

ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
จังหวัดชัยภูมิ

พรหมพร สมจันทร์

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดตั้งคลินิกเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย เทคนิคในการใช้ยาพ่น ความร่วมมือในการใช้ยาและสมรรถภาพปอด

รูปแบบวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 – 31 ตุลาคม 2562 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 126 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในขณะที่ไม่มีอาการ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 รองลงมาคือ การสั่งใช้ยาในขนาดต่ำเกินไป จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.71 เทคนิคการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องก่อนและหลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 และ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีเทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.31 เป็น 50.80 และ 58.73 ตามลำดับ และผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.53 เป็น 51.58 และ 57.14 ตามลำดับ ส่วนค่าสมรรถภาพปอด (FEV₁) ก่อนและหลังให้คำปรึกษา พบว่า ค่า FEV₁ เพิ่มขึ้นจาก 65.50 เป็น 65.96

สรุปผลการวิจัย : การให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยมีเทคนิคการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ก็ทำให้ละอองยาเข้าไปในปอดเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดอาการหอบที่รุนแรงลงได้

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การให้คำปรึกษาด้านยา

*โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ



**Effects of drug counseling in the patients with chronic obstructive pulmonary disease in
Phu Khieo Chalerm PraKiat Hospital Chaiyaphum Province.**

Promphorn Somjan

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major cause of illness and death, and has major impact on quality of life. Phu Khieo Chalerm PraKiat Hospital established a COPD clinic and pharmacists provided pharmaceutical care together with a multidisciplinary team.

Objective: To study the outcomes of pharmaceutical care on patient treatments including drug related problems (DRPs), inhaler technique, medication adherence and lung function tests.

Methods: A retrospective descriptive one-group study was carried out on outpatients of Phu Khieo Chalerm PraKiat Hospital from 1st January 2019 to 31st October 2019. All patients were assessed for inhaler technique and medication adherence before and after counseling intervention. Relevant data were gathered and analyzed using descriptive statistics.

Results: A total of 126 patients were assessed. The majority of patients were male 105 patients (83.33%). Most DRPs were patients using a bronchodilator while exhibiting no symptoms, 21 patients (16.66%) and those prescribed too low dosage of medication, 11 patients (8.71%). Patient's inhaler technique scores increased by 10.31 % to 50.80 % and 58.73 % before counseling, after the first and second counseling interventions, respectively. Adherence increased by 32.53 %, to 51.58 % and 57.14 % before counseling, after the first and second counseling interventions respectively. Patient's FEV₁ increased by 65.50 % to 65.96 %.

Conclusion: Counseling intervention was found to reduce the problems relating to drug use, improving patient's inhaler technique and medication adherence, resulting in the decline of acute COPD exacerbation.

Keywords : chronic obstructive pulmonary disease, drug counseling

* PhuKhiaoChalermPraKiat Hospital, Chaiyaphum Province



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นภาระของครอบครัว ทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาที่สูง⁽¹⁾ จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะป็นสาเหตุของการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2561 อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ 40 คนต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 จำนวน 159,398 คน และปี พ.ศ. 2559 จำนวน 152,319 คน โดยในเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด และเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันมากที่สุด⁽³⁾

ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) จัดทำ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) guideline⁽⁴⁾ โดยมีเป้าหมายในการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของอาการของโรคในระยะสั้น และผลเสียต่อสุขภาพ ป้องกันการเกิดอาการกำเริบในระยะยาว

จากสถิติผู้ป่วยนอกของคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการ จำนวน 570, 625 และ 709 คน ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากสถิติพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้น เดิมบทบาทของเภสัชกรจะเน้นการบริการจ่ายยา และให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาพ่นกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา เพียง 1 ครั้งและไม่มีการติดตามความร่วมมือ

ในการใช้ยาของผู้ป่วยอีก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีทีมสหวิชาชีพร่วมให้บริการ จึงได้มีการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เภสัชกรเข้ามามีบทบาทในการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีภารกิจให้คำแนะนำปรึกษากับผู้ป่วยเรื่องเทคนิควิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง ความสำคัญของการใช้ยาตลอดจนการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการใช้ยามากขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลลดอัตราการกำเริบของโรค ลดการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบขึ้นได้^(6,7) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย เทคนิคในการใช้ยาพ่น ความร่วมมือในการใช้ยา และสมรรถภาพปอด

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ทุกวันจันทร์ เวลา 08.30-12.00 น. ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ตุลาคม 2562 โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽⁸⁾ ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 127 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา
3. ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ตามนัด และได้รับการติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยเคยบันทึกไว้ และข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 6/2564

การประเมินผล

การประเมินเทคนิคในการพ่นยาที่ถูกต้อง เมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา (จากการซักประวัติผู้ป่วย หรือผู้ช่วยที่นำมาเพื่อติดตามการใช้ยา) หลังจากเภสัชกรสอนและสาธิตวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบแล้ว จะให้ผู้ช่วยทดลองพ่นยาจนสามารถทำได้ถูกต้อง (เป็นการประเมินครั้งที่ 1) และเมื่อผู้ป่วยมาตามนัดครั้งต่อไป จะเป็นการประเมินครั้งที่ 2 ถ้าพบว่าผู้ป่วยยังมีเทคนิคในการพ่นยาที่ไม่ถูกต้อง เภสัชกรจะสอนการใช้ยาพ่นซ้ำ และให้ผู้ช่วยทดลองพ่นยาจนสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง และประเมินครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดครั้งต่อไป

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาพ่น โดยทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เภสัชกรจะสอบถามผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาพ่นควบคุมอาการ (controller) ว่าพ่นยาสม่ำเสมอทุกวันหรือไม่ สัมพ่นยาที่ครั้งใน 1 เดือน

ผลการศึกษา

1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 195 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษา มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 126 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 105 ราย (ร้อยละ 83.33) เพศหญิง 21 ราย (ร้อยละ 16.67) มีอายุน้อยที่สุดคือ 27 ปี และมีอายุมากที่สุดคือ 82 ปี มีอายุเฉลี่ย 64.98 ± 9.29 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี (ร้อยละ 70.63) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว 88 ราย (ร้อยละ 69.84) ระยะเวลาที่เป็นโรค เฉลี่ย 7.95 ± 3.46 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรค 6-10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ส่วนผู้ที่มีโรคร่วม พบว่ามีโรคเรื้อรังที่เป็น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 13.49) โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 10 ราย (ร้อยละ 7.94) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 6 ราย (ร้อยละ 4.76) โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3 ราย (ร้อยละ 2.38) โรคเบาหวาน 3 ราย (ร้อยละ 2.38) โรคเบาหวานและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ 2 ราย (ร้อยละ 1.58) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	105	83.33
หญิง	21	16.67
อายุ		
30-60 ปี	35	27.78
61-80 ปี	89	70.63
มากกว่า 80 ปี	2	1.59
	เฉลี่ย \pm SD	64.98 \pm 9.29 ปี
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	21	16.67
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	88	69.84
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	17	13.49
ระยะเวลาที่เป็นโรค COPD		
1-5 ปี	34	26.98
6-10 ปี	61	48.42
มากกว่า 10 ปี	31	24.60
	เฉลี่ย \pm SD	7.95 \pm 3.46 ปี
รูปแบบยาที่ใช้		
Metered-Dose Inhaler (MDI)	126	100
Accuhaler	81	64.29
โรคร่วม		
Diabetes	3	2.38
Hypertension	17	13.49
Diabetes & Hypertension	6	4.76
Diabetis & Atrial fibrillation	2	1.58
Hypertension & Atrial Fibrillation	3	2.38
Allergic rhinitis	10	7.94

2. จากการดำเนินการให้คำปรึกษาด้านยาและการตรวจสอบใบสั่งยา จากการประเมินผู้ป่วย 3 ครั้ง พบว่า มีผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 49 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 126 ราย (ร้อยละ 38.88) พบปัญหามากที่สุดคือ ขั้นตอนก่อนให้คำปรึกษา 32 ราย (ร้อยละ 25.39) โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในขณะที่ไม่มีอาการ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 12.70) หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ยังพบปัญหานี้อยู่ 4 ราย (ร้อยละ 3.18) และ 1 ราย (ร้อยละ 0.79) ตามลำดับ รองลงมาคือ ผู้ป่วยมี

อาการใจเต้นหลังรับประทานยาขยายหลอดลม จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 4.76) หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 พบผู้ป่วยมีอาการใจเต้น 1 ราย (ร้อยละ 0.79) และไม่พบปัญหานี้หลังจากให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 ซึ่งเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาโดยการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนคำสั่งการใช้ยา และการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วย ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหามาได้ทั้งหมด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการให้คำปรึกษาด้านยา ต่อปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (n=126)

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	ก่อนให้คำปรึกษา	หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1	หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 2
1.การใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม			
ขนาดยาดำเกินไป	5 (3.97)	4 (3.18)	2 (1.59)
ขนาดยาสูงเกินไป	3 (2.38)	1 (0.80)	2 (1.59)
2.ใช้ยาขยายหลอดลมในขณะที่ไม่มีอาการ	16 (12.70)	4 (3.18)	1 (0.79)
3.มีอาการใจสั่นหลังรับประทานยาขยายหลอดลม	6 (4.76)	1 (0.79)	0
4.เกิดฝ้าขาวในปาก	2 (1.58)	1 (0.79)	1 (0.79)
รวม	32 (25.39)	11 (8.73)	6 (4.76)

3. การประเมินเทคนิคในการพ่นยาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีเทคนิคในการพ่นยาที่ต้องเพิ่มขึ้นเป็น 64 ราย ก่อนให้คำปรึกษาด้านยา มีผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นได้ถูกต้องเพียง 13 ราย (ร้อยละ 10.31) เมื่อผู้ป่วยพบเภสัชกรและได้รับการให้คำปรึกษาและประเมินผลหลังการให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีเทคนิคในการพ่นยาที่ต้องเพิ่มขึ้นเป็น 64 ราย (ร้อยละ 50.80) ในการประเมินหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 และเพิ่มเป็น 74 ราย (ร้อยละ 58.73) หลังจากให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินเทคนิคการให้ยาพ่นที่ถูกต้อง ก่อนและหลังให้คำปรึกษา (n=126)

ผลการให้คำปรึกษาด้านยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	ก่อนให้คำปรึกษา	หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1	หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 2
เทคนิคการให้ยาพ่นที่ถูกต้อง	13 (10.31)	64 (50.80)	74 (58.73)

4. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Adherence) พบว่า ก่อนให้คำปรึกษาด้านยา ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา 41 ราย (ร้อยละ 32.53) หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 65 ราย (ร้อยละ 51.58) และ 72 ราย (ร้อยละ 57.14) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังให้คำปรึกษา (n=126)

ผลการให้คำปรึกษาด้านยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	ก่อนให้คำปรึกษา	หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1	หลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 2
ความร่วมมือในการใช้ยา	41 (32.53)	65 (51.58)	72 (57.14)

5. การประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ผลจากการให้คำปรึกษาด้านยากับผู้ป่วยต่อสมรรถภาพปอด พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรครบ 2 ครั้ง ค่า FEV₁ เพิ่มขึ้น จาก 65.50 เป็น 65.96 (ตารางที่ 5)

 ตารางที่ 5 แสดงสมรรถภาพปอด (FEV₁) ก่อนและหลังให้คำปรึกษา (n=26)

ผลการให้คำปรึกษาด้านยา	ค่า FEV ₁ (ร้อยละ)	
	ก่อนให้คำปรึกษา	หลังการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2
สมรรถภาพปอด : FEV ₁ (% predicted)	65.50	65.96

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 83.33) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 69.84) และยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 13.49) ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²⁾ และการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีเทคนิคในการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการจะเกิดผลดังกล่าวเภสัชกรต้องติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ⁽⁹⁾

ก่อนให้คำปรึกษาด้านยา พบว่าขั้นตอนเทคนิคการพ่นยาแบบ MDI ของผู้ป่วยที่ทำได้ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ ขั้นตอนการกดยา 1 ครั้งพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางปากช้า ๆ ลึก ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะสูดหายใจไม่ลึก และบางคนก็กดยา 2 ครั้งแล้วค่อยสูดหายใจเข้าทางปาก รองลงมาคือ ขั้นตอนการกลืนหายใจไว้นาน ๆ อย่างน้อย 5 วินาที ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่กลืนหายใจหลังสูดหายใจเข้าทางปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁰⁻¹²⁾ ส่วนเทคนิคการพ่นยา แบบ Accuhaler ขั้นตอนของผู้ป่วยทำไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ ขั้นตอน หลังจากที่ใช้ยาสูดหายใจเข้าปอดแล้วหายใจออกโดยยังไม่เอาระบอบหายใจออกจากปาก รองลงมาคือ ขั้นตอนการสูดหายใจแรงและลึก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสูดหายใจไม่แรงและไม่ลึก หลังให้คำปรึกษาด้านยาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีเทคนิคการใช้ยาพ่นแบบ MDI และ Accuhaler ได้ถูกต้องทุกขั้นตอนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.31 เป็น ร้อยละ 50.80 และ ร้อยละ 58.73 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(6,13)

ด้านความร่วมมือในการใช้ยาพ่น ก่อนให้คำปรึกษาด้านยา พบปัญหาว่า ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการใช้ยาพ่นควบคุมอาการ จึงไม่ยอมใช้ยา (ผู้ป่วยหยุดยาเอง ตั้งใจไม่พ่นยา หรือ กรณีลืมพ่นยา พอนึกได้ว่าลืมพ่น ก็ไม่ยอมพ่นยา เป็นต้น) เมื่อเภสัชกรให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เรื่องโรคที่เป็น สาเหตุของโรคและอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการกำเริบ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและวิธีป้องกัน และ ความสำคัญของการใช้ยา หลังจากให้คำปรึกษาด้านยาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา

เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.53 เป็น ร้อยละ 51.58 และ ร้อยละ 57.14 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(14,15)

การประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับการประเมิน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง⁽¹¹⁾ หลังจากผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรครบ 2 ครั้ง พบว่าค่า FEV₁ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.50 เป็น ร้อยละ 65.96 ซึ่งค่า FEV₁ ที่ไม่ลดลงนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นควบคุมอาการได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี จึงเกิดการชะลอความเสื่อมของปอด (ค่า FEV₁ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย) เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการตรวจ spirometry ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่า FEV₁ ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นค่า FEV₁ ของผู้ป่วยเพียง 26 รายเท่านั้น (จากผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาทั้งหมด 126 ราย) ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องผลการให้คำปรึกษาด้านยาต่อค่า FEV₁ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ การให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นและความสำคัญของการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีเทคนิคการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้ละอองยาพ่นเข้าไปในปอดเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดอาการหอบที่รุนแรงลงได้ และส่งผลให้เกิดการเสื่อมของปอดช้าลง (ค่า FEV₁ ไม่เปลี่ยนแปลง)

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งการจะเกิดผลดังกล่าวได้เภสัชกรต้องเอาใจใส่ ติดตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ การเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้น้อยหรือช้ากว่าคนปกติ ดังนั้นในการให้คำปรึกษาจึงต้องมีอุปกรณ์/



สื่อการเรียนรู้ ประกอบในการให้คำปรึกษา หรืออาจต้องให้คำปรึกษากับญาติหรือผู้ดูแลร่วมด้วย และผู้ป่วยบางรายที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้จ่ายหลายขนานร่วมกัน จะพบว่าเกิดปัญหาจากการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับคำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุภาพ สาราณวงษ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ช่วยส่งเสริมและให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง คุณสถาพร ป้อมสุวรรณ ดร. ณัฐปัทม์ สันวิจิตร ดร. สมศักดิ์ เทียมแก้วและเภสัชกรหญิงธัญญาพร เกิดศักดิ์ ณ เวงน้อย ที่ให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย สถิติ และการเขียนบทความ ขอขอบคุณเภสัชกรหญิงดวงใจ แสงภูเขียว และทีมงานคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ร่วมกันทำงานอย่างเต็มที่ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมจรรยาบรรณแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). **ข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: สมาคมจรรยาบรรณแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. World Health Organization [Internet]. **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 2017**. [Online]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). [Accessed October 20, 2020].
3. Ministry of Public Health. **HDC-Report. Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. [Online]. Available from: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>. [Accessed October 20, 2020].

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [Internet]. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2020**. [Online]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/03/GOLD-2020-POCKET-GUIDE-ver1.0_FINAL-WMV.pdf [Accessed March 22, 2021].
5. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. (2561). **รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2561**. ชัยภูมิ: งานแผนงานและยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ.
6. พิจิตรา ศรีมาษา, วิระพล ภิมาลัย, ธนรรักษ์ รัตนโชติพานิช. (2554). **ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วารสารเภสัชกรรมไทย, 3(1): 23-32.
7. อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต. (2545). **ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
8. Krejcie RV, Morgan DW. (1970). **Determining Sample Size for Research Activities**. Educational and Psychological Measurement, 30(3):607-10.
9. ASHP Reports. (1997). **ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling**. Am J Health-Sysm Pharm, 54(4):431-4.
10. ณัฐวรรณ เลิศกานิช. (2557). **ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลดอกลำไต้**. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(1):37-44.
11. สุนทรีย์ พรรษา, พนมสินธุ์ ศรีชาติ, อรุณี ศิวบรรวัฒนา, ศราวุธ เทศรพิเมธาวินาชัย. (2559). **ผลการให้คำแนะนำเทคนิคการใช้จ่ายสูดพ่นโดยเภสัชกร ร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดียในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(3):436-45.



12. อัญชลี วรรณภิญโญ, ปริญญา พิธีธรรมานนท์. (2560). ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาเรื่องยาและการติดตามการใช้ยาเสพติด โดยเภสัชกรในพระอาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์, 42(2):49-57.
13. ปิยะวรรณ กุวลัยรัตน์, ภรณ์ มยาเสศ, อนุ ทองแดง. (2557). การประเมินผลลัพธ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 10(1):80-92.
14. พนมพร จันละออ, นรินทร์ จินดาเวช, วิสาขา บุญทศ. (2560). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาพ่นและสมรรถภาพปอด ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวันโรค โรค ทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต, 36(2):45-51.
15. นงคราญ พรหมปัญญา, พิสมัย ไชยประสพ, ครุณี มั่นใจวงศ์. (2563). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. เชียงรายเวชสาร, 12(2):1-14.