

# ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอกคำใต้

ณัฐวรรณ เลิศกานิตศ ภ.บ., รป.บ., ส.ม.

โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ในช่วงตั้งแต่มิถุนายน 2553 ถึงพฤษภาคม 2555 โดยการวิเคราะห์ประเภทและความถี่ของปัญหาเกี่ยวกับยา การประเมินการใช้ยาเสพติด ร่วมกับการให้คำแนะนำและสอนการใช้ยาอย่างถูกต้องโดยเภสัชกร และวัดผลด้วยการประเมินจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องกับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันเปรียบเทียบกับช่วงก่อนดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาจำนวนความถี่ และร้อยละ ใช้สถิติ pair t-test ในการเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะหอบอย่างรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าเกณฑ์จำนวน 184 คน พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 225 ครั้ง ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาขนาดของยาน้อยเกินไป 118 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.44 การประเมินการใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยผ่านการประเมินร้อยละ 62.75, 89.47 และ 100.00 หลังการให้คำแนะนำครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ตามลำดับ และพบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล เนื่องจากโรคหืดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สรุป การค้นหาปัญหาและการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาโดยการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกร จะสามารถลดและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ช่วยลดอาการหอบรุนแรงลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** บริหารเภสัชกรรม, โรคหืด, ปัญหาเกี่ยวกับยาภาวะหอบรุนแรง

## บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม มีผลทำให้มีการอุดกั้นของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อย ซึ่งจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น<sup>(1)</sup> โรคนี้มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก<sup>(2)</sup> และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย<sup>(3-5)</sup> จากข้อมูลของ Global Initiative for Asthma หรือ GINA พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก และจากการเพิ่มสัดส่วนประชากรในเมืองทั่วโลกที่ประมาณการณ์ไว้จากร้อยละ

45 เป็นร้อยละ 59 ภายในปี พ.ศ. 2568 นั้นมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอีกสองทศวรรษข้างหน้า โดยคาดกันว่าอาจมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 100 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568<sup>(6)</sup>

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืดถึงร้อยละ 10-12 ในเด็ก<sup>(3,7)</sup> และร้อยละ 6.9 ในผู้ใหญ่<sup>(3)</sup> โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ ผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 21.7

ยังต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้อง-  
ฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี และร้อยละ  
14.8 ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>(8)</sup>

เป้าหมายในการรักษาโรคหอบหืดที่ GINA  
ได้ตั้งไว้คือ ผู้ป่วยไม่ควรจะมีอาการหอบ ไม่หอบในช่วง  
กลางวัน ไม่ต้องไปห้องฉุกเฉินเพราะอาการหอบ มี  
สมรรถภาพปกติเป็นปกติ โดยปราศจากอาการข้างเคียง  
จากการใช้ยา<sup>(8)</sup> ทั้งนี้การรักษาด้วยยาเป็นรูปแบบการ  
รักษาที่ใช้มากที่สุดในการบำบัดรักษาโรค หากการใช้ยา  
ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้<sup>(9)</sup> เกสัชกร  
เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการ  
ใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง จึงมีความจำเป็นที่จะต้อง  
ทำหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา  
ที่จะเกิดกับผู้ป่วย<sup>(10)</sup>

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลดอกคำใต้ได้  
เล็งเห็นความสำคัญต่อการนำหลักการบริหารทาง  
เภสัชกรรมมาปฏิบัติในโรงพยาบาล และเป็นการเปิด  
บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยด้านยาเพื่อทำการ  
แก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นกับ  
ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น จึงได้  
ดำเนินการศึกษาครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการ  
บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในโรง-  
พยาบาล โดยวิเคราะห์ถึงประเภทและความถี่ของปัญหา  
เกี่ยวกับยาที่พบในผู้ป่วย ประเมินการใช้ยาสุดพัน และ  
ศึกษาผลลัพธ์การเกิดอาการหอบหืดของผู้ป่วยโดย  
เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม  
เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเสนอแก่คณะกรรมการเภสัชกรรม  
และการบำบัดของโรงพยาบาล นำไปประยุกต์ใช้ในการ  
ทำงาน และใช้ประกอบการกำหนดนโยบาย และระเบียบ  
วิธีปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้นำไปใช้เป็นแนวทางใน  
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด และเป็นแนวทางในการ  
ป้องกันปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืด ต่อไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Quasi – experi-  
mental design ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2553  
ถึง 31 พฤษภาคม 2555

### กลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจาก  
แพทย์และเข้ารับการรักษาน ณ “คลินิกโรคหืดอย่างง่าย”  
ซึ่งเป็นคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลดอกคำใต้  
อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างได้แก่  
ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาน ณ คลินิกโรคหืดในช่วง  
เวลาที่ทำการเก็บข้อมูลและผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่ง  
ประกอบด้วย

1. มีผลการวินิจฉัยจากแพทย์ยืนยันว่าเป็นโรคหืด
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. รับประทานยาโรคหืดอย่างน้อย 1 เดือน
4. สามารถติดตามข้อมูลได้
5. ได้รับการติดตามระหว่างระยะเวลาที่ศึกษา  
อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด ต่างประเทศ หรือให้ญาติ  
มารับยาแทน ที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้
2. ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบซึ่งเกิดจากภาวะ  
ของโรคดังนี้ร่วมด้วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหัวใจล้มเหลวระดับที่ 4  
โรคไตเสื่อมระยะสุดท้าย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การบริหารเภสัชกรรม ในการศึกษานี้เภสัชกรจะ  
เป็นผู้ประเมินปัญหาจากการใช้ยา การแก้ไขปัญหามา  
จากการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการใช้ยาให้  
ถูกต้อง การติดตามผลการรักษา รวมถึงการสอนใช้ยา  
พ่นสูด และการประเมินการใช้ยาพ่นสูด

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหืด
2. แบบบันทึกการใช้ยา
3. แบบบันทึกประเภทปัญหาจากการใช้ยา และการ  
ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย
4. แบบประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และคัดลอกข้อมูล  
จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ทุกวันจันทร์ช่วงเวลา 8:30 –  
12:00 น. โดยเก็บก่อนและหลังให้คำปรึกษาด้านยา

### การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาจำนวนความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และปัญหาจากการใช้ยา

2. ใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาภาวะหอบหืด

### การประเมินผล

การประเมินความถูกต้องของการใช้ยาสุดพ่นเมื่อแพทย์มีการสั่งใช้ยาสุดพ่นเภสัชกรจะสอนการใช้ยาพ่น และให้ผู้ป่วยทดลองทำให้ดูจนสามารถทำได้ถูกต้อง การประเมินครั้งที่ 1 เป็นการประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งต่อไปเมื่อพบว่าผู้ป่วยพ่นยาไม่ผ่านการประเมิน เภสัชกรจะสอนการใช้ยาพ่นซ้ำ และให้ผู้ป่วยทดลองทำให้ดูจนสามารถทำได้ถูกต้อง การประเมินครั้งที่สอง เป็นการประเมินการพ่นยาซ้ำเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดอีกครั้งหนึ่ง ส่วนครั้งต่อไป ประเมินเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้ง

การประเมินปัญหาจากการใช้ยา ได้จัดแบ่งประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา ตามระบบของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ในการศึกษาเป็นการรวบรวมปัญหาเรื่องการใช้ยาที่พบระหว่างที่ดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล

การวัดผลลัพธ์ของการรักษา วัดเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินหรือได้นอนโรงพยาบาลเพราะอาการของโรคหืด เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม โดยการเก็บข้อมูลเป็น 3 ช่วงเวลาคือ ช่วงที่ 1 เก็บข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีก่อนที่จะมีการศึกษา (ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2552 ถึง 31 พฤษภาคม 2553) ช่วงที่ 2 คือปีแรกที่ดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม วันที่ 1 มิถุนายน 2553 ถึง 31 พฤษภาคม 2554 และช่วงที่ 3 วันที่ 1 มิถุนายน 2554 ถึง 31 พฤษภาคม 2555

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคหืดอย่างง่าย มีทั้งหมด 250 คน ในศึกษานี้ มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์

การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 184 คน แบ่งเป็นชาย 54 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.35 หญิง 130 คน คิดเป็นร้อยละ 70.65 อายุ เฉลี่ย 41 ปี ช่วงเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคหืด 15 ปี นอกจากนั้น ยังพบปัญหาโรคเรื้อรังที่เป็นร่วมอันได้แก่โรคความดันโลหิตสูง 5 คน โรคไขมันในเลือดสูง 4 คน โรคเบาหวาน 2 คน และโรคไทรอยด์ 2 คนร่วมด้วย ประวัติการแพ้ยา พบผู้ป่วยแพ้ยา erythromycin, salbutamol, penicillin, diclofenac และ cotrimoxazole ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 86.27, 7.84 และ 5.88 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 76.09 ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่มีร้อยละ 23.91 โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 88.64 หยุดสูบลแล้ว (ตารางที่ 1)

การประเมินปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบประเมินที่พัฒนามาจากการจัดประเภทปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามระบบของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 5.01<sup>(11)</sup> พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 225 ครั้ง ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ใช้ขนาดของยาน้อยเกินไป หรือความถี่ในการให้ยาไม่เพียงพอ (118 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.44) รองลงมาคือ ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยา (พบ 40 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.78) ปัญหาอื่นได้แก่การเกิดผลข้างเคียงจากยาแบบไม่แพ้ขนาดยาสูงเกินไปหรือความถี่ในการให้ยามากเกินไป ด้วยาไม่เหมาะสม และปัญหาผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษาแม้ว่าจะได้รับยาเหมาะสมแล้ว เช่น ผู้ป่วยเคยได้รับยาจากโรงพยาบาลอื่น เป็นยาที่ผลิตจากต่างประเทศ ซึ่งมีราคาแพงกว่า แต่เมื่อมารับยาที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ ผู้ป่วยจะได้รับยาตามมาตรฐานการรักษา แต่เป็นยาที่ผลิตภายในประเทศ ผู้ป่วยจึงไม่ยอมใช้ข้อมูลดังแสดงในภาพที่ 1

การประเมินการใช้ยาสุดพ่นของผู้ป่วยโรคหืดครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยผ่านการประเมิน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 79.35 การประเมินครั้งที่ 2 นำผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการประเมิน มาประเมินซ้ำพบผู้ป่วยผ่านการประเมิน 36 คน (ร้อยละ 94.74) และ การประเมินครั้งที่ 3 นำผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการประเมินมาประเมินซ้ำก็สามารถผ่านการประเมินได้ทั้ง 2 คน (ตารางที่ 2)

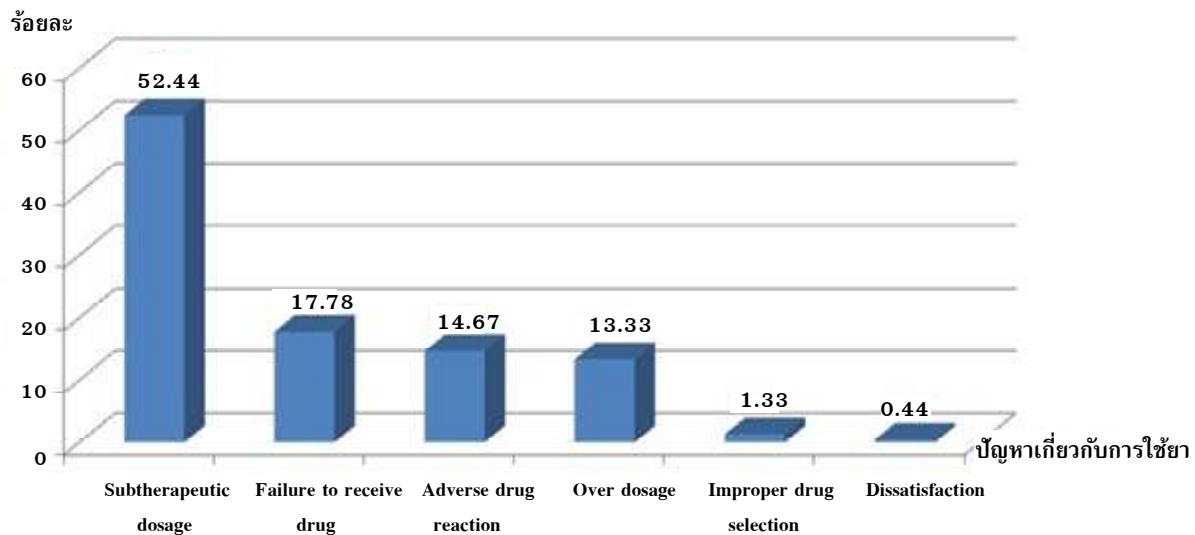
การเปรียบเทียบการเกิดอาการหอบหืดของผู้ป่วย ช่วงก่อนและหลังการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับการรักษาภาวะ หอบหืดรุนแรงเฉียบพลันในช่วงปีแรกและปีที่สองของการ ดำเนินงานเทียบกับช่วง 1 ปีก่อนเริ่มงาน พบว่า มีการ ลดจำนวนครั้งของการรักษาลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p < 0.05$ ) ทั้งจำนวนการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วย ภาวะหอบหืดรุนแรงเฉียบพลัน จำนวนการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบหืดรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และจำนวนการเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหืด (จำนวน 184 ราย)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย         | จำนวน (ราย) | ร้อยละ | ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------------------------|-------------|--------|------------------------|-------------|--------|
| เพศ                            |             |        | โรคที่เป็นร่วม         |             |        |
| หญิง                           | 130         | 80.39  | ความดันโลหิตสูง        | 5           | 2.72   |
| ชาย                            | 54          | 19.61  | ไขมันในเลือดสูง        | 4           | 2.17   |
| รวม                            | 184         | 100.00 | เบาหวาน                | 2           | 1.09   |
| อายุเฉลี่ย (ปี)                | 41          |        | ไทรอยด์                | 2           | 1.09   |
| อาชีพ                          |             |        | ประวัติการแพ้ยา        |             |        |
| เกษตรกร                        | 159         | 86.27  | erythromycin           | 1           | 0.54   |
| รับจ้าง                        | 14          | 7.84   | salbutamol             | 1           | 0.54   |
| ไม่ได้ทำงาน                    | 11          | 5.88   | penicillin             | 1           | 0.54   |
| ประวัติการสูบบุหรี่            |             |        | diclofenac             | 1           | 0.54   |
| ไม่เคย                         | 140         | 76.09  | cotrimoxazole          | 1           | 0.54   |
| เคย แต่หยุดสูบแล้ว             | 39          | 88.64  |                        |             |        |
| เคย ปัจจุบันยังสูบบุหรี่       | 5           | 11.36  |                        |             |        |
| อายุเฉลี่ยในการเป็นโรคหืด (ปี) | 15          |        |                        |             |        |

ภาพที่ 1 แสดงประเภท และความถี่ของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตามแบบ PCNE



ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินการใช้ยาสูดพ่น

| ครั้งที่ประเมิน | ผลการประเมิน |        |             |        |
|-----------------|--------------|--------|-------------|--------|
|                 | ผ่าน (คน)    | ร้อยละ | ไม่ผ่าน(คน) | ร้อยละ |
| ครั้งที่ 1      | 146          | 79.35  | 38          | 20.65  |
| ครั้งที่ 2      | 36           | 94.74  | 2           | 5.26   |
| ครั้งที่ 3      | 2            | 100.00 | 0           | 0.00   |
| รวม             | 184          | 100.00 |             |        |

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาภาวะหอบหืด เปรียบเทียบช่วงก่อนการศึกษา (ช่วงที่ 1) และช่วงที่ทำการศึกษา (ช่วงที่ 2 และ 3)

|   | ช่วงที่ 1 | ช่วงที่ 2 | ช่วงที่ 3 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน                    | 228       | 44*       | 13*       |
| - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง | 30        | 7*        | 4*        |
| - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน                      | 14        | 7*        | 5*        |
| - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน ซ้ำภายใน 28 วัน      | 3         | 0         | 0         |

หมายเหตุ: 1. \*p<0.05

2. การนับจำนวนครั้ง อาจนับซ้ำในผู้ป่วยคนเดียวก็ได้

3. ไม่นับรวมผู้ป่วยที่รับการตรวจรักษาใน “คลินิกโรคหืดอย่างง่าย” ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการรุนแรงที่ต้องรับ การ รักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือรับไว้รักษาในหอผู้ป่วย

### วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 184 คน โดยเป็นผู้ป่วยเพศหญิงในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชายถึง 4 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก National Heart, Lung and Blood Institute/World Health Organization<sup>(12)</sup> ที่พบว่าในผู้ใหญ่จะพบโรคหืดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผลการประเมินปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน PCNE classification scheme for drug-related problems version 5.01 พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 225 ครั้ง ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ

ปัญหาขนาดของยาน้อยเกินไป หรือความถี่ในการให้ยาไม่เพียงพอ รองลงมาคือปัญหาผู้ป่วยไม่กินหรือใช้ยาในทุกกรณี ปัญหาเกิดผลข้างเคียงจากยาขนาดยาสูงเกินไป หรือความถี่ในการให้ยามากเกินไป ด้วยยาไม่เหมาะสม และปัญหาผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษา แม้ว่าจะได้รับยาเหมาะสมแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณี<sup>(13)</sup> และวิมลพันธ์ และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ปัญหาจากการใช้ยาที่พบในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่

เกิดจากตัวผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ การที่เภสัชกรได้เข้ามาดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืด ทำให้สามารถค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และร่วมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้

การประเมินการใช้ยาสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะเทคนิคการใช้ยาสุดท้าย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ความผิดพลาดลดลงในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความผิดพลาดของเทคนิคการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยที่ผิดมากที่สุดได้แก่ การหายใจเอายาเข้าไปในปอดใช้เวลาเร็วและสั้นเกินไป การที่ไม่กลืนหายใจอย่างน้อย 5 วินาทีก่อนหายใจออก

ผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการประเมินการใช้ยาสุดท้ายที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยาสุดท้ายได้ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นโดยพิจารณาจากจำนวนการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน จำนวนการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และจำนวนการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนจำนวนการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 28 วัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาถึงการจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา สามารถสรุปได้ว่าการค้นหาปัญหา และการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา โดยการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรจะสามารถลด และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา คล้ายแก้ว<sup>(15)</sup> ที่พบว่าเภสัชกรควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้ยา เพื่อร่วมประเมิน แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหืดที่ต้อง

ใช้ยาเทคนิคพิเศษ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมโรคหืดได้ การศึกษาของสุภารัตน์<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหืด พบว่าการประเมินประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร โดยพิจารณาจากผลการรักษาและจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าอาการทางคลินิก การทำงานของปอดดีขึ้น และมีการใช้ยาถูกต้องมากขึ้น การศึกษาของเฉลิมเกียรติ<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด พบว่าการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืด เทคนิคการใช้ยาสุดท้าย รวมทั้งผลทางคลินิก และคุณภาพชีวิตดีขึ้น การศึกษาของ ทศนา<sup>(18)</sup> นันท์ลักษณ์<sup>(19)</sup> และมาศรินทร์<sup>(20)</sup> ที่พบว่าบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลงร้อยละ 20-73.6

การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเภสัชกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการใช้ยา เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การสอน ทบทวน และประเมินเทคนิคการใช้ยาสุดท้าย และการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขหรือป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา ส่งผลให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทำให้ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม มีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดมีประสิทธิภาพ เภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงควรให้ความสำคัญ และมีบทบาทในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย

## สรุป

การบริหารเภสัชกรรมโดยการเข้าไปจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้แก่การแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการใช้ยาเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การสอน ทบทวน และประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นและการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขหรือป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาส่งผลให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้นและมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีประสิทธิภาพเภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพจึงควรให้ความสำคัญและมีบทบาทในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย

### เอกสารอ้างอิง

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
2. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO [Internet]. revised 2006. [cited 2012 Feb 1]. Available from: [http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA\\_WR\\_2006\\_copyright%5B1%5D.pdf](http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright%5B1%5D.pdf)
3. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wiriyachaiyo V, Pothirat C, Wongtim S, editors. Prevalence of asthma symptoms in adult in 4 cities of Thailand. In: Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society; 2002 Mar 27-29; Bangkok, Thailand; n.p.; 2002.
4. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires. *J Med Assoc Thai* 1998;81(3)175-84.
5. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in schoolchildren from Khon Kaen, Northeast Thailand. An ISAAC study. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Asian Pac J Allergy Immunol* 2000;18:187-94.
6. Global Initiative for Asthma. Global burden of Asthma [Internet]. 2006. [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINABurdenReport.pdf>
7. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires. *J Med Assoc Thai* 1998;81:175-84.
8. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004;9 :373-8.
9. ปรีชา มนทการติกุล. What is missing in drug use process. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2551;18:291-95.
10. สุนี เลิศสินอุดม. การบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคหืด. การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
11. รจเรศ หาญรินทร์. การจัดการประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2552;1:84-96.
12. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). National asthma education and prevention program expert panel report 3 [Internet]. 2007. [cited 2012 Feb 6]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>
13. ฉานี สโมสร. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
14. วิมลวรรณ พันธุ์เกา, สมพงษ์ เจิ้งฮั่ว, วราพร สุภามูล, อรรถการ นาคำ. การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร* 2548;13:51-9.
15. ลักขณา คล้ายแก้ว. การวัดผลการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2552;19: 228-36.
16. สุภารัตน์ ปัญญาโชโต. การเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดโดยการให้คำปรึกษาแนะนำในโรงพยาบาลตำรวจ [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
17. เฉลิมเกียรติ เชื้อนเพชร. ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคหืด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต].

- กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.
18. ทิศนา เต็มคลัง. ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหอบหืด ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542
19. นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. ผลของแบบแผนการให้คำแนะนำการใช้ยาป้องกันและรักษาอาการหอบหืดต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเด็ก [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
20. มาศรินทร์ ธรรมสิทธิบูรณ์. กระบวนการติดตามการใช้ยารักษาโรคหืด ในผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมพร. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.

**Abstract: Outcomes of Pharmaceutical Care in Patients with Chronic Asthma at Dokkhamtai Hospital**

**Natthawat Luedphanithit, B.Pharm., B.P.A., M.P.H.**

*Dok Khamtai Hospital, Phayao*

*Journal of Health Science 2014;23:37-44.*

The objective of this study was to assess the outcomes of a pharmacological care program for patients with asthma attending the asthma clinic of Dok Khamtai Hospital during June 2010 – May 2012. The program included the analysis of the types and frequency of problems relating to the use of asthma drugs including the inhaler technique, and the advice and training on correct use of the drugs by pharmacists. The outcomes were measured by the episodes of severe asthma attacks that needed emergency hospital care or admission, compared with the similar incidents during 1 year duration before the program implementation. The samples were purposively selected among asthma patients based on the inclusion criteria. Data collection tools were developed; and descriptive statistics of frequency and percentage as well as the chi square were used for the analysis. There were altogether 184 patients enrolled; and there were 225 items of problems associated with the use of drug, of which 52.44% were related to too small dosage of drugs. Assessment of inhaler use revealed the percentage of correct use of 62.75, 89.47 and 100 after the first, the second and the third training, respectively. The number of severe asthma attacks requiring emergency room services or hospitalization was found to be significantly reducing ( $p < 0.05$ ). The pharmacological care program was found to be effective in reducing the problems relating to drug use, resulting in the decline of severe asthma attacks; and thus improve the quality of life of asthma patients.

**Keywords:** pharmaceutical care, asthma, drug use, asthma attacks