

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

กิตติยศ ยศสมบัติ^{1*} และ นารัต เกษตรทัต²

¹ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Corresponding author: Y_kitityot@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา และวิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นต้นเหตุดังกล่าว **วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์และความเห็นของแพทย์ที่ดูแลพระภิกษุ คัดเลือกพระภิกษุที่ได้รับการรักษาในช่วงพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2553 ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ **ผลการศึกษา:** จากพระภิกษุที่ร่วมการศึกษา 60 รูป พบว่ามี 24 รูปที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา (ความชุกเท่ากับร้อยละ 40) โดยพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด ส่วนหนึ่งของอาการไม่พึงประสงค์เกิดจากวัตรปฏิบัติเกี่ยวกับการฉันอาหารของพระภิกษุซึ่งแตกต่างจากฆราวาส ทั้งในแง่จำนวนมื้อและช่วงเวลาที่ได้รับ ในขณะที่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของพระภิกษุโดยมากเป็นผลจากการขาดความรู้ ความเข้าใจหรือตระหนักในความสำคัญของการเลือกฉันหรือหลีกเลี่ยงอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น มีพระสงฆ์ 21 ใน 24 รูป (ร้อยละ 87.5) ที่ปัญหาจากการใช้ยาเป็นชนิดที่สามารถป้องกันได้ **สรุป:** ปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่พบบ่อย ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้และอาจเกี่ยวกับวัตรปฏิบัติและพฤติกรรมกรฉันอาหารของพระภิกษุ ดังนั้นเภสัชกรจึงควรรู้และเข้าใจปัญหาจากการใช้ยาที่พบในพระภิกษุและประยุกต์หลักการหรือองค์ความรู้ทางเภสัชศาสตร์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่พระภิกษุอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ปัญหาจากการใช้ยา, การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, อาการไม่พึงประสงค์, พระภิกษุ, ความชุก

ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2553;5(4):324-332[§]

บทนำ

ปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems) เป็นเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย โดยเกี่ยวข้องหรือสงสัยว่ามีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาด้วยยา และเหตุการณ์นั้นส่งผลหรือมีโอกาสส่งผลต่อผลการใช้ยาในผู้ป่วยรายนั้น¹ ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นมีผลกระทบในแง่ลบหลายประการต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย²⁻⁵ เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายที่ค่อนข้างสูง⁶ อีกทั้งนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว และก่อให้เกิดปัญหาใหม่ เช่น การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น⁷⁻¹⁰ Ryan และคณะพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 36 ราย จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 300,000 ราย มีสาเหตุมาจากปัญหาจากการใช้ยา โดยตัวอย่างของปัญหาจากการใช้ยา เช่น การได้รับยาเกินขนาด และการหยุดยาโดยมีระยะเวลาไม่เหมาะสม¹¹ นอกจากนี้ ปัญหาจากการใช้ยายังมีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายที่

เพิ่มขึ้นมาจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการประมาณว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาจากการใช้ยาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1997 มีมูลค่าสูงกว่า 76.6 พันล้านดอลลาร์¹² และเพิ่มขึ้นเป็น 121.5 พันล้านดอลลาร์ ในปี ค.ศ. 2001¹² คาดว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้จะประหยัดลงได้ 45.6 พันล้านดอลลาร์หากมีเภสัชกรเข้าร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย¹³

ร้อยละ 59 - 96 ของปัญหาจากการใช้ยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นปัญหาที่ส่งผลรุนแรงถึงชีวิต เช่น พบระดับยาในเลือดที่สูงเกินปกติ ขาดการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสม ได้รับยาที่มีประวัติแพ้ ได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ ขนาดยาที่ได้รับสูงหรือต่ำเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ^{8,9,13} ซึ่งมีรายงานปัญหาจากการใช้ยาเหล่านี้ในผู้ป่วยชาวไทยเช่นกัน¹⁴⁻²⁴ โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดสามอันดับแรก คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการได้รับยาโดยไม่จำเป็น²⁵ ซึ่งสอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้

[§] 15th year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

ให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6.4 - 23.5 อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา²⁶ ผลการศึกษาข้างต้นแสดงถึงความสำคัญของการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งเภสัชกรมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย และให้การแก้ไขอย่างตรงจุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา ได้ประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าแก่ทรัพยากรของประเทศ⁴ การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศส่วนใหญ่ มุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้บ่อย เช่นผู้ป่วยเด็กและคนชรา โดยมีข้อสังเกตจากการศึกษาเหล่านี้ว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบนั้นแตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนทางการให้การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ

จากข้อมูลการศึกษาของชาญณรงค์ บุญหนุน พบว่าปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีพระภิกษุและสามเณรรวม 313,267 รูป²⁷ ซึ่งส่วนมากเป็นพระภิกษุสูงอายุและเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิด และมีความชุกของโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดย Janbok และคณะพบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยลำดับแรกในพระภิกษุ คือ ความดันโลหิตสูง (เพิ่มจาก 3,009 รูปในปี พ.ศ. 2544 เป็น 3,133 รูป ในปี พ.ศ. 2545) ภาวะเบาหวาน (เพิ่มจาก 2,441 รูป เป็น 3,470 รูป) โรคหลอดเลือดหัวใจ (เพิ่มจาก 1,456 รูป เป็น 1,898 รูป) และ เบาหวาน (เพิ่มจาก 1,376 รูป เป็น 2,939 รูป)²⁸ พระภิกษุเหล่านี้มีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากฆราวาส ตัวอย่างความแตกต่างที่ชัดเจน เช่น จำนวนมื้ออาหาร ลักษณะอาหารที่ฉัน วัตรปฏิบัติประจำวัน และส่วนที่อาจไม่เห็นเด่นชัด เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและองค์ความคิดหรือทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย²⁹⁻³¹ ความแตกต่างที่กล่าวมานี้อาจมีผลกระทบต่องานจากการใช้ยาในพระภิกษุ ดังนั้น หากเภสัชกรผู้ให้การบริบาลไม่ตระหนัก หรือไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุ ย่อมไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับความจำเป็นสำหรับพระภิกษุที่อาพาธ

ในปัจจุบัน ยังไม่พบรายงานการศึกษาหรือเอกสารทางวิชาการที่กล่าวถึงปัญหาจากการใช้ยาของพระภิกษุที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา พร้อมทั้งวิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาในพระภิกษุซึ่งเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับใช้เป็นแนวทางในการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับพระภิกษุและเป็นข้อมูลขั้นต้นสำหรับการวิจัยอื่นในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์พระภิกษุที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา คือ เป็นพระภิกษุที่เข้ารับการรักษาในช่วงพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2553 ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา และใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ ทั้งนี้หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีความผิดปกติในการสื่อสารซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรวบรวมข้อมูลหรือขอถอนตัวจากการการศึกษาก็ถือว่าเข้าได้กับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโดยกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (หมายเลข IRB 267/53)

การศึกษานี้ใช้วิธีเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience sample) โดยเก็บข้อมูลจากพระภิกษุทุกรายที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษจนครบจำนวนที่กำหนดไว้ ซึ่งคำนวณได้จากการศึกษาที่มีก่อนหน้านี้³² ซึ่งพบความชุกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (P) เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา เท่ากับร้อยละ 16.7 เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง (N) โดยกำหนดใช้ช่วงค่าเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) ไม่เกินร้อยละ 10 ตามสูตร $N = Z^2 \times [P \times (1-P)] / (d^2)$ พบว่าต้องมีตัวอย่างอย่างน้อย 60 ราย³³

เมื่อพระภิกษุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษายินยอมเข้าร่วมโครงการ รวบรวมข้อมูลสุขภาพและประวัติการใช้ยาของพระภิกษุจากเวชระเบียนประกอบกับการสัมภาษณ์โดยตรงโดยจำนวนรายการยาที่กล่าวถึงในการศึกษานี้หมายถึงจำนวนรายการยาเฉพาะที่บันทึกในเวชระเบียน ไม่รวมยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ และยาที่ผู้ป่วยได้รับการถวายหรือยาที่หาซื้อมาใช้เอง จากนั้นวิเคราะห์และตัดสินสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นสาเหตุจากปัญหาการใช้ยาหรือไม่ใช่ปัญหาจากการใช้ยา โดยพิจารณาจากบันทึกในเวชระเบียน ในกรณีที่ไม่มีกรบันทึกกว่าเป็นปัญหาจากการใช้ยา ผู้วิจัยเปรียบเทียบรายการยาก่อนและในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาเพิ่มเติมว่ามีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยหากพบว่ามีปัญหาจากการใช้ยา แต่ไม่ได้มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะไม่นับรวมในการคำนวณความชุกในการศึกษานี้

ในกรณีที่พบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าเป็นปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ ผู้วิจัยขอความเห็นจากแพทย์ประจำบ้านที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยตัดสินสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้เรียกเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 60

วันหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยครั้งสุดท้ายโดยที่ไม่ได้เป็นไปตามนัดของการตรวจรักษาว่า “การกลับเข้ารับการรักษาล้างในโรงพยาบาล”³⁷

การศึกษานี้จำแนกปัญหาจากการใช้ยาที่พบในการศึกษาเป็น 7 ประเภทตามเกณฑ์ของ Cipolle และคณะ³⁴ เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เกณฑ์ของ Shumock และ Thornton³⁵ ในการประเมินว่าปัญหาที่พบเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้หรือไม่ ใช้คำถาม 7 ข้อ ได้แก่ 1) ยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยานั้น ผู้ป่วยได้รับอย่างไม่เหมาะสมกับโรคหรือภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยหรือไม่ 2) ขนาดยา วิธีในการบริหารยา ความถี่ของการบริหารยานั้นไม่เหมาะสมกับอายุ น้ำหนัก และสภาวะของผู้ป่วยหรือไม่ 3) ไม่มีการตรวจวัดระดับยาหรือค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการประเมินการรักษาหรือไม่ 4) ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ยาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังกล่าวมาก่อนหรือไม่ 5) มีการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาซึ่งมีผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ 6) มีการบันทึกค่าระดับยาหรือค่าการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกถึงความเป็นพิษของยาหรือไม่ และ 7) การใช้ยาไม่เป็นที่แพทย์สั่งหรือไม่ ซึ่งหากมีข้อใดข้อหนึ่งที่มีคำตอบว่า “ใช่” จะถือว่าปัญหาจากการใช้ยานั้นเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้ความถี่ฐานนิยม สัดส่วนและร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยความชุกของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา คำนวณจากจำนวนพระภิกษุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษา และความชุกของปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Window version 16.0

ผลการศึกษา

มีพระภิกษุเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในช่วงการศึกษาทั้งสิ้น 68 รูป โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 66 รูป พระภิกษุจำนวน 6 รูปถูกคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากขอถอนตัวออกจากการวิจัย 2 รูป และไม่สามารถสืบค้นประวัติการใช้ยาจากเวชระเบียนหรือได้ข้อมูลไม่เพียงพอจากการสัมภาษณ์ใน 4 รูป โดยสรุปมีผู้เข้าร่วมการศึกษานทั้งสิ้น 60 รูป

(ตารางที่ 1) อายุเฉลี่ยของผู้ร่วมการศึกษาคือ 67.4 ± 9.75 ปี พระภิกษุ 56 รูป (ร้อยละ 93.3) มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งทั้งหมดเลิกสูบบุหรี่และไม่ได้ดื่มสุราแล้วมานานกว่า 5 ปี พระภิกษุ 11 รูป (ร้อยละ 18.33) มีดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจัดว่ามีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานสำหรับชาวเอเชีย³⁶ พระภิกษุ 44 รูป (ร้อยละ 73.33) เป็นผู้ที่กลับเข้ารับการรักษาล้างในโรงพยาบาลภายใน 60 วัน หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 1 ข้อมูลรายละเอียดของผู้เข้าร่วมการศึกษาน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (N = 60)
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	13	21.67
61 - 70 ปี	21	35
71 - 80 ปี	22	36.67
มากกว่า 80 ปี	4	6.67
อายุเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	67.4 $\pm$ 9.75	
พิสัย (ปี)	32 - 84	
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	0	0
เคยดื่มสุรา แต่เลิกแล้ว	56	93.33
ไม่มีประวัติดื่มสุรา	4	6.67
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	0	0
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	56	93.33
ไม่มีประวัติสูบบุหรี่	4	6.67
น้ำหนักตัว		
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	49	81.67
น้ำหนักเกินเกณฑ์	10	16.67
อ้วน	1	1.67
ประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
ผู้ป่วยรายใหม่ / รายเก่าที่วันจำหน่ายครั้งก่อน	16	26.67
นานกว่า 60 วัน		
กลับเข้ารับการรักษาล้าง	44	73.33

โรคประจำตัวและจำนวนรายการยาก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

พบว่าพระภิกษุ 58 รูป มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.67) (ตารางที่ 2) โดยมีโรคประจำตัวเฉลี่ยรูปละ 3.58 ± 2.2 โรค โดยร้อยละ 75 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พระภิกษุที่มีโรคประจำตัวมากที่สุด มีโรคประจำตัว 9 โรค

โรคประจำตัวที่พบในการศึกษานี้ มีทั้งหมด 13 โรค โดยโรคที่พบได้บ่อยที่สุดห้าอันดับแรก คือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65)

ไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 45) เบาหวาน (ร้อยละ 45) หัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 37) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 33.33) จำนวนรายการยาเฉลี่ยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ 8.8 ± 5.8 รายการ รูปที่ 1 ได้รับยามากที่สุดคือ 24 รายการ

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของพระภิกษุผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (N = 60)
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	39	65.00
ไขมันในเลือดผิดปกติ	27	45.00
เบาหวาน	27	45.00
หัวใจล้มเหลว	22	37.00
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	20	33.33
มะเร็ง	16	26.70
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	15	25.00
ต่อมลูกหมากโต	12	20.00
โรคหัวใจรูมาติก	11	18.30
โรคกระดูกและข้อ	11	18.30
โรคไตเรื้อรัง	10	17.00
ติดเชื้อไวรัส HIV	3	5.00
วัณโรค	2	3.3
จำนวนโรคประจำตัวต่อรูป		
ไม่มีโรคประจำตัว	2	3.33
1 โรค	13	21.67
2 โรค	7	11.67
3 โรค	7	11.67
4 โรค	8	13.33
5 โรค	12	20.00
มากกว่า 5 โรค	11	18.33
จำนวนโรคเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.58 ± 2.2	
พิสัย	0 – 9	
จำนวนยาที่ได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่มีการใช้ยา	4	6.67
1 - 5 รายการ	14	23.3
6 - 10 รายการ	22	36.67
11 - 15 รายการ	13	21.67
16 - 20 รายการ	4	6.67
มากกว่า 20 รายการ	3	5.00
จำนวนรายการยาเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.8 ± 5.8	
พิสัย	0 - 24	

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

จากพระภิกษุ 60 รูป พบว่ามีพระภิกษุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา 24 รูป (ร้อยละ 40) (ตารางที่ 3) โดยในจำนวนนี้มีพระภิกษุ 21 รูปที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจากวันจำหน่ายครั้งก่อนไม่เกิน 60 วัน คิดเป็นความ

ชุกของการเข้ารับการรักษาซ้ำเนื่องจากการใช้ยาเท่ากับร้อยละ 47.73 ของพระภิกษุที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลทั้งหมด 44 รูป (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (N = 60)
เข้ารับการรักษาเนื่องจากสาเหตุอื่น	36	60
เข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา	24	40
เข้าเกณฑ์กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ	21	
ไม่เข้าเกณฑ์กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ	3	

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พบว่าประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้พระภิกษุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่พบบ่อยที่สุด ตามเกณฑ์ของ Cipolle และคณะ³⁴ คืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยปัญหาสองประเภทนี้พบความชุกร้อยละ 29.16 เท่ากัน (ตารางที่ 4)

การศึกษานี้พบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ตามเกณฑ์ของ Schumock GT และ Thornton JP³⁵ จำนวน 21 รูป คิดเป็นร้อยละ 87.5 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 24 ราย (ตารางที่ 4)

ผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาที่พบในการศึกษานี้ อันเป็นเหตุให้พระภิกษุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งแสดงในตารางที่ 4 และ 5 สามารถแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่ม คือ 1) มีการกำเริบของโรคเนื่องจากไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ หรือขนาดยาที่ได้รับต่ำเกินไป หรือขนาดยาบางรายการ หรือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้รับยา salbutamol ทั้งที่เกิดการกำเริบบ่อยครั้ง และตอบสนองไม่ดีต่อยาขยายหลอดลมชนิดอื่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับเพิ่มขนาด warfarin หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน หรือเกิด diabetic ketoacidosis จากการขาดยาฉีด insulin 2) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น การเกิดเลือดออกจาก warfarin หรือเกิด hyponatremia จากยาเคมีบำบัด หรือเกิดการแพ้ยาต้านจุลชีพ และ 3) เข้ารับการรักษาเนื่องจากได้รับยามากเกินไป เช่น มีค่า international normalized ratio (INR) สูงเกินช่วงปกติโดยที่ยังไม่พบอาการเลือดออก

ตารางที่ 4 ปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหาทั้งหมด (ร้อยละ; N = 24)	จำนวนปัญหาที่ป้องกันได้ (ร้อยละ)	ตัวอย่างปัญหาจากการใช้ยา
ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น	0 (0.00)	0 (100.00)	
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	1 (4.16)	1 (100.00)	- การใช้ beta-blocker ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป	3 (12.5)	3 (100.00)	- ขนาดยา furosemide ต่ำเกินไปทำให้ควบคุมอาการ ascites ไม่ได้ - ผู้ป่วยไม่ได้รับการเพิ่มขนาด warfarin หลังจากลดขนาดลงชั่วคราว - ไม่ได้ปรับขนาดยาบรรเทาปวดในกลุ่ม opioid ให้มี potency เท่าเดิม
ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป	1 (4.16)	1 (100.00)	- ผู้ป่วยซึ่งได้รับ warfarin มีค่า INR สูงกว่าช่วงปกติแต่ไม่มีอาการเลือดออก
ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์	7 (29.16)	4 (57.14)	<u>ป้องกันได้:</u> - เกิดภาวะเลือดออกจาก warfarin - เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการฉีด insulin - เกิดภาวะตับอักเสบจาก paracetamol <u>ไม่สามารถป้องกันได้:</u> - hyponatremia จากยาเคมีบำบัด - แพ้ยาด้านจุลชีพโดยที่ไม่มีประวัติแพ้ยามาก่อนหน้านี้
ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา	7 (29.16)	7 (100.00)	- ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรคและยาที่ได้รับ - ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือตระหนักถึงความสำคัญของเวลาฉีดยาและการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด - ยาหมดแต่ขาดปัจจัยหรือไม่มีข้อมูลจากดูแล - ไม่ได้อาหารจากการбинทดบาดแต่ยังคงฉีด insulin
ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม	5 (20.83)	5 (100.00)	- ไม่ได้รับ bronchodilator เป็น reliever ในโรคหอบหืด - ไม่ได้รับยาด้านจุลชีพในกรณีที่ต้องได้รับ - เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากไม่ได้รับ aspirin ทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค - ผู้ป่วย diabetic gastroparesis มีอาการท้องอืด ฉันทานอาหารไม่ได้หลายวัน เนื่องจากไม่ได้รับ prokinetic drugs
รวม	24 (100.00)	21 (87.5)	

ตารางที่ 5 โรคหรือความผิดปกติขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลอันเป็นผลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา

โรคหรือความผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ (N = 24)	ยาที่เป็นสาเหตุ	รายละเอียด
Bleeding	3	12.50	Warfarin	- อันตรกิริยาของยา warfarin กับยาอื่น เช่น non-steroidal anti-inflammatory drugs หรืออาหารที่รับประทาน
Hypoglycemia	3	12.50	Oral antidiabetic drugs, insulin	- ผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจในการเลือกอาหารที่เหมาะสม - ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของเวลาฉีดยาในการตอบสนองต่อ insulin
Cellulitis	3	12.50	Oral antibiotics	- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมทำให้แผลลุกลามมากขึ้น
Acute exacerbation of COPD	2	8.33	Salbutamol, propranolol	- ผู้ป่วยไม่ได้รับยา salbutamol ทั้งที่มีการกำเริบบ่อยครั้งและตอบสนองไม่ดีต่อยาขยายหลอดลมชนิดอื่น - ผู้ป่วยได้รับ propranolol ซึ่งมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้
HF	2	8.33	Furosemide	- ผู้ป่วยปฏิเสธฉีดยาขับปัสสาวะเพราะมักปวดปัสสาวะเวลาบิณฑบาต
Skin rash	2	8.33	Dicloxacillin, cefoperazone/sulbactam	- เกิดผื่นแพ้จากยา
Diabetic ketoacidosis	2	8.33	Insulin	- ยาหมดแต่ขาดปัจจัยหรือไม่มีข้อมูลจากดูแลโดยเฉพาะในขณะที่ยาหรือมีไข้
Myocardial infarction	1	4.17	Aspirin	- เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากไม่ได้รับ aspirin ทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
Stroke	1	4.17	Warfarin	- ไม่ได้ปรับขนาดยา warfarin หลังลดขนาดลงชั่วคราว
Breakthrough pain	1	4.17	Opioids	- ไม่ได้ปรับขนาดยาบรรเทาปวดในกลุ่ม opioid ให้มี potency เท่าเดิม
Hyponatremia	1	4.17	Cisplatin	- อาการไม่พึงประสงค์จากยา
Ascites	1	4.17	Furosemide	- ขนาดยา furosemide ต่ำเกินไปทำให้ควบคุมอาการ ascites ไม่ได้
Hepatitis	1	4.17	Paracetamol	- เกิดภาวะตับอักเสบจาก paracetamol
Gastroparesis	1	4.17	Prokinetic drugs	- ผู้ป่วย diabetic gastroparesis มีอาการท้องอืด ฉันทานอาหารไม่ได้หลายวัน เนื่องจากไม่ได้รับ prokinetic drugs

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยวชิรญาณวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาความชุกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา โดยอิงนิยามของปัญหาจากการใช้ยาตามเกณฑ์ของ Cipolle และคณะ³⁴ พบว่าร้อยละ 40 ของพระภิกษุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาซึ่งเป็นความชุกที่พบได้มากกว่าการศึกษาอื่น ๆ^{32,44-46} แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของเสาวนินทร์ กรกขมศาสตร์ซึ่งทำการศึกษความชุกของการเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินอันเนื่องมาจากยา ซึ่งพบว่าร้อยละ 36.9 ของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีสาเหตุเนื่องมาจากยา ทั้งนี้คาดว่าเป็นเพราะการศึกษาของเสาวนินทร์ กรกขมศาสตร์และการศึกษานี้ใช้สถานที่เดียวกันในการเก็บข้อมูลทำให้ได้ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน³⁵ ปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้บ่อยที่สุดในพระภิกษุที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าปัญหาจากการใช้ยาทั้งสองประเภทยังพบรวมกันร้อยละ 58.34 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่น ๆ ที่มีมาก่อนหน้านี้^{14,21,22,32,45,47}

ปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ ร้อยละ 87.5 เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่ป้องกันได้ ตามเกณฑ์ของ Schumock Gt และ Thornton JP ซึ่งพบในอัตราที่สูงกว่าในการศึกษาอื่น¹⁴ การพบปัญหาจากการใช้ยาในอัตราที่สูงอาจแสดงให้เห็นถึงความต้องการเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นกว่าเดิมสำหรับพระภิกษุ เพื่อที่จะช่วยลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่พบในการศึกษานี้ได้¹⁴⁻²²

จากพระภิกษุจำนวน 60 รูปที่เข้าร่วมการศึกษา พบว่าเป็นพระภิกษุที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 60 วัน หลังจากวันจำหน่ายผู้ป่วยครั้งก่อนมากถึงร้อยละ 73.33 ซึ่งพบได้บ่อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ³⁷⁻³⁹ ทั้งนี้คาดว่าอาจมีสาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นพระภิกษุ ซึ่งมีความแตกต่างในวิถีชีวิตและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย จากการสัมภาษณ์พระภิกษุทุกรูป ซึ่งมีประวัติกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยกว่า 10 ครั้ง ได้ข้อมูลว่าเมื่อมีความผิดปกติของร่างกายเกิดขึ้น พระภิกษุมิโอกาสที่จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นฆราวาส เนื่องจากไม่มีความกังวลว่าจะต้องขาดงานหรือกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะที่อาพาธ เป็น

การแบ่งเบาภาระของพระภิกษุรูปอื่นในวัดที่จะต้องให้การดูแล เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จะพบว่าร้อยละ 47.73 ของผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 60 วันมีสาเหตุจากปัญหาจากการใช้ยา จากผลการศึกษาจะเห็นว่าปัญหาจากการใช้ยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วขึ้นกว่ากำหนด

สาเหตุของปัญหาจากการใช้ยาที่พบในพระภิกษุ อาจสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่างพระภิกษุกับฆราวาส โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความสำคัญอย่างมากในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง และเป็นแนวทางในการแก้ไขหรือป้องกันอย่างตรงจุด อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับพระภิกษุนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการฉันอาหารของพระภิกษุซึ่งแตกต่างจากฆราวาส ทั้งในแง่จำนวนมื้อและช่วงเวลาที่จะฉันซึ่งอาจมีผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของระบบทางเดินอาหารได้บ่อย โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานหลังอาหารทันที เนื่องจากสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือระคายเคืองทางเดินอาหาร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่าพระภิกษุประมาณ 1 ใน 4 หลีกเลียงหรืองดยาที่ต้องฉันในมือนั้น แต่เนื่องจากการศึกษานี้ จำกัดเฉพาะปัญหาจากการใช้ยาที่มีความรุนแรงมากพอที่จะเป็นสาเหตุให้พระภิกษุต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงไม่ได้กล่าวถึงในผลการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มยาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุ และกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในพระภิกษุ จะเป็นข้อมูลซึ่งช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งหากสามารถติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และมีมาตรการป้องกันที่เหมาะสมก็จะช่วยให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระภิกษุเนื่องจากการใช้ยาลดลงได้ โดยโรคประจำตัวที่พบในการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีมาก่อนหน้า²⁸ ซึ่งเกือบทั้งสิ้นเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันหรือชะลอการดำเนินของโรคได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น การเลือกประเภทและปริมาณอาหารที่ฉันอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกาย การเข้ารับการรักษาสุขภาพ และคัดกรองโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ มีความร่วมมือในการใช้ยา และได้รับความรู้เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม⁴⁰⁻⁴³

ความไม่ร่วมมือในการรักษาของพระภิกษุที่เข้าร่วมการศึกษานี้โดยมากเป็นผลจากความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกฉันอาหารอย่างเหมาะสมทั้งประเภทและปริมาณ ซึ่งเมื่อพิจารณาประกอบกับค่านิยมของประชาชนในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารสูง อุดมด้วยของหวาน ไข่และกะทิ ซึ่งมักเป็นอาหารที่พระภิกษุควรหลีกเลี่ยง หากพระภิกษุเองไม่มีความรู้

ความเข้าใจอย่างดีและเลือกฉันทาอาหารได้ถูกประเภทในปริมาณที่เหมาะสม ย่อมทำให้ผลการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจอีกทั้งเกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมาได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากอาหารเข้าที่พระภิกษุฉัน ขณะที่อยู่วัดเป็นอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ซึ่งมีช่วงเวลาการฉันอาหารที่ไม่สม่ำเสมอ พระภิกษุที่มีการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดหรือยาฉีด insulin จึงมักพบว่าเกิดปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยาได้บ่อย ยกตัวอย่างข้อมูลจากการสัมภาษณ์พระภิกษุรูปหนึ่งซึ่งได้รับ premixed insulin (70/30) วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและก่อนนอน ผู้ป่วยเริ่มบิณฑบาตตั้งแต่ 05.00 น. และมักจะกลับถึงวัดเวลา 09.00 น. ช่วงแรกที่ได้รับยาผู้ป่วยฉีดยาในเวลา 05.00 น. แล้วจึงบิณฑบาต ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะที่บิณฑบาต ระยะต่อมาผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เปลี่ยนเวลาฉีด insulin เป็นก่อนฉันอาหารเช้า คือ 09.00 น. ซึ่งพบว่าสามารถลดการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะที่บิณฑบาตได้ แต่ผู้ป่วยกลับเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงทำวัตรเย็นซึ่งรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบในการวิจัยนี้เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่มีผลให้พระภิกษุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยนี้จึงน่าจะมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพระภิกษุ

เอกสารอ้างอิง

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-543.
2. de Lyra DP, Kheir N, Abriata JP, da Rocha CE, Dos Santos CB, Pelá IR. Impact of Pharmaceutical Care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto (SP), Brazil. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3(6):989-998.
3. Okano GJ, Malone DC, Billups SJ, et al. Reduced quality of life in veterans at risk for drug-related problems. *Pharmacotherapy* 2001;21(9):1123-1129.
4. Malone DC, Carter BL, Billups SJ, et al. Can clinical pharmacists affect SF-36 scores in veterans at high risk for medication-related problems? *Med Care* 2001;39(2):113-22.
5. Ernst ME, Iyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain sufferers. *Value Health* 2003;6(1):51-58.
6. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. *JAMA* 1998;279:1200-1205.

7. Hanlon JT, Lindblad CI, Hajjar ER, et al. Update on drug-related problems in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother* 2003;1(1):38-43.
8. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. *Arch Intern Med* 1995;155:1949-1956.
9. Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C. Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 2002;36:1238-1248.
10. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother* 2002;36:1331-6.
11. Ryan JM, Spronken I. Drug related deaths in the community: a preventive role for accident and emergency departments? *J Accid Emerg Med* 2000;17:272-273.
12. Ernst FR, Grizzle AJ. The cost of drug-related problems revisited. *Edmund's Newsletter* 2001;23(1).
13. ทศนีย์ สอนแจ่ม. การศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2546;13:115-124.
14. เสาวนรินทร์ ภรกรขมาศ. การเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินอันเนื่องมาจากยา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
15. ชุตินา อรรถสิทธิ์, วณิดา แก้วผินรังษี, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์. ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547;13:350-360.
16. อำไพ ทวีภักดิ์เจริญ. ปัญหาที่เนื่องจากยาและผลของการแก้ไขในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. เชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
17. นลินี พูลทรัพย์, ปัญญา อยู่ประเสริฐ. ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *ศรีนครินทร์โรดเภสัชสาร* 2548;10:10-16.
18. กิตติพร สิริชัยเวชกุล, นุจรี ประทีปวณิช, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, อุบลวรรณ สะพู. ผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2546;13:106-114.
19. รัฐพร โลหะวิศวาณิช, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ, วราภรณ์ วงศ์ถาวรวัฒน์. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2549;20:19-40.
20. วชิร ตรีอารัญญ, นิภาพร นันทนรินทร์. ผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย. *ขอนแก่นเวชสาร* 2547;28:114-119.
21. สุชาดา ธนภัทรกวิน. การบริบาลผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
22. จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์. การบริบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินหายใจที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
23. เขียวภา ศรีวิชัย. ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลของการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัช . เชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
24. อายูภา ปริสุวรรณ, หฤทัย คูไธย, มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย, อภิญา ชนะวงศ์, จารุวัลย์ พรหมคง. ผลการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกร ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2550;2(1):52-60.

25. กิตติยศ ยศสมบัติ, สิริบุษ พละภิญโญ. บริการเภสัชสนเทศทางโทรศัพท์: ประสบการณ์ในร้านยา. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2552; 4(3):327-333.
26. พรณทิพา ฉัตรชาติ, นารัต เกษตรทัต, รุ่งนภา ปัญญาณิลพันธ์. ผลลัพธ์ของการให้ความรู้เพื่อการจัดการด้วยตนเองแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ไช่ยาชนิดสูด. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2552;4(3):317-26.
27. ชาญณรงค์ บุญหนุน. พระสงฆ์ไทยในอนาคต. กรุงเทพฯ. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2551.
28. Janbok J. Factors influencing health promoting behavior among Buddhist monks in Bangkok metropolitan. Master's thesis. Bangkok. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2005.
29. Tangtrakulwanich B, Geater AF, Chongsuvivatwong V. Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *J Orthop Sci* 2006;11:439-445.
30. Ratanakul P. Buddhism, health and disease. *Eubios J Asian Int Bioeth* 2004;15:162-164.
31. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N. Cigarette smoking among Thai buddhist monks, central and eastern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36:505-511.
32. Ruangwattanachot P. Pharmacist's interventions on drug related problems in hospitalized patients with hypertension. Master's thesis. Khon Kaen. Graduate School, Khon Kaen University, 2001.
33. ทวีป กิตยาภรณ์. Sample size estimation. ใน: ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). *วิจัยทางคลินิก*. กรุงเทพฯ. โอเอสติกพับลิชชิ่ง, 2538: น.65-71.
34. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. New York. McGraw-Hill, 2004.
35. Schumock GT, Thornton JP. Focusing on the preventability of adverse drug reactions. *Hosp Pharm* 1992;44:538.
36. Caterson ID. Medical management of obesity and its complications. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38:22-28.
37. Burns R, Nichols LO. Factors predicting readmission of older general medicine patients. *J Gen Intern Med* 1991;6(5):389-393.
38. VanSuch M, Naessens JM, Stroebe RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalized patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? *Qual Saf Health Care* 2006;15:414-417.
39. Halm EA, Magaziner J, Hannan EL, et al. Frequency and impact of active clinical issues and new impairments on hospital discharge in patients with hip fracture. *Arch Intern Med* 2003;163:107-112.
40. Hermansen K. Diet, blood pressure and hypertension. *Br J Nutr* 2000; 83:S113-9.
41. Svetkey LP. Management of prehypertension. *Hypertension* 2005;45: 1056.
42. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. *Hypertension* 2006;47:296.
43. Schermer T, van Weel C, Barten F, et al. Prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European forum for primary care. *Qual Prim Care* 2008;16:363-377.
44. รุ่งทิพา หมื่นป้า, ศรีนทร์ เตชะมโนกุล, วรณกาญจน์ จักรวัฒนา, ชัยนัฏฐ์ ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีขศรี. ความชุกของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยมีสาเหตุจากยา. *สัปดาห์เวชสาร* 2546;24:40-53.
45. จารวี กาญจนศิริธำรง, วันทนา เจริญมงคล, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, อุษณีย์ วรธรรมณี. การประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2548;23:229-240.
46. Einerson TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 1993;27:832-40.
47. วงศ์นี้ กุลพรม. การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน จัตุรัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

Original Article

Drug-related Hospital Admission of Buddhist Monks

Kitiyot Yotsombut¹ * and Narat Kasettrat²

¹ Community Pharmacy Laboratory, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

² Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

* Corresponding author: Y_kitiot@hotmail.com

ABSTRACT

Objectives: To determine prevalence of drug-related hospital readmissions (DRHAs) of Buddhist monks and to identify types and causes of DRHAs in these patients. **Method:** This cross-sectional descriptive study was conducted during November to December 2010. Data were collected from patient's chart and interview of sixty Buddhist monks who were admitted at Wachirayanawong medical ward, Chulalongkorn Memorial hospital. **Results:** The prevalence of DRHA was 40% among Buddhist monks and 87.5% of these DRHAs were preventable. The most common drug-related problems (DRPs) were adverse drug reactions (ADRs) and non-compliance. Some ADRs were associated with monks' daily activities and food

taking patterns. Non-compliances among monks were lack of knowledge in appropriate kinds of food and unawareness of unhealthy food intake. 87.5 of monks with DRPs were affected by preventable ones. **Conclusion:** DRP was a prevalent cause of hospital admission of Buddhist monks. Most DRPs were preventable. Since some DRHAs were associated with monks' daily activities and food taking patterns, recognizing such distinct monk's daily living practice would allow pharmacists to provide appropriate pharmaceutical care for Buddhist monks.

Keywords: drug-related problems, drug-related hospital readmission, adverse drug reaction, Buddhist monks, prevalence

Thai Pharm Health Sci J 2010;5(4):324-332