	0
28#	ไตวายเรื้อรัง	1	1	0	0	0	0
29#@	เบาหวาน	0	0	0	0	0	0
30#\$\$@	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	0	0	0	0	1	0
31#	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	1	0	0	0	0
32\$	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	1	0	0	0	2
33\$@	ความดันโลหิตสูง	4	1	0	2	0	0
34@	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	1	0	0	0	2
35*#	หัวใจล้มเหลว	0	1	0	0	0	0
36*#@	หัวใจขาดเลือด	1	0	0	0	0	0
37*#	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	2	0	0	0	0	2
38*	วัณโรค	0	0	0	0	0	2
39\$@	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	1	0	0	0	0
40#\$\$@	ความดันโลหิตสูง	0	1	1	0	0	0
41*#	อัมพาตครึ่งซีก	0	0	0	0	0	0
42	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	2	2	1	0	0	0
43#\$\$@	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	3	1	0	0	2	2
44*#	ความดันโลหิตสูง	1	0	0	0	0	0
45*#	หัวใจล้มเหลว	0	1	0	0	0	0
46#\$\$@	ความดันโลหิตสูง	1	0	0	0	0	0
47*\$@	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	1	0	1	0	0
48#	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	2	1	0	0	0	0
49*#@	ความดันโลหิตสูง	1	1	0	0	0	0
50#	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	0	0	0	0	0

ภาคผนวก ข. (ต่อ)

ผู้ป่วยราย ที่	โรคประจำตัว	ปัญหาการใช้ยา (ปัญหา)				จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล/ห้องฉุกเฉิน	
		HC1	HC2	HC3	HC4	7เดือน ก่อนการวิจัย (ครั้ง)	7เดือนของการวิจัย (ครั้ง)
51*#@	ความดันโลหิตสูง	2	1	1	0	0	0
52#§	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	0	0	0	3	0
53#§@	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	2	1	0	0	0	0
54*	ความดันโลหิตสูง	1	1	1	0	0	0
55	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	-	-	-	-	-
56	หัวใจล้มเหลว	4	-	-	-	-	-
57	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	0	-	-	-	-	-
58	ความดันโลหิตสูง	0	-	-	-	-	-
59	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	2	-	-	-	-	-
60	หัวใจล้มเหลว	-	-	-	-	-	-
61	เบาหวาน	0	-	-	-	-	-
62	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	1	-	-	-	-	-
63	หลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	0	0	0	-	-	-
64	อัมพาตครึ่งซีก	-	-	-	-	-	-

* หมายถึง ผู้ป่วยที่เพิ่งวินิจฉัยรักษาครั้งแรก

หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิง

§ หมายถึง ผู้ป่วยที่ใช้ยาด้วยตนเอง

@ หมายถึง ผู้ป่วยที่อ่านเขียนได้

ประวัติผู้วิจัย

นางสาว จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุรักษ์ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2536 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2540 รับราชการครั้งแรกในตำแหน่งเภสัชกร ที่โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ จนถึงปัจจุบัน

