

C2Y

Medication-related Problems
in Community Setting

18 มีนาคม 2554 เวลา 10.30-12.00 น.

ห้อง Phoenix 1-3



ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์ุ รพ.ตราด

ภญ.วัชรภรณ์ กุลวงศ์ รพ.สมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

ภก.จตุพร ทองอิม ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 วัดไผ่ตัน

การอ้างอิง

จตุพร ทองอิมและคณะ “Medication-related Problems in Community Setting”
12th HA National Forum Proceedings. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ
มหาชน), www.ha.or.th, 2554.

เภสัชกรหญิงวิษุณี พิตรากุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

แนะนำวิทยากร

สวัสดีค่ะ เรามา 2 วันครึ่งแล้ว ในส่วนเรื่องของใน รพ. เราคุยกันเยอะแยะ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง Drug related Popblame หรือ Medication Related Popblame สุดท้ายนี้เวลาที่เราย้ายออกไปไม่ว่าจะเป็น คนไข้ใน คนไข้นอก ความรับผิดชอบของเภสัชกร หรือบุคลากรสาธารณสุข เราคงไม่หยุดแค่ตรงส่วนนั้น ที่นี้เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเราย้ายไปแล้วปัญหาอะไรบ้างที่มันเกิดขึ้นเมื่อคนไข้กลับบ้านไปแล้วหรือคนไข้กลับสู่ชุมชนแล้ว วันนี้เราได้รับเกียรติจากวิทยากรทั้งหมด 3 ท่านซึ่ง 3 ท่านนี้มีบริบทที่แตกต่างกัน ท่านหนึ่งอยู่ใน รพ. กรุงเทพมหานคร ท่านหนึ่งอยู่ใน รพ.ระดับจังหวัด คือจังหวัดตราด และอีกท่านหนึ่งอยู่ใน รพ.ชุมชน อยู่ที่จังหวัดอุดรธานี เรามีความหลากหลายมาก หลากหลายภาค เราจะมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในส่วนนี้ เราจะมาแลกเปลี่ยนกันว่าเวลาที่แต่ละท่านลงไปชุมชนหรือลงไปที่บ้านคนไข้ตอนนี้เขาพบปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับการใช้ยา

มีเรื่องอยากเล่าเยอะ เริ่มจากตัวเองก่อนทำไมถึงคิดว่าตรงส่วนนี้เป็นปัญหา ยาแม่ที่บ้านยาอะไรไม่รู้ก็หายหมดไม่ว่าจะยาอะไรต่อยาอะไร พอเปิดตู้เย็นก็จะเจอหมดเลยไม่ว่าจะเป็นยาที่ห้ามแช่เย็น ยาอะไรไม่รู้อยู่ตรงส่วนนั้น ไปบ้านญาติญาติก็เป็นเบาหวาน Hypertention ทำไมยาเหลือเยอะ คือประมาณว่าที่บ้านบอกว่า ปูกบิให้หน่อย จะเป็นอันรู้ว่ายังไม่ต้องเบิกรั้งไว้ซัก 1-2 เดือนค่อยเบิกรั้ง นี่เป็นปัญหาที่เราเจอ ตรงส่วนนี้ที่เป็นปัญหาเอาแค่ญาติๆ เราจะเริ่มจากตรงนี้ค่ะ พี่จะโยนคำถามแรกก่อน หลากๆ คนอาจจะอยากทราบว่าถ้าจะเริ่มงานเภสัชกรรมปฐมภูมิถ้าบริบทที่แตกต่างกันตรงส่วนนี้เราเริ่มต้นกันอย่างไร และอะไรเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เข้าไปทำงานเภสัชปฐมภูมิตรงส่วนนี้ อันดับแรกขอเชิญน้องบิกคะ

จุดเริ่มต้น

ภก.ธีรภัทร ฉันทพันธุ์



การพูดตรงนี้จะเป็นการเล่าประสบการณ์จุดเริ่มต้น รพ.ตราด เป็น รพ.ทั่วไป 276 เตียง งบปี 53 สปสช. ใช้งบ Ontop ทั้งหมด 150,000 ให้หมด 200 คับ ที่สนใจในงานปฐมภูมิ ทางรพ. สนใจจึงร่วมกับหัวหน้าจัดทำโครงการสนับสนุนโครงการพัฒนาสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายปฐมภูมิ ให้มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกรขึ้นมา และเสนอสปสช. ก็ได้งบนี้มา เมื่อได้งบนี้มาแล้วคำถามต่อไปคือเราจะทำยังไง เราจะเริ่มอย่างไรกันดี ที่นี้เราก็มาวិเคราะห์ปัญหาในปัจจุบันของ รพ.ตราด ว่าเกิดอะไรขึ้น เราจะเชื่อมต่อจากงานปฐมภูมิ ยังไงกันดี



ก่อนอื่นต้องขอบอกเลยว่าเรามีบุคลากรจำกัดไม่ว่าจะเป็นเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ส่วนของ OPD เรามีเภสัชกรแค่ 4 คน เจ้าพนักงาน 5 คน มีผู้ป่วยมารับยามาก ประมาณ 500-600 ใบต่อวัน นี่คือปัญหาเกิดความเร่งรีบ ผู้ป่วยเองมารับยาตั้งแต่ ตี 4 ตี 5 กว่าที่จะพบหมอ กว่าที่จะรอรับยา ก็ประมาณบ่าย โมง นี่แค่คลินิก med อย่างเดียว ดังนั้นเมื่อรับยา ก็จะรีบกลับบ้านแน่นอน เราไม่รู้เลยว่าเขารับรู้อะไรเกี่ยวกับ ยาที่เขาเข้าไปบ้าง อีกส่วนหนึ่งของเภสัชกรคือการรีบจ่ายยาเพื่อไม่ให้เกิดการรอคอยนาน แก้ไขเรื่องของการ ร้องเรียน เพราะฉะนั้นเมื่อเภสัชกรรีบจ่ายยา มีปัญหาแน่นอนอาจจะบอกรายละเอียดคนไข้ไม่หมด



พอเราวิเคราะห์ปัญหาพวกนี้ก็เกิดคำถามแล้ว Dispensing Error จาก OPD เราวัดจากอะไร
เมื่อก่อนเคยมีก็คือแอบให้คนในโรงพยาบาลไปตรวจสอบยาคนไข้ก็ทำได้ไม่นาน และผลก็ไม่ชัดเจนเท่าไร เมื่อ
ผู้ป่วยกลับบ้านใช้ยาถูกไหมนี่คือคำถาม โรคเรื้อรังมีจำนวนมากแล้วคนไข้กินถูกหรือเปล่า หลังจากได้รับยาไป

ทานยาไปสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่ ค่าใช้จ่ายที่เขาได้รับไปในเรื่องของมูลค่าของยาเท่าไร ก็เลยเป็นคำถาม และเป็นประเด็นที่กลุ่มงานเภสัชกรรมของผมเห็นด้วยแล้วก็เลยเริ่มดำเนินโครงการนี้ขึ้นมา

ภญ.วัชรารณ กุลวงศ์

สำหรับ รพ.ชุมชนก็อาจจะมีเหตุผลหลายๆ กัน โดยเริ่มจากเมื่อเวลามีคนไข้เข้ามารับยาใน รพ. เราก็จะพบปัญหาในหลายๆ อย่างของผู้ป่วยในการบริหารยา บางคนก็มองไม่เห็นไม่ชัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุก็อาจจะหลงลืมหรือบางคนก็จะปรับยาเอง เมื่อเราเห็นปัญหาในส่วนนั้นเมื่อคนไข้มารับยาเราก็จะอธิบายให้คนไข้ในตอนนั้นซึ่งเวลามีจำกัดมาก ทุกคนก็ทราบดีว่าคนไข้ก็มีจำนวนเยอะพอสมควร ตรงจุดนั้นแล้วเราก็คิดว่าถ้าเกิดเราลงไปที่บ้านคนไข้เลยจะมีเวลาในการคุยกับคนไข้เยอะขึ้น เกิดความสัมพันธ์อันดีในการพูดคุยต่อกันคนไข้ก็อาจจะเปิดใจยอมรับเรามากขึ้น ในส่วนของเรื่องระบบยาถ้าเราลงไปพัฒนาระบบยาในรพ.สต. เราก็จะใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น รพ.สต. เป็นหน่วยบริการพื้นฐานในอันดับแรกที่คุณป่วยจะมาใช้บริการ ถ้าระบบยาเข้มแข็งในส่วนนั้นแล้วคนไข้ก็就不用เสียเวลามาที่ รพ. ก็จะเป็นการช่วยเหลือคนไข้ได้มากขึ้น

ภก.จตุพร ทองอิม

ก่อนอื่นต้องขบอกก่อนเลยว่า ผมใช้ทุนสำนัก่อนน้ามัยกรุงเทพมหานครต้องแต่จบ เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญของผม ผมทำงานปฐมภูมิและลงชุมชนก็คือ ด้วยความรับผิดชอบหลักของศูนย์บริการสาธารณสุขในสำนัก่อนน้ามัยที่งานเราเป็น Primary Care อยู่แล้ว เรามีทีมพยาบาลออกเยี่ยมบ้านทุกวันอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นอันหนึ่งมันถูกบีบ ถูกล็อคด้วยบริบทของการทำงาน แต่อีกอันหนึ่งที่สำคัญมากๆ คือผมคนชอบงาน Frame Care ตั้งแต่สมัยเรียนเพราะฉะนั้นมันไม่มี Ward ให้เดิน ดังนั้นผมต้องมานั่งปรับกระบวนการในการคิดใหม่แล้วว่าเมื่อเราชอบงาน Frame Care เราต้องไม่ตีกรอบการทำงานของเราว่า Frame Care คือตัว Chary Care ทำยังไงให้ Frame Care มันลงใน Primary Care ได้ สุดท้ายมันเลยมาลงด้วยว่าผมทำเอามัน ทำเพราะอยากทำ ไม่ได้ทำเพราะมีตัวชี้วัดเข้ามาจับ ไม่ได้ทำเพราะมี bus jack อะไรเข้ามาหรือว่ามีการถูกสั่งมาจากเบื้องบน ผมทำเพราะว่าด้วยบริบทของสถานที่ทำงาน และอีกอันที่สำคัญมากๆ ที่ผมลงเยี่ยมชุมชนเพราะพยาบาลที่ออกเยี่ยม

บ้านเป็นคนชวนบอกผมว่าเมื่อมีเฝ้าแล้ว เขาอยากเห็นเฝ้าลงไปในพื้นที่และเขาเจอปัญหาจากการใช้ยาเยอะมากในชุมชน นี่เป็นจุดเริ่มต้นเลยแหละที่ทำให้ผมมาเริ่มต้นลงชุมชนเป็นเรื่องเป็นราว และเต็มตัว

เภสัชกรหญิงวิษุณี พิตรากุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

จะเห็นได้ว่าแต่ละคนจะมีมิติหรือมุมมองที่ต่างกันว่าเรามีจุดเริ่มอย่างไร บางที่มีปัจจัยเอื้อภายนอกจาก สปสช. บางที่ด้วยภาระกิจและพันธกิจของเขาเองที่เขาต้องดำเนินการตรงส่วนนี้อยู่แล้ว แต่อย่างที่ยกถึงแม้ว่าเรามีพันธกิจมาบอกว่าถึงเราต้องทำงานตรงส่วนนี้อยู่แล้วแต่ในศูนย์อนามัยก็ไม่ได้มีทุกคน ทุกศูนย์ที่เขาดำเนินการลักษณะคล้ายๆ ตรงส่วนนี้อย่างจริงจัง ดังนั้นใจที่ต้องลงไปก็อยากจะไปช่วยคน การปรับหรือประยุกต์ในเรื่องของการทำงาน Frame Care ว่าไม่จำเป็นต้องดูคนไข้ที่อยู่ใน รพ. ออกมาสู่ชุมชนตรงนี้ได้ อย่างไรก็ตาม อันนี้คงเป็นจุดเริ่มต้นในแต่ละที่

เรามาเข้าถึงการดำเนินการเลยดีกว่า จะขอเริ่มจาก รพ.ใหญ่หนึ่งก่อนเลยดีกว่าจะขอเข้าที่ รพ. ตราดก่อนว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง

วิธีดำเนินการ โรงพยาบาลตราด

ภก.ธีรภัทร ฉันทพันธุ์



อย่างที่บอกว่าตอนที่เรารับการดำเนินงาน สปสช. ให้งบเรามา เราเริ่มต้นจากศูนย์เราไม่รู้ว่าจะเริ่มดำเนินการอย่างไร หรือบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรที่ลงไปในส่วนของการบริการปฐมภูมิหรือส่วนของ รพ.สต. เราไม่รู้ที่เราต้องทำอะไรกันแน่ คือเริ่มต้นจากศูนย์เลย คือ Walk in เข้าไปเลย ที่นี้พอ Walk in เข้าไปเราก็ดูตามบริบทการดำเนินงานในส่วนของ รพ.สต. ก่อนอื่นผู้สนับสนุนเราในส่วนดำเนินการคือ

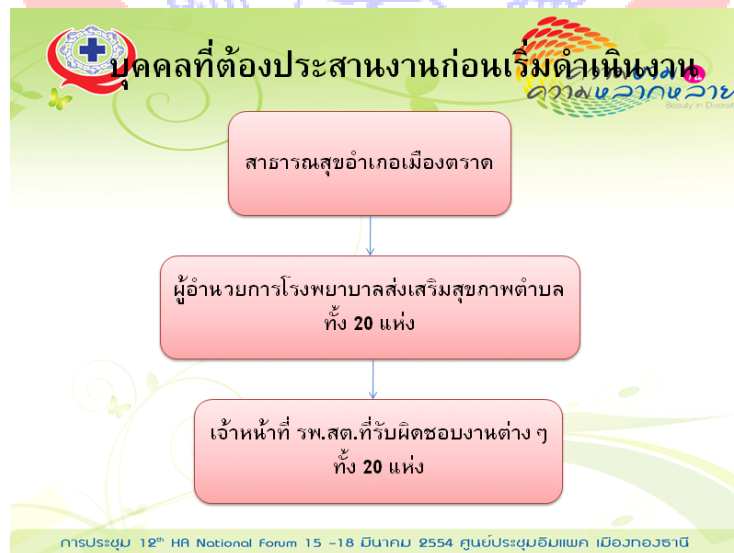


1. ผู้อำนวยการ รพ.ตราด (นพ.จรัญ บุญฤทธิการ) ท่านเป็น ผอ.ที่มีวิสัยทัศน์ในการลงชุมชนเป็นเลิศ ท่านขอให้พนักงานลงชุมชนพอท่านรู้ว่าเภสัชกรจะลงชุมชนท่านก็สนับสนุนทุกอย่าง ไฟเขียวทุกเรื่อง
2. สาธารณสุขชุมชนอำเภอเมืองตราด ทุกวันนี้ผมได้บเดินทางจาก รพ.สต. หรือสถานีนามัยหลังจากที่ สปสช. ให้งบแค่ปีเดียว ปีที่ 2 เราจะทำเราไม่มีงบเดินทาง ท่านก็หามาให้ โดยแบ่งเงินจากสถานีนามัยมาให้เรา



3. หัวหน้ากลุ่มงาน (เภสัชกรสายชล ชำปฏี) ท่านนี้ ให้โอกาสจริงๆ ถ้าไม่มีหัวหน้า ผมคงไม่มี
โอกาสมานั่งพูดอยู่ตรงนี้

แนวทางการดำเนินงาน



เราเริ่มจากศูนย์จริงๆ แต่ที่นี่เราทราบมาแล้วว่าจะลงหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. คนที่ดูแลคือใคร? ก็คือสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด จากนั้นรองลงมาคือ ผอ.รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหัวหน้าอนามัยสมัยก่อน ซึ่งในจังหวัดตราดในอำเภอเมืองมีทั้งหมดอยู่ 20 แห่ง สุดท้ายคือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบ

งานต่างๆ อยู่ทั้งหมด 20 แห่ง สิ่งที่เรา contract กับเขาคืออะไร? เราจะไปทำงานร่วมกับเขาเราก็ต้องไปบอก
บทบาทของเราว่าเราลงไปจุดประสงค์ของเราต้องการคืออะไร? เราจะดำเนินงานร่วมกับเขาในแนวไหนบ้าง?
แล้วเป้าหมายที่เราต้องการหรือสิ่งเขาต้องการคืออะไร? ตรงนี้แหละครับเป็นจุดเริ่มเลยที่เราจะไปคุยกับ
สาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้าอนามัยก่อนว่าสิ่งที่เราต้องการการลงไปเราไม่ได้ต้องการลงไปตรวจสอบหรือลงไป
ประเมินเราไม่ได้ไปเป็นการนิเทศน์เขาแต่เราไปเป็นส่วนหนึ่งของสถานอนามัย เราไปเป็น จนท. อนามัยคนหนึ่ง
ในการดูแลงานเภสัชกรรมในสถานอนามัยหรือ รพ.สต.ทั้งหมด ตรงนี้เป็นประเด็นที่ทำให้เราได้ทำงานสะดวกขึ้น
เพราะเราไม่ได้ถูกประเมินหรือเราไม่ได้ไปเป็นคนประเมินเขา



อันนี้ก็เป็นป้าย รพ.สต.คิดว่าทุกวันนี้คงคุ้นๆ กันบ้างแล้ว



กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ปรับปรุงระบบงานบริหารยาและเวชภัณฑ์
2. พัฒนาระบบงานบริการจ่ายยา
3. จัดอบรมวิชาการด้านยาแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ให้ความรู้ด้านยาแก่อสม. และผู้สูงอายุ
4. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการใช้ยา



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ส่วนกิจกรรมการดำเนินงาน เราคุยในเรื่องของวัตถุประสงค์ทุกอย่างแล้ว ลงไปแล้วเราเห็นว่า
บทบาทที่ชัดเจนที่เราจะสามารถไปพัฒนาในงานในส่วนเภสัชกรรมใน รพ.สต. ได้มีอะไรบ้าง

1. การปรับปรุงระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ จะไปปรับปรุงและพัฒนาตรงนี้ หลายๆที่ น่าจะคล้ายๆ กัน ตรงนี้จะส่งต่อเรื่องของการปรับปรุงระบบให้กับทางน้องเภสัชกรพร ให้อธิบายตรงนี้อีกที
2. พัฒนาระบบงานบริการจ่ายยา
3. งานอบรมเจ้าหน้าที่อนามัย อสม. และผู้สูงอายุ การให้ความรู้ต่างๆ
4. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการใช้ยา บทบาทที่ชัดเจนและเราสามารถวิชาชีพหรือบทบาทเภสัชกรของเราลงไปดูแลตรงนี้ได้เต็มที่



การงานพัฒนาบริการจ่ายยาเราไปทำอะไรได้บ้าง สมัยก่อนก่อนที่จะมีโครงการนี้ขึ้นมาเราให้ จพง. เภสัชกรรมออกจ่ายยาแทน ไม่มีเภสัช เมื่อไรที่คุณหมอออกไปเราก็จะมี จพง.เป็นคนจ่ายยา หลังจากนั้นมีการพัฒนาเภสัชเราเอาเภสัชไปจ่ายยาแทน ตรงนี้มีความแตกต่างตรงไหน ที่ผ่านมามีการ Feed back จาก จพง. กลับมาว่า Description Error จากหมอฉันเกิดอะไรขึ้นบ้าง? หรือปัญหาที่เกิดจากใบสั่งยามันเกิดอะไรขึ้นบ้าง? เราไม่ทราบเลย พอเราลงไปเราถึงได้เห็นชัดเจนว่า Remade ผิดวัน Remade ยาไม่ครบ เขียนวิธีใช้ผิด ตรงนี้แหละที่เป็นบทบาทของเราเองที่เราต้องดูแลหรือต้อง Consult แพทย์ เพื่อให้การบริหารยาของคนไข้ได้ถูกต้อง ตรงนี้แหละต้องมีเภสัชลงไปให้บริการจ่ายยาเอง



พัฒนาระบบฉลากยา เมื่อก่อนเขียนข้างซองยา ข้อมูลในการบริหารยาไม่ครบ เราก็ไปลงในเรื่องของการทำฉลาก ให้เขา print ฉลาก, ออกแบบฉลาก ไม่ว่าจะเป็นฉลากการใช้ยา หรือฉลากช่วยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นพวก Antibiotics กลุ่ม Emcees กลุ่มที่ทำให้วังทั้งหลาย แล้วก็ทำให้มันชัดเจนขึ้น



มีระบบให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายโดยตรงเลยกับคนไข้ที่สงสัยมากกับการใช้ยา ก็เข้ามาปรึกษาได้ที่ รพ.สต.



ทำฉลากแผ่นพับแจกให้แก่ จนท.อนามัย หรือ รพ.สต. เพื่อแจกให้กับกลุ่มผู้ป่วย งานจัดอบรม
วิชาการด้านยา



เรามีการจัดอบรมให้แก่ จนท.อนามัย อสม. และผู้สูงอายุ โดยบริบทของหมอชิตดีตรงที่ว่า อสม.กับ
ผู้สูงอายุ 20 แห่งในอำเภอเมืองตราด มีการประชุมกันทุกเดือน ดังนั้นเป็นสิ่งที่ง่ายมากเลย เราแค่เสนอตัวเข้าไป
ทำกิจกรรมกับเขาในวันที่เขามีกิจกรรมส่วนของเขาเอง แค่นั้นเองเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุหรือ
อสม.ได้แล้ว



สุดท้ายคืองานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาจากการใช้ยา เวลาลงเยี่ยมบ้านเป้าหมายเราต้องการอะไร? สิ่งที่ต้องการคือ ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย เพื่อผลการรักษาของผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพสูงสุดและจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เราต้องการแค่นี้ ถ้ามองเห็นรูป 2 รูปนี้ไหม อยากให้คนที่บ้านเราเป็นแบบนี้หรือเปล่า คิดว่าปัญหาของคนสูงอายุคือปัญหาของการใช้ยาแน่นอน ถ้าเราทำให้เขามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เขามีความสุข เราก็มีความสุข นี่แหละคือเป้าหมาย

การทำงาน



ในการลงเยี่ยมบ้าน การทำงานของผมทุกวันนี้ผมแทบจะไม่ได้ลงทำงานใน รพ. เลย ผมถูกเนรเทศไปอยู่ใน รพ.สต. ทั้ง 20 แห่ง เพราะฉะนั้นการทำงานของผมเลยกลายเป็นการทำงานเป็นทีม คือ จนท.อนามัย เกษัชกร อสม. นักกายภาพบำบัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนท้องถิ่นที่มาได้อย่างไร?

- **จนท.อนามัย** บทบาทปกติในการที่เราลงเยี่ยมบ้าน ลงไปดูการสำรวจสัมผัสประชากร ดูว่าลูกบ้านใครของเขาเป็นโรคอะไรกันบ้าง? ธรรมชาติในโครงการต่างๆ เรื่องโรคลูกน้ำยุงลาย หรือว่าโรคที่มามีเห็บบ้วน หรือกำลังที่รณรงค์กันอยู่ เขาก็จะดูแค่นั้น

- **อสม.** สำคัญมาก อสม. 600 บาท ไม่คุ้มแน่นอน เพราะอะไร? อสม.สำคัญกับเราตรงไหน? เวลาเราลงเยี่ยมบ้าน อสม. จะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับเราได้ทุกอย่าง สามารถเล่ารายละเอียดกับบ้านที่เราไปเยี่ยมได้ บ้านนี้เป็นยังไง ใครอยู่ยังไง กินอะไร ไม่กินอะไร เขาสามารถให้ข้อมูลเราได้ เป็นแหล่งข้อมูลได้เป็นอย่างดี

- นักกายภาพบำบัด สำหรับคนไข้ที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลังการผ่าตัดทั้งหลาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาจากไหน เริ่มจากเราทำโครงการเยี่ยมบ้านร่วมกับจนท.อนามัย เขาเห็นว่าพอเราไปเราตั้งใจจะเจอคนไข้คนหนึ่งแต่เวลาเราไปเราเจอทั้งครอบครัว เพราะฉะนั้นปัญหาของครอบครัวเขามันยังมีอีกเยอะ ไม่ว่าจะเป็นบัตรผู้สูงอายุทำอย่างไรหมดแล้ว? บัตรผู้พิการติดต่อใครดี? ไฟตรงโน้นไม่ติด? น้ำตรงนี้ใช้ไม่ได้? เกิดอะไรขึ้น ถนนเสื่อม ถนนแยะ เขาก็สามารถคุยกับทางนายกเทศบาล หรือนายก อบต.ได้ ตรงนี้ก็จะเป็นที่ที่ผมลงไปเป็นหลัก

ขั้นตอนการดำเนินงาน



ขั้นตอนการดำเนินงานลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้าน
2. สืบค้นประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เราจะออกเยี่ยม
3. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
4. สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน
5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัวและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
6. ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้แก่โรงพยาบาลตราด

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

กลุ่มผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมบ้าน

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไต หอบหืด เป็นต้น
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษต่างๆ เช่น ยาสูดพ่น หรือปากกาฉีดอินซูลิน
3. กลุ่มผู้ป่วยที่กินยาหลายชนิด หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดการใช้ยาไม่เหมาะสม

โดยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยม และนัดกับผู้ป่วยไว้ให้ หรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์/เภสัชกรจากทางโรงพยาบาลพบปัญหาและต้องติดตาม

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมบ้าน โดยการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยออกเยี่ยมบ้านตรงนี้วิธีการของผมนอกจะแปลกนิดหน่อย ตรงนี้ผมจะกำหนดเลยว่ากลุ่มผู้ป่วยตรงนี้จะต้องเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาเทคนิคพิเศษและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาหลายชนิด และก็มีแนวโน้มที่จะทานยาผิด เราจะรู้ได้อย่างไร ผมไม่ได้เอาข้อมูลจาก รพ.ออกไปแต่ผมให้ จนท.อนามัยเป็นคนหา case ให้ เพราะผมมั่นใจว่าทาง จนท.อนามัยเขาทราบดีว่าคนในชุมชนของเขา ใคร? หรือบ้านไหนที่มีปัญหาเขาก็จะช่วยเลือก case เราก็มียหน้าที่เข้าไปสืบค้นปัญหาของเขา มันก็เป็นอีกทางหนึ่งที่สะดวก เราจะได้ไม่ต้องหว่านแหไปกว้างๆ ว่าบ้านนี้ไปแล้วจะเจออะไรหรือเปล่า? ไปแล้วจะเกิดอะไรหรือเปล่า? หรือบางทีไปแล้วอาจจะไม่เจออะไรเลยก็ได้ ผมก็จะให้ จนท.อนามัยเป็นคนคัดเลือก case ให้

ขั้นตอนการดำเนินงานลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้าน
2. สืบค้นประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เราจะออกเยี่ยมบ้าน
3. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
4. สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน
5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัวและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
6. ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้แก่โรงพยาบาลตรวจ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

2. สืบค้นประวัติของผู้ป่วย มีแหล่งข้อมูล 2 ทาง โดย

แหล่งข้อมูล

1. จากทางโรงพยาบาล

รายนามบัตรในสัญญา (1060731)[]
พิมพ์เวลา 28-02-2011 13:53

Vn 113 ชื่อ-นามสกุล: [redacted] อายุ 61 11 23 ปี.ล.ว. HN
คิว 250 การวินิจฉัย: [redacted] เบิกจ่ายตรง: [redacted] (กรัม)
พ.ผู้ส่ง: พ.ไพศาล นิโรธาส Dx: ATHEROSCLEROTIC HEART DISEASE
แพ้ยา Sulfu(Possible)

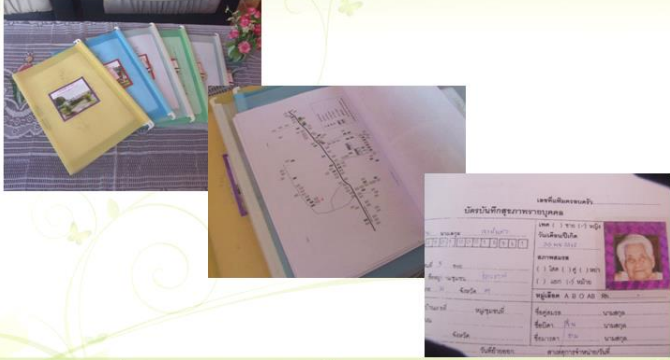
ลำดับรายการ	ชื่อยา/ขนาด/ยี่ห้อ	รหัส	จำนวนยา	จำนวนวัน	เบิกได้	เบิกไม่
1 ยา	[Y] ASPIRIN 300 MG COATED	1TBX1PCA	[30TAB]	30	0	
2 ยา	[Y] CLOPIDOGREL BISULFATE 75 MG PC TAB (GPO-CL)	1TBX1PCA	[30TAB]	120	0	
3 ยา	[Y] ISOSORBIDE-5-MONONITRATE 20 MG (ISMO)	1X2AC	[60TAB]	90	0	
4 ยา	[Y] LORAZEPAM 0.5 MG TABLET (ATTIVAN)	1XHS	[20TAB]	10	0	
5 ยา	[Y] METOPROLOL TARTRATE 100 MG TABLET	0.57BX1PCA	[15TAB]	22.5	0	
6 ยา	[Y] (888)PLAVIX TABLET	1X1PCA	[0TAB]	0	0	
7 ยา	[Y] RANITIDINE 150 MG (ZANTAC)	1TBX1PCA	[30TAB]	30	0	
8 ยา	[Y] SIMVASTATIN 40 MG	1TBX1PCD	[30TAB]	60	0	
			รวมเงิน	362.5	0	

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

2.1 จากทางโรงพยาบาล print ใบสั่งยาจากทาง รพ.หรือดูประวัติแล้ว print ออกมา ในเมื่อเราทราบและรู้แล้วว่าเราจะไปเยี่ยมใคร เราก็ไปดึงประวัติของคนนั้นจากการใช้ยาหรือ review ประวัติของคนไข้ออกมาก่อนจากทาง รพ. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการที่เราจะออกเยี่ยม

แหล่งข้อมูล (ต่อ)

2. จาก Family Folder ที่ รพ.สต.



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

2.2 จาก Family folder รพ.สต. Family folder บอกทุกอย่างว่า คนไข้คนๆ นี้เกิดอะไร ประวัติทางสังคมเป็นยังไง ประวัติส่วนตัวเขาเป็นยังไง

ขั้นตอนการดำเนินงานลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้าน
2. สืบค้นประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เราจะออกเยี่ยม
- 3. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย**
4. สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน
5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัวและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
6. ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้แก่โรงพยาบาลตราด

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

3. เริ่มออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทีนี้ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลายๆ คนอาจจะสงสัยว่าเราไปทำอะไรบ้าง พยาบาลก็ทำ พยาบาลก็ลง แต่สิ่งที่เราต้องลงไป หรือบทบาทของเราที่ชัดเจนคืออะไร

บทบาทของเภสัชกรในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. รวบรวมข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย ในด้านการบริหารยา ประสิทธิภาพในการรักษาของยา และความปลอดภัยจากการใช้ยา
2. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
3. แก้ไขปัญหาจากการใช้ยา
4. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ในเรื่องของการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

3.1 การรวบรวมข้อมูลของการใช้ยาของผู้ป่วย

ในเรื่องของการบริหารยา ประสิทธิภาพของยา การปลอดภัยจากการใช้ยา เรารวบรวมทั้งหมด โดยการสอบถาม โดยการฟัง แต่ถามว่าเราสอบถามกับการฟัง คนไข้จะบอกเราทั้งหมดไหม? ส่วนใหญ่คนไข้เห็นเภสัชไปเขาต้องโกหกเราแน่ กินยาครบไหม? ครบทุกมื้อไม่เคยขาด แต่ยาเหลือเพียบเลย เราก็ประเมินได้จากจำนวนได้ ทำอย่างไรเขาถึงจะบอกข้อมูลเราได้หมด คือการเชื่อมสัมพันธ์ หรือการให้เขาเชื่อใจเรา มันเกิดจากการที่เราได้คุยกับเขาบางทีการที่เราลงไปเก็บข้อมูลจากเขา คุณลองผมขอดยาคุณลงหน่อย ผมจะขอตรวจสอบว่า คุณลงกินยาถูกหรือเปล่า ถ้าแบบนี้เขาไม่คุยด้วยแน่นอน เราต้องมีเทคนิคในการสื่อสารให้เขารู้สึกว่าเราไม่ได้มาตรวจสอบแต่เรามาเพื่อช่วยเหลือ หรือเรามาช่วยดูแลเขาให้เขาใช้ยาได้ดีขึ้น ก็จะเป็นการรวบรวมข้อมูลได้ดี

3.2 การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา

เราก็ดูว่าสิ่งที่เรารวบรวมมาได้เกิดปัญหาอะไรกับท่านนี้บ้าง อาจเกิด DI ในยาที่เขากินอยู่ เกิด size efface ของยาที่เขากินอยู่ไหม? เกิดการกินยาซ้ำซ้อนหรือเปล่า? ก็ต้องค้นหาให้ได้

3.3 พอเรารู้ปัญหาแล้วเราก็แก้ไขปัญหา

3.4 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

เรื่องการส่งเสริมผมว่าสำคัญ คนไข้ส่วนใหญ่กินยาโดยที่ไม่รู้ว่าฉันเป็นโรคนี้ฉันต้องดูแลอะไรบ้าง? ฉันต้องทำอะไรบ้าง? เขาถึงไม่ค่อยเห็นถึงความสำคัญในของการกินยา เพราะเขาไม่รู้เลยว่า

โรคเบาหวาน โรคความดัน เขาต้องกินยาตลอดชีวิต แล้วทำไมมันต้องกินยาตลอดชีวิต? ตรงนี้เราก็เป็นการส่งเสริมให้ความรู้กับเขาไปด้วย

 ขั้นตอนการดำเนินงานลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. กักตักกลุ่มผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้าน
2. สืบค้นประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เราจะออกเยี่ยม
3. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
4. สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
6. ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้แก่โรงพยาบาลตราด

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

4. สรุป ประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมกับวางแผนการดูแล
อย่างต่อเนื่อง

เราเยี่ยมบ้านในแต่ละ case เราก็จะต้องกลับมาคุยในทีมว่าคนไข้คนนี้เกิดอะไรขึ้น? เกิดปัญหา
อะไร? แล้วพอเราแก้ปัญหาแล้ว case นี้เราต้องมีการติดตามต่อไหม? และการติดตาม เกสซักรต้องมาติดตามต่อ

เองไหม? หรือจะให้ อสม.ช่วยดู หรืออาจจะให้ จนท.อนามัยมาช่วยติดตามต่อ เราต้องเข้ามาคุยกันในทีมว่า
ปัญหาอย่างนี้หรือหลายๆ อย่าง ใครที่จะสามารถคอยดูแลต่อจากเราได้

ขั้นตอนการดำเนินงานลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้าน
2. สืบค้นประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เราจะออกเยี่ยม
3. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
4. สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน
5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัวและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
6. ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้แก่โรงพยาบาลตราด

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

บันทึกการเยี่ยมบ้านในแฟ้มประวัติครอบครัว

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงบันทึกในแฟ้มประวัติครอบครัว และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

มีบันทึกอยู่ 2 ที่ ในส่วนของบันทึกแฟ้มประวัติของครอบครัวมันจะอยู่ใน Family Folder ใน
รพ.สต. และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านตรงนี้ก็จะเป็นส่วนที่เราทำขึ้นมาเอง



ขั้นตอนการดำเนินงานลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะออกเยี่ยมบ้าน
2. สืบค้นประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เราจะออกเยี่ยม
3. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
4. สรุปและประเมินผลการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมที่ออกเยี่ยมบ้าน
5. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัวและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
6. ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้แก่โรงพยาบาลตรวจ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



ส่งต่อข้อมูลให้แก่บุคลากร
ทางการแพทย์โดยแนบไว้
ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
และ scan ข้อมูลเข้าระบบ
LAN

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

6. การส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านให้แก่ รพ. ตรวจ

การบันทึกข้อมูลสำคัญเป็นการที่ส่งต่อข้อมูลให้กับคนที่ดูแลคนไข้ต่อไปได้ ไม่ว่าจะเป็นทั้งที่ รพ.สต. หรือกับ รพ. โดยการส่งต่อข้อมูลทาง รพ. ผมก็จะเอาแบบบันทึกการลงเยี่ยมบ้านกลับมา scan ลงในระบบ lan ของรพ. พร้อมกับเอาแบบบันทึกแนบคู่กับ OPD Card ของคนไข้ จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการดำเนินงานของ รพ. มันเป็นการเริ่มเรียกว่าไร้อยู่คือเริ่มจาก รพ.สู่ชุมชน ชุมชนสู่คนไข้ และคนไข้กลับสู่ รพ. ซึ่งจะทำให้การทำงานหรือการดำเนินงานของเรามันไม่มีช่องว่างในการดูแลคนไข้ได้ นี่เป็นขั้นตอนที่ทาง รพ. ตรวจทำอยู่



ผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการใช้ยา ระหว่างเดือน มกราคม 2553 – ตุลาคม 2553

จากการดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทั้งหมด 83 ราย พบว่า (โดยเรียงจากปัญหาที่พบมากที่สุด ถึงปัญหาที่พบน้อยที่สุด)

- ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี ทั้งหมด 23 ราย (คิดเป็นร้อยละ 27.60)
- ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้อง ทั้งหมด 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 24.00)
- ผู้ป่วยหยุดยากินเอง ทั้งหมด 11 ราย (คิดเป็นร้อยละ 13.20)
- ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม ทั้งหมด 9 ราย (คิดเป็นร้อยละ 10.80)
- ผู้ป่วยปรับยากินเอง ทั้งหมด 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.00)
- ผู้ป่วยใช้ยาที่ไม่จำเป็น ทั้งหมด 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.00)
- ผู้ป่วยกินยาซ้ำซ้อน ทั้งหมด 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.60)
- ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้อง 100% ทั้งหมด 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 8.40)

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ปี 53 ผมได้ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 83 ราย เราจะได้เจอกับเรื่อง DRP เยอะแยะ อันดับแรกคือ ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี 23 ราย ใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูก หยุดยากินเอง เก็บรักษาไม่เหมาะสม ปรับยากินเอง ใช้ยาที่ไม่จำเป็น กินยาซ้ำซ้อน เชื้อใหม่ 83 ราย มีผู้ป่วยกินยาถูกต้อง 100% แค่ 7 ราย ไปแบบถูกทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นกินยาถูก หรือใช้ยาเทคนิคพิเศษถูก มีแค่ 7 รายเท่านั้น ก็จะเห็นว่า โอ้โห! นี่ขนาดเราว่าระบบ รพ. トラดระบบ OPD ของ รพ. ไม่ว่าจะเป็นระบบ IT ระบบงานบริการ ระบบเก็บข้อมูลทุกอย่างว่าดี แต่ทำไมคนไข้กลับถึงบ้านยังเกิด DRP

ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี

รายการยาที่ได้รับ	ทานจริง
•Amlodipine 5 mg. 2-0-1 pc	1x1 pc
•Aspirin 81 mg. 1x1 pc	/
•Gemfibrozil 600 mg. 1x1 pc	/
•Losartan 100 mg. 0.5x1 pc	/
•Metformin 500 mg. 2x2 pc	2x1 pc
•Metoprolol 100 mg. 1x1 pc	/
•Methyldopa 125 mg. 1x2 pc	/
•Simvastatin 40 mg. 0.5x1 pcd	/
•Mixtard Penfill 30-0-20	/

“ สาเหตุเกิดจากการไม่ได้อ่าน
ฉลากก่อนกินยา เมื่อแพทย์มีการ
ปรับขนาดของยาใหม่ ”

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

case ที่ผมไปเยี่ยม case ผู้ป่วยกินยาผิดวิธีสังเกตรายการยาที่เขาได้ Amlodipine หมอ Order คือเช้า 2 เม็ด เย็น 1 เม็ด กับ Metformin เช้า 2 เม็ด เย็น 2 เม็ด แต่คนไข้ทานจริง Amlodipine 1x1 Metformin 2x1 ถามว่าเราทราบได้อย่างไร? จำนวนยาเขา จำนวนยาแน่นอน แล้วเกิดจากการที่เราสอบถามให้ เขาทวนว่าเขากินยาอย่างไร เราสังเกตเห็นว่าคนไข้คนนี้อาจจะลืมกินยาเขาก็มีครบทุกอัน แต่ทำไมเขายังกินผิดวิธี สุดท้ายคือสาเหตุเกิดจากการไม่ได้อ่านฉลากก่อนกินยา หมอมีการปรับโดสยาที่ไม่ได้อ่านกินผิดกินเหมือนเดิมมาตลอด ยาก็จะเหลือเยอะมาก เข้า session เมื่อก็คือยาเหลือใช้ โดยปกติเราก็จะเก็บคืน แนวทางการแก้ไขผมไม่ได้เก็บคืน เพราะอะไร เพราะโดยระบบการรักษาของทางโรงพยาบาลในเรื่องของ Clinic Med ระบบ Clinic Med เวลาคนไข้อายุรกรรมหรือ คนไข้ Med ไปตรวจรักษาที่รพ. หมอจะให้คนไข้ นำยาที่เหลือทุกอย่างกลับไป รพ. ด้วย พร้อมทั้งนับจำนวนยาที่เหลือ เพราะฉะนั้นระบบตรงนี้ผมเลยไม่ค่อยอยากจะเก็บคืนมาเท่าไร เพราะบางทีเก็บคืนเขารู้สึกเคือง คนไข้จะรู้สึกเคืองว่าเอายานั้นไปอีกแล้ว เพราะฉะนั้นผมก็เลยจะไม่ค่อยซีเรียสตรงนี้ และดูจากประวัติของคุณป้าแล้ว เขาไปหาหมออย่างต่อเนื่องก็เลยไม่ได้เก็บยาคืน

แนวทางการแก้ไข



แนวทางการแก้ไขปัญหา

- แนะนำผู้ป่วยกินยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนกินยา
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และยาที่ผู้ป่วยกินอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาให้มากขึ้น
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

แนะนำให้ผู้ป่วยกินยาให้ถูกต้องตามฉลาก แนะนำให้ผู้ป่วยอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนกินยา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และยาที่ผู้ป่วยกินอยู่ให้มีความเข้าใจ และก็ตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาให้มากขึ้น แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองในเรื่องของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย สุดท้ายคือให้ จันท. อนามัย ช่วยในการติดตามผลให้อีกครั้ง



ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี + ผู้ป่วยขาดยา



รายการยาที่ได้รับ

รายการยาที่ได้รับ	ทานจริง
• Glipizide 5 mg. 2x2 ac	/
• Metformin 500 mg. 2x2 pc	2x1 pc
• Losartan 100 mg. 0.5x1 pc	pt ไม่มียากิน



“ สาเหตุเกิดจากทั้งของยาและฉลากยาทำให้ไม่มีฉลากดู ”

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

DRP อีกอันหนึ่งคือผู้ป่วยกินยาผิดวิธีกับผู้ป่วยขาดยาสังเกตคุณลุงท่านนี้กินยา 3 ตัว Glipizide 2x2 ac Metformin 2x2 pc Losartan ½ x 1 pc แต่ Metformin เขากิน 2x1 Losartan ผู้ป่วยไม่ได้กิน แล้วยาเขาหายไปไหน คุณป้าท่านนี้และคุณลุงท่านนี้เขาเป็นสามีภรรยา กัน สังเกต Metformin ทำไมกิน 2x1 เพราะว่าคุณป้าก็กิน 2x1 แล้ว Losartan ทำไมคนไข้คุณลุงเขาไม่ได้ทาน เพราะว่าคุณป้าก็กิน Losartan ½ x 1 เหมือนกัน คุณป้าบอกคุณลุงว่านี่คือยาฉันไม่ใช่ของแก มันเป็นยาของฉัน แกไม่ต้องกิน คุณลุงเลยไม่ได้กินยา Losartan แล้วก็เกิดการสับสนขึ้นมาได้สำหรับ case นี้ เราไปทราบขึ้นมาได้อย่างไร? เรามีประวัติอยู่ที่ รพ. เรา print ออกไปด้วย เพราะฉะนั้นเรารู้แน่นอนว่าคนไข้ท่านไหนที่เราออกไปเยี่ยมเขามีอะไรที่เขาต้องบริหารอยู่ เขาต้องกินอยู่ นี่คือการถามว่าถ้าเราไม่เจอ ถ้าเราไม่ลงไปเยี่ยมเกิดอะไรขึ้น เขาก็คงไม่ได้ทานยา ความดันก็คุมไม่ได้ เบาหวานก็คงคุมได้ไม่ดีเหมือนเดิม ผมไปสังเกตเรื่องของยาของคุณลุงไม่มีซองยา ไม่มีฉลากยาติดอยู่ชักอัน เพราะเขากินตามที่คุณป้าบอกคุณป้าให้ลุงกินยังลุงก็กินอย่างนั้นมันก็เป็นปัญหาจริงๆ

แนวทางการแก้ไข

 **แนวทางการแก้ไขปัญา** 

- แนะนำผู้ป่วยกินยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ทิ้งซองยาที่มีฉลากยาติดอยู่
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และยาที่ผู้ป่วยกินอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาให้มากขึ้น
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ให้คุณลุงกินยาให้ถูก แนะนำไม่ให้ทิ้งซองยาหรือให้เก็บซองยาพยายามให้ยาอยู่ในซองเสมอ ให้ความรู้และแนะนำในเรื่องของการดูแลตนเองในเรื่องอาหารและออกกำลังกาย และสุดท้ายให้ จันท.อนามัย ติดตามดูแลอีกที ทำไมส่วนใหญ่ถึงให้ จันท.อนามัยเพราะเวลาผมไปผมดูแล 20 แห่ง การที่ผมกลับมาที่อนามัย หรือคนไข้ท่านนี้อีกครั้งหนึ่งมันใช้เวลาพอสมควร แต่ว่ากับ จันท.อนามัยถ้าเขามีอะไรเขาก็สายตรงเพียงอย่างเดียว ตอนนั้นผมเป็นเภสัชกรประจำอนามัยเลย เป็น DIS อีกต่างหาก เป็นประจำ รพ.สต.

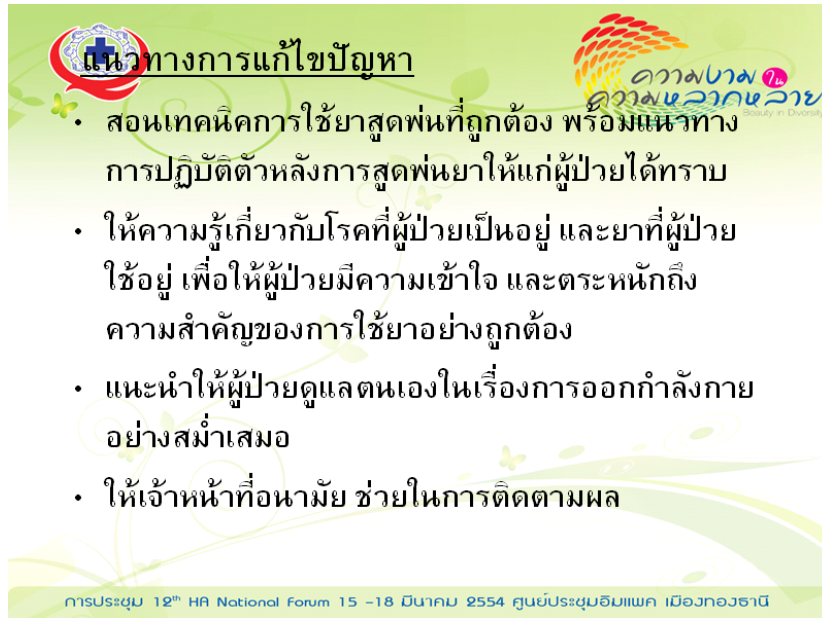
 **ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้อง** 

 “ใช้ยาสุดพ่นไม่ถูกต้อง ”



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

แนวทางการแก้ไข



แนวทางการแก้ไขปัญา

- สอนเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้อง พร้อมแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการสูดพ่นยาให้แก่ผู้ป่วยได้ทราบ
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้อง
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูก ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เห็นรูป 2 รูปนี้ก็ทราบว่าเขาพ่นถูกไหม อมยา หลับตาปีเลยคุณบ๊า เห็นก็รู้ผมมองว่า 90 กว่า % คนไข้ที่ใช้ยาสูดพ่นพอลกลับบ้านใช้ยาไม่ถูกปัญหาเกิดจากอะไร ใช้แล้วไม่หายก็ต้องกลับมาขอยาที่รพ. ใหม่ Blowduo 200 โดส ใช้ 2 อาทิตย์หมด 1 วันใช้กี่ครั้ง วันละ 5 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ปัด เพราะมันไม่หาย พ่นอย่างไรก็ไม่หาย เราก็ไปสอนเขา คุณบ๊าท่านนี้แค่เราสอน เขาเหนื่อยมาก เขาไม่สามารถเดินเข้าไปในบ้านได้ เราแค่สอนให้ใช้ยาพ่นให้ถูก ทุกวันนี้เขาสามารถเดินไปหาเพื่อนบ้านได้อย่างสบายใจ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แค่นี้คุณภาพชีวิตเขาก็ดีขึ้นแล้วเป็นบุญของเราอีกต่างหาก ในเรื่องของการใช้ยา เทคนิคพิเศษก็เหมือนกัน สอนให้ถูกต้อง ให้ความรู้แนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และให้ จนท.อนามัยช่วยติดตาม

 ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้อง

“ ไข้ปากกาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง ”



ผล HbA1c วันที่ 18 ก.พ. 53 6.9%
วันที่ 8 มิ.ย. 53 7.4%
วันที่ 14 ก.ย. 53 7.9%
เยี่ยมผู้ป่วย วันที่ 4 พ.ย. 53




การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

แนวทางการแก้ไข

 แนวทางการแก้ไขปัญหา

- ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ และวันรุ่งขึ้นนำปากกาตำใหม่มาให้ พร้อมกับสอนการใช้ปากกาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการใช้อย่างถูกต้อง
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ใช้ยาฉีดเบาหวาน ยาฉีด Insurin คนใช้คนนี้คุณลุงวันที่ผมไปพอดิวันนี้ผมใช้น้องนักศึกษาไปด้วย
วันนี้คุณลุงยิ้มหน้าดู มีความสุขสาว ๆ อยู่ข้างหลัง ผมไปทดสอบเรื่องของยา ยาเขาดีมาก เขากินยาถูก แต่พอใช้

เทคนิคพิเศษผมลองให้เขาเอาปากกามาให้ดูแค่เห็นกล่องนี้ผมซื้อเลย ไม่ทราบว่ามันเห็นเหมือนผมหรือเปล่า รู้สึกไหม? ในกล่องนี้ผิดปกติตรงไหน? ปากกาเป็นบริษัท Novo pen แต่หลอดยาเป็น Auto pen เป็น Misstate file ใช้กับ Auto pen คนละรุ่นคนละบริษัท คือเรื่องมันเกิดมาจาก รพ.ผมมีการเปลี่ยนจาก Novo pen เป็น Auto pen ตั้งแต่กุมภาพันธ์ 53 วันที่ผมไปเยี่ยมคือ พฤศจิกายน ก็เดือนแล้วไม่รู้ case นี้มันเกิดผิดอะไร พอคนละรุ่นผมซื้อแล้วคุณลุงใช้ได้ยังไง? คุณลุงนวัตกรรมเขาเรียกว่าเป็นนวัตกรรมของคนไข้ เห็นหัวสีน้ำเงินไหม เป็นตัว Novo mix เขาไปตัดหัว Novo mix ออก เพื่อที่จะเอามาสวมกับหัวหลอดยาของ Auto misstate file เพื่อที่จะให้หัวเข็มหมุดได้ แล้วคุณลุงฉีดออกไหม? คุณลุงบอกฉีดออกนะ ฉีดออก ยาก็หมดเหมือนกันแต่ใช้เวลานานนิดหนึ่ง ผมก็ไม่เชื่อ ผมก็ลองมาประกอบดู พอฉีดปั๊บ ลุงครับ ผมไม่เห็นมันออกซักหยด ไม่ออกนะ ไม่ออกเลย case นี้ผิดพลาดอย่างใหญ่หลวง case นี้ผมให้ลุงหยุดใช้เลย ปัญหาคืออะไรผมลองไปทดสอบ A one see เล่นๆ ไป Review ดูค่า Lap 18 กุมภาพันธ์ 6.9%, 8 มิถุนายน 7.4%, 14 กันยายน 7.9% เห็นไหมแล้วถ้าพฤศจิกายน ผมไม่ได้ลงไปเยี่ยมคุณลุงท่านนี้ มีโอกาส ไม่ต้องใช้ยาฉีดแล้ว ที่นี้ไม่พอถ้าเกิดว่าพูดถึงการรักษา คุณหมอเห็นว่า A one see ขึ้นเรื่อยๆ ก็ต้องเพิ่มยาฉีดถูกไหม? ก็เพิ่มโดส เกิดวันดีเภสัชจับได้ว่าคุณลุงเขาเปลี่ยนบริษัทแล้วนะ ทำไมคุณลุงยังไม่เปลี่ยนปากกาอีก หวังดีเปลี่ยนปากกาให้ถูกต้องแล้วฉีดโดสที่หมอปรับไปแล้ว เกิดอะไรอีกครับ Hypo อาจจะไม่ได้ใช้ปากกาอีกก็ได้ case นี้ มันเกิดได้หลายอย่าง หลายมิติ ในการที่เราเจอปัญหา สำหรับแนวทางแก้ไขก็คือให้คนไข้หยุดใช้ยา วันรุ่งขึ้นผมก็รีบเอาปากกา Auto pen กลับไปหาคนไข้ท่านนี้อีกครั้ง บอกเลยว่าเดี๋ยวผมไปเคลียร์เลย แนะนำผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ดูตรงนี้ เห็นไหมปัญหาเยอะเยอะ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหยุดกินยาเอง คิดว่าปัญหาพวกนี้วิทยากรหลายท่านก็น่าจะเจอคล้ายๆ กัน

ผู้ป่วยหยุดยากินเอง



เยี่ยมผู้ป่วยวันที่ 16 มิ.ย. 53

วันที่ 17 มิ.ย. 53 ไปพบแพทย์ที่ร.พ.
FBS=162mg/dL




การประชุม 12th HA National Forum 15-18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

รายการยาที่เก็บคืนมา

- Aspirin 81 mg. 350 เม็ด
- Enalapril 20 mg. 300 เม็ด
- Lopid 900 mg. 150 เม็ด
- Metformin 500 mg. 1,500 เม็ด
- Glibenclamide 5 mg. 1,000 เม็ด
- Mixtard Penfill 25 หลอด

รวมเป็นมูลค่า **9,875 บาท**



การประชุม 12th HA National Forum 15-18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และความจำเป็นในการกินยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาให้มากขึ้น
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ทำหนังสือส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล และนัดเยี่ยมบ้านอีกครั้ง

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ท่านนี้คือไม่กินยาเลยนะคับ เชื้อยาจื้อเจื้อเซ้นหวังจั่วอะไรพวกนี้ และก็ไม่มีกินยาที่หมอให้ ก็ปฏิเสธไปเลย พอผมไปดูมูลค่าครับ 9,875 บาท ยาที่ผมเก็บคืนมา สูญเสียอีก

ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม



แกะเม็ดยาออกจากแผง ทำเป็นยาชุด เก็บยาไม่ได้อยู่ในซองของมันเอง

ภาชนะใส่ยาไม่เหมาะสม ยาที่ต้องป้องกันแสง ไม่ได้อยู่ในซองสีทึบ ตัดแบ่งเม็ดยาออกมา

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

 **แนวทางการแก้ไขปัญา** 

- แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการเก็บยาให้เหมาะสม เพื่อป้องกันยาขึ้นและป้องกันแสง ยาจะได้ไม่เสื่อมคุณภาพ และได้ผลการรักษาที่ดี
- แนะนำให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้ในซองยาของตนเอง เพื่อป้องกันการเข้าใจผิด
- แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ทิ้งฉลากที่มีวิธีกินอยู่ เพื่อจะได้ตรวจสอบได้ว่ายาต้องกินอย่างไร

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



 **ผู้ป่วยปรับยากินเอง** 


ผู้ป่วยกินยาทุกอย่างอย่างละ 1 เม็ด
หลังอาหารเช้า เวลาารู้สึกว่ามี
อาการมึนศีรษะ

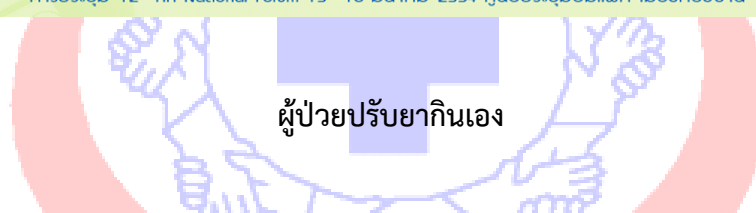

“สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยกลัวเข็ม
จึงไม่กล้าไปพบแพทย์”

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

 **แนวทางการแก้ไขปัญหานี้** 

- แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดกินยา และนัดให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ รพ.สต. เพื่อทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการรักษา และการกินยาอย่างถูกต้อง
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



ผู้ป่วยปรับยากินเอง

 **ผู้ป่วยใช้ยาที่ไม่เหมาะสม** 

ยาที่ได้รับจาก รพ.สต. ห้วยน้ำขาว

- Allopurinol 100 mg. 3x1 pc
- Aspirin 81 mg. 1x1 pc
- Colchicine 0.6 mg. 1x1 pc
- Enaril 20 mg. 1x1 pc
- Isosorbide 20 mg. 1x1 ac
- Simvastatin 40 mg. 1x1 pcd

ยาที่ได้รับจากคลินิก

- Paracetamol 500 mg 1x3 pc (2 ยี่ห้อ)
- Betametasone 1x3 pc
- Allopurinaol 100 mg. 2x1 pc
- Magesto 1x3 pc
- Charcoal 1x3 pc

ยาที่ได้รับจากร้านยา

- Nidol 1x2 pc
- Mydocalm 1x3 pc
- ยาชุด
- ยา จีว เจริญ ปู เจริญ เจริญ หนึ่ง




การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

 **แนวทางการแก้ไขปัญา** 

- อธิบายถึงความจำเป็นในการกินยาที่ผู้ป่วยกินอยู่ว่ายาตัวไหนควรกินต่อ ยาตัวไหนไม่ควรกินต่อ พร้อมให้เหตุผลประกอบแก่ผู้ป่วยได้ทราบ
- เก็บยาที่ผู้ป่วยไม่ต้องกินกลับมาทำลาย
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการรักษา และการกินยาอย่างถูกต้อง
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี


ยาที่กินประจำ


ยาที่ไม่จำเป็นต้องกิน

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ผู้ป่วยใช้ยาไม่จำเป็น เนื่องจากไปหาหลายที่ก็หยุดให้เขากินยาที่ไม่จำเป็นต้องทาน ไม่ว่าจะเป็นยาชุดหรือยาที่ได้จากคลินิกที่เราดูแล้วว่าไม่จำเป็น

ผู้ป่วยกินยาซ้ำซ้อน

รายการยาที่ผู้ป่วยกินอยู่

•Amlodipine 5 mg.	1x1 pc
•Aspirin 81 mg.	1x1 pc
•Losartan 100 mg.	0.5x1 pc
•Metformin 500 mg.	2x2 pc
•Metoprolol 100 mg.	0.5x1 pc
•Simvastatin 40 mg.	0.5x1 pcd
•Mixtard Penfill	40-0-20
↑•Losartan 50 mg.	1x1 pc
↑•Aspirin 80 mg.	1x1 pc

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

แนวทางการแก้ไขปัญหานี้

- แนะนำผู้ป่วยกินยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยจ่ายยาที่กินอยู่เป็นประจำให้ได้
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และยาที่ผู้ป่วยกินอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาให้มากขึ้น
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
- ให้เจ้าหน้าที่อนามัย ช่วยในการติดตามผล

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

กินยาซ้ำซ้อน แอสไพรินกินทั้งคู่เลยรุ่นเก่าหรือรุ่นใหม่ Losartan 50 mm. กับ 100 mm. ทำให้เกิดปัญหาจริงๆ ถ้าเราไม่ลงไปเยี่ยมบ้านเราก็ไม่เห็น คนไข้ก็ทานอยู่ตลอดเวลาอันนี้เป็นปัญหาที่เราเจอ

เภสัชกรหญิงวิชชุณี พิตรากุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

จะเริ่มเห็นภาพได้ว่าเภสัชกรของเราที่ลงไปทำงานจะเจอ Medication Related Problems เยอะมาก หลายครั้งที่เภสัช OPD หรือ IPD จำยาไปแล้วเราไม่เคยรับรู้ตรงส่วนที่ รพ.ตราด ดำเนินการ การที่เราจะลงไปได้อาจจะลงไปเดี่ยวๆ ไม่ได้ เขาต้องสร้างทีมเขาสามารถสร้างความสัมพันธ์ก็จะเห็นได้ว่าส่วนนี้มีความสำคัญ คือการที่เราจะไปทำงานร่วมกันตรงส่วนนี้ ถ้าเราได้รับความร่วมมือจากเขาไม่ว่าจะเป็นการคัดเลือก case หรือว่าพาเราไป หรือให้ข้อมูลกับเรา ตรงส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ค่อนข้างเยอะมากๆ ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ อย่างที่น้องบ๊วกว่าบางอย่างไม่ได้จาก รพ. แนนอน บ้านนี้เป็นยังไง พฤติกรรมเขาเป็นอย่างไร สิ่งแวดล้อมเขาเป็นยังไง พวกนี้ส่วนใหญ่จะได้จากชุมชนทั้งนั้น ขอสรุปสั้นๆ ประมาณนี้ก่อนนะคะ เดี่ยวเรามาดูกันนะคะว่า ในส่วนของ รพ.ชุมชน รพ.บ้านดุง กิจกรรมน่าจะคล้ายๆ กันแต่ว่ามีอะไรที่แตกต่างเราจะให้น้องตึกพูดถึงการบริหารเวชภัณฑ์ที่ค้างเมื่อกัณิดหนึ่ง

วิธีดำเนินการ โรงพยาบาลบ้านดุง

ภญ.วัชรภรณ์ กุลวงศ์



รพ.บ้านดุง มีเภสัชกรทั้งหมด 7 คน การทำงานกิจกรรมปฐมภูมิเราจะออกหมุนเวียนไปสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (1 คนต่อ 1 ครั้ง) จะหมุนเวียนกันไป อาจจะไม่ได้อยู่ประจำเหมือน รพ.ตราด กิจกรรมที่ทำก็ลักษณะคล้ายๆ กัน เราทำกันอยู่ 4 เรื่อง

1. การพัฒนาระบบยา ก็จะแบ่งเป็นการบริหารยาเวชภัณฑ์ การอบรมเจ้าหน้าที่ในสถานีนอมนายในเรื่องการส่งมอบยา และการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา

2. งานจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน จะเป็นเรื่องของการเยี่ยมบ้าน
3. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร



เรื่องแรกการบริหารยาเวชภัณฑ์ เรามุ่งเป้าหมายไปที่ให้เวชภัณฑ์มีคุณภาพเพียงพอ ให้มีสภาพพร้อมใช้จนถึงมือผู้ป่วย



▲ ทำแผนเบิก-จ่ายยา 4 จังหวัด/ปี

▲ จัดซื้อ : GPO ส่งถึงที่, อัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี 4

เริ่มจากการทำแผน แผนเบิกจ่ายเราจะทำ 4 จังหวัดต่อปี เมื่อจัดซื้อแล้วองค์การเภสัชกรรมก็จัดส่งถึงที่ทุก รพ.สต. โดยกำหนดอัตราคงคลังให้ไม่เกิน 3 เดือน



▲ มีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นในคลัง

The slide includes three photographs: a digital thermometer showing 29.9°C and 12:23, a shelf with various medical supplies, and two people standing in a warehouse or storage room filled with shelves of supplies.

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี 5

ในคลังจะมีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นโดยจะมีเครื่องวัด โดยก่อนหน้าที่เราจะเข้าไปทำ เราพบกับปัญหาในหลายๆ อย่าง เช่น การควบคุมอุณหภูมิบางที่เจ้าหน้าที่จะไม่ได้มีการบันทึกอุณหภูมิทุกครั้ง พอเราลงไปทำตรงนี้ก็จะมีมีการควบคุมอุณหภูมิโดยจะมีการบันทึกทุกวัน เมื่ออุณหภูมิผิดปกติ หรือความชื้นผิดปกติ เราก็จะได้ทราบและก็ต้องรีบแก้ไขในส่วนนี้ และบางแห่งเครื่องวัดอุณหภูมิเสีย เราลงไปแก้ไขตรงนี้เราก็จะสามารถจัดซื้อจัดหาได้



ส่วนตู้เย็นก็จะแบ่งเป็นตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน ก่อนหน้านั้นบางที่ จนท.สอ. อาจจะยังไม่มีความรู้ในตรงนี้ บางที่ยาที่ไม่ควรเก็บในตู้เย็นก็เอาไปเก็บเช่น Hittarob บางแห่งก็เอาไปเก็บในตู้เย็น ในส่วนนี้เราสามารถแนะนำเขาได้ ส่วนวัคซีนก็จะมีแผนผังหน้าตู้เย็นวัคซีนในการเก็บวัคซีนในตำแหน่งต่างๆ และแผนผังในการปฏิบัติเมื่อเวลาไฟดับ

ผลการควบคุมคุณภาพกระติกวัคซีน				
ลำดับ	กิจกรรมที่ตรวจสอบ	จำนวนสถานีอนามัยที่ดำเนินการ		
		ก.ค.53	ส.ค.53	ก.ย.53
1	กระติกได้มาตรฐาน	16	16	16
2	มี Ice pack 4 ด้าน	16	16	16
3	มี Ice pack สภาพพร้อมใช้	16	16	16
4	มีเทอร์โมมิเตอร์	7	11	16
5	อุณหภูมิ 2-8 องศา	7	11	16

ระบบ Cold chain ได้มาตรฐาน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี 7

นอกจากนี้เราจะมีการควบคุมคุณภาพกระติกวัคซีน เราจะดูอยู่ใน 5 เรื่อง คือ คุณภาพกระติก ลักษณะของกระติกที่ได้มาตรฐานต้องไม่มีรอยแตก มี Ice pack ครบทั้ง 4 ด้าน และก็มีสภาพพร้อมใช้ คือเริ่มมีไอน้ำเกาะรอบๆ Ice pack แล้ว ถึงจะใช้ได้ มี Thermometer เพื่อควบคุมอุณหภูมิให้ได้มาตรฐาน 2 - 8 องศา ในเดือนแรกที่เราทำก็พบว่ายังมี รพ.สต.บางแห่งยังไม่มี Thermometer ใช้ หลังจากนั้นเราก็รวบรวมข้อมูล ทำการจัดซื้อจัดหาให้จนปัจจุบันมี Thermometer ใช้ทุก รพ.สต. และกิจกรรมต่างๆ สภาพกระติก สภาพ Ice pack ก็ได้มาตรฐานทุกแห่ง

สรุป : จากการนิเทศงาน ปี 2553 2 ครั้ง	
☞	ไม่พบยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพในคลัง
☞	ไม่พบวัคซีนที่เก็บไม่เหมาะสม

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี 8

จากการนิเทศงาน ในปี 2553 เรานิเทศงานทั้งหมด 2 ครั้ง พบว่าเราไม่พบยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมสภาพในคลังและก็ไม่พบวัคซีนที่เก็บไม่เหมาะสม



ปัญหาเราก็คงพบบ่อย ในส่วนของอุณหภูมิในคลังบางครั้งจะเกิน 30 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะในหน้าร้อน ในอนาคตข้างหน้าถ้ามีงบประมาณเพียงพอและก็วางแผนจัดซื้อเครื่องปรับอากาศให้ทุก รพ.สต. เพื่อควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงมาตรฐาน



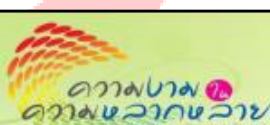
1.2 การจัดอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ในการส่งมอบยา



จัดอบรมให้ความรู้เรื่องยา

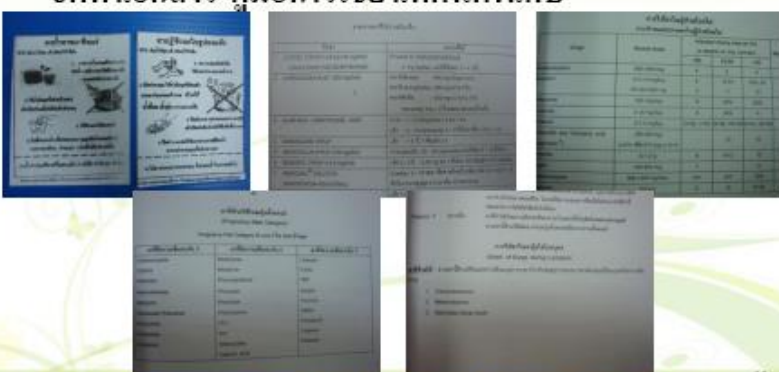
การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี¹⁰

ในส่วนของการจัดอบรมพนักงานและเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เราจัดอบรม 2 ครั้งในหนึ่งปีเพื่อ
เพิ่มองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่นามัยในการทำงานเรื่องระบบยา



▲ จัดทำคู่มือการใช้จ่ายที่สำคัญ

▲ จัดทำเอกสาร-คู่มือการใช้จ่ายเทคนิคพิเศษ



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี¹¹

มีการจัดทำคู่มือการใช้ยาที่สำคัญต่างๆ เช่น ยาที่ใช้ในหญิงให้นมบุตร ยาห้ามใช้ในหญิงให้นมบุตร หรือหญิงตั้งครรภ์ ยาที่ต้องปรับในผู้ป่วยโรคไต จัดทำเอกสารคู่มือยาเทคนิคพิเศษต่างๆ ยาหยอดหูหยอดตา ฯลฯ



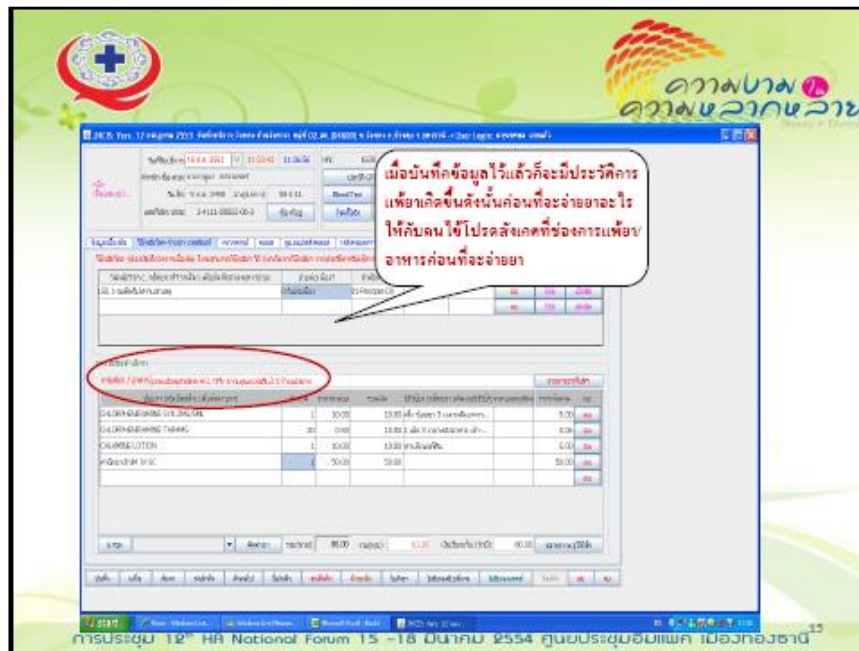
เรื่องการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา ตอนแรกเรามองเห็นถึงความเสี่ยงในสถานีนามัยที่บางที่ยามีลักษณะ Look alike sound alike มีโอกาสทำให้ จนท.อนามัย จัดจ่ายยาผิดได้ เราก็ลงไปทำในส่วนนี้ก็คือ จัดทำตัวอย่างยาคู่เหมือนในรายการยาที่มีในสถานีนามัยแต่ละแห่ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ดู และป้องกันไม่ให้จัดจ่ายยาผิดได้



เรื่องยาความเสี่ยงสูง จะมีสติ๊กเกอร์สะท้อนแสงเขียนไว้ว่า “ยาความเสี่ยงสูง” แพะไว้ที่หลอดยาแต่ละหลอด ซึ่งมี 4 รายการใน รพ.สต. และยาความเสี่ยงสูงเก็บแยกกับยาชนิดอื่น เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้ เมื่อมีการใช้ยาเราก็จะมีแบบฟอร์มคือแบบฟอร์มในการใช้ยา ในการบริหารยา ในแบบฟอร์มนี้จะบอกถึงการ Monitor ว่ายานี้ต้อง Monitor อะไรบ้าง หรือว่าการรายงานแพทย์เมื่อคนไข้มีอาการอย่างไรบ้าง ถึงต้องรายงานแพทย์ และอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา เมื่อมีการใช้ยาก็ก็นำเจ้าหน้าที่ลงบันทึกในแผ่นนี้ ถ้าคนไข้มีความจำเป็นต้องรายงานแพทย์ก็ให้โทรรายงานได้ทันที



เรื่องระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยแพ้ยา ตรงนี้เรามีระบบ คือ เรามีรายชื่อของคนไข้ที่แพ้ยาที่มีบัตรแพ้ยาในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานีนามั้ยแล้วเราก็ส่งไปให้แต่ละที่เพื่อดำเนินการคือให้แปะสติ๊กเกอร์สะท้อนแสงที่เขียนว่า “ผู้ป่วยแพ้ยา” ลงในหน้า Family folder ที่มีผู้ป่วยลงในครอบครัวนั้น ซึ่งสติ๊กเกอร์นี้จะเขียนชื่อคนไข้ที่แพ้ยา ชื่อยาที่แพ้ อาการ และค่า Narunjo ที่ประเมินได้ แพะในหน้า family folder



จากนั้นก็ลงบันทึกใน Computer รายการของผู้ป่วยรายนั้นๆ ที่แพ้ยา เมื่อเวลา que ผู้ป่วยมารับบริการก็จะมีคำเตือนขึ้นมาเลยว่าผู้ป่วยแพ้ยาชนิดนี้ อาการเป็นอย่างไร ค่า Narunjo เท่าไหร่ ก็จะเป็นการเตือนไม่ให้การจ่ายยาที่แพ้ซ้ำ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ซ้ำซ้ำได้

เภสัชกรหญิงวิชชุณี พิตรากุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ข้อมูลตรงนี้ไปถึง รพ.บ้านดุง หรือเปล่า ข้อมูลเรื่องแพ้ยาของคนไข้ที่อยู่ PCU หรือคนไข้ของเราที่อยู่พื้นที่ต่างๆ

ภญ.วัชรภรณ์ กุลวงศ์

เรามีรายชื่อที่ รพ.อยู่แล้ว รพ.จะมีบันทึกแบบนี้เหมือนกัน จะมีโปรแกรมบันทึก จะมีการเตือนใน Computer เหมือนกัน จะมีแบบฟอร์มที่เราทำให้ จนท.สถานีนอนมัย เมื่อเวลามีคนไข้ที่มาใช้บริการที่นอนมัย เมื่อเกิดการสงสัยแพ้ยา จนท.สถานีนอนมัย จะลงประวัติในแบบฟอร์มนี้คืออาจจะเป็นการสงสัย หรืออาจจะมีการพิสูจน์มา ก็มาลงในนี้หลังจากนั้นก็ให้คนไข้ถือมาที่ห้องยาเลย เภสัชกรก็จะได้ประเมินอีกทีว่าคนไข้แพ้ยานี้จริงหรือไม่

➤ **สถานีอนามัยคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา**



ส่งทั้งหมด 13 ราย
แพ้ยาจริง 7 ราย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี¹⁵

จากการทำงานที่ผ่านมาปีงบประมาณ 2553 จนท.อนามัย ส่งคนไข้แพ้ยามาทั้งหมด 13 ราย เกือบครึ่งเป็นการแพ้ยาได้จริง 7 ราย ในส่วนนี้จะมองว่าเขาก็ให้ความร่วมมือพอสมควร

➤ **วางระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยใช้ยา warfarin**

เป้าหมาย : เพื่อให้ระวังการจ่ายยาที่เกิด DI กับ warfarin และ

เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา warfarin



ส่งข้อมูลให้ สอ. 61 ราย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี¹⁷

ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยใช้ยา Warfarin ตรงนี้จะมีลักษณะคล้ายกับระบบแพ้ยา คือมีลักษณะส่งรายชื่อเหมือนกัน และติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยใช้ยา Warfarin สีเหลืองนี้ ติดตรงหน้า family folder เช่นกันและ

The screenshot shows the THDC web application interface. At the top, there are logos for the Ministry of Public Health and the National Health Insurance Office. Below the logos, there are navigation tabs for different types of data entry: 'New Patient', 'Existing Patient', 'Lab Results', etc. The main area contains several forms for entering patient information, including name, date of birth, sex, and address. A red circle highlights the 'Add New Patient' button.

สรุป : ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำและผลข้างเคียง
จากการใช้ยา warfarin

49



เรื่องของเยี่ยมบ้านจะต่างกับ รพ.ตราด ตรงที่ว่า เราจะคัดกรองคนไข้จากการที่เขามารับยาที่ รพ.
รู้ปัญหาว่าคนไข้รายนี้บริหารยาผิด

คุณสมบัติผู้ป่วย : ๕ บริหารยาไม่ถูกต้อง

- ๕ ใช้ยา TI แคบ (warfarin)
- ๕ เกิด ADR
- ๕ ผู้ป่วยมีปัญหาการจัดการการใช้ยาด้วยตนเอง

คุณสมบัติผู้ออกเยี่ยม :

- ๕ เกสัชกร, จพง.เภสัชกรรม, พนักงานห้องยา

ที่ได้รับการตกลงเรื่องมาตรฐานในการเยี่ยมบ้าน

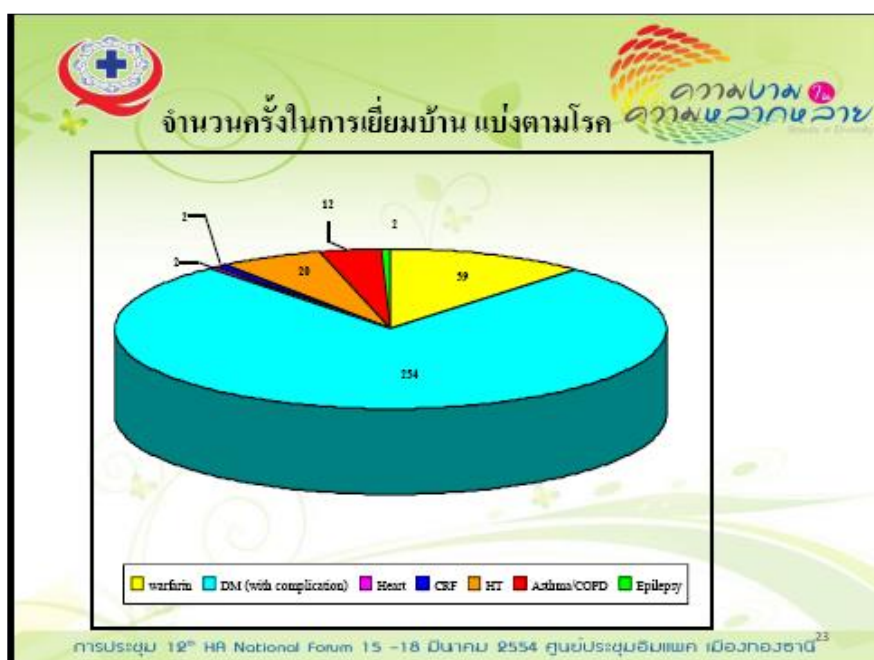
การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี²¹

เราจะกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยก่อนที่เราจะไปเยี่ยมรายไหนดบ้าง ก็จะมีคนไข้โรคเรื้อรังที่บริหารยาไม่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มี **เทอรัพียู โอ ดีอีตีแค้ม** ในกรณีนี้เรากำหนดว่าเป็นยา Warfarin ผู้ป่วยที่เกิด ADR จากการใช้ยา หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาจากด้วยตนเองดูแลตนเองไม่ได้ หรือไม่มีคนดูแลเราก็จะลงไปเยี่ยม ส่วนคุณสมบัติของผู้ออกเยี่ยมคือเภสัชกร หรือว่าเป็น จพง.เภสัชกรรม พนง.ห้องยา ที่ได้รับการตกลงในมาตรฐานของการเยี่ยมบ้านแล้ว



อันนี้จะเป็นการคัดกรองผู้ป่วย เราจะมีแบบฟอร์มต่างๆ

1. แบบฟอร์มเบาหวาน ที่บริหารยาผิด ถ้าคนไข้เบาหวานบริหารยาผิดเราจะลงในแบบฟอร์มนี้ แล้วไปบันทึกใน Computer อีกครั้งเพื่อคัดกรองออกมา
2. แบบฟอร์มโรคหอบหืด ตัวข้างล่างจะเป็นผู้ป่วยใช้ยา Warfarin ส่วนเรื่องยา Warfarin จะมีแบบประเมิน 10 ข้อ จะเป็นการให้คะแนนว่าใน 10 ข้อนี้คนไข้มีความรู้ความเข้าใจกี่ข้อ คำถามเช่น คุณรู้ไหมว่าคุณกำลังกินยาชื่ออะไร? ก็คือชื่อยา Warfarin ลักษณะเม็ดยาเป็นอย่างไร? สีชมพู หรือสีฟ้า การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารู้ไหม? เช่น อาการเลือดออก เราก็จะประเมินตรงนี้



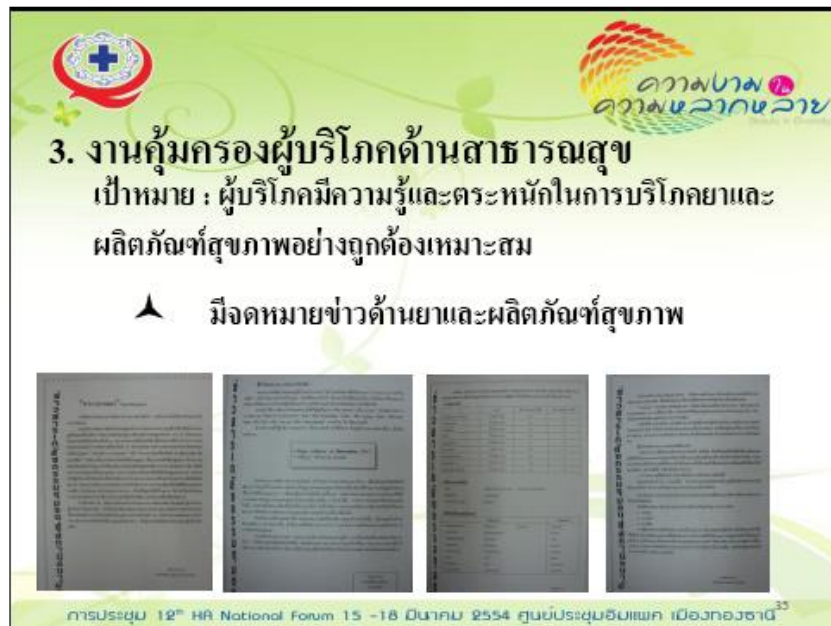
จากการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา ถ้าแบ่งตามโรคแล้วเราจะพบว่าโรคเบาหวานเราจะได้ไปเยี่ยมมากที่สุด มีประมาณ 254 ครั้ง รองลงมาคือคนไข้ใช้ยา Warfarin และคนไข้โรคความดันโลหิตสูง



ถ้าแบ่งตามสาเหตุที่ผู้ป่วยบริหารยาผิด 5 อันดับแรก สิ่งที่พบมากที่สุด คนไข้ไม่อ่านฉลากยา จะชอบจำเอา คือเข้าใจว่ายาที่ได้กินเหมือนเดิมไปตลอดไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเวลาหมดปรับยาเขาก็จะไม่ว่า ต้องกินอย่างไร ส่วนนี้ก็พบเยอะมาก รองลงมาคือส่วนใหญ่คนไข้จะสูงอายุและก็หลงลืม รองลงมาอีกคือการปรับยาเอง มองไม่เห็น ไม่ชัด และไม่ใส่ใจ ในส่วนนี้เราก็ได้อธิบายแนะนำให้คนไข้เข้าใจ



เมื่อแบ่งตามรายการยา ยาที่บริหารผิด 5 อันดับแรกคือ Metformin, Glibenclamide, Mixtard, Enalapril ตามนี้จะเป็นส่วนใหญ่เป็นยาเบาหวาน ยาความดัน



เรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภค เรามีเป้าหมายคือ ให้ผู้บริโภคมีความรู้และตระหนักถึงการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยเราจะมีกิจกรรมในภาพนี้คือเป็นภาพจดหมายข่าวเรื่องยา แล้วก็ภาพกิจกรรมสุขภาพ ซึ่งเราส่งให้ รพ.สต. ทุกแห่งๆละ 2 ฉบับๆ หนึ่งให้ จนท.สถานีนามัย อีกฉบับหนึ่งให้ รพ.สต. เป็นการเผยแพร่ให้ความรู้ มีระบบรับเรื่องร้องเรียน โดยจะเป็นกล่องรับความคิดเห็นและจะมีการแต่งตั้งตัวแทนกลุ่มผู้บริโภคด้านสุขภาพซึ่งกลุ่มนี้จะทำหน้าที่รายงานความเสี่ยงเรื่องยาหรือผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ เช่น มีรณเร่มาขายยา หรือมีการขายยา, เครื่องสำอางค์ที่ผิดกฎหมาย เขาจะรายงานมาที่เราๆ ก็จะลงไปดูในส่วนนี้



เรื่องการให้ความรู้ ก็จะมีการให้ความรู้ผ่าน วีดิทัศน์ หรือบางแห่งก็จะผ่านหอกระจายข่าว



อันนี้จะเป็นการตรวจเรื่องร้องเรียนในส่วนที่เขาร้องเรียนมาเราก็จะมีการลงไปดู



อันนี้จะเป็นเชิงรุกเราจะมี การตรวจร้านชำ ที่ผ่านมาเราลงไปตรวจประมาณ 240 ร้าน ก็จะมีร้านชำที่มีการจำหน่ายยาหรือเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมาย 29 ร้าน คิดเป็นประมาณ 12% สีฟ้านี้คือปกติ เป็นร้านที่ไม่มีการจำหน่ายยาผิดกฎหมาย ถ้าแบ่งตามรายการตรวจสิ่งที่พบมากที่สุดคือยาชุด 10% รองลงมา ก็จะเป็นเครื่องสำอาง และก็ยาที่ไม่ใช่ทะเบียนสิ่งที่เราตรวจได้

โอกาสพัฒนา :

๓ จัดการประชุม อบรม ให้แก่ อสม. และ อย. น้อย เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องยาและเครื่องสำอางผิดกฎหมายในร้านชำ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

โอกาสพัฒนาสำหรับเรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภค ในอนาคตเราวางแผนไว้ว่าจะจัดอบรมให้ อสม. หรือ อย.น้อย ที่ผ่านมาเราให้ความรู้เฉพาะ จนท.สถานีนอมนัย และจะเผยแพร่ความรู้ไปสู่ อสม.หรือ อย.น้อย ด้วย เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องยาหรือเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมาย



4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร

เป้าหมาย : เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาจำเป็น เพื่อดูแล
สุขภาพตนเองได้อย่างครอบคลุม

- ▲ มีการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ.2549

ในสถานีนอมนัย (7 รายการ)

- ▲ มีฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านที่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน
- ▲ มีการเปิดบริการนวดแผนไทยในสถานีนอมนัย

การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

สุดท้ายเรื่องการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร เป้าหมายคือเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น ให้เขาดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เรากำหนดให้มีการใช้ยาสมุนไพรทั้งหมด 7 รายการตามบัญชีรายการยาสมุนไพรและก็มีฐานข้อมูลหมอพื้นบ้าน มีการเปิดบริการนวดแผนไทยในสถานีนอมนัยและมีการกระจายยาสามัญประจำบ้านในชุมชน



ภาพการมอบยาสามัญประจำบ้านให้กับตัวแทนชุมชนจะมีการมอบให้ทุกเดือน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มียาสามัญประจำบ้านในชุมชน



กิจกรรมหมอพื้นบ้าน ก็จะมีกิจกรรมต่างๆ ของหมอพื้นบ้าน เช่น การมอบรางวัลแก่หมอพื้นบ้านดีเด่น การให้ความรู้เรื่องยาสมุนไพร หรือมีการบริการนวดเพื่อผ่อนคลายและรักษาโรค



การจัดสรรเงินบริการแพทย์แผนไทย

ปีงบประมาณ 2552 310,447 บาท

ปีงบประมาณ 2553 608,220 บาท



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี⁴³

จากการที่มีการบริการนวดแผนไทยในสถานี่อนามัยเราก็จะได้งบประมาณมา ปี 52-53



โอกาสพัฒนา :

☞ ให้ประชาชนมีข้อมูล องค์ความรู้ในการ
ดูแลตนเองโดยผ่านทางนั้กส่งเสริมสุขภาพ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี⁴⁴

โอกาสพัฒนา เราจะให้ประชาชนมีข้อมูลมืองค์ความรู้ในการดูแลตนเองโดยผ่านทางนักส่งเสริมสุขภาพโดยจะเป็นการจัดอบรมเพื่อให้ข้อมูลประชาชนให้ทั่วถึง

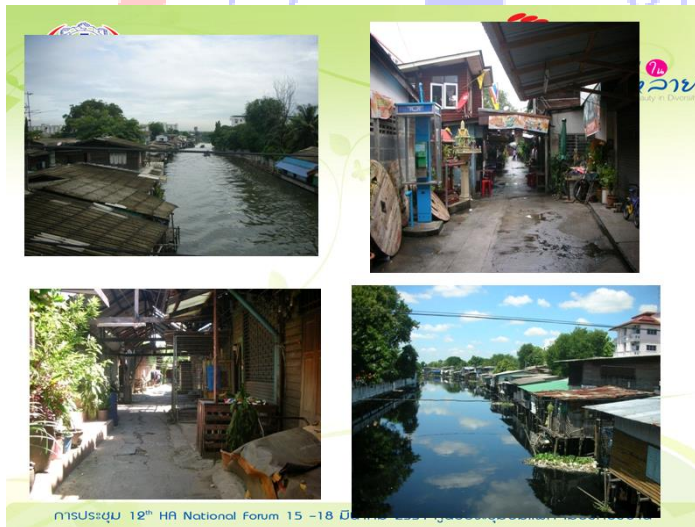
ภก.จตุพร ทองอิม



ผมจะชี้ให้เห็นถึงความเหมือนหรือความต่างของการทำงานในส่วนของ Homecare จุดที่จะชี้ให้เห็นคือ ในบริบทของกรุงเทพมหานครหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำ Homecare คือศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่ในสำนักอนามัยของกรุงเทพฯ การแบ่งพื้นที่ไม่เหมือนกับต่างจังหวัดตรงที่ว่า ถ้าต่างจังหวัดคนไข้ที่อยู่ในตำบลนี้ คือรพ.ก็ลงไปเยี่ยมถูกไหมครับ อำเภอนี้ก็เป็น รพ.ชุมชนอำเภอนี้ ระบบข้อมูลมีการส่งต่อ



ในส่วนของกรุงเทพมหานคร เราไม่สนใจว่าคนใช้รักษาที่ไหนการแบ่งพื้นที่ดูแลรับผิดชอบแบ่งตามเขตตามแขวง
อย่างของศูนย์บริการสาธารณสุขเขตที่ 51 จะดูแลพื้นที่ในเขตจตุจักรใน 3 แขวง คือ เสนานิคม จันทเกษม
และจอมพล ขณะที่ฝั่งตรงข้ามเป็นเขตจตุจักรเหมือนกันแต่อยู่ในแขวงลาดยาวและแขวงจตุจักร จะดูแลโดย
ศูนย์พื้นที่สาธารณสุข 17 ประชาณิเวศน์ นั้นหมายความว่าใน 3 แขวงนี้ไม่ว่าคนไข้จะรักษาใน รพ.ใดก็ตามจะ
เป็น รพ.รัฐ หรือเอกชน คือความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ของศูนย์ที่จะต้องลงเยี่ยม case มาจากไหน case มา
จากการส่งต่อ ถ้าเป็นคนไข้ในระบบหลักประกัน หรือคนไข้จาก รพ.เอกชน ที่ต้องการทำ Homecare ทาง รพ.ที่
จะต้องการให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะส่งต่อ case มาที่เรา นี่คือการแตกต่าง ฉะนั้นเราจะมีปัญหาตรงที่ว่า
เราจะมีข้อมูลที่เราได้จากใบส่งต่อเท่านั้น ส่วนข้อมูลอื่นต้องไปหาเอาที่บ้านแล้ว ไม่ว่าจะเป็นจากซองยา ใบ lab
หรืออะไรก็ตาม ตามที่คนไข้จะได้กลับมาจากที่ รพ.



นี่คือสภาพชุมชน ชุมชนที่เราดูแลอยู่จะแออัด อยู่ตามริมคลองก็จะยาวไป ถ้าพูดง่ายๆ คือ ท่านใด
ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครเองจะรู้ พื้นที่ผมดูแลรับผิดชอบคือกรมขนส่งทางบกที่เราไปสอบใบขับขี่ขึ้นนั่นเอง ยาวไป
จนกระทั่งสุดคลองบางบัวบริเวณมหาวิทยาลัยศรีปทุม นี่คือพื้นที่ที่เราดูแลทั้งหมด พื้นที่ของเราค่อนข้างจะกว้าง
พอสมควร การเยี่ยมบ้านของเราคือ เราไม่มีปัญหาในเรื่องรถ หรือน้ำมัน เรามีพร้อมแต่ปัญหาที่เรามีมากคือ
ปัญหาเรื่องโทรศัพท์ เพราะว่าข้อมูลของเราไม่สมบูรณ์มากเหมือน รพ.ในชุมชน หลายครั้งที่ต้องโทรศัพท์คุย
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของ รพ. ที่เราไปเยี่ยม case นั้นๆ

 ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการทางเวชกรรมที่บ้าน
แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
ระหว่างเดือน มีนาคม 2553 – มกราคม 2554

- เยี่ยมผู้ป่วย 141 ราย
- 5 อันดับโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดจากตารางออกเยี่ยม
 - ความดันโลหิตสูง 110 ราย
 - ไขมันในเลือดผิดปกติ 65 ราย
 - เบาหวาน 61 ราย
 - โรคหลอดเลือดสมอง 19 ราย
 - โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 6 ราย
 - โรคหืด 6 ราย



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

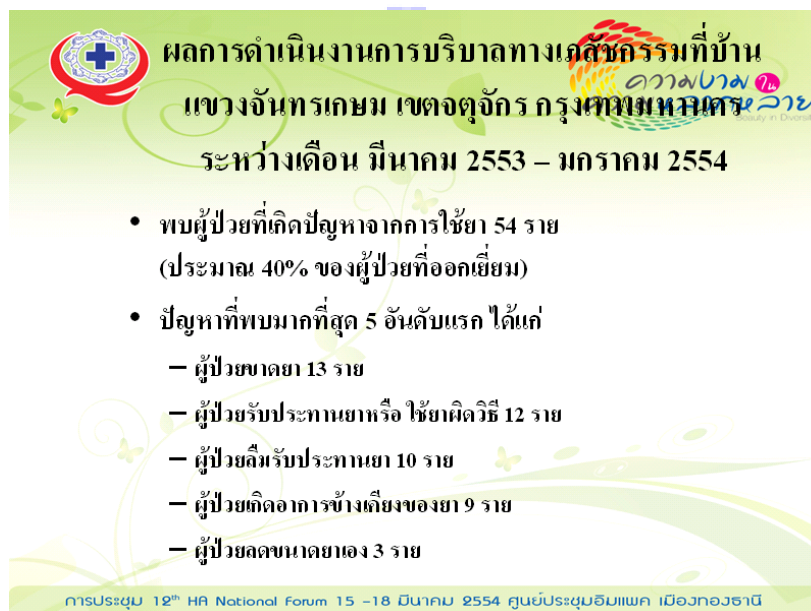
 ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการทางเวชกรรมที่บ้าน
แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
ระหว่างเดือน มีนาคม 2553 – มกราคม 2554

- ผู้ป่วยมี 3 โรคร่วมกัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ รวม 33 ราย
- ผู้ป่วยมี 2 โรคร่วมกัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ 30 ราย
- ผู้ป่วยมี 2 โรคร่วมกัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน 18 ราย
- ผู้ป่วยให้ยาทางสายให้อาหาร 3 ราย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ผมจะชี้ให้เห็นตัวเลขจากการที่เก็บใน 1 แขวงเท่านั้นในเขตจตุจักร คือแขวงจันทระเกษม ในช่วงเดือนมีนาคม 2553 – 2554 ของเดือนมกราคม ผมเยี่ยมผู้ป่วยไปทั้งหมด 141 ราย เกณฑ์ต่างๆ ขั้นตอนก็เหมือนกับที่น้องบ๊ิก และน้องตึกได้นำเสนอ คือส่วนใหญ่ก็เป็น Chronic disease อยู่แล้วที่ต้องใช้ยาเยอะ จุดที่จะชี้ให้เห็นจะเป็นข้อมูลที่บอกไว้สำหรับหลายๆ ท่านที่อาจจะไม่เคยออกเยี่ยมบ้าน หรืออยากจะออกเยี่ยมบ้าน แต่ก็ยังกลัวๆ กลัวๆ เตรียมพร้อมสำหรับ 3 โรคหลักนี้พอ โรคอื่นไม่รู้ไม่เป็นไร Hypotension เอาให้ช่อง **ดิสไคร** **ดีเมีย** เอาให้ช่อง และก็มี DM กลับไป Review แค่นี้ รับรองผมว่าออกไปชุมชนได้สบายๆ ออกเยี่ยมบ้านได้มีอาวุธติดกาย โรคอื่นไม่รู้ไม่เป็นไรรู้แค่ 3 โรคนี้ก็พอ แต่อีกสิ่งหนึ่งที่น้องบ๊ิกบอกไว้แล้วก่อนเยี่ยมบ้านเราดู

case ก่อน เราอ่าน case ไว้ก่อน ผมเจอ case แปลกๆ เยอะ บางทีเจอ case คนไข้จิตเวช Refer มา หรือว่าเป็น Pakistan เป็น Alzheimer หรือแม้กระทั่ง CA เองก็มี ถามว่าการที่เราศึกษา case ก่อน เป็นการเตรียมตัวได้กลับไปค้นคว้าข้อมูลทำให้รู้ว่าคนไข้โรคนี้กินยาอะไรบ้างและยังไปส่งต่อมีรายการยามาให้เราดู เราก็กลับไป Review ดูว่ายาแต่ละตัวที่คนไข้ได้รับเราจะต้องให้ความรู้อะไรบ้าง เราจะต้องติดตามอะไรบ้าง ทั้งในแง่ของประสิทธิภาพและความปลอดภัย เพราะฉะนั้นความสำคัญของการศึกษา case ล่วงหน้านี้เกิดประโยชน์กับตัวเราเป็นอย่างมากในการเตรียมพร้อมกับตัวเราเอง ในการเตรียมข้อมูลเราจะต้องให้กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ



ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมที่บ้าน
แขวงจันทร์เกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
ระหว่างเดือน มีนาคม 2553 – มกราคม 2554

- พบผู้ป่วยที่ติดปัญหาจากการใช้ยา 54 ราย (ประมาณ 40% ของผู้ป่วยที่ออกเยี่ยม)
- ปัญหาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่
 - ผู้ป่วยขาดยา 13 ราย
 - ผู้ป่วยรับประทานยาหรือ ใช้ยาผิดวิธี 12 ราย
 - ผู้ป่วยลืมรับประทานยา 10 ราย
 - ผู้ป่วยติดอาการข้างเคียงของยา 9 ราย
 - ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง 3 ราย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ปัญหาที่ผมจะชี้ให้เห็นว่าคนไข้เป็นโรคร่วมกันเยอะ จะเป็น DM + Dyslipid + DM เราจะพบถึง 33 ราย อันนี้จะเป็นตัวเลขที่ชี้ให้เห็น และจุดที่ผมจะชี้ให้ดูผู้ป่วยให้ยาทางสายให้อาหาร ช่วงนี้เยอะขึ้นผมไม่แน่ใจว่าทางต่างจังหวัดจะมีการปล่อยให้คนไข้ที่สุดท้ายแล้วกลับบ้านพร้อมกับ **เอ็นจีทีว** มากน้อยแค่ไหน ผมรับราชการกับสำนักอนามัยมาประมาณ 15 ปี ในช่วง 5-6 ปีหลัง เจอเยอะมากที่ case คนไข้กลับบ้านพร้อมกับ **เอ็นจีทีว** แล้วต้องใช้ยาเยอะมาก จากเดิมที่ผมไม่เคยสนใจ case พวกนี้ ไปก็เป็นหน้าที่พยาบาลไป เปลี่ยนสายผมก็ยืนดูอยู่ห่างๆ เหมือนให้กำลังใจ ปรากฏว่าไม่ใช่แล้วมันเริ่มมีปัญหาเข้ามาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเยอะขึ้น เดี่ยวจะมีรูปให้ดูปัญหาที่เราเจอประมาณ 40% ที่เราออกเยี่ยมที่เกี่ยวกับเรื่องยา และก็เจอคล้ายๆ กันไม่ว่าจะเป็นการทานยาผิด ขาดยา หรือ size effect ของยาแล้วก็หยุดยา ผมจะชี้ให้ดูเป็นรายๆ ไป



ปัญหาแรกที่จะเจอบ่อยคือลืมรับประทานยา จะเจอบ่อยกับกลุ่ม **Sulfonylurea** ที่กินก่อนอาหาร เพราะอะไร? เพราะมันไม่เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของพวกเขา บางคนบอกก็ขายของ เข้าก็ต้องตื่นแต่เช้ามาถ้ากินยาก่อนกว่าจะเรียงแผงเสร็จขายของตอนเช้า ขายอาหารช่วงเช้า ขายไก่ ขายน้ำเต้าหู้ไปกินยาอีกทีก็ 9-10 โมง หลังปิดร้าน อันนี้คือวิถีชีวิตของเขา หรือว่าการกินยาก่อนนอนก็จะเป็นยาที่ลืมบ่อยมาก ถามว่า 2 จุดนี้มันชี้ให้เราเห็นถึงอะไร ชี้ให้เห็นถึงว่าการดำเนินการเยี่ยมบ้าน นอกจากความรู้ทางวิชาชีพทางการแพทย์ที่เรามี เราต้องเรียนรู้ที่จะรู้วิถีชีวิตของเขา แล้วก็ปรับคำแนะนำให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของเขาเราต้องไม่ลืมนิตตรงนี้ นี่เป็นสิ่งสำคัญของการทำงานเยี่ยมบ้านต้องไม่ลืมนิติของความเป็นมนุษย์ของการใช้วิถีชีวิตของเขาเองในชุมชน และอีกอย่างเราต้องกลับมาปรับกระบวนการทำงานของเรา ปัญหาที่เราเจอจากการเยี่ยมบ้าน ผมอยากจะ cheer up ทุกคนที่ยังไม่เคยออกเยี่ยมบ้าน ท่านทำเถอะเพราะสุดท้ายแล้วถ้าเราออกเยี่ยมบ้านเราจะเจอปัญหา พอเราเจอปัญหา ตัวปัญหาจะทำให้เรากลับมาปรับกระบวนการให้บริการที่ รพ. ตอน **Displeasing** เราต้อง Pay Attention อะไรบ้าง ถ้าเราเยี่ยมบ้านแล้วเราเจอคนไข้กิน **Sulfonylurea** แล้วลืมบ่อยๆ กิน **Simvastatin** แล้วลืมบ่อยๆ เพราะต้องกินก่อนนอนตอน **Displeasing** เราต้องเน้นอะไรจากคนไข้กลุ่มนี้ เป็นไปได้ไหมถ้ามียามื้อเย็นเราเปลี่ยน **Simvastatin** มื้อก่อนนอนมาเป็นหลังอาหารเย็น อีกอันที่เจอคือใช้ยาผิด ปัญหาโลกแตก ยาพ่นใน **Asthma Insulin** การใช้ยาหยอดตา มันก็กลับมาเหมือนเดิม

ปัญหาการใช้ยาผิดวิธี

- ยาพ่นในโรคหืด
- ยาหยอดตาที่ใช้มากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป
- ยาฉีด insulin



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ทุกครั้งที่ผมเยี่ยมบ้านผมไม่ได้ปิด case ที่บ้าน แต่เมื่อเจอปัญหาที่บ้านผมเอากลับมาปรับใช้รูปแบบกับทำงาน ถ้าเราไปเยี่ยมคนไข้ฉีด Insulin เทคนิคช่วงไหนที่เขาที่ฉีดผิดบ่อยๆ ผมจะเอาเทคนิคนั้นมาใช้ย้าบ่อยๆ ตอนที่ผมต้องสอนคนไข้ฉีด Insulin ตอนที่ผมต้องใช้ Am butterfly care เราได้ประโยชน์จากการเยี่ยมบ้านปัญหาที่เราเจอมาปรับใช้ในการ Am butterfly care หรือแม้แต่ตอน Displeasing เราก็เอามาปรับใช้ได้ คนไข้เกิด Hypo แล้วคนไข้เกิดปฏิเสธการใช้ยา บางทีไปโทษยาตัวอื่นโดยไม่รู้ความจริง แล้วมันไม่ได้เกิดจากยาตัวนั้น

ปัญหาการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากยาฉีด Insulin หรือ sulfonylurea



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ปัญหาที่ผมเจอบ่อยคือคนไข้ฉีด Insulin หรือกินยากลุ่ม **Sulfonylurea** ไปแล้ว 2-3 ชม.กว่าจะทานอาหาร แล้วก็มาขึ้นหัว พอขึ้นหัว คนไข้ส่วนใหญ่พอมีอาการมันๆ จะไม่นึกถึงน้ำตาลต่ำ เขาจะนึกถึงอะไร? นึกถึงความดัน แล้วก็ไปโทษว่าเป็น size affect ของยาลดความดันแล้วก็พาลไปหยุดยาลดความดันโลหิต เห็นไหมว่าบางทีความเข้าใจของคนไข้เราต้องฟัง การเยี่ยมบ้าน การทำ **Counseling** ยิ่งฟังเรายิ่งได้ข้อมูล แล้วเราก็จะยิ่งเจอปัญหา แล้วเราก็จะแก้ปมได้ถูกจุด นี่คือจุดที่ผมอยากจะเน้นเอาไว้

ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม

- รับประทานยา Cafergot ทุกวันเป็นเวลาหลายปีติดต่อกัน
- รับประทานยา Tramadol แก้วปวดเช้าทุกวัน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ใช้ยาไม่เหมาะสม เผลอวันนั้นไม่ได้ไปเยี่ยม case ที่ตั้งใจจะไปดู **Cafergot** ไปเยี่ยม case Hypertension ปกติ เขาบอกว่าบางทีเราไปเยี่ยม case หนึ่งแต่ไปเจอปัญหาอื่นผมเจอกล่อง **Cafergot** ในตะกร้ายาของเขา ผมถามว่ากินอย่างไร? ต้องกินทุกวัน ไม่กินแล้วปวดหัว เผลอๆ ถ้าปวดหนักต้องเพิ่มมื่อบายทุกวัน นี่คือการใช้ยาในทางที่ผิด หรือกิน **Tramadol** ทุกวัน สุดท้ายคนไข้มาหาเราหรือคุยกับเราแล้วบ่นท้องผูกเรื้อรังมากๆ เกิดจาก **Tramadol** ได้ไหม ฉะนั้นอย่างคิดว่าเราไปเยี่ยม Hypertension DM **ดิสไฮดรอปตี** แล้วสนใจแค่ยา 3 กลุ่มนี้ ให้ดูรอบๆ บางทีคนไข้เอายามาให้เราดูตะกร้าหนึ่ง แต่มีอีกตะกร้าหนึ่งซุกอยู่ข้างๆ หรือมีอะไรที่มันวางอยู่ระเกะระกะ หรือวางอยู่รอบๆ บนโต๊ะแล้วเขาไม่หยิบให้เราดู ดังนั้นเวลาเยี่ยมบ้านต้องยอมรับว่าบางทีต้องเป็นคนสอดรู้สอดเห็นนิดหนึ่ง ต้องมองแล้วกวาดไปเยอะๆ ว่ารอบบ้านมีอะไร เตียวผมจะชี้ให้ดูว่าผมได้อะไรจากการเยี่ยมบ้านมากกว่าโรคเรื้อรัง 3 โรคที่เราสนใจ

ปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้อง

- Apresoline แพทย์สั่ง 2 × 3 ผู้ป่วยรับประทาน 2 × 2
- Metformin แพทย์สั่ง 1 × 3 ผู้ป่วยรับประทาน 1 × 2

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

Apresoline หมอสั่ง 2x3 คนไข้กิน 2x2 เดี่ยวจะมีรูป case นี้ให้ดู คอยไปคอยมา ถามคนไข้ว่ารู้ไหม ว่าต้องทาน 2x3 รู้ แต่ทำไมทาน 2x2 ทำไมทานกลางวันกับเย็น ทำไมเช้าไม่ทาน ก็หน้าของเขียนว่าต้องทานยา หลังรับประทานอาหาร แล้วมือเขาเขาไม่ได้กิน เขามากินตอนเกือบๆ 11 โมงจะเที่ยงแล้วเขารวบมาเป็นมือ เดียวกัน แต่เขาไม่ได้รวบเม็ดยามาด้วย เขาเลยหยุดยามื้อเช้าไปเลย เพราะเข้าใจว่าตอนทานหลังอาหารเท่านั้น

ปัญหาการรับประทานยาไม่ตรงเวลา

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

หรืออย่างทีเจอปัญหาโลกแตก Medformin หมดวุ่นใจ เพราะว่า 3 ทีเจอปัญหาจาก Medformin หมดเลย วันนั้นไปเยี่ยมบ้านแล้วคนไข้ถามว่ากินยาไหม? กิน กินตามหมอสั่งไหม? กิน ถ้าเราไปเยี่ยมบ้านแบบใช้ **สไปโรลคอร์ต** มันจบไหมคับ จบ



วันนั้นเราไม่ได้เอาสมองไป เราเอาแต่ใบ **สไปโรลคอร์ต** ไป คนไข้กินยาไหม? กินสม่ำเสมอไหม?? สม่ำเสมอ อ้าว! คุณกินอย่างไร? 1 เม็ดเข้าเย็นหลังอาหาร จบคับ แต่พอคุยไปคุยมาทำไม Medformin คุณลงเหลือเยอะ เหลือเยอะมากมี Medformin เหลือเกือบๆ 40-50 แผง ก็กินนี้ กินเข้าเย็นด้วย ปกติพอมาดูของหมอเปลี่ยนจากเข้าเย็นมาเป็น 1x3 หลายเดือนมาแล้ว แต่คนไข้ก็ยังฝังใจกับการกินยามื้อแรกๆ เหมือนรักแรกพบ พอหมอบอกให้กิน 1x2 ฉะนั้นกิน 1x2 ไปเรื่อยๆ และก็ไม่เคยอ่านฉลากยาอีกเลย จุดนี้เกิดอะไรขึ้นกับเราได้บ้าง มันทำให้เรารู้ว่าต่อไปนี่เมื่อเราจ่ายยาให้คนไข้ที่ OPD เมื่อใดก็ตามเมื่อมีการปรับเปลี่ยนมื้อต้องเน้นเยอะๆ คุณลง หมอเพิ่มแล้วจะจ่ายเสร็จครบทุกตัว อย่าลืมยาอีกที อย่าลืมนะตัวนั้นหมอเปลี่ยนแล้วนะไม่ใช่ 1x2 แล้วนะหมอเพิ่มมื้อกลางวันไปอีกเม็ดหนึ่ง เห็นไหม ผมได้ประโยชน์จากการเยี่ยมบ้านเอามาปรับใช้ในการที่เราใช้ใน OPD การทานยาไม่ตรงเวลาไปเยี่ยมบ้านคนไข้ถึงบ้านประมาณ 10.00-10.30 น. มากกว่า 80% ยังไม่ได้กินยาลดความดัน แล้วก็วัด BP ได้สูงมากคับ 150, 160 สาเหตุเพราะอะไร เพราะเขาเข้าใจว่ายาลดความดันต้องกินหลังอาหารเช้า และวิถีชีวิตคนเราบางคนไม่ได้กินข้าวมื้อเช้า 8 โมงตรงตามทฤษฎี บางทีไปถึง 9 โมง 10 โมงยังไม่ได้กินข้าวเช้า ก็ต้องไปนั่งคุยกันว่า ยาความดันมันไม่กัดกระเพาะ เพราะฉะนั้นเราต้องการรักษาระดับยาที่จะ

คุมความดันได้ ไม่ให้ความดันมัน shoot มากไปเมื่อยามันหมดฤทธิ์ เพราะฉะนั้นผมอาศัยเวลาเคารพธงชาตินี้แหละ 8 โมงปั๊บ เคารพธงชาติปั๊บ หยิบยาความดันกินเลย แต่อย่าทำกับยาตัวอื่นนะ ไม่ใช่ไปทำแบบนี้กับยาเบาหวาน ต้องคุยกััน ต้องปรับให้ได้ว่าอะไรจะเป็นเครื่องชี้ให้คุณป้ารู้ว่าตอนนี้มัน 8 โมง เพราะบางทีเขาอาจจะไม่ได้เปิดทีวีดูตอนเช้า อะไรก็ตามที่มันเป็นชิกแนว ให้เขารู้ว่ามันถึงเวลาที่จะต้องกินยาความดันแล้วก็ให้เขากินเลย พยายามปรับทุกอย่างให้มันเข้ากับชีวิตวิถีของคนไข้ เก็บรักษายาไม่ถูกต้องเจอบ่อย แะยาออกจากฟอรีรี่ก็เกียจแะแล้วก็ใส่รวมกัน เพราะฉะนั้นในกระเป๋ายี่ยมบ้านของผมเองจะมีกล่องยาแล้วก็จัดยาเป็นมื่อให้คนไข้ดู แล้วก็ให้กับเขาไปเลย และบางครั้งเราก็เห็นนวัตกรรมแปลกๆ เหมือนอย่างนี้น้องบิกเจอ ตัดหัว Novo ออกมา เก่งนะ เราเองยังทำไม่ได้ คนไข้คิดได้ ผมเจอคนไข้ทำ unitdos ด้วยตนเอง ไปเยี่ยมบ้านแล้วน่ารักมาก มีแผงกระดาษที่ห้อยอยู่ข้างฝาเหมือนร้านของชำ ที่แขวนพวกถั่วปากอ้า ถั่วลิสง ญาติเขาจัดเป็นชุด แล้วก็หนีบไว้ให้แม่ไว้ให้ แล้วก็เขียนตัวใหญ่ๆ ว่า ก่อนอาหารเช้า หลังอาหารเช้า ก่อนอาหารกลางวัน หลังอาหารกลางวัน ก่อนอาหารเย็น หลังอาหารเย็น คนไข้มีหน้าที่แค่ดึงของกินตามมื่อ พอตกเย็นลูกก็มาจัดยาแล้วแม่ก็ให้ใหม่ ไม่ต้องมีกล่องยาสวยๆ แต่นี่คือสิ่งที่เขาคิดเอง เพราะฉะนั้นผมจะบอกว่าเวลาเราออกเยี่ยมบ้านหน้าที่ของเราคือให้ฟังเยอะๆ แล้วไม่ใช่ไปสั่งเขา ฟังมากๆ แล้วอะไรเป็นปัญหานี้ให้เขาลองเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหา และเราก็ช่วยเสนอทางเลือกให้กับเขาบางทีไอเดียของเขามันแจ่มกว่าที่เราคิดอีก แล้วมันแก้ปัญหาได้ถูกจุดด้วยแล้วมันเป็นปัญหาที่เขาแก้ได้จริงๆ ด้วย และเป็นแนวทางที่เขาพร้อมที่จะทำ เพราะฉะนั้นอย่าคิดว่าเราเป็นแล้วเราเป็นคนไปชี้แนะ เราไปเป็นคนไปชี้แนะและไปปรับฟังเยอะๆ



สมุนไพรเมื่อถึงมือของน้องบิกหรือน้องตีกก็ไม่รู้ สมุนไพรที่ชื่อจีนเยอะๆ มันดังจริงๆ เพราะมันมาถึงกรุงเทพฯ แล้วมันก็แพงมากพวกนี้ สักเกตุไหมคับ 3 - 4 พันเชียวนะ ผมไม่เข้าใจเพราะยาที่บัตรทองนะ ไม่เสีย ซักบาทแต่ฉันก็ไม่กิน ฉันจะกิน 3 - 4 พันนี้ ถามว่าบอกให้เขาเลิกกินได้ไหม?? ไม่ได้ ผมเจอกันครึ่งทาง คุณลองกินต่อแต่คุณลองกินยาของผมด้วยได้ไหม? เราเจอกันคนละครึ่งทาง อย่าไปหักด้ามพร้าด้วยเข่า เพราะฉะนั้นเราอย่าไปเปลี่ยนความคิด ไม่อย่างนั้นเขาจะรู้สึกที่เราต่อต้านกับภูมิปัญญาของเขา ทำไมเราไปต่อต้านกับแพทย์ทางเลือก จะทำอย่างไรให้การแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มันเดินไปด้วยกันได้



ยาชุดนี้ก็เป็นปัญหาโลกแตก ไม่ว่าที่ไหนๆ ก็เจอ แล้วยาชุดนี้เดินทางไกล ยาชุดมาจากโคราช ยาชุดมาจากสระบุรี ยาชุดกรุงเทพฯ ก็ไม่หาย ต้องเป็นยาชุดที่มีการเดินทางแล้วเชื่อมั่นมากแล้วเจอ บ่อยมากประเภทมีทั้ง ไดโครฟีแดส มีทั้ง ไพร็อกซีแคม มีทั้ง เพนิสไซโลน เพราะมันอยู่ในซอง เดียวกัน มันเป็นปัญหาโลกแตกของสังคมไทย เพราะเจอเหมือนกันก็ต้องมาให้ความรู้กัน

ปัญหาที่พบจากการให้ยาทางสายให้อาหาร

- บดผสมยารวมกัน
- ไม่เจือจางน้ำก่อนให้
- ให้ยาบางชนิดหลังอาหารทันที ทั้งที่ต้องให้ห่างจากอาหาร
เช่น Phenytoin



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ผมจะมานำเสนอเรื่องการให้ยาทางสาย อันนี้เป็นจุดที่ผมบอกเลยว่าไม่มีใครรู้ มีเภสัชเท่านั้นที่รู้ เพราะหลายๆ ครั้งพยาบาลเองบอกว่าเขาเองก็ไม่เคยรู้ เขาก็รู้เพียงแค่ว่ายาตัวนี้บดได้ บดไม่ได้ แต่เขาไม่เคยรู้วิชาการที่มันเป็นรายละเอียดที่มันสำคัญมากกว่านั้น ตัวอย่างที่เราเจอบ่อยๆ เช่น บดรวมกันเลย บางครั้งต้องบอกว่ายาบางตัวมันบดรวมกันไม่ได้นะ อาจจะต้องแยกกันบ้าง หรือการที่ให้นยาในรูปแบบที่เป็นน้ำแล้วไม่เจือจางน้ำก่อนเพราะเห็นว่ามันเป็นรูปแบบยาน้ำอยู่แล้ว และคนไข้ก็เกิดปัญหาเนื่องจาก **Osmotic** มันเปลี่ยนไปแล้วมันก็ดึงน้ำเข้ามาเกิด **diarrhoea** เกิดท้องอืด หรือว่ายาบางอย่างคนไข้ก็ให้หลังอาหารทันที คนดูแลให้ไปเลยหลังอาหารทันที ทั้งที่จริงๆ แล้วมันไม่ได้ ตัวอย่างที่เจอบ่อยมากแล้วผมอยากให้พวกเราลองกลับไปดูว่าตอนที่เรากำลัง **discharge** นี้ว่าเราให้ความสนใจตรงนี้นักน้อยแค่ไหนพอ **discharge** คนไข้ให้ยาทางสาย เรียกญาติมาคุยเลยว่า รู้ไหมว่าการให้ยาทางสายทำกันยังไง เพราะหลายๆ ครั้งที่เราเจอคือเขามองพยาบาลให้บน **Ward** อย่าลืมนะพยาบาลบน **Ward** เวลาให้ยาทางสายคนไข้เขาเยอะ มาให้ตามทฤษฎี 1 ตัวมาแยก 5 นาที มาทำตามทฤษฎีนี้ผมว่าเขาเดินหมด **Ward** พอดีครั้งวันไม่ต้องทำอะไรแล้ว เขาก็บดรวมกัน อย่างล่าสุดผมไปเจอคนไข้บดยาแล้วให้กับทางอาหารที่ **Feeding** เลยนะ พอถามว่าทำไมให้แบบนี้? ก็เห็นพยาบาลให้แบบนี้ อันนั้นคนไข้เยอะ เราต้องมานั่งคุยกันใหม่ว่าจริงๆ แล้วต้องให้อย่างไร? ตัวอย่างที่จะบอกคือ **Dilantin** นี่แหละคนไข้พอใส่ NG ปู๊ป เคยเป็น **stroke** มาก่อนมี CVA ส่วนใหญ่จะชักได้ง่าย **Test** มันลดลงหมอจะให้ยากันชักไม่ว่าจะเป็น **Phenytoin** หรือ **Dilantin** แล้วยา 2 ตัวนี้จะมีปัญหาเรื่องของการจับกับโปรตีนจับกับแคลเซียมไอออนในอาหารได้ดีมาก ๆ แล้วร้ายกว่านั้นบางทีจับกับสายด้วย

เพราะฉะนั้นต้องให้แยกกับมืออาหาร เพราะฉะนั้นเราจะเห็นจากจุดเหล่านี้วิชาชีพอื่นไม่รู้ เราอยู่ในรูป
ของวิทยาศาสตร์เยอะมากในรูปของ Formula ของยา แล้วเราต้องเอามาใช้ทาง Clinic ให้ได้



อันนี้คือปัญหาที่เจออีกอย่างหนึ่งคือปัญหาของการสื่อสาร ไปเยี่ยมบ้านคนไข้ถ้อยมาเหมือนกันเลย

Methycobal ของหนึ่ง 1x3 ของหนึ่ง 1x2 เสร็จแล้วเขากลับมาว่า คุณเภสัชในว่าคุณเก่งที่สุดเรื่องยา
ตัดสินใจว่าจะกินอย่างไร? หมอระบบประสาทบอกให้กินเช้า กลางวัน เย็น พออีกวันหนึ่งไปหา
หมอดต่อมไร้ท่อ หมอเบาหวานบอกให้กินเช้า เย็น รพ.เดียวกันเลย ผมก็ไม่เข้าใจเขาไม่ Review ดูกัน
เลยหรือว่าคนหน้านี้เขาสั่งกันยังงี้ อันนี้คือการสื่อสาร ถ้ามองตรงนี้จะเกิดปัญหาได้ไหม ถ้าตอน
DispleasingDestensing เภสัชเองก็ต้องช่วย Review ดีๆ ถ้าเราเจอว่า เมื่อวานมาหมอยาสั่ง 1x3
วันนี้ **End cay** สั่ง 1x2 เราจะไปคุยกับ **End cay** ใหม่ว่าเมื่อวันก่อนเรามาแล้วหมอนิวโรสั่งแล้วว่า
เป็น 1x3 คุณหมอจะสั่งเพิ่มอีกไหม หรือคุณหมอจะออฟให้กินเหมือนนิวโร เห็นไหมปัญหามะ
พยายามเน้นว่าออกเยี่ยมบ้านเถอะคับ ออกเยี่ยมบ้านแล้วเราจะนำกลับมาใช้พัฒนางานที่เราจ่ายยาได้
แล้วมันช่วยเราค้นปัญหา ช่วยเราแก้ปัญหาได้จริง



ผู้ป่วยใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจ



อันนี้เจอวันนี้ไม่มีคลินิกอบอุ่นมา ไปเยี่ยมบ้านคนไข้แล้วใช้สิทธิ 30 บาทแล้วต้องฉีดยา Insurin ถามว่าคุณลุงได้ฉีดยาไหม?? ไม่ได้ฉีด เพราะอะไร?? คลินิกบอกว่ายาหมดอาทิตย์หน้าค่อยมาเอา ผมร้องอู้! แม่เจ้า Insurin นี่มันอยู่ได้เป็นอาทิตย์เลย ยิ่งงายาบางอย่างเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงเราต้องช่วยกันดูแล แต่ว่าที่น่ากลัวมากคนไข้เพิ่งใส่ Stent มาได้ 1 เดือน ไปเยี่ยมบ้าน ปรากฏว่าคนไข้ไม่ได้กิน Aspirin กับ PravicePlavix มา 2 อาทิตย์แล้ว มีแต่ซองเปล่าๆ ปรากฏว่ามันเป็นความผิดพลาดในการสื่อสารกันถามว่าทำไมได้ยาตัวนี้มา 2 อาทิตย์ ผมโทรคุยกับ รพ. เดียวนั้นเลย ผลบอกว่าคนไข้ขาดการติดต่อกับ Med แต่มา follow-upForowup กับศัลย์ ศัลย์ก็เลยสั่งยา Med ให้ไปซื้อครวาก่อน 2 สัปดาห์ ถามว่าแล้วทำไมศัลย์กับ Med ไม่ต่อข้อมูลกัน ถูกไหม? วันนั้นศัลย์ก็ส่งพบ Med เลยชี้ว่าคนไข้ขาดนัดขาด follow-upForowup Med มา คือผมก็ยังไม่เข้าใจว่า

ตอนที่เภสัชจ่ายยาไม่ได้เน้นกับคนไข้หรือว่ายาตัวนี้ทำไมถึงสั่งไว้แค่ 2 อาทิตย์ เพราะในใบสรุปประวัติที่เราได้รับมาจากการส่งต่อก็บอกอยู่แล้วว่าคนไข้ plan ต้องได้ยาแบบนี้ 1 ปี



หรือว่าแบบนี้เจอครับ ผมจนไม่กินยาแล้ว case นี้พยาบาลส่งต่อมาว่าไม่ไหวแล้วไปช่วยคุยหน่อยเถอะว่าเขาไม่ยอมกินยาเลย คนนี้สิทธิรักษาพยาบาล วันดีคืนดีก็มานั่งโวยวายว่า ที่ไม่กินเพราะผมเคยได้วิตามินบี 1,6,12 แล้วตอนนี้ รพ.ไม่จ่ายเพราะผมเป็นสิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ แล้วก็พาลลงอนกับยาไปทั้งถุงเลยไม่กินหมดเลยทุกโรค จะประท้วงอะไรกันก็ไม่รู้ เชื้อโหมว่าไปดูในซองยาของ รพ.นี้ที่เขาได้ ได้ Lobid original ด้วยนะคับ แล้วก็ **con call 5** แล้วก็ได้วิตามินบี 1 ก็ต้องไปนั่งคุยกันว่ายาก็คุณได้มันดีแล้ว และคุณขาปลายมือ ปลายเท้าเขาก็แก้ไขแล้วด้วยการมาให้บี 1 แยกไปเลย 1 ตัว เพราะฉะนั้นต้องฟังเยอะๆ ฟังแล้วคุยกับเขาหลายๆ เราจะรู้ว่าจริงๆ แล้วมันลึกๆ ทำไมเขาจึงไม่ซื้ยา เราต้องให้เวลากับเขาซึ่งไ้เวลาตรงนั้นมันไม่มีใน OPD หรือก ไม่มีตอน **DispleasingDisplanning** แต่มันจะมีที่บ้านแล้วผมก็เป็นประเภทเยี่ยมบ้านไม่ได้เอายอด เยี่ยมบ้านแบบเอามัน เคยอยู่บ้านหนึ่งครั้งชั่วโมงก็มี หรือบ้านหนึ่งเกือบชั่วโมงก็มี เผอิญพยาบาลเขาออกทุกวัน แต่เขาจะรวบรวมเอา case ที่มีปัญหาให้กับเราเอาไว้ว่าวันไหนคือผมจะออกเยี่ยมบ้านได้อาทิตย์หนึ่งจะ 1-2 ครั้ง เขาจะรวบรวม case พวกนี้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเอามาให้กับเรา



หรือเยี่ยมบ้านแล้วได้ของแถม case นี้เป็น case ที่ไปเยี่ยม Hypertention DM สุดท้ายด้วยความสอสุดรู้สึดเห็นของผม มองไปเจอซองบุหรี่เยอะมาก ผมเลยได้ทำ Smoking Cessation กับ case นี้ด้วย เพราะของเราเองเข้าคลินิกฟ้าใส ได้ทั้ง นิโคไทน์ได้น้ำ Nicotin ที่สะสมฟรี แล้วเราก็มีน้ำยาบ้วนปากที่อบบุหรี่ที่ฝ่ายผลิตยาของเราได้ทำเองด้วย เราก็ได้ทำ Smoking Cessationไปด้วย



เรื่องของการอาหาร บ่อยมากที่เราไปเยี่ยมบ้านแล้วนั่งบนโต๊ะอาหารแล้วเจออาหารแปลกๆ เจอคนไข้ที่เป็นเบาหวานแล้วเจอข้าวเหนียวมะม่วงอยู่ เจอคนไข้ที่เป็นความดันแล้วเจอปลาเค็ม แล้วชอบมากชอบปลาเค็ม หรือกินเค็มไหมย่าย?? เคยไปเยี่ยมบ้านคนจีน โอ้ย! อ้าวไม่เติมน้ำปลา แล้วเติมไร?? อ้าวเติมซีอิ๊ว เขาเข้าใจว่าความเค็ม

มาจากน้ำปลาแต่ไม่ใช่มาจากซีอิ๊ว นั่นคือความเชื่อของเขาแล้วไม่กินไม่ได้ ลูกสาวนั่งอยู่ข้างๆ บอกว่าคุ้ยยากจริงๆ พอคุ้ยเรื่องซีอิ๊วแกก็จะเปลี่ยนเรื่องทันทีแม่เราจะพยายามวนกลับมาที่ซีอิ๊วแกก็จะดึงเราเปลี่ยนจากซีอิ๊วของแก เราก็ต้องกลับมานั่งคุ้ยเยอะๆ สนุกนะ ผมชอบการเยี่ยมบ้านมันสนุกมันทำให้เราได้อะไรมาปรับใช้ในระบบ OPD เยอะมาก คนจีนเขาไม่ได้คิดว่าซีอิ๊วคือของเค็ม คำว่าเค็มของเขาคือน้ำปลากับเกลือ เขาคิดแค่นั้น เขาไม่คิดด้วยซ้ำว่าผงชูรสคือโซเดียม ผงชูรส ผงปรุงรสเขาไม่คิดว่าไอ้เนี่ยคือความเค็ม ซุปไก่ก้อน รสดี เขาไม่คิดว่าไอ้เนี่ยคือความเค็ม เพราะภาพของความเค็มเขาติดอยู่ที่น้ำปลากับเกลือเท่านั้น



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

อันนี้คือ case ที่ใส่สาย case นี้ขอบอกว่าเหนียวมาก อันนี้คือคนดูแลคือเด็กที่จ้างมาเป็นคนดูแล คนพาไปหาหมอคือลูกชาย ส่วนคนที่จัดยาให้คือลูกสาวที่ไปทำงานมันคนละเรื่องกันเลย



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



ผมจะให้ดูยา เห็นยาไหม อันนี้คือยาที่เหลืออยู่ อันนี้คือ **เดสพลัสกิ้ง** น้ำที่เหลืออยู่เยอะมาก ให้ยาสม่ำเสมอแต่
กลับไป รพ. ก็ไม่เคย ก็ยังได้ยานี้กลับมาตลอด ถามว่าบอกหมอใหม่ว่ามียานี้อยู่เยอะ? เขาบอกว่าบอก แต่หมอก็
ยังให้ ไม่รู้เป็นเพราะอะไร? แต่นี่คือสิทธิบัตรทองด้วย ไม่บอกชื่อ รพ.ดีกว่าแต่แอบเห็นซอง เห็นฉลากยาด้วย
แปลว่า รพ.นี้ใจดีมาก



และก็เรื่องของการใช้อาหารเสริม หลายๆ ครั้งขอข้อมูลยา คนไข้เขาคิดว่านี่ไม่เกี่ยวกับยาคนไข้ไม่ยอมบอกเราว่าเขากินอาหารเสริมอะไรบ้าง? เพราะฉะนั้นพยายามมองตรงจุดนี้ด้วย



อันนี้คือกล่องจัดยาเป็นมือ



อันนี้เราจะจัดค่อนข้างดี

รายการยา	วันที่	วิธีใช้	เวลา	วันที่	วิธีใช้	เวลา	วันที่	วิธีใช้	เวลา	วันที่	วิธีใช้	เวลา	วันที่	วิธีใช้	เวลา	วันที่	วิธีใช้	เวลา	
1. Levomef 500/50	1x 1 pc	/	/	2. Depakin	2x 1 pc	/	/	3. Nexl 300 mg	2x 1 pc	/	/	4. Atenolol 100	1x 1 pc	/	/	5. Nac long	1x 1 pc	/	/
6. doxycycline 2	1x 1 pc	/	/	7. Hydralazine 100	1x 1 pc	/	/	8. Serenol	1x 1 pc	/	/	9. bromhexine	1x 1 pc	/	/	10. deuterium	1x 1 pc	/	/
11. ...	...	...	...	12. ...	...	...	...	13. ...	...	...	...	14. ...	...	...	...	15. ...	...	...	

ตัว Profile ที่ชี้ให้เห็นว่าผม connect data อะไรไว้บ้าง



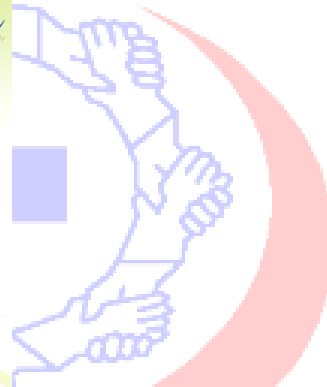
การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



อันนี้ให้ดู case คนไข้ที่มีความดันสูงมากแล้วเจ้าของตัวเลขคือคุณป้าคนนี้ ถามว่ากินยาความดันอะไร?? กิน **Atenolol** **Atenolol** นี้เอามาจากไหน? เพื่อนบ้านที่เป็นความดันให้มา สังเกตไข้ไหมคับสังคมไทยยังเอื้ออาหารเรายังเอื้อเพื่อเพื่อแผ่ยาแก่กัน



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

หรือว่า case นี้ยังมีปัญหาขาดยาเป็น CVA แล้วเดินไม่ได้ก็ไม่มีใครพาไปหาหมอ หลากๆ ครั้งเรายังต้องอาศัยนักสังคมสงเคราะห์ๆ ยังต้องมาทำบัตรคนพิการ อะไรต่างๆ เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้สำคัญมากในการส่งต่อข้อมูล อันนี้เป็น CVA เหมือนกันแล้วขาดยา



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

อันนี้เป็นภรรยาของเขา ขายอาหารคั๊บ ไปเยี่ยมบ้าน case คนไข้ขายอาหารจะมีปัญหากับยามื้อกลางวันเพราะมื้อกลางวันเป็นมื้อที่เขาต้องขายอาหาร จึงต้องมานั่งปรับมื้อกันใหม่อีก



อันนี้คือ case ฟอกไตที่ว่า แล้วก็มีปัญหาที่กิน **Apisolend** ผิด ปัญหาเรื่องยาจะเยอะมากพอสมควร

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 71 ปี BP 166/70 P 66 FBS 9.7

• RX 2 มกราคม 2554 - Amitriptyline 25 mg 1*1 hs - Flunarizine 5 mg 2*1 hs - Cinnarizine 25 mg 1*3 pc - Chalkcap 1000 1*1 pc • RX 19 มกราคม 2554 - Aspirin 325 mg 1*1 pc - Omeprazole 20 mg 1*2 ac	• RX 27 มกราคม 2554 - Glipizide 5 mg 1*1 ac - Amlodipine 5 mg 1*1 pc - Atenolol 100 mg ½*1 pc • RX 28 มกราคม 2554 - Tramadol 50 mg 1*3 pc - Diazepam 2 mg 1*2 pc - Lorazepam 0.5 mg 1*1 hs
--	---

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี



อันนี้ยา รพ. เดียวกัน เห็นไหมว่า วันที่ 2 ไป วันที่ 19 ไป 27 ก็ไป 28 ก็ไป พยาบาลบอกว่าช่วยหน่อยเหอะ
คนไข้ซึมมาเลยเขาบอกว่าเขาง่วงซึม มันจะไม่ซึมได้อย่างไร Amitriptyline Flunarizine Cinnarizine
Tramadol Diazepam และก็ Lorazepam



แล้ว case นี้ปัญหาครอบครัว ตัวเองอ่านหนังสือไม่ออกแต่ไม่ถูกกับสามี สามีจะจัดยาให้ก็ไม่ยอม สุดท้ายเราต้อง
กลายเป็นเป่าบั้นจิ้น ยอมจนสุดท้ายต้องยอมจนกระทั่งคุณป้าๆ ก็อ่านหนังสือไม่ออกแล้วแหละให้คุณลุงจัดให้
เรากลายเป็นการใจเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ไม่อย่างนั้นคุณป้าก็จะกินยาผิดไปเรื่อยๆ นี่คือนยาที่
เขามีอยู่ทั้งหมด ลองนึกภาพคนไข้ที่เขาอ่านหนังสือไม่ออกแล้วจัดยากินเองเพราะไม่ถูกกับสามี ถามสามี สามี
อยากจัดให้ แต่อีกไม่ยอมให้ฉันจัดไหนะ โอเค เดียวผมคุยกับอ๊ากของคุณลุงให้ เขาก็ต้องกลายเป็นเป่าบั้นจิ้นอยู่
2 ฝั่งอย่างนี้แหละ และสุดท้ายเขาก็ยอม บางทีเราไปดูปัญหาอื่นๆ แต่เราก็ไปจัดการปัญหาครอบครัวเขาได้



อันนี้คือน้องเภสัชที่ไปเยี่ยมบ้าน ผมดีใจอย่าง คือ เดิมนั้นมหาวิทยาลัยหลายๆ ที่ เริ่มส่งเด็กไปเข้าเยี่ยมบ้าน ผมเชื่ออย่างหนึ่งว่าปัญหาที่ทำให้เราไม่ออกเยี่ยมบ้านเพราะเรากลัว เราไม่มีทักษะ มันเป็นเรื่องใหม่ของวิชาชีพเรา เภสัชไม่เคยถูกสอนให้ออกเยี่ยมบ้าน เภสัชไม่เคยถูกสอนให้ทำงานชุมชน มันกลายเป็นความแปลก เป็นความใหม่ เพราะฉะนั้นถ้าจุดเริ่มต้นเริ่มตั้งแต่สมัยเรียน เราจะสบายแล้ว เพราะฉะนั้นผมถึงไม่ปฏิเสธเลยในการส่งเด็กให้มาฝึกเยี่ยมบ้าน แล้วเยี่ยมบ้านอย่างเดียว ผมให้ออกเยี่ยมบ้านทุกวันกับทีมพยาบาล แล้วเขาก็จะชิน วิชาชีพอื่นก็จะชินที่มีเราเข้าไปด้วย แล้วเราก็จะชินกับการที่เราต้องทำงานเชิงรุกแบบนี้

**ทักษะของเภสัชกร
ที่ต้องมีในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย**

- ทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม
- ทักษะในการพูด การฟัง และการสื่อสาร
- ทักษะในการสังเกต
- ทักษะในการเก็บข้อมูล
- ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล
- ทักษะในการนำความรู้ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เพราะฉะนั้นอันนี้คือจุดที่พี่ๆบอกต้องการมีมากๆ เลยคือทำงานเป็นทีมได้ ฟังเยอะๆ ยิ่งฟังยิ่งได้ และสิ่งสำคัญต้องสังเกตมากๆ ต้องเป็นคนสอดรู้สอดเห็น ใครรู้ตัวว่าเราเป็นคนสอดรู้สอดเห็นมากๆ นอกจากสอดรู้สอดเห็น

เรื่องชาวบ้านคนใน รพ. เราลองเปลี่ยนมิตลองไปสอดรู้สอดเห็นเรื่องของชาวบ้านที่บ้านบ้าง มันจะทำให้เราได้ประโยชน์เยอะเลย ที่สำคัญวิเคราะห์ข้อมูลได้เอาความรู้มาประยุกต์ใช้ อันมาปรับใช้ในการ Displeasing ที่ OPD เอามาปรับใช้ตอนที่เรามา Homecare ทำ **แอมส์** **priority care** เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน ผมเน้นตรงนี้ อย่าให้การเยี่ยมบ้านมันหยุดอยู่แค่การเยี่ยมบ้านแล้วจบอยู่แค่นั้น



เยี่ยมบ้านแล้วได้อะไรบ้าง หรือทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิแล้วได้อะไรบ้าง

ภญ. วัชรภรณ์ กุลวงศ์

จากการที่เราออกทำงานตรงนี้ เราจะได้เห็นปัญหาอะไรหลายๆ อย่าง เช่น การเยี่ยมบ้านเราก็จากหน่วยงานบางที่ ปัญหาที่คนไข้มีหรือที่เราเจออาจจะไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริง เมื่อเราไปเยี่ยมบ้านแล้วเราได้ค้นพบว่ามีปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม เราก็ได้รู้ปัญหาที่แท้จริงมากขึ้นก็จะได้แก้ไข ปัญหาได้ตรงจุด ส่วนเรื่องระบบยา ก่อนที่เราจะทำตรงนี้เราได้พบปัญหาอะไรหลายๆ อย่างเช่น ปัญหาทางคลินิก ระบบความเสี่ยงอะไรต่างๆ อย่างเช่น งานคลังบางที่อาจจะมียาที่วางบนพื้น เราก็แก้ไขตรงนี้ได้โดยจัดซื้อจัดหา **พาเลส** ให้ การควบคุมอุณหภูมิต่างๆ เรื่องความเสี่ยงตรงนี้เราก็เข้าไปจัดการตรงนี้ทำให้ลดความเสี่ยงลงได้

ภก.ธีรภัทร ฉันทพันธ์

ในมุมมองของผมในงานเยี่ยมบ้าน อย่างที่พี่โอบอกมันเป็นมิติใหม่ เป็นบทบาทใหม่ของเรา ถ้าถามว่าการเยี่ยมบ้าน คนที่ยังไม่เคยลง อาจจะเอะ ฉันทะลงไปทำอะไร? แต่พอเมื่อลงไปแล้วเรานี้แหละเราจะรู้เองจริงๆ ว่าเราต้องทำ หรือวิชาชีพเภสัชที่เราต้องเอาไปใช้在那นั้น เราจะรู้เองได้อัตโนมัติ เราเรียนมา 5 ปี 6 ปี ความรู้เรามีเพียบอยู่แล้ว เรามีอยู่แล้ว แต่เราจะนำตรงนั้นไปใช้ยังไง ต้องลงถึงจะเจอถามว่างานเยี่ยมบ้านเหนื่อยไหม? ผมบอกเลยผม เหนื่อยกายแต่สุขใจคับ

ภก. จตุพร ทองอิม

การเยี่ยมบ้านคนไข้โรคเรื้อรังมีจุดจะพิจารณาหลักๆ นอกจากเยี่ยมคนไข้แล้วอย่าลืมเยี่ยมญาติ โดยเฉพาะคนไข้ โรคเรื้อรัง หลายๆ ครั้ง ญาติเขาต้องปรับตัวเองมากๆ ในการดูแล อย่าลืมนัดคนดูแลด้วย แล้วคนไข้ส่วนหนึ่งพอรู้ว่าเขาเป็นโรคเรื้อรัง เขาจะรู้เลยว่าวิถีชีวิตเขาต้องเปลี่ยนแล้ว เราจะต้องทำให้เขารู้สึกว่าเขาจะต้องอยู่อย่างไกรับ โรคเรื้อรังที่เขาเป็นอยู่อย่างมีความสุข ที่สำคัญอีกอันคือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเรากับคนที่เราไปเยี่ยม อันนี้ สำคัญมากๆ ผมมีความสุขมากกับพยาบาลไม่สามารถ convince คนไข้คนหนึ่งมารักษาความดันโลหิตสูงได้เลย เยี่ยมเป็น 7-8 ครั้ง แต่สุดท้ายเมื่อวันนั้นผมไปเยี่ยมคุยกันจนแบบว่าสุดท้ายแล้วอีก 2 วันถัดมาผมเจอเขาที่ OPD ผมรู้สึกว่ามันมีความสุขมาก ผมพูดจนแบบว่า ให้คุณลงใจไม่เป็นลูกค้าผมเลยหรอ มาไม่มียาให้ผมดูเลย มาหอนั่งคุยกันนานมากแต่อีก 2 วัน ผมเจอเขาที่ OPD แกบอกผมว่า มาให้แล้วนะ เราดีใจมากคับแล้วก็มีมันสูงจริงๆ อันนี้แหละเราทำตรงนี้ได้ และอีกอันหนึ่งที่เรายี่ยมบ้านการทำงานกับคนไข้ เราต้องเอาความรู้ทาง วิชาการมาปรับใช้จริงกับชีวิตคนไข้เพราะเด็กเภสัชหรือเภสัชกรหลายๆ คน เป็นนักทฤษฎีจำ เรามีความรู้เยอะ มาก เราก็กักไม่ยอมงอ หลายๆ ครั้งเราต้องยอมงอบ้าง เพราะมันคือความเป็นจริงในการใช้ชีวิตของสังคม

บทส่งท้าย

เภสัชกรหญิงวิชชุดี พิตรากุล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

ขอสรุปสั้นๆ ตรงนี้ว่า จริงๆ แล้วเราจะเห็นได้ว่า เภสัชปฐมภูมิหรือในเรื่องของตรงส่วนนี้มองว่า ตอนนี้เราจะไปทางไหน การที่เราจะไปทางไหนตรงส่วนนี้จากประสบการณ์ของทั้ง 3 รพ. เราก็จะเห็นได้ว่ามัน จะมีความเหมือนหรือความแตกต่างตรงส่วนนี้ ตอนนี้เราจะมโนนโยบายที่เอื้อจาก สปสช. ที่เขาอยากให้เราลงไป เยี่ยมบ้านตรงส่วนนั้น หรือลงไปเฝ้าเภสัชกรปฐมภูมิตรงส่วนนั้น ที่นี้เราคงต้องดูนโยบายใน รพ.ของเราว่าเป็น อย่างไร ถ้านโยบายภายนอกได้เอื้อมาแล้ว แล้วเราเองในตัวเชิงระบบเราจะมีการเตรียมตัวเราเองอย่างไร เช่น

เราอาจจะต้องมีการเตรียมบุคลากรอย่างไรในเรื่องของทักษะต่างๆ ที่น้องเขาได้เล่ามา หรือเรื่องอัตรากำลัง เราเองเราจะต้องดูใหม่ว่าอะไรที่ต้อง **Must me** เกสซ์ **Shoul be** เกสซ์ จะเห็นได้ว่างานหลายๆ อย่างเราแค่เข้าไปช่วยวางระบบและแค่เฝ้าติดตาม แต่งานหลายๆ อย่างที่น้องๆ เล่าให้ฟัง โดยเฉพาะงานเยี่ยมบ้านมองว่าตรงส่วนนี้ อาจจะต้อง **Must me** เกสซ์ ในหลายๆ เรื่องปัญหาถ้าไม่ใช่เกสซ์อาจจะไม่เจอ ถ้าไม่ใช่สอดรู้สอดเห็น เราจะเห็นความหลากหลายของปัญหาค่อนข้างเยอะมาก เรามีปัญหาเรื่องยาข้างเตียงที่ รพ. ตอนนี้มีปัญหาเรื่องยาข้างบ้านที่บ้านของคนไข้แล้วนะตรงส่วนนี้ ส่วนนี้มันคือ Medication Related Popblame ทั้งนั้นเลย พวกนี้เราจะค้นหาอย่างไร มันช่วยแก้ปัญหาตรงส่วนนี้อย่างไร ณ วันที่นี้น้องๆ มาเล่าให้ฟัง ส่วนใหญ่น้องๆ เจอปัญหาแล้วก็แก้ไขอย่างนี้น้องๆ บอกเจอปัญหาแล้วโทรศัพท์ทันที คงต้องซื้อโทรศัพท์ที่โทรฟรีให้ เพราะฉะนั้นตรงนี้เราจะมีการรวบรวมปัญหาตรงส่วนนี้เพื่อที่จะ Feedback ไปยังที่ระบบ ถ้าอย่างวันนี้ที่ตัวเองจับได้อย่างหนึ่งคือที่บ้านแต่สุดท้ายแล้วย่ำลึมนะว่ามัน Feedback กลับไปยังระบบจัดซื้อจัดหาใน รพ. ได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเปลี่ยนบริษัทยาแล้วแพคเกจต่างกันแล้วคนไข้เอาไปกินซ้ำกัน ดิฉันคิดว่าตรงนี้น่าหลายคนอาจจะเคยเห็นเจอปัญหา เราเห็นปัญหาแล้วว่า **Insuring** ที่คนละบริษัทกัน เพราะฉะนั้นตรงส่วนนี้หลายๆ เรื่องมันสามารถ Feedback เข้าไปยังระบบจัดซื้อจัดหาได้ หลายๆ เรื่องสามารถ Feedback ไปที่ระบบการ **DispleasingDisclensing** ยาของเราได้ ซึ่งตรงนี้เราต้องอาศัยข้อมูลอะไรอีกเยอะเพื่อมา **support** ตรงส่วนนี้ว่ามันมีปัญหามั้ย นะตรงส่วนนี้ สุดท้ายแล้วมันจะลงไปตรงส่วนนี้ถ้าทุกอย่าง **support** หมดแล้วแต่เกสซ์ไม่มีใจ หลายๆ คนอาจจะมองว่าจะลงไปทำไมฉันเป็นเกสซ์ฟาร์มดิฉันไม่สามารถทำปฐมภูมิได้ ไม่ใช่เลยนะคะไม่ว่าจะเป็น **Pharmaceutical care** หรือ **Medication Related Popblame** มันอยู่ทุกๆ ที่ เพราะฉะนั้นอยากจะสรุปตรงนี้ว่า ความรับผิดชอบของเกสซ์กรรมมันไม่ได้อยู่ที่ รพ. มันไม่ได้จบที่ รพ.แล้ว ความรับผิดชอบของเรามันต้องลงไปสู่ชุมชนแล้วนะคะ อันนี้ก็ขอฝากพี่ๆ น้องๆ ชาวเกสซ์กร และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย