

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลหาดใหญ่

สุจิตรา เมฆตรง¹, ภ.บ.

ผู้นิพนธ์หลัก e-mail: sujiramektrong@gmail.com

ภาเอื้ออานันท์ สิริทรโสภณ², พ.บ.

e-mail: pawitree938@gmail.com

¹ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

² กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่

วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2569;32(1):1-16.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความจำเป็นต้องได้รับการจัดการยาและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังขาดรูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้านในบริบทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้าน

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 2 ระยะ (1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผ่านการสนทนากลุ่ม โดยใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ และ (2) การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนการเปรียบเทียบอาการรบกวนก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของเภสัชกรใช้ paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล ส่วนความพึงพอใจวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังด้วย paired t-test

ผลการวิจัย: รูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยนอกเวลาทำการ และส่งเสริมการเข้าถึงการจัดการอาการตลอด 24 ชั่วโมง โดยอาการปวด อาการหายใจลำบากและเสียงครืดคราดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและเส้นทางการใช้ยา strong opioids ให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วยมากขึ้น และคะแนนความพึงพอใจผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 3.38 ± 0.55 เป็น 4.81 ± 0.28 ($p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการเพิ่มจาก 4.14 ± 0.34 เป็น 4.41 ± 0.57 ($p\text{-value} > 0.05$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: การบูรณาการเภสัชกรปฐมภูมิเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านผ่านระบบโทรเวชกรรมมีศักยภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านการจัดการอาการ ความปลอดภัยด้านยา และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำสำคัญ: การบริหารจัดการทางเภสัชกรรม; ต่อเนื้องที่บ้าน; ผู้ป่วยระยะท้าย; การพัฒนารูปแบบ

Development of a Home-Based Pharmaceutical Care Model for End-of-Life Palliative Patients in the Primary Care Network of Hatyai Hospital

Sujira Mektrong¹, B.Pharm.

Corresponding author e-mail: sujiramektrong@gmail.com

Phaaueaoan Sirinthonsopon², B.N.S.

e-mail: pawitree938@gmail.com

¹ Social Medicine Department, Hatyai Hospital

² Community Nursing Department, Hatyai Hospital

Thai J Clin Pharm. 2026;32(1):1-16.

Abstract

Background: End-of-life patients receiving home-based palliative care require continuous medication management and ongoing symptom monitoring. However, the current healthcare system lacks an established model for continuous pharmaceutical care at home within the context of the primary care service network.

Objective: To develop a model of continuous home-based pharmaceutical care and to evaluate its outcomes.

Methods: This study employed an action research design conducted between February 1, 2025, and September 30, 2025. The research comprised two phases: (1) development of the care model through focus group discussions based on the six health system building blocks framework, and (2) evaluation of the model's implementation among end-of-life patients receiving home-based palliative care. Data were analyzed using descriptive statistics. Comparisons of symptom burden before and after pharmacist involvement were performed using paired t-tests or Wilcoxon signed-rank tests, depending on data distribution. Caregiver satisfaction before and after the intervention was analyzed using paired t-tests.

Results: The developed pharmaceutical care model enhanced continuity of care outside regular working hours and improved access to 24-hour symptom management. Pain, dyspnea, and terminal respiratory secretions were significantly reduced following implementation (p -value < 0.05). Modifications to strong opioids regimens and routes of administration were made to better align with patients' clinical conditions. Caregiver satisfaction scores increased significantly from 3.38 ± 0.55 to 4.81 ± 0.28 (p -value < 0.001). In contrast, satisfaction among healthcare providers increased from 4.14 ± 0.34 to 4.41 ± 0.57 ; however, this difference was not statistically significant (p -value > 0.05).

Conclusion: Integrating primary care pharmacists into home-based palliative care through telemedicine shows promise in improving symptom management outcomes, medication safety, and continuity of care for end-of-life patients.

Keywords: pharmaceutical care; home-based continuity; terminally ill patients; model development

บทนำ

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ โครงสร้างและกระบวนการให้บริการประคับประคองในสถานพยาบาลภาครัฐยังมีความแตกต่างกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการจัดระบบบริการที่เหมาะสมในระดับหน่วยบริการเป็นปัจจัยชี้วัดคุณภาพของการดูแล¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการจัดการยา strong opioids ซึ่งมีความซับซ้อนและต้องการการปรับขนาดยาตามอาการอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาการบริหารจัดการด้านยาเพื่อความปลอดภัยและต่อเนื่องของผู้ป่วย² บทบาทของเภสัชกรในทีมประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการติดตามปัญหาการใช้ยา การแก้ไขแนวทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยด้านยา ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น รวมถึงการจัดการอาการด้วยยาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³⁻⁴ นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองทางไกล (remote palliative care) ยังช่วยเพิ่มการเข้าถึงและติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน⁵

โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ซึ่งมีปริมาณความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยเพิ่มจาก 234 รายใน พ.ศ. 2565 เป็น 310 รายใน พ.ศ. 2567 แต่กลับประสบปัญหาด้านอัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ที่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 85.14 เป็นร้อยละ 70.76 ในช่วงปีเดียวกัน บ่งชี้ถึงช่องว่างเชิงระบบที่ต้องได้รับการ

วิเคราะห์และพัฒนาระบบการดูแล

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีเภสัชกรปฐมภูมิจำนวน 8 คน ประจำหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 5 แห่ง แม้ในปัจจุบันเภสัชกรปฐมภูมิของโรงพยาบาลหาดใหญ่จะมีความรู้เฉพาะทางจากการอบรมระยะสั้นด้านบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 1 คน และมีบทบาทร่วมในการเยี่ยมบ้านและการติดตามยาทางโทรศัพท์ แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาการใช้ยาเกิดขึ้นในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยา strong opioids รวมถึงยาอื่น ๆ ที่ได้รับร่วมกัน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และข้อจำกัดของรูปแบบการติดตามการใช้ยาในปัจจุบัน ส่งผลให้การจัดการอาการปวดและอาการอื่น ๆ ยังไม่สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงทีซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ การขยายบริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (home ward) รวมถึงการจัดการระบบยาที่มีความซับซ้อน เช่น การบริหารยาได้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องในบางหน่วยบริการยังมีความจำเป็นต้องพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการออกแบบบทบาทและกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมให้มีความต่อเนื่องและชัดเจนยิ่งขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระยะแรกของการบริหารไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อลดช่องว่างของการดูแล สามารถจัดการปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการ

บริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้านกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในด้านอาการทางคลินิก (ESAS) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และความพึงพอใจของผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่การรับรอง HYH EC 080-67-01 เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2568 แบ่งการศึกษาเป็น 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การศึกษาปัญหาและพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

วงรอบที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้านไปใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วงรอบที่ 1 การศึกษาปัญหาและพัฒนารูปแบบ: ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 5 แห่ง และศูนย์ดูแลต่อเนืองที่บ้านในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 34 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 5 คน เภสัชกรปฐมภูมิ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 24 คน

วงรอบที่ 2 การประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบ: ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 45 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคอง และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยแสดงความประสงค์ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และมีคะแนน palliative performance scale (PPS) ≤ 30 หรือ PPS ≤ 50 ร่วมกับภาวะคุกคามต่อชีวิต

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล
 2. ผู้ป่วยย้ายภูมิลำเนา
 3. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถอนตัวออกจากโครงการวิจัย
- การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง: เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยประมาณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการประเมินผลลัพธ์ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง) กำหนดการทดสอบทางสถิติ difference between two mean แบบ 2 ทาง (two-tailed) ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลางที่ 0.5 ตามเกณฑ์ของ Cohen's d ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ 0.90 ได้จำนวนตัวอย่าง 34 คน คำนวณอัตราการสูญเสีย (drop-out rate) ที่ร้อยละ 30 ได้เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยประคับประคองเพื่อติดตามและดูแลจนกระทั่งเสียชีวิตและใช้ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการศึกษานี้ จำนวน 45 คน ดังแสดงในรูปที่ 1

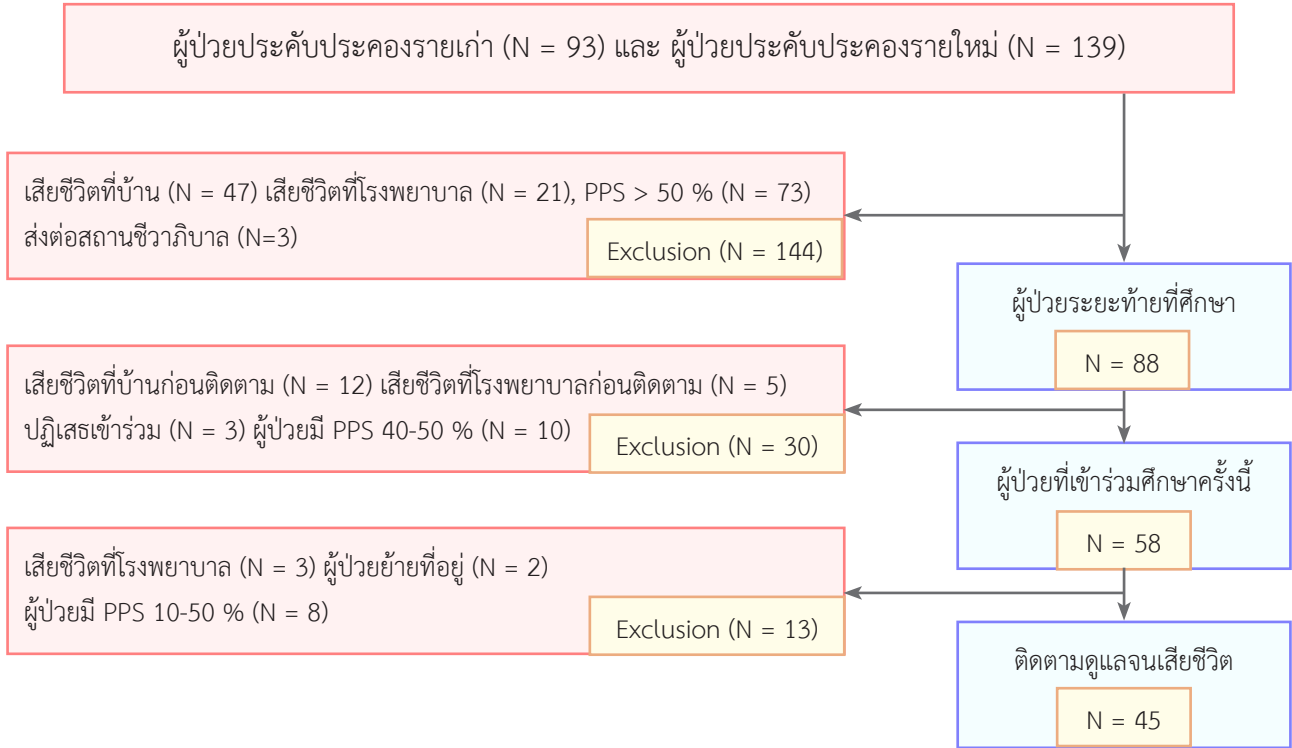
กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ทีมผู้ให้บริการ: คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 39 คน ประกอบด้วยแพทย์ 12 คน เภสัชกรปฐมภูมิ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 22 คน โดยกลุ่มตัวอย่างนี้ใช้เพื่อการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้าน

นิยามศัพท์

บริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้าน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกรแทรกแซงด้วยกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้านจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยระยะท้าย (end of life) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์คาดการณ์ว่าจะเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน³

โทรเวชกรรม หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางสารสนเทศผ่านอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์



รูปที่ 1 แผนภาพกระบวนการไหลของผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant flow diagram; PFD)

รูปภาพ และ VDO call

ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง ปัญหาจากการรักษาด้วยยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการใช้ยาซึ่งอาจรบกวนหรือเป็นอันตรายต่อการรักษา โดยการแบ่งปัญหาจากการใช้ยาสาเหตุปัญหาจากการใช้ยาและการแก้ไข จำแนกตามนิยามของ Cipolle RJ⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สำหรับการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม
2. แบบบันทึกข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การแทรกแซงทางเภสัชกรรม และผลการดูแล
3. แบบประเมิน palliative performance scale (PPS)⁷ ใช้ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการพัฒนา/รับรองแล้ว เพื่อประเมินสมรรถภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้แล้ว

4. แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS)⁸ ใช้ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการพัฒนา/รับรองแล้ว เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้แล้ว

5. แบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน และเภสัชกรคลินิก 1 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.67 ทุกข้อ ส่วนเครื่องมือที่ 5 ผ่านการตรวจสอบด้านความเชื่อมั่นโดยผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.83 ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

วงรอบที่ 1 ขั้นตอนศึกษาปัญหาและกำหนดรูปแบบ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ระยะวางแผน (plan) โดยทบทวนเอกสารวรรณ-

กรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือต่าง ๆ และวางแผนวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน ได้แก่ 1) งานบริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การจัดสรรงบประมาณ 5) ระบบยาและเวชภัณฑ์ 6) ภาวะผู้นำและการกำกับดูแล

ระยะปฏิบัติการ (act) จัดประชุมสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามหน่วยบริการ เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางปฏิบัติการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้านร่วมกับแพทย์และพยาบาล นำแนวทางฯ ที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและนำไปใช้จริง

ระยะสังเกตการณ์ (observation) ติดตามและสังเกตการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้านรูปแบบใหม่ร่วมกับทีม

ระยะประเมินผล (reflection) วิเคราะห์ผลตามแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ (six building blocks)⁹ และสรุปรูปแบบ เพื่อนำไปใช้ในวงรอบถัดไป

วงรอบที่ 2 ขั้นตอนการประเมินผลผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้าน ตั้งแต่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568

ระยะวางแผน (plan) จัดทำทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจาก 3 ช่องทาง คือ 1) ทะเบียนของพยาบาล 2) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และ 3) ระบบการส่งต่อดูแลต่อเนือง home health care Hatyai Hospital

ระยะปฏิบัติการ (act) จัดระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายโดยบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีทีมสหวิชาชีพสังกัดโรงพยาบาลหาดใหญ่ปฏิบัติงานประจำ และนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังแสดงในรูปที่ 2

ระยะสังเกตการณ์ (observation) เก็บข้อมูลโดยเภสัชกร 1 คนที่เข้าร่วมทีม และวิเคราะห์เฉพาะชุดข้อมูลที่มีค่าครบถ้วนเท่านั้น

ระยะประเมินผล (reflection) สะท้อนผลปฏิบัติโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองชุมชนซึ่ง

ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลหาดใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพในขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดกลุ่มข้อมูลและสังเคราะห์เป็นรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม

2. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยา และการเปลี่ยนเส้นทางการใช้ยา strong opioids ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มบริหารทางเภสัชกรรมจนถึงการเสียชีวิตรายงานด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ส่วนความพึงพอใจวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังด้วย paired t-test และอาการรบกวนของผู้ป่วย ประเมินการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-wilk normality test หากข้อมูลแจกแจงปกติใช้ paired t-test และรายงานค่า mean difference พร้อมช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test และรายงานค่า median difference

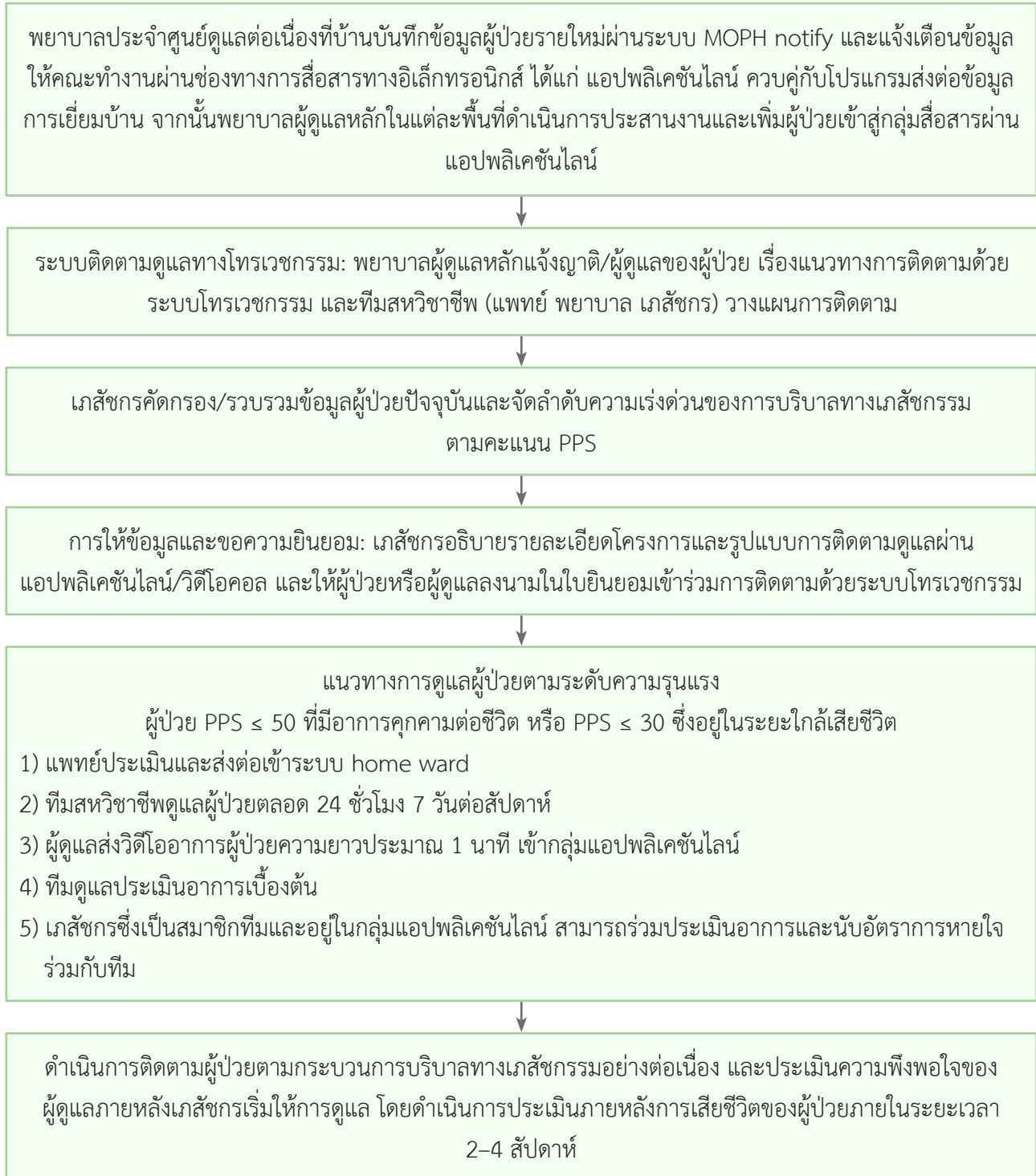
ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์การพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่บ้าน

ผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่มได้ถูกนำมาสังเคราะห์และพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานใหม่ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการบทบาทเภสัชกรเข้าสู่ทีมดูแลอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง จึงสรุปการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการดำเนินงานเดิมกับรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาใหม่ ครอบคลุมทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนืองที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับเครือข่ายปฐมภูมิ โดยเฉพาะช่วงนอกเวลาทำการ ดังแสดงในตารางที่ 1

2. การศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบ ฯ

พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ



รูปที่ 2 รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้านร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลโดยใช้ระบบโทรเวชกรรม

ละ 51.11) อายุเฉลี่ย 67.07 ± 12.73 ปี ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยระดับคะแนน PPS 10-30 (ร้อยละ 57.78) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุด (ร้อยละ

71.11) อาศัยในเขตพื้นที่ชนบท 4 มุมเมือง (ร้อยละ 60.00) วิธีการบริหารยา strong opioids วันสุดท้ายที่เสียชีวิตเป็นการให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังเกษียณมีส่วนร่วม

รูปแบบเดิมตามแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ	การพัฒนาารูปแบบการศึกษาครั้งนี้
ด้านงานบริการสุขภาพ (service delivery)	
1. หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง จะดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉพาะหน่วยของตนเอง	1. เกิดระบบการให้คำปรึกษานอกเวลาทำการตลอด 24 ชั่วโมง โดยดูแลทุกหน่วยที่แพทย์เจ้าของไข้ขอรับคำปรึกษา
2. หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะเริ่มสร้างกลุ่มสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่ระดับ PPS ไม่เท่ากัน	2. หน่วยบริการแต่ละแห่งเริ่มสร้างกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่ระดับ PPS ≤ 30 โดยให้ทีมสหวิชาชีพระดับเครือข่ายดูแลนอกเวลาทำการ
3. เกษียณติดตามการใช้ยา strong opioids เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาผ่านห้องยาเวชกรรมเท่านั้น และติดตามห่างกัน 2 สัปดาห์ทางโทรศัพท์และอยู่ในกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์บางหน่วยบริการ	3. เกษียณติดตามการใช้ยาผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ที่มึระดับ PPS ≤ 30 หรือ PPS ≤ 50 ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต และสามารถเข้าถึงการติดตามอาการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้แพลตฟอร์มสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ (LINE Official Account) นอกเวลาทำการทุกหน่วยบริการ
ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce)	
1. หน่วยบริการบางแห่งมีแพทย์ พยาบาลดูแลผู้ป่วยประคับประคอง แต่จะดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	1. นอกเวลาทำการ จะมีการหมุนเวียนแพทย์และพยาบาลแต่ละหน่วยซึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่างกัน
2. จากการที่เกษียณมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมได้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ	2. มีระบบติดตามทางโทรเวชกรรมทุกวัน เกษียณให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยานอกเวลาทำการแก่ทีมผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
3. จัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนพัฒนาศักยภาพความรู้บุคลากรทั้งในและนอกโรงพยาบาล (เครือข่ายฯ)	3. พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านดำเนินการพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในงานดูแลแบบประคับประคอง โดยการฝึกปฏิบัติงานจริงในรูปแบบ training on the job
ด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ (health information systems)	
1. เกษียณ ไม่ได้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นปัจจุบัน	1. เกษียณสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้เกิดการเชื่อมโยงของข้อมูลสำหรับจัดทำทะเบียนผู้ป่วย และเกษียณสามารถดูแลเครือข่ายปฐมภูมิได้ทุกหน่วยบริการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังเภสัชกรมีส่วนร่วม (ต่อ)

รูปแบบเดิมตามแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ	การพัฒนารูปแบบการศึกษาครั้งนี้
ด้านการจัดสรรงบประมาณ (health financing)	
1. เภสัชกรจัดทำแผนเพื่อขอสนับสนุนแผนงบประมาณ เฉพาะการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร	1. เภสัชกรจัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่จำเป็น โดยเพิ่มข้อมูลยากลุ่ม strong opioids และวิธีการให้ยาทางใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่องด้วยเครื่อง syringe driver ภายในสมุดเบาใจ รวมถึงจัดหา กระเป๋าเก็บยาแบบล็อกได้
2. มีการประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ในชุมชนอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	2. พยาบาลจัดทำโครงการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยทุก 3 เดือน และจัดหาเครื่อง syringe driver เพิ่มเติม
ด้านระบบยาและเวชภัณฑ์ (access to essential medicines)	
1. ไม่มียาจำเป็นบางรายการ และมียาบางรายการสำรอง ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ เช่น midazolam injection	1. เภสัชกรปรับปรุงรายการยาที่จำเป็น ปริมาณยาสำรอง สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ สำรองเครื่อง syringe driver ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งอย่างน้อย 1-2 เครื่อง
2. มีโปรแกรมระบบคินยาแบบออนไลน์หลังผู้ป่วยสูญเสีย	2. มีระบบนำยา strong opioids เหลือใช้ หมุนเวียนในระบบโรงพยาบาล และกำหนดสภาพยาวันหมดอายุ มากกว่า 6 เดือน
3. มีระบบการบริหารจัดการยาสำหรับดูแลผู้ป่วยประ- คับประคองที่บ้านทั้งในและนอกเวลาทำการเฉพาะ ระบบ OPD	3. มีระบบการบริหารจัดการยาสำหรับดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองที่บ้านทั้งในและนอกเวลาทำการทั้ง ระบบ OPD และ IPD (home ward)
ด้านภาวะผู้นำและการกำกับดูแล (leadership and governance)	
1. ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยบางหน่วยบริการ ในช่วงนอกเวลาทำการ	1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลติดตามงานให้เกิดระบบ home ward หรือ ระบบติดตามผู้ป่วยนอกเวลา- ทำการตลอด 24 ชั่วโมง

(ร้อยละ 57.78) ระยะเวลาตั้งแต่เภสัชกรเริ่มมีส่วนร่วม จนผู้ป่วยเสียชีวิตมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 วัน และมีพิสัย ระหว่างควอไทล์เท่ากับ 27 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลลัพธ์ด้านจัดการอาการ

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการบริหารทาง เภสัชกรรม พบว่าหลังเภสัชกรมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยของ

อาการปวดลดลง 2.00 คะแนน [ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI): -3.00 ถึง -1.00] และค่ามัธยฐานของอาการ หายใจลำบากลดลง 2.09 คะแนน [95% CI: -2.89 ถึง -1.36] ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้อาการเสียง- ครืดคราดลดลง 1.27 คะแนน [95% CI: -2.00 ถึง -0.51] ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่อาการคลื่นไส้อาเจียนไม่

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้าย (N= 45 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศชาย	23 (51.11)
เพศหญิง	22 (48.89)
อายุเฉลี่ย = 67.07 ปี; ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 67.07 \pm 12.73 ปี	
ระดับคะแนน palliative performance scale 40-50	19 (42.22)
ระดับคะแนน palliative performance scale 10-30	26 (57.78)
ประเภทผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	
Cancer	32 (71.11)
Neurological disease/stroke	2 (4.44)
Renal replacement therapy	6 (13.33)
Heart disease	4 (8.89)
Aging/dementia	1 (2.22)
เขตพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วย	
พื้นที่เขตเมืองตำบลหาดใหญ่	18 (40.00)
พื้นที่เขตชนบท 4 มุมเมือง	27 (60.00)
วิธีการบริหารยา strong opioids วันสุดท้ายที่ผู้ป่วยเสียชีวิต	
การให้ยาทางปาก	14 (31.11)
การให้ยาทางสายให้อาหาร	3 (6.67)
การให้ยาผ่านทางผิวหนังและทางปาก	2 (4.44)
การให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง	26 (57.78)
ระยะเวลาตั้งแต่เภสัชกรปฐมภูมิเริ่มมีส่วนร่วมจนผู้ป่วยเสียชีวิต (วัน); Median = 5; IQR = 27	

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาการบางรายการไม่สามารถประเมินได้ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว จึงวิเคราะห์เฉพาะข้อมูลที่มีค่าครบถ้วนเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 3

การเปลี่ยนเส้นทางการใช้ยา strong opioids

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา กลุ่ม strong opioids พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.56 ไม่มีการเปลี่ยนชนิดและเส้นทางการให้ยา ขณะที่ร้อยละ 8.89 มีการปรับเปลี่ยนชนิดยาแต่ยังคงเส้นทางการให้ยาแบบเดิม

(oral หรือ transdermal) และร้อยละ 35.56 มีการเปลี่ยนเส้นทางการให้ยาไปเป็นการบริหารยาทางชั้นใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลลัพธ์ด้านปัญหาการใช้ยา

พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา จำนวน 29 คน (ร้อยละ 64.44) มีจำนวนปัญหาการใช้ยา 51 ปัญหา คิดเป็น 1.76 ± 0.91 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 คน โดยปัญหาผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษามากที่สุดจำนวน 31 ปัญหา (ร้อยละ 60.78) ดังแสดงในตารางที่ 5 ส่วน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบอาการรบกวนก่อนหลังพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้าน

อาการรบกวน	ESAS* (mean±SD)		Median/Mean difference (95% CI)	p-value
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา		
ปวด	4.9 ± 2.7	2.7 ± 1.5	-2.00 ^a (-3.00, -1.00)	< 0.001 ^c
หายใจลำบาก	5.6 ± 2.7	3.5 ± 1.5	-2.09 ^b (-2.89, -1.36)	< 0.001 ^c
คลื่นไส้ อาเจียน	0.6 ± 1.6	0.1 ± 0.7	-0.47 ^b (-1.00, -0.04)	0.1052 ^c
เสียงครีคราต	2.1 ± 3.2	0.8 ± 1.1	-1.27 ^b (-2.00, -0.51)	0.0028 ^c

* ESAS (Edmonton symptom assessment system หรือ แบบประเมินความรุนแรงของอาการ)

^a Median difference

^b Mean difference

^c Wilcoxon signed rank test

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนยาในกลุ่ม strong opioids จากยาที่เภสัชกรปฐมภูมิเริ่มดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ยาที่เภสัชกรเริ่มดูแล (N=45)	ยาวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (N=45)	จำนวน (ร้อยละ)
MO syr. 10 mg/ml (BTP)	MO syr. 10 mg/ml (BTP)	8 (17.78) ^a
MO IR 10 mg (BTP)	MO IR 10 mg (BTP)	1 (2.22) ^a
Kapanol 20 mg (ATC), MO IR 10 mg	Kapanol 20 mg (ATC), MO IR 10 mg	2 (4.44) ^a
Kapanol 20 mg (ATC), MO syr.	Kapanol 20 mg (ATC), MO syr.	2 (4.44) ^a
Fentanyl patch 25 mcg (ATC), MO syr.	Fentanyl patch 25 mcg (ATC), MO syr.	2 (4.44) ^a
MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	10 (22.22) ^a
MST 10 mg (ATC), MO syr.	MO syr. 10 mg/ml (BTP)	1 (2.22) ^b
MST 10 mg (ATC), MO syr.	Kapanol 20 mg (ATC), MO IR 10 mg	1 (2.22) ^b
MST 30 mg (ATC), MO IR 10 mg	Kapanol 20 mg (ATC), MO IR 10 mg	2 (4.44) ^b
MO syr. 10 mg/ml (BTP)	MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	8 (17.78) ^c
MO IR 10 mg (BTP)	MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	1 (2.22) ^c
MST 10 mg (ATC), MO syr.	MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	4 (8.89) ^c
Kapanol 20 mg (ATC), MO IR 10 mg	MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	1 (2.22) ^c
Fentanyl patch 25 mcg (ATC), MO syr.	MO inj. / midazolam inj. / hyoscine inj.	2 (4.44) ^c

MO = morphine; MST = morphine sulphate tablet; syr. = syrup; inj. = injection; IR = immediate release

BTP = breakthrough pain; ATC = around the clock

^a ไม่มีการเปลี่ยนชนิดและเส้นทางการให้ยา

^b มีการปรับเปลี่ยนชนิดยาแต่ยังคงเส้นทางการให้ยาแบบเดิม (oral หรือ transdermal)

^c มีการเปลี่ยนเส้นทางการให้ยาไปเป็นการบริหารยาทางชั้นใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง

การแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายจากการแทรกแซงของเภสัชกร โดยปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพื่อปรับเปลี่ยนแผนรักษาการใช้ยาทั้งหมด 22 ครั้ง ได้รับการยอมรับจากแพทย์ร้อยละ 95.45 พบว่ามีการเปลี่ยนยาที่ใช้รักษา มากที่สุดร้อยละ 36.37 และการแทรกแซงของเภสัชกร โดยให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 31 ครั้ง พบการแก้ไข ปัญหาโดยการแนะนำวิธีการใช้ยาที่เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 80.65 ระดับความรุนแรงของปัญหาค่าใช้จ่ายที่ พบมากที่สุดอยู่ระดับ D จำนวน 22 ปัญหา (ร้อยละ

43.14) ดังแสดงในตารางที่ 6

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ

ความพึงพอใจโดยรวมจากผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและ หลังเภสัชกรมีส่วนร่วม พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้-ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 3.38 ± 0.55 เป็น 4.81 ± 0.28 (p -value < 0.001) ในขณะที่ความพึงพอใจของ ทีมผู้ให้บริการเพิ่มจาก 4.14 ± 0.34 เป็น 4.41 ± 0.57 (p -value > 0.05) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 5 การติดตามประเภทปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหาการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุของปัญหาการใช้ยาที่พบ	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (unnecessary drug therapy) ได้รับยาซ้ำซ้อน	1 (1.96)
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม (need additional drug therapy) จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อป้องกันอาการ/โรค	2 (3.92)
จำเป็นต้องรับยาเพื่อรักษาอาการ/โรคที่ไม่ได้รับการรักษา	2 (3.92)
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับผลอย่างเต็มที่จากยาที่แพทย์สั่งจ่าย (ineffective drug) จำเป็นต้องใช้ยาดูอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า	4 (7.84)
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (dosage too low) จำเป็นต้องติดตามประเมินผลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาความเพียงพอของขนาดยา	2 (3.92)
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction) เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในขนาดปกติ	6 (11.76)
ปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ในขนาดใช้ยาปกติ	1 (1.96)
6. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (dosage too high) ความถี่ในการให้ยามากเกินไป	1 (1.96)
เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาจนทำให้เกิดพิษจากยา	1 (1.96)
7. ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษา (non adherence) ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา	22 (43.14)
ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยา	3 (5.88)
ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้ด้วยตนเอง	6 (11.76)
รวม	51 (100)

การอภิปรายผล

การพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มุ่งเน้นการใช้ระบบโทรเวชกรรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการนอกเวลาทำการตลอด 24 ชั่วโมง และสนับสนุนการจัดการอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างทันที่โดยเฉพาะ

ในผู้ป่วยวิกฤต ($PPS \leq 30$) ผลลัพธ์ที่ได้คือ อาการปวดหายใจลำบากและเสียงครีตคราดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) และความพึงพอใจโดยรวมดีขึ้น การพัฒนารูปแบบการบริหารดังกล่าวอาศัยกระบวนการสนทนากลุ่มตามกรอบแนวคิด six building blocks of health system เพื่อวิเคราะห์และแก้ไขช่องว่างเชิงระบบ

ตารางที่ 6 การแก้ไขปัญหาการใช้ยาและระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาที่พบโดยเภสัชกร

ประเภทการแก้ไขและระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)
1. การแก้ไขปัญหาการใช้ยาโดยเสนอแนะแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแผนการใช้ยา	
- เพิ่มรายการใหม่สำหรับรักษา (initiate new drug therapy)	4 (18.18)
- เปลี่ยนขนาดยาและวิธีการใช้ยา (change the dosage regimen)	5 (22.73)
- เปลี่ยนยาที่ใช้รักษา (change the drug product)	8 (36.37)
- หยุดยา (discontinue the drug regimen)	5 (22.73)
2. การแก้ไขปัญหาการใช้ยาโดยเภสัชกรให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วย	
- แนะนำวิธีการใช้ยาที่เหมาะสม (patient-specific instructions on proper use of medication)	25 (80.65)
- เพิ่มแผนการติดตามผู้ป่วย (patient follow-up plan)	1 (3.22)
- หยุดยา (discontinue the drug regimen)	5 (16.13)
3. ระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยา	
B (เกิดปัญหาการใช้ยาแต่ไม่ถึงตัวผู้ป่วย)	5 (9.80)
C (ปัญหาการใช้ยาเกิดขึ้นและไปถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย)	16 (31.37)
D (ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นนั้นเข้าถึงผู้ป่วยและต้องมีการตรวจติดตามเพื่อยืนยันว่าไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและ/หรือต้องมีการแทรกแซงเพื่อป้องกันอันตราย)	22 (43.14)
E (ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อหรือทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้ป่วยที่ต้องมีการแทรกแซงโดยการแก้ไขและรักษาเพิ่มมากขึ้น)	8 (15.69)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลลัพธ์ความพึงพอใจผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการก่อนหลังพัฒนารูปแบบฯ

	ระดับความพึงพอใจโดยรวม (mean±SD)		p-value
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
จากผู้ดูแลผู้ป่วย (N=45)	3.38 ± 0.55	4.81 ± 0.28	< 0.001
จากทีมผู้ให้บริการ (N=39)	4.14 ± 0.34	4.41 ± 0.57	> 0.05

ในทุกมิติ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงบทบาทเภสัชกรเข้าสู่ทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบทบาทของภาวะผู้นำเป็นหนึ่งในปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลนอกเวลาทำการ โดยเอื้อให้เกิดการปรับกลไกด้านการจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ และการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการขยายขอบเขตการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมงได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ผลการวิจัยยืนยันว่าการดูแลแบบประคับประคองทางไกล (telehealth-based palliative care) เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ El Sabrouty⁵ ที่ชี้ว่าปัจจัยความสำเร็จขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นทีมและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีขณะที่เน้นย้ำว่าการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างวิชาชีพเป็นหัวใจสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพ และการปรับปรุงกระบวนการดูแลดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดการบูรณาการบทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิอย่างชัดเจน ตั้งแต่การจัดการยา การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ตลอดจนจนถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เช่น การให้คำแนะนำหยุดใช้ยา ซึ่งบทบาทที่ขยายขอบเขตนี้อสอดคล้องกับงานวิจัยของ Geiger³ และ Moody J⁴ ที่ระบุว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชบำบัดในการลดปัญหาจากการใช้ยา และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยระยะท้าย

งานวิจัยนี้ยืนยันประสิทธิผลของการแทรกแซงทางเภสัชกรรมในการจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้าย โดยปัญหาที่ตรวจพบได้รับการแก้ไขและได้รับการยอมรับจากแพทย์ สะท้อนถึงบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ปัญหาส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในระดับความรุนแรง D ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Krumm และคณะ¹⁰ ที่รายงานปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ยังไม่ก่ออันตรายต่อผู้ป่วย (ใกล้เคียงระดับ B-C) ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทการดูแลที่ไม่เหมือนกัน โดยการศึกษาของ Krumm และคณะดำเนินการในหน่วยผู้ป่วยในด้านประคับประคองซึ่งมี

ระบบเฝ้าระวังใกล้ชิดและสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้มากกว่า ขณะที่งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทย มีข้อจำกัดด้านการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และมีการใช้ยาในกลุ่ม strong opioids รวมถึงยาชนิด เช่น มอร์ฟีนและมิดาโซแลม จึงทำให้ปัญหาการใช้ยาเกินขนาด "เกิดขึ้นและเข้าถึงผู้ป่วยแล้ว" ก่อนการประเมินส่งผลให้ถูกจัดอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดมากกว่าการเปรียบเทียบผลลัพธ์จึงควรตีความในเชิงบริบทมากกว่าการเปรียบเทียบเชิงปริมาณโดยตรง และสะท้อนให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน

ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้พัฒนาระบบการส่งจ่ายยา การจัดหาอุปกรณ์ การเตรียมยา และการบริหารมอร์ฟีนและมิดาโซแลมชนิดฉีด เพื่อรองรับการให้ยาทางใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง (continuous subcutaneous infusion; CSCI) ด้วยเครื่อง syringe driver อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาทำการ พร้อมกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในทุกขั้นตอน ส่งผลให้ระบบบริการมีความพร้อม ลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้ระบบโทรเวชกรรมช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการนอกเวลาทำการ ส่งผลให้การจัดการอาการ ปัญหาจากการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้ดูแลมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เภสัชกรปฐมภูมิที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความปลอดภัยด้านยาและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดงานวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลัก คือ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ขาดการเชื่อมโยงเชิงสา-

เหตุ และแยกผลลัพธ์จากการแทรกแซงของเภสัชกรออกจากอคติหรือปัจจัยร่วมอื่น ๆ ไม่ได้ นอกจากนี้ ยังประสบปัญหาจากอคติในการเลือก (เนื่องจากเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง) อคติในการวัดผล (จากการใช้ข้อมูลตัวแทนของผู้ดูแล) และอคติจากผู้ปฏิบัติการ (บทบาทของเภสัชกรในฐานะทั้งผู้ดำเนินการแทรกแซงและผู้รวบรวมข้อมูล อาจก่อให้เกิดอคติจากผู้ปฏิบัติการ (performance bias) ได้ แม้ว่าจะมีการใช้แนวทางปฏิบัติมาตรฐานเพื่อลดความเอนเอียงดังกล่าวแล้วก็ตาม) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นไปที่ปรับการออกแบบวิจัยให้มีกลุ่มควบคุม (เช่น Stepped-Wedge/Cluster RCTs)

เอกสารอ้างอิง

1. Dokmai P, Meemon N, Paek SC, Tayjasanant S. Structure and process of palliative care provision: a nationwide study of public hospitals in Thailand. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1):616. doi: 10.1186/s12913-021-06623-w.
2. Nilmanat K. Palliative care in Thailand: Development and challenges. *Can Oncol Nurs J.* 2016;26(3):262–4. PMID: 31148701.
3. Geiger J, Enck G, Luciani L, Fudin J, McPherson ML. Evolving roles of palliative care pharmacists. *J Pain Symptom Manage.* 2022;64(6):e357–61. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.07.012.
4. Moody JJ, Poon IO, Braun UK. The role of an inpatient hospice and palliative clinical pharmacist in the interdisciplinary team. *Am J Hosp Palliat Care* 2022;39(7):856–64. doi: 10.1177/10499091211049401.
5. Sabrouy RE, Elouadi A, Salifou Karimoune MA. Remote palliative care: a systematic review of effectiveness, accessibility, and patient satisfaction. *Int J Adv Comput Sci Appl.* 2024;15(5):502–13. doi: 10.14569/IJAC-

และใช้ผู้เก็บข้อมูลอิสระ หากผลการศึกษาได้รับการยืนยันซ้ำในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น ย่อมเอื้อต่อการนำรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื้องที่บ้านไปใช้ในเชิงนโยบายและการขยายบทบาทของเภสัชกรในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผศ.ดร.สุธาร จันทวงค์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

SA.2024.0150550.

6. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management service. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
7. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS adult Suandok) of the palliative performance scale (PPSV2). *Palliat Med.* 2012;26(8):1034-41. doi: 10.1177/0269216311424633.
8. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain-Symptom Manage.* 2011;42(6):954-60. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020.
9. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2025 Jan 22]. Avail-

lable from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment%28sara%29/related-links-%28sara%29/who_mbhss_2010_cover_toc_web.pdf

10. Krumm L, Bausewein C, Constanze Rémi. Drug therapy safety in palliative care - pharmaceutical analysis of medication processes in palliative care. *Pharmacy (Basel)*. 2023;11(5):160. doi: 10.3390/pharmacy11050160.