

ผลการให้คำปรึกษาแนะนำด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหืด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลองค์กรักษ์

Outcomes in Asthmatic Patients Undergoing Drug Use Counseling: A Case Study of Ongkharak Community Hospital

ศุภกร เมฆะสุวรรณดิษฐ์

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลองค์กรักษ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคหืดและการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในด้านความรู้การใช้ยารักษาโรคหืด การทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืด และปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จ.นครนายก ในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2551 ประเมินข้อมูลผู้ป่วย 3 ด้านคือ 1) ความรู้ในการใช้ยารักษาโรคหืด 2) การทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืด และ 3) ปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืด ก่อนให้คำปรึกษาและหลังให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคหืดและการใช้ยาอีก 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน มีผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำทั้งสิ้น 17 ราย

ผลการศึกษา: ด้านความรู้การใช้ยารักษาโรคหืดพบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ป่วยมีความรู้ด้านทราบความถี่และเวลาที่ใช้ยาสูงสุดคือ 14 ราย (ร้อยละ 82.35) รองลงมาคือ ทราบข้อบ่งชี้ของยา 12 ราย (ร้อยละ 70.59) ผลการศึกษาด้านการทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืดพบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ป่วยมีความรู้ด้านทราบเป้าหมายการรักษาจำนวนเท่ากับในสามประเด็น คือ การรักษาโรคหืดช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ ออกกำลังกายได้ และการรักษาโรคหืดป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค โดยพบประเด็นละ 10 ราย (ร้อยละ 58.82) ผลการศึกษาด้านปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืดพบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบสูงสุดคือ ใช้ยาพ่นสูดไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่เข้าใจวิธีการใช้แม้จะได้รับคำอธิบายจากเภสัชกรแล้วก็ตาม โดยพบในผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 58.52) รองลงมาคือ ใช้ยามืดเวลา 4 ราย (ร้อยละ 23.53) ทั้งนี้จำนวนข้อของความรู้และการเข้าใจเป้าหมายในการรักษา เมื่อพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 หลังการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$ และ $P < 0.001$ ตามลำดับ) และจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($P = 0.001$)

Key words: โรคหืด, การให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา, ความรู้, ปัญหาการใช้ยา

Thai Pharm Health Sci J 2008;3(2):245-254[§]

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่มีพยาธิสรีรวิทยาจากปฏิกิริยาอักเสบของหลอดลม และเป็นภาวะที่หลอดลมมีความไวต่อการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าปกติ เช่น สารก่อภูมิแพ้ มลพิษในอากาศ การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศที่รวดเร็ว การสูบบุหรี่ อาหารและยาบางชนิด เป็นต้น ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและวิธีการ

รักษามีความก้าวหน้ามาก ซึ่งหลักสำคัญในการรักษาโรคหืดมีทั้งวิธีการที่ไม่ใช้ยา เช่น การหลีกเลี่ยงหรือควบคุมปัจจัยกระตุ้นของโรคหืดและการออกกำลังกาย และวิธีการใช้ยาเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการหอบหืด ทั้งนี้ในการใช้ยานั้นจะมุ่งเน้นที่การใช้ยาพ่นสูดเป็นหลักในการรักษา ซึ่งได้แก่ ยาพ่นสูดสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ (anti-inflammation) ซึ่งจัดเป็นยาที่แก้ไขพยาธิสรีรวิทยาของโรคจึงช่วยควบคุมอาการ

[§] 13th year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

ของโรค (controller) และยาพ่นสูดขยายหลอดลม (bronchodilator) ซึ่งช่วยบรรเทาอาการหอบหืด (reliever) โดยมีเป้าหมายในการรักษาหรือการใช้ยาคือ ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมปกติได้ ป้องกันอาการหอบหืดเวลากลางคืนหรือเช้าตรู่หรือเวลาออกกำลังกาย ป้องกันอาการหอบหืดกำเริบ ป้องกันอาการหอบหืดขั้นรุนแรงจนต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น¹⁻⁵

โรคหืดจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกจากการศึกษาโดย Masoli และคณะ⁶ พบความชุกของโรคนี้ในทั่วโลกประมาณ 300 ล้านราย สำหรับในประเทศไทย โรคหืดจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน จากข้อมูลของสำนักรายงานและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดป่วย 140.57 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 166.55 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2546⁷

การรักษาโรคหืดในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แม้จะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น การจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดแห่งประเทศไทย โดยสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย⁸ ตลอดจนการดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคหืดที่เพิ่มขึ้นก็ตาม ซึ่งปัญหาดังกล่าว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ความทรมาณจากการหายใจลำบากหรือหายใจไม่ออก เหนื่อย แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย ผลเสียต่อภาวะจิตใจอารมณ์ ตลอดจนการประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติของผู้ป่วย ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงแล้ว ยังส่งผลเสียทางด้านครอบครัวและเศรษฐกิจอีกด้วย โดยผู้ป่วยหรือทางโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ด้วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว GINA⁹ ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติจึงได้ออกแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้น ซึ่งล่าสุดคือในปี 2549 สำหรับในประเทศไทย สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย⁸ ได้ดัดแปลงแนวทางของ GINA และกำหนดแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นในปี พ.ศ. 2547 โดยแนะนำว่าการดูแลรักษาโรคหืดควรประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ การวินิจฉัยและการติดตามการดำเนินโรค การเลือกยาที่ถูกต้อง การป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ

จากผลการศึกษาถึงภาวะของโรคหืดในระดับโลกโดย GINA ในปี 2547⁶ และการสำรวจในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก¹⁰ พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาและควบคุมโรคหืดคือ ผู้ป่วยขาดความรู้และความชำนาญในการพ่นยา เนื่องจากยาพ่นสูดเป็นยาที่มีวิธีใช้ที่ซับซ้อน ดังนั้น การสืบค้น

ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืด ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ถึงการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันการจับหืด และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งได้แก่ วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง จำนวนและขนาดของยาที่ใช้ วิธีใช้ยาสูดพ่นซึ่งเป็นยาที่มีวิธีการใช้ที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างถูกต้อง การใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ วิธีปรับขนาดสูดยาพ่นเมื่ออาการกำเริบ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

เภสัชกรในฐานะวิชาชีพที่มีความสำคัญในด้านการดูแลรักษาของผู้ป่วย จึงควรมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหืดในประเด็นดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทาง National Asthma Education Prevention Program (NAEPP)¹¹ ที่ได้กำหนดบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดว่า เภสัชกรควรมีหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับและวิธีการใช้ยาพ่น การติดตามการมารับยาพ่นขยายหลอดลม การแก้ไขปัญหากรณีที่ผู้ป่วยไปซื้อยาพ่นหรือยาปรับประทุนมาใช้เอง และการช่วยให้ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลเข้าใจแผนการรักษาและสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหืดเป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะทำให้การรักษาโรคหืดประสบความสำเร็จ ทั้งนี้รายงานการวิจัย พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคหืด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งหากเภสัชกรมีบทบาทในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด คาดว่าจะช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ช่วยส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉิน รวมทั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่าย

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืด โดยเภสัชกร หลายการศึกษา ไม่ว่าในต่างประเทศ^{12,13} หรือในประเทศไทย¹⁴⁻¹⁸ ถึงแม้รูปแบบการศึกษาจะแตกต่างกัน แต่ทุกการศึกษาล้วนให้ผลดีในทำนองเดียวกันคือ การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืด เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดและการรักษามากขึ้น และการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยเภสัชกร มีผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของโรคหืดและยารักษาโรคหืดได้^{12,13,17} เพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ ลดปัญหาการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น¹⁵⁻¹⁸

จากข้อมูลข้างต้นประกอบกับการที่โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งการติดตามผลการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญ และเนื่องจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็น

ดังกล่าวยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาขั้นต้น โดยตั้งสมมติฐานว่า การสืบค้นปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืด ตลอดจนการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในระยะยาว จะทำให้ความรู้การใช้ยารักษาโรคหืดของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยทราบเป้าหมายการรักษาและภาวะที่ควรหลีกเลี่ยง ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดลดลง ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคหืดและการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหืด

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์กรจังหวัดนครนายก ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม 2551-มิถุนายน 2551 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้ยาพ่นสูดครั้งแรก ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี ถึงแม้จะใช้ยาพ่นสูดมานาน ผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยารักษาโรคหืด ผู้ป่วยโรคหืดที่พ่นสูดได้ด้วยตัวเอง และผู้ป่วยโรคหืดที่สามารถติดตามผลได้ครบ 3 ครั้ง สำหรับเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะ active pulmonary disease เช่น วัณโรค ผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถติดตามผลได้ครบ 3 ครั้ง ทำการเก็บข้อมูลก่อนให้คำปรึกษาแนะนำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และทบทวนแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกลงในแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติทางสังคม ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืด ได้แก่ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคหืด จำนวนครั้งที่จับหืด จำนวนครั้งที่ต้องมาห้องฉุกเฉินเนื่องจากโรคหืด โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย บัญชีชกนการจับหืด และข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลการใช้ยารักษาโรคหืด ความรู้การใช้ยารักษาโรคหืด ความรู้ด้านการทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืด ปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืด ทำการประเมินข้อมูลผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ด้านคือ 1) ความรู้การใช้ยารักษาโรคหืด จำนวน 8 ข้อ (ดูตารางที่ 4) 2) การทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืด จำนวน 7 ข้อ (ดูตารางที่ 5) และ 3) ปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืด จำนวน 12 ข้อย่อย (ดูตารางที่ 6) โดยในประเด็นนี้มีการประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่นสูดรวมอยู่ด้วย จากนั้นเภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย โดย

เน้นข้อมูล 3 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้เภสัชกรที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย มีมาตรการที่ให้แก่ผู้ป่วย (intervention) ได้แก่ ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการใช้ยารักษาหอบหืด แจกแพทย์ให้ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนการใช้ยา (ลด เพิ่ม ยกเลิก) ชักประวัติการใช้ยา พร้อมแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง เภสัชกรชักประวัติการแพ้ยา พร้อมออกบัตรแพ้ยา ให้คำอธิบายและสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นสูด ให้ผู้ป่วยทวนเทคนิคซ้ำและทำให้ดู โดยมาตรการที่ให้ขึ้นกับปัญหาที่พบ หลังให้คำปรึกษาแนะนำ เภสัชกรจะนัดผู้ป่วยให้กลับมาที่ห้องยาเพื่อทำการเก็บข้อมูล หลังให้คำปรึกษาแนะนำโดยเน้นข้อมูล 3 ด้าน อีก 3 ครั้ง ห่างกัน ครั้งละ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังให้คำปรึกษาแนะนำครั้งที่ 1, 2 และ 3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และข้อมูลก่อนและหลังการศึกษาไม่เป็นอิสระต่อกัน ทำให้คะแนนรวมมีโอกาสแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติแบบไม่ใช้พารามิเตอร์ (non-parametric) คือ Wilcoxon signed rank test ในการเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนข้อของความถี่ที่ทราบจำนวนข้อของเป้าหมายของการรักษาที่ทราบ จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ระหว่างก่อนให้คำปรึกษาและ ณ การพบครั้งที่ 3 หลังให้คำปรึกษา ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำ มีจำนวนทั้งสิ้น 17 ราย (ตารางที่ 1) โดยมีเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย คือ 49 ± 16.94 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.70) และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นหลักถึงร้อยละ 70.59 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 82.35) นอกนั้นเป็นผู้ป่วยประกันสังคม มีผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 23.52 และผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 17.65) มีประวัติการใช้ยาสูดกลอน/สมุนไพร/ยาหม้อ ยาชุด และยาตองเหล้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	9 (52.94)
หญิง	8 (47.06)
อายุ (ปี): mean ± SD	49 ± 16.94
	Median 49
อาชีพ	
เกษตรกร	1 (5.88)
ค้าขาย	1 (5.88)
นักศึกษา	1 (5.88)
รับจ้าง	12 (70.59)
ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ	2 (11.76)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	11 (64.70)
มัธยมศึกษา	3 (17.65)
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (17.65)
สิทธิการรักษา	
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14 (82.35)
สิทธิประกันสังคม	3 (17.65)
ประวัติทางสังคม	
สูบบุหรี่	3 (17.65)
ดื่มสุรา	2 (11.76)
สูบบุหรี่และดื่มสุรา	4 (23.52)
ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา	8 (47.04)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและการใช้ยา

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคหืด 2.74 ± 1.06 ปี มีผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 11.76) ที่มีอาการทุกวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากอาการจับหืดเฉียบพลัน (ร้อยละ 82.35) ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.08) มีโรคอื่นร่วมด้วย โดยโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 17.65) เมื่อพิจารณาปัจจัยชกนำการจับหืดพบว่า ร้อยละ 47.04 เกิดจากสภาพแวดล้อม เช่น ควัน ฝน ฝุ่นละออง และอากาศเย็น

สำหรับประวัติการใช้ยารักษาโรคหืด (ตารางที่ 3) นั้น ผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 58.82) ได้ยาพ่นสูดเพียงอย่างเดียว และ 7 ราย (ร้อยละ 41.82) ได้ยาพ่นสูดร่วมกับยารับประทาน theophylline โดยผู้ป่วย 12 ราย (ร้อยละ 70.59) ได้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม คือ salbutamol และยาสูตรผสมระหว่าง fenoterol กับ ipratropium โดยไม่มีการสั่งยาพ่นสูดสเตียรอยด์ร่วมด้วย ผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 23.52) ได้ขยายยาหลอดลมร่วมกับยาพ่นสูดสเตียรอยด์ และมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย เท่านั้น ที่ได้เฉพาะยาพ่นสูดสเตียรอยด์

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืด

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคหืด (ปี): mean ± SD	2.74 ± 1.06
	Median 2
จำนวนครั้งที่จับหืด	
ทุกวัน	2 (11.76)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง/สัปดาห์	15 (88.24)
เคยมาห้องฉุกเฉินเนื่องจากโรคหืด	
เคย	14 (82.35)
ไม่เคย	3 (17.65)
โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3 (17.65)
โรคข้อ	2 (11.76)
โรคมุมแพ้ระบบทางเดินหายใจ/	2 (11.76)
โรกระบบทางเดินอาหาร	1 (5.88)
ไม่มี	9 (52.92)
ปัจจัยชกนำการจับหืด	
สภาพแวดล้อม	8 (47.04)
อารมณ์และสภาพจิตใจ	1 (5.88)
ทั้งสภาพแวดล้อม อารมณ์และสภาพจิตใจ	4 (23.52)
อาชีพ	1 (5.88)
อื่น ๆ	3 (11.76)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการใช้ยารักษาโรคหืด

ยารักษาโรคหืด	จำนวน (ร้อยละ)
ยาพ่นสูด	
-Budesonide MDI 200 ug พ่นสูดเช้า เย็น	1
-Salbutamol MDI 200 ug พ่นสูดเมื่อจับหืด	5
-Salbutamol MDI 200 ug พ่นสูดเมื่อจับหืด	4
ร่วมกับ budesonide MDI 200 ug พ่นสูดทุก 8 ชั่วโมง หรือเช้าเย็น	
ยาพ่นสูดร่วมกับยารับประทาน	
-ยาสูตรผสมระหว่าง fenoterol ug กับ ipratropium bromide mg ร่วมกับ theophylline sustained-release 100-200 mg วันละ 1-2 ครั้ง	4
-Salbutamol MDI 200 ug พ่นสูดเมื่อมีอาการจับหืดร่วมกับ theophylline sustained-release 100-200 mg วันละ 1-2 ครั้ง *	3

ความรู้ด้านการใช้ยารักษาโรคหืด

ผลการศึกษาด้านความรู้การใช้ยารักษาโรคหืด จากทั้งหมด 8 ข้อ ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามผลหลังให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง (ตารางที่ 4) พบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ป่วยมีความรู้ด้านทราบความถี่และเวลาที่ใช้อย่างถูกต้อง

คือ 14 ราย (ร้อยละ 82.35) รองลงมาคือ ทราบข้อบ่งชี้ของยา 12 ราย (ร้อยละ 70.59) และทราบปริมาณยาที่ใช้ต่อครั้ง 11 ราย (ร้อยละ 64.70)

สำหรับความรู้ด้านการทราบชื่อยาที่พบในอัตราต่ำสุด โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่ทราบชื่อยาไม่ว่าจะก่อนหรือหลังให้คำปรึกษาแนะนำไปแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 0) ในขณะที่ความรู้ด้านทราบผลข้างเคียงของยา และทราบคำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดผลข้างเคียงของยานั้น พบไม่แตกต่างกันคือ ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำมีผู้ป่วยที่ทราบเพียง 1 ราย (ร้อยละ 5.88) และหลังให้คำปรึกษาแนะนำก็พบในอัตราร้อยละที่เท่ากันคือ 29.41, 47.06 และ 70.59 หลังให้คำปรึกษาแนะนำไปได้ 1, 2 และ 3 ครั้ง ตามลำดับ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนข้อที่ผู้ป่วยทราบ พบว่าก่อนเข้ารับคำปรึกษา ผู้ป่วยทราบโดยเฉลี่ย 2.76 ข้อ (จากทั้งหมด 8 ข้อ) เมื่อพบหลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ทราบโดยเฉลี่ย 4.41 ข้อ ครั้งที่ 2 ทราบ 5.59 ข้อ และครั้งที่ 3 ทราบ 6.24 ข้อ โดยครั้งที่ 3 นี้ มีจำนวนข้อที่ทราบมากกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$)

ความรู้ด้านการทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับผิด

ผลการศึกษาด้านการทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับผิด (ทั้งหมด 7 ข้อ) ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ และติดตามผลหลังให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง (ตารางที่ 5) พบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ป่วยมีความรู้ด้านการทราบเป้าหมายการรักษาจำนวนเท่ากันในสามประเด็น คือ การรักษาโรคหืดช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ ออกกำลังกายได้ และการรักษาโรคหืดป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค โดยพบประเด็นละ 10 ราย (ร้อยละ 58.82) และจำนวนผู้ป่วยที่ทราบความรู้ในประเด็นดังกล่าวหลังให้คำปรึกษาแนะนำ ก็พบในอัตราที่เพิ่มขึ้นเมื่อให้คำปรึกษาแนะนำครบ 3 ครั้งคือ 16 ราย (ร้อยละ 94.12)

ตารางที่ 4 ความรู้การใช้ยารักษาโรคหืดก่อนให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามผลหลังให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง

ความรู้	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ก่อนและหลังให้คำปรึกษา							
	ก่อน		หลัง-ครั้งที่ 1		หลัง-ครั้งที่ 2		หลัง-ครั้งที่ 3	
	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ
1. ทราบหรือจำชื่อยาได้	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
2. ทราบข้อบ่งชี้	12 (70.59)	5 (29.41)	14 (82.35)	3 (17.65)	16 (94.12)	1 (5.88)	17 (100)	0 (0)
3. ทราบปริมาณยาที่ใช้ต่อครั้ง	11 (64.70)	6 (35.30)	15 (88.24)	2 (11.76)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)
4. ทราบความถี่และเวลาที่ชียา	14 (82.35)	3 (17.65)	15 (88.24)	2 (11.76)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)
5. ทราบการเก็บรักษา	5 (29.41)	12 (70.59)	13 (76.47)	4 (23.53)	15 (88.24)	2 (11.76)	15 (88.24)	2 (11.76)
6. ทราบผลข้างเคียงของยา	1 (5.88)	16 (94.12)	5 (29.41)	12 (70.59)	8 (47.06)	9 (52.94)	12 (70.59)	5 (29.41)
7. ทราบคำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดผลข้างเคียงของยา	1 (5.88)	16 (94.12)	5 (29.41)	12 (70.59)	8 (47.06)	9 (52.94)	12 (70.59)	5 (29.41)
8. ทราบการปฏิบัติตัวเมื่อลืมชียา	3 (17.65)	14 (82.35)	8 (47.06)	9 (52.94)	13 (76.47)	4 (23.53)	16 (94.12)	1 (5.88)

สำหรับความรู้ด้านทราบเป้าหมายการรักษาว่า การรักษาโรคหืดช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้ นั้น ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำมีผู้ป่วยทราบเพียง 7 ราย (ร้อยละ 41.18) อย่างไรก็ตามหลังให้คำปรึกษาแนะนำ จำนวนผู้ป่วยที่ทราบ

ความรู้ในประเด็นนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 52.94, 64.71, 82.35 หลังให้คำปรึกษาแนะนำไปได้ 1, 2 และ 3 ครั้ง ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามก่อนให้คำปรึกษาแนะนำไม่มีผู้ป่วยรายใดเลย (ร้อยละ 0) ที่ทราบเป้าหมายการรักษาว่า การรักษาโรคหืด ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยใกล้เคียง

กับคนปกติมากที่สุด และช่วยหลีกเลี่ยงผลเสียที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคหืด แต่หลังให้คำปรึกษาแนะนำไปได้ 1, 2 และ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่ทราบความรู้ในประเด็นทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยใกล้เคียงกับคนปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.65, 35.29 และ 58.82 ตามลำดับ ส่วนความรู้ในประเด็นช่วยหลีกเลี่ยงผลเสียที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคหืดนั้นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.76, 29.41 และ 41.18 ตามลำดับ

เมื่อประเมินความรู้ด้านการทราบปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืดพบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำมีผู้ป่วยที่มีความรู้ใน

ประเด็นนี้ 5 ราย (ร้อยละ 29.41) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.70, 76.47, 88.24, หลังให้คำปรึกษาแนะนำไปได้ 1, 2 และ 3 ครั้ง ตามลำดับ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนข้อที่ผู้ป่วยทราบ พบว่าก่อนเข้ารับคำปรึกษา ผู้ป่วยทราบโดยเฉลี่ย 2.47 ข้อ (จากทั้งหมด 7 ข้อ) เมื่อพบหลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ทราบโดยเฉลี่ย 3.71 ข้อ ครั้งที่ 2 ทราบ 4.65 ข้อ และครั้งที่ 3 ทราบ 5.53 ข้อ โดยครั้งที่ 3 นี้ มีจำนวนข้อที่ทราบมากกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ตารางที่ 5 ความรู้ด้านการทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืด ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามผลหลังให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง

ความรู้	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)							
	ก่อน		หลัง ครั้งที่ 1		หลัง ครั้งที่ 2		หลัง ครั้งที่ 3	
	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ
1. ทราบเป้าหมายการรักษา								
- สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้	10 (58.82)	7 (41.18)	13 (76.47)	4 (23.53)	15 (88.24)	2 (11.76)	16 (94.12)	1 (5.88)
- ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ ออกกำลังกายได้	10 (58.82)	7 (41.18)	12 (70.59)	5 (29.41)	14 (82.35)	3 (17.65)	16 (94.12)	1 (5.88)
- ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด	0 (0)	17 (100)	3 (17.65)	14 (82.35)	6 (35.29)	11 (64.71)	10 (58.82)	7 (41.18)
- ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค	10 (58.82)	7 (41.18)	13 (76.47)	4 (23.53)	15 (88.24)	2 (11.76)	16 (94.12)	1 (5.88)
- หลีกเลี่ยงผลเสียที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคหืด	0 (0)	17 (100)	2 (11.76)	15 (88.24)	5 (29.41)	12 (70.59)	7 (41.18)	10 (58.82)
- ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหืด	7 (41.18)	10 (58.82)	9 (52.94)	8 (47.06)	11 (64.71)	6 (35.29)	14 (82.35)	3 (17.65)
2. ทราบปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืด	5 (29.41)	12 (70.59)	11 (64.70)	6 (35.30)	13 (76.47)	4 (23.53)	15 (88.24)	2 (11.76)

ปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืด

ผลการศึกษาด้านปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืด (จำนวน 12 ข้อ) ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามผลหลังให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง (ตารางที่ 6) พบว่า ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบสูงสุด คือ ใช้ยาพ่นสูดไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่เข้าใจวิธีการใช้ถึงแม้จะได้รับคำอธิบายจากเภสัชกรแล้วก็ตาม โดยพบในผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 58.52). รองลงมาคือ ใช้ยามืดเวลา 4 ราย (ร้อยละ 23.53) และใช้ยาเกินจากที่สั่ง 3 ราย (ร้อยละ 17.65) มีผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว 1 ราย เท่านั้น (ร้อยละ 5.88) ที่พบอาการข้างเคียงจากยาและใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่สั่ง ทั้งนี้หลังให้

คำปรึกษาแนะนำปัญหาดังกล่าวก็ลดลงตามลำดับ โดยเฉพาะปัญหาใช้ยาพ่นสูดไม่ถูกต้องที่ลดลงเหลือเพียง 2 ราย (ร้อยละ 11.76) เมื่อให้คำปรึกษาแนะนำครบ 3 ครั้ง

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยรายงาน พบว่าก่อนเข้ารับคำปรึกษา ผู้ป่วยประสบปัญหาโดยเฉลี่ย 1.24 ข้อ เมื่อพบหลังให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 มีปัญหา 0.82 ข้อ ครั้งที่ 2 มี 0.29 ข้อ และครั้งที่ 3 มี 0.18 ข้อ โดยครั้งที่ 3 นี้ มีจำนวนปัญหาน้อยกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทั้งก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ และหลังติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) ไม่พบปัญหาด้าน ผู้ป่วยไม่มา

ตามนัด การไม่ได้รับคำอธิบายการใช้ยาพ่นสูดจากเภสัชกร การหยุดยาเองเนื่องจากอาการข้างเคียงจากยา การใช้ยาซ้ำซ้อน การใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง และการแพ้ยา

ตารางที่ 6 ปัญหาที่พบจากการใช้ยารักษาโรคหืดก่อนให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาแนะนำ 3 ครั้ง

ปัญหาที่พบ	จำนวนผู้ป่วย (ราย)							
	ก่อน		หลัง ครั้งที่ 1		หลัง ครั้งที่ 2		หลัง ครั้งที่ 3	
	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ	พบ	ไม่พบ
1. การไม่มาตามนัด	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
2. การปรับเปลี่ยนขนาดยาเองโดยปราศจากความรู้	2 (11.76)	15 (88.24)	2 (11.76)	15 (88.24)	1 (5.88)	16 (94.12)	1 (5.88)	16 (94.12)
3. ใช้ยาพ่นสูดไม่ถูกต้องเนื่องจาก...ไม่ได้รับคำอธิบายจากเภสัชกร	0 (0)	17 (100)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)
...ได้รับคำอธิบายแต่ไม่เข้าใจเนื่องจากวิธีใช้ยุ่งยาก	10 (58.82)	7 (41.18)	8 (47.06)	9 (52.94)	4 (23.53)	13 (76.47)	2 (11.76)	15 (88.24)
4. หยุดยาเองเนื่องจากอาการข้างเคียงจากยา	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
5. ใช้ยามืดเวลา	4 (23.53)	13 (76.47)	2 (11.76)	15 (88.24)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
6. ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่สั่ง	1 (5.88)	16 (94.12)	1 (5.88)	16 (94.12)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
7. พบอาการข้างเคียงจากยา	1 (5.88)	16 (94.12)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
8. การใช้ยาซ้ำซ้อน	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
9. การใช้ยาเกินจากที่สั่ง	3 (17.65)	14 (82.35)	1 (5.88)	16 (94.12)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
10. การใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)
11. แพ้ยา	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)	0 (0)	17 (100)

อภิปรายผลการศึกษา

เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อรักษาโรคหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคหืด นอกจากการควบคุมสิ่งกระตุ้น ภาวะแวดล้อม และการออกกำลังกายแล้ว การใช้ยารักษาโรคหืดโดยเฉพาะการใช้ยาพ่นสูดที่ถูกต้อง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน แต่การที่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมี

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอาการของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นได้ การศึกษาครั้งนี้ มีผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในการศึกษาและสามารถติดตามผลทั้งหมด 17 ราย จากข้อมูลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.59) ได้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม คือ salbutamol และยาสูดผสมระหว่าง fenoterol กับ ipratropium โดยไม่มีการสั่งยาพ่นสูดสเตียรอยด์ร่วมด้วย และมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย เท่านั้น

ที่ได้เฉพาะยาพ่นสูดสเตียรอยด์ ซึ่งเมื่อนำพิจารณาร่วมกับ แนวทางการรักษาของ GINA⁹ หรือแนวทางของสมาคมออร์ เวชช์แห่งประเทศไทย¹⁰ ต่างก็แนะนำให้ใช้ยาพ่นสูดสเตียรอยด์ เป็นยาหลักและยาเลือกอันดับแรกในการรักษาโรคหืด ดังนั้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นไม่สอดคล้อง กับแนวทางที่ควรจะเป็นกล่าวคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยา พ่นสูดสเตียรอยด์รักษาแต่ไม่ได้รับ (need for additional drug therapy)⁷⁴ ทั้งนี้อาจเกิดจากแพทย์ผู้รักษามุ่งการรักษาอาการ เป็นหลัก โดยอาจลืมนำยารักษาโรคหืด ซึ่ง เป็น ประเด็นที่จะต้องนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ได้รับทราบและหา แนวทางปรับปรุงต่อไป

ความรู้ด้านการใช้ยารักษาโรคหืดของผู้ป่วย

ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแนะนำพบว่า ผู้ป่วยมี ความรู้สูงสุดด้านทราบความถี่และเวลาที่ใช้ยา อาจเป็นผลจาก การที่ผู้ป่วยตระหนักถึงผลการรักษาที่คาดหวัง ได้แก่ ต้องการ ให้ตนเองอาการดีขึ้น และหายจากโรค รวมทั้งสามารถดำเนิน ชีวิตได้ตามปกติ ประกอบกับโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยจึง ได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัย หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทราบความถี่และเวลาในการใช้ยาเป็นอย่ าง ดี

ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านทราบชื่อยา นั้นพบ ได้ต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากชื่อยาทุกตัวเป็นภาษาอังกฤษ และ ถึงแม้จะมีภาษาไทยกำกับแต่ก็ยังอ่านออกเสียงเป็น ภาษาอังกฤษ ในขณะที่การศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับประถมศึกษา จึงอาจเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการรับรู้ข้อมูล ของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลที่มีภาษาอังกฤษเข้ามาเกี่ยวข้อง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะใช้คำอื่นแทนได้ เช่น ชื่อยา เป็น ต้น ซึ่งเป็นประเด็นที่แก้ไขได้ยาก ดังนั้นกรณีนี้จึงไม่ได้รับการ แก้ไขโดยตรง แต่มีการแก้ไขทางอ้อมโดยให้ผู้ป่วยจดจำสี ลักษณะและชื่อบ่งชี้ของยาแทน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาใน ภาพรวม จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความรู้ด้านการใช้ยารักษาหอบ หืดและการปฏิบัติตัวดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืด เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด และการรักษามากขึ้น และการติดตาม ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยเภสัชกร มีผลให้ผู้ป่วยตระหนัก ถึงความสำคัญของโรคหืดและยารักษาโรคหืดได้^{12,13,17} ลด ปัญหาการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และ ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น^{15-18,23,24}

ความรู้ด้านการทราบเป้าหมายการรักษาและปัจจัยที่ กระตุ้นการจับหืด

ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ด้านทราบ เป้าหมายการรักษาจำนวนเท่ากันในสามประเด็น คือ การ รักษาโรคหืดช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลง ได้ ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ ออกกำลังกายได้ และ การรักษาโรคหืดป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ซึ่งเป็น เป้าหมายที่สอดคล้องกับที่ทาง GINA⁹ กำหนด ทั้งนี้อาจ เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่เกิดความทรมาณทั้งทางร่างกายและ จิตใจ จากการที่ผู้ป่วยหายใจไม่ออก มีอาการหอบเหนื่อย ซึ่ง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยเอง และ จากประสบการณ์ตรงและเป็นเรื่องใกล้ตัวผู้ป่วยนี้เอง จึงอาจ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการรักษาบนพื้นฐานจาก ประสบการณ์ของตนเอง โดยคาดหวังว่าการรักษาโรคหืด จะ ทำให้มีอาการหอบหืดดีขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ ควบคุมอาการ ได้และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สำหรับการทราบเป้าหมายการรักษาว่า การรักษาโรคหืด ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยใกล้เคียงกับ คนปกติมากที่สุด และช่วยหลีกเลี่ยงผลเสียที่เกิดจากยาที่ใช้ รักษาโรคหืดนั้น เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่เภสัชกรที่ให้คำปรึกษา แนะนำจะต้องให้ความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากก่อนให้ คำปรึกษาแนะนำ ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่ทราบเป้าหมายทั้ง สอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การทราบว่ารักษาโรคหืดทำให้ สมรรถภาพการทำงานของปอดใกล้เคียงกับคนปกติ นั้น เป็น ประเด็นเชิงวิชาการ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้สมรรถภาพการ ทำงานของปอดได้โดยตรง ซึ่งต่างจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ หอบเหนื่อยและควบคุมอาการไม่ให้อาการกำเริบ) ดังนั้นผู้ป่วยจึง อาจไม่ทราบถึงเป้าหมายนี้

ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่ทราบเป้าหมายการรักษาว่า ช่วย หลีกเลี่ยงผลเสียที่เกิดจากยาที่รักษาโรคหืดนั้น อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยามาเป็นระยะเวลานานโดยไม่เกิดอาการ แพ้ยาและไม่พบอาการข้างเคียง (ยกเว้นมีผู้ป่วยเพียงหนึ่งราย เท่านั้นที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา theophylline)

สำหรับประเด็นที่ว่า การรักษาโรคหืดช่วยป้องกันการ เสียชีวิตจากโรคนี้ได้ นั้น ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำมีผู้ป่วย ทราบเพียง 7 ราย (ร้อยละ 41.18) ทั้งที่เป็นประเด็นสำคัญ อย่างยิ่งเพราะส่งผลถึงชีวิตของผู้ป่วยเอง แต่กลับมีผู้ป่วย ทราบเพียง 7 รายเท่านั้น และถึงแม้ว่าจะให้คำปรึกษาแนะนำ ไปจนครบ 3 ครั้ง แล้วก็ตามก็พบว่า มีผู้ป่วยตระหนักถึง ประเด็นนี้ไม่ครบทุกราย (ร้อยละ 82.35) ดังนั้นจึงเป็นอีก ประเด็นหนึ่งที่เภสัชกรต้องเน้นย้ำผู้ป่วยให้ตระหนักและเห็น

ความสำคัญของการรักษาโรคหืดที่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้

สำหรับความรู้ด้านการทราบปัจจัยที่กระตุ้นการจับหืดซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีความรู้ในประเด็นดังกล่าว (ร้อยละ 29.41) ทั้งที่ภาวะเหล่านี้เป็นเรื่องที่ใกล้ตัวผู้ป่วยอย่างมาก แต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยอาจไม่ทราบจึงไม่เกิดความตระหนัก ดังนั้นความรู้ในประเด็นนี้จึงมีความสำคัญเพราะเป็นการลดปัจจัยชักนำการเกิดโรคหืด อันจะช่วยป้องกันการจับหืดของผู้ป่วยและลดการใช้ยาลงได้เพราะหากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (not comply with the recommended directions for life style)¹⁹ โดยผู้ป่วยไม่หลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนทราบว่าแพ้ อาการก็จะทุเลาได้ยาก เพราะปัจจัยชักนำไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นเภสัชกรต้องเน้นย้ำและให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวมากขึ้น

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสูดไม่ถูกต้อง (incorrect administration) ซึ่งเป็นปัญหาความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในแง่ที่ผู้ป่วยพ่นยาไม่ถูกวิธีเนื่องจากไม่เข้าใจวิธีใช้ ถึงแม้จะได้รับคำอธิบายจากเภสัชกรแล้วก็ตาม ซึ่งพบสูงมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 58.52) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากยาพ่นสูดมีวิธีใช้ที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตาม จากการที่ได้มีการติดตามผู้ป่วยหลังให้คำปรึกษาด้านยาอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ซึ่งเท่ากับเป็นการฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยไปในตัว จึงคาดว่า การติดตามผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ปัญหานี้ลดลง ทั้งนี้อาจแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้โดยการมี checklist เกี่ยวกับการพ่นยาของผู้ป่วย¹⁹ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยพ่นยาไม่ถูกต้องในขั้นตอนใดเพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถพ่นสูดยาแบบ MDI ได้ อาจพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบยาพ่นสูดจาก MDI เป็น Accuhaler ซึ่งมีความสะดวกในการสูดพ่นมากกว่า เนื่องจากไม่ต้องอาศัยการประสานกันระหว่างการหายใจและการสูดพ่นยา²⁰ ทั้งนี้เป็นประเด็นที่จะนำเสนอให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทราบเพื่อประกอบการพิจารณานายาแบบ Accuhaler เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลต่อไป

สำหรับการใช้ยาผิดเวลาที่พบในผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 23.53) นั้น เป็นการสูดยาพ่นสูด สเตียรอยด์เมื่อมีอาการโดยพ่นพร้อมกับขยายหลอดลม ซึ่งเมื่อเภสัชกรได้ให้คำอธิบายชี้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่ายาทัง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันในการรักษาโรคหืด ก็สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ ในทำนองเดียวกัน การใช้ยาเกินจากที่สั่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วย

รู้สึกว่าการยังไม่ดีขึ้น จึงพ่นขยายหลอดลมซ้ำ โดยหวังที่จะช่วยให้อาการหอบหืดลดลง ซึ่งในประเด็นนี้ก็ได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกรที่ให้คำปรึกษาแนะนำเช่นกัน

ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจจากการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) ไม่พบปัญหาด้านการไม่มาตามนัด การหยุดยาเองเนื่องจากอาการข้างเคียงจากยา การใช้ยาซ้ำซ้อน และการใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วย ตระหนักถึงความทราบจากอาการจับหืดและความรุนแรงถึงแก่ชีวิต รวมทั้งต้องการให้ตนเองมีอาการดีขึ้น หายจากโรคและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าผัดนัด ปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง หรือใช้ยาเกินหรือน้อยกว่าที่สั่ง

การศึกษานี้ข้อจำกัดคือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นจึงไม่ได้มีการประเมินผลผู้ป่วยในทางคลินิกโดยตรง เช่น การวัดการทำงานของปอดเนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือ spirometer จึงทำให้แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรไม่มีทักษะเพียงพอในการประเมินผลดังกล่าว จึงไม่สามารถระบุได้ว่าผลการให้ความรู้และคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดนั้น มีผลในทางคลินิกหรือไม่และมากน้อยเพียงใด ดังนั้นควรมีการขยายการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมผลทางคลินิกต่อการรักษา นอกจากนี้การคัดเลือกผู้ป่วยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นหลักไม่ได้สุ่มตัวอย่าง และการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อใช้เปรียบเทียบและเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น เนื่องจากเป็นการศึกษาที่อิงข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงบนพื้นฐานงานประจำผู้ป่วยนอก และจากการที่มีข้อจำกัดทางด้านเวลาและข้อมูลของผู้ป่วยใน ดังนั้นการศึกษานี้จึงดำเนินการเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. Busse WW, Lemanske RF, Jr. Asthma. *N Eng J Med* 2001;344(5):350-362.
2. Tattersfield AE, KnoxAJ, Britton JR, Hall IP. Asthma. *Lancet* 2002;360(9342):1313-1322.
3. Cohn L, Elias JA, Chupp GL. Asthma: mechanism of disease persistence and progression. *Annu Rev Immunol* 2004;22:789-815.
4. Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Jonhson M, Vignora AM. Asthma: from bronchoconstriction to airway inflammation and remodeling. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(5):1720-1745.

5. Robinson DS. The role of the mast cell in asthma: induction of airway hyperresponsiveness by interaction with smooth muscle?. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114(1):58-65.
6. Masoli M, Fabian D, Holt S, et al. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004;59:469-478.
7. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2546. กรุงเทพฯ. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 2546.
8. สมาคมออร์เวรซ์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547 กรุงเทพฯมหานคร: สมาคมออร์เวรซ์แห่งประเทศไทย, 2547.
9. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention (update 2007).
10. Lai CK, De Guia TS, Kim YY, et al. Asthma control in the Asia-Pacific region: the asthma insights and reality in Asia-Pacific study. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:263-268.
11. National Heart, Lung and Blood Institute. National Asthma Education Prevention Program. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma: Expert Panel Report No2. NIH Publication No97-4051. July 1997.
12. Hunter KA, Bryant B. Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. *Patient Education and Counseling* 1994;24:127-134.
13. Narhi U, Airaksinen M, Tanskanen, Enlund H. The effect of a pharmacy-based on the knowledge and attitudes of asthma patients. *Patient Education and Counseling* 2001;43:171-177.
14. ปรียานุช ศิริมัย, จุฬารัตน์ ลิ้มพัฒนานนท์, วัชรวิภา บุญสวัสดิ์. ผลการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยโรคหืดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)* 2550;17:231-243.
15. มนัส พงศ์ชัยเดชา, อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, กิกิตี พิทักษ์ นิตินันท์. ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)* 2548;15:28-37.
16. Lertsinudom S, Boonsawat W, Samesorn C, Chantawong S. Pharmacist's intervention in managing drug related problems in easy asthma clinic, Srinagarind Hospital. Poster presentation. งานประชุมวิชาการประจำปี 2551 เภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
17. เสาวลักษณ์ ยิ่งดำรง, ศิริณา รติพิชยกุล, ดวงขวัญ เปรมพินิจ พงศ์. การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาลสระบุรี. Poster presentation. งานประชุมวิชาการประจำปี 2551 เภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
18. สมบัติ โรจนดำเกิงโชค, กมล คุณาประเสริฐ. การให้คำแนะนำการใช้ยาพ่นสูดระหว่างอยู่โรงพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. Poster presentation. งานประชุมวิชาการประจำปี 2551 เภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
19. สุนีย์ เลิศสินอุดม. การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยนอกโรคหืด. ใน: บุญบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวินชนอล ปรีชา มณฑกานติกุล และคณะ (บรรณาธิการ). ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ. บริษัทประชาชน จำกัด, 2546. น. 76-93.
20. Chapman KR, Walker L, Cluley S, Fabbri. Improving patient compliance with asthma therapy. *Respir Med* 2000;94:2-9.
21. Broers S, Smets E, Bindrels P, Evertsz FB, Calff M, de Haes H. Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling* 2005;58:279-287.
22. Clark NM, Gong M, Schork MA, et al. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics* 1988;101:831-836.
23. Simakarn Sangwana. Economic outcome of pharmaceutical care in asthmatic outpatients at Pramongkutkiao Hospital Thesis (M.Sc. in Pharm). Chulalongkorn University, 2001.
24. พงศธร ชาวนาแปน. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดหรือปอดอุดกั้นเรื้อรังบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2549.