

ผลลัพธ์การบริหารทางเภสัชกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าปลา อำเภوتاปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Pharmaceutical care outcomes and quality of life of Asthma and Chronic obstructive pulmonary disease patients at Thapla Hospital, Thapla District, Uttaradit Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

รองรัตน์ หนูแก้ว¹
Rongrat Nukaew¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม เป็นการศึกษาเชิงทดลองของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม จำนวน 279 คน ติดตามผลการรักษา 6 เดือน เข้ารับการบริการทางเภสัชกรรมอย่างน้อย 2 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลลัพธ์ที่ประเมินประกอบด้วย คุณภาพชีวิต(MiniAQLQ) ความร่วมในการใช้ยา ทักษะการใช้ยาพ่นสูดทางปาก

ผลการศึกษา: การประเมินคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมและคุณภาพชีวิตมิติอาการ คุณภาพชีวิตมิติการแสดงอารมณ์ และคุณภาพชีวิตมิติสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับการบริการทางเภสัชกรรม แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย($P<0.001$) แต่คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม หลังการได้รับการบริการทางเภสัชกรรมไม่มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยของยา 3 รายการ คือ Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline CR 200mg cap หลังการได้รับการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย($P<0.001$) การประเมินผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) หลังการได้รับการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นสูดชนิด (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย ($P<0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง , การบริการทางเภสัชกรรม, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research has the objective To evaluate the quality of life and clinical outcomes of asthmatic and COPD patients. Before and after providing pharmaceutical care. This study was quasi experimental research. Sample size were asthmatics and chronic obstructive pulmonary disease patients. Before and after providing pharmaceutical care, 279 people were followed up for 6 months and received pharmaceutical care at least 2 times. Data were collected using questionnaires. The results evaluated include Quality of life (MiniAQLQ), participation in drug use Skills in using oral inhalers

Results: Assessment of overall quality of life and symptom dimensions of quality of life. Quality of life, emotional expression dimension and quality of life dimensions of stimuli in the environment of asthmatic and chronic obstructive pulmonary disease patients after receiving pharmaceutical care. Different from the beginning of the research ($P<0.001$), but the quality of life dimension was limited in activities. After receiving pharmaceutical care there was no difference from the beginning of the research. Evaluating patient medication adherence of 3 drugs: Seretide MDI, Budesonide MDI, and Theophylline CR 200mg c.

Keywords: Asthma patients and chronic obstructive pulmonary disease patients, Pharmaceutical care, Quality of life

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อควบคุมอาการและการดำเนินไปของโรค การใช้ยาหรือได้ยาไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) จัดเป็นโรคที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและเป็นภาระของระบบสุขภาพทั่วโลก¹ นอกจากนั้นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ของโลก² อีกทั้งความชุกและอุบัติการณ์เกิดโรคลังคังสูงขึ้นในทุกทศวรรษอีกด้วย โรคหืด (asthma) ก็เป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่ก่อปัญหาและมีความสำคัญไม่แพ้กัน³ จากรายงานพบว่าประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยโรคหืดคิดเป็นประมาณร้อยละ 7 ของสัดส่วนประชากรทั้งหมด และมีอัตราการตาย 3.5 ราย จากผู้ป่วยหนึ่งแสนคน⁴ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อย โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักพบในผู้สูงอายุและโรคหืดพบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กจนถึงผู้สูงอายุ หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดกำเริบ

องค์การอนามัยโลก ประเมินการณ์ว่าในปี 2565 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน เป็นอัตราการตายร้อยละ 4.8 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ จากสถิติสาธารณสุข ปี 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดนอนรักษาในโรงพยาบาล 115,577 คน และมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 249,742 คน โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากร และพบผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคนคาดว่าผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 5 จะป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2563 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในประเทศไทย ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน โดยในเขตสุขภาพบริการที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เขตบริการสุขภาพที่ 12 มีอัตราการเจ็บป่วยพลันมากที่สุด⁵

จากการศึกษาของกฤติมา โกชนสมบูรณ์ ศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชราช พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมทั้งสิ้น 538 ราย เป็นเพศหญิง 282 ราย (ร้อยละ 52.42) พบปัญหาจากการใช้ยา 402 ปัญหา ในผู้ป่วย 311 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.81 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเฉลี่ย 1.32 + 0.69 ปัญหาต่อราย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การสั่งยาไม่เพียงพอต่อจำนวนวันที่นัดครั้งต่อไป 331 ปัญหา (ร้อยละ 82.34) สาเหตุส่วนใหญ่ คือ การสั่งจ่ายข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน 219 สาเหตุ (ร้อยละ 54.48) การแก้ไขปัญหามากที่สุด คือ การเปลี่ยนคำสั่งจ่ายยา 235 ครั้ง (ร้อยละ 58.46) ผลลัพธ์ของการบริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ปัญหาได้ทั้งหมด 395 ปัญหา (ร้อยละ 98.26) จากการประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น พบว่าเครื่องมือในการสูดพ่นยาที่ผู้ป่วยใช้ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ Respimat Turbuhaler Breezhaler HandiHaler Pressurized Metered-Dose Inhalers และ Accuhaler ตามลำดับ⁶

โรงพยาบาลท่าปลา อำเภوتاปลา ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการและพยาบาล เภสัชกรมีส่วนร่วมในการติดตามการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ โดยให้การบริหารทางเภสัชกรรม เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา ประเมินทักษะการใช้ยาพ่นสูดทางปาก แต่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดการเข้าร่วมการทำกิจกรรมของคลินิก จึงทำ

ให้ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังขาดการบริหารทางเภสัชกรรม และการประเมินผลของการให้ความรู้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำกิจวัตรได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกอันประกอบไปด้วย ทักษะการใช้ยาMDI ความร่วมมือการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ทำการทดลองช่วง กันยายน 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 ระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 102 คน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 248 คน รวมผู้ป่วยทั้งสองโรค 350 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าปลา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการคัดเลือกจากประชากรของการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีกลุ่มตัวอย่างโรค

หืดจำนวน 99 คน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 180 คน รวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสองโรค 279 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18-65 ปี สามารถอ่านออก เขียนได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ผู้ป่วยสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา 3) เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าปลา

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา 2) ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวไปรักษาในสถานพยาบาลอื่น 3) ผู้ป่วยที่ระยะการนัดพบแพทย์เลยช่วงเวลาที่ทำการการศึกษา 4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ หลังให้บริหารทางเภสัชกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คือเป็นผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าปลา มีอายุ 18-65 ปี และสามารถอ่านออก เขียนได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 279 คน โดยดูจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการเก็บประวัติข้อมูลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบประเมินการใช้ยาพ่นสูดและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (MiniAQLQ) พร้อมให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นรายบุคคล

3. ติดตามผลการบริหารทางเภสัชกรรมหลังจากการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ประมาณ 3 เดือน พร้อมทั้งเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบประเมินการใช้ยาพ่นสูดและแบบสอบถามคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ ระยะเวลา ที่เป็นโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

3. แบบประเมินการใช้ยาพ่นสูดทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (MiniAQLQ) ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Pairs Sample t- test ในการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

2. คุณภาพชีวิต แสดงข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิต ในรูปของค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) โดยแบ่งเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ 4 มิติ คือ มิติอาการ ข้อ 1,4,6,8,10 มิติการจำกัดในการทำกิจกรรม ข้อ 12,13,14,15 มิติการแสดงอารมณ์ ข้อ 3,5,9 และมิติสิ่งรบกวนในสภาพแวดล้อม ข้อ 2,7,11 ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Pairs t - test ในการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษา

3. ทักษะการใช้ยาพ่นสูดทางปาก แสดงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาพ่นสูด (Metered dose inhaler) ได้อย่างถูกต้องแต่ละขั้นตอนในรูปจำนวนและร้อยละ ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

4. ความร่วมมือในการใช้ยา แสดงจำนวนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง เป็นจำนวนและร้อยละ และทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ UPHO REC No. 096/2568 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวน 279 คน เป็นเพศชาย 180 คน (ร้อยละ 64.5) เพศหญิง 99 คน (ร้อยละ 35.5) อายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปี 156 คน (ร้อยละ 55.9) ประกอบอาชีพรับจ้าง 90 คน (ร้อยละ 32.3) และไม่ได้ทำงาน 90 คน (ร้อยละ 32.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรส 117 คน (ร้อยละ 41.9) มีระดับการศึกษาคือประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 279 (ร้อยละ 100) สิทธิการรักษาเป็นสิทธิอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ จำนวน 153 คน (ร้อยละ 54.9) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 2,001 บาท ถึง 5,000 บาท จำนวน 130 คน (ร้อยละ 46.6) มีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อนแต่หยุดสูบแล้ว จำนวน 198 คน (ร้อยละ 71.0) ระยะเวลาเป็นโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 11 ปี – 15 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 29.0)

ตาราง 1 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิต	คะแนน mean $\pm$ SD		
	ครั้งที่1	ครั้งที่2	p-value
คุณภาพชีวิตมิติอาการ	3.78 $\pm$ 0.78	4.82 $\pm$ 0.56	P<0.001*
คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม	3.94 $\pm$ 0.45	4.11 $\pm$ 0.52	p=0.083
คุณภาพชีวิตมิติการแสดงอารมณ์	3.28 $\pm$ 0.31	4.38 $\pm$ 0.28	P<0.001*
คุณภาพชีวิตมิติสิ่งรบกวนในสภาพแวดล้อม	3.04 $\pm$ 0.32	4.35 $\pm$ 0.32	P<0.001*
คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม	3.60 $\pm$ 1.47	4.60 $\pm$ 1.03	P<0.001*

จากตาราง 1 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุ่งเน้นประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ รวม 4 มิติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมและคุณภาพชีวิตมิติอาการ คุณภาพชีวิตมิติการแสดงอารมณ์ และคุณภาพชีวิตมิติสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมเพิ่มขึ้น 3.60 ± 1.47 คะแนน เป็น 4.60 ± 1.03 คะแนน แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ แต่คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ไม่มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย $P = 0.083$ มีคะแนน 3.94 ± 0.45 เป็น 4.11 ± 0.52 คะแนน

ตาราง 2 ข้อมูลแสดงจำนวนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายการยา	จำนวนผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง : คน (ร้อยละ)	
	ครั้งที่1	ครั้งที่2
Seretide MDI (N=162)	90 (55.5)	153 (94.4) $p < 0.001$
Budesonide MDI (N=117)	53 (45.3)	99 (84.6) $p < 0.001$
Theophylline SR 200mg cap (N=279)	215 (77.1)	279 (100) $p < 0.001$

จากตาราง 2 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของยา 3 รายการคือ Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline SR 200mg cap หลังการ

ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถใช้ยาทั้ง 3 รายการได้อย่างถูกต้อง แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

ตาราง 3 ข้อมูลแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องแยกตามขั้นตอนที่ใช้

รายการยา	จำนวนผู้ป่วยใช้ยาพ่นสูดชนิด MDI ได้ถูกต้องแยกตาม 7 ขั้นตอน : คน (ร้อยละ)	
	ครั้งที่1	ครั้งที่2
1.เปิดฝาคีบออก ถือกระบอกยาในแนวตั้งตรง แล้วเขย่ากระบอกยา	171 (61.3)	243 (87.1) $p < 0.001^*$
2.อมกระบอกยาหรือกระบอกต่อให้สนิท หรือให้กระบอกยาอยู่ห่างจากปาก 3-4 ซม	153 (54.8)	216 (77.4) $p < 0.001$
3.กดพ่นยา 1 ครั้ง พร้อมสูดหายใจเข้าทางปาก ลึกๆ ช้าๆ	108 (38.7)	180 (64.5) $p < 0.001$
4.เอาหลอดพ่นยาออกจากปาก หุบปากให้สนิท แล้วกลืนหายใจไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วจึงค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกตามปกติ	81 (29)	216 (77.4) $p < 0.001$
5.หากใช้ยามากกว่า 1 กด ให้เว้นระยะอย่างน้อย 1-2 นาที ก่อนพ่นยาอีกต่อไป	117 (41.9)	243 (87.1) $p < 0.001$
6.กรณีเป็นยาสูดควบคุมอาการ (steroid) ต้องบ้วนปากทุกครั้ง	162 (58.1)	234 (83.9) $p < 0.001$
7.ป่วยได้พิจารณาวันหมดอายุ และปริมาณยาที่เหลืออยู่	189 (67.7)	243 (87.1) $p = 0.001^*$

จากตาราง 3 การประเมินผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องแยกตาม 7 ขั้นตอน หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอนแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.001$ ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการศึกษาที่ระบุว่า การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมรายบุคคลเภสัชกรรับฟังร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างเป็นที่พอใจ แต่คุณภาพชีวิตมีการจำกัดในกิจกรรม หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ไม่มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย $P = 0.083$ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานเนื่องมาผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปไม่สามารถกำหนดภาระงานที่หนักหรือเบาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ แสงพุ่ม และคณะ⁷ ศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ในคลินิกโรคหืด ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มศึกษาที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม มีคะแนน 5.6 ± 1.0 และ 5.1 ± 0.9 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ⁸ ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษามิใช่ในคลินิกโรคหืดดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนสูงกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (4.1 ± 0.9

และ 5.2 ± 1 ตามลำดับ, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ศิริพรรณ⁹ ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม เชิงลึกสามารถเพิ่มผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 4.00 ± 0.95 เป็น 5.04 ± 0.88 คะแนน ($p < 0.001$)

การศึกษานี้พบว่าการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ของยา 3 รายการคือ Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline CR 200mg cap หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.001$ ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการศึกษาที่ระบุว่า การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถทำให้ความร่วมมือในการใช้ยา Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline CR 200mg cap ของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมรายบุคคล เภสัชกรรับฟังปัญหา สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติตามแพทย์สั่ง เช่นผู้ป่วยคิดว่าไม่ค่อยมีอาการ หอบแล้วก็ไม่พ่นยาหรือต้องกินยาตามแพทย์สั่งก็ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ศิริพรรณ⁹ ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงลึกผู้ป่วยสามารถเพิ่มความร่วมมือการใช้ยา จากร้อยละ 91.08 ± 16.51 เป็น 97.15 ± 8.33 ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ แสงพุ่ม และคณะ⁷ ศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ในคลินิกโรคหืด ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการศึกษาพบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มศึกษาที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ($p < 0.001$)

การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างเหมาะสมชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอนแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ $P < 0.001$ ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการศึกษาที่ระบุว่าการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างเหมาะสมชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมรายบุคคล เภสัชกรรับฟังปัญหาและมีการทดลองทำเป็นรายบุคคลทดลองทำทีละขั้นตอนจนผู้ป่วยสามารถทำเองได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ศิริพรรณ⁹ ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงลึกผู้ป่วยสามารถใช้อย่างถูกต้องได้ถูกต้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 15 คน (ร้อยละ 32.6) เป็น 40 คน (ร้อยละ 87.0) ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เณรณิเกียรติ เขื่อนเพชร¹⁰ ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้อย่างเหมาะสมชนิด MDI ได้ดีขึ้น และอัตราความผิดพลาดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และทักษะการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้กลวิธีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความไว้วางใจ และการวางแผนร่วมกันในการแก้ไขปัญหา แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย อย่างไรก็ตามยังคงพบว่ามีหลายปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของญาติ หรือปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้การศึกษาต่อเนื่องต่อไปว่าปัจจัยใดบ้างที่สามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและทักษะการใช้ยาของผู้ป่วย

ของผู้ป่วย หรือการโทรศัพท์ติดตามจะช่วยแก้ปัญหาในเรื่องของการไม่มีเวลา และเรื่องของการไม่มาเข้าร่วมทำกิจกรรมของคลินิกตามวันที่นัดหมายรับการตรวจ

2. ควรมีการศึกษาการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินด้วยอาการหอบ และการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และควรศึกษาสมรรถภาพการทำงานของปอด (PEER) ของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เครื่อง Spirometer

3. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ และควรศึกษาระดับความควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. พร้อมทั้งศึกษาแนวทางการป้องกัน และการวางแผนดูแลรักษา รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อเสริมสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้สามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างแท้จริง

5. จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีความพึงพอใจ ค่อนข้างดีต่อการบริหารทางเภสัชกรรม แต่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเนื่องจากไม่ได้มีการ เก็บข้อมูลในด้านนี้ ดังนั้นหากมีการดำเนินการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ต่อไปในอนาคต ก็ควร พิจารณาวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

6. การศึกษาค้นคว้านี้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจงกับโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีข้อเสียคือ ไม่สามารถนำผลคุณภาพชีวิตที่ได้ไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ดังนั้นในกรณีที่ต้องการนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับโรคอื่นหรือเปรียบเทียบกับประชากรสุขภาพดี ก็อาจจะพิจารณาใช้แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตแบบทั่วไปแทน

7. ควรทำการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เนื่องจากการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ป่วยให้ความ ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ ส่งผลให้

สามารถจัดการกับปัญหา อาทิ เช่น ปัญหาปัจจัยใน
สิ่งแวดล้อมที่สามารถกระตุ้นให้อาการของโรค

ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือปัญหาการไม่ร่วมมือ
ในการใช้ยา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Asthma (2022). Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
2. Soriano, J., Vivick, G., Muellerova, H., Payvandi, N., & Hansell, A. (2021). Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest*, 128(4), 2099-2107.
3. อรรถกร นาคำ. (2551). หลักการใช้ยาและการดูแล ผู้ป่วยโรคหืด (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. Masoli, M. Fabian D., Holt S., Bearlery R. (2004). The The global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report. *Allergy*, 59(5), 469- 78.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2565). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข : การดูแลผู้ป่วย โรคหืด พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). [ออนไลน์] ได้จาก : http://eac2.debridgeistry.com/site_data/debregistry_eac/1/NHSO_Policy.pdf
6. กฤติมา โภชนสมบูรณ์. (2564) ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง.2564; ปีที่ 65 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
7. ภาณุวัฒน์ แสงฟูม. (2552). ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ในคลินิกโรคหืด ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศิลปากร.
8. สุณี เลิศสินอุดม และคณะ. (2559) ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. นพวรรณ ศิริพรรณ .(2555) ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
10. เฉลิมเกียรติ เชื้อนเพชร และคณะ.(2547) ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.