

# เภสัชกรรมคลินิก

ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560

ISSN 0858-8538





# สารบัญ

ผลลัพธ์การลดการใช้ยาปฏิชีวนะและความสัมพันธ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยนอก ตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

1

ไพศาล ขอบประดิษฐ์

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

18

ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์

การประเมินผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

32

มานพ ขันดี

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

44

ชาติศรีธรรมาธิ์ สุลักษณ์านนท์

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

59

รศนา ธนะทิพานนท์

การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

68

ณัฐกานต์ นามแก้ว

ผลการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

84

พิชิต บุตรสิงห์

การประเมินการใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIG) ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

98

พลอยรุ่ง โกมลเวชกุล, พิชรี กาญจนวัฒน์

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัว

107

ธีรวิทย์ บำรุงศรี

## วารสารเภสัชกรรมคลินิก

### ● วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ข่าวสารด้านเภสัชกรรมโรงพยาบาลและเภสัชกรรมคลินิกของเภสัชกรกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการด้านเภสัชกรรมคลินิก เภสัชกรรมโรงพยาบาลและการคุ้มครองผู้บริโภค

### ● เจ้าของ

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ชมรมเภสัชกรโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

### ● ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  
ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.สมนต์ สกลไชย  
รศ.ดร.ภญ.เฉลิมศรี ภูมิมางกูร  
ผศ.ภญ.อภิฤดี เหมะจุฑา  
รศ.ภญ.อารณี ไชยาค่า

### ● บรรณาธิการ

ภก.ธงชัย วัลลภารกิจ

### ● กองบรรณาธิการฝ่ายบริหาร

ภญ.พรพิมล จันทร์คุณาภาส  
ภญ.ไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง  
ภญ.วรรณิตตา ศรีสุพรรณ  
ภญ.ชุติมา อรรถสิทธิ์พันธ์  
ภญ.นุชน้อย ประภาโส  
ภญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์  
ภญ.ภารดี พลอดภัย

### ● กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

รศ.(พิเศษ) ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์  
รศ.ภญ.วรรณดี แต่ใสติกุล  
ผศ.ดร.ภญ.พรรณิภา อภิษฐาภิชาติ  
รศ.ดร.ภญ.ไพยม วงศ์วรวิทย์  
รศ.ดร.ภก.มนัส พงษ์ชัยเดชา  
รศ.ดร.ภญ.จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์  
ภญ.ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ  
ภก.อำนาจ พงษ์ภาคภูมิ

# ผลลัพธ์การลดการใช้ยาปฏิชีวนะและความสัมพันธ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยนอก ตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

ไพศาล ชอบประดิษฐ์ ภา.ม. (เภสัชกรรมชุมชน)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

## บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (*Retrospective, Descriptive study*) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ และความสัมพันธ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกกับการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยนอกภายใน 14 วัน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโรงพยาบาลสมุทรสาครก่อนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในปี 2559 และหลังการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในปี 2560 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ที่ทำรายงานผลตัวชี้วัดการใช้ยาสมเหตุผลให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ สถิติพื้นฐาน เปรียบเทียบเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลด้วย Unpaired t-test และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Chi-Square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

ผลการศึกษาข้อมูลโรงพยาบาลสมุทรสาครช่วงปี 2559 และ 2560 พบว่าหลังจาก โรงพยาบาลรับนโยบายการใช้ยาสมเหตุผลจากกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลเพื่อขับเคลื่อน พบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนลดลงร้อยละ 19.79 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลงร้อยละ 22.95 ค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 โรค ระหว่างปี 2559 และ 2560 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มูลค่ายาที่ประหยัดให้โรงพยาบาลสำหรับการใช้ยาใน 2 กลุ่มโรคนี้นเท่ากับ 1,177,588.25 บาทต่อปีค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยนอกเท่ากับ  $732.08 \pm 172.60$  ครั้งในปี 2559 และ  $638.08 \pm 151.40$  ครั้ง ไม่แตกต่างกันระหว่างปี 2559 และปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนของคนที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำแตกต่างจากสัดส่วนของคนที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะแต่กลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในทั้งสองกลุ่มโรค

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง สะท้อนผลลัพธ์ได้เพียงแต่เชิงปริมาณ ที่สามารถนำเสนอผู้บริหารได้ในประเด็นปริมาณผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากการใช้ยาสมเหตุผลปริมาณผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยนอก หากมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจะใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล เชิงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามนโยบายต่อไป

**คำสำคัญ:** การใช้ยาสมเหตุผล, การใช้ยาปฏิชีวนะ

## Study on reduction of antibiotic use and the relationship between antibiotic use and revisit of outpatients according to the project promoting rational drug use in a regional hospital

PaisanChoppradit

Pharmacy department, Samutsakhon Hospital

### Abstract:

This retrospective, descriptive study aimed to find out the results of antibiotic use reduction and the relationship between antibiotic use and revisit of outpatients within 14 days. The study population consists of outpatients with upper respiratory tract infections or acute diarrhea in Samutsakhon Hospital before the implementation of the strategies in 2016 and after the implementation in 2017. The data from the HOSxP program database which was reported to the Permanent Secretary Office of the Ministry of Public Health as key performance indicators of the hospital was analysed. The statistics used in the study were basic statistics comparing percentage, mean and standard deviation. The unpaired t-test was used to compare the difference in mean and the Chi-Square was used to test relationship at the statistical significance level of 0.05.

The results of this study in Samutsakhon Hospital between 2016 and 2017 showed that after the hospital had received rational drug use policy from the Ministry of Public Health and established the rational drug promoting committee, the use of antibiotics reduced by 19.79% in upper respiratory tract infections and by 22.95% in acute diarrhea. The reduction was statistically significant in both diseases ( $p < 0.05$ ). This saved the hospital 1,177,588.25 baht per year. Mean revisit of outpatients was  $732.08 \pm 172.60$  visits in 2016 and  $638.08 \pm 151.40$  visits in 2017, which was not significantly different. The revisit ratio of antibiotic prescribed and non-antibiotic prescribed patients was significantly different ( $p < 0.05$ ).

The limitation of this study is its retrospective design can present only quantitative data, i.e. the number of patients, the cost saving on rational drug use, and outpatient revisit rate. Further qualitative study is needed to assess more outcomes from the rational drug use policy compliance.

**Key words :** rational drug use, use of antibiotics

### บทนำ :

ปัญหาของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ระบุว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล ลักษณะที่พบได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด (Poly pharmacy) การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมทั้งขนาดยา และใช้ยาโดยไม่ใช้การติดเชื้อแบคทีเรีย (Inappropriate) การใช้ยามากเกินความจำเป็น (Over use) ไม่ใช้ยาตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (No guideline) และการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจากผู้ป่วยเอง (Self medication)<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2554 ผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะได้กลายเป็นปัญหาที่ร้ายแรงต่อสุขภาพประชากรและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาและอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไป และความจำเป็น และการใช้ยา

ปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยานั้นไม่สมเหตุผล จากรายงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขององค์การอนามัยโลก พบมีเพียงแค่ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเท่านั้นที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคการติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสและท้องร่วงที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม<sup>(2)</sup> สาเหตุของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลในหลายประเทศส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่บุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษามีความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม<sup>(3)</sup> ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญในประเทศไทยเช่นเดียวกัน และอาจมีความสำคัญในระดับสูงกว่าหลายประเทศ เนื่องจากการจ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วยไทยสามารถกระทำได้ในหน่วยงานสุขภาพหลายระดับและโดยบุคลากรสาธารณสุขหลายกลุ่มวิชาชีพ จึงทำให้ปริมาณการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะมีมากและมีโอกาสเกิดความไม่สมเหตุผลในการใช้ยามากขึ้น การศึกษาของนิธิตาและคณะ พบว่ามีการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่ส่วนมากไม่จำเป็นต้องได้ยาปฏิชีวนะในร้านขายยาและคลินิก ร้อยละ 40 - 60 และได้ระบุถึงความสูญเสียในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและโอกาสในการเกิดเชื้อดื้อยา และได้มีการแนะนำให้แก่ไขปัญหาดังกล่าวโดยเน้นที่การให้ความรู้กลุ่มวิชาชีพที่มีส่วนในการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยตรง<sup>(4)</sup>

ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในประเทศไทยนั้นได้บรรจุให้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” เป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบแห่งชาติด้านยา พ.ศ.2555 - 2559<sup>(5)</sup> ในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 15 โรงพยาบาลสมุทรสาครได้เริ่มดำเนินงานเมื่อเดือนมกราคม 2559 ซึ่งพบกับปัญหาอุปสรรคและคำถามจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างปี 2559 และ 2560
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะกับการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยนอกหลังมารักษาครั้งแรกภายใน 14 วันในปี 2560

## คำนิยามศัพท์

ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision) เป็นรหัสของโรคและอาการที่จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มีวัตถุประสงค์ในการจัดประเภทการเจ็บป่วยตามเกณฑ์เพื่อใช้บันทึกเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลทางสถิติในการวางแผนสุขภาพในระดับสากล

**ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics)** หมายถึง ยาที่มีความสามารถในการทำลาย และ/หรือ ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์เพื่อใช้รักษาโรคติดเชื้อต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยตามคุณสมบัติของยาในการกำจัดเชื้อแต่ละชนิด เช่น ยาต้านเชื้อแบคทีเรีย (Antibacterials) ยาต้านไวรัส (Antivirals) ยาต้านเชื้อรา (Antifungals)<sup>(6)</sup> ซึ่งในการศึกษานี้จะหมายถึงยาต้านแบคทีเรีย (Antibacterials) เท่านั้น

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)<sup>(5)</sup>** หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อนคำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์เภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคน

สามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน และไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ

### วิธีการศึกษา :

**รูปแบบการศึกษา :** เป็นการศึกษาแบบก่อนและหลัง (*before/after study*) การดำเนินการตามกลยุทธ์การจัดการ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (*retrospective review*) จากสถิติการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคคอจากระวังเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลสมุทรสาครแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ก่อนดำเนินงานโครงการใช้ยาสมเหตุผลระหว่าง 1 มกราคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559 และหลังดำเนินงานโครงการใช้ยาสมเหตุผลระหว่าง 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2560 โดยกำหนดกลุ่มประชากรตามการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ได้แก่

1. ผู้ป่วยนอกที่มารักษาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ICD-10 J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9

2. ผู้ป่วยนอกที่มารักษาด้วยโรคคอจากระวังเฉียบพลัน ICD-10 A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529

3. ผู้ป่วยในที่เข้าพักรักษาตัวด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและทางเดินหายใจช่วงล่าง ICD-10 J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.5, J01.6, J01.7, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9

4. ผู้ป่วยในที่เข้าพักรักษาตัวด้วยโรคคอจากระวังเฉียบพลัน ICD-10 A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1) โปรแกรม HOSxP เป็นซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน สำหรับสถานพยาบาลสถานีอนามัย และโรงพยาบาลใช้ประมวลข้อมูลการวินิจฉัยของผู้ป่วยการสั่งยาปฏิชีวนะ ค่าใช้จ่ายยาปฏิชีวนะการกลับมารักษาซ้ำภายใน 14 วัน การกลับมาและเข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล

2) โปรแกรม Excel 2010 ใช้ทดสอบสถิติเบื้องต้น โดยใช้ Unpair t-test ทดสอบความแตกต่างของประชากรกลุ่มเป้าหมายช่วงก่อนและหลังการดำเนินการ โดยมีสมมติฐาน (*Null hypothesis*) : ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 ปี ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวนผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะมูลค่ายาปฏิชีวนะใช้ Chi Square ในการทดสอบความสัมพันธ์ โดยมีสมมติฐาน (*Null hypothesis*) : ค่าสัดส่วนของคนที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างจากค่าสัดส่วนของคนที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะแต่กลับมารักษาซ้ำโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

## วิธีการดำเนินการ

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารักษาด้วยโรคกลุ่มเป้าหมาย การใช้จ่ายปฏิชีวนะมูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะรายการยาที่ใช้ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยใน สำหรับโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
2. ศึกษาตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้จ่ายปฏิชีวนะสมเหตุผล สำหรับโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
3. ดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผล
  - การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลสมเหตุผล ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกลยุทธ์การจัดการ
  - การปรับเปลี่ยนคำสั่งยีนในการรักษา
  - จัดอบรม “การใช้จ่ายสมเหตุผล” ให้กับบุคลากรทางการแพทย์
  - ประชุมเพื่อชี้แจงนโยบายการใช้จ่ายสมเหตุผลกับองค์กรแพทย์เพื่อขอความร่วมมือลดการสั่งยาที่ไม่จำเป็น
  - รณรงค์การใช้จ่ายสมเหตุผลให้กับประชาชน และผู้รับบริการ
  - ให้ความรู้กับประชาชนเรื่องการดูแลตนเอง เมื่อป่วยเป็นโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
  - จัดทำแนวทางการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
4. ศึกษาข้อมูลวิชาการ การรักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
5. ติดตามผลการดำเนินงาน นำข้อมูลมาประมวลและวิเคราะห์แนวโน้มทุก 1 - 2 เดือน ผ่านคณะกรรมการแต่ละชุด โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินงานในปี 2559 กับหลังการดำเนินงานในปี 2560 และหาความสัมพันธ์ของการใช้จ่ายปฏิชีวนะและการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยนอกภายใน 14 วัน เพื่อสะท้อนผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

## ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตาม ICD10 ที่ระบุตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผล ในปี 2559 - 2560 ตามตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันปี 2559 มีจำนวน 72,375 ครั้ง (เฉลี่ย  $6,031.25 \pm 1122.38$  ครั้งต่อเดือน) และปี 2560 มีจำนวน 66,718 ครั้ง (เฉลี่ย  $5,559.83 \pm 992.86$  ครั้งต่อเดือน) ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.43$ ) ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2559 มีจำนวน 19,024 ครั้ง (เฉลี่ย  $1,585.33 \pm 214.11$  ครั้งต่อเดือน) และปี 2560 จำนวน 17,348 ครั้ง (เฉลี่ย  $1,445.67 \pm 103.56$  ครั้งต่อเดือน) ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.12$ )

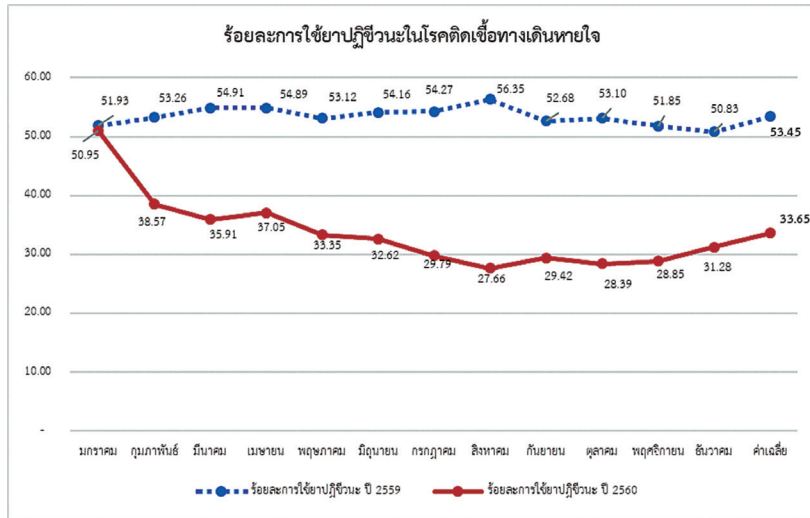


ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยนอก ปี 2559 และ 2560 (จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารักษา)

เดือน	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน		โรคติดเชื้ออุจจาระร่วง	
	ปี 2559 (ครั้ง)	ปี 2560 (ครั้ง)	ปี 2559 (ครั้ง)	ปี 2560 (ครั้ง)
มกราคม	6,409	5,370	1,450	1,566
กุมภาพันธ์	7,464	5,919	1,374	1,413
มีนาคม	5,764	4,124	1,543	1,610
เมษายน	3,241	2,818	1,214	1,247
พฤษภาคม	3,746	4,009	1,454	1,535
มิถุนายน	5,430	5,595	1,437	1,579
กรกฎาคม	6,543	6,290	1,799	1,542
สิงหาคม	7,955	7,451	1,721	1,459
กันยายน	8,182	7,502	1,453	1,303
ตุลาคม	6,309	5,959	1,473	1,211
พฤศจิกายน	6,091	6,160	2,016	1,433
ธันวาคม	5,241	5,521	2,090	1,450
SUM	72,375	66,718	19,024	17,348
ค่าเฉลี่ย	6,031.25	5,559.83	1,585.33	1,445.67
SD	1,122.38	992.86	214.11	103.56
p-value	0.43		0.12	

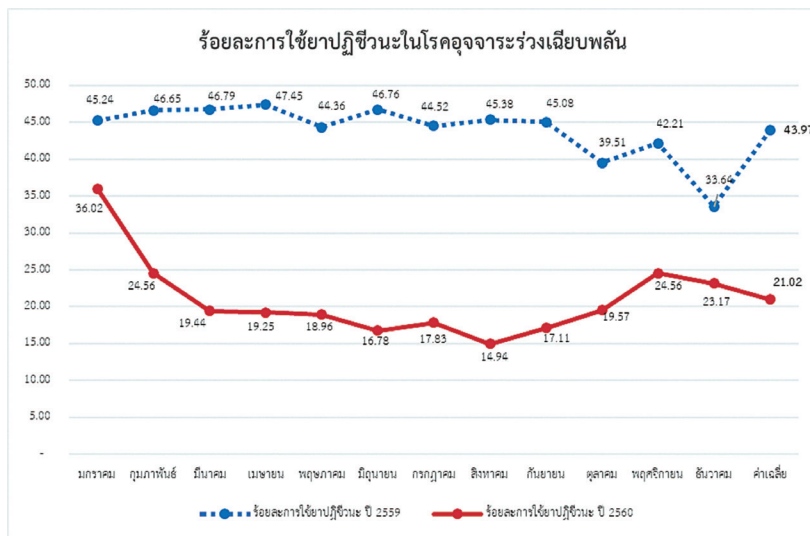
โรงพยาบาลสมุทรสาครเริ่มดำเนินงานด้วยกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และ โรคติดเชื้อโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเดือนมกราคม 2560 ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ RDU ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ประสานผู้สั่งจ่าย ให้ความรู้เพื่อให้ผู้สั่งจ่าย รณรงค์ให้ความรู้การป้องกัน และดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อทางเดินหายใจ และอุจจาระร่วงเฉียบพลันแก่ประชาชนและผู้รับบริการ และมีการติดตามตัวชี้วัดผ่านคณะกรรมการชุดต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานเป็นไปตามแผนภาพที่ 1 และแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 1 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ปี 2559 - ปี 2560



แผนภาพที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานเพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่าการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงโดยค่าเฉลี่ยปี 2559 เท่ากับร้อยละ 53.45 ± 1.23 และปี 2560 เท่ากับร้อยละ 33.65 ± 4.64 ค่าเฉลี่ยของการเข้ายาปฏิชีวนะระหว่างปี 2559 และ 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00^{**}$ )

แผนภาพที่ 2 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2559 - ปี 2560



แผนภาพที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานเพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่าการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง โดยค่าเฉลี่ยปี 2559 เท่ากับร้อยละ 43.97 ± 2.76 และปี 2560 เท่ากับร้อยละ 21.02 ± 4.04 ค่าเฉลี่ยของการเข้ายาปฏิชีวนะระหว่างปี 2559 และ 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00^{**}$ )

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ (Revisit) ภายใน 14 วัน โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2559 และ 2560 (จำนวนครั้งที่มารักษา)

เดือน	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน		โรคติดเชื้ออุจจาระร่วง	
	ปี 2559 (ครั้ง)	ปี 2560 (ครั้ง)	ปี 2559 (ครั้ง)	ปี 2560 (ครั้ง)
มกราคม	798	589	99	100
กุมภาพันธ์	987	660	86	105
มีนาคม	723	426	100	116
เมษายน	370	311	61	85
พฤษภาคม	467	431	93	105
มิถุนายน	654	668	80	81
กรกฎาคม	808	781	118	105
สิงหาคม	1,087	967	91	95
กันยายน	1,016	963	93	76
ตุลาคม	724	677	119	84
พฤศจิกายน	679	659	107	93
ธันวาคม	472	525	133	98
SUM	8,785	7,657	1,180	1,143
ค่าเฉลี่ย	732.08	638.08	98.33	95.25
SD	172.60	151.40	14.33	9.58
p-value	0.29		0.64	

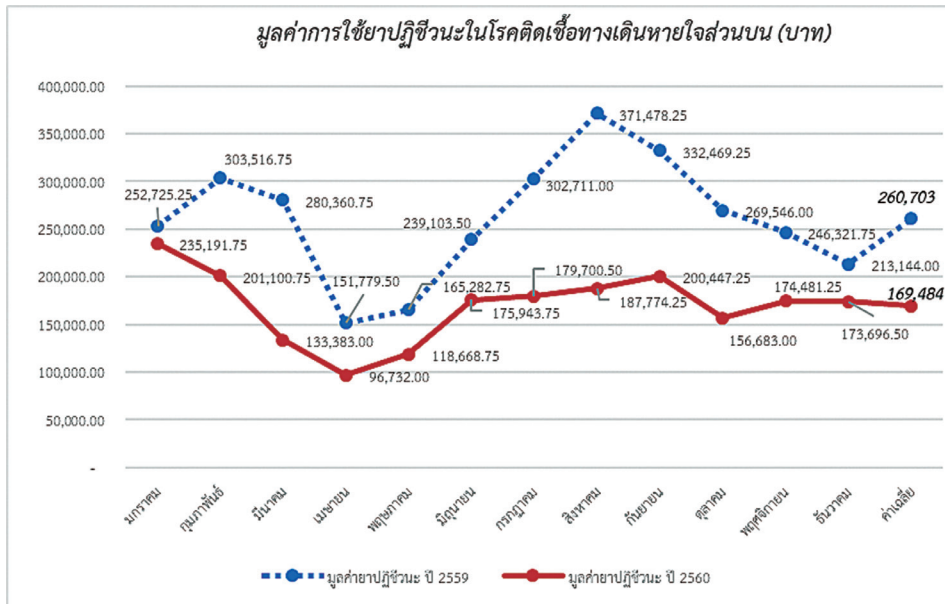
ตารางที่ 2 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำด้วย ICD10 เดียวกันเป็นผู้ป่วยนอกหลังการมาครั้งแรกภายใน 14 วัน พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยนอกด้วยวินิจฉัยโรคเดิมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 8,785 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $732.08 \pm 172.60$  ครั้งในปี 2559 และ 7,657 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $638.08 \pm 151.40$  ครั้งในปี 2560 โดยค่าเฉลี่ยผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.180$ ) และกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยนอกด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 1,180 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $98.33 \pm 14.33$  ครั้งในปี 2559 และ 1,143 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $95.25 \pm 9.58$  ครั้งในปี 2560 โดยค่าเฉลี่ยผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.64$ )

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยใน ภายหลังจากการรักษาผู้ป่วยนอกภายใน 14 วัน สำหรับโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (รวมปอดอักเสบ) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2559 และ 2560 (จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)

เดือน	โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน		โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
	ปี 2559 (ครั้ง)	ปี 2560 (ครั้ง)	ปี 2559 (ครั้ง)	ปี 2560 (ครั้ง)
มกราคม	26	33	22	21
กุมภาพันธ์	68	40	14	15
มีนาคม	58	24	12	20
เมษายน	36	18	12	20
พฤษภาคม	37	24	18	16
มิถุนายน	44	29	15	11
กรกฎาคม	76	49	18	21
สิงหาคม	106	102	13	20
กันยายน	85	93	9	9
ตุลาคม	44	57	21	11
พฤศจิกายน	44	45	13	16
ธันวาคม	38	33	26	19
SUM	662	547	193	199
ค่าเฉลี่ย	55.17	45.58	16.08	16.58
SD	19.53	19.78	4.10	3.58
p-value	p=0.37		p=0.89	

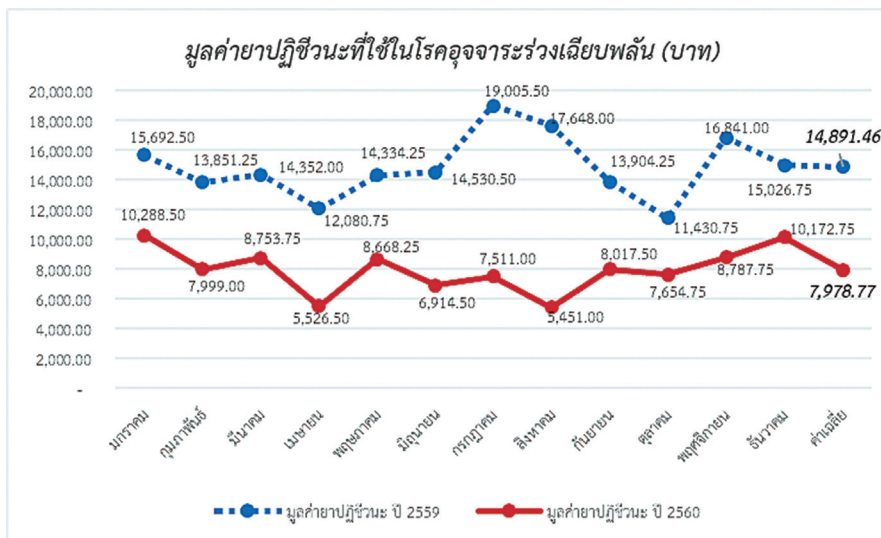
ตารางที่ 3 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์การกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในด้วย ICD10 เดียวกันภายใน 14 วันหลังมารักษาครั้งแรกเป็นผู้ป่วยนอก โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (รวมการเข้ารับรักษาตัวด้วย Pneumonia) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในด้วยวินิจฉัยโรคเดิมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจำนวน 662 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $55.17 \pm 19.53$  ครั้งในปี 2559 และ 547 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $45.58 \pm 19.78$  ครั้งในปี 2560 โดยค่าเฉลี่ยผู้ป่วยที่กลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.37$ ) และกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 193 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $16.08 \pm 4.10$  ครั้งในปี 2559 และ 199 ครั้ง ค่าเฉลี่ยต่อเดือน  $16.58 \pm 3.58$  ครั้งในปี 2560 โดยค่าเฉลี่ยผู้ป่วยที่กลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.89$ )

แผนภาพที่ 3 มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (บาท)



แผนภาพที่ 3 แสดงให้เห็นถึงมูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่า มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะลดลง 1,094,636.00 บาทต่อปี โดยในปี 2559 มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ เท่ากับ 3,128,438.75 บาทต่อปี (260,703 บาทต่อเดือน) และปี 2560 เท่ากับ 2,033,802.75 ต่อปี (169,484 บาทต่อเดือน)

แผนภาพที่ 4 มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (บาท)



แผนภาพที่ 4 แสดงให้เห็นถึงมูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะลดลง 82,952.25 บาทต่อปีโดยในปี 2559 มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ เท่ากับ 178,697.50 บาทต่อปี (เฉลี่ย 14,891.46 บาทต่อเดือน) และ ปี 2560 เท่ากับ 95,745.25 บาทต่อปี (เฉลี่ย 7,978.77 บาทต่อเดือน)

ตารางที่ 4 รายการยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ปี 2559 และ 2560

รายชื่อยาปฏิชีวนะที่ใช้	ปี 2559 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2560 จำนวน (ร้อยละ)
Amoxicillin cap.250 mg	858 (2.22)	604 (2.74)
Amoxicillin cap. 500 mg	18,015 (46.61)	8,466 (38.43)
Amoxicillin syr. 125 mg/5ml	6,148 (15.91)	4,846 (22.00)
Amoxicillin+Clavulanic acid INJ. 1.2 gm	7 (0.02)	5 (0.02)
Amoxicillin+Clavulanic acid tab. 1 gm	4,830 (12.50)	3,098 (14.06)
Amoxicillin+Clavulanic acid tab.375 mg.	98 (0.25)	0 (0.00)
Amoxicillin+Clavulanic acid syr. 228.5 mg/5ml	1,166 (3.02)	702 (3.19)
Dicloxacillin cap. 250 mg	116 (0.30)	128 (0.58)
Dicloxacillinsyr. 62.5 mg/5ml	56 (0.14)	45 (0.20)
Penicillin V tab 250 mg	0 (0.00)	3 (0.01)
Azithromycin tab. 250 mg.	706 (1.83)	705 (3.20)
Azithromycin syr. 200 mg/5ml	698 (1.81)	480 (2.18)
Erythromycin stearatetab.250 mg	40 (0.10)	16 (0.07)
Roxithromycin tab. 150 mg	3,175 (8.21)	1,008 (4.58)
Clarithromycin tab. 250 mg	164 (0.42)	115 (0.52)
Ceftriaxone inj.1 GM	304 (0.79)	234 (1.06)
Cephalexin cap.500 mg	37 (0.10)	14 (0.06)
Cephalexin syr. 125 mg/5ml	124 (0.32)	76 (0.35)
Cefditoren powder 50 mg/sac	25 (0.06)	26 (0.12)
Cefdinircap100 mg	56 (0.14)	24 (0.11)
Ciprofloxacin tab.500 mg	110 (0.28)	232 (1.05)
Ciprofloxacin tab. 250 mg	172 (0.45)	0 (0.00)
Levofloxacin tab 500 mg	34 (0.09)	28 (0.13)
Norfloxacin syr. 10 mg./ml	24 (0.06)	16 (0.07)
Norfloxacin tab.100 mg	1 (0.00)	0 (0.00)
Norfloxacin tab. 400 mg	24 (0.06)	42 (0.19)
Norfloxacin tab. 200 mg	56 (0.14)	0 (0.00)
Ofloxacin tab.100 mg	22 (0.06)	12 (0.06)
Lincomycininj 300 mg/ml	1,321 (3.42)	914 (4.15)
Clindamycin cap.300 mg	139 (0.36)	102 (0.46)
Co-Trimoxazole tab.(400mg+80mg)	18 (0.05)	6 (0.03)

ตารางที่ 4 รายการยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ปี 2559 และ 2560 (ต่อ)

รายชื่อยาปฏิชีวนะที่ใช้	ปี 2559	ปี 2560
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Co-Trimoxazolesusp.	19 (0.05)	7 (0.03)
Ertapeneminj. (invanz) 1 gm	3 (0.01)	0 (0.00)
Amikacin inj. 500 mg/2ml	74 (0.19)	42 (0.19)
Metronidazole tab. 400 mg	11 (0.03)	11 (0.05)
ผลรวม	38,651(100)	22,028 (100)

ตารางที่ 4 แสดงรายการยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มยาที่ใช้มากอันดับ 1 ได้แก่กลุ่ม Penicillin ร้อยละ 80.97 ในปี 2559 และ ร้อยละ 81.25 ในปี 2560 รายการยาที่ใช้มากอันดับ 1 ได้แก่ Amoxycillin ร้อยละ 64.74 ในปี 2559 และ ร้อยละ 63.17 ในปี 2560 อันดับ 2 ได้แก่ Amoxicillin + Clavulanic acid ร้อยละ 15.79 ในปี 2559 และ ร้อยละ 17.27 ในปี 2560 กลุ่มยาที่ใช้เป็นอันดับ 2 ได้แก่ กลุ่ม Macrolide ร้อยละ 12.37 ในปี 2559 และ ร้อยละ 10.55 ในปี 2560 ยาที่ใช้มากอันดับ 1 ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Roxithromycin ร้อยละ 8.21 ในปี 2559 และ ร้อยละ 4.58 ในปี 2560 อันดับ 2 ได้แก่ Azithromycin ร้อยละ 3.64 ในปี 2559 และ ร้อยละ 5.38 ในปี 2560 เมื่อพิจารณารูปแบบการใช้พบมีการใช้ยาฉีดร้อยละ 4.43 ในปี 2559 และ ร้อยละ 5.42 ในปี 2560 ยาฉีดที่ใช้มากอันดับ 1 ได้แก่ Lincomycin inj. ร้อยละ 3.42 ในปี 2559 และ ร้อยละ 4.15 ในปี 2560 อันดับ 2 ได้แก่ Ceftriaxone inj. ร้อยละ 0.79 ในปี 2559 และ ร้อยละ 1.06 ในปี 2560 นอกจากนี้ยังพบการใช้ยากลุ่ม Fluoroquinolone, Aminoglycoside, Cephalosporin อีกด้วยโดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 5 รายการยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2559 และ 2560

รายชื่อยาปฏิชีวนะที่ใช้	ปี 2559	ปี 2560
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Amoxicillin cap. 250 mg	3 (0.04)	3 (0.08)
Amoxicillin cap. 500 mg	65 (0.79)	41 (1.12)
Amoxicillin syr 125 mg/5ml	75 (0.91)	42 (1.15)
Amoxicillin+Clavulanic acid tab.1 gm	20 (0.24)	12 (0.33)
Amoxicillin+Clavulanic acid syr. 228.5 mg/5ml	13 (0.16)	6 (0.16)
Dicloxacillin cap. 250 mg	8 (0.10)	9 (0.25)
Dicloxacillinsyr. 62.5 mg/5ml	4 (0.05)	3 (0.08)
Azithromycin cap. 250 mg.	4 (0.05)	9 (0.25)
Azithromycin syr 200 mg/5ml	12 (0.15)	4 (0.11)
Erythromycin stearate tab.250 mg	1 (0.01)	0 (0.00)
Roxithromycin tab. 150 mg	3 (0.04)	3 (0.08)

ตารางที่ 5 รายการยาปฏิชีวนะที่ใช้ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2559 และ 2560 (ต่อ)

รายชื่อยาปฏิชีวนะที่ใช้	ปี 2559 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2560 จำนวน (ร้อยละ)
Clarithromycin tab 250 mg	2 (0.02)	0 (0.00)
Ceftriaxone inj. 1 GM	111 (1.33)	120 (3.29)
Cephalexin cap. 500 mg	2 (0.02)	2 (0.05)
Cephalexin syr. 125 mg/5ml	16 (0.19)	3 (0.08)
Cefditoren powder 50 mg/sac	13 (0.16)	14 (0.38)
Cefdinir cap. 100 mg	21 (0.25)	21 (0.58)
Ciprofloxacin tab.500 mg	663 (8.03)	399 (10.94)
Levofloxacin tab. 500 mg	0 (0.00)	1 (0.03)
Norfloxacin syr. 10 mg./ml	440 (5.33)	398 (10.92)
Norfloxacin tab 100 mg	122 (1.48)	71 (1.95)
Norfloxacin tab. 400 mg	6,452 (78.11)	2,324 (63.74)
Ofloxacin tab. 100 mg	28 (0.34)	66 (1.81)
Lincomycin inj. 300 mg/ml	1 (0.01)	1 (0.03)
Clindamycin cap.300 mg	1 (0.01)	1 (0.03)
Co-Trimoxazole tab. (400mg+80mg)	38 (0.46)	18 (0.49)
Co-Trimoxazole susp.	102 (1.23)	49 (1.34)
Tetracycline cap 250mg	0 (0.00)	1 (0.03)
Gentamicin inj 80mg/2ml	1 (0.01)	2 (0.05)
Metronidazole tab.400 mg	39 (0.47)	23 (0.63)
ผลรวม	8,260 (100)	3,646 (100.00)

ตารางที่ 5 แสดงรายการยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มยาที่ใช้มากอันดับ 1 ได้แก่กลุ่ม Fluoroquinolone ร้อยละ 93.28 ในปี 2559 และ ร้อยละ 89.50 ในปี 2560 รายการยาที่ใช้มากอันดับ 1 ได้แก่ Norfloxacin ร้อยละ 84.92 ในปี 2559 และ ร้อยละ 76.76 ในปี 2560 อันดับ 2 ได้แก่ Ciprofloxacin ร้อยละ 8.03 ในปี 2559 และ ร้อยละ 10.94 ในปี 2560 กลุ่มยาที่ใช้เป็นอันดับ 2 ได้แก่ กลุ่ม Penicillin ร้อยละ 2.28 ในปี 2559 และ ร้อยละ 3.18 ในปี 2560 ยาที่ใช้มากอันดับ 1 ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Amoxicillin ร้อยละ 1.69 ในปี 2559 และ ร้อยละ 2.36 ในปี 2560 อันดับ 2 ได้แก่ Amoxicillin + Clavulanic acid ร้อยละ 0.40 ในปี 2559 และ ร้อยละ 0.49 ในปี 2560 เมื่อพิจารณาารูปแบบการใช้พบมีการใช้ยาฉีดร้อยละ 1.34 ในปี 2559 และ ร้อยละ 3.37 ในปี 2560 ยาฉีดที่ใช้มากอันดับ 1 ได้แก่ Ceftriaxone inj. ร้อยละ 1.32 ในปี 2559 และ ร้อยละ 3.37 ในปี 2560 นอกจากนี้ยังพบการใช้ยากลุ่มอื่นๆ โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 5



ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการรักษากับการใช้ยาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ปี 2560

สถานะการใช้ยาปฏิชีวนะ	สถานะการรักษา		รวม	$\chi^2$	p value
	ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ	ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ			
ผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะ	2,811 (12.75%)	19,233 (87.25%)	22,044	52.6863	0.0039
ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาปฏิชีวนะ	4,846 (10.85%)	39,828 (89.15%)	44,674		
รวม	7,657	59,061	66,718		

ตารางที่ 6 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการรักษากับการใช้ยาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ปี 2560 พบว่า ค่าสัดส่วนของคนที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำแตกต่างจากค่าสัดส่วนของคนที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะแต่กลับมารักษาซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.0039$ )

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการรักษากับการใช้ยาปฏิชีวนะโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2560

สถานะการใช้ยาปฏิชีวนะ	สถานะการรักษา		รวม	$\chi^2$	p value
	ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ	ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ			
ผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะ	338 (9.23%)	3,323 (90.77%)	3,661	52.6986	$p=0.0039$
ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาปฏิชีวนะ	805 (5.88%)	12,882 (94.12%)	13,687		
รวม	1,143	16,205	17,348		

ตารางที่ 7 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการรักษากับการใช้ยาปฏิชีวนะโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปี 2560 พบว่า ค่าสัดส่วนของคนที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำแตกต่างจากค่าสัดส่วนของคนที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะแต่กลับมารักษาซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.0039$ )

## สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์การดำเนินงานการลดการใช้ยาปฏิชีวนะตามโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผล ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันพบว่าในปี 2560 ผู้ป่วยลดลงจากปี 2559 แต่ค่าเฉลี่ยทั้ง 2 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ถึงจะแตกต่างกันไม่มากแต่อาจสะท้อนถึงการให้ความรู้และข้อมูลการป้องกันดูแลตนเองกับผู้มารับบริการและประชาชนผ่านอาสาสมัครหมู่บ้านซึ่งมีการศึกษาของ ผ่องพรรณ เสาร์เขียว ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคนงานพบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคนงานอยู่ในระดับดี<sup>(7)</sup> และการศึกษาของ กิจติยา รัตนมณี และคณะ พบว่าการให้ความรู้อยู่ในระดับสูงและมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางแต่ในทางปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้ในระดับสูง ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 น้อยลง<sup>(8)</sup> อย่างไรก็ตามคงต้องติดตามปริมาณผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ค่าเฉลี่ยร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจลดลงร้อยละ 19.79 (ร้อยละ 33.65 ในปี 2560) ถึงแม้จะยังไม่บรรลุเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20<sup>(9)</sup> แต่ค่าเฉลี่ยของการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างปี 2559 และ 2560 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ทั้งนี้พบว่าในระดับประเทศข้อมูล

ของโรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลศูนย์) ก็ยังไม่มีโรงพยาบาลใดที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดดังกล่าว และสำหรับค่าเฉลี่ยร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลงร้อยละ 22.95 (ร้อยละ 21.02 ในปี 2560) ถึงแม้จะยังไม่บรรลุเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20<sup>(9)</sup> แต่ค่าเฉลี่ยของการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างปี 2559 และ 2560 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และข้อมูลระดับประเทศของโรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลศูนย์) ก็พบว่ายังไม่มีโรงพยาบาลใดที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดดังกล่าวเช่นกัน<sup>(10)</sup>

จากการใช้ยาสมเหตุผลส่งผลกระทบบกทางคือการลดมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงโดยพบว่ามูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคดังกล่าวช่วยประหยัดงบประมาณได้ถึง 1,177,588.25 บาทต่อปี ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งได้มีการเก็บข้อมูลค่ายาปฏิชีวนะที่ลดลง เช่น โรงพยาบาลชุมแพ ลดค่าใช้จ่ายใน 2 กลุ่มโรคนี้อีกได้ 6 - 7 แสนบาทต่อปี<sup>(11)</sup> และผลการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่านโยบายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มหากสามารถลดการใช้ยาเหลือเพียงร้อยละ 20 ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดจะลดค่ายาปฏิชีวนะได้ถึง 414 ล้านบาทต่อปี<sup>(12)</sup>

ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการใช้ยาสมเหตุผลเพิ่มขึ้นได้แก่ การกำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข และติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง สำหรับในโรงพยาบาลได้แก่ การสื่อสารนโยบายใช้ยาสมเหตุผลให้กับบุคลากรทางการแพทย์ความร่วมมือของแพทย์ การรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยที่อาจส่งผลให้การใช้ยาปฏิชีวนะยังไม่ได้ตามเป้าหมายโดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ A ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ การที่ต้องรักษาโรคที่ซับซ้อน การหมุนเวียนแพทย์เสริมทักษะ ความเข้าใจและทัศนคติของผู้รับบริการที่ต้องการยาแก้แค้นเมื่อไม่สบาย ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของโรงพยาบาลชาติตระการ ในมุมมองของแพทย์ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะกับผู้ป่วยพบว่าสาเหตุเกิดจาก 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยร้องขอเพราะได้รับยามาตลอด 2) ผู้ป่วยอาศัยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล 3) กลัวผู้ป่วยไม่ฟังพอใจและร้องเรียน 4) การวินิจฉัยว่าติดเชื้อ group A streptococcus (GAS) ยากและไม่คุ้มค่าหากต้องมีการเพาะเชื้อในห้องทดลอง 5) re-visit จะเพิ่มขึ้น<sup>(11)</sup> และการศึกษาของ ศิริลักษณ์ และศศิธร บ่งบอกว่าผู้ที่ผ่านการอบรมในโครงการ ASU สามารถเลือกจ่ายยาได้เหมาะสมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นวิธีการอบรมยังคงเป็นวิธีการที่มีประโยชน์แต่เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดควรมีการจัดอบรมเป็นระยะเมื่อมีข้อมูลบางอย่างเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นประเด็นที่ควรรณรงค์เพื่อให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย และการให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ยาที่ใช้มากที่สุดโรคทางเดินหายใจได้แก่ Amoxicillin ในทุกรูปแบบ ทุกขนาด ซึ่งในการรักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มีการใช้ Amoxicillin + Clavulanic acid ถึงร้อยละ 15 - 18 และมียาปฏิชีวนะชนิดฉีดร้อยละ 4.4 - 5.4 ยาที่ใช้ได้แก่ Lincomycin, Ceftriaxone, Amikacin ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจนั้นหากจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางที่โรงพยาบาลรามธิบดีกำหนดไว้ยาที่เหมาะสมแนะนำให้ใช้ได้แก่ Amoxycillin, Cephalexin, Roxithromycin, Azithromycin, Clarithromycin และ Clindamycin<sup>(13)</sup> สำหรับยา Amoxicillin + Clavulanic acid มีที่ใช้ในระบบทางเดินหายใจที่เชื้อแบคทีเรียสร้าง  $\beta$ -lactamase เอนไซม์ การเลือกใช้ยาตัวนี้จึงไม่เหมาะสมเนื่องจากจะออกฤทธิ์กว้างเกินความจำเป็นและยังไม่มีรายงานการดื้อยาของเชื้อ Group A Streptococcus (GAS) ต่อ Penicillin<sup>(14)</sup> สำหรับยาฉีด Lincomycin เป็นยาปฏิชีวนะที่ให้ผลดีในการรักษาการติดเชื้อ Staphylococcus aureus, Pneumococcus spp. และ Streptococcus spp. โดยส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อรุนแรง และไม่สามารถใช้ยากุ่ม penicillin หรือ ยา erythromycin ได้ การให้ยาในการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนจึงไม่เหมาะสมทั้งข้อบ่งใช้ และขนาดยาที่มักให้

เพียง 1 ครั้งสำหรับยา Ceftriaxone เป็นยาในกลุ่ม 3<sup>rd</sup> generation Cephalosporin ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่กับแกรมลบ ซึ่งไม่ใช่เชื้อที่มักเป็นปัญหาในการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน<sup>(14)</sup> หากลดการใช้ยาในกลุ่มเหล่านี้ได้นอกจากจะช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาแล้วจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้เพิ่มขึ้นอีกด้วย

ส่วนยาที่ใช้มากที่สุดในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้แก่ Norfloxacin ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน<sup>(13)</sup> รายการยาที่ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติได้แก่ การใช้ Ciprofloxacin, Amoxicillin, Amoxicillin + Clavulanic acid, Dicloxacillin, Cefdinir, Co-trimoxazole, Metronidazole หากลดการเลือกชนิดยาที่ไม่เหมาะสมลงได้ นอกจากจะช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาแล้วจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้อีกด้วย

เมื่อพิจารณาปริมาณผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยวินิจฉัยเดียวกัน ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างปี 2559 และ 2560 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนเบื้องต้นให้เห็นว่าการลดการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการกลับมารักษาซ้ำ และพบว่าค่าสัดส่วนของคนที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำแตกต่างจากค่าสัดส่วนของคนที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะแต่กลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญโดยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำนั้นมีสัดส่วนมากกว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วกลับมารักษาซ้ำ หากมีนโยบายติดตามแบบไปข้างหน้า (Prospective study) และรายงานข้อมูลเข้าไปส่วนกลางจะช่วยลดคำถามจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ว่าลดการใช้ยาปฏิชีวนะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้นได้ อย่างไรก็ตามข้อสรุปนี้ยังได้จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเดียวยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเชิงคุณภาพจากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาแบบย้อนหลังที่บางเวชระเบียนไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะประเมินเชิงคุณภาพเพื่อระบุปัญหาที่แน่ชัด และวางแผนแก้ปัญหาเชิงนโยบายต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เกสัชกรหญิงวิชชุณี พิตรากุล เกสัชกรณพวุฒิ กิตติขยารักษ์ ภญ.ผศ.ดร.กัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร แพทย์ พยาบาล เกสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการทำงานวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Promoting rational use of medicines: core components in WHO Policy Perspectives on Medicines. World Health Organization. Geneva. September 2002. P.1 - 6.
2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. World Health Organization. 2014.
3. ศิริลักษณ์ ใจซื่อ และ ศศิธร เอื้ออนันต์ผลของโครงการ Antibiotic Smart Use ต่อความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาปฏิชีวนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. Srinagarind Med J 2017; 32 (2); 119 - 126.
4. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ สุนนางกูร, ภูชิต ประคองสายและวิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก และร้านยา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7: 268 - 80.
5. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2558.

6. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์. ผลของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล: การนำร่องที่จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2553. ปีที่ 19 (6) : 899 - 911.
7. ผ่องพรรณ เสาร์เสียว. ความรู้ พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดนกของคณงานในฟาร์มเลี้ยงไก่ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2548.
8. กิจติยา รัตนมณี รวีวรรณ คำเงิน ปภาสิณี แซ่ตี้ว ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 26 - 38 Vol 22 No 3: กันยายน - ธันวาคม 2555.
9. พรพิมล จันทร์คุณาภาสและคณะ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559 : 33-34.
10. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php) วันที่เข้าไปสืบค้น April 11, 2018.
11. ผลสำเร็จ Antibiotics Smart Use ลดยาปฏิชีวนะทั่วประเทศ 50% <http://www.wongkarnpat.com/viewya.php?id=1037#.WtV6K4huZeU> วันที่เข้าไปสืบค้น April 10, 2018
12. ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. นโยบายใช้ยาสมเหตุผลช่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะได้ 10% ในโรคท้องร่วง ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน.เจาะลึกกระบวนสุขภาพ สืบค้นจาก<https://www.hfocus.org/content/2017/12/15016> วันที่เข้าไปสืบค้น April 11, 2018
13. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2556. การส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลศิริราช ตามแนวคิด Antibiotic Smart Use (ASU). From: [www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u5680/star2555-092.pdf](http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u5680/star2555-092.pdf), Accessed March 17, 2018.
14. ชัยรัตน์ ฉายากุล และคณะ คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2559 : 83 - 90.

# ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์, ภม.  
ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

## บทคัดย่อ

**ที่มา :** ในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยในด้านความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการประเมินปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ทีมสหวิชาชีพวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อวิเคราะห์ความชุกของการเกิดอาการกำเริบและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่มีผล

**ประชากรและวิธีวิจัย :** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ตั้งแต่ มกราคม 2557 – ธันวาคม 2559 โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่เกิดภาวะกำเริบต้องรักษาในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะกำเริบไม่ต้องรักษาในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีแนวโน้มจะมีผลต่อการเกิดอาการกำเริบและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยสถิติ Binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ )=0.05

**ผลการวิจัย :** ผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งสิ้น 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 67.7 ปี (SD=12.3) ผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 43 ราย (ร้อยละ 35.8) จากการวิเคราะห์ด้วย Multivariate logistic regression พบว่าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบและต้องนอนตรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ FEV1 (% predicted) odds ratio = 0.856 (95% CI 0.734 – 0.998)

**สรุปผลการวิจัย :** การเกิดภาวะกำเริบต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีความชุกค่อนข้างสูง ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะกำเริบและต้องรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบต้องรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจัยทำนายคือผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 ต่ำ ซึ่งทีมสหวิชาชีพต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

**คำสำคัญ :** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะกำเริบ, รักษาในโรงพยาบาล

# Prevalence of chronic obstructive pulmonary diseases related-hospitalization with acute exacerbation and its associated factors in Thailand

Piyawan Kuwalairat, M.Sc. (in Pharm).  
Pharmacy Department Paknam-Chumphon Hospital

## Abstract

**Background :** The evidence of prevalence of COPD-related hospitalization with acute exacerbation and its associated factors is still lacking in Thailand. Such information could help healthcare professionals to provide an optimal care to COPD patients.

**Objectives :** This study aimed to determine prevalence of COPD-related hospitalization and its associated factors.

**Methods :** A retrospective study along with patient interview was undertaken. All COPD patients who visited a respiratory clinic at a district hospital in Thailand from January 2015 to December 2016 were included. Patients were classified into two groups as hospitalized and non-hospitalized patients. Potential factors associated with acute exacerbation were collected during the study period. Logistic regression was used to associate potential factors and hospitalization with acute exacerbation.

**Results :** A total of 120 patients were included, the majority were male (66.7%) and the average age was 67.7 years (SD=12.3). Prevalence of COPD-related hospitalization with acute exacerbation was 35.8 per 100 individuals. Multivariate logistic regression indicated that lower forced expiratory volume in one second (FEV1) than 50% predicted was significantly associated with hospitalization with acute exacerbation [odds ratio = 2.606 (95% CI = 1.242-4.402)].

**Conclusions :** Prevalence of COPD-related hospitalization with acute exacerbation was relatively high in Thailand. About one-third of COPD patients experienced hospitalization with acute exacerbation. Low FEV1 is a predictor for hospitalization with acute exacerbation. Healthcare professionals should closely monitor FEV1 for caring patients with COPD.

**Keywords :** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, hospitalization, prevalence, factor, Thailand.

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพราะเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต จากการประเมินขององค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก 3 ล้านคน หรือร้อยละ 6 ของอัตราการตายทั่วโลก และคาดว่าปัญหาจะมากขึ้นเนื่องจากทั่วโลกจะมีประชากรสูงอายุมากขึ้น<sup>1-3</sup> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากสิ่งระคายเคืองกระตุ้นให้เกิดการอักเสบขึ้นในหลอดลมและ

เนื้องอก ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่เนื้องอก เกิดการอักเสบในหลอดลมทำให้ผนังหลอดลมบวมขึ้นมีเสมหะในหลอดลมและหลอดลมหดตัวลง ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ การอักเสบที่เกิดขึ้นในปอดไม่ได้มีผลเฉพาะที่ปอดเท่านั้นแต่จะมีผลต่อระบบอื่นของร่างกายอีกด้วย<sup>4-5</sup> และเมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลงไปเรื่อยๆ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะทำให้ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นเรียกว่าโรคกำเริบ การเกิดภาวะกำเริบในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้สมรรถภาพปอดจะลดลงไปเรื่อยๆ และการทำนายโรคไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีสถานะของโรคที่รุนแรงขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนคุณภาพชีวิตลดลง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้การพยากรณ์โรคแย่ง การกำเริบของโรคส่วนหนึ่งจะเกิดจากการที่มีสมรรถภาพปอดที่ต่ำ เพราะพบว่าโดยภาพรวมแล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดต่ำจะมีการกำเริบของโรคบ่อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดที่สูงกว่า<sup>6</sup> แต่ก็มีปัจจัยอื่นมารวมด้วยที่ทำให้เกิดโรคกำเริบ การกำเริบของโรคจะทำให้การดำเนินโรคเป็นมากขึ้น เพราะการกำเริบแต่ละครั้งสมรรถภาพปอดมักจะไม่น่ากลับคืนมาเท่ากับก่อนโรคกำเริบ<sup>7</sup>

เป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการลดอาการในปัจจุบันและป้องกันความเสี่ยงของโรคที่จะเกิดในอนาคตซึ่งสิ่งสำคัญคือการป้องกันการกำเริบของโรค เพื่อลดความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>2,8</sup> ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของโรคในอนาคตและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยนอกจากการลดปัจจัยเสี่ยง เช่นการเลิกสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้ว สิ่งที่สำคัญคือการลดโอกาสและความรุนแรงของการเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>9</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของการเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 31.0 - 60.6 และมีผู้ป่วยเกิดการกำเริบซ้ำร้อยละ 15 - 20<sup>3</sup> บางรายมีอาการรุนแรงต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบความชุกในช่วงร้อยละ 9.1 - 63<sup>10-13</sup> ได้มีการศึกษาเพื่อการหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในวางแผนในการรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดกำเริบ หรือลดความรุนแรงในการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ปัจจัยที่แท้จริงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่สามารถสรุปได้ แต่มีการศึกษาประเมินปัจจัยในหลายด้านทั้งในด้านปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยทางสังคม และลักษณะประชากรของผู้ป่วย พบว่าอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การมีโรคร่วม<sup>14-15</sup> หรือจากสถานะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูง มีค่าสมรรถภาพปอดต่ำ และมีสถานะสุขภาพไม่ดี มีอาจเกิดการกำเริบได้มาก<sup>16-17</sup> มีบางการศึกษาศึกษาผลจากลักษณะประชากรของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ สัญชาติ และวันเวลาที่ผู้ป่วยเกิดการกำเริบ ซึ่งในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันตามพื้นที่และวิธีการศึกษาที่ออกแบบ<sup>18</sup>

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนประมาณ 1.5 ล้านคน ในปี 2555 คิดเป็นอุบัติการณ์ของโรคร้อยละ 6.9 และมีรายงานว่าร้อยละ 61 ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องไปพบแพทย์จากการมีอาการของโรค และพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 25 - 41.8 เกิดภาวะกำเริบต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>19-20</sup> ซึ่งในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มากนัก และปัญหาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ความชุกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร โดยทำการศึกษาตั้งแต่ มกราคม 2557 – ธันวาคม 2559 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ความชุกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD guideline<sup>2</sup> ทุกราย ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา และเกณฑ์ในการคัดออกคือผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนครบระยะ เวลาของการศึกษา และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย มีการบันทึก ประมวลผล โดยสมัครใจ และนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยในเชิงสถิติเท่านั้น

### กระบวนการวิจัย

ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีการทบทวนข้อมูลและเก็บบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย และฐานข้อมูลบันทึกข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย ประกอบกับฐานข้อมูลรวมของโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์สอบถามผู้ป่วย ทั้งในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอกที่ไม่มีภาวะกำเริบ และในผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบและต้องรับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและมีการประเมินติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะมีการนัดผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องตามปกติทุก 2 เดือน และในกรณีผู้ป่วยมีภาวะกำเริบของโรคจะมีการตรวจติดตามในระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้คือ 1) ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ 2) ข้อมูลด้านคลินิก ได้แก่ การสูบบุหรี่ซึ่งแบ่งประเภทเป็นไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว และสูบบุหรี่มือสอง โรคร่วมจากการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจวาย ระดับความดันโลหิตโดยแบ่งเป็นระดับ ความดัน systolic <100 mmHg 100 - 140 mmHg และ >140 mmHg ระดับความดัน diastolic โดยแบ่งเป็นระดับ <60 mmHg 60 - 90 mmHg และ >90 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ โดยแบ่งเป็นระดับ <100 ครั้งต่อนาที และ > 100 ครั้งต่อนาที ค่า oxygen saturation จากเครื่อง pulse oximeter ค่า forced expiratory volume in 1 second; FEV1เฉลี่ย จาก spirometry ค่า peak expiratory flow rate; PEFR เฉลี่ย จากเครื่อง peak flow meter 3) ข้อมูลสถานะโรค ประเภทผู้ป่วยตาม Combine assessment of COPD<sup>2</sup> A, B, C หรือ D โดยที่ประเภท A หมายถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยและมีอาการน้อย ประเภท B คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำแต่มีอาการรุนแรง ประเภท C คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแต่มีอาการน้อย และประเภท D คือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและอาการรุนแรง ระดับของ COPD assessment test (CAT score) ซึ่งแสดงถึงผลกระทบของโรคถุงลมโป่งพองต่อความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงความผาสุกที่ลดลง โดยแบ่งเป็นระดับ CAT score < 10



และ > 10 ระดับคะแนนความรู้สึกเหนื่อย mMRC Dyspnea score ซึ่งคะแนนที่สูงจะแสดงถึงระดับความรู้สึกเหนื่อยมากกว่าผู้ป่วยมีสถานะโรคที่ไม่ดีโดยแบ่งเป็นระดับ mMRC Dyspnea score < 1 และ >1 4) ข้อมูลจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยได้แก่ ยาที่ใช้เป็นยาหลักในการรักษาได้แก่ short acting beta2 agonist (SABA) เฉพาะเมื่อจำเป็น inhaled corticosteroid (ICS) และ inhaled corticosteroid ผสมกับ long acting beta2 agonist (ICS+LABA) การใช้ออกซิเจนในการรักษาที่บ้าน การออกกำลังกายคิดเป็นค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นคิดเป็นร้อยละของการหลีกเลี่ยง ความสามารถในการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละของความถูกต้อง และการมารับการรักษาติดตามอย่างสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละของความสม่ำเสมอ ในการศึกษาจะติดตามผู้ป่วยแต่ละการรักษาติดตามของผู้ป่วยในระยะเวลา 2 ปี คือ มกราคม 2558 ถึง ธันวาคม 2559 เพื่อประเมินความชุกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผล

### สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความชุกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาของการมารับการรักษาซ้ำ และตัวแปรในการศึกษา โดยประมวลข้อมูลผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิเคราะห์ด้วยความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square ในการวิเคราะห์ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ อาชีพ โรคร่วม ประเภทของผู้ป่วยตาม Combine assessment of COPD และยาหลักในการรักษา การใช้ออกซิเจนในการรักษาที่บ้าน และใช้สถิติ T-test สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปร อายุ ระดับความดัน systolic และ diastolic อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า oxygen saturation ค่า FEV1 ค่า PEFr ค่า CAT score ค่า mMRC Dyspnea score คะแนนความถูกต้องของการใช้ยาสูดพ่น จำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการมารับการรักษาติดตามอย่างสม่ำเสมอ

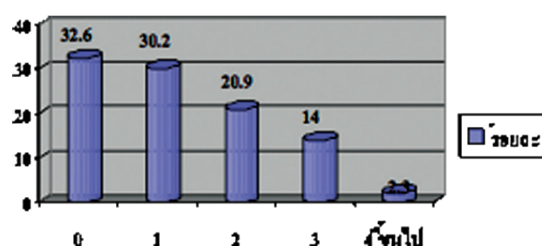
วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้สถิติ Binary logistic regression โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 21

### ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษานี้จำนวน 120 ราย มีลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 67.72.5 (SD=12.39) สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่จะมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.3) และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานอยู่กับบ้านคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคืออาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 36.7)

ผลการวิเคราะห์ความชุกในการเกิดภาวะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 35.8) ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มที่มีภาวะกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนครั้งเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาล 1.3 ครั้ง (SD=1.3) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาล 1 ครั้งโดยมีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 30.2) ดังแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน



จำนวนครั้งที่เกิดภาวะกำเริบ

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดภาวะกำเริบ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (No Admission) จะพบว่าจากข้อมูลลักษณะประชากรทุกประเภทไม่มีผลต่อการเกิดการกำเริบและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าการเกิดภาวะกำเริบและต้องรักษาในโรงพยาบาลของเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน และพบว่าช่วงอายุของผู้ป่วย สถานะภาพการสมรส อาชีพของผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันของการเกิดภาวะกำเริบ และต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)			p value
	ทั้งหมด (N= 120)	Admission (n=43)	No Admission (n=77)	
<b>เพศ</b>				
หญิง	40 (33.3%)	11 (27.5%)	29 (72.5%)	0.227
ชาย	80 (66.7%)	32 (40.0%)	48 (60.0%)	
<b>อายุเฉลี่ย</b>				
	67.7 (SD=12.3)	66.3 (SD=11.8)	68.5 (SD 12.5)	0.353
<65 ปี	47 (39.2%)	19 (40.4%)	28 (59.6%)	0.647
65 – 75 ปี	34 (28.3%)	12 (35.3%)	22 (64.7%)	
>75 ปี	39 (32.5%)	12 (10.0%)	27 (22.5%)	
<b>สถานภาพการสมรส</b>				
โสด	6 (5.0%)	3 (2.5%)	3 (2.5%)	0.292
คู่	76 (63.3%)	30 (25.0%)	46 (38.3%)	
หม้าย	38 (31.7%)	10 (8.3%)	28 (23.3%)	
<b>อาชีพ</b>				
รับจ้าง	44 (36.7%)	17 (14.2%)	27 (22.5%)	0.584
ประมง	7 (5.8%)	4 (3.3%)	3 (2.5%)	
งานบ้าน	51 (42.5%)	16 (13.3%)	35 (29.6%)	
เกษตรกร	5 (4.2%)	2 (1.7%)	3 (2.5%)	
ค้าขาย	10 (8.3%)	4 (3.3%)	6 (5.0%)	
นักบวช	3 (2.5%)	0	3 (2.5%)	

สำหรับปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคร่วม ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า oxygen saturation ค่า forced expiratory volume in 1 second ; FEV1 ค่า peak expiratory flow rate ; PEFR พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้ว (ร้อยละ 59.2) รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับควันบุหรี่เป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง และมีผู้ป่วยบางส่วนยังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 17.5) และพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบต้องมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะเกิดภาวะกำเริบได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ (p=0.022)

ในด้านโรคร่วมผู้ป่วยมีโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.8) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25.0) ซึ่งพบว่าโรคร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกำเริบต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล แตกต่างกับไม่เกิดภาวะกำเริบได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ( $p=0.016, 0.025, 0.015$  ตามลำดับ) แต่โรคภาวะไขมันในเลือดสูง และหัวใจวายไม่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยจากระดับความดันโลหิต ทั้งระดับความดันโลหิต Systolic และระดับความดัน Diastolic อัตราการเต้นของหัวใจ และค่า oxygen saturation พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกำเริบ ปัจจัยด้านคลินิกที่พบว่ามีความแตกต่างกันในผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดภาวะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ ค่า peak expiratory flow rate ; PEFR มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 69.2 ของค่าทำนาย (SD=14.6) และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดภาวะกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่า PEFR เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) ส่วนค่า forced expiratory volume in 1 second; FEV1 ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบและต้องรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะกำเริบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)			ทั้งหมด (n=77)	p value
	Admission (N= 120)	No Admission (n=43)			
<b>สูบบุหรี่</b>					
ไม่สูบบุหรี่	2 (1.7%)	0		2 (100%)	0.022*
สูบบุหรี่	21 (17.5%)	12 (57.1%)		9 (42.9%)	
เคยสูบบุหรี่แล้ว	71 (59.2%)	25 (35.2%)		46 (64.8%)	
สูบบุหรี่มือสอง	26 (21.7%)	6 (23.1%)		20 (76.9%)	
<b>โรคร่วม</b>					
HT	67 (55.8%)	17 (25.4%)		50 (74.6%)	0.016*
DLP	30 (25.0%)	9 (30.0%)		21 (70.0%)	0.607
DM	8 (6.7%)	0		8 (100.0%)	0.025*
IHD	4 (3.3%)	4 (100.0%)		0	0.015*
CHF	5 (4.2%)	2 (40.0%)		3 (60.0%)	0.591
<b>ความดันโลหิต</b>					
Systolic BP เฉลี่ย (mmHg)	133.27(SD=19.28)	129.57(SD=22.49)		135.77(SD=17.12)	0.098
<100	7 (5.8%)	5 (71.4%)		2 (28.6%)	0.121
100 - 140	72 (60.0 %)	27 (37.5%)		45 (62.5%)	
>140	41 (34.2 %)	11 (26.8%)		30 (73.2%)	
Diastolic BP เฉลี่ย (mmHg)	79.14 (SD=12.95)	76.81 (SD=14.93)		77.16 (SD=11.97)	0.890

ตารางที่ 2 ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)			p value
	Admission (N= 120)	No Admission (n=43)	ทั้งหมด (n=77)	
<60	15 (12.5 %)	5 (33.3%)	10 (66.7%)	0.674
60-90	92 (76.7 %)	34 (37.0 %)	58 (63.0%)	
>90	13 (10.8 %)	4 (30.8%)	9 (69.2%)	
อัตราการเต้นของหัวใจ (bpm)	83.49(SD=16.49)	85.61(SD=20.5)	82.19(SD=13.59)	0.293
<100	103 (85.8%)	37 (35.9%)	66 (64.1%)	0.277
>100	17 (14.2 %)	6 (35.3%)	11 (64.7%)	
Oxygen Saturation (%)	96.16 (SD=3.72)	95.65 (SD=3.32)	96.49(3.98)	0.266
FEV1 เฉลี่ย (% predicted)	69.21 (SD=14.56)	61.83 (SD=14.81)	76.35 (SD=10.24)	0.001*
PEFR เฉลี่ย (% predicted)	64.41 (SD=23.56)	59.44 (SD=25.74)	67.47 (SD=22.21)	0.113

ในปัจจัยด้านสภาวะโรค เมื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยตาม Combine assessment of COPD พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีที่มีความเสี่ยงสูงและอาการรุนแรงคือประเภท D (ร้อยละ 30.8) ซึ่งในผู้ป่วยประเภทนี้เป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 64.9) และประเภทของผู้ป่วยตาม Combine assessment of COPD ที่ต่างกันสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.001^*$ ) สำหรับระดับ COPD assessment test (CAT score) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในระดับ 0 - 10 ซึ่งเป็นระดับที่มีค่าคุณภาพชีวิตดี แต่พบว่าในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของ CAT score สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะกำเริบ ( $p=0.047$ ) แต่ระดับของ CAT score ที่แบ่งเป็น 2 ช่วงคือ CAT 0 - 10 และ CAT > 10 ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบอย่างมีนัยสำคัญ ระดับคะแนนความรู้สึกเหนื่อย mMRC Dyspnea score ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 - 1 ซึ่งไม่มีอาการเหนื่อยยกเว้นออกแรงมาก (ร้อยละ 65.8) แต่พบว่าผู้ป่วยที่มี mMRC Dyspnea score > 1 เกิดภาวะกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 39.0 ในขณะที่ mMRC Dyspnea score > 1 เกิดการกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 34.2 และพบว่าระดับของ mMRC Dyspnea score มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.007$ ) และพบว่าปัจจัยอื่น ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและต้องนอนโรงพยาบาลได้แก่ ร้อยละของการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ซึ่งกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาล สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้มากกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.003$ ) ส่วนปัจจัยอื่นๆเช่นความถูกต้องของการใช้ยา Inhaler จำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และการมารับการรักษาติดตามอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะกำเริบจนต้องรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสภาวะโรคของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะประชากร	ทั้งหมด (N= 120)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p value
		Admission (n=43)	No Admission (n=77)	
COPD class				
A	19 (15.8%)	3 (15.8%)	16 (84.2%)	0.001*
B	29 (24.2%)	7 (24.1%)	22 (75.9%)	
C	35 (29.2%)	9 (25.7%)	26 (74.3%)	
D	37 (30.8%)	24 (64.9%)	13 (35.1%)	
CAT score เฉลี่ย	9.09 (SD=3.08)	9.94 (SD=3.54)	8.23 (SD=2.28)	0.047*
< 10	82 (68.3%)	27 (32.9%)	55 (67.1%)	0.152
>10	38 (31.7%)	16 (42.1%)	22 (57.9%)	
Dyspnea score	1.17 (SD=0.37)	1.31 (SD=0.47)	1.07 (SD=0.25)	0.005*
<1	79 (65.8%)	27 (34.2%)	52 (65.8%)	0.007*
>1	41 (34.2%)	16 (39.0%)	25 (61.0%)	
ความถูกต้องของการใช้ยา Inhaler เฉลี่ย (%)	92.64(SD=9.57)	91.40(SD=9.91)	94.89(SD=7.73)	0.094
Exercise เฉลี่ย (วันต่อสัปดาห์)	4.75(SD=2.36)	4.0(SD=2.37)	5.0(SD=2.4)	0.381
หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (%)	76.04(SD=12.25)	71.14(SD=13.67)	79.78(SD=10.55)	0.003*
มารักษาติดตามอย่างสม่ำเสมอ (%)	80.88(SD=15.82)	81.17(SD=13.20)	80.27(SD=19.51)	0.891

\*p value&lt;0.05 (statistically significant)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยคาดการณ์ที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ binary logistic regression ซึ่งผลที่ได้พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ FEV<sub>1</sub> < 50% predicted โดยมี odds ratio = 2.606 (95% CI 1.242 – 4.402) p value = 0.036 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Odds Ratio ของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD

ปัจจัย	Odds Ratio	95% CI	p value
FEV <sub>1</sub> < 50% predicted	2.606	1.242 - 4.402	0.036

## อภิปรายผลการวิจัย

วิเคราะห์ปัจจัยคาดการณ์ที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยสถิติ Binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ )=0.05 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย ความชุกในการเกิดภาวะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 43 ราย (ร้อยละ 35.8) และผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 2 ปีของการศึกษานี้จำนวนครั้งเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาล 1.3 ครั้ง (SD=1.3) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาล 1 ครั้งโดยมีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 30.2) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอยู่ในช่วงใกล้เคียงกันแต่ค่อนข้างไปทางความชุกสูง<sup>10-13</sup>

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคหอบหืด ค่า FEV1 ประเภทของผู้ป่วยตาม Combine assessment of COPD คะแนน CAT score คะแนน Dyspnea การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และจากปัจจัยเหล่านี้ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาลในการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ ได้แก่ FEV1 < 50% predicted โดย odds ratio = 2.606 (95% CI 1.242 – 4.402) จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญที่หากมีปัจจัยเหล่านี้ในผู้ป่วยแต่ละรายคือ ผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 ต่ำกว่าค่าคาดการณ์ในคนปกติที่มีเพศ อายุและส่วนสูง เท่ากัน 50% ขึ้นไป (FEV1 < 50% predicted) เป็นผู้ที่การทำงานของปอดต่ำ จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 2.606 เท่าของคนที่มีค่า FEV1 > 50 predicted (95% CI 1.242 – 4.402) ในผู้ป่วยเหล่านี้ทีมสหวิชาชีพ ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะกำเริบอย่างใกล้ชิด ต้องติดตามค่า FEV1 อย่างสม่ำเสมอ<sup>21</sup> และในแต่ละครั้งของการมารักษาดูตามต้องเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ผลการวิเคราะห์ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

การศึกษาที่ผ่านมาของไทยและสหรัฐอเมริกา<sup>11, 18</sup> และในการศึกษานี้ปัจจัยลักษณะประชากรทุกประเภทไม่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งเพศ ช่วงอายุของผู้ป่วย สถานะภาพการสมรส อาชีพของผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันของการเกิดภาวะกำเริบ และต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล แต่บางการศึกษามีผลที่แตกต่างกันไป เช่นการศึกษาของประเทศสเปนและเนเธอร์แลนด์ที่พบว่าอายุมีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบ<sup>22-23</sup> ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะเกิดภาวะกำเริบได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ (p=0.022) ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>11, 24</sup> โรคหอบหืดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ<sup>11-12, 25</sup> เพราะการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลทำให้เกิดการอักเสบของระบบต่างๆ ในร่างกายและส่งผลให้เกิดโรคหอบหืดหรือมีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น และโรคหอบอาจส่งผลให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดการกำเริบได้มากขึ้น<sup>25-28</sup> ส่วนค่า forced expiratory volume in 1 second; FEV1 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นค่าที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่บางการศึกษาทั้งสองค่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีอาการของโรคในระดับรุนแรง ค่าความจุปอดเหลือน้อยจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะกำเริบและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>13, 17, 29-30</sup> การศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับการเกิดภาวะกำเริบ และถ้าผู้ป่วยมีค่า FEV1 น้อยลงจะมีโอกาสเกิดภาวะกำเริบสูงขึ้น<sup>14, 16, 22</sup> การศึกษาของประเทศไอซ์แลนด์และอังกฤษที่พบว่าระดับการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ และระดับคุณภาพชีวิตต่ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีผลต่อการเกิดซ้ำ<sup>17, 30</sup> ปัจจัยจากระดับคะแนนความรู้สึกเหนื่อย mMRC Dyspnea score ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งแบ่งเป็นช่วง 0 - 1 คือไม่มีอาการเหนื่อยยกเว้นออกแรงมาก และช่วงที่ mMRC Dyspnea score > 1 ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดอาการเหนื่อยเมื่อออกแรงตามปกติ

หรืออาการเหนื่อยมากกว่านี้ และระดับคะแนน mMRC Dyspnea score เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดกำเริบและต้องนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในหลายการศึกษาที่ผ่านมา<sup>10, 13, 30-31</sup> การศึกษาของไทยที่ให้ผลแตกต่างกันที่การมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะกำเริบ<sup>24</sup> ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นนี้ พบว่าการศึกษานี้ให้สอดคล้องกล่าวคือ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าพบมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ

นอกจากนี้มีการศึกษาจากในประเทศไทยและต่างประเทศถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา การเปลี่ยนแพทย์ซึ่งในการศึกษานี้การใช้ยาเป็นการใช้ยาตามแนวทางของ GOLD guideline และไม่มี การเปลี่ยนแปลงของแพทย์ จึงไม่มีการศึกษาในปัจจัยนี้ นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยจากภาวะเครียด<sup>17, 25</sup> การเกิดเสมหะ การมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ช่วงเวลาของฤดูกาล หรือการศึกษาในความแตกต่างด้านเชื้อชาติ และในระดับยีน<sup>10, 15, 18, 31</sup> ซึ่งในการศึกษาไม่ได้ทำการศึกษาในตัวแปรเหล่านี้ แต่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังในการรักษาและป้องกันภาวะกำเริบและต้องรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เพิ่มเติม

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อวิเคราะห์ความชุกของการเกิดภาวะกำเริบและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ปัจจัยแต่ละชนิดที่ละปัจจัยในการศึกษานี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและต้องมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคร่วม ค่า FEV1 ประเภทของผู้ป่วยตาม Combine assessment of COPD คะแนน CAT score คะแนน Dyspnea การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและผลการวิเคราะห์ปัจจัยคาดการณ์ที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ binary logistic regression พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 <50% predicted

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในด้านกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และการออกแบบมีข้อจำกัดด้านการกำหนดกลุ่มควบคุม

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรที่สนับสนุนด้านนโยบาย ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ที่ร่วมในการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: WHO; 2017 [cited 2017 June 3]. Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.
2. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Pocket guideline for diagnosis.
3. management and prevention. USA: GOLD COPD; 2017 [cited 2017 June 3]. Available from: [http://www.goldcopd.it/materiale/2017/GOLD\\_Pocket\\_2017](http://www.goldcopd.it/materiale/2017/GOLD_Pocket_2017).
4. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367:1747-1757.
5. Wouters EF. Chronic obstructive pulmonary disease. 5: systemic effects of COPD. *Thorax* 2002; 57: 1067-70.
6. Agusti AG, Noguera A, Saucedo J, Sala E, Pons J, Busquets X, et al. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003; 21:347-60.
7. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363:1128-38.
8. Seemungal T, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time Course and Recovery of Exacerbations in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000; 161:1608-13.
9. Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014 Aug 27;9:871-88.
10. Yawn BP and Thomashow B. Management of patients during and after exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the role of primary care physicians. *Int J Gen Med.* 2011; 4: 665-676.
11. Müllerova H, Maselli DJ, Locantore N, Vestbo J, Hurst JR, Wedzicha JA, et al. Hospitalized exacerbations of COPD: risk factors and outcomes in the ECLIPSE cohort. *Chest.* 2015 Apr;147(4):999-1007.
12. Poorpunkijaroen P. Emergency Room Visit of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nakhonayok Hospital. *Thai Pharm Health Sci J* 2008;3(1):73-79.
13. Roberts MH, Mapel DW, Worley AV and Beene J. Clinical factors, including All Patient Refined Diagnosis Related Group severity, as predictors of early rehospitalization after COPD exacerbation. *Drugs Context.* 2015; 4: 212278.
14. Garcia-Aymerich J, Farrero E, Félez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Antó JM, et al. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax.* 2003;58(2):100-5.



15. Hwang YI, Lee SH, Yoo JH, Jung BH, Yoo KH, Na MJ. Et al. History of pneumonia is a strong risk factor for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation in South Korea: the Epidemiologic review and Prospective Observation of COPD and Health in Korea (EPOCH) study. *J Thorac Dis.* 2015 Dec;7(12):2203-13.
16. García-Sanz MT, Pol-Balado C, Abellás C, Cánive-Gómez JC, Antón-Sanmartin D, et al. Factors associated with hospital admission in patients reaching the emergency department with COPD exacerbation. *Multidiscip Respir Med.* 2012; 7(1): 6.
17. Alexopoulos EC, Malli F, Mitsiki E, Bania EG, Varounis C and Gourgoulis KI. Frequency and risk factors of COPD exacerbations and hospitalizations: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDEN study). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015; 10: 2665–2674.
18. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respiratory Soc.* 2005; 26: 414-9.
19. Anderson F, Carson A, Whitehead L and Bureau K. Age, Race and Gender Spatiotemporal Disparities of COPD Emergency Room Visits in Houston, Texas. *Occupational Diseases and Environmental Medicine.* 2015, 3, 1-9.
20. National health security office. Bangkok: NHSO; 2016 [cited 2016 June 3]. Available from: <http://www.nhso.go.th/frontrend/NewsInformationDetail>.
21. Thailand Press Release. Bangkok: Thai PR; 2016 [cited 2016 June 3]. Available from: <http://www.thaipr.net/health>.
22. Kuwalairat P, Winit-Watjana W, Rattanaopas S and Nawawatcharin N. Screening Accuracy of Peak Flow Meters for Chronic Obstructive Pulmonary Disease among Thai People at Risk in a Community. *Asia J Public Health* 2015; 6(1): 2-9.
23. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Sánchez PR, Salcedo E, Navarro M and Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 2005;60:925-931.
24. Groenewegen KH, Schols Emiel MWJ and Wouters EFM. Mortality and Mortality-Related Factors After Hospitalization for Acute Exacerbation of COPD. *Chest.* 2003;124(2):459-467.
25. Miravittles M, Guerrero T, Mayordomo C, Sánchez-Agudo L, Nicolau F and Segú JL. Factors Associated with Increased Risk of Exacerbation and Hospital Admission in a Cohort of Ambulatory COPD Patients: A Multiple Logistic Regression Analysis. *Respiration.* 2000;67:495–501.
26. Boonpimon P, Duangpaeng S and Kunsongkeit W. Predictors of acute exacerbation among chronic obstructive pulmonary disease patients. *The journal of faculty of nursing Burapa university.* 2015; 23(1): 26-39.

27. Groenewegen KH, Postma DS, Hop WCJ, Wielders PLML, Schlösser NJJ, Wouters EFM, et al. Increased Systemic Inflammation Is a Risk Factor for COPD Exacerbations. *Chest*. 2008;133(2):350-7.
28. Soler JJ, Sánchez L, Román P, Martínez MA and Perpiñá M. Risk factors of emergency care and admissions in COPD patients with high consumption of health resources. *Respiratory Medicine*. 2004; 98(4): 318-29.
29. Wedzicha JA, Brill SE, Allinson JP and Donaldson GC. Mechanisms and impact of the frequent exacerbator phenotype in chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Medicine*. 2013; 11:181.
30. Make BJ, Eriksson G, Calverley PM, Jenkins CR, Postma DS, Peterson S, et al. A score to predict short-term risk of COPD exacerbations (SCOPEX). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015; 27(10): 201-9.
31. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, Barbé F and Galván L. Risk factors for exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: a prospective study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016; 20(3):389-95.
32. Busch R, Han MK, Bowler RP, Dransfield MT, Wells JL, Regan EA. Risk factors for COPD exacerbations in inhaled medication users: the COPD Gene study biannual longitudinal follow-up prospective cohort. *BMC Pulm Med*. 2016; 16: 28.

# การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

มานพ ชันดี ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพิงค์ ในปีงบประมาณ 2559 จำนวนทั้งสิ้น 176 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยการทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านอย่างเคร่งครัดทุกวัน มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านในระดับมาก ประสบปัญหาการใช้ยาที่บ้านอยู่ในระดับน้อยมากหรือแทบไม่ประสบปัญหา มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุด และปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน พบว่า อายุ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังที่เป็นลักษณะการใช้ยาที่บ้าน และ จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้านมีความสัมพันธ์กับการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้าน

**คำสำคัญ :** การบริการทางเภสัชกรรม, โรคเรื้อรัง, เภสัชกรรมปฐมภูมิ

## Evaluation of Pharmaceutical Care Service for Chronic Disease Patients at Home

Manop Kuntee

Department of Pharmacy, Nakornping Hospital

### Abstracts

This study aims to evaluation of pharmaceutical care service for chronic disease patients at home of the primary care unit pharmacy Nakornping Hospital and analysis of factors affecting the provision of pharmaceutical care service for chronic disease patients at home of the primary care unit pharmacy Nakornping Hospital Chiang Mai Province. This research is quantitative research. The questionnaire was used as a tool to collect data for the sample of chronic disease patients at home attended the Nakornping Hospital 176 people in fiscal year 2016. Data analysis had been performed based on descriptive statistics, including frequency, percentage and mean, as well as inferential statistics which were chi-square test with a statistically significant level at 0.05. The results of this study could be summarized as follows: the sample included patients co-operating in home-based drugs strictly every day. Have knowledge

of self-care behaviors and self-care of patients with chronic diseases at home was very high level. The problems of drug use at home found patients sample was experiencing very low level or no problems at home. The satisfaction for pharmaceutical care service for chronic disease patients at home in the highest level. Finally, factors affecting the provision of pharmaceutical re service for chronic disease patients at home of the research indicated that the age, sick period of chronic, chronic diseases, home remedies are correlated with knowledge of practice self care at home and the problem of home remedies and number of visits was at home are correlated with pharmaceutical care service at home

**Key words :** pharmaceutical care service, chronic disease, primary pharmacy

## บทนำ

งานบริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เป็นความรับผิดชอบของ เภสัชกรในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด ทั้งทางด้านผลการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยมีบทบาทในการระบุปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นและอาจจะเกิดแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแล้ว และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดจากการใช้ยาโดยเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับบุคลากรด้านอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย<sup>1</sup> งานบริการเภสัชกรรมไม่จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล การติดตามผู้ป่วยที่บ้านเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งสภาวะโรค การปฏิบัติตัว ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยา การเก็บรักษา และนอกจากนี้ยังสามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ชัดเจนกว่า การรับฟังจากการบอกเล่าของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล<sup>2</sup>

ในประเทศไทย การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุก โดยใช้บ้านของผู้ป่วยเอง เป็นสถานบริการ มีทีมการแพทย์ และสาธารณสุขให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย<sup>3</sup> เภสัชกร เป็นหนึ่งในทีมให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีบทบาทในการดูแลด้านการใช้ยา การติดตามเฝ้าระวัง ค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นหลัก

ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการใช้อย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ แต่เมื่อออกจากโรงพยาบาล มีการสั่งใช้ยาที่บ้าน ถึงแม้ว่าในบางพื้นที่ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนออกจากโรงพยาบาล (discharge counseling) การจ่ายยาอาจไม่ได้คำนึงถึงสภาวะแวดล้อมที่บ้านที่อาจจะส่งผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย และเมื่อไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยอาจเพิกเฉยต่อการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาด้วยยา ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ ตามมาเช่น เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การเกิดภาวะแทรกซ้อน เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรจะได้รับบริการเภสัชกรรมที่บ้าน เนื่องจากหากมีการให้ข้อมูล และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงแผนการรักษาด้วยยา รวมถึงการติดตามแผนนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้อง ขณะที่ต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้านก็จะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัยาที่อาจเกิดขึ้นได้<sup>2</sup>

นอกจากนี้ จากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่รวดเร็ว ทำให้พบปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ของประชากรอย่างต่อเนื่อง และจากรายงานของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016)<sup>4</sup> พบว่า โรคเรื้อรังชนิดต่างๆ ที่เผชิญอยู่ทั่วโลกนั้น เป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ดังข้อมูลสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรคเรื้อรัง และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่า 80%

เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา และสำหรับประเทศไทยนั้น พบว่า จากสถิติปี พ.ศ. 2556 มีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรคเรื้อรัง มากกว่า 300,000 คน หรือ คิดเป็น 73% ของการเสียชีวิต ของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2556 คิดเป็นมูลค่า ความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ซึ่งโรคเรื้อรังที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในประเทศไทย สูงสุด 6 โรค ได้แก่<sup>5</sup> โรคเบาหวาน (diabetes mellitus), โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (cardiovascular & cerebrovascular diseases), โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema), โรคมะเร็ง (cancer), โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (obesity)

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในประเทศไทย ที่พบปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยโรคเรื้อรังที่พบ 4 โรค สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>6</sup> (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ ปีงบประมาณ 2556 - 2559

โรคเรื้อรัง	2556 (คน)	2557 (คน)	2558 (คน)	2559 (คน)
ความดันโลหิตสูง	20,935	21,394	21,313	21,723
เบาหวาน	7,377	7,665	8,266	9,102
ไตเรื้อรัง	3,021	3,081	3,018	3,179
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1,596	1,595	1,491	1,599

ที่มา : โรงพยาบาลนครพิงค์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2559

หมายเหตุ : ผู้ป่วย 1 ราย อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคข้อมูลปี พ.ศ. 2559 ล่าสุด ณ วันที่ 30 กันยายน 2559

นอกจากนี้พบว่าภาวะความชุกของโรคเรื้อรังที่กล่าวมาข้างต้นของโรงพยาบาลนครพิงค์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุข ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย คนไข้จะมีอาการกำเริบ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และด้วยความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบว่า มีการใช้ยาอย่างน้อย 4 ชนิด นำมาสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาต่างๆ หรือเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problems; DRPs) อันเป็นปัญหาที่มีผลต่อการรักษาด้วยยา จากการใช้ยาปริมาณมากและต้องใช้อย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อรักษาโรคหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในเรื่องของการใช้ยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากยา เป้าหมายสำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>6</sup>

ดังนั้นผู้วิจัย ในฐานะเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาบริการทางเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จึงวิจัยเรื่อง การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ สอดรับกับความต้องการ ปัญหาการใช้ยา การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพิงค์ ในปีงบประมาณ 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งสิ้น 317 คน และผู้วิจัยนำมาการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มตัวอย่างตามสูตรของยามานะ (yamané)<sup>3</sup> โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มร้อยละ 5 ได้จำนวนเท่ากับ 176 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพิงค์ ในปีงบประมาณ 2559 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนครพิงค์ 4) สามารถสื่อสารและตอบคำถามได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลประกอบการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่ชม. 0032.202/015 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

## ผลการศึกษา

### 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 176 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 101 คน (ร้อยละ 57.4) มีอายุระหว่าง 59 – 68 ปี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 45.5) โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 65.5 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 141 คน (ร้อยละ 80.1) ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 64 คน (ร้อยละ 36.4) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า จำนวน 84 คน (ร้อยละ 47.7) ซึ่งปัจจุบันป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 33.0) ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 7 – 11 ปี จำนวน 101 คน (ร้อยละ 57.4) มีจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ได้รับจากโรงพยาบาล ระหว่าง 7 – 10 รายการ จำนวน 101 คน (ร้อยละ 57.4) โดยจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ได้รับจากโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 7 รายการลักษณะการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังที่บ้าน เป็นแบบใช้ยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่ง ร่วมกับใช้ยาสมุนไพร/อาหารเสริมด้วย จำนวน 124 คน (ร้อยละ 70.5) และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เคยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน จำนวน 2 ครั้ง จำนวน 98 คน (ร้อยละ 55.7) อีกทั้งพบว่า ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีก จำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 54.0) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (จำนวน 176 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	101	75.4
หญิง	57.4	42.6
<b>อายุ</b>		
39 – 48 ปี	5	2.8
49 – 58 ปี	24	13.6
59 – 68 ปี	80	45.5
69 ปีขึ้นไป		
อายุต่ำสุด 39 ปี สูงสุด 81 ปี เฉลี่ย 65.5 ปี	67	38.1
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	1	0.6
สมรส	141	80.1
หม้าย	29	16.5
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	5	2.8
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	10	5.7
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	64	36.4
รับจ้างทั่วไป	12	6.8
เกษตรกร	47	26.7
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	21	11.9
รัฐราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22	12.5
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา/เทียบเท่า	84	47.7
มัธยมศึกษาศึกษา/ปวช./เทียบเท่า	60	34.1
อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า	12	6.8
ปริญญาตรี	11	6.3
สูงกว่าปริญญาตรี	9	5.1
<b>โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ปัจจุบัน</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	47	26.7
โรคเบาหวาน	37	21.0
โรคไตเรื้อรัง	58	33.0
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	34	19.3

## ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (จำนวน 176 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
2 – 6 ปี	48	27.3
7 – 11 ปี	101	57.4
12 – 15 ปี	27	15.3
ระยะเวลาที่ป่วยต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 15 ปี และเฉลี่ย 7.8 ปี		
จำนวนรายการยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล		
3 – 6 รายการ	48	27.3
7 – 10 รายการ	101	57.4
11 – 13 รายการ	27	15.3
จำนวนรายการยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลต่ำสุด 3 รายการ สูงสุด 13 รายการ และเฉลี่ย 7 รายการ		
ลักษณะการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังที่บ้าน		
ใช้ยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่งเพียงอย่างเดียว	52	29.5
ใช้ยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่ง ร่วมกับใช้ยาสมุนไพร/อาหารเสริม	124	70.5
จำนวนครั้งของการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน		
2 ครั้ง	98	55.7
3 ครั้งขึ้นไป	78	44.3
จำนวนครั้งของการกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลในช่วง 6 เดือน		
1 ครั้ง	10	5.7
2 ครั้ง	95	54.0
3 ครั้งขึ้นไป	71	40.3

## 2) การประเมินผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การประเมินผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า

1) ด้านความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้าน โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุดหรือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทุกวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 เมื่อพิจารณาการใช้ยาประเด็นอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุดหรือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทุกวัน ในประเด็น อ่านและทำความเข้าใจว่า มีชื่อและชนิดของยาใดบ้างที่แพทย์สั่งจ่ายให้ ด้วยวัตถุประสงค์ใด (ค่าเฉลี่ยรวม 4.63) รองลงมาคือ อ่านและทำความเข้าใจว่า ยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ มีข้อบ่งใช้ เช่น ใช้ครั้งละเท่าใด วันละกี่ครั้ง เวลาใด (ค่าเฉลี่ยรวม 4.53) อ่านและทำความเข้าใจ ยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ มีผลข้างเคียงหรือผลดีและผลเสียของยา (ค่าเฉลี่ยรวม (ค่าเฉลี่ยรวม 4.44) ตรวจสอบและคำนวณดูว่าจำนวนยาเพียงพอถึงการนัดพบแพทย์ในครั้งต่อไปหรือไม่ (ค่าเฉลี่ยรวม 4.33) จัดเก็บยาในที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และไม่มีแสงแดดส่องถึงโดยตรง (ค่าเฉลี่ยรวม 4.30) และสังเกตลักษณะของยาว่ายังเหมือนเดิมหรือไม่ ก่อนการ



ใช้ยา (ค่าเฉลี่ยรวม 4.23) ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือในระดับมากในการจัดเก็บยา แยกตามชนิดรูปแบบยาเตรียมได้แก่ ยาเม็ด ยาน้ำ ยาฉีด เป็นต้น (ค่าเฉลี่ยรวม 4.20) และติดตามผลการรักษาและหมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้ยา (ค่าเฉลี่ยรวม 4.19)

2) ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเอง โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านในระดับมาก เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านในแต่ละประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองในระดับมากที่สุดในเรื่อง การปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ยรวม 4.78) รองลงมาคือ เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ยรวม 4.77) หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก เช่น แบก/ยกของหนัก ทำงานกลางแจ้ง (ค่าเฉลี่ยรวม 4.47) และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง เป็นต้น (ค่าเฉลี่ยรวม 4.37) ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ในระดับมาก ในเรื่องการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ น้ำอัดลม (ค่าเฉลี่ยรวม 4.11) รองลงมาคือ ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอต่อวัน (ค่าเฉลี่ยรวม 3.99) หลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อวัน (ค่าเฉลี่ยรวม 3.86) การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ยรวม 3.84) การควบคุมอาหารประเภทเกลือ หรือรสเค็ม (ค่าเฉลี่ยรวม 3.80) การเลือกรับประทานผัก ผลไม้ อย่างเพียงพอต่อวัน (ค่าเฉลี่ยรวม 3.73) การควบคุมอาหารประเภทไขมัน (ค่าเฉลี่ยรวม 3.79) และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอต่อวัน (ค่าเฉลี่ยรวม 3.60) ตามลำดับ

3) ด้านปัญหาการใช้ยาที่บ้าน โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังประสบปัญหาการใช้ยาที่บ้านอยู่ในระดับน้อยมาก หรือแทบไม่ประสบปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังประสบปัญหา มียาเหลือใช้ หรือคงค้าง (ค่าเฉลี่ยรวม 2.15) ในระดับน้อยนอกจากนี้พบว่า ประสบปัญหาน้อยมากหรือแทบไม่ประสบปัญหา ในเรื่องลืมรับประทานยา (ค่าเฉลี่ยรวม 1.76) ลำดับแรก รองลงมาคือ รับประทานยาผิดเวลา (ค่าเฉลี่ยรวม 1.77) เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา (ค่าเฉลี่ยรวม 1.71) ปรับขนาดยาเองตามใจชอบ เช่น เพิ่มจำนวนเม็ด หรือปริมาณ เป็นต้น (ค่าเฉลี่ยรวม 1.70) หาซื้อยามารับประทานเอง (ค่าเฉลี่ยรวม 1.68) ไม่ไปพบแพทย์ ทั้งที่ยาหมดแล้ว (ค่าเฉลี่ยรวม 1.64) เก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม ทำให้ยามีสี ผิดรูป หรือแปลกไปจากเดิม (ค่าเฉลี่ยรวม 1.64) รับประทานที่ไม่จำเป็น (ค่าเฉลี่ยรวม 1.63) ยาไม่เพียงพอ หรือยาหมดก่อนถึงวันนัด (ค่าเฉลี่ยรวม 1.59) ใช้ยาไม่ถูกต้อง ผิดวิธีการใช้ เช่น รับประทานก่อนอาหาร แต่ทานหลังอาหาร เป็นต้น (ค่าเฉลี่ยรวม 1.57) หยุดการใช้ยาหรือกินยาเอง (ค่าเฉลี่ยรวม 1.55) และนำยาคนอื่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาใช้ (ค่าเฉลี่ยรวม 1.20) ตามลำดับ

4) ด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้าน โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในประเด็น การดำเนินงานของโครงการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร เป็นการให้บริการที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ค่าเฉลี่ยรวม 4.86) รองลงมาคือ การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การใช้ยา และการดูแลตนเองที่บ้าน (ค่าเฉลี่ยรวม 4.81) ความสามารถของเภสัชกรแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้าน (ค่าเฉลี่ยรวม 4.80) เภสัชกรสามารถตอบคำถาม ข้อสงสัย หรือแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้านได้ (ค่าเฉลี่ยรวม 4.76) เภสัชกรสามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายหรือปฏิบัติตนในการใช้ยาที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ค่าเฉลี่ยรวม 4.73) เภสัชกรพูดคุยด้วยถ้อยคำที่สุภาพ เป็นกันเอง (ค่าเฉลี่ยรวม 4.68) เภสัชกรยิ้มแย้ม แจ่มใส ในการพูดคุย ให้คำแนะนำ (ค่าเฉลี่ยรวม 4.66) รู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การใช้ยา และการดูแลตนเองที่บ้าน (ค่าเฉลี่ยรวม 4.64) การมีเภสัชกรไปเยี่ยมบ้าน จะช่วยทำให้สามารถควบคุมโรค และใช้ยาที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น

(ค่าเฉลี่ยรวม 4.62) และเภสัชกรแต่งกายเหมาะสมกับการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ค่าเฉลี่ยรวม 4.59) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ามีความพึงพอใจต่อระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรวม 3.99) (ตารางที่ 3)  
ตารางที่ 3 การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
1) ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.35	มากที่สุด
อ่านและทำความเข้าใจว่า มีชื่อและชนิดของยาใดบ้างที่แพทย์สั่งจ่ายให้ ด้วยวัตถุประสงค์ใด	4.63	มากที่สุด
อ่านและทำความเข้าใจว่ายาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ มีข้อบ่งชี้ เช่น ใช้ครั้งละเท่าใด วันละกี่ครั้ง เวลาใด	4.53	มากที่สุด
อ่านและทำความเข้าใจ ยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ มีผลข้างเคียงหรือผลดีและผลเสียของยา	4.44	มากที่สุด
ตรวจสอบและคำนวณดูว่าจำนวนยาเพียงพอถึงการนัดพบแพทย์ในครั้งต่อไปหรือไม่	4.33	มากที่สุด
สังเกตลักษณะของยาว่ายังเหมือนเดิมหรือไม่ ก่อนการใช้ยา	4.23	มากที่สุด
ติดตามผลการรักษาและหมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้ยา	4.19	มาก
จัดเก็บยาในที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และไม่มีแสงแดดส่องถึงโดยตรง	4.30	มากที่สุด
จัดเก็บยาแยกตามชนิดรูปแบบยาเตรียมได้แก่ ยาเม็ด ยาน้ำ ยาฉีด เป็นต้น	4.20	มาก
2) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	4.09	มาก
การเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง	4.77	มากที่สุด
การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง เป็นต้น	4.37	มากที่สุด
การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ น้ำอัดลม	4.11	มาก
การหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก เช่น แบก/ยกของหนัก ทำงานกลางแดด	4.47	มากที่สุด
การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	4.78	มากที่สุด
การออกกำลังกายอย่างเพียงพอต่อวัน	3.60	มาก
การเลือกรับประทานผัก ผลไม้ อย่างเพียงพอต่อวัน	3.73	มาก
หลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อวัน	3.86	มาก
ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอต่อวัน	3.99	มาก
ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม	3.84	มาก
ควบคุมอาหารประเภทไขมัน	3.79	มาก
ควบคุมอาหารประเภทเกลือ หรือรสเค็ม	3.80	มาก
3) ปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1.66	(น้อยมาก)
ลืมรับประทานยา	1.76	น้อยมาก
รับประทานยามืดเวลา	1.77	น้อยมาก
ยาไม่เพียงพอ หรือยาหมดก่อนถึงวันนัด	1.59	น้อยมาก
ไม่ไปพบแพทย์ทั้งที่ยาหมดแล้ว	1.64	น้อยมาก
เก็บรักษายาไม่เหมาะสม ทำให้ยามีสี ผิดรูป หรือแปลกไปจากเดิม	1.64	น้อยมาก
มียาเหลือใช้ หรือคงค้าง	2.15	น้อย

ตารางที่ 3 การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (ต่อ)

การประเมินผลการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
ได้รับยาที่ไม่จำเป็น	1.63	น้อยมาก
เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา	1.71	น้อยมาก
ปรับขนาดยาเองตามใจชอบ เช่น เพิ่มจำนวนเม็ด หรือปริมาณ เป็นต้น	1.70	น้อยมาก
หาซื้อยามารับประทานเอง	1.68	น้อยมาก
นำยาคนอื่น ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาใช้	1.20	น้อยมาก
ใช้ยาไม่ถูกต้อง ผิดวิธีการใช้ เช่น รับประทานก่อนอาหาร แต่ทานหลังอาหาร เป็นต้น	1.57	น้อยมาก
หยุดการใช้ยาหรือกินยาเอง	1.55	น้อยมาก
4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้าน	4.65	มากที่สุด
โครงการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเป็นการให้บริการที่มีประโยชน์	4.86	มากที่สุด
การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การใช้ยา และการดูแลตนเองที่บ้าน	4.81	มากที่สุด
เภสัชกรแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้านได้	4.80	มากที่สุด
เภสัชกรสามารถตอบคำถาม ข้อสงสัย หรือแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้านได้	4.76	มากที่สุด
เภสัชกรสามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายหรือปฏิบัติตนในการใช้ยาที่บ้านได้อย่างถูกต้อง	4.73	มากที่สุด
เภสัชกรพูดคุยด้วยถ้อยคำที่สุภาพ เป็นกันเอง	4.68	มากที่สุด
เภสัชกรยิ้มแย้ม แจ่มใสในการพูดคุย และให้คำแนะนำที่ดี	4.66	มากที่สุด
เภสัชกรแต่งกายเหมาะสมกับการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	4.59	มากที่สุด
รู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การใช้ยา และการดูแลตนเองที่บ้าน	4.64	มากที่สุด
การมีเภสัชกรไปเยี่ยมบ้าน จะช่วยทำให้สามารถควบคุมโรค และใช้ยาที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น	4.62	มากที่สุด
ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร	3.99	มาก

### 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้าน ได้แก่ ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรโรคเรื้อรังที่เป็นมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองที่บ้าน ปัญหาการใช้ยาที่บ้าน และความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรลักษณะการใช้ยาที่บ้านมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้าน และปัญหาการใช้ยาที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรจำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้านมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองที่บ้าน และความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ปัจจัย	การให้บริบาลทางเภสัชกรรม			
	ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้าน	ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่บ้าน	ปัญหาการใช้ยาที่บ้าน	ความพึงพอใจต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน
อายุ	0.007*	0.540	0.803	0.646
โรคเรื้อรังที่เป็น	0.084	0.000*	0.000*	0.003*
ระยะเวลาที่ป่วย	0.001*	0.461	0.160	0.812
จำนวนรายการยา	0.683	0.263	0.399	0.897
ลักษณะการใช้ยาที่บ้าน	0.015*	0.701	0.021*	0.615
จำนวนครั้งที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้าน	0.093	0.019*	0.635	0.009*
จำนวนครั้งของการกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลในช่วง 6 เดือน	0.861	0.107	0.209	0.555

หมายเหตุ: \* หมายถึง ค่าสถิติ (Sig.) ที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## อภิปราย

จากผลการประเมินผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านอย่างเคร่งครัด ทั้งในเรื่องของการให้ความสำคัญในการอ่านและทำความเข้าใจ มีชื่อและชนิดของยาใดบ้างที่แพทย์สั่งจ่ายให้ ด้วยวัตถุประสงค์ใด มีข้อบ่งใช้ มีผลข้างเคียงหรือผลดีและผลเสียของยาอย่างไร เป็นต้น รวมถึงในด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เป็นอย่างดี ทั้งในเรื่องของการปฏิบัติตัวหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ น้ำอัดลม ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอต่อวัน หลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อวัน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า<sup>7</sup> ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้าน ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น อาการไม่พึงประสงค์จากยาลดลง การกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาได้ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสอดคล้องผลการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาผลของการโปรแกรมการให้บริการของเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยา ระดับความโลหิต และระดับไขมัน LDL ในเลือดพบว่า<sup>8</sup> การให้โปรแกรมความรู้เรื่องยาทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

ด้านปัญหาการใช้ยาที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ประสบปัญหาการใช้ยาน้อยมากหรือแทบไม่ประสบปัญหา แต่ยังคงพบประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ มียาเหลือใช้ หรือคงค้าง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพียงบางราย ซึ่งถือเป็นประเด็นที่หน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ควรนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดลำดับแรกต่อการดำเนินงานของโครงการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเป็นการให้บริการที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การใช้ยา และการดูแลตนเองที่บ้าน ความสามารถของเภสัชกรแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้าน เภสัชกรสามารถตอบคำถาม ข้อสงสัย หรือแก้ไขปัญหเกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้านได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ผลลัพธ์ของการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของเภสัชกรในระดับพอใจมาก และเห็นว่า การให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยาที่ได้รับมากขึ้น

นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ค้นพบประเด็นที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 69 ปีขึ้นไปบางราย ยังให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านในระดับปานกลางเท่านั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยไตเรื้อรังบางราย ยังคงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองที่บ้านในระดับปานกลางเท่านั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางรายยังคงมีปัญหาการใช้ยาที่บ้านในระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางรายยังคงมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านในระดับปานกลางเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายที่มีระยะเวลาการป่วย 2 – 6 ปี ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านในระดับน้อย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่งเพียงอย่างเดียวบางราย ยังคงให้ความร่วมมือในระดับน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง บางรายยังคงมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่บ้าน และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านในระดับปานกลาง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพ. อารัง หาญวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และนางรศนา ธนะทิพานนท์ หัวหน้างานเภสัชกรรม ที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำกรวิจัยนี้ ตลอดจนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพิงค์ ในปีงบประมาณ 2559 ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Hepler CD, Strand LM. 1990. "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care". American Journal of Hospital Pharmacy. 47(20): 533-43.
2. ปรียานุช ศิริชัย. 2540. การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ประจวบคีรีขันธ์:กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์.
3. ประพิน วัฒนกิจ. 2542. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.
4. World Health Organization. 2016. "Chronic diseases and health promotion". [online]. Available from: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part2\\_ch1/en/index1.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index1.html) [cited 14 October 2016].
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2559. โรคเรื้อรังคุกคามคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

6. หน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์. 2559. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2559. เชียงใหม่: หน่วยงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพิงค์.
7. ชนานุช มานะดี. 2557. “ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์”. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 10(3): 354-371.
8. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. 2006. “Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol a randomized controlled trial”. The Journal of the American Medical Association. 296(21): 2563-71.
9. กาญจนพร วิบูลย์ศิริกุล. 2554. “ผลลัพธ์ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยการพัฒนาเป็นรูปแบบของการให้บริการการจัดการด้านยา”. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 8(4):133-142.

## การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภอคลองใหญ่จังหวัดตราด

ชาติศรีธรรมาธิ์ สุลักษณ์านนท์ ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลคลองใหญ่

### บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามรูปแบบเอกสาร (Paper-based questionnaire) ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน - ตุลาคม 2560 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลด้วยคอมพิวเตอร์ระบบ SPSS

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุไม่เกิน 20 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา อาศัยอยู่กับครอบครัวและเป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหายา พบว่าส่วนใหญ่จะไม่นิยมซื้อยาทางอินเทอร์เน็ต ไม่นิยมซื้อยาลดความอ้วนมากินและไม่ซื้อยาตามคำแนะนำหรือชักชวนของคนอื่นหรือสื่อโฆษณาต่างๆ แต่ถ้าพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่สบายตัว หรือโดนฝนมาจะกินยาป้องกันไว้ก่อนด้วยการซื้อยามากินเอง และเมื่อปวดหัวมากๆ จะกินยาแก้ปวดมากกว่า 1 เม็ด บางครั้งเมื่อมีอาการปวดท้องจะกินยาพาราเซตามอล และถ้ามีอาการป่วยเหมือนเดิมที่เคยเป็น ก็จะกินยาเก่าที่เคยได้รับจากสถานพยาบาล บางส่วนยังนิยมกินยาชุด มีการกินยาแผนปัจจุบันควบคู่กับยาแผนโบราณ ผลสรุปด้านความคิดเห็นและทัศนคติ พบว่า ด้านวิธีการกินยาเมื่อล้มป่วย ซื้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการกินยาหรือไปพบแพทย์ของคนที่มีโรคประจำตัว หรือมีอาการแพ้ยา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเป็นส่วนใหญ่และมีบางส่วนเห็นด้วยว่ายามีราคาแพงมีคุณภาพดีกว่ายาที่มีราคาถูก ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชนดีกว่ายาที่ได้จากโรงพยาบาลรัฐบาล และยาที่ได้จากโรงพยาบาล ถ้าหายป่วยแล้วสามารถเก็บไว้ใช้ได้ อีกกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยว่ายาสชุด ยาสมุนไพรประเภทลูกกลอน เป็นยาอันตรายเพราะมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ มีความไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยว่าถ้ากินยาที่มีสเตียรอยด์ไปนานๆ จะทำให้กระดูกพรุน เปราะ และหักง่าย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างมากว่าควรมีหน่วยงานที่ควรให้คำแนะนำ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน และเสนอว่าควรมีเภสัชกรออกเยี่ยมและให้ความรู้ตามชุมชน มีเสียงตามสายวิทยุชุมชนหรือทำแผ่นพับมีคำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแจกจ่าย รวมทั้งให้ความรู้ผ่านโรงเรียนโดยเฉพาะกรณีมียาอันตรายกำลังระบาด

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยรวมกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ความเข้าใจ พบว่าระดับพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาที่ได้ยังอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้ยาเองและคนใกล้ชิดหากมีการถ่ายทอดข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง จำเป็นจะต้องมีบุคคลหรือหน่วยงานที่คอยแนะนำ ให้ความรู้ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อผลดีต่อสุขภาพของประชาชนและระบบการรักษาของโรงพยาบาลรวมทั้งเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของภาครัฐ

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการใช้ยา, การใช้ยารักษาตนเอง

## Study of medication utilization behavior among people in Klongyai District Trat Province

Chatisma Sulucksananont

Department of Pharmacy Klongyai Hospital

### Abstract

The purpose of this research was to explore behaviors, thoughts, and attitudes from 400 people living in KlongYai district in the province of Trat towards the usage of medicine. The type of questionnaire that was used was paper-based questionnaire. The research started since September and ended in October 2017. The analysis was performed using SPSS. Most of the subjects were female at the age under 20. The education level of subjects was mostly high school students/vocational certificate/high vocational certificate. According to the result on the behavior towards finding medicines, it shows that finding medicine through online/internet is not the usual way for them to find their medicine. They do not take slim pills, they do not buy pills because of others recommendation or from any advertisement. On the other hand, if considering about the behavior of the usage of medicines, it shows that whenever they feel like they are becoming ill or have gone through the rain by any chance, they would find the medicines by themselves and take the pills, some would take drug batch, beforehand to prevent from getting ill. Some dosages are mixed between current medicine and traditional medicine. When they have experienced a severe headache, they would take more than one pain relievers. For stomach pain, they would take Paracetamol. From the result of the opinions, it shows that most of them have a very good understanding due to the reaction towards forgetting to take the pills, the directions of taking the pills, the cautions about the pill, visiting the doctor when there is an allergic reaction towards the pills, and also for those who have chronic diseases. These people also agree that the medicine that has a much higher price has a higher quality than the cheaper ones. Furthermore, they also agree that the medicines that were prescribed by private hospitals are much better than medicines that were prescribed by government hospitals. To add to this, they agree with the fact that the medicines that were prescribed from the hospital can be kept for future use, in the situation in which they have not finished the medicine but they have already recovered.

Some of the subjects are still not certain, or does not agree to the fact that medicines that have the ingredients of steroid are dangerous. They either are not certain or does not agree that dosing medicine that contains steroid for a long time can result porous bones, brittle bones, and bones would become easier to break. However, the subjects agree strongly that there should a department or public relations that could give people the directions, information, and knowledge about the medicines. They also suggest on having doctors from pharmacies visit different communities providing the information or having community radio to broadcast it. There should also be a brochure given out containing the important information. All the schools should also be informed that they should have the information



about medicines so the students would have the knowledge and be well aware, especially when there is an alert about dangerous medicine.

In summary, subjects are lacking certain important information and understanding about risks of medicines. Therefore, there should be an organization to provide the right information to help out the people in need. This could result better health for the people, and it would gain benefit for the treatment systems in hospitals. In addition, the policy of 'Rational Drug Use Hospital' would be stronger.

**Key words :** medication utilization behavior, self medication

## บทนำ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง que เลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันยังมีอีกบางส่วนเลือกการรักษาตนเองตามวิธีการและทัศนคติที่มี โดยเฉพาะในเขตชนบท (ในปี 2559 พบว่ามีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาล เอกชนและคลินิก 55 % และมีผู้เลือกซื้อยาจากร้านขายยาและอื่น ๆ รวม 45%)<sup>1</sup> ยาโรคเป็นหนึ่งในปัจจุบันที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งมีคุณสมบัติทั้งในด้านการรักษา บำบัด บรรเทาหรือป้องกันโรค แต่ในทางตรงกันข้ามหากมีการใช้ยาไม่ถูกต้องย่อมก่อให้เกิดโทษอย่างมหันต์ ทั้งที่เกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจอันเนื่องมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ก็ตาม

อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด เป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา (เกาะกง) ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีทั้งคนไทยและคนกัมพูชาที่เข้ามาประกอบอาชีพหรือมีครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นชุมชน 2 วัฒนธรรม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบางส่วนยังเลือกวิธีการรักษาตามภูมิปัญญาชาวบ้าน จากการปฏิบัติหน้าที่เภสัชกรประจำโรงพยาบาลคลองใหญ่ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอสว. และหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งรับผิดชอบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยทั้งคนไทยและคนกัมพูชาที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวบางรายยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ถูกต้อง อาทิเช่น การใช้ยาไม่ตรงข้อบ่งใช้, การใช้ยาสมุนไพรที่ไม่ผ่านการรับรองควบคู่กับการใช้ยาแผนปัจจุบัน การใช้ยาเกินขนาดที่เหมาะสมหรือการปรับขนาดการใช้ยาเอง การสะสมยาที่เหลือใช้หรือยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้แล้วเพื่อสำรองไว้ใช้หากมีอาการกำเริบ การซื้อยาตามคำโฆษณาหรือคำบอกเล่าของผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการซื้อยาชุดที่มีจำหน่ายตามร้านขายของชำ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวนอกจากจะเป็นการนำสารเคมีเข้าสู่ร่างกายโดยไม่จำเป็นแล้วยังเป็นการทำร้ายตัวเองแบบไม่รู้ตัว โดยบางรายอาจได้รับผลกระทบหรือมีอาการแสดงในทันที แต่บางรายจะส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว นอกจากจะเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลให้เกิดความยากลำบากและซับซ้อนในการตรวจรักษาหรือวินิจฉัยของแพทย์ ทั้งยังเป็นเหตุให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณด้านสาธารณสุขอันเนื่องมาจากการจัดหายาที่แรงขึ้นและแพงขึ้นเพื่อการรักษาการติดเชื้อหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยาผิดวิธี

จากปัญหาการใช้ยาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงทำการสำรวจพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแผนประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสร้างความปลอดภัยและให้ตระหนักถึงอันตราย เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย รวมทั้งช่วยแบ่งเบาภาระการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลและเพื่อให้เกิดการสอดคล้องกับนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

## วิธีการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนที่อาศัยและมีตัวตนอยู่จริงในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนกันยายน - ตุลาคม 2560

## ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (*population*) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหมายถึง ประชาชนที่มีตัวตนอยู่จริงและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ซึ่งจะมีทั้งประชาชนที่เป็นคนไทยและคนกัมพูชา โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีและมีช่วงวัยตั้งแต่วัยรุ่นเป็นต้นไป และเนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (*Non-probability sampling*) และแบบสะดวก (*Convenience sampling*)

## วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถามในรูปแบบเอกสาร (*Paper-based Questionnaire*) โดยลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (*เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัวและโรคประจำตัว*) ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและการเก็บรักษา ยา และ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาการใช้ยาและข้อเสนอแนะอื่นๆ ซึ่งคำถามที่สร้างขึ้นอ้างอิงข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติหน้าที่เภสัชกร ออกหน่วยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอสว. รวมทั้งอ้างอิงจากเอกสารทางวิชาการและสื่ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง<sup>2,3</sup> แบบสอบถามที่นำมาใช้ได้ทำการทดสอบการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาลคลองใหญ่ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปซึ่งมีทั้งคนไทยและคนกัมพูชา จำนวน 50 ชุดและทำการวิเคราะห์ขอคำปรึกษา คำแนะนำ สอบถามความเข้าใจความน่าเชื่อถือของข้อคำถามจากผู้ตอบและทำการปรับปรุง แก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง

## วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ซึ่งจะมีทั้งคนไทยและคนกัมพูชา โดยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงวัยเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นและแยกตามเขตการปกครองของอำเภอคลองใหญ่ 3 ตำบลคือตำบลคลองใหญ่ ตำบลไม้รูด และตำบลหาดเล็ก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จัดเก็บแต่ละแห่งประมาณการจากความหนาแน่นของกลุ่มประชากรที่อาศัยในพื้นที่ คือ 50%, 25% และ 25% ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กำหนดหมายเลขประจำชุดและตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องด้วยตัวเองทุกชุดก่อนทำการบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์

## วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลที่รวบรวมได้ ทำการวิเคราะห์และแปลผลผ่านโปรแกรม SPSS ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (*Descriptive Statistics*) ประกอบด้วยความถี่ (*Frequency*) และร้อยละ (*Percentage*)

## ผลการวิจัย

จากการสำรวจพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด จำนวน 400 คน ซึ่งจะมีทั้งคนไทยและคนกัมพูชา สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	124	31
- ชาย		
- หญิง	276	69
2. อายุ		
- ไม่เกิน 20 ปี	105	26.30
- 21 - 30 ปี	66	16.50
- 31 - 40 ปี	65	16.30
- 41 - 50 ปี	75	18.70
- 51 - 60 ปี	46	11.50
- 61 ปีขึ้นไป	43	10.70
3. ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	109	27.30
- มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	199	49.70
- ปริญญาตรี	75	18.70
- สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.00
- ไม่ได้ศึกษา	9	2.30
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ไม่มีรายได้	148	37.00
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	110	27.50
- 10,000 – 20,000 บาท	110	27.50
- 20,001 – 30,000 บาท	29	7.00
- มากกว่า 30,001 บาท	4	1.00
5. อาชีพ		
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	59	14.80
- ธุรกิจส่วนตัว	10	2.50
- เกษตรกร /ประมง	20	5.00
- รับจ้าง/ลูกจ้าง/พนักงานโรงงาน	75	18.70
- ค้าขาย	56	14.00

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
- พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ	77	19.30
- นักเรียน/นักศึกษา	103	25.70
6. ลักษณะการอยู่อาศัย		
- อยู่กับครอบครัว	364	91.00
- อยู่คนเดียว	21	5.30
- อยู่กับญาติ	15	3.70
7. โรคประจำตัว		
- มี	89	22.30
- ไม่มี	311	77.70

จากตาราง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69 อายุไม่เกิน 20 ปีร้อยละ 26.30 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 49.70 และเป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 25.70 เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ร้อยละ 37.00 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 91.00 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.80

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้ตอบแบบสอบถาม

พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ	รวม
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นไข้ เล็กน้อย คุณจะซื้อยามากินเอง	123 (30.70)	244 (61.00)	33 (8.30)	400 (100)
เมื่อเจ็บป่วยคุณจะไปโรงพยาบาล สถานีอนามัยหรือคลินิก	141 (35.30)	233 (58.20)	26 (6.50)	400 (100)
คุณหรือคนในครอบครัวเคยซื้อยาทางอินเทอร์เน็ตหรือไม่	9 (2.30)	45 (11.30)	346 (86.40)	400 (100)
คุณหรือคนในครอบครัวเคยซื้อยาลดความอ้วนมากิน	4 (1.00)	75 (18.70)	321 (80.30)	400 (100)
คุณเคยซื้อยาจากร้านค้า ร้านขายของชำใกล้บ้านมากิน	44 (11.00)	194 (48.50)	162 (40.50)	400 (100)
คุณจะเลือกซื้อยาจากร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ	165 (41.30)	202 (50.40)	33 (8.30)	400 (100)
คุณเคยซื้อยาตามคำแนะนำของเพื่อน คนใกล้ชิดหรือจากการโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือจากตัวแทน รถเคลื่อนที่ที่มาแนะนำและมีตัวอย่างให้ทดลอง	15 (3.80)	151 (37.70)	234 (58.50)	400 (100)

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			รวม
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
เมื่อมีอาการปวดเมื่อย ไม่สบายตัว รู้สึกเหมือนจะเป็นไข้ หรือโดนฝนมา จะกินยาป้องกันไว้ก่อน	127 (31.80)	214 (53.40)	59 (14.80)	400 (100)
เมื่อมีอาการปวดหัวมากๆ จะกินยาแก้ปวดมากกว่า 1 เม็ด ในครั้งเดียวกัน	77 (19.30)	187 (46.70)	136 (34.00)	400 (100)
เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย คุณหรือคนในครอบครัวเคยซื้อยา แก้อักเสบ (ซึ่งเข้าใจว่าเป็นยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะ) มากิน	37 (9.30)	194 (48.40)	169 (42.30)	400 (100)
ถ้าคุณหรือคนในครอบครัว มีอาการปวดหัว เป็นไข้ หรือปวดเมื่อยตามร่างกาย มักจะซื้อยาชุดมากิน	42 (10.50)	199 (49.70)	159 (39.80)	400 (100)
เมื่อมีอาการปวดท้อง คุณหรือคนในครอบครัวเคยกินยา พาราเซตามอลหรือไม่	75 (18.80)	163 (40.70)	162 (40.50)	400 (100)
คุณจะหยุดกินยาแก้อักเสบ (ที่เข้าใจว่าเป็นยาฆ่าเชื้อ ยาปฏิชีวนะ) ทันทีเมื่ออาการเจ็บป่วยดีขึ้นแล้ว	72 (18.00)	175 (43.70)	153 (38.30)	400 (100)
ถ้ามีอาการป่วย คุณหรือคนในครอบครัว เคยกินยาแผนปัจจุบัน ควบคู่ไปพร้อมกับยาสมุนไพรแผนโบราณ	28 (7.00)	226 (56.50)	146 (36.50)	400 (100)
คุณจะให้ยาที่ได้รับจากสถานพยาบาล แก่ผู้อื่นที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันกับคุณกิน	32 (8.00)	146 (36.50)	222 (55.50)	400 (100)
ถ้ามีอาการป่วยเหมือนเดิมที่เคยเป็น คุณจะกินยาเก่าที่เคยได้รับจากสถานพยาบาล	46 (11.50)	210 (52.50)	144 (36.00)	400 (100)
คุณและคนในครอบครัวหรือเพื่อน ถ้ามีอาการป่วยคล้ายๆ กัน จะกินยาร่วมกันหรือจะแบ่งยากันกิน	36 (9.00)	185 (46.30)	179 (44.70)	400 (100)
ที่บ้านคุณจะมียาทุกชนิดไว้รวมๆ กัน เวลาจะใช้จึงจะหา	119 (29.70)	165 (41.30)	116 (29.00)	400 (100)
บ่อยครั้งที่ไม่ได้กินยาตรงตามมื้ออาหาร เพราะหายาไม่เจอ	37 (9.30)	197 (49.30)	166 (41.40)	400 (100)

จากตาราง ผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า

- พฤติกรรมในด้านการซื้อยาที่กลุ่มตัวอย่างไม่นิยมทำมากที่สุด คือ การซื้อยาทางอินเทอร์เน็ต มีผู้ที่ไม่เคยทำร้อยละ 86.40 ทำบางครั้งร้อยละ 11.30 และทำเป็นประจำร้อยละ 2.30 รองลงมาคือการกินยาลดความอ้วน มีผู้ที่ไม่เคยทำร้อยละ 80.30 ทำบางครั้งร้อยละ 18.70 ทำเป็นประจำร้อยละ 1.00 และมีกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่ซื้อยาตามคำแนะนำของเพื่อน คนใกล้ชิดหรือจากการโฆษณา รถเคลื่อนที่ ที่มาแนะนำและมีตัวอย่างให้ทดลอง มีผู้ที่มีพฤติกรรมที่ไม่เคยทำร้อยละ 58.50 ทำบางครั้งร้อยละ 37.70 ทำเป็นประจำร้อยละ 3.80

- สำหรับพฤติกรรมด้านการกินยาที่มีความเสี่ยงและส่งผลเสียต่อสุขภาพมากที่สุดคือ เมื่อมีอาการปวดเมื่อย ไม่สบายตัว รู้สึกเหมือนจะเป็นไข้หรือโดนฝนมา จะกินยาป้องกันไว้ก่อน มีผู้ที่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 31.80 ทำเป็นบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 53.40 ไม่เคยทำร้อยละ 14.80 พฤติกรรมรองลงมาคือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นไข้ เล็กน้อย คุณก็จะซื้อยามากินเอง มีระดับพฤติกรรมที่ทำเป็นประจำร้อยละ 30.70 ทำเป็นบางครั้งร้อยละ 61.00 ไม่เคยทำร้อยละ 8.30 พฤติกรรมเมื่อมีอาการปวดหัวมากๆ จะกินยาแก้ปวดมากกว่า 1 เม็ด ในครั้งเดียวกัน มีผู้ที่เป็นประจำร้อยละ 19.30 ทำเป็นบางครั้งร้อยละ 46.70 และไม่เคยทำร้อยละ 34.00 พฤติกรรมเมื่อมีอาการปวดท้อง คุณหรือคนในครอบครัวเคยกินยาพาราเซตามอลหรือไม่ มีผู้ที่เป็นประจำร้อยละ 18.80 ทำบางครั้งร้อยละ 40.70 และไม่เคยทำร้อยละ 40.50

- พฤติกรรมที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อสุขภาพคือ ถ้ามีอาการป่วยเหมือนเดิมที่เคยเป็น จะกินยาเก่าที่เคยได้รับจากสถานพยาบาล มีผู้ที่เป็นประจำร้อยละ 11.50 ทำเป็นบางครั้งร้อยละ 52.50 และไม่เคยทำร้อยละ 36.00 พฤติกรรมเมื่อมีอาการป่วย กลุ่มตัวอย่างเคยกินยาแผนปัจจุบันควบคู่ไปพร้อมกับยาสมุนไพรแผนโบราณ มีผู้ที่เป็นประจำร้อยละ 7.00 ทำบางครั้งร้อยละ 56.50 และไม่เคยทำร้อยละ 36.50 และพฤติกรรมเมื่อมีอาการปวดหัว เป็นไข้หรือปวดเมื่อยตามร่างกาย มักจะซื้อยามากิน มีผู้ที่เป็นประจำร้อยละ 10.50 ทำเป็นบางครั้งร้อยละ 49.70 และไม่เคยทำร้อยละ 39.80

### ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาของผู้ตอบแบบสอบถาม

พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ	รวม
ยาที่มีราคาแพงคุณภาพย่อมจะดีกว่ายาที่มีราคาถูก	138 (34.50)	124 (31.00)	138 (34.50)	400 (100)
ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชนดีกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลรัฐบาล	122 (30.40)	133 (33.30)	145 (36.30)	400 (100)
เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยถ้าเราไปหาที่รักษาหลายๆ ที่จะทำให้ อาการป่วยหายเร็วขึ้น	60 (15.00)	214 (53.50)	126 (31.50)	400 (100)
ยาบางชนิดที่ได้รับจากโรงพยาบาลต้องกินให้หมดตามคำแนะนำ ของแพทย์ ถึงแม้มีอาการป่วยจะหายแล้วก็ตาม ถ้าหยุดยาทันที จะทำให้โรคที่เป็นอยู่เกิดอาการดื้อยา	267 (66.70)	62 (15.50)	71 (17.80)	400 (100)
ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ถ้าอาการป่วยหายแล้วสามารถเก็บไว้ใช้ ในครั้งต่อไปได้	146 (36.50)	134 (33.50)	120 (30.00)	400 (100)
ถ้าลืมหินยาหลังอาหาร ให้กินทันทีที่นึกขึ้นได้ แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที	220 (55.00)	73 (18.30)	107 (26.70)	400 (100)
ถ้าลืมหินยาก่อนอาหารให้เอามากินรวมกับยาหลังอาหารได้	56 (14.00)	209 (52.30)	135 (33.70)	400 (100)
ถ้าลืมหินยา ให้เอาไปกินรวมกับมื้อถัดไปโดยเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า	31 (7.70)	300 (75.00)	69 (17.30)	400 (100)

## ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			รวม
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
ยาชุดและยาสมุนไพรประเภทลูกกลอน ที่มีขายทั่วไปเป็นยาอันตราย เพราะส่วนมากจะมีส่วนผสมของสเตียรอยด์	167 (41.70)	65 (16.30)	168 (42.00)	400 (100)
ถ้าเราซื้อยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์มากินเองไปนานๆ จะทำให้เรากระดูกพรุน เปราะ และหักง่าย โดยเฉพาะสันหลังและซี่โครง	203 (50.70)	50 (12.50)	147 (36.80)	400 (100)
เมื่อกินยาหลังอาหารหรือก่อนนอน จะต้องดื่มน้ำตามอย่างน้อยครึ่งแก้ว	171 (42.70)	59 (14.80)	170 (42.50)	400 (100)
และไม่ควรนอนทันที ต้องรอสักระยะเพื่อให้ยาลงไปอยู่ในกระเพาะอาหารก่อน				
ถ้ายังค้างอยู่ที่หลอดอาหารอาจจะทำให้เป็นแผลเรื้อรังและอาจเป็นมะเร็งได้				
การกินยาแก้ปวดหรือยาแก้แสบ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ	218 (54.50)	54 (13.50)	128 (32.00)	400 (100)
จะส่งผลเสียต่อดับ หรือไต อาจถึงขั้นไตวายได้				
ถ้ากินยาแล้วมีอาการคัน มีผื่นแดงตามผิวหนัง หายใจไม่สะดวก	320 (80.00)	36 (9.00)	44 (11.00)	400 (100)
บวมตามใบหน้าหรือร่างกาย ต้องไปพบแพทย์ทันที				
โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ	285 (71.30)	55 (13.70)	60 (15.00)	400 (100)
เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้ากินยาตามคำแนะนำ				
ของแพทย์ก็สามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติได้				
ไม่ควรกินยาพร้อมนม น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	272 (68.00)	61 (15.30)	67 (16.70)	400 (100)
เพราะจะทำให้ยาเสื่อมฤทธิ์ในการรักษา				
ถ้าเรามีโรคประจำตัว หรือเคยแพ้ยา ทุกครั้งที่ต้องไปพบแพทย์	323 (80.70)	43 (10.80)	34 (8.50)	400 (100)
หรือเภสัชกร จะต้องแจ้งก่อนเสมอเพราะจะมีผลต่อการเลือกใช้ยา				
เพื่อการรักษา				
ยาสมุนไพรที่มีขายทั่วไปสามารถกินได้แต่ต้องเป็นยาที่ได้รับการ	267 (66.70)	41 (10.30)	92 (23.00)	400 (100)
รับรองจาก อย. และต้องมีฉลากระบุสรรพคุณอย่างชัดเจน				
ควรเก็บรักษายาเม็ดไว้ในตู้เย็น	80 (20.00)	178 (44.50)	142 (35.50)	400 (100)
ยาหยอดตาเมื่อเปิดใช้แล้วควรเก็บไว้ในตู้เย็น	303 (75.70)	29 (7.30)	68 (17.00)	400 (100)
ยาเม็ดที่แตกหักไม่ควรนำมากิน เพราะยาเสื่อมสภาพแล้ว	201 (50.30)	73 (18.30)	126 (31.40)	400 (100)
ควรมีหน่วยงานที่คอยให้คำแนะนำ ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้				
แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง	355 (88.70)	18 (4.50)	27 (6.80)	400 (100)

จากตาราง ผลการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า

- กรณีที่ต้องไปพบแพทย์สำหรับผู้ที่มิโรคประจำตัวหรือเคยแพ้ยา ทุกครั้งที่ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร จะต้องแจ้งก่อนเสมอ เพราะจะมีผลต่อการเลือกใช้ยาเพื่อการรักษา มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 80.70 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 10.80 ไม่แน่ใจร้อยละ 8.50 และกรณีถ้ากินยาแล้วมีอาการคัน มีผื่นแดงตามผิวหนังหายใจไม่สะดวก บวมตามใบหน้าหรือร่างกาย ต้องไปพบแพทย์ทันที มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 80.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 9.00 และไม่แน่ใจร้อยละ 11.00

- ความคิดเห็นและทัศนคติด้านการกินยา กรณีลืมกินยาหลังอาหาร ให้กินทันทีที่นึกขึ้นได้ แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 55.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 18.30 และไม่แน่ใจร้อยละ 26.70 รองลงมากรณีลืมกินยาก่อนอาหารให้เอามากินรวมกับยาหลังอาหารได้ มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 14.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 52.30 และไม่แน่ใจร้อยละ 33.70 และกรณีถ้าลืมกินยา ให้เอาไปกินรวมกับมื้อถัดไปโดยเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 7.70 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 75.00 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 17.30

- ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับสเตียรอยด์ กรณียาชุดและยาสมุนไพรประเภทลูกกลอน ที่มีขายทั่วไปเป็นยาอันตราย เพราะส่วนมากจะมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 41.70 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 16.30 และไม่แน่ใจร้อยละ 42.00 รวมถึงกรณีถ้าเราซื้อยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์มากินเองไปนานๆ จะทำให้เรากระดูกพรุน เปราะ และหักง่าย โดยเฉพาะสันหลังและซี่โครง มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 50.70 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 12.50 และไม่แน่ใจร้อยละ 36.80

- ความคิดเห็นและทัศนคติอื่นๆ ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ถ้าอาการป่วยหายแล้วสามารถเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไปได้มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 36.50 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 33.50 และไม่แน่ใจร้อยละ 30.00 ยาที่มีราคาแพงคุณภาพย่อมจะดีกว่ายาที่มีราคาถูก มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 34.50 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 31.00 และไม่แน่ใจร้อยละ 34.50 และยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชนดีกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลรัฐบาล มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 30.40 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 33.30 และไม่แน่ใจร้อยละ 36.30 รวมถึงมีความคิดเห็นและทัศนคติว่าควรมีหน่วยงานที่คอยให้คำแนะนำ ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 88.70 ไม่แน่ใจร้อยละ 6.80 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 4.50

## ข้อเสนอแนะอื่นๆ

กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะอื่นๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือ 1. ควรมีเสียงตามสายหรือวิทยุชุมชนแนะนำวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง 2. จัดทำแผ่นพับแนะนำวิธีการใช้ยา 3. ควรมีเภสัชกรออกหน่วยให้บริการตามชุมชน 4. มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่นักเรียนตามโรงเรียนโดยเฉพาะตอนที่มียาอันตรายกำลังระบาด

## วิจารณ์ผล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด โดยมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือใช้ในการสำรวจและเก็บข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ด้านพฤติกรรมโดยพฤติกรรมที่สำรวจจะให้ผู้ตอบเลือกจากสิ่งที่ตนเองปฏิบัติหรือพฤติกรรมของคนในครอบครัวและส่วนที่ 3 ด้านความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาและข้อเสนอแนะอื่นๆ ผลที่ได้จากการสำรวจ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุไม่เกิน 20 ปี มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษาอาศัยอยู่กับครอบครัว และเป็นผู้ที่ไม่มียาโรคประจำตัว



ด้านพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในด้านที่ดีคือการซื้อยาโดยเฉพาะซื้อยาทางอินเทอร์เน็ต เป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่นิยม พบผู้ที่ทำเป็นประจำร้อยละ 2.30 ทำบางครั้งร้อยละ 11.30 และไม่เคยทำร้อยละ 86.40 ซึ่งผลสรุปนี้จะเป็นผลดีต่อตัวกลุ่มตัวอย่าง ชุมชนและระบบการปฏิบัติงานของผู้ที่เกี่ยวข้องเพราะการซื้อยาทางออนไลน์ไม่ว่ายาอะไรก็ตามจะมีความเสี่ยงในหลายๆ ด้านโดยเฉพาะไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)<sup>4</sup> เกี่ยวกับการซื้อยาออนไลน์ ผ่านอินเทอร์เน็ตมีความเสี่ยง อาจทำให้ได้รับผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีคุณภาพ ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ที่สำคัญคือ การขายยาออนไลน์ ถูว่าผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่นิยมซื้อยาลดความอ้วนมากิน ผลสรุปที่ได้หากดูจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา อายุไม่เกิน 20 ปี และอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ไม่เอื้อหรือไม่สนับสนุนให้เห็นความจำเป็นของการกินยาลดความอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงมาลย์ พลະไกร วท.ม. และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาลดความอ้วนในนักเรียนหญิงในมหาวิทยาลัย<sup>5</sup> กลุ่มตัวอย่าง 403 ราย มีอายุเฉลี่ย 20.92 ปี มีพฤติกรรมกินยาลดความอ้วนร้อยละ 17.60 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาลดความอ้วนมากที่สุด คือ self-discrepancy และอิทธิพลครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาลดความอ้วน และอีกพฤติกรรมที่เป็นผลดีคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่นิยมซื้อยาตามคำแนะนำของเพื่อน คนใกล้ชิดหรือจากการโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์หรือจากตัวแทน รถเคลื่อนที่ที่มาแนะนำและมีตัวอย่างให้ทดลอง ผลสรุปนี้เป็นการสนับสนุนพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นด้วย สำหรับพฤติกรรมที่พบด้านที่อาจก่อให้เกิดอันตรายเกี่ยวกับการกินยามากที่สุด คือ เมื่อมีอาการปวดเมื่อย ไม่สบายตัว รู้สึกเหมือนจะเป็นไข้หรือโดนฝนมา กลุ่มตัวอย่างจะเลือกใช้วิธีกินยาป้องกันไว้ก่อนมีผู้ที่ทำเป็นประจำร้อยละ 31.70 ทำบางครั้งร้อยละ 53.50 และไม่เคยทำร้อยละ 14.80 จะเห็นได้ว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เป็นการรับยาเข้าร่างกายโดยไม่จำเป็นอาจจะทำให้มีการดื้อยาได้ในอนาคต เพราะยาส่วนใหญ่มีสรรพคุณในการรักษาตามอาการไม่ได้มีฤทธิ์ในการป้องกัน เช่น พาราเซตามอล ไม่ได้มีฤทธิ์แก้หวัดโดยตรง แต่มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ลดไข้ ส่วนยาแก้หวัดที่บรรจุเป็นแผง ก็มีส่วนผสมของพาราเซตามอล บวกยาลดน้ำมูก หรือยาแก้แพ้และอื่นๆ ซึ่งจะออกฤทธิ์เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ ลดไข้ คัดจมูก น้ำมูกไหล ดังนั้นการทานยาโดยที่ยังไม่มีอาการเหล่านี้ และมีพฤติกรรมแบบนี้บ่อยๆ ย่อมเป็นอันตรายต่อร่างกายอย่างแน่นอน เพราะการกินยาพร่ำเพรื่อ โดยไม่ได้กินยาตามอาการ ทำให้ได้รับยาเกินขนาด ส่งผลเสียต่อดัชนีที่ต้องทำงานมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับอักเสบในอนาคตได้ บทความจาก พญ.พริษา เชาวลิศ<sup>6</sup> และอีกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงและอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ คือเมื่อมีอาการป่วยเล็กน้อย จะซื้อยามากินเอง เมื่อมีอาการปวดหัวมากๆ จะกินยาแก้ปวดมากกว่า 1 เม็ดในครั้งเดียวกัน และพฤติกรรมเมื่อมีอาการปวดท้อง จะกินยาพาราเซตามอล จากพฤติกรรมเหล่านี้อาการป่วยที่เป็นอาจหายเองได้โดยที่ไม่จำเป็นต้องกินยาหรืออาจจะได้รับยาไม่ตรงกับโรคที่เป็น นอกจากอาการป่วยที่เป็นไม่หายเรายังเสี่ยงต่อการที่ร่างกายรับยาเกินขนาดยา รับประทานผิด ยาบางชนิดทำลายตับ บางชนิดทำลายไตหรืออันตรายในรูปแบบอื่นๆ ตามคำกล่าวของ ดร.ยุพิน ลาวัณย์ประเสริฐ นักวิชาการจากคณะกรรมการอาหารและยา<sup>7</sup> ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทยในปัจจุบันว่า เรามักมีการใช้ยาก่อนข้างพร่ำเพรื่อ ไม่ว่าจะยาพาราเซตามอลหรือยาสเตียรอยด์ ซึ่งถือเป็นยาอันตรายที่คนใช้กันมาก รวมถึงยาอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหาร ยาที่ใช้ในระบบหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ใช้ในระบบทางเดินหายใจ และยาที่ใช้ในระบบประสาทส่วนกลาง การซื้อยามากินเองทำให้มีความเสี่ยงอย่างยิ่งต่อการได้รับผลข้างเคียงของยาในระดับที่อันตรายและการใช้ยาที่มากเกินไปไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อผู้ใช้นั้น ปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่กำลังส่งผลต่อส่วนรวมคือ ตอนนี้เชื้อโรครากำลังดื้อยา ทำให้แพทย์ต้องสั่งใช้ยาที่แรงขึ้นหรือเชื้อโรคบางชนิดขาดจุลชีพ

เอาไม่อยู่ สิ่งนี้จึงเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ใหญ่มาก จะเห็นได้ว่าการชื้อยามากินเองโดยขาดความรู้ความเข้าใจย่อมมีผลเสียมากกว่าผลดี อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงระดับพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างทำเป็นประจำในอีกหลายๆ พฤติกรรมอาจมีความเสี่ยงไม่มาก (ร้อยละ 7 - 19.30) แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับพฤติกรรมที่ทำให้เป็นบางครั้งร่วมด้วย (ร้อยละ 40.80 - 56.50) จะพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะถ้ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมถ้ามีอาการป่วยเหมือนเดิมที่เคยเป็นมา จะกินยาเก่าที่เคยได้รับจากสถานพยาบาล หรือถ้ามีอาการป่วย ก็จะกินยาแผนปัจจุบันควบคู่ไปกับยาแผนโบราณ<sup>8</sup> และรวมถึงเมื่อมีอาการปวดหัวเป็นไข้หรือปวดเมื่อยตามร่างกายจะชื้อยาชุดมากิน ระดับพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเลือกทำเป็นบางครั้งหากมีความถี่ในการทำมากขึ้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เป็นประจำและก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ใช้ยาเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการกินยาแผนโบราณที่มีลักษณะเป็นยาลูกกลอนหรือยาสมุนไพรอื่นๆ ที่ไม่มีฉลากรับรองที่ชัดเจนและพฤติกรรมการกินยาชุด ซึ่งอาจเป็นยาอันตรายและมีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ พฤติกรรมนี้เป็นปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยทุกชุมชน อาจจะเนื่องมาจากเป็นยาที่หาซื้อง่ายและผู้บริโภคยังไม่รู้ถึงโทษของสารสเตียรอยด์ซึ่งปัจจุบันได้แฝงมาในรูปของยาต่างๆ ซึ่งสามารถอ้างอิงได้จากการสำรวจของ กุสวดี เมลียงนนท์และคณะ ซึ่งสำรวจยาชุดในจังหวัดปทุมธานี<sup>9</sup> พบว่า จากร้านขายยา 24 ร้าน พบมียาชุดจำหน่าย 12 ร้าน และร้านค้าทั่วไป 25 ร้านมียาชุดจำหน่าย 11 ร้าน พบยาชุดจำหน่าย 47 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นยาแก้ไข้หวัดร้อยละ 64.29 มีสเตียรอยด์ร้อยละ 42.85 แก้ปวดเมื่อยร้อยละ 53.57 มีสเตียรอยด์ร้อยละ 46.43 และยาชุดแก้แพ้ร้อยละ 40.00 มีสเตียรอยด์ร้อยละ 80.00 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ มาลินี ซึ่งได้ทำการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในชุมชน อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี<sup>10</sup> พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่ยังคงมีการใช้ยาแผนโบราณที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์อยู่มาก โดยยังไม่ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและไม่ทราบว่าสามารถตรวจหาสเตียรอยด์เบื้องต้นในยาแผนโบราณได้ รูปแบบยาแผนโบราณที่พบสเตียรอยด์ได้บ่อยคือ ลูกกลอนและแคปซูล สรรพคุณยาที่ตรวจพบสารสเตียรอยด์มากที่สุด แก้ปวดเมื่อย หอบหืด และภูมิแพ้ จากผลการศึกษาที่อ้างอิงทำให้ทราบว่า การใช้ยาแผนโบราณและยาชุดเป็นปัญหาของทุกๆ ชุมชน ซึ่งประชาชนต้องตระหนักถึงความปลอดภัยและเลือกใช้อย่างระมัดระวัง

สำหรับส่วนที่เป็นความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาวิธีการใช้ยาและข้อเสนอแนะอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากที่สุดเกี่ยวกับกรณีที่มีโรคประจำตัว เคยแพ้ยา ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์หรือเภสัชกร จะต้องแจ้งก่อนเสมอ เพราะจะมีผลต่อการเลือกใช้ยาเพื่อการรักษา มีผู้ที่เห็นด้วยร้อยละ 80.70 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 10.80 และยังไม่แน่ใจร้อยละ 8.50 รองลงมากรณีเมื่อกินยาแล้วมีอาการคัน มีผื่นแดงตามผิวหนัง หายใจไม่สะดวก บวมตามใบหน้าหรือร่างกาย ต้องไปพบแพทย์ทันที และเกินร้อยละ 50 เข้าใจข้อปฏิบัติกรณีลืมนินยาให้ตรงตามมื้ออาหาร ซึ่งตรงตามข้อมูลที่เผยแพร่ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฝ่ายเภสัชกรรม ว่าด้วยเรื่องวิธีรับประทานยาตามฉลากยา<sup>11</sup> คือ ยาก่อนอาหาร ให้กินก่อนอาหารประมาณ 30 นาทีและควรทานขณะท้องว่าง ยกเว้นยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด บางตัวที่แนะนำให้ทานก่อนอาหารอย่างน้อย 15 นาที กรณีลืมนินยาควรข้ามยามื้อที่ลืมนินไป แต่ถ้าเป็นยาที่รับประทานก่อนอาหารเพราะยาจะถูกทำลายหรืออาหารอาจลดการดูดซึมของยา อาจรอให้กระเพาะอาหารว่างก่อนแล้วค่อยรับประทานยาประมาณ 2 ชั่วโมงหลังจากรับประทานอาหาร แต่ถ้าเป็นยาที่ต้องรับประทานในมื้อถัดไปอยู่แล้ว ให้ทานยาก่อนอาหารมื้อถัดไปแทนได้เลย ยาหลังอาหาร ควรรับประทานยาหลังอาหารประมาณ 15 - 30 นาที กรณีลืมนินยาทันทีที่นึกได้และไม่เกิน 15 - 30 นาที แต่ถ้าเกิน 30 นาทีควรรอหลังอาหารมื้อถัดไปหรือรับประทานอาหารมื้อย่อยก็รับประทานยาก็ได้ ถ้าเป็นยาที่สำคัญ ยาหลังอาหารทันที ควรรับประทานยาทันทีหลังจากรับประทานอาหารเสร็จหรืออาจทานพร้อมอาหาร

หรือก่อนรับประทานอาหารเช้าก็ได้ เนื่องจากยามีผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารทันทีจะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้ กรณีสมควรรับประทานหลังอาหารในมื้อถัดไปแทน หรืออาจรับประทานยามื้อย่อยแทนมื้อหลักก่อนรับประทานยาก็ได้ กรณีที่ยานี้มีความสำคัญมาก ยาก่อนนอน ยาที่แนะนำให้รับประทานก่อนนอนมีหลายประเภท แต่โดยทั่วไป ควรรับประทานก่อนนอน 15 - 30 นาที กรณีลืม ถ้าถึงเช้าของวันรุ่งขึ้น ไม่ควรรับประทาน ควรรอเมื่อถัดไป ยาที่รับประทานเมื่อมีอาการ ควรทานเมื่อมีอาการซึ่งโดยปกติจะระบุในฉลาก เช่น ทุก 8 ชั่วโมง เวลามีอาการ ไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ยาเหล่านี้ก็อาจจะออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่หรือไม่มีผลต่อการรักษาเลยก็ได้หรือยาบางชนิดอาจจะมีผลข้างเคียงซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับ ยาชุดและยาสมุนไพรประเภทลูกกลอน ที่มีขายทั่วไปเป็นยาอันตราย เพราะส่วนมากจะมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ หรือถ้าซื้อยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ มากินเองไปนานๆ จะทำให้กระดูกพรุน เปราะ และหักง่าย โดยเฉพาะสันหลังและซี่โครง ทั้ง 2 กรณีถึงแม้จะมีผู้ที่เห็นด้วยแต่ยังมีผู้ที่ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย จากผลสรุปนี้ถึงแม้จะมีผู้ที่เข้าใจแต่ยังมีผู้ที่ต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอีกมาก เนื่องจากยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์เป็นสิ่งที่อันตรายโดยจะต้องใช้อย่างระมัดระวังภายใต้คำแนะนำของแพทย์ ข้อมูลอ้างอิงจากศูนย์วิทยบริการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่าด้วย พิษร้ายของสเตียรอยด์<sup>12</sup> ผลข้างเคียงทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหาร กระดูกบางลง ร่างกายหยุดสร้างสเตียรอยด์ กดภูมิคุ้มกันของร่างกายบดบังอาการติดเชื้อต่างๆ ยับยั้งการเติบโตของเด็ก น้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงในผู้ป่วยเบาหวาน ยาสเตียรอยด์มีประโยชน์ในทางการแพทย์มากมาย แต่ผลข้างเคียง (พิษ) ของยานี้ก็ไม่น้อยหย่อนไปกว่ากัน ดังนั้นไม่ควรซื้อยามารับประทานเองอย่างเด็ดขาด การใช้ยาสเตียรอยด์ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังต้องระมัดระวัง สเตียรอยด์ที่อาจแฝงมาในรูปของ ยาชุด ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาพระ อาหารเสริมสุขภาพ รวมถึงยาบำรุงกำลังต่างๆ ซึ่งกรณีที่มีความต้องการที่จะรับประทานยาเหล่านี้จริงๆ ท่านควรนำไปทดสอบหาสารสเตียรอยด์ที่หน่วยงานของรัฐที่รับทดสอบ ซึ่งได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอต่างๆ เสียก่อน

ความคิดเห็นและทัศนคติในทุกๆ ด้านซึ่งมีผู้ที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ ถึงแม้จะเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น แต่สามารถนำไปวางแผนเพื่อถ่ายทอดข้อมูลไปยังประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของยาเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมทางเลือกใช้ยาได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเห็นด้วยที่จะมีหน่วยงานที่คอยให้คำแนะนำ ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าควรทำสื่อประชาสัมพันธ์ในลักษณะของเสียงตามสาย หรือวิทยุชุมชนเป็นประจำเพื่อสร้างนิสัยการใช้ยาอย่างถูกต้อง จัดทำแผ่นพับแนะนำวิธีการใช้ยา รวมถึงให้เภสัชกรร่วมออกหน่วยให้บริการในชุมชนหรือให้ความรู้แก่นักเรียนตามโรงเรียนต่างๆ โดยเฉพาะกรณีมียาใหม่ๆ หรือมีการระบาดของยาอันตรายเกิดขึ้น

ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาที่หลากหลาย แต่จากการสรุปและแปลผล ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำให้พบว่า ปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และลักษณะของครอบครัว มีผลต่อระดับพฤติกรรม ความคิดเห็นและทัศนคติน้อยมาก ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาที่จะนำไปวางแผนเพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังประชาชนเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและให้ตระหนักถึงประโยชน์และโทษจากการใช้ยาต่อไป

## สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับยาและวิธีการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการเลือกใช้ยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและการเก็บรักษายาโดยรวมยังมีความเสี่ยงและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพยังขาดความรู้ความเข้าใจ ถึงแม้ในหลายๆ พฤติกรรมจะมีระดับที่จำเป็นประจำไม่มากแต่เมื่อพิจารณาร่วมกับพฤติกรรมที่ทำให้เป็นบางครั้งเกินร้อยละ 45 เช่น พฤติกรรมการซื้อยากินเองเมื่อมีอาการป่วยเล็กน้อย การกินยาป้องกันอาการป่วย การกินยาชุด การกินยาปฏิชีวนะ พฤติกรรมการกินยาพาราเซตามอล ยาแก้ปวด รวมทั้งการกินยาแผนปัจจุบันควบคู่กับยาแผนโบราณหรือการใช้ยาร่วมกัน ผู้ที่มีพฤติกรรมแบบนี้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นผู้ที่ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ถูกขนาด ถูกโรคและถูกเวลา สำหรับในด้านความคิดเห็น ทิศนคติเกี่ยวกับยาถึงแม้จะมีบางส่วนที่มีความเข้าใจไปในด้านที่ดี แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังมีความคิดเห็นที่ไม่ถูกต้องหรือยังมีความไม่แน่ใจ ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดๆ ได้ในอนาคต ผลสรุปทั้ง 2 ส่วนต้องนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนและต้องทำแบบควบคู่กัน ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยามากขึ้น ซึ่งถ้าพิจารณาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่ คือเป็นเพศหญิง อายุไม่เกิน 20 ปี มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ส่วนใหญ่ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา และอาศัยอยู่กับครอบครัว อาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้วิธีการในการให้ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยาเพื่อส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องไปยังกลุ่มเป้าหมายทำได้ง่ายขึ้น อาจจะใช้วิธีการให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มนักเรียน ในลักษณะการสื่อสารแบบ 2 ทาง (*Two way communication*) ทำกิจกรรมกลุ่มหรือมีการระดมสมอง โดยให้นักเรียนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จดจำ ตระหนักถึงประโยชน์และโทษจากการใช้ยาและสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปถ่ายทอดให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้อย่างถูกต้อง

## ข้อเสนอแนะเพื่อการทําวิจัยครั้งต่อไป

ควรสำรวจพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นแต่ละอำเภอ ชุมชน ว่ามีลักษณะพฤติกรรม ความคิดเห็น ต่างกันหรือไม่อย่างไร อะไรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรม

ก่อนที่จะทำการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ควรมีการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปหรือไม่ อย่างไร

ควรมีการกำหนดชุมชนต้นแบบเพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับทำการศึกษาในรูปแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความละเอียดเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่า ควรมีการปลูกฝังและให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาตั้งแต่วัยเยาว์ ซึ่งอาจจะประชาสัมพันธ์ผ่านโรงเรียน ชุมชนและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยการสนับสนุนจากแพทย์หญิงโมไนยา พุทธิภาพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่ นายสำเนา บุญมาก ผู้อำนวยการโรงเรียนคลองใหญ่วิทยาคมที่สนับสนุนในการตอบแบบสอบถามของนักเรียน รวมถึงนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ขอขอบคุณ คุณสุรีย์รัตน์ ธนากิจ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคลองใหญ่ ที่ส่งเสริมองค์ความรู้ด้านการทำการศึกษาในชุมชน คุณสายชล ชำปฏี

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลตราด ที่คอยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ รวมถึงทีมงานทุกคนที่ส่วนรวมสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. พฤติกรรมการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลในช่วงปี 2559. สืบค้นจาก : <https://www.hfocus.org/content/2017/03/13642>. วันที่เข้าไปสืบค้น Oct 18,2017
2. ธิดา นิงสานนท์. “10 พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยที่พบบ่อยในคนไทย”. สืบค้นจาก : <https://www.gotoknow.org/posts/399697>. วันที่เข้าไปสืบค้น Aug 20,2017
3. ปริญญา ไศสุรย์พิศาลกุล, ฉัตรวดี กฤษณพันธ์. การสำรวจความรู้ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 ม.ค. - เม.ย. 2557
4. การขายยาออนไลน์. สืบค้นจาก : <https://med.mahidol.ac.th/ramapharmacy/th/knowledge/general/05192016-1800-th>. วันที่เข้าไปสืบค้น Nov 15, 2017
5. ดวงมัลย์ พละไกร และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาลดความอ้วนในนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 58 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2556
6. พาริชา เชาวลิต. “กินยาดักไว่ก่อน เตียวเป็นไข้” แบบนี้ก็ได้หรือ?. สืบค้นจาก : <http://health.sanook.com/7285/>. วันที่เข้าไปสืบค้น Oct 30, 2017.
7. ยุพิน ลาวัลย์ประเสริฐ. เลือกซื้อยา ให้ถูกต้องได้อย่างไร. สืบค้นจาก : <http://www.chivitchiva.com/211>. วันที่เข้าไปสืบค้น Nov 19,2017
8. สมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน..กินด้วยกันดีมั๊ย?. สืบค้นจาก : <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/209/ยาตีกัน-สมุนไพร-ยาแผนปัจจุบัน/>. วันที่เข้าไปสืบค้น Nov 16,2017
9. กุสาวดี เมลืองนนท์และคณะ. การสำรวจยาชุดในจังหวัดปทุมธานี. วารสาร มฉก. วิชาการ ปีที่ 17 ฉบับที่ 34 มกราคม - มิถุนายน 2557
10. อารัย มาลินี. พฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในชุมชน อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี สืบค้นจาก : <http://readgur.com/doc/2128546>. วันที่เข้าไปสืบค้น Nov 18,2017
11. วิธีรับประทานยาตามฉลาก. สืบค้นจาก : <https://med.mahidol.ac.th/ramapharmacy/th/howtotakemedicines>. วันที่เข้าไปสืบค้น Nov 15, 2017
12. สเตียรอยด์ในร่างกาย. สืบค้นจาก : [http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id\\_L1=27&id\\_L2=15612&id\\_L3=491](http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id_L1=27&id_L2=15612&id_L3=491). วันที่เข้าไปสืบค้น Nov 15, 2017

# การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

รศนา ธนะทิพานนท์ ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่

## บทคัดย่อ

**ที่มาของปัญหา :** จากการทบทวนข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคพื้นฐาน เช่น โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) ของปีงบประมาณ 2559 พบว่า โรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย ยังมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล อาทิเช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในภายหลังได้ จากปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานเภสัชกรรม ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการกระตุ้น และส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU) ขึ้นในโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลนครพิงค์ และผ่านการประเมินกระบวนการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ภายในปี 2560

**วิธีการวิจัย :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 3 ระยะคือ 1) เก็บข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 2) ดำเนินกิจกรรมต่างๆ การตามแผนและรวบรวมข้อมูล 3) ประเมินผล

**ผลการวิจัย :** ก่อนการดำเนินงานตามแผนงานพบว่า โรงพยาบาลยังไม่มีคณะกรรมการ RDU ไม่มีแผนปฏิบัติการสำหรับเชื้อดื้อยา ไม่มีการทำฉลากมาตรฐานยาเสริม ไม่มีข้อมูลการใช้ยา URI และ AD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย และไม่มีข้อมูลของอัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในโรงพยาบาล เมื่อดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่จะเป็นการกระตุ้น และส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นเวลา 9 เดือน พบว่าการใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทำให้การใช้ยาปฏิชีวนะ URI และ AD ผ่านเกณฑ์ประเมิน ส่งผลให้โรงพยาบาลนครพิงค์ผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 1

**สรุป :** การพัฒนาให้โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์ประเมินระดับโรงพยาบาล เกณฑ์ประเมินระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ และการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพรวมทั้งสิ้น 21 ตัวชี้วัด และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเตือน สะท้อนปัญหา เพื่อให้ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยา และเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต

**คำสำคัญ :** การใช้ยาสมเหตุผล, การใช้ยาปฏิชีวนะ

# Rational drug use (RDU) in Nakoreping hospital.

Rossana Thanathipanon

Department of Pharmacy , Nakoreping Hospital

## Abstract

The data on the use of antibiotics in basic diseases such as “infectious disease in the upper respiratory system and acute bronchitis in outpatients, upper respiratory tract infection (URI) and acute diarrhea in (AD) 2016 fiscal year were reconsidered. It was found that there were still irrational drug use such as excessive use of drugs in Nakoreping hospital and its sub-district health promoting hospitals which might be risky from the use of drug and create the problem of antibiotic resistant pathogens in the following period. From such problems the pharmacy department made the action plan and conducted various activities in order to stimulate and promote the rational drug use (RDU) in Nakoreping hospital and its sub-district health promotion hospitals network. This work was evaluated successfully in 2017 based on the first step of RDU performance indices.

This work was done by 1) collecting data on the use of drugs in the patients with infectious disease in the upper respiratory and acute bronchitis and out patients with upper respiratory tract infection and acute diarrhea, 2) conducting various activities according to the action plan and combining the data and 3) data evaluation.

We found that before the action plan. There was no RDU committee, no action plan for antibiotic resistant pathogen, no standard pharmacy labeling, no URI and AD leaflet in sub-district health promotion hospitals of Nakoreping hospital network. There was no data on the rate of antibiotic resistant pathogen in the blood in the hospitals. When the activities which stimulated and promoted the rational drug use were conducted for 9 months it was found that irrational drug use or the use of drugs without indications tended to be improved. The use of antibiotics, URI and AD in Nakoreping hospital including the first step of RDU evaluation of Nakoreping hospital were assessed satisfactorily.

**Conclusion :** There are 21 performance indices for evaluation of RDU in the hospitals, thus, the hospitals must proceed the action plan continuously in order to stimulated and reflect problems for problem solving systematically, prevent the risk from the use of drugs and formation of antibiotic resistant pathogen. The development of the hospital for passing of RDU assessment and for the safety of the patients, required the assessment at the hospital level, sub-district health promoting hospitals/ primary service and the evaluation of antibiotic resistant pathogen in which 21 performance indices were assessed.

**Key words :** rational drug use, use of antibiotics

## บทนำ

จากการที่มีการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 เริ่มมีนโยบายแห่งชาติด้านยา แต่ยังไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร จนกระทั่งในปี พ.ศ.2554 ได้มีการบรรจุให้ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) เป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 ต่อมาในปีพ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ แนวทางปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 และ เกณฑ์จริยธรรมและด้านอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15 เพื่อเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ ทั้งยังเป็นการบูรณาการกลไก และเครื่องมือที่สำคัญเพื่อให้การไปสู่เป้าหมายมีประสิทธิภาพ ให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสมผล ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ เกิดเครือข่ายในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ ตัวชี้วัด และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จากแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีการทบทวนข้อมูลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของปี 2559 พบว่าไม่ผ่านการประเมินกระบวนการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ 1 ได้ ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรม จึงได้ร่วมกับคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลนครพิงค์ กำหนดแนวทางดำเนินการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลนครพิงค์
2. โรงพยาบาลนครพิงค์ผ่านการประเมินกระบวนการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ 1 ภายในปี 2560

## นิยามศัพท์

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU) หมายถึง การใช้ยา โดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา



RDU ขั้นตอนที่ 1 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้  
ตารางที่ 1 การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอน	การดำเนินการ
การประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital</li> <li>2. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด</li> <li>4. มีการติดตามประเมินผลการจัดการเชื้อดื้อยาและมีแผนปฏิบัติการ เพื่อระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย ของเชื้อ และกำกับดูแลการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> </ol>
2. ประเมินผลการดำเนินงาน (Output) โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ดังต่อไปนี้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการส่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</li> <li>3. รายงานยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</li> <li>4. จัดทำฉลากมาตรฐาน 13 กลุ่มยา</li> <li>5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการ ขายยา ผ่านระดับ 3</li> </ol>
รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังต่อไปนี้	จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์การประเมินระดับโรงพยาบาล จำนวน 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมินระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด รวมเป็น 20 ตัวชี้วัด กรณีเป็นโรงพยาบาล ระดับ A จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) 1 ตัวชี้วัด รวม 21 ตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายการดำเนินการ ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี 2560 – 2564)

## วิธีการศึกษา

### 1. ขอบเขตการศึกษา

ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ขั้นตอนที่ 1 ระดับโรงพยาบาล ในปี 2560

### 2. ขั้นตอนการศึกษา

- 2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลนครพิงค์
- 2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด RDU ขั้นตอนที่ 1
- 2.3 กำหนดเป้าหมาย แนวนโยบาย และจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลนครพิงค์
- 2.4 ประกาศแนวนโยบายและเป้าหมายสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ให้ทราบโดยทั่วกัน

2.5 ดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่จะเป็นการกระตุ้น และส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.6 รวบรวมข้อมูลประเมินความสำเร็จของงาน เพื่อนำเสนอให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

### 3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย ในกลุ่มผู้ป่วยต่อไปนี้เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่เดือน และตุลาคม 2559 ถึง มิถุนายน 2560 (ไตรมาส 1 - 3 ปีงบประมาณ 2560)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่าย

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลเป็นความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

### ผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลการใช้ยาตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ปีงบประมาณ 2559

ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 (ปีงบประมาณ 2559) ของโรงพยาบาลนครพิงค์ ก่อนการดำเนินงาน ประมวลผลตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1

ตารางที่ 2 : ข้อมูลการใช้ยาตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ปีงบประมาณ 2559

ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1	เกณฑ์การประเมิน	ผลการเก็บข้อมูล
นโยบายเป็น RDU Hospital	มีนโยบาย	ไม่มี
มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	มีมาตรการ/กิจกรรม	ไม่มี
มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด	มีระบบจัดเก็บข้อมูล	ไม่มี
มีการติดตามประเมินผลการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR) และมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	มีแผน AMR	ไม่มี
อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ ร้อยละ 75	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์	ระดับ 3	ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน
รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	ไม่เกิน 1 รายการ	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
จัดทำฉลากมาตรฐาน 13 กลุ่มยา	ฉลาก 13 กลุ่มยา	ไม่มี
การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน

ตารางที่ 2 : ข้อมูลการใช้ยาตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ปีงบประมาณ 2559 (ต่อ)

ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1	เกณฑ์การประเมิน	ผลการเก็บข้อมูล
จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 40 ผ่านทั้ง 2 โรค	ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน

ระยะที่ 2 ดำเนินการตามแผนงานเป็นระยะเวลา 9 เดือน เพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตารางที่ 3 : การดำเนินการกิจกรรม และมาตรการตามแผน

ประเด็น	กิจกรรม
การสร้างความเข้มแข็งของ PTC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชุมเพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน</li> <li>2. จัดตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>3. จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>4. สะท้อนกลับข้อมูลการใช้ยาตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านกลับไปยังแต่ละ PCT และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร</li> <li>5. มีวาระติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ในการประชุม PTC</li> </ol>
การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลสำหรับประชาชน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำฉลากยามาตรฐาน จำนวน 13 กลุ่มยา</li> <li>2. จัดทำฉลากยาเสริม จำนวน 14 กลุ่มยา</li> <li>3. จัดทำข้อมูลสำหรับประชาชน 10 กลุ่มยา</li> </ol>
การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล	กำหนดเกณฑ์ ตามตัวชี้วัดทั้งโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อ
สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหาร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ทั้งเสียงตามสาย แผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอ และการให้ข้อมูลทางวิชาการในระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาลนครพิงค์</li> <li>2. จัดประชุมวิชาการแก่เภสัชกรเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรค URI และ AD</li> <li>3. จัดประชุมวิชาการแก่บุคลากรในโรงพยาบาลนครพิงค์ และ รพ.สต.</li> <li>4. จัดทำ centor criteria ให้แก่ รพ.สต.เพื่อช่วยในการการวินิจฉัยเบื้องต้นใน โรคหวัด เจ็บคอ และทำแนวทางวินิจฉัยเบื้องต้นในโรคท้องร่วง อาหารเป็นพิษ</li> </ol>

ตารางที่ 3 : การดำเนินการกิจกรรม และมาตรการตามแผน (ต่อ)

ประเด็น	กิจกรรม
การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยแก่ประชากรกลุ่มพิเศษ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรคไต	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำข้อมูลความปลอดภัยในการใช้ยา(Category) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร บนฉลากยา</li> <li>2. จัดทำใบปรึกษาแพทย์กรณีที่ส่งจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไต</li> <li>3. แสดงค่า eGFR ของผู้ป่วย บนใบสั่งยา เพื่อแจ้งเตือนแพทย์และเภสัชกร</li> <li>4. สร้างระบบ IT แจ้งเตือนเมื่อแพทย์สั่งจ่ายยา NSAIDs ซ้ำซ้อน</li> </ol>
การส่งเสริมจริยธรรม และจรรยาบรรณทางการแพทย์ ในการสั่งจ่ายยา	- ประกาศแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อยา และการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ระยะที่ 3 ประเมินผล ไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ 2560

จากการดำเนินการกิจกรรมและมาตรการต่างๆตามแผน เช่น จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย แผ่นพับ โปสเตอร์ วีดีโอ เผยแพร่ให้บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน ได้รู้จักและสร้างความตระหนักถึงการใช้อย่างสมเหตุผล มีการจัดประชุมวิชาการแก่แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งภายในโรงพยาบาล และ รพ.สต. เครือข่าย

ตารางที่ 4 : ประเมินผลตาม ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1

ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1	เกณฑ์การประเมิน	ผลการดำเนินการ
นโยบายเป็น RDU Hospital	มีนโยบาย	มี
มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	มีมาตรการ/กิจกรรม	มี
มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด	มีระบบจัดเก็บข้อมูล	มี
มีการติดตามประเมินผลการจัดการซื้อยา (AMR) และมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	มีแผน AMR	มี
อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ ร้อยละ 75	90.51
การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์	ระดับ 3	ผ่าน
รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	ไม่เกิน 1 รายการ	ผ่าน
จัดทำฉลากมาตรฐาน 13 กลุ่มยา	ฉลาก 13 กลุ่มยา	มี
การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	ผ่าน
จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 40 ผ่านทั้ง 2 โรค	62.50

ตารางที่ 5 : ประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด 21 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล 21 ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ไตรมาส 3	สรุปผลดำเนินการ
ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยนอก	≥ ร้อยละ 75	90.51	ผ่าน
ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC	ระดับ 3	ระดับ 3	ผ่าน
การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม	ระดับ 3	ระดับ 4	ผ่าน
รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ	≤ 1 รายการ	1 รายการ	ผ่าน
การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	ระดับ 3	ผ่าน
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20	46.08	ไม่ผ่าน
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	25.16	ไม่ผ่าน
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	32.81	ผ่าน
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10	10.25	ไม่ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	0.27	ไม่ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5	0.00	ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น โดยไม่มีข้อห้ามใช้	> ร้อยละ 80	70.92	ไม่ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5	0.48	ผ่าน
ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 (eGFR < 60) ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ ร้อยละ 10	19.38	ไม่ผ่าน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	> ร้อยละ 80	64.41	ไม่ผ่าน
ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine	≤ ร้อยละ 5	0.88	ผ่าน
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0	0.00	ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20	10.08	ผ่าน
ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	79.17	ผ่าน
ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	50.00	ผ่าน
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (ได้แก่ Acinetobacter spp., S. aureus, E.coli, K. pneumoniae, Pseudomonas spp., Salmonella spp., S.pneumonia และ Enterococcus)	Baseline data	2.76	ผ่าน

## สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินการตามแผน ส่งผลให้ตัวชี้วัดของ รพ.สต. เรื่องการใช้จ่ายยารักษาโรคหวัด เจ็บคอ (URI) และท้องร่วง อาหารเป็นพิษ (AD) (62.50%) ผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 2 โรค (ร้อยละ 79.17 ใช้จ่ายยารักษาโรคหวัดใน URI และ ร้อยละ 50 ใน AD) ส่งผลให้โรงพยาบาลนครพิงค์ ผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 1

สำหรับตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล 21 ตัวชี้วัด พบว่ามีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น มีการใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ลดลง และผู้ป่วยได้รับยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ เช่น มีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง ในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI) (46.08%), ท้องร่วง อาหารเป็นพิษ (AD) (25.16%), การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ลดลง (0.48%), มีการใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียว หรือร่วมกับยาอื่น โดยไม่มีข้อห้ามใช้ มากขึ้น (70.92%), ผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับ Inhaled corticosteroid มากขึ้น (64.41%) เป็นต้น

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลยังไม่ทราบรายละเอียดในการดำเนินการตามแนวทางโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) และไม่ทั่วถึงแพทย์ทุกท่าน ทำให้ขาดความตระหนักและขาดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้ผลการดำเนินงานในหลายตัวชี้วัดยังไม่บรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตามการจะให้โรงพยาบาลผ่านตัวชี้วัดทั้ง 21 ตัวชี้วัด และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัยกับผู้ป่วยต้องอาศัยการสื่อสารข้อมูล แนวทาง เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมกัน จากทีมสหสาขาวิชาชีพ และต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นเตือนสะท้อนปัญหาและแก้ไขอย่างเป็นระบบจึงจะสำเร็จ

ในส่วนของภาคประชาชน ต้องสร้างกระแสการใช้อย่างสมเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม และตระหนักรู้ถึงการใช้อย่างสมเหตุผล เพื่อการลดการใช้โดยไม่จำเป็น การรู้จักวิธีการดูแลตัวเองเบื้องต้น หากมีอาการหวัด เจ็บคอ และท้องเสีย ที่ไม่จำเป็นหรือไม่ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1. บุพผา ศิริรัมย์. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้จ่ายยารักษาโรคของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2540.
2. มูลค่าการบริโภคยาภายในประเทศ และมูลค่าการบริโภคยาในประเทศในราคาผู้ผลิต ปี 2553.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2554.
3. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) .คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ 2553.
4. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. การสาธารณสุขไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2550.
5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use) . สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2559.
6. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน Primary care . 2559 .
7. คู่มือการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). คณะอนุกรรมการการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2558.
8. Progress in the rational use of medicines: Report by the secretariat. WHO 60<sup>th</sup> World Health Assembly. World Health Organization 2006 ; Provisional agenda item 12.17.
9. Medicines: rational use of medicines. World Health Organization 2010; May 2010 : Fact sheet No.338 .

# การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ณัฐกานต์ นามแก้ว, ภ.บ.,  
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

## บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญของการศึกษาวิจัย :** ยาฉีดกลุ่ม carbapenems เป็นยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง และมีมูลค่าการใช้ยาสูงสุดในโรงพยาบาล ยังไม่มีการกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ยา การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาและมูลค่าการรักษาที่เพิ่มขึ้น

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems และประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์มาตรฐานการใช้ยาของโรงพยาบาลในด้านข้อบ่งใช้ ข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยาและขนาดยา

**รูปแบบการศึกษา :** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง

**ตัวอย่างและวิธีการศึกษา :** เก็บข้อมูลการใช้ยาฉีดกลุ่ม carbapenems (imipenem/cilastatin, meropenem) จากใบประกอบการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพที่ต้องประเมินในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2559 กรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและนำมาประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์มาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

**ผลการศึกษา :** มีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ทั้งหมด 227 ครั้ง ในผู้ป่วย 211 ราย อายุเฉลี่ย  $51.3 \pm 26.5$  ปี โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด (ร้อยละ 30.4) มีการสั่งใช้ยาแบบ empiric therapy สูงถึงร้อยละ 78.4 และร้อยละ 50.0 เป็นการสั่งใช้ยาในกรณีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายหลังไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสงสัยติดเชื้อ multidrug-resistant gram-negative bacteria ผู้ป่วย 1 รายที่รักษาด้วยยา meropenem เกิดเป็น maculopapular rash และอีก 1 รายสงสัยเกิดภาวะช็อกจากยา imipenem/cilastatin ร้อยละ 59.0 ของกลุ่มผู้ป่วย อาการดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผลการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อบ่งใช้ มีความสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 94.7 การส่งเพาะเชื้อและการทดสอบความไวของเชื้อกับการส่งตรวจระดับ creatinine มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 94.3 และร้อยละ 85.0 ตามลำดับ ผลการประเมินด้านขนาดยา มีความสอดคล้องตามเกณฑ์ร้อยละ 89.6 โดยทุกหัวข้อของการประเมินยา meropenem มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานมากกว่า imipenem/cilastatin ยกเว้น หัวข้อการส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ

**สรุป :** การสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งในด้านข้อบ่งใช้ ข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยาและขนาดยา อย่างไรก็ตาม ควรมีการสนับสนุนให้มีการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดปัญหาเชื้อดื้อยา ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** การประเมินการใช้ยา, carbapenems

# Utilization Evaluation of Carbapenems at Petchabun Hospital

Natthakarn Namkaew, B.Sc in Pharm,  
Department of Pharmacy, Petchabun Hospital Thailand

## Abstract

**Statement of problem :** Carbapenems are board-spectrum beta-lactams antibiotics and has the highest use in Petchabun Hospital. An inappropriate prescribing of carbapenems may result in drug resistance and higher treatment costs.

**Objective :** To study about characteristics of carbapenems prescribing and to evaluate the appropriate of indication, practice before prescribing and dose of carbapenems

**Study design :** Retrospective descriptive study

**Medthods :** Carbapenems (*imipenem/cilastatin*, *meropenem*) prescribing were collected from Drug Use Evaluation form (DUE form) between October 2015 and April 2016. Data were analyzed by descriptive statistics.

**Results :** Prescribing of carbapenems are 227 times in 211 patients. The average age was  $51.3 \pm 26.5$  years. The most diagnosis is pneumonia (30.4%). Carbapenems are prescribed with empiric therapy 78.4% and for nosocomial infections in patients infected with multidrug-resistant gram negative bacteria 50.0%. One patient was diagnosed with maculopapular rash from meropenem and one patient developed seizure from imipenem/cilastatin. 59.0% of patients were reported as improvement at the end of treatment.

Evaluation of carbapenem prescribings on indications complies with standard criteria were 94.7%, on microbiological culture and susceptibility testing complies with standard criteria were 94.3%, on detection of creatinine level complies with standard criteria were 85.0%, on dose complies with standard criteria were 89.6%. Prescribing of meropenem was more consistent with standard criteria than imipenem/cilastatin, except in the case of microbiological culture and susceptibility testing.

**Conclusion :** Carbapenem prescribings in Petchabun Hospital were consistent with the standard criteria in terms of indication, practice before prescribing and dose guidelines. However, there should be continuous support for standardized drug orders to make a reasonable use of drugs, optimize the treatment, reduce the problem of resistance, unnecessary costs and increasing patient safety.

**Key words :** Drug use evaluation, carbapenem



## บทนำ

การติดเชื้อแบคทีเรียในโรงพยาบาล (hospital acquired bacterial infection) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 6 - 8 โดยพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแบคทีเรียในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และพบอุบัติการณ์ที่สูงมากในหออภิบาลผู้ป่วยหนักถึงร้อยละ 23 การติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ ปอดอักเสบและการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ<sup>(1)</sup>

เชื้อแบคทีเรียก่อโรคในโรงพยาบาลมีปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบแก้ไข เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (*multi-drug resistance, MDR*) อาจทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากไม่มียาต้านจุลชีพที่สามารถฆ่าเชื้อได้<sup>(1)</sup> การดื้อยาของเชื้อก่อโรครดดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างกว้างขวาง การศึกษาวิจัยพบว่า การใช้ยาต้านจุลชีพนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของเชื้อดื้อยา เช่น เสริมสุข ละอองสุวรรณ และคณะ พบว่า อัตราการดื้อต่อ meropenem ของเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* เพิ่มขึ้นตามอัตราการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น และอัตราการดื้อต่อ meropenem ของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* เพิ่มขึ้นตามอัตราการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น<sup>(2)</sup> จากความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาต้านจุลชีพกับการดื้อยาของเชื้อก่อโรครดดังกล่าว แนวทางหนึ่งในการจัดการกับปัญหาเชื้อดื้อยาเหล่านี้ คือ การส่งเสริมให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผลด้วยกลไกของการประเมินการใช้ยา

การศึกษาของ Abel SR และคณะ<sup>(3)</sup> ได้พัฒนาโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยเลือกยา imipenem/cilastatin เป็นยาเป้าหมายในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จาก 15% เหลือเพียง 1% ต้องการปรับขนาดการใช้ยาทั้งหมด 12% ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด จากการดำเนินโครงการในการศึกษานี้สามารถลดมูลค่ายาได้ 671 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน

การศึกษาของ นวภรณ์ วิมลสาระวงศ์<sup>(4)</sup> ได้สนับสนุนให้มีการใช้ยา imipenem/cilastatin อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยเด็ก โดยให้มีการประเมินและขออนุมัติการสั่งใช้ยาจากแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อก่อนที่จะเริ่มใช้ยาในผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า มีความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 35.5% เป็น 76.9%, ความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยาลดลงจาก 58.1% เหลือเพียง 15.4% และมูลค่ายาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมลดลงจากเดิมประมาณ 19,000 บาทต่อเดือน เหลือประมาณ 10,900 บาทต่อเดือน

การประเมินการใช้ยา (drug utilization evaluation; DUE) เป็นกลไกของการประกันคุณภาพการใช้ยาเพื่อที่จะก้าวไปสู่ระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย นโยบายยาแห่งชาติ (National Drug Policy) โดยกลไกของการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Drugs) กำหนดให้สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาบัญชี ง.ต้องทำ DUE เพื่อกำกับดูแลการใช้ยาในสถานพยาบาลให้รัดกุม เนื่องจากเป็นยาในกลุ่มที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือก่อให้เกิดเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรงหรือมีแนวโน้มการสั่งใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง<sup>(5)</sup>

นอกจากนี้เกณฑ์คุณภาพบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้จ่ายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการใช้จ่ายในโรงพยาบาลซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการวางระบบความปลอดภัยในการรับบริการของผู้ป่วยด้านยา<sup>(6)</sup> สำหรับโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ยังไม่เคยดำเนินโครงการประเมินการใช้จ่ายอย่างเป็นรูปธรรมมาก่อน ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายยาแห่งชาติและแนวทางการประเมินของ สปสช. กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ประสานงานให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับและประเมินการใช้จ่ายของโรงพยาบาลขึ้นในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 และเริ่มดำเนินการติดตามการใช้จ่ายในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา และเลือกยาในกลุ่ม carbapenems เพื่อเริ่มติดตามและประเมินการใช้จ่ายก่อนเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นกลุ่มยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง (*broad-spectrum*) และมูลค่าการส่งใช้สูงที่สุด (*high cost*) ในโรงพยาบาลสำหรับรอบปีที่ผ่านมา

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะการส่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในด้านข้อบ่งใช้, ข้อปฏิบัติก่อนการส่งใช้ยา, เหตุผลในการส่งใช้ยา, อาการไม่พึงประสงค์และผลการรักษา และประเมินความเหมาะสมในการส่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ตามเกณฑ์มาตรฐานการใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

### นิยามศัพท์ในการวิจัย

การประเมินการใช้จ่าย (Drug Utilization Evaluation, D.U.E) หมายถึง การกำกับ ประเมินและตรวจสอบการใช้จ่ายว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการใช้จ่ายที่กำหนดหรือไม่ เพื่อช่วยให้ใช้จ่ายอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์มาตรฐานการใช้จ่าย (standard criteria for drug use) หมายถึง แนวทางการใช้จ่ายที่จัดทำขึ้นมา โดยการค้นคว้าและรวบรวมจากเอกสารต่างๆ ผ่านการตรวจสอบและรับรองจากแพทย์เฉพาะทางในคณะกรรมการกำกับ และประเมินการใช้จ่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ยาในกลุ่ม carbapenems ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หมายถึง ยา imipenem/cilastatin (Tienam®) และยา meropenem (Monem®)

Empiric therapy หมายถึง การใช้จ่ายเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อของผู้ป่วยโดยที่ยังไม่ทราบชนิดและความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาที่ใช้รักษา<sup>(7)</sup>

Documented therapy หมายถึง การใช้จ่ายเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อของผู้ป่วยเมื่อทราบชนิดและความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาที่ใช้รักษา<sup>(7)</sup>

การประเมินการใช้จ่ายแบบย้อนหลัง (*Retrospective DUE*) หมายถึง ทำการเก็บข้อมูลการใช้จ่ายหลังจากที่ผู้ป่วยได้ใช้จ่ายเสร็จสมบูรณ์ไปแล้ว หรือหลังจากผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว<sup>(8)</sup>

ข้อปฏิบัติก่อนการส่งใช้ยา หมายถึง กระบวนการที่กระทำเพื่อสนับสนุนการเลือกใช้ยาหรือเพื่อเพิ่มความเหมาะสมในการใช้ ได้แก่ การส่งตัวอย่างเพาะเชื้อและการส่งตรวจวัดระดับ creatinine ในเลือด

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive design) โดยศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective study) จากการทบทวนข้อมูลในใบประกอบการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ (ใบ DUE) ที่แพทย์ประเมินร่วมกับประวัติการใช้ยาจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาและประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ตามเกณฑ์มาตรฐานการใช้ยาของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 – เมษายน พ.ศ. 2559

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ได้แก่ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดกลุ่ม carbapenems ได้แก่ (1) imipenem/cilastatin (2) meropenem

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีด imipenem/cilastatin หรือ meropenem ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2559

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้

(1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (*inpatient*)

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดกลุ่ม carbapenems ได้แก่ imipenem/cilastatin หรือ meropenem ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

(3) ได้รับการประเมินการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ โดยกรอกข้อมูลในใบประกอบการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพที่ต้องประเมิน (ใบ DUE) และห้องจ่ายยาได้รับใบ DUE ที่แพทย์ประเมิน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสืบค้นเวชระเบียนได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(1) ใบประกอบการสั่งยาต้านจุลชีพที่ต้องประเมิน (DUE) : imipenem/cilastatin และ meropenem

(2) เกณฑ์มาตรฐานการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

## ขั้นตอนการวิจัย

รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยในทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กลุ่ม carbapenems ได้แก่ imipenem/cilastatin หรือ meropenem จาก End user Report ของโปรแกรม HosXP และรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่แพทย์กรอกข้อมูลในใบประกอบการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ (ใบ DUE) ที่ส่งมาที่ห้องจ่ายยาเมื่อเริ่มสั่งใช้ยาเป็นครั้งแรก ทำการคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย แล้วทบทวนข้อมูลในใบประกอบการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ (ใบ DUE) กรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม SPSS จากนั้นประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ใน 3 ด้าน ได้แก่ ข้อบ่งใช้ ข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยาและขนาดยา นำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for window version 16.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (*mean*) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*standard deviation, S.D*) และพิสัย (*range*) ได้แก่ ค่าสูงสุด (*max*) – ค่าต่ำสุด (*min*) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

## ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยเริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 9 เดือน

## ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานการรักษาของผู้ป่วย มีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems 227 ครั้ง ในผู้ป่วยจำนวน 211 คน โดยมีการสั่งใช้ยา imipenem/cilastatin 163 ครั้ง (ร้อยละ 71.8) และ meropenem 64 ครั้ง (ร้อยละ 28.2) รายละเอียดสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานการรักษาผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	รวม (ร้อยละ)
1. จำนวนผู้ป่วย, คน	211
2. จำนวนครั้งการให้ยา, ครั้ง	227
3. ชนิดของยาที่สั่งใช้, จำนวนครั้งการให้ยา (courses) (ร้อยละ)	
• imipenem/cilastatin	163 (71.8)
• meropenem	64 (28.2)
4. เพศ, จำนวนครั้งการให้ยา (ร้อยละ)	
• ชาย	123 (54.2)
• หญิง	104 (45.8)
5. อายุ, ปี	
• ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	51.3±26.5
• พิสัย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	7-97
6. ประเภทหอผู้ป่วย, จำนวนครั้งการให้ยา (ร้อยละ)	
• หอผู้ป่วยสามัญ	200 (88.1)
• หอผู้ป่วยวิกฤต (I.C.U)	27 (11.9)
7. การทำงานของไตขณะที่เริ่มให้ยาผู้ป่วย, จำนวนครั้งการให้ยา (ร้อยละ)	
ทราบน้ำหนักตัว ในการคำนวณ CrCl	163 (71.8)
– การทำงานของไตปกติ (CrCl ≥ 100 mL/min)	20 (12.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานการรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม (ร้อยละ)
- การทำงานของไตเสื่อม	
Stage 1 Kidney damage with normal CrCl or ↑ CrCl	13 (8.0)
Stage 2 Kidney damage with mild ↓CrCl (CrCl 60-89 mL/min)	30 (18.4)
Stage 3 Moderate CrCl (CrCl 30-59 mL/min)	54 (33.1)
Stage 4 Severe ↓CrCl (CrCl 15-29 mL/min)	31 (19.0)
Stage 5 Kidney failue (CrCl < 15 mL/min)	15 (9.2)
ไม่มีข้อมูลน้ำหนักตัว, SCr, ส่วนสูง ในการคำนวณ CrCl	64 (28.2)
- ผู้ป่วยผู้ใหญ่ : ไม่มีข้อมูลน้ำหนักตัว	37 (56.9)
- ผู้ป่วยเด็ก : ไม่มีข้อมูล SCr ก่อนเริ่มให้ยา หรือ ส่วนสูง	28 (43.1)
8. แพทย์ผู้สั่งใช้ยา, จำนวนครั้งการให้ยา (ร้อยละ)	
• แพทย์เฉพาะทาง (Staff Ward)	127 (55.9)
• แพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern)	100 (44.1)
9. ประวัติการแพ้ยา, จำนวนครั้งการให้ยา (ร้อยละ)	
• ไม่มีประวัติการแพ้ยา	207 (91.2)
• มีประวัติการแพ้ยา	20 (8.8)
Penicillins	4 (20.0)
Cephalosporins	5 (29.0)
Sulfonamide derivetives	1 (5.0)
Lincosamides+Quinolones	1 (5.0)
Macrolides	1 (5.0)
Penicillins+ Macrolides	2 (10.0)
Penicillins (Cloxacillin)+ Miscellaneous (Fosfomycin)	1 (5.0)
Cephalosporins (Cefoperazone+Sulbactam)+ Glycopeptides (Vancomycin)	1 (5.0)
Miscellaneous (Colistin)+ Glycopeptides (Vancomycin)	1 (5.0)
Others (Phenytoin, Paracetamol)	3 (15.0)

CrCl = creatinine clearance, SCr = serum creatinine

## ส่วนที่ 2 ลักษณะการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

### 2.1 ข้อบ่งใช้การสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

ข้อบ่งใช้ 3 อันดับแรกของการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในการรักษาโรคติดเชื้อในผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ pneumonia (สั่งใช้ยา 69 ครั้ง, ร้อยละ 30.4) รองลงมาคือ intra-abdominal infection (สั่งใช้ยา 50 ครั้ง, ร้อยละ 22) และ septicemia (สั่งใช้ยา 44 ครั้ง, ร้อยละ 19.4) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อบ่งใช้การสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

ข้อบ่งใช้	ชนิดของยา		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
Septicemia	33 (20.2)	11 (17.2)	44 (19.4)
Intra-abdominal infection	36 (22.1)	14 (21.9)	50 (22.0)
Pneumonia	47 (28.8)	22 (34.4)	69 (30.4)
Skin and soft tissue infection	7 (4.3)	4 (6.2)	11 (4.8)
Urinary tract infection (UTI)	25 (15.3)	8 (12.5)	33 (14.5)
Meningitis	0 (0)	2 (3.1)	2 (0.9)
Septicemia+UTI	2 (1.2)	0 (0)	2 (0.9)
Septicemia+Pneumonia	3 (1.8)	1 (1.6)	4 (1.8)
Pneumonia+UTI	2 (1.2)	2 (3.1)	4 (1.8)
Septicemia+Intra-abdominal infection	4 (2.5)	0 (0)	4 (1.8)
Intra-abdominal infection+UTI	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.4)
Febrile neutropenia	1 (0.6)	0 (0)	0 (0.4)
Unidentified source of infection	2 (1.2)	0 (0)	2 (0.9)
รวม 163 (100)	64 (100)	227 (100)	

### 2.2 ข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

การส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ (culture and sensitivity: c/s) การศึกษาที่มีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ทั้งหมด 227 ครั้ง ในการสั่งใช้ยาส่วนใหญ่ (222 ครั้ง, ร้อยละ 97.8) มีการส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อก่อนที่จะเริ่มให้ยา มีการสั่งใช้ยาเพียง 5 ครั้ง (ร้อยละ 2.2) ที่ไม่ได้ส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อก่อนสั่งใช้

การส่งตรวจระดับ creatinine ในเลือด (serum creatinine: SCr) มีการส่งตรวจระดับ creatinine ในเลือดก่อนที่จะเริ่มสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems 224 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.7 มีการสั่งใช้ยาเพียง 3 ครั้ง (ร้อยละ 1.3) ที่แพทย์ไม่ได้ส่งตรวจระดับ creatinine ในเลือด ก่อนเริ่มให้ยา สรุปได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อปฏิบัติในการสั่งใช้ยาก่อนที่จะเริ่มให้ยาผู้ป่วย  
จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รวม (ร้อยละ)
1. การเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ	
• ส่งตรวจ	222 (97.8)
- อยู่ในระหว่างรอผลเพาะเชื้อ	178 (80.2)
- ทราบผล c/s แล้ว	44 (19.8)
• ไม่ได้ส่งตรวจ	5 (2.2)
- ทราบผล c/s จากโรงพยาบาลที่ส่งตัวกลับมา (refer)	3 (60.0)
- ไม่ทราบเหตุผล	2 (40.0)
2. การตรวจระดับ creatinine ในเลือด	
• ส่งตรวจและทราบระดับ creatinine ก่อนเริ่มให้ยา	224 (98.7)
• ไม่ได้ส่งตรวจ	3 (1.3)

c/s = culture and sensitivity

### 2.3 เหตุผลในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

ในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ทั้งหมด 227 ครั้ง มีการสั่งใช้ยาแบบ empiric therapy สูงถึงร้อยละ 78.4 โดยลักษณะการสั่งใช้ยาดังกล่าวพบในการสั่งใช้ยา imipenem/cilastatin มากกว่ายา meropenem (ร้อยละ 71.3 และ ร้อยละ 28.7 ตามลำดับ) รายละเอียดได้สรุปไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เหตุผลในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

เหตุผลในการสั่งใช้ยา	ยาในกลุ่ม carbapenems		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
Empiric Therapy:	127 (71.3)	51 (28.3)	178 (78.4)
กรณีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายหลังไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่มอื่นๆ			
ซึ่งสงสัยติดเชื้อ multidrug-resistant (MDR) gram negative bacteria	65 (51.2)	24 (47.1)	89 (50.0)
กรณีการติดเชื้อรุนแรง ที่เกิดจาก mixed gram (+),(-)			
aerobic/anaerobic bacteria	30 (23.6)	12 (23.5)	42 (23.6)
ผู้ป่วยมีภาวะ febrile neutropenia แต่ล้มเหลวจากแผนการรักษาเดิม	4 (3.1)	1 (2.0)	5 (2.8)
กรณีผู้ป่วยติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง มีความเสี่ยงต่อการชัก มีอาการ /ผิดปกติทางระบบประสาทส่วนกลางอยู่ก่อน	0 (0)	2 (3.9)	2 (1.1)
ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillins, cephalosporins หรือ macrolides	0 (0)	2 (3.9)	2 (1.1)

ตารางที่ 4 เหตุผลในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems (ต่อ)  
จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

เหตุผลในการสั่งใช้ยา	ยาในกลุ่ม carbapenems		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
กรณีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายหลังไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสงสัยติดเชื้อ multidrug-resistant (MDR) gram negative bacteria ร่วมกับ febrile neutropenia แต่ล้มเหลวจากแผนการรักษาเดิม	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)
กรณีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายหลังไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสงสัยติดเชื้อ multidrug-resistant (MDR) gram negative bacteria ร่วมกับ serious infection ที่เกิดจาก mixed gram (+),(-) aerobic/anaerobic bacteria	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)
ไม่ระบุเหตุผล	26 (20.5)	10 (19.6)	36 (20.2)
Documented Therapy:	33 (75.0)	11 (25.0)	44 (19.4)
เหตุผลอื่นๆที่แพทย์ระบุ:	3 (75.0)	2 (3.1)	5 (2.2)
เคยได้ ampicillin+cefotaxime → ceftriaxone+amikin แต่ไม่ตอบสนอง จึงเปลี่ยนเป็น meropenem	1 (33.3)	0 (0)	1 (20.0)
ส่งเพาะเชื้อจากโรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่ได้บอกความไวต่อเชื้อของ imipenem/cilastatin และเคยได้ amikin แต่ SCr เพิ่มขึ้น	1 (33.3)	0 (0)	1 (20.0)
การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	1 (33.3)	1 (50.0)	2 (40.0)
เคยได้รับ imipenem/cilastatin แล้วเกิดอาการชัก → จึงเปลี่ยนเป็น meropenem	0 (0)	1 (50.0)	1 (20.0)
รวม	163 (100)	64 (100)	227 (100)

SCr = serum creatinine

#### 2.4 ขนาดยาเมื่อเริ่มต้นให้รักษาด้วยยาในกลุ่ม carbapenem

ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การรักษาด้วยยา imipenem/cilastatin ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ขนาดการให้ยาอยู่ในช่วง 500 มิลลิกรัม ถึง 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน ขนาดยา imipenem/cilastatin ที่มีการสั่งใช้มากที่สุด คือ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน (มีการสั่งใช้ 101 ครั้ง, ร้อยละ 62) ของจำนวนการสั่งใช้ยา imipenem/cilastatin ทั้งหมด ส่วนยา meropenem พบขนาดการสั่งใช้ยาอยู่ในช่วง 1,500 มิลลิกรัม ถึง 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน ยา meropenem/cilastatin 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 1 g iv q 8 hr เป็นขนาดยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุดถึง 30 ครั้ง (ร้อยละ 46.9 ของจำนวนการสั่งใช้ยา meropenem ทั้งหมด) ซึ่งขนาดยาดังกล่าวเป็นขนาดการให้ยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตปกติ ยา imipenem/cilastatin มีข้อห้ามใช้ยา ในผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง และมีข้อควรระวัง ในผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติการชัก<sup>(9)</sup> ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะดังกล่าว จึงพบความถี่ในการเลือกใช้ยา meropenem มากกว่า imipenem/cilastatin เท่ากับ 20 ครั้งและ 8 ครั้งตามลำดับ สรุปได้ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ขนาดยาเมื่อเริ่มต้นให้รักษาด้วยยาในกลุ่ม carbapenems  
จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

ชนิดของยา	ขนาดยา	รวม (ร้อยละ)
imipenem/cilastatin N = 163 ครั้ง	ขนาดยาในผู้ใหญ่	
	250 mg iv q 12 hr	2 (1.2)
	250 mg iv q 8 hr	3 (1.8)
	250 mg iv q 6 hr	10 (6.1)
	500 mg iv od	3 (1.8)
	500 mg iv q 12 hr	10 (6.1)
	500 mg iv q 8 hr	101 (62.0)
	500 mg iv q 6 hr	24 (14.7)
	1 gm iv q 8 hr	2 (1.2)
	ขนาดยาในเด็ก	8 (4.9)
meropenem N = 64 ครั้ง	ขนาดยาในผู้ใหญ่	
	500 mg iv q 8 hr	7 (10.9)
	500 mg iv q 6 hr	1 (1.6)
	1 gm iv od	1 (1.6)
	1 gm iv q 8 hr	30 (46.9)
	1 gm iv q 6 hr	2 (3.1)
	1 gm iv q 12 hr	3 (4.7)
ขนาดยาในเด็ก	20 (31.2)	

## 2.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาด้วยยาในกลุ่ม carbapenems

ระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาด้วยยาในกลุ่ม carbapenems เท่ากับ  $8.5 \pm 6.6$  วัน โดยการรักษาด้วยยา imipenem/cilastatin และ meropenem ต่างมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยเป็น 8 วันเท่ากัน ระยะเวลาสูงสุดของการรักษาด้วย imipenem/cilastatin คือ 40 วัน พบในผู้ป่วย 1 รายซึ่งไม่ทราบตำแหน่งของการติดเชื้อที่แน่ชัด (unidentified source of infection) โดยผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาภายหลังให้ยาไป 40 วัน สรุปได้ดังตารางที่ 6  
ตารางที่ 6 ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาด้วยยาในกลุ่ม carbapenems

ระยะเวลาที่ใช้ยา (วัน)	ชนิดของยา		รวม
	imipenem/cilastatin	meropenem	
ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$8.6 \pm 6.8$	$8.3 \pm 6.1$	$8.5 \pm 6.6$
พิสัย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	1-40	1-23	1-40

## 2.6 อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาในกลุ่ม carbapenems

จากจำนวนครั้งในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ทั้งหมด 227 ครั้ง มี 13 ครั้ง (ร้อยละ 5.7) ที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาในกลุ่ม beta-lactams มาก่อน อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏการแพ้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มดังกล่าว อุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ร้อยละ 0.9 โดยมี 2 ครั้งใน 227 ครั้งของการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ที่มีข้อมูล ADRs บันทึกในเวชระเบียน สรุปได้ดังตารางที่ 7

	ยาที่ทำให้เกิด ADR	ADR ที่เกิดขึ้น/การแก้ไข
รายชื่อที่ 1	meropenem	เกิด maculopapular rash ที่ไม่รุนแรง ได้รับ antihistamines และ steroids แล้วผื่นดีขึ้นสามารถใส่ยาต่อได้จนครบแผนการรักษา
รายชื่อที่ 2	imipenem/cilastatin	เกิดอาการชักเปลี่ยนไปใช้ meropenem แทน

## 2.7 สถานะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

การรักษาด้วยยา imipenem/cilastatin และ meropenem ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 58.3 (95/163 ครั้ง) และร้อยละ 60.9 (39/64 ครั้ง) สรุปได้ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สถานะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

จำนวนครั้งการให้ยา (N) = 227 ครั้ง

การวินิจฉัย	ชนิดของยา		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
ดีขึ้น	94 (58.3)	39 (60.9)	134 (59.0)
ไม่ดีขึ้น	14 (8.6)	6 (9.4)	20 (8.8)
เสียชีวิต	54 (33.1)	19 (29.7)	73 (32.2)
รวม	163 (100)	64 (100)	227 (100)

## ส่วนที่ 3 การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenem

### 3.1 การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อบ่งใช้

ผลการประเมินการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อบ่งใช้ พบว่า มีการสั่งใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน 12 ครั้ง (ร้อยละ 5.3) ได้สรุปรายละเอียดไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อบ่งใช้  
จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

	ยาในกลุ่ม carbapenems		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	154 (94.5)	61 (95.3)	215 (94.7)
ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	9 (5.5)	3 (4.7)	12 (5.3)
สั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems โดยยังไม่ผ่านการใช้กลุ่มรองลงไปก่อน (กรณีหลังการผ่าตัด)	4 (44.4)	2 (66.7)	6 (50.0)
ผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน : สั่งใช้ยาแบบ documented therapy ใดๆ ที่ผลการเพาะเชื้อจากโรงพยาบาลชุมชนไม่พบข้อมูลว่า ไวต่อยาในกลุ่ม carbapenems	1 (11.2)	0 (0)	1 (8.3)
สั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems แบบ documented therapy ใดๆ ที่ผล การเพาะเชื้อพบว่าไวต่อยา cefoperazone/sulbactam หรือ piperacillin/tazobactam	4 (44.4)	1 (33.3)	5 (41.7)
รวม	163 (100)	64 (100)	227 (100)

3.2 การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อปฏิบัติก่อนเริ่มให้ยา

ผลการประเมินด้านข้อปฏิบัติก่อนเริ่มให้ยาในกลุ่ม carbapenems พบว่า สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานด้านการส่ง  
เพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อร้อยละ 94.3 รายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อปฏิบัติก่อนเริ่มให้ยา  
จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

	ยาในกลุ่ม carbapenems		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
1. การเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ			
1.1 กรณี empiric therapy: กำหนดให้ส่งเพาะเชื้อ ก่อนสั่งใช้ยาหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากสั่งใช้ยา	127 (77.9)	53 (82.8)	180 (79.3)
- สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	122 (96.1)	49 (92.5)	171 (95.0)
- ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	5 (3.9)	4 (7.5)	9 (5.0)
1.2 กรณี documented therapy: กำหนดว่าควร ทราบผลเพาะเชื้อที่รายงานภายใน 48 ชั่วโมงก่อนสั่งใช้ยา	36 (22.1)	11 (17.2)	47 (20.7)
- สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	33 (91.7)	10 (90.9)	43 (91.5)
- ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	3 (8.3)	1 (9.1)	4 (8.5)
1.3 เมื่อพิจารณาการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems โดยรวมทั้งการศึกษา	163 (100)	64 (100)	227 (100)
- สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	155 (95.1)	59 (92.2)	214 (94.3)
- ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	8 (4.9)	5 (7.8)	13 (5.7)

ตารางที่ 10 การประเมินการให้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อปฏิบัติก่อนเริ่มให้ยา (ต่อ)  
จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) = 227 ครั้ง

	ยาในกลุ่ม carbapenems		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
2. การตรวจระดับ creatinine ในเลือด			
กำหนดให้: ส่งตรวจภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนสั่งใช้ยา	163 (100)	64 (100)	227 (100)
- สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	135 (82.8)	60 (90.6)	193 (85.0)
- ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	28 (17.2)	6 (9.4)	34 (15.0)

### 3.3 การประเมินการให้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านขนาดยา

การสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ทั้งหมด 227 ครั้ง ในการศึกษามี 163 ครั้ง ที่ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยสมบูรณ์ ดังนั้น การประเมินขนาดการสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในการศึกษานี้ มีความครอบคลุมของข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 71.7 (163/227 ครั้ง) เท่านั้น การประเมินขนาดการสั่งใช้ยาในการศึกษาได้พิจารณาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการให้ยาของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่า การสั่งใช้ยาในกลุ่ม carbapenems 146 ครั้ง (ร้อยละ 89.6) เป็นการสั่งใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมและสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีเพียง 17 ครั้ง (ร้อยละ 10.4) ที่ขนาดการสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน สรุปได้ดังตารางที่ 11

### ตารางที่ 11 การประเมินการให้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านขนาดยา

จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) ที่สามารถประเมินขนาดการสั่งใช้ยาได้ = 163 ครั้ง

	ยาในกลุ่ม carbapenems		รวม (ร้อยละ)
	imipenem/cilastatin	meropenem	
สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน :			
ขนาดยาเหมาะสม	111 (88.8)	35 (92.1)	146 (89.6)
ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน :			
- ขนาดยาไม่เหมาะสม	14 (11.2)	3 (7.9)	17 (10.4)
- ขนาดยาดำไป	4 (28.6)	2 (66.7)	6 (35.3)
- ขนาดยาสูงไป	10 (71.4)	1 (33.3)	11 (64.7)
รวม	125 (100)	38 (100)	163 (100)

### 3.4 สรุปร้อยละของความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานของการประเมินการให้ยาในกลุ่ม carbapenems

การศึกษาการให้ยาในกลุ่มยา carbapenems ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ได้ประเมินการให้ยาใน 3 ด้าน (*dimensions*) ได้แก่ (1) ด้านข้อบ่งใช้ (2) ด้านข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยา และ (3) ด้านขนาดยา ซึ่งสรุปร้อยละความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละด้าน ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ร้อยละของความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานของการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems

จำนวนครั้งการให้ยา (no. of courses, N) : ด้านข้อบ่งใช้ = 227 ครั้ง, ด้านข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยา = 227 ครั้ง,  
ด้านขนาดยา = 163 ครั้ง

หัวข้อในการประเมิน	ร้อยละของความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน		
	imipenem/cilastatin	meropenem	รวม
1. ด้านข้อบ่งใช้ (N=227 ครั้ง)	94.5	95.3	94.7
2. ด้านข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยา (N=227 ครั้ง)			
2.1 การเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ	95.1	92.2	94.3
2.2 การตรวจระดับ creatinine ในเลือด	82.8	90.6	85.0
3. ด้านขนาดยา (N=163 ครั้ง)	88.8	92.1	89.6

### สรุปผลการวิจัย

ผลการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านข้อบ่งใช้ มีความสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 94.7 โดยการสั่งใช้ยา meropenem มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานด้านข้อบ่งใช้มากกว่าการสั่งใช้ยา imipenem/cilastatin คิดเป็นร้อยละ 95.3 และร้อยละ 94.5 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของทิพสุดา อุ้วฒิมพงษ์<sup>(10)</sup> ที่ประเมินการสั่งใช้ยา meropenem ในโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าการสั่งใช้ยา มีความสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานด้านข้อบ่งใช้ร้อยละ 95.7 ผลการประเมินด้านการส่งเพาะเชื้อและการทดสอบความไวของเชื้อกับการส่งตรวจระดับ creatinine มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 94.3 และร้อยละ 85.0 ตามลำดับ สำหรับผลการประเมินด้านขนาดยา มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 89.6 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของสัจจา ศุภรพันธ์<sup>(11)</sup> ที่ประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในหออภิบาล โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีการสั่งใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 60 (57/95 ครั้ง) ทุกหัวข้อของการประเมินการสั่งใช้ยา meropenem มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานมากกว่า imipenem/cilastatin ยกเว้นในหัวข้อการส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ โดยสรุปแล้ว ผลการติดตามและประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของการสั่งใช้ยา มีความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานการสั่งใช้ยาทั้งในด้านข้อบ่งใช้ ข้อปฏิบัติก่อนการสั่งใช้ยาและขนาดยา อย่างไรก็ตาม ควรมีการสนับสนุนให้มีการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์มาตรฐานการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลต่อไป เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดปัญหาเชื้อดื้อยา ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

เนื่องจากการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ ขาดข้อมูลน้ำหนักตัว ทำให้ไม่สามารถคำนวณค่า creatinine clearance เพื่อประเมินความเหมาะสมของขนาดยาได้ ดังนั้น ผลการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ด้านขนาดยาในการศึกษา มีความครอบคลุมของข้อมูลเพียงร้อยละ 71.8 เท่านั้น เนื่องจากมีเพียง 163 ครั้งจากทั้งหมด 227 ครั้งของการ สั่งใช้ยาที่สามารถติดตามข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในได้ครบถ้วน หากในอนาคตมีบุคลากรเพียงพอในการติดตามประเมินการใช้ยา ควรเปลี่ยนรูปแบบการประเมินเป็น “การประเมินการใช้ยา ขณะที่มีการใช้ยา (concurrent DUE)” หรือ “การประเมินการใช้ยาแบบไปข้างหน้า (prospective DUE)” ซึ่งนอกจากจะลดปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ยังช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการสั่งใช้ยา (Drug Related Problem, DRP) ให้กับผู้ป่วยได้มากกว่า

## เอกสารอ้างอิง

1. กมลวิช เลาประสพวัฒนา. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล : Hospital-acquired infection. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์; 2552.
2. เสริมสุข ละอองสุวรรณ, กรรณิการ์ แจ่มศักดิ์, ธนวดี ช.สรพงษ์, วจิตทิพย์ แก้วบุตรา, วศิน เหล่าสืบสกุลไทย. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาต้านจุลชีพในสถาบันประสาทวิทยา. Thai Bull Pharm Sci. 2017; 12(2) : 21-29
3. Abel SR, Guba EA. Evaluation of an imipenem/cilastatin target drug program. Ann Pharmacother 1991; 25 :348-50.
4. นวกรณ์ วิมลสารวงค์. การประเมินการใช้ยา imipenem/cilastatin ในโรงพยาบาลเด็ก[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
5. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ 2551. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรกรแห่งประเทศไทย; 2551.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เกณฑ์คุณภาพบริการและแนวทางการประเมิน[ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา : <http://www.cbo.moph.go.th/DOWNLOAD/แนวทางการจัดสรรและตัวชี้วัดกองทุนจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพ%20ปี%202552.pdf>. [2553, ตุลาคม 10].
7. วิชัย สันติมาลีวรกุล. แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยาหลายขนาน. ใน: ณัฐาศิริ ฐานะวุฑฒ์, สุชาติ สุธพันธ์, มาลี โรจน์พิบูลสถิต, ศรีรัตน์ กสิวงค์, สุทธิพร ภัทรชยากุล, บรรณาธิการ. Trends in Infectious Disease Pharmacotherapy 2011. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด; 2554. หน้า 182-97.
8. เฉลิมศรี ภูมมางกูร. การประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation, DUE). ใน: สุวัฒนา จุฬาวัดนทล, ปรีชา มณฑกานติกุล, บรรณาธิการ. การประเมินการใช้ยา : ขั้นตอนหนึ่งสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. กรุงเทพฯ : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2544. หน้า 1-20.
9. วิชัย สันติมาลีวรกุล. Beta-lactams Part IV: Carbapenems. ใน: ณัฐาศิริ ฐานะวุฑฒ์, สุชาติ สุธพันธ์, มาลี โรจน์พิบูลสถิต, ศรีรัตน์ กสิวงค์, สุทธิพร ภัทรชยากุล, บรรณาธิการ. Trends in infectious Disease Pharmacotherapy 2011. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด; 2554. หน้า 157-62.
10. ทิพสุดา อุ้วฒิพงษ์. การประเมินการใช้ยา Meropenem ในโรงพยาบาลสุโขทัย. พุทธชินราชเวชสาร 2551; 25: ฉบับพิเศษ 1.
11. สัจจา ศุภพันธ์. การประเมินการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ในหออภิบาล โรงพยาบาลศิริราช[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

# ผลการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการ สุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

พิชิต บุตรสิงห์ ภบ.สม.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

## บทคัดย่อ

ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในปี 2557 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 409,313 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาประมาณ 163,000 บาท หรือ ประมาณร้อยละ 40 พบปัญหาเชื้อดื้อยาทำให้คนไทยเสียชีวิต ประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 42,000 ล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญเรื่องนี้ จึงกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลหนองคาย จึงได้มีการดำเนินงานส่งเสริมให้มีการใช้อย่างสมเหตุผลอย่างจริงจัง และได้มีการวิจัย ผลของการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ Retrospective Descriptive Study โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) 2. เพื่อศึกษามูลค่าการเบิก ยาปฏิชีวนะ, ยาสมุนไพรร และ ยาทั้งหมด ขอบเขตการวิจัย เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหนองคายทั้งหมด 19 แห่ง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1.ข้อมูลอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ จาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2.ข้อมูล มูลค่ายาได้จากใบเบิกยาของหน่วยบริการต่างๆ วิธีการดำเนินงาน โดย 1. แต่งตั้งกรรมการ 2. ประชุมวางแผนการดำเนินงาน 3. ชี้แจงนโยบายและแผนงานให้คณะกรรมการ PTC คณะกรรมการบริหาร CUP ทราบ 4. ผลิตสื่อให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติและอบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติ อสม. 5. จัดกิจกรรมรณรงค์ 6. ติดตามประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Excel และ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย หรือ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) ในปี 2559 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 27.49 ผ่านเกณฑ์ < ร้อยละ 20 เพียง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.84 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 13.29 ผ่านเกณฑ์ ถึง 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.21 ของหน่วยบริการทั้งหมด ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดจากร้อยละ 14.20 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 47.37 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ในปี 2559 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.58 ผ่านเกณฑ์ < ร้อยละ 20 เพียง 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 31.65 ผ่านเกณฑ์ ถึง 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ของหน่วยบริการทั้งหมด ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดจากร้อยละ 48.93 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 42.11 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่มโรค ปี 2559 มีเพียงหน่วยบริการเดียวคือ รพ.สต.ท่าจาน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่มโรค 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ของหน่วยบริการทั้งหมด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.11 มูลค่าการเบิกยาปฏิชีวนะ ปี 2559 มีมูลค่า 391,578 บาท เฉลี่ย 20,609 บาท/แห่ง 1.1 บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 216,273 บาท ลดจากร้อยละ 44.8 เฉลี่ย 11,383 บาท/แห่ง 0.6 บาท/Visit ลดจากร้อยละ 45.5 มูลค่าการเบิกยาสมุนไพรร ปี 2559 มีมูลค่า 215,759 บาท เฉลี่ย 11,356 บาท/แห่ง 0.6บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 260,273บาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.6 เฉลี่ย 13,699 บาท/แห่ง 0.8 บาท/Visit เพิ่มขึ้น ร้อยละ 33.3 มูลค่าการเบิกยาทั้งหมด ปี 2559 มีมูลค่า 2,105,891 บาท

เฉลี่ย 110,836 บาท/แห่ง 5.8บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 1,957,216 บาท ลดลงร้อยละ 7.1 เฉลี่ย 103,011 บาท/แห่ง 0.8 บาท/Visit ลดลงร้อยละ 1.7 สัดส่วนมูลค่ายาปฏิชีวนะลดจ้อยละ 7.5 และยาสมุนไพรสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1 สรุปผลของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงและมีการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นซึ่งก็เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

## The results of rational drug use promotion in primary care units. Nongkhai Hospital Health Network in Nongkhai Province

Pichit Butrsingh  
Nongkhai Hospital

### Abstract

Health Costs In 2013, Thailand has a health expenditure of 409,313 million baht. The drug costs about 163,000 baht or about 40 percent. Resistant to the disease, the Thai people died about 38,000 people per year. The total economic loss reached 42,000 million baht. The Ministry of Public Health recognizes this importance. Therefore, the development of health service system is required. To make a reasonable use of drugs. Nongkhai Hospital It has been working to promote the use of drugs rationally seriously. and have research. The results of rational drug use promotion in primary care units (PCU). Nongkhai Hospital, Muang District, Nongkhai Province. This research is Retrospective Descriptive Study Design. Objective of Study 1. Study the rate of antibiotic use in upper respiratory tract infections patients 2. Study the rate of antibiotic use in acute diarrheal patients 3. Study the value of antibiotics, herbal medicines and all drugs. Research scope PCU all 19 units. Research tools include : 1. Data on antibiotic use from Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health 2. Value of drug information from the form of lading different units. Method of operation : 1. Setting of Committee. 2. Planning meeting 3. To clarify policies and plans to the PTC and CUP Board. 4. The media production. Practices and training for knowledge health volunteers. 5. Organize the campaign. 6. Follow up evaluation. Analyze data using Excel and use descriptive statistics such as mean or percentage. Result of research. It was found that the rate of antibiotic use in upper respiratory tract infections In 2016, the average was 27.49%, passing the criterion of less than 20%, only 7, or 36.84%. Of all PCU. In 2017, the average was 13.29 percent, passing the criterion 16, accounting for 84.21 percent of total units. Average rate of antibiotic use decreased by 14.20%. PCU passed the criteria increased 47.37%. Antibiotic use rate in acute diarrhea. In 2016 average was 80.58 percent passed the criteria only 1 Accounted for 5.26% of all PCU. In the year 2017, average was 31.65 percent passed the criteria 9 establishments accounted for 47.37% of total PCU. Average rate of antibiotic use decreased by 48.93%. PCU have passed the criteria increased by 42.11%. PCU passed both criteria. In 2016 there is only one PCU is Thajan



accounted for 5.26% of all PCU. In the year 2017, PCU that passed both criteria 9 units. Accounted for 47.37% of PCU. Increased by 42.11 percent. Value of antibiotics. In 2016, It was 391,578 baht an average 20,609 baht / PCU and 1.1 baht / visit. In 2017, It was 216,273 baht decreased 44.8%. Average 11,383 baht / PCU and 0.6 baht / visit decreased 45.5%. The value of herbal medicine. In 2016, It was 215,759 baht average 11,356 baht / PCU and 0.6 baht / visit. In 2017, It was 260,273 baht increased by 20.6 percent. Average 13,699 baht / PCU and 0.8 baht / visit increased 33.3%. Total drug value in 2016 was 2,105,891 baht average 110,836 baht / PCU and 5.8 baht / Visit. In 2017, It was 1,957,216 baht decreased by 7.1%. Average 103,011 baht / PCU and 0.8 baht / visit decreased by 1.7 percent. The proportion of Antibiotic value decreased by 7.5%. And herbal medicine increased by 3.1 percent. Conclude the results of rational drug use promotion in primary care units. The use of antibiotics decreased and the use of herbal medicine increased. This is in accordance with the policy of the Ministry of Public Health.

## บทนำ

ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย นับวันจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นได้จากงบประมาณค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) งบประมาณค่ารักษาพยาบาลในสิทธิข้าราชการที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2557 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 409,313 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาประมาณ 163,000 บาท หรือประมาณร้อยละ 40 นอกจากนี้ ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะที่พำรุงหรือไม่สมเหตุผลของคนไทย ยังส่งผลให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาแพร่กระจายไปทั่วประเทศ จากข้อมูลสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่า ปัญหาเชื้อดื้อยาทำให้คนไทยเสียชีวิต ประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 42,000 ล้านบาท หรือประมาณ ร้อยละ 0.6 ของดัชนีชี้วัดผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงกำหนดให้ การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็น Service Plan สาขาที่ 15 จากการศึกษาของ กัทธอนงค์ จงศิริเลิศ และนุชน้อย ประภาโส. เรื่องการประเมินผลสัมฤทธิ์ขั้นที่ 1 ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดผ่านเกณฑ์ก่อนข้างจะยากเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU 2 เพื่อส่งผลถึงการ ผ่านเกณฑ์ RDU 1 และการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)<sup>1</sup> โรงพยาบาลหนองคาย โดย กลุ่มงานเภสัชกรรมได้พยายามสนองนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานเรื่องนี้ และ พบว่า การจะทำให้โรงพยาบาลหนองคาย บรรลุเป้าหมาย เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ที่มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 2 โรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

การปลูกฝังแนวคิดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความ

สำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต รวมทั้งช่วย ลดปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะได้<sup>2</sup> การดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำให้ความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>3</sup> ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ขึ้นเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ลดปัญหาเชื้อดื้อยา และ ช่วยประหยัดงบประมาณของทางราชการ รวมทั้ง ศึกษาผลกระทบ หรือ เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการ โดยเฉพาะอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ และ มูลค่าการใช้ยาที่ควรลดลง และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาโครงการต่อไป

แนวทางการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ ให้มีการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีดังนี้<sup>4</sup>

1. พัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
2. สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน
3. เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ไม่เหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI)
2. เพื่อศึกษาอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)
3. เพื่อศึกษามูลค่าการเบิกยาปฏิชีวนะ, ยาสมุนไพร และยาทั้งหมด จากโรงพยาบาลหนองคาย

### ขอบเขตการวิจัย

1. ศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง 17 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) สังกัดเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง รวมทั้งหมด 19 แห่ง
2. ศึกษาในช่วง ก่อนมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2559 และหลังมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2560
3. ศึกษาเฉพาะอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)
4. ศึกษามูลค่าการเบิกยาปฏิชีวนะ, ยาสมุนไพร และยาทั้งหมด ของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย จากคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลหนองคาย

### นิยามศัพท์ในการวิจัย

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิก เหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาตามขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี

ด้วยวิธีการให้ยา และความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์เภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถให้ยา ดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ<sup>5</sup>

หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล ที่ต้องมาเบิกยากับโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อบริการประชาชน

## วิธีการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ Retrospective Descriptive Study เปรียบเทียบข้อมูลอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะใน 2 โรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) และมูลค่าการเบิกยา ของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังการมีนโยบายส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุข

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) และใบเบิกยา ของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย ทั้งหมด ปีงบประมาณ 2559 – 2560

3. **เครื่องมือในการวิจัย** ประกอบด้วย ข้อมูลอัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะจาก 43 แห่ง ที่ประมวลผลโดย HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข และใบเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย

4. **วิธีดำเนินการ** โดย ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ในช่วงปีงบประมาณ 2560 ได้แก่

4.1 การกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนโดยจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลทั้งในระดับจังหวัด และ อำเภอ

4.2 การวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

4.3 ชี้แจงนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัด แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ คณะกรรมการ PTC

4.4 อบรมสร้างความรู้ความเข้าใจทั้งเรื่องของนโยบาย แนวทางปฏิบัติ แก่ พยาบาล หรือ ผู้สั่งจ่าย เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 43 แห่ง รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำตำบล

4.5 การจัดทำสื่อความรู้ ต่างๆ เช่น วนิตให้ความรู้ประชาชน แนวทางการรักษา CPG (Clinical Practice Guidelines) แก่ผู้ปฏิบัติ

4.6 การติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน และ รายงานให้ผู้บริหารทราบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น

4.7 จัดประชุมวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัลให้กับหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่น

5. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) ได้จากบันทึกข้อมูลใน 43 แห่ง และประมวลผลจาก HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนมูลค่ายาได้จากใบเบิกยาของหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ ที่มาเบิกกับคลังเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลหนองคาย

6. **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Excel และ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ

## ผลการวิจัย

จากศึกษาอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 19 แห่ง ในช่วง ปีงบประมาณ 2559 – 2560 ผลสรุป ปรากฏเป็นตาราง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20)

หน่วยบริการ	อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI)		
	ปี 2559 (ร้อยละ)	ปี 2560 (ร้อยละ)	ผลต่าง (ร้อยละ)
รพ.สต.เมืองหมี่	59.69	19.56	- 40.13
รพ.สต.ปะโค	49.97	18.26	- 31.71
รพ.สต.พระธาตุบังพวน	46.08	17.18	- 28.90
รพ.สต.มิชัย	38.06	12.96	- 25.10
รพ.สต.โพธิ์ชัย	32.38	11.31	- 21.07
รพ.สต.สีกาย	24.61	5.19	- 19.42
ศสช.เทศบาล	62.67	44.56	- 18.11
รพ.สต.หนองกอมเกาะ	26.87	11.58	- 15.29
รพ.สต.วัดธาตุ	20.76	9.50	- 11.26
รพ.สต.เวียงคุก	23.89	12.95	- 10.94
รพ.สต.บ้านนาฮี	17.29	8.26	- 9.03
รพ.สต.บ้านเตี๊	18.23	11.05	- 7.18
รพ.สต.หินโงม	12.92	6.22	- 6.70
รพ.สต.หาดคำ	19.08	12.80	- 6.28
รพ.สต.โพนสว่าง	26.91	22.33	- 4.58
รพ.สต.กวนวัน	7.81	3.37	- 4.44
รพ.สต.ค้ายบกวาน	15.70	13.84	- 1.86
รพ.สต.ท่าจาน	4.61	5.71	+ 1.10
ศสช.นาโพธิ์	0.00	65.00	+ 65.00
เฉลี่ย	27.49	13.29	- 14.20

จากตารางที่ 1 พบว่าอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) ในปี 2559 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 27.49 ผ่านเกณฑ์ < ร้อยละ 20 เพียง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.84 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 13.29 ผ่านเกณฑ์ ถึง 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.21 ของหน่วยบริการทั้งหมด ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 14.20 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น 9 แห่ง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 47.37

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเข้าปฏิบัติชีวิตในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20)

หน่วยบริการ	อัตราการเข้าปฏิบัติชีวิตในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)		
	ปี 2559 (ร้อยละ)	ปี 2560 (ร้อยละ)	ผลต่าง (ร้อยละ)
รพ.สต.หินโงม	100.0	18.60	- 81.40
รพ.สต.หาดคำ	94.12	13.04	- 81.08
รพ.สต.วัดธาตุ	98.59	34.72	- 63.87
รพ.สต.พระธาตุบังพวน	79.63	17.69	- 61.94
รพ.สต.มีชัย	76.00	18.60	- 57.40
รพ.สต.บ้านนาฮี	60.00	2.83	- 57.17
รพ.สต.สีกาย	66.67	16.67	- 50.00
รพ.สต.โพธิ์ชัย	83.33	37.50	- 45.83
รพ.สต.ปะโค	95.83	63.79	- 32.04
รพ.สต.บ้านเตี๋ย	50.00	18.18	- 31.82
รพ.สต.เมืองหมี่	96.88	70.37	- 26.51
รพ.สต.เวียงคุก	72.06	49.48	- 22.58
รพ.สต.ค่ายบกหวาน	62.50	41.30	- 21.20
รพ.สต.โพนสว่าง	59.38	50.00	- 9.38
รพ.สต.หนองกอมเกาะ	77.78	71.43	- 6.35
รพ.สต.ท่าจาน	0.00	0.00	0.00
รพ.สต.กวนวัน	0.00	18.52	+ 18.52
ศสช.นาโพธิ์	0.00	56.52	+ 56.52
ศสช.เทศบาล	0.00	58.70	+ 58.70
เฉลี่ย	80.58	31.65	- 48.93

จากตารางที่ 2 พบว่าอัตราการเข้าปฏิบัติชีวิต ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ในปี 2559 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 80.58 ผ่านเกณฑ์ < ร้อยละ 20 เพียง 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 31.65 ผ่านเกณฑ์ ถึง 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ของหน่วยบริการทั้งหมด ค่าเฉลี่ยอัตราการเข้าปฏิบัติชีวิต ลดลงร้อยละ 48.93 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น 8 แห่ง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.11

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรคไม่เกินร้อยละ 20 ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560 (เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่มโรคไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของหน่วยบริการทั้งหมด)

หน่วยบริการ	อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะปี 2559			อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะปี 2560		
	URI	Acute Diarrhea	เป้า (<20%)	URI	Acute Diarrhea	เป้า (<20%)
รพ.สต.กวนวัน	7.81	0.00	ไม่ผ่าน	3.37	18.52	ผ่าน
รพ.สต.ค่ายบกหวาน	15.70	62.50	ไม่ผ่าน	13.84	41.30	ไม่ผ่าน
รพ.สต.ท่าจาม	4.61	0.00	ผ่าน	5.71	0.00	ผ่าน
ศสช.เทศบาล	62.67	0.00	ไม่ผ่าน	44.56	58.70	ไม่ผ่าน
ศสช.นาโพธิ์	0.00	0.00	ไม่ผ่าน	65.00	56.52	ไม่ผ่าน
รพ.สต.นาฮี	17.29	60.00	ไม่ผ่าน	8.26	2.83	ผ่าน
รพ.สต.บ้านเตี๋ย	18.23	50.00	ไม่ผ่าน	11.05	18.18	ผ่าน
รพ.สต.ปะโค	49.97	95.83	ไม่ผ่าน	18.26	63.79	ไม่ผ่าน
รพ.สต.พระธาตุบังพวน	46.08	79.63	ไม่ผ่าน	17.18	17.69	ผ่าน
รพ.สต.โพธิ์ชัย	32.38	83.33	ไม่ผ่าน	11.31	37.50	ไม่ผ่าน
รพ.สต.โพนสว่าง	26.91	59.38	ไม่ผ่าน	22.33	50.00	ไม่ผ่าน
รพ.สต.มีชัย	38.06	76.00	ไม่ผ่าน	12.96	18.60	ผ่าน
รพ.สต.เมืองหมี่	59.69	96.88	ไม่ผ่าน	19.56	70.37	ไม่ผ่าน
รพ.สต.วัดธาตุ	20.76	98.59	ไม่ผ่าน	9.50	34.72	ไม่ผ่าน
รพ.สต.เวียงคุก	23.89	72.06	ไม่ผ่าน	12.95	49.48	ไม่ผ่าน
รพ.สต.สีกาย	24.61	66.67	ไม่ผ่าน	5.19	16.67	ผ่าน
รพ.สต.หนองกอมเกาะ	26.87	77.78	ไม่ผ่าน	11.58	71.43	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หาดคำ	19.08	94.12	ไม่ผ่าน	12.80	13.04	ผ่าน
รพ.สต.หินโงม	12.92	100.0	ไม่ผ่าน	6.22	18.60	ผ่าน
เฉลี่ย	27.49	80.58	ไม่ผ่าน	13.29	31.65	ไม่ผ่าน

จากตารางที่ 3 พบว่าในปี 2559 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่มโรค มีเพียงหน่วยบริการเดียวคือ รพ.สต.ท่าจาม คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ของหน่วยบริการทั้งหมด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.11

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาปฏิชีวนะของแต่ละ หน่วยบริการ ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ2559			ปีงบประมาณ2560			ลด/เพิ่ม (ร้อยละ)	
	จำนวน Visit	มูลค่ายา ปฏิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit	จำนวน Visit	มูลค่ายา ปฏิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit	มูลค่ายา ปฏิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit
เวียงคุก	21,489	33,421	1.6	20,840	6,350	0.3	-81.0	-81.2
พระธาตุบังพวน	28,550	42,076	1.5	34,699	18,675	0.5	-55.6	-66.7
บ้านเดื่อ	35,272	26,855	0.8	28,619	10,218	0.4	-62.0	-50.0
นาโพธิ์	13,782	19,995	1.4	15,499	4,818	0.3	-75.9	-78.6
เทศบาล	14,460	20,085	1.4	15,307	6,265	0.4	-68.8	-71.4
นาฮี	25,255	29,096	1.2	24,885	17,024	0.7	-41.5	-41.7
วัดธาตุ	28,175	28,454	1.0	25,861	17,774	0.7	-37.5	-30.0
ปะโค	17,350	24,637	1.4	15,576	15,611	1.0	-36.6	-28.6
หนองกอมเกาะ	21,457	16,248	0.8	21,596	7,988	0.4	-50.8	-50.0
สีกาย	15,461	16,490	1.1	12,159	8,545	0.7	-48.2	-36.4
โพนสว่าง	19,780	29,719	1.5	17,564	21,837	1.2	-26.5	-20.0
กวนวัน	15,220	13,660	0.9	10,949	6,916	0.6	-49.4	-66.7
มีชัย	12,945	11,478	0.9	15,937	6,442	0.4	-43.9	-55.6
หาดคำ	26,628	17,687	0.7	22,440	13,153	0.6	-25.6	-14.3
ท่าจาน	4,755	5,695	1.2	4,893	2,645	0.5	-53.6	-58.3
หินโงม	13,565	9,425	0.7	11,567	6,405	0.6	-32.0	-14.3
โพธิ์ชัย	21,813	10,651	0.5	16,259	8,026	0.5	-24.6	0.0
เมืองหมี่	5,922	13,595	2.3	6,680	14,426	2.2	6.1	-4.3
ค่ายบกหวาน	22,486	22,311	1.0	24,449	23,155	0.9	3.8	-10.0
รวม	364,365	391,578		345,779	216,273			
เฉลี่ย	19,177.0	20,609	1.1	18,198.9	11,383	0.6	-44.8	-42.1

จากตารางที่ 4 พบว่าการเบิกยาปฏิชีวนะของหน่วยบริการในปี 2559 มีมูลค่า 391,578 เฉลี่ย 20,609 บาท/แห่ง เฉลี่ย 1.1 บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 216,273 บาท ลดลง 175,305 บาท (ร้อยละ 44.8) เฉลี่ย 11,383 บาท/แห่ง ลดลง 9,226 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.6 บาท/Visit ลดลง 0.5 บาท/Visit (ร้อยละ 45.5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาสมุนไพรของ แต่ละ หน่วยบริการ ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ2559			ปีงบประมาณ2560			ลด/เพิ่ม (ร้อยละ)	
	จำนวน Visit	มูลค่ายา ปฎิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit	จำนวน Visit	มูลค่ายา ปฎิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit	มูลค่ายา ปฎิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit
เวียงคุก	21,489	10,523	0.5	20,840	13,310	0.6	+20.9	+20.0
พระธาตุบังพวน	28,550	17,007	0.6	34,699	21,960	0.6	+22.6	0.0
บ้านเดื่อ	35,272	11,231	0.3	28,619	15,241	0.5	+26.3	+66.7
นาโพธิ์	13,782	5,125	0.4	15,499	6,862	0.4	+25.3	0.0
เทศบาล	14,460	6,103	0.4	15,307	8,700	0.6	+29.9	+50.0
นาฮี	25,255	18,021	0.7	24,885	25,334	1.0	+28.9	+42.9
วัดธาตุ	28,175	13,305	0.5	25,861	22,575	0.9	+41.1	+80.0
ปะโค	17,350	12,570	0.7	15,576	14,303	0.9	+12.1	+28.6
หนองกอมเกาะ	21,457	11,398	0.5	21,596	10,198	0.5	-11.8	0.0
สีกาย	15,461	24,776	1.6	12,159	22,720	1.9	-9.0	+18.8
โพนสว่าง	19,780	13,490	0.7	17,564	14,012	0.8	+3.7	+14.3
กวนวัน	15,220	5,910	0.4	10,949	8,005	0.7	+26.2	+75.0
มีชัย	12,945	5,338	0.4	15,937	11,015	0.7	+51.5	+75.0
หาดคำ	26,628	16,148	0.6	22,440	16,069	0.7	-0.5	+16.7
ท่าจาม	4,755	4,368	0.9	4,893	8,210	1.7	+46.8	+88.9
หินโงม	13,565	10,306	0.8	11,567	11,813	1.0	+12.8	+25.0
โพธิ์ชัย	21,813	8,748	0.4	16,259	9,513	0.6	+8.0	+50.0
เมืองหมี่	5,922	7,606	1.3	6,680	7,128	1.1	-6.7	-15.4
ค่ายบกหวาน	22,486	13,786	0.6	24,449	13,305	0.5	-3.6	-16.7
รวม	364,365	215,759		345,779	260,273			
เฉลี่ย	19,177.0	11,356	0.6	18,198.9	13,699	0.8	+17.1	+33.3

จากตารางที่ 5 พบว่าการเบิกยาสมุนไพรของหน่วยบริการในปี 2559 มีมูลค่า 215,759 เฉลี่ย 11,356 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.6บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 260,273 บาท เพิ่มขึ้น 44,514 บาท (ร้อยละ20.6) เฉลี่ย 13,699 บาท/แห่ง เพิ่มขึ้น 2,343 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.8 บาท/Visit เพิ่มขึ้น 0.2 บาท/Visit (ร้อยละ33.3)



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาทั้งหมดของแต่ละ หน่วยบริการ ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560

หน่วยบริการ	ปีงบประมาณ2559			ปีงบประมาณ2560			ลด/เพิ่ม (ร้อยละ)	
	จำนวน Visit	มูลค่ายา /ปฏิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit	จำนวน Visit	มูลค่ายา /ปฏิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit	มูลค่ายา /ปฏิชีวนะ	มูลค่ายา /Visit
เวียงคุก	21,489	126,267	5.9	20,840	99,450	4.8	-21.2	-18.6
พระธาตุบังพวน	28,550	246,500	8.6	34,699	178,322	5.1	-27.7	-40.7
บ้านเดื่อ	35,272	117,049	3.3	28,619	111,791	3.9	-4.5	+18.2
นาโพธิ์	13,782	117,727	8.5	15,499	134,778	8.7	+14.5	+2.4
เทศบาล	14,460	89,454	6.2	15,307	120,362	7.9	+34.6	+27.4
นาฮี	25,255	187,458	7.4	24,885	173,541	7.0	-7.4	-5.4
วัดธาตุ	28,175	134,412	4.8	25,861	143,210	5.5	+6.5	+14.6
ปะโค	17,350	123,460	7.1	15,576	108,201	6.9	-12.4	-2.8
หนองกอมเกาะ	21,457	86,438	4.0	21,596	74,791	3.5	-13.5	-12.5
สีกาย	15,461	106,106	6.9	12,159	89,397	7.4	-15.7	+7.2
โพนสว่าง	19,780	168,312	8.5	17,564	141,508	8.1	-15.9	-4.7
กวนวัน	15,220	70,267	4.6	10,949	72,114	6.6	+2.6	+43.5
มีชัย	12,945	51,330	4.0	15,937	53,434	3.4	+4.1	-15.0
หาดคำ	26,628	121,375	4.6	22,440	108,023	4.8	-11.0	+4.3
ท่าจาน	4,755	32,140	6.8	4,893	33,049	6.8	+2.8	0.1
หินโงม	13,565	80,713	6.0	11,567	83,463	7.2	+3.4	+20.0
โพธิ์ชัย	21,813	60,890	2.8	16,259	59,216	3.6	-2.7	+28.6
เมืองหมี่5,922	79,602	13.4	6,680	55,712	8.3	-30.0	-38.1	
ค่ายบกหวาน	22,486	106,391	4.7	24,449	116,854	4.8	+9.8	+2.1
รวม	364,365	2,105,891		345,779	1,957,216			
เฉลี่ย	19,177.0	110,836	5.8	18,198.9	103,011	5.7	-7.1	-1.7

จากตารางที่ 6 พบว่าการเบิกยาทั้งหมดของหน่วยบริการในปี 2559 มีมูลค่า 2,105,891 บาท เฉลี่ย 110,836 บาท/แห่ง เฉลี่ย 5.8 บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 1,957,216 บาท ลดลง 148,675 บาท (ร้อยละ7.1) เฉลี่ย 103,011 บาท/แห่ง เพิ่มขึ้น 7,825 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.8 บาท/Visit ลดลง 0.1 บาท/Visit (ร้อยละ1.7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่าการเบิกยา กลุ่มยาปฏิชีวนะ และ กลุ่มยาสมุนไพรร เปรียบเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมด ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2560

กลุ่มยา	มูลค่าปี 2559 (บาท)	ร้อยละ	มูลค่าปี 2560 (บาท)	ร้อยละ	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
ยาปฏิชีวนะ	391,578	18.6	216,273	11.1	- 7.5
ยาสมุนไพรร	215,759	10.2	260,273	13.3	+ 3.1
ยาอื่นๆ	1,498,554	71.2	1,480,670	75.6	+ 4.4
รวมยาทั้งหมด	2,105,891	100.0	1,957,216	100.0	

จากตารางที่ 7 พบว่าสัดส่วนมูลค่าการเบิกยา กลุ่มยาปฏิชีวนะ จะมีสัดส่วนที่ลดลงถึงร้อยละ 7.5 และ กลุ่มยาสมุนไพร มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1 ทำให้สัดส่วนของยาสมุนไพรในปี 2560 สูงกว่าสัดส่วนยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 2.2 ทั้งที่แต่เดิมในปี 2559 สัดส่วนของยาสมุนไพรน้อยกว่ายาปฏิชีวนะ ถึงร้อยละ 6.4 เปรียบเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมด ซึ่งก็เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมให้ลดการใช้ยาปฏิชีวนะและเพิ่มการใช้ยาสมุนไพร

## สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2560 ทั้งหมด 19 หน่วยบริการ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง 17 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) สังกัดเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง โดยศึกษาเปรียบเทียบ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) และมูลค่าการเบิก ยาปฏิชีวนะ, ยาสมุนไพร และ ยาทั้งหมดของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองคาย จากคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังมีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สรุปได้ว่า

1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบน (URI) ในปี 2559 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 27.49 ผ่านเกณฑ์ < ร้อยละ 20 เพียง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.84 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 13.29 ผ่านเกณฑ์ ถึง 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.21 ของหน่วยบริการทั้งหมด ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 14.20 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น 9 แห่ง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 47.37

2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ในปี 2559 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.58 ผ่านเกณฑ์ < ร้อยละ 20 เพียง 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 31.65 ผ่านเกณฑ์ ถึง 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ของหน่วยบริการทั้งหมด ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 48.93 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น 8 แห่ง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.11

3. ในปี 2559 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่มโรค มีเพียงหน่วยบริการเดียว คิดเป็นร้อยละ 5.26 ของหน่วยบริการทั้งหมด ในปี 2560 มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.37 ของหน่วยบริการทั้งหมด เพิ่มขึ้นร้อยละ 42.11 ซึ่งทำให้ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ของกระทรวงสาธารณสุข มีข้อสังเกตคือ หน่วยบริการสังกัดเทศบาลทั้ง 2 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 แห่ง และยังมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะค่อนข้างสูง เปรียบเทียบกับ อำเภอเมืองอุดรธานีซึ่งเป็นจังหวัดที่อยู่ติดกันกับอำเภอเมืองหนองคาย พบว่าในปี 2560 มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่มโรคเพียง 8 แห่งจากทั้งหมด 36 แห่ง (ร้อยละ 22.2) ไม่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 และหน่วยบริการสังกัดเทศบาลไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดรวม 5 แห่ง จะเห็นว่าหน่วยบริการสังกัดเทศบาล จะให้ความร่วมมือ ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล น้อยกว่าหน่วยบริการสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยความสำเร็จของหนองคาย เกิดจากผู้บริหารทุกระดับ ทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพ.สต.ให้ความสำคัญ แกล้งขกรที่ทำหน้าที่ประสานงานคอยสนับสนุนสื่อความรู้ต่างๆ รวมทั้งติดตามประเมินผล และ รายงานผู้บริหารทราบอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ

4. การเบิกยาปฏิชีวนะของหน่วยบริการในปี 2559 มีมูลค่า 391,578 เฉลี่ย 20,609 บาท/แห่ง เฉลี่ย 1.1 บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 216,273 บาท ลดลง 175,305 บาท (ร้อยละ 44.8) เฉลี่ย 11,383 บาท/แห่ง ลดลง 9,226 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.6 บาท/Visit ลดลง 0.5 บาท/Visit (ร้อยละ 45.5)

5. การเบิกยาสมุนไพรของหน่วยบริการในปี 2559 มีมูลค่า 215,759 เฉลี่ย 11,356 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.6 บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 260,273 บาท เพิ่มขึ้น 44,514 บาท (ร้อยละ20.6) เฉลี่ย 13,699 บาท/แห่ง เพิ่มขึ้น 2,343 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.8 บาท/Visit เพิ่มขึ้น 0.2 บาท/Visit (ร้อยละ33.3)

6. การเบิกยาทั้งหมดของหน่วยบริการในปี 2559 มีมูลค่า 2,105,891 บาท เฉลี่ย 110,836 บาท/แห่ง เฉลี่ย 5.8 บาท/Visit ปี 2560 มูลค่า 1,957,216 บาท ลดลง 148,675 บาท (ร้อยละ7.1) เฉลี่ย 103,011 บาท/แห่ง เพิ่มขึ้น 7,825 บาท/แห่ง เฉลี่ย 0.8 บาท/Visit ลดลง 0.1 บาท/Visit (ร้อยละ 1.7)

7. สัดส่วนมูลค่าการเบิกยา กลุ่มยาปฏิชีวนะ จะมีสัดส่วนที่ลดลงถึงร้อยละ 7.5 และ กลุ่มยาสมุนไพรมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1 ทำให้สัดส่วนของยาสมุนไพรในปี 2560 สูงกว่าสัดส่วนยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 2.2 ทั้งที่แต่เดิมในปี 2559 สัดส่วนของยาสมุนไพรน้อยกว่ายาปฏิชีวนะ ถึงร้อยละ 6.4 เปรียบเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมด ซึ่งก็เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมให้ลดการใช้ยาปฏิชีวนะและเพิ่มการใช้ยาสมุนไพร

#### ข้อเสนอแนะ ในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ผู้สั่งจ่าย และ ผู้ที่บันทึกข้อมูล ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในนโยบาย และ วิธีปฏิบัติงานที่ชัดเจน ผู้บริหาร เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล ต้องกำกับติดตามสม่ำเสมอ
2. ผู้ประสานงานโครงการ หรือ คณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยเฉพาะประธานและเลขา ต้องมีความเข้มแข็ง ในการวางแผน การดำเนินงาน การติดตามผลการดำเนินงาน การให้คำแนะนำ การรายงานให้ผู้บริหารทราบ
3. การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น การนำผลงานมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบ การมอบโล่รางวัล ให้หน่วยงานหรือผู้ที่มีผลงานดีเด่น
4. การจัดประชุมวิชาการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนางาน
5. การกำหนดตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลโดยใช้มูลค่าประหยัดอย่างเดียวยังอาจไม่ถูกต้อง เพราะนโยบายบางอย่างก็ทำให้มีการใช้ยามากขึ้นเช่นการส่งเสริมการใช้สมุนไพร
6. การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลทำให้เจ้าหน้าที่บางคนไม่กล้าใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ควรได้ยากลับไม่ได้ยา กระทรวงสาธารณสุขควรมีการศึกษาผลกระทบในประเด็นนี้ต่อไปด้วย

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นพ.สุรกิจ ยศพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย นายทองเลื่อน ่องอาจ สาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรอนงค์ จองศิริเลิศ, นุชน้อย ประภาโส. การประเมินผลสัมฤทธิ์ขั้นที่ 1 ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารเภสัชกรรมคลินิก ปีที่ 23 ฉบับที่ 1. 2560

2. ลภัสรดา จ้อยนุแสง. การพัฒนารูปแบบการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสน อำเภอลำดวน จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิจัย. 2560
3. สุมาลี ท่อชู, รุ่งทิวา หมื่นป่า. ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการวิจัย. 2559
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล(Service Plan : Rational Drug Use). 2559
5. พิสนธิ์ จงตระกูล. การจ่ายยาอย่างสมเหตุผลใน Primary Care. วนิดาการพิมพ์. 2559

# การประเมินการใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIg) ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

พลอยรุ่ง โกมลเวชกุล ภ.บ. (เภสัชกรรมคลินิก), ภญ.พัชรี กาญจนวัฒน์ ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)  
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

## บทคัดย่อ

ยา Intravenous immunoglobulin (IVIg) จัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) โดยปี 2560 อนุมัติใน 9 ข้อบ่งใช้ยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้กำหนดแนวทางในการประเมินและกำกับการใช้ยา พบว่ามูลค่าการใช้ยา IVIg ปี 2560 8,220,802 บาท ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี 2559 (4,458,898 บาท)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยา IVIg ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปีงบประมาณ 2560 (1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสั่งใช้ยา IVIg ตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 81 ราย ได้รับการสั่งใช้ยา IVIg จำนวน 94 ครั้ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.98 และเพศหญิง ร้อยละ 58.02 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุ 15 ปี ถึง 60 ปี ร้อยละ 44.44 และใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 77.78

ผลการทบทวน พบว่า มีการสั่งใช้ยา IVIg ตรงตามเกณฑ์บัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 83.98 (78 ครั้ง) มูลค่ายา 8,484,900 บาท ส่วนใหญ่ใช้ในข้อบ่งใช้ Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis ร้อยละ 34.62 รองลงมาเป็นกลุ่มอาการ Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง ร้อยละ 32.05 และโรคควาซากิระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 20.51 ตามลำดับ โดยมูลค่ายาต่อครั้งเฉลี่ยในเด็ก 40,341 บาท และผู้ใหญ่ 135,668 บาท หลังได้รับยาผู้ป่วยส่วนใหญ่หายหรือมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 96.15 ส่วนการสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ พบร้อยละ 17.02 (16 ครั้ง) มูลค่ายา 980,400 บาท ส่วนใหญ่ใช้ในข้อบ่งใช้ Sepsis /Septic shock ร้อยละ 25 รองลงมาได้แก่ โรค Anti- NMDA receptor encephalitis ร้อยละ 18.75 และ Paraneoplastic autoimmune encephalitis ร้อยละ 18.75 ตามลำดับ โดยมูลค่ายาต่อครั้งเฉลี่ยในเด็ก 33,700 บาท และผู้ใหญ่ 144,000 บาท หลังได้รับยาส่วนใหญ่หายหรือมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 87.50

การกำหนดแนวทางในการกำกับและประเมินการใช้ยา ควรนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตามการสั่งใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีราคาแพง ยาที่มีความเสี่ยงสูงด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เหมาะสม และมีความคุ้มค่า

# Drug use evaluation of Intravenous immunoglobulin (IVIG) at Sunpasitthiprasong hospital

Ployrung Komolwajakul.\* , Patcharee Karnjanawat.\*

\*Pharmacy department, Sunpasitthiprasong hospital, Ubonratchathani.

## Abstract

Intravenous immunoglobulin (IVIG) was a blood product that was categorized in the National List of Essential Medicines (NLEM) category E2. In 2017 Thai government approved IVIG in 9 indications. Since Sunpasitthiprasong hospital set authorized system to evaluate IVIG. All cost in 2017 was 8,220,802 baht. It had been trending upward from 2016 approximately 4,458,898 baht. Our objective was to determine the appropriate use of IVIG based on NLEM's criteria IV IG's use and patient outcomes.

This study was retrospective, the data was collected from 94 medical records in 81 patients who were received IVIG at Sunpasitthiprasong hospital during October 1, 2016 – September 30, 2017. Data divided into male patients 41.98% while female patients 58.02%. Almost patients were 15 - 60 years old (44.44%) and the most health insurance scheme was Universal Coverage scheme (77.78%).

Our result showed there were IVIG's uses according to NLEM's criteria were 78 times (83.98%) all cost was 8,484,900 baht, almost use for Myasthenia gravis, acute exacerbation or myasthenic crisis 34.62%, severe Guillain-Barre syndrome 32.05% and acute Kawasaki disease 20.51%, respectively. The average cost of IVIG per admission was 40,341 baht in children and 135,668 baht in adults. After treatment, the improved clinical outcome was 96.15%. While IVIG's uses not followed NLEM's criteria were 16 times (17.02%). All cost was 980,400 baht. Almost use in sepsis or septic shock 25.00%, Anti- NMDA receptor encephalitis 18.75%, and Paraneoplastic autoimmune encephalitis 18.75%, respectively. The average cost per admission was 33,700 baht in children and 144,000 baht in adults. After treatment, the improved clinical outcome was 87.50%.

Authorized system for medicines should apply in hospital especially high cost medicines, high alert drugs to approach patients for the proper and reasonable treatment.

## บทนำ

Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) เป็นสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำประกอบด้วย heterogenous human IgG เป็นหลัก ร่วมกับ IgA และ IgM ในปริมาณน้อยมาก ซึ่ง heterogenous human IgG, IgA และ IgM เป็นแอนติบอดีที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันร่างกาย เมื่อร่างกายมีการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย โดยกลไกการออกฤทธิ์ของ IVIG เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันนั้นยังไม่ชัดเจน เชื่อว่าเกิดจากหลายกลไกทำงานประสานกัน ได้แก่ การจับกับ Fc receptor, การจับกับสารภูมิคุ้มกันที่ร่างกาย (neutralization of auto-antibodies) การยับยั้งการจับและกระตุ้นการทำงานของระบบ complement การช่วยขจัดภูมิคุ้มกันที่ทำลายตนเอง (neutralization of auto-antibodies) การลดการหลั่ง cytokine ที่เป็นพิษ การจับกับ super-antigen และ down-regulation ของ T และ B cell<sup>[1]</sup>

IVIg ขึ้นทะเบียนในหลายข้อบ่งใช้ แต่คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้พิจารณาอนุมัติเฉพาะข้อบ่งใช้ที่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยอย่างชัดเจน รวมทั้งเป็นข้อบ่งใช้ที่จัดเป็นมาตรฐานการรักษา IVIG ถูกจัดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2551 ในบัญชียา จ(2) ซึ่งบัญชียา จ(2) หมายถึง ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยาที่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายตัวของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด สถานพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับ ประเมินและตรวจสอบการใช้จ่าย และมีเก็บข้อมูลการใช้จ่ายเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้<sup>[1]</sup> บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ได้พิจารณาอนุมัติ IVIG เฉพาะ 9 ข้อบ่งใช้<sup>[1]</sup>

ยา IVIG เป็นยาที่มีราคาแพง ราคาต่อหน่วย 6,400 บาท/5 กรัม ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 2,560 บาท ต่อน้ำหนักตัวผู้ป่วย 1 กิโลกรัม หรือผู้ป่วยขนาดยา 2 g/กิโลกรัม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ค่ายาประมาณ 128,000 บาทต่อคอร์สการรักษา ดังนั้นหากใช้ IVIG ในข้อบ่งใช้ที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยอย่างชัดเจน จะเป็นการใช้ยาที่ไม่มีความคุ้มค่า หรือเป็นการใช้ยาที่ไม่เกิดประสิทธิผล อีกทั้งผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากยามากกว่าประโยชน์หรือก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไปจำนวนมากจนอาจส่งผลเสียต่อความยั่งยืนของระบบสวัสดิการการรักษายาพยาบาลและระบบประกันสุขภาพของประเทศได้ หากมีการใช้ยาโดยปราศจากการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลขนาด 1,188 เตียง ในปีงบประมาณ 2560 มีมูลค่าการใช้จ่ายยา IVIG สูงถึง 8,220,802 บาท ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากปีงบประมาณ 2559 (4,458,898 บาท) โดยโรงพยาบาลได้กำหนดเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติและในกรณีข้อบ่งใช้อื่นต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ผู้อนุมัติซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากโรงพยาบาล เนื่องจากมูลค่าการใช้จ่ายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น หากมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อปริมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่สูงเกินไป ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าควรมีการศึกษาข้อมูลการสั่งใช้ยา IVIG ของโรงพยาบาลว่ามีความเหมาะสม ตรงตามเกณฑ์อนุมัติการใช้จ่ายของยาบัญชียา จ(2) ตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดหรือไม่ ทั้งในด้านข้อบ่งใช้ยา คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา ขนาดยา ระยะเวลาในการใช้ยา เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับ ให้ทางโรงพยาบาลใช้กำหนดแนวทางการกำกับกำกับการสั่งใช้ยาให้มีความสมเหตุสมผล และคุ้มค่าต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสั่งใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIg) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามเกณฑ์เงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. เพื่อศึกษาข้อมูลปริมาณและมูลค่าการใช้จ่าย Intravenous immunoglobulin (IVIg) และผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การใช้จ่าย IVIG ตรงตามเกณฑ์<sup>[1]</sup> หมายถึง การสั่งใช้ยา IVIG ให้แก่ผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์แนวทางการกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) ปี 2560 กำหนด ได้แก่ ตรงตามข้อบ่งใช้ยาและเงื่อนไขการสั่งใช้ยา ได้แก่ คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ขนาดยา และระยะเวลาการใช้จ่าย

2. ข้อบ่งใช้ที่ตรงตามเกณฑ์<sup>[1]</sup> หมายถึง ข้อบ่งใช้ยา IVIG ในการรักษาผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่บัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) ปี 2560 กำหนดไว้ ได้แก่ 9 ข้อบ่งใช้ ได้แก่ (1) โรคควาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease) (2) Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง (3) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) (4) autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (5) Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) (6) Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง (7) โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน (8) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) (9) second-line treatment สำหรับ dermatomyositis
3. ราคายา IVIG ขนาด 5 g ราคา 6,400 บาทต่อขวด ขนาด 2.5g ราคา 3,300 บาทต่อขวด
4. การประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation : DUE) หมายถึง กระบวนการประกันคุณภาพการใช้ยาที่มีการวางแผนมาอย่างเป็นระบบ และทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
5. ผู้ป่วยเด็ก คือ ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี
6. ผู้ป่วยผู้ใหญ่ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่ได้รับยา IVIG ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 และฐานข้อมูลการจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และบันทึกข้อมูลลงในแบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการใช้ยา แพทย์ผู้สั่งใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย แล้วทำการประเมินการใช้ยาในด้านข้อบ่งใช้ยา และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา ตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยาที่บัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) กำหนด

วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยแสดงค่าความถี่ และร้อยละ

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยที่ใช้ยา IVIG ทั้งหมด 81 ราย เป็นเพศชาย 34 ราย (ร้อยละ 41.98) และเพศหญิง 47 ราย (ร้อยละ 58.02) อายุน้อยกว่า 1 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 13.58 อายุมากกว่า 1 ปีถึง 15 ปี ร้อยละ 25.93 อายุมากกว่า 15 ปีถึง 60 ปี ร้อยละ 44.44 และอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 16.05 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 77.78 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วย 81 ราย มีการสั่งใช้ยาจำนวน 94 ครั้งของคอร์สการรักษา โดยผู้ป่วยบางรายเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและได้รับยาใหม่อีกคอร์ส ส่วนใหญ่มีการสั่งใช้ยา IVIG ขนาด 5g ต่อขวด และมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดรวม 9,465,300 บาท (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลผู้ป่วย (81 ราย)	ร้อยละ (จำนวน)
เพศ	
ชาย	41.98 (34)
หญิง	58.02 (47)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 1 เดือน ถึง 1 ปี	13.58 (11)
มากกว่า 1 ปี ถึง 15 ปี	25.93 (21)
มากกว่า 15 ปี ถึง 60 ปี	44.44 (36)
มากกว่า 60 ปี	16.05 (13)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	77.78 (63)
ประกันสังคม	2.47 (2)
ข้าราชการ /เบิกต้นสังกัด	16.05 (13)
ชำระเงิน/ต่างชาติ และอื่นๆ	3.70 (3)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วย และ ปริมาณการให้ยา IVIG

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา IVIG *	
ผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	81
จำนวนครั้งการได้รับยา	94
ปริมาณการให้ยา (Vial)	
VIG ขนาด 2.5 g.	29
IVIG ขนาด 5 g.	1,464
มูลค่าการให้ยา (บาท)	
IVIG ขนาด 2.5 g. (บาท)	95,700
IVIG ขนาด 5 g. (บาท)	9,369,600
รวมทั้งหมด	9,465,300

หมายเหตุ : ผู้ป่วย 1 รายมีการสั่งให้ยา มากกว่า 1 course เนื่องจากเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ และได้รับยาอีกครั้ง

## 2. ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วย

เมื่อประเมินการสั่งยาของผู้ป่วยจำนวน 94 ครั้ง ตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) ในด้านข้อบ่งใช้ยา คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า มีการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์ร้อยละ 83.98 (78 ครั้ง) โดยมีมูลค่าการใช้ยา 8,484,900 บาท และมีการสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 17.02 โดยมีมูลค่าการใช้ยา 980,400 บาท หลังใช้ยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หายหรือมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 94.68 มีผู้ป่วยเพียง 5 รายที่อาการไม่ดีขึ้น หรือเสียชีวิต (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การทบทวนการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์บัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2)

การประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์บัญชียา จ(2)	จำนวนครั้งการใช้ยา (ร้อยละ) (N=94)	มูลค่าการใช้ยา (บาท)	ผลลัพธ์การรักษา (ร้อยละ)	
			ดีขึ้น/หาย	ไม่ดีขึ้น
ตรงตามเกณฑ์ (ข้อบ่งใช้ แพทย์ ขนาดยา)	78 (82.98)	8,484,900	75 (96.15)	3 (3.85)
ไม่ตรงเกณฑ์	16 (17.02)	980,400	14 (87.50)	2 (12.50)
รวมทั้งหมด	94 (100)	9,465,300	89 (94.68)	5 (5.32)

ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา IVIG ตรงตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยาบัญชียา จ(2) พบว่ามีการใช้ยาในข้อบ่งใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis (ร้อยละ 34.62) กลุ่มอาการ Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง (ร้อยละ 32.05) และโรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease) (ร้อยละ 20.51) ตามลำดับ โดยมูลค่ายา IVIG ทุกข้อบ่งใช้เฉลี่ยต่อครั้งของคอร์สการรักษา ในเด็ก 40,341 บาท และผู้ใหญ่ 135,668 บาท ส่วนใหญ่หลังได้รับยา ผู้ป่วยหายหรือมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 96.15 มีผู้ป่วยโรค Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) จำนวน 2 ราย และ Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis 1 ราย ที่อาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับยา (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อบ่งใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ตรงตามเกณฑ์บัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อบ่งใช้ยาผู้ป่วย ตรงตามเกณฑ์ บัญชียาหลักแห่งชาติ จ (2)	จำนวนครั้งการรักษา (ร้อยละ)	มูลค่าการใช้ยา IVIG ทั้งหมด (บาท)	มูลค่ายา IVIG เฉลี่ย/ ครั้ง/ course (บาท)	ผลลัพธ์การรักษา (ร้อยละ)	
				ดีขึ้น/หาย	ไม่ดีขึ้น
1. โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)	16 (20.51)	609,000	เด็ก 38,063	16 (100)	-
2. Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง	25 (32.05)	3,248,100 ผู้ใหญ่ 144,152	เด็ก 55,225	25 (100)	-
3. Hemophagocytic Lymphohistocytosis	1 (1.28)	38,400	เด็ก 38,400	1 (100)	-
4. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP)	5 (6.41)	582,400	ผู้ใหญ่ 116,480	3 (75)	2 (25)
5. Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis	27 (34.62)	3,872,000	ผู้ใหญ่ 143,407	26 (96.30)	1(3.70)
6. Primary Immunodeficiency Diseases	4 (5.13)	135,000	ผู้ใหญ่ 33,750	4 (100)	-
รวมทั้งหมด	78 (100)	8,484,900	เด็ก 40,341 ผู้ใหญ่ 135,668	75 (96.15)	3 (3.85)

ผู้ป่วยที่มีการให้ยา IVIG ไม่ตรงตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) พบว่ามีการให้ยาในข้อบ่งใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Sepsis/Septic shock (ร้อยละ 25) โรค Anti- NMDA receptor encephalitis (ร้อยละ 18.75) และ Paraneoplastic autoimmune encephalitis (ร้อยละ 18.75) ตามลำดับ โดยมูลค่ายา IVIG ทุกข้อบ่งใช้เฉลี่ยต่อครั้งของคอร์สการรักษา ในเด็ก 33,700 บาท และผู้ใหญ่ 144,000 บาท และส่วนใหญ่หลังได้รับยาผู้ป่วยหายหรือมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 87.50 มีเพียงผู้ป่วยภาวะ Sepsis/Septic shock จำนวน 2 ราย ที่อาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับยา (ตารางที่ 5) ตารางที่ 5 ข้อบ่งใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ไม่ตรงตามเกณฑ์บัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อบ่งใช้ยาผู้ป่วย ตรงตามเกณฑ์ บัญชียาหลักแห่งชาติ จ (2)	จำนวนครั้งการรักษา (ร้อยละ)	มูลค่าการให้ยา IVIG ทั้งหมด (บาท)	มูลค่ายา IVIG เฉลี่ย/ ครั้ง/ course (บาท)	ผลลัพธ์การรักษา (ร้อยละ) (ดีขึ้น/หาย ไม่ดีขึ้น)
1. Sepsis / Septic shock	4 (25)	48,100	เด็ก 12,025	2 (50) 2 (50)
2. Anti NMDA receptor encephalitis	3 (18.75)	237,800	เด็ก 48,500	3 (100) -
3. Paraneoplastic autoimmune encephalitis	3 (18.75)	380,900	ผู้ใหญ่ 140,800 ผู้ใหญ่ 126,967	3 (100) -
4. encephalitis, myelitis	2 (12.50)	121,600	เด็ก 60,800	2 (100) -
5. Acute Rhombencephalitis	1 (6.25)	19,200	เด็ก 19,200	1 (100) -
6. Intracerebral haemorrhage, Myelodysplastic syndrome	1 (6.25)	153,600	ผู้ใหญ่ 153,600	1 (100) -
7. Neonatal chickenpox	1 (6.25)	6,400	เด็ก 6,400	1 (100) -
8. hand foot mouth disease with myoclonus	1 (6.25)	12,800	เด็ก 12,800	1 (100) -
รวมทั้งหมด	16 (100)	980,400	เด็ก 33,700 ผู้ใหญ่ 144,000	14 (87.50) 2 (12.50)

### สรุปและอภิปรายผล

ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIg) จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ในบัญชี จ(2) เป็นยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเพาะและมีราคาสูงถึง 6,400 บาทต่อยา IVIG 5 กรัม หากใช้ IVIG ในข้อบ่งใช้ที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยอย่างชัดเจนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากยามากกว่าประโยชน์ และก่อให้เกิดความสิ้นเปลืองด้านงบประมาณด้านยา

ผลการทบทวนการให้ยา IVIG ในผู้ป่วย จำนวน 81 ราย โดยมีการสั่งใช้ยาจำนวน 94 ครั้งของคอร์สการรักษา พบว่ามีการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์แนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) ทั้งข้อบ่งใช้ยา คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ขนาดยา ร้อยละ 82.98 (78 ครั้ง) มูลค่าการให้ยา 8,484,900 บาท และการสั่งใช้ยาในข้อบ่งใช้ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 17.02 (16 ครั้ง) มูลค่าการให้ยา 980,400 บาท จากการทบทวนข้อบ่งใช้ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ พบว่าบางข้อบ่งใช้ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเพียงพอที่จะสนับสนุนการให้ยาที่เหมาะสม และคุ้มค่า เช่น การรักษาโรคอีสุกอีใสในเด็กแรกเกิด แนวทางเวชปฏิบัติของ Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada ปี 2012<sup>[4]</sup> แนะนำให้ใช้

varicella zoster immunoglobulin เป็นทางเลือกหลักของการรักษา แต่ไม่ได้กล่าวถึงการใช้ยา IVIG อีกทั้งใน Consensus conference : Management of infections due to the Varicella-Zoster virus ปี 1998<sup>[5]</sup> ระบุว่ายา IVIG ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคอีสุกอีใสในเด็กแรกเกิด

ในปี 2002 มีการศึกษาทางคลินิกในรูปแบบ Meta-analysis<sup>[6]</sup> พบว่ายา IVIG สามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis with disseminated intravascular coagulation ได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้แพทย์สั่งใช้ยา IVIG อย่างไร้ก็ตามในปี 2007 และ 2011 มีผลการศึกษาทางคลินิกในรูปแบบ Randomized Controlled Trials พบว่า การใช้ยา IVIG ไม่เกิดประโยชน์ในการรักษาภาวะดังกล่าวในผู้ใหญ่และเด็กตามลำดับ<sup>[7],[8]</sup> เป็นผลให้แนวทางเวชปฏิบัติ International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock ปี 2012<sup>[9]</sup> ไม่แนะนำให้ใช้ยา IVIG ในการรักษา

จากรายงานวิจัยที่มีการทบทวนการใช้ยา IVIG ของ A. Abdullah และคณะ (2008)<sup>[10]</sup> ในโรงพยาบาล King Khalid University จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับยา IVIG จำนวน 305 รายพบว่ามีการใช้ยา IVIG ในข้อบ่งใช้ที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ US FDA ร้อยละ 31.5 โดยเป็นข้อบ่งใช้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการใช้ยา แต่พบประสิทธิภาพในบางการศึกษา และ D. Tasnim และคณะ (2012)<sup>[11]</sup> ซึ่งทบทวนการใช้ยา IVIG จากเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล Tawam ในผู้ป่วยที่ได้รับยา IVIG จำนวน 134 รายพบว่ามีการใช้ยา IVIG ในข้อบ่งใช้ที่ไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยเป็นข้อบ่งใช้ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ US FDA และไม่มีหลักฐานสนับสนุนซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ปริมาณของข้อบ่งใช้ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) ปี 2553 มีจำนวนที่แตกต่างจาก 2 งานวิจัยดังกล่าวเล็กน้อยซึ่งอาจเกิดจากการใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่าทั้ง 3 งานวิจัยมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกันคือมีการใช้ยา IVIG ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีการกำหนดเกณฑ์อนุมัติการใช้ยา IVIG ตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) การกำหนดแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยา แพทย์ผู้มีสิทธิสั่งใช้ยา และการประเมินก่อนการใช้ยา (Pre authorization) ส่งผลให้ส่วนใหญ่มีการสั่งใช้ยา IVIG ตรงตามเกณฑ์ ส่วนในข้อบ่งใช้ที่ไม่ตรงเกณฑ์บัญชียาหลักแห่งชาติจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังได้รับยาหายหรือมีอาการดีขึ้น แต่เนื่องจากข้อมูลสนับสนุนถึงประสิทธิภาพอาจยังมีไม่เพียงพอ หรืออาจยังไม่มีควมคุ้มค่าสำหรับประเทศไทย ดังนั้นในการใช้ยาอาจพิจารณาแบบให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการใช้ยา

การกำหนดแนวทางกำกับการใช้ยา และ ระบบการประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) ที่เหมาะสม จะทำให้การสั่งใช้ยามีความสมเหตุสมผล คุ้มค่า และผู้ป่วยปลอดภัย โดยเฉพาะยาที่มีราคาแพง ยาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากับผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาข้อมูลด้านการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย และ การประเมินกระบวนการในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยหลังได้รับยา (Monitor) เพื่อสะท้อนระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2) ; 2017
2. Thomson MICROMEDEX, DRUGDEX® Evaluations. Immune globulin; [135screens]. Available at: <http://www.thomsonhc.com>. Accessed June 18, 2013.
3. Lacy CF., Armstrong LL., Goldman MP., Lance LL. Drug Information Handbook International. 22th ed., Ohio, USA: Lexi-com; 2013-2014.
4. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). SOGC Clinical Practices Guideline Management of Varicella Infection (Chickenpox) in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2012;34(3) : 287–92.
5. Society De Pathologie Infectieuse de Langue Francaise (SPILE). Management of infections due to the Varicella-Zoster virus. Med Mal Infect 1998;28 : 1-8.
6. Alejandria MM, Lansang MA, Dans LF, et al : Intravenous immunoglobulin for treating sepsis and septic shock. Cochrane Database Syst Rev 2002; 1 : CD001090
7. Werdan K, Pilz G, Bujdoso O, et al; Score-Based Immunoglobulin Therapy of Sepsis (SBITS) Study Group: Score-based immunoglobulin G therapy of patients with sepsis: The SBITS study. Crit Care Med 2007; 35 : 2693–2701
8. Brocklehurst P, Farrell B, King A, et al; INIS Collaborative Group: Treatment of neonatal sepsis with intravenous immune globulin. N Engl J Med 2011; 365 : 1201–1211
9. Phillip R, Mitchell M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Steven M, et al. Surviving Sepsis Campaign : International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock 2012. Crit Care Med. 2013 Feb;41(2) : 580-637.
10. Abdullah A, Ahmad A, Abdullatif A, Mohammad H. Intravenous immunoglobulin utilization in a tertiary care teaching hospital in Saudi Arabia. Saudi Med J 2008;29(7) : 477-81.
11. Dawoud T, Hossam T, Gebran N. A utilisation review of intravenous immunoglobulin in a tertiary care hospital in United Arab Emirates. European Journal of Hospital Pharmacy 2012;19 : 286–88.

# ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยเภสัชกรครอบครัว

ธีรวิทย์ บำรุงศรี, ภบ., วทม.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทคัดย่อ

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาสำคัญ ที่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยในระยะยาว งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรครอบครัว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมทั้งศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา และผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งปัญหาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ของเภสัชกรครอบครัว โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) V6.2

ผลการศึกษาพบว่า จากผู้ป่วยทั้งหมด 118 คน เป็นเพศชาย (60.17%) มากกว่าเพศหญิง (39.83%) ผู้ป่วยส่วนมากมีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (26.27%) สถานภาพโสด (49.15%) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (88.14%) มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย (50.00%) ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา (88.98%) และได้รับยาจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร (76.60%) จากการเยี่ยมบ้าน 141 ครั้ง พบว่าสาเหตุหลักของการเยี่ยมคือผู้ป่วยขาดนัดหรือเพื่อติดตามผลจากการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 119 ครั้ง (82.64%) ทั้งนี้พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา 95 ครั้ง (67.38%) ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว 43 ครั้ง (40.85%) รองลงมาคือการพบอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา 25 ครั้ง (23.75%) โดยปัญหาเหล่านี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา 41 ครั้ง (43.16%) วิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกนำไปใช้มากที่สุดคือ พุดคุยกับญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน เพื่อติดตามช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับยา 52 ครั้ง (54.74%) โดยเภสัชกรครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ทั้งหมด 42 ครั้ง (39.90%) และแก้ปัญหาก็ได้บางส่วน 40 ครั้ง (38.00%)

สรุปผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา การที่ผู้ป่วยไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากจะปฏิเสธการใช้ยาเนื่องมาจากการปฏิเสธความเจ็บป่วย หรือเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทั้งนี้การให้ญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือคนในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นทางออกที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ที่จะทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาได้ผลดีและยั่งยืนที่สุด

# Drug-related Problems and Home Pharmaceutical Care of Psychiatric Patients by Family Pharmacists

Teerawit Bumrungsri, B.Sc.in Pham., M.S. (Computer Science)

Department of Pharmacy, Kamphaeng Phet Hospital

## Abstract

A drug-related problems in psychiatric patients is a major problem affecting long-term outcome. This research aimed to investigate problems, causes and solutions of drug-related problems in psychiatric patients in Muang, Khampang Phet. The patients had been visited by family pharmacists together with the multidisciplinary team of Kamphaeng Phet Hospital. In addition, the outcomes of pharmaceutical care in the patients who were discharged from psychiatric hospitals, discontinued the treatment or notified to have any kind of drug-related problems from sub-district health promoting hospital were evaluated. Descriptive research was used in this study. The study was undertaken during January 1st, 2014 to December 31<sup>st</sup>, 2016, using home visiting record form suggested by The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) V6.2.

The results revealed that among 118 patients, there were male (60.17%) more than female (39.83%). Most of the patients were between 30 - 39 years old (26.27%), single status (49.15%), using universal coverage scheme for medical care (88.14%), on private employment (50.00%), denied having a history of drug allergies (88.98%) and received medicine from Kamphaeng Phet Hospital (76.60%). A total of 141 times of home visits, it appeared that major causes of the home visit were patient default or follow-up medication refill through sub-district health promoting hospital 119 times (82.64%). It was found drug-related problems 95 times (67.38%) with major problems of the patients felt lacking of drug efficacy or failure of the treatment up to 43 times (40.85%), followed by adverse drug reactions from side effects of drugs 25 times (23.75%). These problems caused by the patients did not obtain medication properly 41 times (43.16%). The most effective resolutions were counselling to relatives, caregivers, health promotion officers to support the patients on drug administration 52 times (54.74%). The family pharmacists could resolve and partially resolve drug-related problems of the patients at 42 times (39.90%) and 40 times (38.00%), respectively.

In conclusion of this research indicated that drug-related problems corresponded to enigma of efficacy of drug or failure of the treatment by the patients caused from inappropriate drug administration. Moreover, most of psychiatric patients refused to take medication properly due to refusal of illness or side effects of the drugs. The supportive from relatives, caregivers, health promotion officers and community to psychiatric patients is the best solution to achieve the best and sustainable outcome.

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ทั้งนี้คนไทยประมาณ 1 ใน 5 เสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิต<sup>1</sup> จากรายงานประจำปี 2558 ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่ามีผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการทางจิตสูงเป็นอันดับ 8 หรือร้อยละ 6.33 ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด<sup>2</sup> ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นๆ ในสังคมอีกด้วย ผู้ป่วยทางจิตเวช เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อีกทั้งอาการป่วยไม่คงที่ สามารถมีอาการกำเริบได้บ่อยครั้ง โรคเหล่านี้มีผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อผู้อื่น ซึ่งมีตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงไปจนถึงการส่งผลกระทบต่อผู้อื่น การควบคุมอาการป่วยเหล่านี้ ยากเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชควบคุมอาการของโรคได้อย่างเป็นปกติ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลดีในระยะยาวต่อการรักษา โดยเฉพาะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ หากเภสัชกรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาจิตเวช มีทักษะในการค้นหาปัญหาสาเหตุที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวช มีทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย รวมทั้งการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี ย่อมจะทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลดียิ่งขึ้น โดยพบว่าการมีเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการทบทวนและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหากการใช้ยาได้ถึงร้อยละ 91.66<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกกักขังไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 32.23<sup>4</sup> หากเภสัชกรได้พัฒนาบทบาทการเป็นเภสัชกรครอบครัว เข้ามาช่วยดูแลเรื่องการให้ยาผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ย่อมจะทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพชีวิต และสร้างชุมชนที่ปลอดภัยและเป็นสุขได้อีกทางหนึ่ง

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรครอบครัว

## นิยามศัพท์

### การบริการทางเภสัชกรรมที่บ้าน (Home Pharmaceutical Care)

เป็นการผสมผสานแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว การบริการทางเภสัชกรรม การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการบริการสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพด้านยาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน โดยบริหารจัดการในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ครอบครัวและสภาพแวดล้อม ทั้งนี้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดจากการใช้ยาภายใต้สภาพแวดล้อมของครอบครัวและชุมชน<sup>5</sup>

### เภสัชกรครอบครัว (Family Pharmacist)

คือ เภสัชกรที่ทำหน้าที่ในการดูแล (care) ผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยครอบคลุมมิติการดูแลแบบองค์รวมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้รูปแบบการทำงานที่เข้าถึงง่าย เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกร ผู้ป่วย ครอบครัว และการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ



## ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug Related Problems)

คือ เหตุการณ์ที่ส่งผลให้การรักษาด้วยยา มีผลการรักษาเปลี่ยนไปจากที่ตั้งใจไว้<sup>6</sup>

### วิธีการศึกษา

#### รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริหารทางเภสัชกรรม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559

#### การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมบ้าน

คัดเลือกจากผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลกำแพงเพชรเกินกว่า 6 เดือน และผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งว่าพบปัญหาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

#### วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยใช้วิธีการตามรอย – สอบถาม - ทำดู – รู้ฟัง

ตามรอยโดย สังเกตร่องรอยการใช้ยาภายในครอบครัว ว่าพบยาอะไรบ้าง จำนวนที่เหลือเท่าไร เก็บไว้บริเวณไหนบ้าง สอบถามพูดคุย การใช้ยาในปัจจุบันและในอดีต ทำดู โดยลองให้ผู้ป่วยสาธิตการใช้ยาและจัดยาให้ดู แล้วคอยสังเกตพฤติกรรม เช่น การแกะแผงยา การเปิดฝากระปุก การหักแบ่งเม็ดยา สายตาและการอ่านฉลาก รู้ฟัง โดยฟังสิ่งที่ผู้ป่วยคิด ระบาย ถอนหายใจ สีหน้าท่าทางที่บ่งบอกถึงอารมณ์<sup>7</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ของเภสัชกรครอบครัว โรงพยาบาลกำแพงเพชร ร่วมกับแบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) V6.26

### ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 118	ร้อยละ
เพศ	ชาย	71	60.17
	หญิง	47	39.83
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	1	0.85
	20 - 29 ปี	7	5.93
	30 - 39 ปี	31	26.27
	40 - 49 ปี	18	15.25
	50 - 59 ปี	23	19.49
	60 ปีขึ้นไป	29	24.58

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 118	ร้อยละ
สถานภาพ	โสด	58	49.15
	สมรส	55	46.61
	หม้ายหรือหย่าร้าง	2	1.69
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	104	88.14
	ประกันสังคม	5	4.24
	เบิกได้	2	1.69
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	33	27.97
	เกษตรกรกรรม	26	22.03
	รับราชการ/พนักงานของรัฐ	0	0.00
	ค้าขาย/รับจ้าง	59	50.00
ประวัติการแพ้ยา	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา	105	88.98
	เคยมีประวัติแพ้ยา	13	11.02
ได้รับยาจาก (141 ครั้ง)	รพ.กำแพงเพชร	108	76.60
	รพ.สต.ใกล้บ้าน	33	23.40
สาเหตุการเยี่ยม (141 ครั้ง)	ขาดนัด/ติดตามผลการส่งยา	119	82.64
	ส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวช	10	6.94
	รพ.สต.แจ้งปัญหา	12	8.33

จากตารางที่ 1 ซึ่งแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 118 คน

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.17) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 - 39 ปี (ร้อยละ 26.27) รองลงมาคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 24.58) สถานภาพโสด (ร้อยละ 49.15) ใกล้เคียงกับสถานภาพสมรส (ร้อยละ 46.61) สิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 88.14) ครั้งหนึ่งมีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 27.97) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา (ร้อยละ 88.98) รับยาจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร (ร้อยละ 76.60) และจากการเยี่ยมบ้าน 141 ครั้ง เป็นการเยี่ยมจากสาเหตุผู้ป่วยขาดนัดหรือติดตามผลจากการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 119 ครั้ง (ร้อยละ 82.64)

ตารางที่ 2 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

หมวดหมู่หลัก	ปัญหา	จำนวน N = 141	ร้อยละ
ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	พบปัญหา	95	67.38
	ไม่พบปัญหา	46	32.62
ประสิทธิภาพการรักษา	ไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว	43	40.85
	ได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ	18	17.10
	ได้ผลการรักษาผิดไปจากที่ต้องการ	8	7.60
	มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา	0	0.00
อาการไม่พึงประสงค์	อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียง	25	23.75
	อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นการแพ้ยา	0	0.00
	เกิดพิษจากยา	0	0.00
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	ราคาแพงกว่าที่ควร	0	0.00
	มีการใช้ยาที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้	1	0.95
อื่นๆ	ผู้ป่วยไม่พอใจกับการรักษาทั้งที่ผลการรักษาเป็นไปตามที่ตั้งใจและค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผลแล้ว	0	0.00

จากตารางที่ 2 จากการเยี่ยมบ้าน 141 ครั้งพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา 95 ครั้ง (ร้อยละ 67.38) พบปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา โดยไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลว 43 ครั้ง (ร้อยละ 40.85) รองลงมาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ โดยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียง 25 ครั้ง (ร้อยละ 23.75)

ตารางที่ 3 การจำแนกสาเหตุของปัญหา

หมวดหมู่หลัก	สาเหตุ	จำนวน N = 95	ร้อยละ
การเลือกใช้ยา	ใช้ยาไม่เหมาะสม/มีข้อห้ามใช้	3	3.16
	ไม่มีข้อบ่งชี้สำหรับยาดังกล่าว	1	1.05
	ใช้ยามากเกินไปสำหรับข้อบ่งชี้เดียวกัน	1	1.05
	มียาที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าน่ามากกว่า	3	3.16
	ไม่มีการใช้ยาที่จำเป็นต้องใช้ร่วมเพื่อเสริมฤทธิ์หรือป้องกันผลข้างเคียง	5	5.26
	มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา	2	2.11
การเลือกขนาดใช้ยา	ใช้ขนาดยาที่ต่ำเกินไป	4	4.21
	ใช้ขนาดยาที่สูงเกินไป	12	12.63
	ช่วงระยะเวลาการให้ยาถี่เกินไป	2	2.11
การใช้ยาหรือบริหารยา	ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตามเวลาที่กำหนดไว้	9	9.47
	ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยาน้อยกว่าที่กำหนดไว้	3	3.16
	ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามากกว่าที่กำหนดไว้	4	4.21

ตารางที่ 3 การจำแนกสาเหตุของปัญหา (ต่อ)

หมวดหมู่หลัก	สาเหตุ	จำนวน N = 95	ร้อยละ
การกระจายยา	ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา	41	43.16
	ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามิด	2	2.11
	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้	1	1.05
	ไม่สามารถจ่ายยาตามที่แพทย์สั่งได้	1	1.05
	สั่งใช้ยาคลาดเคลื่อน เพราะได้รับข้อมูลที่จำเป็นไม่ครบถ้วน	1	1.05

จากตารางที่ 3 จากการเยี่ยมบ้าน 141 ครั้ง พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา 95 ครั้ง สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือการบริหารยา โดยผู้ป่วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา 41 ครั้ง (ร้อยละ 43.16) รองลงมาเกี่ยวข้องกับการเลือกขนาดใช้ยา โดยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป 12 ครั้ง (ร้อยละ 12.63)

ตารางที่ 4 วิธีการแก้ไข้ปัญหาจากการใช้ยา

หมวดหมู่หลัก	วิธีการแก้ไข้ปัญหา	จำนวน N = 95	ร้อยละ
ที่ตัวผู้สั่งใช้ยา	ให้ Intervention กับแพทย์และแพทย์เห็นด้วย	1	1.05
	ให้ Intervention กับแพทย์แต่แพทย์ไม่เห็นด้วย	3	3.16
ที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	ให้คำแนะนำเรื่องยากับผู้ป่วย	4	4.21
	ส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์	3	3.16
	พูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแล	52	54.74
ที่ตัวยา	เปลี่ยนยา	8	8.42
	เปลี่ยนขนาดการใช้ยา	10	10.53
	เปลี่ยนคำสั่งใช้ยา	3	3.16
	สั่งหยุดยา	3	3.16
อื่นๆ	สั่งใช้ยาใหม่	7	7.37
	รายงานผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ	1	1.05

จากตารางที่ 4 จากการเยี่ยมบ้าน 141 ครั้ง พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา 95 ครั้ง เกสซ์กรครอบครัวยังมีวิธีแก้ไข้ปัญหาที่ถูกนำไปใช้มากที่สุดคือ พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน เพื่อติดตามช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับยา 52 ครั้ง (ร้อยละ 54.74) รองลงมาคือเปลี่ยนขนาดการใช้ยา 10 ครั้ง (ร้อยละ 10.53)

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

หมวดหมู่หลัก	วิธีการแก้ไขปัญหา	จำนวน N = 95	ร้อยละ
Not know	ไม่ทราบผลลัพธ์	4	4.21
Solves	แก้ปัญหาคือทั้งหมด	42	39.90
Partial solve	แก้ปัญหาคือบางส่วน	40	38.00
Not solve	ไม่สามารถแก้ปัญหาคือ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ	7	6.65
	ไม่สามารถแก้ปัญหาคือ เนื่องจากแพทย์ไม่ให้ความร่วมมือ	2	1.90

จากตารางที่ 5 ในการเยี่ยมบ้าน 141 ครั้ง พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา 95 ครั้ง เภสัชกรครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาได้ทั้งหมด 42 ครั้ง (ร้อยละ 39.90) และแก้ปัญหาคือบางส่วน 40 ครั้ง (ร้อยละ 38.00)

### สรุปและอภิปรายผล

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชของเภสัชกรครอบครัวพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา รวมทั้งให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ช่วงปี 2557 – 2559 โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา และผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งปัญหาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ของเภสัชกรครอบครัว โรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมทั้งค้นหาปัญหาจากการใช้ยา สาเหตุ วิธีการแก้ไข รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตามแนวทางของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) V6.2 นั้น

ผลการศึกษาพบว่า จากการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 118 คน จำนวน 141 ครั้ง จากการเก็บข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยใช้วิธีการของเภสัชกรครอบครัวในการบริหารเภสัชกรรม คือการตามรอย – สอบถาม - ทำดู - รู้ฟัง พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาประมาณ 2 ใน 3 คือ 95 ครั้ง (ร้อยละ 67.38) ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง ยอมรับอาการเจ็บป่วย หรือมีผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ในส่วนของผู้ป่วยที่พบปัญหา พบว่ามีปัญหาไม่ได้ผลการรักษาจากยาหรือการรักษาล้มเหลวมากที่สุด 43 ครั้ง (ร้อยละ 40.85) รองลงมาคือการพบอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา 25 ครั้ง (ร้อยละ 23.75) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา 41 ครั้ง (ร้อยละ 43.16) โดยผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่พบปัญหามักปฏิเสธความเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรคเอง หรืออาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น คอแข็ง ตัวแข็ง ง่วงซึม หลับมาก ทำให้ปฏิเสธการใช้ยา

สำหรับวิธีการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา ที่เป็นหนึ่งในกระบวนการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านที่เภสัชกรครอบครัวถูกนำไปใช้มากที่สุดคือ พูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน รวมทั้งชุมชน เพื่อติดตามช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยา 52 ครั้ง (ร้อยละ 54.74) รองลงมาคือเปลี่ยนขนาดการใช้ยา 10 ครั้ง (ร้อยละ 10.53) โดยผู้ดูแลที่ผู้ป่วยไว้วางใจได้จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใช้ยา เราสามารถให้ยา Haloperidol drop ที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น ไม่มีรส แอบใส่ในอาหารหรือน้ำที่ผู้ป่วยกิน โดยกระบวนการนี้สามารถทำได้โดยผู้ดูแล หรือร้านอาหารในชุมชนที่ผู้ป่วยมักไปทานอาหาร และสำหรับการเปลี่ยนขนาดการใช้ยา ก็เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

ผลลัพธ์จากวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาเพื่อให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเวช เภสัชกรครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้ทั้งหมด 42 ครั้ง (ร้อยละ 39.90) และแก้ปัญหาได้บางส่วน 40 ครั้ง (ร้อยละ 38.00) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพ ปัจจัยแวดล้อม และอีกหลายปัจจัย ที่ทำให้มีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา วันนี้อาจแก้ไขปัญหาได้ วันหน้าก็อาจมีอาการกำเริบได้อีก ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ

เมื่อเภสัชกรครอบครัวทราบถึงปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการไม่สงบแล้ว ก็ควรนำความรู้และวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปถ่ายทอดให้กับผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน ช่วยกันดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่กับโรคที่เป็นได้ ตลอดจนอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้อย่างสงบสุขต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

เภสัชกรครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น ควรมีความรู้ในเรื่องโรค เรื่องยาจิตเวช หมั่นค้นคว้าและแสวงหาความรู้อยู่เสมอ นอกจากนี้ควรมีทักษะในการสื่อสารที่ดี รู้จักพูด รู้จักฟังด้วย เพราะปัจจัยที่จํานำไปสู่ความสำเร็จรวมทั้งการจะได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วย ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีในการรักษาเป็นอย่างดี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณเสาวภา ศรีภูสิตโต และพยาบาลจิตเวชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำเป็นอย่างดี ขอขอบคุณน้องเภสัชกรทีมงานจิตเวช สังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เป็นเพื่อนร่วมทีมในการเยี่ยมบ้าน ขอขอบคุณเภสัชกรจตุพร ทองอิม เภสัชกรฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน ที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำงานในฐานะเภสัชกรครอบครัว และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่เปรียบเสมือนครูของเรา ให้เราได้เรียนรู้จากเขาเพื่อการดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ ไป

### เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัญญาชูเลิศ. สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย : ภาพสะท้อนสังคม. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์, 2553; 27.
2. โรงพยาบาลกำแพงเพชร กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2558. กำแพงเพชร; 43.
3. ปริญญา ถมอุตทา, ชมพูนุท พัฒนจักร, อติศักดิ์ ถมอุตทา และคณะ. ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3) : 229-235.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ : หจก.งานพิมพ์, 2558; 130.
5. จตุพร ทองอิม. หลักการสำหรับเภสัชกรครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑานติกุล, อุษณีย์ วรรณรชมนณี และคณะ. ตำราเภสัชกรครอบครัว. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ประชาชน, 2557 : 16-28.
6. Classification for Drug related problems (revised 14-01-2010vm) V6.2 . สืบค้นจาก [https://www.pcne.org/upload/files/11\\_PCNE\\_classification\\_V6-2.pdf](https://www.pcne.org/upload/files/11_PCNE_classification_V6-2.pdf). วันที่เข้าไปสืบค้น Jan 6, 2017.
7. ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน. กรณีศึกษาการให้บริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน: ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม, ปรีชา มณฑานติกุล. คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ประชาชน, 2556 : 358-363.

# คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารเภสัชกรรมคลินิกยินยติรับลงพิมพ์บทความวิชาการด้านเภสัชกรรมคลินิก ตลอดจนบทความด้านอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านเภสัชกรรมคลินิกบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นๆ มาก่อน ยกเว้นว่าทางกองบรรณาธิการเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านส่วนใหญ่และสนับสนุนให้บทความ เป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

## ชนิดของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ผล สรุป เอกสารอ้างอิง และบทคัดย่อ ความยาวทั้งบทความไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
2. รายงานผู้ป่วย ควรประกอบด้วย บทนำ รายงาน ผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และบทคัดย่อ
3. บทความพื้นฟูวิชาการ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
4. บทความพิเศษ เป็นบทความนำหรือบทวิจารณ์ ประกอบด้วย บทนำเนื้อเรื่อง บทสรุปและเอกสารอ้างอิง
5. ก้าวทันวิชาการ เป็นการย่อบทความหรือข่าวที่น่าสนใจจากวารสารวิชาการฉบับล่าสุด ความยาวประมาณ 2 หน้าพิมพ์
6. เภสัชสนเทศ ประกอบด้วย คำถาม คำตอบ บทสรุป และเอกสารอ้างอิงตามมาตรฐานของการให้บริการตอบคำถามด้านยา

## ชื่อเรื่อง

ควรสั้นให้ได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

## ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งสถาบันที่ทำงานอยู่

## บทคัดย่อ

ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล (ระบุตัวเลข ทางสถิติที่สำคัญ) บทสรุปและวิจารณ์ โดยใช้ภาษาที่รัดกุม เป็นประโยชน์สมบูรณ์

## เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านและผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความ

## เอกสารอ้างอิง

การอ้างวารสาร เรียงตามลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. บทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี 7 คน หรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง 3 ชื่อแรก แล้วเติม et. al.

## ตัวอย่าง

1. Baskett TF, Allen AC, Gray JH, Young DC, Young LM. Fetal brophysical profile and perinatal death. *Obstet Gynecol* 1987; 70:357-60

2. Pollack MM, Getson PR, Ruttiman UE. et.al.Efficacy of intensive care. *JAMA* 1987 ; 258 : 1481-6.

### การอ้างเว็บไซต์ เรียงตามลำดับดังนี้

หน่วยงาน (ชื่อผู้พิมพ์) ชื่อบทความ ชื่อเว็บไซต์ที่สืบค้น และวันที่เข้าไปสืบค้น ดังตัวอย่าง

1. Joint Commission on Accreditation of Health Organization. Revision to joint commission standards in support to patient safety and medical/health care error reduction. July 2001. Available at : [www.JCAHO.org](http://www.JCAHO.org) Accessed August 17, 2001.

2. ปฏิบัติการต่อกันของยา micronazole cral gel และ warfarin. สืบค้นจาก : <http://www.fda.moph.go.th/fda-nethtml/product/apr/about/Drug Bulletin 6-3 pdf>. วันที่เข้าไปสืบค้น June 8, 2004.

### การอ้างหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้า.

### ตัวอย่างการอ้างหนังสือหรือตำรา

Pritchard JA, Madonald PC, Gant NF. *Williams obstetrics*. 17 ed. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985:976.

### ตัวอย่างการอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้า.

Merril JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. In : Danfort DN, Scott JR, eds. *Obstetrics and gynecology*. 5 ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1986:1068-83.

## การพิมพ์และส่งบทความ

พิมพ์โดยใช้กระดาษสันขนาด A4 หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมแผ่น CD ทางไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือด้วยตนเองถึงบรรณาธิการ โดยใช้โปรแกรม MICROSOFTWORD กรณีที่มีแผนภูมิ-กราฟ ให้ทำเป็นสีขาว-ดำ และวางในตำแหน่งที่ต้องการ ถ้าในเรื่องนั้นๆ มีรูปภาพให้ COPY รูปภาพออกมาต่างหากด้วย โดยใช้นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL

