บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการดำเนินงานการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลสงขลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 518 เตียง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2543 ถึง เดือนกันยายน 2544 รวมระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 15 เดือน โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 666 ราย ได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษาทั้งสิ้น 100 ราย เป็นเพศชาย 57 ราย เพศหญิง 43 ราย มีอายุระหว่าง 21 ถึง 88 ปี (เฉลี่ย 64.35 $\pm$ 12.29 ปี) โดยร้อยละ 61 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี และในระหว่างการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 100 ราย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 113 ครั้ง มีผู้ป่วย 9 ราย ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง โดยผู้ป่วย 7 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย เพศหญิง 5 ราย ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง และอีก 2 รายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ครั้ง เป็นเพศชายทั้ง 2 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ 5.81 $\pm$ 3.65 วัน โดยระยะเวลาต่ำสุดที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลคือ 2 วัน และสูงสุดคือ 22 วัน ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. จำนวนผู้ป่วย	
1.1 เพศชาย	43 (43)
1.2 เพศหญิง	57 (57)
2. อายุ	
2.1 น้อยกว่า 30 ปี	1 (1)
2.2 31-40 ปี	2 (2)
2.3 41-50 ปี	8 (8)
2.4 51-60 ปี	28 (28)
2.5 61-70 ปี	24 (24)
2.6 มากกว่า 70 ปี	37 (37)
3. สถานภาพ	
3.1 ม่าย	4 (4)
3.2 โสด	9 (9)
3.3 สมรส	87 (87)
4. ศาสนา	
4.1 อิสลาม	21 (21)
4.2 พุทธ	79 (79)
5. อาชีพ	
5.1 งานบ้าน	54 (54)
5.2 ค้าขาย	16 (16)
5.3 รับจ้าง	11 (11)
5.4 ทำไร่ ทำนา ทำสวน	8 (8)
5.5 ข้าราชการบำนาญ	4 (4)
5.6 อื่นๆ	7 (7)

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
6. ระดับการศึกษา	
6.1 ไม่ได้ศึกษา	45 (45)
6.2 ประถมศึกษา	46 (46)
6.3 มัธยมศึกษา	5 (5)
6.4 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	2 (2)
6.5 อุดมศึกษา	2 (2)
7. ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล*	
7.1 น้อยกว่า 2 วัน	8 (7.1)
7.2 3-7 วัน	85 (75.2)
7.3 8-12 วัน	13 (13)
7.4 13-17 วัน	4 (3.5)
7.5 มากกว่า 17 วัน	3 (2.7)

* มีผู้ป่วย 7 รายที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้งและ 2 ราย ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล 4 ครั้ง

2. ข้อมูลโรค

โรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบในผู้ป่วยที่เข้าสู่งานวิจัยทั้งหมด 100 ราย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันเลือดสูง หัวใจวาย ลิ้นหัวใจพิการ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมากเป็นอันดับหนึ่ง (16 ราย) รองลงมาคือความดันเลือดสูง (12 ราย) นอกจากโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วผู้ป่วยบางรายยังมีโรคแทรกซ้อนซึ่งเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน โรคไต โรคเส้นเลือดในสมอง และ ไขมันในเลือดสูง มีผู้ป่วย 38 รายที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว ส่วนอีก 62 ราย พบโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป หรือพบโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับโรคแทรกซ้อนอื่น ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลโรคของผู้ป่วย (ต่อ)

โรค	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
26. หัวใจวาย+หัวใจขาดเลือด+ โรคลิ้นหัวใจพิการ	1 (1)
27. หัวใจวาย+หัวใจขาดเลือด+โรคไต	1 (1)
28. หัวใจวาย+เบาหวาน+โรคไต	1 (1)
29. หัวใจขาดเลือด+เบาหวาน+โรคไต	1 (1)
30. ความดันเลือดสูง+หัวใจวาย+เบาหวาน+โรคไต	1 (1)
31. ความดันเลือดสูง+หัวใจขาดเลือด+เบาหวาน+โรคเส้นเลือดในสมอง	1 (1)
32. หัวใจวาย+หัวใจขาดเลือด+เบาหวาน+โรคไต	1 (1)
33. ความดันเลือดสูง+หัวใจวาย+หัวใจขาดเลือด+โรคลิ้นหัวใจพิการ+ เบาหวาน	1 (1)
รวม	100

3. ผลการสืบค้นปัญหาจากกการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตริกิริยาระหว่างยาซึ่งเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยที่เข้าสู่การศึกษา 100 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 113 ครั้ง ในระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา มีผู้ป่วยจำนวน 8 รายได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นครั้งแรก เป็นเพศชาย 5 ราย เพศหญิง 3 ราย

จากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการได้รับยาเพื่อการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 92 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 105 ครั้ง พบว่ามีผู้ป่วยเกิดปัญหาที่อาจสัมพันธ์กับยา 59 ราย (ร้อยละ 64.13) เข้ารักษาในโรงพยาบาล 61 ครั้ง (ร้อยละ 58.10) เป็นปัญหาจากการใช้ยารวมทั้งสิ้น 70 ปัญหา โดยแบ่งเป็นปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง 59 ปัญหา (ร้อยละ 84.29) ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 8 ปัญหา (ร้อยละ 11.43) และปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา 3 ปัญหา (ร้อยละ 4.29) ในผู้ป่วย 49 ราย, 7 ราย, และ 3 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 83.05, 11.86, และ 5.08 จากจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาทั้งหมด 59 ราย และร้อยละ 53.26, 7.61, และ 3.26 จาก

จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการได้รับยาเพื่อการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 92 ราย) จากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล 51, 7, และ 3 ครั้ง ตามลำดับ (ร้อยละ 83.61, 11.48, และ 4.92 จากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่พบปัญหาเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 61 ครั้ง และร้อยละ 48.57, 6.67, และ 2.86 จากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการได้รับยาเพื่อการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 105 ครั้ง) ดังแสดงในตารางที่ 12

โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบทั้ง 70 ปัญหา มี 38 ปัญหา (ร้อยละ 54.29) ที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย 37 ราย (ร้อยละ 40.22) จากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล 38 ครั้ง (ร้อยละ 36.19) เป็นปัญหาจากการไม่ใช้ยาตามสั่ง 32 ปัญหา (ร้อยละ 45.17) ในผู้ป่วย 31 ราย (ร้อยละ 33.70) จากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล 32 ครั้ง (ร้อยละ 30.48) ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3 ปัญหา (ร้อยละ 4.29) ในผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 3.26) จากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง (ร้อยละ 2.86) และปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา 3 ปัญหา (ร้อยละ 4.29) ในผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 3.26) จากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง (ร้อยละ 2.86)

ตารางที่ 12 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ปัญหา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา (ร้อยละ) [ร้อยละ n = 92]	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ) [ร้อยละ n = 105]
1. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง	59 (84.29)	49 (83.05) [53.26]	51 (83.61) [48.57]
2. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	8 (11.43)	7 (11.86) [7.61]	7 (11.48) [6.67]
3. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา	3 (4.29)	3 (5.08) [3.26]	3 (4.92) [2.86]
รวม	70	59 [64.13]	61 [58.10]

ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล พบว่าหลายครั้งที่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตั้งแต่ 1 ปัญหาขึ้นไป โดยจากการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย 105 ครั้ง พบปัญหาจากการใช้ยา 1 ปัญหา จำนวน 49 ครั้ง (ร้อยละ 46.67) พบ 2 ปัญหา จำนวน 9 ครั้ง (ร้อยละ 8.57) พบ 3 ปัญหา จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.95) ดังแสดงในตารางที่ 13 โดยผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง มี 9 ราย มีผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง และในแต่ละครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งทั้ง 2 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้งเช่นกัน พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกมีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง ส่วนครั้งที่ 2 มีปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และมีผู้ป่วย 1 ราย ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 4 ครั้ง ซึ่งในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกพบปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ครั้งที่ 2 พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง ส่วนครั้งที่ 3 และ 4 ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับยา

ตารางที่ 13 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบต่อจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล

จำนวนปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ)
ไม่พบปัญหา	46 (43.81)
พบ 1 ปัญหา	49 (46.67)
พบ 2 ปัญหา	9 (8.57)
พบ 3 ปัญหา	1 (0.95)
รวม	105

3.1 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง

ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบจากการค้นหาปัญหาครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยทั้งสิ้น 49 ราย (ร้อยละ 83.05) จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 51 ครั้ง (ร้อยละ 83.61) พบปัญหาทั้งสิ้น 59 ปัญหา (ร้อยละ 84.29) ดังแสดงในตารางที่ 12 ซึ่งจากการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละครั้งพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งได้ตั้งแต่ 1 ปัญหาขึ้นไป โดยมีผู้ป่วยที่พบปัญหาเพียงปัญหาเดียว 43 ครั้ง (ร้อยละ 40.95) พบ 2 ปัญหา 8 ครั้ง (ร้อยละ 7.62) และไม่พบปัญหาจากการไม่ใช้ยาตามสั่ง 54 ครั้ง (ร้อยละ 51.43) ดังแสดงในตารางที่ 14 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบมี 5 ปัญหาได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยหยุดยาหรือขาดยา 33 ปัญหา (ร้อยละ 55.93) ปัญหาผู้ป่วยลืมรับประทานยา 15 ปัญหา (ร้อยละ 25.42) ปัญหาผู้ป่วย

รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 5 ปัญหา (ร้อยละ 8.47) ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง 5 ปัญหา (ร้อยละ 8.47) และปัญหาผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง 1 ปัญหา (ร้อยละ 1.69) ซึ่งปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีทั้งสิ้น 32 ปัญหา (ร้อยละ 54.24) เป็นปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยหยุดยาหรือขาดยา 29 ปัญหา (ร้อยละ 49.15 จากจำนวนปัญหาทั้งหมด และ ร้อยละ 90.63 จากจำนวนปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล) และ ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 3 ปัญหา (ร้อยละ 5.08 จากจำนวนปัญหาทั้งหมด และ ร้อยละ 9.38 จากจำนวนปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล) ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 14 จำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดเข้ารักษาในโรงพยาบาล

จำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ)
ไม่พบปัญหา	54 (51.43)
พบ 1 ปัญหา	43 (40.95)
พบ 2 ปัญหา	8 (7.62)
รวม	105

3.1.1 ปัญหาการหยุดยาหรือขาดยา

ปัญหาการหยุดยาหรือขาดยาที่พบในผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 31 ราย (ร้อยละ 33.70) มีทั้งสิ้น 33 ปัญหา เป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย 29 ปัญหา (ร้อยละ 87.88) โดยมีสาเหตุของการเกิดปัญหา 10 สาเหตุหลัก ดังแสดงในตารางที่ 16 โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและ/หรือคิดว่าหายจากโรคทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา และระดับความน่าจะเป็นของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจากสาเหตุของการหยุดยาหรือขาดยา แสดงในตารางที่ 17 เภสัชกรจึงเข้ามามีส่วนในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยกลับมาปรึกษาแพทย์ไม่ควรหยุดยาด้วยตัวเอง หรือหากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ด้วยตัวเองและผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติใดๆอาจให้ญาติมารับยาแทน และหากผู้ป่วยต้องเดินทางไปต่างจังหวัดในช่วงที่แพทย์นัดอาจต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเพื่อรับยาเพิ่ม ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีเงินค่ายาสามารถติดต่อสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลได้

ตารางที่ 15 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งก่อนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง	จำนวนปัญหา		
	เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล	ไม่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล	รวม
1. ผู้ป่วยหยุดยาหรือขาดยา	29 (49.15) [90.63]	4 (6.78) [14.81]	33 (55.93)
2. ผู้ป่วยลืมรับประทานยา	-	15 (25.42) [55.56]	15 (25.42)
3. ผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3 (5.08) [9.38]	2 (3.39) [7.41]	5 (8.47)
4. ผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	-	5 (8.47) [18.52]	5 (8.47)
5. ผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง	-	1 (1.69) [3.7]	1 (1.69)
รวม	32 (54.24)	27 (45.76)	59

( ) ร้อยละเมื่อเทียบกับปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งทั้งหมด

[ ] ร้อยละเมื่อเทียบกับสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

จากผู้ป่วยทั้งหมดที่พบปัญหาการหยุดยาหรือขาดยา จำนวน 31 ราย มีผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 2 ครั้งเนื่องจากผู้ป่วยหยุดรับประทานยาหรือขาดยา จากผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งและกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 4 ราย โดยผู้ป่วยรายแรกเกิดปัญหาการขาดยาเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเงินค่ายาทั้ง 2 ครั้ง และปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยมีระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับน่าจะใช่สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการรับยาอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นอย่างดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเงินจึงไม่กล้ามารับยา โดยในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกเภสัชกรได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับหน่วยสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลเมื่อ

ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ส่วนการเข้าโรงพยาบาลครั้งที่ 2 เกิดจากปัญหาเดิมเนื่องจากผู้ป่วยต้องพบสังคมสงเคราะห์ทุกครั้งที่มารับยาจึงรู้สึกเกรงใจไม่กล้ามาบ่อยๆเภสัชกรจึงได้ปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แพทย์จึงบันทึกข้อมูลลงในใบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยท่านอื่นรับทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมารับยาครั้งต่อไปให้เขียนกำกับในใบสั่งยาให้ผู้ป่วยต้องเข้าพบแผนกสังคมสงเคราะห์ทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเข้าพบแผนกสังคมสงเคราะห์ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกด้วยสาเหตุจากการหยุดยาหรือขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาแล้วไม่รู้สึกว่าอาการดีขึ้นจึงทดลองเปลี่ยนไปรับประทานยาสมุนไพร โดยมีระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับใช่แน่ เภสัชกรจึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาและหากพบว่าอาการไม่ดีขึ้นหรือหากมีอาการผิดปกติอื่นใดควรกลับมาปรึกษาแพทย์ ส่วนการรับประทานยาสมุนไพรนั้นก่อนที่จะรับประทานควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนและการเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ของผู้ป่วยพบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดยามา 2 วันเนื่องจาก 2 วันก่อนเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดแพทย์ได้เพิ่มยาให้แก่ผู้ป่วย 1 รายการ ได้แก่ ยา Spironolactone 25 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า หลังจากผู้ป่วยรับประทานยาผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงหยุดรับประทานยา 2 วัน อาการคลื่นไส้อาเจียนไม่ดีขึ้นจึงกลับมาพบแพทย์ แพทย์บอกว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วยอาจเกิดจากยาได้แต่น่าจะเป็นผลมาจากโรคของผู้ป่วยมากกว่า เภสัชกรจึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าหากมีอาการผิดปกติไปจากเดิมให้รีบกลับมาพบแพทย์ไม่ควรตัดสินใจหยุดยาหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการรับประทานยาด้วยตนเอง

ปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยนอกจากจะมีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยแล้วยังพบว่าสามารถเกิดจากความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ได้เช่นกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้พบในผู้ป่วย 3 ราย เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบจำนวน

3.1.2 ผู้ป่วยลืมรับประทานยา

ปัญหาผู้ป่วยลืมรับประทานยา 15 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 15 ที่พบในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 15 ราย เป็นเพศชาย 8 ราย และเพศหญิง 7 ราย ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 6 ราย และมากกว่า 60 ปี 9 ราย อายุเฉลี่ย 61.8 ปี (± 13.40 ปี) ซึ่งปัญหาลืมรับประทานยาของผู้ป่วยทั้งหมดมิใช่สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เภสัชกรจึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยา โดยเมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาทันทีที่นึกได้แต่หากใกล้ถึงเวลาในการรับประทานยาในมื้อถัดไปให้เว้นมื้อที่ลืมไปเลยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาและย้ำกับผู้ป่วยว่าไม่ควรลืมรับประทานยาบ่อยเพราะจะมีผลต่อการควบคุมโรค

ตารางที่ 16 สาเหตุของการหยุดยาหรือขาดยาก่อนเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุของปัญหาการหยุดยาหรือขาดยา	จำนวนปัญหา		
	เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล	ไม่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล	รวม
1. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และ/หรือ คิดว่าหายจากโรค	10 (30.30) [34.48]	1 (3.03) [25]	11 (33.33)
2. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลขาดความเข้าใจในการใช้ยา	5 (15.15) [17.24]	-	5 (15.15)
3. ผู้ป่วยรู้สึกว่ายาไม่ได้ผลจึงลองเปลี่ยนไปใช้ยาสมุนไพร	3 (9.09) [10.34]	1 (3.03) [25]	4 (12.12)
4. ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา	2 (6.06) [6.90]	2 (6.06) [50]	4 (12.12)
5. ผู้ป่วยไม่มีเงินค่ายา	3 (9.09) [10.34]	-	3 (9.09)
6. ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้น	2 (6.06) [6.90]	-	2 (6.06)
7. ผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาล	1 (3.03) [3.45]	-	1 (3.03)
8. ผู้ป่วยต้องเดินทางไปต่างจังหวัด	1 (3.03) [3.45]	-	1 (3.03)
9. ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นจึงไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัด	1 (3.03) [3.45]	-	1 (3.03)
10. ผู้ป่วยไม่มีเวลามารอรับยา	1 (3.03) [3.45]	-	1 (3.03)
รวม	29 (87.88)	4 (12.12)	33

( ) ร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนของปัญหาการหยุดยาหรือขาดยาทั้งหมด

[ ] ร้อยละเมื่อเทียบกับสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 17 ระดับความน่าจะเป็นที่ปัญหาการหยุดยาหรือขาดยาเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุของปัญหาการหยุดยาหรือขาดยา	จำนวนปัญหา ระดับความน่าจะเป็น (Probability)			
	ใช่แน่ (Definite)	น่าจะใช่ (Probable)	อาจจะใช่ (Possible)	รวม
1. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และ/หรือ คิดว่าหายจากโรค	3 (10.34) [42.86]	4 (13.79) [33.33]	3 (10.34) [30]	10 (34.48)
2. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลขาดความเข้าใจในการใช้ยา	-	2 (6.90) [16.67]	3 (10.34) [30]	5 (17.24)
3. ผู้ป่วยรู้สึกว่ายาไม่ได้ผลจึงลองเปลี่ยนไปใช้ยาสมุนไพร	1 (3.45) [14.29]	1 (3.45) [8.33]	1 (3.45) [10]	3 (10.34)
4. ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา	1 (3.45) [14.29]	-	1 (3.45) [10]	2 (6.9)
5. ผู้ป่วยไม่มีเงินค่ายา	-	3 (10.34) [25]	-	3 (10.34)
6. ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้น	1 (3.45) [14.29]	1 (3.45) [8.33]	-	2 (6.90)
7. ผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาล	1 (3.45) [14.29]	-	-	1 (3.45)
8. ผู้ป่วยต้องเดินทางไปต่างจังหวัด	-	-	1 (3.45) [10]	1 (3.45)

ตารางที่ 17 ระดับความน่าจะเป็นที่ปัญหาการหยุดยาหรือขาดยาเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ต่อ)

สาเหตุของปัญหาการหยุดยาหรือขาดยา	จำนวนปัญหา			
	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)			
	ใช่แน่ (Definite)	น่าจะใช่ (Probable)	อาจจะใช่ (Possible)	รวม
9. ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นจึงไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัด	-	1 (3.45) [8.33]	-	1 (3.45)
10. ผู้ป่วยไม่มีเวลามารอรับยา	-	-	1 (3.45) [10]	1 (3.45)
รวม	7 (24.14)	12 (41.38)	10 (34.48)	29

( ) ร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนปัญหาการหยุดยาหรือขาดยาทั้งหมด

[ ] ร้อยละเมื่อเทียบกับระดับความน่าจะเป็นของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากการหยุดยาหรือขาดยา

3.1.3 ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยาขนาดน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 5 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 15 พบในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 5 ราย 4 ปัญหามีสาเหตุจากแพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยยังคงจดจำวิธีการบริหารยาแบบเดิมจึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาขนาดน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เภสัชกรจึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าต้องตรวจสอบวิธีรับประทานยาทุกครั้งที่มาพบแพทย์ว่าแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรับประทานยาหรือไม่ ส่วนอีก 1 ปัญหาเกิดจากการที่ผู้ป่วยมักจะนอนหลับในตอนกลางวันทำให้ไม่ได้รับประทานยามื้อกลางวันเสมอ ซึ่งจากการปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยบอกว่ายาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในมื้อกลางวันเป็นยาที่จำเป็นไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นเภสัชกรจึงแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามตื่นมารับประทานยาในตอนกลางวัน หรือหากผู้ป่วยตื่นขึ้นมาและนึกได้ว่ายังไม่รับประทานยาในมื้อกลางวันให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้แต่หากใกล้ถึงเวลาที่จะต้องรับประทานยาในมื้อถัดไปแล้วให้ผู้ป่วยรับประทานยามื้อถัดไปโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยา พร้อมทั้งแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่

แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีทั้งสิ้น 3 ปัญหา และมีระดับความน่าจะเป็นในการเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลในระดับ น่าจะใช่ 1 ปัญหา และ อาจจะใช่ 2 ปัญหา และดังแสดงในตารางที่ 18 และ 19

ตารางที่ 18 สาเหตุของการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งก่อนเข้ารักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุของปัญหาการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	จำนวนปัญหา		
	เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล	ไม่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล	รวม
1. แพทย์เพิ่มขนาดยารับประทานแต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาในขนาดเดิม	3 (60) [100]	1 (20) [50]	4 (80)
2. ผู้ป่วยมักนอนหลับตอนกลางวันทำให้ไม่ได้รับประทานยามื้อกลางวัน	-	1 (20) [50]	1 (20)
รวม	3 (60)	2 (40)	5

( ) ร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนของปัญหาการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งทั้งหมด

[ ] ร้อยละเมื่อเทียบกับสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

3.1.4 ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง

ปัญหาผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง 5 ปัญหา พบในผู้ป่วย 5 ราย ดังแสดงในตารางที่ 15 โดยทุกปัญหาไม่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่งเกิดจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออกทำให้รับประทานยาผิด จำนวน 2 ราย จึงแนะนำให้ผู้ป่วยสอบถามแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้งที่มารับยาว่ามีการเปลี่ยนแปลงวิธีรับประทานยาหรือไม่ และยาแต่ละชนิดรับประทานอย่างไร มีผู้ป่วย 1 ราย ปรับเพิ่มขนาดยาเองเนื่องจากรู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยแย่ลง เภสัชกรจึงแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หากรู้สึกว่าอาการแย่ลง ไม่ควรเพิ่มขนาดยารับประทานเอง

ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ราย ใช้ยาอมใต้ลิ้น Isosorbide dinitrate 5 mg มากกว่า 3 เม็ด เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เภสัชกรจึงแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องว่าหากผู้ป่วยอมยาติดต่อกัน 3 เม็ดแล้วอาการเจ็บหน้าอกยังไม่หายไปควรรีบมาพบแพทย์ไม่ควรใช้ยาอมใต้ลิ้นต่อไป เพราะแสดงว่ายาไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยได้แล้ว

ตารางที่ 19 ระดับความน่าจะเป็นของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากสาเหตุของการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

สาเหตุของปัญหาการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)			
	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)			
	ใช่แน่ (Definite)	น่าจะใช่ (Probable)	อาจจะใช่ (Possible)	รวม
1. แพทย์เพิ่มขนาดยารับประทานแต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาในขนาดเดิม	-	1 (33.33)	2 (66.67)	3
รวม		1 (33.33)	2 (66.67)	3

3.1.5 ปัญหาผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง

ปัญหาผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง 1 ปัญหาพบในผู้ป่วย 1 รายดังแสดงในตารางที่ 15 โดยปัญหาดังกล่าวมิได้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการปรับเพิ่มและลดขนาดยาตามอาการของผู้ป่วยโดยหากผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการแย่ลงผู้ป่วยก็จะปรับเพิ่มขนาดยา และหากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยก็จะปรับลดขนาดยา เภสัชกรจึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าไม่ควรปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง หากรู้สึกว่าอาการแย่ลงควรกลับมาพบแพทย์เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงที่ทำให้อาการแย่ลงและควรให้แพทย์ผู้มีความชำนาญเป็นผู้ปรับขนาดยาให้ และหากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแสดงว่ายาในขนาดที่แพทย์สั่งใช้กับผู้ป่วยเป็นขนาดยาที่เหมาะสมสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้จึงไม่ควรปรับลดขนาดยาเพราะจะทำให้ขนาดยาไม่เพียงพอต่อการรักษาและจะส่งผลให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงนอกจากนี้การที่ผู้ป่วยปรับขนาดยาเองอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ได้

3.2 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบจากการค้นหาปัญหาครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 11.86) จากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล 7 ครั้ง (ร้อยละ 11.48) พบปัญหาทั้งสิ้น 8 ปัญหา (ร้อยละ 11.43) ดังแสดงในตารางที่ 12 เป็นปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3 ปัญหา ส่วนอีก 5 ปัญหา ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

3.2.1 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 72 ปี มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันเลือดสูง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 ปัญหา ได้แก่ (1) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) (ระดับโพแทสเซียมในเลือด 2.9 mmol/L: ค่าปกติ 3.6-5.2 mmol/L) จากการได้รับยา Hydrochlorothiazide 50 mg โดย รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง โดยมีระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับน่าจะใช่ และ (2) อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งสงสัยว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา Nifedipine 10 mg โดยผู้ป่วยรับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับอาจจะใช่ (ความดันเลือดวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล 190/100)

ผู้ป่วยรายที่สองเป็นเพศหญิง อายุ 42 ปี เกิดอาการไอด้วยสาเหตุจากยา Enalapril 20 mg รับประทานยาครั้งละ ครึ่งเม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร โดยมีระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับอาจจะใช่

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบทั้ง 3 ปัญหา ถูกค้นพบและได้รับการแก้ไขโดยแพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัย เภสัชกรจึงทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ราย เป็นเพศหญิง อายุ 49 ปี 1 ราย และ เพศชาย อายุ 68 ปี อีก 1 ราย เกิดอาการปวดศีรษะหลังจากใช้ยาอมใต้ลิ้น Isosorbide dinitrate 5 mg เภสัชกรจึงให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการใช้ยาอมใต้ลิ้นอย่างถูกวิธีรวมทั้งให้คำแนะนำว่าอาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ในระยะเริ่มแรกของการใช้ยาหากมีอาการปวดศีรษะอีกให้นอนพักหรือรับประทานยา Paracetamol เพื่อแก้ปวดศีรษะ หากอาการรุนแรงขึ้นให้ปรึกษาแพทย์ พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถทนต่อยาได้

3.2.2 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3 ปัญหา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ปัญหาที่เกิดจากยา 3 รายการ ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เพศ	อายุ (ปี)	ยาและแผนการใช้	ข้อบ่งใช้	อาการไม่พึงประสงค์	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)	การป้องกันได้ (Preventability)	ระดับความรุนแรง (Level)
ชาย	80	Ibuprofen 400 mg 1X2 pc	Myalgia*	เหนื่อย หอบ	อาจจะใช่	ป้องกันได้	4
ชาย	58	Amiloride 5 mg + HCTZ 50 mg ½ tab OD	IHD	Hyperkalemia (K 6.3 mmol/L)	อาจจะใช่	ป้องกันได้	4
หญิง	53	Felodipine 5 mg 1 tab OD	HT	ใจสั่น หัวใจเต้นแรง Sinus tachycardia	น่าจะใช่	ป้องกันไม่ได้	4

หมายเหตุ * โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม ได้แก่ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Old MI, Hyperlipidemia

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 80 ปี มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันเลือดสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไขมันในเลือดสูง และหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับยา Ibuprofen 400 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เพื่อรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ หลังจากผู้ป่วยได้รับยาผู้ป่วยมีอาการหอบมากขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์ผู้วินิจฉัยโรคเป็นผู้ค้นพบปัญหาดังกล่าวและให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา Ibuprofen รวมทั้งให้การรักษาอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยพบว่าอาการหอบของผู้ป่วยดีขึ้น และไม่พบอาการอีกเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัดส่วนเภสัชกรได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระมัดระวังการใช้ยากลุ่มดังกล่าวซ้ำอีกครั้งเพราะอาจทำให้อาการหอบของผู้ป่วยเกิดรุนแรงขึ้นซ้ำได้ จากการประเมินระดับความน่าจะเป็นของปัญหาดังกล่าวพบว่าอยู่ในระดับอาจจะใช่ และเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกัน

ได้โดยการหลีกเลี่ยงการใช้ยา กลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากยากลุ่ม NSAIDs สามารถเหนี่ยวนำให้อาการรุนแรงขึ้นได้

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 58 ปี มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับยา Amiloride 5 mg + Hydrochlorothiazide 50 mg โดยรับประทานยาครั้งละ ครึ่งเม็ด วันละ 1 ครั้ง พบระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง (K 6.3 mmol/L; ค่าปรกติ 3.6-5.2 mmol/L) แต่ผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวได้เช่นกัน ได้แก่ ปัญหาไตทำงานผิดปกติซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะกรดทำให้เซลล์ปลดปล่อยโพแทสเซียมเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินระดับความน่าจะเป็นพบว่าอยู่ในระดับอาจจะใช่ และเป็นปัญหาที่ป้องกันได้หากมีการตรวจตราติดตามระดับอิเล็กโทรไลท์อย่างสม่ำเสมอ ปัญหานี้แพทย์ผู้วินิจฉัยโรคเป็นผู้พบปัญหาและให้การรักษาภาวะดังกล่าวจนกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ส่วนเภสัชกรได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่อาจเกิดจากความผิดปกติของอิเล็กโทรไลท์ในเลือด รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยรีบกลับมาพบแพทย์เมื่อรู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น

ผู้ป่วยรายสุดท้ายเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 53 ปี มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันเลือดสูงและได้รับยา Felodipine 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เพียงชนิดเดียวในการควบคุมความดันเลือด หลังจากผู้ป่วยรับประทานยา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นแรง แพทย์ตรวจ EKG พบ Sinus tachycardia จึงสงสัยว่าน่าจะมีสาเหตุจากยาแพทย์จึงหยุดยาและเปลี่ยนไปใช้ยา Enalapril 5 mg ครั้งละครึ่งเม็ด วันละ 2 ครั้งแทน ซึ่งพบว่าหลังจากเปลี่ยนยาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จากการประเมินระดับความน่าจะเป็นพบว่าอยู่ในระดับน่าจะใช่ และเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งไม่สามารถป้องกันได้ แต่อาจสามารถแก้ไขได้ทันเวลาหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาดังกล่าวอย่างเพียงพอ

3.3 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งยังคงรับประทานยาจนกระทั่งผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีทั้งสิ้น 42 ราย พบคู่ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาได้ทั้งสิ้น 77 คู่ ดังแสดงในภาคผนวก ฉ. มี 4 คู่ (ร้อยละ 5.19) ที่ไม่ใช่คู่ยาที่ประกอบไปด้วยยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาระดับ 1 มี 13 คู่ (ร้อยละ 16.88) ระดับ 2 มี 12 คู่ (ร้อยละ 15.58) ระดับ 3 มี 10 คู่ (ร้อยละ 12.99) ระดับ 4 มี 26 คู่ (ร้อยละ 33.77) และ ระดับ 5 มี 16 คู่ (ร้อยละ 20.78) มียา 3 คู่ (ร้อยละ 3.90) ที่อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากอันตรกิริยาระหว่างยา ในผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 7.14) เป็นคู่ยาที่ระดับนัยสำคัญระดับ 1

จำนวน 2 คู่ (ร้อยละ 15.38) และเป็นคู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญระดับ 2 จำนวน 1 คู่ (ร้อยละ 8.33) ดังแสดงในตารางที่ 21 และ 22

ตารางที่ 21 คู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาใน โรงพยาบาลกับระดับความสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

สารตั้งต้น	ตัวยับยั้ง/ตัวกระตุ้น	ระดับนัยสำคัญ (Significant)	ระยะเวลาที่เริ่มปรากฏอาการ (Onset)	ความรุนแรง (Severity)	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน (Documentation)
Simvastatin	Gemfibrozil	1	Delayed	Major	Suspected
Spironolactone	Enalapril	1	Delayed	Major	Suspected
Glimepiride	Aspirin	2	Delayed	Moderate	Probable

ผู้ป่วยรายแรกเป็นเพศชาย อายุ 71 ปี ได้รับยา Simvastatin 40 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ร่วมกับ Gemfibrozil 300 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น การให้ยาดังกล่าวคู่กันอาจมีผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ ซึ่งโดยปกติจะให้ยาคู่กันในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ค่อนข้างรุนแรง สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีไขมันในเลือดอยู่ในระดับสูง [Total Cholesterol 315 mg% (ค่าปกติ < 200 mg%), Triglyceride 315 mg% (ค่าปกติ 30-200 mg%) และ LDL 191 mg% (ค่าปกติ < 150 mg%)] ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับยาคู่ดังกล่าวเพื่อรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยจึงเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยมีระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับอาจจะใช่ ขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลแพทย์หยุดยา Gemfibrozil พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น เภสัชกรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา รวมทั้งการควบคุมอาหารเพื่อช่วยลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 79 ปี ได้รับยา Spironolactone 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ร่วมกับ Enalapril 20 mg ครั้งละ ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เพื่อใช้ในการรักษาภาวะหัวใจวาย และลดปัญหาการเข้ารักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมารับยาตามนัดและแพทย์ได้สั่งตรวจหาระดับอิเล็กโทรไลท์ในกระแสเลือดพบว่า ระดับของโพแทสเซียมในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นจาก 4.5 mmol/L เป็น 6.9 mmol/L (ค่าปกติ 3.6-5.2 mmol/L) แพทย์จึงให้ผู้ป่วยเข้ารักษาภาวะโพแทสเซียมสูงในโรงพยาบาล โดยมีระดับความน่าจะเป็นอยู่ในระดับน่าจะใช่

ตารางที่ 22 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่อาจเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เพศ	อายุ (ปี)	คู่ยาและแผนการใช้	ข้อบ่งใช้	อาการไม่พึงประสงค์	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)	การป้องกันได้ (Preventability)	ระดับความรุนแรง (Level)
ชาย	71	Simvastatin 40 mg 1 tab hs + Gemfibrozil 300 mg 2X2 pc	Hyperlipidemia	Myopathy	อาจจะใช่	ป้องกันได้	4
หญิง	79	Spironolactone 25 mg 1X1 OD + Enalapril 20 mg ½ X2 pc	CHF	Hyperkalemia (K=6.4 mmol/L)	น่าจะใช่	ป้องกันได้	4
หญิง	74	Glimepiride 2 mg ½ tab OD + Aspirin 300 mg 1 tab BID	DM + MI	Hypoglycemia (BS = 59 mg%)	อาจจะใช่	ป้องกันได้	4

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นเพศหญิง อายุ 74 ปี ได้รับยา Glimepiride 2 mg ครั้งละ ½ เม็ด วันละครั้ง เพื่อใช้ในการรักษาเบาหวาน ร่วมกับ Aspirin 300 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เพื่อใช้กรณีผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อตรวจวัดระดับน้ำตาล (Blood sugar) พบว่ามีค่า 59 mg% ซึ่งภาวะดังกล่าวของผู้ป่วยแพทย์สงสัยว่าอาจเกิดได้จาก 2 กรณี ได้แก่ กรณีแรกเกิดจากก่อนหน้านี้ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้น้อยลง ส่วนกรณีที่สองอาจเกิดจากอันตรกิริยาระหว่าง Glimepiride และ Aspirin เนื่องจากการให้ยาสองชนิดร่วมกัน Aspirin จะช่วยเสริมผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดของยา Glimepiride โดยในผู้ป่วยรายนี้มีระดับความน่าจะเป็นอยู่ที่ระดับอาจจะใช่แพทย์แก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารแทนการรับประทานยา เภสัชกรจึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำเพื่อให้ผู้ป่วยคอยสังเกตอาการของตนเอง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องรีบกลับมาพบแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหา

4. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ที่พบขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลยังคงพบว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาขึ้นกับผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดในระดับหนึ่ง

4.1 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง

ผู้ป่วย 100 ราย ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด 113 ครั้ง เภสัชกรประเมินพบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 0.88) เกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งโดยผู้ป่วยดังกล่าวเป็นเพศชายและได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยใช้ยาอมใต้ลิ้นโดยการอมครั้งเดียว 5 เม็ดพร้อมกัน (จ่ายยาให้ผู้ป่วยครั้งละ 5 เม็ด) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมกับการเกิดปัญหาดังกล่าว เนื่องจากมีการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ได้อธิบายวิธีการใช้ให้แก่ผู้ป่วยอย่างละเอียดคือบอกเพียงว่าเป็นยาอมใต้ลิ้นและให้อมยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นผลให้ผู้ป่วยใช้ยาผิด และเกิดอาการปวดศีรษะเนื่องจากการใช้ยามากเกินไป ซึ่งปัญหาดังกล่าวเภสัชกรพบหลังจากที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้ว เภสัชกรจึงให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องอย่างละเอียดแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง

4.2 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบในผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ2.65) ดังแสดงในตารางที่ 23 ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 52 ปี ได้รับยา Captopril 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 1 วัน และหลังจากนั้นแพทย์เปลี่ยนขนาดยาเป็นครั้งละ ¼ เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีอาการไอมาก จึงสงสัยว่าอาจเกิดจากยา Captopril จึงหยุดยาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การประเมินระดับความน่าจะเป็นพบว่าอยู่ในระดับอาจจะใช่ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายซึ่งอาจเป็นผลให้ผู้ป่วยไอเนื่องจากโรคได้ ระดับความสามารถในการป้องกันได้พบว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถป้องกันได้ โดยมีระดับความรุนแรงในระดับ 2

ผู้ป่วยอีกหนึ่งรายเป็นเพศหญิง อายุ 49 ปี ได้รับยา Isosorbide dinitrate 10 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง และ Isosorbide dinitrte 5 mg อมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการแน่นหน้าอกโดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกว่ามีการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือด และความดันเลือดสูง จากการติดตามปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตลอดโดยเฉพาะ

หลังจากอมยาใต้ลิ้น เภสัชกรจึงแนะนำวิธีการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่เริ่มได้รับยาในช่วงแรกๆ อาการอาจจะหายไปเองเมื่อใช้ยาไปในระยะหนึ่ง แต่จากการติดตามผู้ป่วยระยะหนึ่งพบว่าอาการดังกล่าวของผู้ป่วยไม่หายไป เภสัชกรจึงแจ้งให้แพทย์ทราบและปรึกษากับแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยโดยหยุดใช้ยา Isosorbide dinitrate ทั้งสองชนิด หลังจากนั้นพบว่าอาการปวดศีรษะลดน้อยลง จากการประเมินระดับความน่าจะเป็นพบว่าอยู่ในระดับอาจจะใช่ เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถป้องกันได้ ความรุนแรงในระดับ 2

ผู้ป่วยรายสุดท้ายเป็นเพศหญิงอายุ 80 ปี ได้รับยา Isosorbide dinitrate 10 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เภสัชกรประเมินพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะทุกครั้ง เภสัชกรได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการที่อาจพบในช่วงแรกของการได้รับยาเมื่อได้รับยาระยะหนึ่งผู้ป่วยอาจสามารถทนต่อยาได้ แต่พบว่าผู้ป่วยยังคงเกิดอาการดังกล่าวหลังรับประทานยาอยู่เสมอ เมื่อปรึกษาแพทย์แพทย์ยังคงยืนยันความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวแก่ผู้ป่วยแต่แพทย์ได้ลดขนาดยาลงเหลือวันละ 2 ครั้ง และให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานยาต่อที่บ้าน เภสัชกรจึงแนะนำให้ผู้ป่วยทดลองรับประทานยาวันละ 2 ครั้งและติดตามอาการว่ายังคงมีอาการปวดศีรษะอีกหรือไม่หากมีอาการไม่มากอาจให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนหรือรับประทานยา Paracetamol เพื่อบรรเทาอาการ แต่หากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดได้ผู้ป่วยอาจต้องกลับมาพบแพทย์ จากการประเมินระดับความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์พบว่าอยู่ในระดับอาจจะใช่ เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถป้องกันได้ และมีระดับความรุนแรงในระดับ 2

4.3 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 100 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 113 ครั้ง พบว่าในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมี 75 ครั้ง ที่ผู้ป่วยได้รับยาที่สามารถเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันได้ 163 คู่ ดังแสดงในภาคผนวก ฉ. มี 14 คู่ (ร้อยละ 8.59) ที่มิใช่คู่ยาที่ประกอบไปด้วยยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาระดับ 1 มี 17 คู่ (ร้อยละ 10.43) ระดับ 2 มี 19 คู่ (ร้อยละ 11.66) ระดับ 3 มี 24 คู่ (ร้อยละ 14.72) ระดับ 4 มี 58 คู่ (ร้อยละ 35.58) และ ระดับ 5 มี 45 คู่ (ร้อยละ 27.61) ไม่พบว่ามียาคู่ใดที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากอันตรกิริยาระหว่างยาในขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 23 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบขณะที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรักษาในโรงพยาบาล

เพศ	อายุ (ปี)	ยาและแผนการใช้	ข้อบ่งใช้	อาการไม่พึงประสงค์	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)	การป้องกันได้ (Preventability)	ระดับความรุนแรง (Level)
ชาย	52	Captopril (25 mg) ¼ X2 pc	AS & CHF	ไอ	อาจจะใช่	ป้องกันไม่ได้	2
หญิง	49	ISDN (10 mg) 1X3 pc	IHD & HT	ปวดศีรษะ	อาจจะใช่	ป้องกันไม่ได้	2
หญิง	80	ISDN (10 mg) 1X3 pc	Unstable angina	ปวดศีรษะ	อาจจะใช่	ป้องกันไม่ได้	2

5. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ที่พบเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด

จากผู้ป่วย 100 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 113 ครั้ง มี 16 ครั้งที่ผู้ป่วยไม่กลับมาพบแพทย์ตามนัด จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 16 ราย เป็นเพศชาย 10 ราย และเพศหญิง 6 ราย โดยมีผู้ป่วย 1 ราย ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลก่อนถึงวันนัด อีก 1 ราย ไม่มารับยาตามนัดทำให้ขาดยาจนเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยสาเหตุจากการขาดยา ส่วนอีก 14 ราย ไม่สามารถติดตามได้

5.1 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง

จากการติดตามผู้ป่วยที่กลับมาพบแพทย์ 84 ราย เภสัชกรพบว่ามีผู้ป่วยเพศชาย 2 ราย (ร้อยละ 2.38) มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่ไม่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยรายแรกอายุ 61 ปี มีปัญหาการรับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่งโดยแพทย์สั่งรับประทานยา Simvastatin 40 mg ¼ เม็ด ก่อนนอน แต่ผู้ป่วยรับประทานยาครั้งละ ¼ เม็ด วันละ 3 ครั้งหลัง

อาหาร เนื่องจากผู้ป่วยจำวิธีรับประทานยาผิด จึงแก้ไขโดยการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และทำการทดสอบโดยให้ผู้ป่วยทบทวนวิธีรับประทานยาจนมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถจดจำวิธีการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยรายที่สองอายุ 55 ปี มีปัญหาการขาดยาเนื่องจากผู้ป่วยต้องไปทำงานต่างจังหวัดผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่เคยพบปัญหาการขาดยาจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลมาแล้วด้วยสาเหตุเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพแสดงมโนราห์จึงทำให้ต้องเดินทางไปแสดงยังที่ต่างๆทำให้ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้บ่อยๆ เภสัชกรจึงแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจสอบยาที่รับประทานอยู่หากมีกำหนดการต้องเดินทางไปต่างจังหวัดผู้ป่วยอาจต้องมารับยาก่อนถึงวันนัด แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้และไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยควรนำซองยาไปซื้อยายังร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำร้านเพื่อให้มียารับประทานจนกว่าจะสามารถมาพบแพทย์ได้ ปัญหาทั้ง 2 ปัญหามิได้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

นอกจากการขาดยาของผู้ป่วยจะเกิดจากตัวผู้ป่วยเองแล้วพบว่าความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ยังมีผลให้ผู้ป่วยขาดยาได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยเพศหญิง 2 รายที่ต้องขาดยาเนื่องจากความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์คือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแพทย์ได้สั่งยาให้ผู้ป่วย 1 เดือนและกำหนดให้นัดผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งในเดือนถัดไป (30 วัน) แต่พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับใบนัดในวันที่ 33 ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดยา 3 วัน เมื่อสอบถามผู้ป่วยว่าเหตุไรเมื่อยาหมดจึงไม่กลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ผู้ป่วยบอกว่าหากมาพบแพทย์ไม่ตรงกับวันนัดจะไม่สามารถพบแพทย์คนเดิมได้และจะไม่สะดวกเท่ากับการมาในวันที่แพทย์นัด ประกอบกับผู้ป่วยบอกว่ายังไม่เกิดอาการผิดปกติจึงรอจนถึงวันนัดแล้วจึงมาพบแพทย์

5.2 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบในผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 0.36) เป็นเพศหญิงทั้ง 3 ราย ดังแสดงในตารางที่ 24

โดยผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 58 ปี เกิดอาการไอ หลังจากได้รับยา Enalapril 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น ซึ่งยาดังกล่าวเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่รักษาในโรงพยาบาลและแพทย์สั่งให้แก่ผู้ป่วยเพื่อกลับไปใช้ต่อที่บ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยเกิดอาการไอเล็กน้อยซึ่งผู้ป่วยบอกว่าทนได้ เมื่อแจ้งแพทย์ทราบแพทย์ยืนยันการใช้ยาเนื่องจากเป็นยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นได้ และแพทย์ได้สั่งจ่ายยาแก้ไอน้ำดำให้แก่ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการและติดตามอาการในการมาพบครั้งต่อไป

ตารางที่ 24 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบเมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกลับมาพบแพทย์ตามนัด

เพศ	อายุ (ปี)	ยาและแผนการใช้	ข้อบ่งใช้	อาการไม่พึงประสงค์	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)	การป้องกันได้ (Preventability)	ระดับความรุนแรง (Level)
หญิง	58	Enalapril (5 mg) 1X2 pc	Severe MS	ไอ	อาจจะใช่	ป้องกันไม่ได้	3
หญิง	80	ISDN (10 mg) 1X2 pc	Unstable angina	ปวดศีรษะ	อาจจะใช่	ป้องกันไม่ได้	2
หญิง	42	ISDN (10 mg) 1X3 ac	Severe MS, AR	หน้ามืดเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทาง	อาจจะใช่	ป้องกันไม่ได้	2

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเพศหญิงอายุ 80 ปี เป็นผู้ป่วยที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา Isosorbide dinitrate 10 mg ตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลด้วยขนาดรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และแพทย์ได้ลดยาเป็นรับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังคงเกิดอาการปวดศีรษะเล็กน้อยแต่สามารถทน เมื่อปรึกษาแพทย์ยังคงยืนยันการใช้ยาต่อไป

ส่วนผู้ป่วยรายสุดท้ายเป็นเพศหญิงอายุ 42 ปี ได้รับยา Isosorbide dinitrate 10 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วเกิดอาการหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาเนื่องจากเคยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรว่ายา Isosorbide dinitrate ที่ได้รับอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวได้ และเมื่อหยุดยาพบว่าอาการดังกล่าวหายไป และเมื่อมาพบแพทย์ครั้งนี้แพทย์จึงหยุดยา Isosorbide dinitrate ในผู้ป่วยรายนี้ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดในผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีระดับความน่าจะเป็นในระดับอาจจะใช่ เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถป้องกันได้ และมีระดับความรุนแรงในระดับ 2

จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 84 ราย ที่กลับมาพบแพทย์ พบว่าผู้ป่วยได้รับยาที่สามารถเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันได้ 110 คู่ ดังแสดงในภาคผนวก ฉ. มี 8 คู่ (ร้อยละ 7.27) ที่มิใช่คู่ยาที่ประกอบไปด้วย

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคู่ยาที่มีระดับนัยสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาระดับ 1 มี 12 คู่ (ร้อยละ 10.91) ระดับ 2 มี 15 คู่ (ร้อยละ 13.64) ระดับ 3 มี 17 คู่ (ร้อยละ 15.45) ระดับ 4 มี 34 คู่ (ร้อยละ 30.91) และ ระดับ 5 มี 32 คู่ (ร้อยละ 29.09) ไม่พบว่ามีผู้ป่วยรายใดเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากอันตรกิริยาระหว่างยา

6. พฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

จากการค้นหาปัญหาด้านพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 4 ปัจจัย ได้แก่ การควบคุมอาหารมัน การควบคุมอาหารเค็ม การงดสูบบุหรี่และการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 92 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 100 ราย พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมันและเค็มพอๆกัน แต่ไม่พบว่ามีเพศหญิงที่ไม่ให้ความร่วมมือในการงดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เลย ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมัน อาหารเค็ม และการงดสูบบุหรี่ มากกว่าผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 60 ปี แต่ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 60 ปี จะไม่ให้ความร่วมมือในการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี การให้ความร่วมมือและไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมันและเค็มในผู้ป่วยอาชีพและการศึกษาต่างๆพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 26

และจากการค้นหาปัญหาด้านพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังจากที่เภสัชกรได้ให้คำแนะนำพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง 86 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 100 ราย พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมันและเค็มลดลง มีเพศชาย ไม่ให้ความร่วมมือในการงดสูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อยและไม่พบผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เลย ดังแสดงในตารางที่ 26 และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 8 รายมี 7 รายที่กลับมาพบแพทย์มีเพียง 1 ราย ที่ไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้

ตารางที่ 25 ข้อมูลพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยมาเข้ารักษาในโรงพยาบาล

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)							
	การควบคุมอาหารมัน		การควบคุมอาหารเค็ม		การงดสูบบุหรี่		การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. เพศ								
1.1 ชาย	17 (34.69)	20 (46.51)	17 (32.69)	20 (50)	30 (35.71)	8 (100)	34 (38.64)	4 (100)
	[18.48]	[21.74]	[18.48]	[21.74]	[32.61]	[8.70]	[36.96]	[4.35]
1.2 หญิง	32 (65.31)	23 (53.49)	35 (67.31)	20 (50)	54 (64.29)	0	54 (61.36)	0
	[34.78]	[25]	[38.04]	[21.74]	[58.70]	[0]	[58.70]	[0]
รวม	49	43	52	40	84	8	88	4
	[53.26]	[46.74]	[56.52]	[43.48]	[91.30]	[8.70]	[95.65]	[4.35]
2. อายุ								
2.1 ≤ 60 ปี	22 (44.90)	14 (32.56)	21 (40.38)	15 (37.50)	33 (39.29)	3 (37.50)	33 (37.50)	3 (75)
	[23.91]	[15.22]	[22.83]	[16.30]	[35.87]	[3.26]	[35.87]	[3.26]
2.2 > 60 ปี	27 (55.10)	29 (67.44)	31 (59.62)	25 (62.50)	51 (60.71)	5 (62.50)	55 (62.50)	1 (25)
	[29.35]	[31.52]	[33.70]	[27.17]	[55.43]	[5.43]	[59.78]	[1.09]

ตารางที่ 25 ข้อมูลพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยมาเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)							
	การควบคุมอาหารมัน		การควบคุมอาหารเค็ม		การงดสูบบุหรี่		การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
3. อาชีพ								
3.1 งานบ้าน	25 (51.02)	25 (58.14)	27 (51.92)	23 (57.50)	47 (55.95)	3 (37.50)	49 (55.68)	1 (25)
	[27.17]	[27.17]	[29.35]	[25]	[51.09]	[3.26]	[53.26]	[1.09]
3.2 ค้าขาย	12 (24.49)	3 (6.98)	10 (19.23)	5 (12.50)	14 (16.67)	1 (12.50)	15 (17.05)	0
	[13.04]	[3.26]	[10.87]	[5.43]	[15.22]	[1.09]	[16.30]	[0]
3.3 รับจ้าง	5 (10.20)	4 (9.30)	5 (9.62)	4 (10)	7 (8.33)	2 (25)	8 (9.09)	1 (25)
	[5.43]	[4.35]	[5.43]	[4.35]	[7.61]	[2.17]	[8.70]	[1.09]
3.4 ทำไร่ ทำนา ทำสวน	4 (8.16)	4 (9.30)	5 (9.62)	3 (7.50)	7 (8.33)	1 (12.50)	6 (6.82)	2 (50)
	[4.35]	[4.35]	[5.43]	[3.26]	[7.61]	[1.09]	[6.52]	[2.17]
3.5 ข้าราชการบำนาญ	0	4 (9.30)	0	4 (10)	3 (3.57)	1 (12.50)	4 (4.55)	0
	[0]	[4.35]	[0]	[4.35]	[3.26]	[1.09]	[4.35]	[0]
3.4 อื่นๆ	3 (6.12)	3 (6.98)	5 (9.62)	1 (2.50)	6 (7.14)	0	5 (5.68)	0
	[3.26]	[3.26]	[5.43]	[1.09]	[6.52]	[0]	[5.43]	[0]

ตารางที่ 25 ข้อมูลพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยมาเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)							
	การควบคุมอาหารมัน		การควบคุมอาหารเค็ม		การงดสูบบุหรี่		การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
. การศึกษา								
4.1 ไม่ได้ศึกษา	20 (40.82)	21 (48.84)	23 (44.23)	18 (45)	38 (45.24)	3 (37.50)	41 (46.59)	0
	[21.74]	[22.83]	[25]	[19.57]	[41.30]	[3.26]	[44.57]	[0]
4.2 ประถมศึกษา	24 (48.98)	19 (44.19)	25 (48.08)	18 (45)	38 (45.24)	5 (62.50)	39 (44.32)	4 (100)
	[26.09]	[20.65]	[27.17]	[19.57]	[41.30]	[5.43]	[42.39]	[4.35]
4.3 มัธยมศึกษา	2 (4.08)	3 (6.98)	1 (1.92)	4 (10)	5 (5.95)	0	5 (5.68)	0
	[2.17]	[3.26]	[1.09]	[4.35]	[5.43]	[0]	[5.43]	[0]
4.4 ประกาศนียบัตร/	2 (4.08)	0	2 (3.85)	0	2 (2.38)	0	2 (2.27)	0
อนุปริญญา	[2.17]	[0]	[2.17]	[0]	[2.17]	[0]	[2.17]	[0]
.5 อุดมศึกษา	1 (2.04)	0	1 (1.92)	0	1 (1.19)	0	1 (1.14)	0
	[1.09]	[0]	[1.09]	[0]	[1.09]	[0]	[1.09]	[0]

( ) ร้อยละเมื่อเทียบกับประชากรในกลุ่มเดียวกัน

[ ] ร้อยละเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 26 ข้อมูลพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)							
	การควบคุมอาหารมัน		การควบคุมอาหารเค็ม		การงดสูบบุหรี่		การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
เพศ								
.1 ชาย	32 (40)	3 (50)	31 (39.74)	4 (50)	30 (37.04)	5 (100)	35 (40.70)	0
	[37.21]	[3.49]	[36.05]	[4.65]	[34.88]	[5.81]	[40.70]	[0]
.2 หญิง	48 (60)	3 (50)	47 (60.26)	4 (50)	51 (62.96)	0	51 (59.30)	0
	[55.81]	[3.49]	[54.65]	[4.65]	[59.30]	[0]	[59.30]	[0]
รวม	80	6	78	8	81	5	86	0
	[93.02]	[6.98]	[90.70]	[9.30]	[94.19]	[5.81]	[100]	[0]
อายุ								
.1 ≤ 60 ปี	34 (42.50)	2 (33.33)	33 (42.31)	3 (37.50)	34 (41.98)	2 (40)	36 (41.86)	0
	[39.53]	[2.33]	[38.37]	[3.49]	[39.53]	[2.33]	[41.86]	[0]
.2 > 60 ปี	46 (57.50)	4 (66.67)	45 (57.69)	5 (62.50)	47 (58.02)	3 (60)	50 (58.14)	0
	[53.49]	[4.65]	[52.33]	[5.81]	[54.65]	[3.49]	[58.14]	[0]
อาชีพ								
.1 งานบ้าน	43 (53.75)	3 (50)	41 (52.56)	5 (62.50)	44 (54.32)	2 (40)	46 (53.49)	0
	[50]	[3.49]	[47.67]	[5.81]	[51.16]	[2.33]	[53.49]	[0]
2 ค้าขาย	14 (17.5)	0	14 (17.95)	0	13 (16.05)	1 (20)	14 (16.28)	0
	[16.28]	[0]	[16.28]	[0]	[15.12]	[1.16]	[16.28]	[0]
3 รับจ้าง	9 (11.25)	1 (16.67)	9 (11.54)	1 (12.50)	8 (9.88)	2 (40)	10 (11.63)	0
	[10.47]	[1.16]	[10.47]	[1.16]	[9.30]	[2.33]	[11.63]	[0]
4 ทำไร่ ทำนา ทำสวน	7 (8.75)	1 (16.67)	7 (8.97)	1 (12.50)	8 (9.88)	0	8 (9.30)	0
	[8.14]	[1.16]	[8.14]	[1.16]	[9.30]	[0]	[9.30]	[0]
5 ข้าราชการบำนาญ	2 (2.50)	0	2 (2.56)	0	2 (2.47)	0	2 (2.33)	0
	[2.33]	[0]	[2.33]	[0]	[2.33]	[0]	[2.33]	[0]
6 อื่นๆ	5 (6.25)	1 (16.67)	5 (6.41)	1 (12.50)	6 (7.41)	0	6 (6.98)	0
	[4.35]	[1.16]	[4.35]	[0.87]	[5.22]	[0]	[5.22]	[0]

ตารางที่ 26 ข้อมูลพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)							
	การควบคุมอาหารมัน		การควบคุมอาหารเค็ม		การงดสูบบุหรี่		การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
4. การศึกษา								
4.1 ไม่ได้ศึกษา	33 (41.25)	4 (66.67)	31 (39.74)	6 (75)	34 (41.98)	3 (60)	37 (43.02)	0
	[38.37]	[4.65]	[36.05]	[6.98]	[39.53]	[3.49]	[43.02]	[0]
4.2 ประถมศึกษา	42 (52.50)	0	42 (53.85)	0	40 (49.38)	2 (40)	42 (48.84)	0
	[48.84]	[0]	[48.84]	[0]	[46.51]	[2.33]	[48.84]	[0]
4.3 มัธยมศึกษา	2 (2.5)	2 (33.33)	2 (2.56)	2 (25)	4 (4.94)	0	4 (4.65)	0
	[2.33]	[2.33]	[2.33]	[2.33]	[4.65]	[0]	[4.65]	[0]
4.4 ประกาศนียบัตร/	2 (2.50)	0	2 (2.56)	0	2 (2.47)	0	2 (2.33)	0
อนุปริญญา	[2.33]	[0]	[2.33]	[0]	[2.33]	[0]	[2.33]	[0]
4.5 อุดมศึกษา	1 (1.25)	0	1 (1.28)	0	1 (1.23)	0	1 (1.16)	0
	[1.16]	[0]	[1.16]	[0]	[1.16]	[0]	[1.16]	[0]

( ) ร้อยละเมื่อเทียบกับประชากรในกลุ่มเดียวกัน

[ ] ร้อยละเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง 79 ราย พบจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมัน 45 ราย (ร้อยละ 56.96) และ 73 ราย (ร้อยละ 92.41) การควบคุมอาหารเค็ม 46 ราย (ร้อยละ 58.23) และ 71 ราย (89.87) การงดสูบบุหรี่ 72 ราย (ร้อยละ 91.14) และ 75 ราย (ร้อยละ 94.94) การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 75 ราย (ร้อยละ 94.94) และ 79 ราย (ร้อยละ 100) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 27

จากผู้ป่วย 34 ราย ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมันพบว่ามี 28 ราย (ร้อยละ 82.35) ที่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารมันหลังจากได้รับคำแนะนำ ส่วนอีก 6 ราย (ร้อยละ 17.65) ยังคงไม่สามารถควบคุมอาหารมันได้ ส่วนผู้ป่วย 33 ราย ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร

เค็มหลังจากได้รับคำแนะนำมีผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 75.76) ให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารเค็ม และมี 8 ราย ยังคงไม่สามารถควบคุมอาหารมันได้ ผู้ป่วย 7 ราย ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการงดสูบบุหรี่ มี 3 ราย (ร้อยละ 42.86) ที่สามารถงดสูบบุหรี่ได้หลังจากได้รับคำแนะนำแต่ยังคงมีผู้ป่วยอีก 4 ราย (ร้อยละ 57.14) ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนการร่วมมือในการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าผู้ป่วย 4 รายที่พบปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถงดดื่มแอลกอฮอล์ได้ทั้งหมด จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้คำแนะนำของเภสัชกรต่อการร่วมมือในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงพบว่า คำแนะนำของเภสัชกรมีผลต่อการควบคุมอาหารมันและอาหารเค็มด้วยระดับนัยสำคัญ < 0.001 แต่ไม่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยระดับนัยสำคัญ 0.250 และ 0.125 ตามลำดับ

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการร่วมมือในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ปัญหา	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ (ร้อยละ)		เพิ่มขึ้น	*p-value**
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2		
1. การควบคุมอาหารมัน	45 (56.96)	73 (92.41)	28 (35.44)	< 0.001
2. การควบคุมอาหารเค็ม	46 (58.23)	71 (89.87)	25 (31.65)	< 0.001
3. การงดสูบบุหรี่	72 (91.14)	75 (94.94)	3 (3.8)	0.250
4. การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	75 (94.94)	79 (100)	4 (5.06)	0.125

* ทดสอบโดยใช้สถิติ McNemar Chi-square Test

ครั้งที่ 1 = เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 = เมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรและกลับมาพบแพทย์ตามนัด