

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มาใช้บริการที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจ ในระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน 2539 ถึง 14 มีนาคม 2540 โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.2 การประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย

2.3 การแก้ไขปัญหามุ่งเกี่ยวกับการใช้ยา

2.4 ผลการแก้ไขปัญหามุ่งเกี่ยวกับการใช้ยา

2.5 พฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย

ตอนที่ 3 การแปลผลการศึกษา •

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

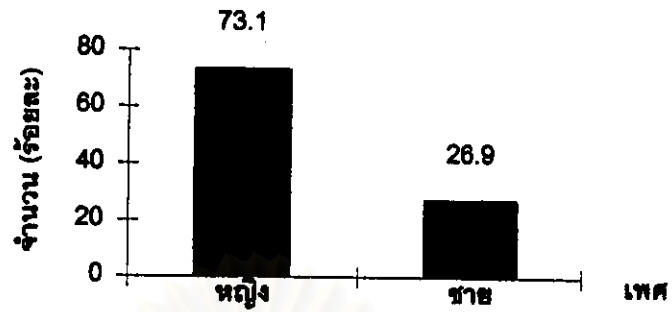
การศึกษาคั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน 2539 ถึง 14 มีนาคม 2540 จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีทั้งสิ้น 93 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชาย โดยพบผู้ป่วยหญิง 68 ราย และผู้ป่วยชาย 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.1 และ 26.9 ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 47.29 ± 15.58 ปี โดยมีผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี อายุสูงสุดคือ 84 ปี โดยช่วงอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 40 -59 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา เท่ากับ ระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 34.4) ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 4 ราย อาชีพที่พบสูงสุด คือ รับราชการ 44 ราย (ร้อยละ 47.3) รายได้ต่อเดือนโดยประมาณของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.8) อยู่ในระดับ 5,001 - 10,000 บาท โดยรายละเอียดของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 2 และภาพที่ 3 - 6

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

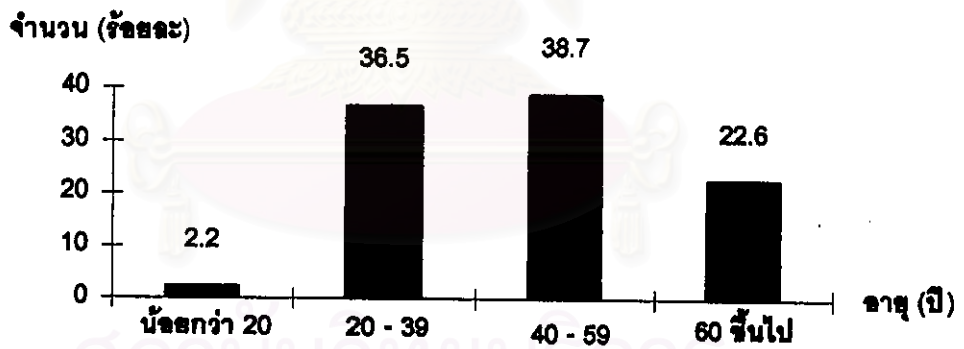
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	68	73.1
ชาย	25	26.9
รวม	93	100
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	2	2.2
20 - 39	34	36.5
40 - 59	36	38.7
60 ปีขึ้นไป	21	22.6
รวม	93	100

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

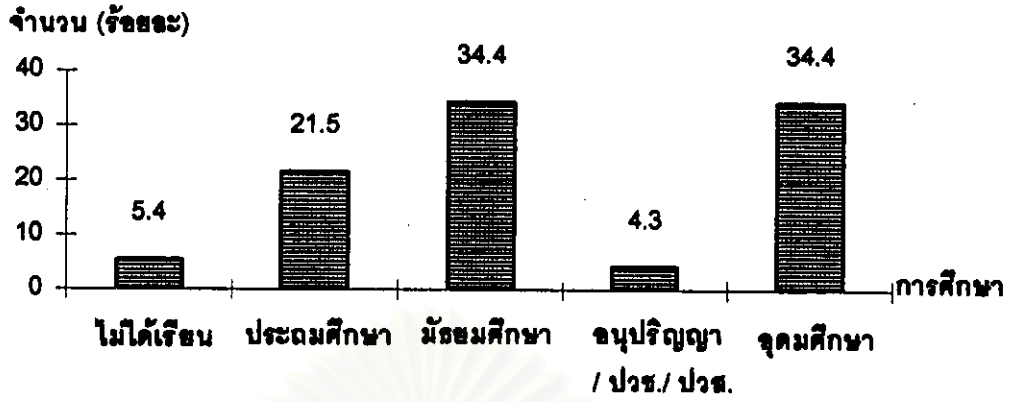
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	5.4
ระดับประถมศึกษา	20	21.5
ระดับมัธยมศึกษา	32	34.4
ระดับอนุปริญญา ปวช./ปวส.	4	4.3
อุดมศึกษา	32	34.4
รวม	93	100
4. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน , แม่บ้าน	30	32.3
รับจ้าง	15	16.1
ค้าขาย	1	1.1
รับราชการ	44	47.3
นักเรียน	3	3.2
รวม	93	100
5. รายได้ (บาท)		
≤ 5,000	23	24.7
5,001 - 10,000	24	25.8
10,001 - 15,000	21	22.6
15,001 - 20,000	17	18.3
20,001 - 25,000	4	4.3
> 25,000	4	4.3
รวม	93	100



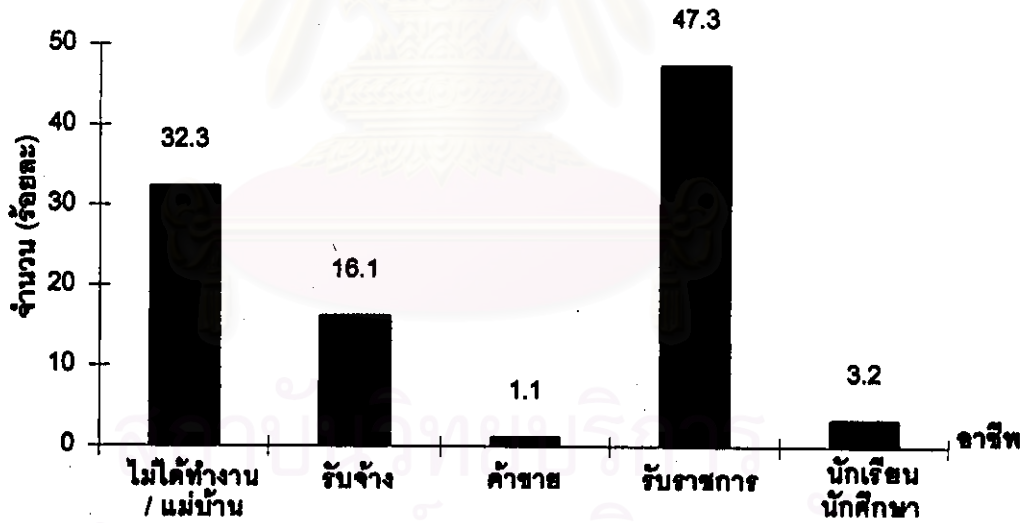
ภาพที่ 3 แสดงลักษณะประชากรจำแนกตามเพศ



ภาพที่ 4 แสดงลักษณะประชากรจำแนกตามอายุ



ภาพที่ 5 แสดงลักษณะประชากรจำแนกตามการศึกษา



ภาพที่ 6 แสดงลักษณะประชากรจำแนกตามอาชีพ

ตอนที่ 2 ผลของการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา

การรายงานผลของการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา แบ่งออกเป็น 4 ตอนตามกระบวนการให้คำปรึกษาแนะนำ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบ การแก้ไขปัญหที่พบ ผลการแก้ไขปัญหา และ พฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้ใช้วิธีการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำ ตลอดจนเป็นการสืบหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนต่างๆ คือ การคัดเลือกผู้ป่วย และการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

2.1.1 การคัดเลือกผู้ป่วย

ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้น ได้ทำการคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยไม่จำกัดเพศและวัย โดยคัดเลือกจากใบสั่งยาที่แพทย์ระบุการวินิจฉัยมาว่าเป็นโรคหอบหืด กรณีที่ไม่มีการระบุการวินิจฉัยโรคมาได้ทำการคัดเลือกโดยพิจารณาการสั่งใช้ยาในใบสั่งยา ถ้ามีการสั่งใช้ยารักษาโรคหอบหืดจะสอบถามผู้ป่วยว่าป่วยเป็นโรคอะไร ถ้าผู้ป่วยตอบว่าเป็นโรคหอบหืดจึงจัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีหลังนี้จะมีการตรวจสอบกับบัตรบันทึกประวัติ ผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืดจริง

เมื่อทำการคัดเลือกผู้ป่วยได้แล้ว ตามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยให้ความสมัครใจจึงจัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาต่อไป ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ให้ความร่วมมือด้วยดี โดยให้เหตุผลที่คล้ายคลึงกันว่า ถ้าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่นก็ยินดีให้ความร่วมมือเต็มที่

ในขั้นตอนนี้ พบว่าแพทย์ส่วนมากไม่ได้ระบุการวินิจฉัยมาในใบสั่งยา จึงต้องทำการคัดเลือกโดยสอบถามจากผู้ป่วย สามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นจำนวน 92

ราย โดยเป็นผู้ป่วยจากคลินิกโรคมุมิแพ้มากที่สุด 69 ราย คลินิกโรคทรวงอก 9 ราย และคลินิกอื่นๆ 14 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 1 รายไม่ได้ผ่านการคัดเลือกเหมือนผู้ป่วยรายอื่น เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาล แต่ในระหว่างรอรับยาให้ญาติ ได้เห็นป้าย " ให้คำแนะนำการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด" หน้าห้องที่ทำการวิจัย จึงมาขอรับคำแนะนำเอง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะการคัดเลือก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยที่คัดเลือกเพื่อทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยจาก คลินิกโรคมุมิแพ้	69	74.2
คลินิกโรคทรวงอก	9	9.7
คลินิกอื่น ๆ	14	15.0
2. ผู้ป่วยที่มาขอรับคำแนะนำเอง	1	1.1
รวม	93	100

2.1.2 การเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ (ดูรายละเอียดในตอนที่ 1)

2. ประวัติทางสังคม

ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ หรือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนผลมอยู่ เป็นต้น จาก การสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และ ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 94.6 , 88.2 และ 66.7 ตามลำดับ) สำหรับผู้ป่วย 5 ราย ที่มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ นั้น ปริมาณสูงสุดที่ผู้ป่วยสูบในแต่ละวัน คือ ครึ่งซอง ส่วนผู้ป่วยที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ มักเป็น

การดื่มก่อนอาหารเย็นเล็กน้อยประมาณวันละครั้งแก้วเพื่อให้เจริญอาหาร ผู้ป่วยที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนผสมอยู่เป็นประจำ (ร้อยละ 68.8) ก็ให้สัมภาษณ์ว่ามีการดื่มวันละ 1 - 2 แก้วเท่านั้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงประวัติทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	88	94.6
สูบบุหรี่	5	5.4
รวม	93	100
2. การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	82	88.2
ดื่มสุราประจำ	11	11.8
รวม	93	100
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน		
ไม่ดื่ม	29	31.2
ดื่มประจำ	64	68.8
รวม	93	100
4. การออกกำลังกาย		
ไม่ประจำ	62	66.7
ประจำ	31	33.3
รวม	93	100

3. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการสัมภาษณ์และตรวจสอบจากบัตรบันทึกประวัติของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.5) มีประวัติการเป็นโรคหอบหืดมานานกว่า 20 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 17.66 ± 13.56 ปี และมีผู้ป่วย 45 ราย (ร้อยละ 48.4) ที่มีประวัติการเป็นโรคหอบหืดของคนในครอบครัวร่วมด้วย. นอกจากโรคหอบหืดแล้วยังพบว่า มีผู้ป่วย

จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 74.2) ที่มีประวัติการเป็นโรคอื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยอยู่ 1 รายที่มีโรคอื่นร่วมอยู่ด้วยมากที่สุดถึง 6 โรค สำหรับโรคที่พบร่วมกับโรคหอบหืดมากที่สุด คือ Allergic Rhinitis นอกจากนี้ยังพบโรคที่สำคัญอื่นอีกเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรคเกี่ยวกับต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่เป็นโรคหอบหืด (ปี)		
< 1	6	6.5
1 - 5	18	19.3
5 - 10	11	11.8
10 - 15	13	14.0
15 - 20	12	12.9
> 20	33	35.5
รวม	93	100
2. ประวัติการเป็นโรคหอบหืดของคนในครอบครัว		
ไม่มีประวัติ	48	51.6
มีประวัติ	45	48.4
รวม	93	100
3. จำนวนโรคอื่นที่มีร่วมกับโรคหอบหืด		
ไม่มีโรคอื่น	24	25.8
มี 1 โรค	59	63.4
มี 2 โรค	7	7.5
มี 3 โรค	2	2.2
มีมากกว่า 3 โรค	1	1.1
รวม	93	100

4. ประวัติการรักษาโรคหอบหืด

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาโรคนี้มาตลอด ตั้งแต่เริ่มเป็นถึง 64 ราย (ร้อยละ 68.8) และพบผู้ป่วยซึ่งเพิ่งเริ่มเป็นโรคนี้ 6 ราย ส่วนอีก 23 ราย ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่วนการมารับบริการการรักษาจากโรงพยาบาลตำรวจนั้น พบว่า จากจำนวนผู้ป่วย 92 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.6) มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนาน 1 - 5 ปี และมีความถี่ของการมารับรักษาอยู่ที่ 1 เดือนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงประวัติการรักษาโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา		
รักษาต่อเนื่องมาตลอด	64	68.8
รักษาไม่ต่อเนื่อง	23	24.7
เพิ่งเริ่มการรักษา	6	6.5
รวม	93	100
2. ระยะเวลาที่มารับการรักษาที่ รพ. ตำรวจ		
น้อยกว่า 1 ปี	12	13.0
1 - 5 ปี	41	44.6
6 - 10 ปี	26	28.3
มากกว่า 10 ปี	13	14.1
รวม	92 *	100
3. ความถี่ของการมารับการรักษาตามแพทย์นัด		
ทุก 2 สัปดาห์	11	12.0
ทุก 4 สัปดาห์	49	53.3
ทุก 6 สัปดาห์	8	8.7
ทุก 8 สัปดาห์	11	11.9
มากกว่า 8 สัปดาห์	13	14.1
รวม	92*	100

* ไม่ได้รวมผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งมาขอคำแนะนำโดยไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ

ในการรักษาโรคหอบหืด พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 38 ราย ซึ่งได้รับการรักษาแบบการให้ยาอย่างเดียว ส่วนผู้ป่วยอีก 55 ราย ได้รับการรักษาแบบการให้ยาร่วมกับการรักษาเสริม คือ การรักษาแบบการฉีดสารสกัดที่ผู้ป่วยแพ้ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงวิธีการรักษาโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรักษาแบบการให้ยา		
1.1 การให้ยารับประทานอย่างเดียว	7	7.5
1.2 การให้ยาสูดพ่นอย่างเดียว	7	7.5
1.3 การให้ยารับประทานร่วมกับยาสูดพ่น	24	25.9
รวม	38	40.9
2. การรักษาแบบ Immunotherapy ร่วมกับการรักษาแบบการให้ยา		
2.1 การรักษาแบบ Immunotherapy ร่วมกับการให้ยารับประทาน	8	8.6
2.2 การรักษาแบบ Immunotherapy ร่วมกับการให้ยาสูดพ่น	7	7.5
2.3 การรักษาแบบ Immunotherapy ร่วมกับการให้ยารับประทานและยาสูดพ่น	40	43.0
รวม	55	59.1

5. ประวัติการให้ยา

ในการเก็บประวัติการให้ยาของผู้ป่วยได้ใช้วิธีการสอบถามผู้ป่วยถึงการให้ยาต่าง ๆ และการตรวจสอบจากบัตรบันทึกประวัติของผู้ป่วย พบว่า จำนวนรณานยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน มีตั้งแต่ 1 ถึง 13 รณาน โดยจำนวนรณานยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 28.0) ได้รับ คือ 5 รณาน และมีผู้ป่วยอยู่ 1 รายที่ได้รับยามากที่สุดถึง 13 รณาน (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ

จำนวนขนานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 ขนาน	2	2.1
2 ขนาน	12	12.9
3 ขนาน	25	26.9
4 ขนาน	11	11.8
5 ขนาน	26	28.0
มากกว่า 5 ขนาน	17	18.3
รวม	93	100

ในการใช้ยารักษาโรคหอบหืดของผู้ป่วย ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาขยายหลอดลม พบว่า มีการใช้ยา Theophylline เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 61.3 และยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก (78 ราย) ที่มีการใช้ยาสูดพ่นในการรักษาด้วย โดยมีการใช้ชนิด MDI มากที่สุด คือ 51 ราย

นอกจากนี้ ยังได้ทำการสอบถามถึงวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยได้จัดทำแบบแสดงลักษณะเมื่อยารักษาโรคหอบหืดที่ใช้ในโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อช่วยในการสอบถามกรณีผู้ป่วยจำชื่อยาไม่ได้ และใช้คำถามเปิด เช่น มีการใช้ยาอะไรบ้าง มีวิธีการใช้นั้น ๆ อย่างไร ใช้แล้วมีอาการผิดปกติอย่างไรหรือไม่ เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการใช้คำถามเปิดนี้ทำให้มีโอกาสได้ซักถามพูดคุยกับผู้ป่วยตลอดจนสังเกตพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยได้ ทำให้สามารถสืบหาลักษณะการใช้ยาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวหลังจากสอบถามการใช้ยาว่า "ผมบอกตามตรงก็ได้ว่า ผมไม่ได้กินยาตามที่หมอสั่งมาหรอก ผมกินแค่เมื่อก่อนนอนเท่านั้น เพราะมักจะเกิดอาการตอนกลางคืน เลยกินเฉพาะก่อนนอน หมอเองก็ไม่รู้หรอกนะ ผมเองก็ไม่เคยบอก แล้วหมอก็ไม่เคยถามผม มีแต่ถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง สบายดีหรือเปล่า จะเอายาอะไรบ้าง เท่านั้น" ผู้ป่วยอีกรายบอกว่า "ถ้าลุงไม่ได้กินยา ลูกกตอนอายุวัฒนะนี้แล้ว จะรู้สึกปวดเมื่อยเนื้อตัวอยู่เรื่อย ไม่รู้ว่าจะกินไปนาน ๆ จะเป็นอันตรายไหม" เป็นต้น

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการใช้ยาสูดพ่นเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงได้จัดเตรียมยาสูดพ่นที่เป็นยาหลอก (placebo) ชนิดต่าง ๆ ไว้เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงการให้เพื่อดูว่าถูกต้องหรือไม่ โดยได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ยาหลอกนั้นไม่มีฤทธิ์ในการรักษาและไม่มีอันตราย แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่แสดงอาการไม่เต็มใจในการใช้ยาหลอกเพื่อการลาสิติ เช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "กระบอกยานี้สะอาดหรือเปล่ามีคนใช้มาก่อนแล้วหรือไม่" ผู้ป่วยบางรายก็กล่าวว่า "ยาที่อยู่ข้างในไม่มีอันตรายแน่นอน" ผู้วิจัยต้องยืนยันยืนยันว่ายาหลอกที่ใช้ในนั้นสะอาดและปลอดภัย เพราะมีอยู่หลายขวด และจะใช้ 1 ขวดต่อคน และหลังใช้เสร็จจะทำความสะอาดอย่างดีทุกครั้ง และถ้าผู้ป่วยรายใดที่พกพามาด้วยก็จะใช้ยาของตัวเอง โดยปฏิเสธที่จะใช้ยาหลอกทุกคน นอกจากนี้ให้ผู้ป่วยลาสิติการใช้ยาให้ดูแล้ว ยังได้สอบถามผู้ป่วยถึงการรักษาความสะอาดเครื่องสูดพ่นยา การประเมินปริมาณยาสูดพ่นที่เหลือ และข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาสูดพ่น เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องเหล่านี้หรือไม่

6. ความรุนแรงของโรคหอบหืด

การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหอบหืดในผู้ป่วย ได้ทำการเก็บข้อมูลเป็น 2 ลักษณะ คือ การตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (Pulmonary function test) และ การสอบถามลักษณะอาการทางคลินิก

6.1 การตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด เป็นการตรวจวัดการอุดตันของทางเดินหายใจ ได้ทำการตรวจวัดโดยใช้เครื่องมือ 2 ชนิด คือ Peak Flow Meter และ Spirometer

1. Peak Flow Meter เครื่องมือที่ใช้ คือ Vitalograph[®] เป็นการตรวจวัดอัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออกที่ถูกเป่าออกมา (Peak Expiratory Flow Rate หรือ PEFR) จากปอดที่มีความจุเต็มโดยเร็วและแรง (วิธีการตรวจวัดดูภาคผนวก ฏ.) ทำการตรวจวัดได้ในผู้ป่วยเพียง 85 ราย เนื่องจากผู้ป่วยอีก 6 รายไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจวัด และผู้ป่วยอีก 2 ราย มีอาการหอบมากและปฏิเสธการตรวจวัด ในการตรวจวัด PEFR นี้ ผู้ป่วยหลายรายเคยได้รับการตรวจวัดจากแพทย์ที่ทำการรักษาแล้ว เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทดสอบ ผู้ป่วยหลายรายจึงถามว่า "ต้องเป่าด้วยเหรอ หมอเคยให้เป่าแล้วนะ" ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายก็บอกว่า "ไม่เป่าได้ไหม เพราะ

เคยเป่าแล้วผลไม่ค่อยดีหรอก” แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือด้วยดีและยังได้สนใจซักถามถึงผลการตรวจวัดด้วย

จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของ PEFR (ลิตร/นาที) ของผู้ป่วย ทั้ง 85 ราย คือ 276.33 ± 127.53 เมื่อใช้ค่า PEFR ในการพิจารณาความรุนแรงของโรคตาม International consensus report on the diagnosis and management of asthma (ภาคผนวก ฎ.) แล้วจะพบว่า มีผู้ป่วยถึง 34 ราย มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงมาก (severe) และมีผู้ป่วยเพียง 21 ราย มีค่า PEFR มากกว่าร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน หรือมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับน้อย (mild) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินจากค่า PEFR

ค่า PEFR	ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 80% ของค่ามาตรฐาน	น้อย	21	22.6
60 - 80 % ของค่ามาตรฐาน	ปานกลาง	30	32.3
น้อยกว่า 60% ของค่ามาตรฐาน	มาก	34	36.5
รวม		85	91.4

2. Spirometer เครื่องมือที่ใช้ คือ Autospiro R - 498[®] เป็นการวัดปริมาตรลมหายใจออกต่อหนึ่งหน่วยเวลา (Forced Expiratory Volume หรือ FEV) (วิธีการวัดดูภาคผนวก ฎ.) ถึงแม้จะไม่มีข้อห้ามในการตรวจวัดโดยใช้เครื่องมือชนิดนี้ก็ตาม แต่เนื่องจากวิธีการตรวจวัดนี้ต้องอาศัย ความร่วมมือจากผู้ป่วยค่อนข้างมาก และต้องใช้ลมในการเป่าลมหายใจออกที่เร็วและแรงและต้องลากลมหายใจออกเป็นเวลานานพอสมควรจึงจะทำให้ผลที่ได้ถูกต้อง จึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดเกิดหลอดลมตีบได้ในขณะหายใจลึกเต็มที่ก่อนหายใจออก (พูนเกษม เจริญพันธุ์ 2535) ผู้วิจัยจึงไม่ทำการตรวจวัดในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคอื่นที่อาจเกิดอันตรายขึ้นได้ เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น การตรวจวัดโดยเครื่องมือนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจวัด โดยให้เหตุผลว่า “เป่ายากจังเลย เป่าไม่เป็นหรอก ขอ

“ไม่เป่านะ” ผู้ป่วยบางรายปฏิบัติตัวในการตรวจไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการแสบคอและไอหลังจากเริ่มทำการทดสอบ จึงปฏิเสธที่จะให้ทำการตรวจวัดต่อไป เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการหอบขึ้นจากการไอ

ดังนั้นจึงทำการตรวจวัดในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือได้เพียง 39 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของ FEV₁ ที่วินาทีที่ 1 (FEV₁) คือ 0.47 ± 0.33 ลิตร โดยผู้ป่วย 35 ราย มีค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของค่ามาตรฐาน และ เมื่อใช้ค่า FEV₁ ในการพิจารณาความรุนแรงของโรคแล้วพบว่าผู้ป่วย 35 รายนี้มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงมาก และมีผู้ป่วยเพียง 4 ราย มีค่า FEV₁ อยู่ระหว่างร้อยละ 60 - 80 ของค่ามาตรฐาน หรือมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง (moderate) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินจากค่า FEV₁

ค่า FEV ₁	ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
60 - 80 % ของค่ามาตรฐาน	ปานกลาง	4	4.3
น้อยกว่า 60 % ของค่ามาตรฐาน	มาก	35	37.6
รวม		39	41.9

6.2 ลักษณะอาการทางคลินิก ทำการสอบถามผู้ป่วยถึงอาการต่าง ๆ ของโรคหอบหืดในปัจจุบันเพื่อจำแนกความรุนแรงของโรคตาม International consensus report on the diagnosis and management of asthma (ภาคผนวก ฎ.) พบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับน้อยจำนวนมากที่สุด คือ 55 ราย (ร้อยละ 59.1) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในกลุ่มตัวอย่าง
โดยการประเมินจากอาการทางคลินิก

ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
น้อย	55	59.1
ปานกลาง	26	28.0
มาก	12	12.9
รวม	93	100

2.2 การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

เมื่อสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามดูแลและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยตามข้อ 2.1 แล้ว จึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาประเมินหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งสิ้น 86 ปัญหาในผู้ป่วย 69 ราย (ร้อยละ 74.2) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบได้มากที่สุด คือ ปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 62 ปัญหา ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 15 ปัญหา และ ปัญหาการเกิดอันตรกิริยา 9 ปัญหา โดยพบ 1 ปัญหาในผู้ป่วย 53 ราย พบ 2 ปัญหาในผู้ป่วย 15 ราย และพบ 3 ปัญหาในผู้ป่วย 1 ราย รายละเอียดในตารางที่ 12 และ 13

ตารางที่ 12 แสดงชนิดและจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

ชนิดของปัญหา	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละ (ของปัญหา)
1. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	62	72.1
2. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	15	17.4
3. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยา	9	10.5
รวม	86	100

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนลักษณะปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยรายเดียวกัน

ลักษณะปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยรายเดียวกัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ของกลุ่มตัวอย่าง)
พบ 1 ลักษณะ เท่านั้น	53	57.0
พบ 2 ลักษณะ ร่วมกัน	15	16.1
พบ 3 ลักษณะ ร่วมกัน	1	1.1
รวม	69	74.2

2.2.1 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง

จากตารางที่ 12 จะเห็นได้ว่า ปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุด โดยพบได้ในผู้ป่วย 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งลักษณะปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งที่พบมีทั้งสิ้น 90 ลักษณะ โดยพบ 1 ลักษณะในผู้ป่วย 37 ราย พบ 2 ลักษณะร่วมกันในผู้ป่วย 22 ราย และพบ 3 ลักษณะร่วมกันในผู้ป่วย 3 ราย (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนลักษณะปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบในผู้ป่วยรายเดียวกัน

ลักษณะการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบในผู้ป่วยรายเดียวกัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ของกลุ่มตัวอย่าง)
พบ 1 ลักษณะ เท่านั้น	37	39.8
พบ 2 ลักษณะ ร่วมกัน	22	23.7
พบ 3 ลักษณะ ร่วมกัน	3	3.2
รวม	62	66.7

ลักษณะการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งที่พบมากที่สุด คือ การใช้ยาสุดพ่นผิดเทคนิค 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.8 ของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาสุดพ่นทั้งหมด ขั้นตอนการใช้ยาสุดพ่นที่ผู้ป่วยทำผิดมากที่สุด คือ ไม่ทำการหายใจออกก่อนทำการสูดพ่นยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าควรหายใจออกก่อนทำการสูดพ่นยา ผู้ป่วยบางรายทราบว่าต้องทำการหายใจออกก่อน แต่เมื่อ

จะสูดพ่นยากกลับตีว่าต้องหายใจออกก่อนโดยให้เหตุผลว่า “เวลาเป็นขึ้นมา นึกอะไรไม่ออกหรือหอบหิบบายาก็พ่นก่อนแล้ว” นอกจากขั้นตอนการหายใจออกแล้ว ยังพบขั้นตอนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องอีกมาก เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใช้ยาสูดพ่นชนิด MDI มักลืมเขย่าขวดยาก่อนทำการพ่นหรือ การกดกระบอกพ่นพร้อมกับการหายใจเข้า เป็นต้น มีผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้องเคยได้รับการสอนวิธีการใช้จากแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นมาก่อน ผู้ป่วยบางรายให้เหตุผลที่ใช้ไม่ถูกต้องว่า “ใช้มาตั้งนานแล้ว บางทีก็ตีว่าต้องใช้อย่างไร”

นอกจากปัญหาในเรื่องเทคนิคการใช้ยาแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมาก (ร้อยละ 54 ของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น) ที่ไม่ได้พกพาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นไว้กับตัวด้วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดอาการตอนก่อนนอนหรือเวลาอากาศเย็นจึงคิดว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องพกพาสูดพ่นไว้กับตัว แต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าหลอดลมของผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดจะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ เมื่อผู้ป่วยสัมผัสสิ่งกระตุ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของอากาศ อาจทำให้เกิดอาการขึ้นอย่างฉับพลันได้ จึงจำเป็นต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นซึ่งออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการพกพาสูดพ่นไว้กับตัวเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ทราบถึงการประเมินปริมาณยาที่เหลือในกระบอกยาสูดพ่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยาสูดพ่นชนิด MDI มักจะตอบว่า “ถ้ากดกระบอกยาแล้ว กดไม่ออก ก็แสดงว่ายากหมด” ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการขาดยาตามมาได้ และอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

ลักษณะการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งที่พบรองลงมา คือการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง พบในผู้ป่วย 38 ราย โดยพบการใช้ยาในจำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 15 ราย และพบการใช้ยาในปริมาณน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 10 ราย ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาตามสั่งในลักษณะนี้มักให้เหตุผลว่าเมื่ออาการดีขึ้นก็ควรให้ยาน้อยลงโดยทานเท่าที่จำเป็นก็พอ ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดอาการในตอนกลางคืน จึงมักงดยาในมืออื่นยกเว้นมือก่อนนอน หรือในผู้ป่วยที่ใช้ยามาเป็นเวลานานมักเกิดความกลัวว่าจะเกิดการสะสมของยาในร่างกาย หรือกลัวว่าการทานยานาน ๆ แล้วจะเกิดการดื้อยาจึงลดขนาดยาที่ใช้เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบลักษณะการหยุดใช้ยาก่อนที่แพทย์สั่งในผู้ป่วย 13 รายซึ่งพบได้มากในผู้ป่วยที่ใช้ยาสูดพ่นชนิดสเตียรอยด์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาสูดพ่นชนิดนี้ไม่ได้ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม แต่เป็นยาต้านการอักเสบของทางเดินหายใจออกฤทธิ์ในลักษณะการป้องกัน โดยที่ผลของยานี้จะเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาไประยะหนึ่ง

ซึ่งอาจเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นในทันที จึงคิดว่ายาไม่ได้ผล เลยหยุดใช้ยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

ลักษณะการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง พบได้ 7 ราย พบว่ามีการใช้ยาสมุนไพร 3 ราย และยาลูกกลอน 4 ราย มีผู้ป่วย 2 รายได้นำยาลูกกลอนมาให้ผู้วิจัยเพื่อทำการวิเคราะห์ ซึ่งพบว่ามีการจำหน่ายกึ่งรายเดือนมอดอยู่ด้วยในยาทั้งสองชนิด นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เคยใช้ยาสมุนไพร หรือยาลูกกลอนมาก่อนแต่ปัจจุบันได้เลิกใช้แล้ว

ลักษณะการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง พบการใช้ยาในจำนวนครั้งต่อวันมากกว่าแพทย์สั่ง 3 ราย ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งลักษณะนี้ มักให้เหตุผลว่า อาการไม่ดีขึ้นจึงเพิ่มขนาดยาเองเพื่อให้หายได้เร็วขึ้น

รายละเอียดปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งทั้งหมด แสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงลักษณะปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง	จำนวน (ลักษณะ)	ร้อยละ (ของปัญหา)
1. ใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง		
1.1 ใช้ยาในจำนวนครั้งที่มากกว่าแพทย์สั่ง	3	3.3
2. ใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง		
2.1 หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง	13	14.4
2.2 ใช้ยาในปริมาณน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	10	11.1
2.3 ใช้ยาในจำนวนครั้งที่น้อยกว่าแพทย์สั่ง	15	16.7
3. ใช้ยาผิดวิธีทาง หรือ ผิดเทคนิค	42	46.7
4. ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง	7	7.8
รวม	90	100

2.2.2 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นปัญหาที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 โดยพบในผู้ป่วย 15 ราย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้มากที่สุด คือ อาการใจสั่น มือสั่น พบว่าตัวยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดนี้มากที่สุด คือ Theophylline รองลงมาคือ Procaterol และเมื่อประเมินความเชื่อมั่นว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเกิดจากยาโดยใช้ Naranjo's Algorithm (ภาคผนวก ข.) พบระดับความเป็นไปได้อยู่ในระดับ Probable 14 ปัญหาส่วนอีก 1 ปัญหาอยู่ในระดับ Possible รายละเอียดของปัญหานี้แสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและความเป็นไปได้

รายการยาที่เป็นสาเหตุ	ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์	ความเป็นไปได้	จำนวนปัญหา
Theophylline	ใจสั่น มือสั่น	Probable	8
	หูอื้อ	Possible	1
Procaterol	ใจสั่น มือสั่น	Probable	3
Terbutaline	ใจสั่น มือสั่น	Probable	2
Prednisolone	หน้าบวม มือบวม	Probable	1
รวม			15

2.2.3 ปัญหาการเกิดอันตรกิริยา

ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยากับยา พบในผู้ป่วย 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบการเกิดอันตรกิริยาทั้งหมด 12 ครั้ง มีผู้ป่วย 1 รายที่พบอันตรกิริยาของยาร่วมกันถึง 4 ชนิด คือ Theophylline กับ Furosemide , Theophylline กับ Thyroxin, Theophylline กับ Amlodipine besylate และ Amlodipine besylate กับ Gliclazide รายการยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันและความสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาที่พบแสดงในตารางที่ 17 ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอันดับ 2 มากที่สุด จำนวน 7 ปัญหา โดยมีความรุนแรงปานกลาง ผลที่เกิดขึ้นอาจทำให้สภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยเลวลง หรือได้รับการรักษาเพิ่ม หรืออาจจำเป็นต้อง

รักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งมีเอกสารสนับสนุนว่าอาจจะเกิดขึ้นได้แต่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ผลการเกิดอันตรกิริยาจะเกิดขึ้นภายในเวลาหลายวันหรือเป็นสัปดาห์ รายละเอียดของปัญหาแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงอันตรกิริยาของยาที่เกิดและความสำคัญ

ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน	ความสำคัญ	จำนวนครั้งที่เกิด
Theophylline - Oral Contraceptives	2, Del, Mod, Susp.	4
Theophylline - Diltiazem	4, Del, Mod, Poss.	2
Theophylline - Propylthiouracil (PTU)	2, Del, Mod, Susp.	2
Theophylline - Thyroxin	2, Del, Mod, Susp.	1
Theophylline - Furosemide	5, Rap, Min, Poss.	1
Theophylline - Amlodipine besylate	4, Del, Mod, Poss.	1
Amlodipine besylate - Gliclazide	4, Del, Mod, Poss.	1
รวม		12

จากตารางที่ 17 ผลของการเกิดอันตรกิริยาที่อาจทำให้ระดับยา Theophylline ในเลือดเพิ่มขึ้นพบได้ 8 ครั้ง คือ อันตรกิริยาของ Theophylline กับ Oral Contraceptives (4 ครั้ง) Theophylline กับ Diltiazem (2 ครั้ง) , Theophylline กับ Amlodipine besylate (1 ครั้ง) และ Theophylline กับ Thyroxin (1 ครั้ง) ผลของการเกิดอันตรกิริยาที่อาจทำให้ระดับยา Theophylline ในเลือดลดลงพบได้ 2 ครั้ง คือ อันตรกิริยาของ Theophylline กับ PTU ส่วนผลของอันตรกิริยาของ Theophylline กับ Furosemide อาจทำให้ระดับ Theophylline ในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ ส่วนผลอันตรกิริยาของ Amlodipine besylate กับ Gliclazide อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

นอกจากอันตรกิริยาที่พบในตารางที่ 17 แล้ว ยังพบอันตรกิริยาของ Theophylline กับยาในกลุ่ม Beta-adrenergic agonist 32 ครั้ง และ Theophylline กับ Prednisolone 1 ครั้ง แต่เป็นอันตรกิริยาที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยโดยยาจะเสริมฤทธิ์กันในการรักษา นอกจากนี้อันตรกิริยาของยากับยาที่พบแล้ว ยังพบอันตรกิริยาของยากับอาหาร คือ Theophylline กับ

เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ซึ่งอาจทำให้ผลข้างเคียงของ Theophylline เพิ่มขึ้นได้ในผู้ป่วย 39 ราย สำหรับอันตรกิริยาระหว่าง Theophylline กับ การสูบบุหรี่นั้น ไม่พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่รายใดมีการใช้ยา Theophylline เลย

เมื่อพิจารณาถึงสภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้น พบปัจจัยด้านสภาวะของผู้ป่วยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา คือ

1. อายุ ผู้ป่วยที่อายุมากมีแนวโน้มเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย โดยพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยช่วงอายุ 40 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมาก และพบผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในช่วงอายุ 20 - 39 ปี มากที่สุด

2. การศึกษา พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากในทุกระดับการศึกษา โดยพบมากในผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยามักเป็นผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา

3. ความรุนแรงของโรคหอบหืด พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยหรือปานกลางบางรายไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับมากทุกรายมักมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

4. ระยะเวลาการเป็นโรคหอบหืด พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมากกว่า 20 ปี และพบผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากที่สุดในช่วงระยะเวลาการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปี

5. จำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับ พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาได้มากในผู้ป่วยที่มีจำนวนขนานยาที่ใช้ตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป และพบผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยามากที่สุดในผู้ป่วยที่มีการใช้ยา 1 - 3 ขนาน

นอกจากปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่พบแล้ว ยังพบปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาและการใช้ยาของผู้ป่วยได้ เช่น

1. ราคายา ในการรักษาโรคหอบหืด แพทย์มักสั่งจ่ายยาสูดพ่นให้แก่ผู้ป่วยทั้งชนิด ยารายยาลดอักเสบและยาสเตียรอยด์ เนื่องจากสามารถออกฤทธิ์ได้เร็วและมีอาการข้างเคียงน้อยกว่าชนิดรับประทาน แต่ยาในรูปแบบยาสูดพ่นมักมีราคาแพง ทำให้เป็นปัญหาแก่ผู้ป่วยบางราย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้

2. ทักษะการบริการของผู้ป่วยต่อการบริการของห้องจ่ายยา ผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่า ต้องใช้เวลานานมากในการรอรับยาจากห้องจ่ายยา ผู้ป่วยซึ่งลังงานมาได้ไม่นานไม่สามารถรอรับยาได้ ทำให้ต้องไปซื้อยาจากร้านขายยาซึ่งมีราคาแพงกว่า ตลอดจนห้องจ่ายยาไม่มีการอธิบายการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยเลย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ห้องจ่ายยาน่าจะมีการอธิบายการใช้ยาให้คนไข้บ้างนะ ไม่ใช่ส่งยาให้เฉย ๆ ผมเองพอมีความรู้ที่จะอ่านคำอธิบายที่อยู่ในกล่องยา แต่คนไข้บางคน โดยเฉพาะคนแก่ ๆ พวกคุณน่าจะบอกวิธีใช้ให้ละเอียดหน่อยนะ เพราะบางครั้งผมเห็นเขามาถามคนไข้ด้วยกันเองว่าใช้ยาอย่างไรบ้าง"

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ถ้าเกิดความสัมพันธ์ไม่ดี ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ไม่เห็นหมอตตรวจอะไรเลย ได้แต่ถามว่า ยาหมดหรือยัง จะเอายาอะไรบ้างวันนี้ ไม่รู้ว่าใครเป็นหมอกันแน่ ถ้าหมอตถามแค่นี้ ไม่ต้องมาหากินได้ ซื้อยาจากร้านขายยากินเองก็ได้" ผู้ป่วยบางรายก็กล่าวว่า "หมอน่าจะทำการตรวจให้นานกว่านี้หน่อยนะ และก็น่าจะให้คำอธิบายเรื่องโรคที่เป็นอยู่มากกว่านี้"

4. ความรู้ในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากไม่น้อยที่ไม่ทราบถึงวิธีการดูแลรักษาตัวเอง หรือ สิ่งที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ฝุ่น ควัน หรือ สารเคมีในที่ทำงาน สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืดได้ ผู้ป่วยหลายรายที่ไม่ทราบถึงความจำเป็นในการพกพายารายยาลดอักเสบชนิดสูดพ่น และผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ทราบว่าควรออกกำลังกายพอสมควรเป็นประจำ เนื่องจากผู้ป่วยมีความกลัวว่าถ้าออกกำลังกายแล้วจะหอบ จึงหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายไปเลย เป็นต้น

5. ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่ายาชนิดใดที่เป็นยารายยาลดอักเสบ แต่ไม่ทราบ ชื่อยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการดูแลรักษาความสะอาดของเครื่องสูดพ่นยา เป็นต้น

6. ปัญหาการลงบันทึกการรักษาของแพทย์ในบัตรประวัติผู้ป่วย แพทย์ได้ส่งลดขนาดยาแก่ผู้ป่วยแล้ว(บันทึกใน Impression) แต่ยังคงเขียนวิธีการใช้ยาเหมือนเดิม อาจทำให้แพทย์ที่มาตรวจผู้ป่วยในครั้งต่อไปสั่งจ่ายยามากเกินไปทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไปได้

2.3 การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ได้ใช้วิธีการให้คำปรึกษาแนะนำการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยหลังจากการประเมินปัญหาที่พบตามข้อ 2.2 แล้ว เมื่อพบว่าผู้ป่วยรายใดมีปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาเกิดขึ้น หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา ก็จะให้คำแนะนำการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแนวทางการให้คำแนะนำที่จัดทำขึ้น (ภาคผนวก ก.)

นอกจากให้คำแนะนำการให้ยาแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคหอบหืด และการดูแลตัวเองแก่ผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยากก็ตาม ผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำทุกราย ซึ่งในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น มีรายละเอียดดังนี้

1. กลวิธีในการให้คำปรึกษาแนะนำการให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยทั่วไปมีกลวิธีในการให้คำแนะนำอยู่ 4 วิธี คือ การให้คำแนะนำโดยการใช้วาจา การให้คำแนะนำโดยการใช้ข้อเขียน การให้คำแนะนำโดยการใช้วาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียน และการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม จากการศึกษา พบว่า กลวิธีที่นำมาใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยมากที่สุด คือ การให้คำแนะนำโดยการใช้วาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียน (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 แสดงกลวิธีที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแนะนำ

กลวิธีในการให้คำแนะนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้วาจาอย่างเดียว	13	14.0
การใช้ข้อเขียนอย่างเดียว	6	6.5
การใช้วาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียน	74	79.5
รวม	93	100

2. สื่อหรือข้อเขียนที่ใช้ในการให้คำแนะนำ (ภาคผนวก ข.) ได้จัดทำขึ้นตามแนวทางการให้คำแนะนำ โดยจัดทำเป็นแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่อง โรคหอบหืด การใช้ยาสูดพ่นชนิดต่าง ๆ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ใช้ในโรคหอบหืดในกลุ่มต่างๆ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจต่อแผ่นพับเหล่านี้มาก โดยเฉพาะแผ่นพับที่เกี่ยวกับเรื่องยารายยาลดอาการที่ระบุมลข้างเคียงของยาไว้ และแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องโรคหอบหืด ผู้ป่วยบางรายได้ขอแผ่นพับเหล่านี้ไปเพื่อแจกจ่ายให้แก่เพื่อนร่วมงานที่ป่วยเป็นโรคนี้เช่นกัน แต่แผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องโรคหอบหืดนี้ มีผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ป่วยจากคลินิกโรคภูมิแพ้ไม่ให้ความสนใจเท่าใดนัก โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ทราบคืออยู่แล้วว่าอะไรเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการขึ้นได้และได้ดูแลตัวเองคืออยู่แล้ว จึงไม่ให้ความสนใจแผ่นพับเรื่องโรคแต่ให้ความสนใจกับแผ่นพับเรื่องยา เนื่องจากไม่เคยทราบมาก่อนเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้

3. เวลาที่ใช้ในการให้คำแนะนำ จากการศึกษา พบว่าระยะเวลารวมทั้งสิ้นที่ใช้ในการให้คำแนะนำโดยเฉลี่ยแก่ผู้ป่วย 1 รายนาน 23.9 ± 10.1 นาที (โดยมีเวลาเฉลี่ยในการตรวจวัดการทำงานของปอด 8.9 ± 4.3 นาที) เวลาร้อยที่สุดที่ใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย คือ 5 นาที และเวลาที่มากที่สุด คือ 50 นาที ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการให้คำแนะนำอยู่ในช่วง 16 - 20 นาที (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 แสดงเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแนะนำ

เวลาที่ใช้ (นาที)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
≤ 5	1	1.1
6 - 10	8	8.6
11 - 15	11	11.8
16 - 20	26	28.0
21 - 25	18	19.3
26 - 30	12	12.9
> 30	17	18.3
รวม	93	100

จากการศึกษา พบว่า ในการเลือกกลวิธีหรือสื่อหรือเวลาที่ใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น มีปัจจัยที่ต้องพิจารณาดังนี้

1. สภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มองไม่ค่อยเห็น หรืออ่านหนังสือไม่ออก และไม่มีญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมาด้วย จะเลือกใช้กลวิธีการให้คำแนะนำแบบการใช้วาจาอย่างเดียวแก่ผู้ป่วย โดยเน้นย้ำการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ถ้าผู้ป่วยมีการใช้ยาสุดพินพิศเทคนิค จะทำการอธิบาย และสาธิตการใช้ยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติจนทำได้ถูกต้อง เป็นต้น

2. ลักษณะปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดในผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรายใดที่มีปัญหาการใช้ยาสุดพินพิศเทคนิคหรือเริ่มใช้ยาสุดพินเป็นครั้งแรก จะเลือกใช้กลวิธีการให้คำแนะนำแบบการใช้วาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียนที่เป็นแผ่นพับเกี่ยวกับการใช้ยาสุดพิน เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยได้ทบทวนขั้นตอนการใช้ที่ถูกต้องเพราะผู้ป่วยอาจจำขั้นตอนต่างๆได้ไม่ครบหรืออาจลืมขั้นตอนต่างๆได้เมื่อเวลาผ่านไป และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการประเมินปริมาณยาที่เหลือ และการรักษาความสะอาดตัวเครื่องอย่างถูกต้อง หรือในกรณีผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือ เกิดอันตรกิริยาจากการใช้ยา จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยการใช้วาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียนที่เป็นแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นได้และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ แต่ถ้าผู้ป่วยมีการใช้ยาในจำนวนน้อยกว่าแพทย์สั่ง หรือมีการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง จะให้คำแนะนำโดยการใช้วาจาอย่างเดียวโดยเน้นย้ำในส่วนที่ผู้ป่วยควรระวัง

นอกจากปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาแล้ว หากพบว่าผู้ป่วยรายใดมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองจะใช้กลวิธีการใช้วาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียนที่เป็นแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเก็บไว้ทบทวนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

3. ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยแสดงปฏิกริยาตอบสนองที่ไม่ดี เช่น ผู้ป่วยบางรายบอกว่า "ใช้ยาอย่างนี้มาตั้งนานแล้ว ไม่มีปัญหาอะไรหรอก" หรือ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเวลามากนัก เพราะลางานมาต้องรีบกลับ หรือจะรีบไปธุระ เป็นต้น ในกรณีเหล่านี้มักให้คำแนะนำแบบการใช้วาจาอย่างเดียว หรือ ใช้แผ่นพับอย่างเดียว

2.4 ผลการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

2.4.1 ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

จากการศึกษา สามารถประเมินผลการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ในผู้ป่วยจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.9 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มรักษาเป็นครั้งแรก 3 ราย พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา 26 ปัญหา โดยพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งมากที่สุด 19 ปัญหา ลักษณะปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับการหยุดใช้ยาตลอดรอดฝั่งก่อนแพทย์สั่งถึง 6 ปัญหา ปัญหาของลงมา คือ ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยาซึ่งพบได้ 5 ปัญหา โดยที่ผู้ป่วย 1 รายมีปัญหาการเกิดอันตรกิริยาถึง 4 ปัญหา โดยเป็นอันตรกิริยาของ Theophylline กับ Furosemide, Theophylline กับ Thyroxin, Theophylline กับ Amlodipine besylate และ Amlodipine besylate กับ Gliclazide (1 ปัญหา) ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย พบการเกิดอันตรกิริยาของ Theophylline กับ Diltiazem ส่วนปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Theophylline ทั้ง 2 ราย อาการที่พบ คือ หูอื้อ และใจสั่น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แสดงรายละเอียดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา

ลักษณะปัญหา	จำนวนปัญหาที่พบ	
	ก่อนให้คำปรึกษาแนะนำ	หลังให้คำปรึกษาแนะนำ
1. การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง		
1.1 การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	13	4
1.2 การใช้ยาสุดฟันทัดเทคนิค	3	0
1.3 การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง	3	1
2. การเกิดอันตรกิริยาของยา	5	2
3. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2	0
รวม	26	7

จากตารางที่ 20 จะเห็นได้ว่า ปัญหาที่ยังพบได้มากที่สุดหลังการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ ผู้ป่วย คือ ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 4 ปัญหา ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาในขนาดหรือจำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ด้วยเหตุผลว่าจำนวนยาที่รับประทานนั้นยังคงรักษาอาการได้ดีอยู่ สำหรับผู้ป่วยที่มีการใช้ยาลดเดียวชนิดสุดท้ายน้อยกว่าที่แพทย์สั่งทั้ง 6 ราย สามารถกลับมาใช้ยาตามแพทย์สั่งได้ทั้ง 6 ราย ปัญหาการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ยังคงพบในผู้ป่วย 1 ราย อีก 2 รายเลิกใช้ยาถูกกลอนหลังทราบผลการวิเคราะห์ว่ายาถูกกลอนนั้นมีสเตียรอยด์ผสมอยู่

ปัญหาการเกิดอันตรกิริยา พบว่าผู้ป่วย 1 รายที่มีการใช้ Theophylline ร่วมกับ Furosemide , Thyroxin และ Amlodipine besylate แพทย์ได้ลดขนาด Theophylline ลงครึ่งหนึ่ง และให้ผู้ป่วยสังเกตอาการหากเกิดอาการผิดปกติให้แจ้งแพทย์ด้วย ส่วนอันตรกิริยาของ Amlodipine besylate กับ Gliclazide แพทย์ให้ผู้ป่วยคอยสังเกตอาการหากผิดปกติให้แจ้งแพทย์ ผู้ป่วยอีก 1 ราย เกิดปัญหาอันตรกิริยาของ Theophylline กับ Diltiazem หลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาแล้วได้ปรึกษาแพทย์ด้วยตนเองแพทย์จึงสั่งลดขนาดยา Theophylline ลงครึ่งหนึ่ง

ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้ติดต่อแพทย์ และแพทย์ได้ลดขนาด Theophylline ลงในผู้ป่วยที่มีอาการหุ้อ ส่วนผู้ป่วยอีกรายที่มีอาการใจสั่นได้ปรึกษาแพทย์ด้วยตนเอง และแพทย์ได้สั่งให้หยุดยา Theophylline

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มใช้ยาเป็นครั้งแรก 3 ราย พบว่า การให้คำปรึกษา และคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาถูกต้อง และ ยังสามารถช่วยป้องกันการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งที่เพิ่งเริ่มใช้ Theophylline เกิดอาการอึดอัดแน่นท้องหลังรับประทานยา แต่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยา จึงปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำอาการจึงดีขึ้น ผู้ป่วยกล่าวว่าถ้าไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวตามที่ได้รับคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยคิดว่าจะหยุดรับประทานยานั้นไปเลย เป็นต้น

2.4.2 ความรุนแรงของโรคหอบหืด

1. การตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด

1.1 Peak Flow Meter

จากการศึกษา ก่อนให้คำแนะนำการใช้ยาสามารถวัดค่า PEFR ได้ในผู้ป่วย 24 ราย (ผู้ป่วย 1 ราย มีอาการค่อนข้างหนักจึงปฏิเสธการตรวจวัด) ได้ค่าเฉลี่ยของ PEFR เป็น 291.17 ± 161 (ลิตร/นาที) หลังให้คำปรึกษาแนะนำ พบว่า ค่าเฉลี่ยของ PEFR สูงขึ้น เป็น 325.24 ± 100.73 (ลิตร/นาที) (โดยที่มีผู้ป่วย 4 รายปฏิเสธการตรวจวัด) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคจากค่า PEFR แล้ว พบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับน้อยเพิ่มขึ้นจาก 6 ราย เป็น 9 ราย ระดับความรุนแรงปานกลาง เพิ่มขึ้นจาก 8 ราย เป็น 9 ราย และ ระดับความรุนแรงมาก ได้ลดลง จาก 10 ราย เป็น 3 ราย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาโดยการประเมินจากค่า PEFR

ค่า PEFR	ระดับความรุนแรง	จำนวนผู้ป่วย (คน)	
		ก่อนให้คำแนะนำ	หลังให้คำแนะนำ
มากกว่า 80% ของค่ามาตรฐาน	น้อย	6	9
60 - 80% ของค่ามาตรฐาน	ปานกลาง	8	9
น้อยกว่า 60% ของค่ามาตรฐาน	มาก	10	3
รวม		24	21

1.2 Spirometer

สามารถวัดค่า FEV₁ ได้ในผู้ป่วยเพียง 11 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการตรวจวัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของ FEV₁ หลังให้คำแนะนำมีค่าลดลง คือ ลดลงจาก 0.55 ± 0.34 (ลิตร) เป็น 0.44 ± 0.17 (ลิตร) และเมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของโรคจากค่า FEV₁ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 11 ราย มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงมาก ทั้งก่อนและหลังการให้คำแนะนำ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 22

**ตารางที่ 22 แสดงระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง
การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาโดยการประเมินจากค่า FEV1**

ค่า FEV1	ระดับ ความรุนแรง	จำนวนผู้ป่วย (คน)	
		ก่อนให้คำแนะนำ	หลังให้คำแนะนำ
น้อยกว่า 60% ของค่ามาตรฐาน	มาก	11	11
รวม		11	11

2. ลักษณะอาการทางคลินิก

หลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคจากลักษณะอาการทางคลินิก โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับน้อย เพิ่มขึ้นจาก 12 ราย เป็น 22 ราย ระดับความรุนแรงปานกลาง ลดลงจาก 10 ราย เป็น 2 ราย และระดับความรุนแรงมาก ลดลงจาก 3 ราย เป็น 1 ราย (ตารางที่ 23)

**ตารางที่ 23 แสดงระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง
การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาโดยการประเมินจากอาการทางคลินิก**

ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)	
	ก่อนให้คำแนะนำ	หลังการให้คำแนะนำ
น้อย	12	22
ปานกลาง	10	2
มาก	3	1
รวม	25	25

2.5 ลักษณะพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ นอกจากจะประเมินผลการแก้ไขปัญหาจากจำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยแล้ว ยังได้ศึกษาถึงลักษณะพฤติกรรมตอบสนอง

สนองของผู้ป่วยที่มีต่อกระบวนการให้คำแนะนำด้วย โดยพิจารณาลักษณะพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยในขั้นตอนต่าง ๆ คือ การคัดเลือกผู้ป่วย การเก็บข้อมูลพื้นฐาน และ การให้คำแนะนำ

1. การแสดงความวิตกกังวล ไม่แน่ใจ

ในการคัดเลือกผู้ป่วย มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เกิดความสงสัยและแปลกใจที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย เนื่องจากทางงานเภสัชกรรมไม่เคยมีการให้บริการให้คำแนะนำการใช้ยามาก่อนเลย ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลถึงกับถามว่า “ยาที่มีปัญหาอะไรหรือเปล่าถึงได้เลือกพี่” ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า “ทำไมถึงเลือกฉันล่ะ ไปเอาข้อมูลจากไหนมาเลือก” แต่ส่วนใหญ่เมื่อได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การคัดเลือกเป็นเพียงการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยทั่วไปเท่านั้น ผู้ป่วยก็เข้าใจและให้ความร่วมมือ

ในขั้นตอนการสอบถามการใช้ยาจากผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกังวลว่า การใช้ยาไปนาน ๆ แล้วจะเกิดการดื้อยา ทำให้ต้องใช้ยามากขึ้น หรือกลัวว่าจะเกิดการสะสมของยาในร่างกายมากเกินไป ผู้ป่วยที่มีการใช้ยามานานมักถามผู้วิจัยในทันทีที่ทราบว่าจะให้คำแนะนำการใช้ยา โดยมักถามว่า “อยากรู้เหมือนกันนะว่า ใช้ยามาตั้งนานแล้วจะทำให้ดื้อยาไหม”

เมื่อให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยแล้ว ได้นัดให้ผู้ป่วยมาพบเมื่อมาพบแพทย์ในคราวต่อไปด้วย ผู้ป่วยบางรายแสดงสีหน้าแปลกใจและถามว่า “ต้องมาอีกเหรอ มาทำไมอีก” เมื่ออธิบายว่าเพื่อจะดูว่าผลการให้คำแนะนำเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ตอบรับว่าจะมาพบ บางรายบอกว่า ถ้าว่างก็จะเข้ามาพบ

2. การแสดงความไม่เต็มใจ ไม่ให้ความร่วมมือ

เมื่อสอบถามผู้ป่วยในหัวข้อของลักษณะทางประชากร พบว่า มีผู้ป่วยบางรายแสดงอาการอึดอัดต่อคำถามที่เกี่ยวกับรายได้ของผู้ป่วย บางรายถึงกับถามว่า “จำเป็นด้วยหรือ” เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายให้เข้าใจว่าเป็นเพียงการเก็บข้อมูลทั่วไปเท่านั้น ผู้ป่วยจึงยอมตอบ ซึ่งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเช่นนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ หรือไม่ได้ทำงาน และอายุไม่มากนัก

ในการประเมินปัญหาการใช้ยาสูดพ่น พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากที่แสดงความรู้สึกไม่เต็มใจในการใช้ยาหลอดเพื่อสูดการสูด เนื่องจากกลัวว่าผงยาที่อยู่ข้างในจะเป็นอันตราย และกลัวว่ากระบอกพ่นยาสกปรก

เมื่อทำการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด ผู้ป่วยบางรายมีการตอบสนองที่ไม่ดีนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้เครื่อง Spirometer ในการตรวจวัด ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ค่อยให้ความร่วมมือ โดยกล่าวว่า "จำเป็นต้องทำหรือ ไม่เห็นหมอเคยให้ทำเลย" ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิเสธที่จะทำการตรวจวัด เนื่องจากวิธีการตรวจวัดที่ค่อนข้างยาก และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยค่อนข้างมาก ผู้ป่วยหลายรายให้เหตุผลที่ไม่กลับมาพบผู้วิจัยตามนัดว่า "ไม่กล้าเข้ามาพบเพราะว่ายังเป่า (การตรวจวัดโดยใช้ Spirometer) ไม่ได้" นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดอาการกลัวเมื่อใช้เครื่องมือนี้ เพราะการที่ต้องใช้ลมเป่าที่แรงและเร็ว และต้องลากลมหายใจออกนานประมาณ 10 วินาที และต้องทำอย่างน้อย 2 รอบจึงจะได้ผลดี ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวหลังจากทำการตรวจครั้งแรกว่า "ขอไม่เป่าแล้วนะ พอแล้ว เดี่ยวจะตายเสียก่อน"

ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการตอบสนองที่ไม่ดีนัก โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักกล่าวว่า "ใช้ยามาตั้งนานแล้ว ไม่มีปัญหาอะไรหรอก ไม่ต้องให้คำแนะนำอะไรก็ได้เนะ" หรือในการให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาก็ใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง โดยเฉพาะเมื่อบอกให้ผู้ป่วยบอกแพทย์ผู้รักษาด้วยว่า ตนเองสามารถทานยาได้น้อยลงแล้ว เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยบางรายจะแสดงสีหน้าผิดปกติไปทันที และบอกว่า "ไม่ต้องบอกหมอหรอก ทานอย่างนี้มาตั้งนานแล้ว ก็ปกติดี" ผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยามาเป็นเวลานาน มักเป็นโรคหอบหืดอย่างเฉียบ และจำนวนขนานยาที่ใช้ไม่มากนัก คือ ประมาณ 2 - 3 ขนาน

3. การแสดงความเต็มใจ ฟังพอใจ และให้ความร่วมมือ

ในขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยโดยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้วมักจะให้การตอบสนองที่ดี โดยส่วนใหญ่มักกล่าวว่า "ยินดีมากค่ะ ถ้าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยอื่น ถือว่าได้บุญด้วย" บางรายก็กล่าวว่า "ได้ครับ ผมอยากให้ห้องยาให้คำแนะนำการใช้ยาอยู่แล้ว"

เมื่อสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะมีการตอบสนองที่ดีมากโดยเล่าถึงลักษณะอาการและการรักษาต่างๆที่ผ่านมาอย่างละเอียด เช่น เคยไปรักษาที่ไหน หรือ รับประทานสิ่งต่าง ๆ ที่มีคนบอกว่าช่วยให้หายได้ เช่น กุ้งกือ หรือ ตึกแก เป็นต้น การที่ผู้ป่วยให้การตอบสนองที่ดี ส่วนใหญ่เนื่องมาจากการรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผล แต่เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจแล้วได้ผลดี ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "พี่ไปรักษามาหมดแล้วนะ ไม่ว่าจะไหนที่ว่าเก่ง หรือ หมอไหนที่เก่งๆ ไปถึงสุราษฎร์ ก็เคยนะ แต่ไม่ดีขึ้นเลย มาดีขึ้นเมื่อมารักษาที่นี่แหละ"

ผู้ป่วยบางรายให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดเป็นอย่างมาก โดยตั้งใจทำการทดสอบอย่างดี ผู้ป่วยบางรายบอกว่า "ดีนะ จะได้รู้ว่าปอดเป็นอย่างไรบ้าง" ผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นผู้ป่วยที่อายุไม่มากนักและเคยมีประวัติการเป็นโรคที่รุนแรงมาก่อน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการตอบสนองที่ดีต่อการให้คำแนะนำการใช้ยา โดยให้ความสนใจต่อแผ่นพับที่ได้รับค่อนข้างมาก ผู้ป่วยบางรายได้ขอแผ่นพับไปให้เพื่อนที่เป็นโรคนี้ด้วย โดยกล่าวว่า "มีแผ่นพับนี้อีกไหม ที่จะขอไปให้เพื่อน ๆ ที่ทำงาน ขอเยอะหน่อยได้ไหม เพราะเป็นโรคนี้อยู่หลายคน" ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจต่อคำแนะนำในเรื่องการใช้ยาสูดพ่นอย่างมาก โดยจะซักถามขั้นตอนที่ไม่แน่ใจ ตลอดจนถึงดูผู้วิจัยสาธิตการใช้ เมื่อได้รับแผ่นพับการใช้ยาสูดพ่น จะอ่านและลองปฏิบัติตามแผ่นพับทันที ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า "ขอบคุณมากนะที่สอนให้ป้าใช้ให้ถูก" สิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจไม่น้อยเช่นกัน คือ การประเมินปริมาณยาที่เหลือในกระบอกยาสูดพ่น และ การรักษาความสะอาดตัวเครื่องสูดพ่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก็เป็นที่สนใจของผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ไม่เคยรู้มาก่อนเลยนะว่าที่ตัวเองใจสั้นเป็นเพราะอาการข้างเคียงของยา ยังนึกกลัวอยู่ว่าจะเป็นโรคอื่นอีกตอนนี้ค่อยสบายใจขึ้นแล้ว" หรือในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการออกฤทธิ์ของตัวยา ก็ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ดี เช่น ผู้ป่วยหลายรายที่มีการหยุดใช้ยาสูดพ่นที่เป็นลดยอด เมื่อได้รับคำแนะนำถึงการออกฤทธิ์ของยา ก็เข้าใจและกลับไปใช้ตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยบางรายบอกว่า "ตอนนี้ผมเข้าใจแล้วว่ายาออกฤทธิ์อย่างไร จะได้ใช้ได้อย่างถูกต้อง ขอบคุณมากนะ ความจริงหมอน่าจะบอกผมแต่แรกนะ ไม่ใช่บอกแต่ว่า จะสั่งยาให้ใหม่ที่ดีกว่ายา Ventolin นะ ผมก็เข้าใจว่าเป็นยาขยายหลอดลมสิ เลยใช้อยู่ไม่กี่วันพอไม่ดีขึ้นก็เลยเลิกใช้"

4. อิทธิพลของภาวะแวดล้อมของการให้คำแนะนำต่อพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย

4.1 สถานที่ให้คำแนะนำ

เนื่องจากแผนกเภสัชกรรมไม่มีสถานที่เฉพาะที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงได้จัดพื้นที่ส่วนหนึ่งของห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกให้เป็นสถานที่สำหรับให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยห่างจากบริเวณจ่ายยาประมาณ 7 เมตร แต่ไม่อยู่ในบริเวณที่มองเห็นได้ในขณะรอรับยา และได้ติดแผ่นป้าย "ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด" ไว้หน้าห้อง ภายในห้องได้จัดมุมหนึ่งไว้เพื่อเป็นที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยจัดบริเวณที่ให้คำปรึกษาไว้ติดประตูทางเข้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก สถานที่ที่ให้คำแนะนำนี้อยู่ห่างจากบริเวณที่มีการปฏิบัติงานประจำของเจ้าหน้าที่พอสมควรที่จะไม่ถูกรบกวนจากการทำงาน พบว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่จำห้องไม่ได้เนื่องจากลักษณะประตูทางเข้าห้องมีลักษณะคล้ายกับประตูทางเข้าห้องของหน่วยงานอื่นของแผนกเภสัชกรรมมาก ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "เมื่อก็ผมไปนั่งรอคุณหมอในห้องโน้นมีคนมาถามว่ามาหาใครแล้วเค้าถึงพาผมมาห้องนี้ แหม..ก็ประตูมันเหมือนกันไปหมดเลย ผมเลยจำไม่ได้"

ความเป็นส่วนตัวของสถานที่ให้คำแนะนำนี้ค่อนข้างมีน้อย เนื่องจากอยู่ติดประตูทางเข้าออกของห้อง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการถูกรบกวนจากการมีคนเดินเข้าออก อาจเนื่องจากผู้ป่วยหันหลังให้กับประตูจึงไม่เห็นคนเดินผ่านไปมา แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่หันไปมองเล็กน้อยเมื่อได้ยินเสียงประตูเปิด

ในเรื่องเสียงรบกวนขณะให้คำแนะนำนั้น เนื่องจากสถานที่ให้คำแนะนำอยู่ใกล้กับบริเวณที่เตรียมบรรจุยา (prepack) ดังนั้นในบางครั้งจะมีเสียงรบกวนจากเครื่องนับเม็ดยา แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่ได้แสดงอาการหรือสีหน้าที่ไม่พอใจต่อเสียงนั้น แต่สำหรับผู้ป่วยสูงอายุบางรายจะแสดงอาการได้ยินเสียงผู้วิจัยไม่ชัด โดยการโน้มตัวมาหาผู้วิจัยมากขึ้น หรือ บางครั้งก็ถามว่า "อะไรอะคะ คุณหมอ" เป็นต้น

4.2 เวลาในการให้คำแนะนำ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ในช่วงเช้ามักอยู่ในสภาพที่ค่อนข้างรีบร้อน เนื่องจาก ผู้ป่วยบางคนมาเพียงครึ่งวันต้องรีบกลับไปทำงาน เมื่อมารับคำแนะนำจึงมีพฤติกรรมตอบสนองที่ค่อนข้างรีบร้อนด้วยเช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในช่วงบ่าย มักกลางวันในช่วงบ่ายแล้ว จึงมีการตอบสนองที่ค่อนข้างดีและไม่ค่อยรีบร้อนนัก

เวลาที่ใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาค้นคว้าใช้เวลาค่อนข้างมากในการให้คำแนะนำ เนื่องจาก มีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลต่าง ๆ หลายอย่างซึ่งใช้เวลาค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังมี การตอบสนองที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายขนานมักสอบถามถึงการใช้ยาเหล่านั้น

4.3 ผู้ให้คำแนะนำ

จัดเป็นภาวะแวดล้อมของการให้คำแนะนำอย่างหนึ่ง พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับผู้ให้คำแนะนำแล้วจะให้การตอบสนองที่ดีกับการให้คำแนะนำ เนื่องจากผู้วิจัยเคยสอบถามผู้ป่วยโรคหอบหืดถึงความต้องการการให้บริการคำแนะนำการใช้ยาในช่วงเดือนสิงหาคม 2539 ผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้บางส่วนบางรายจึงเคยพบผู้วิจัยมาแล้ว เมื่อขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยเหล่านี้จึงให้ความร่วมมือที่ดีและมีการตอบสนองที่ดีต่อการให้คำแนะนำ ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า "ดีใจนะที่คุณหมोजำผมได้ ตอนแรกคิดว่าจะจำผมไม่ได้แล้ว"

นอกจากนี้ การที่ผู้ให้คำแนะนำแสดงความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ยังทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ดีต่อการให้คำแนะนำและทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้นิ่งเชื่อใจได้ เช่น ผู้ป่วยบางรายหลังจากรับคำแนะนำสำหรับตัวผู้ป่วยเองแล้วได้ขอคำแนะนำในการดูแลรักษามารดาที่เป็นโรคเบาหวานด้วย หรือ ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งกลับมาพบผู้วิจัยตามนัด ได้ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ โดยได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "ผมกลัวจริงๆ ๗ ไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครที่จะช่วยอธิบายได้ จะถามหมอที่ตรวจก็กลัวหมोजำเขา เพราะคนไข้เยอะ เลยอยากถามคุณหมोजำหน่อยนะ" เป็นต้น

ตอนที่ 3 การแปลผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญในเรื่องเกี่ยวกับการให้คำแนะนำการให้ยาได้ ดังนี้

1. จากการที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นหอบหืดเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้ป่วยดังกล่าวมักมีประวัติของโรคภูมิแพ้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกภูมิแพ้ของโรงพยาบาลตำรวจมักเป็นเพศหญิง ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่อาจก่อให้เกิดโรคหอบหืดขึ้นได้ คือ โรคภูมิแพ้ ซึ่งอาจพบได้ในเพศหญิงมากกว่าชาย ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคหอบหืดของคนในครอบครัวมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคหอบหืดของคนในครอบครัวเล็กน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนไม่มากพอ ทั้งที่เป็นที่แน่ชัดแล้วว่าโรคหอบหืดมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์
2. ในการรักษาโรคหอบหืดของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติภูมิแพ้ พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีประวัติเป็นโรคหอบหืดมานาน และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วซึ่งไม่ได้ผลเป็นที่พอใจ แต่เมื่อให้การรักษาโดยวิธีการให้ยาร่วมกับการรักษาด้วยการฉีดสารสกัดที่ผู้ป่วยแพ้จะได้ผลที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การรักษาโดยการให้ยาร่วมกับการฉีดสารสกัดที่ผู้ป่วยแพ้น่าจะเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีประวัติภูมิแพ้ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาอย่างเดียว
3. การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการให้ยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาการไม่สามารถให้ยาตามแพทย์สั่ง ทั้งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยามานาน จึงอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการให้ยายังไม่ถูกต้อง หรือ อาจเคยได้รับความรู้ในการให้ยาที่ถูกต้องมาก่อน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ความรู้ในการให้ยาของผู้ป่วยอาจลดลงได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมาก และมีการให้ยาหลายขนาน
4. ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดเพื่อให้คำแนะนำการให้ยา โดยดูจากใบสั่งยา เนื่องจากแพทย์มักไม่ได้ระบุการวินิจฉัยมาในใบสั่งยา ทำให้ต้องเสียเวลาในการสอบถามและตรวจสอบประวัติของผู้ป่วย และจากการที่พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ถูกคัดเลือกมาไม่ได้มีปัญหา

การใช้ยาเกิดขึ้นทุกคน แต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา มักเป็นผู้ป่วยที่มีการใช้ยาสูดพ่น หรือ ยา Theophylline ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายขนาน แสดงให้เห็นว่า การคัดเลือกผู้ป่วยโรคหอบหืดเพื่อให้คำแนะนำการใช้ยา ควรคัดเลือกจากลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาสูดพ่น ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายขนาน ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา Theophylline และผู้ป่วยสูงอายุ

5. ในการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการให้คำแนะนำนั้น พบว่าการสอบถามผู้ป่วยใช้เวลาค่อนข้างมาก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความอึดอัดขึ้นได้ ข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม ได้แก่ อาชีพ การศึกษา รายได้ ประวัติทางสังคม ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา และ อาการทางคลินิกในปัจจุบัน เป็นต้น แต่พบว่าข้อมูลที่นำมาใช้มากที่สุด คือ ประวัติการใช้ยาและผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา นอกจากนี้ข้อมูลบางอย่างก็สามารถพบได้ในบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วย ดังนั้น ข้อมูลที่น่าจะเกิดประโยชน์มากที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

6. จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาการใช้ยาสูดพ่นผิดเทคนิคให้การตอบสนองที่ดีต่อการให้คำแนะนำ ซึ่งมีการอธิบายพร้อมสาธิตการใช้ยาสูดพ่นตามขั้นตอนในแผ่นพับ และจากการที่ผู้ป่วยให้ความสนใจต่อแผ่นพับต่างๆ มาก ซึ่ให้เห็นว่า กลวิธีที่น่าจะเหมาะสมในการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย คือ การให้คำแนะนำด้วยวาจา ร่วมกับการใช้ข้อเขียน

7. จากการที่จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องแล้ว และจากการที่อาการทางคลินิกและการทำงานของปอดของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาจากค่า PEFr แล้วดีขึ้น น่าจะแสดงว่า การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยสามารถทำให้ประสิทธิภาพการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งส่งผลให้การรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย และผู้ป่วยที่มีผลการรักษาที่ดีขึ้นมักเป็นผู้ป่วยที่กลับมาตามนัด จึงบ่งได้ว่าการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยอาจมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ยาได้ด้วย

8. ในระหว่างการให้คำแนะนำการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงของโรคต่ำกว่าที่เป็นจริง เนื่องจากคิดว่าอาการดีขึ้นจึงเกิดการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่จากผลการตรวจวัด

สมรรถภาพการทำงานของปอด พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการประเมินอาการต่ำกว่าความเป็นจริง

9. ในการประเมินอาการของผู้ป่วย สามารถทำได้โดยกระบวนการ 3 อย่าง คือ การสอบถามอาการต่าง ๆ การใช้ Peak Flow Meter และ การใช้ Spirometer จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยให้การตอบสนองต่อการประเมินโดยการสอบถามอาการต่าง ๆ มากกว่าการใช้ Peak Flow Meter และ ให้ความร่วมมือในการใช้ Peak Flow Meter มากกว่าการใช้ Spirometer เนื่องจาก Spirometer มีวิธีการใช้ในการตรวจวัดค่อนข้างซับซ้อนและยุ่งยาก ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือหรือมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีการที่ง่ายและสะดวก

10. จากการศึกษาที่ผู้ป่วยไม่แสดงอาการว่าถูกรบกวนจากเสียงดังที่เกิดขึ้น หรือความพลุกพล่านจากการที่คนเดินเข้าออกระหว่างการให้คำแนะนำ และจากการที่ผู้ป่วยจดจำสถานที่ไม่ได้ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยแสดงอาการไม่แน่ใจว่าสามารถเข้ามาในห้องที่จัดไว้สำหรับการให้คำแนะนำได้ แสดงให้เห็นว่า ความเป็นส่วนตัวของสถานที่อาจไม่เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการให้คำแนะนำ

11. จากปัญหาที่พบในระหว่างการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งมักเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ไม่ดีต่อการให้คำแนะนำ หรือ การที่ผู้ป่วยไม่มาพบผู้วิจัยตามนัดทั้ง ๆ ที่มาพบแพทย์ตามนัด ประกอบกับการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการประเมินความรุนแรงของโรคต่ำกว่าที่เป็นจริง อาจชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่คิดว่าการให้คำแนะนำการใช้ยามีประโยชน์ต่อผลการรักษา

12. จากการศึกษาที่ผู้ป่วยที่ให้การตอบสนองดีต่อการให้คำแนะนำ ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเคยพบและทำการสัมภาษณ์มาก่อน (จากการเก็บข้อมูลปัญหาพิเศษทางเภสัชกรรม) ซึ่งทุกคนจำผู้วิจัยได้ และแสดงความตั้งใจที่ผู้วิจัยจำผู้ป่วยได้ และ จากการศึกษาที่ผู้ป่วยแสดงความขอบคุณต่อคำแนะนำและการเอาใจใส่และตั้งใจฟังและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่า ความคุ้นเคยและการแสดงความเอาใจใส่ต่อ ผู้ป่วย เป็นบริบทที่เหมาะสมอย่างหนึ่งในการให้คำแนะนำการใช้ยา

13. จากการศึกษาที่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาลดลง และผลการรักษาที่ดีขึ้นหลังการได้รับคำแนะนำการใช้ยา ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของการให้คำแนะนำการใช้ยาในการเพิ่ม

ประสิทธิผลการให้ยาของผู้ป่วย น่าจะมาจาก ปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม มีการติดตามผลการให้คำแนะนำที่เหมาะสม มีภาวะแวดล้อมรองรับการให้คำแนะนำที่ดี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย