

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการวิจัยปัจจัยเสี่ยงและปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่คลินิก อายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอินทร์บุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 เมษายน 2546 ได้แบ่งผลการศึกษาเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการดำเนินการ

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
- 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 - 1.2.1 เพศและช่วงอายุ
 - 1.2.2 ระดับการศึกษา
 - 1.2.3 ประเภทของการชำระค่ารักษาพยาบาล
- 1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย
 - 1.3.1 ภาวะโรคที่พบในผู้ป่วย
 - 1.3.2 รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ
 - 1.3.3 ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เนื่องจากการใช้ยา

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

- 2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา
 - 2.1.1 จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในคราวเดียวกัน
 - 2.1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ
 - 2.1.3 จำนวนครั้งของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยาในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา
- 2.2 ปัญหาจากการรักษาด้วยยาและกิจกรรมที่ดำเนินการแก้ไข
 - 2.2.1 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม
 - 2.2.2 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น
 - 2.2.3 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม

- 2.2.4 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่น้อยเกินไป
 - 2.2.5 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - 2.2.6 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่มากเกินไป
 - 2.2.7 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง
- 2.3 ผลลัพธ์อื่นไม่พึงประสงค์

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป(ปัจจัยเสี่ยงที่ 1) และปัญหาจากการรักษาด้วยยา
- 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยได้ยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ(ปัจจัยเสี่ยงที่ 2) และปัญหาจากการรักษาด้วยยา
- 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา(ปัจจัยเสี่ยงที่ 3) และปัญหาจากการรักษาด้วยยา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการดำเนินการ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

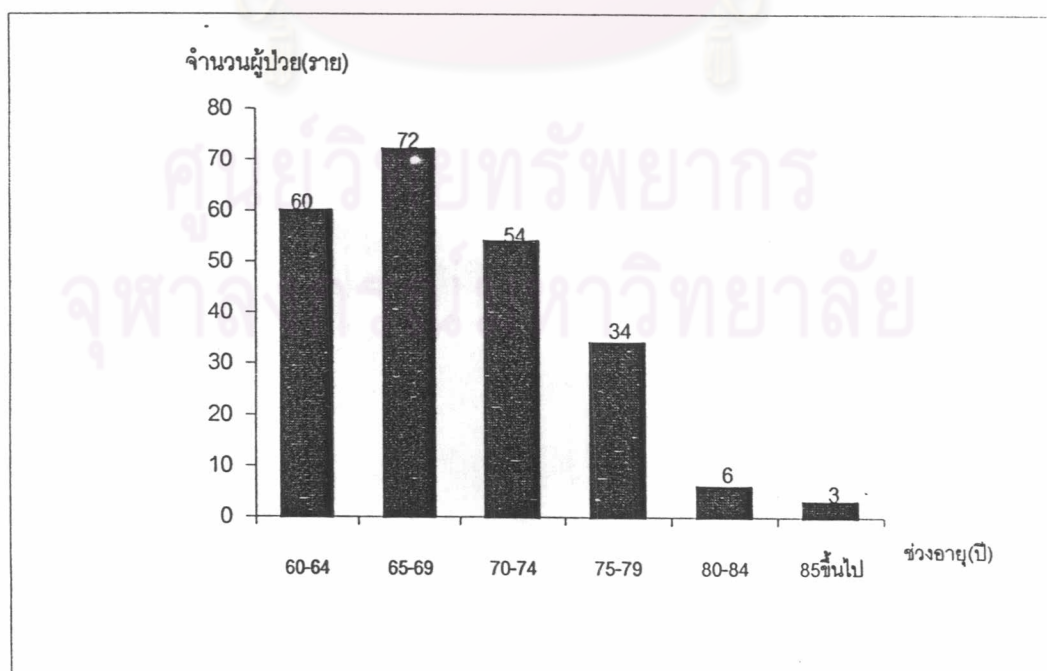
การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูล ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอินทร์บุรี จ สิงห์บุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 254 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ป่วยนอกสูงอายุมารับบริการเฉลี่ยวันละ 100 ราย

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.2.1 เพศและช่วงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 230 ราย ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมทั้ง 3 คลินิก ได้แก่ คลินิกโรคอายุรกรรมทั่วไป 110 ราย(ร้อยละ 47.8) คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน 67 ราย(ร้อยละ 29.1) และคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง 53 ราย(ร้อยละ 23.1) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศหญิงจำนวน 143 ราย(ร้อยละ 62.2) เพศชายจำนวน 87 ราย(ร้อยละ 37.8) อายุระหว่าง 60 - 90 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68.8 ± 5.8 ปี และพบผู้ป่วยในช่วงอายุระหว่าง 65-69 ปี มากที่สุด(ร้อยละ 31.3) ดังแสดงในภาพ 3

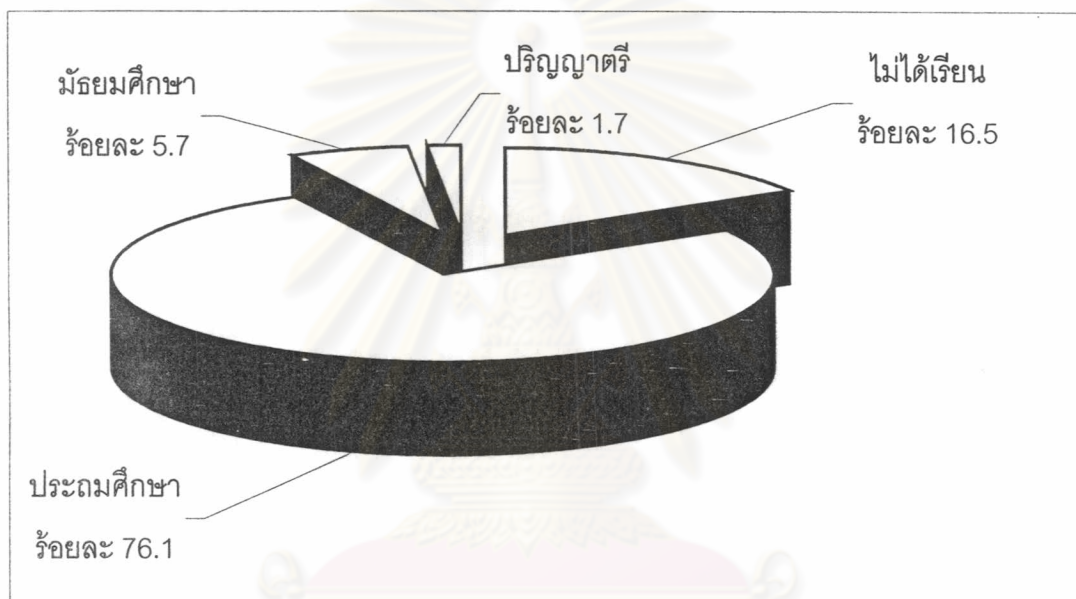
ภาพ 3 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละช่วงอายุ



1.2.2 ระดับการศึกษา

เมื่อสอบถามถึงประวัติการศึกษา มีผู้ป่วยจำนวน 38 ราย(ร้อยละ 16.5) ที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 192 ราย ได้รับการศึกษาและสามารถอ่านออกเขียนได้โดยที่ผู้ป่วยจำนวน 175 ราย(ร้อยละ 76.1) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 13 ราย(ร้อยละ 5.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และผู้ป่วยจำนวน 4 ราย(ร้อยละ 1.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ดังแสดงในภาพ 4 นอกจากนี้พบผู้ป่วยจำนวน 17 ราย(ร้อยละ 7.4) ที่มีญาติจัดยาให้รับประทานเป็นชุดในทุกมื้อ

ภาพ 4 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา



แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเรียนจบชั้นประถมศึกษา แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือกลุ่มผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่อ่านหนังสือไม่ได้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลการให้ยาอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา

1.2.3 ประเภทของการชำระค่ารักษาพยาบาล

ในการสำรวจเกี่ยวกับประเภทของการชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย พบว่ามีผู้ที่ใช้บัตรฟรีรักษาพยาบาลจำนวน 146 ราย(ร้อยละ 63.5) ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 81 ราย(ร้อยละ 35.2) และผู้ป่วยนอกเขตที่ต้องชำระเงิน 3 ราย(ร้อยละ 1.3)

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย

1.3.1 ภาวะโรคที่พบในผู้ป่วย

จากการสำรวจภาวะโรคของผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด โดยมีผู้ป่วยสูงถึง 141 ราย รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 91 ราย และโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 63 ราย ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลภาวะโรคที่พบในปัจจุบันของผู้ป่วย

ภาวะโรคที่พบในปัจจุบัน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูง	141	37.2
2. เบาหวาน	91	24.0
3. หัวใจขาดเลือด	64	16.9
4. ไชมันในเลือดสูง	33	8.7
5. ถุงลมโป่งพอง	18	4.7
6. เก๊าท์	8	2.1
7. หอบหืด	5	1.3
8. ไทรอยด์	5	1.3
9. หัวใจล้มเหลว	3	0.8
10. ลิ้นหัวใจรั่ว	3	0.8
11. ต่อมลูกหมากโต	2	0.5
13. หัวใจเต้นผิดจังหวะ	2	0.5
14. Sick sinus syndrome	1	0.3
15. TIA	1	0.3
16. Trigeminal neuralgia	1	0.3
17. โลหิตจาง	1	0.3
รวม	379	100

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะโรคมากกว่า 1 ชนิด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 119 ราย มีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคมากกว่า 1 โรค จำนวน 111 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกัน 2 โรค จำนวน 79 ราย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกัน 3 โรคจำนวน 25 ราย และพบผู้ป่วย 7 รายที่มีโรคเรื้อรังร่วมกัน 4 โรค สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 21 ราย และรองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 19 ราย

1.3.2 รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

กลุ่มยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุดในงานวิจัยนี้ คือ ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 527 รายการ(ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือ ยาในกลุ่มที่ใช้กับระบบประสาทส่วนกลางจำนวน 181 รายการ(ร้อยละ 16.0) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด พบโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับที่ 1 ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้ แสดงในตาราง 2 โดยอ้างอิงหมวดหมู่กลุ่มยาตาม British national formulary 1996

ตาราง 2 กลุ่มยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ

กลุ่มยา	จำนวนรายการยา
1. Gastro-intestinal System(61 รายการ)	
1.1 antacid	21
1.2 antispasmodics and other drugs altering gut motility	6
1.3 ulcer healing drugs	30
1.4 laxatives	4
2. Cardiovascular system(527 รายการ)	
2.1 positive inotropic drugs	8
2.2 diuretics	101
2.3 anti-arrhythmic drugs	20
2.4 beta-adrenoceptor blocking drugs	99

ตาราง 2 กลุ่มยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ(ต่อ)

กลุ่มยา	จำนวนรายการยา
2.5 drug affecting the renin angiotensin system and some other antihypertensive drugs	
2.5.1 vasodilator antihypertensive drugs	1
2.5.2 central acting hypertensive drugs	22
2.5.3 alpha-adrenoreceptor blocking drugs	13
2.5.4 drugs affecting the renin angiotensin system	40
2.6 nitrate, calcium channel blocker and potassium- channel activators	
2.6.1 nitrates	91
2.6.2 Ca-channel blockers	40
2.6.3 peripheral and cerebral vasodilators	9
2.7 anticoagulants	2
2.8 antiplatelet drugs	59
2.9 lipid lowering drugs	42
3. Respiratory system(81 รายการ)	
3.1 bronchodilators	
3.1.1 adrenoreceptor stimulants	34
3.1.2 antimuscarinic bronchodilators	5
3.1.3 theophylline(200 mg)	22
3.2 antihistamines	7
3.3 mucolytics	5
3.4 cough preparations	7
3.5 systemic nasal decongestants	1

ตาราง 2 กลุ่มยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ(ต่อ)

กลุ่มยา	จำนวนรายการยา
4. Central nervous system(181 รายการ)	
4.1 hypnotic and anxiolytics	76
4.2 drug used in psychose and related disorders	2
4.3 antidepressant drugs	13
4.4 drugs used in nausea and vertigo	65
4.5 analgesics	18
4.6 antiepileptics	3
4.7 drugs used in parkinson and related disorder	4
5. Infections(4 รายการ)	
5.1 antibacterial drugs	3
5.2 antifungal drugs	1
6. Endocrine system(130 รายการ)	
6.1 drugs use in diabetes	124
6.2 thyroid and antithyroid drugs	3
6.3 corticosteroids	3
7. Nutrition and blood(117 รายการ)	
7.1 anemia and some other blood disorders	2
7.2 vitamins .	101
7.3 minerals	14
8. Musculoskeletal and joint diseases(30 รายการ)	
8.1 non-steroidal anti-inflammatory drugs	10
8.2 drugs for the treatment of gout	15
8.3 drugs used in neuromuscular disorders	5
9. Eye(2 รายการ)	
9.1 other anti-inflammatory preparations	2
รวม	1,133

หมายเหตุ

1. ยากลุ่ม nitrate นับรวมการใช้ isosorbide dinitrate ชนิด sublingual
2. ยาในกลุ่ม theophylline นับรวมยา aminophylline ด้วย

1.3.3 ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การศึกษาประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก่อนเริ่มการศึกษา โดยดูประวัติย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล อินทร์บุรี พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 23 รายการ ในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 20 ราย โดยผู้ป่วยจำนวน 17 รายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารายละ 1 ชนิด และผู้ป่วยอีก 3 รายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิด ยาที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด คือ enalapril โดยพบในผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีอาการไอหลังการใช้ยา ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดอื่นๆ พบผู้ป่วยเกิดผื่นขึ้นจากการใช้ยา penicillin 4 ราย tetracycline และ ampicillin อย่างละ 1 ราย ผู้ป่วยเกิด sinus bradycardia จากการใช้ยา propranolol 4 ราย ผู้ป่วยปวดศีรษะจากการใช้ยา isosorbide dinitrate 2 ราย ผู้ป่วยเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยา metformin 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยจากการใช้ยา nifedipine 1 ราย และผู้ป่วยเกิดผื่นขึ้นจากการใช้ยา phenylbutazone 1 ราย ผู้ป่วยเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารจากยา aspirin 1 ราย ตาราง 3 แสดงรายการยาและจำนวนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีรายงานในเวชระเบียนก่อนทำการศึกษา

เมื่อพิจารณาจากรายการยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก่อนเริ่มทำการศึกษา พบว่า enalapril ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด(7 ราย) นอกจากนี้ยังพบว่ามียาอีก 4 รายการที่เป็นยาในกลุ่มที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดและหัวใจเช่นกัน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ตาราง 3 รายการยาและจำนวนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีรายงานใน
เวชระเบียนก่อนทำการรักษา

รายการยา	จำนวนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ครั้ง)
enalapril	7
penicillin	4
propranolol	4
isosorbide dinitrate	2
metformin	1
nifedipine	1
aspirin	1
tetracycline	1
ampicillin	1
phenylbutazone	1
รวม	23

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากกว่า 1 รายการ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา

เมื่อทำการตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงทั้งสามชนิดในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การได้รับยา ตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียว(ปัจจัยเสี่ยงที่ 1) การได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ (ปัจจัยเสี่ยงที่ 2) และการได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา(ปัจจัยเสี่ยงที่ 3) พบผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 36.1) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ปัจจัย จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 46.9) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 2 ปัจจัย จำนวน 32 ราย(ร้อยละ 14.0) และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 3 ปัจจัยจำนวน 7 ราย(ร้อยละ 3.0)

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยในปัจจัยเสี่ยงแต่ละประเภท

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1.ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	83	36.1
2.ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว	84	36.5
3.ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียว	14	6.1
4.ปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว	10	4.3
5.ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2	13	5.7
6.ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3	19	8.3
7 ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3	0	0
8.ปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 3 ปัจจัย	7	3.0
รวม	230	100.0

หมายเหตุ

- ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียว
 ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ
 ปัจจัยเสี่ยงที่ 3 หมายถึง ผู้ป่วยการได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงมีอยู่มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด(ร้อยละ 63.9) แสดงให้เห็นแนวโน้มว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็น

กลุ่มที่ควรเฝ้าระวังการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา เมื่อจำแนกประเภทของปัจจัยเสี่ยง พบว่า ในผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดเดียว เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 36.5) ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 6.1) และปัจจัยเสี่ยงที่ 3 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 4.3) ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 2 ปัจจัย จำนวน 32 ราย พบผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ 2 จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 5.7) ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ 3 จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 8.3) ไม่พบผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ 3 และพบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันทั้ง 3 ปัจจัยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 3.0) ดังแสดงในตาราง 4

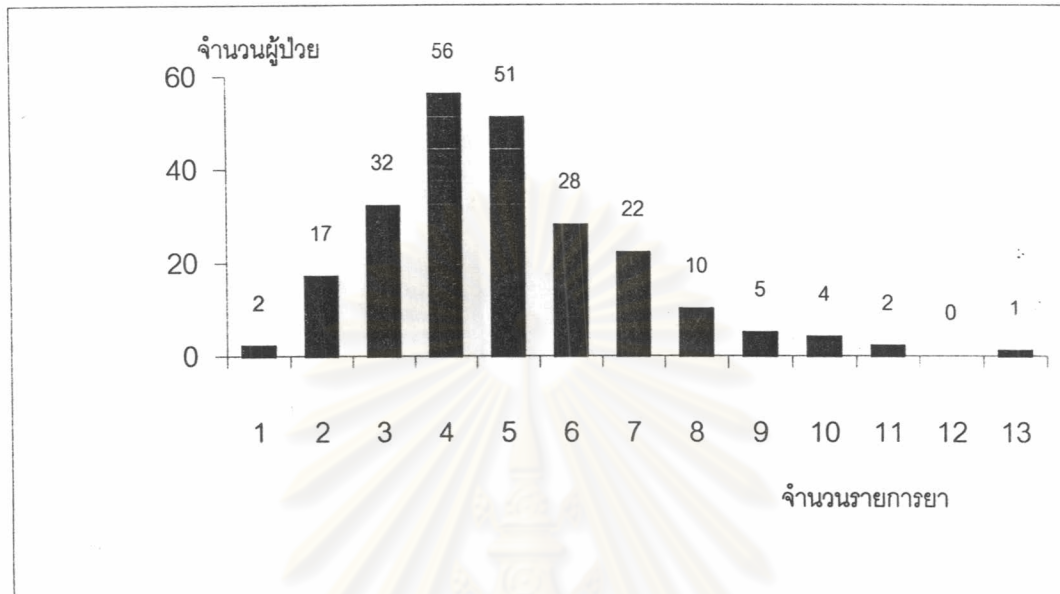
เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ชนิดเท่านั้น พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมกันมากกว่า 1 โรค อยู่ถึงร้อยละ 48.2 ถือว่าเป็นผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด การที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมกันหลายโรคทำให้ผู้ป่วยได้รับยาาร่วมกันหลายชนิด ใน การศึกษานี้พบผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 ร่วมกัน แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป มีโอกาสในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาบ่อยครั้ง แต่ในการศึกษานี้กลับไม่พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3 ร่วมกัน แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบมีโอกาสในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาน้อยครั้ง อาจเนื่องจากจำนวนรายการยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบของโรงพยาบาลอินทบุรีมีเพียง 7 รายการ และโรงพยาบาลอินทบุรีไม่มีเครื่องตรวจวัดระดับยาในเลือด ดังนั้นแพทย์จึงพิจารณาปรับขนาดยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบจากอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ยกเว้นกรณีของยา warfarin ซึ่งมีการปรับขนาดยาตามผลทางห้องปฏิบัติการทุกเดือน แต่ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ warfarin เพียง 2 ราย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เลือกทำการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคเรื้อรังมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ทำให้อาการของผู้ป่วยคงที่ จึงมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาน้อยครั้ง

2.1.1 จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในคราวเดียวกัน

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ได้รับรายการยาตั้งแต่ 1 - 13 รายการ ดังแสดงในภาพ 5 ค่าเฉลี่ยของจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับคือ 4.92 ± 1.97 รายการ ผู้ป่วยรายที่ได้รับยาจำนวนมากที่สุด คือ 13 รายการ เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 4 ชนิด คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ดังนั้นผู้ป่วย

รายนี้จึงได้รับยาเป็นจำนวนมาก เมื่อนับจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียวกัน(ปัจจัยเสี่ยงที่ 1) พบผู้ป่วยจำนวน 123 ราย(ร้อยละ 53.5)

ภาพ 5 จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ



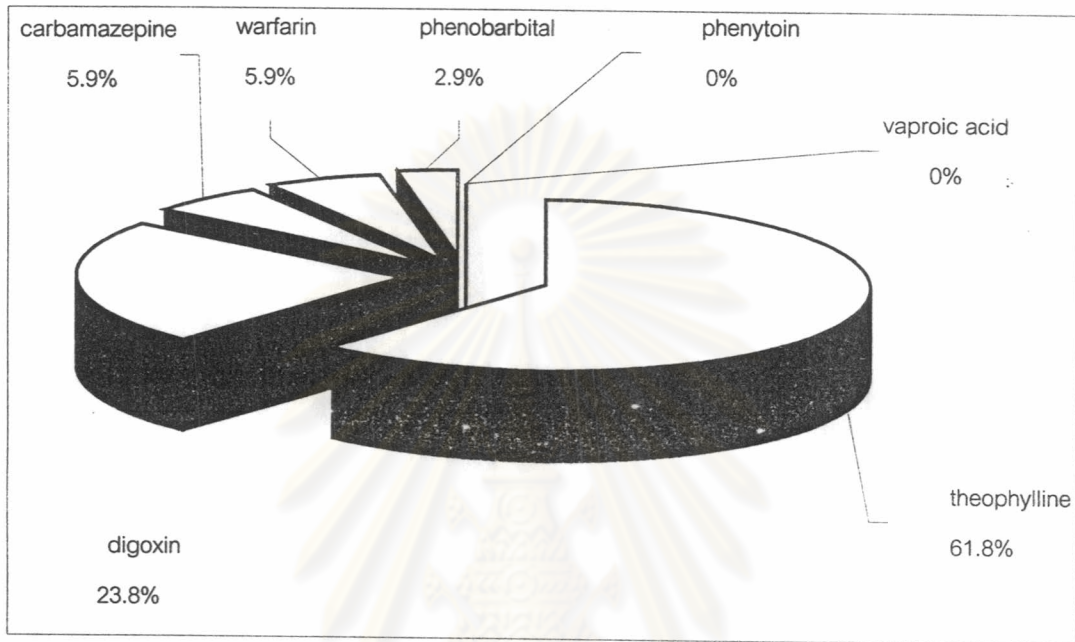
จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้ได้รับมีค่าเฉลี่ย 4.92 ± 1.97 รายการ ซึ่งอยู่ในช่วงที่มีเคยมีผู้ทำการศึกษามาก่อนแล้ว คือ 2 - 5.8 รายการ (รัตนานา แสนอารี, 2539; สมพล ศิริรัตนพฤกษ์, 2542; Schneider, Mion และ Frengley, 1992; Lassila และคณะ, 1996; Golden และคณะ, 1999; Jorgensen, Johansson, Kennerfalk, Wallander และ Svardsudd, 2001) และใกล้เคียงกับปัจจัยเสี่ยงที่ 1 (ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียว) นอกจากนี้พบผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 (ร้อยละ 53.5) แสดงว่าปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เป็นปัจจัยที่มีพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และยังแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมาก ก็ต้องได้รับรายการยามากตาม

2.1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับรายการยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ ซึ่งมีในบัญชีรายการของโรงพยาบาลอินทบุรีจำนวน 7 รายการ ได้แก่ carbamazepine, digoxin, phenobarbital, phenytoin, theophylline, valproic acid, และ warfarin ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบมีจำนวน 34 ราย(ร้อยละ 14.8) โดยยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบที่มีการใช้มากที่สุด คือ theophylline 21 ราย(ร้อยละ 61.8)

รองมาคือ digoxin 8 ราย(ร้อยละ 23.5) carbamazepine, จำนวน 2 ราย(ร้อยละ 5.9) warfarin จำนวน 2 ราย(ร้อยละ 5.9) และphenobarbital 1 ราย(ร้อยละ 2.9) ไม่พบผู้ป่วยรายใดที่ได้รับphenytoin และ vaproic acid ดังแสดงในภาพ 6

ภาพ 6 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายการยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ



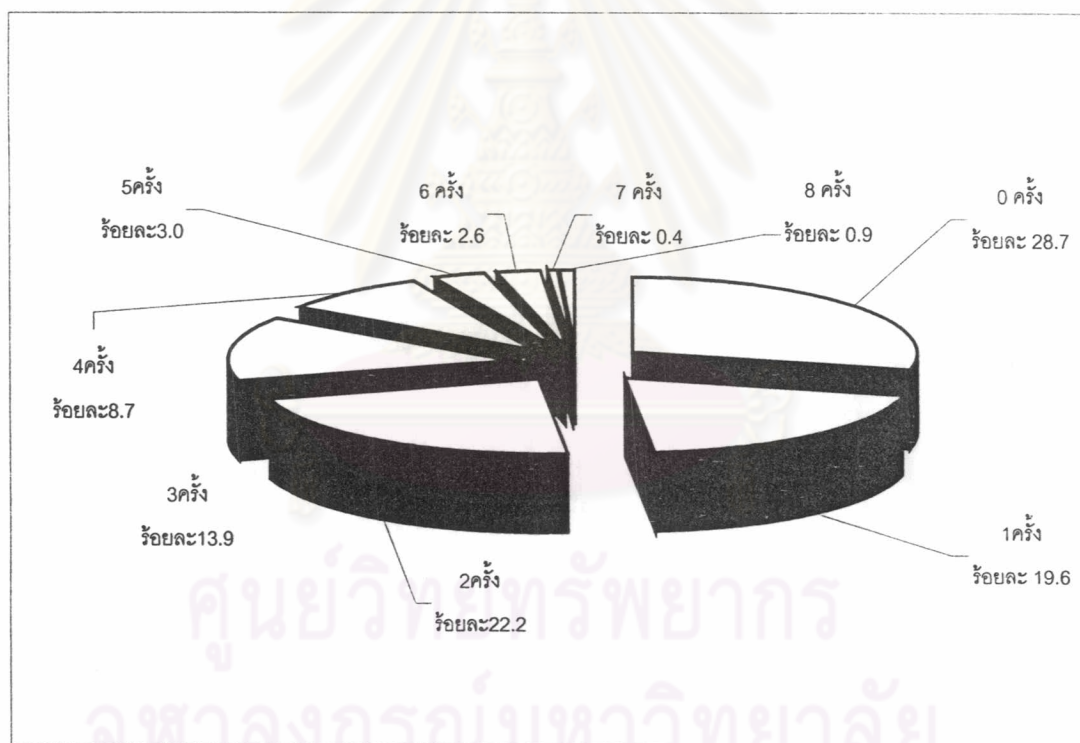
การศึกษานี้พบผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบเพียงร้อยละ 14.7 แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องใช้ยาในกลุ่มนี้น้อย สำหรับยา theophylline เป็นยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบชนิดที่มีผู้ป่วยใช้มากที่สุด(ร้อยละ 61.8) แต่เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าโรคถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืดซึ่งต้องใช้อา theophylline ในการรักษานั้น พบมากเป็นลำดับที่ 5 และ 7 ตามลำดับ แต่สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมโป่งพองมีน้อยกว่า โรคที่พบมากใน 4 อันดับแรกรวมกันมาก(ตาราง 1)

2.1.3 จำนวนครั้งของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 230 ราย ถึงจำนวนครั้งในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งในการศึกษานี้เน้นเฉพาะการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาที่ใช้สำหรับการรักษาโรคเรื้อรังเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้มีการปรับเปลี่ยนการให้ยาระหว่าง 0-8 ครั้ง โดยพบผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 28.7) ดังแสดง

ในภาพที่ 7 ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาบ่อยที่สุด คือ 8 ครั้ง จำนวน 2 ราย โดยรายแรกเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด แต่เมื่อปลายปี 2544 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีก 1 โรค ซึ่งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นมาโดยตลอด จึงได้รับการปรับขนาดยาเบาหวานตามระดับน้ำตาลในเลือดบ่อยครั้ง ส่วนผู้ป่วยอีกรายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาตั้งแต่ปี 2536 แต่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นจากเดิม ผู้ป่วยจึงอยู่ในช่วงของการปรับเปลี่ยนยาสำหรับควบคุมโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโรคร่วมด้วย คือ โรคเบาหวานที่แพทย์ตรวจพบเมื่อปี 2544 ซึ่งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาสำหรับโรคเบาหวานเช่นกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยามากถึง 8 ครั้ง

ภาพ 7 จำนวนครั้งการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ



เมื่อนับรวมจำนวนผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการศึกษานี้มีจำนวนเพียง 36 ราย (ร้อยละ 15.7) ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 36 รายนั้นพบว่า 31 รายเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยพบผู้ป่วยจำนวน 26 รายที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป 26 ราย จึงมีโอกาสปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาหลายครั้ง และมีเพียง 5 รายที่พบโรค 1 โรคผู้ป่วย 1 รายเป็นโรคเบาหวานที่ไม่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และอีก 4 รายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

จากภาพ 7 แสดงจำนวนครั้งของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้จ่ายยาในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา แม้ว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด(66 ราย) จะไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้จ่ายยา แต่เมื่อดูในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 164 ราย (ร้อยละ 71.3) ได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้จ่ายอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งจำนวนครั้งในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษาจะมีส่วนสัมพันธ์กับอาการของโรคผู้ป่วย โดยแนวโน้มของการปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-3 ครั้งจำนวนรวม 128 ราย(ร้อยละ 55.7) ซึ่งไม่อยู่ในช่วงที่กำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าอาการของโรคของผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ค่อนข้างคงที่ เมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้จ่ายยาเพียง 1-3 ครั้งก็สามารถควบคุมอาการได้

2.2 ปัญหาจากการรักษาด้วยยาและกิจกรรมที่ดำเนินการแก้ไข

จากการวิจัยปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 230 ราย โดยในการวิจัยนี้เน้นเฉพาะปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย และเน้นเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอินทบุรีเท่านั้น ไม่นับกรณีผู้ป่วยซื้อยารับประทานเอง ในการศึกษานี้ได้ทำการสำรวจปัญหาจากการรักษาด้วยยา 7 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่น้อยเกินไป
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่ายยา
6. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่มากเกินไป
7. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้จ่ายตามสั่ง

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 79 ราย (ร้อยละ 34.3) โดยผู้ป่วย 77 ราย มีปัญหาจากการรักษาด้วยยารายละ 1 ปัญหา และมีเพียง 2 รายเท่านั้นที่พบปัญหาจากการรักษาด้วยยารายละ 2 ปัญหา

เมื่อพิจารณาประเภทของปัญหาจากการรักษาด้วยยา ทั้ง 7 ประเภท พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาเพียง 3 ประเภทเท่านั้น คือ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจำนวน 68 ราย ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 11 ราย และผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจำนวน 2 ราย ส่วนปัญหาจากการรักษาด้วยยาอีก 4 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่น้อยเกินไป และผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่มากเกินไป ไม่พบผู้ป่วยรายใดเกิดปัญหาดังกล่าว ตาราง 5 แสดงจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาแยกตามชนิดของปัจจัยเสี่ยง ซึ่งพบปัญหาจากการรักษาด้วยยาในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียวมากที่สุด จำนวน 29 ปัญหา(ร้อยละ 35.8) ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ โดยปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้ง 3 ประเภทที่พบในการศึกษานี้มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 5 จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาแยกตามชนิดของปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยา
1.ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	83(ร้อยละ 36.1)	22(ร้อยละ 27.2)
2.ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว	84(ร้อยละ 36.5)	29(ร้อยละ 35.8)
3.ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียว	14(ร้อยละ 6.1)	6(ร้อยละ 7.4)
4.ปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว	10(ร้อยละ 4.3)	7(ร้อยละ 8.6)
5.ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2	13(ร้อยละ 5.7)	4(ร้อยละ 4.9)
6.ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3	19(ร้อยละ 8.3)	8(ร้อยละ 9.9)
7 ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3	0(ร้อยละ 0)	0(ร้อยละ 0)
8.ปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 3 ปัจจัย	7(ร้อยละ 3.0)	3(ร้อยละ 3.7)
รวม	230(ร้อยละ 100)	81(ร้อยละ 100)

2.2.1 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง จำนวน 68 ราย สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ได้อ่านวิธีการใช้ยาที่ระบุไว้ที่ฉลากยาจำนวน 33 ราย ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน 21 ราย ลืมรับประทานยาจำนวน 9 ราย ผู้ป่วยสูงอายุมารับยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 5 ราย ความผิดพลาดในการจ่ายยาของเภสัชกรจำนวน 1 รายและผู้ป่วยมีทัศนคติในเชิงลบต่อการใช้ยาจำนวน 1 ราย โดยผู้ป่วย

จำนวน 66 ราย ไม่สามารถช้ยาตามสั่งจากสาเหตุเดียว แต่ผู้ป่วยจำนวน 2 รายไม่สามารถช้ยาตามสั่งจากสาเหตุร่วมกัน 2 สาเหตุ โดยผู้ป่วยรายแรกไม่สามารถช้ยาตามสั่งเนื่องจาก ไม่ได้อ่านฉลากยาร่วมกับขาดความรู้เกี่ยวกับการช้ยา ผู้ป่วยอีกรายไม่สามารถช้ยาตามสั่งเนื่องจากลืมรับประทานยาร่วมกับไม่ได้อ่านวิธีการช้ยาที่ระบุไว้ฉลากยา

ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถช้ยาตามสั่งส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ได้อ่านวิธีช้ที่ระบุไว้ฉลากยา แสดงว่าผู้ป่วยตั้งใจในการไม่ช้ยาตามสั่ง ซึ่งสามารถแก้ไขได้ง่าย โดยชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนวิธีการช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่อีกส่วนหนึ่งเกิดจากข้อจำกัดของร่างกายผู้ป่วย ดังนั้นควรช้วิธีการแก้ปัญหาแตกต่างกันตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.2.1.1 ผู้ป่วยที่ไม่ได้อ่านวิธีช้ยาที่ระบุไว้ที่ฉลากยา จำนวน 33 รายนั้น ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 16 ราย ผู้ป่วยที่รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 14 ราย ผู้ป่วยรายที่ช้ยาเพิ่มและลดจากที่แพทย์สั่งจำนวน 2 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 1 รายรับประทานในขนาดเท่าเดิม ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถช้ยาตามสั่งเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านวิธีช้ที่ระบุไว้ที่ฉลากยาแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้อ่านวิธีช้ยาตามที่ระบุไว้ที่ฉลากยา

ปัจจัยเสี่ยง	การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย				
	ช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	ช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	ช้ยามากกว่าและน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	ขนาดเท่าเดิม	รวม
ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	1	8	0	1	10
พบปัจจัยเสี่ยง	15	6	2	0	23
รวม	16	14	2	1	33

ผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 16 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 1 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 1) และมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 15 ราย ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยช้ยาตามความเคยชิน ดังนั้นเมื่อแพทย์ปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาใหม่ ผู้ป่วยก็ยังรับประทานยาในขนาดเดิม ผู้วิจัยจึงได้หาคำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถช้ยาตามแพทย์สั่งได้ ผู้ป่วยอีก 15 รายเป็นผู้ป่วย

ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด โดยเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว จำนวน 9 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 2-10) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียวจำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 11) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียวจำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 12) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2 จำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 13) และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 จำนวน 3 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 14-16) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดย

1. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 2-5,7,9-10,12,14-15) ในผู้ป่วยที่ใช้ยาตามความเคยชินหรือมีปัญหาเรื่องสายตา แต่มีปัญหาเกิดขึ้นกับยาเพียง 1 ชนิดเท่านั้น ผลการให้คำแนะนำปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้

2. ให้คำแนะนำปรึกษาร่วมกับให้กลองใส่ยาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานใน 1 วัน จำนวน 3 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 11,13,16) เพื่อป้องกันผู้ป่วยสับสนวิธีการใช้ยาเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 3 รายรับประทานยาต่างจากที่แพทย์สั่งรายละ 2 ชนิด ผลการให้คำปรึกษาร่วมกับให้กลองใส่ยาพบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้จำนวน 2 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 13) ไม่ใช้กลองใส่ยาเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ต้องไปทำงานทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยไม่สะดวกในการพกกลองดังกล่าวไปด้วย ผู้ป่วยจึงรับประทานยาผิดเช่นเดิม

3. แจ้งแพทย์เพิ่มขนาดยา 1 ราย เนื่องจากแพทย์ได้ปรับลดขนาดยาจาก metformin(500 mg) 1*2 pc มาเป็น 1*1 pc แต่ผู้ป่วยก็ยังคงรับประทานยาตามเดิม และพบว่าผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็น 128,133 และ 143 มก/ดล ตามลำดับ(ผู้ป่วยรายที่ 6) ซึ่งแพทย์ได้ปรับเพิ่มขนาดยาให้แก่ผู้ป่วย

4. ให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับแจ้งให้แพทย์ทราบ 1 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 8) เนื่องจากแพทย์สั่งยา atenolol(100 mg) 1*1 pc เป็นเวลา 1 เดือนแต่ผู้ป่วยรับประทานยา atenolol(100 mg) 1*2 pc ดังนั้นในช่วง 15 วันหลังผู้ป่วยจึงไม่ได้รับประทานยา. ปรอท. ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์ให้รับประทานยาเพียงครั้งเดือนเท่านั้น และระดับความดันโลหิตเป็น 150/100 มม.ปรอท ผลการให้คำแนะนำปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง และแพทย์ยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนยาในวันที่ทำการศึกษา

ผู้ป่วยที่รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 4 รายเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 8 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 17-24) และเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 6 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียวจำนวน 3 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 25-27) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียวจำนวน 1 ราย

(ผู้ป่วยรายที่ 28) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียวจำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 29) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2 จำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 30) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 8 รายได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง โดย

1. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย จำนวน 4 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 18,20,22,24) ในผู้ป่วยใช้ยาตามความเคยชินหรือมีปัญหาเรื่องสายตา แต่มีปัญหาเกิดขึ้นกับยาเพียง 1 ชนิดเท่านั้น ผลการให้คำปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้

2. ให้คำแนะนำปรึกษาร่วมกับให้กลัองใส่ยาแก่ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 23) แพทย์สั่งยา HCTZ(50 mg) ½*1pc, dimenhydrinate(50 mg) 1*2 pc ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยทราบว่าสรรพคุณและวิธีใช้ยาทั้ง 2 ชนิด แต่ผู้ป่วยรับประทานยาทั้ง 2 ชนิดสลับกันวันละ 1 เม็ด เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสายตา จึงไม่แน่ใจว่ายาชนิดใดรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผลการให้คำปรึกษาร่วมกับให้กลัองใส่ยาพบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้

3 แจ้งแพทย์เพื่อขอปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยจำนวน 3 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 9,17, 21) เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 3 รายใช้ยาตามความเคยชิน แต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ป่วยรายแรกแพทย์สั่งยา methylodopa(250 mg) 1*2 pc แต่ผู้ป่วยรับประทานยา methylodopa(250 mg) 1*1 pc แต่ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ที่ 150/90, 140/80,110/70 มม.ปรอท ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 และ 3 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน แพทย์สั่งยา glibenclamide(5 mg) 1½*1ac แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรับประทานยา glibenclamide(5 mg) 1*1 ac โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 72, 138, 141 มก/ดล ตามลำดับในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 3 มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 113,121,133 มก/ดล ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแพทย์ได้ปรับลดขนาดยาเป็นขนาดที่ผู้ป่วยรับประทาน

ส่วนผู้ป่วยอีก 6 รายที่รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดแก้ไขโดย

1. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 26-28) ในผู้ป่วยใช้ยาตามความเคยชินหรือมีปัญหาเรื่องสายตา แต่มีปัญหาเกิดขึ้นกับยาเพียง 1 ชนิดเท่านั้น ผลการให้คำปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้

2. แจ้งแพทย์เพื่อขอปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยจำนวน 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน แพทย์สั่งยา glibenclamide(5 mg) 1½*1ac โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายรับประทานยา glibenclamide(5 mg) 1*1 ac แต่พบว่าผู้ป่วยรายแรก(ผู้ป่วยรายที่ 25) มีระดับ

น้ำตาลในเลือดเป็น 126, 132, 119 มก/ดล ตามลำดับในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนผู้ป่วย รายที่ 2 (ผู้ป่วยรายที่ 29) มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 69, 111 มก/ดล ใน 2 เดือนที่แพทย์เพิ่ง ปรับขนาดยาผ่านมา

3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและแจ้งให้แพทย์ทราบ (ผู้ป่วยรายที่ 30) เนื่องจากแพทย์สั่งยา glibenclamide (5 mg) 1*2 ac แต่ผู้ป่วยรับประทานยา glibenclamide (5 mg) 1*1 pc และระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 212 มก/ดล.

ผู้ป่วยที่รับประทานยาผิดจากที่แพทย์สั่งจำนวน 1 ราย (ผู้ป่วยราย ที่ 31) แพทย์สั่งให้รับประทานยา aspirin หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยรับประทานก่อนอาหารเช้า ดังนั้นในวันที่ทำการศึกษาผู้ป่วยจึงบ่นแสบท้อง จึงให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังรับ ประทานอาหารทันทีที่สามารถใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้ ผลการให้คำปรึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง หมดสามารถรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้

ผู้ป่วยรายที่เฝ้าไข้เพิ่มและลดจากที่แพทย์สั่งจำนวน 2 ราย เป็น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียวจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยรายแรกที่ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียง ชนิดเดียวจำนวน 1 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 32) ซึ่งผู้ป่วยนำยาที่เหลือจากเดือนที่ผ่านมาติดมาด้วย ซึ่ง พบว่ามียาปนกัน คือในถุงใส่ยา isosorbide dinitrate (10 mg) พบว่ามีทั้งยา isosorbide dinitrate (10 mg) และยา diazepam (2 mg) เช่นเดียวกับในถุงใส่ยา diazepam (2 mg) ซึ่ง มีทั้ง isosorbide dinitrate (10 mg) และยา diazepam (2 mg) ปนกันอยู่ โดยเม็ดยาของยาทั้ง 2 ชนิดมีสีเดียวกันและขนาดใกล้เคียงกันมาก ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว (ผู้ป่วยรายที่ 32) แพทย์สั่งยา propranolol (10 mg) 1*3 pc, HCTZ (50 mg) ½*1 pc และ aspirin 1*1 pc แต่ผู้ป่วยรับประทานยา propranolol (10 mg) 1*2 pc, HCTZ (50 mg) 1*2 pc และ aspirin 1*2 pc ทั้ง 2 รายแก้ไขโดยให้กล่องใส่ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถ ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 7 ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาและการแก้ไขปัญหา

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง	สาเหตุ	วิธีใช้ยาที่แพทย์สั่ง	วิธีใช้ยาของผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหของเภสัชกร	ผลการแก้ไข
1	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	propranolol(10 mg) 1*2pc	propranolol(10 mg) 1*3pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตาม แพทย์สั่ง
2	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	nifedipine(5mg) 1*2pc propranolol(10 mg) 1*2pc	nifedipine(5mg) 1*3pc propranolol(10 mg) 1*3pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตาม แพทย์สั่ง
3	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	propranolol(10 mg) 1*2pc	propranolol(10 mg) 1*3pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตาม แพทย์สั่ง
4	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	moduretic® ½*1pc	moduretic® 1*1pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตาม แพทย์สั่ง
5	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	furosemide 1*1 pc	furosemide 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตาม แพทย์สั่ง
6	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	metformin(500 mg) 1*1pc	metformin(500 mg) 1*2pc	แจ้งแพทย์รับเพิ่มขนาดยาเนื่องจากระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเป็น 128,133, 143มก/ดลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาให้ แก่ผู้ป่วย
7	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	อ่านหนังสือ ไม่ได้	moduretic® 1*1pc	moduretic® 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง

ตาราง 7 ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาและการแก้ไขปัญหา(ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง	สาเหตุ	วิธีใช้ยาที่แพทย์สั่ง	วิธีใช้ยาของผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหของเภสัชกร	ผลการแก้ไข
8	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ปัญหาสายตา	atenolol(100 mg) 1*1 pc	atenolol(100 mg) 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและแจ้งแพทย์ทราบ เนื่องจากระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในวันนี้เป็น 150/100	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
9	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ปัญหาสายตา	atenolol(100 mg) 1/2*1 pc	atenolol(100 mg) 1*1 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
10	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ปัญหาสายตา	moduretic® 1*1 pc	moduretic® 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
11	ปัจจัยเสี่ยงที่ 2	อ่านหนังสือไม่ได้	salbutamol(2 mg) 1*4pc theophylline (200 mg) 1*2 pc	salbutamol(2 mg) 1*3pc theophylline (200 mg)1*3 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและให้กล่องใส่ยา	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
12	ปัจจัยเสี่ยงที่ 3	ใช้ยาตามความเคยชิน	HCTZ(50 mg) 1/2*1pc	HCTZ(50 mg) 1*1pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
13	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2	ปัญหาสายตา	theophylline(200 mg) 1*2pc verapamil1*2 pc	theophylline (200 mg) 1*3pc verapamil1*3 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและให้กล่องใส่ยาผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
14	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3	ใช้ยาตามความเคยชิน	methyldopa(250 mg) 1*1 pc	methyldopa (250 mg) 1*3 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง

ตาราง 7 ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาและการแก้ไขปัญหา(ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง	สาเหตุ	วิธีใช้ยาที่แพทย์สั่ง	วิธีใช้ยาของผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหาของเภสัชกร	ผลการแก้ไข
15	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3	ปัญหาสายตา	propranolol(40 mg) 1/2*3pc	propranolol(40 mg) 1*3pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
16	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3	อ่านหนังสือไม่ได้	HCTZ(50 mg)1/2*1pc enalapril(5 mg)1*1pc	HCTZ(50 mg) 1/2*1 pc enalapril(5 mg)1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและให้กล่องใส่ยา	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
17	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ใช้ยาตามความเคยชิน	glibenclamide(5 mg) 1 1/2*1ac	glibenclamide(5 mg) 1*1ac	แจ้งแพทย์ปรับขนาดยาเนื่องจากกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเป็น 72,138,141 มก/ดลตามลำดับในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	แพทย์ปรับลดขนาดยาให้แก่ผู้ป่วย
18	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ใช้ยาตามความเคยชิน	HCTZ(50 mg) 1*1pc	HCTZ(50 mg) 1/2*1pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
19	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ใช้ยาตามความเคยชิน	methyldopa (250 mg) 1*2pc	methyldopa (250 mg) 1*1pc	แจ้งแพทย์ปรับลดขนาดยาเนื่องจากผลระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ที่150/90,140/80,110/70 มม.ปรอทตามลำดับ	แพทย์ปรับลดขนาดยาให้แก่ผู้ป่วย
20	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ใช้ยาตามความเคยชิน	propranolol(10 mg) 1*3 pc	propranolol(10 mg) 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ตามแพทย์สั่ง
21	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ใช้ยาตามความเคยชิน	glibenclamide(5 mg) 1 1/2*1 ac	glibenclamide(5 mg) 1*1 ac	แจ้งแพทย์ปรับลดขนาดยาเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเป็น113,121,133 มก/ดลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	แพทย์ปรับลดขนาดยาให้แก่ผู้ป่วย

ตาราง 7 ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาและการแก้ไขปัญหา(ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง	สาเหตุ	วิธีใช้ยาที่แพทย์สั่ง	วิธีใช้ยาของผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหของเภสัชกร	ผลการแก้ไข
22	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ปัญหาสายตา	propranolol(10 mg) 1*3pc	propranolol(10 mg) 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
23	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ปัญหาสายตา	HCTZ(50 mg) 1/2*1pc dimehydriate 1*2 pc	รับประทานยาสลบ กันวันละชนิดโดยรับ ประทานครั้งละ 1 เม็ด	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและให้ กล่องใส่ยาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
24	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ปัญหาสายตา	propranolol(10 mg) 1*3 pc	propranolol(10 mg) 1*2 pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
25	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	glibenclamide(5 mg) 1 1/2*2 ac	glibenclamide (5 mg) 1*2 ac	แจ้งแพทย์ปรับลดขนาดยาเนื่องจาก ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเป็น 126,132,119มก/ดลตามลำดับในช่วง3 เดือนที่ผ่านมา	แพทย์ปรับลดขนาดยาให้ แก่ผู้ป่วย
26	ปัจจัยเสี่ยงที่1	ปัญหาสายตา	glibenclamide(5 mg) 1 1/2*2 ac	glibenclamide (5 mg)1*2 ac	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
27	ปัจจัยเสี่ยงที่1	อ่านหนังสือ ไม่ได้	peritrate® 1*3 ac	peritrate® 1*2 ac	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง

ตาราง 7 ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาและการแก้ไขปัญหา(ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง	สาเหตุ	วิธีใช้ยาที่แพทย์สั่ง	วิธีใช้ยาของผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหของเภสัชกร	ผลการแก้ไข
28	ปัจจัยเสี่ยงที่ 2	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	salbutamol(2 mg) 1/2*4pc	salbutamol(2 mg) 1/2*3pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
29	ปัจจัยเสี่ยงที่ 3	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	glibenclamide(5 mg) 1 1/2*2 pc	glibenclamide(5 mg) 1*2 pc	แจ้งแพทย์ปรับขนาดยาเนื่องจาก ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเป็น 69,111 มก/ดลตามลำดับในช่วง 2 เดือนที่แพทย์ เพิ่งปรับขนาดยา	แพทย์ปรับขนาดยาให้แก่ผู้ป่วย
30	ปัจจัยเสี่ยงที่1 และ 2	ใช้ยาตาม ความเคยชิน	glibenclamide(5 mg) 1*2ac	glibenclamide(5 mg) 1*1ac	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และแจ้ง แพทย์ว่าระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 212 มก/ดล	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
31	ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ปัญหาสายตา	aspirin g l 1*1pc	aspirin g l 1*1ac	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
32	ปัจจัยเสี่ยงที่1	ปัญหาสายตา	diazepam1*1 hs isosorbide dinitrate 1*3ac	มีyadiazepam และ isosorbide dinitrate ปนอยู่ในซองเดียวกัน	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและให้ กล่องใส่ยา	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง
33	ปัจจัยเสี่ยงที่ 3	อ่านหนังสือ ไม่ได้	propranolol(10 mg) 1*3 pc ,HCTZ(50 mg) 1/2*1 pc และ aspirin 1*1 pc	propranolol(10 mg) *2 pc ,HCTZ(50mg) *2 pc และ aspirin *2pc	ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและให้ กล่องใส่ยา	ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาใหม่ ตามแพทย์สั่ง

2.2.1.2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรค จำนวน 21 รายนั้น โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 5 ราย และเป็นผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 16 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยตั้งใจไม่ใช้ยาตามสั่ง โดยใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 8 ราย และใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 6 ราย และอีก 6 ราย หยุดรับประทานยา 6 ราย ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค

ปัจจัยเสี่ยง	การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย			
	ใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	ใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	หยุดใช้ยา	รวม
ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	2	3	0	5
พบปัจจัยเสี่ยง	7	3	6	16
รวม	9	6	6	21

รายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคของผู้ป่วยมีดังนี้คือ

ผู้ป่วยรับประทานยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 9 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 2 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2) และผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 7 ราย คือ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว (ผู้ป่วยรายที่ 3-4) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียว (ผู้ป่วยรายที่ 5 และ 6) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว (ผู้ป่วยรายที่ 7) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2 (ผู้ป่วยรายที่ 8) ส่วนผู้ป่วยรายสุดท้ายมีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 (ผู้ป่วยรายที่ 9) ดังนี้ คือ

ผู้ป่วยรายที่ 1 รับประทานยา propranolol (10 mg) 1*3 pc แบบใหม่เป็นชนิดแผง จึงคิดว่าเป็นยาใหม่ที่แพทย์ให้เพิ่มเติม ดังนั้นจึงรับประทานยา propranolol (10 mg) ทั้งแบบเก่าที่เหลืออยู่และแบบใหม่ด้วยโดยไม่ทราบว่าเป็นยาชนิดเดียวกัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต 3 ชนิด คือ moduretic® 1*1 pc, methyl dopa (250 mg) 1*3 pc และ nifedipine (5 mg) 1*2 pc ซึ่งผู้ป่วยรับประทานตามที่แพทย์สั่ง แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน มึนงง ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็น

อาการของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะรับประทานยา nifedipine(5 mg) และยา methyldopa(250 mg) เพิ่มอีกอย่างละ 1 เม็ด

ผู้ป่วยรายที่ 3 ได้รับรายการยา glibenclamide(5 mg) 1*2 ac แต่หากวันใดที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูงกว่าปกติ ผู้ป่วยรับประทานยา glibenclamide(5 mg) อีก 1 เม็ดในตอนกลางวันด้วย

ผู้ป่วยรายที่ 4 ปรับขนาดยาเอง โดยแพทย์สั่งยา moduretic® ½*1 pc และ methyldopa(125 mg) 1*2 pc ผู้ป่วยปรับวิธีการรับประทานยาใหม่ เป็น moduretic 1*1 pc ตอนเย็นและ methyldopa(125 mg) 2*1 pc ตอนเย็น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสะดวกที่จะรับประทานยาในตอนเย็น ดังนั้นจึงรับประทานยาที่แพทย์สั่งในตอนเช้าร่วมกับยาในมือเย็น ส่วน moduretic® ที่รับประทานเพิ่มขึ้น เนื่องจากคิดว่ายาที่ได้รับเพียง ½ เม็ดไม่น่าจะเพียงพอในการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 5. เป็นผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ได้รับยา theophylline(200 mg) 1*2 pc แต่ผู้ป่วยรับประทานยา theophylline(200 mg) 1*3 pc เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย จึงรับประทานมากกว่าที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันอาการดังกล่าว ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการรับประทานยา theophylline(200 mg) มากเกินไปอาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการพิษ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบอาการที่คาดว่าจะเกิดพิษจากการรับประทานยา theophylline(200 mg) เกินขนาดในช่วงที่ทำการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 6 เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ได้รับยา salbutamol(2 mg) 1*4 pc และ theophylline(200 mg) 1*2 pc แต่ผู้ป่วยปรับวิธีใช้ยาเอง เป็น salbutamol(2 mg) 2*2 pc และ theophylline(200 mg) 1*3 pc ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาจเกิดอาการพิษจากการใช้ theophylline(200 mg) ได้ และ salbutamol(2 mg) ซึ่งมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 3.7-5 ชั่วโมง (Semla, 2001) แต่การรับประทานยาเฉพาะช่วงเช้า และเย็น ทำให้ระดับยาในเลือดไม่สม่ำเสมอระดับยาบางช่วงเวลาอาจต่ำกว่าระดับที่ใช้ในการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 7 แพทย์สั่ง salbutamol(2mg) 1*3 pc เพื่อใช้รักษาโรคถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยรับประทาน salbutamol(2mg) 2*3 pc เป็นบางครั้งในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ

ผู้ป่วยรายที่ 8 ไม่ทราบวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง ทำให้ยา salbutamol(2 mg) inhaler ซึ่ง 1 ขวด สามารถใช้ได้กับผู้ป่วย 200 ครั้ง หมดภายในเวลา 1 เดือน ทั้งที่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นเพื่อป้องกันอาการหอบหืดวันละ 1 ครั้งก่อนนอนแต่พ่นครั้งละ 5 พูติดกัน

ผู้ป่วยรายที่ 9. ได้รับยารักษาโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้ป่วยก็
รับประทานตามที่แพทย์สั่ง แต่เวลาผู้ป่วยมีอาการใจสั่น ผู้ป่วยจะรับประทานยา folic acid
, aspirin และ propranolol (10 mg) อย่างละ 1 เม็ด

ผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งจำนวน 6 ราย ผู้ป่วยที่
ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 3 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 1-3) และเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่าง
น้อย 1 ชนิดจำนวน 3 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว จำนวน 2 ราย (ผู้
ป่วยรายที่ 4-5) และเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดชนิดเดียว (ผู้ป่วยรายที่ 6) ซึ่งแก้ไขโดย
การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้ง 21 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถรับประทานได้ตามที่
แพทย์สั่งได้ รายละเอียดของลักษณะการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งมีดังนี้ คือ

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยา propranolol (10 mg) 1*2 pc สำหรับรักษา
โรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยจะปรับขนาดยาเอง โดยจะรับประทานยาวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า
เป็นประจำ สำหรับในตอนเย็นหากไม่เวียน มึนงง ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นอาการของโรคความ
ดันโลหิตสูง ผู้ป่วยก็จะไม่รับประทานยา propranolol (10 mg)

ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยา propranolol (10 mg) 1*3 pc สำหรับรักษา
โรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยจะรับประทานยาเมื่อมีอาการเครียด เนื่องจากคิดว่าเป็นยาคลาย
เครียด

ผู้ป่วยรายที่ 3 ได้รับยา isosorbide dinitrate (10 mg) 2*4 ac แต่
ผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง โดยรับประทาน 2*3 ac และตอนก่อนนอนถ้าไม่มีอาการแน่นหน้าอก ก็จะ
ไม่รับประทานยา ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่ายาดังกล่าวต้องรับประทานต่อเนื่อง ไม่ใช่ยาที่ต้องรับ
ประทานตามอาการ และผู้ป่วยรับประทาน enalapril (5 mg) ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากที่แผนยา
ระบุว่าเป็นยาอันตราย ผู้ป่วยจึงไม่กล้ารับประทาน

ผู้ป่วยรายที่ 4 รับประทาน isosorbide dinitrate ไม่สม่ำเสมอ เนื่อง
จากแม้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจมานานแล้ว แต่ไม่เคยมีอาการแสดงใดๆ ดังนั้นจึงเห็นว่าเมื่อไม่ได้รับ
ประทานยาบ้าง ก็ไม่น่าจะเกิดผลเสียแต่อย่างใด

ผู้ป่วยรายที่ 5 แพทย์สั่งจ่ายยา isosorbide dinitrate (10 mg) 1*3
ac และ methyl dopa (125 mg) 1*3 pc ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด
และโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยไม่เห็นว่าเป็นอาการผิดปกติใดๆ จึง แต่ผู้ป่วยรับประทาน
ยาทั้ง 2 ชนิดครั้งละ 1 เม็ด ในตอนเช้าและตอนเย็นเท่านั้น โดยไม่ทราบว่ายาทั้ง 2 ชนิดเป็นยาที่
ใช้สำหรับรักษาโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องรับประทานให้ครบตามที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยรายที่ 6 ได้รับยา glibenclamide(5 mg) 1*2 ac ,enalapril (5 mg) 2*2 pc แต่ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งเฉพาะทั้งสองชนิดอย่างละ 1 เม็ดในตอนเย็นเท่านั้น เนื่องจากช่วงเช้าผู้ป่วยไปทำงาน คิดว่าไม่รับประทานยาตอนเช้าก็ไม่ผลเสียแต่อย่างใด

ผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยาที่แพทย์สั่ง จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยทุกรายเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด โดยเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว จำนวน 3 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 1-3) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2 จำนวน 2 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 4-5) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 จำนวน 1 ราย(ผู้ป่วยรายที่ 6)

ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่รับประทานยา enalapril เนื่องจากไม่ทราบว่ายาดังกล่าวใช้รักษาความดันโลหิตสูง แต่เข้าใจว่าเป็นยาแก้ปวดสำหรับโรคเก๊าท์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป มารับยาเมื่อยามดเป็นบางชนิด ซึ่งในวันนี้ขาดยา aspirin และ isosorbide dinitrate เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่า หากไม่ได้รับประทานยาเพียง 3-4 วันก็ไม่ผลเสียแต่อย่างใด

ผู้ป่วยรายที่ 3 ผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมทั่วไป มารับยาเมื่อยามดเป็นบางชนิด ซึ่งในวันนี้ขาดยา isosorbide dinitrate(10 mg) มา 5 วันสำหรับรักษาโรคหัวใจขาดเลือด เพราะเข้าใจว่า หากไม่ได้รับประทานยาเพียง 5 วันก็ไม่ผลเสียแต่อย่างใด

ผู้ป่วยรายที่ 4 เป็นผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมทั่วไป มารับยาเมื่อยามดเป็นบางชนิด ซึ่งในวันนี้ขาดยา propranolol(10 mg) มา 3 วันสำหรับรักษาโรคหัวใจขาดเลือด เพราะเข้าใจว่า หากไม่ได้รับประทานยาเพียง 3 วันก็ไม่ผลเสียแต่อย่างใด

ผู้ป่วยรายที่ 5 ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ perindopril เพียงชนิดเดียวเป็นเวลา 4 ปี แต่ต่อมาระดับความดันโลหิตสูงขึ้น แพทย์สั่งเพิ่มยา methylodopa(250 mg) แต่ผู้ป่วยไม่รับประทานยา methylodopa(250 mg) เพราะผู้ป่วยไม่เคยมีเกิดอาการผิดปกติใดๆ จึงเข้าใจว่าใช้ยาลดความดันตัวเก่าจะเพียงพอในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้แล้ว

ผู้ป่วยรายที่ 6 เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และภาวะไขมันในเลือดสูง แต่ผู้ป่วยหยุดใช้ยามา 1 สัปดาห์ เนื่องจากคิดว่าหายจากโรคดังกล่าวแล้ว แต่วันนี้มาพบแพทย์เนื่องจากอาการกำเริบ

2.2.1.3 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ลิ้มรับประทานยา 9 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย 3 ราย ส่วนอีก 6 รายเป็นผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 เพียงชนิดเดียวจำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 2 เพียงชนิดเดียว จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 3 เพียงชนิดเดียว จำนวน 1 ราย ผู้ป่วย 7 รายลิ้มรับประทานยามื้อกลางวัน เนื่องจากมียาเพียงชนิดเดียวที่ต้องรับประทานมื้อกลางวัน เช่น ยา isosorbide dinitrate(10 mg) และ propranolol (10 mg) ผู้ป่วยออกไปทำธุระนอกบ้านและไม่ได้นำยาติดตัวไป และเมื่อกลับมา ก็จะรับประทานยาสำหรับมื้อเย็นเลย ผู้ป่วยอีก 2 รายไม่สามารถระบุเวลาแน่นอนที่ลิ้มรับประทานยาได้ เนื่องจากเริ่มมีอาการหลง เช่น บางครั้งลิ้มรับประทานยาในช่วงเช้า บางครั้งก็ลิ้มรับประทานยาในช่วงเย็น แสดงให้เห็นว่า หากเป็นไปได้ ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับยาที่มีวิธีบริหารยาน้อยครั้ง เช่น รับประทานเพียง 1 ครั้งในตอนเช้าเพื่อป้องกันปัญหาการลิ้มรับประทานยา อย่างไรก็ตาม ราคาต่อก็อาจเป็นข้อจำกัด ได้เนื่องจากยาที่มีการใช้น้อยครั้งต่อวันส่วนใหญ่มีราคาที่แพงกว่ายาที่ต้องรับประทานบ่อยครั้งกว่า เช่น isosorbide dinitrate(10 mg) ซึ่งมีวิธีใช้วันละ 3 ครั้ง ก็อาจปรับไปใช้เป็น isosorbide mononitrate ซึ่งมีวิธีใช้วันละ 2 ครั้ง แต่ก็ราคาแพงกว่ามาก

ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ นำยาติดตัวไปด้วย ในกรณีที่ลิ้มนำยาติดตัวไปด้วย เมื่อกลับถึงบ้าน หากยังไม่ถึงเวลารับประทานยามื้อถัดไป ให้รับประทานยาโดยทันที แต่หากนึกได้เมื่อถึงมื้อถัดไป ให้รับประทานมื้อถัดไปเลย ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหลง มักลิ้มรับประทานยาเป็นประจำ แนะนำให้ญาติเป็นผู้จัดยาให้ ซึ่งมีผู้ป่วย 1 รายซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 ที่มาพร้อมญาติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 เพียงชนิดเดียว จึงแนะนำให้ญาติเป็นคนจัดยาเป็นชุดให้กับผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลิ้ม จึงสามารถแก้ไขได้เพียง 1 ราย โดยเมื่อติดตามในครั้งต่อไป พบว่าญาติเป็นผู้จัดยาให้กับผู้ป่วย

2.2.1.4 ผู้ป่วยสูงอายุมารับยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย 1 ราย ส่วนอีก 4 รายเป็นผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 เพียงอย่างเดียว และพบเฉพาะที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยทั้งหมดทราบว่าต้องมารับยาอย่างต่อเนื่องเมื่อยามหมดแต่เนื่องจากที่คลินิกนี้ไม่ได้นัดผู้ป่วยเป็นประจำ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงมักจะรอให้มีญาติว่างพามาโรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจเป็นช่วงที่ยาหมดไปแล้ว แสดงให้เห็นว่าการที่ไม่มีระบบการนัดผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่องเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากทางโรงพยาบาลมีจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอที่จะให้บริการในส่วนของคลินิกอายุรกรรมทั่วไปจึงไม่ได้นัดผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยมาก่อนที่ยาจะหมดโดยอาศัยความสะดวกของผู้ที่จะพามาโรงพยาบาล ซึ่งแก้ปัญหานี้ไปได้ 4 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัย

เสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 1 รายและผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 จำนวน 3 ราย แต่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 อีก 1 รายมาหลังจากยาหมดไปแล้ว 21 วัน เนื่องจากต้องนั่งรถมาเอง

2.2.1.5 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถชั่งยาตามสั่งได้ เนื่องจากความผิดพลาดของเภสัชกรพบ 1 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 3 ปัจจัย แพทย์สั่ง metformin(850 mg) แต่เภสัชกรจ่ายยา metformin(500 mg) 1*2 pc ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในเดือนนี้สูงขึ้นจากเดิม 141 mg/dl เป็น 164mg/dl จึงแจ้งให้เภสัชกรทราบ เพื่อให้คอยระวังการเกิดปัญหาในครั้งต่อไป แม้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจะขึ้นกับหลายปัจจัย แต่การที่ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไป ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงขึ้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาโดยแจ้งให้เภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกทราบ แต่ในที่นี้ถือว่าแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่ได้ เนื่องจากได้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ดังนั้นควรพยายามหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น

2.2.1.6 ผู้ป่วยอีก 1 ราย มีทัศนคติในเชิงลบกับการใช้ยาในระยะยาว เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย ผู้ป่วยคิดว่าได้รับประทานยารักษาโรคเบาหวานมาเป็นเวลา 7 ปี แต่ระดับน้ำตาลในเลือดของมีแต่คงที่หรือสูงขึ้น จึงลดขนาดยารักษาโรคเบาหวานที่แพทย์สั่งจ่าย คือยา glibenclamide(5 mg) 2*2 ac ไปเป็นยา glibenclamide(5 mg) 1* 1 ac และไปเน้นการควบคุมอาหาร ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็น 155,155,153 มก/ดล ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมา 1 ปี แต่ผู้ป่วยรับประทานยา HCTZ(50 mg) ½*1 pc ในเดือนแรกเท่านั้น ต่อจากนั้นมาผู้ป่วยก็ไม่ได้รับประทานยาอีกเลย ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็น 140/80,140/80,150/80 ,มม.ปรอท ตามลำดับ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการไม่รับประทานยาลดความดันโลหิตก็ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาไปนานๆ ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในทางลบกับการใช้ยา ซึ่งควรให้ความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาไปตลอดชีวิต หากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ก็จะส่งผลเสียหลายอย่าง เช่น หากผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นมาทำให้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เป็นต้น เมื่อแก้ไขปัญหาลง หลังจากให้คำแนะนำปรึกษาแล้วผู้ป่วยก็ยังยืนยันที่จะไม่รับประทานยา จึงแจ้งแพทย์ให้ได้แนะนำผู้ป่วย ซึ่งแพทย์จ่ายยาไปเพียงชนิดเดียว คือ glibenclamide(5 mg) ในขนาดที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ และรอดูผลระดับน้ำตาลในเดือนถัดไป

จากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 147 ราย พบผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถชั่งยาตามสั่ง จำนวน 48 ราย หลังการแก้ไขพบผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถชั่งยาตาม

สั่งจำนวน 8 ราย(ร้อยละ 16.7) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย จำนวน 83 ราย มีปัญหาไม่สามารถใช้ยาตามสั่งรวม 20 ราย หลังการแก้ไขพบผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจำนวน 4 ราย(ร้อยละ 20) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแยกตามสาเหตุและการแก้ไขปัญหาแสดงในตาราง 9 ซึ่งการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในทั้ง 2 กลุ่มก็ไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละสาเหตุก็มีใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงสามารถแก้ไขด้วยวิธีเดียวกันได้ และปัญหาที่แก้ไขได้ลำบาก คือ ลืมรับประทานยาซึ่งพบได้ใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม

ตาราง 9 จำนวนผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแยกตามสาเหตุและการแก้ไขปัญหา

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง			
	ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง		ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	
	ก่อนการแก้ไข	หลังการแก้ไข	ก่อนการแก้ไข	หลังการแก้ไข
1. ไม่ได้อ่านวิธีการใช้ยาที่ระบุไว้ ฉลากยา	21(ร้อยละ43.8)	1(ร้อยละ2.1)	10(ร้อยละ50.0)	0(ร้อยละ0)
2. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา	15(ร้อยละ31.3)	0(ร้อยละ0)	5(ร้อยละ25.0)	0(ร้อยละ0)
3. ลืมรับประทานยา	5(ร้อยละ10.4)	4(ร้อยละ8.3)	3(ร้อยละ15.0)	3(ร้อยละ15)
4. ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	4(ร้อยละ8.3)	1(ร้อยละ2.1)	1(ร้อยละ5.0)	0(ร้อยละ0)
5. ความผิดพลาดในการจ่ายยาของเภสัชกร	1(ร้อยละ2.1)	1(ร้อยละ2.1)	0(ร้อยละ0)	0(ร้อยละ0)
6. ทศนคติในเชิงลบต่อการใช้ยา	0(ร้อยละ0)	0(ร้อยละ0)	1(ร้อยละ5.0)	1(ร้อยละ5)
7. ข้อ1และข้อ2	1(ร้อยละ2.1)	0(ร้อยละ0)	0(ร้อยละ0)	0(ร้อยละ0)
8. ข้อ1และข้อ 3	1(ร้อยละ2)	1(ร้อยละ2.1)	0(ร้อยละ0)	0(ร้อยละ0)
จำนวนรวม	48(ร้อยละ100)	8(ร้อยละ16.7)	20(ร้อยละ100)	4(ร้อยละ20)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2.2 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยา จำนวน 11 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 2 ราย และเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 9 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 เพียงชนิดเดียวจำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 3 เพียงชนิดเดียวจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 และ 2 จำนวน 2 ราย และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 และ 3 จำนวน 1 ราย และอีก 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันทั้ง 3 ชนิด

ผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 3 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยรายแรกได้รับยา perindopril มีอาการอ่อนเพลีย จึงหยุดใช้ยาและทดลองรับประทานยาใหม่แต่ยังเกิดอาการอ่อนเพลียอีก จึงหยุดยาเป็นการถาวร ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยา metformin เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำจึงหยุดใช้ยาและผู้ป่วยอีกรายได้รับยา glibenclamide เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำในขนาดที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยปรับลดขนาดยา glibenclamide ซึ่งผู้ป่วยเพิ่งเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อ 2 เดือนที่ผ่านมา การแก้ไขปัญหาก็เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยทั้ง 3 รายโดยแจ้งให้แพทย์ทราบ ซึ่งแพทย์ได้สั่งหยุดยาในผู้ป่วยที่ได้รับยา perindopril, enalapril และ metformin ส่วนแพทย์ได้ปรับลดขนาดยา glibenclamide ให้กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 8 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา prazosin 1 ราย enalapril 1 ราย carbamazepine 1 ราย warfarin 1 ราย aspirin 3 ราย และ glibenclamide 1 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับยา prazosin มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ซึ่งผู้ป่วยรับประทานยา 2 สัปดาห์ก่อนทดลองหยุดรับประทานยา ซึ่งทำให้อาการหายไป ผู้ป่วยจึงทดลองรับประทานยาใหม่ ก็กลับมามีอาการเหมือนเดิม ดังนั้นจึงหยุดรับประทานยาเป็นการถาวร ผู้ป่วยที่ได้รับยา enalapril มีอาการไอจึงหยุดรับประทานยา ผู้ป่วยรายที่ได้รับยา carbamazepine ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยรายนี้เคยปรึกษาแพทย์ และแพทย์ได้ทดลองลดขนาดยาลง แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการปวดจากโรค trigeminal neuralgia ได้จึงต้องรับประทานยาต่อไป ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin มีเลือดออกที่เหงือก แต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่า เป็นผลจากการใช้ยา จึงไม่ได้หยุดยาเช่นเดียวกับผู้ป่วยอีก 3 รายซึ่งมีอาการแสบท้องจากการใช้ aspirin ซึ่งผู้ป่วยก็ไม่ได้หยุดใช้ยาเช่นกัน ผู้ป่วยอีกรายได้รับยา glibenclamide เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำในขนาดที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยปรับลดขนาดยา glibenclamide ผู้ป่วยทั้ง 8 รายได้รับการแก้ไขปัญหาก็เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการ

ใช้ยาโดยแจ้งให้แพทย์ทราบ 7 รายและไม่ได้แจ้งแพทย์ 1 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา carbamazepine เนื่องจากแพทย์ทราบแล้ว ซึ่งแพทย์ได้สั่งหยุดยาในผู้ป่วยที่ได้รับยา perindopril enalapril และ warfarin ผู้ป่วยที่ได้รับยา aspirin 3 รายนั้นแพทย์ได้หยุดยา 1 ราย และสั่ง ranitidine ให้แก่ผู้ป่วย และปรับลดขนาดยา glibenclamide ให้กับผู้ป่วย

เมื่อนำอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นมาประเมินความเชื่อมั่นและความเป็นไปได้ เพื่อพิสูจน์ว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีสาเหตุจากยาหรือไม่ด้วย Naranjo's algorithms พบว่าความเป็นไปได้ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็น probable 9 ราย ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตาม Naranjo's algorithms

ยาที่เป็นสาเหตุ	ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์	ความเป็นไปได้	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
perindopril	weakness	definite (9)	1
prazosin	dizziness	definite (9)	1
enalapril	cough	probable (7)	1
carbamazepine	diplopia	probable (6)	1
metformin	hypoglycemia	probable (6)	1
glibenclamide	hypoglycemia	probable (6)	2
warfarin	gum bleeding	probable (5)	1
aspirin	GI upset	probable (5)	3

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นปัญหาที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 ซึ่งสังเกตได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดขึ้นในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เคยมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาก่อน เช่น การใช้ยา warfarin ทำให้ผู้ป่วยเลือดออกได้ หรือการใช้ยา enalapril ทำให้ผู้ป่วยไอ เป็นต้น ดังนั้นจึงสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจจะเกิดขึ้น และจะเห็นได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเกิดจากยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นยาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น(Hanlon และคณะ, 1997; Doucet และคณะ, 2002)

2.2.3 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม

จากการศึกษาพบผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจำนวน 2 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด โดยรายแรกเป็นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิด sinus bradycardia จากการใช้ยา propranolol แต่ผู้ป่วยกลับได้รับยา propranolol และผู้ป่วยอีก 1 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม beta – blocker ร่วมกัน 2 ชนิด คือ ยา propranolol(10 mg) 1*2 pc และยา atenolol(100 mg) 1*1 pc ในการศึกษาแล้วยังพบว่าผู้ป่วยบางรายที่มีโรคมากกว่า 1 โรค และผู้ป่วยได้รับยาที่ได้รับเป็นยาที่ไม่เหมาะสมกับโรคหนึ่งแต่จำเป็นต้องใช้สำหรับรักษาอีกโรคหนึ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงไม่จัดว่า ผู้ป่วยที่ได้รับไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยา aspirin ในผู้ป่วยโรคเก๊าท์ ซึ่งอาจมีผลกระตุ้นทำให้อาการของโรคเก๊าท์กำเริบ แต่ผู้ป่วยมีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย การใช้ยา aspirin ในผู้ป่วยรายนี้จึงถือว่ามีเหมาะสม

การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจำนวน 2 ราย สามารถแก้ไขได้ 1 รายโดยผู้ป่วยรายแรกแพทย์สั่งจ่ายยา propranolol ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ sinus bradycardia จาก propranolol ซึ่งแพทย์สั่งหยุดยา ส่วนอีก 1 รายซึ่งมีการใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker 2 ชนิดร่วมกัน แพทย์ต้องการให้ propranolol ในการรักษาในเชิงจิตเวช ส่วนยา atenolol ใช้ลดความดันโลหิตสูง แพทย์จึงไม่ได้ปรับเปลี่ยนการใช้ยา ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปัญหาโดยการให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังการเกิด sinus bradycardia แต่อย่างไรก็ตามในช่วงที่ทำการวิจัยยังไม่พบว่าเกิดอาการดังกล่าว

จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่พบในการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 34.3 ของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด แตกต่างจากการศึกษาของรัตนาศนอรวิ(2539) ที่พบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 91.3 ของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด ซึ่งอาจเกิดจากวิธีการกำหนดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้พิจารณาเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจริง(actual problems) แต่การศึกษาของรัตนานับรวมปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นด้วย(potential problems) และปัญหาที่เกิดจากความรู้อของผู้ป่วยอีกด้วย รวมถึงวิธีการกำหนดลักษณะปัญหาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เลือกผู้ป่วยที่ทำให้พบจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่น่าจะได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมอาการให้คงที่ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาเพียงปี

ละ 1-3 ครั้ง และไม่พบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคใหม่ๆ เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากเท่าที่ควร อาจเนื่องจากปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไขแล้ว

ส่วนปัญหาจากการใช้ยาประเภทอื่นๆที่ไม่พบในงานวิจัยนี้ เช่น ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่มากหรือน้อยเกินไป ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ส่งผลให้ขนาดยาแต่ละชนิดเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับยาในขนาดที่มากหรือน้อยเกินไป แต่เนื่องจากในงานวิจัยนี้ไม่ได้นับปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่คาดว่าทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาชนิดที่คาดว่าอาจจะเกิดขึ้น (potential problems)

ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุด และเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่ก็พบเพียงร้อยละ 29.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจเคยได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาจากเภสัชกรที่ให้บริการที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานและคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง หรือเคยเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงกลับมาใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเหมือนเดิม หรืออาจเนื่องจากข้อจำกัดของการวิจัยที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่กล้าบอกความจริง หรือผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ

ไม่พบปัญหาผู้ป่วยสูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายที่ผู้วิจัยคาดว่าจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม แต่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยาดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด แต่กลับไม่ได้รับยา aspirin ซึ่งจำเป็นในการรักษาโรคดังกล่าว เมื่อตรวจสอบดูแล้ว พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา aspirin เนื่องจากมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร และผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้แทน aspirin เนื่องจากที่โรงพยาบาลอินทรีบุรีไม่มีรายการยาที่ใช้แทน aspirin ได้จึงไม่ถือว่าเป็นปัญหาจำเป็นต้องได้รับยา

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยมีปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 22 ราย จากผู้ป่วยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด มีปัญหาจากการรักษาด้วยยา จำนวน 57 ราย จากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.7 แสดงในตาราง 11

การแก้ไขปัญหามาจากการรักษาด้วยยาในงานวิจัยนี้ขึ้นกับลักษณะปัญหา โดย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ของปัญหาความไม่ร่วมมือเกิดจากผู้ป่วยไม่ตั้งใจ หรือไม่ใส่ใจในการใช้ยามากกว่า ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ง่ายกว่ากรณีเป็นทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เกิดจากความตั้งใจจะไม่ร่วมมือของผู้ป่วยเอง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าบางปัญหาต้องติดตามมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากเมื่อแก้ไขปัญหาเก่าไปแล้วกลับพบปัญหาใหม่ขึ้นอีก เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เภสัชกรจึงแจ้งแพทย์เพื่อขอปรับเปลี่ยนยา แต่เมื่อแพทย์เปลี่ยนยาชนิดใหม่ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาดังกล่าว และผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องติดตามเป็นระยะ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาอ่านหนังสือไม่ได้ และไม่มีคนดูแลการใช้ยา ซึ่งสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้ที่ไม่พบปัญหาเนื่องจากไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยานั้นเอง แต่หากแพทย์ปรับเปลี่ยนการใช้ยาเมื่อใดก็มีโอกาสเกิดปัญหาขึ้นได้ นอกจากนี้พบผู้ป่วยบางรายตอนที่สัมภาษณ์ปัญหาไม่พบปัญหาใดๆ แต่ในเดือนถัดมาเภสัชกรได้รับทราบปัญหาโดยบังเอิญ เช่น ในเดือนนี้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเนื่องจากไม่สบายและหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมา 3-4 วัน

การแก้ไขปัญหามาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจำนวน 79 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย 22 ราย จำนวนผู้ป่วยหลังการแก้ไข 5 ราย(ร้อยละ 22.7) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดจำนวน 57 ราย จำนวนผู้ป่วยหลังการแก้ไขจำนวน 10 ราย(ร้อยละ 17.5) แสดงว่าสามารถแก้ไขปัญหามาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเล็กน้อย ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการแก้ไขในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิดและผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา	จำนวนผู้ป่วย			
	ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง		ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	
	ก่อนการแก้ไข	หลังการแก้ไข	ก่อนการแก้ไข	หลังการแก้ไข
1.ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	47(ร้อยละ 82.5)	8(ร้อยละ 14)	19(ร้อยละ 0)	4(ร้อยละ 18.2)
2.ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	7(ร้อยละ 12.3)	1(ร้อยละ 1.8)	2(ร้อยละ 9.1)	0(ร้อยละ0)
3.ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	2(ร้อยละ 3.5)	1(ร้อยละ 1.8)	0(ร้อยละ0)	0(ร้อยละ0)
4 ข้อ 1และ 2	1(ร้อยละ 1.7)	0(ร้อยละ 0)	1(ร้อยละ 4.5)	1(ร้อยละ4.5)
จำนวนรวม	57(ร้อยละ 100)	10(ร้อยละ 17.6)	22(ร้อยละ 100)	5(ร้อยละ 22.7)

2.3 ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

เมื่อปัญหาจากการรักษาด้วยยาไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งในงานวิจัยนี้คิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ 4 ชนิด ตามระดับความรุนแรงของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการปรับเปลี่ยนยา(ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและได้รับการปรับเปลี่ยนยา) ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเนื่องจากการใช้ยา และผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยา โดยนับเฉพาะผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาระหว่างวันนัดครั้งที่ผ่านมาและในครั้งที่ทำการศึกษา

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วย 1 รายที่มาพบแพทย์ก่อนวันนัดอันเนื่องมาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับยา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาประจำอยู่ที่คลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเปิดให้บริการเฉพาะในวันศุกร์ แต่ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง โดยแพทย์สั่งยา methylopa(250 mg) 1*1 pc แต่ผู้ป่วยรับประทานยา methylopa(250 mg) 1*3 pc ดังนั้นยาที่ได้รับไปจึงไม่เพียงพอจนถึงวันนัดครั้งใหม่ ซึ่งระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยรายนี้เป็น 148/74, 130/80, 96/50 มม.ปรอท ตามลำดับ เมื่อยาของผู้ป่วยใกล้หมดจึงมาขอรับยาเพิ่มที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไปที่เปิดให้บริการทุกวัน จะเห็นได้ว่าพบจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ก่อนวันนัดน้อย แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยหลายรายที่รับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง แต่ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันโดยที่ไม่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ดังนั้นจึงไม่จัดว่าเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยรอให้ถึงกำหนดนัด 1 ราย หรือขอแบ่งยาจากเพื่อนบ้านพบ 2. ราย นอกจากนี้ผู้ป่วย 1 ราย รับประทานที่อนามัย(ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา HCTZ(50 mg) ซึ่งมีในสถานีอนามัย)

ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนยา ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเข้ารับการักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยา โดยสาเหตุที่คาดว่าไม่พบผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนวันนัดอันมีสาเหตุเนื่องจากยา อาจเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา(Col, Fanale และ Kronholm,1990) ซึ่งปัญหาจากการรักษาด้วยยาในการศึกษานี้ไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกมากนัก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดอาจเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากจนแสดงอาการทางคลินิก ดังนั้นจึงไม่พบผู้ป่วยที่มารับ

บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป(ปัจจัยเสี่ยงที่1)และปัญหาจากการรักษาด้วยยา

จากการศึกษาปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจำนวน 230 ราย พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 คือ ได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 2 และ 3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 44 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 123 ราย(ร้อยละ 35.8) และผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียว ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 35 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 107 ราย (ร้อยละ 32.7) ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา	ปัจจัยเสี่ยงที่ 1		รวม
	มีปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	
พบปัญหา	44 (ร้อยละ 35.8)	35 (ร้อยละ 32.7)	79 (ร้อยละ 34.3)
ไม่พบปัญหา	79 (ร้อยละ 64.2)	72 (ร้อยละ 67.3)	151 (ร้อยละ 65.7)
รวม	123 (ร้อยละ 100)	107 (ร้อยละ 100)	230 (ร้อยละ 35.8)

จากผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 1 แต่เมื่อทดสอบด้วย Odds ratio มีค่า 1.146 เท่าและค่าระดับความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 0.663-1.980 แสดงว่าการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุไม่สัมพันธ์กับการได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป(ปัจจัยเสี่ยงที่ 1) เนื่องจากค่าความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่างค่า 1.0

แม้ว่าในการศึกษานี้จะพบว่า การเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุไม่สัมพันธ์กับการที่ได้รับรายการยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป(ปัจจัยเสี่ยงที่ 1) แต่ทั้งนี้อาจเป็น

ไปได้ว่าในการศึกษาคั้งนี้ทำในกลุ่มประชากรผู้ป่วยสูงอายุที่มีขนาดใหญ่และมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่อาจมีผลรบกวนปัจจัยหลักที่ทำการศึกษานั้นหากได้ทำการศึกษาโดยควบคุมปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพศ คลินิก ซึ่งในที่นี้ทำการศึกษาคลินิกอายุรกรรมทั้ง 3 คลินิก ลักษณะโรคของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการเป็นโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยไต้ยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ(ปัจจัยเสี่ยงที่ 2)และปัญหาจากการรักษาด้วยยา

จากการศึกษาปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจำนวน 230 รายที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 คือ ได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่เสี่ยงที่ 2 เพียงชนิดเดียว ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3 และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 2 และ 3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 13 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 38.2) และผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 เพียงชนิดเดียว ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 66 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 196 ราย(ร้อยละ33.7) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา	ปัจจัยเสี่ยงที่ 2		รวม
	มีปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	
พบปัญหา	13(ร้อยละ 38.2)	66(ร้อยละ 33.7)	79(ร้อยละ 34.3)
ไม่พบปัญหา	21(ร้อยละ 61.8)	130(ร้อยละ 66.3)	151(ร้อยละ 65.7)
รวม	34(ร้อยละ 100)	196(ร้อยละ 100)	230(ร้อยละ 100)

จากการศึกษาพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 2 เมื่อทดสอบด้วย Odds ratio มีค่า 1.219 เท่าและค่าความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 0.575 - 2.588 จากผลที่ได้แสดงว่าการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุไม่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ(ปัจจัยเสี่ยงที่2) เนื่องจากค่าความเชื่อมั่น 95% มีค่าอยู่ระหว่างค่า 1.0

แม้ว่าในการศึกษานี้จะพบว่าการศึกษาการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ(ปัจจัยเสี่ยงที่2) อาจเนื่องจากปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบในการศึกษานี้ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากที่โรงพยาบาลอินทร์บุรีไม่ได้ทำการตรวจวัดระดับยาในเลือด ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากระดับยาเกินขนาดที่เหมาะสมในการรักษาหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยา theophylline ซึ่งเป็นยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ พบว่าแพทย์สั่งจ่ายยาในขนาดปกติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่มีอาการผิดปกติใดๆที่สงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับยาเกินขนาดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่พบผู้ป่วยที่รับประทานยาเกินขนาดที่แพทย์สั่งจ่ายจำนวน 4 ราย โดยผู้ป่วยรายแรกรับประทานยา theophylline ในขนาดสูงกว่าที่แพทย์สั่งโดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องสายตาทำให้ไม่ได้อ่านหน้าของยา เกิดอาการใจสั่น แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะโรคหัวใจร่วมด้วย ซึ่ง theophylline เป็นยาที่มีลักษณะการเกิดอาการพิษจากยาได้ใน 2 แบบ คือ พิษจากการใช้ยาในขนาดสูงแบบเฉียบพลัน และจากการใช้ยาดูติดต่อกันเป็นเวลานาน ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดหลัง นอกจากนี้ส่วนใหญ่อาการแสดงพิษจากการใช้ยา theophylline เช่น อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการโรคหัวใจร่วมด้วย(Shannon และ Lovejoy,1990) ในขณะที่ผู้ป่วยอีก 3 รายซึ่งเป็นโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมีอาการกำเริบบ่อยๆ และรับประทานยา theophylline เกินขนาดเช่นกัน แต่กลับไม่พบอาการใดๆที่ทำให้สงสัยว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา theophylline ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้โรคถุงลมโป่งพองเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นโรคหัวใจร่วมด้วย

จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบอาจให้ผลที่แตกต่างกันหากทำการศึกษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ หรืออาจพบผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยามากขึ้นหากทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยา warfarin และ carbamazepine จำนวนมาก เนื่องจากในการศึกษานี้พบผู้ป่วยเพียง 2 รายกลับพบอาการไม่พึงประสงค์ในอัตราส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยา theophylline นอกจากนี้จำนวนประชากรที่ทำการศึกษามีน้อยมาก หากได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีการใช้ยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบก็จะได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาดังแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา(ปัจจัยเสี่ยงที่ 3)และปัญหาจากการรักษาด้วยยา

จากการศึกษาปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจำนวน 230 รายที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 คือ ได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาดังแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่เสี่ยงที่ 3 เพียงชนิดเดียว ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3 และ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 2 และ 3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 18 รายจากผู้ป่วยจำนวน 36 ราย(ร้อยละ 50.0) และผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 1 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 และ 3 พบปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำนวน 61 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 194 ราย(ร้อยละ 31.4) ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา	ปัจจัยเสี่ยงที่ 3		รวม
	มีปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	
พบปัญหา	18(ร้อยละ50.0)	61(ร้อยละ 31.4)	79(ร้อยละ 34.3)
ไม่พบปัญหา	18(ร้อยละ50.0)	133(ร้อยละ 68.6)	151(ร้อยละ 65.7)
รวม	36(ร้อยละ100)	194(ร้อยละ 100)	230(ร้อยละ 100)

เมื่อทดสอบด้วย Odds ratio มีค่า 2.180 และค่าความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.061-4.048 ผลที่ได้แสดงว่าการที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาดังแต่ 4 ครั้งขึ้นไป(ปัจจัยเสี่ยงที่ 3) มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาเป็น 2.180 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 เนื่องจากค่าความเชื่อมั่น 95% ไม่ได้อยู่ระหว่างค่า 1.0

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 3 และในงานวิจัยนี้พบว่าปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่พบได้มากที่สุด คือ ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถให้ยาตามสั่ง โดยผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ใช้ยาตามความเคยชิน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาทำให้เป็นอุปสรรคในการอ่านฉลากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ยาตามสั่งได้ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถให้ยาตามสั่งได้ ดังนั้นทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ควรมีวิธีการที่จะลดความผิดพลาดจากการให้ยา เช่น นอกจากจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบโดยตรงแล้วอาจจะต้องมีส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรที่จ่ายยา

ทราบด้วย เพื่อจะได้เน้นย้ำวิธีการใช้ยากับผู้ป่วยสูงอายุซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันถ้าเป็นไปได้ ควรให้ญาติดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุร่วมด้วย เพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพสูงสุด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย