

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย

(Drug Use in Thai Elderly in Lower Northern Region of Thailand)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาณุ ชื่นจิตร กองแก้ว

(หัวหน้าแผนงาน)

ธันวาคม 2557



สัญญาเลขที่ RAC 56002

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย

(Drug Use in Thai Elderly in Lower Northern Region of Thailand)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภญ. ชื่นจิตร กองแก้ว

ดร. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชไมพร กาญจนกิจสกุล

สนับสนุนโดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

แผนงานการวิจัยการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่าง

จากข้อมูลของสหประชาชาติ ได้มีการประมาณการว่าในอีก 40 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2593 หรือ ค.ศ. 2050) จะมีประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.4 และในประชากรกลุ่มนี้มีการใช้ยาปริมาณสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงความปลอดภัยด้านยาเป็นความสำคัญในระดับนานาชาติรวมทั้งประเทศไทย ปัญหาการใช้ยาเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมทั้งก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมากมหาศาล การประเมินความเสี่ยงของปัญหาการใช้ยาควรถูกสะท้อนผ่านงานวิจัยเชิงระบาดวิทยา การศึกษาเชิงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยแบบเจาะลึกและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าระวังด้านการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีคุณภาพบนพื้นฐานของระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม เพื่อให้ผลการศึกษสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมการใช้ยาทั้งระดับมหภาค (ได้แก่ ระบาดวิทยาของปัญหาการใช้ยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์) และจุลภาค (ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว)

การศึกษาปัญหาการใช้ยาในประชากรสูงอายุอย่างเป็นระบบในประเทศไทยเพื่อสะท้อนภาพของปัญหาการใช้ยาในชุมชน และนำไปสู่การพัฒนารอบนโยบายด้านยา รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในกลุ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยเป็นเรื่องจำเป็น ดังนั้น แผนงานการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยในเขตภาคเหนือตอนล่าง จึงมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาลักษณะธรรมชาติของปัญหาการใช้ยาที่นำไปสู่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าระวังด้านการใช้ยา

ปัญหาการใช้ยาแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกริยาอันไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยรวมถึงความร่วมมือในการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยาและผู้ป่วยสูงอายุของแผนโครงการนี้จะหมายถึงผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

แผนงานการใช้ยาจะประกอบด้วยโครงการย่อย 3 โครงการเพื่อที่จะตอบโจทย์การวิจัยด้านการใช้ยาที่ได้กำหนดไว้ 3 ประการ ดังนี้

โครงการย่อยที่ 1 จะเป็นงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาด้านยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ด้านยาเชิงมหภาค โดยการเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดปัญหาการใช้ยาในชุมชน

โครงการย่อยที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในระดับจุลภาค เพื่อบ่งชี้ปัญหาการใช้ยาในระดับบุคคล

โครงการย่อยที่ 3 ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับจุลภาค เพื่ออธิบายลักษณะการเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

การศึกษาทั้ง 3 โครงการย่อยเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective studies) โดยโครงการย่อยที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative study) ส่วนโครงการย่อยที่ 2 และ 3 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study)

ประชากรของแผนงานวิจัยคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เขตภาคเหนือตอนล่าง โดยแผนงานวิจัยนี้เลือกจังหวัดตัวแทน 3 จังหวัดพิจารณาจากการตอบรับเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก และกำแพงเพชร โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูลรวม 9 เดือน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากโครงการย่อยที่ 1 จะเป็นกลุ่มประชากรที่สนใจร่วม โดยผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองว่าเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในช่วงระยะเวลา 3 เดือน รวมทั้งผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับโครงการย่อยที่ 2 ส่วนโครงการย่อยที่ 3 จะใช้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค

ผลการศึกษาที่ได้จากทั้ง 3 โครงการย่อยร่วมตอบโจทย์การวิจัยการใช้ยาในสังคมผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างซึ่งครอบคลุมทั้งระดับมหภาคและจุลภาค ดังนี้

ลักษณะธรรมชาติของปัญหาการใช้ยาที่สัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในด้านความชุก กลุ่มยา ประเภทภาวะความเจ็บป่วย และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์เบื้องต้น ที่พบมีดังนี้

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่ผ่านการคัดกรองของเภสัชกรในงานวิจัยส่วนนี้ รวมทั้งสิ้น 4,112 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 1,999 คน ในประชากรสูงอายุพบอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเนื่องจากปัญหาการใช้ยาโดยรวมของการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 2.8 เมื่อจำแนกปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภท พบอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 2.4 ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 2.3 และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 0.9 การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาเกือบครึ่งได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้ที่ป้องกันได้ ถ้าจำแนกตามประเภทของปัญหาการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวมถึงปฏิกริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามารถป้องกันได้เกือบ 1 ใน 3 ของเหตุการณ์ทั้งหมดและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกินร้อยละ 90 สามารถป้องกันได้ ปัญหาการใช้ยาโดยรวมและปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภทส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับปานกลาง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งในกลุ่มประชากรทั้งหมดของการศึกษาซึ่งรวมประชากรสูงอายุกว่าร้อยละ 60 และกลุ่มประชากรสูงอายุ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยยิ่งอายุมาก ความเสี่ยงของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลยิ่งเพิ่มขึ้น การได้รับยาใหม่ภายในระยะเวลา 1 เดือน การใช้ยาหลายขนาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่พบในประชากรทั้งหมดของการศึกษา ได้แก่ การรับยาจากคลินิกเอกชน การรับยาจากร้านขายยา การศึกษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และครอบครัว

อันตรายที่พบบ่อยในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการใช้ยาในการศึกษานี้ ได้แก่ ภาวะ hypoglycaemia ภาวะ hypokalemia ภาวะ gastrointestinal/intracerebral haemorrhage hyperglycemia ภาวะ hypertensive urgency หรือ ascites COPD exacerbation และภาวะ drowsiness กลุ่มยาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวมถึงปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง กลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับรักษา

ตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ มีลักษณะดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากความสามารถในการบริหารยาร่วมกับความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วยพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมียา การสะสมยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง และการติดยา และพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัยทั้งการซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุประกอบด้วย (1) ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาทั้งด้านความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา) ประกอบด้วย ปัจจัยความสามารถของบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ความจำ การมองเห็น การใช้มือหยิบจับ และปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ งานดูแลผู้อื่น งานอาสาสมัคร หรืองานสังคม (2) ปัจจัยชักนำ (ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา) ได้แก่ การปรากฏของอาการของโรค เช่น ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของร่างกายต่อยา เช่น การเกิดผลข้างเคียงและผลลัพธ์เชิงการรักษา และ (3) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และพฤติกรรมการใช้ยา) ได้แก่ ปัจจัยอิทธิพลของสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่างๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยหลักทั้งสามปัจจัยนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่ปัจจัยที่มีอยู่เดิมบางปัจจัยสามารถแก้ไขได้ แต่บางปัจจัยไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนปัจจัยชักนำเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาและเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ค่อนข้างยากเนื่องจากขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นและตัวยาที่ใช้ อย่างไรก็ตามปัจจัยปรับเปลี่ยนบางปัจจัยก็สามารถแก้ไขได้ และการแก้ไวนั้นจะช่วยขจัดอุปสรรคในการใช้ยาได้ เช่น การจัดให้มีบริการขนส่งสาธารณะให้ทั่วถึงพื้นที่ห่างไกล

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ การพาไปพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การเดินทางไปรับยาแทนตามนัดหมาย การช่วยจดจำวันนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การหมั่นคอยดูแลและควบคุมอาหารการกิน การช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกเวลา การช่วยจัดเตรียมยาตามมื้ออาหารในแต่ละวัน การหมั่นถามไถ่และติดตามอาการจากการใช้ยา การสร้างความรู้สึกในการมีคุณค่าทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้าง

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานเชิงเศรษฐกิจ ความเข้าใจว่าผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี การขาดความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการใช้ยาในผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่อ่อนแอ

ผลการวิจัยจากทั้ง 3 โครงการย่อยได้นำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อสังเคราะห์กรอบนโยบายเพื่อพัฒนาการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในระดับชุมชน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ การจัดระบบศูนย์ข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ โดยมีข้อมูลของผู้ป่วยและประวัติการรักษาที่ถูกต้องและทันสมัย การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือครอบครัวสามารถจัดการการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและสามารถสื่อสารข้อมูลการใช้ยาไปยังผู้ให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดหาความจำเป็นพื้นฐานที่สนับสนุนการรักษาด้วยยา เช่น การจัดบริการรถสาธารณะให้ผู้สูงอายุสามารถพบแพทย์หรือรับยาตามนัด การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหารายบุคคลทั้งการบริการในสถานบริการและบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนนโยบายและการบริการด้านสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 10 แห่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสังวร โรงพยาบาลศรีมาศ โรงพยาบาลศรีนคร โรงพยาบาลศรีสันถวาลัย โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม โรงพยาบาลกงไกรลาศ โรงพยาบาลด่านลานทราย โรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล รวมทั้ง ผู้ป่วยที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการวิจัย และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติสำหรับเงินทุนในการทำงานวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังไว้เป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร แผนงานการวิจัยการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่าง	ก
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
บทที่ 1	
บทนำ.....	1
บทที่ 2	
กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....	3
บทที่ 3	
การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา.....	7
บทที่ 4	
พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ	13
สรุปผลการวิจัย	13
1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ	13
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา	15
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา.....	17
4. การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ.....	18
บทที่ 5	
กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	19
บทที่ 6	
อภิปรายผลการศึกษา.....	23
ขนาดของปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย	23
การได้รับยาใหม่	25
การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้.....	26
สารบัญ (ต่อ)	
การเก็บข้อมูลในสังคม	27

แหล่งที่ผู้ป่วยรับยา.....	29
จุดแข็งและจุดอ่อนของแผนงาน.....	31
ข้อเสนอแนะ	33
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	33
ข้อเสนอแนะสำหรับการบริการ	35
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย	35
บรรณานุกรม	37

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3-1 อัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา.....	8
ตารางที่ 3-2 ระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาในประชากรในการศึกษาทั้งหมดรวมผู้สูงอายุ.....	8
ตารางที่ 3-3 การป้องกันได้ของปัญหาการใช้ยาในประชากรในการศึกษาทั้งหมดรวมผู้สูงอายุ	9
ตารางที่ 3-4 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในประชากรทั้งหมด.....	11
ตารางที่ 3-5 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในประชากรผู้สูงอายุ.....	12

สารบัญรูปภาพ

แผนภาพที่ 1	ประชากรของแผนงาน การใช้ยาในผู้สูงอายุ เขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย	4
แผนภาพที่ 2	กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย	6
แผนภาพที่ 3	กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา.....	16

บทที่ 1

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงความปลอดภัยด้านการใช้ยา มีความสำคัญทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ปัญหาการใช้ยาจัดเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมทั้งก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมากมหาศาล ความตระหนักถึงความเสี่ยงของปัญหาการใช้ยาได้ถูกนำเสนอในเอกสารเชิงนโยบายทั่วโลก เอกสารนโยบายด้านยาต่างๆ รวมทั้งเอกสารเรื่อง ‘ระบบยาของประเทศไทย’ โดย นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ ยังแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีงานวิจัยเชิงระบาดวิทยา การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการก่อกำหนดการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีคุณภาพบนพื้นฐานของระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมการใช้ยาทั้งระดับมหภาค (ได้แก่ ระบาดวิทยาของปัญหาการใช้ยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์) และจุลภาค (ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว) อันจะเป็นแนวทางในการวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านยาต่อไป

จากข้อมูลของสหประชาชาติ ได้มีการประมาณการว่าในอีก 40 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2593 หรือ ค.ศ. 2050) จะมีประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.4 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.2 จากในปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) ซึ่งมีประชากรสูงอายुर้อยละ 11.2 และในประชากรกลุ่มนี้มีการใช้ยาปริมาณสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากมาจากความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของวัย โรคเรื้อรังและภูมิต้านทานที่ต่ำลง นอกจากนี้ในกลุ่มงานวิจัยด้านปัญหาการใช้ยาโดยเฉพาะในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาจำนวนมากที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแต่มีการศึกษาเพียงจำนวนน้อยที่ศึกษาความเสี่ยงของปัญหาการใช้ยาในชุมชน รวมทั้งยังขาดข้อมูลเชิงลึกในการอธิบายปัญหาการใช้ยาข้างต้น

จากปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการมีข้อมูลจากงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมในการศึกษาปัญหาการใช้ยาในประชากรสูงอายุอย่างเป็นระบบในประเทศไทยที่จะสะท้อนภาพของปัญหาการใช้ยาในชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนากฎนโยบายด้านยาและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาในกลุ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะธรรมชาติของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยา
2. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา
3. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าติดตามการใช้ยา

บทที่ 2

กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

การดำเนินแผนการวิจัยของโครงการวิจัยย่อยอยู่ภายใต้เป้าหมายหลักเดียวกัน คือ ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ของประเทศไทย

ปัญหาการใช้ยาแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2. ปฏิกริยาอันไม่พึงประสงค์ 3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยรวมถึงความร่วมมือในการใช้ยา 4. ความคลาดเคลื่อนทางยา และผู้ป่วยสูงอายุของแผนโครงการนี้จะหมายถึงผู้ป่วยอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

แผนงานการใช้ยาจะประกอบด้วยโครงการย่อย 3 โครงการเพื่อที่จะตอบโจทย์การวิจัยด้านการใช้ยาที่ได้กำหนดไว้ 3 ประการข้างต้น ดังนี้

โครงการย่อยที่ 1 จะเป็นงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาด้านยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ด้านยาเชิงมหภาค โดยการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดปัญหาการใช้ยาในชุมชน

โครงการย่อยที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในระดับจุลภาค เพื่อบ่งชี้ปัญหาการใช้ยาในระดับบุคคล

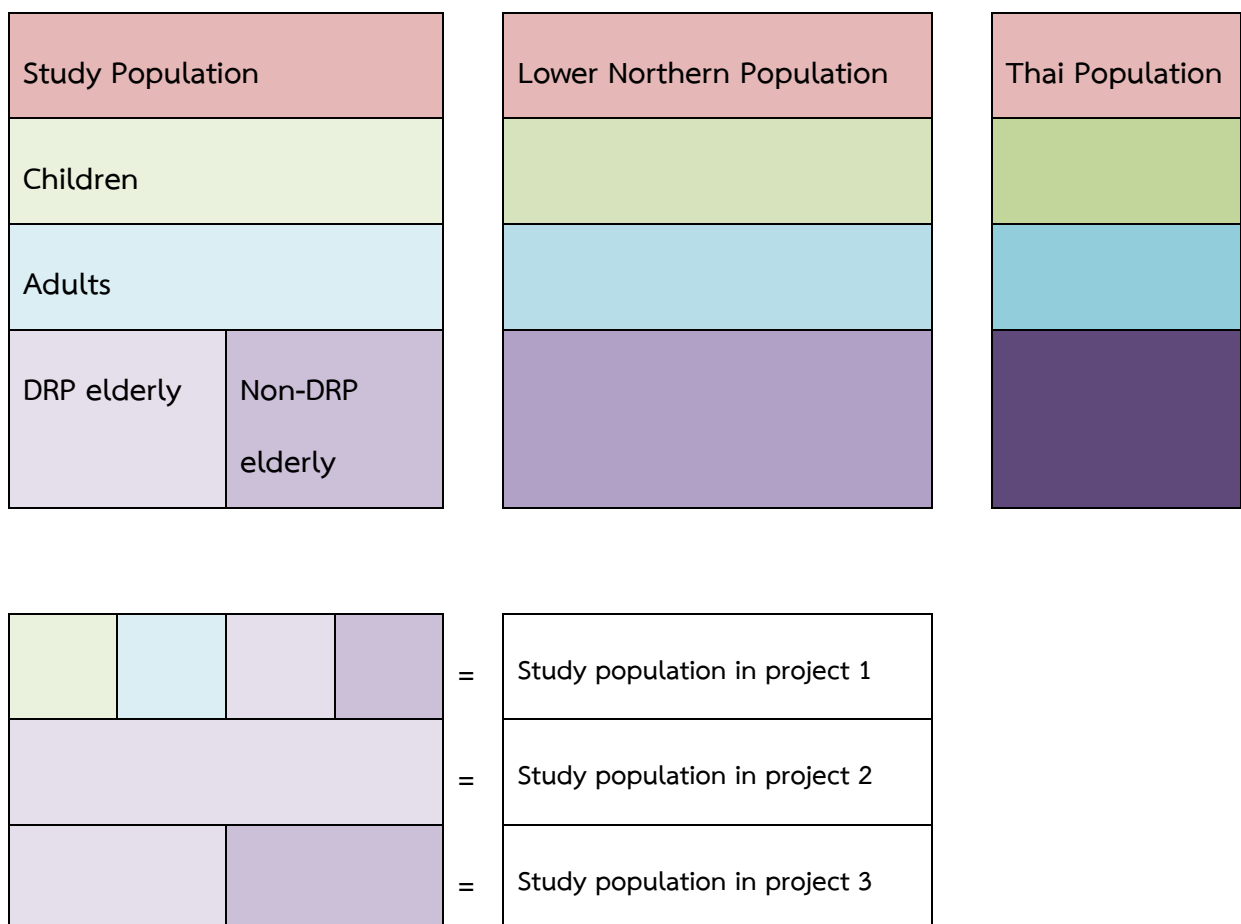
โครงการย่อยที่ 3 ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับจุลภาค เพื่ออธิบายลักษณะการเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

การศึกษาทั้ง 3 โครงการย่อยเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective studies) โดยโครงการย่อยที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) ส่วนโครงการย่อยที่ 2 และ 3 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

ประชากรของแผนงานวิจัยคือผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เขตภาคเหนือตอนล่าง ในแผนงานวิจัยนี้เลือกจังหวัดตัวแทนจากการตอบรับเข้าร่วมโครงการประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก กำแพงเพชร พิจิตร และอุตรดิตถ์ จำนวนประชากรผู้ป่วยสำหรับการศึกษาที่ผ่านการคัดกรองโดย

เกสรจากโครงการย่อยที่ 1 รวมทั้งสิ้น 4,122 คน จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ 26 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 6 คน ผู้สูงอายุและสมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุ 50 ราย

แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาเก็บข้อมูลรวม 9 เดือน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากโครงการย่อยที่ 1 จะเป็นกลุ่มประชากรที่สนใจร่วม โดยผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองว่าเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในช่วงระยะเวลา 3 เดือน รวมทั้งผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับโครงการย่อยที่ 2 ส่วนโครงการย่อยที่ 3 จะใช้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างดังแผนภาพที่ 1



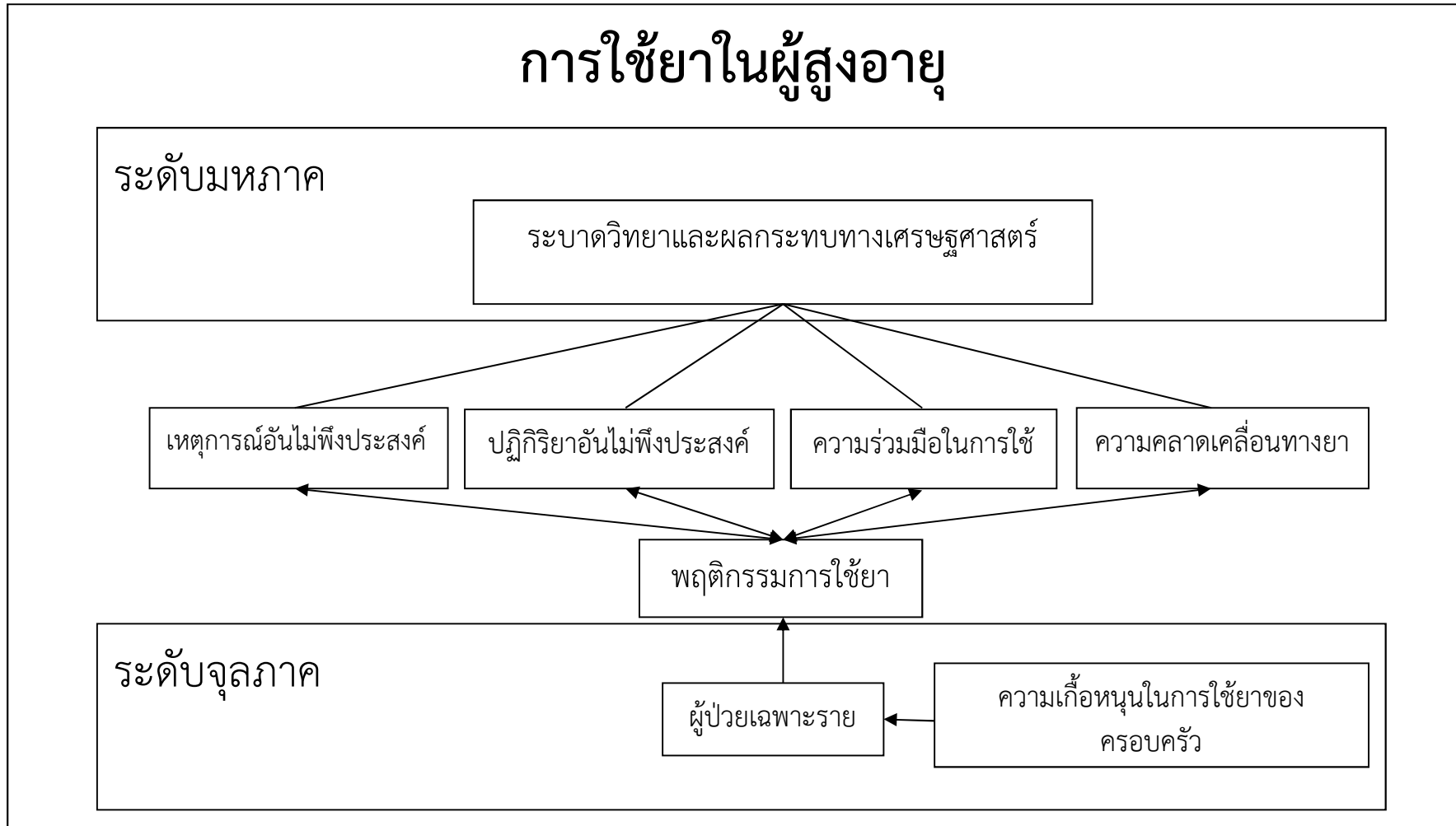
แผนภาพที่ 1 ประชากรของแผนงาน การใช้ยาในผู้สูงอายุ เขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย

ผลการศึกษาที่ได้จากทั้ง 3 โครงการย่อยจะร่วมตอบโจทย์การวิจัยการใช้ยาในสังคมผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างซึ่งครอบคลุมทั้งระดับมหภาคและจุลภาค ดังนี้

1. ลักษณะธรรมชาติของปัญหาการใช้ยาที่สัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในด้านความชุก กลุ่มยา ประเภทภาวะความเจ็บป่วย และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุมีลักษณะอย่างไร
3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในลักษณะใด

ผลการวิจัยจากทั้ง 3 โครงการย่อยถูกนำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อสังเคราะห์กรอบนโยบายเพื่อพัฒนาการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในระดับชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุ ได้รับรู้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาการใช้ยา

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย



บทที่ 3

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา

รายงานการวิจัยในบทนี้ เป็นการรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะธรรมชาติของปัญหาการใช้ยาที่สัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในด้านความชุก กลุ่มยา ประเภทภาวะความเจ็บป่วย และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์เบื้องต้น

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่ผ่านการคัดกรองของเภสัชกรในงานวิจัยนี้ รวมทั้งสิ้น 4,112 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 1,999 คน พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีปัญหาการใช้ยา 151 คน (ร้อยละ 3.7) และเมื่อทำการทบทวนปัญหาการใช้ยาที่สงสัยโดยผู้เชี่ยวชาญ พบผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาจำนวน 104 คน (ร้อยละ 2.5) โดยจำแนกออกได้ เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ปัญหาการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (co-incidental events) 13 คน (ร้อยละ 0.3) และผู้ป่วยที่ปัญหาการใช้ยาเป็นสาเหตุของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (causal events) 91 คน (ร้อยละ 2.2)

อัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่ามีสาเหตุมาจากปัญหาการใช้ยาโดยรวมและแยกตามประเภทของปัญหาการใช้ยา ดังตารางสรุป ที่ 3-1 แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ไม่พบการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยา

ตารางที่ 3-1 อัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา

	การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจาก			
	ปัญหาการใช้ยา โดยรวม	เหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์	ปฏิกิริยาไม่พึง ประสงค์	ความไม่ร่วมมือในการ ใช้ยา
ประชากรทั้งหมดรวม ประชากรสูงอายุ	91 (ร้อยละ 2.2)	70 (ร้อยละ 1.7)	68 (ร้อยละ 1.6)	32 (ร้อยละ 0.8)
ประชากรสูงอายุ	56 (ร้อยละ 2.8)	47 (ร้อยละ 2.4)	46 (ร้อยละ 2.3)	18 (ร้อยละ 0.9)

ความรุนแรงและการป้องกันได้ของเหตุการณ์เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาดัง
สรุปในตาราง 3-2 และ 3-3 ปัญหาการใช้ยาโดยรวมและปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภทมีความรุนแรงระดับ
ปานกลาง

ตารางที่ 3-2 ระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาในประชากรในการศึกษาทั้งหมดรวมผู้สูงอายุ

ตาราง 3-2 Severity of all drug-related admissions

Severity	All (N=151)	DRPsCausal (N=91)	DRPsCausal (N=70)	ADEsCausal (N=68)	ADRCausal non-adherence
No harm (%)	-	-	-	-	-
Low (%)	-	-	-	-	-
Moderate (%)	140 (92.7)	90 (98.9)	69 (98.6)	67 (98.5)	32 (100.0)
Severe (%)	8 (5.3)	1 (1.1)	1 (1.4)	1 (1.5)	-
Death (%)	3 (2.0)	-	-	-	-

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาเกือบครึ่งได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ
ว่าเป็นปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้ ถ้าจำแนกตามประเภทของปัญหาการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวมถึง
ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามารถป้องกันได้เกือบ 1 ใน 3 ของเหตุการณ์ทั้งหมด และความไม่
ร่วมมือในการใช้ยากว่าร้อยละ 90 สามารถป้องกันได้

ตารางที่ 3-3 การป้องกันได้ของปัญหาการใช้ยาในประชากรในการศึกษาทั้งหมดรวมผู้สูงอายุ

ตาราง 3-3 Preventability of all drug-related admissions

Severity	All DRPs (N=151)	Causal DRPs (N=91)	Causal ADEs (N=70)	Causal ADR (N=68)	Causal non-adherence (N=32)
Not preventable	110 (72.8)	51 (56.0)	48 (68.6)	48 (70.6)	3 (9.4)
Preventable (%)	41 (27.2)	40 (44.0)	22 (31.4)	20 (29.4)	29 (90.6)

งานวิจัยนี้ พบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตัวชี้วัดในการระบุผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบทั้งในกลุ่มประชากรทั้งหมดของการศึกษา (รวมประชากรสูงอายุกว่าร้อยละ 60) และกลุ่มประชากรสูงอายุ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยยิ่งอายุมาก ความเสี่ยงของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น การได้รับยาใหม่ภายในระยะเวลา 1 เดือน การใช้ยาหลายขนาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด) ในตาราง 3-4 และ 3-5 แสดงข้อมูลเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีนัยสำคัญ (รายละเอียดที่เพิ่มเติมดูจากรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการย่อยที่ 1) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่พบในประชากรทั้งหมดของการศึกษา ได้แก่ การรับยาจากคลินิกเอกชน การรับยาจากร้านขายยา การศึกษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และครอบครัว

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวมถึงปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มยา 6 ระบบ (รายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการย่อยที่ 1) ซึ่งจัดลำดับได้ดังนี้ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง ยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ และยาในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มยาในระบบต่อมไร้ท่อที่มีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ sulfonylureas (ร้อยละ 16.1) biguanides (ร้อยละ 14.3) insulin (ร้อยละ 8.1) โดยเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับภาวะ hypoglycemic ส่วนกลุ่มยากลุ่มระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ diuretics (ร้อยละ 9.9) antiplatelet (ร้อยละ 5.4) warfarin (ร้อยละ 2.7) โดยเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จาก diuretics เกี่ยวข้องกับภาวะ hypokalemia ส่วนเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเข้ารับ

รักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จาก diuretics และ antiplatelet เกี่ยวข้องกับภาวะ gastrointestinal hemorrhage หรือ intracerebral haemorrhage และกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ antidepressants (ร้อยละ 5.4) antipsychotics (ร้อยละ 4.5) เหตุการณ์ที่นำไปสู่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับภาวะ drowsiness อันตรายที่พบบ่อยในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการใช้ยาในการศึกษานี้ ได้แก่ ภาวะ hypoglycaemia ภาวะ hypokalemia ภาวะ gastrointestinal/intracerebral haemorrhage hyperglycemia ภาวะ hypertensive urgency หรือ ascites COPD exacerbation และภาวะ drowsiness

ส่วนการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มยา 5 ระบบ ซึ่งจัดลำดับได้ดังนี้ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง และยาในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มยาในระบบต่อมไร้ท่อที่มีความเกี่ยวข้องการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ insulin (ร้อยละ 24.3) sulfonylureas (ร้อยละ 13.5) biguanides (ร้อยละ 10.8) โดยการใช้ยาในกลุ่มนี้พบทั้งการใช้ยามากและน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เหตุการณ์ที่นำไปสู่การรับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาก่อนหน้านี้เกี่ยวข้องกับ hyperglycemia หรือ hypoglycaemia ส่วนกลุ่มยากลุ่มระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ diuretics (ร้อยละ 10.8) ACEIs (ร้อยละ 8.1) beta-blocker (ร้อยละ 5.4) calcium channel blocker (ร้อยละ 2.7) โดยทุกเหตุการณ์ที่พบเป็นการใช้นาน้อยกว่าที่ควรใช้ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ตามมาได้แก่ ภาวะ hypertensive urgency หรือ ascites เป็นสำคัญ และกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ corticosteroids (ร้อยละ 8.1) bronchodilators (ร้อยละ 2.7) และ beta agonist (ร้อยละ 2.7) ทุกเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการใช้นาน้อยกว่าที่ควรจะเป็นและนำไปสู่ภาวะ COPD exacerbation

ตารางที่ 3-4 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในประชากรทั้งหมด

Risk factors	Causal DRPs vs. Non DRPs	
	Odds Ratio (95% CI)	P-value
Overall DRPs		
Education (Primary as reference)	0.50 (0.27 - 0.94)	0.032
Alcohol Drinking (No as reference)	2.34 (1.38 - 3.98)	0.002
No. Prescribed drugs (< 5 as reference)	2.57 (1.52 - 4.33)	0.0004
Source of drugs- Private clinics	2.97 (0.96 - 9.19)	0.059
Receiving new drugs within a week	1.85 (0.99 - 3.44)	0.051
(No as reference)		
ADEs		
Prescribed drugs (< 5 as reference)	3.68 (1.94 - 6.99)	< 0.0001
- Sources of drugs: Drug store	3.57 (1.15 - 11.11)	0.028
(No as reference)		
Receiving new drugs within a week	2.08 (1.07 - 4.05)	0.030
(No as reference)		
ADRs		
Family (None as reference)	0.43 (0.19 - 1.00)	0.050
No. Prescribed drugs (< 5 as reference)	3.84 (1.99 - 7.43)	< 0.0001
Sources of drugs - Drug store	3.62 (1.16 - 11.31)	0.027
Receiving new drugs within a week	2.15 (1.10-4.19)	0.025
(No as reference)		
Non-adherence		
Education (Primary as reference)	0.24 (0.07 - 0.80)	0.020
Alcohol drinking (No as reference)	4.71 (1.81 - 12.27)	0.002
Source of drugs – Private clinic		
(No as reference)	4.83 (1.05 - 22.14)	0.043
Receiving new drugs within a month		
(No as reference)	2.75 (1.13 - 6.73)	0.027

ตารางที่ 3-5 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในประชากรผู้สูงอายุ

Risk factors	Causal DRPs vs. Non DRPs	
	Odds Ratio (95% CI)	P-value
Overall DRPs		
Age (60-69 as reference)		0.033
70 – 79	1.93 (1.07 - 3.48)	
80 or more	0.73 (0.27 - 1.98)	
Receiving new drugs within a week (No as reference)	2.22 (1.04 - 4.75)	0.040
Receiving new drugs within a month (No as reference)	2.21 (1.07 - 4.55)	0.032
ADEs		
Sex	2.11 (1.11 - 3.99)	0.022
No. Prescribed drugs (< 5 as reference)	2.04 (1.06 - 3.95)	0.034
Receiving new drugs within a week (No as reference)	2.35 (1.05 - 5.23)	0.037
Receiving new drugs within a month (No as reference)	2.46 (1.14 - 5.28)	0.022
ADRs		
Sex	2.02 (1.06 - 3.85)	0.032
No. Prescribed drugs (< 5 as reference)	2.20 (1.12 - 4.33)	0.023
Receiving new drugs within a week (No as reference)	2.35 (1.05 - 5.25)	0.037
Receiving new drugs within a month (No as reference)	2.49 (1.15 - 5.37)	0.020
Non-adherence		
Receiving new drugs within a month (No as reference)	5.91 (1.99 - 15.99)	0.001

บทที่ 4

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ

รายงานการวิจัยในบทนี้เป็นการรายงานการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุไทยในเขตภาคเหนือตอนล่าง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 11 คน เพศหญิง 12 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 60-81 ปี ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 6 คน เป็นหญิง 5 คน ชาย 1 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 19 – 70 ปี การสนทนากลุ่มจัดขึ้น 4 ครั้ง มีผู้ร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 26 คน ประกอบด้วยแพทย์ 5 คน พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 10 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 คน และเภสัชกร 4 คน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าประเด็นสำคัญของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ การปรับพฤติกรรมเมื่อมีการใช้ยา ซึ่งการปรับพฤติกรรมนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและ/หรือต่อผลลัพธ์ของการใช้ยา ทำให้เกิดลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ผู้สูงอายุจะต้องมีความสามารถหลัก 2 ด้านคือ ความสามารถในการบริหารยา (capability to perform medication administration) และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม (capability to make a proper decision) รายงานผลการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ (1) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ (2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ (3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และ (4) การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งครบตามเวลาที่แพทย์กำหนด และการใช้ยาด้วยตนเองที่ได้จากการแสวงหาการ

รักษาด้วยทางเลือกอื่นรวมทั้งสารบำรุงร่างกาย ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุและผู้ดูแลและการเก็บข้อมูลภาคสนาม รวมทั้งการสนทนากลุ่มในบุคลากรทาง การแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาใน 4 ด้าน คือ การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำสั่ง แพทย์ การใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอนและยาทางเลือกอื่น การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา และการเก็บรักษา ยา

1.1 การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์

ผู้สูงอายุบางรายมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจนกระทั่งครบตามเวลาที่แพทย์กำหนด แต่หลายรายก็มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหา โดยพบลักษณะพฤติกรรมต่างๆ เช่น

- 1) การรวบม้อยา พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นบ่อย โดยมีสาเหตุต่าง ๆ กันไป เช่น ลืมกินยาจึงเพิ่มยาในมือ ต่อไป หรือเกิดจากการได้รับยาหลายชนิด หรือการแบ่งยาออกเป็นม้อย่อย ๆ หลายมื่อทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกยุ่งยาก จึงตัดสินใจรวบม้อยาไว้ด้วยกัน เพื่อป้องกันการลืมกินยา
- 2) การสะสมยาที่เหลือทิ้งจากการจ่ายยารั้งก่อนหรือเก็บสะสมยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้แล้ว เพื่อ สำรองไว้ใช้หากมีอาการกำเริบ หรือใช้ทดแทนหากยาที่แพทย์สั่งใช้หมดก่อนวันนัด
- 3) การใช้ยาที่จำเป็นต้องใช้อย่างสม่ำเสมอเป็นบางเวลา เช่น ลืมใช้ยา หรือตั้งใจใช้เป็นบางเวลาหรือ เฉพาะเมื่อมีอาการ หรือมีเหตุผลเพื่อเก็บสะสมยาไว้ใช้ในเวลาที่จำเป็น
- 4) การปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง พฤติกรรมนี้เกิดได้ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ อาจมีการปรับยา เนื่องจากความสับสนของขนาดยาที่ได้รับจากแพทย์ หรือการรักษาหลายที่ หรือจากการเกิด ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจึงลดหรือหยุดยาไป บางรายจะหยุดใช้ยาไปเองเพราะคิดว่าหายแล้ว หรือเพิ่มขนาดยาโดยตั้งใจเพราะเข้าใจผิดว่าจะช่วยให้หายป่วยเร็วขึ้น
- 5) การใช้ยาที่แพทย์ให้ใช้เป็นครั้งคราวอยู่เป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีลักษณะเหมือนติดยาได้ เกิดจากความรู้สึกว่ายาที่ใช้นั้นรักษาอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันได้ดี เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ ปวด จึงมีความต้องการที่จะใช้ยานั้นอยู่เป็นประจำ

1.2 การใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอนและยาทางเลือกอื่น

การใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาชุด ผู้สูงอายุมีการใช้ยาเหล่านี้โดยมีเหตุผลต่าง ๆ เช่น ลองใช้ดูเพราะยาที่แพทย์สั่งให้ใช้รักษานานแล้ว ยังไม่หาย การได้ยาเหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนความหวังใหม่ และเคยเห็นคนอื่นใช้แล้วไม่มีปัญหาอะไรผู้สูงอายุจึงใช้บ้าง เมื่อได้เริ่มใช้ยาเหล่านี้แล้วรู้สึกว่าการดีขึ้นก็จะใช้ต่อหรือคิดว่า การใช้ยาแผนปัจจุบันบางชนิดก็มีอันตรายเช่นกัน เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรจึงเปลี่ยนมาใช้สมุนไพรเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพราะรักษาโรคได้เหมือนกัน และไม่มีอันตรายอย่างที่ยาแผนปัจจุบันมี ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่รู้โทษของการใช้ยาชุด ยาลูกกลอน โดยเข้าใจว่ากินแล้วอาการดีขึ้น ไม่รู้สึกว่าเป็นอันตรายแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายรู้ว่ายาลูกกลอนบางชนิดอาจมีสเตียรอยด์ผสมอยู่และอาจเป็นอันตราย แต่เชื่อว่ายาลูกกลอนที่ตนใช้ไม่มีสเตียรอยด์เพราะไม่เห็นว่ามีอาการผิดปกติจึงยังคงใช้อยู่

1.3 การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา

ผู้สูงอายุบางรายมีการเปลี่ยนสถานที่รักษาไปเรื่อยๆ (shop around) โดยมีแหล่งให้บริการต่างๆ มากมาย อาทิ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลหรือคลินิกของเอกชน ร้านยา คนเร่ขายยา การโฆษณาหรือการบอกต่อ การเปลี่ยนสถานบริการเพื่อรับยาเกิดจากความรู้สึกของผู้สูงอายุว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือดีขึ้นแต่ไม่หายขาดจึงแสวงหาทางเลือกใหม่ อาจเกิดจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ไม่ทราบว่าการที่เกาขึ้นแตรกซ้อนเป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดจากความรู้สึกว่าหมอให้ยาไม่ถูกต้องกับโรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่รักษาพยาบาล ได้แก่ ลักษณะของความเจ็บป่วย เวลาที่เข้ารับการรักษา ค่ารักษาพยาบาล ผลของการรักษา ความสะดวกรวดเร็ว การเดินทาง และความเชื่อ เป็นต้น

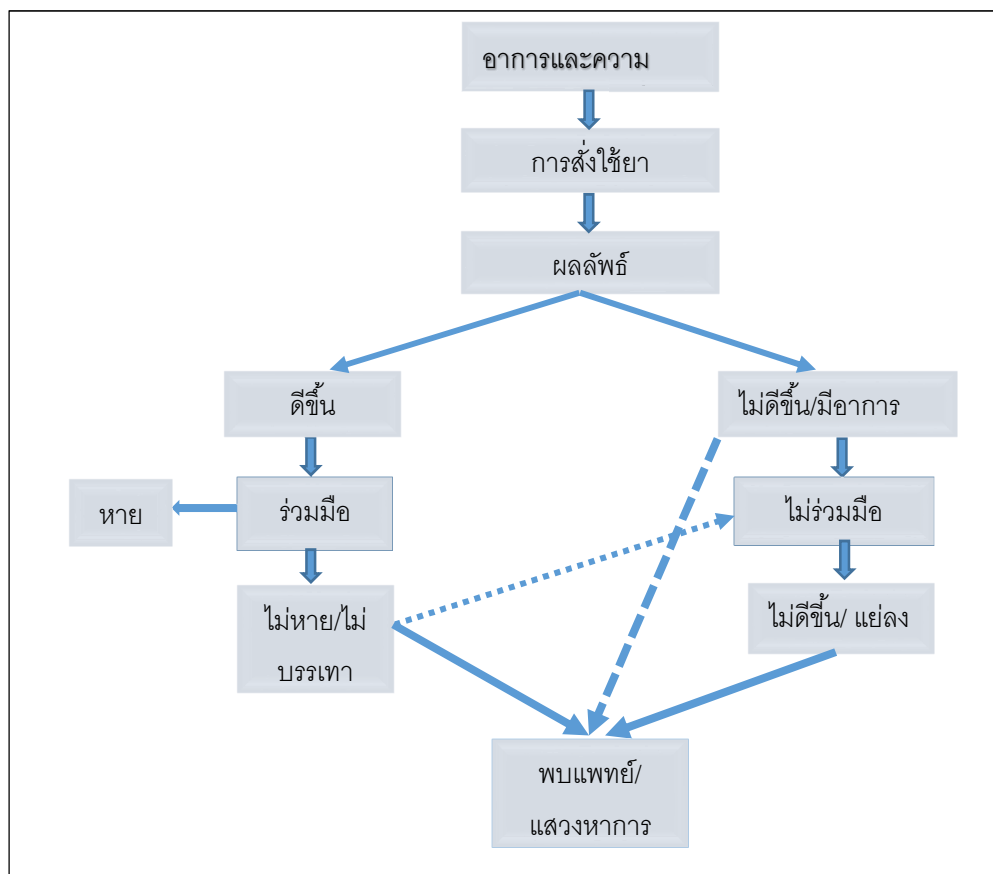
1.4 การเก็บรักษายา

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง คือเก็บยาในที่แห้ง และไม่ร้อนเกินไป เก็บยาไว้ในซองแยกแต่ละตัวอยู่ในห่อของยาแต่ละชนิด บางรายอาจมีการจัดยาไว้ล่วงหน้าเป็นมื้อ ๆ และมีการเก็บอย่างเป็นระเบียบใส่ถุงมิดชิด แต่ผู้สูงอายุบางรายมีการเก็บยาที่ไม่เป็นระเบียบ เช่น เก็บยาทุกชนิดไว้ในถุงเดียวกันทั้งหมด ไม่สามารถบอกได้ว่ายาชนิดใดใช้อย่างไร บางรายเกิดจากความไม่รู้หรือเข้าใจผิดเช่น ยาอินสุลินเมื่อเปิดใช้แล้วจะเก็บไว้ในตู้เย็น เพราะเข้าใจว่าให้เก็บไว้ในตู้เย็นเฉพาะขวดที่ยังไม่เปิดใช้เท่านั้น

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเกิดขึ้นโดยเป็นผลจากการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ของการใช้ยา จึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมี

ความเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษา รวมทั้งได้รับยาตามการสั่งใช้ยาจากแพทย์ ผลของการใช้ยาในระยะแรกหากอาการดีขึ้น ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในการใช้ยา หรืออาจใช้การรักษาทางเลือกอื่นร่วมด้วย ความร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลต่อผู้สูงอายุได้ทั้งการบรรเทา/หายจากความเจ็บป่วย หากผลของการใช้ยาไม่ทำให้อาการดีขึ้น/ไม่บรรเทา/ไม่หาย ผู้สูงอายุอาจกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง หรือไม่ร่วมมือในการใช้ยา และอาจมีการแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษา ซึ่งถ้าอาการไม่ดีขึ้น อาจทำให้ต้องกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดขึ้นได้ทั้งในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น ทั้งนี้ อาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น มีอาการข้างเคียงของยา หรืออาการของโรคซึ่งไม่รุนแรงอยู่แล้ว การใช้ยาจึงไม่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัด ผู้ป่วยจึงมีการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นผลจากการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจัดกลุ่มของปัจจัยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (preexisting factors) ปัจจัยชักนำ (precipitating factors) และปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) ดังนี้

3.1 ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (preexisting factors) ปัจจัยที่มีอยู่เดิม คือปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ส่งผลต่อทักษะในการใช้ยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย (1) ปัจจัยความสามารถของบุคคล (individual capacity factors) คือปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติภายในบุคคลที่แสดงถึงศักยภาพของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ความรู้ ทักษะที่มีต่อโรคและการรักษาของแพทย์ สมรรถภาพสมอง การทำหน้าที่ของร่างกายส่วนต่าง ๆ อาทิ การมองเห็น การได้ยิน และการใช้มือหยิบจับ และ (2) ภารกิจในชีวิตประจำวัน (daily activity factors) คือภารกิจที่ผู้สูงอายุต้องทำในแต่ละวัน ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภารกิจในชีวิตประจำวันไม่มากนัก ทำให้มีความสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเองมากและตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่ผู้สูงอายุบางรายยังคงมีบทบาทในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพและครอบครัว งานผู้ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว งานอาสาสมัคร หรือมีงานสังคม ทำให้ต้องแบ่งความสนใจให้กับทั้งการใช้ชีวิตและเรื่องสุขภาพและการใช้ยา

3.2 ปัจจัยชักนำ (precipitating factors) ปัจจัยชักนำคือปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรม เนื่องจากปัจจัยชักนำนี้จะเหมือนสิ่งที่จะเข้ามากระทบบุคคล ให้มีการแสดงพฤติกรรมหรือปรับพฤติกรรมในการใช้ยา ปัจจัยที่มีลักษณะชักนำให้มีการปรับพฤติกรรมได้แก่ (1) การปรากฏของอาการของโรค (disease manifestation) เช่น ความรุนแรงของอาการ ความเด่นชัดของอาการของโรค ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และ (2) การตอบสนองของร่างกายต่อยา (response to medication) เช่น การมีอาการดีขึ้น การเกิดผลข้างเคียง และผลลัพธ์เชิงการรักษา

3.3 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) คือปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิมและ/หรือปัจจัยชักนำให้มีการเปลี่ยนแปลง โดยอาจทำให้ปัจจัยที่มีอยู่เดิมมีมากขึ้นหรือลดลงหรือทำให้ปัจจัยชักนำมีความรุนแรงหรือเด่นชัดขึ้น เช่น (1) ปัจจัยอิทธิพลของสังคม อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ และสื่อต่างๆ โดยอิทธิพลเป็นผลจากการดูแลโดยตรง หรือการสื่อสารระหว่างบุคคล (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่นคุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความ

ซับซ้อนของวิธีการใช้ยา (3) ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และ (4) ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยนี้จะส่งผลต่อภารกิจในชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจพอมีพอใช้ไม่ต้องดิ้นรนหรือจู้จี้กับการทำงานมาก จึงมีเวลาใส่ใจเกี่ยวกับการใช้ยาได้มาก

4. การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ

ข้อมูลการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ที่ใช้ในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะไว้ 3 ประการ คือ การจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรุก และการจัดการเชิงระบบ

การจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรับ เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการในสถานพยาบาล เช่น การรับการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง หรือในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน จึงควรมีการแก้ไขปัญหามาตรการการใช้ยาเฉพาะราย กล่าวคือ เมื่อพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก็แก้ไขเฉพาะรายที่มีปัญหานั้นๆ โดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในลักษณะสองทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับฟังผู้สูงอายุ

การจัดการเชิงรุก สำหรับแผนกผู้ป่วยนอกการให้ข้อมูลและคำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นเรื่องสำคัญ จำเป็น สำหรับผู้ป่วยในจะมีการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรค การแก้ไขปัญหามาตรการการใช้ยาด้วยการประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (medication reconciliation) และการจัดยาเป็นมื้อ (unit dose) ให้ดู นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านก็เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเพราะทำให้ผู้บริการได้ไปสัมผัสกับสถานการณ์เฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละรายและเข้าใจปัญหาและสาเหตุได้มากขึ้น การจัดการเชิงรุกจะได้ผลดีเมื่อได้รับความร่วมมือจาก ครอบครัวหรือผู้ดูแล

การจัดการเชิงระบบ การป้องกันหรือแก้ไขปัญหามาตรการการใช้ยาทั้งเชิงรุกและเชิงรับเป็นการแก้ไขที่ตัวผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ให้บริการเอง แต่ปัญหาการใช้ยามีความต้องการการจัดการเชิงระบบเช่นกันเพื่อขจัดสาเหตุของปัญหา เช่น การจัดให้มีการปรึกษาหารือในทีมสหสาขาเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหา การจัดให้มีผู้จัดการรายบุคคล (case manager) รวมทั้งการจัดทำระบบศูนย์ข้อมูล (data center) เป็นต้น ทั้งนี้ยังมีปัญหาเชิงระบบที่ไม่สามารถจัดการได้ เช่น ปัญหาการคมนาคมที่ไม่สะดวกทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

บทที่ 5

กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กระบวนการมีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังใน 2 ส่วน
สำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่
ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการ
ใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1. กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค
เรื้อรัง

ในแง่ของกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาสำหรับ
ผู้สูงอายุในรูปแบบของกิจกรรมที่สำคัญๆ ดังนี้

1.1 การพาไปพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาและตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
โดยแพทย์จะระบุวันและเวลานัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการอย่างเป็นระยะ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวของ
ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาด้วยการพาไปพบแพทย์เพื่อตรวจและติดตามอาการตามนัด
หมาย

1.2 การเดินทางไปรับยาแทนตามนัดหมาย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางรายมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย อันทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจอันเป็นปกติได้ บุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวจึงได้เข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือหรือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง ซึ่งหนึ่งในกิจสำคัญที่บุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวได้เข้ามีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วยก็คือ การเดินทางไปรับยาแทนตามนัดหมายที่โรงพยาบาล

1.3 การช่วยจดจำวันนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยจดจำวันและเวลานัดหมายของแพทย์ นับมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุไปพบแพทย์ได้ตามนัดหมายเพื่อตรวจติดตามอาการและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้

1.4 การเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

หนึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก็คือ การเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ

1.5 การหมั่นคอยดูแลและควบคุมอาหารการกิน

นอกจากเรื่องการเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องแล้ว การดูแลควบคุมเรื่องอาหารการกินตามคำแนะนำของแพทย์ ยังนับเป็นอีกหนึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.6 การช่วยเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกเวลา

การช่วยเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกเวลา ถือได้ว่าเป็นหนึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาที่พบเห็นได้โดยทั่วไปในหลายครอบครัว ซึ่งในผู้สูงอายุบางรายได้เริ่มมีการหลงลืมรับประทานยาอยู่บ้าง ในขณะที่บางรายก็ยังสามารถดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาได้ดีอยู่ หากแต่ครอบครัวก็ยังคงมีการเตือนหรือถามไถ่เกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกเวลา

1.7 การช่วยจัดเตรียมยาตามมื้ออาหารในแต่ละวัน

การช่วยจัดเตรียมยาตามมื้ออาหารในแต่ละวัน เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ อันนับว่ามีส่วนอย่างสำคัญในการช่วยขจัดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ

1.8 การหมั่นถามไถ่และติดตามอาการจากการใช้ยา

การหมั่นถามไถ่และติดตามอาการจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสำคัญในการช่วยให้แพทย์ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

1.9 การสร้างความรู้สึกร่วมในการมีคุณค่าทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้าง

สัมพันธภาพของบุคคลหรือสมาชิกภายในครอบครัวนั้น มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความรู้สึกร่วมในการมีคุณค่าในตนเองและการมีคุณค่าต่อผู้อื่นของผู้สูงอายุ ความรู้สึกร่วมดังกล่าวนี้ นับว่าเป็นพลังสำคัญในการต่อสู้กับโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่ของผู้สูงอายุ ทำให้ลดทลายความย่อท้อต่อการที่ต้องรับประทานยาที่มากมายและต่อเนื่อง

2. ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2.1 สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานเชิงเศรษฐกิจ

การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานเชิงเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัวมากเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นการพาไปพบแพทย์ตามนัดหมายอยู่เป็นประจำ การใช้ยา และการปฏิบัติตนตามแพทย์แนะนำ เช่น การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้น การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานเชิงเศรษฐกิจจึงนับเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาในกรณีดังกล่าวในผู้สูงอายุบางรายได้ในระดับหนึ่ง

2.1 ความเข้าใจว่าผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี

ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในงานศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่มักมองเห็นว่าผู้สูงอายุยังสามารถจดจำเรื่องราวและช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อยู่ กอปรกับโดยมากมีระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานานกว่าหลายปี ครอบครัวจึงเข้าใจว่าผู้สูงอายุน่าจะมีความชำนาญในการใช้ยาเป็นอย่างดี ดังนั้น จึงได้ขาดความระมัดระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากอาการหลงลืมของผู้สูงอายุที่อาจดำเนินไปตามวัย และเป็นผลทำให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยาขึ้น

2.3 การขาดความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการใช้ยาในผู้สูงอายุ

การขาดซึ่งความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการใช้ยา นับเป็นปัญหาที่สร้างความเสี่ยงต่อการใช้ยาที่ผิดพลาดในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งในแง่ของการเพิกเฉยในการมีส่วนร่วมเกื้อหนุนด้านการใช้ยาและหรือการมีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อันอาจนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมากตามมา นอกจากนี้ หากครอบครัวขาดซึ่งความรู้ในข้อควรระวังต่างๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ย่อมมีผลกระทบอย่างสำคัญต่อประสิทธิภาพตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยเช่นกัน

2.4 สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่อ่อนแอ

สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่อ่อนแอมีผลอย่างสำคัญต่อการหย่อนในประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสมาชิกภายในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งและบาดหมางกัน และหรือขาดการเอื้อยื้อกันต่อกัน

บทที่ 6

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ขนาดของปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทยประมาณ 3 คนจากผู้ป่วย 100 คน มีความเสี่ยงของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา โดยอันตรายจากการใช้ยาไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใดๆ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์) พบได้ในผู้ป่วยประมาณ 5 รายจากผู้ป่วย 100 ราย เช่นเดียวกับอันตรายที่มีสาเหตุจากตัวยาหรือปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ และผู้ป่วยประมาณ 1 รายจาก 100 รายมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

ขนาดของปัญหาการใช้ยาที่พบในการแผนงานวิจัยนี้ เป็นภาพสะท้อนเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาการใช้ยาในชุมชนซึ่งมีโรงพยาบาลเป็นจุดคัดกรองปัญหาการใช้ยาในชุมชน โดยปัญหาการใช้ยาที่ผ่านการคัดกรองจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดมีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงมาก แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในชุมชนอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่เข้าสู่การคัดกรอง ปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกคัดกรองดังกล่าวอาจมีความรุนแรงสูงมากก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนโดยที่เหตุการณ์เหล่านั้นไม่ได้เข้าสู่กระบวนการคัดกรองในโรงพยาบาล หรือปัญหาการใช้ยาที่มีความรุนแรงต่ำ แต่อาจมีผลที่ตามมาในเชิงลบต่อผลการรักษาดังที่ได้ภาพสะท้อนส่วนหนึ่งจากการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยไปในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ชนิดไม่รุนแรงจากยา เช่น อาการง่วงซึม จึงหยุดกินยาเป็นระยะๆ ส่งผลให้อาการของโรคไม่ทุเลาซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ในระบบสุขภาพ ในระยะยาวอาการของผู้ป่วยอาจรุนแรงขึ้นและใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น การศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาด้านระบาดวิทยาของปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยการเก็บข้อมูลระดับครัวเรือนในชุมชน

เมื่อเทียบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์^[1] ซึ่งพบว่าอัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 10.7 (ช่วงค่าพิสัยควอไทล์ร้อยละ 9.6 ถึง ร้อยละ 13.3)

แผนงานนี้พบอัตราชุกที่ต่ำกว่าค่าประมาณอัตราชุกจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบข้างต้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระเบียบวิธีวิจัยและระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ความชุกที่รายงานในการศึกษานี้ นับจำนวนผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้รับการพิจารณาจากทีมผู้เชี่ยวชาญว่ายาเป็นสาเหตุในระดับที่แน่นอนหรือมีความเป็นไปได้สูงเท่านั้น ในขณะที่การศึกษาอื่นๆ อาจใช้จำนวนผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเกิดปัญหาการใช้ยาจากขั้นตอนการคัดกรองมาคำนวณอัตราชุก นอกจากนี้สำหรับงานวิจัยที่มีการประเมินปัญหาการใช้ยาโดยผู้เชี่ยวชาญ ยังอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องของเกณฑ์การประเมินปัญหาการใช้ยา ในส่วนของระบบบริการสุขภาพ ระบบการรับคนไข้ในประเทศไทยอาจมีความแตกต่างจากระบบการรับคนไข้ในประเทศอื่นๆ ที่รวมเข้าอยู่ในการทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะจำนวนการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมดซึ่งเป็นตัวส่วนในการคำนวณความชุกจึงมีค่ามาก ส่งผลให้อัตราชุกจึงมีค่าน้อยกว่าอัตราชุกที่รายงานจากการศึกษาที่ผ่านมา นอกจากนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพยังชี้ประเด็นเกี่ยวกับการเลือกสถานที่เข้ารับบริการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติรวมถึงอาการผิดปกติเนื่องจากการใช้ยาก่อนวันที่แพทย์นัด โดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะเลือกที่จะเข้ารับการรักษาตัว ณ สถานบริการสุขภาพเอกชนทำให้ไม่ถูกคัดกรองจากโรงพยาบาลเป้าหมายของการศึกษานี้ซึ่งทั้งหมดเป็นสถานบริการสุขภาพของรัฐ

จากผลการศึกษาแสดงว่า การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และเกือบครึ่งได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้หรือป้องกันได้ จึงมีความชัดเจนว่าปัญหาการใช้ยาก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 10 แห่งซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรสูงอายุสำหรับการศึกษานี้ในปี 2555 รวมทั้งสิ้น 30,762 คน ถ้าอัตราชุกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาเท่ากับร้อยละ 2.8 ตัวเลขประมาณการจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่างจะเท่ากับ 861 คน โดยที่ผู้สูงอายุ 379 คนเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ อย่างไรก็ตามเป็นเพียงการประมาณการจากตัวเลขสถิติเดียว การแปลผลขนาดปัญหาการใช้ยาควรคำนึงถึงที่มาของสถิติโรงพยาบาลและคำจำกัดความของปัญหาการใช้ยาในการศึกษาร่วมด้วย นอกจากนี้การศึกษาในอนาคตควรมีการวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุในชุมชนโดยละเอียดและศึกษา

รูปแบบวัฒนธรรมการไ้ยาในสังคมไทยเพื่อบ่งชี้ประเด็นด้านวัฒนธรรมการไ้ยาที่ควรได้รับการแก้ไข พัฒนา หรือส่งเสริมให้คงอยู่ต่อไป

การไ้ยาใหม่

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคลและการรักษา การไ้ยาใหม่ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่งไ้ยาใหม่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือนที่ผ่านมาตามแต่ประเภทของปัญหาการไ้ยา เป็นปัจจัยที่สำคัญโดยผู้ที่ไ้ยาใหม่มีโอกาสที่จะเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไ้ยาเดิม เหตุผลที่ช่วยสนับสนุนผลการศึกษาข้างต้นเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการไ้ยาใหม่ต่อการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการไ้ยา เช่น การปรับตัวของร่างกายผู้ป่วยต่อยาที่ได้รับและการติดตามผลการไ้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ ปฏิกริยาของยาต่อผู้ป่วยความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยที่ไ้ยาใหม่จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายจากการไ้ยา อาทิ อาการข้างเคียง ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ หรืออันตรกิริยาระหว่างยา) นอกจากนี้ในช่วงของการไ้ยาใหม่ การพยากรณ์ผลจากการไ้ยาทำได้ยาก โอกาสของการเกิดอันตรายจากการไ้ยาจึงน่าเพิ่มสูงขึ้น ความไม่ร่วมมือในการไ้ยาของในช่วงระยะเริ่มต้น (1 เดือนแรก) ของการไ้ยาใหม่ก็อาจพบได้บ่อย ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากความเข้าใจของผู้ป่วยต่อคำสั่งไ้ยาใหม่ หรือการเกิดอันตรายจากการไ้ยา เป็นต้น จากผลการศึกษา^[2, 3] บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงประเด็นของเงื่อนไขเวลาที่ไ้ยาใหม่

หากพิจารณาในระดับจุลภาค คือ พฤติกรรมการไ้ยาของผู้สูงอายุรายบุคคล จะพบว่า ผู้สูงอายุมักจะไ้ยาโดยอาศัยความจำเป็นหลักและมักไม่ได้อ่านคำสั่งไ้ยาก่อนการไ้ยา^[4] เมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมข้างต้นเป็นประจำประกอบกับปัญหาความเสี่ยงของสมรรถภาพสมอง ทำให้มีความสามารถในการจดจำสิ่งใหม่ๆ ได้ลดลง และความสามารถในการเรียนรู้วิธีการไ้ยาใหม่ๆ ก็ลดลงด้วย จึงมีโอกาสเกิดปัญหาจากการไ้ยาเนื่องความไม่ร่วมมือในการไ้ยาได้มากขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนยาใหม่หรือไ้ยาใหม่^[5-8]

กลวิธีในการจัดการการไ้ยาในช่วงเวลาดังกล่าวมีความสำคัญ แนวทางที่สำคัญคือการเข้าถึงผู้ป่วยที่เพิ่งไ้ยาใหม่เกี่ยวกับการไ้ยาภายในช่วงเวลาวิกฤตภายใน 1 สัปดาห์โดยอาจจะทำการติดตามการไ้ยาหรือให้คำแนะนำผ่านโทรศัพท์ (telephone-based pharmacy advisory service) วิธีการนี้แสดงผลที่น่าพึงพอใจในเชิงประสิทธิภาพทางคลินิกและต้นทุน^[9] ในทำนองเดียวกับการไ้ยาใหม่ จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับมี

ความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอันตรายจากการใช้ยา (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์) ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 5 ชนิดมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาสูงกว่าผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 ชนิด ผลการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนยาผู้ป่วยได้รับนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า^[10]

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้

จากการประเมินปัญหาการใช้ยาโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่ามีปัญหาการใช้ยาจำนวน 91 ปัญหา โดยปัญหาการใช้ยาเกือบครึ่งหนึ่งเป็นปัญหาการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ ถ้าจำแนกตามประเภทของปัญหาการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวมถึงปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามารถป้องกันได้เกือบ 1 ใน 3 ของเหตุการณ์ทั้งหมดและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 90 สามารถป้องกันได้ โดยแบ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 70 เหตุการณ์ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 68 เหตุการณ์ และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 32 เหตุการณ์ ปัญหาที่ป้องกันได้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจัดเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพเช่นเดียวกับปัญหาพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดโรค เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการกินอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งนี้พฤติกรรมการใช้ยาจัดเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนแล้วจะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการรักษาดีขึ้นหรือส่งผลป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องในผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมควรทำทั้งในระดับชุมชนและบุคคล

กลุ่มยาที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาการใช้ยาทั้ง 3 ประเภทมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มยาในระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ตัวอย่างการหาแนวทางในการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน Sharma T และคณะ^[11] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความถี่ในการรับประทานยาหรือจำนวนรายการยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่เกษียณจะมีการลืมรับประทานยาที่มากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งในการศึกษาตัดสินใจที่จะลดปริมาณรายการยาและความถี่ในการรับประทานยาเอง ดังนั้น คณะผู้ทำการศึกษาจึงขอเสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา การลดความซับซ้อนของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ลดจำนวนหรือความถี่ในการรับประทาน

ยา การแนะนำให้มีผู้ดูแลในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน การแนะนำอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีในการแก้ไข และการแนะนำให้มีอุปกรณ์ในการช่วยจำ เช่น สมุดบันทึก ปฏิทิน กล่องยา

นอกจากนี้การใช้ระบบสารสนเทศที่เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบระบบ (a pharmacist-led information technology intervention) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสำหรับการป้องกันอันตรายจากการใช้ยาในสถานบริการสุขภาพในชุมชนของประเทศสหราชอาณาจักร หรือที่เรียกว่า general practices ^[12] เช่นเดียวกับกลวิธีการจัดการปัญหาการใช้ยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางระหว่างการรับยาต่อเนื่องที่ร้านยาแสดงแนวโน้มที่ดีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ^[13]

การเกื้อกูลในสังคม

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า การที่ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งในประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นปัจจัยทำนายการเกิดความเสี่ยงของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ในประชากรทั่วไปโดยผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัวมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ส่วนผลการวิจัยในเชิงคุณภาพก็พบว่าครอบครัวมีความสำคัญกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยมีการเกี่ยวพันทั้งในลักษณะของการดูแลการรับประทานยาโดยตรง การเตือนความจำ และการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาและการหาซื้อยาเหล่านั้นมาให้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากจากงานวิจัยดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง เมื่อทำการศึกษาเชิงลึกในส่วนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวพบว่า การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง ส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาเนื่องจากครอบครัวเข้าใจว่า ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ขาดการระวัง ไม่ใส่ใจ หรือ ไม่ได้มีส่วนร่วมในการใช้ยาของผู้ป่วยเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในการใช้ยา ตัวอย่างเช่น สมรรถภาพทางกายและสมองที่ลดลง (สายตา ความจำ) ทำให้หลงลืมกินยา หรือการมาพบแพทย์ตามนัดความเข้าใจว่า กินยาตามแพทย์สั่งแล้วก็ไม่ต้องควบคุมอาหาร สามารถกินอาหารตามที่ชอบได้ ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการจดบันทึกวันนัดพบแพทย์ สาเหตุที่ครอบครัวไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการใช้ยาอาจเนื่องมาจากภาระการทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน หรือครอบครัวไม่อบอุ่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอาจจะเลยการไปพบแพทย์ตามนัดหรือการกินยาเนื่องจากต้องทำงาน

ผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ครอบครัวจึงเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่สำคัญในด้านการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนจากครอบครัวโดยทั่วไปเกิดขึ้นในลักษณะของการช่วยเหลือดูแลการใช้ยาของผู้สูงอายุโดยตรง เช่น การจัดยาให้รับประทาน การดูแลความถูกต้องของการใช้ยาหรืออ่านฉลากยาให้ผู้สูงอายุ หรือการช่วยพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาจากแหล่งรักษาต่างๆ ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกว่าร้อยละ 75 จะดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง แสดงว่าในสถานการณ์ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาจากครอบครัว แม้จะอยู่ในบ้านเดียวกัน บ่งบอกถึงความจำเป็นสำหรับภาครัฐในการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนในการเกื้อหนุนดูแลด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าการเกื้อหนุนจากครอบครัวจะมีผลดีในแง่ของการป้องกันการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา แต่ก็อาจมีส่วนที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาได้ถ้าครอบครัวช่วยจัดการการใช้ยาโดยขาดความรู้เนื่องจากการเกื้อหนุนที่ครอบครัวมีให้ผู้ป่วยบางครั้งเกิดขึ้นในลักษณะของการแสวงหาการรักษาชนิดต่างๆ เช่น สมุนไพร หรือยาอื่นๆ ที่ซื้อหาเองมาให้ผู้สูงอายุ ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้ยาที่พบในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การเกิดพิษของยา หรือ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาจนเป็นปัญหาสุขภาพตามมาได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยในครั้งนี้นี้ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่า การแสวงหาการรักษาทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัวมักเป็นไปในลักษณะของความเชื่อตามกระแสนิยม ได้ฟังบอกต่อกันมา การหลงเชื่อเมื่อได้พบคนเร่ขายยา หรือซื้อยาใช้ตามความสะดวก อาทิ ร้านขายของชำ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะซื้อยาสมุนไพรที่ไม่ผ่านการรับรองจากองค์การอาหารและยาและการใช้ยาโดยขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ หรือซื้อยาอันตรายโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล

ทั้งนี้ผลการวิจัยในครั้งนี่ยังพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับยาต่างๆ มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้านการใช้ยา และการส่งเสริมนี้จะต้องมีควบคู่ไปกับการให้ความรู้ พร้อมทั้งการปรับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมีการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม ในอนาคตควรมีการศึกษารูปแบบการเกื้อหนุนของครอบครัวด้านการใช้ยาที่เหมาะสมกับระดับความสามารถในการดูแลด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ

แหล่งที่ผู้ป่วยรับยา

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แหล่งที่ผู้ป่วยรับยาแต่ละแห่งทั้งคลินิกเอกชน ร้านยา และหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาหลายประการ โดยผลการวิจัยพบว่าการรับยาจากคลินิกเอกชนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในประชากรทั่วไปซึ่งรวมผู้ป่วยสูงอายุอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุ และการรับยาจากคลินิกเอกชนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมักเลือกใช้บริการจากคลินิกเอกชนด้วยเหตุผลว่า เดินทางสะดวก ไม่จำกัดเวลา รวดเร็วไม่ต้องรอนาน และการรักษาที่คลินิกจะได้รับยาฉีดยาซึ่งจะทำให้อาการทุเลาลงอย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้สูงอายุจะเลือกใช้บริการเมื่อมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่รุนแรง เช่น มีไข้ ปวดหลัง อ่อนเพลีย บางรายเข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังที่คลินิกไปด้วย ด้วยเหตุนี้เองผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับยาซ้ำซ้อนจากการรับยาจากทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและคลินิกเอกชน ความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา และการเกิดพิษของยาเป็นต้น

ปัญหาความเสี่ยงดังกล่าว ยังคงเป็นคำถามสำหรับการบริหารจัดการด้านยา และการวิจัยเนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างสถานบริการที่สามารถแสดงรายการยาทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่ อีกทั้งการส่งจ่ายยาจากคลินิกมักมีผลลากยาที่ไม่ระบุชื่อยา มีลักษณะยาที่หลากหลาย ทำให้ไม่สามารถสืบได้ว่าผู้สูงอายุกำลังได้รับยาอะไรอยู่บ้าง

ในทำนองเดียวกัน ร้านยาซึ่งเป็นแหล่งที่ผู้ป่วยรับยาได้สะดวกรวดเร็วก็น่าจะเป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุนิยมใช้บริการเพื่อการบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น ไข้หวัด ปวดเมื่อย ผู้สูงอายุให้เหตุผลในการซื้อยาจากร้านยาว่า สามารถหาซื้อได้ง่าย สะดวก ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกลและไม่ต้องเสียเวลารอตรวจเป็นเวลานาน การรับยาจากร้านยาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยา ทั้งในส่วนของปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประชากรทั่วไป แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุมักซื้อยาจากร้านยาโดยไม่ได้นึกถึงว่าร้านยานั้นเป็นร้านยาคุณภาพหรือไม่ บางรายซื้อยาจากร้านขายของชำทั่วไปซึ่งบางร้านมีการจำหน่ายยาด้วย และพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาทั้งยาบรรจสุเสร็จ และยาในลักษณะยาชุดร่วมกับการใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล

ของรัฐ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มาก โดยที่ (1) การซื้อยาจากร้านยาในการบรรเทาอาการและรักษาโรคเรื้อรังอาจทำให้เกิดปัญหาการรับยาซ้ำซ้อนเช่นเดียวกับการรับยาจากคลินิก (2) การใช้ยาโดยที่ขาดความรู้ เช่น การใช้ยาชุด ซึ่งผู้สูงอายุจะรับประทานเพียงเพื่อให้บรรเทาแล้วหยุดยาและเก็บยาที่เหลือไว้สำหรับใช้เมื่อมีอาการในครั้งต่อไป ทำให้ได้รับยาไม่ครบตามที่กำหนด ซึ่งปัญหานี้มักเกิดในผู้ที่มีความรู้ต่ำ และ (3) ผู้สูงอายุบางราย นำตัวอย่างยาที่ได้จากโรงพยาบาลไปซื้อยาจากร้านยาเพื่อให้ตนได้รับยาต่อเนื่อง โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้รับการตรวจประเมินตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด

หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า เป็นแหล่งที่ผู้ป่วยรับยาตามแผนการรักษา รวมทั้งกรณีการรับยาต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแหล่งที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาทั้งปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประชากรทั่วไป การที่การรับยาจากหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ อาจเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน จึงมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ผลการวิจัยเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์มักมีความรีบร้อนที่จะกลับบ้าน ด้วยสาเหตุเชิงกายภาพ เช่น เป็นหวัดที่บ้านไม่มีคนอยู่ หรือบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล ต้องเช่ารถไป-กลับพร้อมผู้ป่วยรายอื่นๆ จำเป็นต้องรอจนทุกคนพร้อมจึงกลับบ้านได้ และเพื่อไม่ให้ตนเองต้องเป็นคนที่ทำให้ผู้อื่นรอ ผู้ป่วยแต่ละคนจึงมีความรีบร้อนและขาดสมาธิในการรับฟังคำแนะนำการใช้ยา ประกอบกับการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมักมีผู้รับบริการจำนวนมาก มีผู้ให้บริการจำนวนน้อย ทำให้การประสานรายการยาเป็นไปได้ยาก และทำได้ไม่ทั่วถึง

แม้ว่าแหล่งที่ผู้ป่วยรับยาทั้งสามแหล่งนี้ต่างก็เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นของภาวะสุขภาพ แต่เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลของแหล่งยาต่างๆ ซึ่งจะช่วยในการประสานรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับ ทำให้การรับยาจากหลายแหล่งเป็นสาเหตุของการได้รับยาหลายชนิดหรือการได้รับยาซ้ำซ้อน และทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาในผู้ป่วยได้มากขึ้น จึงควรมีการจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยที่ระบบนี้ควรสามารถเชื่อมโยงได้จากทุกแหล่งยา นอกจากนี้การรับยาจากคลินิกเอกชนและร้านยาส่วนใหญ่ไม่มีฉลากยาที่เหมาะสม

ทำให้ไม่สามารถระบุชนิดของยาได้และกลายเป็นอุปสรรคต่อการประสานรายการยาเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งได้มีความพยายามแก้ปัญหาด้วยการจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีรายการยาติดตัวไว้เสมอ แต่เมื่อผู้ป่วยรับยาจากแหล่งอื่นๆที่ไม่ใช่โรงพยาบาลของรัฐ ก็ไม่มีการบันทึกเพิ่มเติม รายการยาที่มีอยู่ในสมุดจึงไม่ใช่รายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่จริง ดังนั้นหากไม่มีระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลได้จากแหล่งยาทุกแหล่ง การมีข้อบังคับให้สถานบริการทุกแห่งต้องจ่ายยาโดยมีฉลากยาที่แสดงรายละเอียดที่จำเป็นทุกครั้งอาจช่วยให้การประสานรายการยาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาในอนาคตควรมีการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบในการประสานรายการยาและกำหนดนโยบายควรสนับสนุนให้ภาคส่วนที่เป็นแหล่งรับยาในชุมชนเข้าร่วมในระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การศึกษาในอนาคตควรมีงานวิจัยที่ยืนยันความสัมพันธ์ของแหล่งรับยา (ร้านยา คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (หรือหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีนามัย) กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในชุมชน รวมทั้งการเก็บข้อมูลด้านลักษณะของแหล่งรับยา การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยในชุมชนต่อแหล่งรับยาเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปที่ชัดเจน

จุดแข็งและจุดอ่อนของแผนงาน

การวิจัยนี้ที่ใช้วิธีผสม (mixed method) ในการศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุ เขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย ทำให้ได้ภาพของการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งปรากฏการณ์ทางกายภาพ (ปัญหาการใช้ยา) และปรากฏการณ์ทางสังคม (พฤติกรรมการใช้ยาและการเกื้อหนุนในครอบครัว) ซึ่งการศึกษาด้วยวิธีเชิงปริมาณจะช่วยให้ความกระจ่างในด้านปรากฏการณ์ทางกายภาพ ส่วนการศึกษาด้วยวิธีเชิงคุณภาพช่วยให้เข้าใจในเชิงลึกของปรากฏการณ์ทางสังคม^[14] การใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานจึงเป็นจุดแข็งของการวิจัยครั้งนี้ โดยส่วนของการศึกษาเชิงปริมาณช่วยให้เห็นขนาดและลักษณะของปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น ส่วนการวิจัยส่วนเชิงคุณภาพทำให้เข้าใจประเด็นการใช้ยาในเชิงพฤติกรรม และเจาะลึกถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม รวมทั้งลักษณะของพลวัตรในครอบครัวที่เกื้อหนุนต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยในส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพจึงช่วยอธิบายปัญหาการใช้ยาในเชิงลึกมากขึ้น

งานวิจัยเชิงปริมาณของแผนงานนี้มีจุดแข็งเหนืองานวิจัยที่มาก่อนหน้าหลายประการ ประชากรของการศึกษานี้มีขนาดใหญ่ กล่าวคือมีประชากรในการศึกษาทั้งหมด 4,194 คน และผู้ป่วยในการศึกษานี้มาจากโรงพยาบาลขนาดต่างๆ กัน ดังนั้นค่าความชุกที่ประมาณได้จึงสามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น นอกจากนี้การเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจะช่วยให้คณะผู้ทำการศึกษาลักษณะการแก้ไขความถูกต้องของข้อมูล และเสนอแนะกลับไปยังผู้เก็บข้อมูลในระหว่างที่มีการไปเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ และการเก็บข้อมูลที่ทำโดยเภสัชกร ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาที่มีคุณภาพสูง รวมทั้งในการศึกษานี้ได้พยายามที่จะใช้วิธีที่ดีที่สุดในการบ่งชี้ถึงความชุกที่แท้จริงของปัญหาการใช้ยาที่นำมาสู่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินปัญหาการใช้ยาด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากที่เภสัชกรหรือพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ประจำโรงพยาบาลเป้าหมายแต่ละแห่งทำการเก็บข้อมูลมาเรียบร้อยแล้ว เพื่อระบุว่าเป็นปัญหาการใช้ยาที่แท้จริงหรือไม่ สำหรับเกณฑ์การประเมินที่ใช้ นั้น ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินที่ประสบความสำเร็จมาแล้วในการเก็บข้อมูลในอดีต ซึ่งทางคณะผู้ทำการศึกษาได้มีการทดสอบความน่าเชื่อถือได้ด้วยการวิเคราะห์หาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) และผลทดสอบสามารถบ่งชี้ได้ว่าเกณฑ์การประเมินนี้มีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (ICC 0.88-0.96)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงปริมาณของแผนงานนี้ก็ยังมีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน ซึ่งได้แก่ ข้อมูลของการศึกษาจะถูกเก็บควบคู่ไปกับการทำงานของผู้เก็บข้อมูล ทำให้จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองถูกจำกัดด้วยภาระงานที่เกี่ยวข้อง โดยงานวิจัยนี้สามารถทำได้ดีขึ้นได้ ถ้าการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมดได้รับการคัดกรองและติดตามตลอดการศึกษา หรือข้อมูลที่กำลังของการศึกษามีค่าน้อยเท่ากับ 0.8 หรือ $\beta\text{-error} = 0.2$ แต่การเก็บข้อมูลลักษณะนี้ ไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เช่น การเก็บข้อมูลระหว่างวันหยุดสุดสัปดาห์ การถอนตัวของโรงพยาบาลในระหว่างการรอการอนุมัติจากแหล่งทุนจากโครงการวิจัย เพราะระยะเวลาที่เก็บข้อมูลไม่สอดคล้องกับแผนงานของฝ่ายเภสัชกรรม เป็นต้น ข้อมูลในบางโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้จำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการแปลผลความชุกของการศึกษา ส่วนข้อจำกัดของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่จำกัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาทำให้ภาพของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการใช้ยาไม่ชัดเจน นอกจากนี้แม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ทำให้ค้นพบปัจจัยต่างๆ

ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าแต่ละปัจจัยที่พบมีความสำคัญต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในระดับใด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การจัดให้มีระบบการประสานรายการยาระหว่างแหล่งที่ผู้ป่วยรับยาในระยะเวลาที่เหมาะสมจะ ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านการใช้ยา เนื่องจากการประสานรายการยาจะช่วยลดปัญหาการใช้ยา ซ้ำซ้อน และช่วยให้มีการสั่งยาอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสม
2. การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังเกี่ยวกับการควบคุมการสั่งใช้ยาและการจำหน่ายยา เช่น การ เขียนฉลากยาให้ชัดเจน การระบุข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยา ชื่อสามัญทางยา และการแพ้ยา ซึ่งการบังคับใช้ กฎหมายจะเป็นประโยชน์ในเชิงการคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพ และในเชิงความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. หน่วยงานต่าง ๆ ควรมีการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการใช้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความตระหนักว่า ยามีประโยชน์ในการรักษา แต่หากใช้ไม่ถูกวิธีก็อาจเป็นโทษได้ จึงควรมีการ ศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย
4. ผู้ป่วยทุกรายควรมีรายการยาที่ได้รับทั้งหมดเป็นข้อมูลที่ติดตัวเสมอเมื่อไปรับยาจากแหล่งใดก็ตาม ทั้งนี้เพื่อให้แหล่งรักษาแต่ละแหล่งที่รับยาได้รับรู้รายการยาร่วมกัน ช่วยลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน และ ปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้
5. ปัญหาการใช้ยาส่วนหนึ่งมาจากการขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ของการวิจัยนี้ได้สะท้อนถึงปัญหาด้านปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อปัญหาการใช้ยา ได้แก่ (1) ปัญหาการคมนาคม ขนส่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคมนาคมที่ไม่สะดวกของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ สามารถกลับไปรับยาตามนัดอย่างต่อเนื่องได้ จนกลายเป็นวงจรเลวร้าย โดยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการปรับ พฤติกรรมด้วยการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ แต่จะใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง หากทดลองลดยาลงแล้วไม่มีอาการ ที่เป็นอันตราย ผู้ป่วยจะใช้นาน้อยลงต่อไป เพื่อให้มียาเก็บไว้สำรองหากมีเหตุฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถไปรับยา ตามนัดได้ เช่น ไม่มีรถ ไม่มีญาติไปส่ง ซึ่งจักรยานไปโรงพยาบาลไม่ไหว (2) ปัญหาความยากจนก็เป็นอีกปัจจัย

หนึ่งส่งผลต่อปัญหาการใช้ยา เนื่องจากการดำเนินชีวิตของผู้คนมีเรื่องปากท้องเป็นหลัก หากความต้องการเกี่ยวกับปากท้องซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอาจไม่ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องเป็นวงจรเลวร้ายเช่นกัน ผลการวิจัยเชิงคุณภาพของการวิจัยนี้พบว่า หากผู้สูงอายุรายใดที่ฐานะยากจน และยังคงต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ จะให้ความสนใจกับการใช้น้อย จึงมีปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และแม้เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้นแล้ว ก็มักจะแก้ปัญหาด้วยการปรับยาเอง และเปลี่ยนแหล่งที่รักษาไปเรื่อยๆ และ (3) ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพในสังคมอย่างเหมาะสม กล่าวคือ คนกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม แต่ประชาชนอีกหลายกลุ่มที่ความจำเป็นพื้นฐานยังไม่ได้รับการตอบสนอง ตัวอย่างเช่น การรณรงค์การขีจักรยานเพื่อสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆ ได้จัดทำทางจักรยาน แจกจักรยานหรือให้ยืมจักรยานใช้ ซึ่งผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการเหล่านี้ จะเป็นประชาชนบางกลุ่มที่อาจไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพและฐานะความเป็นอยู่ ในขณะที่ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ กลุ่มคนยากจนที่ทำงานหนัก ซึ่งความอยู่รอดเป็นเรื่องสำคัญกว่าการขีจักรยานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้

ในการจัดระบบบริการสุขภาพมีหลักการสำคัญ 4 ประการคือ หลักความเสมอภาค (equality) หลักความเป็นธรรม (equity) หลักเสรีภาพ (freedom) และหลักประสิทธิภาพ (efficiency) โดยที่ประเทศไทยจัดบริการด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นระบบที่เกิดขึ้นภายใต้แนวคิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น^[15] ซึ่งนอกจากจะช่วยให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมแล้วยังช่วยบรรเทาความเดือดร้อนจากค่ารักษาพยาบาลของคนยากจนไปได้อย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยลดปัญหาความยากจนอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล^[16] อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพียงด้านเดียวโดยไม่ได้พัฒนาระบบอื่นด้วย ทำให้มีอุปสรรคทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้นการจัดระบบบริการของภาครัฐควรมีการบูรณาการทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสาธารณสุข ระบบการศึกษา และระบบคมนาคมขนส่ง เป็นต้น ซึ่งเป็นระบบต่างๆ เหล่านี้จะเอื้ออำนวยการทำงานร่วมกันและกันเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการบริการ

1. เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยหลายอย่าง และเข้ารับการรักษาหรือซื้อยาจากสถานบริการหลายแห่ง ทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาควรตรวจสอบแหล่งของยาทุกแหล่ง และประยุกต์ใช้หลักการของการประสานรายการยา (medication reconciliation) เพื่อลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการเกื้อหนุนกันภายในครอบครัวอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดปัญหาการใช้ยา

2. การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาเป็นเรื่องสำคัญ และมีผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ ข้อมูลที่ได้ควรนำไปร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายการพัฒนาระบบงานสาธารณสุข โรงพยาบาลและสาธารณสุขชุมชนเพื่อความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วย และหาแนวทางการป้องกันปัญหาการใช้ยาดังกล่าว โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในภาพรวมของความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการใช้ยาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยา การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้ที่รับยาจากคลินิกเอกชน ร้านยา และหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ

2. การศึกษาในอนาคตควรมีการทดลองทางคลินิกที่ได้รับการออกแบบเป็นอย่างดีเพื่อทดสอบกลวิธีจัดการด้านยาเชิงซ้อนในการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาด้านประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าและคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการในอนาคต

3. ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่า การขาดระบบข้อมูลยาที่เชื่อมโยงรายการยาจากสถานบริการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับ อาจเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ การศึกษาในอนาคตควรมีการออกแบบนวัตกรรมเกี่ยวกับระบบข้อมูลยาที่เชื่อมโยงรายการยา ซึ่งไม่เพียงแต่จะมีประโยชน์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ต่อระบบสาธารณสุขจากการลดปัญหาการใช้ยาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาแล้ว ยังมีประโยชน์ในด้านการคุ้มครองผู้ให้บริการอีกด้วย นอกจากนี้ผู้กำหนดนโยบายควรสนับสนุนให้ภาคส่วนที่เป็นแหล่งรับยาในชุมชนเข้าร่วมในระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

4. ควรมีการศึกษาด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเกื้อหนุนในครอบครัวที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการใช้ยา เพื่อเป็นการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวไปพร้อมๆกับการสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

บรรณานุกรม

1. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM: **Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies.** *Ann Pharmacother* 2008, 42(7):1017-1025.
2. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR: **Drug-associated hospital admissions in older medical patients.** *J Am Geriatr Soc* 1988, 36(12):1092-1098.
3. Hallas J, Gram LF, Grodum E, Damsbo N, Broesen K, Haghfelt T, Harvald B, Beck-Nielsen J, Worm J, Jensen KB *et al*: **Drug related admissions to medical wards: a population based survey.** *Br J Clin Pharmacol* 1992, 33(1):61-68.
4. Claydon-Platt K, Manias E, Dunning T: **The barriers and facilitators people with diabetes from a nonEnglish speaking background experience when managing their medications: a qualitative study.** *J Clin Nurs* 2014, 23(15-16):2234-2246.
5. Currie K, Rideout A, Lindsay G, Harkness K: **The Association Between Mild Cognitive Impairment and Self-care in Adults With Chronic Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis.** *J Cardiovasc Nurs* 2014.
6. Hayes TL, Larimer N, Adami A, Kaye JA: **Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference.** *J Aging Health* 2009, 21(4):567-580.
7. Okuno J, Yanagi H, Tomura S: **Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community?** *Eur J Clin Pharmacol* 2001, 57(8):589-594.
8. Stoehr GP, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CC, Ganguli M: **Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey.** *Am J Geriatr Pharmacother* 2008, 6(5):255-263.
9. Elliott RA, Barber N, Clifford S, Horne R, Hartley E: **The cost effectiveness of a telephone-based pharmacy advisory service to improve adherence to newly prescribed medicines.** *Pharm World Sci* 2008, 30(1):17-23.
10. Kongkaew C, Hann M, Mandal J, Williams SD, Metcalfe D, Noyce PR, Ashcroft DM: **Risk Factors for Hospital Admissions Associated with Adverse Drug Events.** *phar.* 2013, 33(8):827-37
11. Sharma T, Kalra J, Dhasmana D, Basera H: **Poor adherence to treatment: A major challenge in diabetes.** *Age JIACM* 2014, 31(40):40.
12. Avery AJ, Rodgers S, Cantrill JA, Armstrong S, Cresswell K, Eden M, Elliott RA, Howard R, Kendrick D, Morris CJ *et al*: **A pharmacist-led information technology**

- intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2012, 379(9823):1310-1319.
13. Calvert SB, Kramer JM, Anstrom KJ, Kaltenbach LA, Stafford JA, Allen LaPointe NM: Patient-focused intervention to improve long-term adherence to evidence-based medications: a randomized trial. *Am Heart J* 2012, 163(4):657-665 e651.
 14. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ซ้ำครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.; 2553.
 15. กองบรรณาธิการสำนักกฎหมาย. สิทธิในการรักษาพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางด้านสาธารณสุข. จุลนิติ. พฤษภาคม-มิถุนายน 2554:1-33.
 16. ถาวร สกุลพาณิชย์. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ. ใน ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา (และคนอื่นๆ) เอชไอเอ กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อชีวิตและสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 377); 2554:28-29.