

## ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล

### เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

### เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การประเมินผลความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง โครงการติดตามความร่วมมือในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด  
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร

### เสนอโดย

นางสาวปริดาพร แสงมณีธรรม

ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 247)

กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานการประเมินผลความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการตั้งแต่เดือน มีนาคม 2563 - พฤษภาคม 2564
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศโดยสถิติจากทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหืดจำนวนกว่า 262 ล้านคน และเสียชีวิตมากถึง 461,000 คน<sup>(1)</sup> โรคหืดสามารถพบได้ในคนทุกเพศ ทุกวัย และจะพบได้ มากขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว มากกว่าสองในสามจากผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดก่อนอายุ 18 ปี<sup>(2)</sup> โดยในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืดในเด็กร้อยละ 10 – 12 และในผู้ใหญ่ร้อยละ 6.9<sup>(3)</sup> มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหืดเท่ากับ 0.86 ต่อผู้ป่วย 100,000 คน และภายใน 1 ปี มีผู้ป่วยโรคหืดต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้งมากถึงร้อยละ 21.7 และต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 14.8<sup>(3)</sup> ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย และอาจถึงขั้นเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว<sup>(4)</sup> จากที่กล่าวมาสามารถบอกได้ว่า โรคหืดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การดำรงชีวิต ครอบครัว ตลอดจนด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย<sup>(5)</sup>

พยาธิสภาพของโรคหืดเกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม<sup>(4)</sup> มีผลมาจากปัจจัยด้านพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม<sup>(2)</sup> ซึ่งการอักเสบของหลอดลมเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมมีภาวะไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ<sup>(3)</sup> เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น ไรฝุ่น แมลงสาบ รา การสูบบุหรี่ การติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมหรือการใช้ยาบางชนิด เป็นต้น จะทำให้หลอดลมหดตัวตีบลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่มและมีเสียงวี๊ด<sup>(4)</sup> เสมหะเหนียวข้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ไอมากในเวลากลางคืน<sup>(6)</sup> ทั้งนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจพบเพียงอาการไอเรื้อรังเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย<sup>(3)</sup>

โรคหืดเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้<sup>(3)</sup> โดยอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Self-management behavior)<sup>(5)</sup> และการรักษาด้วยยา โดยสามารถแบ่งยาที่ใช้ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ยากลุ่มบรรเทาอาการ (Reliever) และยากลุ่มควบคุมอาการ (Controller)<sup>(3)</sup>

ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการรักษาและยาที่ใช้ ในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพและบรรเทาอาการของโรคหืดได้ดียิ่งขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ จากการสำรวจพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถดำรงชีวิตหรือทำกิจกรรมได้อย่างคนปกติทั่วไป<sup>(3)</sup> โดยปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหืดคือ ปัญหาจากการใช้ยา ปัญหาจากการขาดความเข้าใจลักษณะอาการของโรคหืด ขาดการออกกำลังกาย

อย่างเหมาะสม และไม่ทราบถึงปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดอาการหืดกำเริบ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้

ในการจัดตั้งคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร ได้มีการกำหนดเป้าหมายที่สำคัญ คือ ลดอัตราการเกิดหืดกำเริบ (Exacerbation) ลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเดิม ภายใน 72 ชั่วโมง (Re-visit ที่ ER) และลดอัตราการรับกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Re-admit)

การเกิดหืดกำเริบ (Exacerbation) คือ ผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และมีเสียงวี๊ด<sup>(4)</sup> เสมหะเหนียวข้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ไอมากในเวลากลางคืน<sup>(6)</sup>

การ Re-visit ที่ ER คือ การที่ผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเดิม ภายใน 72 ชั่วโมง และมีได้ทำการนัดหมายหลังจากแพทย์สั่งให้กลับบ้าน หากพบว่าอัตราการ Re-visit ที่ ER สูงขึ้น มักก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย คือ อัตราการตายสูงขึ้นและสามารถก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมาได้<sup>(7)</sup>

การ Re-admit คือ การรับผู้ป่วยโรคหืดกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน

จากการทบทวนและติดตามผลการรักษาผู้ป่วย จึงพบสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการหืดกำเริบ การ Re-visit ที่ ER และ การ Re-admit คือ ปัญหาจากการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษ ต้องได้รับคำแนะนำวิธีใช้จากเภสัชกร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา ทรงเดชาไกรวุฒิ (2565, น. 133) โดยศึกษาถึงผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืด โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าอัตราการเกิดหืดกำเริบ (Exacerbation) อัตราการ Re-visit ที่ ER ภายใน 72 ชั่วโมง และอัตราการ Re-admit ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม<sup>(8)</sup> ดังนั้นคลินิกโรคหืดโดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสิรินธร จึงได้กำหนดให้มีเภสัชกรเพื่อให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิก เพื่อช่วยลดและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานของคลินิกบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินงาน

##### 4.1 สาระสำคัญของเรื่อง

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสิรินธร และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดทั้งสิ้น 1,264 ราย โดยมีจำนวนมากถึง 621 ราย ที่มารับการรักษาอาการหืดกำเริบที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.1 และมีผู้ป่วยโรคหืดที่ต้อง Re-admit จำนวน 8 ราย จากผู้ป่วยโรคหืดที่จำหน่ายทั้งหมด 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.8 โดยสาเหตุของปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ปัญหาจากการใช้ยา และการขาดความรู้ในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการ

ของโรคหืดได้ จากรายละเอียดดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการกำหนดเป้าหมายและวางแผนพัฒนา จนนำไปสู่ การพิจารณาจัดตั้งคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดโดยสหวิชาชีพเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย ได้เพิ่มกระบวนการที่เหมาะสม แก่ผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของระดับอาการ การทดสอบความสามารถในการทำงาน ต่างๆของปอด การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ พுகคุย สอบถาม รับฟังและค้นหาปัญหาตลอดจนข้อจำกัด ต่างๆของผู้ป่วย เพื่อร่วมหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการให้การบริบาล ทางเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามหลักการหรือเทคนิคเฉพาะของยาแต่ละชนิด การให้ความรู้ ความเข้าใจในการเข้ารับการรักษา และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดตั้งคลินิกโรคหืด จึงเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาคritical ทั้งยังช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแล สุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงภาระในการจัดสรรดูแลของรัฐ ได้อย่างยั่งยืน

เภสัชกรประจำคลินิกโรคหืด จึงมีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม แก่ผู้ป่วยด้านการใช้ยา โดยเฉพาะยาพ่น/สูด ซึ่งเป็นยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษและต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ ในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อการใช้ยาอย่างถูกต้อง ทวนสอบความถูกต้องและเหมาะสมของยาที่ผู้ป่วย ได้รับ สร้างความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการใช้ยาและความสำคัญของยาที่ได้รับ

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- 4.2.2 จัดประชุมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
- 4.2.3 จัดทำสื่อให้ความรู้และแบบประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด
- 4.2.4 จัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องและชี้แจงแนวทางปฏิบัติงานภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม
- 4.2.5 นำแนวทางมาปฏิบัติ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4.2.6 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินการ

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติผลงานทั้งหมด โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ หนังสือ บทความ ทางวิชาการ วารสารทางการแพทย์ และงานวิจัย เพื่อใช้ในการศึกษาข้อมูล สถิติ และขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด การเก็บรวบรวมข้อมูล หาแนวทางแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาให้เหมาะสมกับข้อจำกัดต่างๆ ทั้งทางกายภาพและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

6.2 จัดประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการโรคหืด โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร เพื่อกำหนดแนวทางการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร (รายละเอียดในภาคผนวก ก) และกำหนดแนวทางการดำเนินงานคลินิกร่วมกัน ร่วมแสดงความคิดเห็น ชี้แจงขั้นตอนการทำงาน ในแต่ละส่วนของสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 จัดทำสื่อให้ความรู้และแบบประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ดังนี้

- คลิปวิดีโอการใช้ยาพ่น Metered Dose Inhaler (MDI) ใช้เปิดให้ผู้ป่วยรับชม ขณะนั่งรอรับบริการในคลินิกโรคหืด และสามารถเรียกดูได้ตลอดเวลาหากมีข้อสงสัย หรือจำวิธีใช้ยาพ่น Metered Dose Inhaler (MDI) ไม่ได้ โดยการสืบค้นผ่านช่องทางออนไลน์ Youtube

- ตารางแสดงรายการยาพ่น/สูด ที่มีในโรงพยาบาลสิรินธร ประกอบด้วยรูปภาพ ชื่อตัวยาลำคัญ ชื่อการค้า และแบ่งตามประเภทของยา (รายละเอียดในภาคผนวก ข) เพื่ออำนวยความสะดวกสอบถาม และซักประวัติยาเดิม ที่ผู้ป่วยใช้อยู่/เคยใช้/เหลืออยู่ที่บ้าน ให้เข้าใจตรงกันและได้ผลการซักประวัติที่ถูกต้อง

- แบบประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด (รายละเอียดในภาคผนวก ค) โดยแบ่งออกเป็น 7 หัวข้อ แต่ละหัวข้อจะมีคะแนนความถูกต้องต่างกัน ไปตามรายละเอียดเทคนิควิธีการใช้ยา ทั้งรูปแบบ Metered Dose Inhaler (MDI) และ Dry Powder Inhaler (DPI) โดยแบบประเมินอ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติงานของเภสัชกรในคลินิกโรคหืด (Best Practice) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ถูกกำหนดไว้เป็นแนวทางเพื่อจัดตั้งคลินิกโรคหืด สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

6.4 จัดประชุมเภสัชกร แจ้งผลการประชุมคลินิกโรคหืด ชี้แจงแนวทางปฏิบัติงานเพื่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อสร้างความเข้าใจและมีมาตรฐานเดียวกันในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืด

6.5 นำแนวทางที่ได้กำหนดร่วมกันมาปฏิบัติ เพื่อให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน (แนวทางการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร รายละเอียดในภาคผนวก ง) โดยใช้แบบประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม คือ ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร

- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการรับการบริบาลทางเภสัชกรรม คือ ผู้ป่วยเป็นวัณโรค และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก ง)

6.6 นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการ แล้วจึงนำเสนอต่อคณะกรรมการโรคหืด ถึงปัญหาที่พบและผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานคลินิกโรคหืดต่อไป นอกจากนี้ยังได้มีการนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในการจ่ายยาของทั้งเภสัชกรประจำและเภสัชกรห้วงเวลา ให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่น/สูด นอกคลินิกโรคหืด เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยานอกวันและเวลาราชการ ห้องฉุกเฉิน คลินิกนอกเวลา เป็นต้น โดยตรวจสอบวิธีการใช้ยาพ่น/สูด ของผู้ป่วยทุกครั้งที่ได้รับยา เน้นย้ำและแก้ไขส่วนที่ทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และได้รับประโยชน์จากการใช้ยาพ่น/สูด อย่างเต็มที่

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ผลจากการดำเนินการพัฒนางานคลินิกโรคหืด ผู้การประเมินผลความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษของผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 เกิดเป็นผลสำเร็จของงานดังนี้

7.1 ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเทคนิคพิเศษ (ยาพ่น/สูด) ทั้งรูปแบบ Dry Powder Inhaler (DPI) และ Metered Dose Inhaler (MDI) ได้อย่างถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 ของคะแนนประเมินหลังเข้าคลินิก

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่เข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 131 ราย จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุและประวัติการสูบบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=131)

รายการข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศชาย	34	26.0
หญิง	97	74.0
รวม	131	100.0
อายุ น้อยกว่า 30 ปี	18	13.7
30-39 ปี	7	5.3
40-49 ปี	35	26.7
50-59 ปี	26	19.9
60-69 ปี	33	25.2
70 ปี ขึ้นไป	12	9.2
รวม	131	100.0
อายุโดยเฉลี่ย 50.31ปี	-	-

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=131) (ต่อ)

รายการข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่ สูบ (ถึงปัจจุบัน)	7	5.3
ไม่เคยสูบ	95	72.5
เคยสูบ(เลิกแล้ว)	29	22.2
รวม	131	100.0

การประเมินความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษทั้งในรูปแบบ Metered Dose Inhaler (MDI) และ Dry Powder Inhaler (DPI) ร้อยละของความสำเร็จ คำนวณจากคะแนนที่ผู้ป่วยได้รับตามแบบประเมินความถูกต้องในการใช้ยา โดยการเปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยก่อนและหลังรับการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่าก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยทุกรายได้คะแนนประเมินความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษ น้อยกว่าร้อยละ 95 โดยหลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยได้คะแนนประเมินความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษดีขึ้น ทั้งในด้านความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 95 หลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ครั้งที่ 1 จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.3 ครั้งที่ 2 จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.3 และครั้งที่ 3 จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.6 สรุป คือ มีผู้ป่วยได้รับคะแนนประเมินความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษมากกว่าร้อยละ 95 รวม 79 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 60.2 จากผู้ป่วยทั้งหมด 131 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคะแนนประเมินความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษมากกว่าร้อยละ 95 โดยจำแนกตามชนิดของอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ

ชนิดอุปกรณ์	Metered Dose Inhaler		Dry Powder Inhaler		รวม 2 ชนิด	
	มากกว่า ร้อยละ 95 (คน)	จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า ร้อยละ 95 (คน)	จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า ร้อยละ 95 (คน)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม	0	0	0	0	0	0
บริบาลทางเภสัชกรรม 1 ครั้ง	11	8.4	13	9.9	24	18.3
บริบาลทางเภสัชกรรม 2 ครั้ง	13	9.9	15	11.4	28	21.3
บริบาลทางเภสัชกรรม 3 ครั้ง	11	8.4	16	12.2	27	20.6
จำนวนรวม	35	26.7	44	33.5	79	60.2

ผู้ป่วยที่เหลืออีก 52 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 39.6 ยังคงเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อไป จนกว่าจะได้คะแนนประเมินความถูกต้องในการใช้ยาเทคนิคพิเศษ มากกว่าร้อยละ 95 โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมมากกว่า 3 ครั้ง ขึ้นไปคือ 60.53 ปี อาจกล่าวได้ว่า อายุของผู้ป่วยอาจมีผลต่อการเรียนรู้ทักษะในการใช้ยา อาจเนื่องมาจากการได้ยินลดลง ความจำความเข้าใจ

ที่ลดลง แรงกดที่มือไม่มาก ไม่ค่อยมีแรงสูดยา เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนครั้งในการเข้ารับ การบริหารทางเภสัชกรรมระหว่าง ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยใช้ยาพ่น/สูด และผู้ป่วยที่เคยใช้ยาพ่น/สูด มาแล้ว ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า หากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วย ให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องทั้งรายใหม่และรายเก่า โดยการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในครั้งที่ 2 และครั้งถัดไป ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาพ่น/สูดเอง โดยไม่ได้รับคำแนะนำก่อนใช้ยา เพื่อประเมินความรู้ และทวนสอบความถูกต้องในการใช้ยา หลังจากนั้นจะมีการแนะนำและแก้ไขในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง หากส่วนที่ผิดเป็นส่วนเดิมที่ซ้ำกับครั้งก่อน จะมีการเน้นย้ำในส่วนนั้นซ้ำๆ จนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ถูกต้องทุกหัวข้อตามแบบประเมิน

7.2 มีส่วนส่งเสริมในการลดอัตราการตาย และลดอัตราการรับกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด ภายใน 28 วัน น้อยกว่าร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มคลินิกโรคหืด

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคหืดในโรงพยาบาลสิรินธร มีจำนวน 1,264 ราย และ 1,329 ราย ตามลำดับ มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 600 รายต่อปี แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ที่ไม่สามารถควบคุมอาการหืดกำเริบ (Exacerbation) ได้ ต่อมา เมื่อมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดและให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นรายบุคคล พบว่า

- ไม่พบผู้ป่วยมา Re-visit ที่ ER ภายใน 72 ชั่วโมง

- อัตราการเกิดหืดกำเริบ (Exacerbation) ทั้งที่มาและไม่ได้มารักษาที่ห้องฉุกเฉินมีจำนวนลดลง (ข้อมูลได้จากการซักประวัติ)

- อัตราการรับกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำภายใน 28 วัน มีจำนวนลดลงอย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 แสดงอัตราส่วนการลดลงของการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการบริหาร ทางเภสัชกรรม ของผู้ป่วยทั้งหมดในคลินิกโรคหืด ดังนี้

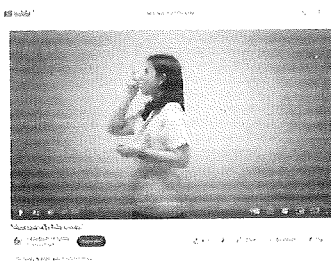
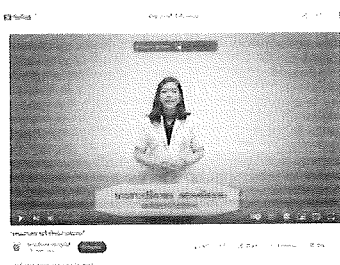
ชนิดอุบัติการณ์	จำนวนผู้ป่วย ก่อนเข้าคลินิกโรคหืด		หลังเข้าคลินิกโรคหืด		ลดลง ร้อยละ
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
การ Re-visit ที่ ER	0	0.0	0	0.0	0.0
เกิดหืดกำเริบนอกโรงพยาบาล	69	52.7	32	24.4	28.3
เกิดหืดกำเริบมารักษาที่ห้อง ฉุกเฉิน	35	26.7	6	4.6	22.1
การ Re-admit	8	6.1	2	1.5	4.6

เมื่อเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ ย้อนหลัง 1 ปี ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด 131 ราย จะพบว่า ทั้งก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืด ไม่พบผู้ป่วยกลับมา Re-visit ที่ ER ภายใน 72 ชั่วโมง ด้วยอาการเดิม และหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืด การเกิดอุบัติการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีจำนวนลดลง ดังนี้ ก่อนเริ่มคลินิกโรคหืดผู้ป่วย 131 ราย เกิดอาการหืดกำเริบ นอกโรงพยาบาล ร้อยละ 52.7 แต่หลังจากเข้าคลินิกโรคหืด มีผู้ป่วยที่เกิดอาการ ร้อยละ 24.4 ลดลง ร้อยละ 28.3 จากผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่มารักษาตัวที่ห้องฉุกเฉิน พบว่ามีจำนวนลดลงร้อยละ 22.1



หลังเข้าคลินิก นอกจากนี้แนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคหืด ได้กำหนดให้เป็น Best Practice ของสำนักงานแพทย์ มีการกำหนดตัวชี้วัดให้อัตราการ Re-admit ใวน้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดอัตราการ Re-admit ของผู้ป่วยไม่เกิน ร้อยละ 10 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้นจึงมีการพัฒนางานทำให้อัตราการ Re-admit ก็ลดลงจาก ร้อยละ 6.1 เหลือเพียง ร้อยละ 1.5 หลังเข้าคลินิก และยังไม่พบผู้ป่วยมา Re-visit ที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง การลดอัตราการเกิดหืดกำเริบ (Exacerbation) รวมถึงลดอัตราการ Re-admit ย่อมมีส่วนส่งเสริมให้อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหืดลดลงได้ อย่างไรก็ตามการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมก็เป็นเพียงหนึ่งในหลายปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น อัตราการ Re-visit ภายใน 72 ชั่วโมง อัตราการ Re-admit และอัตราการเกิดหืดกำเริบ (Exacerbation) เป็นต้น มีจำนวนลดลง

7.3 การจัดทำคลิปวิดีโอแนะนำวิธีการใช้ยา การปฏิบัติตัวและข้อควรระวังในการใช้ยา รูปแบบ Metered Dose Inhaler (MDI) ผ่านช่องทางออนไลน์ Youtube (Sinrindhorn Hospital Channel) ทำให้เกิดการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ในวงกว้าง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการในการใช้ยา Metered Dose Inhaler (MDI) โดยคลิปวิดีโอดังกล่าว มียอดการเข้าชมกว่า 55,000 ครั้ง ได้รับความสนใจจากผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปที่ต้องการข้อมูลการใช้ยาเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยสามารถสืบค้นจากคำว่า “พ่นยาอย่างไรให้หายหอบ” ช่องทาง "พ่นยาอย่างไรให้หายหอบ" (youtube.com)(<https://www.youtube.com/watch?v=iFg4G-39tro>)



## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 สร้างแนวทางในการปฏิบัติงาน การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ให้สอดคล้องกับแนวทางในการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบ มีความชัดเจนสามารถนำไปใช้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายในโรงพยาบาลสิริธร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ง่ายต่อการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในคลินิกต่างๆ เข้ารับการรักษาต่อในคลินิกโรคหืดในครั้งถัดไป

8.2 เกิดการปรับปรุงและพัฒนางานในด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การให้ความรู้ ความเข้าใจ การอธิบายวิธีใช้ยา เกิดเป็นแนวทางในการทำงานที่ดี มีประสิทธิภาพ

8.3 ผู้ป่วยได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมและจากสหวิชาชีพต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 เนื่องจากภาระงานประจำที่มีมาก จึงมีเภสัชกรประจำคลินิกเพียง 1 คน ซึ่งไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่รอรับการบริบาลทางเภสัชกรรม ทำให้มีระยะเวลารอคอยนาน ส่งผลให้เกิดความไม่พอใจและไม่ให้ความร่วมมือขณะรับการบริบาลทางเภสัชกรรม

9.2 ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้เกิดการทวงงานซ้ำซ้อน ส่งผลให้จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมมากขึ้น

9.3 จากภาวะ Covid-19 เกิดภาระงานอื่นเพิ่มมากขึ้น เกิดความหวาดกลัวต่อการแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-19 ทั้งของบุคลากร โรงพยาบาลและผู้ป่วยหากต้องถอดหน้ากากอนามัย จึงยากต่อการประเมินความถูกต้องจากการใช้อุปกรณ์ ซึ่งต้องวัดค่าต่างๆจากการเป่า/สูด ของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการประเมินความถูกต้องจากการใช้งานจริงของอุปกรณ์ต่างๆ

9.4 ปัญหาจากลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย เช่น ความบกพร่องทางการได้ยิน ปัญหาการควบคุมริมฝีปาก (กรณีผู้ป่วยไม่มีฟัน) โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการผิดรูปของกระดูกนิ้วมือ ผู้ป่วยสูงอายุที่บกพร่องด้านความจำและความเข้าใจ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น และจำนวนครั้งในการเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มากขึ้นอีกด้วย

## 10. ข้อเสนอแนะ

10.1 แบ่งประเภทผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยจัดระดับตามความถี่ที่เกิดอาการที่ดื้อกำเริบ (Exacerbation) เพื่อลดปริมาณผู้ป่วยที่รอรับการบริบาลทางเภสัชกรรมและลดระยะเวลารอคอย

10.2 มีการพัฒนางานด้านคลินิกโรคหืดให้ครอบคลุมและเป็นระบบ มีแบบแผนการบันทึกส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานอื่นและภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อย่างครบถ้วนสมบูรณ์และมีความถูกต้อง

10.3 เพิ่มอุปกรณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-19 ที่เหมาะสม ได้แก่ เจลแอลกอฮอล์จากกั้นระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย และเครื่องฟอกอากาศในจุดที่จำเป็นต้องถอดหน้ากากอนามัย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ปรีดาพร แสงมณีธรรม*.....

(นางสาวปรีดาพร แสงมณีธรรม)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*๓๐ กย. ๒๕๖๗*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*พิทิตา วานิชกมลนันท์*.....

(นางพิทิตา วานิชกมลนันท์)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ

โรงพยาบาลสิรินธร

วันที่.....*๓๐ กย. ๒๕๖๗*.....

(ลงชื่อ).....*อัมพร เกียรติปานอกกุล*.....

(นางอัมพร เกียรติปานอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

วันที่.....*๓๐ กย. ๒๕๖๗*.....

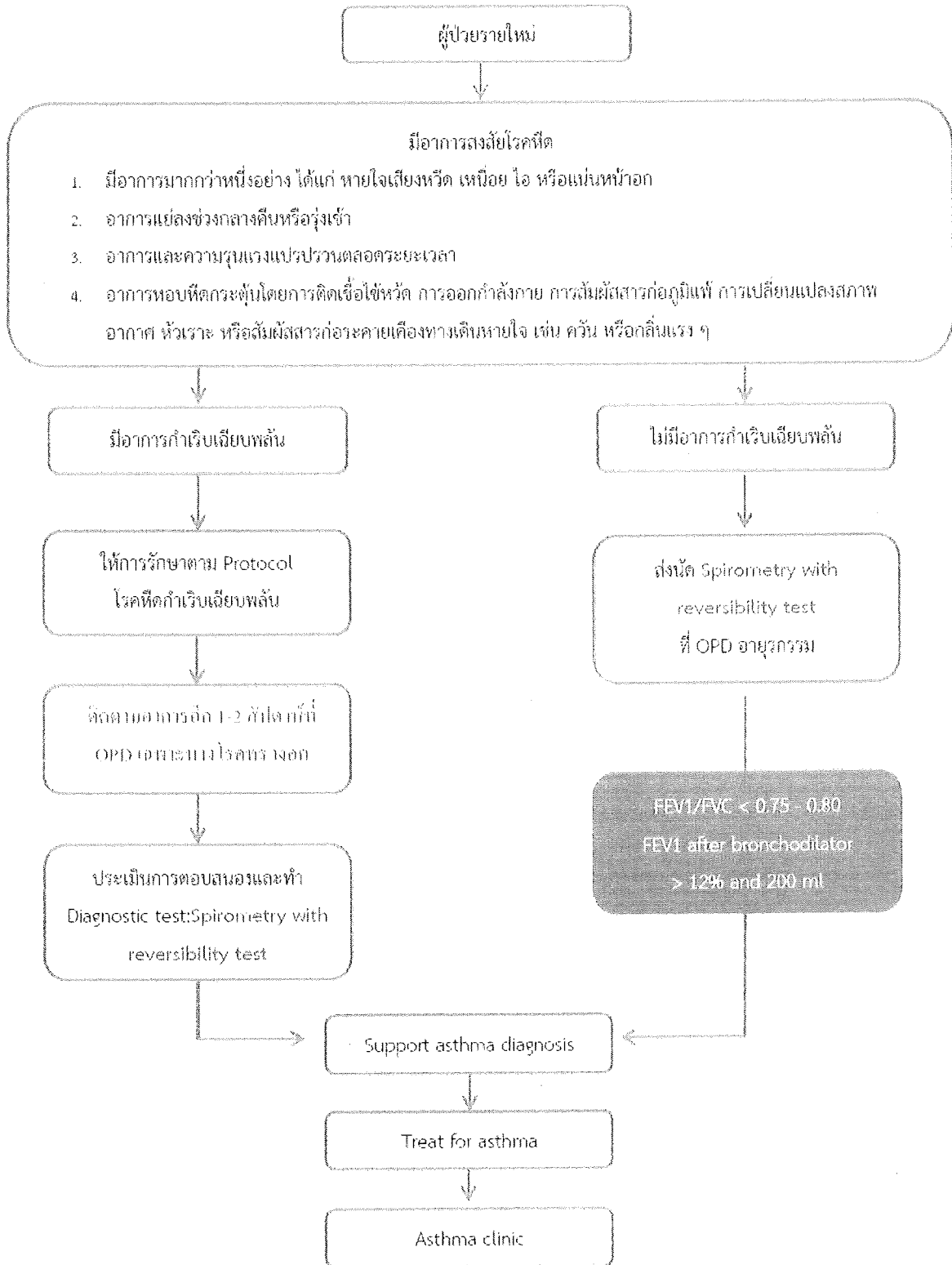
## เอกสารอ้างอิง

1. วันเพ็ญ ทิพม่อม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาล สกนคร. วารสารโรงพยาบาลสกนคร 2564;24(1):1-9.
2. พนารัตน์ มัชปะโม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ สุขภาพ โรงพยาบาลวาปีปทุม มหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560:26(5);896-903.
3. วัชราน บุญสวัสดิ์. 34 โรคหืด (Asthma). Easy Asthma Clinic [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://cacc.easyasthma.com/site\\_data/dbregistry\\_eac/1/Asthma.pdf](https://cacc.easyasthma.com/site_data/dbregistry_eac/1/Asthma.pdf)
4. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางวินิจฉัยและบำบัดโรคหืดในผู้ใหญ่ สำหรับอายุรแพทย์และแพทย์ทั่วไปในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/05/Asthma-Thai-guideline-2566-PDF-final-.pdf>
5. ดารา รวดเร็ว. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://skh.moph.go.th/html/attachments/article/4830/06.pdf>
6. กลุ่มงานเภสัชกรรม. คู่มือการปฏิบัติงานของเภสัชกรในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติณฺฐโร อูทิศ. คู่มือการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติณฺฐโร อูทิศ. 2563:1-6.
7. แพรว โคตรฐนิน. การกลับมารักษาซ้ำโดยมิได้นัดหมายของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560:3(1);29-36.
8. ประภา ทรงเดชาไกรวุฒิ. การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565:7(2);133-142.

ภาคผนวก

### ภาคผนวก ก




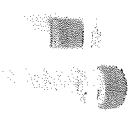



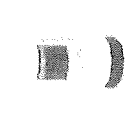


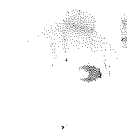





## แนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร



ภาคผนวก ข

ตารางแสดงรายการยาพ่น/สูด ที่มีในโรงพยาบาล

รายการยาขยายหลอดลมในโรงพยาบาลสิรินธร

Reliever	Controller	Controller	Controller & Reliever
 <p>ชื่อการค้า : AEROLAMOL<sup>®</sup> 100 MCG (MDI) ชื่อสามัญ : Salbutamol Sulfate ปริมาณ : 100 มก/1 โดส (200 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : BUDECORT-100<sup>®</sup> INHALER (MDI) ชื่อสามัญ : Budesonide ปริมาณ : 100 มก/1 โดส (200 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : BUDECORT-200<sup>®</sup> INHALER (MDI) ชื่อสามัญ : Budesonide ปริมาณ : 200 มก/1 โดส (200 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SYMBICORT TURBUHALER (DPI) ชื่อสามัญ : Budesonide + Formoterol Fumarate Dihydrate ปริมาณ : 160 มก/4.5 มก/1 โดส (120 โดส) (DPI)</p>
 <p>ชื่อการค้า : BERODUAL<sup>®</sup> (MDI) ชื่อสามัญ : Ipratropium Bromide + Fenoterol Hydrobromide ปริมาณ : 20 มก/50 มก/1 โดส (200 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SERETIDE EVOHEALER<sup>®</sup> (DS 50) (MDI) ชื่อสามัญ : Salbutamol Sulfate + Budesonide Propionate ปริมาณ : 25.50 มก/1 โดส (120 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SERFLO<sup>®</sup> 25/115 (DPI) ชื่อสามัญ : Salbutamol + Fluticasone ปริมาณ : 25 มก/115 มก/1 โดส (120 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SYMBICORT FORTE TURBUHALER (DPI) ชื่อสามัญ : Budesonide + Formoterol Fumarate Dihydrate ปริมาณ : 120 มก/9 มก/1 โดส (60 โดส) (DPI)</p>
 <p>ชื่อการค้า : SERETIDE ACCTHALER<sup>®</sup> (50 mg) (DPI) ชื่อสามัญ : Salbutamol Sulfate + Fluticasone Propionate ปริมาณ : 50/250 มก/1 โดส (60 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SERETIDE ACCTHALER<sup>®</sup> (50 mg) (DPI) ชื่อสามัญ : Salbutamol Sulfate + Fluticasone Propionate ปริมาณ : 50/250 มก/1 โดส (60 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SPIRIVA<sup>®</sup> 18 MCG (DPI) ชื่อสามัญ : Tiotropium Bromide Monohydrate ปริมาณ : 18 มก/1 แคปซูล (50 แคปซูล)</p>	 <p>ชื่อการค้า : FOSTER (DPI) ชื่อสามัญ : Formoterol and Budesonide Dipropionate ปริมาณ : 5 มก/160 มก/1 โดส (120 โดส)</p>
 <p>ชื่อการค้า : SPIRIVA RESPIMAT<sup>®</sup> 2.5 MCG ชื่อสามัญ : Tiotropium Bromide ปริมาณ : 2.5 มก/1 โดส (60 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SPIRIVA RESPIMAT<sup>®</sup> (2.5, 2.5) (DPI) ชื่อสามัญ : Olopatadine + Tiotropium Bromide ปริมาณ : 2.5 มก/2.5 มก/1 โดส (60 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SPIRIVA RESPIMAT<sup>®</sup> (2.5, 2.5) (DPI) ชื่อสามัญ : Olopatadine + Tiotropium Bromide ปริมาณ : 2.5 มก/2.5 มก/1 โดส (60 โดส)</p>	 <p>ชื่อการค้า : SPIRIVA RESPIMAT<sup>®</sup> (2.5, 2.5) (DPI) ชื่อสามัญ : Olopatadine + Tiotropium Bromide ปริมาณ : 2.5 มก/2.5 มก/1 โดส (60 โดส)</p>

ภาคผนวก ค

แนวทางการประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด คลินิกโรคหืด/COPD โรงพยาบาลสิรินธร

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คะแนน	
	MDI	DPI
1. ประเมินการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดทุกตัว ร่วมกับให้ผู้ป่วยบอกเล่าจำนวนยาที่เหลือ ยาที่ใช้ต่อครั้ง ใช้กี่ครั้งใน 1 วัน และเวลาที่ใช้ (20 คะแนน) (ยาแต่ละชนิดมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน หัก 1 คะแนน เมื่อลืมใช้ยาทุก 2 วัน/ชนิดและหักเพิ่ม 1 คะแนนเมื่อบอกริธีใช้ผิด นำคะแนนทั้งหมดบวกกัน ทารด้วยจำนวนรายการยา ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยข้อ 1) **		
2. ประเมินการเตรียมอุปกรณ์แต่ละชนิดก่อนพ่นยา เช่น การเปิด การเขย่า เป็นต้น (10 คะแนน) (ถูกต้องทุกขั้นตอน = 10 คะแนน, ผิด = 0 คะแนน)		
3. ค่อยๆ หายใจออกทางปากจนหมด (10 คะแนน) (ไม่หายใจออกทางปาก = 0 คะแนน)		
4. การพ่นยา ใช้ยาหลอด/ยาผู้ป่วยในการทดสอบการใช้ยา(20 คะแนน) 4.1 กรณีรูปแบบ <b>MDI</b> กดสูดยา 1 ครั้ง พร้อมค่อยๆ หายใจเข้าให้ช้าและลึกที่สุดให้สังเกต - จะต้อง ไม่มีควันของยาออกมา - ต้องหายใจเข้าช้าๆ ในอัตราเท่ากับหายใจออก - กด 1 ครั้งเท่านั้น (ต่อการสูด 1 ครั้ง) - ปิดปากให้สนิท - ไม่กั๊กกระบอกพ่นจนแคบลง 4.2 กรณีรูปแบบ <b>ยาพ่น (DPI)</b> เปิดอุปกรณ์ให้พร้อมสูดยาให้สังเกต - สูดให้เร็วและแรง - ไม่พ่นลมหายใจใส่อุปกรณ์ - ไม่เขย่าอุปกรณ์ 4.3 กรณีพ่นยาผ่าน spacer ให้สังเกต - กดยาใส่กระบอก 1 ครั้ง สูดยาทั้งทางปากและทางจมูก 10 ที (ถูกต้อง = 20 คะแนน, ผิด = 0 คะแนน)	(ถูกต้องทุกขั้นตอน = 20 คะแนน, ผิด 1 ขั้นตอน = 0 คะแนน)	
5. กลืนหายใจนับ 1-10 (ช่วง 5-10 วินาที) บ้วนปากหลังสูดพ่นยาที่มี ส่วนผสมสเตียรอยด์ (20 คะแนน) (ถูกต้องทุกขั้นตอน = 20 คะแนน, ผิด 1 ขั้นตอน = 0 คะแนน)		
6. ประเมินการตรวจสอบจำนวนคงเหลือของยาสูดพ่นแต่ละชนิด(10คะแนน) (ตรวจสอบได้ =10 คะแนน)		
7. ประเมินการตรวจสอบอายุของยาสูดพ่น (10 คะแนน) (ตรวจสอบได้ =10 คะแนน)		
รวม (100 คะแนน)		

\*\*มีการปรับเปลี่ยนจาก Best Practice ให้เหมาะสมกับคลินิกโรคหืด โรงพยาบาล



## ภาคผนวก ง

### แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก ในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลศิรินคร

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคหืดคือ เมื่อผู้ป่วยผ่านขั้นตอนการรักษาตาม ภาคผนวก ก ครบถ้วน จะถูกส่งต่อเข้าคลินิกโรคหืด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากคลินิกโรคหืด คือ ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคและผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา

1. ผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหืดทุกรายเมื่อซักประวัติ ตรวจรักษาและรับยาเสร็จจะถูกส่งต่อให้เภสัชกรประจำคลินิกโรคหืด

2. กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรม

-เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยที่รับการรักษาในคลินิกโรคหืดทั้งหมด

-เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค, ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรม

(ในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจชนิดอื่นๆ เช่น Covid-19 ใช้หวัดธรรมดา และไข้หวัดใหญ่ จะไม่ถูกคัดออกแต่จะงดให้บริการในครั้งนั้น และเมื่อหายแล้วในครั้งถัดไปจะได้รับบริการในคลินิกโรคหืดดังเดิม)

3. เภสัชกรจะประเมินยาเดิมทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับพร้อมซักถามจำนวนยาเดิมที่เหลือ วิธีการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาใน “ใบรายการยาเดิมผู้ป่วย” (ภาคผนวก จ)

4. กรณีผู้ป่วยเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งแรก เภสัชกรจะทำการวัดแรงสูดหายใจเข้าของผู้ป่วยโดยใช้เครื่อง In-Check DIAL Device (ภาคผนวก ข, ซ) หากพบว่าอุปกรณ์ที่ได้รับไม่เหมาะสมกับแรงสูดของผู้ป่วย เภสัชกรจะติดต่อแพทย์เพื่อปรึกษาปัญหาและเปลี่ยนเป็นอุปกรณ์ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

5. ทำการประเมินทักษะความถูกต้องในการใช้ยาพ่น/สูด โดยใช้อุปกรณ์พ่น/สูด ของผู้ป่วยเอง แบ่งเป็นคะแนนความถูกต้องก่อนได้รับคำปรึกษาด้านยาในครั้งแรกของการเข้าคลินิกโรคหืดและคะแนนความถูกต้องหลังได้รับคำปรึกษาด้านยาในทุกครั้งของการเข้าคลินิก ซึ่งในแต่ละครั้งหลังประเมินทักษะความถูกต้องจะมีการให้คำแนะนำ ซักถามถึงปัญหาต่างๆในการใช้ยา โดยในแต่ละครั้งของการเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรม จะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ขึ้นกับจำนวนชนิดของยาพ่น/สูด ที่ผู้ป่วยได้รับความสามารถในการเรียนรู้และความเข้าใจ รวมถึงลักษณะทางกายภาพต่างๆของผู้ป่วย เช่น แรงสูดยา แรงกดกระบอกยา เป็นต้น ในการประเมินทักษะความถูกต้องในการใช้ยา ผู้ป่วยต้องได้รับคะแนนประเมินมากกว่า 95 คะแนนขึ้นไป จึงจะผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่หากผู้ป่วยยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินจะเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมและประเมินทักษะในการใช้ยาทุกครั้งที่มาเข้าคลินิก กรณีผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะความถูกต้องในการใช้ยาแล้วและได้รับยาเดิม ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรอเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมในทุกครั้งที่มาพบแพทย์ แต่จะนัดให้มาเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา แต่หากมีการเปลี่ยนยา ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อให้รอรับการบริหาร

ทางเภสัชกรรมทุกครั้งหลังพบแพทย์และรับยา เภสัชกรจะทำการประเมินทักษะความถูกต้องในการใช้ยาที่ได้รับใหม่อีกครั้งจนกว่าจะผ่านเกณฑ์การประเมิน 95 คะแนน

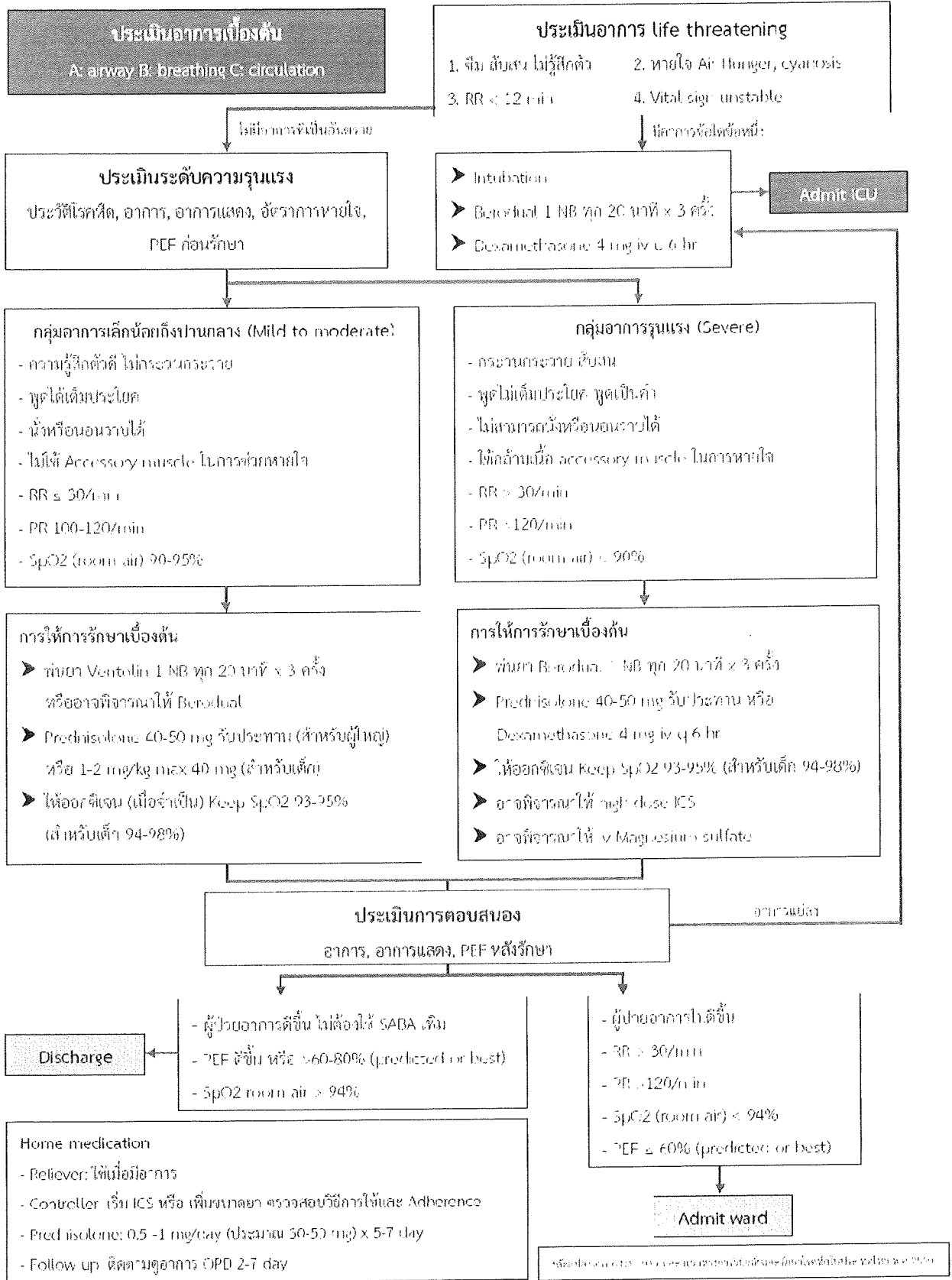
6. เภสัชกรทำบันทึกผลการประเมินลงในแบบประเมินของผู้ป่วย โดยให้บันทึกคะแนนการประเมินครั้งแรกก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม รายละเอียดของเทคนิคที่ผู้ป่วยยังทำผิด เพื่อใช้ติดตามความถูกต้องในการใช้ยาครั้งถัดไป

7. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในระบบ Easy Asthma Clinic ในส่วนของเภสัชกร



ภาคผนวก จ

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน (Asthma Exacerbation) โรงพยาบาลสิรินธร



**ประเมินอาการเบื้องต้น**  
A: airway B: breathing C: circulation

**ประเมินอาการ life threatening**  
1. จม สับสน ไม่รู้สึกตัว 2. หายใจ Air Hunger, cyanosis  
3. RR < 12/min 4. Vital sign unstable

**ประเมินระดับความรุนแรง**  
ประวัติโรคหืด, อาการ, อาการแสดง, อัตราการหายใจ,  
PEF ก่อนรักษา

**การให้การดูแลเบื้องต้น:**  
▶ Intubation  
▶ Beta2 agonist 1 NB ทุก 20 นาที x 3 ครั้ง  
▶ Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr

**Admit ICU**

**กลุ่มอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to moderate):**  
- ความรู้สึกตัวดี ไม่ระคายเคือง  
- พูดได้เต็มประโยค  
- น้ำหรือหนองจากไซนัส  
- ไม่ใช้ Accessory muscle ในการช่วยหายใจ  
- RR ≤ 30/min  
- PR 100-120/min  
- SpO2 (room air) 90-95%

**กลุ่มอาการรุนแรง (Severe):**  
- กระวนกระวาย ชีพจร  
- พูดไม่เต็มประโยค พูดเป็นคำ  
- ไม่สามารถนั่งหรือนอนราบได้  
- ใช้กล้ามเนื้อ accessory muscle ในการหายใจ  
- RR > 30/min  
- PR > 120/min  
- SpO2 (room air) < 90%

**การให้การรักษเบื้องต้น:**  
▶ ยา Ventolin 1 NB ทุก 20 นาที x 3 ครั้ง  
หรืออาจพิจารณาให้ Budesonid  
▶ Prednisolone 40-50 mg รับประทาน (สำหรับผู้ใหญ่)  
หรือ 1-2 mg/kg max 40 mg (สำหรับเด็ก)  
▶ ให้ออกซิเจน (เมื่อจำเป็น) Keep SpO2 93-95%  
(สำหรับเด็ก 94-98%)

**การให้การรักษเบื้องต้น:**  
▶ ยา Budesonid 1 NB ทุก 20 นาที x 3 ครั้ง  
▶ Prednisolone 40-50 mg รับประทาน หรือ  
Dexamethasone 4 mg iv q 6 hr  
▶ ให้ออกซิเจน Keep SpO2 93-95% (สำหรับเด็ก 94-98%)  
▶ อาจพิจารณาให้ high dose ICS  
▶ อาจพิจารณาให้ v Magnesium sulfate

**ประเมินการตอบสนอง**  
อาการ, อาการแสดง, PEF หลังรักษา

**Discharge**

- ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่ต้องการ SABA เพิ่ม  
- PEF ดีขึ้น หรือ > 60-80% (predicted or best)  
- SpO2 room air > 94%

**Home medication**  
- Reliever: ใช้เมื่อมีอาการ  
- Controller เริ่ม ICS หรือ เพิ่มขนาดยา ตรวจสอบวิธีการใช้และ Adherence  
- Prednisolone: 0.5 -1 mg/day (ประมาณ 30-50 mg) x 5-7 day  
- Follow up ติดตามดูอาการ OPD 2-7 day

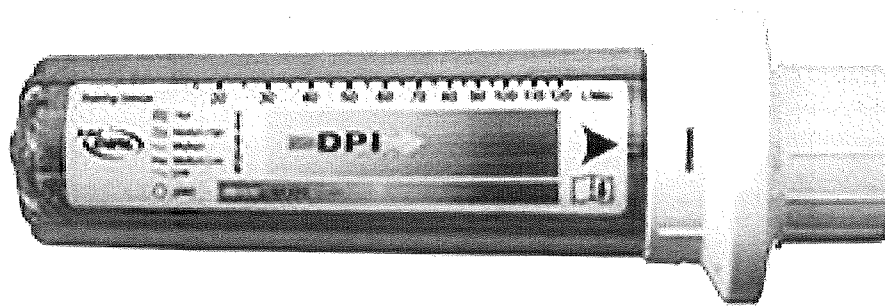
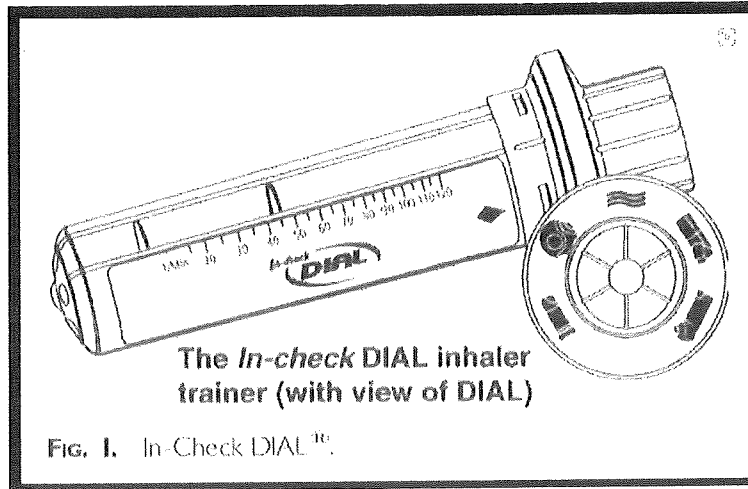
- ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น  
- RR > 30/min  
- PR > 120/min  
- SpO2 (room air) < 94%  
- PEF < 60% (predicted or best)

**Admit ward**

Admission criteria: SpO2 < 94%, RR > 30/min, PR > 120/min, PEF < 60%

ภาคผนวก ข

รูปภาพแสดงเครื่อง In-check Dial ใช้สำหรับวัดแรงสูดของผู้ป่วย



**Inhaler Resistance Range**

*In-check* DIAL

High  
 Med High  
 Medium  
 Med Low  
 Low  
 pMDI

Accuhaler®  
 Brezhaler®  
 DPI  
 Easyhaler®  
 GemAer®  
 Spiriclar®  
 ClioAer®  
 Turbuhaler® S (Syntrona)  
 Turbuhaler® (Pulmicort)  
 Twisthaler®  
 NEXThaler®  
 Easyhaler®  
 Hantehaler®

**International**  
 Hantehaler®  
 Easyhaler®  
 NEXThaler®  
 Twisthaler®  
 Turbuhaler®  
 Turbuhaler® Hantehaler®  
 Clickhaler™  
 InspiClick®, SpiroMax®  
 NovArc®, Corvus®, Therasys®  
 Flix®  
 Dexthaler®  
 Diskus®  
 Univerhaler®, Asthaler®

Alliance Tech Medical  
 PO Box 6024, Granbury, TX 76049  
 1.800.848.8923 / 817.326.6357 Fax: 817.326.2182  
 www.allianztechmedical.com  
 ©Copyright 2016 Clement Clarke International Ltd.  
 Part no. 3109005 Issue no. 1 02/16

**Alliance**  
 TECHNOLOGIES

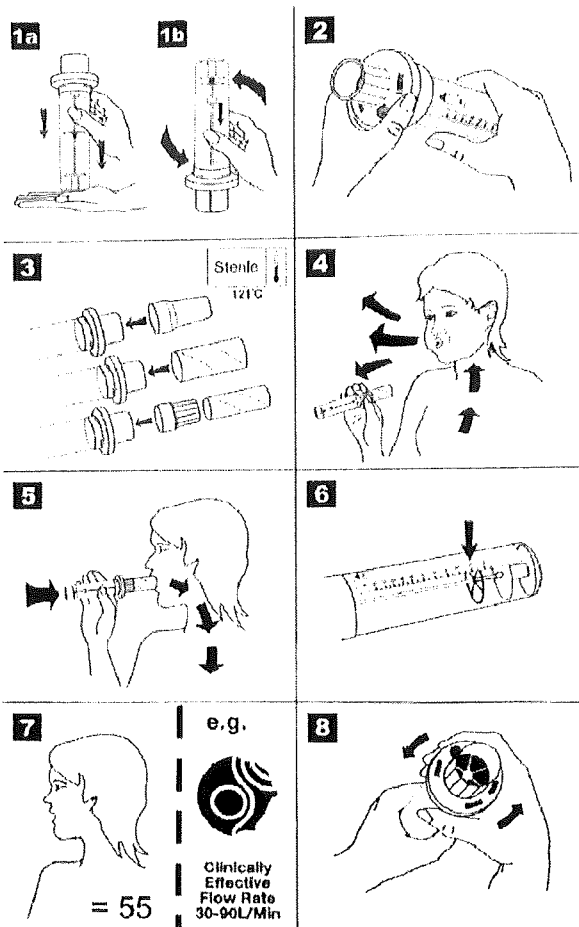
CE0120

ภาคผนวก ซ

วิธีใช้เครื่อง In-Check DIAL

1. รีเซ็ตเครื่องโดยการตั้งเครื่องขึ้นแล้วคว่ำลงอีกข้าง
2. หมุนตัวเลือกด้านบนไปยังเครื่องมือที่ต้องการจะทดสอบ
3. ต่อกับปากกระบอกเข้ากับอุปกรณ์โดยใช้แกนกระดาษแบบใช้แล้วทิ้ง เพื่อป้องกันการเปลี่ยน หากต้องการใช้กับผู้ป่วยรายอื่น
4. หายใจออกทางปากให้สุด โดยไม่พ่นเข้าไปในอุปกรณ์
5. อมปากกระบอกให้สนิทพร้อมหายใจเข้าให้แรงลึก
6. อ่านค่าตัวเลขที่ได้ด้านข้างอุปกรณ์
7. เทียบค่าที่ได้กับค่า Clinically effective flow range
8. ถ้าผู้ทดสอบได้ค่าที่ต่ำกว่าค่า Clinically effective flow range ให้หมุนตัวเลือกเครื่องทดสอบเป็นเครื่องอื่นเพื่อหาชนิดของยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

How to use the *In-Check DIAL 6T&S*



## ข้อเสนอแนะ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวปรีดาพร แสงมณีธรรม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ (ด้านเกษัชกรรมคลินิก)

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 247) สังกัดกลุ่มงานเกษัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ โรงพยาบาลสิรินธร  
สำนักงานแพทย์

เรื่อง โครงการติดตามความร่วมมือในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร

### หลักการและเหตุผล

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่มีความสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ  
ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ<sup>(1)</sup> ในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่จำนวนกว่า 1,300 ล้านคนทั่วโลก แต่ละปีมีผู้เสียชีวิต  
จากการสูบบุหรี่ประมาณ 7 ล้านคน<sup>(1)</sup> ในปี พ.ศ. 2560 จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในประเทศไทย  
พบว่ามีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1  
ของประชากรทั้งหมด<sup>(3)</sup> แม้พบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่ลดลงจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่า  
มีผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 20.7 จากจำนวนประชากรทั้งหมด<sup>(2)</sup> แต่การสูบบุหรี่ยังนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ  
ที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) ต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด  
หลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุนเรื้อรังและโรคหืด<sup>(2)</sup> โดยศูนย์วิจัยและจัดการ  
ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล มีการรายงานข้อมูลว่าในปี 2556 คนไทยจำนวน  
กว่า 120,000 คน เสียชีวิตลงด้วยโรคดังกล่าวซึ่งมีผลเกี่ยวเนื่องจากการสูบบุหรี่<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าบุหรี่  
มีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด โดยเป็นสารพิษมากกว่า 250 ชนิดและมากกว่า 70 ชนิดเป็นสาเหตุโดยตรง  
ของการเกิดมะเร็ง ตัวอย่างสารเคมีอันตรายและเป็นพิษที่พบในบุหรี่และยาสูบชนิดต่างๆ เช่น นิโคติน  
ฟอร์มาลดีไฮด์ แอมโมเนีย ไฮโดรเจนไซยาไนด์ อะซีโตน น้ำมันดินหรือทาร์ โทลูอินและฟีนอล<sup>(5)</sup> เป็นต้น

ในปัจจุบันมีประชากรให้ความสนใจและเปลี่ยนไปใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นจำนวนมากจากรูปลักษณะ  
ที่สวยงามและการเติมรสชาติต่างๆทำให้สูบได้ง่ายและไม่ระคายเคืองคอ<sup>(6)</sup> โดยไม่ทราบถึงพิษภัยและ  
อันตรายที่ได้รับในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า น้ำยาที่บรรจุอยู่ในบุหรี่ไฟฟ้าประกอบไปด้วยสารเคมีและสารพิษ  
ที่ไม่ต่างจากบุหรี่ธรรมดามากนักแต่มีไอระเหยขนาดเล็กกว่าบุหรี่ธรรมดาจึงถูกสูดเข้าไปในปอดได้ลึกกว่า  
จับกับเนื้อเยื่อปอดและดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้ง่ายจึงตกค้างและสะสมในร่างกายได้มากกว่า เพิ่มความ  
เสี่ยงต่อตัวผู้สูบและผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม ในหลายปีที่ผ่านมาประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า  
มีผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหลังสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นจำนวนมากทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งมีอาการรุนแรงจนถึงแก่  
ชีวิตได้<sup>(7)</sup>

จากการตระหนักถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าและอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม จึงนำไปสู่การร่วมมือกันจัดตั้งโครงการและสถาบันต่างๆ ทั้งในส่วนของภาครัฐบาลและภาคเอกชน ร่วมกันรณรงค์และส่งเสริมให้มีการลด ละ เลิกสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อส่งเสริมให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เกิดจากการหดตัวหรือตีบตันของระบบทางเดินหายใจ เยื่อเมือกหดรอดลมอักเสบทำให้ไวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกาย จึงเกิดการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหลอดลม เกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้อากาศเข้าสู่ปอดน้อยลง มีอาการไอ เจ็บหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เสมหะเหนียวข้น นอกจากนี้โรคหืดยังสามารถเกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่อีกด้วย ดังนั้นในคนที่เป็โรคหืดเมื่อหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป สารพิษและสารเคมีต่างๆที่อยู่ในควันบุหรี่จะสัมผัสกับผนังหลอดลมซึ่งสารต่างๆเหล่านี้จะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลม โดยการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารน้ำเหลืองออกมาในปริมาณที่มากกว่าปกติ กระตุ้นให้เกิดอาการหืดกำเริบ(Exacerbation)ในผู้ป่วยโรคหืด<sup>(7)</sup>

ในผู้ป่วยโรคหืดหากสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จะทำให้อาการหืดกำเริบรุนแรงขึ้นและควบคุมได้ยาก ปอดเสื่อมเร็วขึ้น และตอบสนองต่อการรักษาน้อยลงต้องใช้ยาในปริมาณที่มากขึ้นในการรักษา ในเด็กที่เป็นโรคหืดเมื่อได้รับควันบุหรี่มือสองจะทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจบ่อยขึ้น การติดเชื้อเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดอาการหืดกำเริบ(Exacerbation) และยังรักษาได้ยากขึ้นอีกด้วย เนื่องจากหลอดลมของเด็กมีขนาดเล็ก เมื่อเกิดการระคายเคืองจากสารพิษและสารเคมีในควันบุหรี่จึงเกิดอาการหืดกำเริบได้ง่ายและรุนแรงกว่าในผู้ใหญ่ จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยที่สูบบุหรี่มีจำนวนกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังคงสูบบุหรี่ในบ้าน โดยไม่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ทั้งต่อตนเองและคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดและไม่ทราบว่า การใช้เครื่องปรับอากาศไม่สามารถฟอกเอาสารพิษและสารเคมีออกจากอากาศภายในบ้านที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้

ในโรงพยาบาลสิรินธรในด้านการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่และคลินิกโรคหืด มีการดำเนินงานควบคู่กันได้อย่างดีมาโดยตลอด โดยพบว่า การให้คำปรึกษาและแนะนำโดยบุคลากรทางการแพทย์ในการเลิกบุหรี่เป็นวิธีที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างราคากับประสิทธิผลในการรักษา (Cost-Effective) สามารถเป็นส่วนส่งเสริมในการลดอัตราการเสียชีวิตและช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดไม่ให้ลดลงไปมากกว่าเดิม<sup>(2)</sup> เกษักรประจำคลินิกโรคหืดและคลินิกเลิกบุหรี่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญที่จะสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่ได้ โดยนอกจากจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดทั้งที่สูบและไม่สูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวแล้ว ยังรวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิต ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของประเทศไทย นอกจากนี้ยังลดภาระงาน ลดอัตราค่าจ้างของบุคลากรสาธารณสุข



เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาลักษณะของผู้สูบบุหรี่อีกด้วย ดังนั้นจึงเป็นที่มาของโครงการติดตามความร่วมมือในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงพิษภัยของบุหรี่ให้กับผู้ป่วยและสร้างแนวทางการปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน
2. ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษานในคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษานในคลินิกเลิกบุหรี่

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากการดำเนินงานในคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลสิรินธรที่ผ่านมาทำให้พบว่า ยังมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 5.3 ที่ยังคงสูบบุหรี่แม้จะเข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดและบางคนยังคงเกิดอาการหืดกำเริบ(Exacerbation) อย่างต่อเนื่อง โดยที่ใช้ยารักษาโรคหืด เช่น สเตียรอยด์ชนิดพ่น/สูด ยาขยายหลอดลมแล้วก็ตาม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธรและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดอาการหืดกำเริบ(Exacerbation)บ่อยขึ้นในผู้ป่วยโรคหืด มีผลทำให้ไม่สามารถคุมอาการหอบหืดได้ อาการของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง เพิ่มปริมาณผู้ป่วยและความถี่ในการมาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม

การดำเนินงานในโครงการติดตามความร่วมมือในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิรินธร จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลคลินิกเลิกบุหรี่และคลินิกโรคหืด สิ่งสำคัญคือการส่งต่อผู้ป่วย การรับและส่งข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องเข้ารับคำปรึกษาในคลินิกเลิกบุหรี่ ดังนั้นทั้งคลินิกโรคหืดและคลินิกเลิกบุหรี่จึงต้องมีการทำงานควบคู่กัน ไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อง่ายต่อการติดตามผลการรักษา เก็บข้อมูลต่างๆ รวมถึงการให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย โดยการสร้างแนวทางในการทำงานร่วมกัน ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรึกษา วางแผนระบบการทำงานให้มีความสะดวกและสอดคล้องกันแก่ทุกฝ่ายเพื่อง่ายต่อการส่งต่อ เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆตลอดจนเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาต่อไป โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. กำหนดเกณฑ์คัดเข้าร่วมโครงการ โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดและยังคงสูบบุหรี่และต้องการเลิกบุหรี่ด้วยความสมัครใจ
2. จัดทำแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าร่วมโครงการ
3. จัดทำแบบประเมิน แบบทดสอบ เอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลต่างๆ ดังนี้
4. แบบประเมินภาวะการตัดสินใจตัดสินใจและประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่

- แบบประเมินระดับอาการและการควบคุมอาการ โรคหืด
- แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
- เอกสารประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

5. จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งคลินิกโรคหืด คลินิกเลิกบุหรี่และคณะผู้บริหาร โรงพยาบาลสิรินธรเพื่อกำหนดแนวทางการทำงานที่สอดคล้องกัน กำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบงานในส่วนต่างๆอย่างชัดเจน สร้างขั้นตอนการทำงานที่ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่ายและมีประสิทธิภาพ

6. ให้ความรู้เรื่องบุหรี่และโรคหืด แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดอบรมระยะสั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันในการปฏิบัติงาน ซึ่งนำไปสู่ทำงานร่วมมือกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้

7. ประชาสัมพันธ์ รมณรงค์และเชิญชวนให้บุคลากรในโรงพยาบาลสิรินธรเลิกบุหรี่ และส่งเสริมให้โรงพยาบาลสิรินธรเป็นเขตปลอดบุหรี่

8. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่สูบบุหรี่และเข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมด้านการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ โดยการใช้แบบประเมินต่างๆ

9. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงาน โครงการติดตามความร่วมมือในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด

10. นำเสนอผลสำเร็จ ความก้าวหน้า ปัญหาที่พบและแนวทางการแก้ไขจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหืดและคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเกิดเป็นการพัฒนางานในคลินิกโรคหืดและคลินิกเลิกบุหรี่ต่อไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดอาการหืดกำเริบ(Exacerbation) และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติและเพิ่มบทบาทของเภสัชกรด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปอีกด้วย

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเลิกบุหรี่

ลงชื่อ.....*ปัทมา นิลมณีธรรม*.....

(นางสาวปรีดาพร แสงมณีธรรม)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*๓๐/กย. ๒๕๖๓*.....

## เอกสารอ้างอิง

1. อุบลรัตน์ สิงหนเสนีย์, ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ, สิริพร บุญเจริญพานิชย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของข้าราชการชายทหารอากาศ เขตดอนเมืองกองทัพอากาศ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17(2):521-31.
2. ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร, พีรยา สมสะอาด, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในผู้ป่วยนอกโรคหืด ณ คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลพระอาจารย์พิน อจาโร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2558;11(4):65-82.
3. พัทธยา คชสิริพงศ์, สนิ พงษ์สุระนันท์. ปัจจัยที่มีความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ณ คลินิกรังสิตฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต. รายงานการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.compharmfund.or.th/site/assets/files/research/20210513060637\\_RSf.pdf](https://www.compharmfund.or.th/site/assets/files/research/20210513060637_RSf.pdf).
4. พันชกร เตชอังกูร. แนวปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่. หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://cepe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=456](https://cepe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=456).
5. วีระพล จันทรดียิ่ง. หยุดสูบบุหรี่. ศูนย์บรรณสารและการเรียนรู้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: [www.clm.up.ac.th/pdf/article/Quit%20smoking.pdf](http://www.clm.up.ac.th/pdf/article/Quit%20smoking.pdf)
6. รณชัย คงสกนธ์. มุ่งมั่นตั้งใจเลิกบุหรี่ได้จริง. วารสารก้าวทันวิจัยกับ ศจย. 2564;13(2):1-17
7. มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ข้อมูลต้องรู้ ควันบุหรี่ของแสดงคนที่เป็นที่ด [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://smokefreezone.or.th/content\\_attachment/attach/be973bdb44172a6ec20c0f4a2292021.pdf](https://smokefreezone.or.th/content_attachment/attach/be973bdb44172a6ec20c0f4a2292021.pdf)