

ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้าน

Drug-Related Problems in Palliative Care Patients Taking Medical Cannabis at Patient's Home

มลฤดี มณีรัตน์, ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

ผู้นิพนธ์หลัก e-mail: m.molruedee@hotmail.com

Molruedee Maneerat, Pharm.D.

Pharmacy Department, Udon Thani Hospital

Corresponding author e-mail: m.molruedee@hotmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัญหาด้านยา (drug-related problems; DRPs) จากการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาจำนวน ประเภท ความรุนแรง และสาเหตุของ DRPs ตลอดจนวิธีการแก้ไข การยอมรับการแก้ไข และผลลัพธ์ของการแก้ไข DRPs ในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้าน

วิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564 จากแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประเมิน DRPs ตามแบบประเมินของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) Version 8.02 แบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาตาม NCC MERP index วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 12 ราย อายุเฉลี่ย 60.0 ± 11.1 ปี มีการใช้สารสกัด THC จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 91.7) และตำรับทำละลายพระสุเมรุ 1 ราย (ร้อยละ 8.3) ได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยคนละ 1.8 ± 0.4 ครั้ง มี DRPs 24 ครั้ง ในผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 83.3) และ DRPs ที่พบมากที่สุดคือ อาการไม่พึงประสงค์จากกัญชาร้อยละ 70.8 ความรุนแรงของ DRPs อยู่ในระดับ D ร้อยละ 83.3 สาเหตุของ DRPs เกิดจากตัวผู้ป่วยร้อยละ 44.0 การแก้ไข DRPs เป็นการแก้ไขผ่านผู้สั่งใช้ยา

Abstract

Background: There has been no published study conducted to assess drug-related problems (DRPs) of medical cannabis use among patients in palliative care during home visits in Thailand.

Objective: To study the number, type, severity, and causes of DRPs, in addition to the planned interventions, intervention acceptance, and intervention outcomes in palliative care patients taking medical cannabis at their homes.

Methods: A retrospective descriptive study using a home care record was conducted during October 2019 and July 2021. DRPs were categorized based on the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) V.8.02. Severity of DRPs was classified according to the NCC MERP index. All data were analysed using descriptive statistics.

Results: There were 12 patients recruited into this study with a mean age of 60.0 ± 11.1 years. Of these, 11 patients (91.7%) used the extracted THC, and one patient (8.3%) used a formula named Tamlaiprasumen. The average home visit was 1.8 ± 0.4 times/patient. There were 24 DRPs within 10 patients (83.3%) detected with

รับบทความ: 28 พฤษภาคม 2566

แก้ไข: 30 พฤศจิกายน 2566

ตอบรับ: 2 ธันวาคม 2566

ร้อยละ 36.4 และได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล 23 ครั้ง (ร้อยละ 95.8) DRPs ส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขปัญหาลำบากได้สำเร็จ 15 ครั้ง (ร้อยละ 62.5)

สรุปผล: DRPs ในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้านมีสัดส่วนที่สูง การจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรปฎิบัติงานในสถานพยาบาลได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี และสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาได้มาก

DRPs and the most frequent type of DRP was adverse effects of cannabis (70.8%). The severity of DRPs was categorized at level D (83.3%) with the majority cause from patients (44.0%). The intervention of DRPs was at the prescriber level (36.4%) and were accepted among healthcare professionals, patients, and caregivers, which were found in 23 times (95.8%). Most DRPs were successfully solved, which were found 15 times (62.5%).

Conclusion: There is a high proportion of DRPs with medical cannabis use detected among palliative care patients during home visits. The interventions from pharmacists for medical cannabis use are accepted and can solve a large number of DRPs.

คำสำคัญ: ปัญหาด้านยา; เภสัชกร; กัญชา; เยี่ยมบ้าน

Keyword: drug-related problems; pharmacist; cannabis; home visit

การอ้างอิงบทความ:

มฤติ มณีรัตน์. ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้าน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2566;33(3):286-97.

Citation:

Maneerat M. Drug-related problems in palliative care patients taking medical cannabis at patient's home. Thai J Hosp Pharm. 2023;33(3):286-97.

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลรัฐ 629 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล 49,126 ราย และในชุมชน 31,654 ราย¹ จากข้อมูลของปีงบประมาณ 2560-2562 ผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลอุดรธานีที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน มีจำนวน 862 ราย 1052 ราย และ 1449 ราย ตามลำดับ² ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบปัญหาจากการใช้ยา กลุ่ม strong opioids สูงถึงร้อยละ

86.7¹ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้ยาอื่น ๆ ด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problems; DRPs) ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือการรักษาทางเลือก ร่วมกับการรักษาปัจจุบัน การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกเวลา การขาดความรู้และทักษะในการใช้ยา ปัญหาที่เกิดจากระบบยา การใช้ยาผิดเทคนิค รวมทั้ง DRPs ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากผู้ดูแล และอื่น ๆ³

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีความสนใจเพิ่มขึ้นในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พืชกัญชามีสารประกอบ cannabinoids ที่สามารถใช้ในการรักษาโรค

ได้ โดยสารที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ในการแพทย์ คือ delta -9- tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) สารประกอบ cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวดและการเคลื่อนไหว ส่วน CB2 receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกันและระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells⁴ จากคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สามารถพิจารณาให้กัญชาทางการแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (end of life)⁴ โดยใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงที่รักษาด้วยยามาตรฐานไม่ได้

โรงพยาบาลอุดรธานีเริ่มให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีโรคและภาวะตามคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์⁴ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 โดยมีผลิตภัณฑ์ที่ให้บริการ ได้แก่ สารสกัด THC GPO 13 mg/ml (5 mL/ขวด) สารสกัด GPO THC:CBD (1:1) ความแรง THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/mL (5 mL/ขวด) สารสกัด CBD GPO 100 mg/ml (10 mL/ขวด) ตำรับยาสุขไสยาสน์ ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น และตำรับยาไฟอาวุธ

จากข้อมูลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 795 ราย เป็นผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคอง 243 ราย⁵ พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งนี้การรักษาเสริมด้วยกัญชาทางการแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นแนวทางใหม่ ควรมีการติดตาม ค้นหา และประเมินปัญหาจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทาง

การแพทย์ที่บ้านเป็นเรื่องที่น่าสนใจ อีกทั้งยังมีหลักฐานที่จำกัด จึงจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวน ประเภท ความรุนแรง สาเหตุ วิธีการแก้ไข การยอมรับ การแก้ไข และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา ในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้าน เพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านยาอย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลนี้ในการป้องกันและแก้ปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาจำนวน ชนิดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา สาเหตุของปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหา การยอมรับการแก้ไขปัญหาด้านยา และผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาด้านยา ในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลอุดรธานี

นิยามศัพท์

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่ว่าจะเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดหรือไม่ก็ตาม รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่โครงการวิจัย I049/2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทุกรายที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ

การเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลอุดรธานี ที่อาศัยในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562
ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เป็นระยะเวลา 22 เดือนโดย
เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้-
ป่วยซึ่งเป็นเอกสารในงานประจำ ผู้ป่วยรับการดูแลแบบ
ประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่บ้านทุก
รายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย
ผ่านการคัดกรองจำนวน 12 ราย และยินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยจำนวน 12 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคองมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ
จากโรงพยาบาลอุดรธานี ได้แก่ สารสกัด THC GPO 13
mg/mL (5 mL/ขวด) สารสกัด GPO THC:CBD (1:1)
ความแรง THC 27 mg/mL, CBD 25 mg/mL (5 mL/
ขวด) สารสกัด CBD GPO 100 mg/mL (10 mL/ขวด)
ตำรับยาสูดไสยาซีน ตำรับยาทำลายพระสุเมรุ ตำรับยา
แก้ลมแก้เส้น และตำรับยาไฟอาวุธ และได้รับการเยี่ยม-
บ้านโดยเภสัชกรปฐมภูมิและทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล
อุดรธานี และตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านไม่
เพียงพอหรือไม่สมบูรณ์ เช่น ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งจ่ายกัญชา
ทางการแพทย์ให้ แต่ปฏิเสธการใช้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบบันทึกการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของ
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูลที่บันทึก
ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผังเครือญาติ การ
วินิจฉัยโรค ประวัติการใช้ยาและสมุนไพร ปัญหาด้านยา
การวางแผนติดตามการรักษา การตรวจสอบด้านสุขภาพ
ตามแนวทาง INHOMESS⁸ การประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้
รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Pallia-
tive Performance Scale for adult Suandok) (PPS
adult Suandok)¹

2. แบบประเมินปัญหาด้านยา PCNE เวอร์ชัน
8.02 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พิชักษณา มณีพันธุ์ และ

กรกมล รุกขพันธ์⁷ ได้รับอนุญาตแล้วจากเจ้าของลิขสิทธิ์

การประเมินปัญหาด้านยา

ผู้วิจัยประเมินชนิดของปัญหาด้านยา สาเหตุ วิธี
การแก้ไข การยอมรับการจัดการ และผลลัพธ์ที่บันทึกไว้
ในแบบบันทึกการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตามแบบ
ประเมินปัญหาด้านยา PCNE โดยเลือกได้ 1 ข้อ (P1 – P3)
จากนั้นประเมินความรุนแรงของปัญหาตามนิยามของ
National Coordinating Council for Medication
Error Reporting and Prevention (NCC MERP)⁹ ว่ามี
ความรุนแรงในระดับใด (A – I) ได้แก่

ระดับ A เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด

ระดับ B เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้ว แต่
ไม่ได้รับอันตราย

ระดับ D เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้
การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ระดับ E เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนเกิด
อันตรายชั่วคราวหรือต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น

ระดับ F เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนต้อง
นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนทำ
ให้พิการถาวร

ระดับ H เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นมีผลให้ผู้ป่วยพิ-
การ หรือมีอันตรายถาวร

ระดับ I เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วย
เสียชีวิต

จากนั้นประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา(C1 – C8)
โดยเลือกได้มากที่สุด 3 ข้อ พร้อมเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา
(I0 – I4) ซึ่งสามารถเลือกได้มากที่สุด 3 วิธี จากนั้นประ-
เมินการยอมรับการแก้ไขปัญหาด้านยา (A1 – A3) โดย
เลือกได้เพียง 1 ข้อ และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการ
DRPs จากการเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป โดยเลือกได้หัวข้อ
เดียว (O0 – O3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Microsoft Excel version
2012 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการวิจัย

จากการทบทวนแบบบันทึกการออกติดตามเยี่ยม-
บ้านในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชา
ทางการแพทย์ที่บ้าน มีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์จำนวน
12 ราย ได้ผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ
เฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 60.0 ± 11.1 ปี เป็นผู้ป่วย
รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการวินิจฉัยโรคหลัก
มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และ
มะเร็งต่อมลูกหมาก มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2 ชนิด
คือ สารสกัด THC GPO 13 mg/mL (5 mL/ขวด) และ
ตำรับทำลายพระสุเมรุ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 91.7)
และ 1 ราย (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้รักษา
เสริมในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ รองลงมา คือ เบื่อ-
อาหาร และอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ตาม-
ลำดับ ผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองมีค่าประ-
เมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
ฉบับสวนดอกเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ 52.5 ± 18.7 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน คนละ 1.8 ± 0.4 ครั้ง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละ
ครั้งใช้เวลาครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 ราย ดังแสดง
ในตารางที่ 1

ชนิดของปัญหาด้านยา

พบ DRPs 24 ครั้ง ในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย (ร้อย-
ละ 83.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน) ที่เกิด
ปัญหาด้านยาขึ้น บางรายเกิดปัญหาด้านยาขึ้นหลายครั้ง
ในการเยี่ยมบ้าน โดยพบปัญหาด้านยาตั้งแต่ 1 - 4 ปัญหา
ต่อราย มีค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 2.4 ± 1.0
ปัญหาต่อราย (คิดจากผู้ป่วย 10 ราย) หรือ 2.0 ปัญหา
ต่อราย (คิดจากผู้ป่วย 12 ราย) พบผู้ป่วยที่มี DRPs จาก
การใช้กัญชาทางการแพทย์จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 75.0
ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน) ร้อยละ 91.6 ของ
DRPs พบโดยเภสัชกร ดังแสดงในตารางที่ 1

ใน DRPs 24 ครั้ง ชนิดของ DRPs ที่พบมากที่สุด
คือ ด้านความปลอดภัยของการรักษาจำนวน 17 ครั้ง
(ร้อยละ 70.8) รองลงมา คือ ด้านประสิทธิภาพการรักษา
จำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 20.8) และด้านอื่น ๆ จำนวน 2
ครั้ง (ร้อยละ 8.3) พบว่ามีปัญหาย่อย คือ ผู้ป่วยเกิดเหตุ-
การณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยามากที่สุดจำนวน 17
ครั้ง (ร้อยละ 70.8) รองลงมา คือ ผู้ป่วยไม่ได้ผลจากการ
รักษาจำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 12.5) และผู้ป่วยได้รับยา
ที่ไม่จำเป็นจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ ราย
ละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ปัญหาด้านความปลอดภัยของการรักษาที่พบมาก
ที่สุด คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา
ทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 11 รายที่ใช้สารสกัด
THC มีอาการปากแห้ง คอแห้ง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ
45.5) บางรายมีอาการเวียนศีรษะร่วมด้วย จำนวน 2 ราย
(ร้อยละ 18.2) และมี 1 รายที่มีอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลง
ง่าย (ร้อยละ 9.1) เป็นสาเหตุให้แพทย์ต้องหยุดให้การรักษา
ด้วยสารสกัด THC บางรายง่วงซึมมากขึ้นจากการใช้
สารสกัด THC ร่วมกับ fentanyl โดยผู้ป่วยปรับเพิ่มขนาด
ยาเอง ส่วนผู้ป่วยที่ใช้ตำรับทำลายพระสุเมรุเกิดอาการ
สับสนในท้องจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 100.0) ผู้ป่วยที่
ใช้ morphine แล้วเกิดอาการท้องผูก ผู้ป่วยได้ยาซ้ำซ้อน
ในกลุ่มยาเดียวกัน gabapentin ร่วมกับ pregabalin ผู้-
ป่วยหาซื้อน้ำมันกัญชาใช้เองแม้ว่าแพทย์ได้แนะนำให้
หยุดแล้ว

ปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษาที่พบมากที่สุด
คือ ไม่ได้ผลจากการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ
ในการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ผลจากการ
รักษา รองลงมา คือ ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม เช่น
ผู้ป่วยรับประทานยาผิดขนาด ทำให้ผลการรักษาด้วยยา
ไม่เหมาะสมในที่สุด ปัญหาด้านอื่น ๆ คือ การได้รับยาที่
ไม่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยซื้ออาหารเสริม สมุนไพรที่มีสรรพ-
คุณเกินจริง

ความรุนแรงของปัญหาด้านยา

เมื่อแบ่ง DRPs ตามระดับความรุนแรงพบว่า ความ
รุนแรง 3 อันดับแรกที่พบได้บ่อยอยู่ในระดับ D จำนวน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการค้นพบปัญหาด้านยา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
• เพศ		
- ชาย	7	58.3
- หญิง	5	41.7
• อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี) (ต่ำ, สูงสุด)	60.0 $\pm$ 11.1 (49, 78)	
• การวินิจฉัยโรคหลัก		
- มะเร็งตับ	4	33.3
- มะเร็งปอด	3	25.0
- มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	8.3
- มะเร็งเต้านม	1	8.3
- มะเร็งตับอ่อน	1	8.3
- มะเร็งท่อน้ำดี	1	8.3
- มะเร็งปากมดลูก	1	8.3
• ชนิดของกัญชาทางการแพทย์		
- สารสกัด THC GPO 13 mg/mL (5 mL/ขวด)	11	91.7
- ตำรับทำลายพระสุเมรุ	1	8.3
• ใชัรักษาเสริมในผู้ป่วยที่มีอาการ		
- นอนไม่หลับ	5	41.7
- เบื่ออาหาร	4	33.3
- อาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง	3	25.0
• ค่าประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (ร้อยละ) (ต่ำ, สูงสุด)	52.5 $\pm$ 18.7 (30, 80)	
• ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา (ราย)	10	83.3
- พบ 1 ปัญหา	2	20.0
- พบ 2 ปัญหา	3	30.0
- พบ 3 ปัญหา	4	40.0
- พบ 4 ปัญหา	1	10.0
• ปัญหาด้านยา (ครั้ง)	24	
- พบโดยเภสัชกร	22	91.6
- พบโดยผู้ป่วย	1	4.2
- พบโดยแพทย์	1	4.2

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

20 ครั้ง (ร้อยละ 83.3) รองลงมา คือ ระดับ E จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 12.5) และ ระดับ C จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ ทั้ง 3 อันดับนี้เป็น DRPs ที่เกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแล้ว ดังแสดงใน **ตารางที่ 3** ตัวอย่างเหตุการณ์ที่พบในระดับต่าง ๆ มีดังนี้

ระดับ C พบผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดที่ต่ำเกินไปซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ระดับ D เป็นระดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานสมุนไพรที่มีสรรพคุณเกินจริงและไม่มีเลขทะเบียน ผู้ป่วยรับประทานยาหมดอายุ ผู้ป่วยได้ยาซ้ำซ้อนในกลุ่มยาเดียวกัน คือ gabapentin ร่วมกับ pregabalin จนมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยง่วงซึมมากขึ้น

จากการใช้สารสกัด THC ร่วมกับ fentanyl

ระดับ E ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทาน morphine แล้วเกิดอาการท้องผูก ผู้ป่วยใช้สารสกัด THC แล้วเกิดอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ผู้ป่วยใช้สารสกัด THC แล้วมีอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

สาเหตุของปัญหาด้านยา

การประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิด DRPs ผู้ประเมินสามารถเลือกสาเหตุได้มากที่สุดไม่เกิน 3 ข้อ ทั้งนี้จาก DRPs 24 ครั้ง พบว่ามีสาเหตุของปัญหาทั้งหมด 25 ครั้ง ดังแสดงใน **ตารางที่ 4** สาเหตุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) สาเหตุจากตัวผู้ป่วยจำนวน 11 สาเหตุ (ร้อยละ 44.0) เช่น ผู้ป่วยรับประทาน morphine ชนิดน้ำออก-

ตารางที่ 2 ชนิดของปัญหาด้านยา

ชนิดของปัญหา (problem) (P)	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	5	20.8
P1.1 ไม่ได้ผลจากการรักษา	3	12.5
P1.2 ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม	1	4.2
P1.3 มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา	1	4.2
P2 ความปลอดภัยของการรักษา		
P2.1 เกิด/อาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา	17	70.8
P3 อื่น ๆ		
P3.2 การได้รับยาที่ไม่จำเป็น	2	8.3
รวม	24	100

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของปัญหาด้านยา (ประเมินตามนิยามของ NCC MERP. Index)

ระดับความรุนแรงของปัญหาด้านยา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ระดับ C เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่ได้รับอันตราย	1	4.2
ระดับ D เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	20	83.3
ระดับ E เหตุการณ์ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนเกิดอันตรายชั่วคราวหรือต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น	3	12.5

ฤทธิ์สั้น แต่ไม่รับประทาน morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน 2) สาเหตุอื่น ๆ จำนวน 9 สาเหตุ (ร้อยละ 36.0) เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้สารสกัด THC แล้วมีอาการปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ 3) สาเหตุจากการเลือกใช้ยาจำนวน 5 สาเหตุ (ร้อยละ 20.0) เช่น ผู้ป่วยได้ยาซ้ำซ้อนในกลุ่มยาเดียวกัน gabapentin ร่วมกับ pregabalin

การแก้ไขปัญหาด้านยา

เภสัชกรปฐมภูมิได้ออกแบบและจัดการ DRPs ให้แก่ผู้ป่วยทุกราย พบว่า มีการแก้ไข DRPs เกิดขึ้นมากถึง 66 ครั้ง วิธีแก้ไขปัญหาที่ใช้มากที่สุด คือ การแก้ปัญหผ่านผู้สั่งใช้ยาจำนวน 24 ครั้ง (ร้อยละ 36.4 ของการแก้ไขปัญหาด้านยาทั้งหมด) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการแจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ยาให้ทราบจำนวน 13 ครั้ง (ร้อยละ 19.7) รองลงมา คือ การแก้ไขปัญหาในเรื่องของยาจำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 28.8) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการหยุดยาจำนวน 12 ครั้ง

(ร้อยละ 18.2) และการแก้ไขปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 14 ครั้ง (ร้อยละ 21.2) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาด้านยาจำนวน 9 ครั้ง (ร้อยละ 13.6) รายละเอียดการแก้ไขปัญหาด้านยาแสดงดังตารางที่ 5

การยอมรับและดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านยา

การตอบรับของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยในข้อเสนอของเภสัชกรปฐมภูมิในการศึกษานี้ พบว่า การจัดการปัญหาได้รับการยอมรับ 23 ครั้ง (ร้อยละ 95.8) จาก DRPs ทั้งหมด 24 ครั้ง และไม่ได้รับการยอมรับ 1 ครั้ง (ร้อยละ 4.2) ซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันที่จะใช้สารสกัด THC แม้จะทราบถึงความเสี่ยงต่อความปลอดภัยด้านยาแล้ว

ผลลัพธ์ของการจัดการปัญหาด้านยา

จาก DRPs ที่พบทั้งหมด 24 ครั้ง ในผู้ป่วย 10 ราย พบว่า เภสัชกรปฐมภูมิสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จ 15 ครั้ง (ร้อยละ 62.5) ได้แก่ การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทาน morphine ชนิดเม็ดออกฤทธิ์นานเป็นประจำ

ตารางที่ 4 สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาด้านยา

สาเหตุของปัญหาด้านยา (cause of DRPs) (C)	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
C1 การเลือกใช้ยา	5	20.0
C1.1 เลือกยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง/สูตรยา	1	4.0
C1.2 เลือกยาที่มีข้อห้ามใช้	1	4.0
C1.4 เลือกใช้ยาร่วมกันกับยาอื่น หรือร่วมกันกับสมุนไพร	2	8.0
C1.5 สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ยากลุ่มเดียวกัน/สารสำคัญเดียวกัน	1	4.0
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย	11	44.0
C7.1 ผู้ป่วยใช้/รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งหรือ ไม่ได้รับประทานยาเลย	2	8.0
C7.2 ผู้ป่วยใช้/รับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3	12.0
C7.4 ผู้ป่วยใช้ยาที่ไม่จำเป็น	3	12.0
C7.6 ผู้ป่วยเก็บยาไม่เหมาะสม	1	4.0
C7.7 ผู้ป่วยรับประทาน/ใช้ยา เวลาหรือความถี่ไม่เหมาะสม	2	8.0
C8 สาเหตุอื่น ๆ		
C8.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	9	36.0
รวม	25	100

ตารางที่ 5 การแก้ไขปัญหาด้านยา

การจัดการกับปัญหา (planned intervention) (I)	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
I1 ด้านผู้สั่งใช้ยา (at prescriber level)	24	36.4
I1.1 แจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบคนเดียว	13	19.7
I1.3 เสนอการแก้ไขต่อผู้สั่งใช้ยา	5	7.6
I1.4 พิจารณาร่วมแก้ไขปัญหากับผู้สั่งใช้ยา	6	9.1
I2 ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล (at patient level)	14	21.2
I2.1 ให้คำปรึกษาด้านยา	9	13.6
I2.4 พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล	5	7.6
I3 ด้านยา (at drug level)	19	28.8
I3.1 เปลี่ยนยา	1	1.5
I3.2 เปลี่ยนขนาดยา	1	1.5
I3.4 เปลี่ยนคำแนะนำการใช้	3	4.6
I3.5 หยุดยา	12	18.2
I3.6 เริ่มยาชนิดใหม่	2	3.0
I4 การจัดการ/กิจกรรมอื่น		
I4.2 การรายงานผลข้างเคียงจากยาต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ (รายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)	9	13.6
รวม	66	100

เพื่อควบคุมอาการปวด รองลงมาคือแก้ไขได้บางส่วนจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 20.8) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้สารสกัด THC ยังคงมีอาการปากแห้ง คอแห้ง แม่เภสัชกรปฐมภูมิได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยแล้วและแก้ไขไม่ได้จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 16.7) เนื่องจากขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย

อภิปรายผล

การศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 1–1.5 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทย^{10,11} ที่พบว่าใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 ราย และพบว่าจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการจัดการปัญหาด้านยา (เฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน) คือ 1.8 ± 0.4 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบ 2.1 ± 1.9 ครั้งต่อราย^{10,11} นอกจากนี้เมื่อนำเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน (1–1.5 ชั่วโมงต่อราย) และจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้าน (1.8 ± 0.4 ครั้งต่อราย) มาพิจารณาร่วมกัน จะเห็นได้ว่าต้องใช้เวลาทั้งหมด 2–3 ชั่วโมงในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจึงจะได้ผลลัพธ์ในการจัดการปัญหาด้านยาต่อผู้ป่วย 1 ราย สรุปได้ว่าการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลา และควรทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการจัดการปัญหาด้านยา ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านยาในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ จึงไม่มีการศึกษาที่ใช้เปรียบเทียบได้

การศึกษานี้พบ DRPs ร้อยละ 83.3 ซึ่งมากกว่า การศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทย⁷ ที่พบ DRPs ร้อย ละ 19.5 ที่ใช้แบบประเมิน DRPs ของ PCNE เวอร์ชัน 8.02 ซึ่งเป็นเวอร์ชันเดียวกัน และมากกว่าการศึกษาก่อน หน้าในประเทศไทย ที่พบ DRPs ร้อยละ 76.2 ซึ่งใช้แบบ ประเมิน DRPs ของ PCNE เวอร์ชัน 5.01¹¹ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะการศึกษาก่อนหน้าทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รักษา ตัวที่ห่อผู้ป่วย⁷ และอีกการศึกษาก่อนหน้าทำการศึกษา ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹¹ ตามลำดับ ส่วนการศึกษานี้ทำการ ศึกษาในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้ ยาหลายขนานร่วมกันและยาบางชนิดจัดเป็นกลุ่มยาที่มี ความเสี่ยงสูงในการเกิด DRPs ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้าที่พบปัญหาจากการใช้ยากลุ่ม strong opioids สูงถึง ร้อยละ 86.7¹ อีกทั้ง การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากการ เยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรปฐมภูมิ มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วม เยี่ยมบ้าน ทำให้มีโอกาสพบ DRPs ได้มากขึ้น นอกจากนี้ พบว่าจำนวน DRPs เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย มีความแตก- ต่างกัน โดยการศึกษานี้พบ 2.4 ± 1.0 ปัญหาต่อราย การ ศึกษา ก่อนหน้า พบ 1.3 ± 0.6 ปัญหาต่อราย⁷ และการ ศึกษาในต่างประเทศ พบ 1.6 ± 1.2 ปัญหาต่อราย¹² ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาก่อนหน้าทำการศึกษา DRPs ใน ผู้ป่วยที่รักษาตัวที่ห่อผู้ป่วย ส่วนการศึกษานี้ทำการศึกษา DRPs ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

DRPs ที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้เป็นเรื่องความ ปลอดภัยของการรักษา(ร้อยละ 70.8)ซึ่งแตกต่างจากการ ศึกษา ก่อนหน้าในประเทศไทย^{7,13} และการศึกษาในประ- เทศเดนมาร์ก¹⁴ ที่พบ DRPs ด้านประสิทธิภาพการรักษา มากที่สุด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบสาเหตุของ DRPs เกิดจากผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 44.0) สอดคล้องกับการ ศึกษา ก่อนหน้านี้^{7,13} แต่ต่างจากการศึกษาของต่างประ- เทศที่พบว่า สาเหตุของ DRPs ส่วนใหญ่เกิดจากบุคลากร ทางแพทย์ (ร้อยละ 51)¹⁴ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยใน ต่างประเทศมีความรู้เรื่องยาและสามารถเข้าถึงข้อมูล ด้านยาได้มากกว่า รวมถึงมีความร่วมมือในการรักษาดี กว่าผู้ป่วยในประเทศไทย

การศึกษานี้พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร

ปฐมภูมิสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาได้อย่างสมบูรณ์สูงถึง ร้อยละ 62.50 จากปัญหาทั้งหมด 24 ปัญหา ใกล้เคียง กับการศึกษาก่อนหน้า (ร้อยละ 69.39)¹¹ ทั้งนี้ จากการ ศึกษา ก่อนหน้า⁷ ที่ทำการศึกษา DRPs บนหอผู้ป่วย ได้ให้ ข้อเสนอแนะถึงการบูรณาการระหว่างการดูแลผู้ป่วยบน หอผู้ป่วยกับงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ของการ มีเภสัชกรปฐมภูมิในการเยี่ยมบ้านช่วยค้นหาและแก้ไข ปัญหาด้านยาให้กับผู้ป่วยได้ เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการ ดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้พบ DRPs 24 ครั้ง เกือบทั้งหมดถูกค้น พบโดยเภสัชกร (ร้อยละ 91.7) แสดงให้เห็นว่า หากไม่มี เภสัชกรปฐมภูมิในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยDRPsดังกล่าวอาจ ไม่ถูกค้นพบ เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของ DRPs ตามเกณฑ์ของ NCC MERP Index⁹ พบว่า DRPs ส่วนใหญ่ มีความรุนแรงในระดับ D คือ เหตุการณ์ปัญหาเกิดกับผู้ป่วยแล้วต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ สอดคล้องกับ การศึกษาก่อนหน้า⁷ ดังนั้น เภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงาน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จึงมีความสำคัญในการจัด- การปัญหาด้านยา การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่อาศัย ความร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขา วิชาชีพ และใช้เวลานานในการช่วยแก้ไขปัญหาด้านยา ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการ เยี่ยมบ้านช่วยค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านยาให้ผู้ป่วยได้ จริง มีเพียงบางส่วนที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ซึ่งเกิด จากข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ขาดความรู้เรื่อง โรคและยาที่ถูกต้อง ไม่เข้าใจเหตุผลในการรักษา แม้ว่า เภสัชกรจะได้พยายามจัดการปัญหาด้วยวิธีการแก้ปัญหา ต่าง ๆ แล้วก็ตาม ทั้งนี้ ต้องอาศัยการเสริมศักยภาพผู้ป่วย และผู้ดูแลเพื่อให้ปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขได้ อย่างสมบูรณ์ต่อไป ดังนั้น การเยี่ยมบ้านควรได้รับการ สนับสนุนจากภาครัฐให้มีการดำเนินการต่อเนื่องไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย การศึกษานี้มีเกณฑ์คัด เข้าที่มีความจำเพาะเจาะจงที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยรับ การดูแลแบบประคับประคองที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ: ในอนาคตควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น เพิ่มระยะการศึกษายาวขึ้น เพื่อที่จะทำให้สามารถวิเคราะห์นัยสำคัญทางสถิติได้ดีขึ้น

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในผู้ป่วยรับการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบ DRPs ด้านความปลอดภัยของการรักษามากที่สุด ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ D และเป็นเหตุการณ์ปัญหาเกิดกับผู้ป่วยแล้วต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษโดยมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด สำหรับวิธีแก้ไขปัญหที่พบบ่อยที่สุด คือ การแก้ปัญหผ่านผู้สั่งใช้ยา โดย

มีการแจ้งปัญหาด้านยาต่อผู้สั่งใช้ยาและร่วมกันแก้ไขปัญหากับเภสัชกร ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่ยอมรับต่อคำแนะนำของเภสัชกรปฐมนุญ ส่งผลให้เกิดการจัดการปัญหาได้อย่างสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พิจักษณา มณีพันธุ์ และ กรกมล รุกขพันธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการประเมินปัญหาด้านยา Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรธานี ที่สนับสนุนให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Health Administration Division. Drug system management in palliative care. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
2. Palliative care network region 8 Udon Thani. Palliative care guideline in Udon Thani hospital. Udon thani: Udon Thani Hospital; 2019.
3. Hussain SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. BMC Palliat Care. 2011;10:16. doi: 10.1186/1472-684X-10-16.
4. Ministry of Public Health. Department of Medical Services. Guidance on cannabis for medical use. 3rd ed. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020.
5. Udon Thani Hospital. Report of home visits by multidisciplinary team in patients with continuity of care 2019 Oct 12-15. Udon Thani, Thailand: Continuity of care, COC Center, Udon Thani Hospital; 2019.
6. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems V 8.02 [Internet]. n.p.: Pharmaceutical Care Network Europe Foundation; 2017. [cited 2020 Jun 3]. Available from: https://www.pcne.org/upload/files/230_PCNE_classification_V8-02.pdf
7. พิจักษณา มณีพันธุ์, กรกมล รุกขพันธ์. ปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และการจัดการปัญหาโดยเภสัชกร. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2564];10(2):551-62. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171230>
8. อิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑาทิกุล, อุษณีย์ วรรณมณี, ธนรัตน์ สรพลเสนห์, จตุพร ทองอิม. ตำราเภสัชกรครอบครัว. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2557.
9. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. Am J Health Syst Pharm. 1991;48(12):2611-6. doi: 10.1093/ajhp/48.12.2611.
10. Tunpichart S, Sakulbumrungsil R, Somrongthong R, Hongsamoot D. Chronic care model for diabetics by pharmacist home health in Bangkok Metropolitan: a community based study. Int J Med Med Sci. 2012;4(4):90-6. doi: 10.5897/ijmms12.009.
11. สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมณี. การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2564];8(1):169-81. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/>

TJPP/article/view/169718

12. Abunahlah N, Elawaisi A, Velibeyoglu FM, Sancar M. Drug related problems identified by clinical pharmacist at the internal medicine ward in Turkey. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(2):360–7. doi: 10.1007/s11096-017-0585-5.
13. MacDonald E, Farrah K. Medical cannabis use in palliative care: review of clinical effectiveness and guidelines – an update [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551867/>
14. Nielsen TRH, Andersen SE, Rasmussen M, Honoré PH. Clinical pharmacist service in the acute ward. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(6):1137–51. doi: 10.1007/s11096-013-9837-1.