ผลของการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความปลอดภัยจากยาในผู้สูงอายุชุมชนดอนเวียงจันทร์

Effect of Drug Counseling at Home on Medication Adherence and Safety in Elderly at Donviangjun Community

ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง[1*] จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์[2] จณิสตา อุบลสาร[3]
ณัฐนันท์ คำจันทร์[3] ปนัดดา นามไพร[3]
Chanuttha Ploylearmsang[1*], Juntip Kanjanasilp[2], Janitsata Ubonsarn[3],
Nattanan Khamjan[3], Panadda Namprai[3]
[1]หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม [2] หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชกรรมคลินิก
[3]คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150
[1]Social Pharmacy Research Unit [2] Clinical Pharmacy Research Unit, [3] Faculty of Pharmacy,
Mahasarakham University, Kamriang, Kantarawichai, Maha Sarakham 44150

บทคัดย่อ

การศึกษาผลการให้คำแนะนำการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความปลอดภัยจากยาในผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มเดียว ประเมินผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปี มีโรคเรื้อรังและได้รับยารักษา จำนวน 33 คน ผู้สูงอายุจะได้รับคำแนะนำและติดตามการใช้ยาที่บ้านโดยเภสัชกร อย่างน้อย 2 ครั้งต่อคน ครั้งละ 45-90 นาที เก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ระหว่างมกราคม – กุมภาพันธ์ 2559 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุดอนเวียงจันทร์ อายุเฉลี่ย 68.7±6.6 ปี โรคเรื้อรังที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 36.4 ได้รับยา ≥ 5 ชนิดต่อวัน โดยเป็นยาที่เสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ 13 รายการ ที่พบมากที่สุดคือ ยากลุ่ม NSIADs หลังได้รับคำแนะนำที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 63.6 และ 90.9 ตามลำดับ, p=0.004) หลังติดตามต่อเนื่อง 2 เดือนไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ คู่ยาที่พบโอกาสเกิดอันตรกิริยาความรุนแรงมีนัยสำคัญระดับ 2 มากที่สุดคือ Aspirin กับ Enalapril พบในผู้สูงอายุ 6 คน ซึ่งยา Aspirin อาจมีผลลดประสิทธิภาพของยา Enalapril ทำให้ฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดและลดความดันโลหิตลดลง ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ ผู้สูงอายุประเมินความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำที่บ้านในระดับดีมาก สรุปผลการศึกษาได้ว่า การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา เสนอแนะให้เภสัชกรมีบทบาทติดตามการใช้ยาที่บ้านต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน

Abstract

This study aimed to investigate the effects of drug counseling at home on medication adherence and medication safety in elderly. The study design was a one-group pretest-posttest experimental research. Data were collected by interviewing 33 elderly; aged ≥ 60 years with chronic disease and received drug items for chronic disease who lived in Donviangjun community. Each elderly would receive health advice, drug counseling and monitoring drug use at home by a pharmacist. They visited elderly at home at least 2 times per person (45-90 minutes/visit). Data collection was performed during January to February 2016. The study results revealed that 33 elderly aged 68.7± 6.6 years. Most of personal chronic diseases were hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia. 36.4% of them take drug ≥ 5 items per day (poly-pharmacy). 13 items were the high-risk drugs for elderly, most use was NSAIDs. Elderly showed medication adherence significant improvement, increased 27.3% (pre-test 63.6% and post-test 90.9%, p=0.004). There was no adverse drug event and herb-drug interaction along 2-month monitoring; however, six elderly received aspirin and enalapril. These showed severity of drug-drug interaction in significance level 2. Concurrent use of aspirin and enalapril may decrease the efficacy of enalapril on vasodilation and lowering blood pressure that possibly affecting to patient's blood pressure control. For the patient's satisfaction on drug – counseling at home, they were satisfied with the high score. This study concluded that drug counseling at home for elderly affecting to the improvement on patient's medication adherence and its safety. In addition, the elderly were satisfied on drug counseling in the good level. The elderly suggested that a follow-up their drug use at home by pharmacist should run continuously.

Keywords: drug counseling, medication adherence, adverse drug reaction, elderly, home visit

บทนำ

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2554 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 500,000 คน โดยคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2571 มีประชากรอายุเกิน 60 ปีมากถึงร้อยละ 23.5 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ชมพูนุท พรหมภักดิ์, 2556) ด้วยผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคมากกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า 4 ใน 5 คน จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยปี พ.ศ. 2554 ผลสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) พบว่าร้อยละ 72-78 มีโรคเรื้อรังประจำตัว โรคหลักคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ โรคหัวใจ และโรคไต โดยผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ทำให้เพิ่มโอกาสในการได้รับยารักษาโรคจำนวนหลายขนานพร้อมกัน (Poly-pharmacy) ส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาตามมาได้มาก (Medication Related Problems, MRP) โดยเฉพาะการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา อันตรกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกัน และการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence) ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษา และหากปัญหาที่เกิดจากการใช้ยามีความรุนแรงจนเกิดความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและตามมาด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยและหน่วยบริการทางด้านสุขภาพได้ จากการศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหลายการศึกษาพบว่า การใช้ยาหลายชนิดหรือมีจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ซึ่งผู้สูงอายุมักเป็นบุคคลที่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มักอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กเล็ก ขาดผู้ดูแลการใช้ยาอย่างใกล้ชิดจะส่งผลทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเพิ่มโอกาสการเกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ จากเหตุผลดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการมีเภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชนจะทำให้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาลดลงและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยพบว่า ภายหลังจากที่ได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น ตลอดจนมีความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น[3] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bilotta และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรที่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนดีขึ้น โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรกับผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยลดความชุกของการเกิดความผิดพลาดจากความร่วมมือในการใช้ยาได้ นอกจากนั้นการศึกษาของ Masuda และคณะ (2015) ถึงผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในการป้องกันโอกาสการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา vancomycin แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำแนะนำในเรื่องการใช้ยา vancomycin รวมทั้งติดตามอาการผู้ป่วยส่งผลให้ลดการเกิดพิษต่อไตจากยาได้ร้อยละ 45 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำแนะนำ จะเห็นได้ว่าการที่เภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการใช้ยาเชิงรุกจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและป้องกันปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ นอกจากนั้นเภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการใช้ยาของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะดูแลการใช้ยาด้วยตนเองได้โดยพึ่งความช่วยเหลือจากผู้อื่นให้น้อยที่สุด

ชุมชนดอนเวียงจันทร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นชุมชนขนาดเล็กมีพื้นที่ตั้งอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งคณะเภสัชศาสตร์ได้ให้เป็นชุมชนแหล่งเรียนรู้ของนิสิตเภสัชศาสตร์ เพื่อฝึกทักษะการดูแลเรื่องการใช้ยาและการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน โดยผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวน 110 คน ส่วนมากมีโรคเรื้อรังประจำตัวและมีการใช้ยาเป็นประจำเบื้องต้น จึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในดูแลการใช้ยาของผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชนโดยออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาในชุมชน เพื่อเพิ่มของการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้วิจัยจึงวางแผนดำเนินการศึกษาผลของให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุที่บ้านเชิงรุก วัดความร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้งความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

โดยติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาและโอกาสการเกิดอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลได้

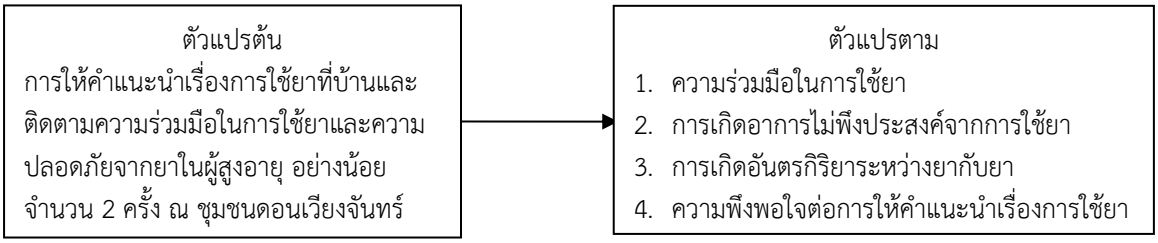
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้านต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความปลอดภัยจากยาในผู้สูงอายุ ชุมชนดอนเวียงจันทร์ ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน
2. เพื่อค้นหา ป้องกัน และแก้ไขการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน
3. เพื่อค้นหาและลดโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้คำแนะ เรื่องการใช้ยาที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ one group, Pretest – Posttest Experimental Design ทำการทดลองให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและได้รับยาในการรักษาโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่ชุมชนดอนเวียงจันทร์ และทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของความร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาก่อนและหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 มีโรคเรื้อรังและได้รับยาในการรักษาโรคเรื้อรัง อาศัยอยู่ในชุมชนดอนเวียงจันทร์ ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโรคเรื้อรังและได้รับยาในการรักษาโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชนิด ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความสามารถในการรับฟังและโต้ตอบกับผู้สัมภาษณ์ได้ และผู้ป่วยยินดีที่เข้าร่วมการศึกษาและ
มีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria**)** คือ ผู้ที่ขอออกจากการศึกษาระหว่างทำการวิจัย ผู้ที่มีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ วัณโรค โรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง และผู้ที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนดอนเวียงจันทร์ ตลอดช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลหรือผู้ที่ไม่สามารถติดตามผลการศึกษาได้ เช่น ย้าย เสียชีวิต มีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เป็นต้น

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[6] (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2553) โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ ชนานุช มานะดีและคณะ (2557) ผลของ

การการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้าน 6 เดือน ต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยค่า α=0.05, β=0.20, $Z_{\alpha/2}$ =1.96, Z_{β} =0.84 และค่า SD ของส่วนต่างค่าเฉลี่ยร้อยละความร่วมมือระหว่างก่อนและหลังการดูแลการใช้ยาที่บ้าน =11.89% คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ได้ n=31 คน

การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน (Intervention: Drug counseling at home)

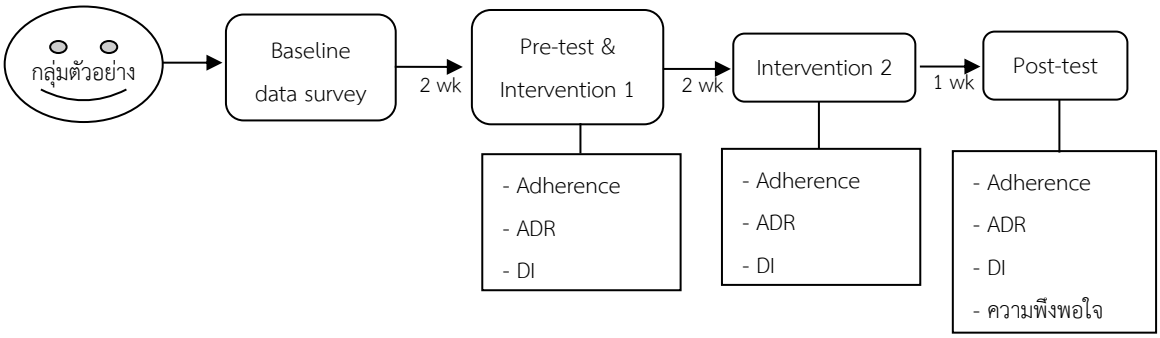
การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ และติดตามความร่วมมือในการใช้ยาและความปลอดภัยจากยาโดยเภสัชกร ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง รายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1: ผู้ทำการศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ชี้แจงวิธีการศึกษาอย่างละเอียด และให้ผู้สูงอายุลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทำการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำการเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพและสำรวจรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบเก็บข้อมูลประวัติการใช้ยาจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family folder) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวขัว

ครั้งที่ 2: ระยะห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์ ทำการวัดผลลัพธ์ก่อนการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา (Pre-test) โดยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (ได้แก่ แบบตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยตามที่ระบุบนซองยา/ฉลากยา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยแผนภาพเวลาและแบบเก็บข้อมูลการนับเม็ดยา) แบบเก็บข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแบบประเมินโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา จากนั้นให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อคน

ครั้งที่ 3: ระยะห่างจากครั้งที่สอง 2 สัปดาห์ ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุครั้งที่ 2 โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อคน แต่ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาจะใช้เวลาในการให้คำแนะนำที่นานขึ้น และทำการติดตามผลการศึกษา

ครั้งที่ 4: ระยะห่างจากครั้งที่สาม 1 สัปดาห์ ทำการวัดผลลัพธ์หลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา (Post-test) โดยทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาและยากับอาหาร โดยใช้เครื่องมือเดียวกัน นอกจากนั้นทำการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจ



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยประกอบไปด้วย 6 เครื่องมือ โดยพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญเรื่องการใช้ยาจำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับอายุ สถานภาพ ผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา แหล่งที่มาของรายได้ และสวัสดิการรักษาพยาบาล ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ เก็บข้อมูลจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการสูบบุหรี่-ดื่มสุรา พฤติกรรมการออกกำลังกาย การนอนหลับ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร การได้รับข้อมูลเรื่องยาและสุขภาพจากแหล่งอื่น ประเมินระบบร่างกาย

2. แบบเก็บข้อมูลประวัติการใช้ยาจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ได้แก่ ยาที่ได้รับ รูปแบบยา ขนาดความแรง ข้อบ่งใช้ วิธีบริหารยา ยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ พิจารณารายการยาที่เสี่ยงจากการศึกษาของ ชนัตถา พลอยเลื่อมแสงและคณะ (2554) โดยใช้แบบเก็บข้อมูลประวัติการใช้ยาจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) จะพิจารณาจากยาของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน พิจารณารายการยาทุกตัวที่ได้รับตามแพทย์สั่งเพื่อรักษาโรคเรื้อรัง โดยการประเมินผลครั้งที่ 1 pretest แล้วจัดเก็บยาที่เหลือใช้ หรือจัดการให้ผู้ป่วยมีใช้อย่างพอเพียง พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกคน เพื่อสร้างความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนประเมินผลครั้งที่ 2 posttest หลังได้รับ intervention เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ **1) แบบตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยตามที่ระบุบนซองยา/ฉลากยา** การประเมินเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยพิจารณารายการยาแต่ละตัว ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง 4 ใน 5 ข้อ ถือว่ามี Adherence การพิจารณาภาพรวมรายคน ถ้าผู้ป่วยมี Adherence ในยาทุกตัวที่ได้รับ จะถือว่าผู้ป่วยรายนี้มี Adherence จากการตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยา 2) **แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยแผนภาพเวลา** การใช้แผนภาพเวลาประกอบการสังเกตการใช้ยา โดยนำแผนภาพให้ผู้ป่วยวางเม็ดยาใส่ในตำแหน่งต่างๆ ให้ถูกต้อง ซึ่งแผนภาพเวลาจะระบุเวลาในการบริหารยา (เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน) และมื้ออาหาร (ก่อนอาหาร หลังอาหาร) ใช้ 3) **แบบเก็บข้อมูลการนับเม็ดยา (pills count)** โดยเน้นเฉพาะยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง คำนวณหาร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา (% Adherence) จากการนับจำนวนเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย

4. แบบเก็บข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR)

พิจารณาตาม Drug information handbook 2014-2015 หรือ Drug Facts and Comparison บอกเป็นรายการยาแต่ละชนิดโดยใช้ข้อมูล ADR ซึ่งจะพิจารณาการเกิดแบบ Major ADR โดยแบบเก็บข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจะประกอบไปด้วยข้อมูลชื่อยา อาการที่พบ ผลการประเมิน การแก้ไข ทั้งก่อนการให้คำแนะนำและหลังการให้คำแนะนำ ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งประเมินจาก Review of system ร่วมกับการสัมภาษณ์อาการทางคลินิก และทำการประเมิน ADR โดยใช้ Thai algorithm ที่มีการพัฒนามาเพื่อใช้เก็บข้อมูลในชุมชน โดยโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

5.แบบประเมินโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา

พิจารณาข้อมูลคู่ยาที่เกิด drug interaction และคู่ยากับอาหารที่เกิด interaction ระดับความรุนแรงและข้อมูลอาการแสดง โดยจะพิจารณาจากหนังสือ Drug interaction fact ปี 2015 หากพบการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาในระดับรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือระดับ Significance 1 และ 2 จะมีการจัดการโดยกรณีผู้ทำการศึกษาสามารถแก้ไขปัญหาได้จะทำการแก้ไข และกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จะทำการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์ในเขตที่รับผิดชอบของชุมชน

6.แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน

ประกอบด้วย 5 หัวข้อ ดังนี้ความพึงพอใจต่อผู้ให้คำแนะนำ ต่อข้อมูลหรือคำแนะนำที่ได้รับ ต่อระยะเวลาที่ได้รับคำแนะนำในแต่ละครั้ง ต่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับคำแนะนำ และความพึงพอใจในภาพรวม กำหนดระดับความพึงพอใจเฉลี่ยที่ ≥ 3.5 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การทดสอบความเข้าใจต่อแบบประเมินในผู้สูงอายุจำนวน 18 คน เพื่อปรับเปลี่ยนลักษณะการเรียงลำดับคำให้เข้าใจมากขึ้นตามคำแนะนำของผู้สูงอายุที่ทำการทดสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สถิติที่ใช้ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) แสดงผลเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างก่อนและหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา ข้อมูลที่แสดงผลเป็น proportion (Nominal) ใช้สถิติ McNemar Chi-square

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยจะเคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมโครงการในการยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมโครงการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง กจม (ภบ.) 010/2558

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.7) มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 63.6) โดยเฉลี่ยมีอายุ 68.7±6.6 ปี ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 97.0) มีผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล 1 คน (ร้อยละ 3.0) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือแต่งงานและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 51.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน โดยมีแหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจำนวน 32 คน (ร้อยละ 97.1) มีผู้ป่วยที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการเนื่องจากตาบอด 1 คน (ร้อยละ 3.0) และได้รับเงินบำนาญราชการ 1 คน (ร้อยละ 3.0) สวัสดิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90.0) และกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ดูแลเรื่องการใช้ยาด้วยตัวเอง (ร้อยละ 91.2) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	30.3
หญิง	23	69.7
อายุ (เฉลี่ย 68.7 ± 6.6 ปี)		
60 - 69 ปี	21	63.6
70 - 79 ปี	10	30.3
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	2	6.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=33) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	17	51.5
หม้าย	16	48.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	24	72.8
1,001 – 2,000 บาทต่อเดือน	1	3.0
2,001 – 3,000 บาทต่อเดือน	1	3.0
มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	7	21.2
แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จากการประกอบอาชีพ	8	24.2
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	32	97.0
เบี้ยยังชีพผู้พิการ	1	3.0
ญาติหรือครอบครัว	5	15.2
บำนาญราชการ	1	3.0
สวัสดิการรักษาพยาบาล		
สวัสดิการข้าราชการ	3	9.1
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	90.9
การมีผู้ดูแลการใช้ยา		
ทานยาเอง	31	91.2
มีคนดูแลให้	2	8.8

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผลการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหมด 33 คน พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 66.7) ส่วนมากคือโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) (ร้อยละ 66.7) มีจำนวนขนานยาที่ได้รับ < 5 ชนิดต่อวัน (ร้อยละ 63.6) ซึ่งเฉลี่ยได้รับยา 3.73 ± 2.1 ชนิดต่อคน โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนขนานยาที่ได้รับน้อยที่สุด 1 ชนิดต่อวันและมากที่สุด 11 ชนิดต่อวัน มีผู้แพ้ยา 3 คน (ร้อยละ 9.1) คือ Penicillin 2 คน และ Dicloxacillin 1 คน แต่ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 90.9) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.9) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 90.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 81.8) โดยมีลักษณะการนอนหลับดี (ร้อยละ 87.9) ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรบ้าง (ร้อยละ 57.6) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร พบจำนวน 14 คน (ร้อยละ 42.4) รายการผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่มีการใช้มากที่สุดคือ ปอบิด ย่านางแดง ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจร จำนวนอย่างละ 2 คน (ร้อยละ 14.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องยาและข้อมูลสุขภาพจากนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยมหาสารคามในช่วงก่อนทำการศึกษาประมาณ 5 เดือน (ร้อยละ 90.9) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
1 ชนิด	22	66.7
2 ชนิด	5	15.1
ตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป	6	18.2
ประวัติการแพ้ยา		
ไม่แพ้ยา	30	90.9
แพ้ยา	3	9.1
จำนวนขนานยาที่ได้รับ (เฉลี่ย 3.73 ± 2.1 ชนิดต่อคน)		
< 5 ชนิดต่อวัน	21	63.6
≥ 5 ชนิดต่อวัน (Poly-pharmacy)	12	36.4
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	30	90.9
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	1	3.0
สูบบุหรี่	2	6.1
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	30	90.9
เคยดื่มแอลกอฮอล์ แต่เลิกแล้ว	1	3.0
ดื่มแอลกอฮอล์	2	6.1
การนอนหลับ		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	6	18.2
6-8 ชั่วโมง	27	81.8
การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร		
ไม่ใช้	19	57.6
ใช้	14	42.4
- ปอบิด	2	6.1
- ย่านางแดง	2	6.1
- ขมิ้นชัน	2	6.1
- ฟ้าทะลายโจร	2	6.1
- อื่นๆ เช่น เพชรสังฆาต เห็ดหลินจือ ยาต้มสมุนไพร	8	24.2

ส่วนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งต้องผ่านตามเกณฑ์ทั้งเชิงคุณภาพร่วมและเชิงปริมาณก่อนและหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน โดยความร่วมมือในการใช้ยาเชิงคุณภาพจะประเมินด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยตามที่ระบุบนซองยา/ฉลากยา ซึ่งต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง 4 ใน 5 ข้อตามข้อคำถาม (ยกเว้นข้อ 2) ในทุกรายการยาที่ได้รับ จึงจะถือว่ามีความร่วมในการใช้ยาเชิงคุณภาพ ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาเชิงปริมาณ จะทำการประเมินด้วยการนับจำนวนเม็ดยาคงเหลือของผู้ป่วย (pill count) และคำนวณหาร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งต้องมีร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา 80-120 จึงจะถือว่ามีความร่วมในการใช้ยาเชิงปริมาณ สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาภาพรวม คือต้องผ่านเกณฑ์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งพบว่า หลังได้รับคำแนะนำที่บ้าน ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการ

ใช้ยาโดยรวมจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.3 จากก่อนได้รับคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 63.6 และ 90.9 ตามลำดับ, p=0.004) แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับคำแนะนำที่บ้าน (n=33)

สรุปผลความร่วมมือในการใช้ยา		หลังได้รับคำแนะนำที่บ้าน จำนวนคน (ร้อยละ)		รวม (ร้อยละ)	p value[b]
		มีความร่วมมือ[a]	ไม่มีความร่วมมือ		
ก่อนได้รับคำแนะนำ จำนวนคน (ร้อยละ)	มีความร่วมมือ[a]	21	0	21 (63.6)	0.004
	ไม่มีความร่วมมือ	9	3	12 (36.4)	
รวม (ร้อยละ)		30 (90.9)	3 (9.1)	33 (100)	

[a] ความร่วมมือในการใช้ยา คือต้องมีผลผ่านเกณฑ์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

[b] ทดสอบด้วยสถิติ McNemar Chi-square

ส่วนที่ 3 ความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินจากการทำ Review of system ร่วมกับการสังเกตสอบถามอาการแสดงทางคลินิก จากนั้นยืนยันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยใช้ Thai algorithm การศึกษานี้ไม่พบรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 33 คน แต่จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผู้ที่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้น เช่น อาการไอแห้งจากการได้รับยากลุ่มลดความดันโลหิต ACEIs อาการน้ำตาลต่ำจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น แต่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและการแก้ไขจากแพทย์แล้ว และกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากทราบถึงวิธีการจัดการหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจรายการยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่ามีผู้สูงอายุได้รับยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้ตามการศึกษาของ ชนัตถา พลอยเลื่อมแสงและคณะ (2554) ที่ทำให้มีโอกาสในการเกิด Potential ADRs ขึ้น พบจำนวน 13 รายการ รวมทั้งหมด 27 คน (ร้อยละ 81.8) รายการยาที่เสี่ยง แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุที่พบในกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ	เหตุผลที่ควรหลีกเลี่ยงยาที่เสี่ยงนี้	จำนวน * (ร้อยละ)
Non- COX- selective NSAIDs,Oral - Aspirin - Ibuprofen - Diclofenac	มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด GI bleeding ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารที่รุนแรงอีกทั้งยังมีผลต่อไต โดยลด Glomerular filtration rate	21 (63.6)
Calcium channel blockers - Amlodipine - Verapamil	ทำให้เกิดท้องผูกรุนแรงขึ้นได้ ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง	10 (30.3)
Glibenclamide	ทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia ที่รุนแรงในผู้สูงอายุ	6 (18.2)

ตารางที่ 4 ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุที่พบในกลุ่มตัวอย่าง (n=33) (ต่อ)

ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ	เหตุผลที่ควรหลีกเลี่ยงยาที่เสี่ยงนี้	จำนวน * (ร้อยละ)
Diazepam	มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิด cognitive impairment, delirium การหกล้มและกระดูกสะโพกหัก เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะได้	3 (9.1)
Omeprazole	ไม่ควรใช้ในระยะยาวหรือลดขนาดยาลงหากใช้เพื่อป้องกัน Peptic ulcer หรือ GERD การใช้ยาระยะยาวมีผลลดการดูดซึม Calcium ได้ควรระมัดระวังการใช้และการเกิดอันตรกิริยากับยาอื่นๆ	2 (6.1)
Tramadol	เกิดความเสี่ยงในผู้ที่มีภาวะชัก ควรใช้บรรเทาปวดในระยะสั้น ห้ามใช้ใน Head injury trauma	2 (6.1)
ยาที่มีฤทธิ์ทาง Anticholinergics - Chlorpheniramine - Phenylephrine stimulants	มักทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ตาเบลอ สับสน หลงลืม ง่วงซึม ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหักได้	1 (3.0)
Methyldopa	เสี่ยงสูงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของระบบประสาทส่วนกลาง อาจทำให้เกิดbradycardia และorthostatic hypotension	1 (3.0)
Colchicine	ควรใช้ใน gout ระยะข้ออักเสบเฉียบพลัน ไม่ใช้ในการป้องกัน gout ควรติดตามการทำงานของไตและภาวะ Rhabdomyolysis	1 (3.0)

* ผู้ป่วย 1 คนอาจใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 4 ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุที่มีการใช้มากในกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรกคือ ยากลุ่ม Non-COX-selective NSAIDs, Oral ได้แก่ Ibuprofen, Diclofenac จำนวน 21 คน (ร้อยละ 63.6) ยากลุ่ม Calcium channel blockers ได้แก่ Amlodipine, Verapamil จำนวน 10 คน (ร้อยละ 30.3) และยา Glibenclamide จำนวน 6 คน (ร้อยละ 18.2) ผลของการติดตามการใช้ยาของผู้สูงอายุตลอดช่วงที่ทำการศึกษา จนสิ้นสุดการศึกษาในระยะเวลา 2 เดือน ไม่พบผู้สูงอายุที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เสี่ยงนี้ และไม่พบการเกิดปัญหาที่ชัดเจนจากอันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร

สำหรับโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา การศึกษานี้ไม่พบคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกันในระดับความรุนแรง (Significance 1) แต่พบระดับ Significance 2 - 5 ที่ต้องติดตามการใช้ยา จำนวน 26 ครั้ง ในกลุ่มตัวอย่าง 14 คน (ร้อยละ 42.4) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาที่ระดับความรุนแรง significance 2 มากที่สุด จำนวน 18 ครั้ง ในผู้ป่วย 12 คน โดยคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่พบมากที่สุดคือ Aspirin กับ Enalapril พบจำนวน 6 คน ซึ่งยา Aspirin จะมีผลไปลดประสิทธิภาพของยา Enalapril ส่งผลทำให้ฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดและลดความดันโลหิตของ Enalapril ลดลง รองลงมาคือ Aspirin กับ Glibenclamide จำนวน 5 คน ซึ่งยา Aspirin จะมีผลไปลดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดและเพิ่มการหลั่งอินซูลิน จึงทำให้เพิ่ม Hypoglycemic effect ของยา Glibenclamide ได้ และยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาตัวอื่นๆ มากที่สุดคือ Aspirin โดยพบการเกิดอันตรกิริยาจำนวน 15 ครั้ง สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินโดยผู้วิจัย พิจารณาจากข้อมูลที่บันทึกในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย ภายหลังการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา ผลลัพธ์ทางคลินิกเบื้องต้น คือระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ทุกคนอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ โดยที่ข้อมูลอื่นไม่มีบันทึกไว้เช่น ระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา

การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา จะประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุต่อความพึงพอใจใน 5 ด้าน หลังโดยกำหนดให้ผลการประเมินระดับความพึงพอใจเฉลี่ยที่ ≥ 3.5 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา ผลคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาแสดงผลดังตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาในทุกข้อ และพบว่าค่าเฉลี่ยรวมของความพึงพอใจในทุกข้อของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 5 ผลประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่บ้าน (n=33)

ความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย*	SD
	 (1 คะแนน)	 (2 คะแนน)	 (3 คะแนน)	 (4 คะแนน)	 (5 คะแนน)		
1. ความพึงพอใจต่อผู้ให้คำแนะนำ การใช้คำพูด สีหน้า ท่าทางความจริงใจ	0(0)	0(0)	2(6.1)	3(9.1)	28(84.8)	4.79	0.54
2. ความพึงพอใจต่อข้อมูลหรือคำแนะนำที่ได้รับ	0(0)	0(0)	0(0)	2(6.1)	31(93.9)	4.94	0.24
3. ความพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ได้รับคำแนะนำในแต่ละครั้ง	0(0)	0(0)	1(3.0)	4(12.1)	28(84.8)	4.82	0.46
4. ความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับคำแนะนำ	0(0)	0(0)	1(3.0)	1(3.0)	31(93.9)	4.91	0.38
5. ความพึงพอใจในภาพรวม	0(0)	0(0)	0(0)	2(6.1)	31(93.9)	4.94	0.23
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทุกข้อของกลุ่มตัวอย่าง						**4.88**	**0.27**

วิจารณ์และสรุปผล

จากการศึกษาพบว่าก่อนการได้รับคำแนะนำในการใช้ยามีกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาเชิงปริมาณทั้งหมด 9 คน (ร้อยละ 27.3) ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมียาที่ต้องใช้หลายชนิด เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแล้วลดขนาดยาเอง สับสนวิธีการรับประทานยาแบบใหม่ที่แพทย์ปรับเปลี่ยนให้ ยามีรสชาติขมผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยา มีกิจวัตรประจำวันหลายอย่าง ซึ่งหลังจากการได้รับคำแนะนำในการใช้ยาและอุปกรณ์ช่วยเพิ่มความสะดวกในการรับประทานยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเชิงคุณภาพทั้งหมด 30 คน (ร้อยละ 90.9) ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.2 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.031) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้มากขึ้นทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ร่วมกับการได้รับอุปกรณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้สะดวกยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาเฉลี่ย 3.7±2.10 รายการต่อคน โดยรายการยาที่ได้รับต่อวันแตกต่างจากการศึกษาของ วรรณคล เชื้อมงคลและคณะ (2557) ที่กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาเฉลี่ย 9 รายการ

หลังจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าจำนวนยาที่ใช้ต่อวันไม่ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากการได้รับคำแนะนำ แต่ก็ยังมีกลุ่มตัวอย่าง 3 คน (ร้อยละ 9.1) ที่ยังคงขาดความขาดความร่วมมือในการใช้ยาเชิงปริมาณ ทั้งนี้สาเหตุเกิดจาก ผู้ป่วยยังคงกลัวการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงแอบลดขนาดยาเอง ผู้ป่วยยังหลงลืมและสับสนกับวิธีรับประทานยาแบบใหม่ที่แพทย์สั่งอยู่ ผู้ป่วยลืมรับประทานยาเนื่องจากมีกิจวัตรประจำวันหลายอย่างและยังคงขาดความเอาใจใส่ต่อการรับประทานยา ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนจะยังขาดความร่วมมือในการใช้ยาอยู่เนื่องจากร้อยละของการใช้ยาไม่อยู่ในช่วง 80-120 แต่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนก็มีร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น และเมื่อทำการเปรียบเทียบผลความร่วมมือในการใช้ยาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกัน โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 2 ด้านจึงจะถือว่ามีความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งก่อนการได้รับคำแนะนำในการใช้ยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจำนวน 21 คน (ร้อยละ 63.6) และหลังจากการได้รับคำแนะนำในการใช้ยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจำนวน 30 คน (ร้อยละ 90.9) ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.3 โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ทำการศึกษาได้ใช้เอกสารความรู้ประกอบกับการอธิบาย ภาชนะบรรจุยาพิเศษ การเขียนซองยาให้สั้นและกระชับเข้าใจง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Conn และคณะ (2009) ทำการศึกษาแบบ meta-analysis เกี่ยวกับการแทรกแซงที่จะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการแทรกแซงที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ คือ การเปลี่ยนรูปแบบภาชนะบรรจุของยาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ยาได้สะดวกยิ่งขึ้น การให้ผู้สูงอายุติดตามการใช้ยาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาด้วยตนเอง การเขียนวิธีการใช้ยาที่สั้นและกระชับให้ผู้ป่วยและการศึกษาของ ปิยพร สุวรรณโชติ (2543) ได้ทำการศึกษา 3 กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษา และเอกสารประกอบเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและโรค กลุ่มที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาและภาชนะพิเศษบรรจุยา และกลุ่มที่ 3 ได้รับการให้คำปรึกษา เอกสารประกอบ และภาชนะพิเศษบรรจุยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 พบผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 42 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 พบผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 41 คน คิดเป็นร้อยละ 83.7 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 พบผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสิตตรา พลโคตร (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้คำแนะนำปรึกษาก่อนกลับบ้านและออกเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุโดยเภสัชกร พบว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.9 เป็นร้อยละ 86.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่า จำนวนกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 86.7 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 65.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.001) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีความต้องการวิธีการแทรกแซงที่แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.1) พบว่าสาเหตุเกิดจาก เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแล้วลดขนาดยาเอง สับสนวิธีการรับประทานยาแบบใหม่ที่แพทย์ปรับเปลี่ยนให้ และลืมรับประทานยาเนื่องจากมีกิจวัตรประจำวันหลายอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช สารสอนและคณะ (2556) ได้ศึกษาถึงปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุที่บ้าน ตำบลขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม ผลการสำรวจพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ผู้สูงอายุเคยเกิดอาการข้างเคียงจากยา โดยผู้สูงอายุไม่อยากที่จะรับประทานยาที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา ลืมรับประทานยาเนื่องจากทำภารกิจทางบ้านหลายอย่าง ได้รับยาเดิมแต่เปลี่ยนวิธีการบริหารยาใหม่ จึงเกิดการสับสนในการบริหารยา

การประเมินความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากต่อการได้รับคำแนะนำเรื่องยาที่บ้าน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการดูแลเช่นนี้มาก่อน รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น มีผู้สูงอายุหลายคนกล่าวว่ารู้สึกดีใจอย่างมากที่มีผู้มาดูแลเรื่องการใช้ยาที่บ้าน ทำให้มีความเข้าใจในการใช้ยาได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยพร สุวรรณโชติ (2543) ที่ศึกษากลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้ทำการประเมินความพึงพอใจร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาของผู้วิจัย เอกสารประกอบที่ได้รับ และภาชนะพิเศษบรรจุยา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุนั้นมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการที่จะมีเภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์เข้าไปให้คำแนะนำหรือดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาที่บ้าน

สรุปผลการศึกษา การมีเภสัชกรเพื่อดูแลและให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาให้ผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางคลินิกของโรคเรื้อรังได้ และเภสัชกรยังมีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น จากการค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา และยากับอาหาร และยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา โดยผู้สูงอายุได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องไป

เอกสารอ้างอิง

American Pharmacists Association. (2014). *Drug Information Handbook: A Clinically Relevant Resource for All Healthcare Professionals (2014-2015)*. The23rd Edition. Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc

Bilotta, C., Lucini, A., Nicoloni, P., Vergani, C. (2011). An easy intervention to improve short-term adherence to medications in community-dwelling older outpatients. A pilot non-randomised controlled trial. *BMC health services research*, *11*, 158.

Conn, V.S., Hafdahl, A.R., Cooper, P.S., Ruppar, T.M., Mehr, D.R. and Russell, C.L. (2009). Interventions to Improve Medication Adherence Among Older Adults: Meta-Analysis of Adherence Outcomes Among Randomized Controlled Trials. *The Gerontologist*, 49(4), 447–462.

Grymonpre, R.E., Didur, C.D., Montgomery, P.R., Sitar, D.S. (1998). Pill Count, Self-Report, and Pharmacy Claims Data to Measure Medication Adherence in the Elderly. *The Annals of Pharmacotherapy*, *32*, 749-754.

Jiratwatkul, A. (2010). *Statistics for Health Science Research*. The Second Edition. Bangkok: Offset Creation Ltd.

Kastrup, K.E., Walker, S.E., Johnson, P.B. (2015). *Drug facts and comparisons 2015*. The United States of America: Clinical drug information, LLC.

Manadee, C., Ploylearmsang, C., Sookanekanun, P. (2014). Effects of Elderly Care with Chronic Diseases on Quality Use of Medicine at Home in Area of Sub-district Health Promoting Hospitals, Somdet District, Kalasin province. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*; *10*(3): 354-371.

National Statistical Center. (2015, August 25). *National Survey of Aging Population in Thailand in 2012*. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/

Ploylearmsang, C., Teankanithikul, K., Chopadit, C., Soonthorn, S., Suwankesawong, W. (2011). *Development of Medicine List for Screening and Reducing Medication-related Problems in Thai Elderly*. Health Systems Research Institute.

Polkotr, N. (2006). *Effects of Discharge Counseling and Home-based Intervention Provided by Pharmacist among Elderly Patients*. Thesis of Master Degree in Pharmacy. KhonKaen University.

Promsak, C. (2015, August 25). *Ageing society in Thailand*. The Secretariat of the House of Representatives 2013, Volume 16: 1-19. Retrieved from http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.

Ruscinm, M., Linnebur, A. (2015, September 25]. *Pharmacokinetics in the Elderly.* Retrieved from http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/drug-therapy-in-the elderly/

Sadakorn, S., Saengcharoen, W., Wongpoowarak, P., Lerkiatbundit, S. (2014). Clinical Impact of Pharmacist Counseling on Type 2 Diabetes Patients. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 9 (Supplement), January, 116-121.

Sarasorn, O., Sitti, N., Ruenta, A., Promsaka Na Sakonnakorn, N. (2013). Medication-related Problems in Elderly at Home, Kamriang District, Maha Sarakham. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences, 9*(1), January–April, 20.

Suwannachot, P. (2000). *Strategies for Improving Medication Compliance of Elderly Diabetic Outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Thesis of Master Degree in Pharmacy. Chulalongkorn University.