

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษานี้ ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่ โรงพยาบาล อินทร์บุรี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกสูงอายุจำนวน 230 ราย ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ คลินิกอายุรกรรมทั้ง 3 คลินิก ได้แก่ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน และ คลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงเวลาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2545 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2546

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 143 ราย เพศชาย 87 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 175 ราย(ร้อยละ 76.1) มีผู้ป่วยที่ใช้บัตรพรในการรักษา พยาบาลจำนวน 146 ราย(ร้อยละ 63.5) และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีผู้ป่วยจำนวน 141 ราย

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ในการศึกษาทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป(ปัจจัยเสี่ยงที่ 1) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ (ปัจจัยเสี่ยงที่ 2) ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา(ปัจจัยเสี่ยงที่ 3) พบผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลยจำนวน 83 ราย(ร้อยละ 36.1) ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ชนิด จำนวน 108 ราย(ร้อยละ 46.9) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 2 ชนิด จำนวน 32 ราย(ร้อยละ 14.0) และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันทั้ง 3 ชนิด จำนวน 7 ราย(ร้อยละ 3.0)

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาในการศึกษานี้ ซึ่งกำหนดไว้ตาม Cipolle ประกอบด้วย 7 ประเภท แต่ในการศึกษานี้พบปัญหาจากการรักษาด้วยยาเพียง 3 ประเภทเท่านั้น ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ปัญหาการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์และปัญหาการสั่งใช้ ยาที่ไม่เหมาะสม โดยปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งพบมากที่สุด จำนวน 69 ราย รอง มาได้แก่ ปัญหาการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 11 ราย และสุดท้ายคือ ปัญหาการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจำนวน 2 ราย มีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่พบปัญหาจากการรักษา ด้วยยาจำนวน 2 ปัญหา

การแก้ไขปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจำนวน 79 ราย จำนวน 81 ปัญหา เกสัชกรสามารถแก้ไขได้ 67 ราย จำนวน 68 ปัญหา โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดใดเลย 22 ราย จำนวน 23 ปัญหา จำนวนผู้ป่วยหลังการแก้ไข 5 ราย จำนวน 6 ปัญหา ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด 57 รายจำนวน 57 ปัญหา จำนวนผู้ป่วยหลังการแก้ไข 10 ราย จำนวน 10 ปัญหา

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุและปัจจัยเสี่ยง ด้วยสถิติ Odds ratio พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ 1 ไม่สัมพันธ์กับปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ(Odds ratio มีค่า 1.146 เท่าและค่าระดับความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 0.663-1.980) เช่นเดียวกับปัจจัยเสี่ยงที่ 2 ที่ไม่สัมพันธ์กับปัญหาจากการรักษาด้วยยา(Odds ratio มีค่า 1.219 เท่า และค่าความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 0.575 - 2.588) แต่ในผู้ป่วยสูงอายุที่ปัจจัยเสี่ยงที่ 3 มีโอกาสเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาเป็น 2.180 เท่าของผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 3(Odds ratio มีค่า 2.180 และค่าความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.061-4.048)

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

1.ในการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ควรช่วยกันดูแลทุกฝ่ายทั้งแพทย์ เกสัชกร และที่สำคัญ คือ ญาติของผู้ป่วยโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุเริ่มมีปัญหาสาวยตา ญาติควรได้รับรู้อาการโรคของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยดูแลการใช้ยา และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสูงอายุใช้ยา เนื่องจากยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ ส่วนใหญ่เป็นยาที่ต้องรับประทานไปตลอดชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ช่วยดูแลได้เฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลเท่านั้น หากถ้ามีญาติคอยดูแลใกล้ชิด จะทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาลดลงได้มาก

2.ในการแก้ไขปัญหาจากการรักษาด้วยยาในส่วนของปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง จะเห็นได้ว่า การใช้กล่องใส่ยาที่คาดว่าจะใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยสูงอายุที่สับสนเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา หรือจำไม่ได้ว่ารับประทานยาไปแล้วหรือไม่ แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาผู้ป่วยไม่ใช้กล่องใส่ยา 1 ราย จากผู้ป่วย 6 รายเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาของปิยพร สุวรรณโชติ (2543)พบว่ากลวิธีที่ใช้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกได้รับการให้คำปรึกษา และเอกสารประกอบเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องของการใช้ยาและโรค กลุ่มที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาและ

ภาษาเฉพาะบรรจยา และกลุ่มที่ 3 ได้รับปรึกษา เอกสารประกอบ และภาษาเฉพาะบรรจยา พบว่ากลวิธีทั้งสามให้ผลไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นการทดลองแบบสุ่ม ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลวิธีที่จะใช้กับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายควรพิจารณาตามความเหมาะสม

3. การแก้ไขปัญหามาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องมีการติดตามผลการแก้ไขเพิ่มมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากเมื่อได้แก้ไขปัญหาก่อนแล้ว อาจเกิดปัญหาใหม่ขึ้นมาได้

4. การพิจารณาปัญหาจากการรักษาด้วยยาในงานวิจัยนับเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และนับเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่โรงพยาบาลอินทรีบูรีเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยสูงอายุหลายรายยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา แต่เนื่องจากในงานวิจัยนี้ยังไม่ถือว่าเป็นปัญหาจากการรักษาด้วยยาเนื่องจากยังไม่เกิดปัญหาขึ้นจริง ทั้งยาที่ใช้ในโรงพยาบาลอินทรีบูรี เช่น ผู้ป่วยยังไม่ทราบวิธีการใช้ยา isosorbide dinitrate อย่างครบถ้วน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมยาได้ลิ้นเพียง 1 เม็ดอาการปวดเค้นหน้าอก ก็จะหายไป ผู้ป่วยบางรายจึงไม่ทราบว่าหากอาการดังกล่าวยังไม่บรรเทาจะมีวิธีปฏิบัติตัวอย่างไร บางรายระบุว่าให้ทานหลังจากเม็ดแรก 4-6 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้ยานอกโรงพยาบาลของผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมซื้อยารับประทานเอง หรือยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งใช้ยาชื่อยา tetracyclineรับประทานเอง ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการเจ็บคอ หรือการรับประทานยาชุด ดังนั้นในการปฏิบัติงานจริงเภสัชกรต้องพิจารณาปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นทั้งหมดร่วมด้วย

5. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งเป็นปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ แต่จากการศึกษาไม่พบอาการแสดงทางคลินิกอันมีสาเหตุมาจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา แต่อย่างไรก็ตามควรเฝ้าระวังการเกิดปัญหาโดยเฉพาะในช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน

6. จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยาดังแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งเป็นผลที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการตรวจรักษา นอกจากนี้จะใช้ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยก่อนที่แพทย์ตรวจแล้ว ยังสามารถนำมาปรับใช้ในเวลาที่เภสัชกรจ่ายยา โดยอาจใช้ระบบคอมพิวเตอร์ตรวจสอบรายการยาที่มีการปรับเปลี่ยนไปจากครั้งที่ผ่านมา เพื่อเภสัชกรได้ย้าให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบเมื่อผู้ป่วยมารับยา ซึ่งคาดว่าวิธีนี้น่าจะช่วยลดปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มาก และเป็นทีพอใจแก่ผู้ป่วย. เนื่องจากสาเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเกิดจากความไม่ตั้งใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยทราบว่าแพทย์ได้ปรับเปลี่ยนการใช้ยาแล้ว ผู้ป่วย

ก็พร้อมจะปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานตามที่แพทย์สั่งได้ หรือหากผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคเรื้อรัง ชนิดใหม่ เกสซ์กรจะได้นำอาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการ และแจ้งแพทย์ได้หากพบอาการที่น่าสงสัย ในกรณีผู้ป่วยรายใดมีปัญหา เพิ่มเติมเกสซ์กรก็จะมีการให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มเติมได้

7. ที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี ควรจัดให้มีระบบนัดของคลินิกอายุรกรรมทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรค เรื้อรังทุกราย เนื่องจากถ้าทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับวันนัด ก็จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ และญาติก็ให้ความสำคัญกับการมารับยาอย่างสม่ำเสมอ และญาติก็จะได้เตรียมวางแผนล่วงหน้าว่าต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในวันใด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลายรายก็ต้องการให้ ทางโรงพยาบาลนัดวันที่จะมารับยาในแต่ละเดือน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

8. จากการคัดเลือกผู้ป่วยที่คลินิกพิเศษโรคเบาหวานและคลินิกพิเศษโรคความดันโลหิตสูง พบว่าบางครั้งการสุ่มคัดเลือกผู้ป่วยก็พบผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าหากนำปัจจัยเสี่ยงการได้รับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมาใช้ ร่วมด้วย อาจทำให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมากขึ้น

9. ที่คลินิกพิเศษโรคเบาหวานก็มีพยาบาลมาให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเมื่อผู้ป่วยมีระดับ น้ำตาลสูงเช่นกัน ผู้ป่วยบางรายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการบริการจากทั้ง 2 หน่วยงาน ดังนั้นหากได้มีการทำงานเป็นทีมเดียวกันก็จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกสซ์กร สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการรักษาด้วยยาได้ทั่วถึงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงแม้จะดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ แผนกอายุรกรรมเท่านั้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้มีลักษณะที่แตกต่างกัน คือ เพศ อายุ จำนวนโรคที่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่เป็นโรคแต่ละโรค รวมถึงแพทย์ที่คลินิกอายุรกรรม เฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานเป็นแพทย์เฉพาะทาง อายุรกรรม แต่ ที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไปเป็นแพทย์จากหลายสาขา ดังนั้นการสั่งใช้ยาจึงอาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจรบกวนผลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเสี่ยงแต่ละชนิดได้ ดังนั้นหากมีการศึกษาต่อไป ควรพิจารณาจำกัดกลุ่มผู้ป่วยแยกตามปัจจัยดังกล่าว

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้จะสมบูรณ์มากขึ้น ควรขอความร่วมมือในการประเมินการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์โดยการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมกับการประเมินจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย เช่น การประเมินผลการทำงานของตับเมื่อมีการใช้ยาในกลุ่ม statins เป็นต้น

3. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ 2 คือ การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ 2 มีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ทำการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นอาจศึกษาเพิ่มเติมเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ 2 อาจเห็นภาพรวมปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นทั้งหมด และเนื่องจากการศึกษาที่พบว่ายา theophylline เป็นยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุด ซึ่งอาจหากทำการศึกษาที่โรงพยาบาลอื่นอาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เนื่องจากที่โรงพยาบาลอินทรีบุรีไม่มีเครื่องตรวจวัดระดับยาในเลือด ผลการศึกษาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงปัญหาที่พบจากการสังเกตอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเท่านั้น หากทำการศึกษาปัจจัยชนิดนี้ในโรงพยาบาลอื่น อาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะหากทำในโรงพยาบาลที่มีการตรวจวัดระดับยาในเลือดได้ ทำให้สามารถระบุได้แน่ชัดในกรณีผู้ป่วยเกิดพิษจากการใช้ยา

4. จากการศึกษา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ปัจจัยแต่กลับพบว่าเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา แสดงให้เห็นว่ายังต้องมีตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยอีก ซึ่งควรทำการศึกษาต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย