

การพัฒนางาน  
เภสัชกรชุมชน ภูมิ FCPL 1

---

FAMILY AND COMMUNITY  
PHARMACIST PRACTICE LEARNING 1

---

ผลงานวิชาการ

---

Family and Community

Pharmacist

Practice Learning

(FCPL1)

---

## คณะที่ปรึกษา

รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ

ผศ.ดร.ภญ.วรรณ ศรีวิริยานุกาพ

ดร.ภญ.รุ่งทิพา หมีนป่า

## บรรณาธิการ

ภญ.มณีกัลยา ชมชาญ



## วัตถุประสงค์

หนังสือเล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมผลงานวิชาการของนักศึกษาในโครงการ หลักสูตร Family and Community Pharmacist Practice Learning รุ่น 1 (FCPL1) เพื่อให้มีการพัฒนาโครงการจัดการปัญหา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Proposal Development) โดยรวบรวมผลงานไว้ทั้งสิ้น 28 เรื่อง ในหลากหลายประเด็นทั้งในมุมมองของร้านยา และโรงพยาบาลทั้งขนาดเล็ก และขนาดใหญ่ รวมทั้งงานคุ้มครองผู้บริโภค ประยุกต์การทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

หวังว่าผลงานชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ทำงานด้านเภสัชกรรม ปฐมภูมิและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่มากนักน้อย หากผิดพลาดประการใดขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย



## สารบัญ

- 1 โครงการรื้อนยาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
พื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 2.....9  
ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ และ ผศ.ดร.ธีรพล ทิพย์พยอม
- 2 โครงการปักหมุดแผนที่ร้านนี้มีเภสัชกร ที่ปรึกษาหัวใจด้านสุขภาพใกล้ตัวคุณ..... 22  
ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิตติกรรมการณ์
- 3 โครงการ “จับทีลลดลง สุขสุขเพิ่มขึ้น” ..... 33  
ภญ.มณีเกล้า ชมชาญ
- 4 โครงการ นิดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน  
CHEEDPEN HENJAI GLAIBAN..... 50  
ภญ.นงพรรณ ลอยทอง
- 5 โครงการเภสัชกรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน  
ในตำบลสักงามและตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร..... 68  
ภญ.อรวิชัย เสนิงค์ ณ อยุธยา
- 6 โครงการ “เข้าใจปัจจัย เข้าถึงปัญหา พัฒนาระบบบริการ เพิ่มความต่อเนื่อง  
การैयाเบาหวาน” ตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี..... 86  
ภญ.มุนดา แวนาแว
- 7 โครงการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้บริการทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล  
ในกลุ่มผู้ป่วยเริ่มยารักษาโรค ในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์..... 98  
ภญ.จันทกานต์ อภิสิทธิ์ศักดิ์
- 8 โครงการดูแลผู้ป่วยใน Pain Clinic จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์..... 117  
ภก.ตฤณวัฑฒ์ จิตจักร
- 9 การส่งเสริมการใช้อยาปลอดภัยในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง  
อำเภอยะหริ่ง จังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ 2558..... 123  
ดร.ภก.วิรัช ภูมิประพัทธ์
- 10 โครงการ หมอครอบครัวห่วงใย ใส่ใจยาเดิม..... 132  
ภญ.สมจิตร โชติชัยสุวัฒน์

|    |                                                                                                                                                                                                      |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11 | โครงการหมอบรรพรวิน “ทีมเสริมสุข” เครือข่ายสุขภาพพหุวัฒนธรรม<br>ภญ.พรณัฐณี ชยณัฐพงศ์                                                                                                                  | 145 |
| 12 | โครงการดูแลปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน<br>ภญ.ศุภิตา วัฒนพรหม                                                                                                                              | 164 |
| 13 | การสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลการแพทย์<br>ระหว่างโรงพยาบาลห้วยยอดและสถานบริการเครือข่ายรวม 21 แห่ง<br>ภญ.วิภา กลั่นสุวรรณ                                                                               | 175 |
| 14 | โครงการประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องหลักเกณฑ์การผลิตอาหารแปรรูป<br>ที่มีต่อพฤติกรรมการผลิตอาหารแปรรูปของผู้ประกอบการ<br>ภญ.นพรัตน์ พวงทอง                                                         | 191 |
| 15 | โครงการ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในความปลอดภัย<br>จากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี<br>ภญ.ศรีสุดา ศิลลาโชติ | 208 |
| 16 | โครงการพัฒนาระบบป้องกันและแก้ปัญหาการใช้ยาเสพติดที่ไม่เหมาะสม<br>ในชุมชนสาธิตวิทยาลัยลิขัณพัฒนา<br>ดร.ภญ.ศิราณี ยงประเดิม                                                                            | 222 |
| 17 | การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาเสพติด<br>ในพื้นที่ตำบลท่าพรึก อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง<br>ภก.สายชล ชำปูกี้                                                            | 230 |
| 18 | การจัดการปัญหาเสพติดโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลคงแคนใหญ่<br>อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร<br>ภก.กฤษฎา จักรไชย                                                                                                  | 243 |
| 19 | การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย<br>ในการเฝ้าระวังและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในระดับตำบล<br>ภญ.สุภาวดี เปศลชัย                                                                                             | 256 |

- 20 โครงการ “การศึกษาเชิงคุณภาพกระบวนการตัดสินใจในการใช้ยา  
หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ของประชาชนที่รู้อันตรายของสเตียรอยด์  
ในพื้นที่ อำเภอลอง จังหวัดแพร่” ..... 268  
ภญ.อรรณณ กาศสมบุญ
- 21 โครงการ สํารวจการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง  
ต่อพฤติกรรมการใช้บริโภคผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวด..... 281  
ภญ.นันทิกร จำปาสา
- 22 โครงการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน  
โดยเชื่อมโยงกระบวนการประสานรายการยาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน..... 295  
ภญ.รุจิรา ปัญญา
- 23 โครงการ จุดเริ่มต้นทำความรู้จักสเตียรอยด์กับชาวเวียงป่าเป้า..... 309  
ภญ.สุวิมล ตันกัน
- 24 โครงการรูปแบบการปฏิบัติการด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิตามแนวคิด 1A4C  
ต่อคุณค่าบริการของผู้ป่วยไตเทียมที่ฟอกไตทางหน้าท้อง  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหัวจัว ตำบลก้ามแมต อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร..... 318  
ภก.ชาญชัย บุญเชิด
- 25 โครงการร่วมมือ ร่วมใจ เลิกใช้สเตียรอยด์  
มุ่งสู่ชุมชนเข้มแข็งด้วยเครือข่าย รพ.สต.อำเภอบางบ่อ..... 328  
ภญ.ดวงลักษณ์ คงชา
- 26 โครงการ การจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและศึกษาสาเหตุของยาเหลือใช้  
ของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี..... 343  
ภญ.ปราณีสา กอรัม
- 27 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบยา  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา..... 351  
ยุภาพรรณ มั่นกระโทก, อัญลักษณ์ ยศพลเสนีย์, อัญชลี เวชพฤษไพบุลย์, ดุษฎี ชัมประเสริฐ
- 28 ผลลัพธ์ของหมอยาอาสา  
ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านทุ่งโป่ง ..... 361  
ภก.ศุภรักษ์ ศุภเณ

Family and Community  
Pharmacist  
Practice Learning



## โครงการร้านยาร่วมให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 2

ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ และ ผศ.ดร.ธีรพล ทิพย์พยอม<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

สมาคมเภสัชกรรมชุมชนร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนให้ร้านยาทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดเข้าร่วมโครงการร้านยาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยาในพื้นที่ สปสช. เขต 2 ได้เริ่มเข้าร่วมให้บริการตั้งแต่วันที่เดือนมีนาคม 2558 ทั้งนี้คณะเภสัชศาสตร์ ม.นเรศวร จึงได้ดำเนินการจัดกิจกรรมสนับสนุนเภสัชกรร้านยาในการเข้าร่วมดำเนินงานโดยได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. เขต 2 สมาคมเภสัชกรรมชุมชน และมีทีมสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย

---

<sup>1</sup> คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก E-mail: chuanchomt@yahoo.com

คณาจารย์ เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนร้านยาคุณภาพ ซึ่งร่วมกันวางแผนการสนับสนุนให้กิจกรรมต่างๆ สามารถดำเนินการได้ในร้านยา รูปแบบของกิจกรรมสนับสนุนพัฒนาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรที่ทำงานในพื้นที่ และการนิเทศเยี่ยมร้านยาเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม และร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไขและได้นำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้ในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดำเนินการในช่วง 2 เดือนหลังจากเริ่มดำเนินโครงการ และแผนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมมีการดำเนินการต่อเนื่องตลอดโครงการ 6 เดือน ครอบคลุมทั้งในส่วนของการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการ การบริหารจัดการโครงการในด้านการประชาสัมพันธ์ และการจัดหาสิ่งสนับสนุนการให้บริการต่างๆ การประสานเชื่อมต่อการให้บริการระหว่างร้านยาและสถานบริการสุขภาพหลักอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับการรักษาที่เหมาะสม การสนับสนุนดังกล่าวส่งผลให้ร้านยาสนใจเข้าร่วมเพิ่มขึ้น และสามารถเพิ่มจำนวนผู้รับบริการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในร้านยาเครือข่ายของโครงการ จากจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมในรอบแรก 6 ร้าน (พิษณุโลก 5 ร้าน และเพชรบูรณ์ 1 ร้าน) สามารถเพิ่มเป็น 18 ร้าน (พิษณุโลก 11 ร้าน และเพชรบูรณ์ 7 ร้าน) และส่งผลให้มีการให้บริการกิจกรรมต่างๆ ในร้านยาเพิ่มมากขึ้น จาก 269 รายที่เดือนที่ 2 เป็น 1,371 รายที่เดือนที่ 6 จะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมจะส่งผลให้เกิดการดำเนินกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของการเพิ่มจำนวนเภสัชกรร้านยาที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนผู้รับบริการที่สามารถเข้ารับบริการได้เพิ่มขึ้นและยังเกิดการเชื่อมต่องานระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วยต่อไป

## บทนำ

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ทั้งต่อสุขภาพของประชาชน และต่อรัฐ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความไม่เข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (medication non-adherence) การแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง จนทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อน การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา-ยา และยา-อาหารเสริม ส่วนใหญ่สามารถที่จะป้องกันได้หากมีการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจในแนวทางการป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรค และสร้างเสริมสุขภาพ โดยควรมีการดำเนินการในวงกว้างและจริงจังเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงได้รับการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย

ร้านยาหรือสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน จัดเป็นสถานบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน และถือเป็นสถานบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย จึงเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะให้บริการเสริมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงผลจากโครงการนำร่องที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าบทบาทการให้บริการเสริมหลากหลายรูปแบบของเภสัชกรชุมชนมีประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขในด้านต่างๆ เช่น สร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน ส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังให้เข้ารับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น เช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก ส่งเสริม



ความร่วมมือในการใช้ยา และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา (drug therapy problem) เป็นต้น

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11/2557 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2557 เรื่อง ข้อเสนอการปรับปรุง “ข้อบังคับ สปสช.ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนหน่วย บริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 ;24 ก.ย. 2547 มีการ ปรับนิยาม หน่วยบริการร่วมให้บริการ ให้หมายถึง สถานบริการที่จัด บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเฉพาะด้านตามที่สำนักงานกำหนด และได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการโดยมีข้อตกลงเป็น หนังสือกับหน่วยบริการประจำ หรือ สำนักงาน ในการให้บริการแก่ ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หน่วยบริการร่วมให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ หรือจากกองทุนตามที่ คณะกรรมการกำหนดสามารถทำข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการ ประจำ หรือ สำนักงาน (สปสช.) ในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ และมีสิทธิ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ หรือ จากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด ทั้งนี้สมาคมเภสัชกรรมชุมชน ได้สนับสนุนให้ร้านยาทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดเข้าร่วมโครงการ ดังกล่าว โดยร้านยาใน สปสช. เขต 2 ได้เริ่มเข้าร่วมให้บริการตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2558 ทางคณะเภสัชศาสตร์ซึ่งเป็นหน่วยสนับสนุน งานวิชาการจึงเห็นควรจัดโครงการให้บริการเสริมของเภสัชกรชุมชน ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 2 พิษณุโลกเพื่อดำเนิน กิจกรรมสนับสนุนเภสัชกรร้านยาในการเข้าร่วมดำเนินโครงการ และ ประสานเชื่อมต่อการให้บริการระหว่างร้านยาและสถานบริการสุขภาพ หลักอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวให้ชุมชนรับทราบถึงสิทธิประโยชน์ที่สามารถเข้ารับบริการได้จากร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ

## กลุ่มเป้าหมาย

ร้านยาในเขตจังหวัดพิษณุโลก และเพชรบูรณ์ รวมอย่างน้อย 10 ร้าน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. เป็นร้านยาที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาเปิดทำการ
2. เป็นร้านยาคุณภาพหรือมีความสนใจในการพัฒนาเป็นร้านยาคุณภาพในระยะเวลา 1-2 ปี

## แนวทางดำเนินการ

1. ประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน กำหนดขอบเขตการทำหน้าที่ และ ความรับผิดชอบของบุคลากร และ แต่งตั้งคณะทำงานในส่วนต่างๆ
2. ประชาสัมพันธ์ชี้แจงโครงการ และอบรมเตรียมความพร้อมเภสัชกรในเครือข่ายร้านยา
3. ประสานงานกับสถานพยาบาลในเขตพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลคลินิกและหน่วยร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก และเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจงโครงการ และขอความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง
4. ประชาสัมพันธ์โครงการให้เกิดการรับรู้กับประชาชนผู้รับบริการ

5. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับการนิเทศเยี่ยมร้านยาเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม
6. ดำเนินการจัดการปัญหาและอุปสรรคต่างๆ
7. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินโครงการ

## ผลการดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ สปสช. เขต 2 จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ สปสช. เขต 2 และ ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม

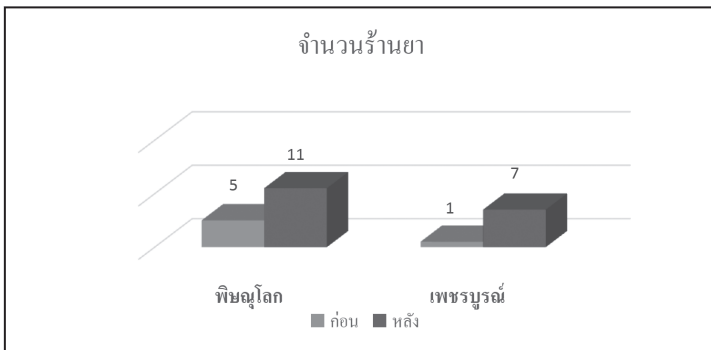
### ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ สปสช. เขต 2

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ แต่งตั้งกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย ตัวแทนคณาจารย์ เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนโครงการร้านยาคุณภาพ เพื่อร่วมกันดูแลแผนการดำเนินการในพื้นที่ สปสช. เขต 2 โดยมีการขอทุนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมจาก สปสช. เขต 2 และเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ (คภยส.) ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาและการดำเนินกิจกรรม

| วันที่               | กิจกรรมสนับสนุน                                                                                                                                                                                                                             | ผลการดำเนินการ                                                                                                                                                              |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 มีนาคม 2558        | <ul style="list-style-type: none"> <li>ประชุมชี้แจงประชาสัมพันธ์โครงการ</li> <li>อบรมแนวทางการให้บริการ</li> </ul>                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีร้านยาสมัครเข้าร่วมโครงการ 6 ร้าน (พิษณุโลก 5 ร้าน และ เพชรบูรณ์ 1 ร้าน)</li> </ul>                                                |
| 1 พฤษภาคม 2558       | <ul style="list-style-type: none"> <li>เชิญชวนร้านยาเข้าร่วมเพิ่มเติม</li> <li>ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> </ul>                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>ร้านยาเข้าร่วมเพิ่มเติม 5 ร้าน รวมเป็น พิษณุโลก 10 ร้าน และเพชรบูรณ์ 1 ร้าน</li> <li>รับทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน</li> </ul> |
| 29 พฤษภาคม 2558      | <ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมเทคนิคการให้บริการให้กับเภสัชกรร้านยาและนิสิตเภสัชศาสตร์</li> <li>ประสานสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อรับส่งต่อผู้รับบริการ</li> <li>ร้านยา สปสช. เขต 3 (พิจิตร) เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ได้แนวทางการส่งต่อระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล</li> </ul>                                                                               |
| 2 และ 9 กรกฎาคม 2558 | <ul style="list-style-type: none"> <li>นิเทศเยี่ยมร้านยา จ.พิษณุโลก</li> </ul>                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>รับทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน</li> </ul>                                                                                      |
| 8 กรกฎาคม 2558       | <ul style="list-style-type: none"> <li>นิเทศเยี่ยมร้านยา จ.เพชรบูรณ์</li> <li>ประสานสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อรับส่งต่อผู้รับบริการ</li> <li>เชิญชวนร้านยาเข้าร่วมเพิ่มเติม</li> </ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>รับทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน</li> <li>มีร้านยาสนใจเข้าร่วมเพิ่มเติม</li> </ul>                                               |
| 22 กรกฎาคม 2558      | <ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมแนวทางการให้บริการกับร้านยา จ.เพชรบูรณ์</li> </ul>                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>ร้านยาเข้าร่วมเพิ่มเติม 7 ร้าน รวมเป็น พิษณุโลก 11 ร้าน และเพชรบูรณ์ 7 ร้าน</li> </ul>                                               |

จากการดำเนินการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม ตลอดระยะเวลา 6 เดือน (มีนาคม-สิงหาคม 2558) สามารถเพิ่มจำนวนร้านยาเข้าร่วมกิจกรรม ในจังหวัดพิษณุโลก และเพชรบูรณ์ จากเริ่มแรก 6 ร้าน เป็น 18 ร้าน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบก่อนและหลังการสนับสนุน

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมผ่านไป 2 เดือน พบปัญหาและอุปสรรค และได้ร่วมกันเสนอแนวทางแก้ปัญหา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไขการดำเนินกิจกรรมในร้านยา

| ปัญหา/อุปสรรค                              | แนวทางแก้ไข                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แบบฟอร์มมีหลายกิจกรรม ไม่มีเวลากรอกทั้งหมด | ทบทวนรายละเอียดของแบบฟอร์ม และประเด็นสำคัญ                                                                                                                                                                                                                                               |
| ไม่สามารถชักชวนผู้รับบริการ                | กำหนดกลุ่มเป้าหมาย/เกณฑ์คัดเข้าของแต่ละกิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                           |
| ปัญหาการส่งต่อผู้รับบริการ                 | ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองของโรงพยาบาลประจำจังหวัด                                                                                                                                                                                                            |
| ผู้รับบริการไม่ทราบว่ามีการกิจกรรมในร้านยา | มีแผนประชาสัมพันธ์ <ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดกิจกรรมเป็น events ทั้งในและนอกสถานที่</li> <li>• ป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรม</li> <li>• ไปปลิวประชาสัมพันธ์พร้อมแผนที่ร้านยาที่ร่วมโครงการ</li> <li>• ของยาให้ความรู้</li> <li>• ของที่ระลึกในการเข้าร่วมกิจกรรม</li> </ul> |
| ขาดอุปกรณ์ในการให้บริการในบางกิจกรรม       | ประสานสมาคมเภสัชกรรมชุมชน สนับสนุน เครื่องตรวจน้ำตาล และเข้าร่วมงานวิจัย กพย.-อย. สนับสนุนชุดกระຈກສ່ວງคວ                                                                                                                                                                                 |
| ไม่มั่นใจในองค์ความรู้และทักษะบางกิจกรรม   | ประชุมวิชาการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการ                                                                                                                                                                                                                                      |

ทีมงานได้รวบรวมปัญหาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการออกเยี่ยมनिเทศในพื้นที่จริง พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่หลากหลายประเด็น จึงได้วางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีการจัดประชุมอบรมทักษะการให้บริการในส่วนของการคัดกรองโรคเรื้อรัง ครอบคลุมทักษะการเจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การวัดความดันโลหิต การวัดเส้นรอบเอว เกณฑ์ประเมินความเสี่ยง และการให้คำแนะนำเบื้องต้น โดยประสานบุคลากรจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่วมเป็นวิทยากร และร่วมกันกำหนดแนวทางส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการเพื่อการเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป และยังมีการจัดกิจกรรมนอกสถานที่ในงานสัปดาห์เภสัชกรรม ณ ห้างสรรพสินค้าเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรม ร่วมกับการประชาสัมพันธ์โดยการทำป้ายไวนิลตั้งหน้าร้าน ใบปลิวพร้อมแผนที่ร้านยาที่ร่วมโครงการ ซองยาให้ความรู้และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในแต่ละโรคที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีการแจกของที่ระลึกให้กับผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น สายวัดเอว แก้วน้ำเล็กบุหรี เป็นต้น

จำนวนผู้รับบริการที่เข้าร่วมในแต่ละกิจกรรมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ณ 2 เดือนแรกพบว่ามีร้านยาเพียง 4 ร้านจาก 6 ร้านที่ได้มีการเก็บข้อมูลการให้บริการ หลังจากดำเนินกิจกรรมสนับสนุนซึ่งทำให้ได้ร้านยาเพิ่มเติม และร้านยาสามารถให้บริการได้เพิ่มขึ้น ข้อมูล ณ 6 เดือน มีร้านยา 10 ร้านจาก 18 ร้านที่ได้มีการเก็บข้อมูลการให้บริการลงในระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์ของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน



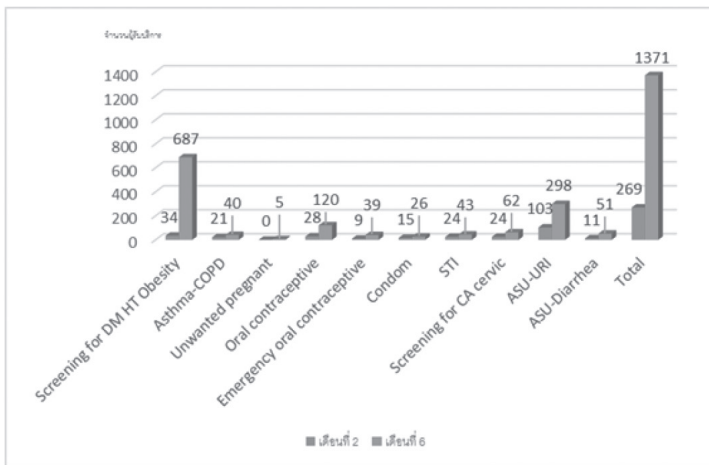
รูปที่ 2 การสนับสนุนสื่อและการจัดอบรมวิชาการให้กับร้านยา

## ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม

จำนวนร้านยาในพื้นที่ สปสช. เขต 2 ที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก 6 ร้าน เป็น 18 ร้าน อย่างไรก็ตามมีเพียง 10 ร้านที่ให้บริการและบันทึกข้อมูลลงในระบบ ข้อมูล ณ วันที่ 28 สิงหาคม 2558 (สิ้นสุดโครงการ 30 กันยายน 2558) มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรมโดย 2 เดือนแรก (มีนาคม-เมษายน) มีผู้รับบริการจำนวน 269 ราย และที่ 6 เดือนมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,371 ราย ดังรูปที่ 3



ทั้งนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น กิจกรรมทบทวนการใช้ยา กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมคัดกรองโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกิจกรรมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมแต่ยังไม่ได้ดำเนินการบันทึกลงในระบบออนไลน์



รูปที่ 3 จำนวนผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการในแต่ละกิจกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการสนับสนุน ที่เดือนที่ 2 และเดือนที่ 6

## สรุปผล

การให้บริการเสริมของเภสัชกรชุมชนในร้านยาพื้นที่ สปสช. เขต 2 โดยการได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. สมาคมเภสัชกรชุมชน และมีทีมสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย คณาจารย์ เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้แทนร้านยาคุณภาพ มีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้กิจกรรมต่างๆ

สามารถดำเนินการได้ในร้านยา ทั้งในส่วนของพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการให้บริการ การบริหารจัดการโครงการซึ่งครอบคลุม การประชาสัมพันธ์ และการจัดหาสิ่งสนับสนุนการให้บริการต่างๆ ทำให้ร้านยาสนใจเข้าร่วมเพิ่มขึ้น และสามารถเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในร้านยาเครือข่ายของโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยการร่วมกันทำงานของทีมบุคลากรในพื้นที่ สปสช. เขต 2 ได้แก่ คณะจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนร้านยาคุณภาพ บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เภสัชกร สปสช. เขต 2 และเภสัชกรร้านยา จังหวัดพิษณุโลก และ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมเภสัชกรรมชุมชน สปสช. เขต 2 และเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

### เอกสารอ้างอิง

1. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11/2557 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2557 เรื่อง ข้อเสนอการปรับปรุง “ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 ;24 ก.ย. 2547”

## โครงการปักหมุดแผนที่ร้านนี้มีเภสัชกร ที่ปรึกษาเข้าใจด้านสุขภาพใกล้ตัวคุณ

พศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิตติกรรณารณ์<sup>1,2</sup>

### บทคัดย่อ

ร้านยาเป็นแหล่งบริการที่เข้าถึงง่าย และมีการศึกษามากมาย แสดงประสิทธิผลของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค การส่งต่อผู้รับบริการจากร้านยา แต่ผลการสำรวจพบว่าร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นเจ้าของและอยู่ปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการมีเพียงร้อยละ 31 และเภสัชกรร้านยายังไม่มีการทำงานที่เชื่อมโยงระหว่างร้านยาและหน่วยบริการเพื่อส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ

โครงการนำร่อง “ปักหมุดแผนที่ร้านนี้มีเภสัชกร ที่ปรึกษาเข้าใจด้านสุขภาพใกล้ตัวคุณ” ของนิสิตนี้จัดขึ้นเพื่อเพิ่มเครือข่ายร้านยาคุณภาพให้ประชาชนรู้จัก และส่งเสริมการเข้ารับบริการจากเภสัชกรต่างๆ โดยดำเนินกิจกรรมสำรวจร้านยาในพื้นที่ที่มีเภสัชกรปฏิบัติงาน

<sup>1</sup> งานกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

<sup>2</sup> ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: rx048@yahoo.com

เต็มเวลาเพื่อร่วมงานเป็นเครือข่ายในการรับดูแลส่งต่อผู้รับบริการ ผลที่คาดว่าจะได้รับ แผนที่ร้านยาคุณภาพที่มีเภสัชกรประจำการ เต็มเวลา และประชาสัมพันธ์บทบาทของเภสัชกรในร้านยา เช่น กิจกรรมเภสัชกรนเรศวรชวนเพื่อนเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมรณรงค์จักรอ ให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ปลอดภัยและลดปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมทั้งการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

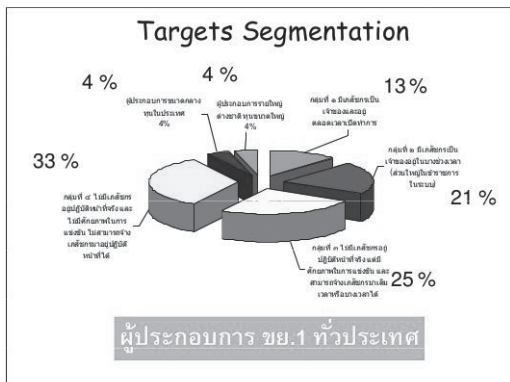
ผลจากการสำรวจมีสถานประกอบการให้ความร่วมมือในการ สัมครเป็นร้านที่ปักหมุดมีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ สถานปฏิบัติการ เภสัชกรรมชุมชนคณะเภสัชศาสตร์ ร้านยาไนน์ฟาร์มาซี ร้านวีเลิฟแคร์ ร้านขวัญยา ร้านกระปุกยา และร้านบ้านยาหน้ามอ ทุกร้านจะได้รับ สมุดไดอารี่แผนที่ร้านยาเพื่อแจกให้กับผู้มารับบริการที่ร้าน และมี มาสคอตเภสัชกรประจำร้านตั้งเป็นสัญลักษณ์อยู่หน้าร้านด้วย การ ประชาสัมพันธ์ให้บัณฑิตศึกษาและประชาชนได้รู้จักร้านที่ปักหมุด พบว่ามีผู้สนใจจำนวนมาก

การติดตามผลดำเนินงานหลังจากผ่านไป 1 เดือนหลังการ ประชาสัมพันธ์ พบว่าเภสัชกรร้านยารู้สึกพึงพอใจต่อกิจกรรม มาสคอต ดึงดูดความสนใจผู้รับบริการได้ดี และอยากให้มีการดำเนินงานทาง กฎหมายอย่างเข้มงวดต่อเนื่องจากกิจกรรมของนิสิต

## บทนำ

ร้านยาเป็นแหล่งบริการที่เข้าถึงง่าย มีชั่วโมงการทำงานนาน ผู้ให้บริการมีเวลาอธิบายแก่ผู้ป่วย มีการศึกษามากมายที่ศึกษาถึง ประสิทธิภาพของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค การ ส่งต่อผู้รับบริการจากร้านยาเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องมากมาย เช่น สร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน

ส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังให้เข้ารับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น เช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา (drug therapy problem) ผู้ป่วยโรคทางเพศสัมพันธ์ผู้ใช้สารเสพติดทั้งสูบบุหรี่และดื่มเหล้า โดยเฉพาะข้อมูลการสูบบุหรี่ของเยาวชนจากผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรี ทำให้ร้านยา มีข้อมูลการเจ็บป่วยและความเสี่ยงของผู้ที่มาใช้บริการเป็นประจำ แต่ผลการสำรวจพบว่าร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นเจ้าของและอยู่ปฏิบัติงาน ตลอดเวลาทำการมีเพียงร้อยละ 31 และเภสัชกรร้านยายังไม่มีการทำงานที่เชื่อมโยงระหว่างร้านยาและหน่วยบริการเพื่อส่งต่อข้อมูล อย่างเป็นระบบ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ส่วนแบ่งทางการตลาดของร้านยา ขย.1 ทั่วประเทศ<sup>1</sup>

มติของคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 15 ตุลาคม 2556 ได้รับเรื่อง ร่างกฎกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการขออนุญาตและการออก ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันซึ่งจะกำหนดให้ร้านยาทุกร้านเดิมๆ ต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพในการให้บริการภายใต้หลักวิธีปฏิบัติ ที่ดีในร้านยา หรือที่เรียกว่า Good Pharmacy Practice หรือ GPP นั้นเอง รวมถึงบังคับร้านยาเปิดใหม่ทั้งหมดจะต้องมีคุณภาพมาตรฐาน ตาม GPP เพื่อยกระดับมาตรฐานของร้านยาให้พร้อมต่อการเปิด ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (เออีซี) ซึ่งจะมีการนำระบบคุณภาพ มาเป็นเงื่อนไขใหม่ในการแข่งขันระดับชาติแต่ผลการสำรวจพบว่า ร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นเจ้าของและอยู่ปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการ มีเพียงร้อยละ 31 และเภสัชกรร้านยายังไม่มีการทำงานที่เชื่อมโยง ระหว่างร้านยาและหน่วยบริการเพื่อส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ

โครงการนำร่อง “ปักหมุดแผนที่ร้านนี้มีเภสัชกร ที่ปรึกษาผู้ใจ ด้านสุขภาพใกล้ตัวคุณ” ของนิลิตนี้จัดขึ้นเพื่อเพิ่มเครือข่ายร้านยา คุณภาพให้ประชาชนรู้จัก และส่งเสริมการเข้ารับบริการต่างๆ การจัด กิจกรรมยังเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจะเป็นการ เปิดโอกาสการเรียนรู้ทฤษฎี การเรียนรู้ชุมชน และการฝึกทักษะให้ กับนิลิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรโดยตรง ทั้งนี้ การ ทำแผนที่ปักหมุดจะเพิ่มความพร้อมของการให้บริการโดยเภสัชกร ตลอดเวลาทำการ และเป็นการบูรณาการการเรียนการสอนให้กับ นิลิตเพื่อเสริมสร้างแนวคิดเรื่องร้านยาสร้างเสริมสุขภาพ สร้างเสริม ประสบการณ์เพื่อประกอบวิชาชีพในอนาคต และก่อให้เกิดการใช้ยา อย่างเหมาะสมในชุมชน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวให้ ชุมชนรับทราบถึงสิทธิประโยชน์ที่สามารถเข้ารับบริการได้จากร้านยา ที่เข้าร่วมโครงการ

## กลุ่มเป้าหมาย

ร้านยาในเขตรอบมหาวิทยาลัยนเรศวร และรอบสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรจังหวัดพิษณุโลก

## แนวทางดำเนินการ

### การเตรียมกิจกรรม

1. วางแผนพื้นที่ที่ต้องการครอบคลุม
2. แบ่งกลุ่มนิสิตที่จะลงพื้นที่สำรวจ และ ตารางวันเวลาที่ลงพื้นที่
3. ทำแบบฟอร์มให้เจ้าของร้านยาที่ต้องการเข้าร่วมโครงการกรอก
4. สร้างเกณฑ์การคัดร้านที่ต้องการร่วมออก
  - ทุกครั้งที่ไปสำรวจจะต้องเจอเภสัชกรตามเวลาปฏิบัติหน้าที่ ที่ร้านกำหนด / ถ้าไม่เจอเภสัชกร ต้องมีป้ายแสดงชัดเจนว่าไม่มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ และไม่พบการขายยาอันตรายขณะนั้น โดย สำรวจร้านละอย่างต่ำ 2 ครั้ง
  - ร้านยาต้องส่งแบบตอบรับคืนในเวลาที่กำหนด
5. จ้างนักออกแบบทำแผนที่ และ สื่อสิ่งพิมพ์เพื่อการประชาสัมพันธ์โครงการและเผยแพร่ความรู้
6. ประสานงานกับร้านยา สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขยายจุดให้บริการให้คำปรึกษาเภสัชกร

## การดำเนินงาน

1. แยกกลุ่มตามที่วางแผน สํารวจและประชาสัมพันธ์โครงการให้ร้านยาทราบ

- ให้ร้านยากรอกแบบฟอร์มเข้าร่วมโครงการ
- ถามความประสงค์การเป็นจุดให้บริการให้คำปรึกษาเภสัชกร
- รวบรวมรายชื่อร้านยาที่ส่งแบบตอบรับและไม่ถูกคัดออก จากเกณฑ์การคัดออก
- จากร้านยาในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมด 12 ร้าน ไม่เจอเภสัชกรในวันที่ลงสำรวจ 6 ร้าน ส่งแบบตอบรับ 5 ร้าน ไม่ส่งแบบตอบรับ 1 ร้าน คัดออกตามเกณฑ์การคัดออก 1 ร้าน เหลือร้านยาเข้าร่วมโครงการ 4 ร้าน
- เพิ่มเติมร้านยานอกพื้นที่เป้าหมาย ที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ 2 ร้าน

2. จัดทำแผนที่ ปักหมุดร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ

3. ค้นหา/ทำสื่อความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมกับแผนที่ แล้วจัดทำสมุด นำไปแจกในกิจกรรมต่างๆ เพื่อเผยแพร่แผนที่ จำนวน 700 เล่ม

4. จัดทำ standee cutout เพื่อแจกให้ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการตั้งหน้าร้าน สำหรับให้ผู้ที่ต้องการใช้บริการร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเห็นได้อย่างชัดเจนจำนวน 10 ตัว



## ผลการดำเนินโครงการ

การลงพื้นที่สำรวจร้านยาทั้งหมด 12 ร้านพบว่าร้านยา 50% ในพื้นที่ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ 16.7% มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ไม่ตรงตามเวลาที่ติด 33.3% มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ตามเวลาที่ติด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อนิสิตและประชาชนในพื้นที่ ผลสรุปจากการสำรวจมีสถานประกอบการให้ความร่วมมือในการสมัครเป็นร้านที่ปักหมุดมีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ สถานปฏิบัติการณ์เภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ ร้านยาไนน์ฟาร์มาซี ร้านวีไลฟ์แคร์ ร้านขวัญยา ร้านกระปุกยา และร้านบ้านยาหน้ามอ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แผนที่ปักหมุดร้านนี้มีเภสัชกร

การทำสมุดที่มีแผนที่และสื่อความรู้เกี่ยวกับยาแฉกนิสิต จะสร้างความตระหนักในการเลือกใช้บริการร้านยาที่มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่อยู่ โดยผู้ที่ได้รับสมุดจะทราบถึงร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เข้าใจ คำว่า “เภสัชกรชวนป่วย” และทราบถึงอันตรายจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในเบื้องต้น และประชาสัมพันธ์ต่อให้คนใกล้ชิดทราบ (รูปที่ 3) และเพื่อความสะดวกในการจดจำหรือหาร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ จึงจัดทำ standee cutout ตั้งหน้าร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเหมือนกัน ทุกร้านเพื่อเป็นจุดสังเกตของผู้รับบริการและแสดงถึงความจำเพาะ โดยที่ standee cutout จะติดชื่อของเภสัชกรประจำร้านยาและข้อความ “ถามหาเภสัชกร (ชื่อเภสัชกรประจำร้าน)” เพื่อเป็นข้อความย้ำเตือนให้ผู้รับบริการถามหาเภสัชกรท่านนั้นๆ ก่อนรับบริการ อีกทั้งยังเป็นการเตือนใจเภสัชกรทางอ้อม ให้อยู่ประจำการที่ร้านยาตามเวลาที่กำหนด เพราะผู้รับบริการจะถามหา (รูปที่ 4) เนื่องจากระยะเวลาในการทำโครงการสั้นเกินกว่าที่จะติดตามผลที่อภิปรายมาได้ จึงไม่สามารถแสดงผลสรุปการทำกิจกรรมได้อย่างชัดเจน รวมถึงไม่สามารถประชาสัมพันธ์โครงการให้นิสิตทั้งมหาวิทยาลัยทราบและเข้าใจได้ ภายในเวลาที่โครงการกำหนด



รูปที่ 3 ตัวอย่างข้อมูลวิชาการที่เผยแพร่ในสมุดปักหมุดแผนที่



รูปที่ 4 และ 5 ตัวอย่างร้านยาที่มีสมุดปักหมุดแผนที่ และมาสคอตหน้าร้าน

ปัญหาการดำเนินงานพบว่าร้านยาบางร้านมีเภสัชกรประจำการ ไม่ตลอดเวลา หรือ ประจำการแต่ไม่อยู่หน้าร้านยา นิสิตที่เข้าสำรวจร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้าน อาจเสี่ยงต่ออันตรายจากผู้ประกอบการจากการจัดกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ พบว่ามีผู้ที่ต้องการขอคำปรึกษาเลิกบุหรี 15-20 คน โดยสามารถชักประวัติสำเร็จจนสามารถส่งต่อร้านยาได้ทั้งหมด 5 ท่าน ปัญหาที่พบคือ เนื่องจากแบบกรอกข้อมูลต้องลงรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้ที่มาขอคำปรึกษามีใช่คนที่สูบบุหรี (เป็นพ่อแม่ ญาติ หรือ เพื่อนของผู้สูบ) หรือเป็นผู้สูบเองซึ่งจำข้อมูลส่วนตัวไม่ได้แต่ไม่พกบัตรประจำตัวประชาชน ผู้สูบอยู่นอกพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก หรือ ไม่สะดวกจะรับบริการให้คำปรึกษาและติดตามจากสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรเคยพยายามเลิกบุหรีแล้วไม่สำเร็จจึงไม่ขอรับบริการ สถานที่จัดกิจกรรมมีเสียงดังมากทำให้ชักประวัติหรือตอบคำถามได้ลำบาก และ ในงานลอยกระทง เป็นงานรื่นเริง คนส่วนมากจึงไม่สนใจ ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับคำปรึกษาทุกท่านได้รับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรีไปทดลองใช้ นิทรรศการความรู้เกี่ยวกับบุหรีที่จัดเตรียมไว้รวมถึงเกม เพื่อแลกเปลี่ยนรางวัล โดยทุกท่านที่ผ่านเข้ามาดูนิทรรศการจะได้รับแผ่นพับและใบความรู้ รวมถึงคำบรรยายจากนิสิตที่ประจำอยู่

## สรุป

การทำแผนที่ปึกหมุดจะเพิ่มความพร้อมของการให้บริการโดยเภสัชกรตลอดเวลาทำการ อีกทั้งยังมีร้านยาอื่นๆ ที่ให้บริการโดยเภสัชกรชุมชน และเป็นการบูรณาการการเรียนการสอนให้กับนิสิตเพื่อเสริมสร้างแนวคิดเรื่องร้านยาสร้างเสริมสุขภาพ และก่อให้เกิดความเข้มแข็งและความรู้ในการใช้อย่างเหมาะสมของชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยการร่วมกันทำงานของอาจารย์บุคลากร และนิสิตเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เภสัชกรร้านยาในพิษณุโลก และได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)

## เอกสารอ้างอิง

1. วินิต อัสวกิจวิรี. แนวทางการส่งเสริมพัฒนาร้านยาให้เป็นร้านยาคุณภาพ. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557. สืบค้นได้จาก <http://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/ss-26826598>

## โครงการ “จับหัตถ์ลด ความสุขเพิ่มขึ้น”

ภญ.มณีกัลยา ชมชาญ

โรงพยาบาลกระแสนินทร์ จังหวัดสงขลา E-mail :manee076@gmail.com

### บทคัดย่อ

โครงการ “จับหัตถ์ลด ความสุขเพิ่มขึ้น” มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการจับหัตถ์ของผู้ป่วยโรคหัดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดอัตราการพ่นยาห้องฉุกเฉินและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพิ่มพูนทักษะในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยพัฒนาทักษะความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ให้มีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยโรคหัดให้ได้ตามมาตรฐาน รวมทั้งสร้างแกนนำเครือข่ายโรคหัดในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ของโรงพยาบาลกระแสนินทร์ ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม.ประจำครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน ในเรื่องโรค การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ อีกทั้งจัดกลุ่มมิตรภาพบำบัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติตัวการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

เฉพาะรายเพื่อแก้ไขปัญหารายบุคคล ดูแลผู้ป่วยในทุกมิติของชีวิต การส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านสื่อในชุมชน ผลการดำเนินงานพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากการประเมินโดยแบบทดสอบ และการปฏิบัติจริง และจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทราบถึงปัญหาในการใช้ยาบุคคลทั้งเทคนิคการใช้ยาพ้นสูตรไม่ถูกต้อง/ใช้ยาไม่ถูกต้องตามข้อบ่งใช้/ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา/เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา/ไม่รักษาความสะอาดของยาพ้นสูตร /ซื้อยาชุด ยาสมุนไพรรับประทานเอง และปัญหาอื่นนอกเหนือจากการใช้ยา ทั้งการเผาขยะ เผาถ่านเผาไร่นา ใช้เตาถ่านประกอบอาหาร เลี้ยงสัตว์บริเวณบ้านและอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคทั้งสิ้น การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำโรคหืดในชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และควบคุมความรุนแรงของโรคได้ สามารถใช้ยาพ้นสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินและลดอัตราการ Exacerbation Attack จนต้องนอนโรงพยาบาลได้

## บทนำ

ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบัน โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากผลการสำรวจของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดกว่า 3 ล้านคนและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกว่า 1.5 ล้านคน ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุข เนื่องจากมีอัตราการตายสูง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น จำนวน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้นทุกปี และคาดว่าผู้ป่วยที่มีอาการจับหิตรุนแรงจะต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน<sup>3</sup>

สถานการณ์ของโรงพยาบาลกระแสลีนก็เช่นเดียวกัน มีอัตราของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่จับหิตรุนแรงมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน และ Attack จนต้องนอนโรงพยาบาลอีกทั้ง มีอัตราการ Re-admit สูงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง และยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น รวมถึงขาดความตระหนักที่จะต้องใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี ไม่มารักษาต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแล เดินทางลำบาก อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านก็ยังไม่มีความพร้อมในการดูแลจัดการโรคเท่าที่ควร

การดูแลตนเอง รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องและตระหนักในการรักษาที่สม่ำเสมอ เป็นหัวใจสำคัญในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมไปถึงความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยของญาติเพื่อนบ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนด้วย<sup>3</sup> ทีมจึงหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดภาวะ “จับหืด” ของผู้ป่วย ลดอัตรา การนอนโรงพยาบาล การพ่นยาห้องฉุกเฉินและยกระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการทำโครงการ “จับหืดลดลง สุขภาพเพิ่มขึ้น” ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล และ รพ.สต.รวมทั้งบูรณาการร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมในทุกๆ มิติของชีวิต โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยและหลังป่วย ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ



ส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง รวมถึงการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรค รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป<sup>1</sup>

## กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ในคลินิก Easy asthma & COPD ของโรงพยาบาลกระแสสินธุ์ อำเภอกะแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา จำนวน 20 คน

- อาสาสมัครประจำครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 20 คน
- ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) จำนวน 20 คน
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล

จำนวน 15 คน

**สถานที่ศึกษา** สถานบริการสุขภาพอำเภอกะแสสินธุ์ทุกแห่ง ประกอบด้วย PCU และ รพ.สต. 4 แห่ง (กระแสสินธุ์/โรง/บ้านไร่/แหลมหาด) อำเภอกะแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา

**ระยะการดำเนินการ** มีนาคม 2558 – กรกฎาคม 2558  
ปีงบประมาณ 2558

## กลวิธีการดำเนินงานกิจกรรม

1. สืบหาข้อมูลและสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้จากฐานข้อมูล Easy asthma & COPD clinic และฐานข้อมูลโรงพยาบาล ได้แก่ ประวัติการนอน

โรงพยาบาล การพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน สมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย ประวัติการมารับยาตามนัดและจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มตาม รพ.สต. ที่รับผิดชอบ

2. ปรึกษาหารือถึงสถานการณ์ ซึ่งให้เห็นถึงปัญหาและหาหรือ แนวทางการแก้ไขในภาพรวม นำเสนอโครงการกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งหัวหน้าส่วนราชการ รพ.สต. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานศึกษา

3. ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจาก รพ.สต. และโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ค้นหาแกนนำเครือข่ายโรคหืดในชุมชน (ญาติผู้ป่วย และ อสม.ประจำครอบครัว) โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พร้อมติดต่อให้เข้าร่วม กิจกรรมด้วยความสมัครใจ

5. จัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ในด้านต่างๆ แก่แกนนำเครือข่ายโรคหืดในชุมชนผู้ป่วยแยกอบรมตาม รพ.สต. รวม 5 แห่งโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล (เภสัชกร/ พยาบาล/นักกายภาพบำบัด) และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้สังเกตการณ์ ในหัวข้อดังนี้

- พยาธิสภาพของโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การ รักษา และยาที่ใช้รักษาโรค
- การประเมินอาการและความรุนแรงของโรคหืดในผู้ป่วย
- การประเมินประสิทธิภาพการพ่นยาของผู้ป่วยและสอน การพ่นยาที่ถูกต้อง
- การติดตามการใช้ยาพ่น steroids และการใช้ยาบรรเทา ขยายหลอดลมของผู้ป่วย

- แนะนำและดูแลผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้
- การฝึกหายใจ การเคาะปอดและการออกกำลังกายเพื่อบริหารสมรรถภาพปอดที่เหมาะสม
- จัดกลุ่มมิตรภาพบำบัด (Self - help Group) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์แนวทางการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วย
- หาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

6. ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะรายโดยทีมสหวิชาชีพ หาแนวทางแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม โดยให้ญาติผู้ป่วย และ อสม. ประจำครอบครัวเป็นผู้ช่วยดูแลต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่และทำ case conference หลังจากเยี่ยมบ้าน

7. ทีมแกนนำเครือข่ายโรคหืด ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำอาสาสมัครชุมชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำเครือข่ายโรคหืดในชุมชน ร่วมเวทีประชาคมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมโรงพยาบาลเป็นระยะ

8. วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาช่องทางในการพัฒนา

## เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวัดผล

1) ประเมินความรู้ก่อนและหลังได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติจริงของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แบบทดสอบก่อน-หลังเรียน **โครงการจับหืดลดลง** ความสุขเพิ่มขึ้นในหัวข้อพยาธิสภาพของโรค บั๊จจัยและ

สิ่งกระตุ้น หลักการไต่ยาพ่น การออกกำลังกายและการหายใจที่ถูกต้อง

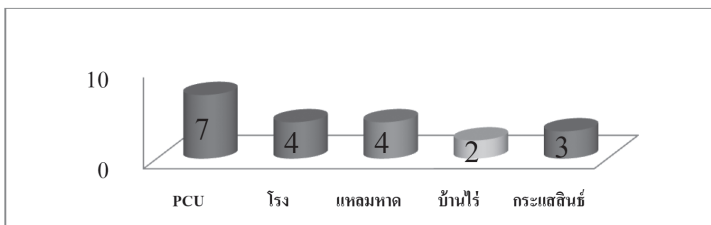
2) ประเมินทักษะในการไต่ยาพ่นสูตรระหว่างฝึกปฏิบัติจริงของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบประเมินการไต่ยาพ่นสูตร

3) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (quality of life) ผลของโรคต่อความผาสุก และการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ *COPD assessment test*<sup>4</sup> และประเมินคะแนนความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจวัตร โดยใช้ *MMRC dyspnea scale*<sup>4</sup>

4) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์/สรุป เพื่อหาแนวทางแก้ไขหรือโอกาสในการพัฒนาต่อไป

## ผลการดำเนินงาน

1. จากการสำรวจข้อมูลและสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ในฐานข้อมูล Easy asthma & COPD clinic และโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่อาการรุนแรงและถูกคัดเลือกเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 20 ราย และแบ่งผู้รับผิดชอบตาม รพ.สต.



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้และเข้าร่วมโครงการจำแนกตาม รพ.สต.เขตที่รับผิดชอบ

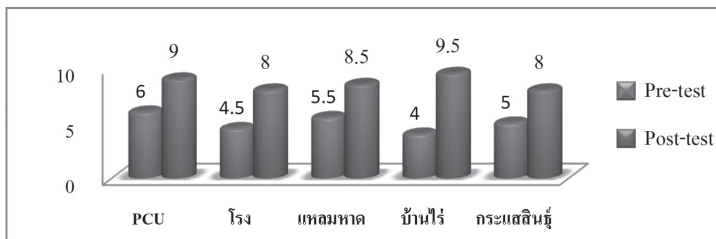
**2. การปรึกษาหารือถึงสถานการณ์กับหน่วยงานต่างๆ** ทั้งหัวหน้าส่วนราชการ รพ.สต. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานศึกษา ร่วมระดมความคิดเห็นถึงแนวทางการแก้ไขปัญหา ทุกๆ หน่วยงานให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและประสานงานในการร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหืดในชุมชนและร่วมสนับสนุนแหล่งทุนและจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การจัดการขยะที่เป็นระบบเพื่อลดการเผาขยะ รณรงค์ลดการเผาไร่นาปรับหน้าดิน การรณรงค์เลิกบุหรี่ และการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ และประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ทั้งวิทยุชุมชน และหอกระจายข่าว



ภาพที่ 1 กิจกรรมรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านวิทยุชุมชน โดยภาคีเครือข่ายร่วมสร้างเสริมสุขภาพ อำเภอกระแสดินธุ์

**3. กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย** ในด้านต่างๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มย่อยตาม รพ.สต. อบรมแลกเปลี่ยนเป็นกลุ่มเล็กๆ ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้ง่าย กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

กับโครงการ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอง ก็ให้ความสนใจและได้เพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น วัดได้จากแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติจริง พบว่าผู้เข้าร่วมการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั้งเรื่องพยาธิสภาพของโรค ความสำคัญของการใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่นสุดท้ายที่ถูกต้อง การมารับการรักษาและพบแพทย์ตามนัด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสม ยืดเหยียด strength training การเคาะปอด การหายใจ/วิธีการไอที่ถูกต้องรวมถึงวิธีการลดการหอบเหนื่อยด้วยการเป่าน้ำในขวด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็มีทักษะ มีความรู้เพิ่มขึ้น มีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น



แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเรียนของกลุ่มเป้าหมาย (n=68)



ภาพที่ 2 กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และทดสอบสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย

### การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่นสูดของผู้ป่วย

เทคนิคการใช้ยาพ่นสูดถือเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคหืดให้มีประสิทธิภาพอีกประการหนึ่ง โดยทั่วไปแล้วจะประเมินโดยเภสัชกรเท่านั้น แต่หากผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบถึงเทคนิคใช้ยาพ่นสูดที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติได้เอง จะเป็นอีกแรงสำคัญในการช่วยติดตามดูแลการใช้ยาพ่นสูดของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินได้ว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

จากการประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่นสูดของผู้ป่วยพบว่าก่อนหน้าการอบรม ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามเทคนิคทั้งหมด โดยเฉพาะในประเด็น การหายใจออกทางปากให้สุดและการกดยาพร้อมสูดหายใจลึกๆ แต่เมื่อได้รับการอบรมแล้วผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ดีขึ้นในทุกเทคนิค แต่ยังคงต้องการการติดตามเทคนิคการใช้ยาพ่นสูดที่บ้านต่อไปโดยแกนนำเครือข่ายโรคหืด

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของคะแนนกลุ่มเป้าหมายก่อน-หลังการอบรมเทคนิคการใช้ยาฟันสุด (n=20)

| ลำดับ | หัวข้อที่ประเมิน                  | ร้อยละของคะแนนกลุ่มเป้าหมาย |                     |
|-------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------|
|       |                                   | ก่อนเรียนปฏิบัติได้         | หลังเรียนปฏิบัติได้ |
| 1     | เขย่าหลอดยา 5-10 ครั้งก่อนพ่นยา   | 65%                         | 100%                |
| 2     | หายใจออกทางปากสุด                 | 50%                         | 85%                 |
| 3     | ปิดปากรอบอุปกรณ์สนิท              | 75%                         | 95%                 |
| 4     | กดยา พร้อม สูดหายใจได้ลึก         | 60%                         | 75%                 |
| 5     | ปิดปากสนิทหลังพ่นยาเสร็จ          | 80%                         | 95%                 |
| 6     | กลืนหายใจลึกๆ หายใจออกทางจมูกซ้ำๆ | 75%                         | 85%                 |
| 7     | บ้วนปากกลั้วคอหลังพ่นยา           | 90%                         | 100%                |
| 8     | เว้น 1-2 นาที ก่อนพ่นครั้งต่อไป   | 95%                         | 100%                |
| 9     | พบค้อนอกขณะทดลองพ่นยา             | 65%                         | 75%                 |
| 10    | ปริมาณยาสอดคล้องกับการใช้         | 50%                         | 85%                 |



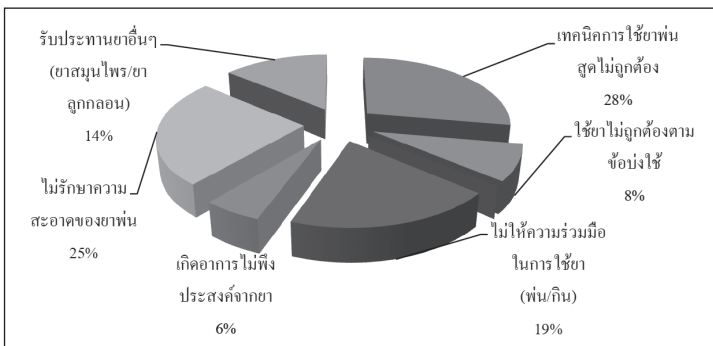
ภาพที่ 3 การสอนเทคนิคการใช้ยาฟันสุดและทดสอบการปฏิบัติจริงของกลุ่มเป้าหมาย





ภาพที่ 4 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพและแกนนำโรคหัดในชุมชน

#### 4. ปัญหาจากการใช้ยา (drug related problem)

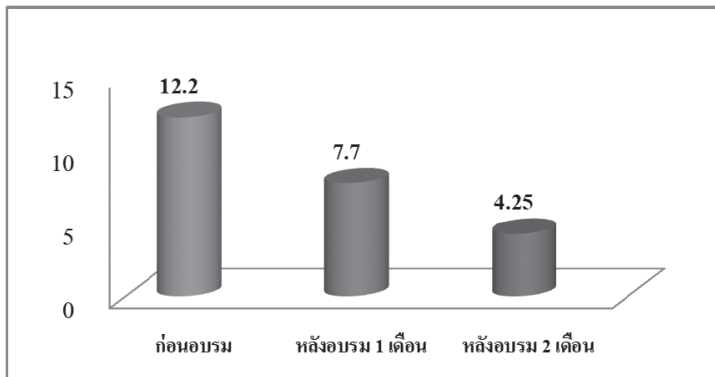


แผนภูมิที่ 3 แผนภูมิแสดงร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาในด้านต่างๆ (n=20)

## 5. การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

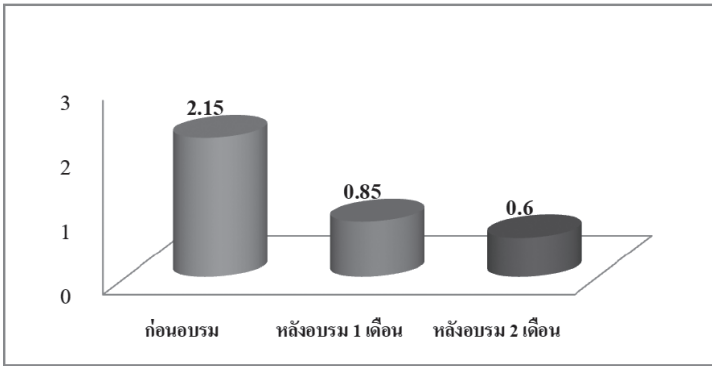
- COPD assessment test (CAT Score) ประเมินผลของโรค

ต่อความทุกข์และการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าผู้ป่วยมีค่า CAT score ลดลงหลังจากได้รับการอบรม สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน และมั่นใจที่จะออกนอกบ้านมากขึ้น อาการแน่นหน้าอก ไอ มีเสมหะลดลง รู้สึกกระฉับกระเฉง และนอนหลับได้ดีขึ้น อาการหอบในช่วงกลางคืนลดลง



แผนภูมิที่ 4 แผนภูมิแสดงค่าเฉลี่ยคะแนน CAT score ของผู้ป่วยก่อนอบรม หลังอบรม 1 เดือนและหลังอบรม 2 เดือน (n=20)

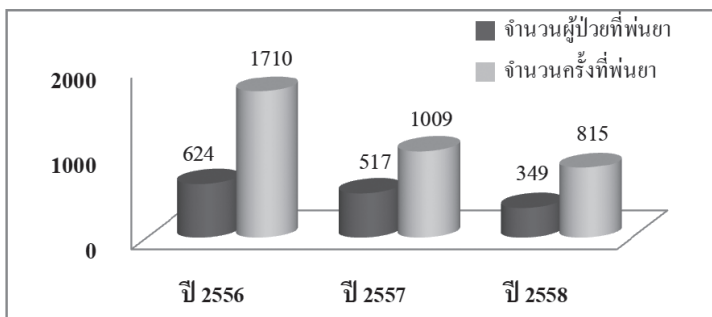
- MMRC dyspnea scale : คะแนนความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจวัตร พบว่าจากก่อนอบรมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่า MMRC dyspnea scale อยู่ในช่วง 2 คือสามารถเดินได้ช้ากว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อยหรือต้องหยุดพักเพื่อหายใจ หลังจากอบรมได้ 1 เดือนความรู้สึกเหนื่อยในการทำกิจวัตรลดลง รู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินรีบๆ หรือเดินขึ้นที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น และลดลงเรื่อยๆ จนไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกาย



แผนภูมิที่ 5 แผนภูมิแสดงค่าเฉลี่ยคะแนน MMRC dyspnea scale ของผู้ป่วยก่อนอบรม หลังอบรม 1 เดือนและหลังอบรม 2 เดือน (n=20)

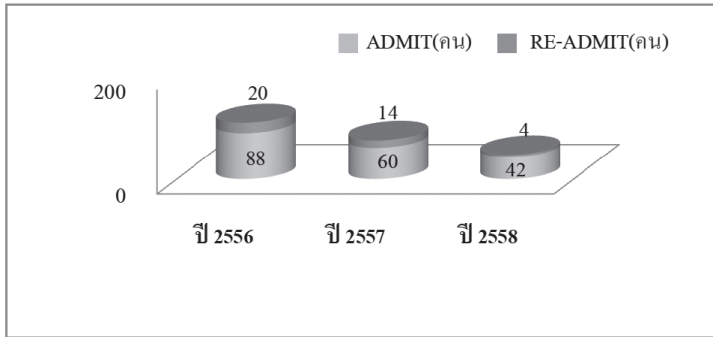
## 6. อัตราการพ้นยาหึ่งฉุกเฉิน และอัตราการนอนโรงพยาบาล

เปรียบเทียบอัตราการพ้นยาที่หึ่งฉุกเฉินของผู้ป่วย โรงพยาบาลกระแสนันธุ์ 3 ปีย้อนหลัง พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงเรื่อยๆ หลังจากทำโครงการ



แผนภูมิที่ 6 แผนภูมิแสดงอัตราการเข้ารับบริการพ้นยาที่หึ่งฉุกเฉินของผู้ป่วย โรงพยาบาลกระแสนันธุ์

(ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 – 30 สิงหาคม 2558)



แผนภูมิที่ 7 แผนภูมิแสดงอัตราการนอนโรงพยาบาล (admit) และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) ใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรงพยาบาลกระแสน้ำ 3 ปีซ้อนหลัง (ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 – 30 สิงหาคม 2558)

## สรุปผลการดำเนินงาน

จากการจัดทำโครงการจับหัดลดลง ความสุขเพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในด้านพยาธิสภาพของโรค การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความรุนแรงของโรค และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง กับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และ อสม.รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน พบว่าผลการดำเนินงานเป็นไปตามที่คาดหวัง โดย กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นจากการประเมินโดยแบบทดสอบและการปฏิบัติจริงก่อนและหลังการอบรม และเมื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากปฏิบัติตามการอบรม โดยใช้ COPD assessment test พบว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ และประเมิน MMRC dyspnea scale พบว่าผู้ป่วยสามารถเดินหรือออกกำลังกายได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

และจากข้อมูล อัตราการพ่นยาห้องฉุกเฉิน และอัตราการนอนโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ พบว่ามีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จับหืดจนต้องมาพ่นยาห้องฉุกเฉิน และต้องนอนโรงพยาบาลด้วย exacerbation attack ลดลงเรื่อยๆ หลังจากทำโครงการ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ทีมเข้าใจข้อจำกัดที่ผู้ป่วยและญาติเผชิญ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการไม่เข้าตามสั่งหรือทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ การแก้ไขปัญหารายบุคคล ดูแลผู้ป่วยในทุกมิติของชีวิตจึงเป็นอีกหนึ่งสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถควบคุมอาการได้ดี ดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติสามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยและท้ายสุดสิ่งที่เป็นหัวใจของโครงการ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อม มีแกนนำเครือข่ายโรคหืดในชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกำลังสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างยั่งยืน

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการ “จับหืดลดลง สุขภาพดีขึ้น” สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ ภญ.จันทร์จิราภรณ์ ชาทรี หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกระแสนินธุ์ และ ภก.ภานุพงศ์ พรหมเอียด ผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุนตลอดการทำโครงการ ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ อำเภอกระแสนินธุ์ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และสนับสนุนโครงการในครั้งนี้ตลอดมา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย

สหวิทยาการผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์หมอบายยัดเพื่อใช้ในการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยในโครงการ ประโยชน์และคุณค่าที่ได้จากโครงการในครั้งนี้ ข้าพเจ้านำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนางานที่รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ชุมชนและเพื่อความก้าวหน้าต่อไป

### บรรณานุกรม

1. กิตติภักดิ์ เอี่ยมบุตรลบ, ธารธร นันทวิทย์, มนัส อัจฉริยวนิช, et al. โครงการแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืด; 2551.
2. ชนานุช มานะ. บทบาทของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาการใช้ยาพ่นคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลเขาวง (Pharmacist Counseling in Easy Asthma Clinic); 2554.
3. วัชร บุญสวัสดิ์. โครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
4. วัชร บุญสวัสดิ์. บรรณานุกรม. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด: เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บูลเอดิน; 2554.

# โครงการ ชิดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน

## CHEEDPEN HENJAI GLAIBAN

ภญ.เบญจวรรณ ลอยทอง<sup>1</sup>

โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ E-mail: ki\_verr@hotmail.com

### บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของการศึกษาเพื่อเป็นการกระตุ้นและทบทวนความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเมืองสิงห์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เกี่ยวกับกระบวนการบริหารยาฉีดอินซูลิน ตำแหน่งของการฉีดยาอินซูลิน การเก็บรักษา ยาฉีดอินซูลิน การจัดการกับเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว และทราบถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน เป้าหมายในส่วนของผลการของดำเนินงานในทุกหัวข้อเกี่ยวกับการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องปฏิบัติได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และนอกจากนี้ยังมีการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินโดยทีมเยี่ยมบ้านโดยตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับเหตุไม่พึงประสงค์ด้านยา (adverse drug events) เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นต้น เป้าหมายในการเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านต้องปฏิบัติได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

---

<sup>1</sup> ปริญญาตรี เกษตรศาสตรบัณฑิต(ศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ) คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลเมืองสิงห์ ทั้งหมด 36 คน และผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในตำบลเมืองสิงห์ทั้งหมด 21 คน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยศึกษาเปรียบเทียบการให้ความรู้ก่อนและหลังเรียนทั้งในส่วนของการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเป็นการประเมินการลงเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านร่วมด้วยโดยใช้สถิติ (ร้อยละ) มาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในรูปแบบการบรรยาย

ผลจากการศึกษาพบว่าผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในทุกหัวข้อ ดังนี้ ในส่วนของการให้ความรู้หลังเรียนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหัวข้อกระบวนการบริหารยาฉีดอินซูลินเฉลี่ยทำได้ร้อยละ 95.36 และในหัวข้อตำแหน่งของการฉีดยาอินซูลิน การเก็บรักษายาฉีดอินซูลิน การจัดการกับเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว และทราบถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน พบปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ในทุกหัวข้อ การประเมินการลงเยี่ยมบ้านพบว่าสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 จากผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการทำงานของทีมเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นและเผยแพร่การทำงานด้านการให้บริการสาธารณสุขต่อไป

## Abstract

The purposes of this study were to encourage knowledge to public health volunteers in Mueang-Ling Sub-district, Chomphra District, Surin Province for administration of insulin, position of insulin injection, insulin storage and used the syringe management and know side effect from insulin-using. Goals of



all topics to encourage public health volunteers should be at least 70 percent and follow up diabetes patients in insulin-using by home health care team and concern about adverse drug events such as medication error, side effect from insulin using. Goal of this topic should be at least 50 percent.

This study has two target groups. Which are public health volunteers in Mueang-Ling Sub-District 36 persons and diabetes patients in Mueang-Ling Sub-District 21 persons. This study is quantitative analysis. Compare data from pre-test and post-test of each activity. The quantitative analysis was done by using statistic: percentage, it was done by interpretation and then presented by description.

The results of this study were pass all of criteria, all of topic to evaluate first target group was pass such as administration of insulin (95.36%), position of insulin injection (100%), insulin storage (100%), used the syringe management (100%) and know side effect from insulin-using (100%). And the second goal such as the assessing diabetes patients in insulin using in Mueang-Ling Sub-district by home health care team that perform 100 percent. The findings of this study are guide ideas for home health care team to promote good further health care service.

## บทนำ

เนื่องด้วยในปี 2557 ที่ผ่านมา พบว่าปัญหาจากการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น และอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยคือ ความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยาฉีดอินซูลิน รวมทั้งยังพบปัญหาผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น เนื่องด้วยปัจจุบันแพทย์มีการสั่งใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเฉพาะรายมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยไม่สามารถชดเชยด้วยตัวเองได้ ทำให้ต้องเดินทางเพื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นๆ และด้วยระยะทางที่ใช้ในการเดินทางแต่ละครั้งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการใช้ยาฉีดอินซูลินได้ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ได้เห็นถึงความเสี่ยงในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้ดำเนินการจัดทำโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้านขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและความร่วมมือของชุมชน เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางการใช้ยาและร่วมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดอินซูลินที่อาจเกิดขึ้นได้

มกราคม ปี 2558 ได้จัดทำโครงการ**ฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน** โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลินและให้ตระหนักถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาฉีดอินซูลินให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทราบและฝึกปฏิบัติจริง และดำเนินกิจกรรมการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในพื้นที่ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริงเพื่อนำมาซึ่งความปลอดภัยอย่างสูงสุดในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน

## จุดประสงค์ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** : อาสาสมัครกลุ่มเป้าหมายสามารถบริหารยาฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

**ระยะที่ 2** : ทีมเยี่ยมบ้านติดตามความคลาดเคลื่อนทางการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โครงการ จัดเป็น เห็นใจ ใกล้เคียง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

## กลุ่มเป้าหมาย

**กลุ่มที่ 1** อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเมืองสิงห์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ 36 คน

**กลุ่มที่ 2** ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลเมืองสิงห์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ 21 คน

## ระเบียบวิธีการวิจัย

### กิจกรรมในโครงการจัดเป็น เห็นใจ ใกล้เคียง

1) กำหนดให้มีเภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบโครงการ

2) ทดสอบความรู้ก่อนฝึกอบรมแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลินของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบทดสอบก่อนเรียนเรื่องการบริหารยาฉีดอินซูลิน

หัวข้อที่ใช้ในการประเมินในแบบทดสอบก่อนและหลังเรียนเรื่องการบริหารยาฉีดอินซูลิน มีดังนี้

- ขั้นตอนการบริหารยาฉีดอินซูลิน
- ขั้นตอนระบุตำแหน่งที่ใช้ในการฉีดยาอินซูลิน
- ขั้นตอนการเก็บรักษายาฉีดอินซูลิน
- ขั้นตอนการจัดการกับเข็มฉีดอินซูลินที่ใช้แล้ว
- ขั้นตอนการระบุผลข้างเคียงจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน

3) จัดทำทำเนียบรายชื่อ/และขอบเขตการรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ **กลุ่มเป้าหมาย**

4) จัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจริงให้กับกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลิน และประเมินความรู้ขณะปฏิบัติจริง โดยใช้แบบประเมินการฝึกปฏิบัติโครงการฉีดเป็น **เห็นใจ ใกล้บ้าน**

5) ประเมินผลการทดสอบหลังได้รับการฝึกอบรมแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลินของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบทดสอบหลังเรียน **เรื่องการบริหารยาฉีดอินซูลิน**

6) ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสรุปผลความคลาดเคลื่อนทางการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แบบติดตามการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานในโครงการ **ฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน**

7) วิเคราะห์ข้อมูล/สรุปผลโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน

### ระยะเวลาการดำเนินงานกิจกรรม

มกราคม 2558 ถึง เดือนกรกฎาคม 2558

### การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวัดผล

1) ประเมินข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มเป้าหมายในโครงการ  
จัดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม  
เป้าหมาย

2) ประเมินความรู้ก่อนได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติจริง  
เกี่ยวกับแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลิน โดยใช้แบบทดสอบก่อน  
เรียนเรื่องการบริหารยาฉีดอินซูลิน

3) ประเมินความรู้เกี่ยวกับแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลิน  
ระหว่างฝึกปฏิบัติจริงของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบประเมินการฝึก  
ปฏิบัติโครงการจัดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน

4) ประเมินความรู้หลังได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติจริง  
เกี่ยวกับแนวทางการบริหารยาฉีดอินซูลิน โดยใช้แบบทดสอบหลัง  
เรียนเรื่องการบริหารยาฉีดอินซูลิน

5) ประเมินผลการติดตามการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อยาฉีด  
อินซูลินร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสรุปผลความคลาดเคลื่อนทาง  
การใช้อาหารและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้อยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วย  
เบาหวาน โดยใช้แบบติดตามการใช้อยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน  
ในโครงการจัดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน

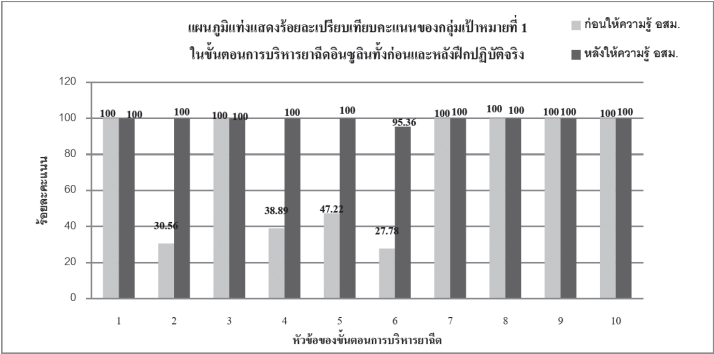
6) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์/สรุป เพื่อหาแนวทาง  
แก้ไขหรือโอกาสในการพัฒนาต่อไปของโครงการจัดเป็น เห็นใจ  
ไกลบ้าน

## ผลการวิจัยระยะที่ 1

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่ 1
  - เพศชาย 20%
  - เพศหญิง 80%
- ช่วงอายุของกลุ่มเป้าหมายที่ 1
  - ช่วงอายุ 20-30 ปี (8%)
  - ช่วงอายุ 31-35 ปี (11%)
  - ช่วงอายุ 36-40 ปี (11%)
  - อายุ 40 ปีขึ้นไป (70%)
- วุฒิการศึกษาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
  - ระดับประถมศึกษา (69%)
  - ระดับมัธยมศึกษา (28%)
  - อนุปริญญา (3%)
  - ปริญญาตรีขึ้นไป (0%)

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละคะแนนของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับขั้นตอนการบริหารยาฉีดอินซูลิน

| ลำดับ | หัวข้อที่ประเมิน<br>ขั้นตอน การบริหารยาฉีดอินซูลิน                                                                                                                       | ร้อยละคะแนนของกลุ่มเป้าหมาย |                |                                                                              |                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                                                                          | ก่อนเรียน                   |                | หลังเรียน                                                                    |                                                                                |
|       |                                                                                                                                                                          | ปฏิบัติ<br>ไม่ได้           | ปฏิบัติ<br>ได้ | ปฏิบัติ<br>ไม่ได้                                                            | ปฏิบัติ<br>ได้                                                                 |
| 1     | ล้างมือให้สะอาดแล้วเช็ดให้แห้ง<br>ก่อนการฉีดยาอินซูลินทุกครั้ง                                                                                                           | -                           | 100            | -                                                                            | 100                                                                            |
| 2     | คลึงขวดยาอินซูลินไปมา<br>ในฝ่ามือทั้งสองข้าง                                                                                                                             | 30.56                       | 69.44          | -                                                                            | 100                                                                            |
| 3     | ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์<br>เช็ดจุดยางของขวดยาอินซูลิน                                                                                                                        | -                           | 100            | -                                                                            | 100                                                                            |
| 4     | ดูดอากาศเข้ามาในหลอดฉีดยาให้มี<br>จำนวนเท่ากับปริมาณยาที่จะต้องใช้                                                                                                       | 38.89                       | 61.11          | -                                                                            | 100                                                                            |
| 5     | แทงเข็มฉีดยาให้ผ่านเข้าไปในขวด<br>ยาแล้วดันอากาศเข้าไปในขวด เพื่อ<br>ป้องกันไม่ให้เกิดสุญญากาศ คร่ำ<br>ขวดยาลงแล้วค่อยๆ ดูดยาอินซูลิน<br>เข้าหลอดฉีดยาในปริมาณที่ต้องการ | 47.22                       | 52.78          | -                                                                            | 100                                                                            |
| 6     | ตรวจดูว่ามีฟองอากาศอยู่หรือไม่<br>ถ้ามีให้ฉีดยาเข้าไปในขวดใหม่แล้ว<br>ดูดกลับเข้ามาซ้ำๆ จนได้ปริมาณ<br>ที่ต้องการตรวจสอบขนาดของอินซูลิน<br>ให้แน่ใจอีกครั้ง              | 27.78                       | 72.22          | ครั้งที่ 1 : 30.56<br>ครั้งที่ 2 : 22.22<br>ครั้งที่ 3 : -<br>เฉลี่ย : 37.97 | ครั้งที่ 1 : 69.44<br>ครั้งที่ 2 : 77.78<br>ครั้งที่ 3 : 100<br>เฉลี่ย : 95.36 |
| 7     | ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณ<br>ที่จะฉีดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์                                                                                                                 | -                           | 100            | -                                                                            | 100                                                                            |
| 8     | ใช้มือข้างหนึ่งจับขยึกหนังขึ้นเบาๆ                                                                                                                                       | -                           | 100            | -                                                                            | 100                                                                            |
| 9     | จับเข็มฉีดยาเหมือนการจับปากกา<br>แล้วปักเข็ม 45-90 องศา แล้วกด<br>ก้านสูบ ค่อยๆ ปล่อยยาจนหมด                                                                             | -                           | 100            | -                                                                            | 100                                                                            |
| 10    | ถอนเข็มฉีดยาออก<br>แล้วเช็ดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์                                                                                                                          | -                           | 100            | -                                                                            | 100                                                                            |

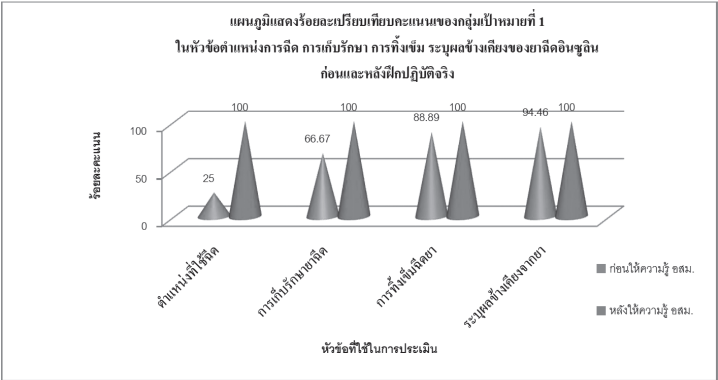


แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ในขั้นตอนการบริหารยาฉีดทั้งก่อนและหลังฝึกปฏิบัติจริง

ตารางที่ 2 ร้อยละคะแนนของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับขั้นตอนการระบุตำแหน่งฉีดยา/ขั้นตอนการเก็บรักษายา/การจัดการกับเข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว/ผลข้างเคียงที่เกิดจากใช้ยาฉีดอินซูลิน

| ลำดับ | หัวข้อที่ประเมิน                                       | ร้อยละคะแนนของกลุ่มเป้าหมาย |            |               |            |
|-------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|---------------|------------|
|       |                                                        | ก่อนเรียน                   |            | หลังเรียน     |            |
|       |                                                        | ปฏิบัติไม่ได้               | ปฏิบัติได้ | ปฏิบัติไม่ได้ | ปฏิบัติได้ |
| 1     | ขั้นตอน : ระบุตำแหน่งที่ใช้ในการฉีดยาอินซูลิน          | 25.00                       | 75.00      | -             | 100        |
| 2     | ขั้นตอน : การเก็บรักษายาฉีดอินซูลิน                    | 66.67                       | 33.33      | -             | 100        |
| 3     | ขั้นตอน : ระบุการจัดการเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว     | 88.89                       | 11.11      | -             | 100        |
| 4     | ขั้นตอน : ระบุผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน | 94.44                       | 5.56       | -             | 100        |





แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ในหัวข้อตำแหน่งการฉีด การเก็บรักษา การทิ้งเข็ม การระบุผลข้างเคียงของยาฉีดอินซูลินทั้งก่อนและหลังฝึกปฏิบัติจริง



รูปที่ 1 ให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับกระบวนการบริหารยาฉีดอินซูลิน

## ผลการวิจัยระยะที่ 2

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่ 2  
แบ่งเป็น เพศชาย 38.10% เพศหญิง 61.90%
- ลงเยี่ยมบ้านได้ทั้งหมด 21 คน จาก 21 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การดำเนินการในระยะที่ 2 เป็นการลงเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการทำงานแบบองค์รวม เพื่อนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และยังเป็นการกระตุ้นการดูแลระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนร่วมอย่างแท้จริง ทีมเยี่ยมบ้านได้ลงพื้นที่ตำบลเมืองสิงห์ เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ทบทวนวิธีการบริหารยาฉีด ตำแหน่งที่ใช้ฉีด การเก็บรักษายาฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง การจัดการกับเข็มที่ฉีดยาที่ใช้แล้วอย่างไรให้ปลอดภัย และยังรวมไปถึงให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน และยังรวมไปถึงการติดตามความคลาดเคลื่อนทางการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถศึกษาผลจากข้อมูลการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปข้อมูลการลงเยี่ยมบ้านโครงการคัดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน จากผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลเมืองสิงห์ อำเภอจอมพระ จสุรินทร์ ทั้งหมดที่ลงเยี่ยม 21 ราย

| ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ               |                       |                       |                              | อาการ                                 | บริโภค            | ดื่มสุรา                                          |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------|
| การบริหารยา                             | ตำแหน่งที่ใช้ฉีด      | การเก็บรักษา          | จัดการเข็มที่ใช้แล้ว         | ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา              | อาหารเสริมสมุนไพร | สูบบุหรี่                                         |
| คน(%)                                   | คน(%)                 | คน(%)                 | คน(%)                        | คน(%)                                 | คน(%)             | คน(%)                                             |
| ดื้อยา<br>ฉีดปริมาณ<br>6(28.57)         | ต้นแขน<br>5(23.81)    | ฝาตู้เย็น<br>6(28.57) | ใส่ถุง<br>7(33.33)           | ภาวะน้ำตาลต่ำ<br>3(14.28)             | บริโภค            | ดื่มสุรา<br>4(19.05)<br>ไม่ดื่มสุรา<br>17(80.95)  |
| บริหารยา<br>ผิดเวลา<br>10(47.62)        | ต้นขา<br>1(4.76)      | ช่องกลาง<br>15(71.43) | ใส่ขวด<br>ปิดฝา<br>10(47.62) | ระคายเคือง<br>บริเวณที่ฉีด<br>2(9.53) | ไม่บริโภค         | สูบบุหรี่<br>2(9.52)<br>ไม่สูบบุหรี่<br>19(90.48) |
| ขั้นตอนการ<br>ฉีดยาผิดวิธี<br>11(52.38) | หน้าท้อง<br>15(71.43) | ช่อง<br>แช่แข็ง<br>0  | เผา/ฝัง<br>4(19.05)          | ไม่เกิด ADRs<br>16(76.19)             |                   |                                                   |



รูปที่ 2 เยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โครงการจัดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน

## สรุปผลการดำเนินงาน

จากการจัดทำโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ไกล่บ้าน เพื่อให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายระยะที่ 1 พบว่าผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ในระยะที่ 1 กลุ่มเป้าหมายสามารถบริหารยาฉีดอินซูลินได้ถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทำการประเมินโดยให้ปฏิบัติจริงและมีการประเมินผลทั้งก่อนและหลังปฏิบัติ พบว่าคะแนนที่ปฏิบัติได้หลังเรียนและฝึกปฏิบัติจริงนั้นเป็นดังนี้

ในหัวข้อประเมินเรื่อง ขั้นตอนการบริหารยาฉีดคิดเป็นร้อยละ 95.36 ขั้นตอนการระบุตำแหน่งที่ใช้ในการฉีดยาคิดเป็นร้อยละ 100 ขั้นตอนการเก็บรักษายาฉีดคิดเป็นร้อยละ 100 ขั้นตอนการจัดการกับเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วคิดเป็นร้อยละ 100 และการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาฉีดเป็นร้อยละ 100 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการดำเนินงานโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ไกล่บ้าน พบว่ากลุ่มเป้าหมายทำคะแนนหลังการฝึกปฏิบัติจริงได้เกินร้อยละ 70 ทั้งหมดทุกหัวข้อที่ใช้ประเมิน หลังจากมีการดำเนินการตามเป้าหมายระยะที่ 1 พบว่ามีแนวโน้มของโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ไกล่บ้าน ไปในแนวทางที่ดี นอกจากนี้แล้วยังได้วางแผนงานในการดำเนินการต่อตามเป้าหมายระยะที่ 2 ต่อไป

การดำเนินการต่อในระยะที่ 2 โดยทีมเยี่ยมบ้านติดตามความคลาดเคลื่อนทางการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โครงการฉีดเป็น เห็นใจ ไกล่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยนำเอาฐานปัญหาของข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาใช้ในการดำเนินการตามเป้าหมายระยะที่ 2 เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินอย่างใกล้ชิดมากขึ้น พบว่าผลการดำเนินงานของ

ทีมเยี่ยมบ้านคิดเป็นร้อยละ 100 จากการเยี่ยมบ้านทำให้ทีมเยี่ยมบ้านพบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยว่าเป็นเช่นไร และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด ผู้ป่วยมีความเข้าใจในขั้นตอนการบริหารยาฉีดและสามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นกรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และยังเป็นการลดความเสี่ยงจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน

จากการทำการศึกษาค้างนี้พบว่า เป็นหนึ่งโครงการที่ช่วยกระตุ้นการดูแลผู้ป่วยทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างแท้จริง และยังสามารถนำซึ่งความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมด้วยผู้ที่สนใจสามารถนำความรู้และแนวทางการดำเนินโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน ไปปรับประยุกต์ใช้ในการทำการเผยแพร่ระบบการบริการสุขภาพแบบองค์รวมต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

### **ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน**

- แนะนำให้ศึกษาปัญหาจากความคลาดเคลื่อนทางการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน และนำมาทบทวนเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหและเป็นข้อมูลนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินรายอื่นต่อไป
- แนะนำขยายโครงการฉีดเป็น เห็นใจ ใกล้บ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน
- แนะนำให้ลงเยี่ยมบ้านด้านยาในผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการทำงานโดยเน้นการมีส่วนร่วมระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างแท้จริง

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการคิดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่านซึ่งไม่อาจจะนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้ทำโครงการขอขอบพระคุณกำลังใจที่สำคัญที่สุดในชีวิต ขอขอบพระคุณพ่อพรรณา ลอยทอง คุณแม่ณงนุช ลอยทอง และคุณป้าอรัทัย ทุนเทพย์ ที่อยู่เบื้องหลังในความสำเร็จที่ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณทีมงาน อาจารย์และนักเรียนหลักสูตร Family and Community Pharmacist Practice Learning (FCPL) ทุก ๆ ท่าน และคุณธัญนันท์ รุ่งเรือง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ที่ได้ให้คำปรึกษาในการจัดทำโครงการคิดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน ให้คำแนะนำให้ข้อเสนอแนะแนวทางต่างๆ และแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ คุณสุคนธ์ กลมกุล คุณสินีนาฏ ชูชมงาม คุณเทพพิรุณ แยมสง่า คุณจิราพร ประดับ ที่ร่วมดำเนินงานในโครงการคิดเป็น เห็นใจ ไกลบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้านิเวศินชูลิน และนอกจากนี้ผู้จัดทำโครงการยังขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ทุกท่านที่ร่วมทำโครงการจนประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองสิงห์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ให้จัดทำโครงการและอนุเคราะห์ประสานงานไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเกิดโครงการนี้ขึ้น และยังช่วยเหลือในการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้านิเวศินชูลินร่วมด้วย และขอขอบพระคุณบุคลากร

โรงพยาบาลจอมพระจังหวัดสุรินทร์ ที่คอยให้การสนับสนุนและ  
ร่วมมือกันทำงานในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้สามารถดำเนินงาน  
ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนตลอดไป ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง  
มา ณ ที่นี้

### เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพฯ  
มหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557.
2. สมาเภสัชกรรม. คู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถ  
ทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม 2554. นนทบุรี:  
สมาเภสัชกรรม นนทบุรี; 2554



## โครงการเภสัชกรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลสีงามและตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ภญ.อรวิไลซ์ เสนิงค์ ณ อยู่ธยา

โรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร E-mail: tutor\_rx@hotmail.com

### บทคัดย่อ

เนื่องจาก CUP คลองลานได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการพัฒนา  
ระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้เภสัชกรทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนางาน  
ทางด้านเภสัชกรรม และได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการ  
เพื่อพัฒนางานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องทางด้านเภสัชกรรม  
จึงได้จัดทำโครงการเภสัชกรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานขึ้น ซึ่งการดำเนิน  
โครงการครั้งนี้เป็นโครงการต่อเนื่องจากโครงการเดิมในการดูแลผู้ป่วย  
โรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลใน  
เลือดชนิดรับประทาน เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะพบ

ปัญหาการใช้ยาอย่างมาก ประกอบกับมูลค่าการใช้ยาฉีดอินซูลินที่สูงของโรงพยาบาลคลองลาน จึงควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรับการรักษา และลดปัญหาการใช้ยาที่จะเกิดขึ้น กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และเคยได้รับการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลินและการออกเยี่ยมบ้านในปีที่ผ่านมา จากผลการดำเนินโครงการเยี่ยมบ้านพบว่ายังคงมีปัญหากเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยาผิดจากคำสั่งแพทย์ ซึ่งพบปัญหาถึง 22 ปัญหา หรือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่ใส่ยาในช่องยาซึ่งอาจทำให้ใช้ยาผิด ปรับยาหรือหยุดใช้ยาเอง รับประทานอาหารเสริม ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาชุด เป็นต้น และในการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลิน มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลินระหว่างการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 20 ราย มีผู้ป่วยที่ฉีดยาถูกต้องทั้งเทคนิค การเก็บรักษายา และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่มีเทคนิคการฉีดยาถูกต้องทุกขั้นตอนมีร้อยละ 25 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ที่ฉีดยาไม่ถูกต้อง ปัญหาที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคือ 1. ปรับขนาดยาฉีดผิด 2. ไม่เขย่ายาก่อนฉีดยา 3. เปลี่ยนบริเวณที่ฉีดยา สำหรับผู้ป่วยที่เก็บรักษายาถูกต้องมีร้อยละ 70 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยปัญหาที่พบคือ 1. เก็บรักษายาฉีดอินซูลินที่ฝาตู้เย็น 2. ผู้ป่วยไม่นำยาฉีดไปต่างจังหวัดด้วย เพราะกลัวยาเสื่อมสภาพ 3. ผู้ป่วยเก็บปากกาฉีดอินซูลินไว้ด้านนอก ซึ่งมีความเสี่ยงทำให้ยาเสื่อมสภาพหากเก็บรักษายาไม่ดี และสำหรับผู้ป่วยที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องมีร้อยละ 85 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการ

เยี่ยมบ้านโดยปัญหาที่พบคือ 1. กำจัดโดยการเผา 2. กำจัดโดยการฝังดิน 3. กำจัดโดยการทิ้งขยะทั่วไป ปัญหาที่ค้นพบจากการเยี่ยมบ้านอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงในชุมชน และสาเหตุที่เกิดปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินซึ่งเป็นยาที่ใช้เทคนิคพิเศษ ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาได้ง่าย ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวจึงอาจจะสะท้อนถึงระบบการสอนใช้ยาฉีดอินซูลิน หรือการติดตามการใช้ยาหลังการเริ่มปากกาฉีดอินซูลินครั้งแรก ซึ่งต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การดำเนินโครงการยังมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินกับ อสม. ที่รับผิดชอบในเขตตำบลสังฆามและคลองน้ำไหล จากการประเมินความรู้หลังการอบรมพบว่ายังมีบางเรื่องที่ อสม. ยังไม่เข้าใจและมักจะตอบคำถามผิด ปัญหาดังกล่าวจึงอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจได้ ทำให้สามารถนำผลนี้ไปใช้แก้ไขในระบบการสอนใช้ปากกาฉีดอินซูลินต่อไป และหากเรามีการอบรม เรียนรู้ แลกเปลี่ยนกับ อสม. บ่อยๆ อาจพบปัญหาอื่นๆ ในชุมชนได้ เพราะ อสม. เป็นบุคคลที่สามารถพูดคุยใกล้ชิดกับคนในชุมชนที่สุด และหาก อสม. มีความรู้ความเข้าใจได้ดีก็นำความรู้ไปช่วยเหลือและบอกต่อผู้ป่วยได้ จากปัญหาทั้งหมดที่ค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าเรายังไม่สามารถแก้ไขโดยการแนะนำสิ่งที่ถูกต้องเพียงครั้งเดียว ต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริงซึ่งอาจแฝงอยู่โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกสิ่งที่เป็นปัญหาจริงๆ กับเรา ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน รับฟังปัญหาของแต่ละบุคคล เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดที่เป็นสาเหตุอย่างแท้จริงและส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บทนำ

Hepler และ Strand ได้ให้ความหมายของคำว่า การบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) โดยมีหัวใจสำคัญสามประการ คือ 1. เภสัชกรสามารถระบุปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ 2. เภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ 3. เภสัชกรสามารถป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ บทบาทของเภสัชกรในการบริบาลเภสัชกรรมนี้เปิดโอกาสให้เภสัชกรเข้าใจสถานะของโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น<sup>1</sup>

การบริบาลเภสัชกรรมที่ได้มาตรฐานทำให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีตามที่แพทย์วางแผนการรักษาไว้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ในประเทศไทยเองยังมีปัญหาจากการใช้ยาอยู่มาก ไม่ว่าจะเป็นการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสั่งยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การศึกษาหลายครั้งพบว่า การให้ข้อเสนอแนะเรื่องปัญหาของเภสัชกรได้รับการยอมรับจากแพทย์ร้อยละ 80-90 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และประหยัดจากการหยุดยาที่หมดข้อบ่งใช้<sup>2</sup>

ในปัจจุบันได้มีคำว่า การบริบาลเภสัชกรรมที่บ้าน (Home Pharmaceutical Care) ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว การบริบาลทางเภสัชกรรม การบริบาลเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการบริบาลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านยาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน โดยบริหารจัดการในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ครอบครัว และสภาพแวดล้อม หลักสำคัญของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านของเภสัชกรครอบครัวคือ ให้ผู้รับบริการซึ่งหมายถึงผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพด้านยาที่บ้าน เป็นการดำเนินงานบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา<sup>3</sup>

งานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ ช่วยให้เกิดความเสมอภาคในระบบสุขภาพ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555-2559 ในปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาบทบาทเภสัชกรระดับปฐมภูมิเพื่อดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน<sup>2</sup>

ในการจัดทำโครงการนี้มีที่มาจากการที่ CUP คลองลานได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้เภสัชกรทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนางานเภสัชกรรม และได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการยาด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำหรับกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมสามารถเฝ้าระวังตนเองและมีพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มี

ความปลอดภัย รวมถึงชุมชนนั้นๆ มีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอีกด้วย

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนางานดูแลผู้ป่วย และครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม จึงได้จัดทำโครงการเภสัชกรเยี่ยมบ้านขึ้น สำหรับการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการออกเยี่ยมบ้านนี้ พิจารณาจากการที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะพบปัญหาการใช้ยาอย่างมาก และประกอบกับมูลค่าการใช้ยาคีโตนซูลินที่สูงของโรงพยาบาลคลองลาน จึงควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาคีโตนซูลินร่วมกับยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรับการรักษา และลดปัญหาการใช้ยาที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลคลองลานได้ดำเนินการทำโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานมาก่อนหน้านี้ การทำโครงการครั้งนี้จึงเป็นการทำโครงการต่อเนื่องจากโครงการเดิม สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเมื่อได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมาวิเคราะห์ร่วมกันจะสามารถหาหนทางป้องกันและแก้ไขปัญหาในการรักษาได้มากยิ่งขึ้น

## กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานในเขตตำบลสังขามและตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร และเคยได้รับการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลินและการออกเยี่ยมบ้านในปีที่ผ่านมา

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาและแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
2. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเก็บรักษายาฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (เข็มฉีดอินซูลิน) ได้อย่างถูกต้อง
5. เพื่อให้ อสม.ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองลานมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง

## การประเมินผล/ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. สามารถแก้ปัญหาการใช้ยาอื่นๆ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
2. ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินสามารถฉีดยาได้ถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน
3. ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินมีการเก็บรักษายาฉีดอินซูลินได้ถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน

4. ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (เข็มฉีดอินซูลิน) ได้อย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน
5. อสม.ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองลาน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

### แนวทางการดำเนินการ

1. ประชุมชี้แจงโครงการและวางแผนการดำเนินงาน
2. ทำการคัดเลือกบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีการใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานร่วมกับการใช้ยาฉีดอินซูลินและเคยได้รับการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลินและการออกเยี่ยมบ้านในปีที่ผ่านมา
3. จัดทำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และคู่มือการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา
4. จัดอบรมให้ความรู้ อสม.ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองลาน
5. ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และมีการติดตามผลเพิ่มเติมในโรงพยาบาลหรือที่ รพ.สต.
6. ประเมินผลการดำเนินการออกเยี่ยมบ้าน
7. สรุปผลการดำเนินโครงการเภสัชกรเยี่ยมบ้าน





ตารางที่ 1 ตารางแสดงปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน

| ปัญหา                                         | จำนวน<br>ปัญหา | สาเหตุ                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. รับประทานยาผิดจากคำสั่งแพทย์               | 22             | 1. ไม่ใส่ซองยา<br>2. ใส่ยาสลับซอง<br>3. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ                                             |
| 2. ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ  | 10             | 1. มักจะลืมนินยามื้อกลางวัน เช่น ISDN, Metformin<br>2. ลืมนำแผงยาติดตัวไปด้วย<br>3. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |
| 3. ไม่ใส่ยาในซองยาซึ่งอาจทำให้ใช้ยาผิด        | 9              | เพื่อความสะดวกในการหยิบยา                                                                                       |
| 4. ปรับยาหรือหยุดใช้ยาเอง                     | 8              | 1. กลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น<br>2. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ                                       |
| 5. รับประทานอาหารเสริม ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร | 4              | ลูกหลานซื้อมาให้กิน เกิดความเกรงใจไม่กล้าปฏิเสธ                                                                 |
| 6. รับประทานยาชุด                             | 3              | ผู้ป่วยไม่ยอมไปโรงพยาบาล และคิดว่าหาซื้อเองสะดวกกว่า                                                            |
| 7. รับยาจากหลายแห่งทำให้ได้รับยาซ้ำซ้อน       | 2              | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการนำยาเดิมไปพบแพทย์ที่รักษาต่างโรงพยาบาลกัน                                       |
| 8. ผิดนัดเป็นประจำ                            | 1              | ผู้ป่วยมียาเหลือเป็นจำนวนมาก จึงยังไม่มาพบแพทย์                                                                 |
| 9. ยาหมดก่อนนัด                               | 1              | ยังไม่ทราบสาเหตุ ต้องติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยต่อไป                                                              |

จะเห็นว่าปัญหาที่ค้นพบนี้เรายังไม่สามารถแก้ไขโดยการแนะนำสิ่งที่ถูกต้องเพียงครั้งเดียวต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริงซึ่งอาจแฝงอยู่โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกสิ่งที่เป็นปัญหาจริงๆ กับเรา ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน รับฟังปัญหาของแต่ละบุคคล เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดที่เป็นสาเหตุอย่างแท้จริง และส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## ส่วนที่ 2 การประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลิน

การดำเนินการออกเยี่ยมบ้านครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลินระหว่างการออกเยี่ยมบ้านจำนวน 20 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ฉีดยาถูกต้องทั้งเทคนิค การเก็บรักษา และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่มีเทคนิคการฉีดยาถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่เก็บรักษาถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 85 ของผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินและได้รับการเยี่ยมบ้านโดยรายละเอียดของผลการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลิน มีดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงปัญหาการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน  
20 ราย

| ปัญหา                                                                      | จำนวน<br>ผู้ป่วย<br>(ราย) | ร้อยละ | สาเหตุ                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ปรับขนาดยาฉีดผิด                                                        | 6                         | 30     | 1. ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ปริมาณอินซูลิน<br>ปริมาณมาก ต้องฉีดมากกว่าหนึ่งรอบ<br>อาจสับสนเรื่องปริมาณยาฉีดต่อหนึ่งรอบ<br>2. ไม่อ่านฉลากก่อนใช้ยาฉีดอินซูลิน                         |
| 2. ไม่เขย่ายาก่อนฉีดยา                                                     | 5                         | 25     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 3. เปลี่ยนบริเวณที่ฉีดยา<br>บางครั้งบริเวณหน้าท้อง<br>บางครั้งบริเวณหน้าขา | 3                         | 15     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 4. เช็ดหัวเข็ม ทำให้ต้อง<br>เปลี่ยนเข็มบ่อย                                | 3                         | 15     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 5. ไม่รู้วิธีแก้ไขเมื่อปรับขนาด<br>ยาเกิน                                  | 2                         | 10     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 6. ไม่ดึงผิวหนังเพื่อให้ได้ชั้น<br>ใต้ผิวหนังก่อนฉีดอินซูลิน               | 2                         | 10     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 7. ฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอ                                                  | 2                         | 10     | 1. ผู้ป่วยกลัวเกิดอาการระดับน้ำตาล<br>ในเลือดต่ำจึงหยุดฉีดอินซูลินบางครั้ง<br>2. ผู้ป่วยฉีดอินซูลินเองไม่ได้ต้องอาศัย<br>ญาติฉีดให้ บางครั้งญาติไม่ว่างจึงไม่ได้<br>ฉีดอินซูลิน |
| 8. เขย่ายาฉีดอินซูลินเร็วเกินไป<br>ไป อาจเกิดฟองอากาศทำให้<br>ได้รับยาน้อย | 1                         | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 9. ฉีดอินซูลินตำแหน่ง<br>เดิม อาจทำให้ผิวหนังบริเวณ<br>นั้นแข็ง            | 1                         | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 10. ผู้ป่วยประกอบปากกา<br>ฉีดอินซูลินใหม่ทุกครั้ง                          | 1                         | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฉีดยา                                                                                                                                         |
| 11. ฉีดอินซูลินผิดเวลา                                                     | 1                         | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจการใช้ยา<br>ไม่อ่านฉลากยา                                                                                                                            |

ตารางที่ 3 แสดงปัญหาการเก็บรักษายาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน 20 ราย

| ปัญหา                                                                                        | จำนวนผู้ป่วย (ราย) | ร้อยละ | สาเหตุ                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|-----------------------------|
| 1. เก็บรักษายาฉีดอินซูลินที่ฝาตู้เย็น                                                        | 4                  | 20     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |
| 2. ผู้ป่วยไม่นำยาฉีดไปต่างจังหวัดด้วย เพราะกลัวยาเสื่อมสภาพ                                  | 2                  | 10     | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |
| 3. ผู้ป่วยเก็บปากกาฉีดอินซูลินไว้ด้านนอก อาจมีความเสี่ยงทำให้ยาเสื่อมสภาพหากเก็บรักษายาไม่ดี | 1                  | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |

ตารางที่ 4 แสดงปัญหาการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน 20 ราย

| ปัญหา                       | จำนวนผู้ป่วย (ราย) | ร้อยละ | สาเหตุ                      |
|-----------------------------|--------------------|--------|-----------------------------|
| 1. กำจัดโดยการเผา           | 1                  | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |
| 2. กำจัดโดยการฝังดิน        | 1                  | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |
| 3. กำจัดโดยการทิ้งขยะทั่วไป | 1                  | 5      | ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ |

จากการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยประเมินครอบคลุมทั้งหมด 3 ประเด็น คือ เทคนิคฉีดยาอินซูลิน การเก็บรักษายาฉีดอินซูลิน และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (เข็มฉีดยาอินซูลิน) พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาฉีดอินซูลินผิดในบางเรื่อง เช่น ปรับขนาดยาฉีดผิด ไม่เขย่ายาก่อนฉีดยา เปลี่ยนบริเวณที่ฉีดยา บางครั้งบริเวณหน้าท้อง บางครั้งบริเวณหน้าขา ฉีดยาอินซูลินไม่สม่ำเสมอ เก็บรักษายาที่ผ่าตู้เย็น และการกำจัดเข็มฉีดยาอินซูลินที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้ปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมได้ เป็นต้น จะเห็นว่าปัญหาที่ค้นพบอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงในชุมชน และสาเหตุที่เกิดปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินซึ่งเป็นยาที่ใช้เทคนิคพิเศษ ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาได้ง่าย ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวจึงอาจจะสะท้อนถึงระบบการสอนใช้ยาฉีดอินซูลิน หรือการติดตามการใช้ยาหลังการเริ่มปากกาฉีดอินซูลินครั้งแรก ซึ่งต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินได้อย่างถูกต้อง

### ส่วนที่ 3 การอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาฉีดอินซูลินให้กับ อสม.

จากการประเมินความรู้หลังการอบรมพบว่ายังมีบางเรื่องที่ อสม. ยังไม่เข้าใจและมักจะตอบคำถามผิด ปัญหาดังกล่าวจึงอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจได้ ทำให้สามารถนำผลนี้ไปใช้แก้ไขระบบการสอนใช้ปากกาฉีดอินซูลินต่อไป และหากเรามีการอบรม เรียนรู้ แลกเปลี่ยนกับ อสม. บ่อยๆ อาจพบปัญหาอื่นๆ ในชุมชนได้ เพราะ อสม. เป็นบุคคลที่สามารถพูดคุยใกล้ชิดกับคนในชุมชนที่สุด และหาก อสม. มีความรู้ความเข้าใจได้ดีก็อาจนำความรู้ไปช่วยดูแลและบอกต่อผู้ป่วยได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการอบรม อสม.ในเขตพื้นที่ตำบลสังขามและตำบลคลองน้ำไหล  
เรื่องการใชยาฉีดอินซูลิน

| ช่วงคะแนน | ร้อยละ |
|-----------|--------|
| 100%      | 10.34  |
| 80-90%    | 39.66  |
| 50-70%    | 36.21  |
| <50%      | 10.34  |

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดของโครงการจะพบว่าตัวชี้วัดบางข้อยังไม่ผ่านเกณฑ์โดยเฉพาะปัญหาการใชยาของผู้ป่วย เทคนิคการใชยาฉีดอินซูลิน และการเก็บรักษายาฉีดอินซูลินจึงต้องมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถแก้ไขและลดปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและชุมชนได้ โดยโอกาสพัฒนา มีดังนี้

1. เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการเยี่ยมบ้านและติดตามการใชยาในโรงพยาบาล โดยเน้นผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาการใชยาหรือมีความเสี่ยงที่อาจใชยาผิด เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่รับยาจากโรงพยาบาลหลายแห่ง

2. ออกเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพหรือมีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมที่ทำการรักษาเพิ่มแก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน

3. ขยายพื้นที่การเยี่ยมบ้านโดยดำเนินการร่วมกับ รพ.สต. ที่สนใจ



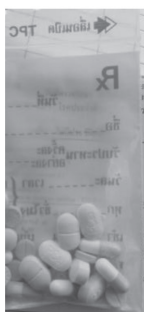
รูปที่ 1 - 5 ขณะดำเนินการออกเยี่ยมบ้าน



รูปที่ 6 การเก็บยาฉีดอินซูลินที่ไม่ถูกต้อง



รูปที่ 7 การเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง



รูปที่ 8 ยาชุดแก้ปวด



## สรุปผล

จากปัญหาทั้งหมดที่ค้นพบจากการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และเคยได้รับการประเมินการใช้ยาฉีดอินซูลินและการออกเยี่ยมบ้านในปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าเรายังไม่สามารถแก้ไขโดยการแนะนำสิ่งที่ถูกต้องเพียงครั้งเดียวต้องค้นหาหลายครั้งเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงซึ่งอาจแฝงอยู่โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกสิ่งที่เป็นปัญหาจริงๆ กับเรา ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน รับฟังปัญหาของแต่ละบุคคล เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดที่เป็นสาเหตุอย่างแท้จริงและส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ญญ.จารุวรรณ ปราโมช ณ อยุธยา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุนตลอดการทำโครงการซึ่งทำให้โครงการสำเร็จไปด้วยดี

ขอขอบคุณ ภก.ศักดิ์ชัย เกิดโต ผู้ริเริ่มทำโครงการเภสัชกรเยี่ยมบ้านในปี 2555 ซึ่งได้อนุเคราะห์รายชื่อและข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน แฝ่นพบการใช้ปากกาอินซูลิน และเอกสารประกอบการบรรยายให้ความรู้เรื่องเทคนิคการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ซึ่งทำให้การดำเนินโครงการนี้สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่ประจำห้องยา เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลคลองลาน เจ้าหน้าที่รพ.สต.หนองน้ำซุ่น รพ.สต.บึงหล่ม รพ.สต.คลองแขยง และ อสม.ที่ได้ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านและทำให้โครงการนี้สำเร็จไปด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง:**

1. เนติ สุขสมบูรณ์. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน: บทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน จำกัด; 2558.
2. มังกร ประพันธ์วิณะ. การจัดการคุณภาพในองค์กรสุขภาพ: งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3; 2557.
3. จตุพร ทองอ้อม ตำราเภสัชกรครอบครัว: หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประชาชน จำกัด; 2557.

## โครงการ “เข้าใจปัจจัย เข้าถึงปัญหา พัฒนาระบบบริการ เพิ่มความต่อเนื่อง การใช้ยาเบาหวาน” ตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

ภญ.มุนาดา แวนาแฉะ

โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี Email: w.munada@gmail.com

### บทคัดย่อ

ปัญหาการขาดการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โรงพยาบาลยะหริ่งมีความซุกของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในตำบลบางปูมากที่สุด ซึ่งมีแนวโน้มการขาดการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.6 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี 2557 จึงนำมาสู่การดำเนินโครงการฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบางปูขาดการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่อง รวมถึงประเมินการดำเนินโรคเบาหวานหลังหยุดยาด้วยการเจาะเลือด และการคืนข้อมูล

สู่ชุมชน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา ในผู้ป่วยจำนวน 17 รายแบ่งเป็น เพศหญิง 9 ราย (52.94%) และเพศชาย 8 ราย (47.06%) โดย ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกผลการดำเนินงาน พบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วย ขาดการรักษาและเข้าไม่ต่อเนื่องพบทั้งสิ้น 25 ปัญหา ได้แก่ 1. ผู้ป่วย ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการเข้าอย่างต่อเนื่อง จากความกังวลเกี่ยวกับไตวาย 6 ปัญหา (24%), กินยายาก 1 ปัญหา (4%), เบื่อกินยา 3 ปัญหา (12%) 2. ผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทาง ลำบาก จากติดเตียง 5 ปัญหา (20%), บ้านอยู่ในตรอก รถยนต์ เข้าไม่ได้ 3 ปัญหา (12%), ขาดผู้ดูแลมารับยา 3 ปัญหา (12%) 3. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล จากความยากจน 2 ปัญหา (8%) 4. ปฏิเสธการรักษา จากความเชื่อทางศาสนาไม่ถูกต้อง 2 ปัญหา (8%) ผลการประเมินการดำเนินโรคเบาหวานหลังหยุดยา พบว่า ไม่มีผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c < 7% และ TG < 150 มก./ดล., LDL < 100 มก.ดล. จำนวน 2 ราย (11.76%), HDL > 40 มก./ดล. 4 ราย (23.53%), BP < 140/80 มม.ปรอท 3 ราย (17.64%), GFR > 60 ml/min 7 ราย (41.18%) และ 10-year CVD risk < 10% 7 ราย (41.18%) ผลของการจัดเวทีประชาคม พบว่า ชุมชนได้เสนอ วิธีแก้ไขตามปัญหา ได้แก่ 1. การรอคิวนาน แก้ไขโดยให้มีการจัดคิว เป็น 2 ช่วงเวลา ก่อนและหลัง 10.00 น. และเพิ่มการส่งผู้ป่วยกลับ รับยาที่ รพ.สต. โดยมีแพทย์ออกตรวจ 2. ปัญหาผู้ป่วยเดินทางลำบาก แก้ไขโดยให้มีการนำส่งยาโดย อสม., ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ 3. ปัญหาการปฏิเสธการรักษา รวมถึง ปฏิเสธการกินยา แก้ไขโดยให้มีการให้ความรู้โดยเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำศาสนา, ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ควบคุมโรคได้ดี และให้ มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบ่อยครั้งโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งใน 5 อันดับโรคแรกที่มีผู้รับบริการมากที่สุดโรงพยาบาลยะหริ่ง มีผู้ป่วยนอกมารับบริการเฉลี่ยคิดเป็น 590 รายต่อเดือน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เฉลี่ย 240 รายต่อปี จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอยะหริ่ง 3 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 54 ถึงวันที่ 30 ก.ย. 57) พบมีจำนวนทั้งสิ้น 1,596 รายเป็นผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบางปูมากที่สุด 348 ราย คิดเป็น 21.80% ซึ่งมีแนวโน้มการขาดการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.6 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี 2557 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยะหริ่งด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยคิดเป็น 9,093 บาท/ราย และจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบางปู 8 ราย ที่ขาดการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่อง พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดัน 3 ราย และผู้ป่วยเบาหวานติดเตียง 5 ราย ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง 3 ราย และผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับถูกตัดอวัยวะ (amputation) 2 ราย โดยสาเหตุของการขาดการรักษาและขาดการใช้ยาเกิดจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับและความสำคัญในการรักษาและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการเนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง ขาดผู้ดูแลในการพามารับยา จึงนำมาสู่การค้นหาผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษาในฐานะข้อมูลโรงพยาบาลยะหริ่ง พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานมีชีพที่ขาดการรักษาตั้งแต่ ม.ค.-ก.ย. 57 มีจำนวน 27 ราย จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 252 ราย คิดเป็น 10.71% แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว 1 ราย ถูกส่งต่อรับยาที่ รพ.สต. จำนวน 9 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้บริการต่อทั้งที่โรงพยาบาลยะหริ่ง และ รพ.สต.บางปู จำนวน 17 ราย

ด้วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษา และได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ในตำบลบางปูดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัย/ปัญหาที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาไม่ต่อเนื่องในชุมชนบางปู รวมถึงการประเมินการดำเนินโรคด้วยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำหลังหยดยาติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ HbA1c < 7%, LDL < 100 มก./ดล., TG < 150 มก./ดล., HDL > 40 และความดันโลหิต < 140/80 มม.ปรอท GFR > 60 ml/min และ 10-year CVD risk < 10% (Framingham risk score) เพื่อประกอบการรักษาต่อเนื่อง และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการจัดเวทีประชาคม เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไข นำมาสู่การออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่องในตำบลบางปู โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นต้นแบบในการจัดการปัญหาให้แก่ชุมชนอื่นต่อไป

## วิธีดำเนินโครงการ

### ส่วน I : ศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล

(ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่องในตำบลบางปู)

1. ศึกษาข้อเท็จจริงของผู้ป่วยที่รับยาไม่ต่อเนื่องจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล (hospital based) ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษา, จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา

2. ศึกษาข้อเท็จจริงของปัญหา/ปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาไม่ต่อเนื่อง จากชุมชนบางปู (community based)

2.1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดการรักษา เพื่อค้นหาปัญหา/ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และประเมินการดำเนินโรคหลังหยุดยาด้วยการเจาะเลือดติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ HbA1c, LDL, TG, HDL, GFR และ 10-year CVD risk เพื่อประกอบการรักษาต่อเนื่อง

3. รวบรวม วิเคราะห์ ปัญหา/ปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่องในชุมชนบางปู และประเมินการดำเนินโรคจากผลทางห้องปฏิบัติการ

## **ส่วน II : ค้นข้อมูลสู่ชุมชน (หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน)**

4. จัดเวทีประชาคมเพื่อค้นข้อมูลสู่ชุมชนพร้อมหาแนวทางแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

**ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา :** ผู้ป่วยเบาหวานมีชีพในตำบลบางปูที่ขาดการรักษา/ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ ม.ค. 57- ก.ย. 57 จำนวน 17 ราย (representative sample)

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา :** แบบบันทึกข้อมูลการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน (สปสช.) เก็บข้อมูลใน ส่วนของ drug system in primary care หัวข้อ Continuity (ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง)

**การวิเคราะห์ข้อมูล :** ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) แสดงความถี่ ร้อยละ

นำเสนอในรูปตาราง

## ผลการดำเนินงาน

การศึกษาค้างนี้มีผลการดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้  
**ตอนที่ 1 : ผลจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานตำบลบางปู**  
**ขาดการรักษาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง**

1.1 ผลการค้นหาลำบาก/ปัญหาที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน  
 ขาดการรักษาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง

ผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานตำบลบางปูขาดการ  
 รักษาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 17 ราย พบว่า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะทั่วไป

| ลักษณะทั่วไป (n=17)                       | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                |       |        |
| ชาย                                       | 8     | 47.06  |
| หญิง                                      | 9     | 52.96  |
| <b>สิทธิ์</b>                             |       |        |
| หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า                  | 13    | 76.47  |
| เบิกได้                                   | 4     | 23.53  |
| <b>โรคประจำตัว</b>                        |       |        |
| เบาหวาน                                   | 4     | 23.53  |
| เบาหวานและความดันโลหิตสูง                 | 9     | 52.94  |
| เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจล้มเหลว   | 4     | 23.53  |
| <b>ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (km)</b>     |       |        |
| 3 km                                      | 5     | 29.41  |
| 4 km                                      | 3     | 17.65  |
| 5 km                                      | 9     | 52.94  |
| <b>การจัดการของผู้ป่วยหลังจากไม่ใช้ยา</b> |       |        |
| ใช้สมุนไพรแทน                             | 3     | 17.65  |
| ใช้ยาชุดกินเป็นครั้งคราว                  | 2     | 11.76  |
| ไม่ใช้ยาและผลติดกันที่สุขภาพอื่น          | 12    | 70.59  |



จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.94 รองลงมาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 23.53 โดยส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล 5 km รองลงมา 3 km และ 4 km คิดเป็นร้อยละ 52.94, 29.41 และ 17.65 ตามลำดับ ซึ่งหลังขาดการรักษาและไม่มีการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรแทน และใช้ยาชุดกินเป็นครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 70.59 17.65 และ 11.76 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่ส่งผลต่อขาดการรักษาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง จำแนกตามสาเหตุต่างๆ

| ปัญหา                                                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง |       |        |
| กังวลเกี่ยวกับไตวาย                                                     | 6     | 24     |
| กินยาก                                                                  | 1     | 4      |
| เบื่อกินยา กินยาแล้วไม่ดีขึ้น                                           | 3     | 12     |
| ผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทางลำบาก                                           |       |        |
| ติดเตียง                                                                | 5     | 20     |
| บ้านอยู่ในตรอก รถยนต์เข้าไม่ได้                                         | 3     | 12     |
| ขาดผู้ดูแลในการพาไปรับยา                                                | 3     | 12     |
| ผู้ป่วยมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง                                |       |        |
| ยากจน                                                                   | 2     | 8      |
| ปฏิเสธการรักษา                                                          |       |        |
| ความเชื่อทางศาสนาไม่ถูกต้อง                                             | 2     | 8      |

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กังวลเกี่ยวกับการเกิดไตวายจากยาที่ได้รับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมา เป็นผู้ปวดตึง และเบื่อการกินยา บำบัดอยู่ในตโรค รถยนต์เข้าไม่ได้ ขาดผู้ดูแลในการพาไปรับยา คิดเป็นร้อยละ 20 และ 12 12 12 ตามลำดับ

1.2 ผลการประเมินการดำเนินโรคเบาหวานด้วยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำหลังหยุดยา

ผลทางห้องปฏิบัติการสำคัญจากการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ เพื่อประกอบการวางแผนรักษาต่อเนื่อง เป็นดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ จำแนกตามประเภท

| ค่าทางห้องปฏิบัติการ      | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------|-------|--------|
| HbA1c                     |       |        |
| < 7% (ค่าเป้าหมาย)        | 0     | 0      |
| > 7%                      | 17    | 100    |
| HDL                       |       |        |
| > 40 mg/dl (ค่าเป้าหมาย)  | 4     | 23.53  |
| 40 – 30 mg/dl             | 6     | 35.29  |
| > 30 mg/dl                | 7     | 41.18  |
| LDL                       |       |        |
| < 100 mg/dl (ค่าเป้าหมาย) | 2     | 11.76  |
| 100 – 200 mg/dl           | 6     | 35.29  |
| > 200 mg/dl               | 9     | 52.94  |
| TG                        |       |        |
| < 150 mg/dl (ค่าเป้าหมาย) | 0     | 0      |
| 150 – 300 mg/dl           | 14    | 82.35  |
| > 300 mg/dl               | 3     | 17.64  |

| ค่าทางห้องปฏิบัติการ             | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------|-------|--------|
| BP                               |       |        |
| < 140/80 mmHg (ค่าเป้าหมาย)      | 3     | 17.65  |
| > 140/80 mmHg                    | 14    | 82.35  |
| GFR (Glomerular filtration rate) |       |        |
| > 60 ml/min (ค่าเป้าหมาย)        | 7     | 41.18  |
| 60 – 30 ml/min                   | 9     | 52.94  |
| < 30 ml/min                      | 1     | 5.88   |
| 10 –year CVD risk                |       |        |
| < 10% (ค่าเป้าหมาย)              | 7     | 41.18  |
| > 10%                            | 10    | 58.82  |

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคที่มากขึ้น โดยมีผู้ป่วยที่มีค่าทางห้องปฏิบัติการที่สูงกว่าเป้าหมายมากที่สุด ได้แก่ HbA1c < 7% คิดเป็น 100% รองลงมาเป็นค่า TG อยู่ในช่วง 150 -300 mg/dl คิดเป็น 82.35% ค่าความดันโลหิตที่มากกว่า 140/80 mmHg คิดเป็น 82.35% และค่า 10 –year CVD risk > 10% คิดเป็น 58.82% ส่วนผู้ป่วยที่มีค่าทางห้องปฏิบัติการที่อยู่ในค่าเป้าหมาย ได้แก่ HDL > 40 mg/dl คิดเป็น 23.53%, LDL < 100 mg/dl 11.76%, BP < 140/80 mmHg 17.65%, GFR > 60 ml/min 41.18% และ 10 –year CVD risk < 10% คิดเป็น 41.18% ตามลำดับ

## ตอนที่ 2 : ผลการจัดเวทีประชาคม เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไข

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอการแก้ไขจากชุมชนจำแนกตามปัญหา

| ปัญหา                                          | ข้อเสนอการแก้ไข                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การรอคิวนาน                                 | 1. ให้มีการจัดคิวเป็น 2 ช่วงเวลาก่อนและหลัง 10.00 น.<br>2. ส่งผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่ รพ.สต. โดยที่มีแพทย์ออกตรวจ                                                             |
| 2. ปัญหาผู้ป่วยเดินทางลำบาก                    | ให้มีการนำส่งยาโดย อสม., ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่                                                                                                  |
| 3. ปัญหาการปฏิเสธการรักษา รวมถึงปฏิเสธการกินยา | 1. ให้มีการให้ความรู้โดยเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำศาสนา, ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่ควบคุมโรคได้ดี<br>2. ให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบ่อยครั้ง โดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร |

## สรุปและอภิปรายผลการดำเนินงาน

การดำเนินโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานขาดการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง รวมถึงการประเมินการดำเนินโรคด้วยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำหลังหยดยา และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการจัดเวทีประชาคม เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไข จากผลการดำเนินงาน สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานขาดการรักษา และใช้ยาไม่ต่อเนื่องมากที่สุดคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จากสาเหตุของการกังวลเกี่ยวกับไตวาย จากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับความรู้สึกลึกเบื่อการกินยา เนื่องจากต้องกินหลายรายการ ระยะเวลาานาน กินแล้วไม่ดีขึ้น ปัญหา ร่องลงมา เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก จากสาเหตุผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่อยากเข้าระบบบริการ เนื่องจากระบบที่ซ้ำและซับซ้อน

2. การดำเนินโรคหลังหยดยา มีแนวโน้มที่เสี่ยงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่มากขึ้นทั้ง microvascular และ macrovascular (หลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่) โดยเฉพาะการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดสมอง จะส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะยาวได้

3. จากการจัดเวทีประชาคม เสนอปัญหา เพื่อให้ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ไข พบว่า ชุมชนเสนอให้เห็นความรวดเร็วในการบริการ โดยเฉพาะการบริการกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีภาวะหลายอย่าง เพื่อกระตุ้นให้ทั้งผู้พามารับยาและผู้ป่วยเองมารับบริการที่สะดวกและ

รวดเร็วขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ติดเตียง ชุมชนเสนอให้มีการนำส่งยาโดยผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จึงเป็นการต่อยอดสำคัญสำหรับการดำเนินงานต่อไปในระบบ refilled medication

### เอกสารอ้างอิง

1. Geng EH, Bangsberg DR, Musinguzi N, Emenyonu N, Bwana MB, Yiannoutsos CT, et.al.Understanding reason for and outcomes of patients lost to follow – up in antiretroviral therapy programs in Africa through a sampling-based approach.J Acquir Immune Defic Syndr[Internet].2009[cited:2015 Feb 26].Available from:<http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/1974573>
2. Zaal RJ, Jansen MM, Duisenberg EM, Tijssen CC, Roukma JA, Bemt vd.Identification of drug-related problems by a clinical pharmacist in addition to computerized alerts.[Internet].2013[cited 2015 Feb 26].Available from :<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715760>
3. อรรถพรณ แซ่ลิ้ม. โรคเบาหวาน. ในธิดา นิงสานนท์, อุษณีย์ วนรรฆมนี, จตุพร ทองอิม, ปรีชา มนทกานติกุล, ธนวัฒน์ สรวลเสน่ห์. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ประชาชน: 2557

# โครงการติดตามเยี่ยมบ้าน

ร่วมกับการให้บริการทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล

ในกลุ่มผู้ป่วยเริ่มยารวาร์ฟาริน

ในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์

ภญ.จันทกานต์ อภิสิทธิ์ศักดิ์, ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม)<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** วาร์ฟารินจัดเป็นยาเสี่ยงสูงอาจเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงโดยเฉพาะภาวะเลือดออกผิดปกติ อาจเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเองหรือจากระบบบริการ โดยอุบัติการณ์มักพบสูงในช่วงเริ่มต้นของการให้ยา การให้บริการทางเภสัชกรรมเฉพาะในโรงพยาบาลอาจมีข้อจำกัดด้านเวลา สิ่งแวดล้อม การไม่เห็นสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปใช้ยาที่บ้าน ปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อติดตามดูแลและให้บริการเภสัชกรรมต่อเนื่องถึงบ้านและครอบครัว เชื่อมโยงกับระบบการดูแลด้านเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มได้รับยารวาร์ฟารินจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์

<sup>1</sup> โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ E-mail: jtkapss.spr@gmail.com

**การดำเนินงาน :** เกสัชกรลงติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพหลังจากผู้ป่วยเริ่มยาหรือถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณ 7-10 วัน และแพทย์นัดผู้ป่วยนานกว่า 10 วัน ซึ่งเป็นระยะที่ผลการตรวจค่า INR สามารถใช้ในการประเมินความเหมาะสมของขนาดยาที่ให้กับผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อฤทธิ์ยาได้ในเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูลที่ได้สู่ทีมสหวิชาชีพเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยเกสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานหลักในการลงดูแลผู้ป่วย (case manager) ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2558

**ผลการดำเนินงาน :** ลงเยี่ยมผู้ป่วยรวม 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 จากจำนวนที่ได้รับแจ้ง (28 ราย) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง ณ วันลงเยี่ยมมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 ที่ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษาปัญหาด้านยาที่พบมาก ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตรงตามคำสั่งแพทย์ ปัญหาการใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยากับยารวาร์ฟาริน และปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากคำสั่งแพทย์พบร้อยละ 24 พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยามีผลให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด 2 ราย ในกรณีนี้มีผลให้ค่า INR สูงกว่าเป้าหมาย 1 ราย แต่ไม่มีภาวะเลือดออก เกสัชกรดำเนินการคืนข้อมูล (ความร่วมมือในการใช้ยารายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับจากทุกแหล่ง ปัญหาที่พบ ปัจจัยแวดล้อม) สู่ทีมบุคลากรในผู้ป่วยที่ลงเยี่ยมร้อยละ 92 ในครั้งนี้ได้มีการเสนอแผนการปรับขนาดยาต่อแพทย์ร้อยละ 40 และมีการส่งต่อการดูแลด้านอื่นให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 22 ในกรณีที่พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา เกสัชกรได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาทั้งในส่วนที่เกิดกับผู้ป่วยและส่งข้อมูลคืนให้กับระบบเพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำในอนาคต



**บทสรุป :** โครงการนี้มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยรายบุคคลและน่าจะมีประโยชน์ต่อองค์กรจากการนำปัญหาที่พบขึ้นมาทบทวนและวางแผนการพัฒนาระบบบริการการรักษาเพื่อเพิ่มทั้งประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการกระจายการรักษาด้วยยา-warfarin เป็นโมเดล

**สำคัญ :** เยี่ยมบ้าน วาร์ฟาริน

## ความเป็นมา

เนื่องจากวาร์ฟารินเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงหากเกิดความผิดพลาดในการใช้ยา อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยากับยา / อาหารหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ซึ่งมีมากมายในปัจจุบันและสามารถเข้าถึงได้ง่ายหรือปัญหาจากระบบบริการ เช่น ภาระงานที่เจ้าหน้าที่ต้องให้บริการกับผู้ป่วยซึ่งมีปริมาณมากในเวลาจำกัด สถานการณ์ไม่เอื้ออำนวยให้บุคลากรสามารถให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติ/ผู้ดูแลได้อย่างพอเพียง รวมทั้งข้อจำกัดด้านตัวผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ที่พาผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลอาจไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยยังไม่อยู่ในสภาพพร้อมรับฟังข้อมูลจากภาวะเจ็บป่วย ความกังวลในเรื่องอื่น เป็นต้น สาเหตุต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยให้เกิดหรือเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้<sup>1,2</sup>

มีรายงานว่าอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาวาร์ฟารินมักพบในช่วงเดือนแรกของการเริ่มยาโดยเฉพาะการเสียเลือดรุนแรง (major bleeding)<sup>3</sup> ข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ในผู้ป่วยที่เริ่ม

ยาวาร์ฟารินจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พบว่าในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 30 ราย มีผู้ป่วยถึง 4 รายที่มีระดับ INR สูงกว่าเป้าหมาย ณ วันที่ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจากเริ่มยา และ 1 ราย ต้องรับการเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากสาเหตุดังกล่าว และเมื่อมีการทบทวนปัญหาเชิงระบบบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ไม่ได้รับการตรวจวัดระดับ INR ก่อนเริ่มยา และในกลุ่มผู้ป่วยใน (IPD case) มีเพียงร้อยละ 17 ที่ได้รับการตรวจ INR ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีเพียงหนึ่งรายที่ INR เข้าสู่ระดับเป้าหมายก่อนจำหน่าย

กลุ่มงานเภสัชกรรมเห็นว่าถ้ามีระบบการติดตามดูแลเชื่อมโยงจากในโรงพยาบาลถึงบ้านและครอบครัวของผู้ป่วยโดยรูปแบบของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผสมผสานกับการดูแลแบบองค์รวม ค้นหาทั้งปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและทุกข์จากการใช้ยาของผู้ป่วย การลงถึงบ้านของผู้ป่วยจะทำให้เภสัชกรได้เห็นถึงสภาวะแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริง ได้ทราบถึงบริบทพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัว ได้พูดคุยกับผู้ดูแลจริง ๆ ไม่ใช่ผู้ที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับรู้ปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลถึงปัญหาหรือทุกข์จากการใช้ยา น่าจะช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลเพิ่มขึ้นทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากยาโครงการนี้จึงได้ดำเนินการขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามดูแลและให้บริบาลเภสัชกรรมต่อเนื่องถึงบ้านและครอบครัว เชื่อมโยงกับระบบการดูแลด้านเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มได้รับยาวาร์ฟารินจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์

## กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ

ผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกราย และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์

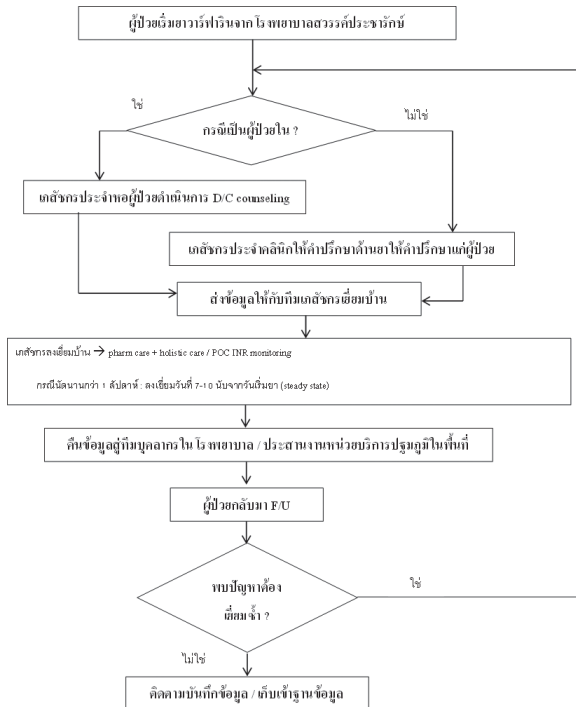
## แนวทางการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงทีมที่เกี่ยวข้องได้แก่ทีมเภสัชกรในกลุ่มงานเภสัชกรรม คณะกรรมการ PCT อายุรกรรม ทีมแพทย์อายุรกรรม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ทีมบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตอำเภอเมืองนครสวรรค์

2. ดำเนินการลงติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มเป้าหมายและเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2558 โดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยเริ่มยาหรือถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณ 7-10 วัน ในกรณีที่แพทย์นัดผู้ป่วยนานกว่า 10 วัน หรือลงเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามครั้งแรกและการนัดครั้งต่อไปนานกว่า 10 วัน ซึ่งเป็นระยะที่ผลการตรวจค่า INR สามารถใช้ในการประเมินความเหมาะสมของขนาดยาที่ให้กับผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อฤทธิ์ยาได้ในเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูลที่ได้สู่ทีมสหวิชาชีพเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วย (case manager)

3. สรุปผลการดำเนินงาน

## แผนภูมิการปฏิบัติงานการลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเริ่มยารวาร์ฟาริน



## ผลการดำเนินงาน

ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ได้ลงเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรวม 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 จากจำนวนที่ได้รับแจ้ง (28 ราย) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง สถานะของผู้ป่วย ณ ขณะเริ่มยาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

| รายละเอียด                                     | จำนวน                     | ร้อยละ |
|------------------------------------------------|---------------------------|--------|
| เพศชาย                                         | 8 ราย                     | 32%    |
| อายุ (เฉลี่ย)                                  | 68.4 ± 10.2 ปี (47-84)    |        |
| สูงอายุ (อายุ > 60 ปี)                         | 21 ราย                    | 84%    |
| ขนาดยาแอสไพรินเริ่มต้น                         |                           |        |
| 3 mg/d                                         | 13 ราย                    | 54.2%  |
| 1.5 mg/d                                       | 4 ราย                     | 16.7%  |
| 1,2,5 mg/d                                     | ขนาดละ 2 ราย              | 8.3%   |
| 2.5 mg/d                                       | 1 ราย                     | 4.2%   |
| ข้อบ่งชี้ของการได้รับยาแอสไพริน                |                           |        |
| Atrial fibrillation (AF)                       | 15 ราย                    | 60%    |
| Deep venous thromboembolism (DVT)              | 6 ราย                     | 24%    |
| Rheumatic heart disease (RHD)                  | 3 ราย                     | 12%    |
| อื่นๆ                                          | 1 ราย                     | 4%     |
| สถานะผู้ป่วย ณ ขณะเริ่มยาแอสไพริน → ผู้ป่วยนอก | 14 ราย                    | 56%    |
| ระยะเวลาระหว่างวันเริ่มยากับวันนัดครั้งแรก     |                           |        |
| ผู้ป่วยนอก                                     | 12.5±1.1 วัน (10.0-15.0)  |        |
| ผู้ป่วยใน                                      | 11.6 ± 2.0 วัน (7.1-16.2) |        |

ขนาดยาแอสไพรินเริ่มต้นที่แพทย์มักสั่งให้กับผู้ป่วย คือ 3 mg/d มีระยะการนัดหลังเริ่มยาเฉลี่ยที่ประมาณ 12 วัน ใกล้เคียงกันทั้งผู้ป่วยในและนอก ข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ของการให้ยาคือการให้เพื่อป้องกัน Thromboembolic even ในผู้ป่วย Atrial fibrillation (AF)

ตารางที่ 2 ข้อมูลที่ได้และปัญหาด้านยาที่พบจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

| รายละเอียด                                                                | จำนวน  | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ผู้ป่วยต้องอาศัยผู้ดูแลในการรับประทานยา                                   | 10 ราย | 40%    |
| ผู้ป่วยได้รับยา > 5 รายการ (รวมยาประจำจากทุกแหล่ง)                        | 11 ราย | 44%    |
| ผู้ป่วยรับยาประจำ > 1 สถานบริการ / สถานที่ตรวจ                            | 3 ราย  | 12%    |
| <b>ค่า INR ณ วันลงเยี่ยม</b>                                              |        |        |
| ต่ำกว่าระดับเป้าหมาย                                                      | 13 ราย | 52%    |
| อยู่ในช่วงเป้าหมาย                                                        | 7 ราย  | 28%    |
| สูงกว่าเป้าหมาย                                                           | 5 ราย  | 20%    |
| <b>ปัญหาด้านยาที่พบ</b>                                                   |        |        |
| รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์<br>(รวมถึงยาอื่นที่ได้รับร่วมกับยารฟาริน) | 6 ราย  | 24%    |
| เกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยารฟาริน<br>กับยาที่ได้รับร่วมกัน                | 6 ราย  | 24%    |
| เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารฟาริน                                         | 2 ราย  | 8%     |
| ผู้ป่วยใช้ยาอื่นนอกเหนือคำสั่งแพทย์                                       | 6 ราย  | 24%    |
| ปัญหาขาดยา<br>(รับหลายแหล่ง / เหลือค้างหลาย visit)                        | 3 ราย  | 12%    |
| ปัญหาการเก็บรักษายาไม่เหมาะสม                                             | 2 ราย  | 8%     |
| พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา<br>(Medication error)                         | 2 ราย  | 8%     |

ข้อมูลที่ได้และปัญหาการใช้ยาที่พบจากการลงเยี่ยมบ้านและการดำเนินการ (ตารางที่ 2 และ 3) มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 40 ที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการจัดยาให้รับประทาน ผู้ป่วยร้อยละ 44 ได้รับยามากกว่า 5 รายการ และร้อยละ 12 มีการรับยาที่ต้องใช้ประจำจากสถานบริการมากกว่าหนึ่งแห่ง ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมีค่า INR ยังไม่ถึงระดับเป้าหมาย มีเพียงร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา ณ วันลงเยี่ยม

ปัญหาที่พบมาก ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตรงตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งหมายรวมถึงทั้งยารวาร์ฟารินและยาอื่นที่ได้รับร่วมกัน ปัญหาการใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยากับยารวาร์ฟาริน และปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากคำสั่งแพทย์ซึ่งบางรายการมีผลกระทบต่อฤทธิ์ยารวาร์ฟาริน แต่ละปัญหาพบร้อยละ 24 ในจำนวนผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์นี้มีสองรายที่ยาที่ผู้ป่วยรับประทานผิดคือยารวาร์ฟาริน โดยทราบได้จากการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาจากวิธีการนับเม็ดยาร่วมกับการชั่งประวัติผู้ป่วย หนึ่งในสองรายนี้เป็นผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันสามภรรยาเป็นส่วนใหญ่ ลูก ๆ จะมาเยี่ยมนาน ๆ ครั้ง สามีเป็นผู้จัดยาให้ภรรยาที่เป็นผู้ป่วยรับประทาน ตัวสามีสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับขนาดวิธีรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจว่าจัดยาถูก (แต่ประเมินจากการนับเม็ดยาแล้วพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้เพียงประมาณร้อยละ 55) จะมีอีกแต่ยาที่ได้รับร่วม คือ furosemide และ metropolol ที่อาจมีการดื้อให้ยาเป็นบางวัน (ตัดสินใจเอง) คาดว่าอาจมีปัญหา dementia ในผู้สูงอายุและได้แก้ไขปัญหabeื้องต้นโดยให้อาสาสมัครในพื้นที่ มีบ้านอยู่ใกล้กันมาช่วยดูแลซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีและได้ส่งต่อปัญหาให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบร่วมรับรู้ด้วยอีกหนึ่งรายเป็นผู้ป่วยที่มีลูกสาวเป็นผู้จัดยา

ให้รับประทาน แต่เนื่องจากตัวลูกสาวมีภาระงานมากในระหว่างวันจึง  
 สัมให้ยาบ้างในบางวัน ในกรณีนี้ได้ให้กล่องแบ่งยารับประทานสำหรับ  
 ช่วยจัดยาล่วงหน้าสำหรับ 1 วันและสาธิตร่วมกับให้ทดลองจัดยาจน  
 สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อน หนึ่งในรายในจำนวนนี้มีการนำยา  
 วาร์ฟารินที่เหลือค้างจาก visit เก่าๆ มารับประทานโดยผู้ป่วยเองก็  
 ไม่ทราบว่าไม่ใช่ซองยาที่เป็นปัจจุบัน แต่โชคดีที่ขนาดยาที่แพทย์สั่งให้  
 (ขนาดที่ระบุบนฉลากยา) เป็นขนาดเดียวกันจึงไม่เกิดความผิดพลาด  
 ที่ร้ายแรงขึ้น ส่วนรายอื่นๆ ที่พบปัญหายาเหลือค้างซ้ำซ้อนมักเป็นยา  
 อื่นที่ได้รับร่วมกัน

กรณีผู้ป่วยสองรายที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาวาร์ฟาริน  
 พบเพียงรอยจ้ำเลือด (bruising) แต่ไม่มีภาวะเลือดออก ได้ดำเนินการ  
 ประสานงานกับแพทย์เพื่อเลื่อนนัดให้ผู้ป่วยได้ตรวจเร็วขึ้นและปรับ  
 ขนาดยาเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง



ตารางที่ 3 การดำเนินการโดยเภสัชกรหลังจากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

| รายละเอียด                                                                                                                                                 | จำนวน  | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| คืนข้อมูลการเยี่ยมบ้านสู่ทีมบุคลากรในโรงพยาบาล                                                                                                             | 23 ราย | 92%    |
| เสนอแผนการปรับขนาดยาต่อแพทย์                                                                                                                               | 11 ราย | 44%    |
| ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล                                                                                                                  | 25 ราย | 100%   |
| ให้เครื่องมืออุปกรณ์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย                                                                                              | 4 ราย  | 16%    |
| ส่งต่อการดูแลต่อทีมคร่อมสายงาน เช่น กายภาพ โภชนาการ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่                                                                            | 5 ราย  | 20%    |
| ประสานงานกับระบบบริการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น เลื่อนนัด ประสานการส่งยากับแพทย์ใช้ผลเลือดจากการตรวจเยี่ยมที่บ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวติดเตียง | 6 ราย  | 24%    |
| ดำเนินการเชิงระบบ เช่น ส่งต่อข้อมูล ME สู่ทีมระบบยา                                                                                                        | 2 ราย  | 8%     |

ปัญหาการเก็บรักษายาไม่เหมาะสมพบหนึ่งรายมีการนำเม็ดยาออกจากแผงเตรียมไว้ล่วงหน้าซึ่งเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพ และอีกหนึ่งรายพบว่าการนำยาอาร์ฟารินที่ได้รับสองขนาดความแรงใส่ไว้ในซองเดียวกัน ซึ่งยาสองขนาดความแรงนี้ได้รับพร้อมกันแต่มีวิธีรับประทานที่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยอาศัยความจำในการจัดยารับประทานและรับประทานได้ถูกต้อง แต่จัดเป็นประเด็นเสี่ยงจึงได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงปัญหาที่อาจตามมา

อีกสองรายที่พบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาจากระบบยา มีผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาผิดขนาดจากที่ควรจะเป็น หนึ่งรายในนี้ได้

ขนาดต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและรายที่เหลือนี้อาจได้ขนาดสูงกว่าที่ควรจะเป็น รายแรกได้ดำเนินการประสานกับทางระบบและนำยามาเพิ่มให้ผู้ป่วยที่บ้าน ในขณะที่อีกรายพบ INR สูงกว่าระดับเป้าหมายแต่ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกที่บริเวณใดๆ ของร่างกาย ทั้งสองรายได้ส่งปัญหาให้กับทีมรับผิดชอบในระบบยาดำเนินการทบทวนปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ในอนาคต

ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในวันที่ 27 ก.ค. 58 ตรวจวัด INR = 3.1 compliance 100% ไม่พบ D/I ไม่มี illness รับประทานอาหารได้เป็นปกติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือบวม on warfarin 3mg/d จ-ศ + 1 mg/d เสาร์ มาตั้งแต่วันที่ 15 ก.ค. 58 (12 วัน)

รายการยาทั้งหมดที่ได้รับอยู่ ได้แก่

- Warfarin (3) 1xhs จ-ศ
- Warfarin (1) 1xhs เสาร์
- Metoprolol (100) ¼ x 2 : controlled HR และ BP (ลด mortality rate ใน AF, CHF) → **ผู้ป่วยรับประทานผิดขนาด โดยรับประทานเพียง ¼ x 1 !!**
- Losartan (50) ½ x 1 : controlled BP
- Simvastatin (20) 1xhs : DLP
- Furosemide (40) 1x1 : Fluid controlled ใน CHF
- Cream base apply PRN

พบยาที่ผู้ป่วยได้รับจาก รพ.อื่นๆ เนื่องจากอาการทางกระดูกและข้อ ได้แก่ Celebrex และ Diclofenac ขนาด 75mg tablet และ Diclofenac gel ซึ่ง Celebrex และ Diclofenac ผู้ป่วยปฏิเสธว่าไม่ได้ใช้มานานแล้วเนื่องจากอาการปวดหัวเข่าในปัจจุบันเป็นไม่มากและทุเลาได้จากการใช้ยาทา ได้ให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับผลเสียของยาในกลุ่ม NSAIDs โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin

นอกจากนี้ยังพบรายการยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเองจากร้านขายยา ได้แก่ ยาลดน้ำตาและ ยาชาฆ่าเชื้อตามากี้อื่น ยาแก้ไอน้ำดำ (brown mixture) และพบว่ารับประทาน 1 สัปดาห์ที่ผ่านผู้ป่วยรับประทานยา norfloxacin 200mg 1x2 เม็ดเนื่องจากอาการท้องเสีย → ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา D/I ระหว่าง warfarin กับ ATB ไม่พบการใช้ยาหรือเสริมหรือสมุนไพร (ทั้งที่เป็นยาสมุนไพร หรือ พืชสมุนไพรที่ต้องเตรียมเอง)

คิดวาระต้น INR อาจสูงไปสำหรับผู้ป่วยรายนี้ อาจพิจารณาลดขนาดยาลง (keep INR ประมาณ 2-2.5) → **warfarin (3) 1xhs จ-ศ (15 mg/wk : decrease 6.25%)**

รูปที่ 1 การคืนข้อมูลการเยี่ยมบ้านสู่ทีมบุคลากรในโรงพยาบาล และการเสนอแผนการรักษาต่อแพทย์

การคืนข้อมูลและการเสนอแผนการรักษาต่อแพทย์ (รูปที่ 1) ในผู้ป่วยจำนวน 25 รายที่ได้ลงเยี่ยม เกสซ์กรได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 92 ในจำนวนนี้เกสซ์กรได้คืนข้อมูลการลงเยี่ยมสู่ทีมบุคลากรในโรงพยาบาล (โดยเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ) และร้อยละ 11 เกสซ์กรได้เสนอแผนการปรับยาให้แก่แพทย์ผู้ตรวจไปพร้อมกันด้วย

**ตัวอย่างกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 72 ปี ได้รับยาวาร์ฟาริน ในข้อบ่งใช้ Paroxysmal AF และ DVT

**ลงเยี่ยมครั้งที่ 1: 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2558**

**I :** ผู้ป่วย bed ridden on foley's cath เดิม on NG tube แต่ผู้ป่วยดึงออกเอง

**H/O :** ส่วนใหญ่ช่วงกลางวันจะมีภรรยาคอยดูแลเรื่องการให้อาหาร การจับพลิกตัว ส่วนช่วงเลิงานก็จะมีลูกสาวคอยช่วยดูแลเสริมบ้าง ภรรยาไม่ได้เตรียมอาหารจะใช้วิธีป้อนโอวัลตินกล่อง นมกล่อง ชนิดต่างๆ อาหารเสริมสำเร็จรูป และมีเครื่องต้มบำรุงกำลังบางชนิด เช่น แบรินและสกี๊ต พบปัญหา drug-food interaction สก๊อตสูตรผสมถึงเช้า

ญาติจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเหล็กไม่มีราวกันก้นตกเตียง มีเบาะลมขอยืมมาใช้แต่อยู่ในสภาพที่เสียหายบางส่วน ภรรยาป้อนอาหารให้ผู้ป่วยโดยไม่ไต่ยกระษะสูง จากการให้ทดลองทำให้ผู้ป่วยมีอาการสำลัก (ภรรยาดูเครียด) บริเวณที่ผู้ป่วยนอนคือบริเวณห้องนั่งเล่นในตัวบ้านซึ่งไม่มีมุ้งลวด ยุงเยอะพอควร

ภรรยาดูมีสีหน้าอึดโรย จากการสอบถามพบว่าไม่ค่อยได้จับผู้ป่วยพลิกตัว ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านอนหงายเกือบตลอดทั้งที่มีแผลกดทับ บอกว่าผู้ป่วยค่อนข้างตัวเองก็จับไม่ค่อยไหว ทีมเวชกรรมวางแผนขอยืมเตียงพร้อมที่นอนลมไว้ให้ผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการดูแลทั้งในเรื่องให้อาหารและการพลิกตัว

ภรรยาและลูกสาวเป็นเบาหวาน วันลงเยี่ยมได้ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วให้ภรรยา ได้ >200 mg%

**M :** รับยาจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ล่าสุดวันที่ 26 เมษายน 2558 ได้เป็น

- Warfarin 3 mg 1 tab PO hs วันจันทร์ – ศุกร์
- Warfarin 5 mg 1 tab PO hs วันเสาร์และอาทิตย์
- Chlorpromazine 25 mg 1 tab PO bid

ยาซื้อเองพบเพียง Paracetamol ภรรยาบอกว่าผู้ป่วยจะขอรับประทานเป็นบางครั้งให้วันละ 1-2 เม็ด

ณ วันลงเยี่ยมเภสัชกรโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์เรื่องค่า INR ที่สูงนี้และรายงานเรื่องการมีผลกดทับ รูปแบบการรับประทานอาหาร ให้แพทย์ทราบ แพทย์ให้งดยาและตรวจวัด INR ซ้ำ ในอีก 1-2 สัปดาห์ต่อมา E : ตรวจวัดระดับ INR จากปลายนิ้ว ได้ 7.7 วัดซ้ำได้ 7.9 ทั้ง ๆ ที่วันที่ 26 มิ.ย. 2558 ที่ผ่านมাত্রวัดได้เพียง 2.7 ?? ซึ่ง ณ วันนั้นก็น่าจะเป็นระดับที่ steady state แล้ว คาดว่าอาจมีสาเหตุจาก

1. Drug-food interaction ผู้ป่วยมีเครื่องดื่มสีกัดสูตรผสมถึงเช้า

2. รับประทานอาหารที่มี vitamin K น้อย ญาติไม่ได้เตรียมอาหารสด แต่ให้เป็นอาหารเสริมสำเร็จรูปและเครื่องดื่มต่างๆ แทน อาจเสี่ยงต่อภาวะ Malnutrition? ได้วางแผนเรื่องการประสานงานกับโภชนาการให้ลงประเมินเรื่องอาหาร

พบว่า มีผลกดทับบริเวณหลังเหนือสะโพก เป็นโพรงลึกประมาณ 3 เซนติเมตร เจ้าหน้าที่จากศูนย์แพทย์วัดช่องฯ ทำแผลให้โดยไม่มีการติดเชื้อแผลเนื่องจากเสี่ยงต่อการเสียเลือด วางแผนเบิก intrasite gel เพื่อให้ใช้ทำแผล

ผู้ป่วย on foley's cath ญาติไม่รู้วิธีการดูแล ทางทีมได้ให้คำแนะนำไปพร้อมวางแผนลงเปลี่ยนสายเป็นระยะ

**Safety :** เตียงที่นอนไม่มีราวกัน ภรรยาบอกว่าบางครั้งผู้ป่วยก็ตกลงมานอนที่พื้น วางแผนขอยืมเตียงพร้อมเบาะลมให้ผู้ป่วยโดยทีมเวชกรรม ในบริเวณที่ผู้ป่วยนอนจะมีสุนัขที่เลี้ยงไว้เข้ามาบ้างเป็นบางครั้ง ให้คำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาด หลีกเลี่ยงไม่ให้สุนัขเข้ามาในบริเวณที่พักอาศัย

**Service :** ตัวผู้ป่วยรับการรักษาหลักที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แต่จะมีทีมเจ้าหน้าที่จากศูนย์แพทย์วัดช่องฯ ลงเยี่ยมดูแลเป็นระยะ

ตัวภรรยาและลูกสาว รับบริการรักษาเรื่องเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ศูนย์แพทย์วัดช่องฯ

### ลงเยี่ยมครั้งที่ 2 : 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2558

พบ bruising บริเวณแขนซ้าย (ดังรูป) ปรีกษาแพทย์ได้ให้ยาคยา warfarin ต่อไปอีกจนถึงวันจันทร์ที่ 13 กรกฎาคม 2558 และตรวจ INR ซ้ำในวันนั้นเพื่อวางแผนการรักษา ภรรยา (ผู้ดูแลหลัก) ปฏิเสธการให้ยาอื่นนอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล รวมทั้ง



พวกยาแผนโบราณ สมุนไพร อาหารยังคงเป็นอาหารผงสำเร็จรูปและเครื่องดื่มชนิดต่าง ๆ วันที่ลงเยี่ยมอาหารที่ผู้ป่วยได้รับมีดังนี้

- คีโนสเตรงดา 2 เท้าน้ำตาลน้อย 2 กล่อง (กล่องสีฟ้า)
- คีโน สเตรงมูกข้าวญี่ปุ่น 1 กล่อง (กล่องสีเขียว)
- นม pasteurized ตราหมีกระป๋องฟ้า 1 กระป๋อง
- เบลนเดอร์ 8 ซ้อนดวง
- มาม่าต้ม 2 คำ !!!!

คาดว่าปัจจัยที่มีผลต่อค่า  
INR น่าจะเป็นเรื่องของสารอาหาร  
ที่ได้รับ (low vitamin K intake?)

เรื่องผลกดทับที่มได้  
ประสานไปทางศูนย์แพทย์วัดช่องฯ



ให้เตรียมเบิกชุดทำแผลมาเพิ่มโดยให้ลูกสาวผู้ป่วยไปรับและแนะนำให้  
ซื้อ intrasite gel ไว้สำหรับทำแผลผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยพยายามนอน  
พลิกข้าง ผู้ป่วยชอบนอนหงายดูทีวีเนื่องจากไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด  
บริเวณแผล แต่จะปวดเวลานอนตะแคงข้าง

### ลงเยี่ยมครั้งที่ 3 : 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2558

อาหารที่ผู้ป่วยได้รับเหมือนๆ เดิม คือ นมหลากหลายชนิด  
และอาหารเสริมสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วย (Ensure, Blendera) ตรวจวัด  
INR 1.3 (PT 14.1) ปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์ พิจารณาถึงประโยชน์  
และความเสี่ยงจากการให้วาร์ฟารินอีกครั้ง แพทย์ตัดสินใจหยุดการให้  
ยา วาร์ฟารินและวางแผนเปลี่ยนเป็น Aspirin 162 mg/d และให้ยา  
กลุ่ม Non-dihydropyridine calcium channel blockers (NDCCB)  
ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ และให้ simvastatin ในการป้องกัน  
CVD even เกสซกรจึงเสนอให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ศูนย์แพทย์

วัดช่องฯ ซึ่งมีรายการยาที่แพทย์วางแผนให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (กลุ่ม NDCCB มี short-acting diltiazem 30 mg/tab) จึงได้ประสานให้แพทย์เขียนหนังสือส่งตัวและได้ติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์วัดช่องฯ เพื่อเตรียมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งก็ไม่ใช่ปัญหาอะไรเนื่องจากทีมศูนย์แพทย์วัดช่องฯ ได้ลงดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีภาวะติดเตียงเป็นประจำอยู่แล้วก็จะทราบบริบทของผู้ป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งตัวภรรยาและลูกสาวของผู้ป่วยก็รับยาประจำอยู่จึงเป็นการสะดวกต่อตัวผู้ดูแลผู้ป่วยไปด้วย

สรุปประโยชน์ของการมีเภสัชกรออกเยี่ยมติดตามการใช้ยา วาร์ฟารินในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่

1. ป้องกันภาวะการสูญเสียเลือดจากการทำแผลกดทับของผู้ป่วยได้ เนื่องจากได้ลงตรวจค่า INR ณ วันลงเยี่ยมทำให้ทราบค่า INR ณ ขณะนั้นซึ่งสูงและเสี่ยงต่อการเสียเลือดหากมีการทำหัตถการกับแผลกดทับซึ่งมีความลึกประมาณ 3 เซนติเมตร

2. ช่วยอำนวยความสะดวกของทั้งด้านผู้ป่วย และ ทีมบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่

- a. กระบวนการที่ญาติต้องพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะติดเตียง จะมีปัญหาในการเดินทางและในขั้นตอนการตรวจในโรงพยาบาลค่อนข้างมาก การลงเจาะเลือดที่บ้านและรายงานผลต่อแพทย์จึงเป็นการช่วยลดปัญหาดังกล่าว

- b. การมีเภสัชกรช่วยสื่อสารผลการตรวจเลือดกับยาที่ใช้ (แผนการรักษา) ช่วยลดขั้นตอนการส่งข้อมูลระหว่างทีมบุคลากรที่ให้การดูแล (เภสัชกรสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ได้โดยตรง และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล)

c. การให้ข้อมูลต่อแพทย์เกี่ยวกับรายการยาที่ศูนย์แพทย์มีใช้ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจส่งต่อการรักษาได้ง่ายขึ้น และการลงเฝ้าร่วมกับบุคลากรในพื้นที่และการสื่อสารช่วยให้การดูแลต่อเนื่องง่ายขึ้น

## สรุปผลการดำเนินโครงการ

การลงติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเริ่มยาวาร์ฟารินน่าจะมีประโยชน์ทั้งในด้านของผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การดูแล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาก็เข้าถึงบริการ ไม่สะดวกในการมาตรวจตามนัดได้บ่อยครั้ง เช่น กรณีผู้ป่วยติดเตียง พิกัด ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล หรือมีปัจจัยภาวะที่ทำให้ไม่อาจมาตรวจตามนัดได้ตามที่ควรจะเป็น ในขณะที่การให้ยาวาร์ฟารินก็จำเป็นที่จะต้องมีการตรวจเลือดเพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากยาเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการให้ยาซึ่งมักพบอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราที่สูง<sup>3</sup> หรือในกรณีถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถมารับบริการได้ตามปกติ แต่ก็ไม่สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษาได้ หรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจากได้รับยา การลงติดตามเยี่ยมบ้านอาจจะช่วยค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาดังกล่าวและนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาแก่บุคลากรในโรงพยาบาลต่อไปได้ นอกจากนี้ยังน่าจะมีประโยชน์ต่อคึกในการพัฒนาระบบบริการโดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยด้านยาจากการนำปัญหาความคลาดเคลื่อนที่พบมาทบทวนและวางแผนการพัฒนา เพื่อเพิ่มทั้งประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการกระจายการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินเป็นโมเดล



## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สามารถดำเนินการขึ้นได้โดยได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือจากหลายภาคส่วน ทั้งหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และทีมเภสัชกรในกลุ่มงาน ได้แก่ ทีมเภสัชกรรมคลินิกและทีมงานบริการผู้ป่วยใน การสนับสนุนแหล่งเงินทุนจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และการอำนวยความสะดวกในการประสานงานและการลงเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม การอำนวยความสะดวกในการเดินทาง การอำนวยความสะดวกในช่องทางการสื่อสารด้านการรักษาจากทีมแพทย์อายุรกรรม และการให้คำปรึกษาเพื่อเริ่มโครงการโดยทีมสภเภสัชกรรมและชมรมเภสัชกรปฐมภูมิแห่งประเทศไทยรวมทั้งการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## เอกสารอ้างอิง

1. NPSGs target anticoagulation therapy, patient deterioration. Healthcare Benchmarks QuallImprov 2007;14:98-101.
2. Quinsey CA. The National Quality Forum: in search of patient safety. J Am Assoc Med Transcript 2004;23:86-8.
3. Landefeld CS, Beyth RJ. Anticoagulant-related bleeding: clinical epidemiology, prediction, and prevention. Am J Med 1993;95:315-28.

# โครงการดูแลผู้ป่วยใน Pain Clinic จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุสินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ภก.ตฤณวัฒน์ จิตจักร

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุสินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ Email: Trinnawat07@gmail.com

## บทคัดย่อ

ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุสินารายณ์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) ไม่สามารถเข้าถึงการบริการที่เหมาะสมทั้งในเรื่องของการที่ไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ ระยะเวลาในการรอคอยที่นานหรือการที่ไม่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ดี จึงได้คิดพัฒนาระบบยาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น โดยการนำผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย palliative care ที่อยู่ในโรงพยาบาลเอง หรือที่ได้รับการส่งต่อมาจากที่อื่นเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเข้าสู่คลินิก โดยในคลินิกจะมีทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ทำงานร่วมกันโดยอาศัย skill mixed เป็นทักษะในการทำงานและเชื่อมโยงการติดตามผู้ป่วยกับทีมเยี่ยมบ้าน และทีมในชุมชนในการติดตามประเมินผลการรักษา

## บทนำ

ในปัจจุบันคนไข้ palliative care มีมากขึ้นด้วยข้อจำกัดในด้านบุคลากรทำให้แพทย์ดูแลคนไข้ไม่ทั่วถึง ระยะเวลาการมารับยาใช้เวลานานรวมถึงการที่คนไข้ไม่เข้าถึงการรับบริการและการมารับยาและการติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงได้มีการคิดพัฒนาระบบการให้การดูแลผู้ป่วย palliative care ที่ต้องได้รับยาในกลุ่ม Opioids ขึ้นเพื่อจะเป็นการช่วยให้คนไข้หรือผู้ดูแลได้รับความสะดวกในการเข้าถึงยาและได้รับยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

## กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วย palliative care ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

## วิธีการดำเนินการ

1. ประชุมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากร และการส่งต่อไปยังพื้นที่ของผู้ป่วย
2. จัดอบรมความรู้ให้กับทีมสหวิชาชีพในเรื่องการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในทุกมิติ
3. จัดตั้ง Pain Clinic ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้ดูแลแบบ Palliative Care หรือผู้ดูแลมาเข้าคลินิกตอนบ่ายวันอังคารเวลา 13.00 น. – 16.00 น. ณ ห้องตรวจเบอร์ 3 PCU ตำบลบัวขาว เกษีกร พยาบาล

วิชาชีพ ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการประเมินการใช้ยา การตรวจร่างกายปรับยาโดยการทำงานจะทำงานในลักษณะ Skill Mixed โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา เมื่อได้รับการตรวจประเมินแล้วผู้ป่วย หรือผู้ดูแลมารับยาที่ห้องยา PCU ต่ำบลบัวขาวและกลับบ้าน

4. เมื่อผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านทาง Clinic จะส่งข้อมูลผู้ป่วย ไปทางทีมเยี่ยมบ้านที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ที่มีคนไข้ของ Pain Clinic อยู่เพื่อเป็นการติดตามการใช้ยาผลข้างเคียงรวมถึงประเมินว่า ยาที่ได้รับไปสามารถออกฤทธิ์ในการรักษาได้ดีหรือไม่ ซึ่งทีมที่ออกไป จะประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ได้ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วย Palliative Care จากทีมของ Clinic Pain แล้วซึ่งแผนการดูแลจะเป็น ในทิศทางเดียวกันซึ่งจะทำให้การวางแผนการรักษามีประสิทธิภาพ

## ผลการดำเนินโครงการ

การเกิดระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care เชื่อมโยงกับงาน เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้าสู่ Palliative Care ได้รับการ ดูแลครอบคลุมมากขึ้น โดยดูได้จากการเข้าถึงยาและการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 84 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าต้องได้รับยาในกลุ่ม Opiods ในปี 2557

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาระงับในกลุ่ม Opiods เข้าถึงยาได้อย่าง สะดวกและเหมาะสมทุกรายและได้รับการติดตามทั้งผลการรักษาและ ผลข้างเคียงทุกราย



ภาพระบบการทำงานของ Pain Clinic เชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้าน



ภาพผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงยาได้อย่างเหมาะสมและมีการติดตามที่บ้าน

จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Palliative Care ที่ต้องได้รับยาในกลุ่ม Opiods นั้นสามารถเข้าถึงยาได้ถึงร้อยละ 84 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยสามารถลดคะแนนความปวดลงได้ถึง 88.84% ของผู้ที่ได้รับยาทุกราย

#### ตารางแสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

| มกราคม 2557 ถึง ตุลาคม 2557 |                                    |                                              |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|
|                             | ผู้ป่วย Palliative Care<br>ทั้งหมด | เข้าถึงยาและได้รับการดูแล<br>โดย Pain Clinic |
| จำนวนผู้ป่วย (คน)           | 298                                | 251                                          |

#### ตารางแสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ

| มกราคม 2557 ถึง ตุลาคม 2557        |       |
|------------------------------------|-------|
| จำนวนผู้ป่วย (คน)                  | 251   |
| อาการปวด/หอบ ลดลง (คน)             | 223   |
| เสียชีวิตที่บ้าน/ที่โรงพยาบาล (คน) | 40/11 |
| ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน (คน)           | 251   |
| ความพึงพอใจญาติ/คนไข้ (ร้อยละ)     | 100%  |

## สรุปผล

การพัฒนาระบบยาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) โดยการเชื่อมโยงระหว่างคลินิกเพนที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพและให้การดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมทั้งด้านกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณครบทุกมิติ และเชื่อมโยงยังชุมชนที่คนไข้อาศัยอยู่โดยอาศัยกลไกทีมเยี่ยมบ้านทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในชุมชนเป็นตัวช่วยในการติดตามผลการรักษา ประเมินผลข้างเคียงรวมถึงช่วยแบ่งเบาภาระในการเข้าถึงยาของคนไข้ในกรณีที่ไม่สามารถมารับยาได้ ทำให้เกิดเป็นระบบที่ต่อเนื่อง เข้าถึงง่าย ทุกส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนเกิดเป็นระบบที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยการร่วมกันทำงานของทีมบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ ทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมถึง อสม. ทุกพื้นที่ในอำเภอกุฉินารายณ์ที่ช่วยกันในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย

## การส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ 2558

ดร.ภก.วีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์<sup>3</sup>

โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย E-mail: poomi\_phd@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ในครั้งนี้ ดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participation action research: PAR) มาใช้ในการค้นหา ระบุปัญหา จัดลำดับปัญหา และเลือกกลวิธีในการจัดการปัญหา โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด ภาคราชการทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการ แนะนำ ส่งเสริม ให้ความรู้ที่จำเป็น และแนะนำวิธีการ ดำเนินงาน ให้นำไปสู่การวางแผนชุมชน เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และร่วมกัน

<sup>3</sup> B.Pharm.,M.P.A.(1 st class Hons.) Phd.(sociology) หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการ  
โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย



สร้างระบบการจัดการปัญหาการใช้ยาภายในชุมชน พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชนได้แก่ ปัญหาสภาพจิตใจผู้สูงอายุ ปัญหาที่เกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลสุขภาพ และปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องนำไปสู่การลงพื้นที่เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาใน 3 ประเด็น พัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการชุมชน 1 แผน สามารถสร้างแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 50 แกนนำ และชุมชนเกิดการเรียนรู้จริงจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มทำกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาของครัวเรือนและโรงเรียน มีกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยา และส่งต่อเพื่อรับการรักษา ในเบื้องต้นได้ 3 ราย ทำการสำรวจข้อมูลสุขภาพ ตามแบบสำรวจ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) จำนวน 150 ชุด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและยาสแตยรอยด์ในเขตพื้นที่ ตำบลกลางดง อำเภอกู่เหล็ก จังหวัดสุโขทัย เพื่อระบุระดับความรุนแรงของปัญหา และร่วมวางแผนการจัดการด้วยชุมชนต่อไป

## บทนำ

จากปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุสมผลของคนในชุมชนเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายส่วน ทั้งจากตัวผู้ใช้อย่างเอง ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยา และการควบคุมกำกับตามกฎหมายทำให้เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชนที่พบบ่อย เช่น การแพ้ยา ใช้ยาเสื่อมคุณภาพ ใช้ยาเกินขนาด การได้รับยาในขนาดไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค และการใช้ยาโดยไม่จำเป็น เป็นต้น นอกจากนี้ ปัญหาด้านยาในชุมชนอาจเกิดจากการที่ผู้ประกอบการที่ไม่มีคุณธรรม ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค หรือความรู้เท่า

ไม่ถึงการณ์ เช่น โฆษณาขายยาที่เป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริง การลักลอบนำยาเสพติดรายดัดแปลงปลอมปนในยาแผนโบราณ การจำหน่ายยาตามชุมชนในรูปแบบต่างๆ ทั้งรถเร่ขายยา รถขายหนังสือกลางแปลง ร้านชำ เป็นต้น จากการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมา มีการตรวจสอบเฝ้าระวังและใช้มาตรการทางด้านกฎหมาย รวมทั้งการประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนแก่ประชาชน ซึ่งนับเป็นมาตรการที่ดีแต่ก็ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร และมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาสูงขึ้นเรื่อยๆ การอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและทุกภาคส่วนในชุมชน นับเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาในชุมชน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน เพื่อให้เกิดมิติการทำงานเชื่อมโยงบูรณาการข้ามหน่วยงานระดับกรม และเชื่อมโยงการทำงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ให้สอดคล้องกันอย่างมีเอกภาพ ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2558 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จึงจัดทำโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเป็นระบบ โดยส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในระดับตำบล ให้ความสำคัญกับยาปฏิชีวนะและยาเสพติดที่ปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ สร้างความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เพื่อปรับทัศนคติจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา นำไปสู่การสร้างภูมิคุ้มกันภายในชุมชน ตลอดจนทำให้ผู้ประกอบการมีความเข้าใจถึงอันตรายที่อาจเกิดกับผู้บริโภคจากการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาที่ไม่ปลอดภัยดังกล่าว รวมถึงขยายการดำเนินงานสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันสร้างระบบการจัดการปัญหาการใช้ยาภายในชุมชน

## กลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่หมู่บ้านในตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย  
จำนวน 15 หมู่บ้าน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่

- บุคลากรทางการแพทย์ (สสจ., สสอ., รพช., รพ.สต.)  
จำนวน 10 คน
- แกนนำชุมชน/ตัวแทนครัวเรือน/ตัวแทนผู้ประกอบการ/อสม.  
จำนวน 50 คน
- ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
จำนวน 5 คน

## แนวทางการดำเนินการ

1. ประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในตำบลเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น สสจ., สสอ., รพช. และ รพ.สต.), แกนนำชุมชน (เช่น อสม., กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ครู และนักเรียน เป็นต้น) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น เทศบาล หรือ อบต.) เพื่อวางแผนงานโครงการฯ

2. ประชุมพัฒนาศักยภาพการใช้ยาให้แก่ชุมชนเพื่อสะท้อนสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม และรณรงค์ประชาสัมพันธ์โครงการให้เป็นที่รับรู้ของคนในตำบลเป้าหมาย รวมทั้งร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในชุมชน

3. จัดเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลชุมชน เพื่อรับรู้ปัญหาของชุมชนโดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา จัดกลุ่มปัญหา ระบุสาเหตุเบื้องต้นของปัญหา จากนั้นร่วมกันวางแผนงาน/กิจกรรม เพื่อลดปัญหาที่ค้ำพบของชุมชน

4. จัดกิจกรรมสำรวจ เฝ้ารอวัง และควบคุมแหล่งกระจายยา สเตียร์รอยด์และยาปฏิชีวนะในชุมชน เช่น ร้านขายยา, ร้านค้าปลีกในชุมชน, รถเร่ และการโฆษณา ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายตามแนวทางการร่วมดำเนินการเพื่อลดและขจัดปัญหาการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย (Compliance policy) รวมถึงคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยา โดยรายงานข้อมูลตามแบบรวบรวมผลการดำเนินการควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน ตามแนวทางการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนของคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด

5. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดำเนินการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ผู้ดำเนินโครงการในตำบล, บุคลากรทางการแพทย์, ผู้นำชุมชน, ตัวแทนครัวเรือน และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ถอดบทเรียนจากการดำเนินโครงการ ค้นข้อมูลและพัฒนากลไกในการดูแลจัดการปัญหาการใช้ยาในชุมชนลงสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

## ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ดังนี้

- ระดับ 1 มีโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน
- ระดับ 2 มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาของครัวเรือน และโรงเรียน
- ระดับ 3 มีกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน
- ระดับ 4 มีการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยา และส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม
- ระดับ 5 มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกในการจัดการตนเองในระยะต่อไป

**ระยะเวลาดำเนินการ** เดือนพฤษภาคม 2558 - กันยายน 2558

## ผลการดำเนินโครงการ

1. มีผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่
  - บุคลากรทางการแพทย์ (สสจ., สสอ., รพช., รพ.สต.)  
จำนวน 10 คน
  - แกนนำชุมชน/ตัวแทนครัวเรือน/ตัวแทนผู้ประกอบการ/อสม.  
จำนวน 55 คน
  - ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
จำนวน 5 คน

ประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในตำบลกลางดงเพื่อวางแผนงาน

โครงการฯ : พฤษภาคม 2558

2. ประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพการใช้ยาให้แก่ชุมชน : กรกฎาคม 2558

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลชุมชน : สิงหาคม 2558 โดยสามารถถอดบทเรียนได้ 14 เรื่องต่าง ๆ กันจากสภาพปัญหาที่พบในพื้นที่ จากนั้นดำเนินการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน เพื่อระบุปัญหาของชุมชน ลำดับความสำคัญของปัญหา ได้เป็น 3 ปัญหาหลักตามลำดับ ได้แก่

- ปัญหาสภาพจิตใจผู้สูงอายุ
- ปัญหาที่เกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลสุขภาพ
- ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง

สามารถคัดเลือก ผู้ป่วยที่เป็นตัวแทนของปัญหาทั้ง 3 ปัญหา ปัญหาละ 1 ราย เพื่อลงติดตามเยี่ยมเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางด้านยาต่อไป

4. ดำเนินกิจกรรมสำรวจ เฝ้าระวัง ควบคุมแหล่งกระจายยา คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย : สิงหาคม 2558 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคืนข้อมูลให้กับชุมชน ร่วมทำแผนการจัดการปัญหาด้วยชุมชนเป็นผู้เลือกแนวทาง รูปแบบและวิธีการจัดการด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังทำการสำรวจข้อมูลสุขภาพ ตามแบบสำรวจ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) จำนวน 150 ชุด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและยาสแตียรอยด์ ในเขตพื้นที่ ตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย เพื่อระบุระดับความรุนแรงของปัญหา และร่วมวางแผนการจัดการด้วยชุมชนต่อไป

## สรุปผลการดำเนินงาน

การส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการค้นหาค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participation action research:PAR) มาใช้ในการค้นหา ระบุปัญหา จัดลำดับปัญหา และเลือกกลวิธีในการจัดการปัญหา โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด ภาคราชการทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการ แนะนำ ส่งเสริม ให้ความรู้ที่จำเป็น และแนะนำวิธีการดำเนินงาน ให้นำไปสู่การวางแผนชุมชน เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันสร้างระบบการจัดการปัญหาการใช้ยาภายในชุมชน พบว่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชนได้แก่ ปัญหาสภาพจิตใจผู้สูงอายุ ปัญหาที่เกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลสุขภาพ และปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง นำไปสู่การลงพื้นที่เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาใน 3 ประเด็นและร่วมวางแผนการจัดการร่วมกันเป็นแผนปฏิบัติการชุมชน 1 แผน สามารถสร้างแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 50 แกนนำ และชุมชนเกิดการเรียนรู้จริงจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มทำกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาของครัวเรือนและโรงเรียน มีกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยา และส่งต่อเพื่อรับการรักษา ในเบื้องต้นได้ 3 ราย และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์สามารถกระตุ้นให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกในการจัดการตนเองจนเกิดแผนปฏิบัติการชุมชนด้านยา 1 แผน

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยการร่วมกันทำงานของทีม  
เภสัชกรทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาล  
ทุ่งเสลี่ยม และอาสาสมัครสาธารณสุขในเขต รพ.สต.กลางดง อำเภอ  
ทุ่งเสลี่ยม จ.สุโขทัย

## เอกสารอ้างอิง

1. วรวิมล โฉมทรัพย์กุลและลือชัย ศรีเงินยวง. “การวิจัยแบบพาร์  
เพื่อพัฒนาทางปัญญา”. ใน เริ่มต้นด้วยใจ สู่งานเภสัชกรรม  
ปฐมภูมิ”. พักตร์วิภาสุวรรณพรหมบรรณาธิการ. (2555). ศูนย์วิจัย  
และพัฒนาระบบยาชุมชน (ศวพช). หจก.ก๊อดพรีนซ์ติ้ง.



## โครงการ หมอบกรอบครัวห่วยโย ใส้ใจยาเดิม

ภญ.สมจิตร ไซตชัยสุวัฒน์

โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก E-mail:sangsaw\_pc@hotmail.com

### บทคัดย่อ

ปัญหาผู้ป่วยมียาสะสมที่บ้านเป็นจำนวนมาก สะท้อนได้จากการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมยาแลกไข่ ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งสาเหตุของยาที่สะสมยา ได้แก่ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ถูกต้อง หยุดยาเนื่องจากอาการข้างเคียง หรือ รับประทานซ้ำซ้อน เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลวังทอง นำความเชื่อความศรัทธาเรื่องการทำบุญ มาเชื่อมโยงกับปัญหายาที่เหลือของผู้ป่วย จึงได้พัฒนาระบบ แนวทางการนำยาเดิมมาเพื่อลดการจ่ายยาใหม่ เปรียบเสมือนเป็นการทำบุญด้วยยาเดิม โดยดำเนินกิจกรรมที่คลินิกเบาหวาน และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่ง

ต่อไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้พัฒนาระบบสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน นาร่อง 4 แห่งในกิจกรรม หมอครอบครัว ห่วงใย ใส่ใจยาเดิม โดยประสานงานเดือน มีนาคม 2558 เริ่มดำเนินงานเดือน เมษายน - กรกฎาคม 2558 เพื่อพัฒนาระบบยาเดิมใน รพ.สต. พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม หมอครอบครัว ห่วงใยใส่ใจยาเดิม ร้อยละ 35 พบปัญหาด้านยาร้อยละ 5 มีมูลค่าประหยัดยา 23,071.45 บาท ทั้งนี้พบว่าระบบดังกล่าวสามารถนำไปขยายต่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ที่สนใจเพื่อช่วยค้นหาปัญหาด้านยา ประหยัลดค่าใช้จ่ายด้านยา และนำไปสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

## บทนำ

จากนโยบาย ยาแลกไข่ ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2555 เราพบว่าประชาชนนำยามาคืนมูลค่ามากกว่า 40 ล้านบาท [1] โดยยาที่ได้รับคืนมากอันดับ 1 ได้แก่ ยาเบาหวาน 7,398,504 เม็ด รองลงมาคือยาโรคความดันโลหิตสูง 6,863,677 เม็ด ซึ่ง นพ.พรเทพ โชติชัยสุวรรณ ได้เสนอแนวทางจากยาแลกไข่ สู่...นโยบายด้านยาที่ดีขึ้น เพื่อให้ชาวสาธารณสุขวางแนวทางเพื่อป้องกันปัญหาการมียาสะสมไว้ที่บ้านหลายประการ[2] มีข้อเสนอหนึ่งที่น่าสนใจ คือ การคืนยาแบบสมัครใจ เพื่อเป็นการทำความดีทำบุญ สามารถนำยามาหมุนเวียนให้ผู้อื่นได้นำไปใช้ ช่วยลดรายจ่าย เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับบริบทของคนไข้โรคเรื้อรัง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ[3] โรงพยาบาลวังทองจึงได้นำแนวทางนี้มาใช้กับโรงพยาบาล โดยปัญหาครั้งแรกที่เป็นแรงบันดาลใจมาจากการได้ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยมียาสะสมที่บ้านค่อนข้างมาก โดย

เฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ายาบางชนิดหมดอายุ บางชนิดไม่ได้ใช้เพราะมีอาการข้างเคียงจึงหยุดรับประทาน หรือ มียาเหลือมาก เนื่องจากใช้ยาไม่ถูกต้อง ทีมจึงได้พัฒนาระบบให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมา ให้เภสัชกรตรวจสอบในคลินิกเบาหวาน ในโครงการยาเดิมเพิ่มบุญ ลดต้นทุนให้โรงพยาบาล (มิถุนายน 2556 – กันยายน 2557) จากผลการดำเนินงาน พบปัญหาจากการใช้ยาถึงร้อยละ 26.67 อีกทั้งช่วยลดมูลค่ายาได้ 162,994.57 บาท สิ่งหนึ่งที่เรได้รับคือ ความสุข เนื่องจากผู้ป่วยยินดีที่จะนำยาเดิมมาเพื่อทำบุญกับเรา รวมถึงมีโอกาสดำเนินการปัญหาด้านยาจากยาเดิมผู้ป่วย และที่สำคัญ ทำให้เราได้พัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เช่น ฉลากยารูปภาพโมเดลตู้เย็น และ สติกเกอร์เตือนต่างๆ

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวนมากที่โรงพยาบาลวังทอง ส่งกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้พัฒนาระบบต่อเนื่องไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งยังคงนำรูปแบบยาเดิมเพิ่มบุญ ไปใช้ต่อใน รพ.สต. แต่มีการปรับปรุงแบบเพื่อให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ทั้งนี้เพื่อเพื่อพัฒนาระบบยาเดิมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาค้นหาปัญหาด้านยา จากยาเดิมผู้ป่วย และร่วมแก้ไขปัญหาด้านยารายบุคคล และพัฒนาเชิงระบบเพื่อป้องกันปัญหาด้านยาต่อไป และที่สำคัญประการหนึ่งคือเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยา จากยาเดิมผู้ป่วย

## กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวังทอง จ.พิษณุโลก
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 แห่ง ในอำเภอวังทอง จ.พิษณุโลก

## แนวทางดำเนินงาน

1. การดำเนินกิจกรรมที่คลินิกเบาหวาน และ ห้องจ่ายยา โรงพยาบาลวังทอง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ดำเนินมา 1 ปี จึงจัดทำต่อเนื่องและบันทึกผลการดำเนินการต่อในปีที่ 2 โดยให้บริการ 2 จุด คือที่คลินิกเบาหวาน โดยเภสัชกรจะเข้าไปให้บริการที่คลินิกเบาหวาน ทุกวันจันทร์/วันพฤหัสบดี เวลา 08:30 – 09:30 น. เพื่อสอบถามยาเดิม และค้นหาปัญหาด้านยา ซึ่งแพทย์จะหักยาเดิมออกให้

ส่วนที่ห้องจ่ายยา จะหักยาใหม่ในซองคืนห้องยา ถ้าผู้ป่วยแจ้งว่ามียาเพียงพอและไม่ต้องการได้ โดยไม่ได้ค้นหปัญหาด้านยา เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา

2. การดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.)/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

2.1 เภสัชกร เข้าไปศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในโรคเรื้อรังในแต่ละ รพ.สต./ศสช. ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย แลกเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูล และแนวทางการดำเนินงานหมอบรรอบคร้วห้วงใย ใส่ใจยาเดิมเพื่อให้การดำเนินงานเป็นเนื้อเดียวกับงานบริการเดิมที่มีอยู่ ไม่เป็นการสร้างภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่

2.2 ดำเนินกิจกรรม (มีนาคม – กรกฎาคม 2558) โดยมีการติดตามเป็นระยะๆ เพื่อเป็นที่ปรึกษา เก็บข้อมูลผ่านรายงานประจำเดือน และสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านยาที่พบ

### 2.3 สรุปข้อมูลตามตัวชี้วัด

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 30
- ร้อยละของผู้ป่วยปัญหาด้านยาที่พบมากกว่าร้อยละ 10
- ลดค่าใช้จ่ายด้านยา จากยามูลค่ายาเดิมที่เหลือมากกว่าร้อยละ 5

### 3. วิเคราะห์ข้อมูล และ สรุปปัญหาอุปสรรค

## ผลการดำเนินการ

### 1. ด้านการพัฒนาระบบยาเดิมใน รพ.สต./ศสช.

เนื่องจากกิจกรรม หมอครอบครัว ห่วงใย ใส่ใจยาเดิม เป็นกิจกรรมที่เภสัชกรให้ความสนใจ และพัฒนาต่อยอดมาจากคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ซึ่งต้องการพัฒนาโครงการนี้ต่อเนื่องไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับเภสัชกร ซึ่งสิ่งที่เป็นกังวลมากที่สุดคือ ความร่วมมือ และ การสร้างภาระงานใหม่ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ศสช.

ดังนั้นก่อนเริ่มออกแบบ เอกสารที่ใช้ในกิจกรรม และรูปแบบการดำเนินงาน ได้ไปปรึกษาแนวคิดแลกเปลี่ยน แนวทางการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่บางส่วน เพื่อให้ได้เอกสารที่สอดคล้องกับบริบท การ

ให้บริการผู้ป่วย ไม่เป็นการะงานมากเกินไป ทั้งนี้แนวทางการดำเนินงาน ได้พยายามใช้แนวคิด สามเหลี่ยมขับเคลื่อนงาน ของอาจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ มาเป็นแนวทางการทำกิจกรรมโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และร่วมเรียนรู้งานที่เกิดขึ้น โดยยึดแนวทางให้ผู้ทำงานมีความสุขที่ได้ทำ ทั้งนี้ในปีแรก ผู้จัดทำโครงการ หมอครอบครัวห่วงใย ใส่ใจยาเต็ม ไม่คาดหวังกับผลลัพธ์มาก แต่เน้นที่การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นปัญหาอุปสรรค เพื่อต่อยอดไปที่ รพ.สต. อื่นๆ ต่อไป



รูปที่ 1 แนวคิดสามเหลี่ยมขับเคลื่อนงาน

มีนาคม พ.ศ. 2558 เริ่มเดินทางไป รพ.สต./ศสช. (รพ.สต. บ้านกลาง, รพ.สต.แก่งโสภา, ศสช.วังทอง และ ศสช.ร่วมใจ) เพื่อปรึกษารูปแบบการทำงาน โดยสิ่งแรกที่ทำก่อน เมื่อถึง รพ.สต./ศสช. คือ สร้างความสัมพันธ์กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน กล่าวคือ ทักทายตามมารยาท และขออนุญาตแล้ววัตถุประสงค์ และที่มาของกิจกรรม รวมไปถึงผลที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อเป็นการให้เกียรติ ให้ข้อมูล รับข้อเสนอแนะ และขอรับการสนับสนุนจากผู้นำขององค์กร

หลังจากนั้น จึงเริ่มแลกเปลี่ยนกับผู้รับผิดชอบในกระบวนการ  
จ่ายยา สอบถามขั้นตอนการทำงาน และขอเอกสารที่ใช้ในการบริการ  
ทั้งนี้เราพบว่า รพ.สต./ศสช. มีการบันทึกยาเดิมที่เหลือ และ หักยาเดิม  
บางส่วน แต่ทำไม่สม่ำเสมอ และไม่มีระบบบันทึกผลการดำเนินงาน  
และ การระบุปัญหาด้านยาที่พบออกมาจากเวชระเบียน

ซึ่งในกระบวนการจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. บ้านกลาง  
และ แก่งโสภา เกสัชกรจะไปให้บริการ 2 ครั้งต่อเดือน ส่วนที่ ศสช.  
วังทอง และ ร่วมใจ จะมีเภสัชกรจ่ายยาให้ทุกสัปดาห์

โดยเริ่มดำเนินการ ในเดือน เมษายน 2558 และให้ผู้รับผิดชอบ  
ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลวังทองรวบรวมทุกเดือน



รูปที่ 2 ศึกษารูปแบบเอกสาร และ แนวทางการดำเนินงาน

จากการปรึกษาเรื่องแบบบันทึกข้อมูลยาเดิม ที่นำต้นแบบมาจากคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวังทอง เมื่อนำมาแลกเปลี่ยนกับ รพ.สต./ศสข. พบว่า ไม่เหมาะสม เนื่องจากต้องทำงานซ้ำซ้อน จึงร่วมออกแบบใหม่ให้สะดวก จาก 1 ใบ ต่อคน เป็น 1 ใบ ต่อวันที่ให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านกลาง เป็นผู้จัดต้นแบบทำให้ และต่อมาเพิ่มแบบบันทึกปัญหาด้านยาที่พบ และแนวทางการแก้ไข เพื่อให้สามารถทราบปัญหาด้านยาที่พบ ทั้งในด้านปริมาณและรายละเอียดของประเด็นต่าง ๆ อย่างครบถ้วน และสะดวกต่อการติดตามผล (ภาคผนวก)

รูปแบบกิจกรรมแต่ละที่อาจแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือ เราเน้นย้ำเรื่อง เราจะหักยาใหม่ ที่ต้องการสั่งออกให้สอดคล้องกับยาเดิมผู้ป่วยที่เหลือ เพื่อให้เพียงพอกับนัดครั้งถัดไป เราจะไม่นำยาเดิมของผู้ป่วยหนึ่ง มาจ่ายให้ผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อรักษามาตรฐานวิชาการที่มีอยู่

**2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม :** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน (เมษายน – กรกฎาคม 2558) พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1,403 ครั้ง (ร้อยละ 35) ที่นำยาเดิมมาร่วมกิจกรรมหมอบรรอบครัวห่วงใย ใส่ใจยาเดิม

|     | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด | จำนวนผู้ป่วยที่ร่วมกิจกรรม | ร้อยละ |
|-----|---------------------|----------------------------|--------|
| A   | 1,038               | 345                        | 33.24  |
| B   | 939                 | 800                        | 85.20  |
| C   | 1,218               | 102                        | 8.37   |
| D   | 741                 | 156                        | 21.05  |
| รวม | 3,936               | 1,403                      | 35.65  |



3. ปัญหาด้านยา

3.1 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวังทอง พบปัญหาด้านยา 180 ครั้ง (ร้อยละ 26.20)

| คลินิกเบาหวาน รพ.วังทอง        | ต.ค.  | พ.ย.  | ธ.ค.  | ม.ค.  | ก.พ.  | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค.  | มิ.ย. | ก.ค.  | รวม   |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                | 57    | 57    | 57    | 58    | 58    | 58    | 58    | 58    | 58    | 58    |       |
| จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม | 80    | 76    | 79    | 53    | 83    | 102   | 55    | 63    | 53    | 43    | 687   |
| จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาด้านยา   | 20    | 19    | 19    | 17    | 20    | 26    | 14    | 12    | 17    | 16    | 180   |
| ร้อยละพบปัญหาด้านยา            | 25.00 | 25.00 | 24.05 | 32.08 | 24.10 | 25.49 | 25.45 | 19.05 | 32.08 | 37.21 | 26.20 |

3.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน (เมษายน – กรกฎาคม 2558) พบปัญหาด้านยา 71 ครั้ง (ร้อยละ 5.06)

| ปัญหาด้านยาที่พบใน รพ.สต./ศสช. |               |                                        |        |
|--------------------------------|---------------|----------------------------------------|--------|
|                                | จำนวน (ครั้ง) | จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม (ครั้ง) | ร้อยละ |
| A                              | 25            | 345                                    | 7.25   |
| B                              | 19            | 800                                    | 2.38   |
| C                              | 12            | 102                                    | 11.76  |
| D                              | 15            | 156                                    | 9.62   |
| รวม                            | 71            | 1,403                                  | 5.06   |

4. มูลค่ายาที่ประหยัดได้ทั้งหมด 118,858.86 บาท แบ่งการสรุป เป็น 2 ส่วน

4.1 โรงพยาบาลวังทอง (ตุลาคม 2557 – กรกฎาคม 2558) มีมูลค่าประหยัดยา 94,080.41 บาท

| เดือน         | ต.ค. 57 | พ.ย. 57   | ธ.ค. 57  | ม.ค. 58  | ก.พ. 58   | มี.ค. 58  | เม.ย. 58 | พ.ค. 58   | มิ.ย. 58  | ก.ค. 58  | รวม       |
|---------------|---------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| ห้องจ่ายยา    | 5,000   | 6,319.74  | 5,443.45 | 2,475.95 | 8,286.09  | 5,919.70  | 3,578.76 | 8,464.82  | 10,292.13 | 6,689.37 | 62,650.01 |
| คลินิกเบาหวาน | 3,000   | 3,749.70  | 4,090.80 | 2,695.60 | 3,819.80  | 4,726.50  | 1,572.90 | 3,515.50  | 2,029.70  | 2,229.90 | 31,430.40 |
| รวม           | 8,000   | 10,069.44 | 9,534.25 | 5,171.55 | 12,105.89 | 10,646.20 | 5,331.66 | 11,980.32 | 12,321.83 | 8,919.27 | 94,080.41 |

4.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน (เมษายน - กรกฎาคม 2558) มีมูลค่าประหยัดยา 23,071.45 บาท

|     | เม.ย. 58 | พ.ค. 58  | มิ.ย. 58 | ก.ค. 58  | รวม       |
|-----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| A   | 2,368.50 | 2,085.30 | 1,645.65 | 3,059.90 | 13,878.45 |
| B   | 1,178.00 | 1,869.25 | 1,736.15 | 680.45   | 5,463.85  |
| C   | 489.44   | 296.68   | 429.20   | 320.20   | 1,535.52  |
| D   | 321.06   | 554.41   | 628.65   | 689.51   | 2,193.63  |
| รวม | 4,357.00 | 4,805.64 | 4,439.65 | 4,750.06 | 23,071.45 |

5. ด้านพัฒนาระบบเพื่อป้องกันปัญหาด้านยา ใน รพ.สต./ศสข. พบ การพัฒนาเชิงระบบ 3 ประเด็นได้แก่

5.1 การพัฒนาระบบ จากไม่ได้สอบถามยาเดิม ปรับมาเป็น สอบถามยาเดิมที่จุดจ่ายยา และระบบที่ดีที่สุดคือ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ สอบถามยาเดิมตั้งแต่ขั้นตอนแรกพร้อมกับตรวจร่างกาย และมีการ บันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนเพื่อสื่อสารให้ทีมทราบ

5.2 พบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจาก รพ.สต./ศสข. สู่งการเยี่ยมบ้าน กล่าวคือ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ชักประวัติพบมียาเหลือ มาก จากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ประสานให้ทีมหมอครอบครัว ลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาที่แท้จริงต่อไป

Handwritten medical record form with Thai text and handwritten notes. The form includes fields for patient information, medical history, and treatment. There are several handwritten notes and signatures throughout the document.

Handwritten medical record form with Thai text and handwritten notes. The form includes fields for patient information, medical history, and treatment. There are several handwritten notes and signatures throughout the document.

5.3 พบแนวทางการจัดการแก้ปัญหาด้านยา โดยจัดยาเป็นช่อง การใช้สติ๊กเกอร์รูปภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง



**6. ปัญหาอุปสรรค** จากการสอบถามผู้ปฏิบัติงานพบปัญหาอุปสรรค ดังนี้

6.1 ไม่มีผู้บันทึกข้อมูลแทน กรณีที่ผู้รับผิดชอบไม่อยู่

6.2 เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วย มีเจ้าหน้าที่ต้องนำไปบันทึกข้อมูลต่อ ทำให้ต้องบันทึกข้อมูลขณะจ่ายยา

6.3 ต้องใช้เวลาบันทึกข้อมูลขณะจ่ายยา อาจทำให้บันทึกได้ไม่ครบถ้วนเนื่องจากความเร่งรีบ

## สรุป

กิจกรรมหมอมรอบครัวห่วงใย ใส่ใจยาเดิมที่พัฒนาจากคลินิก เบาหวานในโรงพยาบาลวังทอง นำร่องสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ ศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง พบว่าสามารถพัฒนาเป็นระบบยาเดิมได้ดี ช่วยค้นหาปัญหาด้านยา ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา และนำไปสู่การดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจากผลการดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กำหนด อย่างไรก็ตามด้านการค้นหาปัญหาด้านยาอาจทำได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา

## กิตติกรรมประกาศ

กิจกรรมนี้สำเร็จได้ดีด้วยความร่วมมือจาก ทีมคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวังทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแก่งโสภา ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ และศูนย์สุขภาพวังทอง ที่ร่วมเรียนรู้การพัฒนางานระบบยาเดิม ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัยมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. ผู้จัดการ ASTVออนไลน์.ไข่แฉกยาฉลย ได้ยาคีนกว่า 36 ล้านเม็ด มูลค่าไม่ต่ำกว่า 40 ล้านบาท.สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2558. แหล่งข้อมูล: <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000083950>
2. นพ.พรเทพ โชติชัยสุวัฒน์. จากยาแฉกไข่ สู่...นโยบายด้านยาที่ดีขึ้น. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2558: แหล่งข้อมูล : <http://www.komchadluek.net/detail/>
3. อัมรา ทองหงส์โรคเบาหวาน สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2558. แหล่งข้อมูล: [http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55\\_Part1/file11/5955\\_Diabetes.pdf](http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5955_Diabetes.pdf)

#### 4. ภาคผนวก

| แบบบันทึกยาตามคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด (Clinic DSM) |                         |        |         |                   |
|------------------------------------------------------|-------------------------|--------|---------|-------------------|
| ชื่อ                                                 | HN                      |        |         |                   |
| ลำดับ                                                | รายการยา                | จำนวน  | วิธีใช้ | หมายเหตุ/เงื่อนไข |
| 1                                                    | ASA 81 mg tab           |        |         |                   |
| 2                                                    | Glibenclamide 5 tab     |        |         |                   |
| 3                                                    | Glipizide 5 mg tab      |        |         |                   |
| 4                                                    | Metformin 500 mg tab    |        |         |                   |
| 5                                                    | Simvastatin 20 mg tab   |        |         |                   |
| 6                                                    | Glendoflozil 600 mg tab |        |         |                   |
| 7                                                    | Enalapril 5 mg tab      |        |         |                   |
| 8                                                    | Enalapril 20 mg tab     |        |         |                   |
| 9                                                    | Atenolol 50 mg tab      |        |         |                   |
| 10                                                   | Propranolol 10 mg tab   |        |         |                   |
| 11                                                   | Propranolol 40 mg tab   |        |         |                   |
| 12                                                   | Frazosin 1 mg tab       |        |         |                   |
| 13                                                   | Amlodipine 5 mg tab     |        |         |                   |
| 14                                                   | HCTZ 25 mg tab          |        |         |                   |
| 15                                                   | Furosemide 40 mg tab    |        |         |                   |
| 16                                                   | Mixtard vial 10 ml      |        |         |                   |
| 17                                                   | Mixtard pen 3 ml        |        |         |                   |
| 18                                                   |                         |        |         |                   |
| 19                                                   |                         |        |         |                   |
| 20                                                   |                         |        |         |                   |
| ลงชื่อ/ผู้รับ                                        |                         | วันที่ |         |                   |

แบบบันทึกยาเดิมของโรงพยาบาลวังทองแบบบันทึกยาเดิมของ รพ.สต./ศสข.

[illegible]

แบบบันทึกปัญหาด้านยาของ รพ.สต./คสช.

## โครงการหมอบกรอบครัว “ทีมเสริมสุข” เครือข่ายสุขภาพพพรหมศรี

ภญ.พชรณัฐ ชัยนัฐพงศ์

โรงพยาบาลพพรหมศรี จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: namp999999@hotmail.com

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันพบว่าปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลการรักษาไม่ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการใช้ยาระยะยาว ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายขนาน ใช้ยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ใช้สมุนไพร รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาหลายตัวที่หาเพิ่มเอง อาหารเสริม รับประทานอาหารที่ห้ามหรือจำกัดในแต่ละโรค เป็นต้น โดยการใช้ยาของผู้ป่วยเรื้อรัง อาจมีการใช้ยาหลายตัว ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาหรือปัญหาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่แนวคิดของการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางเภสัชกรรมขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง สร้างความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชน รวมทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อดูแลแก้ปัญหาการเข้าถึงด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ในผู้ด้อยโอกาส

พิการ ติดเตี้ย ผู้สูงอายุ จิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคหลอดเลือดและสมอง, โรคหอบหืด, ผู้ป่วยกลุ่ม palliative care ผู้ที่มีปัญหาการให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non-compliance) ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพจากแพทย์เพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ได้เข้าถึงการรักษา ต่อเนื่อง ทุกเรื่อง เบ็ดเสร็จ ด้วยสหวิชาชีพและชุมชน (1A4C)

การดำเนินงานได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานปฐมภูมิ และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพรหมคีรี ที่ครอบคลุม ทั้งโรงพยาบาล, สสอ., รพ.สต. ชุมชนใช้ชื่อทีม “เสริมสุข” ในการขับเคลื่อนโครงการ ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสหวิชาชีพ แก้ไขปัญหาความทุกข์ของผู้ป่วย พร้อมพัฒนาศักยภาพ และจัดทำคู่มือ การปฏิบัติงานของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้าน วางแนวทางการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการ เยี่ยมบ้าน เพื่อสะดวกในการดูแลผู้ป่วย มีตาราง Conference case ร่วมกันของสหวิชาชีพ เดือนละครั้ง เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกันครบทุกด้าน แบบองค์รวม และสรุปประเมินผลการดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินงานหลังจากได้จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน จิตอาสา และพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการช่วยคัดกรองโรค เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, ทักษะการ เยี่ยมบ้านและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ได้เยี่ยมและดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา ได้เยี่ยมครบ ทุกคน ผู้ป่วยพิการทางร่างกาย ได้เยี่ยมร้อยละ 70 ผู้ป่วยจิตเวช ได้ เยี่ยมร้อยละ 75 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา 4 เรื่อง ได้รับการตีพิมพ์ 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100

มีทีมเสริมสุขทำงานที่ชัดเจนขึ้น ได้บริการผู้ป่วยที่มีความ

ลำบาก พิกการ ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ หรือยังไม่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ได้รับการเยี่ยมบ้าน ดูแลรักษาให้แบบต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยกลุ่มผู้พิการ จิตเวช ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ เป็นทีมสหวิชาชีพ ทั้ง แพทย์ กายภาพบำบัด พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ทันตภิบาล และชุมชน รวมทั้งดูแลแบบองค์รวม กาย จิต สังคม วิญญาณ

## บทนำ

การจัดบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองต่อแนวคิด ปรัชญาด้านสุขภาพ รวมทั้งรับถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งคุณภาพชีวิต พฤติกรรมเห็นสุขภาพตลอดจนสภาวะสุขภาพ ของประชาชนไทย มีแนวโน้มดีขึ้น จนอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มเป็น 72 ปี ซึ่งจากปัจจัยที่ทำให้การจัดการสาธารณสุขเปลี่ยนไป ปัจจัยสำคัญได้แก่

1. การมุ่งเน้นในการสร้างประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการให้ครอบคลุมในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น เพราะปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โรคติดเชื้อที่เคยเป็นปัญหาใหญ่ สามารถควบคุมได้ ได้ปรับเปลี่ยนเป็นโรคที่ติดเชื้อรุนแรง ง่ายตาย และอัตราการตายสูง เช่น HIV โรคโควิด โรคแพร่กระจายขึ้นมาอีก ซึ่งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและเข้าใจในการรับประทานยาที่เคร่งครัด ปัญหาโรคที่ไม่ติดเชื้อก็เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้า โรคที่เคยจำกัดในอดีต ก็สามารถรักษาได้มากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ได้ยืดอายุประชากรให้



เพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยที่เสื่อมของร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ ทำให้การจัดการกระจายบริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาล พ้นพุ่มากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ที่มีปัญหา มีความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้กระทบต่อการจัดการสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมกำกับได้ แต่มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข ที่สามารถกำหนดได้ คือ เป้าหมายด้านสาธารณสุขและนโยบายของประเทศ

1. กำหนดเป้าหมายด้านสาธารณสุขและนโยบายของประเทศ คือให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง คุณภาพชีวิตที่ดี มีเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุข คือ

1.1 บริการสาธารณสุข อย่างมีคุณภาพ (Quality)

1.2 การจัดบริการให้ทั่วถึง โดยเข้าถึงได้สะดวก (Access)

รวมทั้งการจัดบริการให้เป็นธรรมเสมอภาค

1.3 การจัดบริการโดยใช้ทรัพยากรที่สมเหตุสมผล มีประสิทธิภาพ (Cost)

1.4 การจัดบริการให้บรรลุประสิทธิผลของการจัดบริการสาธารณสุข (Efficacy)

2. สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัย ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข

2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นทำให้ต้องจัดบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาและโรคของผู้สูงอายุ

2.2 โรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณะ เช่น ความก้าวหน้าด้าน Information Technology Telecommunication และ mobile connecting ทำให้มีการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลโดยส่งข้อมูลปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผ่าน Internet และ web cam

3. ยุทธศาสตร์หลักด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์

3.1 Health promotion การส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิต (Life Style) เป็นบริการเชิงรุกกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั่วไป

3.2 Disease, Conditions Prevention การป้องกันโรคก่อนเกิดความผิดปกติขึ้น หรือ สร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย เป็นบริการเชิงรุก กลุ่มเป้าหมายตามสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

3.3 Curative การรักษาพยาบาล โดยปรับเปลี่ยนความผิดปกติหรือโรคให้กลับสู่สภาพปกติ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มที่เจ็บป่วย

3.4 Rehabilitation การฟื้นฟูเมื่อมีความผิดปกติหรือพิการต้องฟื้นฟูสภาพเพื่อให้กลับสู่สภาพที่ใกล้เคียงปกติ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความต้องการ

กระบวนการดูแลด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยเป็นทีมสุขภาพ (Health care team) อย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุข ให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาในหลายประเทศรวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ

และโรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่คุกคามต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา การดูแลที่ต่อเนื่องระยะยาว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมีภาวะโรคร่วม มีการใช้ยาหลายรายการ จึงพบปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problem) เพิ่มขึ้นในโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เนื่องจาก มีการใช้ยาจำนวนหลายชนิด (มากกว่า 2 ชนิด) ใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน

การใช้ยาที่ต้องให้คำแนะนำพิเศษ เช่น ยาพ่นหอบ ทำให้มีความเสี่ยงเกิดปัญหาจากการใช้ยา เกิดผลรักษาไม่ถึงเป้าหมาย และความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาเป็นเหตุให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ที่มีผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือรับการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นรวมถึงปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในโรคเรื้อรังทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุขต่อไป

การให้บริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) คือการให้การดูแลรักษาด้วยยา ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการค้นหาปัญหา ป้องกันปัญหา และแก้ไขปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา หรือ Drug-Related Problems (DRPs) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลรบกวนต่อการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 8 ประเภท ได้แก่ ความจำเป็นในการได้รับยา การได้รับยาที่ไม่สอดคล้องใช้ในการรักษา การได้รับยาที่ไม่ถูกต้องตามข้อบ่งใช้ การได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดยาที่เหมาะสม การได้รับยาที่สูงกว่าขนาดยาที่เหมาะสม การเกิดอันตรกิริยาของยา การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นหน้าที่ของเภสัชกรในการบริหารการใช้ยาเพื่อบำบัดโรค เพื่อผู้ป่วย

## งานเภสัชกรรมชุมชน

หมายถึงงานให้บริการดูแลการใช้ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ก่อนป่วย ดูแลการใช้ยาเมื่อป่วย และการดูแลต่อหลังป่วยแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีการดำเนินงานแบบผสมผสาน ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพให้พึ่งพาตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

## งานบริหารทางเภสัชกรรมปฐมภูมิ

เป็นกระบวนการหลักของงานบริหารทางเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการดูแลสุขภาพ สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับเฉพาะบุคคล (Pharmaceutical care for individual patients) การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับเฉพาะบุคคลนี้ควรจะต้องเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นรับบริการด้านสาธารณสุขระดับใด การดูแลที่บ้านโดยมีการส่งต่อข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการนั้นด้วย จึงจำเป็นต้องมีระบบการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการและข้อมูลของการให้บริการต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการได้รับเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลสุขภาพ และสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการระดับต่าง ๆ ด้วยกัน และสื่อสารให้ตัวผู้รับบริการในการบริหารทางเภสัชกรรมจึงต้องมีแบบบันทึกการดูแลด้านยาด้วย

1.1 การบริหารทางเภสัชกรรมในสถานบริการ (Institutional pharmaceutical care)

1.2 การบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน (Home pharmaceutical care)

เป็นการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพในกลุ่มประชาชนที่มีสุขภาพดีเน้นกระบวนการสร้างสุขภาพและป้องกันสุขภาพเสียจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในส่วนของการงานบริหารทางเภสัชกรรม ก็จะเป็นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดปัญหาจากยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเฉพาะยาที่เหลือจากการใช้ครั้งก่อนๆ ที่มีการเก็บสะสมรวบรวมไว้เป็นคลังยาประจำบ้าน รวมทั้งให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับยาที่ประชาชนต้องการทราบ โดยบันทึกการให้บริการลงในแบบบันทึกการดูแลด้านยาด้วย เพื่อเป็นสื่อลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนอื่นในทีมดูแลสุขภาพ

## 2. การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับครอบครัว

เป็นกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือเข้าใจผู้ป่วยและต้องดูแลจิตใจ หรือความทุกข์ของครอบครัว เพราะบางครั้ง care giver อาจจะมีอาการป่วยด้วยการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงต้องดูแลครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมพึ่งพากันได้

## 3. การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับชุมชน (Pharmaceutical care for the community)

เภสัชกรในฐานะที่เป็นนักวิชาชีพและเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมสร้างสุขภาพ กรอบแนวคิดที่ว่าระบบยาที่เภสัชกรมีหน้าที่โดยตรงในการสร้างข้อตกลงร่วมกับชาวบ้านเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชาวบ้าน ซึ่งในหลายๆ กรณีจะเป็นการไปเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตชาวบ้าน (Life-style modification)

### 3.1 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Self care)

Self-Care เป็นการกระทำใดๆ ต่อตนเองของประชาชนเพื่อ

คงสภาวะความมีสุขภาพดี การป้องกันโรคและการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ เกี่ยวข้องมากมาย เกณฑ์กรมีบทบาทในการส่งเสริม Self-Care ผ่านการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

### 3.2 การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในการรักษาตนเอง (Self medication)

Self medication เป็นส่วนหนึ่งของ Self care เกณฑ์กรควร มีบทบาทเป็น

- (1) ผู้สื่อสารหรือให้ข้อมูล
  - (2) เป็นแหล่งกระจายยาที่มีคุณภาพ (Quality drug supplier)
  - (3) เป็นผู้ฝึกอบรมหรือเป็นผู้ให้คำแนะนำ (Trainer and supervisor)
  - (4) เป็นผู้ประสานความร่วมมือที่ดี (Collaborator)
- กับวิชาชีพอื่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งการสร้างสุขภาพของประชาชน

### 3.3 งานส่งเสริมสิทธิผู้บริโภคและสิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปจะต้องได้รับการคุ้มครองตามสิทธิขั้นพื้นฐานคือ สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคสินค้าและบริการ สิทธิในการเลือกสินค้าและบริการ

เกณฑ์กรควรเป็นที่ปรึกษาให้แก่ชุมชนในการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินการเชิงรุก เกณฑ์กรสามารถเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เชื่อถือได้ และสามารถให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ชุมชน รวมถึงการพัฒนาผู้ผลิตผลิตภัณฑ์

สุขภาพภายในชุมชนให้ได้มาตรฐานและปลอดภัยในการบริโภคโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน

### 3.4 งานเชิงรุกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน

เภสัชกรจะดำเนินงานเชิงรุกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถนำเสนอปัญหาและความต้องการของภาคประชาชน ให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการคุ้มครองผู้บริโภคของชุมชน โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนและเพิ่มศักยภาพในการคุ้มครองตนเองและชุมชน

ซึ่งวัตถุประสงค์ของการทำงานบริหารเภสัชกรรม มี 4 ด้าน คือ ใช้อย่างปลอดภัย (Promote patient safety) เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา (Improve quality of care) การรักษาแบบคุ้มค่า (Cost-effective care) และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Increase patient statistic Faction) โดยมีแนวทางการดูแลระบบต่อเนื่อง อาศัยความร่วมมือของครอบครัวผู้ป่วย และผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทีมผู้ให้บริการสาธารณสุข เป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพโดยมีบทบาทของเภสัชกรชุมชน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของทีม เพื่อประโยชน์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวกับการใช้ยา สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ การรักษาโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา และทำให้นุเคราะห์ด้านสาธารณสุขได้รับการทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่บ้าน ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ย่อมทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และระบบสาธารณสุข การที่เภสัชกรชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและมีการประสาน

งานส่งต่อแพทย์ เจ้าของไข้ พร้อมกับให้แนวทางการใช้ยาที่ถูกต้อง ต่อผู้ป่วยโดยตรง สามารถลดและแก้ปัญหาจากการรักษาได้ คำนึงถึง ประโยชน์ผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง

### **การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)**

การจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่บ้าน โดย บุคลากรทางด้านสาธารณสุข (สหสาขาวิชาชีพ) เป็นระบบบริการ สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยการให้บริการตามความ จำเป็นของผู้ป่วยเฉพาะราย แต่ละครอบครัว ซึ่งผู้ให้บริการมีการ ดำเนินการวางแผนการให้บริการ ประสานงาน และการดูแลสุขภาพ ที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการ ดูแลรักษา การเฝ้าระวัง การติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือยา อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการ วางแผนในการรักษาสุขภาพ (Patient-Family Participation) อย่าง ถูกต้อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการดูแล ตนเอง (Self care) โดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระบวนการจัดการด้านยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยที่ผู้ป่วย มีส่วนร่วม รับรู้และวางแผนการรักษาเรื่องโรค และยา

1. Disease Management การให้คำปรึกษาเรื่องโรค และยา ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและยาเพื่อเพิ่ม ความตระหนักในการดูแลตัวเอง

2. Patient Counselling เพิ่มความร่วมมือในการรับประทาน ยา improve adherence

3. Pharmaceutical Care มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน



ในการบันทึกประวัติการใช้ยาของแต่ละราย โดยการสืบค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRP) วางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการ โดยใช้แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมจัดการ

4. Cost effective มีการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา การใช้ยาที่เหมาะสม

5. Referral system ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยตรงกับแพทย์ของผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

### แนวทางการกิจกรรมที่ทำการพัฒนาประกอบด้วย

- 1) การมีเภสัชกรรับผิดชอบในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
- 2) การพัฒนางานการบริหารยาและเวชภัณฑ์
- 3) การพัฒนางานการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา
- 4) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางบริหารเภสัชกรรม “การเยี่ยมบ้าน”
- 5) การพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค
- 6) การพัฒนางานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาและสมุนไพรที่เหมาะสมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง สร้างความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยา และควบคุมอาการของโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในชุมชน
2. เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อดูแลแก้ปัญหาการเข้าไม่ถึงด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ในผู้ด้อยโอกาส พิกัด ติดเตี้ย ผู้สูงอายุ จิตเวช ให้ได้เข้าถึงการรักษา ต่อเนื่อง ทุกเรื่องเบ็ดเสร็จ ด้วยสหวิชาชีพและชุมชน (1A4C)

## กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคหลอดเลือดและสมอง, โรคหอบหืด, พิกการ จิตเวช สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่ม palliative care หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ
2. ผู้ที่มีปัญหาการให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non-compliance)
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพ แพทย์เห็นว่าควรจะมีการติดตามเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง

## แนวทางการดำเนินงาน

### ขั้นตอนและกิจกรรมดำเนินงาน

1. เสนอโครงการคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพหุภาคีเพื่อพิจารณาและรับทราบทั้งเครือข่าย ง่ายในการประสานงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งอำเภอ
2. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพหุภาคี ที่มีคณะกรรมการครอบคลุม ทั้งโรงพยาบาล, สสอ., รพ.สต. ใช้ชื่อทีม “สร้างสุข” ในการขับเคลื่อนโครงการ ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสหวิชาชีพ แก้ไขปัญหาความทุกข์ของผู้ป่วย
3. ประสานงานกับพื้นที่ ผู้นำชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจและทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งการดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มหรือบางโรคต้องมีการตัดสินใจร่วมกับในชุมชน
4. ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ แนะนำโครงการ ให้สหวิชาชีพ ชุมชน เข้าใจตรงกันเพื่อร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

5. พัฒนาศักยภาพเภสัชกร ในการทำงานด้านเภสัชปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านโดยส่งเข้าร่วมอบรมหลักสูตรต่างๆ เช่น FCPL ของ สภาเภสัชกรรม Family Pharmacist ของสมาคมเภสัชโรงพยาบาล ซึ่งมีเนื้อหาการอบรมงานเภสัชปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้าน

5.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและสมอง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด การใช้สมุนไพร งานคุ้มครองผู้บริโภค

5.2 ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว แผนผังครอบครัว แผนที่เดินดิน

5.3 แนวทางการทำงานของเภสัชกรประจำครอบครัว (Family Pharmacist)

5.4 อบรมความรู้และการบันทึกรูปแบบ INHOMESSS

5.5 อบรมเชิงปฏิบัติการ พร้อมกรณีศึกษา

5.6 ฝึกปฏิบัติงานบริบาลเภสัชกรรมระดับชุมชน

6. จัดทำคู่มือ การปฏิบัติงานของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

6.1 การติดต่อประสานงาน

6.1.1 การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทีมเยี่ยมบ้าน

6.1.2 ติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครชุมชน (อสม.) เพื่อกำหนดวันลงเยี่ยมบ้าน

หรือประสานงานโดยตรงกับผู้ป่วย เพื่อกำหนดวันลงเยี่ยมบ้าน

6.2 การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเยี่ยมบ้าน

6.3 แนวทางปฏิบัติสำหรับเภสัชกรเยี่ยมบ้าน

7. อบรมพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม. ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน แบ่งหน้าที่ตามบทบาทวิชาชีพ แต่ทำงานร่วมกันเป็นทีม

8. วางแนวทางการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์การเยี่ยมโดยเภสัชกรชุมชนดังนี้

9. จัดเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน เพื่อสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

10. วางแผนจัดตาราง Conference case ร่วมกันของสหวิชาชีพ เดือนละครั้ง แบ่งเป็น case manager ตามปัญหาของผู้ป่วย และตามบทบาทวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกันครบทุกด้านแบบองค์รวม

11. สรุปและประเมินผลการดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินงานโครงการ

มีทีมหมอครอบครัว “ทีมเสริมสุข” เครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี

1. ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ระบุในโครงการ

| กิจกรรม (ตามที่ระบุในโครงการ)                                                                                                                                                | ผลการดำเนินการ                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. อบรมให้ความรู้ประชาชน จิตอาสา อสม. ในพื้นที่                                                                                                                              | ได้จัดอบรมให้ความรู้ แก่ ประชาชน จิตอาสา และพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการช่วยคัดกรองโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, ทักษะการเยี่ยมบ้านและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ |
| 2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ                                                                                                                                       | ได้เยี่ยมบ้าน                                                                                                                                                                    |
| 1. ผู้สูงอายุติดเตียง ตามเป้าหมาย 86 คน<br>2. ผู้ป่วย Palliative care 3 คน<br>3. ผู้ป่วยพิการ<br>ทางร่างกาย 140 คน<br>จิตเวช 24 คน<br>4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยา 25 คน | ครบ 86 คน (คิดเป็นร้อยละ 100)<br>ครบ 3 คน (คิดเป็นร้อยละ 100)<br>เยี่ยมได้ 97 คน (คิดเป็นร้อยละ 70)<br>เยี่ยมได้ 18 คน (คิดเป็นร้อยละ 75)<br>เยี่ยมได้ 25 คน (คิดเป็นร้อยละ 100) |

## 2. ผลงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

| ตัวชี้วัด                                                    | เป้าหมาย   | ผลงานที่ได้                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการที่บ้าน                     | 278 คน     | 229 คน<br>คิดเป็นร้อยละ 82                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2. ได้รับการแก้ปัญหาการใช้ยา 25 คน                           | ร้อยละ 100 | 1. ผู้ป่วยรับประทานยาผิดวิธี - คน<br>2. ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด 10 คน<br>3. ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ 8 คน<br>4. เก็บรักษายาไม่ถูกต้อง 2 คน<br>5. ผู้ป่วยหยุดยาเอง 2 คน<br>6. ยาหมดก่อนนัด 2 คน<br>7. พบ ADR จากยา - คน<br>8. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป 1 คน<br>9. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงเกินไป - คน |
| 3. การทำข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการใช้ยาและได้รับการตีพิมพ์ | 3 เรื่อง   | ได้ทำข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการใช้ยา 4 เรื่อง ได้รับการตีพิมพ์ 4 เรื่อง<br>คิดเป็นร้อยละ 100                                                                                                                                                                                                          |
| 4. ได้แก้ปัญหการใช้ Steroid ในชุมชน                          | ร้อยละ 100 | เยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบใช้สมุนไพรลูกกลอนที่มี Steroid 8 ราย ได้แก้ปัญหา ให้รับยาที่ควรได้รับ คิดเป็นร้อยละ 100                                                                                                                                                                                              |

## ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการใช้

การดูแลผู้ป่วยระดับบุคคลแบบต่อเนื่องและเพิ่มคุณภาพในการดำรงชีวิต โดยเข้าถึงการรักษาด้านสาธารณสุข จากที่ไม่ได้รับการรักษาไม่ได้รับประทานยา ขาดยา ไม่มีความหวังในการรักษาแผนปัจจุบัน ทางทีมเสริมสุขได้เข้าไปมีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสหวิชาชีพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องโดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งเสริมด้านความเป็นอยู่ทางด้านเศรษฐกิจ และได้เขียนเรื่องเล่าเพื่อเผยแพร่บทบาทเภสัชกรในคอลัมน์ เรื่องเล่าจากชุมชน 4 เรื่องคือ ความหวังของไม้ไผ่กลิ้งฝั่ง สามชีวิตสายสัมพันธ์ในวงเวียนแห่งโรคภัยไข้เจ็บ รู้ลึกไม่ถึงยา วาระสุดท้ายของน้องปลา

## สรุป

มีทีมเสริมสุขทำงานที่ชัดเจนขึ้น ได้บริการผู้ป่วยที่มีความลำบาก พิกการ ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ หรือยังไม่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ได้รับการเยี่ยมบ้าน ดูแลรักษาให้แบบต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยกลุ่มผู้พิการ จิตเวช ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care ได้รับการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ เป็นทีมสหวิชาชีพ ทั้ง แพทย์ กายภาพบำบัด พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ทันตภิบาล และชุมชน รวมทั้งดูแลแบบองค์รวม กาย จิต สังคม วิญญาณ

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากประธานเครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี นพ.สุทธิพงษ์ ชาญรัฐพงศ์ สันับสนุนเจ้าหน้าที่เกิดเป็นทีมงานและ สปสช.เขต 11 ที่สนับสนุนงบประมาณทำให้การดำเนินงานให้ลุล่วงเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. กิตติพร สิริชัยเวชกุลและคณะ. (2546). ผลลัพธ์ของการบริหารเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 13: 106-14.
3. โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ (2550) วัฒนธรรม สุขภาพกับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์, กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
4. โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). วิถีชุมชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. (2533). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.).



## โครงการดูแลปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย โดยการเยี่ยมบ้าน

ภญ.ศุภริดา วัฒนพสหม

โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา E-mail: ihnonmai@hotmail.com

### บทคัดย่อ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เภสัชกรที่ลงเยี่ยมบ้านสามารถค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ข้อจำกัดในการใช้ยา การจัดเก็บยา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการปัญหาที่พบได้ รวมถึงเพื่อค้นหาความทุกข์ของผู้ป่วยและความทุกข์ของผู้ดูแล อีกทั้งเพื่อหารูปแบบการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในภาพรวมได้ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหอบหืด จิตเวช วัณโรค เอ็ดส์ ไทรอยด์ โครงการนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลปัญหาจากการใช้ยาของกลุ่มเภสัชกรครอบครัวสภาคมนเภสัชกรรมโรงพยาบาล และได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายโดยเก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 – เดือนมีนาคม 2558

ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด มีจำนวน 58 ราย เป็นผู้หญิง 29 รายและผู้ชาย 29 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุในช่วง 61-80 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีข้อจำกัดในการใช้ยาในด้านการมองเห็นพบได้ คือ มีตาฝ้ามัว, มองไม่ชัดเนื่องจากปัญหาทางสายตา ด้านการจัดเก็บยาพบว่าผู้ป่วยไม่ได้เก็บยาในซองหรือในภาชนะที่เหมาะสม และปัญหาจากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามสั่งมากที่สุด ซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ด้านความทุกข์พบว่านอกจากผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับโรคเรื้อรังที่ตัวเองเป็น ผู้ดูแลยังมีความทุกข์ไม่ต่างกัน เนื่องจากต้องทุ่มเททั้งเวลาและกำลังทรัพย์จนทำให้วิถีชีวิตปกติเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การเยี่ยมบ้านจึงต้องมองให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบโดยใช้หลักการ INHOMESSS ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่กับโรคได้อย่างเป็นสุข

## บทนำ

โรงพยาบาลจะนะเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ จำนวน 60 เตียงดูแลประชากรทั้งหมด 99,173 คน โรคเรื้อรัง 5 อันดับแรกที่เป็นปัญหา คือ โรคความดัน เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรงพยาบาลจัดให้มีคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรคเพื่อให้บริการสุขภาพที่ใกล้ชิด มีแพทย์ พยาบาล และเภสัชประจำคลินิก ให้บริการ แต่ก็ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ อาจเนื่องจากการเดินทาง ความพิการ สิทธิบัตรหรือผู้ป่วยบางรายที่ต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน แล้วต้องได้รับการติดตามหรือประเมินอาการต่อ จึงจัด

ให้มีทีมบริการสุขภาพลงไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยจัดการปัญหาทางแนวทางแก้ไข เพิ่มความมั่นใจ หรือลงไปเยี่ยมเยียน โดยประกอบไปด้วยสหวิชาชีพ พยาบาล นักกายภาพ แพทย์แผนไทย ทันตภิบาล เภสัชกร การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขเข้าใจถึงความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ผู้ดูแลรวมถึงปัจจัยองค์ประกอบร่วมต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

เราไม่อาจปฏิเสธได้ว่าผู้ป่วยหรือญาติที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน มักมีปัญหาเกิดขึ้น หนึ่งในนั้นคือปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งการอ่านฉลาก การจัดเก็บยา การรับประทานยา รวมถึงทุกสิ่งที่เกิดจากการใช้ยา แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อกลับบ้านปัญหาเหล่านี้อาจไม่ได้รับการแก้ไข จนส่งผลกระทบต่อการรักษา ดังนั้นการเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยลดปัญหาด้านยาของผู้ป่วยเป็นอีกบทบาทสำคัญของเภสัชกร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองให้ได้ผลตามเป้าหมายของการรักษา และหากได้นำปัญหาเหล่านั้นมาแก้ไขเชิงระบบแล้ว จะสามารถลดปัญหาเรื่องยาได้เป็นวงกว้าง

## วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ข้อจำกัดในการใช้ยา การจัดเก็บยา DRPs. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการปัญหาที่พบได้
2. เพื่อค้นหาความทุกข์ของผู้ป่วยและความทุกข์ของผู้ดูแล
3. เพื่อหารูปแบบการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในภาพรวมได้

## ระเบียบวิธีการ

รูปแบบการศึกษา: data collection design

สถานที่ศึกษา: อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา

ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา:

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหอบหืด จิตเภท วัณโรค เอชไอวี ทรอยด์

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกโครงการ

ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา: ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาโดยการเยี่ยมบ้าน

วิธีการ: เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกติดตามดูแลปัญหาจากการใช้ยาเมื่อลงเยี่ยมบ้าน

เครื่องมือ:

1. ใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลปัญหาจากการใช้ยาของกลุ่มเภสัชกรครอบครัวสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล
2. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายที่ได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลจนะ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

การวิเคราะห์ข้อมูล:

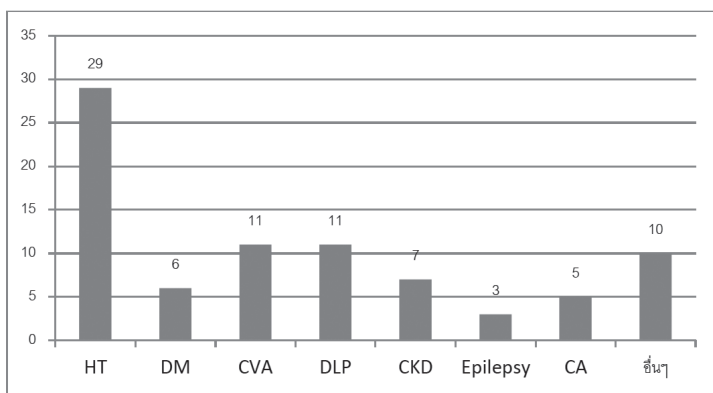
ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 – เดือนมีนาคม 2558

## ผลการดำเนินโครงการ

### 1. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

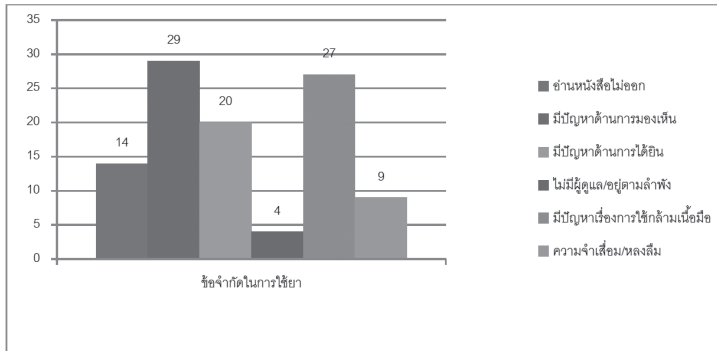
ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมดจำนวน 58 ราย เป็นผู้หญิง 29 รายและผู้ชาย 29 ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61-80 ปี และไม่ได้ทำงาน

#### 1.1 แผนภูมิแสดงความชุกของโรคที่ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน



จากกราฟพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 29 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมองอย่างละ 11 ราย (ร้อยละ 18.96) และแนวโน้มมีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องจากโรงพยาบาลศูนย์มากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยสถานพยาบาลใกล้บ้าน

## 1.2 แผนภูมิแสดงข้อจำกัดในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน



ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการใช้ยาด้านการมองเห็นมากที่สุดพบได้ 29 ราย (ร้อยละ 50) คือ มีตาฝ้ามัว, มองไม่ชัดเนื่องจากปัญหาทางสายตา รองลงมาคือมีข้อจำกัดในการชั่งกลั่นเนื้อมือ 27 ราย (ร้อยละ 46.55) พบในผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการใช้ยาทั้งสิ้นซึ่งในจำนวนผู้ป่วย 58 ราย จัดยารับประทานเอง 16 ราย มีผู้ดูแลจัดยาให้ 29 รายและให้อาหารทางสาย 13 ราย ซึ่งในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยาแต่มีผู้ดูแลด้านยาที่ดีก็สามารถลดปัญหาเรื่องการใช้ยาได้

1.3 การจัดเก็บยาจากผู้ป่วย 58 คนผู้ป่วยที่จัดเก็บยาเหมาะสมมี 46 ราย และจัดเก็บยาไม่เหมาะสม 12 ราย ซึ่งใน 12 รายที่เก็บยาไม่เหมาะสม พบรายละเอียดของปัญหาดังนี้

| ปัญหาจากการเก็บรักษายา           | จำนวน (ราย) | ร้อยละต่อผู้ป่วยทั้งหมด |
|----------------------------------|-------------|-------------------------|
| 1. ยาไม่ได้เก็บในภาชนะที่เหมาะสม | 10          | 17.24                   |
| 2. ยาไม่ตรงกับชื่อน้ำซอง         | 10          | 17.24                   |
| 3. ซองยาเสื่อมสภาพ               | 6           | 10.34                   |
| 4. ฉลากยาเลอะเลือนอ่านไม่ชัดเจน  | 9           | 15.52                   |

การเก็บรักษายาพบว่าผู้ป่วยจาก 58 ราย จัดเก็บยาไม่เหมาะสม 12 ราย ซึ่งใน 12 รายพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาไม่ได้เก็บยาในซองหรือในภาชนะที่เหมาะสม 10 ราย (ร้อยละ 17.24) พบ ยาในซองไม่ได้ตรงกับชื่อยาที่ระบุหน้าซอง 10 ราย (ร้อยละ 17.24) การจัดเก็บยาดังกล่าวมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยหรือญาติใช้ยาผิดและเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้

1.4 ปัญหาที่พบจากการใช้ยาซึ่งประกอบไปด้วย Appropriate drug, Efficacy, safety ผู้ป่วยทั้งหมด 58 รายพบปัญหาการใช้ยา 31 ครั้ง

| ปัญหาหลัก           | จำแนกประเภทของปัญหา                             | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---------------------|-------------------------------------------------|-----------|--------|
| 1. Appropriate drug | • ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ                     | 5         | 8.62   |
|                     | • ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้                     | 0         | 0      |
|                     | • ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม                         | 1         | 1.72   |
| 2. Efficacy         | • ขนาดยาน้อยเกินไป                              | 0         | 0      |
|                     | • Drug interaction                              | 0         | 0      |
|                     | • ไม่ได้ใช้ยาตามสั่ง                            | 23        | 39.65  |
|                     | • ผู้ป่วยไม่ได้ประสิทธิภาพที่เหมาะสมจากการใช้ยา | 2         | 3.44   |

**Appropriate drug** (ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ/ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม)

พบผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ 5 รายคิดเป็นร้อยละ 8.6 สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3 ราย แก้ไขโดยเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาและร่วมประสานงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย

**Efficacy** (ไม่ได้ใช้ยาตามสั่ง/ผู้ป่วยไม่ได้ประสิทธิภาพที่เหมาะสมจากการใช้ยา)

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามสั่ง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.6 โดยมีสาเหตุหลักคือ ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับ เภสัชกรให้ความรู้ คำปรึกษา และออกแบบอุปกรณ์ช่วยในการใช้ยา Drug design



2. **ด้านความทุกข์** ผลของการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความทุกข์ที่มีต่อโรคที่เป็นอยู่และความทุกข์ของผู้ดูแลที่ต้องเสียสละทั้งเวลาและเงินทองในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับภาระเอง พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์จากโรคที่เป็นอยู่มี 19 ราย (32.76) ผู้ดูแลมีความทุกข์ 24 ราย (41.37) มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมี 12 ราย (20.69) การเจ็บป่วยที่เรื้อรังก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกทั้งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เช่น ยารักษา ผลกดทับ ชุดทำแผล การลงเยี่ยมบ้านได้รับรู้ถึงความทุกข์ที่ผู้ป่วยและญาติประสบซึ่งสิ่งเหล่านี้หากเราแก้ไข พุดคุย ให้กำลังใจก็สามารถช่วยบรรเทาทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่บ้าง

3. **ข้อมูลเชิงระบบ** จากการเยี่ยมบ้านทำให้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล พบปัญหาเรื่องการหักแบ่งเม็ดยา ซึ่งแต่ละคนจะมีวิธีการหักเม็ดยาที่แตกต่างกันไป เช่น ใช้ฟันกัด ใช้มีดลับ ใช้กรรไกรตัดมาก แต่ละครั้งเม็ดยาที่หักจะไม่เท่ากัน บางครั้งหักได้แต่เม็ดยาที่เหลือจะกระเด็นหายไปทำให้จำนวนยาที่เหลือไม่เพียงพอถึงวันนัด ซึ่งยาที่พบว่ามีปัญหาส่วนใหญ่คือ metoprolol ลักษณะเม็ดยากลมเกลี้ยงไม่มีรอยบาก, atenolol เม็ดยากลมเล็กมีรอยบากแต่ผู้สูงอายุถือได้ไม่ถนัด การแก้ไขปัญหานี้เฉพาะรายโดยสอนให้ใช้ที่ตัดเม็ดยาเพื่อสะดวกในการตัดแบ่งเม็ดยาของผู้ป่วย ส่วนการแก้ไขเชิงระบบ คือคืนข้อมูลเหล่านี้ให้แก่สหวิชาชีพจัดซื้อเพื่อจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัดในครั้งหน้า เลือกบริษัทที่เอื้อต่อการรักษาของผู้สูงอายุ

## สรุป

จากโครงการดูแลปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกร พบว่าวิชาชีพเภสัชกรนับเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยด้านยา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่นอกจากปัญหาเรื่องโรคแล้วปัญหาเรื่องการใช้ยาค้นว่าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสำคัญมาก ทั้งเรื่องการไม่ใช้ยาตามสั่ง หรือการใช้ยาแล้วไม่ได้ประสิทธิภาพที่เหมาะสมจนทำให้ไม่ถึงเป้าหมายในการรักษา การเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรเข้าใจข้อจำกัดที่ผู้ป่วยและญาติเผชิญ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้ หากข้อมูลเหล่านี้ถูกเก็บรวบรวมและนำมาสู่การวิเคราะห์และข้อมูลถูกคืนกลับไปยังโรงพยาบาลเพื่อมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเชิงระบบแล้วจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน อย่างเช่น ปัญหาเมื่อยาที่หักยาก ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลจัดยาให้ ในด้านความทุกข์ที่ผู้ป่วยและญาติต้องประสบ การเยี่ยมบ้านถือว่าเป็นการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจในเบื้องต้นและนอกเหนือจากนั้นคือการช่วยเป็นผู้ประสานงานเพื่อ บรรเทาทุกข์ให้เบาบางลง การทำงานเยี่ยมบ้านนั้นหากเป็นการทำงานเดี่ยวๆ โดยเภสัชกรคนเดียว อาจไม่ประสบความสำเร็จเท่ากับการทำงานเป็นทีมซึ่งมีสหวิชาชีพอื่นที่มีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน ร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่กับโรคได้อย่างเป็นสุข

### เอกสารอ้างอิง

1. จตุพร ทองอิม. หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน. ใน: ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม, ปรีชา มนกันติกุล(บรรณาธิการ).คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2556:22-37.
2. ธิดา นิงสานนท์. จากอดีตสู่อนาคตความท้าทายในบทบาทเภสัชกรประจำครอบครัว. ใน: ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม, อุษณีย์ วนรรพมณี และคณะ(บรรณาธิการ). ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย); 2557:2-6.

# การสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยา ระหว่างโรงพยาบาลห้วยยอด และสถานบริการเครือข่ายรวม 21 แห่ง

ภญ.วิภา กลั่นสุวรรณ

โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง E-mail: wipata99@hotmail.com

## บทคัดย่อ

การป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประการหนึ่งสามารถทำได้โดยการหลีกเลี่ยงยาตัวที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาซึ่งเป็นดัชนีสำคัญประการหนึ่งในการวัดผลสัมฤทธิ์ของการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และเมื่องานเภสัชกรรมได้ขยายการให้บริการครอบคลุมไปยังศูนย์แพทย์ชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาล ทำให้คนไข้บางส่วนซึ่งเดิมเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลห้วยยอด เปลี่ยนมารับการรักษาในศูนย์แพทย์ชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาล (ตามนโยบายที่จะช่วยในการรักษาพยาบาลในส่วนพื้นฐาน และลดภาระงานในบางส่วนของโรงพยาบาล) ซึ่งคนไข้ที่มา

รับบริการในสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลก็มีโอกาสเกิดการแพ้ยาตัวเดิมที่เคยแพ้มาจากโรงพยาบาลซ้ำได้ และจากการปฏิบัติงานในสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลห้วยยอดทั้ง 3 แห่ง คือ สถานบริการปฐมภูมิห้วยยอด, สถานบริการปฐมภูมิจังหวัด และในศูนย์แพทย์ชุมชนนางพญา เดิมยังไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาเพื่อป้องกันการแพ้ซ้ำในรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยซึ่งเคยรักษาจากโรงพยาบาลและเคยมีประวัติการแพ้ยามาก่อน แล้วส่งต่อมารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิ มีโอกาสได้รับยาที่เคยแพ้หรือยาที่สงสัยว่าจะมีโอกาสแพ้ซ้ำได้ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ในการส่งต่อข้อมูลการรักษา หรือตัวผู้ป่วยเองซึ่งไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายในการได้รับยาที่เคยแพ้ซ้ำจึงไม่ได้แจ้งว่าเคยแพ้ยาทั้งที่ทราบว่ายาคือแพ้ยามาก่อน

ดังที่ปรากฏพบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 1 ราย ในสถานบริการปฐมภูมิห้วยยอด โดยในชั้นแรกผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอดด้วยอาการมีแผลในปาก แล้วแพทย์ตรวจพบความดันโลหิตสูง จึงได้รับยาลดความดันโลหิตสูง 2 อย่าง คือ atenolol และ hydrochlorothiazide แต่ผู้ป่วยมีผื่นขึ้น แพทย์จึงให้ผู้ป่วยหยุดยาเหลือยาลดความดันโลหิตตัวเดียว คือ atenolol 50 mg ต่อมามีการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่สถานบริการปฐมภูมิห้วยยอด โดยระบุว่าผู้ป่วยรายดังกล่าว มีโรคความดันโลหิตสูงและได้รับยาลดความดันโลหิตสูงอยู่ 1 อย่าง คือ atenolol ซึ่งขาดข้อมูลในส่วนที่แพทย์ผู้ทำการรักษาที่โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยหยุดยา hydrochlorothiazide ทำให้มีการสั่งใช้ยา hydrochlorothiazide ซ้ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีผื่นขึ้นอีกครั้ง ฝ่ายเภสัชกรรมได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้สร้างระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาเดิมของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการในเครือข่าย

เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยาเดิมมาจากโรงพยาบาล โดยได้ทำการคัดลอกข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาลงทะเบียนและจัดทำประวัติการแพ้ยาไว้ในศูนย์แพทย์ชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิ รวมไปถึงสถานีอนามัยในเครือข่ายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แล้วติดสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์แสดงว่าเป็นผู้ป่วยแพ้ยาให้เห็นชัดเจน ในขณะเดียวกันก็มีการติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาในสถานบริการในเครือข่ายทุกแห่ง และสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาและการแพ้ยาซ้ำต่อมายังโรงพยาบาลและเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกหลักฐานการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกรายเพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยแพ้ยาไว้ที่ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล เป็นการป้องกันผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการแพ้ยาจากสถานบริการในเครือข่ายมาแพ้ยาตัวเดิมซ้ำที่โรงพยาบาลอีกทางหนึ่ง

## บทนำ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction : ADR) คือ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจและเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ โดยเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อการป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา บำบัดรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกายโดยไม่รวมปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเกินขนาดโดยอุบัติเหตุ หรือเจตนา

อาการอันไม่พึงประสงค์จากยาเกิดขึ้นมานานนับคู่กับการใช้ยา อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้เมื่อมีการใช้ยาเพื่อการบำบัดรักษา มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องมาจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประมาณ 1.7 – 5% และมีผู้ป่วย

อีกจำนวนมากที่เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีผู้สำรวจพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยขณะเข้ารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจะอยู่ระหว่าง 10 – 20%

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้น จะมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันโดยประมาณ 60 – 70% จะมีอาการไม่รุนแรง เช่น อาการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร, เกิดผื่นคัน, บวม, ไม่มีแรง, มึนงง, ใจสั่น แต่บางครั้งจะมีอาการรุนแรงมาก เช่น การใช้ยา chloramphenicol แล้วเกิด aplastic anemia, การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม penicillin แล้วเกิดอาการ anaphylactic shock, การใช้ยา thalidomide ในขณะตั้งครรภ์ของมารดา แล้วเกิดความพิการในทารก เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานี้ มีผลกระทบและเกิดความเสียหายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อส่วนรวม โดยตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ อาจจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายโดยตรง และถ้าเกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตก็ส่งผลกระทบต่อเนื้อครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย ผลกระทบต่อส่วนรวมคือรัฐบาลต้องสูญเสียบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยส่วนนี้เพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียเวลาและเป็นการเพิ่มผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น รวมทั้งบางครั้งอาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

## แนวทางดำเนินการ

### ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาทบทวนข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกราย ตั้งแต่ เมษายน 2543 – ตุลาคม 2550 ทำการคัดลอกเพื่อเป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยเคยแพ้ยาจากโรงพยาบาล ห้วยยอดไปยัง สถานบริการปฐมภูมิห้วยยอด, สถานบริการปฐมภูมิ ห้วยนาง, ศูนย์แพทย์ชุมชนนาง และสถานอนามัย 18 แห่ง โดยแยกตามพื้นที่ที่รับผิดชอบในการให้บริการของสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

2. จัดทำหนังสือเชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานบริการในเครือข่ายทั้งหมด 21 แห่ง มาประชุมเพื่อรับทราบที่มาของการดำเนินงาน และแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันในลักษณะเครือข่าย

3. จัดทำสมุดทะเบียนประวัติผู้ป่วยแพ้ยา, สติกเกอร์ติดเพิ่มผู้ป่วยแพ้ยา, แบบฟอร์มรายงานการแพ้ยาผู้ป่วยเฉพาะราย (แบบฟอร์มหมายเลข 1), แบบฟอร์มสรุปรายงานการแพ้ยาผู้ป่วยประจำเดือน (แบบฟอร์มหมายเลข 2) ให้เจ้าหน้าที่ในสถานบริการในเครือข่ายทุกแห่ง

### ขั้นดำเนินการ

1. จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานความปลอดภัยด้านยา ในสถานบริการในเครือข่ายทุกแห่งเพื่อปรับพื้นฐานความรู้และทักษะในการดำเนินงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการในเครือข่ายในการเก็บและส่งต่อข้อมูลการแพ้ยา, ฝ่ายเภสัชกรรมเริ่ม



ส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ เมษายน 2543 – ตุลาคม 2550 ให้กับสถานบริการในเครือข่าย ไปเริ่มดำเนินงานรอบแรก

2. ส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการในเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง (โดยระหว่างเดือนจะมีการส่งต่อข้อมูลกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด)

3. ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเก็บรวบรวมรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาจากสถานบริการในเครือข่าย ส่งต่อให้โรงพยาบาลห้วยยอดอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง (โดยระหว่างเดือนจะมีการส่งต่อข้อมูลกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด)

4. เก็บรวบรวมรายงานการส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา (จากโรงพยาบาล), รายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซ้ำในแต่ละเดือน (จากสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาล)

### **ขั้นประเมินผล**

วิเคราะห์ และสรุปผลรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำจากสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลทุกแห่ง

ระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานเฝ้าระวังในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยยอดประกอบด้วย 2 ทาง คือ

1. ระบบการส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดในโรงพยาบาลห้วยยอดไปยังสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยยอด

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดในโรงพยาบาล ให้แก่สถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยยอด

2. เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่าย เนื่องจากขาดข้อมูล

### ขอบเขต

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลห้วยยอด และมีโอกาสไปรับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยยอด

### แนวทางปฏิบัติ

ภายหลังการประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดขึ้นในโรงพยาบาลห้วยยอด และเภสัชกรที่มีหน้าที่ประเมินได้ทำการประเมินการแพ้ยา, ออกบัตรแพ้ยาและบันทึกประวัติการแพ้ยา ลงในสมุดทะเบียนประวัติ และลงบันทึกในแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนดแล้ว แนวทางปฏิบัติต่อไปคือ

1. เกสัชกรผู้รับผิดชอบส่งต่อข้อมูลประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทำการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมษายน 2543 – ตุลาคม 2550 แล้วทำการแยกข้อมูลผู้ป่วยตามเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่าย และทำการส่งต่อข้อมูลประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ประกอบด้วย เลขที่บัตรโรงพยาบาล, วันที่พบการแพ้, ชื่อผู้ป่วย, ชื่อยาที่แพ้, อาการไม่พึงประสงค์ที่พบและผลการประเมินไปยังสถานบริการในเครือข่ายทุกแห่ง เพื่อดำเนินการลงทะเบียน, จัดทำประวัติผู้ป่วยแพ้ยา และดำเนินการติดสติ๊กเกอร์สีในเวชระเบียนเป็นสัญลักษณ์ให้มองเห็นชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สั่งใช้ยาลังใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยแพ้มาแล้วซ้ำในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่ายทุกแห่ง หลังจากนั้นทำการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาไปยังสถานบริการในเครือข่ายเพื่อดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง (ระหว่างเดือนจะมีการส่งต่อข้อมูลกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด)

2. ให้เกสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม / หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่รับข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ดำเนินการลงทะเบียน, จัดทำประวัติผู้ป่วยแพ้ยา และดำเนินการติดสติ๊กเกอร์สีแพ้ยาในเวชระเบียน เพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้ผู้สั่งใช้ยามองเห็นชัดเจน และไม่สั่งยาตัวที่ผู้ป่วยเคยแพ้มาแล้วจากโรงพยาบาลซ้ำในสถานบริการในเครือข่ายทุกแห่ง และให้สถานบริการในเครือข่ายทุกแห่งรายงานผลการดำเนินงานมาพร้อมกับรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยาที่พบในสถานบริการเครือข่ายประจำเดือน

2. ระบบการส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีนอนามัยในเครือข่ายมายังโรงพยาบาลห้วยยอด

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีนอนามัยในเครือข่ายมายังงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาของโรงพยาบาลห้วยยอด

2. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่เคยรับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีนอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยยอด และเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ในสถานบริการดังกล่าวข้างต้นมาก่อน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอดเกิดการแพ้ยาซ้ำ เนื่องจากขาดข้อมูล

### ขอบเขต

ผู้ป่วยทุกรายที่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาที่สถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานีนอนามัยในเครือข่าย และมีโอกาสมารับการรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลห้วยยอด

### แนวทางปฏิบัติ

2.1 กรณีการส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา จากสถานบริการปฐมภูมิ และศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งมีเภสัชกรปฏิบัติงานในสถานบริการนั้น ให้เภสัชกรดำเนินการดังนี้

- ประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องถ้าสงสัยว่ามีการแพ้ยา

- ติดตาม, ประเมิน และสรุปผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ออกบัตรแพ้ยา และบันทึกติดสติ๊กเกอร์สีเป็นสัญลักษณ์ในเวชระเบียน
- บันทึกประวัติผู้ป่วยในสมุดบันทึกประวัติการแพ้ยา ที่สถานบริการในเครือข่าย
- ดำเนินการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาไปยังงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลห้วยยอด เพื่อลงทะเบียนและจัดทำประวัติผู้ป่วยแพ้ยาไว้ที่โรงพยาบาล เป็นการป้องกันกรณีผู้ป่วยจากสถานบริการปฐมภูมิ และศูนย์แพทย์ชุมชน ที่ส่งต่อมารักษา ณ โรงพยาบาลห้วยยอด เกิดการแพ้ยาซ้ำ (โดยระหว่างเดือนจะมีการส่งต่อข้อมูลกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด)

2.2 กรณีการส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา จากสถานเอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยยอด ที่ไม่มีแพทย์และเภสัชกรปฏิบัติงานในสถานบริการนั้น

2.2.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านยา ซึ่งผ่านการอบรมและมีความรู้เรื่องการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านยา ดำเนินการเก็บข้อมูลการแพ้ยาเบื้องต้นของผู้ป่วยตามแบบฟอร์มรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ซึ่งมีแบบฟอร์มหมายเลข 1 ใช้สำหรับรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยแต่ละราย และแบบฟอร์มหมายเลข 2 ใช้สำหรับสรุปรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาของผู้ป่วยประจำเดือน ในกรณีที่เดือนใดสถานเอนามัยแห่งนั้นๆ ไม่มีผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ให้รายงานเฉพาะแบบฟอร์มหมายเลข 2 (สรุปยอด 0 ราย) และส่ง

รายงานมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด พร้อมกับรายงานประจำเดือน เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอดส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลห้วยยอดในลำดับต่อไป (โดยระหว่างเดือนจะมีการส่งต่อข้อมูลกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด)

โดยกำหนดแนวทางการจัดการของสถานื่อนามัยเมื่อเจอผู้ป่วยที่สงสัยแพ้ยาดังนี้

\* กรณีอาการไม่รุนแรง เช่น มีผื่นคันบริเวณที่สัมผัส, คลื่นไส้, อาเจียน

- ให้หยุดใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่สงสัย
- รักษาตามอาการ, ติดตามผล
- ส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อส่งข้อมูลการแพ้ยา ต่อมายังโรงพยาบาลห้วยยอดต่อไป

\* กรณีอาการรุนแรง เช่น มีภาวะหน้าบวม ผื่นลมพิษ หรือสงสัยว่าจะเป็น Steven - johnson syndrome

- ควรส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที
- ข้อมูลที่ควรส่งไปพร้อมผู้ป่วย คือ ชื่อสามัญทางยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด, Lot.No, บริษัทที่ผลิต, วันหมดอายุของยา, ชื่อสถานื่อนามัยที่ส่งต่อข้อมูล, เบอร์โทรติดต่อของสถานื่อนามัย
- เก็บข้อมูลการแพ้ยาเพื่อส่งต่อให้โรงพยาบาล

2.2.2 เกณฑ์การผู้รับผิดชอบงานป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา ในสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานื่อนามัยในเครือข่ายดำเนินการรวบรวมข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด และดำเนินการสืบสวน, สัมภาษณ์ และค้นหาว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการไม่พึงประสงค์จาก

การใช้ยาหรือไม่แล้วสรุปผล และส่งต่อข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ให้กับงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาของโรงพยาบาลห้วยยอด และดำเนินการออกบัตรแพ้ยา ส่งกลับไปให้ผู้ป่วยที่สถานื่อนามัยต่อไป กรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาที่สถานื่อนามัยและต้องการมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลห้วยยอดเลยนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการสืบสวน, สัมภาษณ์, ค้นหาสาเหตุ และสรุปผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยา จากงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านยาของโรงพยาบาลโดยตรง หากพบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจริง ผู้ป่วยจะได้รับบัตรแพ้ยา รวมทั้งลงทะเบียนและบันทึกประวัติการแพ้ยา เป็นข้อมูลไว้ ณ ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลห้วยยอด แล้วจึงส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาล กลับยังไปยังสถานื่อนามัยต่อไป (โดยระหว่างเดือนจะมีการส่งต่อข้อมูลกันทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด)

## ผลการดำเนินงานโครงการ

ตารางที่ 1 สรุปผลจากการดำเนินงานส่งต่อข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (แพ้ยา) ระหว่างโรงพยาบาล และสถานบริการในเครือข่าย เพื่อลงทะเบียนและจัดทำประวัติผู้ป่วยแพ้ยา

| ลักษณะการส่งต่อข้อมูล                                                          | จำนวนข้อมูล<br>ที่ผู้ป่วยแพ้ยา<br>(ครั้ง)                                                   | จำนวนข้อมูล<br>ผู้ป่วยแพ้ยา<br>ที่ได้ส่งต่อ<br>(ครั้ง) | จำนวนการ<br>แพ้ยาซ้ำ |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
| 1. ข้อมูลการแพ้ยาจาก<br>โรงพยาบาลห้วยยอดส่ง<br>ให้สถานบริการปฐมภูมิ<br>ห้วยยอด | 468<br>• ยาปฏิชีวนะ 240 ครั้ง<br>• ยาแก้ปวด/ลดไข้ 107 ครั้ง<br>• ยากลุ่มอื่นๆ 121 ครั้ง     | 468                                                    | 0                    |
| 2. ข้อมูลการแพ้ยาจากโรง<br>พยาบาลห้วยยอดส่งให้ศูนย์<br>แพทย์ชุมชนนาง           | 366<br>• ยาปฏิชีวนะ 162 ครั้ง<br>• ยาแก้ปวด/ลดไข้ 64 ครั้ง<br>• ยากลุ่มอื่นๆ 140 ครั้ง      | 366                                                    | 0                    |
| 3. ข้อมูลการแพ้ยาจากโรง<br>พยาบาลห้วยยอดส่งให้สถาน<br>บริการปฐมภูมิห้วยนาง     | 92<br>• ยาปฏิชีวนะ 46 ครั้ง<br>• ยาแก้ปวด/ลดไข้ 19 ครั้ง<br>• ยากลุ่มอื่นๆ 27 ครั้ง         | 92                                                     | 0                    |
| 4. ข้อมูลแพ้ยาจากโรง<br>พยาบาลห้วยยอดส่งให้สถานี<br>อนามัย รวม 18 แห่ง         | 2,438<br>• ยาปฏิชีวนะ 1,196 ครั้ง<br>• ยาแก้ปวด/ลดไข้ 499 ครั้ง<br>• ยากลุ่มอื่นๆ 743 ครั้ง | 2,438                                                  | 0                    |
| 5. ข้อมูลการแพ้ยาจากสถาน<br>บริการปฐมภูมิห้วยยอดส่ง<br>ต่อโรงพยาบาล            | 101<br>• ยาปฏิชีวนะ 35 ครั้ง<br>• ยาแก้ปวด/ลดไข้ 22 ครั้ง<br>• ยากลุ่มอื่นๆ 44 ครั้ง        | 101                                                    | 0                    |
| 6. ข้อมูลการแพ้ยาจากศูนย์<br>แพทย์ชุมชนนาง ส่งต่อโรง<br>พยาบาล                 | 99<br>• ยาปฏิชีวนะ 27 ครั้ง<br>• ยาแก้ปวด/ลดไข้ 23 ครั้ง<br>• ยากลุ่มอื่นๆ 49 ครั้ง         | 99                                                     | 0                    |



| ลักษณะการส่งต่อข้อมูล                                               | จำนวนข้อมูล<br>ที่ผู้ป่วยแพ้ยา<br>(ครั้ง)                                                                                           | จำนวนข้อมูล<br>ผู้ป่วยแพ้ยา<br>ที่ได้ส่งต่อ<br>(ครั้ง) | จำนวนการ<br>แพ้ยาซ้ำ |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
| 7. ข้อมูลการแพ้ยาจากสถาน<br>บริการปฐมภูมิห้วยนางส่งต่อ<br>โรงพยาบาล | 32 <ul style="list-style-type: none"><li>ยาปฏิชีวนะ 16 ครั้ง</li><li>ยาแก้ปวด/ลดไข้ 6 ครั้ง</li><li>ยากลุ่มอื่นๆ 10 ครั้ง</li></ul> | 32                                                     | 0                    |
| 8. ข้อมูลการแพ้ยาจากสถานี<br>อนามัย รวม 18 แห่ง ส่งต่อ<br>โรงพยาบาล | 14 <ul style="list-style-type: none"><li>ยาปฏิชีวนะ 9 ครั้ง</li><li>ยาแก้ปวด/ลดไข้ 1 ครั้ง</li><li>ยากลุ่มอื่นๆ 4 ครั้ง</li></ul>   | 14                                                     | 0                    |

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาซ้ำก่อน และหลังการดำเนินงาน  
ส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยแบบเครือข่าย

| ก่อนการสร้างระบบการส่งต่อข้อมูล |         |         | หลังการสร้างระบบการส่งต่อข้อมูล |
|---------------------------------|---------|---------|---------------------------------|
| ปี 2547                         | ปี 2548 | ปี 2549 | ปี 2550 – 2558                  |
| -                               | 1       | -       | -                               |

## สรุป

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดการส่งต่อข้อมูลเพื่อลงทะเบียน และจัดทำประวัติผู้ป่วยแพ้ยาระหว่างโรงพยาบาลห้วยยอดกับสถานบริการในเครือข่ายแต่ละแห่ง ซึ่งสามารถสรุปข้อมูล ดังนี้

**ส่วนที่ 1 (ข้อ 1 - 4) :** แสดงถึงจำนวนครั้งที่เกิดการแพ้ยาภายในโรงพยาบาล รวม 3,364 ครั้ง และได้ส่งต่อข้อมูลการเกิดแพ้ยาไปยังสถานบริการทุกแห่งของโรงพยาบาลห้วยยอด คือ สถานบริการปฐมภูมิห้วยยอด 468 ครั้ง, สถานบริการปฐมภูมิห้วยนาง 92 ครั้ง, ศูนย์แพทย์ชุมชนนาง 366 ครั้ง และสถานีอนามัย 2,438 ครั้ง รวมส่งข้อมูลได้ครบทั้ง 3,364 ครั้ง (ร้อยละ 100)

**ส่วนที่ 2 (ข้อ 5 - 8) :** แสดงถึงจำนวนครั้งที่เกิดการแพ้ยาในสถานบริการในเครือข่าย รวม 246 ครั้ง และได้ส่งต่อข้อมูลการเกิดการแพ้ยาไปยังโรงพยาบาลห้วยยอด โดยส่งต่อจาก สถานบริการปฐมภูมิห้วยยอด 101 ครั้ง, สถานบริการปฐมภูมิห้วยนาง 32 ครั้ง, ศูนย์แพทย์ชุมชนนาง 99 ครั้ง และสถานีอนามัย 14 ครั้ง รวมส่งข้อมูลได้ครบทั้ง 246 ครั้ง (ร้อยละ 100) และ จากตารางที่ 2 สามารถสรุปได้ว่าการสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาระหว่างโรงพยาบาลห้วยยอดและสถานบริการเครือข่ายรวม 21 แห่งสามารถป้องกันการแพ้ยาซ้ำ หากมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาระหว่างโรงพยาบาลห้วยยอด และสถานบริการในเครือข่ายได้ 100%

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดี จากการร่วมมือกันของเภสัชกรทั้งที่เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานอาการไม่พึงประสงค์ด้านยาโรงพยาบาล ห้วยยอด เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเครือข่าย รวมทั้งหัวหน้าสถานบริการเครือข่ายทุกแห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอห้วยยอด และที่สำคัญที่สุดคือความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ประจำอยู่ทุกสถานบริการเครือข่ายทั้ง 21 แห่ง

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Practice Guideline for Adverse Drug Reaction monitoring.กรุงเทพฯ :สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2543
2. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย)ร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค.มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล,คู่มือมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด จันทร่ม่วง การพิมพ์,2542:1-7
3. ธิดา นิงสานนท์,จันทิมา โยธาทัทธน์. ตรงประเด็น... เรื่อง Adverse Drug Reaction.กรุงเทพฯ:สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย), 2549

# โครงการประสิทธิภาพของการให้ความรู้ เรื่องหลักเกณฑ์การผลิตอาหารแปรรูป ที่มีต่อพฤติกรรมการผลิตอาหารแปรรูป ของผู้ประกอบการ

ภญ.อุพรัตน์ พวงทอง

โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร E-mail:songquann@gmail.com

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายก่อนและหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร และข้อมูลแสดงความคิดเห็นของผู้ประกอบการต่อหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP) ซึ่งผ่าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.70 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน – 15 ธันวาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน คือ Paired sample t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อนการอบรมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 87.5, ระดับปานกลางร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการอบรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.5 ระดับต่ำร้อยละ 32.5 และระดับสูงร้อยละ 20.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยนี้ควรสนับสนุนผู้ประกอบการในเขตอำเภอเมืองให้มีความรู้เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงสถานประกอบการผลิตอาหารแปรรูปควรดำเนินการในลักษณะเป็นทีมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจัดตั้ง clinic primary GMP ที่ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลทั่วไป เทศบาลเมือง สำนักงานพัฒนาชุมชนโดยหน่วยงานภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายตามสมควร นอกจากนี้เพื่อรักษามาตรฐานตามเกณฑ์ของผู้ประกอบการควรมีกระบวนการตรวจเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในลักษณะการทำงานเป็นทีมคณะกรรมการ และควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน primary GMP

## บทนำ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๔๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย (Primary GMP) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสถานที่ผลิตและตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตาม GMP ขั้นพื้นฐาน (Primary GMP) อีกทั้งเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบการได้เตรียมตัวก่อนที่จะปรับใช้มาตรฐาน GMP สุลักษณ์ะทั่วไปในอนาคต โดยหลักเกณฑ์ตาม Primary GMP นี้ได้นำกฎกระทรวง ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๒๒ (ข้อ๔) ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ มาปรับใช้ให้มีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติมากขึ้น<sup>(1)</sup>

ดังนั้น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร จึงได้จัดทำโครงการคุ้มครองผู้บริโภคอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP) ปี ๒๕๕๗ ขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อดำเนินการให้ความรู้และผลักดันให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารผ่านมาตรฐาน Primary GMP

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัตนประภา จำจิตกร (2557 : 11) พบว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีสถานที่ผลิตอาหารที่จัดเป็น Primary GMP จำนวน 46 แห่ง หลังจากการตรวจประเมิน พบว่ามีสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์ Primary GMP จำนวน 13 แห่ง จึงได้จัดทำข้อเสนอแนะให้แก่สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินทั้ง 13 แห่งและทำการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 5 แห่ง จนสามารถผ่านเกณฑ์ Primary GMP โดยมีคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 57.21%

57.46% 53.70% และ 62.72% เป็น 96.63% 92.98% 87.50% และ 91.36% ตามลำดับ<sup>(2)</sup>

Chaowalit Monton (2557 : 160-161) พบว่า จากการสำรวจภายในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 – 31 พฤษภาคม 2556 และระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 – 31 พฤษภาคม 2557 มีผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ไม่ได้รับอนุญาตจำนวน 104 และ 103 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 – 31 พฤษภาคม 2556 และระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 – 31 พฤษภาคม 2557 มีผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ Primary GMP จำนวน 4 ราย (3.85%) และ 5 ราย (4.85%) ตามลำดับ ดังนั้น ทำให้ปัจจุบันมีผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ Primary GMP รวม 9 ราย เท่านั้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายก่อนและหลังการอบรม
3. เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนใช้บริการจากสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ Primary GMP
4. เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค

## วิธีดำเนินโครงการ

1. จัดประชุมคณะทำงานทีม Primary GMP ซึ่งเป็นทีมเดียวกับ Clinic Primary GMP ระดับจังหวัด ประกอบด้วย เกษัชกร สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 2 คน, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม สาธารณสุข 1 คน, เกษัชกร โรงพยาบาลมุกดาหาร 2 คน, นักวิชาการ สาธารณสุข โรงพยาบาลมุกดาหาร 1 คน, นักวิชาการสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอเมืองมุกดาหาร 1 คน และนักวิชาการ เทศบาลเมืองมุกดาหาร 1 คน เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

2. จัดประชุมตัวแทน อสม. จากทุกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร รวม 34 ชุมชน เพื่อสำรวจสถานประกอบการที่เข้าข่าย Primary GMP

3. สำรวจและรวบรวมข้อมูลสถานประกอบการที่เข้าข่าย Primary GMP โดย อสม. ในแต่ละชุมชน

4. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP มาเข้าร่วมโครงการเพื่อร่วมกิจกรรมการอบรมหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP)

5. จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ

6. ตรวจประเมินร้านอาหารที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ Primary GMP โดยคณะกรรมการอาหารปลอดภัยเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร จำนวน 1 ครั้ง

7. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทราบและสนับสนุนให้บริโภคอาหารในสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Primary GMP โดยการจัดทำไฉนลประชาสัมพันธ์บริเวณสถานที่ต่างๆ และประชาสัมพันธ์ ผ่านจอ LED บริเวณสี่แยกเมืองใหม่ จังหวัดมุกดาหาร

**ระยะเวลาในการดำเนินงาน** กรกฎาคม – ธันวาคม 2557



## สถานที่ดำเนินงาน

1. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน และจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการที่ห้องประชุมชั้น 4 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. สถานที่ผลิตอาหารที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 13 แห่ง

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการผลิตอาหารแปรรูปของผู้ประกอบการเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

## ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิตอาหารแปรรูปเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 40 ราย

## กลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลจำนวนผู้ประกอบการผลิตอาหารแปรรูปเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารจำนวน 40 ราย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร ตารางสำเร็จรูป ของเพชฌน้อยสิงห์ช้างชัย (2535 : 155)

ตารางสำเร็จรูปในการคำนวณขนาดและกลุ่มตัวอย่าง

| ประชากร        | กลุ่มตัวอย่าง |
|----------------|---------------|
| ไม่เกิน 100    | 100%          |
| 100 – 1,000    | 25%           |
| 1,000 – 10,000 | 10%           |
| > 10,000       | 1%            |

จำนวนประชากรทั้งหมด 40 ราย

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง  $100\% = 40$  รายโดยเป็นผู้ประกอบการ  
ผลิตอาหารแปรรูปเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร จากการ  
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) ทั้งหมด<sup>(3)</sup>

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี  
และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิด  
และปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 การวัดความรู้ แบบทดสอบ ตัวเลือก 3 ข้อ  
จำนวน 24 ข้อ ให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับ  
สถานที่ตั้งและการผลิต เครื่องมือและอุปกรณ์การผลิต การควบคุม  
กระบวนการผลิต การสุขาภิบาล การบำรุงรักษาและการทำความสะอาด  
สะอาดบุคลากรและสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงานการแบ่งระดับความรู้ใช้วิธี  
การจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42) แบ่งเป็น 3 ระดับ  
ดังนี้ คือ

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60           | ระดับต่ำ     |
| คะแนน ร้อยละ 60-79                | ระดับปานกลาง |
| คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 | ระดับสูง     |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นของผู้ประกอบการเกี่ยวกับ  
หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร

2. บัญชีหมายเลข 2 บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหาร  
แปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงผู้ประกอบการ และ ขออนุญาตแจกแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 วัน เมื่อเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ จำนวน 40 ฉบับระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน – 15 ธันวาคม 2557

## สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) การเปรียบเทียบความแตกต่างใช้สถิติ Paired sample t-test

## การประเมินผล

บัญชีแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 342) พ.ศ. 2555 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย<sup>(4)</sup>

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิภาพของการให้ความรู้เรื่องหลักเกณฑ์การผลิตอาหารแปรรูปแก่ผู้ประกอบการในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ที่ได้รับการสำรวจและตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปโดยคณะ

กรรมการ Primary GMP อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ได้นำข้อมูล มาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP)
2. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรม
3. ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารโดยใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP)

## 1. ความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP)

ผู้ประกอบการ มีคะแนนความรู้ก่อนอบรมเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารมากที่สุด 3 เรื่อง ได้แก่ น้ำที่ใช้ใน กระบวนการที่สัมผัสกับอาหาร, ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต้องล้างมือให้ สะอาดก่อนเริ่มกระบวนการผลิตและหลังจากการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม, การเก็บเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการผลิต คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่า ผู้ประกอบการมีคะแนนความรู้ก่อนอบรมน้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ อาคารผลิตอาหารควรมีสภาพสะอาด มีระเบียบ ถูกสุขลักษณะ และควรเลือกใช้เซียงพลาสติกในการประกอบอาหาร คิดเป็นร้อยละ 97.5

ผู้ประกอบการ มีคะแนนความรู้หลังอบรมเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารมากที่สุด 2 เรื่อง คือสถานที่ตั้ง/อาคาร ผลิต และการเก็บเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการผลิต คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าผู้ประกอบการมีคะแนนความรู้หลังอบรมน้อยที่สุด หรือ ตอบผิดมาก คือ การเก็บรักษาวัตถุดิบที่เน่าเสียง่าย คิดเป็นร้อยละ 82.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ประกอบการที่ตอบถูกต้องจำแนกตามคะแนนก่อนและหลังการอบรม

| ข้อที่ | ความรู้                                                                                        | คะแนน<br>ก่อนอบรม<br>(ร้อยละ) | คะแนน<br>หลังอบรม<br>(ร้อยละ) |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1      | สถานที่ตั้งและอาคารผลิตเป็นโครงสร้างสำคัญที่จะป้องกันการปนเปื้อนข้ามไปสู่อาหาร                 | 90.0                          | 100.0                         |
| 2      | ท่อหรือทางระบายน้ำนอกอาคารผลิตควรมีตะแกรงดักเศษอาหารที่ปลายท่อ                                 | 67.5                          | 67.5                          |
| 3      | อาคารผลิตอาหารควรมีสภาพสะอาด มีระเบียบ ถูกสุขลักษณะ                                            | 2.5                           | 27.5                          |
| 4      | สถานที่ผลิตต้องแยกเป็นสัดส่วนจากที่อยู่อาศัย                                                   | 42.5                          | 80.0                          |
| 5      | ควรเลือกใช้เชิงพลาสติกในการประกอบอาหาร                                                         | 2.5                           | 26.3                          |
| 6      | ไม่ควรวางเครื่องจักรติดผนัง เพื่อให้่ายต่อการทำความสะอาด                                       | 87.5                          | 95.0                          |
| 7      | เครื่องจักรที่ทำจากเหล็กหล่อควรทาน้ำมันพืชเคลือบหลังการทำความสะอาดและเช็ดให้แห้ง               | 77.5                          | 90.0                          |
| 8      | วัตถุดิบที่เน่าเสียง่ายเกิน 4 ชั่วโมง ควรเก็บไว้ในที่เย็น                                      | 5.0                           | 17.5                          |
| 9      | เลือกใช้วัตถุดิบอาหารทั้งชนิดและปริมาณที่กฎหมายกำหนด                                           | 30.0                          | 60.0                          |
| 10     | การเติมวัตถุดิบอาหารควรคลุกเคล้าให้กระจายตัวทั่วถึง                                            | 17.5                          | 25.0                          |
| 11     | น้ำที่ใช้ในกระบวนการที่สัมผัสกับอาหารต้องเป็นน้ำสะอาด บริโภคได้                                | 100.0                         | 97.5                          |
| 12     | มีการคัดแยกผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานไปดำเนินการอย่างเหมาะสม เช่น การนำไปผ่าน กระบวนการผลิตใหม่ | 87.5                          | 82.5                          |
| 13     | น้ำที่ใชภายในโรงงาน หมายถึง น้ำที่ไม่ได้สัมผัสอาหาร เช่น น้ำสำหรับล้างพื้น/โตะ/เครื่องมือ      | 7.5                           | 30.0                          |

| ข้อที่ | ความรู้                                                                                                                                           | คะแนน<br>ก่อนอบรม<br>(ร้อยละ) | คะแนน<br>หลังอบรม<br>(ร้อยละ) |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 14     | ห้องส้วมแยกจากบริเวณที่ผลิตหรือไม่เปิดสู่บริเวณผลิตโดยตรง                                                                                         | 92.5                          | 95.0                          |
| 15     | บริเวณรวมทั้งขยะควรเก็บในภาชนะที่ปิดมิดชิด และควรอยู่ห่างไกลกับอาคารผลิตเพราะเป็นแหล่งสะสมสัตว์และแมลง                                            | 20.0                          | 62.5                          |
| 16     | ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเริ่มกระบวนการผลิตและหลังจากการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม                                                       | 100.0                         | 97.5                          |
| 17     | มีวิธีการ/มาตรการดูแลความสะอาดอาคารผลิตถูกสุขลักษณะ                                                                                               | 92.5                          | 97.5                          |
| 18     | บริเวณเก็บอาหารต้องแยกจากสารเคมีที่ใช้กับผลิตภัณฑ์                                                                                                | 5.0                           | 27.5                          |
| 19     | ต้องเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผลิตให้อยู่ในสภาพที่สะอาดทั้งก่อนและหลังการผลิต และอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อยู่เสมอ                                | 100.0                         | 100.0                         |
| 20     | บุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตต้องประพฤติปฏิบัติตามข้อกำหนดการผลิตอย่างเคร่งครัด                                                 | 87.5                          | 92.5                          |
| 21     | กรณีจำเป็นต้องให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีบาดแผลหรือได้รับบาดเจ็บเข้าสู่อาคารผลิต ต้องปิดหรือพันแผลให้เรียบร้อย                                          | 17.5                          | 37.5                          |
| 22     | มีมาตรการจัดการรองเท้าที่ใช้ในบริเวณผลิตอย่างเหมาะสม เช่น เปลี่ยนใช้รองเท้าเฉพาะบริเวณ                                                            | 75.0                          | 90.0                          |
| 23     | ห้ามมิให้ร่างกายของส่วนตัวเข้าไปในบริเวณผลิตอาหาร                                                                                                 | 10.0                          | 47.5                          |
| 24     | ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผลิต หรือผู้เข้าเยี่ยมชม หากจำเป็นต้องเข้าสู่บริเวณผลิตต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดสุขลักษณะส่วนบุคคลเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติงาน | 80.0                          | 84.6                          |

2. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรม

เมื่อพิจารณาความรู้ก่อนอบรมของผู้ประกอบการ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาความรู้หลังอบรมของผู้ประกอบการ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 47.5 และร้อยละ 32.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ประกอบการ จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังอบรม

| ระดับความรู้          | ก่อนการอบรม |        | หลังการอบรม |        |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|--------|
|                       | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |
| ต่ำ (0-14 คะแนน)      | 35          | 87.5   | 13          | 32.5   |
| ปานกลาง (15-19 คะแนน) | 5           | 12.5   | 19          | 47.5   |
| สูง (20-24 คะแนน)     | -           | -      | 8           | 20.0   |
| รวม                   | 40          | 100.0  | 40          | 100.0  |

$\bar{X} = 12.98, S.D. = 1.86 \quad \bar{X} = 16.28, S.D. = 3.37$

ผลการศึกษาพบว่าผู้ประกอบการมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 12.9 และหลังการอบรมเท่ากับ 16.2 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการอบรม

| ความรู้     | $\bar{X}$ | S.D. | t       |
|-------------|-----------|------|---------|
| ก่อนการอบรม | 12.98     | 1.86 | -7.198* |
| หลังการอบรม | 16.28     | 3.37 |         |

### 3. ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารโดยใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP)

| รายชื่อสถานที่ผลิตอาหาร                                             | คะแนนรวมการประเมิน | สรุปผลการประเมิน |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| 1. ร้านน้ำเพื่อสุขภาพ                                               | 94.17              | ผ่าน             |
| 2. ร้านกอละแม่มะพิบูล                                               | 82.08              | ผ่าน             |
| 3. ร้านไขเค็มต้ม ซาลิสฟาร์ม                                         | 90.00              | ผ่าน             |
| 4. ร้านแม่พวงกล้วยทอด                                               | 81.67              | ผ่าน             |
| 5. ร้านชิฟฟอนเค้ก                                                   | 81.67              | ผ่าน             |
| 6. ร้านเจ้หมวยกะทิสด                                                | 75.32              | ผ่าน             |
| 7. ร้านบ้านขนมหวาน                                                  | 63.08              | ผ่าน             |
| 8. ร้านแม่ทুমปลาหูช้าง                                              | 70.00              | ผ่าน             |
| 9. ร้านปลาหูช้างคุณราตรี                                            | 56.63              | ไม่ผ่าน          |
| 10. ร้านแคบหมูไฉ่ฉานสูตรคุณย่า                                      | 77.24              | ผ่าน             |
| 11. ร้านแคบหมูไฉ่ฉานยายเพียร                                        | 56.55              | ไม่ผ่าน          |
| 12. ร้านมุกดาแก้วตัด                                                | 65.14              | ผ่าน             |
| 13. ร้านดาดแคนกล้วยทอด                                              | 41.36              | ไม่ผ่าน          |
| สรุปผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ฯ ทั้งสิ้นจำนวน 10 แห่ง |                    |                  |



## สรุปผล

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายก่อนและหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร และข้อมูลแสดงความคิดเห็นของผู้ประกอบการต่อหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.70 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน – 15 ธันวาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน คือ Paired sample t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อนการอบรมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 87.5, ระดับปานกลางร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการอบรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.5 ระดับต่ำร้อยละ 32.5 และระดับสูงร้อยละ 20.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เทศบาลเมืองมุกดาหารมีสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ประเมินสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP) โดยคณะทำงานทีม Primary GMP จังหวัดมุกดาหาร จำนวนทั้งสิ้น 10 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 75

## อภิปรายผล

1. จากการสำรวจภายในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร ระหว่างวันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2557 มีผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ไม่ได้รับอนุญาตจำนวน 40 ราย โดยเป็นผู้ประกอบการจากสถานที่ผลิตอาหารที่สมัครใจเข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 13 รายและประเมินผ่านเกณฑ์จำนวนรวมเพียง 10 ราย สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของผู้ประกอบการเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 – 31 พฤษภาคม 2557 พบผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ไม่ได้รับอนุญาตจำนวน 103 ราย มีผู้ประกอบการผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ Primary GMP จำนวนรวม 9 รายเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากการปรับปรุงสถานที่ผลิตอาหารต้องใช้งบประมาณจากผู้ประกอบการโดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการรายย่อยที่ยังไม่มีความสามารถในการพัฒนาอาคารสถานที่ให้ผ่านเกณฑ์ประเมิน<sup>(5)</sup>

2. ผู้ประกอบการมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการอบรมเท่ากับ 12.98 และเมื่อได้รับการอบรมทำให้มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 16.28 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00$ ) และเมื่อพิจารณาระดับความรู้ พบว่าก่อนการอบรมผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 87.5 เมื่อได้รับการอบรมที่มีกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรมในกิจกรรมการประเมินตนเองตามเกณฑ์ Primary GMP และสามารถสอบถามข้อสงสัยในระหว่างอบรมทำให้ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.5

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารหลังการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนผู้ประกอบการในเขตอำเภอเมืองให้มีความรู้เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงสถานประกอบการผลิตอาหารแปรรูปควรดำเนินการในลักษณะเป็นทีมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจัดตั้ง clinic primary GMP ที่ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลทั่วไป เทศบาลเมือง สำนักงานพัฒนาชุมชน

2. เพื่อรักษามาตรฐานตามเกณฑ์ของผู้ประกอบการควรมีกระบวนการตรวจเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในลักษณะการทำงานเป็นทีมคณะกรรมการ

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน primary GMP

4. หน่วยงานภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาษาชนะพร้อมจำหน่ายตามสมควร เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมโครงการในการพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์ และเกิดสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปต้นแบบเพื่อเป็นตัวอย่างและแนวทางสำหรับสถานที่ประกอบการอื่นๆ ในการพัฒนาตนเองต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์บัญชา ผลานวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้ประกอบการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายในเขตอำเภอเมืองมุกดาหารที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการอบรมและตอบแบบสอบถาม และ ดร.สมหมาย คชนาม ที่เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการขออนุญาตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Primary GMP). (2555). เอกสารเผยแพร่.
2. รัตนประภา นัจจิตร. (2557). การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายตามมาตรฐาน Primary GMP จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. รายงานการวิจัย.
3. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2535. การวิจัยทางการแพทย์. สงขลา: สำนักพิมพ์อัลลอยด์ เพรส.
4. คู่มือการตรวจสอบสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย (Primary GMP). (2556). เอกสารเผยแพร่.
5. Chaowalit, "Development of production places of pre-packaged processed foods follows the Primary Good Manufacturing Practice (Primary GMP) in NakhonRatchasima province," International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. 6(7): 160-161.

# โครงการ การมีส่วนร่วมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในความปลอดภัย จากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี

ภญ.ศรีสุดา สีลาโชติ

โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช Email: srisuda.silachote@yahoo.com

## บทคัดย่อ

โครงการ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในความ  
ปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอ  
ปากพนัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม  
ในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพและ  
คัดกรองผู้ที่เข้ายาชุด และผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนได้ดำเนิน  
กิจกรรม 2 ช่วงในช่วงแรกเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาแนวทาง  
การดำเนินงานแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชนกับตัวแทน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 244 คน ฝึกการใช้ชุดทดสอบสารสเตียรอยด์เบื้องต้นให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้สามารถใช้ชุดทดสอบได้ และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 5 โซน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่แต่ละกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนแกนนำของชาในหมู่บ้าน หมู่ละ 4 คน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวม 563 คน (99.13%) ซึ่งทุกคนได้รับการฝึกใช้ชุดทดสอบหาสารสเตียรอยด์ ได้รับความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสเตียรอยด์ในชุมชน เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้ไปดูแลคนในชุมชนต่อไป

จากการสำรวจยาสเตียรอยด์ในครัวเรือนพบว่าร้อยละ 15.47 มีผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงสารสเตียรอยด์ ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากโรงพยาบาลของรัฐ (17.96%) รองลงมาคือ ร้านค้าและร้านชำ (4.22%) และมีผู้แทนมาขายถึงบ้าน (2.29%) และจากการทดสอบผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณ เครื่องสำอางจำนวน 34 รายการ โดยใช้ชุดทดสอบหาสารสเตียรอยด์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบ 10 รายการที่ปนเปื้อนสารสเตียรอยด์

การดำเนินงานความปลอดภัยจากการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชน หากได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ร้านค้าร้านชำและคนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีลักษณะใกล้ชิดชุมชน สามารถกำหนดกฎเกณฑ์ที่สำคัญในชุมชนรวมถึงข้อกำหนดกฎเกณฑ์เรื่องสุขภาพของชุมชน สามารถเป็นแนวทางเพื่อแก้ปัญหาสเตียรอยด์ในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

## บทนำ

จากสถานการณ์การใช้สเตียรอยด์ในประเทศไทย พบว่า มีการใช้ปริมาณสเตียรอยด์จำนวนมหาศาล โดยพบว่า ปี 2550 มีการใช้มากที่สุดถึงจำนวน 853 ล้านเม็ด ปี 2556 มีการใช้ 737 ล้านเม็ด เฉลี่ยคนไทยใช้สเตียรอยด์อยู่ที่ 13.2 เม็ดต่อคนต่อปี ซึ่งยังไม่นับรวมการใช้ในยาชนิดทา การเติมสเตียรอยด์พบได้ทั้งในยาชุด ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร น้ำผลไม้ ยาแผนโบราณ แหล่งการกระจายสเตียรอยด์มักอยู่ในรถเร่ และวิทยุชุมชนยาชุดจากร้านยา ร้านชำ ในชุมชน

การระบาดของสเตียรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ขยายให้ประชาชนซื้อรับประทานเองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยา จนติดสเตียรอยด์ โดยไม่รู้เป็นปัญหาต่อเนื่องมานาน พบว่าโรคที่เกิดจากการใช้ยาสเตียรอยด์ โดยแพทย์ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นปัญหาเรื้อรังที่มีมานานกว่าสามสิบปีและดูเหมือนจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในภาพรวมประชาชน 1,000 คน มีปัญหาทางคลินิกจากการใช้สเตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสมประมาณ 93 คน และมีอัตราตายจากการใช้สเตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 6.4 ปัญหาทางคลินิก เช่น รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไปแบบคุชชิง (Cushing's syndrome) (48/1000), การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม (metabolic disorders) (43/1000), การก่การทำงานของต่อมหมวกไตส่งผลต่อระบบการทำงานของฮอร์โมน (adrenal insufficiency) (9/1000), โอกาสติดเชื้อและเลือดออกในทางเดินอาหารเป็น 4.8 และ 3 เท่าของ ผู้ที่ไม่ได้รับสเตียรอยด์ ปัญหาดังกล่าวกระจายในทุกภาคของประเทศ (ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง ตะวันออก และใต้ 101, 61,

96, 101, 131 ต่อ 1,000 คนตามลำดับ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาคใต้มี  
ปัญหาสูงสุดในประเทศ

ปัญหาจากสเต็มยรอยด์ของประชาชนในชุมชนรวมถึงเครือข่าย  
สุขภาพชุมชนอำเภอปากพนัง เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญมา  
อย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยที่เกิดโรคแทรกซ้อนจากยา ได้แก่ โรคทาง  
เดินอาหาร โรคไต คุชชิงซินโดรม ภาวะช็อก ผู้ป่วยเสียชีวิตจากเลือดออก  
ในกระเพาะอาหารจากการกินยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของสเต็มยรอยด์  
ร้านชำจำหน่ายยาชุด การแก้ปัญหาที่ผ่านมามุ่งเน้นไปจัดการกับแหล่ง  
กระจายยา การอบรมร้านชำ ให้ความรู้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข  
ชุมชน การพัฒนาแนวทางการค้นหา คัดกรอง วินิจฉัย และการรักษา  
ที่ถูกต้อง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน โดยอาสาสมัคร  
สาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/พยาบาลวิชาชีพ  
และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน แต่การนำองค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลัก  
ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีลักษณะใกล้ชิดชุมชน  
สามารถกำหนดกฎเกณฑ์ที่สำคัญในชุมชนรวมถึงข้อกำหนดกฎเกณฑ์  
เรื่องสุขภาพของชุมชน การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น จึงส่วนหนึ่งเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง  
พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 ในการการสร้าง  
หลักประกันสุขภาพ ให้กับประชาชนในพื้นที่ ด้วยการส่งเสริมการ  
มีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของ  
ประชาชนในท้องถิ่นทุกระดับ ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล  
และองค์การบริหารจังหวัด ได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงระบบความปลอดภัยด้านยา



ในชุมชน จึงเป็นแนวทางเพื่อแก้ปัญหาสแตยรอยต์ในชุมชนได้เป็นอย่างดีเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง จึงได้จัดทำโครงการการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในความปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนังขึ้น เพื่อให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ และคัดกรองผู้ที่ใช้ยาเสพติด และผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน

## กลุ่มเป้าหมาย

คณะกรรมการระดับตำบล จำนวน 244 คน ประกอบด้วย

1. เทศบาล 4 แห่ง ผู้แทนเทศบาล ประกอบด้วย นายกหรือรองนายก 1 คน ผู้แทนสภา 2 คน ผู้รับผิดชอบกองทุน 1 คน รวมแต่ละ 4 คน จำนวน 16 คน

2. องค์การบริหารส่วนตำบล 13 แห่ง ผู้แทน อบต. ประกอบด้วย นายกหรือรองนายก 1 คน ผู้แทนสภา 2 คน ผู้รับผิดชอบกองทุน 1 คน รวม แต่ละ 4 คน จำนวน 52 คน

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 26 แห่ง จำนวน 26 คน

4. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 150 คน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และตัวแทนของชุมชน จำนวน 568 คน ประกอบด้วย

1. ผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 1 คน 142 หมู่บ้านจำนวน 142 คน

2. อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 1 คน 142 หมู่บ้านจำนวน 142 คน

3. ตัวแทนผู้สูงอายุ หรือผู้รับบริการ หมู่บ้านละ 1 คน 142 หมู่บ้าน จำนวน 142 คน

4. ตัวแทนร้านขายของชำในหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน 142  
หมู่บ้าน จำนวน 142 คน

## วิธีการดำเนินงานโครงการ

### ช่วงที่ 1 ประชุมเครือข่าย

1. จัดทำโครงการ เพื่อขออนุมัติงบประมาณดำเนินการ
2. ประชุมคณะทำงานระดับตำบลและการใช้ Steroid Test Kid และแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วย
3. จัดประชุมเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ชุมชนแต่ละกลุ่มที่ รพ.สต. ทุกแห่ง
4. จัดทำแนวทางในการทำงานร่วมกับชุมชน และการประสานงานส่งต่อการเฝ้าพบปัญหา

### ช่วงที่ 2 ลงพื้นที่

1. เยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยในชุมชน
2. สรุป วิเคราะห์ ประเมินผล โครงการ

## ผลการดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินงานโครงการการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในความปลอดภัยจากการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง แบ่งออกเป็น กิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

1. กิจกรรมประชุมชี้แจงปัญหาแนวทางการดำเนินงานแก้ไข  
ปัญหาการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชนกับตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข

ซึ่งได้ดำเนินการจัดประชุมชี้แจงโครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และฝึกใช้ชุดทดสอบสารสเตียรอยด์เบื้องต้น ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2558 ณ ศาลาประชาคม อำเภอปากพนัง ซึ่งมีตัวแทน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าร่วมดังนี้ คือ

1. เทศบาลเมืองปากพนัง
2. เทศบาลตำบลเกาะหวด
3. เทศบาลตำบลท่าพญา
4. เทศบาลตำบลคลองกระบือ
5. เทศบาลตำบลบางพระ
6. ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล 13 แห่ง
7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้แทน

จำนวน 26 แห่ง

8. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 150 คน

รวม 244 คน

โดยมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องสเตียรอยด์ การปลอมปนยา สเตียรอยด์ในยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครื่องสำอาง อันตรายจากสเตียรอยด์ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่ตรวจพบสาร สเตียรอยด์ การใช้ชุดทดสอบ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยอาสาสมัครในพื้นที่ จำนวน 3 ท่าน ได้บอกเล่าเรื่องการใช้ยาสมุนไพรแก้ปวดเมื่อย ยาสมุนไพรที่สงสัยว่า น่าจะมีสารสเตียรอยด์ปลอมปนเนื่องจากหายจากอาการอย่างรวดเร็ว การแพร่ระบาดของยาชุด ยาสมุนไพรที่ไม่มีเลขทะเบียนในพื้นที่ ที่มากับรวดเร็ว ส่งขายร้านชำ ตลาดนัด

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ควรเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาในชุมชน รพ. หรือ รพ.สต. ควรจัดให้มีการสนับสนุน ชุดทดสอบในพื้นที่

ทดสอบหาสารสเตียรอยด์ ที่ผู้เข้าร่วมประชุมนำมาตรวจ โดยการแบ่งกลุ่มฝึกใช้ชุดทดสอบ ออกเป็น 5 กลุ่ม ตามเครือข่ายสุขภาพ (โซน) จำนวน 12 รายการ

2. ประชุมเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่แต่ละกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนร้านขายของชำในหมู่บ้าน หมู่ละ รวม 4 คนดังนี้คือ

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมประชุมเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ กลุ่มเป้าหมาย และผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละโซนเครือข่าย

| วันที่       | โซน                                                         | จำนวนหมู่บ้าน | จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน) | ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คน (%) |
|--------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|---------------------------|
| 14 ก.ค. 2558 | โซน 1<br>บางแรด บางนาว<br>ปลายทราย ชายทะเล<br>บนเนิน        | 24            | 96                      | 96(100)                   |
| 21 ก.ค. 2558 | โซน 4<br>บางไทร เกาะจาก<br>บางศาลา บางขลัง<br>หัวป่าขลุ่ย   | 24            | 96                      | 96(100)                   |
| 22 ก.ค. 2558 | โซน 3<br>บางสระ ตรังบน<br>ใหม่บน บางไทรนนท์                 | 28            | 116                     | 113(97.41)                |
| 24 ก.ค. 2558 | โซน 5<br>บางบุชา บางมูลนาก<br>วัดลาว แสงวิมาน<br>เปี้ยะเนิน | 34            | 136                     | 134(98.53)                |
| 29 ก.ค. 2558 | โซน 2<br>ชนาบนาก ตะลุมพอ<br>วัดสระ เกาะทั้ง<br>มะขามเรียง   | 29            | 116                     | 116(100)                  |
|              | รวม                                                         | 14            | 568                     | 563(99.13)                |

3. ผลการสำรวจาสเตียรอยด์ในครัวเรือน 568 ราย ปรากฏ  
ดังนี้ คือ

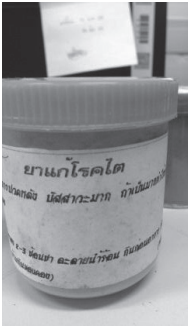
ตารางที่ 2 แสดง ผลการสำรวจผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงสเตียรอยด์ในครัวเรือน

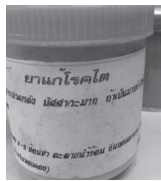
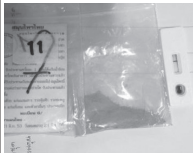
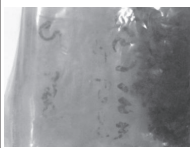
| จำนวนครัวเรือน<br>(ราย) | จำนวนที่พบ<br>ผลิตภัณฑ์<br>ที่มีความเสี่ยง<br>ราย(%) | แหล่งที่ได้มา<br>จำนวน (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 568                     | 88(15.47)                                            | โรงพยาบาลรัฐ 102 (17.96)<br>ร้านค้า/ร้านชำ 24 (4.22)<br>มีผู้แทนบริษัทมาขายถึงบ้าน 13 (2.29)<br>รพ.เอกชน 13 (2.29)<br>ร้านขายยา ขย.2 11 (1.93)<br>ตลาดนัด 11 (1.93)<br>ร้านเสริมสวย 9 (1.58)<br>รถเร่ 9 (1.58)<br>สั่งซื้อผ่านโฆษณาวิทยุ 6 (1.05)<br>สั่งซื้อผ่านโฆษณาทีวี 6 (1.05)<br>มีคนให้มา 6 (1.05)<br>คลินิกแพทย์ 6 (1.05)<br>ร้านขายยา ขย.1 6 (1.05)<br>คลินิกพยาบาล 4 (0.70)<br>วัด 2 (0.35) |



4. ผลการทดสอบยา สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเก็บตัวอย่างมาเพื่อทดสอบในกิจกรรมกลุ่ม ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบหาสารสเตียรอยด์โดยใช้ชุดทดสอบที่ตรวจพบสารสเตียรอยด์ 10 ตัวอย่างจาก จากการทดสอบ 34 ตัวอย่าง

| รายการ                                                                                                                                                                                                                      | ผู้เก็บตัวอย่าง  | ภาพตัวอย่าง                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ยากษัย ตราเทพธิดา<br>77 M.8 Khonkaen tambon<br>banthan amphoe chonnabhot<br>40000 086-2257362<br>เลขทะเบียน G 403/46                                                                                                        | บางไทรนนท์       |    |
| สมุนไพรไทย เลขทะเบียน G/.....<br>มีสัญลักษณ์รอกไม้<br>ผลิตโดยนักศึกษาแพทย์แผนไทย<br>084-0647606                                                                                                                             | รพ.สต.บ้านบางสระ |    |
| ยาแก้โรคไต<br>ไม่ระบุผู้ผลิต ส่วนผสม วันผลิต<br>เลขทะเบียน<br>แจ้งสรรพคุณ มีอาการปวดหลัง<br>ปัสสาวะขัดถ้าเป็นมากทำให้บวม<br>ปัสสาวะแดง<br>2-3 ซ้อนชาละลายน้ำร้อน กินก่อน<br>อาหารวันละ 2-3 ครั้ง (ห้ามกินของ<br>ดอง) หมอถัน | บางไทรนนท์       |   |
| ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ชุดละ 5 เม็ด<br>เม็ดรีเหลืองใหญ่ แคปซูลฟ้า-เหลือง<br>เม็ดกลม น้ำตาลอ่อน (diclofenac<br>50 mg) เม็ดม่วงรีเล็ก เม็ดม่วงรีใหญ่                                                                               | เปี้ยะเนิน       |  |

| รายการ                                                                                                                                          | ผู้เก็บตัวอย่าง | ภาพตัวอย่าง                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ยาชุดแก้ปวด ชุดละ 3 เม็ด<br>สีขาวกลมเล็ก สีน้ำตาล สีม่วง                                                                                        | ตรงบน           |                                                                                     |
| ยาแก้โรคไต ยาผงแก้อาการปวดหลัง<br>หมอนั่น<br>ไม่ระบุผู้ผลิต ส่วนผสม วันเดือนปีที่ผลิต เลขทะเบียน                                                | โซน 5           |    |
| ยาแก้ปวดเมื่อย เป็นผงสีเหลือง<br>บรรจุซองไม่ระบุฉลาก<br>(เหมือนสมุนไพรตากไม้)                                                                   | โซน 5           |    |
| ยาชุดแก้หวัด สีม่วง                                                                                                                             | โซน 5           |    |
| สมุนไพรอัดเม็ดสีแดงก่ำ ไม่มีฉลาก<br>ญาติผู้ป่วยนำมาจาก กทม.<br>กิน 2 เม็ด 2 เวลา                                                                |                 |   |
| ยาลูกกลอน แก้กษัย ปวดเมื่อย<br>ซื้อจาก กทม. ไม่มีฉลาก<br>ไม่ระบุผู้ผลิต ส่วนผสม วันเดือนปีที่ผลิต เลขทะเบียน<br>กินวันละ 1 เม็ด เมื่อกลมสัปดาห์ |                 |  |
| ครีมหน้าขาวพม่า ประกอบด้วย<br>สบู่น้ำ 1 ก้อน ครีม 1 กระปุกเล็ก<br>ยา 1 หลอด ประกอบด้วย<br>clobetasol propionate<br>และ gentamycin               |                 |  |

## การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในความปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

จากการดำเนินโครงการพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ให้ความสำคัญกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ทุกหน่วยงานในอำเภอปากพนัง คือ เทศบาลจำนวน 4 แห่ง และ องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 13 แห่ง รวมเป็น 17 แห่ง คิดเป็น 100% ซึ่งการดำเนินการในเบื้องต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เข้าใจ ตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาของยาเสพติดในชุมชน แต่มีเพียง 1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือตำบลคลองกระปือ ที่ได้ สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการต่อเนื่องให้แก่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรังบนในการดำเนินโครงการร้านค้า คุณภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลร้านชำให้ปลอดจากยาชุดที่มี สเตียรอยด์ สำหรับในระยะยาว เกสซ์กรผู้รับผิดชอบพื้นที่ต้องทำหน้าที่ ในการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเพื่อผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณในการ ดำเนินงานให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ**

1. ให้เกสซ์กรออกสำรวจตามร้านค้าที่คิดว่ามียาพวกนี้อยู่ และ สั่งหยุดขายไปเลย จะได้ไม่ต้องเกิดปัญหาการใช้ยา เพราะบางครั้ง ลำพัง อสม. หรือ หมอ ตาม รพ.สต. บอกก็ไม่ค่อยเชื่อฟัง โดยเฉพาะ คนในหมู่บ้านที่ยังยึดติดกับพวกยาชุด
2. ให้หน่วยงานราชการบ่งชี้ให้ชัดเจนข้างขวดหรือกล่องของ ผลิตภัณฑ์
3. ไม่ทราบว่ามีผลิตภัณฑ์ใดมีสเตียรอยด์ ให้หน่วยราชการแจ้ง ให้ชัดเจน



- 4. การให้ยาสเตียรอยด์ของ รพ.รัฐ น่าจะบอกสาเหตุให้ชัดเจนว่ามีอันตรายอย่างไรบ้าง
- 5. อยากให้รพ.รัฐให้คำแนะนำว่าสเตียรอยด์มีประโยชน์ทางด้านใดบ้างและมีอันตรายทางด้านใดบ้าง

ผลงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

ตารางที่ 4 แสดงผลงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

| ตัวชี้วัด                                                        | เป้าหมาย                                                  | ผลงานที่ได้                                                       |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. เกิดเครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชน | 5 เครือข่ายใหญ่ (โซน)<br>26 เครือข่ายย่อย<br>(อปท+รพ.สต.) | 5 เครือข่ายใหญ่ (โซน)<br>26 เครือข่ายย่อย<br>(อปท+รพ.สต.)<br>100% |
| 2. ตัวแทนชุมชนมีความรู้และสามารถใช้ชุดทดสอบสเตียรอยด์            | คณะทำงานระดับตำบล<br>244 คน<br>ตัวแทนชุมชน 568 คน         | คณะทำงานระดับตำบล<br>244 คน<br>ตัวแทนชุมชน 563 คน<br>99.13%       |

## สรุปผล

การดำเนินงานความปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน หากได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ร้านค้า ร้านอาหารและคนในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีลักษณะใกล้ชิดชุมชน สามารถกำหนด กฎเกณฑ์ที่สำคัญในชุมชน รวมถึงข้อกำหนดกฎเกณฑ์เรื่องสุขภาพ ของชุมชน สามารถเป็นแนวทางเพื่อแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์รกรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอปากพนังทุกแห่ง เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลปากพนัง และได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี

## เอกสารอ้างอิง

1. สุนัย ประเสริฐสุข และคณะ โครงการพัฒนากลไกเฝ้าระวังการกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสแตยรอยด์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี ๒๕๕๗, เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเครือข่ายจัดการปัญหาเสพติด: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)

## โครงการพัฒนาระบบป้องกัน และแก้ปัญหาการใช้สื่อย่อยดัดที่ไม่เหมาะสม ในชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะพัฒนา

ดร.ภญ.ศิราณี ยงประเดิม<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะพัฒนาเป็นฐานให้กับนักศึกษาจากผลการดำเนินงานในรายวิชาต่างๆ ที่มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ผ่านมาพบปัญหาการใช้สื่อย่อยดัดที่ไม่เหมาะสมของประชาชนในชุมชน จึงได้จัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเป็นโครงการที่เกิดจากการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของประเด็นต่างๆ โดย อสม. ในพื้นที่เอง และได้นำข้อมูลดังกล่าวมาจัดกิจกรรมเสริมพลังให้กับ อสม. ผู้ประกอบการร้านค้า และประชาชนในพื้นที่ ทั้งในด้านการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสื่อย่อยดัด ทักษะในการใช้

<sup>1</sup> สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

E-mail: csiranee@wu.ac.th

ชุดทดสอบสแตียรอยด์เบื้องต้นผ่านรูปแบบกิจกรรมในเชิงสันทนการ เช่น การรับชมวิดีโอ การเล่นเกม ผลการดำเนินงานพบว่า อสม. มีความเชื่อมั่นและทักษะในการให้ความรู้เรื่องสแตียรอยด์มากขึ้น ภายหลังจากการติดตามผู้ประกอบการร้านชำที่เคยมีการจำหน่าย ยาชุดได้เลิกจำหน่ายยาดังกล่าว โครงการนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการ สร้างความเข้มแข็งให้กับคนในชุมชนให้สามารถพึ่งพาตนเองในการ ดูแลการใช้ยาของตนเองต่อไป

## บทนำ

สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จัดการเรียน การสอนโดยใช้ชุมชนข้างเคียงมหาวิทยาลัยเป็นฐานการเรียนรู้ตั้งแต่ นักศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 โดยนักศึกษาจะได้รับกรมอบหมายให้เรียนรู้ ในชุมชนชนผ่านรายวิชาต่างๆ ตลอด 6 ปี และจะมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง จากการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านในพื้นที่ของนักศึกษาและ คณาจารย์ของสำนักวิชา อย่างต่อเนื่อง พบปัญหาด้านยาที่สำคัญของ ชุมชนแห่งนี้คือการใช้สแตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสมในรูปแบบต่างๆ โดย ในรายวิชาเภสัชเวท อาจารย์ประจำวิชาได้มอบหมายงานให้นักศึกษา เก็บตัวอย่างยาแผนโบราณในบ้านที่นักศึกษาดูแลเมื่อภาคการศึกษา ที่ 1/2557 จำนวน 17 ตัวอย่าง พบมีการปลอมปนของสแตียรอยด์ใน ตัวอย่างยาดังกล่าวสูงถึง 13 ตัวอย่าง มีร้านค้าที่จำหน่ายยาชุดรักษา โรคต่างๆ มีสแตียรอยด์ผสมอยู่จำนวน 3 ร้าน โดยเจ้าของร้านไม่ทราบ ว่าผิดกฎหมายจึงเป็นที่มาของการทำโครงการจัดระบบแก้ปัญหการ ใช้สแตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสม โดยจะครอบคลุมทั้งการให้ความรู้เรื่อง สแตียรอยด์ สร้างความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาที่มีสแตียรอยด์

ปลอมปน และสร้างความเชื่อมั่นในอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการแก้ปัญหาดังกล่าว ให้สามารถจัดการปัญหาในชุมชนได้ โดยอาศัยแนวคิด “ลดปัญหา สร้างภาคีเครือข่ายเพิ่มพูนความรู้ นำผลสู่ประชาชน” ซึ่งใช้การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เช่น สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และประชาชน

### วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ปัญหาการใช้สเตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสมในชุมชนสาธารณสุขวลัยลักษณ์พัฒนา

### กลุ่มเป้าหมาย

อสม. และประชาชนในชุมชนสาธารณสุขวลัยลักษณ์พัฒนา

### แนวทางการดำเนินงาน

1. ประสานงานกับ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบของชุมชน
2. อสม. ร่วมกับนักศึกษาเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาและประเมินสถานการณ์
3. ร่วมกันทบทวนการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสเตียรอยด์ที่ผ่านมาประเมินผลสำเร็จที่เกิดและแนวทางการพัฒนา
4. เสริมพลัง อสม. และประชาชนให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาสเตียรอยด์ที่ไม่เหมาะสม พัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวัง โดยการใช้เวทีประชาคม
5. ติดตามผลผ่านการประชุม อสม. ประจำเดือน

## ผลการดำเนินโครงการ

1. กิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์สแตียร์รอยด์ในชุมชนโดย อสม. มีนักศึกษาเป็นวิทยากรกระบวนการมีการทบทวนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สแตียร์รอยด์ที่ไม่เหมาะสมที่เคยทำมาแล้ว องค์ความรู้เกี่ยวกับสแตียร์รอยด์ และประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานที่ผ่านมาของ อสม. ได้ข้อมูลว่าแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสแตียร์รอยด์ มาจากร้านขายของชำ โดยจะมีรถตู้ที่มาส่งทุกสัปดาห์ การฝากเพื่อนซื้อ จากตลาดนัด จากระถังที่มาจากภาคอีสาน ซึ่งเข้ามาขายในชุมชนเป็นประจำและจากอินเทอร์เน็ต เช่น ครีมทาหน้า เหตุผลที่ประชาชนในชุมชนใช้สแตียร์รอยด์เนื่องจากเชื่อตามการโฆษณาชวนเชื่อหรือการบอกปากต่อปาก การที่มีคนมาขายถึงบ้าน ประชาชนเห็นว่าหายเร็ว เห็นผลเร็ว และผู้สูงอายุในชุมชนมักซื้อยาลูกกลอนมาใช้แก้ปวดเมื่อย



รูปที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์สแตียร์รอยด์ของ อสม. ในชุมชน

จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้หลักการจัดลำดับความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ พบว่าประเด็นที่จะนำมาแก้ปัญหาได้แก่ การที่ อสม. และประชาชนไม่ทราบถึงประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์อย่างชัดเจนไม่ทราบวิธีเลือกซื้อและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปราศจากสเตียรอยด์อย่างปลอดภัย อสม. ขาดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชนและผู้ประกอบการร้านชำไม่ทราบถึงโทษและพิษภัยของสเตียรอยด์รวมถึงข้อบังคับของกฎหมายด้วย ดังรูปที่ 2

|                 | More important                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Less important                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| More changeable | <ul style="list-style-type: none"><li>- อสม. และประชาชน ไม่ทราบถึงประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์อย่างชัดเจน</li><li>- อสม. และประชาชน ไม่ทราบวิธีเลือกซื้อและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปราศจากสเตียรอยด์อย่างปลอดภัย</li><li>- อสม. ขาดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ชาวบ้านในชุมชน</li><li>- ผู้ประกอบการร้านชำไม่ทราบถึงโทษและพิษภัยของสเตียรอยด์รวมถึงข้อบังคับของกฎหมายด้วย</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- อสม. ต้องการให้จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับสเตียรอยด์</li><li>- อสม. ต้องการเครื่องมือตรวจสอบสเตียรอยด์ประจำร้านและหมู่บ้านเพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการปฏิบัติงาน</li></ul> |
| Less changeable | <ul style="list-style-type: none"><li>- แหล่งที่มาของยาชุด ยามนโบราณที่อาจปนเปื้อนสเตียรอยด์ เช่น ร้านชำในชุมชน รองเท้าขายยา</li><li>- อสม. มีทัศนคติของเจ้าหน้าที่ขายยาอันตรายและยาที่มีสเตียรอยด์ เนื่องจากชาวบ้านเรียกหา</li><li>- ชาวบ้านบางคนทราบถึงโทษแต่ก็ยังใช้สเตียรอยด์เพราะใช้แล้วหายเร็ว</li><li>- โฆษณาชวนเชื่อทางวิทยุ โทรทัศน์</li></ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- ยาชุด ยามนโบราณ ราคาถูก</li></ul>                                                                                                                                                  |

รูปที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สเตียรอยด์ในชุมชน

2. กิจกรรมเสริมพลัง อสม. ผู้ประกอบการร้านชำและประชาชน จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในข้อที่ 1 จึงเป็นที่มาของการจัดกิจกรรมนี้ โดยนักศึกษาได้จัดกิจกรรมเสริมพลังให้กับ อสม. แบ่งเป็นฐานต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับสเตียรอยด์ผ่านการรับชมสื่อวีดิทัศน์ ประสพการณ์จากผู้ขายยาแผนโบราณที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ การเล่นเกม และการฝึกใช้ชุดทดสอบสเตียรอยด์ด้วยตนเอง และยัง

ได้นำกิจกรรมไปจัดที่ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้านต่าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการร้านค้าซึ่งอาจไม่สะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมที่ รพ.สต. มาร่วมกิจกรรมได้



รูปที่ 3 การจัดกิจกรรมเสริมพลัง

3. การติดตามผลภายหลังจัดกิจกรรม โดยการเข้าร่วมในที่ประชุม อสม. ประจำเดือน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ประกอบการร้านค้าของนักศึกษา พบว่า อสม. มีการนำความรู้ที่ได้ไปขยายผลต่อให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ อสม. มีความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้และใช้ชุดทดสอบสแตเดียวรอยด์เบื้องต้นได้ ร้านค้าที่นักศึกษาไปเยี่ยมเลิกจำหน่ายยาชุดที่มีส่วนผสมของสแตเดียวรอยด์



4. ระบบการป้องกันปัญหาสตีรอยด์ในชุมชนภายหลังการดำเนินโครงการ คือ อสม.จะมีบทบาทหลักในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเฉพาะยาที่จำหน่ายในร้านชำ มีการติดตามและรับตรวจสอบผลิตภัณฑ์จากชาวบ้านในพื้นที่ที่ตนดูแล และส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เพื่อดำเนินการต่อ นักศึกษาที่ดูแลประจำซอยต่างๆ จะเข้าเยี่ยมบ้านที่ตนรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามการใช้ยาที่มีส่วนผสมของสตีรอยด์โดยเฉพาะในกรณีที่เคยพบประวัติการใช้มาก่อน นักศึกษารุ่นต่อมาได้นำปัญหาเรื่องสตีรอยด์มาทำงานวิจัยในเชิงลึกเรื่องมุมมองและผลกระทบของการใช้สตีรอยด์ของประชาชนซึ่งปัจจุบันกำลังดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานเรื่องสตีรอยด์คือ หากประชาชนไม่มีทางเลือกอื่นในการแก้ปัญหาหรือความทุกข์ปัจจุบันของเขา การจะกำจัดสตีรอยด์ที่ไม่เหมาะสมออกจากชุมชนทั้งหมดก็ยังคงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้

5. ภายหลังการทำงานในชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์มาอย่างต่อเนื่องของสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มีการแก้ปัญหาที่พบซ้ำในชุมชน นอกจากปัญหาการใช้สตีรอยด์ที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ ปัญหาจากการใช้ยาซ้ำซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Polypharmacy) โดยการให้นักศึกษาชั้นปีที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลา 1 ปีการศึกษา โดยเลือกเคสร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการแก้ปัญหาเฉพาะรายพบว่าภายหลังการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ปัญหาการใช้ยาและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยมี Clinical และ Psychological outcome ที่ดีขึ้น

## สรุป

การแก้ปัญหาการใช้สเต็มรอยดัดที่ไม่เหมาะสมในชุมชนชาติดวไลยลักษณะ ใช้หลักการมีส่วนร่วมของ อสม. และประชาชน ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การระบุปัญหา และความต้องการในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากการเยี่ยมบ้านและการทำกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้เร่งรัดในการสร้างให้เป็นปัญหาของชุมชน แต่ใช้วิธีทำให้คนในชุมชนยอมรับปัญหาด้วยตนเอง และแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาเอง นักวิชาการเป็นแต่เพียงผู้สนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ และทักษะที่ผู้ปฏิบัติต้องการ ถึงแม้ปัญหาอาจยังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปทันที แต่เป็นการเริ่มต้นที่ดีในการสร้างให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนชาติดวไลยลักษณะพัฒนา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

## เอกสารอ้างอิง

Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach.<sup>3rd</sup>ed. California: Mayfield Publishing; 1999.

## การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ขององค์กรชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา การใช้สเต็มรอยดในพื้นที่ตำบลท่าพริก อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด

ภก.สายชล ชำปฏี และคณะเจ้าหน้าที่ SW.สต.ท่าพริก

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด E-mail: schampati@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ชุมชน หรือผู้นำในชุมชนได้รับรู้ปัญหาในชุมชนของตนเอง รู้สึกเป็นเจ้าของในชุมชนร่วมกันและมีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมแก้ไขปัญหในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ชุมชนท่าพริกเป็นชุมชนใหญ่และเริ่มเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้นปัญหาด้านสุขภาพย่อมมีมาก จึงได้ทำการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพและการใช้ยาในชุมชนและนำข้อมูลป้อนกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ได้รับรู้ปัญหาของตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ตามเทคนิค AIC และ SWOT เพื่อสร้างวิสัยทัศน์ของชุมชน เกิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผลการดำเนินการมีกลุ่มผู้นำในชุมชนและ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 36 คน มีการให้ความรู้เรื่องสารสเตียรอยด์

ประโยชน์และโทษ รวมถึงการแสดงตัวอย่างยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการปลอมปนสารสเตียรอยด์ ผลการทำกิจกรรมกลุ่มตามกระบวนการ พบว่ามีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สเตียรอยด์ในชุมชน มีการจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีกิจกรรมรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกเดือน ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้คือขาดงบประมาณสนับสนุนและขาดความต่อเนื่อง จึงควรให้ผู้นำชุมชนและบุคลากรของรัฐที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาร่วมกัน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว การเป็นพี่เลี้ยงคอยให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

## บทนำ

ปัญหาการแพร่กระจายของสเตียรอยด์อย่างไม่เหมาะสมเป็นปัญหาเรื้อรังมานาน อันเนื่องมาจากระบบควบคุมกำกับ ตั้งแต่กระบวนการนำเข้าวัตถุดิบ การจำหน่าย การปลอมปนในผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร นอกจากนี้ยังพบการขายในรูปยาเม็ด ขนาดบรรจุ 100 เม็ด ที่มีฉลากเป็นภาษาต่างประเทศไม่ได้ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย

ชุมชนท่าพริกเป็นชุมชนใหญ่ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรและค้าขาย ส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างดี เมื่อเจ็บป่วยมักไปคลินิกเอกชนหรือหาซื้อยากินเอง นิยมบริโภคยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ปีงบประมาณ 2557 พบปัญหาผู้ป่วยของชุมชนท่าพริกที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตราด ที่คลินิกโรคไตด้วยสาเหตุที่ไม่ใช่จากภาวะของโรค 4-5 ราย จากการสอบถามของแพทย์พบว่าผู้ป่วยซื้อยามาทานเองเพื่อบรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว ซึ่งเป็นยาเดกซาเมธาโซน ขนาดละ 100 เม็ด ในราคา 500 บาท เพราะ

ใช้ยาแล้วรู้สึกว่ายายปวด บางรายดื่มยาที่ผสมคลอโรฟิลล์ ซึ่งแพทย์แจ้งว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะไตผิดปกติ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าชุมชนตำบลท่าพริก อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด มีทั้งหมด 6 หมู่บ้าน 1,161 ครัวเรือน มีกลุ่ม อสม. ที่มีความเข้มแข็ง มีกลุ่มเดินแอโรบิก กลุ่มปั่นจักรยาน รวมถึงมีกลุ่มข้าราชการบำนาญที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ และเทศบาลตำบลให้การสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นอย่างดี จึงมีความสนใจที่จะสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการจัดการปัญหาสแตยรอยด์

### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทน
2. ประธาน อสม.ตำบลท่าพริก และ ตัวแทน อสม.หมู่บ้านละ 5 คน
3. ผู้แทนกลุ่มข้าราชการบำนาญ

### แนวทางดำเนินการ

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินศักยภาพสภาวะพื้นฐานของเครือข่าย โดยศึกษาข้อมูลสภาวะพื้นฐานของชุมชน เพื่อประเมินเงื่อนไขของกระบวนการกลุ่ม คือกระบวนการพัฒนาจิตสำนึกของกลุ่ม ให้ความสำคัญและร่วมกันแก้ปัญหาด้วยตนเอง พึ่งพาอาศัยกันเอง ตลอดจนการกำหนดประเด็นที่จำเป็นต้องหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมกลุ่ม (Group Preparation Stage) เป็นการนำเอาข้อมูลของกลุ่ม ศักยภาพและปัญหาของกลุ่ม ตลอดจนผลการวิเคราะห์เบื้องต้นและนักวิจัยชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมาร่วมกันนำเสนอและวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อแสวงหาวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับเงื่อนไขและความสามารถขององค์กรหรือของกลุ่ม โดยยึดหลักการร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และความร่วมมือ

2. ขั้นตอนการเรียนรู้ของกลุ่ม (Group Learning Stage) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ของกลุ่ม โดยมีกิจกรรม คือ การให้ความรู้เรื่องสแต็คเตอรอยด์ ประโยชน์และโทษ การศึกษาดูงาน การสาธิตวิธีการใช้ชุดตรวจหาสแต็คเตอรอยด์เบื้องต้นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการใช้สแต็คเตอรอยด์โดยกลุ่มชาวบ้านด้วยกันเอง

3. ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม (Action Group) โดยเครือข่ายหรือกลุ่มต้องมีกิจกรรมรวมตัวกันดำเนินกิจกรรมตามข้อตกลง โดยมีผู้วิจัยและเทศบาลตำบลท่าพรุกให้การสนับสนุน

**ขั้นตอนที่ 2** การหารูปแบบหรือแนวทางในการปรับปรุงหรือสร้างองค์กรให้เข้มแข็งโดยมีกระบวนการกลุ่มที่ร่วมมือกันคิดและปฏิบัติ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาจุดอ่อน และจุดแข็งโดยใช้เทคนิค AIC และ SWOT เพื่อสร้างวิสัยทัศน์ของชุมชน มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ทดลองปฏิบัติและแก้ไขปัญหาอุปสรรค จนได้รูปแบบที่เหมาะสมและขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ ได้

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินติดตามผลการดำเนินกิจกรรมของเครือข่าย เพื่อให้ดำเนินงานได้ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยสรุปบทเรียนหรือเกิดนวัตกรรมในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยผู้วิจัย คณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ท่าพรึก และชาวบ้านซึ่งเป็นนักวิจัยที่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับข้อมูลของชุมชนเป็นอย่างดี ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข่าวสาร รวมถึงการสำรวจข้อมูลการใช้สอยรถยนต์จากครัวเรือนโดย อสม. ใช้ข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) การสนทนากลุ่มตามธรรมชาติ (Group Discussion) การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) รวมถึงการใช้เทคนิค AIC และ SWOT

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ลักษณะของข้อมูลจึงเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูล หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและจดบันทึก ซึ่งจะมีลักษณะเป็นการบรรยายบอกเล่าถึงพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ทางสังคมโดยตรงไปตรงมา วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจึงเป็นการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบ แบบแผน ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาจึงต้องจัดหมวดหมู่ เพื่อจัดระบบข้อมูลใหม่ เพื่อตอบคำถามในสิ่งที่ต้องการจะศึกษา ซึ่งการตอบคำถามจะเป็นการตีความเพื่อแปลความหมาย หากข้อมูลที่ได้มาเป็นตัวเลขก็จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่ง่าย ๆ และอธิบายความหมายอย่างง่าย ๆ ที่คนในชุมชนสามารถเข้าใจได้ การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ตลอดเวลาที่มีการเก็บข้อมูล

## ระยะเวลาดำเนินงาน

- ขั้นตอนที่ 1 ใช้เวลา 1 เดือน (มีนาคม 2558)
- ขั้นตอนที่ 2 ใช้เวลา 1 เดือน (เมษายน 2558)
- ขั้นตอนที่ 3 ใช้เวลา 1 เดือน (พฤษภาคม 2558)

## ผลการดำเนินงาน

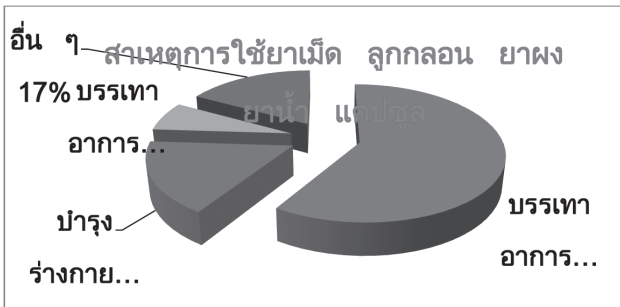
| วัน เดือน ปี                       | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ผลการดำเนินการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 มีนาคม 2558                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>ประชุมชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย</li> <li>มอบแบบสำรวจการใช้ยาในครัวเรือน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีผู้เข้าประชุม 36 คน (ผู้แทนอปท., ประธาน อสม., อสม. และ ผู้ใหญ่บ้าน)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 7 เมษายน 2558                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>นำเสนอผลการสำรวจการใช้ยาในชุมชนแยกหมู่บ้าน</li> <li>ให้ความรู้เรื่องยาเสพติดรอยด์ ประโยชน์และโทษ รวมถึงตัวอย่างยาแผนปัจจุบัน, ยาลูกกลอนและอาหารเสริมต่างๆ ที่มีความเสี่ยงปลอมปนสารสเตียรอยด์</li> <li>แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน</li> <li>ทำกระบวนการกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน อุปสรรค และโอกาสในการดำเนินงานสร้างพันธมิตรและเป้าหมายร่วมกัน</li> <li>กิจกรรมเรียนรู้วิธีตรวจหาสเตียรอยด์</li> <li>เขียนแผนงานร่วมกันและดำเนินการ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้นำกลุ่มทั้ง 6 หมู่บ้านรับทราบ</li> <li>ปัญหาการใช้ยาเสพติดรอยด์ในชุมชน</li> <li>รู้จักสเตียรอยด์และอันตราย</li> <li>รู้วิธีสังเกตตัวอย่างยา / ยา ลูกกลอน / อาหารเสริมที่มีความเสี่ยง</li> <li>มีกลุ่มย่อย 6 กลุ่มแยกตามหมู่บ้านร่วมกิจกรรมกลุ่ม</li> <li>มีกลุ่มเฝ้าระวังและรายงานในชุมชน</li> <li>มีตัวแทนตรวจหาสเตียรอยด์เบื้องต้น</li> <li>ได้แนวทางและเป้าหมายการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในชุมชน 1 กลุ่ม</li> </ul> |
| 7 พฤษภาคม 2558                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามผล</li> <li>ประเมินปัญหาอุปสรรคร่วมกัน</li> <li>หาแนวทางแก้ไขปรับปรุงโดยกลุ่ม</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>ได้แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค</li> <li>ได้เรียนรู้ร่วมกัน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7 มิถุนายน 2558,<br>7 สิงหาคม 2558 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามผลและหาแนวทางดำเนินงานที่ยั่งยืน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>ได้แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค</li> <li>ได้เรียนรู้ร่วมกัน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



## วิเคราะห์ผล

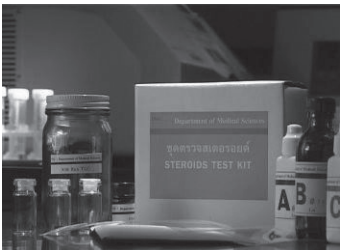
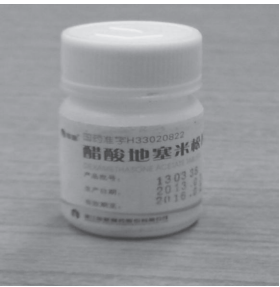
1. จากการสำรวจชุมชนทั้ง 6 หมู่บ้าน 1,161 ครัวเรือน พบว่า มีการหายาเม็ด, ยาลูกกลอน, ยาผง, ยาน้ำ, ยาแคปซูลหรืออาหารเสริม มาใช้ประมาณ 16% ของครัวเรือน ส่วนใหญ่จะหามาใช้ 1-2 ครั้ง ต่อเดือน (31%) โดยมีสาเหตุการใช้ตามแผนภูมิ

2. จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ได้ทีมที่มีความเห็นร่วมกัน ทั้งในระดับผู้นำชุมชน, กลุ่ม อสม., ผู้ใหญ่บ้านและข้าราชการบ้านบุญ และมีการสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งด้านยา 1 กลุ่มและพร้อมที่จะ ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน



ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

| ปัญหา/อุปสรรค                                                 | แนวทางแก้ไข                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ภาระงานของผู้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม                                 | จัดกิจกรรมประชุมตอนเย็นและนัดทุกวันที 7 ของเดือน                                                                                                               |
| ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเชื่อว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของหมอ | เปลี่ยนแนวคิดว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนและชุมชนต้องช่วยกัน                                                                                           |
| ขาดทีมงาน/วิชาชีพอื่นมาร่วมกิจกรรมในชุมชน                     | ชักชวนเภสัชกรงานผู้ป่วยนอกมาให้ความรู้ / ชักชวนเภสัชกรใน รพช. มาร่วมเครือข่าย                                                                                  |
| งบประมาณด้านชุดตรวจหาสเตียรอยด์เบื้องต้นไม่เพียงพอ            | ขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมจาก สสจ.ตราด                                                                                                                          |
| ความต่อเนื่อง/ความยั่งยืนในกิจกรรม (ยังดำเนินการได้ระยะสั้น)  | <ul style="list-style-type: none"><li>• ให้กลุ่มเห็นปัญหาร่วมกัน นัดประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทุกเดือน</li><li>• ผลักดันให้จัดทำเป็นแผนแม่บทของชุมชน</li></ul> |



## แนวทางการสร้างทีมงาน

การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนพื้นที่ตำบลท่าพริก เน้นให้เป็นการดำเนินงานของกลุ่มองค์กรในชุมชนเอง บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นเพียงพี่เลี้ยงช่วยสนับสนุนด้านวิชาการและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในบางเรื่องเท่านั้น ช่วงแรกของการดำเนินงานจะคัดเลือกตัวแทน อสม. ที่มีความเข้มแข็งจาก 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน มาร่วมงานกับประธาน อสม.ตำบลท่าพริก, ตัวแทนเทศบาลตำบลท่าพริกเนินทราย และผู้ใหญ่บ้าน และชี้แจงถึงปัญหาการใช้สเต็มยารอยดื้อในชุมชน เห็นถึงความเสี่ยงในชุมชน เห็นปัญหาร่วมกัน และตัดสินใจดำเนินงานร่วมกัน หลังจากดำเนินงานแล้วนัดติดตามผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงปัญหาที่พบและแนวทางร่วมในการแก้ไขป้องกัน ทุกวันที่ 7 ของเดือนที่ รพ.สต.ท่าพริก รวมถึงการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง หลังจากดำเนินการได้ระยะหนึ่ง จึงขยายทีมงานโดยเชิญกลุ่มข้าราชการบำนาญในพื้นที่, และกลุ่มจิตอาสาในชุมชนเข้าร่วมทีม เริ่มมีการสร้างกฎเกณฑ์ข้อตกลงในชุมชน, ข้อตกลงร่วมกันของร้านชำในชุมชน ให้ทีมงานนำเสนอกิจกรรม แนวทางการช่วยเหลือกันในชุมชน การสร้างความภาคภูมิใจของทีมงาน โดยการร่วมประกวดทีมงาน รวมถึงการจัดทำแผนงานของชุมชน เพื่อของบประมาณจากเทศบาลตำบลท่าพริกเนินทรายในปีงบประมาณต่อไป โดยจัดทำเป็นแผนแม่บทของชุมชน

## สรุป

การสำรวจปัญหาการใช้ยาในชุมชนและนำผลสำรวจมาสะท้อนให้ชุมชนรู้ข้อมูลของตนเองและเห็นปัญหาร่วมกัน เป็นกลวิธีหนึ่งในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง การให้ความรู้แก่คนในชุมชนก่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาจากการใช้สเตียรอยด์ ได้เห็นปัญหาร่วมกัน เข้าใจในกระบวนการแก้ไขปัญหและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งด้านยา 1 กลุ่ม และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลท่าพริกเนินทราย ในการจัดทำแผนแม่บทชุมชนที่เป็นผลจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และสามารถนำไปปฏิบัติตามแผนและโครงการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเชื่อมโยงการเรียนรู้ในด้านอื่นๆ ของชุมชน

### ตัวอย่างแผนแม่บทการแก้ปัญหาสเตียรอยด์ในพื้นที่ตำบลท่าพริก

แผนแม่บทการแก้ไขปัญหการใช้สเตียรอยด์ในตำบลท่าพริก

ปีงบประมาณ 2558-2560

วิสัยทัศน์ : ชุมชนท่าพริกปลอดภัยจากการใช้สเตียรอยด์

- พันธกิจ :
1. ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความตระหนักถึงโทษของการใช้สเตียรอยด์ในทางที่ผิด
  2. สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังการใช้สเตียรอยด์ในชุมชน

- ยุทธศาสตร์ :
1. เสริมสร้างความรู้ให้คนในชุมชนเรื่องประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์
  2. เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหการใช้สเตียรอยด์ในชุมชน

**ยุทธศาสตร์ที่ 1.** เสริมสร้างความรู้ให้คนในชุมชนเรื่องประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์

**เป้าประสงค์ :** คนในชุมชนมีความรู้เรื่องประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้เรื่องประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์

**ค่าเป้าหมาย :**

| ปีงบประมาณ | 2558 | 2559 | 2560 |
|------------|------|------|------|
| ร้อยละ     | 70   | 80   | 90   |

- กลยุทธ์ :**
1. จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องประโยชน์และโทษของสเตียรอยด์ในครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยแกนนำ อสม. และอาสาสมัครข้าราชการบ้านาญที่ครัวเรือนให้ความเคารพนับถือ
  2. ผลิตสื่อต่างๆ ที่เข้าใจง่าย ถึงโทษจากการใช้สเตียรอยด์ และกำหนดมาตรฐานการเผยแพร่สื่อสารสาธารณะอย่างเหมาะสม
  3. สำรวจความรู้และเจตคติของคนในชุมชนต่อการใช้สเตียรอยด์ รวมถึงจัดทำแนวทางการรณรงค์เพื่อปรับกระบวนทัศน์และเจตคติ

**ยุทธศาสตร์ที่ 2.** เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการใช้สเตียรอยด์ในชุมชน

**เป้าประสงค์ :** มีกลุ่มแกนนำในการเฝ้าระวังและกลุ่มเครือข่ายร้านค้า ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการใช้สเตียรอยด์ในชุมชน

- ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของกลุ่มแกนนำเป้าหมายมีการดำเนินงานตามแผนแม่บท
2. ร้อยละของกลุ่มเครือข่ายร้านชำมีการดำเนินงานตามแผนแม่บท

ค่าเป้าหมาย :

| ปีงบประมาณ        | 2558 | 2559 | 2560 |
|-------------------|------|------|------|
| ร้อยละกลุ่มแกนนำ  | 70   | 80   | 90   |
| ร้อยละกลุ่มร้านชำ | 50   | 60   | 70   |

- กลยุทธ์ : 1. ผลักดันให้เกิดการสร้างกลุ่มแกนนำในชุมชนที่มีการเฝ้าระวังตนเอง
2. ผลักดันให้เกิดการสร้างกลุ่มร้านชำที่มีการเฝ้าระวังตนเองไม่ขายสแต๊ยรอยด์
3. สร้างมาตรการจูงใจ โดยการประกวดแข่งขันและมอบรางวัลประจำปีในชุมชน
4. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน/การศึกษาดูงานต่อเนื่อง
5. สนับสนุนการสร้างข้อตกลงในชุมชนร่วมกันในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการใช้สแต๊ยรอยด์ในชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความร่วมมือของทีมคณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ท่าพริก, ทีมเภสัชกรผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตราด, กลุ่มข้าราชการบำนาญ, ประธาน อสม., ผู้ใหญ่บ้านและทีม อสม. ทุกหมู่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลท่าพริก เนินทราย

## เอกสารอ้างอิง

1. อีระพงศ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการส่งเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง. พิมพ์ครั้งที่ 3, 2543.
2. สุมาลี สันติพลวุฒิ และคณะ. ตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน. โครงการจัดทำระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง, 2550.
3. <http://advisor.anamai.moph.go.th/tamra/AIC/aic02.htm>

# การจัดการปัญหายาเสพติด โดยเครือข่ายชุมชน ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

กก.กฤษฎา จักรไชย<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

ปัจจุบันยาเสพติดมักถูกผสมปลอมปนในผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพมากขึ้น การแก้ไขปัญหาเรื่องยาเสพติดที่ผ่านมาเน้นการจัดการด้านองค์ความรู้ ผลิตภัณฑ์และแหล่งกระจายยา เป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ไม่ได้เป็นปัญหาของคนในชุมชน ขาดความต่อเนื่องและเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ยาก ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่พบปัญหาเรื่องยาเสพติด การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Action research โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะได้รับยาเสพติดโดยไม่มีข้อบ่งชี้แก่ประชาชนในชุมชน ค้นหาและศึกษาสภาพปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนยาเสพติดในชุมชน ค้นหาผู้ป่วยติดยาเสพติดและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม สร้างเครือข่ายแกนนำและสร้างระบบเฝ้าระวังการจัดการปัญหา

<sup>1</sup> โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร E-mail: kritsada025@gmail.com



สแตียรอยด์ในชุมชนเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 300 คนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.33 เพศชาย ร้อยละ 37.67 อายุเฉลี่ย 53.5 ปี ความสูงเฉลี่ย 157 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 58.3 กิโลกรัม อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.67 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 37.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.67 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 37.33 ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ความดัน ไชมัน ร่วมกัน อย่างน้อย 2 โรค ร้อยละ 16

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เลือกซื้อยาและอาหารเสริม รับประทานเองถึงร้อยละ 20.67 ส่วนใหญ่ยาและอาหารเสริมที่เลือกซื้อ เป็นประเภท ยาชุด ร้อยละ 30.65 สาเหตุที่ซื้อยาและอาหารเสริม รับประทานเองเพื่อรักษาอาการปวด ร้อยละ 45.26 แหล่งที่มาในการ ซื้อยาและอาหารเสริมมากที่สุดคือฝากบุคคลอื่นซื้อ ร้อยละ 50 สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายเรื่องยาสแตียรอยด์และความเข้าใจเกี่ยวกับ ยาสแตียรอยด์ยังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.67 และจากข้อมูลการศึกษา ครั้งนี้มีการพยากรณ์ที่มีการปลอมปนยาสแตียรอยด์ระดับที่ถึง 14 รายการ มีผู้รับประทานยาดังกล่าวจำนวน 19 คน เกิดอันตราย รุนแรง 3 คน แพทย์วินิจฉัย Cushing Syndrome 1 คน และทั้งหมดถูก ส่งตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม การแก้ไขปัญหายาสแตียรอยด์ อย่างแท้จริงและยั่งยืน คือ การคืนข้อมูลทางสุขภาพให้ประชาชนใน ชุมชนรับรู้ เข้าใจ ประชาชนต้องเห็นว่ายาสแตียรอยด์เป็นปัญหาด้าน สุขภาพที่รุนแรง ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข โดยแนวทางแก้ไขนั้นคือการ จัดตั้งนโยบายสาธารณะด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพระดับตำบล ออก

เป็น กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทาง  
สุขภาพ สายด่วนสุขภาพ และเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทาง  
สุขภาพในชุมชนโดยชุมชน เป็นต้น

## บทนำ

สเตียรอยด์ เป็นฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่ร่างกายสร้างมาจากต่อม  
หมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex steroids) มีหน้าที่รักษาสมดุลของ  
ร่างกายโดยควบคุมเมตาบอลิซึม บรรเทาการอักเสบ มีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกัน  
มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด กระดูกและกล้ามเนื้อ ฯลฯ  
ยาสเตียรอยด์เป็นสารที่สังเคราะห์ขึ้น เช่น เดกซาเมทาโซน (Dexa-  
methasone) เพรดนิโซโลน (Prednisolone) โดยกฎหมายกำหนด  
ให้เป็นยาควบคุมพิเศษเนื่องจากมีความเป็นพิษสูงและต้องให้แพทย์  
เป็นผู้สั่งจ่ายเท่านั้น ทางด้านการรักษายาสเตียรอยด์ใช้เพื่อทดแทน  
การขาดฮอร์โมน ด้านการอักเสบ เช่น โรคปวดข้อรูมาตอยด์ ใช้รักษา  
โรคมุมแพที่รุนแรง เช่น การแพ้ยาและโรคผื่นคันตามผิวหนังที่เกิดจาก  
การแพ้ โรคภูมิแพ้ตนเอง เช่น เอส.แอล.อี ไมแอสติเนีย เกรวีส์ ฯลฯ โรค  
หอบหืด โรคตาที่เกิดจากอาการแพ้ที่ไม่ติดเชื้อ แม้ว่าจะมีประโยชน์อย่าง  
มาก แต่ถ้าใช้อย่างไม่ถูกต้อง เหมาะสมก็จะทำให้เกิดความเป็นพิษได้  
เช่น กดภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้กระเพาะอาหารทะลุไม่สามารถ  
ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ทำให้กระดูกพรุน อ่อนเพลีย  
กล้ามเนื้อแขนและขาไม่มีแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะหรืออาจหยุดเต้นได้  
ทำให้อารมณ์แปรปรวน การใช้ยาสเตียรอยด์มากเกินไปขนาด จะทำให้  
เกิดอาการที่เรียกว่า “คุชชิง ซินโดรม (Cushing Syndrome)” มี  
ลักษณะที่สังเกตได้ คือใบหน้ากลมคล้ายพระจันทร์มีไขมันพอกที่  
ต้นคอด้านหลังเป็นหนอก ผิวหนังบาง มีรอยแตกสีม่วงแดงตามผิวหนัง

ที่หน้าท้องและต้นขา ผู้ที่มีอาการถึงขั้น คushing ซินโดรม จะมีความเสี่ยงถึงขั้นเสียชีวิตจากโรคไตสูงถึง 12 เท่า เสี่ยงต่อกระดูกหักจากกระดูกผุ กระดูกพรุน 23 เท่า เนื่องด้วยคุณสมบัติในการรักษาของยาสเตียรอยด์ที่มากมาย ปัจจุบันจึงพบการลักลอบผสมปลอมปนในผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพต่าง ๆ มากขึ้น ด้วยสรรพคุณที่แรง เร็วสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันใจ รวมถึงผู้ประกอบการก็มีกลยุทธ์การขายที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นร่วมกับกลไกการขายที่ติดตามได้ยาก ทำให้การระบาดของยาสเตียรอยด์ยังพบเรื่อยมา ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ยาแผนโบราณของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 4 สมุทรสงคราม ปี 2548-2552 พบว่ามีการปลอมปนยาสเตียรอยด์ถึงร้อยละ 25.08 และบางตัวอย่างมีความแรงเทียบเท่ากับยาสเตียรอยด์ตั้งแต่ 4 - 12 เม็ดต่อการบริโภคในแต่ละวัน และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2556 พบการปลอมปนสเตียรอยด์ถึงร้อยละ 32.5 และรายงานการคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอดำรงวิทยารัถยกุล ปี 2556 พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสเตียรอยด์ได้แก่ ยาชุด ยาต้ม สมุนไพร ยาลูกกลอน ยาแผนปัจจุบัน ยาผงแผนโบราณ ยาแคปซูล/น้ำแผนโบราณ อื่นๆ ไม่ทราบ ร้อยละ 26.30, 23.50, 21.80, 13.40, 7.80, 5.70, 1.00 และ 0.5 ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นจึงได้จัดทำโครงการการจัดการปัญหา ยาสเตียรอยด์โดยเครือข่ายชุมชน ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอดำรงวิทยารัถยกุล จังหวัดยโสธรขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการจัดการปัญหา ยาสเตียรอยด์ในชุมชน ซึ่งการจัดการปัญหา ยาสเตียรอยด์โดยเน้นให้ชุมชนเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาหรือมองว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพ ถือเป็นทางออกที่สำคัญและทำให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้และการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะได้รับยาเสพติดโดยไม่มีข้อบ่งชี้แก่ประชาชนในชุมชน
2. ค้นหาและศึกษาสภาพปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนเสพติดในชุมชน
3. ค้นหาผู้ป่วยติดยาเสพติดและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม
4. สร้างเครือข่ายแกนนำและสร้างระบบเฝ้าระวังการจัดการปัญหาเสพติดในชุมชน

## กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร จำนวน 300 คน โดยความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการ

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 - 80 ปี
2. สามารถอ่านออกเขียนได้

## แนวทางดำเนินการ

1. ประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน กำหนดขอบเขตการทำหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรและแต่งตั้งคณะทำงานในส่วนต่างๆ
2. ออกแบบเครื่องมือและแบบสอบถาม โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมิน
3. ประชาสัมพันธ์ชี้แจงโครงการ

4. ประสานงานกับสถานพยาบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ฯลฯ
5. ประชาสัมพันธ์โครงการให้เกิดการรับรู้กับประชาชนในชุมชน

#### 6. การเก็บข้อมูลและดำเนินการ มี 3 ระยะ

**ระยะที่ 1** เก็บข้อมูลโดย อสม. โดยอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติดรอยดและอธิบายการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการเก็บตัวอย่าง อสม. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลและตัวอย่างผลิตภัณฑ์ทุกหลังคาเรือนตรวจวิเคราะห์สเตรอยด์เบื้องต้นในกรณีตรวจพบสเตรอยด์ ส่งยืนยันผลที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานีและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่รับประทานยาเสพติดเพื่อเตรียมการลงเยี่ยมบ้าน

**ระยะที่ 2** เภสัชกรลงเยี่ยมบ้าน ประสาน จนท.ประจำ รพ.สต. ร่วมลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการติดยาเสพติด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งนำส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

**ระยะที่ 3** คืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อวางแผน มาตรการการในการจัดการปัญหาเสพติดในชุมชน

#### 7. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินโครงการ

## ผลการดำเนินโครงการ

ภายหลังการดำเนินโครงการและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินโครงการ ผู้ทำโครงการได้นำข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรอายุตั้งแต่ 20 – 80 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอคำเขื่อนแก้ว

จังหวัดยโสธร จำนวน 300 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

**ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข** โดยการใช้แบบสอบถามและการเก็บตัวอย่างพบว่า

### คุณลักษณะประชากรและข้อมูลทั่วไป

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.33 เพศชาย ร้อยละ 37.67 อายุเฉลี่ย 53.5 ปี ความสูงเฉลี่ย 157 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 58.3 กิโลกรัม อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.67 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 37.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.67 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 37.33 ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ความดัน ไขมัน ร่วมกันอย่างน้อย 2 โรค ร้อยละ 16 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของคุณลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไป

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>เพศ</b><br>หญิง 187 คน (62.33%)<br>ชาย 113 คน (37.67%)                                                                                                                                                          | <b>อายุเฉลี่ย 53.5 ปี</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>อาชีพ</b><br>เกษตรกร 152 คน (50.67%)<br>ก่อสร้าง 11 คน (3.67%)<br>รับจ้างทั่วไป 13 คน (4.33%)<br>ค้าขาย 112 คน (37.33%)<br>เลี้ยงสัตว์ 2 คน (0.67%)<br>ข้าราชการ 2 คน (0.67%)<br>ไม่ได้ประกอบอาชีพ 8 คน (2.66%) | <b>โรคประจำตัว</b><br>มีโรคประจำตัว 112 คน (37.33%)<br>แยกเป็นเบาหวาน ความดัน ไขมัน ร่วมกันอย่างน้อย 2 โรค 48 คน (16%)<br>เบาหวาน 26 คน (8.67%)<br>ความดัน 31 คน (10.33%)<br>ไขมัน 4 คน (1.33%)<br>อื่นๆ เช่น เก๊าท์ รูมาตอยด์ 3 คน (1%)<br>ไม่มีโรคประจำตัว 188 คน (62.67%) |
| <b>ความสูงเฉลี่ย 157 เซนติเมตร</b>                                                                                                                                                                                 | <b>น้ำหนักเฉลี่ย 58.3 กิโลกรัม</b>                                                                                                                                                                                                                                           |

การรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

การรับรู้เกี่ยวกับอันตรายเรื่องยาเสพติด จากการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 300 คน มีผู้ที่เคยได้ยินคำว่ายาเสพติดเพียง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 18.67 โดยได้ยินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด คือ เป็นยาที่อันตรายไม่ควรรับประทาน แต่ไม่สามารถลงรายละเอียดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่าความรู้เรื่องยาเสพติดของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำ

รายละเอียดประเภทยาและอาหารเสริมที่ผู้ป่วยซื้อรับประทานเอง

พบว่า มีผู้ป่วยที่ซื้อยาและอาหารเสริมรับประทานเอง จำนวน 62 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.67 โดยประเภทยาที่ผู้ป่วยซื้อรับประทานเองส่วนใหญ่ คือ ยาชุด ร้อยละ 30.65 รองลงมาคือ ยาน้ำแผนโบราณ ร้อยละ 22.58 อาหารเสริม ร้อยละ 17.74 อื่นๆ เช่น ยาผงสมุนไพร ร้อยละ 12.90 นัตยาแก้ปวดและยาลูกกลอน ร้อยละ 8.06 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 รายละเอียดประเภทยาและอาหารเสริมที่ผู้ป่วยซื้อรับประทานเอง

| รายละเอียด                                     | ร้อยละ |
|------------------------------------------------|--------|
| จำนวนผู้ป่วยที่ซื้อยาและอาหารเสริมทานเอง 62 คน | 20.67  |
| ประเภทยาที่ผู้ป่วยซื้อยาทานเองดังนี้           |        |
| • ยาชุด 19 คน                                  | 30.65  |
| • นัตยาแก้ปวด 5 คน                             | 8.06   |
| • ยาน้ำแผนโบราณ 14 คน                          | 22.58  |
| • ยาลูกกลอน 5 คน                               | 8.06   |
| • อาหารเสริม 11 คน                             | 17.74  |
| • อื่นๆ เช่น ยาผงสมุนไพร 8 คน                  | 12.90  |

### แหล่งที่มาในการซื้อารับประทานเองของผู้ป่วย

พบว่า ส่วนใหญ่ฝากบุคคลอื่นซื้อ ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ร้านขายยา/คลินิกพยาบาล ร้อยละ 29.03 รถเร่หรือคนเร่ขาย ร้อยละ 12.90 ร้านค้า/ร้านชำ ร้อยละ 6.45 และ ศูนย์ขายตรง ร้อยละ 1.61 ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 แหล่งที่มาในการซื้อารับประทานเองของผู้ป่วย

| แหล่งที่มาในการซื้อยา  | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------|------------|--------|
| ฝากบุคคลอื่นซื้อ       | 31         | 50.00  |
| รถเร่หรือคนเร่ขาย      | 8          | 12.90  |
| ร้านขายยา/คลินิกพยาบาล | 18         | 29.03  |
| ร้านค้า/ร้านชำ         | 4          | 6.45   |
| ศูนย์ขายตรง            | 1          | 1.61   |

### สาเหตุอาการเจ็บป่วยในการเลือกซื้อารับประทานเองของผู้ป่วย

พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวด ร้อยละ 51.62 รองลงมาคือ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ทานข้าวไม่ได้ ไม่เจริญอาหาร ร้อยละ 32.26 บำรุงร่างกายและล้างสารพิษ ร้อยละ 8.06 ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4 สาเหตุอาการเจ็บป่วยในการเลือกซื้อารับประทานเองของผู้ป่วย

| อาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเลือกซื้อยาทานเอง | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------------------------------|------------|--------|
| อาการปวด                                       | 32         | 51.62  |
| เหนื่อยอ่อนเพลีย ทานข้าวไม่ได้ ไม่เจริญอาหาร   | 20         | 32.26  |
| บำรุงร่างกาย                                   | 5          | 8.06   |
| ล้างสารพิษ                                     | 5          | 8.06   |



**แสดงผลการตรวจวิเคราะห์การปลอมปนยาสเตียรอยด์**

พบว่า จากตัวอย่างที่อาสาสมัครสาธารณสุขเก็บส่งตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด 56 ตัวอย่าง จำนวน 48 รายการ ผลการตรวจวิเคราะห์ที่พบการปลอมปนยาสเตียรอยด์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นจำนวน 14 รายการ คิดเป็น ร้อยละ 29.17 (ตาราง 5)

ตาราง 5 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์การปลอมปนยาสเตียรอยด์

| รายละเอียด                                                   | จำนวน       | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| จำนวนตัวอย่างที่ อสม. เก็บส่งตรวจวิเคราะห์                   | 56 ตัวอย่าง |        |
| จำนวนรายการ                                                  | 48 รายการ   |        |
| จำนวนรายการที่ตรวจพบการปลอมปนสเตียรอยด์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น | 14 รายการ   | 29.17  |

**ระยะที่ 2 เภสัชกรลงเยี่ยมบ้าน** เพื่อประเมินการติดตามสเตียรอยด์/ผลข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์ รวมทั้งนำส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

**อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาสเตียรอยด์**

รายการยาที่ตรวจพบการปลอมปนยาสเตียรอยด์ทั้ง 14 รายการ พบมีผู้ป่วยที่ปัจจุบันใช้ยาดังกล่าว จำนวน 19 คน ยาที่ผู้ป่วยรับประทานส่วนใหญ่คือ “ยาประดงดอกคูณ ตราเทพธิดา ชนิดน้ำ” จาก 19 คน พบผู้อาการรุนแรง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79 คืออาการบวมทั้งตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรงเดินไม่ได้ จำนวน 2 คน อีก 1 คนมีอาการบวมและกระดูกพรุน

ผลการตรวจโดยแพทย์ พบ Cushing Syndrome 1 คน ส่วนผู้ป่วยอีก 15 คน ที่เหลือไม่พบความผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ปัจจุบันใช้ยาปลอมปนสเตียรอยด์ถูกส่งพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาตามแนวทางที่เหมาะสม ต่อไป

**ระยะที่ 3 ค้นข้อมูลให้ชุมชน** เพื่อวางแผน หามาตรการในการจัดการปัญหาياسเตียรอยด์ในชุมชนโดยการจัดเวทีประชาคม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 ให้ประชาชนในชุมชนได้รับรู้ถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งมาจากยาสเตียรอยด์ เกิดความตระหนักและอยากที่จะร่วมมือ ช่วยกันแก้ไขปัญหาย่างแท้จริง โดยมีแนวทางแก้ไขคือ นโยบายสาธารณะตำบล ดงแคนใหญ่ด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ ออกเป็นกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ สายด่วนสุขภาพ และเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

### สรุปผลการดำเนินงาน

ผลจากการดำเนินโครงการ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เลือกซื้อ ยาและอาหารเสริมรับประทานเองถึงร้อยละ 20.67 ส่วนใหญ่ยาและอาหารเสริมที่เลือกซื้อเป็นประเภทยาชุด ร้อยละ 30.65 เนื่องจาก สะดวก หาซื้อง่าย ราคาไม่แพง ไข้แล้วเห็นผลทันใจ สาเหตุที่ซื้อยาและอาหารเสริมรับประทานเองเพื่อรักษาอาการปวด ร้อยละ 45.26 แหล่งที่มาในการซื้อยาและอาหารเสริมมากที่สุดคือฝากบุคคลอื่นซื้อ ร้อยละ 50 เนื่องจากได้รับการบอกต่อไข้แล้วดีไข้แล้วหาย สามารถทำงานได้ตามปกติ สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายเรื่องยาสเตียรอยด์ จากจำนวน 300 คน เคยได้ยินคำว่า ยาสเตียรอยด์เพียง 56 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.67 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำ ส่วนความเข้าใจเกี่ยวกับยา สเตียรอยด์ บอกได้ว่าเป็นยาที่อันตรายไม่ควรรับประทาน แต่ไม่สามารถลงรายละเอียดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดความรู้เรื่องยาสเตียรอยด์ นอกจากนี้ ประชาชนไม่รู้ว่าผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพชนิดใดบ้างที่มีการผสมยา สเตียรอยด์และเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ยาก ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการ

ถูกหลอกลวงให้หลงเชื่อโฆษณาและตกเป็นเหยื่อการใช้ยาสเตียรอยด์โดยไม่รู้ตัว จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้มีรายการยาที่มีการปลอมปนยาสเตียรอยด์ระดับปานกลางในพื้นที่ถึง 14 รายการ มีผู้รับประทานยาดังกล่าวในปัจจุบัน 19 คน เกิดอันตรายรุนแรง 3 คน แพทย์วินิจฉัย Cushing Syndrome 1 คน และทั้งหมดถูกส่งตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม การแก้ไขปัญหายาสเตียรอยด์อย่างแท้จริงและยั่งยืนคือ ประชาชนต้องเห็นว่ายาสเตียรอยด์เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรงต้องเร่งดำเนินการแก้ไข โดยจัดตั้งนโยบายสาธารณะด้านผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ ออกเป็น กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ สายด่วนสุขภาพ และเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพในชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเภสัชกรเด่นชัย ดอกพอง โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการและให้คำแนะนำแก่ข้าพเจ้าในการปรับปรุงและพัฒนาการศึกษาในครั้งนี้ให้ถูกต้องและสมบูรณ์

ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแคนใหญ่ ชุมชนตำบลดงแคนใหญ่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและสนับสนุนให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ประโยชน์และคุณค่าที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะนำไปใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงงานที่รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน ชุมชน ประเทศชาติและเพื่อความก้าวหน้าของข้าพเจ้า

### เอกสารอ้างอิง

1. เด่นชัย ดอกพอง. (2553). การจัดการสเตียร์รอยด์โดยเครือข่ายชุมชน ต.ศรีตระกุล อ.ซุซันท์ จ.ศรีสะเกษ.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 19(5), 845-853.
2. ภาณุโชติ ทองยัง.(2554). อย่าปล่อยให้สเตียร์รอยด์ลอยนวล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี.
3. รุ่งนภา กงวงษ์.(2557).การจัดการปัญหาการใช้ยาสเตียร์รอยด์ในชุมชนอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารวิชาการเพื่อประเมินเงินประจำตำแหน่ง.

## การพัฒนาศักยภาพเครื่อง่าย ในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในระดับตำบล

ภญ.สุภาวดี เปล่งชัย

โรงพยาบาลเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด E-mail:supawadee.rx@gmail.com

### บทนำ

ในพื้นที่ทั้งชนบทและชุมชนเมือง ประชาชนผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รวมถึงสถานบริการสุขภาพได้มากน้อยแตกต่างกันตามแต่บริบทของพื้นที่ ซึ่งการกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ กัน เช่น ร้านชำ รถเร่ ขายตรง สถานีวิทยุ เคเบิลทีวี สถานพยาบาล หากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความเสี่ยง จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งในหลายๆ พื้นที่มีประชาชนที่ได้รับอันตรายจากการบริโภคยาชุด ยาลูกกลอนที่ปลอมปนสเตียรอยด์ น้ำหมักชีวภาพ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อวดอ้างสรรพคุณรักษาโรค เครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้ หลายรายการก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ก่อให้เกิดผลเสียต่อโรคที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดความสูญเสียโอกาสในการรักษาที่ถูกต้อง รวมถึงการสูญเสียทรัพย์สินจากการซื้อผลิตภัณฑ์ราคาแพงๆ มาบริโภค

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในชุมชน จะสำเร็จและยั่งยืนได้นั้น สิ่งที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการให้ความสำคัญ ความตระหนักว่ายาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง มีผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อคนในชุมชนได้ แล้วร่วมลงมือวางแผน จัดทำกิจกรรมแก้ไขปัญหา เพื่อให้ชุมชนมีความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพตลอดไป การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่างๆ เหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในการตรวจสอบ ส่งต่อข้อมูล และดำเนินการจัดการได้เองในระดับพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพของ อสม.จึงมีความสำคัญในการที่จะทำให้ชุมชนมีความปลอดภัยด้านสุขภาพในส่วนของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

## คำนิยาม

**ยา** หมายถึง วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์ รวมทั้งวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลต่อสุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์

**ผลิตภัณฑ์สุขภาพ** หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท วัตถุเสพติดบางชนิดที่ใช้เป็นยา (ยาเสพติดให้โทษ

ที่ใช้ในทางการแพทย์) และสารระเหย (ที่มา : กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.คู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัท หกหนึ่งเจ็ด จำกัด;2558.)

**ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลหรืออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย หรือเศรษฐกิจของผู้บริโภค

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในระดับตำบล

## วิธีการศึกษา

พัฒนาศักยภาพเครือข่าย โดยกระบวนการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

- เกสักรงานเกสักรรรมปฐุมภูมิ
- ผู้อำนวยกรรพยบาลสงเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฟ้า
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฟ้า
- อสม.ตำบลโพธิ์ทอง จำนวน 9 หมู่บ้าน
- ผู้นำชุมชน จำนวน 9 หมู่บ้าน

## ระยะเวลาดำเนินงาน

1 มีนาคม 2558 – 1 พฤษภาคม 2558

## ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะนำไปใช้ประโยชน์

1. ได้แนวทางประเมิน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในระดับตำบล ที่เน้นรูปแบบ การมีส่วนร่วมของประชาชน
2. ระดับชุมชนมีความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

## ประชากรและกลุ่มที่ใช้ในการศึกษา

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่บ้านหนองผักแว่น หมู่ 9 ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
  - กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
  - กลุ่มผู้สูงอายุ
2. เครือข่าย อสม.เฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงระดับชุมชน ในพื้นที่ 9 หมู่บ้าน ของ ต.โพธิ์ทอง อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

## แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการตรวจสอบ เฝ้าระวัง แหล่งที่มาของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสเตียรอยด์จาก รดเร่ ร้านชำ
  - 1.1 ข้อมูลการตรวจสอบเฝ้าระวังรดเร่ ร้านชำ
  - 1.2 การมีมาตรการในชุมชน



2. ข้อมูลผู้ป่วยและผลิตภัณฑ์ที่ปลอมปนสเตียรอยด์ในระดับชุมชน

2.1 ข้อมูลผู้ป่วยที่มีการบริโภคสเตียรอยด์ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาจากชุมชน สู่วิทยาศาสตร์ (ในรายที่มีภาวะ Adrenal insufficiency, Steroid without syndrome)

2.2 ข้อมูลยาสเตียรอยด์และผลิตภัณฑ์ที่ปลอมปนสเตียรอยด์ แนวทางการลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์ในพื้นที่

### การดำเนินงาน

1. ค้นหาและสำรวจผู้ใช้ยาชุด ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในหมู่บ้าน
2. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากกรณีตัวอย่างผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาชุด ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
3. สำรวจแหล่งจำหน่ายยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ตลาดนัด 1 แห่ง รถเร่จำนวน 4 คัน ร้านชำ 10 แห่ง
4. ให้ความรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชนในหมู่บ้านทุกเดือน
5. ทิ่มเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

### ผลการดำเนินงาน

ค้นหาและสำรวจผู้ใช้ยาชุด ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในหมู่บ้าน

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| มีผู้ใช้ยาต้มสมุนไพร                  | จำนวน 1 ราย |
| มีผู้ใช้ยาชุด                         | จำนวน 5 ราย |
| มีผู้ใช้ยาแผนโบราณที่ปลอมปนสเตียรอยด์ | จำนวน 2 ราย |

ทีมเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ใน 9 หมู่บ้าน บ้านหนองผักแว่น ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเสลภูมิ ได้จัดทำฐานข้อมูลร้านค้าและรถที่เข้ามาจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ตนเองได้ และมีข้อมูลเหตุการณ์ที่ผิดปกติด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคพร้อมทั้งสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง สามารถสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งและกำหนดมาตรการทางสังคม เพื่อให้คนในชุมชนได้ปฏิบัติร่วมกัน

### ความสำเร็จ

- ไม่พบรถเร่ขายเก่าในพื้นที่
- ชาวบ้านมีความรู้และความตระหนักต่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น
- มีร้านขายของชำที่ได้มาตรฐาน ไม่มีการจำหน่ายยาชุดในหมู่บ้าน
- ทีมเครือข่ายมีความมั่นใจมากขึ้น จากการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถจัดการรถเร่ จัดการยาในร้านชำให้คำแนะนำร้านค้า ตรวจสอบได้เองในชุมชน
- มีนโยบายการทำงานจาก รพ.สต. ให้เกิดการทำงานเป็นระบบทั้งพื้นที่ เอาจริงเอาจังและต่อเนื่อง
- ประชุม อสม. ทุกเดือน มีเนื้อหางานคุ้มครองผู้บริโภคทุกครั้ง
- มีระบบเฝ้าระวัง โดยมี อสม. ตรวจสอบ และรายงานอย่างเป็นระบบ
- ผู้ใหญ่บ้านไม่อนุญาตให้ผู้ประกอบการมาโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่
- รวบรวมข้อมูล คืบข้อมูลสู่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ



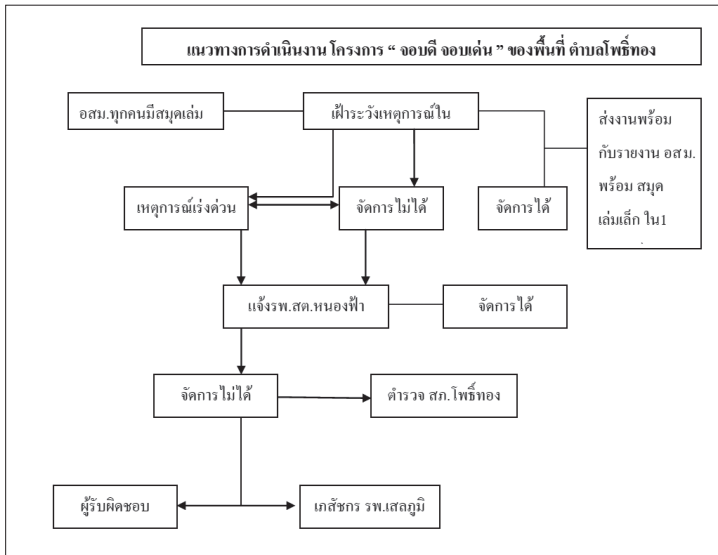
ทีมเครือข่ายเฝ้าระวังจากหมู่ 9 แจ้งว่ามีคนไข้เบาหวาน มีอาการ ปวดขา ซีดขาด  
มาทาน จากร้านขายยาในอำเภอแห่งหนึ่ง แล้วมีอาการตัวบวม หนอก หน้าอุม  
เดินไม่ได้ จนท.ลงพื้นที่ตรวจสอบ แนะนำให้คนไข้หยุดทาน แล้ว Refer ต่อ รพ.เสลภูมิ



ประชุมชมทั้ง 9 หมู่บ้าน



ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่เครือข่ายตรวจสอบพบในพื้นที่



## สรุปและข้อเสนอแนะ

มาตรการการแก้ไขปัญหาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงโดยใช้รูปแบบกลไกชุมชนจัดการปัญหา

1. มีแกนนำเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยต้องมี Key Person ที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อน ซึ่งอาจเป็นผู้นำชุมชน อปท. อสม. จนท. รพ.สต. แล้วแต่บริบทในแต่ละพื้นที่ที่ไม่เหมือนกัน

2. กระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักรู้เข้าใจว่าสเต็มเซลล์ยารอดส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพ ให้รู้เท่าทันสเต็มเซลล์ยารอดในรูปแบบต่างๆ ที่เข้ามาในชุมชน ทั้ง ยาชุด ยาประดง ยาลูกกลอน ยาแผนโบราณ เครื่องดื่มสมุนไพร ฯลฯ โดยมีเคสผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่เป็นตัวอย่างให้ชุมชนได้ตระหนัก

3. แกนนำเครือข่ายในชุมชนนั้น ต้องเป็นผู้ค้นหาแหล่งกระจายยาเสพติดที่เข้ามาในพื้นที่ของตนเอง และผู้ป่วยที่บริโภคและได้รับผลกระทบจากการบริโภคยาเสพติด เพื่อให้แกนนำเครือข่ายได้เข้าใจและมีมุมมอง แนวทางในการแก้ปัญหาในชุมชนของตนเองได้

4. มาตรการการลดความเสี่ยงของปัญหาเสพติดในชุมชน คนในชุมชนจะออกแบบมาตรการในพื้นที่เอง โดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงเป็นผู้เลี้ยงให้พื้นที่

5. ควรจัดการปัญหาด้วยความเข้าใจ กระบวนการจัดการความรู้ในพื้นที่ก็เช่นกัน เน้นการพูดคุยและเข้าหาพื้นที่อย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดี ที่จะนำไปสู่ความร่วมมือ

### ข้อเสนอแนะและสิ่งนำไปพัฒนาต่อ

ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่ชนบท เป็นปัญหาที่สำคัญและเรื้อรังมานาน ไม่เพียงแต่มีการกระจายยากกลุ่มยาอันตรายที่เป็นกลุ่มยาปฏิชีวนะ กลุ่มยา NSAIDS เท่านั้น ยังมียาเสพติดซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษที่ถูกกระจายไปยังชุมชนในรูปแบบของยาแผนปัจจุบัน ทั้งแบบเม็ดเดี่ยว แบบยาชุด และในรูปแบบของยาแผนโบราณ ทั้งแบบยาลูกกลอน ยาฝุ่น ยาผง ยาประดงน้ำ รวมทั้งยังมีการระบาดของยาเสพติดในรูปแบบเครื่องดื่มสมุนไพรด้วย พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนที่มีความชอบในสรรพคุณของยาชุดแก้ปวด ยาประดงน้ำ ที่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ทันที โดยที่ประชาชนผู้บริโภคมักไม่รู้ตัวว่า ตนเองกำลังบริโภคยาเสพติดอยู่ มีผลทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ จึงควรพัฒนาในประเด็นต่อไปนี้

1. ความรู้ ความเข้าใจถึงอันตรายของยาเสพติดและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระจายข้อมูล ประชาสัมพันธ์ ในช่องทางต่างๆ ให้ประชาชนในอำเภอเสลภูมิได้รู้เท่าทันในวงกว้าง กว่าอย่างเร่งด่วน

2. มาตรการ กลไก การเฝ้าระวังและแก้ปัญหาในระดับตำบล ควรมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างตำบลให้สามารถเฝ้าระวังและจัดการ ได้อย่างรวดเร็ว

3. การบังคับใช้ทางกฎหมายต่อผู้ประกอบการร้านยา ร้านส่ง รถเร็ว ต้องมีความเข้มงวดและดำเนินการให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. รูปแบบการดำเนินงานแบบกลไกชุมชนจัดการยาและ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง ควรมีการขยายให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั้งระดับ ตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความร่วมมือของทีมคณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านหนองฟ้า ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด ประธาน อสม. ผู้ใหญ่บ้านและทีม อสม. ทั้ง 9 หมู่บ้าน

## บรรณานุกรม

1. สุภาวดี เปล่งชัย. (2558). รายงานการวิจัย ความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการบริโภคยา ในชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.
2. ภาณุโชติ ทองยัง. (2556). ชมรมเภสัชชนบทกับเส้นทางการจัดการยาไม่เหมาะสมในชุมชน, ยาวีพากษ์ ฉบับที่ 17.
3. สุภาวดี เปล่งชัย. (2556). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการจัดลำดับความสำคัญของสินค้าไม่ปลอดภัย จังหวัดร้อยเอ็ด.
4. รัชตะ รัชตะวารินและคณะ. (2550). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารที่มีสเตียรอยด์ปะปนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์.
5. รุ่งนภา กงวงศ์. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาสเตียรอยด์ โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
6. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). ยากับชุมชน มิติทางสังคมและวัฒนธรรม, 14-130.
7. ศุภณัย ประเสริฐสุข. (2557). สถานการณ์การเฝ้าระวังการเลื่อนไหลสเตียรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม, วันที่ค้นข้อมูล 26 ธันวาคม 2557, เว็บไซต์ [www.fda.moph.go.th](http://www.fda.moph.go.th).
8. ดุริพัธ แจ่มใจ และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2557). ประสิทธิภาพของวิธีการแก้ไขปัญหาคาสิโนกมลพิษที่ผลิตกฎหมายทางสถานีวิทย์ท้องถิ่น, วารสารเภสัชกรรมไทย. 23-40.

9. ชัชวาลย์ ทัดศิวัช.(2550) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) มิติใหม่ของรูปแบบวิธีวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
10. ธนพงศ์ ภูผาสี และคณะ. (2557). รูปแบบการพัฒนาร้านค้าแบบชุมชนมีส่วนร่วม ต.โพนสูง จ.สกลนคร. วารสารอาหารและยา ฉบับเดือนกันยายน – ธันวาคม 2557, 57-63.



## โครงการ

“การศึกษาเชิงคุณภาพกระบวนการตัดสินใจ  
ในการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อน  
สเตียรอยด์ของประชาชนที่รู้อันตรายของสเตียรอยด์  
ในพื้นที่ อำเภอลอง จังหวัดแพร่”

ภญ.อรพรรณ กาศสมบุรณ์

โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ E-mail : neungok@gmail.com

## บทคัดย่อ

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังการปนเปื้อนภูมิ พบประชาชนในพื้นที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพปนเปื้อนสเตียรอยด์ตั้งแต่อาการไม่พึงประสงค์จากสเตียรอยด์ในระดับที่แก้ไขได้ ถึงเสียชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการให้คำแนะนำ หรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ก็ยังคงพบว่ามีประชาชนกลุ่มหนึ่งที่ยังคงบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์อยู่ต่อไป การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา หรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์แม้รู้ว่สเตียรอยด์ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Qualitative study using in-depth interview) โดยใช้แบบสอบถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire)

ที่สร้างมาจากแนวคิดและทฤษฎี กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค (พัชรา ตันติประภา, 2546) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน คัดเลือกโดยใช้หลักการแบบจำเพาะเจาะจง จากประชาชนในพื้นที่อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ เป็นผู้รู้อันตรายของสเตียรอยด์ แต่ยังคงตัดสินใจใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์ต่อ และยินยอมให้สัมภาษณ์ และเสาะหาผู้ให้ข้อมูลหลักรายต่อไปด้วยวิธีบอกต่อ (Snowball Technique) ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2558 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบผู้บริโภคเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าว ด้วยองค์ประกอบของกระบวนการตัดสินใจ การรับรู้ความต้องการ ในการบำบัดแก้ไขปัญห สุขภาพ ได้แก่ อาการปวด การไม่เจริญอาหาร ทำให้ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นสำคัญ การแสวงหาข้อมูล เป็นการ ค้นหาข้อมูลจากเพื่อนบ้านที่เคยใช้ หรือจากการแนะนำของแม่ค้าเร่ขายตรง การประเมินทางเลือก เป็นการอิงประโยชน์ของคุณลักษณะ (Attribute-based Choice) จากประสบการณ์ที่เห็นผู้อื่นกินได้ผลดี การเปรียบเทียบกับยาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และจาก ประสบการณ์ในการทดลองกิน และ อิงทัศนคติ (Attitude-based Choice) ในประเด็น อายุ ปริมาณการใช้กับการเกิดอันตราย การตัดสินใจซื้อ ซื้อจากแม่ค้าคนกลางและสั่งซื้อโดยตรง และการประเมิน ความพึงพอใจ ผู้บริโภค พึงพอใจมีการใช้ซ้ำ สรุปผลการศึกษา ผู้บริโภคตัดสินใจบริโภคยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนต่อไป แม้ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ด้วยสารสเตียรอยด์ที่ปนเปื้อนสามารถตอบสนองความต้องการ ในการบำบัดอาการ หรือปัญหาสุขภาพ ได้อย่างรวดเร็ว สร้างความพึงพอใจ ยอมรับในผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมา ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดไม่มียาอันตรายจนถึงต้อง

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต และไม่เคยพบเพื่อนบ้านที่บริโภคเสียชีวิต รวมถึงผู้บริโภคมีการเรียนรู้การบริหารความเสี่ยงจากผลกระทบสุขภาพ โดยการบริโภคในปริมาณน้อย และบริโภคเฉพาะเมื่อต้องการบำบัดอาการ หรือ แก้ไขปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความเข้าใจในกระบวนการตัดสินใจ ช่วยให้เข้าใจในความต้องการของผู้บริโภค และหาแนวทางในการจัดการร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนต่อไปได้

## บทนำ

สเตียรอยด์ เป็นชื่อเรียกกลุ่มฮอร์โมนที่ถูกสร้างมาจากต่อมหมวกไต (Adrenal cortex steroid) โดยถูกสร้างขึ้นจาก คอเลสเตอรอล (Cholesterol) ซึ่งสเตียรอยด์ที่ถูกสร้างขึ้น มีหลักๆ 2 ชนิด ได้แก่ คอร์ติซอล (Cortisol) และ อัลโดสเตอโรน (Aldosterone) สเตียรอยด์ที่ร่างกายสร้างขึ้น มีประโยชน์ในการรักษาสมดุลของเกลือแร่ และน้ำ เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อการเจริญเติบโต การแบ่งเซลล์ กล้ามเนื้อ กระดูกด้วยประโยชน์ของสเตียรอยด์ จึงมีการสังเคราะห์เพื่อใช้ในทางการแพทย์เพื่อรักษาบำบัดโรค ด้วยประสิทธิภาพที่โดดเด่นของสเตียรอยด์ในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้หลากหลาย และได้ผลอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอาการปวดตามร่างกาย รวมถึงทำให้เจริญอาหาร จึงส่งผลให้มีการลักลอบนำสเตียรอยด์มาผสมในยาแผนโบราณ ยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และจำหน่ายให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทั้งนี้หากมีการใช้สเตียรอยด์ อย่างไม่ถูกข้อบ่งชี้ และระยะเวลาานานติดต่อกันทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายได้ เช่น เกิดภาวะคุชชิง (Cushing syndrome) กระเพาะทะลุ เป็นต้อกระจก เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มี

อาการทางจิตประสาท ภูมิต้านทานลดลงติดเชื้อโรคได้ง่าย และ อาจเสียชีวิตได้

จากการเยี่ยมบ้านและการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่ อำเภอลอง พบว่ามียาหรืออาหารเสริมสุขภาพที่มีปนเปื้อนสเตียรอยด์ ในพื้นที่ ในรูปแบบยาผงสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาชุด เครื่องดื่มสมุนไพรผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน มีตั้งแต่เกิดภาวะคุชชิง จนถึงมีเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แม้ว่าเภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความรู้แก่ประชาชน แต่ก็ยังคงพบยาและอาหารเสริมสุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ รวมถึงผู้บริโภครายราย แม้ทราบถึงอันตรายของสเตียรอยด์ ก็ยังคงบริโภคต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามในการบริโภคอุปโภคสินค้าใด ย่อมมีกระบวนการตัดสินใจเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งการวินิจฉัยกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค จึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจถึงเหตุในการตัดสินใจกินยาหรืออาหารเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีความรู้เรื่องอันตรายของสเตียรอยด์ แต่ยังคงกินยาหรืออาหารเสริมสุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง พัทธรา ตันติประภา (2546) สรุปแนวคิดและทฤษฎีการวินิจฉัยกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ความต้องการ การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก ก่อนตัดสินใจซื้อ การซื้อ การประเมินหลังการซื้อ

ดังนั้น ผู้จัดทำโครงการ จึงสนใจกระบวนการตัดสินใจของประชาชนที่มีความรู้ในอันตรายของ สเตียรอยด์ แต่ยังคงกินยาหรืออาหารเสริมสุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง เพื่อความเข้าใจในผู้บริโภค และเป็นข้อมูลในการค้นหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนไม่ใช้ยาหรืออาหารเสริมสุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์ต่อไป

## กลุ่มเป้าหมาย

### กลุ่มตัวอย่างและวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง ผู้บริโภค หรือ ผู้ซื้อให้ผู้บริโภคซึ่งมีความรู้อันตรายของสเตียรอยด์ (คัดกรองจากคำถามเบื้องต้นของผู้วิจัย) แต่ยังคงตัดสินใจใช้หรือยังคงให้ผู้บริโภคใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์ต่อ และยินยอมให้สัมภาษณ์

## เครื่องมือ การตรวจสอบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือการสอบถามเชิงลึก (In-depth interview) ใช้แบบสอบถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ที่สร้างมาจากแนวคิดและทฤษฎี กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค (พัชรดา ตันติประภา, 2546) ตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## แนวทางดำเนินการ

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. จัดแบบสอบถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire)
4. ขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก (Qualitative study using in-depth interview) กลุ่มตัวอย่าง
5. การตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation)
6. การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (Content analysis)
7. สรุปผลการศึกษา

## ผลการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ มีผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งหมด 4 คน เป็นเพศหญิง ทั้งหมด และเป็นผู้ซื้อเพื่อบริโภคเอง จำนวน 2 คน ซื้อให้บุคลากร จำนวน 2 คน อายุเฉลี่ย 52 ปี และผลิตภัณฑ์ในการศึกษา เป็น ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเภทอาหาร โดยสังเกตเลขสารบบอาหาร และ ยาถูกลอนที่ไม่มีทะเบียน รายได้ผู้ให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 5,000 ถึง 50,000 บาท ต่อเดือน พบว่า

สาระสำคัญที่แสดงถึงกระบวนการตัดสินใจในกินผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างต่อเนื่องแม้ทราบถึงอันตราย ดังนี้

1. การรับรู้ถึงความต้องการ (Need Recognition) เกิดจากการรับรู้ความทุกข์จากการเจ็บป่วยของตนเอง หรือ บุคคลในครอบครัว เกิดจากความต้องการทางกาย (Physiological needs) ของผู้บริโภคเอง โดยค้นพบคำสำคัญ เช่น ปวด อยากเจริญอาหาร อยากมีเรี่ยวแรง ทำงาน ทั้งนี้คำว่า “อยากมีเรี่ยวแรง” เป็นคำที่พบบ่อยที่สุด และจากความต้องการทางจิตวิทยา (Psychological needs) ค้นพบคำสำคัญ เช่น อยากให้แม่กินข้าวได้มากขึ้น พ่อผอมมาก ผิวหนังตอบ คิดมาก

“ก็เหมามันเนื้อหนังเขาก็แห้งเหี่ยว บ่มีป่าบ่มีแอง หยะเรียกหยะ กำน เขาคนหยะกำนหาเจ้ากินคำ เขาก็อยากกินข้าวล่ำ หยะกำน อะหยังเขาก็บ่อยากปวดเนื้อปวดตัว”

(ผิวหนังเราแห้งเหี่ยว ไม่มีเรี่ยวแรงในการทำงาน เราคนทำงาน หาเจ้ากินคำ เราก็คอยากกินข้าวได้เยอะ ๆ ทำงานโดยไม่ปวดไม่เมื่อย)

“พอดีต่อนั้นบ่เป็นผอม (ลากเสียงยาว) ไคฮื้อเป็นแข็งแรง เป็นจ่มเจ็บคอ เจ็บแซ้ง เจ็บเช่า ไปหาหมอดีไดกั๋บหาย บ่ถูกกำแล้ว”

(ตอนนั้นพ่อผอม อยากให้พ่อแข็งแรง พ่อบ่นเจ็บคอ เจ็บขา เจ็บเช่า รักษาหมอที่ไหนก็ไม่หาย)

“มันกินข้าวบ่ล่ำ บ่มีแสง ปวด เมื่อคืนกระดูกลั่นลื้อและะ”  
(กินข้าวไม่อร่อย ไม่มีเรี่ยวแรง ปวด กลางคืนที่ผ่านมา กระดูก  
ลั่นเสียงดัง “ลื้อและะ”)

“มียาอยู่ตัวหนึ่งหยังฮื้อเฮาตอบ เจ้ากินนั้นมาเป็นปีปาย หยัง  
ฮื้อเฮาตอบลงตัก ๆ แบบว่าไขมันมันเคลื่อนที่ ก็เลยฮื้อกับหมอปรึกษา  
เปลี่ยนตัวยาฮื้อมันกับดีขึ้น เนื้อเฮาก็ตอบ กิดหนักหนอ”

(มียาตัวหนึ่งที่กินทำให้เราหน้าตอบ ตีฉันทินยานั้นมาเป็นปีกว่า  
หน้าตอบลงเรื่อย ๆ เพราะไขมันมันเคลื่อนที่ ปรึกษากับแพทย์ แพทย์  
เปลี่ยนยาให้ แต่เนื้อ (ใบหน้า) ก็ยังตอบอยู่ คิดมาก)

**2. การค้นหาข้อมูล (Information Search)** ในการค้นหาข้อมูล  
เป็นการค้นหาข้อมูลจากภายนอก โดยจากแหล่งบุคคล (Personal  
Source) ที่ใกล้ชิด หรือ ผู้มีประสบการณ์ใช้มาก่อน คือ คนในครอบครัว  
เพื่อนบ้าน หรือ เพื่อนผู้มีสภาวะการเจ็บป่วยโรค หรือ อาการเดียวกัน  
หรือ แหล่งบุคคลก็เป็นแหล่งการค้า (Commercial Source) โดย  
เป็นพนักงานขายตรง ใช้ดีบอกต่อ แม่ค้าเร่ค้าสำคัญที่พบ คือ ลูกสาว  
เพื่อนบ้าน ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“..อาทวน กินก่อนแล้ว กินข้าวล่ำ ก้อเลยถามเป็น ก้อเลยฮื้อมา  
ฮื้อยายกิน หันอาทวนกิน แล้วอ้วนไ้”

(อาทวน (เพื่อนบ้าน) กินมาก่อน กินแล้วกินอาหารได้มาก ก็เลย  
ถามอาทวน เลยฮื้อมาให้ยายกิน อาทวนกินแล้วอ้วนไ้)

**3. การประเมินทางเลือก (Evaluation of Alternative)** การ  
ประเมินทางเลือกในการบริโภค เป็นการอิงประโยชน์ จากประสบการณ์  
ที่เห็นผู้อื่นกินได้ผลดี การเปรียบเทียบกับยาที่ได้รับจากบุคลากร  
ทางการแพทย์ อิงประสบการณ์จากการทดลองกินมาก่อน และ อิง

ทัศนคติ ในประเด็น อายุ ปริมาณการใช้กับการเกิดอันตราย ทุกสิ่งด้านดีและด้านไม่ดี เชื่อมั่นในสิ่งที่มาจากธรรมชาติ ค้นพบคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทางเลือก เช่น อายุ แก่ ตาย อยากรมีแรงทำงาน กินปริมาณน้อยไม่อันตราย กินน้อย นานๆ กินที่ ยามีผลดีผลเสีย สมุนไพร ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ฮู้หละ แก่เผ่าละ ดีกว่าแก่ตายตอนนี้อยู่บ่ตายบ่กินข้าวกินน้ำ”  
(รู้แล้ว (รู้ว่าสารสเตรอยด์มีอันตราย) คุณพ่อแก่แล้ว ดีกว่าแก่ตายตอนนี้อยู่ไปเรื่อย ๆ ไม่ตื่มน้ำไม่กินข้าว)

4. การซื้อ (Purchase) ในการซื้อ มีรูปแบบการซื้อ 2 รูปแบบ ได้แก่ ซื้อต่อจากผู้ที่แนะนำ หรือผู้มีประสบการณ์ในการใช้มาก่อน จำนวนที่ซื้อ 1 – 3 ขวด ราคาขายขวดละ 220-240 บาท โดยราคาทุนเฉลี่ยขวดละ 167 บาท หรือ การสั่งซื้อโดยตรงจากผู้ผลิต โดยการติดต่อตามที่อยู่ข้างขวด จ่ายเงินผ่านทางธนาคาร และรับสินค้าที่ไปรษณีย์ โดยซื้อครั้งละ 1 โหล โหลละ 2,000 บาท ความถี่ในการซื้อของผู้ที่เป็นตัวแทนจำหน่ายเฉลี่ย เดือนละ 1 ครั้ง

“อาทวนก็ซื้อมาจากอาแดงนั่นแหละ เขาก็ขอพ่อขวดอาทวน ก็เลยมีเบอร์โทร ถ้าซื้อต่อจากคนซื้อแดง มันก็อาจจะแพง เขาก็ทันสมัยน้อยหนึ่ง ก็โทรไปถามไปติดต่อสั่งซื้อว่ามันจะเท่าใดเท่าใด ถ้าสั่งซื้อขวดหนึ่งประมาณร้อยเจ็ดสิบบาท คนซื้อแดงเอามาขายสองร้อยสี่สิบจริง ๆ มันจะซื้อซื้อหลายโหล เขาเอาสักโหล เอามากินอี่นั้นะ”

(อาทวนซื้อมาจากอาแดง เราเองขอขวดอาทวน มีเบอร์โทร ถ้าซื้อต่อจากคนซื้อแดง อาจจะแพง เราเป็นคนทันสมัย ก็โทรติดต่อ (ตามเบอร์โทรศัพท์ข้างขวด) สั่งซื้อว่าราคาเท่าใด ถ้าสั่งซื้อขวดเดียวประมาณหนึ่งร้อยเจ็ดสิบบาท คนซื้อแดงเอามาขายสองร้อยสี่สิบจริง ๆ เราจะให้ซื้อหลายโหล เราเอามาโหลหนึ่ง เอามากิน)



### 5. การประเมินผลหลังการซื้อ (Post Purchase Evaluation)

หลังการซื้อและบริโภค พบว่าผู้บริโภคมีความพึงพอใจ เนื่องจากผลิตภัณฑ์ตอบสนองความต้องการ ได้แก่ ช่วยทำให้เจริญอาหาร ทำให้อ้วนท้วน ทำให้หายปวดเมื่อยทำงานได้ และ มีความพึงพอใจในระดับที่ยอมรับอันตรายที่จะเกิดขึ้น และมีความจงรักภักดีในผลิตภัณฑ์แม้จะมีการเปลี่ยนฉลากผลิตภัณฑ์สำคัญที่พบ เช่น กินแล้วดี หายปวด มีแรง ผิวนิ่งเปล่งปลั่ง กินข้าวได้มากขึ้น กินแล้วเห็นผล (กินถูก)

“มีแรงแฮะ ถ้ากินแล้วโล่ง เฮาบ่เมื่อยบ่หยั่ง มันมีแรง ยกน้ำ แกลลอนหยั่งก่อไหว ถ้าเฮาบ่กิน ยาอันนี้ ยกกระตักน้ำก็บ่แบ่”

(มีแรงนะ ถ้ากินแล้วโล่ง เราไม่เมื่อยไม่เป็นอะไร มันมีแรง ยกน้ำเป็นแกลลอน (น้ำถึงขนาด 20 ลิตร) ยังไหว ถ้าเราไม่กินยาอันนี้ ยกกระตักน้ำก็ไม่ไหว)

“เจ้าเดิมนี่เจ้า คล้าย ๆ ว่าเอาเบอร์นี้โทรไป เขารับสาย ฉลากเขาจะเปลี่ยนมาถุงขวด ขวดหนึ่งก็มาเบอร์หนึ่ง นี่ลังที่สอง ลังแรกเป็นเทพธิดานะ”

(เจ้าเดิมนะ คล้าย ๆ เอาเบอร์นี้ (เบอร์โทรศัพท์ที่อยู่ข้างขวด เครื่องดื่มสมุนไพร) โทรไป เขารับสาย) ฉลากเขาจะเปลี่ยนมาทุกครั้ง ครั้งทีหนึ่งก็เป็นเบอร์โทรศัพท์เบอร์หนึ่ง นี่ลังที่สอง ลังแรกเป็นตราเทพธิดานะ”

“อู้หละ แก่เผาะละ ดีกว่าแก่ตายตอนนี้อยู่บ่ตายบ่กินข้าวกินน้ำ”

(รู้แล้ว (รู้ว่าสารสเตียรอยด์มีอันตราย) คุณพ่อแก่แล้ว ดีกว่าแก่ตายตอนนี้อยู่ไปเรื่อย ๆ ไม่ดื่มน้ำไม่กินข้าว)

## สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษากระบวนการตัดสินใจกินยาหรืออาหารเสริมสุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่องของประชาชนในพื้นที่อำเภอทอง จังหวัดแพร่ในผู้ถูกสัมภาษณ์จำนวน 4 ราย อายุเฉลี่ย 52 ปี ราย

ในกระบวนการตัดสินใจในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าวแม้ทราบว่า มีผลต่อสุขภาพ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบการทำงานของไต พบว่าผู้บริโภค และญาติผู้บริโภค ซึ่งเป็นผู้จัดหา ยังคงตัดสินใจบริโภคและจัดหาให้ญาติบริโภคต่อเนื่อง เนื่องจาก ความต้องการที่เป็นปัจจัยสำคัญ คือ การต้องการแก้ไข ปัญหาทางสุขภาพ โดยแบ่งได้เป็น (1) ปัญหาที่เกิดจากความทุกข์จากผลข้างเคียงของยาที่รักษาโรค (2) ปัญหาผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนา ไม่เจริญอาหาร ทานอาหารได้น้อย ซึ่งยาที่ได้รับจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และสถานบริการเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิก แพทย์และพยาบาล และ (3) ปัญหาปวดเมื่อยตามร่างกายมีผลให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะแก้ไขปัญหา จากการเข้ารับการรักษาจากระบบสาธารณสุขของรัฐ และสถานบริการเอกชน แต่สถานบริการดังกล่าว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ผู้บริโภคจึงแสวงหาทางเลือกอื่น เพื่อแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพ โดยในการแสวงหาทางเลือกอื่น จากแหล่งข้อมูลบุคคล (Person Source) ที่ใกล้ชิด คู่ินเคย เป็นผู้มีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและได้ผลดี เป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือสำหรับผู้ให้ข้อมูล และการแสวงหาข้อมูลหรือการรับข้อมูล ได้จากการสังเกต การเห็นด้วยตา การพูดคุยซักถามผลของการใช้ และการแนะนำปากต่อปากโดยการอ้างอิงถึงผู้ที่ใช้แล้วได้ผลดี หลังพบแหล่งข้อมูล

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้และได้ผลดี ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ยินดีที่จะบริโภค หรือ ให้ญาติบริโภค แม้ว่าจะทราบผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ เนื่องจากในพื้นที่ที่ทำการศึกษายังเคยมีการระบาดของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์

ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สนใจ รวมถึง มอบหมายให้ อสม. ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ แก่ครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล ไม่มีประสบการณ์พบผู้เสียชีวิตหรือได้รับอันตรายที่รุนแรงจนพิการ หรือนอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในพื้นที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เคนซีย์ ดอกพอง (2553) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการการจัดการสเตียรอยด์โดยเครือข่ายชุมชนตำบลศีร์ษะกุล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลไม่มีทางเลือกอื่นที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จึงเสี่ยงที่จะลองใช้ เนื่องจากข้อเด่นของสเตียรอยด์ที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ ตอบสนองผลได้เร็ว ในประเด็นการหายปวด การเจริญอาหาร มีผลให้ผู้บริโภคมีเรี่ยวแรงในการทำงาน เจริญอาหาร ร่างกายมีเรี่ยวมีแรงและแข็งแรง ทำงานหารายได้ได้ และยืดอายุผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการความเสี่ยง โดยการใช้ในขนาดต่ำๆ แต่ให้ประสิทธิผลที่ต้องการ และมีการหยุดใช้เป็นบางช่วงเวลาเมื่อปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไข และจะกลับมาใช้ใหม่ เมื่อปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูล ให้ข้อมูลการบริโภค คือ กินครั้งละ 10 – 15 มิลลิกรัม ต่อครั้ง ความถี่วันละ 1 – 2 ครั้ง กินก่อนอาหารเช้า หรือ กินก่อนนอน บริโภคในมือเช้า ไม่บริโภคทุกวัน ซึ่งแบบแผนการบริโภคดีังกล่าว จึงอาจทำให้อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นไม่

รุนแรง พบเพียงมีอาการใบหน้าบวม มีโหนกบริเวณต้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล ให้ความเห็นว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง ในขั้นตอนการซื้อ ผู้ซื้อที่มีรายได้น้อย จะซื้อจากเพื่อนบ้านที่เคยมีประสบการณ์ที่ดีจากการใช้ หรือจากผู้แนะนำสินค้า เช่น แม่ค้าเร่ การซื้อ ผู้มีรายได้น้อย จะซื้อครั้งละ 1 ขวด เฉลี่ย 3 - 4 ขวด ต่อคนต่อปี แต่ผู้ที่มีรายได้มาก จะสั่งซื้อจากผู้ผลิต เนื่องจากราคาถูกกว่า โดยการโอนเงินผ่านธนาคาร หรือไปรษณีย์ ทั้งนี้ปริมาณในการซื้อของผู้ที่ซื้อมาขายต่อ และผู้มีรายได้มาก จะซื้อครั้งละ 1 - 2 โหล แต่หากสินค้าขาดนาน ผู้ที่ซื้อขายต่อ ผู้มีรายได้มาก และรายได้น้อย จะซื้อเพิ่มในปริมาณเท่าตัว หลังจากการใช้ผู้ให้ข้อมูลทุกคน มีความพึงพอใจ มีการใช้ซ้ำ และมีความจงรักภักดี/เชื่อใจต่อผู้ขาย แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงฉลากผลิตภัณฑ์

จากข้อมูลการสัมภาษณ์สะท้อนให้ทราบว่า เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ ประชาชนแสวงหาทางเลือกในการบำบัด และรับรู้ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์จากการทดลองใช้ โดยไม่ให้ความสำคัญข้อความที่ปรากฏในฉลาก ได้แก่ สรรพคุณ และ เลขทะเบียน แม้ว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าว ขึ้นทะเบียนเป็นอาหาร ได้แก่ เครื่องดื่มสมุนไพร หรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่มีทะเบียน เช่น สมุนไพรลูกกลอนทานตะวัน และผู้บริโภคมองผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าวเป็นยา ดังนั้นระดับประเทศควรมีนโยบายส่งเสริม สนับสนุน การผลิตและวิจัยสมุนไพรที่กระตุ้นความอยากอาหารให้มีความสำคัญกับประชาชน หรือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคได้น้อย “คนพอม” และควรมีแนวทางการจัดการปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ในระดับปลายน้ำ ควรพิจารณาผู้ป่วย/ผู้บริโภค ในความทุกข์ทางกาย (Bio) ทางจิตใจ (Psycho) สังคม (Social) เพื่อความเข้าใจในบุคคล ครอบครัว และระดับชุมชน ควรส่งเสริมการประกอบอาหาร

จากพืชผักที่มีคุณสมบัติเจริญอาหาร ร่วมกับ นักโภชนาการ สมุนไพร แก่เปื้ออาหาร เช่น มะแว้งต้น มะแว้งเครือ ชিং สะเดา มะระ คื่นฉ่าย ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทางเลือก เช่น การกดจุด เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร พัฒนากิจกรรมร่วมกับเครือข่ายในการเฝ้าระวังและจัดการ ค้นหาและส่งต่อข้อมูล ให้หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการ ปัญหาต้นน้ำและควรสำรวจข้อมูลเพื่อค้นหาแบบแผนวิธีการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางพัฒนาการคัดกรองและ ดูแลผู้บริโภค และคืนข้อมูลให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เพื่อร่วมกัน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไข ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง คณาจารย์ เพื่อน ร่วมรุ่นทุกท่าน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่สนับสนุนโอกาสในการศึกษา และขอบพระคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ที่ทำให้การศึกษาในครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. เदनชัย ดอกพอง. (2555). การประเมินผลโครงการ การจัดการสเต็มยอยด์โดยเครือข่ายชุมชนตำบลศรีตระกูล. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ 9 (ฉบับที่ 5).
2. นันทนา กลิ่นสมุทรและคณะ. (2555). การศึกษาปริมาณ สารสเตียรอยด์ที่ปลอมปนในสมุนไพร เขตพื้นที่
3. พัชรา ดันติประภา. (2546). หลักการตลาด ภาควิชาการ ตลาด คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.สาธารณสุข 4,5. วารสารอาหารและยา ฉบับเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม.

# โครงการสำรวจการจัดการ อาการปวดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อพฤติกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวด

กญ.นันทิกกร จำปาสา

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี E-mail:j\_tharat@hotmail.com

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความชุก และการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนการจัดการอาการปวดให้เหมาะสมและปลอดภัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภовารินชำราบ 19 แห่ง มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 1,340 ราย การเก็บข้อมูลใช้รูปแบบสัมภาษณ์จากแบบสอบถามรายบุคคล หลังการสัมภาษณ์ทุกรายจะได้รับคำแนะนำการใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อบรรเทาอาการปวด และอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการศึกษาจาก ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 1,340 ราย สามารถเก็บข้อมูลได้ จำนวน 1,134 ราย (84.6%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (36.7%) มีอาการปวดหรือเคยมีอาการปวดจำนวน 994 ราย (87.7%) มีอาการปวดแทบทุกวันจำนวน 391 ราย (34.5%) ตำแหน่งปวดที่พบบ่อยคือ บริเวณบั้นเอว (51.23%) ข้อเข่า (44.3%) และปวดหลัง (40.1%) นิยมรับการรักษาจากสถานบริการภาครัฐทั้งโรงพยาบาล (รพ.) (52.6%) และโรงพยาบาลตำบลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (40.0%) รองลงมาให้คนในครอบครัวช่วยนวดบรรเทาปวด (30.7%) การจัดการอาการปวดส่วนใหญ่จะเลือกใช้ยา ยาพาราเซตามอล จำนวน 781 ราย (78.6%) และนิยมใช้ยาพาราเซตามอล 1000 มิลลิกรัมต่อครั้ง รองลงมาใช้ยาทาถูนวดจำนวน 759 ราย (76.4%) พบการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์ จำนวน 139 ราย (14.0%) ยังใช้ต่อเนื่อง จำนวน 49 ราย (4.9%) ซึ่ง 34 รายมีอาการปวดแทบทุกวัน แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้จาก ร้านขายยา ร้านค้าร้านชำในหมู่บ้าน รถเร่คนรู้จัก

จากการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ จำนวน 6 ราย พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมรุนแรง ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง 4 ราย โดย 1 รายมีอาการรุนแรง ทำให้เป็นผู้ป่วยพิการติดเตียง ทั้ง 4 ราย มีอาการปวดทุกวัน มีข้อจำกัดในการเดินทางเนื่องจากสภาวะโรค และขาดความรู้ในการดูแลรักษาอาการปวด ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับความรู้ในการใช้ยาสามัญประจำบ้านเพื่อบรรเทาอาการปวด และอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ ค้นพบผู้สูงอายุที่ใช้

ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ทราบความชุก และการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการสุขภาพ เสริมพลังให้ประชาชนและชุมชนเพื่อสามารถจัดการอาการปวด และปลอดภัยจากการใช้ยา

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพหลายด้าน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พบว่าอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง (ร้อยละ 75) และปวดข้อ (ร้อยละ 47.5) เป็นอาการของโรคที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุตามลำดับ และพบว่าปัญหาการปวดจะเพิ่มจำนวนขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ<sup>(1)</sup> จากการสำรวจและศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี 2549 พบว่ากลุ่มโรคข้อและกระดูก (ร้อยละ 53.8) ยังเป็นปัญหาสุขภาพมากที่สุดในผู้สูงอายุ และพบว่ามี การซื้อยากินเอง ร้อยละ 3.9 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2545 ซึ่งพบการซื้อยากินเองเพียงร้อยละ 2.5<sup>(2)</sup> ขณะที่การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม จะซื้อยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพรมากิน<sup>(3)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรม การใช้ยาชุดส่วนใหญ่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด <sup>(3)(4)(5)(6)</sup> และยังมี การศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาชุดอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(4)</sup> ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะมีปัญหาโรคข้อและกระดูกเพิ่มขึ้น ทำให้มีปัญหามากขึ้นเช่นกัน ดังนั้น กลุ่ม



ผู้สูงอายุ จึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์หรือยาชุดแก้ปวด

จากการสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 100 คน ในเขตพื้นที่ 4 ตำบลในเครือข่ายอำเภอวารินชำราบ พบมีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9 เป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องสเตียรอยด์เพียงร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ การตระหนักถึงพิษภัยการใช้ยาสเตียรอยด์ การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในบางพื้นที่ เน้นการค้นหาผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์เพื่อเข้ารับการรักษาล้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมในกลุ่มประชากรที่มักมีปัญหาการปวดเรื้อรัง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งที่จะสำรวจปัญหาการปวดและการจัดการในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมการใช้ยาผิดวิธีหรือการใช้ยาผิดประเภท เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาการปวด หรือมีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม ให้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา

## คำนิยาม

**ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินตามแบบประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยมีคะแนนระหว่าง 17-19 คะแนน

**แม่ข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ** แม่ข่ายอำเภอวารินชำราบ หมายถึง โรงพยาบาลวารินชำราบ มีหน้าที่ตรวจสอบ รวบรวมปัญหาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค พร้อมทั้งสนับสนุนข้อมูล

ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ แก่ลูกค้าในพื้นที่ และประสานงานเครือข่ายในระดับถัดไป

**แม่ข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน** หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่ตรวจสอบ รวบรวมปัญหา ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่และสนับสนุนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ พร้อมทั้งประสานงานแม่ข่ายระดับอำเภอ

**เครือข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน** หมายถึง กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. ทำหน้าที่เฝ้าระวัง และประชาสัมพันธ์ข้อมูล/ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ ยาชุดในชุมชน

**ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์** หมายถึง กลุ่มยาที่เคยมีรายงานการปลอมปน สเตียรอยด์ ได้แก่ ยาชุดแก้ปวด ยากัญยเส้นแก้ปวด ยาประดงแก้ปวด ยาลูกกลอนแก้ปวด

## วิธีการดำเนินโครงการ

**รูปแบบการศึกษา :** การศึกษาเชิงปฏิบัติการ

**เป้าหมาย :** ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายอำเภอวารินชำราบ จำนวน 19 แห่ง จำนวน 1,340 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา :** แบบสำรวจการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและกลุ่มเฝ้าระวัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

### ขั้นตอนการดำเนินงาน:

1. ประชุมชี้แจงโครงการ และการดำเนินงานเครือข่าย/ บทบาทหน้าที่ของแม่ข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนแก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)
2. ประชุมชี้แจงโครงการ และการดำเนินงานเครือข่าย ในการดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีอาการปวด หรือผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์ต่อเนื่อง และบทบาทหน้าที่ของแม่ข่ายเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน แก่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
3. ประชุมทำความเข้าใจการใช้แบบสำรวจการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและกลุ่มเฝ้าระวัง การให้ข้อมูลการใช้ยาพาราเซตามอลเพื่อบรรเทาปวดและอันตรายจากสเตียรอยด์ การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ดำเนินการสำรวจตามพื้นที่และให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมาย
5. เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล : ใช้ความถี่ เป็นร้อยละ

## ผลการดำเนินโครงการ

จากการสำรวจปัญหาการปวดและการจัดการของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภวารินชำราบ 19 แห่ง จำนวน 1,134 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.6 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (36.7%) พบว่าผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง มีอาการปวดหรือเคยมีอาการปวดจำนวนทั้งหมด 994 ราย (87.7%) เมื่อแบ่งกลุ่มตามจำนวนความถี่ของการเกิดอาการปวด ต่อสัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีปัญหาการปวดแทบทุกวัน จำนวน 391 (34.5%) เมื่อรวมจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการปวดบ่อย อย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 504 ราย (44.5%) รองลงมาเป็นกลุ่มที่นานปวดที จำนวน 264 ราย (23.3%) ตามตารางที่ 1 ตำแหน่งของอาการปวดที่พบบ่อยคือ บริเวณบั้นเอว (51.23%) ข้อเข่า (44.3%) ปวดหลัง (40.1%) และ ปวดมินชาฝ่ามือ ฝ่าเท้า (41.0%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงความรุนแรงของอาการปวดในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา

| รุนแรงของอาการปวด                  | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------|-------|--------|
| ไม่ปวดเลย                          | 140   | 12.3   |
| มีอาการปวด                         | (994) | (87.7) |
| ปวดแทบทุกวัน หรือ > 5 วัน/สัปดาห์  | 391   | 34.5   |
| ปวดวันเว้นวัน หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์ | 113   | 10.0   |
| ปวด 1-2 วัน/สัปดาห์                | 194   | 17.1   |
| นานๆ ปวด หรือ 1-2 ครั้ง/เดือน      | 264   | 23.3   |
| N/A                                | 32    | 2.8    |
| รวม                                | 1,134 | 100    |

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการปวด เลือกที่จะรับการรักษาอาการปวดจากสถานบริการภาครัฐมากที่สุด คือ โรงพยาบาล จำนวน 523 ราย (52.6%) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 398 ราย (40.0%) รองลงมาเลือกที่จะให้ลูกหลานในครอบครัวช่วยนัดเพื่อบรรเทาปวด จำนวน 305 ราย (30.7%) แต่ยังมีบางส่วนที่ใช้บริการรับบริการฝังเข็ม จำนวน 137 ราย (13.8%) ร้านค้าร้านชำในหมู่บ้าน จำนวน 139 ราย (14.0%) และ รถเร่ จำนวน 32 ราย (3.2%) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเลือกใช้นักบำบัด เพื่อบรรเทาอาการปวด ของผู้สูงอายุที่มีอาการปวด ใน 2-3 เดือนที่ผ่านมา (N=994 ราย)

| ประเภทหน่วยบริการ               | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| รพ.                             | 523   | 52.6   |
| รพ.สต.                          | 398   | 40.0   |
| คลินิก                          | 271   | 27.3   |
| ให้ลูกหลานนัดที่บ้าน            | 305   | 30.7   |
| ร้านขายยา                       | 188   | 18.9   |
| ร้านขายของชำในหมู่บ้าน          | 139   | 14.0   |
| หาหมอฝังเข็ม                    | 137   | 13.8   |
| ไม่เลือกรับบริการ รอหายเอง      | 131   | 13.2   |
| หาหมอพื้นบ้าน เพื่อนวด อบ ประคบ | 80    | 8.0    |
| รถแรม/แผงลอย                    | 32    | 3.2    |
| อื่นๆ                           | 7     | 0.7    |

หมายเหตุ ผู้สูงอายุ 1 คน สามารถเลือกหน่วยบริการเพื่อบรรเทาปวดได้มากกว่า 1 หน่วย

ยาที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด มากที่สุดคือยาพาราเซตามอล จำนวน 781 ราย (78.6%) ส่วนใหญ่ใช้พาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด รองลงมาเป็นการใช้ยาทาถูนวดเพื่อบรรเทาปวด จำนวน 759 ราย (76.4%) พบว่ามีการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์ จำนวน 139 ราย (13.96%) ยังใช้ต่อเนื่องเพื่อบรรเทาปวด จำนวน 49 ราย (4.9%) โดย 40 ราย (81.6%) เป็นกลุ่มที่มีอาการปวดบ้อยอย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 3) ซึ่งมีแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้จาก ร้านขายยา ร้านค้าร้านชำในหมู่บ้าน รถเร่ คนรู้จัก

ตารางที่ 3 แสดงประเภทของผลิตภัณฑ์ที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด ของผู้สูงอายุที่มีอาการปวด ใน 2-3 เดือนที่ผ่านมา (N=994 ราย)

| ประเภทของผลิตภัณฑ์<br>ที่ใช้บรรเทาปวด                                                          | ผู้ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์<br>บรรเทาปวด |        | ในช่วง 1-2 เดือน<br>ที่ผ่านมายังใช้ผลิตภัณฑ์<br>บรรเทาปวดต่อเนื่อง |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------|--------|
|                                                                                                | จำนวน                              | ร้อยละ | จำนวน                                                              | ร้อยละ |
| ยาใช้ภายนอก                                                                                    | 759                                | 66.9   | 589                                                                | 51.9   |
| ยาพาราเซตามอล                                                                                  | 781                                | 68.9   | 359                                                                | 31.7   |
| ยาฉีดแก้ปวด                                                                                    | 251                                | 22.2   | 31                                                                 | 2.7    |
| ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปน<br>สเตียรอยด์ : ยาชุดแก้ปวด<br>ยาประดง/ยาลูกกลอน/ยาแผน<br>โบราณ | 139                                | 14.0   | 49                                                                 | 4.9    |
| ยาสมุนไพร                                                                                      | 114                                | 10.5   | 41                                                                 | 3.6    |
| ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม                                                                            | 84                                 | 7.4    | 52                                                                 | 4.6    |

หมายเหตุ ผู้สูงอายุ 1 คน ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อบรรเทาปวดได้มากกว่า 1 ผลิตภัณฑ์

จากการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ จำนวน 6 ราย พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมรุนแรง เคยได้รับคำแนะนำให้รับการผ่าตัดข้อเข่า ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง 4 ราย โดย 1 ราย มีอาการรุนแรง ทำให้เป็นผู้ป่วยพิการ ติดเตียง ผู้ป่วยทุกราย มีอาการปวดทุกวัน และขาดความรู้ในการดูแลรักษาอาการปวด ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง และเชื่อว่ายาที่ได้รับให้ผลการบรรเทาปวดไม่ดี การกินยาเยอะทำให้เป็นโรคไตได้ จึงเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์ ประกอบกับเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ง่าย และการได้รับข้อมูลจากโฆษณาชวนเชื่อ และการชักชวนจากผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ยาดังกล่าวมาก่อน

### การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี พบว่ามีอาการปวดถึง 87.7% ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 ในช่วงอายุเดียวกัน แต่แยกอาการปวดเป็น อาการปวดเมื่อย ตามร่างกาย ปวดหลัง พบประมาณ 78% ปวดข้อ พบประมาณ 50%<sup>(1)</sup> ขณะที่ ศึกษาสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคข้อและกระดูก 53.8% อาการปวดมีแนวโน้มลดลง ในผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี พบอาการปวดเมื่อย/ปวดข้อ 48.3% ปวดหลัง 31.7%<sup>(2)</sup> การศึกษาครั้งนี้ได้แยกประเภทของการปวดข้อตามตำแหน่งที่มีอาการ พบ ปวดบั้นเอว 51.2% ปวดหลัง 44.1% และข้อเข่า 44.3% ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากกว่าการสำรวจผู้สูงอายุปี 2549 ดังนั้นควรจัดระบบบริการปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อบริหารจัดการปัญหาการเสื่อมข้อและกระดูก ของผู้สูงอายุในอนาคต

2. ความรุนแรงของปัญหาการปวด ใช้จำนวนวันที่เกิดอาการปวดในสัปดาห์ เพื่อให้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย และทำให้เห็นความถี่ของการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชน พบว่า ผู้ที่ใช้ยาชุดส่วนใหญ่ 78.2% จะมีการใช้ยาชุดทุกครั้งที่มมีอาการปวด<sup>(5)</sup> จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ 39.3% มีอาการปวดแทบทุกวัน รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอาการปวดนานๆ ปวดที หรือมีอาการปวด 1-2 ครั้ง /เดือน พบ 26.6% แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ปวดบ่อยควรต้องเข้ารับการรักษาและส่งเสริมสุขภาพข้อให้แข็งแรง มีจำนวนพอๆ กันกับกลุ่มที่นานๆ ปวดที ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพข้อให้แข็งแรงเพื่อลด ป้องกัน และชะลอการเกิดโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ

3. จากการศึกษาพบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาการปวด มีการจัดการอาการปวดทั้งการเลือกใช้ยา และไม่ใช้ยา ผู้ที่เลือกใช้ยาส่วนใหญ่ใช้ยาพาราเซตามอล 78.6% เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณวดีและคณะ<sup>(6)</sup> รองลงมาเป็นการใช้ยาทา ฤๅ นวด 76.4% อย่างไรก็ตามพบปัญหาการใช้พาราเซตามอลในขนาดค่อนข้างสูง 1000 มิลลิกรัมต่อครั้ง ซึ่งเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาได้ ส่วนการจัดการที่ไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่จะให้คนในครอบครัวช่วยในการบีบนวด 30.7% และมีบางส่วนที่ให้อาการปวดหายเอง 13.2% จึงนับได้ว่าส่วนใหญ่มีการจัดการอาการปวดได้อย่างเหมาะสม ส่วนการใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาปวด ยังพบค่อนข้างน้อย 11.5% อาจเป็นเพราะความยุ่งยากในการใช้งาน

4. พบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการปวดเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการปลอมปนสเตียรอยด์ จำนวน 139 ราย (13.96%) และยังใช้ต่อเนื่องเพื่อบรรเทาปวด จำนวน 49 ราย (4.9%) มี 34 ราย เป็นกลุ่มที่มีอาการปวดแทบทุกวันหรือ 5-7 วันต่อสัปดาห์ (69.3%)



ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเข่าเสื่อม จะพบการใช้ยาชุดถึง 18% โดยมีแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้จากร้านขายยา ร้านค้าร้านชำในหมู่บ้าน รถเร่ คนรู้จัก<sup>(3)</sup> ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวอาจได้รับการดูแลรักษาที่ยังไม่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย และไม่ได้รับการชี้แจงให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกว่าการรักษาที่ได้รับไม่ได้ผล และแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ตามที่มีผู้แนะนำ หรือโฆษณาชวนเชื่อ หรือผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัด ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของรัฐได้ ทำให้เลือกใช้กลุ่มผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายกว่า<sup>(5),(7)</sup> ราคาที่สามารถหาซื้อได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังนิยมไปรับบริการสุขภาพในภาครัฐใกล้บ้านเช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ<sup>(3),(5)</sup> และส่วนใหญ่ใช้ยาพาราเซตามอลในการรักษาเบื้องต้น

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อชะลอการเกิดความเสื่อมของข้อและกระดูก
2. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว สามารถจัดการอาการปวดเบื้องต้น และสามารถดูแลอาการปวดต่อเนื่องได้
3. ส่งเสริมการออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การใช้สมุนไพร การนวด และการใช้ยาสามัญประจำบ้าน เพื่อบรรเทาอาการปวดเบื้องต้น
4. ส่งเสริมให้ชุมชน ประชาชน ปลอดภัยจากการใช้ยาบรรเทาปวด รับรู้อันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลอมปนสเตียรอยด์ และ

ส่งเสริมให้มีภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตรายในชุมชน

5. ส่งเสริมการจัดระบบบริการสาธารณสุข ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการคัดกรองและประเมินอาการปวดในระบบบริการปกติ

6. ส่งเสริมให้มีบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการสำเร็จได้ด้วยดี จากการทำงานร่วมกันของทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอวารินชำราบได้แก่ ทีมงานที่ดูแลงานผู้สูงอายุ งานคุ้มครองผู้บริโภค งานการรักษายาบาล กลุ่มภารกิจ และกลุ่มงานเภสัชกรรม โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

### เอกสารอ้างอิง

1. ปาณบดีเอกะจัมปะกะ และนิติศ วัฒนะโม. รายงานสถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์สุขภาพไทย 2552; 1-32.
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. ชุมชนุสทกรณการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2549. .[สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2558]. แหล่งข้อมูล: [hpc12.anamai.moph.go.th/home/LTC53/4regoin-R1.pdf](http://hpc12.anamai.moph.go.th/home/LTC53/4regoin-R1.pdf).

3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี พี 02-497-6183; 2556. [สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2558]. แหล่งข้อมูล: [www.hitap.net/document/24067](http://www.hitap.net/document/24067).
4. เอกพล กาละดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชนในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ: การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ. วารสารอาหารและยา 2557: 50-58. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2558]. แหล่งข้อมูล: [journal.fda.moph.go.th/journal/022527/08.pdf](http://journal.fda.moph.go.th/journal/022527/08.pdf).
5. กิตติภา สวัสดิสมิต, สายฝน บรรณจิตต์ และอังฉริยา โกสัยสุก. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาชุดของประชาชนที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2548: 30 [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2558]. แหล่งข้อมูล: [www.med.nu.th/chem./...../Research/](http://www.med.nu.th/chem./...../Research/).
6. พรพนวดี อาจศรี, จุฑารัตน์ สุจริต, สมพร เพ็งงาม, ราตรี แมนไธสง และภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ. ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการปวดเรื้อรังของผู้ป่วยในชุมชน ที่ไม่ได้เกิดจากโรคมาเร็ง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; ฉบับพิเศษ: 180. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2558]. แหล่งข้อมูล: [www.tci-thaijo.org/index.php/LIPS/article/view/23221](http://www.tci-thaijo.org/index.php/LIPS/article/view/23221).
7. มูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาาระบบยา. การใช้ยาในผู้สูงอายุ. [Internet]. กรุงเทพฯ [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2558]. แหล่งข้อมูล: [www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/elderly\\_meds\\_paper\\_PhaReD.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/elderly_meds_paper_PhaReD.pdf).

# โครงการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยเชื่อมโยงกระบวนการประสาน รายการยาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน

ภญ.รุจิรา ปัญญา

โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา E-mail: rujira\_phar089@hotmail.com

## บทคัดย่อ

การดำเนินงานติดตามประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยด้วยกระบวนการ Medication reconciliation ในผู้ป่วยในคือกระบวนการจัดทำรายการการใช้ยาของผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้องและต่อเนื่องตลอดการรักษา เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จากการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยา ได้แก่ การขาดนัด, การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม เช่น มียาปะปนกัน, แกะยาออกจากแผง, แบ่งหรือหักเม็ดยาไว้, ยาไม่มีฉลากเป็นต้น, การรับประทานยาไม่ถูกต้อง, การลืมรับประทานยา การ discharge counseling ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ทั้งหมดซึ่งอาจขึ้นอยู่กัหลายปัจจัย เช่น ความเข้าใจของผู้ป่วยผู้ที่ให้การดูแลที่บ้านไม่ได้มาเฝ้าที่ รพ. ผู้ป่วยขาดคนดูแลผู้ป่วย

มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น การจัดการปัญหาโดยการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน (discharge counseling) อาจจะยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ จึงได้มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโดยร่วมมือกับเภสัชกรที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและทำการแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย

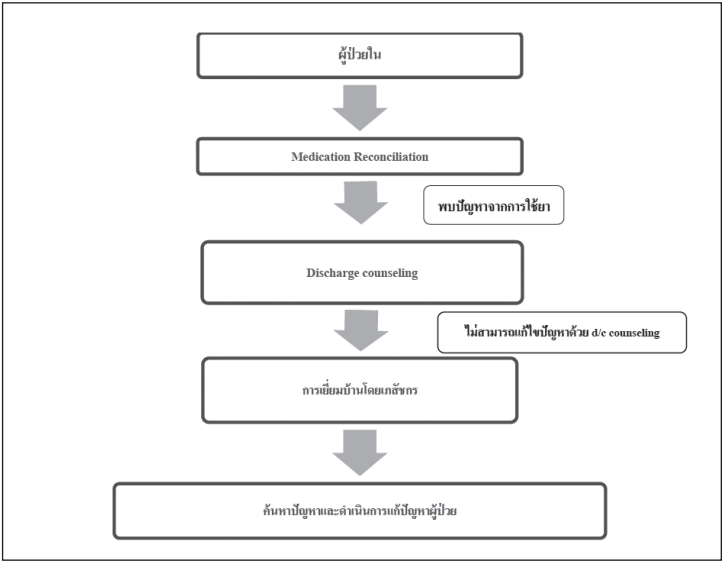
ผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 22 รายแบ่งเป็นชาย 6 คน (ร้อยละ 27.27) หญิง 16 คน (ร้อยละ 72.73) อายุเฉลี่ย 57.27 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาไม่รับประทานยาหรือไม่ใช้ยาร้อยละ 72 รองลงมาเป็นปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อนร้อยละ 12 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลในฉลากยาจำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 34.78 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ออกมองเห็นฉลากยาไม่ชัดเจนหรือมองไม่ชัด ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 21.74 เกิดจากการไม่สามารถใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาสูดพ่นแบบ Metered dose inhaler (MDI), ปากกาฉีดอินซูลินได้ การแก้ไขปัญหของเภสัชกรที่ทำการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญาโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาที่ระบุว่าเกิดจากตัวผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญาผู้ป่วยพบว่าสามารถแก้ไขปัญาของผู้ป่วยได้ทั้งหมดถึง 13 ราย (ร้อยละ 59.09) และสามารถแก้ไขปัญาได้บางส่วนจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 36.36) เห็นได้ว่าการเชื่อมโยงการค้นหปัญาที่พบในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสามารถช่วยแก้ไขปัญาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

## บทนำ

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เป็นบทบาทหนึ่งของเภสัชกรต่อการใช้ยาของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เภสัชกรต้องดำเนินการวางระบบเพื่อค้นหาหรือวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวกับยา แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยทำงานเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ได้รับยาที่เหมาะสมทั้งชนิด ขนาดยา ระยะเวลาของการให้ยา และระยะเวลาที่ได้รับยา มีความปลอดภัยในการใช้ยา และสามารถให้ยาได้เหมาะสมตามสั่ง สอดคล้องตามภาวะของผู้ป่วยกิจกรรมหนึ่งที่มีการดำเนินงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง คือ การดำเนินงานติดตามประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยด้วยกระบวนการ Medication reconciliation ในผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นกระบวนการจัดทำรายการการใช้ยา ของผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้องและต่อเนื่องตลอดการรักษา มีการระบุชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งในขั้นตอนของการรับ ส่งต่อ และ/หรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ณ จุดที่มีการส่งต่อหรือเปลี่ยนการรักษาจากการดำเนินงาน medication reconciliation และ discharge counseling ตั้งแต่ ต.ค. 2557 – ม.ค. 2558 พบว่าใน รพ. มีผู้ป่วยมีปัญหาขาดนัด 73 ราย (ร้อยละ 3.23), เก็บรักษายาไม่เหมาะสม ได้แก่ มียาปะปนกัน, แกะยาออกจากแผง, แบ่งหรือหักเม็ดยาไว้, ยาไม่มีฉลาก เป็นต้น จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 1.15), รับประทานยาไม่ถูกขนาด 12 ราย (ร้อยละ 0.53) เมื่อทำการ discharge counseling ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหามองผู้ป่วยได้ทั้งหมด ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

เช่น ความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ที่ให้การดูแลที่บ้านไม่ได้มาเฝ้าที่ รพ. ผู้ป่วยขาดคนดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น การจัดการปัญหาโดยการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน (discharge counseling) อาจจะไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ จึงได้มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโดยร่วมมือกับเภสัชกรที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ให้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และทำการแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย ดังแนวคิดการดำเนินงานตามรูปภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1 แสดงแนวคิดการดำเนินงาน



## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

## กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยในที่พบปัญหาจากการใช้ยาจากการทำ medication reconciliation

## แนวทางการดำเนินการ

1. ประชุมจัดทำแนวทางการติดตามและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากผู้ป่วยในสู่เภสัชกรที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิ
2. ค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยจากการทำ Medication reconciliation และ D/C counseling
3. ส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรประจำแต่ละ รพ.สต. ดำเนินการเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย
4. ดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
5. สรุปและประเมินผล



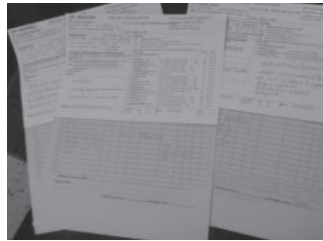
รูปภาพที่ 2 แสดงกระบวนการดำเนินงาน



ประชุมจัดทำแนวทางการติดตามและส่งต่อข้อมูล



ค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วย



ส่งต่อข้อมูลให้แก่ลึชกรประจำแต่ละ รพ.สต.



ดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

## ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานตามโครงการ มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 22 รายแบ่งเป็น ชาย 6 คน (ร้อยละ 27.27) หญิง 16 คน (ร้อยละ 72.73) อายุเฉลี่ย 57.27 ปี ได้มีการการจัดประเภทปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามระบบของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาไม่รับประทานยาหรือไม่ใช้ยา ร้อยละ 72 รองลงมาเป็นปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อน ร้อยละ 12 ซึ่งเกิดจากการไปรับบริการจากสถานพยาบาลหรือร้านขายยา โดยไม่ได้แจ้งประวัติยาเดิมของตนเองให้แพทย์ทราบ รายละเอียดตามที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาจำแนกตาม The PCNE Classification

| หมวดหลักของปัญหา                                  | รหัส | รายละเอียดของปัญหา                                    | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. อาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse reaction (s)) | P1.1 | เกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้                         | 1     | 4.0    |
|                                                   | P1.3 | เกิดพิษจากยา                                          | 1     | 4.0    |
| 2. ปัญหาจากการเลือกใช้ยา (drug choice problem)    | P2.1 | ตัวยามีไม่เหมาะสม (ไม่เหมาะสมที่สุดในข้อบ่งใช้)       | 1     | 4.0    |
|                                                   | P2.3 | การได้รับยาซ้ำซ้อนอย่างไม่เหมาะสม                     | 3     | 12.0   |
| 3. ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (dosing problem)          | P3.1 | ขนาดของยาน้อยเกินไป หรือ ความถี่ในการให้ยา ไม่เพียงพอ | 1     | 4.0    |
| 4. ปัญหาการใช้ยา (drug use problem)               | P4.1 | ผู้ป่วยไม่รับประทาน/ใช้ยา ในทุกกรณี                   | 18    | 72.0   |
| รวม                                               |      |                                                       | 25    | 100    |

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลในฉลากยา จำนวน 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.78 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อ่านหนังสือไม่ออก มองเห็นฉลากยาไม่ชัด และอีกจำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชซึ่งไม่สามารถทำความเข้าใจวิธีการรับประทานยาในฉลากได้ สาเหตุรองลงมาของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 เกิดจากการไม่สามารถใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาสูดพ่นแบบ Metered dose inhaler (MDI), ปากกาฉีด อินซูลินได้ ส่วนประเด็นสาเหตุรองลงมาคือ การลืมรับประทานยา ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ เช่น การกลัวเป็นโรคไต การกลัวผลข้างเคียงจากยา เป็นต้น รายละเอียดตามที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดประเภทสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยาจำแนกตาม  
The PCNE Classification

(หนึ่งปัญหาอาจมีสาเหตุของปัญหาหลายสาเหตุได้)

| สาเหตุหลัก                    | รหัส | รายละเอียดของสาเหตุ                                                    | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. การเลือกใช้ยาหรือเลือกขนาด | C1.7 | มีโรค/อาการเกิดขึ้นใหม่ (ยังไม่ได้รับการรักษาหรือบรรเทา)               | 1     | 4.35   |
| 2. กระบวนการใช้ยา             | C2.2 | การรับประทานหรือใช้ยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น                              | 3     | 13.04  |
|                               | C2.5 | การใช้ยาในทางที่ผิด (ใช้มากเกินไป ไม่อยู่ในการควบคุมของแพทย์)          | 1     | 4.35   |
|                               | C2.6 | ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้                    | 5     | 21.74  |
| 3. ข้อมูล/ความรู้             | C3.3 | ผู้ป่วยมีปัญหาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลในฉลากยาหรือเอกสารกำกับยา | 8     | 34.78  |
|                               | C3.5 | ผู้ป่วยขาดการสื่อสารกับแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์                        | 2     | 8.70   |
| 4. ผู้ป่วย/ปัญหาทางจิตใจ      | C4.1 | ผู้ป่วยลืมนับรับประทาน/ใช้ยา                                           | 3     | 13.04  |
|                               | C4.2 | ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ                                 | 3     | 13.04  |
|                               | C4.3 | ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา                                 | 1     | 4.35   |
|                               | C4.6 | ผู้ป่วยไม่เต็มใจที่เปลี่ยนตัวยา                                        | 1     | 4.35   |
|                               | C4.7 | ผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                               | 3     | 13.04  |
|                               | C4.8 | การได้รับรายการยาจำนวนมากเกินไป                                        | 1     | 4.35   |
| รวม                           |      |                                                                        | 32    | 100    |

การแก้ไขปัญหของเภสัชกรที่ทำการเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่เป็น  
การแก้ไขปัญาโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุ  
ของปัญหา ซึ่งระบุว่าเกิดจากตัวผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ การดำเนินการ  
แก้ไขตามที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดประเภทการแก้ไขปัญาปัญหาเกี่ยวกับยาจำแนกตาม  
The PCNE Classification

(หนึ่งปัญหาอาจมีการแก้ไขปัญาหลายหัวข้อได้)

| วิธีการแก้ไขปัญาหลัก      | รหัส | รายละเอียด                                           | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------|------|------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา | I1.3 | วิธีการแก้ไขได้เสนอต่อแพทย์<br>และแพทย์ตอบรับข้อเสนอ | 8     | 24.24  |
| 2. แก้ไขในตัวผู้ป่วย      | I2.1 | ให้คำแนะนำโดยวาจา<br>แก่ผู้ป่วย                      | 14    | 42.42  |
|                           | I2.4 | ให้คำแนะนำโดยวาจา<br>แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย       | 7     | 21.21  |
| 4. การแก้ไขอื่นๆ (other)  | I4.1 | การแก้ไขอื่นๆ<br>เช่น แจกตำลียา                      | 4     | 12.12  |
| รวม                       |      |                                                      | 33    | 100    |

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหผู้ป่วย พบว่าสามารถแก้ไข  
ปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด ถึง 13 ราย (ร้อยละ 59.09) และสามารถ  
แก้ไขปัญหาได้บางส่วนจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 36.36) ส่วนอีก 1 ราย  
ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแล  
ตนเองได้ ไม่มีครอบครัว ต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลภายนอก  
ครอบครัว ซึ่งการติดต่อเพื่อแก้ไขปัญหานั้นไปด้วยความยากลำบาก  
สรุปผลการดำเนินการได้ตามที่แสดงในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 การจัดประเภทผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นเกี่ยวกับยาจำแนกตาม  
The PCNE Classification

| ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาลึก             | รหัส | รายละเอียด                                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. ปัญหาได้รับการแก้ไข<br>ทั้งหมด      | O1.0 | ปัญหาได้รับการแก้ไข<br>ทั้งหมด                               | 13    | 59.09  |
| 2. ปัญหาได้รับการแก้ไข<br>เพียงบางส่วน | O2.0 | ปัญหาได้รับการแก้ไข<br>เพียงบางส่วน                          | 8     | 36.36  |
| 3. ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข              | O3.1 | ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข<br>เพราะขาดการประสานงาน<br>กับผู้ป่วย | 1     | 4.55   |
| รวม                                    |      |                                                              | 22    | 100    |

## บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงานตามโครงการ

1. การดำเนินงาน discharge counseling ยังแก้ไขปัญหาคอนไซม์ได้ไม่สมบูรณ์นัก เนื่องจากพบปัญหาว่าผู้ป่วยบางรายญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้มาเฝ้าไข้ จึงไม่สามารถสอบถามประวัติ หรือแนะนำกับผู้ดูแลได้
2. การแก้ไขปัญหาลูกป่วยอาจจะต้องมีการประเมินทั้งครอบครัวสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยประกอบด้วย พบผู้ป่วยบางส่วนมีปัญหาด้านจิตใจ และบางรายพบว่าการเกิดอาการกำเริบของอาการป่วยนั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม มากกว่าปัจจัยด้านยาเพียงอย่างเดียว
3. การดำเนินงานตามโครงการกระตุ้นเตือนให้เภสัชกรมองเห็นปัญหา สาเหตุปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขเป็นองค์รวมมากขึ้น

## สรุปผล

การติดตามประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยด้วยกระบวนการ Medication reconciliation ในผู้ป่วยในเป็นส่วนหนึ่งในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจากการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยา ได้แก่ การขาดนัด, การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม, การรับประทานยาไม่ถูกต้องขนาด, การลืมรับประทานยา การจัดการปัญหาโดยการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน (discharge counseling) อาจจะยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้จึงได้มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโดยร่วมมือกับเภสัชกรที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเพื่อรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและทำการแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม

บ้านจำนวน 22 รายแบ่งเป็นชาย 6 คน (ร้อยละ 27.27) หญิง 16 คน (ร้อยละ 72.73) อายุเฉลี่ย 57.27 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาไม่รับประทานยาหรือไม่ใช้ยาร้อยละ 72 รองลงมาเป็นปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อนร้อยละ 12 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลในฉลากยาจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.78 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ออกมองเห็นฉลากยาไม่ชัดและอีกจำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชซึ่งไม่สามารถทำความเข้าใจวิธีการรับประทานยาในฉลากได้ สาเหตุรองลงมาก็คือผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหรือรูปแบบยาตามที่แพทย์สั่งได้จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 เกิดจากการไม่สามารถใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาสูดพ่นแบบ Metered dose inhaler (MDI), ปากกาฉีดอินซูลิน การแก้ไขปัญหของเภสัชกรที่ทำการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหาโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาซึ่งระบุว่าเกิดจากตัวผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหผู้ป่วยพบว่าสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมดถึง 13 ราย (ร้อยละ 59.09) และสามารถแก้ไขปัญหได้บางส่วนจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 36.36) เห็นได้ว่าการเชื่อมโยงการค้นหาปัญหาที่พบในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

การดำเนินงานดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เภสัชกรสามารถค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้ตรงกับสาเหตุของปัญหา ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยได้



### เอกสารอ้างอิง

1. มังกร ประพันธ์วัฒนะ. ระบบยาเพื่อความปลอดภัย.  
พิษณุโลก: รัตนสุวรรณฯ. 2557.262-283.
2. รจเรศ หาญรินทร์.การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา.  
วารสารเภสัชกรรมไทย. 2552.1 (1):84-95.

# โครงการ จุดเริ่มต้นทำความรู้จัก สหายรอยดักกับชาวเวียงป่าเป้า

ภญ.สุวิมล ตันกัน

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย E-mail: bowphcmu8038@gmail.com

## บทคัดย่อ

ปัญหาการระบาดของยาเสพติดในชุมชนเป็นปัญหาที่พบมาเป็นเวลานานและเป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขซึ่งต้องใช้ระยะในการดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายหลักของการแก้ไขปัญหการระบาดของยาเสพติดในชุมชนคือกลุ่มผู้บริโภคและกลุ่มผู้จำหน่าย

โครงการการรณรงค์ลดปริมาณยาเสพติดในชุมชนตำบลเวียงอำเภอเวียงป่าเป้า จัดทำขึ้นเพื่อประเมินทัศนคติของผู้บริโภคและผู้จำหน่ายที่มีต่อยาเสพติดในชุมชนรวมถึงค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ทำให้มียาเสพติดในชุมชนโดยดำเนินกิจกรรมสำรวจความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับยาเสพติดในกลุ่มสมาชิก อสม.ในชุมชน

ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้าทั้งหมดจำนวน 10 หมู่บ้านเพื่อจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดได้อย่างตรงประเด็น ผลที่คาดว่าจะได้รับเพื่อลดปริมาณการมียาเสพติดจำหน่ายในชุมชนและเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของการใช้และจำหน่ายยาเสพติดในชุมชน

ผลการสำรวจความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับยาเสพติดในกลุ่มสมาชิก อสม.ในชุมชนตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้าพบว่าสมาชิก อสม.มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชนน้อยมากและแม้บางส่วนจะมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดก็ยังมี การซื้อมาเพื่อการบริโภค ดังนั้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชนได้ครอบคลุมทั้งหมด

## บทนำ

การระบาดของสเติรอยดีในยาชุด ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ขายให้ประชาชน ซึ่รับประทานเองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยา จนติดยาเสพติดโดยไม่รู้ตัวว่าเป็นปัญหาต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย ถ้ากินยาเสพติดในขนาดน้อยๆ เพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ มักไม่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง แต่ถ้ากินต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดผลเสียที่รุนแรงหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ติดเชื้อโรค (ยากดการทำงานของภูมิคุ้มกันในร่างกาย) เป็นเบาหวาน (ยาทำให้น้ำตาลในเลือดสูง) บวมและความดันโลหิตสูง (ยาทำให้ขับน้ำลดลง แต่เพิ่มการสะสมไขมันที่บริเวณใบหน้า หลังและท้อง) กระดูกพรุน (ยารบกวนสมดุลการสร้างกระดูก) รวมทั้งเป็นผลในทางเดินอาหาร ผิวหนังเหี่ยวย่นและบาง ตาเป็นต้อ การทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ รบกวนการเจริญเติบโตในเด็ก

เป็นต้น ที่มาของอาการไม่พึงประสงค์จากยาสเตียรอยด์ที่สำคัญที่สุด คือ การได้รับยาสเตียรอยด์โดยไม่รู้ตัว ไม่ว่าจะเป็นจากยาชุด ยา ลูกกลอน ยาสูตรสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาพระ รวมทั้งยาที่อวดอ้างสรรพคุณในการรักษาได้สารพัดโรค เนื่องจากยาเหล่านี้มักจะมีส่วนผสมของยาในกลุ่มสเตียรอยด์อยู่ ทำให้เห็นผลในการบรรเทาทุกอาการได้อย่างรวดเร็วโดยที่ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ใดๆ ผู้ใช้ยาจึงมักรู้สึกพึงพอใจกับผลของยา โดยไม่ได้มุ่งรักษาที่สาเหตุของโรคโดยตรง แต่ยังใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานานมากขึ้นเท่าใด อาการไม่พึงประสงค์ของ steroid ก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น พร้อมกับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากไม่ได้รับการรักษาที่ตรงสาเหตุอย่างทันทั่วถึง

จากข้อมูลร้านค้าของชำในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัด เชียงราย ปี 2557 พบว่าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้ามีทั้งหมด 10 หมู่บ้าน มีร้านของชำทั้งหมดจำนวน 70 ร้าน มีการจำหน่ายยาทั้งหมด 319 รายการ พบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการพิษจากยาสเตียรอยด์จำนวน 1-2 รายต่อเดือน และพบมีการแจ้งข่าวเพื่อนำไปสู่การตรวจสอบยาสเตียรอยด์จากประชาชนทั่วไป อสม. และเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำนวน 2-3 ครั้งต่อปี ซึ่งเมื่อดำเนินการตรวจสอบมักจะไม่พบแหล่งผลิตและแหล่งจำหน่ายที่แน่ชัด ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามกฎหมายกับผู้ผลิตและจำหน่ายได้ ประกอบกับประชาชนทั่วไป (ผู้ซื้อและผู้จำหน่าย) ยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงอันตรายของยาสเตียรอยด์ ส่งผลให้ปัญหาการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชนเป็นปัญหาเรื้อรังที่ยากต่อการแก้ไข ดังนั้นการดำเนินโครงการเพื่อค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ทำให้มียาสเตียรอยด์ในชุมชนรวมถึงเพื่อปรับทัศนคติของผู้บริโภคและผู้จำหน่ายที่มีต่อยาสเตียรอยด์ในชุมชน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการใช้ยาสเตียรอยด์

## กลุ่มเป้าหมาย

- สมาชิก อสม.และผู้บริโภคยาเสพติดรายศรีในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า
- ร้านขายของชำในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า

## ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เมษายน – 31 กันยายน 2558

## แนวทางดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลร้านค้าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า
2. ออกแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ ร้านค้าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า
3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาในแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ร้านค้าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า
4. จัดทำแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ ร้านค้าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า
5. ออกสำรวจ/สัมภาษณ์ร้านค้าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า
6. ประเมินทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดรายศรีในชุมชนของร้านค้าในตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้าและรวบรวมรายชื่อผู้ซื้อและสมาชิก อสม.
7. ออกแบบแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ ผู้ซื้อ
8. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาในแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ผู้ซื้อและสมาชิก อสม.
9. จัดทำแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ ผู้ซื้อและสมาชิก อสม.
10. ออกสำรวจ/สัมภาษณ์ ผู้ซื้อและสมาชิก อสม.

11. ประเมินทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด  
ในชุมชนของผู้ซื้อและสมาชิก อสม.
12. เตรียมข้อมูลและเนื้อหาสำหรับอบรมเจ้าของร้านค้าและ  
ผู้ซื้อและสมาชิก อสม.
13. ประเมินผลและติดตามปริมาณยาเสพติดในชุมชน  
ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า

## ผลการดำเนินโครงการ

1. ประเมินความรู้เรื่องยาเสพติดในกลุ่มสมาชิก อสม.  
และผู้บริโภค โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 200 ชุด ใช้เวลาในการ  
ทำแบบสอบถาม 20 นาที

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม |                        | ร้อยละ |
|--------------------------------|------------------------|--------|
| เพศ                            | ชาย                    | 11.11  |
|                                | หญิง                   | 88.89  |
| อายุ                           | 35-49 ปี               | 48.89  |
|                                | 50 ปีขึ้นไป            | 51.11  |
| การศึกษา                       | ไม่ได้รับการศึกษา      | 2.22   |
|                                | ประถมศึกษา             | 51.11  |
|                                | มัธยมศึกษาตอนต้น       | 15.55  |
|                                | มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 24.44  |
|                                | อนุปริญญา/ปวส.         | 2.22   |
|                                | ปริญญาตรีหรือสูงกว่า   | 4.44   |
| อาชีพ                          | เกษตรกร                | 22.22  |
|                                | รับจ้าง                | 22.22  |
|                                | ค้าขาย                 | 48.89  |
|                                | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  | 6.67   |
| รายได้เฉลี่ย/เดือน             | ต่ำกว่า 2,000 บาท      | 4.44   |
|                                | 2,000-6,000 บาท        | 46.67  |
|                                | 6,000-10,000 บาท       | 35.55  |
|                                | มากกว่า 10,000 บาท     | 13.33  |
| โรคประจำตัว                    | มี                     | 37.78  |
|                                | ไม่มี                  | 62.22  |

2. ดำเนินกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับยาเสพติด  
 ในชุมชนพบว่าความต้องการของสมาชิก อสม.และผู้บริโภคต้องการ  
 ให้เจ้าหน้าที่รัฐปราบปรามยาเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่องซึ่ง  
 บางครั้งก็ตัดสินใจซื้อทั้งๆ ที่รู้ว่าอาจเป็นยาเสพติดเพราะอาการ  
 ปวดทำให้ทำงานไม่ได้และขอการมาให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่โรง-  
 พยาบาลจะได้มีความรู้และเอาไปบอกต่อได้ทั้งได้รับความร่วมมือจาก  
 สมาชิก อสม. ในการช่วยสอดส่องดูแลและแจ้งข่าวหากพบว่ามีกา-  
 รระบาดของยาเสพติดในชุมชน

### 3. ดำเนินการสำรวจร้านขายของชำ

จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นแต่ละร้านพบว่า มีร้านค้า  
 จำนวน 53 ร้าน ทั้งหมดให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและไม่ขาย  
 ที่คาดว่าจะมีส่วนผสมของยาเสพติดมาจำหน่าย

ร้านจำหน่ายสมุนไพรในตลาดสดจำนวน 3 ร้าน ให้ความร่วมมือ  
 ในการส่งสินค้าตัวอย่างตรวจหายาเสพติดที่อาจมีปนปลอมอยู่



รูปที่ 1 แสดงกิจกรรมการตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละคะแนนของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับความรู้เรื่องยาสแตียรอยด์

| ข้อความ                                                                                                  | ใช่   | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|
| 1. คุณรู้จักยาสแตียรอยด์เป็นอย่างดี                                                                      | 48.88 | 8.89   | 42.22    |
| 2. ยาสแตียรอยด์มีแต่ประโยชน์ไม่มีพิษภัยใดๆ                                                               | 4.44  | 60.00  | 35.55    |
| 3. ยาสแตียรอยด์รักษาโรคปวดข้อ ปวดกระดูก<br>ปวดกล้ามเนื้อได้                                              | 28.88 | 35.55  | 35.55    |
| 4. ยาสแตียรอยด์หาซื้อได้ง่าย ตามร้านค้าทั่วไป                                                            | 44.44 | 20.00  | 35.55    |
| 5. การใช้ยาสแตียรอยด์เป็นประจำไม่ทำให้เกิด<br>โรคภัยใดๆ                                                  | 11.11 | 64.44  | 24.44    |
| 6. ยาสแตียรอยด์เป็นยาอันตราย<br>ไม่ควรใช้เป็นต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ                                       | 77.78 | 4.44   | 17.78    |
| 7. ยาสแตียรอยด์เป็นยาที่ต้องใช้ภายใต้การ<br>ควบคุมดูแลของแพทย์และเภสัชกร                                 | 66.67 | 11.11  | 22.22    |
| 8. การใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ยาลูกกลอน<br>ยาน้ำสมุนไพร ปลอดภัยจากยาสแตียรอยด์<br>แน่นอน               | 8.89  | 46.67  | 44.44    |
| 9. ยาสแตียรอยด์ เช่น ยาประดง ยาปีก ยาชุด<br>มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาล<br>ในเลือดสูงขึ้น | 35.55 | 11.11  | 53.33    |
| 10. ยาสแตียรอยด์รักษาโรคเบาหวาน<br>และโรคความดันได้                                                      | 0.00  | 66.67  | 33.33    |



ตารางที่ 2 แสดงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของผู้ตอบแบบสอบถาม

| ข้อความ                                               | ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
|-------------------------------------------------------|------------------|-----------------|---------------|
| 1. ท่านรับประทานยาสมุนไพร เช่น ยาลูกกลอน ยาน้ำสมุนไพร | 0.00             | 55.55           | 44.44         |
| 2. ท่านรับประทานยาชุดแก้ปวดข้อ ปวดกระดูก              | 0.00             | 40.00           | 60.00         |
| 3. ท่านซื้อซื้อยาในร้านของชำ/รวดเร็ว                  | 0.00             | 40.00           | 60.00         |
| 4. ท่านชอบใช้ยาตามคำบอกเล่าของเพื่อน/ญาติ พี่น้อง     | 0.00             | 35.55           | 64.44         |
| 5. ท่านชอบใช้ยาที่ลูกหลาน/ญาติพี่น้องซื้อมาให้        | 0.00             | 35.55           | 64.44         |



รูปที่ 2 แสดงกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเภสัชกรและสมาชิก อสม./ประชาชนทั่วไป

## สรุปผลการดำเนินงาน

จากการจัดทำโครงการการรณรงค์ลดปริมาณยาเสพติดในชุมชนตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า เพื่อปรับทัศนคติของผู้บริโภคและผู้จำหน่ายที่มีต่อยาเสพติดในชุมชนรวมถึงค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ทำให้มียาเสพติดในชุมชน พบว่าความรู้เป็นเพียงแค่ปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดการตัดสินใจซื้อขายที่อยู่เหนือการควบคุมของแพทย์และเภสัชกรได้ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นเพียงแค่หนทางหนึ่งที่จะช่วยให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดลดลงและร้านค้าที่นำสินค้ามาจำหน่ายมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาช่วยประเมินหรือตรวจสอบเบื้องต้นว่ามียาเสพติดปนปลอมอยู่หรือไม่ สามารถจำหน่ายได้หรือไม่ ซึ่งทางผู้ดำเนินโครงการจะดำเนินการต่อไปเพื่อให้เกิดการจัดการปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการการรณรงค์ลดปริมาณยาเสพติดในชุมชนตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์ของ ภญ.กนกวรรณ ภูไพศาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุนตลอดการดำเนินโครงการ ขอขอบคุณ นางนวลสวาท ข้างงาม เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่ฝ่ายงานเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าทุกท่าน ที่ได้ลงพื้นที่ร่วมดำเนินโครงการจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

พานุโชติ ทองยัง.(2554). อย่าปล่อยให้สเสพติดลอยนวล.  
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ที่ คิว พี.

## โครงการรูปแบบการปฏิบัติการ ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิตามแนวคิด 1A4C ต่อคุณค่าบริการของผู้ป่วยไตเทียม ที่ฟอกไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหัวโจก ตำบลกำแมด อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

ภก.ชาญชัย บุญเชิด

โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร E-mail: ccbc\_46151009@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติการด้านเภสัชกรรมตามแนวคิด 1A4C และคุณค่าบริการของผู้ป่วยไตเทียมที่ฟอกทางหน้าท้องตำบลกำแมด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไตวาย 9 ครอบครัวและชุมชนที่มีคนไข้ไตวายที่ต้องฟอกไตทางหน้าท้องในเขตตำบลกำแมด อำเภอกุดชุม เครื่องมือการวิจัยคือรูปแบบการฝึกปฏิบัติการด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิตามแนวคิด 1A4C และคุณค่าบริการ จากการดำเนินงานพบว่าการปฏิบัติการด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิมีส่วนช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ความต่อเนื่องของการดูแล การดูแลอย่างเป็นองค์รวม การประสานบริการของทีมสหสาขา

วิชาชีพสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่วนผลของการปฏิบัติการด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทำให้ครอบครัวและเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพรับรู้คุณค่าบริการสุขภาพปฐมภูมิในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกไตทางหน้าท้องได้ดีมากยิ่งขึ้น

## บทนำ

จากการสำรวจและเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลหัวงัว โดยประวัติการรับเข้ารับการรักษาและการส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยต่อที่โรงพยาบาลกุดชุม พบว่า ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงัว ตำบลก้ามแมต จังหวัดยโสธร มีปัญหาด้านสุขภาพ และมีวิถีดูแลสุขภาพของตนเองและของครอบครัวยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว ได้แก่ การเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น โรคไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดขา โรคกระเพาะ ปัญหาโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งล้วนแต่เป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อครอบครัวในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่าย และด้านจิตใจ ซึ่งวิธีการดูแลสุขภาพของครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนิยมมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

ในกรณีที่มีโรคเรื้อรังหลังการส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลประจำอำเภอแล้วบางส่วนก็มารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จากข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงัว มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบ 11 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 6,826 คน มีบุคลากรสาธารณสุข 9 คน เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ลูกจ้างชั่วคราว 3 คน พนักงาน 2 คน อสม. 130 คน

ข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ มีดังนี้ เบาหวาน จำนวน 178 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 232 คน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 185 คน ปัญหาดังกล่าว อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ โดยมีผู้ป่วยโรคไตวาย บางส่วนครอบครัวไม่ยินยอมทำการฟอกไตเองที่บ้าน บางครอบครัวเท่านั้นที่มีความสามารถฟอกทางหน้าท้องในพื้นที่ตำบลหัววังมีจำนวนทั้งสิ้น 9 คน และมีผู้ป่วยไตวายที่ติดเตียงต้องทำกายภาพด้วยจำนวน 1 คน ในกรณีของผู้ป่วยโรคไตวาย นอกจากจะต้องล้างไตทางหน้าท้องแล้ว ยังมีการใช้ยาในปริมาณมากด้วย เช่น ยาลดฟอสฟอรัสในเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต การให้ต่าง ยาลดไขมันในเลือด ยาอื่นๆ น้ำมันปลา การต้านเกล็ดเลือด ยากันเลือดแข็ง เป็นต้น การใช้ยาดังกล่าวจะมีประโยชน์เฉพาะไตวายเรื้อรังบางกลุ่มเท่านั้น หากคนไข้ไม่ได้รับยาหรือควบคุมอาหารและไม่มีวิธีการตลอดจนสิ่งแวดล้อมของสถานที่ล้างไตไม่เหมาะสมแล้ว อาจเกิดปัญหาติดเชื้อตามมาได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขและป้องกันได้

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า จำนวนบุคลากรสาธารณสุขมีไม่เพียงพอแก่การให้บริการโดยเฉพาะการให้บริการในชุมชน ทำให้ยังพบปัญหาสุขภาพอีกมากมายที่ผู้ให้บริการเข้าไปดูแลได้ไม่ทั่วถึง ภายใต้ทรัพยากรผู้ให้บริการอันจำกัดในหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ ยังมีบุคลากรและองค์กรต่างๆ ในชุมชนอีกมากมายที่น่าจะส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือช่วยลดภาระการดูแลของญาติที่ดูแล ซึ่งบุคคลหรือองค์กรในชุมชนดังกล่าว น่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถทำได้และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นโรงพยาบาลกุดชุมในฐานะหน่วยบริการประจำในพื้นที่ ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายทั้งหมด 14 แห่ง

ได้จัดทำโครงการนี้ในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินำร่องตำบลท่าแม่ต เนื่องจากมีจำนวนคนไข้ไตวายที่พอกทางหน้าท้องจำนวนมากที่สุดของอำเภอ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งหากผลการดำเนินโครงการประสบความสำเร็จก็จะขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งปัญหาและหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายทุกแห่งต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะ ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พอกไตทางหน้าท้อง (CAPD) และผู้ดูแล (ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือกลุ่ม อสม.) ให้สามารถจัดการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูร่างกาย รวมทั้งการจัดการด้านยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องการจัดการปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนโดยใช้หลักการ 1A4C (Accessibility การเข้าถึงบริการ Continuity การให้บริการอย่างต่อเนื่อง Comprehensiveness การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ Coordination การประสานงาน Community participation ชุมชนมีส่วนร่วม)

### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไตวายที่ต้องพอกไตทางหน้าท้อง (CAPD) ในเขตตำบลท่าแม่ตที่มีปัญหาและแนวโน้มด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลายชนิด จากหลายโรงพยาบาล และอาจเกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน หรือเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ การติดตามดูแลอย่างเข้าใจและทั่วถึงต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติ หมอ ครอบครัว อสม.

แกนนำหมู่บ้าน ตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลกำแมด โดยมี รพ.สต.กำแมด เป็นตำบลนำร่อง (ต้นแบบ) เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอดสู่ตำบลอื่น จนครอบคลุมทั้ง 9 ตำบล

## แนวทางการดำเนินงาน

1. สำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยพอกไตทางหน้าท้องที่มีปัญหา
2. เตรียมชุมชน ประชาคมให้ชาวบ้านได้รับทราบถึงแผนงาน / โครงการ
3. จัดการประชุม / อบรมกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยไตวาย เพื่อรวบรวมปัญหา จัดกิจกรรมกลุ่ม และประสานงานร่วมกัน พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข้ปัญหา
4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่หมอครอบครัว อสม.ในด้านไตวาย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล โดยจัดให้มีการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ
5. จัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องมือตรวจน้ำตาลในเลือด เตียง ขาตั้งถุงน้ำเกลือ เตียงลมป้องกันแผลกดทับ เตียงมีล้อเลื่อน สถานที่จัดเก็บน้ำยาล้างไตประจำชุมชน จัดหาอุปกรณ์กายภาพหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยไตวาย พร้อมกับสาธิตการทำอุปกรณ์อย่างง่าย
6. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานจากหมอครอบครัว
7. สรุปผลการดำเนินงาน

## ผลการดำเนินโครงการ

1. ภายหลังจากการดำเนินการสำรวจและการจัดกิจกรรมร่วมกันกับภาคีเครือข่าย พร้อมการประสานงานร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาด้านยาของผู้ป่วยไตวายที่ฟอกทางหน้าท้อง นอกเหนือจากการแก้ไขด้านการให้ความรู้จากการใช้ยาแล้ว เราได้คนไข้ที่ประสบปัญหาต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและแก้ปัญหาทุกด้านทั้งด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคมและชุมชน (Bio-Psycho-Social) จำนวน 2 ราย จากทั้งหมด 9 ราย (คิดเป็นร้อยละ 22.22) โดยวิธีจัดการกับปัญหาโดยเร่งด่วนในผู้ป่วยรายแรกพบว่ามิใช่ไม่ทราบสาเหตุ บัสสาวะไม่ออกส่งตัวรับการรักษาที่โรงพยาบาลกุดชุมและส่งตัวต่อไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลยโสธรตามลำดับ ส่วนคนไข้รายที่สอง บัสสาวะไม่ออกบวมทั้งตัวสาเหตุเนื่องจากคนทั้งบ้านป่วย คนไข้โรคไตเรื้อรังขาดผู้ดูแลหาอาหารให้รับประทานผู้ป่วยจึงหาซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมารับประทานเองบ่อยๆ ส่งผลให้มีระดับสารเคมีในเลือดไม่สมดุลดังกล่าว จึงส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลกุดชุม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องติดตามและให้คำแนะนำด้านการใช้ยารวมถึงสภาพการเก็บรักษายาที่ถูกต้องจำนวน 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 55.56)

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องการจัดการปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนโดยใช้หลักการ 1A4C จำนวน 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 11.11) โดยมีการทำประชาคมเพื่อเผยแพร่เพื่อให้พื้นที่ได้ทราบถึงกระบวนการช่วยเหลือและจัดการร่วมกัน ทั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีกับทุกภาคส่วนตามหลักการ 1A4C (Accessibility การเข้าถึงบริการ Continuity การให้บริการอย่างต่อเนื่อง Comprehensiveness การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ Coordination การประสานงาน Community participation ชุมชนมีส่วนร่วม) โดยทีมสหวิชาชีพร่วมมือกัน



ออกเยี่ยมบ้าน ครอบครัวและชุมชนของผู้ที่พอกไตทางหน้าท้องให้เข้าถึง (Accessibility) การบริการในทุกด้าน ทั้งด้านการใช้ยา การเก็บรักษา การปฏิบัติตัว ออกไปให้ความรู้ด้านโภชนาการ เพิ่มความตระหนักกระบวนการวิธีการพอกไตทางหน้าท้องที่ถูกสุขลักษณะและถูกต้อง โดยออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (Continuity) ทุกวันอาทิตย์ แม้เป็นนอกเวลาราชการ แต่แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข ก็เสียสละเวลาของครอบครัว ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ไม่เพียงเยี่ยมบ้านเท่านั้นแต่ยังให้บริการอย่างอื่น (Comprehensiveness) เช่น วัดความดันโลหิตสูงกับทั้งคนไข้และผู้ดูแล เจาะและวัดระดับน้ำตาลในเลือด เฝ้าระวังและค้นหาปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดทั้งดูแลสุขภาพ วิธีชีวิตความเป็นอยู่ของคนไข้ ไม่ใช่เพียงบุคลากรด้านสาธารณสุขเพียงเท่านั้นที่ออกเยี่ยมบ้าน ยังมีการประสานงาน (Coordination) กับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขออกติดตามเยี่ยมบ้านเป็นขวัญเป็นกำลังใจ มีของฝาก เครื่องมือ อุปกรณ์จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของคนไข้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังมีการจัดกิจกรรมโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation) ทั้งการเยี่ยมบ้านร่วมกันของภาคีเครือข่าย อสม. ประชาชนที่สนใจ ให้ทราบถึงปัญหา เข้าใจร่วมกัน แก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากผลิตภัณฑ์สุขภาพแล้วส่งผลให้เกิดภาวะไตวายตามมาได้ และยังมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนการรับยาตามนัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงัว พร้อมทั้งคืนข้อมูลสู่ชุมชนเกี่ยวกับปัญหาด้านไตวายที่อาจต้องพอกไตทางหน้าท้อง

3. ผลการศึกษาการพัฒนาศักยภาพและทักษะให้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลด้านยาให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไตทางหน้าท้อง เข้าใจความจำเป็นของการฟอกไตมากขึ้น (ร้อยละ 100) คนไข้ 1 ราย ยอมปรับเปลี่ยนสถานที่เก็บยาให้พ้นแสงโดยเฉพาะยาเสริมธาตุเหล็ก และยาปรับสภาพกรด-ด่างในเลือด (Ferrous sulfate, Sodamint) เนื่องจากอาจเกิดปัญหาหาซื้อยากได้ยากหากโดนแสง เยี่ยมบ้าน และอธิบายให้เข้าใจถึงผลเสียของการซื้อยาจากร้านขายยาที่อาจเกิด ปัญหาปัสสาวะไม่ออก แล้วอาจเกิดปัญหา เช่น ยาในกลุ่มด้านการ อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาแก้แพ้ ยาคลายเครียด บางตัวที่อาจส่งผล ให้ปัสสาวะไม่ออกได้ เนื่องจากไตต้องทำงานหนักมากขึ้น จำนวน 2 ครอบครัว ฝ้าติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องทุกเดือนตามการนัดรับยา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยจั่ว

**ขอเชิญผู้ปกครองและผู้สนใจมาเยี่ยมชมและฟังบรรยาย**

ครอบครัวคุณลุง 32 ปี บ้านหนองหญ้า 5 หมู่ อ.อุทุมพร ขมิ้นไชย  
ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีโรคแทรกซ้อนทางไต และป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
แพทย์ รพ.ขมิ้นไชย ให้การนัดหมายเพื่อฟอกไตที่ รพ.ขมิ้นไชย เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2558  
เนื่องจากผู้ป่วยมีฐานะยากจนมาก ประกอบกับมีความเป็นโรคเรื้อรังจึงได้  
มาขอรับบริการที่ รพ.ขมิ้นไชย และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไตเสื่อม  
จากโรคเบาหวาน ฟอกไตทางหน้าท้องของเสียที่ขมิ้นไชย  
ปัจจุบัน คุณหมอช่วยชีวิต รพ.ขมิ้นไชย รพ.อุทุมพร ขมิ้นไชย  
จึงขอความอนุเคราะห์บริจาคเงินสนับสนุน สิ่งของ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยฟอกไต  
ขนาดพื้นที่ 2.50 x 3.0 เมตร

สนใจร่วมบริจาคติดต่อที่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยจั่ว อ.อุทุมพร ขมิ้นไชย โทร 045 583 448  
หรือ โทร.แจ้งรายชื่อ "กองชุมชนรวมใจพัฒนา รพ.ขมิ้นไชย" สภ. สาขากุทุม  
อุทุมพร โทร 020050348176



## สรุป

การแก้ปัญหาด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายที่พอกทางหน้าท้องในพื้นที่ตำบลก้ามแมต ใช้หลักการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยจั่ว แพทย์จากโรงพยาบาลกุดชุมและเภสัชกรในการติดตามปัญหาจากการใช้ยา ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การระบุปัญหา การหาความต้องการในการแก้ปัญหา ผลจากการเยี่ยมบ้านและการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการและแนวคิดทางเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการเยี่ยมบ้าน ทำให้คนในชุมชนยอมรับปัญหาและพร้อมจะทำการช่วยเหลือ ทีมสหวิชาชีพเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือ การที่ให้ชาวบ้าน อสม. อบต. รพ.สต. มีส่วนในกระบวนการเรียนรู้และช่วยกันคิดแก้ไขปัญหา จะก่อให้เกิดความยั่งยืน ความรักใคร่ สัมครสมานสามัคคีต่อกัน เป็นการเริ่มต้นที่ดีในการสร้างชุมชนให้เรียนรู้และเข้มแข็งสืบไปในภายภาคหน้า



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงัว องค์การบริหารส่วนตำบลกำแพงดง อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ ออกติดตามเยี่ยมบ้านและเป็นผู้เฝ้าทางเข้าสู่ชุมชน แพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล นักกายภาพ นักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาล โรงพยาบาลกุดชุมทุกท่านที่มีส่วนผลักดันให้งานบริการด้านปฐมภูมิ

## เอกสารอ้างอิง

1. สายพิน หัตถิรัตน์, บรรณาธิการ, เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย, นนทบุรี: ชมรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว: 2553
2. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, มุมมองและประสบการณ์การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ: ในทศวรรษแรกแห่งนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพฯ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554

## โครงการร่วมมือ ร่วมใจ เลิกใช้ยาเตียรอยด์ มุ่งสู่ชุมชนเข้มแข็ง ด้วยเครือข่าย รพ.สต.อำเภอบางบ่อ

ภญ.ดวงลักษณ์ คงขาว, ภ.บ.

โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ E-mail: duangluk.k@gmail.com

### บทคัดย่อ

**ที่มาของปัญหา** ด้วยมีการระบาดของปัญหาการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชน ทั้งจากยาชุด ยาลูกกลอน ยาแผนโบราณ และผลิตภัณฑ์ที่ลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ เนื่องจากสามารถซื้อหาได้ง่าย มีโฆษณาชวนเชื่อเกินจริง การขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้ประชาชนหันมาพึ่งพายาเหล่านี้โดยไม่รู้เท่าทัน ก่อให้เกิดอันตรายกับคนในชุมชนและความเจ็บป่วยซ้ำเติม ดังนั้นการสร้างความตระหนัก และความรู้ความเข้าใจ เพื่อการดูแลสุขภาพในชุมชนในการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการพึ่งตนเอง

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อสร้างความตระหนักในชุมชนในการเฝ้าระวัง ในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชนด้วยตนเอง ร่วมกับเครือข่าย รพ.สต.ของอำเภอบางบ่อ

2. เพื่อจัดทำแนวทางการทำงานของทีมเครือข่ายสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง (DHS) ด้วยทีมหมอครอบครัว (FCT)

**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้สถิติความถี่เป็นร้อยละ

**กำหนดตัวอย่าง** ลงพื้นที่ตำบลบางพลีน้อย หมู่ 9, 10, 11 จำนวน 32 ครัวเรือน และการประชุมภาคีเครือข่าย 100 คน

**ผลการศึกษา** การลงเยี่ยมบ้านในตำบลบางพลีน้อยหมู่ 9, 10, 11 จำนวน 32 ครัวเรือน เป็นเพศหญิง 20 ราย (62.5%) เพศชาย 12 ราย (37.5%) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป 20 ราย (62.5%) และอยู่บ้าน 18 ราย (56.2%) ผลการสอบถามเรื่องสแตียรอยด์ ไม่เคยได้ยิน 24 ราย (75%) เคยได้ยิน 8 ราย (25%) ประวัติการซื้อยารับประทานเอง โดยให้ดูจากภาพตัวอย่าง บอกว่าเคยซื้อใช้ 29 ราย (90.63%) ไม่เคยใช้ 2 ราย (6.25%) และเป็นคนขายเอง 1 ราย (3.12%) ซึ่งเหตุผลที่ใช้ยา เพื่อแก้อาการปวดเมื่อย 22 ราย (51%) แก้วเวียนเป็นลม 6 ราย (14%) ส่วนผลิตภัณฑ์ที่ตรวจพบสแตียรอยด์ เป็นยาสมุนไพรร 25 รายการ (50%) ยาลูกกลอน 9 รายการ (18%) ยาชุด และยาหอม อย่างละ 8 รายการ (16%) ระยะเวลาที่ใช้ยามากกว่า 3 ปี 9 ราย เวลา 1-3 ปี 14 ราย และพบอาการทางคลินิกเป็นแผลในกระเพาะอาหาร 4 ราย ใบหน้าบวม 1 ราย น้ำหนักตัวเพิ่ม 1 ราย และไม่แสดงอาการ 6 ราย เมื่อตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบสแตียรอยด์ จำนวน 32 ตัวอย่าง พบสแตียรอยด์ 14 ตัวอย่าง (43.6%) พบในยาสมุนไพรรไทย 2 ตัวอย่าง ยาชุดแก้ปวด 4 ตัวอย่าง ยาชุดกษัยเส้นบำรุงไต 3 ตัวอย่าง ยาเม็ดเดกซาเมธาโซน 1 ตัวอย่าง และยาสมุนไพรร 4 ตัวอย่าง

ในส่วนการประชุมภาคีเครือข่าย จัดทำแนวทางการทำงาน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง (DHS) ด้วยทีมหมอกรอบครัว (FCT) และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

**บทสรุป** นำร่องด้วยการสร้างพื้นที่ต้นแบบงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยให้ผู้นำชุมชน ประชาชน อสม. และ รพ.สต. ในพื้นที่เป็นแกนนำ โดยการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายอย่างเต็มที่ในการร่วมดำเนินการ

## บทนำ

ด้วยมีการระบาดของปัญหาการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชน ทั้งจากยาชุด ยาแผนโบราณ และผลิตภัณฑ์ที่ลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ เนื่องจากสามารถซื้อหาได้ง่าย ตามร้านชำ ร้านยา รถเร่ ตลาดนัด และการมีโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ทั้งขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้ประชาชนหันมาพึ่งพายาเหล่านี้ จึงก่อให้เกิดอันตราย จังหวัดสมุทรปราการเป็นพื้นที่อุตสาหกรรม มีประชาชนเข้ามาใช้แรงงานจำนวนมาก รวมถึงแรงงานต่างด้าว งานคุ้มครองผู้บริโภคฯ รวมถึงงานเภสัชกรรมปฐมภูมิได้ตรวจพบการระบาดของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ทั้งยาชุดแก้ปวดกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) ซึ่งมักจะรวมยาสเตียรอยด์ร่วมด้วยเสมอ ทั้งยาเพรดนิโซโลน (Prednisolone) และยาเดกซาเมธาโซน (Dexamethasone) มีการลักลอบใส่ยาสเตียรอยด์ในยาสมุนไพรแผนโบราณ ยาลูกกลอน แสดงผลอาการอวดสรรพคุณเกินจริงว่ารักษาทุกโรค เช่น ยาขยายเส้นบารุงไต ทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ และมีหลายรายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นทีมเครือข่ายงานปฐมนุฎิ รพ.บางบ่อ เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงจัดโครงการร่วมมือ ร่วมใจ เลิกใช้สแตยรอยด์ มุ่งสู่ชุมชนเข้มแข็งด้วยเครือข่ายอำเภอบางบ่อ ในการให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ด้วยการสร้างความตระหนัก และความรู้ความเข้าใจ เพื่อความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้อย่างเหมาะสมให้กับประชาชนในพื้นที่ด้วยการสร้างชุมชนเข้มแข็งด้วยเครือข่าย รพ.สต.อำเภอบางบ่อ ในการร่วมมือ ร่วมใจเลิกใช้สแตยรอยด์ และสร้างความตระหนักในการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการพึ่งตนเอง

## วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อคัดกรองผู้ที่ใช้อย่างผิด และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน

2.2 เพื่อสร้างความตระหนักในชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยการร่วมมือร่วมใจแก้ไขปัญหาคาการใช้อย่างสแตยรอยด์ในชุมชนด้วยตนเอง ร่วมกับเครือข่าย รพ.สต.ของอำเภอบางบ่อ

2.3 เพื่อจัดทำแนวทางการทำงานของทีมเครือข่ายสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ และการดูแลต่อเนื่อง (DHS)

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 100 คน

1. เจ้าหน้าที่ รพ.สต., สสอ., อสม., เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย
2. อบท., อบต., กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้นำชุมชน
3. ประชาชนในพื้นที่ อ.บางบ่อ

ระยะเวลาดำเนินการ : ระหว่างเดือน 1 เมษายน- 31 กันยายน 2558 ณ อำเภอบางบ่อ จ.สมุทรปราการ



## แนวทางการดำเนินการ

### ช่วงที่ 1 ประชุมเครือข่าย

- จัดทำโครงการฯ เพื่อขออนุมัติงบประมาณดำเนินการ ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณจาก สปสช.เขต 6 ระยอง จำนวน 80,000 บาท
- ครั้งที่ 1 จัดประชุมคณะกรรมการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย รพ.บางบ่อ, รพ.สต.ทั้ง 14 แห่ง และ สสอ. ซึ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสุหรั่งครบวงจร จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพของประชาชนบางบ่อ



ภาพที่ 1 ประชุมทีมงาน สสอ. รพ.สต. และ รพ.บางบ่อ

- ครั้งที่ 2 จัดประชุมภาคีเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ชุมชนแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย อบต., กำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน, ตัวแทนภาคประชาชน และ อสม.ของพื้นที่อำเภอบางบ่อ



ภาพที่ 2 ประชุมภาคีเครือข่ายระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข  
กับหน่วยงานภายนอก ของอำเภอบางบ่อ

- จัดทำแนวทางในการทำงานร่วมกับชุมชน และการประสานงาน  
ส่งต่อกรณีพบปัญหา
- การฝึกอบรมการใช้ Steroid Test kit และแบบฟอร์มการ  
ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

## ช่วงที่ 2 ลงพื้นที่

- การจัดประชุมชาวบ้านร่วมกับผู้นำชุมชนในแต่ละพื้นที่ โดย  
คัดเลือกชุมชนนำร่อง 1-2 แห่ง/ตำบล
- การเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) สำรวจพื้นที่ในตำบล  
บางพลีน้อย หมู่ 9, 10, 11
- การส่งต่อการรักษา (Refer)
- การเฝ้าระวังติดตามดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้วย รพ.สต.  
เป็นระยะ



ในพื้นที่บางพลีน้อย หมู่ 9, 10, 11

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน

- 1. ชุดทดสอบสารสเตียรอยด์ (DMSC Steroid Test Kid)
- 2. แบบแผนการทำงานของเครือข่ายฯ
- 3. แบบสัมภาษณ์การใช้ยาสเตียรอยด์เพื่อคัดกรองผู้ที่ใช้สเตียรอยด์ในทางที่ไม่เหมาะสม
- 4. ใบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการใช้ยาสเตียรอยด์
- 5. แนวทางการรักษาผู้ใช้ยาสเตียรอยด์, อาการข้างเคียง, ภาวะกระดูกพรุน, ภาวะ Adrenal Suppression
- 6. สื่อประชาสัมพันธ์ ทั้งแผ่นพับ, ป้ายไว้นิล, ป้ายโฆษณา

| ผลิตภัณฑ์                  | ยาที่พบ                     | ผลิตภัณฑ์              | ยาที่พบ                     |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| ยาพาราเซตามอล ชนิดน้ำ      | Disulfiram<br>Acetaminophen | ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด | Disulfiram<br>Acetaminophen |
| ยาพาราเซตามอล ชนิดน้ำ-ยาชา | Disulfiram<br>Acetaminophen | ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด | Disulfiram<br>Acetaminophen |
| ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด     | Disulfiram<br>Acetaminophen | ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด | Disulfiram<br>Acetaminophen |
| ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด     | Disulfiram<br>Acetaminophen | ยาพาราเซตามอล ชนิดเม็ด | Disulfiram<br>Acetaminophen |



ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)  
โดยใช้สถิติเป็นร้อยละ

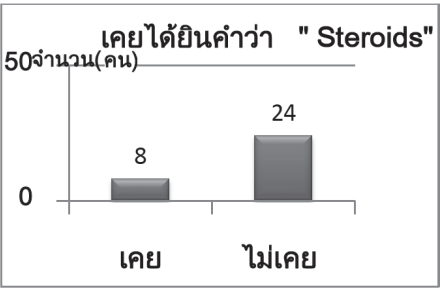
ผลการดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินโครงการฯ จากการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ รพ.สต.  
บางพลีน้อย หมู่ 9, 10, 11 จำนวน 32 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร รพ.สต.บางพลีน้อย

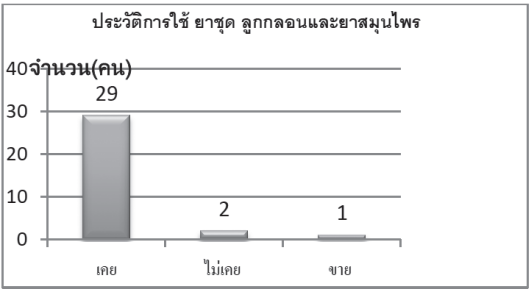
| ข้อมูล         | จำนวน | %    |
|----------------|-------|------|
| เพศ            |       |      |
| ชาย            | 12    | 37.5 |
| หญิง           | 20    | 62.5 |
| อายุ           |       |      |
| <40            | 1     | 3.1  |
| 40-50          | 4     | 12.5 |
| 51-60          | 7     | 21.9 |
| 61-70          | 9     | 28.1 |
| 71-80          | 7     | 21.9 |
| ≥81            | 4     | 12.5 |
| อาชีพ          |       |      |
| อยู่บ้าน       | 18    | 56.2 |
| ทำนา-เกษตรกรรม | 9     | 28.1 |
| รับจ้าง        | 2     | 6.3  |
| ค้าขาย         | 3     | 9.4  |

ตามตารางที่ 1 พบว่า เป็นเพศชาย 20 คน (62.5%) เพศหญิง 12 คน (37.5%) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 61-70 ปี 9 คน (28.1%) อายุ 51-60 ปี และ 71-80 ปี อย่างละ 7 คน (21.9%) ในส่วนอาชีพ อยู่บ้าน 18 คน (56.2%), ทำนา-เกษตรกรรม 9 คน (28.1), รับจ้าง 2 คน (6.3%) และค้าขาย 3 คน (9.4%)



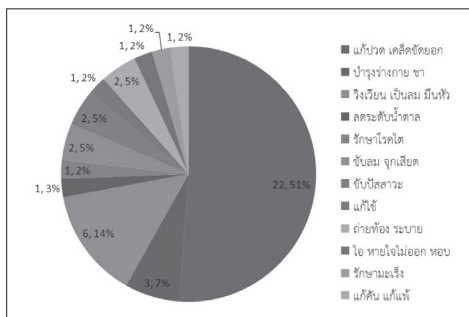
แผนภูมิที่ 1 การรับรู้เคยได้ยินคำว่า ยาสเตียรอยด์

จากแผนภูมิที่ 1 การรับรู้เคยได้ยินคำว่า ยาสเตียรอยด์หรือไม่พบว่า ชาวบ้านไม่เคยได้ยินคำว่า สเตียรอยด์ จำนวน 24 ราย (75%) เคยได้ยิน 8 คน (25%)



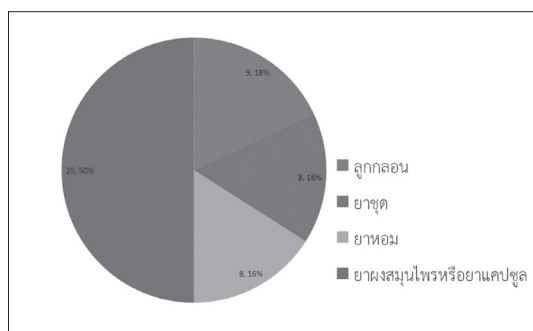
แผนภูมิที่ 2 ประวัติการใช้ยาชุด หรือยาสมุนไพร

จากแผนภูมิที่ 2 สอบถามประวัติการใช้ยารับประทานเอง โดยให้ดูตัวอย่างยาพาราเซตามอลพบว่า ชาวบ้านเคยใช้ยาถึง 29 ราย (90.63%) ไม่เคยใช้ 2 ราย (6.25%) และขายยาเอง 1 ราย (3.12%)



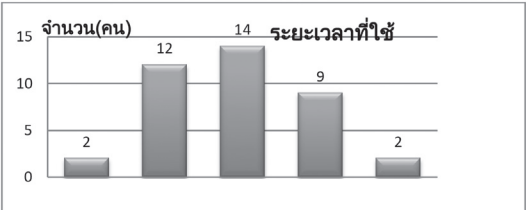
แผนภูมิที่ 3 เหตุผลที่ใช้ยา

จากแผนภูมิที่ 3 ถามถึงเหตุที่ใช้ยา พบว่า ชาวบ้านใช้รักษา แก้ปวด เคล็ดขัดยอก จำนวน 22 ราย (51%) รองลงมาเป็นแก้หวัดเย็น เป็นลม ฝนหัว จำนวน 6 ราย (14%)



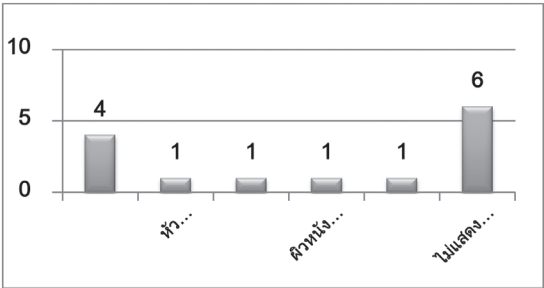
แผนภูมิที่ 4 รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ตรวจพบ

จากแผนภูมิที่ 4 รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ตรวจพบ พบว่า เป็นยาสมุนไพร จำนวน 25 รายการ (50%) ยาลูกกลอน 9 รายการ (18%) ยาชุด และยาหอม อย่างละ 8 รายการ (16%)



แผนภูมิที่ 5 ระยะเวลาที่ใช้ยา

จากแผนภูมิที่ 5 ระยะเวลาที่ใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่เคยใช้มา 1-3 ปี 14 ราย และมากกว่า 3 ปี 9 ราย



แผนภูมิที่ 6 อาการทางคลินิกที่พบ

จากแผนภูมิที่ 6 อาการทางคลินิก พบว่า ยังไม่แสดงอาการ 6 ราย มีอาการแพ้ในกระเพาะอาหาร 4 ราย มีหัวใจเต้นช้า ใบหน้าบวมอูม ผิวหนังบาง น้ำหนักตัวเพิ่ม/ตัวบวม อย่างละ 1 ราย

ผลการตรวจผลิตภัณฑ์ ตัวอย่างที่สุ่มตรวจ 32 ตัวอย่าง พบว่ามีสเตียรอยด์ 14 ตัวอย่าง (43.6%) มีรายการดังต่อไปนี้

1. ยาสมนไพรไทย 2 ตัวอย่าง

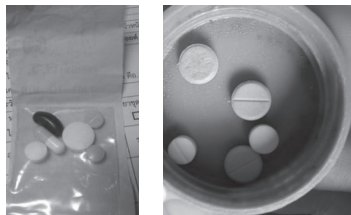


2. ยาชุดแก้ปวด 4 ตัวอย่าง

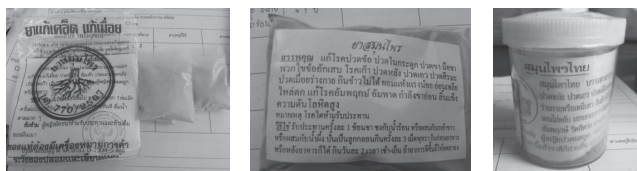


3. ยาชุดกษัยเส้นบารุงไต 3 ตัวอย่าง

4. ยาเม็ด Dexamethasone 1 ตัวอย่าง



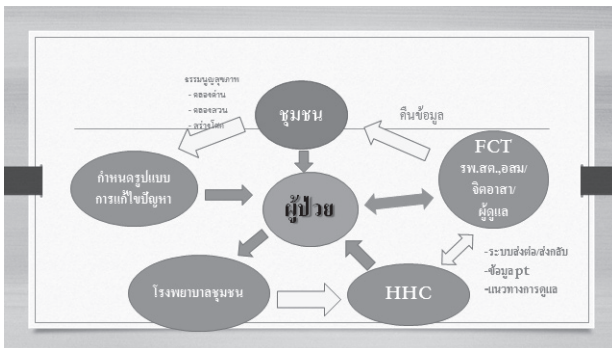
5. ยาสมนไพร 4 ตัวอย่าง





### ผลการประชุมทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ ดังแผนภาพ

จากผลการประชุมทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 เป็นทีมสาธารณสุข จำนวน 50 คน ช่วงที่ 2 ประชุมภาคีเครือข่าย 80 คน สรุปผลการประชุมตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน พบว่า ให้มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการที่ รพ.บางบ่อ สนับสนุนการออกเยี่ยมบ้าน (HHC) ทั้งในเรื่องระบบการส่งต่อ/ส่งกลับ ข้อมูลผู้ป่วย และแนวทางการดูแลรักษา โดยที่ส่งเสริมให้แต่ละ รพ.สต.ที่เป็นทีมหมอครอบครัว ร่วมกับจิตอาสา/ผู้ดูแล มีส่วนร่วม และคืนข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับชุมชนแต่ละแห่ง ว่ามุ่งสนใจแก้ไขปัญหาอะไรเร่งด่วนก่อน-หลัง ตามความต้องการของชุมชน โดยในเรื่องของยาชุด ยาเสพติดอยด์ จะเป็นโครงการนำร่องในชุมชนที่มีการระบาดก่อน โดยให้ทีม FCT ร่วมกับเภสัชกรเข้าไปทำงานเชิงรุกกับชุมชนต่อไป ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 4 การเชื่อมโยงการทำงานด้วยเครือข่ายสุขภาพอำเภอบางบ่อ

## สรุปผลการดำเนินงาน

จากโครงการร่วมมือ ร่วมใจ เลิกใช้สแตเดียรอยด์ฯ ซึ่งทำอย่างต่อเนื่อง เป็นงานคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับงานปฐมนิเทศโดยการมีส่วนร่วมกันหลายฝ่าย ทั้งสสอ., รพ.สต., อสม., เกษัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบางบ่อ ในการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่จากการลงเยี่ยมบ้าน (HHC) และนำข้อมูลมาร่วมวางแผนงานการส่งเสริม ป้องกัน โดยการนำความรู้ที่ได้จากสำรวจคืนข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดการตระหนักในการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการพึ่งตนเองจากการมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมหมอครอบครัว (FCT) โดยการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วยการบูรณาการองค์ความรู้ถึงการใช้จ่าย และผลิตภัณฑ์ในชุมชน และนำไปสู่การทำงานเชิงรุกในชุมชน และขยายการดำเนินการสู่ชุมชนอื่นต่อไป

การอภิปรายผล การลงพื้นที่นำร่องในหมู่บ้านบางพลีน้อย เพื่อเป็นต้นแบบนำร่องให้กับหมู่บ้านอื่นๆ ในการให้ความรู้เป็นรายครัวเรือน และการทำกิจกรรมกลุ่มในการประชุมหมู่บ้าน โดยอาศัยแกนนำในชุมชน ทั้งผู้นำชุมชน อสม. และทีมหมอครอบครัว ในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพ และเฝ้าระวังภัยการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมร่วมกับปัญหาอื่นๆ ของชุมชน โดยเฉพาะปัญหาการทำมาหาเลี้ยงชีพ ดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนจึงคิดเป็นเรื่องรอง ยังไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร จึงควรให้คนชุมชนที่เกิดประสบปัญหา และเคยได้รับอันตรายจากการใช้ยาชุดสแตเดียรอยด์ ร่วมเป็นวิทยากรในบอกเล่าประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นในคนในชุมชนตระหนัก และมีความรู้ความเข้าใจปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และขยายชุมชนต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ภญ.เนาวรัตน์ ทิพย์อุทัย หัวหน้างานเภสัชกรรม  
ปฐมภูมิ ฝ่ายเภสัชกรรม รพ.บางบ่อ นักศึกษาเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัย  
หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ สปสช.  
เขต 6 ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ

## เอกสารอ้างอิง

1. Gough N. Use of steroids in palliative care. Hospice in the weald. 2013;1-6
2. Liu D, Ahmet A, Ward L, Krishnamoorthy P, D Mandelcorn E, Leigh R, P Brown J et al. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. AACI 2011:1-25

## โครงการ การจัดการยาเหลือใช้ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและศึกษาสาเหตุ ของยาเหลือใช้ของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ภญ.ปราณีสา กอรัมย์

โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี E-mail: chuenjit\_atm@hotmail.com

### หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน ประเทศไทยเกิดปัญหายาเหลือใช้ที่มีปริมาณมาก มากกว่าความต้องการใช้ในการรักษาโรคของผู้ป่วย ในงานประชุม วิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2556 สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล (ประเทศไทย) ได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเรื่องยาเหลือ ใช้พบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 60 มียาเหลือใช้ คิดเป็นมูลค่าประมาณ 4% และประมาณการว่ามูลค่ายาเหลือใช้ทั้งประเทศ มีประมาณ 4,000 ล้านบาท การเกิดยาเหลือใช้ นอกจากทำให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นแล้ว ยังนับเป็นปัญหาที่สำคัญ อย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้ยา ทำให้เกิดความเสียหายที่ผู้ป่วยนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือทำให้เกิดอันตราย จากการใช้ยา ถ้าเก็บรักษาไม่ดีหรือเก็บไว้นานเกินไป ยาเหลือใช้เหล่านั้น อาจเสื่อมสภาพหรือหมดอายุได้ หากนำยาเหล่านั้นมาใช้ นอกจากทำให้

รักษาโรคไม่หายแล้วยังได้รับอันตรายจากยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุได้ นอกจากนี้ยังเป็นการบ่งบอกถึงปัญหาในการใช้ยาและความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกด้วย โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเหลือใช้และวิธีการจัดการกับยาเหลือใช้ที่เหมาะสม

เภสัชกร ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วย ต้องให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกวิธี โรงพยาบาล ลำลูกกา จ.ปทุมธานี มีคลินิกโรคเรื้อรัง มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งหมด 4,141 คน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับยาโรคเรื้อรังหลายชนิดและได้รับยาปริมาณมาก และมักมีปัญหาในการใช้ยา ทำให้มีโอกาสเกิดยาเหลือใช้จำนวนมาก

การศึกษาค้นคว้านี้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการปัญหา ยาเหลือใช้ และส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และเป็นการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดการปัญหา ยาเหลือใช้ของผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง
2. เพื่อติดตามและประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล ลำลูกกา

ระยะเวลาการดำเนินโครงการ มีนาคม 2558 – กันยายน 2558

## ขั้นตอนการดำเนินโครงการ

1. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยาเหลือใช้มาคืน
2. แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยาเดิมที่เหลือมาทุกครั้งที่พบแพทย์
3. ก่อนพบแพทย์ จนท.ห้องยา จะตรวจสอบยาที่เหลือและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์
4. บันทึกข้อมูลลงแบบ form เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แพทย์
5. แพทย์พิจารณาปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม
6. ผู้ป่วยที่ใช้ยายังไม่ถูกต้องส่งให้เภสัชกร counseling
7. บันทึกผล counseling ลงในแบบ form
8. เภสัชกรรวบรวมปัญหาการใช้ยาที่พบ วิเคราะห์ข้อมูล หาแนวทางแก้ไขปัญหา
9. รวบรวมมูลค่ายาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาคืน

### การประเมินผล

1. การประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าใช้ยาถูกต้องหรือไม่
2. การประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการ counseling ว่าใช้ยาถูกต้องหรือไม่
3. รวบรวมมูลค่ายาเหลือใช้ที่คืนมาและสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

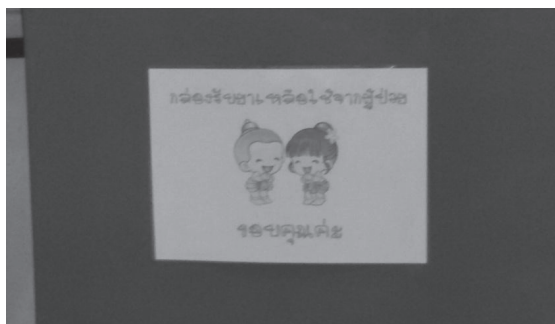
1. วิเคราะห์สาเหตุของยาเหลือใช้ของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยสามารถเข้ายาได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น
3. ประหยัดงบประมาณการจัดซื้อยาของโรงพยาบาล

## การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

1. ได้มีการจัดการกับปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบมากขึ้น
2. ประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อยา
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการ counseling จนสามารถเข้ายาได้อย่างถูกต้อง

## เกณฑ์การคัดเลือกยารับคืนจากผู้ป่วย

1. มีการเก็บรักษายาที่ดี (เก็บเป็นที่เป็นทาง หลีกเลียง แสง ความร้อน ความชื้น ดูจากซองยา การสัมผัสภาชนะ)
2. ต้องมีฉลากยาที่ชัดเจน ระบุวันที่อย่างชัดเจน
3. แผงยามีวันหมดอายุชัดเจน
4. ลักษณะภายนอกของยา ไม่มีสี กลิ่น และรูปแบบ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งสังเกตด้วยตา และจุ่มได้



กล่องรับคืนยา

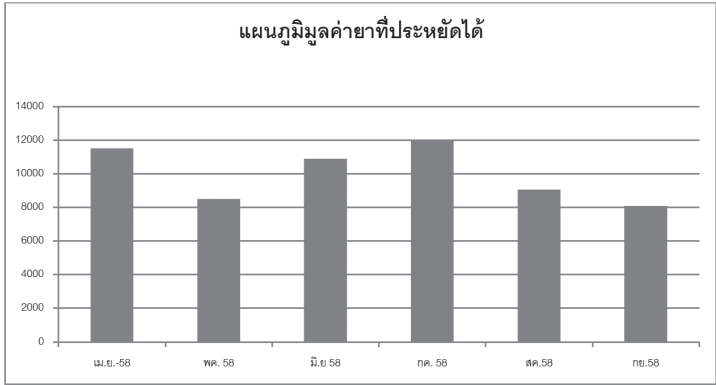


เจ้าหน้าที่ห้องยาคัดเลือกยาคืนจากผู้ป่วย



ผลการดำเนินงานโครงการ

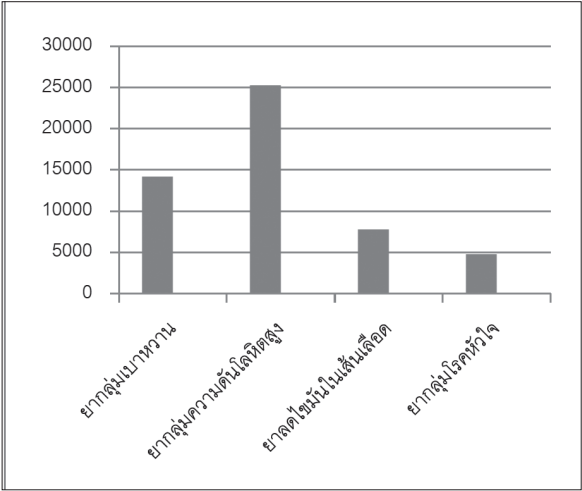
| ตารางมูลค่ายาที่ประหยัดได้ |              |
|----------------------------|--------------|
| เดือน                      | มูลค่า (บาท) |
| เม.ย. 2558                 | 11,527       |
| พ.ค. 2558                  | 8,511        |
| มิ.ย. 2558                 | 10,910       |
| ก.ค. 2558                  | 12,017       |
| ส.ค. 2558                  | 9,060        |
| ก.ย. 2558                  | 8,086        |
| รวม                        | 52,025       |



มูลค่ายาที่ประหยัดได้ตั้งแต่เดือน เม.ย. 58- ก.ย. 58 มูลค่ารวม 52,025 บาท

จำแนกข้อมูลยาที่ประหยัดได้

| ยากลุ่มโรค             | บาท    | ร้อยละ |
|------------------------|--------|--------|
| ยากลุ่มเบาหวาน         | 14,187 | 27.26  |
| ยากลุ่มความดันโลหิตสูง | 25,270 | 48.57  |
| ยาลดไขมันในเส้นเลือด   | 7,794  | 14.98  |
| ยากลุ่มโรคหัวใจ        | 4,775  | 9.19   |
| รวม                    | 52,026 | 100    |



| <p>สิ่งที่ได้รับหลังการดำเนินงานโครงการ (พัฒนาจากการตั้ง<br/>กล่องรับคินยาหน้าห้องยา พัฒนาเป็น คัดเลือกยาเดิมของผู้ป่วยที่ยัง<br/>ใช้ได้ นำมาจัดเพิ่มให้ครบตามปริมาณที่แพทย์สั่ง)</p> <p>โรงพยาบาลลาลูกกา มีระบบบริหารจัดการยาเดิมของผู้ป่วยได้<br/>อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นระบบมากขึ้น ลดความไม่พึงพอใจ<br/>ของเจ้าหน้าที่ และคนไข้ได้มาก ประหยัดค่าใช้จ่ายโรงพยาบาล</p> |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| กล่องรับยาคิน (เดิม)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | นำยาเก่าของ pt มาจัดเพิ่มยาใหม่ (พัฒนา)                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>มีปัญหาหาเสื่อมคุณภาพ</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>ผู้ป่วยได้รับยาเดิมของตนเองไปใช้</li></ul>                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>pt ได้รับยาของ pt ท่านอื่น</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>ลดความไม่พึงพอใจจากการใช้ยาเก่าของคนอื่น</li></ul>                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>ผู้ป่วยไม่ยอม(รังเกียจ)ได้รับ<br/>ของเก่าของคนอื่น</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ รู้วิธีการจัดเก็บยา<br/>ที่ถูกต้อง</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกันคัดเลือกยาเก่า</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>เจ้าหน้าที่ห้องยามีความพึงพอใจมากขึ้น</li></ul>                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>การเก็บยาคินช่วย รพ.ประหยัด<br/>ค่าใช้จ่าย</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาของ รพ.</li></ul>                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |

# การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพพระบยา ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ยุภาพรรณ มั่นกระโทก<sup>1</sup>, ธัญลักษณ์ ยศพลเสนีย์<sup>2</sup>

อัญชลี เวชพุกษไพบูลย์<sup>2</sup>, ศุภกั๊ ชัยประเสริฐ<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพพระบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้  
เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพมีความ  
สำคัญยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพพระบยา  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.นครราชสีมา วิธีวิจัย:  
วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 –  
กุมภาพันธ์ 2558 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก

<sup>1</sup> โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

<sup>2</sup> สถานีภาคที่ 4 นครราชสีมา

<sup>3</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง

การติดตามผลการดำเนินการ ของทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบและ  
 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขต  
 อำเภอเมือง จ.นครราชสีมา 30 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการ  
 วิจัย : 1) แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบยา  
 ของหน่วยบริการปฐมภูมิในการศึกษานี้ซึ่งต้องทำความเข้าใจคือ  
 แนวคิดในการพัฒนาคน โดยสร้างการมีส่วนร่วมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง  
 ในการเห็นปัญหา เข้าใจเป้าหมาย อยากร่วมแก้ไข ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ  
 ร่วมประเมินผล ร่วมพัฒนา และแนวคิดในการพัฒนาระบบงานที่ง่าย  
 ต่อการปฏิบัติ, สามารถนำมาใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้จริง  
 สอดคล้องกับบริบท เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามมาตรฐาน 2) การพัฒนา  
 ระบบการเฝ้าระวังยาหมดอายุ พบว่าจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  
 สามารถบริหารจัดการยาก่อนยาหมดอายุล่วงหน้า 8 เดือนเพิ่มขึ้นจาก  
 เดิมร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 46.7 การพัฒนาระบบการป้องกันการ  
 แพ้ยาซ้ำ พบว่าจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการปรับแบบบันทึกใน  
 แฟ้มประวัติผู้ป่วยแพ้ยา โดยใช้แบบบันทึกที่มีลายน้ำ “ผู้ป่วยแพ้ยา”  
 ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 33.3 การพัฒนาระบบ  
 ควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่า มีการจัดเก็บแยกจากยาอื่น  
 มีระบบล็อกกุญแจที่ชัดเจน สรุป: การพัฒนาคุณภาพระบบยาทั้งด้าน  
 การบริหารจัดการด้านยาและระบบความปลอดภัยด้านยาของหน่วย  
 บริการปฐมภูมิให้เกิดความต่อเนื่องต้องมีการบูรณาการพัฒนาคบคู่  
 ไปด้วยการพัฒนาคนที่มีความสอดคล้องกับบริบทโดยมุ่งเน้น  
 การมีส่วนร่วมทั้งระดับผู้บริหารและทีมงานผู้ปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ:  
 ควรมีขยายการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีระบบยา  
 ที่มีคุณภาพเพียงพอ พร้อมใช้ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง  
 และครอบคลุมต่อไป

## บทนำ

แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นการให้บริการเชิงรุกเน้นการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพในบริการปฐมภูมิ ที่ต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นงานหนึ่งซึ่งมีความสำคัญที่จะต้องพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

จากผลการร่วมปฏิบัติงานและนิเทศงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่การดำเนินงานและการพัฒนางานด้านเภสัชกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐาน ยังขาดความต่อเนื่องทั้งนี้เนื่องจาก 1) หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ การดำเนินงานด้านเภสัชกรรมส่วนใหญ่ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีเภสัชกรประจำแต่ละเครือข่ายแล้ว แต่ด้วยจำนวนลูกข่ายของแต่ละเครือข่ายมีจำนวนมาก ทำให้เภสัชกรที่ประจำเครือข่ายอาจดูแลได้ไม่เต็มที่ 2) การมีส่วนร่วมของทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินการพัฒนาระบบยายังน้อย 3) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) รูปแบบ/วิธีการดำเนินการยังไม่ตอบสนองต่อการนำมาใช้ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น ทีมงานจึงร่วมกันคิดหาแนวทางในการที่จะส่งเสริมให้การพัฒนาระบบยา

ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยการนำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบยาเพื่อให้ทีมงานได้รู้ เข้าใจ เห็นความสำคัญ และร่วมกันพัฒนารูปแบบระบบยาที่ได้มาตรฐานสอดคล้องกับบริบทและสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ในหน่วยงาน และนับเป็นการนำศักยภาพของทีมงานมาใช้ในการพัฒนาระบบยาของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.นครราชสีมา

**คำถามการวิจัย :** รูปแบบการพัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จะช่วยป้องกัน/แก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงใดในทางปฏิบัติ ในประเด็นต่อไปนี้ควรเป็นอย่างไร

- 1) การเฝ้าระวังยาหมดอายุ
- 2) การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
- 3) การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

### ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และทีมผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

**สถานที่ศึกษา** หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 30 แห่ง

### กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

- ผู้รับผิดชอบหลักงานเกสัชกรรมปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในช่วง ต.ค. 56 – ก.พ. 58

- เกสัชกรที่รับผิดชอบในแต่ละเครือข่ายบริการ (CUP)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานระบบยา กับทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- การสัมภาษณ์โดยผู้ให้สัมภาษณ์คือ ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบหลักในเรื่องระบบยาและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- บันทึกการประชุม เอกสาร รายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- การติดตามผลการดำเนินการภาคสนาม โดยการเยี่ยมหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้คำแนะนำปรึกษาการพัฒนา

### การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตลอดการวิจัย เพื่อสร้างความวางใจ (Credibility) ของผลการวิจัย โดยการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี โดยเริ่มจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ แล้วนำมาบันทึก รวมทั้งพิจารณา กิริยาท่าทาง พฤติกรรม บรรยากาศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และสมาชิกที่ปฏิบัติงานร่วม เพื่อนำมาประกอบการแปลความหมาย ร่วมกับผลการบันทึกภาคสนามวิธีการอื่น



## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้ มีดังนี้

ก. แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประสบความสำเร็จ แนวคิดสำคัญที่นำมาใช้คือ แนวคิดในการพัฒนาคนและแนวคิดในการพัฒนาระบบงานซึ่งต้องทำควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง

### แนวคิดในการพัฒนาคน โดย

- สร้างการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง (เห็นปัญหา เข้าใจเป้าหมาย อยากร่วมแก้ไข ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลร่วมพัฒนา)

- เข้าใจ เหตุและผลในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติงาน
- มีความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานนั้นให้บรรลุเป้าหมายด้วยน้ำใจที่โอบอ้อมอารีต่อผู้ร่วมงาน

- ต้องหมั่นทบทวนการปฏิบัติ/เพิ่มเติมความรู้ให้แก่นักอยู่เสมอ

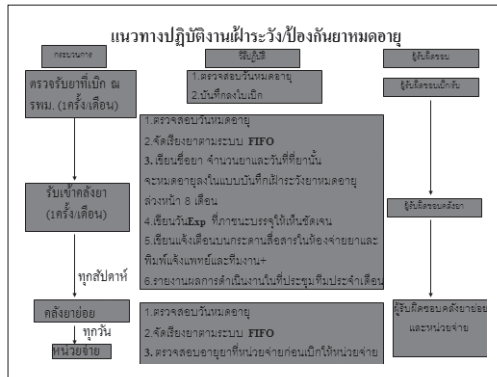
- ต้องแจ้งผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิทราบทันที เมื่อพบความผิดพลาดหรือข้อขัดข้องเพื่อร่วมกันหาแนวทางป้องกันแก้ไขได้ทันเหตุการณ์

### แนวคิดในการพัฒนาระบบงาน โดย

- ง่ายต่อการปฏิบัติ, สามารถนำมาใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับบริบท เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามมาตรฐาน

- ระบบเฝ้าระวังที่สามารถทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า เช่น ใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังยาหมดอายุล่วงหน้า 8 เดือน แทนการลงทะเบียนยาหมดอายุทุก Lot เป็นต้น

- ระบบการสื่อสาร/แจ้งเตือนที่หลากหลาย และชัดเจน สามารถสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนทราบและนำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง
- ระบบการทบทวนวิธีการปฏิบัติจากการปฏิบัติจริงอย่างสม่ำเสมอ
- ระบบการตรวจสอบภายในมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ
- วิธีปฏิบัติที่ชัดเจน ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง/ป้องกันยาหมดอายุของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข. ผลการพัฒนาระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการดำเนินงานในการพัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะช่วยป้องกัน/แก้ไขปัญหาความเสี่ยงได้ในทางปฏิบัติ 3 ระบบ คือ ระบบการเฝ้าระวังยาหมดอายุ การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และการควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ทางจิตประสาท พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนางานระบบยาดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ

| ประเด็น                                                                                                                                                                                                                                                   | หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินการ (N = 30 แห่ง) |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                           | ก่อนการพัฒนา<br>รูปแบบ<br>ร้อยละ (แห่ง)           | หลังการพัฒนา<br>รูปแบบ<br>ร้อยละ (แห่ง) |
| การเฝ้าระวังยาหมดอายุ <ul style="list-style-type: none"><li>การใช้แบบบันทึกข้อมูลยาหมดอายุล่วงหน้า 8 เดือน</li><li>จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถบริหารจัดการยาใกล้หมดอายุได้</li><li>จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่พบยาหมดอายุ</li></ul>                   | 33.3 (10)<br><br>10.0 (3)<br><br>40.0 (12)        | 70.0 (21)<br><br>46.7 (14)<br>30.0 (9)  |
| การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ <ul style="list-style-type: none"><li>จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการปรับแบบบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วยแพ้ยา โดยใช้แบบบันทึกที่มีลายน้ำ “ผู้ป่วยแพ้ยา” ที่ชัดเจน</li></ul>                                                           | 0 (0)                                             | 33.3 (10)                               |
| การควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท <ul style="list-style-type: none"><li>การจัดเก็บแยกจากยาอื่น มีระบบล็อกกุญแจที่ชัดเจน</li><li>การบันทึกแบบฟอร์มการจ่ายยาผู้ป่วยพร้อมสรุปจำนวนคงเหลือและตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องก่อนรับ/ส่งต่อให้กับเวรถัดไป</li></ul> | 40.0 (12)<br><br>40.0 (12)                        | 80.0 (24)<br><br>46.7 (14)              |

## อภิปรายผล

ในการพัฒนาระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประสบความสำเร็จได้มีการนำแนวคิดในการพัฒนาใน 2 ส่วนหลักคือการพัฒนาคนและการพัฒนาระบบงานควบคู่ไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาคนมุ่งเน้นการพัฒนาตนเองและทีมงานให้มีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนางาน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย วางแผนและร่วมปฏิบัติการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขและประเมินผลร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล และทีมงานในการพัฒนาระบบงานที่นำสู่การปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพต้องสอดคล้องกับบริบทและมีการติดตามประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดวงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ที่นำสู่เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้กล่าวถึงการพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน เป้าหมาย การทำงานเป็นทีม การเสริมศักยภาพในการเรียนรู้ รวมทั้งการเชื่อมโยงขององค์กรประกอบต่าง ๆ ในแต่ละระบบ เป็นต้น

## สรุป วิจาร์ณ ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพระบบยาทั้งด้านการบริหารจัดการด้านยา และระบบความปลอดภัยด้านยาของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกิดความต่อเนื่องต้องมีการพัฒนาคคนควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงานมีความสอดคล้องกับบริบท จากผลการดำเนินการพัฒนาระบบยาใน 3 ระบบถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มในการพัฒนาระบบที่ดีขึ้นโดยเฉพาะ

อย่างยิ่งระบบการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ และระบบการจัดเก็บวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ดังนั้นจึงควรมีขยายการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีระบบยาที่มีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมต่อไป

### บรรณานุกรม

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มาตรการในการดำเนินการ และกำกับดูแลในการบริหารจัดการด้านยาของโรงพยาบาล, หนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ 0228.07.2/4214 ] ลงวันที่ 20 เมษายน 2555

สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสำนักงาน ประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553, คู่มือสำหรับเภสัชกร : ในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ, กรุงเทพฯ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2558, มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย).- นนทบุรี:สถาบัน, 224 หน้า.

# ผลลัพธ์ของหมอยาอาสา ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชน บ้านทุ่งโป่ง

ภก.ศุภรักษ์ ศุภอม

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น E - mail : Newfrxbaby@gmail.com

## หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพของคนไทยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะพบได้บ่อยว่าผู้สูงอายุบางคนมีภาวะความดันโลหิตสูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา หากผู้ป่วยไม่สามารถลดความดันโลหิตให้ต่ำลงมาได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้แก่ โรคอัมพาตครึ่งซีก โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไตวายเรื้อรัง สำหรับมาตรฐานในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น จะเน้นการใช้ยาและการควบคุมอาหารให้ถูกหลักโภชนาการไปพร้อมๆ กัน แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา

มาพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยหลายฉบับแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา[1] ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เมื่อความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ก็จะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาจึงน่าจะเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่มีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงลงได้

จากฐานข้อมูลประชากรของประเทศไทยพบว่า อีกประมาณ 15 ปี สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุเต็มรูปแบบ ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม อัตรากำลังคนในภาคราชการถูกจำกัดด้วยกรอบอัตรากำลัง ซึ่งสวนทางกับการะงานที่เพิ่มขึ้นตามแนวโน้มความเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อ ความเข้าใจ ของผู้ป่วย เกิดจากสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากสังคม หรือ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การขัดเกลาทางสังคม[2] ดังนั้น การใช้พลังของคนในชุมชนจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นมีสาเหตุที่สำคัญอยู่ 3 ประการ[3] ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้แล ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีหลายชนิด และ ความเชื่อทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อยารักษาโรค ดังนั้น แนวทางแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ควรประกอบด้วยการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเน้นไปที่ความสำคัญในการรับประทานยาลดความดันความดันโลหิต และ การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมสูง

นอกจากนี้ การจัดยาหรือการสั่งยาให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้สะดวกขึ้นก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มีการศึกษาวิจัยยืนยันแล้วว่าได้ผล การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ในส่วนของความเชื่อทัศนคติที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโรคของผู้ป่วย สามารถปรับเปลี่ยนได้จากการสร้างการรับรู้และความเข้าใจใหม่ให้กับคนในชุมชน โดยในส่วนนี้เภสัชกรจำเป็นต้องทำงานเชิงรุกเข้าไปหาชุมชน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความทักษะในการจัดการด้านยาและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของหมอยาอาสาประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

### ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

### ขอบเขตของกระบวนการ

การแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น จะเน้นปฏิบัติการโดยเลือกชุมชนนำร่อง 2 หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกินกว่าเป้าหมาย โดยกระบวนการประกอบด้วย

1. การคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย
2. การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
3. การค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา



4. การค้นหาคนที่มีความรู้ในชุมชนที่มีจิตอาสา มาช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา
5. การพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน ในการให้การบริบาลผู้ป่วย
6. การสนับสนุนการทำงานของคนในชุมชนในการบริบาลผู้ป่วย
7. การประเมินผลและการปรับปรุงกระบวนการแก้ไขปัญหา

### แบบปฏิบัติการ

1. การตั้งเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าโครงการ
2. ปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง พยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ ประธาน อสม.
3. การสำรวจชุมชนด้วยเครื่องมือสำรวจชุมชน 7 ชั้น
4. การประชาสัมพันธ์โครงการ
5. การสร้างทีมจิตอาสาในชุมชน
6. การอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ทีมจิตอาสาในชุมชน
7. การวางแผนงานเพื่อนำไปปฏิบัติ
8. การดำเนินการตามแผนงาน
9. การติดตามผลการดำเนินงาน ประเมินผลสำเร็จของงาน  
สำรวจปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
10. การประชุมเพื่อเสริมพลังของทีมจิตอาสาในชุมชน
11. การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ
12. การสรุปบทเรียนและทำรายงานโครงการฉบับสมบูรณ์
13. การนำเสนอผลการดำเนินโครงการแก่ผู้บริหาร

## รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ

1. ดำเนินการคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมายจำนวน 2 หมู่บ้านโดยใช้หลักเกณฑ์ต่อไปนี้

- ที่ตั้งของหมู่บ้านเป้าหมายห่างจากโรงพยาบาลไม่เกิน 10 กิโลเมตร

- ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการ

- เป็นหมู่บ้านที่พบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

- ผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโครงการต้องไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ไม่เป็นบุคคลลึกลับหรือมีความพิการทางสมอง
- อายุระหว่าง 18-85 ปี
- มีค่าความดันโลหิต 150/90 mmHg – ขึ้นไป

3. ขั้นตอนการสำรวจชุมชน มีวิธีดำเนินการดังนี้

- ขอข้อมูลเดิมจาก PCU ที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป้าหมาย
- เก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลเดิม เช่น ประวัติชีวิตของผู้ป่วย, ผู้นำและผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
- ทำแผนที่แสดงตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วย และทำแผนผังเครือญาติของผู้ป่วย

4. การประชาสัมพันธ์โครงการ มีวิธีดำเนินการดังนี้

- ทำหนังสือชี้แจงถึงผู้ใหญ่บ้านเพื่อขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการ
- ใช้ CD เสียง เปิดประชาสัมพันธ์เพื่ออธิบายโครงการผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

- จัดกิจกรรมในเวลาที่เหมาะสม เพื่อเปิดตัวโครงการ
- จัดบอร์ดแสดงรายละเอียดโครงการที่ศาลากลางหมู่บ้าน
- รับสมัครจิตอาสาในชุมชนเข้าร่วมโครงการ

#### 5. การสร้างทีมจิตอาสาในชุมชน

เมื่อได้ผู้สนใจเข้าร่วมดำเนินการแล้ว หน้าที่สำคัญต่อไปของเกสท์กรคือ การสร้างกลุ่ม ด้วยการนำผู้สนใจมารวมกลุ่มเพื่อทำงานร่วมกัน โดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมละลายพฤติกรรม[4]
2. กิจกรรมการแนะนำตนเอง
3. กิจกรรมสร้างความสนิทสนมคุ้นเคย
4. กิจกรรมแข่งขันเกมมหาสนุกเพื่อกระตุ้นการทำงานเป็น

ทีม

#### 5. กิจกรรมกลุ่มในการแก้ปัญหาาร่วมกันภายในทีม

โดยกิจกรรมทั้ง 5 ข้อนี้ มีความจำเป็นในการสร้างพลังของกลุ่มเพื่อให้เกิดความสามัคคีและความร่วมมือกันในการทำงานเป็นทีม

#### 6. การฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการทำงาน

กิจกรรมนี้มีความจำเป็นมากเนื่องจากจิตอาสาในชุมชนมักไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะจิตอาสาต้องจัดเป็นหลักสูตรฝึกอบรม พร้อมสอบวัดประเมินความรู้หลังจบหลักสูตรด้วย

#### 7. การวางแผนงานเพื่อนำไปปฏิบัติ

เป็นแผนการจัดกิจกรรมของคนในชุมชน จึงควรเป็นแผนที่คนในชุมชนร่วมกันคิดและเสนอว่าควรจะทำกิจกรรมอะไร โดยมุ่งเน้น

ไปที่กิจกรรมที่ส่งเสริมการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ทีมจิตอาสาจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน อาจมีมุมมองในการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นมากกว่าเภสัชกรซึ่งไม่ใช่คนในพื้นที่ บทบาทของเภสัชกรควรเป็นพี่เลี้ยงและผู้สนับสนุนการทำกิจกรรมของกลุ่มเท่านั้น การได้ร่วมกันคิดและแก้ไขปัญหาจะช่วยให้ส่งเสริมความเข้มแข็งและพลังของกลุ่มจิตอาสาในชุมชนอีกด้วย

#### 8. การดำเนินการตามแผนงาน

กลุ่มจิตอาสาจะเป็นผู้ดำเนินการตามกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการจัดประชุมสรุปและประเมินผลการดำเนินงานทุก 2 สัปดาห์ โดยมีเภสัชกรเป็นพี่เลี้ยงและผู้สนับสนุนการจัดกิจกรรม

#### 9. การติดตามผลการดำเนินการ

10. การประชุมเพื่อเสริมพลังของกลุ่มจิตอาสาในชุมชน สามารถจัดประชุมร่วมกับการประชุมติดตามผลครั้งที่ 1 และการประชุมติดตามผลครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ

11. การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ จะมีการประเมินผลใน 3 มิติ คือ

11.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

11.2 ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยและกลุ่มอาสาในชุมชน จัดทำแบบสอบถามเพื่อประเมินผลสำเร็จของโครงการ

12. การสรุปบทเรียนที่ได้จากโครงการหอยาอาสาประจำหมู่บ้าน

กระบวนการมีส่วนร่วมของหมอยาอาสาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านทุ่งโป่ง

1 การประชุมเสนอความคิดเห็นและระดมสมองในการแก้ปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านทุ่งโป่ง เพื่อเสนอความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา

2 ประเด็นปัญหา 3 ชั้น ที่ร่วมกันแก้ไข

2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจริงหรือไม่

2.2 ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาลดความดันโลหิตควรทำอย่างไร

2.3 ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารเค็ม

## ผลการศึกษา

โครงการหมอยาอาสาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านทุ่งโป่ง สามารถรับสมัครหมอยาอาสาประจำหมู่บ้านได้ทั้งหมด 18 คน โดยเป็น อสม. 14 คน นักเรียน 2 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 คน โดยเป็น เพศหญิง 11 คน เพศชาย 7 คน จากเป้าหมายที่กำหนดพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าข่ายความดันโลหิตสูงเกินกำหนดทั้งสิ้น 21 คน ตกลงใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 20 คน โดยเป็น เพศหญิง 12 คน เพศชาย 8 คน

ทักษะในการจัดการด้านยาและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ระดมสมองได้จากหมอยาอาสา

1 การแนะนำการใช้ยา และการอ่านฉลากยา

2 การบอกถึง ข้อดี ของยาลดความดันโลหิตแต่ละชนิด

3 การวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล

4 การตรวจสอบการเข้ายาของผู้ป่วย

5 การพูดให้กำลังใจผู้ป่วยในการใช้ยา

6 การปรุงอาหารให้อร่อย แต่ใช้เกลือและน้ำปลาลดลง

7 การประเมนภาวะ Stroke

นอกจากนี้ ในทีมหมอยาอาสาประจำหมู่บ้านยังได้สร้างนวัตกรรมในการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 4 นวัตกรรม ซึ่งชาวบ้านต่างลงความเห็นว่าได้ผลดีที่สุด ได้แก่

1 **คำทักทายใหม่** คำแบบเดิมๆ ไปไหนมา กินข้าวหรือยัง เป็น **ไปไหนมา กินยาหรือยัง** ในการประชุม หมอยาอาสาประจำหมู่บ้านสรุปว่า วิธีนี้ทำให้การลืมกินยาของผู้ป่วยลดลง อย่างชัดเจน

2 **ผ้าป่าความดันสูง** เป็นการรวบรวมเงินบริจาคเพื่อซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตเพิ่ม โดยแต่เดิมมี 4 เครื่อง ซื้อเพิ่ม อีก 6 เครื่อง และซื้อถ่านมาสำรอง 24 ชุดจึงทำให้มีเครื่องเพียงพอในการวัดความดันโลหิตทุก 3 วันเป็นอย่างต่ำในการประชุม หมอยาอาสาประจำหมู่บ้านสรุปว่า วิธีวัดความดันโลหิตบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยตื่นตัวดูแลตนเองมากขึ้น

3 **ขวดน้ำปลาพิเศษ** ที่สามารถเติมน้ำเปล่าเข้าไปได้ โดยจะค่อยๆ ลดความเค็มของน้ำปลา ลงร้อยละ 10 ใน ทุก 1 เดือน โดยการเติมน้ำดื่มไปแทนน้ำปลาเดือนละ 10% โดยเดือนแรกเติมน้ำเพิ่ม 10% เดือนสองเพิ่มน้ำรวม 20% เดือนสามเพิ่มน้ำรวม 30% ไปเรื่อยๆ ทีละนิด ทีละ 10% ต่อเดือนในการประชุม หมอยาอาสาประจำหมู่บ้าน สรุปว่า วิธีนี้จะเป็นการค่อยๆ ลดความเค็มทีละน้อย ทีละนิด ทำให้ผู้ป่วยทำได้ง่ายกว่าเลิกกินเค็มในทันที

4 **ไฟล์เสียงสะท้อนทรวง** โฆษณาชวนเชื่อ จูงใจ ให้ผู้ป่วยกินยาจำนวน 4 ไฟล์ โดยเป็น สุขศึกษาจากโรงพยาบาล 2 ไฟล์ และ ละครเสียงภาคอีสาน อีก 2 ไฟล์ ความยาวไม่เกิน 5 นาที เปิดบ่อยๆ เปิดให้ฟังทุกวัน ในการประชุม หมอยาอาสาประจำหมู่บ้าน สรุปว่า วิธีนี้

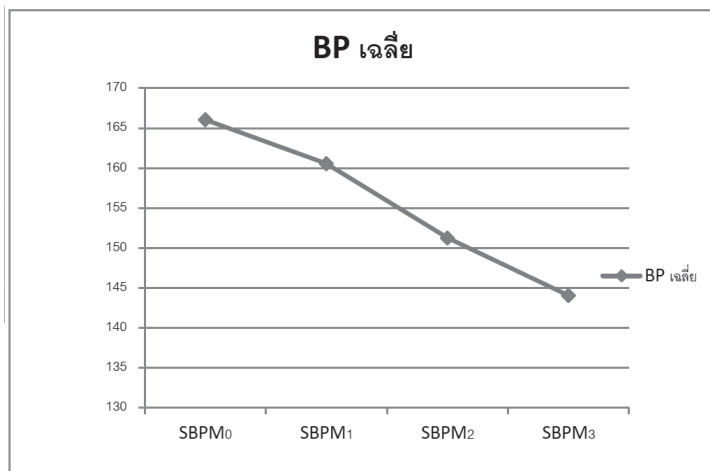
จะทำให้คนไข้เลิกกลัวการกินยา และให้ความสำคัญมากขึ้น ในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยในผู้ป่วยที่เข้าโครงการ

จากการติดตามผู้ป่วยทั้งสิ้น 3 เดือน พบว่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยของผู้ป่วย 20 คน ก่อนเข้าโครงการ คือ 166.05 mmHg เดือนที่ 1 ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยของผู้ป่วย 160.55 mmHg เดือนที่ 2 ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยของผู้ป่วย 151.25 mmHg และ สุดท้ายเดือนที่ 3 ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยของผู้ป่วย 144.05 mmHg

ตารางที่ 1 แสดงระดับความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยทั้งหมด 20 คน ก่อนเข้าโครงการ และในเดือนที่ 1 2 และ 3

| case | SBPM0 | SBPM1 | SBPM2 | SBPM3 | หน่วย |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1    | 162   | 162   | 158   | 151   | mmHg  |
| 2    | 155   | 154   | 150   | 148   | mmHg  |
| 3    | 178   | 172   | 162   | 152   | mmHg  |
| 4    | 180   | 168   | 160   | 140   | mmHg  |
| 5    | 162   | 164   | 160   | 142   | mmHg  |
| 6    | 156   | 158   | 150   | 138   | mmHg  |
| 7    | 154   | 156   | 148   | 136   | mmHg  |
| 8    | 166   | 160   | 150   | 144   | mmHg  |
| 9    | 172   | 154   | 150   | 140   | mmHg  |
| 10   | 150   | 156   | 144   | 140   | mmHg  |
| 11   | 168   | 162   | 152   | 141   | mmHg  |
| 12   | 175   | 155   | 140   | 140   | mmHg  |
| 13   | 182   | 168   | 160   | 150   | mmHg  |
| 14   | 190   | 180   | 162   | 148   | mmHg  |



ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวของผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการในเดือนที่ 1 2 และ 3

## สรุปและวิจารณ์

โครงการหมอยาอาสาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านทุ่งโป่ง มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาความทักษะในการจัดการด้านยาและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของหมอยาอาสาประจำหมู่บ้าน โดยต้องลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลงได้ ตามเป้าหมายโดยเป็นการศึกษาชนิด งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถสรุปได้ว่า ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วยทักษะในการสื่อสาร เพื่อการให้ความรู้และสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีทักษะการใช้



เครื่องวัดความดันโลหิตอีก โดยจากการติดตาม ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยของผู้ป่วย 20 คน นาน 3 เดือน พบว่า ความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงชัดเจน จากความดันโลหิต ก่อนเข้าโครงการ คือ 166.05 mmHg ลดลง ในเดือนที่ 3 เป็น 144.05 mmHg

นอกจากนี้ กิจกรรมที่ใช้ลดความดันโลหิตที่ได้ผล หรืออาจเรียกว่าเป็น **นวัตกรรม** ได้แก่ คำท้าทายใหม่ (ไปไหนมา กินยาหรือยัง) ผ่าป่าความดันสูง ขวดน้ำปลาวิเศษ และไฟล์เสียงสะท้อนทรง ก็เป็นวิธีการที่แปลกใหม่ที่ทาลายชนบเดิมๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่จะเน้นการให้ความรู้ การติดตามผู้ป่วย และการเพิ่มขนาดยา สำหรับในงานชิ้นนี้ ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนขนาดยาลดความดันโลหิตสูง จนกว่าจะครบ 6 เดือน หรือผู้ป่วยมีแนวโน้มความดันโลหิตเพิ่มขึ้นชัดเจน จึงจะมีการส่งพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาลดความดันโลหิต แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 20 ราย ความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงมาก ซึ่งลดลงมากมายอย่างผิดปกติ โดยความดันโลหิต ลดลงถึง 22 mmHg โดยไม่ได้มีการเพิ่มขนาดยา คำถามคือว่าทำไมความดันโลหิตผู้ป่วยจึงลดลง คำตอบนั้น ซ่อนอยู่ไหน ผลการศึกษาแล้ว เหตุผลข้อแรก คือ นวัตกรรม ผ่าป่าความดันสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกรายได้วัดความดันโลหิตเกือบทุกวัน ทำให้ความดันโลหิตลดลง ซึ่งเป็นผลมาจาก Hawthorne effect[5] ที่ผู้ป่วยจะดูแลตนเองดีขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการวัดประเมินผลที่บอขึ้น นอกจากนี้ **กิจกรรม** คำท้าทายใหม่ คือ ไปไหนมา กินยาหรือยัง จะช่วยย้ำให้เห็นความสำคัญของการกินยา จนกลายเป็นคำท้าทายประจำตัวของหมอยาอาสาแล้ว นอกจากนี้ ยังมี **เทคนิค** ขวดน้ำปลาวิเศษ ที่ช่วยลดการบริโภคน้ำปลาอย่างได้ผลจริง โดยค่อยๆ ลดความเค็มทีละ 10% ซึ่งลิ้นผู้ป่วยไม่สามารถจำแนกออกได้[6] ในทางตรงกันข้ามกับคำแนะนำของแพทย์มักจะให้ลดเค็มทันที 50% หรือ 80% ทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหาร เครียด และจะกลับไปกินเค็มเท่าเดิมในเวลาไม่นาน ที่สำคัญกระบวนการสร้างทีมหมอยาอาสา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่จำเป็นมากมาย ได้แก่ กิจกรรมละลายพฤติกรรม กิจกรรมแนะนำตนเอง และกิจกรรมสร้างความสนิทสนมคุ้นเคย ก็มีส่วนสำคัญมากในการเพิ่มความสามารถในการทำงานของทีมหมอยาอาสาประจำหมู่บ้านมาก สุดท้าย ไฟล์เสียงสะท้อนทรง นอกจากให้ความรู้เรื่องประโยชน์ยาลดความดันโลหิตแล้ว ผู้ป่วยหลายรายบอกว่า ละครเสียงภาคอีสาน ยังฟังสนุก ชวนติดตามอีกด้วย และทำให้การลดความดันโลหิตมีแนวโน้มดี แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษา<sup>๕</sup>นี้ ยังมีระยะเวลาติดตามที่สั้นเพียง 3 เดือนเท่านั้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Lynch, W.D., et al., Effect of antihypertensive medication adherence among employees with hypertension. Am J Manag Care, 2009. 15(12): p. 871-80.
2. Jedrzejewski, M.K., et al., The Impact of Exercise, Cognitive Activities, and Socialization on Cognitive Function: Results From the National Long-Term Care Survey. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 29(4): p. 372-378.
3. Gohar, F., et al., Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. BMC Complement Altern Med, 2008.8: p. 4.
4. Wojtowicz, G.G., An ice-breaking introduction for death education. J Sch Health, 1990. 60(5): p. 229-31.

5. O'Sullivan, I., et al., Prospective research in health service settings: health psychology, science and the 'Hawthorne' effect. *J Health Psychol*, 2004.9(3): p. 355-9.
6. O'Mahony, M., H. Ivory, and E. King, Pair Comparison and Ascending Series NaCl Thresholds: Criterion and Residual Effects. *Perception*, 1974.3(2): p. 185-92.





