

## รายการอ้างอิง

1. Bero, L.A., Lipton, H.L., and Bird, J.A. 1991. Characterisation of geriatric drug-related hospital readmissions. Medical Care 29 : 989-1003.
2. Blackbourne, J. 1991. Readmission to Fremantle Hospital, Part 2. Fremantle hospital Drug Bulletin 15 : 13-16.
3. Graham, H., and Livesley, B. 1983. Can readmission to a geriatric medical unit be prevented? Lancet 1 : 404-406.
4. Willims, E.I., and Fitton, F. 1988. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. British Medical Journal 297 : 784-787.
5. Frankl, S.E., Breeling, J.L., and Goldman, L. 1991. Preventability of emergent hospital readmission. The American Journal of Medicine 90 : 677-674.
6. Hallas, J., et al., 1990. Drug-related hospital admissions : the role of definitions and intensity of data collection, and the possibility of prevention. Journal of Internal Medicine 228 : 83-90.
7. Hurwitz, N. 1969. Admissions to hospitals due to drugs. British Medical Journal 1 : 539-540.
8. Miller, R.R. 1974. Hospital admissions due to adverse drug reactions. Archieve of Internal Medicine 134 : 219-222.
9. Caranasos, G.J., Stenart, R.B., and Cheft, L.E. 1974. Drug induced illness leading to hospitalization. Journal of American Medical Association 228 : 713-717.

10. McKenney, J.M., and Harrison, W.L. 1976. Drug related hospital admissions. American Journal of Hospital Pharmacy 32 : 792-795.
11. Levy, M., Kewitz, H., Altwein, W., Hillebrand, J., and Eliakim, M. 1980. Hospital admissions due to adverse drug reactions : a comparative study from Jerusalem and Berlin. European Journal of Clinical Pharmacology 17 : 25-31.
12. Bergman, U., and Wiholm, B.E. 1981. Drug related problems causing admission to a medical clinic. European Journal of Clinical Pharmacology 20 : 193-200.
13. Davidsen, F., Haghfelt, T., Gram, L.F., and Brosen, K. 1988. Adverse drug reactions and drug non-compliance as primary cause of admission to a cardiology department. European Journal of Clinical Pharmacology 34 : 83-86.
14. Trunet, P., Borda, I.T., Rouget, A.V., Rapin, M., and Lhoste, F. 1986. The role of drug induced illness in admission to an intensive care unit. Intensive Care Medicine 12 : 43-46.
15. Ives, T.J., Bentz, E.J., and Gwyther, R.E. 1987. Drug-related admissions to a family medicine inpatient service. Archieve of Internal Medicine 147 : 1117-1120.
16. Salem, R.B., Keane, T.M., and Williams, J.G. 1984. Drug-related admissions to a veterans' administration psychiatric unit. Drug Intelligent of Clinical Pharmacy 18 : 74-76.
17. Stanton, L.a., Peterson, G.M., Rumble, R.H., Cooper, G.M. and Polack, A.E. 1994. Drug-related admissions to an Australian hospital. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 19 : 341-347.
18. Einarson, T.R. 1993 Drug-related hospital admissions. The Annals of Pharmacotherapy 27 : 832-840.
19. Larmour, I., et al. 1991. A prospective study of hospital admissions due to drug reactions. Australia Journal of Hospital Pharmacy 21 : 90-95.

20. Hallas, J., Haghfelt, T., Gram, L.F., Grodum, E., and Damsbo, N. 1990. Drug-related admissions to medical wards : a population based survey. British Journal of Clinical Pharmacology 33 : 61-68.
21. Hallas, J., Haghfelt, T., Gram, L.F., Grodum, E., and Damsbo, N. 1990. Drug-related admissions to a cardiology department : frequency and avoidability. Journal of Internal Medical 228 : 379-384.
22. Lakshmanan M.C., Hershey, C.O., and Breslau, D. 1986. Hospital admissions caused by iatrogenic disease. Archieve of Internal Medicine 146 : 1931-1934.
23. Frankl, S.E., Breeling, J.L., and Goldman, L. 1991. Preventability of emergent hospital readmission. The American Journal of Medicine 90 : 667-674.
24. Col, N., Fanale, J.E., and Kronholm, P. 1990. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Archieve of Internal Medicine 150 : 841-845.
25. Cooper, J.K., Love, D.W. and Raffoul, P.R. 1982. Intentional prescription nonadherence (non complinace) by the elderly. Journal of American Geriatric Society 30 : 329-333.
26. German, P.S., Klein, L.E., McPhee, S.J., and Smith, J.R. 1982. Knowledge of and compliance with drug regimens in the elderly. Journal of American Geriatric Society 30 : 586-571.
27. Prince, B.S., Goetz, C.M., Rihn, T.L., and Olsky, M. 1992. Drug related emergency department visits and hospital admissions. American Journal of Hospital Pharmacy 49 : 1696-1700.
28. Larrat, E.P., Taubman, A.H., and Willey, C. 1990. Compliance-related problems in the ambulatory population. American Pharmacy NS 30 : 18-22.

29. Grahl, C. 1994. Improving compliance-solving a \$100 billion problem. Managed Healthcare 4 : S11-S13.
30. Yenney, S.L., and Behrens, R.A. 1984. Health promotion and business coalitions US : Chamber of Commerce.
31. Hepler, C.D., and Strand, L.M.1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy 47:533-543.
32. Johnson, J.A., and Bootman, J.L. 1995. Drug-related morbidity and mortality:a cost of illness model. Archieve of Internal Medicine 155:1949-1956.
33. Smith, D.L. 1993. The effect of patient noncompliance on health care cost. Medical Interface 4:74.
34. Sullivan, S.D., Kreling, D.H., and Hazlet, T.K. 1990. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalization : a literature analysis and cost of hospitalization estimate. Journal of Research Pharmacology and Econamic 2:19-33.
35. Hewitt, J. 1995. Drug-related unplanned readmission to hospital. Australian Journal of Hospital Pharmacy 25:400-403.
36. Frisk, P.A., Cooper, J.W., and Norman, A. 1997. Comunity-hospital pharmacist detection of drug-related problems upon patient admission to small hospital. American Journal of Hospital Pharmacy 34:738-742.
37. Colt, H.G., and Shapiro, A.P. 1989. Drug-induced illness as cause for admission to a community hospital. Journal of American Geriatric Sociology 37:323-326.
38. Stoukides, C.A., D'Agotino, P.R., and Kaufman, M.B. 1993. Adverse drug reaction survelliance in an emergency room. American Journal of Hospital Pharmacy 50:712-714.
39. Courtman, B.J., and Stallings, S.B. 1995. Characterization of drug-related problems in elderly patients on admission to a medical ward. The Canadian Journal of Hospital pharmacy 48:161-166.

40. Grymonpre, R.E., et al. 1988. Drug-associated hospital admission in older medical patients. Journal of American Geriatric Society 36:1092-1098.
41. Hallas, J., Gram, L.F., and Grodum, E. 1992. Drug-related admission to medical ward : a population based survey. British Journal of Clinical Pharmacology 33:61-68.
42. Williamson, J., and Ahopin, J.M. 1980. Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly : a multicenter investigation. Age Aging 9:73-80.
43. Brand, F.N., Smith, R.T., and Brand, P.A. 1977. Effect of economic barriers to medical care on patients' noncompliance. Public Health Research 92:72-78.
44. Dekker, F.W., Dieleman, F.F., Kaptein, A.A., and Mulder, J.D. 1993. Compliance with pulmonary medication in general practice. European Respiratory Journal 886-890.
45. Rand, C.S., et al. 1992. Metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. American Review of Respiratory Disease 146:1559-1564.
46. Bone, R.C. 1993. The bottom line in asthma management is patient education. American Journal of Medicine 94 : 561-563.
47. Schneitman-McIntire, O., Farnen, T.A., Gordon, N., Chan, J., and Toy, W.A. 1996. Medication misadventures resulting in emergency department visits at an HMO medical center. American Journal of Hospital Pharmacy 53:1416-1422.
48. Lin, S.H., and Lin, M.S. 1993. A survey on drug-related hospitalization in a community teaching hospital. International Journal of Pharmacology Therapy and Toxicology 31:66-69.
49. Dennehy, C.E., Kishi, D.T., and Louie, C. 1996. Drug-related illness in emergency department patients. American Journal of Hospital Pharmacy 53:1422-1426
50. Bond, W.S., and Hussar, D.A. 1991. Detection method and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Pharmacy 48:1978-1988.

51. Felkey, B.G. 1995. Adherence screening and monitoring : pharmacists play an important role in adherence screening and monitoring. American Pharmacy NS35 : 42-51.
52. Eisen, S.A., et al. 1990. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. Archieve of Internal Medicine 150 : 1881-1884.
53. Mayo, P.H., Richman, J., and Harris, H.W. 1990. Results of a program to reduce admissions for adult asthma. Annals of Internal Medicine 112 : 864-871.
54. Hindi-Alexander, M.C., and Cropp, G.J. 1984. Evaluation of a family asthma program. Journal of Allergy and Clinical Immunology 74 : 505-510.
55. McNabb, W.L., Wilson-Pessano, S.R., Hughes, G.W., and Scarmagas, P. 1985. Self-management of children with asthma. American Journal of Public Health 75 : 1219-1220.
56. Lewis, C.E., et al. 1984. A randomized trial of asthma care training for kids. Pediatrics 74 : 478-486.
57. Fireman, P., Friday, G.A., Gira, C., Vierthaler, W.A., and Michaels, L. 1981. Teaching self-management skills to asthmatic children and their parents in an ambulatory care setting. Pediatrics 68 : 341-348.
58. Clark, N.M., et al. 1986. The impact of health education on frequency and cost of health care use by low income children with asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology 78 : 108-115.
59. Hindi-Alexander, M., Thom, J., Zielezny, M., Green, A.W., and Middleton, E. Jr. 1987. Results of training and education on the course of asthma in adults. Journal of Allergy and Clinical Immunology 79 : 140.
60. Rode, J. 1994. Patients confirm that medication counseling helps. American Journal of Hospital Pharmacy 51: 1606-1607.

61. Schommer, J.C., and Wiederholt, J.B. 1994. Pharmacists' perception of patients' needs for counseling. American Journal of Hospital Pharmacy 51 : 478-485.
62. O'Connell, M.B., and Johnson, J.F. 1992. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. The Annals of Pharmacotherapy 26 : 919-921.
63. Edwards, M., and Pathy, M.S. 1984. Drug counseling in the elderly and predicting compliance. Practitioner 228 : 291-300.
64. Wright, E.C. 1994. A lesson in non-compliance. The Lancet 343 : 1305.
65. Shaw, E., Anderson, J.G., Maloney, M., Jay, S.J., and Fagan D. 1995. Factors associated with noncompliance of patients taking antihypertensive medications. Hospital Pharmacy 30 : 201-207.
66. Matsumura, T., et al. 1993. Survey for medication instruction to patient by pharmacist. Japanese Journal of Hospital Pharmacy 19 : 68-79.
67. Murray, M.D., Darnell, J., Weinberger, M., and Martz, B.L. 1986. Factor contributing to medication noncompliance in elderly public housing tenants. Drug Intelligent of Clinical Pharmacy 20 : 146-152.
68. Uken, C. 1994. Schering report : pharmacist counseling counts with patient. Drug Topics 138 : 25.
69. Olowu, A.A., and Lamikanra, A. 1986. Compliance and drug use : some Nigerian data. Journal of Social and Administrative Pharmacy 3 : 157-159.
70. MaPhee, S.J., Frank, D.H., Lewis, C., Bush, D.E., and Smith, C.R. 1983. Influence of a discharge interview on patient knowledge, compliance and functional status after hospitalization. Medical Care 21 : 755-767.
71. Conlan, M.f. 1994. Pharmacist intervention. Drug Topics 138 : 66-71.

72. Sneddon, P.L., and Farrall, D.L. 1989. Medication compliance in elderly patient. Pharmaceutical Journal 243 : R18-R22.
73. OBRA'90, Pharmacists not only count... but they also make a difference. Report XVI. Schering Laboratories, 1994.
74. Schommer, J.C. 1995. Higher levels of consultation services increase patient satisfaction. American Pharmacy NS35 : 69-78.
75. McKercher, P.L., and Rucker, T.D. 1977. Patient knowledge and compliance with medication instructions. Journal of American Pharmaceutical Association NS17 : 282-291.
76. Garnett, W.R., et al. 1981. Effect of telephone follow-up on medication compliance. American Journal of Hospital Pharmacy 38 : 676-679.
77. Simkins, C.V., and Wenzloff, N.J. 1986. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. Drug Intelligence of Clinical Pharmacy 20 : 799-802.
78. Morisky, D. 1983. Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. Journal of Public Health 73 : 153-162.
79. Naranjo, C.A., et al. 1981. A method for estimating the probability of adverse drug reaction. Clinical Pharmacology and Therapeutic 30 :239-245.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการสืบหาและประเมินการเกิด

Drug related hospital admission (DRH)

## แบบสัมภาษณ์

เตียง \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_

หอผู้ป่วย \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_

วันที่เริ่มเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ วันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_

แหล่งของข้อมูลที่ผู้สัมภาษณ์ได้รับคือ 1. ตัวผู้ป่วย 2. ญาติผู้ป่วย

ลักษณะประชากร

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_

อายุ \_\_\_\_\_

เพศ 1. ชาย 2. หญิง

สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง 5. แยกกันอยู่

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร 1. พักอาศัยคนเดียว 2. พักอาศัยอยู่กับญาติหรือครอบครัว

อาชีพ \_\_\_\_\_

ระดับการศึกษา \_\_\_\_\_

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน \_\_\_\_\_

### ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

เหตุผลหรืออาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามานอนพักรักษาในโรงพยาบาล  
ครั้งนี้คือ \_\_\_\_\_

การตรวจร่างกายที่พบเมื่อแรกรับคือ \_\_\_\_\_

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกรับคือ \_\_\_\_\_

การวินิจฉัยของแพทย์เมื่อแรกรับคือ \_\_\_\_\_

การวินิจฉัยของแพทย์เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลคือ \_\_\_\_\_

โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยทราบคือ \_\_\_\_\_

ระยะเวลาที่เป็นโรคคือ \_\_\_\_\_

ประวัติการรักษาจากการสัมภาษณ์คือ \_\_\_\_\_

เวลาที่ผู้ป่วยพบแพทย์ครั้งล่าสุดคือ \_\_\_\_\_

แหล่งที่ผู้ป่วยพบแพทย์คือ \_\_\_\_\_

การรักษาหรือยาที่ได้รับก่อนมานอนพักรักษาครั้งนี้คือ \_\_\_\_\_

ความสามารถจดจำได้ต่อแผนการรักษาหรือยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนคือ

1. ผู้ป่วยสามารถจดจำได้
2. ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้
3. ผู้ป่วยสามารถจดจำได้เฉพาะบางส่วน

รายละเอียดของยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ประจำมีกี่ \_\_\_\_\_ ชนิด

1. ชนิดที่ 1 มีลักษณะยาอย่างไร \_\_\_\_\_

ใช้ครั้งละ \_\_\_\_\_ เม็ด

ใช้วันละ \_\_\_\_\_ ครั้ง

เวลา ก่อนอาหาร หรือ หลังอาหาร

เวลา เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน

2. ชนิดที่ 2 มีลักษณะอย่างไร \_\_\_\_\_

ใช้ครั้งละ \_\_\_\_\_ เม็ด

ใช้วันละ \_\_\_\_\_ ครั้ง

เวลา ก่อนอาหาร หรือ หลังอาหาร

เวลา เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน

ถ้าลืมกินยาแล้วทำอย่างไร \_\_\_\_\_

มีข้อไหนลืมบ่อยที่สุด \_\_\_\_\_

จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำคือ

1. 0 \_\_\_\_\_ ท่าน

2. 1-2 \_\_\_\_\_ ท่าน

3. 3 หรือมากกว่า \_\_\_\_\_ ท่าน

ผู้ป่วยรักษากับแพทย์ที่ใดบ้าง เช่น \_\_\_\_\_

เริ่มรักษากับแพทย์แต่ละท่านเมื่อไร \_\_\_\_\_

ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีลักษณะอย่างไร \_\_\_\_\_

ผลการรักษากับแพทย์แต่ละท่านเป็นอย่างไร \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยไปหาแพทย์แต่ละท่านบ่อยแค่ไหน อย่างไร \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยไปหาแพทย์เฉพาะเวลามีอาการหรือไม่ \_\_\_\_\_

แพทย์แต่ละท่านเคยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น หรือเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ตนหรือไม่ และอย่างไร \_\_\_\_\_

ความคิดเห็นของผู้ป่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในการพบแพทย์แต่ละครั้ง เป็นอย่างไร \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายหรือไม่ \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยเคยพบอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ผู้ป่วยทราบสรรพคุณของยาที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ผู้ป่วยเคยใช้ยาที่มีวิธีใช้พิเศษหรือไม่อย่างไร \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยทราบวิธีปฏิบัติตน เพื่อการควบคุมอาการของโรคหรือไม่ เช่น

- การควบคุมอาหาร \_\_\_\_\_

- การควบคุมความดัน \_\_\_\_\_

ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแพทย์บ่อย ถามเหตุผล \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

พฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยคือ 1. รับประทานด้วยตนเอง

2. ให้ญาติช่วยเหลือ

การใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่งของผู้ป่วยคือ

1. ใช้สมุนไพร เช่น \_\_\_\_\_

แหล่งที่มาของสมุนไพรคือ \_\_\_\_\_

ขนาดและวิธีใช้ คือ \_\_\_\_\_

ค่าใช้จ่ายคือ \_\_\_\_\_

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยานานเท่าไร คือ \_\_\_\_\_

สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาดังกล่าวคือ \_\_\_\_\_

ผลของการใช้ยาดังกล่าวคือ \_\_\_\_\_

อาการข้างเคียงที่เคยสังเกตพบคือ \_\_\_\_\_

2. ใช้ยาแผนโบราณ เช่น ยาลูกกลอน \_\_\_\_\_

แหล่งที่มาของยาแผนโบราณคือ \_\_\_\_\_

ขนาดและวิธีใช้ คือ \_\_\_\_\_

ค่าใช้จ่ายคือ \_\_\_\_\_

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยานานเท่าไร คือ \_\_\_\_\_

สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาดังกล่าวคือ\_\_\_\_\_

ผลของการใช้ยาดังกล่าวคือ\_\_\_\_\_

อาการข้างเคียงที่เคยสังเกตพบคือ\_\_\_\_\_

3. ผู้ป่วยใช้ยาในข้อ 1 หรือ 2 โดยหยุดยาที่แพทย์สั่ง หรือใช้ร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง\_\_\_\_\_

ประวัติการรักษาจากบัตรตรวจโรคคือ\_\_\_\_\_

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

การมารับยาตามนัดหรือไม่

ผลการรักษาของยาที่ใช้สามารถควบคุมอาการโรคได้หรือไม่

ประวัติการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน ๆ มีสาเหตุจากอะไร

ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยคือ

1. ผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

2. ผู้ป่วยใช้ขนาดยาต่างจากที่สั่ง

2.1 ใช้มากกว่า

2.2 ใช้น้อยกว่า

3. ผู้ป่วยใช้จำนวนครั้งต่อวัน ผิดจากสั่ง

3.1 ใช้มากครั้ง

3.2 ใช้น้อยครั้ง

4. ผู้ป่วยใช้ยาคิดเวลา หรือผิดระยะห่างของการใช้ยา

5. ผู้ป่วยใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เช่น

ใช้ยาแผนปัจจุบันอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง หรือ

ใช้ยาแผนโบราณ หรือ ยาสมุนไพร

เหตุผลของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยคือ

1. ปัญหาเรื่องการเดินทาง \_\_\_\_\_
2. ความไม่สะดวกในเรื่องเวลา \_\_\_\_\_
3. ผู้ป่วยพักอาศัยคนเดียว \_\_\_\_\_
4. ผู้ป่วยลืม \_\_\_\_\_
5. เกิดอาการข้างเคียงของยา \_\_\_\_\_
6. ค่ายาแพง \_\_\_\_\_
7. ความรู้สึกว่ายานี้ไม่ช่วยหรือรับประทานแล้วไม่ดีขึ้น \_\_\_\_\_
8. มีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยานี้ระยะนาน \_\_\_\_\_
9. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องยาและการรักษาไม่เพียงพอ \_\_\_\_\_

การแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ภายหลังจากสืบทพบคือ \_\_\_\_\_

ผลการประเมินการเกิด DRH คือ \_\_\_\_\_

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตลอดเวลาก่อนนอนพักรักษาในโรงพยาบาลคือ \_\_\_\_\_

ประเภทของการจ่ายเงินของผู้ป่วย คือ 1. เบิกได้ 2. จ่ายเอง 3. อนุถา

### ภาคผนวก ข

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยบางรายที่พบ Drug related hospital admission

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยคู่ อายุ 56 ปี อาชีพรับราชการ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 2 มีประวัติ เป็นเบาหวานมานาน้อยกว่า 1 ปี, ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล คือ 7-15 มกราคม 2540

การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน คือ

1. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
2. คลินิกแพทย์ 1 ท่าน
3. ซื้อมาจากร้านยาประจำ 1 ร้าน

อาการสำคัญที่เป็นสาเหตุของการมาโรงพยาบาล คือ ประมาณ 1 อาทิตย์ก่อนมา ผู้ป่วยรู้สึก

เบื่ออาหาร กินข้าวไม่ค่อยได้ 2 วันก่อนมา

โรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง และคลื่นไส้

อาเจียน โดยก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วย

ไปซื้อยา Daonil<sup>®</sup> และ Metformin จากร้านยา

ประวัติการรักษาของผู้ป่วย คือ แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเบาหวานที่คลินิกนานประมาณ 2 เดือน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนั้นวันที่ 20 กันยายน 2539 จึงมาโรงพยาบาลพระจอมเกล้าได้ ยาคือ B<sub>1-6-12</sub> 1x2 pc, Daonil<sup>®</sup> 1x2 ac, Metformin 1x2 pc. จากการ สัมภาษณ์ไม่พบว่าเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่เนื่องจากการมา รับยาที่โรงพยาบาลเสียเวลา, ช้า ทำให้ผู้ป่วยไปทำงานสาย ดังนั้น ต่อมาผู้ป่วยจึงไปซื้อยาจากคลินิกแพทย์ท่านเดิมในตอนเช้าตรู่ โดยผู้ป่วยจะไปเอายาเฉพาะเวลาที่มีอาการกำเริบ เช่น ปัสสาวะ บ่อย ทำให้ต้องดื่มน้ำมาก และเนื่องจากผู้ป่วยต้องการประหยัด เงินจึงขาดยาบ่อย โดยขาดยาประมาณ 1 เดือน ช่วงเวลาที่ขาดยา



รักษาเบาหวาน ผู้ป่วยฟังคำบอกเล่าของคนรู้จักว่าให้กินมะแว้ง  
ผลโดยมีสูตรคือ ให้กิน 30 เม็ด/วัน นาน 1 เดือน ต่อมาให้กิน 20  
เม็ด/วัน นาน 1 เดือน และต่อมาให้กิน 10 เม็ด/วัน นาน 1 เดือน  
แต่ผู้ป่วยเพิ่งทดลองกินได้ประมาณ 20 วัน โดยบางครั้งกินร่วม  
กับยาคลินิกหรือบางครั้งผู้ป่วยก็เอาตัวอย่างไปซื้อร้านขายยา

การวินิจฉัยของแพทย์ คือ โรคเบาหวาน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ 8 มกราคม 2540 FBS = 288 mg%  
14 มกราคม 2540 FBS = 174 mg%

การรักษาขณะนอนในโรงพยาบาล คือ Daonil<sup>®</sup> 2x1 ac, Daricon<sup>®</sup> 1x2  
Metformin 1x3 pc, Buscopan<sup>®</sup> 2 tab prn  
Citidine<sup>®</sup> (200) 2x2

ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะกลับบ้าน คือ ยาเหมือนขณะรักษาในโรงพยาบาล

คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย คือ อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องใช้ยารักษาโรค  
เบาหวานอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ซึ่งจะ  
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่าง  
ใกล้ชิด และเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้อาการกำเริบ คือ ผู้ป่วย  
ไม่ได้ควบคุมอาหารโดยยังกินของหวานอยู่ ดังนั้นจึงแนะนำให้  
ผู้ป่วยควบคุมอาหารร่วมด้วย นอกจากนี้ยังอธิบายผลการแทรก  
ซ้อนของการไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงคู่ อายุ 71 ปี อาชีพงานบ้าน จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 มีประวัติเป็น  
โรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 6 ปี โดยรักษาไม่ต่อเนื่อง, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล คือ  
19-21 พฤศจิกายน 2539

การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน คือ คลินิกแพทย์ 3 ท่าน หรือมากกว่า โดยไม่เคยมาโรงพยาบาล  
เพราะกลัว

อาการสำคัญที่เป็นสาเหตุของการมาโรงพยาบาล คือ 6 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ  
เวียนศีรษะ บ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน  
รับประทานอาหารได้น้อย  
BP แรกรับ = 230/120

ประวัติการรักษาของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์คลินิก  
โดยผู้ป่วยจะไปเอายามากินเฉพาะเมื่ออาการกำเริบ ต่อมาภายหลัง  
เมื่ออาการกำเริบอีกผู้ป่วยจึงเปลี่ยนไปหาคลินิกแพทย์คนอื่น ๆ  
หลายท่าน สาเหตุที่ผู้ป่วยหาแพทย์หลายที่เพราะผู้ป่วยเข้าใจว่ายา  
จากคลินิกก่อนนั้นไม่ดี กินแล้วอาการยังกำเริบอีก ผู้ป่วยไม่เคย  
ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงต้องกินยาต่อเนื่อง บางครั้งผู้ป่วย  
กินใบฟ้าทะลายโจรตากแห้ง ปั่นเป็นลูกกลอน โดยได้คำแนะนำ  
จากเพื่อนบ้าน ช่วงแรกกินวันละ 3 เม็ด แต่ผู้ป่วยทราบว่า ถ้า  
กินฟ้าทะลายโจรมากจะจับไต ไตไม่ดี ผู้ป่วยจึงลดเป็นกินวันละ  
1 เม็ด แต่ในตอนหลังน้ำท่วมต้นฟ้าทะลายโจรตายจึงหยุดกิน  
เมื่อมีอาการจึงไปหาแพทย์ที่คลินิก โดยจะลดจำนวนครั้งลงถ้า  
อาการดีขึ้นเพราะค่ายาแพง

การวินิจฉัยของแพทย์ คือ โรคความดันโลหิตสูง

การรักษาขณะนอนในโรงพยาบาล คือ แกรับ Adalat<sup>®</sup> (10) อมใต้ลิ้น และวัด BP ทุก 1 ชม.

ต่อมาให้ Adalat<sup>®</sup> (10) 1x3, Moduretic<sup>®</sup> 1x1,

Dramamine<sup>®</sup> 1x3, stugeron<sup>®</sup> 1x3

ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะกลับบ้าน คือ ยาเหมือนขณะรักษาในโรงพยาบาล

คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย คือ ให้ความรู้ในเรื่องแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงว่าจะต้องใช้  
ยาอย่างต่อเนื่อง และที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอีก ไม่ใช่เพราะยาไม่ดี  
แต่เป็นเพราะไม่ได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยลด  
อาหารเค็ม และควรมารับยาที่โรงพยาบาลต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหา  
ค่าใช้จ่าย เพราะผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิได้ยาฟรี เพราะสูงอายุ

ผู้ป่วยรายที่ 3 ชายไทยคู่อายุ 61 ปี อาชีพงานบ้าน จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ประมาณ 5 ปี, ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลคือ 8-14 ส.ค 2539

การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน คือ 1. คลินิกแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ตามคำบอกเล่าว่ารักษาที่  
2. โรงพยาบาลค่ายทหาร

อาการสำคัญที่เป็นสาเหตุของการมาโรงพยาบาล คือ ปวดหัว อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน  
ประมาณ 4 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการรักษาของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง โดยถ่ายยาที่ได้รับกินแล้วอาการดี ผู้ป่วยก็จะนำไปซื้อเองจากร้านยา เพราะราคาถูกกว่ายาจากคลินิก โดยสรุปคือ ยาที่ผู้ป่วยซื้อกินประจำคือ Diamicron<sup>®</sup> 2x1 และ Natrilix<sup>®</sup> 1x1 โดยที่ไม่มีการตรวจวัดความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนหน้าที่จะมาโรงพยาบาลครั้งนี้ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการปวดหัว คล้ายกับครั้งนี้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไปหาคลินิกแพทย์ แต่อาการไม่ทุเลา จึงต้องมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัยของแพทย์ คือ โรคความดันโลหิตสูง และ Electrolyte imbalance คือ Hyponatremia และ Hypokalemia และ DM

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ

วันที่	Na	K	Cl	CO <sub>2</sub>
8	100	2.8	69	22
9	109	2.3	75	23
12	126	5.0	92	29

การรักษาขณะนอนในโรงพยาบาล คือ Adalat<sup>®</sup> (5) 1x1 → 1x3

3% NaCl drip + KCl → KCl elixir 15 ml x 3 นาน 3 วัน

B<sub>1-6-12</sub> 1x3

Daonil<sup>®</sup> 2x1

ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะกลับบ้าน คือ Adalat<sup>®</sup> (5) 1x3  
Daonil<sup>®</sup> 2x1  
B<sub>1-6-12</sub> 1x2

คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย คือ แนะนำว่าผู้ป่วยไม่ควรนำตัวอย่างมาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลไป  
ซื้อกินเองจากร้านยา เพราะผู้ป่วยจะขาดความดูแลจากแพทย์ ทั้งใน  
เรื่องการควบคุมอาการของโรค และผลข้างเคียงจากยาที่อาจจะเกิดขึ้น  
ได้ภายหลัง และผู้ป่วยควรใช้ยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการลดการกิน  
อาหารหวานและอาหารเค็มมาก เพื่อช่วยให้ควบคุมอาการของโรคได้ดี  
ยิ่งขึ้น

## ภาคผนวก ค

## ตัวอย่างการคำนวณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ในกลุ่มที่เกิด DRH

HN	ค่ายา (บาท)	ค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ (บาท)	ค่าเอ็กซเรย์ (บาท)	ค่าตรวจคลื่น หัวใจ (บาท)	ค่าอุปกรณ์เครื่อง ใช้ในการพยาบาล (บาท)	ค่าอาหาร (บาท)
30458	2,940	20	-	-	1,100	300
44120	1,300	-	-	150	60	90
81692	1,390	500	-	-	240	250
91537	700	50	120	-	40	60
90753	3,910	500	120	1,100	360	400
68496	960	350	120	200	-	240
92150	420	300	140	200	700	90
89159	3,270	50	120	-	-	210
65919	6,060	160	120	-	510	750
26920	1,060	-	140	300	-	240
89516	2,120	20	120	-	400	120

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวพิจิตรา รัตนไพบูลย์  
การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบญจมเทพอุทิศ จ. เพชรบุรี  
เภสัชศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2533 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ตำแหน่ง เภสัชกรฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า กองโรงพยาบาลภูมิภาค  
กระทรวงสาธารณสุข