

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ หาสาเหตุ และประเมินผลการบริหารเภสัชกรรม ในผู้ป่วยที่มีการควบคุมการรักษาของยารฟารินไม่คงที่ โดยให้บริบาลทั้งต่อผู้ป่วย และแพทย์ การศึกษานี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยนอก ที่มาติดตามการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์จำนวน 66 ราย โดยเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในกลุ่มศึกษาคลุ่มเดียวกัน โดยเปรียบเทียบการศึกษาก่อนและหลังการบริหารเภสัชกรรม

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด จำนวน 66 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย  $56.7 \pm 12.5$  ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ค่า INR เป้าหมายของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.0-3.0 โดยข้อบ่งชี้ของยารฟารินที่พบมากที่สุดคือภาวะโรคลิ้นหัวใจรั่วหัวใจร่วมกับหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว ส่วนภาวะที่ผู้ป่วยเป็นร่วมมากที่สุดได้แก่ หัวใจล้มเหลว

การสรุปผลการวิจัยแยกเป็น 2 ส่วน คือ ( 1 ) การประเมินหาสาเหตุที่ทำให้การควบคุมการรักษาของยารฟารินไม่คงที่ ( 2 ) การประเมินผลการให้บริบาลเภสัชกรรม โดยในแต่ละส่วนได้สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำเสนอ ดังนี้

#### 1. การประเมินสาเหตุที่ทำให้การควบคุมการรักษาของยารฟารินไม่คงที่

##### 1.1 การได้รับยารฟารินในขนาดไม่เหมาะสม

ในการศึกษานี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยารฟารินในขนาดต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45.5 และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยารฟารินในขนาดสูง คิดเป็นร้อยละ 10.6 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

##### 1.2 การขาดความร่วมมือในการใช้ยา

จำนวนผู้ป่วยที่มีการควบคุมการรักษาของยารฟารินไม่คงที่ โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความร่วมมือในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 19.7 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

### 1.3 การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

จำนวนผู้ป่วยที่มีการควบคุมการรักษาของยารัวร์ฟารินไม่คงที่ จากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยารัวร์ฟารินกับยาที่ใช้ร่วม คิดเป็นร้อยละ 4.5 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

### 1.4 ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

จำนวนผู้ป่วยที่มีการควบคุมการรักษาของยารัวร์ฟารินไม่คงที่ จากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พบร้อยละ 4.5 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

### 1.5 ไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด

จำนวนผู้ป่วยที่มีการควบคุมการรักษาของยารัวร์ฟารินไม่คงที่ มาจากสาเหตุที่ยังไม่ทราบแน่ชัด พบร้อยละ 15.2 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

สาเหตุที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ที่มีผลทำให้การควบคุมการรักษาของยารัวร์ฟารินไม่คงที่ เรียงจากสาเหตุที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุดคือ การได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม ( ร้อยละ 56.1 ) ความร่วมมือในการใช้ยา ( ร้อยละ 19.7 ) ไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด ( ร้อยละ 15.2 ) การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ( ร้อยละ 4.5 ) และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ( ร้อยละ 4.5 )

## 2. ผลการให้บริบาลเภสัชกรรมในการแก้ไขปัญหาการควบคุมการรักษาของยารัวร์ฟารินไม่คงที่

### 2.1 ผลของการให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์

ผลของการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับขนาดยารัวร์ฟาริน ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พบว่าแพทย์ยอมรับข้อเสนอแนะ แบบยอมรับทั้งหมดพบมากที่สุด 65 ครั้ง ( ร้อยละ 64.4 ) แบบยอมรับบางส่วน พบ 26 ครั้ง ( ร้อยละ 25.7 ) และไม่ยอมรับข้อเสนอแนะ พบ 10 ครั้ง ( ร้อยละ 9.9 ) จากการเสนอแนะทั้งหมด

เมื่อติดตามค่า INR ในครั้งต่อมาของผู้ป่วยที่เภสัชกรให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์ พบว่าผู้ป่วยรายที่แพทย์ยอมรับข้อเสนอแนะทั้งหมด มีค่า INR อยู่ในช่วงรักษามากที่สุด ( ร้อยละ 75.0 ) ผู้ป่วยในรายที่แพทย์ยอมรับข้อเสนอแนะบางส่วนมีค่า INR อยู่ในช่วงรักษา ร้อยละ 33.3 และในรายที่แพทย์ไม่ยอมรับการเสนอแนะพบว่าไม่มีผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงรักษา

## 2.2 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการบริหารเภสัชกรรมที่ให้ต่อผู้ป่วย สามารถที่จะค้นหาผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา และดำเนินการหาสาเหตุการขาดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และร่วมแก้ไขสาเหตุนั้นกับผู้ป่วย การบริหารเภสัชกรรมในการศึกษานี้ใช้ทั้งวิธีการให้ความรู้ อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟาริน จัดตัวอย่างยาต่อมือ และส่งไปรษณียบัตรให้ผู้ป่วย ซึ่งสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ จากการบริหารเภสัชกรรมสามารถค้นหาผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 14 ราย หลังการให้บริหารเภสัชกรรมจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยาลดลงจากจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 92.8 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) โดยพบว่าสาเหตุที่พบมากที่สุด ที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา คือ การลืมรับประทานยา

## 2.3 ค่า INR

จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงรักษา เปรียบเทียบระหว่างการติดตามการรักษาในครั้งที่ 1, 2 และ 3 พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงรักษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) โดยมีจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 51.5) และจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 75.7) ในการติดตามการรักษาในครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (Cochran's Q Test)

จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงรักษา  $\pm 0.2$  หน่วย เปรียบเทียบระหว่างการติดตามการรักษาครั้งที่ 2 และ 3 กับการติดตามการรักษาในครั้งที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงรักษา  $\pm 0.2$  หน่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ทั้ง 2 ครั้ง ในการเปรียบเทียบ

## 2.4 อาการไม่พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน

การบริหารเภสัชกรรมในการศึกษานี้ไม่มีผลลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินลดลงในการติดตามการรักษาครั้งที่ 2 และ 3 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.291$ ) โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ เป็นชนิดไม่รุนแรง (minor) ทั้งหมด

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การบริหารเภสัชกรรมทั้งต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการศึกษานี้ สามารถที่จะค้นหาสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การควบคุมการรักษาของยารักษาโรคในผู้ป่วยไม่คงที่ และสามารถดำเนินการแก้ไขสาเหตุที่มีผลต่อการควบคุมการรักษาของยารักษาโรคไม่คงที่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงรักษามากขึ้น และมีแนวโน้มในการลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากยารักษาโรค ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้ ใช้วิธีสัมภาษณ์และวิธีนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย ซึ่งวิธีสัมภาษณ์มีโอกาสที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้ให้ข้อมูลที่แท้จริงได้ และวิธีนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วยบางรายมียาเดิมที่เหลือจากครั้งก่อนๆมารวมด้วย ทำให้มียาเหลือมีจำนวนที่มากกว่าได้ และบางรายไม่ได้นำยาเดิมที่เหลือมาด้วย แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ได้ใช้วิธีการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติม เช่น การถามข้อมูลจากญาติผู้ป่วย หรือพิจารณาข้อมูลอื่นของผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น การมาตรวจตามวันนัด การตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วย เพื่อช่วยบ่งชี้การขาดความร่วมมือในการใช้ยา จะช่วยให้การประเมินมีความถูกต้องมากขึ้น

2. ขั้นตอนรูปแบบการให้การบริหารเภสัชกรรมที่ให้ต่อแพทย์ในการศึกษา ดำเนินการก่อนที่ผู้ป่วยพบแพทย์ การตัดสินใจในการรักษาในด้านอื่นของแพทย์ เช่น การพิจารณาเพิ่มหรือหยุดใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยารักษาโรค หรือการให้หยุดยารักษาโรคเป็นการชั่วคราวในระยะเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นหลังจากให้การบริหารเภสัชกรรมไปแล้ว ดังนั้นการให้บริหารเภสัชกรรมไม่สามารถครอบคลุมกรณีเหล่านี้ได้

3. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ในระยะเวลาที่ต่างกันโดยไม่มีกลุ่มควบคุม อาจมีปัจจัยที่นอกเหนือจากการให้บริหารเภสัชกรรมที่อาจมีผลต่อการศึกษาได้ เช่น ยารักษาโรคที่ใช้ในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรุ่นของการผลิต ( lot no. ) อาจทำให้เกิดความแตกต่างของประสิทธิผลได้ หรือปัจจัยจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาของแพทย์ เป็นต้น การศึกษาในผู้ป่วยสองกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่จากผลการให้บริหารเภสัชกรรม จะมีผลต่อทั้งกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะทำให้ผลลัพธ์ของการศึกษาถูกต้องมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในลักษณะดังกล่าวในสภาพการปฏิบัติงานจริง อาจดำเนินการได้ไม่สะดวก ในแง่ของจริยธรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจำเป็นต้องได้รับการบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกร

## ข้อเสนอแนะ

### 1. การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

1.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วงที่ผู้ป่วยรอตรวจรักษาเป็นการทบทวน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาอาร์ฟาริน และเพิ่มเติมสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง และเป็นการจัดการเวลาของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงรอเข้าตรวจรักษากับแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสนใจรับฟังการให้ความรู้มากกว่าการให้ความรู้หลังการตรวจรักษาเสร็จและรับยาแล้ว ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับยาอาร์ฟารินควรมีการทดสอบความเข้าใจในครั้งต่อไป และอาจจำเป็นต้องทำต่อเนื่องกันหลายครั้ง เนื่องจากมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นที่สำคัญ ที่การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจถี่ถ้วน และไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.2 การส่งมอบยาและการตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ โดยเฉพาะเมื่อมีการปรับขนาดยาใหม่ควรเน้นย้ำกับผู้ป่วยในเรื่อง ขนาดยาใหม่ ลักษณะเม็ดหรือสีของยาใหม่ พร้อมแจ้งเหตุผลในการปรับขนาดยาให้ผู้ป่วยทราบด้วย

1.3 การจัดตัวอย่างยาที่รับประทานให้ผู้ป่วยในรายที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา สามารถช่วยแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในผู้ป่วยได้ ถ้าสามารถดำเนินการในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่สับสนต่อวิธีใช้ยา หรือมีประวัติการรับประทานยาอื่นๆ ไม่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันการเกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ การจัดตัวอย่างยาให้ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจต่อผู้ป่วยและแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนว่าให้ใช้จนถึงวันนัด และต้องนำมาคืนในครั้งต่อไป หรือมีระบบเก็บติดตามคืน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำไปใช้เป็นตัวอย่างในครั้งต่อไปถ้ามีการเปลี่ยนแปลงขนาดยา

1.4 การส่งไปรษณียบัตรให้ผู้ป่วย โดยมีเนื้อความที่กล่าวถึงความเสี่ยงโดยรวมของการไม่ได้รับประทานยาอาร์ฟารินตามที่แพทย์สั่ง พร้อมรูปภาพเม็ดยา ขนาดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน และคำเตือนว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องแล้วหรือยัง

การส่งไปรษณียบัตรให้ผู้ป่วย มากกว่า 1 ฉบับ ในระหว่างการรักษาแต่ละครั้ง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน จึงแนะนำให้ส่งไปรษณียบัตรไม่เกิน 1 ฉบับ ต่อการนัดแต่ละครั้ง และถ้าไม่สามารถดำเนินการให้ผู้ป่วยทุกราย อาจส่งไปรษณียบัตรให้ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะใช้ยาไม่ถูกต้อง และผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงขนาดของยาอาร์ฟาริน เป็นต้น

## 2. ความผิดพลาดต่างๆทางการแพทย์ ( medication errors )

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาในขนาดไม่ถูกต้อง หรือได้รับยาไม่ครบ การบริหารเภสัชกรรมในการป้องกัน การเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาในผู้ป่วย ต้องครอบคลุมถึงการตรวจสอบยารักษาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับปัญหาจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ( ถ้ามี ) ขนาดยารักษาที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน และค่า INR ของผู้ป่วย ถ้าเภสัชกรมีความสงสัยในกรณีใด ควรทำการปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะส่งมอบยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved