บทที่ 1

บทนำ

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนายาต่าง ๆ และผลิตออกจำหน่ายในท้องตลาดมากมาย ทั้งนี้เพื่อใช้ป้องกันและแก้ไขอาการหรือโรคต่างๆ ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงและพบสาเหตุที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายหลักของการใช้ยา คือ เพื่อระงับหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย และ เพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทุกวันนี้ได้มีความเจริญก้าวหน้าในวิทยาการและเทคโนโลยีที่ช่วยให้มนุษย์มีความรู้ความสามารถในการรักษาด้วยยามากยิ่งขึ้น แต่จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าในส่วนของ การควบคุมความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต่าง ๆ ที่เผยแพร่ในวารสาร ตลอดจนการศึกษาต่าง ๆ (ปรมินทร์ วีรอนันตวัฒน์, 2534; เทียมจันทร์ ลีพึ่งธรรม, 2535; สัมมนา มูลสาร, 2537; กนกวรรณ ภู่ไพศาล ,2537; Rosenberg , 1968; Schimmel , 1969; Allen & Barker ,1990; Hepler and Strand,1990; Einarson, 1993; Hvizdoz ,1993; Drummond, Peterson, and Kaye, 1994; Kistner et al.,1994; Schneider and Hartwig, 1994; Shah , Emont , and Johnson ,1994; Thornton and Koller ,1994) ซึ่งพบว่าสามารถเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ในทุก ๆ ขั้นตอนของการใช้ยา และพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (Medication Errors) อาจแบ่งตามขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการใช้ยาได้ดังนี้
    1.1. ความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยา (Prescribing Errors)
    1.2. ความคลาดเคลื่อนของการคัดลอกคำสั่ง (Transcribing Errors)
    1.3. ความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยา (Dispensing Errors)
    1.4 ความคลาดเคลื่อนของการบริหารยา (Administration Errors)
2. ผลหรือภาวะอันไม่พึงประสงค์ของยา (Adverse Drug Reactions)
3. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Medication Noncompliance)

อย่างไรก็ตามปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ บางส่วนจัดเป็นปัญหาที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนลงได้ (Melmon , 1971; Lakshmanann ,1994) โดยการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาก่อนที่จะเกิด ถ้าได้มีการเสริมช่องว่างในกระบวนการใช้ยาโดยเภสัชกรซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้มีโอกาสเข้าไปดูแลและค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาซึ่งจะช่วยให้สามารถหาแนวทางในการแก้ไขหรือป้องกันต่อไปได้ทันท่วงที

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีความตื่นตัวในการพัฒนางานด้านเภสัชกรรมมากว่า 30 ปี (Angaran et al,1988) ได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนโครงสร้างพื้นฐานของงานเภสัชกรรม และบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร จนกระทั่งมีการกำหนดเป็นปรัชญาแห่งวิชาชีพ ทำให้ทิศทางของงานบริการด้านเภสัชกรรมมุ่งเน้นความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกเหนือจากบทบาทเดิม คือ ความรับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา (Keith and Foster ,1992; Ivey ,1993; Canaday ,1994) ซึ่งในบทบาทดังกล่าว เภสัชกรจะต้อง มีความรู้ ทักษะ และแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ประกอบกับการติดต่อประสานงานกับบุคลากรในวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมืออันดีในการบริบาลผู้ใช้ยา และในปัจจุบันบทบาทในการบริบาลผู้ใช้ยาโดยเภสัชกรนับเป็นเป้าหมายหลักแห่งวิชาชีพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลการรักษาตามคาดหมาย และช่วยเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาดีขึ้น (Hepler and Strand ,1990; Enright and Flagstad ,1991; Ploetz and Boh ,1992; ASHP ,1993; Ferris and Kirking ,1993)

จากการศึกษาผลการปฏิบัติงานในด้านการบริบาลผู้ใช้ยาโดยเภสัชกร เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวทแก่แพทย์ (Stainslav ,et al.,1991) การปรับระดับยาในผู้ป่วยโรคไต (Golightly , et al ,1993) การเข้าร่วมในการวางแผนรักษาผู้ป่วย (Chase and Brainbridge ,1993) เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้มีผลที่แสดงให้เห็นว่า เภสัชกรสามารถเป็นส่วนสำคัญในทีมงานสุขภาพ ที่จะช่วยให้กระบวนการใช้ยามีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่ายิ่งขึ้น

สำหรับในประเทศไทย ก็มีความสนใจปรับบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลมีการทดลองปฏิบัติกิจกรรมใหม่ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกัน เช่น การให้บริการข้อมูลข่าวสารทางยา, การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, บริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย , การให้บริการวัดระดับยาในเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีการประกาศกำหนดบทบาทของเภสัชกรในหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2536 ให้ปฏิบัติงานต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันกิจกรรมเหล่านี้มักยังอยู่ในขั้นทดลองและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรที่จะปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีกระแสแนวความคิดเรื่องพันธกิจแห่งวิชาชีพเภสัชกรรมเรื่อง **การบริบาลผู้ใช้ยา** ขึ้น อันเป็นลักษณะผนวกกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรม เพื่อดูแลผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรจะมีหน้าที่หลัก 3 ประการ **คือ** การบ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, การแก้ปัญหา, และการดำเนินการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง จึงเป็นแรงผลักดันให้มีการศึกษาในด้านความเป็นไปได้หรือรูปแบบที่เหมาะสม ในทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกร เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติจริงต่อไป

ในส่วนของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) เป็นกลุ่มศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในประชากรทั่วโลก และจากข้อมูลในปี 2536 ซึ่งรวบรวมโดยส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 1 ของประชากรไทย (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2536) สำหรับในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงปีละ 5,000,000 ราย และในกลุ่มนี้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1,500,000 ราย หรือร้อยละ 30 ของอัตราตาย (เดือนฉาย ชยานนท์ ,ฉลาด โสมบุตร์ และ ถาวร สุทธิไชยากุล , 2537) และในประเทศไทยได้มีการศึกษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (มาลินี คงทอง ,2527) พบว่ามีอัตราตายร้อยละ 18 เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลพระมงกุฎ และ โรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอัตราตายไม่ต่างกันมากนักคืออยู่ในระหว่างช่วงร้อยละ 16-24 นอกจากนี้ในการศึกษาเรื่องการตายด้วยโรคหัวใจอย่างกระทันหัน (จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ และ ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ ,2529) พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหัวใจอย่างกระทันหัน (Sudden Cardiac Death) มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลรามาธิบดี, โรงพยาบาลเชียงใหม่, และโรงพยาบาลศิริราช (กุลสุดา เจียมสุชน และคณะ ,2535) และจากสรุปรายงานเรื่องระบาดวิทยาของโรคหัวใจในประเทศไทย (กมล สินธวานนท์ และ อุไรวรรณ คชาชีวะ ,2536) สรุปได้ว่า อุบัติการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคนไทย ต่อปี จะมีคนเป็นโรคเพิ่มขึ้น 3 คน ต่อ ประชากร 1000 คน

จะเห็นได้ว่าจากสถิติต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการดำเนินของโรคไปในทางที่รุนแรง และเป็นอันตรายต่อชีวิตค่อนข้างสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีการใช้ยาร่วมกันหลายขนานเพื่อรักษาหรือควบคุมอาการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา

นาน รวมทั้งการใช้ยาเพื่อควบคุมปัจจัยเสริมของโรค เช่น ยาลดไขมันในเลือด เป็นต้น และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็มีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ดังรายงานการติดตามการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า มีการสั่งใช้ยาในระหว่างอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 21 ขนาน และการสั่งยาให้ผู้ป่วยกลับไปบริหารเองที่บ้านเฉลี่ยรายละ 7 ขนาน (สุชาดา ธนภัทร์กวิน ,2537) และความซับซ้อนของการใช้ยาดังกล่าว ทำให้มีโอกาสก่อปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้น ตัวอย่างเช่น จากรายงานของศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาโดย San Juan Department of Veteran Affair Medical Center พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 21.2 ซึ่งเป็นอันดับสองรองจากยาปฏิชีวนะ (Nazario , Feliu , and River ,1994) และจากการติดตามผลการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยนอก (ปรมินทร์ วีระอนันตวัฒน์ ,2534) พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเฉลี่ยร้อยละ 27.63 และหลังจากเภสัชกรให้คำแนะนำในการใช้ยาและบริการติดตามปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง พบว่าสามารถลดปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงทำการศึกษา โดยการจัดตั้งแนวทางการบริบาลผู้ป่วย ในทุก ๆขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จนถึงขั้นตอนที่ผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล โดยการติดต่อประสานงานกับบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล การวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการบริบาลผู้ใช้ยาโดยเภสัชกรในลักษณะครบวงจร เพื่อหวังผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการบริบาลผู้ใช้ยากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเภสัชกร
2. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการบริบาลผู้ป่วยโรคดังกล่าว ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยา จนถึงขั้นตอนที่ผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาตามนัดหลังออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาผลกระทบในด้านทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยต่อการให้บริการตามรูปแบบที่กำหนด

การคัดเลือกสถานที่ทำการวิจัย

การคัดเลือกสถานที่ทำการวิจัย มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ได้รับความยินยอมและสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. มีความพร้อมทางด้านบุคลากรและทรัพยากร ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวก
3. ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาและขีดความสามารถของผู้วิจัย จึงจำเป็นต้องเลือกทำการศึกษาในโรงพยาบาล 1 แห่ง และโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวคือ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 1000 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ โดยดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตึกอายุรกรรม และเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาตามนัด หลังออกจากโรงพยาบาล ณ คลินิกเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา คือ ระหว่างเดือน กันยายน 2537 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2538 เท่านั้น ดังนั้น ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัย จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั่วไปได้ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างในเรื่องของลักษณะประชากร และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ดังนั้น การนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ จึงควรตระหนักในข้อจำกัดเหล่านี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโดยเภสัชกรในด้านการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ หรือดำเนินการในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ต่อไป
2. เกิดการพัฒนางานด้านเภสัชกรรม โดยเภสัชกรมีบทบาทและมีส่วนรับผิดชอบต่อการดูแลและรักษาผู้ป่วยมากขึ้น
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น และช่วยเสริมให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดียิ่งขึ้นต่อวิชาชีพเภสัชกรรมในทัศนคติของบุคคลทั่วไป
4. ช่วยลดภาระในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาให้กับบุคลากรในสายงานเดียวกัน เช่นแพทย์, พยาบาล และเกิดการทำงานร่วมกันเป็นคณะ แต่ละวิชาชีพเกี่ยวข้องได้ใช้ความรู้ความสามารถในสาขาของตนเองได้เต็มที่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป