

การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว
โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

Development of Home Pharmaceutical Care Practice Guidelines
For Patients with Chronic Disease by Family Pharmacist
Kao Liao Hospital, NakhonSawan Province

บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย ภ.ม.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว

จังหวัดนครสวรรค์

Boonrak Chatrattanakulchai M.Sc. in pharm

Department of pharmacy and consumer protection

Kao Liao Hospital

NakhonSawan

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

Region 3 Medical and Public Health Journal

Vol. 18 No. 3 September - December 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว และประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว ของโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว

วิธีการศึกษา : ศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative method) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative method) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลสำหรับการกำหนดหัวข้อที่ควรมีในแนวปฏิบัติฯ และการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 คน โดยใช้หลักการเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญลงความคิดเห็นความตรงตามเนื้อหาของคำแนะนำในแนวปฏิบัติฯและวิเคราะห์ความสอดคล้อง โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาหัวข้อ (Item - Content Validity Index : ICVI) สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณใช้เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเก้าเลี้ยวและเภสัชกรประเมินพบปัญหาด้านการใช้ยา ระหว่างวันที่ 1 ถึง 30 มิถุนายน 2563 จำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยวิธีนับเม็ดยา โดยใช้ Wilcoxon sign ranks กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อ p-value น้อยกว่า 0.05

- ผลการศึกษา** : การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปหัวข้อสำคัญที่ควรมี ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 2) เกณฑ์ความรุนแรงและความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วย 3) ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกร และ 4) การบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมการสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยา ผลการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าก่อนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความร่วมมือต่อการใช้ยาเฉลี่ยร้อยละ 60.8 ± 7.3 เมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครบ 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 83.3 ± 7.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.5 ± 6.1 ($P < 0.001$)
- สรุป** : แนวปฏิบัติการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัวที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น
- คำสำคัญ** : แนวปฏิบัติ, เภสัชกรครอบครัว, โรคเรื้อรัง

Abstract

- Objective** : The purpose of this study was to develop and evaluate the home pharmaceutical care practice guidelines for patients with chronic disease by family pharmacist, Kao Liao Hospital
- Design** : The study was a mixed methods research. Using the qualitative method to develop the home pharmaceutical care practice guidelines for patients with chronic disease by family pharmacist. The informants for scoping the practice guidelines by Delphi technique were 5 practitioners and reviewing by 3 chronic disease specialists. The data were analyzed by Item-Content Validity Index (ICVI). Using the quantitative method to evaluate the home pharmaceutical care practice guidelines for patients with chronic disease by family pharmacist. 17 patients were selected from an outpatient with chronic disease with drug related problem during 1-30 June 2020. Adherence to drugs was measured by pill-count method. Differences in adherence were calculated with the Wilcoxon rank test.
- Results** : The results showed that home pharmaceutical care practice guidelines for patients with chronic disease consist of 4 parts 1) criteria for selecting and referring cases to pharmacy home visit 2) severity and urgency of the problem

3) role of family pharmacist 4) documentation, monitoring and evaluation. The sample with non-adherence visited by pharmacist found that the adherence increased from $60.8 \pm 7.3\%$ to $83.3 \pm 7.6\%$ ($P < 0.001$)

Conclusion : Home visit by family pharmacists using the home pharmaceutical care practice guidelines for patients with chronic disease could help improving medication adherence

Key words : practice guidelines, family pharmacist, chronic disease

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม⁽¹⁾ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาตลอดชีวิต โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาของยา การเกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยา เป็นต้น โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การได้รับยาจากหน่วยบริการหลายแห่ง (polypharmacy) เช่น โรงพยาบาล คลินิก และร้านขายยา⁽²⁾

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวเป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชนหรือบ้าน ดูแลทั้งผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพิ่มการเข้าถึงปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่ดีจากการใช้ยาดูแลด้วยการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่าการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา⁽³⁻⁵⁾ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น⁽⁶⁻⁹⁾ ในระบบบริการสาธารณสุข แนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ การสร้างแนวปฏิบัติที่มีความเฉพาะสำหรับโรงพยาบาล นอกจากจะใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วยังต้องอาศัยข้อมูลระบาวินิจฉัยของปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ ด้วยเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้น

โรงพยาบาลเก่าเลี้ยวซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง มีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีการกำหนดเข็มมุ่งที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการทำงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัวของโรงพยาบาล และประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านยาอย่างต่อเนื่องและเกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative method) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative method) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ได้นำหลักการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines)⁽¹¹⁻¹⁴⁾ มาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของสถานที่ทำการวิจัย โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ ทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว ร่วมกับนำข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดปัญหาการใช้ยามาพัฒนาหัวข้อประเด็นปัญหาและข้อมูลที่จำเป็นที่ต้องระบุในแนวปฏิบัติฯ กำหนดกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 คน (กลุ่มที่ 1) ประกอบด้วย แพทย์ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อทำการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบเก็บข้อมูลสำหรับการกำหนดหัวข้อที่ควรมีในแนวปฏิบัติฯ และจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว ทำการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ โดยผู้มีประสบการณ์ในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 คน (กลุ่มที่ 2) โดยเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติประจำรพ.สต. และเภสัชกร โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยหลักการเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อทำการประเมินความตรงของเนื้อหาโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญลงความคิดเห็นความตรงตามเนื้อหาของคำแนะนำในแนวปฏิบัติฯ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยแบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญลงระดับความคิดเห็นและคำแนะนำเพิ่มเติม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความสอดคล้อง คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item - Content Validity Index : ICVI)⁽¹⁵⁾ โดยกำหนดให้ค่า ICVI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.6 หมายถึงคำแนะนำในหัวข้อนั้นมีความเหมาะสมและส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นจากการสำรวจรอบที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ พร้อมทั้งเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม หาก ICVI มีค่าน้อยกว่า 0.6 หัวข้อนั้นจะต้องปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และทำการส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเรียบร้อยแล้วจึงสรุปเป็นแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแก้วเสี้ยวและเภสัชกรประเมินพบปัญหาด้านการใช้ยาระหว่างวันที่ 1 ถึง 30 มิถุนายน 2563 จำนวน 17 คน โดยมีขั้นตอน คือ เภสัชกรสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยโดยการ

ศึกษาประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการได้รับยา การแพ้ยา ประวัติการนัดหมาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค้นหาประเด็นปัญหาเพิ่มเติม สรุปประเด็นปัญหาและวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเบื้องต้น ต่อจากนั้นจึงออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป สังเกตเกี่ยวกับเรื่องอาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การใช้ยา อาหาร ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองด้านยาของผู้ป่วย วัดระดับความดันโลหิตและหรือระดับน้ำตาลในเลือด บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำการประเมินค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ด้วยการสอบถามข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการสืบค้นโรคจากยา IFFE (idea, feeling, function, expectation) การตรวจสุขภาพครอบครัว อันเนื่องมาจากการใช้ยา INHOMESSS (immobility, nutrition, home environment, other people, medication, examination, safety, spiritual health, service) และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยวิธีนับเม็ดยา จากนั้นเภสัชกรบันทึกข้อมูลที่ได้ลงในแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม และแบบบันทึกปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย สรุปปัญหาและวางแผนแนวทางแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ และนำข้อมูลมาสรุปประเด็นปัญหา สาเหตุและวิธีการแก้ไขที่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยและวางแผนการติดตามครั้งถัดไป การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีนับเม็ดยา โดยคำนวณหาอัตราความร่วมมือในการใช้ยา

จากจำนวนยาที่รับประทานจริงเทียบกับจำนวนยาที่แพทย์สั่งให้รับประทาน

การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โรคประจำตัว ประวัติการได้รับยา และอัตราความร่วมมือในการใช้ยา แสดงผลเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้ Wilcoxon sign ranks กำหนดนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้อง^(2,4,5,7,9) และจากการประชุมระดมสมอง โดยใช้แบบเก็บข้อมูลสำหรับการกำหนดหัวข้อที่ควรมีในแนวปฏิบัติฯสามารถสรุปหัวข้อที่ควรมีในร่างแนวทางการปฏิบัติการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 2) เกณฑ์ความรุนแรงและความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วย 3) ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกรและ 4) การบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมการสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเด็นปัญหาและข้อมูลที่จำเป็นในแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประเด็น	รายละเอียด
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบ โรคไตและ/หรือได้รับการฟอกไต โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาออร์พารินที่พบปัญหาด้านการใช้ยา
เกณฑ์ความรุนแรงและความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วย	ความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ 1. ผู้ป่วยรายใหม่มีปัญหาจากการใช้ยาและไม่สามารถควบคุมโรคได้ 2. ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาจากการใช้ยาแต่สามารถควบคุมโรคได้ 3. ผู้ป่วยรายเก่าที่ยังมีปัญหาจากการใช้ยา
ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร	1. ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน 2. การกำหนดวันเวลาและรูปแบบเยี่ยมบ้าน 3. บทบาทของเภสัชกรก่อนออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 4. บทบาทของเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5. บทบาทของเภสัชกรหลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
การบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมการสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยา	1. แบบบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน 2. แบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน 3. แบบบันทึก IFFE 4. แบบประเมิน INHOMESSS 5. แบบบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยา 6. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 7. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์

ผลการตรวจสอบคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติฯ โดยการประยุกต์ใช้หลักการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามสำหรับผู้เชี่ยวชาญลงความคิดเห็น ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายชื่อของร่างแนวปฏิบัติฯ

เท่ากับ 1.0 ในทุกประเด็นที่ประเมิน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะเพิ่มในส่วนรายละเอียดที่นอกเหนือจากประเด็นหลัก เช่น ทักษะเบื้องต้นในการสื่อสารกับผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรและความครอบคลุมของการเก็บแบบบันทึก เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายชื่อของแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประเด็น	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ICVI)
1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	1.0
2. เกณฑ์ความรุนแรงและความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วย	1.0
3. ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร	1.0
3.1 ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน	1.0
3.2 การกำหนดวันเวลาและรูปแบบเยี่ยมบ้าน	1.0
3.3 บทบาทของเภสัชกรก่อนออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	1.0
3.4 บทบาทของเภสัชกรขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	1.0
3.5 บทบาทของเภสัชกรหลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	1.0
4. การบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมการสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยา	1.0

ผลการศึกษาการประเมินผลแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัวที่ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 17 คน อายุเฉลี่ย 72.3 ±13.9 ปี เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

ควบคุมความดันโลหิตและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 70.6 และร้อยละ 29.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว และการใช้ยาของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (คน) n=17	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	9	52.9
ชาย	8	47.1
อายุ (ปี)		
<60	2	11.8
60 – 69	3	17.6
70 - 79	8	47.1
80 - 89	3	17.6
> 90	1	5.9
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	72.3 (13.9)	
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง	6	64.70
ความดันโลหิตสูง เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือด	5	29.41
ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	5	29.41
เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง	1	5.88
ผลการรักษา		
Uncontrolled HT	12	70.6
Uncontrolled DM	5	29.4
ปัญหาการใช้ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับการเยี่ยมบ้าน		
ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา		
ขาดยา/ผิดนัด	10	58.82
หยุดยาเอง	4	23.53
ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	3	17.65

HT=hypertension, DM=diabetes mellitus

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีนับเม็ดยา พบว่าก่อนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความร่วมมือต่อการใช้ยาเฉลี่ยร้อยละ 60.8 ± 7.3 เมื่อผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครบ 2 ครั้ง โดยมีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 83.3 ± 7.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.5 ± 6.1 ($P < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยวิธีการนับเม็ดยา

ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ)			ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ)		
ผู้ป่วยรายที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ผู้ป่วยรายที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1	60.1	80.1	10	70.1	90.3
2	40.8	66.2	11	63.3	92.5
3	50.2	80.4	12	61.7	86.6
4	60.4	95.6	13	65.5	92.2
5	55.6	76.5	14	56.6	78.8
6	60.2	74.6	15	62.2	90.1
7	61.6	77.7	16	59.9	80.5
8	65.6	82.9	17	71.5	83.6
9	67.8	87.2			

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงเนื้อหาและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัวฉบับสมบูรณ์ โดยพบว่าสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ในทุกขั้นตอนและมีประเด็นที่ควรเพิ่มเติม ได้แก่

เพิ่มการระบุก่อนที่มีปัญหาจากการใช้ยาและเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับมาอนรักษาทันทีในโรงพยาบาล เข้าภายใน 28 วันเป็นกลุ่มเร่งด่วนระดับ 1 และเพิ่มรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่เร่งด่วนเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัวในการศึกษานี้เป็นการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของโรงพยาบาลเก่าเลี้ยวและร่างแนวปฏิบัติ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดเป็นประเด็น หัวข้อและเนื้อหาที่ควรมี ทำให้ร่างแนวปฏิบัติ ได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาได้จากการตรวจสอบคุณภาพที่ไม่มีประเด็นใดควรตัดออก และดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ICVI) อยู่ในเกณฑ์สูงทุกหัวข้อ การปรับปรุงแก้ไขมีเพียงประเด็นเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ในเนื้อหา และวิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ได้ แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาการศึกษาทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนน้อย จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อจะให้ความแม่นยำของผลการศึกษามากขึ้น รวมถึงควรศึกษาเพิ่มเติมในผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยเช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต ความคิดเห็นและความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น เช่น แพทย์ และพยาบาล ที่มีต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรตามแนว

ปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานเพิ่มเติม

สรุป

แนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัวที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 2) เกณฑ์ความรุนแรงและความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วย 3) ขั้นตอนการปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกร และ 4) การบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมการสั่งจ่ายและติดตามการใช้ยา ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 22.5 ± 6.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชกร โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์; 2563.
2. ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, อุษณีย์ วนรรฆมณี, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, จตุพร ทองอิม, สมาคม เภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), บรรณาธิการ. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: ประชาชื่น; 2557.
3. สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมุณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;8(1):169-81.
4. บุญถม ปาปะแพ, สาริณี สง่าศรี, ต้อยตา ตันจารย์, อัจฉรีย์ ภูวศิษฐ์เบญจภา, พัชรีย์ สังขเภท, รัตนพร ชนาวิรัตน์, และคณะ. สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในเขตอำเภอวาปีปทุม มหาสารคาม. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556;8(4):148-54.
5. ปริญญา ถมอดุทา, ชมพูนุท พัฒนาจักร,อดิศักดิ์ ถมอดุทา, สุกัญญา คำผา,ศุภิญญา ภูมิวิณิกิน,ปัทสนินทร์ จีระอำพรวัฒน์, และคณะ. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32(3):229-35.
6. อุไรลักษณ์ เทพวัลย์, สัมมนา มูลสาร, จีระสุดา โอสรรัมย์, ก้องเกียรติ สำอางศรี, เอกราช เย็นวิจิตรโสภา, พุทธางกูร ใจเป็น. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2551;8(1):39-51.
7. วิริยชน ตวงสุวรรณ, อรัสมย์ เจษฎาญาณเมธา. ผลจากการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านในทีมสหสาขาวิชาชีพต่อความดันโลหิตและความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;8(1):48-57.
8. นรินทรา นุดาดี, กฤษณี สระมุณี. การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;8(1):206-16.
9. ชนานุช มานะดี, ชนัตถา พลอยล้อมแสง, พะยอม สุขเอนกนันท์. ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557;10(3):354-71.
10. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318(7182):527-30.
11. World Health Organization Guidelines Review Committee. Handbook for guideline development. Geneva. World Health Organization; 2010.

12. Committee of Ministers of the Council of Europe. Developing a methodology for drawing up guideline on best medical practice. Strasbourg. Council of Europe Publishing; 2001.
13. The National health and medical research council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra. NHMRC; 1998.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines: the manual. Manchester. NICE; 2007.
15. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health 2006;29(5):489-97.