

อุบัติเหตุการล้มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา



นายกิตติยศ ยศสมบัติ

# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

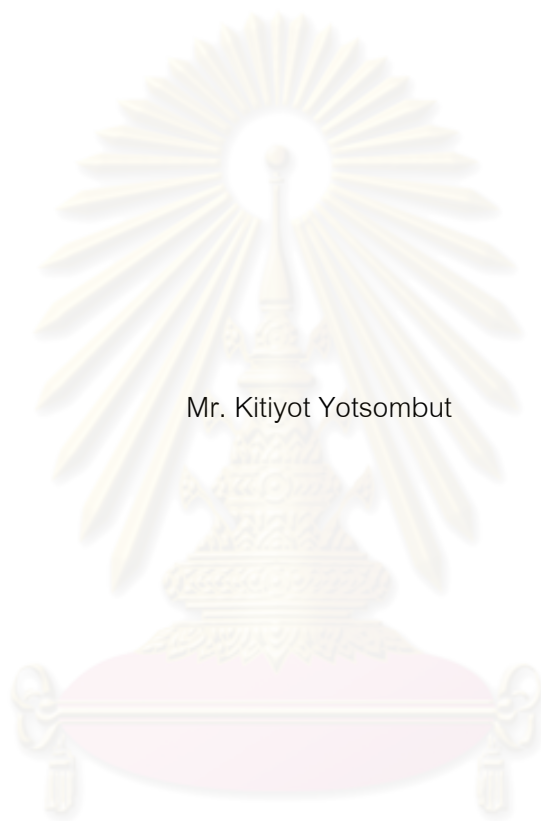
ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



5 1 7 6 5 5 4 4 3 3

INCIDENCE OF HOSPITAL READMISSION OF BUDDHIST MONKS CAUSED BY  
DRUG-RELATED PROBLEMS



Mr. Kitiyot Yotsombut

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy Practice

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

อุบัติเหตุการการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ  
พระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

โดย

นายกิตติยศ ยศสมบัติ

สาขาวิชา

เภสัชกรรมคลินิก

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

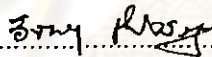
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงนารัต เกษตรทัต

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

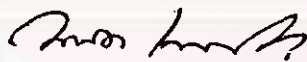


..... คณบดีคณะเภสัชศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิง ดร.พินิตพิพย์ พงษ์เพชร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



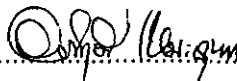
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงอัจฉรา อุทิศวรรณกุล)



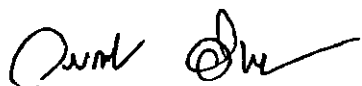
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงนารัต เกษตรทัต)



..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงสุธาทิพย์ พิชญไพบุญย์)



..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงอภิฤดี เหมะจุฑา)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(เภสัชกรหญิงวรรณิ อธิวิวัฒน์กุล)

กิตติศ ยศสมบัติ : อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา. (INCIDENCE OF HOSPITAL READMISSION OF BUDDHIST MONKS CAUSED BY DRUG-RELATED PROBLEMS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.นารัต เกษตรทัต, 109 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา และศึกษาประเภทรวมถึงสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยา โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์พระภิกษุจำนวน 100 รูปที่กลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2553 ถึงมีนาคม 2554 ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาโดยความเห็นของผู้วิจัยร่วมกับแพทย์ที่ดูแลพระภิกษุ อิงตามเกณฑ์และนิยามของ Cipolle RJ และคณะ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ควบคู่ไปกับ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและที่ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา

ร้อยละ 80 ของพระภิกษุเป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.7±11.2 ปี พระภิกษุร้อยละ 98 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยมีจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยเท่ากับ 5.6±2.3 โรค โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในการวิจัยนี้คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71) ตามมาด้วยภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ 67) เบาหวาน (ร้อยละ 62) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 57) และปัญหาสายตา (ร้อยละ 49) จำนวนรายการยาที่ได้รับประจำก่อนกลับเข้ารับการรักษาเฉลี่ยรูปละ 9.4±4.0 รายการ (พิสัย 0-19 รายการ) พระภิกษุร้อยละ 60 มีโยมอุปัฏฐากช่วยดูแลการใช้ยา ระยะห่างระหว่างการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งล่าสุดโดยเฉลี่ย 31.02±17.21 วัน (พิสัย 2-58 วัน)

พบอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาร้อยละ 47 โดยเป็นปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 82.98 ของปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด พระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยามีระยะห่างของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่าพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาโดยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยาเป็นเวลา 14.73 วัน (ช่วงค่าเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 คือ 8.52-20.94 วัน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; p < 0.00) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 46.8) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ (ร้อยละ 25.5) ต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 12.8) และได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (ร้อยละ 12.8) วิถีชีวิตหรือวัตรปฏิบัติของพระภิกษุอาจสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์บางอาการที่พบในการวิจัยนี้ ในขณะที่การขาดความรู้ ที่เพียงพอในการใช้ยา ทักษะที่ไม่ดีต่อการใช้ยา และความยุ่งยากในขั้นตอนการใช้ยาสุดพบพบเป็นสาเหตุหลักของปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ

ปัญหาจากการใช้ยาอาจทำให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วกว่าที่จำเป็น โดยปัญหาส่วนใหญ่สามารถป้องกันแก้ไขได้ไม่ยาก หากทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลพระภิกษุตระหนักถึงลักษณะของปัญหาจากการใช้ยาเหล่านี้จะสามารถป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและให้การบริบาลแก่พระภิกษุได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมต่อไป

ภาควิชา.....เภสัชกรรมปฏิบัติ..... ลายมือชื่อนิสิต..... กิ่งยศ.....  
สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....  
ปีการศึกษา.....2553.....

# #5176554433 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: BUDDHIST MONK / HOSPITAL READMISSION / DRUG-RELATED PROBLEMS

KITIYOT YOTSOMBUT: INCIDENCE OF HOSPITAL READMISSION OF BUDDHIST MONKS CAUSED BY DRUG-RELATED PROBLEMS. ADVISOR: ASST. PROF. NARAT KASETTRATAT, 109 pp.

The objectives of this study were to investigate 1) the incidence of hospital readmission of Buddhist monks caused by drug-related problems (DRPs) and 2) the categories and causes of DRPs. Data were collected from patient's chart and interview of 100 Buddhist monks who readmitted at the Vachirayannawong ward of King Chulalongkorn Memorial Hospital during November 2010 to March 2011. Identification of DRPs-related hospital readmission was done by consensus opinion of thesis author and physician, based on categories and definitions of DRPs of Cipolle RJ, et al. Descriptive statistics was used in data analysis and Independent t-test was use to test the difference of monks' characteristics between DRPs-related readmission and non-DRPs-related readmission.

80% of Buddhist monks were elderly (mean age was 65.7±11.2 years). 98% of monks had multiple diseases (mean number of disease was 5.6±2.3 diseases). The most common chronic diseases found in this study were hypertension (71%), followed by painful/musculoskeletal conditions (67%), diabetes mellitus (62%), dyslipidemia (57%), and eye disorders (49%). The average numbers of items of medications used before readmission were 9.4±4.0 items (range 0-19 items) and 60% of monks had assistants aid in medications use. Mean hospital-free period was 31.02±17.21 days (range 2-58 days).

The incidence of hospital readmission of Buddhist monks caused by DRPs in this study was 47% and 82.98% of all DRPs were preventable. The Monks in DRPs-related readmission group had shorter hospital-free period than non-DRPs-related readmission group about 14.73 days (95% confidence interval= 8.52-20.94 days; p < 0.00). Adverse drug reactions (46.8%) was the most prevalent DRP, followed by noncompliance (25.5%), the need for additional drug therapy (12.8%) and drug dosage too low (12.8%). Buddhist monks' life style and daily activities might associate with some ADRs founded in this study, whereas lack of sufficient knowledge, bad attitude to medications use and complication in inhalations technique were leading causes of noncompliance.

DRPs might shorten hospital-free period for monks, but most of them were preventable. Therefore, it is important for health care team to recognize and understand the frequently found DRPs in order to prevent hospital readmission and provide appropriate care for Buddhist monks.

Department : .....Pharmacy Practice..... Student's Signature : .....*Kitiyot.*.....  
Field of Study : .....Clinical Pharmacy..... Advisor's Signature : .....*Narat Kasettratrat*.....  
Academic Year : .....2010.....

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษ์ชกรหญิงนารัต เกษตรทัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความกรุณาเอาใจใส่ สั่งสอน มอบแนวคิดและให้คำแนะนำต่างๆ โดยเสมอมา อีกทั้งช่วยตรวจทานและปรับแก้ให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์

นอกจากนี้ ความสำเร็จอันเกิดขึ้นยังเป็นผลเนื่องมาจากความช่วยเหลือของผู้มีพระคุณหลายท่าน ดังรายนามต่อไปนี้

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อนุญาตให้เข้าใช้สถานที่ในการทำวิจัย

- คณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ เกษ์ชกรหญิงอัจฉรา อุทิศวรรณกุล, รองศาสตราจารย์ เกษ์ชกรหญิงประภาพักตร์ ศิลปโชติ, รองศาสตราจารย์ เกษ์ชกรหญิง ดร.พรอนงค์ อร่ามวิทย์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษ์ชกรหญิงอภิฤดี เหมะจุฑา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษ์ชกรหญิงสุชาติพิชญไพบุลย์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษ์ชกรวิเชียร จงบุญประเสริฐ, อาจารย์ เกษ์ชกรวีระเกียรติ บุญกนกวงศ์ และ อาจารย์ เกษ์ชกรหญิงสิรินุช พลະภิญโญ ที่ให้ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ประกอบการทำวิจัย อีกทั้งความห่วงใย เอาใจใส่และแรงใจที่คอยส่งเสริมผู้วิจัยให้สามารถดำเนินงานวิจัยนี้ได้สำเร็จ

- เกษ์ชกรหญิงวรรณิ อธิวิวัฒน์กุล หัวหน้ากลุ่มงานบริการ ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยแนะนำแนวคิดอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

- คณะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ ซึ่งคอยอำนวยความสะดวกให้ความช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้เป็นไปอย่างราบรื่น และต้อนรับผู้วิจัยด้วยความโอบอ้อมอารีเสมอมา

- พระภิกษุทุกรูปที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้มอบความอนุญาติให้ใช้ข้อมูลต่างๆ ในวาระเบี่ยนเพื่อประโยชน์แก่การวิจัย อีกทั้งยังให้สัมภาระรวมถึงชี้แนะให้ผู้วิจัยเกิดความรู้ ความเข้าใจในพระพุทธานุศาสนามากยิ่งขึ้น

ด้วยความกรุณาของทุกท่านที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมชั้นเรียน เจ้าหน้าที่คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเจ้าหน้าที่สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน ที่มีส่วนร่วมสนับสนุน เป็นแรงกายและแรงใจให้ผู้วิจัยมาโดยตลอด



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ปัญหาจากการใช้ยา.....	9
ปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้.....	14
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา.....	16
ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ.....	18
ผลกระทบของปัญหาจากการใช้ยาต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	21
ข้อมูลด้านสุขภาพของพระภิกษุ และสิกขาบทในพระวินัยปิฎก.....	25
ปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ.....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
รูปแบบการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	35
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35

	หน้า
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	36
การวัดผลการวิจัย.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่เลือกใช้ในการคำนวณ.....	38
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	38
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย และสถานที่ทำการเก็บข้อมูล.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	40
ข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	41
อุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา.....	55
การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้	56
ประเภทและรายละเอียดของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	57
ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	79
ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต.....	81
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย.....	82
รายการอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโดยเภสัชกร.....	92
ภาคผนวก ข แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา และมาตรการแก้ไขโดยเภสัชกร.....	96
ภาคผนวก ค แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา.....	97
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน....	98
ภาคผนวก จ จดหมายขอแก้ไขโครงการวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม.....	100
ภาคผนวก ฉ เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	102



ภาคผนวก ช หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	109



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการด้านยาของผู้ป่วยและปัญหาจากการใช้ยา..	14
ตารางที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดจาก ปัญหาจากการใช้ยา.....	23
ตารางที่ 3 จังหวัดที่พระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยพำนัก.....	42
ตารางที่ 4 ความถี่ของค่าดัชนีมวลกายระดับต่างๆ.....	45
ตารางที่ 5 จำนวนของพระภิกษุที่มีประวัติแพ้ยา.....	45
ตารางที่ 6 จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามประวัติสังคม.....	47
ตารางที่ 7 จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามโรคประจำตัว.....	50
ตารางที่ 8 อาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา.....	51
ตารางที่ 9 สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	55
ตารางที่ 10 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล.....	56
ตารางที่ 11 ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาและจำนวนที่พบ.....	57
ตารางที่ 12 รายการยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้.....	61
ตารางที่ 13 รายการยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถป้องกันได้.....	62
ตารางที่ 14 อายุเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับ การรักษาที่แตกต่างกัน.....	67
ตารางที่ 15 ดัชนีมวลกายของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้า รับการรักษาที่แตกต่างกัน.....	68
ตารางที่ 16 จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของ การกลับเข้ารับการรักษาที่แตกต่างกัน.....	69
ตารางที่ 17 อาการนำหรือโรคที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล.....	69
ตารางที่ 18 จำนวนรายการยาเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของ การกลับเข้ารับการรักษาที่แตกต่างกัน.....	72
ตารางที่ 19 ระยะเวลาที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่แตกต่างกัน.....	73
ตารางที่ 20 ระยะเวลาอนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มี สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่แตกต่างกัน.....	74

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	37
ภาพที่ 2 จำนวนพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	41
ภาพที่ 3 ช่วงอายุของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	43
ภาพที่ 4 จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามประวัติสังคม.....	48
ภาพที่ 5 อาการนำหรือโรคที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	71



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย โดยเกี่ยวข้องหรือสงสัยว่าจะมีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นได้ส่งผลหรือมีโอกาสส่งผลต่อผลการใช้ยาในผู้ป่วยรายนั้น (1) ผลกระทบจากปัญหาจากการใช้ยามีหลายประการ ผลกระทบทางตรงคือทำให้ไม่ได้ผลการรักษาที่ต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง นอกจากนี้ปัญหาจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว และอาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่ เช่นการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (2-4) จากการศึกษาของ Ryan JM และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 36 ราย จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 300,000 ราย มีสาเหตุมาจากปัญหาจากการใช้ยา โดยตัวอย่างของปัญหาจากการใช้ยา เช่นการได้รับยาเกินขนาด และการหยุดยาโดยมีระยะเวลาไม่เหมาะสม (5) Lazarou J และคณะรายงานปัญหาจากการใช้ยาเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดอันดับที่ 4 ในประเทศสหรัฐอเมริกา รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (6)

ปัญหาจากการใช้ยามีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น มาจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการประมาณว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1997 มีมูลค่าสูงกว่า 76.6 พันล้านเหรียญ (2) และเพิ่มขึ้นเป็น 121.5 พันล้านเหรียญต่อปี ในปี ค.ศ. 2001 (7) คาดว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้จะประหยัดลงได้ 45.6 พันล้านเหรียญ หากเภสัชกรเข้าร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (2)

ในประเทศไทย ปัญหาจากการใช้ยาที่กล่าวถึง เป็นปัญหาที่พบบ่อยเสมอเช่นกัน (8-16) เยาวภา ศรีวิชัย ศึกษาพบว่าผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานมีปัญหาจากการใช้ยามากถึงร้อยละ 77.67 (17) อัมไพ ทวีอภิรดีเจริญ ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน พบว่ามีอุบัติการณ์ร้อยละ 46.08 (18) สุชาติดา ธนภัทรภวิน ศึกษาผลการให้บริบาลผู้ใช้อายากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าสาเหตุหลักของปัญหาจากการใช้ยา

เกี่ยวข้องกับความรู้ของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ (19) เช่นเดียวกับจันทน์ ฉัตรวิริยวงค์ ศึกษาถึงผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ไข้โรคระบบทางเดินหายใจ พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถระบุชื่อยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมไข้ยา รวมทั้งไม่สามารถระบุถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมได้ (20)

ร้อยละ 59-96 ของปัญหาจากการใช้ยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต เช่น พบระดับยาในเลือดที่สูงเกินปกติ ขาดการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสม ได้รับยาที่มีประวัติแพ้ ได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ ขนาดยาที่ได้รับสูงหรือต่ำเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผู้ป่วยไม่ไข้ยาตามคำแนะนำ (3-4, 20-23) จากผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นความสำคัญของเภสัชกรในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งเภสัชกรมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การแก้ไขอย่างตรงจุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการไข้ยา ได้ประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าแก่ทรัพยากรของประเทศ (1)

ปัญหาจากการไข้ยา เป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital readmission) (24-25) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาจากการไข้ยามักมีสาเหตุจากอาการไม่พึงประสงค์จากการไข้ยา ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับยาหลายรายการทำให้เกิดอันตรกิริยาของยาที่ได้รับ หรือจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอในการไข้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม (26-27) เสาวนินทร์ กรกชมาศ ได้ทำการศึกษาความชุกของการเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินอันเนื่องมาจากยาพบว่าในผู้ป่วยจำนวน 1000 รายที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉิน มีสาเหตุจากยามากถึง 369 ราย โดยที่ 255 รายมีปัญหาจากการไข้ยาที่สามารถป้องกันได้ จากการศึกษาพบว่าปัญหาจากการไข้ยาที่พบบ่อยที่สุดสามอันดับแรกคืออาการไม่พึงประสงค์จากการไข้ยา ผู้ป่วยไม่สามารถไข้ยาตามคำแนะนำและผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น (11) เช่นเดียวกับซุติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์ และคณะซึ่งพบว่าอาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6.4-23.5 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทำให้ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด (28)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการไข้ยาทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ส่วนใหญ่ มุ่งเน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง อาทิ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคไต หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาจากการไข้ยาได้บ่อย เช่น ผู้ป่วยเด็ก และคนชรา

ข้อสังเกตจากการวิจัยเหล่านี้ พบว่าแต่ละกลุ่มเป้าหมายจะมีปัญหาจากการใช้ยาที่แตกต่างกันไป ระหว่างกลุ่มและความคล้ายคลึงกันในกลุ่ม ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเป็นแนวทางสำหรับผู้ให้การ บริบาลทางเภสัชกรรม (34)

พระภิกษุเป็นกลุ่มประชากรอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความสำคัญในบริบทของประเทศไทยซึ่งมี พระพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ จากการศึกษาของ ชาญณรงค์ บุญหนุน พบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีพระภิกษุ และสามเณรรวมทั้งสิ้น 313,267 รูป (29) ซึ่งโดยมากเป็นพระ สูงอายุ และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด จากการสำรวจข้อมูลของพระภิกษุใน กรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2544 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2545 พบว่าความชุกของพระอาพาธ ที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวพบได้มากขึ้น โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดลำดับแรก ในการสำรวจครั้งนี้ ดังกล่าว คือความดันโลหิตสูง (เพิ่มจาก 3,009 รูปในปี พ.ศ. 2544 เป็น 3,133 รูป ในปี พ.ศ. 2545) ฤๅลมโป่งพอง (เพิ่มจาก 2,441 รูปเป็น 3,470 รูป) โรคหลอดเลือดหัวใจ (เพิ่มจาก 1,456 รูป เป็น 1,898 รูป) และเบาหวาน (เพิ่มจาก 1,376 รูปเป็น 2,939 รูป) (30)

พระภิกษุเหล่านี้มีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากวิถีชีวิตของฆราวาสเนื่องจากมีปาดิโมกข์ ลีลาปฏิบัติที่กำหนดแนววัตรปฏิบัติไว้ค่อนข้างชัดเจน ตัวอย่างของความแตกต่างที่เป็นที่ทราบดี เช่น จำนวนมือในการฉันอาหาร ประเภทของอาหารที่ฉัน ลักษณะที่นอน การไม่ได้รับอนุญาตให้สวม รองเท้าหุ้มส้น ลักษณะเครื่องนุ่งห่ม กิจวัตรประจำวัน และองค์ความคิดหรือทัศนคติที่มีต่อการ เจ็บป่วย (30-33) ความแตกต่างที่กล่าวมานี้อาจมีผลกระทบต่อปัญหาจากการใช้ยาในขณะ ที่อาพาธ ซึ่งหากเภสัชกรผู้ให้การบริบาลพระภิกษุอาพาธไม่ตระหนัก หรือไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้องในปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุ ย่อมจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับ ความต้องการของผู้ป่วย

ข้อมูลสถิติจากหอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ รับรองเฉพาะพระภิกษุพบว่าในช่วงเวลาหนึ่งๆ จะมีพระภิกษุที่เป็นผู้ป่วยใหม่เพียงร้อยละ 30 โดยประมาณ อีกร้อยละ 70 จะเป็นผู้ป่วยเก่าซึ่งกลับเข้ารับการรักษา โดยคาดว่าส่วนหนึ่งอาจมี สาเหตุเกี่ยวเนื่องกับปัญหาจากการใช้ยาได้ (34) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ไม่พบงานวิจัยหรือเอกสารทางวิชาการที่กล่าวถึงปัญหาจากการใช้ยาของ พระภิกษุที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะ ศึกษาอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจาก การใช้ยา และวิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาในพระอาพาธซึ่งเป็นเหตุให้ต้อง



กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเภสัชกรในการใช้เป็นแนวทางเพื่อให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่พระภิกษุอาพาธได้อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยและเป็นการส่งเสริมความยั่งยืนของพระพุทธศาสนาให้ดำรงอยู่ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. อุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุที่เกิดเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา
2. ประเภท รายละเอียดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบในพระภิกษุ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อทราบถึงสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาพระภิกษุทุกรายที่กลับเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2554

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

#### การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital readmission)

การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospital readmission) หมายถึงการที่ผู้ป่วยรายเดิม มีเลขประจำตัวผู้ป่วย (hospital number; HN) เดิม กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในช่วงเวลาที่กำหนดช่วงเวลาหนึ่ง (hospital-free period) ซึ่งไม่ได้เป็นตามนัดของการตรวจรักษา โดยช่วงเวลาที่กำหนดในการวิจัยนี้ คือภายใน 60 วันหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยครั้งล่าสุด (35-36)

#### ปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems)

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems) หมายถึงเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย โดยเกี่ยวข้องกับหรือสงสัยว่าจะมีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นได้ส่งผลหรือมีโอกาสส่งผลต่อผลการใช้ยาในผู้ป่วยรายนั้น โดยการตัดสินสาเหตุของ

การกลับเข้ารับการรักษาว่าเกิดจากปัญหาจากการใช้ยาเป็นไปตามดุลยพินิจของผู้ทำการวิจัย ร่วมกับการปรึกษาแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย อิงตามเกณฑ์การจำแนกและคำนิยามปัญหาจากการใช้ยาของ Cipolle RJ และคณะ ซึ่งแบ่งได้เป็น 7 ประเภท (37) คือ

#### 1. ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาภาวะที่สามารถใช้ยาชนิดเดียวได้
- ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การใช้ยา
- ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาชนิดอื่น ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
- ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่
- ผู้ป่วยใช้ยาเพื่อทำร้ายตัวเอง

#### 2. ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม เช่น

- ผู้ป่วยมีปัญหาทางอายุรกรรมเกิดขึ้นซึ่งต้องการการรักษาด้วยยาชนิดใหม่
- ผู้ป่วยต้องการยาป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางอายุรกรรมขึ้นใหม่
- ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อหวังผลในการเสริมฤทธิ์กัน

#### 3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลสูงสุดสำหรับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สามารถรักษาภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้นได้อีกต่อไป
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีรูปแบบของยาไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลในการรักษาโรคหรืออาการ

#### 4. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะให้ผลตอบสนองทางการรักษาได้ตามต้องการ
- ระยะห่างระหว่างมียานานเกินไปที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่ต้องการ
- การเกิดอันตรกิริยาของยาทำให้ลดปริมาณยาที่จะออกฤทธิ์ได้ลง
- ระยะเวลาการได้รับยาในการรักษาสั้นเกินไปที่จะทำให้เกิดผลการรักษาตามต้องการ

#### 5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์

- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์แม้ว่าจะได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม อัตราเร็ว และวิธีทางการให้ยาถูกต้อง
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยที่พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการได้รับยาอยู่ก่อนแล้ว
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยมีสาเหตุจากการเกิดอันตรกิริยาของยา
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาผู้ป่วยในอัตราที่เร็วเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นจากการที่ผู้ป่วยแพ้ยาที่ได้รับทั้งกรณีแพ้ยาครั้งแรกและการแพ้ยาซ้ำ
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้

#### 6. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปสำหรับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะห่างระหว่างมื้อยาสั้นเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะเวลาการได้รับยาในการรักษานานเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากเกิดอันตรกิริยาของยาที่ส่งผลให้เกิดพิษจากยาที่ได้รับ
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากการปรับเพิ่มขนาดยาเร็วเกินไป

#### 7. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ เช่น

- ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา
- ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา
- ผู้ป่วยลืมรับประทานยา
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากยานั้นมีราคาแพง
- ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือใช้ยาด้วยตัวเองได้
- ไม่สามารถหาซื้อยาได้

#### ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ป้องกันได้ (Preventable drug-related problems)

ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ป้องกันได้ (Preventable drug-related problems) หมายถึงปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ในการประเมินอาการไม่พึง

ประสงคที่ป้องกันได้ของ Schumock GT และ Thornton JP (38) ซึ่งการศึกษาของ Easton KL และคณะ ได้ประยุกต์นำมาใช้ประเมินปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ (21) โดยใช้คำถาม 7 ข้อ หากมีข้อใดข้อหนึ่งที่มีคำตอบว่า “ใช่” จะถือว่าปัญหาจากการใช้ยานั้นเป็นปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ ข้อคำถามมีดังนี้

1. ยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยานั้น ผู้ป่วยได้รับอย่างไม่เหมาะสมกับโรคหรือภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย
2. ขนาดยา วิธีในการบริหารยา ความถี่ของการบริหารยาไม่เหมาะสมกับอายุ น้ำหนัก และสภาวะของผู้ป่วย
3. ไม่ได้ทำการตรวจวัดระดับยาหรือค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการประเมินการรักษา
4. ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ยาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังกล่าวมาก่อน
5. มีการเกิดอันตรกิริยาของยาซึ่งมีผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา
6. มีการบันทึกค่าระดับยาหรือค่าการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกถึงความเป็นพิษของยา
7. การใช้ยาไม่เป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบอุบัติการณ์ รายละเอียดและสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับเภสัชกรเพื่อให้สามารถให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่พระภิกษุได้อย่างเหมาะสม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีขึ้นเพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ดังนั้นเนื้อหาที่ผู้วิจัยกล่าวถึงในบทนี้ จึงเป็นเนื้อหาซึ่งได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ปัญหาจากการใช้ยา
2. ปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้
3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
4. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ
5. ผลกระทบของปัญหาจากการใช้ยาต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
6. ข้อมูลด้านสุขภาพของพระภิกษุ และลักษณะบทในพระวินัยปิฎก
7. ปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems หรือ DRP)

ปัญหาจากการใช้ยา คือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย โดยเกี่ยวข้องหรือสงสัยว่าจะมีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นได้ส่งผลหรือมีโอกาสส่งผลต่อผลการใช้ยาในผู้ป่วยรายนั้น (39) ทำให้การบำบัดรักษาด้วยยาไม่เกิดผลที่ต้องการ อันได้แก่การรักษาโรคให้หายขาด หรือ การบรรเทาหรือกำจัดอาการของโรคให้ลดลง การชะลอหรือหยุดการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน (40)

ปัญหาจากการใช้ยาเกิดได้จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใช้ยาและในหลายกรณีพบว่าปัญหาจากการใช้ยามีส่วนเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยบนทางยาและแสดงถึงปัญหาเชิงระบบของกระบวนการใช้ยา สาเหตุต่างๆ ของปัญหาจากการใช้ยาสามารถสรุปได้ดังนี้ (1)

### 1. การสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (Inappropriate prescribing) ได้แก่

- การวิเคราะห์โรคที่ไม่ละเอียดถี่ถ้วนเพียงพอซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยโรคผิดพลาด ทั้งนี้เนื่องจากในบางกรณีเช่นในผู้ป่วยสูงอายุ การแสดงออกของโรคอาจมีความซับซ้อนไม่ชัดเจน และไม่ตรงตามตำราซึ่งมักกล่าวถึงอาการของผู้ป่วยทั่วไป การวินิจฉัยที่ผิดพลาดย่อมส่งผลโดยตรงต่อการเลือกใช้ยา ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ จากการใช้ยา
- ความไม่เหมาะสมในการเลือกชนิด รูปแบบ ขนาด วิธีการบริหาร ระยะห่างของการให้ยา หรือระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ซึ่งอาจเกิดจากความตั้งใจของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือเกิดจากความไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์เนื่องจากขาดความคุ้นเคยในรายการยาที่ใช้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการใช้ยาและไม่มีการส่งต่อข้อมูลประวัติการใช้ยาอย่างครบถ้วนถูกต้อง

### 2. การส่งมอบยาไม่เหมาะสม (Inappropriate delivery) ได้แก่

- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ เนื่องจากไม่มียาสำรอง หรือผู้ป่วยมีปัญหาทางการเงิน
- มีความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาโดยมีการเขียนฉลากยาไม่ถูกต้อง หรือไม่ชัดเจน หรือมีการให้ข้อมูลคำแนะนำการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ทำให้ขนาดใช้ยาไม่ตรงตามที่จะควรจะเป็น



### 3. พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Inappropriate behavior by the patient) ได้แก่

- การใช้ยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง
- การเก็บยาไว้ใช้และการใช้ยาที่เหลือเก็บจากครั้งก่อนหน้า
- การแบ่งปันยาให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น
- การใช้ยารักษาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่งและไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ
- การเก็บยาไม่เหมาะสม สูญหายหรือเสื่อมสภาพ
- การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

### 4. การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้กับผู้ป่วย (Patient idiosyncrasy) ได้แก่

- ปฏิกริยาการตอบสนองต่อยาในรูปแบบการแพ้ยา
- การที่ร่างกายของผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาแตกต่างไปจากผู้ป่วยรายอื่น ทำให้ในขนาดใช้ยาที่ถือว่าเหมาะสมก็สามารถก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือปัญหาอื่นจากการใช้ยาได้

### 5. การติดตามการรักษาที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate monitoring) ได้แก่

- การขาดการติดตามผลและประเมินผลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ
- การไม่สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ รวมไปถึงการล้มเหลวในการเฝ้าติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา

## ประเภทของปัญหาจากการใช้ยา

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยา สามารถแบ่งได้หลายประเภทตามเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรต่างๆ ซึ่งทุกแบบจะมีหลักการที่คล้ายคลึงกัน (39) ดังนั้นผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะการแบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการสืบค้นปัญหาเกี่ยวกับยาเท่านั้น โดยจะกล่าวถึงเพียง 2 เกณฑ์ คือเกณฑ์ของ Strand LM และคณะ และเกณฑ์ของ Cipolle RJ และคณะ

เกณฑ์ของ Strand LM และคณะ (1) สามารถแบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกได้เป็น 8 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ (Untreated indication) หมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเพื่อรักษาอาการหรือภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาต่อเนื่องแต่

ผู้ให้การรักษาขาดการให้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการไม่ได้รับยาเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางอายุรกรรมที่อาจเกิดขึ้น

2. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection) หมายถึงการได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผลในการรักษา การได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ การได้รับยาที่มีราคาแพงในขณะที่มียาที่ประสิทธิผลเท่าเทียมแต่ราคาถูกกว่า หรือผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาภาวะที่สามารถใช้ยาชนิดเดียวได้
3. การได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดยาต่ำเกินไป (Too little of correct drug) หมายถึงผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดยาที่ได้รับต่ำเกินไปที่จะให้ผลการรักษา อาจเกิดจากขนาดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ระยะเวลาการให้ยาหรือได้รับยาที่หมดอายุ
4. การไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง (Failure to receive drug) หมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง อาจเกิดจากปัญหาการจัดการด้านยาของโรงพยาบาล การกระจายยา การที่พยาบาลลืมให้ยาผู้ป่วย รวมถึงการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ
5. การได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูงเกินไป (Too many of correct drug) หมายถึงผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดยาที่ได้รับสูงเกินไป อาจเกิดจากขนาดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ระยะเวลาการให้ยาที่นานเกินไป
6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) หมายถึงผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยอาจแบ่งได้เป็นการเกิดผลข้างเคียงจากยา การเกิดพิษจากยา การแพ้ยา
7. อันตรกิริยาของยา (Drug interaction) หมายถึงผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยาซึ่งเป็นผลมาจากการเกิดอันตรกิริยาของยาที่ผู้ป่วยได้รับ อันตรกิริยาของยาและอาหาร หรืออันตรกิริยาของยาต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. การได้รับยาที่ไม่มีเหตุผลต่อการรักษา (Drug use without indication) หมายถึงการได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ การนำฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาไปใช้ในทางที่ไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ หรือยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกยืนยันถึงประสิทธิผลของการใช้ยานั้นๆ

Cipolle RJ และคณะ เรียกปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems) เป็นชื่อใหม่ว่าปัญหาจากการบำบัดด้วยยา (Drug therapy problems) โดยสามารถแบ่งปัญหาจากการใช้ยาออกได้เป็น 7 ประเภท (37) คือ

1. ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy) เช่น
  - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
  - ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาภาวะที่สามารถใช้ยาชนิดเดียวได้

- ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การใช้ยา
- ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาชนิดอื่น ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
- ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่
- ผู้ป่วยใช้ยาเพื่อทำร้ายตัวเอง

2. ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (Need additional drug therapy) เช่น

- ผู้ป่วยมีปัญหาทางอายุรกรรมเกิดขึ้นซึ่งต้องการการรักษาด้วยยาชนิดใหม่
- ผู้ป่วยต้องการยาป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางอายุรกรรมขึ้นใหม่
- ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อหวังผลในการเสริมฤทธิ์กัน

3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สมควรได้รับ (Wrong drug) เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลสูงสุดสำหรับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สามารถรักษาภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้นได้อีกต่อไป
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีรูปแบบของยาไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลในการรักษาโรคหรืออาการ
- ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยมีประวัติแพ้ยานั้น
- ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นข้อห้ามในการใช้ยานั้น
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่ได้มีความปลอดภัยสูงที่สุด

4. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (Dosage too low) เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะให้ผลตอบสนองทางการรักษาได้ตามต้องการ
- ระยะห่างระหว่างมื้อยานานเกินไปที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่ต้องการ
- การเกิดอันตรกิริยาของยาทำให้ลดปริมาณยาที่จะออกฤทธิ์ได้ลง
- ระยะเวลาการได้รับยาในการรักษาสั้นเกินไปที่จะทำให้เกิดผลการรักษาตามต้องการ

5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse drug reaction)

- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์แม้ว่าจะได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม อัตราเร็ว และวิถีทางการให้ยาถูกต้อง

- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยที่พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการได้รับยาอยู่ก่อนแล้ว
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยมีสาเหตุจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาผู้ป่วยในอัตราที่เร็วเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นจากการที่ผู้ป่วยแพ้ยาที่ได้รับทั้งกรณีแพ้ยาครั้งแรกและการแพ้ยาซ้ำ
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้

#### 6. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป (Dosage too high) เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปสำหรับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะเวลาห่างระหว่างมี้อยาสั้นเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะเวลาการได้รับยาในการรักษานานเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากเกิดอันตรกิริยาของยาที่ส่งผลให้เกิดพิษจากยาที่ได้รับ
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากการปรับเพิ่มขนาดยาเร็วเกินไป

#### 7. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ (Noncompliance) เช่น

- ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา
- ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา
- ผู้ป่วยลืมรับประทานยา
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากยานั้นมีราคาแพง
- ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือใช้ยาด้วยตัวเองได้
- ไม่สามารถหาซื้อยาได้

การแบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์ของ Cipolle RJ และคณะ สามารถแสดงในเชิงความสัมพันธ์กับความต้องการด้านยาของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการด้านยาของผู้ป่วยและปัญหาจากการใช้ยา ตามเกณฑ์ของ Cipolle RJ และคณะ

ความต้องการด้านยาของผู้ป่วย	ปัญหาจากการบำบัดด้วยยา
1. ข้อบ่งใช้ของยามีความเหมาะสม (Indication)	- ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy) - ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (Need additional drug therapy)
2. ได้รับประสิทธิผลของยาอย่างเต็มที่ (Effectiveness)	- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สมควรได้รับ (Wrong drug) - ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (Dosage too low)
3. มีความปลอดภัยจากการใช้ยา (Safety)	- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse drug reaction) - ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป (Dosage too high)
4. ความร่วมมือในการใช้ยา (Compliance)	- ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ (Noncompliance)

ปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ (Preventable drug-related problems)

จากการศึกษาของ Royal S และคณะ พบว่าร้อยละ 59 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ และส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้ (41) เช่นยาที่ใช้รักษาโรคหลายชนิด ได้มีการกำหนดช่วงขนาดยาที่เหมาะสมไว้อย่างชัดเจน หากผู้ป่วยเกิดพิษจากการได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปกว่าขนาดการใช้ยาปกติ ก็จะเป็นปัญหาจากการใช้ยานี้เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ นอกจากนี้การไม่ได้รับการตรวจวัดระดับยาหรือค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการประเมินการรักษาพร้อมทั้งการจดบันทึก ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาตามมาได้ เช่นการเกิดการแพ้ยาซ้ำ (39) โดยสรุปแล้วปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้นั้นประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่



1. ปัญหาจากการใช้ยานั้นต้องถูกค้นพบ และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ต้องการนั้นสามารถคาดเดาว่าจะเกิดขึ้นได้
2. สามารถหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ และ
3. สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาต้องสามารถควบคุมได้

การพิจารณาว่าปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกันได้หรือไม่มีแนวทางการประเมินได้หลายแนวทาง จากการศึกษาของ Ferner RE และ Aronson JK ซึ่งทำการรวบรวมรายการการศึกษาจำนวน 172 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ พบว่าในการศึกษาเหล่านี้มีแนวทางการประเมินปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ แบ่งกว้างๆ ได้เป็นแปดแนวทาง ได้แก่ การพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญโดยไม่อาศัยเกณฑ์ใดๆที่กำหนดไว้ก่อน การประชุมผู้เชี่ยวชาญและลงคะแนนเสียง การพิจารณาว่าปัญหาจากการใช้ยาเกิดจากความคลาดเคลื่อน การเปรียบเทียบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกับมาตรฐานการให้บริการ การพิจารณาคุณสมบัติเฉพาะของยาสาเหตุ การพิจารณาว่าปัญหาจากการใช้ยาเกี่ยวข้องกับการสื่อสารข้อมูล การกำหนดเกณฑ์แล้วประเมิน และสุดท้ายคือการใช้มากกว่าหนึ่งแนวทางในการประเมินความป้องกันได้ของปัญหาจากการใช้ยา (42)

EIDOS และ DoTS เป็นแนวทางในการประเมินความป้องกันได้ของปัญหาจากการใช้ยา โดย EIDOS นั้นมีพื้นฐานมาจากการพิจารณากลไกของยาในการเกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา โดยถือว่ายาจจัดเป็น extrinsic species (E) ที่เมื่อได้รับเข้าสู่ร่างกายที่เรียกว่าเป็น intrinsic species (I) แล้วมีการกระจายตัวของยา คือ distribution (D) เกิดการตอบสนองกับร่างกาย แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นคือ pathological outcome (O) แล้วมีผลที่ตามมาอย่างไรคือ sequelae (S) ส่วน DoTS นั้นจะพิจารณาจากปัจจัยสามประการในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ นั่นคือ dose (Do) ที่ผู้ป่วยได้รับเทียบกับขนาดที่ควรได้รับเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ต้องการ time-course (T) คือระยะเวลาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นหลังได้รับยา และ susceptibility factor (S) ของผู้ป่วยแต่ละราย (43) แนวทางการประเมินทั้งสองแนวทางนี้ได้รับความนิยมมากขึ้น แต่เนื่องจากไม่ได้รวมมุมมองด้านความคลาดเคลื่อนทางยาและมุมมองปัญหาเชิงระบบร่วมด้วย จึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในทางปฏิบัติ

ในการวิจัยนี้จึงอาศัยเกณฑ์ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของ Schumock GT และ Thornton JP (38) ซึ่งการศึกษาของ Easton KL และคณะ ได้ประยุกต์นำมาใช้ประเมินปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ (21) โดยใช้คำถาม 7 ข้อ หากมีข้อใดข้อหนึ่งที่มี



คำตอบว่า “ใช่” จะถือว่าปัญหาจากการใช้ยานั้นเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ (38) ข้อคำถามมีดังนี้

1. ยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยานั้น ผู้ป่วยได้รับอย่างไม่เหมาะสมกับโรคหรือภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย
2. ขนาดยา วิธีในการบริหารยา ความถี่ของการบริหารยาไม่เหมาะสมกับอายุ น้ำหนัก และสภาวะของผู้ป่วย
3. ไม่ได้ทำการตรวจวัดระดับยาหรือค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการประเมินการรักษา
4. ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ยาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังกล่าวมาก่อน
5. มีการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาซึ่งมีผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา
6. มีการบันทึกค่าระดับยาหรือค่าการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกถึงความเป็นพิษของยา
7. การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำแนะนำ

#### อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction หรือ ADR)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบเป็นสาเหตุได้บ่อยที่สุดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา (2-3, 5, 44) โดยความหมายของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งนิยามโดยองค์การอนามัยโลก หมายถึง “การตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นซึ่งเกิดขึ้นในขนาดการใช้ยาปกติในมนุษย์ โดยไม่รวมถึงการได้รับยาเกินขนาดหรือการจงใจใช้ยาในทางที่ผิดจนเกิดอันตราย”

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นิยมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (45) คือ

Type A (augmented) ADR เป็นผลจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาจึงสามารถทำนายได้ ความรุนแรงมักขึ้นกับขนาดของการใช้ยา มีอุบัติการณ์การเกิดสูง แต่มีอัตราการเสียชีวิตน้อย สามารถรักษาได้โดยการลดขนาดยา ลักษณะของ type A ADR ได้แก่ผลข้างเคียงจากยา (side effect) และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction)

Type B (bizarre) ADR เป็นปฏิกิริยาตอบสนองเฉพาะบุคคล ผลที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ความรุนแรงของอาการไม่ขึ้นกับขนาดยาที่ได้รับ มีอุบัติการณ์การเกิดต่ำ แต่ทำให้เสียชีวิตได้สูง ลักษณะของ type B ADR ได้แก่ hypersensitivity, immunological reaction และ idiosyncratic reaction

## กลไกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

สามารถแบ่งอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามกลไกการเกิด (45) ได้ดังนี้

1. Immunologic type หรือการแพ้ยา ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สามารถแบ่งกลไกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้เป็น 4 กลไก

- Type I (IgE-mediated) ซึ่งมีกลไกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการที่เมื่อได้รับยาครั้งแรกจะกระตุ้นให้สร้าง IgE ที่จำเพาะต่อยาและเกาะที่ผิวของ mast cells เมื่อร่างกายได้รับยาชนิดเดิม ยาจะจับกับ IgE บน mast cells ทำให้มีการหลั่ง histamine และสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้ ได้แก่ urticaria/pruritus, angioedema, bronchospasm, vomiting/ diarrhea และ anaphylaxis ระยะเวลาในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้มักเกิดอย่างรวดเร็ว คือใช้เวลาลงจากรับยาเป็นนาทีหรือชั่วโมงก็พบอาการแสดงทางคลินิกตามทีกล่าวข้างต้น
- Type II (cytotoxic) ซึ่งมีกลไกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์คือหลังจากที่ได้รับยาครั้งแรก จะมีการกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง IgG หรือ IgM ที่จำเพาะต่อยา เมื่อได้รับยาเดิม IgG หรือ IgM ในกระแสเลือดจะจับกับยาที่ผนังเซลล์และทำให้เซลล์แตก อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้ ได้แก่ hemolytic anemia, neutropenia, thrombocytopenia ระยะเวลาในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้มักไม่แน่นอน
- Type III (immune complex) ซึ่งมีกลไกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์คือหลังจากได้รับยาครั้งแรก ยาจะจับกับโปรตีนในร่างกายและกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง antibody เมื่อได้รับยาอีกครั้ง ยาจะจับกับ antibody ได้เป็น antigen-antibody complex และเกาะตามเนื้อเยื่อ กระตุ้นให้มีการทำลายเนื้อเยื่อตามมา อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้ ได้แก่ serum sickness, fever, arthralgias, lymphadenopathy, rash/ urticaria, glomerulonephritis, vasculitis ระยะเวลาในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้มักเกิดหลังจากได้รับยาแล้ว 1-3 สัปดาห์
- Type IV (cell-mediated) ซึ่งมีกลไกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์คือยากระตุ้นการทำงานของ T-lymphocyte เมื่อได้รับยาซ้ำจะทำให้มีการหลั่ง cytokines และสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ อาการแสดงทางคลินิกของอาการไม่พึง

ประสงคฺชนิดนี้ เช่น allergic contact dermatitis ซึ่งมักเริ่มปรากฏอาการในวันที่ 2-7 หลังจากได้สัมผัสยาทางผิวหนัง

2. Non-immunologic type กลไกการเกิดจะไม่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สามารถเกิดอาการได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับยาเพราะเป็นผลจากฤทธิ์ของยาโดยตรง ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลไก คือ 1) สามารถทำนายการเกิดได้ (predictable) และ 2) ไม่สามารถทำนายการเกิดได้ (unpredictable) โดยอาจเป็น

- Pseudoallergic reactions เกิดขึ้นจากตัวยายไปกระตุ้น mast cell ให้มีการปล่อย histamine โดยตรง ตัวอย่างยาที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ ยากลุ่ม opiates, vancomycin, radiocontrast media, aspirin และ NSAIDs
- Idiosyncratic reactions เป็นปฏิกิริยาความผิดปกติของร่างกายที่ตอบสนองต่อยาที่ขึ้นกับผู้ป่วยเฉพาะราย อาการที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา และระบบภูมิคุ้มกัน ตัวอย่างเช่นภาวะพร่องเอนไซม์ erythrocyte glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD)
- Intolerance คือภาวะที่ร่างกายไวต่อการตอบสนองของฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา มากกว่าคนอื่นทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้แม้ว่าจะได้รับยาในขนาดน้อยกว่าปกติ

### ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ

การใช้ยาตามคำแนะนำเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การใช้ยาเกิดประโยชน์สูงสุด หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้มักก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการต่อผลการรักษาและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้หากการใช้นั้นมีวัตถุประสงค์ในการชลอหรือป้องกันโรค การไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำย่อมก่อให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา ทำให้โรคหรือภาวะแทรกซ้อนดำเนินเข้าสู่ระยะร้ายแรง ซึ่งเกิดอันตรายแก่สุขภาพของผู้ป่วยเองในที่สุด การไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่ยังประโยชน์ใดๆ (46) นอกจากนี้การไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำบางกรณีอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยรายอื่นด้วยได้ เช่นการแบ่งปันยาของตนให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการคล้ายกับตน ซึ่งพบได้บ่อยในสังคมที่มีความโอบอ้อมอารีดังเช่นในสังคมไทย (47)

ปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำพบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ แต่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (46) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง เช่นการที่ระบบร่างกายเสื่อมลง ทำให้การมองเห็นไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจดจำวิธีการใช้ยา หรือทำความเข้าใจ

วิธีการใช้ยาได้ยาก หลงลืมรับประทานยาหรือหลงลืมว่ายังไม่ได้รับยา ทั้งที่ความจริงได้รับยาแล้ว ซึ่งล้วนแต่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการใช้ยาตามคำแนะนำ (48)

### สาเหตุของการไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุนั้นมีได้หลายประการ และมักพบมากกว่าหนึ่งสาเหตุร่วมกัน ตัวอย่างสาเหตุของการไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ(46, 49-50) ได้แก่

#### 1. ขาดความรู้ความเข้าใจ

- ช่วงเวลาในการรับบริการจากแพทย์ที่โรงพยาบาลมีค่อนข้างจำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับคำวินิจฉัยโรคที่เป็นอยู่ หรือได้รับคำอธิบายโดยย่อ ซึ่งไม่ได้ให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วย
- ขาดการยอมรับหรือความตระหนักในโรคหรือความผิดปกติที่ต้องการการบำบัดรักษาโดยการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพของตนและไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ เหตุผลประการนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งมักไม่มีอาการแสดงจำเพาะเจาะจงในระยะแรก เช่นภาวะความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง
- ผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่ยอมรับคำวินิจฉัยโรคที่ตนเองเป็น ทำให้ไม่ยินยอมใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง จากการศึกษาของ Hvizdos A พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกว่าร้อยละ 50 ไม่เห็นด้วยหรือปฏิเสธคำวินิจฉัยของแพทย์ จึงไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้
- ผู้ป่วยมีค่านิยม ทศนคติ หรือแนวความคิดที่ไม่ยอมรับแนวทางการรักษาหรือไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำเพราะผลตอบสนองของยา ไม่ตรงกับความคาดหวัง ตัวอย่างของเหตุผลประการนี้ เช่น การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดใช้ยาก่อนที่จะถึงระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ได้เต็มที่
- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรายจากการใช้ยา ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านเดียวของยาที่แพทย์สั่งใช้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและนำมาสู่การปรับลดขนาดหรือหยุดใช้ยาด้วยตนเอง

- การเปลี่ยนแปลงชื่อการค้า หรือรูปลักษณ์ของยาอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนและนำมาสู่การไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำและปัญหาจากการใช้ยาประเภทอื่นได้
2. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อย นอกจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนแล้ว การหลงลืมก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้ ผู้ป่วยทุกช่วงอายุมักจะลืมข้อความที่แพทย์บอก ดังนั้นการส่งมอบเอกสารทบทวน เช่นแผ่นพับหรือเอกสารกำกับยา อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้มากขึ้น
3. ความยุ่งยากของการใช้ยา (46)
- ความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีเทคนิคพิเศษ เช่นยาสูดพ่น ยาหยอดตา ยาหยอดหู ยาฉีดอินซูลิน ยาเหน็บช่องคลอด ซึ่งมีขั้นตอนการใช้เป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกันหลายขั้นตอน และมีรายละเอียดปลีกย่อยเพื่อที่จะช่วยให้ยาแสดงประสิทธิภาพได้เต็มที่ ซึ่งอาจมีรายละเอียดมากเกินไปที่จะสามารถทำความเข้าใจและจดจำได้ในระยะเวลาอันสั้น การส่งมอบเอกสารทบทวน เช่นแผ่นพับหรือเอกสารกำกับยา อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้มากขึ้น พร้อมทั้งการสอนแบบสาธิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง ตรงตามที่แพทย์สั่งมากยิ่งขึ้นเช่นกัน
  - ความยุ่งยากหรือความไม่สะดวกในการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือจำนวนมื้อที่ผู้ป่วยต้องใช้ยา ซึ่งนอกจากผู้ป่วยต้องจดจำรายละเอียดของยาแต่ละรายการว่าต้องใช้ด้วยความถี่อย่างไรต่อวัน ยังต้องจดจำรายละเอียดอื่นๆ เช่น ยางบางชนิดต้องใช้ก่อนอาหาร ยาบางชนิดต้องใช้หลังอาหาร ซึ่งยิ่งเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะสับสนหรือเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ยาและไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้ในที่สุด
  - การเปลี่ยนแปลงขนาดและวิธีการใช้ยา ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนได้มากในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากต้องเรียนรู้และจดจำวิธีการใช้ยาแผนใหม่ อีกทั้งยังมีอุปสรรคด้านความจำ สายตาและการได้ยิน ซึ่งยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะได้ใช้ยาไม่ถูกต้องได้มากยิ่งขึ้น
4. การพบแพทย์หลายท่าน การได้รับคำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับยาจากบุคลากรหลายฝ่ายหรือจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่งข้อมูล ซึ่งบ่อยครั้งอาจมีข้อความที่ไม่ตรงกันหรือขัดแย้งกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน มีทัศนคติแง่ลบต่อการใช้ยาหรือเกิดความสงสัยและปรับเปลี่ยนการใช้ยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ จากการศึกษาของ



Col และคณะ พบว่าการใช้ยาไม่ตรงตามคำแนะนำของแพทย์เพิ่มมากขึ้นถึง 3.6 เท่า ในผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการจากเภสัชกรมากกว่า 2 คนขึ้นไป (50)

5. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งจากการศึกษาของ Col และคณะพบว่า สาเหตุนี้เป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งของการไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำและนำมาสู่การหยุดยา การลดขนาดยา การเว้นช่วงใช้ยา และการปฏิเสธการใช้ยาหรือปฏิเสธการรักษา (50)
6. ราคายา (46) โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อรักษาโรคเรื้อรัง หากผู้ป่วยมีรายได้จำกัดอาจเลือกซื้อยาเฉพาะที่เข้าใจว่าสำคัญ หรือพอใช้ได้ ซึ่งราคายาที่ไม่เหมาะสมกับเศรษฐกิจของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำมากถึงร้อยละ 6-10 ของผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้งผู้ป่วยที่รู้สึกว่ายามีราคาแพง จะมีอัตราการไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่าผู้ป่วยที่คิดว่ายามีราคาไม่แพง (50)

### ผลกระทบของปัญหาจากการใช้ยาต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาจากการใช้ยามีผลกระทบในแง่ลบหลายประการต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (39) ปัญหาจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว และอาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่ เช่นการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Royal S และคณะพบว่าร้อยละ 7.1 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา (2-4, 41)

Lazarou J และคณะรายงานว่าปัญหาจากการใช้ยาเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดอันดับที่ 4 ในประเทศสหรัฐอเมริกา รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (6) จากการศึกษาของ Ryan JM และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 36 ราย จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 300,000 ราย มีสาเหตุมาจากปัญหาจากการใช้ยาและมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ตัวอย่างของปัญหาจากการใช้ยา เช่นการได้รับยาเกินขนาด และการหยุดยาโดยมีระยะเวลาไม่เหมาะสม โดยยาที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้องในการศึกษานี้ ได้แก่ ยาเสพติดในกลุ่ม morphines, cocaine และยาบรรเทาปวดในกลุ่ม opioids (5)

ปัญหาจากการใช้ยามีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น มาจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ



เพิ่มเติม และค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (51) มีการประมาณว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1997 มีมูลค่าสูงกว่า 76.6 พันล้านเหรียญ (2) และเพิ่มขึ้นเป็น 121.5 พันล้านเหรียญต่อปี ในปี ค.ศ. 2001 (7) คาดว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้จะประหยัดลงได้ 45.6 พันล้านเหรียญ หากมีเภสัชกรเข้าร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (2) นอกจากนี้จะสามารถประหยัดงบประมาณที่ต้องสูญเสียไปแล้ว การมีเภสัชกรเข้าร่วมทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลงร้อยละ 34 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ odd ratio ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีเภสัชกรเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.43-0.96) (41)

Rodriguez-Monguio R และคณะได้ทำการรวบรวมงานวิจัยเพื่อหาผลกระทบของการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยา แบ่งการศึกษาออกเป็น 1) การศึกษาผลไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยาที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) การศึกษาผลไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนอก ที่ส่งผลให้มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและหน่วยฉุกเฉิน และ 3) ผลของอาการไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยาของประชากรโดยรวม พบอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยาร้อยละ 2.1 ถึงร้อยละ 6.5 ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุของการเข้ารับบริการที่หน่วยฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 0.86-28.1 และยังคงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยานั้นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดปัญหาจากการใช้ยา คิดเป็น 1.2-3.8 วัน และเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเพิ่มขึ้น โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดด้วยยาร้อยละ 43.3 ถึงร้อยละ 80 เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ (52)

ในประเทศไทย ปัญหาจากการใช้ยาที่กล่าวถึงข้างต้น เป็นปัญหาที่พบอยู่เสมอเช่นกัน แต่การศึกษาโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้กล่าวถึงปัญหาจากการใช้ยาในช่วงก่อนเข้ารับการรักษาหรือผลกระทบจากปัญหาจากการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (8, 10-12, 14-16)

ตัวอย่างของการศึกษาในประเทศ เช่นการศึกษาของเขาวภา ศิริวิชัย ซึ่งศึกษาพบว่าผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานมีปัญหาจากการใช้ยามากถึงร้อยละ 77.67 (17) อำไพ ทวีอภิรดีเจริญ ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน พบว่ามีอุบัติการณ์ร้อยละ 46.08 (18) สุชาติดา ธนภัทรภวิน ศึกษาผลการให้บริบาลผู้สูงอายุกลุ่ม

โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าสาเหตุหลักของปัญหาจากการใช้ยาเกี่ยวข้องกับความรู้ของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เช่นไม่สามารถระบุชื่อยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา รวมทั้งไม่สามารถระบุถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมได้ (19)

ชุดิมา อรรถสิทธิ์พันธุ์และคณะ ได้ทำการทบทวนงานวิจัยจำนวน 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดจากการใช้ยา พบว่าอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 1.7 ถึง 22.6 และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาจากการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาลโดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.4 ถึง 23.5 นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุทำให้ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (28) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา (28)

ผู้วิจัย (ระยะเวลาการศึกษา)	วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง	อุบัติการณ์ * (จำนวน)
รัตนา แสนอารี (12 เดือน)	ศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยนอกที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้ยาอย่างน้อย 4 รายการในแผนกอายุรกรรม จำนวน 150 ราย	ADR = 50 (75/150) DRP = 91.3 (137/150)
นฤมล ธนะ (3 เดือน)	ศึกษาไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 575 ราย	ADRHA = 15.8 (31/171) DRPHA = 29.7 (171/575)
พิจิตรา รัตนไพบุลย์ (8 เดือน)	ศึกษาไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป ที่มีการใช้ยาก่อนเข้าโรงพยาบาลจำนวน 481 รายในผู้ป่วยทั้งหมด 2,829 ราย	ADRHA = 6.44 (31/481) DRPHA = 6.96 (197/2,829)
จุมพร พงศ์เวชรักษ์ และคณะ (19 เดือน)	ศึกษาย้อนหลังในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการบันทึกถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารจำนวน 196 ราย	ADRHA = 23.5 (46/196)

ตารางที่ 2 (ต่อ) การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา (28)

ผู้วิจัย (ระยะเวลาการศึกษา)	วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง	อุบัติการณ์* (จำนวน)
สมพล ศิริรัตนพฤกษ์ (5 เดือน)	ศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 331 ราย	ADRHA = 11.2 (37/331) DRPHA = 18.1 (60/331)

\*ADR = อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, DRP = ปัญหาจากการใช้ยา, ADRHA = อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, DRPHA = ปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาของปริยดา เรืองวัฒนโชติ ซึ่งทำการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบไปข้างหน้าในหอผู้ป่วยพบว่าปัญหาจากการใช้ยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 13.3 (53) เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งทิภา หมิ่นปลา และคณะ ซึ่งพบว่าปัญหาจากการใช้ยาเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 6.3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยที่ร้อยละ 93.3 ของปัญหาเหล่านั้นสามารถป้องกันได้ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาโดยมีสาเหตุจากยาในแต่ละครั้ง คือประมาณ 5,000 บาท (54) ในขณะที่การศึกษาของจารุวี กาญจนศิริธำรง และคณะ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยคาดว่าอาจสัมพันธ์กับยา มากถึงร้อยละ 58.1 (44)

เสาวนินทร์ กรกชมาศ ได้ทำการศึกษาความชุกของการเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินอันเนื่องมาจากยาพบว่าในผู้ป่วยจำนวน 1000 รายที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉิน มีสาเหตุจากยามากถึง 369 ราย โดยที่ 255 รายมีปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ จากการศึกษาพบว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดสามอันดับแรกคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำและการได้รับยาโดยไม่จำเป็น (11) เช่นเดียวกับชุดิมา อรรถศิริพันธุ์ และคณะซึ่งพบว่าอาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6.4-23.5 นอกจากนี้ยังทำให้ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด (28)

ร้อยละ 59-96 ของปัญหาจากการใช้ยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อแรงถึงชีวิต เช่น พบระดับยาในเลือดที่สูงเกินปกติ ขาดการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสม ได้รับยาที่มีประวัติแพ้ ได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ ขนาดยาที่ได้รับสูงหรือต่ำเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผู้ป่วยไม่ใช้ยาตาม คำแนะนำ (3-4, 12, 41)

### ข้อมูลด้านสุขภาพของพระภิกษุและสิกขาบทในพระวินัยปิฎก

พระภิกษุคือนักบวชในพุทธศาสนา เป็นหนึ่งในบริษัทสี่ ซึ่งมีหน้าที่ทำนุบำรุง และเผยแผ่หลักธรรมคำสอนของพระศาสดา คือพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จากการศึกษาของชาญณรงค์ บุญหนุน พบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีพระภิกษุ และสามเณรรวมทั้งสิ้น 313,267 รูป (29) ซึ่งโดยมากเป็นพระสูงอายุ และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด

จากการสำรวจข้อมูลของพระภิกษุในกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี พ.ศ. 2544 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2545 พบว่าความชุกของพระอาพาธที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวพบได้มากขึ้น โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยสี่ลำดับแรก ในการสำรวจครั้งดังกล่าว คือความดันโลหิตสูง (เพิ่มจาก 3,009 รูป ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 3,133 รูป ในปี พ.ศ. 2545) ถุงลมโป่งพอง (เพิ่มจาก 2,441 รูป เป็น 3,470 รูป) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (เพิ่มจาก 1,456 รูป เป็น 1,898 รูป) และเบาหวาน (เพิ่มจาก 1,376 รูป เป็น 2,939 รูป) (30)

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในพระภิกษุ จากการศึกษาของ Chaveepojnkamjorn W และ Pichainarong N ซึ่งทำการสำรวจพระภิกษุจำนวน 920 รูปที่พำนักในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าร้อยละ 47.6 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการศึกษามีประวัติสูบบุหรี่ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคความดันโลหิตสูง และโรคของระบบหายใจ โดยที่ถ้ามีระดับการศึกษาทั้งทางโลกและทางธรรมที่สูงจะพบว่ามีประวัติการสูบบุหรี่น้อยกว่า ในทางกลับกันในพระภิกษุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือมีโรคของระบบหายใจจะมีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า (33)

จากการศึกษาของจรรยาศักดิ์ ห่อสุวรรณ และศิริพร พิมพิสิริพานิชย์ ในพระภิกษุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคเบาหวาน พบว่าพระภิกษุส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลในโรคที่ตน

เป็น อีกทั้งไม่ต้องการผู้อุปัฏฐากดูแลเป็นพิเศษ พระภิกษุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าตนมีความรู้และทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในระดับดีปานกลาง แต่เมื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกลับพบว่ามีความรู้เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้อย คือ 6.73 คะแนน จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่าพระภิกษุส่วนใหญ่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่นอาหารที่มีไขมันสูงและของหวาน ทั้งนี้เนื่องจากพระภิกษุต้องฉันอาหารที่ได้จากบิณฑบาต อีกทั้งยังไม่สามารถกำหนดปริมาณอาหารให้เท่าๆ กันในแต่ละมื้อหรือแต่ละวันได้ (55)

พระภิกษุเหล่านี้มีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากวิถีชีวิตของฆราวาสเนื่องจากมีปาติโมกข์สิกขาบทที่กำหนดแนววัตรปฏิบัติไว้ค่อนข้างชัดเจน ตัวอย่างของความแตกต่างที่เป็นที่ทราบดี เช่น จำนวนมือในการฉันอาหาร ประเภทของอาหารที่ฉันได้และอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง ลักษณะที่นอนการไม่ได้รับอนุญาตให้สวมรองเท้าหุ้มส้น ลักษณะเครื่องนุ่งห่ม กิจวัตรประจำวัน เช่นการนั่งสมาธิเป็นเวลานาน (31, 56) และการจตุรปูเทียนประกอบพิธีกรรม (57) รวมถึงองค์ความคิดหรือทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย (30-32, 58) ความแตกต่างที่กล่าวมานี้อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและปัญหาจากการใช้ยาในขณะที่ยาพาธ ซึ่งหากเภสัชกรผู้ให้การบริบาลพระอาพาธไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุ ย่อมจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

### สิกขาบทในพระวินัยปิฎก

บัญญัติสิกขาบทในพระวินัยปิฎกหรือที่เรียกว่าสุตตวิภังค์ ถูกบัญญัติขึ้นโดยพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเพื่อเป็นข้อกำหนด ข้อห้าม ข้ออนุญาตในการประพฤติปฏิบัติของหมู่สงฆ์ เป็นศีลวัตรที่พระภิกษุพึงประพฤติปฏิบัติให้สมบูรณ์เพื่อประโยชน์แก่ตนคือพระภิกษุ แก่พระพุทธรักษา และแก่พหุชนชาวโลก (59)

สิกขาบทหรือสุตตวิภังค์ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ มหาวิภังค์หรือภิกขุวิภังค์ ซึ่งเป็นสิกขาบทของพระภิกษุ จำนวน 227 สิกขาบทและภิกขุณีวิภังค์ ซึ่งเป็นสิกขาบทของพระภิกษุณีจำนวน 311 สิกขาบท ในทุกกึ่งเดือนคือวันพระ 15 ค่ำ จะมีการทำอุโบสถ ซึ่งหมายถึงการประชุมสงฆ์ทั้งหมดในอารามเพื่อสวดพระปาติโมกข์คือตัวสิกขาบททั้ง 227 ข้อ เพื่อทบทวน สำหรับพระภิกษุผู้ต้องอาบัติ ต้องแสดงอาบัติและทำการชำระอาบัตินั้นตามที่กำหนดในพระวินัยปิฎกเพื่อความบริสุทธิ์ก่อน จึงจะสามารถเข้าร่วมการสวดพระปาติโมกข์ได้ การทำอุโบสถเป็นประโยชน์ต่อพระภิกษุให้ได้ศึกษาทบทวนพระวินัยที่เป็นหลักปฏิบัติ และเพื่อทบทวนตัวเองว่ามีข้อบกพร่อง



ผิดอาบัติส่วนใด ถ้ารู้ก่อนการทำอุโบสถก็ให้จัดการแก้ไขให้บริสุทธิ์ก่อน หากระลึกได้ในระหว่างการทำปาติโมกข์ ก็ให้แสดงอาบัติในหมู่สงฆ์ ถ้าผู้ใดไม่เปิดเผยอาบัติของตนทั้งที่ระลึกได้แล้ว ถือว่าเป็นการกล่าวเท็จทั้งที่รู้ตัวอยู่ เรียกว่าสัมปชานมุสาวาท ซึ่งต้องอาบัติปาจิตตีย์ (59)

มหาวิภังค์ซึ่งเป็นหลักพระวินัยสำหรับพระภิกษุชั้นสามารถแบ่งตามความหนักเบาของความผิดที่กำหนดรวม 7 หมวด โดยมีลำดับความหนักเบาจากมากไปน้อยคือ ปาราชิกจำนวน 4 สิกขาบท สังฆาทิเสสจำนวน 13 สิกขาบท อนียตจำนวน 2 สิกขาบท นิสสัคคีย์จำนวน 30 สิกขาบท ปาจิตตีย์จำนวน 92 สิกขาบท ปาฏิเทสนีย์จำนวน 4 สิกขาบท และเสขยวัตรจำนวน 75 สิกขาบท ด้วยเหตุที่สิกขาบทเปรียบเสมือนข้อกำหนดและแนวทางวิถีชีวิตของพระภิกษุ ดังนั้นจึงมีหลายสิกขาบทที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุ ซึ่งจะขอยกตัวอย่างพร้อมขยายความโดยย่อ เฉพาะบางสิกขาบท (59) ได้แก่

1. อาบดินิสสัคคีย์ มีกล่าวถึง 1 สิกขาบท คือ

- ห้ามมิให้เก็บเกสร 5 ซึ่งหมายถึงยาบำรุงอันได้แก่ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง และน้ำอ้อย ไว้เกิน 7 วัน เนื่องจากในสมัยพุทธกาล การเก็บยาบำรุงเหล่านี้ไว้นานเกินเวลาดังกล่าวอาจเกิดการบูดเสีย อีกทั้งยังทำให้มีแมลงและสัตว์ต่างๆ เข้ามาปะปนในขวด ซึ่งสร้างความสกปรกและเสียระเบียบ อีกทั้งเกิดคำติเตียนจากฆราวาสได้ว่าไม่ละซึ่งความโลภ

2. อาบตีปาจิตตีย์ มีกล่าวถึง 3 สิกขาบท ได้แก่

- ห้ามฉันอาหารที่เป็นยาวกาลิกในเวลาวิกาล ซึ่งหมายถึงตั้งแต่เวลาเที่ยงวัน ล่วงไปจนถึงอรุณรุ่งของวันใหม่ ทั้งนี้ยกเว้นไว้แต่น้ำปานะ ซึ่งจัดเป็นยามกาลิกซึ่งอนุญาตให้ฉันได้จนถึงก่อนรุ่งอรุณของวันใหม่ และสัตตมหากาลิกได้แก่เกสร 5 ที่รับประทานแล้ว ฉันได้ไม่เกิน 7 วัน
- ห้ามขออาหารประณีตมาเพื่อตนเอง ซึ่งอาหารประณีตในที่นี้หมายถึงอาหารที่ระบุ ร้องขอให้ฆราวาสนำมาถวาย โดยประกอบด้วยเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ปลา เนื้อ นมสด และนมส้ม ทั้งนี้ยกเว้นไม่ห้ามพระภิกษุที่อาพาธ
- ห้ามดื่มสุราเมรัย

นอกจากสิกขาบททั้ง 227 สิกขาบทในพระปาฏิโมกข์แล้ว ยังมีข้อวัตรปฏิบัติและแบบธรรมเนียมของพระภิกษุ ซึ่งบัญญัติไว้เพิ่มเติมนอกพระปาฏิโมกข์ เรียกว่าอภิสมจาริกาสิกขา ซึ่ง



จัดเป็นหมวดๆ เรียกว่าขันธกะ โดยจะขอยกตัวอย่างเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือการใช้ยาของพระภิกษุ (59) ดังนี้

- ห้ามภิกษุสวมรองเท้าเข้าบ้าน ยกเว้นอาพาธ
- ห้ามรองเท้าปิดส้น ปิดหลังเท้า รองเท้ายัดนุ่น มีหูลาย มีหูงอน รองเท้าที่เย็บด้วยขนหางนกยูง และที่สวຍงามประดับประดาต่างๆ ซึ่งเป็นของที่คฤหัสถ์ใช้สอย รองเท้าหนังสัตว์ที่ไม่ควรต่างๆ
- ห้ามใช้รองเท้าในวัด ภายหลังทรงอนุญาตให้ใช้ได้ รวมทั้งทรงอนุญาตไม่เท้าเพื่อไม่ให้เหยียบหนาม เหยียบตอ และเพื่อสะดวกในเวลากลางคืน
- อนุญาตให้ภิกษุที่เท้าเจ็บ เท้าแตก หรือมีโรคที่เท้าใช้รองเท้าได้
- อนุญาตฉันเภสัช 5 ได้ทั้งในกาลและในวิกาล
- อนุญาตให้ภิกษุผู้อาพาธฉันง้วนน้ำอ้อยได้แต่ภิกษุผู้ไม่อาพาธ ให้ละลายน้ำฉัน
- อนุญาตการใช้และเก็บเภสัชต่างๆ

### ปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของชาญณรงค์ บุญหนุน พบว่าพระภิกษุในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่เป็นพระสูงอายุ และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด (29) ซึ่งเมื่อพิจารณาร่วมกับสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นลำดับจากปี 2522 ซึ่งมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.22 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2533 จากนั้นในช่วงทุก 10 ปีต่อยังคงพบการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุโดยในปี 2543 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.19 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2553 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.36 และคาดการณ์ว่าในปี 2563 จะพบว่ามีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งประเทศ (60) คาดการณ์ได้ว่าสัดส่วนของพระภิกษุที่เป็นพระสูงอายุจะมีค่ามากขึ้น ดังนั้นการทบทวนปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุจึงควรพิจารณาควบคู่ไปกับการทบทวนปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ยาเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุ ในทางกลับกันการใช้ยาในผู้สูงอายุมักจะพบอาการไม่พึงประสงค์และปัญหาจากการใช้ยาได้บ่อย (61-62) การศึกษาของ Caranos และคณะพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาบ่อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (63) สาเหตุที่พบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุได้บ่อยนั้น เป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคหรือความผิดปกติมากกว่าหนึ่งโรค โดยโรคหรือความผิดปกติที่พบได้บ่อยเป็นลำดับต้นๆ ในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน และความบกพร่องของตาและหู ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานตลอดชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับการได้รับยาหลายขนาน ทำให้ความร่วมมือในการรักษาหรือการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยลดลง (64) จากการศึกษาของ Jorgensen และคณะ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (65)
2. ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยาพร้อมกันหลายขนาน (46, 66) โดยมีสัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการ คิดเป็นร้อยละ 9.7-39 (65, 67-68) ทำให้ผลตอบสนองต่อยาซับซ้อน นอกจากนี้การได้รับยาหลายขนานอาจเกิดอันตรกิริยาของยาได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับยาหรือการตอบสนองต่อยา และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมาได้มาก อุบัติการณ์การเกิดอันตรกิริยาของยา ซึ่งนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีจำนวนรายการยาเพิ่มขึ้น (69) นอกจากอันตรกิริยาของยาแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดอันตรกิริยาของยากับโรคประจำตัวได้บ่อย ยกตัวอย่างเช่นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต จะมีโอกาสเกิดอันตรกิริยาของโรคประจำตัว กับยากลุ่ม anti-cholinergics ได้บ่อยและเสี่ยงได้ยาก เนื่องจากยาที่มีฤทธิ์ anti-cholinergics อาจเป็นยาสำคัญในการรักษาภาวะปวดเมื่อยั้งก็เป็นโรคประจำตัวที่พบบ่อยเช่นกัน (70)
3. ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีการแสดงของโรคหรือความผิดปกติที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยทั่วไป เช่นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบอาจไม่แสดงอาการของภาวะปอดอักเสบ แต่มาด้วยอาการซึมหรือสับสน นอกจากนี้อาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ก็มักแตกต่างหรือไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งอาจทำให้แพทย์ เภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ได้ตั้งแต่เนิ่นๆ เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจนก็มักเข้าสู่ระยะที่เป็นอันตรายรุนแรงหรือแก้ไขได้ยาก (61, 66) ความไวในการตอบสนองต่อยาบางชนิดในผู้ป่วยสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการตอบสนองของสมองต่อยาหลายชนิด เช่นยาในกลุ่ม narcotics จะพบว่าการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดฤทธิ์สงบระงับ การหายใจหรือทำให้เกิดอาการแพ้และสับสนได้แม้จะใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดยาปกติสำหรับผู้ป่วยทั่วไปก็ตาม อย่างไรก็ตามพบว่าการตอบสนองต่อยาหลายชนิดใน

ผู้ป่วยสูงอายุกลับน้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปและนำมาสู่ความล้มเหลวในการรักษาได้ เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ beta-adrenoceptors เช่นยากลุ่ม beta-blockers และ beta<sub>2</sub>-agonists (71)

4. ผู้ป่วยสูงอายุมีการทำงานของอวัยวะในร่างกายหลายระบบเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเป็นไปตามขบวนการชราอันส่งผลให้การขจัดออกของยา การกระจายยา ระดับยาในร่างกาย และการตอบสนองต่อยาเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุจึงเกิดขึ้นได้ง่ายแม้ในขนาดยาปกติ และมีแนวโน้มที่จะพบได้บ่อยกว่าหรือรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป (72)

- การทำงานของไตของผู้สูงอายุจะมีค่าลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยหลังจากอายุ 40 ปีแล้ว การทำงานของไตจะลดลงร้อยละ 10 ในทุกๆ 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหน่วยไตยังมีปริมาณลดลงซึ่งทำให้การขจัดยาทางไตมีอัตราลดลง ทั้งๆ ที่ในบางรายยังคงตรวจพบว่าค่าครีเอตินินในเลือดของผู้ป่วยอยู่เกณฑ์ปกติก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะปริมาณมวลกล้ามเนื้อที่ลดลงในผู้สูงอายุจะทำให้เกิดการสร้างครีเอตินินลดลงด้วยเช่นกัน
- การทำงานของตับมีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับการทำงานของไต โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นอัตราการทำลายยาของตับมักลดลง ร่วมกับการที่ปริมาณเลือดซึ่งไหลเวียนผ่านตับมีปริมาตรลดลงทำให้ยาบางชนิดมีค่าครึ่งชีวิตยาวขึ้น เมื่อมีการให้ยาในช่วงห่างเท่าผู้ป่วยทั่วไป อาจทำให้เกิดการสะสมในร่างกายจนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือความเป็นพิษได้ง่าย
- การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนปริมาณไขมันและน้ำในร่างกาย ซึ่งพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีสัดส่วนของไขมันต่อน้ำมากขึ้น ในผู้ป่วยที่อายุ 70 ปีขึ้นไป จะพบสัดส่วนไขมันในร่างกายมากขึ้นถึงหนึ่งในสามของไขมันที่เคยมีตอนอายุ 30 ปี ผลการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อระดับยาในเลือดและการสะสมของยา โดยเฉพาะยาที่ละลายได้ดีมากในน้ำหรือในน้ำมัน ซึ่งหากเป็นยาที่ละลายได้ดีในน้ำ ก็อาจทำให้เกิดการสะสมของยาในเลือดและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น ในขณะที่หากเป็นยาที่ละลายได้ดีในไขมัน ก็อาจทำให้ผลตอบสนองต่อยาลดลงเนื่องจากยามีการกระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น

การศึกษาของ Jorgensen TM และคณะพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ยาในโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มยาขับปัสสาวะ และยาที่พบเป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ได้บ่อย คือ digitalis และยาขับปัสสาวะนั้นเอง (22, 65, 68) การศึกษาของ Warrel JL

และคณะพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจาก digitalis พบได้บ่อยถึง 8.53 รายต่อผู้ได้รับยา 1000 ราย (73) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Colt HG และ Shapiro AP ที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคืออาการหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 17 (74)

รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยสูงอายุจำนวนร้อยละ 70-80 สัมพันธ์กับขนาดยา (75) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายुर้อยละ 26-95 สามารถป้องกันได้ (62, 72) จากการศึกษาของ Gurwitz JH และคณะพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 27.6 โดยในจำนวนนี้เกิดจากความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาถึงร้อยละ 58.4 สาเหตุที่พบบรองลงมาคือจากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 21.1 เช่นผู้ป่วยใช้ยาเกินขนาดหรือแพทย์ได้สั่งหยุดยาไปแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยานิดนั้นอยู่ ส่วนใหญ่เกิดจากยาในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน (76)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นจึงได้มีหลักเกณฑ์ในการใช้ยาซึ่งเสนอโดย O'Mahony D และ Gallagher PF โดยปรับปรุงจากเกณฑ์ของ Beers และคณะ (61) อันจะช่วยให้การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น โดยสรุปดังนี้

#### 1. ประเมินความจำเป็นในการใช้ยาโดยคำนึงว่า

- โรคบางโรคไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา
- พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยา แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ในบางสถานการณ์ก็ควรใช้ เพราะยามีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น
- พยายามวินิจฉัยโรคอย่างละเอียดถูกต้องก่อนการรักษาหรือการใช้ยา

#### 2. สืบค้นประวัติการใช้ยา วิธีชีวิตประจำวันและพฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น

- ผู้ป่วยสูงอายุมักจะหาคำแนะนำหรือตรวจรักษาที่แพทย์หลายท่าน
- ผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ยารายการใดบ้างในปัจจุบันและรายการใดบ้างที่ไม่มีในใบสั่งยาเพื่อช่วยในการดูแลและป้องกันการเกิดอันตรกิริยาของยาที่ใช้อยู่
- การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กาแฟ อาจจะมีผลต่อการใช้ยาจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้

### 3. ควรรู้จักเภสัชวิทยาของยาที่จะใช้เป็นอย่างดี

- การเลือกใช้ยา ควรใช้เฉพาะที่รู้จักดี และคุ้นเคยเท่านั้น
- ระวังผลข้างเคียงจากการออกฤทธิ์ของยา หรือผลการตอบสนองต่อยาที่เปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้น โดยทั่วไปควรเริ่มยาในขนาดต่ำๆ ก่อน
- ขนาดยามาตรฐานที่ใช้ในผู้ป่วยทั่วไป อาจจะมีขนาดความแรงสูงเกินไป สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
- การขจัดยาออกจากร่างกายมีแนวโน้มลดลงจึงควรระวังในการกำหนดขนาดยา
- ผู้สูงอายุมีความไวในการตอบสนองต่อยาอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

### 4. การปรับขนาดยาในผู้ป่วยสูงอายุ ควรพิจารณาจากผลการตอบสนองจากการใช้ยาเป็นหลัก

- ตั้งเป้าหมายของการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- ปรับขนาดจนผลการรักษาที่ต้องการ โดยให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยที่สุด ยาที่มีดัชนีในการรักษาที่แคบเช่น digoxin, warfarin, theophylline ควรมีการติดตามวัดระดับยาในเลือดด้วย
- ให้ยาในขนาดที่เหมาะสมโดยเฉพาะยิ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการยาเพื่อระงับอาการปวด

### 5. พยายามทำให้วิธีการใช้ยาที่ง่ายที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้น

- ในผู้ป่วยสูงอายุบางราย การใช้ยาสูตรผสมอาจจะเหมาะสมและมีประสิทธิภาพดีกว่า
- พยายามลดความถี่ของการใช้ยา ถ้าให้วันละ 1-2 ครั้ง จะเป็นวิธีที่ดีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
- เขียนฉลากยาที่ชัดเจน บรรจุในภาชนะที่เหมาะสมซึ่งผู้ป่วยสูงอายุสามารถอ่านและเปิดเองได้
- พยายามให้รายละเอียดและข้อควรระวังในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย
- อธิบายเรื่องเกี่ยวกับยาเมื่อมีการสั่งใช้ยาทุกครั้ง
- แนะนำให้ใช้ปฏิทินหรือตารางช่วยเตือนความจำในการใช้ยาเพื่อป้องกันผู้ป่วยลืมรับประทานยาหรือสับสน
- สอนให้สังเกตยาทั้งหมดอายุหรือยาที่ไม่ควรใช้อีกต่อไป



6. ทบทวนแบบแผนการรักษาเป็นประจำและหยุดใช้ยาเมื่อไม่มีความจำเป็น
7. ทบทวนและระมัดระวังยาที่ใช้เพิ่มเติม ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่แก่ผู้ป่วยหรือเพิ่มการแสดงอาการของโรคเรื้อรังมากขึ้น

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่าการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุในขนาดที่ปกติอาจจะมีขนาดของยามากเกินไปในผู้ป่วยบางรายและควรลดขนาดยาลงให้เพียงพอในการรักษาโดยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งประเด็นการเลือกยาและการกำหนดขนาดตามเกณฑ์ที่กล่าวมานี้มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** คือจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาของพระภิกษุ ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** คือจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาของพระภิกษุ ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูล

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นบนหอผู้ป่วย (34) พบว่ามีพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาเป็นจำนวน 21 ครั้งจากการกลับเข้ามาับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุทั้งสิ้น 44 ครั้ง คำนวณเป็นความชุกในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา เท่ากับร้อยละ 47.73 เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตร (77)

$$N = \frac{Z^2 [P \times (1-P)]}{d^2}$$

โดย P คืออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้ P = 0.4773

d คือค่าความคลาดเคลื่อนจาก P กำหนดร้อยละ 10 จะได้ d = 0.1

Z ค่าสถิติ Z กำหนดใช้ช่วงค่าเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 จะได้ Z = 1.96

$$\text{จะได้ว่า } N = \frac{(1.96)^2 (0.4773 \times 0.5227)}{(0.1)^2} = 95$$

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 100 ครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### 1. เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

- พระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายใน 60 วันหลังการจำหน่ายผู้ป่วยครั้งก่อน
- มีความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
- ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

### 2. เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย

- ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้
- ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนหรือการสัมภาษณ์ได้เพียงพอแก่การวิจัย
- ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมในการวิจัย

## การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย การวิจัยนี้จึงไม่มีกระบวนการสุ่ม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโดยเภสัชกร (pharmacist's patient profile) เพื่อใช้บันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลผลตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติสุขภาพและประวัติการใช้ยาของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก)

2. แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา เพื่อใช้บันทึกประเภทของปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์ของ Cipolle RJ และคณะ (37) และใช้บันทึกรายละเอียดรวมถึงสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบ (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกรายละเอียดของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบตาม Naranjo's algorithm (45) (ภาคผนวก ค)

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัย

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
  - ปัญหาจากการใช้ยา การจัดแบ่งประเภทและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยา
  - ปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้
  - อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
  - ผลกระทบของปัญหาจากการใช้ยาต่อการเข้ารับการรักษาและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - วิธีชีวิตและแนวคิดต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือการใช้ยา
  - รูปแบบการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการวางแผนดำเนินการวิจัย
2. เสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทย-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ประสานงานไปยังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุมัติทำการวิจัย ณ หอผู้ป่วยที่กำหนด

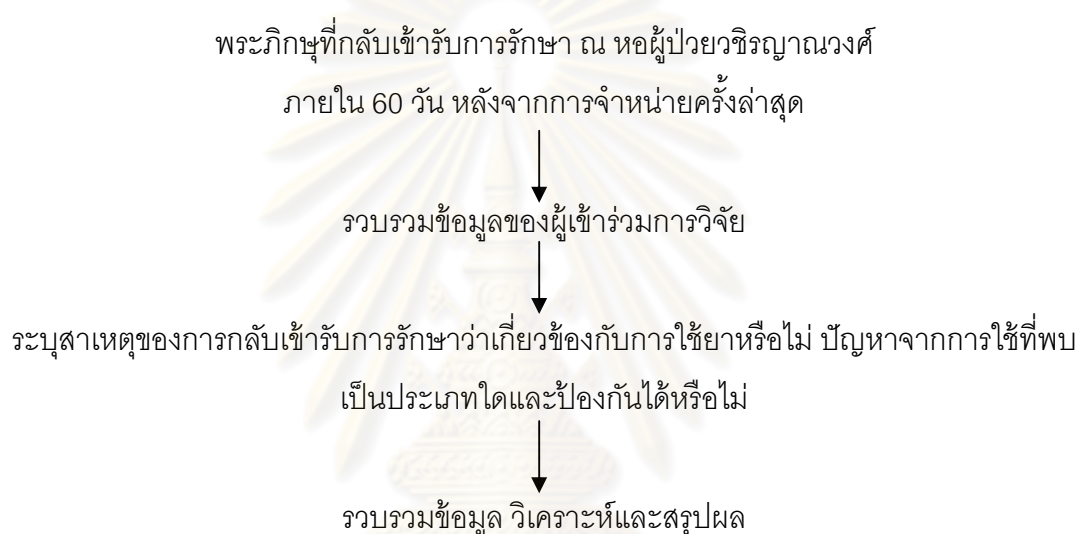
### ขั้นการดำเนินการวิจัย

1. หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการเชิญชวนอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการให้ข้อมูลรายละเอียดแก่อาสาสมัคร
2. อาสาสมัครที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เช่นอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการแพ้ยา ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาและประวัติแพ้ยา และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกที่กล่าวถึงในส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมุ่งเน้นประวัติการใช้ยา
4. ผู้วิจัยประเมินสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ และเป็นปัญหาจากการใช้ยาประเภทใด โดยอาศัยเกณฑ์และ

นิยามของ Cipolle RJ และคณะ (37) และวิเคราะห์ว่าเป็นปัญหาที่ป้องกันได้หรือไม่ โดยอาศัยข้อคำถามของ Schumock GT และ Thornton JP (38) ในกรณีที่มีความกำกวมระหว่างปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการหารือร่วมกับแพทย์เพื่อตัดสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล

#### ภาพที่ 1 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย



#### การวัดผลการวิจัย

1. อุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งคำนวณจาก “จำนวนการกลับเข้าการรักษาในหอผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา”หารด้วย “จำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดที่พบในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย” คูณด้วยหนึ่งร้อย
2. รายละเอียดของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งประเภทตามเกณฑ์ของ Cipolle RJ และคณะ
3. ร้อยละของปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ของ Schumock GT และ Thornton JP

4. ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่เลือกใช้ในการคำนวณ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Window version 17.0 (SPSS Co.,Ltd., Bangkok Thailand)

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้ความถี่ สัดส่วนและร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. Independent T-Test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุต่างกัน ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนโรคประจำตัว จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนกลับเข้ารับการรักษา ระยะห่างของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาในอนโรงพยาบาล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่  $p < 0.05$

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (ethical consideration)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยในประชากรกลุ่มพิเศษคือพระภิกษุ ที่อาจมีความแตกต่างจากประชากรของการวิจัยอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องมีการวิจัยนี้ขึ้น การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ซึ่งผลเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยคือความเป็นส่วนตัวและความอึดอัด ไม่สบายใจในการให้สัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคือการบันทึกประวัติการใช้ยาโดยเภสัชกร พร้อมทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุของการที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยหากสาเหตุเหล่านั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยา ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา โดยอาจลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในอนาคตลงได้

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณาอนุมัติเห็นชอบ และดำเนินการวิจัยหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการแล้ว (ภาคผนวก ง และ จ)

ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ละเอียดและชัดเจนเพียงพอแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงจะเริ่มทำการเก็บข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การเสนอผลการวิจัย จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่สามารถระบุหรือสืบสาวไปยังตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเฉพาะรายได้ (ภาคผนวก ฉ และ ช)

ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตัดสินใจไม่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ หรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้โดยเสรี

### ระยะเวลาที่ทำการวิจัย และสถานที่ทำการเก็บข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ระยะเวลาในการวิจัย คือในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2554

สถานที่ทำการเก็บข้อมูลคือหอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุที่เกิดเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา พร้อมทั้งวิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบ โดยเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2554 ผลการวิจัยมีลำดับหัวข้อดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. จังหวัดที่พระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยพำนัก
2. อายุของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย
3. ส่วนสูง น้ำหนัก และดัชนีมวลกายของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย
4. ประวัติการแพ้ยาของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย
5. ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ดื่มกาแฟและชา
6. ประวัติโรคประจำตัว
7. โรคหรือความผิดปกติที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา
8. จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
9. ระยะห่างของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
10. ระยะเวลานอนโรงพยาบาล

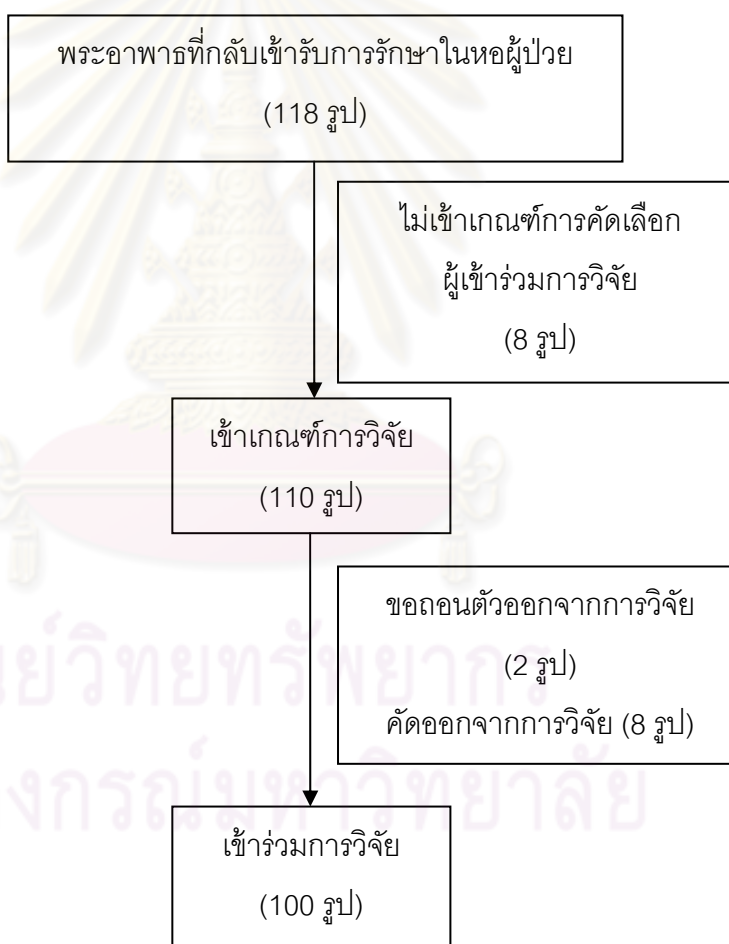
#### ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

1. อุตบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา
2. การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้
3. ประเภทและรายละเอียดของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 รวมเป็นเวลา 5 เดือน พบพระภิกษุอาพาธที่กลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งสิ้น 118 รูป โดยมีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 110 รูป ซึ่งในจำนวนนี้มีพระภิกษุ 2 รูป แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากการวิจัยในภายหลังและพระภิกษุ 8 รูป ถูกคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากไม่สามารถสืบค้นประวัติการใช้ยาจากเวชระเบียนหรือจากการสัมภาษณ์ได้ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 100 รูป ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 จำนวนพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย



## 1. จังหวัดที่พระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัยพำนัก

พระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 100 รูป ร้อยละ 85 พำนักในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตามตารางที่ 3 โดยพระภิกษุที่พำนักในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวน 74 รูป และในเขตปริมณฑลจำนวน 11 รูป ทั้งนี้เนื่องจากการเดินทางค่อนข้างสะดวก และเมื่อสอบถามเพิ่มเติมยังพบว่าพระภิกษุบางรูป มีลูกศิษย์หรือโยมญาติที่มีที่อยู่อาศัยใกล้กับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงมีความสะดวกหากกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้

สำหรับร้อยละ 15 ของพระภิกษุที่พำนักในวัดซึ่งอยู่ต่างจังหวัดนั้น ส่วนใหญ่เคยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นและเมื่อมีอาการดีขึ้น ก็ได้รับการส่งกลับไปรักษาตัวต่อที่วัดภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลเดิม แต่เมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้น เช่นโรคกำเริบขึ้นอีกหรือเกิดปัญหาจากการใช้ยา ญาติและโยมอุปัฏฐากมักตัดสินใจพากลับมายังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เลย เพราะเข้าใจว่าเมื่อพระภิกษุถูกส่งมาจากโรงพยาบาลหนึ่งแล้ว ไม่ควรกลับไปรับการรักษายังโรงพยาบาลเดิม อย่างไรก็ตามคิดว่ามีพระภิกษุอีกส่วนหนึ่ง ที่เมื่อเกิดความผิดปกติแล้วได้กลับเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเดิม ซึ่งอาจเป็นเพราะอาการเหล่านั้นเป็นอาการฉุกเฉินที่ไม่สามารถรอเวลาในการเดินทางมายังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ และอาจทำให้การประมาณอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาลจากปัญหาจากการใช้ยามีความแตกต่างจากความเป็นจริงอยู่บ้าง

### ตารางที่ 3 จังหวัดที่พระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยพำนักอยู่

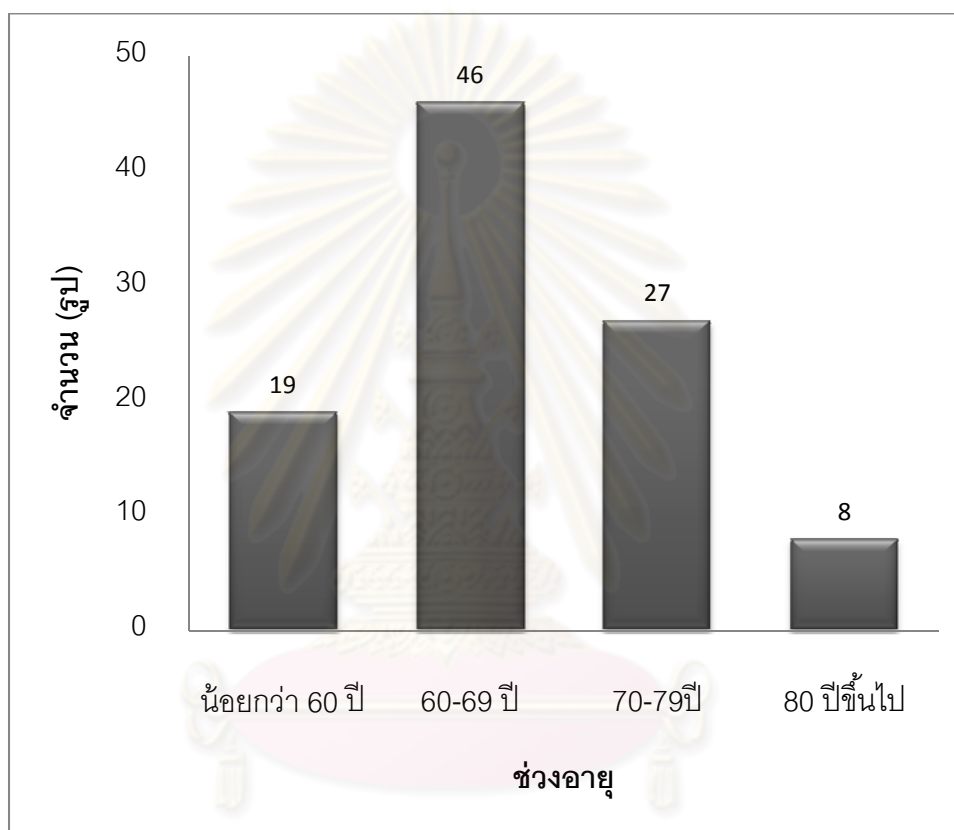
จังหวัด	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
กรุงเทพ	74 (74)
ปริมณฑล	11 (11)
ต่างจังหวัด	15 (15)

## 2. อายุของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย

พระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยมีอายุเฉลี่ย  $65.7 \pm 11.2$  ปี พระภิกษุที่มีอายุน้อยที่สุดที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ มีอายุ 33 ปี และรูปที่มีอายุมากที่สุดที่เข้าร่วมการวิจัย มีอายุ 89 ปี ร้อยละ 46 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยมีอายุในช่วงระหว่าง 60-69 ปี ช่วงอายุที่พบได้มากที่สุดคือช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปีซึ่งพบได้ร้อยละ 27 ดังภาพที่ 3

ร้อยละ 81 ของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นพระภิกษุสูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาญณรงค์ บุญหนุน (29) และ Janbok J (30) ซึ่งนอกจากจะมีข้อจำกัดต่อวัตรปฏิบัติแล้ว ช่วงอายุที่สูงมากของพระภิกษุที่พบส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ยังควรได้รับพิจารณาให้การดูแลเป็นพิเศษทั้งด้านสุขภาพและการใช้ยาอีกด้วย

ภาพที่ 3 ช่วงอายุของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย



### 3. ส่วนสูง น้ำหนัก และดัชนีมวลกายของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนสูงเฉลี่ยของพระภิกษุผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้คือ  $171.4 \pm 3.7$  เซนติเมตร รูปที่มีความสูงน้อยที่สุด สูง 163 เซนติเมตร ในขณะที่รูปที่สูงที่สุด มีความสูง 179 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ยของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ  $65 \pm 8.9$  กิโลกรัม รูปที่มีน้ำหนักต่ำที่สุดหนัก 46 กิโลกรัม และรูปที่มีน้ำหนักสูงสุดหนัก 87 กิโลกรัม

เมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) จากค่าน้ำหนักและส่วนสูงของพระภิกษุแต่ละรูป จะพบว่าค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย คือ  $22.16 \pm 2.62$

กิโลกรัมต่อตารางเมตร รูปที่มีดัชนีมวลกายต่ำที่สุดมีค่าเท่ากับ 15.85 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รูปที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงสุด มีค่าดัชนีมวลกาย 28.41 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

เมื่อพิจารณาดัชนีมวลกายของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 100 รูป โดยใช้เกณฑ์ว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน คือมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป (78) พบว่าพระภิกษุที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 30 รูป มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ (overweight) และ 12 รูป มีโรคอ้วน (obesity) คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร นอกจากนี้ยังพบว่ามีพระภิกษุจำนวน 12 รูป ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจัดว่ามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ตามตารางที่ 4

จากข้อมูลดังกล่าวมานี้ จะพบว่ามีเพียงร้อยละ 46 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้คาดว่าสาเหตุของความไม่เหมาะสมด้านโภชนาการของพระภิกษุอาจมาจากข้อวัตรปฏิบัติบางประการ (59) เช่นประเภทของอาหารที่ฉัน ซึ่งได้รับการบิณฑบาต และของประเคนจากญาติโยม ที่มักเป็นอาหารซึ่งฆราวาสมีค่านิยมว่าเป็นมงคล มีคุณภาพดี หารับประทานได้ยากหรือเป็นอาหารที่บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วชอบรับประทาน อาทิ แกงกระทิ ขนมหวาน อาหารแห้งที่มีปริมาณเกลือสูง หรือน้ำผลไม้สำเร็จรูปที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบปริมาณมาก ซึ่งไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของพระภิกษุส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาศักดิ์ ห่อสุวรรณ และศิริพร พิมพิสิริพานิชย์ ที่พบว่าพระภิกษุส่วนใหญ่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากพระภิกษุต้องฉันอาหารที่ได้จากบิณฑบาต อีกทั้งยังไม่สามารถกำหนดปริมาณอาหารให้เท่าๆ กันในแต่ละมื้อหรือแต่ละวันได้ (55)

นอกจากข้อพิจารณาด้านโภชนาการที่พระภิกษุได้รับอันส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายที่ไม่เหมาะสมแล้ว ปัจจัยอีกประการหนึ่งคือการที่วัตรปฏิบัติของพระภิกษุนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงาน ทั้งนี้ด้วยข้อห้ามในสิกขาบทเรื่องการวางตัวให้เหมาะสมกับเพศบรรพชิต (59) และการรับกิจนิมนต์ไปประกอบพิธีกรรมต่างๆ ที่รบกวนกิจกรรมภายในวัดที่เป็นโอกาสออกกำลังกาย เช่นการกวาดลานวัด เพื่อเจริญวิปัสสนาไปพร้อมกับการใช้พลังงาน

ปัญหาด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสมกับวัตรปฏิบัติเป็นประเด็นที่ควรรณรงค์ให้ฆราวาสทราบถึงชนิดและประเภทอาหารที่ควรจัดหามาถวายหรือควรต้องหลีกเลี่ยง เพื่อให้อาหารที่ถวายมีผลดีต่อสุขภาพของพระภิกษุ อีกทั้งควรมีการส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุควบคู่ไปด้วย เช่นการสนับสนุนปัจจัยแก่พระภิกษุเพื่อรับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง (79, 80)

#### ตารางที่ 4 ความถี่ของค่าดัชนีมวลกายระดับต่างๆ

ค่าดัชนีมวลกาย	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	12 (12)
ปกติ	46 (46)
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	30 (30)
อ้วน	12 (12)

#### 4. ประวัติการแพ้ยาของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อพิจารณาจากบัตรแพ้ยา พบพระภิกษุ 9 รูป (ร้อยละ 9) ที่มีประวัติแพ้ยา ตามตารางที่ 5 โดยกลุ่มยาที่พบเป็นสาเหตุของการแพ้มากที่สุดคือยาด้านจุลชีวะกลุ่ม penicillins ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 55.6 ของพระภิกษุที่มีประวัติแพ้ยาทั้งหมด ยากลุ่มอื่นที่พบประวัติแพ้ในการวิจัยนี้ได้แก่ quinolones, sulfonamides, aspirin และ allopurinol จะสังเกตได้ว่าร้อยละ 77.8 ของพระภิกษุทั้งหมดมีประวัติแพ้ยาด้านจุลชีวะซึ่งมักพบได้บ่อยเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป (81)

บัตรแพ้ยาของพระภิกษุทั้ง 9 รูป ได้รับจากฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล โดยทั้งหมดมีระดับการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาและอาการแพ้ที่เกิดขึ้น อยู่ในระดับอาจจะใช่ (possible) และมีความรุนแรงของอาการแพ้ในระดับไม่รุนแรง

#### ตารางที่ 5 จำนวนของพระภิกษุที่มีประวัติแพ้ยา

ยาที่มีประวัติแพ้	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N = 9)
Penicillins	5 (55.6)
Quinolones	1 (11.1)
Sulfonamides	1 (11.1)
Allopurinol	1 (11.1)
Aspirin	1 (11.1)



## 5. ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ดื่มกาแฟและชา

พระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการดื่มสุรา มีเพียงร้อยละ 27 ที่เคยมีประวัติดื่มสุราในขณะที่เป็นฆราวาส แต่ทั้งหมดหยุดดื่มสุราเมื่อบวชเป็นพระภิกษุ การสูบบุหรี่ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ พบได้ร้อยละ 4 ในขณะที่ร้อยละ 57 ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ และร้อยละ 39 ซึ่งมีประวัติเคยสูบบุหรี่ ได้หยุดสูบบุหรี่แล้วโดยถาวร ตามตารางที่ 6 และภาพที่ 4

การที่พบพระภิกษุสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 4 ในการวิจัยนี้ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chaveepojnkamjorn W และ Pichainarong N (33) ที่พบได้บ่อยมากถึงร้อยละ 47.6 นั้น คาดว่าเป็นผลจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยเฉพาะช่วงอายุซึ่งการศึกษาของ Chaveepojnkamjorn W และ Pichainarong N ทำการสำรวจในพระภิกษุที่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ในขณะที่การวิจัยนี้เป็นพระสงฆ์อายุ จึงพบสัดส่วนของผู้ที่เคยสูบแต่เลิกแล้วเป็นจำนวนมาก

ร้อยละ 81 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีประวัติการดื่มกาแฟเป็นประจำ ร้อยละ 16 เคยมีประวัติดื่มกาแฟเป็นประจำ แต่ได้งดดื่มแล้ว คงเหลือเพียงร้อยละ 3 ที่ยังคงดื่มกาแฟเป็นประจำ ตามตารางที่ 6 และภาพที่ 4 อย่างไรก็ตามกลับพบความนิยมดื่มชาในพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัยได้บ่อยถึงร้อยละ 31 ซึ่งคาดว่าเป็นผลจากค่านิยมของฆราวาสในการนำไปชารวมอยู่ในชุดถวายสังฆทาน ทำให้พบอัตราการดื่มชาที่ค่อนข้างสูง

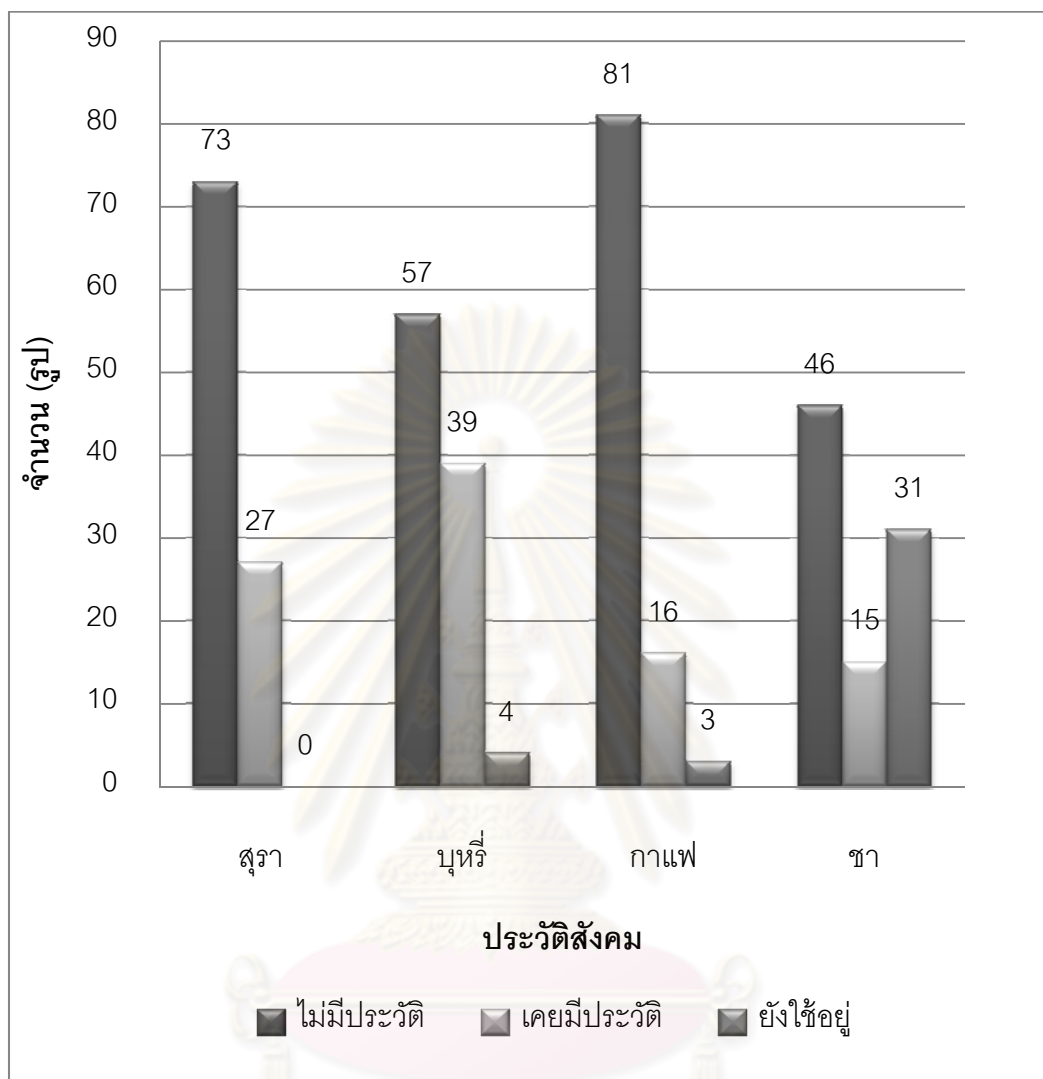
การดื่มชาเป็นประจำพบว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพหลายประการ เช่น สารตระกูล catechins และ polyphenols ในใบชามีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการชราของร่างกายและการเกิดโรคต่างๆ การดื่มชาช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคของระบบหลอดเลือดและหัวใจจากการส่งเสริมการทำงานของระบบ nitric oxide และ endothelial ของเยื่อหลอดเลือด (82) และจากการศึกษาของ Kumar G และคณะยังพบว่าชาสามารถยับยั้งกระบวนการเกิดมะเร็งได้ (83) อย่างไรก็ตามการดื่มชามีข้อควรระวังบางประการ เช่น อาการท้องผูกจากสาร polyphenols และการเกิดอันตรกิริยากับยาที่ผู้ป่วยได้รับ (84) โดยเฉพาะอันตรกิริยาระหว่างการดื่มชา กับ warfarin เนื่องจากใบชา มีปริมาณ vitamin K ค่อนข้างมากและมีรายงานการศึกษาที่พบว่าค่า international normalized ratio (INR) ของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก หลังจากหยุดดื่มชาซึ่งเคยดื่มเป็นประจำ (85) ดังนั้นเภสัชกรผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่พระภิกษุที่ใช้ยา warfarin จึงควรมีค่านิ่งถึงประวัติการดื่มชาของพระภิกษุควบคู่ไปกับการดูแลด้านอาหารและโภชนาการอื่นๆ

ตารางที่ 6 จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามประวัติสังคม

ประวัติสังคม	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
สุรา	
ไม่มีประวัติ	73 (73)
เคยมีประวัติ	27 (27)
ยังใช้อยู่	0 (0)
บุหรื	
ไม่มีประวัติ	57 (57)
เคยมีประวัติ	39 (39)
ยังใช้อยู่	4 (4)
กาแฟ	
ไม่มีประวัติ	81 (81)
เคยมีประวัติ	16 (16)
ยังใช้อยู่	3 (3)
ชา	
ไม่มีประวัติ	46 (46)
เคยมีประวัติ	15 (15)
ยังใช้อยู่	31 (31)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 4 จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามประวัติสังคม



## 6. ประวัติโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลตามเวชระเบียน พบว่าโรคประจำตัวที่พบได้บ่อยที่สุด 5 ลำดับแรกในการวิจัยนี้คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71) ภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ 67) เบาหวาน (ร้อยละ 62) ไ้ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 57) และปัญหาสายตา (ร้อยละ 49) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ (46-47, 61) ตามตารางที่ 7

จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยต่อพระภิกษุแต่ละรูปคือ  $5.6 \pm 2.3$  โรค โดยมีพระภิกษุเพียงรูปเดียวที่ไม่มีโรคประจำตัว รูปที่มีโรคประจำตัวมากที่สุดมีโรคประจำตัว 12 โรค ซึ่งการที่พบโรคประจำตัวได้หลายโรคในพระภิกษุส่วนใหญ่ของการวิจัยนี้อาจเป็นเพราะอายุของพระภิกษุ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งมักพบโรคหรือความผิดปกติได้บ่อยกว่าวัยอื่นๆ (68) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Janbok J และกิติยศ ยศสมบัติ (30, 34)

โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบในการศึกษานี้ คือกลุ่มโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังโดยพัฒนาจากระยะไม่ปรากฏอาการคือมีแต่ปัจจัยเสี่ยงจนไปถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต การรับมือกับโรคเหล่านี้จึงควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ควบคู่ไปกับการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญแต่ปฏิบัติได้ยากในพระภิกษุคือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมทั้งประเภทและปริมาณ ทั้งนี้เนื่องจากข้อกำหนดในสิกขาบทเรื่องการวางตัวของเพศบรรพชิตและการฉันอาหาร (59) อย่างไรก็ตามการคัดกรองโรคเรื้อรังเหล่านี้ในพระภิกษุสงฆ์อาจเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งซึ่งปฏิบัติได้ง่ายกว่าและควรสนับสนุนให้มีขึ้นเป็นประจำไปโดยตลอด

ภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อในการศึกษานี้ สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 3 สาเหตุ โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือภาวะปวดจากการเสื่อมของกระดูกและข้อ โดยพบได้มากถึง 59 รูป หรือคิดเป็นร้อยละ 88.05 ของพระภิกษุที่มีภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อเป็นโรคประจำตัว ทั้งนี้คาดว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับวัตรปฏิบัติของพระภิกษุ โดยจากการศึกษาของ Tangtrakulwanich B และคณะ พบว่าร้อยละ 59.4 ของพระภิกษุมีภาวะกระดูกเข้าเสื่อม ซึ่งเป็นอัตราเดียวกับที่พบในการวิจัยนี้ (31, 56)

ในการวิจัยนี้พบภาวะต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia) ได้มากถึง 48 รูป ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นพระภิกษุซึ่งสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ จึงพบได้ในอัตราค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคโดย Glynn RJ และคณะ ซึ่งพบว่าภาวะต่อมลูกหมากโตพบได้บ่อยร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและพบได้บ่อยมากขึ้นเป็นร้อยละ 78 ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี (86) การที่พบภาวะต่อมลูกหมากโตได้บ่อยในพระภิกษุเป็นประเด็นที่ควรสื่อสารไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลพระภิกษุอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตส่วนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการของโรค เนื่องจากยังอยู่ในระยะแรก ดังนั้นหากบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความตระหนักถึงภาวะที่พบได้บ่อยนี้ในพระภิกษุที่อาพาธด้วยโรคอื่น ก็อาจส่งผลให้ยาที่มีผลต่อการดำเนินโรคหรือทำให้อาการแย่ลงได้

ส่วนใหญ่ของโรคมะเร็งที่พบในพระภิกษุมีบุตรที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (33) นอกจากนี้ยังพบอัตราการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพระภิกษุได้ค่อนข้างมากซึ่งสอดคล้องกับใน การศึกษาของ Chaveepojnkamjorn W และคณะ (33) อีกทั้งบุตรยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบเป็นลำดับต้นๆ ในพระภิกษุดังนั้นการรณรงค์ให้พระภิกษุเลิกสูบบุหรี่จึงมีประโยชน์ทั้งในแง่การป้องกันโรคและการชะลอไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันรุนแรง บุคลากรสาธารณสุขจึงควรใส่ใจประวัติการสูบบุหรี่ของพระภิกษุและให้ความช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่แก่พระภิกษุที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่

#### ตารางที่ 7 จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
ความดันโลหิตสูง	71 (71)
ภาวะปวด/ ความผิดปกติของกระดูกและข้อ	67 (67)
เบาหวาน	62 (62)
ไขมันในเลือดสูง	57 (57)
ความผิดปกติของดวงตาและสายตา	49 (49)
ต่อมลูกหมากโต	48 (48)
หัวใจล้มเหลว	31 (31)
มะเร็ง	30 (30)
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	25 (25)
โรคหลอดเลือดสมอง	21 (21)
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	18 (18)
โรคไตเรื้อรัง	17 (17)
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	13 (13)
แผลในทางเดินอาหาร เลือดออกในทางเดินอาหาร หรือ portal hypertension	12 (12)
วัณโรค	10 (10)
ลิ้นหัวใจพิการ	7 (7)
ลมชัก	7 (7)
เยื่อจมูกอักเสบ	6 (6)
หิด	3 (3)

### ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนของพระภิกษุจำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
ติดเชื้อ HIV/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	3 (3)
ตับหรือตับอ่อนอักเสบ	3 (3)
ความจำเสื่อม	3 (3)

### 7. อาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา

อาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในการวิจัยนี้ซึ่งบันทึกไว้ในเวชระเบียน ณ วันแรกพบ พบทั้งสิ้น 47 โรค โดยที่พบบ่อยที่สุด คือ acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 9 ของพระภิกษุทั้งหมด ตามตารางที่ 8 อาการนำหรือโรคที่พบได้บ่อยรองลงมาคือ cellulitis, pneumonia และ upper gastrointestinal bleeding ซึ่งพบได้ร้อยละ 5 เท่ากันทั้งสามโรค ซึ่งสัมพันธ์กับโรคประจำตัวที่พบได้บ่อยในพระภิกษุและสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ (34)

### ตารางที่ 8 อาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา

โรคหรือความผิดปกติ	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease	9 (9)
Cellulitis	5 (5)
Pneumonia	5 (5)
Upper gastrointestinal bleeding	5 (5)
Heart failure	4 (4)
Stroke (ischemic)	4 (4)
Acute diarrhea	3 (3)
Asthmatic attack	3 (3)
Diabetic ketoacidosis	3 (3)



ตารางที่ 8 (ต่อ) อาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา

โรคหรือความผิดปกติ	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
Epilepsy	3 (3)
Herpes infection	3 (3)
Hypoglycemia	3 (3)
Spinal stenosis	3 (3)
Acute febrile illness	2 (2)
Acute tubulointerstitial nephritis	2 (2)
Bleeding	2 (2)
Cancer of base of tongue	2 (2)
Non small cell lung cancer	2 (2)
Pancreatitis	2 (2)
Cystitis	2 (2)
Digoxin intoxicity	2 (2)
Drug eruption	2 (2)
Fever	2 (2)
Hyperglycemia	2 (2)
Prostatitis	2 (2)
Urinary retention	2 (2)
Colon cancer	1 (1)
Esophageal cancer	1 (1)
Liver cell carcinoma	1 (1)
Lymphoma	1 (1)
Small cell lung cancer	1 (1)
Fungal infection	1 (1)
Gall stone	1 (1)
Gout attack	1 (1)
Hepatitis	1 (1)
Hyperkalemia	1 (1)

ตารางที่ 8 (ต่อ) อาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา

โรคหรือความผิดปกติ	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
Hypertensive crisis	1 (1)
Idiopathic thrombocytopenic purpura	1 (1)
Jaundice	1 (1)
Neurotoxicity	1 (1)
Hemoptysis	1 (1)
Septicemia	1 (1)
Sinus bradycardia	1 (1)
Stroke (hemorrhagic)	1 (1)
Theophylline intoxicity	1 (1)
Vertigo	1 (1)
Weight loss	1 (1)

8. จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยรูปละ  $9.4 \pm 4.0$  รายการ พระภิกษุที่มีรายการยาน้อยที่สุดคือ 0 รายการและมากที่สุด 19 รายการ โดยรายการยาที่รายงานในการวิจัยนี้ ไม่รวมถึงยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ ยาที่พระภิกษุได้รับการถวายหรือยาที่หาซื้อมาใช้เอง ซึ่งพบว่าพระภิกษุบางรายใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณอีกหลายรายการร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และส่งผลให้รายการยาที่พระภิกษุได้รับมีจำนวนสูงมากจนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาโดยเฉพาะปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาและไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้ (46, 64-68) และควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยา

ร้อยละ 60 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ได้เป็นผู้จัดยาตนเอง แต่มีโยมอุปัฏฐากเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดยาหรือดูแลการใช้ยาซึ่งพระภิกษุหลายรูปให้ข้อมูลว่าผู้อุปัฏฐากที่จัดยาให้นี้อาจมีการผลัดเปลี่ยนเวรของเด็กวัดหรือสามเณร อันอาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการใช้ยาได้ง่าย ดังนั้นเภสัชกรผู้ส่งมอบยาให้แก่พระภิกษุจึงต้องตระหนักในประเด็นนี้

และควรสอบถามถึงโยมอุปัฏฐากที่เป็นคนหลักพร้อมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของ พระภิกษุแก่โยมอุปัฏฐากผู้นั้น เพื่อให้สามารถดูแลการใช้ยาของพระภิกษุได้อย่างถูกต้องตาม แพทย์สั่ง

#### 10. ระยะเวลาของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาล ซึ่งหมายถึงระยะห่างระหว่างวันแรกรับผู้ป่วยจากวัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดโดยเฉลี่ยคือ  $31.02 \pm 17.21$  วัน โดยรูปที่มีระยะเวลาที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาลน้อยที่สุดคือ 2 วันหลังออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน รูปที่มีระยะเวลาที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาลยาวที่สุดคือ 58 วัน โดยรูปที่มีระยะเวลาที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาลน้อยที่สุด เป็นพระภิกษุที่ได้รับ ceftriaxone แล้วเกิดอาการปวดในท้องค่อนข้างรุนแรง ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน มากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะหลังฉันอาหาร ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจาก ceftriaxone-induced biliary sludge

#### 11. ระยะเวลานอนโรงพยาบาล

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของพระภิกษุทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัยคือ  $9.9 \pm 6.70$  วัน โดยรูปที่นอนโรงพยาบาลเป็นเวลาสั้นที่สุดเท่ากับ 2 วัน และรูปที่นอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานที่สุดคือ 38 วัน ซึ่งเกิดอาการไม่พึงประสงค์ Steven Johnson syndrome จากยาลดไข้ บรรเทา ปวดไม่ทราบชื่อที่ได้รับถวายจากโยม เนื่องจากมีอาการไข้ ปวดเมื่อย โดยแพทย์สันนิษฐานว่าเป็น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

### 1. อุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

จากพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 100 รูป พบว่า 47 รูป กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา คิดเป็นอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา เท่ากับร้อยละ 47 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ อัมไพ ทวีอภิรดีเจริญ ที่ทำการศึกษาปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (18) ทั้งนี้เป็นเพราะพระภิกษุที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ร้อยละ 28 มีโรคของระบบหายใจเช่นปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหอบหืดเป็นโรคประจำตัว อีกทั้งยังเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างกับการศึกษาของ อัมไพ ทวีอภิรดีเจริญ จึงทำให้ได้ผลการวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ตามตารางที่ 9

### ตารางที่ 9 สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=100)
กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา	47 (47)
กลับเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา	53 (53)

หากเปรียบเทียบกับบางการศึกษาอาจพบว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบในการวิจัยนี้มีอัตราที่แตกต่างกัน เช่นการศึกษาของเยาวภา ศรีวิชัย ซึ่งศึกษาพบว่าผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานมีปัญหาจากการใช้ยามากถึงร้อยละ 77.67 (17) ในขณะที่การทบทวนรายงานการศึกษาศึกษาของชุดิมา อรรคลีพันธ์ พบว่าผลการศึกษาศึกษาของพิจิตรา รัตนไพบูลย์ ซึ่งทำการศึกษาไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป กลับพบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาเพียงร้อยละ 6.96 (28) ความแตกต่างของอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่กล่าวมานี้ เป็นเพราะรูปแบบการศึกษาวินิจฉัยและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้มีขึ้นเพื่อที่จะทราบอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ดังนั้นการวิจัยนี้จึงไม่ได้รายงาน

ปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมดที่พบในพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่พบบางปัญหาไม่ได้เป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล

## 2. การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้

ปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ เมื่ออาศัยเกณฑ์ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของ Schumock GT และ Thornton JP (38) ซึ่งการศึกษาของ Easton KL และคณะ ได้ประยุกต์นำมาใช้ประเมินปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ (21) พบว่าพระภิกษุอาพาธที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา จำนวน 39 รูป มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ ตามตารางที่ 10 คิดเป็นร้อยละ 82.98 ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 47 รูป หรือกล่าวได้ว่า ความป้องกันได้ (preventability) ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุ เท่ากับร้อยละ 83 ซึ่งมีค่าสูงกว่าที่พบในการศึกษาอื่น (88) เช่นการศึกษาของ Royal S และคณะ พบว่าร้อยละ 59 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ (41) ทั้งนี้คาดว่าเป็นผลจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ซึ่งเป็นพระภิกษุสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และมีพฤติกรรมการใช้ยารวมถึงวัตรปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้เข้าร่วมการศึกษาคือ

ตารางที่ 10 ปัญหาจากการใช้ยาที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน (รูป) (ร้อยละ; N=47)
เป็นปัญหาที่ป้องกันได้	39 (82.98)
ไม่เป็นปัญหาที่ป้องกันได้	8 (17.02)

ปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ที่พบในการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยา และปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยกระบวนการประสานรายการยา ควบคุมไปกับการแก้ไขที่สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (46, 88) นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มี

ประสิทธิภาพควบคู่กันไปในทุกกระบวนการของการใช้ยา จึงจะสามารถลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นนี้ได้

### 3. ประเภทและรายละเอียดของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประเมินโดยความเห็นของผู้วิจัย ร่วมกับแพทย์และพยาบาล อิงตามเกณฑ์และนิยามของ Cipolle RJ และคณะ (37) พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 46.8) และความสามารถใช้ยาตามคำแนะนำ (ร้อยละ 25.5) เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้บ่อยที่สุด ตามตารางที่ 11 โดยพบว่าปัญหาจากการใช้ยาทั้งสองประเภทยังพบรวมกันเป็นจำนวน ร้อยละ 72.3 ของพระภิกษุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ ที่มีมาก่อนหน้านี้ (2-3, 5, 11, 44, 46)

#### ตารางที่ 11 ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาและจำนวนที่พบ

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหาที่พบทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนปัญหาที่ป้องกันได้ (ร้อยละของการป้องกันได้)
ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น	0 (0.0)	0 (100.0)
ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม	6 (12.8)	6 (100.0)
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล	1 (2.1)	1 (100.0)
ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป	6 (12.8)	6 (100.0)
ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์	22 (46.8)	14 (63.6)
ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป	0 (0)	0 (100.0)
ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ	12 (25.5)	12 (100.0)
รวม	47 (100)	39 (83)

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยรองลงมาคือผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 12.8) และผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (ร้อยละ 12.8) ซึ่งทำให้โรคหรืออาการผิดปกติที่ผู้ป่วย



มีอยู่เดิมลูกกลมหรือมีความรุนแรงมากขึ้นและส่งผลให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามตารางที่ 11

ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น ซึ่งไม่พบในการวิจัยนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการวิจัยนี้ ไม่ได้รวมประวัติการใช้ยาอื่นที่ผู้ป่วยไม่ได้รับจากแพทย์ที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน อย่างไรก็ตาม คาดว่าหากรวมยาที่ผู้ป่วยหาซื้อมาใช้เอง ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับการถวายจาก หมราวาส อาจพบปัญหานี้ได้ด้วย เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาของ เสาวนินทร์ กรกชมาศ ซึ่ง พบว่าการได้รับยาโดยไม่จำเป็น เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ หน่วยงานเงิน (11) สำหรับปัญหาผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไปซึ่งไม่พบในการวิจัยนี้ เป็นเพราะ ผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงในการวิจัยนี้ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้ว ดังนั้นการวิจัยนี้จึงจัด รวมผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไว้ในปัญหาจากการใช้ยาประเภทผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์

### 3.1 ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม

การวิจัยนี้พบพระภิกษุที่ต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม ซึ่งนำมาสู่การกลับเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6 รูป คิดเป็นร้อยละ 12.8 ของปัญหาจากการใช้ยาที่พบ ทั้งหมด โดยปัญหาที่พบในพระภิกษุทั้ง 6 รูป เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยสาเหตุของ ปัญหาจากการใช้ยาเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งทำให้พระภิกษุไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ โดยอาจเกิดจากไม่มีการสั่งใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเสริมการรักษา หรือเกิดจากการ ขาดกระบวนการประสานรายการยาที่มีประสิทธิภาพ (89) ทำให้รายการยาที่พระภิกษุได้รับการ มาณอนโรงพยาบาลครั้งล่าสุดไม่ครบตามที่เคยใช้ ตัวอย่างยาที่พบเป็นสาเหตุของปัญหาจาก การใช้ยาได้แก่

- Granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) ซึ่งพระภิกษุไม่ได้รับเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะกดไขกระดูกจากยาเคมีบำบัด ทั้งนี้พระภิกษุรูปนี้เคยมี ประวัติเม็ดเลือดขาวต่ำจากการรับยาเคมีบำบัด โดยครั้งล่าสุดโยมลูกศิษย์ที่ เป็นแพทย์ได้แนะนำให้กลับมามาตรวจก่อนนัดและพบว่ามียาระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ กว่า 3000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แม้ยังไม่ถึง nadir ดังนั้นจึงต้องกลับ เข้าโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
- Theophylline ซึ่งพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้รับยาตั้งแต่การมาพักใน โรงพยาบาลครั้งก่อน พระภิกษุอดีตที่จะสอบถามเรื่องยาหรือสนทนาเรื่อง อาการป่วยเนื่องจากแพทย์ที่ดูแลขณะนั้นเป็นผู้หญิง เมื่อไม่ได้รับยาที่เคย

ได้รับก็ไม่ได้ทักท้วง จนเกิดอาการกำเริบของภาวะหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง และกลับเข้ารับการรักษา

- Prazocin ซึ่งแพทย์มีคำสั่งระงับการใช้ตั้งแต่การนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า และไม่ได้มีการประสานรายการยา ทำให้เกิดปัสสาวะคั่งหลายวันแล้ว เกิดภาวะปัสสาวะอึกเสบต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- Warfarin ซึ่งพระภิกษุมีประวัติหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมกับหัวใจล้มเหลว ทำให้มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดได้ง่าย แต่มีการเปลี่ยนเวรแพทย์ผู้ดูแล ทำให้พระภิกษุไม่ได้รับยา และเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด
- Beta-blocker ซึ่งมีความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ไม่ได้จ่ายให้แก่พระภิกษุที่มีประวัติ portal hypertension และทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

### 3.2 ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผล

การวิจัยนี้พบพระภิกษุได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิผลและนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.13 ของปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด โดยปัญหาที่พบเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาเกิดจากความไม่เหมาะสมของยาที่พระภิกษุได้รับ ทำให้ไม่มีประสิทธิผลเพียงพอแก่การรักษา ยาที่พบเป็นสาเหตุของปัญหาคือ Combizyme® ซึ่งแพทย์สั่งจ่ายให้แก่พระภิกษุที่อาพาธด้วยโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (chronic pancreatitis) เดิมพระรูปนี้เคยได้รับ Creon® และสามารถควบคุมอาการได้ดี แต่ต่อมาแพทย์เปลี่ยนเป็นใช้ Combizyme® ทำให้พระภิกษุเกิดอาการปวดท้องอย่างรุนแรงจนต้องกลับมารับการรักษาอีกครั้ง หลังจากแพทย์เปลี่ยนยากลับเป็น Creon® เช่นเดิมก็พบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

### 3.3 ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป

การวิจัยนี้พบพระภิกษุที่ได้รับยาขนาดต่ำเกินไป ซึ่งนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6 รูป คิดเป็นร้อยละ 12.77 ของปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด โดยปัญหาที่พบทั้ง 6 รูป เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาหรือขาดกระบวนการประสานรายการยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้พระภิกษุไม่ได้รับการปรับขนาดยา อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาคืออันตรายจาก

ของยากับยาและของยากับอาหาร ซึ่งทำให้ระดับยาไม่เพียงพอแก่การออกฤทธิ์หรือไม่เกิดประสิทธิผลที่ต้องการ ตัวอย่างยาที่พบเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาได้แก่

- Insulin ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่ได้ได้รับการปรับขนาดยาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สั่งยาไม่ได้ตระหนักถึงพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยจะได้รับแตกต่างกันระหว่างที่อยู่ที่วัดกับตอนนอนโรงพยาบาล หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยได้ระยะหนึ่งผู้ป่วยเกิดอาการมีน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกรูปหนึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เช่นเดียวกันซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่ำไม่คงที่ และเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้บ่อย ทำให้การพักในโรงพยาบาลครั้งล่าสุด แพทย์ทดลองเปลี่ยนจากการฉีด premixed insulin (70/30) วันละ 2 ครั้ง เป็น insulin detemir วันละ 1 ครั้ง ร่วมกับ regular insulin ก่อนมื้ออาหาร ซึ่งพบว่าควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่เมื่อจำหน่ายพระภิกษุกลับวัด พระภิกษุได้รับเฉพาะ insulin detemir จึงทำให้คุมระดับน้ำตาลไม่ได้และกลับเข้ารับการรักษา
- Combizyme® ซึ่งผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังต้องการเพื่อบรรเทาอาการปวดจากการที่เอนไซม์ของตับอ่อนลดลง เดิมพระภิกษุเคยได้รับ Combizyme® ครั้งละ 5 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ซึ่งควบคุมอาการได้ดี แต่ต่อมาแพทย์ได้ลดขนาด Combizyme® ลงในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย จึงทำให้เกิดอาการปวดรุนแรงขึ้นอีกจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- Phenytoin ซึ่งเกิดอันตรกิริยากับยาอื่นๆ ได้ง่าย ร่วมกับมีดัชนีการรักษาแคบ พระภิกษุรูปหนึ่งเกิดการชักเนื่องจากอันตรกิริยาระหว่าง phenytoin กับ carbamazepine ซึ่งให้เสริมเข้าไป (ระดับ serum phenytoin ลดลงเหลือ 7 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร จากเดิม 12 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตรซึ่งเป็นระดับที่คุมอาการของผู้ป่วยได้) พระภิกษุอีกรูปหนึ่งกลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากมีอาการชักใหม่ ทั้งๆ ที่เคยคุมอาการได้ดีและไม่มีการปรับขนาดยา จากการสอบถามโยมอุปัฏฐากจึงพบว่ามีอาการเปลี่ยนเด็กวัดที่รับหน้าที่ดูแล จึงไม่ทราบว่าต้องแยกช่วงเวลาการให้ phenytoin กับอาหารทางสายยาง ผลที่เกิดขึ้นจากอันตรกิริยาทำให้ระดับยา phenytoin ในเลือดลดลงจนเกิดอาการชักขึ้น (ระดับ serum phenytoin ลดลงเหลือ 11 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร จากเดิม 18 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตรซึ่งเป็นระดับที่คุมอาการของผู้ป่วยได้)

- Fluconazole ซึ่งพระภิกษุได้รับเพราะมีเชื้อราในช่องปาก พระภิกษุมีประวัติโรคแผลในทางเดินอาหาร และใช้ milk of magnesia เป็นประจำ ซึ่งผู้วิจัยและแพทย์มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลจากอันตรกิริยาของยาส่งผลให้ขนาดยา fluconazole ไม่เพียงพอแก่การออกฤทธิ์ ทำให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

### 3.4 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์

การวิจัยนี้พบพระภิกษุที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 22 รูป คิดเป็นร้อยละ 46.8 ของปัญหาจากการใช้ยาที่พบทั้งหมด โดยปัญหาที่พบจำนวน 14 รูป คิดเป็นร้อยละ 63.6 เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาส่วนหนึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาหรือขาดกระบวนการประสานรายการยาที่มีประสิทธิภาพ สาเหตุอื่นๆ ที่พบร่วมกันและทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาคืออันตรกิริยาของยาและของยากับอาหาร ซึ่งทำให้ผลตอบสนองต่อยามีมากขึ้นจนเกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์และทำให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### ตารางที่ 12 รายการยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้

ยาสาเหตุ	อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน (รูป)
Antidiabetic drugs	Hypoglycemia	1
Insulin	Hypoglycemia	1
Warfarin	Bleeding	4
Hydroxyzine	Urinary retention	1
Digoxin	Confusion	1
Verapamil	Heart block	1
Potassium chloride elixir	Fatigue, muscle weakness	1
Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Gastrointestinal bleeding	1
Ceftriaxone	Jaundice	1
Theophylline	Tachycardia	1
ยาสูดกลอนบรเรทาปวด	Asthmatic attack	1

### ตารางที่ 13 รายการยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถป้องกันได้

ยาสเหตุ	อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน (รูป)
Clindamycin	Antibiotic associated colitis	1
Carbamazepine	Maculopapular rash	1
Hydrochlorothiazide	Gouty arthritis	1
Rifampin	Hepatitis	1
Acyclovir	Blood dyscrasia	2
Chemotherapy	Neurotoxicity	1
Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Steven-Johnson syndrome	1

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของอาการไม่พึงประสงค์จะพบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์หลายอาการที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตหรือวัตรปฏิบัติของพระภิกษุ เช่นการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงเวลาเช้า ซึ่งพระภิกษุออกบิณฑบาตเป็นระยะทางไกล อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารซึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือยาต้านการอักเสบบ่อยครั้งเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยซึ่งเกิดจากการนั่งสมาธิและขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาที่ก่อการระคายเคืองในทางเดินอาหารในช่วงเวลาเย็นซึ่งไม่ได้รับประทานอาหาร อาจส่งเสริมให้อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือยาต้านการอักเสบเกิดได้บ่อยขึ้น ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาที่มีสาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้หากเภสัชกรผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตัวอย่างยาที่พบเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาได้แก่

- Insulin ซึ่งทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างในช่วงเวลาฉันอาหารในแต่ละวัน ซึ่งทำให้พระภิกษุพิจารณาเวลาที่เหมาะสมในการฉีดยา insulin ได้ยาก พระภิกษุรูปหนึ่งมีประวัติเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาหลายครั้งแล้วก่อนหน้านี้ แต่ไม่รุนแรงและแก้ไขได้ทัน ในครั้งนี้ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถแก้ไข ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ทัน จนเกิดภาวะหมดสติ ทั้งนี้เป็นผลจากฝนตกในช่วงที่ออกบิณฑบาต จึงกลับถึงวัดล่าช้ากว่าเดิม ร่วมกับได้ฉีดยาลดน้ำตาลร่วมกับฉีด insulin มาแล้วตั้งแต่ก่อนออกบิณฑบาต
- Clindamycin ซึ่งพระภิกษุเกิด antibiotic-associated colitis (AAC) หลังใช้ยาแล้วประมาณ 2 สัปดาห์



- ยาลดไข้ บรรเทาปวดไม่ทราบชื่อ ซึ่งสันนิษฐานว่าเป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ซึ่งก่อให้เกิดผื่นแพ้ยารุนแรง Steven Johnson syndrome (SJS) โดยพระภิกษุได้รับยาจากโยม เนื่องจากมีอาการไข้ ปวดเมื่อย
- ยาถูกกลอนบรรเทาปวด ซึ่งพระภิกษุใช้บรรเทาอาการปวดข้อ แต่เนื่องจากได้รับการบอกกล่าวจากโยมลูกศิษย์ว่ายาถูกกลอนมักมีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ ซึ่งมีอันตรายควรหยุดใช้ทันที พระภิกษุจึงหยุดใช้ยาและเกิดการกำเริบของโรคหอบหืดซึ่งเป็นโรคประจำตัว และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- Warfarin ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเลือดออก โดยรูปร่างเกิดจากขาดการประสานรายการยาระหว่างช่วงเริ่มการใช้ยาและการรื้อรับหัตถการ รูปร่างเกิดจากอันตรกิริยาของ warfarin กับ ofloxacin ซึ่งได้รับเพื่อรักษาภาวะต่อมลูกหมากอักเสบติดเชื้อ รูปอื่นๆ ที่พบภาวะเลือดออกเกิดจากการได้รับ warfarin ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือยาถูกกลอนซึ่งพระภิกษุใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อยจากกิจวัตรประจำวัน
- Hydroxyzine ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะคั่ง โดยพระภิกษุมีประวัติโรคต่อมลูกหมากโต และได้รับ hydroxyzine จากการมาพักในโรงพยาบาลครั้งก่อน หลังกลับไปพำนักที่วัด พระภิกษุเกิดผื่นคันขึ้นจึงนำมาฉนและเนื่องจากขณะเดียวกันมีอาการคล้ายหวัด คือน้ำมูกไหล จึงได้รับถวายเป็นยาลดน้ำมูกจากโยมลูกศิษย์มาฉนพร้อมไปกับ hydroxyzine หลังจากนั้นจึงเกิดปัสสาวะคั่ง และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- Digoxin ซึ่งพระภิกษุเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากพระภิกษุมีประวัติได้รับ digoxin คู่กับ furosemide ซึ่งมีผลให้ระดับโพแทสเซียมของพระภิกษุค่อนข้างต่ำและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก digoxin บ่อยครั้ง ในช่วงที่พักในโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า มีการเจาะวัดระดับโพแทสเซียมและเสริมด้วย KCl elixir เป็นประจำ แต่เมื่อจำหน่ายกลับวัด พระภิกษุไม่ได้รับ KCl elixir จึงเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น
- Carbamazepine ซึ่งก่อให้เกิดผื่นแพ้ยา maculopapular rash ร่วมกับ target lesion โดยที่พระภิกษุไม่เคยได้รับยานี้มาก่อน
- Hydrochlorothiazide ซึ่งทำให้พระภิกษุเกิดข้ออักเสบจากผลึกยูริค (gouty arthritis) โดยที่ไม่เคยมีประวัติมาก่อน พระภิกษุรูป นี้เดิมได้รับ amlodipine



และ atenolol เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากยังไม่สามารถรักษา ระดับความดันโลหิตในช่วงที่ต้องการได้ แพทย์จึงเพิ่มยา hydrochlorothiazide แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

- Verapamil และ atenolol ซึ่งก่อให้เกิด sinus bradycardia เนื่องจากเดิมพระภิกษุได้รับยา atenolol เพื่อลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ แต่พบว่ายังมีอัตราการเต้นที่ค่อนข้างเร็วซึ่งอาจก่อให้เกิดลิ้มเลือดได้ แพทย์จึงเพิ่ม verapamil ซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอและเหมาะสมแล้วจึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อกลับไปพำนักที่วัดได้ระยะหนึ่งพระภิกษุเกิดอาการผิดปกติสงสัยว่าเกี่ยวกับโรคหัวใจ จึงกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง
- Rifampin ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะตับอักเสบในผู้ป่วยวัณโรค โดยเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และท้องอืดตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังการเริ่มใช้ยา
- KCl elixir ซึ่งทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ไม่สบายท้องและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเคยได้รับ amphotericin B ในช่วงที่พักรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน และมีระดับโพแทสเซียมต่ำ แพทย์จึงให้เสริม KCl elixir แต่เมื่อถึงกำหนดจำหน่ายผู้ป่วยและหยุดให้ยา amphotericin B ไม่พบคำสั่งหยุด KCl elixir พระภิกษุจึงได้รับยานี้ต่อเนื่องจนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น
- Theophylline ซึ่งพบว่าพระภิกษุเกิดอาการคลื่นไส้ และใจสั่น จากการที่ระดับยา theophylline สูงกว่าระดับการรักษา คือเพิ่มขึ้นจาก 12 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร เป็น 21 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ทั้งนี้คาดว่าเกิดจากอันตรกิริยาของ theophylline กับ ketoconazole ซึ่งได้รับจากโรงพยาบาลคนละแห่ง

### 3.5 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ

การวิจัยนี้พบพระภิกษุที่ไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ และนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 12 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของปัญหาจากการใช้ยาที่พบทั้งหมด โดยปัญหาที่พบทั้งหมดเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในความสำคัญของการใช้ยา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาและการรักษาแผนปัจจุบัน ไม่สามารถใช้ยาบางชนิดได้ถูกต้องเพราะความยุ่งยากในวิธีการขั้นตอนการใช้ยา บุคลากรในโรงพยาบาลไม่สร้างสัมพันธภาพอันดีกับพระภิกษุ ทำให้พระภิกษุขาดความเชื่อมั่นหรือเกิดแรงต้านจนทำให้ไม่ใช้ยาตามที่แนะนำ

ยาที่พบในการวิจัยนี้ ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่คือยาสูดพ่น ซึ่งมีรูปแบบพิเศษทางเภสัชกรรม และต้องการทักษะจำเพาะในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นยาที่มีขั้นตอนการใช้หลายขั้นตอนจึงจะเกิดการนำส่งยาตามที่ต้องการ

- พระภิกษุ 1 รูป ไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนและส่งผลให้ไม่เกิดประโยชน์จากการใช้ยาจนโรคที่เป็นอยู่กำเริบรุนแรงและต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เช่นพระภิกษุได้รับ Seretide® accuhaler แต่ลืมขั้นตอนการเลือนลิ้นด้านในของตัวยาซึ่งเป็นตัวเจาะแคปซูลผงยา ทำให้พระภิกษุสูดยาโดยไม่ได้รับตัวยาใดๆ เลยเป็นเวลานานหลายวันจนเกิดอาการกำเริบแล้วกลับมายังโรงพยาบาล อีกกรณีหนึ่งที่พบคือการที่พระภิกษุเดิมมีข้อจำกัดด้านการเงินในขณะที่เป็นฆราวาสและได้รับแต่ยาขยายหลอดลมชนิดเม็ดคือ salbutamol เพื่อแก้ไขภาวะจับหืด แต่ภายหลังเมื่อบวชเป็นภิกษุ ซึ่งสามารถใช้สิทธิการรักษาได้ แพทย์จึงเปลี่ยนเป็นให้ใช้ยาสูดพ่นแทนยาเม็ดแบบเดิม แต่เภสัชกรผู้ส่งมอบยาให้แก่พระภิกษุก่อนกลับวัด ไม่ได้อธิบายวิธีการใช้ เพราะเข้าใจว่าเป็นโรคประจำตัวของพระภิกษุอยู่แล้วจึงน่าจะเคยใช้ยานี้มาก่อน ทำให้เมื่อพระภิกษุเกิดอาการจับหืดอีกครั้ง ไม่สามารถใช้ยาขยายหลอดลมได้ และอาการรุนแรงจนต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
- พระภิกษุหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังไม่ใช้ controller อย่างสม่ำเสมอ ส่วนหนึ่งเกิดจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ยาที่จัดเป็นสารสเตียรอยด์ อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะการที่ยากลุ่มนี้มีระยะเวลาออกฤทธิ์ช้าไม่ได้ผลทันทีต่างจาก reliever ทำให้พระภิกษุเข้าใจผิดว่าเป็นยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ และปฏิเสธการใช้ controller
- พระภิกษุหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่าง tiotropium (controller) และ salbutamol (reliever) ได้ เมื่อเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน พระภิกษุใช้ยา tiotropium ซึ่งออกฤทธิ์ช้ากว่า ทำให้ไม่สามารถแก้ไขอาการได้ทันจึงต้องกลับมารับการรักษานในโรงพยาบาล
- ยารูปแบบนี้เป็นกลุ่มยาที่พระภิกษุส่วนใหญ่สับสนในขนาดและวิธีการใช้ ซึ่งทำให้ไม่ได้รับยาที่เท่ากับขนาดที่แพทย์ต้องการ

นอกจากยาสูดพ่นซึ่งพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ยังพบยากลุ่มอื่นที่พระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ ตัวอย่างยาที่พบเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาได้แก่

- Dicloxacillin ซึ่งแพทย์สั่งใช้สำหรับภาวะแผลเบาหวานติดเชื้อที่บริเวณขา โดยสั่งให้ฉันยาก่อนอาหารและก่อนนอนรวม 4 มื้อ แต่พระภิกษุให้ประวัติว่าฉันยาเพียงสามมื้อ โดยเว้นการฉันยาในเวลาเย็น เนื่องจากเข้าใจว่าเมื่อไม่ได้ฉันภัตตาหารเย็น ก็ไม่ควรฉันยา ผลที่เกิดขึ้นคือการรักษาไม่ได้ผล แผลลุกลามไปมากกว่าเดิม
- Hydrochlorothiazide ซึ่งแพทย์สั่งใช้สำหรับควบคุมระดับความดันโลหิต โดยให้ฉันครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง เวลาเช้า แต่พระภิกษุปฏิเสธการใช้ยาเพราะมักทำให้เกิดปวดบัสสาวะบ่อยครั้งขณะที่รับกิจนิมนต์ อีกทั้งเมื่อหยุดใช้แล้วระยะหนึ่งก็ไม่ได้ปรากฏอาการผิดปกติแต่อย่างใด ผลที่เกิดขึ้นทำให้พระรูปนี้มีความดันโลหิตสูงเข้าขั้นวิกฤต จึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- Glibenclamide และ metformin ซึ่งพบเป็นปัญหาความไม่ร่วมมือในพระภิกษุเบาหวานในการวิจัยนี้เกือบทุกรูป แต่มีเพียง 2 รูป ที่มีผลกระทบรุนแรงพอจะเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ของพระภิกษุที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นเพราะความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนโดยหวังว่าจะมีการรักษาเบาหวานที่ทำให้หายขาด จึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฉันอย่างต่อเนื่อง ในรูป ที่พบในการวิจัยนี้ซึ่งเป็นสาเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระภิกษุตัดสินใจหยุดใช้ยาแผนปัจจุบันทั้งสองรายการ ควบคู่ไปกับการใช้ยาแผนโบราณลักษณะเป็นยาลูกกลอน และยาหม้อซึ่งมีโยมลูกศิษย์นำมาถวาย ซึ่งพบว่าไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้ระดับน้ำตาลสูงจนเกิดอาการผิดปกติคลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืดและหมดสติ

ความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของโยมอุปัฏฐากเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุและส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ

- Glibenclamide ซึ่งได้รับจากคนละโรงพยาบาลและมีลักษณะแผงยาที่แตกต่างกัน ทำให้โยมที่มีหน้าที่จัดชุดยาเกิดความสับสนและเข้าใจผิดว่าเป็นยาคนละชนิดและจัดยาให้พระภิกษุฉันพร้อมกัน ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำจนต้องกลับเข้ารับการรักษาอีกครั้ง
- Clopidogrel ซึ่งแพทย์สั่งให้แก่พระภิกษุเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำ (secondary prophylaxis) โดยยาที่ได้รับจากการพักในโรงพยาบาลครั้งก่อนมีการเปลี่ยนบริษัทผลิตภัณฑ์จากเดิมซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของบริษัทต้นแบบ (Plavix®) เป็นอีกบริษัทหนึ่ง (Apolet®) เมื่อกลับไปพำนักที่วัดจึง

สร้างความสับสนให้แก่โยมอุปัฏฐากและไม่สามารถจัดชุดยาให้ได้ถูกต้อง ทำให้พระภิกษุไม่ได้รับ clopidogrel และเกิดหลอดเลือดอุดตันซ้ำจึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- พระภิกษุซึ่งมีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลวและต้องได้รับ digoxin ขนาด 62.5 ไมโครกรัม ครั้งละครึ่งเม็ด วันละ 2 ครั้ง แต่โยมอุปัฏฐากเข้าใจว่าห้อยยาทำฉลากไม่ถูกต้อง จึงจัดยาให้ฉับครึ่งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทำให้พระภิกษุเริ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 4. ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา

##### 4.1 อายุของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อพิจารณาแบ่งกลุ่มพระภิกษุทั้ง 100 รูป ที่เข้าร่วมการวิจัยออกเป็นสองกลุ่มตามสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือกลุ่มที่มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา และกลุ่มที่ไม่ได้มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุเฉลี่ยของพระภิกษุทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.888$ ) ตามตารางที่ 14 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสพบปัญหาจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น (61-61) อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิจัยนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักในการวัดความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ร้อยละ 81 เป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้ไม่สามารถแสดงความแตกต่างระหว่างช่วงอายุของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและที่ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยาได้

ตารางที่ 14 อายุเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่ต่างกัน

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	อายุเฉลี่ย (ปี)	ระดับนัยสำคัญ
ปัญหาจากการใช้ยา	65.51±11.78	$p = 0.888$
ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา	65.83±10.78	

#### 4.2 ดัชนีมวลกายของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและที่ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ( $p = 0.317$ ) ตามตารางที่ 15 อย่างไรก็ตามจะพบแนวโน้มว่ากลุ่มพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาจะมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาโดยไม่เกี่ยวกับปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งการที่มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายที่สูงกว่า แสดงให้เห็นว่ากลุ่มพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยามีโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อได้บ่อยกว่า และมีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้นตามไปด้วย

ตารางที่ 15 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่ต่างกัน

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	ระดับนัยสำคัญ
ปัญหาจากการใช้ยา	22.45±2.45	$p = 0.317$
ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา	21.92±2.76	

#### 4.3 ประวัติโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนโรคประจำตัวของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา ( $p=0.475$ ) ตามตารางที่ 16 ซึ่งจะพบแนวโน้มว่ากลุ่มพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาจะพบจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาโดยไม่เกี่ยวกับปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ก็เพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้น



ตารางที่ 16 จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่ต่างกัน

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวนโรคประจำตัว (โรค)	ระดับนัยสำคัญ
ปัญหาจากการใช้ยา	5.8±2.2	p =0.475
ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา	5.5±2.5	

#### 4.4 อาการนำหรือโรคที่เป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา

เมื่อพิจารณาอาการนำหรือโรคที่พบเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาทั้ง 47 โรค จะพบว่ามียาอาการนำหรือโรคที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์ของ Cipolle RJ และคณะ (37) เป็นจำนวน 28 โรค หรือคิดเป็นร้อยละ 59.57 ในจำนวนนี้พบว่ามีถึง 15 โรคที่พระภิกษุทุกรายที่เป็นโรคหรือความผิดปกตินั้นเกิดจากปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตัวอย่างเช่นการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเกิดจากการฉีด insulin การเกิดภาวะเลือดออกนอกยา warfarin การเกิดภาวะปัสสาวะคั่งจากยากกลุ่ม anti-cholinergics หรือความเป็นพิษจาก digoxin และ theophylline เป็นต้น

ตารางที่ 17 อาการนำหรือโรคที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

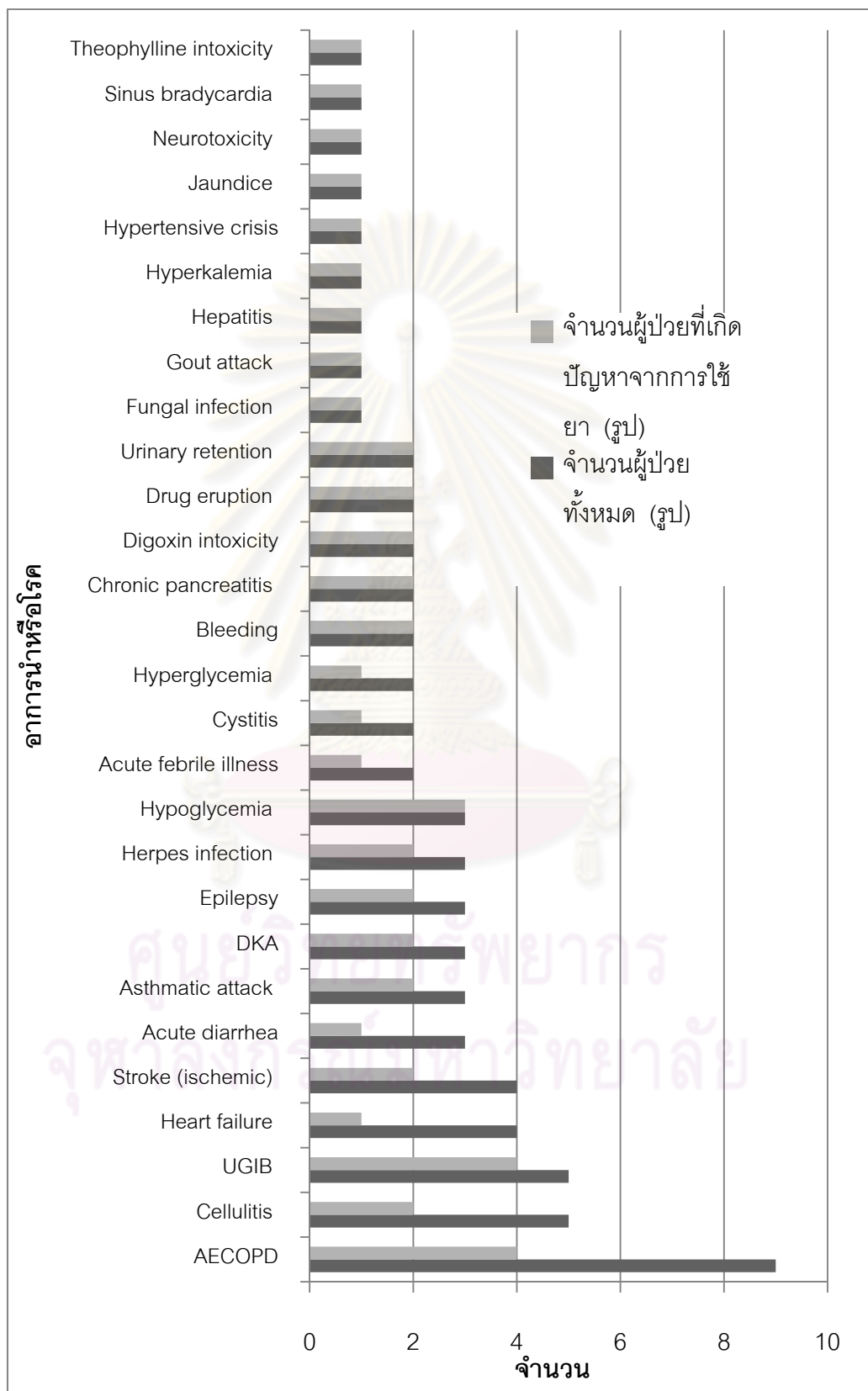
โรคหรือความผิดปกติ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (รูป)	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา (รูป)	ร้อยละของการกลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา
Hypoglycemia	3	3	100
Bleeding	2	2	100
Chronic pancreatitis	2	2	100
Digoxin intoxicity	2	2	100
Drug eruption	2	2	100
Urinary retention	2	2	100
Gout attack	1	1	100



ตารางที่ 17 (ต่อ) อาการนำหรือโรคที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โรคหรือความผิดปกติ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (รูป)	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา (รูป)	ร้อยละของการกลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา
Hepatitis	1	1	100
Hyperkalemia	1	1	100
Hypertensive crisis	1	1	100
Jaundice	1	1	100
Neurotoxicity	1	1	100
Sinus bradycardia	1	1	100
Fungal infection	1	1	100
Theophylline intoxicity	1	1	100
UGIB	5	4	80
Asthmatic attack	3	2	66.67
DKA	3	2	66.67
Epilepsy	3	2	66.67
Herpes infection	3	2	66.67
Acute febrile illness	2	1	50
Cystitis	2	1	50
Hyperglycemia	2	1	50
Stroke (ischemic)	4	2	50
AECOPD	9	4	44.44
Cellulitis	5	2	40
Acute diarrhea	3	1	33.33
Heart failure	4	1	25
รวม	70	47	

ภาพที่ 5 อาการนำหรือโรคที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



#### 4.5 จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนรายการยาของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย พบว่าจำนวนรายการยามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา ( $p = 0.280$ ) ซึ่งจะพบว่ามีแนวโน้มไปในทางเดียวกับการพบจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยที่สูงกว่าในพระภิกษุกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

ตารางที่ 18 จำนวนรายการยาเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่ต่างกัน

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย (รายการ)	ระดับนัยสำคัญ
ปัญหาจากการใช้ยา	9.9±3.9	$p = 0.280$
ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา	8.9±4.1	

#### 4.6 ระยะเวลาของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาจะมีระยะเวลาของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา เป็นเวลา 14.73 วัน (ช่วงค่าเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 คือ 8.52-20.94 วัน) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.00$ ) หมายความว่าปัญหาจากการใช้ยาจะมีผลให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วขึ้นกว่าที่ควรถึง 14 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Koehler BE และคณะ โดยพบว่าผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องมาจากปัญหาจากการใช้ยาจะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วกว่าผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุอื่นประมาณ 9 วัน นอกจากนี้ Koehler BE และคณะ ยังพบว่าทำให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาจะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ 30 วันหลังวันจำหน่ายครั้งก่อนลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (87)

ตารางที่ 19 ระยะห่างของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่ต่างกัน

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล	ระยะห่างของการกลับ เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	ระดับ นัยสำคัญ
ปัญหาจากการใช้ยา	23.21±16.51	p < 0.00*
ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา	37.94±14.78	

\* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

#### 4.10 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของพระภิกษุกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยามีช่วงสั้นกว่าประมาณ 1.06 วัน (ช่วงค่าเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 คือ -1.25 - 4.17 วัน) โดยความแตกต่างที่พบนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.288$ ) และแตกต่างไปจากการศึกษาของซุติมา อรรคลีพันธ์ และคณะ ซึ่งพบว่าอาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล อีกทั้งทำให้ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด (28) ความแตกต่างที่พบระหว่างการศึกษาดังกล่าวกับผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นเพราะการวิจัยนี้ศึกษาปัญหาจากการใช้ยาทุกประเภทที่เป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาบางประเภทสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว เช่นปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป และผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม ในขณะที่การศึกษาของซุติมา อรรคลีพันธ์ และคณะนั้นมุ่งเน้นศึกษาปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งมักมีความรุนแรงและต้องการการรักษาเป็นพิเศษ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 20 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของพระภิกษุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่ต่างกัน

สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	ระดับนัยสำคัญ
ปัญหาจากการใช้ยา	9.13±7.57	$p = 0.288$
ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา	10.58±5.82	



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุที่เกิดเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ดำเนินการเก็บข้อมูลในพระภิกษุอาพาธที่กลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 100 รูป ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2554 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เช่นอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการแพ้ยา ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาและประวัติแพ้ยา และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นประวัติการใช้ยา จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ และเป็นปัญหาจากการใช้ยาประเภทใด โดยอาศัยเกณฑ์และนิยามของ Cipolle RJ และคณะและวิเคราะห์ว่าเป็นปัญหาที่ป้องกันได้หรือไม่โดยอาศัยข้อคำถามของ Schumock GT และ Thornton JP ในกรณีที่มีความกำกวมระหว่างปัญหาจากการใช้ยาและสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการหารือร่วมกับแพทย์เพื่อตัดสินสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพอสรุปได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลรวมเป็นเวลา 5 เดือน พบพระภิกษุอาพาธที่กลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งสิ้น 118 ราย โดยมีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ส่วนใหญ่พำนักในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือจังหวัดที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานครและการเดินทางค่อนข้างสะดวก อายุเฉลี่ยของพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยคือ  $65.7 \pm 11.2$  ปี โดยร้อยละ 81 เป็นพระภิกษุสูงอายุ

ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัย คือ  $22.16 \pm 2.62$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยเมื่อพิจารณาดัชนีมวลกายโดยใช้เกณฑ์ของชาวเอเชียพบว่า มีเพียงร้อยละ 46 ที่มีสุข



ภาวะด้านโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ พระภิกษุร้อยละ 12 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30 มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานและอีกร้อยละ 12 มีโรคอ้วน

ยังคงพบการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 4 ในพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย ในขณะที่ร้อยละ 39 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันได้เลิกสูบแล้ว สำหรับการดื่มกาแฟและชาเป็นประจำพบได้ร้อยละ 3 และ 31 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยมีโรคประจำตัว โดยมีจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยต่อรูปคือ  $5.6 \pm 2.3$  โรค ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา โรคประจำตัวที่พบได้บ่อยที่สุด 5 ลำดับแรกในการวิจัยนี้คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 71) ภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ 67 ราย) เบาหวาน (ร้อยละ 62) ไชมันในเลือดสูง (ร้อยละ 57) และปัญหาสายตา (ร้อยละ 49) ภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อในการศึกษานี้ มีสาเหตุที่พบมากที่สุดคือภาวะปวดจากการเสื่อมของกระดูกและข้อ โดยพบได้มากถึง 59 ราย ซึ่งคาดว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับวัตรปฏิบัติของพระภิกษุ นอกจากนั้นยังพบภาวะต่อมลูกหมากโตซึ่งพบได้มากถึง 48 ราย

โรคหรือความผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการวิจัยนี้ พบทั้งสิ้น 47 โรค โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเฉียบพลัน (acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: AECOPD) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 9 ของพระภิกษุทั้งหมด โรคหรือความผิดปกติที่พบได้บ่อยรองลงมาคือ cellulitis, pneumonia และ upper gastrointestinal bleeding ซึ่งพบได้ร้อยละ 5 เท่ากันทั้งสามโรค

จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยรูปละ  $9.4 \pm 4.0$  รายการ (พิสัย 0-19 รายการ) โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 60 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ได้เป็นผู้จัดยารับประทานเอง แต่มีโยมอุปัฏฐากเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดยาหรือดูแลการใช้ยา

## 2 ผลการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

จากพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 100 ราย พบว่า 47 ราย กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์และนิยามของ Cipolle RJ และคณะ คิดเป็นอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา เท่ากับร้อยละ 47 เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ของ Schumock GT และ Thornton JP พบว่าพระภิกษุ 39 ราย มีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ จึงคิดเป็นร้อยละ 82.98 ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด หรือกล่าวได้ว่า ความป้องกันได้ (preventability) ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุ เท่ากับร้อยละ 83

การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ร้อยละ 46.8 เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และร้อยละ 25.5 เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ โดยพบว่าปัญหาจากการใช้ยาทั้งสองประเภทนี้พบรวมกันเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 72.3 ของพระภิกษุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยรองลงมาคือผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 12.8) และผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (ร้อยละ 12.8) ซึ่งทำให้โรคหรืออาการผิดปกติที่พระภิกษุมียู่เดิม ลุกกลามหรือมีความรุนแรงมากขึ้นและส่งผลให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น ซึ่งไม่พบในการวิจัยนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการวิจัยนี้ ไม่ได้รวมประวัติการใช้ยาอื่นที่ผู้ป่วยไม่ได้รับจากแพทย์ที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน อย่างไรก็ตาม คาดว่าหากรวมยาที่ผู้ป่วยหาซื้อมาใช้เอง ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับการถวายจากฆราวาส อาจพบปัญหานี้ได้ด้วย สำหรับปัญหาผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไปซึ่งไม่พบในการวิจัยนี้ เป็นเพราะผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงในการวิจัยนี้ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้ว ดังนั้น การวิจัยนี้จึงจัดรวมผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไว้ในปัญหาจากการใช้ยาประเภทผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์

เมื่อพิจารณาเฉพาะพระภิกษุรูปที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 22 รูป พบว่ามีพระภิกษุจำนวน 14 รูป (ร้อยละ 63.6) ซึ่งมีปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ โดยสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาส่วนหนึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาหรือขาดกระบวนการประสานรายการยาที่มีประสิทธิภาพ สาเหตุอื่นๆ ที่พบ

ร่วมกันและทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาคืออันตรกิริยาของยาและของยากับอาหาร ซึ่งทำให้ผลตอบสนองต่อยามีมากขึ้นจนเกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์และทำให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อาการไม่พึงประสงค์หลายอาการมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตหรือวัตรปฏิบัติของพระภิกษุ เช่นการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงเวลาเช้า ซึ่งพระภิกษุออกบิณฑบาตเป็นระยะทางไกล อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารซึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดบ่อยครั้งเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยซึ่งเกิดจากการนั่งสมาธิและขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาที่ก่อการระคายเคืองในทางเดินอาหารในช่วงเวลาเย็นซึ่งไม่ได้รับประทานอาหาร อาจส่งเสริมให้อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้บ่อยขึ้น ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาที่มีสาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุอื่นๆ ที่พบร่วมกันและทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาคืออันตรกิริยาของยากับยาและของยากับอาหาร ซึ่งทำให้ผลตอบสนองต่อยามีมากขึ้นจนเกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์และทำให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวิจัยนี้พบพระภิกษุที่ไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ และนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 12 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของปัญหาจากการใช้ยาที่พบทั้งหมด โดยปัญหาที่พบทั้งหมดเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในความสำคัญของการใช้ยา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาและการรักษาแผนปัจจุบัน ไม่สามารถใช้ยาบางชนิดได้ถูกต้องเพราะความยุ่งยากในวิธีการขั้นตอนการใช้ยา บุคลากรในโรงพยาบาลไม่สร้างสัมพันธภาพอันดีกับพระภิกษุ ทำให้พระภิกษุขาดความเชื่อมั่นหรือเกิดแรงต้านจนทำให้ไม่สามารถใช้ยาตามที่แนะนำ

ยาที่พบในการวิจัยนี้ ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่คือยาเสพติดซึ่งมีรูปแบบพิเศษทางเภสัชกรรม และต้องการทักษะจำเพาะในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นยาที่มีขั้นตอนการใช้หลายขั้นตอนจึงจะเกิดการนำส่งยาตามที่ต้องการนอกจากยาเสพติดซึ่งพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ยากลุ่มอื่นที่มักพบปัญหาพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหารที่พระภิกษุฉัน อาทิเช่นยาที่ระบุให้ฉันหลังอาหารซึ่งพระภิกษุอาจเว้นยาในมื้อเย็นไปเพราะความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน นอกจากนี้ความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของโยมอุปัฏฐากยังพบเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุและส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า

ร้อยละ 60 ของพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยนี้มีโยมอุปัฏฐากเป็นผู้รับหน้าที่จัดการด้านยาให้แก่พระภิกษุ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยากับพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยที่สาเหตุไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา จะพบว่าพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาจะมีระยะห่างของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่กลับเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้เกิดจากปัญหาจากการใช้ยา เป็นเวลา 14.73 วัน (ช่วงค่าเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 คือ 8.52-20.94 วัน) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.00$ ) แต่เนื่องจากการวิจัยนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาจากการใช้ยาและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น จึงไม่ได้มีการกำหนดวิธีวิจัยที่เหมาะสมและไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบในการวิจัยนี้เป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาที่เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามก็พอจะสรุปได้ว่ามีแนวโน้มที่ความแตกต่างของระยะห่างของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เร็วขึ้นตามที่พบในผลการวิจัยนี้อาจจะเป็นผลจากปัญหาจากการใช้ยา

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

- การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุที่เร็วขึ้นเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยากว่าร้อยละ 80 เป็นปัญหาซึ่งป้องกันได้ โดยส่วนใหญ่เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้ ซึ่งมักมีความคลาดเคลื่อนทางยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เกสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ โดยการนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นที่กระบวนการประสานรายการยา ควบคู่ไปกับการแก้ไขที่สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และร่วมกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไปในทุกกระบวนการของการใช้ยา โดยเฉพาะ discharge counseling ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้พระภิกษุที่กำลังจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา ทำให้สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้ดียิ่งขึ้น โดยใน

เบื้องต้นอาจเลือกกลุ่มพระภิกษุที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภาวะปวด/ความผิดปกติของระบบกระดูกและข้อ และผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการวิจัยนี้พบว่ามีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้บ่อย และควรเป็นกลุ่มเป้าหมายแรกในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในระยะที่กำลังคนของฝ่ายเภสัชกรรมมีจำกัด จากนั้นจึงขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพระภิกษุอาพาธทุกกลุ่มโรคต่อไป

- สำหรับฆราวาสและโยมอุปัฏฐากนั้น มีบทบาทสำคัญต่อปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุ เนื่องจากมีส่วนสำคัญในด้านอาหาร โภชนาการ และกิจวัตรหลายประการของพระภิกษุ ดังนั้นฆราวาสและโยมอุปัฏฐากจึงสามารถมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพและการใช้ยาของพระภิกษุได้ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยนี้ซึ่งพบว่าปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุจะสามารถลดลงได้ส่วนหนึ่งหากฆราวาสและโยมอุปัฏฐากมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับพระภิกษุ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพรวมถึงการออกกำลังกายของพระภิกษุที่สามารถกระทำได้ และสุดท้ายคือการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัยสำหรับพระภิกษุ
- ผลการวิจัยนี้ มุ่งเน้นสืบค้นและวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุซึ่งส่งผลให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้ที่สนใจจะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ต้องตระหนักถึงรายละเอียดของหัวข้อการวิจัยและพิจารณาความเหมือนและความต่างในบริบทที่จะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้
- พระภิกษุเป็นปุชนิยบุคคลที่ควรแก่การเคารพ เป็นผู้มีจริยวัตรดีจากสิกขาบทที่บัญญัติไว้ การจะให้การบริบาลแก่พระภิกษุจึงควรมีมุมมองที่รอบด้าน ต้องมีการทำความเข้าใจและมีความรู้ในสิกขาบทต่างๆ อย่างถ่องแท้ควบคู่ไปกับการประยุกต์ความรู้ด้านเภสัชศาสตร์เพื่อให้สอดคล้องกับความแตกต่างระหว่างพระภิกษุและฆราวาสซึ่งอาจส่งผลต่อการใช้ยา ในทางกลับกันปัญหาจากการใช้ยาหลายประการก็สามารถพบได้ในพระภิกษุไม่แตกต่างจากฆราวาส ซึ่งผู้ให้การดูแลไม่ควรละเลย



## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

- การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในผู้ป่วยใน เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาแต่ไม่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นอาจต้องมีการวิจัยที่เก็บข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาที่วัดซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ก่อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจส่งผลหรือส่งเสริมให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาดังที่ปรากฏในการวิจัยนี้ ซึ่งอาจมีประโยชน์ในเชิงป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาได้
- การวิจัยนี้จำกัดขอบเขตแต่เพียงพระภิกษุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ จึงอาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของพระภิกษุทั่วประเทศ ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยที่เลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนที่ดีของพระภิกษุทั่วประเทศ
- มีปัจจัยอีกหลายประการที่อาจสัมพันธ์กับปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุ เช่น โรคประจำตัว สุขภาวะทางจิต นิกาย คติความเชื่อ จำนวนพรรษาที่บวชเรียน ระดับการศึกษาทั้งทางโลกและทางธรรม ลำดับชั้นในวัด สมณศักดิ์ ค่านิยมและทัศนคติของพระรูปอื่นในวัด นโยบายและความสัมพันธ์กับพระรูปอื่นในวัด ความสัมพันธ์ของพระภิกษุกับโยมอุปัฏฐาก ระดับการศึกษาและความรู้ความเข้าใจด้านยาของโยมอุปัฏฐาก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในประเด็นเหล่านี้ต่อไป
- ควรมีการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหาจากการใช้ยา โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอาจมีประโยชน์ในงานบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับพระภิกษุ
- การวิจัยนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาจากการใช้ยาบางประการที่พบในพระภิกษุนั้น อาจมีความแตกต่างไปจากที่พบในฆราวาสและอาจมีแนวทางการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพระภิกษุและฆราวาสในด้านสุขภาพและปัญหาจากการใช้ยาไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้ จึงไม่ได้มีการออกแบบวิธีวิจัยที่ครอบคลุมไว้แต่แรก ดังนั้นจึงอาจต้องมีการวิจัยต่อไปที่เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของปัญหาจากการใช้ยาที่พบในพระภิกษุ



และสมรवासเพื่อประยุกต์เป็นแนวทางในการดูแลพระภิกษุโดยเกสัซกรได้ดียิ่งขึ้น

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย

- การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางกรณีต้องการความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งอาจไม่ได้ให้ความร่วมมือหรือเกิดความเกรงใจและไม่กล้าร้องขอ ทำให้ไม่ได้ข้อมูลสำคัญประกอบการวิจัย ซึ่งปัญหาที่กล่าวมานี้อาจลดลงได้โดยการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงตั้งแต่แรกเริ่ม พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดที่จะขอความร่วมมือหรือความคาดหวังที่ต้องการจากผู้เกี่ยวข้องไว้ตั้งแต่ต้นก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
- เนื่องจากพระภิกษุที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดเรื่องการได้ยินและการมองเห็น ซึ่งนอกจากจะเกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยาแล้ว ยังเป็นอุปสรรคในการสื่อสารเพื่อรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเช่นกัน การสัมภาษณ์ประวัติและการสื่อสารต่างๆ จึงควรกระทำในที่ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ปราศจากเสียงรบกวน และในบางกรณีอาจต้องสืบค้นข้อมูลจากโยมอุปัฏฐากผู้ดูแลเป็นหลัก อาจได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องมากกว่า

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- (1) Hepler, C.D., and Strand, L.M. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 47: 533-543.
- (2) Johnson, J.A., and Bootman, J.L. 1995. Drug-related morbidity and mortality. Arch Intern Med 155: 1949-1956.
- (3) Winterstein, A.G., Sauer, B.C., Hepler, C.D., and Poole, C. 2002. Preventable drug-related hospital admissions. Ann Pharmacother 36: 1238-1248.
- (4) McDonnell, P.J., and Jacobs, M.R. 2002. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. Ann Pharmacother 36: 1331-1336.
- (5) Ryan, J.M., and Spronken, I. 2000. Drug related deaths in the community: a preventive role for accident and emergency departments? J Accid Emerg Med 17: 272-273.
- (6) Lazarou, J., Pomeranz, B.H., and Corey, P.N. 1998. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. JAMA 279: 1200-1205.
- (7) Ernst, F.R., and Grizzle, A.J. 2001. The cost of drug-related problems revisited. Edmund's Newsletter 23.
- (8) เขียวลักษณ์ สิริพิเดช. 2550. การจัดการปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโดยเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 17: 109-119.
- (9) วงศ์นี้ กุลพรม. 2542. การบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนจตุรัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (10) พรรณภา ตระการพันธุ์. 2543. ประเมินผลการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของเภสัชกรที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- (11) เสาวนินทร์ กรกชมาศ. 2551. การเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินอันเนื่องมาจากยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (12) ทัดสินีย์ สอนแจ่ม. 2546. การศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 13: 115-124.

- (13) รัฐพร โลหะวิศวาพานิช, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, และ วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. 2549. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 20: 19-40.
- (14) กิตติพร สิริชัยเวชกุล, นุจรี ประทีปะวงนิช, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, และ อุบลวรรณ สะพู. 2546. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 13: 106-114.
- (15) วชิร ตรียาวรัญญู, และ นิภาพร นันทนรินทร์. 2547. ผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย. ขอนแก่นวารสาร 28: 115-119.
- (16) นลินี พูลทรัพย์, และ ปัญญา อู่ประเสริฐ. 2548. ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ศรีนครินทร์วิโรฒเภสัชสาร 10: 10-16.
- (17) เขาวภา ศรีวิชัย. 2544. ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลของการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (18) อัมไพ ทวีอภิรดีเจริญ. 2544. ปัญหาที่เนื่องจากยาและผลของการแก้ไขในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (19) สุชาดา ธนภัทร์กวิน. 2538. การบริหารผู้ใช้ยากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (20) Bhalla, N., Duggan, C., and Dhillon, S. 2003. The incidence and nature of drug-related admissions to hospital. Pharm J 270: 583-586.
- (21) Easton, K.L., Chapman, C.B., and Brien, J. 2004. Frequency and characteristics of hospital admissions associated with drug-related problems in paediatrics. Br J Clin Pharmacol 57: 611-615.
- (22) Einarson, T.R. 1993. Drug-related hospital admissions. Ann Pharmacother 27: 832-840.
- (23) Peyriere, H., Cassan, S., Floutard, E., Riviere, S., and Blayac, J.P. 2003. Adverse drug events associated with hospital admission. Ann Pharmacother 37: 5-11.

- (24) Marcantonio, E.R., et al. 1999. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a medicare managed care plan. Am J Med 107: 13-17.
- (25) Ruiz, B., Garcia, M., Aguirre, U., and Aguirre, C. 2008. Factors predicting hospital readmissions related to adverse drug reactions. Eur J Clin Pharmacol 64: 715-722.
- (26) Coleman, E.A., Smith, J.D., Raha, D., and Min, S.J. 2005. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. Arch Intern Med 165: 1842-1847.
- (27) Gray, S.L., Mahoney, J.E., and Blough, D.K. 1999. Adverse drug events in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. Ann Pharmacother 33,11: 1147-1153.
- (28) ชูติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์, วนิตา แก้วฉวีกรังษี, และ จุฬารัตน์ ลิ้มววัฒนานนท์. 2547. ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 13: 350-360.
- (29) ชาญณรงค์ บุญหนุน. 2551. พระสงฆ์ไทยในอนาคต. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- (30) Janbok, J. 2005. Factors influencing health promoting behavior among Buddhist monks in Bangkok metropolitan. Master's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- (31) Tangtrakulwanich, B., Chongsuvatwong, V., and Geater, A.F. 2006. Associations between floor activities and knee osteoarthritis in Thai Buddhist monks: the Songkhla study. J Med Assoc Thai 89:1902-1908.
- (32) Ratanakul, P. 2004. Buddhism, health and disease. Eubios J Asian Int Bioeth 15:162-164.
- (33) Chaveepojnkamjorn, W., and Pichainarong, N. 2005. Cigarette smoking among Thai buddhist monks, central and eastern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 36: 505-511.
- (34) กิตติยศ ยศสมบัติ. 2552. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระอาพาธเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา. ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- (35) Burns, R, and Nichols, L.O. 1991. Factors predicting readmission of older general medicine patients. J Gen Intern Med 6: 389-393.

- (36) VanSuch, M., Naessens, J.M., Stroebel, R.J., Huddleston, J.M., and Williams, A.R. 2006. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalized patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? Qual Saf Health Care 15: 414-417.
- (37) Cipolle, R.J., Strand, L.M., and Morley, P.C. 2004. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. New York: McGraw-Hill.
- (38) Schumock, G.T., and Thornton, J.P. 1992. Focusing on the preventability of adverse drug reactions. Hosp Pharm 44: 538.
- (39) Krahenbuhl-Melcher, A., et al. 2007. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. Drug Safety 30: 370-406.
- (40) Lee, M.P., and Ray, M.D. 1993. Planning for pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 50: 1153-1158.
- (41) Royal, S., Smeaton, L., Avery, A.J., Hurwitz, B., and Sheikh, A. 2006. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. Qual Saf Health Care 15: 23-31.
- (42) Ferner, R.E., and Aronson, J.K. 2010. Preventability of drug-related harms - part I: a systematic review. Drug Saf 33: 985-994.
- (43) Aronson, J.K., and Ferner, R.E. 2010. Preventability of drug-related harms - part II: proposed criteria, based on frameworks that classify adverse drug reactions. Drug Saf 33: 995-1002.
- (44) จารุวี กาญจนศิริอำรง, วันทนา เจริญมงคล, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, และ อุษณีย์ วนรรวมณี. 2548. การประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร 23: 229-240.
- (45) โปยม วงศ์ภูวรักษ์. ความหมาย ประเภท และกลไกการเกิด ADR. ใน ธิดา 닝สานนท์ และ จันทิมา โยธาพิทักษ์ (บรรณาธิการ). ตรงประเด็นเรื่อง Adverse drug reaction. หน้า 1-19. กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์การพิมพ์.

- (46) Gellad, W.F., Grenard, J.L., and Marcum, Z.A. 2011. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. Am J Geriatr Pharmacother 9: 11-23.
- (47) สุภางค์ พิภพสาร. 2545. ปัจจัยเสี่ยงและปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยนอกสูงอายุที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (48) Kazis, L.E., and Friedman, R.H. 1998. Improving medication compliance in the elderly: strategies for the healthcare provider. J Am Geriatr Soc 36: 1161-1162.
- (49) Hvizdos, A. 1993. Patient compliance. Ann Pharmacother 27: 505-519.
- (50) Col, N., Fanale, J.E., and Kronholm, P. 1990. The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med 150: 841-845.
- (51) Schneider, P.J., Gift, M.G., Lee, Y.P., Rothermich, E.A., and Sill, B.E. 1995. Cost of medication-related problems at a university hospital. Am J Health-Syst Pharm 52: 2415-2418.
- (52) Rodriguez-Monguio, R., Otero, M.J., and Rovira, J. 2003. Assessing the economic impact of adverse drug effects. Pharmacoeconomics 21: 623-650.
- (53) Ruangwattanachot, P. 2001. Pharmacist's interventions on drug related problems in hospitalized patients with hypertension. Master's thesis. Department of Clinical Pharmacy, Graduate school, Khon Kaen University.
- (54) รุ่งทิศา หมั่นป่า, ศรินทร์ เตชะมโนกุล, วรณกาญจน์ จักรวัฒนา, ชัยนัฏธร ปทุมมานนท์, และ ชไมพร ทวีชศรี. 2546. ความชุกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีสาเหตุจากยา. ลำปางเวชสาร 24: 40-53.
- (55) จรูญศักดิ์ ห่อสุวรรณ, และ ศิริพร พิมพ์สิริพานิชย์. 2547. พฤติกรรมและปัญหาในการรักษาด้วยยาของพระภิกษุที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์บัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- (56) Tangtrakulwanich, B., Geater, A.F., and Chongsuvivatwong, V. 2006. Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. J Orthop Sci 11: 439-445.



- (57) Wiwanikit V, Suwansaksri J, and Soogarun S. 2008. High blood lead level among the Mahayana Buddhist monk: a note for environmental implication. Stoch Environ Res Risk Assess 22: 805-807.
- (58) Paonil W, and Sringernyuang L. 2002. Buddhist perspectives on health and healing. Chulalongkorn J Buddhist Studies 1: 93-105.
- (59) สุภาพรรณ ณ บางช้าง. 2550. พระวินัยปิฎก. กรุงเทพฯ: หอพระไตรปิฎกนานาชาติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (60) ศิริวรรณ ศิริบุญ, และ ชเนตตี มิตินทางกูร. 2551. ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ (Online). Available from:  
[http://www.cps.chula.ac.th/research\\_division/article\\_ageing/ageing\\_001.htm](http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing_001.htm)  
(2011, April 10).
- (61) O'Mahony, D., and Gallagher, P.F. 2008. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. Age Ageing 37:138-141.
- (62) Hanlon, J.T., et al. 1997. Adverse drug event in high risk older outpatients. J Am Geriat Soc 45: 945-948.
- (63) Caranos, G.J., Stewart, R.B., and Cluff, L.E. 1974. Drug-induced illness leading to hospitalization. JAMA 228: 713-717.
- (64) Ostrom, J.R., et al. 1985. Medication usage in an elderly population. Med Care 23: 157-164.
- (65) Jorgensen, T.M., IsacsonDag, G.L., and Thorslund, M. 1993. Prescription drug use among ambulatory elderly in a Swedish municipality. Ann Pharmacother 27:1120-1125.
- (66) Chutka, D.S., Evan, J.M., Fleming, K.C., and Mikkelsen, K.G. 1995. Symposium on geriatrics-part I: drug prescribing for elderly patients. Mayo Clin Proc 70: 685-693.
- (67) Lassila, H.C. et al. 1996. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES project. Ann Pharmacother 30: 589-595.
- (68) Kernerfalk, A., Ruigomez. A., Wallander, M., Wilhelmsen, L., and Johansson, S. 2002. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom. Ann Pharmacother 36: 797-803.

- (69) Denham, M.J., and George, E.F. 1990. Drugs in old age-new perspectives. Br Med Bull 46:53-62.
- (70) Gurwitz, J.H., and Avorn, J. 1991. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. Ann Intern Med 114: 956-966.
- (71) Montamat, S.C., Cusack, B.J., and Vestal, R.E. 1989. Management of drug therapy in the elderly. N Engl J Med 321: 303-309.
- (72) Doucet, J., et al. 2002. Preventable and non-preventable risk factors for adverse drug events related to hospital admission in the elderly. Clin Drug Invest 26: 385-392.
- (73) Warrel, J.L., McBean, A.M., Hass, S.L., and Babish, I.D. 1994. Hospitalization with adverse event caused by digitalis therapy among elderly medicare beneficiaries. Arch Intern Med 154: 1482-1487.
- (74) Colt, H.G., and Shapiro, A.P. 1989. Drug-induced illness as a cause for admission to a community hospital. J Am Geriatr Soc 37: 323-326.
- (75) Nolan, L., and O'Malley, K. 1988. Prescribing for the elderly. Part I: sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. J Am Geriatr Soc 36: 142-149.
- (76) Gurwitz, J.H., et al. 2003. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 289: 1107-1116.
- (77) ทวีป กิตยาภรณ์. 2538. Sample size estimation. ใน ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). วิจัยทางคลินิก. หน้า 65-71. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- (78) Caterson, I.D. 2009. Medical management of obesity and its complications. Ann Acad Med Singapore 38: 22-28.
- (79) ดูแลสุขภาพพระสงฆ์. (29 เมษายน 2554). บ้านเมือง: 16.
- (80) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2551. เผยพระสุขภาพแก่ ประชากรทุกวัย (online). Available from <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/4253> (2011, April 10).
- (81) Khan, D.A. 2010. Drug allergy. J Allergy Clin Immunol 125: 126-37.
- (82) Hodgson, J.M., and Croft, K.D. 2010. Tea flavonoids and cardiovascular health. Mol Aspects Med 31: 495-502.

- (83) Kumar, G., Pillare, S.P., and Maru, G.B. 2010. Black tea polyphenols-mediated in vivo cellular responses during carcinogenesis. Mini Rev Med Chem 10: 492-505.
- (84) Shord, S.S., Shah, K., and Lukose, A. 2009. Drug-botanical interactions: a review of the laboratory, animal, and human data for 8 common botanicals. Integr Cancer Ther 8: 208-27.
- (85) Parker, D.L., Hoffmann, T.K., Tucker, M.A., and Meier, D.J. 2009. Interaction between warfarin and black tea. Ann Pharmacother 43: 150-151.
- (86) Glynn, R.J., Campion, E.W., Bouchard, G.R., and Silbert, J.E. 1985. The development of benign prostatic hyperplasia among volunteers in the normative aging study. Am J Epidemiol 131: 79-90.
- (87) Koehler, B. E., et al. 2009. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. Journal of Hospital Medicine 4: 211-218.
- (88) Howard, R., Avery, A., and Bissell, P. 2008. Causes of preventable drug-related hospital admissions: a qualitative study. Qual Saf Health Care 17: 109-116.
- (89) Kennedy, A.K., and Gatewood, S.B. 2010. Medication reconciliation: an important piece of the medication puzzle. Consult Pharm 25: 829-833.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

## แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโดยเภสัชกร (Pharmacist's Patient Profile)

1°diag			Code			
address			tell	ward	bed	
DOB	age	sex	Admit date			
Ht	Wt	BMI	D/C date			
Edu			Last admit			
CC			HPI			
PMH			Med PTA			
F&SH			All: <input type="checkbox"/> NKDA		List of med problems	
<input type="checkbox"/> smoke <input type="checkbox"/> diet			<input type="checkbox"/> drug			
<input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> exercise			<input type="checkbox"/> other			
<input type="checkbox"/> caffeine <input type="checkbox"/> genetic dz						
PE แรกรับ						
<input type="checkbox"/> readmission caused by DTP		บันทึก				
<input type="checkbox"/> unnecessary drug therapy						
<input type="checkbox"/> Wrong drug						
<input type="checkbox"/> Dose too low						
<input type="checkbox"/> Dose too high						
<input type="checkbox"/> Adverse drug reaction						
<input type="checkbox"/> Non-compliance						
<input type="checkbox"/> Additional drug therapy						
<input type="checkbox"/> preventable		P1 ยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ ไม่เหมาะกับโรคหรือภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย P2 ขนาด/วิธีการบริหาร/ความถี่ไม่เหมาะสมกับอายุ น้ำหนัก หรือสภาวะของผู้ป่วย P3 ไม่ได้ทำการตรวจวัดระดับยาหรือค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น P4 ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังกล่าวมาก่อน P5 มีอันตรกิริยาระหว่างยาที่ทำให้เกิดปัญหาเนื่องจากการให้ยา P6 การให้ยาไม่เป็นไปตามแพทย์สั่ง P7 มีกักรบันทึกค่าการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกความเป็นพิษจากยา				





Cast/LPF	0									
Epith/HPF	0-2									
Bact	0									
WBC/blood										
Hyaline cast	0-5									
hematology										
Hb	14-18									
Hct	42-52									
reticulocyte	0.5-2.0 %RBC									
WBC	$4-11 \times 10^3$ mcl									
RBC	$3.8-5.4 \times 10^6$ mcl									
Neutrophils	40-74 %									
Seg	25-62 %									
EOS	0.7 %									
BAS	0-1.5 %									
Mono	3.4-9 %									
Lymphocyte	19-48 %									
Pt smear	Adequate									
Pt count	$140-450 \times 10^3$									
MCV	76-98 fL									
MCH	25.5-35.5 pg									
MCHC	32-35.5 g/dl									
RDW	11-15.7 %									
ESR	0-30									
PT	10-20 sec									
aPTT	35-45 sec									
INR										
RBC morpho										

## DTX (mg%)

Date/time/result/insulin		



## ภาคผนวก ข

## แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา และมาตรการแก้ไขโดยเภสัชกร

DTP classification (Yes/Preventable*, No)		S/O & A	P	monitoring
unnecessary drug	No indication			
	Duplicate therapy			
	Drug not indicated for condition			
Wrong drug	Contraindications present			
	More effective medication available			
	Drug interaction			
	Indication refractory to drug			
	Inappropriate dosage form			
Dose too low	Wrong dose			
	Inappropriate frequency			
	Inappropriate duration			
	Incorrect storage			
	Incorrect administration			
	Drug interaction			
Dose too high	Wrong dose			
	Inappropriate frequency			
	Inappropriate duration			
	Incorrect storage			
	Incorrect administration			
	Drug interaction			
ADRs	Undesirable drug side effect			
	Allergic reaction			
	Drug interaction			
	Incorrect administration or dose			
	Contraindication present			
	Unsafe drug for patient			
Non-compliance	Cannot afford drug			
	Does not understand instructions			
	Prefers not to take the drug			
	Forget or omit to take the drug			
	Cannot administer the drug			
	Drug not available			
Need of additional drug therapy	Untreated condition			
	Prophylactic therapy			
	Synergistic therapy			

## ภาคผนวก ค

## แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

วันที่ประเมิน				Code		
Diagnosis:	ADR:			ยาที่สงสัย		
ภาวะของผู้ป่วยที่ อาจมีผลต่อ ADR	ความรุนแรง	<input type="checkbox"/> รุนแรง (เสียชีวิต, พิการ)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (ต้องมีการ รักษาเป็น พิเศษ)	<input type="checkbox"/> น้อย (ไม่ต้องมีการ รักษาเป็น พิเศษ)	ชื่อการค้า	
		management:			ชื่อสามัญ	
				Strength/ dosage regimen		
				วันเริ่มใช้ยา		
ยาที่ใช้ร่วม				วันหยุดใช้ยา		
	<i>modified Naranjo's algorithm</i>			Y	N	don't know
	1. Are there previous conclusive reports on this reaction?			+1	0	0
	2. Did the adverse event appear after the suspected drug was administered?			+2	-1	0
	3. Did the adverse reaction improve when the drug was discontinued or a specific antagonist was administered?			+1	0	0
site of reaction <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> cutaneous <input type="checkbox"/> endocrine <input type="checkbox"/> metabolic <input type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> renal <input type="checkbox"/> neurologic <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> hepatic <input type="checkbox"/> respiratory <input type="checkbox"/> sensory EENT <input type="checkbox"/> hematological <input type="checkbox"/> musculoskeletal <input type="checkbox"/> psychiatric	4. Did the adverse reaction reappear when the drug was readministered?			+2	-1	0
	5. Are there alternative causes (other than drug) that could on their own have caused the reaction?			-1	+2	0
	6. Was the drug detected in the blood (or other fluids) in concentration known to be toxic?			+1	0	0
	7. Was the reaction more severe when the dose was increased, or less severe when the dose was decreased?			+1	0	0
	8. Did the patient have a similar reaction to the same or similar drugs in any previous exposure?			+1	0	0
	9. Was the adverse event confirmed by any objective evidence?			+1	0	0
	สรุปคะแนน:					
	ความสัมพันธ์ definite > 8, probable 5-8, possible 1-4, doubtful < 1					
	Alerting orders		บันทึก			
<input type="checkbox"/> คำสั่งหยุดยา <input type="checkbox"/> คำสั่งลดขนาดยา <input type="checkbox"/> ได้ยาที่ใช้แก้ไข ADR		Rx:				

## ภาคผนวก ง



**COA No. 527/2010**  
**IRB No. 267/53**

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน**  
**คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**  
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

---

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**เลขที่โครงการวิจัย** : -

**ผู้วิจัยหลัก** : นายกิตติยศ ยศสมบัติ

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง** :

1. โครงการวิจัยฉบับเต็ม Version 2.0 Date 28/7/10
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 14/6/10
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3.0 Date 21/9/10
4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3.0 Date 21/9/10
5. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโดยเภสัชกร Version 1.0 Date 14/6/10
6. แบบบันทึกประวัติด้านยา Version 1.0 Date 14/6/10
7. แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา และมาตรการแก้ไขโดยเภสัชกร Version 1.0 Date 14/6/10
8. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Version 1.0 Date 14/6/10

ลงนาม  (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) ประธาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	ลงนาม  (รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมชารี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
---	---

**วันที่รับรอง** : 14 ตุลาคม 2553

**วันหมดอายุ** : 13 ตุลาคม 2554

ทั้งนี้ การรับรองไม่มีเงื่อนไขตั้งแต่ที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (คู่ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 527/2010

IRB No. 267/53

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : HOSPITAL READMISSION OF BUDDHIST MONKS CAUSED BY DRUG-RELATED PROBLEMS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.


**Study Code** : -


**Study Center** : Faculty of Pharmacy, Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Mr.Kitiyot Yotsombut

**Document Reviewed** :

1. Full Protocol Version 2.0 Date 28/7/10
2. Protocol synopsis Version 1.0 Date 14/6/10
3. Information sheet for research participant Version 3.0 Date 21/9/10
4. Informed consent form Version 3.0 Date 21/9/10
5. Pharmacist's Patient Profile Version 1.0 Date 14/6/10
6. Medication reconciliation form Version 1.0 Date 14/6/10
7. A record of drug problems. And remedial measures by the pharmacist Version 1.0 Date 14/6/10
8. Assessment of adverse drug use Version 1.0 Date 14/6/10

Signature:   
 (Professor Tada Sueblinong, MD)  
 Chairperson of  
 The Institutional Review Board

Signature:   
 (Associate Professor Sopit Thamaree)  
 Committee and Secretary of  
 The Institutional Review Board

**Date of Approval** : October 14, 2010

**Approval Expire Date** : October 13, 2011

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



## ภาคผนวก จ



## บันทึกข้อความ

**ส่วนงาน** หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**ที่** ภกป 37 /2554 **วันที่** กุมภาพันธ์ 2554  
**เรื่อง** ขอแก้ไขโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่แนบมาด้วย

1. Submission for study amendment (AF01-13/10)


เนื่องด้วยนายกิตติยศ ยศสมบัติ นิสิตชั้นปีที่ 3 หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มีความประสงค์ที่จะทำโครงการวิจัยเรื่อง “การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงนารัต เกษตรทัต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ยื่นเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นโครงการวิจัยหมายเลข 267/53 และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ได้มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนชื่อโครงการวิจัยใหม่ เป็นโครงการวิจัยเรื่อง “อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา” ซึ่งจะทำให้สื่อความหมายได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้นและไม่สร้างความสับสนจากคำและสำนวนในบางส่วนของชื่อโครงการวิจัยเดิม ทั้งนี้การแก้ไขที่กล่าวมาจะไม่มีผลกระทบต่อระเบียบวิธีวิจัยหรือความปลอดภัยของอาสาสมัคร อีกทั้งยังป้องกันความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนในการตีความของชื่อโครงการวิจัยเดิมที่อาจส่งผลกระทบต่อสถาบันที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงนารัต เกษตรทัต)


ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ

	<b>Faculty of Medicine, Chulalongkorn University</b>	<b>Submission for Study Amendment</b>
---	--	---------------------------------------

**Instruction:** Please fill in the form or tick ✓ in the box that applied, and attach documents if necessary.

<b>Protocol title:</b> การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ HOSPITAL READMISSION OF BUDDHIST MONKS CAUSED BY DRUG-RELATED PROBLEMS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL	<b>IRB. No.</b>	For the record only
<b>Study Code:</b>		
<b>Principal Investigator:</b> นายกิตติช ยศสมบัติ นิสิตปริญญาโท ภาควิชาเภสัชกรรม ปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<b>Investigator No.</b>	
<b>Sponsor:</b> -		
<b>1. Which part of the study do changes apply?</b> (more than one is possible)		
		Protocol _____ consent form ____/____ investigators _____ Other (specify) .....ชื่อโครงการวิจัย..... ____/____
<b>2. List all proposed change(s) and rationale for change(s) (detailed documents can be attached)</b> ขอลดชื่อโครงการวิจัยจากเดิม เป็น “อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา” และชื่อภาษาอังกฤษคือ “INCIDENCE OF HOSPITAL READMISSION OF BUDDHIST MONKS CAUSED BY DRUG-RELATED PROBLEMS” เพื่อให้สื่อความหมายได้อย่างชัดเจน ไม่สร้างความสับสนจากคำหรือตัวนวนที่ใช้เดิม		
<b>3. How will the amendment affect the risk and benefit for the subjects?</b> Risk may be <input type="checkbox"/> increased <input checked="" type="checkbox"/> same <input type="checkbox"/> decreased Potential benefit may be <input checked="" type="checkbox"/> increased <input type="checkbox"/> same <input type="checkbox"/> decreased		
<b>4. How does the amendment affect the informed consent?</b> new consent is not required _____ new consent is in addition to the current one _____ new consent is to replace the current one ____/____		

Note: Study amendments may not be instituted until written approval from the ethics committee is received.

Investigator signature.....  ..... Date...../...../.....  
 (Please retain copy of the completed form for your study record.)

## ภาคผนวก จ

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย: อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

ชื่อผู้วิจัย: เกสัชกรกิตติยศ ยศสมบัตินิสิตระดับปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ของผู้วิจัย: ห้อง 818 อาคารเคทีแมนชั่น ซอยราชวิถี 5 ถนนราชวิถี แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ของผู้วิจัย: 08-3923-4122

อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงนารัต เกษตรทัต

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### นมัสการ พระคุณเจ้าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

พระคุณเจ้าได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่พระคุณเจ้าจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ขอให้พระคุณเจ้าอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วนเพื่อให้พระคุณเจ้าได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งสิ่งที่คาดหวังจากพระคุณเจ้าในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย หากพระคุณเจ้ามีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่พระคุณเจ้าได้

พระคุณเจ้าสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของพระคุณเจ้าได้ พระคุณเจ้ามีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าพระคุณเจ้าตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้พระคุณเจ้าลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### เหตุผลและความเป็นมา

ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึงเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ใช้ยา ส่งผลหรือมีโอกาสส่งผลต่อผลการใช้ยาในผู้ป่วยรายนั้น ปัญหาจากการใช้ยามีผลกระทบในแง่ลบหลายประการต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการ

เกิดโรค การรักษาที่ล้มเหลว และอาจก่อให้เกิดปัญหาการรักษาใหม่ เช่นการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ปัญหาจากการใช้ยายังมีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายของการรักษาในโรงพยาบาล ตัวอย่างปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้บ่อยและอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต เช่น พบระดับยาในเลือดที่สูงเกินปกติ ขาดการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสม ได้รับยาที่มีประวัติแพ้ ได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ ขนาดยาที่ได้รับสูงหรือต่ำเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

พระภิกษุมีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากวิถีชีวิตของฆราวาส ตัวอย่างของความแตกต่างที่เป็นที่ทราบดี เช่นจำนวนมื้อในการฉันอาหาร ลักษณะของอาหารที่ฉัน กิจวัตรประจำวัน และองค์ความคิดหรือทัศนคติที่มีต่อความเจ็บป่วย ความแตกต่างที่กล่าวมานี้อาจมีผลกระทบต่อธรรมชาติของปัญหาจากการใช้ยาในขณะนี้อาพาธ ซึ่งหากเภสัชกรผู้ให้การบริบาลพระอาพาธไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุ ย่อมจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

จากข้อมูลสถิติจากหอผู้ป่วยชิริยานวงค์ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่รับรองเฉพาะพระภิกษุพบว่าในช่วงเวลาหนึ่งๆ จะมีพระภิกษุที่เป็นผู้ป่วยใหม่เพียงร้อยละ 30 โดยประมาณ อีกร้อยละ 70 จะเป็นผู้ป่วยเก่าซึ่งกลับเข้ารับการรักษา โดยคาดว่าส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับปัญหาจากการใช้ยาได้ อย่างไรก็ตาม กลับไม่พบว่ามีงานวิจัยหรือเอกสารทางวิชาการที่กล่าวถึงปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาความชุกของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาและวิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุซึ่งเป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้มีขึ้น เพื่อทราบความชุกของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุที่เกิดเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา รวมถึงชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบในพระภิกษุ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คือพระภิกษุจำนวน 100 รูป

## วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลที่เป็นสำหรัการวิจัยโดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ เวชระเบียน การเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยและการสัมภาษณ์พระคุณเจ้าโดยตรง ซึ่งขั้นตอนทั้งหมดนี้จะเริ่มขึ้นได้หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และ



พระคุณเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจพร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้แล้วเท่านั้น

การวิจัยนี้ไม่นับผู้ที่มีความผิดปกติในการสื่อสาร หรือผู้ขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมในการวิจัยเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใครขอความร่วมมือจากพระคุณเจ้า โดยจะขอให้พระคุณเจ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งให้ข้อมูลด้านสุขภาพและแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับพระคุณเจ้าระหว่างที่พระคุณเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

เนื่องจากการวิจัยนี้ต้องได้รับทราบข้อมูลจากพระคุณเจ้า โดยผ่านทางกรซักถามข้อคำถามที่เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การปฏิบัติตัวและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งอาจทำให้พระคุณเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ หรือถูกรบกวนความเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมแบบสอบถามข้อมูลที่จะทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนเป็นระบบ และเป็นการประหยัดเวลาอันมีค่าและใช้ข้อมูลของพระคุณเจ้าได้อย่างเป็นประโยชน์ที่สุด สำหรับข้อคำถามที่พระคุณเจ้าไม่ต้องการจะตอบ พระคุณเจ้าสามารถปฏิเสธโดยวาจาได้โดยไม่ลังเล การตอบคำถามและการให้สัมภาษณ์ขึ้นกับความสมัครใจของพระคุณเจ้าโดยเสรี

### **ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ประโยชน์ที่อาจได้รับจากการวิจัยต่อส่วนรวม คือได้ทราบถึงความชุกของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา และวิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุซึ่งเป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการบริหารทางเภสัชกรรมแก่พระภิกษุอย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคต

### **วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร**

พระคุณเจ้าไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่พระคุณเจ้าเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของพระคุณเจ้าได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาขอความเห็นกับแพทย์ผู้ให้การรักษาพระคุณเจ้าก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

## ข้อปฏิบัติของพระคุณเจ้าขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้พระคุณเจ้าปฏิบัติดังนี้

- ขอให้พระคุณเจ้าให้ข้อมูลทางการแพทย์ของพระคุณเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

## อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พระคุณเจ้าจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าพระคุณเจ้าได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่พระคุณเจ้าพึงมี

ในกรณีที่พระคุณเจ้าได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย พระคุณเจ้าสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือเภสัชกรกิตติยศ ยศสมบัติ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 3 ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เบอร์โทรศัพท์ 08-3923-4122 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

## ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

พระคุณเจ้าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพิ่มเติมจากค่ารักษาตามปกติ

## การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ต้องมีการสัมภาษณ์ซักถามพระคุณเจ้าโดยตรง ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ต่อการสัมภาษณ์แต่ละครั้งและไม่เกิน 3 ครั้งการสัมภาษณ์

การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากพระคุณเจ้าไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว พระคุณเจ้ามีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลเชิงลบต่อการดูแลรักษาโรคของพระคุณเจ้าแต่อย่างใด

## การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวพระคุณเจ้าจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของพระคุณเจ้าจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของพระคุณเจ้า

จากการลงนามยินยอมของพระคุณเจ้าผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของพระคุณเจ้าได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากพระคุณเจ้าต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว พระคุณเจ้าสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิก



การให้คำยินยอม โดยส่งไปที่เภสัชกรกิติยศ ยศสมบัติ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากพระคุณเจ้าขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่พระคุณเจ้าได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของพระคุณเจ้าจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของพระคุณเจ้าอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และพระคุณเจ้าจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของพระคุณเจ้าที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่พระคุณเจ้าเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พระคุณเจ้าจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. พระคุณเจ้าจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. พระคุณเจ้าจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งตัวยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. พระคุณเจ้าจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. พระคุณเจ้าจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่พระคุณเจ้าอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. พระคุณเจ้าจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. พระคุณเจ้าจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ พระคุณเจ้าสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. พระคุณเจ้าจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. พระคุณเจ้าจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

ในกรณีที่พระคุณเจ้าต้องการร้องเรียนเนื่องจากได้รับความเดือดร้อนจากการเข้าร่วมการวิจัยหรือมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้ พระคุณเจ้าสามารถร้องเรียนไปยัง “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิตล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 1033” โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอกราบนมัสการด้วยความเคารพอย่างสูง

## ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย  
(Informed consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ \_\_\_\_\_

อาตมา \_\_\_\_\_

ที่ อ ยู่ \_\_\_\_\_

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสาร “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย” ที่แนบมาฉบับวันที่ \_\_\_\_\_ และอาตมายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

อาตมาได้รับสำเนาใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่อาตมาได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสาร “เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย” ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ อาตมาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด

อาตมามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบข้อซักถามต่างๆ อย่างชัดเจนด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนอาตมาพอใจ

อาตมามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่อาตมาพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของอาตมาด้วยความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากอาตมาเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของอาตมา ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม

การศึกษานี้ อาตมาได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของอาตมาได้ และยินยอมให้นำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นไปทำการตีพิมพ์หรือเผยแพร่โดยวิธีอื่นๆ โดยไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะทำให้อาตมาถึงตัวอาตมาได้ เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการหรือเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของอาตมาเพิ่มเติม หลังจากที่อาตมาขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวอาตมาได้

อาตมาเข้าใจว่า อาตมามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของอาตมาและสามารถเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของอาตมาได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

อาตมายินดีลงนามในใบยินยอมนี้ เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

\_\_\_\_\_ (ผู้ยินยอมเข้าร่วมใน  
โครงการวิจัย)

(\_\_\_\_\_)

วันที่

\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการนำข้อมูลของผู้ป่วยไปใช้ เพื่อเขียนในวิทยานิพนธ์ ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเสร็จสิ้นการทำวิทยานิพนธ์ แก่ผู้ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยได้ทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

\_\_\_\_\_ (ผู้วิจัย)

(เภสัชกรกิตติยศ ยศสมบัติ)

วันที่

\_\_\_\_\_

(พยาน)

(\_\_\_\_\_)

วันที่

\_\_\_\_\_

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายกิตติยศ ยศสมบัติ เกิดเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2527 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเกาส์ศาสตร์บัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเกาส์ศาสตร์มหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2551 ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่เป็นเกาส์ชกรประจำสถานปฏิบัติการเกาส์กรรมชุมชน คณะ เกาส์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย