ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านและโรงพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

Effects of Integrated Pharmaceutical Care for Palliative Care Patients at Home and Hospital, Bamnet Narong Hospital, Chaiyaphum Province.

(Received: March 24,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 28,2026)

ฝนทิพย์ แววนำ[1]
Fontip Waewnam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการต่อปัญหาด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยประคับประคอง 32 ราย ผู้ดูแลหลัก 32 คน และทีมสหวิชาชีพ 10 คน ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม 2568 รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้บริการ ณ โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินปัญหาด้านยาตามเกณฑ์ PCNE DRP Classification V9.1 แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาตามเกณฑ์ NCC MERP แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale และแบบสอบถามความพึงพอใจมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายและระดับความปวดก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ จำนวนปัญหาด้านยาลดลงจาก 66 ปัญหา เป็น 34 ปัญหา หรือคิดเป็นร้อยละ 48.5 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายลดลงจาก 2.06 ± 1.21 เป็น 1.06 ± 0.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 6.25 เป็น 2.08 ต่อ 1,000 วันนอน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับความปวดในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 22 ราย ลดลงจาก 5.68 ± 2.14 เป็น 2.27 ± 1.88 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 ± 0.40, 4.66 ± 0.39 และ 4.76 ± 0.35 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม, ผู้ป่วยประคับประคอง, ปัญหาด้านยา, ความคลาดเคลื่อนทางยา, การเยี่ยมบ้าน

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of integrated pharmaceutical care on drug-related problems (DRPs), medication errors, pain levels, and satisfaction among palliative care patients, caregivers, and multidisciplinary team members at Bamnet Narong Hospital, Chaiyaphum Province. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample comprised 32 palliative care patients, 32 primary caregivers, and 10 multidisciplinary team members, with data collected from February to July 2025. The intervention consisted of three components: hospital-based pharmaceutical services, home visits, and telephone follow-ups. Outcome variables were assessed using the PCNE DRP Classification V9.1 for drug-related problems, the NCC MERP criteria for medication errors, the Numeric Rating Scale for pain intensity, and a five-point Likert scale questionnaire for satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with the level of statistical significance set at 0.05.

Following the intervention, DRPs decreased from 66 to 34 cases, a 48.5% reduction, with the mean DRPs per patient declining from 2.06 ± 1.21 to 1.06 ± 0.84 ($p < .001$). The medication error rate declined from 6.25 to 2.08 per 1,000 patient-days, a 66.7% reduction. Pain scores among 22 patients with complete data decreased from 5.68 ± 2.14 to 2.27 ± 1.88 ($p < .001$). Satisfaction was rated at the highest level across all groups: patients (4.62 ± 0.40), caregivers (4.66 ± 0.39), and multidisciplinary teams (4.76 ± 0.35).

Keywords: pharmaceutical care, palliative care, drug-related problems, medication errors, home visit

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ป่วยทั่วโลกกว่า 60 ล้านคนต่อปีต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[1] สาเหตุสำคัญมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร การเข้าถึงยา และการขาดระบบบริการที่เชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน บทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองได้รับการยอมรับในระดับสากล Torres และคณะ พบว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง โดยเฉพาะด้านการวิเคราะห์การใช้ยาและการปรับขนาดยาเพื่อลดผลข้างเคียง[2] สอดคล้องกับ Needham และคณะที่พบว่าการมีส่วนร่วมของเภสัชกรชุมชนในทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน[3]

สถานการณ์ในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 190,636 ราย และมีผู้เสียชีวิต 124,866 ราย คิดเป็นอัตรา 188.1 ต่อประชากรแสนคน[4] กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2566-2570[5] อย่างไรก็ตาม Thongkhamcharoen และคณะ พบว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กมีการเข้าถึงยาน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะยาระงับปวดที่จำเป็น[6] และ Pairojkul และคณะ รายงานว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 17.3 ที่ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง[7]

ด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม ศิริทัศน์ กระดานพล และคณะ พบปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ร้อยละ 27.5) การใช้ยาผิดวิธี (ร้อยละ 19.6) และการปรับขนาดยาเอง (ร้อยละ 17.6)[8] นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Fulton และคณะ พบว่าการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านช่วยลดอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิต[9] สอดคล้องกับ Kaasa และคณะ ที่เน้นย้ำว่าการบูรณาการการดูแลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านการรักษาอาการและจิตใจ[10]

โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง จากสถิติปี 2566 มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 124 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ต่อปี แม้จะมีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน แต่ยังพบช่องว่างในการดูแลต่อเนื่องด้านยา โดยเฉพาะการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนและประเภทของปัญหาด้านยาระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการใน

ผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 32 ราย (2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 32 คน และ (3) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน

ขนาดตัวอย่างของผู้ป่วยคำนวณโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.80 ค่าความแปรปรวนอ้างอิง SD=1.34 และค่าความแตกต่างที่ต้องการตรวจพบ d=0.70 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 29 ราย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่างรวม 32 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยให้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง อายุ 18 ปีขึ้นไป มีผู้ดูแลหลักที่บ้าน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการบริบาลทางเภสัชกรรมของ Hepler และ Strand[11] และแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยประคับประคองของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้บริการ ณ โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1–2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินปัญหาด้านยา พัฒนาจากเกณฑ์ PCNE DRP Classification V9.1 (2.3) แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา พัฒนาจากเกณฑ์ NCC MERP

2.4 แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale (NRS) ช่วงคะแนน 0–10

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจ 3 ชุด สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน แพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.88–0.92 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น แบบประเมินปัญหาด้านยา แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้ ส่วนแบบประเมินความปวด NRS เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความรุนแรงของอาการปวดในผู้ป่วยทางคลินิก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ จากนั้นขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัญหาด้านยา ความคลาด

เคลื่อนทางยา และระดับความปวดก่อนเริ่มการทดลอง

ระยะที่ 2 การดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ ผู้วิจัยดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้บริการ ณ โรงพยาบาล โดยดำเนินการ medication reconciliation ทบทวนรายการยา ค้นหาและจัดการปัญหาด้านยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการใช้ยา การเก็บรักษายา ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในบริบทบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการติดตามปัญหาการใช้ยา และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตาม ผู้วิจัยประเมินปัญหาด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยการวิเคราะห์ระดับความปวดใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อมูลก่อนและหลังครบถ้วนจำนวน 22 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ปัญหาด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความปวด และความพึงพอใจ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายและระดับความปวดก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test สำหรับความคลาดเคลื่อนทางยาผู้วิจัยนำเสนอจำนวนครั้ง อัตราต่อ 1,000 วันนอน และร้อยละการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่อนุมัติ 18/2568 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 อายุเฉลี่ย 70.8 ± 10.3 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 70–79 ปี ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และใช้สิทธิบัตรทอง โรคหลักที่พบมากที่สุดคือโรคมะเร็ง รองลงมาคือโรคไต โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อาการสำคัญที่พบมากที่สุดคืออาการปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ขณะที่ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร มีอายุเฉลี่ย 58.6 ± 10.8 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และเคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

ผลการประเมินปัญหาด้านยา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนและประเภทของปัญหาด้านยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ (n = 32)

ประเภทปัญหาด้านยา	ก่อนการบริบาล n (%)	หลังการบริบาล n (%)	p-value
1. ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	12 (18.2)	2 (5.9)	0.008*
2. ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	8 (12.1)	1 (2.9)	0.021*
3. ขนาดยาไม่เหมาะสม	15 (22.7)	3 (8.8)	0.003*
4. อาการไม่พึงประสงค์จากยา	11 (16.7)	5 (14.7)	0.125
5. การใช้ยาผิดวิธี	10 (15.2)	2 (5.9)	0.012*
6. ความร่วมมือในการใช้ยา	8 (12.1)	18 (52.9)	0.001*
7. เก็บรักษายาไม่เหมาะสม	2 (3.0)	3 (8.8)	0.285
รวม	66 (100.0)	34 (100.0)	<0.001*

*หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ;ร้อยละคำนวณจากจำนวนปัญหาด้านยาทั้งหมดในแต่ละช่วงเวลา ไม่ใช่จำนวนผู้ป่วย;ค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายลดลงจาก 2.06 ± 1.21 เป็น 1.06 ± 0.84 ปัญหา/ราย, mean difference = 1.00, 95% CI = 0.65–1.35, t = 5.84, p < .001*

ก่อนการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ พบปัญหาด้านยารวม 66 ปัญหา หรือเฉลี่ย 2.06 ± 1.21 ปัญหาต่อราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือขนาดยาไม่เหมาะสม รองลงมาคือการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ และอาการไม่พึงประสงค์จากยา ภายหลังการได้รับการบริบาล พบปัญหาด้านยาลดลงเหลือ 34 ปัญหา หรือเฉลี่ย 1.06 ± 0.84 ปัญหาต่อราย ลดลงจากเดิมร้อยละ 48.5 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายก่อนและหลังการทดลอง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 1.00, 95% CI = 0.65–1.35, t=5.84, p < .001)

เมื่อพิจารณารายประเภท พบว่าปัญหาการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาไม่เหมาะสม และการใช้ยาผิดวิธี มีแนวโน้มลดลงหลังการดำเนินงาน ขณะที่ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งอาจสะท้อนการค้นพบปัญหาได้ละเอียดมากขึ้นจากการติดตามที่ต่อเนื่องในบริบทการดูแลที่บ้าน จึงควรตีความด้วยความระมัดระวังว่าเป็นการเพิ่มขึ้นของ “การตรวจพบปัญหา” มากกว่าการสรุปว่าเป็นการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมไม่ร่วมมือโดยตรงผลการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ

รายการ	ก่อนการบริบาล (3 เดือนแรก)	หลังการบริบาล (3 เดือนหลัง)
จำนวนวันนอนทั้งหมด	2,880	2,880
จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้ง)	18	6
อัตราต่อ 1,000 วันนอน	6.25	2.08
ร้อยละการเปลี่ยนแปลง		66.7 ลดลง

หมายเหตุ: ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 18 ครั้ง เป็น 6 ครั้ง คิดเป็นอัตราลดลงจาก 6.25 เป็น 2.08 ต่อ 1,000 วันนอน และลดลงร้อยละ 66.7

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าจำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 18 ครั้งในช่วง 3 เดือนก่อนดำเนินงาน เหลือ 6 ครั้งในช่วง 3 เดือนหลังดำเนินงาน คิดเป็นอัตราลดลงจาก 6.25 เป็น 2.08 ต่อ 1,000 วันนอน หรือลดลงร้อยละ 66.7 โดยความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดทั้งสองช่วงคือการให้ยาผิดเวลา และไม่พบความคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรงระดับ F–I ตามเกณฑ์ NCC MERP ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

ผลการประเมินระดับความปวด

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วน (n = 22)

ช่วงการประเมิน	Mean±SD	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนการบริบาล	5.68 ± 2.14				
หลังการบริบาล	2.27 ± 1.88	3.41	8.92	2.62–4.20	<0.001*

*หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

การวิเคราะห์ระดับความปวดใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อมูลก่อนและหลังครบถ้วนจำนวน 22 ราย พบว่าระดับความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 5.68 ± 2.14 คะแนน เป็น 2.27 ± 1.88 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ย 3.41 คะแนน (95% CI = 2.62–4.20, t=8.92, p < .001) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการดำเนินงานผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ก่อนการดำเนินงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดปานกลางและปวดรุนแรง ขณะที่หลังการดำเนินงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดเล็กน้อยหรือไม่ปวด และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรงหลังการดำเนินงาน

ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของผู้ป่วยและผู้ดูแลคือคุณภาพบริการโดยรวม ส่วนทีมสหวิชาชีพมีคะแนนสูงสุดในด้านคุณภาพบริการเช่นเดียวกัน สะท้อนว่ารูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวได้รับการยอมรับทั้งจากผู้รับบริการและผู้ร่วมให้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ ผู้ป่วยประคับประคองมีจำนวนปัญหาด้านยาลดลงอย่างชัดเจน ทั้งในภาพรวมและในหลายประเภทสำคัญ ได้แก่ การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาไม่เหมาะสม และการใช้ยาผิดวิธี สะท้อนว่าการมีเภสัชกรร่วมในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ อาจช่วยให้สามารถค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น สอดคล้องกับ Cavalcante-Santos และคณะ[12] ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคองช่วยลดปัญหาด้านยาและลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้ รวมถึง วราภรณ์ อุ่นจันทึก[13] ที่รายงานว่าปัญหาด้านยาลดลงร้อยละ 70.6 หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคองที่โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ปัญหาที่พบมากในระยะก่อนดำเนินงาน คือ ขนาดยาไม่เหมาะสม และการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่มักเกิดในผู้ป่วยประคับประคอง โดยเฉพาะการใช้ยาแก้ปวดและยาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาการ สอดคล้องกับ Saetan และคณะ[14] ที่พบว่ามีผู้ป่วยประคับประคองเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับยาแก้ปวดแบบต่อเนื่อง และ สุเพ็ญพร อักษรวงศ์[15] ที่รายงานว่าปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการไม่บริหารยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การลดลงของปัญหาดังกล่าวภายหลังการดำเนินงาน อาจอธิบายได้จากกระบวนการ medication reconciliation การทบทวนคำสั่งใช้ยาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการติดตามต่อเนื่องในบริบทบ้าน ซึ่งช่วยให้เห็นปัญหาจริงจากการใช้ยาในชีวิตประจำวันมากขึ้น สอดคล้องกับ นลินรัตน์ แก่นเวียงรัตน์[16] ที่รายงานว่าการพัฒนาระบบบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยให้สามารถค้นหาและจัดการปัญหาด้านยาได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบว่าปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นภายหลังการดำเนินงาน ประเด็นนี้ไม่ควรตีความโดยตรงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาแย่ลง แต่มีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากการประเมินที่ละเอียดมากขึ้นจากการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้สามารถค้นพบปัญหาที่เดิมไม่ถูกบันทึกไว้ในระยะก่อนการทดลองได้มากขึ้น ซึ่ง มลิวัลย์ แจ่มแจ้ง[17] รายงานไว้เช่นกันว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นหลังการบริบาล สะท้อนว่าการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความตระหนักต่อปัญหาการใช้ยามากขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ส่วนนี้จึงควรตีความในมิติของ "การเพิ่มขึ้นของการตรวจพบปัญหา" ร่วมด้วย

ในด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าจำนวนครั้งและอัตราต่อ 1,000 วันนอนลดลงภายหลังการดำเนินงาน สะท้อนว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการอาจมีส่วนช่วยเพิ่มความปลอดภัยด้านยา โดยเฉพาะจากบทบาทของเภสัชกรในการทบทวนรายการยา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Chess-Williams และคณะ[18] ที่พบว่าเภสัชกรสามารถระบุยาที่อาจไม่เหมาะสมได้จำนวนมากในผู้ป่วยประคับประคอง แม้ผลลัพธ์ดังกล่าวมีแนวโน้มเชิงบวก แต่ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง และความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือการให้ยาผิดเวลา ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในบริบทการดูแล

ที่บ้าน สอดคล้องกับ Wu และคณะ[19] ที่ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการจัดการยาในชุมชน โดยเฉพาะภาระด้านการบริหารจัดการและข้อจำกัดทางกฎหมาย

สำหรับระดับความปวด พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 22 ราย สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลด้านยาอย่างต่อเนื่องสามารถสนับสนุนการควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์[20] ที่พบว่าความรุนแรงของอาการปวดลดลงหลังการพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ ในขณะที่ วราภรณ์ อุ่นจันทึก[13] พบคะแนนความปวดลดลงเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาการศึกษาที่สั้นกว่า นอกจากนี้ ผลการประเมินหลังการดำเนินงานยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดเล็กน้อยหรือไม่ปวด และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรง ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง

ด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพต่างประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม สอดคล้องกับ อภิญญา โสมคำ และคณะ[21] ที่พบว่าทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โดยคาดหวังให้เภสัชกรเป็นที่ปรึกษาด้านยาโดยเฉพาะยาแก้ปวด สะท้อนว่ารูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวมีความเหมาะสมทั้งในมิติของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยเฉพาะการสื่อสาร การติดตามต่อเนื่อง และการช่วยแก้ไขปัญหาด้านยาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

อย่างไรก็ดี การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ระดับความปวดใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 22 ราย และการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงช่วงเวลา ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาควบคู่กับบริบทของหน่วยบริการ และควรมีการศึกษาต่อยอดด้วยแบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โดยเฉพาะการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยลดปัญหาด้านยาและสนับสนุนการควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรพัฒนาสื่อให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วย **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป** ควรศึกษาด้วยแบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของข้อสรุปเชิงเหตุผล รวมทั้งควรศึกษาผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต ความสามารถในการควบคุมอาการ การเข้ารับการรักษาซ้ำ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Palliative care: key facts and global strategy. Geneva: WHO Press; 2023.
2. Torres J, Shamieh O, Hauser J.(2018). Improving palliative care in cancer: European Association for Palliative Care recommendations. Ann Oncol. 2018;29(Suppl 4):iv163.
3. Needham DS, Wong ICK, Campion PD.(2002). Evaluation of the effectiveness of community pharmacists' involvement in palliative care. Int J Pharm Pract. 2002;10(3):121-9.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2565). รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

5. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ.(2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการแพทย์. 2556;96(4):245-54.
7. Pairojkul P, Pongpirul K, Nimmannit A.(2021). Access to palliative care services in Thailand: a nationwide assessment. BMC Palliat Care. 2021;20(1):94-101.
8. ศิริทัศน์ กระดานพล, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, ธีรพล ทิพย์พยอม.(2565). การบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2565;29(1):23-35.
9. Fulton JJ, LeBlanc TW, Cutson TM.(2018). Integrated palliative care for cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2018;26(9):2945-55.
10. Kaasa S, Loge JH, Aapro M.(2018). Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2018;19(11):e588-e653.
11. Hepler CD, Strand LM.(1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
12. Cavalcante-Santos D, Araujo LA, Rocha MJ, Lima PH.(2023). Impact of clinical pharmacy services in palliative care: a quasi-experimental study. BMC Palliat Care. 2023;22(1):81-93.
13. วราภรณ์ อุ่นจันทึก.(2564). การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารเภสัชกรรมชุมชน. 2564;13(2):112-22.
14. Saetan P, et al.(2024). Pain management in palliative care patients in Thailand. Thai J Pharm Pract. 2024;16(1):34-48.
15. สุเพ็ญพร อักษรวงศ์.(2567). การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารการแพทย์สงขลานครินทร์. 2567;42(1):17-29.
16. นลินรัตน์ แก่นเวียงรัตน์.(2567). การพัฒนาระบบบริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารเภสัชกรรมชุมชน. 2567;18(2):23-37.
17. มลิวัลย์ แจ่มแจ้ง.(2566). รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง. สระบุรี: โรงพยาบาลสระบุรี; 2566.
18. Chess-Williams R, James S, Lloyd C.(2024). The pharmacist's role in telehealth palliative care: a prospective intervention study. Palliat Med. 2024;38(5):745-59.
19. Wu J, et al.(2024). Challenges in community opioid management for palliative care: a mixed-methods study. J Pain Symptom Manage. 2024;67(3):215-28.
20. ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์.(2564). การพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
21. อภิญญา โสมคำ และคณะ.(2564). ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. Thai J Pharm Pract. 2564;13(2):45-58