

การดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร¹

ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ²

รุ่งพีพร สกุลบำรุงศิลป์³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีจุดประสงค์เพื่อสร้างความปลอดภัยด้านการใช้ยา และควบคุมอาการของโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในชุมชน และพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน (Home pharmaceutical care) ในระดับปัจเจกบุคคลโดยนำรูปแบบการจัดการด้านยา (Medication Therapy Management: MTM) มาให้บริการเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในโครงการ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้จากทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 68 แห่ง เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาการไม่ได้และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยการส่งรายชื่อและข้อมูลชุมชนให้กับเภสัชกรชุมชนในร้านยา เภสัชกรชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการด้านยา (MTM) เพื่อการเยี่ยมดูแลที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน โดย 20 นาทีแรก ซักถามประวัติข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลและ 40 นาทีหลังใช้ในการจัดทำข้อมูลการใช้ยา ลงบันทึกเอกสาร จัดทำเอกสารเพื่อส่งต่อแพทย์ที่ให้การรักษา และ แก้ปัญหา พร้อมคำอธิบายเรื่องโรค ยา อาหาร

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 1,759 คน มีอายุเฉลี่ย 66 ± 9.4 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 72% มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไปถึงร้อยละ 90 มีการรับประทานยาโดยเฉลี่ย 6 ± 3 รายการและร้อยละ 89.3 มีรายการยามากกว่า 4 รายการขึ้นไป จากการเยี่ยมโดยเภสัชกรชุมชนพบปัญหาจากการใช้ยาคิดเป็น 2.5 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 คน โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากไม่ให้ความร่วมมือในด้านยา ปัญหาคิดเป็นร้อยละ 95 จากปัญหาทั้งหมด นอกจากนั้นเป็นปัญหาทางด้านคลินิก มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้าจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยในชุมชนมีปัญหาจากพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย จากการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งโดยเภสัชกรชุมชน พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มความดันโลหิตระดับความรุนแรงขั้นที่ 2 (Stage II $\geq 160/\geq 100$) เปลี่ยนเป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 56.1 นอกจากนี้เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ส่งผู้ป่วยกลับไปยังแพทย์ผู้รักษาและรับการตอบสนองจากแพทย์ ร้อยละ 55 พร้อมได้รับการแก้ปัญหาจากคำแนะนำของเภสัชกรเยี่ยมบ้าน

สรุปผลการศึกษา: การดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านสามารถช่วยลดปัญหาที่อาจจะเกิดจากการใช้ยาพร้อมกับเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและเภสัชกรชุมชนก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด สมควรมีการขยายรูปแบบเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: จากรูปแบบการบริการของเภสัชกรชุมชนยังไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ตามการจัดการด้านยา (MTM) โดยเภสัชกรชุมชนเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย โดยการผสมผสานรูปแบบการบริการของเภสัชกรชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข จะช่วยก่อประโยชน์การใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ยาในการรักษาโรค

คำสำคัญ การให้ความร่วมมือ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ปัญหาจากการใช้ยา การจัดการด้านยา

¹ รายงานการวิจัย ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

² เภสัชกรหญิง สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The objective of this study was implied to the chronic care model that was a guide to higher-quality chronic illness management that brought new conceptual frameworks and innovations for drug safety and outcome by redesigning the home pharmaceutical care the healthcare setting. The community pharmacists were required to indentify the drug related problems of diabetes by using medication therapy management (MTM) as the service template.

Methods: This study was an action research by pharmacist home health care services. The Thirty-four communities out of 68 Bangkok Metropolitan Health Centers were participating in referring uncontrolled diabetic patients to community pharmacy settings for home health care visits. The study populations were uncontrolled diabetic patients with high prevalence of drug related problems were purposively identified by nurses from primary care units during their regular home health visits and referred to community pharmacists. The pharmacist home health care interventions using MTM services were planned over the 3-month period. The average time spent by the pharmacist on each patient was approximately 60 minutes of which 20 minutes were spent on patient and/or caregiver interview and medication review and 40 minutes on intervention, patient medication record, documentation, and referral if needed

Results: The mean age of 1,759 patients was 66.0 \pm 9.4 years and 72% were female of 288 patients. Hypertension was the main co-morbidity found in patients, and 90% with two or more diseases. They were taking on the average of 6 \pm 3 medications and 89.3% of patients had 4 or more medications. The drug related problems or 2.5 problems per patient were identified by registered community pharmacist. Among these 95% were no adherence. The peripheral neuropathy was the major clinical symptoms detected of patients. Inappropriate eating behavior and lack of exercise were life- style problems. After 3 interventions, the blood pressure level was improved in 56.1% of patients by changing from hypertension stage II to lower stage. The cases referred to physicians, 55% or 19 cases had their medications altered as recommended by community pharmacists.

Conclusion: This study concluded that community pharmacist home health care could alleviate patients' medication utilization problems and would thus improve overall quality of patient care. The integrated care among primary care units and community pharmacists would be recommended to extend to other provinces and at a larger scale.

Policy: Community pharmacy services have not been a part of universal health coverage. However, Medication Therapy Management (MTM) for chronic conditions provided by pharmacists, cover improve quality of patient medication utilization, and they should be included as a part of benefit package for patients. Integrating community pharmacy services as a part of health benefit scheme would improve patient medication utilization and in turn improving patient outcomes.

Key words: Adherence, Chronic Care Model, Drug Related Problems, Medication Therapy Management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาของหลายประเทศ และรวมถึงประเทศไทย ซึ่งพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี โดยโรคเรื้อรังที่เป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพประชาชนมีหลายโรค อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไต ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ดังนั้นกระบวนการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนโดยทีมงานสุขภาพ (Health team) อย่างเป็นทางการที่มีอยู่ และสอดคล้องกับสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของชุมชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน (วิชัย เอกพลากร, 2552)

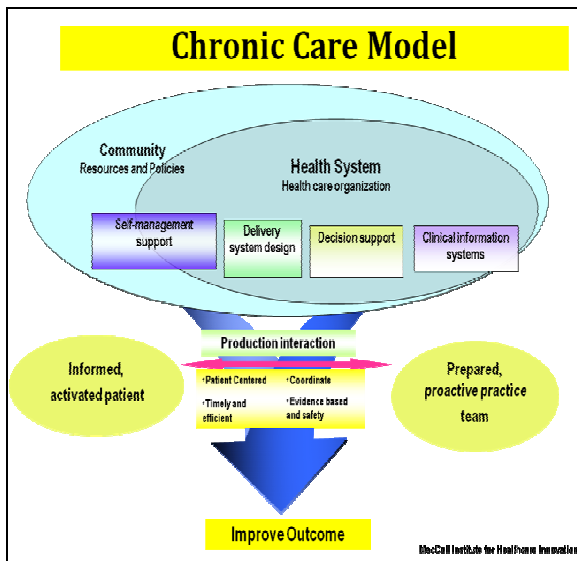
ปัจจุบันโรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกในประชากรค่อนข้างสูง ร้อยละ 6.9 ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป และพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ร้อยละ 42.8 (วิชัย เอกพลากร, 2552) และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะของโรคร่วม และมีการใช้ยาหลายรายการ จึงส่งผลให้มีโอกาสพบปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems) ของผู้ป่วย ส่งผลให้การรักษาไม่ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการใช้ยาระยะยาว, ผู้ป่วยที่รับยาเฉพาะทางที่

ต้องให้คำแนะนำพิเศษ เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา หรือปัญหาที่ไม่ให้ความร่วมมือการใช้ยา (non-compliance) ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ปัจจุบันแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามต้นแบบ (Chronic Care Model) (MacColl Institute for healthcare Innovation, 2009) ได้รับความนิยมนำมาใช้ เนื่องจากเป็นการผสมผสานองค์ประกอบทั้งระดับโครงสร้างองค์กร และระดับปฏิบัติงานเพื่อมุ่งหวังผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยถึงเป้าหมาย ซึ่ง

ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ดังภาพประกอบ 1 จากแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังดังกล่าว ผู้ดำเนินโครงการจึงนำงานบริหารทางเภสัชกรรมระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นกระบวนการย่อยที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการดูแลสุขภาพมาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อการแก้ปัญหา โดย การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับปัจเจกบุคคล (Pharmaceutical care for individual patients) ใช้รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน (Home pharmaceutical care) ส่วนการบริหารทางเภสัชกรรมในระดับชุมชน (Pharmaceutical care for the community) เน้นรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Self care), ส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในการรักษาตนเอง (Self medication) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยใช้แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อการดูแลประชาชนได้ต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ของ ทีมสหสาขา โดยเฉพาะเภสัชกรซึ่งมีบทบาทเกี่ยวกับการใช้ยา สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ การรักษาโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็เป็นการทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา และเป็นโอกาสที่บุคลากรสาธารณสุขจะได้รับทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย การนำงานทางบริหารทางเภสัชกรรมมาจัดการปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงและต่อสังคม การที่เภสัชกรชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและมีการประสานงานส่งต่อกับแพทย์ที่ให้การรักษา พร้อมกับให้ความรู้ แนวทางการใช้ยาที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยโดยตรงสามารถช่วยลดและแก้ปัญหาจากการรักษาได้



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)
 ที่มา: MacColl Institute for healthcare Innovation

กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน

แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรักษา (Patient-centered care) นำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังของ Chronic care Model (Wagner, 1990) ที่กล่าวถึงปัจจัยสำคัญ 6 สิ่งที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ระบบสุขภาพหรือองค์กรสาธารณสุข ทรัพยากรในชุมชนหรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง และระดับปฏิบัติงาน เช่น การบริการรูปแบบที่แตกต่าง การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก โดยนำหลักการและรูปแบบการจัดการด้านยา (Medication Therapy Management: MTM) มาปฏิบัติงานจริงโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีกระบวนการทำงานดังนี้ 1) การค้นหาข้อมูลการใช้ (Medication therapy review) 2) การจัดบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน (A person medical record) 3) วางแผนแก้ปัญหา (A medication action plan) 4) การให้ข้อมูลและส่งต่อ (Intervention and referral) และการจัดทำเอกสารพร้อมติดตามการใช้ยา (Documentation and follow-up) เพื่อการแก้หรือลด

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้โครงการได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความรู้ด้านการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

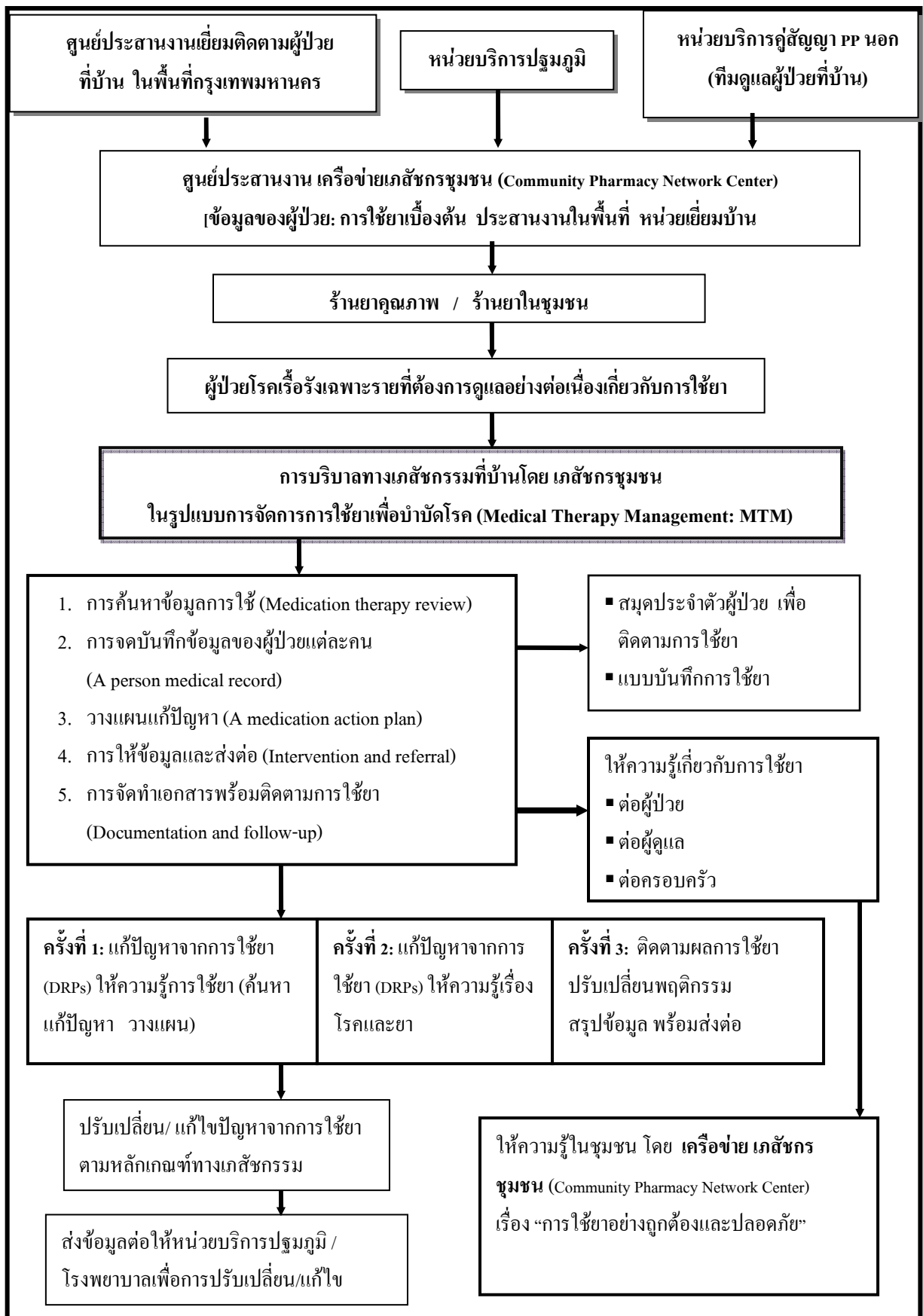
วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และควบคุมอาการของโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในชุมชน โดยการปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพ
2. เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยการติดตามผลลัพธ์สุดท้าย (Outcome) ของการใช้ยา โดยมุ่งหวังลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและการรุกรามของโรค
3. เพื่อพัฒนารูปแบบ การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับชุมชน (Pharmaceutical care for the community) และการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน (Home pharmaceutical care) ในระดับปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการระดับต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหอบหืด หรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่จำเป็น
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตผิดปกติ และได้รับยาซึ่งอาจมีการพิจารณาเป็นพิเศษ
3. ผู้ที่มีปัญหาการให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non-compliance)
4. ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 3 รายการขึ้นไป หรือได้รับยาในกลุ่ม high alert drug มากกว่า 2 รายการ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาอันตรายเนื่องจากการใช้ยา
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพไว้แล้ว และแพทย์เห็นว่าควรจะมีการติดตามเพื่อดูแลด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

สามารถนำเสนอองค์กรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน

วิธีการดำเนินโครงการ

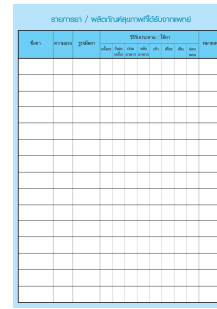
1. การเตรียมความพร้อมเครือข่ายชุมชน : เกษีกรชุมชนเข้มแข็งได้รับการฝึกอบรมปฏิบัติงานตามหลักสูตรการเข้มแข็ง อบรมความรู้เรื่องโรคและยาแนวทางการปฏิบัติงานทุก 2 เดือน โดยเรียนรู้ผ่านกระบวนการกรณีศึกษา (Case/problems-based learning)
2. การประชาสัมพันธ์และแนะนำโครงการ
 - 2.1 จัดประชุมเพื่อแถลงโครงการให้ แพทย์ เกษีกร และพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขรับทราบ
 - 2.2 ติดต่อประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขโดยตรง เพื่อนำเสนอโครงการ และรายชื่อผู้ป่วยที่สมควรได้รับการเข้มแข็ง
 - 2.3 ติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในชุมชนที่เป็นชุมชนเป้าหมายในการเข้มแข็ง เพื่อแนะนำโครงการ และขอความร่วมมือในการดำเนินการเข้มแข็งให้เป็นไปได้ด้วยความสะดวกและปลอดภัย
3. การติดต่อประสานงาน
 - 3.1 ประสานงานกับทีมพยาบาลเข้มแข็งเพื่อขอข้อมูล

- 3.1.1 รายชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ โรคประจำตัว เป็นต้น
- 3.1.2 ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.)
- 3.1.3 แผนที่บ้านของผู้ป่วย แผนที่นำทาง
- 3.2 ติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครชุมชน (อสส.) เพื่อกำหนดวันลงเยี่ยมบ้าน หรือ ประสานงานโดยตรงกับผู้ป่วย เพื่อกำหนดวันลงเยี่ยมบ้าน
- 3.3 โทรแจ้ง วัน เวลา และแผนงานการทำงานล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน
4. การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเกษีกรชุมชน
 - 4.1 กระเป๋าเยี่ยมบ้าน พร้อมถาดนับเม็ดยา
 - 4.2 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบตัวเลข
 - 4.3 อุปกรณ์ตรวจเท้า (Foot Monofilament)
 - 4.4 คู่มือความรู้สำหรับเกษีกรชุมชนปฏิบัติงาน (Knowledge Guide for Community Pharmacy)
 - 4.5 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient Profile)



ภาพประกอบ 3 ตัวอย่างแผนภาพให้ความรู้ประชาชนและผู้ดูแลที่บ้าน (คู่มือความรู้สำหรับเกษีกรชุมชนปฏิบัติงาน)

5. อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย
 - 5.1 กล่องใส่ยาขนาดใหญ่
 - 5.2 กล่องใส่ยาขนาดเล็ก 6 ช่อง หรือ ซองใส่พร้อมกระดาษ และปากกาสี
 - 5.3 แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น
- 5.4 สมุดคู่มือสุขภาพและการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 5.5 ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (Informed Consents Form)
- 5.6 ใบตอบรับการรับบริการและอุปกรณ์



ภาพประกอบ 4 ตัวอย่างสมุดคู่มือสุขภาพและการใช้ยาสําหรับผู้ป่วย

6. การปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน

เวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประมาณ 45 – 60 นาที และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประมาณ 20 – 40 นาที

การเยี่ยมต่อมาขึ้นอยู่กับภาวะผู้ป่วย ความถี่ในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วย ด้านสภาวะของโรค การใช้ยา การดูแลตนเองหรือครอบครัว

- การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ควรห่างกันประมาณ 3 – 4 สัปดาห์
- หากผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยามาก ความถี่ในการเยี่ยมบ้านควรเพิ่มขึ้น
- หากเภสัชกรได้ทำไปส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนั้นอาจทุก 1 – 2 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา เพื่อติดตามดูแลได้อย่างใกล้ชิด
- การโทรศัพท์หรือการให้ข้อมูลการติดต่อกลับมายังเภสัชกรเป็นวิธีการทำงานสะดวก

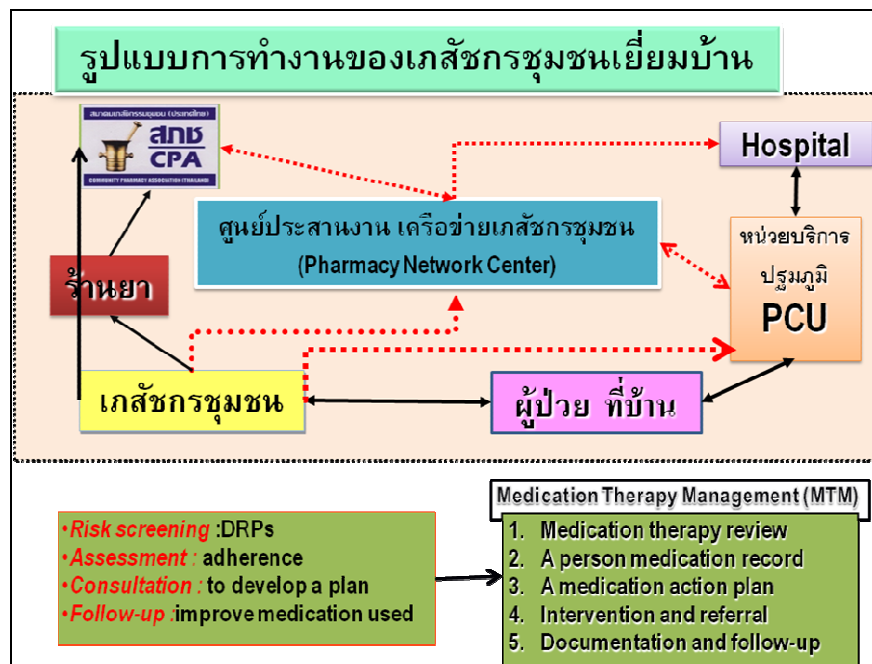
7. แนวทางการประเมินและสรุบบัญญาจากการใช้ยา

เภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน นำแนวทางการจัดการด้านยา (Medication Therapy Management: MTM) มาปฏิบัติงานจริงซึ่งมีรูปแบบการทำงานดังนี้ การค้นหาข้อมูลการใช้ (Medication therapy review) การจดบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน (A person medical record) วางแผนแก้ปัญหา (A medication action plan) การให้ข้อมูล

และส่งต่อ (Intervention and referral) และการจัดทำเอกสารพร้อมติดตามการใช้ยา (Documentation and follow-up) ซึ่งการปฏิบัติงานของเภสัชกรเยี่ยมบ้าน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการใช้ยาของเภสัชกรชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลด้านการใช้ยา และเภสัชกรเยี่ยมบ้านสืบค้นปัญหาจากการนับเม็ดยาซึ่งเป็นวิธีหนึ่งของการหาความร่วมมือในการใช้ยา และสรุบบัญญาจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการซักประวัติ การสังเกต พร้อมกับการนำข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยเอง มาวิเคราะห์ตามหลักการของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยการแยกประเด็นที่สำคัญ ซึ่งประกอบด้วย

- 7.1 ปัญหาจากการรักษาหรือผลจากการใช้ยา (Clinical Symptoms) โดยแสดงเป็นอาการที่พบจากผู้ป่วย
- 7.2 ปัญหาจากการดำเนินชีวิต (Life styles) ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การดูแลตนเอง และพฤติกรรมดำรงชีวิตทั้งครอบครัว ที่อาจมีผลต่อการรักษาโรคหรือการใช้ยา
- 7.3 ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs) ให้แยกประเภท DRP ตามตารางแนวทางการประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug Related Problems Assessment Guideline: DAG)

กระบวนการดูแลทั้งหมดมุ่งเน้นการแก้ปัญหาจากการใช้ยา โดยสร้างความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องกับผู้ป่วย ซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นบริบทที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในการทำความเข้าใจในแก้ปัญหาด้านยาร่วมกัน



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการทำงานของเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมให้ความรู้ประชาชนในชุมชน

เภสัชกรชุมชนจัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาชนในชุมชน เพื่อให้สร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม มีการติดต่อ

ประสานงานกับผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่อาสาสมัครชุมชนในพื้นที่เพื่อจัดกิจกรรม โดยจัดเอกสารความรู้ สมุดสุขภาพประจำตัว ไปสเตอร์ข้อมูลการใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อคิดในชุมชน

ผลการดำเนินงานโครงการ

ตาราง 2 ข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการ พ.ศ. 2552-2553 (n=1,759)

ข้อมูลรายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	506	28.8
หญิง	1,253	71.2
อายุ		
< 40 ปี	15	0.9
41 – 50 ปี	98	5.6
51 – 60 ปี	336	19.1
61 - 70 ปี	648	36.8
71 - 80 ปี	528	30.0
81 – 90 ปี	105	6.0
>80 ปี	29	1.6

ข้อมูลรายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	1004	57.1
บัตรข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	494	28.1
ประกันสังคม	83	4.7
จ้างเอง / จ่ายตรง	65	3.7
บัตรสูงอายุ	26	1.5
บัตรอื่นๆ (บัตร อสส., บัตรผู้พิการ, ไม่มีสิทธิ, ไม่ระบุ)	87	4.9
โรคประจำตัวของผู้ป่วย		
โรคความดันโลหิตสูง	1,294	73.6
โรคเบาหวาน	963	54.7
ภาวะไขมันในเลือดสูง	743	42.2
โรคหัวใจและหลอดเลือด	371	21.1
โรคกระดูกและข้อ	333	18.9
โรคระบบทางเดินหายใจ	139	8.0
โรคระบบทางเดินอาหาร	85	4.8
โรคตา เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ต้อเนื้อ	81	4.6
โรคไต	67	3.8
โรคทางระบบประสาท เช่น อัลไซเมอร์ ลมชัก	73	4.2

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุโดยเฉลี่ยมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและเป็นการอาศัยอยู่คนเดียว ในช่วงกลางวัน ประชาชนได้รับบริการดูแลสุขภาพตามสิทธิในการรักษาซึ่งมากกว่าร้อยละ 57.1 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ บัตรข้าราชการร้อยละ 28.1 ซึ่งจะพบการใช้จ่ายที่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการ จะมีภาวะบกพร่องทางเมตาบอลิต เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.6 โรคเบาหวานร้อยละ 54.7 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 21.1 รวมถึงภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.2 นอกจากนี้ยังพบภาวะโรคสืบเนื่องจากการเป็น โรคเรื้อรังจากผู้สูงอายุด้วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป จึงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้จ่าย

จากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรชุมชนในพื้นที่ กรุงเทพมหานครพบว่า มี ปัญหาจากการใช้จ่าย (Drug Related Problems: DRPs) ตามหลักเกณฑ์การแบ่งของ Hepler และ Strand (Hepler, 1990) ได้ รูปแบบปัญหา ดังตาราง 3 โดยพบว่า ปัญหาจากการใช้จ่าย 2.5 ปัญหาต่อคนในการเยี่ยมครั้งแรก และจำนวนปัญหาต่อผู้ป่วยลดลงในการเยี่ยมครั้งที่ 3 เป็น 2.0 ปัญหาต่อคน ซึ่งมาจากการที่ผู้ป่วย เข้าใจและมีการแก้ปัญหาได้ นอกจากนี้ปัญหาที่พบบมากที่สุด ความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย (Non-compliance หรือ non-adherence) ซึ่งเป็นปัญหาหลักของการแก้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรค เรื่องยา และอาหาร ให้กับตัวผู้ป่วย และที่สำคัญคือผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้าน โดยเฉพาะเรื่องการจัดอาหารให้ถูกต้องตามโรค การที่เภสัชกรเยี่ยมบ้านสืบค้นปัญหาจากการนับเม็ดยาซึ่งเป็นวิธีหนึ่งของการหาความร่วมมือในการใช้จ่าย

ตาราง 3 สรุปปัญหาจากการใช้ยาที่พบที่บ้าน โดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs)	จำนวนปัญหา		
	เยี่ยมครั้งที่ 1	เยี่ยมครั้งที่ 2	เยี่ยมครั้งที่ 3
จำนวนผู้ป่วย	1,759	1,604	1,486
จำนวนปัญหาต่อผู้ป่วย 1 คน	2.5	2.5	2.2
1. การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ (Untreated indication)	117	90	96
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)	24	11	9
3. การใช้ยาในขนาดต่ำกว่าการรักษา (Sub-therapeutic dosage)	16	11	6
4. การใช้ยาในขนาดมากเกินไป (Over-dosage)	5	8	4
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)	137	74	49
6. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)	39	26	14
7. การได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ทางวิชาการ (Invalid indication)	5	5	4
8. ความไม่ให้ความร่วมมือการใช้ยา (Non-compliance)	4,096	4,058	3,312

ตาราง 3 ปัญหาที่เกิดจากยาที่พบโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) พบ 137 ปัญหาในการเยี่ยมครั้งที่ 1 และเภสัชกรสามารถลดจำนวนปัญหาลงเหลือ 49 ปัญหาในการเยี่ยมครั้งที่ 3 ซึ่งเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านแก้ไข ปัญหาโดยการทำบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยพร้อมอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ส่งไปยังแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อดำเนินการแก้ไข จากความร่วมมือการแก้ปัญหา ดังกล่าวพบว่าจำนวนปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง ปัญหาที่เกิดจาก

การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection) และการใช้ยาในขนาดต่ำกว่าการรักษา (Sub-therapeutic dosage) ได้รับการแก้ปัญหาจึงทำให้จำนวนปัญหาลดลงเช่นกัน ส่วนประเด็นที่เกี่ยวกับการไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ (Untreated indication) ยังไม่สามารถแก้ปัญหาโดยเภสัชกรชุมชนด้วยตนเอง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับระบบการจัดการ ดังนั้นการตอบรับการแก้ไขปัญหาก็จำเป็นต้องมีแนวทางการรักษาและปฏิบัติที่ชัดเจนของระบบสาธารณสุข

ตาราง 4 แสดงรายละเอียดปัญหาจากการใช้ยาที่พบ โดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน

รายละเอียดปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs)	จำนวนปัญหา		
	เยี่ยมครั้งที่ 1	เยี่ยมครั้งที่ 2	เยี่ยมครั้งที่ 3
1. การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ (Untreated indication)	117	90	96
ไม่ได้รับรักษาอาการ หรือ ภาวะที่น่าผู้ป่วยมาพบแพทย์	7	3	3
ไม่ได้รับรักษาอาการ หรือ ภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ หลังจากที่ได้รับยาไปแล้วระยะหนึ่ง	5	4	9
หยุดสั่งยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการควบคุม หรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็นขณะนั้น	10	9	15
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรใช้สำหรับป้องกันอาการ หรือ โรค	95	73	68
ลืมสั่งยาที่ควรให้เพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา	0	1	1
2. การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)	24	11	9
เลือกยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ไม่เหมาะสมกับโรค	10	2	3
เลือกยาที่ไม่ได้ให้ผลดีที่สุดเท่าที่มีหลักฐานยืนยันในขณะนั้น (กรณีพิเศษ)	5	3	4
เลือกยาที่เป็นข้อห้ามใช้	3	2	1
เลือกยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา	0	0	0
เลือกยาที่มีประสิทธิภาพ แต่เป็นยาที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนั้น	6	2	1
เลือกยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่คุ้มค่าในทางเศรษฐกิจ	0	2	0
เลือกยาปฏิชีวนะที่เชื้อคือต่อยานั้น	0	0	0
3. การใช้ยาในขนาดต่ำกว่าการรักษา (Sub-therapeutic dosage)	16	11	6
กำหนดขนาดยาในขนาดที่ต่ำเกินไป	14	9	5
รับประทานยาแต่ละมื้อห่างกันมากเกินไป	0	0	0
เลือกรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป	2	1	1
เปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยา หรือ เปลี่ยนยี่ห้อยาซึ่งทำให้ได้รับยาน้อยกว่าเดิม	0	0	0
ใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือ ยาที่หมดอายุ	0	1	0
เปลี่ยนวิธีการให้ยา แต่ไม่ได้ปรับขนาดการให้ยาให้ถูกต้อง	0	0	0
4. การใช้ยาในขนาดมากเกินไป (Over-dosage)	2	4	2
การกำหนดยาในขนาดที่สูงเกินไป			
ระยะเวลาในการบริหารยาแต่ละมื้อถี่เกินไป	0	0	0
การเลือกรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป	2	4	0
การเปลี่ยนแปลงสูตรตำรับยา หรือ เปลี่ยนยี่ห้อยาซึ่งทำให้ได้รับยามากกว่าเดิม	0	0	1
การบริหารยาด้วยวิถีทางที่ไม่เหมาะสม	1	0	0
การเปลี่ยนวิธีการให้ยาแต่ไม่ได้ปรับขนาดการให้ยาให้ถูกต้อง	0	0	1

รายละเอียดปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs)	จำนวนปัญหา		
	เยี่ยม ครั้งที่ 1	เยี่ยม ครั้งที่ 2	เยี่ยม ครั้งที่ 3
5.อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)	137	74	49
การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	123	74	48
การแพ้ยา	1	0	0
การเกิดอาการพิษของยา	0	0	0
ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์	13	0	1
การเกิด โดยไม่สามารถคาดเดาได้ (Idiosyncrasy)	0	0	0
6. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)	39	26	14
การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยากับยา	33	24	14
การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยากับอาหาร	6	2	0
7. การได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (Invalid indication)	5	5	4
การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse)	0	1	0
การใช้ยาในข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรับรองผลการรักษา	2	3	3
การใช้ยาโดยไม่มีโรค/อาการ ที่เป็นข้อบ่งชี้ของยา	3	1	1
8. ความไม่ให้ความร่วมมือการใช้ยา (Non-compliance)	4,096	4,058	3,312
การใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง	1,080	727	515
การลืมรับประทานยา	945	1601	1,365
การหยุดยาเอง	376	285	215
ยาที่ใช้หมดก่อนกำหนด เช่น ทำยาหาย, ให้อาผู้อื่น	79	250	272
การไม่ไปพบแพทย์ตามนัดหมาย	249	307	225
การใช้ยาเกินความจำเป็น	104	83	36
การเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความเสียหาย/ปัญหาการใช้ยา	1,263	798	683
การใช้ยาเทคนิคพิเศษผิดวิธี	0	7	1

ตาราง 4 ประเด็นปัญหาจากการใช้ยาสามารถแยกได้จากสาเหตุที่ปัญหาเกิดที่จากระบบที่ให้บริการ เช่น การจ่ายซ้ำซ้อน การจ่ายยาไม่ครบ การจ่ายยาผิด และการปัญหาที่เกิดจากจากตัวผู้ป่วยเอง พบว่า การไม่รับประทานทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ไปรับยา การเก็บยาผิด การหยุดยาเองหรือการลืมทางยา ทั้งจากความตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาควรเริ่มต้นกับความเข้าใจของตัวผู้ป่วยถึงความสำคัญของการรักษาด้วย

ยา จะพบว่าปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยเกิดจากความเข้าใจและพฤติกรรม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนี้ควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการทำงานร่วมมือแบบสหวิชาชีพ พร้อมกับการสร้างระบบเครือข่ายข้อมูลของการรักษา ผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิหรือร้านยาในชุมชนที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านยาได้สะดวก เนื่องจากการอยู่ใกล้บ้าน ชุมชนนั่นเอง

ตาราง 5 ผลการติดตามระดับความดันโลหิต ต่อเนื่อง 3-6 เดือน (n=253)

ระดับความดันโลหิต (Stage)	จำนวนผู้ป่วย (253) [*] (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ครั้งที่ 1	ค่าเฉลี่ย ครั้งที่ 3	P Value ^b SBP	P Value ^b DBP
		SBP/DBP (mmHg)	SBP/DBP (mmHg)		
ปกติ (Normal)		111.3±6.9 /	124.6±15.0 /		
SBP <120 and DBP <80	35 (13.8)	67.8±7.5	72.6±9.8	<0.01	0.003
ความดันโลหิตขั้นต้น (Pre-hypertension)	95 (37.5)				
SBP 120-139 or DBP 80-89		130.5±6.4 /	130.3±12.1 /	0.893	0.033
SBP 140-159 or DBP 90-99		75.2±8.2	72.9±9.2		
ความดันโลหิตขั้นที่ 1 (Stage I)	82 (32.4)	146.0±8.3 /	140.7±18.8 /		
SBP 140-159 or DBP 90-99		83.3±9.7	81.3±11.8	0.011	0.110
ความดันโลหิตขั้นที่ 2 (Stage II)	41 (16.2)				
SBP ≥160 or DBP ≥100		172.3±15.5 /	151.9±21.7 /	<0.01	0.001
		88.9±11.0	80.7±12.3		

*จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 3-6 เดือน

SBP = Systolic blood pressure, DBP = Diastolic blood pressure

ตาราง 5 นอกจากการติดตามแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านได้ติดตามระดับความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ขึ้นความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ของ JNC VII (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) ผู้ป่วยที่อยู่ขึ้นระดับความรุนแรง ขั้นที่ 2 และ ขั้นที่ 1 สามารถลดระดับความรุนแรงได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้เข้าในการแก้ปัญหาจากการทานยาตรงตามแพทย์สั่งและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน

จากปัญหาของการไม่รับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง ส่งผลต่อแนวทางการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ และส่งผลทำให้มีปริมาณยาเกินพบที่ตัวผู้ป่วยจำนวนมาก ทั้งที่เป็นยาหมดอายุและยาที่ไม่ได้นำมาใช้ ผู้ป่วยเฉพาะ โรคเรื้อรังเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมในโครงการจำนวน 1,283 คน พบว่ามีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 78 และผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูงเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามี 6 รายการยาเฉลี่ยต่อคน รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อคนตามภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ (n=1,283)

ภาวะโรคร่วม (Co-morbidity)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อคน
โรคเดียว	284 (22.1)	
DM	59	4.0
HTN	191	4.7
Dyslipid	16	5.3
CVD	18	6.5
โรคร่วม 2 โรค	480 (37.4)	
DM with HTN	208	6.1
DM with Dyslipid	47	5.6
DM with CVD	8	6.5
HTN with Dyslipid	161	5.8
HTN with CVD	50	5.9
Dyslipid with CVD	4	6.8
Dyslipid with Stroke	2	5.0
โรคร่วม 3 โรค	409 (31.9)	
DM, HTN with Dyslipid	288	7.4
DM, HTN with CVD	35	6.5
DM, Dyslipid with CVD	14	8.5
HTN, Dyslipid with CVD	72	7.1
โรคร่วม 4 โรค	110 (8.6)	
DM, HTN, Dyslipid with CVD	107	9.4
DM, HTN, Dyslipid with Stroke	1	6.0
DM, HTN, CVD with Stroke	1	11.0
DM, Dyslipid, CVD with Stroke	1	11.0

DM= Diabetic Mellitus, CVD=Cardio-Vascular Disease, Dyslipid=Dyslipidemia, HTN= Hypertension

ตาราง 6 การที่มีโรคร่วมหลายโรค ทำให้ผู้ป่วยมียาหลายรายการเพื่อการควบคุมอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนเนื่องจากปริมาณยาที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคจึงจำเป็นต้องมีการดูแลแบบสหสาขาเพื่อป้องกันปัญหามูลค่ายาเกิน จำนวนจากการนับเม็ดยาที่เหลือที่ตัวผู้ป่วย ณ วันที่เภสัชกรเยี่ยมผู้ป่วย หลังจากการพบแพทย์ โดยคำนวณจากการใช้ยาที่ถูกต้อง

และจำนวนเม็ดยาเกิน นำมาคิดมูลค่าจากต้นทุนราคาขายตามราคากลาง พบว่ามูลค่ายาเกินเฉลี่ย 239.6 บาทต่อคนต่อเดือน ดังรายละเอียดตาม ตาราง 7 และ เมื่อประมาณการณ่มูลค่ายาเกินเฉลี่ยต่อจำนวนประชากรตามความชุกของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ในกรุงเทพมหานครเป็น มูลค่า 87,594,322 บาทเดือน ดังรายละเอียดตาม ตาราง 8

ตาราง 7 มูลค่ายาเกินเฉลี่ย ตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในโครงการ (n=366)

ประเภทสิทธิการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	มูลค่ายาเกินเฉลี่ย (บาทต่อเดือน)
มูลค่ายาเกินต่ำสุด		0.1
มูลค่ายาเกิน เฉลี่ย (ความเบี่ยงเบน)		239.20 (SD 610.0)
มูลค่ายาเกินสูงสุด		7,023.3
ประเภทสิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	124	395.72
บัตรทอง	202	132.69
ผู้สูงอายุ / ผู้พิการ	4	381.29
จ่ายเอง / ประกันชีวิต	11	594.69
ประกันสังคม	16	66.40
อื่นๆ	9	281.92

หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยที่สามารถติดตามได้ โดยการตัดข้อมูลที่มากหรือน้อยเกินความเป็นจริง

ตาราง 8 การประมาณการณ์มูลค่ายาเกินในบ้าน

	อัตราความชุก พ.ศ. 2552 (Prevalence rate) ¹	จำนวนประชาชน (Population)
ประเทศไทย		64,000,000
กรุงเทพมหานคร		9,300,000
ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย (DM prevalence in Thailand)	6.9	4,416,000
ความชุกของโรคเบาหวานในกรุงเทพมหานคร (DM prevalence in Bangkok)	9.2	855,600
ความชุกของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม อาการได้ในประเทศไทย (DM treatment but uncontrolled in Thailand)	37	1,633,920
ความชุกของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม อาการได้ในกรุงเทพมหานคร (DM treatment but uncontrolled in Bangkok)	42.8	366,197
	ค่าประมาณการณ์มูลค่ายาเกินที่บ้านของผู้ป่วย บาทต่อเดือน (Estimate Excessive Drug Cost (Baht/Month))	
	มูลค่ายาเกินต่อผู้ป่วย บาทต่อเดือน ²	มูลค่ายาเกินต่อประชากร (คำนวณประมาณการณ์)
มูลค่ายาเกินต่อผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร (Cost of excessive drug per patient in Bangkok)	239.02	87,594,322

1 วิชัย เอกพลากร (2552)

2 ข้อมูลจาก โครงการเภสัชกรรมชุมชนเยี่ยมบ้าน

อภิปรายผล

การทำงานของโครงการดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครนำแนวทางการดูแลโรคเรื้อรังของ Chronic care Model มาเป็นต้นแบบเพื่อการจัดการตามองค์ประกอบ ด้านนโยบายต้องได้รับการสนับสนุนโครงการจากภาครัฐ ด้านบุคลากรในชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านสามารถแก้ปัญหาจากการใช้ยาในบ้านได้ ร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร การทำงานในชุมชนของเภสัชกรชุมชนได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครชุมชนในแต่ละหมู่บ้านในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การจัดระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงปัญหาจากการไม่รับประทานยาโดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย การสร้างรูปแบบการให้บริการ โดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการดำเนินงานดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการดูแลโดยเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และวางแผนการใช้ยาในการรักษาโรคร่วมกัน ซึ่งการจัดระบบการเยี่ยมบ้านที่ดีจะเพิ่มความปลอดภัยด้านยา ลดการสูญเสียมูลค่ายาที่เกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ถึงเป้าหมายในการรักษา และเพิ่มความคุ้มค่าของการใช้ยาในระบบสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ป่วย

1.1 ควรสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรคและความสำคัญของการใช้ยาในการรักษา โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยในการบันทึกข้อมูลการใช้ยา เพื่อสร้างระบบข้อมูลด้านยาของตนเอง

1.2 ลดการใช้ยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วยโดยสร้างระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนกับเภสัชกรชุมชนที่ใกล้บ้านเพื่อการจัดการด้านยาที่ร้านยาคุณภาพในชุมชน ที่สามารถให้คำแนะนำ วางแผนการบริหารยาที่ถูกต้อง

1.3 ลดการใช้ยาเหลือใช้ หรือยาเกินของผู้ป่วย โดยการจัดทำแนวทางการคืนยาหรือการนำยาเก่าเพื่อให้เภสัชกรประจำโรงพยาบาลก่อนรับยาใหม่

2. ด้านกระบวนการทำงาน

2.1 ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลของผู้ป่วย ด้านการรักษาพยาบาล โดย

2.1.1 จัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค, ยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ และค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เพื่อสนับสนุนการค้นหาปัญหาและวางแผนการใช้ยา)

2.1.2 จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชน (สร้างเครือข่ายการปฏิบัติงาน)

2.1.3 สร้างความตระหนักและความเข้าใจให้ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญข้อมูลด้านยา โดยกระตุ้นการใช้สมุดสุขภาพประจำตัว ใช้บันทึกข้อมูลการใช้ยาของตัวเอง (เพื่อลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน)

2.2 ควรมีการแก้ไขปัญหาการขาดการเชื่อมต่อบริษัทข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ (ข้อมูล Refer up – Refer down) โดยการดำเนินการดังนี้

2.2.1 สร้างระบบ หรือ รูปแบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 สร้างระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง พร้อมการแก้ปัญหา (เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาสร้างรูปแบบ เภสัชกรประจำครอบครัว (Family Pharmacist) โดยให้เภสัชกรชุมชนดูแลเรื่องยา

2.3 ควรมีการสร้างระบบการดูแลโรคเรื้อรังครบวงจร จากระบบเยี่ยมบ้านเชื่อมกับร้านยา ร้านยาเชื่อมกับสถานพยาบาล โดย มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษา

3 ด้านเภสัชกรชุมชน

3.1 ควรมีการเตรียมความพร้อมและศักยภาพด้านปฏิบัติงานของเภสัชกรชุมชนซึ่งสามารถดำเนินการได้โดย

3.1.1 สร้างระบบอบรมให้ความรู้ “Train the Trainer” ร่วมกับการฝึกเชิงปฏิบัติการ

3.1.2 พัฒนาระบบการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านความรู้เชิงวิชาการ

3.1.3 จัดระบบการเรียนรู้ผ่านทางเว็บไซต์ (web site) โดยใช้ case/problem based learning)

3.2 ควรมีการแก้ไขปัญหาจำนวนเภสัชกรชุมชนในทีมเยี่ยมบ้าน (ผ่านการอบรม) ไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดย

3.2.1 สร้างระบบการทำงานเป็นทีม โดยจัดระบบพี่เลี้ยง

3.2.2 สร้างรูปแบบและระบบการจูงใจ

เอกสารอ้างอิง

วิชัย เอกพลากร (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพ

ประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

พ.ศ. 2551-2552. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,

135-142.

American Pharmacists Association and the National Association of Chain Drug Stores Foundation.

(2008). *Medication Therapy Management in*

Pharmacy Practice-Core Elements of an MTM

service modle.(Version2) Retrieved Feb 12, 2010 from <http://www.accp.com/docs/positions/misc/CoreElements.pdf> .

Hepler, C.D. & Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal Hospital Pharmacy*, 47, 533-543.

MacColl Institute for healthcare Innovation. (2009). *the Chronic Care Model*. Retrieved May 11, 2010 from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model.

Wagner, E., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7(3), 56-66.