บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของงานวิจัย

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย โดยใช้นโยบาย "30 บาทรักษาทุกโรค" ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นไปที่ "การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ" โดยมีการจัดตั้งสถานบริการที่ "ใกล้บ้านใกล้ใจ" ของประชาชน หรือเรียกว่า "ศูนย์สุขภาพชุมชน" (primary care unit; PCU) (ปวีณา สนธิสมบัติ และ คณะ, 2545) ซึ่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนมีผู้ให้ความหมายไว้มากมายที่พอสรุปได้ดังนี้ คือสถานที่ให้บริการด่านแรก ให้บริการแก่ทุกกลุ่มคน ครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนเน้นการให้บริการตั้งรับและเชิงรุกต่อเนื่องเป็นระบบ มีระบบผสมผสาน เบ็ดเสร็จ ต่อเนื่อง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539) สอดคล้องกับความหมายของ Donatelle (1978) และ Stange *et al* (1998) กล่าวไว้ว่าเป็นลักษณะบริการที่มีความต่อเนื่อง และครอบคลุมในการดูแลสุขภาพในทุกกลุ่มเพศ ทุกกลุ่มอายุ โดยไม่จำกัดเฉพาะระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายหรือดูแลเฉพาะที่เป็นเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องสัมพันธภาพภายในครัวเรือน จัดให้บริการตามความต่างกับสภาพปัญหาผู้ป่วย จะใช้ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่รับบริการเป็นโอกาสที่จะสร้างการบริการให้เป็นไปในลักษณะผสมผสานมีการดูแลทางด้านจิตใจและกิจกรรมการป้องกันโรคเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมตามความจำเป็นของครอบครัวและชุมชน พอจะสรุปได้ว่ามีความเหมือนกันคือมุ่งเน้นการให้บริการที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมในการดูแลสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีปรัชญาและเจตนารมณ์ในการดำเนินงานคือ ให้การรักษาความเจ็บป่วยที่มากกว่าการรักษาโรค การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบประชาชนที่ขึ้นทะเบียน ประมาณ 10,000 คน บุคลากรที่อยู่ปฏิบัติการหลักประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเทคนิค พยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นและมีการออกเยี่ยมบ้าน โดยอาจมีกลุ่มบุคลากรสนับสนุน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือสนับสนุนเป็นครั้งคราว (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

โรคเรื้อรังที่น่าสนใจในการติดตามคือ โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการให้เห็นทันทีทันใด ต้องใช้ระยะเวลาในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือใช้ผลทางห้องปฏิบัติการมายืนยัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่ได้สนใจที่จะใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อการรักษาอย่างจริงจังทำให้ควบคุมโรคไม่ได้และมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg โรคความดันโลหิตสูงมี

อยู่ 2 ชนิดได้แก่แบบปฐมภูมิ (primary) หรือ essential และแบบทุติยภูมิ (secondary) ชนิดแรกเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือมักเกิดในผู้มีอายุมากไม่มีสาเหตุที่ตรวจสอบและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในขณะที่แบบทุติยภูมิของโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหรืออวัยวะบางอย่างในร่างกายที่สามารถตรวจสอบได้และในบางรายอาจทำการรักษาให้หายขาดได้ โดยพบเพียงร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย สาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น cushing 's syndrome หรือความผิดปกติที่ไต เช่น renal parenchymal disease หรือ polycystic kidney disease เป็นต้น นอกจากนี้ความแตกต่างที่สำคัญคือ แบบทุติยภูมิเกิดขึ้นได้ทุกวัย ดังนั้นหากพบความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ๆ โอกาสที่จะเป็นแบบทุติยภูมิจึงมีสูงและเกิดผลแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และโรคตา เป็นต้น การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำเรื่องโรคและการแก้ปัญหาการใช้ยา สามารถช่วยควบคุมโรคและป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6.4 ล้านคน มีสถิติว่าโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทยมาเป็นระยะเวลาเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา และในรายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2541 ของกระทรวงสาธารณสุข มีคนไทยเข้ารับการรักษาพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 5 ล้านคนทั่วประเทศ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุโดยตรงของการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในเป็นจำนวนมากถึงประมาณ 120,000 คน และยังเป็นสาเหตุการตายของคนไทยถึงมากกว่า 8,000 คน ในปีเดียวกันทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นบ่งบอกว่า ผู้ป่วยจำนวนมากอาจไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และอาจแสดงถึงการขาดความตื่นตัวในการควบคุมโรคหรือการไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุ เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดในสมอง ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพื่อลดภาระในการรักษาพยาบาลของประเทศ (เล็ก รุ่งเรืองยิ่งยศ และ กฤตติกา ตัญญูยะแสนสุข, 2545)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง องค์กรที่มีบทบาทในการส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตสูงที่สำคัญ 2 กลุ่มซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรู้จักได้แก่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และ The Joint National Commission on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC) ซึ่งเป็นคณะกรรมการภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health) ทั้ง 2 องค์กรเป็นผู้นำในการรวบรวมและทำการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยในโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้คำแนะนำในการรักษาแก่บุคลากรการแพทย์ โดยอาศัยหลักฐานทางการวิจัย

เป็นหลัก (Evidence Based Guideline) คำแนะนำเหล่านั้นได้แก่ WHO-ISH (World Health Organization – International Society of Hypertension) guideline และ the sixth report of the Joint National Commission on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure ถึงแม้จะมีความแตกต่างในรายละเอียดปลีกย่อยบางอย่าง แต่ทั้ง 2 องค์กรให้คำแนะนำที่ตรงกันในเรื่องเป้าหมายการรักษา โดยความดันโลหิตเป้าหมายอย่างน้อย 140/90 mmHg เพื่อลดภาวะโรคแทรกซ้อนที่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย โดยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด (Joint National Committee VII, 2003)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่ง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเบื้องต้นใช้วิธีการที่ไม่ต้องใช้ยา (Non-pharmacological treatment) โดยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหารโดยเฉพาะอาหารรสเค็ม อาหารรสมัน เพิ่มการออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก งดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มชา กาแฟ ลดความเครียด การพักผ่อน เป็นต้น ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment)โดยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา ซึ่งการมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา จะทำให้การใช้ยาไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตไว้ได้ (Patel and Taylor, 2002)

การจ่ายยาต่อเนื่อง (medication refilling) เป็นการให้บริการที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องโดยมีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งยาซึ่งกำหนดให้จ่ายยาได้มากกว่าหนึ่งครั้งหรือตามจำนวนครั้งที่กำหนดในใบสั่งยาหรือเงื่อนไขที่กำหนดร่วมกันไว้ระหว่างทีมที่รักษาผู้ป่วย เป็นการจ่ายยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้และไม่มีอาการผิดปกติหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยเภสัชกรต้องแนะนำเรื่องโรคและการใช้ยา ติดตามผลการใช้ยา และติดตามอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การจ่ายยาต่อเนื่องในต่างประเทศเป็นที่ยอมรับและได้ผลดีต่อผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยให้การยอมรับ มีการนัดหมายการมารับยาที่ชัดเจน ถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นขณะจ่ายยาต่อเนื่อง ก็จะส่งผู้ป่วยกลับพบแพทย์ ประเทศที่ให้การยอมรับในการจ่ายยาต่อเนื่อง คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา และแอฟริกาใต้ (Suzuki, 1987)

ในประเทศไทยการจ่ายยาต่อเนื่องมีการดำเนินการแล้วในบางโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลพัทลุง แต่ยังไม่มีการตีพิมพ์ผลการดำเนินการส่วนในศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่พบการจ่ายยาต่อเนื่องโดยเภสัชกร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการจ่ายยาต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเภสัชกรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น เพื่อเป็นรูปแบบหนึ่งของงานบริบาลทางเภสัชกรรมต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับบริการจ่ายยาต่อเนื่องรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนของตำบลเทพา สามารถลดปัญหาการใช้ยา ควบคุมระดับความดันโลหิต ลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนกำหนดและเพิ่มจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัดได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการจ่ายยาต่อเนื่องรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อประเมินผลการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรและไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรโดยวัดจาก

ผลลัพธ์หลัก: - จำนวนปัญหาการใช้ยา

ผลลัพธ์อื่น ๆ: - ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่กำหนดคือไม่เกิน 140/90 mmHg
- จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์
- จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัด
- ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลที่คาดว่าได้จากการวิจัยนี้

ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องนอกโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผ่านการพิจารณาโดยแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงสามารถรับบริการจ่ายยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรได้