

ทัศนคติต่อประสบการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย

ศศิธร ชาววัลจันติก¹, นฤมล เจริญศิริพรกุล^{1*}, ธงชัย ปฏิภาณวัตร²

¹สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Patients' Attitudes towards Experiences and Management of Adverse Drug Reactions

Sasithorn Chaowanjantuek¹, Narumol Jarernsiripornkul^{1*}, Tongchai Pratipanawatr²

¹Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 6 July 2021 / Edit: 4 August 2021 / Accepted: 25 August 2021

หลักการและวัตถุประสงค์: อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reactions; ADRs) เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยสามารถเพิ่มอัตราการรายงาน ADRs และเพิ่มการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาได้ อย่างไรก็ตามทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองยังมีการศึกษาที่จำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทัศนคติต่อประสบการณ์การเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 744 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เคยเกิด ADRs และมีการบันทึกลงในเวชระเบียนของโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับแบบสอบถามประเภทตอบด้วยตนเองทางไปรษณีย์เพื่อตอบทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้ 5-points Likert Scale และนำมาแปลเป็นทัศนคติ 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 340 ราย (ร้อยละ 45.7) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.6) อายุเฉลี่ย 58.0 ± 15.24 ปี ทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 38.8 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามเชิงบวก “หากเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาระดับรุนแรงมาก ท่านจะหยุดยานั้นทันที” ในขณะที่ผู้ป่วย ร้อยละ 15.0 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามเชิงลบ “ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์ที่เคยสั่งยาที่ทำให้เกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา” โดยผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองระดับดี ร้อยละ 21.8 (mean $\pm$ SD = 39.08 ± 1.856), ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.3 (mean $\pm$ SD = 31.64 ± 2.995), และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.9 (mean $\pm$ SD; 22.3 ± 0.577) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยหลายตัวแปร

Background and Objective: Adverse drug reactions (ADRs) are common drug-related problems. Patients' involvement can increase ADR reporting rate and awareness of drug safety. However, there are few studies of patients' attitudes towards experiences and management of ADRs. Therefore, this study was designed to explore patients' attitudes towards experiences and management of ADRs as well as their associated factors.

Method: This study was a cross-sectional survey at a community hospital in Nakhon Ratchasima Province. The study enrolled 744 patients aged 18 and over who had experienced ADRs in the previous year and data was collected from their medical records and hospital database system. Patients received self-administered questionnaires by post to rate their attitudes on a 5-point Likert scale. Subsequently, the patients' attitudes towards their experiences and management of their ADRs were classified at three levels; good, moderate, or poor.

Results: There were 340 valid questionnaires returned, giving a response rate of 45.7%. Most respondents were female (67.6%) with an average age of 58.0 ± 15.24 years. Most patients strongly agreed (38.4%) that they should immediately stop medication when they experienced severe drug allergy/side effects. Most patients strongly disagreed (15.0%) that they were not confident in the physicians who prescribed medicines causing drug allergy/side effects. Overall

*Corresponding author : Narumol Jarernsiripornkul, Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University. E-mail narumol@kku.ac.th

พบว่า ระดับความกังวลของผู้ป่วยต่อ ADRs ที่ระดับสูงขึ้นจะส่งผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความกังวลระดับปานกลาง OR = 0.462 และความกังวลระดับมาก OR = 0.414)

สรุป: ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองระดับปานกลางถึงดี ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับ ADRs และสามารถจัดการกับ ADRs ด้วยตนเอง ควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อช่วยเพิ่มการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ทัศนคติของผู้ป่วย; อาการไม่พึงประสงค์จากยา; ระดับความรุนแรง; ประสบการณ์; การจัดการ ADRs

patients' attitudinal scores towards experiences and management of ADRs were; good level (21.8%, mean $\pm$ SD = 39.1 $\pm$ 1.86), moderate level 77.3% (mean $\pm$ SD = 31.6 $\pm$ 2.99), and poor level 0.9% (mean $\pm$ SD = 22.3 $\pm$ 0.58, respectively). Multivariate analysis showed that higher levels of patient anxiety about ADR experiences (moderate OR = 0.462, severe OR = 0.414) were significantly associated with poorer patient attitudes towards experiences and management of ADRs.

Conclusions: Patients mostly had moderate to good attitude levels towards experiences and management of their ADRs. Therefore, patients' knowledge and management of ADRs should be supported by healthcare professionals to increase safety awareness of their medication use.

Keyword: Patients' attitudes; Adverse drug reactions; Severity; Experience; Management of ADRs

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(6): 722-730. • Srinagarind Med J 2021; 36(6): 722-730.

บทนำ

การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยผู้ป่วยสามารถเพิ่มอัตราการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse Drug Reactions, ADRs) เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ต่อระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยจากยา¹ อีกทั้งอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยรายงานจะช่วยเป็นสัญญาณเตือนการเกิด ADRs ช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์จัดการกับ ADRs ให้เร็วขึ้น² ส่งผลทำให้ช่วยลดความรุนแรงและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ผู้ป่วยมักจะรายงาน ADRs ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ที่มีระดับความรุนแรงของ ADRs ระดับเล็กน้อย³ ผู้ป่วยสามารถระบุอาการ ADRs ได้ใกล้เคียงกับบุคลากรทางการแพทย์⁴ โดยเฉพาะอาการผิดปกติที่ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาทส่วนกลาง⁵ แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยอาจมีการรายงานการเกิด ADRs ที่สูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถแยกอาการผิดปกติจากโรคกับความผิดปกติที่เกิดจากยาได้⁶ แต่อย่างไรก็ตามความกังวลใจของผู้ป่วย และอาการผิดปกติหลังใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอาจนำไปสู่การหยุดยาเองของผู้ป่วยได้⁷⁻¹⁰

การศึกษาการรายงาน ADRs โดยผู้ป่วยโดยตรงในประเทศไทย⁹ พบผู้ป่วยรายงานการเกิด ADRs ระดับรุนแรงร้อยละ 29.7 และผู้ป่วยหยุดยาเองร้อยละ 23.9 และพบการศึกษาที่ผู้ป่วยต้องการการยืนยันความผิดปกติจากยาโดยบุคลากรทางการแพทย์และต้องการคำแนะนำในการจัดการ ADRs จากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเกิด ADRs และการจัดการ ADRs ด้วยตนเองจึงมีความสำคัญ เพราะทัศนคติของผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่อตัดสินใจในการใช้ยาหรือหยุดยา และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อ

ประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเองของผู้ป่วยยังมีจำนวนจำกัด ในต่างประเทศทำการการศึกษาในผู้ป่วยที่รายงาน ADRs ไปยังระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยของประเทศโดยตรง ซึ่งเป็นการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว^{11, 12} ส่วนการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ทำการการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่แผนกผู้ป่วยนอก^{13, 14} และยังไม่มีการศึกษาโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นหน่วยบริการที่ทำการรักษาโดยแพทย์เฉพาะสาขาค่อยๆ และศูนย์ ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ในขณะที่การรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ทำรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป และมีความเฉพาะทางบางสาขาที่ใช้การรักษาไม่ซับซ้อน ทำให้ลักษณะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คือผู้ป่วยจะมีภาวะโรคและการใช้ยาไม่ซับซ้อน อาจส่งผลทำให้ทัศนคติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงเป็นที่มาของการทำวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาดด้วยตนเอง พร้อมปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาแนวทางการดูแลความปลอดภัยและประสิทธิผลในการรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เคยเกิด ADRs ที่โรงพยาบาลชุมชน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 ตุลาคม 2563 ทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่วิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์เคยเกิด ADRs ย้อนหลังเป็นเวลา 1 ปี

นับตั้งแต่วันที่เริ่มการศึกษา สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE62249 รับรองเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองจากการศึกษาของ Jarernsripornkul และคณะ¹³ ประกอบด้วยส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การเกิด ADRs ส่วนที่ 2: ประเมิน ADRs ด้านระดับความรุนแรง ระดับความกังวลใจของผู้ป่วยต่อ ADRs และระดับการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ visual analogue scale (VAS) ทำการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับเล็กน้อย VAS 0.0 – 4.0, ระดับปานกลาง VAS 4.1 – 7.0, และระดับมาก VAS 7.1 – 10.0 ส่วนที่ 3: ทศนคติต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 4, 5, 6, 7, 8, และ 9) และคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, และ 10) แต่ละข้อคำถามจะวัดค่าคะแนนความคิดเห็น 5 ระดับ (Likert Scale): 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4=ไม่เห็นด้วย, 3=ไม่แน่ใจ, 2=ไม่เห็นด้วย, 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากคำถามในแต่ละข้อจะถูกมาคำนวณระดับทัศนคติโดยใช้ค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ได้แก่ ต่ำ (1.00 – 1.79), พอใช้ (1.80 – 2.59), ปานกลาง (2.60 – 3.39), ดี (3.40 – 4.19), และดีมาก (4.20 – 5.00) จากนั้นนำมาคำนวณเป็นระดับทัศนคติของผู้ป่วยด้วยคะแนนรวมจะมีช่วงคะแนนคือ 10 – 50 เมื่อนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับของทัศนคติ ได้แก่ ช่วง 10 – 23 คะแนนจัดเป็นทัศนคติระดับไม่ดี ช่วง 24 – 36 คะแนนจัดเป็นทัศนคติระดับปานกลาง และช่วง 37 – 50 คะแนนจัดเป็นทัศนคติระดับดี โดยข้อที่เป็นคำถามเชิงลบจะถูกแปลงค่าเป็นคะแนนตรงข้ามก่อนนำไปคิดเป็นคะแนนรวม โดยแบบสอบถามมีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์แผนกอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรโรงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 2 ท่าน จากนั้นทดสอบนาร่องเพื่อประเมินความเที่ยงของแบบสอบถามโดยผู้ป่วยจำนวน 10 ราย โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency; IOC) เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.96 ถือว่าข้อคำถามตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเพื่อประเมินความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยผู้ป่วย เท่ากับ 0.735 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้ทำการศึกษได้

ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) อย่างน้อย 650 ราย ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการประมาณค่าสัดส่วน (proportion) ของผู้ป่วยที่รายงานระดับความรุนแรงของ ADRs ที่ระดับปานกลางถึงสูง โดยอ้างอิงจากการศึกษาของศิริรัฐ คำพิชิต และคณะ⁹ และคำนวณอัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ โดยอ้างอิงจากการศึกษาของนพพร ชัยพิชิต และคณะ¹⁴ ทำการส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทาง

ไปรษณีย์ พร้อมซองและแสตมป์เพื่อให้ผู้ป่วยส่งแบบสอบถามตอบกลับมายังผู้วิจัย ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 20 นาที โดยขอความร่วมมือผู้ป่วยให้ส่งแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์ และมีการแจ้งเตือนในผู้ที่ยังไม่ตอบกลับ โดยส่งไปรษณีย์บัตรขอความกรุณาส่งกลับภายในอีก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ประสบการณ์การเกิด ADRs และคะแนนทัศนคติของผู้ป่วย แสดงผลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ากลาง (พิสัย) สำหรับข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วม ระยะเวลาของการเกิด ADRs ประวัติแพ้ยา ประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากยา ระดับความรุนแรง ระดับความกังวลต่อ ADRs และระดับการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้สถิติ univariate analysis คือ Pearson Chi-square test แล้วนำมาพิจารณาตัวแปรที่มีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ $p < 0.25$ เพื่อมาวิเคราะห์หาปัจจัยโดย multivariate analysis กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้ป่วยที่เคยเกิด ADRs ในหนึ่งปีที่ผ่านมา จำนวน 744 ราย ผู้ป่วยตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 400 ราย พบผู้ป่วยที่ส่งแบบสอบถามที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 340 ราย (ร้อยละ 45.7) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 230 ราย (ร้อยละ 67.6) อายุเฉลี่ย 58.0 ± 15.24 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40 – 60 ปี (ร้อยละ 43.8) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.0) มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค (ร้อยละ 41.5) มีจำนวนยาอื่นที่ใช้รวมมากกว่า 2 รายการ (ร้อยละ 42.9) ADRs ที่ผู้ป่วยรายงานมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ไอ ร้อยละ 23.2 ขาบวม ร้อยละ 18.5 และ ผื่น ร้อยละ 15.9 และระดับความรุนแรงของ ADRs ที่ผู้ป่วยรายงานมากที่สุด คือ ความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 43.5 (ตารางที่ 1)

เมื่อสำรวจทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม 10 ข้อ สำหรับคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ พบว่า ในแต่ละข้อคำถามมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำที่สุด คือ ข้อที่ 8 (4.17 ± 0.78) และ ข้อที่ 6 (2.49 ± 1.28) ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก ค่าเฉลี่ยของแต่ละข้ออยู่ในระดับทัศนคติที่ดีถึงปานกลาง (4.17 ± 0.78 ถึง 3.09 ± 1.11) ยกเว้นข้อที่ 6 (2.49 ± 1.28) ที่อยู่ในระดับทัศนคติพอใช้ พบว่า ผู้ป่วยเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยเกี่ยวกับ ประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง ได้แก่ “ท่านคิดว่า หากท่านเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาระดับรุนแรงมาก ท่านจะหยุดยานั้นทันที” (ร้อยละ 38.8 และร้อยละ 40.6, mean $\pm$ SD = 4.04 ± 1.05), “ท่านคิดว่า ความใส่ใจของแพทย์และเภสัชกรจะช่วยลดความรุนแรงของอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาได้” (ร้อยละ 33.5 และร้อยละ 55.6 ตามลำดับ, mean $\pm$ SD =

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย (n = 340)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	110 (32.4)
หญิง	230 (67.6)
อายุ (ปี)	
<40 ปี	44 (12.9)
40 – 60 ปี	149 (43.8)
>60 ปี	147 (43.2)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ^a	58.01 $\pm$ 15.237
ค่ากลาง (พิสัย)	58.50 (49 – 68)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	250 (73.5)
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	90 (26.5)
อาชีพ	
ไม่ประกอบอาชีพ	90 (26.5)
เกษตรกร	153 (45.0)
อื่นๆ	97 (28.5)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรค	73 (21.5)
1 โรค	126 (37.0)
≥ 2 โรค	141 (41.5)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ^a	1.43 $\pm$ 1.123
ค่ากลาง (พิสัย)	1 (1 – 2)
จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วม	
ไม่มี	76 (22.4)
1 – 2	118 (34.7)
>2	146 (42.9)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ^a	2.56 $\pm$ 2.377
ค่ากลาง (พิสัย)	2 (1 – 4)
ADRs ที่ผู้ป่วยรายงาน	
ไอ	79 (23.2)
ชาวม	63 (18.5)
ผื่น	54 (15.9)
คลื่นไส้หรืออาเจียน	26 (7.6)
ตาบวมหรือปากบวม	24 (7.1)
คัน	14 (4.1)
มึนงงหรือเวียนศีรษะ	11 (3.2)

^aStandard Deviation (ส่วนเบี่ยงเบน)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย (n = 340) (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
หน้าบวม	11 (3.2)
ใจสั่น	10 (2.9)
เหนื่อยล้า	8 (2.4)
อื่นๆ	40 (11.7)
ระดับความรุนแรงของ ADRs ที่ผู้ป่วยรายงาน	
เล็กน้อย	77 (22.6)
ปานกลาง	115 (33.8)
มาก	148 (43.5)

^aStandard Deviation (ส่วนเบี่ยงเบน)

4.17 $\pm$ 0.78), และ “ท่านคิดว่า คำแนะนำการใช้ยาของเภสัชกรช่วยให้ท่านสามารถจัดการกับอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาได้” (ร้อยละ 28.2 และร้อยละ 57.6 ตามลำดับ, mean $\pm$ SD = 4.06 $\pm$ 0.84) ในขณะที่ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วย ในข้อความเชิงบวก คือ “ท่านคิดว่า หากท่านเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาระดับรุนแรงเล็กน้อย ท่านจะทนต่ออาการผิดปกติและใช้ยานั้นต่อ” (ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 26.5, mean $\pm$ SD = 2.49 $\pm$ 1.28) สำหรับข้อความเชิงลบ ค่าเฉลี่ยของแต่ละข้ออยู่ในระดับทัศนคติปานกลางถึงพอใช้ (3.31 $\pm$ 1.24 ถึง 2.53 $\pm$ 1.10) พบว่า ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับ ประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง ได้แก่ “ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์ที่เคยสั่งยาที่ทำให้ท่านเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา” (ร้อยละ 15.0 และร้อยละ 44.1, mean $\pm$ SD = 2.53 $\pm$ 1.10) และ “ท่านคิดว่า อาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา ทำให้โรคที่ท่านเป็นหายช้าลง” (ร้อยละ 11.2 และร้อยละ 30.6, mean $\pm$ SD = 2.91 $\pm$ 1.16) ในขณะที่ผู้ป่วยเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย ในข้อความเชิงลบ คือ “ท่านคิดว่า อาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา ทำให้ท่านเสียเวลาในการรักษาอาการผิดปกติดังกล่าว” (ร้อยละ 11.8 และร้อยละ 37.4, mean $\pm$ SD = 3.15 $\pm$ 1.21) และ “ท่านคิดว่า หลังจากที่ท่านแพ้ยา/มีอาการข้างเคียงจากยา ท่านรู้สึกกลัวการใช้ยา” (ร้อยละ 17.9 และร้อยละ 35.6, mean $\pm$ SD = 3.31 $\pm$ 1.24) (ตารางที่ 2)

เมื่อนำผลของคะแนนทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย มาวิเคราะห์ระดับทัศนคติ พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย 33.18 $\pm$ 4.262 ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีร้อยละ 21.8 (mean $\pm$ SD; 39.08 $\pm$ 1.856), ทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 77.3 (mean $\pm$ SD; 31.64 $\pm$ 2.995), ทัศนคติระดับไม่ดีร้อยละ 0.9 (mean $\pm$ SD; 22.33 $\pm$ 0.577) (ตารางที่ 3)

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง โดยใช้สถิติ univariate analysis พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว (p = 0.049), จำนวนรายการยาที่ได้รับรวม (p = 0.039), และระดับความกังวลต่อ ADRs (p = 0.016) เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติต่อการ

ตารางที่ 2 ทักษะคิดต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น ^a จำนวน (ร้อยละ)					
	5	4	3	2	1	Mean ±SD
1. ท่านคิดว่า หลังจากที่ท่านแพ้ยา/มีอาการข้างเคียงจากยา ท่านรู้สึกกลัวการใช้ยา	61 (17.9)	121 (35.6)	47 (13.8)	84 (24.7)	27 (7.9)	3.31 ± 1.24
2. ท่านคิดว่า อาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา ทำให้ท่านต้องเสียเวลาในการรักษาอาการผิดปกติดังกล่าว	40 (11.8)	127 (37.4)	44 (12.9)	101 (29.7)	28 (8.2)	3.15 ± 1.21
3. ท่านคิดว่า อาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาส่งผลทำให้ท่านโรคที่ท่านเป็นหายช้าลง	28 (8.2)	92 (27.1)	78 (22.9)	104 (30.6)	38 (11.2)	2.91 ± 1.16
4. ท่านคิดว่า ท่านสามารถระบุนาอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาด้วยตนเองได้	16 (4.7)	135 (39.7)	98 (28.8)	47 (13.8)	44 (12.9)	3.09 ± 1.11
5. ท่านสามารถประเมินความรุนแรงของอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาได้ด้วยตนเอง	20 (5.9)	143 (42.1)	94 (27.6)	52 (15.3)	31 (9.1)	3.20 ± 1.07
6. ท่านคิดว่า หากท่านเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา ระดับรุนแรงเล็กน้อย ท่านจะทนต่ออาการผิดปกติและใช้นั้นต่อ	14 (4.1)	94 (27.6)	40 (11.8)	90 (26.5)	102 (30.0)	2.49 ± 1.28
7. ท่านคิดว่า หากท่านเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา ระดับรุนแรงมาก ท่านจะหยุดยานั้นทันที	132 (38.8)	138 (40.6)	35 (10.3)	22 (6.5)	13 (3.8)	4.04 ± 1.05
8. ท่านคิดว่า ความใส่ใจของแพทย์และเภสัชกรจะช่วยลดความรุนแรงของอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาได้	114 (33.5)	189 (55.6)	23 (6.8)	9 (2.6)	5 (1.5)	4.17 ± 0.78
9. ท่านคิดว่า คำแนะนำการใช้ยาของเภสัชกรช่วยให้ท่านสามารถจัดการกับอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยาได้	96 (28.2)	196 (57.6)	30 (8.8)	9 (2.6)	9 (2.6)	4.06 ± 0.84
10. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์ที่เคยสั่งยาที่ทำให้ท่านเกิดอาการแพ้ยา/อาการข้างเคียงจากยา	22 (6.5)	47 (13.8)	70 (20.6)	150 (44.1)	51 (15.0)	2.53 ± 1.10

^aระดับความคิดเห็น: 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4=ไม่เห็นด้วย, 3=ไม่แน่ใจ, 2=ไม่เห็นด้วย, 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ระดับทัศนคติ: ต่ำ (1.00 – 1.79), พอใช้ (1.80 – 2.59), ปานกลาง (2.60 – 3.39), ดี (3.40 – 4.19), ดีมาก (4.20 – 5.00)

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย

ระดับคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ากลาง	ช่วง	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ไม่ดี	22.33	0.577	22	22-23	3 (0.9)
ปานกลาง	31.64	2.995	32	30 – 34	263 (77.3)
ดี	39.08	1.856	39	38 – 40	74 (21.8)
รวม	33.18	4.262	33	30 – 36	340 (100.0)

เกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความกังวลต่อ ADRs ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่กังวลต่อ ADRs ระดับปานกลางมีทัศนคติต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเองที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่กังวลต่อ ADRs ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 53.8 (OR 0.462,

p = 0.033) และผู้ป่วยที่กังวลต่อ ADRs ระดับมากมีทัศนคติต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเองที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่กังวลต่อ ADRs ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 58.6 (OR 0.414, p = 0.006) (ตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		รวม (N=340)	p-value
	ไม่ดี – ปานกลาง (N=266)	ดี (N=74)		
ระดับทัศนคติ				
เพศ				
ชาย	83 (31.2)	27 (36.5)	110 (32.4)	0.390 ^a
หญิง	183 (68.8)	47 (63.5)	230 (67.6)	
อายุ (ปี)				
<40	37 (13.9)	7 (9.5)	44 (12.9)	0.346 ^a
40 – 60	119 (44.7)	30 (40.5)	149 (43.8)	
>60	110 (41.4)	37 (50.0)	147 (43.2)	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	193 (72.6)	57 (77.0)	250 (73.5)	0.441 ^a
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	73 (27.4)	17 (23.0)	90 (26.5)	
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	65 (24.4)	25 (33.8)	90 (26.5)	0.259 ^a
เกษตรกร	122 (45.9)	31 (41.9)	153 (45.0)	
อื่นๆ	79 (29.7)	18 (24.3)	97 (28.5)	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรค	64 (24.1)	9 (12.2)	73 (21.5)	0.049 ^{a*}
1 โรค	99 (37.2)	27 (36.5)	126 (37.0)	
≥2 โรค	103 (38.7)	38 (51.4)	141 (41.5)	
จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วม				
ไม่มี	65 (24.4)	11 (14.9)	76 (22.4)	0.039 ^{a*}
1 – 2	96 (36.1)	22 (29.7)	118 (34.7)	
≥3	105 (39.5)	41 (55.4)	146 (42.9)	

^aPearson Chi-Square Test, *p-value <0.05

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		รวม (N=340)	p-value
	ไม่ตี – ปานกลาง ระดับทัศนคติ (N=266)	ตี (N=74)		
ระยะเวลาของการเกิด ADRs				
0 – 7 วัน	111 (41.7)	28 (37.8)	139 (40.9)	0.420
8 – 30 วัน	53 (19.9)	20 (27.0)	73 (21.5)	
>30 วัน	102 (38.3)	26 (35.1)	128 (37.6)	
ประวัติแพ้ยา				
เคย	99 (37.2)	25 (33.8)	124 (36.5)	0.587 ^a
ไม่เคย	167 (62.8)	49 (66.2)	216 (63.5)	
ประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากยา				
เคย	180 (67.7)	53 (71.6)	233 (68.5)	0.517 ^a
ไม่เคย	86 (32.3)	21(28.4)	107 (31.5)	
ระดับความรุนแรง				
เล็กน้อย	59 (22.2)	18 (24.3)	77 (22.6)	0.916 ^a
ปานกลาง	90 (33.8)	25 (33.8)	115 (33.8)	
มาก	117 (44.0)	31 (41.9)	148 (43.5)	
ระดับความกังวลต่อ ADRs				
เล็กน้อย	57 (21.4)	28 (37.8)	85 (25.0)	0.016a*
ปานกลาง	75 (28.2)	17 (23.0)	92 (27.1)	
มาก	134 (50.4)	29 (39.2)	163 (47.9)	
ระดับการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน				
เล็กน้อย	69 (25.9)	21 (28.4)	90 (26.5)	0.876 ^a
ปานกลาง	81 (30.5)	23 (31.1)	104 (30.6)	
มาก	116 (43.6)	30 (40.5)	146 (42.9)	

^aPearson Chi-Square Test, *p-value <0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย (Multiple logistic analysis)

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Adjusted OR	95% CI		p-value
	ไม่ดี – ปานกลาง	ดี		Lower	Upper	
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรค	64 (24.1)	9 (12.2)	1			
1 โรค	99 (37.2)	27 (36.5)	1.450	0.604	3.478	0.406
≥2 โรค	103 (38.7)	38 (51.4)	1.897	0.753	4.773	0.174
จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วม						
ไม่มี	65 (24.4)	11 (14.9)	1			
1 – 2	96 (36.1)	22 (29.7)	1.014	0.432	2.381	0.974
≥3	105 (39.5)	41 (55.4)	1.684	0.710	3.992	0.237
ระดับความกังวลต่อ ADRs						
เล็กน้อย	57 (21.4)	28 (37.8)	1			
ปานกลาง	75 (28.2)	17 (23.0)	0.462	0.227	0.940	0.033
มาก	134 (50.4)	29 (39.2)	0.414	0.221	0.776	0.006

ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression คือ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วม และระดับความกังวล *p<0.05

วิจารณ์

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเกิด ADRs ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบการตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ร้อยละ 45.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Chaipichit และคณะ¹⁴ ที่ตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 51.7 แต่ต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ ได้แก่ การศึกษาของ van Hunsel และคณะ¹⁵ และ การศึกษาของ Nakornratanachai และคณะ¹⁶ ที่พบอัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่ร้อยละ 76.5 และ 93.8 ตามลำดับ เนื่องจากเป็นการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำการส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยโดยการส่งลิงค์ (link) ของแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทางอีเมล (e-mail)¹⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย¹⁶ ในผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและความใส่ใจจากผู้ปกครอง รวมถึงผู้วิจัยติดต่อกับผู้รับแบบสอบถามโดยตรง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ คือ ส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ซึ่งอัตราการตอบกลับจะต่ำกว่าการแจกให้ผู้ป่วยโดยตรง ในการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 42.8) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chaipichit และคณะ¹⁴ ที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 42.3 แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีรายการยาอื่นที่ใช้อยู่มากกว่า 2 รายการ ร้อยละ 42.9 ซึ่งต่ำกว่าในการศึกษาของ Chaipichit และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ Nakornratanachai และคณะ¹⁶ ที่พบผู้ป่วยมีรายการยาอื่นที่ใช้อยู่มากกว่า 2 รายการ ร้อยละ 74.1 และ 80.0 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะได้รับจำนวนรายการยามากกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องมาจากโรคที่ทำการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความซับซ้อนมากกว่าในโรงพยาบาลชุมชน

ผลสำรวจทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อข้อคำถามเชิงบวกอยู่ในระดับทัศนคติที่ดีถึงปานกลาง จำนวน 5 ข้อจากคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ ผู้ป่วยเห็นด้วยว่า ความใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาจะช่วยลดความรุนแรงของ ADRs ที่จะเกิดขึ้นได้ (ร้อยละ 89.1) และผู้ป่วยเห็นว่าคำแนะนำการใช้ยาและการจัดการ ADRs ของเภสัชกรจะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับ ADRs ได้ (ร้อยละ 85.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Taybeh และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีหลีกเลี่ยง ADRs จะช่วยลดความรุนแรงของ ADRs ได้ (ร้อยละ 40.5) แสดงให้เห็นถึงคำแนะนำและการใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิด ADRs ทำให้ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีของการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า จะหยุดยาทันทีเมื่อเกิด ADRs ระดับความรุนแรงมาก (ร้อยละ 79.4) ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการกับ ADRs ที่ระดับความรุนแรงมาก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาด้วยตนเอง ได้ถูกต้อง ในขณะที่การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความรุนแรงของ ADRs ด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 48.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Kampichit และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจใน

การรายงาน ADRs ด้วยตนเองในระดับสูง (ร้อยละ 61) และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรายงาน ADRs ได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 89.0) แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยสามารถจัดการกับ ADRs ระดับมากได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยมีความมั่นใจในการประเมินระดับความรุนแรงของ ADRs ด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามคำถามเชิงบวกที่ทัศนคติอยู่ระดับพอใช้ คือ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับคำถามข้อที่ 6 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดจากคำถามทั้งหมด 10 ข้อ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย หากเกิด ADRs ที่ความรุนแรงระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยจะทนต่ออาการผิดปกติและใช้ยาดังกล่าวต่อ (ร้อยละ 56.5) ในขณะที่ผู้ป่วยเห็นด้วยว่า หากเกิด ADRs ที่ความรุนแรงระดับเล็กน้อย จะทนต่ออาการผิดปกติและใช้ยาดังกล่าวต่อ ร้อยละ 31.7 แสดงถึงผู้ป่วยในการศึกษานี้มีโอกาสมองดูยาเองถึงร้อยละ 56.5 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Jarernsiripornkul และคณะ³ ที่ทำการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่พบว่า เมื่อเกิด ADRs แล้วผู้ป่วยจะหยุดยาเองร้อยละ 29 และในการศึกษาของ Adisa และคณะ¹⁹ ที่ทำการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไนจีเรีย จำนวน 234 แห่งที่พบผู้ป่วยหยุดยาเอง เพียงร้อยละ 21.4

ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อข้อคำถามเชิงลบอยู่ในระดับทัศนคติปานกลางถึงพอใช้ พบว่า ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยว่า รู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์ที่เคยสั่งยาที่ทำให้เกิด ADRs (ร้อยละ 59.1) และผู้ป่วยไม่เห็นด้วยว่า ADRs ทำให้การรักษาโรคหายช้าลง (ร้อยละ 41.8) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา van Hunsel และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยว่า บุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจต่อการอธิบายอาการผิดปกติจากยาที่ผู้ป่วยรายงาน (ร้อยละ 68.8) และพบว่าผู้ป่วยไม่เห็นด้วยว่า รู้สึกไม่พอใจต่อสถานะผิดปกติจาก ADRs (ร้อยละ 39.8) ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิด ADRs ในขณะที่ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อความเชิงลบ คือ ผู้ป่วยเห็นด้วยว่า หลังจากเกิด ADRs แล้วรู้สึกกลัวการใช้ยา (ร้อยละ 53.5) และ ผู้ป่วยเห็นด้วยว่า ADRs ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการรักษาอาการผิดปกติดังกล่าว (ร้อยละ 49.2) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา van Hunsel และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยเห็นด้วยว่า รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติจาก ADRs (ร้อยละ 63.2) และผู้ป่วยเห็นด้วยว่า รู้สึกไม่พอใจต่อสถานะผิดปกติจาก ADRs (ร้อยละ 39.6) แสดงให้เห็นถึงความกังวลของผู้ป่วยต่อการเกิด ADRs และรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการเสียเวลาในการรักษาเมื่อเกิด ADRs

ผลจากการสำรวจทัศนคติจากแบบสอบถามทั้งหมด 10 ข้อ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรทางแพทย์ ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อการประเมินระดับความรุนแรงของการเกิด ADRs และสามารถจัดการกับ ADRs ระดับรุนแรงมากด้วยการหยุดยาเองได้อย่างถูกต้อง แต่ในทางกลับกันพบว่า หากเกิด ADRs ความรุนแรงระดับเล็กน้อยผู้ป่วยจะไม่ทนต่ออาการผิดปกติดังกล่าว รวมถึงรู้สึกกลัวหรือกังวลใจต่อ ADRs และรู้สึกเสียเวลาและได้รับผลกระทบจาก ADRs ทำให้โรคที่รักษาอยู่หายช้าลง

เมื่อวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี ร้อยละ

21.8, ทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 77.3, และทัศนคติระดับไม่ดี ร้อยละ 0.9 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chaipichit และคณะ¹⁴ ที่ทำการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรายงาน ADRs ด้วยตนเองในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี ร้อยละ 34.1, ทัศนคติที่ตีปานกลาง ร้อยละ 65.2, และทัศนคติที่ไม่ดี ร้อยละ 0.7 จึงสรุปได้ว่า ทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง มีความสอดคล้องกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรายงาน ADRs ด้วยตนเอง คือ มีทัศนคติเชิงบวก อยู่ในระดับดีถึงปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง ในการศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้ป่วยในการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองสัมพันธ์กับจำนวนโรคประจำตัว จำนวนรายการยาที่ใช้ร่วม และระดับความกังวลต่อ ADRs ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaipichit และคณะ¹⁴ ที่พบว่าทัศนคติของผู้ป่วยในการรายงาน ADRs ด้วยตนเองสัมพันธ์กับอายุ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนรายการยาที่ใช้ร่วม และจำนวนอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยรายงาน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยอิสระต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง ในการศึกษาพบว่า ยิ่งระดับความกังวลต่อ ADRs ของผู้ป่วยที่สูงขึ้นจะมีผลต่อระดับทัศนคติต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเองที่ต่ำลง โดยพบว่า ผู้ที่กังวลต่อ ADRs ระดับปานกลางมีทัศนคติที่ดีต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเองต่ำกว่าผู้ที่กังวลต่อ ADRs ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 53.8 และผู้ที่กังวลต่อ ADRs ระดับมากมีทัศนคติที่ดีต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองต่ำกว่าผู้ที่กังวลต่อ ADRs ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 58.6 โดยปัจจัยที่ไม่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเอง ได้แก่ จำนวนโรคประจำตัว และ จำนวนยาอื่นที่ใช้ร่วม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chaipichit และคณะ¹⁴ พบว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีทัศนคติต่อการรายงาน ADRs ด้วยตนเองที่ดีเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR 0.819) ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรายงาน ADRs ด้วยตนเองที่แตกต่างกัน คาดว่าเพราะทำศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาของ Chaipichit และคณะ¹⁴ แยกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีโรคประจำตัวที่มีความซับซ้อนมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มอาจจะไม่สามารถแยกอาการของโรคกับอาการผิดปกติจากยาได้ ทำให้ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรายงาน ADRs ด้วยตนเอง และ การศึกษาครั้งนี้เน้นสอบถามด้านประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs มากกว่าการรายงาน ADRs ด้วยตนเอง

ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีโอกาสดูอาการหายาเองสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้า เช่น การศึกษาในประเทศอังกฤษ²⁰ เก็บข้อมูลจากการรายงาน ADRs โดยผู้ป่วยโดยตรง ผ่านทาง Yellow Card Scheme พบผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางอารมณ์จาก ADRs ร้อยละ 34 การจัดการ ADRs ด้วยตนเอง ร้อยละ 6 ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 15 เข้ารับการตรวจติดตามและรักษา ADRs ร้อยละ 70 พบว่ามีการหยุดยาที่ร้อยละ 32 ส่วนการศึกษาของประเทศไทยในโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัย²¹ พบผู้ป่วยมีความกังวลต่อ ADRs ระดับมากเพียงร้อยละ 22.1 และรายงานความรุนแรงของ ADRs ที่ระดับมาก ร้อยละ 28.7 สำหรับการศึกษาที่พบผู้ป่วยมีความกังวลต่อ ADRs ที่ระดับมาก สูงถึงร้อยละ 47.9 และระดับความรุนแรงของ ADRs ระดับมาก ร้อยละ 43.5 และจากการศึกษาที่พบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองความคิดเห็นที่จะหยุดยาเองทั้ง ADRs ความรุนแรงระดับเล็กน้อยและระดับมาก ดังนั้นในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ADRs แก่ผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการ ADRs โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการแบ่งลักษณะอาการของ ADRs ที่พบได้บ่อยและอาการไม่รุนแรง กับ ADRs ที่รุนแรง ที่ต้องหยุดยาและมาพบแพทย์ทันที เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการจัดการ ADRs ด้วยตนเองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการจัดการ ADRs ด้วยตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพและปลอดภัย รวมถึงการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาให้กับผู้ป่วยจะช่วยลดความกังวลต่อ ADRs ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติที่ดีต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย จะช่วยนำไปสู่การเฝ้าระวังการใช้ยาและเกิดการใช้อย่างปลอดภัย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ที่ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้าที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ผลการศึกษา เรื่อง ทัศนคติต่อการเกิด ADRs และการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยเป็นทัศนคติเชิงบวกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติต่อการรายงาน ADRs โดยผู้ป่วยในการศึกษาก่อนหน้า¹⁴⁻¹⁷ ดังนั้น ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลและบริหารผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษายังมีทัศนคติในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาใช้พัฒนาระบบติดตาม ADRs ต่อไปในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยมีทัศนคติระดับปานกลางถึงดีต่อประสบการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการด้วยตนเองโดยปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน คือ ระดับความกังวลต่อ ADRs ดังนั้นคำแนะนำในการใช้ยา และความใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการจัดการกับ ADRs จะส่งผลต่อทัศนคติที่ดีของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ ADRs จะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับ ADRs ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่หยุดยาโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจต่อบุคลากรทางแพทย์แม้ว่าจะเป็นผู้สั่งยาที่เป็นสาเหตุของ ADRs ก็ตาม ดังนั้น ทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเกิดและการจัดการ ADRs ควรมีการส่งเสริมการสื่อสารและสนับสนุนให้มีการรายงาน ADRs โดยผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยทดสอบแบบสอบถาม รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chaipichit N, Jarernsiripornkul N. Patient- self reporting system of adverse drug reaction: international scheme. *Journal of Health Systems Research*. 2011;5(2):257-66
2. Rolfes L, van Hunsel F, Caster O, Taavola H, Taxis K, van Puijenbroek E. Does patient reporting lead to earlier detection of drug safety signals? A retrospective comparison of time to reporting between patients and healthcare professionals in a global database. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(7):1514-24.
3. Jarernsiripornkul N, Patsuree A, Krska J. Survey of patients' experiences and their certainty of suspected adverse drug reactions. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(1):168-74.
4. Jlinch J, Watson MC, Anakwe-Umeh S. Patient versus healthcare professional spontaneous adverse drug reaction reporting: a systematic review. *Drug Saf*. 2012;35(10):807-18.
5. Jarernsiripornkul N, Senacom P, Chaipichat V, Chaipichit N, Krska J. Patient reporting of suspected adverse drug reactions to antiepileptic drugs: factors affecting attribution accuracy. *Epilepsy Behav*. 2012;24(1):102-6.
6. Ramakrishnaiah H, Naidu S, Jyothisys S. A comparative study of adverse drug reactions reported by healthcare professionals and patients in a tertiary care teaching hospital. *Int J Basic Clin Pharmacol*. 2017;6(5):1078-84.
7. Watson S, Chandler RE, Taavola H, Harmark L, Grundmark B, Zekarias A, et al. Safety concerns reported by patients identified in a collaborative signal detection workshop using VigiBase: Results and reflections from Lareb and Uppsala Monitoring Centre. *Drug Saf*. 2018;41(2):203-12.
8. Jacobs TG, Hilda AH, Hoekman J, Dodoo ANO, Mantel-Teeuwisse AK. The contribution of Ghanaian patients to the reporting of adverse drug reactions: a quantitative and qualitative study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1384.
9. Kampichit S, Pratipanawatr T, Jarernsiripornkul N. Severity of adverse drug reactions by patient self-reporting. *Srinagarind Med J*. 2018; 33(2): 113-21.
10. Rolfes L, van Hunsel F, Caster O, Taavola H, Taxis K, van Puijenbroek E. Does patient reporting lead to earlier detection of drug safety signals? A retrospective comparison of time to reporting between patients and healthcare professionals in a global database. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(7):1514-24.
11. Rolfes L, van Hunsel F, Wilkes S, van Grootheest K, van Puijenbroek E. Adverse drug reaction reports of patients and healthcare professionals-differences in reported information. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015;24(2):152-8.
12. Rolfes L, van Hunsel F, van der Linden L, Taxis K, van Puijenbroek E. The quality of clinical information in adverse drug reaction reports by patients and healthcare professionals: a retrospective comparative analysis. *Drug Saf*. 2017;40(7):607-14.
13. Jarernsiripornkul N, Chaipichit N, Pratipanawatr T, Uchaipichat V, Krska J. Initial development and testing of an instrument for patient self-assessment of adverse drug reactions. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016; 25:54-63
14. Chaipichit N, Jarernsiripornkul N, Uchaipichat V, Pratipanawatr T, Krska J. Patients' attitude towards self-reporting of adverse drug reactions. *Srinagarind Med J*. 2014;29(5):461-468.
15. van Hunsel F, van der Welle C, Passier A, van Puijenbroek E, van Grootheest K. Motives for reporting adverse drug reactions by patient-reporters in the Netherlands. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010; 66:1143-50.
16. Nakornratanachai P, Jarernsiripornkul N, Patjanasoonontorn N. Attitudes of patient/parent towards self-reporting adverse drug reactions and source of ADR information of Methylphenidate. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014; 59(4): 395-408.
17. Taybeh EO, Al-Alami ZM, Albasha A. Statin use in Jordan: patients experience and attitude toward adverse drug reactions. *Jordan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2020;13(2):197-205.
18. Kampichit S., Pratipanawatr T., Jarernsiripornkul N. Confidence and accuracy in identification of adverse drug reactions reported by outpatients. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(6):1559 - 67.
19. Adisa R, Omitogun TI. Awareness, knowledge, attitude and practice of adverse drug reaction reporting among health workers and patients in selected primary healthcare centres in Ibadan, southwestern Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19:926
20. Avery A, Anderson C, Bond C, Fortnum H, Gifford A. Evaluation of patient reporting of adverse drug reactions to the UK 'Yellow Card Scheme': literature review, descriptive and qualitative analyses, and questionnaire surveys. *Health Technol Assess*. 2011;15(20):49 - 72
21. Kampichit S, Jarernsiripornkul N, Pratipanawatr. Application of causality assessment tool for patient self reporting of adverse drug reaction [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018.