

บทที่ 1

บทนำ

ในโรงพยาบาลต่างๆ เมื่อรวมจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งแบบฉุกเฉินและแบบไม่ฉุกเฉิน พบว่า เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมถึงร้อยละ 20-30 โรคทางศัลยกรรมมีครบในทุกพยาธิสภาพหมวดใหญ่ๆ เช่น มีความพิการแต่กำเนิด, เกิดการอักเสบ, เป็นมะเร็ง, ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น โรคทางศัลยกรรมเหล่านี้ต้องใช้วิธีการรักษาทางศัลยกรรมเนื่องจาก มีการอุดตัน, แดก, เป็นแผล, มีเนื้อตาย, เป็นก้อน, เกิดความพิการ, หรืออวัยวะทำงานผิดปกติ วิธีการรักษาทางศัลยกรรมโดยการผ่าเข้าไป เพื่อซ่อมแซม, ปิดรูรั่ว, เอาหนองออก, หรือตัดส่วนที่ผิดปกติออก ปัจจุบันการรักษาทางศัลยกรรมยังรวมไปถึงการใส่อวัยวะเทียม และการปลูกถ่ายหรือเปลี่ยนเนื้อเยื่อด้วย

การผ่าตัดทุกชนิดมีอันตรายไม่มากก็น้อย ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่ดีพอ อีกส่วนหนึ่งเกิดจากข้อผิดพลาดทางเทคนิค และอันตรายส่วนสุดท้ายเกิดจากปัญหาอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดเหล่านี้มักจะคาดเดาได้ การป้องกันและแก้ไขตั้งแต่เนิ่นๆ จะช่วยลดอันตรายของผู้ป่วยศัลยกรรมจากปัญหาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยศัลยกรรมจึงได้รับการดูแลที่แบ่งออกเป็น การดูแลก่อนการผ่าตัดเพื่อประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด พร้อมทั้งคาดการณ์ถึงอาการแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น และการดูแลหลังผ่าตัดซึ่งเป็นการติดตามผู้ป่วยเพื่อค้นหาและแก้ไขอาการแทรกซ้อนโดยเร็วที่สุด หรือเป็นการป้องกันอาการแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้น

วิธีการทางศัลยศาสตร์แม้ว่าจะจะเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แต่การใช้ยาก็เป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาหรือป้องกันอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Danielson และคณะ (1982) โดยติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 5,232 คน จาก 5 โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาตลอดการรักษาโดยเฉลี่ย 9 รายการ ประเภทของยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ ยาแก้ปวด และจากการศึกษาของ Dasta (1986) ศึกษาถึงการใช้ยาในผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 180 คน พบว่า ผู้ป่วยรับยาตลอดการรักษาโดยเฉลี่ย 7.6 รายการ เฉลี่ยแต่ละวันได้รับยา 5.6 รายการ ประเภทของยาที่ใช้มากที่สุดคือยาด้านจุลชีพ โดยมีการใช้ในผู้ป่วยถึงร้อยละ 83 และยาที่ใช้รองลงมาคือยาแก้ปวด มีการใช้ร้อยละ 80

อาการปวดแผลผ่าตัด เป็นอาการแทรกซ้อนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อาการปวดอย่างรุนแรงจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และอาการปวดแผลผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับตัว หายใจลึก หรือไอ เนื่องจากเกรงว่าอาการปวดจะเพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่ปอดและอาการบัสสาวะไม่ออกได้ (อนิต วัชรพุกก์, 2534ช; Wallace and Norris, 1975; Rhoney and Littrell, 1993) ดังนั้นการรักษาอาการปวดจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดที่เพียงพอเพื่อลดความทรมาน ช่วยให้ได้พักผ่อน และยังทำให้ผู้ป่วยมองการผ่าตัดในแง่ดี แต่ก็เป็นที่ทราบ

กันดีว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอมีน้อยมาก (Keeri-Szanto and Heaman, 1972; Marks and Sachar, 1973; Sriwatanakul et al., 1983) จะเป็นด้วยหลักในการให้ยาแก้ปวดของแพทย์ทั่วไป ยังคงเป็นกฎที่ว่า จะให้ยากีตเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวด ทำให้บางครั้งการตัดสินใจตกเป็นหน้าที่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยว่าสมควรให้ได้หรือยัง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น กตการหายใจ, ทำให้ความดันโลหิตต่ำ ฯลฯ ยิ่งทำให้บุคลากรทั้งหลายพยายามใช้ยาแก้ปวดให้น้อยลง (ปกจิตต์ ประมวญ, 2523; Whipple et al., 1995)

ปัจจุบันแม้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิชาการของศัลยศาสตร์จะรุดหน้าไปไกล อุปกรณ์การผ่าตัดและวิธีการผ่าตัดก็มีมากและทันสมัย ถึงกระนั้นปัญหาพื้นฐานคือการติดเชื้อของแผลผ่าตัดยังเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของศัลยแพทย์ทั่วไป (มงคล ตัญจพัฒนกุล, 2531; Collins et al., 1995) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์อย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลโดยตรงต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสูงถึง 8,537-313,550 บาท และผู้ป่วยยังต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 10.1-21.5 วัน (ลีลม แจมอุลิตรัตน์ และคณะ, 2532; Cruse and Foord, 1980; Shulkin et al., 1993) หรือแผลที่ติดเชื้อส่งผลที่รุนแรงให้เกิดการติดเชื้อทั้งระบบได้

มีการศึกษามากมายถึงความคุ้มค่าของการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด (Stone et al., 1979; Danziger and Hassan, 1987; Classen et al., 1992; Pavan and Malyuk, 1992) จึงเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ ทำให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับป้องกันการติดเชื้ออย่างมากถึงประมาณร้อยละ 50 ของการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพทั้งหมด และพบว่าการใช้ยามักไม่เหมาะสม (Shapiro et al., 1979; Crossley et al., 1981; Guglielmo et al., 1983) ตัวอย่างเช่น จากการศึกษาของ Zelenitsky, Chony, และ Danzinger (1996) พบว่า มีการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับป้องกันร้อยละ 73 ของการผ่าตัด อีกทั้งพบปัญหาในการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับการป้องกัน เช่น การเลือกชนิดยาต้านจุลชีพไม่เหมาะสมร้อยละ 15 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพสำหรับป้องกัน, เวลาในการบริหารยาไม่เหมาะสมร้อยละ 28 ของจำนวนขนานยา, ระยะเวลาของการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อการป้องกันนานเกินไประยะร้อยละ 35 ของการผ่าตัด, เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 3.2 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ

การใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป มีการใช้ในข้อบ่งชี้สำหรับป้องกันการติดเชื้อ และการใช้สำหรับรักษาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นแล้ว พบว่า กลุ่มยาต้านจุลชีพก่อให้เกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด (จรรยา พงศ์เวชรักษ์, 2534) และการใช้ไม่สมเหตุผลหรือไม่เหมาะสม (กฤตติกา ตัญณะแสนสุข, 2530; ทวีเพ็ญ สุทัตตกุล, 2536; อัญชลี ธาดาภาค, 2536) ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาที่เคยใช้ทำให้ต้องให้ยาต้านจุลชีพใหม่ๆ ที่ราคาสูง

ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปแม้ว่าจะมีการใช้น้อยรายการกว่าผู้ป่วยอายุรกรรม แต่ยังคงพบปัญหาการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยา (Durrence et al., 1985) อาจจะเป็นเนื่องจากแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป

มักจะเน้นให้ความสนใจในด้านการผ่าตัดและยังต้องติดตามอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอีกมากมาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่จะไม่คำนึงถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ดังนั้น เภสัชกรจึงช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Bertch และคณะ (1988) โดยการที่เภสัชกรเข้าไปติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่าคำแนะนำของเภสัชกรต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นการเพิ่มคุณภาพและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 11,036 บาทต่อผู้ป่วยแต่ละคน

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นพันธกิจของเภสัชกรในยุคปัจจุบัน เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการบำบัดรักษาด้วยยาเพื่อให้ได้ผลการรักษาตามที่กำหนดในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hepler and Strand, 1990) โดยเภสัชกรมีหน้าที่หลักในการบ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เภสัชกรจะดำเนินการร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในการวางแผนการรักษา, ดำเนินการตามแผนการรักษา และติดตามแผนการรักษาด้วยยา เพื่อก่อให้เกิดผลการรักษาที่ต้องการให้แก่ผู้ป่วย

ได้มีการทดลองดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลหลายแห่ง ในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ศูนย์มะเร็ง (Warnock and Rimland, 1994), การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน (Jaber et al., 1996), การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (Johnson, Lobas, and Ivey, 1993) และ การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดและหัวใจชนิดเฉียบพลัน (Chisholm et al., 1995) สำหรับประเทศไทย ได้มีการทดลองดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลราชวิถี ได้แก่ การบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (วินัดดา ชูตินารา, 2538), การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์, 2538), และผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจ (สุชาติ ธนภัทรกวิน, 2538) ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่า เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่ค้นพบ โดยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วย

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะสร้างรูปแบบและแนวทางในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โดยดูแลการใช้ยาดังแต่ขั้นตอนแรกของการใช้ยา คือ การสั่งจ่ายยาของแพทย์, การจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม, การบริหารยาโดยพยาบาล, การติดตามการตอบสนองต่อยา จนถึง การติดตามผลการใช้ยา โดยกำหนดงานบริการเภสัชกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยา เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่พบ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย นั่นก็คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมดังกล่าว นับเป็นการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การวิจัยนี้จึงดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานการบริหารทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วย คัลยกรรมทั่วไป
2. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของเภสัชกร ในด้าน
 - 2.1 ปัญหาที่ค้นพบภายใต้การดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 1.
 - 2.2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรมภายใต้การดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 1.
3. เพื่อศึกษาผลกระทบในด้านทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ แพทย์, พยาบาล และ เภสัชกร ต่อการดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 1.

ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ เพื่อจัดตั้งระบบการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในการให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก ทดลองดำเนินงานในโรงพยาบาลเพื่อหา รูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยคัลยกรรมทั่วไป และ ศึกษาผลของรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานในด้านต่างๆ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงต้องดำเนินงานในโรงพยาบาลที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน ระยะเวลา ประกอบกับขีดความสามารถของผู้วิจัยทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ในโรงพยาบาล หลายแห่ง ดังนั้น ผู้วิจัยเลือกดำเนินงานในหอผู้ป่วยคัลยกรรมทั่วไปชาย โรงพยาบาลเชียงราย ประชาณุเคราะห์ โดยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 725 เตียง สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ และเมื่อการวิจัยนี้สิ้นสุดลงผู้วิจัยสามารถนำรูปแบบและ แนวทางที่ได้ไปปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นประโยชน์แก่งานต่อไป