

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาอุบัติการณ์และผลกระทบของค่าใช้จ่ายจากการเกิดในผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรมชายที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า

1. อัตราของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจาก ADR คือร้อยละ 3.6 และอุบัติการณ์ ADR ระหว่างพักรักษาตัวเป็นร้อยละ 3.6 โดยสรุปผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรมชายเกิด ADR คิดเป็นร้อยละ 7.2

2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษาเท่ากับ 222 ราย มีผู้ป่วยเกิด ADR 24 เหตุการณ์ โดยเฉลี่ยเกิด ADR 1.08 เหตุการณ์ต่อผู้ป่วย 10 ราย

3. ยาด้านจุลชีพและยาด้านเชื้อเป็นกลุ่มยาที่ก่อให้เกิด ADR สูงที่สุดคือ 16 ADR จากทั้งหมด 24 ADR (ร้อยละ 66.7)

4. ระบบอวัยวะที่เกิด ADR มากที่สุด คือ ระบบผิวหนัง คือ 5 ADR จากทั้งหมด 24 ADR (ร้อยละ 20.85)

5. ประเภทของ ADR ที่พบในการศึกษาครั้งนี้เป็นชนิด A ร้อยละ 58.3 และชนิด B ร้อยละ 41.7

6. ADR ที่พบเมื่อประเมินตามเกณฑ์ของ Schumock & Thornton (1992) พบว่าเป็น ADR ที่ป้องกันได้ร้อยละ 25 โดยทั้งหมดเป็นชนิด A และเหตุผลในการป้องกันได้คือ ADR เหล่านั้นเกิดจากปฏิกริยาระหว่างยา โดยคิดเป็นร้อยละ 66.7 ของ ADR ทั้งหมดที่ป้องกันได้ และอีกร้อยละ 33.3 เกิดจากไม่มีการติดตามระดับยาในเลือดหรือการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

7. ระดับความรุนแรงของ ADR ที่พบมากเป็น Non – serious โดยคิดเป็นร้อยละ 54.2

8. ระดับความสัมพันธ์ของ ADR กับยาที่สงสัยส่วนใหญ่เป็น Probable โดยคิดเป็นร้อยละ 79.2 ของ ADR ทั้งหมด

9. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกิดจาก ADR ในมุมมองของโรงพยาบาลในการศึกษานี้คิดเป็นมูลค่ารวม 50,096 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายเท่ากับ 2,087 บาทต่อหนึ่ง ADR หรือโดยเฉลี่ย 225.66 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ายา ค่าห้อง และค่าบริการทางการแพทย์ โดยกลุ่มยาด้านจุลชีพและยาด้านเชื้อเป็นกลุ่มยาที่ก่อให้เกิด ADR ที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด

(ร้อยละ 67) ในขณะที่เดียวกันการเกิด ADR ของระบบเลือดก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

10. ADR ชนิด A ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีสิทธิเบิกได้และผู้ป่วยประกันสังคมมีมูลค่าสูงสุด

11. ADR ที่รุนแรงก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ADR ที่ไม่รุนแรง ในขณะที่ ADR ที่ป้องกันได้ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงกว่า ADR ที่ป้องกันไม่ได้

12. เมื่อจำแนกค่าใช้จ่ายตามการประเมินระดับความสัมพันธ์ของยาที่สงสัยกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น พบว่า ADR ในระดับ Probable ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงสุด

13. การเกิด ADR ทำให้ผู้ป่วยมี LOS นานกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิด ADR โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.46 วัน (95% CI = 1.96 – 10.64) และมีจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลหลังเกิด ADR นานกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิด ADR โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.10 วัน (95% CI = 0.35 – 7.40) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติและส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

14. เกสซ์กรต้องใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังการเกิด ADR โดยเฉลี่ย 30 นาทีต่อผู้ป่วย 1 รายต่อวัน โดยจะเสียเวลาส่วนใหญ่ในการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนทั้งหมด และจากการสัมภาษณ์ให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังนั้น ในแต่ละวันเกสซ์กรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ประมาณ 6 คน (เฉพาะช่วงป่วยของวัน)

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมชายเพียงอย่างเดียว อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ หากต้องการได้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ควรทำการศึกษาในหอผู้ป่วยที่หลากหลาย และเนื่องจากในแต่ละการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องของสถานที่ทำการศึกษารวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น น่าจะทำการศึกษาในรูปแบบ multicenter prospective randomized matched case control

2. การคำนวณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก ADR การศึกษานี้คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงเท่านั้น ย่อมได้มูลค่าที่น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากในเชิงเศรษฐศาสตร์นั้น นอกจากค่าใช้จ่ายทางตรงแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าใช้จ่ายที่จับต้องสัมผัสไม่ได้ ดังนั้น หากเราสามารถคำนวณหาค่าใช้จ่ายเหล่านั้นได้ ย่อมทำให้มีมูลค่าใกล้เคียงความจริงมากขึ้น

3. นอกจากการศึกษาค่าใช้จ่ายของ ADR แล้ว ในอนาคตน่าจะมีการศึกษาวิจัยหารูปแบบต่างๆ ของ prevention model ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิด ADR ขึ้น โดยเฉพาะ

ADR ที่น่าจะป้องกันได้ นอกเหนือจากการใช้ prime question ซึ่งเป็นคำถามมาตรฐานตามมาตรฐานการจ่ายยาของเภสัชกรเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ