

บทที่ 1

คำนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้คนเรามีช่วงอายุขัยที่ยาวนานขึ้นในเกือบทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปี 2523 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2.5 ล้านคน (5.4% ของประชากรทั้งประเทศ) ในปี 2533 มีผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคน (7% ของประชากรทั้งประเทศ) ในปี 2543 จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 5 ล้านคน (7.8% ของประชากรทั้งหมด) และจะเพิ่มเป็น 8 ล้านคนในปี 2558 (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ กรุงเทพมหานคร, 2533) ถ้ามองภาพโดยรวมทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี 2523-2563 ประชากรรวมจะเพิ่มขึ้น 67% ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 300% ซึ่งแนวโน้มที่สูงขึ้นนี้จะแสดงถึงความต้องการทางด้านการบริการสาธารณสุขมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นแบบการประสานสหสาขา (multidisciplinary team approach) โดยการดูแลร่วมกันระหว่างหลายสาขาวิชา ในการวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อยืดระยะเวลาของการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาให้ช้าที่สุด กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจอย่างมากตั้งแต่ในอดีต (Fink et al., 1987) จนถึงปัจจุบัน

ยาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันการใช้ยาจะต้องระมัดระวังอันตรายจากการใช้ยา ตลอดจนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วย การศึกษาของ Einarson (1993) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก 49 การศึกษา พบว่า โดยเฉลี่ย 5% ของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (พบตั้งแต่ช่วง 0.2-21.7%) (Phillips and Car-Lopez, 1990; Christophidis and Scharf, 1995) การศึกษาของ Caranos และคณะ (1974) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากยา มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยสูงอายุประมาณ 12-13% ของประชากรทั้งประเทศ แต่มีมูลค่าการบริโภคยามากกว่า 30% ของมูลค่ายาทั้งประเทศ ในปี 1981 มีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในผู้ป่วยสูงอายุพบว่ามากถึง 3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ การศึกษาของ Gosney และ Tallis (1984) พบว่า

85% ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าแพทย์ได้รับข้อมูลต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับยาทั้งหมด

การศึกษาของ Jorgensen และคณะ (1993) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ยาในกลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มยา Diuretics และยาที่พบว่าทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้บ่อย คือ Digitalis และ Diuretics (Einarson, 1993) การศึกษาของ Warrel และคณะ (1993) พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจาก Digitalis 8.53 คน ต่อ 1,000 คน ที่ใช้ยาดังนี้ และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่พบบ่อยที่สุดคือ arrhythmia พบมากถึง 17% (Colt and Shapiro, 1989) การศึกษาของ Phillip และ Car-Lopez (1990) พบว่า การที่เภสัชกรคลินิกร่วมเข้าไปอยู่ในทีมดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สามารถลดรายการยาที่สั่งได้ 32% และประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากถึง 53.75 เหรียญต่อรายในระยะเวลา 6 เดือน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง 42%

การเปลี่ยนแปลงบทบาทของเภสัชกรจากผู้ดูแลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา มาเป็นการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยเกิดขึ้นครั้งแรกในโรงพยาบาล การที่เภสัชกรเริ่มไปทำงานตามหอผู้ป่วย เพื่อติดตามผลการรักษาเกิดขึ้นเมื่อ 20 ปีก่อนในประเทศสหรัฐอเมริกา จนกระทั่งปี 1990 Hepler และ Strand ได้เสนอพันธกิจใหม่ของเภสัชกรโดยใช้คำว่า “การบริหารทางเภสัชกรรม”(pharmaceutical care) ซึ่งหมายถึง “การให้ความรับผิดชอบต่อการบำบัดรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่กำหนดในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย” ซึ่งสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความซึ่งคล้ายกันว่า “เป็นการให้ความรับผิดชอบดูแลปัญหาการใช้ยาโดยตรงต่อผู้ป่วย และถือเป็นพันธกิจใหม่ที่เภสัชกรจะต้องรับผิดชอบต่อสังคม โดยดำเนินการผสมผสานงานเภสัชกรรมทั้งในส่วนที่บริการด้านอื่นๆแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และบริการต่อผู้ป่วยโดยตรง ให้มีความสัมพันธ์กันและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย” โดยเภสัชกรมีหน้าที่หลักในการค้นหาปัญหา แก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (drug related problem) ที่อาจจะเกิดขึ้น Master และ Krstenasky (1992) ศึกษาพบว่า เภสัชกรเข้าไปดูแลและแก้ไขปัญหาอันเนื่องมาจากการเขียนใบสั่งยาของแพทย์ที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาโดยหลีกเลี่ยงและป้องกันปัญหาต่างๆ ที่ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากถึง 16,000 เหรียญสหรัฐ ในช่วงระยะเวลา 4 เดือน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างรูปแบบและแนวทาง ในการติดตามปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยเลือกปฏิบัติ ณ คลินิกผู้ป่วยสูงอายุ แผนกอายุรเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคหลอดเลือดและหัวใจ (cardiovascular disease) และโรคเบาหวาน (diabetes mellitus)

สาเหตุที่เลือกวิจัยปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ คือ

1. ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา ดังนี้

- ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีหลายโรคพร้อมกัน (multiple pathologies and diseases)
- มีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยโดยทั่วไป (atypical presentation) เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคปอดบวม แต่มีอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน โดยอาจมาด้วยอาการซึมเศร้า หรือสับสน

- เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีหลายโรค มักจะได้อาพร่วมกันหลายชนิด (multiple drugs) ทำให้ผลการตอบสนองต่อยาซับซ้อน ดังนั้นเภสัชกรจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในทีมดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในการศึกษาหนึ่งพบว่ามีการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉลี่ย 3.7 รายการ (ตั้งแต่ 0-24 รายการ) (Small and Moherman, 1990) ในการศึกษา ของ Tulloch (1981) พบว่า 1 ใน 3 ของจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานเป็นระยะเวลาานั้น ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ หรือไม่แน่ใจว่ามีความจำเป็นหรือไม่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าควรจะมีการทบทวนการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ

- เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เนื่องจากการใช้ยาหลายรายการ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ตลอดจนการตอบสนองร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และอันตรกิริยาระหว่างยาจะมากขึ้น เมื่อมีจำนวนรายการยามากขึ้น (Denham, 1990)

2. ในกลุ่มโรคที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่เป็นสาเหตุของการตายสูงที่สุด คือ โรคหัวใจ (Swonger and Burbank, 1995) ส่วนโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุ คือโรคข้ออักเสบ ลำดับที่ 2 คือโรคความดันโลหิตสูง ลำดับที่ 3 คือ โรคเรื้อรังเกี่ยวกับหู และลำดับที่ 4 คือ โรคหัวใจ

3. โรคต่างๆที่พบในผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการใช้ยาเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้การใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยลดลง ยิ่งไปกว่านั้นการใช้ยานานๆ จะทำให้การใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยสูงอายุลดลง (Ostrom et al., 1985) มีการศึกษาที่พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุมากถึง 50% ที่ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Jorgensen, Isacson and Thorslund, 1993)

4. จากการศึกษาสำรวจในระยะเวลา 2 เดือน ณ คลินิกผู้สูงอายุ แผนกอายุรเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2538) พบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุมากถึง 70 ปัญหา จากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุ 50 ราย (รัตนา แสนอารี, 2538)

5. พบว่ามูลค่ายาต่อใบสั่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีค่ามากกว่ามูลค่ายาต่อใบสั่งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด และมูลค่าการบริโภคยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีสัดส่วนเป็น 1 ใน 6 ของมูลค่าการบริโภคยาทั้งหมด (จากสถิติมูลค่ายาที่จ่ายให้กับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าตั้งแต่ เดือน มกราคม-มิถุนายน 2538)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาวิธีการติดตามและวิธีแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามรูปแบบที่ได้กำหนดขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษารูปแบบการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดจากการสั่งจ่ายยา เช่น การสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมกับโรค, การสั่งจ่ายยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง, การสั่งจ่ายยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน และอื่นๆ
2. ศึกษาความผิดพลาดของการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การจ่ายยามืดชานาน, ผิดรูปแบบ, ผิดขนาด, การเขียนฉลากไม่ถูกต้อง และอื่นๆ
3. ศึกษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ในผู้ป่วยสูงอายุ และวิธีการป้องกันหรือแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร
4. ศึกษาและติดตามปัญหาจากการนำยาไปใช้ของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา และวิธีการป้องกันหรือแก้ไขการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยสูงอายุ