

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาการรักษาโรคต่างๆ ด้วยยาชนิดใหม่ๆ ได้นำประโยชน์มาสู่ผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(Denham และ Barnett,. 1998) สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจึงเพิ่มมากขึ้นทุกปี แม้ว่าในขณะนี้จำนวนผู้สูงอายุยังไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด แต่ผู้ป่วยสูงอายุกลับเป็นกลุ่มที่มีการบริโภคยามากกว่าประชากรในวัยอื่นๆ ในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกาจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 18 และร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ในขณะที่มีปริมาณการบริโภคยามากถึงร้อยละ 45 และร้อยละ 34 ของจำนวนรายการยาที่มีการบริโภคทั้งหมดตามลำดับ(Royal collage of Physicians of London,1997. อ้างถึงใน Kennerfalk, Ruigomez, Wallander, Wilhelmsen และ Johansson, 2002; Hanlon และคณะ, 2002) เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2523 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุราว 2.5 ล้านคน(ร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด) แต่ในปี พ.ศ.2543 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 5 ล้านคน(ร้อยละ 7.8 ของประชากรทั้งหมด) และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 8 ล้านคน(ร้อยละ 11.3 ของประชากรทั้งหมด) ในปี พ.ศ.2558 หรืออีก 23 ปีข้างหน้า(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2533. อ้างถึงใน วิทยา ศรีตามา, 2539) จึงคาดว่าปริมาณการบริโภคยาในผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทยก็จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ถึงแม้ว่าการใช้ยาจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยสูงอายุก็ตาม แต่ขณะเดียวกันการใช้ยา ก็อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดโรคใหม่หรือเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์(adverse outcome) ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยสูงอายุเองก็มีปัจจัยเสี่ยงอยู่หลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพตามอายุทำให้มีการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง เช่น การทำงานของตับและไตลดลง(Ouslander, 1981) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการขจัดยา(Montamat, Cusack และ Vastal,1989) ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะเกิดการสะสมของยาหากไม่ได้รับการปรับขนาดยาที่เหมาะสม(Beers และ Ouslander,1989) ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความไวต่อผลของยาและไม่สามารถทนอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นในขนาดยาปกติสำหรับผู้ใหญ่(Lombardi และ Kennicutt, 2001) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมิโรค

เรื้อรังและโรคแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การใช้ยาเป็นจำนวนมาก(Chutka, Evan, Fleming และ Mikkelson, 1995) ปัญหาเรื่องความจำก็เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง(Lombardi และ Kennicutt, 2001)

การที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาหลายชนิดอาจนำมาสู่ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Doucet และคณะ, 1996) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับนอกจากนี้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง(Beers และ Ouslander, 1989) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่หากมีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เภสัชกร เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดหรือแก้ปัญหาดังกล่าวได้ Phillips และ Carr-lopez(1990) ศึกษาผลที่มีเภสัชกรคลินิกทบทวนรายการยาที่ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 72 ราย พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ป่วยสูงอายุได้รับรายการยาที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 3.4 รายการ และการทบทวนการสั่งใช้ยาโดยเภสัชกรทำให้จำนวนรายการยาลดลงได้ร้อยละ 32 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และลดจำนวนรายการยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ร้อยละ 42 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 53.75 ดอลลาร์ต่อราย ในอีกหลายการศึกษาที่เภสัชกรเข้าร่วมในการดูแลปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแสดงให้เห็นว่า งานบริหารทางเภสัชกรรมสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย(Blakey และ Hixson-Wallace, 2000) ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม (Hanlon และคณะ, 1996) และช่วยลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย(Tett, Higgins และ Armour, 1993)

แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงเป็นปัญหาของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยนอก คือ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการค้นหาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นมากที่สุดในการรับบริการจากเภสัชกร (Carter และ Helling, 2000) เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาชนิดที่สามารถป้องกันได้ และเภสัชกรได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาก็ตาม แต่อาจไม่เห็นผลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม จึงเป็นเรื่องยากที่ทำให้เห็นคุณค่าของเภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาในการหลีกเลี่ยงผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังไม่เหมาะสมทั้งในแง่ของเวลาและค่าใช้จ่ายที่จะให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา ดังนั้นควรเน้นการบริหารให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดจากเภสัชกรในการป้องกันการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา และเภสัชกร

สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้การเอาใจใส่กับผู้ป่วยที่มีความต้องการรับบริการมากที่สุด (Daschner, Brownstein, Cameron และ Feinberg, 2000)

โรงพยาบาลอินทร์บุรีเป็นโรงพยาบาลขนาด 254 เตียง มีผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมารับบริการเฉลี่ยวันละ 100 ราย และผู้ป่วยนอกสูงอายุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม (ข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลอินทร์บุรี, 2545) ซึ่งประกอบด้วย 3 คลินิก คือ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานและคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานเภสัชกรรมได้เปิดบริการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานและคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงเวลาระหว่างที่ผู้ป่วยรอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ โดยเน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ปกติในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานและค่าระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ในคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุจึงไม่เน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมารับบริการจากทางโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงต้องการเน้นการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากรักษาด้วยยามากกว่าก่อนได้ ดังนั้นจึงได้ดำเนินการนำปัจจัยเสี่ยงมาทดสอบเปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยากับผู้ป่วยทั้ง 3 คลินิกดังกล่าว เพื่อให้เภสัชกรนำมาใช้เป็นเกณฑ์เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุเพื่อการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมต่อไป รวมถึงดำเนินการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ซึ่งคาดว่าจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงอายุและช่วยลดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้

สมมุติฐานการวิจัย

- Ho : ผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงมีจำนวนปัญหาการใช้ยาไม่แตกต่างกัน
 Ha : ผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงมีจำนวนปัญหาการใช้ยาแตกต่างกัน

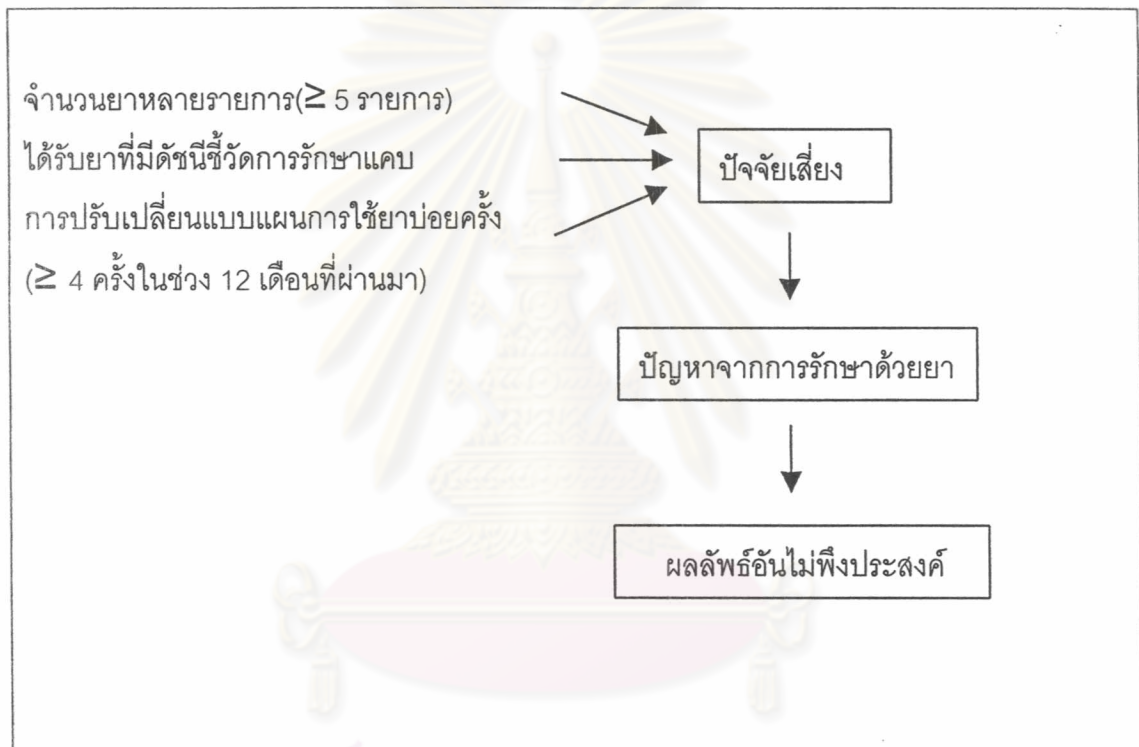
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยนอกสูงอายุมีและไม่มีปัจจัยเสี่ยง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาลักษณะและการแก้ไขปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยง

ภาพ 1 .แผนภูมิกรอบแนวคิดในการวิจัย



การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ โดยการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำมาใช้คัดกรองผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยา เพื่อให้เภสัชกรสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีขอบเขตการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลอินทรีบุรี ระหว่างช่วงเวลาทำการวิจัย คือ เดือนพฤศจิกายน 2545 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2546

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัญหาจากการรักษาด้วยยา หมายถึง เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ใดๆที่เกิดกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องหรือคาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาที่จะส่งผลหรือคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อ การตอบสนองที่ต้องการของผู้ป่วย ในการศึกษานี้อ้างอิงจาก Cipolle(1998) ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเกิดโรคใหม่ ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องการยาเพื่อเสริมฤทธิ์กัน

1.2 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น โดยผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในขณะนี้เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดเมื่อมีข้อบ่งชี้ยาชนิดเดียว ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่หลีกเลี่ยงได้

1.3 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น รูปแบบยาไม่เหมาะสม มีข้อห้ามใช้ ราคายาไม่สมเหตุผล ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยรักษาไม่ได้ผล

1.4 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่น้อยเกินไป เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยได้รับขนาดยาต่ำกว่าระดับที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ขนาดยาที่ได้รับต่ำ เกินกว่าระดับที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาที่จำนวนครั้งในการใช้ยาต่อวันต่ำเกินไป ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาโรคในระยะเวลาไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้

1.5 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยเคยเกิด idiosyncratic reaction ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยพิจารณาจาก Naranjo 's algorithm(Naranjo, 1981) ตั้งแต่ระดับ possible ขึ้นไป

1.6 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่มากเกินไป เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยได้รับขนาดยาสูงกว่าระดับที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ขนาดยาที่ได้รับสูงเกินกว่าระดับที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาที่จำนวนครั้งในการใช้ยาต่อวันสูงเกินไป

1.7 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยาจากบุคลากร ราคาแพง ผู้ป่วยขาดความรู้ การใช้ยาขัดแย้งกับความเชื่อของผู้ป่วย

โดยการพิจารณาปัญหาจากการรักษาด้วยยาในการศึกษานี้ ได้แก่

1. พิจารณาขนาด วิธีใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยอ้างอิงจากหนังสือ Geriatric dosage handbook 6th ed(Semla, Beizer และ Higbee, 2001)

2. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาพิจารณาเฉพาะระดับ SIGNIFICANT1 และ 2 โดยอ้างอิงจากหนังสือ Drug Interaction Facts 2000(Tatro, 2000)

3. การนับจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยา นับเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริง (actual problems) ไม่นับรวมถึงปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (potential problems) และนับเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยรวมถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับพร้อมกับการรักษาโรคเรื้อรังในคราวเดียวกัน ไม่นับรวมกรณียาที่ผู้ป่วยไปรับจากสถานพยาบาลอื่นๆ หรือซื้อยารับประทานเอง

2. ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

3. คลินิกอายุรกรรม หมายถึง คลินิกผู้ป่วยนอกโรคอายุรกรรมทั่วไป คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานและคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอินทบุรี

4. ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ หมายถึง ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากปัญหาจากการรักษาด้วยยา ดัดแปลงจาก Jonhson และ Bootman(1995)

4.1 ผู้ป่วยสูงอายุมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

4.2 ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการปรับเปลี่ยนยา ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและได้รับการปรับเปลี่ยนยา

4.3 ผู้ป่วยสูงอายุมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4.4 ผู้ป่วยสูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในที่นี้หากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแต่แพทย์สั่งให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถือว่าผู้ป่วยสูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

5. ยา ในที่นี้หมายถึง ยาชนิดรับประทาน ยาสูดพ่น ยาแผ่นแปะผิวหนัง อินซูลิน ยาหยอดตา ยาหยอดหู และยาอมใต้ลิ้น แต่ในที่นี้ไม่รวมถึง เมธิลซาลิไซเลตบาล์ม ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดใช้ภายนอก และยาทาภายนอกอื่นๆ

6. ปัจจัยเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง

6.1 ผู้ป่วยได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียวกัน

6.2 ผู้ป่วยได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาคาบ ในการวิจัยนี้คิดเฉพาะรายการยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาคาบที่มีในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลอินทบุรีเท่านั้น ซึ่งมีทั้งหมด 7

รายการ ได้แก่ carbamazepine, digoxin, phenobarbital, phenytoin, theophylline, vaproic acid, และ warfarin

6.3 ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา (Jameson, Vannoord และ Vanderwoud, 1995) ซึ่งในงานวิจัยนี้นับเฉพาะการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรัง หรือ ยาที่มีการใช้ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี

6.3.1 ได้รับยาตัวใหม่เพิ่มเข้ามา

6.3.2 หยุดยา

6.3.3 จำนวนขนาดยาต่อวันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งการเพิ่มและลดจำนวนขนาดยาต่อวัน เช่น เปลี่ยนจากการให้ยา propranolol(10 mg) วันละ 2 ครั้งมาเป็นวันละ 3 ครั้ง

6.3.4 ขนาดยาเปลี่ยนแปลงทั้งการเพิ่มและลดขนาดยา เช่น เปลี่ยนจากการให้ยา propranolol(10 mg) วันละ 3 ครั้ง มาเป็นยา propranolol(40 mg) วันละ 3 ครั้งๆละ ½ เม็ด

6.4 วิธีนับปัจจัยเสี่ยงในเรื่องจำนวนครั้งของการปรับเปลี่ยนการให้นับเฉพาะการปรับเปลี่ยนปัญหารายการยาที่ใช้สำหรับรักษาโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำปัจจัยความเสี่ยงจากการศึกษาไปใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่ควรเข้ารับบริการจากเภสัชกร

2. นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย