



การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

GUIDELINE DEVELOPMENT OF FAMILY PHARMACISTS IN SAMUTSAKHON HOSPITAL



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Master of Pharmacy Program in Consumer Protection in Public Health

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2015

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร” เสนอโดย นางสาวศลิษา สะพลอย เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจริญ ตรีศักดิ์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกร อาจารย์ ดร.ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ)

...../...../.....



56352309 : สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร, เยี่ยมบ้าน, โรงพยาบาล

ศลิษา สะพลอย : การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกร โรงพยาบาล

สมุทรสาคร. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ภญ.อ.ดร. เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. 185 หน้า.

แม้ว่าจะมีการพัฒนางานด้านวิชาการต่างๆ การเพิ่มงานบริการและบริหารเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่ลดลง จึงเกิดแนวคิดให้เภสัชกรโรงพยาบาลลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่กลับบ้าน งานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันภายใต้หลักการดูแลต่อเนื่องด้านยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นระยะเริ่มต้น ระบบการทำงานยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีหลักการในการทำงานบางขั้นตอน จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบงานให้เกิดความชัดเจน เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการอย่างสูงสุด ทั้งนี้ยังทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวผู้ป่วยที่ดีและเหมาะสมขึ้นอีกด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกร โดยใช้หลักการดูแลต่อเนื่องด้านยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงการให้การบริการเภสัชกรรมและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการที่บ้านของผู้ป่วย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงธันวาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา 15 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงใช้ยาผิด ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยปัญหาด้านยา หรือผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยโรคไต โดยผ่านการคัดกรองและส่งต่อจากเภสัชกรหรือหน่วยงานเยี่ยมบ้านอื่นในโรงพยาบาลสมุทรสาคร สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

เภสัชกรได้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 15 ราย รวม 47 ครั้ง จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 3 ครั้ง/ราย รายที่มีการเยี่ยมบ้านมากที่สุด 7 ครั้ง และน้อยที่สุด 1 ครั้ง พบปัญหาการใช้ยา 40 เหตุการณ์ มีผู้ป่วย 7 ราย ที่ระบุว่า การได้รับยาของตน ก่อให้เกิดความทุกข์รวม 29 เหตุการณ์ ผู้ป่วย 10 ราย มีปัญหาจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาทั้งหมด 125 เหตุการณ์ เภสัชกรได้จัดการปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ จัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงและจัดการปัญหาที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจัดการเรื่องยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น ที่ปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาหรือสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ผลการประเมินขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยและการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการปรับเปลี่ยนสู่ขั้นตอนที่ดีขึ้น กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้สามารถใช้ได้จริงและควรเพิ่มการพัฒนาทักษะสำคัญที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน พบว่าการสื่อสารข้อมูล Case ผู้ป่วยที่มีปัญหาให้แก่วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยดำเนินการแก้ไขนั้น ต้องใช้การติดต่อประสานงานโดยตรงที่หน่วยงานนั้นๆ ไม่สามารถให้การส่งข้อมูล Case ผู้ป่วย ผ่าน Note Photo ในโปรแกรม HOSxP ได้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาแบบหรือช่องทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....

56352309 : MAJOR OF CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH

KEY WORD : FAMILY PHARMACIST, HOME VISIT, HOSPITAL

SALISA SAPLOY : GUIDELINE DEVELOPMENT OF FAMILY PHARMACIST IN SAMUTSAKHON HOSPITAL. THESIS ADVISOR : YAOWALAK AMRUMPAI, Ph.D. 185 pp.

Although, there were many developments of pharmaceutical services for out-patients and in-patients, drug use problems were not diminished. Then, the idea of pharmacist home visits was commenced to figure out the possible origin of the problem which stimulated patient's drug use problems at home. Pharmacist home visits in Samutsakhon Hospital, under operation of Seamless Pharmaceutical Care, was just at the beginning. Working system was not perfectly operated and lacked of some relevant procedures. It needed developing to be accurate and efficiency for increasing the operations to reach the highest benefit for patients. Furthermore, it created the continuing healthcare service system from the hospital to patient's families. The purposes of this Participatory Action Research were to study the situation and development of pharmacist home visits guideline using the continuing Seamless Pharmaceutical Care. Pharmaceutical care and informal interviews at patient's home were used too. The data was collected from June to December 2015. The studied samples were 15 patients who had a drug-used problem, such as chronic disease patients who had the risk of drug misuse, the re-admission patients from drug use problems or specified patients such as kidney disease patients. The patients were screened and sent from pharmacists or other healthcare persons in Samutsakhon Hospital. Frequency, percentage and average were used to analyze the data.

The pharmacist visited 15 patients' homes, 47 times. The average visit was 3 times/patient. The most visit was 7 times and the least was 1 time/patient. There were 40 drug use problems and 7 patients informed that their prescribed drug caused 29 sufferings. Ten patients caused their own problems with affected drug use 125 times in total. There were 2 groups of resolutions of the problems found from the visits, directly solving problem with the patients and solving problem by coordinating with other associated departments. The home visits resulted in better drug use management of the patients from the problems which affected in decreasing patients' drug use and health. Patients showed the progress of changing in their health behavior when evaluated them by TM Stages of Change Model. The guideline of Pharmacist home visit could be used as regard adding for essential skills for pharmacists to be used in home visits. Directly contact to other healthcare departments might be more suitable than Note Photo in HOSxP programme in order to communicate the patient's information for seeking help. Development of a better communication system among healthcare persons should be performed to enhance further seamless care patient information.

Program of Consumer Protection in Public Health

Graduate School, Slipakorn University

Student's signature.....

Academic 2015

Thesis Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร” ครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้เนื่องจากได้รับความเมตตากรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภาณุ.อ.ดร. เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ ผู้ให้ทั้งความรู้ เวลา คำแนะนำ กำลังใจ และเอาใจใส่ในทุกเรื่องของผู้วิจัย ชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาในจุดบกพร่องให้กับผู้วิจัย ดูแลผู้วิจัยเสมือนคนในครอบครัวทำให้ผู้วิจัยรู้สึกกระตือรือร้น มุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำงานเพื่อนำงานวิจัยนี้มาใช้พัฒนางานประจำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากรที่ให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อนักศึกษาหลักสูตรการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลสมุทรสาคร หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลสมุทรสาคร หัวหน้างานหน่วย H2F ตลอดจนสหสาขาวิชาชีพที่ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านข้อมูล และประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้านทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ที่ให้ทั้งกำลังใจ ทรัพย์ กำลังใจและเป็นแรงผลักดันหลักให้มาศึกษาต่อในระดับมหาบัณฑิต และที่ขาดเสียไม่ได้คือ ขอบคุณร่างกายและจิตวิญญาณในความเป็นเภสัชกรของผู้วิจัยที่มีความตั้งใจ อดทน มุมนานะ จนทำให้เกิดงานวิจัยนี้

วิทยานิพนธ์ได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (This thesis is partially supported by Faculty of Pharmacy, Silpakorn University)



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามของการวิจัย.....	5
ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์การศึกษา.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	7
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้เกี่ยวกับการประวัติความเป็นมาความหมาย ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน	10
บทบาทและรูปแบบการเยี่ยมบ้านของแต่ละวิชาชีพ	15
รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
รูปแบบการศึกษา.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
ขั้นตอนการศึกษา	55
กระบวนการเก็บข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	63
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
ส่วนที่ 1 สถานการณ์การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาคร	65

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย.....	68
ส่วนที่ 3 กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย	93
ส่วนที่ 4 ข้อมูลที่ได้จากการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย เภสัชกร.....	98
ส่วนที่ 5 ทักษะที่เภสัชกรใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย.....	106
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	131
สรุปผลการศึกษา.....	131
อภิปรายผลการศึกษา.....	138
ข้อจำกัดในงานวิจัย.....	142
ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา.....	144
รายการอ้างอิง.....	145
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย.....	152
ภาคผนวก ข ตัวอย่างกระบวนการและทักษะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย.....	162
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	176
ภาคผนวก ง เอกสารการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	183
ประวัติผู้วิจัย.....	185



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	สรุปวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร 19
2	สรุปกลุ่มเป้าหมายและเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยของการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร 20
3	สรุปการจัดประเภทหรือระดับของผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร 21
4	สรุปขั้นตอนสำคัญในการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร 22
5	สรุปการวัดผลสำเร็จและการติดต่อประสานงาน ส่งต่อผู้เกี่ยวข้อง ในการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร..... 26
6	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Input 27
7	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Process..... 32
8	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Output..... 34
9	จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน(A,B, C และD)67
10	ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา..... 69
11	การส่งผู้ป่วยเข้าระบบเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน และระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย..... 70
12	เปรียบเทียบความสามารถในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย พบในการเยี่ยมครั้งแรกและครั้งล่าสุด..... 78
13	ประเมินสภาพบ้านที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และประเมินความปลอดภัยภายในบ้าน/บริเวณบ้านและชุมชน 84
14	ตัวอย่างรูปแบบการจัดยาที่พบที่บ้านผู้ป่วย 85
15	ลำดับขั้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พบในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 92
16	สรุปผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้จริง ในกระบวนการต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้ 104
17	ทักษะที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 130

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2. บริเวณรอบบ้านผู้ป่วย มีบริเวณบ้าน มีรั้วรอบขอบชิด ตัวบ้านเป็นบ้านปูน 2 ชั้น	80
3. บริเวณรอบบ้านผู้ป่วย มีบริเวณบ้าน สะอาด เป็นระเบียบ มีรั้วรอบขอบชิด ตัวบ้าน เป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นล่างเป็นปูน ชั้นบนเป็นไม้.....	80
4. ภายในบ้านที่จัดเป็นระเบียบ โปรงสบาย อากาศถ่ายเทได้สะดวก.....	80
5. บริเวณภายนอกบ้านที่มีสิ่งของวางทางเข้าออก หรือทางเดิน ไม่มีรั้วรอบบ้าน	81
6. บริเวณภายในบ้านที่มีสิ่งของวาง ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย อาจก่อให้เกิดอันตราย ระดับปานกลาง.....	81
7. บริเวณรอบๆบ้านที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่อสุขภาพได้..	82
8. ภายในบ้านผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่อสุขภาพได้	82
9. TM Stages of Change (Transtheoretical Model).....	91



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่ให้บริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือพยาบาลเป็นหลัก แพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการให้บริการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2521 การแพทย์เยี่ยมบ้านหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยแพทย์ลงไปตรวจรักษาชาวบ้านในชุมชนที่อยู่ห่างไกล (หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล, 2554) การดูแลสุขภาพที่บ้านได้ถูกบรรจุไว้ในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนพึงได้รับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เสนอแนวคิดให้แพทย์ลงไปทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว (Family medicine หรือ Family practice) ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ผู้มารับบริการพึงพอใจในบริการมากกว่าการให้บริการแบบเดิม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552) ในขณะที่พยาบาล มีการพัฒนาบริการพยาบาลปฐมภูมิ : การเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมบทบาทพยาบาลให้สอดคล้องตาม พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2540 พยาบาลวิชาชีพจึงต้องขยายบทบาทการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนด้วย (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2557)

สำหรับงานเยี่ยมบ้านหรือการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเภสัชกรนั้น เป็นหนึ่งในทำงานของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในหัวข้อ “งานจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน” (คณะผู้จัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2553) งานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรโรงพยาบาล เริ่มมีการดำเนินงาน โดยที่แต่ละโรงพยาบาลอาจมีแนวคิดในการปฏิบัติงานที่ต่างกัน มีการประยุกต์การให้บริการที่แตกต่างกันตามสถานการณ์และปัญหาที่พบในแต่ละพื้นที่ ตามทรัพยากรที่มี ตามลักษณะของกลุ่มประชากรและระดับของสถานพยาบาล ซึ่งยังคงไม่มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ที่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรโรงพยาบาลได้

ในปี พ.ศ.2552 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร่วมมือกัน ผลักดันให้เกิด “การพัฒนาบริการเภสัชกรรมในชุมชนโดยเภสัชกร” เพื่อพัฒนาศักยภาพเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและเพื่อสร้างกลไกในการพัฒนากำลังคนสาขาเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งหนึ่งในกิจกรรมนั้นคือ งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่อง (Community – Based Pharmaceutical Care) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการยาด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัย และมีนโยบาย จัดสรรงบประมาณให้พัฒนางานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ 200 หน่วยบริการ ทั่วประเทศ (คณะผู้จัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2553 ; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 2553) ในส่วนของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ปีพ.ศ.2547 ได้เริ่มสนับสนุนให้มีการก่อตั้งกลุ่มชุมชนเภสัชกรนักปฏิบัติ (Community of Pharmacy Practice, COP) เพื่อให้เกิดการรวมตัวกันของเภสัชกรโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในสาขาต่างๆ คณาจารย์ในสาขาต่างๆ มาร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาในการปฏิบัติงาน จนในปีพ.ศ.2555 เกิดกลุ่มเภสัชกรครอบครัว (Society of Family Pharmacist (Thailand); SOFT) เป็นการรวมตัวกันของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานการบริบาลทางเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Primary Pharmaceutical Care) เพื่อติดตามดูแลและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม, และปรีชา มนทกานติกุล, 2556) จึงเป็นโอกาสที่เภสัชกรได้ลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมากขึ้น

ในต่างประเทศ การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (Department of Health, Social Services & Public Safety Castle Building, Belfast BT4 3SQ, 2006 ; Foulon Veerle, Claeys Colaline and Desplenter Franciska, 2010 ; Nickerson A. et al., 2010) มีการกำหนดกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยด้านยาอย่างต่อเนื่อง โดยเภสัชกร ตั้งแต่มาเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือมารักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในจนกระทั่งกลับบ้าน ซึ่งในแต่ละจุดของการให้บริการด้านยาในโรงพยาบาลนั้นจะมีกระบวนการและกิจกรรมที่เภสัชกรให้บริการต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้อง และป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาให้ได้มากที่สุด เนื่องจากรอยต่อของแต่ละจุดของการให้บริการมักก่อให้เกิดปัญหาด้านยาได้ เช่น ประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาจากโรงพยาบาลหนึ่ง เมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกแห่ง หากไม่มีการเชื่อมประสานงานกันด้านข้อมูลการใช้ยา (Medication reconciliation) อาจทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้รับยาที่ควรได้รับอย่างต่อเนื่อง หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนยาหลังจากเข้ารับการรักษาตัวใน

โรงพยาบาลและได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน หากไม่มีการแจ้งผู้ป่วยเรื่องยาที่ปรับเปลี่ยนหรือขาดการแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนให้กลับบ้าน (Discharge counseling) อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและใช้ยาไม่ถูกต้องกับสภาวะของตนเมื่อกลับไปบ้านได้ ในประเทศแคนาดา Canadian Pharmacist Association (Nickerson A. et al., 2010) ได้ศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้านยาในโรงพยาบาลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เกสัชกรสามารถค้นหาปัญหาจากยา (Drug therapy problems : DTP) และสามารถแก้ไขปัญหายาเหล่านั้นได้ เช่น การได้รับยาที่ไม่สอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วย การได้รับยาไม่ต่อเนื่องและการไม่ได้รับยาที่ควรได้ (Drug therapy insisitencies and Omissions : DTIOs) เป็นต้น โดยเฉลี่ยในผู้ป่วยหนึ่งรายพบปัญหาการใช้ยา 3.5 เหตุการณ์ ปัญหาที่พบและแก้ไขได้นั้น มากกว่าร้อยละ 70 เป็นปัญหาที่ส่งผลต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วย และควรได้รับการสื่อสารไปยังเภสัชกรในชุมชนของผู้ป่วยรายนั้นๆ ด้วย และยังพบว่า การให้บริการด้านยาของเภสัชกร ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จนผู้ป่วยกลับบ้าน หากมีความต่อเนื่องเชื่อมประสานกันแล้ว จะสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ประเทศเบลเยียม (Foulon Veerle, Claeys Colaline and Desplenter Franciska, 2010) มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องด้านยาโดยเภสัชกรเช่นกัน โดยเชื่อมต่อการให้บริการด้านยาในแต่ละจุดให้บริการ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และเตรียมตัวก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามต่อเนื่องไปยังบ้านผู้ป่วย ทุกขบวนการมีการเชื่อมโยงข้อมูลกัน เพื่อป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดด้านการสื่อสารหรือการรับรู้สาระหรือความรู้ที่เภสัชกรมอบให้ผู้ป่วย เนื่องจากการให้บริการในแต่ละจุดนั้น มักจะมีผู้ให้บริการหลายคน บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนหรือจดจำข้อมูลที่ให้ได้ไม่ครบถ้วน นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ในชุมชนนั้นๆ ของผู้ป่วยจะมีเภสัชกรที่ประจำร้านยาหรือสถานบริการสุขภาพ ซึ่งในต่างประเทศ ผู้ป่วยสามารถนำไปส่งยาไปซื้อยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านได้ ระบบบริการการดูแลต่อเนื่องด้านยาจะมาส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่เภสัชกรในชุมชนพร้อมให้รายงานผลการใช้ยากลับสู่เภสัชกรในโรงพยาบาล และยังวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลร่วมกันระหว่างเภสัชกรโรงพยาบาลและเภสัชกรชุมชนอีกด้วยในประเทศอังกฤษก็มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านยาเช่นเดียวกัน (Department of Health, Social Services & Public Satety Castle Building, Belfast BT4 3SQ,2006)

งานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร เริ่มเมื่อปี 2554 แม้ว่าจะมีการพัฒนางานด้านวิชาการต่างๆ การเพิ่มงานบริการและบริหารเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ปัญหาการใช้ยาก็ยังไม่ลดลง จึงเกิดแนวคิดให้เภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาครลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่กลับบ้าน ระยะแรกของการตั้งหน่วยเภสัชกรเยี่ยมบ้าน มีเภสัชกรปฏิบัติงาน 1 คน โดยเริ่มศึกษางานเยี่ยมบ้านและออกเยี่ยมร่วมกับหน่วยงานเยี่ยมบ้านของฝ่ายการพยาบาล (Home Health Care) และ พยาบาลที่รพ.สต.ใน

เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ต่อมาในปี 2556 เพิ่มเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านเป็น 4 คน ซึ่งต้องรับผิดชอบงานประจำในโรงพยาบาลในหน่วยต่างๆด้วยได้แก่ งานบริการในห้องจ่ายยาผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน และคลินิกพิเศษต่างๆ เภสัชกรหน่วยนี้จะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมีเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน 2 คน ผลการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ปี 2556 จนถึง พฤศจิกายน 2557 ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยไปแล้ว 224 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 122 ราย โดยทั้งหมดเป็นผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (48.36%) โรคไต (20.49%) โรคหัวใจ (9.01%) โรคหลอดเลือดสมอง (6.56%) โรคจิตเวช 7 ราย (5.73%) โรคหืดและหลอดลมอุดกั้น 7 ราย (5.73%) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค (4.09%) ในการเยี่ยมบ้านจำนวน 122 รายนี้ พบว่า สามารถเยี่ยมบ้านได้น้อยกว่าจำนวนความต้องการที่แจ้งมาว่าจะให้เภสัชกรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย ความต้องการเหล่านี้มาจากการคัดกรองของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยต่างๆ ในโรงพยาบาล 154 ครั้ง คิดเป็นค่าเฉลี่ย 10 ครั้งต่อเดือน และยังคงต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะมีการแจ้งจากแหล่งอื่นอีก แต่ไม่ได้บันทึกไว้ เช่น จากการแจ้งด้วยวาจาระหว่างเภสัชกรด้วยกันหรือเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นผู้พบและส่งต่อผู้ป่วยเองอีกด้วย เภสัชกรเยี่ยมบ้านจะคัดเลือกผู้ป่วย โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม โดยแบ่งระดับเป็น ระดับ A, B และ C (ระดับที่แบ่งได้จากการร่วม ตกลงกันระหว่างทีมเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อสะดวกต่อการบริหารจัดการ ติดตามผู้ป่วย)

งานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันภายใต้หลักการ ดูแลต่อเนื่องด้านยาของผู้ป่วย จากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Seamless Pharmaceutical Care) เป็น ระยะเริ่มต้น ระบบการทำงานยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีหลักเกณฑ์ในการทำงานบางขั้นตอน เช่น เกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยม บ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยม การวางแผนการเยี่ยมต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย แนวทางการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การกำหนด ตัวชี้วัดที่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นโรงพยาบาลสมุทรสาครจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบงานเยี่ยม บ้านให้ชัดเจนและเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรให้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการ ทั้งยังทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ครอบครัวผู้ป่วยที่ดีเยี่ยมและเหมาะสม

คำถามงานวิจัย

แนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาครที่เหมาะสม ควรมีลักษณะอย่างไร

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

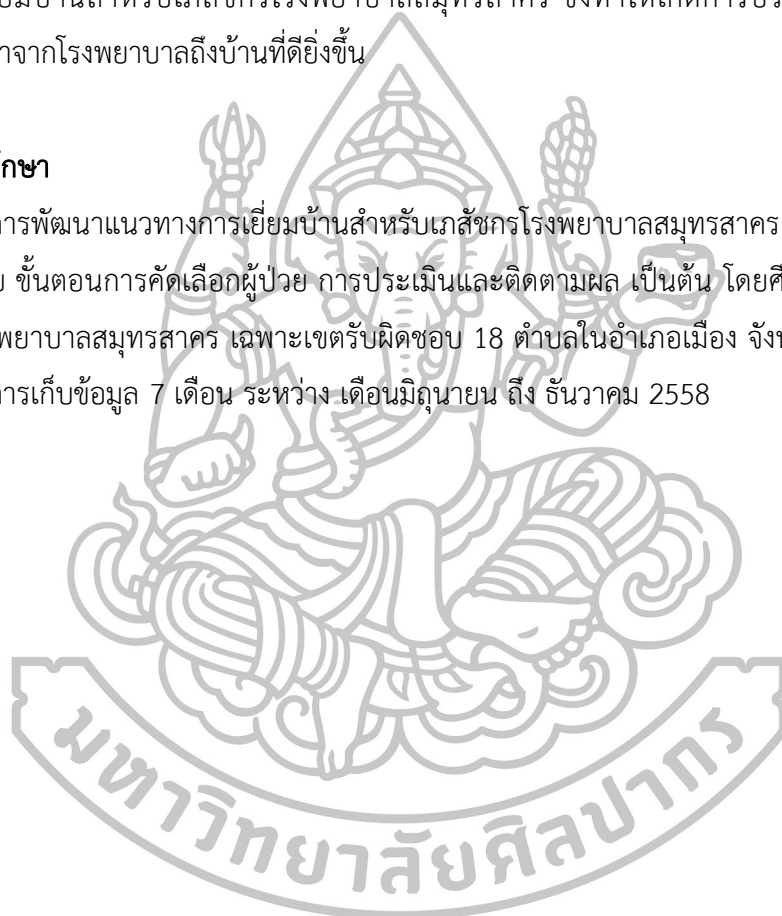
1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

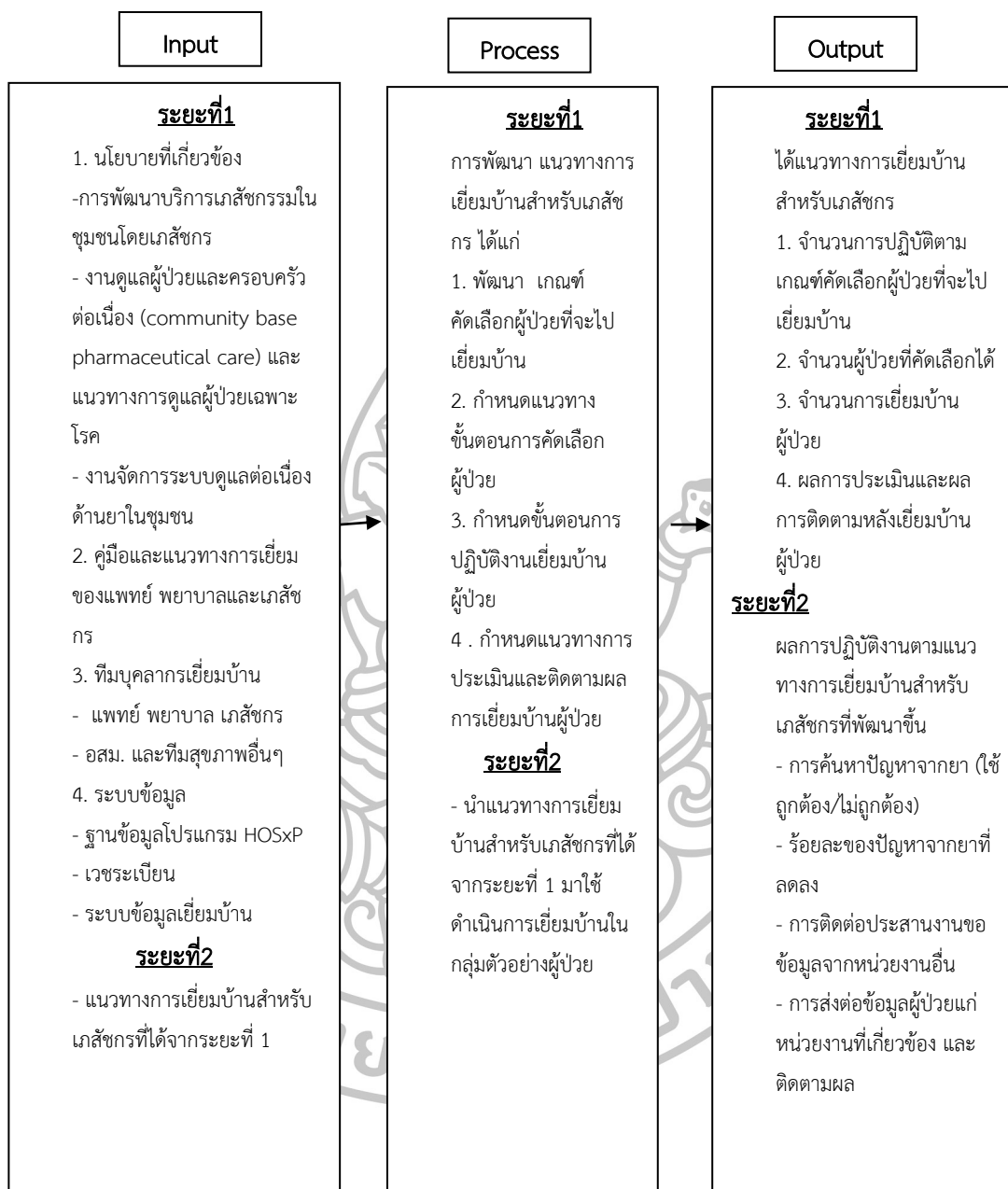
สามารถนำแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรที่พัฒนาขึ้น ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งทำให้เกิดการบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านยาจากโรงพยาบาลถึงบ้านที่ดียิ่งขึ้น

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร เช่น เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินและติดตามผล เป็นต้น โดยศึกษาครอบคลุมผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เฉพาะเขตรับผิดชอบ 18 ตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 7 เดือน ระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2558



กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

1. งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่อง (Community base pharmaceutical care) คือ งานที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงยาและบริการด้านยา ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้สะดวกเท่าเทียมและปลอดภัย โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการยาด้วยตนเอง กลุ่มประชากรในชุมชน มีพฤติกรรมใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

2. งานจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน คือ การสนับสนุนให้มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานเภสัชกรรม สร้างความปลอดภัยจากการใช้ยาให้กับประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

3. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร

4. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรโรงพยาบาล หรือ การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การให้การบริการโดยเภสัชกรโรงพยาบาล เกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ ได้แก่ ค้นหาปัญหาการใช้ยา ให้คำแนะนำเรื่องยาและการใช้ยา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพด้านยาที่บ้าน เป็นการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยา โดยใช้หลักการดูแลต่อเนื่องด้านยาจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Seamless Pharmaceutical Care) (จตุพร ทองอิม, 2556)

5. โปรแกรม HOSxP หมายถึง เป็น ซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน สำหรับสถานพยาบาล ที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและสามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้ภายในหน่วยงานต่างๆ ในสถานพยาบาลนั้นๆ (ชัยพร สุรเดมิย์กุล, HOSxP/PCU BMS)

6. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน หมายถึง การกำหนดเกณฑ์เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยเป็นหลักเกณฑ์ที่ครอบคลุมได้แก่ 1.ประเภทของผู้ป่วย 2.สภาวะโรคของผู้ป่วย 3.ความสามารถในการดูแลตนเอง 4. ระดับปัญหาของผู้ป่วยและความเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้าน

7. ผลการปฏิบัติตามคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

7.1 ผลการปฏิบัติตามคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ในทุกขั้นตอน ว่ามีขั้นตอนใดที่สามารถปฏิบัติตามได้ดี มีขั้นตอนใดที่ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไขให้

เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ดังนี้

7.1.1 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

7.1.2 ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP

7.1.3 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อบทจากโปรแกรม Turbo HOSxP

7.1.4 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo

7.1.5 วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map

7.1.6 วิธีการและขั้นตอนการส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive

7.1.7 วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดยใช้ Google Calendar

7.1.8 การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นระดับ A B C

7.1.9 หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น

7.1.10 ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

7.2 ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร หรือผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

7.2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ปัญหาความทุกข์จากการใช้ยาและปัญหาจากตัวผู้ป่วยเองที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา

7.2.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการเยี่ยมบ้าน

7.3 ทักษะที่เภสัชกรใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หมายถึง คุณลักษณะของเภสัชกรเยี่ยมบ้านที่ควรมีได้แก่

7.3.1 ทักษะการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน

7.3.2 ทักษะการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี

7.3.3 ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา การให้ความรู้หรือคำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยใช้หลักการให้คำปรึกษาโดยสร้างแรงจูงใจ

7.3.4 ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน

7.3.5 ทักษะการสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา

7.3.6 ทักษะการเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ

7.3.7 ทักษะการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา

7.3.8 ทักษะการสรุปผลแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อ คืออะไร

7.3.9 ทักษะในการติดต่อ ประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้มีการทบทวนเอกสาร ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้ ประกอบด้วย

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการประวัติความเป็นมา ความหมาย ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน
- 2.2 บทบาทและรูปแบบการเยี่ยมบ้านของแต่ละวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร
- 2.3 รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการประวัติความเป็นมา ความหมาย ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน

2.1.1 ประวัติความเป็นมาของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านในอดีตเป็นรูปแบบ การเยี่ยมไข้ การติดตามรักษาหรือการทำคลอด ผู้เยี่ยม ได้แก่ แพทย์ประจำตำบลหรือหมออนามัยผดุงครรภ์ ต่อมาการเยี่ยมบ้านในรูปแบบเยี่ยมไข้ลดลง เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคที่นิยมรักษาในโรงพยาบาลกับแพทย์เฉพาะทาง จึงเน้นการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น แต่ก็มีผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่ห่างไกล ไม่สะดวกในการมาโรงพยาบาล ยังคงต้องการรับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ (วิโรจน์ วรณภีระ, 2555) การเยี่ยมบ้านควรเริ่มต้นที่ความต้องการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยเน้นการคำนึงถึงคุณภาพของการดูแลรักษา โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล หากพิจารณาในด้านคุณภาพการให้บริการพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่ถ้าพิจารณาถึงความพร้อมของเครื่องมือ ย่อมมีความแตกต่าง (เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร, 2557) แม้ว่าจำนวนแพทย์ พยาบาลและเทคโนโลยีการแพทย์ที่มากขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากรอรับบริการ และการมีเทคโนโลยีที่ดีขึ้นส่งผลให้ประชาชนไม่พยายามดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รอพึ่งแต่แพทย์ ตัวแพทย์เองก็ใช้ยาและเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของตนเองให้มากขึ้น การดูแลรักษาภายในสถานพยาบาลจึงดูเหมือนไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพราะลงทุนมากแต่สุขภาพประชาชนยังไม่ดีขึ้น ดังนั้นการเยี่ยมบ้านจึงเข้ามาเป็นทางเลือกใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรอรักษา

ในต่างประเทศ มีการวัดผลความคุ้มค่าของการเยี่ยมบ้านไว้ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ต้องใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่บ้าน หรือที่เรียกว่า Home-hospital care หรือ High-acuity home care สำหรับผู้ป่วยโรคปอดบวม โรคหัวใจล้มเหลว โรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลแลแพทย์ การจัดบริการเต็มรูปแบบดังกล่าวพบว่าเกิดความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาตัวภายในโรงพยาบาลได้ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดอัตราการตายได้ เป็นต้น นอกเหนือจากการวัดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์คลินิกแล้ว การเยี่ยมบ้านทำให้แพทย์และพยาบาล ได้เห็นสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัย ทำให้เกิดความเข้าใจและผู้ป่วยและญาติยิ่งขึ้น สำหรับในประเทศไทยยังไม่มี การวัดผลความคุ้มค่าของการเยี่ยมบ้าน เพราะการเยี่ยมบ้านถือเป็นทักษะใหม่สำหรับแพทย์ในยุคปัจจุบัน การวัดผลความคุ้มค่าของการเยี่ยมบ้านจึงต้องการผู้ที่เข้าใจความหมาย วัตถุประสงค์ และวิธีการเยี่ยมบ้านอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งมีความรู้ทางเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยประเมิน ไม่ใช่การวัดผลเพียงค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีจะหมายถึงแต่ค่าใช้จ่ายที่เห็นเป็นตัวเงิน (direct cost) ซึ่งได้แก่ ค่ารถ ค่าน้ำมัน ค่ายารักษาโรค ค่าเครื่องมือ ค่าหมอ แต่ต้องประเมินไปถึงผลลัพธ์ของสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยและญาติในระยะยาวเป็นสำคัญ (สายพิณ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2549)

ความจำเป็นต่อการเยี่ยมบ้านในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันเน้นการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิควบคู่ไปกับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เกิดความ ต้องการ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุเมื่อต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลนานๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยมีโอกาสดูแล เกิดภาวะนอนติดเตียง มีโอกาสติดเชื้อ มีภาวะซึมเศร้าหรือคิดถึงบ้าน เสียค่าใช้จ่ายสูง และเพิ่มภาระให้โรงพยาบาล และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น แต่ต้องการการดูแลที่บ้านเข้ามาช่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญและต้องมีทักษะหรือมีความสามารถในการดูแลที่มากขึ้น เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้ง มีผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคชรา โรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็มีแนวโน้มที่จะรักษาต่อบ้านมากขึ้นในอนาคต ตัวอย่างของการเยี่ยมบ้านในประเทศนิวซีแลนด์ มีการจัดบริการแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพยาบาลในสถานพยาบาลบริการที่ไม่ใช่โรงพยาบาล การกายภาพบำบัด และการอาชีวบำบัด สำหรับประเทศไทย เริ่มเกิดรูปแบบดังกล่าวบ้างแล้วในเขตเมือง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงมีความจำเป็นต้องมีพัฒนารูปแบบและคุณภาพ

บริการอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และศักยภาพของผู้ให้บริการ (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555)

การเยี่ยมบ้านสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการเยี่ยมบ้านทำให้ทีมสุขภาพได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตหรือสอบถามผู้ป่วยที่บ้าน มองปัญหาของผู้ป่วยเป็นองค์รวมมากขึ้น สามารถค้นพบปัญหาหรือโรคหรือความเจ็บป่วยอื่นเพิ่มเติมได้ รวมถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และเสริมสร้างความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง สำหรับการดูแลรักษาบางอย่าง เช่นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ต้องทำที่บ้านเท่านั้นหรือผู้ป่วยที่ติดบ้านหรือผู้ที่เดินทางไปตรวจรักษาที่สถานพยาบาลลำบาก จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนั้นพบว่าทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ในปฏิบัติงานด้านการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยกว่า ซึ่งการเยี่ยมบ้านจะมีประสิทธิภาพได้ทีมผู้เยี่ยมต้องมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากสถานพยาบาลเลือกใช้การเยี่ยมบ้านมาช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละรายประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ โรงพยาบาลหรือรพ.สต. มีความตระหนัก มินโยบายที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง มีความร่วมมือหรือเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย(ครอบครัว) มีทักษะระหว่างปฏิบัติหน้าที่ มีความเข้าใจถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555)

2.1.2 ความหมาย และความสำคัญและแนวคิดของการเยี่ยมบ้าน

ความหมายของการเยี่ยมบ้าน

สำเร็จ แหงกระโทกและรุจิรา มังคละศิริ, (2545) ได้ให้คำนิยามของการเยี่ยมบ้านไว้ว่า “การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้แพทย์ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียงตัวผู้ป่วยคนเดียว บริบทที่สำคัญของผู้ป่วยคือ ครอบครัว การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่าง แพทย์ พยาบาลประจำครอบครัว (Doctor-Patient Relation)”

อุษณิพร วิรุฬห์วานิช (2551) ให้ความหมายของการเยี่ยมบ้านไว้ว่า “การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การให้บริการสุขภาพเชิงรุก ใช้บ้านของผู้ป่วยเป็นสถานพยาบาล โดยให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยเภสัชกร พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้การพยาบาลตามปัญหา ให้คำปรึกษา รวมถึงติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือหลักในการ

ดำเนินการเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างทีมสาธารณสุข ผู้ป่วยและญาติ เป็นการให้การดูแล เบ็ดเสร็จที่บ้านของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตอย่างปกติสุข”

สายพิณ หัตถิรัตน์ (2553) ให้คำจำกัดความของการเยี่ยมบ้านไว้ว่า “การเยี่ยมบ้าน คือ รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบแพทย์อาจจะ นำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งก็ได้”

วิโรจน์ วรรณภีระ (2555) ให้คำนิยามของการเยี่ยมบ้านไว้ว่า “การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมดูแลสุขภาพชนิดหนึ่งที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสมและใช้ บ้าน เป็นฐานในการดูแลแทนการใช้สถานพยาบาล ซึ่งดำเนินการโดยทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ และควรมีรูปแบบและวิธีการที่ดีจึงจะก่อให้เกิดผลที่คุ้มค่ามากที่สุด การเยี่ยมบ้านต้องมีทั้งความรู้ทักษะและเจตคติที่ดี จึงจะประสบความสำเร็จดังนั้น การเยี่ยมบ้านจึงไม่ใช่การเยี่ยมบ้านกันทั่วไป แต่เป็นการเยี่ยมเพื่อสนับสนุนครอบครัวนั่นเอง”

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้าน เป็นการให้บริการอย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาวิชาชีพ เป็นการให้บริการต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงที่บ้าน เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต้องจัดตั้ง และพัฒนารูปแบบและคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และศักยภาพของผู้ให้บริการ

วิโรจน์ วรรณภีระ (2555) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไว้ว่า การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน “รูปแบบการเข้ารับบริการและลักษณะของผู้ป่วยเปลี่ยนไปตามกาลเวลา สรุปคือ 1.มีการพัฒนาระบบบริการในรพ.สต.และประชาชนกลับไปใช้บริการในชุมชนมากขึ้น (Access) 2. จำนวนในการนอนรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง (Early discharge) 3. ภูมิปัญญาหรือเทคโนโลยีสมัยที่ประยุกต์นำไปใช้ที่บ้านได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น (Appropriate technology) 4. มีการพัฒนาการบูรณาการ การดูแลรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับชุมชน (Hospital community model) 5. บ้านเป็นแหล่งอาศัยที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่มากที่สุด จึงเพิ่มโอกาสในการใช้เวลาในการดูแลรักษา และปฏิบัติตัวตามแพทย์หรือผู้ดูแล แนะนำได้ตลอดเวลา 6. การจัดบริการดูแลรักษาที่บ้านจึงมีความจำเป็น และสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง”

กฤษฎี ทองบรรจบและสายพิณ หัตถ์รัตน์ (2558) ให้ความหมายของการ การดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านว่า “การดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หมายถึง แบบแผนการดูแล ให้บริการผู้ป่วยที่บ้านโดยสหวิชาชีพ มีแนวโน้มของการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้นด้วยเหตุผลต่อไปนี้ 1. เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous) และครอบคลุม (Comprehensive) แก่ผู้ป่วยในบริบทของครอบครัว 2. ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้การดูแลโรคเรื้อรังและโรคที่รักษาไม่หายดีขึ้น 3. ค่ารักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นเนื่องจากการใช้เทคโนโลยีที่สูง 4. ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค (Diagnosis-Related Groups) พยายามให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นที่สุด 5. โรคที่พบมักเป็นโรคที่พบในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลายโรคร่วมกัน และ 6. ผู้ป่วยมักจะเลือกที่รับการดูแลที่บ้าน”

แนวคิดในการดำเนินการดูแลต่อเนื่องด้านยาในประเทศอังกฤษ

กำหนดให้การดูแลต่อเนื่องด้านยาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร (Quality Pharmaceutical Service) โดยมีหลักการดูแลต่อเนื่องดังนี้

1. การแนะนำเริ่มต้น (Introduction) สร้างการติดต่อสื่อสารกันระหว่างเภสัชกรในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิจนถึงสหสาขาวิชาชีพอื่นในแต่ละระดับสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และให้ทีมทำความเข้าใจบริบทหรือหน้าที่ของแต่ละสาขาอาชีพในแต่ละระดับ เพื่อเข้าใจและยอมรับกันทำให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้เป็นอย่างดียิ่งขึ้น

2. การร่วมงาน ประสานงานกันระหว่างสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและ ทติยภูมิ (Integrated primary/secondary care medicines management) การทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรและทีมสุขภาพของทั้งสองระดับ เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีการศึกษา ของโรงพยาบาล Antrim Area พบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาที่ควรได้ต่อเนื่องขณะรักษาในโรงพยาบาล 61 % ผู้ป่วยใช้ยาเดิมของตนแต่ไม่เหมาะสมกับสถานะของตน 21% และเมื่อรับยากลับบ้านพบปัญหาการใช้ยา 33% ซึ่งจากกระบวนการดูแลต่อเนื่องด้านยาของเภสัชกรเช่นนี้ ส่งผลให้ลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ 24% และสามารถลดมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยได้อีกด้วย

3. การประสานงานด้านผลิตภัณฑ์ยา (Harmonization of product supply) การบริหารจัดการยาร่วมกันระหว่างสถานพยาบาล เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดจากรายการยาชนิดเดียวกันมีรูปแบบต่างกัน เนื่องจาก ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการจากทั้งสองระดับสถานพยาบาล

4. การจัดการยาที่ต้องดูแลการใช้เป็นพิเศษ (Special medicines issues) มีการจัดเก็บยาในสถานที่ที่เหมาะสม และมีการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรในหน่วยปฐมภูมิ

5. การทำงานร่วมกัน เกิดการประสานงานกันที่ตีระหว่างเภสัชกรในสถานพยาบาล กับสาขาวิชาชีพ และผู้ดูแลด้านสังคม เพื่อให้เกิดการทำงานแบบเข้าใจหน้าที่ของกันและกัน (Interface between pharmacists and other health and social care professionals)

6. การพัฒนาเครือข่ายเภสัชกรระหว่างโรงพยาบาลและสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการประสานงานกันระหว่างเภสัชกรด้วยกันและให้เภสัชกรสามารถทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นได้เป็นอย่างดี (Developing clinical pharmacy network)

7. การพัฒนาด้านข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการติดต่อสื่อสาร (Information technology issue and communication) เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนากระบวนการทำงานของเภสัชกรในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น การเข้าถึงข้อมูลการสั่งจ่ายยาของแพทย์ สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลตติยภูมิและสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้โดยง่าย (Department of Health, Social Services & Public Safety Castle Building, Belfast BT4 3SQ, 2006)

2.2 บทบาทและรูปแบบการเยี่ยมบ้าน ของแต่ละวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

2.2.1 บทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน บทบาทและหน้าที่ ที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านมีดังนี้ (อุษณิพร วิรุฬห์วณิช, 2551)

2.2.1.1 เป็นผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วย หรือผู้ที่อยู่ในระยะพักฟื้นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ทำการพยาบาล พร้อมทั้งสอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถปฏิบัติได้เอง

2.2.1.2 เป็นครูในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำหน้าที่เปรียบเสมือนครู คือ เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

2.2.1.3 เป็นที่ปรึกษา ขณะเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะได้รับฟังปัญหาต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางเลือก ส่วนการตัดสินใจนั้นครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง

2.2.1.4 เป็นผู้ประสานงาน โดยทำหน้าที่เป็นคนกลาง ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและแพทย์ หรือประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่จะส่งผลประโยชน์ให้กับครอบครัว เช่น นักสังคม

สงเคราะห์ สถานสงเคราะห์ต่างๆ ที่ครอบครัวจะขอรับการช่วยเหลือ เมื่อถึงคราวจำเป็น เช่น กำลังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจต้องทำหน้าที่ส่งต่อไปขอรับการช่วยเหลือ

2.2.2 รูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์

การเยี่ยมบ้านในอดีตเป็นหน้าที่หลักของแพทย์และสถานพยาบาลขนาดเล็ก จากนั้นเริ่มมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ แพทย์จึงอยู่ประจำโรงพยาบาลมากขึ้น และเมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าผู้ป่วยจึงมีอายุยืนขึ้น ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้นด้วย ผลที่ตามมาคือ การลดจำนวนผู้ป่วยลง โดยลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล Day Surgery Technigue ดังนั้นปัจจุบันจึงเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่าตั้งรับ แพทย์และพยาบาลจึงกลับไปเยี่ยมบ้านเชิงรุก (สายพิณ หัตถ์รัตน์ และคณะ, 2549 ; ปิยฉัตร ตีสุวรรณ, 2554)

การเยี่ยมบ้านของแพทย์ เป็นกระบวนการให้บริการดูแลครอบครัว โดยใช้หลักการเวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งครอบครัว อย่างต่อเนื่อง โดยไม่จำกัดอายุ เพศ วัยและโรค แพทย์หรือหมอครอบครัว เป็นผู้ที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก เป็นหมอประจำตัว และเป็นคนสุดท้ายที่จะดูแลผู้ป่วยไปจนสิ้นอายุขัย รวมทั้งดูแลครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ความเฉพาะของหมอครอบครัว แตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่น ที่ไม่มุ่งเน้นที่ตัวโรค หมอครอบครัว ไม่จำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น แพทย์ทั่วไปหรือเฉพาะทางสาขาใดก็ได้ที่มีคุณลักษณะ เป็นผู้ดูแลความเป็นคน “คนไข้” อย่างไม่มีข้อจำกัด มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ 1. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient Relationship) 2. มีทักษะทางคลินิกที่แม่นยำ (Skillful Clinical) 3. มีเวชปฏิบัติอยู่ในชุมชนหรือคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน (Community-Base Practice) 4. เป็นแหล่งข้อมูลหรือที่ปรึกษาให้แก่ประชากรที่รับผิดชอบ (Resource Person to a Defined population) (สายพิณ หัตถ์รัตน์, 2553)

2.2.3 รูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล

ในส่วนของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีแนวทางการส่งผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตัวอย่างรูปแบบงานเยี่ยมบ้านของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้ข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เสาวนิตย์ อัมไชย, 2558)

บทบาทหน้าที่

1. ประสานข้อมูลและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านกับสถานบริการสาธารณสุขตามพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยร่วมประเมินและวางแผนจำหน่าย ให้คำแนะนำ สอน สาธิตการดูแลที่บ้านแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่หน่วยงาน และส่งผลการเยี่ยมผู้ป่วยจากสถานบริการสาธารณสุข (ครั้งที่ 1) กลับหน่วยงานที่ส่งต่อ

2. งานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

ประเภทกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อ คือ ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหรือทีมสุขภาพประเมินว่าต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยผู้ป่วยดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง มารดาและทารกที่ทำการคลอด ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ๆ ได้แก่ T.T. tube NG tube Gastrostomy tube Foley's catheter Cystostomy tube Shunt ประเภทต่างๆ ผู้ป่วยโรคกระดูกที่ใส่อุปกรณ์ยึดติด

หมายเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ป่วยวัณโรค ติดตามการใช้ยา, ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ให้ประสานงานหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กรณี Case หอผู้ป่วย

1. การแจ้ง Case ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 3-4 วัน (เพื่อร่วมประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย)

1.1 ส่งเอกสาร Request ที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 โทรนัดหมายศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2. ก่อนกลับบ้านอย่างน้อย 1 วัน ขอความร่วมมือโทรแจ้งซ้ำอีกครั้ง และให้ญาติเซ็นต์ชื่อยินยอมให้ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในแบบประเมินการจำหน่ายผู้ป่วย

3. การส่งเอกสารใบส่งต่อผู้ป่วย

3.1 สำเนาเอกสารแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับและแบบประเมินการจำหน่ายผู้ป่วย

3.2 สำเนาเอกสารใบส่งต่อผู้ป่วย Palliative care ไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ ในกรณีส่งดูแลผู้ป่วย Palliative care อย่างละ 3 ใบ ให้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4. ขอความร่วมมือระบุที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ แผนที่ ของผู้ป่วยให้ชัดเจน

กรณี Case ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

1. การแจ้ง Case โดยการโทรแจ้ง ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2. ส่งผู้ป่วยหรือญาติ หรือซักประวัติในแบบฟอร์มซักประวัติ ศูนย์ดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน ที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3. ขอความร่วมมือให้แพทย์ระบุเหตุผลการส่งเยี่ยมบ้านและให้ญาติเซ็นต์ชื่อยินยอม ให้ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2.2.4 รูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

การเยี่ยมบ้านของเภสัชกร ได้มีการดำเนินการมาระยะหนึ่ง ในรูปแบบของการ บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปัจจุบันเริ่มมีการดำเนินการในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีเป้าหมายในการ ให้บริการ คือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต้องมี เภสัชกรปฐมภูมิ เพื่อทำหน้าที่เป็นเภสัชกร ครอบครัวดูแลปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพ ในทุกระดับ อย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน บนมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ (มังกร ประพันธ์ วัฒนะ, 2554)

1. ชุมชนปลอดภัยด้านยา โดยมีระบบกลไก ในการป้องกันความเสี่ยงจากยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเหมาะสม การค้นหาความเสี่ยงในชุมชน ที่เกิดจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ครอบคลุมระบบการจัดการยาในหน่วย บริการหรือรพ.สต. และมีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน ชี้นำ ให้ความรู้ ทัศนคติและเป็นที่ปรึกษา

2. ครอบครัวมีบันทึกยาประจำครอบครัว โดยได้รับการค้นหาปัญหา คัดกรอง เสริมแรงให้มีพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม มีข้อมูลการใช้ยาระดับ ครอบครัว ตลอดจนการวางแผนร่วมกันในการดูแลสุขภาพ

3. ผู้ป่วยมีการรักษาเป็นตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่อง โดยการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เน้นการบริบสลงทางเภสัชกรรม รวมทั้ง การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการ เข้าถึงบริการ การส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาล และการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้เพื่อเป้าหมาย ให้เกิดความต่อเนื่องด้านยาในระดับบุคคล ครอบครัวพึ่งตนเอง ได้และชุมชนมีภูมิคุ้มกัน สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนด้วยตนเอง(มังกร ประพันธ์ วัฒนะ, 2554)

ตารางที่ 1 สรุปวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ และพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ 2.เพื่อให้ญาติรู้วิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย 3.แพทย์สามารถประเมินทั้ง โรค และ ความเจ็บป่วย ที่แท้จริงได้ถูกต้อง ครอบคลุม 4.แพทย์ทำความเข้าใจ และ สร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว 5.สามารถประเมินความเสี่ยงและแนวทางที่จะลดความเสี่ยง 6.เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว 7.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 8.เพื่อค้นหาปัญหาของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับสมาชิกในครอบครัวพร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ 9.เพื่อติดตามผลการรักษาหรือติดตามผู้ป่วยขาดนัด ตลอดจนติดตามประเมินผลการเยี่ยมครั้งก่อน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย ความพร้อมของผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินวางแผนจำหน่าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่บ้านได้ 2.เพื่อให้คำแนะนำฝึกทักษะ 3.เพื่อให้บริการในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำไม่ได้ 4.เพื่อติดตามผลการรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง 5.เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นที่กำลังใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว 	<p>เภสัชกรครอบครัว</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจ สามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยา 2.เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรู้วิธีการดูแล รักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาได้เอง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ ต้องให้ยาทางสายให้อาหาร 3.เพื่อให้เภสัชกรครอบครัวสามารถประเมินความต้องการทางสุขภาพด้านยาของผู้ป่วยรวมถึงการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดหรืออาจเกิดจากการใช้ยา รวมทั้งประเมินสิ่งแวดล้อมของสังคมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา 4.เพื่อให้เภสัชกรครอบครัวสามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพที่อาจมีสาเหตุมาจากการใช้ยา และแนวทางลดความเสี่ยงนั้นๆ 5.เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยหลังจากรับบริการจากสถานพยาบาลทั้งในด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย 6.เพื่อค้นหาผู้รับบริการในชุมชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานได้ <p>เภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องด้านยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา 2.เพื่อให้ญาติ ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม

ที่มา : กฤษฏี ทองบรรจบและสายพิน หัตถิรัตน์, การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2558 www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf

วิศิรี วายุภกุล, กระบวนการให้บริการดูแลครอบครัว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน 2557 <http://www.oocities.org/thaifammed/homevisit.htm>

โสธยา วงศิริไล, “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน.” ใน เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย, กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (2553) 28-48

มังกร ประพันธ์วิวัฒน์, “เครือข่ายความปลอดภัยระบบยา: จากผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชน.” RePe! InType ปี 2 เล่ม 3, (2554) 14-25.

ตารางที่ 2 สรุปกลุ่มเป้าหมายและเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยของการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ทุกครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพและให้การส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยที่มารับบริการ</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยในหน่วยบริการ</p>
<p>เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง เช่น มีแผลเรื้อรัง ต้องให้อาหารทางสายใส่สายสวนปัสสาวะ และผู้พิการที่ต้องกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ 2. มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาในการเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล ทั้งปัญหาทางกายภาพและปัญหาทางเศรษฐกิจ 3. มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือภาวะวิกฤตต่างๆที่ไม่ต้องการ การรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล 4. ครอบครัวที่มีปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคมหรือเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ 5. ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวขอให้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน 	<p>เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกผู้ที่มีความผิดปกติ ได้แก่ ผู้ป่วย 2. เลือกกลุ่มที่อยู่ในวัยเปลี่ยนแปลงทุกกลุ่ม เช่น เด็กวัยรุ่นและผู้สูงอายุ 3. กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง 4. กลุ่มที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจ 	<p>เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย</p> <p>พิจารณาปัญหาแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่เข้ายาต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยหลายโรค ใช้ยาหลายขนาน 3. มีรูปแบบการใช้ยาที่ซับซ้อน 4. ใช้ยาเทคนิคพิเศษ 5. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6. ผู้ป่วย CAPD, HD 7. ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสาย

ที่มา : กฤษฏี ทองบรรจบและสายพิน ทัดถิรัตน์, การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2558 www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf

วิศิรี วายุภกุล, กระบวนการให้บริการดูแลครอบครัว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน 2557 <http://www.oocities.org/thaifammed/homevisit.htm>

โสธยา วงศ์วิไล, “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน.” ใน เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย, กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (2553) 28-48

มังกร ประพันธ์วัฒน์, “เครือข่ายความปลอดภัยระบบยา: จากผู้ป่วยสู่อุปกรณ์และชุมชน.” RePe' InType ปี 2 เล่ม 3, (2554) 14-25.

ตารางที่ 3 สรุปการจัดประเภทหรือระดับผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<p>1. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย (Illness home visit) การเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท</p> <p>1.1 กรณีฉุกเฉิน (Emergency care) การเยี่ยมประเภทนี้มักจะเป็นการช่วยเหลือเร่งด่วน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว</p> <p>1.2 โรคเฉียบพลัน (Acute illness care) เช่น โรคหวัด ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินและรักษาโรคเหล่านี้ที่บ้านได้</p> <p>1.3 โรคเรื้อรัง (Chronic illness care) เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น การเยี่ยมบ้านทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ปรับตัวกับโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น</p> <p>2.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Dying care home visit) ได้แก่ การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยด้วยโรคที่หมดหวังและทรุดลงเรื่อยๆใกล้เสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีจุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน คือ</p> <p>2.1 ดูแลอาการระยะสุดท้ายของโรค (palliative care)</p> <p>2.2 ประกาศการเสียชีวิต</p> <p>2.3 ประคับประคองภาวะโศกเศร้าของญาติ</p> <p>3. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment home visit) เป็นการเยี่ยมเพื่อ ประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีหลายโรค ประเมินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะดูแลผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยที่ขาดนัด เป็นต้น</p> <p>4. การเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Hospitalization home visit) แบ่งเป็น 3 กรณี คือ 4.1 นอนโรงพยาบาลจากการรักษาโรคต่างๆ ในผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน เมื่ออาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้ 4.2 มารดกและทารกหลังคลอด 4.3 ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>	<p>1.Illness home visit</p> <p>2.Dying care home visit</p> <p>3.Assessment home visit</p> <p>4.Hospitalization home visit</p>	<p>ไม่ได้ระบุ</p>

ที่มา : กฤษฏี ทองบรรจบและสายพิน หัตถิรัตน์, **การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2558 www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf

วิศิรี วายูกุล, **กระบวนการให้บริการดูแลครอบครัว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน 2557 <http://www.oocities.org/thaifammed/homevisit.htm>

โสธยา วงศิริไล, “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน.”ใน **เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย**, กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (2553) 28-48

มังกร ประพันธ์วัฒน์, “เครือข่ายความปลอดภัยระบบยา: จากผู้ป่วยสู่อุบัติเหตุและชุมชน.” **RePE' InType** ปี 2 เล่ม 3, (2554) 14-25.

ตารางที่ 4 สรุปขั้นตอนสำคัญในการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของครอบครัว ขั้นตอนในการประเมินปัญหา ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเก็บรวบรวมข้อมูล : โดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งก่อนเยี่ยมและขณะเยี่ยม การรวบรวมข้อมูลก่อนเยี่ยมได้จากแฟ้มประวัติครอบครัวและเวชระเบียน OPD card ส่วนการรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยม ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ 2. การทดสอบความแม่นยำของข้อมูล ทำได้โดยการสำรวจซ้ำหรือใช้ข้อมูลที่เราได้จากแหล่งต่างๆ หรือวิธีการต่างๆมาเปรียบเทียบกัน ถือเป็นภาระหาข้อเท็จจริงเนื่องจากข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อน 3. การแปลความหมายและการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ ให้ง่ายต่อการพิจารณา <p>ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว : ก่อนวางแผนเพื่อให้บริการนั้น ต้องพิจารณาปัญหาที่เร่งด่วนของครอบครัวก่อน เพื่อจัดลำดับความสำคัญและแก้ไขปัญหามีความสำคัญมากที่สุดก่อน โดยพิจารณาจัดลำดับความสนใจของครอบครัวและความรุนแรงของปัญหาและความสามารถในการแก้ปัญหาของครอบครัว การวางแผนมีส่วนประกอบ 2 ประการ คือ 1) เป้าหมายที่ต้องการ เป้าหมายระยะสั้น มุ่งเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ยอมรับปัญหา เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง 2) เป้าหมายระยะยาว เป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด คือ การที่ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีที่สุด</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ก่อนเยี่ยม พยาบาลต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่างๆ เช่น วางแผน กำหนดจุดประสงค์ในการเยี่ยม ทำความเข้าใจชุมชน หาข้อมูลผู้รับบริการ จากแฟ้มประวัติส่งต่อ จากแฟ้มประวัติครอบครัว จากการซักถาม การเตรียมตัวของพยาบาลในด้านความพร้อม เช่น เตรียมความรู้ เตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็นและกระเป๋าเยี่ยมบ้าน</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ขณะเยี่ยมบ้าน การเข้าเยี่ยม เริ่มต้นด้วยธรรมเนียมปฏิบัติที่ดี มีท่าทีที่อดทน การใช้ทักษะที่เหมาะสม ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ควรคำนึงถึงธรรมเนียมที่ควรปฏิบัติ เช่น การขออนุญาต การให้ความเคารพ เกรงใจ ช่างสังเกต การตั้งคำถามให้เหมาะสม ขณะเดียวกันกับการให้บริการ ควรสอดคล้องกับความต้องการ มีความรู้ หลักการและเหตุผล รวมถึงการใช้กระเป๋าเยี่ยม ยืดหลักสะอาด ปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อ มีความมั่นใจ มีการประเมินเรื่องของสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวทาง INHOMESSS</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 ก่อนเยี่ยมบ้าน</p> <p>ขั้นตอนที่ 1.1 เภสัชกรต้องค้นหาปัญหาการใช้ยา เช่น การใช้ยาซ้ำซ้อน การเกิดอันตรกิริยาของยา เป็นต้น</p> <p>ขั้นตอนที่ 1.2 ค้นหาผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแล ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระดับปกติ แต่เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นโอกาสในการคัดกรองผู้ที่ควรได้รับการดูแลในระบบสุขภาพ</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ขณะเยี่ยม เภสัชกรจะต้องตระหนักว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออาการหรือเงื่อนไขสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เภสัชกรต้องให้ความสำคัญ เพื่อเสริมแรงให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลตลอดจนครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการรักษาพยาบาล</p>

ตารางที่ 4 สรุปขั้นตอนสำคัญในการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร (ต่อ)

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<p>เท่าที่ความสามารถของครอบครัวนั้นๆจะอำนวย</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน คือ การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมระหว่างการเยี่ยมก่อนออกเยี่ยม ทีมเยี่ยม บ้านควรเตรียมตัวให้พร้อมทั้งในด้านข้อมูล และอุปกรณ์การเยี่ยม กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมในแต่ละครั้งให้ชัดเจน สิ่งที่ขาดไม่ได้ คือ บันทึกการเยี่ยมบ้านและกระเป๋ายาเยี่ยมบ้าน และการยืนยันวันเวลาเยี่ยมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ล่วงหน้า</p> <p>อุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แผนที่ในการเดินทาง เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วย และญาติ แบบประเมิน INHOMESSS Checklist แฟ้มบันทึกประวัติครอบครัว ใบสั่งยา ลูกมือแบบใช้แล้วทิ้ง ปรอทวดใช้ ไม้กดลิ้น ไฟฉาย หูฟัง (Stethoscope) เครื่องวัดความดันและที่พันขนาดต่างๆ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลและแผ่นตรวจน้ำตาล เจลหล่อลื่น ในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสายต่างๆที่ติดอยู่กับตัวผู้ป่วย</p> <p>อุปกรณ์อื่นๆจัดเตรียมตามความจำเป็นของการเยี่ยมบ้าน เช่น เตรียมชุดทำแผล สำหรับวัตถุประสงค์เยี่ยมบ้านเพื่อทำแผล อุปกรณ์ตรวจระบบประสาทอย่างง่าย เช่น ไม้เคาะ Reflex ไม้จิ้มฟัน เครื่องตรวจหูและตา แผ่นพับสุขภาพศึกษาเรื่องโรคต่างๆ ที่จำเป็น เช่น แนะนำเรื่องอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น</p> <p>ขณะเยี่ยมบ้าน</p> <p>แพทย์เวชปฏิบัติมีหน้าที่ ประเมินสมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน ต้องมีการนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกลงแบบฟอร์ม Nurse's note ในเวชระเบียน เพื่อให้เพื่อนร่วมทีม ได้มีโอกาสรู้จัก เข้าใจ ผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปจะลงข้อมูลตามหัวข้อ SOAP (S : Subjective, O : Objective, A : Assessment, P : Palm Management</p> <p>ขั้นตอนที่ 3.1 หลังลงบันทึกข้อมูล ควรมีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมทีม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3.2 มีการทบทวนข้อมูลและสรุปประเด็นให้ผู้รับบริการเข้าใจ มีกำบังบันทึกและวางแผนการทำงานครั้งต่อไปร่วมกัน</p> <p>ขั้นตอนที่ 3.3 สรุป วิเคราะห์ บันทึก และทำความสะอาด เครื่องมือ กระเป๋ายาเยี่ยม และวางแผนในการทำงานวันต่อไป</p>	<p>หัวใจสำคัญ คือ การ เสริมแรง การวางแผน การรักษาด้านยาร่วมกัน ระหว่าง เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล</p> <p>การให้คำปรึกษา ในระดับบุคคล เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องของการให้บริการทางเภสัชกรรม โดยมุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา การปรับพฤติกรรม หรือการจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อคุณภาพของการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง</p> <p>การประเมินความเสี่ยง เป็นหัวใจของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับชุมชน การจัดการความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ การส่งเสริม สนับสนุนและการชี้แนะด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน</p>

ตารางที่ 4 สรุปขั้นตอนสำคัญในการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร (ต่อ)

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<p>5. การตรวจร่างกาย</p> <p>6. การรักษา อาจโดยการเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยหรือญาติไปรับเองที่โรงพยาบาลหรือร้านยา หรือมีการทำหัตถการโดยต้องเตรียมอุปกรณ์ไป</p> <p>หลังเยี่ยมบ้าน</p> <p>1. สรุปปัญหาครอบครัว : อันดับแรกคือเก็บรวบรวมข้อมูลและประชุมทีมเยี่ยมบ้านแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนแนวปฏิบัติหรือวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>2. บันทึกข้อมูล ได้แก่ แพ้มประจำครอบครัว สำหรับบันทึกข้อมูลดูแลครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยสำคัญ ปัจจุบัน อดีตครอบครัว รวมถึงการทบทวนตามระบบ การตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการ การประเมินต่างๆ เช่น การประเมินการวินิจฉัยทั้งด้าน บุคคล ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะวินิจฉัยไว้เดิมแล้ว หรือเป็นปัญหาใหม่ สามารถบันทึกการวินิจฉัยเป็นปัญหา การทะเลาะกันในครอบครัว อาการ ซึมเศร้า การจัดการตัวเอง การเคลื่อนไหว การวางแผน ได้แก่ การวางแผนการวินิจฉัยโรค หรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งไปฟื้นฟูหรือแผนการพูดคุยกับครอบครัว การวางแผนการดูแลโดยดูจากสภาวะของปัญหา เป็นต้น</p>		

ที่มา : กฤษฏี ทองบรรจบและสายพิน หัตถิรัตน์, **การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2558 www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf
 วิศรี วายุภุค, **กระบวนการการให้บริการดูแลครอบครัว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน 2557 <http://www.oocities.org/thaifammed/homevisit.htm>
 โสรายา วงศ์ไฉ, “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน.”ใน **เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย**, กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (2553) 28-48
 มังกร ประพันธ์วิวัฒน์, “เครือข่ายความปลอดภัยระบบยา: จากผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชน.” **RePe' InType** ปี 2 เล่ม 3, (2554) 14-25.

ตารางที่ 5 สรุปการวัดผลสำเร็จและการติดต่อประสานงาน ส่งต่อผู้เกี่ยวข้อง ในการเยี่ยมบ้านแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร

แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร
<p>การวัดผลสำเร็จ ไม่ได้ระบุ</p>	<p>การวัดผลสำเร็จ ไม่ได้ระบุ</p>	<p>การวัดผลสำเร็จ ผลลัพธ์และการประเมินเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน เช่น ระดับบุคคล ผลลัพธ์ที่ต้องการได้แก่ ผลการรักษาตามเป้า ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระดับครอบครัว คือ มีการบันทึกยาครอบครัว ลดปัญหาความเสี่ยงจากการมียาที่ไม่เหมาะสม ยาเหลือใช้ในครัวเรือน และมีระบบข้อมูลด้านยา และสุขภาพที่เหมาะสม ในระดับชุมชน ย่อมต้องการให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเอง เป็นชุมชนสุขภาวะ สำหรับการประเมิน ไม่จำเป็นต้องรอให้การดำเนินการแล้วเสร็จ</p>
<p>การติดต่อประสานงาน ส่งต่อผู้เกี่ยวข้อง มีการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์</p>	<p>การติดต่อประสานงาน ส่งต่อผู้เกี่ยวข้อง มีการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์</p>	<p>การติดต่อประสานงาน ส่งต่อผู้เกี่ยวข้อง มีการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์</p>

ที่มา : กฤษฏี ทองบรรจบและสายพิน หัตถิรัตน์, **การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2558 www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf

วิศรี วายุภกุล, **กระบวนการการให้บริการดูแลครอบครัว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน 2557 <http://www.oocities.org/thaifammed/homevisit.htm>

โสธยา วงศ์วิไล, “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน.” ใน **เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (2553) 28-48

มังกร ประพันธ์วัฒนะ, “เครือข่ายความปลอดภัยระบบยา: จากผู้ป่วยสู่อุปกรณ์และชุมชน.” **RePe' InType** ปี 2 เล่ม 3, (2554) 14-25.

ตารางที่ 6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Input

Input	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
1.คู่มือ/แนวทางปฏิบัติ/ข้อตกลงร่วมกัน ระบบงาน ที่เกี่ยวข้องและต้องนำมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ 1.1 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เน้นถึงระบบที่สนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	มีการส่งต่อ Case ให้ Home Health Care ของศูนย์สุขภาพชุมชน	เชื่อมโยง	แบ่งเป็นทีม เภสัชกรและพยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติงานหลักและมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ปฏิบัติงานเสริม โดยจัดทีมรวมทั้งหมด 4 ทีม แต่ละทีมรับผิดชอบ 3 ตำบล	มีความเชื่อมโยง	มีความเชื่อมโยง
1.2 การบูรณาการฐานข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย โดยข้อมูลอาจเป็นลายลักษณ์อักษร/ electric file ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
1.3 ระบบภาคีเครือข่าย (อปท. อบต. พมจ. เครือข่ายภาคีภาคประชาชน) เพื่อให้ได้ความร่วมมือสนับสนุนทรัพยากรในการเยี่ยมบ้านของชุมชน	มีศูนย์สุขภาพชุมชน (พยาบาลดูแล)	มีการประสานงานภายในโรงพยาบาล	มีการประสานงานภายในโรงพยาบาล	มีการประสานงานภายในโรงพยาบาล	มีการประสานงานภายในโรงพยาบาล

ตารางที่ 6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Input (ต่อ)

Input	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ. เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
<p>2. ทีมเยี่ยมบ้าน</p> <p>2.1 ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และ บุคคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยงานปฐมภูมิ เช่น นักวิชาการ สาธารณสุข ทันตภิบาล และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ทั้ง ภาครัฐและเอกชน ที่มีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p>	<p>เภสัชกร และ พยาบาล ทำงานร่วมกัน</p>	<p>เภสัชกร และ พยาบาล ทำงานร่วมกัน</p>	<p>เภสัชกร และ พยาบาล ทำงานร่วมกัน</p>	<p>เป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ แพทย์ชุมชนสันทราย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด และมีกิจกรรมบำบัด</p>	<p>แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและ เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล</p>
<p>2.2 มีการทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในและภายนอก) การที่บุคคลหลายคนทำกิจกรรม เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ มีการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน ความสัมพันธ์เป็นทีมงานเดียวกัน หรือ คาดหวัง/วัตถุประสงค์เป้าหมายร่วมกัน ทีมภายนอกหน่วยงาน</p>	<p>มีการทำงานเป็นทีม เช่น การทำกิจกรรมในคลินิกเบาหวาน โดยเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยา พยาบาลสอนการฉีดอินซูลิน</p>	<p>มีการทำงานเป็นทีมระหว่าง บุคลากรในโรงพยาบาลและกับ ทีมรพ.สต.นอกโรงพยาบาลมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ มีการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน ความสัมพันธ์เป็นทีมงานเดียวกัน เป้าหมายร่วมกัน</p>	<p>มีการทำงานเป็นทีม มีการส่ง Case เยี่ยมบ้าน จากหอผู้ป่วย พยาบาลและเภสัชกร ทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน</p>	<p>มีการทำงานเป็นทีมจากทีม เภสัชกรและพยาบาลในโรงพยาบาลกับทีมจากรพ. สต.ในชุมชน</p>	<p>มีการทำงานเป็นทีม จากทีมเภสัชกรและ พยาบาลใน โรงพยาบาลกับทีมจากรพ.สต.ในชุมชน</p>

ตารางที่ 6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Input (ต่อ)

Input	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
2.3 สมรรถนะทีมเยี่ยมบ้าน ความสามารถที่หลากหลายของสมาชิกทีมในการจัดการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยที่บ้าน บนฐานความรู้เรื่องโรค ยา อาการแทรกซ้อน สามารถคัดกรองและส่ง ต่อได้ทันเวลา และทักษะของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ในการเลือกใช้หรือสร้าง เครื่องมือเฉพาะโรคตามสภาพปัญหาผู้ป่วยที่เหมาะสม วิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม ข้อมูลความเจ็บป่วยและคืนข้อมูลเพื่อให้เกิดความร่วมมือ	มีสมรรถนะ มี สามารถให้ความรู้ที่ เป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยได้	มีสมรรถนะ มีสามารถ ให้ความรู้ที่เป็น ประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้	มีสมรรถนะ มี สามารถให้ความรู้ที่ เป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยได้	มีสมรรถนะ มีสามารถ ให้ความรู้ที่เป็น ประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้	มีสมรรถนะ มี สามารถให้ความรู้ที่ เป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยได้
2.4 การสร้างการมีส่วนร่วม มีการระดมทรัพยากร กลุ่มบุคคลหรือองค์กรอื่นๆมาร่วมรับผิดชอบ ทำ กิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมทีมเยี่ยมบ้าน โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้	มีส่วนร่วมในการ ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมทุกข้อ	มีส่วนร่วมในการทำงาน แต่ไม่ครอบคลุมทุกข้อ	มีส่วนร่วมในการ ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมทุกข้อ	มีส่วนร่วมในการทำงาน แต่ไม่ครอบคลุมทุกข้อ	มีส่วนร่วมในการ ทำงานแต่ไม่ ครอบคลุมทุกข้อ
2.4.1 มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกันชัดเจน	มี	มี	มี	มี	มี
2.4.2 มีระบบบริหารจัดการชัดเจน	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ
2.4.3 มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	มี	มี	มี	มี	มี
2.4.4 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน	มี	มี	มี	มี	มี

ตารางที่ 6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Input (ต่อ)

Input	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
2.4.5 มีการสรุปการทำงานร่วมกัน	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ
2.4.6 มีการขยายภาคีเครือข่ายไปยังกลุ่มบุคคล องค์กรอื่น เพื่อเพิ่มสมาชิกในการ การทำงาน	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ	ไม่ได้ระบุ
3. ปัจจัยการสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ในการเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์ประเภทที่ 1 : อุปกรณ์พื้นฐาน ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูล เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด รอบเอว เครื่องวัดความดันแบบพกพา หูฟัง เครื่องวัดระดับน้ำตาลแบบพกพาพร้อม แถบตรวจน้ำตาล ปรอทวัดไข้ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น ชุดทำแผลและเวชภัณฑ์ที่สำคัญ เบื้องต้น เช่น ยาลดไข้ แก้แพ้ แก้ปวดท้อง ผงเกลือแร่ เป็นต้น	มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ พื้นฐานในการเยี่ยมบ้าน รวมถึงประวัติการใช้จ่าย ของผู้ป่วย แต่ไม่ได้ระบุ รายละเอียดของ อุปกรณ์ที่เตรียมเอาไว้ ในบทความ	มีการจัดเตรียม อุปกรณ์พื้นฐานใน การเยี่ยมบ้าน แต่ ไม่ได้ระบุ รายละเอียดของ อุปกรณ์ที่เตรียม เอาไว้ในบทความ	มีการจัดเตรียม อุปกรณ์พื้นฐานใน การเยี่ยมบ้าน แต่ ไม่ได้ระบุรายละเอียด ของอุปกรณ์ที่เตรียม เอาไว้ในบทความ	มีการจัดเตรียม อุปกรณ์พื้นฐานใน การเยี่ยมบ้าน แต่ ไม่ได้ระบุรายละเอียด ของอุปกรณ์ที่เตรียม เอาไว้ในบทความ	มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ พื้นฐานในการเยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้ระบุ รายละเอียดของ อุปกรณ์ที่เตรียมเอาไว้ ในบทความ

ตารางที่ 6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Input (ต่อ)

Input	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
อุปกรณ์ประเภทที่ 2 : เครื่องมือที่ต้องเตรียมเฉพาะราย เฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว เช่น ชุดสายสวน สายยางให้อาหาร ชุดให้ออกซิเจน หรือชุดพ่นยาแบบพกพา สารดูดเสมหะ สารหล่อลื่นและ สื่อการสอน แผ่นพับประกอบการสอนสุขศึกษา	ในบทความยกตัวอย่างการจัดทำอุปกรณ์ช่วยในการจัดยา สำหรับผู้ป่วยตาบอด (กระปุกยาไล่ระดับ)	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์ที่เตรียมเฉพาะราย เฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์ที่เตรียมเฉพาะราย เฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์ที่เตรียมเฉพาะราย เฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์ที่เตรียมเฉพาะราย เฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว
อุปกรณ์ประเภทที่ 3 : เป็นอุปกรณ์สนับสนุนต่อการเยี่ยมบ้าน เช่น กล้องถ่ายภาพ กล้องถ่ายวิดีโอ และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้หรือสนับสนุนในการปรับพฤติกรรม สุขภาพและสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย เช่น เครื่องมือแบบประเทิน ไม่กระดานไม้ไผ่ เขือก เพื่อปรับสภาพบ้าน ถูยั้งชีพ ข้าวสาร-อาหารแห้ง เป็นต้น	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์สนับสนุนต่อการเยี่ยมบ้าน	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์สนับสนุนต่อการเยี่ยมบ้าน	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์สนับสนุนต่อการเยี่ยมบ้าน	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์สนับสนุนต่อการเยี่ยมบ้าน	ในบทความไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของอุปกรณ์สนับสนุนต่อการเยี่ยมบ้าน

ที่มา : นิตยสาร สำราญคง, เรื่องเล่าเภสัชกร เครื่องช่วยเภสัชกรปฐมภูมิภาคเหนือ, (เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม,2553)

นินนาท ธนวิญญกุล, ถอดบทเรียน เภสัชกรรมปฐมภูมิ, เล่ม 2.พิมพ์ครั้งที่ 1. (เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม,2554)

ตารางที่ 7 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Process

Process	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
<p>1. งานบริการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 3 ประเด็น</p> <p>1.1 กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน : กลุ่มผู้ป่วยในชุมชน ที่กำหนดเกณฑ์ ตามความรุนแรงของแต่ละโรคเป็นระดับ 1-3 เพื่อคัดกรองเป็นกลุ่มเป้าหมาย ในการเยี่ยมบ้าน</p> <p>1.2 มีการจัดทำแนวทาง เรื่องมือเยี่ยมบ้าน กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดขึ้น</p> <p>1.3 มีการจัดกลุ่มเป้าหมายอย่างมีระบบ</p>	<p>กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่โรคเรื้อรังที่มีปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน เช่น ในผู้ป่วยโรคถุงลมอุดกั้น มีการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีผู้ดูแล</p>	<p>กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชน เช่น ในผู้ป่วยโรคถุงลมอุดกั้น มีการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>1. ผลจากการสำรวจยาที่บ้านโดยอ้อย น้อย</p> <p>2. ผลจากการสำรวจยาในร้านค้า ร้านชำ และโรงพยาบาลโดยเภสัชกร</p>	<p>กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยที่โรคเรื้อรัง Discharge จากโรงพยาบาล ส่งต่อให้เยี่ยมบ้านโดยหอผู้ป่วย</p>	<p>กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิก เบาหวานที่มีผู้ดูแล</p>	<p>ไม่มีกำหนดระดับกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามขอบเขตของงานเภสัชกรปฐมภูมิ</p> <p>ดูแลเรื่องยา ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีการร่วมงานกับนักกายภาพบำบัด</p>
<p>1.4 กระบวนการเยี่ยมบ้าน</p> <p>1.4.1 กระบวนการเยี่ยมตามแผนการเยี่ยม</p> <p>1.4.2 ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน รายกลุ่ม/รายโรค</p> <p>1.4.3 การเยี่ยมบ้านในระยะเฉียบพลัน</p> <p>1.4.4 การติดตาม ควบคุม กำกับ</p> <p>1.4.5 ผลการดำเนินงานของการเยี่ยมบ้าน</p>	<p>มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยและการแก้ไขติดตาม</p> <p>ราย Case และการสรุปผล</p>	<p>มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยและการแก้ไขติดตามราย Case และการสรุปผล</p>	<p>เยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้าน เภสัชกร พยาบาล และนักกายภาพบำบัด</p> <p>มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยและการแก้ไขติดตามราย Case และการสรุปผล</p>	<p>ไม่ได้ระบุในบทความ</p>	<p>ไม่ได้ระบุบทความ</p>

ตารางที่ 7 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Process (ต่อ)

Process	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
1. 5 กิจกรรมพยาบาล	มีกิจกรรมพยาบาล	มีกิจกรรมพยาบาล	มีกิจกรรมพยาบาล	มีกิจกรรมพยาบาล	มีกิจกรรมพยาบาล
2. การดูแลต่อเนื่อง	มีการดูแลต่อเนื่อง	มีการดูแลต่อเนื่อง	มีการดูแลต่อเนื่อง	มีกิจกรรมพยาบาล	มีกิจกรรมพยาบาล
2.1 การประสานการดูแลต่อเนื่อง	มี	มี	มี	มี	มี
2.2 ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง	มี	มี	มี	มี	มี
2.3 การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ	มี	มี	มี	มี	มี
2.4 การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน	มี	มี	มี	ไม่ได้ระบุ	มี

ที่มา : นิตยพงค์ สำราญคง, **เรื่องเล่าเภสัชกร เครือข่ายเภสัชกรปฐมภูมิภาคเหนือ**, (เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม,2553)

นินนาท ธนวิญญกุล, **ถอดบทเรียน เภสัชกรรมปฐมภูมิ**, เล่ม 2.พิมพ์ครั้งที่ 1. (เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม,2554)

ตารางที่ 8 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาล : Output

Output	รพ.ลอง จ.แพร่	รพ.เวียงแก่น จ.เชียงราย	รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา	รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่
3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน 3.1 ผลการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน 3.2 คุณภาพการเยี่ยมบ้าน 3.3 ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน 3.4 ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ	ไม่ได้ระบุตัวชี้วัด รายงานเป็นผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน คือ 1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสืบเนื่องมาจากการใช้ยา 2. นำเสนอให้ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลพบกับกลุ่มเป้าหมาย 3. กำหนดวันออกชุมชนให้ตรงกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล 4. ชักชวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและรพ.สต.ไปเยี่ยมบ้านร่วมกัน 5. เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีบริบทชีวิตที่แตกต่างกัน จึงควรมีมาตรฐานในการทำงานที่ยืดหยุ่น 6. เกิดความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น	ไม่ได้ระบุตัวชี้วัด รายงานเป็นผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน คือ 1. เกิดสัมพันธ์ภาพและมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่เครือข่ายสาธารณสุข ครู ผู้ประกอบการ นักเรียน นอ. น้อย ที่ช่วยงานในพื้นที่จนสำเร็จ 2. การบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสมกับช่วงเวลาของผู้ร่วมงาน (นักเรียน นอ. น้อย) หากต้องการแพทย์อนามัยให้แจ้งสสอ. ก่อน 3. สะท้อนข้อมูลแก่ทีมสาธารณสุขให้ทราบสถานการณ์ของการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค 4. รักษาสุขภาพของตนเอง	ไม่ได้ระบุตัวชี้วัด รายงานเป็นผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน คือ ได้รับรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย โดยอาจพบปัญหาที่คาดไม่ถึง หากไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	ไม่ได้ระบุตัวชี้วัด รายงานเป็นผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน คือ ได้ทราบปัญหาของผู้ป่วยที่แท้จริง และมีผลต่อสุขภาพและสภาวะโรคของผู้ป่วย	ไม่ได้ระบุตัวชี้วัด รายงานเป็นผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน คือ 1. ส่งเสริมสุขภาพชีวิตผู้ป่วย 2. ดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ โดยการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ 4. ช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดเวลาในการเดินทางไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล สำหรับกรณีที่ไม่จำเป็น 4. เกิดความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ 5. ภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลที่ดีขึ้นในสายตาประชาชน

ที่มา : นิตยพงศ์ สำราญคง, **เรื่องเล่าเภสัชกร เครือข่ายเภสัชกรปฐมภูมิภาคเหนือ**, (เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม, 2553)

นินนาท ธนวิญญกุล, **ถอดบทเรียน เภสัชกรปฐมภูมิ**, เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. (เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม, 2554)

2.3 รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

งานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีหน่วยงานที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 5 หน่วยงาน ได้แก่

1. ฝ่ายการพยาบาล แบ่งออกตามลักษณะงานที่รับผิดชอบหลักออกเป็น 4 ทีม ดังนี้

- 1.1 พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care)
- 1.2 พยาบาลแผนกอายุรกรรม
- 1.3 พยาบาลคลินิกจิตเวช
- 1.4 พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง

2. ฝ่ายเวชกรรมสังคม แบ่งลักษณะงานเยี่ยมบ้านออกเป็น 3 ทีม

2.1 ทีมงานปฐมภูมิรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล รพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบ

2.2 ทีมอนามัยโรงเรียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค

2.3 ทีมผู้ป่วยต่างด้าวรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค

3. สังคมสงเคราะห์

4. โภชนาการ

5. กลุ่มงานเภสัชกรรม

โดยมีรายละเอียดรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ขอบเขตการทำงานของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ณ เดือนพฤษภาคม 2558 ดังต่อไปนี้

1. ฝ่ายการพยาบาล

1.1 พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ประกอบด้วยพยาบาล 2 คน ต่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสาครประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลมหาชัย, ตำบลท่าฉลอมและ ตำบลโกรกกราก

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

รับ case ผู้ป่วยจากหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล

บทบาทหน้าที่

1. ประสานข้อมูลและรับส่งต่อผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน กับสถานบริการสาธารณสุขตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยร่วมประเมินและวางแผนจำหน่าย ให้คำแนะนำ สอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ตัวผู้ป่วยและหน่วยงานที่ดูแล และส่งผลการเยี่ยมผู้ป่วยจากสถาน บริการสุขภาพ (ครั้งที่1) กลับหน่วยงานที่ส่งต่อ

2. งานเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และต้องการ การดูแลต่อเนืองที่บ้าน ในพื้นที่เขตเทศบาล 3 คือ ตำบลมหาชัย, ตำบลท่าฉลอมและตำบลโกรกกราก และผู้ป่วยนอกเขตเทศบาล อำเภอเมืองในรายชื่อที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ประเภทผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหรือทีมสุขภาพประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องดูแล ต่อเนืองที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาซับซ้อนต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง มารดา และทารกที่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น T.T tube, NG tube, Gastrostomy tube, Foley's catheter, Cystostomy tube Shunt ประเภท ต่างๆผู้ป่วยโรคกระดูกที่ใส่อุปกรณ์ยึดติด เป็นต้น

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

การส่งจากหอผู้ป่วย

1. การแจ้ง case ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 3-4 วัน (เพื่อร่วมประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย)
 - 1.1 ส่งแบบ request เยี่ยมบ้าน ที่ศูนย์HHC
 - 1.2 ประสานงานประชาสัมพันธ์ติดต่อเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์
2. ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านอย่างน้อย 1 วัน ขอความร่วมมือโทรแจ้งซ้ำอีกครั้งและให้ญาติเซ็นต์ ยินยอมให้ติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้าน ในแบบประเมินการจำหน่ายผู้ป่วย

3. การส่งเอกสาร หลังจำหน่ายผู้ป่วย

- 3.1 สำเนาเอกสารแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับและจำหน่าย

3.2 สำเนาเอกสารใบส่งต่อผู้ป่วย palliative care ไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ในกรณีส่งดูแลผู้ป่วย Palliative care

3.3 ขอความร่วมมือระยะที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ป่วยให้ชัดเจน

การส่งจากห้องตรวจผู้ป่วย

1. การแจ้ง Case : โทรติดต่อ HHC
2. ส่งผู้ป่วยหรือญาติ ชักประวัติในแบบฟอร์มซักประวัติผู้ป่วย ศูนย์ดูแลต่อเนืองที่บ้าน
3. ขอความร่วมมือให้แพทย์ระบุเหตุผลการส่งเยี่ยมบ้านและให้ญาติเซ็นชื่อยินยอมให้ติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้าน ใน OPD CARD

รายละเอียดการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

1. เยี่ยมบ้าน 2 วัน/สัปดาห์ คือ วันจันทร์และวันพฤหัสบดี
2. เยี่ยมได้ 5-6 ครอบครัว/วัน (คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 8-10 ราย)
3. ทุกวันจันทร์จะมีทีมโภชนาการ ออกเยี่ยมด้วย หากมี case ที่เกี่ยวข้อง
4. เยี่ยมเฉพาะในเขตเทศบาลเมือง (ประกอบด้วย 3 ตำบล) คิดเป็น 1/4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร

การออกเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ได้เยี่ยมตามกลุ่มโรค ดังนั้นแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมบ้านจะมีผู้ป่วยหลากหลายโรค หลังเยี่ยมบ้าน ทำรายงานการเยี่ยมบ้าน เก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วย และจัดลำดับการเยี่ยมผู้ป่วยตามภาวะผู้ป่วย กำหนดความถี่ในการเยี่ยม หากพบว่าได้รับ case ที่อยู่นอกเขตเทศบาลเมือง จะส่งต่อ case ให้หน่วยปฐมภูมิเป็นผู้เยี่ยม ซึ่งข้อมูลแฟ้มผู้ป่วย ประกอบด้วย ประวัติเดิมผู้ป่วย ผู้ส่งต่อผู้ป่วย สาเหตุที่ส่งและปัญหาที่พบ ผลทางห้องปฏิบัติการ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผล, ลักษณะบาดแผล รายการยา แบบตอบกลับ รายงานการเยี่ยม และแบบประเมิน INHOMESSS รวมทุกหน่วยที่ออกเยี่ยมร่วมกัน

1.2 พยาบาลแผนกอายุรกรรม

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

พยาบาล NCD (Non-communicable diseases : NCD 1 คน จากแผนกอายุรกรรม) คือโรคกลุ่มที่ไม่ติดต่อ เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง โรคทางพันธุกรรม โรคตับแข็ง และโรคสมองเสื่อม (อัลไซเมอร์) เป็นต้น โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

รับ case ผู้ป่วยจากหน่วยงานภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในแผนกอายุรกรรม

บทบาทหน้าที่

1. คัดกรองผู้ป่วยจากผู้รับบริการที่แผนกอายุรกรรม แล้วให้บริการแนะนำ ปรับพฤติกรรมสุขภาพตามความเหมาะสม
2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเฉพาะราย ตามการส่งต่อจากแพทย์แผนกอายุรกรรม

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม ที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ติดต่อที่หน่วยงานพยาบาล NCD ที่แผนกอายุรกรรมโดยตรง เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยตรง แต่จะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านอื่นๆ ตามความเหมาะสมของ Case ผู้ป่วย

รายละเอียดการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น โดยไม่ได้กำหนดวันเยี่ยมบ้าน

1.3 พยาบาลคลินิกจิตเวช

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช 2 คน ต่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

คัดเลือกผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช โดยใช้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 1.3.1 ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบหรืออาการไม่ดีขึ้น
- 1.3.2 ผู้ป่วยที่ขาดนัด
- 1.3.3 ผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.3.4 ผู้ป่วย schizophrenia ที่ขาดนัด 2 เดือน

บทบาทหน้าที่

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ผ่านการคัดเลือกโดยแพทย์และพยาบาลคลินิกจิตเวช โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนั้นจะนัดหมายเยี่ยมร่วมกับชุมชน โดยประสานงานรพ.สต.ในชุมชนนั้นๆ และ

ครอบครัวของผู้ป่วยในชุมชน แล้วนัดหมายมาร่วมกันรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งพบว่ามีปัญหาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเองที่บ้าน

แพทย์และพยาบาลในคลินิกจิตเวชเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้านเอง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในความรับผิดชอบ

รายละเอียดการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น ไม่ได้กำหนดวันเยี่ยมบ้าน แต่จะเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเดียวกัน อาจมากกว่า 1 รายต่อการเยี่ยม 1 ครั้ง โดยการเยี่ยมแต่ละครั้งจะประสานงานกับรพ.สต.ในเขตชุมชนของผู้ป่วย และนัดผู้ป่วยพร้อมด้วยครอบครัวมาที่ รพ.สต.เพื่อร่วมกันรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเหมาะสม

1.4 พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง 1 คน (PD nurse : Peritoneal dialysis nurse) โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)

บทบาทหน้าที่

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเรื่องการล้างไตทางช่องท้อง
2. เมื่อผู้ป่วยและญาติตกลงทำ : ผู้ป่วยจะต้องเจาะหน้าท้อง เรียกว่าการวางสาย ใช้เวลารอแผลหายดี ประมาณ 14 วัน
3. ระหว่างรอแผลหาย
 - 3.1 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกที่ทำการวางสายแล้วสามารถกลับบ้านได้ โดยจะมาทำแผลที่คลินิกโรคไตทุกๆ 3 วัน
 - 3.2 กรณีผู้ป่วยใน ขณะนอนโรงพยาบาล จะต้องมาทำแผลที่คลินิกโรคไตทุกวันและระหว่างที่ผู้ป่วยมาทำแผล พยาบาลก็จะสอนและสาธิตวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง ทบทวนทุกครั้งที่มาทำแผล

4. การสอน ใช้เวลาตั้งแต่ 8:30-15:30 น.ต่อผู้ป่วย 1 ราย มีผู้ป่วยประมาณ 6-7 ราย/เดือน ที่มาร่วมคุยและวางแผนการทำ การล้างไตทางช่องท้อง (แต่จะเหลือที่ทำได้จริงประมาณ 3 ราย/เดือน) เมื่อสอนครบแล้ว จะประเมินโดยใช้ checklist โดยต้องผ่านการประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง จึงจะสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้เอง

5. วางแผนส่งผู้ป่วย โดยการแนะนำติดตั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำการล้างไตทางช่องท้อง ที่บ้าน เช่น โต๊ะ เตียง ไม้แขวน เป็นต้น

6. ติดตามผู้ป่วยโดยการไปเยี่ยมที่บ้านหลังจากผ่านไป 1 เดือน ว่าผู้ป่วยสามารถทำเองได้หรือไม่ สภาพแวดล้อมที่บ้านเป็นอย่างไร

7. พยาบาลดูแลเรื่องแผล น้ำยาล้างไต ตัวผู้ป่วย และโทรติดตามก่อนถึงวันนัด 2-3 วัน

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเองที่บ้าน

เนื่องจากผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยโรคไตในคลินิกโรคไต ดังนั้นพยาบาลจะทราบ case และสามารถดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยได้เอง โดยตรง

รายละเอียดการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เฉพาะราย ที่เป็น New case โดยออกเยี่ยมวันพุธช่วงเช้า เยี่ยมผู้ป่วย 1 รายต่อการเยี่ยม 1 ครั้ง สำหรับบางโอกาส แพทย์ประจำคลินิกออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมด้วย มีผู้ป่วยในความดูแล 40 ราย

2. ฝ่ายเวชกรรมสังคม

ฝ่ายเวชกรรมสังคม แบ่งเป็น 3 หน่วยงาน คือ

2.1 ทีมงานปฐมภูมิ

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

งานปฐมภูมิเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ 3 คน มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ นอกเขตเทศบาลเมืองสมุทรสาคร โดยรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลรพ.สต. ในเขตที่รับผิดชอบ

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

งานเยี่ยมบ้านปฐมภูมิ รับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้าน

บทบาทหน้าที่

เยี่ยมบ้านโดยเน้นการพยาบาลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีจุดประสงค์ 2 ข้อ คือ

1. เพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
2. ประเมินญาติผู้ดูแลว่ามีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่

ประเภทผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย หรือทีมสุขภาพประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ที่ได้รับ Case ผู้ป่วยต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ติดต่อโดยตรงที่หน่วยงาน

ผู้ให้ข้อมูล

นวรรตน์ สมทิพ พยาบาลวิชาชีพ

2.2 ทีมอนามัยโรงเรียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

งานอนามัย โรงเรียน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยคลินิกวัณโรค โดยพยาบาลและนักวิชาการ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตเทศบาลเมือง สมุทรสาครประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลมหาชัย ตำบลท่าฉลอมและตำบลโกรกกราก

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

งานอนามัยโรงเรียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยคลินิกวัณโรค ติดตามผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกโดยคัดเลือกจาก

1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ AFB (+)
2. ผู้ป่วยระยะเริ่มยา 2 เดือนแรก ที่ขาดนัด
3. ผู้ป่วยที่รับประทานยาเดือนที่ 2 ที่มีนัดมารับยาเดือนที่ 3 (เพื่อเก็บเสมหะ)

บทบาทหน้าที่

เน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาโรค รับประทานยาหรือใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และเก็บเสมหะผู้ป่วยรายที่รับประทานยารักษาเดือนที่ 2 ขึ้นเดือนที่ 3 (ช่วงเปลี่ยนยา)

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกข้างต้นว่าจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน
ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ติดต่อโดยตรงที่หน่วยงาน

2.3 ทีมงานผู้ป่วยต่างด้าว

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

งานผู้ป่วยต่างด้าวรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค เยี่ยม
โดยนักวิชาการและล่ามพม่า มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตเทศบาลเมือง สมุทรสาครประกอบด้วย
3 ตำบล คือ ตำบลมหาชัย ตำบลท่าฉลอมและตำบลโกรกกราก

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่างด้าวรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและจากคลินิกวัณโรค

บทบาทหน้าที่

1. ผู้ป่วยที่รับต่อมาจากศูนย์เยี่ยมบ้าน เน้นการพยาบาลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมี
จุดประสงค์ 2 ข้อ คือ
 - 1.1 เพื่อลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ
 - 1.2 ประเมินญาติผู้ดูแลว่ามีความสามารถพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่
2. ผู้ป่วยที่รับต่อจากคลินิกวัณโรค เน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการ
รักษาโรค รับประทานยาหรือใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และเก็บเสมหะผู้ป่วยรายที่รับประทาน
ยารักษาเดือนที่ 2 ขึ้นเดือนที่ 3 (ช่วงเปลี่ยนยา)

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยต่างด้าวที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกข้างต้นว่าจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ติดต่อโดยตรงที่หน่วยงาน

3. สังกมสงเคราะห์

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

นักสังกมสงเคราะห์ 1 คน โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตอำเภอเมือง
สมุทรสาคร

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง หรือพิการ ปัญหาทางการเงิน

บทบาทหน้าที่

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย และประสานงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่บ้าน

ติดต่อโดยตรงที่หน่วยงาน

4. โภชนาการ

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

นักโภชนาการ 1 คน โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ

บทบาทหน้าที่

แก้ไขปัญหาทางด้านโภชนาการของผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่บ้าน

ติดต่อโดยตรงที่หน่วยงาน

รายละเอียดการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านร่วมกับวิชาชีพอื่น หากเป็น Case ที่แพทย์ส่งติดตาม

5. กลุ่มงานเภสัชกรรม

ผู้ปฏิบัติงานและเขตพื้นที่รับผิดชอบ

เภสัชกร 2 คน โดยเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องที่มีปัญหาการใช้

บทบาทหน้าที่

1. ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการใช้ยา
2. วิเคราะห์ปัญหาว่ามีสาเหตุมาจากระบบยาของโรงพยาบาลหรือไม่
3. ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาจต้องอาศัยการประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อ

ช่วยแก้ไขปัญหาลให้ผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ติดต่อโดยตรงที่หน่วยงานและทางโปรแกรม HOSxP

รายละเอียดการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทุกบ่ายวันพุธ เยี่ยม 3 รายหรือครบครัวต่อครั้ง



2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.4.1 ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน

การศึกษาของ วชิราภรณ์ โนราช (2553) เกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในด้านการดูแลด้านกาย จิตและสังคม จากทีมเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่อการดูแลตนเอง โดยภาพรวมผู้ป่วยและญาติความต้องการทางด้านจิตใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านร่างกาย และต้องการการดูแลด้านสังคมน้อยที่สุด

บุคคลจะมีลำดับความต้องการก่อนหลัง โดยความต้องการของบุคคลจะเริ่มจากความ ต้องการทางกายภาพและความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความต้องการ พื้นฐาน ของบุคคลเป็นสำคัญ และเมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วย มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ ความ ต้องการทางด้านจิตใจจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ รายได้ และระยะเวลาในการเจ็บป่วยรวมถึงปัจจัยอื่นๆ ยังมีอิทธิพลต่อความต้องการ การจัดสุขภาพบริการที่บ้านในการให้บริการทางการแพทย์ และการ ช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

2.4.2 ทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลโดยเภสัชกร

ทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลโดยเภสัชกร มีดังนี้

1. ทักษะการให้คำปรึกษาด้านยา

การศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยา (ปัญญา อู่ประเสริฐ, 2547) โดยแบ่งผู้ป่วย ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาด้านยาและ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาโดยเภสัชกร สืบค้น รวบรวมและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับให้ความรู้ เรื่องยา โรค และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำการใช้ยาก่อนกลับบ้าน เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่าการให้คำปรึกษาด้านยา ช่วยลดปัญหาการใช้ยา เพิ่ม ความร่วมมือในการใช้ยา และช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

2. ทักษะการรับฟังแบบไม่ตัดสิน และการสนทนาแบบเปิดโอกาสให้เล่าเหตุการณ์

การศึกษากการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล (ชนิษฐา สุรเดชาวุธ, 2553) ผลการศึกษาพบว่า ขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักและยอมรับปัญหาสุขภาพ ว่าเป็นปัญหาที่ตนต้องทำการ ปรับปรุงแก้ไข วิธีที่ใช้ คือ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมเฉพาะราย และ

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องก่อนสัมภาษณ์ ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยไม่ควรเร่งรัดให้ผู้ป่วยตระหนักและยอมรับปัญหาภาวะสุขภาพของตนเอง ควรให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมตามความคิดของตนเอง และ**ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ต่างๆ โดยผู้วิจัยต้องสนใจรับฟัง** ร่วมกับการใช้เทคนิคการฟังอย่างไม่ตัดสิน เพื่อสามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาพบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสัมพันธ์กันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัยสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักและยอมรับปัญหา ผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตัวเอง ซึ่งทักษะการสนทนาแบบเปิดโอกาสให้เล่าเหตุการณ์ เป็นหนึ่งในทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (สายพิณ หัตถิรัตน์และคณะ, 2549) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเปิดเผยข้อมูลที่ตนคิดว่าสำคัญซึ่งเป็นข้อมูลความเจ็บป่วยในความหมายของตน

3. ทักษะการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางราย พบว่าถึงแม้เภสัชกรจะให้คำปรึกษา ให้ความรู้ต่างๆ แก่ผู้ป่วยแล้ว แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้เหมาะสมได้ ทั้งที่ทราบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา (พิชัย แสงชาญชัย, 2548; สายรัตน์ นกน้อย, 2553) การเพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivation Interviewing) ถูกค้นพบโดย Miller & Rollnick (Miller WR, 2002) ใช้หลักการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเปลี่ยนจากเภสัชกรผู้ให้คำแนะนำ ซึ่งพยายามจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยไปเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งตัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดเกี่ยวกับชีวิตของตัวเอง ซึ่งการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินปัญหาและอุปสรรคในชีวิตประจำวัน สำรวจความต้องการในชีวิตของตนเอง สิ่งใดมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยในระดับต้นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้แรงจูงใจที่มีอยู่ในตัวเอง การปรับพฤติกรรมจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง และถือเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจอย่างอิสระว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไร

4. ทักษะการเจียบและการกระตุ้นให้แสดงความรู้สึ

เป็นทักษะการสื่อสารที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดกระบวนการสื่อสารที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือ เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติอยากเล่า มากกว่าข้อมูลที่เภสัชกรอยากรู้ ทักษะการเจียบจะทำให้เกิดกระบวนการของการสื่อสารเกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยและเภสัชกร การเจียบของผู้ป่วย อาจกำลังลำดับความคิดหรือกำลังรวบรวมสติของการสื่อสารหรือความกล้าที่จะ

เล่าเรื่องราวหรือความรู้สึกต่างๆ ออกมา (สายพิน หัตถ์รัตนและคณะ, 2549; ชิชณ พันธ์เจริญ, 2556)

5. ทักษะการสะท้อนอารมณ์

เป็นทักษะการสื่อสารที่ทำให้เกิดพลังในการสื่อสาร เป็นการสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลและความเครียด สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยและญาติ หากสามารถสะท้อนอารมณ์ของผู้ป่วยหรือญาติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่เราเข้าใจเรื่องราวของเขาอย่างแท้จริง และเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดใจบอกข้อมูลและเรื่องราวมากขึ้น (สายพิน หัตถ์รัตนและคณะ, 2549; ชิชณ พันธ์เจริญ, 2556)

6. ทักษะการทำงานในรูปแบบ การแลกเปลี่ยนความรู้และหน้าที่ระหว่างวิชาชีพทำงานแทนกันได้บางเรื่อง (Integrated care – Skill mix)

ทักษะการทำงานในรูปแบบ การแลกเปลี่ยนความรู้และหน้าที่ระหว่างวิชาชีพทำงานแทนกันได้บางเรื่อง ของ ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน (2557) จากการเยี่ยมชมบ้านแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่บางครั้งอาจไม่ได้ออกเยี่ยมชมผู้ป่วยครบทีม จึงเกิดการพัฒนาทักษะบางอย่างที่สามารถทำได้ ใน การศึกษานี้เป็นการเยี่ยมชมโดยเภสัชกรเป็นหลัก และใช้การติดต่อประสานงานทีมวิชาชีพอื่นเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ภายหลังจากเยี่ยมชม อาจได้ใช้ทักษะที่เภสัชกรเรียนรู้และฝึกฝนเพิ่มเติม เช่น เภสัชกรเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2.4.3 รูปแบบการเยี่ยมชมบ้าน

รูปแบบการเยี่ยมชมบ้าน (รุ่งทิวา หมื่นป้า, มณีกัลยา ชมชาญและธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์, บรรณาธิการ, 2559; วรณา ศรีวิริยานุภาพ, ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์และสรীরโรจน์ สุขมลสันต์, บรรณาธิการ, 2559) สามารถสรุปรูปแบบตามลักษณะของทีมเยี่ยมชมบ้านได้ 3 ลักษณะ

1. เภสัชกรเป็นผู้เยี่ยมหลัก (แยกออกเยี่ยมเฉพาะเภสัชกร) ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเภสัชกรเป็นผู้คัดเลือก Case ที่จะออกติดตามเยี่ยมชมบ้านเอง แต่อาจมีบางกรณีที่เยี่ยมชมผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพอื่น (ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนั้นๆ) เช่น เภสัชกรเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้องร่วมกับพยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง เป็นต้น

2. เภสัชกรเยี่ยมชมผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ในชุมชนที่รับผิดชอบ ได้แก่ โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลทพทัน จังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เป็นต้น

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร กายภาพบำบัด รพ.สต.และทีมชุมชน เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาล เป็นต้น ได้แก่ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน เป็นต้น

3.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแพทย์ในทีมเยี่ยมบ้าน เช่น มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด โภชนากร ได้แก่ โรงพยาบาลลิบแล จังหวัดอุดรดิษฐ์ โรงพยาบาลกันทรลักษณ จังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เป็นต้น

3.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่มีแพทย์ในทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา และโรงพยาบาลสุวรรณคีประชากรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นต้น

3.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีเภสัชกรเยี่ยมชมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆแต่ไม่ได้รับวิชาชีพ ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โรงพยาบาลจนะ โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลาและโรงพยาบาลกะเปอร์ จังหวัดระนอง เป็นต้น

2.4.4 ผลของการเยี่ยมบ้าน

งานวิจัยของ นิสิตตรา พลโคตร (2550) ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาาก่อนกลับบ้านและออกเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุโดยเภสัชกร เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษาเรื่องยาก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ใน 4 ประเด็น คือ 1. อัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา 2. ผลลัพธ์การรักษาทางคลินิก 3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย และ 4. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศึกษาโดยการสุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้ (ได้รับคำแนะนำปรึกษาาก่อนกลับบ้านและออกเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เยี่ยมครั้งที่ 1 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์และเยี่ยมครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน) และกลุ่มควบคุม (ได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง หลังออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน) ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบว่ากลุ่ม Intervetion มีจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในประเด็นของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2. การเปลี่ยนแปลงผลการรักษาทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่ม Intervention น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยรวมพบว่ากลุ่ม Intervention พึงพอใจกับการให้บริการนี้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. สำหรับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่ามีผลไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม

นอกจากนี้มีการศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พบว่า สภาวะโรคของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา สภาวะโรคของผู้ป่วยและโรคร่วมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ คือ โรคร่วมของผู้ป่วย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบทบาทของเภสัชกรในการให้ Intervention เรื่องยาก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับการออกเยี่ยมบ้านช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มขึ้น ดังนั้นผลการศึกษานี้ยืนยันถึงประโยชน์ของการให้บริการที่บ้านโดยเภสัชกรซึ่งทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์

งานวิจัยของ จันทกานต์ อภิสิริศักดิ์, 2559 พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยเริ่มยาวาร์ฟาริน ในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 จากที่ได้รับแจ้ง 28 ราย มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 ที่ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา โดยการให้คำแนะนำขณะเริ่มยาที่โรงพยาบาลร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังเริ่มยา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 ปัญหาจากการใช้ยา พบปัญหาด้านยาที่พบมาก ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตรงตามคำสั่งแพทย์ ปัญหาการใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยากับยาวาร์ฟาริน และปัญหาจากการใช้ยาอื่น นอกเหนือจากคำสั่งแพทย์พบร้อยละ 24 พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยามีผลให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด 2 ราย ในกรณีนี้มีผลให้ INR สูงกว่าเป้าหมาย 1 ราย แต่ไม่มีภาวะเลือดออก และประเด็นที่ 2 การประสานงานส่งต่อข้อมูลแก่วิชาชีพอื่น เภสัชกรดำเนินการคืนข้อมูล (ความร่วมมือในการใช้ยา รายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับจากทุกแหล่ง ปัญหาที่พบ ปัจจัยแวดล้อม) สู่ทีมบุคลากรในผู้ป่วยที่ลงเยี่ยมร้อยละ 92 ได้มีการเสนอแผนการปรับขนาดยาต่อแพทย์ร้อยละ 40 และได้มีการส่งต่อการดูแลด้านอื่นให้กับสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ

22 ในกรณีที่พบปัญหาการคลาดเคลื่อนทางยา เภสัชกรได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาทั้งในส่วนที่เกิดกับผู้ป่วยและส่งข้อมูลคืนให้กับระบบเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของการเยี่ยมบ้าน ทั้ง 2 เรื่องข้างต้น สังเกตว่า เป็นการให้คำแนะนำก่อนออกจากโรงพยาบาลร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ถือว่าเป็นการติดตามผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยเภสัชกรทั้ง 2 เรื่อง



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research: PAR) โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรโรงพยาบาล ดังนั้นประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลสนับสนุน เสนอแนะข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ได้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรที่เหมาะสมและสามารถนำมาปฏิบัติตามได้ในสถานการณ์จริง การวิจัยนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็น **ผู้ให้ข้อมูล** ซึ่งร่วมพิจารณา ระดมความเห็น เสนอแนะความคิดเห็น ปรับปรุงข้อมูล เนื้อหาสาระสำคัญของคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ก่อนที่จะนำคู่มือและหลักเกณฑ์ไปใช้

ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นผู้ที่สามารถให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ รวมถึงการให้ข้อมูล แนวปฏิบัติที่ปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 16 คนโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกเพื่อให้ข้อมูลในการวิจัยดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ไม่น้อยกว่า 2 ปี

ผู้ให้ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แพทย์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการคัดเลือกผู้ป่วยให้แก่บุคลากรงานเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และเป็นพี่ปรึกษา ร่วมแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย กรณีที่บุคลากรมาขอคำปรึกษาหรือให้ช่วยแก้ไขปัญห ได้แก่ แพทย์คลินิกเวชกรรมสังคมและแพทย์แผนกอายุรกรรมสาขาละ 1 คน รวม 2 คน

2.2 พยาบาล แบ่งตามลักษณะงานที่รับผิดชอบออกเป็น 6 ลักษณะ (ลักษณะงานละ 1 คน) คือ

2.2.1 พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care) เป็นผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยรับ Case ทั้งจากหอผู้ป่วยและผู้ป่วยนอก มีขอบเขตการเยี่ยมภายในเขตเทศบาลเมืองเท่านั้น แต่จะเป็นผู้ประสานงานส่ง Case ต่อให้กับพยาบาลเวชกรรมสังคม

2.2.2 พยาบาลเวชกรรมสังคม ขอบเขตการเยี่ยมนอกเขตเทศบาลเมือง แต่อยู่ภายในเขตอำเภอเมือง และบางครั้งเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลรพ.สต.ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

2.2.3 พยาบาลรพ.สต. เป็นผู้ปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน และคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

2.2.4 พยาบาลคลินิกจิตเวช เป็นผู้ปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช ที่มีปัญหาควบคุมอาการของโรคไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่ขาดนัดและขาดยา

2.2.5 พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง เป็นผู้ปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการล้างไตหรือปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยให้แยกลง

2.2.6 พยาบาลแผนกอายุรกรรม เป็นผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการดูแลสุขภาพ

2.3 เกสัชกร 6 คน เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการคัดเลือกผู้ป่วย ที่พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา คือ เกสัชกรในหน่วยงานให้บริการที่พบผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ เกสัชกรหน่วยงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน เกสัชกรหน่วยงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน รวมถึงเภสัชกรหน่วยงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วย

2.4 นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาคนชราและเด็กถูกทอดทิ้ง ปัญหาทางการเงิน

2.5 นักโภชนาการ 1 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ การศึกษาระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยทำการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาคร รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ตลอดจนบทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

และจัดทำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรฉบับร่างขึ้นมา แล้วนำเสนอในที่ประชุมผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ตามคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

ประชากร คือ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา ที่ถูกคัดกรองและส่งต่อจาก

1. เภสัชกรเภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยใน 11 ราย
2. เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยใน 1 ราย (เข้ากับเภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยใน 1 ราย)
3. เภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยนอก 2 ราย (เข้ากับเภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยใน 1 ราย)
4. เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก 1 ราย
5. พยาบาลคลินิกโรคไตแผนกกลางไตทางช่องท้อง 2 ราย (เข้ากับเภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยใน 1 ราย)
6. นักสังคมสงเคราะห์ 1 ราย
7. พยาบาลรพ.สต. 1 ราย

เป็นวิธีการเลือกแบบแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยระดับ A ทั้งหมด 15 ราย โดยมีปัญหาด้านการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงใช้ยาผิด ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาโดยเป็นปัญหาเดิมที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยโรคไต

ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงธันวาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน แบบสรุปปัญหา การแก้ปัญหา ผลการติดตาม และแบบเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model), TM Stage of Change (Transtheoretical Model) (รายละเอียดในภาคผนวก)
3. ฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลสมุทรสาครและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

1.1 เพศ (ชาย/หญิง)	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)
1.2 อายุ (ปี)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
1.3 น้ำหนัก (กิโลกรัม)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
1.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง (ได้/ไม่ได้)	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)
1.5 ความสามารถในการอ่านหนังสือ (ได้/ไม่ได้)	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)

2. ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย

2.1 ชื่อยาที่ใช้ (ชื่อยาอื่นๆ)	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)
2.2 จำนวนรายการยาที่ใช้ (รายการ)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
2.3 ปริมาณยาที่ใช้ (เม็ด)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
2.4 วิธีการใช้ยา	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)
2.5 การปรับเปลี่ยนขนาดยา (ปรับ/ไม่ปรับ)	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)

3. ข้อมูลภาวะโรคของผู้ป่วย

3.1 ระดับความดันโลหิต (mmHg)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.2 ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl หรือ mg%)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.3 ระดับไขมันในเลือด (mg/dl)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.4 ระดับ Serum Creatinine (mg/dl)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.5 ระดับ HbA1C (mg%)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.6 ระดับ GFR (ml/min/1.73 m ²)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.7 ระดับ Hct (%)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
3.8 ระดับ CD4 (cells/mm ³)	เป็นข้อมูลอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)

4. ข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

4.1 จำนวนครั้งที่เยี่ยม (ครั้ง)	เป็นข้อมูลอันดับมาตรา (Ordinal scale)
4.2 ระดับความรุนแรงเร่งด่วนของผู้ป่วย(เช่นA,B,C)	เป็นข้อมูลนามมาตรา (Nominal scale)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่

1. ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย	(เหตุการณ์)
2. ปัญหาความทุกข์จากยา	(เหตุการณ์)
3. ปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา	(เหตุการณ์)
4. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ	(เหตุการณ์)
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	(เหตุการณ์)

6. การจัดการปัญหาของผู้ป่วยโดยเภสัชกร
7. การจัดการปัญหาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
8. ผลการประสานงานหลังการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนของการศึกษา

1. ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และพัฒนาคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่ผ่านมา เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ โดยการขอข้อมูลจากสหวิชาชีพ ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์

1.2 ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาครที่ผ่านมา โดยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผลการปฏิบัติงานจากโปรแกรม HOSxP และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดในการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร จากหัวหน้าหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน

1.3 วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในประเด็น ผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประเภทของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน รวมถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่ดูแล ตลอดจน บทบาทหน้าที่ของทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.4 ศึกษาทบทวนเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งของ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

1.5 รวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากข้อ 1.1 ถึง 1.4 มาสรุปเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

1.6 นำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรที่ได้เสนอต่อเภสัชกรในหน่วยเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อร่วมกันกำหนดเป็นคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

1.7 นำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร เสนอต่อที่ประชุมผู้ให้ข้อมูล สหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อช่วยเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

1.8 ทีมเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานจึงร่วมกันปรับแก้คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ตามคำแนะนำจากที่ประชุม

2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทราศรณ วันที่ 9 มิถุนายน 2558 (รายละเอียด ในภาคผนวก)

3. ผู้วิจัยทำการปรับแก้คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร จัดเตรียมเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเอกสารที่ใช้ประกอบการให้บริการให้บริบาลเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วย คือ แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมที่บ้าน แบบสรุปปัญหา การแก้ปัญหา ผลการติดตาม และแบบเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model), TM Stage of Change (Transtheoretical Model)

4. ผู้วิจัยและเภสัชกรหน่วยงานเยี่ยมบ้าน ได้ทำการเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ใช้คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทราศรณ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2558 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

4.1 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจาก HOSxP และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4.2 เตรียมข้อมูลที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตามขั้นตอนต่างๆ ที่ระบุในคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

5. ในระหว่างการเก็บข้อมูล มีการปรับกระบวนการ รูปแบบกระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละรายขึ้น

6. สรุปผลการศึกษาค้นคว้า ได้ คู่มือและหลักเกณฑ์ การเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทราศรณที่พัฒนาขึ้นโดยผ่านกระบวนการทำงานจริง และทักษะที่เภสัชกรงานเยี่ยมบ้านควรมี ตลอดจนแนวทางการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทราศรณ

สาระสำคัญในคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ดังนี้

1. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงใช้ยาผิด ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยปัญหาด้านยา ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาโดยเป็นปัญหาเดิมที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

2. ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP โดยทุกจุดของการให้บริการเรื่องยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทราศรณ ได้แก่ เภสัชกรงานบริการและงานบริบาลห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกและเภสัชกรงานบริการและงานบริบาลห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน โดยที่เภสัชกรที่พบผู้ป่วยที่ต้องการส่งให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านทางโปรแกรม Turbo HOS xP เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยที่คิดว่า

ควรส่งต่อให้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จากนั้นสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของการเดินทางไปบ้านผู้ป่วย ได้แก่ 1. ความสนใจของผู้ป่วยหรือญาติ 2. แผนที่โดยย่อหรือจุดสังเกตที่สำคัญของที่อยู่ปัจจุบัน 3. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้จริง

3. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อที่บ้านจากโปรแกรม Turbo HOSxP การพิจารณา ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

3.1 พิจารณา สภาวะผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล จากเภสัชกรหน่วยต่างๆ ได้แก่ เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก เป็นต้น หรือเภสัชกรเยี่ยมบ้านเองก็สามารถส่งต่อข้อมูลได้เช่นกัน

3.2 พิจารณาความรุนแรงและความเร่งด่วนของปัญหาในการแก้ไข ที่ได้รับการส่งต่อให้ติดตามที่บ้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีสภาวะโรคที่แยกลง ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีรูปแบบการใช้ยาที่ซับซ้อน หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด Drug Interaction หรือใช้ยาซ้ำซ้อนกันระหว่างยาเดิมและยาใหม่ที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและความเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขลักษณะนี้จะถูกจัดอยู่ในระดับ A อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเดิมที่เคยเยี่ยมบ้านก็ได้

ในการเยี่ยมผู้ป่วย เภสัชกรเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมุทรสาครจะคัดเลือกผู้ป่วย ในระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม ระดับ A และ B โดยที่ ผู้ป่วยระดับ A คือ ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนที่จะออกเยี่ยมมากที่สุด อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งต่อมาจากเภสัชกรในหน่วยต่างๆ ซึ่งทุกรายมีปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) หรือไม่สามารถคุมอาการของโรคได้ และระดับ B คือ ผู้ป่วยที่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องยาได้แล้ว แต่ยังคงไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และยังมีพบปัญหาอื่น เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

3.3 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับจากการส่งต่อ เพื่อให้ติดตามผู้ป่วยที่บ้านจากโปรแกรม Turbo HOS xP

โดยผู้ป่วยทุกรายที่ถูกส่งต่อมาใหม่นี้จะถูกจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมเป็น ระดับ A ซึ่งเป็นระดับที่จะเยี่ยมเป็นระดับแรก หากเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่เคยเยี่ยมบ้านแล้ว ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยระดับ A, B หรือ C แต่ถ้าหากส่งข้อมูลปัญหาใหม่ หรือปัญหาที่เดิมที่เคยเกิดขึ้น แล้วเกิดซ้ำอีก ทุกรายจะจัดเป็นผู้ป่วยระดับ A ทั้งสิ้น โดยจะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมด 3 ราย อาจจะเป็นผู้ป่วยระดับ A หรือ B เช่น ตามแผนการเยี่ยมบ้านเดิม กำหนดผู้ป่วยหลักที่เยี่ยมไว้ 2 ราย ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยระดับ A ทั้ง 2 ราย หรือระดับ A 1 ราย หรือระดับ B 1 ราย เมื่อได้รับข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่จะจัดเป็นผู้ป่วยระดับ A ทุกรายนั้น จากการทำการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผลการพิจารณา คัดเลือกผู้ป่วย นอกจากพิจารณาความรุนแรงและเร่งด่วนแล้ว หากเป็น

ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ A เช่นเดียวกัน ผลของการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ และเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เภสัชกรสามารถช่วยแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยได้ ต่อมาพิจารณาผู้ป่วยรายที่มีตำแหน่งบ้านที่ตั้งบ้านในบริเวณใกล้เคียงกับบ้านของผู้ป่วยรายหลักที่กำหนดไว้ เพื่อสะดวกและประหยัดเวลาในการเดินทาง แต่อย่างไรก็ตาม สามารถกำหนด Case เยี่ยมบ้าน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้ง 3 รายได้เช่นกัน และจะพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้านจากพื้นที่ที่อยู่อาศัยและแผนการเยี่ยมเดิม (กรณีกำหนดผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้านไว้ล่วงหน้าแล้ว) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อให้เยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่ได้ไปเยี่ยมนั้น จะนำไปจัดเข้าแผนการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ถัดไป

4. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo

การส่งข้อมูลผ่าน Note Photo ในโปรแกรม HOS xP เภสัชกรในโรงพยาบาลสมุทรสาครทุกคน ใช้การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยโดยผ่านช่องทางนี้ ดังนั้นเภสัชกรทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างสะดวก ตามที่ต้องการ สามารถติดตามติดตามดูข้อมูลที่เภสัชกรสนใจได้ และสามารถใช้เป็นช่องทางที่เภสัชกรหน่วยงานที่ต้องการส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรอีกหน่วยงานหนึ่งได้และยังสามารถตอบกลับ (Feed back) ให้เภสัชกรหน่วยงานที่ส่งข้อมูลให้ทราบได้ ซึ่งการใช้ Note Photo ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยนั้น ถือว่าเป็นประโยชน์ในการติดตามดูข้อมูลผู้ป่วย สำหรับเภสัชกรเป็นอย่างมาก ซึ่งข้อมูลของผู้ป่วยใน Note Photo สามารถใช้บอกสถานะของผู้ป่วยว่า เป็นผู้ป่วยระดับใด มีปัญหาที่เคยถูกส่งให้เภสัชกรไปเยี่ยมที่บ้านแล้ว พบปัญหานั้นหรือไม่ หากพบปัญหา มีการดำเนินการแก้ไขถึงขั้นตอนใดแล้ว และยังคงมีปัญหาใดที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ และมีการวางแผนติดตาม แก้ไขปัญหานั้นๆไว้อย่างไร ซึ่งข้อมูลใน Note Photo เภสัชกรทุกคนในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ในการประกอบการดูแลด้านยาของผู้ป่วยได้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การส่งข้อมูลผ่าน Note Photo ของโปรแกรม HOSxP การส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่าน Note Photo ยังมีข้อจำกัด ในวิชาชีพอื่นๆ ยังไม่ได้ใช้ช่องทางนี้ในการส่งต่อข้อมูลหรือส่ง Case ผู้ป่วยเพื่อให้เภสัชกรเยี่ยมบ้าน ถึงแม้ได้มีการประชุมเสนอแนะช่องทางในการส่ง Case ผู้ป่วยมายังหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้านแล้วก็ตาม

5. วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล มีรายละเอียดข้อมูล ดังนี้

5.1 ชื่อผู้ป่วย HN ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ตำบล จำนวนครั้งที่เยี่ยม วันที่เยี่ยมล่าสุด วันนัดที่มารพ.ของผู้ป่วย ระดับความเร่งด่วน กำหนดลำดับผู้ป่วย (โดยให้ลำดับผู้ป่วยตรงกับลำดับที่เพิ่มครอบครัว) ซึ่งหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง ต้องทำการแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ได้แก่ ข้อมูลวันนัดครั้งล่าสุด จำนวนครั้งที่เยี่ยมและวันที่เยี่ยมล่าสุด เป็นต้น

5.2 การเพิ่มตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map ของหน่วยงาน เกสซ์กรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล ต้องทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่

6. วิธีการและขั้นตอนการลงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive การลงบันทึกข้อมูลลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยในโปรแกรม Google drive ของหน่วยงาน เกสซ์กรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล จะทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย ทุกครั้งทุกราย เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล จะทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย ทุกครั้งทุกราย เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

7. วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดยใช้ Google Calendar การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทีมเกสซ์กรเยี่ยมบ้าน ออกเยี่ยมทุกวันพุธช่วงเวลา 13:00 -16:00 น. จึงต้องมีการวางแผนการเยี่ยม เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีระบบและครอบคลุมยิ่งขึ้นเนื่องจากการจัดประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านเป็น 3 ระดับ ดังนี้

7.1 ระดับ A คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (DRP) ที่ต้องติดตาม เป็นผู้ป่วยรายเดิมที่ดูแลอยู่และรวมถึงผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลไว้ ซึ่งวางแผนเยี่ยมซ้ำใน 3 เดือน และโทรศัพท์ติดตาม

7.2 ระดับ B คือผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (DRP) แต่มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยรายเดิมที่ดูแลอยู่และเยี่ยมวางแผนซ้ำใน 6 เดือน

7.3 ระดับ C ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (DRP) และไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรม แต่อาจมีอาการที่ดำเนินจากตัวโรคของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยรายเดิมที่ดูแลอยู่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยหลักที่ออกเยี่ยม แต่จะติดตามดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลตามนัดของผู้ป่วย ติดต่อกัน 3 นัด แต่ถ้ามีที่ตั้งบ้านใกล้บริเวณที่เยี่ยมผู้ป่วยรายหลัก ก็สามารถเยี่ยมบ้านได้เช่นกัน

8. การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นระดับ A B และC

ระดับ A คือ ผู้ป่วยที่มีความความเร่งด่วนที่จะออกเยี่ยมมากที่สุด อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งต่อมาจากเกสซ์กรในหน่วยต่าง ซึ่งทุกรายมีปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) หรือไม่สามารควบคุมอาการของโรคได้

ระดับ B คือ ผู้ป่วยที่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องยาได้แล้ว แต่ยังคงไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และยังพบปัญหาอื่น เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับ C คือ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยาแล้ว และสามารถแก้ไขปัญหาคือ อากาศส่งผลต่อสุขภาพได้

การติดตามประเมินผู้ป่วยในแต่ละระดับมีหลักการดังนี้ คือ

8.1 ผู้ป่วยระดับ A : ผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งต่อให้เยี่ยมบ้าน หรือผู้ป่วยระดับ A รายเดิมนั้น ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละครั้ง นำผลการเยี่ยมที่ได้ ร่วมประชุมกันในทีมเยี่ยมบ้าน สรุปผลการประเมินแล้วเก็บรวบรวมผลไว้ เมื่อเยี่ยมบ้านครบ 3 ครั้ง สามารถประเมินปรับระดับผู้ป่วยได้ อาจปรับเปลี่ยนระดับจาก A ไปเป็น B หรือ C ก็ได้ และบางกรณีอาจปรับเป็นสิ้นสุดการติดตามเลยก็ได้เช่นกัน

8.2 ผู้ป่วยระดับ B : สำหรับผู้ป่วยระดับ B การสรุปผลและการประเมินปรับระดับใช้หลักการเดียวกันกับ ผู้ป่วยระดับ A

8.3 ผู้ป่วยระดับ C : สำหรับผู้ป่วยระดับ C การติดตามหลักนั้นจะเป็นการติดตามผู้ป่วยตามนัดที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยจะติดตามผู้ป่วยระดับ C ทั้งหมด 3 นัดที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แต่สามารถติดตามไปเยี่ยมที่บ้านได้ หากผู้ป่วยระดับ C มีบ้านอยู่บริเวณใกล้เคียงผู้ป่วยรายหลักที่เยี่ยม

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยระดับ B หรือระดับ C อาจกลับไปเป็นผู้ป่วยระดับ A ได้เช่นกัน หากถูกส่งต่อมาอีกครั้ง ด้วยปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

9. หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น

หลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เมื่อพบว่าต้องมีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

9.1 กรณีส่งต่อข้อมูลแก่เภสัชกร ภายในกลุ่มงานเดียวกันจะส่งโดยใช้ Note photo ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยผ่านการใช้โปรแกรม HOSxP

9.2 กรณีส่งต่อข้อมูลแก่สหสาขาวิชาชีพภายนอกกลุ่มงาน จัดเป็น 2 รูปแบบ คือ หน่วยงานภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ส่งโดยใช้ Note photo ใน HOSxP และส่งต่อทางเวชระเบียนผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจต้องประสานงานรายบุคคลโดยตรง เพื่อสามารถอธิบายรายละเอียดผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และกำหนดระยะเวลาในการติดตามผลการประสานงาน ภายใน 2 สัปดาห์

หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยนั้น อาจใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อโดยตรง

10. ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

10.1 เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยที่คิดว่า ควรส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมบ้าน จะสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของการเดินทางไปบ้านผู้ป่วย ได้แก่ แผนที่โดยย่อ

หรือจุดสังเกตที่สำคัญของที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้จริง และความสนใจของผู้ป่วยหรือญาติ บันทึกข้อมูลลง โปรแกรม Turbo HOSxP เพื่อส่งต่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านทราบถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นๆ และสามารถออกเยี่ยมติดตามต่อบ้านได้

10.2 การเตรียมการเยี่ยมบ้าน มีเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ครั้งละ 2 คน เป็น Case manager 1 คน และ เภสัชกรร่วมเยี่ยม 1 คน โดยกำหนดวันออกเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสามารถเยี่ยมได้ประมาณ 3 ครอบครัว

10.2.1 การเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนออกเยี่ยม: เภสัชกรเยี่ยมบ้าน เข้าโปรแกรม Turbo HOSxP เพื่อดูปัญหาของผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อให้ติดตามที่บ้าน จากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆ ทุกสัปดาห์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมา จัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนของปัญหาเพื่อจัดลำดับในการเยี่ยม โดยผู้ป่วยทุกรายที่ถูกส่งต่อมาใหม่นี้จะถูกจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมเป็น ระดับ A ซึ่งเป็นระดับที่จะเยี่ยมเป็นระดับแรก

10.2.2 สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจาก HOSxP และเวชระเบียนเพื่อบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วย สาเหตุการมารับบริการ ยาที่ได้รับ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายนั้นๆ รวมถึงประวัติการนัดหมาย โดยย้อนดูข้อมูลประมาณ 3-5 ครั้ง ก่อนหน้าที่ย่อยมารับบริการที่โรงพยาบาล

10.2.3 บันทึกข้อมูลที่สืบค้น ลงแฟ้มครอบครัวผู้ป่วย และโทรศัพท์นัดหมายวัน เวลาที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วย และสอบถามถึงครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อทราบข้อมูลผู้เจ็บป่วยรายอื่นในครอบครัว ผู้ดูแลและสมาชิกในบ้าน

10.2.4 กรณีเป็นผู้ป่วยรายเก่า เข้าฐานข้อมูล Google Map ที่สร้างขึ้นโดยเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อดูเส้นทางไปบ้านผู้ป่วย เพื่อความง่ายและสะดวกในการวางแผนการเดินทางว่าควรไปบ้านใดก่อน

10.2.5 กรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ สามารถใช้ Google Map ในการหาที่ตั้งบ้าน และจุดสังเกตที่สำคัญได้เช่นกัน

10.2.6 จากนั้นส่งเอกสารขอใช้รถในการเยี่ยมบ้านแก่หน่วยงานยานพาหนะ ก่อนวันที่จะออกเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 วัน สรุปลงข้อมูลผู้ป่วยที่เตรียม 3 ครอบครัว กำหนดลำดับการเดินทางก่อนหลังและโทรแจ้งเวลากับผู้ป่วยอีกครั้ง หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยเยี่ยมมาก่อน อาจต้องเผื่อเวลาที่ใช้เยี่ยมมากขึ้น และ Case Manager จะเป็นผู้กำหนดให้เภสัชกรอีกท่าน ช่วยเก็บข้อมูลหรือให้ทำหน้าที่ตามที่ผู้จัดการต้องการ

10.3 ออกเยี่ยมบ้าน ระหว่างการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรจะสอบถาม สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลที่ได้ลงแฟ้มครอบครัวของผู้ป่วย ใช้แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน และใช้แบบเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน

10.4 หลังการเยี่ยมบ้าน นำข้อมูลที่ได้ มาสรุปลงแฟ้มครอบครัวผู้ป่วยและทำ Note photo เพื่อส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยย่อ ปัญหาที่พบและแนวทางการจัดการปัญหาที่ยังพบอยู่ (เภสัชกรในแต่ละหน่วยบริการสามารถอ่าน Note photo ได้โดยเข้าโปรแกรม HOSxP หรือ การเข้าข้อมูลผู้ป่วยขณะจ่ายยาเนื่องจากกำหนดให้การแสดง Note เป็นอัตโนมัติ)

จากนั้นประชุมทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อร่วมกันประเมิน หาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยมีเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานหลัก (ผู้จัดการ case) เป็นผู้ติดต่อประสานงานแพทย์หรือหน่วยงานอื่นๆ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการส่งข้อมูลในเวชระเบียน(OPD Card) ที่เกี่ยวข้องรวมถึงการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อสรุปการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูล Google Map Drive และ Calendar ที่สร้างขึ้นให้เป็นปัจจุบันและสรุปลงแผนการเยี่ยมบ้านในต่อครั้งต่อไป

กระบวนการเก็บข้อมูล

ในระยะที่ 2 นำคู่มือและหลักเกณฑ์ การเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาครไปใช้

เก็บข้อมูลโดย การสนทนา สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยา อาหารที่รับประทาน โรคประจำตัว และอาการเจ็บป่วย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน INHOMESSS และการตรวจร่างกายผู้ป่วยและครอบครัวเบื้องต้นที่บ้าน บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน แบบสรุปปัญหาการแก้ปัญหา ผลการติดตาม และแบบเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model), TM Stage of Change (Transtheoretical Model) (ตาม เอกสารภาคผนวก)

ในการสนทนา อาจจำเป็นต้องมีการถ่ายรูป เพื่อใช้ประกอบในกระบวนการทำงาน จะทำการขอความยินยอมและเต็มใจจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนทุกครั้ง

ประเด็นที่สังเกตและกระบวนการดำเนินการต่อผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

1. กล่าวสวัสดี สอบถามชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย พร้อมแนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยทราบ
2. แจ้งผู้ป่วย ว่าเภสัชกรมาทำอะไรที่บ้านผู้ป่วย เช่น แจ้งว่ามาติดตามดูเรื่องยาต่อเนื่องจากตอนที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีเภสัชกรที่หอบผู้ป่วยฝากให้มาติดตาม
3. สอบถามภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่นโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยอย่างไร ใช้ยาอะไรบ้าง วิธีใช้ยาที่ได้รับ
4. ตรวจสอบวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย การเก็บรักษา และการจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยการสังเกตร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติ

5. สอบถามถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ผู้ป่วยเล่าถึงระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
6. สอบถามสังเกต เรื่องอาหาร สภาพความเป็นอยู่ รายได้หลักของผู้ป่วยและครอบครัว
7. ใช้แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว อาหาร สภาพความเป็นอยู่ คนอื่นๆในครอบครัว ยาที่ใช้ เป็นต้น
8. ตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เช่น วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด (ปลายนิ้ว) ประเมินภาวะบวม วัดชีพจร
9. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ได้รับการส่งต่อ ร่วมกับปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน
10. หาแนวทางร่วมกันกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่พบ
11. สรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหามาให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้ง
12. นัดหมายเพื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป หรือนัดหมายพบที่โรงพยาบาลในรอบนัดการตรวจตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารั้งนี้ เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกร โดยใช้หลักการดูแลต่อเนื่องด้านยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Seamless Pharmaceutical Care) รวมถึงการให้การบริการเภสัชกรรมและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการที่บ้านของผู้ป่วย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 7 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงใช้ยาผิด ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยปัญหาด้านยา ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาโดยเป็นปัญหาเดิมที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยโรคไต โดยผ่านการคัดกรองและส่งต่อจากเภสัชกรหรือหน่วยงานเยี่ยมบ้านอื่นในโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 15 ราย จากนั้นทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ปัญหาต่างๆที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาจากการใช้ยา (DRP) ปัญหาความทุกข์จากยา (DRS) ปัญหาจากตัวของผู้ป่วยเองที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา

2.3 ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการประเมิน INHOMESSS และ TM Stage of Change (Transtheoretical Model)

ส่วนที่ 3 กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลที่ได้จากการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร มาใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 ทักษะที่เภสัชกรใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาคร

โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีหน่วยงานที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 5 หน่วยงาน ได้แก่

1. ฝ่ายการพยาบาล แบ่งออกตามลักษณะงานที่รับผิดชอบหลักออกเป็น 4 ทีม ดังนี้
พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care) พยาบาลแผนกอายุรกรรม พยาบาลคลินิกจิตเวช
พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง
2. ฝ่ายเวชกรรมสังคม แบ่งลักษณะงานเยี่ยมบ้านออกเป็น 3 ทีม ได้แก่ ทีมงานปฐมภูมิรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลรพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบ ทีมอนามัยโรงเรียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค ทีมผู้ป่วยต่างด้าวรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค
3. สังคมสงเคราะห์
4. โภชนาการ
5. กลุ่มงานเภสัชกรรม

โดยที่มีฝ่ายการพยาบาลดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นหน่วยงานแรก ในปี 2545 เริ่มต้นด้วยพยาบาล 1 คนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ต่อมาจัดตั้งเป็นพยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้านและดำเนินงานเยี่ยมบ้านมาจนปัจจุบัน โดยมีพยาบาลปฏิบัติงานในศูนย์เยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 คน ส่วนวิชาชีพต่อมาที่ออกเยี่ยมบ้าน คือ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลคลินิกจิตเวช ฝ่ายเวชกรรมสังคม พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง ที่เกิดงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเวลาใกล้เคียงกัน โดยที่แต่ละหน่วยออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามลักษณะของผู้ป่วยที่หน่วยงานตนสนใจ แยกกันเยี่ยมบ้านไม่ได้ออกเยี่ยมร่วมกัน ต่อมาทางรพ.สต.ได้ติดต่อหน่วยงานกายภาพบำบัด เพื่อให้พนักงานกายภาพบำบัดออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ในเขตพื้นที่ที่มีผู้ป่วยต้องการทำการกายภาพบำบัด โดยออกเป็นครั้งคราว ตามการติดต่อประสานงานเท่านั้น ระยะเวลาต่อมาในปี 2556 พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้านและนักโภชนาการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกันทุกวันจันทร์ (หนึ่งวันต่อสัปดาห์) สำหรับเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการร่วมด้วย และล่าสุดปี 2559 นักกายภาพบำบัดพยาบาลไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับรพ.สต.แล้ว จึงมาเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน(หนึ่งวันต่อสัปดาห์) สำหรับเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการทำกายภาพบำบัด

สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีการพัฒนางานด้านวิชาการต่างๆ การเพิ่มงานบริการและบริหารเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ปัญหาการใช้ยาก็ยังไม่ลดลง จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้เภสัชกรลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่กลับบ้าน หน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เริ่มงานเยี่ยมบ้านและออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในปี 2554 โดยเริ่มออกเยี่ยมร่วมกับหน่วยงานเยี่ยมบ้านของฝ่ายการพยาบาล (Home Health Care) และพยาบาลที่รพ.สต.ใน

เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระยะแรกของการตั้งหน่วยเภสัชกรเยี่ยมบ้าน มีเภสัชกรปฏิบัติงาน 1 คน ปี 2555 จัดตั้งเป็นหน่วยเภสัชกรเยี่ยมบ้าน ออกเยี่ยมบ้านโดยคัดเลือก Case ผู้ป่วยเอง โดยมีแนวคิดลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาที่แท้จริง ซึ่งปัญหาที่พบอาจจะเกิดจากระบบยาภายในโรงพยาบาล ดังนั้นหากพบปัญหาที่เกิดจากระบบยาของโรงพยาบาล แล้วนำมาปรับแก้ไขระบบยาที่เป็นสาเหตุ จะสามารถป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวกับผู้ป่วยรายอื่นของโรงพยาบาลได้

ในปี 2556 เพิ่มเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านเป็น 4 คน ซึ่งต้องรับผิดชอบงานประจำในโรงพยาบาลในหน่วยต่างๆด้วยได้แก่ งานบริการในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และคลินิกพิเศษต่างๆ เภสัชกรหน่วยนี้จะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน 2 คนต่อครั้ง

ในการเยี่ยมผู้ป่วย เภสัชกรเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมุทรสาครจะคัดเลือกผู้ป่วย พิจารณาจากระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม โดยแบ่งระดับเป็น ระดับ A, B และ C (ระดับที่แบ่งได้จากการร่วมตกลงกันระหว่างทีมเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อสะดวกต่อการบริหารจัดการ ติดตามผู้ป่วย)

ระดับ A คือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงด่วนที่จะออกเยี่ยมมากที่สุด อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งต่อมาจากเภสัชกรในหน่วยต่าง ซึ่งทุกรายมีปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) หรือไม่สามารถคุมอาการของโรคได้

ระดับ B คือ ผู้ป่วยที่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องยาได้แล้ว แต่ยังคงไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และยังมีปัญหาอื่น เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับ C คือ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยาแล้ว และสามารถแก้ไขปัญหาคืออื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้

ระดับ D คือ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยาแล้ว สิ้นสุดการติดตาม

สามารถสรุป จำนวนครั้งของการเยี่ยมผู้ป่วย โดยแบ่งตามความรุนแรงและเร่งด่วน (A, B และ C) ได้ตารางที่ 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน (A,B C และ D)
ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2558

จำนวน ครั้งของ การเยี่ยม บ้าน (ครั้ง)	จำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรงและเร่งด่วน (คน)								
	ระดับ A		ระดับ B		ระดับ C		ระดับ D		รวม (คน)
	ผู้ป่วย ที่เยี่ยม (คน)	จำนวนครั้ง การเยี่ยม (ครั้ง)	ผู้ป่วย ที่เยี่ยม (คน)	จำนวนครั้ง การเยี่ยม (ครั้ง)	ผู้ป่วย ที่เยี่ยม (คน)	จำนวนครั้ง การเยี่ยม (ครั้ง)	ผู้ป่วย ที่เยี่ยม (คน)	จำนวนครั้ง การเยี่ยม (ครั้ง)	
1	13	13	7	7	15	15	55	55	ผู้ป่วยเยี่ยม 1 ครั้ง = 90
2	3	6	12	24	4	8	10	20	ผู้ป่วยเยี่ยม 2 ครั้ง = 29
3	4	12	6	18	3	9	6	18	ผู้ป่วยเยี่ยม 3 ครั้ง = 22
4	1	4	3	12	4	16	2	8	ผู้ป่วยเยี่ยม 4 ครั้ง = 10
5	2	10	4	20	5	25	0	0	ผู้ป่วยเยี่ยม 5 ครั้ง = 11
6	2	12	0	0	0	0	0	0	ผู้ป่วยเยี่ยม 6 ครั้ง = 2
7	1	7	0	0	0	0	0	0	ผู้ป่วยเยี่ยม 7 ครั้ง = 1
	26	60	32	81	31	73	73	101	รวมเป็นผู้ป่วย 165 คน

คิดเป็นการเยี่ยมทั้งหมด = (ระดับ A + ระดับ B + ระดับ C) = 60+81+73+101 = 315 ครั้ง

จากการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 315 ครั้ง

เป็นการเยี่ยม 1 ครั้ง เป็นจำนวนผู้ป่วย 90 ราย คิดเป็น 54.55 %

เยี่ยม 2 ครั้ง เป็นจำนวนผู้ป่วย 29 ราย คิดเป็น 17.58 %

เยี่ยม 3 ครั้ง เป็นจำนวนผู้ป่วย 22 ราย คิดเป็น 13.33 %

เยี่ยม 4 ครั้ง เป็นจำนวนผู้ป่วย 10 ราย คิดเป็น 6.06 %

เยี่ยม 5 ครั้ง เป็นจำนวนผู้ป่วย 11 ราย คิดเป็น 6.66 %

เยี่ยม 6 ครั้ง เป็นจำนวนผู้ป่วย 2 ราย คิดเป็น 1.21 %

และเยี่ยม 7 ครั้ง 1 ราย คิดเป็น 0.61 %

กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีการกำหนดบทบาทของทีมนเภสัชกรเยี่ยมบ้าน คือ 1. งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีเภสัชกร 2 คน หมุนเวียนกันออกไป 2. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับทีมแพทย์ที่ รพ.สต. สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยมีเภสัชกรปฏิบัติงานครั้งละ 1 คน 3. หมุนเวียนงานอยู่ในระบบโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ไม่ได้ออกนอกพื้นที่ เช่น งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกวัณโรค คลินิกเอชไอวี คลินิก warfarin คลินิกมะเร็งและเคมีบำบัด ซึ่งเป็นกลยุทธ์หลักของกลุ่มงาน เพราะการหมุนเวียนงานมีข้อดี คือ เมื่อเจอ Case ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่มีปัญหาต้องกลับมาประสานงานในโรงพยาบาล ก็จะทราบว่าเป็นผู้ป่วยของแผนกใด ต้องประสานงานกับหน่วยงานใด และบทบาทในส่วนนี้ยังสำคัญมากต่อการที่จะพัฒนาระบบยา คือ เภสัชกรโรงพยาบาล ที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รู้ระบบยาในโรงพยาบาล เวลาที่ไป

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและเจอปัญหาด้านยา สามารถมองภาพเชื่อมโยงได้ว่า ระบบยาในโรงพยาบาลมีจุดบกพร่องหรือเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ป่วย อีกทั้งการหมุนเวียนงาน ถือเป็น การเสริมกำลังของจำนวนเภสัชกรในกลุ่มงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว เป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดี เมื่อมีการชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นปัญหาของระบบยาซึ่งส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วย ทำให้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากเภสัชกรและบุคลากรอื่นๆในกลุ่มงานเพื่อพัฒนาระบบยาร่วมกัน ซึ่งสามารถนำหลักการนี้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีบริบทของงานคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากผู้ป่วย 15 ราย พบว่า ทุกรายมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยมี 13 รายเป็นโรคเบาหวาน ที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (ก่อนเก็บข้อมูล) เฉลี่ย 10.26 % อยู่ในช่วงระหว่าง 7.0-15.5% และมีโรคอื่นๆร่วมด้วย และมี 2 รายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่มีโรคอื่นๆร่วมด้วย คือ ติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย และมีโรคไต (ล้างไตทางช่องท้อง) ร่วมกับโรคเก๊าท์ 1 ราย

พบความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและมีโรคอื่นร่วมด้วย 1 โรค ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง 7 ราย และติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย

พบความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและมีโรคอื่นร่วมด้วยอีก 2 โรค ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง และโรคไต 2 ราย (ล้างไตทางช่องท้อง 1 ราย ไม่ได้ล้างไต 1 ราย) ไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย

พบความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและมีโรคอื่นร่วมด้วยอีก 3 โรค คือ ไขมันในเลือดสูง ร่วมกับโรคไตและหลอดเลือดหัวใจ 1 ราย และมี 1 ราย ที่มีเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานโดยไม่มีโรคอื่นร่วม

โดยเป็นเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 6 ราย อายุเฉลี่ย 61 ปี อยู่ในช่วงระหว่าง 39-80 ปี สถานภาพคู่ 7 ราย หม้าย 6 รายและโสด 2 ราย ประกอบอาชีพได้ 3 ราย คือ รับจ้างมัดเหล็กเส้น 1 ราย รับจ้างติดตั้งไฟงานวัดและขายของเก่า 1 ราย ค้าขาย 1 ราย นอกนั้นไม่ได้ประกอบอาชีพ 14 ราย ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และ 1 ราย ใช้สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายจากต้นสังกัด เป็นผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเรื่องการรักษา 9 ราย ผู้ป่วยดูแลเรื่องยาด้วยตนเอง 6 ราย แสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน โรค ประจำตัว	โรคประจำตัว	Hb A1c	สถาน ภาพ สมรส	อาชีพ	สิทธิการ รักษา	ผู้ดูแล
1	ชาย	42	3	HT, DM, DLP	13.0	โสด	รับจ้าง/ค้าขาย	UC	มี
2	หญิง	60	3	HT, DM, DLP	15.5	หม้าย	รับจ้าง	UC	ไม่มี
3	ชาย	64	2	HT, HIVs	-	หม้าย	ไม่มี	UC	มี
4	หญิง	67	5	HT, DM, DLP, IHD, CKD	8.5	หม้าย	ไม่มี	UC	มี
5	หญิง	51	3	HT, DM, HIVs	8.0	หม้าย	ไม่มี	UC	ไม่มี
6	หญิง	46	3	HT, DM, DLP	13.0	คู่	ไม่มี	UC	ไม่มี
7	ชาย	64	3	HT, DM, DLP	9.1	โสด	ไม่มี	UC	มี
8	หญิง	61	2	HT, DM	13.8	คู่	ค้าขาย	UC	ไม่มี
9	ชาย	39	3	HT, Gout, CKD(CAPD)	-	คู่	ไม่มี	UC	ไม่มี
10	หญิง	68	3	HT, DM, DLP	10.8	หม้าย	ไม่มี	ข้าราชการ	มี
11	หญิง	69	3	HT, DM, DLP	7.6	คู่	ไม่มี	UC	มี
12	หญิง	67	3	HT, DM, DLP	7.0	คู่	ไม่มี	UC	มี
13	ชาย	78	4	HT, DM, DLP, CVA	7.5	หม้าย	ไม่มี	UC	ไม่มี
14	ชาย	80	4	HT, DM, DLP, CKD	8.1	คู่	ไม่มี	UC	มี
15	หญิง	63	4	HT, DM, DLP, CKD (CAPD)	11.5	คู่	ไม่มี	UC	มี

ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2558 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกส่งให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามต่อบ้านด้วยปัญหาจากการใช้ยา รวม 15 ราย ทั้งหมด 19 ครั้ง โดยผู้แจ้งให้ติดตาม ได้แก่ เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยใน 11 ครั้ง เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยใน 1 ครั้ง เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง พยาบาลคลินิกโรคไตแผนกล้างไตทางช่องท้อง 2 ครั้ง นักสังคมสงเคราะห์ 1 ครั้ง และพยาบาลรพ.สต. 1 ครั้ง

เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมดรวม 47 ครั้ง เฉลี่ย 3 ครั้งต่อราย มากที่สุด 7 ครั้ง (1ราย) น้อยที่สุด 1 ครั้ง (2ราย) เป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง 2 ราย เยี่ยม 2 ครั้ง 4 ราย เยี่ยม 3 ครั้ง 4 ราย เยี่ยม 4 ครั้ง 2 ราย เยี่ยม 5 ครั้ง 2 ราย และเยี่ยม 7 ครั้ง 1 ราย จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 47 ครั้ง มีทั้งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรหน่วยงานเยี่ยมบ้านและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพภายในและภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ เยี่ยมโดยเภสัชกรหน่วยงานเยี่ยมบ้าน 8 ราย เยี่ยมร่วมกับเภสัชกรงานบริการผู้ป่วยใน 1 ราย เยี่ยมร่วมกับพยาบาลคลินิกไตแผนกล้างไตทางช่องท้อง 3 ราย เยี่ยมร่วมกับพยาบาลแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก 1 ราย เยี่ยมร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ 1 ราย เยี่ยมร่วมกับพยาบาลรพ.สต. 2 ราย ระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ณ การเยี่ยมบ้านเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับ A จำนวน 9 ราย (คิด

เป็น 60 %) ผู้ป่วยเปลี่ยนจากระดับ A เป็น ระดับ B จำนวน 6 ราย (คิดเป็น 40 %) แสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การส่งผู้ป่วยเข้าระบบเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน และระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย

รายชื่อ	ผู้ส่งผู้ป่วยเข้าระบบติดตามเยี่ยมบ้าน	จำนวนครั้งที่เยี่ยม	เยี่ยมโดยเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน	ทีมเยี่ยมร่วม	ระดับ
1	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก	7	6	นักสังคมสงเคราะห์ 1 ครั้ง	A
2	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	3	2	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน 1 ครั้ง	B
3	นักสังคมสงเคราะห์	1	1	ไม่มี	A
4	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	3	3	ไม่มี	B
5	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	4	4	ไม่มี	B
6	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	3	3	ไม่มี	A
7	เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก	2	2	ไม่มี	B
8	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน/ เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยใน	5	5	ไม่มี	A
9	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน/พยาบาล คลินิกไตแผนกข้างไต ทางช่องท้อง	3	1	พยาบาลคลินิกไตแผนกข้างไตทางช่องท้อง 1 ครั้ง พยาบาลรพ.สต. 1 ครั้ง	A
10	พยาบาลรพ.สต.	2	1	พยาบาลรพ.สต.	A
11	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	1	1	ไม่มี	A
12	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	2	2	ไม่มี	B
13	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน/ เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก	5	4	พยาบาลแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง	A
14	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน	2	1	พยาบาลคลินิกไตแผนกข้างไตทางช่องท้อง 1 ครั้ง	B
15	เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน/พยาบาล คลินิกไตแผนกข้างไต ทางช่องท้อง	4	2	พยาบาลคลินิกไตแผนกข้างไตทางช่องท้อง 2 ครั้ง	A

2.2 ปัญหาต่างๆที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาจากการใช้ยา (DRP) ปัญหาความทุกข์จากยา (DRS) ปัญหาจากตัวของผู้ป่วยเองที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา

2.2.1 ปัญหาจากการใช้ยา

ปัญหาการใช้ยาที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยการประยุกต์แนวทางการประเมินประเภทของปัญหาจากการใช้ยาของ Cipolle และคณะ (1998) 7 ข้อ มาใช้ในแบบเก็บข้อมูลดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีความจำเป็นสำหรับโรค อาการหรือสภาพของคนที่เป็นอย่างอยู่ (Unnecessary Drug Therapy)

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสม (Wrong Drug)

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา (Dosage Too Low)

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่มีข้อบ่งใช้ยา แต่ไม่ได้รับยา หรือต้องการเพิ่มเติม (Need Addition Drug Therapy)

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Appropriate Compliance) ในข้อนี้ปรับเปลี่ยนใช้คำว่า Non-Adherence และแบ่งเป็น 9 ประเด็น คือ 5.1) ลดขนาดยาเอง 5.2) เพิ่มขนาดยาเอง 5.3) หยุดยาเอง 5.4) การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ 5.การขาดยา การขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง 5.6) การใช้ยาซ้ำซ้อน 5.7) ใช้ยาผิดวิธี 5.8) ใช้ยาผิดชนิด 5.9) ใช้ยาอื่นที่ส่งผลกระทบต่อรักษา

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction)

ข้อที่ 7 ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดสูงกว่าการรักษา (Dosage Too High)

จากผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 15 ราย ทั้งหมด 47 ครั้ง พบปัญหาการใช้ยา ทั้งหมด 40 ครั้ง คิดเป็น 78 เหตุการณ์ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งแรคนั้นพบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยทุกราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-Adherence) 73 เหตุการณ์ (93.59%) โดยพบเรื่องการใช้ยาไม่สม่ำเสมอมากที่สุดในผู้ป่วย 14 ราย เท่ากับ 35 เหตุการณ์ รองลงมาพบการลดขนาดยาเองในผู้ป่วย 9 ราย เท่ากับ 11 เหตุการณ์ การเพิ่มขนาดยาเองในผู้ป่วย 4 รายและใช้ยาผิดวิธี ในผู้ป่วย 4 ราย ซึ่งพบทั้ง 2 เรื่องเท่ากับ 9 เหตุการณ์เท่ากัน พบการหยุดยาเองในผู้ป่วย 4 ราย เท่ากับ 6 เหตุการณ์ พบการใช้ยาผิดชนิดในผู้ป่วย 2 ราย เท่ากับ 2 เหตุการณ์และพบการขาดยาหรือไม่ได้รับยาต่อเนื่องในผู้ป่วย 1 ราย เท่ากับ 1 เหตุการณ์ ทั้งนี้พบว่า ในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยรายที่ 8 พบหลากหลายปัญหา คือพบถึง 5 ปัญหา

2.2.1 ปัญหาความทุกข์จากยา (DRS)

การดูแลความทุกข์จากยา (DRS: Drug Related Suffering) ต้องเข้าใจปัญหาที่เกิดจากยา (DRP: Drug Related Problems) ควบคู่ไปกับการเรียนรู้เรื่องราวของผู้ป่วยและคน

ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย (ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน, 2556) ดังนั้นจึงได้นำแนวทางนี้มาประยุกต์ในการเก็บข้อมูล โดยมีลักษณะของความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถบางประการที่ใช้ในการดำเนินชีวิต (Function) จากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ซึ่งไม่พบในการศึกษานี้

2. ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความกังวลจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา พบในผู้ป่วยรายที่ 1, 2, 4, 9, 13 และ 14 ซึ่งสะท้อนได้จากคำกล่าวของผู้ป่วยว่า

“ยาที่กินเยอะเกินไป รู้สึกว่ายาตีกันทำให้น้ำอืด (เป็นลม และเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล) ไม่กล้ากิน” (ผู้ป่วยรายที่ 13)

“กินยาพวกนี้นานๆไปจะทำให้ตับ ไต เสื่อม ไม่ค่อยอยากกินเยอะ” (ผู้ป่วยรายที่ 14)

“ไม่ได้ฉีดยาทุกวัน เพราะกลัวน้ำตาลต่ำ กลัวต้องไปนอนโรงพยาบาลอีก กลัวตายด้วย” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

3. ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ซึ่งไม่พบในการศึกษานี้

4. ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลด้านยา ซึ่งไม่พบในการศึกษานี้

5. ผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้ยาของตนเป็นภาระต่อผู้อื่น ซึ่งพบจากผู้ป่วยรายที่ 1 ที่กล่าวว่า *“ฉีดยาเองไม่ได้ ตามองไม่ชัด ต้องให้พ่อฉีดยาให้ก่อนไปทำงานทุกวัน เพราะทั้งบ้านมีพ่อคนเดียวที่สายตาดี บางทีพ่อต้องออกไปขายของแต่เช้ามาก ถ้ายังไม่ตื่นนอนก็ยังไม่ได้อึด”*

6. การใช้ยาส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว

“รำคาญแม่ ชอบบ่นเรื่องยา (พูดเตือนให้ผู้ป่วยกินยา) พูดเยอะเกินไป” (ผู้ป่วยรายที่ 1)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 15 ราย ผู้ป่วย 7 ราย (46.67 %) ระบุว่า การได้รับยาของตนก่อให้เกิดความทุกข์ Drug Related Suffering : DRS ทั้งต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งพบทั้งหมด 29 เหตุการณ์ โดยความทุกข์จากยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา ในผู้ป่วย 6 ราย พบ 15 เหตุการณ์ (51.72 %) รองลงมา คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้ยาของตนส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ในผู้ป่วย 3 ราย พบ 11 เหตุการณ์ (37.93 %) และผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้ยาของตนเป็นภาระต่อผู้อื่น ในผู้ป่วย 1 ราย เท่ากับ 3 เหตุการณ์ (10.35 %)

2.2.3 ปัญหาจากตัวของผู้ป่วยเอง (Patient Problems) ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา

จากการเยี่ยมบ้านและข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย พบผู้ป่วย 10 ราย มีปัญหาจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Problems) แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ 1. ปัญหาเรื่องการเงิน 2. ปัญหาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยา 3. ปัญหาเรื่องความเชื่อ ความกังวลเรื่องโรคและยา 4. ข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการใช้ยา ได้แก่ (4.1) อ่านหนังสือไม่ได้ (4.2) ปัญหาด้านการมองเห็น/ตาบอด (4.3) ปัญหาการได้ยิน/หูหนวก (4.4) ปัญหาการใช้กล้ามเนื้อ/มือสั่น/กล้ามเนื้ออ่อนแรง (4.5) ความจำเสื่อม

หรือหลงลืม (4.6) พฤติกรรมความเคยชิน และ 5. ไม่มีผู้ดูแล/อยู่ตามลำพัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาทั้งหมด 125 ครั้ง โดยปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา 65 ครั้ง (คิดเป็น 52 %) ซึ่งสามารถแยกข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการใช้ยาที่พบได้ดังนี้

1. มีปัญหาด้านการมองเห็นหรือตาบอด 4 ราย ทำให้เกิดปัญหาข้อจำกัดในการใช้ยา 16 ครั้ง
2. พฤติกรรมความเคยชิน 4 ราย ทำให้เกิดปัญหาข้อจำกัดในการใช้ยา 16 ครั้ง
3. อ่านหนังสือไม่ได้ 4 ราย ทำให้เกิดปัญหาข้อจำกัดในการใช้ยา 15 ครั้ง
4. ความจำเสื่อมหรือหลงลืม 3 ราย ทำให้เกิดปัญหาข้อจำกัดในการใช้ยา 12 ครั้ง
5. การใช้กล้ามเนื้อ ได้แก่ มือสั่นกล้ามเนื้ออ่อนแรง 2 ราย ทำให้เกิดปัญหาข้อจำกัดในการใช้ยา 4 ครั้ง
6. การได้ยินหรือหูหนวก 1 ราย ทำให้เกิดปัญหาข้อจำกัดในการใช้ยา 2 ครั้ง

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและยาที่ใช้ ซึ่งพบปัญหานี้ในผู้ป่วย 8 ราย ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา 26 ครั้ง (คิดเป็น 20.8 %) รองลงมาคือ เรื่องความเชื่อและความกังวล ในผู้ป่วย 7 ราย ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา 19 ครั้ง (คิดเป็น 15.2 %) รองลงมาคือ ปัญหาเรื่องการเงิน ในผู้ป่วย 3 ราย ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา 9 ครั้ง (คิดเป็น 7.2 %) และเรื่องขาดผู้ดูแลหรืออยู่ตามลำพัง ในผู้ป่วย 2 รายส่งผลกระทบต่อการใช้ยา 6 ครั้ง (คิดเป็น 4.8 %)

ปัญหาบางประการยังคงอยู่ทุกครั้งที่การเยี่ยมบ้าน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา อาทิ อ่านหนังสือไม่ได้ ความจำเสื่อมหรือหลงลืม เป็นต้น บางปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยมบ้าน เช่น ปัญหาความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและยา ปัญหาเรื่องความเชื่อ ความกังวลเรื่องโรคและยา ซึ่งเภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ให้คำแนะนำ ความรู้ เพื่อแก้ไขจนปัญหานั้นหมดไป

จากข้อมูลจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านในเรื่องยาที่ใช้รวมถึงยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ ตลอดจนการเก็บรักษายาของผู้ป่วย พบจำนวนรายการยาเฉลี่ยของผู้ป่วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8 รายการ น้อยที่สุด 4 รายการ มากที่สุด 14 รายการ พบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด 11 ราย (73.33 %) โดยจัดเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดทั้ง Insulin และ Erythropoietin injection 2 ราย ใช้เฉพาะ Insulin 10 รายและใช้เฉพาะ Erythropoietin injection 1 ราย

พบผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพร 2 ราย เป็นการใช้ใบของพืชสมุนไพรมาต้มชงดื่มแทนน้ำชา ได้แก่ ใบมะยม 1 ราย ใบทุเรียนเทศ 1 ราย และพบผู้ป่วยใช้ยาลูกกลอน 1 ราย เมื่อนำยากลับมาตรวจการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ ให้ผลเป็น บวก

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม เสี่ยงที่จะเกิดการหยิบใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องได้ โดยสามารถแยกออกเป็น 5 รูปแบบ (รูปภาพในภาคผนวก) คือ

1. ยาไม่ได้ถูกเก็บในซองหรือภาชนะที่เหมาะสม
2. ยาในซองไม่ตรงกับชื่อยาหน้าซอง
3. ยาที่ต้องเก็บในที่ป้องกันแสงแต่ไม่ได้ถูกเก็บในซองหรือภาชนะที่กันแสง
4. ยาไม่ได้ถูกเก็บในตู้เย็นหรือเก็บในตำแหน่งไม่ถูกต้อง
5. ฉลากยาเลอะเลือน อ่านไม่ชัดเจน

พบว่าไม่ได้เก็บยาในที่ป้องกันแสง ซองหรือภาชนะที่เหมาะสมผู้ป่วย ในผู้ป่วย 8 ราย (22 เหตุการณ์) เช่น แกะเม็ดยาออกมาจากแผง ใส่ไว้ในกระป๋องลูกอม มีการเก็บยาในซองที่ไม่ตรงชื่อยาหน้าซอง ในผู้ป่วย 4 ราย (10 เหตุการณ์) พบยาที่ต้องเก็บในที่ป้องกันแสงแต่ไม่ได้ถูกเก็บในซองหรือภาชนะที่กันแสง ในผู้ป่วย 2 ราย (10 เหตุการณ์) เช่น ยา Losartan มีการแกะเม็ดใส่ในซองใสในปริมาณมาก ในผู้ป่วย 1 ราย (1 เหตุการณ์) และ พบผู้ป่วยไม่เก็บยาในตู้เย็นหรือเก็บยาในตู้เย็นในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง 1 ราย (1 เหตุการณ์) เช่น เก็บอินซูลินที่ประตูตู้เย็น

ผู้ป่วยมียาเหลือใช้ 10 ราย (66.67%) จำนวน 32 เหตุการณ์ โดยมีผู้ป่วย 9 รายที่พบว่ามียาเหลือใช้ทุกครั้งที่เภสัชกรเยี่ยมบ้าน และมีเพียง 1 รายที่พบยาเหลือใช้เฉพาะในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก

ผู้ป่วยเก็บยาหมดอายุ ในภาชนะใส่ยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ 1 ราย โดยที่ไม่ทราบว่ายาหมดอายุแล้ว โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ยาดังกล่าวเป็นวิตามินจึงเก็บไว้เพื่อรับประทานในครั้งหน้า หากรู้สึกอยากรับประทานวิตามินบำรุงร่างกาย

สำหรับการจัดการปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนั้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงและการจัดการปัญหาที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ ซึ่งหากพบว่าเป็นปัญหาที่สามารถจัดการแก้ไขได้ เภสัชกรเยี่ยมบ้านจะดำเนินการแก้ไขทันที แต่ถ้าเป็นปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เภสัชกรเยี่ยมบ้านจะติดต่อประสานงานจัดการเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ โดยส่งต่อข้อมูลปัญหาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยดำเนินการหาวิธีแก้ไขต่อไป

1. การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

ในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 15 ราย เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เรื่องการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และความรู้เรื่องยาที่ใช้ โดยให้คำแนะนำ สอนความรู้แก่ผู้ป่วยทุกรายในทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เท่ากับ 47 ครั้ง หากผู้ป่วยมีผู้ดูแลเภสัชกรก็จะให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม 23 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ 31 ครั้ง มีการจัดทำอุปกรณ์ช่วยในการใช้ยา (Drug Device) ให้ผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย รวม 19 ครั้ง เช่น สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ ใช้การเขียนวิธี

รับประทานยาเป็นตัวเลขขนาดใหญ่ ทำสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น จัดทำกล่องใส่ยาสำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย การจัดยาไว้ให้ดูเป็นตัวอย่าง แล้วให้ผู้ป่วยหรือญาติจัดตาม (Drug Chart) เป็นต้น (รูปภาพในภาคผนวก)

2. การจัดการปัญหาที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของการประสานงานหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกโรงพยาบาลนั้น พบว่าแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการตอบรับและดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆเป็นอย่างดี มีการประสานงานผู้เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 17 ครั้ง เป็นการประสานงานหน่วยงานในโรงพยาบาล 12 ครั้งและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล 5 ครั้ง ประสานงานแพทย์ในโรงพยาบาลรวมทั้งหมด 6 ครั้ง ได้รับการตอบรับและแก้ไขปัญหาให้ทันที 5 ครั้ง ถือเป็นการให้ความร่วมมือระดับดี : Full (83.33%) พบการตอบรับและแก้ไขปัญหาปัญหาในระยะเวลาต่อมา 1 ครั้ง ถือเป็นการให้ความร่วมมือระดับปานกลาง : Partial (16.67%) ประสานงานพยาบาล 3 ครั้ง เภสัชกรในหน่วยงานอื่น 2 ครั้งและสังคมสงเคราะห์ 1 ครั้ง ซึ่งได้รับตอบรับและแก้ไขปัญหาให้ทันทีทุกครั้ง ถือเป็นการให้ความร่วมมือระดับดี : Full (100%) หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่ติดต่อประสานงาน ได้แก่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่บ้านของผู้ป่วย โดยประสานงานไปทั้งหมด 5 ครั้ง ซึ่งได้รับตอบรับและแก้ไขปัญหาให้ทันทีทุกครั้ง ถือเป็นการให้ความร่วมมือระดับดี : Full (100%) เช่นกัน

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร พบปัญหาที่เกิดจากระบบยาของโรงพยาบาล (Drug System Problem) 1 ครั้ง คือ ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ในส่วนของ Dispensing Error พบเหตุการณ์ในขั้นตอนการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้าน ครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยากลับบ้าน 1 รายการ ซึ่งต่อมาได้ประสานงานผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเพิ่มยาให้ผู้ป่วยแล้ว

2.3 ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการประเมิน INHOMESSS

ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามหลักการประเมิน INHOMESSS (สายพิณ, 2554) เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ ประเมินโรค ความเจ็บป่วยที่แท้จริงที่พบ รวมถึงการประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัว โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

I : Immobility ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยว่ามากหรือน้อยเพียงใด ได้แก่ กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกออกจากที่นอน รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ เป็นต้น และกิจกรรมอื่นๆ เช่น ทำงานบ้าน จัดยารับประทานเองได้ เป็นต้น

N : Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่รับประทาน นิสัยการรับประทาน เป็นต้น

H : Housing ประเมินสภาพบ้านว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร เช่น แออัด โปรงสบาย เป็นระเบียบ ครอบอุ่น เป็นกันเอง สบาย ดูเป็นส่วนตัว สัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เป็นต้น รวมถึงรอบๆบริเวณบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม รอบๆบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิด เพื่อนบ้านมีลักษณะเป็นอย่างไร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

O : Other people ประเมินภาวะบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในบ้านที่มีต่อผู้ป่วยอย่างไร ใครเป็นผู้ดูแลหลัก

M : Medications ประเมินการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้จริง วิธีการจัดยาแต่ละมื้อ มียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งใช้ประจำ มียาสมุนไพร อาหารเสริม ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อห้ามใช้ แต่เพื่อให้รู้และประเมินพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนั้นๆว่าเป็นอย่างไร

E : Examinations การตรวจร่างกายเบื้องต้นและประเมินความสามารถทำภารกิจประจำวัน ไตมากน้อยเพียงใดที่บ้าน ทำให้เห็นสภาพความเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ

S : Safety ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ เช่น แนะนำให้เปลี่ยนที่วางเฟอร์นิเจอร์บางชิ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุภายในบ้านได้

S : Spiritual Health ประเมินความเชื่อ ค่านิยมของคนภายในบ้าน และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง

S : Services การเลือกใช้สถานพยาบาล การดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลที่ใดบ้างสามารถติดต่อได้อย่างไร เมื่อใด หรือมีสถานพยาบาลใดละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถไปใช้บริการได้

I : Immobility

โดยการเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วย 6 ราย (40 %) ดูแลเรื่องยาได้ด้วยตัวเองโดยไม่มีผู้ดูแล (Care giver) และอีก 9 ราย (60 %) มีผู้ดูแลจัดการเรื่องยาให้ และผู้ป่วยทุกรายสามารถกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง โดยที่ผู้ป่วยรายที่ 1, 4, 7, 8, 11, 12, 14 มีผู้ดูแลเรื่องการฉีดยาให้ ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการเรื่องยาได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยรายที่ 1, 11 ผู้ดูแลฉีดยาให้แล้วผู้ป่วยฉีดยาเอง ผู้ป่วยรายที่ 4 ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ต้องอาศัยผู้ดูแลจัดการรับประทานและฉีดยาให้ผู้ป่วย ต่อมาแพทย์ให้หยุดการฉีดยา ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการรับประทานเองได้ โดยมีญาติช่วยตรวจสอบอีกครั้งเมื่อถึงเวลารับประทานยา ผู้ป่วยรายที่ 8 ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 นั้น ผู้ป่วยยังต้องอาศัย เพื่อนบ้าน ฉีดยาให้ แต่เมื่อพบทวนการฉีดยาให้ผู้ป่วยซ้ำอีกในการเยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยจึงสามารถฉีดยาเอง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 7, 11, 12 ผู้ดูแลเป็นผู้จัดการทั้งดูแลและฉีดยาให้ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องยาได้เพิ่มขึ้น 3 ราย (20%)

จากการเยี่ยมบ้านพบว่าความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและการจัดการเรื่องยาที่บ้านของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบการเยี่ยมบ้านครั้งแรกและครั้งล่าสุด

N : Nutrition

จากข้อมูลเรื่องโภชนาการและอาหาร พบผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น 13 ราย คือ รับประทานอาหารปริมาณมากเกินไป 9 ราย (ทุกรายมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน)โดยพบเท่ากับ 27 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน และไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ (ต้องรับประทานเท่าที่มี หาได้หรือคนอื่นให้) 3 ราย เท่ากับ 12 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน พบผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้บ้างแต่อาจไม่ได้ควบคุมอย่างสม่ำเสมอ 4 ราย เท่ากับ 7 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน และสามารถควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสมกับโรคประจำตัวของตนเอง 1 ราย เท่ากับ 2 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน โดยมีผู้ป่วย 3 รายที่สามารถควบคุมอาหารได้ดีขึ้นจากเดิมเคยอยู่ในระดับที่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ คือ รับประทานอาหารปริมาณมากเกินไปเป็นประจำแล้วเปลี่ยนเป็น ควบคุมการรับประทานอาหารได้บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ 2 ราย และจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้/ไม่เลือกรับประทานอาหารเปลี่ยนเป็น ควบคุมการรับประทานอาหารได้บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ 1 ราย

รายละเอียดการแบ่งระดับการรับประทานอาหาร ดังต่อไปนี้

1. ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ Uncontrolled (UN) แบ่งเป็น
 - 1.1 รับประทานอาหารปริมาณมากเกินไปเป็นประจำ : Over (O)
 - 1.2 ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้หรือไม่เลือกรับประทานอาหาร

รับประทานอาหาร

2. ควบคุมการรับประทานอาหารได้บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ : Accept (AC)
3. ควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสม : Controlled (C)

จากการเยี่ยมบ้านพบว่า ความสามารถความสามารถในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบการเยี่ยมบ้านครั้งแรกและครั้งล่าสุดรายละเอียดแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความสามารถในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย พบในการเยี่ยมครั้งแรกและครั้งล่าสุด

ราย ที่	โรค ประจำ ของผู้ป่วย	ความสามารถในการควบคุมอาหาร				เหตุผลที่อาจเกี่ยวข้อง
		เยี่ยมบ้านครั้งแรก		เยี่ยมบ้านครั้งล่าสุด		
		Examination	Nutrition	Examination	Nutrition	
1	HT, DM, DLP	BP 127/92 mmHg Pulse 110 bpm DTX : HI mg%	Un***	BP 127/92 mmHg Pulse 88 bpm DTX : 260 mg%	AC	ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติด ตั้งแต่การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3
2	HT, DM, DLP	BP 115/73 mmHg Pulse 98 bpm DTX : 459 mg%	Un (O)***	BP 124/89mmHg Pulse 92 bpm DTX : 155 mg%	AC	ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาลด้วยภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia หลาย ครั้ง
3	HT, HIVs	BP 143/88 mmHg Pulse 90 bpm	AC	BP 143/88 mmHg Pulse 90 bpm	AC	
4	HT, DM, DLP, IHD, CKD	BP 187/90 mmHg Pulse 92 bpm DTX : 320 mg%	Un	BP 188/89 mmHg Pulse 97 bpm DTX : 99 mg%	Un	
5	HT, DM, HIVs	BP 146/92 mmHg Pulse 88 bpm DTX : 371 mg%	Un (O)	BP 154/107 mmHg Pulse 80 bpm DTX : 192 mg%	Un (O)	
6	HT, DM, DLP	BP 192/102 mmHg Pulse 93 bpm DTX : 216 mg%	Un	BP 160/90 mmHg Pulse 97 bpm DTX : 394 mg%	Un	
7	HT, DM, DLP	BP 154/85 mmHg Pulse 76 bpm DTX : 223 mg%	Un (O)	BP 144/69 mmHg Pulse 76 bpm DTX : 216 mg%	Un (O)	
8	HT, DM	BP 166/97 mmHg Pulse 82 bpm DTX : HI mg%	Un (O)	BP 183/102 mmHg Pulse 78 bpm DTX : 308 mg%	Un (O)	
9	HT, DM, Gout, CKD (CAPD)	BP 157/108 mmHg Pulse 100 bpm DTX : - mg%	Un	BP 141/91 mmHg Pulse 98 bpm DTX : - mg%	Un	
10	HT, DM, DLP	BP 173/89 mmHg Pulse 70 bpm DTX : 369 mg%	Un (O)	BP 174/81 mmHg Pulse 64 bpm DTX : 257 mg%	Un (O)	

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความสามารถในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย พบในการเยี่ยมครั้งแรกและครั้งล่าสุด (ต่อ)

รายชื่อผู้ป่วย	โรคประจำตัวของผู้ป่วย	ความสามารถในการควบคุมอาหาร				เหตุผลที่อาจเกี่ยวข้อง
		เยี่ยมบ้านครั้งแรก		เยี่ยมบ้านครั้งล่าสุด		
		Examination	Nutrition	Examination	Nutrition	
11	HT, DM, DLP	BP 130 /70 mmHg Pulse 84 bpm DTX : 263 mg%	Un (O)	BP 130 /70 mmHg Pulse 84 bpm DTX : 263 mg%	Un (O)	
12	HT, DM, DLP	BP 145/94 mmHg Pulse 100 bpm DTX : 129 mg%	C	BP 142/63 mmHg Pulse 79 bpm DTX : 143 mg%	C	
13	HT, DM, DLP, CVA	BP 184/83 mmHg Pulse 76 bpm DTX : 234 mg%	Un (O)***	BP 176/89 mmHg Pulse 98 bpm DTX : 124 mg%	AC	ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารทั้งจากนักโภชนาการเมื่อมาพบแพทย์ตามนัดปกติ และจากคำแนะนำเมื่อเภสัชกรไปเยี่ยมที่บ้านทุกครั้ง
14	HT, DM, DLP, CKD	ทำนัง BP 85/54mmHg ทำนอน BP 188/105 mmHg Pulse 116 bpm DTX : 348 mg%	Un (O)	BP 141/71 mmHg Pulse 75 bpm DTX : 348 mg%	Un (O)	
15	HT, DM, DLP, CKD (CAPD)	BP 130/80 mmHg Pulse 70 bpm FBS : 216 mg/dl	Un (O)	BP 155/83 mmHg Pulse 93 bpm DTX : 412 mg%	Un (O)	

H : Housing และ S : Safety

ในการประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วยว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ซึ่งเก็บข้อมูลจากการสังเกต จึงประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน รอบบ้านและชุมชนไปพร้อมกัน พบผู้ป่วยอาศัยในบ้านที่มีลักษณะ มั่นคง แข็งแรง โปร่งสบาย สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย มีบริเวณบ้าน รั้วมิดชิด จัดเป็นความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดอันตราย 9 ราย (24 ครั้งของการเยี่ยม) แสดงตัวอย่างดังภาพที่ 2-4



ภาพที่ 2 บริเวณรอบบ้านผู้ป่วย มีบริเวณบ้าน มีรั้วรอบขอบชิด ตัวบ้านเป็นบ้านปูน 2 ชั้น



ภาพที่ 3 บริเวณรอบบ้านผู้ป่วย มีบริเวณบ้าน สะอาด เป็นระเบียบ มีรั้วรอบขอบชิด ตัวบ้านเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นล่างเป็นปูน ชั้นบนเป็นไม้



ภาพที่ 4 ภายในบ้านที่จัดเป็นระเบียบ โปร่งสบาย อากาศถ่ายเทได้สะดวก

ผู้ป่วยที่อาศัยในบ้านที่มีความเสี่ยงอาจก่อให้เกิดอันตรายระดับปานกลาง 2 ราย (5 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน) แสดงตัวอย่างดังภาพที่ 5 และ 6



ภาพที่ 5 บริเวณภายนอกบ้านที่มีสิ่งของวางทางเข้าออก หรือทางเดิน ไม่มีรั้วรอบบ้าน



ภาพที่ 6 บริเวณภายในบ้านที่มีสิ่งของวางไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย อาจก่อให้เกิดอันตรายระดับปานกลาง

ผู้ป่วยที่อาศัยในบ้านที่มีความเสี่ยงสูง ที่จะก่อให้เกิดอันตราย เช่น ลื่นหกล้ม หรือเดินสะดุด สิ่งของที่วางเกะกะ หรือถูกตะปูหรือเศษไม้ที่มุดมาได้ เป็นต้น 4 ราย (18 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน) แสดงตัวอย่างดังภาพที่ 7-8



ภาพที่ 7 บริเวณรอบๆบ้านที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่อสุขภาพได้



ภาพที่ 8 ภายในบ้านผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่อสุขภาพได้

สรุปการประเมินความปลอดภัยรอบบ้านและชุมชน พบผู้ป่วย 11 รายที่อาศัยในแหล่งชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมและสภาวะรอบๆบ้านที่ปลอดภัย ส่วนผู้ป่วยอีก 4 รายนั้น คือ รายที่ 1, 4, 8 และ 9 อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนที่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากมีปัจจัยแวดล้อมหลายอย่าง ได้แก่

ผู้ป่วยรายที่ 1 เช่าที่ดินและสร้างบ้านเอง โดยที่ครอบครัวมีอาชีพขายของเก่า จึงมีของเก่าที่เก็บมาเพื่อแยกก่อนขายวางกองอยู่ที่บ้านเป็นจำนวนมาก ทั้งเศษไม้ เศษขวดแก้ว และในชุมชนแห่งนี้มีเรื่องเกี่ยวกับยาเสพติดรวมถึงตัวผู้ป่วยเองก็เคยเสพยามาก่อน จึงทำให้สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายทั้งสุขภาพและทรัพย์สินได้

ผู้ป่วยรายที่ 4 อาศัยในชุมชนที่ค่อนข้างแออัด และผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันทั้งหมดที่บริเวณชานหน้าบ้าน มีแต่หลังคาและผนัง 2 ด้าน ไม่มีรั้วและประตู มีน้ำขังรอบบ้านซึ่งเป็นแหล่งเพาะของยุงและสัตว์ร้าย

ผู้ป่วยรายที่ 8 อาศัยอยู่ในตลาดทะเลไทย ฝ้าแผงขายเผือกมันตลอดทั้งวัน และนอนที่แผงขายของนี้ ซึ่งมีความเสี่ยงอันตรายจากมัจฉาซีฟิได

ผู้ป่วยรายที่ 9 อาศัยอยู่ที่บ้านที่ไม่มีประตู ลักษณะเป็นร้านขายของข้างทาง มีฉากั้นเพียง 3 ด้าน ซึ่งอยู่ติดขอบถนน มีรถวิ่งผ่านหน้าบ้านตลอดทั้งวัน และตัวผู้ป่วยเอง ล้างไตทางช่องท้องจำเป็นต้องล้างไตในสถานที่ที่สะอาด และมีติดปราศจากฝุ่นละออง แต่ที่บ้านของผู้ป่วยมีฝุ่นขี้มูลจากรถที่วิ่งผ่าน ทำให้เสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อทางช่องท้องได้ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีประวัติติดเชื้อทางช่องท้องและต้องไปเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมาแล้ว 1 ครั้ง

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงการเยี่ยมครั้งสุดท้าย พบว่าผลการประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วยนั้น เมื่อพบว่าสภาพบ้านของผู้ป่วยบางราย มีความเสี่ยงสูงที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายได้ ซึ่งแนะนำหรือช่วยแก้ไขปัญหารื่องดังกล่าวนั้น มีโอกาสเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดทางการเงินของผู้ป่วยเอง และหน่วยงานที่ช่วยเหลือ เป็นต้น ดังนั้นหากพบปัญหาดังกล่าวเภสัชกรเยี่ยมบ้านจะส่งข้อมูลปัญหาแก่นักสังคมสงเคราะห์ ให้ช่วยเหลือเป็นเฉพาะรายไป โดยแสดงรายละเอียดการประเมินสภาพบ้านที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Housing) และประเมินความปลอดภัยภายในบ้าน/รอบบริเวณบ้านและชุมชน (Safety) ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ประเมินสภาพบ้านที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และประเมินความปลอดภัย
ภายในบ้าน/บริเวณบ้านและชุมชน

รายชื่อ	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	จำนวนครั้งที่เยี่ยม/ประเมินสภาพบ้านที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Housing)							ประเมินความปลอดภัยภายในบ้าน/รอบบริเวณบ้านและชุมชน (Safety)	
		1	2	3	4	5	6	7	safety	Not safety
1	เดินได้ปกติ	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง		✓
2	เดินไม่ได้ ตัดขาขวา/ใช้ไม้เท้าเลื่อนเคลื่อนที่ในบ้าน	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง					✓	
3	เดินได้ใช้ไม้เท้า(Cane)	ต่ำ							✓	
4	เดินได้ปกติ	สูง	สูง	สูง						✓
5	เดินได้ไม่ค่อยถนัด มีอาการขาและอ่อนแรง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ					✓	
6	เดินได้ปกติ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ					✓	
7	เดินได้ปกติ	ต่ำ	ต่ำ						✓	
8	เดินได้ปกติ	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง				✓
9	เดินได้แต่ไม่ค่อยมีแรงเดิน, CAPD	สูง	สูง	สูง						✓
10	เดินได้ปกติ	ต่ำ	ต่ำ						✓	
11	เดินโดยใช้ Walker (ผ้าตัดต้นขา)	ต่ำ							✓	
12	เดินไม่ได้ ขาอ่อนแรง 2 ข้าง ใช้การถัดเพื่อเคลื่อนที่มักนั่งอยู่กับที่	ปานกลาง	ปานกลาง						✓	
13	เดินได้ ถ้าเดินไกลใช้ไม้เท้า	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ			✓	
14	เดินได้ปกติ	ต่ำ	ต่ำ						✓	
15	เดินได้ปกติ, CAPD	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ			✓	

M : Medications

สำหรับ Medications จะประเมินการใช้จ่ายที่ผู้ป่วยใช้จริง วิธีการจัดยาแต่ละมือ มียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งใช้ประจำ มียาสมุนไพร อาหารเสริม ซึ่งได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้จ่ายได้กล่าวไว้ใน หัวข้อ 2.1 ปัญหาจากการใช้จ่าย (DRP) แล้ว จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีการจัดยาเพื่อสะดวกในการใช้ แตกต่างกันไป ทั้งจัดได้อยาถูกต้องและไม่ถูกต้องเหมาะสม ในรายที่ไม่ถูกต้อง ได้มีการแก้ไขให้ถูกต้องแล้ว ตัวอย่างรูปแบบการจัดยาที่พบที่บ้านผู้ป่วย ในตารางที่ 14


ตารางที่ 14 ตัวอย่างรูปแบบการจัดยาที่พบที่บ้านผู้ป่วย

ภาพตัวอย่างการจัดยาของผู้ป่วย	วิธีการจัดยาของผู้ป่วย/เหตุผลที่ให้	(ราย) ร้อยละ
<p>รูปแบบที่ 1</p> 	<p>วิธีการ ผู้ป่วยนำยาที่ได้บางชนิด เช่น Simvastatin แกะออกจากแผงเดิมแล้วนำมาจัดใส่ภาชนะบรรจุขนมหหรือลูกอม</p> <p>ข้อสังเกต เป็นการจัดยาและหยิบใช้โดยตัวผู้ป่วยเอง</p> <p>เหตุผล เพื่อความสะดวกในการหยิบรับประทานในมือที่ต้องการ เช่น แยกยามื้อก่อนนอนไว้ที่หัวเตียง ง่ายต่อการหยิบรับประทาน</p>	<p>1 ราย (6.67)</p>
<p>รูปแบบที่ 2</p> 	<p>วิธีการ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลนำยาที่ได้ทุกชนิดมาจัดแยกเป็นมื้อๆ เช่น ก่อนอาหาร – หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ใส่ภาชนะบรรจุยาขนาดเล็ก ได้แก่ คอนโดใส่ยา กล่องใส่ยา (pill box)</p> <p>ข้อสังเกต จัดเตรียมยาไว้ในลักษณะนี้ในปริมาณไม่มากนัก จัดตามขนาดบรรจุของภาชนะ</p> <p>เหตุผล เพื่อความสะดวกในการหยิบรับประทานยาแต่ละมื้อ ผู้ป่วยบางรายสามารถหยิบยารับประทานเองได้ ถ้าหากมีผู้ดูแลจัดยาลักษณะนี้ไว้ให้</p>	<p>4 ราย (26.67)</p>

ตารางที่ 14 ตัวอย่างรูปแบบการจัดยาที่พบที่บ้านผู้ป่วย (ต่อ)

ภาพตัวอย่างการจัดยาของผู้ป่วย	วิธีการจัดยาของผู้ป่วย/เหตุผลที่ให้	(ราย) ร้อยละ
<p>รูปแบบที่ 3</p> 	<p>วิธีการ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลนำยาที่ได้ทั้งหมดมาจัดแยกเป็นมื้อๆ (บางรายจัดตามตัวอย่างที่เภสัชกรแนะนำไว้ ทำเป็นตัวอย่างไว้ให้) เช่น ก่อนอาหาร - หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ใส่ซองซิปรรจุยาขนาดเล็ก แล้วใส่ยาที่จัดไว้ทั้งหมดในกล่องหรือภาชนะพลาสติก เพื่อให้ผู้ป่วยหยิบรับประทานเองที่ละซอง ในแต่ละมื้อนั้นๆ</p> <p>ข้อสังเกต จัดเตรียมยาไว้ในลักษณะนี้มักจะจัดยาไว้ในปริมาณมาก อาจทั้งหมดที่ได้ยามาในแต่ละนัดของโรงพยาบาล และผู้ป่วยมักจะไม่ทราบว่าจะรับประทานยาอะไรบ้าง</p>	3 ราย (20.0)
 <p>ตัวอย่าง การจัดยาแต่ละมื้อ (Drug Chart) ที่เภสัชกรจัดให้เป็นตัวอย่างเพื่อให้ผู้ดูแลจัดตาม</p>	<p>เหตุผล เพื่อความสะดวกในการหยิบรับประทานยาแต่ละมื้อ ผู้ป่วยบางรายสามารถหยิบยารับประทานเองได้ ถ้าหากมีผู้ดูแลจัดยาลักษณะนี้ไว้ให้ และผู้ดูแลอาจไม่ได้อยู่ดูแลตลอดทั้งวัน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวคนอื่นก็สามารถหยิบซองยาให้ผู้ป่วยได้</p>	

ตารางที่ 14 ตัวอย่างรูปแบบการจัดยาที่พบที่บ้านผู้ป่วย (ต่อ)

ภาพตัวอย่างการจัดยาของผู้ป่วย	วิธีการจัดยาของผู้ป่วย/เหตุผลที่ให้	(ราย) ร้อยละ
<p>รูปแบบที่ 4</p> 	<p>วิธีการ ผู้ป่วยหยิบยารับประทานเอง จากซองยา โดย ที่หน้าซองอาจมีการเขียนสัญลักษณ์เป็นตัวเลขขนาดใหญ่ เช่น 1 - 0 - 1 หรือทำฉลากยาที่มีขนาดตัวอักษรใหญ่กว่าปกติให้ผู้ป่วย จากโรงพยาบาล</p> <p>ข้อสังเกต ผู้ป่วยสามารถจัดยา รับประทานเองได้ อ่านหนังสือได้หรือ เข้าใจสัญลักษณ์เป็นตัวเลข</p> <p>เหตุผล ความสะดวกในการจัดยา รับประทานด้วยตนเอง</p>	<p>7 ราย (46.66)</p>

E : Examinations

การตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยประเมินความสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใดที่บ้าน ทำให้เห็นสภาพความเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ รวมถึงการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการผิดปกติอื่นๆที่เกิดขึ้นอีกด้วย โดยแบ่งออกเป็น การวัดระดับความดันโลหิต การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และการสังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการบวม แผลติดเชื้อ เป็นต้น โดยนำเกณฑ์ของ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2555 ปรับปรุง 2558 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นที่บ้านผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ คือ กำหนดให้ระดับความดันโลหิต เป็นดังนี้

เข้าตามเกณฑ์ระดับดี : BP \leq 140/90 mmHg

ระดับความดันโลหิต ไม่เข้าตามเกณฑ์ ระดับ mild/moderate : BP \leq 141 – 180 /100 mmHg

ระดับความดันโลหิต ไม่เข้าตามเกณฑ์ ระดับ Severe : BP \geq 181/101 mmHg และกำหนดให้ระดับน้ำตาลในเลือด PPD (ปลายนิ้ว) ดังนี้

เข้าตามเกณฑ์ ระดับดี : DTX \leq 180 mg% ระดับน้ำตาลในเลือด PPD (ปลายนิ้ว)

ไม่เข้าตามเกณฑ์ ระดับ mild/moderate DTX: 181 - 300 mg% ระดับน้ำตาลในเลือด PPD (ปลายนิ้ว) ไม่เข้าตามเกณฑ์ ระดับ Severe : DTX \geq 300 mg%

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต เข้าเกณฑ์ระดับดี ทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ราย คือ รายที่ 1, 2, 11 และ 15

ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตไม่เข้าตามเกณฑ์ทั้งหมด 10 ราย เป็นระดับ Mild 8 ราย และระดับ Severe 2 ราย ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบว่ามีผู้ป่วย 6 รายมีแนวโน้มผลการตรวจร่างกายที่ดีขึ้นเมื่อไปเยี่ยมบ้านในครั้งล่าสุด คือ มีค่าผลตรวจดีขึ้นเฉพาะระดับความดันโลหิต 1 ราย (รายที่ 6) มีค่าผลตรวจดีขึ้นเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด 4 ราย (รายที่ 1, 2, 4, 5) และผู้ป่วยที่มีทั้งมีค่าผลตรวจวัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น 1 ราย (รายที่ 14)

พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5 ราย ได้แก่

รายที่ 1 สงสัยอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

รายที่ 5 พบอาการชาขาทั้ง 2 ข้าง สงสัยจากยาต้านเชื้อไวรัส (ARVs)

รายที่ 7 พบอาการข้อเท้าและหัวเข่าบวม แต่บวมไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง สงสัยอาจเกิดจากการใช้ยา Amlodipine หรือไม่ อาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ยา และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำช่วงกลางคืน

รายที่ 12 พบว่าบริเวณหน้าท้องมีเนื้อเป็นไตแข็งๆ คาดว่าเกิดจากการฉีดอินซูลินซ้ำตำแหน่งเดิมหลายๆ ครั้งและ

รายที่ 14 พบอาการ Postural Hypotension เนื่องจากการใช้ยาลดความดันโลหิต Methyl dopa เกินจากที่แพทย์สั่งคือ Methyl dopa 250 1x2 ac ญาติจัดยาผิดเป็น Methyl dopa 250 2x3 ac และผู้ป่วยนำยา Methyl dopa มาเคี้ยวเวลาท้องอืดเพราะญาติใส่แผงยา Methyl dopa ในซองยา Simethicone อีกด้วย นอกจากนี้ยังได้รับยา Doxazosin เพิ่มในการพบแพทย์ครั้งล่าสุด จากอาการไม่พึงประสงค์ที่คาดว่าเกิดจากยาที่พบที่บ้านผู้ป่วย หากเป็นอาการที่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เทคนิคการฉีดอินซูลิน เกสซ์ชกรจะให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดอาการเหล่านั้น และป้องกันไม่ให้เกิดอาการดังกล่าวซ้ำอีก แต่หากเกิดจากอาการข้างเคียงจากยาโดยตรง เช่น อาการบวม (Peripheral Edema)

อาการชาปลายมือ ปลายเท้า (Peripheral neuropathy) เกสซ์กรนำข้อมูลปัญหาอาการของผู้ป่วย ไปติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาอาการให้ผู้ป่วยต่อไป

สำหรับอาการผิดปกติอื่นๆ ที่น่าจะเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการใช้ยา พบขณะเยี่ยม บ้านผู้ป่วยจำนวน 5 ราย โดยที่เกสซ์กรได้ให้คำแนะนำแตกต่างกันเป็นรายๆไป ได้แก่

รายที่ 1 ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบแผลที่ข้อศอกและหัวเข่า เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 พบแผลฝีที่ ศีรษะบริเวณท้ายทอยพบแผลบริเวณศีรษะ เกสซ์กรได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปทำแผลที่รพ.สต.ใกล้บ้าน

รายที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีอาการเท้าบวม 2 ข้าง แต่ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่บวม “แบบนี้ปกติ” และ หลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงอาการนี้ เกสซ์กรจึงแนะนำให้ไปพบแพทย์หากมีอาการมากขึ้น

รายที่ 4 มีอาการเวียนศีรษะ และหูอื้อ ซึ่งผู้ป่วยมีความกังวลว่า อาการดังกล่าวเกิดจากการ รับประทานยาหลายชนิด สำหรับรายนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไต ไม่ควบคุมอาหาร มีภาวะความดันโลหิตสูง ตลอด ไม่สามารถคุมได้ จึงน่าจะเป็นสาเหตุทำให้เวียนศีรษะและผู้ป่วยมักจะนอนช่วงกลางวันและตื่น กลางคืน ซึ่งเวลาที่ไม่เข้านอนนั้นเป็นเวลาที่ยุ่ป่วยนอนอยู่ จึงยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการเวียน ศีรษะได้ยิ่งขึ้น จึงแนะนำให้ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับภาวะโรค ส่วนเรื่องอาการหูอื้อ ที่ ผู้ป่วยคิดว่าอาจจะเกิดจากยานั้น เกสซ์กรตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่พบว่ายาตัวใดมีความเสี่ยงที่ จะทำให้เกิดอาการดังกล่าว จึงแจ้งกับผู้ป่วย อธิบายทำความเข้าใจ และแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจหูกับ แพทย์ที่โรงพยาบาล

รายที่ 7 พบอาการหัวเข่าและเท้าบวม แต่บวมไม่เท่ากัน 2 ข้าง ซึ่งเกสซ์กรได้แจ้งผู้ป่วย ทราบว่าอาการบวมดังกล่าว สงสัยอาจเกิดจากการใช้ยา Amlodipine หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ ไม่ใช่ยา เกสซ์กรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และจะนำข้อมูลนี้ไปแจ้งแพทย์ให้ทราบ และพิจารณาการใช้ยาต่อไป

รายที่ 15 พบอาการคัน และผิวหนังเป็นรอยแดงที่แขนทั้ง 2 ข้าง ซึ่งผู้ป่วยใส่ปลอกแขนเพื่อ กันแดดตลอดทั้งวัน สาเหตุอาจเกิดจากเหงื่อและเชื้อราที่ผิวหนัง เกสซ์กรแนะนำให้ผู้ป่วยงดใส่ปลอก แขนไปก่อน และไปพบแพทย์ปรึกษาเรื่องโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน แสดง รายละเอียดผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ที่บ้านผู้ป่วยในตาราง (ภาคผนวก)

O : Other people, S : Spiritual Health, S : Service

การประเมินทั้ง 3 เรื่องนี้ (O : Other people, S : Spiritual Health, S : Service) มีความ เชื่อมโยงกัน จึงขอประเมินสรุปผลการประเมินออกมาพร้อมกัน คือ ความเชื่อ ค่านิยมของคนภายใน บ้าน ทักษะคิดเกี่ยวกับการรักษา ดูแลผู้ป่วยและสุขภาพ และการเลือกใช้สถานพยาบาล การดูแล สุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลที่ใดบ้าง หรือมีสถานพยาบาลในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ จากการพูดคุย สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ป่วยและญาติ พบว่ามีผู้ป่วย 14 รายที่มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัวอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยแบ่งลักษณะของการพบสมาชิกในบ้านเป็น 4 ลักษณะ

ลักษณะที่ 1 พบสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่อาศัยในบ้านเดียวกันทุกครั้งที่ไปเยี่ยม 5 ราย คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 3 4 7 และ 11 ซึ่งพบผู้ดูแลหลัก (Care giver) ด้วย (14 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน)

ลักษณะที่ 2 พบสมาชิกบางคนในครอบครัวที่อาศัยในบ้านเดียวกันทุกครั้งที่ไปเยี่ยม 7 ราย คือ ผู้ป่วยรายที่ 5 6 8 10 12 14 และ 15 ซึ่งพบผู้ดูแลหลัก (Care giver) ด้วย ในผู้ป่วยรายที่ 10 12 14 และ 15 (22 ครั้งของการเยี่ยมบ้าน) ผู้ส่วนป่วยรายที่ 5 6 และ 8 นั้นดูแลเรื่องยาด้วยตนเอง

ลักษณะที่ 3 ไม่พบสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในบ้านเดียวกัน ในผู้ป่วย 2 ราย คือ ผู้ป่วยรายที่ 2 (3 ครั้ง) และรายที่ 9 (3 ครั้ง)

ลักษณะที่ 4 ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ตามลำพัง (รายที่ 13) โดยที่มีบ้านลูกชายคนเล็กอยู่บ้านหลังติดกัน แต่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยโดยตรง ให้ผู้ป่วยใช้การตะโกนเรียก หากต้องการความช่วยเหลือ โดยลูกชายจะให้ภรรยา (ลูกสะใภ้) มาสอบถามความต้องการ ส่วนลูกคนอื่นๆทำงานอยู่ต่างจังหวัดนานๆที่จึงกลับมาเยี่ยมผู้ป่วย จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนี้ การเยี่ยมครั้งแรกเภสัชกรพบ ลูกสะใภ้ของผู้ป่วย ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปรึกษาจากโรงพยาบาลสมุทรสาครเช่นกัน เป็นผู้ดูแลเรื่องซื้ออาหารมื้อกลางวันมาให้ผู้ป่วยและดูแลหากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นคนที่ผู้ป่วยพูดคุยสนทนาด้วยมากที่สุดในบ้าน ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนี้ในครั้งที่ 2 พบลูกสาวมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ต่อมาเยี่ยมบ้านครั้งถัดมาอีก 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง

เมื่อประเมิน ความเชื่อ ค่านิยมของตัวผู้ป่วยและคนในบ้านพบว่า มีความเชื่อและแนวคิดที่มีผลเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพ 2 ราย (13.33 %) และพบผู้ป่วย 13 ราย (คิดเป็น 86.67 %) ที่มีทั้งความเชื่อและแนวคิดที่มีผลเชิงบวกและเชิงลบปะปนกันต่อการดูแลสุขภาพ

สำหรับการเลือกไปรับบริการที่สถานพยาบาลนั้น พบว่าผู้ป่วยทุกรายสะดวก พร้อมทั้งจะเดินทางไปใช้บริการและนึกถึงโรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นอันดับแรก มีผู้ป่วย 7 รายที่ไปรับบริการที่รพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือไปใช้บริการไปทำแผลหรือฉีดยา และมีผู้ป่วย 1 ราย (รายที่ 14) ที่ให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ช่วยจัดยาเป็นม็อบใส่กล่องไว้ให้ พบว่ามีผู้ป่วย 1 รายที่ไปรับการรักษาเฉพาะโรคที่โรงพยาบาลอื่นด้วย คือ ผู้ป่วยรายที่ 8 รับการรักษาโรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลราชวิถี และมีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไปรับบริการที่ร้านยา หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยแสดงรายละเอียดในตาราง (ภาคผนวก)

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้ TM Stage Of Change (Transtheoretical Model)

TM Stage Of Change (Transtheoretical Model)

เนื่องจากผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านส่วนใหญ่มีปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา (Non-Adherence) ซึ่งปัญหาดังกล่าวน่าจะมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ซึ่งพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ไม่สามารถใช้เพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายพฤติกรรมได้

Transtheoretical model (TTM) เป็นทฤษฎีที่ได้จากงานวิจัยของ โพรชาสกาและไดคลีเมน (Prochaska and DiClemente, 1984) ประกอบด้วยการประเมินขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยและการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย ประกอบด้วย 5 โครงสร้างที่สำคัญ คือ 1) ระดับขั้นของความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change: SOC) 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change: POC) และกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Cognitive or experiential process) 3) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) 4) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) 5) ระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation) (ผานิต หลีเจริญ, 2556)



ภาพที่ 9 TM Stages of Change (Transtheoretical Model)

TM Stages of Change (Transtheoretical Model) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **Precontemplation (Pre) ขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**
เป็นระยะแรก ที่คนยังมองไม่เห็นปัญหาของตัวเอง ไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง เพราะคิดว่า ทุกวันนี้มันก็ดีอยู่แล้ว
2. **Contemplation (Contemp) ขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**
เป็นระยะที่คนเริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ก็ได้แค่คิด แต่ยังไม่ลงมือกระทำ หรือวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. **Preparation (Prep) ขั้นเตรียมการ**
เป็นระยะที่คนเริ่มวางแผน เริ่มคิดกลยุทธ์ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นปัญหา
4. **Action (Ac) ขั้นปฏิบัติการ**
เป็นระยะที่คนเริ่มลงมือปฏิบัติ เริ่มลองผิด ลองถูกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ปฏิบัติ < 6 เดือน)
5. **Maintenance (Main) ระดับพฤติกรรมคงที่**

เป็นระยะที่คนปฏิบัติจนเป็นนิสัย และมีการทำพฤติกรรมใหม่ ไม่หันกลับไปทำแบบเดิมๆ จนกระทั่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ กลายเป็นนิสัยถาวร (ปฏิบัติ > 6 เดือน)

โดยที่ในทุกขั้นตอนอาจพบซ้ำ (Relapse) เป็นขั้นถดถอยได้

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 15 ราย พบว่าสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 8 ราย โดยเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบผู้ป่วยที่อยู่ใน ขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4 ราย (รายที่ 3, 6, 9 และ 10) และขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 1 ราย (รายที่ 1) ขั้นเตรียมการ 1 ราย (รายที่ 15) และขั้นลงมือปฏิบัติ 3 ราย (รายที่ 2, 4 และ 12) ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย อาจมีข้อจำกัดหลายด้าน ดังจะเห็นในผู้ป่วยรายที่ 1 กว่าที่จะเปลี่ยนระดับจากขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปเป็นขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องใช้การเยี่ยมบ้านถึง 6 ครั้ง แสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ลำดับขั้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พบในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

รายที่	ลำดับขั้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TM Stages of Change ในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (ครั้ง)						
	1	2	3	4	5	6	7
1	Pre	Pre	Pre	Pre	Pre	Contemp	Contemp
2	Ac	Ac	Ac				
3	Pre						
4	N/A	N/A	Ac				
5	N/A	N/A	N/A	N/A			
6	Pre	Pre	Pre				
7	N/A	N/A					
8	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
9	Pre	Pre	Pre				
10	Pre	Pre					
11	N/A						
12	Ac	Ac					
13	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
14	N/A	N/A					
15	N/A	Prep	Prep	Prep			

หมายเหตุ N/A คือ ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาและการแก้ปัญหาเร่งด่วนของผู้ป่วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

เมื่อใช้ตัวอย่างคำถาม เพื่อทำความเข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไปเยี่ยมบ้าน พบว่ายังไม่สามารถได้ข้อมูลที่มาอธิบาย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีเพียงพอ เนื่องด้วยข้อจำกัดของเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ที่จำเป็นต้องใช้เวลาไปกับการแก้ไขปัญหาที่เร่งด่วนก่อน รายละเอียดของคำถามแสดงในภาคผนวก

ส่วนที่ 3 กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย สามารถแบ่งออกเป็นการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การส่ง Case ผู้ป่วย

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยที่คิดว่า ควรส่งต่อให้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของการเดินทางไปบ้านผู้ป่วย ได้แก่

1) ความสมัครใจของผู้ป่วยหรือญาติ 2) แผนที่โดยย่อหรือจุดสังเกตที่สำคัญของที่อยู่ปัจจุบัน 3) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้จริง

ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูล Case ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน

เมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวในข้อ 1 เภสัชกรผู้ที่ต้องการส่ง Case จะบันทึกข้อมูลลง โปรแกรม Turbo HOS xP เพื่อส่งต่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านทราบถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นๆ และสามารถออกเยี่ยมติดตามต่อบ้านได้ ซึ่งข้อมูลนี้มีเพียงหน่วยงานเภสัชกรรมเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านครั้งละ 2 คนแบ่งเป็นเภสัชกรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก (ผู้เตรียมข้อมูลผู้ป่วย) 1 คน และ เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานรอง (ช่วยเสริมการทำงาน) 1 คน โดยกำหนดวันออกเยี่ยม 1 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งปกติเป็นวันพุธ สามารถเยี่ยมได้ประมาณ 3 ราย โดยในขั้นตอนการเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม

เภสัชกรเยี่ยมบ้าน เข้าโปรแกรม Turbo HOS xP เพื่อดูข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อให้ติดตามที่บ้าน จากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆทุกสัปดาห์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมา จัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนของปัญหาเพื่อจัดลำดับในการเยี่ยม เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้เภสัชกรหน่วย

เยี่ยมบ้าน ติดตามต่อที่บ้านนั้น ทำได้ทุกหน่วยให้บริการของเภสัชกร โดยเภสัชกรในหน่วยต่างๆ ที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วย สามารถใช้โปรแกรม Turbo HOS xp ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านออกเยี่ยม ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจะมีความเชื่อมโยงกับโปรแกรม HOS xp และเป็นโปรแกรมที่เภสัชกรทุกคนเข้าถึงได้ง่าย และใช้งานได้สะดวกในเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยหนึ่งไปยังอีกหน่วยหนึ่งเพื่อให้จัดการปัญหาต่างๆ และยังสามารถแก้ไขข้อมูลที่ส่งต่อได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ส่ง Case ทราบสถานะของปัญหาว่าถูกแก้ไขแล้วหรือไม่ เนื่องจากโปรแกรมมีให้เลือกว่ากำลังอยู่ระหว่างติดตามหรือสิ้นสุดการติดตามแล้ว โดยมีหลักเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนี้

1. พิจารณา สภาวะผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล จากเภสัชกรหน่วยต่างๆ ได้แก่ เภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยใน เภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก เป็นต้น หรือเภสัชกรเยี่ยมบ้านเองก็สามารถส่งต่อข้อมูลได้เช่นกัน

2. พิจารณาความรุนแรงและความเร่งด่วนของปัญหาในการแก้ไข ที่ได้รับการส่งต่อให้ติดตามที่บ้านผู้ป่วย ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีสภาวะโรคที่แย่ลง ไม่สามารถควบคุมได้

2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีรูปแบบการใช้ยาที่ซับซ้อน หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด Drug Interaction หรือใช้ยาซ้ำซ้อนกันระหว่างยาเดิมและยาใหม่ที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและความเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขลักษณะนี้จะถูกจัดอยู่ในระดับ A อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเดิมที่เคยเยี่ยมบ้านก็ได้

ในการเยี่ยมผู้ป่วย เภสัชกรเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมุทรสาครจะคัดเลือกผู้ป่วย พิจารณาจากระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม โดยแบ่งระดับเป็น ระดับ A, B และ C (ระดับที่แบ่งได้จากการร่วมตกลงกันระหว่างทีมเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อสะดวกต่อการบริหารจัดการ ซึ่งการติดตามผู้ป่วยระดับ A คือ ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนที่จะออกเยี่ยมมากที่สุด อาจเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งต่อมาจากเภสัชกรในหน่วยต่าง ซึ่งทุกรายมีปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) หรือไม่สามารถคุมอาการของโรคได้ ระดับ B คือ ผู้ป่วยที่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องยาได้แล้ว แต่ยังคงไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และยังมีพบปัญหาอื่น เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ระดับ C คือ ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยาแล้ว และสามารถแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพได้

ขั้นตอนที่ 3.2 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับจากการส่งต่อ เพื่อให้ติดตามผู้ป่วยที่บ้านจากโปรแกรม Turbo HOS xp

การเตรียมข้อมูลผู้ป่วย จัดเตรียมข้อมูลในวันศุกร์สัปดาห์ก่อนหน้าวันเยี่ยมบ้านหรือวันจันทร์ในสัปดาห์ที่ออกเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน ใช้โปรแกรม Turbo HOS xP เพื่อดูข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อให้ติดตามที่บ้าน จากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆ โดยผู้ป่วยทุกรายที่ถูกส่งต่อมาใหม่นี้จะถูกจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมเป็น ระดับ A ซึ่งเป็นระดับที่จะเยี่ยมเป็นระดับแรก หากเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่เคยเยี่ยมบ้านแล้ว ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยระดับ A, B หรือ C แต่ถ้าหากส่งข้อมูลปัญหาใหม่ หรือปัญหาที่เดิมที่เคยเกิดขึ้น แล้วเกิดซ้ำอีก ทุกสายจะจัดเป็นผู้ป่วยระดับ A ทั้งสิ้น โดยจะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมด 3 ราย อาจจะเป็นผู้ป่วยระดับ A หรือ B เช่น ตามแผนการเยี่ยมบ้านเดิม กำหนดผู้ป่วยหลักที่เยี่ยมไว้ 2 ราย ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยระดับ A ทั้ง 2 ราย หรือระดับ A 1 ราย หรือระดับ B 1 ราย เมื่อได้รับข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่จะจัดเป็นผู้ป่วยระดับ A ทุกรายนั้น จึงพิจารณาผู้ป่วยรายที่มีตำแหน่งบ้านที่ตั้งบ้านในบริเวณใกล้เคียงกับบ้านของผู้ป่วยรายหลักที่กำหนดไว้ เพื่อสะดวกและประหยัดเวลาในการเดินทาง แต่อย่างไรก็ตามสามารถกำหนด Case เยี่ยมบ้าน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้ง 3 รายได้เช่นกัน

และจะพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้านจากพื้นที่ที่อยู่อาศัยและแผนการเยี่ยมเดิม (กรณีกำหนดผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้านไว้ล่วงหน้าแล้ว) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อให้เยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่ได้ไปเยี่ยม นั้น จะนำไปจัดเข้าแผนการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ถัดไป

ขั้นตอนที่ 3.3 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย

สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจาก HOSXP และเวชระเบียนเพื่อบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วย สาเหตุการมารับบริการ ยาที่ได้รับ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายนั้นๆ รวมถึงประวัติการนัดหมาย โดยย้อนดูข้อมูลประมาณ 3-5 ครั้งก่อนหน้าที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3.4 การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

บันทึกข้อมูลที่สืบค้น ลงแฟ้มครอบครัวผู้ป่วย และโทรศัพท์นัดหมายวัน เวลาที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วย และสอบถามถึงครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อทราบข้อมูลผู้เจ็บป่วยรายอื่นในครอบครัว ผู้ดูแลและสมาชิกในบ้าน พร้อมทั้งส่งเอกสารขอใช้รถในการเยี่ยมบ้านแก่หน่วยงานยานพาหนะ ก่อนเวลา 12 : 00 น. ของวันอังคาร (ก่อนจะออกเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 วัน)

ขั้นตอนที่ 3.5 ศึกษาข้อมูลเส้นทางการเดินทางจาก ฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่สร้างขึ้น โดยใช้ โปรแกรม Google Map หากเป็นผู้ป่วยรายเดิมจะมีข้อมูลแผนที่บ้านในฐานข้อมูลแล้ว สามารถทราบข้อมูลเส้นทางจัดลำดับการเยี่ยมก่อนหลัง และประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางได้ ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้าน 2 คน ร่วมสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่เตรียม 3 ครอบครัว กำหนดลำดับการเดินทางก่อนหลังและโทรแจ้งเวลากับผู้ป่วยอีกครั้ง หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยเยี่ยมมาก่อน อาจ

ต้องเพื่อเวลาที่ใช้เยี่ยมมากขึ้น และเภสัชกรผู้เยี่ยมหลักหรือผู้จัดการ Case จะเป็นผู้กำหนดให้เภสัชกรอีกคน ช่วยเก็บข้อมูลหรือให้ทำหน้าที่ตามที่ผู้จัดการ Case ต้องการ

ขั้นตอนที่ 4 ออกเยี่ยมบ้าน

ระหว่างการเยี่ยมบ้าน เภสัชกรจะสอบถามประเด็นหลักที่ได้รับการส่งต่อ สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และบันทึกข้อมูลที่ได้ลงแฟ้มครอบครัวของผู้ป่วย ใช้แบบบันทึก INHOMESSS เป็นเครื่องมือช่วยในการจดจำและประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน และกรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จะต้องบันทึกตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยจากโปรแกรม Google Map เพื่อสร้างเป็นฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 5.1 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุม สรุปผลการเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ

ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุมร่วมกันเพื่อประเมิน หาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ ร่วมกัน นำข้อมูลที่ได้สรุปลงแฟ้มครอบครัวผู้ป่วยและทำ Note photo เพื่อส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยย่อ ปัญหาที่พบและแนวทางการจัดการปัญหาที่ยังพบอยู่ เภสัชกรผู้สนใจ หรือผู้ที่ส่ง Case สามารถอ่าน Note photo ได้โดยเข้าไปโปรแกรม HOS xP หรือ การเข้าข้อมูลผู้ป่วยโดยเภสัชกรห้องจ่ายยาขณะจ่ายยา เนื่องจากกำหนดให้การแสดง Note เป็นอัตโนมัติ)

ขั้นตอนที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย

1. การนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มาบันทึกลงใน โปรแกรม Google drive ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล มีรายละเอียดข้อมูล ดังนี้

1.1 ชื่อผู้ป่วย HN ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ตำบล จำนวนครั้งที่เยี่ยม วันที่เยี่ยมล่าสุด วันนัดที่มารพ.ของผู้ป่วย ระดับความเร่งด่วน กำหนดลำดับผู้ป่วย (โดยให้ลำดับผู้ป่วยตรงกับลำดับที่แฟ้มครอบครัว) ซึ่งหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง ต้องทำการแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ได้แก่ ข้อมูลวันนัดครั้งล่าสุด จำนวนครั้งที่เยี่ยมและวันที่เยี่ยมล่าสุด เป็นต้น

1.2 การเพิ่มตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล ต้องทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่

1.3 การลงบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยในโปรแกรม Google drive ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล จะทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย ทุกครั้งทุกราย เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 6 การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้

ข้อมูลของผู้ป่วยใน Note Photo สามารถใช้บอกสถานะของผู้ป่วยว่า เป็นผู้ป่วยระดับใด มีปัญหาที่เคยถูกส่งให้เภสัชกรไปเยี่ยมที่บ้านแล้ว พบปัญหานั้นหรือไม่ หากพบปัญหา มีการดำเนินการแก้ไขถึงขั้นตอนใดแล้ว และยังคงมีปัญหาใดที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ และมีการวางแผนติดตาม แก้ไขปัญหานั้นๆไว้อย่างไร ซึ่งข้อมูลใน Note Photo เภสัชกรทุกคนในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ในการประกอบการดูแลด้านยาของผู้ป่วยได้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การส่งข้อมูลผ่าน Note Photo ของโปรแกรม HOSxP เช่น กรณีผู้ป่วยที่เภสัชกรหน่วยงานบริบาลเภสัชกรรม (Acute care) พบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยขณะนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยน่าจะมีแนวโน้มเกิดปัญหาการใช้ยาที่บ้าน จึงส่ง Case ให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านไปเยี่ยม เมื่อเยี่ยมแล้ว แก้ไขปัญหาที่ส่งแล้ว และอาจพบปัญหาใหม่ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งนั้น แต่ผู้ป่วยมากลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยปัญหาใหม่อีกครั้ง ซึ่งเมื่อเภสัชกรหน่วยงานบริบาลเภสัชกรรม พบข้อมูลใน Note Photo จะทราบว่าควรหาวิธีช่วยผู้ป่วยได้ตรงประเด็นขึ้น หรือการส่ง ข้อมูลใน Note Photo ที่เป็นเรื่องการติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วย ซึ่งอาจพบผู้ป่วยขณะจ่ายยา ทราบว่ามีการดำเนินการติดต่อประสานงานถึงขั้นตอนใดแล้ว หรือปัญหานั้นๆ ถูกแก้ไขแล้วหรือยัง เภสัชกรห้องจ่ายยาจะสามารถช่วยส่งตัวผู้ป่วยไปยังหน่วยงานนั้นๆ ได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 7 การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ ระหว่างทำการวิจัยมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยมีเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานหลัก (ผู้จัดการcase) เป็นผู้ติดต่อประสานงานแพทย์หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีส่งต่อข้อมูลแก่เภสัชกร ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรมจะส่งโดยใช้ Note photo ในโปรแกรม HOS xP ที่กล่าวถึงแล้วข้างต้น

2. กรณีส่งต่อข้อมูลแก่สหสาขาวิชาชีพภายนอกกลุ่มงาน จัดเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 หน่วยงานภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ส่งโดยใช้ Note photo ในโปรแกรม HOS xP และส่งต่อทางเวชระเบียนผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจต้องประสานงานรายบุคคลโดยตรง เพื่อสามารถอธิบายรายละเอียดผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และกำหนดระยะเวลาในการติดตามผลการประสานงาน ภายใน 2 สัปดาห์ (ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ ระหว่างทำการวิจัยมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น)

2.2 หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยนั้น อาจใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อโดยตรง (ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอน

ที่ ระหว่างทำการวิจัยมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ตัวอย่างการดำเนินการในผู้ป่วยรายที่ 9 รายละเอียดในหัวข้อ ทักษะการประสานงานหน่วยงานนอกโรงพยาบาล)

หลังการติดต่อประสานงาน หน่วยงานต่างๆแล้ว จะลงบันทึกผลการประสานงาน ใน Note photo เมื่อได้ผลรวมถึงการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อสรุปการแก้ไขปัญหาต่อไปและสรุปลงแผนการเยี่ยมบ้านในต่อครั้งต่อไป

หากพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยเองหรือพบว่าปัญหานั้นอาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยรายอื่นๆอีก ซึ่งถือเป็นการเข้าไปค้นหาปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับระบบยาในโรงพยาบาล หรือจากการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลเองที่ไม่ดีพอ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษา เฝ้ากรณีศึกษาผู้ป่วยและสรุปปัญหาที่พบให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ หากมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายอาจเป็นตัวกลางในการจัดประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาระบบและพัฒนาระบบยาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน อีกด้วย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลที่ได้จากการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร มาใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

จากเนื้อหาสาระในคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาครขึ้น มีดังต่อไปนี้

1. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน
2. ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP
3. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อที่บ้านจากโปรแกรม Turbo HOSxP
4. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo
5. วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map
6. วิธีการและขั้นตอนการลงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive
7. วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดยใช้ Google Calendar
8. การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นระดับ A B C
9. หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น

10. ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

และสรุปกระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรได้ดังต่อไปนี้

ก่อนเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การส่ง Case ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูล Case ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยมบ้าน

3.2 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย

3.3 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย

3.4 การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3.5 การศึกษาข้อมูลเส้นทางการเดินทางจากฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่

สร้างขึ้นโดยใช้โปรแกรม Google Map

ขณะเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ออกเยี่ยมบ้าน

หลังเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 5 หลังการเยี่ยมบ้าน

5.1 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุม สรุปผลการเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ

5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map, Google Drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้

ขั้นตอนที่ 7 การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหามือให้ผู้ป่วย

ผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้

เมื่อนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร มาเปรียบเทียบกับกระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในระยะที่ 2 ของการศึกษานี้ พบว่ามีกระบวนการที่พัฒนาระหว่างการทำการศึกษา โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

คู่มือข้อที่ 1. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน นำมาใช้ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ใน **ขั้นตอนที่ 1 การส่ง Case ผู้ป่วย** โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยที่เข้าตามหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วย คือ 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงใช้ยาผิด 2)

ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยปัญหาด้านยา 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยา โดยเป็นปัญหาเดิมๆที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และ 4) ผู้ป่วยเฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไต, CAPD, ผู้ป่วยที่มีรูปแบบการใช้ยาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้ยาextemporaneous โดยผู้ปกครองเตรียมให้ จากนั้นเภสัชกรจะสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของการเดินทางไปบ้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) ความสมัครใจของผู้ป่วยหรือญาติ 2) แผนที่โดยย่อหรือจุดสังเกตที่สำคัญของที่อยู่ปัจจุบัน 3) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้จริง ซึ่งคู่มือข้อที่ 1 นี้สามารถใช้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาได้เป็นอย่างดี

คู่มือข้อที่ 2 ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP นำมาใช้ในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ใน**ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูล Case** ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน เมื่อได้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 แล้ว นำข้อมูลที่ได้บันทึกลงโปรแกรม Turbo HOSxP ตามคู่มือข้อที่ 2 เพื่อส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรเยี่ยมบ้านทราบถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นๆ

คู่มือข้อที่ 3 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อบ้านจากโปรแกรม Turbo HOSxP นำมาใช้ในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ใน**ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หัวข้อย่อยที่ 3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม** เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อให้เยี่ยมบ้านมากขึ้น เภสัชกรเยี่ยมบ้านจึงจำเป็นต้องคัดเลือก Case ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเร่งด่วนมากที่สุดที่จะออกเยี่ยมบ้าน โดยใช้หลักการ การพิจารณาสถานะของผู้ป่วยจากคู่มือข้อที่ 3 นี้ เพื่อพิจารณาคัดเลือกที่ควรออกเยี่ยมบ้าน

สรุปว่าคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรในข้อที่ 1 ถึง 3 นำมาใช้เป็นแนวทางของกระบวนการเยี่ยมบ้านระยะก่อนเยี่ยม ใน**ขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3** ซึ่งเป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน

คู่มือข้อที่ 4 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo นำไปใช้ใน**ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 6 การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้** สำหรับคู่มือข้อที่ 4 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo ระบุไว้เพียงวิธีการสร้าง Note Photo และการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาที่ต้องการส่งต่อ ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในกระบวนการเยี่ยมบ้าน**ขั้นตอนที่ 6 พบว่าระหว่างทำการศึกษาได้มีการกำหนดรูปแบบของเนื้อหาที่ส่งใน Note Photo ให้เป็นระบบมากขึ้น** ได้แก่ ปรับ Template ของงานเยี่ยมบ้าน ให้มีรายละเอียดที่จำเป็นมากขึ้น เช่น หมายเลขโทรศัพท์ผู้ป่วยหรือญาติที่ติดต่อได้จริง การกำหนดรูปแบบการพิมพ์ข้อความ เช่น ลำดับของข้อความที่พิมพ์ ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) ขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีผลการตรวจร่างกายเป็นอย่างไร ปัญหาที่พบ สิ่งที่เกี่ยวข้องแล้ว สิ่งที่ยังคงเป็นปัญหา สิ่งที่ต้องการแก้ไขหรือติดตามต่อ และการกำหนดสีของเนื้อหา เช่น ชื่อหัวเรื่อง Note Photo เป็นสีเขียว และสิ่งที่ต้องการแก้ไขหรือติดตามต่อ (Plan) เป็นอักษรสีแดง เป็นต้น

คู่มือข้อที่ 5 วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map นำไปใช้ทั้งระยะก่อนเยี่ยมบ้านและระยะหลังเยี่ยมบ้าน ดังนี้

ใช้ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน **ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หัวข้อย่อยที่ 3.5 ศึกษาข้อมูลเส้นทางการเดินทางจากฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่สร้างขึ้นโดยใช้โปรแกรม Google Map** หากเป็นผู้ป่วยรายเดิมจะมีข้อมูลแผนที่บ้านในฐานข้อมูลแล้ว สามารถทราบข้อมูลเส้นทางจัดลำดับการเยี่ยมก่อนหลัง และประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางได้ หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยเยี่ยมมาก่อน อาจต้องเผื่อเวลาที่ใช้เยี่ยมมากขึ้น

ใช้ระยะหลังเยี่ยมบ้าน **ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน หัวข้อย่อยที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย** ในส่วนของการเพิ่มตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล ต้องทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่

คู่มือข้อที่ 6 วิธีการและขั้นตอนการลงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive นำไปใช้ระยะหลังเยี่ยมบ้าน **ในขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน หัวข้อย่อยที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย** ในส่วนของการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มาบันทึกลงใน โปรแกรม Google drive ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล มีรายละเอียดข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้ป่วย HN ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ตำบล จำนวนครั้งที่เยี่ยม วันที่เยี่ยมล่าสุด วันนัดที่มารพ.ของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงด่วน กำหนดลำดับผู้ป่วย (โดยให้ลำดับผู้ป่วยตรงกับลำดับที่แพ้มครอบครัว) ซึ่งหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง ต้องทำการแก้ไข เพิ่มเติมข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ได้แก่ ข้อมูลวันนัดครั้งล่าสุด จำนวนครั้งที่เยี่ยมและวันที่เยี่ยมล่าสุด เป็นต้น

การลงบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยในโปรแกรม Google drive ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล จะทำหลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย ทุกครั้งทุกราย เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

คู่มือข้อที่ 7 วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดยใช้ Google Calendar พบว่าคู่มือข้อที่ 7 ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์ข้อนี้ในการวางแผนและกำหนดวันเยี่ยมบ้าน เนื่องจากในการปฏิบัติงานจริง มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามาสู่ระบบเยี่ยมบ้านมากขึ้น จึงไม่สามารถเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ได้ แต่จะปรับแผนการเยี่ยมให้เหมาะสมตามความรุนแรงและเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย

คู่มือข้อที่ 8 การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นระดับ A B C นำมาใช้ทั้งในระยะก่อนเยี่ยมบ้านและระยะหลังเยี่ยมบ้าน ดังนี้

ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หัวข้อย่อยที่ 3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม และ 3.2 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย

ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน หัวข้อย่อยที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย ในส่วนของการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มาบันทึกลงในโปรแกรม Google drive ของหน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล

สรุปได้ว่าการสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นระดับ A B C จะประเมินทั้งระยะก่อนเยี่ยมบ้านและหลังเยี่ยมบ้าน โดยผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่ถูกส่งต่อมาให้เภสัชกรเยี่ยมบ้านจะถูกจัดเป็นผู้ป่วยระดับ A ส่วนผู้ป่วยรายเก่าที่อยู่ในความดูแลของเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านจะถูกจัดระดับความรุนแรงเร่งด่วนไว้อยู่แล้ว (หลังจากการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะสรุประดับความรุนแรงเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง) สำหรับระยะหลังเยี่ยมบ้าน ใช้คู่มือข้อที่ 8 นี้ในการสรุปและประเมินผู้ป่วยหลังจากเยี่ยมบ้านแล้วว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านเป็นระดับใด จากนั้นทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในเอกสารต่างๆ ได้แก่ แฟ้มครอบครัวผู้ป่วย ในฐานข้อมูลโปรแกรม Google Map และ Google Drive

คู่มือข้อที่ 9 หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น นำไปใช้ใน ระยะหลังเยี่ยมบ้าน **ขั้นตอนที่ 7 การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย** ซึ่งในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งใน และนอกโรงพยาบาล เนื่องจากเภสัชกรเท่านั้นที่ใช้ช่องทางของ Note Photo ในโปรแกรม HOSxP สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ใช้การติดต่อประสานงานที่หน่วยงานโดยตรง หรือโทรศัพท์ติดต่อด้านหมายเพื่อส่ง ข้อมูล Case ในบางครั้งจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลที่ต้องการส่งต่อลงเวชระเบียนแล้วไปประสานงาน โดยตรง เช่น การประสานงานแพทย์ เป็นต้น

ขณะที่ทำการศึกษาได้มีการประชุมทีมเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันพัฒนาช่องทาง การติดต่อ สื่อสารรวมถึงการส่ง Case ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องการส่งต่อให้วิชาชีพที่เกี่ยวข้องช่วย ดำเนินการต่อ (อยู่ในขั้นตอนพัฒนาช่องทางบน Intranet) ส่วนการติดต่อประสานหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาล หรือรพ.สต. นั้น มีการพัฒนาการติดต่อประสานขึ้นเช่นกัน จากการพบปัญหาเรื่องการไป ฉีดยาที่รพ.สต. จากสาเหตุผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลที่จะต้องไปฉีดยา อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง และผู้ป่วยบางรายไม่สามารถไปฉีดยาที่ รพ.สต.ได้เนื่องจากไม่มีใบส่งตัว (ผู้ป่วย ไม่ได้แจ้งพยาบาลว่าจะไปฉีดยาที่รพ.สต.) ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาระบบของโรงพยาบาลและรพ.สต.ที่ยัง ขาดความเชื่อมโยง เภสัชกรเยี่ยมบ้านจึงได้ประสานงานกับพยาบาลแผนกกลางไตทางช่องท้องเพื่อ เสนอปัญหา และมีการตกลงร่วมกันว่า พยาบาลจะช่วยสอบถามเรื่องการฉีดยาให้ทุกครั้ง หากผู้ป่วย

ต้องการไปฉีดยาที่รพ.สต. พยาบาลจะให้แพทย์เขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วย และจะแฟกซ์เอกสารไปให้ทาง รพ.สต.รับทราบ ในส่วนของทีมเภสัชกรเองมีแนวคิดที่อยากจะทำบัตรนัดฉีดยาให้ผู้ป่วย (อยู่ใน ขั้นตอนดำเนินการ) ทุกครั้งที่มีการฉีดยา ผู้ฉีดจะเซ็นชื่อลงในบัตรนัด เพื่อให้ทราบความร่วมมือการใช้ ยาของผู้ป่วย ก่อนที่แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา

จากปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการติดต่อส่งข้อมูลของผู้ป่วย โดยทางรพ.สต.เริ่มมีการโทรศัพท์ ติดต่อกลับมายังโรงพยาบาลเพื่อแจ้งแก่เภสัชกรเกี่ยวกับความร่วมมือในการมาฉีดยาของผู้ป่วยและ ปัญหาอื่นๆ ให้เภสัชกรที่โรงพยาบาล ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพและ เล็งเห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.เครือข่าย

คู่มือข้อที่ 10 ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร นำไปใช้ทั้งในระยะก่อนเยี่ยม บ้านและระยะหลังเยี่ยมบ้านดังนี้

ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หัวข้อย่อยที่ 3.3 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย และ 3.4 การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน หัวข้อย่อยที่ 5.1 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุม สรุปผลการเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ

จากผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้จริง พบว่า ขั้นตอนที่ 4 ออกเยี่ยมบ้าน เป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่ได้ระบุไว้ในคู่มือ และหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร เป็นขั้นตอนที่เกิดข้อค้นพบระหว่าง ทำการศึกษานี้ ได้เป็นทักษะที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน โดยสรุปผลการนำคู่มือและ หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้จริง ในกระบวนการต่างๆ ของการเยี่ยม บ้านในการศึกษานี้ แสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 สรุปผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้จริง
ในกระบวนการต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้

คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร	กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร	ผลการนำไปใช้จริง
1. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน	ขั้นตอนที่ 1 การส่ง Case ผู้ป่วย	นำไปใช้ได้จริง
2. ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP	ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูล Case ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน	นำไปใช้ได้จริง
3. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อที่บ้านจากโปรแกรม Turbo HOSxP	ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (ขั้นตอนที่ 3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม)	นำไปใช้ได้จริง
4. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo	ขั้นตอนที่ 6 การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้	นำไปใช้ได้จริง ระหว่างทำการศึกษา เกิดการพัฒนาการ กำหนดรูปแบบ เนื้อหาที่ส่งใน Note Photo อย่างเป็น ระบบมากขึ้น
5. วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map	ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (ขั้นตอนที่ 3.5 ศึกษาข้อมูลเส้นทางเดินทางจากฐานข้อมูลแผนที่โปรแกรม Google Map) ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน (ขั้นตอนที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย)	นำไปใช้ได้จริง
6. วิธีการและขั้นตอนการลงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive	ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน (ขั้นตอนที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย)	นำไปใช้ได้จริง

ตารางที่ 16 สรุปผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้จริง
ในกระบวนการต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านในการศึกษานี้ (ต่อ)

คู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร	กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร	ผลการนำไปใช้จริง
7. วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดยใช้ Google Calendar	ไม่ได้ใช้ข้อนี้ในการวางแผนและกำหนดวันเยี่ยมบ้าน	ไม่ได้นำไปใช้
8. การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นระดับ A B C	<p>ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนที่ 3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม และ ขั้นตอนที่ 3.2 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย)</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน</p> <p>(ขั้นตอนที่ 5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย)</p>	นำไปใช้ได้จริง
9. หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น	ขั้นตอนที่ 7 การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย	นำไปใช้ได้จริงและระหว่างทำการศึกษาก่อเกิดการพัฒนารูปแบบติดต่อประสานงานและรายละเอียดของการติดต่อประสานงานมากขึ้น
10. ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร	<p>ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>(ขั้นตอนที่ 3.3 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 3.4 การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย)</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน</p> <p>(ขั้นตอนที่ 5.1 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุมสรุปผลการเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ)</p>	นำไปใช้ได้จริง

ส่วนที่ 5 ทักษะที่เภสัชกรใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เภสัชกรเยี่ยมบ้านต้องใช้ทักษะต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่นๆ ของผู้ป่วย ทักษะที่ใช้ได้แก่ ศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน ทักษะการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักษะการฟัง รับรู้ถึงความรู้สึก ความทุกข์ ทักษะการที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้ ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา การให้ความรู้หรือคำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยใช้หลักการ ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทักษะการสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วย ทักษะการสอนเทคนิค โดยการแสดงให้ดู การเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ การสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา การสรุปผลแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อไป คืออะไร และทักษะในการติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดการใช้ทักษะต่างๆ ดังนี้

1. ทักษะในการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งนั้นๆ

โดยสามารถจัดเป็น 2 ประเด็น คือ ศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย และการกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน

1.1 ศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย

เป็นทักษะที่ใช้ในผู้ป่วยทุกราย และทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยนั้น แบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

1.1.1 กรณีศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย ที่ส่งมาจากเภสัชกร

เริ่มใช้ทักษะสืบค้นข้อมูลและประวัติจากโปรแกรม HOSxP, จาก Note Photo จากเวชระเบียนผู้ป่วย จากโปรแกรม Turbo HOSxP ซึ่งมีรายละเอียดปัญหา รวมถึงข้อมูลที่อยู่อาศัยและเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยจาก และสามารถสอบถามโดยตรงจากเภสัชกรผู้ส่ง Case หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่ส่ง

โดยทั่วไปใช้การสืบค้นข้อมูลและประวัติจากโปรแกรม HOSxP, จาก Note Photo และโปรแกรม Turbo HOSxP ทุกครั้งในการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย มีบางครั้งที่จะดูข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในกรณีที่ข้อมูลที่สืบค้นได้จากโปรแกรม HOSxP ไม่สมบูรณ์

1.1.2 กรณีศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย ที่ส่งมาจากวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ในกรณีนี้ส่วนใหญ่มักจะได้รับการส่งจากการมาติดต่อโดยตรงหรือใช้การโทรศัพท์แจ้ง เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน จึงสามารถสอบถามโดยตรงจากผู้ส่ง Case เกี่ยวกับ ปัญหาที่ส่งต่อ เพราะบาง

วิชาชีพไม่ได้บันทึกข้อมูลปัญหาลงในโปรแกรม HOS xP แต่อาจจะบันทึกลงเวชระเบียนผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อได้รับ Case ที่ส่งต่อแล้ว โดย จึงจะสืบค้นข้อมูลและประวัติจากโปรแกรม HOS xP, จาก Note Photo จากเวชระเบียนผู้ป่วย ต่อไป เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดที่สืบค้นได้มาใช้ประกอบในการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนที่จะออกเยี่ยมบ้าน

1.2 การกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน

เป็นทักษะที่ใช้ในผู้ป่วยทุกราย และทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเช่นกัน โดยเป้าหมายที่กำหนดนั้นจะกำหนดตามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน เช่น

1.2.1 การกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งแรก ในผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตลอด แพทย์สั่งให้ใช้อินซูลิน แต่มีปัญหาทั้งเรื่องไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและไม่สามารถฉีดอินซูลินได้ เคยได้รับการสอนจากห้องให้คำปรึกษาด้านยาหลายครั้งแต่ยังคงพบปัญหาเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินอยู่ เกสัชกรห้องให้คำปรึกษาด้านยา จึงส่งต่อให้เกสัชกรเยี่ยมบ้านค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและดำเนินการแก้ไขต่อ

ดังนั้น เป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งแรกจึงกำหนดขึ้น ตามปัญหาที่เป็นสาเหตุส่งต่อให้เกสัชกรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย คือ มีเป้าหมายเพื่อ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและฉีดอินซูลินหากยังไม่สามารถฉีดได้ ต้องแนะนำให้ความรู้สอนวิธีการ เทคนิคฉีดให้ผู้ป่วยและญาติ

1.2.2 การกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป อาจจะมีเหมือนแตกต่างจากครั้งแรก ซึ่งนอกจากตั้งเป้าหมาย ตามปัญหาที่ต้องการแก้ไขแล้ว อาจต้องพิจารณาผลของการเยี่ยมบ้านในครั้งก่อนร่วมด้วย ตัวอย่างการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รายที่ 1 ในครั้งที่ 2 จากผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งแรก ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสายตา ไม่สามารถดูอินซูลินเองได้ ต้องมีพ่อช่วยดูยาให้ แต่ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินเองได้ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหา ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา รักษา รวมถึงการปฏิบัติตัว การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และตัวผู้ป่วยเองมีปัญหาเรื่องติดบุหรี่และติดยาเสพติด (Amphetamine) ด้วย เมื่อเกสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้แก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ทราบว่า สภาวะของผู้ป่วยในขณะที่เยี่ยมครั้งแรกล้วน อยู่ในภาวะที่ไม่มีความพร้อมในการเรียนรู้หรือรับฟังข้อมูลต่างๆ ที่เกสัชกรให้ได้

ดังนั้น เป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 จึงกำหนดตามผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งแรก คือ ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้ ให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ และแนะนำให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วยอีกแรง เป็นต้น

2. ทักษะการสังเกต สิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี

เป็นทักษะที่ใช้ในผู้ป่วยทุกราย และทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งทักษะนี้สามารถเริ่มใช้ตั้งแต่เมื่อได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วย ที่ได้จาก **ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย** ที่ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น ประวัติการใช้ยา โรคประจำตัว ทราบข้อมูลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวเบื้องต้น จากการโทรศัพท์นัด สอบถามข้อมูลที่ตั้งบ้านและคนป่วยอื่นในบ้านที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นนี้อาจเป็นสิ่งที่จะใช้เป็นหลักในการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อไปเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

การสังเกต และบันทึกข้อมูลที่ได้ขณะเยี่ยมบ้านนั้น สามารถจำแนกออกเป็น 2 กรณี คือ

2.1 กรณีเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งแรก จำเป็นต้องใช้ทักษะด้านการสังเกต พยายามเก็บข้อมูลรายละเอียดทุกอย่างให้ได้มากที่สุด ตั้งแต่เริ่มเข้าเขตชุมชนบ้านของผู้ป่วย สภาวะแวดล้อมโดยรอบบ้าน ภายในบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนอน เป็นต้น รวมถึงบุคคลในครอบครัว สังเกตท่าทีที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก เมื่อเภสัชกรแสดงตัวว่ามาเยี่ยมบ้าน อีกทั้งต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ป่วย และกรณีเยี่ยมบ้านครั้งแรกนี้ จำเป็นต้องซักถามถึงความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับ สร้างแผนภูมิครอบครัวและทำให้ทราบว่าบุคคลใดที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วย

นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องใช้ทักษะสังเกตและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ส่งผลต่อปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ถ้าหากพบปัญหาแล้วสามารถแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้ทันทีในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก และอาจพบปัญหาใหม่ได้อีก ซึ่งเป็นปัญหาที่แก้ได้ทันที โดยเภสัชกรหรือต้องวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในการเยี่ยมครั้งต่อไป

2.2 กรณีเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งต่อมา

การสังเกตจะเน้นไปที่ ผลของการเยี่ยมบ้านครั้งก่อน คล้ายคลึงกับการกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านที่มุ่งประเด็นการสังเกตไปที่การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือข้อมูลที่จะช่วยในการประกอบการแก้ไขปัญหานั้นๆ นอกจากเน้นสังเกตข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นปัญหาแล้ว ต้องคำนึงถึงบุคคลภายในครอบครัวที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่แล้ว เช่น ระดับความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นหรือแย่ลง หรืออาจมีสมาชิกอื่นย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ เป็นต้น

ทักษะการสังเกตนี้ ต้องอาศัยความช่างสังเกตและประเมินทุกสิ่งทีพบในบ้านนั้นๆ ซึ่งเภสัชกรบางคนมีทักษะส่วนตัวด้านนี้ดี แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นได้ดี

ขึ้น เกสัชกรเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสมุทรสาครได้ใช้แบบประเมิน IN-HOME-SSS ในการช่วยบันทึก สิ่งที่อยู่รอบๆตัวผู้ป่วย

3. ทักษะการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา (Communication skill and drug counseling)

3.1 การถาม

ทักษะที่ใช้ ได้แก่ การซักถาม ประเด็นคำถามที่ตรงประเด็น การถามโดยการทวนคำพูดของผู้ป่วย การถามโดยสะท้อนความรู้สึก และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 ซักถาม ประเด็นคำถามที่ตรงประเด็น

ทักษะการซักถาม ถามคำถามที่ตรงประเด็นนี้เป็นทักษะที่ใช้ในผู้ป่วยทุกราย และทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยรวมประเด็นคำถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ การตั้งคำถามให้ตรงประเด็น จะต้องผ่านการเตรียมข้อมูลหรือศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยมาเป็นอย่างดี นอกจากนั้นประเด็นการซักถามจะได้จากสถานการณ์จริงที่พบที่บ้านผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายที่ 1, 3, 6, 8, 9 และ 13 ที่ถูกส่งต่อด้วยปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่ง เกสัชกรทราบพื้นฐานปัญหาของผู้ป่วยมาบ้างแล้วจากการเตรียมข้อมูลผู้ป่วย และเมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมียาเหลือเป็นจำนวนมาก จึงสอบถามผู้ป่วยถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายตอบคำถาม โดยให้เหตุผลแตกต่างกันและสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 ตอบว่า “ ไม่ได้กินยาเบาหวานเลย อ่านหนังสือไม่ได้ สายตาไม่ดี และไม่รู้ว่าจะกินกี่เม็ดและไม่รู้ว่าจะรักษาอะไรบ้าง จึงไม่กินยาเม็ด ฉีดอินซูลินอย่างเดียว ”

ผู้ป่วยรายที่ 3 ตอบว่า “ นานๆกินยาที่ เวลา รู้สึกไม่ค่อยสบายจึงจะกินยา คิดว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไรมาก จึงไม่กินทุกวัน ”

ผู้ป่วยรายที่ 6 ตอบว่า “ ยอมรับนะว่าไม่ได้กินยาทุกวัน วันไหนไม่ได้กินข้าวก็จะไม่ได้กินยา เพราะกลัวว่ายาจะกัดกระเพาะ ถ้ากินข้าวถึงจะกินยานะ ”

ผู้ป่วยรายที่ 8 ตอบว่า “ ยา กินก็กินบ้างนะ แต่บางครั้งหายาไม่เจอ เลยไม่ได้กิน แต่ฉีดยาทุกวันนะ ”

ผู้ป่วยรายที่ 9 ตอบว่า “ ยา กินตลอดนะ กินครบทุกมื้อ แต่ยาบางตัวกินแล้วคลื่นไส้ อาเจียน ก็จะหยุดกินไป เลยมีเหลือเยอะ ”

ผู้ป่วยรายที่ 13 ตอบว่า “ ยามันเยอะ หลายตัวกินไปแล้วมันตีกัน ทำให้น็อค (ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล) ไม่กล้ากินหรอก แต่บางตัวที่กินได้ก็กิน ” เป็นต้น

3.1.2 การถามโดยการทวนคำพูดของผู้ป่วย

เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาของตัวเองมากขึ้น เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาถามโดยทวน 2-3 คำสุดท้ายที่ผู้ป่วยพูด

ตัวอย่างการถามโดยการทวนคำพูดของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 12 ผู้ป่วยเกิดอาการ เนื้อบริเวณหน้าท้องลักษณะเป็นไตแข็ง จากการฉีดอินซูลินซ้ำที่เดิมเป็นเวลานาน จึงถามผู้ป่วยถึงการฉีดอินซูลินให้ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินว่าหลานฉีดให้อย่างไร บริเวณที่ฉีด ตำแหน่งใดบ้าง เมื่อเล่าจนถึงบริเวณฉีดยา

ผู้ป่วย : ผู้ป่วยสงสัยว่า “ เออเกสซๆ ป้าถามหน่อยสิ เนื้อตรงหน้าท้องมันเป็นอะไรแข็งๆ ”

เภสัชกร : “ เนื้อตรงหน้าท้องแข็งๆ ป้าคิดว่าน่าจะเกิดจากอะไร ” เป็นต้น

3.1.3 การถามโดยสะท้อนความรู้สึก

เป็นการหึงความรู้สึกของผู้ป่วย โดยใช้คำพูดสะท้อนว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร หากผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี เภสัชกรจะต้องหาวิธีคลี่คลายไปในทางที่ดี

ตัวอย่างการถามโดยสะท้อนความรู้สึก ผู้ป่วยรายที่ 5 ผู้ป่วย มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ต่อมาได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวี และต้องรับยารักษาวัณโรคปอด เหตุการณ์ครั้งนั้นทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อมาพบแพทย์ จึงให้หยุดยารักษาเบาหวานก่อน และให้ยารักษาวัณโรค รวมถึงยาต้านเชื้อไวรัส แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนหายจากโรคเบาหวานแล้ว เมื่อกลับมารับประทานอาหารได้ตามปกติ จึงไม่ได้ควบคุมอาหาร ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เภสัชกร : “ ป้ารู้หรือไม่ ว่าตนเองมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง ” (เภสัชกรใช้น้ำเสียงที่บอกให้ทราบถึงความรู้สึก เอาใจใส่ สนใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่ตำหนิผู้ป่วย)

ผู้ป่วย : “ รู้สิ เมื่อก่อนเป็นเบาหวาน แต่ตอนนี้หมอบอกว่าไม่ต้องใช้ยาเบาหวานแล้ว ป้าก็คิดว่าตอนนี้หายแล้ว เบาหวานไม่ได้เป็น กินแต่ยาต้านและยารักษาวัณโรค ”

เภสัชกร : “ ถ้าเภสัชบอกว่าผลระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะจากปลายนิ้วที่วัดได้มันสูง ป้ายังเป็นเบาหวานอยู่ ป้าคิดว่าควรทำอย่างไร ”

ผู้ป่วย : “ ก็หมอบอกว่าไม่ต้องกินยาเบาหวานแล้ว ฉันทก็คิดว่าหายแล้วสิ ที่นี้ก็กินทุกอย่างไม่ได้คุมอาหารเลย ต่อไปก็ต้องกลับมาคุมเหมือนเดิม แล้วทำไมหมอมไม่ให้ยาฉีดยา ”

เภสัชกร : “ ถ้าอย่างนั้น เรามาทำความเข้าใจเรื่องโรคและการใช้ยาเบาหวานกันก่อน ”

นอกจากนี้พบว่า ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ควรใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจของตนเอง 4 ประเภท (แนวคิดของ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) และนำมาใช้ในการศึกษานี้ ดังนี้

1. คำถามที่กระตุ้นให้ตระหนักถึงปัญหา (Problem recognition) เช่น ผู้ป่วยรายที่ 1 “ *สวัสดีค่ะ หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งก่อนที่คุยกัน วันนี้คุณ.....มีอาการอย่างไรบ้างคะ* ”
2. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงความกังวลต่อปัญหา (Concern) เช่น ผู้ป่วยรายที่ 6 “ *คุณ.....คิดว่า หากมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างไรบ้าง* ”
3. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intention to change) เช่น ผู้ป่วยรายที่ 4 “ *เพราะอะไร ที่ทำให้คุณบ้ำคิดว่าอยากจะจัดยารับประทานยาเองและจะรับประทานยาเองได้อย่างถูกต้อง เดิมคุณบ้ำเคยรับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่ครบมือ* ”
4. คำถามที่กระตุ้นให้เห็นทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Optimism for change) เช่น ผู้ป่วยรายที่ 2 “ *เพราะอะไร ที่ทำให้คุณบ้ำมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในช่วงที่ดีได้คะ* ”

3.2 การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (DARES) การให้ความรู้หรือคำปรึกษาโดยใช้ การให้ความรู้หรือคำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วย สามารถใช้หลักการ ในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (DARES) (Miller WR Z. A., 1999) ประกอบด้วย :

- 3.2.1 การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (Develop discrepancy)
- 3.2.2 หลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid argumentation)
- 3.2.3 ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน (Roll with resistance)
- 3.2.4 แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy)
- 3.2.5 ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้ (Support Self Efficacy)

ซึ่งหลักการดังกล่าวนี้ สามารถปรับใช้ได้กับผู้ป่วยที่ทำการศึกษาได้ทุกราย แต่อาจใช้ได้เฉพาะบางหลักการเท่านั้น มีผู้ป่วยที่สามารถใช้หลักการครบทั้ง 5 ข้อ จำนวน 9 ราย (60%) ได้แก่ ผู้ป่วยรายที่ 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15

จาก คำกล่าวของ สายรัตน์, 2553 ที่ว่า *ทั้งนี้แรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างกันตามเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในของตัวผู้ป่วยเอง ขอยกตัวอย่างการใช้หลักการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยรายที่ 15 ดังต่อไปนี้*

ผู้ป่วยรายที่ 15 ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวานและเป็นโรคไต ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนหน้านี ผู้ป่วยเคยได้รับคำชมเชยจากแพทย์และพยาบาลแผนกล้างไตที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีผลการทำงานของไตที่ดีขึ้น มีภาวะของโรคที่ดีขึ้น จากการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ ต่อมาเภสัชกรเยี่ยมบ้านได้รับการส่งต่อปัญหาเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย (สงสัยอาจใช้ยาไม่สม่ำเสมอ สังเกต

จากระดับความโลหิตและน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น) จากพยาบาลหน่วยงานล้างไตทางช่องท้อง เมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยใช้ยารับประทานได้อย่างถูกต้อง โดยมีลูกสาวเป็นผู้จัดยาไว้ให้เป็นมือๆ ให้ผู้ป่วยหยิบรับประทานเอง ส่วนยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยฉีดยาเอง แต่ไม่ค่อยสม่ำเสมอ เพราะลืมน้อยๆ ในขณะที่เยี่ยมบ้านเภสัชกรและพยาบาลหน่วยงานล้างไตได้ให้คำแนะนำผู้ป่วย เปรียบเทียบให้เห็น ความแตกต่างระหว่าง ผลการรักษาที่ดีขึ้นกับผลการรักษาที่แย่ง ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจและมีความต้องการที่จะควบคุมภาวะโรคให้ดีขึ้น เพราะว่าตนเองอยากที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีภาวะโรคที่ดีขึ้น ดูแลตัวเองได้ มีแรงที่จะดูแลเลี้ยงหลานสาวและอยู่กับครอบครัวได้นานๆ และอยากได้รับค่าชดเชยจากบุคลากรทางการแพทย์เหมือนเช่นครั้งก่อน ผู้ป่วยจึงรับปากว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและพยาบาลหน่วยงานล้างไตทางช่องท้องที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยกันอย่างจริงจัง

ถือว่าการใช้หลัก 3.2.1 การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น

3.2.2. หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ในระหว่างการพูดคุย

จากบทความของ สายรัตน์ นกน้อย (2553) ที่ว่า “ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ และตัดสินใจคงพฤติกรรมเดิม หากโต้แย้งการตัดสินใจของผู้ป่วยในทันที จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เข้าใจ และรู้สึกต่อต้าน ดังนั้นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ไม่จำเป็นที่จะต้องยืนยันความถูกต้องหรือพยายามโต้เถียงเอาชนะ”

ผู้ป่วยรายที่ 15 ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้ป่วยยอมรับด้วยว่า ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย และดื่มนมถั่วเหลืองวันละ 2-3 กล่อง ระหว่างมื้ออาหาร แจ้งว่าไม่ได้ดื่มน้ำหวาน ซึ่งผู้ป่วยปิดบังเรื่องการฉีดอินซูลิน บอกว่ายายอยู่ที่ตู้เย็นในบ้านอีกหลังหนึ่ง ไม่ได้หยิบยามาทดลองฉีดให้เภสัชกรดู แต่เล่าเทคนิค วิธีการฉีดและปริมาณที่ฉีดได้ถูกต้อง

ต่อมาเมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยทดลองฉีดอินซูลินให้ดู พบว่า ผู้ป่วยฉีดอินซูลินมากกว่าที่แพทย์สั่งจาก Mixtard Insulin 60 Unit ก่อนอาหารเช้า และ 50 Unit ก่อนอาหารเย็น ผู้ป่วยฉีดเป็น 90 Unit ก่อนอาหารเช้า และ 90 Unit ก่อนอาหารเย็น เภสัชกรสอบถามเหตุผลที่ผู้ป่วยฉีดเช่นนี้ โดยไม่ได้โต้แย้งหรือต่อว่าผู้ป่วย เพียงแต่สอบถามถึงเหตุผลเท่านั้น ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า “อยากจะให้น้ำตาลในเลือดลดลงเร็วๆ จึงฉีดเยอะ จะได้หายเร็วๆ หมอจะได้ไม่ว่า”

และได้ทราบว่ ที่ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ได้ดื่มน้ำหวานนั้น ผู้ป่วยเล่าว่า “พวกน้ำหวานแดงอะไรนั้น ป้าไม่ได้กินเลย ไม่เคยกินเลย มีแต่พวกนี้ ชาดำเย็น น้ำลำไย ใช้น้ำหวานนี้ หลานเอามาให้ทุกวัน” เภสัชกรรับฟัง และแนะนำขนาดยาฉีดที่เหมาะสมและให้ความรู้ ทบทวนวิธีการฉีดอินซูลิน รวมถึงอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับน้ำและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วย

3.2.3 ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน

จากบทความ สายรัตน์ นกน้อย (2553) ที่ว่า “การเกิดความรู้สึก สับสน ไม่แน่ใจสำหรับผู้ป่วย ถือว่าเป็นเรื่องปกติ และควรที่จะพูดถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผย เพราะจะเป็นประโยชน์เมื่อผู้ป่วยรู้สึกต่อต้าน โดยไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านเพิ่มขึ้น ควรจะค่อยๆปรับให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นๆลดน้อยลงโดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองด้านอื่นๆ”

ผู้ป่วยรายที่ 15 ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้ป่วยยอมรับด้วยว่า ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย และดื่มนมถั่วเหลืองวันละ 2-3 ถ้วย ระหว่างมื้ออาหารทุกวัน และดื่มน้ำหวานพวกชาดำเย็น น้ำลำไยทุกวัน

เภสัชกรสอบถามผู้ป่วยว่า “ที่คุณป้าดื่มนมถั่วเหลืองทุกวัน ระหว่างมื้ออาหารเพราะว่า คุณป้าหิวระหว่างมื้อ หรือรับประทานอาหารน้อยไปหรือเปล่าคะ.....นมถั่วเหลืองที่ดื่ม ค่อนข้างหวาน ถ้าจะแนะนำให้ปรับเปลี่ยนเป็น นมรสจืด หรือลดปริมาณการดื่มลง อาจเปลี่ยนนมเป็นผลไม้หวานน้อย เช่น ฝรั่ง ได้ด้วยค่ะ คุณป้าคิดว่าจะยังไงคะ”

3.2.4 แสดงความเห็นอกเห็นใจ

จากบทความของ สายรัตน์ นกน้อย (2553) ที่ว่า “การแสดงความเห็นอกเห็นใจทั้งการแสดงออกทางกายและคำพูดและให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ควรให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกอย่างอิสระและกำหนดเป้าหมายของตนเอง เคารพในสิทธิและการตัดสินใจของผู้ป่วย ในกระบวนการแต่ละขั้นตอนผู้ป่วยเท่านั้นที่เป็นผู้ตัดสินใจ แต่ในขณะเดียวกันมีท่าทีที่พร้อมจะมีความช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ”

ผู้ป่วยรายที่ 15 จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 เรื่องการรับประทานยานั้น ผู้ป่วยทำได้ดี ถูกต้องแล้ว เหลือปัญหาเรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอ การเยี่ยมบ้านครั้งนั้นเภสัชกรได้แนะนำเรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ที่ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารในปริมาณที่มาก ดังนี้

เภสัชกร : “คุณป้าคะ วันนี้เจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ 412 mg% สูงมัยคะ....อยากให้น้ำตาลในเลือดน้อยกว่านี้หรือไม่คะ”

ผู้ป่วย : “สูงจัง ป้าอยากให้น้ำตาลลงเร็วๆ”

เภสัชกร : “คุณป้ารู้หรือไม่คะ ว่าควรทำอะไรดี น้ำตาลจึงจะลดลง”

ผู้ป่วย : “ก็คงต้องกินให้น้อยลง แต่นี่ป้าไม่กินชาดำเย็นแล้วนะ ตอนนี่กินน้ำใบยอแทนน้ำเปล่า เค้าวาลดน้ำตาลได้”

เภสัชกร : “ใช้ค่ะ กินอาหารน้อยลง เน้นพวกผักผลไม้ ส่วนน้ำใบยอ ควรปรึกษาคุณหมอก่อนค่ะ ว่าคุณป้าควรดื่มในปริมาณจำกัดแค่ไหน และไม่ควรใส่น้ำตาล” “.....วันนี้คุณป้าทานอาหารอะไรไปบ้างคะ”

4. ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง โรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน

ทักษะการฟังที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนั้น จะใช้หลักการฟัง (ปัญญา อู่ประเสริฐ, 2547) กับการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) (ประพนธ์ ฆาสุกยัต, 2558) คือ การฟังด้วยใจที่เปิดกว้าง ไม่ตัดสิน ฟังเพื่อทำความเข้าใจ มีใจจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด หากเราทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดี ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก ความสุข ความทุกข์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อโรคของตนเอง ครอบครัว ตลอดจนยาที่ใช้รักษา จะสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นๆ ของผู้ป่วยได้ ทักษะการฟังนี้ต้องอาศัย ความไว้วางใจ ผู้ป่วย จำเป็นต้องเกิดความไว้วางใจต่อเภสัชกรเยี่ยมบ้านก่อน จึงจะยอมเปิดใจเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อโรคและยาที่ตนได้รับ ซึ่งในผู้ป่วยบางราย ยังไม่เกิดความไว้วางใจเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งแรก ดังนั้นนอกจากทักษะการฟังแล้ว เภสัชกรเยี่ยมบ้านเอง ควรจะใช้วิธีการพูดที่เหมาะสม ไม่คาดคั้นเพื่อให้ได้ซึ่งคำตอบ ต้องปล่อยให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึก และทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละราย แม้จะไม่สามารถได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก แต่จะทำให้สามารถทราบธรรมชาติและตัวตนของผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายที่ 1 ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-2 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมจะรับฟัง เปิดใจพูดหรือเล่าความรู้สึกของตนเอง การสนทนาเป็นในรูปแบบ ถามคำตอบคำ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้ง ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูด คุณลักษณะเป็นคนเงียบๆ ส่วนมากมารดาจะเป็นคนตอบคำถามแทน และผู้ป่วยนั่งก้มหน้าไม่ค่อยสบตา พูดได้ต่อน้อย ต่อมาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5-7 ผู้ป่วยเริ่มให้ความร่วมมือในการรับฟังเภสัชกรที่ไปเยี่ยม มีการสนทนาโต้ตอบที่ดีขึ้นมาก และเริ่มเปิดใจยอมรับว่า “ไม่ได้กินยาเบาหวานเลย อ่านหนังสือไม่ได้ สายตาไม่ดี และไม่รู้ว่าจะกินก็ไม่ได้และไม่รู้ว่ายาอะไรรักษาอะไรบ้าง ” (ซึ่งความรู้และวิธีการรับประทานยาเภสัชกรอธิบายผู้ป่วยทุกครั้งที่มาเยี่ยมบ้าน แต่ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ทราบ แสดงว่าในการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งแรก ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมที่จะรับฟังความรู้ต่างๆ ที่ให้จริง)

ผู้ป่วยรายที่ 2 และรายที่ 10 ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้ป่วยยังไม่เปิดใจที่จะเล่าความจริงถึงอาหารที่รับประทาน โดยผู้ป่วยจะพูดในสิ่งที่เภสัชกรต้องการ เช่น

ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าว “ข้ากินแต่ข้าวกับน้ำเปล่า” และเมื่อสอบถามถึงอาหาร ผลไม้และขนมที่วางอยู่รอบตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยแจ้งว่า “พวกนี้ของลูกทั้งนั้น ข้าไม่ได้กินหรอก”

ผู้ป่วยรายที่ 10 กล่าวว่า “ข้าไม่ได้กินขนมเลยนะ ผลไม้หวานๆ ก็ไม่ได้กิน กินข้าวกึ่งนิดเดียว ”

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ความรู้จากการเยี่ยมบ้านครั้งแรกแล้ว เมื่อกลับมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยอมที่จะเปิดใจเล่าความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานอาหารของตน คือ ผู้ป่วยรายที่ 2 เล่าว่า ในหนึ่งวัน รับประทานอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยเล่าว่า “ข้าทำอาหารรับประทานเองทุกมื้อ มื้อเช้ากินบุคัดผักพร้อมข้าวสวย 1 จานและกาแฟใส่ครีม

เทียม ไม่ใส่น้ำตาล มื้อกลางวันกินปลากระบอกต้มเค็มพร้อมข้าวสวย 1 จาน ส่วนมื้อเย็นรอกินพร้อมลูกชายกลับบ้านประมาณสองทุ่ม ถ้าช่วงบ่ายๆทิว จะกินนมถั่วเหลืองและผลไม้ที่ลูกชายซื้อไว้ให้ ”

ผู้ป่วยรายที่ 10 เล่าว่า “ ป้ายอมรับเลยนะ ว่าไม่ได้คุมอาหารเลย กินตามปกติ ใช้การฉีดยาช่วยเอา แต่ป้ายฉีดยาทุกวันนะ ซื้อเป็บชีกินเกือบทุกวัน ป้าชอบกิน พวกผลไม้ก็ชอบ มันอดไม่ได้ ”

จากผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในครั้งที่ 2 นี้ พบว่า ผู้ป่วยเริ่มให้ความไว้วางใจแก่เภสัชกร กล่าวที่จะเล่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารของตนให้ฟัง โดยที่ไม่กลัวที่จะถูกตำหนิถึงแม้ว่าตัวผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานได้ในทันที แต่ก็เริ่มที่จะเปิดใจยอมรับฟังคำแนะนำของเภสัชกรอยู่บ้าง

ผู้ป่วยรายที่ 15 ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้ป่วยยอมรับด้วยว่า ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย และดื่มนมถั่วเหลืองวันละ 2-3 กล่อง ระหว่างมื้ออาหาร แต่ไม่ได้ดื่มน้ำหวาน ซึ่งผู้ป่วยปิดบังเรื่องการฉีดยาอินซูลิน บอกว่ายายอยู่ที่ตู้เย็นในบ้านอีกหลังหนึ่ง ไม่ได้หยิบยามาทดลองฉีดยาให้เภสัชกรดู แต่เล่าเทคนิควิธีการฉีดยาและปริมาณที่ฉีดยาได้ถูกต้อง แต่เมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยทดลองฉีดยาอินซูลินให้ดู พบว่า ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลิน มากกว่าที่แพทย์สั่งจาก Mixtard Insulin 60 Unit ก่อนอาหารเช้า และ 50 Unit ก่อนอาหารเย็น ผู้ป่วยฉีดยาเป็น 90 Unit ก่อนอาหารเช้า และ 90 Unit ก่อนอาหารเย็น เภสัชกรสอบถามเหตุผลที่ผู้ป่วยฉีดยาเช่นนี้ เนื่องจาก “ ยากจะให้น้ำตาลในเลือดลดลงเร็วๆ จึงฉีดยาเยอะ จะได้หายเร็วๆ ” และได้ทราบว่า ที่ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ได้ดื่มน้ำหวานนั้นแต่ผู้ป่วยดื่มพวกชาดำเย็น น้ำลำไยแทน เนื่องจากที่บ้านขายน้ำด้วยจึงมีให้ดื่มทุกวัน เป็นต้น

5. ทักษะการสอน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

ทักษะการสอน พูดยอธิบายให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นและเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ ถือเป็นทักษะที่สำคัญ ที่เภสัชกรเยี่ยมบ้านต้องฝึกฝนและสามารถปรับวิธีการ ลักษณะการพูด หรือภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย สามารถจดจำและนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามได้

ความรู้ที่แนะนำให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านนั้น ควรยึดหลัก ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centred Medicine, IFFE) (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2553) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาด้วยตนเอง เพราะเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 15 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไ้ยามาเป็นระยะเวลานานและส่วนใหญ่มีปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นขั้นตอนแรกก่อนที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับยาของผู้ป่วย เภสัชกรควรตรวจสอบ ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้น จึงให้คำแนะนำเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา หรือช่วยเติมเต็มความรู้เรื่องยาในส่วนที่ขาดไปของผู้ป่วย

การสอนหรือให้ความรู้ที่แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 5.1 การให้ความรู้เรื่องโรคและความรู้เรื่องยาของผู้ป่วยโดยการพูดยอธิบาย 5.2 สอนเทคนิค โดยการแสดงให้ดู

5.1 การให้ความรู้เรื่องโรคและความรู้เรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยการพูดอธิบาย

ก่อนที่เภสัชกรจะให้ความรู้เรื่องใดแก่ผู้ป่วยนั้น ควรประเมินพื้นฐานความรู้เดิมและความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยก่อน เพื่อที่จะปรับเนื้อหาและวิธีการพูดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สุด ตัวอย่าง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประเด็นที่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบ (กรณี ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเลย) ได้แก่ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน โภชนบำบัด การออกกำลังกาย ยารักษาเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในปัสสาวะและแปลผลด้วยตนเอง ภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลต่ำในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลในภาวะพิเศษ เช่น ตั้งครรภ์ การดูแลรักษาเท้า เป็นต้น

ตัวอย่างการให้ความรู้เรื่องโรคและความรู้เรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วย **ผู้ป่วยรายที่ 2** ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน อ่านหนังสือไม่ออก พิจารณาขวา เคยเป็นแผลตะปูตำลูกกลมกลายเป็นแผลเบาหวาน ตัดขาใต้เข่า มีขาเทียมแต่ไม่ใช้ เคลื่อนที่โดยการนั่งบนม้านั่ง ล้อเลื่อนไปตามพื้นบ้าน อาศัยอยู่กับลูกชายคนเล็กและลูกสะใภ้ซึ่งออกไปทำงานเช้า กลับบ้านเย็น ดังนั้นช่วงเวลากลางวันผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ทำอาหารรับประทานเองทั้ง 3 มื้อ และจัดการดูแลเรื่องยาเอง ทั้งยาชนิดรับประทานและฉีด

เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยส่งปัญหาเรื่อง Uncontrolled DM Admit ด้วย Hyperglycemia 1 ครั้ง และ Admit ด้วย Hypoglycemia 2 ครั้ง ติดต่อกันภายใน 1 เดือน (15-22/6/58, 21-24/6/58, 28/6-5/7/58) โดยมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยร่วมเยี่ยมบ้านด้วย ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย คือ

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาแบ่งได้เป็น 4 ประเด็น คือ

1. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย คือ การกินยาไม่ถูกต้องและการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า แพทย์สั่ง Glipizide 5 mg 2x2 ac ผู้ป่วยกิน 1x2 ac และ Metformin 500 mg 2x3 pc กิน 1x3 pc และไม่ใช้ยา 2 รายการ คือ Simvastatin 20 mg และ Aspirin 81 mg เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยารักษาโรค ลืมยาบ่อยครั้ง รวมถึงการฉีด Insulin ด้วย ผู้ป่วยแจ้งว่าลืมบ่อยเช่นกัน เมื่อให้ผู้ป่วยให้คะแนนการใช้ยาของตัวเอง ว่าเต็ม 10 คะแนน ผู้ป่วยให้ตัวเองกี่คะแนน ผู้ป่วยแจ้งว่า ให้ 5 คะแนน ซึ่งแสดงถึงความไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเท่าที่ควร และนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia : FBS 515 mg/dl) ดังนั้นทีมเภสัชกรจึงช่วยอธิบาย ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน เรื่องอาหาร และความสำคัญในการใช้ยารักษาโรคให้แก่ผู้ป่วย

2. ปัญหาการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) 2 ครั้งติดต่อกัน ภายในเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่ง เหตุการณ์นอนโรงพยาบาลครั้งแรก

ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (FSB 28 mg/dl) ผู้ป่วยเล่าว่า ผู้ป่วยฉีด Insulin แล้วไม่ได้รับประทานอาหารและปรับเพิ่มขนาด Insulin ด้วย ส่วนครั้งที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (FSB 23 mg/dl) นั้น เมื่อครั้งนอนโรงพยาบาลครั้งแรกแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แพทย์ให้ผู้ป่วยหยุดฉีดยา Insulin ให้ใช้เฉพาะยาเบาหวานชนิดรับประทานที่แพทย์ปรับเพิ่ม คือ Metformin 500 mg 2x3 pc และ Glipizide 5 mg 2x2 ac แต่ผู้ป่วยไม่ทราบ จึงกินยาเบาหวาน ร่วมกับฉีด Insulin ด้วย จึงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอีกครั้ง

จากเหตุการณ์ทั้ง 2 ครั้ง ทำให้ลูกชายของผู้ป่วยเกิดความกังวลและกลัวว่าแม่จะเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอีก ทำให้ลูกชายคิดว่าแม่ไม่ควรควบคุมอาหาร และซื้ออาหารติดบ้านไว้ให้แม่เป็นจำนวนมาก สังเกตได้จากในบ้านของผู้ป่วยมีตู้เย็น 2 ตู้ แยกแช่น้ำดื่ม 1 ตู้และแช่อาหารอีก 1 ตู้ ผู้ป่วยเล่าว่า “ลูกชายชอบซื้อผลไม้มาให้กิน บ้าก็ต้องกิน เดียวลูกจะเสียน้ำใจ” เนื่องจากลูกชายมักจะบอกผู้ป่วยว่า “ให้แม่กินดีกว่าให้แม่อด” “ผมดูแลแม่ได้แต่เรื่องอาหารและไม่มีเวลาอยู่ดูแลแม่ตอนกลางวันเพราะต้องทำงาน จึงซื้ออาหารไว้ให้แม่เยอะหน่อย กลัวแม่อดแล้วน้ำตาลต่ำ ต้องมานอนโรงพยาบาลอีก” (เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยพบลูกชายมาเฝ้าไข้ผู้ป่วยช่วงนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล)

3. ปัญหาเรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหารเภสัชกรช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค แต่ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกนี้ผู้ป่วยยังไม่เปิดใจบอกความจริงเรื่องอาหารที่รับประทาน เช่น ถามผู้ป่วยว่า “ข้ากินอะไรเป็นอาหารกลางวันคะ” ผู้ป่วยตอบว่า “ข้ากินข้าวกับน้ำเปล่า” จึงถามต่ออีกว่า “ข้ากินข้าวต้มหรือคะ (ข้าวกับน้ำน่าจะหมายถึงข้าวต้ม)” ผู้ป่วยตอบ “ไม่ใช่ กินข้าวสวยนี้แหละไม่ใช่ข้าวต้ม กินกับน้ำเปล่า” จึงต้องพยายามถามอีกว่า “แล้วข้ากินกับข้าวอื่นด้วยมั๊ย” ผู้ป่วยจึงจะตอบว่า “กิน...กินแต่น้ำพริกผักต้มไม่หวานไม่มัน” เภสัชกรสันนิษฐานว่าผู้ป่วยอาจไม่เล่าความจริงทั้งหมด เพราะสังเกตได้จากอาหารที่วางอยู่รอบๆตัวผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “ของลูกทั้งนั้น ข้าไม่ได้กินหรอก” ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ครั้งนั้นทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยผู้เยี่ยมร่วมหลายคน จำนวนผู้เยี่ยมหลายคนน่าจะเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและไม่เป็นกันเองกับทีม จึงไม่เปิดใจเล่าความรู้สึกทั้งหมด

4. ปัญหาเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือด “กลัวน้ำตาลในเลือดต่ำ กลัวเสียชีวิต” จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไม่ควบคุมอาหาร และความเชื่อของลูกชายผู้ป่วยที่คิดว่า ต้องซื้ออาหารให้แม่ไว้เยอะๆ เพราะไม่มีเวลาดูแลแม่ และกลัวแม่อด แล้วจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอีก

เภสัชกรได้อธิบายเรื่องอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าว วิธีป้องกันและการแก้ไข และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น

หรือเวลาที่รู้สึกผิดปกติ และแนะนำถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับ เวลาที่ควรทำและเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยดูแลแข็งแรงขึ้น ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจทีมเยี่ยมบ้านมากขึ้น ตอบคำถาม พูดคุยสื่อสารกันได้ดีขึ้นมาก และครั้งนี้ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ฉีด Insulin สม่าเสมอ และทำการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองทุกวัน ก่อนอาหารเช้า จดบันทึกไว้ ค่าประมาณ 175 – 280 mg% และเนื่องจากครั้งก่อนเห็นผู้ป่วยนั่งบนม้านั่งล้อเลื่อนตลอดเวลา ครั้งนี้จึงสอบถามผู้ป่วยว่าใส่ขาเทียมลุกเดินบ้างหรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยได้ใส่ แต่ยังใส่ได้แต่ไม่ค่อยกล้าเดินเนื่องจากกลัวล้ม จึงแนะนำให้ผู้ป่วยเดินโดยใช้ Walker ช่วยเดินใส่ขา และลองให้ผู้ป่วยยกขาข้างที่ไม่ได้ตัดที่ปกติวางคลายนั่งขัดสมาธิอยู่ตลอดเวลา ปรากฏว่าผู้ป่วยสามารถยกขาขึ้นนั่งชันเข่าตั้งขึ้นได้ ขยับได้เป็นปกติ และยังใช้แขน 2 ข้างยกตัวเองขึ้นลงม้านั่งล้อเลื่อนได้อย่างดี กำลังแขนของผู้ป่วยแข็งแรงมาก จึงแนะนำให้ผู้ป่วยขยับขาบ่อยๆและใส่ขาเทียมเดินให้บ่อยขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของตัวผู้ป่วยเอง ในส่วนของเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยเริ่มควบคุมอาหารบ้างแล้ว แต่ยังไม่รับประทานผลไม้หวานที่ลูกชายซื้อมาให้ เช่น องุ่น ลองกอง เป็นต้น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาหารที่รับประทานไปมือเช้าและมือกลางวัน ผู้ป่วยเล่าอย่างไม่ปิดบัง *“เมื่อเช้านี้กิน กาแฟใส่ครีมเทียมแต่ไม่ใส่น้ำตาลตอนหกโมงเช้า ใกล้เคียงแปดโมง ฉีด Insulin ก่อนกินข้าว มือเช้ากินข้าว 1 จานกับ กล้วยฝัก มือกลางวัน กินปลากระบอกต้มเค็ม ข้าว 1 จาน ป้าทำกับข้าวกินเอง ทุกมื้อ”* สอบถามหากผู้ป่วยหิวระหว่างมื้ออาหาร ผู้ป่วยทำอย่างไร *“ระหว่างมื้ออาหารถ้าหิวจะกินนมถั่วเหลืองกับผลไม้ที่มี ส่วนข้าวเย็นรอลูกชายกลับมากินพร้อมกันประมาณสองทุ่ม”* จะเห็นว่าถ้าหากลูกชายซื้อผลไม้ที่มีรสหวานและนมถั่วเหลืองชนิดหวานมาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยคุยกับลูกชายเรื่องผลไม้ ให้ซื้อเป็นผลไม้ชนิดที่หวานน้อย เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานและนมชนิดหวานน้อยเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยรับปากว่าจะบอกลูกชายให้ทราบในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 ผลการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วตอนเช้าได้ 175 mg% ซึ่งดีกว่าครั้งก่อนๆมาก จึงกล่าวชมเชยผู้ป่วยและให้กำลังใจในการดูแลเรื่องสุขภาพของตัวเอง ว่าผู้ป่วยทำดีแล้ว ให้พยายามทำให้ดีขึ้น เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง

และในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรได้อย่างดีเยี่ยม ผลการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วขณะเยี่ยม 155 mg% ระดับความดันโลหิต 124/89 mmHg สอบถามผู้ป่วยแจ้งว่า รู้สึกว่ามีสุขภาพที่ดีขึ้น แข็งแรงขึ้น เภสัชกรสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยดูสดชื่นแจ่มใส และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเภสัชกรเยี่ยมบ้าน ครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมียาเหลือใช้อยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งแรกผู้ป่วยไม่ให้เกิดยาคืน แต่การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 นี้ ผู้ป่วยยินดีให้เภสัชกรเก็บยาคืน เพราะต้องการทำหายตนเองว่าใช้ยาถูกต้อง สามารถแจ้งแพทย์ได้อย่างมั่นใจว่ายาหมดพอดี

นอกจากนั้นเภสัชกรเยี่ยมบ้าน อาจจะทบทวนหรือแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ารับประทานยาอะไรอยู่ ข้อบ่งใช้ของยา ความถี่ วิธีการรับประทานที่ถูกต้องทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่หรือ

แพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาให้กับผู้ป่วย ข้อควรระวังต่างๆ เช่น อาการข้างเคียงทั่วไปที่อาจเกิดขึ้น อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียง วิธีติดตามผลการรักษา ตลอดจนการเก็บรักษาที่เหมาะสม และยาหรือสมุนไพรอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วย มีอันตรกิริยากันหรือไม่ แล้ว เกสซ์กรยังต้องคำนึงถึงความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกด้วย เช่น ความสามารถในการอ่าน การมองเห็น การแกะเม็ดยาออกจากแผง การใช้ยาเทคนิคพิเศษ (ฉีดอินซูลิน) อีกด้วย

5.2 สอนเทคนิค โดยการแสดงให้ดู

การแสดงและเล่าให้ฟัง (Show and Tell technique)

เป็นการให้ผู้ป่วยแสดงให้ดูและเล่าสิ่งที่เคยทำหรือเคยทราบมา เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจและใช้ยาที่เคยใช้แล้วหรือใช้อยู่ประจำถูกต้องหรือไม่ จากการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งหมด 10 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การฉีดอินซูลินด้วยกระบอกฉีดยา 9 ราย และใช้การฉีดอินซูลินด้วยตัวปากกา 1 ราย ในทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน เกสซ์กรจะให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเล่าและแสดงวิธีฉีดอินซูลินให้ดู โดยเฉพาะครั้งแรกของการเยี่ยมบ้าน จะใช้เทคนิคนี้ ตรวจสอบความถูกต้องของวิธีการฉีดยาของผู้ป่วย และจะให้ผู้ป่วยทบทวนวิธีการฉีด ปริมาณยาที่ฉีดทุกครั้ง ตลอดจนการเก็บรักษายา จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ในการเยี่ยมบ้านครั้งถัดไป เกสซ์กรจะให้ผู้ป่วยรายที่ยังพบปัญหาเกี่ยวกับวิธีการ เทคนิคการฉีดต่างๆ ของการฉีดอินซูลิน ทบทวนวิธีการฉีดให้ดูอีกครั้ง รวมถึงการเก็บรักษา

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินทั้ง 10 ราย พบว่า ในครั้งแรกของการเยี่ยมบ้าน จำเป็นต้องทบทวนสอนการใช้ในผู้ป่วยทุกราย ต่อมาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 มีผู้ป่วย 3 ราย ที่สามารถฉีดยาได้อย่างถูกต้อง คือ รายที่ 2 (ผู้ป่วยฉีดเอง) รายที่ 4 (ผู้ดูแลฉีดให้) และรายที่ 7 (ผู้ดูแลฉีดให้) ไม่จำเป็นต้องแสดงให้ดูอีกในการเยี่ยมบ้านครั้งถัดไป ส่วนผู้ป่วยอีก 8 ราย ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน แบ่งปัญหาการฉีดได้เป็น 2 ประเด็น คือ ปัญหาสายตาที่ทำให้ดูยาได้ไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง และ เทคนิคการฉีดยาไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยทั้ง 7 ราย มีปัญหาเรื่องสายตาทำให้ดูยาได้ไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง และมีผู้ป่วย 1 ราย คือผู้ป่วยรายที่ 6 ที่มีปัญหาทั้งเรื่องสายตาและเทคนิคการฉีดยาไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินฉีดด้วยปากกา ที่มีปัญหาสายตาอย่างมาก ผู้ป่วยรายนี้ นอกจากต้องทบทวนเทคนิคการฉีดยาทุกครั้งที่ยี่ยมบ้านแล้ว จำเป็นต้องส่งให้เกสซ์กรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ส่งต่อให้เกสซ์กรห้องให้คำปรึกษาด้านยา ทบทวนเทคนิคทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตามนัดของโรงพยาบาล อีกด้วย

เทคนิคการแสดงและเล่าให้ฟังนี้ เกสซ์กรจะเริ่มโดยให้คนไข้แสดงให้ดู “Showing” เทคนิคนี้ เกสซ์กรสามารถตรวจพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และผลอาการไม่พึงประสงค์จากยาและสามารถให้ผู้ป่วยแสดงวิธีการใช้ยา การพ่นยาหรือดูยาอินซูลินเข้ากระบอกฉีดยา เป็นต้น ยกตัวอย่าง การสอนฉีดอินซูลินแบบใช้กระบอกฉีดยา

ขั้นตอนการสอนฉีดอินซูลิน ดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากผู้ป่วยเยี่ยมบ้านนั้น เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการสอนฉีดอินซูลิน จากโรงพยาบาลมาก่อน เกสัชกรเยี่ยมบ้านจึงให้ผู้ป่วยทดลองแสดงการฉีดยาอินซูลินให้ดูก่อน แล้วจึงช่วยเสริมในส่วนที่ยังไม่ถูกต้องทีหลัง
2. เกสัชกร สาธิตการฉีดอินซูลินให้ผู้ป่วยดู ทบทวนวิธีการฉีดยาอินซูลินให้แก่ผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง ตั้งแต่เริ่มจนจบกระบวนการ
3. เมื่อสอนวิธีการฉีดโดยการแสดงให้ผู้ป่วยดูแล้ว จะให้ผู้ป่วยทดลองทำเองตั้งแต่ต้นอีกครั้ง ให้เกสัชกรดูบ้าง เพื่อเป็นการประเมินว่า ผู้ป่วยจะสามารถฉีดยาด้วยตัวเองได้ถูกต้องหรือไม่ หรือกรณีต้องให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยเป็นผู้ฉีดให้ จะให้ญาติหรือผู้ดูแลทดลองทำให้เกสัชกรดูเช่นกัน หากพบขั้นตอนใดไม่ถูกต้อง จะช่วยเน้นย้ำ แนะนำจนกว่าจะทำได้ถูกต้อง
4. ให้แผ่นพับความรู้ ช่วยจำแก่ผู้ป่วย (ตามต้องการ) ตัวอย่างแผ่นพับขั้นตอนการฉีดอินซูลิน ด้วยกระบอกฉีดยา และตัวอย่างแผ่นพับขั้นตอนการฉีดอินซูลินด้วยปากกา ในผู้ป่วยรายที่ 6

6. ทักษะการเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ

ทักษะการเสนอทางเลือกเพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ ในบางครั้งเกสัชกรเยี่ยมบ้านทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเสนอแนวทางในการปฏิบัติของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตัวอย่างการใช้ทักษะการเสนอทางเลือกเพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน อ่านหนังสือไม่ออก สายตาไม่ดี ตามัวมองไม่ชัดทั้งสองข้าง ผู้ป่วยใช้ยาฉีด Insulin โดยบิดาเป็นผู้ดึง Insulin ให้ ผู้ป่วยฉีดยาเอง ผู้ป่วยมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีแผลฝีตามร่างกายบ่อยๆ จากการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยไม่รับประทานยารักษาเบาหวานและยาฆ่าเชื้อแผลฝี จึงทำให้ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแผลหายช้า โดยที่ผู้ป่วยขาดนัดของโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ยิ่งส่งผลให้แผลแฉ่งและอาจลุกลามเป็นแผลเบาหวานได้ เกสัชกรเยี่ยมบ้านจึงเสนอทางเลือกเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนี้

1. เรื่องการรับประทานยารักษาเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยยอมรับว่า ที่ผ่านไม่ได้รับประทานเลย และเปิดใจบอกสาเหตุว่าที่ไม่กินยาเพราะ “อ่านไม่ออกกว่ายาอะไร กินไม่ถูก กลัวกินผิด ” ส่วนเรื่องการฉีด Insulin นั้น ในช่วงแรกๆ ยังฉีดยาไม่สม่ำเสมอ ต่อมาเริ่มเข้าใจและเห็นความสำคัญจึงฉีดทุกวัน โดยให้พ่อตั้งยาให้แล้วฉีดยาเอง แต่ถ้าวินผู้ป่วยต้องไปทำงานนอกบ้าน (อาชีพเสริม ติดตั้งไฟงานวัด ตามเทศกาล) ผู้ป่วยเล่าว่า “ถ้าไปทำงานข้างนอกตอนนี้เอายาใส่กระติกน้ำแข็ง แล้วให้เพื่อนที่ทำงานช่วยฉีดยาให้ ” เกสัชกรจึงอธิบาย ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคและความสำคัญของการใช้ยาทั้งรับประทานและฉีด ถึงแม้ว่าจะให้ความรู้เรื่องดังกล่าวแก่ผู้ป่วยมาหลายครั้งแล้ว แต่สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มรับฟังในช่วงที่เยี่ยมบ้านครั้งหลังๆ และในการเยี่ยมครั้งที่ 5 จึงมีโอกาสดูคุย ทำความเข้าใจเรื่องยา

รับประทาน ซึ่งยาที่ผู้ป่วยได้รับมี 3 มื้อ คือ 1. Metformin 500 1x2 pc 2. Enalapril 5 1x1 pc 3. Simvastatin 20 1x1 hs เกสัชกรจึงเสนอวิธีการรับประทานยา แบบรวมมื้อจาก 3 มื้อ เหลือ 2 มื้อ คือ เช้าและเย็น โดยนำยามื้อเช้าใส่ซองยาใส ได้แก่ ยา Metformin และ Enalapril ยามื้อเย็นใส่ซอง ยาสีชา ได้แก่ Metformin และ Simvastatin ยาเพื่อความสะดวกในการหยิบยารับประทาน ซึ่งผู้ป่วยให้ความสนใจ และได้ให้ผู้ป่วยทดลองจัดให้ดู พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดยาได้ถูกต้อง

2. เรื่องการรักษาแผลฝี เกสัชกรได้ทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยในการรับประทานยามาเชื้อแผลฝีของผู้ป่วย จากปัญหาเรื่องสายตาและขาดความเข้าใจเรื่องยา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยามาเชื้อเฉพาะเวลาปวดแผล และไม่ได้ไปพบแพทย์เรื่องแผลฝีตามที่นัดไว้ ทำให้แผลหายช้า เกสัชกรจึงแนะนำเสนอทางเลือก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยในการตัดสินใจ โดยอันดับแรก อธิบายผลเสียที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากสาเหตุสืบเนื่องจากการใช้รักษาเบาหวานไม่สม่ำเสมอ ก่อน จึงส่งผลให้เกิด ปัญหาเรื่องสายตา และการเป็นแผลฝีตามร่างกาย ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่สะดวกไปตามนัดที่โรงพยาบาล เพราะต้องทำงาน เกสัชกรจึงแนะนำให้ผู้ป่วยไปทำแผลที่รพ.สต.ใกล้บ้านและรับประทานยามาเชื้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผลหายได้เร็วขึ้น ซึ่งผู้ป่วยให้ความสนใจและรับปากว่าจะรับประทานยาและไปทำแผลที่รพ.สต.

ซึ่งในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกชนิดแล้วแต่ไม่สม่ำเสมอ โดยพบว่ามีปริมาณยาที่เหลืออยู่พอสมควร (Compliance <80 %) และผู้ป่วยไปทำแผลที่รพ.สต.ใกล้บ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้แผลฝีดีขึ้น

7. ทักษะสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา

แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบของการศึกษานี้ ในผู้ป่วย 15 ราย แบ่งเป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางในการแก้ไขปัญหามุมมองของผู้ป่วยและแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์

ตัวอย่างที่ปรากฏวิธีการใช้ทักษะ สรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหามุมมองของผู้ป่วยและแนวทางการแก้ไขปัญหามุมมองโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์พบในผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยรายที่ 3 ผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และติดเชื้อ เอชไอวี รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เดินได้โดยใช้ไม้เท้าก้ำนร่ม ขณะที่ผู้ป่วย มีความเชื่อว่า ตนไม่ได้ป่วย ไม่จำเป็นต้องกินยา ตนสามารถไปข้างนอกบ้านได้เพื่อไปเล่นการพนันได้ และเจอเพื่อนคุยกันได้ทุกวัน ไม่เคยต้องทำงาน ครอบครัวผู้ป่วยมีฐานะดี เป็นญาติผู้มีชื่อเสียงในจังหวัด ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในบ้านและค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ลูกชายคนโต (แต่งงานมีครอบครัว แยกไปอยู่ต่างหาก) เป็นคนดูแล เคยชวนผู้ป่วยไปอยู่ด้วยแต่ผู้ป่วยไม่ไป ได้รับการส่งต่อข้อมูลปัญหาการใช้ยาจากนักสังคม

สงเคราะห์ เรื่อง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จึงส่งต่อปัญหานี้ให้เภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว

เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ปรึกษาเภสัชกรผู้ดูแลคลินิกเอชไอวีแล้ว มีความเห็นตรงกันว่า ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานต้านไวรัสเอชไอวีก่อน เพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่า

เมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านกับลูกชายคนเล็ก ซึ่งไม่ได้ดูแลผู้ป่วยต่างคนต่างอยู่ มีอดีตภรรยาเป็นผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วย แต่ตอนนี้แยกกันอยู่คนละบ้านมีบุตรสาว 1 คน อยู่บ้านเดียวกับแม่ และอดีตภรรยาเล่าว่า ตนเคยอยู่ช่วยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่แยกทางกัน แต่ผู้ป่วยเอาแต่ใจจึงต้องเลิกกัน แยกกันอยู่คนละบ้าน “ป่าเขาโมโหร้าย จะเอาให้ได้ตั้งใจทุกอย่าง ใครเค้าจะอยู่ด้วยได้ ตี่มาก” อดีตภรรยาเป็นผู้ให้ข้อมูลว่า “ลูกชายคนโตเค้าดี จ้างผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยดูแลเรื่องยา อาหารและกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ครั้งที่ผู้ป่วยล้มเดิมขาหักเดินไม่ได้ จนขณะนี้เดินได้แล้ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยโมโหร้าย จึงต้องเปลี่ยนผู้ช่วยเหลือคนไข้แล้วหลายคน จนตอนนี้ไม่มีคนรับจ้างทำงาน” อดีตภรรยาจึงมาช่วยดูแลเรื่องยาจัดยาใส่ Pillbox ไว้ให้เป็นมือนายามาให้ทุกๆ 4 วัน และโทรศัพท์มาเตือนทุกวัน

ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านคือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยา มีพฤติกรรมเทยาจาก Pillbox ใส่ถุงพลาสติกหุ้มมัดปากถุงวางไว้ที่พื้นข้างเตียง สอบถามผู้ป่วย แจ้งว่า “ผมมักจะลืมกินยา นึกขึ้นได้ถึงจะกิน” ส่วนยาในถุงพลาสติกหุ้มนั้น “ผมเทรวมกันเก็บไว้กินทีหลัง” แต่จากสภาพที่เห็นน่าจะเททิ้งมากกว่าเก็บไว้ วันที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย อดีตภรรยาмаคุยด้วยและบอกว่า “ถ้าหากป่าเค้าดีๆ ฉันก็พร้อมจะกลับมาอยู่ดูแลเค้านะ แต่ถ้ายังคือแบบนี้ ฉันก็ไม่ไหวหรอก ให้ลูกเค้าดูแลกันบ้าง พ่อเค้าเองเค้ายังไม่สนใจเลย อยู่บ้านเดียวกันแท้ๆ” “แค่ตอนนี้ก็ไปๆมาๆเอายามาให้ พาไปโรงพยาบาล ก็เหนื่อยแล้ว ฉันก็มีโรคประจำตัวเหมือนกัน”

ผู้ป่วยความเชื่อว่า ตนเองไม่ได้ป่วย จึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เมื่อเภสัชกรสอบถามถึงโรคประจำตัวของผู้ป่วยว่ามีโรคอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ส่วนยา ARVs ผู้ป่วยบอกว่า “เอาไว้กิน ตอนที่ไม่สบาย วันไหนรู้สึกไม่สบายค่อยกิน” “ตอนนี้สบายดี แข็งแรงดี ครับ” และเมื่อเภสัชกรสอบถามเกี่ยวกับความจำเป็นของการกินยา ARVs พบว่าผู้ป่วยเข้าใจและมีความรู้พอสมควร จึงอธิบายถึงข้อดีของการรับประทานยาสม่ำเสมอและข้อเสียของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงสาเหตุแนะนำให้หยุดยาด้านไวรัสเอชไอวีก่อน เพื่อป้องกันการดื้อยา (เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองโรงพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์)

เภสัชกรได้เสนอให้ผู้ป่วยเลือกว่า “อยากจะทำยาต่อ หรือหยุดยาก่อน แล้วเริ่มกินใหม่เมื่อเหมาะสม” ผู้ป่วยตอบว่า “แล้วแต่หมอละกัน ถ้าหมอวิเคราะห์แล้วว่าแบบไหนดีก็เอาแบบนั้นแหละครับ”

จากนั้นจึงสรุปให้ผู้ป่วยฟังถึงขั้นตอนว่า ให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดเดิม แล้วเภสัชกรจะปรึกษาแพทย์และผู้ดูแลคลินิก เอชไอวี เรื่องให้ผู้ป่วยหยุดยา ARVs ก่อน เพื่อป้องกันการดื้อยา ซึ่งผู้ป่วยและอดีตภรรยาเข้าใจดีและยินดีที่จะปฏิบัติตาม

ในขณะที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เภสัชกรได้แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และมาทำการตกลงเรื่องการกินยา ARVs กับแพทย์และเภสัชกรผู้ดูแลคลินิกเอชไอวี อีกครั้ง **เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยขอรับประทานต้านไวรัสเอชไอวีต่อ (เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองของผู้ป่วย)** แพทย์และเภสัชกรผู้ดูแลคลินิก เอชไอวี จึงทำการตกลงกับผู้ป่วยและญาติว่าให้ผู้ป่วยทดลองรับประทานยา ต่ออีก 1 เดือน และเภสัชกรผู้ดูแลคลินิก เอชไอวี จะเป็นผู้ประเมินผลความร่วมมือในการรับประทานยา หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยา โดยมี Adherence น้อยกว่า 80 % แพทย์และเภสัชกรผู้ดูแลคลินิก เอชไอวี จะขอหยุดการส่งจ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้แก่ผู้ป่วยแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดภาวะเชื้อดื้อยา ซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตกลงตามนั้น

หลังจากให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่ออีก 1 เดือน ผลปรากฏว่าเมื่อเภสัชกรผู้ดูแลคลินิกเอชไอวี ประเมินผลความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยา Adherence น้อยกว่า 80 % ผู้ดูแลคลินิก เอชไอวี จึงทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ตามที่เคยตกลงกันไว้ก่อนหน้านี้ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยหยุดต้านไวรัสเอชไอวีไปก่อน เพื่อป้องกันการดื้อยา โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า หากผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับมาเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ สามารถมาแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรได้ทุกเมื่อ โดยผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับที่จะหยุดยาต้านไวรัสเอชไอวี

8. ทักษะการสรุปผลแต่ละครั้ง ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อ คืออะไร

หลังจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย เภสัชกรเยี่ยมบ้านจะนำผลที่ได้มาประชุมทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อสรุปผลว่าการเยี่ยมบ้านในครั้งนั้น บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ หากผลที่ได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือค้นพบปัญหาอื่นๆเพิ่มอีก จะวางแผนการจัดการปัญหาเหล่านั้นอย่างไร โดยเภสัชกรในทีมเยี่ยมบ้านจะร่วมกันรับฟังและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยรายนั้นๆ

ตัวอย่างการสรุปผล เช่น ผลการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยรายที่ 4 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 67 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต (Non HD Stage 5) และ ICH อ่านหนังสือได้ดี ผู้ป่วยมีลูก 5 คน อาศัยอยู่กับลูกสาวคนที่ 2 และคนที่ 4 มีหลานสาว อยู่บ้านเดียวกันอีก 2 คน โดยที่ลูกสาวคนที่ 2 เป็นคนพาไปโรงพยาบาล ส่วนลูกสาวคนที่ 4 ช่วยดูเรื่องยาของผู้ป่วยและบางครั้ง

หลานสาวจะช่วยดูบ้าง มีประวัตินี้วก้อยเท้าขวาหักทำให้มีอาการปวดขาเรื้อรัง ส่งผลให้เดินไม่ถนัด ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเวียนศีรษะและแน่นหน้าอกบ่อยครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคประจำตัว คือ เบาหวานมากกว่า 10 ปี และความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ดังนั้นจึงมีประวัติการรักษาที่ค่อนข้างยาวนาน แต่ด้วยพฤติกรรมมารับประทานยาและอาหารของผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินไปของโรคแย่ลง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกสซ์กรประจำหอผู้ป่วยส่งให้ติดตามที่บ้าน เรื่อง ผู้ป่วยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้งใน 1 เดือน ด้วย อาการเวียนศีรษะ อาเจียน ทานอาหารได้น้อย และน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งทุกครั้งมีระดับความดันโลหิต มากกว่า 170/70 mmHg ทุกครั้ง จึงส่งต่อปัญหาเรื่องส่งสัยการใช้จ่ายที่บ้านอาจไม่ถูกต้อง จึงส่งต่อปัญหาเรื่องส่งสัยการใช้จ่ายที่บ้านอาจไม่ถูกต้อง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เป้าหมายของการเยี่ยมบ้านที่ตั้งไว้ คือ ดูเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วย อาจไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะดังกล่าว ซึ่งผลการเยี่ยมบ้านครั้งนั้น พบว่าผู้ป่วยใช้จ่ายได้อย่างถูกต้อง มีเพียง Calcium carbonate ที่ไม่ได้รับประทาน เนื่องจากไม่ทราบข้อบ่งใช้ แต่ครั้งนั้น ความดันโลหิตได้ 187/90 mmHg P. 92 bpm โดยยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ คือ 1. Losartan (50) 1x2 pc 2. Amlodipine (5) 2x1 pc 3. Hydralazine (25) 1x1 pc ซึ่งอาจไม่สามารถคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้

หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่ทราบข้อบ่งใช้ของ Calcium carbonate จึงไม่รับประทาน จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเรื่องยาดังกล่าว
2. ได้ติดต่อประสานงานแพทย์ แจ้งระดับความดันโลหิตให้แพทย์ทราบเพื่อให้แพทย์พิจารณาเพิ่มยาลดความดันโลหิตให้ผู้ป่วย คือ เพิ่มยา Hydralazine (25) จาก 1x1 pc เป็น 1x2 pc (Dosage too low to reach BP target: BP < 140/90 mmHg) ให้แก่ผู้ป่วยในนัดครั้งหน้า

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ต่อมาการดำเนินไปของโรคแย่ลงเรื่อยมา จนกระทั่งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตแล้ว ซึ่งถูกส่งปัญหาให้ติดตามเยี่ยมบ้านจากเกสซ์กรประจำหอผู้ป่วยเรื่อง non compliance ซึ่ง ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการปรับเพิ่มทั้งขนาดยาและชนิดของยาลดความดันโลหิต รวมถึงยาฉีด Insulin ด้วย เมื่อผู้ป่วยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ทราบว่าผู้ป่วยใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอทั้งยารับประทานและ ยาฉีด Insulin ที่ไม่ได้ฉีดเลย และเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาลดความดันโลหิตให้อีกครั้งและลดขนาดฉีด Insulin จึงส่งเกสซ์กรเยี่ยมบ้านติดตามเรื่องปัญหาการใช้จ่ายที่บ้านอีกครั้ง โดย เป้าหมาย

ของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ที่ตั้งไว้ คือ ค้นหสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โดยปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ที่พบในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 นี้คือ การกินยาไม่ถูกต้องและการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้

1. แพทย์สั่งฉีด Mixtard Insulin 10-0-2 unit แต่ญาติฉีดให้ 14-0-7 unit แจ้งว่าฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกวัน
2. ญาติจัดยาใส่ Pill box ให้ผู้ป่วยแยกเป็นมื้อๆ โดยให้ผู้ป่วยหยิบรับประทานเอง แต่ผู้ป่วยหยิบทานไม่สม่ำเสมอ
3. ผู้ป่วยไม่ได้กินยา Thyroxin, Simvastatin, Folic acid เลย (มียาเหลือครบจำนวน) เนื่องจากญาติไม่ได้จัดยาชุดเก่าให้ เพราะไม่ทราบว่าต้องให้ผู้ป่วยกินด้วยหรือไม่
4. ในรายการยากลับบ้านหลังจากนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ผู้ป่วยต้องได้ยา Ferrous sulfate 1x3 pc แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยารายการนี้กลับบ้าน (เกิดจากการป้อนข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ยากลับบ้าน)
5. ยา Losartan 50 1x2 pc ผู้ป่วยทานยานี้อยู่ โดยที่แพทย์ให้หยุดยาเมื่อนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งก่อนแล้ว แต่ญาติไม่ทราบว่าแพทย์ให้หยุดยาดังนี้ จึงยังจัดให้อยู่

เภสัชกรเยี่ยมบ้าน แนะนำรายการยาที่ต้องใช้ตามที่แพทย์สั่ง ทั้งยาเดิมที่ให้ใช้ต่อ และยาที่แพทย์ปรับการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้หยุดยา Losartan และจัดยารวมถุงใหม่ให้ผู้ป่วย เน้นเรื่องการฉีด Insulin หากฉีดมากเกินไป มีความเสี่ยงทำให้เกิด Hypoglycemia ได้ ดังนั้นควรอ่านฉลาก ตรวจสอบปริมาณการฉีดที่หน้าของทุกครั้ง และแนะนำให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องความจำเป็นของการกินยา แจ้งผลดีผลเสียที่จะตามมาตามภาวะของโรค และสอบถามเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการล้างไต

หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ว่า ผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 นี้ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพราะสามารถค้นพบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน และสามารถแก้ไขปัญหาที่พบได้ในการเยี่ยมครั้งที่ 2

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 3

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 3 นี้ ได้รับการส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จากเภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ที่ได้รับข้อมูลจากญาติว่า ตอนนี้อย่าติไม่จัดยาให้ผู้ป่วยแล้ว ให้ผู้ป่วยจัดเอง จึงส่งติดตามเนื่องจากไม่แน่ใจเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยอาจไม่ถูกต้อง

ผลการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยจัดยารับประทานเองได้อย่างถูกต้อง โดยอ่านฉลากเองจากหน้าซอง แล้วจัดใส่ Pill box แยกเป็นมื้อ และหยิบยารับประทานเองทุกมื้อ แต่อาจไม่ตรงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยนอนตึก ตื่นสายและนอนกลางวัน ทำให้ยาแต่ละมื้ออาจเลื่อนออกไปตามเวลาที่ผู้ป่วยตื่นนอน

และรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ส่วนการฉีด Insulin นั้น แพทย์ให้หยุดฉีดตั้งแต่ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งก่อนแล้ว

ปัญหาที่พบ คือเรื่องจำนวนยาบางรายการไม่พอลงนัดครั้งหน้า คือ Thyroxine Simvastatin และ Losartan จึงแนะนำให้ผู้ป่วยมาติดต่อขอรับยาเพิ่มที่โรงพยาบาลและผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้ล้างไต มีภาวะซีดจำเป็นต้องใช้ยาฉีด Erythropoetin ในการเสริมสร้างเม็ดเลือด ซึ่งต้องเสียเงินซื้อเอง เพื่อฉีดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ราคาประมาณ 400 บาทต่อ vial) ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่มีเงินจ่ายค่ายานี้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาขาดยาไป 2 vial เกสซ์กรแนะนำจ่ายค่ายาเฉพาะเท่าที่ผู้ป่วยมี หากมีเงินพร้อมเมื่อไร ให้ติดต่อขอรับยาเพิ่มได้ ตลอดเวลาที่โรงพยาบาล แต่หากผู้ป่วยซีดมากญาติต้องพาไปโรงพยาบาลก่อน เพื่อให้แพทย์พิจารณาให้เลือดแทน

หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังต่อไปนี้

1. พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการรับประทานเองได้อย่างถูกต้อง
2. เกสซ์กรเยี่ยมบ้านได้ติดต่อประสานงานแพทย์ เกสซ์กรและพยาบาลคลินิกโรคไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาฉีด Erythropoetin 2 vial ที่เหลือและมารับประทาน Thyroxine Simvastatin และ Losartan ที่ปริมาณไม่พอใช้ถึงวันนัด ซึ่งได้รับการตอบรับจากทางคลินิกโรคไตเป็นอย่างดี โดยเกสซ์กรต้องดำเนินการประสานงานดังนี้
 - 2.1 โทรศัพทน์ัดญาติผู้ป่วย ว่าพร้อมจ่ายค่ายารวันไปไหน เกสซ์กรจะช่วยประสานงานให้
 - 2.2 ขอเวชระเบียนจากห้องบัตร เพื่อสืบค้นการสั่งจ่าย ยาฉีด Erythropoetin ของแพทย์ ขอให้เจ้าหน้าที่ห้องยา คำนวณสั่งยาเดิมของผู้ป่วยที่ ค้างจ่ายยาอีก 2 vial เพื่อใช้เป็นเอกสารให้แพทย์ดูประกอบการสั่งจ่ายยาที่เหลือให้
 - 2.3 ติดต่อประสานงานเภสัชกรคลินิกไต เพื่อให้ช่วยแจ้งแพทย์และพยาบาลคลินิกไต ในการขอให้เภสัชกรเยี่ยมบ้านเข้าพบเพื่อขอให้แพทย์สั่งจ่ายยาฉีด Erythropoetin 2 vial ที่เหลือให้แก่ผู้ป่วย
 - 2.4 โทรศัพทน์ัดญาติผู้ป่วยให้แจ้งเมื่อมาถึง เพื่อให้เข้าพบแพทย์ตามที่เภสัชกรนัดไว้ให้

9. ทักษะการติดต่อ ประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

หลังจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหากพบว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการแก้ปัญหา โดยต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์อื่น นอกเหนือจากทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เกสซ์กรเยี่ยมบ้านผู้ปฏิบัติงานหลัก (ผู้จัดการ case) จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานแพทย์หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีส่งต่อข้อมูลแก่เภสัชกร ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรมจะส่งโดยใช้ Note photo ในโปรแกรม HOS xP ที่กล่าวถึงแล้วข้างต้น

2. กรณีส่งต่อข้อมูลแก่สหสาขาวิชาชีพภายนอกกลุ่มงานเภสัชกรรม จัดเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 หน่วยงานภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ที่ส่งโดยใช้ Note photo ในโปรแกรม HOS xP และส่งต่อทางเวชระเบียนผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจต้องประสานงานรายบุคคลโดยตรง เพื่อสามารถอธิบายรายละเอียดผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และกำหนดระยะเวลาในการติดตามผลการประสานงาน ภายใน 2 สัปดาห์

2.2 หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยนั้น อาจใช้วิธีโทรศัพท์ติดต่อโดยตรง

2.3 หลังการติดต่อประสานงาน หน่วยงานต่างๆแล้ว เภสัชกรเยี่ยมบ้านจะลงบันทึกผลการประสานงาน ใน Note photo เมื่อทราบผลการประสานงาน รวมถึงการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อสรุปการแก้ไขปัญหาต่อไปและสรุปลงแผนการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป

ตัวอย่าง การติดต่อประสานงานหน่วยงานในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 9 หลังจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมหลังจากที่ผู้ป่วยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลป่วยด้วยอาการปวดขา ขาบวม (gout attack) จากการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยโดยเภสัชกรเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยขาดการเจาะ Uric acid จึงทำให้ไม่ได้รับยา Allopurinol (ล่าสุดเจาะ Uric acid = 13.7) อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดขาบ่อยๆ เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ส่งต่อปัญหาเรื่องนี้ ผ่าน Note Photo ในโปรแกรม HOSxP เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเห็นข้อมูลผู้ป่วยจาก Note Photo ใช้ข้อมูลประกอบตั้งกล่าว ประกอบกับที่ผู้ป่วยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยได้ประสานงานแจ้งแพทย์ให้ทราบ เรื่องขาดการเจาะค่า Uric acid ของผู้ป่วยและพิจารณาสั่งยาเจาะและสั่งยา Allopurinol ให้ผู้ป่วย บ้านครั้งที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา Allopurinol

ตัวอย่าง การติดต่อประสานงานหน่วยงานนอกโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 9 จากผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 พบปัญหา Non-compliance ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและการล้างไตทางช่องท้อง นอกจากนั้นสถานที่ที่ผู้ป่วยใช้ล้างไต มีลักษณะที่ไม่เหมาะสม โดยมีบิดาดูแลจัดหาอาหารไว้ให้และค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นช่วงกลางวันผู้ป่วยจะอยู่บ้านตามลำพัง ไม่มีคนดูแล ต่อมาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ยังคงพบปัญหา Non- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและการล้างไตทางช่องท้องและครั้งนี้แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยไปฉีด Erythropoetin ที่รพ.สต.ใกล้บ้าน พร้อมด้วยยาและเอกสารส่งตัวให้ผู้ป่วยไปติดต่อเรื่องการฉีดยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปฉีดเลย ผู้ป่วยแจ้งว่าไปไม่ไหว มียาเหลือเป็นจำนวนมากอยู่ที่รพ.สต. จึงเก็บยาคืน

โรงพยาบาล ในการเยี่ยมครั้งนี้ภรรยากลับมาช่วยดูแลผู้ป่วยแล้ว เรื่องสถานที่ล้างไตมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยมีเพื่อนบ้านมาช่วยต่อเติมบ้านทำฉากันให้

เมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและล้างไตทางช่องท้องดีขึ้น แต่ยังคงไปฉีด Erythropoetin ไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยาหลายรายการแล้ว ทำให้ คลื่นไส้อาเจียน จึงไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง สภาวะชีวิตของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาฉีด Erythropoetin 4000 Unit SC 2 vial ต่อสัปดาห์ (วันอังคารและเสาร์) บ้านผู้ป่วยไม่มีตู้เย็นและช่วงเวลากลางวันผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพัง ไม่มีใครพาไปฉีดยาได้ จึงไม่สามารถเดินทางมาฉีดยาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครได้ แพทย์จึงส่งต่อผู้ป่วยให้ไปฉีดยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยต้องขับรถมอเตอร์ไซด์ไปเอง แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปฉีดยาเลย เพราะไม่มีแรง เกสัชกรเยี่ยมบ้านจึงประสานงานพยาบาลรพ.สต.เป็นการขอความช่วยเหลือให้พยาบาลเดินทางมาฉีดยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่พยาบาลรพ.สต.ยินดีมาฉีดยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ในวันอังคารและวันศุกร์ เนื่องจากมีบุคลากรเพียงพอมากกว่าวันเสาร์

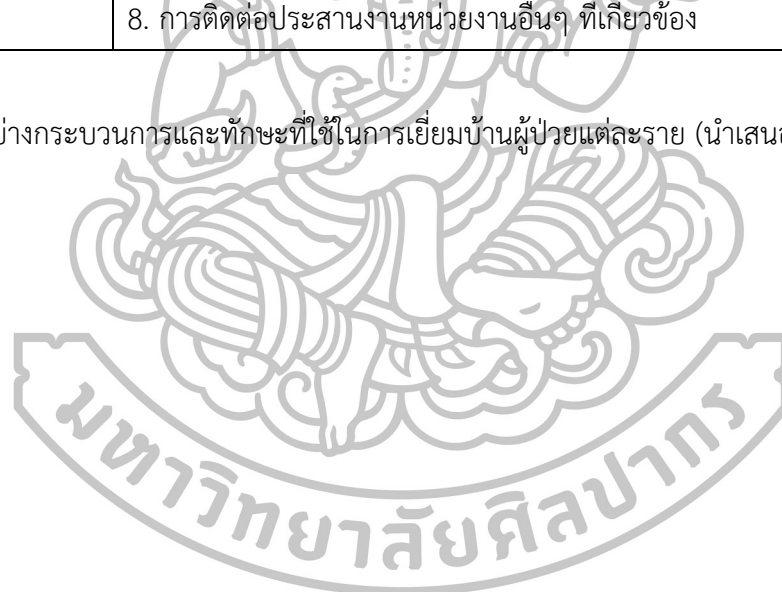
จากการติดต่อประสานงานเรื่องการฉีดยาให้แก่ผู้ป่วยครั้งนี้ นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซีด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเภสัชกรจากโรงพยาบาลสมุทรสาครกับทีมรพ.สต. เป็นโอกาสในการพัฒนาการติดต่อประสานงานระหว่างกัน และทำให้ได้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของกันและกันที่ ส่งผลให้เกิดมุมมองการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่พื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบ รวมถึงการประสานงานส่งต่อข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันดูแลอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น จากปัญหาเรื่องการฉีดยาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกัน ทำให้ทางโรงพยาบาลไม่ทราบเรื่องผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาที่รพ.สต.และมียาตกค้างอยู่ที่รพ.สต.เป็นจำนวนมาก

ทักษะที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สรุปตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้ แสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ทักษะที่เกสัษกรจำเป็นต้งใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน	ทักษะที่ใช้
ก่อนเยี่ยมบ้าน	1. ศึกษาข้อมูล, ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย
ขณะเยี่ยมบ้าน	2. สังเกตสิ่งต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพที่ดี 3. การสื่อสารให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา การฟัง รับรู้ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีตตนเอง โรคและยาโดยไม่ตัดสิน 4. สอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา 5. เสนอทางเลือก เพื่อช่วยในการตัดสินใจ 6. การสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา
หลังเยี่ยมบ้าน	7. การสรุปผลแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่ต้องทำตคืออะไร 8. การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างกระบวนการและทักษะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย (นำเสนอไว้ในภาคผนวก)



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีหน่วยงานที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 5 หน่วยงาน ได้แก่ 1. ฝ่ายการพยาบาล แบ่งออกตามลักษณะงานที่รับผิดชอบหลักเป็น 4 ทีม คือ พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน (Home Health Care) พยาบาลแผนกอายุรกรรม พยาบาลคลินิกจิตเวช พยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้อง 2. ฝ่ายเวชกรรมสังคม แบ่งลักษณะงานเยี่ยมบ้านเป็น 3 ทีม ได้แก่ ทีมงานปฐมภูมิรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลรพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบ ทีมอนามัยโรงเรียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค ทีมผู้ป่วยต่างด้าวรับ Case ต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านและผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค 3. สังคมสงเคราะห์ 4. โภชนาการ และ 5. กลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้าน 2 คนต่อครั้ง ดูแลผู้ป่วย 165 ราย เยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 315 ครั้ง

พัฒนาคู่มือและนำไปใช้กับผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ทุกรายมีภาวะความดันโลหิตสูง มี 13 รายเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 86.67) ที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (ก่อนเก็บข้อมูล) เฉลี่ย 10.26 % และโรคอื่นๆร่วมด้วย และมี 2 รายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และมีโรคอื่นๆร่วมด้วย คือ ติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย และมีโรคไต (ล้างไตทางช่องท้อง) ร่วมกับโรคเก๊าท์ 1 ราย โดยที่ทุกรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 61 ปี พบช่วงอายุ 61-70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.33) สถานภาพคู่(ร้อยละ 46.67) ใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 80) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) (ร้อยละ 93.33) เป็นผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่าย (ร้อยละ 60) และผู้ป่วยดูแลเรื่องยาด้วยตนเอง (ร้อยละ 40) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกส่งให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามต่อที่บ้านด้วยปัญหาจากการใช้ยารวม 15 ราย ทั้งหมด 19 ครั้ง โดยผู้แจ้งให้ติดตาม เป็นเภสัชกร (ร้อยละ 78.95)

เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมดรวม 47 ครั้ง จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 3 ครั้ง เยี่ยมบ้านมากที่สุด 7 ครั้ง และน้อยที่สุด 1 ครั้ง เป็นการเยี่ยมโดยเภสัชกรหน่วยงานเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาเยี่ยมร่วมกับพยาบาลคลินิกไตแผนกล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 20) และรองลงมาเยี่ยมร่วมกับเยี่ยมร่วมกับพยาบาลรพ.สต. (ร้อยละ 13.33) ระดับความรุนแรงและ

เร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ณ การเยี่ยมบ้านเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับ A (ร้อยละ 60) ผู้ป่วยเปลี่ยนจากระดับ A เป็น ระดับ B (ร้อยละ 40)

พบปัญหาการใช้ยา 40 ครั้ง (ร้อยละ 85.11) คิดเป็น 78 เหตุการณ์ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ครั้งแรกพบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยทุกราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-Adherence) (ร้อยละ 93.59) โดยพบเรื่องการไม่สม่ำเสมอมากที่สุดในผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 47.94)

มีผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 46.67) ระบุว่า การได้รับยาของตน ก่อให้เกิดความทุกข์ Drug Related Suffering : DRS ทั้งต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งพบทั้งหมด 29 เหตุการณ์ โดยความทุกข์จากยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลจากการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา ในผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 51.72)

พบว่า มีผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 66.67) มีปัญหาจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Problems) แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ 1. ปัญหาเรื่องเงิน 2. ปัญหาความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและยา 3. ปัญหาเรื่องความเชื่อ ความกังวลเรื่องโรคและยา 4. ข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการใช้ยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาทั้งหมด 125 ครั้ง โดยปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่พบมากที่สุด คือ ประเด็นที่ 4 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของตัวผู้ป่วย (ร้อยละ 52)

จากข้อมูลจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับและจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านในเรื่องยาที่ใช้รวมถึงยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ ตลอดจนการเก็บรักษายาของผู้ป่วย พบจำนวนรายการยาเฉลี่ยของผู้ป่วยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8 รายการ น้อยที่สุด 4 รายการ มากที่สุด 14 รายการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด (ร้อยละ 73.33) โดยจัดเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดทั้ง Insulin และ Erythropoietin injection 2 ราย ใช้เฉพาะ Insulin 10 รายและใช้เฉพาะ Erythropoietin injection 1 ราย

พบผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพร 2 ราย เป็นการใช้ใบของพืชสมุนไพรมาต้มชงดื่มแทนน้ำชา ได้แก่ ใบมะยมและใบทุเรียนเทศ และพบผู้ป่วยใช้ยาลูกกลอน 1 ราย เมื่อนำยากลับมาตรวจการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ ให้ผลเป็น บวก

ผู้ป่วย 8 ราย เก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม สิ่งที่จะเกิดการหยิบใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องเท่ากับ 22 เหตุการณ์ มีผู้ป่วย 10 ราย ที่มียาเหลือใช้ (จำนวน 32 เหตุการณ์) และมีผู้ป่วยเก็บยาหมดอายุ ในภาชนะใส่ยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ 1 ราย โดยที่ไม่ทราบว่ายานหมดอายุแล้ว

สำหรับการจัดการปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนั้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงและการจัดการปัญหาที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ 1. **การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง** เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นเรื่องการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และความรู้เรื่องยาที่ใช้ โดยให้

คำแนะนำ สอนความรู้แก่ผู้ป่วยทุกรายในทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เท่ากับ 47 ครั้ง หากผู้ป่วยมีผู้ดูแลเภสัชกรก็จะให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เป็นการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และการปฏิบัติตนที่เหมาะสม 23 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ 31 ครั้ง มีการจัดทำอุปกรณ์ช่วยในการใช้ยา (Drug Device) ให้ผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย รวม 19 ครั้ง

2.การจัดการปัญหาที่ต้องประสานงานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีการประสานงานผู้เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 17 ครั้ง เป็นการประสานงานหน่วยงานในโรงพยาบาล 12 ครั้ง และหน่วยงานนอกโรงพยาบาล 5 ครั้ง ส่วนใหญ่ถือเป็นการให้ความร่วมมือระดับดี : Full

พบปัญหาที่เกิดจากระบบยาของโรงพยาบาล (Drug System Problem) 1 ครั้ง คือ ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ในส่วนของ Dispensing Error พบเหตุการณ์ในขั้นตอนการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้านครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยากลับบ้าน 1 รายการ ซึ่งต่อมาได้ประสานงานผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเพิ่มยาให้ผู้ป่วยแล้ว

ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามหลักการประเมิน INHOMESSS เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ ประเมินโรค ความเจ็บป่วยที่แท้จริงที่พบ รวมถึงการประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวได้ โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

I : Immobility ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องยาได้เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 20)

N : Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย จากข้อมูลเรื่องโภชนาการและอาหาร พบผู้ป่วย 13 ราย ในการศึกษาที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น มีผู้ป่วย 9 รายที่ ไม่สามารถควบคุมอาหารได้เลย ในทุกครั้งที่การเยี่ยมบ้าน มีผู้ป่วย 3 ราย ที่สามารถเปลี่ยนจากไม่สามารถควบคุมอาหารได้เลย มาเป็น ควบคุมการรับประทานอาหารได้บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ควบคุมการรับประทานอาหารได้บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอตั้งแต่ครั้งแรกของการเยี่ยมบ้าน และ มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ควบคุมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

H : Housing และ S : Safety ประเมินสภาพบ้าน พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) อาศัยในบ้านที่มีลักษณะ มั่นคง แข็งแรง โปรงสบาย สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย มีบริเวณบ้าน รั้วมิดชิด จัดเป็นความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดอันตราย การประเมินความปลอดภัยรอบบ้านและชุมชน พบผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 73.33) อาศัยในแหล่งชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมและสภาวะรอบๆบ้านที่ปลอดภัย

M : Medications ประเมินการใช้จ่ายที่ผู้ป่วยใช้จริง วิธีการจัดยาแต่ละมือ พบรูปแบบการจัดยาได้รับประทานทั้งหมด 4 รูปแบบ คือ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย (ร้อยละ 46.66) ใช้การหยิบยารับประทานเองจากซองยา โดย ที่หน้าซองอาจมีการเขียนสัญลักษณ์เป็นตัวเลขขนาดใหญ่ เช่น 1-0-1 หรือทำฉลากยาที่มีขนาดตัวอักษรใหญ่กว่าปกติจากโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

E : Examinations การตรวจร่างกายเบื้องต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.33) มีระดับความดันโลหิตไม่เข้าตามเกณฑ์ระดับ Severe ($\geq 181/101$ mmHg) ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยทั้ง 8 ราย มีแนวโน้มผลการตรวจร่างกายที่ดีขึ้นเมื่อไปเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.50) มีค่าผลตรวจน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

พบว่าผู้ป่วย (ร้อยละ 33.33) ที่สงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและพบผู้ป่วย (ร้อยละ 33.33) มีอาการผิดปกติอื่นๆ ที่น่าจะเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการใช้ยา โดยที่เภสัชกรได้ให้คำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยทุกรายแตกต่างกันไป

O : Other people S : Spiritual Health S : Services การประเมินทั้ง 3 เรื่องนี้ มีความเชื่อมโยงกัน จึงขอประเมินสรุปผลการประเมินออกมาพร้อมกัน คือ ความเชื่อ ค่านิยมของคนภายในบ้าน ทักษะคิดเกี่ยวกับการรักษา ดูแลผู้ป่วยและสุขภาพ และการเลือกใช้สถานพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกราย (ร้อยละ 93.33) มีสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยเภสัชกรพบสมาชิกทุกคนในครอบครัวทุกครั้งไปเยี่ยมในผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 35.71) มี และมีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 6.67) ที่อยู่บ้านคนเดียว ตามลำพัง โดยที่มีบ้านลูกชายอยู่บ้านหลังติดกัน แต่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย

ผลประเมิน ความเชื่อ ค่านิยมของตัวผู้ป่วยและคนในบ้านพบว่า มีความเชื่อและแนวคิดที่มีผลเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพ 2 ราย (13.33 %) และพบผู้ป่วย 13 ราย (คิดเป็น 86.67 %) ที่มีทั้งความเชื่อและแนวคิดที่มีผลเชิงบวกและเชิงลบปะปนกันต่อการดูแลสุขภาพ

สำหรับการเลือกไปรับบริการที่สถานพยาบาล พบว่าผู้ป่วยทุกรายสะดวก พร้อมทั้งจะเดินทางไปใช้บริการและนึกถึงโรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นอันดับแรก มีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.67) ที่ไปรับบริการที่รพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือไปใช้บริการไปทำแผลหรือฉีดยา

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 15 ราย พบว่าสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 8 ราย โดยเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบผู้ป่วยที่อยู่ใน ขั้นตอนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4 ราย (รายที่ 3, 6, 9 และ 10) และขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 1 ราย (รายที่ 1) ขั้นเตรียมการ 1 ราย (รายที่ 15) และขั้นลงมือปฏิบัติ 3 ราย (รายที่ 2, 4 และ 12) ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย อาจมีข้อจำกัดหลายด้าน ดังจะเห็นในผู้ป่วยรายที่ 1 กว่าที่จะเปลี่ยนระดับจากขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปเป็นขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องใช้การเยี่ยมบ้านถึง 6 ครั้ง

จากเนื้อหาสาระในคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร
โรงพยาบาลสมุทรสาครขึ้น มีดังต่อไปนี้

1. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆใน
โรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน
2. ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP
3. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อที่บ้านจาก
โปรแกรม Turbo HOSxP
4. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo
5. วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map
6. วิธีการและขั้นตอนการลงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive
7. วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดยใช้
Google Calendar
8. การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็น
ระดับ A B C
9. หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น
10. ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

ผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้

เมื่อนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร มาเปรียบเทียบกับ
กระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในระยะที่ 2 ของการศึกษานี้ พบว่ามีกระบวนการที่พัฒนา
ระหว่างการศึกษา โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

คู่มือข้อที่ 1. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรหน่วยงานต่างๆใน
โรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่บ้าน นำมาใช้ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ใน
ขั้นตอนที่ 1 การส่ง Case ผู้ป่วย

คู่มือข้อที่ 2 ขั้นตอนในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม Turbo HOSxP นำมาใช้ระยะก่อน
เยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูล Case ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน

คู่มือข้อที่ 3 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อที่บ้านจาก
โปรแกรม Turbo HOSxP นำมาใช้ในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วย หัวข้อย่อยที่ 3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม

สรุปว่าคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรในข้อที่ 1 ถึง 3 นำมาใช้เป็นแนวทางของกระบวนการเยี่ยมบ้านระยะก่อนเยี่ยม ในขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งเป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน

คู่มือข้อที่ 4 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo นำไปใช้ใน ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 6 การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้ สำหรับคู่มือข้อที่ 4 หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Note Photo ระบุไว้เพียงวิธีการสร้าง Note Photo และการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาที่ต้องการส่งต่อ ซึ่งเมื่อนำมาใช้ ในกระบวนการเยี่ยมบ้านขั้นตอนที่ 6 พบว่าระหว่างทำการศึกษามีการกำหนดรูปแบบของเนื้อหาที่ ส่งใน Note Photo ให้เป็นระบบมากขึ้น พบว่าระหว่างทำการศึกษาเกิดการพัฒนากำหนด รูปแบบ เนื้อหาที่ส่งใน Note Photo อย่างเป็นระบบมากขึ้น

คู่มือข้อที่ 5 วิธีการและขั้นตอนการใช้ Google Map นำไปใช้ทั้งระยะก่อนเยี่ยมบ้านและ ระยะหลังเยี่ยมบ้าน คือ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (3.5 ศึกษา ข้อมูลเส้นทางการเดินทางจากฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่สร้างขึ้นโดยใช้โปรแกรม Google Map) และ ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน (5.2 การลง ข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับการใช้ยาของผู้ป่วย)

คู่มือข้อที่ 6 วิธีการและขั้นตอนการลงข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Google Drive นำไปใช้ระยะหลัง เยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน (5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน โปรแกรม Google Map Google drive)

คู่มือข้อที่ 7 วิธีการและขั้นตอนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการกำหนดวันเยี่ยมโดย ใช้ Google Calendar พบว่าคู่มือข้อที่ 7 ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์ข้อนี้ในการวางแผนและ กำหนดวันเยี่ยมบ้าน แต่จะปรับแผนการเยี่ยมให้เหมาะสมตามความรุนแรงและเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ ละราย

คู่มือข้อที่ 8 การสรุปและประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็น ระดับ A B C นำมาใช้ทั้งในระยะก่อนเยี่ยมบ้านและระยะหลังเยี่ยมบ้าน คือ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ใน ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออก เยี่ยม และ 3.2 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย) และระยะหลัง เยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน (5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน โปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย ใน ส่วนของการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มาบันทึกลงใน โปรแกรม Google drive ของ หน่วยงานเภสัชกรเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล)

คู่มือข้อที่ 9 หลักเกณฑ์ในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานอื่น นำไปใช้ใน
ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนที่ 7 การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย

พบว่าระหว่างทำการศึกษากิจการพัฒนานววิธีการติดต่อประสานงานและรายละเอียดของการ
ติดต่อประสานงานมากขึ้น

คู่มือข้อที่ 10 ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร นำไปใช้ทั้งในระยะก่อนเยี่ยม
บ้านและระยะหลังเยี่ยมบ้าน คือ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
(3.3 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย และ 3.4 การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย) และระยะหลัง
เยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนที่ 5 สิ่งที่ต้องทำหลังการเยี่ยมบ้าน (5.1 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุม สรุปผล
การเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ)

จากผลการนำคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรไปใช้จริง พบว่า
ขั้นตอนที่ 4 ออกเยี่ยมบ้าน เป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่ได้ระบุไว้ในคู่มือ
และหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร เป็นขั้นตอนที่เกิดข้อค้นพบระหว่าง
ทำการศึกษานี้ ได้เป็นทักษะที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน

สรุปกระบวนการที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรได้ดังต่อไปนี้

ก่อนเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การส่ง Case ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูล Case ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3.1 การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยมบ้าน

3.2 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน 3 ราย

3.3 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย

3.4 การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3.5 การศึกษาข้อมูลเส้นทางการเดินทางจากฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยที่สร้างขึ้นโดยใช้โปรแกรม Google Map

ขณะเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ออกเยี่ยมบ้าน

หลังเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 5 หลังการเยี่ยมบ้าน

5.1 ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุม สรุปผลการเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ

5.2 การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map, Google

Drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้

ขั้นตอนที่ 7 การติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย

สรุปทักษะสำคัญที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

เภสัชกรเยี่ยมบ้านต้องใช้ทักษะต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาสุภาพหรือปัญหาอื่นๆ ของผู้ป่วย ทักษะที่ใช้ได้แก่

1. ทักษะการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน
2. ทักษะการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี
3. ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ประเมินอาการ การให้ความรู้หรือคำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วย
4. ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ที่คนคิดที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน
5. ทักษะการสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา
6. ทักษะการเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ
7. ทักษะการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา
8. ทักษะการสรุปผลแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อ คืออะไร
9. ทักษะในการติดต่อ ประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่จะอภิปรายผล ประเด็นหลัก รายละเอียดดังต่อไปนี้

1 การส่ง Case โดยทีมเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ส่ง Case มากที่สุด คือ เภสัชกร เนื่องใช้เกณฑ์การส่งเป็นการคัดเลือกจากปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยและและเภสัชกรใช้การส่งCase อยู่เป็นประจำและคุ้นชิน ถ้าจะให้สาขาวิชาชีพอื่นมีการส่ง Case ให้มากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนาช่องทางในการส่ง Case ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้

ข้อมูลของผู้ป่วยใน Note Photo สามารถใช้บอกสถานะของผู้ป่วยว่า เป็นผู้ป่วยระดับใด มีปัญหาที่เคยถูกส่งให้เภสัชกรไปเยี่ยมที่บ้านแล้ว พบปัญหานั้นหรือไม่ หากพบปัญหา มีการดำเนินการแก้ไขถึงขั้นตอนใดแล้ว และยังคงมีปัญหาคือที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ และมีการวางแผนติดตาม แก้ไข

ปัญหานั้นๆไว้อย่างไร ซึ่งข้อมูลใน Note Photo เกสซ์กรทุกคนในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ในการประกอบการดูแลด้านยาของผู้ป่วยได้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้การส่งข้อมูลผ่าน Note Photo ของโปรแกรม HOSxP หากต้องการส่งต่อข้อมูลให้วิชาชีพอื่นๆทราบ จำเป็นต้องใช้ในการประสานงาน แจ้งที่หน่วยงานนั้นๆ โดยตรง หรือใช้การบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลให้วิชาชีพอื่นๆทราบ

3. การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม โดยพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นหลัก ดังนั้นกลุ่มของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้จะแตกต่างจากหน่วยงานที่เยี่ยมบ้านอื่นๆ ในโรงพยาบาล เช่น **ศูนย์เยี่ยมบ้าน** ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยฝ่าย **การพยาบาล** ซึ่งเน้นเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พิกการหรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรัง มารดาและทารกที่มีอาการผิดปกติ เป็นต้น **หรือหน่วยงานสังคมสงเคราะห์** ที่เน้นเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสังคมเป็นหลัก ได้แก่ผู้ป่วยวัยชราที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาครอบครัว เป็นต้น

4.กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาที่ซับซ้อนต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ทั้ง 15 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่โดยทุกรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค มีรายการยาที่ใช้อย่างต่อเนื่องเฉลี่ย 8 รายการ พบว่ามี 13 รายที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวร่วมกับโรคอื่น มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่ 10.26 % ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มีระดับความรุนแรงของโรคที่มากกว่าและมีความซับซ้อนของปัญหาและการใช้ยาที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของของชนิษฐา สุรเดชาวุธ (2553) เพราะมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่ 8.7 % รายการยาที่ใช้อย่างต่อเนื่องเฉลี่ย 4 รายการ และมีโรคประจำตัวมากที่สุดเพียง 2 โรคเท่านั้น จึงทำให้ผลของกระบวนการที่เกิดขึ้น สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลดีต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากนี้พบว่าในการศึกษารั้งนี้ ผู้ป่วยทุกรายถูกส่งให้เภสัชกรหน่วยเยี่ยมบ้านติดตามต่อบ้านด้วยปัญหาจากการใช้ยาเป็นหลัก ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชนิษฐา สุรเดชาวุธ (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเป็นหลักมากกว่าเรื่องยา

5.การเยี่ยมบ้านแบบแยกวิชาชีพหรือเป็นทีมสหวิชาชีพ

พบว่ากระบวนการจัดการเรื่องปัญหาการใช้ยาในงานวิจัยครั้งนี้ มีการเยี่ยมบ้านแบบแยกวิชาชีพ ซึ่งหากพบปัญหาที่เภสัชกรไม่สามารถแก้ไขได้ทันที ต้องทำการประสานงานกับวิชาชีพอื่น

ต่อไป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จันทกานต์ อภิลิทธิ์ศักดิ์ (2559) ที่เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin ในลักษณะสหวิชาชีพ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาที่พบได้ตามความเชี่ยวชาญของทีมสหวิชาชีพที่ออกเยี่ยมได้ทันที

6. ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการ ติดต่อ ประสานงาน

พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการ ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกิดจากการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของโรงพยาบาลและรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ดังกรณีของผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการฉีด Erythropoetin ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) อาจเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเบิกยา Erythropoetin ได้ฟรี ผู้ป่วยไม่ทราบมูลค่าของยา การรับรู้ถึงข้อบ่งใช้ของยาไม่เพียงพอ บางรายมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลที่จะต้องไปฉีดยาอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง บางรายไม่สามารถไปฉีดยาที่ รพ.สต.ได้เนื่องจากไม่มีใบส่งตัว (ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งพยาบาลว่าจะไปฉีดยาที่รพ.สต.) จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทราบว่าปัญหาของระบบของโรงพยาบาลและรพ.สต.ที่ยังขาดความเชื่อมโยงทางด้านข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างกัน ทำให้ทางโรงพยาบาลไม่ทราบเรื่องของผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาที่รพ.สต.และมียาตกค้างอยู่ที่รพ.สต.เป็นจำนวนมากเภสัชกรเยี่ยมบ้าน จึงได้ประสานงานกับพยาบาลแผนกล้างไตทางช่องท้องเพื่อเสนอปัญหา และมีการตกลงร่วมกันว่า พยาบาลจะช่วยสอบถามเรื่องการฉีดยาให้ทุกครั้ง หากผู้ป่วยต้องการไปฉีดยาที่รพ.สต. พยาบาลจะให้แพทย์เขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วย และจะแพกซ์เอกสารไปให้ทางรพ.สต.รับทราบ ในส่วนของทีมเภสัชกรเองหลังจากที่เก็บข้อมูลงานวิจัยนี้แล้ว ได้มีแนวคิดที่อยากจะทำบัตรนัดฉีดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการสั่งให้ไปฉีดยาที่รพ.สต. ผู้ฉีดยาจะเซ็นชื่อลงในบัตรนัด เพื่อให้ทราบความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อนที่แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา จัดเป็นการแก้ไขปัญหาที่พัฒนาระหว่างการวิจัย

7. มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

จากผลการเยี่ยมบ้านพบว่า ณ การเยี่ยมบ้านเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับ A จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยเปลี่ยนจากระดับ A เป็น ระดับ B จำนวน 6 ราย

สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น น่าจะเกิดจาก **ทั้งตัวผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล** ที่มีความพร้อมในการเลือก ตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ของเภสัชกร เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องยาและเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย และพบว่าเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง จากการที่เภสัชกรทำหน้าที่เป็นผู้ค้นพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย จากนั้นนำปัญหามาสรุปหาวิธีการแก้ไขโดย ทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการประสานงานติดต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงนำวิธีการแก้ไขที่ได้มาแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

เพื่อเสนอให้ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติตาม ส่งผลให้เกิดการลดปัญหาการใช้ยาและส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยในที่สุด

8. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ที่ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Seamless Care Pharmaceutical) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาแนะนำความรู้เรื่องยาและการรักษาก่อนกลับบ้าน จากนั้นติดตามต่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ นิสิตตรา พลโครต (2550) ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาก่อนกลับบ้านและออกเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุโดยเภสัชกร เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษาเรื่องยาก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอาย่วมกับการออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร และงานวิจัยของ จันทกานต์ อภิสิริศักดิ์ (2559) พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้บริการทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยเริ่มยารักษาโรคลมชัก ในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ทั้ง 2 การศึกษาข้างต้น ถือเป็น การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานหลักเช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ แต่พบว่าการศึกษาของ จันทกานต์ อภิสิริศักดิ์ (2559) มีความแตกต่างกันที่ ใช้หลักคัดเลือกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มยารักษาโรคลมชัก แต่การศึกษานี้ใช้การคัดเลือกจากปัญหาจากการใช้ยาเป็นหลัก

9. ทักษะสำคัญที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าควรเพิ่มเติมแนวทางปฏิบัติให้กับเภสัชกรเยี่ยมบ้านให้มีการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดังนี้

1. ทักษะการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน
2. ทักษะการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี
3. ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องยา
4. ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน
5. ทักษะการสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา
6. ทักษะการเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ
7. ทักษะการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา
8. ทักษะการสรุปผลแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อ

คืออะไร

9. ทักษะในการติดต่อ ประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

พบว่าทักษะบางข้อมีความสอดคล้องกับ ทักษะการสื่อสารทางการแพทย์ที่สำคัญ ของ ชิชณู พันธุ์เจริญ (2556) คือ **ทักษะเจียบและทักษะการกระตุ้น** เป็นทักษะที่ทำให้ได้ข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่า เปิดผลความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับทักษะในการศึกษานี้ข้อที่ 4. ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน **ทักษะทวนซ้ำ ทักษะการสรุปความ** เป็นทักษะการสื่อสารที่นำมาใช้ทบทวนสิ่งที่เราต้องการได้ยินจากผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเกิดความชัดเจนระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย **ทักษะสะท้อนอารมณ์** เป็นทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและเปิดใจในการบอกข้อมูลและเรื่องราวในเชิงลึกเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทักษะข้อที่ 3. ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา และพบว่าทักษะบางข้อของการศึกษานี้สอดคล้องกับทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของ สายพิณ หัตถ์ธีรรัตน์และคณะ (2549) ได้แก่ **เปิดโอกาสให้เล่า ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้เล่าต่อ ถามความรู้สึก ความกังวลความคาดหวัง สะท้อนความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น เข้าใจ ให้คำแนะนำ เสนอแผนการรักษาครั้งนี้และครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้ซักถาม ละครนคหมายครั้งต่อไป**

ทักษะการทำงานในรูปแบบ การแลกเปลี่ยนความรู้และหน้าที่ระหว่างวิชาชีพทำงานแทนกันได้บางเรื่อง (Integrated care – Skill mix) ของฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน (2556) เกิดในการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่บางครั้งอาจไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครบทีม จึงเกิดการพัฒนาทักษะบางอย่างที่สามารถทำได้ ในการศึกษานี้เป็นการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเป็นหลัก และใช้การติดต่อประสานงานทีมวิชาชีพอื่นเพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย ภายหลังจากเยี่ยมบ้าน อาจได้ใช้ทักษะที่เภสัชกรเรียนรู้และฝึกฝนเพิ่มเติม เช่น เภสัชกรเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

ทั้งนี้ทักษะสำคัญที่เภสัชกรจำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้ระบุไว้ในคู่มือและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร เป็นส่วนที่พัฒนาขึ้นระหว่างการศึกษานี้

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรสาครที่ให้บริการในระดับตติยภูมิ เป็นการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะเดียวกับการให้การบริบาลที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล หากพิจารณาในมุมกลับผู้ป่วยที่มารับบริการในระดับตติยภูมินั้น มีความซับซ้อนของปัญหาด้านการเจ็บป่วยและด้านการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในการที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนทางยาได้มากกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

2. เนื่องจากเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย พิจารณาปัญหาจากการใช้ยาเป็นหลัก จึงไม่ได้มีการเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพทุกครั้ง แต่หากพบเจอปัญหาก็จะนำกลับมาส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านหน่วยอื่น ภายหลัง และในบางรายอาจมีการติดต่อทีมเยี่ยมบ้านวิชาชีพอื่นเพื่อออกเยี่ยมร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. แนวทางการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้จริง

2. เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้านควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ทักษะในการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย ทักษะในการกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน ทักษะการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา การให้ความรู้หรือคำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักการ โดยสร้างแรงจูงใจ ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน ทักษะการสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา ทักษะการเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ ทักษะการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา การสรุปผลแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อ คืออะไรและทักษะในการติดต่อ และทักษะในการประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3. การสื่อสารข้อมูล Case ผู้ป่วยที่มีปัญหาให้แก่วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยดำเนินการแก้ไขนั้น ต้องใช้การติดต่อ ประสานงานโดยตรงที่หน่วยงานนั้นๆ ไม่สามารถให้การส่งข้อมูล Case ผู้ป่วย ผ่าน Note Photo ในโปรแกรม HOS xP ควรมีการปรับรูปแบบหรือพัฒนารูปแบบการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

4. การคัดเลือก Case ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร หากกำลังคนเภสัชกรเพียง 4 คน ไม่สามารถเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีความจำเป็นได้ทั้งหมด ดังนั้นการคัดเลือก Case ผู้ป่วยจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ

5. การหมุนเวียนงานของกลุ่มงานเภสัชกรรม ทำให้การทำงานเยี่ยมบ้านมีการเชื่อมโยงข้อมูลที่ดีขึ้น และเกิดความร่วมมืออย่างดีจากเภสัชกรและบุคลากรอื่นๆ ในกลุ่มงานเภสัชกรรม เนื่องจากการหมุนเวียนงานทำให้รับรู้บทบาทและหน้าที่ในทุกส่วนของกลุ่มงานเภสัชกรรม เมื่อประสานงานเพื่อแก้ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ จึงได้รับความร่วมมือเหมือนเป็นทีมงานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้าน ทั้งภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลกับรพ.สต.เครือข่ายที่รับผิดชอบ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมยิ่งขึ้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษฎี ทองบรรจบและสายพิน หัตถิรัตน์. (2558). **การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม.เข้าถึงได้จาก
www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2552) “สาธารณสุขมูลฐานบริการปฐมภูมิกับสุขภาพชุมชน: บทเรียนความท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน.” เอกสารวิชาการประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ณ อิมแพคเมืองทองธานี วันที่ 18-19 กุมภาพันธ์ เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม. เข้าถึงได้จาก www.shi.or.th/upload/PHC.pdf
- คณะผู้จัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. (2553). **คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยงานปฐมภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คสส).
- จตุพร ทองอิม. (2556). “หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน.” ใน **คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน**, 22-23. ธิดา นิงสานนท์ จตุพร ทองอิมและปรีชา มนทกานติกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ประเทศไทย.
- จันทกานต์ อภิลิษฐ์ศักดิ์. (2559). “โครงการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้บริการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยเริ่มยาร์ฟาริน เขตอำเภอเมืองนครสวรรค์.” ใน **การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ FCPL1**. รุ่งทิวา หมื่นป่า, มณีกัลยา ชมชาญและธนพัฒน์ เถาวหุตานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน. (2556). **กว่าจะมาเป็นเภสัชกรครอบครัว Family Pharmacist : SMART**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม.เข้าถึงได้จาก
<http://soft.thaihp.org/index.php?lang=th&option=custom&id=28&sub=27>
- ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน. (2557). **เภสัชกรครอบครัวกับงานปฐมภูมิ : ประสบการณ์จากภูมินารายณ์**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม.เข้าถึงได้จาก
<http://www.pharmacy.msu.ac.th/rs/r/150157.pdf>
- ชนิษฐา สุรเดชาวุธ. (2553). “การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหา

หาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ชัยพร สุรเดมิย์กุล. HOSxP/PCU BMS. เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม เข้าถึงได้จาก

http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/BOE_SWOT_k_chaiyaporn-30.pdf

ชิษณุ พันธุ์เจริญ. (2556). “ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกร.”

ใน **คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน**, 39-52. ธิดา นิงสานนท์ จตุพร ทองอิม และปรีชา มณฑกานติกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ประเทศไทย.

ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิมและปรีชา มณฑกานติกุล, บรรณาธิการ (2556). **คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน**. กรุงเทพฯ บริษัทประชาชน:สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).

นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ. (2557). **เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน** สำนักงานพยาบาล. สำนักงาน

ปลัดกระทรวง. กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม. เข้าถึงได้จาก

http://www.nursing.go.th/Book_nurse/Homevisit/01.pdf

นินนาท ธนวิชัยกุล. (2554). **ถอดบทเรียน เภสัชกรรมปฐมภูมิ** เล่ม 2.พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่:

สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม.

นิติพงศ์ สำราญคง. (2553). **เรื่องเล่าเภสัชกร เครือข่ายเภสัชกรปฐมภูมิภาคเหนือ**. เชียงใหม่:

สำนักพิมพ์สันติภาพเพื่อสังคม.

นิติตตรา พลโครต. (2550). “ผลของการให้คำแนะนำปรึกษาก่อนกลับบ้านและออกเยี่ยมบ้านแก่

ผู้ป่วยสูงอายุโดยเภสัชกร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประพนธ์ ผาสุกยัด. (2558). มห้ศจรรย่แห่งการฟัง อย่างลึกซึ้ง. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงาน

ประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 8 "R2R สร้างสรรค์สู่การเปลี่ยนแปลง : R2R to

Transformation". เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก

<https://www.youtube.com/watch?v=sw4Nl27S2nw>.

ปัญญา อู่ประเสริฐ. (2547). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาล

ปทุมธานี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ปิยฉัตร ดีสุวรรณ. (2557) “Home care.” เอกสารประกอบการบรรยาย. เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่. [ออนไลน์]
เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน 2557 เข้าถึงได้จาก
www.longhosp.com/UserFiles/File/HHC_Long_hospital.ppt
- ปิยนันท์ เทพรัศม์และสุภาภรณ์ สงวนอำรุงค์. (2556). **ขั้นตอนการฉีดยาด้วยกระบอกฉีดยา.** เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก
www1.si.mahidol.ac.th/Nursing/sins/pdf/.../patient-manual-ns001156.pdf
- ผานิต หลีเจริญ. (2556). “การนำรูปแบบTTMไปใช้ในการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.” **วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข**, 1-11. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก
<http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/16527/14949>
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). **การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท คัลเลอร์โฮมไอนี่.
- มังกร ประพันธ์วัฒน์. (2554). “เครือข่ายความปลอดภัยระบบยา: จากผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชน.” **RePe' InType** ปี 2 เล่ม 3,14-25.
- เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร. (2556) **การเยี่ยมบ้านกับการดูแลชุมชน.** เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 17 สิงหาคม
<http://methawitpublichealth.blogspot.com/2013/08/blog-post.html>
- รุ่งทิศา หมิ่นป่า, มณีกัลยา ชมชาญและธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์, บรรณาธิการ. (2559). **การพัฒนาแกนหลักกรมปฐมภูมิ FCPL1.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- วชิราภรณ์ โนราช. “ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกายจิต และสังคมจากทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลแม่ข่าย.” **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
- วรรณ ศรีวิริยานุภาพ, ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์และสรโรจน์ สุขมลสันต์, บรรณาธิการ. (2559). **ถอดบทเรียนงานแกนหลักกรมปฐมภูมิ “แกนหลักกรมปฐมภูมิ: จากความร่วมมือสู่ความสำเร็จ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- วิโรจน์ วรรณภีระ. (2555) “การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit and Home care).” เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว เขต18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร 23-24 มีนาคม 2555.

- วิศรี วายุรกุล. (2550) “กระบวนการการให้บริการดูแลครอบครัว.” สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน. เข้าถึงได้จาก <http://www.oocities.org/thaifammed/homevisit.htm>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2555 ปรับปรุง 2558**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). **แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก www.diabassocthai.org/.../aenwthaangewchptibatisamhraborkhebaahwaa...
- สายพิณ หัตถิรัตน์และคณะ. (2549). **คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 2 สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. บรรณาธิการ,. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สายพิณ หัตถิรัตน์. (2553). “ความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว.” ใน **เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย**, 28-48. สายพิณ หัตถิรัตน์และสุมาลี ประทุมนนท์. บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สายรัตน์ นกน้อย. (2553). **การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก www.thaiich.org
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. (2553). **ชี้แจงคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยงานปฐมภูมิ**. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส). คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealthconsumer.org/images/mydata/work/PCU/0.ppt_present2Feb53.pdf
- สุภาภรณ์ สงวนอำรงค์และปิยนันท์ เทพรัักษ์. (2556). **ขั้นตอนการฉีดยาอินซูลินด้วยปากกา**. เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม. เข้าถึงได้จาก www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=778
- เสาวนิตย์ อิมไชย. (2558, มิถุนายน 9). **แนวทางการส่งผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตัวอย่างรูปแบบงานเยี่ยมบ้านของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร**. (ศ. สะพลอย, Interviewer)
- สำเร็จ แหียงกระโทกและรุจิรา มังคละศิริ. (2545) **อ้างอิงใน การพยาบาลชุมชน : กลวิธีการดูแลสุขภาพที่บ้าน : การเยี่ยมบ้าน** เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กันยายน เข้าถึงได้จาก <http://pts.mahidol.ac.th/dpt/FM/Fm-introth/homecare>

โสธยา วงศ์วิไล. (2553). “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการเยี่ยมบ้าน.”ใน **เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย**, 28-48. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. (2554). “ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคใต้ ตอนล่างของประเทศไทย.” **The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine**. Vol.2 No.6 November 2010 – February 2011 ISSN 1906-3199 : 15-25

อุษณิพร วิรุฬห์วานิช. (2551) “ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานต่อการเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ กรณีศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ จังหวัดยโสธร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต เกษตรกรรมคลินิกและการบริหาร มหาวิทยาลัย อุดรราชธานี.

ภาษาต่างประเทศ

Burke BL, A. H. (2003). The efficacy of motivational interviewing : a meta-analysis of controlled clinical trials. In *J consult Clin Psychol* ;71(5) (pp. 843-861). อ้างใน สายรัตน์ นกน้อย. การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.

Department of Health, Social Services & Public Safety Castle Building, Belfast BT4 3SQ. (2006).

DJ., B. (1967). Self-Perception : An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. In *Psychol Rev* ; 74(3) (pp. 183-200). อ้างใน สายรัตน์ นกน้อย. การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**.

Foulon Veerle, Claeys Colaline and Desplenter Franciska. “ Seamless care: defining clinical pharmacy interventions.” Workshop organized at the 3 9 th European Symposium on Clinical Pharmacy & 1 3 ème Congrès de la Société de pharmacie clinique Lyon, France, 21-23 October 2010

- Hettema J, S. J. (2005). Motivational interiewing. In *Annu Rev Clin Psychol ;1* (pp. 91-111). อ้างใน สายรัตน์ นกน้อย. การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.
- Miller WR, R. S. (2002). *Motivational Interviewing : Preparing people for change* , 2 ed. New York: The Guildford Press.
- Miller WR, R. S. (2004 ;18(4)). Talking Oneself Into Change : Motivational Interviewing, Stage of Change and Therapeutic process. *Journal of Cogitive Pshychotherapy : An International Quaterly*, pp. 299-308 อ้างใน สายรัตน์ นกน้อย. การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.
- Miller WR, Z. A. (1999). *Motivational Enhancement Therpy Manual : A clinical research guide for theapist treting individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, Maryland: อ้างใน สายรัตน์ นกน้อย. การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวชปฏิบัติ **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.**
- Nickerson A. et al. (2010). “ Seamless Care : Pharmacists intervence to prevent adverse drug events and optimize drug therapy.” *The Translator* 4 , 1 (winter)







ภาคผนวก ก

ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ตารางผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ที่บ้านผู้ป่วย

ราย ที่	Examination (การตรวจร่างกายเบื้องต้น)			อาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา	อาการผิดปกติอื่นๆ	
		เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์ ระดับ Mild			ไม่เข้าเกณฑ์ ระดับ Severe
1	BP	เยี่ยม 1-7	-	-	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 ผู้ป่วยเล่าว่ามีอาการ หน้ามืด เป็นลม ระหว่างทำงาน 1 ครั้ง คาดว่าเกิดจาก อาการน้ำตาลใน เลือดต่ำ	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 มี แผลที่ข้อศอกและ หัวเข่า, เยี่ยม 5 มี แผลที่ศีรษะบริเวณ ท้ายทอย
	DTX	เยี่ยม 5-6	เยี่ยม 7	เยี่ยม 1,2		
2	BP	เยี่ยม 1-3	-	-	-	-
	DTX	-	เยี่ยม 2, 3	เยี่ยม 1	-	
3	BP	-	เยี่ยม 1	-	-	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เท้าขาบวม
	DTX	-	-	-	-	
4	BP	เยี่ยม 2	เยี่ยม 1	เยี่ยม 3	-	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เวียนศีรษะ หูอื้อ
	DTX	เยี่ยม 3	-	เยี่ยม 1	-	
5	BP	-	เยี่ยม 1-4	-	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3, 4 มีอาการขาชา 2 ข้าง	-
	DTX	-	เยี่ยม 2, 4	เยี่ยม 1, 3	-	
6	BP	-	เยี่ยม 2, 3	เยี่ยม 1	-	-
	DTX	-	เยี่ยม 1, 2	เยี่ยม 3	-	
7	BP	-	เยี่ยม 1, 2	-	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ญาติแจ้งผู้ป่วยมี อาการน้ำตาลใน เลือดต่ำตอนกลางคืน เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1, 2 ขาและหัวเข่าบวม	เยี่ยม 1, 2 ขาและ หัวเข่าบวม
	DTX	-	เยี่ยม 1, 2	-	-	
8	BP	เยี่ยม 2	เยี่ยม 1, 3, 4	เยี่ยม 5	-	-

ตารางรายละเอียดผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ที่บ้านผู้ป่วย (ต่อ)

ราย ที่	Examination (การตรวจร่างกายเบื้องต้น)			อาการข้างเคียง/ อาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา	อาการผิดปกติอื่นๆ	
	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์ ระดับ Mild	ไม่เข้าเกณฑ์ ระดับ Severe			
	DTX	-	เยี่ยม 3	เยี่ยม 1, 2, 4, 5	-	-
9	BP	-	เยี่ยม 1, 3	เยี่ยม 2	-	-
	DTX	-	-	-	-	-
10	BP	-	เยี่ยม 1, 2	-	-	-
	DTX	-	เยี่ยม 2	เยี่ยม 1	-	-
11	BP	เยี่ยม 1	-	-	-	-
	DTX	-	เยี่ยม 1	-	-	-
12	BP	เยี่ยม 1	เยี่ยม 2	-	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบบริเวณหน้าท้องมี เนื้อเป็นไตแข็งๆ บริเวณที่ฉีดอินซูลิน	-
	DTX	เยี่ยม 1, 2	-	-	-	-
13	BP	-	เยี่ยม 1, 4, 5	เยี่ยม 2, 3	-	-
	DTX	เยี่ยม 1	เยี่ยม 1, 3	-	-	-
14	BP	-	เยี่ยม 2	เยี่ยม 1	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เวียนศีรษะ ลูกเดิน ไม่ค่อยไหว	-
	DTX	-	เยี่ยม 2	เยี่ยม 1	-	-
15	BP	เยี่ยม 1, 2, 3,	เยี่ยม 4	-	-	เยี่ยม 3 ผื่นขึ้นแดง คันที่แขนทั้ง 2 ข้าง
	DTX	-	เยี่ยม 1, 3	เยี่ยม 2, 4	-	-

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ

รายชื่อ	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	แนวคิดที่มีผลเชิง Positive ต่อ สุขภาพ	แนวคิดที่มีผลเชิง Negative ต่อ สุขภาพ	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต. ศรีเมือง	อื่นๆ
1	พ่อ แม่ และพี่ชาย 2 คน	พบทุกคน ในครอบครัว ทั้ง 7 ครั้ง	พ่อ ดูแล เรื่องการ ฉีด อินซูลิน ให้ผู้ป่วย	- พ่อและแม่มี ทัศนคติที่ดีต่อการ ใช้ยารักษา - ส่งเสริมให้ลูกใช้ ยาตามที่แพทย์สั่ง - แม่ไปพบแพทย์ พร้อมลูกทุกครั้ง	- ผู้ป่วยไม่ชอบใช้ ยารักษาโรค ไม่ กล้ากินยาแต่ฉีด ยาได้ - มีประวัติไข้ยา เสฟติด - จำคาถาแม่เมื่อ ถูกเตือนเรื่องการ ฉีดยาและ รับประทานยา - ผู้ป่วยขาด ความรู้ ความ เข้าใจเรื่องโรค และยาของตน	√ แม่เป็นคน พามา รพ.	√ รพ.สต. ศรีเมือง	-
2	ลูกชาย และ ลูกสะใภ้	ไม่พบคน ใน ครอบครัว เลยทั้ง 3 ครั้ง	- ผู้ป่วย จัดการ เรื่องยา เอง	- ผู้ป่วยมีความ กระตือรือร้นในการ รับประทานยา รักษาแต่ฉีดยาไม่ สม่ำเสมอ - ลูกชายช่วยเตือน เรื่องการให้ยารักษา	- ลูกชายกลัว ผู้ป่วยเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือด ต่ำ ตัวเองไม่วาง ดูแลแม่ทั้งวัน จึง ซื้ออาหารไว้ให้ แม่ในปริมาณ มาก กลัวแม่อด - ผู้ป่วยกลัวเกิด ภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำ อาจ ส่งผลต่อการไม่ กล้าใช้ยาจนคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดไม่ได้	√ ลูกชายเป็น คนพามา รพ.	-	-

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ (ต่อ)

รายชื่อ	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	แนวคิดที่มีผลเชิง Positive ต่อ สุขภาพ	แนวคิดที่มีผลเชิง Negative ต่อ สุขภาพ	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต.	อื่นๆ
3	อดีต ภรรยาคน ที่ 2	พบทุกคน ใน ครอบครัว ที่อยู่บ้าน เดียวกัน แต่ลูกชาย คนเล็กที่มี กับภรรยา คนแรก ลูกชาย (แต่ แยกตัวไป ไม่มารวม สนทนา)	อดีต ภรรยาจัด ยาใส่ Pill box ไว้ให้ ผู้ป่วย ทุกๆ 4 วัน	- อดีตภรรยา ใส่ใจ เรื่องสุขภาพ การ รับประทานยาของ ผู้ป่วย และพา ผู้ป่วยไปพบแพทย์ ตามนัดอย่าง สม่ำเสมอ	- ผู้ป่วยรู้สึกว่ ตนเองไม่ได้ป่วย จึงไม่ตระหนักถึง ความรุนแรงของ โรคที่เป็น ไม่ เข้าใจ ความสำคัญและ ประโยชน์ของ การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ รับประทานยา	✓ อดีตภรรยา	-	-
4	ลูกสาว 2 คน (คนที่ 2 และ 4) หลาน สาว 1 คน	พบทุกคน ใน ครอบครัว ที่อยู่บ้าน เดียวกัน	ลูกสาวคน ที่ 4 และ หลาน สาวจัตยา	- เดิมผู้ป่วยมี ประวัติไข้ไม่ สม่ำเสมอ ไม่ชอบ รับประทานยา หลานจัตยาให้ บางครั้งหยิบ	- ผู้ป่วยมีความ กังวลเกี่ยวกับยา ที่ได้รับมาใหม่ ไม่ทราบว่ รับประทาน ทำไมเพื่ออะไร จึงไม่รับประทาน	✓ ลูกสาวคน ที่ 2 เป็น คนพามา รพ.	✓ ลูกสาวคน ที่ 3 พาไป ฉีดยา Erythro poietin	-
5	แม่สามี ลูก สาว 1 คน ลูกชาย 2 คน (ออกเรือ) ลูกสะใภ้ 1 คน หลานชาย 2 คนและ หลานสะใภ้ 1 คน	เยี่ยมครั้งที่ 1, 2พบแม่ สามี, หลานชาย เยี่ยมครั้งที่ 3, 4พบแม่ สามีและ หลานสะใภ้ (ไม่ได้ มาร่วม สนทนา)	ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วย จัดการ เรื่องยาเอง	- ผู้ป่วยมีความสนใจ สุขภาพ มีความตั้งใจ ใส่ใจในการรักษาโรค ของตน คิดว่าการ รักษาทำให้ตนเองมี สุขภาพที่ดีขึ้นได้ - ผู้ป่วย มาพบแพทย์ บ่อยครั้งที่รพ. เนื่องจากพบแพทย์ หลายแผนกและมา ตรงนัดทุกครั้ง	- ผู้ป่วยเคยเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือด ต่ำ จึงมีความกลัวว่ จะเกิดขึ้นอีก จึง รับประทานอาหาร หวานเป็นจำนวน มาก และเคยหยุด ควบคุมอาหารเอง โดยเข้าใจผิดคิดว่า ตนหายจาก เบาหวานแล้ว	✓ ลูกสาวคน เป็นคนพา มารพ.	-	-

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ (ต่อ)

รายชื่อ	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	แนวคิดที่มีผลเชิง Positive ต่อสุขภาพ	แนวคิดที่มีผลเชิง Negative ต่อ สุขภาพ	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต.	อื่นๆ
6	สามี ลูก ชายคนเล็ก และ หลานสาว 1 คน (ลูก ของลูกสาว คนโต)	เยี่ยมครั้งที่ 1, 2 พบ ลูกชาย (แต่แยกตัว ไปไม่ มาร่วม สนทนา) เยี่ยม 3 พบสามี (เพิ่งกลับ จากทำงาน ไม่มาร่วม สนทนา)	ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วย จัดการ เรื่องยาเอง	- ผู้ป่วยมีความสนใจ เรื่องการฉีดยามาก ขึ้น หลังจากได้รับ คำแนะนำจากเภสัช กร - ผู้ป่วยตามัว ใช้ อินซูลินชนิดแบบ ปากกา เวลาหมุนยา ตามัวมองเลขที่ ปากกาไม่ชัดเจน จึง ใช้วิธีฟังเสียงคลิก ขณะหมุนปากกา และเมื่อหมุนครบปริ มาณที่แพทย์สั่ง จะ นำปากกาไปให้เพื่อน บ้านหรือคนในบ้าน (ถ้าอยู่) ช่วย ตรวจสอบให้	- เชื่อว่ายาของตน ที่กินอยู่ทุกตัว ระคายเคือง กระเพาะอาหาร ต้องรับประทาน อาหารก่อนจึงจะ รับประทานยาได้ ดังนั้นหากมือไหน ไม่ได้รับประทาน อาหารก็จะไม่ได้ รับประทานยา - คิดว่าฉีดอินซูลิน แล้วเวียนศีรษะ จึง ไม่ค่อยฉีด	√ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง	-	-
7	น้องสาว และ น้องเขย	พบทุกคน ใน ครอบครัว ที่อาศัยใน บ้าน เดียวกัน ทั้ง 2 ครั้ง ที่เยี่ยม บ้าน	น้อง เขยดูแล เรื่องการ ฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยจัด ยารับประทาน เอง	- น้องเขยมีความรู้ เรื่องโรคและยา เบาหวาน สามารถใช้ เครื่องตรวจน้ำตาล ปลายนิ้วได้ และปรับ อินซูลินเอง เพราะ สังเกตพบว่าผู้ป่วยมี อาการน้ำตาลใน เลือดต่ำช่วงกลางคืน แนะนำให้แจ้งแพทย์ ทราบด้วยเรื่องที่ปรับ การฉีดอินซูลินเอง	-	√ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง	-	-

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ (ต่อ)

รายชื่อ	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	แนวคิดที่มีผลเชิง Positive ต่อสุขภาพ	แนวคิดที่มีผลเชิง Negative ต่อ สุขภาพ	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต.	อื่นๆ
8	สามีและ หลานสาว	พบสามีทุก ครั้ง (5ครั้ง) ที่ เยี่ยมบ้าน	- ผู้ป่วย จัดการ เรื่องยาเอง	- ผู้ป่วยมีสุขภาพจิต และอารมณ์ดี มี ทัศนคติที่ดีต่อ บุคลากรทาง การแพทย์ - สามีผู้ป่วยช่วย เตือนเรื่องการ ควบคุมอาหารและ การรับประทานยา	- ผู้ป่วยมีความเชื่อ เรื่องผีสง นางไม้ เทวดา คิดว่าที่ตน ป่วยต้องไปรักษา ตัวในโรงพยาบาล นั้นเกิดจากเรื่อง ไสยศาสตร์ ไม่ได้ เกิดจากภาวะโรค ที่เป็น - ผู้ป่วยรักสวยรัก งาม ชอบดูละคร ลิเก เสียใจ โชค ชาติ ความใส่ใจเรื่องยา และสุขภาพของ ตน - ผู้ป่วยไม่ทราบ ความจำเป็นและ ไม่เข้าใจเรื่องการ ควบคุมอาหาร คิด ว่า อาหารที่ตนเอง รับประทานมี ปริมาณที่พอดี เหมาะสมแล้ว ไม่ มากเกินไป	✓ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง	-	✓ ผู้ป่วยไป รพ.ราชวิถี ตามนัด ด้วย ตัวเอง
9	พ่อ ภรรยา และลูกสาว	ไม่พบ	- ผู้ป่วย จัดการ เรื่องยาเอง	- ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ตนเองดูแลตัวเอง เรื่องการรับประทาน ยาและการล้างไต ทางช่องท้องได้ดีที่สุด แล้ว - พ่อของผู้ป่วยเป็น คนทำงาน หาเลี้ยง	- ผู้ป่วยรู้สึกว่ การรับประทานยา เยอะๆแล้วทำให้ คลื่นไส้อาเจียน รับประทาน ทั้งหมดตามที่ แพทย์สั่งไม่ไหว	✓ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง	✓ รพ.สต. เฉลิมพระ เกียรติ มา ฉัตร Erythro poietin inj	-

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ (ต่อ)

ราย ที่	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	แนวคิดที่มีผลเชิง Positive ต่อสุขภาพ	แนวคิดที่มีผลเชิง Negative ต่อ สุขภาพ	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต. บ้าน สหกรณ์	อื่นๆ
10	หลานชาย (ลูกชาย ไปๆมาๆให้ เงินใช้)	หลาน ชาย	หลาน ชายฉีด อินซูลินให้ และผู้ป่วย จัดยา รับประทาน เอง	- ผู้ป่วยจัดยา รับประทานอย่าง สม่ำเสมอ	- ผู้ป่วยกลัวเข็ม ไม่กล้าฉีดอินซูลิน เอง เคยจ้างให้ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ใกล้บ้านฉีดให้ เดือนละ 1000 บาท ต่อมาให้ หลานชายเป็นผู้ ฉีดอินซูลินให้ - ผู้ป่วยยอมรับว่า ไม่สามารถควบคุม การรับประทาน อาหารได้เลย คิด ว่ารับประทานได้ เพราะว่าฉีด อินซูลินและ รับประทานยา รักษาเบาหวานทุก วันอยู่แล้ว	✓ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง	✓ รพ.สต.บ้าน สหกรณ์	
11	สามี และ หลาน (ลูกสาวอยู่ คนละบ้าน แต่มาช่วยดู เรื่องยาทุก วัน)	พบทุกคน	ลูกสาว ดูแลเรื่อง ยาให้ผู้ป่วย โดยจัดยา ไว้ให้เป็น ชุดๆแล้ว ผู้ป่วยหยิบ ยาเอง	- ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่เป็น และยาที่ใช้ มีความ ใส่ใจการรับประทาน ยา	- ผู้ป่วยมีความ กังวลเกี่ยวกับ กระดูกด้านขาที่ หักไป เกิดจากเส้น ลัมพอน้ำห้องน้ำ มี ความกังวลกลัวว่า จะเดินไม่ได้ และ ตอนนี้หากฝึกเดิน แล้วเกิดอาการ เจ็บปวดจะยิ่งทำ ให้อาการแย่ลงจึง ไม่ค่อยกล้าฝึกเดิน	✓ ลูกสาวเป็น คนพาผู้ป่วย มารพ.	✓ รพ.สต. กำพำ	✓ ร้านยา

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ (ต่อ)

รายชื่อ	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	แนวคิดที่มีผลเชิง Positive ต่อสุขภาพ	แนวคิดที่มีผลเชิง Negative ต่อ สุขภาพ	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต.	อื่นๆ
12	สามี ลูก ชาย(ตา บอด)และ หลาน	ลูกชาย (ตาบอด) ดูแลเรื่อง พาแม่ เคลื่อนที่ ทำงาน บ้านและ ไปซื้อ อาหารข้าง นอก	ผู้ป่วยจัด ยาปรับ ประทาน เองและ หลานสาว ฉีดยา ให้ผู้ป่วย	- มีความคิดเชิงบวก ในการดูแลสุขภาพ และมีความใส่ใจใน การรับประทานยา ปฏิบัติตามที่แพทย์ สั่งอย่างเคร่งครัด	-	✓ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง (นั่งรถ รับจ้างไป รพ. ค่ารถ ประมาณ 240 บาท/ ครั้ง)	✓ รพ.สต.บ้าน กสิกรรม	-
13	ผู้ป่วยอยู่ บ้านคนเดียว ตาม ลำพังนานๆ ที่ลูกที่ ทำงานต่าง จังหวัดจะ มาเยี่ยม(มี ลูกชายคน เล็กและ	พบ ลูกสะใภ้ อยู่บ้าน ติดกัน	ผู้ป่วย จัดการ เรื่องยาเอง	- จากการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรายนี้ หลาย ครั้งพบว่า ผู้ป่วยมี ความเข้าใจภาวะโรค ของตนเองและการ ปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มากขึ้น เกิดความ ไว้วางใจบุคลากรทาง การแพทย์มากขึ้น	- ผู้ป่วยมีความเชื่อ ว่า การ รับประทานยา เยอะๆหลายชนิด แล้ว ทำให้อา เกิดปฏิกิริยาต่อ กัน ทำให้ผู้ป่วย เกิดอาการเวียน ศีรษะ จึงหยุดยา เอง เมื่อมาพบ	✓ ผู้ป่วยไปรพ. ตามนัดด้วย ตัวเอง (บางครั้งมา กับเพื่อน บ้าน)		
14	ภรรยา ลูก สาว	ภรรยา	- ภรรยา ดูแลฉีดยา ให้ผู้ป่วย ฉีดยา เอง - หลานสาว และให้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยจัดยา ใส่กล่อง แยกเป็น มื้อๆ	- ผู้ป่วยมีความ เชื่อมั่นในบุคลากร ทางการแพทย์ และ พยายามทำตาม คำแนะนำ แต่ไม่เชื่อ ในตัวของตัวเอง (ภรรยาและลูก) ไม่ ยอมให้จัดยาให้	- ผู้ป่วยไม่เชื่อใน ตัวของญาติ (ภรรยาและลูก) ไม่ยอมให้จัดยาให้ และไม่ฟังที่ญาติ เตือนเรื่องการ ควบคุมอาหาร	✓ ลูกสาวเป็น คนพามา รพ.	✓ รพ.สต. บ้านกสิกร รม (ช่วยจัด ยาเป็นมือ ใส่กล่องยา ไว้ให้)	-

ตารางการประเมิน ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพและสถานพยาบาลที่เลือกไปใช้บริการ (ต่อ)

รายชื่อ	Other people			Spiritual Health		Service		
	มีคนอื่นๆ ใน ครอบครัว	พบคน อื่นๆใน ครอบครัว	Care giver	เชิง Positive	เชิง Negative	รพ. สมุทรสาคร	รพ.สต.	อื่นๆ
15	พี่ชาย สามี ลูกสาว ลูกเขย และ หลานสาว	พบลูกสาว และหลาน สาว	- ลูกสาว จัดเตรียม ยาไว้ให้ ผู้ป่วยเป็น ชุดเป็น มี้อๆ - ผู้ป่วย หยิบยา รับประทาน เองและ ฉีดอินซูลิน เอง	- ผู้ป่วยอยากหาย จากอาการของโรค จึงพยายามฉีด อินซูลินในปริมาณที่ มากเกินไปกว่าที่แพทย์ สั่ง แต่ไม่ควบคุม อาหาร รับประทาน ของหวานตามปกติ	- ผู้ป่วยมีความเชื่อ ว่าการรับประทาน น้ำสมุนไพร เช่น น้ำใบยอ น้ำมะตูม ช่วยลดระดับ น้ำตาลในเลือดได้ จึงดื่มเป็นประจำ ดื่มแทนน้ำเปล่า (แนะนำควรดื่มแต่ พอเหมาะไม่ควร เติมน้ำตาลและ ปรึกษาแพทย์ถึง ปริมาณน้ำที่จำกัด ต่อวันด้วย)	√ ลูกสาวเป็น คนพามา รพ.	√ ลูกสาวพา ไปฉีด Erythro poietin inj ที่รพ.สต. บางหญ้า แพรก	-





กระบวนการและทักษะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย

ยกตัวอย่าง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายที่ 1

ก่อนเยี่ยมบ้าน	<p>กระบวนการและทักษะที่ใช้ในขั้นก่อนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>กระบวนการใช้ในขั้นก่อนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การส่ง Case โดยเภสัชกรห้องให้คำปรึกษาด้านยา 2. การบันทึกข้อมูล Case ที่ต้องการให้ไปเยี่ยมผ่านทาง Turbo Hosxp 3. การเตรียมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - การจัดระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในการออกเยี่ยม - ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้าน ช่วยกันคัดเลือกผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน - การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วย - การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน - ศึกษาข้อมูลเส้นทางการเดินทางจากฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่สร้างขึ้น โดยใช้โปรแกรม Google Map <p>ทักษะที่ใช้ในขั้นก่อนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งนั้นๆ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ กรณีศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยที่ส่งมาจากเภสัชกรและกรณีศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย ที่ส่งมาจากวิชาชีพอื่น <p>การศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ ใช้การสืบค้นประวัติในโปรแกรม HOS xP, จาก Note Photo และจากเวชระเบียนผู้ป่วย</p> <p>โดยที่ผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยชายไทยเดี่ยว อายุ 42 ปี มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตลอด มีปัญหาตาบวม ทำให้มองไม่ชัดเจน แพทย์สั่งให้ใช้อินซูลิน แต่พบว่ามีปัญหาทั้งเรื่องไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและไม่สามารถฉีดอินซูลินได้ เคยได้รับการสอนจากห้องให้คำปรึกษาด้านยาหลายครั้งแต่ยังคงพบปัญหาเกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน เภสัชกรห้องให้คำปรึกษาด้านยา จึงส่งต่อให้เภสัชกรเยี่ยมบ้าน ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและดำเนินการแก้ไขต่อ ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการส่งต่อปัญหาจากเภสัชกรห้องให้คำปรึกษาด้านยา</p> 1.2 การกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน <p>การกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ทำการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 7 ครั้ง ดังต่อไปนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและฉีดอินซูลินหากยังไม่สามารถฉีดได้ ต้องแนะนำให้ความรู้ สอนฉีดให้ผู้ป่วย</p>
----------------	--

<p>ก่อนเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>ครั้งที่ 2 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ให้กำลังใจในการเลิก บุหรี่ และแนะนำให้ความรู้เรื่องการรักษาอาหารที่เหมาะสม เพื่อที่จะควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้</p> <p>ครั้งที่ 3 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ซึ่งผู้ป่วย loss follow up ไม่มาตามนัดที่รพ.และติดตามดูแลฟันที่หัวเข่าและข้อศอก หากไม่ได้ทำผลอาจลุกลาม เป็นแผลเบาหวานได้</p> <p>ครั้งที่ 4 จากผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ไม่พบผู้ป่วยและทราบจากแม่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเลิกยาเสพติดแล้ว ตั้งเป้าหมายจะติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาอีกครั้ง แต่ครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วย แม่แจ้งว่าผู้ป่วยไปทำงานข้างนอก</p> <p>ครั้งที่ 5 จากผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ความรู้ใหม่อีกครั้ง และชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้ ให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยขาดนัดประมาณ 1 เดือน</p> <p>ครั้งที่ 6 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ความรู้ใหม่อีกครั้ง และชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้ วางแผน ติดตาม เรื่องการใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยที่ $Scr > 1.5$ ปรึกษาแพทย์พิจารณาหากผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี อาจพิจารณาหยุดยา Metformin เพื่อลดความเสี่ยง Lactic acidosis</p> <p>ครั้งที่ 7 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ความรู้ใหม่อีกครั้ง และชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้ เน้นย้ำผลเสียจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากผลความร่วมมือดีขึ้น วางแผนปรึกษาแพทย์พิจารณา ตามที่ผู้ป่วยใช้จริงและติดตามเรื่อง Lactic acidosis จากการใช้ยา Metformin</p>
<p>ขณะเยี่ยมบ้าน</p>	<p>กระบวนการใช้ในขั้นขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>ระหว่างการเยี่ยมบ้าน เกสัชกรจะสอบถามประเด็นหลักที่ได้รับการส่งต่อ สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และบันทึกข้อมูลที่ได้ลงแฟ้มครอบครัวของผู้ป่วย ใช้แบบบันทึก INHOMESSS เป็นเครื่องมือช่วยในการจดจำและประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน</p> <p>กรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จะต้องบันทึกตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยจากโปรแกรม Google Map เพื่อสร้างเป็นฐานข้อมูลแผนที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>ทักษะที่ใช้ในขั้นขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>1. สังเกต สิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี</p> <p>จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-7 พบว่า บริเวณชุมชนโดยรอบบ้านไม่ปลอดภัย เป็นแหล่งยาเสพติด ในส่วนของบริเวณบ้าน มีเศษขวดเศษแก้ว เนื่องจากที่บ้านผู้ป่วยประกอบอาชีพขายของเก่า จึงเก็บของเก่ามาสะสมไว้ที่บ้าน มีความเสี่ยงก่อให้เกิดอันตราย จากอุบัติเหตุ เช่น โดนเศษแก้วบาดได้ บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ยกพื้นมีได้ลุนใช้เก็บของเก่า ภายในบ้านค่อนข้างร้อน ในบ้านไม่มีห้องแยก ผู้ป่วยนอนบริเวณหน้าโทรทัศน์ ในบ้านประกอบด้วย พ่อ แม่ และพี่ชายอีก 2 คน ทุกครั้งที่เกสัชกรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พ่อและแม่ผู้ป่วยจะมาพร้อมสนทนาด้วยทุกครั้งที่มาเยี่ยมบ้าน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเกสัชกร สังเกตได้ว่าแม่จะมีอิทธิพลเหนือผู้ป่วย จะคอยพูด</p>

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>ตกเดือน ใช้น้ำเสียงที่ดังพอสมควรกับผู้ป่วย ส่วนพี่ชายของผู้ป่วยทั้ง 2 คน ไม่เคยมาร่วมสนทนาด้วย เนื่องจากมีปัญหาทางการเข้าสังคม (จิตเวช) ผู้ป่วยและพ่อเป็นผู้ทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว รายได้น้อย บ้านเป็นบ้านเช่า ค่าเช่า 5000 บาทต่อปี ในการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งแรก ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการใช้อยาเสพติด (Amphetamine) จึงเว้นระยะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไปก่อน ต่อมาทราบจากแม่ว่าผู้ป่วยเลิกยาเสพติดแล้วขณะเดินสวนทางกันที่โรงพยาบาล จึงกลับไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีกครั้ง พบผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 ผู้ป่วยมีทิ่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น มาร่วมพูดคุยกับเภสัชกรมากขึ้น ต่อมาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 6 และ 7 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรและมีแนวโน้มมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น</p> <p>2. ทักษะในการสื่อสารและการให้คำแนะนำ ปรึกษาเรื่องยา (Communication skill and drug counseling)</p> <p>ทักษะการถาม</p> <p>1. ชักถาม ประเด็นคำถามที่ตรงประเด็น</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 ถูกส่งต่อด้วยปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา สายตาไม่ดี พ่อจะเป็นคนดูแลดูแลสุขภาพให้ผู้ป่วยฉีดยาเอง ซึ่งเภสัชกรทราบพื้นฐานปัญหาของผู้ป่วยมาบ้างแล้วจากการเตรียมข้อมูลผู้ป่วย และเมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมียาเหลือเป็นจำนวนมาก จึงสอบถามผู้ป่วยถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยตอบคำถาม โดยให้เหตุผลว่า “ผมไม่ได้กินยาเม็ดเลย อ่านหนังสือไม่ได้ ไม่รู้ว่ากินยังไง กินไม่ถูก มันเป็นยารักษาอะไรบ้าง เลยไม่กินยาเม็ด ฉีดยาอย่างเดียว ”</p> <p>2. การถามโดยการทวนคำพูดของผู้ป่วย</p> <p>ยกตัวอย่าง จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 7 เภสัชกรให้ผู้ป่วยเล่าถึงการเข้ายาเบาหวานของตนเอง</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 “ เดี่ยวนี้ผมกินยาเม็ดแล้วนะ แต่ไม่ได้ฉีดยา ”</p> <p>เภสัชกรเยี่ยมบ้าน “ กินยาเม็ดแล้วดีแล้วค่ะ แต่ไม่ได้ฉีดยา เพราะอะไรหรือคะ ”</p> <p>3. การถามโดยสะท้อนความรู้สึก และ 3. การฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง โรคและยาที่ใช้ โดยไม่ตัดสิน เกิดขึ้นพร้อมๆกัน</p> <p>ในการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1-4 (ผู้ป่วยหนีไปไม่อยู่พบในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 และในการเยี่ยมครั้งที่ 4 ออกไปทำงานข้างนอกไม่กลับบ้าน คุยกับพ่อและแม่ผู้ป่วยแทน) เภสัชกรมีโอกาสนสนทนากับผู้ป่วยไม่มากนัก เนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยที่สนทนาแบบพูดคำตอบ และ ไม่พบผู้ป่วยที่บ้านในการเยี่ยมบางครั้ง ส่วนใหญ่ได้คำตอบจากแม่ของผู้ป่วย การถามโดยสะท้อนความรู้สึกจึงขอยกตัวอย่าง จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5-7 ผู้ป่วยเริ่มให้ความร่วมมือในการรับฟังเภสัชกรที่ไปเยี่ยม มีการสนทนาโต้ตอบที่ดีขึ้นมาก และเริ่มเปิดใจยอมรับกับเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 ว่า “ ผมไม่ได้กินยาเม็ดเลย อ่านหนังสือไม่ได้ ไม่รู้ว่ากินยังไง กินไม่ถูก มันเป็นยารักษาอะไรบ้าง เลยไม่กินยาเม็ด ฉีดยาอย่างเดียว ” (ซึ่งความรู้และวิธีการรับประทานยาเภสัชกรอธิบายผู้ป่วยทุกครั้งที่มาเยี่ยมบ้าน แต่ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ทราบ แสดงว่าในการเยี่ยม</p>
---------------------------------------	--

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>บ้าน 2 ครั้งแรก ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมที่จะรับฟังความรู้ต่างๆที่ให้อ้างอิง) ซึ่งการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 เกษชกรได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ก่อนที่ยาจะหมด หรือรีบมาเมื่อสะดวก เนื่องจากผู้ป่วยขาดนัดไปนาน (แต่ยังมียาเหลืออยู่) และขาดการส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น</p> <p>หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามคำแนะนำของเกษชกร พร้อมกับแม่ เกษชกรขอคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง สอบถามพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้ป่วยเล่าว่า “กินยาแล้ว ไม่ค่อยลืม ลืมตอนไปทำงานนอกบ้าน และเอา Insulin ใส่กระติกน้ำแข็ง เพื่อนที่ทำงานดูดยาให้ ” เมื่อสอบถามถึงพ่อและแม่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยเล่าว่า “ วันนี้นำมาหมอกับแม่ หากคนละหมอก ร้าคาญแม่ แม่ชอบบ่นเรื่องยา ” การสนทนากันครั้งนี้ ถือว่าผู้ป่วยยอมเปิดใจเล่าถึงการใช้ยาของตน</p> <p>เมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 6 ซึ่งในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกชนิดแล้วแต่ไม่สม่ำเสมอ เพราะมีปริมาณยาที่เหลืออยู่พอสมควร (Compliance <80 %) จากเดิมที่ไม่เคยรับประทานเลย และไปทำแผลที่รพ.สต.ใกล้บ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้แผลดีขึ้น</p> <p>ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 7 เกษชกรให้ผู้ป่วยเล่าถึงการใช้อาหารเบาหวานของตนเอง “ถ้าฉีดอินซูลิน จะไม่กินยาเม็ด ถ้ากินยาเม็ด จะไม่ฉีดอินซูลิน ตอนนี้งินยาอย่างเดียว ไม่ได้ฉีดกลีเซอรีนน้ำตาลต่ำ เคยเป็นลมตอนทำงาน”</p> <p>การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 ประเภท</p> <p>1. การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น</p> <p>ตัวอย่าง ขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 7 เจาะน้ำตาลปลายนิ้วให้ผู้ป่วย ผลที่ได้ คือ 260 mg% ว่าแผลฝีตามร่างกายผู้ป่วยดีขึ้น จึงเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยนึกภาพตามจากอดีตในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเคยระดับน้ำตาลในเลือดสูงถึง 567 mg% จากการไม่ได้ใช้ยารักษาเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ต่างจากผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 เป็นต้นมา ซึ่งผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องยาเสพติดแล้ว เริ่มหันมาฟังคำแนะนำของเกษชกรไปพบแพทย์ตามนัด เช่น นัดตรวจตา ทำเลเซอร์ ช่วยให้มีการมองเห็นที่ดีขึ้น ส่วนเรื่องแผลฝีที่มักเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น แผลต่างๆก็ดีขึ้นตาม ผู้ป่วยเริ่มเกิดความภูมิใจที่ตน สามารถทำให้ภาวะของโรคดีขึ้นได้ เมื่อเกษชกรถามถึงเรื่อง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยเล่าว่า “ หมอบอกว่าไตดีขึ้น ”</p> <p>และเนื่องจากแม่ของผู้ป่วยซึ่งเป็นเบาหวานเช่นกันและเป็นผู้คอยบ่นเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย อดีตเคยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่ช่วงหลังมีปัญหาเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 7 นี้พบว่าแม่ของผู้ป่วยมีระดับระดับน้ำตาลในเลือด 304 mg % ซึ่งมากกว่าผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าแม่</p> <p>2. หลีกเลี่ยงการโต้เถียง</p> <p>ตัวอย่าง เหตุการณ์การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5</p>
-----------------------------------	--

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 ผู้ป่วยเล่าว่า “ผมไม่ได้กินยาเม็ดเลย อ่านหนังสือไม่ได้ ไม่รู้ว่ากินยังไง กินไม่ถูก มันเป็นยารักษาอะไรบ้าง เลยไม่กินยาเม็ด ฉีดยาอย่างเดียว ” ถึงแม้ว่าเภสัชกรจะเคยสอน แนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเอกรเยี่ยมบ้านครั้งก่อนหน้านี้อแล้ว แต่ผู้ป่วยยังแจ้งว่าไม่ทราบ ซึ่งเภสัชกรไม่ได้โต้แย้งใดใด เพียงแต่ช่วยแนะนำวิธีการจัดยาให้ง่ายต่อการหยิบยารับประทาน</p> <p>3. ตะล่อมหมูนไปกับแรงต้าน ตัวอย่าง เหตุการณ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 7</p> <p>การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 7 ผู้ป่วยให้ข้อมูลเรื่องการไข้ยาเบาหวานว่า “ถ้าฉีดยาอินซูลิน จะไม่กินยาเม็ด ถ้ากินยาเม็ด จะไม่ฉีดยาอินซูลิน ตอนนี่กินยาอย่างเดียว ไม่ได้ฉีดยา กลัวน้ำตาลต่ำ เคยเป็นลมตอนทำงาน” ครั้งนั้น ซึ่งเภสัชกรได้แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน ความจำเป็นที่ต้องใช้ และวิธีการแก้ไขปัญหากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแก่ผู้ป่วย</p> <p>4. แสดงความเห็นอกเห็นใจ ขอยกตัวอย่างเหตุการณ์จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งที่ 1 และ 2</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จากการส่งต่อปัญหาจากเภสัชกรห้องให้คำปรึกษาด้านยา เรื่องเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตลอด มีปัญหาตามัว ทำให้มองไม่ชัดเจน แพทย์สั่งให้ใช้อินซูลิน แต่พบว่ามีปัญหาทั้งเรื่องไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและไม่สามารถฉีดยาอินซูลินได้ เคยได้รับการสอนจากห้องให้คำปรึกษาด้านยาหลายครั้งแต่ยังคงพบปัญหาเกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลิน เภสัชกรห้องให้คำปรึกษาด้านยา จึงส่งต่อให้เภสัชกรเยี่ยมบ้านค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและดำเนินการแก้ไขต่อ</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถฉีดยาอินซูลินเองได้ ให้ผู้ป่วยลองดูอินซูลิน พบว่าไม่สามารถดูได้ ต้องให้พ่อดูให้ แต่ฉีดยาเองได้ เมื่อให้พ่อดูอินซูลินให้ดู ดูยาได้ขนาดที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินให้ดู สามารถฉีดยาเองได้ เทคนิคถูกต้อง เภสัชกรจึงทบทวนการฉีดยา การเก็บรักษา และตำแหน่งฉีดยาแก่ รวมถึงความสำคัญของของยาผู้ป่วยและญาติ</p> <p>ตัวอย่าง เหตุการณ์ เภสัชกรสนทนากับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เภสัชกร : “ขออนุญาตเจาะน้ำตาลปลายนิ้วนะคะ อยากรู้หรือไม่ว่าตอนนี้ น้ำตาลเท่าไร”</p> <p>ผู้ป่วย : พักหน้า แต่ไม่ตอบ</p> <p>เภสัชกร : “เมื่อสองวันก่อนไปรพ. DTX 567 mg% คุณ.....บอกเภสัชกรที่จ่ายยาว่าไม่ได้ฉีดยาเพราะเข็มฉีดยาหมดหรือคะ”</p> <p>ผู้ป่วย : พักหน้า “แต่วันนี้ฉีดยาแล้ว”</p> <p>เภสัชกร : “ผลน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ HI นะคะ คือมากกว่า 600 mg% ค่ะ สูงมากๆเลย”</p> <p>เภสัชกร : “คุณ.....ทานอาหารตามปกติหรือเปล่า มีการควบคุมอาหารหรือไม่คะ”</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม และส่ายหน้า “ไม่คุม”</p> <p>แม่ผู้ป่วย : “มันชอบกินผัก กินทุกวัน กินเหล้าด้วย สูบบุหรี่ด้วย ไม่ได้คุมหรอก”</p>
---------------------------------------	---

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>เภสัชกร : อธิบายเรื่อง ความสำคัญของการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน “คุณ.....คิดว่าอย่างไรบ้างคะ ”</p> <p>ผู้ป่วย : พยักหน้า “ครั้งหน้าจะคุม”</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอ ฉีดน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพราะตื่นนอนไม่ทันพ้อออกไปทำงานแล้ว ไม่ได้รับประทานยาเลยทุกชนิด แจ้งจะเริ่มควบคุมอาหาร ลดการสูบบุหรี่ลงเหลือ 5 มวน/วัน ยังดื่มสุรา และมีแผลเรื้อรังที่ข้อศอกและหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง เรื่องอาหารแม่เป็นคนทำ และแม่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานเช่นกัน แต่ควบคุมได้ดีมาก รับประทานยาถูกต้อง ถึงแม้จะอ่านหน้าของยาไม่ได้ และเป็นคนคอยเตือนให้ผู้ป่วยกินยา แต่ไม่ได้จัดยาให้ แม่ค่อนข้างมีอิทธิพลต่อผู้ป่วย สังเกตได้ว่าเวลาแม่พูด ผู้ป่วยจะเงิบ</p> <p>เภสัชกร : “คุณ..... ช่วงนี้ฉีดอินซูลินทุกวันหรือเปล่านั้นคะ”</p> <p>ผู้ป่วย : “ไม่ทุกวันหรอก ถ้าวันไหนตื่นไม่ทันพ้อ ก็ไม่ได้ฉีด พ้อไปทำงานเช้า”</p> <p>เภสัชกร : “วันนี้ ขอเจาะน้ำตาลปลายนิ้วหน่อยนะคะ ทานข้าวไปตอนไหนคะ”</p> <p>ผู้ป่วย : พยักหน้า “กินไปตอนเที่ยง” เป็นการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วหลังอาหาร 2 ชั่วโมง</p> <p>เภสัชกร : “ผลน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 486 mg% นะคะ ยังสูงอยู่เลยคะ”</p> <p>เภสัชกร : “คุณ.....ขอดูยาที่ใช้หน่อยนะคะ”</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม และส่ายหน้า “ไม่คุม” แล้วนำมาให้ดู พบว่าไม่ได้รับประทานยาเลย</p> <p>แม่ผู้ป่วย : เสริมว่า “มันชอบกินโค้ก กินทุกวัน กินเหล้าด้วย สูบบุหรี่ด้วย ไม่ได้คุมหรอก” “.....ยายบอกให้กิน มันก็ไม่กิน มันดื้อ”</p> <p>เภสัชกร : อธิบายเรื่อง ความสำคัญของการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน “คุณ.....คิดว่าอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>ผู้ป่วย : พยักหน้า แบบก้มหน้าแล้วพูดว่า “ครั้งหน้าจะคุม”</p> <p>แม่ผู้ป่วย : เสริมว่า “ที่บ้านก็มีแต่น้ำพริกกับปลาพุดทอด อย่างอื่นไม่มีหรอก”</p> <p>เภสัชกร : “จำ นั้นคุณ..... ลองลดน้ำตาลลงพวกโค้ก ลงนะคะ แล้วอาหารก็กินข้าวที่มีนะ.....แล้วกินข้าวเยอะมัย”</p> <p>ผู้ป่วย : พยักหน้า “3 ทัพพี”</p> <p>เภสัชกร : สังเกตเห็น แผลที่ข้อศอกและหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง ไม่ได้ทำแผล จึงสอบถามว่าเป็นมานานแค่ไหน และสาเหตุการเกิดแผล “คุณ.....แผลมานานหรือยัง ไปโดนอะไรมา”</p> <p>ผู้ป่วย : “ไม่รู้... น่าจะพวกเศษไม้เศษแก้ว”</p> <p>เภสัชกร : เภสัชกรจึงช่วยทำแผลให้ผู้ป่วย และให้ชุดทำแผลเพื่อไว้ทำเองที่บ้าน “คุณ.....ทำแผลเองได้มัย ถ้าไม่ได้ให้ไปทำแผลที่อนามัยนะ ไม่งั้นไม่หาย จะกลายเป็นแผลเบาหวานได้”</p> <p>ก่อนจบบทสนทนาเภสัชกร ได้ทำการตกลงกับผู้ป่วยว่า ครั้งหน้าขอให้น้ำตาลไม่เกิน 300 mg% และได้แนะนำผู้ป่วยและญาติว่า หากวันไหนที่ผู้ป่วยตื่นนอนไม่ทัน ก่อนพ้อออกไป</p>
--------------------------------	---

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>ทำงาน ให้พ่อดูต๋อนซูลินใส่กระบอกฉีดยา แล้วเก็บไว้ในตู้เย็น แล้วให้ผู้ป่วยหยิบมาฉีดเองหลังได้</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ทราบว่าการจะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกร อาจต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับสิ่งที่เภสัชกรให้ความรู้ จำเป็นต้องพูดเน้นย้ำหลายๆ ครั้ง และต้องให้กำลังใจ ไม่เร่งรัดในการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม จากการสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงเมื่อแม่พูด ทำให้ทราบว่า เภสัชกรควรพูดให้คำแนะนำ ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและไม่ควรพูดในเชิงตำหนิหรือต่อว่า</p> <p>5. ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้</p> <p>ขอยกตัวอย่างเหตุการณ์จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในครั้งที่ 5</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 พบว่าผู้ป่วยฉีดอินซูลินเองทุกวันพ่อดูให้แล้วฉีดเอง แต่ยังคงไม่ได้รับประทานยาชนิดเม็ดเลย ครึ่งนี้เป็นครั้งแรกที่พบผู้ป่วย หลังจากทราบจากแม่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเลิกยาเสพติดแล้ว ผู้ป่วยมีแผลฝีที่ศีรษะ</p> <p>ตัวอย่าง เหตุการณ์ เภสัชกรสนทนากับผู้ป่วย</p> <p>เภสัชกร : “เดี๋ยวนี้ฉีดยาอย่างไรบ้าง กินยาอย่างไร”</p> <p>ผู้ป่วย : พยักหน้า “ฉีดทุกวัน แต่ไม่ได้กินเลย ผมไม่ได้กินยาเม็ดเลย อ่านหนังสือไม่ได้ ไม่รู้ว่ากินอย่างไร กินไม่ถูก มันเป็นยารักษาอะไรบ้าง เลยไม่กินยาเม็ด ฉีดยาอย่างเดียว ”</p> <p>เภสัชกร : แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและยารักษาเบาหวานแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง แม้ว่าจะเคยอธิบายแล้วเมื่อทุกครั้งของการเยี่ยมบ้านครั้งก่อนๆ “วันนี้ลองเจาะน้ำตาลดูมั้ย ว่า ลดลงแล้วหรือยัง”</p> <p>ผู้ป่วย : พยักหน้า</p> <p>เภสัชกร : “ผลน้ำตาลปลายนิ้ว 85 mg% ค่ะ ปกติเลย”</p> <p>เภสัชกร : “คุณ.....ตั้งแต่เข้าทานอะไรไปบ้างคะ” ขณะเยี่ยมเวลาประมาณ 15:00 น.</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม “ไม่ได้กินข้าวเลย กินขนมปลากริมไปด้วยตั้งตั้งแต่เช้า”</p> <p>เภสัชกร : “พวกน้ำอัดลม ได้กินอยู่มัย คุณ.....”</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม “ไม่ได้กินเลย เหล้าก็ไม่ได้กิน”</p> <p>เภสัชกร : “ดีแล้ว ดีมากเลยคะ.....ช่วงนี้ยาฉีดยังมีเหลือมัยคะ เห็นว่าที่หมอนัดไว้ 2 สัปดาห์ก่อน ไม่ได้ไปตามนัด”</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม “ช่วงนี้ไม่ค่อยว่าง ทำไฟที่วัด ยายังมีเหลืออยู่”</p> <p>เภสัชกร : “แล้วเรื่องแผลฝีที่ผ่ามา หมอให้ยามา คุณ.....ไม่ได้กินเลย แผลเลยยังไม่หาย แล้วมีอาการปวดบ้างมัยคะ”</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม “ไม่ได้กิน เคี้ยวไม่ปวดไม่ต้องกิน”</p> <p>เภสัชกร : อธิบายยาที่ผู้ป่วยได้ คือ Paracetamol และ Dicloxacillin ว่าให้กินเฉพาะยา Dicloxacilin ซึ่งเป็นยาฆ่าเชื้อรักษาแผล หากไม่มีอาการปวด “ถ้ายังกินยาฆ่าเชื้อนะคะ กินต่อเนื่องซัก 5 วันก็ยิ่งดี ถ้ายังไม่สะดวกไปรพ.ไปทำแผลที่อนามัยก็ได้คะ” เยี่ยมบ้าน</p>
-----------------------------------	--

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>ครั้งนี้ วัดความดันโลหิตให้พ่อผู้ป่วย เดิมไม่มีโรคประจำตัวอะไร ปรากฏว่ามีความดันโลหิตสูงขึ้น เกสัชกรจึงแนะนำให้ไปวัดซ้ำที่อนามัย “ให้พ่อและคุณ....ไปอนามัยด้วยกันเลย”</p> <p>พ่อผู้ป่วย : “พรุ่งนี้ไปเลยครับ”</p> <p>เกสัชกร : ส่วนเรื่องยารับประทานชนิดเม็ดของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานเลย เกสัชกรได้สอนวิธีการจัดยา เพื่อสะดวกและง่ายต่อการหยิบรับประทาน เมื่อทบทวนเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องและเข้าใจสิ่งที่เกสัชกรแนะนำมากขึ้น และเมื่อให้หยิบยาให้ดูผู้ป่วยสามารถหยิบได้ถูกต้องตามที่สอน</p> <p>ก่อนจบบทสนทนาเกสัชกร ได้ชื่นชมผู้ป่วยว่าตอนนี้ผู้ป่วยฉีดยาได้สม่ำเสมอขึ้น ผลการรักษา (DTX) ดีขึ้นกว่าอดีตมาก “ตอนนี้เหลือเรื่องการกินยา ถ้ากินยาสม่ำเสมอรับรองคุณน้ำตาลได้ จะสุขภาพดี แผลหายเร็วและตามัวจะดีขึ้น เมื่อก่อนน้ำตาล ห้าหกร้อยเตี้ยวันนี้เป็นไง ดีขึ้นมาก สรุบบ่นคะว่า คุณ.... เรื่องแผลถ้าไม่สะดวกไปรพ.ให้ไปทำแผลที่อนามัย และตอนนี้เลยนัดเดิมของรพ.แล้ว อยากให้คุณ....ไปรพ.ก่อนยาฉีดหมดนะคะ ไปเร็วได้แค่ไหนยิ่งดี จะได้ตรวจตาและเจาะเลือดด้วยคะ.....และตอนนี้เรื่องเหล่านี้ เรื่องยากก็ไม่มีแล้ว ดูดีขึ้นเยอะเลย ถ้ายังไงคุณ.....ลองทำตามคำแนะนำนะคะ</p> <p>พ่อผู้ป่วย : “มันอ้วนขึ้น สะอาดขึ้น เมื่อก่อนต้องเอาน้ำสาด ไม่อาบน้ำ”</p> <p>ผู้ป่วย : ยิ้ม</p> <p>4. ทักษะการสอน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา</p> <p>การสอนหรือให้ความรู้ที่แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความรู้เรื่องโรคและความรู้เรื่องยาของผู้ป่วยโดยการพูดอธิบาย 2. การสอนเทคนิค โดยการแสดงให้ดู <p>อธิบายรวมกันทั้ง ข้อ 1)และ2) ดังนี้</p> <p>เกสัชกรให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคและความสำคัญของการใช้ยาทั้งรับประทานและฉีด ถึงแม้ว่าจะให้ความรู้เรื่องดังกล่าวแก่ผู้ป่วยมาหลายครั้งแล้ว แต่สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มรับฟังในช่วงที่เยี่ยมบ้านครั้งหลังๆ และในการเยี่ยมครั้งที่ 5 จึงมีโอกาสดูคุย ทำความเข้าใจเรื่องยารับประทาน ซึ่งยาที่ผู้ป่วยได้รับมี 3 มื้อ คือ 1. Metformin 500 mg 1x2 pc 2. Enalapril 5 mg 1x1 pc 3. Simvastatin 20 mg 1x1 hs เกสัชกรจึงเสนอวิธีการรับประทานยา แบบรวบมือจาก 3 มื้อ เหลือ 2 มื้อคือ เช้าและเย็น โดยนำยามื้อเช้าใส่ซองยาใส่ได้แก่ ยา Metformin และ Enalapril ยามื้อเย็นใส่ซองยาสีขา ได้แก่ Metformin และ Simvastatin และเขียนตัวเลขขนาดใหญ่เป็นสัญลักษณ์ เช่น 1-0-1 ให้ เพื่อความง่ายในการหยิบยา รับประทาน ซึ่งผู้ป่วยให้ความสนใจ และได้ให้ผู้ป่วยทดลองจัดให้ดู พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดยาได้ถูกต้อง</p> <p>6. เสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ</p> <p>ยกตัวอย่าง เหตุการณ์ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ที่เกสัชกรทำแผลให้ผู้ป่วยและแนะนำให้ไปทำแผลที่ รพ.สต.หรือสถานอนามัยใกล้บ้าน พร้อมให้ชุดทำแผลแก่ผู้ป่วย หากสามารถทำเองได้</p>
---------------------------------------	---

<p>ขณะเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>และเหตุการณ์ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 ที่เภสัชกรแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำแผลผ้าฝ้ายที่ศีรษะของผู้ป่วย ว่าหากไม่สะดวกเดินทางไปรพ. ผู้ป่วยสามารถไปทำแผลที่รพ.สต.หรือสถานีนามัยใกล้บ้านได้</p> <p>7. สรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยแบ่งเป็น แนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองของโรงพยาบาลและแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองของผู้ป่วย</p> <p>จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 7 ครั้ง แนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองของโรงพยาบาล เห็นว่าผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควรได้รับยารักษาทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด และจำเป็นต้องได้รับการให้ความรู้ทั้งเรื่องโรคและยารักษาอย่างเหมาะสม ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับแนวทางการแก้ไขปัญหาในมุมมองของผู้ป่วย เห็นว่า การฉีดยา (อินซูลิน) สำคัญกว่าการรับประทานยาชนิดเม็ด เพราะขาดความรู้ทั้งเรื่องยาและโรค รู้ว่าพ่อดุดยาให้ตน ตนก็ฉีดยา เพราะตัวเองสายตาไม่ดี เมื่อเป็นแผล ไปพบแพทย์ที่ รพ. ผ่าฝี ทำแผลให้ คือการรักษา ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เพราะเข้าใจว่ารับประทานเฉพาะเวลาปวด ไปทำแผลที่รพ.สต.แล้วแผลก็ดีขึ้น จึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา หรือเวลาที่จักษุแพทย์นัดตรวจตายังเลเซอร์ อาการตามัวดีขึ้น โดยไม่ต้องใช้ยา ซึ่งอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น จอประสาทตาเสื่อมที่เกิดจากเบาหวานหรือแผลที่เกิดจากเบาหวาน ผู้ป่วยไม่ทราบที่เกิดจากการโรคที่เป็นที่ไม่สามารถควบคุมได้ เพราะไม่ได้ใช้ยาตามที่แนะนำอย่างเหมาะสม คือ ยารักษาทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ</p>
<p>หลังเยี่ยมบ้าน</p>	<p>กระบวนการใช้ในขั้นหลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านประชุม สรุปผลการเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลต่อ 2. การลงข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรม Google Map Google drive และแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย 3. การนำข้อมูลที่ส่งผ่าน Note Photo ไปใช้ <p>ทักษะที่ใช้ในขั้นหลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สรุปผลแต่ละครั้ง ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สิ่งที่จะต้องทำต่อ คืออะไร <p>จากการเยี่ยมบ้านทั้ง 7 ครั้ง สามารถสรุปผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ดังนี้</p> <p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและฉีดยาอินซูลินหากยังไม่สามารถฉีดยาได้ ต้องแนะนำให้ความรู้ สอนฉีดให้ผู้ป่วย</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบปัญหาดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่สามารถดูอินซูลินเองได้ เพราะสายตาไม่ดี จึงให้พ่อดูให้แล้วผู้ป่วยฉีดยาเอง ทดลองให้พ่อดูดยาแล้ว ดูได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ได้ฉีดยา เพราะเข็มฉีดยาหมด ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วจึงได้ DTX = HI 3. ไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหาร จึงไม่ได้คุมเลย

<p>หลังเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>4. อ่านหนังสือไม่ได้ ตามัว หากมีการปรับยาต้องเน้นย้ำผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <p>5. ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 11 มวน/วัน อยากลิกแต่ยังทำใจไม่ได้ และยังคงดื่มสุรา</p> <p>6. แม่แจ้งว่าผู้ป่วยติดยาเสพติด</p> <p>หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1</p> <p>สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้</p> <p>1. ให้ความรู้เรื่องการฉีดอินซูลิน ทบทวนเทคนิคการฉีดยา/การเก็บรักษายา/ตำแหน่งที่ฉีดยา ให้ความรู้เรื่องโรค อากาการแทรกซ้อน อธิบายความสำคัญของการคุมอาหาร</p> <p>2. การติดต่อ ประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ติดต่อประสานงานโดยตรงที่หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ เรื่องการใช้จ่ายเสฟติดของผู้ป่วย</p> <p>สิ่งที่ส่งติดตามต่อหากผู้ป่วยมารพ.</p> <p>ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าและหากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดอินซูลิน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งพ่อให้ทราบ</p> <p>เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ตามัว หากมีการปรับยาต้องเน้นย้ำผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ และแนะนำให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบปัญหาต่อไปนี้</p> <p>1. ผู้ป่วยฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอ ฉีดน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพราะตื่นนอนไม่ทันพ้อออกไปทำงานแล้ว ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ DTX = 468 mg% หลังอาหาร 2 ชั่วโมง</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาทุกชนิด</p> <p>3. ผู้ป่วยแจ้งจะเริ่มควบคุมอาหาร</p> <p>4. ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่ข้อศอกและหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง</p> <p>5. ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 5 มวน/วัน พยายามลดลงแล้ว และยังคงดื่มสุรา</p> <p>หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2</p> <p>สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้</p> <p>1. ผลความร่วมมือในการใช้ยา Non Adherence คือ ใช้เฉพาะการฉีดอินซูลินและฉีดไม่สม่ำเสมอ เกสซ์กรให้ความรู้เรื่องโรคและความสำคัญของการใช้ยารักษาทั้งชนิดฉีดและรับประทานอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. ผู้ป่วยลดปริมาณการสูบบุหรี่ได้</p> <p>3. ผลการแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้ป่วยยังไม่ได้ปฏิบัติตาม แจ้งว่าจะเริ่มปฏิบัติตามตั้งแต่นี้ เกสซ์กรจึงให้คำแนะนำเรื่องของการควบคุมอาหารและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือไม่ควรรับประทานของผู้ป่วยเบาหวาน</p> <p>สิ่งที่ส่งติดตามต่อหากผู้ป่วยมารพ.</p> <p>ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าและหากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดอินซูลิน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งพ่อให้ทราบ</p>
------------------------------------	---

<p>หลังเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ซึ่งผู้ป่วย loss follow up ไม่มาตามนัดที่รพ.และติดตามดูแลผิวหนังที่หัวเข่าและข้อศอก หากไม่ได้ทำแผลอาลุกลามเป็นแผลเบาหวานได้</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบปัญหาต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบผู้ป่วย จึงสอบถามจากแม่และพ่อผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาทุกชนิด และฉีดยาไม่สม่ำเสมอ 3. ผู้ป่วยยังควบคุมอาหาร 4. ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่ข้อศอกและหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง 5. ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ยังดื่มสุรา และยังใช้ยาเสพติด <p>หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่ากให้พ่อและแม่ช่วยพูดให้ผู้ป่วยไปรพ. และดูเรื่องแผลของผู้ป่วย 2. ผ่ากให้พ่อและแม่ช่วยให้กำลังใจผู้ป่วยในการใช้ยารักษาโรค เลิกยาเสพติด และบุหรี่ 3. พบว่ามียาเหลือเยอะมาก ไม่ได้รับประทานเลยและฉีดยา <p>สิ่งที่ส่งติดตามต่อหากผู้ป่วยมารพ.</p> <p>ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าและหากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดอินซูลิน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งพ่อให้ทราบ</p> <p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 จากผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ไม่พบผู้ป่วยและทราบจากแม่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเลิกยาเสพติดแล้ว ตั้งเป้าหมายจะติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาอีกครั้ง แต่ครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วย แม่แจ้งว่าผู้ป่วยไปทำงานข้างนอก</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 พบปัญหาต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบผู้ป่วย จึงสอบถามจากแม่และพ่อผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาทุกชนิด และฉีดยาไม่สม่ำเสมอ ครั้งนี้อายาไปด้วยพบปัญหาเหมือนการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 <p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 จากผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ไม่พบผู้ป่วยแม่แจ้งว่าผู้ป่วยไปทำงานข้างนอกที่ ยังคงติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ความรู้ใหม่อีกครั้ง และชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้ ให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยขาดนัดประมาณ 1 เดือน</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 พบปัญหาต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาทุกชนิด แต่ฉีดยาอินซูลินสม่ำเสมอ 2. ผู้ป่วยเริ่มควบคุมอาหาร ไม่ดื่มน้ำอัดลม ไม่ดื่มสุรา ยังสูบบุหรี่ 3. ผู้ป่วยมีแผลฝีที่ศีรษะ แต่ไม่ได้รับประทานยาฆ่าเชื้อที่แพทย์ให้มา แผลจึงยังไม่หายดี 4. ผู้ป่วยขาดนัดประมาณ 1 เดือน <p>หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้</p>
---------------------------------	--

<p>หลังเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องโรคและยาของผู้ป่วย ตลอดจนความสำคัญของการใช้ยา รักษาโรค และสอนวิธีการจัดยารับประทานแก่ผู้ป่วย แนะนำเรื่องการรับประทานยาฆ่าเชื้อและการทำแผล หากไม่สะดวกไปรพ.ให้ไปมีรพ.สต.ใกล้บ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่รพ.ก่อนยาหมด หรือไปทันทีที่สะดวก เนื่องจากขาดนัดมา 1 เดือนแล้ว ทำให้ขาดการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ครั้งนี้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลที่ดี อาจเกิดจากอดอาหารตั้งแต่เช้า รับประทานเพียงขนมปลา กริมไปนิดเดียว จึงแนะนำให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการแก้ไขอาการ ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง <ul style="list-style-type: none"> ติดต่อแพทย์และพยาบาลแผนกอายุรกรรม เพื่อขอให้ส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยมารพ. <p>สิ่งที่ส่งติดตามต่อหากผู้ป่วยมารพ.</p> <p>ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าและหากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดอินซูลิน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งพ่อให้ทราบ</p> <p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ความรู้ใหม่อีกครั้ง และชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้วางแผน ติดตาม เรื่องการใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยที่ Scr >1.5 ปรึกษาแพทย์พิจารณาหากผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี อาจพิจารณาหยุดยา Metformin เพื่อลดความเสี่ยง Lactic acidosis</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 พบปัญหาต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยฉีดอินซูลินสม่ำเสมอ และเริ่มรับประทานยาทุกชนิด แต่ยังมี Adherence น้อยกว่า 80 % ผู้ป่วยเริ่มควบคุมอาหาร ไม่ดื่มน้ำอัดลม ไม่ดื่มสุรา ยังสูบบุหรี่ ผู้ป่วยแผลฝีที่ศีรษะหายแล้ว ผู้ป่วยไม่เข้าใจความสำคัญของยา Enalapril <p>หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6</p> <p>สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ครั้งนี้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลที่ดี เพราะเข้าใจภาวะโรคของตนและความสำคัญของการรักษา อธิบายให้ความรู้เรื่องการใช้ยา Enalapril ประโยชน์ของยาในการชะลอความเสื่อมของไต และเน้นชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้ <p>สิ่งที่ส่งติดตามต่อหากผู้ป่วยมารพ.</p> <ol style="list-style-type: none"> ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าและหากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดอินซูลิน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งพ่อให้ทราบ ติดตามการทำงานของไตของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาในการปรับยา Metformin
------------------------------------	--

<p>หลังเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p>	<p>เรื่องการให้ยา Metformin ในผู้ป่วยที่ Scr >1.5 ปรึกษาแพทย์พิจารณาหากผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี อาจพิจารณาหยุดยา Metformin เพื่อลดความเสี่ยง Lactic acidosis</p> <p>จากเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ความรู้ใหม่อีกครั้ง และชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่เป็นและความสำคัญของยาที่ใช้ เน้นย้ำผลเสียจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากผลความร่วมมือดีขึ้น วางแผนปรึกษาแพทย์พิจารณา ตามที่ผู้ป่วยใช้จริงและติดตามเรื่อง Lactic acidosis จากการให้ยา Metformin</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 พบปัญหาต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ถ้าฉีดอินซูลิน จะไม่รับประทานยาเม็ด เพราะกลัวน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลน้ำตาลปลายนิ้ว 260 mg% 2. ผู้ป่วยเริ่มควบคุมอาหาร ไม่ดื่มน้ำอัดลม ไม่ดื่มสุรา ยังสูบบุหรี่ 3. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง คือ Metformin 500 mg แพทย์สั่ง 2 เม็ด หลังอาหารเช้า และ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น ผู้ป่วยรับประทาน เป็น 2 เม็ด หลังอาหารเช้า และ 2 เม็ด หลังอาหารเย็น Amlodipine 5 mg แพทย์สั่ง 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ผู้ป่วยรับประทาน เป็น 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและหลังอาหารเย็น 4. ผู้ป่วยไม่ทราบผลเสียของระดับน้ำตาลในเลือดสูง <p>หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 สรุปผลการเยี่ยมบ้านได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผลเสีย และอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 2. ทบทวนวิธีการรับประทานยา และเทคนิคการฉีด เก็บรักษา และตำแหน่งการฉีดอินซูลินให้แก่ผู้ป่วย 3. เน้นย้ำความจำเป็นในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน สิ่งที่ส่งติดตามต่อหากผู้ป่วยมารพ. <ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าและหากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดอินซูลิน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งพ่ให้ทราบ 2. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ และวางแผนปรึกษาแพทย์ปรับยาตามผู้ป่วยใช้จริง
------------------------------------	---



แบบบันทึกข้อมูลปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

ผลการติดตามจากครั้งก่อน	ปัญหาที่พบ/การแก้ปัญหา	Plan ติดตาม
เยี่ยมบ้านครั้งที่ (วันที่)		
เยี่ยมบ้านครั้งที่ (วันที่)		
เยี่ยมบ้านครั้งที่ (วันที่)		
เยี่ยมบ้านครั้งที่ (วันที่)		
เยี่ยมบ้านครั้งที่ (วันที่)		

แบบเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม

ชื่อ..... HN..... case ระดับ..... โรคประจำตัว.....
 ปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบ.....

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)				
ครั้งที่เยี่ยม (วันที่)				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)				
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)				
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค (Perceived Benefits)				
การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)				
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)				
ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)				
แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)				

TM Stages of Change (Transtheoretical Model)



ตัวอย่างคำถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	
ครั้งที่เยี่ยม (วันที่)	ตัวอย่างคำถาม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)	“รู้หรือไม่ว่าคุณเป็นโรคอะไรอยู่” “ถ้าคุณยังมีพฤติกรรมเช่นนี้ คุณจะเสี่ยงเป็นโรค...” “คุณเชื่อว่าโรคที่เป็นอยู่มีสาเหตุมาจากอะไร”
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)	“รู้หรือไม่ว่าโรคที่เป็นอยู่รุนแรงแค่ไหน” “รู้หรือไม่ว่าโรคที่เป็นอยู่จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไร”
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค (Perceived Benefits)	“ให้บอก...ยาที่ละตัวช่วยในเรื่องโรคอะไรบ้าง” “ยาแต่ละตัวมีประโยชน์ต่อคุณอย่างไร” “การ คุมอาหาร/ออกกำลังกาย ฯลฯ มีประโยชน์อย่างไร” (ผลดีมากกว่าผลเสีย)
การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)	“คุณมีอุปสรรคที่จะทำ กินยา/คุมอาหาร/ไปโรงพยาบาลตามนัด ฯลฯ อะไรบ้าง” (ให้เขาคิด เองเป็นหลัก) เช่น ขอบสัปดาห์ไปกิน เพื่อยังสูบบุหรี่ทำให้เราเลิกไม่ได้”
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)	สังเกตปัจจัยภายนอก (ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ ความรู้ที่ได้รับ) ปัจจัยภายใน (การ กลัวต่อโรค เคยเกิดความพิการกับตนเองหรือคนรอบข้าง)
ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)	ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ การศึกษา ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มี ความเกี่ยวข้อง กับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค
แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)	สังคมอารมณ์ กระตุ้นอารมณ์ แนะนำ พูดคุย คะยั่นคะยอ ขอร้อง บังคับ ชูด้วยความรุนแรง ของโรค (แล้วแต่กรณี) ของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมไปกับความต้องการของบุคลากรทาง การแพทย์

TM Stages of Change (Transtheoretical Model) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1. Precontemplation (Pre) ชั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**
เป็นระยะแรก ที่คนยังมองไม่เห็นปัญหาของตัวเอง ไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง เพราะคิดว่า
ทุกวันนี้มันก็ดีอยู่แล้ว
- 2. Contemplation (Contemp) ชั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**
เป็นระยะที่คนเริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต แต่ก็ได้แค่คิดแต่ยังไม่ลง
มือกระทำ หรือวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3. Preparation (Prep) ชั้นเตรียมการ**
เป็นระยะที่คนเริ่มวางแผน เริ่มคิดกลยุทธ์ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นปัญหา
- 4. Action (Ac) ชั้นปฏิบัติการ**
เป็นระยะที่คนเริ่มลงมือปฏิบัติ เริ่มลองผิด ลองถูกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ปฏิบัติ < 6 เดือน)
- 5. Maintenance (Main) ระดับพฤติกรรมคงที่**
เป็นระยะที่คนปฏิบัติจนเป็นนิสัย และมีการทำพฤติกรรมใหม่ ไม่หันกลับไปทำแบบเดิมๆ จนกระทั่ง
พฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ กลายเป็นนิสัยถาวร (ปฏิบัติ > 6 เดือน)

รับจาก.....วันที่...../...../..... Problem :.....

แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมที่บ้าน

ชื่อHN.....อายุ.....	Tel.....
Drug Allergy.....	MAP:
U/D : <input type="checkbox"/> CVA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/>	
Family :	

PE&Lab วันที่ F/U					
Wt / Ht					
BP					
PR					
FBS / HbA1C					
BUN / Scr					
Chol / TG					
HDL / LDL					

Patient Medication Profile

CC :					
DATE					
Drug list					

Note :

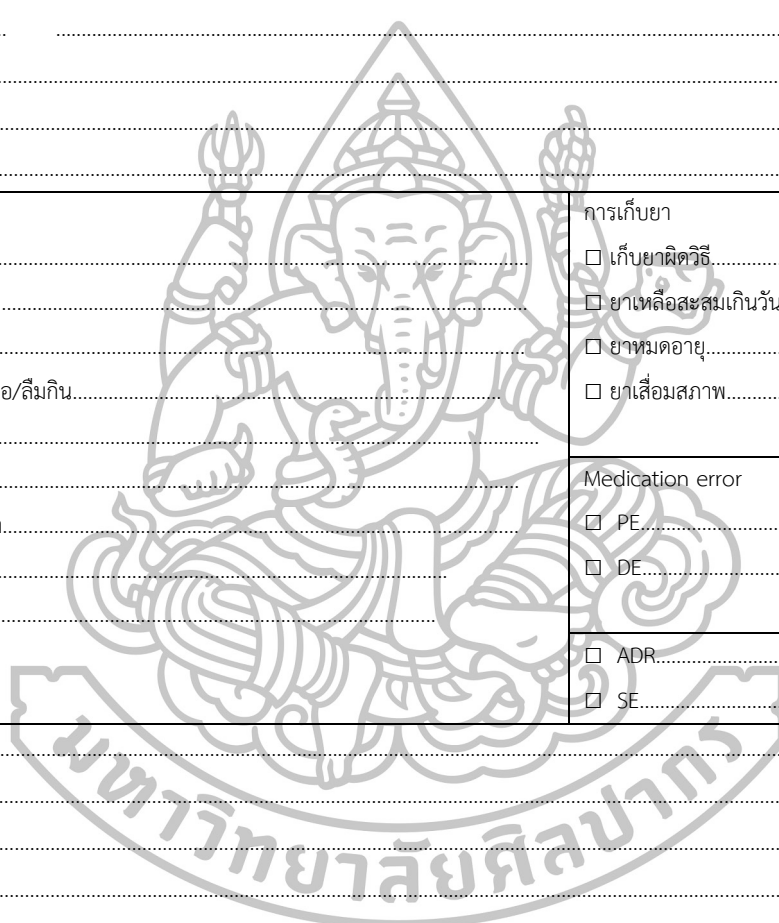
--

Pharmaceutical Care Plan : เยี่ยมบ้าน Date...../...../.....

เภสัชกร.....

ทีมเยี่ยมร่วม.....

แผนภูมิครอบครัว		
IN-HOME-SSS <input type="checkbox"/> NG tube <input type="checkbox"/> Foley <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ● Immobility <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้..... <input type="checkbox"/> Caregiver./..... ● Nutrition..... ● Housing..... ● Other people..... 		
Medication	Adherence <input type="checkbox"/> ลดขนาดยาเอง..... <input type="checkbox"/> เพิ่มขนาดยาเอง..... <input type="checkbox"/> หยุดยาเอง..... <input type="checkbox"/> ทานยาไม่สม่ำเสมอ/ลืมกิน..... <input type="checkbox"/> ขาดยา..... <input type="checkbox"/> กินยาซ้ำซ้อน..... <input type="checkbox"/> ใ้ยาผิดวิธีแนะนำ..... <input type="checkbox"/> ยาอื่นๆ, สมุนไพร..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	การเก็บยา <input type="checkbox"/> เก็บยาผิดวิธี..... <input type="checkbox"/> ยาเหลือสะสมเกินวันนัด..... <input type="checkbox"/> ยาหมดอายุ..... <input type="checkbox"/> ยาเสื่อมสภาพ..... Medication error <input type="checkbox"/> PE..... <input type="checkbox"/> DE..... <input type="checkbox"/> ADR..... <input type="checkbox"/> SE.....
<ul style="list-style-type: none"> ● Examination..... ● Safety..... ● Spirituality..... ● Service 		
Management	<input type="checkbox"/> ความรู้เรื่องโรค/การปฏิบัติตัว..... <input type="checkbox"/> ยาและการใช้ยา..... <input type="checkbox"/> การเก็บยา <input type="checkbox"/> ADR&การแก้ไข..... <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง..... <input type="checkbox"/> โภชนาการ	
Plan	<input type="checkbox"/> รพ. นัด F/U /... /..... <input type="checkbox"/> Consult <input type="checkbox"/> ประสานงาน.....	



แบบเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ของผู้ป่วยที่บ้าน

รับ case จาก..... วันที่.....

HN.....ชื่อ.....เยี่ยม..... /...../..... เยี่ยมร่วม..... ครั้งที่...../ปี255.....ระดับ.....

Disease..... Self care Care giver /// NGtube Gastos

Problem	Patient Problem & Drug System Problem	Management
DRP 1.Unnecessary Drug Therapy..... 2.Wrong Drug..... 3.DosageTooLow..... 4.Need For Addition Drug Therapy..... 5.Non-Adherence 5.1 ลดขนาดยาเอง..... 5.2 เพิ่มขนาดยาเอง..... 5.3 หยุดยาเอง..... 5.4 กินยาไม่สม่ำเสมอ..... 5.5 ขาดยา..... 5.6 กินยาซ้ำซ้อน..... 5.7 ใช้ยาผิดวิธี..... 5.8 ใช้ยาผิดชนิด..... 5.9 ใช้ยาอื่นที่ส่งผลต่อการรักษา 6.ADR <input type="radio"/> Prevent <input type="radio"/> non-Prevent 6.1 Type A..... 6.2 Type B..... 7.Dosage Too High..... 8.No DRP	1.Finance 2.ความรู้ ความเข้าใจ 3.ความเชื่อ,ความกังวล 4.ข้อจำกัดการใช้ยา 4.1 อ่านหนังสือไม่ออก 4.2 ปัญหาด้านการมองเห็น/ตาบอด 4.3 ปัญหาการได้ยิน/หูหนวก 4.4 ปัญหาการใช้กล้ามเนื้อ/มือสั่น/ กล้ามเนื้ออ่อนแรง 4.5 ความจำเสื่อม/หลงลืม 4.6 พฤติกรรมความเคยชิน 5. ไม่มีผู้ดูแล/อยู่ลำพัง DRS Happiness & Value 1. pt.สูญเสีย function จาก ADR 2. pt. เกิดความเครียดวิตกกังวลจากการใช้ยาและ SE 3. pt. ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา 4. ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลด้านยา 5. Pt. รู้สึกว่าการใช้ยาของตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น 6. การใช้ยาส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว Drug System Problem 1. ME 1.1 PE..... 1.2 DE..... 2. อุปสรรคในการบริหารยา..... ยาเหลือใช้ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี	1. Patient management 1.1 Pt. /Care giver Counseling <input type="radio"/> ความรู้เรื่องโรค&การปฏิบัติตัว <input type="radio"/> ความรู้เรื่องการใช้ยา 1.2 Drug device..... 2.ประสานงานหน่วยงานในกลุ่มงาน 2.1..... 2.2..... 3. ประสานงานหน่วยงานในรพ. 3.1 Intervention แพทย์ <input type="radio"/> Full <input type="radio"/> Partial <input type="radio"/> None 3.2 <input type="radio"/> Full <input type="radio"/> Partial <input type="radio"/> None 4. ประสานงานหน่วยงานนอกรพ. 4.1 รพ.สต..... <input type="radio"/> Full <input type="radio"/> Partial <input type="radio"/> None 4.2 <input type="radio"/> Full <input type="radio"/> Partial <input type="radio"/> None
ยาชุด/ยาลูกกลอน/ยาสมุนไพร <input type="radio"/> Impact..... ผลตรวจ Steroids <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative ผลดีภรณ์สุขภาพอื่นๆ <input type="radio"/> Impact.....	1.....จำนวน 2.....จำนวน 3.....จำนวน 4.....จำนวน 5.....จำนวน ยาหมดอายุ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี 1.....จำนวน 2.....จำนวน	Management of Drug System นัด F/U
การจัดเตรียมยา <input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสม 1.การบริหารยาผ่าน NG 2. การเตรียมยา Small Dose		
การเก็บยา <input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสม 1.ยาไม่ได้เก็บในช่อง/ภาชนะที่เหมาะสม 2.ยาในช่องไม่ตรงกับชื่อยาหน้าของ 3. ยาไม่ได้เก็บในช่องหรือภาชนะกันแสง 4.ไม่ได้เก็บยาในตู้เย็น/เก็บตำแหน่งไม่ถูก 5.ฉลากยาเลอะเลือน อ่านไม่ชัดเจน		



ภาคผนวก ง

เอกสารการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

Rskh01



กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เลขที่รับ ๑๓๖

วันที่ - 6 มี.ค. 2558

เวลา

หนังสือขออนุมัติการทำวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร (ผ่านประธานคณะกรรมการวิจัยฯ)

ด้วย (ชื่อผู้วิจัย) **นางสาวศศิษา สะพลอย**

ตำแหน่ง **เภสัชกรปฏิบัติการ** หน่วยงาน **กลุ่มงานเภสัชกรรม**

มีความประสงค์ขอทำวิจัยเรื่อง **การพัฒนาแนวทางกำรเยี่ยมบ้านสำหรับ**

เภสัชกร โรงพยาบาลสมุทรสาคร

มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านของ
โรงพยาบาลที่ผ่านมา

2. เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เปรียบเทียบเกณฑ์การคัดเลือก
ผู้ป่วย, วัตถุประสงค์คัดเลือกผู้ป่วย, การประเมินผลและติดตามผล เป็นต้น
โดยขอเก็บข้อมูลที่ (กรณีทำการศึกษาในโรงพยาบาล)

.....ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และขอรับการพิจารณาจาก

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรสาคร (ตามขั้นตอนการขอรับ

การพิจารณาจริยธรรมฯ ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ความเห็นของคณะกรรมการวิจัยฯ	
คณะกรรมการวิจัยฯ พิจารณาแล้ว	
<input checked="" type="checkbox"/>	เห็นควรอนุมัติให้ทำการวิจัยได้
<input type="checkbox"/>	ไม่อนุมัติให้ทำการวิจัย
ลงชื่อ.....	
(นายอนุสรณ์ ทิ้งเจษฎา)	
ประธานคณะกรรมการวิจัยฯ	

๒๙ พ.ค. ๒๕๕๘

ลงชื่อ **ศศิษา สะพลอย**

(นางสาวศศิษา สะพลอย)

ตำแหน่ง **เภสัชกรปฏิบัติการ**

(นายโมลี วนิชสุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร

- 8 มี.ย. 2558

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวศลิษา สะพลอย
ที่อยู่	233 ถนนเพชรเกษม ตำบลพระประโทน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2550	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2556	ศึกษาต่อระดับปริญญา เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2551	เภสัชกรโรงงานคอมไบน์แล็บ จำกัด จังหวัดนครปฐม
พ.ศ. 2552	เภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

