

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันศาสตร์ได้มีการปรับกระบวนทัศน์ (paradigm shift) ไปสู่การปฏิบัติงานที่มีลักษณะวิชาชีพเฉพาะ โดยเปลี่ยนจากการเน้นบริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ (product-oriented) มาเป็นการให้บริการโดยเน้นตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient-oriented) เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามที่กำหนดและเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹ โดยกระบวนการของการบริหารเวชกรรมจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในรูปแบบของทีมสหสาขา (multidisciplinary team หรือ patient care team) อันได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำแผนการให้บริบาลทางเวชกรรม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ยารักษาโรคของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ตลอดจนการตรวจตราและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย โดยอาศัยทักษะในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและคาดว่าจะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาและการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา² ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาสามารถเกิดได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา และอาจก่อให้เกิดผลเสียต่างๆตามมา ดังเช่นในสหรัฐอเมริกาที่พบว่ามีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในแต่ละปีจากปัญหาอันเนื่องมาจากยา มูลค่าสูงกว่า 177,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ³ นอกจากนี้ในหลายการศึกษาพบว่าปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่สามารถป้องกันได้ โดยมีสาเหตุหลักมาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย⁴⁻⁸ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรโดยตรงที่จะให้การบริบาลทางเวชกรรมเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากยาและนำไปสู่การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีรายงานว่าอุบัติการณ์ของโรคหืดกำลังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในแทบทุกประเทศในโลก⁹⁻¹¹ อุตติการณ์ของโรคหืดในประเทศไทยมีประมาณร้อยละ 4-13 ของประชากรทั้งหมด⁹ จากการสำรวจเด็กในวัยเรียนในกรุงเทพและขอนแก่น พบเด็กที่มีอาการหอบและหายใจมีเสียงหวีดสูงถึงร้อยละ 10-13¹²⁻¹⁴ การสำรวจความชุกของโรคหืดในผู้ใหญ่ในกรุงเทพ, เชียงใหม่, ขอนแก่นและสงขลาพบว่าผู้มีโรคหืดร้อยละ 4 สำหรับจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งหมด¹⁵ ส่วนในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ป่วยนอก 2,701 ราย มารับการรักษา 6,269 ครั้ง และจากสถิติในหลายปีที่ผ่านมายังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆปี¹⁶ โรคหืดเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการ

คายก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในทางตรงและทางอ้อมในมูลค่าที่สูงมาก โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินและการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล^{3,17} นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยได้รับการรักษาด้วยยาที่มีวิธีการใช้เฉพาะและมักพบปัญหาจากยาเกิดขึ้นเสมอ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างถูกต้องจะช่วยลดความเจ็บป่วยและการตายจากหืด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁸ และจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยและของรัฐลงได้เป็นอย่างมาก เกสซ์กรจึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการใช้ยาซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากต่อการรักษาโรคหืด

ในหลายการวิจัยได้มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืด โดยผลลัพธ์ที่นำมาใช้ในการประเมินก็จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละวิจัย ซึ่งผลลัพธ์ที่นำมาศึกษาโดยทั่วไปได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืด ทักษะในการใช้ยาพ่นรักษาโรคหืด ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอด คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาโดยทั่วไปพบว่าบทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดให้ผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งในทางด้านคลินิก ด้านเศรษฐศาสตร์และด้านความเป็นมนุษย์¹⁸⁻²⁴ โดยผลลัพธ์ที่ได้อาจแตกต่างกันออกไปตามรูปแบบของการบริหารทางเภสัชกรรม โดยจะต้องพิจารณาปรับรูปแบบของการบริหารทางเภสัชกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละแห่ง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1500 คนต่อวัน งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกนับเป็นงานบริการด่านหน้าที่สำคัญของงานเภสัชกรรม จึงได้มีการศึกษาปัญหาและมีการวางแผนพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการจัดตั้งโครงการให้บริการเชิงรุก โดยให้เภสัชกรเข้าร่วมทำงานกับทีมสุขภาพที่ห้องตรวจอายุรศาสตร์ในคลินิกโรคเรื้อรัง 4 คลินิก ได้แก่ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คลินิกเบาหวานและไขมันในเลือดสูง คลินิกโรคภูมิแพ้ระบบภูมิคุ้มกันและข้อ รวมถึงคลินิกโรคหืด เพื่อให้มีการประสานงานใกล้ชิดกับทีมสหสาขา ทำให้การปฏิบัติงานด้านการป้องกันหรือแก้ปัญหายาทางยาสามารถกระทำได้ทันทั่วทั้งที่ ทั้งนี้เพราะเภสัชกรได้รับข้อมูลครบถ้วนและสามารถสื่อสารโดยตรงกับแพทย์และผู้ป่วยในเวลาเดียวกันได้ ทำให้เพิ่มความสามารถของเภสัชกรในการทบทวนความเหมาะสมของยาที่ใช้ รวมถึงการค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดเนื่องจากยา²⁵⁻²⁷ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น

จากการศึกษาปัญหาที่เกิดเนื่องจากยาในผู้ป่วยนอกที่มาเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลศรีนครินทร์²⁸ พบปัญหาที่เกิดเนื่องจากยา 170 ปัญหาจากผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 112 ราย และปัญหาที่เกิดเนื่องจากยาที่พบมากที่สุดคือปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งพบร้อยละ 76.5 ของจำนวนปัญหาที่เกิดเนื่องจากยาทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกวิธี รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแบบแผนการให้ยาที่แพทย์สั่ง

การบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาประมาณ 4 ปี ที่ผ่านมายังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมในผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ามารับบริการทุกรายได้ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาโดยเฉพาะปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเจ็บป่วย การตาย คุณภาพชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการขยายงานให้ครอบคลุมผู้ป่วยในจำนวนที่มากขึ้น รวมถึงปรับปรุงรูปแบบของการบริหารทางเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น แต่ก่อนที่จะปรับปรุงหรือขยายงานควรมีการประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมจากการที่เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาว่ามีผลลัพธ์แตกต่างจากผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างไร ซึ่งจากการศึกษาการให้บริการของเภสัชกรที่ผ่านมาเป็นเพียงการประเมินกระบวนการทำงานเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ทำการประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในด้านการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาที่พบมากที่สุด ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืดจากการที่เภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาและโรคให้กับผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกซึ่งได้แก่ผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอด และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหืดต่อการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปปรับใช้กับการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาผู้ป่วย อันเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์และเพื่อให้เกิดการยอมรับในบทบาทของเภสัชกรที่จะพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในด้าน:

1. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืด
3. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหืด, ค่า FEV1 (Force Expiratory Volume in 1 second), PEF (Peak Expiratory Flow Rate) และ Pd20 (Provocative dose that decreases the FEV1 by 20%)
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของเภสัชกร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจะเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม
2. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม
3. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม
4. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจะมีความพึงพอใจในการให้บริการของเภสัชกรมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาและติดตามผลในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหืด ห้องตรวจอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2546 ถึง เดือนมีนาคม 2547

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้
2. ในการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกต ดังนั้นการค้นพบปัญหาจึงขึ้นอยู่กับทักษะในการค้นหาปัญหาของผู้วิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) หมายถึง ความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกรที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹ โดยหลักการพื้นฐานของการปฏิบัติงานคือ การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาและการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากยา
2. ปัญหาที่เกิดเนื่องจากยา (Drug related problems ; DRPs) เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือมีผลต่อการรักษา การแบ่งประเภทปัญหาการรักษาด้วยยาซึ่งใช้ในงานบริหารทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ดัดแปลงมาจาก Cipolle และคณะ²⁹ แบ่งออกได้เป็น 10 ประเภทดังนี้คือ

- 2.1 จำเป็นต้องได้รับยารักษาแต่ไม่ได้รับ (Need for additional drug therapy)
- 2.2 การเลือกยาไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
- 2.3 การใช้แบบแผนการให้ยาไม่เหมาะสม (Improper dosage regimen)
- 2.4 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Noncompliance)
- 2.5 การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (Failure to received drug)
- 2.6 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction)
- 2.7 การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
- 2.8 การได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)
- 2.9 การใช้ยาซ้ำซ้อน (Duplicate medication)
- 2.10 อื่นๆ (Miscellaneous)

3. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Noncompliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ เพื่อให้หายจากอาการหรือโรคทั้งโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการประเมินความถูกต้องในการใช้ยาสุดพันของผู้ป่วย โดยจะถือว่าผู้ป่วยมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เมื่อมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. วิธีการใช้ยาสุดพันไม่ถูกต้อง
2. การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง
 - การใช้ยาในปริมาณมากกว่าที่แพทย์สั่ง
 - การใช้ยาในจำนวนครั้งที่มากกว่าที่แพทย์สั่ง
3. การใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
 - การใช้ยาในปริมาณน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
 - การใช้ยาในจำนวนครั้งที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
 - การขาดการใช้ยา หรือหยุดการใช้ยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง
4. การใช้ยาในเวลาต่างจากที่แพทย์สั่ง

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา โดยใช้ข้อมูลทางด้านอาการของผู้ป่วย (symptoms) และผลการทดสอบสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry โดยวัดผลจากค่า FEV1, PEFr และ Pd20

4.1 FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second) คือ ปริมาตรลมที่เป่าออกมาในช่วง 1 วินาทีแรก หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ ซึ่งค่า FEV1 เป็นปริมาตรลมที่ผ่านออกมาจากทางเดินหายใจส่วนต้นและส่วนกลางและเป็นครรรชนีที่ใช้วัดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ³⁰

4.2 PEF (Peak Expiratory Flow Rate) เป็นอัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออก ค่าที่วัดได้มีหน่วยเป็น ลิตรต่อนาที (L/min) ค่า PEF เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะอุดกั้นของหลอดลมขนาดใหญ่ อย่างคร่าวๆ³⁰

4.3 Pd20 (Provocative dose that decreases the FEV1 by 20%) เป็นค่าที่ได้จากการทดสอบความไวของหลอดลม โดยเป็นปริมาณ (dose) ของ methacholine ที่ทำให้ค่า FEV₁ ลดลงร้อยละ 20 ซึ่งค่าที่ได้มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหืด โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมักจะมีค่า Pd20 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 μmol ³⁰

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและยาที่ใช้รักษาโรคหืดเพิ่มขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
2. จากผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่เกิดขึ้นสามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย
3. เกิดการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการให้บริหารเภสัชกรรมและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย