



บทที่ 4

ผลการวิจัย และอภิปราย

ผลการวิจัย แบ่งได้เป็น 5 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปในโครงการ
- ตอนที่ 2 การประเมินผลด้านผลกระทบ
- ตอนที่ 3 การประเมินผลด้านประสิทธิภาพ
- ตอนที่ 4 การประเมินผลด้านประสิทธิผล
- ตอนที่ 5 การประเมินผลด้านความก้าวหน้า

ตอนที่ 1ข้อมูลทั่วไปในโครงการ1. ระยะเวลาศึกษา

ระยะเวลาศึกษา เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2533 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2534 รวม 10 เดือนเต็ม ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผนโครงการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2533 จนถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2533 ขั้นตอนการดำเนินโครงการ ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2533 จนถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2534 และขั้นตอนการประเมินผลโครงการ ตั้งแต่เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2534 ทั้งนี้เพราะในขั้นตอนการวางแผนโครงการต้องเสียเวลากับการทดลองปฏิบัติงาน กับการแก้ไขเกี่ยวกับแบบฟอร์มและเทคนิคในการติดตามผลกับการประเมินปัญหาที่ต้องกำหนดให้ชัดเจน และในขั้นตอนดำเนินโครงการที่ไม่มีระยะเวลากำหนดแน่นอน จนกว่าจะสามารถบริการได้ผู้ป่วยจำนวนที่กำหนด

2. ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการ ในโครงการจัดตั้งระบบงานติดตามผลการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจ และ หลอดเลือดในผู้ป่วยนอก ได้แก่

2.1 เภสัชกรโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย เภสัชกร 1 คน ประจำหน่วยแนะนำการใช้ยา (Counseling Unit) ทำหน้าที่ติดตามและแนะนำ แก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยในโครงการ และเภสัชกรอีก 1 คน ประจํางานบริการผู้ป่วยทั่วไปทำหน้าที่ ตรวจสอบการคัดเลือกผู้ป่วย ก่อนการส่งต่อไปยังหน่วยแนะนำการใช้ยา

ในกรณีที่ เภสัชกร หัวหน้าฝ่ายฯ ไม่อยู่ปฏิบัติงานจะให้เภสัชกรประจํางาน บริการผู้ป่วยทั่วไปทำหน้าที่แทน แต่หากเภสัชกรทั้ง 2 คนไม่อยู่ การปฏิบัติงานบริการในโครงการ จะหยุดให้บริการชั่วคราว

2.2 เจ้าหน้าที่ประจำห้องจ่ายยา จำนวน 1 คน ในระบบคัดเลือกผู้ป่วย ซึ่ง อาจเป็นผู้ช่วยเภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่ฝ่าย ฯ ที่เป็นลูกจ้างประจำ และได้รับการฝึกหัดเป็นอย่างดี เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยจากใบสั่งยา

2.3 เจ้าหน้าที่ประจำห้องจ่ายยา จำนวน 1 คน ทำหน้าที่จัดส่งยาที่ได้จัดไว้ แล้วไปให้เภสัชกรประจำหน่วยแนะนำการใช้ยา ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่จัดยา ทำหน้าที่ รับยาจากเภสัชกรประจํางานบริการทั่วไปส่งต่อไปให้

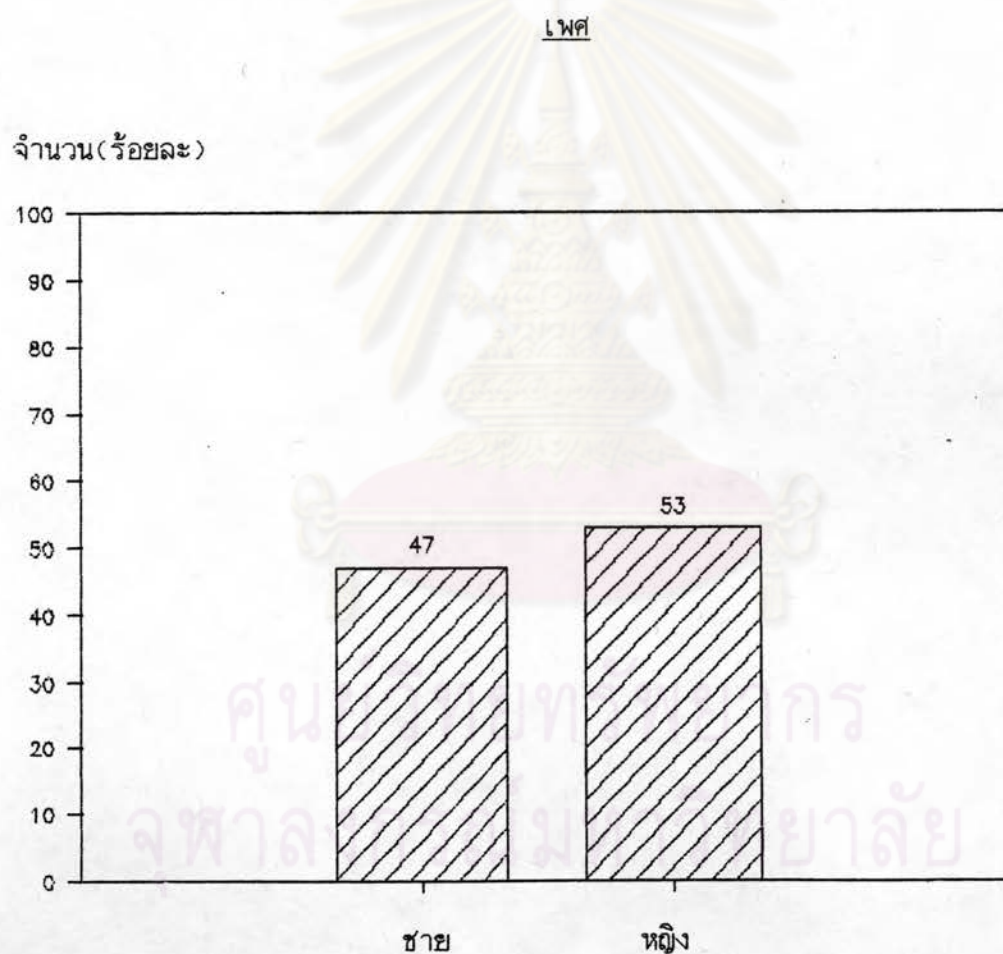
2.4 เจ้าหน้าที่ประจำห้องจ่ายยา จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ควบคุมจัดเก็บ แฟ้มประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ให้เป็นหมวดหมู่ตามที่กำหนด เจ้าหน้าที่ดังกล่าวนี้เป็น ลูกจ้างประจำที่กำหนดให้มาช่วยเหลืองานในโครงการ นอกเหนือจากงานประจำอื่น ๆ

3. ผู้รับบริการ

ในช่วงระหว่างการดำเนินโครงการให้บริการแก่ผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยนอกมารับ บริการกับฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 20,279 ราย โดยพบผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้ รับการคัดเลือกเข้าโครงการ ประมาณ 1 : 15.4

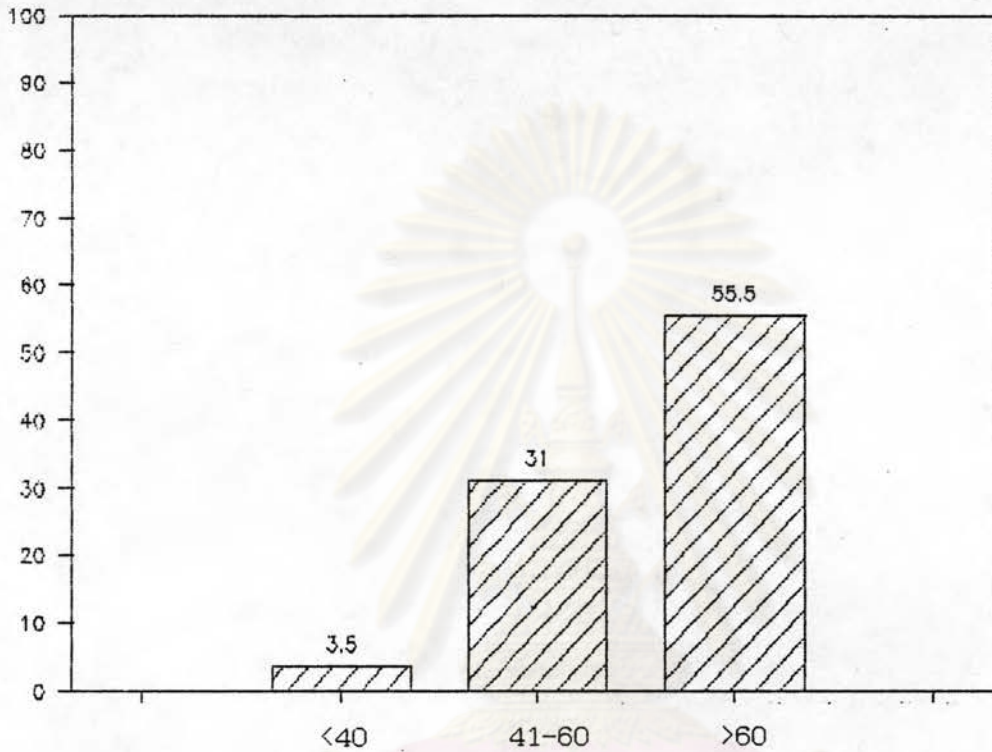
ผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคทางระบบหัวใจ และ หลอดเลือด เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 200 คน มีลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ดังนี้

เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวนที่ไม่แตกต่างกันมาก โดยพบผู้ป่วยเพศหญิง ต่อเพศชาย ประมาณ 1.13 : 1.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.55 อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี ร้อยละ 41.0 และอายุน้อยกว่า 40 ปี เพียงร้อยละ 3.5 (ภาพที่ 2)



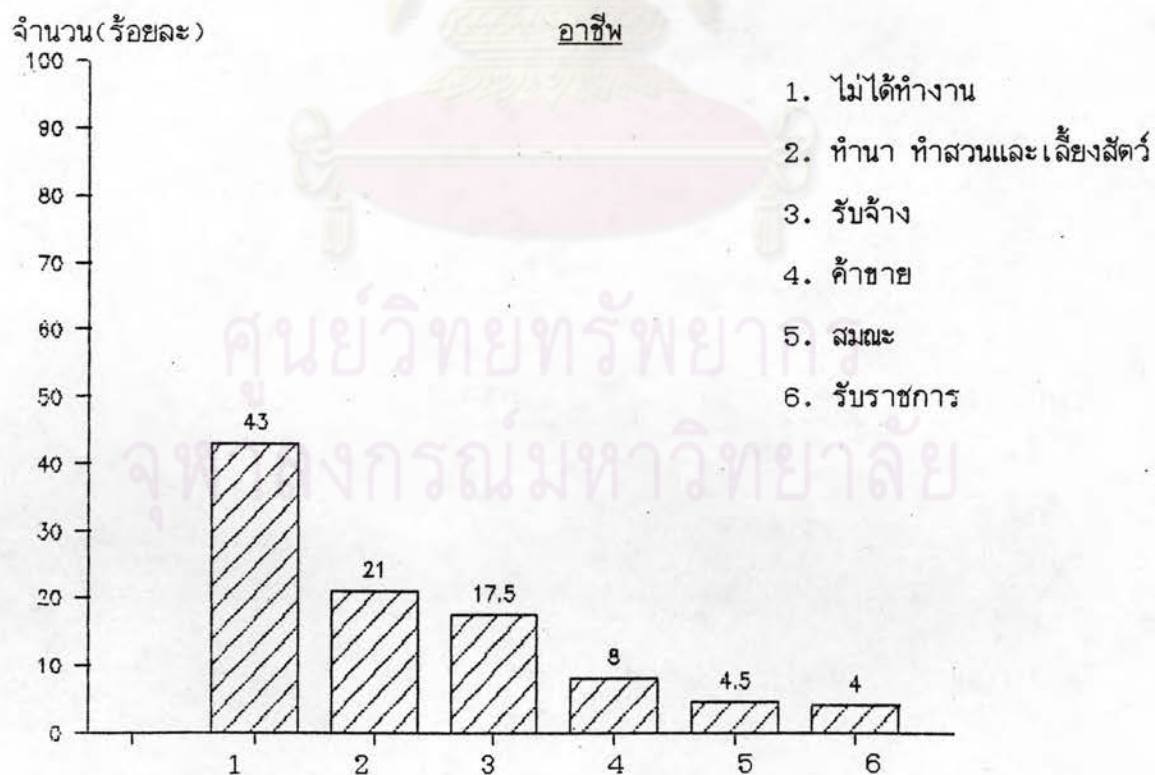
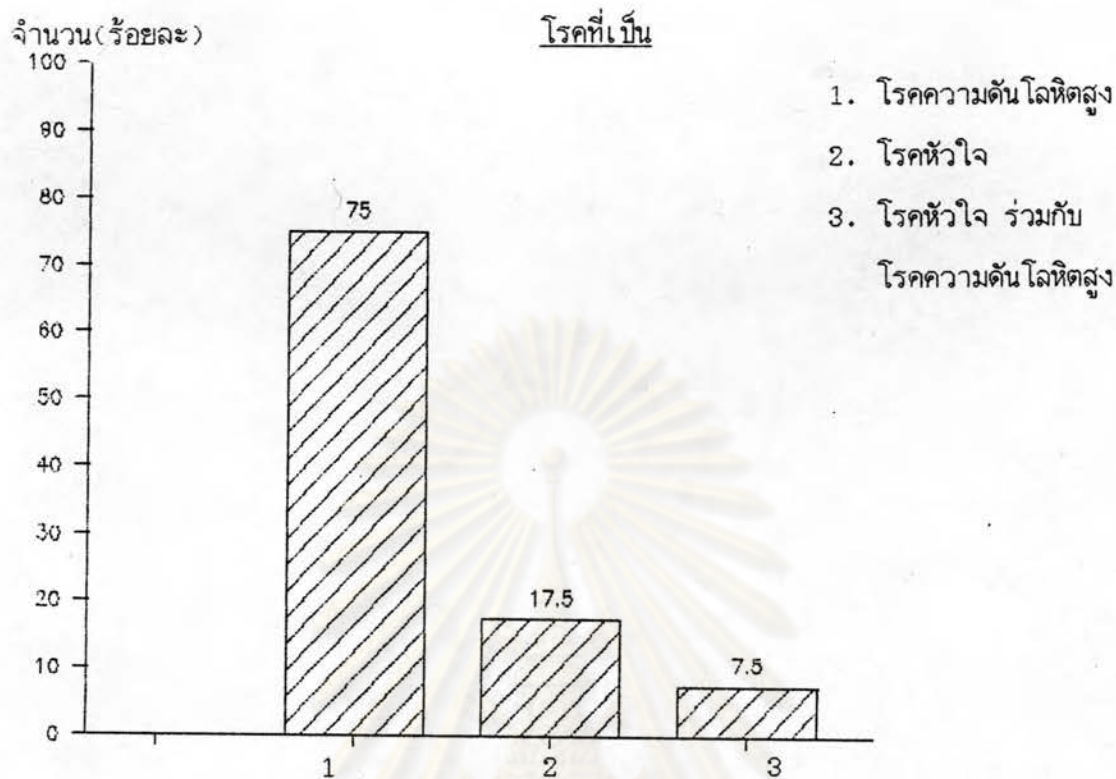
อายุ

จำนวน (ร้อยละ)



ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยในโครงการ ตามเพศ และอายุ

แบ่งผู้ป่วยตามโรคที่เป็นในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 75 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.5 เป็นโรคหัวใจและเป็นโรคหัวใจร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อีกร้อยละ 7.5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 43) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากร รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 21) มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.5 และมีเพียงส่วนน้อยมีอาชีพค้าขายหรือรับราชการ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยในโครงการ ตามโรคที่เป็น และอาชีพ

4. งบประมาณของโครงการ

งบประมาณที่ใช้ ประกอบด้วย เงินลงทุนในการเริ่มโครงการ และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดำเนินงาน

เงินลงทุนที่ใช้เริ่มจัดตั้งโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเงินค่าครุภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการ เช่น ชั้นวางแฟ้มข้อมูลประวัติการใช้ยา โต๊ะ เก้าอี้ และ ตู้เก็บแบบฟอร์มต่าง ๆ เป็นต้น ค่าวัสดุอุปกรณ์เบ็ดเตล็ด เงินลงทุนที่ใช้อนุมัติ เช่น สมุดบันทึก ตรายาง และแท่นหมึกพิมพ์ เป็นต้น ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากเงินบำรุงโรงพยาบาล

ทั้งนี้ไม่รวมถึง ค่าหนังสืออ้างอิงต่าง ๆ ที่มีไว้สำหรับอ้างอิงและค้นคว้าในระบบการให้บริการซึ่งมีอยู่แล้ว แต่หากยังไม่มี ค่าใช้จ่ายลงทุนด้านนี้ จะเป็นเงินที่มากกลุ่มหนึ่ง

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการให้บริการแต่ละราย ประกอบด้วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น แฟ้มเก็บข้อมูล แบบฟอร์ม ค่าตรวจเลือดทางห้องชันสูตร เป็นต้น ค่าเงินเดือนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโครงการ ซึ่งต้องคิดแยกออกจากเวลาที่ใช้ในงานตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล เงินงบประมาณ และ เงินอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. เวลาที่ใช้ ประกอบด้วย

5.1 เวลาที่เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานใช้ในการสัมภาษณ์ติดตามปัญหา ของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ การให้บริการผู้ป่วยในแต่ละครั้ง การติดตามผลการตรวจเลือดจากห้องชันสูตร การประเมินหาปัญหา การสรุปแบบติดตาม และ สรุปผลการปฏิบัติงานประจำวัน ตามรายละเอียดในคู่มือแนะนำ (ภาคผนวก ก.)

5.2 เวลาที่เภสัชกรในระบบคัดเลือกผู้ป่วยใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของยาและใบสั่งยา ก่อนการส่งต่อไปให้เภสัชกรในระบบการติดตามปัญหา

5.3 เวลาที่เจ้าหน้าที่ในระบบคัดเลือกผู้ป่วย ใช้ในการรับใบสั่งยาและคัดเลือกผู้ป่วย รวมถึงเวลาที่ใช้ของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาทำหน้าที่ส่งผ่านใบสั่งยา และยาที่จัดแล้ว จากเภสัชกรในระบบคัดเลือก ไปยังเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในระบบติดตามปัญหา

5.4 เวลาที่เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานพิเศษในระบบการจัดเก็บแฟ้มประวัติการใช้ยาให้เป็นหมวดหมู่เพื่อให้ง่ายต่อการค้นหา

5.5 เวลาที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ใช้ในการช่วยค้นหาบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยตามความต้องการของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสรุปเป็นข้อมูลในแฟ้มประวัติการใช้ยา และบันทึกปัญหาที่พบลงในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วย

ตอนที่ 2

การประเมินผลด้านผลกระทบ

1. การประเมินผลการติดตามผลการใช้ยาตามสั่ง

1.1 ผลการประเมิน

จากผลการดำเนินโครงการตามรูปแบบการติดตามผลการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยในโครงการ พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยหลังจากการได้รับบริการจากโครงการ น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนปัญหาที่พบก่อนการรับบริการจากโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) นอกจากนี้ จากผลการประเมินยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนปัญหาที่พบในระหว่างโครงการ มีความแตกต่างกันกับที่พบในผลก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และค่าเฉลี่ยของจำนวนปัญหาในผลระหว่างโครงการ กับผลหลังโครงการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ตามรายละเอียดของการประเมินดังนี้

จำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบในโครงการ

<u>Treatment</u>	<u>Total</u>	<u>Mean</u>
ครั้งที่ 1 (X_1)	1,278	6.39
ครั้งที่ 2 (X_2)	535	2.675
ครั้งที่ 3 (X_3)	195	0.975

ที่ 0.01 level df. = 2(แนวนอน) , 597(แนวตั้ง) , F.value = 4.60

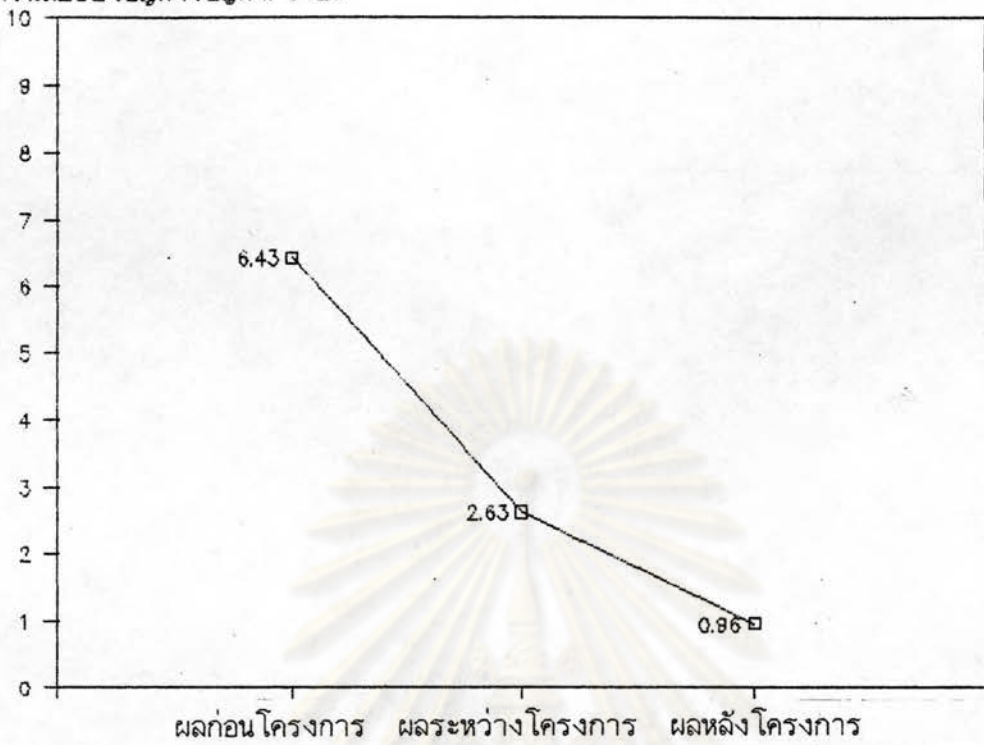
ผลการติดตามเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยวิธี LSD

ค่าความแตกต่างที่สังเกตได้	นัยสำคัญทางสถิติ	ค่า P	ค่า t , df.
1. $X_1 - X_2 = 3.715$	S	0.05	t=3.1848,df.=597
	NS	0.01	t=4.1854,df.=597
2. $X_2 - X_3 = 1.7$	NS	0.05	t=3.1848,df.=597

1.2 ผลการดำเนินงาน

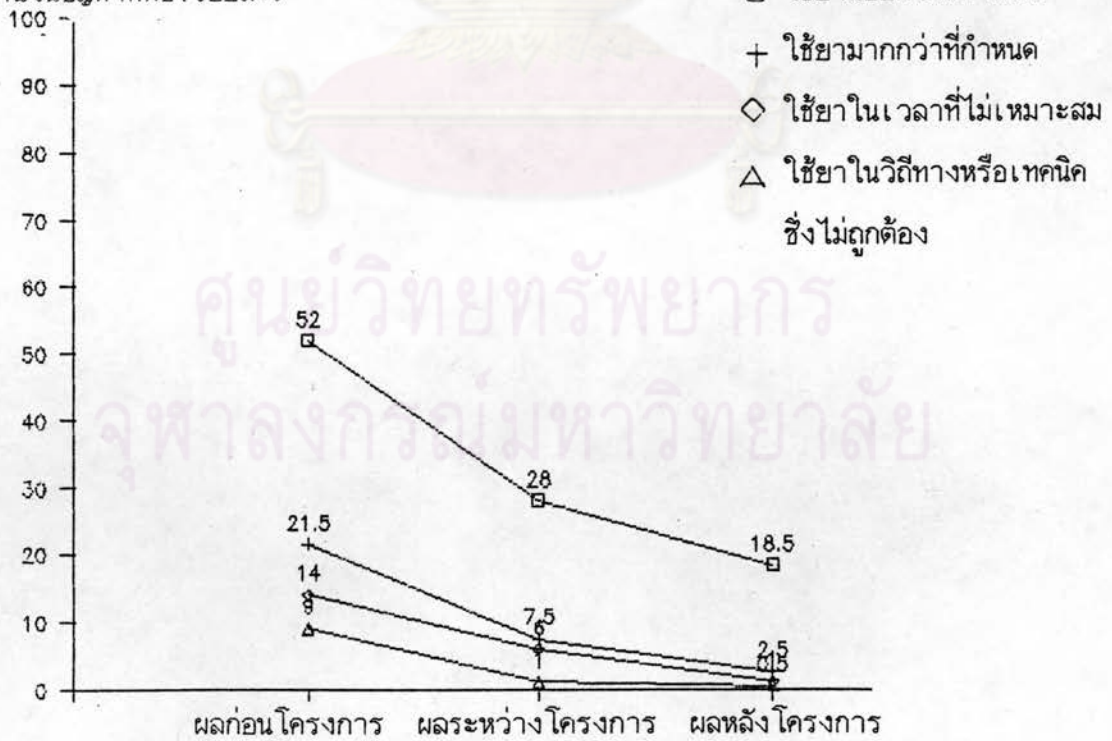
ในขั้นตอนการติดตามผลการใช้ยาตามสั่ง ซึ่งกำหนดให้ติดตามปัญหาที่เกิดขึ้น จำนวน 16 ข้อ นั้นได้ผลเป็นที่น่าพอใจอย่างมาก พบค่าเฉลี่ยของปัญหาในผู้ป่วยแต่ละคนลดลง หลังการให้บริการ (ภาพที่ 4) มีรายละเอียดของปัญหาดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยของปัญหา (ปัญหา/ราย)



ภาพที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบ/ราย ก่อนและหลัง โครงการ

จำนวนปัญหาที่พบ (ร้อยละ)



ภาพที่ 5 แสดงจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง แยกตามลักษณะปัญหาที่พบก่อนและหลังโครงการ

1.2.1 การใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่ง จากผลการติดตามปัญหาทั้ง 3 ครั้ง พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่งอย่างน้อยที่สุดคนละ 1 ครั้ง ถึงร้อยละ 81 ที่เหลือร้อยละ 19 เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่งในขณะติดตามผล จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่งอยู่ในอัตราที่สูงมาก

สำหรับการติดตามปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่ง ในการศึกษาครั้งนี้ได้รวมถึงการติดตามปัญหาจากยานอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นยาที่สำคัญใช้ในโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย เช่น ยาที่ใช้ในโรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหาร โรคต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะยาดังกล่าวมีความสำคัญที่ต้องใช้ต่อเนื่อง ไม่น้อยไปกว่ายาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

ลักษณะของปัญหาที่พบมีดังนี้ (ภาพที่ 5)

1.2.1.1 ใช้ยามากเกินกว่ากำหนด พบว่าผู้ป่วยหลังโครงการให้ความร่วมมือดีมาก พบปัญหาอยู่ในเกณฑ์ระดับที่น่าพอใจ ร้อยละ 2.5 จากที่พบก่อนโครงการ ร้อยละ 21.5 ลักษณะปัญหาที่พบมากได้แก่ ผู้ป่วยกินยาเพิ่มขนาดผิดไปจากที่แพทย์สั่ง สาเหตุที่พบจากการสัมภาษณ์ เช่น กินตามที่เคยใช้อยู่เป็นประจำ ไม่ทราบว่าแพทย์ได้ลดขนาดยาแล้ว ไม่สนใจวิธีใช้บนซองยา และบางรายทั้งซองยาจนจำไม่ได้ว่าต้องกินอย่างไร

ลักษณะที่พบรองลงมา ได้แก่ ลืมกินยาแล้วกินเพิ่มในมื้อต่อมาในขนาด 2 เท่า หรือมากกว่าของมือที่ผ่านมา และอื่น ๆ เช่น กินเพิ่มเมื่อมีอาการเป็นมากอยากให้หายเร็ว ๆ เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยามากกว่ากำหนด แยกตามลักษณะปัญหาที่พบ ก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
<u>1. ขาดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด</u>						
1.1 ใช้ยาในขนาดและจำนวน ครั้ง ผิดจากที่กำหนด	18	9	7	3.5	3	1.5
1.2 ใช้ยาเพิ่มเมื่อลืม	9	4.5	2	1	0	-
1.3 ใช้ยาที่แพทย์สั่งงดใช้และ ยังมียาเหลืออยู่	3	1.5	1	0.5	0	-
1.4 ใช้ยาที่ได้รับมา หลาย ๆ แห่งพร้อมกัน	3	1.5	1	0.5	0	-
1.5 ใช้ยาเพิ่มเพราะอยากจะ หายจากโรคเร็ว ๆ	3	1.5	2	1	0	-
1.6 ใช้ยาเพิ่มเมื่อมีอาการเป็น มาก	2	1	0	-	2	1
1.7 ใช้ยาป้องกันอาการ	1	0.5	0	-	0	-
<u>2. ขาดนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด</u>						
2.1 ใช้ยาในขนาดและจำนวน ครั้ง ผิดจากที่กำหนด	2	1	1	0.5	0	-
2.2 ใช้ยาที่แพทย์สั่งงดใช้และ ยังมียาเหลืออยู่	1	0.5	0	-	0	-
2.3 ใช้ยาเพิ่มเมื่อมีอาการมาก	1	0.5	1	0.5	0	-
รวม	43	21.5	15	7.5	5	2.5

1.2.1.2 ใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด เป็นลักษณะของปัญหาที่พบมากที่สุดในการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่ง ร้อยละ 52 ก่อนโครงการ หลังการให้คำแนะนำปรับปรุงแก้ไข ผลที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์พอสมควร เหลือร้อยละ 18.5 หลังโครงการ

ผู้ป่วยขาดยามากกว่า 1 วัน เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด สาเหตุสำคัญได้แก่ นึกว่าหายแล้ว โดยเฉพาะในโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะหยุดใช้ยาเมื่อรู้สึกว่าไม่มีอาการปกติ เช่น หายจากอาการปวดหัว มึนงง และตาลาย ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจในความรู้พื้นฐานของโรคซึ่งตนเองเป็นอยู่ และความสำคัญของการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่ขาดยา ส่วนใหญ่จะขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา

ลักษณะปัญหาที่พบรองลงมาได้แก่กินยาในขนาดที่น้อยกว่าแพทย์สั่ง สาเหตุส่วนใหญ่เพราะ กลัวยาหมดเร็ว มึนงานยุ่งจึงลืมกินยา กลัวแพ้ยา และอื่น ๆ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด แยกตามลักษณะปัญหาที่พบ ก่อนและหลัง โครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. ขากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด						
1.1 ขาดยามากกว่า 1 วัน	60	30	40	20	28	14
1.2 ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าที่กำหนด	16	8	3	1.5	3	1.5
1.3 ลืมใช้ยาบ่อย	8	4	3	1.5	3	1.5
1.4 ใช้ยาเวลาปวดเท่านั้น	5	2.5	2	1	0	-
1.5 ไม่ใช้ยาทุกวันเพราะกลัวแพ้	3	1.5	0	-	0	-

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1.6 หยุดใช้ยาชั่วคราวในขณะที่ ใช้ยากลุ่มโรคอื่น ๆ อยู่	3	1.5	2	1	0	-
1.7 ไม่ใช้ยาทุกวันเพราะกลัว ยาหมด	2	1	0	-	0	-
1.8 ขาดยาเพราะเปลี่ยนไปใช้ ยาสมุนไพร	1	0.5	1	0.5	0	-
1.9 ไม่ใช้ยาเพราะไม่รู้ว่า ยาอะไร	1	0.5	0	-	0	-
1.10 หยุดใช้ยาเอง เพราะ เกิดอาการผิดปกติ	0	-	2	1	0	-
2. ขานอกกลุ่มโรคหัวใจและ <u>หลอดเลือด</u>						
2.1 ใช้ยาในขนาดน้อยกว่าที่ กำหนด	2	1	1	0.5	2	1
2.2 ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	2	1	2	1	1	0.5
2.3 ใช้ครั้งเดียวแล้วหยุดใช้ยา เลย	1	0.5	0	-	0	-
รวม	104	52	56	28	37	18.5

สำหรับผู้ป่วยหลังโครงการซึ่งยังคงมีปัญหา นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาแล้ว แต่ที่ขาดยานั้นเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งติดธุระไปต่างจังหวัด ลูกไม่ยอมมาส่งและไม่ยอมพาไปรับยาต่อในโรงพยาบาลใกล้เคียง หรือไม่มีใครพาโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าเป็นสาเหตุที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งควรที่จะได้รับความรู้ความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย ดังนั้นวิธีการแก้ไขได้แก่ หากญาติผู้ป่วยมารับยาพร้อมกับผู้ป่วยควรให้ร่วมฟังในระหว่างการให้บริการด้วย อย่างน้อย 1 ครั้งหรือควรแจกเอกสารชี้แจงให้ผู้ป่วยนำกลับไปให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้

1.2.1.3 ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม ผลการแนะนำแก้ไข
 ปัญหาผู้ป่วยให้ความร่วมมือจนปัญหาการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1 จากร้อยละ 14 ก่อนโครงการลักษณะปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยกิน Isosorbide dinitrate หลังอาหาร แทนที่จะกินก่อนอาหารประมาณ ครึ่งชั่วโมง เพื่อผลการดูดซึมของยาที่ดีกว่า และ การกินยาขับปัสสาวะ Hydrochlorothiazide หรือ Furosemide ในมือเย็นหรือก่อนนอน แทนในมือเช้าหรือเที่ยง มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นนอนกลางดึกมาปัสสาวะบ่อยครั้ง (ตารางที่ 4)

ศูนย์วิทยพัชกร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในเวลาที่ ไม่เหมาะสม แยกตามลักษณะปัญหา ที่พบก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
<u>1. ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด</u>						
1.1 ใช้ Isosorbide dinitrate หลังอาหาร แทนก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง	9	4.5	5	2.5	1	0.5
1.2 กินยาขับปัสสาวะตอนเย็น หรือก่อนนอน	9	4.5	4	2	0	-
1.3 กินยาผิดเวลาจากที่กำหนดอื่น ๆ	1	0.5	0	-	0	-
<u>2. ยานอกกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด</u>						
2.1 ใช้ยาน้ำลดกรด หลังอาหารทันที แทนหลังอาหาร 1 ชั่วโมง	7	3.5	2	1	1	0.5
2.2 กินยาผิดเวลาจากที่กำหนดอื่น ๆ	2	1	1	0.5	0	-
รวม	28	14	12	6	2	1

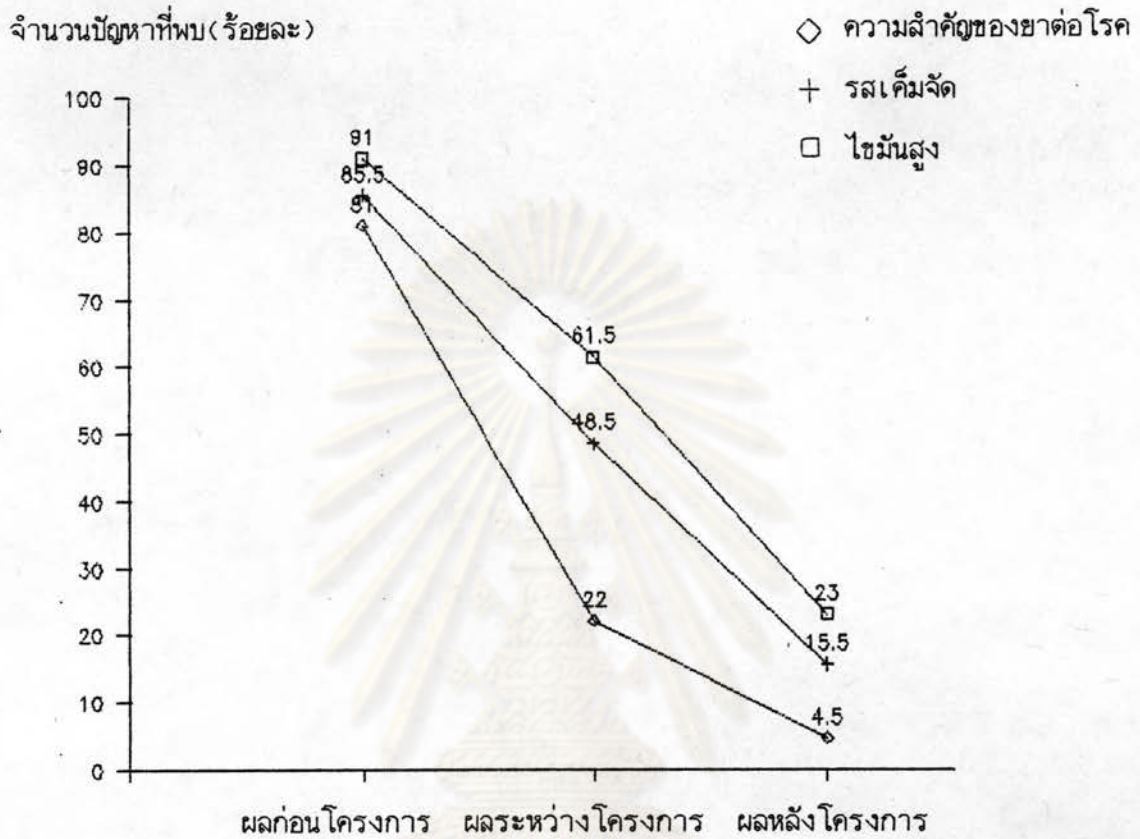
1.2.1.4 ใช้ยาในวิถีทางหรือเทคนิคซึ่งไม่ถูกต้อง เป็นปัญหาที่พบน้อยที่สุด ประเภทของการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่ง ผลการดำเนินงานในโครงการ สามารถแก้ไขปัญหาย่างเห็นได้ชัดเจน สามารถลดปัญหา ก่อนโครงการร้อยละ 9 ให้ลดลงเหลือ ร้อยละ 0.5

ลักษณะปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การใช้ยาอมใต้ลิ้น ประเภท Nitroglycerin ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่รู้จักเทคนิคการใช้ยาที่ถูกต้อง และ/หรือไม่รู้ว่าจะสามารถอมยาซ้ำได้อีกครั้งเมื่อใด อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งระหว่างอมยาจะบ้วนน้ำลายทิ้งเพราะกลัวจะกลืนยาเข้าท้อง ที่น่าสนใจ 1 ราย ผู้ป่วยใช้ยา Nifedipine ด้วยวิธีการเจาะขาให้เป็นรูและอมไว้ทุก ๆ ครั้งที่ใช้ยา เป็นเพราะผู้ป่วยเคยมีโอกาสใช้ยาในโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหภาวะการเกิดความดันโลหิตสูงขั้นวิกฤต (Hypertensive crisis) จึงได้นำประสบการณ์ดังกล่าวมาใช้ โดยคิดว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้ว (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาในวิถีทางหรือเทคนิคซึ่งไม่ถูกต้อง แยกตามลักษณะปัญหาที่พบก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. ไม่ทราบว่า จะใช้ยาอมใต้ลิ้นซ้ำได้เมื่อใด อย่างไร	11	5.5	0	-	0	-
2. เทคนิคการอมยาใต้ลิ้น	5	2.5	1	0.5	1	0.5
3. ใช้ยา Nifedipine โดยวิธีเจาะรู	1	0.5	0	-	0	-
4. ใช้ยาน้ำลดกรด โดยวิธีจิบ	1	0.5	1	0.5	0	-
รวม	18	9	2	1	1	0.5

1.2.2 การไม่เข้าใจ และ/หรือไม่ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับ



ภาพที่ 6 แสดงจำนวนปัญหาการไม่เข้าใจและ/หรือไม่ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และความสำคัญของยาต่อโรค ที่พบก่อนและหลังโครงการ

1.2.2.1 ความสำคัญของยาต่อโรค พบว่าผู้ป่วยหลังโครงการ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้อยู่มากขึ้นกว่าที่พบก่อนโครงการ จากร้อยละ 81 ของปัญหาที่พบลดลงเหลือเพียงร้อยละ 22 ในผลระหว่างโครงการ และ ร้อยละ 4.5 หลังโครงการ (ภาพที่ 6)

มีข้อสังเกตว่า การใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่ง จากที่ติดตามได้ มีความสัมพันธ์กับปัญหาความไม่เข้าใจ เกี่ยวกับโรคและยาอย่างชัดเจน พบปัญหาที่นำวิตก มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไรอยู่ สาเหตุสำคัญเพราะแพทย์มีเวลาให้คำแนะนำค่อนข้างน้อย ประกอบกับยังไม่มีบุคลากรกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดทำหน้าที่แนะนำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2.2.2 การควบคุมอาหาร (ภาพที่ 6)

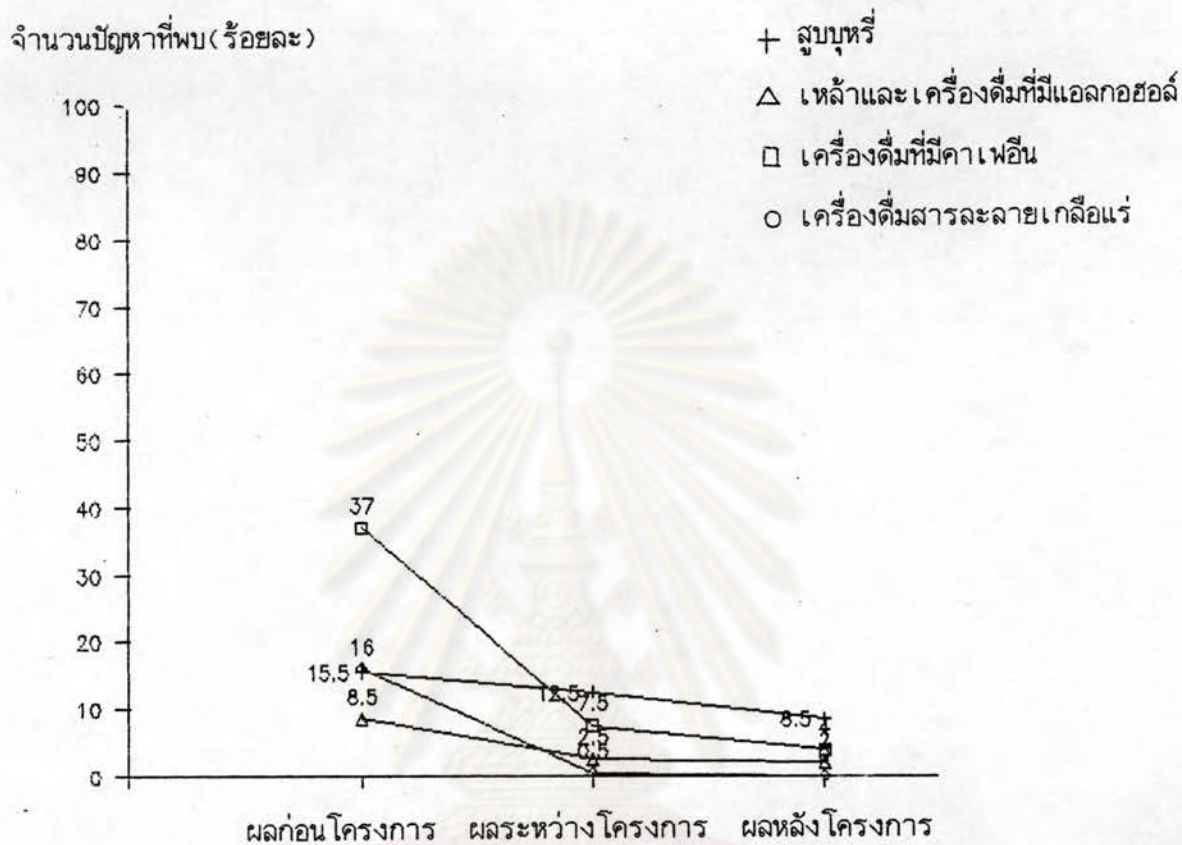
1) อาหารรสเค็มจัด ผลการดำเนินงานโครงการสามารถทำให้ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดมีความเข้าใจถึงประโยชน์และความจำเป็นในการควบคุมอาหารรสเค็มจัดได้เป็นอย่างมากจากปัญหาที่พบ ร้อยละ 85.5 ก่อนโครงการ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 15.5 หลังโครงการ

2) อาหารที่มีไขมันสูง เช่นเดียวกับอาหารรสเค็มจัด สามารถทำให้ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุด มีความเข้าใจถึงประโยชน์ และความจำเป็นในการควบคุมอาหารไขมันสูงค่อนข้างดี จากปัญหาที่พบก่อนโครงการร้อยละ 91 ลดลงเหลือร้อยละ 23 หลังโครงการ

มีข้อสังเกตจากการติดตามปัญหา เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยพยายามเน้นการติดตามปัญหาที่วัดได้ จากความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยมากกว่าที่จะสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยยืนยันว่าได้ควบคุมอาหารดังกล่าวแล้ว เพราะผลจากการส่งผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่เคยให้สัมภาษณ์ว่า ได้ลดหรือควบคุมอาหารรสเค็มจัดแล้ว ไปเจาะเลือดเพื่อหาค่าระดับโซเดียมและสารอื่น ๆ ในเลือด ในการติดตามเฝ้าระวังและหาข้อมูลมาประเมินหาปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและพบค่าโซเดียมในเลือดสูงกว่าค่าปกติ (มากกว่า 145 mmol/L) และ เมื่อได้สัมภาษณ์โดยอ้างผลการตรวจเลือดกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดยอมรับว่ายังกินอาหารรสเค็มจัดอยู่และจะให้ความร่วมมือ เพราะเห็นว่าผลที่ได้ผิดปกติแล้ว ดังนั้นข้อมูลจากการเจาะเลือดทางห้องปฏิบัติการประเภทนี้ เป็นผลพลอยได้ต่อการตรวจสอบปัญหาได้เป็นอย่างดี

มีข้อมูลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง พบว่ามีผู้ป่วยก่อนโครงการเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหาจากการไม่เข้าใจ และ/หรือไม่ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับ ความสำคัญของยาต่อโรค การควบคุมอาหารรสเค็มจัด และที่มีไขมันสูง นอกเหนือจากนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสิ้น

1.2.2.3 การควบคุมพฤติกรรม (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 แสดงจำนวนปัญหาการควบคุมพฤติกรรม แยกตามลักษณะปัญหาที่พบก่อนและหลังโครงการ

1) สูบบุรี ผลการติดตามและแก้ไขปัญหาลดปัญหาได้เกือบครึ่งหนึ่ง จากร้อยละ 15.5 ก่อนโครงการ เป็นร้อยละ 8.5 เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากที่สุด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะทราบถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่จะมีผลกับโรค และอาจจะมีผลกับยาที่ใช้ ตลอดจนได้รับการชักจูงจากผู้วิจัยแล้ว อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 76.5 ของผู้ป่วยที่ยังคงไม่ให้ความร่วมมือด้วยการงดสูบบุหรี่นั้น ได้ลดจำนวนหรือขนาดของการสูบบุหรี่ลงจาก เดิมมากกว่าครึ่งหนึ่ง บางรายกำลังอยู่ในระหว่างความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่อยู่

2) เหล้า และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบปัญหา ก่อนโครงการไม่มากนัก ร้อยละ 8.5 ของผู้ป่วยยังคงให้ความร่วมมือดีเช่นเดิม เหลือปัญหาเพียง ร้อยละ 2 หลังโครงการ และในจำนวนที่ยังดื่มเหล้าที่เหลือทั้งหมดได้ลดขนาดการดื่มลงได้แล้ว

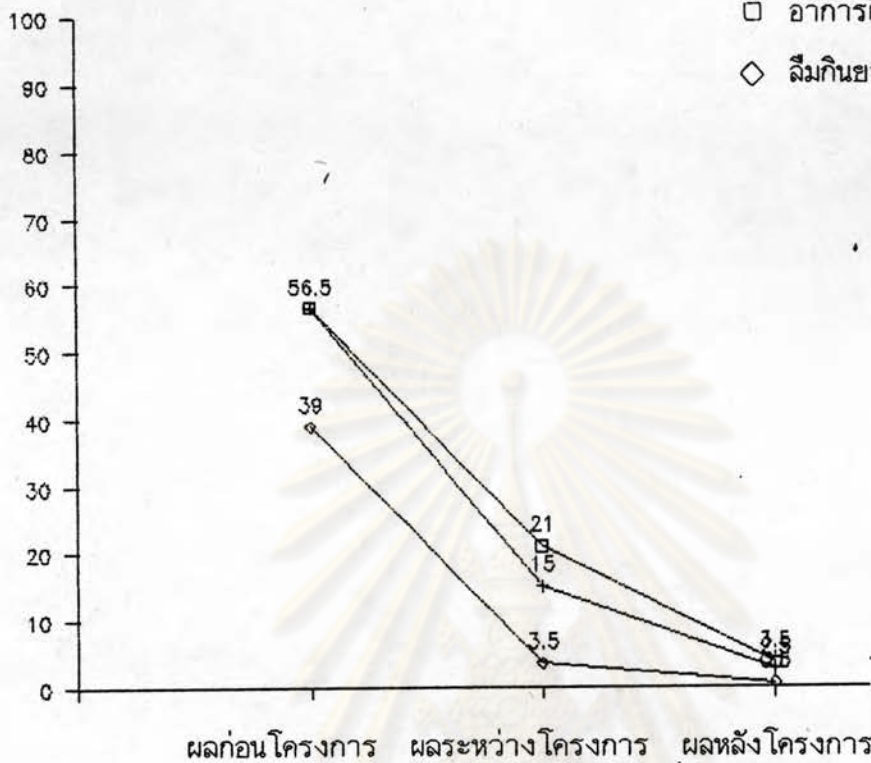
3) เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พบว่าผู้ป่วยในการก่อนโครงการ ร้อยละ 37 ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ตั้งแต่ก่อน ๗ ครั้งไปจนถึง วันละจำนวนมาก ๗ เช่น ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังตามคำโฆษณาวันละ 3-4 ขวด เป็นต้น ผลระหว่างโครงการ และ หลังโครงการ พบปัญหาการใช้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนลดลงเหลือร้อยละ 7.5 และร้อยละ 4 ตามลำดับ และ อยู่ในขนาดที่มีผลกับโรคค่อนข้างน้อยที่สุดแล้ว เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง หากดื่มในปริมาณมาก ๗ มีคาเฟอีนประมาณ 450 มิลลิกรัม/วัน จะส่งผล ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (เกษม วัฒนชัย ,2532) และ บางรายเกิดอาการใจสั่นใจเต้นเร็ว แต่หากใช้คาเฟอีนในปริมาณน้อย อาจไม่มีผลกับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ยกเว้นผู้ป่วยที่แพ้คาเฟอีน กินแล้วใจสั่น หรือกับผู้ป่วยที่เคยมีประวัติอาการใจสั่นอยู่แล้ว

4) เครื่องดื่มสารละลายเกลือแร่ พบว่าร้อยละ 16 ของผู้ป่วยก่อนโครงการดื่มสารละลายเกลือแร่ บางครั้งจนถึงวันละ 3-4 ขวด หลังการให้คำแนะนำในการควบคุมสารโซเดียมในร่างกาย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีมาก ไม่พบผู้ป่วยใช้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอีก และในครั้งที่ 1 พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.5 ที่ยังคงดื่มสารละลายเกลือแร่

ในขั้นตอนการควบคุมพฤติกรรมจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาจากการติดตามปัญหาทั้งสามครั้ง ปัจจัยเสี่ยงที่อันตรายที่สุดได้แก่ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัญหาหลักซึ่งผู้ป่วยที่ติดสูบบุหรี่แล้ว ยังให้ความร่วมมือในการงดใช้ไม่มากเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะทราบถึงโทษหรืออันตรายจากการสูบบุหรี่แล้วก็ตาม

1.2.2.4 ข้อปฏิบัติเมื่อมีปัญหา ผลจากการดำเนินโครงการ ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี (ภาพที่ 8) และจากผลการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับข้อปฏิบัติเมื่อมีปัญหา พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 19.5 ที่ไม่เคยมีปัญหาและเข้าใจถึงข้อปฏิบัติตนต่อปัญหาดังกล่าวนั้นตลอดการติดตามปัญหาทั้ง 3 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีปัญหามีลักษณะของปัญหาต่างๆ ดังนี้(ตารางที่ 6)

จำนวนปัญหาที่พบ (ร้อยละ)



ภาพที่ 8 แสดงจำนวนปัญหาการปฏิบัติตนเมื่อมีปัญหาคตามลักษณะปัญหาที่พบก่อนและหลังโครงการ

1) ลืมกินยา พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ และปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากขึ้นตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยหลังโครงการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 0.5) ไม่มีปัญหาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่พบก่อนโครงการ ร้อยละ 39

ลักษณะของปัญหาลืมกินยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยจะกินเพิ่ม หรือเคยกินเพิ่มจากจำนวนเดิมเป็น 2 เท่า ถึงร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาดังกล่าวนี้ จากการติดตามปัญหา พบผู้ป่วยบางรายใช้ยา Digoxin เพิ่มจากที่ลืมและบ่อยครั้งจนเกิดพิษจากยาขึ้น นอกจากนั้นเป็นปัญหาว่าผู้ป่วยไม่รู้จะทำอย่างไรเมื่อมีปัญหานี้เกิดขึ้น

2) ยาเหลือไม่ได้ใช้ เป็นยาซึ่งแพทย์สั่งงคใช้จากการเปลี่ยนแผนการรักษาใหม่ แต่ผู้ป่วยยังคงมีเหลืออยู่ เมื่อเกิดปัญหาชนิดนี้ขึ้น ผู้ป่วยจะทำอย่างไรกับยาที่เหลือ พบว่า ผลการดำเนินตามโครงการ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและสามารถปฏิบัติ

ตนเมื่อมีปัญหาในจำนวนที่มากเป็นที่พอใจ เหลือปัญหาเพียง ร้อยละ 2.5 จากร้อยละ 56.5 ก่อนโครงการ

ลักษณะปัญหาที่พบมาก ได้แก่ ผู้ป่วยจะใช้ยาที่เหลืออยู่ต่อไปจนกว่ายาจะหมด เหตุผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพราะเสียดายยาไม่ยอมทิ้ง และเป็นปัญหาซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติอยู่แล้ว ปัญหาที่พบรองมา ได้แก่ ไม่ทราบว่าทำอะไรเมื่อเกิดปัญหานี้ขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์กับปัญหานี้ และอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งจะเก็บหรือเคยเก็บยาไว้ใช้เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

3) อาการผิดปกติจากการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่ไม่สามารถทนได้แล้ว ผู้ป่วยจะทำอย่างไร ผลการศึกษาในโครงการ ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก ส่วนน้อยที่ยังคงมี ปัญหาเหลืออยู่ (ร้อยละ 3.5) จากเดิมซึ่งผู้ป่วยมีปัญหายู่ในจำนวนที่น่าเป็นห่วง (ร้อยละ 56.5)

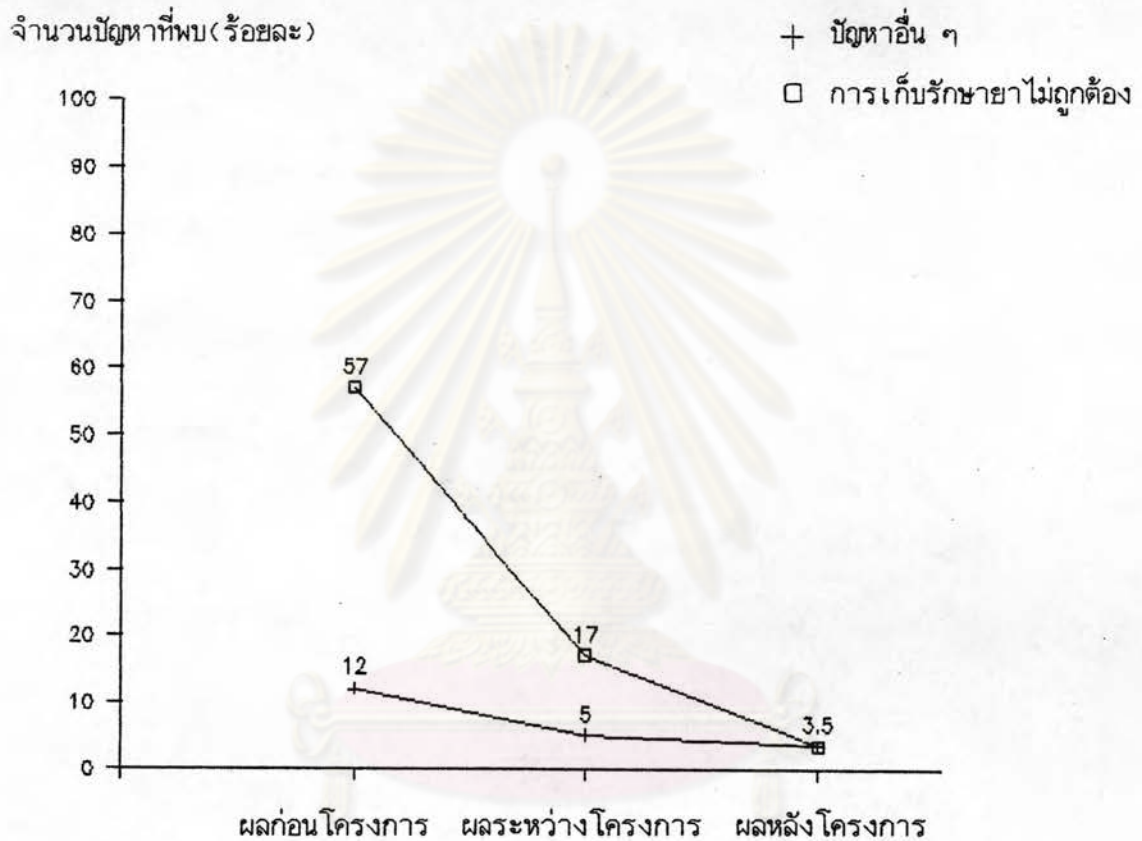
ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าทำอะไร เพราะไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน แต่กลุ่มหนึ่งที่เคยมีประสบการณ์แล้ว ใช้วิธีหยุดยาเอง รักษาตัวเอง และไม่ยอมมาพบแพทย์ จนทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่ง ตามมา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการปฏิบัติตน เมื่อมีปัญหา แยกตามลักษณะปัญหาที่พบ ก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. สัมกินยา						
1.1 จะใช้ยาเพิ่ม	47	23.5	5	2.5	1	0.5
1.2 ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร	29	14.5	1	0.5	0	-
1.3 เปลี่ยนเวลาใช้แต่ไม่เหมาะสม	2	1	1	0.5	0	-
รวม	78	39	7	3.5	1	0.5
2. ยาเหลือไม่ได้ใช้						
2.1 ใช้ต่อไปไปจนกว่ายาจะหมด	50	25	21	10.5	3	1.5
2.2 ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร	33	16.5	2	1	1	0.5
2.3 เก็บไว้ใช้เมื่อมีอาการ	27	13.5	7	3.5	1	0.5
2.4 นำไปให้คนอื่นที่มีอาการคล้าย ๆ กันใช้ต่อ	3	1.5	0	-	0	-
รวม	113	56.5	30	15	5	2.5
3. อาการผิดปกติจากการใช้ยา						
3.1 ไม่ทราบว่าทำอย่างไร	99	49.5	38	19	7	3.5
3.2 หยุดใช้ยาแล้วรักษาตนเอง	14	7	4	2	0	-
รวม	113	56.5	42	21	7	3.5

1.2.2.5 การเก็บรักษาที่ไม่ถูกต้อง จากผลการดำเนินโครงการ สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยเก็บรักษาได้ถูกต้อง ด้วยผลงานเป็นที่พอใจอย่างมาก เหลือผู้ป่วยจำนวนน้อยมาก (ร้อยละ 3.5) ที่ยังคงมีปัญหาเก็บยาไม่ถูกต้องอยู่ จากจำนวนที่พบมากถึงร้อยละ 57 ก่อนโครงการ (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 แสดงจำนวนปัญหาการเก็บรักษาที่ไม่ถูกต้อง และปัญหาอื่น ๆ ที่พบก่อนและหลังโครงการ

ปัญหาการเก็บรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ และ หลอดเลือด ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้ยากลับไปใช้ที่บ้านในจำนวนมากกว่า 1 เดือนขึ้นไปและเมื่อผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกต้อง ปัญหาที่อาจตามมา คือผู้ป่วยมีโอกาสใช้ยาที่เสื่อมสภาพ ส่งผลทำให้ยาไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค

ลักษณะปัญหาที่พบจากการติดตามสัมภาษณ์ได้แก่ผู้ป่วย จะเก็บยาโดยวางหรือแขวนไว้ในตู้ โดยไม่เก็บไว้ในตู้ หรือไว้ในภาชนะที่สามารถป้องกัน ความชื้น แสงแดด และฝุ่นละอองหรือสิ่งสกปรกอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยบางรายเก็บยาที่ได้รับแต่ละ ครั้ง เทรวมกันในขวดหรือตลับยาอม โดยไม่มีฉลากหรือซองยาของยาแต่ละรายการ บางรายเก็บ ไว้ในตู้เย็น เพราะคิดว่า เป็นสถานที่เก็บยาที่ดีที่สุด (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้อง แยกตามลักษณะปัญหาที่พบ ก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. วางหรือแขวนไว้ในที่ไม่เหมาะสม	93	46.5	25	12.5	5	2.5
2. เทเก็บรวมกันและไม่มีฉลาก	12	6	4	2	0	-
3. เทเก็บแยกกันแต่ไม่มีฉลาก	5	2.5	0	-	0	-
4. เก็บยาไว้ในตู้เย็น	3	1.5	1	0.1	0	-
5. ใส่ยาร่วมกันในซองเดียวกัน	1	0.5	3	1.5	0	-
6. เก็บยาอมใต้ลิ้น nitro-glycerin ไม่ถูกต้อง	0	-	1	0.5	2	1
รวม	114	57	34	17	7	3.5

1.2.3 ปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง จากผลการดำเนินการติดตามปัญหา พบว่า ร้อยละ 82.5 ไม่เคยมีปัญหา แต่ร้อยละ 17.5 พบปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลทำให้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ ลักษณะของปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อ และเป็นปัญหาส่วนตัวของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำแก้ไขจนสำเร็จด้วยดี ที่พบมาก ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรักษาและใช้ยากับสถานบริการทางการแพทย์มากกว่า 1 แห่ง และผู้ป่วยได้รับยามาใช้ในากลุ่มโรคเดียวกันทำให้เกิดความสับสนและบางรายเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรกล่าวถึง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งจะมีฐานะยากจน มีเงินไม่พอจ่าย และไม่มีสิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล จะเกรงใจและมีความละอาย ไม่กล้ามารับยา จนเกิดปัญหาการขาดยา บางรายแม้จะได้รับคำแนะนำรักษาแล้ว ยังมีความรู้สึกเป็นปมด้อยอยู่เช่นเดิม (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่น ๆ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง แยกตามลักษณะปัญหาที่พบก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. รักษาและใช้ยามากกว่า 1 แห่ง	13	6.5	5	2.5	3	1.5
2. ไม่มีเงินจึงไม่กล้ามารับยา	9	4.5	3	1.5	3	1.5
3. ความเชื่อที่ผิด	2	1	1	0.5	0	-
4. กลัวแพทย์และเภสัชกรจะเบื่อหน้า	0	-	1	0.5	0	-
5. กลัวให้ยาไม่ดี	0	-	0	-	1	0.5
รวม	24	12	10	5	7	3.5

2. การประเมินผลการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องยา

2.1 ผลการประเมิน

จากผลการดำเนินโครงการ ตามรูปแบบการติดตามผลปัญหาที่เกี่ยวข้องยากับผู้ป่วยในโครงการ พบว่า สามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องยากับผู้ป่วยที่จัดหามาใช้เอง ที่พบก่อนโครงการน้อยกว่าที่พบหลังโครงการได้มากกว่า 2 เท่า (3.29 เท่า) แต่ไม่สามารถลดปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาจากที่แพทย์สั่งใช้ ลงได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ตามรายละเอียดของการประเมิน ดังต่อไปนี้

2.1.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้เอง

การวัดผล	จำนวนปัญหาที่พบ(ราย)	ผลการเปรียบเทียบ
ก่อนโครงการ	79	-
ระหว่างโครงการ	37	ลดลง 2.13 เท่า
หลังโครงการ	24	ลดลง 3.29 เท่า

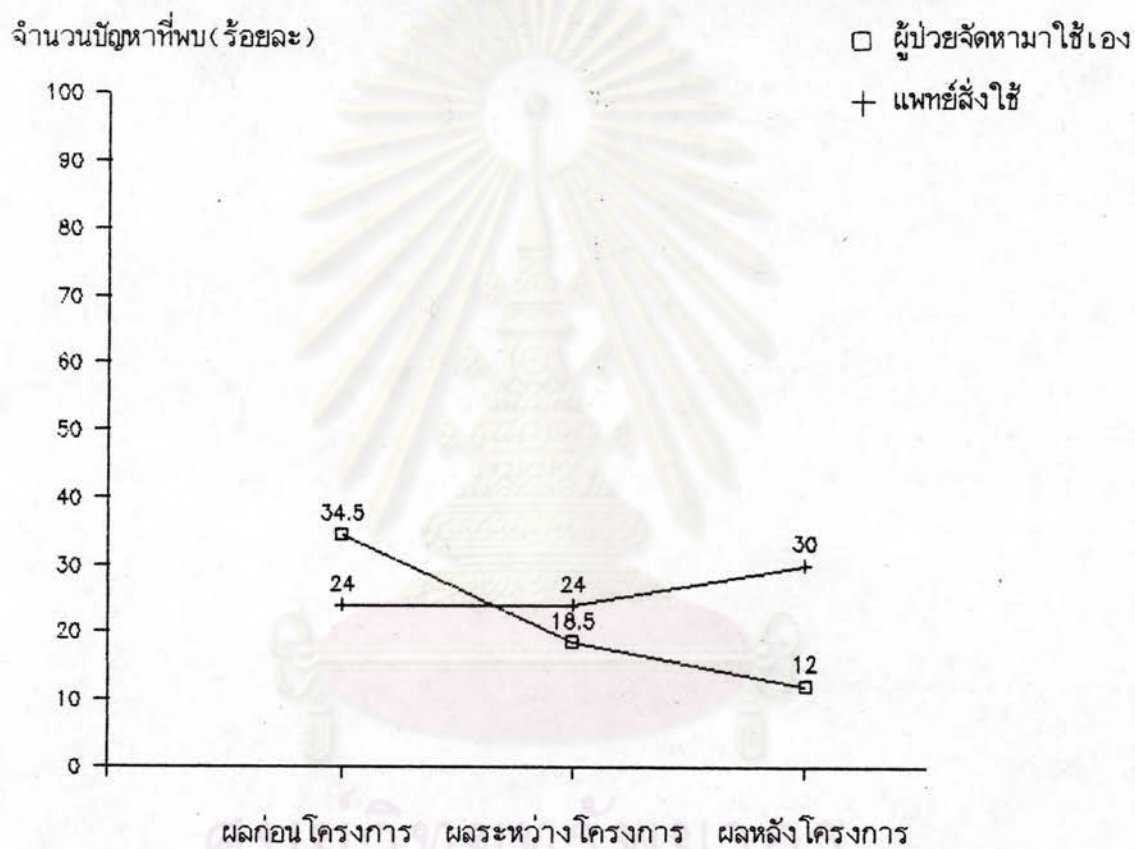
2.1.2 ปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาจากยาที่แพทย์สั่งใช้

การวัดผล	จำนวนปัญหา		ผลการเปรียบเทียบ*
	ที่แก้ไขได้(ราย)	ที่แก้ไขไม่ได้(ราย)	
ก่อนโครงการ	11	35	-
ระหว่างโครงการ	9	35	เท่าเดิม
หลังโครงการ	11	42	เพิ่มขึ้น 1.2 เท่า

หมายเหตุ * เปรียบเทียบเฉพาะปฏิกริยาที่แก้ไขไม่ได้ ด้วยการแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน

2.2 ผลการดำเนินงาน

ในขั้นตอนการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดให้ติดตามปัญหา 2 ประการ คือปัญหาจากยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้เอง และปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาที่แพทย์สั่งจ่ายได้ผลดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 10)



ภาพที่ 10 แสดงจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาจากยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้เอง และปฏิกิริยาระหว่างยาจากยาที่แพทย์สั่งใช้ ที่พบก่อนและหลังโครงการ

2.2.1 ปัญหาจากยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้เอง

ผลการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดนิยมจัดซื้อจัดหามาใช้เอง ร่วมกับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล มากกว่ากึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.5) ของผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการ มีปัญหาที่เกี่ยวกับยา

ผลการดำเนินการติดตามและแก้ไขปัญหานั้น ประสบความสำเร็จพอสมควร ผู้ป่วยในโครงการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยดี จากผลการสำรวจผู้ป่วยก่อนโครงการ พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นร้อยละ 39.5 พบปัญหาลดลงเหลือร้อยละ 18.5 ในครั้งที่ 2 และร้อยละ 12 หลังโครงการ พบว่า ไม่สามารถทำให้ปัญหาที่เกี่ยวกับยาประเภทนี้ลดลงมากกว่าที่ควรจะเป็นได้ เพราะพบว่า ในการติดตามปัญหาแต่ละครั้งจะพบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาเกิดขึ้น การบริการที่ให้นั้นไม่สามารถชี้แจงต่อผู้ป่วยได้ทั้งหมดว่าอะไรคือปัญหา และตราที่ผู้ป่วยยังนิยมจัดหามาใช้เองอยู่ ย่อมจะเกิดปัญหาใหม่ ๆ ได้ทุกเมื่อ ฉะนั้นแนวทางการให้บริการจะเป็นลักษณะเมื่อพบปัญหาแล้วจะแนะนำแก้ไข ร่วมกับการให้คำแนะนำป้องกันการเกิดปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ ในกรณีของผู้ป่วยที่มีปัญหาหลังโครงการ หากไม่รวมกับผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหา คิดเฉพาะผู้ป่วยรายเก่าแล้ว จะคงเหลือเพียงร้อยละ 8.5 เท่านั้น

ลักษณะปัญหาที่พบจากการติดตามปัญหา พบว่า ในยารายการหนึ่งสามารถทำให้เกิดปัญหาได้หลาย ๆ ลักษณะ ตัวอย่างการใช้ยาสูตรบรรเทาอาการใช้หวัด เช่น Decolgen ผู้ป่วยใช้เป็นยาแก้ปวดศีรษะ ลักษณะปัญหาที่พบคือ ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์และ ใช้ยาที่มีผลกระทบต่อโรค จากผลการติดตามพบลักษณะปัญหาที่สำคัญ ๆ ดังนี้ (ตารางที่ 9)

2.2.1.1 ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ลักษณะปัญหาที่พบมาก ได้แก่ การใช้ยาสูตรแอสไพริน และคาเฟอีน โดยไม่มีอาการปวด และหากไม่รับประทานจะเกิดอาการหงุดหงิด รู้สึกเหมือนขาดอะไรบางอย่าง นอกจากนั้น เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะต่าง ๆ กันในแต่ละบุคคล เช่น กินน้ำมันตับปลาแก้ปวดข้อ ใช้ยาของสูตรแอสไพริน และคาเฟอีนผสมน้ำปลากินแก้ท้องเสีย ใช้ยาเม็ดที่โฆษณาบำรุงไตกินแก้ปวดหลัง ใช้ยา Nikethamide แก้ใจล้มเป็นต้น จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ของการใช้ยานั้น ไม่ตรงกับข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในฉลากหรือบนซอง หรือตามเภสัชตำรับเล่มใด ๆ

2.2.1.2 ใช้ยาที่มีผลกระทบต่อโรค ผลการติดตามพบลักษณะปัญหาที่พบมาก ได้แก่ การใช้ยาสูตรบรรเทาอาการหวัดที่มีส่วนผสมของยา Phenylephrine

หรือ Phenylpropanolamine เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ยาที่พบรองมาได้แก่ ยาสูตรผสมของ แอลไพรีน และคาเฟอีน โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีอาการใจสั่นอยู่แล้ว และอื่น ๆ เช่น การใช้ยากุมกำเนิดชนิดเม็ดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจาก หมอเถื่อน เป็นต้น

ยังมียาที่อาจมีผลกระทบบกับโรค เช่น ยาชุดใช้หวัด ยาชุดแก้ปวดขอก จากผลการขอตรวจดูตัวอย่างยาชุดกับผู้ป่วยหลายคน พบมียาที่มีผลกระทบบโรค เช่น ยากลุ่ม Sympathomimetic และยาสเตียรอยด์ผสมอยู่ ซึ่งมีผลกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2.1.3 ใช้ยามีวิธีและขนาด ลักษณะปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการใช้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ในปริมาณมาก และใช้ทุกวัน เช่น ใช้ยวันละ 8 เม็ดทุก ๆ วัน เป็นต้น

2.2.1.4 อื่น ๆ ได้แก่ใช้ยาอันตรายสูง สับสนและ เกินความจำเป็น เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาชุดชนิดต่าง ๆ และอื่น ๆ เช่น ใช้ยาซึ่งผู้อื่นนำมาใช้ตามอาการ ใช้ยาซ้ำซ้อนกับที่แพทย์สั่งจ่ายให้แล้ว กิน Ampicillin ทุกครั้งที่มีอาการไอ เป็นต้น

2.2.1.5 เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่แพทย์สั่งจ่าย พบมาก ได้แก่ การใช้ยาแก้แพ้ Chlorpheniramine ร่วมกับ Propranolol จากที่แพทย์สั่งจ่าย ยาโรคกระเพาะอาหารที่มี Aluminium hydroxide กับ Propranolol ยาสูตรแอลไพรีน กับ Hydrochlorothiazide ซึ่งส่งผลให้ระดับ Uric acid สูงขึ้นในผู้ป่วยบางราย

เมื่อรวมยาสูบ หรือบุหรี่ และเหล้า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยใช้อยู่แล้ว อาจมีผลกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย เช่น Propranolol เกิดเป็นปฏิกิริยาระหว่าง Tobacco-Propranolol (ร้อยละ 7 ของผู้ป่วยในโครงการ)

ศูนย์วิจัยเภสัชวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องยา แยกตามลักษณะปัญหาที่พบก่อนและหลัง
โครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์	19	9.5	14	7	5	2.5
2. ใช้ยาที่มีผลกระทบต่อโรค	52	26	23	11.5	21	10.5
3. ใช้ยาผิดวิธี	8	4	1	0.5	3	1.5
4. อื่น ๆ ได้แก่ ใช้ยาอันตรายสูง สับสนและเกินความจำเป็น เป็นต้น	19	9.5	5	2.5	3	1.5
5. เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่ แพทย์สั่งใช้	21	10.5	13	6.5	19	9.5
รวม	119	59.5	56	28	41	20.5

นอกจากนี้จากผลการติดตามปัญหายังพบว่า ผู้ป่วย
ส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 41.5) นิยมใช้ยาแผนโบราณ และยาสมุนไพร ร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะใช้ยาลม
ยาหอม แก้ววิงเวียนศีรษะ ใจสั่น และจะเป็นลม พบอยู่บ้างที่ใช้ยาสมุนไพร ประเภทยาลูกกลอน
และยาสมุนไพรสูตรผสม ตลอดจนยาหม้อ ซึ่งพบบางรายมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อโรคและยาที่ใช้อยู่
บางรายถูกหลอกลวงอ้างว่ากินแล้วรักษาหายขาด และราคาแพงมาก ๆ สำหรับการให้คำแนะนำ
เกี่ยวกับยาแผนโบราณ และ ยาสมุนไพรแก่ผู้ป่วยในโครงการ จะเน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาถูก
หลอกลวง และมีผลกระทบต่อการใช้ยาตามสั่งเท่านั้น (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร แยกตามรายการที่นิยมใช้
ที่พบก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลก่อนโครงการ		ผลระหว่างโครงการ		ผลหลังโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1. ยาแผนโบราณ						
1.1 ยาลม , ยาหอม	46	23	60	30	68	34
1.2 ยาระบาย	6	3	7	3.5	4	2
2. ยาสมุนไพร						
2.1 ชาลูกกลอนอายุวัฒนะ	3	1.5	2	1	2	1
2.2 ชาลูกกลอนแก้ลมพาด	1	0.5	2	1	1	0.5
2.3 ชาลูกกลอนลดความดันโลหิต	1	0.5	1	0.5	1	0.5
2.4 ชาลูกกลอนลดไขมันในเลือด	1	0.5	1	0.5	1	0.5
2.5 ชาลูกกลอนแก้หอบหืด	1	0.5	1	0.5	1	0.5
2.6 ชาลูกกลอนแก้ปวดเมื่อย	1	0.5	1	0.5	1	0.5
2.7 ชาลูกกลอนฟ้าทะลายโจร	1	0.5	1	0.5	2	1
2.8 ดอกคำฝอย	1	0.5	1	0.5	1	0.5
2.9 ลูกใต้ใบ	1	0.5	1	0.5	0	-
2.10 ยาหม้อจากพระ	1	0.5	0	-	0	-
2.11 หย้าหนดแมว+ฟ้าทะลาย- โจร	1	0.5	0	-	0	-
2.12 ยาสมุนไพรชุด (2,000 บาท/ชุด)	0	-	1	0.5	0	-
2.13 รากมะดัน	0	-	0	-	1	0.5
รวม	65	32.5	79	39.5	83	41.5

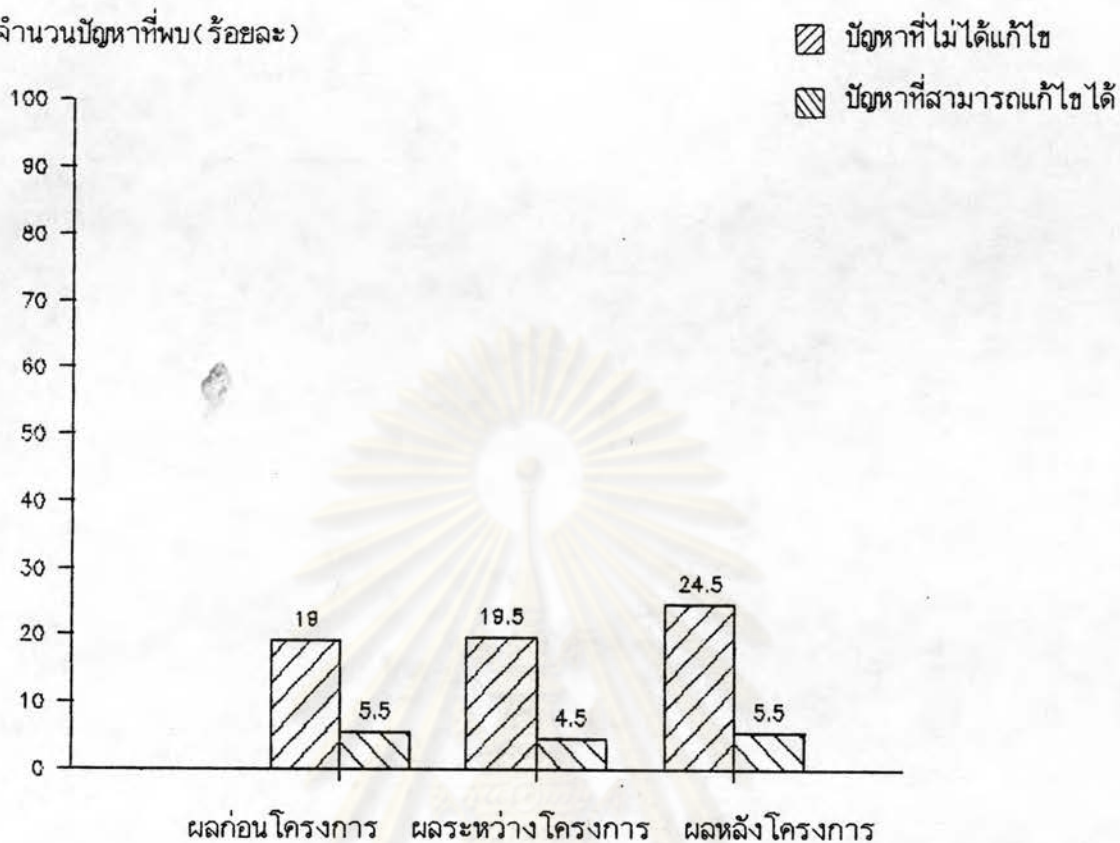
2.2.2 ปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาจากยาที่แพทย์สั่งจ่าย

ผลการดำเนินโครงการ พบว่า ผู้ป่วยประสบกับปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาจากยาที่แพทย์สั่งจ่ายในจำนวนที่มากพอควร (ร้อยละ 30.5) สำหรับผลการดำเนินงานนั้น ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้เหมือนกับที่พบจากการติดตามปัญหาประเภทอื่น ๆ ปัญหาส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการแก้ไข (ภาพที่ 10)

พบว่าปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาที่เกิดขึ้นนั้น มีอยู่ส่วนหนึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขได้ด้วยวิธีแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ แต่มีจำนวนที่น้อยมากกว่าประเภทปัญหาซึ่งต้องแก้ไขด้วยการอาศัยความร่วมมือจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์เท่านั้น (ภาพที่ 11) ในระหว่างการทำโครงการครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการประสานงานกับแพทย์เกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ภายหลังโครงการแล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามประเมินโครงการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวทางดำเนินการแก้ไขปฏิกริยาระหว่างยาที่เกิดขึ้นนั้น ได้ข้อสรุปคือในกรณีที่เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานพบปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาที่อยู่ในขั้นรุนแรงมาก และ รุนแรงปานกลาง (Significance code No.1 , 2) และปฏิกริยาระหว่างยาที่จะมีผลต่อการใช้ยาตามสั่ง กับอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแล้ว ให้เภสัชกรประสานงานกับแพทย์ด้วยวิธีการบันทึกปัญหาที่พบพร้อมเอกสารอ้างอิงลงในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วย ให้แพทย์รับทราบและพิจารณาแก้ไขปัญหาลงในครั้งต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จำนวนปัญหาที่พบ (ร้อยละ)



ภาพที่ 11 แสดงจำนวนปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาจากยาที่แพทย์สั่งใช้ แยกตามประเภทของการแก้ไข ที่พบก่อนและหลังโครงการ

ลักษณะปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ Aluminum Hydroxide-Propranolol ซึ่งสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยา Propranolol หลังอาหารทันที และใช้ยา Aluminum hydroxide หลังอาหารมากกว่า 1 ชั่วโมง เพราะป้องกันไม่ให้ Aluminum hydroxide ไปลดการดูดซึมของยา (Bioavailability) ของยา Propranolol สำหรับปฏิกิริยาระหว่างยาที่ไม่ได้ดำเนินการแก้ไขที่พบมากที่สุด ได้แก่ Propranolol-Indomethacin รองมา ได้แก่ Digoxin-Diazepam และอื่น ๆ เช่น Methyldopa-Propranolol, Clonidine-Propranolol, Methyldopa-Amitriptyline เป็นต้น (ตารางที่ 11) นอกจากนี้พบว่า จำนวนปฏิกิริยาระหว่างที่พบในการ

ให้บริการแต่ละครั้งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น หรือลดลง ขึ้นอยู่กับแผนการใช้ยาของแพทย์แต่ละครั้ง เช่น ในครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเคยได้รับยา Digoxin เพียงรายการเดียว แต่ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รับยา Diazepam ร่วมกับ Digoxin ที่เคยได้รับเป็นประจำจะเป็นปฏิกิริยาระหว่างยาที่เกิดขึ้นใหม่ทันที เป็นต้น

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาที่แพทย์สั่งจ่าย แยกตามรายการที่พบ ก่อนและหลังโครงการ (n=200)

ยา - ยา	รหัส หมาย เลข	ผลก่อน โครงการ		ผลระหว่าง โครงการ		ผลหลัง โครงการ	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
		1. <u>ประเภทที่แก้ไขไม่ได้ด้วยการแนะนำ</u>					
1.1 Propranolol-Indomethaci	2	7	3.5	5	2.5	7	3.5
1.2 Digoxin-Diazepam	2	5	2.5	8	4	8	4
1.3 Propranolol-Isosorbide	3	4	2	4	2	5	2.5
1.4 Digoxin-Furosemide	2	4	2	4	2	4	2
1.5 Methyldopa-Propranolol	2	3	1.5	4	2	5	2.5
1.6 Hydrochlorothiazide- Chlorpropamide	2	3	1.5	3	1.5	4	2
1.7 Prazosin-Isosorbide	3	2	1	1	0.5	2	1
1.8 Nitrate-Hydralazine	3	2	1	1	0.5	1	0.5
1.9 Prazosin-Propranolol	2	1	0.5	2	1	2	1
1.10 Nifedipine-Propranolol	2	1	0.5	2	1	2	1
1.11 Clonidine-Propranolol	1	1	0.5	2	1	2	1
1.12 Clonidine-Isosorbide	3	1	0.5	1	0.5	2	1

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ยา - ยา	รหัส หมาย เลข	ผลก่อน โครงการ		ผลระหว่าง โครงการ		ผลหลัง โครงการ	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
		1.13 Methyldopa-Amitriptyline	3	1	0.5	1	0.5
1.14 Propranolol-Furosemide	2	1	0.5	1	0.5	0	-
1.15 Enalapril-Insulin	3	1	0.5	0	-	1	0.5
1.16 Methyldopa-Nifedipine	2	1	0.5	0	-	0	-
1.17 Propranolol-Cimetidine	2	0	-	0	-	1	0.5
1.18 Prazosin-Indomethacin	2	0	-	0	-	1	0.5
1.19 Digoxin-Tetracycline	1	0	-	0	-	1	0.5
<u>2. ประเภทที่แก้ไขได้ด้วยการแนะนำ</u>							
2.1 Propranolol-Aluminum hydroxide	3	7	3.5	6	3	7	3.5
2.2 Propranolol- Chlorpheniramine	4	4	2	3	1.5	4	2
รวม		49	24.5	48	24	60	30

3. การประเมินผลการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3.1 ผลการประเมิน

จากผลการดำเนินโครงการตามรูปแบบการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า สามารถพบอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยค่าเฉลี่ยของจำนวนอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ/เดือนในโครงการมากกว่าที่พบก่อนการจัดตั้งโครงการ ถึง 35.8 เท่า และผู้ป่วยที่ผ่านโครงการมีความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มขึ้น มากกว่าเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนด สรุปผลการประเมินการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ตามรายละเอียดการประเมิน ดังนี้

ผลการสำรวจข้อมูลอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2532 จนถึง 30 กันยายน 2533 ในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยที่ศึกษา พบอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่บันทึกไว้ จำนวน 10 ปัญหา ในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย (ตารางที่ 12) คิดเป็นค่าเฉลี่ยของจำนวนอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบก่อนการจัดตั้งโครงการ/เดือน = $10/12 = 0.83$ ปัญหา/เดือน

ผลการดำเนินโครงการ พบจำนวนปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโครงการ จำนวน 119 ปัญหา (ภาคผนวก จ , ฉ) คิดเป็นค่าเฉลี่ย/เดือน = $119/4 = 29.75$ ปัญหา/เดือน

ฉะนั้น ค่าเฉลี่ย/เดือน ของปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโครงการ มากกว่าที่พบก่อนการจัดตั้งโครงการ = $29.75/0.83 = 35.8$ เท่า

ผลการสุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโครงการทางด้านความคิดเห็น เกี่ยวกับความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือไม่ พบว่า ร้อยละ 83 ตอบรับว่า ใช่ ฉะนั้นผลที่ได้รับอยู่ในระดับความเห็นด้วยเกินร้อยละ 70 ตามเป้าหมาย

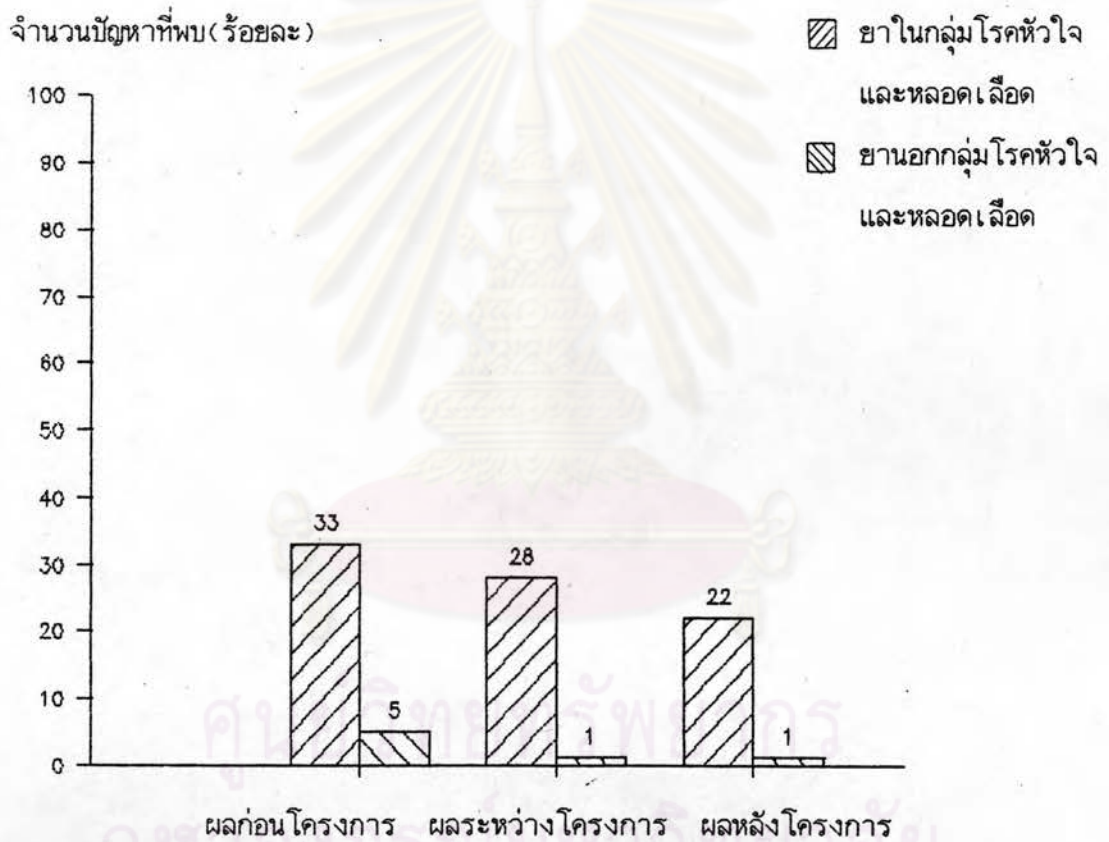
ตารางที่ 12 แสดงอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ซึ่งพบใน
 บัตรตรวจโรคของผู้ป่วยในโครงการย้อนหลัง 1 ปี
 (ตุลาคม 2532-กันยายน 2533)

รายชื่อ	เกิดปัญหาจากยา	อาการผิดปกติที่พบ
1	Hydrochlorothiazide Tab.	อ่อนเพลีย
2	Metformin Tab.	เบื่ออาหารมาก
3	ยาหัวใจ	เลือดออกในกระเพาะอาหาร
4	Methyldopa Tab.	ร้อนในอก , อ่อนเพลีย
5	Methyldopa Tab	หน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าทาง
6	Nifedipine Cap.	มึนงงมาก
7	Isoniazid + Thiacetazole	ไม่ระบุอาการ (เขียนไว้ว่าแพ้ยา)
8	Aminophylline Tab + Salbutamol Tab	ใจสั่น
9	ยา HT (unknown)	หน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าทาง
10	ยา unknown	อาเจียน , ใจสั่น

3.2 ผลการดำเนินงาน

ผลการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ด้วยวิธีสัมภาษณ์
 ร่วมกับการประเมินความเชื่อมั่นจากข้อมูลในแฟ้มประวัติการใช้ยา และ ผลการตรวจเลือดทาง
 ชันสูตร พบว่า ประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 50.5) สามารถระบุได้ว่าอาการ
 ผิดปกติที่พบเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนที่เหลือเป็นอาการที่ไม่สามารถประเมิน
 สรุปได้ว่า เป็นอาการผิดปกติจากยาจริงหรือไม่

ผลการติดตามปัญหาในแต่ละครั้ง สามารถพบอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้ค่อนข้างมากในยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เฉลี่ยร้อยละ 27.63 และค่อนข้างน้อยในยานอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เฉลี่ยร้อยละ 2.33 ทั้งนี้เพราะเป้าหมายการติดตามปัญหาจะเน้นที่ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ภาพที่ 12) อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานสอดคล้องกับรายงานของ Riddoigh (1977) ที่สรุปถึง อัตราการเกิดปัญหาจากยาในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 50



ภาพที่ 12 แสดงจำนวนปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของยาในและนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบในโครงการ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ ส่วนใหญ่เป็นประเภทที่เป็นไปได้ (Poss. ADR) ในกลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่สำหรับอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่จะเป็นประเภทค่อนข้างแน่นอน (Prob. ADR) และที่แน่นอน (Def. ADR) ทั้งนี้เพราะ ผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการประเมินผลในชั้นให้หยุดใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยเกรงว่า จะมีผลกระทบต่อการรักษา แต่สามารถประเมินหาความเชื่อมั่นของยานอกกลุ่มที่ไม่มีผลต่อการรักษามากได้ค่อนข้างดี ทั้งนี้และทั้งนั้น การประเมินความเชื่อมั่นของอาการผิดปกติที่พบจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ บางรายผู้ป่วยจะทดลองหยุดกินยาและกินยาใหม่ ด้วยตนเองเมื่อพบอาการผิดปกติที่ไม่สามารถทนได้

รายการยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบมีปัญหามาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- Methyldopa
 - Hydrochlorothiazide
 - Clonidine
 - Propranolol
- และอื่น ๆ (ตารางที่ 13)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบในโครงการ แยกตามรายการยาที่ทำให้เกิดปัญหา (n=105)

ลำดับ	รายการยา	จำนวนปัญหาที่พบ	
		ปัญหา	ร้อยละ
1	Methyldopa	17	16.19
2	Hydrochlorothiazide	15	15.75
3	Clonidine	14	13.33
4	Propranolol	12	11.43
5	Furosemide	11	10.48
6	Isosorbide dinitrate	11	10.48
7	Digoxin	4	3.81
8	Enalapril	3	2.86
9	Hydralazine	3	2.86
10	Nitroglycerin	3	2.86
11	Nifedipine	3	2.86
12	Reserpine + Hydralazine + Hydrochlorothiazide	3	2.86
13	Metoprolol	1	0.95
14	Prazosin	1	0.95
15	Reserpine	1	0.95
16	Spironolactone	1	0.95
17	Verapamil	1	0.95
18	Amiloride + Hydrochlorothiazide	1	0.95
	รวม	105	100

รายการยานอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีปริมาณมาก ได้แก่ Cinnarizine , Diazepam , Diclofenac และ จากยาซึ่งผู้ป่วยจัดซื้อจัดหามาใช้เอง ได้แก่ ยาสูตรผสมของแอสไพริน และคาเฟอีน (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบในโครงการ แยกตามรายการยาที่ทำให้เกิดปัญหา (n=14)

ลำดับ	รายการยา	จำนวนปัญหาที่พบ	
		ปัญหา	ร้อยละ
1	Diazepam	2	14.28
2	Diclofenac Sod.	2	14.28
3	Cinnarizine	2	14.28
4	Aspirin + Caffeine	2	14.28
5	Aspirin	1	7.14
6	Lorazepam	1	7.14
7	L-Thyroxine Sod.	1	7.14
8	Terbutaline	1	7.14
9	Acetylcysteine	1	7.14
10	ซีมาโลชั่น	1	7.14
	รวม	14	100

ในขั้นตอนการประเมินความเชื่อมั่นของอาการผิดปกติที่พบ นอกจากจะใช้ ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้ยาในแฟ้มข้อมูลประวัติการใช้ยาแล้ว ผู้วิจัยยังใช้วิธีการส่ง ผู้ป่วยที่สงสัยไปเจาะเลือด เพื่อนำผลทางห้องปฏิบัติการ มาประกอบการตัดสินใจว่าเป็นปัญหาหรือไม่ มีผู้ป่วยร้อยละ 20.5 ที่ได้ส่งตรวจเลือด เพื่อเฝ้าระวังปัญหาและหาข้อมูลมาประกอบการประเมิน ปัญหาในผู้ป่วยที่สงสัย

รายการยาที่ใช้วิธีการประเมินหาปัญหาด้วยวิธีการส่งตรวจเลือดที่พบมากที่สุด ได้แก่ รายการยาที่แพทย์สั่งจ่ายมากที่สุด ของยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ Hydrochlorothiazide ซึ่งเป็นรายการยาที่ต้องอาศัยผลการประเมินทางห้องปฏิบัติการ มาประกอบการตัดสินใจปัญหามากที่สุด และไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน หากไม่ใช้วิธีดังกล่าวนี้

รายการของการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจมาก ได้แก่ ค่าของ Na^+ , K^+ , Cl^- , Uric acid , SGPT , SGOT และ Alkaline phosphatase เป็นต้น ผลการตรวจที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผิดปกติ (ตารางที่ 15) และมีข้อน่าสังเกตประการหนึ่ง เกี่ยวกับผลการตรวจของ Na^+ , Cl^- ที่พบค่าผิดปกติมากกว่าครึ่งหนึ่งของตัวอย่างที่ส่งตรวจ นอกจากนี้ยังพบว่า Uric acid มีค่าผิดปกติมากเช่นกัน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนครั้งที่ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ แยกตามรายการที่ส่งตรวจ และผลที่ได้รับ

รายการของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวนที่ส่งตรวจ (ครั้ง)	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
		ปกติ (ครั้ง)	ผิดปกติ (ครั้ง)
1. Na ⁺	44	21	23
2. K ⁺	44	37	7
3. Cl ⁻	39	9	30
4. Uric acid	42	23	19
5. SGOT	14	9	5
6. SGPT	15	12	3
7. Alkaline phosphatsae	15	14	1
8. FBS	1	1	0
9. Cholesterol	1	1	0
10. BUN	2	2	0
รวม	217	129	88

ผลการดำเนินงาน กับปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในโครงการ เภสัชกรดำเนินการแก้ไขปัญหาคือ 4 แนวทางคือ

(1) แนวทางแรก ใช้กับอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยสามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ได้รับจากการให้บริการในโครงการ อาการผิดปกติดังกล่าวที่

พบมาก ได้แก่ อาการหน้ามืด มึนงง ที่เกิดจากการเปลี่ยนอริยทออย่างรวดเร็ว (Postural or Orthostatic hypotension) พบมากในผู้ป่วยถึงร้อยละ 32 ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยระมัดระวังเกี่ยวกับการเปลี่ยนอริยทอให้ช้าลง

อาการอ่อนเพลีย ปากคอแห้ง หรือแขนขาเริ่มเป็นตะคริว พบได้ในผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (3.0-3.5 mmol/L) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดประมาณ 3.5-3.8 mmol/L ก็พบอาการดังกล่าวเช่นกัน ซึ่งมีปริมาณถึงร้อยละ 22.7 ของตัวอย่างที่ส่งตรวจ ปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกัน และแก้ไขได้ด้วยการแนะนำให้ผู้ป่วย บริโภคอาหารที่มีสารโพแทสเซียมอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น ล้ม กัลลวย และ ผักผลไม้อื่น ๆ เป็นต้น อาการอื่นๆ เช่น อาการปากแห้งจากการใช้ยา Clonidine ได้แนะนำให้ดื่มน้ำแข็งหรือชบเคี้ยวผลไม้รสเปรี้ยว ซึ่งอาการผิดปกติธรรมดา ๆ ดังกล่าวนี พบในผู้ป่วยที่มารับบริการ บางรายมีอาการรุนแรงถึงขนาดปากและริมฝีปากแตกแห้ง เพราะไม่ทราบว่าเกิดจากยา และไม่ทราบว่าจะแก้ไขอย่างไร

(2) แนวทางที่สอง ใช้กับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและยากต่อการป้องกัน และแก้ไขด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น อาการหุ้้อจากยา Furosemide อาการง่วงซึมของยา Methyldopa อาการปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียนของยากลุ่ม Nitrates และอื่น ๆ อาการเหล่านี้อาจเป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยบางรายหยุดใช้เองเพราะความกลัวหรือขาดความอดทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป้าหมายการแก้ไขปัญหาคือ เภสัชกรต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกับปัญหาที่อาจจะเกิดหรือเกิดขึ้นแล้วว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวต่อไปก็จะทุเลาลง หากพบผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการเหล่านั้นได้หรือเห็นว่าอาจจะเกิดอันตรายขึ้น เภสัชกรได้ประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไข ซึ่งอาการผิดปกติในลักษณะเช่นนี้เป็นปัญหาที่พบบ่อยกลุ่มหนึ่งในโครงการ

(3) แนวทางที่สาม ใช้กับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้วจะมีความรุนแรง แต่เกิดขึ้นได้ไม่บ่อย เช่น Photosensitivity จากยา Amiodarone , Furosemide , Hydrochlorothiazide ; Liver damage จากยา Methyldopa เป็นต้น แนวทางที่ปฏิบัติได้ใช้วิธีป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้คำแนะนำการป้องกันการเกิดปัญหากับผู้ป่วย และ เฝ้าระวังปัญหา ด้วยวิธีการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในรายการยาที่มีรายงานผล

ทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยที่สงสัย จากผลการเฝ้าระวังปัญหาเกี่ยวกับระบบการทำงานของตับ พบสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น จำนวน 2 ราย

(4) แนวทางสุดท้าย ใช้กับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อการสั่งใช้ยาของแพทย์ เช่น ระดับโพแทสเซียมในเลือด ที่ต่ำกว่า 3.0 mmol/L , ภาวะ Uric acid สูงในเลือด ในผู้ป่วยที่ใช้ Furosemide หรือ Hydrochlorothiazide ที่มีค่าผิดปกติมาก อาการผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยทนไม่ได้ และไม่ยอมใช้ยา แต่แพทย์ยังคงสั่งใช้ยาอยู่ เป็นต้น การแก้ไขปัญหา กระทำโดยการประสานงานกับแพทย์ และบันทึกปัญหาที่พบลงในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วย ผลการดำเนินโครงการในแนวทางนี้ พบปัญหาและได้รายงานให้แพทย์ทราบแล้ว 11 ราย

ผลการประเมินโครงการเกี่ยวกับ ความเข้าใจของผู้ป่วยในการจัดการปัญหาอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยวิธี สุ่มตัวอย่าง 100 คน และให้พยาบาลเป็นผู้สัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนโครงการ พบว่าผู้ป่วยเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 3) ไม่มีความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่เหลือ (ร้อยละ 14) ไม่สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงได้

ตอนที่ 3

การประเมินผลด้านประสิทธิภาพ

1. ผลการประเมิน

พบว่า ค่าใช้จ่าย/ราย ของผู้มารับบริการ ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย/รายที่ใช้ระหว่างโครงการตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนด และค่าใช้จ่าย/ราย ของผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ในโครงการ ไม่เกิน 2 เท่าของค่าใช้จ่าย/รายของผู้มารับบริการ

2. รายละเอียดผลการประเมิน

2.1 ค่าใช้จ่าย/รายของผู้รับบริการ

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ติดตามผลการใช้ยาตามโครงการนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ค่าแรง (L-cost) ประกอบด้วย ส่วนแรก เป็นค่าแรงของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการแนะนำการใช้ยา ค่าแรงของเภสัชกรประจำห้องจ่ายยา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในระบบการให้บริการ ส่วนที่ 2 เป็นต้นทุนดำเนินการ (M-cost) ประกอบด้วย ค่าตรวจเลือด ค่าวัสดุที่ใช้ระหว่างโครงการ และส่วนที่ 3 เป็นค่าเสื่อมราคา (K-cost) ประกอบด้วย ค่าครุภัณฑ์ และ ค่าเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

$$\text{สูตร : ค่าใช้จ่ายที่ใช้} = L + M + K$$

มีรายละเอียดของค่าใช้จ่ายดังนี้

2.1.1 ค่าแรง คิดจากเวลาที่ใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ของเภสัชกรและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบ แล้วแปลงมาเป็นค่าแรงตามเงินเดือนที่ได้รับจากสูตร

$$\text{ค่าแรง} = \text{เวลาที่ใช้(นาที)} \times \text{เงินเดือนที่ได้รับ (บาท/นาที)}$$

เวลาที่ใช้นี้ ประกอบด้วย เวลาของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลามากในขั้นตอนการติดตามและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย ตามแบบกำกับขั้นตอนการให้บริการของผู้ป่วยแต่ละคน พบว่าเวลาที่ใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ เฉลี่ยรายละ 12 นาที/ครั้ง และผู้ป่วยรายเก่า เฉลี่ยรายละ 7 นาที/ครั้ง หรือคิดเป็น 26 นาที/ราย รวมกับเวลาที่ใช้ในกิจกรรมอื่น ๆ เฉลี่ยรายละ 13.4 นาที เช่น การสรุปข้อมูล การประเมินปัญหา การประสานงาน และสรุปการปฏิบัติงานประจำวัน เป็นต้น เป็นเวลาที่ได้จากการสังเกตตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า สำหรับเวลาของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง คิดจากเวลาที่ใช้เพิ่มจาก

เวลาทำงานที่เคยปฏิบัติอยู่ตามปกติ ดังนั้น ค่าแรงที่ใช้กับผู้ป่วยจำนวน 200 คน ๆ ละ 3 ครั้ง จะเป็นดังนี้

	<u>เวลาที่ใช้/3 ครั้ง</u> (นาที)	<u>เงินเดือนที่ได้รับ</u> (บาท/นาที)	<u>ค่าแรง/3 ครั้ง</u> (บาท)
1. เกล็ดกรผู้ปฏิบัติงาน	$39.4 \times 200 = 7,880$	0.60	4,728
2. เกล็ดกรประจำห้องจ่ายยา	$0.5 \times 200 = 100$	0.30	30
3. เจ้าหน้าที่ในระบบคัดเลือด	$0.5 \times 200 = 100$	0.20	20
4. เจ้าหน้าที่ส่งยาและใบสั่งยา	$1 \times 200 = 200$	0.20	40
5. เจ้าหน้าที่เก็บแฟ้มข้อมูลฯ	$3 \times 200 = 600$	0.20	120
6. เจ้าหน้าที่ห้องบัตร	$3 \times 200 = 600$	0.20	120
	รวมค่าแรงที่ใช้ในโครงการ		= <u>5,058</u>

2.1.2 ต้นทุนดำเนินการ ในโครงการนี้ประกอบด้วย ค่าตรวจเลือดทางห้องชั้นสูตร โดยคิดค่าตรวจเท่ากับราคาที่ใช้กับผู้ป่วยทั่วไป และ ค่าวัสดุที่ใช้ระหว่างการให้บริการ เช่น ค่าแบบฟอร์ม ค่าแฟ้มใส่ข้อมูล

	<u>คิดเป็นเงิน(บาท)</u>
1. ค่าตรวจเลือด(217 ชานาน ๆ ละ 20 บาท)	4,340
2. ค่าวัสดุ	<u>2,000</u>
รวมต้นทุนดำเนินการที่ใช้ในโครงการ	= <u>6,340</u>

2.1.3 ค่าเสื่อมราคาประกอบด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ และเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ คิดรวมเป็นเงินจากราคาที่ได้จัดซื้อจัดหาแล้วคิดเป็นค่าเสื่อมร้อยละ 10 ต่อปี โดยทั่วไปจะมีค่าสถานที่รวมอยู่ด้วย แต่ในโครงการนี้ไม่ได้นำมาคิด เพราะไม่ได้ใช้พื้นที่เพิ่มเติมพิเศษจากเดิมที่เคยใช้อยู่ และสูตรที่ใช้ได้แก่

$$\text{ค่าเสื่อมราคา/ครั้ง} = \frac{\text{ค่าเสื่อมราคา/ปี}}{\text{จำนวนครั้งที่ให้บริการ/ปี}}$$

$$\text{ค่าเสื่อมราคาต่อปีในโครงการ} = 966 \text{ บาท/ปี} \quad (\text{ภาคผนวก ช.})$$

$$\text{จำนวนครั้งที่ให้บริการใน 1 ปี} = 3,960 \text{ ครั้ง} \quad (\text{เฉลี่ยวันละ 15 ครั้ง})$$

$$\text{ค่าเสื่อมราคา/ครั้ง} = \frac{966}{3,960} = 0.24 \text{ บาท/ครั้ง}$$

$$\text{ค่าเสื่อมราคาในโครงการ} = 0.24 \times 200 \times 3 = 144 \text{ บาท}$$

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในโครงการ} &= L + M + K \\ &= 5,058 + 6,340 + 144 \\ &= 11,542 \text{ บาท} \end{aligned}$$

$$\text{ค่าใช้จ่าย/ราย ของผู้รับบริการ} = \frac{11,542}{200} = 57.71 \text{ บาท}$$

$$\text{หรือ ค่าใช้จ่าย/ครั้ง ของผู้รับบริการ} = \frac{57.71}{3} = 19.24 \text{ บาท}$$

ฉะนั้น ค่าใช้จ่าย/รายที่ใช้จริงของผู้รับบริการ จะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดถึง $150/57.71 = 2.6$ เท่า และจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและต่ำลงมา ได้แก่ ค่าแรงที่เป็นเงินเดือนของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานตามโครงการ และค่าส่งตรวจเลือด ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนหลังสามารถควบคุมได้ หากพิจารณาส่งตรวจเลือดตามที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น นอกจากนี้ หากเภสัชกรมีความชำนาญในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น เวลาที่ใช้ในการให้บริการแต่ละครั้งย่อมจะลดลงเป็นลำดับ ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่าย/ราย ต่ำลง

2.2 ค่าใช้จ่าย/รายของผู้ได้รับผลประโยชน์ (Cost-Benefit)

สำหรับค่าใช้จ่าย/รายของผู้ได้รับผลประโยชน์ในโครงการ ซึ่งให้ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ เป็นผู้ช่วยที่ใช้ยาถูกต้องตามสั่งหลังโครงการเป็นหลักนั้น จากผลการสำรวจปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามสั่งหลังโครงการ พบว่า มีผู้ป่วยเกิดปัญหาหลังโครงการ 45 ราย พบไม่มีปัญหาจำนวน 155 ราย ดังนั้น ผู้ได้รับผลประโยชน์จากโครงการ มีจำนวน 155 ราย

$$\begin{aligned}
 \text{ฉะนั้น ค่าใช้จ่าย/ราย} &= \frac{\text{ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในโครงการ}}{\text{จำนวนผู้ที่ได้รับผลประโยชน์}} \\
 &= \frac{11,542}{155} = 74.46 \text{ บาท/ราย} \\
 \text{หรือคิดเป็นค่าใช้จ่าย} &= \frac{74.46}{57.71} = 1.29 \text{ เท่าของค่าใช้จ่าย/} \\
 &\hspace{15em} \text{ราย ของผู้รับบริการ}
 \end{aligned}$$

ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าเกณฑ์ชีวิตที่กำหนด คือ ไม่มากกว่า 115.42 บาท /ราย หรือ 2 เท่าของค่าใช้จ่าย/ราย ของผู้รับบริการ แสดงให้เห็นว่า โครงการนี้ให้ผลคุ้มค่ากับจำนวนเงินที่ได้ใช้จ่ายไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4

การประเมินผลด้านประสิทธิผล

1. การประเมินผลความพอใจของผู้ป่วย

1.1 ผลการประเมิน

พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 99 มีความพอใจกับการให้บริการติดตามผลการใช้ยา ในโครงการ ซึ่งเป็นระดับความพอใจที่มากกว่าเกณฑ์ชี้วัด ร้อยละ 80 ตามที่กำหนด ดังนั้นผลการ ดำเนินโครงการเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

1.2 รายละเอียดของการประเมินผล

การประเมินผลความพอใจ โดย วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ข) กับผู้ป่วยที่สุ่มตัวอย่างมา 100 คน และให้พยาบาลเป็นผู้สัมภาษณ์แทนผู้ดำเนินงาน ในโครงการ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ที่มารับบริการในโครงการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเพศ อายุ อาชีพ และการศึกษา ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เคยผ่านการให้ บริการมาแล้ว 2 ครั้ง

การประเมินผลโครงการด้านความพอใจต่อการให้บริการที่ได้รับของผู้ป่วย ได้ผลประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีซึ่ง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความพอใจกับบริการที่ได้รับ เหตุผล ที่พอใจและพบมากที่สุด ได้แก่ ได้รับความรู้ ความเข้าใจที่มีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติตาม ลำดับต่อมา ได้แก่ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีในการใช้ยา และมีความรู้สึกว่ามีความปลอดภัยจาก การใช้ยาเพิ่มขึ้น(ตารางที่ 16) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่พอใจนั้นให้เหตุผลว่าเสียเวลาและรู้เรื่องแล้ว

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พอใจกับบริการที่ได้รับ แยกตามเหตุผลที่ให้เกิดจากการประเมินความพอใจของผู้ป่วย (n=100)

สิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจ	จำนวนผู้ที่พอใจ (ราย)
1. ได้รับความรู้ความเข้าใจที่มีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติตาม	91
2. ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีในการใช้ยา	70
3. มีความรู้สึกที่มีความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น	68
4. แนะนำอะไรแล้วทำตามทุกอย่างได้ดี	1
5. เปลี่ยนการกระทำที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยาได้ดี	1

เมื่อมีการสัมภาษณ์ถึง ความต้องการที่จะให้โรงพยาบาลเปิดบริการตามโครงการต่อไปหรือไม่ กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97) มีความต้องการ ไม่ต้องการ และ ไม่แสดงความคิดเห็น จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 3 สำหรับความคิดเห็นต่อเวลาที่ได้รับบริการในแต่ละครั้งเหมาะสมแล้วหรือไม่ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเช่นกันให้ความเห็นว่า เหมาะสมแล้ว (ร้อยละ 94) ส่วนที่เหลือให้ความเห็นขัดแย้งกัน คือ น้อยเกินไป และ มากเกินไป ในจำนวนผลที่เท่ากัน

สุดท้าย ด้านความคิดเห็นอื่น ๆ กับระบบการให้บริการซึ่งมีผู้ตอบจำนวน 25 ราย ผู้ป่วยส่วนมากให้คำชมว่าทำดีอยู่แล้ว อยากให้บริการแนะนำกับผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วย และต้องการให้มีการบริการปรึกษาตลอดไป มีส่วนน้อยที่ให้ความเห็นในเชิงลบกับโครงการ เช่น จำไม่ได้ว่าสอนอะไร และพอแล้วส่วนมากแนะนำซ้ำ ๆ กัน เป็นต้น (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่แสดงความคิดเห็นอื่น ๆ ต่อระบบการให้บริการ แยกตามความคิดเห็นที่ได้จากการประเมินโครงการ (n=25)

ความคิดเห็นอื่น ๆ	จำนวนผู้ป่วย	
	ชาย	ร้อยละ
1. ทำดีแล้ว	7	28
2. ต้องการให้มีการปรึกษาเรื่อย ๆ ไป	6	24
3. อยากให้บริการแนะนำกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ด้วย	5	20
4. พอแล้ว ส่วนมากแนะนำซ้ำ ๆ กัน	2	8
5. ต้องการให้พูดช้าบ่อย ๆ เพราะลืมนำแนะนำง่าย	1	4
6. ควรมีเอกสารแนะนำแจกด้วย	1	4
7. จำไม่ได้ว่าสอนอะไร	1	4
8. คนที่ได้แนะนำแล้วไม่ควรให้อีก	1	4
9. ควรเรียกแนะนำเป็นกลุ่มเพื่อไม่ให้เสียเวลา	1	4
รวม	25	100

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบางรายคิดว่าโครงการดังกล่าวเป็นการบริการในลักษณะการให้สุศึกษาในเรื่องเดียวกันเป็นรายบุคคล จึงมีข้อเสนอให้สอนเป็นกลุ่ม เพื่อไม่ให้เสียเวลา ซึ่งแสดงถึงการประชาสัมพันธ์ของโครงการยังไม่ได้เท่าที่ควร ผู้ป่วยยังไม่ทราบวัตถุประสงค์ของการให้บริการที่แท้จริง ฉะนั้นจึงเป็นเรื่องที่ควรดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ต่อไป

2. การประเมินผลความพอใจของแพทย์และพยาบาล

2.1 ผลการประเมิน

พบว่า แพทย์ และ พยาบาลทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีความพอใจที่ฝ่ายเภสัชกรรมได้ให้บริการติดตามผลการใช้ยากับผู้ป่วย ฉะนั้นผลการประเมินโครงการดำเนินี้ เป็นไปตามเป้าหมายทุกประการ

2.2 รายละเอียดการประเมินผล

ผลการประเมินโครงการ โดยให้แพทย์ และ พยาบาลในงานผู้ป่วยนอก ที่ สุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน ได้แสดงความเห็นในแบบประเมินโครงการติดตามผลการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยนอก (ภาคผนวก ค) พบว่า ผู้ประเมินส่วนใหญ่เป็นพยาบาลและเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.43) ที่เหลือเป็นแพทย์ และ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 28.57) มีตำแหน่งรับผิดชอบตั้งแต่หัวหน้าฝ่ายวิชาการ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปี จนถึง 10 ปี

ผลการประเมิน พบว่า แพทย์ และ พยาบาลในกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมด ให้ความเห็นพอใจที่ฝ่ายเภสัชกรรมได้เปิดบริการในโครงการ เหตุผลที่พอใจที่พบมากได้แก่ ผู้ป่วยได้รับความรู้จากการใช้ยามากขึ้น ผู้ป่วยได้ทราบถึงผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและอื่น ๆ (ตารางที่ 18)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนแพทย์และพยาบาลที่พอใจกับบริการที่ให้กับผู้ป่วยในโครงการ
แยกตามเหตุผลที่พอใจ จากการประเมินผลโครงการ (n=14)

สิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจ	จำนวนผู้ที่พอใจ (ราย)
1. ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของยา และการปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากขึ้น	10
2. ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายได้ถูกต้องมากขึ้น	9
3. ทำให้ผู้ป่วยรู้จักอาการข้างเคียงของยา และวิธีการป้องกัน และแก้ไขได้ดีขึ้น	6
4. ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษา มารับบริการต่อเนื่อง และไม่ขาดยา	4
5. ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น	3
6. ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจกับปัญหาของตัวเองมากขึ้น	2
7. เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพราะมีเวลาแนะนำน้อยมาก	1
8. ความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรในการบริการให้มีคุณภาพขึ้น	1
9. ทำให้สามารถตรวจสอบหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้แต่เนิ่น ๆ	1
10. ผู้ป่วยนิยมซื้อยากินเองลดลง	1
11. ทำให้ทัศนคติของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลดีขึ้น	1

จากเหตุผลที่ให้มา มีลักษณะความคิดเห็นที่มองภาพของการทำงานร่วมกัน
ในที่ทีมงานสุขภาพ ได้แก่ แพทย์มีเวลาแนะนำน้อยมาก เป็นความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกร
ในการบริการให้มีคุณภาพขึ้น ซึ่งล้วนเป็นความคิดเห็นจากผู้ประเมินโครงการกลุ่มแพทย์

ทางด้านที่เกี่ยวกับ ข้อเสนอแนะต่อระบบการให้บริการในโครงการ กลุ่มผู้ประเมินโครงการที่เป็นพยาบาล ได้ให้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์มาก เช่น ควรบันทึกหรือทำเครื่องหมายลงในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยด้วย เพื่อที่จะช่วยทำให้แพทย์และพยาบาลทราบ และสามารถส่งผู้ป่วยในโครงการที่มารับยาในโรคอื่น ๆ และ ไม่มียากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารับบริการได้ เป็นความคิดเห็นที่ช่วยแก้ไขปัญหาในระบบที่เป็นอยู่ในโครงการ เพราะผู้ป่วยที่มาใช้บริการในลักษณะดังกล่าวนี้ มีโอกาสพลาดไม่ได้รับการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการติดตามผลการใช้ยา

ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับ การส่งผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นให้ใช้ระบบเดิมที่เป็นลักษณะเชิงรุก ให้เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาคัดเลือกและส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการ แต่ให้เพิ่มลักษณะเชิงรับด้วย โดยให้แพทย์และพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาเข้ารับบริการโดยตรงร่วมด้วย

ทางด้านข้อเสนอแนะต่อระบบการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแพทย์ ซึ่งจะเน้นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการประสานงานเมื่อพบปัญหาจากการติดตามผล และความเห็นเกี่ยวกับการส่งผู้ป่วยเจาะเลือดในการเฝ้าระวัง และประเมินปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้ผลสรุปว่า แพทย์ทุกคนเห็นด้วยที่จะให้รายงานเพื่อพบปัญหาที่มีผลต่อการสั่งใช้ยา ส่วนใหญ่จะแนะนำให้รายงานด้วยวิธีเขียนไว้ในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วย และลักษณะปัญหาที่ให้รายงานให้ทราบได้แก่

- อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง
- อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่รุนแรง แต่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย
- ปฏิกริยาระหว่างยาที่เป็นรหัสหมายเลข 1 , 2 หรือ ที่รุนแรง กับปานกลาง
- ปัญหาที่เกี่ยวกับยา ซึ่งผู้ป่วยจัดซื้อจัดหามาใช้เองซึ่งมีผลกระทบต่อโรคและยาที่แพทย์สั่งใช้
- และปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง ที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดไปจากแพทย์สั่งโดยตลอด และไม่ยอมแก้ไข

แพทย์เกือบทั้งหมดเห็นด้วยที่จะให้เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ส่งผู้ป่วยเจาะเลือด เพื่อหาข้อมูลทางห้องชันสูตร มาประกอบการเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และ ใช้ประกอบการประเมินความเชื่อมั่นของปัญหาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เหตุผลที่เห็นด้วยได้แก่ จะ ได้ตรวจพบอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ก่อนที่จะพบเป็นถึงขั้นรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ครบถ้วนในการประเมินหาปัญหา เป็นการทดสอบคุณภาพของยาที่จัดหามาใช้ในโรงพยาบาล และ เพื่อทำการวิจัย มีอยู่ส่วนหนึ่งที่ให้ความเห็นว่า ไม่จำเป็น เพราะจะเป็นการสิ้นเปลือง ในการเฝ้าระวังปัญหา และให้ความเห็นว่าผู้ป่วยบางรายจำเป็น บางรายไม่จำเป็น กับการส่ง เจาะเลือดเพื่อประเมินความเชื่อมั่นของปัญหาที่สงสัย

ในส่วนความเห็นที่เกี่ยวกับการขยายขอบเขตการให้บริการนั้น แพทย์และ พยาบาลที่ศึกษาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.68) มีความเห็นว่า ควรขยายไปสู่กลุ่มโรคอื่น ๆ แต่ ทั้งนี้ ในส่วนที่มีความเห็น ว่า ไม่ควรขยายนั้น ความจริงเสนอแนะให้ทำในกลุ่มโรคที่ศึกษาอยู่ให้ ครบถ้วนก่อน เพราะกลัวทำหลาย ๆ กลุ่มพร้อมกันแล้ว จะได้ข้อมูลที่บกพร่อง ขาดความละเอียด และถูกต้อง

กลุ่มโรคที่ควรขยายขอบเขตการดำเนินการ ที่เสนอแนะและพบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน รองลงมาได้แก่ วัณโรค และ โรคกระเพาะอาหาร (ตารางที่ 19)

ผู้ประเมินโครงการเกือบทั้งหมดเห็นควรให้การบริการในลักษณะโครงการ นี้ ขยายไปสู่ผู้ป่วยใน และในตึกผู้ป่วยทุกแห่ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 แสดงความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล แยกตามกลุ่มโรคที่ควรขยายขอบเขต การให้บริการในโครงการ (n=14)

กลุ่มโรคที่ควรขยาย	จำนวนผู้ให้ความคิดเห็น (ราย)
1. โรคเบาหวาน	7
2. โรคหัวใจ	5
3. โรคกระเพาะอาหาร	5
4. โรคหอบหืด	4
5. โรคต่อมไทรอยด์	3
6. โรคเรื้อรังทุก ๆ โรค	2
7. โรคไต	1
8. โรคตับ	1
9. โรคตา	1
10. โรคภูมิแพ้	1

ตอนที่ 5

การประเมินผลด้านความก้าวหน้า

1. ผลการประเมิน

ผลการดำเนินโครงการและประเมินผลจากรูปแบบ และแนวทางดำเนินงานที่จัดตั้ง พบว่า โดยทั่วไปรูปแบบของโครงการที่วางไว้เป็นรูปแบบที่เหมาะสม สันนิษฐานจากผลที่ได้รับหลายประการ ดังนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิก เห็นชอบด้วยกับมาตรฐาน และวิธีการดำเนินงานในโครงการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 79.18 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่ขั้วที่กำหนด คือ 70

1.2 มีผู้ป่วยเพียงจำนวนน้อยที่ไม่ได้รับบริการอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 7.5 ที่ตกหล่น (drop-out) จากระบบการคัดเลือกผู้ป่วย น้อยกว่าเกณฑ์ที่ขั้วที่กำหนด คือร้อยละ 20

1.3 จำนวนปัญหาที่พบ ในระหว่างการดำเนินการตามรูปแบบ และแนวทางที่กำหนดค่อนข้างน้อย และปัญหาที่พบทั้งสิ้นเป็นปัญหาปลีกย่อย ซึ่งอาจสามารถปรับปรุงแก้ไขได้

1.4 ผลที่ได้รับจากโครงการในแง่ต่าง ๆ ได้ผลตรงตามที่ยุ่งหมาย

2. รายละเอียดการประเมินผล

2.1 ความเห็นชอบกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน

จากผลการส่งแบบประเมินผลคู่มือ (ภาคผนวก ง) ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิกที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 5 ท่าน พบว่า ได้รับความร่วมมือส่งแบบประเมินกลับคืนครบถ้วน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิก ของคณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิกจากโรงพยาบาล อีก 2 ท่าน

ผลการประเมินเป็นที่น่าพอใจอย่างมาก ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิก เห็นชอบกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน และรายละเอียดอื่น ๆ ในคู่มือแนะนำระบบการติดตามผลการใช้ยา กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยนอก โดยได้รับคะแนนจากการประเมินผลเฉลี่ยสูงถึง ร้อยละ 79.18 (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก 3)

โดยภาพรวมที่เป็นความเห็นต่อคู่มือแนะนำ จะสามารถทำความเข้าใจกับเนื้อหา วิธีการนั้น อยู่ในระดับดี แต่จะให้เภสัชกรทั่วไปเข้าใจด้วย จะอยู่ในระดับพอใช้ และมีข้อเสนอแนะ ขอให้จัดทำรูปเล่มเนื้อหาของคู่มือให้กระชับรัดกุมมากกว่านี้ ในความคิดเห็นของผู้วิจัยนั้น สืบเนื่องมาจากระบบงานติดตามผลการใช้ยา เป็นเรื่องที่ใหม่และยังไม่มีใครปฏิบัติในประเทศไทย ดังนั้นจึงมีความคิดเห็นคล้ายกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญฯ ที่ต้องผลักดันระบบงานนี้ให้เป็นที่คุ้นเคยกับเภสัชกรทั่วไปต่อไป

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นชอบกับความชัดเจนของรูปแบบวิธีการที่กำหนด ในคู่มือนี้ ในระดับพอใช้ พร้อมให้ความเห็นไม่แน่ใจว่า เกลัชกรอาจไม่ได้รับความร่วมมือจาก บุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาลต่อการนำระบบนี้ไปดัดแปลงใช้ และ เสนอให้ปรับปรุง ภาพแสดง รูปแบบการคัดเลือกผู้ป่วยกับ การติดตามอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น จุดเริ่มต้นของแต่ละรูปแบบ ต้องสัมพันธ์กัน ไม่ควรเริ่มขึ้นมาลอย ๆ นอกจากนี้ยังได้แสดงความคิดเห็นเห็นว่า การติดตามอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้นั้น เกลัชกรติดตามได้ยาก เพราะ บางอาการต้องใช้การตรวจวินิจฉัย ตรวจร่างกาย เจาะเลือด ซึ่งเกลัชกรได้เรียนแต่ทฤษฎี จึง ไม่มีความชำนาญในการปฏิบัติ จากประสบการณ์ของผู้วิจัย เคยมีความลำบากเช่นเดียวกับความ คิดเห็นที่ได้กล่าวมา แต่ทุกสิ่งทุกอย่างมีจุดเริ่มต้นที่ต้องลงมือปฏิบัติ สำหรับความชำนาญในการทำ นั้น ควรที่จะมีสถานที่ที่ฝึกปฏิบัติงานเกิดขึ้น เพื่อรองรับปัญหาดังกล่าวนี้

ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดให้ความเห็นว่า เนื้อหารายละเอียดในคู่มือนี้อยู่ใน เกณฑ์ดี ทางด้านความถูกต้องทางวิชาการ ความสามารถเข้าใจง่ายกับตารางสรุปขั้นตอนการ ปฏิบัติงาน ตัวอย่างประกอบ ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และ ให้ความรู้แก่บุคลากรในวิชาชีพ เกลัชกรและแพทย์ได้ แต่ทางด้านขอบเขตการติดตามผลการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง

ความคิดเห็นต่อเครื่องมือที่ได้กำหนดไว้ใช้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ แบบฟอร์ม อยู่ในระดับพอใช้ ถึงดีมาก ได้รับความเห็นว่าแบบฟอร์มที่ใช้ครอบคลุมพอแล้ว แต่ควร แก้ไขปรับปรุงแบบฟอร์มอื่น ๆ เล็กน้อย เช่น ในแบบติดตามผลการใช้ยาตามสั่ง ควรเปลี่ยนหัวข้อ การติดตามปัญหาการเก็บยาที่ถูกต้อง ให้เป็น การเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้องเป็นลักษณะที่เป็นปัญหา เชิงลบเหมือนกับหัวข้ออื่น ๆ

มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแบบติดตามผลการใช้ยาตามสั่ง ในแบบฟอร์มเดิมที่มี ช่องติดตามปัญหา yes และ no ทั้งสอง อาจจะเปลี่ยนเป็น yes หรือ no อย่างใดอย่างหนึ่ง ก็ได้และในแบบติดตามอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ควรจัดทำแบบฟอร์มติดตามเพียงแบบ เดียวไว้ใช้บันทึกกับยาได้ทุก ๆ รายการ และให้จัดทำแฟ้มข้อมูลอาการผิดปกติที่บ่งถึงการเกิด อาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ของยาแต่ละรายการเอาไว้ คล้ายกับแผ่นข้อมูลกลาง เมื่อต้องการติดตามปัญหาที่จะหยิบแผ่นข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับเตือนความจำ ซึ่งข้อเสนอแนะ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ติดตามปัญหาต่อไปทั้งสิ้น

ผู้เชี่ยวชาญ ให้ความเห็นว่า การส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ มีความถูกต้องครบถ้วน และชัดเจนดีแล้ว แต่ให้เน้นปัญหาทางด้านเทคนิควิธีการ เพิ่มเติมเล็กน้อย เช่น กรณีในการตัดสินใจ จะต้องให้มีค่าที่ตรวจได้ต่ำลงหรือสูงกว่าเท่าใด จึงจะถือว่าเป็นปัญหา เป็นต้น

ประเด็นที่เกี่ยวกับ เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ครบถ้วนชัดเจน ติดตามเป้าหมายได้ดี และ ตัดสินใจได้ง่ายมากน้อยเพียงใดนั้น ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดให้ความเห็นอยู่ในระดับดีแล้ว ซึ่งเหมือนกับความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลสนับสนุนในภาคผนวก จัดอยู่ในระดับเกณฑ์ดี ทั้งด้านความครบถ้วน น่าเชื่อถือและมีประโยชน์ แต่มีข้อเสนอแนะคือ หากแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยได้ก็จะดี และอย่างไรก็ตามถึงแม้จะเป็นภาษาอังกฤษ เกลัชกรสามารถทำได้ แต่ต้องใช้ เวลาทำความเข้าใจก่อน

ประเด็นหัวข้อที่ให้ประเมินสุดท้ายได้แก่ ความเหมาะสมในการประสานงาน กับแพทย์ทางด้านกรรณการรายงานปัญหาที่ ผู้เชี่ยวชาญ ให้ความเห็นอยู่ในระดับดีแล้วและให้เสนอแนะ การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้รวดเร็วกว่านี้ และให้มากกว่าที่กำหนดไว้ด้วย

สุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญ ให้ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อคู่มือที่เป็นประโยชน์ เช่น ควรจัดทำเป็นสไลด์ นำเสนอระบบงาน เป็นขั้นตอน มีบ้างที่เสนอให้ทำเป็น วีดีโอ หรือ ลงแผ่นดีสค์คอมพิวเตอร์ และสมควรเผยแพร่ให้แก่เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ ผ่าน การอบรมหรือที่ประชุมวิชาการลงบทความในวารสารตลอดจนควรผลักดันผ่านกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นงานประจำของฝ่ายเภสัชกรรม รวมถึงควรแจกคู่มือแนะนำให้กับโรงพยาบาลทุก ๆ แห่ง

2.2 การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานต่ำ

สืบเนื่องจาก ผู้วิจัยเป็นเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานหลักในโครงการ จึงทำให้ไม่สามารถประเมินผลโครงการทางด้านนี้ให้เป็นที่น่าเชื่อถือได้ โดยเฉพาะในส่วนที่มีผู้วิจัยเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง การไม่ปฏิบัติหรือไม่ร่วมมือตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน จึงมีได้น้อยมาก แต่ในส่วนที่เกี่ยวกับรูปแบบวิธีการในระบบการคัดเลือกผู้ป่วย ซึ่งไม่มีผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ จึงควร

เป็นขั้นตอนการดำเนินงานที่สามารถประเมินผลโครงการได้ โดยพิจารณาจากข้อมูลผู้เข้ารับบริการ จะเข้ารับบริการในโครงการทุก ๆ ครั้งที่มารับยาหรือไม่ เพื่อหาจำนวนผู้ป่วยตกหล่นในระบบคัดเลือกผู้ป่วย

ผลการสำรวจพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 92.5 ได้รับการคัดเลือกและส่งผ่านผู้ป่วย เข้ามารับบริการทุก ๆ ครั้งที่มารับยา เหลือที่เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 7.5 เป็นผู้ป่วยที่ตกหล่น ซึ่งบางครั้งมารับยา แต่ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการ ผลการสำรวจสาเหตุจากบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยและใบสั่งยา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาด้วยตนเอง ผ่าญาติ หรือ ลูกหลานให้มารับยาแทน จึงไม่ได้ส่งเข้ารับโครงการเพราะไม่ตรงตามเงื่อนไขการคัดเลือกสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงาน จึงต้องปิดให้บริการชั่วคราว และผู้ป่วยบางรายถูกรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน จึงไม่ได้รับบริการ มีเพียงผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขถูกต้องตามหลักเกณฑ์ และไม่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับบริการในโครงการ จำนวน ร้อยละ 2 (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าโครงการ แยกตามสาเหตุที่พบ (n=200)

สาเหตุที่ไม่ได้เข้าโครงการ	จำนวน	
	ราย	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยไม่ได้มาเอง	7	3.5
2. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน	4	2
3. ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงาน	3	1.5
4. บ่อยเป็นผู้ป่วยใน	1	0.5
รวม	15	7.5

2.3 ปัญหาการดำเนินงานตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนด

ปัญหาที่พบในขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบ และแนวทางที่กำหนดในโครงการ ประกอบด้วยปัญหาดังต่อไปนี้

2.3.1 ในขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยพบว่า เจ้าหน้าที่ในระบบการคัดเลือกผู้ป่วย คัดเลือกใบสั่งยาผิดพลาด ทั้งนี้เพราะในรูปแบบวิธีการดำเนินงานกำหนดให้คัดเลือกผู้ป่วยจากรายการยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในใบสั่งยา แต่มีผู้ป่วยบางรายใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบการรักษาในโรคอื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เป็นโรคตามกลุ่มยาที่ใช้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการชั้เบา แพทย์อาจสั่งใช้ Hydrochlorothiazide ร่วมด้วย เป็นต้น แต่ปัญหาดังกล่าวนี้นี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้เภสัชกรประจำหน่วยจ่ายยาตรวจสอบความถูกต้องโดยการวิเคราะห์ใบสั่งยา ผลสามารถลดปัญหาได้ แต่ยังมีผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่ใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมาเข้ารับบริการด้วย จากการส่งผ่านที่ผิดพลาดจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคต่อมธัยรอยด์ที่ใช้ยา Propranolol อย่างไรก็ตามเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานยังคงให้บริการผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกรณีพิเศษ สำหรับข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้อาจกระทำให้โดยให้พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกช่วยคัดเลือก และลงตราประทับทำเครื่องหมายส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับบริการกับฝ่ายเภสัชกรรมโดยตรงตามข้อเสนอแนะของพยาบาลที่ได้รับการประเมินโครงการ และ/หรือ อาจให้เจ้าหน้าที่หรือเภสัชกรประจำห้องจ่ายยาสอบถามผู้ป่วยที่เคยเข้ารับบริการก่อนการนำส่ง ซึ่งจะแสดงผลเฉพาะผู้ป่วยรายเก่าเท่านั้น

2.3.2 ในขั้นตอนการจัดทำแฟ้มข้อมูลประวัติการใช้ยา เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน เสียเวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากระบบการเก็บข้อมูลและค้นหาข้อมูลยังไม่ดีพอ ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้อาจสามารถทำให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วด้วยการนำระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในระบบการบันทึกประวัติการใช้ยา และค้นผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิก

2.3.3 ในขั้นตอนการติดตามปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง พบว่ามีประเด็นปัญหาที่กำหนดให้ติดตามค่อนข้างมาก ทำให้เกิดความไม่สะดวกสำหรับการติดตามผลในผู้ป่วยรายใหม่ คือ ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้เวลามากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจจะเบื่อหรือเกิดความอึดอัด ตลอดจนอาจทำให้พลาดประเด็น หรือไม่ครบประเด็นของปัญหาอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาที่ติดตามไม่สามารถประเมินและตัดสินได้ว่าเป็นปัญหาหรือไม่ จนกว่าจะข้อมูลเพิ่มเติมจากบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยภายหลังการให้บริการ

สำหรับข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้อาจสามารถแก้ไขได้ด้วยการแบ่งประเด็นปัญหาออกเป็นกลุ่ม ๆ และขอยอสัมภาษณ์ติดตามปัญหาในการให้บริการแต่ละครั้ง วิธีดังกล่าวอาจช่วยลดเวลาของการให้บริการและลดความอึดอัดของผู้ป่วยลงได้

2.3.4 ในขั้นตอนการติดตามปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยจัดหามาใช้เอง พบปัญหาผู้ป่วยไม่ทราบชื่อยาที่จัดหามาใช้หรือในยาชุดที่ใช้ประกอบด้วยยาอะไรบ้าง ทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาได้ครบถ้วน

แนวทางแก้ไขปัญหามารถกระทำได้โดย ขอตัวอย่างยา หรือยาชุด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเก็บไว้เป็นตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณลักษณะของยาจากประสบการณ์เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสามารถทราบว่าเป็นยาอะไรได้ส่วนหนึ่ง สำหรับในส่วนที่ไม่ทราบนั้น เภสัชกรได้นำตัวอย่างไปสอบถามชื่อยาจากร้านขายยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้ หรือจากร้านขายยาอื่น ๆ ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

2.3.5 ในขั้นตอนการติดตามปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาที่แพทย์สั่งใช้ เป็นขั้นตอนที่ไม่ได้ปฏิบัติตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะกับปฏิกิริยาระหว่างยาซึ่งต้องแก้ไขจากความร่วมมือของแพทย์ในการเปลี่ยนแผนการสั่งใช้ยา เพราะเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นว่าควรมุ่งประเด็นการแก้ไขที่ผู้ป่วยเป็นหลักก่อน หากไม่ได้ผลหรือมีผลเสียอย่างแท้จริงจากการสั่งยาอื่นไม่ถูกต้องของแพทย์ จึงประสานงานให้แพทย์ทราบและแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหานี้ สามารถกระทำได้โดยให้
เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน เสนอข้อมูลปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาที่เกิดขึ้นในที่ประชุมวิชาการ หรือกับ
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

2.3.6 ในขั้นตอนการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบ
ปัญหาเกิดขึ้นมากกับผู้ป่วยรายใหม่ เพราะมีข้อมูลประกอบการประเมินปัญหาค่อนข้างน้อย และ
เภสัชกรจะไม่เน้นสัมภาษณ์ติดตามปัญหาในการให้บริการครั้งที่ 1 เพราะผู้ป่วยเสียเวลากับการ
ติดตามปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งมากอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางด้านเทคนิค รวมถึง
ประสบการณ์ความชำนาญในการสืบหาและประเมินปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่ง
เป็นปัญหาในลักษณะเดียวกันกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิก

ข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาลักษณะนี้ สามารถแก้ไขได้โดยให้
เภสัชกรผู้ปฏิบัติได้รับการฝึกหัดในสถานที่ที่เป็นแหล่งฝึกในระยะหนึ่ง จนเกิดความมั่นใจในการ
ทำงาน

2.3.7 ในขั้นตอนการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่พบได้แก่
เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ไม่สามารถส่งตรวจเลือดตามรายการและความถี่ตามที่กำหนดไว้ได้ครบถ้วน
เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยบางรายในการเจาะเลือด

ดังนั้นในช่วงดำเนินการตามโครงการระยะหนึ่ง เภสัชกรผู้ปฏิบัติ
งานได้แก้ไขโดยส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เฉพาะในรายที่สงสัยหรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น
และเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่ต้องอาศัยผลการตรวจเลือดประกอบการประเมิน
ความเชื่อมั่นของปัญหา แต่ในกรณีของการเฝ้าระวังปัญหาอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
เภสัชกรพิจารณาส่งตรวจเฉพาะในรายที่ใช้ยาที่มีผลกระทบต่อระบบที่สำคัญของร่างกาย เช่น ดับ
ไต เป็นต้น และกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาค่อนข้างสูง

2.3.8 ในขั้นตอนการจ่ายยาและแนะนำการใช้ยา พบว่าไม่มีปัญหาเกิด

สำหรับปัญหาเบ็ดเตล็ดที่เกิดขึ้นในโครงการ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุบางรายมี
ปัญหาเรื่องการฟังหรือชอบหลงลืม เกลัชกรผู้ปฏิบัติต้องมีความอดทนต่อการให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้
จะเห็นได้ว่าปัญหาการดำเนินงานตามรูปแบบและแนวทางที่จัดตั้ง ส่วนใหญ่
เป็นปัญหาปลีกย่อยทางด้านเทคนิควิธีการที่สามารถแก้ไขได้ และไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนิน
การจัดตั้งระบบการติดตามผลการใช้ยา ซึ่งจะเห็นได้จากผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน มีความ
คุ้มค่าและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยตลอดจนระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาล.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย