

ผลของการแทรกแซงทางจิตวิทยาร่วมกับการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร ต่อความรู้และการแจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย

ภักพิชา วิมล

ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปากพ่อง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการแทรกแซงทางจิตวิทยาร่วมกับการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรต่อความรู้และการแจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย **วิธีการวิจัย:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 84 คนที่มีประวัติแพ้ยา ซึ่งแจ้งประวัติดังกล่าวก็ต่อเมื่อถูกถามโดยเจ้าหน้าที่หรือเป็นผู้ที่ไม่แจ้งประวัติการแพ้ยาแม้ถูกถามก็ตาม ตัวอย่างถูกสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลอง 43 รายและกลุ่มควบคุม 41 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาและยังได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยทางจิตวิทยาที่งานวิจัยในอดีตบ่งชี้ว่าสัมพันธ์กับการแจ้งประวัติการแพ้ยา กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรตามปกติในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา ผู้วิจัยประเมินผลของการแทรกแซงโดยวัดพฤติกรรมการแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกต พฤติกรรมการพบแพทย์แพ้ยาโดยการขอบัตรแพ้ยา และความรู้เรื่องการแพ้ยาโดยการสัมภาษณ์ การประเมินทำสองครั้ง คือ ก่อนการแทรกแซงและหลังการแทรกแซงเมื่อผู้ป่วยกลับมารับการรักษานี้ครั้งถัดไปในระยะเวลา 2-6 เดือน **ผลการวิจัย:** หลังการแทรกแซง กลุ่มทดลองร้อยละ 41.9 แจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 19.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.027$) หลังการแทรกแซง กลุ่มทดลองร้อยละ 90 แจ้งประวัติด้วยการใช้บัตรแพ้ยา (หรือแจ้งด้วยวาจาร่วมด้วย) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 65.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.020$) ก่อนการแทรกแซงผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบบัตรแพ้ยาน้อยกว่าร้อยละ 50 หลังการแทรกแซง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบบัตรแพ้ยาเพิ่มขึ้นมาก (ร้อยละ 90.2 และ 95.3 ตามลำดับ) และไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($P=0.364$) หลังการแทรกแซง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็น ยกเว้นความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพ้ยาซึ่งกลุ่มทดลองมีความรู้ (ร้อยละ 74.4) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 46.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.008$) **สรุป:** การให้ความรู้เรื่องการแพ้ยาโดยใช้การแทรกแซงทางจิตวิทยาร่วมกับการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองมากขึ้นสถานพยาบาลต่างๆ สามารถนำวิธีในการศึกษาไปปรับใช้เพื่อแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการแจ้งประวัติแพ้ยา

คำสำคัญ: การแพ้ยาซ้ำ สื่อวีดิทัศน์ การแจ้งประวัติแพ้ยา การให้ความรู้ การแทรกแซงทางจิตวิทยา

รับต้นฉบับ: 8 พย. 2556, รับลงตีพิมพ์: 20 มีค 2557

ผู้ประสานงานบทความ: ภักพิชา วิมล ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปากพ่อง อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช
80140 E-mail: ja_narak2002@hotmail.com

บทนำ

การแพ้ยาหรืออาการไวต่อยาที่เกิดผ่านกลไกทางภูมิคุ้มกัน เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไป ในปี ค.ศ. 2004 ร้อยละ 7.80 ของประชาชนในต่างประเทศรายงานว่า ตนเองแพ้ยา (1) การสัมภาษณ์ตัวอย่างชาวไทย 1,341 คน ในปี พ.ศ. 2543 พบว่า ร้อยละ 15.25 รายงานว่าเคยแพ้ยา (2) การแพ้ยาเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 3-6 อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ 2.07 ต่อผู้ป่วย 1,000 ราย (4) การศึกษาในผู้ป่วย 1,408 คนของหอผู้ป่วยอายุรกรรมแห่งหนึ่งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยร้อยละ 4.4 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในจำนวนนี้ร้อยละ 16.20 เป็นการแพ้ยา (5)

“การแพ้ยาซ้ำ” เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ แต่ยังไม่พบได้ในการปฏิบัติงานเภสัชกรรม การศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งของไทย ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 4 ที่มีบัตรแพ้ยาเกิดการแพ้ยาซ้ำ (6) อุบัติการณ์ที่แพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา คือ 2.02, 1.71 และ 1.14 ต่อใบสั่งยา 10,000 ใบที่รวบรวมในปี 2547-2549 ตามลำดับ (7) จากข้อมูลการซักประวัติการแพ้ยาจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ 3.92 ครั้งต่อใบสั่งยา 10,000 ใบ (8)

การแพ้ยามีผลกระทบรุนแรง โดยทำให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเสียชีวิต 9 คนต่อผู้ป่วยหนึ่งแสนราย (4) การศึกษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าร้อยละ 17.5 ของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบนั้น สามารถป้องกันได้และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น 5.92 วัน ร้อยละ 64.29 ประเภทของอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ คือ การแพ้ยาในผู้ที่มีประวัติแพ้ยามาก่อน (9)

แม้ว่าการป้องกันการแพ้จากการได้ยาเป็นครั้งแรกนั้นทำได้ยาก แต่การป้องกันไม่ให้เกิดการแพ้ยาซ้ำนั้นสามารถกระทำได้โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ และหลีกเลี่ยงยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ข้ามกลุ่ม (10) สาเหตุของการแพ้ยาซ้ำจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องตัวยาที่ตนแพ้ การจัดการกับอาการที่เกิด ตลอดจนการป้องกันการ

แพ้ยาซ้ำ ทั้งยังขาดความตระหนักในเรื่องการแจ้งประวัติการแพ้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ปฏิบัติตามระบบป้องกันการใช้ยาซ้ำที่วางไว้ และ 3) ระบบการทำงานที่วางไว้มีช่องว่างทำให้การสื่อสารข้อมูลการแพ้ยาบกพร่อง (7,9) ตัวอย่างของสาเหตุที่ทำให้เกิดการแพ้ยาซ้ำ คือ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาร้อยละ 13 เกิดจากการไม่ได้ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนการสั่งใช้ยา (11) ความคลาดเคลื่อนลักษณะนี้ร้อยละ 76 เกิดจากการที่ผู้สั่งใช้ยาไม่ทราบประวัติการแพ้ยา และร้อยละ 6 เกิดจากการที่ผู้สั่งใช้ยาไม่ทราบการเกิดการแพ้ข้ามกลุ่ม (12) การตรวจสอบประวัติการแพ้ยาจากบันทึกต่าง ๆ ไม่อาจแก้ปัญหาได้ทั้งหมดเพราะประวัติอาจไม่สมบูรณ์ (13) และปริมาณข้อมูลทีมากและซับซ้อนทำให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจไม่พบหรือลืมนพิจารณาประวัติการแพ้ยา ปัญหาที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถแก้ไขด้วยระบบสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ที่ช่วยตรวจสอบ และเตือนแพทย์เกี่ยวกับประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย (14) อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ระบบสั่งใช้ยาทางคอมพิวเตอร์ดังกล่าว เภสัชกรจึงได้พัฒนารูปแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เช่น การติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาเป็นสีต่าง ๆ บนเวชระเบียน หรือเปลี่ยนสีเวชระเบียนให้แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป และการจัดทำบัตรแพ้ยา การประเมินผลการแทรกแซงโดยเภสัชกรจำนวนไม่น้อยเป็นการวัดผลภายหลังการใช้มาตรการดังกล่าวโดยไม่มี การวัดผลก่อนการแทรกแซงหรือไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่า การแทรกแซงโดยเภสัชกรนั้นมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (15-16)

มาตรการที่พบว่าได้ผลในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ คือ การที่เภสัชกรจัดทำบันทึกประวัติการแพ้ยาที่สมบูรณ์ และใช้บันทึกดังกล่าวในการบริหารผู้ป่วยในอนาคต (17-18) การวิจัยในประเทศไทยพบว่า มาตรการที่เภสัชกรให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแพ้ยา การจัดการเมื่อแพ้ยา และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ พร้อมทั้งแจกเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นในเรื่องยาที่ทำให้แพ้และการปฏิบัติตนที่เหมาะสม (19-20) อย่างไรก็ตาม ยังพบหลักฐานที่ชัดเจนว่า คำแนะนำมีผลดีต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การแจ้งประวัติต่อบุคลากรทางการแพทย์และการพบบัตรแพ้ยา

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้การป้องกันการแพ้ยาประสบความสำเร็จ คือ การป้องกันและความร่วมมือของผู้ป่วยในการแจ้งประวัติการแพ้ยาต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วยตนเองในทุกสถานบริการโดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ถาม การวิจัยในประเทศที่ผ่านมามีพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30-50 ไม่ทราบชื่อยาที่ตนเองแพ้ (2, 6, 21-22) ผลการวิจัยเพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการแพ้ยา มีความแตกต่างกันกับระเบียบวิธีวิจัย หากงานวิจัยใช้แบบสอบถามชนิดมีตัวเลือกจะพบว่า ผู้ตอบมีความรู้ในระดับที่ดี เช่น ตัวอย่างร้อยละ 80.2 และ 62.9 มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยาและการป้องกันไม่ให้แพ้ยาซ้ำตามลำดับ (23) แต่หากใช้การสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด จะพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับที่ไม่สูง นั่นคือ ผู้แพ้ยาเพียงร้อยละ 40.00 และ 16.40 เท่านั้นที่มีความรู้ในประเด็นทั้งสอง (21) โดยรวมแล้วผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแพ้ยายังมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยในผู้ป่วยนอกที่แพ้ยาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ก็พบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 มีความเข้าใจเกี่ยวกับการแพ้ยาที่ถูกต้อง (24)

การศึกษาในผู้ป่วยนอก 250 คนที่มีประวัติแพ้ยาในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ผู้แพ้ยาได้แจ้งประวัติแพ้ยาร้อยละ 72.4 เป็นการแจ้งโดยวาจาร้อยละ 39.6 แจ้งโดยแสดงบัตรแพ้ยาร้อยละ 29.20 และแจ้งโดยใช้ทั้งสองวิธีร้อยละ 3.6 อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างเพียงร้อยละ 49.20 เท่านั้นที่แจ้งประวัติแพ้ยาเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม (21) ผู้ป่วยที่แพ้ยาร้อยละ 52-76.1 พกบัตรแพ้ยามาโรงพยาบาลหรือพกติดตัวตลอดเวลา (6, 21-22) โดยรวมแล้วผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ร่วมมือในการแจ้งประวัติการแพ้ยาของตน ผลการวิจัยในเรื่องนี้ยังขึ้นกับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ หากใช้แบบสอบถาม จะได้ตัวเลขที่สูง แต่หากใช้วิธีการที่เป็นวัตถุวิสัยมากขึ้น เช่น การขอคู่มือแพ้ยาที่พกจะพบว่า ผู้แพ้ยาพกบัตรแพ้ยาจริงเพียงร้อยละ 52.00 (21)

ปัจจัยที่ทำให้ผู้แพ้ยาแจ้งประวัติการแพ้ยาระหว่างการรักษาไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตาม (ทั้งทางวาจาหรือแสดงบัตร) คือ ความเชื่อว่าตนเองไวต่อการแพ้ยา ทศนคติที่ดีต่อการแจ้งประวัติ ความรู้เกี่ยวกับตัวยาที่แพ้ และความเชื่อในเรื่องอุปสรรคของการแจ้งประวัติแพ้ยา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการแจ้งประวัติโดยการแสดงบัตรแพ้ยา คือ ความเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์คาดหวังให้แจ้งประวัติแพ้ยา

(21) นอกจากนี้ความเชื่อว่าคุณคลากรทางการแพทย์ทราบข้อมูลอยู่แล้ว และการที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ถามเรื่องการแพ้ยาก็เป็นสาเหตุของการไม่แจ้งประวัติการแพ้ยา (6)

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทดสอบว่า การแทรกแซงทางจิตวิทยาและคำแนะนำของเภสัชกรมีผลเช่นไรต่อการแจ้งประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ถาม และการพกบัตรแพ้ยา งานวิจัยในอดีตบ่งชี้ว่า คำแนะนำจากเภสัชกรช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น (19, 20) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่า คำแนะนำมีผลดีต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การแจ้งประวัติแพ้ยาต่อบุคลากรทางการแพทย์และการพกบัตรแพ้ยา นอกจากนี้ การแทรกแซงในอดีตยังมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนเฉพาะความรู้ของผู้ป่วย โดยไม่ได้มุ่งเน้นปัจจัยในเรื่องความคิดต่าง ๆ ที่การศึกษาในอดีตพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแจ้งประวัติแพ้ยา (21) งานวิจัยในอดีตยังใช้การวัดแบบอัตวิสัย เช่น แบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมการพกบัตรและการแจ้งประวัติ และใช้แบบวิจัยแบบวัดผลก่อน-หลังการแทรกแซง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่พบอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช้การแทรกแซงเพียงอย่างเดียว การวิจัยนี้จึงได้พัฒนาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองโดยพยายามปรับเปลี่ยนปัจจัยทางจิตวิทยาที่งานวิจัยในอดีตชี้ว่ามีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดยใช้การวัดผลที่เป็นวัตถุวิสัยมากขึ้น และใช้แบบวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อให้การสรุปผลมีความชัดเจน

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว สถานที่วิจัย คือ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงซึ่งมีผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 114,858 ราย มีผู้ป่วยแพ้ยารายใหม่ในปีเดียวกันจำนวน 96 ราย พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำจำนวน 2 ราย โดยมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่แจ้งประวัติการแพ้ยาเดิมจากสถานบริการอื่น จากการเก็บข้อมูลนำร่องเป็นเวลา 5 วัน ในปี 2553 พบผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยารับบริการทั้งหมด 31 ราย ผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ

48.39) ไม่ทราบชื่อยาที่ตนแพ้และไม่พบบัตรแพ้ยา ผู้ป่วยพบบัตรแพ้ยา 6 ราย (ร้อยละ 19.35) แต่มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.45) เท่านั้นที่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องเป็นฝ่ายถามก่อน

ตัวอย่างผู้ป่วย

คุณสมบัติของตัวอย่างและการเลือกตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบตามสะดวกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยนอกที่ไม่มีประวัติการแพ้ยาในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และเคยได้รับบัตรแพ้ยา 2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองต่อบุคลากรทางการแพทย์ทั้งทางวาจาและ/หรือการแสดงบัตรแพ้ยา หรือเป็นผู้ที่แจ้งประวัติหากเจ้าหน้าที่ถามเท่านั้น ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมนี้โดยสังเกตการแจ้งประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยต่อเภสัชกรขณะรับบริการ ประกอบกับการสัมภาษณ์การแจ้งประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยต่อบุคลากรอื่น ๆ (รายละเอียดอยู่ในหัวข้อถัดไป) และ 3. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และต้องเข้ารับบริการครั้งถัดไปภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยนี้ต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการแจ้งประวัติแพ้ยาและการพบบัตรของผู้ป่วยที่เกิดจริงในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องศึกษาในผู้ป่วยที่ต้องกลับมารับบริการ การศึกษาจึงเลือกศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 20 ปี ต้องมีผู้ปกครองเป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแทนผู้ป่วย และ 5. สามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ตลอดจนสามารถสื่อสารกับนักวิจัยได้ งานวิจัยกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1. ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารับการรักษาในระยะเวลา 6 เดือน และ 2. ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่สาเหตุอันเนื่องมาจากการแพ้ยา

การคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองเข้าสู่การวิจัย

เมื่อผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยามารับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เภสัชกรผู้วิจัยให้บริการตามปกติและสังเกตผู้ป่วยว่า ได้แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองแก่เภสัชกรหรือไม่ หากผู้ป่วยไม่แจ้งประวัติการแพ้ยา ผู้วิจัยจะถามว่า “เคย

แพ้ยาอะไรหรือไม่” เป็นคำถามสุดท้ายของการจ่ายยา หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองแก่เภสัชกรว่า “ท่านได้แจ้งประวัติการแพ้ยาหรือไม่ในการมารับบริการครั้งนี้หรือไม่” หากแจ้ง ได้แจ้งแก่ใคร ด้วยวิธีใด (วาจาหรือแสดงบัตรแพ้ยา) เป็นการแจ้งเองหรือมีเจ้าหน้าที่ถาม และ “หากเจ้าหน้าที่ไม่ถาม ท่านจะแจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองหรือไม่” (คำตอบมี 5 ระดับจากแจ้งอย่างแน่นอน ถึง ไม่แจ้งอย่างแน่นอน) ขั้นตอนนี้สามารถคัดแยกผู้ป่วยออกได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

ก. ผู้ป่วยที่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองต่อบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือหลายฝ่ายก็ได้ โดยการแจ้งอย่างน้อยหนึ่งครั้งของวันนั้นเกิดโดยเจ้าหน้าที่ไม่ได้ซักถามประวัติแพ้ยา

ข. ผู้ป่วยที่แจ้งประวัติแพ้ยาต่อบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือหลายฝ่ายก็ได้ แต่การแจ้งทุกครั้งในวันนั้นเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ซักถามประวัติแพ้ยา กลุ่ม ข แยกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่ม ข1 คือ ผู้ป่วยตอบว่า หากปราศจากการถามของเจ้าหน้าที่ ตนจะ “ไม่แจ้ง” ประวัติฯ หรือ “ไม่แจ้งอย่างแน่นอน” กลุ่ม ข2 คือ ผู้ป่วยที่ตอบว่า “อาจจะแจ้ง” “แจ้ง” หรือ “แจ้งอย่างแน่นอน” แม้ไม่ได้ถูกถาม

ค. ผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติการแพ้ยาแม้ว่าจะถูกถามโดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งเกิดจากการลืมประวัติแพ้ยาของตนเองหรือไม่ทราบชื่อยาจึงบอกว่าไม่แพ้ยา การรีบร้อนกลับบ้านหรือไม่อยากเสียเวลา เป็นต้น

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่ม ข1 และ ค เข้าร่วมการวิจัย เพราะเป็นกลุ่มที่ไม่แจ้งประวัติฯ ด้วยตนเอง ผู้ป่วยได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยตลอดจนรับทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบริการที่พึงจะได้รับ หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยต้องลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบสมัครใจ

ขนาดตัวอย่าง

การวิจัยเป็นการเปรียบเทียบตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันโดยมีตัวแปรตามหลัก คือ การแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (25) โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 จากการเก็บข้อมูลสำรองใน

สถานที่วิจัย พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.46 ที่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตัวเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม ผู้วิจัยกำหนดว่าหากผู้ที่ได้รับการแทรกแซงแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 25 จะถือว่า การแทรกแซงมีประสิทธิภาพหรือมีความน่าสนใจที่จะนำไปใช้จริง จากการคำนวณ พบว่า ต้องใช้ตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 38 ราย การวิจัยนี้เลือกตัวอย่างจำนวน 50 ราย เพื่อให้มีขนาดตัวอย่างเหลือมากพอในกรณีที่ตัวอย่างขาดหายไประหว่างการวิจัย

การสุ่มแยกกลุ่ม

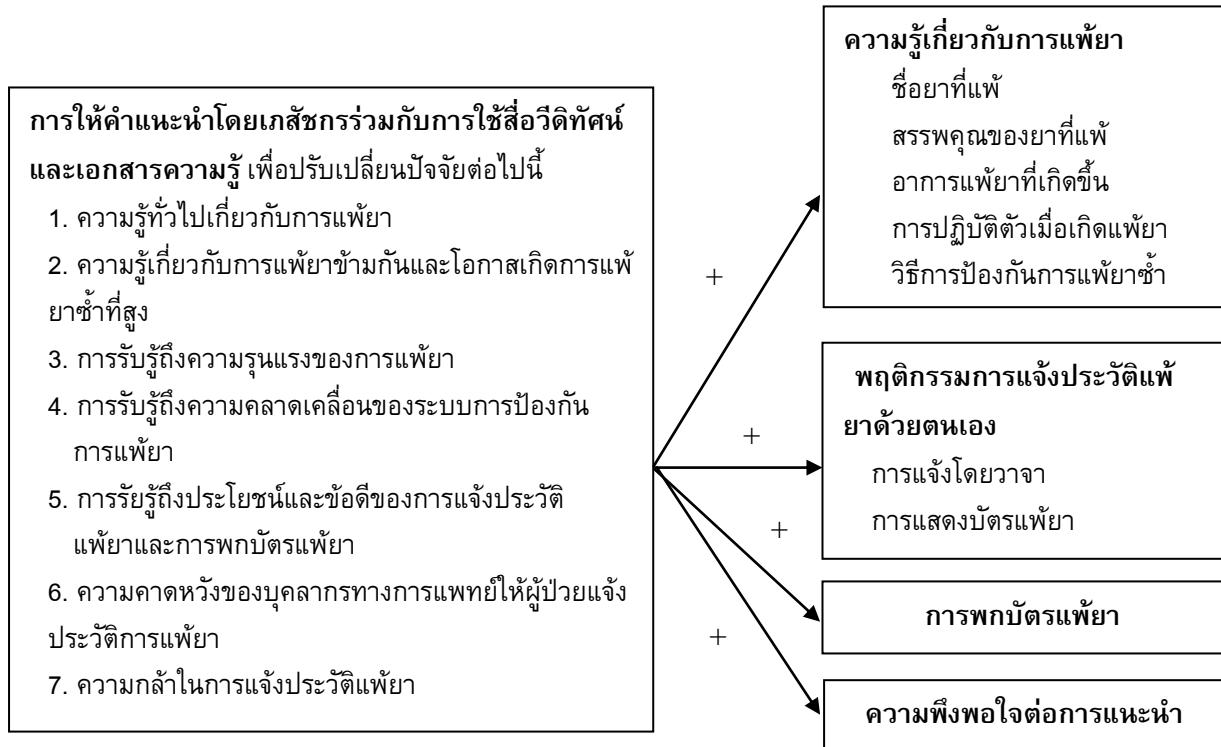
การสุ่มแยกกลุ่มทำโดย ผู้วิจัยสุ่มจับฉลากชื่อกลุ่ม (ทดลองหรือควบคุม) แบบไม่ใส่กลับคืน และนำไปบรรจุในซองที่ปิดสนิทที่เรียงตามหมายเลขจากน้อยไปมาก ซองเหล่านี้จะถูกเปิดทีละซองเมื่อพบผู้ป่วยแต่ละรายที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์รับเข้า เพื่อกำหนดกลุ่มให้กับตัวอย่างแต่ละราย งานวิจัยนี้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละหนึ่งกลุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้สร้างการแทรกแซงโดยอาศัยผลการวิจัยในอดีต (21) ซึ่งใช้ทฤษฎีการกระทำที่วางแผนไว้ (Theory of Planned Behavior) เป็นกรอบแนวคิดส่วนหนึ่งในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแจ้งประวัติแพ้ยาและการพบบัตรแพ้ยาของผู้ป่วย การวิจัยดังกล่าวพบว่า ปัจจัยที่ 1-7 ที่แสดงอยู่ในรูปที่ 1 มีผลต่อการแจ้งประวัติการแพ้ยา รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษานี้ โดยวางสมมุติฐานว่าการแทรกแซงสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยาที่แพ้ การแจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเอง การพบบัตรแพ้ยา และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคำแนะนำที่ได้รับ

การแทรกแซง

การแทรกแซงในการวิจัยนี้ คือ การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยาโดยเภสัชกร ร่วมกับการปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านจิตวิทยาซึ่งงานวิจัยในอดีต (21) พบว่ามีผลต่อ



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย (เครื่องหมายบวกแสดงถึงทิศทางของอิทธิพลจากการแทรกแซง)

การแจ้งประวัติการแพ้ยา (ปัจจัยที่ 3-7 ในรูปที่ 1) ผู้วิจัยพัฒนาการแทรกแซงจากปัจจัยที่แสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม: ตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยา โดยผู้วิจัยชื่อแรกซึ่งเป็นเภสัชกรประจำโรงพยาบาลให้คำแนะนำด้วยวาจาแก่ผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการแพ้ยาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับตัวยาที่แพ้ ได้แก่ ชื่อยาที่แพ้ โดยให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงชื่อยาให้ถูกต้องและท่องจำชื่อยาให้ได้ สรรพคุณของยาที่แพ้ และอาการแพ้ยาที่เกิดขึ้น 2. การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการแพ้ยา เช่น หายุดยาทันที รีบไปพบแพทย์ เภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่อนามัยใกล้บ้าน โดยให้นำตัวอย่างยาที่ใช้มาด้วย และไม่ควรใช้ยาเดิมอีก 3. วิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เช่น พกบัตรแพ้ยาดัดตัวเสมอ แจ้งประวัติแพ้ยาโดยการแสดงบัตรแพ้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกกลุ่มโดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ซักถาม กรณีลืมนำบัตรแพ้ยาให้แจ้งชื่อยาที่แพ้เพื่อป้องกันการได้รับยาเดิมที่เคยแพ้ หลีกเลี่ยงการซื้อยากินเองจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ เช่น ร้านชำ รถเร่ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่ทราบชื่อ/ชนิด/สรรพคุณ รวมทั้งยาชุด ยาซอง และควรสอบถามชื่อยา สรรพคุณ วิธีใช้ยาอย่างละเอียดทุกครั้งเมื่อต้องการใช้ยา

กลุ่มทดลอง: องค์ประกอบของการแทรกแซงประกอบด้วยเอกสารความรู้ สื่อวีดิทัศน์ และการแนะนำของเภสัชกร ทั้งสามองค์ประกอบจะมีเนื้อหาที่เสริมกันโดยมุ่งปรับเปลี่ยนความรู้และปัจจัยทางจิตวิทยาต่าง ๆ ที่ระบุในกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปที่ 1)

1. เอกสารความรู้: เอกสารความรู้ คือ แผ่นพับที่แจกให้ผู้ป่วยติดตัวกลับบ้านเพื่อใช้ทวนความรู้ที่ได้รับจากเภสัชกรและจากวีดิทัศน์ เนื้อหาในเอกสารเน้นไปที่ตัวแปรตัวที่ 1-3 ในกรอบแนวคิดการวิจัย นั่นคือ ประกอบด้วย 1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยาในเรื่องความหมาย สาเหตุของการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการแพ้ยา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ 2. การแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยที่มีประวัติและโอกาสที่อาจเกิด และ 3. ความรุนแรงของการแพ้ยาซ้ำ

แผ่นพับในการศึกษานี้จัดทำโดยปรับปรุงจากแผ่นพับของโรงพยาบาลปากพนังและได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ 2 ท่าน และเภสัชกรที่

รับผิดชอบงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 1 ท่าน หลังจากปรับปรุงเอกสารตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยทดสอบเอกสารในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา 3 รายในประเด็นความยากง่ายของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความสามารถในการสื่อความหมายของสื่อ และความน่าสนใจ หลังจากนั้นปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปในการวิจัย

2 สื่อวีดิทัศน์: สื่อวีดิทัศน์จัดทำโดยผู้วิจัยมีความยาว 12 นาที ประกอบด้วยเนื้อหาในประเด็นเดียวกับเอกสารความรู้ แต่เพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวกับตัวแปรตัวที่ 3-7 ในกรอบแนวคิดการวิจัย คือ 1. ความรุนแรงของการแพ้ยา/การแพ้ยาซ้ำ และตัวอย่างผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ 2. ความคลาดเคลื่อนในระบบป้องกันการใช้ยาซ้ำของสถานพยาบาลที่อาจมีได้ 3. ประโยชน์และข้อดีของการแจ้งประวัติแพ้ยาและการพกบัตรแพ้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์และมีทัศนคติที่ดีต่อการแจ้งประวัติ 4. ความคาดหวังของบุคลากรทุกฝ่ายที่ต้องการให้ผู้ป่วยแจ้งประวัติการแพ้ยาของตนทุกครั้งต่อพยาบาลผู้ซักประวัติ แพทย์ และเภสัชกร และ 5. การอธิบายว่าผู้ป่วยไม่ควรกลัวหรืออายการแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเอง เพราะบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนต้องการและเปิดโอกาสให้ทำเช่นนั้น อีกทั้งโรงพยาบาลก็ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ เนื้อหาในประเด็นที่ 4 และ 5 มุ่งเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเรื่องบรรทัดฐานของการแจ้งประวัติแพ้ยาว่า เป็นสิ่งที่บุคลากรทุกฝ่ายคาดหวังและสนับสนุน

ในการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ชั้นแรก ผู้วิจัยเขียนบทและเนื้อหาที่จะนำเสนอ และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ 2 ท่านและเภสัชที่รับผิดชอบงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 1 ท่าน หลังจากนั้นนำบทและเนื้อหาที่ปรับปรุงแล้วไปสร้างสื่อวีดิทัศน์ความยาว 12 นาที โดยใช้ภาษาท้องถิ่น สื่อดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมในการสื่อภาษา และการจัดลำดับเรื่องราว โดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดิม และเจ้าหน้าที่จากสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทยอีก 1 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่ได้ไปให้ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจำนวน 3 รายชมเพื่อประเมินในประเด็นความยากง่ายของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความสามารถในการสื่อความหมายของสื่อ และความน่าสนใจ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

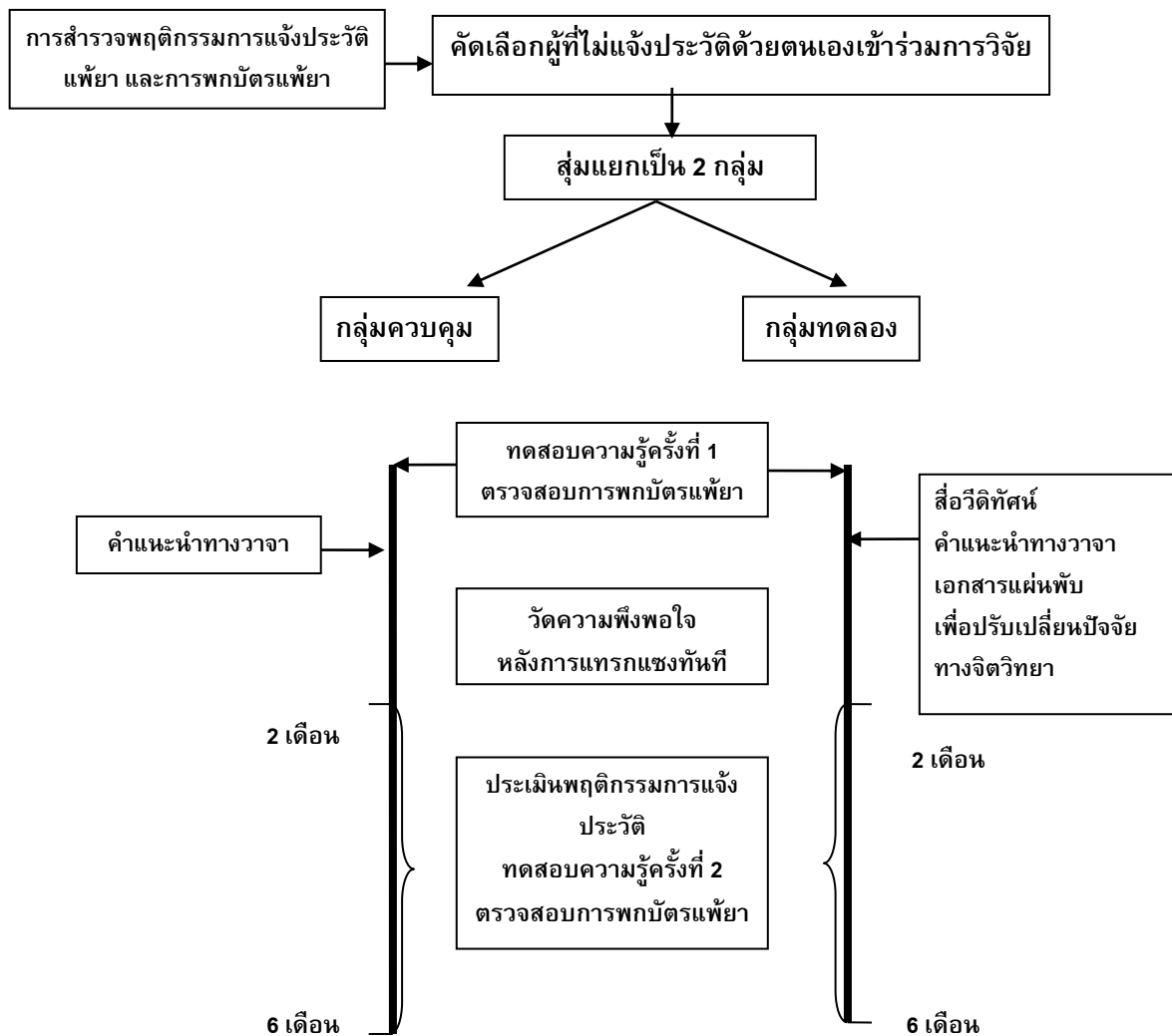
แก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปในการวิจัย ผู้อ่านที่ต้องการสื่อวิดิทัศน์หรือสื่อให้ความรู้เพื่อนำไปใช้งานหรือวิจัย สามารถติดต่อขอได้ที่ผู้วิจัยโดยตรง

3. คำแนะนำด้วยวาจาโดยเภสัชกร: คำแนะนำด้วยวาจาของผู้วิจัยที่ให้กับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความเหมือนกันทุกประการ แต่ในกลุ่มทดลองมีการแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อต่าง ๆ เพิ่มเติมดังที่ระบุไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปที่ 1) ได้แก่ความคลาดเคลื่อนของระบบการป้องกันการแพ้ยา ประโยชน์และข้อดีของการแจ้งประวัติแพ้ยาและการพบบัตรแพ้ยา ความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยแจ้งประวัติการแพ้ยา และความกล้าในการแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเอง คำแนะนำที่ให้สอดคล้องกับเนื้อหาและคำพูดที่ปรากฏในวิดิทัศน์ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำเพียงผู้เดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ผู้ร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาและประเมินการพบบัตรแพ้ยา (pre-test) หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้การแทรกแซงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่มดังที่กล่าวมาแล้วในหัวข้อ “กรอบแนวคิดการวิจัยและการแทรกแซง” หลังการแทรกแซง เภสัชกรผู้ช่วยวิจัย (ไม่ใช่ผู้ให้การแทรกแซง) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการบริการในเรื่องการแพ้ยาโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

เมื่อผู้ร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มกลับมารับบริการในครั้งถัดไปภายในระยะเวลา 2-6 เดือน เภสัชกรประจำจุดจ่ายยาสังเกตและสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการแจ้งประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยด้วยวิธีการที่กล่าวแล้วในหัวข้อ “การคัดเลือก



รูปที่ 2. สรุปขั้นตอนการวิจัย

ผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองเข้าสู่การวิจัย” และ ผู้ช่วยวิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา และขอคู่มือ แพ้ยาของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการพบกับัตร

การเก็บข้อมูล

ผลลัพธ์ของการแทรกแซง

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา

เภสัชกรผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อประเมินความรู้เรื่องการแพ้ยา โดยใช้วิธีการและแบบสัมภาษณ์จากงานวิจัยในอดีต (21) ตัวอย่างคำถามมีดังนี้ ก. “ชื่อยาที่ท่านแพ้คืออะไร” การวิจัยถือว่า ผู้ป่วยทราบชนิดของยาที่ท่านแพ้หากสามารถตอบชื่อยาได้ถูกต้อง หรือสามารถบอกรายละเอียดมากพอที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์โดยทั่วไป เช่น เภสัชกรประจำร้านยา ทราบได้ว่าเป็นยาตัวใด หากผู้ป่วยตอบโดยอ่านชื่อยาจากบัตรแพ้ยาถือว่าไม่ได้คะแนนในประเด็นนี้ ข. ยาที่ท่านแพ้เป็นยาใช้รักษาโรคอะไร ค. หากท่านแพ้ยาจะมีอาการอย่างไร ง. หากเกิดอาการแพ้ยาควรปฏิบัติตัวอย่างใด การวิจัยถือว่า ผู้ป่วยตอบถูกหากสามารถตอบข้อควรปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 ข้อ คำตอบที่ได้คะแนนคือ หยุดยาที่สงสัยว่าแพ้ พบแพทย์ทันที และจดจำชื่อยาและรายละเอียดของการแพ้ยา จ. “เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ท่านควรปฏิบัติตัวอย่างใด” การวิจัยถือว่า ผู้ป่วยตอบถูกหากสามารถตอบข้อควรปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 ข้อ คำตอบที่ให้คะแนน คือ แจ้งแพทย์ทุกครั้งว่ามีประวัติแพ้ยา ไม่ควรซื้อยาที่ไม่ทราบชื่อรับประทานเอง และถามชื่อยาที่ได้รับทุกครั้งว่าเป็นยาเดียวกันกับที่แพ้หรือไม่ หากบอกการปฏิบัติตัวไม่ได้เลยถือว่าไม่ทราบ

ความรู้เกี่ยวกับตัวยาที่แพ้ (ข้อ ก-ข) และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (ข้อ ค-จ) แต่ละข้อมีคะแนนเต็มหนึ่ง

การประเมินพฤติกรรมการแจ้งประวัติการแพ้ยา

ด้วยตนเอง: ผู้วิจัยใช้วิธีการที่ระบุในหัวข้อ “การคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองเข้าสู่การวิจัย” เพื่อประเมินว่า ผู้ป่วยได้แจ้งประวัติการแพ้ยาหรือไม่ การแจ้งครั้งนั้นเป็นการแจ้งเองหรือเป็นการแจ้งเมื่อเจ้าหน้าที่ถาม และสังเกตวิธีแจ้งประวัติว่าเป็นการแจ้งโดยยื่นบัตรแพ้ยา หรือโดยวาจา หรือแจ้งโดยใช้ทั้งสองวิธี

การประเมินการพบกับัตรแพ้ยา: ผู้วิจัยขอคู่มือ แพ้ยาของผู้ป่วยเพื่อประเมินพฤติกรรมนี้

การประเมินความพึงพอใจ: เภสัชกรผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการบริการในเรื่องการแพ้ยาโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากงานวิจัยในอดีต (26) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับจาก “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด”

แบบประเมินทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก 2 ท่าน และเภสัชกรที่รับผิดชอบงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล 1 ท่าน หลังจากนั้นได้ทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย พบว่าสามารถใช้เก็บข้อมูลได้สะดวกและได้ข้อมูลครบถ้วนตามต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยใช้สถิติพรรณนาในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบตัวแปรที่วัดในรูปสัดส่วนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Chi-square เช่น การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่แจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเองหลังการแทรกแซง หรือสัดส่วนของผู้ป่วยที่พบกับัตรแพ้ยาหลังการแทรกแซง หากพบว่าค่าคาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 ในเซลล์ใดเซลล์หนึ่ง จะใช้ Fisher's exact test แทนการทดสอบ Chi-square ส่วนการเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันใช้สถิติ McNemar การเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้การทดสอบ Mann Whitney U

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัย 100 ราย แต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 9 รายและเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 7 รายและไม่ได้กลับมารักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกภายใน 6 เดือนนับจากเริ่มการวิจัย ทั้งหมดไม่ได้มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยา ผู้วิจัยจึงไม่สามารถเก็บข้อมูลหลังการแทรกแซง

จากผู้ป่วยเหล่านี้ได้ภายในเวลา 6 เดือน จึงเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 ราย และกลุ่มควบคุม 41 ราย ผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้เหล่านี้กระจายอยู่ในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพอ ๆ กัน

ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P>0.05$) ในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว และระยะห่างในการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการแทรกแซง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

| ตัวแปร | จำนวนคน (ร้อยละ) | | P-value ¹ | จำนวนคน (ร้อยละ) ทั้งสองกลุ่ม (N=84) |
|---|--------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------------|
| | กลุ่มควบคุม (N=41) | กลุ่มทดลอง (N=43) | | |
| เพศ | | | 0.367 | |
| ชาย | 8 (19.5) | 12 (27.9) | | 20 (23.8) |
| หญิง | 33 (80.5) | 31 (72.1) | | 64 (76.2) |
| อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD) | 58.02±12.28 | 56.56±11.34 | 0.571 | 57.12±11.79 |
| ระดับการศึกษา | | | 0.453 | |
| ประถมศึกษา | 29 (70.7) | 26 (60.5) | | 55 (65.5) |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 5 (12.2) | 6 (14.0) | | 11 (13.1) |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 3 (7.3) | 6 (14.0) | | 9 (10.7) |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น | 2 (4.9) | 0 | | 2 (2.4) |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง | 2 (4.8) | 3 (7.0) | | 5 (5.9) |
| ปริญญาตรี | 0 | 2 (4.7) | | 2 (2.4) |
| อาชีพ | | | 0.570 | |
| ไม่ได้ทำงาน | 15 (36.6) | 15 (34.9) | | 30 (35.7) |
| รับจ้าง | 6 (14.6) | 12 (27.9) | | 18 (21.4) |
| ค้าขาย | 6 (14.6) | 5 (11.6) | | 11 (13.1) |
| แม่บ้าน | 8 (19.5) | 3 (7.0) | | 11 (13.1) |
| เกษตรกร | 3 (7.9) | 3 (7.0) | | 6 (7.1) |
| ข้าราชการ | 2 (4.9) | 3 (7.0) | | 5 (6.0) |
| พนักงานบริษัท | 1 (2.4) | 2 (4.7) | | 3 (3.6) |
| โรคประจำตัว (ผู้ป่วยอาจเป็นมากกว่า 1โรค) | | | | |
| ความดันโลหิตสูงและหัวใจหลอดเลือด | 32 (78.0) | 32 (74.4) | 0.696 | 64 (76.2) |
| เบาหวาน | 15 (36.6) | 13 (30.2) | 0.537 | 28 (33.3) |
| HIV | 5 (12.2) | 8 (18.6) | 0.417 | 13 (15.5) |
| หอบหืด-COPD | 4 (9.8) | 2 (4.7) | 0.421 | 6 (7.1) |
| ระยะห่างในการเก็บข้อมูลสองครั้ง (วัน) (ค่าเฉลี่ย±SD) | 75.37±19.35 | 77.07±14.61 | 0.649 | 76.24±17.01 |

1: การทดสอบ Chi-square ในกรณีของตัวแปรกลุ่ม (หากค่าคาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 ในเซลล์ใดเซลล์หนึ่ง สถิติที่ใช้คือ Fisher's exact test) และ Mann Whitney U เฉพาะกรณีของระยะห่างในการเก็บข้อมูลสองครั้ง

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 76.2) อายุเฉลี่ยประมาณ 57.12±11.79 ปี จบการศึกษาในชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 78.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 57.1) ตัวอย่างประมาณร้อยละ 75 เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง และประมาณร้อยละ 15 เป็นผู้ติดเชื้อ HIV (ตารางที่ 1) ระยะห่างของการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการแทรกแซง คือ 76.24 วันโดยเฉลี่ย (ตารางที่ 1) นั่นคือผลของการแทรกแซงที่พบในการวิจัยเกิดขึ้นหลังการแทรกแซงประมาณ 2 เดือนครึ่ง

ตารางที่ 2 แสดงประวัติการแพ้ยาของตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ในเรื่องประเภทยาที่

แพ้ อาการแพ้ยาที่เกิดขึ้น และระยะเวลาที่ได้รับบัตรแพ้ยาโดยรวมแล้วยาที่ทำให้เกิดการแพ้สูงสุดคือ กลุ่มเพนนิซิลิน (ร้อยละ 46.4) NSAIDS (ร้อยละ 28.6) ซัลฟา (ร้อยละ 15.5) และยาปฏิชีวนะอื่น ๆ (ร้อยละ 14.3) อาการแพ้ยาที่เกิดขึ้นมากในตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ ผื่นคัน (ร้อยละ 65.5) บวมบริเวณหน้า ตา และปาก (ร้อยละ 17.9) และผื่นลมพิษ (ร้อยละ 7.1) ตัวอย่างร้อยละ 47.6 ได้บัตรแพ้ยามาแล้วนานกว่า 5 ปี (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมการแจ้งประวัติแพ้ยาและการพกบัตรแพ้ยาก่อนการแทรกแซง

จากผู้แพ้ยา 112 คนที่ผู้วิจัยประเมินว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้าหรือไม่ พบว่า มีเพียง 12 คน

ตารางที่ 2. ประวัติการแพ้ยา

| ตัวแปร | จำนวนคน (ร้อยละ) | | P-value ¹ | จำนวนคน (ร้อยละ) ทั้งสองกลุ่ม (N=84) |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|--|
| | กลุ่มควบคุม (N=41) | กลุ่มทดลอง (N=43) | | |
| ประเภทของยาที่แพ้ | | | 0.508 | |
| กลุ่มเพนนิซิลิน | 17 (36.2) | 12 (25.5) | | 39 (46.4) |
| กลุ่ม NSAIDs | 11 (22.9) | 13 (27.7) | | 24 (28.6) |
| ยาปฏิชีวนะที่ไม่ใช่เพนนิซิลินและซัลฟา | 8 (16.7) | 5 (10.6) | | 13 (15.5) |
| กลุ่มซัลฟา | 4 (8.5) | 8 (17.0) | | 12 (14.3) |
| ยาอื่น ๆ เช่น metformin, simvastatin, allopurinol, aspirin, nevirapine, dimemhydrinate, tolperisone | 7 (14.5) | 9 (19.1) | | 16 (19.0) |
| อาการแพ้ยาที่เกิดขึ้น | | | 0.411 | |
| ผื่นคัน | 28 (68.3) | 27 (62.7) | | 55 (65.5) |
| หน้าบวม ตาบวม ปากบวม | 5 (12.2) | 10 (23.3) | | 15 (17.9) |
| ผื่นลมพิษ | 4 (9.8) | 2 (4.7) | | 6 (7.1) |
| ผิวลอกทั่วตัว | 1 (2.4) | 3 (7.0) | | 4 (4.8) |
| ตุ่มน้ำใส | 2 (4.9) | 0 | | 2 (2.4) |
| แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก | 1 (2.4) | 1 (2.3) | | 2 (2.4) |
| ระยะเวลาที่ได้รับบัตรแพ้ยา | | | 0.294 | |
| < 1 ปี | 5 (12.2) | 11 (25.6) | | 16 (19.0) |
| 1-5 ปี | 15 (36.6) | 13 (30.2) | | 28 (33.3) |
| > 5 ปี | 21 (51.2) | 19 (44.2) | | 40 (47.6) |

1: การทดสอบ Chi-square หากค่าคาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 ในเซลล์ใดเซลล์หนึ่ง สถิติที่ใช้คือ Fisher's exact test

(ร้อยละ 10.7) เท่านั้นที่แจ้งประวัติการแพ้ยาเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม (จึงมีตัวอย่างเริ่มต้นในการวิจัย 100 คน) ตารางที่ 3 แสดงลักษณะการแจ้งประวัติแพ้ยาในช่วงก่อนการแทรกแซงของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=84) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องวิธีการแจ้งประวัติแพ้ยา สาเหตุของการไม่แจ้งประวัติแพ้ยาเอง การพบบัตรแพ้ยามาบริการในวันเก็บ

ข้อมูล และความถี่ของการพบบัตรแพ้ยามาโรงพยาบาล ตัวอย่างร้อยละ 29.8 (25 คนจาก 84 คน) ไม่แจ้งประวัติแพ้ยาแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะถามคำถามดังกล่าวแล้วก็ตาม (ตารางที่ 3) เมื่อผู้วิจัยบอกกับตัวอย่างว่า บันทึกของโรงพยาบาลระบุว่า ผู้ป่วยเคยแพ้ยาในอดีต ผู้ป่วยกล่าวว่า ที่ตนไม่แจ้งประวัติเพราะ ลืมว่าเคยแพ้ยา (ร้อยละ 44) จำชื่อยาไม่ได้จึงไม่ยอมแจ้ง (ร้อยละ 28) ต้องรีบเร่งทำให้ไม่

ตารางที่ 3. การแจ้งประวัติแพ้ยาก่อนการศึกษา

| ตัวแปร | จำนวนคน (ร้อยละ) | | P-value ¹ | จำนวน (ร้อยละ) ทั้งสองกลุ่ม (N=84) |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|--|
| | กลุ่มควบคุม (N=41) | กลุ่มทดลอง (N=43) | | |
| วิธีการแจ้งประวัติแพ้ยา | | | | |
| แจ้งเอง | 0 | 0 | | 0 |
| ไม่ได้แจ้งแม้ถูกถาม | 11 (26.8) | 14 (32.6) | 0.566 | 25 (29.8) |
| แจ้งเฉพาะเมื่อเจ้าหน้าที่ถาม | 30 (73.2) | 29 (67.4) | | 59 (70.2) |
| แจ้งโดยยื่นบัตรแพ้ยา | 8 (26.7) | 6 (20.7) | 0.590 | 14 (23.7) |
| แจ้งโดยวาจา | 22 (73.2) | 23 (79.3) | | 45 (76.3) |
| แจ้งโดยยื่นบัตรแพ้ยาและโดยวาจา | 0 | 0 | | 0 |
| สาเหตุของการไม่แจ้งประวัติแม้ถูกถาม | | | 0.764 | |
| ลืมว่าเคยแพ้ยา | 4 (36.4) | 7 (50.0) | | 11 (44.0) |
| จำชื่อยาไม่ได้ | 3 (27.3) | 4 (28.6) | | 7 (28.0) |
| รีบเร่งทำให้ไม่ยอมแจ้ง | 3 (27.3) | 3 (21.4) | | 6 (24.0) |
| เคยแจ้งแล้วในครั้งที่ผ่านมาและเจ้าหน้าที่บอกรว่าทราบแล้วไม่ต้องแจ้ง | 1 (9.1) | 0 | | 1 (4.0) |
| สาเหตุของการแจ้งประวัติเฉพาะเมื่อถูกถาม | | | 0.208 | |
| มีประวัติในเวชระเบียนแล้ว | 22 (73.3) | 15 (57.7) | | 37 (53.6) |
| มารับยาเดิมที่เคยกินอยู่ | 7 (23.3) | 12 (41.4) | | 19 (27.5) |
| จำชื่อยาไม่ได้ | 1 (3.3) | 1 (3.4) | | 2 (2.9) |
| เคยแจ้งแล้วในครั้งที่ผ่านมา | 0 | 1 (3.4) | | 1 (1.4) |
| การพบบัตรแพ้ยา | | | 0.197 | 35 (41.7) |
| ความถี่ของการพบบัตรแพ้ยามาโรงพยาบาล | | | 0.335 | |
| ไม่พบบัตรแพ้ยอย่างแน่ชัด | 12 (29.3) | 11 (25.6) | | 23 (27.4) |
| น้อยครั้งมากที่จะพบบัตรแพ้ยา | 7 (11.7) | 13 (30.2) | | 20 (23.8) |
| พบบัตรแพ้ยาประมาณครั้งหนึ่ง | 2 (4.9) | 5 (11.6) | | 7 (8.3) |
| พบบัตรแพ้ยาเกือบทุกครั้ง | 6 (14.6) | 8 (18.6) | | 14 (16.7) |
| พบบัตรแพ้ยาทุกครั้ง | 14 (31.1) | 6 (14.0) | | 20 (23.8) |

1: การทดสอบ Chi-square หากค่าคาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 ในเซลล์ใดเซลล์หนึ่ง สถิติที่ใช้คือ Fisher's exact test

อยากแฉ่ง (ร้อยละ 24) และเคยแฉ่งประวัติแล้วในครั้งที่ผ่านมาและเจ้าหน้าที่บอกว่าทราบแล้วไม่ต้องแฉ่ง (ร้อยละ 4.0) (ตารางที่ 3)

ตัวอย่างร้อยละ 70.2 ซึ่งแฉ่งประวัติแพ้ยาก็ต่อเมื่อถูกถามกล่าวว่า สาเหตุที่ตนไม่แฉ่งประวัติแพ้ยาคือ ตนเชื่อมั่นว่ามีการบันทึกข้อมูลการแพทย์ในเวชระเบียนแล้วและบุคลากรทางการแพทย์น่าจะเห็นข้อมูลดังกล่าว (ร้อยละ 53.6) ความเชื่อว่าการแฉ่งประวัติแพ้ยามีไม่จำเป็นเพราะตนมักได้ยาเดิมที่เคยใช้โดยไม่มีปัญหามาก่อน (ร้อยละ 27.5) จำชื่อยาไม่ได้ (ร้อยละ 2.9) และเคยแฉ่งประวัติแล้วในครั้งที่ผ่านมา (ร้อยละ 1.4) นอกจากนี้ตัวอย่างร้อยละ 94.1 กล่าวว่า หากเจ้าหน้าที่ไม่ถามโอกาสที่ตนก็จะแฉ่งประวัติจะน้อยมากหรือไม่แฉ่งการแพ้ยเลย

การแฉ่งประวัติการแพทย์ที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งคือ การแสดงบัตรแพทย์ เพราะบัตรดังกล่าวมีข้อมูลที่ครบถ้วนและผ่านการประเมินจากเภสัชกรแล้ว อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยนี้ ผู้ที่แฉ่งประวัติเมื่อเจ้าหน้าที่ถามนั้นนิยมแฉ่งด้วยวาจามากกว่าการแสดงบัตรแพทย์ โดยร้อยละ 76.3 แฉ่งประวัติด้วยวาจาเมื่อถูกถาม ร้อยละ 23.7 แฉ่งโดยการแสดงบัตร

ผลของการแทรกแซงต่อพฤติกรรมการแฉ่งประวัติแพทย์

การเปรียบเทียบผลการวิจัยก่อนและหลังการแทรกแซงในกลุ่มทดลองไม่อาจบอกอิทธิพลของการแทรกแซงได้ทันที เพราะความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การแทรกแซง เช่น อิทธิพลของกระบวนการวัดความรู้ หรือการตรวจสอบการพบบัตร หรือปฏิสัมพันธ์กับเภสัชกรที่นานขึ้นเนื่องจากกระบวนการวิจัย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ (ซึ่งไม่ใช่การแทรกแซง) อาจทำให้ตัวอย่างตื่นตัวและปฏิบัติตนให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้วิจัย ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อสรุปผลของการแทรกแซง (ไม่มุ่งการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการแทรกแซง)

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมการแฉ่งประวัติแพทย์และการพบบัตรแพทย์ของผู้ป่วย ในช่วงก่อนการแทรกแซง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง “ไม่แฉ่งประวัติการแพทย์แม้

ถูกถาม” ร้อยละ 26.8 และ 32.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่แฉ่งประวัติทั้งหมดในทั้งสองกลุ่มเป็นการ “แฉ่งเมื่อถูกถาม” หลังการแทรกแซงผู้ป่วยทุกรายในทั้งสองกลุ่มแฉ่งประวัติการแพทย์ อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองแฉ่งประวัติด้วยตนเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม (ร้อยละ 41.9) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 19.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.027$) สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองแฉ่งประวัติด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 22.4

ก่อนการแทรกแซง การแฉ่งประวัติส่วนใหญ่ทำด้วยวาจา (กว่าร้อยละ 70 ในทั้งสองกลุ่ม) หลังการแทรกแซง กลุ่มทดลองร้อยละ 90 แฉ่งประวัติด้วยการใช้บัตรแพทย์ (หรือแฉ่งด้วยวาจาร่วมด้วย) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 65.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.020$)

ผลของการแทรกแซงต่อการพบบัตรแพทย์

ก่อนการแทรกแซงผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบบัตรแพทย์น้อยกว่าร้อยละ 50 หลังการแทรกแซง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบบัตรแพทย์เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 90.2 และ 95.3 ตามลำดับ และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($P=0.364$) (ตารางที่ 4) แสดงว่า การแทรกแซงในการวิจัยนี้ให้ผลไม่ต่างจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามปกติโดยเภสัชกร

ผลของการแทรกแซงต่อความรู้ในเรื่องการแพทย์

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ในประเด็นชื่อยาที่แพ้ ข้อบ่งใช้ของยาที่แพ้ อาการแพ้ การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ในเวลาก่อนการแทรกแซง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็น หลังการแทรกแซงทั้งสองกลุ่มก็ไม่มี ความแตกต่างกัน ยกเว้นเรื่องความรู้ในการป้องกันตนเองจากการแพ้ยาซ้ำซึ่งกลุ่มทดลองมีความรู้ (ร้อยละ 74.4) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 46.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.008$) อย่างไรก็ตาม หลังการแทรกแซง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองประมาณ 1 ใน 4 ยังไม่รู้ชื่อยาและวิธีป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

ตารางที่ 4. พฤติกรรมการแจ้งประวัติแพ้ยาและการพบกัฏรแพ้ยาก่อนและหลังการแทรกแซง

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม (N=41) | | กลุ่มทดลอง (N=43) | | P-value ¹ | P-value ² |
|----------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| | ก่อน ³ | หลัง ³ | ก่อน ⁴ | หลัง ⁴ | | |
| การแจ้งประวัติ | | | | | | |
| ไม่แจ้ง | 11 (26.8) | 0 | 14 (32.6) | 0 | 0.268 | 0.027 |
| แจ้งเอง | 0 | 8 (19.5) | 0 | 18 (41.9) | | |
| แจ้งต่อเมื่อเจ้าหน้าที่ถาม | 30 (73.2) | 33 (80.5) | 29 (67.4) | 25 (58.1) | | |
| วิธีแจ้งประวัติ | | | | | | |
| แจ้งโดยยื่นบัตรแพ้ยา | 8 (26.7) | 17 (41.5) | 6 (20.7) | 23 (53.5) | 0.590 | 0.020 |
| แจ้งโดยวาจา | 22 (73.2) | 14 (34.1) | 23 (79.3) | 4 (9.3) | | |
| แจ้งทั้งสองวิธี | 0 | 10 (24.4) | 0 | 16 (37.2) | | |
| การพบกัฏรแพ้ยา | 20 (48.8) | 37 (90.2) | 15 (34.9) | 41 (95.3) | 0.590 | 0.364 |

1: การทดสอบ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการแทรกแซง

2: การทดสอบ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการแทรกแซง

หมายเหตุ: หากค่าคาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 ในเซลล์ใดเซลล์หนึ่ง สถิติที่ใช้คือ Fisher's exact test

3: การทดสอบ McNemar เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงพบ $P < 0.01$ ในทุกกรณี

4: การทดสอบ McNemar เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงพบ $P < 0.001$ ในทุกกรณี

ผลของการแทรกแซงต่อความพึงพอใจ

ตารางที่ 6 แสดงความพึงพอใจต่อการให้ความรู้เรื่องการแพ้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งวัดหลังการแทรกแซงทันที ความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P > 0.05$) ในทุกประเด็น

ยกเว้นในประเด็นความรู้เรื่องการแพ้ยา ซึ่งกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.008$) นอกจากนี้คะแนนความพึงพอใจในหัวข้อความเหมาะสมของเวลาที่ให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ($P > 0.05$)

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม (N=41) | | กลุ่มทดลอง (N=43) | | P-value ¹ | P-value ² |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| | ก่อน ³ | หลัง ³ | ก่อน ⁴ | หลัง ⁴ | | |
| ทราบชื่อยาที่แพ้ | 19 (46.3) | 32 (78.0) | 23 (53.5) | 33 (76.7) | 0.513 | 0.886 |
| ทราบข้อบ่งใช้ของยา | 22 (53.7) | 38 (92.7) | 28 (61.5) | 38 (88.4) | 0.285 | 0.501 |
| ทราบอาการแพ้ยา | 32 (78.0) | 39 (95.1) | 33 (76.7) | 41 (95.3) | 0.886 | 0.961 |
| ทราบการปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา | 32 (78.0) | 40 (97.6) | 29 (67.4) | 42 (97.7) | 0.276 | 0.973 |
| ทราบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ | 11 (26.8) | 19 (46.3) | 8 (18.6) | 32 (74.4) | 0.368 | 0.008 |

1: การทดสอบ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการแทรกแซง

2: การทดสอบ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการแทรกแซง

3: การทดสอบ McNemar เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงพบ $P < 0.05$ ยกเว้นอาการแพ้ยาที่มี $p = 0.061$

4: การทดสอบ McNemar เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงพบ $P < 0.01$ ยกเว้นอาการแพ้ยาที่มี $p = 0.080$

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจในการให้ความรู้เรื่องการแพทย์ที่วัดทันทีหลังการแทรกแซง

| ความพึงพอใจต่อ | ความพึงพอใจ (ค่าเฉลี่ย±SD) ¹ | | P-value ² |
|-----------------------------------|---|-------------------|----------------------|
| | กลุ่มควบคุม (N=41) | กลุ่มทดลอง (N=43) | |
| การให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในภาพรวม | 4.07±0.56 | 4.07±0.33 | 0.910 |
| ความรู้เรื่องการแพทย์ที่ได้รับ | 3.88 ±0.51 | 4.14±0.35 | 0.008 |
| ความชัดเจนในการให้คำแนะนำ | 4.00±0.50 | 4.05±0.32 | 0.619 |
| คำอธิบายสามารถนำไปใช้ได้ | 4.05±0.49 | 4.14±0.35 | 0.373 |
| ความเหมาะสมของเวลาในการให้คำแนะนำ | 3.80±0.55 | 3.91±0.36 | 0.360 |

1: คะแนนมีช่วงระหว่าง 1 (ไม่พอใจอย่างยิ่ง) ถึง 5 (พึงพอใจอย่างยิ่ง)

2: การทดสอบ Mann-Whitney U

การอภิปรายผล

พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการแพทย์ก่อนการแทรกแซง

ในการวิจัยนี้ ยาที่เป็นสาเหตุของการแพ้สูงสุดคือ กลุ่มเพนนิซิลิน (ร้อยละ 46.4) NSAIDS (ร้อยละ 28.6) ซัลฟา (ร้อยละ 15.5) และยาปฏิชีวนะอื่น ๆ (ร้อยละ 14.3) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศที่ พบว่า ยาที่ทำให้เกิดอาการแพ้มากที่สุด คือ ยาต้านจุลชีพ (ร้อยละ 60.8) และยาลดไข้-ยาต้านการอักเสบ (ร้อยละ 9.8) (27) งานวิจัยในต่างประเทศก็ได้ผลสอดคล้องในประเด็นที่ พบว่า ยาต้านจุลชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยากลุ่มเพนนิซิลิน เป็นตัวยาที่ทำให้เกิดการแพ้มากที่สุด(1, 28)

จากผู้แพ้ยา 112 คนที่ผู้วิจัยคัดกรองเพื่อหาผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้า พบว่า มีเพียง 12 คน (ร้อยละ 10.7) เท่านั้นที่แจ้งประวัติการแพ้ยาเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องถาม อัตราการแจ้งประวัติฯ ด้วยตนเองในการศึกษานี้ ต่ำกว่าที่พบในการศึกษา ณ โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งตัวอย่างแจ้งประวัติแพ้ยาเองร้อยละ 49.20 (21) ตัวอย่างในการวิจัยนี้ร้อยละ 94.1 กล่าวหาว่า เจ้าหน้าที่ไม่ถาม โอกาสที่ตนก็จะแจ้งประวัติจะน้อยมาก หรือจะไม่แจ้งการแพ้ยาเลย ผลวิจัยข้างต้นบ่งชี้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรเคร่งครัดในการถามประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกรายเพราะผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะไม่แจ้งประวัติหากไม่ได้รับการถามจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้นมาตรการที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการแจ้งประวัติด้วยตัวผู้ป่วยเอง จึงมีความสำคัญมาก

เหตุผลที่ทำให้ตัวอย่างในการวิจัยนี้ไม่แจ้งประวัติ แพ้ยาด้วยตนเองเอง (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับผลการวิจัย

ในโรงพยาบาลพุทธชินราชที่พบว่า ผู้ป่วยไม่แจ้งประวัติ การแพ้ยาเพราะเชื่อว่า บุคลากรทางการแพทย์ทราบข้อมูล อยู่แล้ว (ร้อยละ 33.33) และไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ ถามจึงไม่ได้แจ้ง (ร้อยละ 27.78) (6) และยังสอดคล้องกับ ผลการศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแจ้งประวัติการแพ้ยา คือ ความ ไวต่อการแพ้ที่ตนคิดต่อการแจ้งประวัติ ความรู้เกี่ยวกับ ตัวยาที่แพ้ และอุปสรรคของการแจ้งประวัติแพ้ยา (21) ในการวิจัยนี้ตัวอย่างจำนวนมากเชื่อว่า ตนไม่น่าจะไวหรือ มีโอกาสแพ้ยาเพราะมักได้รับยาเดิมที่เคยใช้แล้วไม่มี ปัญหาและโรงพยาบาลน่าจะมึระบบที่ดีในการป้องกันการ จ่ายยาที่ตนแพ้ นอกจากนี้ คำตอบหลายประเด็นชี้ให้เห็น ถึงการไม่ให้ความสำคัญหรือการมีทัศนคติไม่มีดีต่อการ แจ้งประวัติ เช่น คำตอบว่าลืมว่าเคยแพ้ยา การไม่แจ้ง เพราะรีบกลับบ้าน เป็นต้น การขาดความรู้โดยเฉพะอย่าง ยิ่งในเรื่องชื่อยากก็เป็นเหตุผลที่สำคัญในการวิจัยนี้

การขอคู่มือแพ้ยาจากผู้ป่วยทำให้ทราบว่า ผู้แพ้ ยาร้อยละ 41.7 พบบัตรแพ้ยามาบริการในวันเก็บข้อมูล จากการสัมภาษณ์ ร้อยละ 51.2 ไม่พบบัตรแพ้ยามา โรงพยาบาลอย่างแน่นอนหรือน้อยครั้งมากที่จะทำเช่นนั้น (ตารางที่ 3) งานวิจัยในอดีตพบว่า ผู้ป่วยที่แพ้ยาร้อยละ 52-76.1 พบบัตรแพ้ยามาโรงพยาบาลหรือพกติดตัว ตลอดเวลา (6, 21-22) ผลการวิจัยที่ได้ขึ้นกับระเบียบวิธี วิจัยที่ใช้ หากใช้แบบสอบถาม จะได้ตัวเลขที่สูง แต่หากใช้ วิธีการที่เป็นวัตถุวิสัยมากขึ้น เช่น งานวิจัยที่ขอคู่มือแพ้ ยาที่พบอัตราการพบบัตรที่ร้อยละ 52.0 งานวิจัย เดียวกันนี้ยังพบว่า ร้อยละ 20.8 ไม่พบบัตรแพ้ยามา

โรงพยาบาลอย่างแน่นอนหรือบ่อยครั้งมากที่จะทำเช่นนั้น (21) งานวิจัยครั้งนี้ก็ใช้วิธีการขออนุญาตแพทย์จึงพบอัตราการพบกัฏรแพทย์ที่ต่ำ และยังต่ำกว่าที่พบในงานวิจัยอื่น ความตั้งใจในการพบกัฏรมารับบริการในโรงพยาบาลหรือพบกัฏรตลอดเวลาก็ต่ำกว่าระดับที่พบในการวิจัยอื่นด้วย ผลการวิจัยบ่งชี้ขนาดของปัญหาการไม่พบกัฏรที่มีมากในโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย

ผลของการแทรกแซงต่อการแจ้งประวัติการแพ้ยาด้วยตนเอง

กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ความรู้ตามปกติร้อยละ 22.4 (ตารางที่ 4) หลังการแทรกแซง กลุ่มทดลองร้อยละ 90 แจ้งประวัติด้วยการใช้บัตรแพ้ยา (หรือแจ้งด้วยวาจา ร่วมด้วย) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 65.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.020$) ผลการวิจัยได้ผลเป็นที่น่าพอใจเพราะการแจ้งประวัติการแพ้ยาที่ดีคือ การแสดงบัตรแพ้ยา เพราะบัตรดังกล่าวมีข้อมูลที่ครบถ้วนและผ่านการประเมินจากเภสัชกรแล้ว เภสัชกรจึงควรส่งเสริมการแจ้งประวัติด้วยวิธีนี้ นอกจากนี้ยังไม่พบข้อมูลในปัจจุบันว่าการแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยวาจาของผู้ป่วยนั้นมีความถูกต้องเพียงไร การแทรกแซงได้ผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเอง อาจเนื่องจากการแทรกแซงไปปรับเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยา ยาที่แพ้ ตลอดจนทัศนคติและบรรทัดฐานของผู้ป่วยในเรื่องการแจ้งประวัติแพ้ยา อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ไม่ได้วัดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยจิตวิทยาเหล่านี้เพื่อลดภาระในการตอบแบบวัดของผู้ป่วย

ก่อนการแทรกแซงผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบกัฏรแพยาน้อยกว่าร้อยละ 50 หลังการแทรกแซง ทั้งสองกลุ่มพบกัฏรแพ้ยาเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 90 แสดงว่า การแทรกแซงในการวิจัยนี้ให้ผลไม่ต่างจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติในปัจจุบันของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของการพบกัฏรในทั้งสองกลุ่มอาจเกิดจากการให้ความรู้และคำแนะนำตลอดจนความตื่นตัวของผู้ป่วย (experimental reactance) เนื่องจากเภสัชกรขออนุญาตแพทย์ของผู้ป่วยในช่วงก่อนการแทรกแซง แต่อคตินี้ไม่ส่งผลเสียในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในทางปฏิบัติ นั่นคือ หากเภสัชกรใช้วิธีการให้

ความรู้แก่ผู้ป่วยและตรวจสอบการพบกัฏรด้วยวิธีการเดียวกับที่ใช้ในการศึกษานี้ก็จะทำให้ผลของการแทรกแซงในลักษณะเดียวกับที่พบในการวิจัย นอกจากนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ที่เกี่ยวกับการแพ้ยาเพิ่มขึ้นหลังการแทรกแซง (ตารางที่ 5) ความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้อาจไปมีผลต่อทัศนคติต่อการแจ้งประวัติหรือพฤติกรรม การพบกัฏร จึงทำให้อัตราการพบกัฏรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันการศึกษาในอดีตที่ให้ความรู้เรื่องการแพ้ยากับผู้ป่วยและประเมินการพบกัฏรแพ้ยาด้วยแบบสอบถามพบว่า ก่อนให้การแทรกแซง ผู้ป่วยร้อยละ 83.3 รายงานว่าพบกัฏรแพ้ยาเป็นประจำ หลังการแทรกแซง 1 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 92.6 กล่าวว่าได้พบกัฏรแพ้ยาเป็นประจำ (20) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยพยายามตอบให้เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมรอบข้าง ซึ่งการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทำให้เกิดภาวะดังกล่าวได้ง่าย

ผลของการแทรกแซงต่อความรู้เรื่องการแพ้ยา

การแทรกแซงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่อง "การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ" มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการคำแนะนำจากเภสัชกรเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 28.1 (ตารางที่ 5) แต่ความรู้ในประเด็นอื่น ๆ (ยาที่แพ้ ข้อบ่งใช้ของยาที่แพ้ และอาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา) ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการวิจัยนี้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่มีเนื้อหาเหมือนกัน เพียงแต่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาทั้งจากเภสัชกรและวิทยากร แต่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากเภสัชกรเท่านั้น จึงสรุปได้ว่า วิทยากรที่เพิ่มเข้าไปไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องข้อยาที่แพ้ ข้อบ่งใช้ของยาที่แพ้ และอาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา แต่สามารถเพิ่มความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำมากกว่าการแนะนำด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการตื่นตัวของผู้ป่วยต่อกระบวนการวิจัย (experimental reactance) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการทดสอบความรู้ นั่นคือ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มจะให้ความสนใจต่อความรู้ที่เภสัชกรให้อย่างมาก จึงทำให้พบผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติเพียงประเด็นเดียว อย่างไรก็ตาม หลังการแทรกแซง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองประมาณ 1 ใน 4 ยังไม่รู้ข้อยาและวิธีป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

การวิจัยในอดีตพบว่า ผู้ป่วยแพ้ยาร้อยละ 50-70 ทราบชื่อยาที่ตนเองแพ้ (2, 6, 21-22) ผลการวิจัยในช่วงก่อนการแทรกแซงของการวิจัยนี้ พบผู้ที่รู้ชื่อยาที่ตนเองแพ้ ร้อยละ 46.3 และ 53.5 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในอดีต (ตารางที่ 5) อย่างไรก็ตามหลังการแทรกแซง ผู้ป่วยรู้ชื่อยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 32 และ 23 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ผลอันนี้น่าจะเกิดจากกระบวนการให้ความรู้ในการวิจัย รวมถึงผลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การตื่นตัวของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการทดสอบความรู้ การวิจัยในอดีตก็พบเช่นกันว่าหลังให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 เดือนในจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยร้อยละ 93.8 มีความรู้เรื่องชื่อยาที่แพ้ซึ่งสูงกว่าช่วงก่อนการวิจัย (ร้อยละ 77) (20) การศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษก็พบว่า หลังการดำเนินโครงการแก้ปัญหา 1 เดือน ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องชื่อยาที่แพ้เพิ่มจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 90 (19)

การวิจัยนี้พบว่า หลังการแทรกแซง ผู้ป่วยมีความรู้สูงขึ้นกว่าในช่วงก่อนการแทรกแซงในเรื่องข้อบ่งใช้ของยา อาการแพ้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิจัยในอดีตก็พบเช่นกันว่าหลังให้ความรู้แก่ตัวอย่างเป็นเวลา 1 เดือนผู้ป่วยมีความรู้สูงขึ้นกว่าในช่วงก่อนการแทรกแซงในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ (19, 20)

ผลของการแทรกแซงต่อความพึงพอใจ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองในหัวข้อ “ความรู้เรื่องการแพ้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ” มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.008$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินความรู้ข้างต้น นอกจากนี้คะแนนความพึงพอใจในหัวข้อความเหมาะสมของเวลาที่ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ($P>0.05$) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้โดยการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ซึ่งต้องใช้เวลามากกว่าการให้ความรู้โดยเภสัชกรตามปกติไม่ได้ทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจในส่วนของการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเรื่องความพึงพอใจในประเด็นอื่น ๆ เช่น การให้คำแนะนำโดยรวมหรือความชัดเจนในคำอธิบายนั้นทั้งนี้

อาจเป็นเพราะเภสัชกรได้ให้คำแนะนำด้วยวาจาจากผู้ป่วยในลักษณะเดียวกัน

ข้อจำกัด

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก การวิจัยนี้ถูกออกแบบให้สามารถติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในการแจ้งประวัติแพ้ยาเมื่อมารับบริการทางการแพทย์ซ้ำ จึงต้องใช้ตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นตัวอย่างจึงมีอายุมาก (57.27 ± 11.76 ปี) ร้อยละ 89 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือน้อยกว่า และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาหลายชนิด ลักษณะพิเศษของตัวอย่างอาจกระทบต่อผลการวิจัยในหลายประเด็น เช่น การสอนผู้ป่วยให้อ่านชื่อยาที่แพ้ซึ่งเป็นภาษาอังกฤษย่อมมีความยากมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือระดับการศึกษาที่สูงกว่า ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีปัญหาด้านการมองเห็นและการรับฟังที่เป็นอุปสรรคต่อการรับความรู้เรื่องการแพ้ยา เป็นต้น ดังนั้นจึงพบว่า หลังการแทรกแซง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองประมาณ 1 ใน 4 ยังไม่รู้ชื่อยาและวิธีการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์การแทรกแซงในการศึกษานี้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีอายุน้อยกว่าหรือระดับการศึกษาน้อยกว่า อาจได้ผลของการแทรกแซงที่มากกว่าที่พบในการศึกษานี้

ประการที่สอง ระยะเวลาในการประเมินผลการแทรกแซงของการศึกษา คือ ประมาณ 2 เดือนครึ่ง ทำให้ไม่ทราบผลของการแทรกแซงในระยะยาวว่าจะเป็นเช่นไร อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่ใช้ติดตามผลในการศึกษานี้ก็ยังไม่ยาวกว่าการศึกษาในประเทศที่ประเมินผลการแทรกแซงในเรื่องนี้หลังการแทรกแซงทันทีและ 1 เดือนถัดมา การเก็บข้อมูลในระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็นเพราะผลการศึกษาระยะสั้นอาจมีอคติจากการที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตื่นตัวเนื่องจากกระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัย เช่น การตรวจสอบการพบบัตรแพ้ยา อย่างไรก็ตาม การตื่นตัวดังกล่าวจะลดระดับลงอย่างรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยคุ้นกับกระบวนการดังกล่าว ซึ่งจะทำให้เห็นผลของการแทรกแซงชัดเจนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาถึงผลระยะยาวของการแทรกแซงต่อไป

การวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาการทำวิจัยและกำลังคนในการเก็บและดำเนินการวิจัย ทำให้ไม่อาจเก็บข้อมูลตัวแปรอีกหลายตัวที่มีความสำคัญและช่วยให้เข้าใจผลของการแทรกแซงมากขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลง

ของปัจจัยทางจิตวิทยาที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัยก่อนและหลังการแทรกแซง ข้อมูลนี้จะช่วยทำให้ทราบว่า การแทรกแซงได้ผลหรือไม่ในการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วย นอกจากนี้ งานวิจัยยังไม่ได้เก็บข้อมูลอัตราการเกิดการแพ้ยาซ้ำที่เป็นสิ่งที่ต้องการสูงสุดในการวิจัยนี้ ตลอดจน ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ทั้งต้นทุนและผลได้จากการดำเนินโครงการ

วิธีที่จัดทำเป็นภาษาใต้ ดังนั้นจึงต้องปรับปรุงสื่อนี้ก่อนการประยุกต์ใช้ในปีบริบทที่ต่างจากการวิจัยนี้ นอกจากนี้ หลังการแทรกแซง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองประมาณ 1 ใน 4 ยังไม่รู้ชื่อยาและวิธีป้องกันการแพ้ยาซ้ำไม่ว่าผลดังกล่าวเกิดเพราะตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุหรือมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้หรือเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของการแทรกแซงก็ตาม การแทรกแซงก็ควรได้รับการปรับปรุงประสิทธิภาพต่อไป

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่แจ้งประวัติการแพ้ยาหรือผู้ป่วยที่กล่าวว่า ตนจะแจ้งประวัติแพ้ยาเฉพาะเมื่อถูกถามเท่านั้น กลุ่มที่น่าจะทำการศึกษาเพิ่มเติม คือ ผู้ป่วยที่กล่าวว่า ตนจะแจ้งประวัติแพ้ยาเมื่อถูกถาม (กลุ่ม ข1 ในระเบียบวิธีวิจัย) เพราะผู้ป่วยอาจตอบเพียงให้เป็นไปตามคาดหวังของนักวิจัย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีโอกาสไม่แจ้งข้อมูลเช่นกัน

สรุป

มาตรการปรับเปลี่ยนปัจจัยทางจิตวิทยาในการวิจัยนี้ ทำให้ผู้ป่วยแจ้งประวัติแพ้ยาด้วยตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 22 เมื่อเทียบกับการให้ความรู้แบบปกติ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยแจ้งประวัติด้วยบัตรแพ้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การแทรกแซงยังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพ้ยามากกว่าการให้ความรู้แบบปกติ ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการด้วยวิธีการที่พัฒนาขึ้นไม่ต่างจากวิธีการที่ใช้แต่เดิม ยกเว้นในประเด็นความรู้เรื่องการแพ้ยา ซึ่งผู้แพยามีความพึงพอใจมากกว่าวิธีที่การแบบปกติ สถานพยาบาลต่างๆ สามารถนำวิธีในการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยของตน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์สุวิมล บวรสุภศรี ที่ให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการจัดทำสื่อการสอนในการวิจัยขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลที่เป็น

สถานที่วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือมาโดยตลอด ตลอดจนคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยใคร่ขอแสดงความขอบคุณทุกฝ่าย ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Gomes E, Cardoso MF, Praca F, Gomes L, Marino E, Demoly P. Self-reported drug allergy in a general adult Portuguese population. Clin Exp Allergy. 2004; 34: 1597-601.
2. ยงยุทธ โล่สุภกาญจน์. การสำรวจประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาของประชาชนในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. [ออนไลน์]. 2543 [สืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน 2554]. เข้าถึงได้จาก URL:http://elib.fda.moph.go.th/multim/html/7/12433_1.htm.
3. Einarson TR. Drug-related hospital admissions. Ann Pharmacother. 1993;27: 832-40.
4. Thong BY, Leong KP, Tang CY, Chang HH. Drug allergy in a general hospital: results of a novel prospective in patient reporting system. Ann Allergy Asthma Immunol. 2003; 90: 342-7.
5. จันทรศมน ด่านศิริกุล, จิตติมา เอกตระกูลชัย, หน้าฝน ศิวะนาวิรินทร์. การติดตามอย่างพินิจพิเคราะห์เพื่อค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดที่ป้องกันได้. ศรีนครินทร์วิโรฒเภสัชสาร 2548;10: 132-44.
6. วลัยรัตน์ วงศ์เพ็ญทักษ์. การประเมินผลงานส่งมอบบัตรแพ้ยาแก่ผู้ป่วย. ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2551;11: 16-20.
7. รุ่งลักษณ์ คิดเกื้อการุญ, ธม ทาหาร, สิริลักษณ์ ไทวรรณท์, ประรณนา ชามพูนท, อภิสิทธิ์ เทียนชัยโรจน์, วิมลเกษมสัมมะ และคณะ. ผลการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร 2551;25: 852-61.
8. สมสกุล ศิริไชย. ประสบการณ์: การป้องกันการแพ้ยาซ้ำซากของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน. ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2547;7: 12-3.
9. จันทรจิรา ซอบประติง. การลดและป้องกันการแพ้ยาซ้ำในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารอาหารและยา 2547; 11: 61-7.

10. Gruchalla RS. Drug allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;111: 548-59.
11. Lesar TS, Briceland L, Stein D. Factors related to errors in medication prescribing. *JAMA.*1997; 277: 312-7.
12. Jones TA, Cosmo JA. Assessment of medication errors that involved drug allergies at a university hospital. *Pharmacotherapy* 2003;23: 855-60.
13. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA.*1995;274: 35-43.
14. Bates DW, Teich JM, Lee J, Seger D, Kuperman GJ, Ma'Luf N, et al. The impact of computerised physician order entry on medication error prevention. *J Am Med Inform Assoc.*1999;6: 313-21.
15. นิสาลาหพจนารถ, ปิยะเมธ ไตสุขุมวงศ์, พวงเพ็ญ ฤทธิ์วีรกุล. การประเมินผลงานส่งมอบบัตรแพทย์แก่ผู้ป่วย ในที่มีประวัติแพ้ยาโดยเภสัชกร.วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2550;17: 40-8.
16. Johnson V, Croft C, Crane V. Counseling patients about drug allergies in the inpatient setting. *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 1855-8.
17. Shulman JI, Shulman S, Haines AP. The prevention of adverse drug reactions-a potential role for pharmacists in the primary care team?. *J R Coll Gen Pract.*1981;31: 429-34.
18. Pilzer JD, Burke TG, Mutnick AH. Drug allergy assessment at a university hospital and clinic. *Am J Health Syst Pharm.*1996; 53: 2970-5.
19. Chaikoolvatana A, Chanakit T, Juengrakpong A. The evaluation of a recurrent Adverse Drug Reaction Prevention Program in the north-east region of Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2006;89: 699-705.
20. Chaipichit N. Strategies for improving patients' knowledge, understanding and promoting behavioral change to prevent and reduce the occurrence of drug allergy [master thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
21. ชุติมา ระฆังทอง, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแจ้งประวัติแพ้ยาโดยผู้ป่วย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2553;2: 46-59.
22. นทพร ชัยพิชิต, นฤมล เจริญพรศิริกุล, ผันสุ ชุมวรรฐายี. ความรู้ ความเข้าใจต่อการแพ้ยาและพฤติกรรม การพบบัตรแพ้ยาของผู้ป่วยแพ้ยา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552;24: 224-9.
23. พงษ์เทพ เล็บนาค, สุกัญญา เตชกิตติรุ่งโรจน์, สุภาวดี สืบศาสนนา. การสำรวจความรู้เกี่ยวกับการแพ้ยาและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการแพ้ยาของประชาชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. [รายงานการศึกษาอิสระเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2544
24. จูตินันท์ สมุทรไชยกิจ. ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพ้ยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์.รายงานการประชุมวิชาการงานเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยา: ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
25. Faul GF, Erdfelder E, Buchner A and Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41: 1149-60.
26. อรัญญา จึงรักษ์พงษ์. ประเมินผลขบวนการป้องกันการแพ้ยาซ้ำโดยเภสัชกรโรงพยาบาลราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2547.
27. Puavilai S, Choonhakam C. Drug eruptions in Bangkok: a 1-year study at Ramathibodi Hospital. *Int J Dermatol* 1998;37: 747-51.
28. Padilla Serrato MT, Arias Cruz A, Weinmann AM, González Díaz SN, Galindo Rodríguez G, García Cobas CY. Prevalence of allergy to drugs in a group of asthmatic children and adolescents of northeast of Mexico. *Rev Alerg Mex.* 2006; 53: 179-82.

Effects of Psychological Intervention with Pharmacist Counseling on Patients' Knowledge and Active Notification of Drug Allergy History

Phakphicha Wimon

Pharmacy and Consumer Protection Department, Pakphanang Hospital

Abstract

Objective: To determine the effects of psychological intervention with pharmacy counseling on patients' knowledge and active notification of drug allergy history. **Method:** The study was an experimental study in 84 patients with chronic diseases and known history of drug allergies who either notified such history only when asked by health professionals or did not notify the history even asked. The subjects were randomly allocated into the experimental group (N=43) and the control group (N=41). Those in experimental group received education using video media and pharmacy counseling on the knowledge regarding drug allergy and information aimed to modify their psychological factors identified in the previous study as variables affecting the active notification of drug allergy history. Those in the control received the routine pharmacy counseling focusing on knowledge regarding drug allergy. The researcher assessed the active notification of drug allergy history by interviewing and observation, the carry of drug allergy card by asking the patients to show the card, and the knowledge on drug allergy by interviewing. The assessments were conducted twice--before the intervention and 2 to 6 months later when the subjects revisited the hospitals. **Results:** After the intervention, 41.9% of the experimental group actively notified their drug allergy history, which was significantly higher than those in the control group (19.5%) (P=0.027). Additionally, 90% of the experimental group notified the history by showing drug allergy card (with or without verbal notification) which was significantly higher than those in the control group (65.9%) (P=0.020). Noticeably, less than 50% of the subjects in both groups carried drug allergy card at the beginning of the study. Furthermore, the carrying rate of the card increased sharply to 90.2% and 95.3% in the experimental group and control group, respectively, and showed no significant differences between groups (P=0.364). Interestingly the experimental group and the control were not significantly different in knowledge regarding drug allergy in all aspects except for the knowledge on the avoidance of repeated drug allergy where more subjects in the experimental group gave the correct answer (74.4%) than those in the control did (46.3%) (P=0.008). **Conclusion:** Psychological intervention and pharmacy counseling contributes to the more active notification of drug allergy history. Health institutions could apply the method developed in this study to improve the situation of noncooperation in notifying drug allergy history.

Keywords: drug allergy, video media, notification of drug allergy history, pharmacy education, psychological intervention