

รายงานฉบับสมบูรณ์

ความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ
:กรณีศึกษาากลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors (Statins)

(Civil Servant Medical Beneficiaries' Preference and Willingness-to-Pay for Medications: A
Case Study of HMG-CoA reductase inhibitors (Statins))

ภญ. ภัศรานิจ พวรรณรังษี

ภก. ธนเทพ วิชญากร

รศ.ดร. สุวณัฏฐ์ งามสุรเชษฐ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14 พฤษภาคม 2555

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการโดยใช้ยาในกลุ่ม statin เป็นกรณีศึกษา การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ตอนหลักๆ โดยที่ในตอนแรกได้มีการหาคุณลักษณะที่สำคัญของยาในกลุ่ม statin โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยาในกลุ่มนี้ หลังจากนั้นจะอาศัยการทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ และการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่มกับผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาในกลุ่ม statin มาก่อน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจะอาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและทำการสัมภาษณ์เพิ่มไปเรื่อยๆจนกว่าข้อมูลที่ได้รับจะเกิดการอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่ในการอภิปราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปรวมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างตัวเลือกในแบบสอบถามโดยอาศัย orthogonal design เพื่อลดจำนวนตัวเลือกลงโดยที่ยังคงคุณสมบัติในการเป็นตัวเลือกที่ดีอยู่ รูปแบบของชุดตัวเลือกประกอบด้วยตัวเลือก 3 ตัวเลือกโดยที่แต่ละตัวเลือกจะประกอบด้วยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไปแล้วกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้เลือกได้เฉพาะตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งในแต่ละชุดตัวเลือกเท่านั้น ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีรายละเอียดของคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบแตกต่างกันไป นอกจากนี้แบบสอบถามยังมีตอนที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเช่นข้อมูลพื้นฐานได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด และข้อมูลทางด้านสุขภาพได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น จากนั้นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจะถูกนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วทำการปรับปรุงแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วทำการปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการที่ใช้ยาในการลดระดับไขมันในเลือดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 233 คน แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยการคำนวณสถิติเชิงพรรณนาเช่นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทำการวิเคราะห์โดยการสร้างแบบจำลองด้วยวิธี multinomial logit model ซึ่งทำให้สามารถคำนวณความชอบที่มีต่อคุณลักษณะของยาของผู้ป่วยแต่ละคนและคำนวณความเต็มใจที่จะจ่ายต่อการได้รับยาแต่ละชนิด ส่วนในตอนที่ 2 ของการศึกษานี้ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างความชอบกับแต่ละคุณลักษณะที่คำนวณได้จากการศึกษาตอนแรกมาใช้ในการออกแบบชุดตัวเลือกด้วยวิธี Bayesian efficient design เพื่อให้ได้ชุดตัวเลือกที่มีประสิทธิภาพ และออกแบบให้เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเดียวกันกับตอนแรก จากนั้นได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการที่ใช้ยาในการลดระดับไขมันในเลือดในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 65 คน แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยการคำนวณสถิติเชิงพรรณนาเช่นการ

แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทำการสร้างแบบจำลองด้วยวิธี mixed multinomial logit model รวมถึงทำการคำนวณความเต็มใจที่จะจ่ายต่อการได้ยาแต่ละชนิดอีกครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของยาในกลุ่มนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญของยาในกลุ่ม statin และการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่มกับผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาในกลุ่ม statin มาก่อน พบว่าคุณลักษณะของยาในกลุ่มนี้ที่นำไปใช้ออกแบบสอบถามประกอบด้วยผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ผลการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ผลการเกิดพิษต่อตับ และราคาขายต่อเดือนที่ผู้ป่วยต้องจ่าย หลังจากการเก็บข้อมูลในตอนต้นที่ 1 และ 2 พบว่ามีจำนวนแบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้ 207 และ 57 ชุดตามลำดับ พบว่าข้อมูลลักษณะประชากรไม่แตกต่างกันยกเว้นในส่วนของรายได้ เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความชอบกับคุณลักษณะต่างๆของยาจากทั้ง 2 ตอนพบผลความสัมพันธ์ที่เหมือนกันกล่าวคือพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะที่เป็นการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมีค่าบวก ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะที่เป็นการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ การเกิดพิษต่อตับและค่ายาที่ต้องจ่ายมีค่าเป็นลบ ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์เพราะผู้ที่ยาย่อมพึงพอใจมากขึ้นเมื่อได้ใช้ยา statin ที่มีผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้น และพึงพอใจลดลงเมื่อต้องจ่ายยา statin ที่ก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ การเกิดพิษต่อตับและต้องจ่ายค่ายาสูงขึ้น

หลังจากที่คำนวณหาค่าความเต็มใจที่จะจ่ายที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับของแต่ละคุณลักษณะของยา statin พบค่าความเต็มใจที่จะจ่ายของการศึกษาทั้ง 2 ตอนมีความแตกต่างกันกล่าวคือในตอนต้นที่ 1 พบว่าค่ามัธยฐานของค่าความเต็มใจจ่ายต่อเดือนให้กับผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันและผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นทุก 1% เป็น 44.2 และ 54.4 บาทตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐานของค่าความเต็มใจจ่ายเพื่อให้ได้ยาที่มีผลการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและผลการเกิดพิษต่อตับที่ลดลง 1 เท่าจะเป็น 356.4 และ 881.8 บาทตามลำดับ ในขณะที่ผลการศึกษาดูตอนต้นที่ 2 พบว่าค่ามัธยฐานของค่าความเต็มใจจ่ายต่อเดือนให้ได้ยาที่มีผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันและผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นทุก 1% เป็น 23.7 และ 29.0 บาทตามลำดับ ส่วนที่ค่ามัธยฐานของค่าความเต็มใจจ่ายเพื่อให้ได้ยาที่มีโอกาสเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและผลการเกิดพิษต่อตับที่ลดลง 1 เท่าจะเป็น 145.2 และ 532.1 บาทตามลำดับ ทำให้เมื่อทำการคำนวณหาราคาต่อวันจากค่าความเต็มใจที่จะจ่ายมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อคำนวณเป็นผลของค่าความเต็มใจที่จะจ่ายเมื่อผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงชนิดหรือรายการยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่นผู้ป่วยที่เคยใช้ยา simvastatin เป็นยาชนิดอื่นๆ พบว่าความเต็มใจในการจ่ายให้กับยาชนิดอื่นเมื่อผู้ป่วยใช้ยา simvastatin อยู่แล้วจะมีเพียงยา rosuvastatin เท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างยินดีร่วมจ่ายแต่จะจ่ายจำนวนไม่เกินประมาณ 10 บาทต่อวัน ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางนโยบายในอนาคตหากรัฐมี

แนวคิดในการนำการมีส่วนร่วมจ่ายหรือการกำหนดราคาอ้างอิงในการจ่ายเงินคืนให้กับสถานพยาบาลมาใช้เพราะหากผู้ป่วยต้องมีการร่วมจ่ายในจำนวนที่สูงเกินกว่าความเต็มใจที่จะจ่ายก็จะส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วยและในทางตรงกันข้ามหากรัฐนำการมีส่วนร่วมจ่ายมาใช้และกำหนดค่าของการร่วมจ่ายต่ำกว่าที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจจ่ายก็จะทำให้รัฐควบคุมการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้ผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ปวยทุกคนที่ให้ความกรุณาในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ตอน ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายเพื่อสุขภาพระหว่างประเทศที่เป็นผู้สนับสนุนเงินทุนวิจัยให้กับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และอาจารย์นายแพทย์ ดร. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้ซึ่งเป็นแบบอย่างด้านความคิด และเป็นครูที่คอยให้คำแนะนำที่ดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำระหว่างดำเนินงานวิจัย และขอขอบคุณ ภาณุ.พรพิศ ศิลขวูทท์ที่ช่วยประสานงานจนเกิดเป็นเครือข่ายวิจัยราคายาได้สำเร็จ ผู้วิจัยยังต้องขอขอบคุณ รศ.ดร.จุฬารมณ ลิมปวัฒนานนท์ที่เป็นผู้จัดการชุดโครงการวิจัยราคายา และขอขอบคุณสมาชิกของเครือข่ายทุกคนที่ให้คำปรึกษาและกำลังใจจนสามารถดำเนินงานวิจัยนี้ได้จนสำเร็จ ทำยที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งในส่วนของการเก็บข้อมูลมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้วิจัย

คำนำ

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลายประเทศทั่วโลกใฝ่ฝันอยากจะมี แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายๆประเทศก็ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนของตนมีความมั่นใจในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยก็ยังคงมีปัญหาไม่น้อยเช่นกัน ปัญหาหลักอันหนึ่งที่เป็นที่ถกเถียงกันมานานเกิดจากการที่ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย 3 กองทุนที่มีการครอบคลุมและการจ่ายเงินคืนให้สถานพยาบาลด้วยวิธีที่ต่างกัน และหนึ่งในกองทุนเหล่านั้นคือระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่มีระบบการจ่ายเงินคืนแบบจ่ายตามจริง ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงมากกว่าอีก 2 ระบบคือระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม จึงเกิดแรงจูงใจในการพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ การมีส่วนร่วมจ่ายเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่าย และเป็นวิธีที่หลายประเทศใช้ได้ผล อย่างไรก็ตามหากมีการกำหนดการมีส่วนร่วมจ่ายที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลเสียต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้ การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาค่าความเต็มใจจ่ายค่ายาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดการมีส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสม

ณ เวลาที่ผู้วิจัยทำการวิจัยเรื่องนี้ ความเชื่อทั่วไปของคนในประเทศยังคงคิดว่าการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ในประเทศไทยหรือยังไม่ถึงเวลา แต่ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นที่จะทำวิจัยในเรื่องนี้ให้สำเร็จลงได้เพราะผู้วิจัยเชื่อว่าการมีส่วนร่วมจ่ายจะทำให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีความยั่งยืนอยู่ได้ต่อไปในอนาคต และเมื่อวันนั้นมาถึงงานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาของประเทศไทยได้อย่างมีหลักฐานและเป็นประโยชน์สูงสุดแก่คนไทยทุกคน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	2
กิตติกรรมประกาศ	5
คำนำ	6
บทที่ 1 บทนำ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	19
ตอนที่ 1	
การสร้างแบบสอบถาม	19
การเก็บข้อมูล	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
ตอนที่ 2	
การสร้างแบบสอบถาม	24
การเก็บข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4 ผลการวิจัย	28
ตอนที่ 1	
ผลการหาคุณลักษณะ	28
ผลการวิเคราะห์หาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่าย	38
ตอนที่ 2	
ผลการวิเคราะห์หาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่าย	43
บทที่ 5 การวิจารณ์ผล สรุปผลการวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัย	51
การวิจารณ์ผล	51
สรุปผลการวิจัย	56
ข้อจำกัดในการวิจัย	57
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก ก	63
ภาคผนวก ข	72
ภาคผนวก ค	81

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 คุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยากลุ่ม statin	37
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (N=207)	38
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละคุณลักษณะที่มีผลต่อความชอบ (N=1,242 observation)	41
ตารางที่ 4 ค่าความเต็มใจที่จะจ่าย (บาทต่อเดือน) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อแต่ละระดับของคุณลักษณะ	42
ตารางที่ 5 ค่าความเต็มใจจ่ายค่ายา	43
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	44
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างความชอบกับแต่ละคุณลักษณะ	47
ตารางที่ 8 ค่าความเต็มใจที่จะจ่าย (บาทต่อเดือน) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อแต่ละระดับของคุณลักษณะ	49
ตารางที่ 9 ค่าความเต็มใจจ่ายค่ายา	50

บทที่ 1

บทนำ

ในปัจจุบันกรมบัญชีกลางรายงานว่ามีผู้ที่ได้รับสิทธิในสวัสดิการนี้ประมาณ 7.7 ล้านคน (กรมบัญชีกลาง 2550) โดยที่ผู้มีสิทธิเหล่านี้สามารถใช้บริการในการรักษาพยาบาลหลักๆ ได้หลายประเภท เช่น บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งเป็นต้น สำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลางนั้นแต่เดิมผู้ใช้สิทธิต้องสำรองจ่ายไปก่อนหลังจากมีการใช้บริการรักษาพยาบาล แล้วจึงนำไปเสร็จไปขอเบิกคืนย้อนหลังกับต้นสังกัด (indemnity) ส่วนทางสถานพยาบาลเองก็จะคิดค่าบริการทางการแพทย์เป็นแบบจ่ายตามรายการที่จ่ายจริง (fee for service) ที่ทางรัฐต้องจ่ายคืนให้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการเบิกจ่ายสำหรับกรณีผู้ป่วยในได้มีการเปลี่ยนมาใช้ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาล และยึดหลักการจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) ส่วนกรณีบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้นผู้ใช้สิทธิสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งวิธีการจ่ายไปก่อนแล้วนำไปเสร็จไปขอเบิกคืนย้อนหลังกับต้นสังกัด และการเบิกจ่ายโดยตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลเช่นเดียวกันกับกรณีผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามการจ่ายเงินคืนให้กับสถานพยาบาลนี้ยังคงยึดแบบจ่ายตามรายการที่จ่ายจริง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการให้บริการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นได้สูง (moral hazard) ส่งผลทำให้ปัญหาว่าค่ารักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นการเพิ่มในอัตราที่สูง ทั้งนี้ภาศรื้อนันต์ (2545) รายงานว่าในช่วงปีพ.ศ. 2531 – 2544 มีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 14 ต่อปี จาก 3,156 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2531 เพิ่มขึ้นเป็น 19,181 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2544 ในขณะที่จำนวนข้าราชการไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก ต่อมาค่ารักษาพยาบาลก็ยังคงมีการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในช่วงปีพ.ศ. 2549 – 2551 ได้เพิ่มจาก 37,004 ล้านบาท เป็น 54,904 ล้านบาทและสูงขึ้นเป็น 61,000 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2552

กรมบัญชีกลางได้พยายามแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยหลายวิธีการเช่นการปฏิรูประบบในปี 2541 โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางด้านลง โดยจำกัดการเบิกจ่ายค่ายาได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ยกเว้นบางกรณีที่แพทย์รับรองว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การจำกัดจำนวนวันนอน และการงดเว้นการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน ซึ่งผลของมาตรการดังกล่าวยังไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร เนื่องจากช่วย

ลดค่าใช้จ่ายได้เพียงช่วงแรก คือประหยัดงบประมาณได้ 18 % เทียบกับค่าใช้จ่ายปี 2540 หลังจากนั้นใน
ครึ่งปีหลังของปี 2542 ค่าใช้จ่ายกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้ง (นิภา ศรีอนันต์ 2545, กลุ่มงานสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ 2550) หรือต่อมาคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้
แนะนำผ่านความเห็นชอบจากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 ให้กระทรวงการคลังดำเนินการ
ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เพื่อให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิในสวัสดิการ
รักษายาบาลได้รับคุณภาพในการรักษายาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นธรรม โปร่งใส สามารถควบคุม
ค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ 2548) โดยมีแนวดำเนินการเช่นการจัดทำ
ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ การจัดทำบัญชีรายการยา และบัญชีราคายา การจัดทำระบบการเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยใน
โดยการกำหนดเพดานงบประมาณ (global Budget) และการจัดสรรงบประมาณโดยใช้เกณฑ์กลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group, DRG) เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการที่ค่าใช้จ่ายของการ
รักษายาบาลที่ยังคงเพิ่มขึ้นคงเป็นที่ประจักษ์ชัดว่ามาตรการหรือความพยายามของกรมบัญชีกลางไม่
สามารถแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายของการรักษายาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของ
ข้าราชการได้สำเร็จ

เมื่อพิจารณาโครงสร้างงบประมาณด้านการรักษายาบาลของสิทธิประโยชน์ราชการ พบว่าค่า
รักษายาบาลผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับอัตราการเพิ่มของค่ารักษายาบาลของ
ผู้ป่วยนอกที่พบว่าสูงเป็นร้อยละ 70 ของค่ารักษายาบาลทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โดยที่พบว่า
ค่ารักษายาบาลของผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาเช่นในปีงบประมาณ 2549 มี
ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงกว่าร้อยละ 50 และสูงถึงประมาณร้อยละ 83 ในปีงบประมาณ 2551 ดังนั้นยาจึงเป็น
หนึ่งในประเด็นสำคัญของการเลือกในการปฏิรูประบบสวัสดิการนี้ สิทธิประโยชน์ด้านยาในปัจจุบันยังคงมี
ช่องโหว่โดยเฉพาะการให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากในทาง
ปฏิบัติผู้มีสิทธิไม่จำเป็นต้องจ่ายร่วมค่ายาในส่วนดังกล่าวแต่อย่างใด เนื่องจากแพทย์จะให้การช่วยเหลือ
โดยให้การรับรองว่าผู้มีสิทธิมีความจำเป็นที่จะต้องชื้อยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่ง
ที่ส่งผลให้ค่ารักษายาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการที่กรมบัญชีกลางได้ขอข้อมูลการส่งจ่าย
ยาย้อนหลัง 10 เดือน ในปีงบประมาณ 2552 ของสถานพยาบาลของทางราชการ 34 แห่ง และจากการ
วิเคราะห์ข้อมูลสถานพยาบาล 31 แห่ง จาก 34 แห่ง พบว่าสถานพยาบาลมีการส่งยา รวม 16.6 ล้านใบ
มูลค่ารวมประมาณ 15,247 ล้านบาท ซึ่งในจำนวนนี้เป็นใบสั่งยาที่มีรายการนอกบัญชียาหลักแห่งชาติถึง
40% และคิดเป็นมูลค่า 10,040 ล้านบาท หรือคิดเป็น 66% ของมูลค่ายาทั้งหมด และพบว่ากลุ่มรายการ

ยาที่สั่งให้ยาก่อนข้างสูง และเป็นรายการยาที่มีราคาแพงและมีหลักฐานชัดเจนว่ามีการสั่งยาไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ สามารถแบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร 2) กลุ่มยาต้านอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ 3) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด 4) กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง 5) กลุ่มยาลดความดันโลหิต 6) กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด 7) ยาลดอาการเช่าเสื่อม 8) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน และ 9) กลุ่มยารักษามะเร็ง (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาลูกประกันสุขภาพไทย 2553)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลเห็นว่าน่าจะมีมาตรการคุมเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการอย่างจริงจังมากขึ้น จึงมอบหมายให้กรมบัญชีกลางร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ และเศรษฐศาสตร์ ทำการศึกษาเรื่องเหล่านี้อย่างจริงจัง และนำมาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย นอกจากนี้ยังให้ตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่ม หรือรายการให้เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์วิชาชีพกำหนดทางสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาลูกประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับลูกประกันสุขภาพของประเทศจึงได้มีการกำหนดแผนงานพัฒนามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและพัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะประการหนึ่งที่สำคัญคือการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา (cost sharing) อย่างไรก็ตามในการกำหนดระดับของการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายด้านยาให้เหมาะสม รัฐบาลมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงหลายประเด็นเช่นระดับของการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายจะต้องสอดคล้องกับความยืดหยุ่นของปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงราคาหรือระดับที่ผู้ให้ยาต้องร่วมจ่าย เพราะหากมีระดับที่ต่ำเกินไปก็จะเป็นไปไม่ได้ที่จะใช้ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ แต่หากมีระดับที่สูงเกินไปก็อาจทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความแตกต่างทั้งในด้านเศรษฐกิจฐานะและทัศนคติ พฤติกรรมหรือความชอบ (preference) ของการใช้ยาของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้มีการตอบสนองต่อระดับของการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายด้านยาแตกต่างกันออกไป

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากรัฐต้องการนำการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายมาใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการข้าราชการ รัฐบาลจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลการตอบสนองของข้าราชการต่อการจัดเก็บส่วนร่วมจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับของส่วนร่วมจ่ายค่ายา เพราะผู้ป่วยอาจมีความยืดหยุ่นของปริมาณการใช้ยาต่อระดับของการร่วมจ่ายค่ายาของแต่ละโรคไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นกับ

ความชอบ (preference) ของผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness-to-pay) ของผู้ป่วยที่มีต่อยาในการรักษาโรคนั้นๆ ซึ่งหากรัฐมีการกำหนดการมีส่วนร่วมจ่ายโดยไม่คำนึงถึงความชอบและความตั้งใจที่จะจ่ายของผู้ป่วยเพราะมองว่าเป็นอำนาจของรัฐที่จะกำหนดนโยบายหรือมองว่าผู้ป่วยไม่น่าจะเข้าใจเรื่องการรักษาโรคต่างๆ ได้ดีเท่ากับบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐเองก็อาจส่งผลในทางลบต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยตามที่กล่าวไว้ข้างต้น เพราะมีการศึกษาในต่างประเทศหลายๆ การศึกษาเช่น Balsbaugh et al. (1999) Holman and Lorig (2000) และ Markson et al. (2001) ที่ระบุว่าความชอบของผู้ป่วยที่มีต่อยาแตกต่างจากของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลความชอบ (preference) และความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness-to-pay) ของผู้ป่วยที่มีต่อยาในการรักษาโรค ที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายของการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายด้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ การศึกษาอาศัย discrete choice experiment ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการนำมาใช้ในทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในการวัดระดับความชอบหรือความชอบ (preference) ของผู้ป่วย และสามารถนำไปสู่การหาความเต็มใจจ่ายของผู้ป่วยได้ (Lancsar and Louviere, 2008) อย่างไรก็ตามในการศึกษาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายามีความแตกต่างกันในแต่ละโรค ซึ่งทางผู้วิจัยไม่สามารถทำได้ในทุกโรคพร้อมกันอันมีสาเหตุมาจากการมีทรัพยากรที่จำกัด ดังนั้นจึงได้มีการเลือกกลุ่มยา กลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors (statin) ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มรายการยาที่มีการสั่งใช้ยาก่อนข้างสูง และเป็นรายการยาที่มีราคาแพงและมีหลักฐานชัดเจนว่ามีการสั่งยาไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 9 กลุ่มที่เป็นเป้าหมายของ สวปก. มาเป็นกรณีศึกษาของการศึกษานี้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคหัวใจและหลอดเลือดและยากลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นหนึ่งในสามลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตในประเทศไทยมานานกว่า 20 ปี ในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงถึงเกือบ 1 ล้านรายและมีจำนวนผู้เสียชีวิตในปีนั้นถึงกว่า 4 หมื่นราย (ยุพิน ตามธีรนนท์และคณะ 2550) ซึ่งคาดว่าจำนวนผู้ป่วยในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สืบเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมสุขภาพเช่นอาหารที่นิยมบริโภคจะเป็นแป้งและไขมันมากขึ้น ในขณะที่มีการบริโภคผักและผลไม้ลดลง นอกจากนี้คนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอเป็นต้น โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจและระบบหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือดขึ้นแล้วก็อาจทำให้เกิดโรคสำคัญๆได้หลายโรคเช่นโรคหลอดเลือดในสมองอุดตัน และโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดในสมองอุดตันขึ้นอาจทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทได้อย่างเฉียบพลันเช่นอาการปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงหรือมีอาการชา เสียการทรงตัวเป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดในสมองอุดตันในประเทศไทยจะเป็นอัตราส่วนมากกว่า 25 ต่อประชากรแสนคนและมีความชุกเป็นจำนวนเกือบ 200 คนต่อประชากรแสนคน ส่วนอาการของโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งอาจเกิดจากการที่หลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน จากการที่มีลิ้มเลือดอุดตันไม่ให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเป็นสาเหตุการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้หากมีอาการรุนแรง ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเป็น 3 คนต่อประชากรแสนคน และมีความชุกเป็น 6 คนต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อุบัติการณ์ของอาการเจ็บหน้าอกจากการขาดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจมีอุบัติการณ์สูงกว่า 10 เท่าและมีความชุกสูงเกือบ 40 เท่าของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Ministry of Public Health 2002) จากอาการเจ็บป่วยต่างๆเหล่านี้มีรายงานว่าได้ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเสียโอกาสที่สูญเสียผลิตภาพหรือเสียชีวิตจำนวนมหาศาลเช่นสำหรับโรคหลอดเลือดสมองอุดตันคิดเป็นประมาณ 160,000 บาทต่อคนต่อปี ส่วนโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันในปีแรกมีรายงานจากการศึกษาที่โรงพยาบาลรามารวมประมาณ 150,000 บาทต่อคน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2548)

ยาในกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor หรือ statin เป็นยาที่มีจำหน่ายในท้องตลาดมากกว่า 20 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าเป็นยาที่ใช้ในการลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ HMG-CoA reductase ทำให้ลดการสร้าง cholesterol และเพิ่มการเผาผลาญ cholesterol และ triglyceride อันอาจเป็นสาเหตุของการอุดตันของไขมันในเลือดหรือทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดในร่างกายได้ ปัจจุบันยาในกลุ่มนี้มีด้วยกันหลายชนิด เช่น simvastatin ซึ่งเป็นยาที่มีผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายหลายราย (multi-source) นอกจากนี้ยังมี pravastatin fluvastatin และ atorvastatin ที่ยังคงมีผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว (single-source) ถึงแม้ว่า ยากลุ่มนี้จะใช้ในการลดระดับไขมันในเลือดเหมือนกันแต่ก็ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดทั้งในแง่ของ ประสิทธิภาพและการไม่พึงประสงค์ สำหรับการใช้อยา statin ในการรักษามักจะอ้างอิงจาก National Cholesterol Education Program (NCEP) ที่แนะนำให้ใช้ statin ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งได้กำหนดค่าระดับไขมันที่ผิดปกติ และระดับความรุนแรงของโรคไว้อย่างชัดเจน จากค่าระดับ low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) และค่าระดับ total cholesterol ทั้งนี้ในการ เลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ยังต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆร่วมด้วยเช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพศเป็นต้น สำหรับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา statin ที่พบบ่อยๆได้แก่อาการท้องผูก อาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลต่อเอนไซม์ตับจนมีข้อแนะนำให้มีการตรวจวัดการทำงานของตับเป็น ประจำ อย่างไรก็ตามทั้งประสิทธิภาพของการรักษาและความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา statin แต่ละชนิดจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดและส่งผลกระทบต่อจำนวนปีสุขภาพะในที่สุด (Manktelow and Potter 2009, Ward et al. 2007)

ยุพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550) ได้ระบุถึงปัญหาการเข้าถึงยา statin ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และยังระบุอีกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด สูงกลับมีโอกาสได้รับยาน้อยกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งถึงแม้ว่ายังไม่พบการศึกษาเชิงลึกถึงสาเหตุของ ปัญหานี้ แต่เชื่อได้ว่าจะต้องมีปัญหาเรื่องของชนิดของสิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยมีกับ ความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วยเป็นสาเหตุร่วมด้วยอย่างแน่นอน ในขณะที่ปัญหาของผู้ที่สมควร ได้รับยาแต่กลับไม่ได้รับยายังคงอยู่แต่กลับพบว่ายาในกลุ่มนี้มีปริมาณการสั่งใช้และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ สูงมากกับประเทศ ยุพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550) รายงานว่าราคาของยากลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน มากตั้งแต่ในระดับที่น้อยกว่า 1 บาทจนถึงเกือบ 40 บาท และพบว่าในภาพรวมของยากลุ่มนี้ในพ.ศ. 2548 simvastatin (ราคาในปี พ.ศ. 2549 สำหรับยาสามัญคือ 0.72 บาทต่อเม็ดและยาต้นแบบคือ 34.24 บาท

ต่อเม็ด) มีสัดส่วนการใช้สูงสุดคือร้อยละ 67 ส่วน atorvastatin (ราคาในปี พ.ศ. 2549 สำหรับยาต้นแบบคือ 36.59 บาทต่อเม็ด) มีสัดส่วนการใช้ในลำดับรองลงมาคือร้อยละ 24 ในปีพ.ศ. 2549 ยุพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550) ระบุว่าประเทศไทยมีการนำเข้า atorvastatin ประมาณ 500 ล้านบาทและการนำเข้า simvastatin คิดเป็น 600 ล้านบาท โดยมียา rosuvastatin มีมูลค่าการนำเข้าสูงสุดคือประมาณ 700 ล้าน บาท นักเสี่ยงและรัตติยา กาสี (2547) รายงานว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่แห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานครมีการสั่งใช้ยา 2 ชนิดนี้คิดเป็นมูลค่าเกือบ 60 ล้านบาทหรือคิดเป็นหนึ่งในสามของมูลค่าการใช้ยา ชนิดรับประทานสูงสุด 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในปีพ.ศ. 2551 Nitiyanant et al. รายงานว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ยา statin กลับสามารถลด LDL-C ตามเป้าหมายได้เพียง กว่าหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยเท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่ายา statin ยังคงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ในปีพ.ศ. 2550 ยุพิน ตามธีรนนท์และคณะได้ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อใช้เป็นข้อมูลใน การตัดสินใจคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า simvastatin ที่เป็นยาสามัญเท่านั้นที่ มีความคุ้มค่า ถึงแม้ว่าในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 ระบุไว้ชัดเจนว่าให้ใช้ atorvastatin เมื่อมีความ จำเป็นเช่นเมื่อใช้ simvastatin ไม่ได้ผลเป็นต้น แต่จากปริมาณการใช้และค่าใช้จ่ายที่สูง รวมกับยุพิน ตาม ธีรนนท์และคณะ (2550) พบว่าการใช้ atorvastatin ไม่ได้เพิ่มอรรถประโยชน์มากนักส่งผลให้ยา atorvastatin ซึ่งเคยบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 แต่ไม่ปรากฏในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2550

โดยสรุปประเทศไทยมีการใช้ยากลุ่ม statin ในปริมาณและค่าใช้จ่ายที่สูงมาก แต่กลับพบว่าผู้ป่วย ที่สมควรจะได้รับยาในการรักษากลับยังไม่ได้รับ และถึงแม้ว่ายา simvastatin จะเป็นยาชนิดเดียวในกลุ่ม statin ที่ปรากฏในประเทศไทยที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองของรัฐบาล แต่ในทางคลินิกยังคงมีรายงานความแตกต่างกันของลักษณะเฉพาะตัวของยากลุ่มนี้ทั้งในส่วนของ ผลการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลต่อ lipid profile และความเสี่ยงของอาการไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐเปิดโอกาสให้ผู้สั่งจ่ายยามีทางเลือกของยาในกลุ่มนี้มากกว่ายาหนึ่งชนิดที่ปรากฏในบัญชียาหลัก แห่งชาติฉบับก่อนหน้าฉบับปัจจุบัน กลับพบว่ายากลุ่มนี้ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงมากเกินกว่าที่รัฐจะแบกรับ ได้ และเมื่อไม่ได้บรรจุยาชนิดอื่นๆนอกจาก simvastatin ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติก็อาจทำให้เกิดปัญหา การเข้าถึงยาที่ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นที่จะต้องให้ยาจำเพาะชนิดนั้นๆจริงๆได้ ดังนั้นหากมีการ พิจารณาวิธีการควบคุมการใช้หรือการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการอื่นเช่นการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยก็ อาจช่วยบรรเทาเบาบางปัญหาการเข้าถึงยากลุ่มนี้ได้ แต่ต้องไม่ลืมที่จะตระหนักว่าระดับของการมีส่วนร่วม

ร่วมจ่ายจะต้องมีความเหมาะสมหรืออย่างน้อยต้องไม่เกินกว่าระดับความตั้งใจที่จะจ่ายของผู้ป่วย ซึ่งระดับดังกล่าวจะขึ้นกับความชอบ (preference) ของผู้ป่วย

Discrete choice experiment

ปัจจุบันผู้วางนโยบายทางสาธารณสุขมักจะทำให้ความสำคัญกับความชอบ (preference) ของสาธารณสุขชนหรือผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการสาธารณสุข เพื่อจะได้นำมาใช้ในการวางนโยบายหรือแผนการให้บริการได้ตรงตามความต้องการและยังอาจมีผลให้ผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ในทางเศรษฐศาสตร์ข้อมูลเกี่ยวกับความชอบของผู้ใช้บริการแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการใช้ข้อมูลจริงหรือความชอบอย่างเปิดเผย (revealed preference, RP) และการใช้ข้อมูลประเมินค่า (stated preference, SP) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วข้อมูลที่ได้มักจะเป็น RP อย่างไรก็ตามในทางสาธารณสุขข้อมูลประเภทนี้มักจะมีอยู่ไม่มากนักโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ได้ประสบกับราคาค่าตลาดที่แท้จริง นอกจากนี้ในบริการสาธารณสุขจะมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการแบบตัวแทน (agency relationship) ทำให้การใช้บริการที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้สะท้อนความชอบของผู้ใช้บริการจริง นอกจากนี้ RP ยังไม่สามารถใช้ได้กับการบริการใหม่ที่ยังไม่ได้มีการให้บริการมาก่อน ดังนั้นจึงทำให้ SP ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการบอกกล่าวมีบทบาทมากขึ้นในการวัดระดับความชอบของผู้ใช้บริการในการวัดความชอบที่เป็น SP ของผู้ใช้บริการในทางสาธารณสุขมีด้วยกันหลายวิธีเช่น standard gamble time trade-off และ contingent valuation เป็นต้น นอกจากนี้เมื่อไม่นานนักได้จึงมีการนำ discrete choice experiment (DCE) มาใช้มากขึ้น (Lancsar and Louviere, 2008)

DCE จะอาศัยทฤษฎีทั้งทางเศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา และสถิติมาใช้ในการสร้างตัวเลือก (choice) แล้วทำการวิเคราะห์ผลของการเลือกตัวเลือกเหล่านั้นเพื่อใช้คำนวณหาระดับความชอบที่มีหรือคุณค่าที่ให้ต่อสินค้าและบริการ โดยทั่วไป DCE มักจะเป็นการสำรวจที่ประกอบด้วยชุดของทางเลือก (choice set) หลายๆชุด แต่ละชุดจะเป็นทางเลือกต่างๆที่สมมติขึ้น (hypothetical option) ให้ผู้ตอบได้เลือก แต่ละทางเลือกก็มีชุดของคุณลักษณะ (attribute) และแต่ละคุณลักษณะก็จะมีด้วยกันหลายระดับ (level) หลังจากที่ถูกเลือกพิจารณาเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งของแต่ละชุดของทางเลือกแล้ว ก็จะมีการนำผลที่เลือกไปทำการวิเคราะห์เพื่อประมาณการถรรพประโยชน์ของคุณลักษณะและ/หรือระดับของแต่ละคุณลักษณะต่อไป DCE ถูกนำใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อศึกษาอุปสงค์ (demand) ของผู้ซื้อหรือรับบริการทั้งในด้านเศรษฐศาสตร์การขนส่งและสิ่งแวดล้อม การตลาด และการสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่ในศตวรรษที่

20 ได้มีการเริ่มนำ DCE มาใช้ในทางสาธารณสุข (Lancsar and Louviere, 2008) และหลังจากนั้นก็มีการนำมาใช้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (Ryan, Gerard, and Amaya-Amaya, 2008) เช่นในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ก็สามารถนำ DCE มาใช้ในการวัดระดับความชอบ (preference elicitation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อศึกษาความชอบของผู้ป่วยที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือโครงการต่างๆ ในสถานพยาบาลได้แก่ชนิดและลักษณะของการให้บริการ หรือรูปแบบของการประกันสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถนำ DCE มาใช้ในการวัดผลลัพธ์เพื่อจะนำไปใช้ในการประเมินความคาดหวังของการนำเทคโนโลยีหรือบริการใหม่ๆ มาใช้ และใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพอีกด้วย (health outcome) DCE ยังสามารถเป็นเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ทั้ง cost-benefit analysis และ cost-utility analysis ทั้งนี้เพราะ DCE สามารถนำมาใช้ในการวัดความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness-to-pay, WTP) และใช้ในการวัดผลได้ในรูปแบบของหน่วยเงินได้อีกด้วย

ถึงแม้ว่าได้มีการนำ DCE มาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในทางสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการบริการทางการแพทย์เช่น Gerard, Shanahan, and Louviere (2003) ใช้ DCE ในการศึกษาการเข้าร่วมการคัดกรองมะเร็งเต้านม หรือ Hall et al. (2006) ใช้ DCE ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมการทดสอบการเป็นพาหะทางพันธุกรรม (genetic carrier testing) หรือ Kjaer and Gyrd-Hansen (2008) ที่ใช้ DCE เพื่อศึกษาความชอบของผู้ป่วยกับโครงการการฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation program) หรือ McKenzie, Cairns, and Osman (2001) นำ DCE มาศึกษาความสำคัญที่ผู้ป่วยโรคหืดให้กับอาการแสดงของโรค เพื่อแสดงให้เห็นว่า DCE สามารถนำมาใช้ในการวัดผลลัพธ์ด้านความชอบ (preference-based outcome measurement) ในระบบสุขภาพได้ ต่อมา Lloyd et al. (2008) มีการศึกษาทั้งความชอบและอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยต่ออาการของโรคหืดที่เกิดจากการแพ้ (allergic asthma) โดยใช้ standard gamble interview ในการศึกษาสถานะของสุขภาพ (health state) และใช้ DCE ในการประมาณค่าความเต็มใจที่จะจ่ายเพื่อให้อาการเหล่านั้นดีขึ้นเป็นต้น แต่ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ยังมีไม่มากนัก Sculpher et al. (2004) ศึกษาความชอบของผู้ป่วยต่อการจัดการกับมะเร็งต่อมลูกหมากแบบที่ยังไม่แพร่กระจาย (non-metastatic prostate cancer) โดยใช้ DCE วัดหาความสำคัญที่ผู้ป่วยให้กับอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดจากการรักษาโรคเช่นอาการท้องเสีย อาการร้อนวูบวาบ การแข็งตัวของอวัยวะ การบวมตึงของเต้านม และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยอมที่จะลดอายุขัยมากที่สุดเฉลี่ยประมาณ 3 เดือนเพื่อชดเชยกับความสามารถทางกายภาพที่จำกัด และผู้ป่วยยอมที่จะลดอายุขัยที่น้อยที่สุดเพื่อเลี่ยงอาการร้อนวูบวาบ ในปี ค.ศ. 2007 Ossa et al. ได้ศึกษาคุณค่าทางเศรษฐศาสตร์ของ recombinant

erythropoietin ที่ใช้กับ chemotherapy-related anaemia ในประเทศสหราชอาณาจักร โดยอาศัยคุณลักษณะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยมาเป็นคุณลักษณะที่ใช้ใน DCE และมีการรวมเอาค่าใช้จ่ายเป็นคุณลักษณะหนึ่งด้วยเพื่อใช้ในการหาค่าความเต็มใจที่จะจ่าย พบว่าคุณลักษณะที่สามารถทำนายการเลือกหรือความชอบได้อย่างมีนัยสำคัญคือการบรรเทาอาการอ่อนแรง ระยะเวลาที่ต้องใช้ยา วิธีการบริหารยา ที่ตั้งของที่รับบริการ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรืออาการแพ้ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดกับผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยยอมที่จะจ่าย £368 เพื่อที่จะได้ใช้ recombinant erythropoietin แทนการใช้ blood transfusion ต่อมา King et al. (2007) ใช้ DCE ในการศึกษาความชอบของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะต่างๆของการจัดการกับโรคหืด (asthma) ด้วยยา โดยในแต่ละชุดตัวเลือกใน DCE จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือก 3 ทางเลือกคือยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่ หรือยาที่สมมติขึ้น หรือไม่ใช้ยาใดๆเลย การศึกษานี้ใช้ mixed logit model ในการวิเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้ยาตัวเดิม แต่สัดส่วนนี้จะมากหรือน้อยจะขึ้นกับยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่ด้วยเช่นกัน ในการเลือกนี้ผู้ป่วยจะให้คุณค่ากับการที่ใช้ยาแล้วทำให้ผู้ป่วยความสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างปกติ หรือสามารถเล่นกีฬาได้ หรือเกิดอาการหืดขึ้นน้อยที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยมักจะไม่เลือกใช้ยาที่ทำให้มีอาการข้างเคียง

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

เนื่องจากในอดีตไม่เคยมีการวิจัยเรื่องความชอบของผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อความเต็มใจที่จะจ่ายของผู้ป่วยที่มีต่อยาในกลุ่ม statin มาก่อน ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ การวิจัยนี้จึงได้กำหนดเป็น 2 ตอนหลักๆ โดยขั้นตอนแรกจะอาศัย discrete choice experiment ร่วมกับ multinomial logit model เพื่อใช้ในการสำรวจหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะกับความชอบ จากนั้นจึงดำเนินการในขั้นตอนต่อไปที่ใช้ mixed multinomial logit model ในการยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าวจะיעידต่อไป

ตอนที่ 1

ในขั้นตอนนี้ของการวิจัยจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ผล

การสร้างแบบสอบถาม

การหาคุณลักษณะ (attribute) และระดับ (level)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการหาคุณลักษณะที่สำคัญของยาในกลุ่ม statin โดยอาศัย 3 วิธีดังนี้

- 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยาในกลุ่มนี้
- 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับแพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญของยาในกลุ่ม statin เป็นกลุ่มที่จะสัมภาษณ์ ทั้งนี้เพราะวิธีนี้ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ข้อมูลได้อย่างเป็นอิสระมากกว่า และอาจไม่มีเวลาว่างพร้อมกันที่จะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม กลุ่มแพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตด้วยวาจาในการเก็บข้อมูลโดยบอกให้ทราบว่าข้อมูลที่เก็บทั้งหมดจะวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้นและจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวบุคคลแต่อย่างใด ในการทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจะใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับยาในกลุ่ม statin โดยแนวทางของคำถามจะมุ่งไปยังประเด็นคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยาในกลุ่มนี้ที่มีความสำคัญมากที่สุดในทุกแง่มุมเช่นผลหรือฤทธิ์การรักษา หรืออาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ในมุมมอง

ของผู้ถูกสัมภาษณ์ทั้งในภาพรวมและที่เป็นความแตกต่างของยาแต่ละชนิด นอกจากนี้ยังจะสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์การใช้ยากลุ่มนี้ รวมถึงภาษาที่ใช้เมื่อมีการพูดถึงคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยา การสัมภาษณ์นี้ได้มีการดำเนินไปเรื่อยๆจนกระทั่งไม่มีข้อมูลใหม่ปรากฏหรือจนข้อมูลอิ่มตัว หลังจากการสัมภาษณ์แพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์ได้รับคำตอบแทน

3) การทำการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม (focus group) กับผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การใช้ยากลุ่ม statin มาก่อน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจมีความรู้โดยตรงเกี่ยวกับยากลุ่มนี้ไม่มากนัก อาจทำให้มองข้ามคุณลักษณะบางอย่างที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองได้ จึงใช้การสัมภาษณ์เชิงกลุ่มซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้เห็นวนำข้อมูลซึ่งกันและกัน ในการทำการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่มนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการในจังหวัดสงขลา กลุ่มละ 5-7 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายต้องอยู่ในกลุ่มเดียวกันนั้นไม่สามารถอยู่ใน 2 กลุ่มหรือมากกว่าได้ และมีการขออนุญาตด้วยวาจาในการเก็บข้อมูลพร้อมบอกว่าข้อมูลที่เก็บทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้นและจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวบุคคลแต่อย่างใด การทำการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม จะทำให้ละกลุ่มในขณะที่ทำการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม ผู้เข้าร่วมจะถูกกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองและมีส่วนร่วมในการทำการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นคนกระตุ้น โดยการพยายามสร้างบรรยากาศที่ทำให้ผู้เข้าร่วมที่ยังมีความเขินอาย มีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ตนมีในการสัมภาษณ์ แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบสนองต่อการทำการสัมภาษณ์แบบเป็นกลุ่ม หากไม่สะดวกในการให้คำตอบในบางเรื่องที่ไม่สบายใจ และเพื่อเป็นการป้องกัน การลำเอียงที่จะเกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์หรือผู้วิจัยต้องทำตนเป็นกลางและไม่นำเสนอมุมมองของตนออกไป ซึ่งอาจเป็นการชักจูงให้ผู้เข้าร่วมมีแนวคิดเช่นเดียวกับตนส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ไม่เป็นความจริง จำนวนกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์จะเพิ่มไปเรื่อยๆจนกว่าข้อมูลที่ได้รับจะเกิดการอิ่มตัว หรือไม่มีข้อมูลใหม่ในการอภิปราย หลังจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมได้รับคำตอบแทนและค่าเดินทางมาสัมภาษณ์

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกบันทึกผ่านอุปกรณ์อัดเสียงและการบันทึกข้อมูลในสมุดโดยผู้สัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาว่าได้มีการกล่าวถึงคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยากลุ่ม statin ด้านใดบ้าง แล้วนำคุณลักษณะของยาที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปรวมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างตัวเลือกในแบบสอบถาม

การออกแบบชุดตัวเลือก

เมื่อได้จำนวนของคุณลักษณะและจำนวนระดับของแต่ละคุณลักษณะ คือการลดการเกิดโรค หลอดเลือดสมองอุดตัน การลดการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดอุดตันเฉียบพลัน การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา การเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการใช้ยา และโรคหอบหืด โดยที่แต่ละคุณลักษณะมี 3 ระดับยกเว้น โรคหอบหืดมี 4 ระดับ ทำให้ทราบว่ามีจำนวนตัวเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมดเท่ากับ 324 ($3^4 \times 4$) ซึ่งมีจำนวนมากเกินกว่าที่จะให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ทั้งหมด (full factorial design) ดังนั้นจึงต้องอาศัย fractional factorial design เพื่อลดจำนวนตัวเลือกลงโดยที่ยังคงคุณสมบัติในการเป็นตัวเลือกที่ดีอยู่ด้วย โดยการใช้ orthogonal design ซึ่งเป็นการออกแบบที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปใน DCE ถึงแม้ว่าการออกแบบนี้จะยังทำให้เกิดข้อจำกัดหลายประการเช่นมีการสมมติว่าคุณลักษณะต่างๆเป็นอิสระ (independent) ต่อกัน ซึ่งการออกแบบนี้ใน fractional factorial design จึงจะใช้เฉพาะ linear effect เท่านั้น นอกจากนี้โดยส่วนใหญ่แล้วการใช้ orthogonal design มักจะทำให้ต้องใช้จำนวนชุดตัวเลือกค่อนข้างมากกว่าแบบอื่นเพื่อที่จะรักษาคุณสมบัติที่ดีของชุดตัวเลือกไว้เช่น orthogonality เป็นต้น อย่างไรก็ตาม orthogonal design ยังคงเป็นแบบที่นิยมใช้กันอยู่ในการทำ DCE การออกแบบนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Ngene® ในการออกแบบ การออกแบบเป็นแบบ unlabeled choice กล่าวคือไม่มีการระบุชื่อของทางเลือกหรือชื่อยาเป็นการจำเพาะเจาะจงนั่นเอง นอกจากนี้กำหนดให้แต่ละชุดตัวเลือกประกอบด้วย 3 ทางเลือกโดยมีทางเลือกหนึ่งให้เป็นทางเลือกที่ผู้เลือกไม่ต้องการเลือกตัวเลือกใดๆในชุดตัวเลือกเลย ซึ่งจะทำให้ผู้ตอบไม่จำเป็นต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งเสมอไปเช่นเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตามระหว่าง การออกแบบพบว่าจำนวนชุดตัวเลือกที่น้อยที่สุดที่ยังคงคุณสมบัติ orthogonality ไว้ได้นั้นมีจำนวนสูงถึง 36 ชุดตัวเลือก ดังนั้นจึงอาศัยการแบ่งส่วน (block) ออกเป็น 6 ส่วนๆละ 6 ชุดตัวเลือก

จากนั้นขั้นตอนต่อไปจะอาศัยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะที่ได้มาสร้างเป็นรูปแบบของชุดตัวเลือก ดังนั้นแต่ละชุดตัวเลือกนอกจากจะประกอบด้วยตัวเลือก 3 ตัวเลือกดังที่กล่าวไปแล้ว โดยที่แต่ละตัวเลือกจะประกอบด้วยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป แล้วกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้เลือกได้เฉพาะตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งในแต่ละชุดตัวเลือกเท่านั้น ประกอบด้วยสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีรายละเอียดของคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบแตกต่างกันไป นอกจากนี้แบบสอบถามยังต้องมีตอนที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเช่นข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด

(กระทรวง) และข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (self – rated health status) ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างเป็นต้น (ภาคผนวก ก)

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นถูกนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วทำการปรับปรุงแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการในจังหวัดสงขลาจำนวน 30 คน ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลในส่วนของระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม และมีการสอบถามความเข้าใจที่มีต่อแบบสอบถาม รวมถึงความยากง่ายของคำถามด้วย แล้วทำการปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และมีการจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

การเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการที่มีประสบการณ์ใช้ยาในการลดระดับไขมันในเลือด statin มาก่อน เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 233 คน ซึ่งเพียงพอสำหรับการศึกษานี้เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาที่มีทางเลือกแบบ unlabelled choice โดย Green and Gerard. (2009) กล่าวว่าเคยมีคำแนะนำว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 100 คนก็เพียงพอในการหาความชอบโดยใช้ DCE ในขณะที่ Hensher et al. (2005) ระบุว่าให้ใช้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 50 คนหากแต่ละคนทำ 16 ชุดคำถาม (คิดเป็น 800 observations) และ De Bekker-Grob et al. (2010) ระบุว่ามียางานการใช้จำนวนตัวอย่าง 42-208 คนสำหรับจำนวนชุดคำถาม 16 ชุด (คิดเป็น 672-3,328 observations) เนื่องจากในการวิจัยนี้ซึ่งมี 36 ชุดคำถามและมีข้อจำกัดของทรัพยากรจึงกำหนดให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 200 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะตอบแบบสอบถามเองทั้งส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปและชุดตัวเลือก ซึ่งแต่ละคนจะได้รับ 7 ชุดตัวเลือกโดยมี 6 ชุดที่เป็นชุดตัวเลือกที่จะใช้ในการหาความชอบและคำนวณค่าความเต็มใจจ่าย และอีก 1 ชุดตัวเลือกเพื่อใช้ทดสอบความน่าเชื่อถือในการตอบของกลุ่มตัวอย่างเพราะเป็นชุดตัวเลือกที่ประกอบด้วยตัวเลือกที่ดีที่สุดและที่แย่ที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ก็ทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ PASW[®] แล้วทำความสะอาดข้อมูลก่อนที่จะนำไปทำการวิเคราะห์หลักต่อไปดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยการคำนวณสถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากแบบสอบถามที่ออกแบบโดยใช้ orthogonal design โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Ngene[®] เพื่อทำการสร้างแบบจำลองด้วยวิธี multinomial logit model ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่ยึดถือ random utility model ของ McFadden โดยที่แต่ละคน (i) มีอรรถประโยชน์ (U) ต่อตัวเลือก (j) ที่มีคุณลักษณะ k ในชุดตัวเลือก s (s=1,2,3,...,S) ซึ่งสามารถเขียนเป็นฟังก์ชันอรรถประโยชน์ดังนี้

$$U_{isj} = X'_{isjk} \beta_k + \varepsilon_{isj}$$

โดยที่ X'_{isjk} เป็น vector ของคุณลักษณะของยา statin และ β_k เป็น coefficient ของแต่ละคุณลักษณะ ที่จะได้จากการประมาณการผล รวมถึงส่วนที่อธิบายไม่ได้หรือส่วนที่เกิดขึ้นจากการสุ่ม (ε_{isj}) ที่มีคุณสมบัติ IID และมีการกระจายตัวแบบ extreme value type I (EV 1) ซึ่งจะทำให้สามารถคำนวณความน่าจะเป็นที่ผู้เลือก i แต่ละคนเลือกตัวเลือก j ในแต่ละชุดตัวเลือก s โดยอาศัย multinomial logit model ได้ดังนี้

$$P_{isj} = e^{(X'_{isjk} \beta_k)} / \sum_j e^{(X'_{isjk} \beta_k)}$$

3) การวิเคราะห์เพื่อหาความเต็มใจที่จะจ่าย โดยอาศัยนิยามของความเต็มใจที่จะจ่ายว่าเป็นอัตราส่วนของการเปลี่ยนแปลงของ marginal utility ของแต่ละคุณลักษณะต่อการเปลี่ยนแปลงของ marginal utility ของคุณลักษณะที่เป็นค่าใช้จ่าย จึงสามารถเขียนสมการของความเต็มใจที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะ k โดยทั่วไปได้เป็นความเต็มใจที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะ k = $\beta_k / \beta_{k=\text{cost}}$ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ต้องการรายงานค่ามัธยฐานและค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ด้วยจึงใช้วิธีของ Krinsky and Robb (1986, 1990, 1991) ด้วยการคำนวณซ้ำ 5,000 ครั้งเพื่อคำนวณค่ามัธยฐานและค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ดังกล่าว

4) การคำนวณหาค่าความเต็มใจจ่ายที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อยาแต่ละตัวโดยอาศัยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะจากการทบทวนวรรณกรรมมาคำนวณร่วมกับค่ามัธยฐานความเต็มใจจ่ายต่อแต่ละคุณลักษณะที่คำนวณไว้แล้ว ทั้งนี้เพราะเมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% แล้วพบว่าค่าความเต็มใจจ่ายมีความแปรปรวนมาก

ตอนที่ 2

ในขั้นตอนนี้ของการวิจัยจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆคือขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ผล

การสร้างแบบสอบถาม

การออกแบบชุดตัวเลือกในตอนนี้ได้อาศัย Bayesian efficient design ซึ่งจำเป็นจะต้องอาศัยค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างความชอบกับคุณลักษณะของยากลุ่ม statin ที่หาได้ในตอนที่แล้วนั้น เพื่อใช้ในการสร้าง prior parameter random distribution ซึ่งแตกต่างจาก efficient design อื่นๆที่กำหนด fixed prior parameters โดยที่ในการวิจัยนี้ได้อาศัย Halton draws จำนวน 1,000 ครั้ง ซึ่งในการสุ่มแบบนี้ส่งผลให้สามารถลดจำนวนการสุ่มได้จำนวนมากจากการทำ random draws ทั่วไปเพื่อให้ได้ prior parameter random distribution ที่ดี และ Bayesian efficient design เป็นการออกแบบที่เหมาะสมที่สุดกับการวิเคราะห์แบบ mixed multinomial logit model การออกแบบนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Ngene® ในการออกแบบ และพบว่าจำนวนที่ทำให้ได้ชุดตัวเลือกที่ยังคงคุณลักษณะทั้งหมดที่ใช้เช่นเดียวกับตอนที่ 1 มีจำนวนทั้งหมดเพียง 6 ชุดตัวเลือก และมีค่า Bayesian D-error เป็น 0.0012 โดยการออกแบบเป็นแบบ unlabeled choice กล่าวคือไม่มีการระบุชื่อของทางเลือกหรือชื่อยาเป็นการจำเพาะเจาะจงนั่นเอง นอกจากนี้กำหนดให้แต่ละชุดตัวเลือกประกอบด้วย 3 ทางเลือกโดยมีทางเลือกหนึ่งให้เป็นทางเลือกที่ผู้เลือกไม่ต้องการเลือกตัวเลือกใดๆในชุดตัวเลือกเลย ซึ่งจะทำให้ผู้ตอบไม่จำเป็นต้องเลือกทางเลือกใด ทางเลือกหนึ่งเสมอไปเช่นเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติจริง นอกจากนี้แบบสอบถามยังต้องมีตอนที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเช่นข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด (กระทรวง) และข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (self – rated health status) ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น (ภาคผนวก ข) เช่นเดียวกันกับแบบสอบถามในตอนที่ 1

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นถูกนำไปนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการในจังหวัดสงขลา จำนวน 20 คน ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลในส่วนของระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม และมีการสอบถามความเข้าใจที่มีต่อแบบสอบถาม รวมถึงความยากง่ายของคำถามด้วย แล้วทำการปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และมีการจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

การเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการที่มีประสบการณ์ใช้ยาในการลดระดับไขมันในเลือด statin มาก่อน เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ทำนองเดียวกันกับการวิจัยในตอนที่แล้วที่ไม่มีวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาที่มีทางเลือกแบบ unlabelled choice ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในการใช้ Bayesian efficient design โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Ngene[®] ในการออกแบบนั้นจะให้ค่า S-efficiency estimate มีค่าประมาณ 19 ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประมาณการจำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่จะสามารถทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างความชอบกับคุณลักษณะทุกคุณลักษณะมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bliemer and Rose 2009) อย่างไรก็ตามหลังจากที่ทำการทดสอบเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วพบว่ายังคงมีคุณลักษณะบางคุณลักษณะแต่เป็นเพียงหนึ่งในห้าคุณลักษณะที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความชอบ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้กำหนดการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในภาคใต้ไม่น้อยกว่าจำนวน 50 คน ซึ่งแต่ละคนจะได้รับ 7 ชุดตัวเลือกโดยมี 6 ชุดที่เป็นชุดตัวเลือกที่จะใช้ในการหาความชอบและคำนวณค่าความเต็มใจจ่ายและอีก 1 ชุดตัวเลือกเพื่อใช้ทดสอบความน่าเชื่อถือในการตอบของกลุ่มตัวอย่างเพราะเป็นชุดตัวเลือกที่ประกอบด้วยตัวเลือกที่ดีที่สุดและที่แย่ที่สุด

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งตอนที่ตรวจสอบแบบสอบถามและตอนที่เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์จริง ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและมีการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการสัมภาษณ์จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เช่นเดียวกันกับการวิจัยตอนที่ 1 หลังจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ก็ทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ PASW[®] แล้วทำความสะอาดข้อมูลก่อนที่จะนำไปทำการวิเคราะห์หลักต่อไปดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยการคำนวณสถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากแบบสอบถามที่ออกแบบโดยใช้ Bayesian efficient design โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Ngene[®] เพื่อทำการสร้างแบบจำลองด้วยวิธี mixed multinomial logit model ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่ยืดหยุ่น random utility model ของ McFadden โดยที่แต่ละคน (i) มีอรรถประโยชน์ (U) ต่อตัวเลือก (j) ที่มีคุณลักษณะ k ในชุดตัวเลือก s (s=1,2,3,...,S) ซึ่งสามารถเขียนเป็นฟังก์ชันอรรถประโยชน์ดังนี้

$$U_{isj} = X'_{isjk} \beta_{ik} + \epsilon_{isj}$$

โดยที่ X'_{isjk} เป็น vector ของคุณลักษณะของยา statin และ β_{ik} เป็น coefficient ของแต่ละคุณลักษณะที่จะได้จากการประมาณการ ในการวิจัยนี้กำหนดให้คุณลักษณะทั้งหมดเป็น random parameter แทนที่จะเป็นค่าคงที่ นอกจากนี้ส่วนที่อธิบายไม่ได้หรือส่วนที่เกิดขึ้นจากการสุ่ม (ϵ_{isj}) ที่มีคุณสมบัติ IID และมีการกระจายตัวแบบ extreme value type I (EV 1) ซึ่งจะทำให้สามารถคำนวณความน่าจะเป็นที่ผู้เลือก i แต่ละคนเลือกตัวเลือก j ในแต่ละชุดตัวเลือก s โดยอาศัย mixed multinomial logit model ได้ดังนี้

$$P_{isj} = e^{(X'_{isjk} \beta_{ik})} / \sum_j e^{(X'_{isjk} \beta_{ik})}$$

3) การวิเคราะห์เพื่อหาความเต็มใจที่จะจ่าย โดยอาศัยนิยามของความเต็มใจที่จะจ่ายว่าเป็นอัตราส่วนของการเปลี่ยนแปลงของ marginal utility ของแต่ละคุณลักษณะต่อการเปลี่ยนแปลงของ marginal utility ของคุณลักษณะที่เป็นค่าใช้จ่าย ซึ่งสามารถเขียนสมการของความเต็มใจที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะ k โดยทั่วไปได้เป็นความเต็มใจที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะ k = $\beta_k / \beta_{k=\text{cost}}$ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ต้องการรายงานค่ามัธยฐานและค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ด้วยจึงใช้วิธีของ Krinsky and Robb

(1986, 1990, 1991) ด้วยการคำนวณซ้ำ 5,000 ครั้งเพื่อคำนวณค่ามัธยฐานและค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%ดังกล่าว

4) การคำนวณหาค่าความเต็มใจจ่ายที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อยาแต่ละตัวโดยอาศัยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะจากการทบทวนวรรณกรรมมาคำนวณร่วมกับค่าความเต็มใจจ่ายต่อแต่ละคุณลักษณะที่คำนวณไว้แล้ว ทั้งนี้เพราะเมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% แล้วพบว่าค่าความเต็มใจจ่ายมีความแปรปรวนมาก

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1

ผลการหาคุณลักษณะ (attribute) และระดับ (level)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยาในกลุ่ม statin พบว่ายาในกลุ่มนี้มีคุณลักษณะหลายคุณลักษณะที่สำคัญได้แก่ความสามารถในการลดไขมันที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (LDL reduction which causes Atherosclerosis) ความสามารถในการลดการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD) การสลายตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (rhabdomyolysis) การเกิดพิษต่อตับ และการบริหารยาเป็นต้น รวมทั้งแต่ละลักษณะก็ประกอบด้วยความแตกต่างหลายระดับของคุณลักษณะเหล่านี้ อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยที่ปรากฏในประเทศไทยที่มีการทบทวนคุณลักษณะสำคัญของยาในกลุ่มนี้ยังเป็นระบบพบได้จากงานของยุพิน ตามธีรนนท์ และคณะ (2550) ที่ทำการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการใช้ยาในกลุ่ม statin เพื่อใช้ช่วยในการตัดสินใจคัดเลือกยา อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์แพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อประมวลคุณลักษณะของยาในกลุ่มนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทุกมุมจากการใช้จริง (ภาคผนวก ค)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมหรือเภสัชกรที่ทำงานด้านเภสัชกรรมคลินิกที่ละท่านสลับกับการถอดเทปและการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าข้อมูลอิมตัวเมื่อสัมภาษณ์ครบ 5 ท่าน โดยระบุเป็นคุณลักษณะของยาใน 3 แง่มุมหลักคือคุณลักษณะเชิงบวก คุณลักษณะเชิงลบและอื่นๆ

สำหรับคุณลักษณะเชิงบวกจะหมายถึงฤทธิ์หรือผลของการรักษาของยาเช่นยาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ยาช่วยลดการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตในโรคหลอดเลือดสมอง ยาช่วยลดการเกิด cardiovascular events ได้ในอนาคต ความสามารถในการลด LDL ยาสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยเป็น (primary prevention) ยาสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เป็น ACS และ stroke (secondary prevention) ยาช่วยลดอัตราการตายจาก cardiovascular events ผลด้าน pleiotropic effects ต่อหลอดเลือดในผู้ป่วย ACS ยาช่วยป้องกันการ

กลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (secondary myocardial infarction) ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ถ้าดูยาในกลุ่ม statins แล้ว สิ่งที่เราที่มองพื้ก็จะมองผลทางการลดไขมันค่าต่างๆ โดย statins ก็จะเป็นกลุ่มที่จะลดไขมันได้หมดเกือบทุกประเภท”

“พื้คิดว่ายาในกลุ่มนี้จากที่หมอใช้กัน ข้อบ่งใช้ที่เรามองก็คงเป็น การเป็นใช้เป็นยาป้องกันแบบ first และ second ในโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะการใช้เพื่อ prophylaxis”

“ยาในกลุ่มนี้ก็จะลด complications ในโรคอื่นๆที่เขาเป็นอยู่ ที่เกิดจากการมีภาวะของไขมันในเลือดสูง จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยในระยะยาวที่เขาจะมีโรคร่วมกันหลายๆโรค ลดการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตในโรคหลอดเลือดสมอง”

“โอเคครับ จากที่เราทราบกันดีกว่ายาในกลุ่ม statins เป็นกลุ่มที่มีผลในการลด LDL ได้ดีที่สุด ฉะนั้นอันนี้จึงเป็นประเด็นที่หนึ่ง คือ เรื่องของผลต่อ LDL ถามว่าทำไมต้องเป็น LDL จากที่เราทราบกันดีว่า LDL มีความสัมพันธ์กับการเกิด cardiovascular events หรือ cardiovascular diseases อย่างชัดเจน”

“พวกนี้จะมีข้อมูลเยอะ ถามว่าเยอะในแง่ไหน ก็จะเป็นข้อมูลที่เยอะในด้านที่เราต้องการ คือ ยาสถาสามารถลด morbidity และ mortality จาก cardiovascular events นั้นเอง”

“ดังนั้น จะเห็นได้ว่า benefits จากการลดจะเป็นผลต่อ LDL ได้ดีที่สุด โดยเฉพาะเราดูในกลุ่มที่เป็น high potency statins ได้แก่ simvastatin atorvastatin หรือว่า rosuvastatin LDL ที่ลดได้อยู่ที่ประมาณ 38-40% ขึ้นไปที่ usual dose”

“ส่วนใหญ่ก็เป็นโรคทางด้านหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่ก็หลอดเลือดสมอง หรือไม่ก็เบาหวานแล้วมีอะไรหลายๆ อย่างร่วมกัน”

“มีข้อมูล benefits ชัดเจนว่าผู้ที่เป็นที่เป็นโรคมาแล้วเนี่ย ในลักษณะ secondary prevention ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพวกนี้เนี่ย มีประโยชน์ค่อนข้างสูง ผมว่า statins กับหมอโรคหัวใจ มันเหมือนเป็นเสื้อผ้าไปซักตัวหนึ่งละที่เป็นของคู่กัน”

“ยาลดไขมันกิน ก็ต้องลดไขมันใช้ใหม่ครับ แล้วก็ statins ก็เป็นยาลดไขมันที่ดีที่สุดในบรรดาไขมัน ทั้งหลายแหละ approve แล้วว่า LDL ที่ยิ่งลดลงก็ยิ่งดี”

“ส่วนในแง่ของ short term อาจจะมีในแง่ของอย่างอื่นที่เราคุ้นเคยกัน เช่น pleiotropic effects อะไรพวกนี้ในเรื่อง short term คือ ในแง่ของฤทธิ์ลดไขมันยังไม่เห็นผล แต่มีฤทธิ์ในการ stabilization ในคนไข้ที่มี acute coronary syndrome ได้”

“ความเชื่อผมเชื่อว่า statins ทุกตัวแต่ละตัวไม่เหมือนกัน เน้นอน efficacy ของการลด LDL แต่ละตัวไม่เหมือนกันอยู่แล้ว ยากลุ่มใหม่ที่ยังออกมาซึ่งค่อนข้างราคาสูงมันก็ลดได้ดีกว่ายากลุ่มเก่าๆ อยู่แล้ว potency ของการลดก็มีความแตกต่างกันอันที่หนึ่ง อันที่สองในแง่ของฤทธิ์ในด้านอื่นของ statins ก็พวก pleiotropic พวกนี้ที่โชว์ให้เห็นในการศึกษาของยารุ่นหลังๆ พวกนี้”

“ฟิสิกส์ว่ายากลุ่มไขมันสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ โดยมีผลต่อการลดระดับ LDL สามารถลด triglyceride ได้ถึงแม้ว่าจะมีความสามารถน้อยกว่ากลุ่ม fibrate ก็ตาม เพิ่ม HDL ได้ซึ่งจะมีผลดีในผู้ป่วยบางโรค โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ว่าจะเป็ในแง่ของ primary prevention หรือ secondary prevention”

“คิดว่า จะเป็นตัวของค่า LDL ที่สัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ”

“เป็นลักษณะของอะไรดีหะ ก็เป็นค่า LDL เหมือนกัน แต่จะเป็นในกรณีของผู้ป่วยเกิด ACS หรือ stroke มาแล้ว ตรงนี้ส่วนก็คิดว่าการลด LDL ก็จะช่วยป้องกัน complication ที่มีตามมา”

“อันดับแรกเลยในกลุ่ม statins ที่นำมาใช้ คือ ลด LDL แล้วจากที่เห็นที่มาจากการศึกษา ก็จะมีในเรื่องของการป้องกันในผู้ป่วยที่เป็น secondary MI หรือในผู้ป่วยเบาหวาน ตาม journal ที่ได้มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกออกมาละ ส่วนใหญ่ตามที่แพทย์นำมาใช้ก็จะมาจากพวกนั้น ในการป้องกันพวก stroke อะไรประมาณนั้น”

ส่วนคุณลักษณะเชิงลบจะหมายถึงอาการข้างเคียงมีน้ีรชะ การเกิดอันตรกิริยา (Drug interaction) ผลต่อกกล้ามเนื้อชนิดไม่รุนแรง (Myalgia หรือ Myopathy) ผลต่อกกล้ามเนื้อชนิดรุนแรง (Rhabdomyolysis) ผลต่อดับ (Liver toxicity) ผลต่อไต (Acute renal failure) และคุณลักษณะอื่นๆได้แก่ การบริหารยาและราคา

“โดย statins กลุ่มแรกๆ ที่ออกมาจะมีอาการข้างเคียงมากกว่า เช่น rhabdomyolysis ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รุนแรง ที่เกิดขึ้นได้มากกว่ารุ่นใหม่ๆที่ออกมาทีหลัง”

“นอกจากนี้ก็มีเรื่อง drug interaction ยารุ่นใหม่ๆที่พัฒนาออกมาจะมีน้อยกว่า”

“จากยาในกลุ่มนี้ พี่คิดว่า เป็น ตับและไต และที่มองว่าเป็นอาการที่รุนแรงและสำคัญจะเป็น rhabdomyolysis”

“เคยเจอมานานมากแล้วซัก case หนึ่ง บางที่ใช้คู่กับยาบางตัว อย่างเช่น gemfibrozil ก็จะเพิ่มความเสี่ยง การเกิดพวกนี้ เจอไม่บ่อย แต่ถ้าเจอพวกนี้ต้องติดตามรายงานใกล้ชิด เพราะมันอันตรายรุนแรง ถ้าเกิดขึ้น แต่ในบางรายก็ไม่ถึงขั้นพวกนี้ แค่ม่าบ่นให้ฟังเรื่องพวกนี้เช่น ปวดเมื่อย มีน้ำในข้อ”

“ผลการรักษาดี อาการข้างเคียงน้อย DI ต่ำกว่าเขาก็จะเลือกใช้ เพราะบางทีคนไข้ที่ใช้ยากกลุ่ม statins ไม่ได้มีภาวะไขมันในเลือดสูงเพียงอย่างเดียว จะมีภาวะอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ร่วมด้วย บางรายในคนไข้ HIV ที่มีภาวะ Hyperlipidemia ที่ต้องใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับยากกลุ่ม ARV ด้วย Drug interaction (DI) ระหว่าง ยาในกลุ่มนี้ในรุ่นเก่าก็จะมาก แต่รุ่นใหม่บางตัวที่พัฒนาออกมา DI ก็จะมีน้อยกว่า ตรงนี้อาจจะมา สัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน”

“ADR ของกลุ่มนี้ก็อย่างที่บอกจะเป็น Rhabdomyolysis ถึงจะน้อยรายมากๆ แต่มันก็เป็นแบบรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวัง”

“นอกเหนือจากนี้ก็จะอาการข้างเคียงทั่วไป แต่ในการใช้ก็มีการติดตามพวกค่าต่างๆอยู่แล้ว อีก อย่างในคนไข้ก็จะเป็นผลต่อตับ เพราะยาพวกนี้ เมตาบอลิซึมผ่านตับ”

“อย่างที่สามก็คือ จะมองว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมด้วยหรือใช้ยาตัวอื่นๆ ร่วมด้วยหรือเปล่า เพราะที่เราว่ายยาใน กลุ่ม statins หลายตัวผ่าน CYP 3A4 จะมีบางตัวเท่านั้นเองที่ผ่าน CYP 2C9 ใหม่นะครับ ซึ่งการที่ผ่าน CYP 3A4 อย่างที่รู้ว่า 3A4 เป็น major หลักของการเมตาบอลิซึมยาส่วนใหญ่ ซึ่งรวมถึงยาในกลุ่ม cardiovascular drug ด้วย จึงเป็นเกณฑ์หนึ่งที่ใช้พิจารณากรณีที่มีการใช้ยาหลายๆ ตัวร่วมกัน”

“บางอย่าง ยากกลุ่ม statins มีเมตาบอลิซึมที่ตับ ขั้นที่ใด เพราะฉะนั้นถ้าตับไตมีปัญหา ก็จะเกิดผลที่เกี่ยวกับ side effect ที่ตามมาได้ ดังนั้นก็เป็นอีกประเด็นปัจจัยหนึ่งที่เรานำมาพิจารณา”

“เรื่องหลักๆ ที่คนมักจะพูดถึงกัน คือ 1. การเกิด myopathy 2. การเกิด Abnormal liver function test หรือ liver enzyme นะครับ คราวนี้ถามว่าอะไรที่แย่ที่สุดก็จะเป็น rhabdomyolysis เป็นกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อสลายที่เกิดขึ้นจากตัวยานี้ statins ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัย คือ มีค่า CPK ขึ้น 10 เท่า”

“สำหรับส่วนตัวผมไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไร และเท่าที่เคยเจอมาโอกาสเกิดมันน้อยมาก แล้วตามข้อมูลที่รายงานมาอยู่ที่ประมาณ 0.1% คือ 1 ใน 1000 โอกาสเกิดมันน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องมีการ monitor ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ อยากจะเจาะดูเรื่อง AST, ALT ก่อน แล้ว CPK, creatinine เป็น baseline”

“เจ็บป่วยมากเลยในคนไข้ที่ใช้ยา simvastatin คือ คนไข้จะปวดน่องเยอะ ยิ่งในกรณีที่ขนาดยาสูงก็ยิ่งปวดรุนแรง ก็ต้องเปลี่ยนเป็นอีกตัวอยู่ดีที่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่า”

“เคยมี 2 รายที่ severe ที่สุด คือ มี Rhabdomyolysis ครับ แล้วก็ acute renal failure ที่ต้องเข้า admit แต่ก็ recovery ดีครับทั้งสองคน ปัจจุบันก็ยัง re-follow up อยู่”

“myopathy แต่ผมว่า myopathy มันไม่เกิดการ fatal อะครับ บางทีคนไข้ก็กลับมาหาเรา หยุดยาได้ switch ยาได้หรือว่าสามารถลดยาได้ อะไรอย่างนี้”

“ที่เค้าจะ concern กันจริงๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Rhabdomyolysis และก็เรื่องของ hepatitis”

“แบ่งได้เป็น myalgia, myopathy แล้วก็ rhabdomyolysis ที่บอกไป”

“มันแตกต่างกันอนอะ อย่างเช่นบางตัวนี้เม็ดไม่ถึงบาท แต่บางตัวเนี่ยก็เม็ดหลายสิบบาทเลยที่เดียว บางทีพี่อาจจะตอบในมุมมองที่พี่จะต้องไปเลือกใช้ให้คนอื่นอะไม่ได้ แต่พี่จะมองในมุมมองที่เราเห็น เช่น ถ้าพี่เป็นคนไข้แล้วพอพี่กินยาเม็ดละไม่ถึงบาทแล้วไม่หาย แต่ถ้าเพิ่มเงินขึ้นอีกนิดแล้วได้ยาดีกว่า พี่ก็ยอม แต่ก็ต้องอยู่ในกำลังที่เราสามารถพอใจจ่ายได้ อาจจะไม่ใช่ตัวที่ดีที่สุด อาจจะมีอาการข้างเคียงอยู่บ้างเล็กน้อยถ้าเทียบกับตัวที่ดีที่สุด พี่ก็ยอมทน ให้พอที่เราจะจ่ายได้”

“พี่ว่ายาลดไขมันในกลุ่มนี้นั้นง่ายกว่ากลุ่มอื่นๆนะ กินวันละครึ่ง บริหารยาสะดวกกว่า”

“ท้ายที่สุดก็คงเป็นเรื่องของความสะดวกมั้ง statins จะกินแค่วันละครึ่ง ยิ่งตัวไหนที่มี half-life ยาวเราสามารถเลื่อนไปให้กี่ตอนไหนก็ได้ เพราะมันออกฤทธิ์ได้ทั้งวัน อื่นๆ ก็คงเป็นเรื่องของราคา ราคาก็มีความสำคัญ”

“ถ้าผมมีกำลังที่จะสนับสนุนให้ได้ ถ้ามันมีประโยชน์ ผมก็จะจ่ายตัวที่แพงให้ครับถ้าเขามีกำลังพอ แล้วมีข้อมูลมาสนับสนุน คือ ถ้าคนไข้พอมีกำลังจะจ่าย มีเศรษฐฐานะที่ดีพอยอมที่จะจ่าย เขามีกำลัง เขาเก็บเงินเพื่อรักษาตัวเขา ฉะนั้นทำไมเราจะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเขาไป ผมมองว่า ถ้าเกิดเขามีกำลังก็ไม่มีปัญหา ถ้ามีกำลังที่จะจ่ายเราก็ให้ของดีเขาไปครับ ถ้าเขายอมนะ แต่ก็ต้องดูในแง่ของ aspect อื่นด้วยนะครับ”

“ถ้าเป็นยา original ก็แพงมากอยู่แล้ว แพงมากด้วย ในฐานะของเราเนะ แต่ถ้าเป็นยา local made ก็
จะเม็ดละ 5 บาทก็ถือว่าโอเคนะ แต่ถ้าเป็น original ก็แพงไป”

ส่วนการสัมภาษณ์แบบกลุ่มในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการที่ได้รับยาลดไขมันในเลือด
กลุ่ม statin ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม พบว่าข้อมูลที่ได้ก็ไม่มีแตกต่างจากหรือข้อมูลล้มตัว
หลังจากที่ได้สัมภาษณ์ครบ 4 กลุ่ม โดยคุณลักษณะที่ได้สามารถแบ่งเป็น 3 แง่มุมหลักเช่นกันคือ
คุณลักษณะเชิงบวก คุณลักษณะเชิงลบและอื่นๆ สำหรับคุณลักษณะเชิงบวกได้แก่ผลต่อการลดความเสี่ยง
ในการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลต่อการ
ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดอุดตัน

“ทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตัน ทำให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายไม่ดี นำเลือดไปสู่ปลายเท้า ไปสู่
หัวใจได้ไม่ดี เส้นเลือดฝอยต่างๆ อุดตัน ถ้าเกิดการเป็นแผลมันจะหายยาก”

“พอจะรู้ครับ อาจจะมีโอกาสเสี่ยงให้เกิดเส้นเลือดตีบได้ จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจค่ะ ถ้ามีไขมันอุด
ตันมากๆ จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เส้นเลือดตีบ เกี่ยวกับหัวใจ ทำให้มีภาวะหัวใจโตตามมาได้ มี
โอกาสเป็นอัมพฤกษ์ได้ เส้นเลือดตีบ เลือดไม่เลี้ยงตามปลายมือปลายเท้า”

“ทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น”

“ถ้าเราไม่มีไขมันในเส้นเลือดสูง เลือดมันก็จะสามารถไหลเวียนได้ดี ร่างกายมันก็จะแข็งแรง ถ้าเรามีไขมัน
มาก ร่างกายเราจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ยาช่วยลดไขมันในเส้นเลือดให้ลดลง คิดว่าจากที่เรามี
ไขมันที่สูง ยาจะช่วยให้มันลดลงมา คิดว่าเป็นยาที่ดี ถ้าไม่มียาตัวนี้ ป่านีเราคงไม่มานั่งอยู่แบบนี้หรอก
เขาคงทางปารอละ”

“คิดว่ายาสามารถยืดเวลาที่เราจะตายออกไปอีก ถ้าไขมันที่เรามีอยู่มันมีมาก หนาขึ้นๆ เราก็จะตายไว ถ้า
ร่างกายเราแข็งแรงขึ้น โรคภัยต่างๆ ก็หายไป เคยคิดเรื่องตายไหม อย่างนะ ผมไม่เครียดเลย นี่ขนาดนอน
กับที่มา 1 ปีกับ 6 เดือนยังกลับมาหายใจได้เลย ต้องปล่อยวางไม่เครียด”

“อ้อ...มีโรคหัวใจเส้นเลือดในสมอง โรคหัวใจ ผลต่อสมองแต่ตรวจคลื่นหัวใจแล้วนะก็ปกติดี เพิ่งตรวจไป
ไม่นาน พี่ก็ตรวจแล้วนะปกติดี”

“กินให้ไขมันในเลือดมันลดลง กินแล้วน้ำหนักลดลง จาก 76 กก. เหลือ 64 กก.ละลายไขมันในเส้นเลือด
พูดถึงเรื่องน้ำหนักนะ ตอนนี้นะผมเนื่อวว เนื่อไก่อนี้ไม่กินเลยถ้าไม่จำเป็น หมูก็กลดลง”

“ที่แน่ๆ ที่เคยรู้มาจะเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่รู้ๆ คือ เส้นเลือดเราเหมือนท่อประปาให้น้ำไหล ผมเคยไปนั่งดูเกี่ยวกับที่เขาอิงบอลลุนเส้นเลือด เหมือนไปเบิกทาง พอเคঁากดลงไปก็มีพวกไขมันนี้ออกมาที่เกาะตามเส้นเลือด ยาก็จะไปช่วยลดพวกไขมัน เมื่อก่อนปวดหัวมาก แต่พอตอนนี้กินยาไม่มีแล้ว”

“แต่พอตอนนี้กินยาไม่มีแล้วผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตแสดงว่ายาที่กินเข้าไปเหมือนเป็นตัวทำความสะอาดเส้นเลือดของเราเส้นเลือดในหัวใจจะตีบถ้าเราไม่กินยาจะแน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยออกถ้าปล่อยให้มันสูงไปนานๆ”

“ก่อนจะมาเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลมีอาการชามาก่อน ไม่รู้สึกอะไรครึ่งซีก มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด พอมาหมอ บอกว่ามีไขมันอุดตันในเส้นเลือด”

“ของป้าจะมีแน่นหน้าอกมาก่อน ชาตามมือ เจ็บมาหาหมอ แล้วก็เจอว่ามีไขมันในเลือดสูง”

“อัมพาต อัมพฤกษ์เขาบอกว่าจะมีเส้นเลือดต่างๆ มันตีบมันตันไขมันอุดตันในเส้นเลือด ทำให้เลือดมันไหลเวียนไม่คล่อง ทำให้มันชา ของผมถ้ามีไขมันในเลือดสูงมันจะเจ็บบริเวณต้นคอและท้ายทอย ก็จะมีเลย ว่าเลือดมันไปเลี้ยงสมองไม่พอ ถ้าไปกินเนื้อพวกที่มีไขมันก็จะมีอาการทันที จะทำให้ไขมันสูง 2 ตัว ถ้ากินพวกข้าวเยอะก็จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูง ผมพยายามจะศึกษาเองทางอินเทอร์เน็ตว่ายาตัวไหนที่รับมามีผลอย่างไรบ้าง เวลาที่หมอให้มา ผมจะหาข้อมูลเอง”

“พอยามันไปลดไขมัน ก็จะทำให้เลือดสามารถไหลเวียนในร่างกายได้อย่างสะดวก เพื่อที่จะไม่ให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดในส่วนต่างๆ ลดการอุดตันของเส้นเลือดในสมอง ของหัวใจ หรือช่วยไม่ได้เส้นเลือดเกิดการเปราะแตกขึ้นมา”

ส่วนคุณลักษณะเชิงลบจะหมายถึงท้องผูก ผลข้างเคียงต่อระบบกล้ามเนื้อ ความเป็นตะคริว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผลข้างเคียงต่อดัชนีค่าการทำงานของตับสูงขึ้นจากปกติและคุณลักษณะอื่นๆได้แก่ราคา

ยา

“กินยาตัวนี้ตอนแรกๆ รู้สึกมีน้ำหนักมีบ้างนะ รู้สึกน้อยๆ”

“มีมีน้ำหนักๆ แต่พอกินไปซักพัก อาการมันก็หายไปเองมีอาการมีน้ำบ้าง เมาๆ ไม่ใช่อาการปวดหัวนะ แต่จะมีน้ำๆ เหมือนเราเมาแหละนะ แต่ไม่ได้รุนแรงถึงขั้นต้องไปหาหมอ”

“มีเจาะเลือดคราวก่อนนะ ที่มาพบหมอ มีอาการปวดเมื่อยไปหมดทั้งตัว ปวดมาก แต่ก็กินยามาเรื่อยๆ พอมาเจาะเลือดคราวนี้ก็หายไปแล้วล่ะๆ ที่ได้กินยาก็มีอาการปวดเหมือนตะคริว พอกินหมดไปชุดหนึ่ง อาการก็ดีขึ้น”

“มีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเล็กน้อย”

“ที่ผมเคยได้ยินมาว่า บางคนที่ไม่กินยาลดไขมันตัวนี้เพราะกินไปแล้วมีอาการมึนหัว ขอเพิ่มนิดนึงนะ สำหรับตัวผมเองที่ไม่กินยามากเพราะกลัวว่าสารพิษต่างๆ จะมาค้างลงที่ตับ ลงไต จากที่พี่สาวผมเองกิน ยาภูมิแพ้ครั้งละ 20 เม็ด พอเข้าโรงพยาบาลก็เรียบร้อยแล้ว แบบนั้นแสดงว่ายามันลงตับลงไตนะ”

“ผมว่าถ้ามียาที่ออกมาแบบนั้น ผมเองและคนที่ เป็นโรคต่างๆ คนก็ยอมจ่าย จะไม่บ่นเลยสักคำ เพราะทำให้ ร่างกายเราดีขึ้น แต่หายคงไม่หายหรอก แต่ขอให้ผลข้างเคียงมันน้อย”

“ยังงี้ก็ยอมรักษา ให้อาการมันดีขึ้นจ่ายเท่าไรก็ยอมได้กับที่ต้องรักษายอมรักษา เพราะอย่างไรก็จ่ายตรง อยู่แล้ว หมอจะว่าอย่างไรก็ยอมก็ต้องรักษา ขอให้มันประโยชน์ต่อร่างกายเราก็ออมแพงไม่แพงยังงี้ก็ต้อง รักษา”

“พอใจเลยแหละ จ่ายเงินเพิ่มแล้วได้รับยาที่ดีกว่า ก็ต้องเอาแบบนั้นแหละ พุดง่าย ๆ ว่าชีวิตคนเราเนะ อยากให้ สบายกายไม่เป็นโรค สบายใจ กินได้นอนหลับ ถึงแพงเท่าไรก็ยอม เหมือนกับเราซื้อของหนะ ของที่มัน แพงก็สดกว่า ดีกว่า เราก็ซื้อ”

“ตรงนี้เราก็มักรู้ว่าจริงๆ แล้วเราต้องจ่ายเพิ่มเท่าไร แต่คงคิดว่าไม่เกินความสามารถ จากเดิมที่ไม่เคยจ่าย จ่ายเพิ่มอีก 100, 200 ก็คงไม่มีปัญหา ใช่มั้ย คงไม่มีปัญหาอะไรหรอก คงไม่ใช่เป็นหมิ่นหรอก”

“คิดว่าพร้อมที่จะจ่ายได้ค่ะ เพราะยาตัวนี้กินไม่มากวันละครั้งเอง เราจ่ายเงินเพื่อรักษาตัวเองก็ยอมจ่าย แต่คงไม่แพงเกินไป ถ้ายามันดีจริงๆ เราก็ยอมจ่าย เราก็พร้อมจ่ายอยู่แล้ว”

“คิดว่าซัก 30 บาท ติ่ง่ายๆ เหมือนข้าวต่อจานก็ได้ แต่ถ้ามันเห็นผลชัดเจนว่าดีจริง หรือเห็นความ เปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพที่ดีอย่างชัดเจน จริงๆ แล้ว 30 บาทผมว่ายังน้อยไปซะด้วยซ้ำ ถ้าเห็นชัดเจนจริงก็ ยอม พี่กินวันละ 60 บาทตอนนั้นที่เป็นยานอกบุญที่ ราคาเม็ดละ 83 บาทมั้ง ก็จ่ายได้นะ ถ้าวันละ 20, 25 บาทต่อวันปากก็จ่ายได้นะ ก็โอเคนะ ยอมรับได้เพื่อสุขภาพเรา”

“ยังไม่ได้ให้ยาอะไร ให้ควบคุมปฏิบัติตัวก่อน หลังจากนั้นให้ยาลดไขมันมาทานครั้งต่อไปที่มาหา พอกินไปก็พบว่ามีผลทางตับเกิดขึ้นด้วย แล้วก็ไปที่โรงพยาบาล”

“เป็นหลังจากที่รับประทานยาลดไขมันตัวนี้ไปค่ะ เส้นมันจะชัก เป็นตะคริว”

“จะเป็นในช่วงก่อนนอนบ้างก็มี ในช่วงก่อนนอนอะมันจะเป็นบ่อยๆ ดึกๆ ก่อนนอนจะเป็นตะคริวที่ท้องประจำเลย มีบ้างช่วงก่อนนอน”

“เห็นมีเคยพูดนะ ว่ากินยาแล้วมันจะมีผลต่อดับ ต่อดี ผมเองดับได้ไม่ได้มีปัญหาอะไร ผมเองมีปัญหาเรื่องตับ ตอนนี้อยู่กินยาตัวนี้อยู่ แล้ววันนี้ที่หมอนัดมาจะมาดูเรื่องตับว่าจะกินยาอย่างไรต่อไป ก่อนหน้านี้ที่รับยาไปแล้วกินไปชักกระยะค่าตับมันสูงขึ้น เดี่ยวจะเล่าให้ฟัง ตอนตรวจเลือดในร่างกายประจำปี จะมีค่าตัวสูงขึ้นไปนิดหน่อยเกิน 40 ประมาณ 50 กว่า พอทานยาลดไขมันตัวนี้ค่ามันก็สูงขึ้นมาที่ 70 กว่า”

“ในส่วนตัวผมเองนะ ผมไม่ค่อยคำนึงว่าจะต้องจ่ายแพงเท่าไร ราคาจะสูงเท่าไร เพื่อให้มันดีต่อร่างกายของเราเอง ยาแพงผมก็ใช้ ในบางครั้งยามผมยังไปซื้อข้างนอกจากร้านขายยาเองเลย ที่เคยมาโรงพยาบาล แต่ในกรณีเรื่องราคาผมไม่อยากจะพูดมาก ก็รู้ๆ กันอยู่ว่าในเรื่องของผู้ผลิตกับขายยามีเกี่ยวข้องกันอยู่ในเรื่องของราคาพวกนี้ พูดมากมันก็รู้อยู่แล้ว ว่าเรื่องราคาพวกนี้มันเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่ได้รับต่อกัน ที่มีอยู่ ในเรื่องธุรกิจวงการยาพวกนี้เรารู้กันอยู่”

“ผมไม่เข้าใจ ต้องมาดูว่าลักษณะการจ่ายนี้เป็นอย่างไร ค่าเฉลี่ยราคาขายที่รับไปต่อวันมันตกเม็ดละเท่าไร ยาที่ได้รับไปมันแพงมากไหม พอจะออกได้เท่าไรเสริมให้จากที่รัฐออกให้ แล้วราคาขายแต่ละตัวอย่างที่บอกว่ามันแตกต่างกันมากไหมเพียงใดในแต่ละตัว ต้องมาคำนวณดูว่าต่อเดือนแล้วต้องใช้ยาแค่ไหน ในราคาสูงเท่าไร จึงจะบอกได้ว่า เราสามารถออกได้ชักเท่าไร”

จากผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วย พบว่าคุณลักษณะของยากลุ่ม statin ไม่แตกต่างจากคุณลักษณะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจากผลของการทบทวนวรรณกรรมยังสามารถทำให้ระบุรายละเอียดถึงระดับของแต่ละคุณลักษณะได้อีกด้วย ดังนั้นการศึกษานี้จึงเลือกคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยากลุ่ม statin จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผลงานวิจัยของยุพิน ตามธีรนนท์ และคณะ (2550) ที่ทำการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการใช้ยากลุ่ม statin ที่มีการนำมาใช้จริงในการตัดสินใจคัดเลือกยา รวมทั้งการเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของคุณลักษณะและระดับต่างๆ (ตารางที่ 1) ที่จะนำไปใช้ในการสร้างชุดตัวเลือก

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะของยากลุ่ม statin

คุณลักษณะยา	ระดับ
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ โอกาสเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้ โอกาสเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อเป็น 6 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้
การเกิดพิษต่อตับ	ไม่เกิดพิษต่อตับ โอกาสเกิดพิษต่อตับไม่แตกต่างเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้ โอกาสเกิดพิษต่อตับเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่าย (โดยไม่สามารถเบิกจ่ายได้)	0 บาท 500 บาท 1,000 บาท 1,500 บาท

ผลการวิเคราะห์หาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่าย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การใช้ยา statin และใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 207 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นจำนวนเพศชายคิดเป็นร้อยละ 57.5 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.5 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 77.8 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีรวมกันมากกว่าร้อยละ 56.4 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 25,563 บาทต่อเดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลางและดีร้อยละ 55.8 และร้อยละ 37.9 ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีโรคประจำตัวอื่นนอกจากภาวะไขมันในเลือดสูงเพียงร้อยละ 81.1 นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาความถี่ของการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการส่วนใหญ่ประมาณ 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.5 ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วไม่ได้ใช้บริการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากสิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (N=207)

ลักษณะ	
1. เพศ	
ผู้หญิง	42.5%
ผู้ชาย	57.5%
2. อายุ	
อายุเฉลี่ย (ปี)	60.5 ± 8.8
3. สถานภาพ	
โสด	7.9%
สมรส	77.8%
หย่าร้าง	6.4%
คู่สมรสเสียชีวิต	7.9%

4. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	16.7%
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18.1%
อนุปริญญา/ปวส.	8.8%
ปริญญาตรี	45.1%
สูงกว่าปริญญาตรี	11.3%
5. รายได้	
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	25,563.54 ± 18,925.88
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
1 คน	2.9%
2 คน	23.3%
3 คน	25.7%
4 คน	23.8%
5 คน	14.1%
มากกว่า 5 คน	10.2%
7. การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน	
แย่	3.9%
ปานกลาง	55.8%
ดี	37.9%
ดีมาก	2.4%
8. โรคประจำตัวอื่น	
มี	81.1%
ไม่มี	18.9%
9. นอกเหนือจากสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สามารถเบิกค่ารักษายาบาลจากแหล่งอื่นได้หรือไม่	
ได้	20.7%
ไม่ได้/ไม่แน่ใจ	79.3%

10. การใช้สิทธิระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาล ข้าราชการ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่ได้รับยาใน 3 เดือนที่ผ่านมา	8.7%
1-3 ครั้ง	86.5%
มากกว่า 3 ครั้ง	4.8%

ความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา

ในส่วนของการสร้างแบบจำลองความชอบหรืออรรถประโยชน์ในตอนที่ 1 ของการวิจัยนี้ได้อาศัย multinomial logit model ในการวิเคราะห์ โดยกำหนดฟังก์ชันอรรถประโยชน์แต่ละคน (i) มีอรรถประโยชน์ (U) ต่อตัวเลือก (j) ที่มีคุณลักษณะ k ในชุดตัวเลือก s (s=1,2,3,...S) ซึ่งสามารถเขียนเป็นฟังก์ชันอรรถประโยชน์ดังนี้

$$U_{ij} = \beta_1(\text{cardio}) + \beta_2(\text{stroke}) + \beta_3(\text{muscle}) + \beta_4(\text{liver}) + \beta_5(\text{cost}) + \varepsilon_{ij}$$

โดย β เป็น coefficient ที่ได้จากการประมาณ

ε เป็น error term

และส่วนที่อยู่ในวงเล็บ () เป็นคุณลักษณะต่างๆของยา ซึ่งได้แก่

cardio หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

cost หมายถึง ค่ายาที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (บาท/เดือน)

จากแบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นส่วนของ “ความชอบและความเต็มใจจ่าย” ซึ่งมีตัวเลือกให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ยา ก, ยา ข, หรือ ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข และต้องการให้ตัวเลือกที่ 3 คือ ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข เป็นตัวอ้างอิง ซึ่งมีลักษณะเป็น unlabelled choice จึงมีการกำหนดค่า coefficient ที่เหมือนกันในแต่ละ model ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละคุณลักษณะที่มีผลต่อความชอบ (1242 observations)

คุณลักษณะ*	Coefficient	Standard error	p-value
1. cardio	0.02086328	0.00159063	0.0000
2. stroke	0.02221582	0.00249896	0.0000
3. muscle	-0.14046483	0.01857942	0.0000
4. liver	-0.42822560	0.05555607	0.0000
5. cost	-0.00044761	0.00007693	0.0000

*cardio หมายถึงประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

cost หมายถึง ค่ายาที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (บาท/เดือน)

เมื่อพิจารณาขนาดของค่า β coefficient และทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะกับความชอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชอบมากขึ้นหากยามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้มากขึ้น ซึ่งสังเกตได้จากค่า β coefficient ที่เป็นบวก และกลุ่มตัวอย่างมีความชอบมากขึ้นหากยามีอาการข้างเคียงของการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และการเกิดพิษต่อตับลดลง รวมไปถึงมีค่ายาที่ต้องจ่ายเองต่อเดือนที่ลดน้อยลงด้วย ซึ่งสังเกตได้จากค่า β coefficient ที่เป็นลบ และหากพิจารณาค่าขนาดของ β coefficient พบว่าในส่วนของคุณลักษณะที่เป็นอาการข้างเคียง กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับประเด็นของการเกิดพิษต่อตับมากกว่าประเด็นของการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่วนประสิทธิผลของการรักษากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญในประเด็นการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันน้อยกว่าประเด็นที่ยาสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยที่ความสัมพันธ์ของความชอบกับคุณลักษณะทุกคุณลักษณะมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทราบถึงความชอบของผู้ป่วยที่มีต่อคุณลักษณะต่างๆของยาในแต่ละคุณลักษณะแล้ว ได้มีการนำมาคำนวณหาค่าความเต็มใจที่จะจ่ายซึ่งคิดเป็นจำนวนเงินในหน่วยบาทต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 4 จากตารางแสดงผลการคำนวณหาค่าความเต็มใจที่จะจ่ายต่อเดือนที่ผู้ป่วยมีต่อแต่ละคุณลักษณะ พบว่าในคุณลักษณะด้านประสิทธิภาพของยา ผู้ป่วยยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 45.9 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับ

การที่ยาสามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ 1% และยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 56.3 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับการที่ยาสามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นได้ 1% ส่วนคุณลักษณะด้านอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 373.1 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับโอกาสการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อลดลงทุกๆ 1 เท่า และยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 922.9 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับโอกาสการเกิดพิษต่อตับลดลงทุกๆ 1 เท่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคุณลักษณะของยาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและเต็มใจจ่ายมากที่สุดคือคุณลักษณะด้านผลข้างเคียงจากยาเพื่อทำให้ได้ยาที่เกิดพิษต่อน้อย จากผลการวิจัยในส่วนนี้เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% แล้วพบว่าค่าความเต็มใจจ่ายของคุณลักษณะโอกาสการเกิดพิษต่อกล้ามเนื้อและตับมีความแปรปรวนค่อนข้างสูง

ตารางที่ 4 ค่าความเต็มใจที่จะจ่าย (บาทต่อเดือน) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อแต่ละระดับของคุณลักษณะ

คุณลักษณะ*	Cardio	Stroke	Muscle	Liver
ค่าเฉลี่ย	45.9	56.3	-373.1	-922.9
ค่ามัธยฐาน	44.2	54.4	-356.4	-881.8
95% CI	31.8 – 69.6	38.6 – 85.2	(-618.7)- (-229.8)	(-1,544.7)-(-541.8)

*cardio หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

จากนั้นเมื่อทำการคำนวณหาราคาต่อหน่วยจากความเต็มใจที่จะจ่ายโดยใช้ค่ามัธยฐานในการคำนวณกับคุณลักษณะและระดับของยาแต่ละชนิดเป็นราคาต่อหน่วยของยาที่มีในประเทศไทย ทั้งนี้เพราะพบว่าค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ของค่าความเต็มใจจ่ายต่อแต่ละคุณลักษณะมีค่าค่อนข้างกว้าง การวิจัยนี้จึงเลือกค่ามัธยฐานในการคำนวณพบว่าราคาต่อวันที่ข้าราชการกลุ่มนี้เต็มใจจ่ายให้กับยา rosuvastatin สูงถึงประมาณ 74 บาท ยา simvastatin ประมาณ 65 บาทและยา atorvastatin ประมาณ 31 ถึง 56 บาท ในขณะที่ไม่เต็มใจจ่ายหากต้องใช้ยา fluvastatin และเต็มใจจ่ายน้อยมากหากต้องรับยา pravastatin และเนื่องจากยา simvastatin เป็นยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติและเป็นยาที่มีในตลาดเป็นเวลานาน รวมถึงเป็นยาที่มีการผลิตในประเทศแล้ว ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ยานี้เป็นตัวเปรียบเทียบดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่าหากพิจารณาจากความเต็มใจในการร่วมจ่ายให้กับยาชนิดอื่นเมื่อผู้ป่วยใช้ยา simvastatin อยู่แล้วจะมีเพียงยา rosuvastatin เท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างยินดีร่วมจ่ายเพิ่มและจะจ่ายประมาณไม่เกิน 9 บาท

ตารางที่ 5 ค่าความเต็มใจที่จะจ่ายค่ายา

คุณลักษณะ*	Atorvastatin	Simvastatin	Fluvastatin	Pravastatin	Rosuvastatin	เอกสารอ้างอิง
1. cardio	41%	42%	63%	26%	54%	ยูพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550)
2. stroke	19%	26%	15%	14%	48%	ยูพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550)
3. muscle	1.21, 3.24 เท่า	1.016, 0.967 เท่า	0.386, 0 เท่า	0.894, 0.969 เท่า	-, 4.60 เท่า	Ward et al. (2007), Kashani et al. (2006)
4. liver	0.837 เท่า	1.087 เท่า	4.71 เท่า	1.609 เท่า	1.29 เท่า	Kashani et al. (2006)
ราคาต่อวัน (บาท)	31.6, 55.9	65.0, 65.6	-23.0,-18.4	4.9, 5.8	74.0	
ส่วนร่วมจ่ายหากเปลี่ยนจาก simvastatin (บาท)	-	-	-	-	8.4, 9.0	

*cardio หมายถึงประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

ตอนที่ 2

ผลการวิเคราะห์หาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่าย

ข้อมูลทั่วไป

ในตอนที่ 2 นี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การใช้ยา statin และใช้สถิติสถิติการเข้าราชการในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 57 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นจำนวนเพศชายคิดเป็นร้อยละ 57.9 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.5 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 84.2 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีรวมกันมากกว่าร้อยละ 69.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 32,619.8 บาทต่อเดือน ซึ่งพบว่าเป็นเพียงลักษณะเดียวของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าที่ค่อนข้างแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างของตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลางและดีร้อยละ 54.4 และร้อยละ 36.8 ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีโรคประจำตัวอื่นนอกจากภาวะไขมันในเลือดสูงเพียงร้อยละ 82.1 นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ของการ

ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการส่วนใหญ่ประมาณ 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.2 ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วไม่ได้ใช้บริการเบิกค่ารักษายาบาลจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (N=57)

ลักษณะ	
1. เพศ	
ผู้หญิง	42.1%
ผู้ชาย	57.9%
2. อายุ	
อายุเฉลี่ย (ปี)	61.5 ± 9.8
3. สถานภาพ	
โสด	5.3%
สมรส	84.2%
อยู่ร้าง	3.5%
คู่สมรสเสียชีวิต	7.0%
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	12.7%
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16.4%
อนุปริญญา/ปวส.	1.8%
ปริญญาตรี	61.8%
สูงกว่าปริญญาตรี	7.3%
5. รายได้	
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	32,619.8 ± 23,394.7

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
1 คน	1.8%
2 คน	10.7%
3 คน	21.4%
4 คน	32.1%
5 คน	21.4%
มากกว่า 5 คน	12.5%
7. การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน	
แย่	3.5%
ปานกลาง	54.4%
ดี	36.8%
ดีมาก	5.3%
8. โรคประจำตัวอื่น	
มี	82.1%
ไม่มี	17.9%
9. นอกเหนือจากสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สามารถเบิกค่ารักษายาบาลจากแหล่งอื่นได้หรือไม่	
ได้	14.5%
ไม่ได้/ไม่แน่ใจ	85.5%
10. การใช้สิทธิระบบสวัสดิการค่ารักษายาบาล ข้าราชการ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่ได้รับยาใน 3 เดือนที่ผ่านมา	10.5%
1-3 ครั้ง	84.2%
มากกว่า 3 ครั้ง	5.3%

ความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา

ในส่วนของการคำนวณความชอบของขั้นตอนนี้ได้อาศัย mixed multinomial logit model ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 2 ที่เป็นส่วนของ “ความชอบและความเต็มใจจ่าย” ซึ่งมีตัวเลือกให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ยา ก, ยา ข, หรือ ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข และต้องการให้ตัวเลือกที่ 3 คือ ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข เป็นตัวอ้างอิง ซึ่งมีลักษณะเป็น unlabelled choice ดังแสดงผลในตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าแบบจำลอง mixed multinomial logit ที่ได้สามารถใช้อธิบายข้อมูลได้ดีกว่าแบบจำลอง multinomial logit โดยพิจารณาจากค่า goodness of fit statistics ต่างๆเช่นค่า X^2 ของแบบจำลองเป็น 217.31 (df =9) และค่า log-likelihood ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลให้ค่า likelihood ratio test มีค่าเป็น 37.5226 ซึ่งสูงกว่าค่า chi-square critical value ($X^2 = 11.070$, df =5) รวมถึงในระหว่างการคัดเลือกแบบจำลองก็ได้พิจารณาค่า pseudo R^2 (McFadden's R^2) ของแบบจำลอง mixed multinomial logit ที่สูงกว่าของแบบจำลอง multinomial logit ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเปิดโอกาสให้คุณลักษณะแต่ละคุณลักษณะเป็น random parameter ทำให้ได้แบบจำลองที่อธิบายข้อมูลได้ดีขึ้นนั่นเอง

ทำนองเดียวกันกับผลการวิจัยที่พบในตอนที่ 1 เมื่อพิจารณาขนาดของค่า β coefficient และทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะกับความชอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความชอบมากขึ้นหากยามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้มากขึ้น ซึ่งสังเกตได้จากค่า β coefficient ที่เป็นบวก และกลุ่มตัวอย่างที่มีความชอบมากขึ้นหากยามีอาการข้างเคียงของการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และการเกิดพิษต่อตับลดลง รวมไปถึงมีค่ายาที่ต้องจ่ายเองต่อเดือนที่ลดน้อยลงด้วย ซึ่งสังเกตได้จากค่า β coefficient ที่เป็นลบ และหากพิจารณาค่าขนาดของ β coefficient พบว่าในส่วนของคุณลักษณะที่เป็นอาการข้างเคียง กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับประเด็นของการเกิดพิษต่อตับมากกว่าประเด็นของการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่วนประสิทธิผลของการรักษากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญในประเด็นการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันน้อยกว่าประเด็นที่ยาสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยที่ความสัมพันธ์ของความชอบกับคุณลักษณะทุกคุณลักษณะมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างความชอบกับแต่ละคุณลักษณะ (342 observations)

คุณลักษณะ*		Multinomial Logit			Mixed Logit		
		Coefficient	Standard error	p-value	coefficient	Standard error	p-value
1. cardio	mean	0.03095279	0.00340320	0.0000	0.04497642	0.00654563	0.0000
	standard deviation				0.02154135	0.00603202	0.0004
2. stroke	mean	0.03782869	0.00390020	0.0000	0.05693976	0.00739701	0.0000
	standard deviation				0.02846988	0.00369851	0.0000
3. muscle	mean	-0.17539314	0.02950901	0.0000	-0.27560195	0.05317925	0.0000
	standard deviation				0.16903666	0.06679246	0.0114
4. liver	mean	-0.66216979	0.09989445	0.0000	-1.03982023	0.19692710	0.0000
	standard deviation				0.82690959	0.21793855	0.0001
5. cost	mean	-0.00091356	0.00013809	0.0000	-0.00143082	0.00028325	0.0000
	standard Deviation				0.00125787	0.00031284	0.0001
Log-Likelihood		-285.8306			-267.0693		
Pseudo R ² (McFadden's R ²)					0.2892		

*cardio หมายถึงประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

cost หมายถึง ค่ายาที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (บาท/เดือน)

เมื่อทราบถึงความชอบของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อคุณลักษณะต่างๆของยาในแต่ละคุณลักษณะแล้ว ได้มีการนำมาคำนวณหาค่าความเต็มใจที่จะจ่าย ซึ่งคิดเป็นจำนวนเงินในหน่วยบาทต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 8 จากตารางแสดงผลการคำนวณหาค่าความเต็มใจที่จะจ่ายต่อเดือนที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อแต่ละคุณลักษณะ พบว่าในคุณลักษณะด้านประสิทธิภาพของยา กลุ่มตัวอย่างยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 39.1 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับการที่ยาสามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ 1% และยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 56.0 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับการที่ยาสามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นได้ 1% ส่วนคุณลักษณะด้านอาการข้างเคียงจากยา กลุ่มตัวอย่างยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 311.3 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับโอกาสการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อลดลงทุกๆ 1 เท่า และกลุ่มตัวอย่างยอมจ่ายเงินเฉลี่ย 817.7 บาทต่อเดือน เพื่อแลกกับโอกาสการเกิดพิษต่อตับลดลงทุกๆ 1 เท่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคุณลักษณะของยาที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและเต็มใจจ่ายมากที่สุดคือคุณลักษณะด้านผลข้างเคียงจากยาเพื่อทำให้ได้ยาที่เกิดพิษต่อตับน้อย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% แล้วพบว่าค่าความเต็มใจจ่ายของทุกคุณลักษณะมีความแปรปรวนค่อนข้างสูง

ตารางที่ 8 ค่าความเต็มใจที่จะจ่าย (บาทต่อเดือน) ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อแต่ละระดับของคุณลักษณะ

คุณลักษณะ*	Cardio	Stroke	Muscle	Liver
ค่าเฉลี่ย	39.1	56.0	-311.3	-817.7
ค่ามัธยฐาน	23.7	29.01	-145.2	-532.1
95% CI	-228.5 – 316.8	-294.1 – 375.1	(-1,951.7)- (1,563.9)	(-7,788.3)-(-6,291.1)

*cardio หมายถึงประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

จากนั้นเมื่อทำการคำนวณหาราคาต่อหน่วยจากความเต็มใจที่จะจ่ายเป็นราคายาต่อหน่วยและความเต็มใจที่จะร่วมจ่ายเมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงชนิดหรือรายการยาที่มีในตลาดของประเทศไทย เนื่องจากยา simvastatin เป็นยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติและเป็นยาที่มีในตลาดเป็นเวลานาน รวมถึงเป็นยาที่มีการผลิตในประเทศแล้ว ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ยานี้เป็นตัวเปรียบเทียบดังแสดงในตารางที่ 9 พบว่าราคาต่อวันที่ข้าราชการกลุ่มนี้เต็มใจจ่ายให้กับยา rosuvastatin สูงถึงประมาณ 43.9 บาท ยา simvastatin ประมาณ 34 บาทและยา atorvastatin ประมาณ 20.2 หรือ 30.1 บาท ในขณะที่ไม่เต็มใจ

จ่ายหากต้องใช้ยา fluvastatin และเต็มใจจ่ายน้อยมากหากต้องรับยา pravastatin ดังนั้นหากพิจารณาจาก
 ความเต็มใจในการร่วมจ่ายให้กับยาชนิดอื่นเมื่อผู้ป่วยใช้ยา simvastatin อยู่ นั่นจะมีเพียงยา rosuvastatin
 เท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างยินดีร่วมจ่ายและจะจ่ายประมาณไม่เกิน 10 บาทต่อวัน

ตารางที่ 9 ค่าความเต็มใจที่จะจ่ายค่ายา

คุณลักษณะ*	Atorvastatin	Simvastatin	Fluvastatin	Pravastatin	Rosuvastatin	เอกสารอ้างอิง
1. cardio	41%	42%	63%	26%	54%	ยูพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550)
2. stroke	19%	26%	15%	14%	48%	ยูพิน ตามธีรนนท์และคณะ (2550)
3. muscle	1.21, 3.24 เท่า	1.016, 0.967 เท่า	0.386, 0 เท่า	0.894, 0.969 เท่า	-, 4.60 เท่า	Ward et al. (2007), Kashani et al. (2006)
4. liver	0.837 เท่า	1.087 เท่า	4.71 เท่า	1.609 เท่า	1.29 เท่า	Kashani et al. (2006)
ราคาต่อวัน (บาท)	20.2, 30.1	34.1, 34.3	-21.1, -19.3	0.8, 1.2	43.9	
ส่วนร่วมจ่ายหากเปลี่ยนจาก simvastatin (บาท)	-	-	-	-	9.6, 9.8	

*cardio หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน

stroke หมายถึง ประสิทธิภาพของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

muscle หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

liver หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาในการเกิดพิษต่อตับ

บทที่ 5

การวิจารณ์ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจารณ์ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูล 2 ครั้งเพื่อให้ได้ค่าความเต็มใจจ่ายที่น่าเชื่อถือจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่งในภาคใต้ซึ่งเป็นผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาลดไขมันในเส้นเลือดกลุ่ม statin โดยในครั้งแรกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 233 คน แต่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ผลได้ 207 ชุด เท่านั้น เพราะมีผู้ป่วยจำนวน 26 รายเลือกตัวเลือกที่ไม่ควรเลือกในชุดตัวเลือกที่ใช้ในการทดสอบความน่าเชื่อถือของการตอบแบบสอบถาม กล่าวคือเป็นทางเลือกที่ประกอบด้วยคุณลักษณะที่แย่ที่สุดของยาในกลุ่มนี้แต่กลับต้องจ่ายในราคาที่สูง ซึ่งนับว่ามีจำนวนไม่มากทำนองเดียวกันกับการเก็บข้อมูลในตอนที่ 2 ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 65 คน และสามารถนำมาใช้วิเคราะห์ผลได้ 57 ชุด เท่านั้น เพราะมีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่เลือกตัวเลือกที่ไม่ควรเลือกในชุดตัวเลือกที่ใช้ในการทดสอบความน่าเชื่อถือของการตอบแบบสอบถามนี้ ทำให้เป็นหลักฐานอันหนึ่งว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้มีความน่าเชื่อถือเพราะผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาของแบบสอบถามและมีเหตุผลในการเลือกทางเลือกในแต่ละชุดตัวเลือก

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในทั้ง 2 ตอนพบว่าลักษณะของประชากรที่คล้ายคลึงกัน ยกเว้นในส่วนของการรายได้ที่ถึงแม้ว่าจะมีระดับค่อนข้างสูงทั้ง 2 กลุ่มแต่มีความแตกต่างกันประมาณ 7,000 บาท ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจในระดับของความเต็มใจที่จะจ่ายค่ายาที่แตกต่างกันได้ โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปีซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยา (Ward et al. 2007) ที่มักจะพบโรคนี้ในผู้สูงอายุเพศชาย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยังคงคิดว่าตนเองมีสุขภาพในระดับปานกลางหรือดี และมีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วย และเป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีระบบประกันสุขภาพอย่างอื่นรองรับ ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อระดับของความเต็มใจที่จะจ่ายเช่นกัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้มีเป้าหมายในการหาความสัมพันธ์ของลักษณะต่างๆของผู้ป่วยกับ

ตามที่ระบุก่อนหน้านี้ว่าไม่ปรากฏการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะต่างๆกับความชอบรวมถึงความเต็มใจจ่ายของผู้ป่วยที่ใช้ยากกลุ่ม statin ในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงอาศัยข้อมูลจากหลายวิธีการคือการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วย เพื่อให้ได้คุณลักษณะที่

เหมาะสมและครบถ้วนของยาในกลุ่มนี้ที่จะใช้ในการวิจัย อย่างไรก็ตามพบว่าคุณลักษณะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยก็ไม่แตกต่างกับคุณลักษณะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ในตอนที 1 ของการวิจัยนี้ใช้แบบจำลอง multinomial logit model ในการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะต่างๆกับความชอบ ซึ่งการใช้แบบจำลองนี้มีข้อกำหนด (assumption) หลักๆ 3 ประการคือ 1) ส่วนที่เกิดขึ้นจากการสุ่ม (ϵ_{ij}) มีคุณสมบัติ IID และมีการกระจายตัวแบบ extreme value type I (EV 1) 2) แต่ละทางเลือกเป็นอิสระกัน (independence of observed choices) 3) ความชอบของผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน (homogeneity of preference) ซึ่งการออกแบบสอบถามโดยใช้ orthogonal design จะเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการสร้างแบบจำลองนี้ อย่างไรก็ตามการรักษาคุณสมบัติต่างๆของการออกแบบนี้ไว้ส่งผลให้การวิจัยในตอนนีต้องใช้จำนวนผู้ป่วยจำนวนมากเพียงพอ จากผลการวิจัยที่พบว่าในคุณลักษณะด้านประสิทธิภาพของยานั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีความชอบและความพึงพอใจสูงขึ้นหากยามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้มากขึ้น และในคุณลักษณะด้านอาการไม่พึงประสงค์ของยา กลุ่มตัวอย่างมีความชอบและความพึงพอใจสูงขึ้นหากยามีอาการข้างเคียงจากการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และการเกิดพิษต่อดับลดลง ซึ่งความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทั้ง 4 ข้อของยากับความชอบและความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือเป็นไปตามที่คาดไว้ เพราะคุณลักษณะของยาที่ผู้ป่วยต้องการคือยาที่มีประสิทธิภาพสูงให้ผลในการรักษาดี มีผลข้างเคียงที่เกิดจากยาน้อย อย่างไรก็ตามจะพบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับอาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้ที่เกิดกับกล้ามเนื้อและตับมากกว่าผลในการรักษาของยา ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ และได้แต่เพียงหวังว่ายาจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดแล้วช่วยให้ปลอดภัยจากผลกระทบของระดับไขมันในเลือดที่สูงต่อหัวใจและสมอง แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการโรคหรืออาการป่วยใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลเสียต่อร่างกายที่เกิดจากการใช้ยา จึงให้ความสำคัญกับอาการไม่พึงประสงค์มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันกับผลการลดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีการวัดเป็นร้อยละเหมือนกันแล้วจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับผลการลดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันของยากลุ่มนี้มากกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะผู้ป่วยเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมีอันตรายต่อชีวิตตนเองมากกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ทำนองเดียวกันกับการเปรียบเทียบระหว่างผลต่อกล้ามเนื้อและผลต่อดับของยาก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับผลเสียต่อดับของยามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (2010) ที่

พบว่า maximum acceptable risk ของผู้ป่วยกับผลเสียของยา statin ต่อกล้ามเนื้อสูงกว่ากับผลเสียของยาต่อตับ ส่วนระดับน้ำหนักความสำคัญจะสามารถบอกได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่อพิจารณาจากผลของค่าความเต็มใจจ่าย

จากการคำนวณหาค่าความเต็มใจที่จะจ่ายในการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับของคุณลักษณะพบว่า ค่าความเต็มใจจ่ายที่คำนวณได้เพื่อแลกกับผลเสียต่อกล้ามเนื้อและตับที่ลดลงจะมีค่าการกระจายตัวของข้อมูลมากกว่าของผลในการรักษาของยา โดยสังเกตจากค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานและค่าขอบเขตบนและล่างของระดับความเชื่อมั่น 95% ที่คำนวณได้ ทำให้ทราบได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับคุณลักษณะนี้มากแต่ก็ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มตัวอย่างต่อคุณลักษณะที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ของยา ดังนั้นทำให้ในการนำค่าความเต็มใจที่จะจ่ายในการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับของคุณลักษณะไปใช้นั้น ค่ามัธยฐานจึงอาจมีความเหมาะสมมากกว่า

เมื่อคำนวณหาความเต็มใจที่จะจ่ายของยาแต่ละตัวโดยอาศัยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะพบว่าราคาต่อวันของยาแต่ละตัวมีความหลากหลายเช่นราคายาต่อวันของยา pravastatin และfluvastatin ที่ค่อนข้างต่ำหรือติดลบ ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการใช้ยาสองชนิดนี้ โดยสามารถอธิบายได้ว่าถึงแม้ยาทั้งสองจะมีผลการรักษาค่อนข้างดีแต่โอกาสความเป็นพิษต่อบตับค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับยาในกลุ่ม ส่วนราคายาต่อวันที่กลุ่มตัวอย่างเต็มใจจ่ายหากได้รับยา simvastatin ประมาณ 65 บาท ยา atorvastatin เป็น 32 หรือ 56 บาท และ rosuvastatin เป็นประมาณ 74 บาท การวิจัยนี้ยังให้ผลที่น่าสนใจคือพบว่ามีเพียงความเต็มใจจ่ายเพื่อให้ได้ใช้ยา atorvastatin เท่านั้นที่สอดคล้องหรือไม่แตกต่างกันนักกับราคาอ้างอิงของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นราคาที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซื้อจริง ส่วนความเต็มใจจ่ายของยาชนิดอื่นๆเช่น simvastatin พบว่ามีค่าสูงกว่าราคาอ้างอิงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการคำนวณค่าความเต็มใจจ่ายให้กับยาเหล่านี้คำนวณจากระดับของคุณลักษณะของยาแต่ละตัวที่มีรายงานในวรรณกรรมกับค่าความเต็มใจจ่ายของแต่ละคุณลักษณะ ดังนั้นจึงทำให้ค่าที่ได้มีความแตกต่างมากจากราคาของยาที่ซื้อขายจริงเพราะมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อราคาขายที่โรงพยาบาลซื้อได้จริงเช่นยาบางชนิดเป็นยาที่มีจำหน่ายมาเป็นเวลานานและปัจจุบันมีผู้ผลิตภายในประเทศแล้วหลายรายทำให้ราคาจริงในท้องตลาดมีราคาถูก ในขณะที่ยา rosuvastatin นั้นเป็นยาที่ค่อนข้างใหม่และยังคงมีสิทธิบัตรคุ้มครอง รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาและอาการที่พึงประสงค์ยังคงมีอยู่น้อยเมื่อเทียบกับยาชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน หรืออาจเป็นเพราะมีสาเหตุมาจากวิธีการสร้างแบบจำลอง multinomial logit model เอง ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงอาจมีผลต่อความชัดเจนของ

ค่าของคุณลักษณะและระดับมาใช้ในการคำนวณความเต็มใจจ่ายจนเป็นสาเหตุที่อาจทำให้มีค่าความเต็มใจจ่ายไม่ได้ใกล้เคียงกับราคาจริงของยา

อย่างไรก็ตามค่าความเต็มใจจ่ายเหล่านี้ทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับราคาจริงก็อาจไม่ได้เป็นประเด็นสำคัญสำหรับการนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ เพราะการสำรวจนี้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากชุดตัวเลือกที่ประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆและระดับของแต่ละคุณลักษณะเท่านั้น โดยไม่ได้มีการอ้างอิงหรือบอกถึงราคาจริงของยาเหล่านั้นให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นหากพิจารณายากลุ่มนี้ที่มีใช้ในประเทศไทยแล้วพบว่ายา simvastatin เป็นยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการสามารถเบิกได้โดยไม่ต้องมีการร่วมจ่ายแต่อย่างใด ดังนั้นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่งกว่าในการนำผลการวิจัยไปกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมจ่ายคือผลความแตกต่างของความเต็มใจที่จะจ่ายหากผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนไปใช้ยาที่เบิกจ่ายไม่ได้ ซึ่งจากตารางที่ 5 พบว่าจากข้อมูลของคุณลักษณะและระดับที่มีจะมียา rosuvastatin เพียงชนิดเดียวเท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างเต็มใจจ่ายเพื่อเปลี่ยนจากการใช้ยา simvastatin ไปเป็นยาดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างเต็มใจที่จะจ่ายเพิ่มขึ้นประมาณไม่เกิน 9 บาทต่อวันเท่านั้น กล่าวคือหากรัฐบาลมีนโยบายการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเช่นการกำหนดการจ่ายเงินค่ายากลุ่มนี้เพียงเท่ากับราคาของยา simvastatin ซึ่งอยู่ในช่วงไม่เกิน 3 บาทต่อหน่วย หากรวมกับค่าความเต็มใจที่จะจ่ายของผู้ป่วยต่อการได้รับยา rosuvastatin ราคาของ rosuvastatin ต่อวันจะต้องไม่เกิน 12 บาทเท่านั้น แต่ราคาของ rosuvastatin ที่โรงพยาบาลซื้อได้จริงตามราคายาอ้างอิงของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์อยู่ระหว่าง 35-58 บาท ซึ่งหากรัฐบาลหรือผู้ป่วยไม่มีการจ่ายเพิ่ม หรือผู้ผลิตไม่มีการปรับราคาให้ต่ำลงก็จะทำให้เป็นอุปสรรคของการเข้าถึงยาชนิดนี้ของผู้ป่วยอย่างแน่นอน ในอีกนัยหนึ่งหากรัฐบาลต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายของยากลุ่มนี้ก็สามารถใช้ค่าความเต็มใจจ่ายนี้ไปกำหนดเป็นค่าของยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องร่วมจ่ายในการรับยาชนิดอื่นที่ไม่ใช่ยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเช่นหากรัฐบาลกำหนดให้ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเกินวันละ 9 บาทต่อวันหากผู้ป่วยต้องการรับยา rosuvastatin ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะยังคงใช้ยา simvastatin ที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย

หลังจากที่ได้ผลการวิจัยจากตอนที่ 1 แล้ว หากผู้วางนโยบายต้องการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการตัดสินใจก็นับว่ามีหลักฐานในการสนับสนุนที่เพียงพอ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ยังได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้แบบจำลอง mixed multinomial logit model ซึ่งเป็นแบบจำลองที่อนุญาตให้ข้อกำหนดต่างๆของ multinomial logit model สามารถยืดหยุ่นได้จากการที่คุณลักษณะที่ใช้ในการวิจัยเป็น random parameter ส่วนหนึ่งสามารถสังเกตได้จากค่า goodness of fit test ของข้อมูลชุดเดียวกันที่พบว่า

แบบจำลอง mixed multinomial logit model สามารถอธิบายข้อมูลได้ดีกว่าแบบจำลอง multinomial logit model

การวิจัยในตอนที่ 2 นี้ให้ผลเหมือนกันกับผลการวิจัยของตอนที่ 1 เช่นพบว่าผู้ป่วยมีความชอบหรือความพึงพอใจสูงขึ้นหากยามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้มากขึ้น และผู้ป่วยมีความชอบหรือความพึงพอใจสูงขึ้นหากยามีอาการข้างเคียงจากการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและการเกิดพิษต่อดับลดลง ซึ่งความสัมพันธ์ของคุณลักษณะของยากับความชอบหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือเป็นไปตามที่คาดไว้ นอกจากนี้ยังพบเหมือนกันอีกว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับอาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้ที่เกิดกับกล้ามเนื้อและตับมากกว่าผลในการรักษาของยา โดยให้ความสำคัญกับผลเสียต่อดับของยามากกว่าผลเสียของยาที่มีต่อกล้ามเนื้อ และให้ความสำคัญกับผลการลดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันของยากลุ่มนี้มากกว่าผลการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ดังนั้นจึงสามารถนำเหตุผลที่ได้อธิบายไว้แล้วข้างต้นมาอธิบายผลการวิจัยในตอนนี้ได้เช่นกัน

ทำนองเดียวกันกับค่าความเต็มใจที่จะจ่ายในการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับของคุณลักษณะที่คำนวณได้ก็พบว่าค่าความเต็มใจจ่ายที่คำนวณได้เพื่อแลกกับผลเสียต่อกล้ามเนื้อและตับที่ลดลงจะมีค่ามากกว่าค่าความเต็มใจจ่ายของผลในการรักษาของยา และค่าขอบเขตบนและล่างของระดับความเชื่อมั่น 95% ที่คำนวณได้ก็สะท้อนความเห็นที่แตกต่างกันมากของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะของยา ดังนั้นทำให้ในการนำค่าความเต็มใจที่จะจ่ายในการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับของคุณลักษณะไปใช้นั้น ค่ามัธยฐานยังคงมีความเหมาะสมมากกว่าเช่นเดียวกันกับตอนที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบค่าความเต็มใจจ่ายที่เป็นค่ามัธยฐานของทั้ง 2 วิธีจะพบว่าค่าความเต็มใจจ่ายในการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับของคุณลักษณะเหล่านี้ที่คำนวณได้ในตอนที่ 2 ลดลงจากค่าที่คำนวณได้ในตอนที่ 1 ทุกค่า ส่งผลให้เมื่อคำนวณหาความเต็มใจที่จะจ่ายของยาแต่ละตัวโดยอาศัยคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะพบว่าราคาต่อวันของยาแต่ละตัวลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเช่นค่าความเต็มใจจ่ายต่อวันของยา simvastatin เป็นประมาณ 35 บาท ยา atorvastatin เป็น 21 หรือ 30 บาท และ rosuvastatin เป็นประมาณ 46 บาท ส่วนค่าความเต็มใจจ่ายต่อวันให้กับยา pravastatin และ fluvastatin ยังคงค่อนข้างต่ำหรือติดลบ สิ่งที่น่าสนใจของผลในตอนที่ 2 นี้คือพบว่าค่าความเต็มใจจ่ายของยา simvastatin atorvastatin และ rosuvastatin มีค่าใกล้เคียงกับราคายาอ้างอิงต่อเม็ด (ราคาของขนาดและความแรงของยาที่นิยมใช้) ของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นราคาที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซื้อจริงและ ยุพิน ตามธีรนนท์

และคณะ (2550) ใช้ในการศึกษาเภสัชเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย ดังนั้นหากใช้ราคาดังกล่าวเป็นค่าอ้างอิงก็อาจทำให้บอกได้ว่าค่าความเต็มใจจ่ายของผู้ป่วยที่หาได้จากการวิจัยในตอนที่ 2 หรือจากการใช้แบบจำลอง mixed multinomial logit model นี่เป็นวิธีที่สามารถคำนวณหาความเต็มใจจ่ายได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์หาความเต็มใจจ่ายของผู้ป่วยเมื่อต้องการเปลี่ยนจากการใช้ยา simvastatin ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการสามารถเบิกได้โดยไม่ต้องมีการร่วมจ่ายแต่อย่างใด ก็ยังคงพบว่าผู้ป่วยอาจมีความเต็มใจร่วมจ่ายให้เฉพาะยา rosuvastatin เพียงชนิดเดียวเท่านั้น โดยผู้ป่วยเต็มใจที่จะจ่ายเพิ่มขึ้นประมาณไม่เกิน 10 บาทต่อวัน ซึ่งค่านี้มีค่าใกล้เคียงกับการวิจัยในตอนที่แล้วมาก ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่าค่าความเต็มใจจ่ายของผู้ป่วยหากต้องการเปลี่ยนไปใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่คำนวณได้มีความน่าเชื่อถือ และยังเป็นที่ยืนยันว่าการใช้การออกแบบด้วยวิธี Bayesian efficient design ร่วมกับการวิเคราะห์โดยการสร้างแบบจำลอง mixed multinomial logit model เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงเพราะเป็นการเก็บจำนวนตัวอย่างไม่มากนักหรือเป็นการประหยัดทรัพยากรนั่นเอง

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิรักษายาบาลของข้าราชการในยาในกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors (statin) หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะต่างๆกับความชอบของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความชอบและความพึงพอใจสูงขึ้นหากยามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้มากขึ้น และในคุณลักษณะด้านอาการอาการไม่พึงประสงค์ของยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชอบและความพึงพอใจสูงขึ้นหากยามีอาการไม่พึงประสงค์จากการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และการเกิดพิษต่อตับลดลง โดยพบว่าในส่วนของผลในการรักษาของยาในกลุ่มนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับผลของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมากกว่าผลของยาในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้น้ำหนักความสำคัญกับอาการไม่พึงประสงค์จากการเกิดพิษต่อตับมากกว่าการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ

การวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงนั้นเต็มใจที่จะจ่ายเพิ่มเติมประมาณ 10 บาทหากได้เปลี่ยนจากยา simvastatin ไปเป็น rosuvastatin และไม่เต็มใจที่จะ

จ่ายเพิ่มหรือมีส่วนร่วมจ่ายหากต้องเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นในกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องมาจากความแตกต่างของระดับในแต่ละคุณลักษณะทั้งที่เป็นผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาแต่ละชนิด ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางนโยบายในอนาคตหากรัฐบาลมีแนวคิดในการนำการมีส่วนร่วมจ่ายมาใช้หรือการกำหนดราคาอ้างอิงในการจ่ายเงินคืน (reimbursement price) มาใช้เพราะหากผู้ป่วยต้องมีการร่วมจ่ายในจำนวนที่สูงเกินกว่าความเต็มใจที่จะจ่ายก็จะส่งผลต่อการถึงยาของผู้ป่วยและในทางตรงกันข้ามหากรัฐนำการมีส่วนร่วมจ่ายมาใช้และกำหนดค่าของการร่วมจ่ายต่ำกว่าที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจจ่ายก็จะทำให้รัฐควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้ผล

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนของคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะ ที่ไม่สามารถครอบคลุมคุณลักษณะจำนวนมากของยาในกลุ่มนี้ได้เพราะอาจทำให้แบบสอบถามมีความซับซ้อนมาก ดังนั้นการจำกัดจำนวนของคุณลักษณะและระดับของแต่ละคุณลักษณะจึงอาจมีผลต่อความเต็มใจจ่ายค่ายากลุ่มนี้ได้
2. ภาษาที่ใช้อธิบายคุณลักษณะและระดับของยาในแบบสอบถามอาจยากต่อการเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และตัวเลือกในแต่ละชุดตัวเลือกมีความคล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจประเด็นของแบบสอบถามส่งผลต่อการตอบแบบสอบถาม
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้ยังไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม statin ในโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่งในภาคใต้เท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

กรมบัญชีกลางและระบบ GFMS. อ้างถึงใน ระเบียบวาระการประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการควบคุมค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะการจัดระบบกำกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Drug Utilization Evaluation: DUE) วันพุธที่ 17 มิถุนายน 2552

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลกับบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารกรมบัญชีกลาง 2550;48(2):1-4.

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง. อ้างถึงใน พัทนี ธรรมวันนา. กรมบัญชีกลาง แก้ไขปัญหาอย่างไร...เมื่อมีรายจ่ายมากกว่างบประมาณที่ตั้งไว้. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 2 กรกฎาคม 2550, ที่ http://www.hisro.or.th/adminsystem/insurance/insurance/การแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณ_18_1_50.pdf)

นริศรัตน์ ธรรมโรจน์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาล สำหรับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 2 กรกฎาคม 2550, ที่ http://www.hisro.or.th/adminsystem/insurance/insurance/CSMBS_29_1_50.pdf)

นิภา ศรีอนันต์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีหนึ่ง (2544-45).สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2545

นันทนา นักเสียงและรัตติยา กาสี (2547) การประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยากลุ่ม statins ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช. บทคัดย่อ. โครงการพิเศษปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ยุพิน ตามธีรนนท์, ปัทมรสี ขอนพุดชา, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการใช้ยากลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor (statin) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิ. บริษัทกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด. 2550.

วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชนา ณ ระนอง, ศรัชัย เตரியมวรกุล, ศศิวิทย์ วงศ์มณฑา. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546. รายงานวิจัยเล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 (2546-2547) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2548.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการ คลินิกผู้สูงอายุ. 2548.

สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. แผนงานพัฒนามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา และพัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2555. 2553

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ยุทธวิธีในการปฏิรูประบบสุขภาพ ส่วนที่ 2 การปฏิรูปด้านยาสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ. การประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 5 “การจัดการระบบ วิจัยสุขภาพของประเทศไทย”. กรุงเทพฯ. วันที่ 7 - 8 ตุลาคม 2547.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ภูรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทธจิตต์, อุบลพรรณ ธีระศิลป์, พลอยวรรณ เหลืองไทร รัตน์. การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ 2552.

Amaya-Amaya M, Gerard K, Ryan M. 2008. *Discrete choice experiments in a nutshell. In: Using discrete choice experiments to value health and health care.* Ryan, M., Gerard, K. and Amaya-Amaya, M. (eds.) Springer, Dordrecht.

Balsbaugh TA, Chamber CV, and Diamond JJ *et al.* 1999. Asthma controller medications: What do patients want? *J Asthma* 36:591-596.

Bliemer MCJ, Rose JM. 2006. Designing stated choice experiments: The State-of-the-art. 11th *International Conference on Travel Behaviour Research*, Kyoto, August 16-20, Japan.

Bliemer MCJ, Rose JM. 2009 Efficiency and sample size requirements for stated choice experiments. *Transportation Research Board 88th Annual Meeting*. Washington DC, January 11-15, USA.

- De Bekker-Grob EW, Hol L, Donkers B *et al.* 2010. Labeled versus unlabeled discrete choice experiments in health economics: an application to colorectal cancer screening. *Value Health* 13:314-323.
- Green C, Gerard K. 2009. Exploring the social value of health-care interventions: A stated preference discrete choice experiment. *Health Econ.* 18:951-976.
- Hall J, Fiebig DG, King MT, *et al.* 2006. What influences participation in genetic carrier testing? Results from a discrete choice experiment. *J Health Econ* 25:520-537.
- Hensher D, Rose J. 2009. Toll product preferences and implications for alternative payment options and going cashless. *Transportation* 36:131-145.
- Hensher DA, Rose JM, Greene WH. *Applied choice analysis. A primer.* Cambridge university press, Cambridge. 2005.
- Holman H, Lorig K. 2000. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is prerequisite for effective and efficient health care. *Br Med J* 320:526-527. DOI:10.1136/bmj.320.7234.526.
- Johnson FR, Hauber AB, Gonzalez JM, *et al.* 2010. Patient preference weights for benefit-risk analysis: A statin case study. *ISPOR 15th Annual International Meeting*, Atlanta, May 15-19, USA.
- Kashani A, Phillips CO, Foody JM, *et al.* 2006. Risks associated with statin therapy: A systematic overview of randomized clinical trials. *Circulation* 114:2788-2797.
- King MT, Hall J, Lanscar E, *et al.* 2007. Patient preferences for managing asthma: results from a discrete choice experiment. *Health Economics.* 16:703-717.
- Kjaer T, Gyrd-Hansen D. 2008. Preference heterogeneity and choice of cardiac rehabilitation program: Results from a discrete choice experiment. *Health Policy* 85:124-132.

Lancsar E, Louviere J. 2008. Conducting discrete choice experiments to inform healthcare decision making. *Pharmacoeconomics* 26:661-677.

Lloyd A, Doyle S, Dewilde S, and Turk F. 2008. Preferences and utilities for the symptoms of moderate to severe allergic asthma. *Eur J Health Econ* 9:275-284.

Lorgeril MD, Salen P, Abramson J, *et al.* 2010. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the Rosuvastatin-JUPITER Controversy, A critical reappraisal. *Arch Intern Med* 170:1032-36.

Manktelow BN, Potter JF. 2009. Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library. John Wiley & Sons, Ltd.

Markson L., Vollmer WM, Fitterman, L. *et al.* 2001. Insight into patient dissatisfaction with asthma treatment. *Arch Intern Med* 161:379-384.

McKenzie L, Cairns J, Osman L. 2001. Symptom-based outcome measures for asthma: the use of discrete choice methods to assess patient preferences. *Health Policy* 57:193-204.

Nitayanant W, Sritara P, Deerochanawong C, *et al.* 2008. Lipid treatment assessment project II in Thailand (LTAP-II Thailand). *J Med Assoc Thai* 91:836-845.

Ossa DF, Briggs A, McIntosh E, *et al.* 2007. Recombinant erythropoietin for chemotherapy-related anaemia, economic value and health-related quality-of-life assessment using direct utility elicitation and discrete choice experiment methods. *Pharmacoeconomics* 25:223-237.

Rose JM, Bliemer MCJ. 2005. Constructing Efficient Choice Experiments, Institute of Transport and Logistics Studies, University of Sydney.

Sculpher M, Bryan S, Fry P, *et al.* 2004. Patients' preferences for the management of non-metastatic prostate cancer: discrete choice experiment. *BMJ*, doi10/1136/bmj.37972.497234.44.

The Thai working group on Burden of Disease and injuries, Ministry of Public Health. 2002. *Burden of disease and injuries in Thailand*.

Ward S, Jones ML, Pandor A, *et al.* 2007. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technology Assessment* 11: 1-140.

ภาคผนวก ก

**แบบสอบถามเพื่อศึกษาหาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา
ของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
กรณีศึกษาตลาดไขมันในเลือดกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors (Statins)**

ในปัจจุบันระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เกิดปัญหาค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตราที่สูงและไม่สามารถควบคุมได้ ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins เป็นหนึ่งในกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง ดังนั้นเพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยยังคงคุณภาพในการรักษาให้แก่ผู้ได้รับสิทธิรักษายาบาลดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นข้อมูลจากมุมมองของผู้ใช้สิทธิ อาจนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมจ่ายต่อไป

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เนื้อหาในแบบสอบถามเป็นเพียงความคิดเห็นของท่านเท่านั้น ไม่มีคำตอบใด “ถูก” หรือ “ผิด” แบบสอบถามมีทั้งสิ้น 8 หน้า ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา

ข้อมูลของท่านจะเป็นความลับ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์และสรุปผลภาพรวม

โดยไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างอิงถึงตัวบุคคลแต่ประการใด

การวิจัยนี้ไม่อาจเสร็จสมบูรณ์ได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูลไว้ ณ ที่นี้ ด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ท่านต้องการเลือก

1. ท่านใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลครั้งนี้ใช่หรือไม่ (หากท่านไม่ใช้สิทธิดังกล่าวในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลกรุณาส่งแบบสอบถามคืน)

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

2. อายุ.....ปี

3. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

4. สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรส

☐ หย่าร้าง

☐ คู่สมรสเสียชีวิต

5. วุฒิการศึกษาสูงสุด

☐ ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี (โปรดระบุ)..... ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบัน

☐ ข้าราชการ สังกัดกระทรวง.....

☐ พนักงานของรัฐ สังกัดกระทรวง.....

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. รายได้ทั้งหมดของท่านโดยประมาณ.....บาทต่อเดือน (เงินเดือนรวมกับรายได้ทั้งหมด)

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน

8. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายค่ารักษารวมทั้งหมดกี่ครั้ง

☐ ไม่ได้ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

☐ 1 – 3 ครั้ง

☐ มากกว่า 3 ครั้ง

☐ ไม่แน่ใจ

9. นอกเหนือจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ท่านสามารถเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลจากแหล่งอื่นในข้อต่อไปนี้ได้อีกหรือไม่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)

☐ ประกันสังคม

☐ ประกันเอกชน (ประกันชีวิต)

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

☐ ไม่ได้/ไม่แน่ใจ

10. ท่านคิดว่า ขณะนี้ภาวะสุขภาพของตัวท่านเอง หากเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร

☐ แย่

☐ ปานกลาง

☐ ดี

☐ ดีมาก

11. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคไขมันในเลือดสูงอีกหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุ.....)

12. ท่านรับประทานยาลดไขมันในเลือดมาเป็นระยะเวลานานเท่าไร (โปรดระบุ).....

13. จากการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดที่ผ่านมา ระดับไขมันในเลือดของท่านอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้หรือไม่

☐ สามารถควบคุมได้

☐ ไม่สามารถควบคุมได้

☐ ไม่แน่ใจ

14. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงที่ท่านเป็นอยู่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตัวท่านเองมากน้อยเพียงใด

☐ มาก

☐ ปานกลาง

☐ น้อย ☐

ไม่มีผลกระทบ

☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

กรุณาทำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ในหน้าถัดไป

ส่วนที่ 2: การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา

คำชี้แจง ในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถามในส่วนนี้ ขอให้ท่านนึกถึงยาที่สามารถลดไขมันในเลือด ซึ่ง

1). สามารถลดการเกิด “โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน” โรคนี้หากกำเริบจะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกเฉียบพลัน บางรายอาจจะแน่นแล้วมีอาการปวดร้าวไปบริเวณอื่น เช่น หัวไหล่ แขน เป็นต้น

2). สามารถลดการเกิด “โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน” อาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ตาพร่ามัว ชาครึ่งซีก อ่อนแรง ปากหรือหน้าเบี้ยว หรืออาจมีแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด พูดหรือกลืนลำบาก ลิ้นคัมปาก ปวดศีรษะ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญได้ ได้แก่ การเกิดพิษต่อตับ และเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ การเลือกใช้ยาแต่ละชนิดนั้นจะมีค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกันออกไป

ในแบบสอบถาม แต่ละชุดตัวเลือกประกอบด้วยยา ก และยา ข ซึ่งมีคุณลักษณะต่างกัน โปรดพิจารณาคุณลักษณะของยาทั้งสองเปรียบเทียบกัน แล้วทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ ของยาที่ท่านเลือก หรือหากท่านไม่ประสงค์จะเลือกยา ก และ ยา ข ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ ของช่องที่ไม่เลือกทั้งยา ก และ ยา ข (ดังตัวอย่างที่ได้แสดงไว้ด้านล่าง)

****ตัวอย่าง****

ชุดตัวเลือกที่ X			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	ไม่เกิดพิษต่อตับ	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 500 บาท	ไม่ต้องจ่ายเอง	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

*** ต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ กรุณาตอบให้ครบทั้ง 7 ข้อ ***

ชุดตัวเลือกที่ 1			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	ไม่ต้องจ่ายเอง	ไม่ต้องจ่ายเอง	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 2			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 1,000 บาท	จ่ายเอง 1,000 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 3			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	ไม่เกิดพิษต่อตับ	ไม่เกิดพิษต่อตับ	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 500 บาท	จ่ายเอง 500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 4			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 1,500 บาท	จ่ายเอง 1,500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 5			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	ไม่เกิดพิษต่อตับ	ไม่เกิดพิษต่อตับ	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 1,000 บาท	จ่ายเอง 500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 6			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 500 บาท	จ่ายเอง 1,000 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 7			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	ไม่เกิดพิษต่อตับ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	ไม่ต้องจ่ายเอง	จ่ายเอง 1,500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

“ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์”

ภาคผนวก ข

**แบบสอบถามเพื่อศึกษาหาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา
ของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
กรณีศึกษาตลาดไขมันในเลือดกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors (Statins)**

ในปัจจุบันระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เกิดปัญหาค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตราที่สูงและไม่สามารถควบคุมได้ ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins เป็นหนึ่งในกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูง ดังนั้นเพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยยังคงคุณภาพในการรักษาให้แก่ผู้ได้รับสิทธิรักษายาบาลดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นข้อมูลจากมุมมองของผู้ใช้สิทธิ อาจนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมจ่ายต่อไป

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เนื้อหาในแบบสอบถามเป็นเพียงความคิดเห็นของท่านเท่านั้น ไม่มีคำตอบใด “ถูก” หรือ “ผิด” แบบสอบถามมีทั้งสิ้น 8 หน้า ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา

ข้อมูลของท่านจะเป็นความลับ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์และสรุปผลภาพรวม

โดยไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างอิงถึงตัวบุคคลแต่ประการใด

การวิจัยนี้ไม่อาจเสร็จสมบูรณ์ได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูลไว้ ณ ที่นี้ ด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ท่านต้องการเลือก

1. ท่านใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลครั้งนี้ใช่หรือไม่ (หากท่านไม่ใช้สิทธิดังกล่าวในการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลกรุณาส่งแบบสอบถามคืน)

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

2. อายุ.....ปี

3. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

4. สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรส

☐ หย่าร้าง

☐ คู่สมรสเสียชีวิต

5. วุฒิการศึกษาสูงสุด

☐ ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี (โปรดระบุ)..... ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบัน

☐ ข้าราชการ สังกัดกระทรวง.....

☐ พนักงานของรัฐ สังกัดกระทรวง.....

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. รายได้ทั้งหมดของท่านโดยประมาณ.....บาทต่อเดือน (เงินเดือนรวมกับรายได้ทั้งหมด)

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน

8. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายค่ารักษาทั้งหมดกี่ครั้ง

☐ ไม่ได้ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

☐ 1 – 3 ครั้ง

☐ มากกว่า 3 ครั้ง

☐ ไม่แน่ใจ

9. นอกเหนือจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ท่านสามารถเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลจากแหล่งอื่นในข้อต่อไปนี้ได้อีกหรือไม่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| ☐ ประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) | ☐ ประกันสังคม |
| ☐ ประกันเอกชน (ประกันชีวิต) | ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... |
| ☐ ไม่ได้ | ☐ ไม่แน่ใจ |

10. ท่านคิดว่า ขณะนี้ภาวะสุขภาพของตัวท่านเอง หากเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ แย่ | ☐ ปานกลาง | ☐ ดี | ☐ ดีมาก |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

11. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคไขมันในเลือดสูงอีกหรือไม่

- | | |
|--------------------------------|---|
| ☐ ไม่มี | ☐ มี (โปรดระบุ.....) |
|--------------------------------|---|

12. ท่านรับประทานยาลดไขมันในเลือดมาเป็นระยะเวลานานเท่าไร (โปรดระบุ).....

13. จากการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดที่ผ่านมา ระดับไขมันในเลือดของท่านอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้หรือไม่

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| ☐ สามารถควบคุมได้ | ☐ ไม่สามารถควบคุมได้ | ☐ ไม่แน่ใจ |
|--|---|-----------------------------------|

14. ท่านคิดว่าภาวะไขมันในเลือดสูงที่ท่านเป็นอยู่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตัวท่านเองมากน้อยเพียงใด

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| ☐ มาก | ☐ ปานกลาง | ☐ น้อย ☐ |
| ไม่มีผลกระทบ | ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ | |

กรุณาทำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ในหน้าถัดไป

ส่วนที่ 2: การสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายา

คำชี้แจง ในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถามในส่วนนี้ ขอให้ท่านนึกถึงยาที่สามารถลดไขมันในเลือด ซึ่ง 1). สามารถลดการเกิด “โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน” โรคนี้หากกำเริบจะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกเฉียบพลัน บางรายอาจจะแน่นแล้วมีอาการปวดร้าวไปบริเวณอื่น เช่น หัวไหล่ แขน เป็นต้น

2). สามารถลดการเกิด “โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน” อาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ตาพร่ามัว ชาครึ่งซีก อ่อนแรง ปากหรือหน้าเบี้ยว หรืออาจมีแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด พูดหรือกลืนลำบาก ลิ้นคับปาก ปวดศีรษะ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญได้ ได้แก่ การเกิดพิษต่อตับ และเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ การเลือกใช้ยาแต่ละชนิดนั้นจะมีค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกันออกไป

ในแบบสอบถาม แต่ละชุดตัวเลือกรวมประกอบด้วยยา ก และยา ข ซึ่งมีคุณลักษณะต่างกัน โปรดพิจารณาคุณลักษณะของยาทั้งสองเปรียบเทียบกัน แล้วทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ ของยาที่ท่านเลือก หรือหากท่านไม่ประสงค์จะเลือกยา ก และ ยา ข ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ ของช่องที่ไม่เลือกทั้งยา ก และ ยา ข (ดังตัวอย่างที่ได้แสดงไว้ด้านล่าง)

****ตัวอย่าง****

ชุดตัวเลือกที่ X			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	ไม่เกิดพิษต่อตับ	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 500 บาท	ไม่ต้องจ่ายเอง	
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข

*** ต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ กรุณาตอบให้ครบทั้ง 7 ข้อ ***

ชุดตัวเลือกที่ 1			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	ไม่เกิดพิษต่อตับ	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 500 บาท	จ่ายเอง 500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 2			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	ไม่เกิดพิษต่อตับ	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	ไม่ต้องจ่ายเอง	จ่ายเอง 1,500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 3			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	ไม่เกิดพิษต่อตับ	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	ไม่ต้องจ่ายเอง	จ่ายเอง 1,000 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 4			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	ไม่เกิดพิษต่อตับ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 1,500 บาท	ไม่ต้องจ่ายเอง	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 5			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 1,000 บาท	ไม่ต้องจ่ายเอง	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 6			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 3 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	โอกาสเกิดเท่ากับคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	จ่ายเอง 500 บาท	จ่ายเอง 500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

ชุดตัวเลือกที่ 7			
คุณลักษณะยา	ยา ก	ยา ข	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันได้ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับประทานยานี้	
การเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้ยา	ไม่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 6 เท่า	
การเกิดพิษต่อตับจากการใช้ยา	ไม่เกิดพิษต่อตับ	โอกาสเกิดมากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยานี้ 2 เท่า	
ราคายาต่อเดือนที่ท่านต้องจ่ายเอง (เบิกจ่ายคืนไม่ได้)	ไม่ต้องจ่ายเอง	จ่ายเอง 1,500 บาท	ไม่เลือกทั้งยา ก และยา ข
จากคุณลักษณะของยา 2 ตัวนี้ ท่านจะเลือกใช้ยาตัวใด	ยา ก	ยา ข	

“ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์”

ภาคผนวก ค

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากบทสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 (17/6/54 ใช้เวลา 25 นาที)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ ดิฉัน...(รายงานตัว)... สำหรับวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ต้องการศึกษาส่วนร่วมจ่ายในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins การสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์หาข้อมูลที่สำคัญ, ความแตกต่างของยาในกลุ่มจากประสบการณ์การใช้ยาในกลุ่ม statins มีประเด็นอะไรที่น่าสนใจสำคัญบ้างเมื่อพูดถึงยากกลุ่มนี้ ที่ถูกนำมาพิจารณาเมื่อนำเอายากกลุ่มนี้มาใช้คะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ถ้าดูยาในกลุ่ม statins แล้ว สิ่งที่เราจะมองผลทางด้านการลดไขมันค่าต่างๆ โดย statins ก็จะเป็นกลุ่มที่จะลดไขมันได้หมดเกือบทุกประเภท สองก็คือ ยากินแค่วันละครึ่ง อีกทั้งมองว่า ยามี ADR น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆที่ใช้ในการรักษาไขมันในเลือดสูง จริงๆอย่างตัวยาน statins ในกลุ่มด้วยกันเองนั้นก็มีความแตกต่างกันไปอีก โดย statins กลุ่มแรกๆ ที่ออกมาจะมีอาการข้างเคียงมากกว่า เช่น rhabdomyolysis ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อรุนแรง ที่จะได้มากกว่ารุ่นใหม่ๆ ที่ออกมาทีหลัง อย่างเช่นยารุ่นใหม่ๆ ที่ออกมาทีหลัง half-life ยาวสามารถกินวันเว้นวันได้ ที่ให้เห็นคุณหมอเขานำมาใช้กัน

ผู้สัมภาษณ์ : ตัวไหนบ้างคะ พี่พอจะจำได้ไหม

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่จำไม่ได้ แต่เคยเห็นหมอเคยมีใช้กันแบบวันเว้นวัน ไม่รู้ว่ามันเซฟกว่าหรือเปล่านะ พี่ไม่ได้ดูรายละเอียดในตรงนั้น นอกจากนี้ก็จะมีเรื่อง drug interaction ยารุ่นใหม่ๆ ที่พัฒนาออกมาก็จะมีน้อยกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าพูดถึงผลทางด้านลดไขมัน พี่พอจะบอกความแตกต่างกันในแต่ละตัวยานได้ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ถ้าพูดถึงประสิทธิภาพต่อการลดไขมัน ยารุ่นใหม่ๆ ที่พัฒนาออกมาน่าจะมีประสิทธิภาพดีกว่า แต่ในส่วนตัวพื้นฐานที่เราไม่ได้เข้าไปติดตามค่า lab เขาในทุกๆ ราย แต่ว่าจากประสบการณ์ที่หมอจ่ายไป หรือจากที่คนไข้มาบ่นแล้วหมอมมีการปรับเปลี่ยนยา ยาตัวใหม่ๆ จะโอเคกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : นอกจากผลลัพธ์ที่เราติดตามค่าไขมันในเลือดแล้ว พี่คิดว่ายังมีผลลัพธ์ด้านคลินิกที่มีประโยชน์ต่อคนไข้จากการใช้ยาในกลุ่มนี้มีอีกไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่คิดว่ายากกลุ่มนี้จากที่หมอใช้กัน ข้อบ่งใช้ที่จะมองก็จะเป็น การเป็นไข้เป็นยาป้องกันแบบ first และ second ในโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะการใช้เพื่อ prophylaxis

ผู้สัมภาษณ์ : ขอเจาะในประเด็นที่สำคัญนะคะ พี่คิดว่าอาการข้างเคียงที่สำคัญของยาในกลุ่มนี้ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษมีอะไรบ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : จากยาในกลุ่มนี้ พี่คิดว่า เป็น ตับและไต และที่มองว่าเป็นอาการที่รุนแรงและสำคัญจะเป็น rhabdomyolysis

ผู้สัมภาษณ์ : เคยเจอ case รุนแรงพวกนี้ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : เคยเจอมานานมากแล้วซัก case หนึ่ง บางที่ใช้คู่กับยาบางตัว อย่างเช่น gemfibrozil ก็จะเป็นความเสี่ยงการเกิดพวกนี้ เจอไม่บ่อย แต่ถ้าเจอพวกนี้ต้องติดตามรายงานใกล้ชิด เพราะมันอันตรายรุนแรง ถ้าเกิดขึ้น แต่ในบางรายก็ไม่ถึงขั้นพวกนี้ แค่มาบ่นให้ฟังเรื่องพวกนี้เช่น ปวดเมื่อย มีสีในปัสสาวะ

ผู้สัมภาษณ์ : ยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลที่มีทั้งที่เป็นยานอกบัญชีและยาในบัญชีใช้ไหมคะ การใช้แตกต่างกันมากไหม

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ที่ผ่านมานะ ที่พี่มอง การขึ้นนอกจากจะดูว่ามีข้อบ่งชี้ไหม หมอเค้าก็จะดูเรื่องสิทธิ โดยถ้าเป็นคนไข้ทั่วไปก็จะเริ่มจากยาในบัญชีก่อน แต่ถ้าเป็นคนไข้สิทธิเบิกได้บางรายก็จะเริ่มจากยานอกบัญชีหรือยา original เพราะบางทีอาจจะมองว่า พอเบิกได้เต็มเนีย เขาก็จะเลือกยาที่เห็นผลได้ดี ไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ผลข้างเคียง หมอเขาก็จะเลือกใช้มันได้เลย

ผู้สัมภาษณ์ : อย่างนี้แสดงว่า มันก็ยังเห็นได้ชัดถึงความแตกต่างของยาในกลุ่มที่เป็นยา local กับ original

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ในส่วนตัวความคิดเห็นนะ หมอเค้าก็จะเชื่อในยาที่เป็น original มากกว่า คืออาจจะไม่ได้ทุกท่าน แต่หลายๆท่านเค้าก็จะเชื่อมากกว่า อย่างเช่นยา simvastatin ที่เป็น local ก็จะได้ยินเสียงบ่นกลับมาว่ามันไม่ค่อยได้ผล ซึ่งไม่รู้มาจากอคติหรือเปล่าหรือการให้ข้อมูลของผู้แทน ผลการรักษาดี อาการข้างเคียงน้อย DI ต่ำกว่าเขาก็จะเลือกใช้ เพราะบางทีคนที่ใช้ที่ใช่ยาในกลุ่ม statins ไม่ได้มีภาวะไขมันในเลือดสูงเพื่ออย่างเดียว จะมีภาวะอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ร่วมด้วย บางรายในคนไข้ HIV ที่มีภาวะ Hyperlipidemia ที่ต้องใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับยากกลุ่ม ARV ด้วย Drug interaction (DI) ระหว่างยาในกลุ่มนี้ในรุ่นเก่าก็จะมาก แต่รุ่นใหม่บางตัวที่พัฒนาออกมา DI ก็จะน้อยกว่า ตรงที่อาจจะมาสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

ผู้สัมภาษณ์ : ในประเด็นเรื่องราคาค่าใช้จ่ายมันมีความแตกต่างกันมากไหมคะในยาในกลุ่มนี้

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : มันแตกต่างกันแน่นอนคะ อย่างเช่นบางตัวนี้เม็ดไม่ถึงบาท แต่บางตัวเนี่ยก็เม็ดละหลายสิบบาทเลย ทีเดียว บางทีพี่อาจจะตอบในมุมมองที่พี่จะต้องไปเลือกใช้ให้คนอื่นอะไม่ได้ แต่พี่จะมองในมุมมองที่เราเห็น เช่นถ้าพี่เป็นคนไข้แล้วพอพี่กินยาเม็ดละไม่ถึงบาทแล้วไม่หาย แต่ถ้าเพิ่มเงินขึ้นอีกนิดแล้วได้ยาดีกว่า พี่ก็ยอม แต่ก็ต้องอยู่ในกำลังที่เราสามารถพอใจจ่ายได้ อาจจะไม่ใช่ตัวที่ดีที่สุด อาจจะมีอาการข้างเคียงอยู่บ้างเล็กน้อยๆถ้าเทียบกับตัวที่ดีที่สุด พี่ก็ยอมทน ให้พอที่เราจะจ่ายได้

ผู้สัมภาษณ์ : ความแตกต่างในการใช้ยาของกลุ่มนี้แหละคะ คุณสมบัติของตัวยานะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่ว่ายาลดไขมันในกลุ่มนี้กินง่ายกว่ากลุ่มอื่นๆนะ กินวันละครึ่ง บริหารยาสะดวกกว่า บางกลุ่มต้องกินวันละสามสี่ครั้ง กินวันละ เม็ด ครึ่งเม็ด สองเม็ดวันละครึ่ง หลังๆเห็นมีแบบใหม่ห่อจ่ายวันเว้นวัน

ผู้สัมภาษณ์ : ฉะนั้นผลทางด้านเภสัชจลศาสตร์ของตัวยาแต่ละตัวก็เป็นหนึ่งในการนำมาพิจารณาการใช้ด้วยเหมือนกันใช่ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ตามหลักถ้ามองในทางเภสัชพวก Pharmacokinetics ของยาพวกนี้ก็จะมึผลต่อการเลือกใช้ เช่นการบริหารยาต่อผู้ป่วย หรือการเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคตับโรคไต ก็นำมาพิจารณาว่ายาตัวไหนที่ต้องระมัดระวัง แต่ในการใช้จริงของหมอ คำไม่ได้มองละเอียดไปที่พวกนี้มากนัก เขาก็จะไปมองการใช้ยาในผู้ป่วยเลยซึ่งก็เป็นผลมาจากพวกนี้อยู่แล้ว คำก็พิจารณาพวกละการะของคนใช้ร่วมด้วยกับการใช้ยาแต่ละตัว บางตัวต้องปรับขนาดในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไต บางตัวไม่ต้องปรับ อะไประมาณนี้

ผู้สัมภาษณ์ : พี่พอมีประเด็นอะไรเพิ่มเติมจากที่ผ่านมาอีกไหมคะที่สำคัญๆ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ADR ของกลุ่มนี้ก็อย่างที่บอกจะเป็น Rhabdomyolysis ถึงจะน้อยรายมากๆ แต่มันก็เป็นแบบรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวัง ฉะนั้นยาที่คำพัฒนาออกมาใหม่ๆก็ลดตรงนี้เพื่อเป็นจุดขาย นอกเหนือจากนี้ก็จะเป็นการข้างเคียงทั่วไป แต่ในการใช้ก็มีการติดตามพวกค่าต่างๆอยู่แล้ว อีกอย่างในคนไข้ก็จะเป็นผลต่อดัฒ เพราะยาพวกนี้ เมตาบอลิท์ผ่านตับ ก็จะต้องระวังค่าการทำงานของตับ แต่หมอก็จะต้องติดตามเป็นประจำจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ระยะยาวอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : ขอเพิ่มเติมคำถามนะคะ ประเด็นใดที่จะนำมาดูเมื่อจะเริ่มใช้ยาในกลุ่มนี้กับผู้ป่วย

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : เวลาหมอจะใช้คำก็จะดูว่าคนไข้คนนั้นมีข้อบ่งใช้หรือเปล่า เหมือนเมื่อก่อนเนี่ยต้องรอมีอาการถึงจะให้ แต่ปัจจุบันเนี่ยคำก็จะใช้แบบป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไปเลย พอพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงตามเกณฑ์รักษาก็จะให้เลย

ผู้สัมภาษณ์ : การใช้ยากลุ่ม statins ในผู้ป่วยมีประโยชน์อย่างไรบ้าง

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ยากลุ่มนี้ก็จะลด complications ในโรคอื่นๆที่เขาเป็นอยู่ที่เกิดจากการมีภาวะของไขมันในเลือดสูง จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยในระยะยาวที่เขา มีโรคร่วมกันหลายๆโรค ลดการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตในโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สัมภาษณ์ : คะ นั้นวันนี้ขอขอบคุณพี่เพียงเท่านั้นคะ ขอบพระคุณมากคะสำหรับข้อมูลที่ได้ในวันนี้

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ไม่เป็นไรคะ แต่ case ที่พี่เจอในกลุ่ม statins น้อยรายมากนะจากที่เจอมา เพราะเป็นกลุ่มยาที่ผู้ป่วยจะทนต่อยาได้ดีกว่าตัวอื่นๆ คะไว้เจอกัน มีอะไรก็ติดต่อเพิ่มเติมได้

ผู้เข้าร่วมคนที่ 2 (20/6/54 ใช้เวลา 30 นาที)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ...(แนะนำตัว)...รับผิดชอบทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อการศึกษาหาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่ายในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการที่ใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายต่อไปในอนาคต เนื่องจากยากกลุ่มดังกล่าวมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งวันนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมเพื่อหาข้อมูลความสำคัญและความแตกต่างในยากกลุ่มนี้ค่ะ เพื่อนำข้อมูลเป็นสร้างเป็นแบบสอบถามในงานวิจัยต่อไป งั้นขอเริ่มเข้าประเด็นคำถามเลยนะคะ “อะไรบ้างที่คุณหมอมองคิดว่าเป็นลักษณะสำคัญเมื่อพูดถึงยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins, ผลจากยามีสำคัญ?”

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : โอเคครับ จากที่เราทราบกันดีกว่ายากกลุ่ม statins เป็นกลุ่มที่มีผลในการลด LDL ได้ดีที่สุด ฉะนั้นอันนี้จึงเป็นประเด็นที่หนึ่ง คือ เรื่องของผลต่อ LDL ถามว่าทำไมต้องเป็น LDL จากที่เราทราบกันดีกว่า LDL มีความสัมพันธ์กับการเกิด cardiovascular events หรือ cardiovascular diseases อย่างชัดเจน โดยระดับ LDL ที่สูงขึ้นมีผลในการทำนายการเกิด cardiovascular events ของผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ในการคำนวณ risk score ของผู้ป่วย LDL ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอามาคำนวณ เพราะฉะนั้นก็จะมีมาตรฐานที่ชัดเจนการเลือกใช้ในผู้ที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูง แต่จากตรงนั้นเวลาที่เจอผู้ป่วยเราก็จะดูว่าจะมี LDL เป็นหลักหรือเปล่าหรือเป็นตัวอื่น ผมขอ scope ในผู้ป่วยที่ LDL สูงเป็นหลัก ก็จะเน้นยา statins ก่อน แล้วเราค่อยดูพารามิเตอร์ตัวอื่นว่า ควรจะเป็น statins อย่างเดียวหรือเป็น combination drug

ผู้สัมภาษณ์ : จุดเด่น, ประโยชน์ที่นอกเหนือจากการลด LDL ในเลือดมีอะไรอีกไหมคะในยากกลุ่มนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : อย่างที่บอกไปประโยชน์ที่ได้รับก็มาจาก LDL เป็นหลัก เราลด LDL ได้ เราก็สามารถลด cardiovascular events ได้ อันนี้คือเป็นเหตุผลที่หนึ่งที่เราเลือก statins ก่อน อันที่สอง คือ เราพบว่าจากการนำไปใช้ เราพบว่าเรามีข้อมูลทางด้าน clinical trials อยู่เยอะมากในยากกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเป็นยาตัวใดๆ ก็ตามในกลุ่ม simvastatin lovastatin pravastatin atorvastatin rosuvastatin หรือไม่ว่าจะเป็นยาตัวใหม่ที่น่าเข้ามา pitavastatin พวกนี้จะมีข้อมูลเยอะ ถามว่าเยอะในแง่ไหน ก็จะเป็นข้อมูลที่เยอะในด้านที่เราต้องการ คือ ยาสถาผลลด morbidity และ mortality จาก cardiovascular events นั่นเอง

ผู้สัมภาษณ์ : ในด้านผลทางคลินิกคะ นอกจาก LDL แล้วคะ เราว่ายาสถาผลมีผลต่อไขมันตัวอื่นได้ด้วยเช่นกัน ผลต่อไขมันตัวอื่นๆ อย่างเช่น ผู้ป่วยมี HDL ที่ต่ำหรือ triglyceride (TG) ที่สูงร่วมด้วย พวกนี้คุณหมอนำมาเป็นข้อสำคัญในการพิจารณาด้วยไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : พวกนี้ต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า ยา statins มีข้อดีในการลด LDL และมันมีข้อดีในการเพิ่ม HDL และลด TG ได้ผลต่อการลด HDL และ TG มันน้อยกว่าเมื่อเทียบกับ LDL โดย HDL เฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยอยู่ที่ 4-5% เท่านั้น ไม่ว่าจะเป็น statins ตัวไหนก็ตาม อย่างมากก็ไม่เกิน 8% ใน rosuvastatin ตัวใหม่ที่สุด TG ไม่น่าจะเกิน 10-20% ไม่น่าจะเกินนั้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่า benefits จากการลดจะเป็นผลต่อ LDL ได้ดีที่สุด โดยเฉพาะเราดูในกลุ่มที่เป็น high potency statins

ได้แก่ simvastatin atorvastatin หรือว่า rosuvastatin LDL ที่ลดได้อยู่ที่ประมาณ 38-40% ขึ้นไปที่ usual dose ในขนาดมาตรฐานที่ไม่ใช่ maximum dose ซึ่งถ้าเป็นขนาดสูงสุดเขาจะลดได้ยิ่งมากกว่านั้นอีก อันที่สอง คือ อย่างที่เรารู้ว่า TG ไม่ได้มีผลต่อ cardiovascular outcomes จากข้อมูลในปัจจุบันเรายังพบว่า เรามีข้อมูลบางส่วนบอกว่า เป็น non-fasting TG อาจจะมีส่วนเชื่อมโยงกับการเพิ่ม cardiovascular risk แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจน ดังนั้น TG ก็ยังไม่เป็นเกณฑ์ที่เรานำมาพิจารณา อีกอย่างก็บอกว่า HDL เป็นสิ่งที่ดี เป็นตัวที่ช่วยป้องกันคนไข้จาก cardiovascular risk factors แต่ก็ยังไม่พบว่า มียาใดที่ช่วยเพิ่ม HDL ได้ดีนัก ยกเว้นอยู่ตัวหนึ่งในกลุ่มยาของ niacin ที่ช่วยเพิ่ม HDL ได้ แต่ก็มีอาการข้างเคียงมาก จึงไม่เป็นตัวเลือกที่ทางแพทย์จะเอามาใช้มากนัก อีกอย่างคือ มันต้องกินบ่อย วันละ 4 ครั้ง หรือในรูปแบบของ slow release ก็กินวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ซึ่งมันจะยุ่งยากถ้าเทียบกับ statins ที่เป็น OD dose และสามารถกินเวลาใดก็ได้ใน statins บางกลุ่ม atorvastatin หรือ rosuvastatin ที่มี half-life ยาวมาก

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะที่นี้ถ้าจับประเด็นจากที่คุณหมอบอกมา ยังมีความสะดวกในการบริหารยาที่เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ ช่วยพิจารณาร่วมด้วยในการเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับยาในกลุ่มอื่นๆ นั้นขอไปที่อีกประเด็นคำถามหนึ่งต่อนะคะ นอกเหนือประเด็นผลลัพธ์ทางคลินิกแล้วยังมีประเด็นด้านอื่นอีกไหมในการเลือกใช้ในผู้ป่วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ก่อนอื่นเนื่องจากว่าผมอยู่ใน setting ของโรงพยาบาลเอกชน ประเด็นค่าใช้จ่ายก็เป็นหนึ่งที่ค่อนข้างเป็นปัจจัยในการเลือกใช้อย่างหนึ่ง ในส่วนตัวผม ผมคิดว่าถ้าเราเริ่มต้นการเลือกใช้จากทฤษฎีก่อนว่า หนึ่ง : คนไข้มีปัจจัยเสี่ยงต่อ CV events มากน้อยแค่ไหน เราจะพิจารณาจากปัจจัย อายุ เพศ โรคประจำตัว ไม่ว่าจะเป็น เบาหวาน ความดัน เรื่องของ life style ว่าสูบบุหรี่ไหม ออกกำลังกายไหม หรือประวัติครอบครัวมีปัญหาเรื่องของ ที่เรียกว่า premature coronary heart disease มีคนไข้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในบ้าน เป็นคนไข้ผู้ชายน้อยกว่า 55 ปีใหม่ ในผู้หญิงน้อยกว่า 65 ปีใหม่ นั่นก็คือปัจจัยเสี่ยงที่เรานำมาพิจารณา โดยรวมทั้งหมดเราเรียกว่า global cardiovascular risk assessment ให้เราคำนวณออกมาได้ว่า คนไข้มีความเสี่ยงที่จะเกิด cardiovascular disease ในอนาคตที่เรียกว่า 10 years risk predicted cardiovascular disease ซึ่งตอนนี้เราใช้ Framingham risk score ก็จะประเมินคนไข้ออกมาได้ เป็นกลุ่มๆ ว่าเป็น low, intermediate หรือ high risk ซึ่งก็จะดูว่ากี่% ในกลุ่ม low risk ก็จะไม่เกินกว่า 10% intermediate ก็ 10-20% หรืออย่างที่เป็น high risk ก็มากกว่าหรือเท่ากับ 20% ขึ้นไป ตรงนี้ก็จะเป็ผลที่เราจะใช้กำหนด goal ของ LDL ต่อไปว่าจะเป็นเท่าไร นี่ก็จะเป็นข้อที่ 1 ที่เราได้ละ ที่ที่สองคือ : เราก็จะดูว่า base line ของคนไข้เป็นอย่างไร ถ้า base line เขาสูง เราต้องวางแผนเลือกยาในกลุ่มที่เป็น high potency และ high dose ขึ้นเมื่อเทียบกับคนปกติ อย่างที่สามก็คือ จะมองว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมด้วยหรือใช้ยาตัวอื่นๆ ร่วมด้วยหรือเปล่า เพราะที่เราทราบว่ายาในกลุ่ม statins หลายตัวผ่าน CYP 3A4 จะมีบางตัวเท่านั้นเองที่ผ่าน CYP 2C9 ใหม่นี้ครับ ซึ่งการที่ผ่าน CYP 3A4 อย่างที่รู้ว่า 3A4 เป็น major หลักของการเมแทบอลิซึมยาส่วนใหญ่ ซึ่งรวมถึงยาในกลุ่ม cardiovascular drug ด้วย จึงเป็นเกณฑ์หนึ่งที่ใช้พิจารณากรณีที่มีการใช้ยาหลายๆ ตัวร่วมกัน ผมยกตัวอย่างเช่นการใช้ยา warfarin ร่วมกันหรือ amiodarone ทำให้ต้องเลือกใช้ยาตามตัว หรือแม้แต่ยาลดความดันหรือยาหัวใจบางอย่างเช่น diltiazem ทำให้ต้องมีการปรับลดขนาดยาลง เพราะเราทราบว่ายา มี drug interaction กัน อย่างอื่นๆ อย่างที่กล่าวไปว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวบางอย่าง ยาในกลุ่ม statins มีเมตาบอลิซึมที่

ดับ ขับที่ไต เพราะฉะนั้นถ้าดับไตมีปัญหาที่จะเกิดผลที่เกี่ยวกับ side effect ที่ตามมาได้ ดังนั้นก็เป็นอีกประเด็นปัจจัยหนึ่งที่เรควรนำมาพิจารณา นอกจากนี้ก็คงเป็นเรื่องอื่นๆ อย่างเช่น clinical trials บางอย่างก็ statins มีต่อต้านอื่นๆ ในบางเรื่อง ยกตัวอย่างที่มีคนมาเคลมว่า atorvastatin ใช้ในผู้ป่วยที่มี renal insufficiency หรือมี kidney disease stage ต่ำๆ ไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับการใช้ rosuvastatin พบว่าการใช้ atorvastatin พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อค่า GFR ต่างจากการใช้ rosuvastatin ที่พบว่ามีผลลดค่า GFR อย่างมีนัยสำคัญ ท้ายที่สุดก็คงเป็นเรื่องของความสะดวกมั่ง statins จะกินแคว้นละครั้ง ยิ่งตัวไหนที่มี half-life ยาวเราสามารถเลื่อนไปให้ที่ตอนไหนก็ได้ เพราะมันออกฤทธิ์ได้ทั้งวันอื่นๆ ก็คงเป็นเรื่องของราคา ราคาก็มีความสำคัญ เพราะเราอยู่ในระบบที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน การคำนวณค่าใช้จ่ายให้คนไข้ เพราะเรารู้ว่าคนไข้ที่กินยา statins เป็นโรคไขมันในเลือดสูง การที่มีไขมันในเลือดสูงเป็นโรคที่ติดตัวเขาไปตลอด ไม่มีทางดีขึ้นได้ถ้าเขาไม่ปรับตัว การที่ต้องกินยายาว เขาจะต้องมาตามนัดเราทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่าเจาะเลือด และเรื่องของค่ายาที่เป็นตัวท้ายที่สุด ซึ่งทั้งหมดผมมองว่าค่ายาก็มีความสำคัญ เพราะทำให้คนไข้มี adherence กับแพทย์ ก็จะมี doctor-patient relationship เกิดขึ้น ทำให้คนไข้สนใจที่จะฟัง ถ้าเราลดค่าใช้จ่ายการรักษาให้เขาได้ เขาก็จะตามการรักษาเราตลอด ทำให้เขาไม่ขาดยาไป

ผู้สัมภาษณ์ : ที่นี้จากที่ฟังมาได้ข้อมูลมาซักระยะหนึ่งแล้ว นอกจากผลลัพธ์ทางด้านคลินิกแล้ว เลี่ยงไม่ได้ที่ยาจะต้องมีในเรื่องของข้อมูลความปลอดภัยที่เราต้องระมัดระวังเฝ้าติดตามใกล้ชิดจากการใช้ยาในคนไข้ อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามในยาในกลุ่มนี้มีอะไรบ้างคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ส่วนใหญ่ในส่วนตัวของผมเนี่ย เราจะมองที่เป็น ideal ที่สุดก่อน ต้องรู้มาก่อนว่ายาในกลุ่ม statins อาการข้างเคียงที่สำคัญมีอยู่ 2 เรื่องหลักๆ ที่คนมักจะพูดถึงกัน คือ 1. การเกิด myopathy 2. การเกิด Abnormal liver function test หรือ liver enzyme นะครับ คราวนี้ถามว่าอะไรที่แย่ที่สุดก็คงจะเป็น rhabdomyolysis เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อสลายที่เกิดขึ้นจากตัวยา statins ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัย คือ มีค่า CPK ขึ้น 10 เท่า แต่โดยปกติแล้วเราแบ่งการวินิจฉัยเป็น 2 กลุ่มหลักๆ คือ subjective evidence หมายความว่า คนไข้มีอาการบ่นให้เราฟังไว้ป่าว อย่างที่ 2 คือ objective evidence คือ มีการเจาะเลือดแล้วพบว่ามี CPK มากกว่า 10 เท่า ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ว่าเกิด myopathy จริงๆ โดย exclude เอาสาเหตุอื่นๆ ออกไป ถามว่าตรงนี้น้ำมัน่ากังวลมากไหมสำหรับพวกนี้ สำหรับส่วนตัวผมไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไร และเท่าที่เคยเจอมาโอกาสเกิดมันน้อยมาก แล้วตามข้อมูลที่ยางานมาอยู่ที่ประมาณ 0.1% คือ 1 ใน 1000 โอกาสเกิดมันน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องมีการ monitor ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ อยากจะเจาะดูเรื่อง AST, ALT ก่อนแล้ว CPK, creatinine เป็น baseline เพราะจากที่เราดูว่ายาในกลุ่มพวกนี้เมทาบอลิซึมที่ตับขับที่ไต ถ้าตับมีปัญหา ไตมีปัญหา ก็มีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง แต่ถ้าถามว่าในชีวิตจริงบางครั้งก็ขึ้นกับคนไข้เป็นหลักเหมือนกัน เพราะว่าบางครั้งคนไข้ไม่อยากจะเสียเวลารอเจาะเลือดเหมือนกัน ก็ต้องคุยกับคนไข้ให้ไปเจาะเลือดดูใกล้บ้านหรือแนะนำการปฏิบัติตัว หากเกิดอาการผิดปกติขึ้น ผมยกตัวอย่าง อย่างเช่นมีอาการปวดเมื่อยตามตัว เพลียๆ ไม่ค่อยมีแรงอันนี้เนี่ยผมก็จะแนะนำให้คนไข้ไปตรวจเลือดใกล้บ้านหรืออาจจะเขียนจดหมายไปให้ใคร หรือเขียนใส่กระดาษโน้ต ว่าควรจะต้องตรวจอะไรบ้าง ควรทำอะไรบ้างให้คุณหมอฟังบ้าง เป็นข้อแนะนำให้คนไข้ในการปฏิบัติตัว

อย่าง 2 คือ liver function test ส่วนใหญ่ถ้าเป็นตามของผมนะ ผมก็จะนัดตามทุก 3 เดือน แต่ถ้านัดทุก 3 เดือนสักครั้ง สองครั้งแล้วความมั่นคงที่ อาจจะตามทุก 6 เดือนก็ได้ ถามว่า protocol พวกนี้เขียนกำหนดไว้ชัดเจนไหม มันไม่มีใครเขียนไว้ชัดเจน แต่โดยปกติก็จะเป็นประมาณนี้

ผู้สัมภาษณ์ : ผลทางด้าน liver function test ในด้านความรุนแรง คุณหมอพอจะแจกแจงออกเป็นระดับความแตกต่างได้ไหมคะ เวลาที่ดูในคนไข้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : โดยปกติ liver function test โรคใดๆ ก็ตามนะครับ ถือว่า significant abnormal สูงมากกว่า 3 เท่า ของค่าปกติ คือ ค่าประมาณเกิน 120 ขึ้นไป โดยเฉลี่ยค่าปกติทั่วไปอยู่ที่ 0-40 โดยส่วนใหญ่ที่เคยเจอไม่ค่อยถึง 100 น้อย case มากที่จะเจอถึงร้อย โดยส่วนใหญ่ก็จะไม่มีอาการ มักจะเจอโดยบังเอิญ ตรงนี้ผมมองว่าต้องดูข้อมูลให้ดี ๆ เพราะอย่าลืมนะว่าคนไข้ที่ได้ยา statins เนี่ยแสดงว่าเค้ามีไขมันในเลือดสูง ถูกไหมครับ ซึ่งจากข้อมูลของการสำรวจในประเทศไทยของศิริราช หรือของโรงพยาบาลอื่น หรือของมหาวิทยาลัยทั่วประเทศเนี่ยปรากฏว่า คนไทยที่ asymptomatic hypercholesterolemia มีประมาณ 60% ไม่มีอาการนำมาก่อน ตรวจเลือดแล้วไปเจอโดยบังเอิญ จะเห็นว่า 2 ใน 3 มี hypercholesterolemia 1 ใน 3 นั้นมี hypertension มี DM มี metabolic syndrome รวมด้วย ซึ่งพวกนี้มันมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไขมันเกาะตับร่วมด้วย ที่เรียกว่า non-alcoholic fatty disease ซึ่งตรงนี้เป็นสาเหตุหนึ่งของ abnormal liver function test ทำให้เราไม่แน่ใจว่าตรงนี้นั้นเริ่มจาก statins ก่อนหรือมันเริ่มจากตัวโรคของเขาก่อนแล้วทำให้เกิด ถามว่าตรงนี้นั้นต่างกันไหม ต่างกันในแง่ที่ว่า ถ้าเป็นจากยา statins เราต้องหยุดยา แต่ถ้าเป็นจากตัวโรคที่บอกการให้ยา statins อาจจะมีประโยชน์ เพราะมันสามารถลดระดับไขมันได้เนาะครับ ถึงแม้ว่าเรายังไม่ข้อมูลนะในปัจจุบัน เพราะเรารู้แค่ในกลุ่มที่เรียกว่า ภาวะอ้วนลงพุง หรือ metabolic syndrome เนี่ยมักมีภาวะสัมพันธ์กับภาวะไขมันเกาะตับร่วม แล้วที่การรักษาภาวะไขมันเกาะตับที่ดีที่สุด คือ การลดน้ำหนัก เพราะเชื่อว่าการเผาผลาญพลังงานนั้น ไขมันที่เกาะตับก็จะสลายไปด้วย คงเป็นสองประเด็นละกัน

ผู้สัมภาษณ์ : สองประเด็นที่ได้มาจะเป็นในเรื่องตับกับกล้ามเนื้อ แล้วนอกเหนือจากที่คุณหมอบอกมามีอาการอื่นๆ อีกไหมที่คนไข้มาบ่นให้คุณหมอฟัง

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : น้อยมากครับ ถือว่าค่อนข้างปลอดภัยในการใช้

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงว่าคนไข้ทนต่อยาได้ดี

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ คนไข้จะทนต่อยาได้ดีนะครับ

ผู้สัมภาษณ์ : จะมีข้อมูลรายงานที่เกี่ยวกับอาการข้างเคียง อย่างเช่น ปวดหัว ที่มันจะมีเปอร์เซ็นต์สูงๆ มีไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : มีครับ ปวดหัวนี้อาจจะมีได้ ผมไม่แน่ใจว่า อาจจะมี series บาง series ประมาณถึง 10% ด้วยซ้ำ มันจะโดนกับตัวที่เป็น atorvastatin ด้วยมั้งถ้าจำไม่ผิด ซึ่งตัวนี้เจอบ่อยไหม โดยส่วนตัวผมแล้วยังไม่เจอเลย หรืออาจจะ

เพราะว่าคนไข้คิดว่าเป็นอาการปวดหัวทั่วไปธรรมดา เขาเลยไม่ได้คาดถึงนะครับ ถามว่าเคยมีไหม มีครับ เคยไปได้ยินคนอื่นมาละกัน มีอาจารย์แพทย์ท่านหนึ่ง เป็นแพทย์ด้าน cardio เขาเล่าให้ฟังว่า เขาหยุดยา statins แล้วอาการคนไข้ดีขึ้น โดยคงยาตัวอื่นไว้เหมือนเดิม เขาเปลี่ยนหรือหยุด statins ไปอาการเขาดีเลย ดังนั้นก็คงจะโทษตัวอื่นๆ ไม่ได้ นอกจาก statins กระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะ ถามว่ากลไกการเกิดทราบไหม ก็ไม่รู้ อุบัติการณ์การเกิดเจอบ่อยไหม อันนี้ข้อมูลมันไม่ชัดพอ อาจจะเป็น case series หรือ report ที่อาจจะมียื่นมาบ้าง โดยส่วนตัวผมก็ไม่เจออะครับ

ผู้สัมภาษณ์ : อื่นๆ มีอีกไหมคะที่ต้องระวังจากสองอย่างที่บอกมา

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : มีครับ เรื่องที่ต้องระวังก็คือ เรื่องของ drug interaction เพราะยาบางตัวเพิ่มระดับ statins ยาบางตัวลดระดับยา statins ยกตัวอย่าง diltiazem กับ atorvastatin การให้ verapamil หรือ diltiazem กับยา atorvastatin ควรลดระดับ maximum dose เหลือแค่ 20 mg เป็นต้น ก็ไม่ควรใช้เยอะ หรือว่าอย่างอื่น การใช้ในคนท้อง เพราะปัจจุบันแม้ว่า statins จะเป็นยาที่ถูกจ่ายกันอยู่อย่างเยอะมาก แต่ว่าไม่มีข้อมูลในคนท้อง เนื่องจากเหตุผลที่เราว่า cholesterol metabolism ในเด็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต ดังนั้นในคนท้องเราก็จะไม่ใช้ เราจะเลี่ยงไปใช้ในกลุ่มอื่นแทนหรือจะเป็น diet control ก็ว่าไป ก็คงจะเป็น 4 ข้อนี้ที่ใช้ในการประเมินอาการข้างเคียง อาจจะเป็นห้าข้อด้วยมั้ง ผมจำไม่ได้

ผู้สัมภาษณ์ : โอเคค่ะ อย่างที่ทราบกันดีว่ายานในกลุ่มนี้ก็จะมียี่ห้อที่เป็น original และ local made ราคาก็มีความแตกต่างกันเยอะ การนำมาพิจารณาเลือกใช้ในมุมมองของคุณคิดว่ายังไงบ้างคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : โดยส่วนตัวผมอย่างนี้ครับ เหมือนเดิมในระบบที่ผมเป็นโรงพยาบาลเอกชน ผมจะถามคนไข้ก่อนว่า คนไข้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการใช้ยาหรือไม่ แต่ถามว่าในทาง ideal แล้วเนี่ยสำหรับส่วนตัวผมเอง ผมคิดว่า ผมจะใช้ยาที่เป็น original ก่อน เหตุผลเพราะว่าในยา original เนี่ยตัวยามีการผลิต มีการนำมาใช้ใน clinical trials อย่างชัดเจน และให้ผลเป็นตัวเลข ในขณะที่เรื่องของ local made เนี่ย ต้องอย่าลืมว่ายาน local made เราทำได้เพียงอย่างเดียวแค่นำชีวสมมูล หรือ bioequivalence เท่านั้น ระดับในเลือดที่เท่ากัน ไม่ได้หมายความว่ามันจะออกฤทธิ์ได้ดีเท่ากัน เพราะมันเป็นแค่ระดับยาในเลือด แต่เราไม่รู้ว่ายาน acting ของยาในเซลล์เป็นอย่างไร ข้อที่สองคือ cardiovascular events หรือ morbidity หรือ mortality ซึ่งเป็น outcome ที่เราต้องการเนี่ยมันลดได้จริงหรือเปล่า อันนี้คือเราไม่รู้ว่ามันจะมีปัญหาจริงไหม เพราะยา local เหล่านี้ไม่เคยออกมาเป็น clinical trials ถูกไหมครับ เราไม่เคยรู้ว่า CV events ในคนไข้จะลดลงจริงไหม เพราะที่เราว่า benefits ของ statins ที่เราว่ามีเทอมของ beyond reduction หมายความว่า แค่ตัวเลขเนี่ยไม่ได้สำคัญละ เราเชื่อว่ามีผลด้านอื่นๆ เราไม่รู้ว่า statins ที่ถูกทำออกมาเป็น local made เนี่ย ผลพวกนี้มันจะยังอยู่หรือเปล่า ยกตัวอย่างผลพวกนี้ เช่น pleiotropic effects ของ inflammation ด้านการอักเสบ antioxidant เราไม่รู้ว่ามันยังอยู่ไหม การวัดระดับยาเนี่ยมันวัดแค่ระดับยาในกระแสเลือดเท่านั้นเอง แต่มันไม่มี clinical trials ที่ออกมา ซึ่ง in-vitro กับ in-vivo มันไม่เหมือนกัน เป็นเหตุที่ทำให้ผมไม่ค่อยจะเชื่อใน local made ชักเท้าไหว แต่ก็มิใช่ว่าจำกัดในโรงพยาบาล

รัฐบาลที่ว่า ถ้าเราใช้ยาที่เป็น original หมดก็จะเป็นหนี้มหาศาล เพราะเนื่องจากยามีราคาแพงมาก เป็นอีกประเด็นที่ ผมมองว่าน่าจะลองนำมาคิดกันดู

ผู้สัมภาษณ์ : ที่นี้มาอีกมุมมองหนึ่ง ถ้ากลับมามองในมุมมองที่เราเองเป็นผู้ป่วยดูบ้างอะคะ เรื่องของการตอบสนองของ ยาในระยะยาวจะเป็นไปบ้างต่อยาอะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ต้องเข้าใจอย่างหนึ่งว่า คนไข้เวลาที่ป่วยโรคนี้ อย่างที่ผมเล่าให้ฟังว่า เวลาคนเป็นไขมันเนี่ยจะมีโรค ร่วมประจำ เบาหวาน ความดัน จะเห็นว่าแต่ละอย่างจะต้องกินยาเยอะขึ้น เมื่อต้องกินยาเยอะเนี่ยให้คิดง่าย ๆ ในฐานะที่ เราเป็นคนป่วยเนี่ย เราก็ไม่อยากที่จะกินยาเยอะ ข้อที่สองถ้าจำเป็นต้องกินยาตลอดชีวิตเนี่ยต้องกินยาให้น้อยที่สุด ฉะนั้น ผมมองว่า ตอนนี้แนวโน้มตอนหลังถ้าสมมติว่าจะให้ดี กินยาจำนวนเม็ดน้อยๆ ดีกว่าเม็ดเยอะๆ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าเรื่องคนไข้กินยาเนี่ย เอาแค่กินยาปกติเนี่ย กินยาไปปีนึง ความร่วมมือของคนไข้ก็จะลดลงเหลือแค่ 50% ละ จะใช้ คำว่า adherence การติดตามการกินยาของผู้ป่วยเนี่ยจะเหลือแค่ครึ่งเดียวเมื่อตามทีหนึ่งปี จะเห็นว่าแค่คนไข้กินยาเนี่ย ยังมีการขาดยา ขาดมือไป ดังนั้นถ้าเราสามารถลดจำนวนเม็ดยาที่คนไข้กิน อย่างเช่นวันละครั้ง ความร่วมมือก็จะได้ ดีกว่า ก็จะเป็นที่มาต่อไปในอนาคตของยาเม็ดรวม ที่เรียกว่า single pill combination ไม่ว่าจะเป็นยาที่รวมระหว่าง aspirin ร่วมกับยาเบาหวาน หรือยาไขมัน ร่วมกับยาความดัน หรือยาความดันสองตัวในขณะนี้ ผมยกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ที่มี คือ Carduet® ที่เป็นยา Norvasc® ร่วมกับ atorvastatin หรือ Vitolin ที่เป็นยาไขมันผสมกันสองกลุ่ม simvastatin กับ ezetimide ก็จะเป็นอีกอัน หรือจะเป็นการทดลองในประเทศอินเดียที่มีการนำเอายา 4 ชนิดมาผสมกัน มี aspirin, folic, ยาลดความดัน แล้วก็ยาลดไขมันผสมกัน แต่ผลมันยังไม่ออก แต่มองแนวโน้มในอนาคตว่ายาที่เป็นเม็ดรวมเนี่ยจะดีขึ้น จะมีมากขึ้น และทำให้ adherence ของคนไข้ดีขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : นอกเหนือจากผลด้านคลินิกที่เพิ่มขึ้นแล้ว ความร่วมมือก็มีมากขึ้นด้วยเช่นกัน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ๆ ครับ เพราะว่า เนื่องจากเรารู้ว่าถ้าคนไข้ขาดยา คนไข้ก็จะมีปัญหาในเรื่องของ complication จากตัวโรคเพิ่มขึ้น เพราะเนื่องจากเขากินยาไม่ได้ตามครบ ถ้าเขากินไม่ครบ ระดับความดันเลย ระดับไขมันเลย ระดับ น้ำตาลในเลือดจากเบาหวานเลย ก็ทำให้คุณได้ไม่ดีเช่นกัน พอคุณได้ไม่ดีท้ายที่สุดก็เกิดปัญหาแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ได้ ง่ายขึ้น ซึ่งตรงนั้นผมมองว่าจะส่งผลต่อ clinical outcomes ได้

ผู้สัมภาษณ์ : คุณหมอมืออะไรจะเสริมเพิ่มเติมอีกไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : อีกประเด็นที่เสริมก็จะเป็น crystalline form กับ amorphous form ของ atorvastatin ซึ่งตรงนี้นั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผมเชื่อว่า original มันดีกว่า โดย crystalline form เป็นรูปแบบที่ทางบริษัท Pfizer เผลอว่ามันมี chemical product หรือ properties ที่ดีกว่า amorphous form ถ้าผมจำไม่ผิดมันเคยมีการศึกษาเมื่อเทียบคุณสมบัติทางเคมี มันมีความแตกต่างกันมาก อีกอย่าง crystalline form มีข้อมูลทาง clinical trials อย่างชัดเจนมากมายว่า มันได้ประโยชน์ ในขณะที่ amorphous form มันก็ยังไม่ค่อยมีข้อมูลออกมาชัดเจน นอกจากนั้นคุณสมบัติที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้มีผลลัพธ์

ทางคลินิกที่แตกต่างกัน จึงเป็นเหตุผลที่ผมยังไม่ปักใจเชื่อมากนักในเรื่องของยา local made กับ original ว่าจะเลือกแบบ local โดยไม่แตกต่างจาก original โดยการที่ดูจากค่าเดียวที่เรียกว่า ชีวสมมูล ดังนั้นถ้าสมมติว่า support ได้ในทางนี้ ผมก็จะคุยกับคนไข้ก่อนทุกครั้งว่าค่าใช้จ่ายมันต่างกัน ให้คนไข้เป็นร่วมตัดสินใจร่วมกับเรา เราจะได้ไปพร้อมกันว่าโอเคร่วมตัดสินใจแบบนี้ คนไข้ตกลงพร้อมใจที่จะเลือกเหมือนเรา จะได้ทำให้คนไข้รู้สึกว่าเขามีสิทธิ์เลือก ไม่ใช่ที่เราไปยึดเยียดให้เขา

ผู้สัมภาษณ์ : คืออีกอย่างหนึ่งก็คิดว่า ก่อนที่คนไข้จะตัดสินใจเนี่ย คนไข้ก็ได้รับทราบข้อมูลอะไรพวกนี้ ซึ่งถ้าคนไข้เต็มใจที่จะร่วมจ่ายด้วยพวกนี้ ก็เป็นผลดีต่อเขาด้วยเหมือนกัน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ก็จะเป็นคนดีคนไข้ อย่างที่เล่าไปอะครับใจผม ผมก็ยังเชื่อว่ามันมี clinical trials ชัดเจน เขาก็จะได้ประโยชน์จาก clinical trials นั้น นะครับ

ผู้สัมภาษณ์ : ประเด็นสุดท้ายที่จะขอเพิ่มเติม เรื่องของความคุ้มค่าต่อผลลัพธ์ที่เราได้จากยาในส่วนของการเป็น primary และ secondary prevention ของยาในกลุ่มนี้ค่ะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : คือเวลาที่เราคูยถึงความคุ้มค่าเนี่ย เราจะดูในแง่ในบ้าง โดยปกติในทางการแพทย์เนี่ยเราจะใช้คำว่า number needed to treat หมายความว่า เราใช้ยานี้ไปกี่คน เราสามารถ safe คนไข้ได้ 1 คนจาก CV events หรือ safe one death ป้องกันไม่ให้คนไข้ตาย ปรากฏว่า statins มีข้อมูลที่ค่อนข้างดีมาก มี NNT ในหลักสิบ อาจจะซัก 30 40 50 อะครับ ในกรณีที่เป็น secondary prevention ก็ safe ได้เยอะหน่อย แต่ถ้าเป็นกรณีที่เป็น primary prevention ก็เลยไป 80 90 100 อะอย่างนี้ แต่เวลาที่เรารู้ว่า safe เนี่ยเราจ่ายค่ายาไปเท่าไร อันนี้ก็ต้องมีการคำนวณกลับมาอีกครั้ง เพราะเนื่องจากว่าต่างประเทศเนี่ย เวลาที่เราคำนวณเนี่ยเราจะคำนวณในแง่ของการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งต้องอย่าลืมว่าไม่เหมือนกับบ้านเรา ต่างประเทศเขาจะเก็บค่าบริการทางการแพทย์แพง แพงมากเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชนในเมืองไทย ดังนั้นจะทำให้ความคุ้มค่าของเขาจะคุ้มเยอะ เพราะว่าเนื่องจากเวลาที่นอนพักโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง ค่าใช้จ่ายมันจะสูง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในบ้านเราไม่เหมือนกัน นอกโรงพยาบาลเราก็ใช้สิทธิ์สามสิบบาท ประกันสุขภาพซึ่งพวกนี้มันฟรีหมด ดังนั้นผมก็ยังไม่สามารถตอบได้ว่า มันจะคุ้มทุนหรือเปล่า แต่ถ้าอ้างอิงจากการศึกษาของต่างประเทศ เขาว่าคุ้มที่จะ safe ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นใช้ใน primary หรือ secondary prevention

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับข้อมูลที่ได้วันนี้ค่อนข้างเยอะมากเลยทีเดียว สำหรับวันนี้ขอบพระคุณคุณหมอมากที่สละเวลามาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในตรงนี้ ขอบพระคุณมากค่ะ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 (20/6/54 ใช้เวลา 26 นาที)

ผู้สัมภาษณ์ : คุณหมอคะ สวัสดิ์คะ...(แนะนำตัว)...ในเรื่องของวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และรายละเอียดขั้นตอนการสัมภาษณ์ ที่มา ความเป็นไปนี้อาจารย์ได้เรียนให้คุณหมอรียบร้อยแล้ว ฉันขอเริ่มในขั้นตอนของการสัมภาษณ์เลยละกันนะคะ ขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ค่ะ แต่ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอจะเป็นแบบโดยภาพรวมไม่ได้เผยแพร่ตัวบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์คะ ขอเริ่มต้นด้วยคำถามแรกเลยนะคะ อยากจะทราบว่าในมุมมองของคุณหมอเนี่ย เมื่อเราพูดถึงยาในกลุ่ม statins แล้วคุณลักษณะ, ความสำคัญของยาในกลุ่มนี้มีอะไรบ้างคะ จุดเด่นๆ ของการใช้ยาในการรักษากลุ่มนี้มีอะไรบ้างคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : สำคัญยังไงเหรอครับ ผมว่าสำคัญเยอะที่สุดเลยแหละครับ เนื่องจากผมเป็น specialist ทางด้าน cardiovascular system แล้วคนใช้ส่วนใหญ่ที่ผม approach เนี่ยจะเป็นคนไข้ที่เป็นโรคแล้ว ส่วนใหญ่ก็เป็นโรคทางด้านหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่ก็หลอดเลือดสมอง หรือไม่ก็เป็นเบาหวานแล้วมีอะไรหลายๆ อย่างร่วมกัน ฉะนั้นยาในกลุ่มนี้ก็มีข้อมูลที่มากมายก่ายกองตั้งแต่โบราณนานมาจนถึงปัจจุบัน มีข้อมูล benefits ชัดเจนว่าผู้ที่เป็นที่เป็นโรคมาแล้วเนี่ย ในลักษณะ secondary prevention ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพวกนี้เนี่ย มีประโยชน์ค่อนข้างสูง ผมว่า statins กับหมอโรคหัวใจ มันเหมือนเป็นเสื้อผ้าไปซักตัวนึงละที่เป็นของคู่กัน แทบทุกคนที่เป็นคนไข้ที่เดินมาหาผม ที่ไม่มีได้มีโรคหลอดเลือดหัวใจรั่วหรือโรคอย่างอื่นเนี่ย ส่วนใหญ่จะมี statins พ่วงมาด้วยเกือบทุกคน แต่โดยของผลประโยชน์ในด้าน primary prevention ของผมยังมีใช้ไม่เยอะ เพราะของผมเป็นด้านสำหรับการรักษาคนไข้ที่เป็นโรคแล้วซะส่วนใหญ่ คนไข้ผมจะรักษาเป็นแบบ secondary prevention almost always ประมาณซัก 95%

ผู้สัมภาษณ์ : โอเคคะ อยากให้คุณหมอช่วยขยายนิดนึงคะ จากประโยชน์ทางคลินิกที่คุณหมอบอกมาของการเป็น secondary prevention มาจากคุณลักษณะสำคัญอะไรจากยาในกลุ่มนี้คะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ผมมองในสองแบบ คือ มองในส่วน long term และ short term ครับ โดย long term ของเราเนี่ยแน่นอนแหละ ยาลดไขมันกิน ก็ต้องลดไขมันใช่ไหมครับ แล้วก็ statins ก็เป็นยาลดไขมันที่ดีที่สุดในการลดไขมันทั้งหลายแหละ approve แล้วว่า LDL ที่ยิ่งลดลงก็ยิ่งดี ในแง่ของ long term บทบาทของ statins ก็คือลดไขมัน ผมเชื่อว่าเป็นอย่างนั้น แล้วก็ไขมันน่าจะมีประโยชน์ในแง่ของการ regression ของ plaque ก็มีข้อมูลหลายอย่างที่ออกมาที่ส่งผลต่อ clinical endpoint ต่างๆ ในแง่ของ long term ก็ฤทธิ์ในการลดไขมันอันหนึ่ง ส่วนในแง่ของ short term อาจจะมีในแง่ของอย่างอื่นที่เราคุ้นเคยกัน เช่น pleiotropic effects อะไรพวกนี้ในเรื่อง short term คือ ในแง่ของฤทธิ์ลดไขมันยังไม่เห็นผลแต่มีฤทธิ์ในการ stabilization ในคนไข้ที่มี acute coronary syndrome ได้ พวกนี้มันมี plaque rupture มี inflammation แถวๆ plaque ค่อนข้างเยอะ การที่เราให้ statins high dose ไปเยอะๆ เชื่อว่าจะมีประโยชน์ในแง่ของ pleiotropic effects นำไปสู่ clinical outcomes ที่น่าจะดี

ผู้สัมภาษณ์ : ที่นี้จากที่คุณหมอพูดถึงในเรื่องของประเด็น LDL จากยาอะ ก็คือ ยาในกลุ่มพวกนี้ทุกตัวมีคุณสมบัติในการลด LDL ได้ทุกตัว แต่ในลึกๆ แล้วแต่ละตัวในกลุ่มก็จะมีความสามารถแตกต่างกัน ตรงนี้คุณหมอมีกาพิจารณาเลือกใช้
อย่างไรคะในคนไข้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : เลือกใช้อย่างไรใหม่ครับ คือ บอกตามตรงนะครับ practice กับความเชื่อผมครับจะไม่ได้ไปด้วยกัน ความเชื่อผมเชื่อว่า statins ทุกตัวแต่ละตัวไม่เหมือนกัน เน้น on efficacy ของการลด LDL แต่ละตัวไม่เหมือนกัน อยู่แล้ว ยากลุ่มใหม่ที่ย่อออกมาซึ่งค่อนข้างราคาสูงมันก็ลดได้ดีกว่ายากลุ่มเก่าๆ อยู่แล้ว potency ของการลดก็มีความแตกต่างกันอันที่หนึ่ง อันที่สองในแง่ของฤทธิ์ในด้านอื่นของ statins ก็พวก pleiotropic พวกนี้ที่โชว์ให้เห็นในการศึกษาของยารุ่นหลังๆ พวกนี้ ผมว่ามันไม่เหมือน พิจารณายาแล้วผมก็เชื่อว่ารุ่นใหม่ดีกว่ารุ่นเก่า เหมือนคน generation ใหม่ ออกมาแทนที่คน generation เก่า ไม่งั้นมันก็ไม่มีการพัฒนา ผมเชื่ออย่างนั้นว่ามันต้องดีกว่าแน่นอน แต่ถามว่าในการปฏิบัติจะอย่างไร ผมก็ต้อง balance ให้ได้ระหว่างประโยชน์ที่ได้กับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป โดยส่วนตัวนะครับตอนนี้ almost always คนอื่นไม่รู้ยังงี้ สำหรับผม statins ยังเลือก simvastatin ก่อนเป็นเบอร์หนึ่งเสมอ ถึงแม้ว่ามี data ข้อมูลมาบอกว่า statin Zimmex® จะตั้งต้นได้ไม่ดีถ้า LDL สูงมากกว่า 200 เอ้าทำไมเราไม่เริ่มด้วย atorvastatin หรือ Crestor® ไปเลยที่ high dose ไปเลยตามตำราฝรั่ง เหตุผลก็คือ เรามี economic problem เข้ามาเกี่ยวข้อง อีกอย่างก็คือว่า ผมเชื่อว่าการที่เราให้ยาดีไปเลย ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีแหละ แต่ว่าบางทีคนไข้จะไม่เห็นผล คนอื่นไม่รู้เป็นโนะ แต่สำหรับผมให้ยาไปแล้วก็จะมี titrate ปรับยาไป เอาตัวเลขชี้ให้ดูว่า คุณทำแบบนี้คุณได้อย่างนี้ ผมก็ต้อง accorage ให้เขาทำ diet exercise ให้เขามี motivation ในการร่วมด้วย ผมว่าแล้วค่อยปรับยาเพิ่มขึ้น นี่คือการปฏิบัติของผม

ผู้สัมภาษณ์ : งั้นขอถามในส่วนหลักๆ แล้วกันคะ จากประสบการณ์ของคุณหมอ คนไข้คนหนึ่งเดินมาด้วยภาวะไขมันในเลือดสูง มีปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ และมีข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยาในกลุ่มนี้ คุณหมอมจะมีอะไรที่ต้องนำมาพิจารณาในการเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้บ้างคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : หมายถึงจะให้ผมเลือกใช้ตัวไหนหรือครับ

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะ คือว่า ในยากลุ่มนี้ทั้งหมดที่มียาอยู่ 6 ตัว เกณฑ์ในการเลือกยามาใช้กับผู้ป่วย คุณหมอน่าอะไรมาพิจารณาบ้างคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : เอาหลักใหม่ครับ หรือว่า เอาจากชีวิตจริงครับ

ผู้สัมภาษณ์ : เอาจากประสบการณ์การใช้จริงคะ คือเมื่อที่คุณหมอก็ตอบออกมาแล้วบ้างว่าในชีวิตจริงเป็นอย่างไร

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : คือผมก็ลำบากในเรื่องการใช้ยาเหมือนกัน ผมอาจจะเป็นคนที่ไม่เริ่มช้าหน่อย ผมคงไม่เริ่มตามการศึกษาทั้งหลายแหละ เพราะว่ามันจะมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่าย แล้วผมมองว่า statins มันมีประโยชน์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับ cardiovascular แต่เรามีการรักษาแบบอื่นที่มีประโยชน์เหมือนกันแล้วไม่แพ้ยา statins คืออย่างของผม ของพวกหมอโรคหัวใจ อย่างคนไข้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาก็เป็นส่วนหนึ่ง อย่างอื่นก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญ diet

exercise อะไรพวกนี้ advice อาหารการกิน แล้วก็การทำ coronary angiogram การทำ balloon bypass อะไรพวกนี้ ยา statins เป็นส่วนหนึ่ง ที่เหลืออีกใหญ่ๆ โตะ เนี่ย เรายังไม่ได้ทำให้คนไข้เลย ไข้ใหม่ครับ diet exercise คนไข้ลดน้ำหนัก ควบคุมความดันได้หรือเปล่า บุห์หรือคุณหยุดแล้วหรือยัง บางทีเจอคนไข้ที่ OPD เนี่ย คนไข้กินยาแทบตาย ค่ายา ตั้งสองสามหมื่นอย่างนี้ บุห์ยังไม่หยุดเลยครับ นี่ผมก็ด่าอยู่ทุกวันยังไม่หยุด ถ้าเจอคนไข้แบบนี้พูดตรงๆ ว่าให้ผมสั่งยาแพงๆ ให้คุณไปเพื่ออะไร ในเมื่อคุณยังไม่หยุดสูบบุหรี่เลย คือ ส่วนใหญ่ผมยังเริ่มด้วย simvastatin แต่กังวลไว้ว่า ก็จะเป็นกรณีเป็นรายๆ ไป อย่างเช่น บางรายที่เราติดตามมาซักระยะหนึ่งแล้ว ดูแล้วคนไข้ค่อนข้างให้ความร่วมมือดี ประพฤติปฏิบัติตัวดี แล้วต้องได้รับการรักษาที่เข้มข้นขึ้น อย่างของโรงพยาบาลมอ.เนี่ย ก็จะมีระบุว่า ยาในกลุ่ม statins จะให้ยาในกลุ่ม atorvastatin อะไรพวกนี้จะต้องผ่านการได้รับยา simvastatin เกิน 40 mg/day ขึ้นไปมาแล้วก่อน ของโรงพยาบาลมอ.เขาจะระบุไว้เลย เพราะเราไม่ใช่หน้าด่าน ด่านแรกแน่นอน หรือในกลุ่มคนไข้ที่เป็น acute coronary syndrome ซึ่งมีความเสี่ยงสูงสุด ก็จะเว้นช่องว่างให้สามารถใช้ได้ในเริ่มต้น แต่ว่าของโรงพยาบาลมอ.จะไม่ได้ดูว่าระดับ LDL ที่สูงอย่าง 250 แล้วคุณจะให้ยาเพื่อให้ลงตามเป้า ยังไงดูตาม data แล้ว simvastatin ยังไงก็เอาไม่ลง แต่ว่ายังงี้ก็ต้องเริ่มด้วย simvastatin ก่อน เพราะว่าของทีรพ.มอ.จะเป็นแนวทางนี้ ผมว่ารพ.มอ.นี่เป็นที่ระบุงฎเกณฑ์การใช้ยาที่ค่อนข้างเข้มงวด

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะงั้นที่นี้ขอกลับมามองในมุมมองในแนวความคิดของคุณหมอแล้วกันค่ะ ประเด็นความแตกต่างของยาในกลุ่มตัวใหม่ๆ กับรุ่นเก่าๆ มีประเด็นใดแตกต่างกันบ้าง ช่วยอธิบายขยายให้ฟังหน่อยได้ไหมค่ะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ประเด็นในเรื่องของ potency ของยาก็เป็นอันหนึ่ง อาการข้างเคียงก็เป็นหนึ่ง เจอบ่อยมากเลยในคนไข้ที่ให้ยา simvastatin คือ คนไข้จะปวดบ่นงอเยอะ ยิ่งในกรณีที่ขนาดยาสูงก็ยิ่งปวดรุนแรง ก็ต้องเปลี่ยนเป็นอีกตัวอยู่ดีที่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่า พอเราเปลี่ยนไปมันก็ดีขึ้นจริงๆ ด้วยนะครับ แต่ผมไม่รู้ว่ายานี้ simvastatin ของมอ.เป็นของบริษัทอะไร ผมก็ไม่รู้ว่ามันเป็นเพราะปัจจัยนั้นด้วยหรือเปล่าที่ทำให้คนไข้มีอาการข้างเคียงค่อนข้างเยอะ Drug interaction ก็เป็นอันหนึ่งที่ต้องคิดครับ เจอเยอะโดยเฉพาะในรายที่เป็น HIV หรือในกลุ่มเป็น atherosclerotic plaque, ischemic heart อะไรกลุ่มนี้ ซึ่งในผู้ป่วย HIV จะมียา ARVs หลายๆ ตัวที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้เยอะ ก็จะโดนบังคับให้เปลี่ยนยาใช้ไม่ได้ไม่กี่ตัว แล้วก็ราคาแพงนิดหน่อย ที่เหลือผมก็คิดว่านอกจาก potency, side effect, DI ผมก็มองไม่เห็นว่าจะมีอะไรยังงี้ อีกในเรื่อง pleiotropic effects ผมก็ลำบากในการใช้อยู่แล้ว แต่ผมก็เชื่อว่าถ้าผมมีเงินช่วยสนับสนุนให้กับคนไข้ทุกคนได้ ผมก็เชื่อว่าในฤทธิ์ pleiotropic effects ในคนไข้ที่เป็น acute coronary syndrome ผมก็คิดว่าเหลือแค่ atorvastatin กับ rosuvastatin ไม่กี่ตัว simvastatin คงไม่เอามาใช้ ถ้าเลือกได้ แต่ถ้าเลือกไม่ได้ก็ไม่ใช่ไร

ผู้สัมภาษณ์ : ขออนุญาตตามต่อในเรื่องของประเด็น ADR ค่ะ อาการข้างเคียงสำคัญๆ ของยากกลุ่มนี้ มีอะไรที่เราต้องเฝ้าระวังบ้างคะจากการใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นพิเศษ มี case บ้างไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : เคยมี 2 รายที่ severe ที่สุด คือ มี Rhabdomyolysis ครับ แล้วก็ acute renal failure ที่ต้องเข้า admit แต่ก็ recovery ดีครับทั้งสองคน ปัจจุบันก็ยัง re-follow up อยู่

ผู้สัมภาษณ์ : ภาวะแรกที่คุณหมอบอกมา ก็คือ Rhabdomyolysis ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ใช่ไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ครับ Rhabdomyolysis อีกอันก็มี myopathy แต่ผมว่า myopathy มันไม่เกิดการ fatal อะครับ บางทีคนไข้ก็กลับมาหาเรา หยุดยาได้ switch ยาได้หรือว่าสามารถลดยาได้ อะไรอย่างนี้

ผู้สัมภาษณ์ : Rhabdomyolysis ถึงแม้ว่าเป็นอะไรที่เจอน้อย แต่ก็มีความสำคัญและอันตรายใช่ไหมคะที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ครับ สองรายเองครับ

ผู้สัมภาษณ์ : นอกเหนือจากผลต่อกล้ามเนื้อแล้ว ยังมีผลต่ออย่างอื่นอีกไหมคะ คือ อย่างที่รู้กันอยู่ว่ายากลุ่มนี้มีเมตาบอลิซึมผ่านตับเป็นหลัก

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ในเรื่องของตับใช่ไหมครับ มีที่ต้องระวังอยู่เรื่องหนึ่งก็คือ fatty liver ครับ เราจะเจอคนไข้ที่เป็น metabolic syndrome แล้วก็มีภาวะอะไรหลายๆ อย่าง อันหนึ่งก็เป็น fatty liver ถ้ามีแบบนี้ผมว่าก็จะลำบากในการใช้ยานะครับ เนื่องจากว่ามันมี transaminative อยู่แล้ว ดังนั้นการที่เราให้ยาในกลุ่มพวกนี้ไป ก็จะทำให้มีเอนไซม์ตับขึ้นได้อีก ผมอาจจะต้องเลี่ยงเหลือไม่กี่ตัวที่จะให้ยาในกลุ่มนี้ ถ้าเจอคนที่เป็น AFLD พวกนี้หรือ fatty liver พวกนี้ บีบให้ใช้ยา statins อยู่ไม่กี่ตัว

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะหลายๆ ที่มองก็มีกล้ามเนื้อ กับ liver

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ครับ liver toxicity ใช่ครับ โดยเฉพาะในรายที่มี fatty liver

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีอาการอย่างอื่นๆ รายอื่นๆ ที่มาบ่นมีอีกไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ท้องผูก แต่ผมว่ามันก็เกิดกับ statins เกือบทุกๆ ตัวเลยครับ คนไข้จะมาบ่นบ่อย ในเรื่องท้องผูก

ผู้สัมภาษณ์ : ถึงขั้นเป็นปัญหากับการใช้ไหมคะคุณหมอ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ถ้าเป็นปัญหถึงขั้นต้องเปลี่ยน ต้องเลิก หลักๆ ก็สองอย่างที่ผมบอกไปแล้วครับ ส่วนใหญ่ผมว่า statins ค่อนข้างปลอดภัยในการใช้ครับ ผลออก จะปลอดภัยกว่า aspirin หรือเปล่าไม่รู้ เพราะให้กินไป GI bleed อีก ปวดท้องอีก รุนแรงไปหมด เพราะมันปลอดภัยนะครับ มากถึงขนาดเป็น primary prevention ได้ risk-benefit น่าจะใช้ได้

ผู้สัมภาษณ์ : ขอเจาะในเรื่องปฏิกิริยาระหว่างยาของยากลุ่มนี้ค่ะ เชื่อว่าเป็นข้อหนึ่งที่น่าสนใจมาพิจารณา โดยเฉพาะคนไข้โรคหลอดเลือดและหัวใจจะมีโรคร่วมหลายๆ อย่าง ฉะนั้นจึงมีการใช้ยาร่วมกันหลายอย่างค่อนข้างเยอะ ในมุมมองของคุณหมอความแตกต่างในเรื่องนี้ของยากลุ่มนี้เป็นอย่างไร รุนแรงๆ กับตัวเก่า

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ปฏิกริยาระหว่างยาหรือครับ อืม โดยส่วนตัวผมคิดว่าต่างไม่มากนักครับ เนื่องจากว่าผมเจอคนไข้ที่เป็นโรคแล้ว เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง แล้วก็มีโรคหัวใจหลอดเลือด แต่ว่ายาที่กินส่วนใหญ่ร่วมกับ statins ก็โอเคกันดีนะครับ ก็ไม่ตีอะไรกันมากมาย ผมว่าโอเค แต่ว่าก็จะมีข้อจำกัดในคนไข้ HIV เท่านั้นนะครับที่สำคัญ ที่จะมีปัญหาค่อนข้างสูง เลี่ยงยาก แต่ยาของผมก็จะมีแค่ ASA, clopidogrel, ACEIs แล้วก็อย่างงาก็มี beta-blocker แล้วก็มี nitrate แล้วก็มี statins ก็แค่นี้ครับจริงๆ แล้ว ซึ่งจากที่ผมใช้แบบนี้มาก็ไม่ตีกันมากอะไรเท่าไร มันทบลดภัยนะครับ

ผู้สัมภาษณ์ : ประเด็นต่อไปจะคุณ ความแตกต่างระหว่างยา original กับ local ในกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันไหมคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ผมว่าแตกต่างครับ ถึงแม้ว่าจะมีคนบอกว่า bioequivalence ดี แต่ผมว่าแตกต่างกันครับ ไม่ใช่ความรู้สึกนะครับ แต่มันเจอด้วยตัวเอง เพราะมีคนไข้มาบอกหลายคนเวลาเปลี่ยนยา ซึ่งบางทีผมไม่รู้ด้วยว่าเปลี่ยนยา ซึ่งเวลาผมเคียไปโรงพยาบาลมอ.เนี่ย ก็จะเคียคำว่า simvastatin ไปแต่เราก็จะไม่รู้ว่าเป็นของบริษัทอะไร พอเวลาเคียไปเนี่ย คนไข้มาบอกผมเลยว่าเปลี่ยนยาหรือเปล่า พอเอามาดูพบว่าเป็ยาที่เปลี่ยนบริษัทไป คือบอกว่า บริษัทหนึ่งกินแล้วไม่เป็นไร อีกบริษัทหนึ่งกินแล้วปวดท้อง อย่างนี้ครับ ผมว่ามันไม่เหมือนกันแน่นอน มันแตกต่างกัน จนคนไข้ต้องไปซื้อยาข้างนอกเพื่อมากินเอง ผมไม่เชื่อว่ามันเหมือนกันถึงแม้ว่าจะมีคนมาบอกว่า bioequivalence มันเหมือนกัน แต่ผมเชื่อว่าในกระบวนการผลิต มันจะต้องมีสิ่งที่ไม่เหมือนกันซะทีเดียว

ผู้สัมภาษณ์ : คือบางทีในเรื่องของ bioequivalence เท่ากัน แต่เขาก็ไม่ได้ติดตามผลทางคลินิก

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ครับคือบางทีเท่ากัน แต่ก็ไม่ได้ monitor ทางคลินิกนะครับ คือ เขาก็บอกว่าฤทธิ์ในการทดลองมันดีนะ แต่ในแง่ของ clinical มันได้หรือเปล่า

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าอย่างนั้นในการใช้ clinical evidence base ก็มีความสำคัญในการเลือกใช้ยา

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : สำคัญครับ ถ้าตัดประเด็นในเรื่องของค่าใช้จ่ายออกไป เพราะว่าเราก็ต้องเลือกใช้ยาที่มันมีข้อมูลหลักฐานชัดเจน ถ้าเรากลับไปดูในสมัยก่อนที่มีการรักษา heart failure ในต้นๆ เนี่ย เมื่อก่อนหนีนี่เราเชื่อว่ายา beta-blocker เป็นสิ่งที่ช่วยร้ายในการคนไข้ ทำให้ EF drop เขาบอกว่าไม่ดี๊ นะอย่าให้ในผู้ป่วย แต่ปัจจุบันพบว่าการใช้ beta-blocker ในคนไข้ที่เป็น heart failure AV dysfunction กลับกลายเป็นตัวที่ทำให้ลด morbidity และ mortality ได้อีก ฉะนั้น evidence base สำคัญนะครับ มันมาหักล้างความเชื่อเก่า ความเชื่อเก่าก็ต้องถูกหักล้างโดยหลักฐานเชิงประจักษ์ เรียกว่าสำคัญครับ

ผู้สัมภาษณ์ : เอาในความคิดเห็นส่วนตัวคุณหมอนะคะ ไม่เอาจากประสบการณ์ มุมมองของความคุ้มค่าในการใช้สำหรับยา แม้ว่ายา original บางตัวจะราคาแพงก็ตามเมื่อเทียบกับยา local แต่ก็มีแง่ความสามารถต่างๆ ในการออกฤทธิ์ของยา คุณหมอนมีความคิดเห็นอย่างไรคะในประเด็นนี้ คืออย่างนี้คะ เชนในกรณีของ secondary prevention บางตัวได้รับการรองรับให้ใช้ได้ใหม่ ๆ ซึ่งก็ราคาแพงกว่า ถ้ามีกำลังที่จะจ่ายได้ คุณหมอนคิดว่าอย่างไรคะ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : ถ้าผมมีกำลังที่จะสนับสนุนให้ได้ ถ้ามันมีประโยชน์ ผมก็จะจ่ายตัวที่แพงให้ครับถ้าเขามีกำลังพอ แล้วมีข้อมูลมาสนับสนุน คือ ถ้าคนไข้พอมีกำลังจะจ่าย มีเศรษฐฐานะที่ดีพอยอมที่จะจ่าย เขามีกำลัง เขาเก็บเงินเพื่อรักษาตัวเขา ฉะนั้นทำไมเราจะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเขาไป ผมมองว่า ถ้าเกิดเขามีกำลังก็ไม่มีปัญหา ถ้ามีกำลังที่จะจ่ายเราก็ให้ของดีเขาไปครับ ถ้าเขายอมนะ แต่ก็ต้องดูในแง่ของ aspect อื่นด้วยนะครับ

ผู้สัมภาษณ์ : คือทั้งหมดยังงี้ก็ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการพิจารณาการรักษาตั้งแต่แรกอยู่แล้ว ประเด็นนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่นำมาประกอบ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ : แล้วก็ผมว่ากรณีที่เป็นปัญหานอกเหนือจาก statins คือ clopidogrel ที่ดูเหมือนจะมีปัญหาค่อนข้างเยอะ อย่าง statins ผมว่ามันมีปัญหายังไม่รุนแรงเท่ากับ clopidogrel คือ statins เนี่ยประโยชน์ลดไขมัน ฤทธิ์ประโยชน์ pleiotropic นิดหน่อยเลขมันไม่ strong มากเท่ากับ clopidogrel เพราะ clopidogrel ที่มันมีปัญหามากๆ เรื่อง CL โดยเฉพาะในคนไข้ที่ post ทำ PTCA ทำ balloon ใส่สายสวนอย่างนี้ละครับ ซึ่ง Plavix® ช่วยป้องกัน strength thrombosis เพราะพอเกิดพวกนี้ขึ้นนี่คนไข้เสียชีวิตเลย ถึงแม้ว่าจะแค่ 0.5-1% ลองคิดดูว่าถ้าเอายาที่อะไรไม่รู้มาเนี่ย ไม่รู้ว่ามันดีจริงหรือเปล่า มันดูตัวเลขน้อยแต่มันตายอะครับ จะยอมได้ยังไง จะใช้ยาแบบนี้ได้อย่างไรโดยไม่มี evidence base ชัดเจน แต่ในทางตรงข้าม statins มันก็ไม่ถึงกับตาย ผมก็ไม่ได้รู้สึกอะไรมากเท่ากับ clopidogrel ผมไม่ยอม มันตายอะครับ คนไข้ strength thrombosis ตาย ผมไม่ยอมอะครับ ก็เถียงกันอยู่วนวน ของ มอ.ก็ยังคงเป็น Plavix® อยู่ ยกเว้นว่าประกันสังคม หรือ สปสช. ก็เป็น CL หรือ HHO ครับ หรือก็ต้องมองมุมมองว่าถ้าเปลี่ยนไปเป็นมันจะเกิดอะไรขึ้นบ้างเป็นตัวที่พิจารณา ถ้าเปลี่ยนแล้วไม่มีผลต่อ fatal มากก็ไม่เป็นไร

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับวันนี้ขอขอบพระคุณข้อมูลที่ได้รับจากคุณหมอมามากค่ะ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 (23/6/54 ใช้เวลา 31 นาที)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ...(แนะนำตัว)...ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่องการหาความชอบและความเต็มใจจ่ายในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ โดยเป็นกรณีศึกษาในตัวยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins ที่มีรายงานมูลค่าด้านค่าใช้จ่ายที่สูงและไม่สามารถควบคุมได้ โดยการสัมภาษณ์วันนี้จะเป็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาข้อมูลในประเด็นคุณลักษณะที่สำคัญในยา กลุ่มนี้ อีกทั้งยังจะดูว่ามันมีความแตกต่างกันอย่างไรสำหรับในยาแต่ละตัว ในมุมมองของการเลือกใช้เราควรพิจารณาอะไรบ้างเมื่อจะนำยาในกลุ่มนี้มาใช้ในผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากตรงนี้ประกอบกับอีกหลายๆ วิธีที่ได้ข้อมูลมา นำมาสร้างเป็นชุดแบบสอบถามเพื่อทำวิจัยในคนไข้กลุ่มนี้ต่อไปค่ะ ดังนั้นจะขอเริ่มคำถามแรกด้วยคำถามกว้างๆ ก่อนละกันนะคะ เมื่อพูดถึงยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins ค่ะ พี่คิดว่ายาในกลุ่มนี้มีลักษณะสำคัญอะไรที่นำมาใช้ในผู้ป่วยค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พิจารณาว่ายาในกลุ่มนี้มันสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ โดยมีผลต่อการลดระดับ LDL สามารถลด triglyceride ได้ถึงแม้ว่าจะมีความสามารถน้อยกว่ากลุ่ม fibrate ก็ตาม เพิ่ม HDL ได้ซึ่งจะมีผลดีในผู้ป่วยบางโรค โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของ primary prevention หรือ secondary prevention

ผู้สัมภาษณ์ : ขอขยายความนิดนึงได้ไหมคะในเรื่องของ primary prevention คิดว่าผลลัพธ์จากการที่ยามีประโยชน์จากตรงนี้มีอะไรบ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : คิดว่า จะเป็นตัวของค่า LDL ที่สัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วประโยชน์ที่ได้รับการเป็น secondary prevention หละคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : เป็นลักษณะของอะไรดีหละ ก็เป็นค่า LDL เหมือนกัน แต่จะเป็นในกรณีของผู้ป่วยเกิด ACS หรือ stroke มาแล้ว ตรงนี้ส่วนก็คิดว่า การลด LDL ก็จะช่วยป้องกัน complication ที่มีตามมา

ผู้สัมภาษณ์ : คำถามต่อไปอาจจะไม่ตรงกับงานของพี่ซักเท่าไร ก็คำถามในมุมมองของบุคคลทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยละกันนะคะ คำถามต่อไปคือ ถ้าคนไข้มาด้วยภาวะไขมันในเลือดสูง มีปัจจัยอะไรบ้างที่เรานำมาพิจารณาเลือกให้ยากกลุ่มนี้กับคนไข้บ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็คิดว่าคนไข้มีความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหน อย่างเช่น หนึ่งก็ดูก่อนว่า ไขมันตัวไหนที่มีค่าสูง เป็นตัวเด่น จะเป็น TG หรือ cholesterol ที่สูงจะได้เลือกให้ยาที่ถูกต้องว่าจะเป็น fibrate หรือ statins หรือ nicotinic acid สองก็คือ ถ้าไขมันสูงนี้ เราต้องมาดูว่าคนไข้ถ้ามี LDL สูง ก็ดูต่อว่าคนไข้คนนี้มีความเสี่ยงอะไรบ้าง ประวัติของการเป็น hypertension, DM มีการสูบบุหรี่ไหม ประวัติครอบครัวอะไรแบบนี้ เพื่อที่เราจะดูว่าเสี่ยงระดับไหน เราควรจะเริ่มด้วยยาหรือแค่ life style modification แล้วก็ดูต่อว่า ถ้าเริ่มแล้ว เป้าหมายการรักษาของเขาควรจะเป็นเท่าไร

ผู้สัมภาษณ์ : ขอลงรายละเอียดในเรื่องของประเด็นการลด LDL ที่พี่ได้กล่าวมาแล้วค่ะ ว่ายาในกลุ่มแต่ละตัวมีความสามารถตรงนี้นี้น้อยต่างกันเพียงใด

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ความจริงแล้วอาจจะมีบ้าง แต่พี่เองก็ไม่ชัดเจนเหมือนกันในข้อมูล เพราะว่าโดยการใช้ก็ค่อนข้างเป็นขั้นตอน ถ้าคนไข้ไม่สามารถคุมระดับ LDL ได้เมื่อใช้ถึงขนาดยาสูงสุด เช่น simvastatin ถ้าโดยเกณฑ์ของที่นี่จะเลือกใช้ simvastatin เป็นตัวแรก ถ้าคนไข้ใช้ในขนาด 40 mg/day แล้วไม่สามารถลด LDL ได้ถึงเป้าหมาย ก็อาจจะมีการเลือกอื่นเข้ามา ที่จะเปลี่ยนเป็น Lipitor® หรือ rosuvastatin

ผู้สัมภาษณ์ : จากข้อมูลที่คุณพี่ให้มา ก็จะบอกได้ว่ากลุ่ม statins ก็จะมีอยู่ชนิดหนึ่งที่ลดได้ระดับนึง แล้วก็จะมีอีกชนิดหนึ่งที่เป็นตัวใหม่ๆ ที่ออก ที่มีความสามารถในการลด LDL ที่ค่อนข้างเป็น high potency ตรงนี้ก็เห็นได้ว่าเป็นความแตกต่างกัน

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็น่าจะเป็นความแตกต่างกัน ในแง่ของทั้ง efficacy และในแง่ของ safety

ผู้สัมภาษณ์ : เมื่อก็นิดหนึ่งทีที่พูดมาเกี่ยวกับ safety เมื่อมองยาในกลุ่มนี้จะมีอาการข้างเคียงอะไรที่สำคัญและต้องเฝ้าระวังจากการใช้บ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ที่เค้าจะ concern กันจริงๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Rhabdomyolysis และก็มีเรื่องของ hepatitis

ผู้สัมภาษณ์ : มีนอกเหนือจากนี้อีกไหมคะ อย่างเช่นผลในเรื่องกล้ามเนื้อเนี่ยแบ่งระดับความรุนแรงได้ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : แบ่งได้เป็น myalgia, myopathy แล้วก็ rhabdomyolysis ที่บอกไป

ผู้สัมภาษณ์ : ในเรื่องของ hepatitis เจอเยอะไหมคะ รุนแรงขนาดไหนหรือว่าเป็นค่าเอนไซม์ตับที่เปลี่ยนแปลงไปเฉยๆ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : น้อยรายค่ะ คือจริงๆ แล้ว โดยขั้นตอนแล้วเนี่ย คนไข้คนนึงสมมติเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มนี้มา โดยทั่วไปหมอก็จะดู liver function test ก่อนหลักๆ ถึงจะดูค่า CPK ที่หลัง

ผู้สัมภาษณ์ : เคยเจอ case ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็เคยเจอค่ะ ในเรื่องของ hepatitis ตอนแรกหาสาเหตุไม่ได้ว่าจาก statins ที่ใช้อยู่หรือว่าเกิดจากยาสมุนไพรที่เขาใช้ สุดท้ายก็ biopsy ตับไป แล้วสุดท้ายก็โอเคไปว่าน่าจะเป็นจากอันนี้ หรือว่าจากทั้งสองอย่างที่ช่วยกันก็ไม่รู้

ผู้สัมภาษณ์ : ส่วนการเกิด rhabdomyolysis หละคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ยังไม่เคยเจอเลยคะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วผู้ป่วยมีปมในเรื่องของความผิดปกติต่อกล้ามเนื้อมากไหมคะ ว่าอย่างไรบ้าง

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็มีคะ แต่ก็ต้องแยกให้ได้ว่าเกิดจากยา หรือภาวะอย่างอื่น เช่น ออกกำลังกาย มันก็ต้องแยกความแตกต่างให้ออกอีกที

ผู้สัมภาษณ์ : พอได้จากข้อมูลรายงานของยาที่มีตัวเลขในเรื่องอาการทางระบบทางเดินอาหาร หรืออาการปวดหัวที่มีเปอร์เซ็นต์ตัวเลขค่อนข้างเยอะในยาในกลุ่มพวกนี้ มีคนไข้บ้างไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่อาจจะเจอคนใช้น้อยนะ เพราะพี่จะอยู่ที่มี ambulatory care แต่ถ้าเป็นในเรื่อง ADR จะมีน้องที่ทำงานในทีมนี้อยู่อีกทีคะที่จะประเมิน ส่วนใหญ่ถ้าเวลามี case เค้าก็จะแจ้งทีม ADR เลย เลยอาจจะให้ข้อมูลตรงนี้ได้ไม่ดีนัก

ผู้สัมภาษณ์ : ในมุมมองทางเภสัชอะคะ จะมียาตัวใหม่ๆ ที่ผลิตออกมา ที่คิดว่าข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์มันมีความแตกต่างกันแล้วส่งผลอย่างไรต่อยาตัวใหม่ๆ ในกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับยาตัวเก่าๆ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : เอาเฉพาะในยาในกลุ่มนี้ไซ้ใหม่คะ ที่คิดว่ามันมีความแตกต่างคะ โดยตัวที่ออกมาใหม่ๆ จะมีข้อดีมากกว่า แต่ในเรื่องของการใช้ ถ้าเกิดว่าเราเลือกตัวที่เป็นยาตัวใหม่มาใช้ในทั้งหมด บางทีคนไข้ที่ basic เนี่ยมันก็ไม่จำเป็นก่อน เพราะว่าประเทศของเราอาจจะจะเป็นประเทศมีข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากร ถ้าใช้แบบนั้นทั้งหมดอาจจะแบกรับไม่ได้

ผู้สัมภาษณ์ : ในมุมมองของพี่คะ ถ้าคนไข้มีกำลังความสามารถที่จะจ่าย โดยเพื่อให้ได้ข้อดีที่เพิ่มขึ้นของยา ลดข้อเสีย ในมุมมองพี่คิดว่าอย่างไรคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็โอเคนะพี่คิดว่า แต่จริงๆ แล้วในการเลือกใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งนี้ ก็ต้องดูข้อบ่งใช้ก่อน เป็นไปตามขั้นตอนการรักษา ไม่ใช่ว่าจะใช้ตัวใดก็ได้ สมมติว่าคนไข้มี LDL ที่สูงกว่าเป้าหมาย โดยไม่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้านอื่นๆ ไม่มีความเสี่ยงของการเกิด ACS ได้ง่ายเมื่อเทียบกับคนอื่น ก็อาจจะเลือกตัวที่เป็นพื้นฐานก่อนก็ได้ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน เพราะถ้าเริ่มตัวที่สูงเลยก็จะดูฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น

ผู้สัมภาษณ์ : ทั้งนี้ทั้งนั้น ก็สรุปว่า ข้อบ่งใช้ที่เหมาะสมและภาวะพื้นฐานของคนไข้ก็เป็นสิ่งที่สำคัญมาเป็นอันดับแรก ที่ต้องดูก่อน แล้วไม่ทราบว่าเป็นเรื่องของความสะดวก การบริหารยาของกลุ่มนี้มีความสำคัญในการนำมาพิจารณาใหม่คะ ถึงแม้ว่าในกลุ่มนี้จะเป็น OD dose หมด แต่ก็มีในเรื่องระยะเวลาในการออกฤทธิ์ที่ยาวนานแตกต่างกัน

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : สำหรับแพทย์ที่เนี่ยคะ ไม่แตกต่างกันเลย ก็จะจ่ายเหมือนกันหมด half-life ยาวไม่จำเป็นต้องกินตอนเย็น แต่ที่นี้จะตั้งค่าการใช้ไว้อยู่แล้วว่าสำหรับยาในกลุ่มนี้จะให้เป็นวันละครึ่งหลังอาหารเย็น ซึ่งจริงๆ อย่าง rosuvastatin ก็ไม่จำเป็นต้องกินหลังอาหารเย็น

ผู้สัมภาษณ์ : ขอทราบรายละเอียดเกณฑ์การใช้ยาในกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลหน่อยได้ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : โดยพื้นฐานแล้ว ชั้นแรกถ้าคนไข้มีภาวะในเรื่องของ dyslipidemia total cholesterol สูงก็จะใช้ simvastatin ก่อน แต่ถ้าใช้ถึงระดับ 40 mg/day แล้วค่า LDL ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ก็อาจจะมาพิจารณาใช้เป็นตัวอื่น ซึ่งมีอีก 2 ตัวก็คือ atorvastatin และ rosuvastatin ซึ่งสองตัวนี้จะเป็นยานอกบัญชียาหลัก เพราะฉะนั้นถ้าเป็นคนไข้ที่เบิกได้เนี่ย ต้องดูว่าคนไข้มีข้อบ่งใช้ตรงตามที่กำหนดไว้ไหม ถ้าเลือกใช้แล้วไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ที่เรากำหนด คนไข้ก็ต้องจ่ายเงิน ก็จะมีการประเมินทำ DUE อยู่คะ หรือถ้าเกิดว่าผู้ป่วยใช้ simvastatin แล้วเกิดการทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ได้ ก็จะเปลี่ยนไปใช้ตัวอื่นได้เหมือนกัน ส่วน Lipitor® ก็จะเริ่มมาจากชั้นของ simvastatin สองก็คือ ในคนไข้ที่เป็น acute coronary syndrome ก็จะเลือกใช้ตัวนี้ ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ที่ทำ intercession ที่เป็นใส่ balloon หรือ strength ส่วน rosuvastatin ก็จะอยู่ในระดับที่เหนือกว่า Lipitor® นิดนึงในเรื่องของการเกิด DI นอกเหนือจากการใช้ของคนไข้ ACS ไม่ว่าจะเป็น primary หรือ secondary prevention เหมือนกับ Lipitor® ยังมีในเรื่องของการใช้ของคนไข้ HIV positive ที่ใช้

ยา ARV โดยเฉพาะในรายที่ใช้ยาในกลุ่ม protease inhibitors ซึ่งเขาไม่แนะนำให้ใช้ยาในสองตัวโน้น แต่จริงๆ แล้วควรจะ
เป็น pravastatin แต่ของที่นี่จะไม่มี ก็จะใช้ rosuvastatin แทน แต่ก็จะเป็นลักษณะการใช้ที่ต้อง preserve ไว้เหมือนกัน
ค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : ในเรื่องรายละเอียดความแตกต่างด้าน drug interaction หล่ะค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : จริงๆ แล้วจำรายละเอียดได้ไม่มากนักค่ะ จำได้แต่ว่า rosuvastatin ไม่ผ่าน CYP 3A4 มันจะผ่าน
เป็น CYP 2C9 ซึ่งค่อนข้างเกิดน้อยกว่าตัวอื่น จึงนำมาเป็นยาทางเลือกค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : ถือว่าประเด็นนี้ก็มีส่วนนำมาพิจารณาการใช้ด้วย เหน่ย

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : จากยาในกลุ่มนี้ค่ะ ขอเพิ่มเติมข้อมูลนิดนึงค่ะ ยาในกลุ่มความสามารถต่อไขมันในเรื่องของ TG, HDL มี
ความสามารถเหมือนกัน แต่ไม่โดดเด่นเท่า LDL พี่คิดว่ามันเด่นถึงขั้นต้องนำมาพิจารณาไหม

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่คิดว่าจริงๆ แล้วค่า LDL เป็นเหมือน marker ตัวหลักที่เขานำมาดูเพราะสัมพันธ์กับพวก
mortality rate อะไรพวกนี้ ค่ะ ตัวอื่นก็พวกเข้ามาที่มีประโยชน์

ผู้สัมภาษณ์ : ความแตกต่างด้านประเด็นในเรื่องราคาหล่ะค่ะ คิดเห็นอย่างไร

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : แตกต่างกันเยอะค่ะ เพราะที่นี่ใช้ยา local made ซึ่งค่อนข้างถูกมากเมื่อเทียบกับยา original ที่
ราคาค่อนข้างแพง

ผู้สัมภาษณ์ : เกณฑ์การพิจารณานำยาเข้าของโรงพยาบาลที่นี่มีอะไรบ้างค่ะ เวลาที่เราจะดู

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ในเรื่องของการนำเสนอยาเข้าหรือราคา พี่อะไม่ได้อยู่ในคณะกรรมการชุดนี้ จึงไม่ทราบค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : มีคนใช้บนใหม่ค่ะพอเปลี่ยนบริษัทยาแล้วมันเปลี่ยนไป

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : เผลอว่ายยา simvastatin ที่นี้ใช้ local ไม่มี Zocor® ตั้งแต่แรกก็จะบอกไม่ได้ค่ะว่ามันแตกต่างกัน
มากไหมกับ original

ผู้สัมภาษณ์ : เมื่อมองยาในกลุ่มนี้ค่ะ statins เทียบกับยาลดไขมันในเลือดกลุ่มอื่นๆ จุดเด่นชัดของมันเลยคืออะไรค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : คิดว่าเป็นผลต่อ LDL ที่สัมพันธ์กับภาวะโรคต่างๆ อีกทั้งยาในกลุ่มนี้มีผลการศึกษาที่ออกมาเยอะ
แล้วค่อนข้างเด่นชัดในประโยชน์ด้านต่างๆ ของมัน ก็เป็นตัวหลักที่หมอเลือกใช้ตามลักษณะที่บอกไปตามนี้ แต่ถ้าเป็น
คนไข้ที่มีลักษณะแค่ dyslipidemia แต่ไม่มีความเสี่ยง อาจจะเลือกใช้ตัวอื่นก่อน

ผู้สัมภาษณ์ : ความทนต่อยาของผู้ป่วยต่อยากลุ่มนี้เป็นอย่างไรคะพี่คิดว่า เมื่อเทียบกับตัวอื่น อย่างเช่น niacin ที่ทราบกันดีว่าเกิดอาการข้างเคียงที่ทนต่อการใช้ไม่ค่อยได้

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : แต่ niacin ที่นี้ไม่ค่อยได้ใช้เลยนะ แต่ถ้า statins ก็น่าจะทนได้ดี

ผู้สัมภาษณ์ : ผลเสียจากยากลุ่มนี้มีไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ผลเสียก็คิดว่าน่าจะเกิดมาจาก side effect ของเขา ถึงแม้ว่าจะมีคนใช้ไม่เยอะ แต่ก็ยังต้องเฝ้าฟังระมัดระวัง

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าในมุมมองก่อนจะ ในทางเภสัชจะเมื่อเราเอายามาชุดหนึ่งในกลุ่ม แล้วเอายาแต่ละตัวมาเปรียบเทียบกันคะ มีประเด็นด้านไหนบ้าง, หัวข้ออะไรบ้างที่เราจะเอายาพวกนี้มาเปรียบเทียบกันเพื่อดูความแตกต่างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็จะมีในเรื่องของประสิทธิภาพ อาการข้างเคียง ความสะดวกในการใช้ ราคา ความปลอดภัย

ผู้สัมภาษณ์ : โอเคคะ ขออนุญาตสรุปประเด็นที่ได้รับฟังมาทั้งหมดนะคะ ก็จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้สำคัญในเรื่องของการลด LDL ของยาที่เป็นหลักที่โดดเด่น ที่ส่งผลให้ยามีความสามารถในการเป็น primary และ secondary prevention สำหรับผู้ป่วย ในการพิจารณาการใช้ก็จะดู ระดับภาวะไขมันในผู้ป่วยที่เป็นพื้นฐาน สภาวะโรคและข้อมูลลักษณะพื้นฐานของตัวผู้ป่วย เพราะใช้สำหรับดูระดับความเสี่ยงและเป้าหมายในการรักษา ส่วนความสามารถในการลดไขมันก็ชัดเจนในเรื่องความสามารถในการลดที่โดดเด่นแตกต่างกัน แต่เนื่องจากที่นี้มีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกใช้อยู่ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนเป็นไปตามเงื่อนไขลำดับขั้นตอนการใช้ แต่ก็เห็นได้จากเกณฑ์ที่เห็นความแตกต่างของยาในกลุ่มในการเลือกใช้ ที่มีเป็นกลุ่มพื้นฐานกับกลุ่มยาที่ใช้ในระดับที่สูง สำหรับอาการที่ต้องเฝ้าระวังที่สำคัญของยาชุดนี้ก็ ได้แก่ rhabdomyolysis ถึงแม้ว่าจะไม่เยอะแต่ก็เป็นอะไรที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด และอันตรายเมื่อเกิด อีกส่วนก็จะเป็นผลต่อตับ ที่จะต้องเฝ้าติดตามค่าการทำงานของตับด้วยในการใช้ ขอซักถามเพิ่มเติมอีกนิดนะคะ เนื่องจากว่ายากลุ่มนี้นั้นต้องใช้ในระยะยาวไปตลอดเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ความร่วมมือต่อการใช้ยาในผู้ป่วย พี่คิดว่าสำหรับยากลุ่มนี้เป็นอย่างไรคะจากประสบการณ์ แล้วอะไรที่สำคัญต่อการให้ความร่วมมือ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็น่าจะโอเคนะ แต่ว่าก็แล้วแต่พฤติกรรมของคนไข้ด้วยนะ แต่จากรูปแบบยาของมันเป็น dose daily ก็จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในผู้ป่วย รับประทานวันละครึ่งไม่ยุ่งยาก

ผู้สัมภาษณ์ : พี่มีอะไรที่จะเพิ่มเติมอีกไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ไม่มีคะ

ผู้สัมภาษณ์ : งั้นสำหรับวันนี้ขอบกวนพี่เพียงเท่านี้คะ ขอบพระคุณคะ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 (24/6/54 ใช้เวลา 29 นาที)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ...(แนะนำตัว)...ตอนนี้เป็นนักศึกษาปริญญาโทค่ะ ทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่องการหาความชอบและความเต็มใจจ่ายในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ โดยเป็นกรณีศึกษาในตัวยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins การสัมภาษณ์วันนี้เพื่อต้องการข้อมูลในเรื่องของลักษณะที่มีความสำคัญเมื่อพูดถึงยาในกลุ่มนี้มีอะไรบ้างที่เรานำมาพิจารณา นำมาใช้ประโยชน์กับผู้ป่วย ประเด็นความสำคัญพวกนี้มันมีความแตกต่างกันอย่างไร มากน้อยเพียงใดในยาทั้งหมดแต่ละตัวที่มีในกลุ่ม โดยข้อมูลพวกนี้จะนำไปประกอบการออกแบบสอบถามที่จะใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เราศึกษาต่อไปค่ะ การสัมภาษณ์ในวันนี้ขออนุญาตอัดเสียงเพื่อใช้ในเก็บข้อมูล แต่จะเก็บเป็นความลับไม่มีการเผยแพร่อย่างเด็ดขาด ข้อมูลจะนำเอามาวิเคราะห์ในภาพรวมค่ะ ขอเริ่มการสัมภาษณ์เลยนะคะ เมื่อพูดถึงยาในกลุ่ม statins ค่ะ ความสำคัญหรือจุดเด่นเลยในยาในกลุ่มนี้มีอะไรบ้างค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : อันดับแรกเลยในกลุ่ม statins ที่นำมาใช้ คือ ลด LDL แล้วจากที่เห็นที่มาจากการศึกษาก็จะมีในเรื่องของการป้องกันในผู้ป่วยที่เป็น secondary MI หรือในผู้ป่วยเบาหวาน ตาม journal ที่ได้มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกออกมาค่ะ ส่วนใหญ่ตามที่แพทย์นำมาใช้ก็จะมาจากพวกนั้น ในการป้องกันพวก stroke อะไรประมาณนั้น

ผู้สัมภาษณ์ : คือจากที่เห็นก็จะมีในเรื่องของการนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันสองแบบใหญ่ คือ primary prevention และ secondary prevention ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อนแล้ว ที่จะนำมาใช้ในทางคลินิก ในเรื่องของผลการลด LDL ยาแต่ละตัวในกลุ่มที่คิดว่ามันมีความแตกต่างกันไหมค่ะ มากน้อยอย่างไร

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ถ้ามองตาม clinical trials ที่เขาทำออกมา ที่เขาจะมองเทียบในแต่ละกลุ่ม ในแต่ละความแรงของระดับยาที่เขาเปรียบเทียบกันออกมาแต่ละตัวแต่ละขนาด เช่น simvastatin ขนาดเท่านี้ เทียบเท่ากับ atorvastatin ขนาดนี้ เทียบกับ rosuvastatin ขนาดนี้ ส่วนใหญ่ก็จะมีการศึกษาออกในกลุ่ม original ถ้ามีการทำ trials ออกมาหลายๆ อันก็คิดว่าไม่แตกต่างกัน แต่สำหรับยา local made เนี่ยที่ไม่แน่ว่ามันจะสามารถเทียบเท่ากันได้ไหม เพราะว่ามันไม่ได้มีการศึกษาในทางคลินิกออกมา แต่เราถือว่าถ้ามันเป็นยา generic เดียวกัน เป็น local made ก็น่าจะมีฤทธิ์เทียบเท่ากัน คิดว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความสามารถ

ผู้สัมภาษณ์ : คือจริงๆ ถ้าดูแล้วค่ะ สมมติเราจับเอาตรงที่เป็นความสามารถในขนาดที่เริ่มใช้ ก็จะมองเห็นว่าจริงๆ แล้ว ความสามารถในการลด LDL แต่ละตัวก็มีความแตกต่างกัน อย่างเช่นจะเห็นว่าในตัวใหม่ๆ ที่ออกมาเนี่ย ความสามารถตรงนี้ค่อนข้างมีมากกว่ายาตัวเก่าๆ ตรงนี้พอมองว่าอย่างไรบ้างค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : อ้อค่ะ พี่ว่าไม่ได้แตกต่างกันมากนัก พี่ว่ายารุ่นใหม่ๆ ที่ออกมาเขาจะเน้นในเรื่องการลด ADR ที่จะเกิดขึ้นจากยามากกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : โอเคค่ะ งั้นถ้าเราจับเอายาทั้งหมดในกลุ่มนี้มาเปรียบเทียบกัน มีประเด็นใดบ้างค่ะที่จะนำมาเป็นหัวข้อในการพิจารณายาเพื่อเปรียบเทียบกัน

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็มีในเรื่องของประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของยา แล้วก็ดูในเรื่องของผู้ป่วยจะแพ้ยาไหม
สภาวะของผู้ป่วยในตอนนั้น ตับได้มีสภาพเป็นอย่างไร มีปัญหาอยู่หรือเปล่า เพราะว่าถ้ามีปัญหาในเรื่องตับไตจะต้อง
เลือกยาที่ปลอดภัยกับตับไตพวกนี้มากขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : สรุปได้ว่ามีในเรื่องของประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ADR และภาวะพื้นฐานของผู้ป่วย ที่จะนำมาพิจารณา
เมื่อมีการเลือกใช้ยากับผู้ป่วย

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ แล้วก็ไม่ได้คิดว่าในเรื่องสิทธิบัตรจะเกี่ยวข้องด้วยไหมนะ คือถ้าเป็นการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ
สิทธิบัตรคงเกี่ยวข้องด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : จากประสบการณ์ที่พี่ต้องทำงานเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีลักษณะการใช้ยาที่แพทย์จ่ายให้กับผู้ป่วยเป็น
อย่างไรบ้างคะในโรงพยาบาลพี่ ดูจากเกณฑ์อะไรบ้างคะในการเลือกใช้ยา

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่คิดว่าโดยปกติแพทย์มีเกณฑ์มาตรฐานอยู่แล้วในใจ แต่พี่คิดว่าสิทธิบัตรมันมีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง
อยู่แล้ว อย่างเช่นสิทธิบัตรของเนีย แพทย์ก็มักจะเลือก simvastatin 40 mg ก่อน ยังไงก็ต้องผ่านตัวนี้ก่อน ถ้ามีปัญหา
จริงๆ ก็ต้องคุยกับคนไข้ว่าอาจจะต้องกินตัวอื่น แต่ถ้าเป็นโครงการจ่ายตรงสิทธิเบิกได้ ถ้าคนไข้ไขมันไม่เยอะมาก ก็จะเริ่ม
ด้วย simvastatin ก่อน เนื่องจากเป็น simvastatin ที่โรงพยาบาลเป็น local made นะ ถ้าคนไข้ไขมันสูงมากจริงๆ ก็จะ
ขยับไปใช้ atorvastatin เลย หรือบางทีเค้าก็จะใช้ simvastatin 40 mg แล้วคิดว่าไขมันลงไปไม่ตามเป้าที่ต้องการ ก็จะมี
การขยับไปใช้ atorvastatin หรือ rosuvastatin เลยที่เป็น original

ผู้สัมภาษณ์ : สรุปโดยที่บอกมาก็จะมีในเรื่องสิทธิหลักๆ กับข้อมูลทางคลินิกที่แสดงความสามารถของยาในการลดไขมันที่
นำมาพิจารณาการใช้ยาในโรงพยาบาลจากที่พี่บอกมา ถ้าจากที่ฟังมาก็จะเห็นว่าจะมีความสามารถในการลดไขมันที่บอก
ความแตกต่างกันได้ของกลุ่มยานี้

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : คือบางครั้งหมออยากให้อลดได้เร็ว ถ้าเริ่มด้วย simvastatin 40 mg ก็ลดได้เหมือนกัน ลดได้จริง
แต่อาจจะลดได้ช้า ไม่เร็วตามต้องการ

ผู้สัมภาษณ์ : จากประสบการณ์การทำงานด้านคลินิกในผู้ป่วยที่ผ่าน ผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม statins มีบ่นอะไรกลับมาจาก
การใช้ยาบ้างไหมคะ ความทนต่อยาของผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นอย่างไรบ้าง

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : เท่าที่ผ่านมาก็ไม่มีนะค่ะ ยกเว้นว่าจะแพ้ยาเขาถึงจะมาแจ้ง ที่แพ้ยาจริงๆ ก็ไม่เยอะ ถ้าเราพบว่า
แพ้ยาจริงๆ ก็ต้องเปลี่ยน

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าในกลุ่มนี้มีมาบ่นอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาที่บ่อยๆ ให้เราฟัง มีไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ส่วนใหญ่ก็ทนต่อยาได้ดี มันขึ้นอยู่กับติดตามการรักษาด้วยนะ ถ้าติดตามในเรื่องของระดับไขมันในเลือดได้ดี ติดตามการรักษาบ่อย เราก็จะรู้ว่าดีหรือยัง ต้องเปลี่ยนยาหรือเปล่า บางทีที่โรงพยาบาลจะ follow up ปีละครั้ง การติดตามการเปลี่ยนแปลงก็จะช้าหน่อย

ผู้สัมภาษณ์ : ขอถามต่อในเรื่องอาการข้างเคียงละกันค่ะ ไหนๆ มาคุยในประเด็นนี้แล้ว ยาในกลุ่มนี้ที่คิดว่ามีอาการข้างเคียงอะไรที่ต้องเฝ้าระวัง อะไรที่มีความสำคัญบ้างค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็จะเป็น rhabdomyolysis ที่ส่วนมากจะเจอในยาในกลุ่มนี้

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเจอเยอะไหมค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ช่วงนี้ไม่ค่อยเจอ แต่จะมีเจอบ้างเมื่อก่อน แต่ก็น้อยก็ยังไม่เยอะมากอะค่ะ ไม่ได้เจอบ่อย

ผู้สัมภาษณ์ : มีอาการข้างเคียงที่เป็นผลต่อกล้ามเนื้อที่ต่ำกว่านี้ ที่เราต้องเฝ้าระวังไหมค่ะในผู้ป่วย

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ปวดกล้ามเนื้ออะไรพวกนี้ใช่ไหมค่ะ ก็ไม่ค่อยเจอนะค่ะ แต่ว่าไม่แน่ใจว่าคนไข้ไปบ่นกับหมอหรือเปล่า ไม่ได้ส่งกลับมาที่เรา เพราะบางทีถ้าหมอเปลี่ยนยาเราก็ไม่รู้ว่าคุณไข้เกิดผลข้างเคียงจากยา แต่ก็ถามบ้างว่าหมอบอกเปลี่ยนยาทำไมหรอค่ะ แล้วก็บางครั้งการที่คนไข้มาคุยกับเราต้องใช้เวลาซักพัก แต่พอจริงๆ เราไม่ได้มีเวลาที่จะคุยมากมายขนาดนั้น อาจจะไม่ค่อยได้ถามมาก ยกเว้นคนไข้กินยาร่วมกับพวกยา gemfibrozil พี่ก็จะถามคนไข้ทุกครั้งว่ากินคู่กันแล้วมีปวดกล้ามเนื้อไหม แต่ถ้ากินเดี่ยวๆ มักจะไม่ได้ถาม

ผู้สัมภาษณ์ : นอกจากในเรื่องกล้ามเนื้อ มีอีกไหมค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็มีผลต่อดับ แต่ก็เจอไม่เยอะเหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : ไม่ทราบว่ามีผลต่อดับนี้ หมอจะต้องติดตามค่าการทำงานของเอนไซม์ดับเป็นปกติอยู่แล้วหรือเปล่าค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีที่พี่ได้ลงไปดูติดตามทางคลินิกในรายที่มีปัญหาจากยาเกี่ยวกับค่าการทำงานของตับผิดปกติไหมค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : พี่ไม่ค่อยได้ลงไปดูค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : เมื่อกี้มีประเด็นในเรื่องการใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยาตัวอื่นๆ ในเรื่องของการเกิด drug interaction ความแตกต่างในเรื่องนี้ของยากลุ่มนี้เป็นอย่างไรบ้างค่ะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : drug interaction เนี่ยเท่าที่เจอจะเจอคู่กับ simvastatin เยอะกว่า แต่ไม่รู้ว่าเป็นเพราะเราใช้ยาดับนี้เยอะกว่าตัวอื่นๆ ด้วยหรือเปล่า

ผู้สัมภาษณ์ : เพราะว่าถ้าดูในรายละเอียดของยาในกลุ่มนี้ทั้งหมดเนี่ย ยาในกลุ่มนี้จะมียาที่ผ่าน CYP 3A4 ซึ่งเป็นตัวหลักของการเมแทบอลิซึมหลาย ๆ ตัวเลย ที่เจอและเป็นปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลเลยก็จะเป็นยาในคนไข้ HIV

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ตรงนี้ของโรงพยาบาลเราก็จะมีคลินิก HIV ที่คัดกรองนี้ไว้ก่อนแล้วละ กินยาในกลุ่ม PIs ร่วมกับ simvastatin ตรงนี้ก็จะมีการดักไว้แล้ว ก็จะไม่เจอค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : ตรงนี้เราจะเปลี่ยนไปใช้ตัวไหนคะในโรงพยาบาลพี่

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : จะโอนไปใช้ atorvastatin 10 mg

ผู้สัมภาษณ์ : ในตรงนี้ในความคิดพี่ไม่ทราบว่าเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ด้วยหรือเปล่านั้น

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ บางที่โรงพยาบาลรัฐบาลจะมีบัตรทองเยอะค่ะ บางที่การใช้อายาก็ลำบากนิดนึงนะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วในประเด็นความสะดวกด้านการบริหารยาในยาในกลุ่มนี้ แตกต่างกันไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ไม่แตกต่างกันนะ เพราะว่ากินวันละครึ่งเหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วพี่ไม่ได้มองในเรื่องของ เช่น half life ยาวไม่ยาว บังคับกินก่อนนอนหรือกินเวลาไหนก็ได้ ตรงนี้ดูไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ตรงนี้ไม่นะ เพราะทุกตัวกินวันละครึ่งอยู่แล้ว จะมีผลบ้างถ้าคนไข้ที่กินยาหลาย ๆ ตัวร่วมกันอยู่แล้ว ก็อาจจะมึนบ้าง

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าดูในเรื่องของประโยชน์จากยาในกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับยาลดไขมันในกลุ่มอื่นๆ พี่คิดว่ามีอะไรเด่นคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็มันเด่นชัดในเรื่องการลด LDL มีการลด TG ได้บ้างเล็กน้อย ก็ถ้าเป็นคนที่มี LDL สูงแล้วมี TG สูงร่วมด้วยไม่มากนัก เราก็ใช้ตัวนี้ตัวเดียวได้ ไม่จำเป็นต้องนำตัวอื่นมาใช้ร่วมด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : ยาในโรงพยาบาลในกลุ่มอื่นมีตัวไหนบ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็มี nicotinic acid แบบ sustain release ก็จะมีอาการข้างเคียงหน้าแดงในผู้ป่วยที่เยอะ ถ้าไม่จำเป็นเท่าที่เห็นหมอก็จะไม่ใช้

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้ามองแล้วคนไข้ทนต่ออาการข้างเคียงในกลุ่มนี้ได้ดีกว่า

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : ในเรื่องของความแตกต่างด้านราคาคะ เอาในมุมมองส่วนตัวของพี่เองนะคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็ถ้าเป็นยา original ก็จะมีแพลงมากอยู่แล้ว แพลงมากด้วย ในฐานะของเราเนอะ แต่ถ้าเป็นยา local made ก็จะมีเม็ดละ 5 บาทก็ถือว่าโอเคนะ แต่ถ้าเป็น original ก็จะมีแพลงไป

ผู้สัมภาษณ์ : ในความเชื่อของพี่ต่อประสิทธิภาพ ในเรื่องความแตกต่างของยา original กับ local made หละคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : คืออย่างนี้ค่ะ จากหลักการที่เราเรียนมา ในเมื่อยาที่เคยได้ยาก็ไม่น่าจะแตกต่างกันนะ ก็โอเค แต่ในยา original เราก็ให้เครดิตเขาในเรื่องสารเคมี ความบริสุทธิ์อะไรพวกนี้ก็จะดีกว่า เราก็เชื่อว่ายา original ก็ดีกว่า แต่เราก็ไม่รู้ว่าพวกเคมีของ original นั้นมันมาจากไหน แต่ถ้าเป็นที่โรงพยาบาลฟิเน่ simvastatin จะมี original ที่เป็น 80 mg นะกับ local ที่เป็น 40 mg ถ้าถามส่วนตัวฟิเน่ พี่แนะนำที่จะให้ 40 mg มากกว่า เพราะว่าจะได้ไม่ต้องมาหักแบ่งเม็ด ความร่วมมือในการใช้ยาของคนไข้จะดีกว่า เพราะว่า 80 mg เนี่ยมันเม็ดใหญ่แล้วก็จะหักแบ่งยาก ถ้าถามว่าหมอจะให้กิน 80 หักเม็ดเราอยากจะให้กิน 40 ไม่ต้องหักมากกว่า เพราะว่า 40 mg นี้เราก็เลือกบริษัทที่โอเคแล้ว ซึ่งจริงๆ ขนาดพอพี่เองพี่ก็ยังให้กิน local made

ผู้สัมภาษณ์ : ไม่ทราบว่ามีประสบการณ์ในการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลไหมคะ พอจะบอกเกณฑ์ในการพิจารณาในกลุ่มนี้ไหมคะตอนคัดเลือกเข้ามาว่าจะเอาตัวไหน

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็จะต้องคณะกรรมการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในเรื่องของการตรวจสอบคุณภาพยา ชื่ออะไรนะ ตาม USP NF ตามเกณฑ์นั้น แล้วก็บริษัทไหนที่ทำ bioequivalence ด้วยเราก็จะนำมาพิจารณา บางทีเราก็ต้องดูดีๆ แล้วก็อีกอย่างก็คือ อาจจะต้องให้ทดลองการใช้ในโรงพยาบาลก่อน หรือบางทีเราก็เอาข้อมูลอ้างอิงมาจากโรงเรียนแพทย์ที่เขาใช้มา เพราะเราถือว่าโรงเรียนแพทย์ยังใช้นี้ได้แล้วทำไมเราจะใช้ไม่ได้

ผู้สัมภาษณ์ : ที่คุณหมอดลองใช้ยาในโรงพยาบาลเนี่ยคะ เราติดตามดูในเรื่องอะไรบ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ตามเรื่องของการใช้ได้ผลไหม ประสิทธิภาพ แล้วก็เรื่อง side effect แตกต่างจาก original ไหม เพราะว่าบางทีพอให้ทดลองใช้ หมอก็จะมาบอกว่า ไม่ดีขึ้น อะไรแบบนี้ค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : ไม่แน่ใจว่า ในมุมมองของพี่อะคะ จากยา simvastatin ที่ใช้เยอะที่สุดในโรงพยาบาลขณะนี้อะคะ โดยรวมๆ แล้วปัญหาจากการใช้ยาในตัวนี้ที่พบมีอะไรบ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : จากที่ใช้มาก็จะมีในเรื่องเป้าของการลด LDL ในระดับที่ LDL มีค่าสูง simvastatin ก็อาจจะช่วยได้ไม่ดีนัก ไม่เยอะมาก ต้องมีการเพิ่มยาตัวอื่นเข้ามา ในเรื่องของอาการข้างเคียง ก็ไม่ใช่ปัญหานั้น เพราะว่าไม่ค่อยเจอปัญหาที่เข้ามา เจอหน่อย ก็จะเป็นในเรื่องของเป้าของการลดของ LDL นี่หละคะที่เป็นปัญหา แต่ก็ไม่ว่าจะเพราะจากยา หรือว่าเราไม่ได้ให้คำแนะนำๆ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับคนไข้ก็ไม่วินิจฉัย บางครั้งเรามีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา บางทีการที่เราเอาคนไข้มานั่งคุยกันจริงๆ ในเรื่องของการปฏิบัติตัวสำหรับการลดไขมันในเลือดนี้ ควบคุมอาหารอะไรแบบนี้เราไม่มีเวลาเคยเจอคนไข้ที่บอกว่าฉันจะกินอะไรก็ได้ เพราะว่าฉันถือว่าฉันมียาช่วยลดไขมันอยู่แล้ว อะไรแบบนี้ เขาหวังพึ่งยาเพียงอย่าง

เดียว เราไม่ได้มีเวลาที่จะมานั่งคุยว่า โรคของคุณเป็นแบบนี้ละ คุณต้องปฏิบัติอย่างไรบ้างอย่างจริงจัง ลดค่าไขมันตัวนี้ให้ได้เท่านี้ คุณต้องช่วยด้วยอย่างไร เราเพียงแต่ให้แต่ยาไป ไม่ได้ให้ความรู้ไปอย่างเพียงพอ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วในรายที่ใช้ยาชุดใหม่ๆ อย่าง atorvastatin แล้วมี rosuvastatin ด้วยไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : มี rosuvastatin ด้วยค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วยา rosuvastatin มีใช้ในกรณีไหนบ้างคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : หมอจะบอกว่าใช้ในกรณีที่คนไข้มีในเรื่องของตับไม่ค่อยดี เท่าที่ดูนะของโรงพยาบาลรายที่ใช้ rosuvastatin จะเป็นรายในโครงการจ่ายตรงทั้งหมด

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าจากที่ฟังมา ถ้าคนไข้มีกำลังที่จะจ่ายเนี่ย แล้วคนไข้มีปัญหาในเรื่องของการใช้ หรือข้อจำกัดบางอย่างในเรื่องของตับ ก็จะกระโดดมาใช้วันนี้เลย แต่ถ้ามีปัญหาเรื่องสิทธิก็จะเป็นการใช้แล้วติดตามดูผลอย่างใกล้ชิดแทนรีปาวะคะใช้อย่างเฝ้าระวัง

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : ตรงนี้ก็จะเห็นความแตกต่างที่ว่า ถ้าคนไข้มีความสามารถในการสนับสนุนได้ การเลือกยาในตัวที่มีประโยชน์มากที่สุดแล้วไม่เป็นปัญหากับเค้าย่อมดีกว่า

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ใช่ค่ะ คือหมอเค้าจะมองแบบนี้ ถ้าคนไข้มีกำลังเค้ายากให้ยาที่ดีที่สุดแล้วก็ปลอดภัยที่สุดกับคนไข้ แต่ถ้าต่อไปว่าจะต้องมี co-payment ก็ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไร อาจจะต้องลดมาจ่าย simvastatin ไปตามลำดับขั้น เค้ายก็ต้องเริ่มตามขั้นตอนที่กำหนด

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนนี้องค์กรโรงพยาบาลที่มี 3 ตัวนะคะในกลุ่มนี้ คือ เริ่มด้วย simvastatin แล้วก็ไปเป็น atorvastatin ถ้ามีการใช้ตัวแรกแล้วไม่ได้ผล

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ค่ะ การใช้ atorvastatin ก็จะเป็นเมื่อใช้ simvastatin ไม่ได้ผล แล้วหมอก็จะใช้ในคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องไต ถ้ามีปัญหาเรื่องไตก็จะเริ่มที่ atorvastatin เลย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วในเรื่องของผลทางคลินิกของยาชุดใหม่ๆ ต่อการ stabilize plaque ฤทธิ์ด้าน pleiotropic effect ในรายที่เป็น ACS มีในโรงพยาบาลใช้ยาพวกนี้ไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็มีนะ บางทีพี่ก็ในฐานะหมอเค้าใช้เพื่อเป้าหมายไหน เพราะปัจจุบันนี้ อะไรรู้ ก็ยา statins ไปเสียหมดเนาะ คือการใช้เป็น primary prevention ของทุกอย่าง พี่ก็เลยคิดว่าบางทีเอ๊ะ คนนี้ได้ยาตัวนี้มาด้วยไขมันสูง หรือ primary prevention หรืออะไรไม่รู้ ซึ่งข้อมูลมันออกมาเยอะมาก ไม่ว่าใครจะป่วยเป็นอะไรก็ต้องกิน

statins ไว้ป้องกันไม่ให้เกิดโรคโน้นนี่นั่น คือ statins ที่โรงพยาบาลนี้ อย่างน้อยเป็น เบาหวาน ความดัน ต้องได้ไปละ
แน่นอน

ผู้สัมภาษณ์ : เอาโดยรวมๆ แล้วพีคิดว่าประโยชน์มหาศาลไหมคะจากยา statins

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : คือ มหาศาลไหมเราก็ไม่รู้ละ เราก็เอาการศึกษาวิจัยที่ทำออกมาใช้ประโยชน์จากยา เราก็ไม่ได้มา
นั่งจับเอายามาดูในเรื่อง morbidity, mortality มาดูเองว่ามันลดได้มากน้อยเพียงใดตามการศึกษาที่ได้บอกมาหรือเปล่า

ผู้สัมภาษณ์ : morbidity, mortality ก็เป็นผลมาจากการลด LDL ที่มันลดลงแล้วส่งผลต่อไป ตรงนี้ถือเป็นผลลัพธ์หนึ่งของ
ยาที่เราจะนำมาดูไหมคะในยากลุ่มนี้

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ก็น่าจะนำมาดูด้วย แต่เราไม่ได้ลงลึกไป แต่จากการศึกษาที่เขาทำออกมาก็น่าเชื่อถือ ไม่งั้นหมอเค้า
คงไม่นำมาใช้หรอก

ผู้สัมภาษณ์ : ในประเด็นความคุ้มค่าจากการใช้ยาในกลุ่มนี้จะเป็นไฉน

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : ถ้ายา rosuvastatin ไม่ค่อยคุ้มนะ แต่ถ้า simvastatin ก็น่าจะพอได้อยู่ถ้ากินเป็นแบบ primary
prevention แะยา simvastatin ก็น่าจะใช้ได้แล้วในคนไข้ที่ไม่ได้ complicate มากนัก ถ้ากินประมาณครึ่งเม็ดต่อวัน 20
mg ราคา 2.50 บาทต่อวัน พี่ว่าโอเคนะสำหรับการป้องกัน กินไปเถอะคุ้ม หรือถ้าจะเป็น 1 เม็ด 5 บาทต่อวันก็คุ้มกัน
ชีวิต แต่ถ้าจะเป็น 50 บาทต่อวันของ rosuvastatin ก็ไม่ไหว คือกินไปตลอดชีวิตอะ

แต่ถ้าในรายที่รุนแรงแล้วปรากฏว่ามันช่วยชะลอการเสียชีวิตของเค้าได้ก็ยอมนะ โอเคกินได้

ผู้สัมภาษณ์ : พี่พอมีอะไรจะเพิ่มเติมอีกไหมคะ

เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ : แล้วจะต้องถามในประเด็นที่ถ้าหากต่อไปจะต้องมี co-payment จะต้องเป็นยังต่อไปด้วยไหม

ผู้สัมภาษณ์ : คือสำหรับขั้นตอนที่มาสัมภาษณ์วันนี้เป็นแค่การหาข้อมูลของตัวยาในกลุ่ม statins ที่สำคัญค่ะ แล้วค่อยนำ
ข้อมูลไปสำรวจในคนไข้ ไปดูไปวิเคราะห์หรือออกมาอีกที่ภายหลังค่ะ สำหรับวันนี้ขอขอบพระคุณมากค่ะที่พี่เสียสละให้
สัมภาษณ์ ขอบคุณสำหรับข้อมูลที่ได้รับวันนี้มากค่ะ ขอบคุณค่ะ

การวิเคราะห์เนื้อหาจากบทสัมภาษณ์แบบกลุ่มในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins

บทสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 22/7/11 (6 คน)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวภัสสรณิจ พรณรังษี นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์หัวข้อการศึกษาหาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่ายในผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยา โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายต่อไปในอนาคต ในวันนี้จะทำการสัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลของยาในมุมมองของผู้ป่วย และนำไปสร้างเป็นแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยต่อไป ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระในประเด็นต่างๆ ที่ผู้วิจัยซักถามหรือมีสิทธิที่จะไม่แสดงความคิดเห็นได้หากท่านไม่ต้องการ ขออนุญาตให้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อบันทึกข้อมูล หลังจากถอดเทปเรียบร้อยแล้วจะทำลายเทปบันทึกเสียง และจะเก็บข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแต่อย่างใด หากท่านใดมีข้อซักถามสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาค่ะ มาเริ่มที่ประเด็นคำถามแรกกันเลยคะ

ณ ตอนนี้ทุกคนได้รับยาลดไขมันในเลือดอยู่ใช่ไหมคะ “อยากทราบว่าทุกคนรู้ได้อย่างไรว่าตัวเองมีภาวะไขมันในเลือดสูง”

ผู้ให้ข้อมูล : มาตรวจเช็คที่โรงพยาบาลสะดวกจากการตรวจเลือดเจาะเลือดไปตรวจดู

ผู้สัมภาษณ์ : ทราบต่อไปไหมคะว่าจากการมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีผลกระทบต่อร่างกายอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูล : ทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตันทำให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายไม่ดี นำเลือดไปสู่ปลายเท้า ไปสู่หัวใจได้ไม่ดี เส้นเลือดฝอยต่างๆ อุดตัน ถ้าเกิดการเป็นแผลมันจะหายยาก

ผู้สัมภาษณ์ : หมอบอกไหมคะว่าจะเป็นอย่างไจากการตรวจที่ผ่านมา

ผู้ให้ข้อมูล : หมอบอกว่ามีไขมันสูง จะเป็นอันตราย ห้ามกินของมันๆ งดของหวาน งดของมัน

ผู้สัมภาษณ์ : จากที่รับรู้มา พอมีความรู้ใหม่คะว่า ไขมันในเลือดสูงจะมีอันตรายต่อเราอย่างไร ถ้าหมอไม่ได้บอกเรามา

ผู้ให้ข้อมูล : พอจะรู้ครับ อาจจะมีโอกาสเสี่ยงให้เกิดเส้นเลือดตีบได้จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจคะ ถ้ามีไขมันอุดตันมากๆ จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เส้นเลือดตีบ เกี่ยวกับหัวใจ ทำให้มีภาวะหัวใจโตตามมาได้

มีโอกาสเป็นอัมพฤกษ์ได้ เส้นเลือดตีบ เลือดไม่เลี้ยงตามปลายมือปลายเท้าที่เคยประสบกับผมมาแล้ว อัมพฤกษ์ครับ ตื่นเข้ามา มีอาการปากเบี้ยว ตาเหล่ น้ำลายไหล มือด้านขวาขาตั้งแต่หัวไหล่ไปจนปลายมือปลายเท้า ไม่ได้สามารถเดินไปเข้าห้องน้ำได้ อันนี้ตัวเองประสบเจอเองเลย พอเป็นก็ลูกสาวพาไปโรงพยาบาลประสาท ก็ใช้ยานอกบัญชี รักษา

อยู่ 1 ปี 6 เดือน หลังจากนั้นก็ให้มาเฝ้ารักษาต่อที่โรงพยาบาลสะเดา จะได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางชั้นก็เป็นเหมือนกัน ตอนนั้นมันขึ้นสูง มีอาการมันหัว เหมือนหัวจะทิ่มอยู่เรื่อยๆ มีอาการเหมือนคนเมาหัว มันหัวมา ตอนนั้นประมาณปี 2541 ไปรักษาที่โรงพยาบาลมอ. ไขมันมันก็สูง ได้ยามาทาน เขาบอกว่าโคเลสเตอรอลสูง ความดันก็สูง กินยาอยู่เป็นปี ก็หายไปพักหนึ่ง หลังจากนั้นก็มาขึ้นอีกปี 2552 ก็มีอาการอีกได้มานอนโรงพยาบาลสะเดา ความดันตอนนั้นสองร้อยกว่า โคเลสเตอรอลก็สองร้อยกว่า นอนคืนหนึ่งสังเกตอาการอยู่ พอตื่นเช้ามามันลด หมอเลยให้กลับบ้าน หลังจากนั้นก็กินยามาตลอด เพราะครั้งก่อนหายไปแล้วหยุดกินไป เป็นครั้งที่สองก็ไม่เคยหยุดกินเลยคราวนี้ กินมาตลอดหมดก็มาเอา ดีขึ้นไม่เคยมีอาการอีกเลยเหมือนกัน คือมีอาการเมื่อยเข็ด พอมาเจาะเลือดดูก็หมอบอกว่าไขมันในเลือดสูง มันหัวมาก่อน เจาะเลือดดู 2 ครั้งก็เขาบอกว่า มีไขมันเยอะ

ผู้สัมภาษณ์ : ก่อนหน้าที่จะมาตรวจเจาะว่าไขมันในเลือดสูง เรามีการปฏิบัติตัวเป็นอย่างไรบ้าง อาหารการกินเป็นอย่างไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : สำหรับผมนะ ผมจะออกกำลังกายเป็นประจำ แต่มันก็ยังเป็นนะ มันยังมีเส้นเลือดอุดตัน เส้นเลือดอุดตัน สี่เหตุผลที่เราเป็นนะ เติบจัด หวานจัด มันจัด เค็มจัด ช่วงนั้นเราเลี้ยงไม่ได้ แต่ช่วงนี้ผมเปลี่ยนหมด มาทานเป็นพวกอาหารโยยพืชชอบกินกระเทียม แต่หลังๆ ก็ไม่ค่อยกินแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่าจากไขมันในเลือดสูงที่เป็น เกิดจากอะไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : มาจากการกิน กินอาหารทะเล แลลงมาก เพราะกินเข้าไปแล้วเกิดอาการมันหัวทันที เริ่มแรกที่เป็นเลยเกิดจาก ชอบกินหอย กินปูมาก ไม่รู้ว่ากินไปนานๆ ของที่ชอบกินจะเป็นพิษภัยต่อร่างกาย ไปอยู่ชลบุรีเห็นว่ามันถูก จานละยี่สิบ สามสิบ ก็ซื้อมาทาน สองสามเดือน พอย้ายมาอยู่ด่านนอกสะเดา มันมีอาการมันหัว ปวดแขนขีกร้าวร้าวลงมา แล้วมันชา พอมาหาหมอเจาะเลือดดู ก็เป็นไขมันสูง ตอนนั้นขึ้นสามร้อยกว่าคะ

ผู้สัมภาษณ์ : หมอบอกใหม่คะว่าไขมันสูงเป็นตัวไหน

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ได้บอกคะ บอกว่ามีไขมันสูง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วป้าหะคะเป็นอย่างไรบ้าง ตอนนั้นหมอบอกว่าเป็นโรคอะไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : เบาหวานไม่มี มีโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง โรคคนแก่ แต่กลัวจะเป็นอัมพฤกษ์นะ เพราะแฟนเป็นอัมพฤกษ์เสียไปแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วหมอบอกป้าใหม่ว่า ไขมันในเลือดสูงไปจะมีผลเสียต่อร่างกายยังงัย

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่รู้ แต่ตอนนี้ก็ดีขึ้น กินยาไม่ขาด หมดก็มาเอา กินยาหลายอย่าง มีโรคหัวใจด้วย ความดันด้วยไข้ๆ โรคพวกนี้มันจะมาด้วยกันหลายๆ โรค โรคพวกนี้นะมันจะลัดวงจรมาด้วยกัน ไขมันสูง ความดันสูง เบาหวาน มาครบเหมือนผม

เนี่ย ไม่เป็นอยู่อย่างเดียวกันนะ คือ โรคเกาต์ ส่วนอย่างอื่นนะ ไชมัน เบาหวาน หัวใจโต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจนี่แหละที่ป่าวว่า น่ากลัว เพราะแรกๆ ที่เป็น ตอนขึ้นรถนะ อยู่ๆ ก็ใจบีบๆ เหมือนใจมันเสีย หัววิวๆ

ผู้สัมภาษณ์ : คือจากที่เราู้กันค่ะว่า ไชมันเป็นตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่ตามมาได้อีกหลายโรค มันก็เป็นสิ่งสำคัญเลยที่ว่าทำไมต้องมีการกินยาลดไขมันในเลือดสูงไปตลอด

ผู้ให้ข้อมูล : แล้วมีโอกาสหายไหม

ผู้สัมภาษณ์ : ต้องเข้าใจก่อนเลยว่าโรคพวกนี้เป็นโรคเรื้อรัง ต้องกินยาไปตลอดเพื่อควบคุมให้ไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งตรงนี้จะช่วยป้องกันและชะลอไม่ได้เกิดโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาต่อไปค่ะ อยากทราบเพิ่มเติมหนึ่งค่ะ ว่าจริงๆ แล้วไขมันในเลือดสูงเนี่ย ในร่างกายของคนเรามันจะมีไขมันอยู่หลายๆ ชนิดรวมกัน พอจะรู้ไหมค่ะว่า ที่สูงเนี่ย สูงจากไขมันชนิดไหนที่สูงขึ้นมาแล้วมันแยกับร่างกายเรา

ผู้ให้ข้อมูล : เวลามาเอายาเขาไม่ได้บอกว่าไขมันตัวไหนหมอไม่ได้บอกนะว่าเป็นตัวไหนที่สูง

ผู้สัมภาษณ์ : พอทราบไหมค่ะว่าจริงๆ แล้วไขมันในร่างกายของเรามีทั้งที่เป็นตัวดี และตัวร้าย เคยได้ยินไหม

ผู้ให้ข้อมูล : เรื่องตัวดี ตัวร้ายเคยได้ยินอยู่ครับ ไม่รู้ว่าเป็นตัวไหนที่ดีหรือร้าย แต่มีตัวหนึ่งที่เจาะออกมาสามร้อยกว่า เวลาที่หมอเขาเจาะเลือดไปตรวจเนี่ย เขาไม่ได้บอกมาว่าตัวไหนเป็นอย่างไร แต่เขาบอกว่าโคเลสเตอรอลในร่างกายสูงหมอบอกโคเลสเตอรอลสูงนะ ให้ควบคุมอาหารการกิน ออกกำลังกาย อย่างน้อยอาทิตย์ละ 4 ครั้ง แค่ว่าไขมันควบคุมได้ดี อยู่ในเกณฑ์ ไม่ได้บอกว่าตัวไหนเท่าไร ไม่ได้อธิบายว่าตัวไหนเป็นอย่างไร

ผู้สัมภาษณ์ : เท่าที่ทราบมา รู้แต่เพียงว่า โคเลสเตอรอลในร่างกายสูงนะ

ผู้ให้ข้อมูล : ค่ะ หมอบอกไม่ได้กินพวกทอดๆ น้ำมันมะพร้าว หลีกเลี้ยงได้ก็ให้เลี้ยงพวกไข่ทอด เนื้อมันไก่ทอดเนี่ยไม่ให้กิน

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนนี้อย่างไรได้รับยาลดไขมันในเลือดอยู่ไหมค่ะ ยาที่ได้รับอยู่กินอยู่อย่างไรรึคะ

ผู้ให้ข้อมูล : หลังอาหารเย็น ไม่ก็ก่อนนอน เม็ดเดียวก่อนนอนครับ สองเม็ดเหมือนกัน (คนอื่น ๆ)

ผู้สัมภาษณ์ : ขอมายาฟอสที่ยาลดไขมันที่ได้รับอยู่ก่อนนอนนะค่ะ คิดว่าการที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดตัวนี้อยู่ก่อนนอนวันละครั้งมีความสะดวกหรือยุ่งยากมากนักน้อยเพียงใดค่ะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีไม่ยุ่งยากเลย

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่ามันมีความแตกต่างกันไหมถ้าเกิดยาลดไขมันตัวนี้กินหลังอาหารเช้าได้ด้วย

ผู้ให้ข้อมูล : ก็คงไม่มีนะ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามที่หมอสั่งปกติตัวนี้กินก่อนนอนอยู่ไม่ลืมนะ แต่ถ้าเปลี่ยนให้กินเป็นหลังอาหารเช้าอาจจะลืมนิดหน่อยตัวนี้ถ้าเป็นก่อนอาหารเช้าอาจจะลืมนะ แต่นี้เป็นก่อนนอนจะไม่ลืมนะกินก่อนนอนนี่แหละดีแล้ว ไม่ลืมนะ ไม่ต้องเปลี่ยนหรอก เปลี่ยนแล้วจะลืมนะ

ผู้สัมภาษณ์ : ทุกคนคิดว่าประโยชน์ที่จะได้จากการรับประทานยาลดไขมันตัวนี้มีอะไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : ทำให้การดูดซึมเลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้น

ผู้สัมภาษณ์ : คนไข้พยายามจะบอกว่า กินยาแล้วเลือดมันจะไหลเวียนได้ดีขึ้นใช่ไหมคะ แล้วที่มันไหลเวียนได้ดีขึ้นเป็นผลมาจากอะไรเอ่ย

ผู้ให้ข้อมูล : คือ การที่เลือดไหลเวียนไม่ได้จะทำให้มีไขมัน ตัวนี้เข้าขึ้นมาจะมันๆ ร่างกายจะไม่คล่องแคล่ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วท่านอื่นๆ คิดว่าอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ถ้าเราไม่มีไขมันในเส้นเลือดสูง เลือดมันก็จะสามารถไหลเวียนได้ดี ร่างกายมันก็จะแข็งแรง ถ้าเรามีไขมันมาก ร่างกายเราจะรู้สึกว่าย่ำแย่ไม่มีแรงยาช่วยลดไขมันในเส้นเลือดให้ลดลงว่าจากที่เรามีไขมันที่สูง ยาจะช่วยให้มันลดลงมาคิดว่าเป็นยาที่ดี ถ้าไม่มียาตัวนี้ ป่านนี้เราคงไม่มานั่งอยู่แบบนี้หรอก เขาคงถามปารอละ

ผู้สัมภาษณ์ : จากที่ฟังมา ทุกคนเห็นว่าเป็นยาที่ดี แล้วคิดว่ายาสามารถลดอัตราการตายจากโรคได้ไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : คิดว่ายาสามารถยืดเวลาที่เราจะตายออกไปอีกถ้าไขมันที่เราได้อยู่มันมีมาก หนาขึ้นๆ เราก็จะตายไว ถ้าร่างกายเราแข็งแรงขึ้น โรคภัยต่างๆ ก็หายไปเคยคิดเรื่องตายไหม อย่างนะ ผมไม่เคยคิดเลย นี่ขนาดนอนกับที่มา 1 ปีกับ 6 เดือนยังกลับมาหายได้เลย ต้องปลื้มใจมากไม่เคยคิด

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนที่เข้าไปตรวจกับหมอ พอหมอบอกว่าไขมันในเลือดสูงนะ ต้องได้รับยาตัวนี้ที่เป็นยาลดไขมันในเลือด หมอบอกไหมคะว่ายาคะช่วยเราอย่างไรบ้าง หรือตอนที่เภสัชจ่ายยาให้ได้บอกอะไรไหม

ผู้ให้ข้อมูล : หมอไม่ได้บอกอะไรนะไม่ได้บอก เพียงแค่ดูชาร์ตว่า คุณกินแล้วต้องลดลงให้ได้เท่านั้นนะ ให้อยู่ในเกณฑ์ 120, 150 นะ อย่าให้เกินเภสัชก็จะบอกว่า นี่ยาลดไขมันนะ นี่ยาเบาหวานนะ กินก่อนนอน

ผู้สัมภาษณ์ : นั้นมาประเด็นที่เกี่ยวกับค่าไขมันในเลือด หมอบอกไหมว่าจะต้องให้อยู่ในเกณฑ์ที่เท่าไร

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ได้บอกจะบอกแค่ทำให้ควบคุมอาหาร อย่าทานโน้นทานนี้ ให้ออกกำลังกายเวลาเข้าไปกับเภสัชก็ชี้ให้ดูว่าให้อยู่ในเกณฑ์เท่าไร แต่จำไม่ได้ว่าเท่าไร

ผู้สัมภาษณ์ : เลี่ยงไม่ได้ว่ายานอกจากจะมีประโยชน์แล้ว ยังมีผลข้างเคียงที่เราไม่ต้องการอีกด้วย ไม่ทราบว่ามีประสบการณ์การจากยาตัวนี้บ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : กินยาตัวนี้ตอนแรกๆ รู้สึกมีน้ำมันบ้างนะ รู้สึกน้อยๆ

ผู้สัมภาษณ์ : พอจำได้ไหมคะว่าตอนที่ได้รับยาตัวนี้ กินแล้วไม่ค่อยสบายเนื้อสบายตัวอย่างไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : มีมีน้ำมันเล็กๆ แต่พอกินไปซักพัก อาการมันก็หายไปเองมีอาการมีน้ำมันบ้าง เมาๆ ไม่ใช่อาการปวดหัวนะ แต่จะมีมันๆ เหมือนเราเมารถหนะ แต่ไม่ได้รุนแรงถึงขั้นต้องไปหาหมอ

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนที่ได้รับยาตัวนี้ ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำเกี่ยวกับยาตัวนี้อย่างไรบ้างคะ ว่ามีอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากยาตัวนี้อย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีไม่เห็นมีใครอธิบายเลย

ผู้สัมภาษณ์ : นอกจากมีน้ำมันที่บอกมา มีอาการผิดปกติจากการกินยาตัวนี้อีกบ้างไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีนะ กินยาแล้วก็กลับไปเอง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วตอนเข้ามามีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบ้างไหมคะ หลังจากได้รับยาตัวนี้

ผู้ให้ข้อมูล : ก็มีนะ เป็นธรรมดา มีนะ แต่แค่สองสามวันหลังจากได้รับยาตัวนี้ แต่ก็ไม่ได้เป็นหนัก กินไปซักพักก็หายไป ลักษณะแรกที่รับยาจะเป็นเื่อยะ แล้วอาการก็ค่อยๆ จางหายไป เหมือนร่างกายเราจะปรับสภาพได้เอง แค่วันสองวัน ยาแก้ปวดเมื่อยก็ไม่ได้กินนะ

ผู้สัมภาษณ์ : เวลาไปพบกับหมอ หมอบอกใหม่ว่าอาจมีผลข้างเคียงต่อกล้ามเนื้อ ตอนเข้ามาอาจมีปวดตื้อๆ กล้ามเนื้อในท้อง มีบ้างไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ได้บอกอะไรนะก็ปวดเมื่อยเป็นธรรมดาอะ เหมือนเราไปออกกำลังกายมากก็มีเมื่อยมีเงาะเลือดครวาก่อนนะที่มาพบหมอ มีอาการปวดเมื่อยไปหมดทั้งตัว ปวดมาก แต่ก็กินยามาเรื่อยๆ พอมาเงาะเลือดครวาก็หายไปละแรกที่ได้อินยาก็มีอาการปวดเหมือนตะคริว พอกินหมดไปชุดหนึ่งอาการก็ดีขึ้นอาการพวกนี้ขึ้นกับแต่ละคนมั้ง จันเป็นอยู่แค่วันสองวันก็หายไป คงคล้ายๆ อาการแพ้ยา บางคนเป็นบางคนไม่เป็นอาการมันจะเกิดกับช่วงแรกๆ ที่ได้รับยานะ ตอนนั้นที่ปวดนะ มันจะปวดจากต้นคอนะร้าวลงมาตามแขนขา

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วจากที่ปวดตอนนั้น ได้รับยาแล้วหรือเปล่านั้น มาเงาะเลือดใหม่ หมอบอกว่าอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูล : ตอนนั้นที่ปวด ได้รับยาแล้วก็มาเงาะเลือด มาหาหมอที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ เขาก็ให้ยาแก้ปวดเมื่อยไปกิน อาการก็หายไป อาจจะเป็นเพราะเราทำงานหนักด้วย ไม่ค่อยได้พักผ่อน

ผู้สัมภาษณ์ : จากที่ฟังเมื่อกี้ มีพี่น้องที่มีอาการข้างเคียงของปวดเมื่อยจากการรับยาไขมันในช่วงแรกๆ ใช่ไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ใช่ค่ะ ตอนแรกที่มีอาการ จะหยุดทานยา แต่หมอให้กินมาเรื่อยๆ แล้วก็นัดเจาะเลือดดู

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วพามาเจาะเลือดดู หมอได้มีการปรับเปลี่ยนขนาดยาที่รับประทานไหม

ผู้ให้ข้อมูล : ก็ตอนนั้นที่กินยา กินแล้วมันมีอาการเจ็บ ลูกเลยบอกว่าไม่ให้กิน ก็เลยมาเจาะเลือด แต่ก็กินมาต่อเนื่อง แต่ก็ดีขึ้นแล้ว พอเจาะเลือดแล้วหมอบอกว่าอาการดีขึ้นแล้วเรื่องไขมัน

ผู้สัมภาษณ์ : มาอีกข้อหนึ่งนะคะ พอทราบไหมคะว่ายาดูนี้จะมีผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ทราบค่ะกินยามันก็มีผลกับตับกับไตเป็นปกติอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : อันนี้ขอถามความคิดเห็นนะคะ ไม่อยากให้เครียด เพราะหากเราทานยาในขนาดที่แพทย์สั่งแล้วเนี่ยให้มั่นใจว่าขนาดพวกนั้นเหมาะสมกับแต่ละคนแล้ว ผลข้างเคียงก็จะเกิดน้อยมาก คือ อยากทราบว่าถ้ายาตัวนี้มีผลข้างเคียงต่อค่าการทำงานของตับแล้ว คิดว่ามันมีความสำคัญต่อตัวคนไข้เองมากน้อยเพียงใด

ผู้ให้ข้อมูล : คิดว่าโดยลักษณะที่เราเป็นอยู่อย่างนี้จากไขมันสูง ยาตัวนี้ที่ทานอยู่ก็โอเคอยู่แล้ว จากที่คนอื่นบอกมาว่ากินแล้วปวดแล้วเมื่อย ก็เป็นธรรมชาติของโรคคนแก่ ก็ต้องมีปวดเมื่อยบ้างก็กินไปเรื่อยๆ แล้วก็ต้องออกกำลังกายด้วย เพราะเราจะพึ่งแต่ยา มันก็ไม่หายออกกำลังกายนี่แหละเป็นยาวิเศษ หมอยังบอกว่ายาดูก็ไม่วิเศษเท่าออกกำลังกายก็ต้องออกกำลังกายที่ร่างกายเราไหว บางคนบอกว่าต้องออก 30 นาที แต่ถ้าเราไม่ไหวก็ต้องพอ

ผู้สัมภาษณ์ : ถามความคิดเห็นหน่อยค่ะ ยาในกลุ่มลดไขมันตัวนี้จริงๆ แล้วมียาอยู่หลายตัวด้วยกันที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ถ้าสมมติว่ามียาตัวใหม่ๆ ออกมาแล้วพบว่าผลข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น ต่อกลิ้มเนื้อ ต่อดับ ที่มันมีความแตกต่างกันออกไป ลดไขมันได้ดีพอๆ กันกับยาตัวเก่า แต่อาการข้างเคียงพวกนี้น้อยกว่า คิดเห็นอย่างไรบ้างค่ะ

ผู้ให้ข้อมูล : คิดว่าดีนะ

ผู้สัมภาษณ์ : ถามเพิ่มเติมหนึ่งค่ะ ยาตัวใหม่ๆ ที่พัฒนาออกมาจะมีราคาที่เพิ่มขึ้นตามมาด้วย คิดเห็นอย่างไรถ้าราคาที่เพิ่มขึ้นมาเพื่อเพิ่มประโยชน์และลดผลเสียของยาพวกนี้ คิดว่าย่อมจ่ายเพิ่มไหม

ผู้ให้ข้อมูล : ผมว่าถ้ามียาที่ออกมาแบบนั้น ผมเองและคนที่ เป็นโรคทุกๆ คนก็ยอมจ่าย จะไม่บ่นเลยสักคำ เพราะทำให้ร่างกายเราดีขึ้น แต่หายคงไม่หายหรอก แต่ขอให้ผลข้างเคียงมันน้อยแต่อาการพวกนี้มันหายได้นะ จนเคยเป็นที่สูงถึง 300 กว่า มันลดลงมาเหลือ 100กว่า แล้วก็หยุดคงที่ กินยาไปหลายปี พอร่างกายเราอ่อนแอก็กลับมาสูงอีก แต่พอเราคิดว่าหายก็กลับไปกินไม่เลือกอีก ก็กลับมาสูงอีก กินกุ้ง หอย หมึก โคลเลสเตอรอลก็กลับมาสูงอีก ตอนนั้นที่หายไปก็ตั้งห้าหกปีแล้วนะถ้ามันดีต่อร่างกายก็ได้

ผู้สัมภาษณ์ : ที่ถามไปเมื่อกี้ค่ะ อยากจะดูความคิดเห็นของคนไข้ค่ะ ถ้าสมมติว่าจะเอายาตัวใหม่มาใช้แล้วต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมาแล้วจะยอมรับได้เพียงใด ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อแลกกับประโยชน์ที่ได้รับจะคิดอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูล : ยิ่งไงก็ยอมรักษา ให้อาการมันดีขึ้นจ่ายเท่าไรก็ยอมได้กับที่ต้องรักษายอมรักษา เพราะอย่างไรก็จ่ายตรงอยู่ แล้ว หมอจะว่าอย่างไรก็ยอมก็ต้องรักษา ขอให้ผลประโยชน์ต่อร่างกายเรากียอมแพงไม่แพงยังงี้ก็ต้องรักษา

ผู้สัมภาษณ์ : พอคิดว่าตรงนี้ที่มานั่งพูดคุยกันคะ เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิการรักษาที่เบิกจ่ายตรงอยู่แล้วคะ แต่ว่าในข้อปฏิบัติมันจะมีเงื่อนไขอยู่บ้างในการเบิกจ่ายยาในบางรายการที่กำหนดไว้ว่านอกเหนือจากที่เราเบิกไม่ได้ อยู่นอกบัญชีแล้วเราต้องมีส่วนในการจ่ายเองบ้าง คิดเห็นอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : เราพูดตรงๆ นะ อายุขนาดนี้แล้ว หาเงินได้ยากลำบากแล้ว คงจะมีปัญหาบ้าง เพราะเงินเดือนเราก็ไม่มีแล้ว ถ้าต้องจ่ายแพงเกินอัตราก็เดือดร้อนมีปัญหาลงถึงลูกอีก

ผู้สัมภาษณ์ : ท่านอื่นๆ เห็นว่าไงบ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ก็ต้องฟังลูกก็ให้รักษาให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะสูงขึ้นเท่าไรก็ยอมรักษา ให้พอเหมาะกับที่ต้องรักษา

ผู้สัมภาษณ์ : หมายความว่า สูงแต่ให้เหมาะสม ให้คุ้มกับการรักษาใช่ไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : คือให้จ่ายเงินเองต่อการรักษาหรือคือหมายความว่า จ่ายในส่วนที่เกินสิทธิ์จากที่เขาจะออกให้หนะ เค้าเรียกว่าเกินสิทธิ์จากที่เบิกได้คือ จากราคาร้อยนึง มีส่วนเกินเพิ่มมา 10 บาท ต้องเสียเพิ่มเองถ้าจ่ายเพิ่มเองน้อยๆ ไม่เป็นไรถ้าเพิ่ม 10, 20 บาทไม่เป็นไรเพื่อสุขภาพตัวเอง จ่ายได้ไม่มีปัญหา

ผู้สัมภาษณ์ : คือถ้าต้องเกินไป แต่อยู่ในเกณฑ์ที่มีพวกเรายอมรับได้นะโอเคไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ได้ๆ โอเคเนี่ย จะเล่าให้ฟัง ผมเข้าไปผ่าตัดที่หมอ.นะ เขาบอกว่า ค่าใช้จ่ายเบิกได้แค่นี้ ส่วนเกินแค่นี้ เกินจากนั้นต้องเสียเองนะ ก็โอเคครับได้ไม่มีปัญหา มันก็ต้องเกินอยู่แล้ว ถ้าเรานอนห้องพิเศษ อันนั้นมันนานๆ ไป แต่ถ้าต้องกินประจำทุกวันก็ต้องมีปัญหาบ้างแต่อย่าเราเข้าไปที่ละสองสามเดือน หมายความว่า เรารับไม่ได้ต้องมานั่งจ่ายทุกวันนี้จะจ่ายเป็นครั้งๆ ไป สองสามเดือนจ่ายครั้งแต่ถ้าครั้งจะเป็นหมื่นก็ไม่ไหวนะก็หมอจะจ่ายยาครั้งละ 2 เดือนบ้าง 3 เดือนบ้าง ถ้าครั้งหนึ่งที่เรารับยาเราต้องจ่ายเพิ่มสัก 20, 30 บาทก็ไม่เป็นไร

ผู้สัมภาษณ์ : ซีเจงนิตหนึ่งคะ ว่าจริงๆ แล้วยาไม่ได้เบิกจ่ายได้หมดทุกตัว จะมียานอกบัญชีที่เบิกไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูล : ใช่ๆ จะมียาที่อยู่นอกบัญชียาหลัก ถ้ามีการส่งยานอกบัญชีก็ต้องเสียเพิ่มไปนี่ตอนที่ผมรักษาที่โรงพยาบาลประสาท เดือนละหมื่นเก้า ไม่ได้จ่ายตรงเลย แต่ก็รักษาตัวเราก็โอเค แต่ก็มีคิดอยู่บ้างว่าถ้าเราไม่มีเงินสำรองไว้จะอย่างไรถ้าไม่มีสำรองไว้คงตายแน่ๆ

ผู้สัมภาษณ์ : มาประเด็นใหม่นะคะ เคยได้ยินคำว่า ยาในประเทศกับยานอกบ้างไหม

ผู้ให้ข้อมูล : ได้ยินๆ เคยได้ยิน ยาต่างประเทศต้องเพิ่มเงินเอง

ผู้สัมภาษณ์ : ซึ่งจริงๆ ยาลดไขมันในเลือดกลุ่มนี้มันทั้งที่เป็นยาในประเทศที่ผลิตได้เอง ก็จะมีราคานึง และยาที่นำเข้ามาจากนอก ก็จะมีอีกราคานึง มีความคิดเห็นว่ามันแตกต่างกันไหมคะ อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูล : ถ้าโดยทั่วๆ ไปนะ ยาในประเทศ 100 นึง มีประสิทธิภาพ 85 แต่ยานอกนี่ 100 เต็ม ตามที่ผมนึกนะ จากประสบการณ์ที่ผมเป็นอัมพฤกษ์มา ใช้ยานอกบัญชียาหลัก ทางโรงพยาบาลประจำบอกว่าแพงนะเป็นยานอก ก็ใช้มาทุกคนก็อยากหายนะ แพงก็ใช้ยานอกกับยาใน คุณภาพไม่เท่ากันนะ ยานอกอาจจะแพงกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าให้เลือกใช้เลย ระหว่างยานอกกับยาใน จะเลือกอะไร

ผู้ให้ข้อมูล : ถ้าความสะดวกรวดเร็วในการใช้เลยนะ ผมเลือกยาในประเทศ เพราะมีขายอยู่แล้ว ไม่ต้องเสียเวลาสั่งจากต่างประเทศ แต่ถ้าจะใช้ยาต่างประเทศบางครั้งต้องรอนะ ผมเคยประสบปัญหาการใช้มาแล้วถ้าใช้ยานอก ก็ต้องไปซื้อเองที่ร้านแล้วหมดต้องเขียนใบรับรองไป เพราะในโรงพยาบาลไม่มี ถึงจะทำเรื่องเบิกได้ อันนี้เคยเจอ เพราะหมอบอกต้องใช้ยาแต่โรงพยาบาลไม่มียาดัชนี ยุ่งยากลำบาก

ผู้สัมภาษณ์ : สรุปโดยรวมแล้วคิดว่ายาลดไขมันในเลือดที่รับประทานอยู่ตัวนี้เป็นอย่างไรกับเราบ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ดีครับ การันตีได้เลยว่าดีสินะ เพราะกินแล้วสามารถลดไขมันที่สูงที่เป็นอยู่ลงได้ จาก 300 เหลือ 100 กว่า หมอบอกให้ควบคุมให้ได้เหลือ 120-150 ก็ดีแล้ว ไม่รู้ว่าเบาหวานหรือไขมัน แต่ถ้ายังอยู่ 170 กว่า หมอให้กินต่อแล้วก็ต้องมาเจาะเลือดดูอยู่เรื่อยๆ ของพี่ก็ลดลงมาก จาก 300 ก็เหลือ 100 กว่า

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับวันนี้ขอบคุณทุกๆ ท่านมากค่ะที่เสียสละเวลามานำข้อมูลในการสัมภาษณ์วันนี้ ซึ่งเป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวนี้เองโดยตรง ขอบคุณเวลาทุกคนมาพอสมควรแล้ว ขอขอบคุณค่ะ

บทสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 19/9/11 (5 คน)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวภัสสรณิจ พรณรังษี นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์หัวข้อการศึกษาหาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่ายในผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการที่ใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยา โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายต่อไปในอนาคต ซึ่งกลุ่มนี้เป็นหนึ่งในกลุ่มที่ได้มีการรวบรวมข้อมูลการเบิกจ่ายมาแล้วพบว่าค่าใช้จ่ายที่สูงเกินความจำเป็น ในวันนี้จะทำการสัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลของยาในมุมมองของตัวผู้ป่วย และนำไปสร้างเป็นแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยต่อไป ทุกท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ขออนุญาตให้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อบันทึกข้อมูล หลังจากถอดเทปเรียบร้อยแล้วจะทำลายเทปบันทึกเสียง และจะเก็บข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแต่อย่างใด หากท่านใดมีข้อซักถามสงสัยสามารถสอบถามกับ

ผู้วิจัยได้ตลอดเวลาค่ะ มาเริ่มที่ประเด็นคำถามแรกกันเลยนะคะ ง่ายๆ เลยนะคะ ท่านทราบได้อย่างไรคะว่าตัวเองมีภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้ให้ข้อมูล : มาพบแพทย์แล้วก็ตรวจเลือดถึงเจอของที่มีอาการมีสีระชะ ตาลาย เห็นผิดปกติ ก็เลยมาหาหมอ แล้วได้มีการตรวจเลือดดู หมอบอกว่ามีไขมันในเลือดสูง จึงพบว่าเป็นโรคไขมันในเส้นเลือด ของที่มีอาการผิดปกติมาก่อน ความดันและเบาหวานไม่มี มีแต่ไขมันในเลือดสูงอย่างเดียวเหมือนกัน เป็นโรคเดียวกัน ก็มีอาการมีสีระชะ มาก่อน แล้วมาตรวจมาตรวจสุขภาพประจำปี แล้วก็เจอ ส่วนอาการนั้นไม่รู้ เพราะเป็นเบาหวานด้วย หลายเรื่องโง่ๆ มาจากการตรวจสุขภาพเริ่มจากมีความดันสูงมาก่อน แต่อาการที่คนอื่นบอกมาไม่มี

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่าจากภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นอยู่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของท่านอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ความดันที่เป็นอยู่ก็ตรวจอยู่ แต่ว่าไม่มีอาการปวดหัว อาการอย่างอื่นตอนนั้นปกติ พอมาตรวจความดันก็ปกติ 90 กว่า ไม่เหมือนกับของคนอื่นที่สูงมาก

ผู้สัมภาษณ์ : คิดว่าอย่างไรหรือคะระหว่างความดันที่เป็นอยู่กับไขมันในเลือดสูง

ผู้ให้ข้อมูล : ก็ปกติดีนะ ไม่มีอาการอะไร

ผู้สัมภาษณ์ : หมอบอกว่าอย่างไรบ้างคะ หากพบว่ามีไขมันในเลือดสูงไปนานๆ จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคอื่นๆ ตามมาบ้างหรือเปล่า

ผู้ให้ข้อมูล : อ้อ...มีโรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองโรคหัวใจ ผลต่อสมอง แต่ตรวจคลื่นหัวใจแล้วจะปกติดี เพิ่งตรวจไปไม่นานก็ตรวจแล้วจะปกติดี

ผู้สัมภาษณ์ : พอจะมีความรู้ไหมคะว่าพอไขมันในเลือดสูงแล้วจะเป็นโรคอะไรต่อไป

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ได้ถามหมอเลยเบาหวานหรือเปล่า...ไม่ใช่(อีกคนแย้งขึ้นมา) ไขมันสูงจะทำให้เส้นเลือดในสมองตีบ เส้นเลือดตีบโรคหลอดเลือดในสมองเส้นเลือดอุดตัน เลือดไปไหลเวียนในสมองไม่ดี ก็มีโรคต่างๆ ตามมา

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนที่หมอให้ยามารับประทานหลังจากที่พบว่าไขมันในเลือดสูง หมอบอกไหมคะว่าจะช่วยอะไรได้บ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : กินให้ไขมันในเลือดมันลดลง กินแล้วน้ำหนักลดลง จาก 76 กก. เหลือ 64 กก.ละลายไขมันในเส้นเลือดพูดถึงเรื่องน้ำหนักนะ ตอนนั้นะผมเนี่ยอ้ว เนื้อไก่อนี้ไม่กินเลยถ้าไม่จำเป็น หมูก็ลดลงหลังจากกินยาแล้วรู้สึกว่ายาลดไขมันมันละลายไป ตอนนี้ควบคุมน้ำหนักด้วย ไม่กินอาหารเย็น

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้คะ

ผู้ให้ข้อมูล : อาหารการกินอาหารหนะที่มีส่วนเราไม่ค่อยได้คุมเรื่องอาหาร กับออกกำลังกาย ออกกำลังกายไม่ค่อยเท่าไร อาหารนะถ้าคุมนิดเดียวเรื่องไขมัน รับรองลดแน่ นี่เคยทดลองกับตัวเองนะ ช่วงไหนที่กินผักมาก มันจะลดเลย น้ำหนักนี้ จะลดเลย

ผู้สัมภาษณ์ : จากการมาตรวจหรือจากความรู้ที่มีมา พอทราบไหมคะว่าไขมันที่เราตรวจๆ กันในร่างกายมีกี่ชนิดอะไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีความรู้เลยไม่รู้ ไม่ได้อ่านเลยที่หมอบอกมามีทั้งหมด 7 ตัว แต่ที่ที่มีความเสี่ยงอยู่ 3 ตัว แต่ไม่ได้ถามต่อว่ามีอะไรบ้าง แต่ของพี่ที่สูงมี 3 ตัวที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าพอบอกว่าไขมันในเลือดสูงนี้จะนึกถึงไขมันอะไรที่สูงคะ โคเลสเตอรอลเคยได้ยินไหม

ผู้ให้ข้อมูล : ตัวอื่นไม่รู้เลย แต่โคเลสเตอรอลเคยได้ยินอยู่มีตัวนั้นตัวเดียวที่เคยได้ยิน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วถ้าพูดถึงไขมันตัวดี ไขมันตัวร้ายในร่างกายพอรับทราบมาไหมคะ รู้จักไหม

ผู้ให้ข้อมูล : รู้ ก็ไม่มากนักน้อย จากหนังสือ

ผู้สัมภาษณ์ : หมอก็ไม่ได้บอกหรอกคะว่าตัวไหนที่สูง

ผู้ให้ข้อมูล : เราก็ไม่ได้ถามมั้ง หมอก็เลยไม่ได้บอกอะไร พอไปเจอหมอก็อีกอีก ไม่รู้จะถามว่าอะไร ไม่เคยมีประสบการณ์ มาก่อนเราไม่มีความรู้ จะถามอะไรหมอก็ถามไม่ถูกแล้วขอถามหน่อยว่า จริงๆ แล้วไขมันในร่างกายเรามีอะไรบ้าง อย่างไรบ้าง เอาตัวหลักๆ ที่จะมีปัญหากับคนส่วนใหญ่

ผู้สัมภาษณ์ : ตรงนี้จากที่มีพี่ที่บอกมาเมื่อีกว่า ไขมันมีอยู่หลายชนิดเลยในร่างกาย ก็จะแบ่งเป็นกลุ่มที่เป็นตัวดีกับกลุ่มที่เป็นตัวร้าย ก็จะมีโคเลสเตอรอลที่เป็นตัวรวม

ผู้ให้ข้อมูล : นั่นแหละ โคเลสเตอรอลตัวเดียวที่เคยได้ยิน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคำว่า LDL เคยได้ยินไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ตอนตรวจหนะเคยได้ยิน ของพี่เองมันจะสูงหมดทุกตัวเลยที่ได้ตรวจอาจจะมีการพูดกัน แต่เราไม่ได้ใส่ใจอะไร

ผู้สัมภาษณ์ : LDL ก็จะเป็นไขมันในกลุ่มตัวร้ายชนิดหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เกิดความเสี่ยงของโรคต่างๆ ตามมา ค่ะ ซึ่งไม่ควรที่จะมีค่าสูง ควรอยู่ในเกณฑ์ปกติที่กำหนดขอถามเพิ่มอีกนิดคะ พอรู้ไหมว่าจะเป็นยังไงถ้าปล่อยให้ไขมันสูงในเลือดไปนานๆ ทั้งที่บางคนไม่ได้มีอาการแสดงอะไรออกมา แต่พอหมอตรวจเจอจึงต้องให้กินยาลดไขมันเพื่อหวังประโยชน์อะไรบางอย่างจากยา

ผู้ให้ข้อมูล : ที่แน่ๆ ที่เคยรู้มาจะเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่รู้ๆ คือ เส้นเลือดเราเหมือนท่อประปาให้น้ำไหล ผมเคยไปนั่งดูเกี่ยวกับที่เขาอิงบอลดูเส้นเลือด เหมือนไปเบิกทาง พอเคঁากดลงไปก็มีพวกไขมันนี้ออกมาที่เกาะตามเส้นเลือด ยาก็จะไปช่วยลดพวกไขมัน เมื่อก่อนปวดหัวมาก แต่พอตอนนี้นึกยาไม่มีแล้วแสดงว่ายาที่กินเข้าไปเหมือนเป็นตัวทำความสะอาดเส้นเลือดของเราเส้นเลือดในหัวใจจะตีบถ้าเราไม่กินยาจะแน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยออกถ้าปล่อยให้มันสูงไปนานๆ

ผู้สัมภาษณ์ : ไขมันที่ลอยอยู่ในกระแสเลือดก็จะเหมือนไขมันที่เราได้สัมผัสค่ะ ก็จะหนึบๆ เวลาที่มีเพิ่มขึ้นมากๆ ในเลือด พอไปเจอผนังหลอดเลือดต่างๆ ก็จะติดอยู่มีการพอกพูนหนาขึ้นเรื่อยๆ ทำให้หลอดเลือดของเราแคบลงไปเรื่อยเหมือนกัน แล้วพอทราบไหมคะว่าประโยชน์ของยาจากที่ช่วยลดไขมันในเลือดได้แล้ว ผลดีของมันยังช่วยลดอัตราการตายจากโรคต่างๆ ที่จะตามมาได้ด้วย

ผู้ให้ข้อมูล : ยาตัวนี้หรือ ไม่ทราบคะไม่เคยได้ยินเลยไม่รู้

ผู้สัมภาษณ์ : ก่อนหน้านี้มีท่านหนึ่งที่พูดถึงเรื่องอัมพฤกษ์ อัมพาตขึ้นมา อันนี้เป็นความรับรู้มาเองหรือหมอบอกมาคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ผมเห็นพ่อผมเป็นครับ

ผู้สัมภาษณ์ : รบกวนช่วยเล่าให้ฟังนิดหนึ่งได้ไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : คือแกก็กินมันๆ มาหนะ แต่แกไม่ได้กินยา อยู่ๆ วันหนึ่งลุกขึ้นมาแกก็มีอาการปากเบี้ยว ก็เลยพาไปหาหมอ หมอก็แนะนำให้ไปทำ bypass ที่ศิริราชแล้วหายากลับมากิน แกก็ไม่กินยาหมอ ไปกินยาสมุนไพรคลายเส้น แกฟังจากวิทยุแล้วไปซื้อมากิน แกบอกว่ากินแล้วรู้สึกค่อยยังชั่ว ยายยายเส้นเลือดไม่ยอมกิน 11500 บาทยาที่แกได้มาไม่ยอมกิน ผมก็เลยว่าย่าแกอยู่ตอนนี้ว่า นั่นแหละที่ไม่ยอมกินยาหมอเลยนอนนิ่งอยู่แบบนี้

ผู้สัมภาษณ์ : อันนี้เป็นจากประสบการณ์ตรงของคนในครอบครัวที่เป็นมา จริงๆ แล้วการใช้ยาลดไขมันพวกนี้นั้นมีเหตุผลในการใช้เพื่อป้องกันหรือหวังประโยชน์ที่จะได้รับจากมันหนะคะ ทำไมหมอถึงให้ไปทานทั้งที่บางโรคยังไม่ได้แสดงอาการใดๆ แต่ทำไมถึงต้องกิน เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูล : ในเรื่องการป้องกัน ผมขอถามนิดหนึ่งว่า ยาพวกนี้เป็นอันตรายต่อดับไหม

ผู้สัมภาษณ์ : จากที่ถามมา ตรงนี้น่าจะประเด็นที่จะถามต่อไปเลยดีกว่าคะ จากประสบการณ์การใช้ยาตัวนี้ที่ผ่านมา กินยาไปแล้วมีอาการข้างเคียงผิดปกติอะไรไหม ที่พอทานไปแล้วรู้สึกไม่ดี

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มี

ผู้สัมภาษณ์ : หรือตอนไปรับยา หมอหรือเภสัชกรแจ้งเตือนไหมคะว่า รับประทานยาตัวนี้แล้วให้ระมัดระวังอาการข้างเคียงอะไรที่จะเกิดจากยาได้บ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : เขาบอกว่าถ้ามีอาการผิดปกติอะไรให้มาปรึกษาหมอแต่กินไปแล้วเราไม่มีอาการผิดปกติอะไรนะ

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนที่ย้ายไปแรกๆ กินแล้วมีภาวะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อผิดปกติขึ้นมาไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีนะมีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเล็กน้อย

ผู้สัมภาษณ์ : เขาได้มีการชี้แจงบอกไหมคะว่าให้ระวังอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อชนิดที่รุนแรงที่อาจเกิดจากยาได้

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีคะเรื่องปวดเมื่อยไม่ค่อยมีนะพี่ ถึงจะอ้วนแบบนี้ ก็ไม่มีนะมีบ้าง

ผู้สัมภาษณ์ : อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้น อยู่เกิดขึ้นมา ไม่ได้มีสาเหตุจากการใช้กล้ามเนื้อทำงาน ไม่ได้เกิดจากการออกกำลังกายเลย อยู่ปวดขึ้นมาเฉยๆ ตอนเช้าตื่นขึ้นมาอยู่ๆ ก็ปวด ไม่ก็ก่อนนอนก็ปวดขึ้นมา ไม่ได้มาจากการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ปวดลึกๆ เข้าไปในกล้ามเนื้ออะคะ ช่วงที่ได้รับยาตัวนี้ใหม่ๆ

ผู้ให้ข้อมูล : ก็มีปวดแบบนั้นแหละคะ ตอนที่รับยามากินใหม่ๆ แต่ว่าอยู่บ้านก็มีทำสวนอะไรบ้างอะนะ แต่อาการมีเฉพาะช่วงแรกนะ ตอนนี้ไม่มีแล้วแต่ทุกคนก็ไม่เหมือนกันอีกนะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีช่วงที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนหมดต้องมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาในการรับประทานไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีมีแต่ว่าพอกินยาหมดก็ไม่ได้มาหาหมอต่อเนื่อง พอกินหมด รู้สึกค่อยยังชั่วก็ไม่ได้มาหาอีกที่ผมเคยได้ยินมาว่า บางคนที่ไม่กินยาลดไขมันตัวนี้เพราะกินไปแล้วมีอาการมึนหัว ขอเพิ่มนิดนึงนะสำหรับตัวผมเองที่ไม่กินยามาก เพราะกลัวว่าสารพิษต่างๆ จะมาค้างลงที่ตับ ลงไต จากที่พี่สาวผมเองกินยาภูมิแพ้ครั้งละ 20 เม็ด พอเข้าโรงพยาบาลก็เรียบร้อย แบบนั้นแสดงว่ายามันลงตับลงไตนะ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเคยได้ยินว่ายาลดไขมันตัวนี้มีผลข้างเคียงต่อตับต่อไปไหม

ผู้ให้ข้อมูล : คาดว่าน่าจะมีนะถ้ากลัวเรื่องไตมากก็อย่ากินเค็ม

ผู้สัมภาษณ์ : มีไหมคะที่เภสัชกรบอกว่า ถ้ากินยาตัวนี้ไปแล้วพบอาการผิดปกติปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดลึกๆ ในน่องอย่างรุนแรง ร่วมกับการมีปัสสาวะสีน้ำตาลเข้มเหมือนโค้กแล้วต้องรีบมาพบแพทย์อย่างเร่งด่วน

ผู้ให้ข้อมูล : อันนี้ก็บอกไม่ถูกนะ บางครั้งก็ทานน้ำน้อย ปัสสาวะไม่บ่อย ก็เข้มบ้าง

ผู้สัมภาษณ์ : อาการพวกนั้นที่ถามไปเป็นอาการข้างเคียงชนิดที่รุนแรงที่เกิดจากยาลดไขมันตัวนี้คะ เป็นอาการที่เกิดพิษต่อไตอย่างรุนแรงจนมีการสลายของมัดกล้ามเนื้อในร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูล : แล้วถ้ามีอาการรุนแรงพวกนั้นเราต้องหยุดกินยาเลยไหม

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้ามีอาการรุนแรงพวกนั้นต้องมาพบแพทย์โดยด่วนคะ แต่ไม่ต้องตกใจนะคะ เพราะว่ายาลดไขมันที่ใช้กับแต่ละคนนี้ หมอจะต้องดูให้เหมาะสมกับระดับไขมันในเลือดที่เราเมื่ออยู่รวมถึงปัจจัยความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ขึ้นกับสภาพ

การทำงานของอวัยวะไตของแต่ละบุคคลด้วย ฉะนั้นโอกาสที่จะเกิดอาการพวกนี้นั้นมันจะน้อยมากค่ะ เป็นขนาดยาที่ได้รับอย่างเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้โดยไม่ต้องเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ดังนั้นจึงเป็นข้อเน้นย้ำสำคัญว่าทำไมไม่ปรับยาแล้วต้องบอกว่า ห้ามปรับลดขนาดยาเอง ให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง ต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูล : นี่ก็มีสมุดบันทึกประจำตัวที่ต้องพกมาทุกครั้งจากคลินิกเบาหวาน บันทึกค่าต่างๆ ที่ตรวจไว้ ก็มีออกกำลังกาย วิดพื้น ดันพื้น ก็มีปวดเมื่อยแขนข้างเดียว แต่คิดว่าไม่ได้เป็นผลจากยา แต่มาจากที่เราออกกำลังกาย

ผู้สัมภาษณ์ : ฉะนั้นถ้ามีอาการพวกนี้มาค่ะ เราต้องมีการซักประวัติอย่างละเอียดว่าได้ไปใช้กลัมน้ำส่วนนั้นมากก่อนหน้านี้หรือเปล่าเพื่อคัดกรองสาเหตุที่เกิดขึ้นจริงๆ ว่าไม่ใช่เกิดจากยา แล้วอาการอย่างอื่นที่บอกมาว่ามีไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีครับมีมีน่ะ บ้างตอนที่เมาเหล้า แล้วยาตัวนี้มีผลต่อสุราไหม

ผู้สัมภาษณ์ : ยาตัวนี้ทำให้เกิดการมีนเหมือนเดิมเหล้าไม่มีค่ะ แต่เนื่องจากเหล้ากินไปมากๆ มีผลทำลายการทำงานของตับ พอกินยาด้วยก็จะส่งผลให้กำจัดยาได้ไม่ดีอาจส่งผลข้างเคียงจากยาหรือส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาได้ อยากทราบว่า ยาลดไขมันตัวนี้รับประทานอยู่ยังบ้างคะในแต่ละคน

ผู้ให้ข้อมูล : เม็ดเดียว วันละครึ่งก่อนนอนก่อนนอนกินตอนค่ำ วันละครึ่ง ตอนไหนได้ทั้งนั้นในช่วงค่ำ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่าการบริหารยาแบบนี้มีความลำบากไหมคะ การกินยายุ่งยากไหม มีลืมทานบ้างไหมในช่วงก่อนนอน

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ยุ่งยากขอถามหน่อยครับ เคยลืม เลยรับประทานไป 2 เม็ด ได้ไหมครับ

ผู้สัมภาษณ์ : แบบนั้นไม่ได้ค่ะ ถ้ามีการลืมแล้วยังใกล้ๆ มือเดิมที่ทานอยู่ให้ทานได้ค่ะ แต่ถ้าไปใกล้มือถัดไปแล้ว ที่ลืมมาก่อนหน้าให้ข้ามไปเลย ไม่ต้องไปกินเบิ้ลขนาดยาแบบนี้ อาจอันตรายได้

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่บ่อยนะ จำได้ว่าซักครั้งนึง

ผู้สัมภาษณ์ : พอทราบไหมคะว่าทำไมยาตัวนี้ทำไมต้องให้รับประทานเวลาก่อนนอน

ผู้ให้ข้อมูล : ทำให้ง่วงนอนรีไปยาตัวนี้ เลยให้กินก่อนนอนแต่ยาตัวนี้กินไปก็ไม่ได้ง่วงนะไม่ง่วงนะในความคิดป่า คิดว่ามันจะไปช่วยละลาย สลายของที่เรากินไปในช่วงตอนกลางวัน พวกไขมันในช่วงที่เรานอนตอนกลางคืน

ผู้สัมภาษณ์ : ข้อมูลตรงนี้ที่ปากบอกมาได้มาจากไหนคะ

ผู้ให้ข้อมูล : นึกเอาเอง ก็ลองนั่งคิดเอาเองว่าน่าจะเป็นแบบนี้ตอนนอนมันจะไปช่วยสลายพวกไขมัน ที่มีปัญหานิดนึง คือกินยาตัวนี้ไม่เป็นเวลาจะมีผลอะไรไหม เช่นวันนี้กินหกโมงเย็น อีกวันกินตอนสองทุ่ม

ผู้สัมภาษณ์ : อันนี้ไม่เป็นปัญหาอะ ไม่ได้ซีเรียสกับเวลาที่รับประทานขนาดนั้น ไม่เหมือนยาบางตัวที่ต้องกินเวลาเดียวกันทุกวัน ให้เป็นช่วงเย็น ช่วงค่ำทานได้หมดอะ เพราะยาต้องการไปออกฤทธิ์ในกลางคืนในการยับยั้งการสร้างไขมันในร่างกายอะเนื่องจากยาแต่ละตัวในกลุ่มนี้จะมีช่วงระยะเวลาในการออกฤทธิ์ได้ไม่เท่ากัน บางตัวสั้นบางตัวยาว ฉะนั้นเวลาที่ใช้ในการรับประทานยาก็คะต่างกัน จึงถามไปคะว่ายาตัวนี้มีความยุ่งยากมากไหมในการรับประทาน ถ้าจะพิจารณาใช้ยาในแง่ของเรื่องการกินตรงนี้ คิดว่าอย่างไร สำคัญไหม

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ยุ่งยากไม่ยุ่งยากเลย พอกินข้าวเย็นเสร็จก็กินยาไปเลย ช่วงทุ่มสองทุ่ม บางครั้งไปทานก่อนนอนก็ลืมมีลิมบ้างบางครั้งคราว แต่พอจะนอนก็ขึ้นได้ก็กินยาเป็นแบบนี้แหละจะไม่ลืม ก่อนนอนก็นึกได้ ถ้าไปกินเวลาอื่นก็ลืมได้

ผู้สัมภาษณ์ : โอเคอะ ตอนนี้อย่างไรทุกคนไม่ได้มีส่วนในการจ่ายค่ายาตรงนี้อยู่คะ ขอทำความเข้าใจก่อนคะ เนื่องจากว่าที่โรงพยาบาลนี้มียาตัวนี้เพียงตัวเดียวในกลุ่มนี้ ยาตัวนี้เบิกค่ายาได้หมด ไม่แพง จึงไม่ต้องมีการจ่ายค่ายาเพิ่ม แต่จริงๆ ในกลุ่มนี้มียาอีกหลายตัวที่มีพัฒนาออกมาให้ประสิทธิภาพที่ต่างกัน อาการข้างเคียงที่ต่างกัน บางตัวมีประโยชน์มากขึ้น ครอบคลุมข้อบ่งใช้ได้มากขึ้น อาการข้างเคียงต่ำ ราคามันจึงแพงเพิ่มขึ้น มีความคิดเห็นอย่างไรบ้างคะว่ายาอาจจะแพงขึ้นมาหน่อยเพื่อแลกกับประโยชน์ที่มากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล : ก็น่าใช้กว่านะก็ดี มีประโยชน์นำใช้แล้วถ้าเป็นแบบนี้จะมีผลต่อการเบิกจ่ายไหม

ผู้สัมภาษณ์ : ตรงนี้ยังไม่ผลอะ เพราะในทางปฏิบัติยังเบิกได้หมด แต่เป็นปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายของรัฐอยู่ตอนนี้จะสำหรับยาบางตัวในกลุ่มนี้ที่ค่อนข้างแพง จึงเป็นเหตุผลที่สอบถามความคิดเห็นดูว่า ถ้าต้องมีส่วนในการจ่ายเงินเพิ่มกับค่ายาเพื่อแลกกับประโยชน์ตรงนี้จะคิดเห็นกันอย่างไร เกินกำลังความสามารถไหม

ผู้ให้ข้อมูล : พอใจเลยแหละ จ่ายเงินเพิ่มแล้วได้รับยาที่ดีกว่า ก็ต้องเอาแบบนั้นแหละ พุดง่าย ๆ ว่าชีวิตคนเรานะ อยากให้สบายกายไม่เป็นโรค สบายใจ กินได้นอนหลับ ถึงแพงเท่าไรก็ยอมเหมือนกับเราซื้อของหนะ ของที่มันแพงก็สดกว่า ดีกว่าเราก็ซื้อ

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีข้อจำกัดหรือประเด็นที่พอรับได้ไหมคะ ว่าแค่ไหนที่เราจะจ่ายได้

ผู้ให้ข้อมูล : ตรงนี้เราก็ไม่รู้จริงๆ แล้วเราต้องจ่ายเพิ่มเท่าไร แต่คงคิดว่าไม่เกินความสามารถ จากเดิมที่ไม่เคยจ่าย จ่ายเพิ่มอีก 100, 200 ก็คงไม่มีปัญหา ไซ้ๆ คงไม่มีปัญหาอะไรหรอก คงไม่ใช่เป็นหมื่นหรอก

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเคยได้ยินในเรื่องของยานอก หมายถึงยานำเข้ากับยาในประเทศบ้างไหมคะ มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องพวกนี้ยังบ้าง ความแตกต่างกันด้านต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูล : ด้านราคาก็ต่างกันไม่เท่าไหร่นะผมว่า ด้านเกรดของยาก็คงมีความต่างกันบางคนยานอก ต้องเสียเย็บสามสิบบาท ไม่ต่างกันมากแต่สีน้ำตาลก็มี

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าในมุมมองของตัวเองต่อวันที่ไม่เคยจ่ายเงินค่ายาต่อยาลดไขมันตัวนี้ที่ต้องกินวันละครั้ง ถ้าแลกกับประโยชน์ที่ได้รับเพิ่ม คิดว่าลิมิตที่จะจ่ายได้ซักเท่าไร

ผู้ให้ข้อมูล : คิดว่าพร้อมที่จะจ่ายได้ค่ะ เพราะยาตัวนี้กินไม่มากวันละครั้งเอง เราจ่ายเงินเพื่อรักษาตัวเองก็ยอมจ่าย แต่คงไม่แพงเกินไปถ้ายามันดีจริงๆ เราก็ยอมจ่าย เราก็พร้อมจ่ายอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : ถ้าคิดเล่นๆ เป็นตัวเลขกลมๆ ต่อวันที่สามารถจ่ายให้มันได้ซักเท่าไร

ผู้ให้ข้อมูล : คิดว่าซัก 30 บาท ติ่ง่ายๆ เหมือนข้าวต่อจานก็ได้ แต่ถ้ามันเห็นผลชัดเจนว่าดีจริง หรือเห็นความเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพที่ดีอย่างชัดเจน จริงๆ แล้ว 30 บาทผมว่ายังน้อยไปซะด้วยซ้ำถ้าเห็นชัดเจนจริงก็ยอม พี่กินวันละ 60 บาทตอนนั้นที่เป็นยานอกบัญชี ราคาเม็ดละ 83 บาทมั้ง ก็จ่ายได้นะ ถ้าวันละ 20, 25 บาทต่อวันปากก็จ่ายได้นะก็โอเคนะ ยอมรับได้เพื่อสุขภาพเรา

ผู้สัมภาษณ์ : ขอดถามเพิ่มเติมในเรื่องประเด็นการใช้ยาค่ะ ในที่นี้มีบางคนที่เป็นเบาหวานด้วย ยาลดไขมันตัวนี้ทำไมในคนใช้เบาหวานส่วนใหญ่จะได้รับด้วย เมื่อก่อนได้ยาเบาหวานอย่างเดียวก่อนไหมคะ แล้วจึงมาได้รับยาตัวนี้

ผู้ให้ข้อมูล : ของป้าได้รับยาหัวใจก่อน แล้วก็มีความดัน แล้วก็เบาหวานตามมา แล้วก็ก็มีโรคกระเพาะ เพราะเป็นพวกโรคหัวใจความดันมาก่อนแล้วเครียด กินข้าวไม่เป็นเวลา เลยได้ยากระเพาะมากิน

ผู้สัมภาษณ์ : พอทราบไหมคะว่าโรคพวกนี้เป็นโรคพ่วงกันมา

ผู้ให้ข้อมูล : ใช่เป็นโรคตามๆ กันมานั่นะผมเหมือนป้าเลย ผมเป็นความดันมาก่อน หมอบอกมีความเสี่ยงนะก็เลยให้ยาลดไขมันมาทานร่วมด้วย พอมาตรวจเลือดก็เจอว่ามีไขมันอุดตันด้วย ให้มาพร้อม ผมนะมีปัญหาไต ความดัน เก๊าต์ เป็นหลายโรค เป็นหลายโรคเหมือนกันนะ

ผู้สัมภาษณ์ : อย่างที่บอกไปพวกนี้เป็นโรคเรื้อรังที่มาพร้อมๆ กัน พอมีไขมันในเลือดสูงก็จะเสี่ยงต่อโรคอื่นๆ ตามมา พอทราบๆ ว่าเกณฑ์ที่ต้องควบคุมหรือที่ต้องลดได้ของเรามีค่าเท่าไร

ผู้ให้ข้อมูล : ตอนมาหมอบอก รึนะ เขาก็จะบอกว่าไขมันไม่เกินนะ แต่ตอนนี้ตัวเลขเท่าไรจำไม่ได้จำตัวเลขไม่ได้ซัก 150 หรือ 120 แล้วอะ จำไม่ได้ ไม่ได้เอาสมุดมาด้วยตอนไปตรวจร่างกาย

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าโคเลสเตอรอลรวม ไขมันตัวรวมในร่างกายไม่เกิน 200 ค่ะ สำหรับ LDL ที่เป็นไขมันตัวร้ายที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของยาลดไขมันตัวนี้ ตอนนี้อยู่ในกลุ่มที่มีปัจจัยความเสี่ยงต่อโรคมากจะไม่เกิน 100 ค่ะ แต่จากที่ถามมาก่อนทุกคนไม่เคยคุ้นไม่รู้จักเลยกับตัว LDL นี้ เคยได้ยินแต่คำว่าโคเลสเตอรอลมานะคะ

ผู้ให้ข้อมูล : มีอะไรสอบถามเพิ่มเติมอีกไหมครับ เผอิญผมติดภารกิจนิดหน่อย

ผู้สัมภาษณ์ : ไม่มีแล้วค่ะ ฉันขอสรุปประเด็นข้อมูลวันนี้ที่ได้รับฟังมานะคะ จากข้อมูลที่ได้รับมา โรคไขมันในเลือดสูงที่ทุกคนเป็นอยู่ทราบมาจาก 2 อย่างคือ ไม่ได้แสดงอาการอะไรมาก่อน มาตรวจสุขภาพถึงพบ แล้วก็มีอีกบางคนที่มีอาการนำมาก่อน คือมีอาการมึนหัว ปวดศีรษะจึงไปตรวจพบแพทย์แล้วพบว่าตัวเองมีภาวะไขมันในเลือดสูง เพราะภาวะไขมันในเลือดสูงเนี่ย มีทั้งสูงที่ตรวจเจอแต่ก็ยังไม่แสดงอาการ หรือสูงจนที่แสดงอาการผิดปกติต่อร่างกายออกมาได้อย่างชัดเจน ภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลกระทบอย่างไรต่อร่างกายบ้าง จากที่ฟังมาจากการประสบการณ์ของท่านหนึ่งที่เจอกับคนในครอบครัว คือ ทำให้เกิดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต มีบางคนบอกว่าทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เส้นเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดอุดตัน ทำให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายไม่ดี เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ พอ ก็เป็นโรคต่างๆ ตามมาเนื่องจากมีออกซิเจนไปไหลเวียนไม่พอนั่นเอง ซึ่งผลสุดท้ายจากโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากร่างกายมีภาวะไขมันในเลือดสูงเนี่ย ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงส่งผลกระทบต่ออัตราการตายจากโรคพวกนี้ตามมาค่ะ ยาลดไขมันที่กินกันอยู่ก็วันละครั้งนะจะก่อนนอนจากที่บอกกันมา หรือไม่กี่หลังอาหารเย็น จากที่ฟังมาก็สะดวกดีไม่มีปัญหา ไม่ได้เป็นจุดสำคัญอะไรมาก มีลิมิตกันบ้างแต่ก็ยังทันเวลาที่พอจะรับประทานได้ ลืมก็ไม่บ่อย ไม่ได้ยุ่งยากเหมือนตัวที่ต้องทานเวลาอื่น หรือวันละหลายๆ ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูล : ใช่ๆ ไม่ยุ่งยากวันละครั้งเอง ลืมบ้างก็ไม่บ่อยดีกว่าไปกินหลังอาหารเช้า ยาเช้าจะลืมบ่อย เพราะไม่ค่อยทานข้าวเช้า

ผู้สัมภาษณ์ : ส่วนประเด็นในเรื่องของผลจากยา หรือประโยชน์ทุกคนก็รับทราบดีว่า ยาจะช่วยลดระดับของไขมันในเลือดของตัวเอง เพื่อควบคุมให้ลงมาอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นปกติยอมรับได้ตามภาวะความเสี่ยงและความจำเป็นของแต่ละคน ในประเด็นผลข้างเคียงจากยา ทุกคนทนต่อยาตัวนี้ได้ดีไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ทนได้นะ ไม่มีอาการข้างเคียงอะไรก็มีแค่ตอนแรกที่รับประทานยา แล้วรู้สึกว่ามีปวดเมื่อยเล็กน้อยเท่านั้น ตอนหลังก็ไม่มีอะไร

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะแล้วก็จากประเด็นเรื่องผลข้างเคียงที่สำคัญจากยาที่ถามไปก็จะมีที่สำคัญ 2 ส่วนคือ ผลต่อกล้ามเนื้อ จากที่บางคนมีประสบการณ์บ้างในส่วนตรงนี้ที่เล่ามาให้ฟัง แต่ก็ได้รุนแรงอะไร ตอนนี้ที่ทานยาอยู่ก็ไม่มี บางคนก็ปวดเมื่อยอาจจะไม่ได้เกี่ยวจากยา อาจเป็นผลจากการออกกำลังกายหรือใช้กล้ามเนื้อส่วนตรงนั้นในการออกกำลังกายมากไป กับในส่วนที่สองคือ ผลต่อดับ ซึ่งตรงนี้ก็ไม่มีใครรับทราบ หรือไม่ได้แสดงอาการอะไรออกมา เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ซีดเพลีย รุนแรง ซึ่งตรงนี้นั้นเป็นสิ่งที่แพทย์ผู้รักษาและติดตามอยู่ตลอดค่ะจากการใช้ยา ตั้งแต่เริ่มแรกที่จะใช้ยาและก็ค่าพวกนี้ก็จะติดตามเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่ต้องกังวลค่ะ ในประเด็นของยานอกยาใน ที่ถามไป ซึ่งยาในกลุ่มนี้จริงๆ แล้วมีอยู่หลายตัว ที่ราคาก็ต่างๆ กัน ผลอะไรก็ต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเลือกใช้ที่เหมาะสมกับแต่ละคน แต่สำหรับในโรงพยาบาลนี้ก็จะ มีแค่ตัวเดียวที่ใช้กัน

ผู้ให้ข้อมูล : ผมขอถามหน่อย ยาโรงพยาบาลรัฐเหมือนกัน แต่ละที่ยาไม่เหมือนกันหรือ

ผู้สัมภาษณ์ : ก็จะมีหลักกำหนดมาจากกระทรวงตามระดับของแต่ละโรงพยาบาลค่ะ ว่าโรงพยาบาลขนาดไหนควรจะมียาในกลุ่มรักษาต่างๆ พวกนี้ได้ก็ตัว เล็กๆ อาจจะจำเป็นการใช้มีแค่ตัวเดียว โรงพยาบาลใหญ่หน่อยความจำเป็นในการใช้ในผู้ป่วยรายต่างๆ มีมากขึ้น รายการบัญชียาของโรงพยาบาลจึงเพิ่มขึ้น ส่วนในเรื่องบริหารการสั่งซื้อยาก็อาจไม่เหมือนกัน แต่จะมีเกณฑ์ระเบียบการจัดซื้อราคาคุณภาพข้อกำหนดก็ไม่ต่างกันค่ะ แต่ละโรงพยาบาลก็จะมีการจัดซื้อเองภายใต้ระเบียบทำให้ยาแต่ละโรงพยาบาลตัวยาเดียวกันแต่บริษัทต่างกัน เพราะความสะดวกที่แต่ละบริษัทจะเข้าถึงก็ย่อมต่างกัน แต่คุณภาพของยาก็ต้องผ่านเกณฑ์ที่เราตั้งเอาไว้ค่ะ ไม่ต้องห่วงแล้วก็สรุปประเด็นสุดท้ายเกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องของการมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ายาสำหรับยาตัวนี้ที่ได้รับ ทุกคนก็เห็นว่าสามารถยอมรับได้ถ้าหากต้องมีการจ่ายเงินเพิ่มเพื่อแลกกับประโยชน์ที่จะได้รับจากยาที่จะเพิ่มขึ้นในด้านผลการรักษา หรือไม่ก็ผลข้างเคียงที่จะได้รับจากยามันน้อยลง ตามความจำเป็นด้านสุขภาพของเรา ทั้งนี้เพื่อผลสุดท้ายต่อร่างกายเรา ก็พอใจและยอมรับที่จะจ่าย แต่ก็ต้องมีขีดจำกัดตามความเหมาะสมไม่แพงจนเกินไป ทั้งนี้เพื่อผลต่อสุขภาพของตัวเองเองนะคะ

ผู้ให้ข้อมูล : น้องค่ะ มีอีกนิดนึงขอสอบถามหน่อยเกี่ยวกับยาลดไขมันในเลือดตัวนี้ว่า ท้องว่างเราสามารถทานยาตัวนี้ได้ไหมค่ะ

ผู้สัมภาษณ์ : รับประทานได้ค่ะ ยาตัวนี้อาหารไม่มีผลใดๆ ต่อยา ท้องว่างก็ทานได้ยายังสามารถออกฤทธิ์ ไม่ได้ระคายเคืองหรือมีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารอะไรถ้าไม่มีอะไรเพิ่มเติมแล้ว สำหรับวันนี้รบกวนเวลาทุกท่านมาพอสมควร ขอพระคุณทุกท่านมากค่ะที่สละเวลามาให้ข้อมูลในวันนี้

บทสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 6/10/11 (5 คน)

ผู้สัมภาษณ์ : สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวภัสสรานิจ พรณรังษี นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์หัวข้อการศึกษาหาความชอบและความเต็มใจที่จะจ่ายในผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการที่ใช้น้ำมันในเลือดกลุ่ม Statins เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยา โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายต่อไปในอนาคต ซึ่งยากกลุ่มนี้เป็นหนึ่งในเก้ากลุ่มที่ได้มีการรวบรวมข้อมูลการเบิกจ่ายมาแล้วพบว่าค่าใช้จ่ายที่สูงเกินความจำเป็น ในวันนี้จะทำการสัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลของยาในมุมมองของตัวผู้ป่วย และนำไปสร้างเป็นแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยต่อไป ทุกท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ขออนุญาตให้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อบันทึกข้อมูล หลังจากถอดเทปเรียบร้อยแล้วจะทำลายเทปบันทึกเสียง และจะเก็บข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแต่อย่างใด หากท่านใดมีข้อซักถามสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาค่ะ มาเริ่มที่ประเด็นคำถามแรกกันเลยนะคะ ขอเริ่มเลยนะคะเพื่อไม่เป็นการเสียเวลา

ทุกๆ คนทราบได้อย่างไรว่าตัวเองมีภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้ให้ข้อมูล : มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แล้วมีการเจาะเลือด จึงทราบว่าไขมันในเลือดสูง แล้วหมอก็บอกว่ามีไขมันในเลือดสูงมาอีกสักระยะที่โรงพยาบาล

ผู้สัมภาษณ์ : ตอนนั้นที่มาอีกสักระยะมีอาการอะไรมาก่อนที่จะมาโรงพยาบาลหรือเปล่านั้นคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ก่อนจะมาอีกสักระยะที่โรงพยาบาลมีอาการชามาก่อน ไม่รู้สึกอะไรครึ่งซีก มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด พอมาหมอบอกว่ามีไขมันอุดตันในเส้นเลือด

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วท่านอื่นๆ หละคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ของป้าจะมีแน่นหน้าอกมาก่อน ซาตามมือ เจ็บมาหาหมอ แล้วก็เจอว่ามีไขมันในเลือดสูงของผมนี่มีอาการเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2554 เดินในตลาด มีอาการเรอขึ้นมา 2 ครั้ง แล้วหลังจากนั้นก็มีอาการมึนตึ๋นไป ผมยังรู้ตัว ก็เลยทานยาหอม 5 เจ็ดยี่ห้อเข้าไป ยังพอมีสติประกอบตัวเองไปได้ เลยไปโรงพยาบาล ก็ยังไม่พบอะไร ไม่ได้ตรวจเลือดอะไร เป็นอย่างนี้อยู่ประมาณสามสี่ครั้ง มีอาการปวดต้นคอหน้า เวลาเรากินพวกนี้เนื้อขึ้นมาเรารู้ตัวและมีอาการ มีอาการแบบนี้รู้ตัวว่ามีไขมันในเลือดสูง มาตรวจเลือดพบก็ตอนที่มาตรวจร่างกายประจำปี หมอก็บอกว่ามีไขมันในเลือดสูง ยังไม่ได้ให้ยาอะไร ให้ควบคุมปฏิบัติตัวก่อน หลังจากนั้นให้ยาลดไขมันมาทานครั้งต่อไปที่มาหา พอกินไปก็พบว่าผลทางตับเกิดขึ้นด้วย แล้วก็ไปที่โรงพยาบาล มอ.

ผู้สัมภาษณ์ : เดียวในเรื่องผลที่มีต่อดับของอนุญาตกลับมาถามอีกในภายหลังนะคะ

ผู้ให้ข้อมูล : พอหลังจากไปหาหมอที่มอ.ก็ไปตรวจการติดเชื้อในกระแสเลือดกับค่าการทำงานของตับไต ก็ไม่มีอะไร เลยไปรักษากับหมอจิตเวชต่อ กินยามาก็ดีขึ้นร่วมกับยาลดไขมันในเลือดสูง แต่ยาลดไขมันที่ผมไปซื้อรับประทานเองไม่มีผลต่ออาการชาที่ผมเป็นอยู่นะ แต่ยาที่เขาอยู่ที่นี่ยามันจะมีผลต่อการขับถ่ายของผม

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วของคุณป้าหละคะ ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย

ผู้ให้ข้อมูล : ของป้าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน เลยมาตรวจเลือดแล้วก็พบว่าไขมันสูง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วทุกๆ ท่านคิดว่าจากภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นอยู่จะส่งผลกระทบต่อที่ไม่ดีต่อร่างกายของเราอย่างไรบ้างคะ จากความรู้ความเข้าใจที่มีมา มันจะมีความเสี่ยงต่อโรคภัยต่างๆ ที่จะตามมาอะไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : อัมพาต อัมพฤกษ์เขาบอกว่าจะมีเส้นเลือดต่างๆ มันตีบมันตัน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด ทำให้เลือดมันไหลเวียนไม่คล่อง ทำให้มันชา ของผมถ้ามีไขมันในเลือดสูงมันจะเจ็บบริเวณต้นคอและท้ายทอย ก็ารู้เลยว่าเลือดมันไปเลี้ยงสมองไม่พอ ถ้าไปกินเนื้อพวกที่มีไขมันก็จะมีอาการทันที จะทำให้ไขมันสูง 2 ตัว ถ้ากินพวกข้าวเยอะก็จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูง ผมพยายามจะศึกษาเองทางอินเทอร์เน็ตว่ายาตัวไหนที่รับมามันมีผลอย่างไรบ้าง เวลาที่หมอให้มา ผมจะหาข้อมูลเองนี่ก็เป็นเหมือนกัน อาการปวดที่ต้นคอ บางทีเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวลงไปตามแขน ซา

ผู้สัมภาษณ์ : จริงๆ แล้วในร่างกายของเราจะมีไขมันต่างๆ แบ่งย่อยเป็นหลายชนิดคะ พอทราบไหมคะว่าจากที่เราทราบว่าเรามีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ เป็นไขมันตัวใดชนิดใดที่ส่งผลเสียต่อเรา แล้วทำให้เราต้องไปกินยาลดมัน

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่ทราบค่ะไม่รู้ค่ะ ที่มี 2 ตัวที่อันตรายคือ โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ แต่มันเป็นคนละชนิดกัน ร่างกายของคนเราเหมือนน้ำที่มันเต็มถึงอยู่ 100% แล้ว พอกินนิดหน่อยค่าพวกนี้มันก็ขึ้นแล้ว น้ำหนักมันก็ขึ้นละ นี่ก็ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการกินก่อน ช่วงหลังๆ ผมเองไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเพราะมีปัญหาในเรื่องของเข่า เขามีการอักเสบ

ผู้สัมภาษณ์ : พอได้ยินหรือรู้จักไขมันตัวร้ายไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่เคย

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วเวลาที่มาตรวจหมอบอกไหมคะไขมันตัวไหนสูง

ผู้ให้ข้อมูล : เวลาที่มาตรวจหมอบอกแค่ว่ามีไขมันในเลือดสูง แต่ไม่ได้บอกว่าตัวไหนสูงส่วนมากผมจะอ่านเอาเอง ผมเคยอยู่โรงพยาบาลมาก่อน พอรู้ว่าไขมันตัวไหนชนิดไหนที่มันเกินมา

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วพอทราบไหมคะว่ายาลดไขมันมันตัวที่รับประทานอยู่ตัวนี้มันช่วยลดไขมันชนิดใดในเลือด

ผู้ให้ข้อมูล : ของผมจะลด 2 ตัว ที่รับประทาน ทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ลดจากสองร้อยกว่า เหลือร้อยกว่า

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคำว่า LDL นี่เคยได้ยินหรือรู้จักไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่เคยเลย คืออะไรหรอ

ผู้สัมภาษณ์ : LDL เป็นไขมันตัวร้ายชนิดหนึ่งค่ะ เป็นตัวที่แยกย่อยออกมาจากคำว่าโคเลสเตอรอลอีกที คือ โคเลสเตอรอลจะเป็นคำเรียกรวมๆ ของชนิดมันชนิดต่างๆ อย่างที่บอกไปค่ะ จินตนาการจากที่ผ่านมามทุกคนจะเคยได้ยินแค่คำว่า ไขมันในเลือดสูง และคำว่าโคเลสเตอรอลแค่นั้นใช้ไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ค่ะ, ใช่เขาบอกว่า อย่ากินพวกหมักพวกกึ่งเข้าไป มันจะทำให้โคเลสเตอรอลสูงนี้ปากก็หยุดพวกอาหารทะเลมานานแล้วเหมือนกัน ส่วนผมเองอาหารทะเลไม่ค่อยได้รับประทานเพราะตัวเองเป็นภูมิแพ้ แพ้พวกนี้อยู่แล้ว ของทอดของมันนี่ไม่กินอยู่แล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคิดว่ายาลดไขมันในเลือดตัวที่ทุกคนรับประทานอยู่ก่อนนอนวันละครั้งเนี่ย มันมีผลต่อร่างกายของเราอย่างไรบ้าง ยา กินเข้าไปแล้วมันจะมีประโยชน์อะไรคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ทำให้นอนหลับสบาย ไม่ปวดหัว ปวดขาลงมาเหมือนเมื่อก่อน กินแล้วมันสบาย นอนได้ดี ไม่มึนหัว ไม่เจ็บ ถ้าในส่วนของผมมันอันตรายในระบบการขับถ่าย ผมทานแล้วมีอาการท้องผูก ส่วนประโยชน์ที่ได้คือ ทำให้ไขมันมันลดลง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วผลจากที่ยาสมาารถลดไขมันในเลือดได้นั่นเอง มันจะมีประโยชน์อะไรต่อไปคะ ลดความเสี่ยงต่างๆ อะไรได้บ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : พยายามไปลดไขมัน ก็จะทำให้เลือดสามารถไหลเวียนในร่างกายได้อย่างสะดวก เพื่อที่จะไม่ให้มีการอุดตันของเส้นเลือดในส่วนต่างๆ ลดการอุดตันของเส้นเลือดในสมอง ของหัวใจ หรือช่วยไม่ได้เส้นเลือดเกิดการเปราะแตกขึ้นมา แต่ตัวนั้นก็ไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ดีที่สุดจริงๆ แล้วอยู่ในเรื่องของพฤติกรรมกรรมการกินของเรานั้นเอง เพราะคนเดียวนี่ทุกอย่างชื่อหมด สำเร็จรูป ชี๊เกียจ ไม่ได้ศึกษา

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วคุณป้าล่ะคะ หลังจากทานยา รู้สึกว่าเป็นอย่างไรบ้างจากเมื่อก่อนที่มีอาการ คิดว่ายามีข้อดีข้อเสียอย่างไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : ข้อเสียคิดว่าเป็น ผมร่วง กินไปแล้วทำให้ผมร่วง ข้อดีของยา คือ กินแล้วสบายตัวขึ้น เมื่อก่อนน้ำหนักเยอะ ตั้ง 75 กก. ตอนนี้น้ำหนักลดลงมากแล้ว ตอนนี้อยู่ 67 กก. ข้อดีของยา คือ พอกินยาแล้วทำให้รู้สึกว่ายากดล่อง ไม่มีเจ็บ ไม่มีอาการแน่นหน้าอกเหมือนเมื่อก่อน แต่ถ้าหากว่าคืนไหนเราลืมกินยา จะรู้สึกว่ายากดแน่นในอก เหมือนจะเป็นลม เพราะพื้ทานยาตัวนี้นานมากแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วจากที่รับประทานยามาค่ะ มีอาการข้างเคียงที่ผิดปกติต่อร่างกายของทุกคนบ้างไหมคะ ตั้งแต่ช่วงแรกๆเลยที่ได้รับยา จนถึงปัจจุบัน กินแล้วมีอาการอะไรที่มันรู้สึกว่าไม่สบายเนื้อสบายตัวบ้าง

ผู้ให้ข้อมูล : ตอนแรกๆ ที่กินมันนานมากแรก จำไม่ได้แล้วจำไม่ได้เหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอาการปัจจุบันตอนนี้มีบ้างไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : รู้สึกว่าผมร่วงนั้นแหละที่บอกไป อยากจะให้คุณหมอเปลี่ยนยาให้ของผมนิดนึงอย่างเดียวนะ คือ ระบบขับถ่ายที่บอก ทำให้ท้องผูก เพราะปกติผมจะเป็นคนที่ตื่นขึ้นมาแล้วทานน้ำแก้วเดียวก็ถ่ายแล้ว

ผู้สัมภาษณ์ : ในเรื่องของการเปลี่ยนยานะคะ การที่คุณหมอเลือกใช้ยาเนี่ยจะเหมาะสมกับแต่ละคน เหมาะกับค่าระดับของไขมันและชนิดของไขมันในร่างกายของแต่ละคนที่สูงอยู่แล้วค่ะ การปรับเปลี่ยนต้องอยู่ในดุลพินิจของหมอนะคะ แล้วมีปัญหาในเรื่องของการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังจากรับประทานยาลดไขมันตัวนี้ไหมคะ

ผู้ให้ข้อมูล : ของป้ามีบ้าง ตรงหัวไหล่บางทีกินยาแล้วจะมีอาการเส้นมันชักกระตุก ซะ เป็นตะคริวในกล้ามเนื้อ

ผู้สัมภาษณ์ : อาการตะคริวในกล้ามเนื้อเป็นช่วงไหนคะ รบกวนเล่าให้ฟังนิดนึง โดยปกติทำงานเป็นอยู่ประจำไหมคะ หรือว่าก่อนหน้าไม่เป็น หลังจากรับยาแล้วมีอาการตะคริวผิดปกติ

ผู้ให้ข้อมูล : เป็นหลังจากที่รับประทานยาลดไขมันตัวนี้ไปคะ เส้นมันจะชัก เป็นตะคริว

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วมีอาการปวดตื้อๆ ในท้อง จี๊ดๆ บ้างไหมคะเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ

ผู้ให้ข้อมูล : มีค่ะจะเป็นในช่วงก่อนนอนป้าก็มี ในช่วงก่อนนอนอะมันจะเป็นบ่อยๆ ดีๆ ก่อนนอนจะเป็นตะคริวที่ท้องประจำเลยมีบ้างช่วงก่อนนอน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วอาการพวกนี้พอรับประทานยามาซักระยะหนึ่ง อาการค่อยๆดีขึ้นไหมคะ พอหมอมมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาที่มีการรับประทานแล้วส่งผลต่ออาการพวกนี้บ้างไหม

ผู้ให้ข้อมูล : เมื่อก่อนป้ากินอยู่ครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน แต่พอตอนนี้นัดเหลือครึ่งเม็ด แล้วอาการเส้นกระตุกพวกนี้นั้นมากขึ้นนะ เมื่อก่อนป้ามีกินอยู่สองตัว เม็ดขาวเม็ดนึงกับเม็ดสีชมพูตัวนี้ แต่เม็ดขาวก็หยุดไป เหลือแต่เม็ดสีชมพูตัวนี้ เพราะเขาบอกว่ามันจะมีอาการข้างเคียงเยอะเลยไม่กินมันจะมีผลต่อตับต่อไต เลยไม่กิน

ผู้สัมภาษณ์ : จริงๆ ไม่ควรทำอย่างที่บอกมานะค่ะป้า เพราะการเปลี่ยนเพิ่มลดขนาดยาเองจะส่งผลต่อการรักษา แล้วในเรื่องของอาการข้างเคียงเนี่ย จริงๆ แล้วโอกาสเกิดก็ไม่ได้มาก ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกคนเสมอไป เพียงแต่บางครั้งที่ต้องมีการบอกไว้เพื่อให้เฝ้าระวัง ให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาค่ะแล้วเวลาที่ไปรับยาหรือพบหมอ เขาได้บอกรายละเอียดคำแนะนำการใช้ยาลดไขมันตัวนี้ว่าอย่างไรบ้างค่ะ มีการแจ้งเตือนให้เฝ้าระวังอะไรเป็นพิเศษบ้างไหม มีแจ้งเตือนอะไรให้ทราบไหม

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีนะไม่มีก็บอกให้กินปกติเหมือนเดิมกับบอกแค่ทำให้กินก่อนนอนวันละครั้ง

ผู้สัมภาษณ์ : คือสรุปว่า จากที่รับยามาก็แค่มีการบอกว่า เป็นยาลดไขมันในเลือด ให้กินตามขนาดที่ได้รับ ก่อนนอนวันละครั้งแค่นี้ใช่ไหมค่ะ

ผู้ให้ข้อมูล : ใช่มั้ย บอกแค่นั้น (หลายๆ คนพูดเหมือนกัน)

ผู้สัมภาษณ์ : ไม่ได้มีเหวอค่ะที่บอกว่า ถ้าทานยาลดไขมันในเลือดไปแล้วมีอาการข้างเคียงปวดเมื่อยกล้ามเนื้อผิดปกติ ไม่ได้เป็นผลจากการทำงานหรือออกกำลังกายให้มาพบแพทย์

ผู้ให้ข้อมูล : ไม่มีไม่มี เพียงแต่เวลาเรามีอาการพวกนี้เราก็จะมาบอกเขาเอง

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วนอกเหนือจากระบบต่อกล้ามเนื้อที่ถามออกไปแล้ว ทราบอีกไหมค่ะว่ายาจะมีผลข้างเคียงต่อระบบอื่นๆ ในร่างกายอีกไหม

ผู้ให้ข้อมูล : เห็นมีเคยพูดนะ ว่ากินยาแล้วมันจะมีผลต่อดับ ต่อไตผมเองดับไตไม่ได้มีปัญหาอะไรผมเองมีปัญหาเรื่องดับตอนนี้หยุดกินยาดูอยู่นะ แล้ววันนี้ที่หมอนัดมาจะมาดูเรื่องดับว่าจะกินยาอย่างไรต่อไป ก่อนหน้านี้ที่รับยาไปแล้วกินไปซัก ระยะค่าตับมันสูงขึ้น เดียวจะเล่าให้ฟัง ตอนตรวจเลือดในร่างกายประจำปี จะมีค่าต่ำสูงขึ้นไปนิดหน่อยเกิน 40 ประมาณ 50 กว่า พอทานยาลดไขมันตัวนี้ค่ามันก็สูงขึ้นมาที่ 70 กว่า แต่ผมว่าปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งนอกจากยาก็คือเรื่องอาหารที่ผมรับประทานด้วย แต่หลังจากนั้นหมอก็ให้หยุดรับประทานยาลดไขมันตัวนั้นแล้ววันนี้ที่มากมาดูการทำงานของตับอีกที

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะ เพราะว่ายาลดไขมันในกลุ่มนี้มีผลต่อค่าการทำงานของตับค่ะ หากหมอบอกว่ามีปัญหาต่อการทำงานของตับก็จะมีอาการตรวจดู ปรึบลด หรือดื่มน้ำให้ค่าการทำงานของตับกลับมาเป็นปกติก่อน ไม่ต้องตกใจนะค่ะ เพราะอย่างที่บอกไปว่า การปรับเปลี่ยนวิธีขนาดยาที่รับประทานจะต้องปรับตามค่าการทำงานของร่างกายค่ะ ตามไขมันเราที่มีแล้วในเรื่องของการรับประทานยาคิดว่า ยาลดไขมันตัวนี้ที่ทานอยู่วันละหนึ่งครั้งก่อนนอนมีความสะดวกไหมค่ะ ยุ่งยากลำบากไหม ถ้าจะพิจารณาการใช้ยาดูวันนี้ขึ้นมา

ผู้ให้ข้อมูล : กินก่อนนอนวันละครั้งนะ ก็ยอมรับว่ามีลืมนบ้างก็กินทุกวัน มีลืมนบ้างบางวันก็มียุ่งยากนะ เพราะเป็นตัวเดียวที่กินกลางคืน ยาดูอื่นๆ กินหลังอาหารเช้า ทำให้มีลืมนบ้าง ถ้านำมากินกับยาลดความดันในตอนเช้าได้ไหม

ผู้สัมภาษณ์ : ทราบเหตุผลของการให้กินยาดูวันก่อนนอนไหมค่ะ

ผู้ให้ข้อมูล : กินให้มันหลับสบายหรือเปล่านั้นสิ ให้มันหลับสบายมั้ง

ผู้สัมภาษณ์ : ยาไม่ได้มีผลต่อการนอนหลับนะค่ะ จากที่ทุกคนกินยาไม่ได้มีง่วงอะไรใช่ไหมคะ ยาตัวนี้นั้นมีเหตุผลค่ะว่าทำไมถึงต้องมากินในตอนกลางคืน การนำมากินตอนเช้าจะทำให้ยาออกฤทธิ์ในการลดไขมันได้ไม่ดี เพราะยามีช่วงเวลาการทำงานของมันที่ค่อนข้างสั้น การกินก่อนนอนเพื่อให้ยามันไปออกฤทธิ์ในการลดไขมันที่สร้างขึ้นมาในช่วงกลางวันได้นั่นเองค่ะ แต่จริงๆ แล้วยาในกลุ่มนี้จะมียาบางตัวที่เราสามารถนำไปกินในตอนเช้าได้เนื่องจากว่าเป็นยาตัวใหม่ๆ ที่พัฒนาการรักษาออกมาให้ออกฤทธิ์ได้ยาว จึงกินตอนเช้าได้งั้นมาที่ประเด็นอีกประเด็นค่ะ ตอนนี้ทุกคนใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรงของข้าราชการ ไม่ได้มีส่วนในการออกค่าใช้จ่ายด้านยาพวกนี้อยู่ พอทราบไหมคะว่ามียาบางตัวจริงๆ แล้วเบิกค่าใช้จ่ายไม่ได้หมด หากจะใช้ยาต้องจ่ายเอง เคยได้ยินคำว่ายาในบัญชี ยานอกบัญชี

ผู้ให้ข้อมูล : เคยค่ะ ทราบว่ายานอกบัญชีถ้ามีค่าใช้จ่ายเกินไปต้องมีการจ่ายเงินเองได้ยิน ต้องจ่ายเอง

ผู้สัมภาษณ์ : แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ไม่ค่อยจะต้องจ่ายเอง เพราะมีช่องว่างในการใช้ได้โดยไม่ต้องจ่ายเพิ่มแต่อย่างไร จึงเป็นที่มาให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังที่เล่าไปตอนแรกเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตรงนี้โดยการนำเอาหลักการทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาแก้ไขค่ะ ว่าถ้าจะร่วมจ่ายต้องอยู่ในอัตราเท่าไรให้เป็นที่พอใจกันทั้งสองฝ่าย ไม่ลำบาก รัฐออกให้ส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งเป็นคนออกเองถ้าจะใช้ยาในกลุ่มบางตัวที่มีราคาแพงขึ้นเพื่อแลกกับประโยชน์ของยาที่จะได้รับเพิ่มมากขึ้น ข้อเสียบางอย่างลดลง จึงเห็นว่าทำไมยาที่มีการพัฒนาออกมาใหม่ๆ นำเข้าจากต่างประเทศจึงมีราคาแพง มีความคิดเห็นต่อประเด็นนี้ว่าอย่างไรบ้างคะ จะมีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของเรามากน้อยเพียงใด เพราะยาลดไขมันตัวนี้ต้องกินไปต่อเนื่องระยะยาว

ผู้ให้ข้อมูล : ได้ค่ะ ยอมจ่าย ถ้ายามันดีขึ้นกับได้ยามันดีขึ้นเราก็รับได้ถ้ายามันไม่มีความเสี่ยง ใช้แล้วปลอดภัยขึ้นก็รับได้

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วพี่ละค่ะ เคยมีประสบการณ์การใช้ยาที่เป็นยานอกราคาแพงๆ ไหม เหมือนเมื่อกี้จะเคยเล่าให้ฟังเรื่องไปซื้อยาแพงๆ กินเอง

ผู้ให้ข้อมูล : ในส่วนตัวผมเองนะ ผมไม่ค่อยคำนึงว่าจะต้องจ่ายแพงเท่าไร ราคาอาจจะสูงเท่าไร เพื่อให้มันดีต่อร่างกายของเราเอง ยาแพงผมก็ใช้ ในบางครั้งยามยังไปซื้อข้างนอกจากร้านขายยาเองเลย ที่เคยมาโรงพยาบาล แต่ในกรณีเรื่องราคายาผมไม่อยากจะพูดมาก ก็รู้ๆ กันอยู่ว่าในเรื่องของผู้ผลิตกับขายยามีเกี่ยวข้องกันอยู่ในเรื่องของราคาขายพวกนี้ พูดมากมันก็รู้อยู่แล้ว ว่าเรื่องราคาขายพวกนี้มันเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่ได้รับต่อกัน ที่มีอยู่ ในเรื่องธุรกิจวงการยาพวกนี้เรารู้กันอยู่

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วสมมติว่าให้คิดดูเล่นๆ นะค่ะว่าตัวเลขกลมๆ ที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่เราต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มเข้าไปในระบบนี้ให้กับยาลดไขมันในเลือดตัวนี้ที่ทานวันละครึ่งก่อนนอน เพื่อแลกกับประโยชน์ต่างๆ นานาที่จะได้รับ บวกกับอาจจะมีผลเสียอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆ อย่างที่เล่ามา คิดว่าชกเท่าไรที่เราจะจ่ายได้ต่อวัน หรือต่อเดือน

ผู้ให้ข้อมูล : เท่าไรดีนะ เอาที่เหมาะสมให้พอรับได้หนะอย่าให้มันมากเกินไป มากไปก็เป็นภาระ ลำบากมากเกินไปก็ไม่ได้ เอาให้พอดีที่ยอมรับได้อย่าให้มันมากเกินไปได้ผมว่าถ้าในเรื่องของกรณีอาการปวดเมื่อยอย่างที่เคยยกไปเนี่ย ผมว่าบางทีอาจไม่ได้เกิดจากยาหรอก เพราะสำหรับผมเองมันมีกระทบกับระบบขับถ่ายอย่างที่บอกไป แต่สำหรับผมในเรื่องกล้ามเนื้อ ซา เกิดจากเราไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย แต่ละวันในเรื่องของการทำงานใช้กล้ามเนื้อก็ไม่เหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ : แล้วถ้าคิดว่าจะต้องจ่ายเงินให้กับยาตัวนี้สักเท่าไรได้ค่ะ

ผู้ให้ข้อมูล : ผมไม่เข้าใจ ต้องมาดูว่าลักษณะการจ่ายนี้เป็นอย่างไร ค่าเฉลี่ยราคายาที่รับไปต่อวันมันตกเม็ดละเท่าไร ยาที่ได้รับไปมันแพงมากไหม พอจะออกได้เท่าไรเสริมให้จากที่รัฐออกให้ แล้วราคายาแต่ละตัวอย่างที่ยกมามันแตกต่างกันมากไหมเพียงใดในแต่ละตัว ต้องมาคำนวณดูว่าต่อเดือนแล้วต้องใช้ยาแค่ไหน ในราคาสูงเท่าไร จึงจะบอกได้ว่าเราสามารถออกได้ซักเท่าไร

ผู้สัมภาษณ์ : ค่ะ คือว่ายานี้กลุ่มนี้มีทั้งตัวที่ราคาไม่แพง เม็ดละไม่ถึงห้าบาทสิบบาท จนไปถึงยาบางตัวที่มีราคาค่อนข้างสูงมาก ตกเม็ดละสี่สิบบาทสิบบาทเลยคะ เป็นยานำเข้าตัวใหม่ที่น่าเข้ามาได้รับการพัฒนามาหนะคะถ้าต้องเปลี่ยนจากเม็ดไม่เกินสิบบาท มาเป็นสี่สิบบาทสิบบาทต่อวันอย่างที่ยกเพื่อแลกกับประโยชน์ที่มากขึ้น ดีขึ้น ผลข้างเคียงต่างๆ ลดลง คิดว่าซักเท่าไรที่โอเคยอมรับได้

ผู้ให้ข้อมูล : เรามาหาหมอ เราก็อยากหาย ยิ่งไงก็จำเป็นต้องใช้เหมือนกับไปหาหมออะนะ หมอบอกเท่าไรเราก็ต่อรองไม่ได้ ก็ยอมจ่ายเพื่อรักษา คืออย่างนี้นะ ในเคสของกรณีจ่ายตรงมันไม่ใช่นโยบายของรัฐเพียงอย่างเดียว มันเป็นนโยบายของนักการเมืองที่หาเสียงเอาไว้ ทำขึ้น ถ้ามองว่าแต่ก่อนนี้เราเดือนร้อนไหมที่จ่ายเอง ก็ไม่เดือนร้อนเพราะเพื่อตัวเราเอง แม้แต่พวกค้าน้ำค่าไฟปริถามว่าเราข้าราชการลำบากมากไหมในการจ่าย ก็ไม่นะ เป็นยุทธศาสตร์ของนักการเมืองที่หาเสียงเอาไว้ ในฐานะที่รัฐเราทำอะไรไม่ได้เป็นผลจากนักการเมืองที่มาเป็นคนกำหนด

ผู้สัมภาษณ์ : สำหรับวันนี้รบกวนเวลาทุกท่านมาพอสมควร เดี่ยวกลัวจะไม่ทันหมดลงตรวจคะ ขอบพระคุณทุกท่านมากคะที่สละเวลามาให้ข้อมูลในวันนี้