บทที่ 2

การไม่ใช้ยาตามสั่ง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

(Medication noncompliance and patient counseling)

จุดประสงค์ที่สำคัญของการใช้ยาในผู้ป่วยคือ การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ดนสมควรจะได้รับในขนาดและสภาพที่เหมาะสมถูกต้องตามเวลา และวิถีทางที่กำหนด และตรงตามภาวะของโรคด้วย เพื่อให้เกิดผลในการบำบัด โดยยานั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด ขณะเดียวกันให้มี อาการไม่พึงประสงค์จากยานั้นๆ น้อยที่สุด ซึ่งการที่จะบรรลุถึงจุดประสงค์นี้ได้นั้นจะต้องอาศัยความพยายามร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอันได้แก่ แพทย์ผู้สั่งยา เภสัชกรผู้จ่ายยา และพยาบาลผู้ให้ยารวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ยังอาจครอบคลุมไปถึงผู้ผลิตยานั้นๆ ด้วย

การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งซึ่งทำให้จุดประสงค์ในการใช้ยาดังกล่าวข้างต้นไม่สามารถบรรลุผลได้ ซึ่งปัจจุบันผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ให้ความสนใจและพยายามหาทางแก้ไข

ความหมายของการไม่ใช้ยาตามสั่ง

จากการประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการแนะนำผู้ป่วยครั้งที่ 1 (The First International Congress on Patient Counseling) (Bryson & Lawson, 1982) ได้ให้ความหมายของการไม่ปฏิบัติตามสั่ง(noncompliance) ว่า หมายถึงการไม่ปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาที่แพทย์แนะนำให้ เพื่อให้หายจากอาการ หรือโรค ซึ่งแผนการรักษานั้นหมายรวมทั้งการใช้ยา และการปฏิบัติตัวอื่นๆ เช่น การงดสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร เป็นต้น

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีผู้สนใจทำการวิจัยการไม่ใช้ยาตามสั่งมากมาย Covington (1986) ทำการรวบรวมได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในช่วงระยะเวลาสั้นๆ จะไม่ใช้ยาตามสั่งตั้งแต่ร้อยละ 11 ถึงร้อยละ 92 สาเหตุที่อัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งมีความแตกต่างกันมากนี้เนื่องจากในแต่ละการวิจัยมีเกณฑ์การวัด เครื่องมือที่ใช้ แตกต่างกันนั่นเอง ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาเป็นเวลานานนั้น Hussar (1990) รายงานว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง

ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่ง

จากการรวบรวมเอกสารต่างๆ (Covington, 1986; Schneider & Cable 1978; Evans & Spelman, 1983) จะสามารถแยกการไม่ใช้ยาตามสั่งออกเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

1. การใช้ยามากเกินกว่าที่สั่ง
   1.1 ใช้ยามากกว่าขนาดที่สั่ง
   1.2 ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง
   1.3 ใช้ยานานกว่าที่สั่ง
2. การใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง
   2.1 ใช้ยาไม่ครบขนาดที่สั่ง
   2.2 ใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง
   2.3 หยุดยาก่อนสั่ง
   2.4 ไม่ใช้ยา

การหยุดยาก่อนกำหนดนั้น พบได้เสมอในรายงานการวิจัยเกี่ยวกับ การไม่ใช้ยาตามสั่ง (Sharpe & Mikeal , 1975) เช่น กรณีของ Bergman และ Werner (1970) พบว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยเด็กจะหยุดยา Penicillin V ในวันที่ 3 เมื่อผู้ปกครองเห็นว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว ทั้งๆที่แพทย์กำหนดให้ใช้ยาต่อเนื่องถึง 10 วัน รายงานบางฉบับได้รวมลักษณะการไม่มาตามนัด หรือขาดการติดต่อกับแพทย์ (Drop out) ทำให้ไม่มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเข้าไว้เป็นลักษณะหนึ่งของการไม่ใช้ยาตามสั่งด้วย (Bond & Hussar ,1991)

3. การใช้ยาในเวลาไม่เหมาะสม
   3.1 จัดระยะห่างของการใช้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม
   3.2 รับประทานยาที่สั่งเกี่ยวกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง
4. ใช้ยาผิดวิถีทางหรือผิดเทคนิค
5. ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์หรือผิดประเภท
6. ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ
7. การใช้ยาอื่น นอกเหนือจากแพทย์สั่ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลที่เกิดจากการไม่ใช้ยาตามสั่ง

เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ผลที่ได้ไม่เพียงแต่จะต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปในการวินิจฉัยโรคและการพัฒนาวิธีการรักษา การพัฒนายาใหม่ เท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ ดังนี้ (Smith ,1981)

1. อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว หรือกรณีหยุดยาปฏิชีวนะก่อนกำหนดอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้

2. แพทย์วิเคราะห์ แผนการรักษาผิด มีการเปลี่ยนการใช้ยา ซึ่งอาจเป็นยาที่มีพิษหรือก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยามากกว่า หรือมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น

3. การใช้ยามากกว่ากำหนด หรือการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง ผลไม่พึงประสงค์ หรือปฏิกิริยาต่อกันของยา หรือเกิดพิษจากยาได้ เช่น กรณียาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แพทย์สั่งให้รับประทานหลังอาหารทันที ถ้าผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา คือเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

Stewart และ Cluff (1972) ได้แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 4-35 ของผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาตามสั่งจะเกิดปัญหาซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

วิธีการสืบหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง

การสืบหาว่าผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อจำกัดแตกต่างกันไป ดังนี้

1. วิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่การดูปริมาณยาในร่างกาย จากการเจาะเลือดเก็บปัสสาวะ น้ำลาย ส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา ซึ่งเป็นเพียงชี้ให้เห็นภาพรวมของการใช้ยาเท่านั้น และลักษณะการวิเคราะห์เช่นนี้ จะไม่สามารถแยก ความแตกต่างของการได้รับยามาก หรือน้อยในแต่ละครั้งได้ หรือยังไม่สามารถบ่งชี้เวลาที่แน่นอนของการใช้ยาได้

นอกจากนี้ความไวของการทดสอบยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา การทำงานของไต และระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการวัดปริมาณยามักมีมูลค่าสูงกว่าวิธีอื่น แต่อย่างไรก็ตาม Spector และ Lewis (1986) ให้ความเห็นว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการวัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

2. <u>วิธีสืบหาทางอ้อม</u> ได้แก่

2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนัก เพราะผู้ป่วยไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำโดยการวัดปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับการตวงหรือการใช้เครื่องมืออิเลกโทรนิกส์ต่างๆ ซึ่งอาจติดตามโดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นวิธีสืบหาทางอ้อมที่นิยมอีกวิธีหนึ่งในต่างประเทศ Zora, Lutz และ Tinkelman (1989) ให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้น่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีการให้ผู้ป่วยจดบันทึกเอง

สำหรับอุปกรณ์ชนิดหนึ่งที่มีผู้นำมาทดลองใช้ในการติดตามการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยโรคหอบหืดได้แก่ Nebulizer Chronolog เป็นอุปกรณ์อิเลกโทรนิกส์ขนาดเล็กที่มีกลไกในการบันทึกเวลาและวันที่ผู้ป่วยใช้ยาไว้ด้วยความแม่นยำมาก ดังเช่นกรณี Mawhinney และคณะ (1991) ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาพ่น โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาทราบว่าตัวเองกำลังถูกศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา แต่จะไม่ทราบถึงกลไกการทำงานของเครื่อง Nebulizer Chronolog ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งคิดเป็นร้อยละ 0 ถึง 77 และเป็นที่น่าสังเกตว่า Nebulizer Chronolog สามารถวัดได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่กระตุ้นให้มีการปลดปล่อยยาออกจากภาชนะบรรจุถึงกว่า 10 ครั้ง ในเวลาเดียวกัน ซึ่ง Mawhinney และคณะให้ความเห็นว่าผู้ป่วยพยายามจะให้ผู้ศึกษาเข้าใจว่า เขาได้ใช้ยาตามแพทย์สั่งแล้วทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น

ดังนั้นข้อจำกัดของวิธีการดูปริมาณยาที่ใช้หรือปริมาณยาที่เหลือนี้คือ ถ้าเครื่องมือที่ใช้วัดไม่ละเอียดพอ จะบอกไม่ได้ว่าผู้ป่วยทิ้งยาที่ไม่ได้ใช้ไปหรือใช้ยาไม่เหมาะสม

2.3 การวัดพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมาตรวจตามนัด ซึ่งยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะใช้ยาตามสั่ง หรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ใช้ยาตามสั่ง (วงศ์วิวัฒน์ ทัศนียกุล , 2533)

2.4 การวัดผลการรักษาหรือผลของยา เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด, ค่าความดันโลหิต เป็นต้น ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ นี้ มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างผลของยากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งนำผลมาสรุปว่าเกิดจากการใช้หรือไม่ใช้ยาตามสั่งได้ยาก (Marston , 1970)

2.5 การสัมภาษณ์ สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง (Boyd .et.al., 1974) เป็นวิธีที่สะดวกใช้เวลาไม่มาก ใช้เครื่องมือ และค่าใช้จ่ายน้อย Powell, Burkhart และ Lamy (1979) เสนอว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสืบหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่ข้อจำกัดของวิธีการสืบหานี้ คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญ และไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อหน่าย ถ้าคำถามมากเกินไป

การสืบหาที่ดีที่สุดควรจะทำโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้มีความแม่นยำ แต่ส่วนใหญ่จะไม่สามารถทำได้เพราะมีความยุ่งยากมาก หรือใช้เวลามากเกินไป

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการสืบค้นจากบัตรตรวจโรค ซึ่งนอกจากจะสามารถเปรียบเทียบการใช้หรือไม่ใช้ยาตามสั่งแล้ว วิธีนี้ยังสามารถเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครอง ทำให้ทราบรายละเอียด หรือสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามสั่ง เป็นวิธีที่เหมาะสมกับสภาวะของคลินิก สำหรับการสืบค้นจากบัตรตรวจโรคจะศึกษาบันทึกของแพทย์ที่ระบุว่ามีการไม่ใช้ยาตามสั่ง ซึ่งการใช้ 2 วิธีนี้ร่วมกัน สุวรรณี เจริญชีวิตนันท์ (2532) และอินทิรา เตรียมอมรวุฒิ (2534) พบว่าจะทำให้พบผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาตามสั่งได้มากกว่าการติดตามวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว

<u>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาตามสั่ง</u>

มีผู้สนใจทำการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นสาเหตุทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามสั่งเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงให้เกิดการใช้ยาตามสั่งมากขึ้นนั่นเอง ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

1. <u>ภาวะความเจ็บป่วย</u>

ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาที่เป็นโรค กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจะมีการใช้ยาตามสั่งสูง (Spector & Lewis, 1986; อินทิรา เตรียมอมรวุฒิ , 2534) ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีอาการปรากฏจะมีการใช้ยาตามสั่งต่ำ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อเป็นเวลานาน จะมีการไม่ใช้ยาตามสั่งสูงกว่า (Blackwell, 1973 ; 1976)

2. ยาและแบบแผนการรักษา

2.1 ลักษณะทางกายภาพของยา เช่น ยามีรูปแบบ รส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็ก (Mattar, Markello & Yaffe,1975) การที่ยาบรรจุในภาชนะที่เปิดยาก เช่น Child Resistant Container และการที่ยามีราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ทั้งสิ้น (Linkewich, Catalano & Flack 1974 ; อินทิรา เตรียมอมรวุฒิ , 2534)

2.2 แบบแผนการใช้ยา

การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาบ่อยครั้ง และความยุ่งยากในการใช้ยา ถ้าสิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น การไม่ใช้ยาตามสั่งก็เพิ่มมากขึ้นด้วย หรือในกรณียาน้ำของเด็กที่แพทย์ระบุปริมาตรยาเป็นเลขเศษส่วน ทศนิยม และอุปกรณ์การตวงยาที่ผู้ใช้ไม่คุ้นเคย โอกาสที่ผู้ปกครองตวงยาผิดพลาดจะมีมาก (ทัศนีย์ เชียวชจี , 2535)

2.3 อาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา

ถ้ายาทำให้เกิดอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย และรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาตามสั่งจะสูงขึ้น (Eraker, Kirscht & Becker , 1984)

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

แพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาหรือการปฏิบัติตัวตามแบบแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดความเชื่อถือในแพทย์แล้วการใช้ยาตามสั่งจะดีขึ้น (Francis, Korsch & Morris, 1969; Gillum & Barsky, 1974;Hulka, et.al., 1976) และการที่ผู้ป่วยจะมีความเข้าใจในแผนการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับแพทย์ด้วยเช่นกัน แต่แพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลต่างๆ ทั้งในเรื่องแผนการรักษา และสภาวะโรคแก่ผู้ป่วยเท่าที่ควร เนื่องจากการที่แพทย์มักเข้าใจเองว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งๆ ที่พื้นฐานความรู้ไม่เท่ากัน และในส่วนของผู้ป่วยเองส่วนใหญ่ไม่ได้เรียกร้องหรือซักถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์น้อย จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการไม่ใช้ยาตามสั่งได้ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย การที่พยาบาลเอาใจใส่เป็นกันเอง การที่เภสัชกรมีการให้คำแนะนำการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามสั่งได้ (Schneider & Cable, 1978 ; Smith ,1981; Covington, 1986)

4. ตัวผู้ป่วยเอง

Levin และคณะ (1976 อ้างถึงใน Bartlett , 1983) ชี้ให้เห็นบทบาทที่สำคัญของผู้ป่วยต่อแผนการรักษาว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา และยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินผลการรักษาอีกด้วย ดังนั้น ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการปฏิบัติตามแพทย์สั่งรวมถึงการใช้ยาตามสั่ง

4.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ ฐานะเศรษฐกิจ มีผู้ศึกษามากมายเพื่อหาข้อสรุปว่า ปัจจัยเหล่านี้มีสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามสั่งหรือไม่อย่างไร ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่รายงานว่าปัจจัยดังกล่าวนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

4.2 ความเข้าใจของผู้ป่วย

Rudd (1983) พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ที่ไม่ใช้ยาตามสั่งไม่เข้าใจถึงวิธีการใช้ยาที่ตนได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับ Mohler และคณะ(1955) ที่พบว่าการหยุดรับประทาน Penicillin ก่อนครบกำหนดที่แพทย์สั่งนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่า เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว การรับประทานยาต่อไปคงไม่เกิดประโยชน์อะไร ซึ่งเป็นการเข้าใจผิด อันเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในตัวเองดังที่ Parson (1959, อ้างถึงใน Sharpe & Mikeal 1975) ได้เสนอไว้ว่า เมื่อประสบภาวะความเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจะหาทางที่จะบรรเทาอาการป่วยโดยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ แต่เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยกลับไม่ใช้ยาตามสั่ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากเข้าใจว่าการใช้ยาต่อไปแสดงว่าตนยังป่วยอยู่ ซึ่งเป็นการเข้าใจผิดที่ทุกฝ่ายต้องหาทางแก้ไข

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อความเข้าใจในการใช้ยานั้น Boyd และคณะ (1974) พบว่าเพศหญิงมีความเข้าใจในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 45-65 ปี เป็นช่วงที่มีความเข้าใจในการใช้ยาสูงที่สุด ส่วนอายุมากกว่า 65 ปี จะเป็นช่วงที่มีความเข้าใจต่ำสุด ทั้งนี้เนื่องจากช่วงอายุ 25-44 ปี เป็นช่วงที่มุ่งการทำงานเป็นหลักไม่สนใจกับสุขภาพ และในช่วงอายุ 45-65 ปี จะเป็นช่วงที่เริ่มกังวลกับสุขภาพ และเริ่มลดบทบาทตัวเองในการทำงานลงแล้ว แต่เมื่ออายุสูงกว่า 65 ปี ปัญหาสุขภาพจะมีสูงขึ้นและซับซ้อนขึ้น ในขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง เช่น สายตา ความจำไม่ดี หลงลืมง่าย จึงส่งผลกระทบให้

ความเข้าใจลดต่ำลง นอกจากนี้ Boyd และคณะ ยังกล่าวถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ สัญชาติ พื้นฐานการศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจะสรุปได้ว่า คนผิวขาว คนที่มีการศึกษาสูง และคนที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีความเข้าใจในการใช้ยาดีกว่า แต่ไม่ได้มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่ทำให้มีความเข้าใจในการใช้ยาดีจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการใช้ยาตามสั่งสูงขึ้นเสมอไปดังกล่าวแล้วข้างต้น

การที่ผู้ป่วยจะใช้ยาตามสั่งหรือไม่นั้น นอกจากจะขึ้นกับความเข้าใจในแผนการรักษาและการใช้ยาแล้ว ยังขึ้นกับความเชื่อ ทัศนคติที่ผู้ป่วยมีด้วย ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่าการรักษามีประสิทธิภาพและตัวเองจะได้รับประโยชน์มากกว่า เมื่อเทียบกับผลเสียหรือความไม่สะดวกที่ได้รับ เช่น อาการข้างเคียงจากการรักษา หรือค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสีย (Becker, Drachman & Kirscht, 1972; Ried & Christensen, 1988) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษายังมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยจะพยายามทำความเข้าใจกับแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัว หรือการใช้ยาตามสั่ง (Bartlett, 1983)

<u>แนวทางการแก้ไขการไม่ใช้ยาตามสั่ง</u>

ถ้าพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาตามสั่ง จะสามารถเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งได้ ดังนี้

1. <u>ภาวะความเจ็บป่วย</u>

การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับทราบถึงโรคที่เขาเป็นตามความเหมาะสม ความสำคัญของการรักษาและการใช้ยาจะช่วยลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งลงได้

2. <u>ยาและแบบแผนการรักษา</u>

2.1 ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรูปแบบ รส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสม

2.2 แพทย์ปรับตารางการใช้ยาให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น(Smith 1976 ; Peck & King , 1982) เช่น เลือกยาน้อยขนาน และ/หรือให้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยา Mohler และคณะ(1956) เปรียบเทียบระหว่างการให้ Penicillin ชนิดรับประทานติดต่อกัน 7 วัน กับการฉีด Benzathine Penicillin เพียงครั้งเดียว โดยดูผลจากการเพาะเชื้อ พบว่าผู้ป่วย

ที่ใช้ยาฉีดเพียงครั้งเดียวให้ผลที่ดีกว่าการรับประทาน Penicillin เป็นเวลา 7 วัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องทำให้ผลการรักษาไม่เท่ากับการใช้ยาฉีดครั้งเดียว นอกจากนี้ควรหาวิธีหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ดังกล่าวข้างต้นแล้วบุคลากรทางการแพทย์ ควรที่จะทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วย และควรวางแผนจัดระบบวันนัด อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และยอมรับการรักษา (เฉลิมศรี ภุมมางกูร , 2534)

ในสหรัฐอเมริกามีหลายโครงการที่ชี้ให้เห็นว่าการที่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการควบคุมรักษาอาการหอบหืดในเด็กเป็นสิ่งที่จำเป็น (Bartlett, 1983) เช่น โครงการ Asthma Care Training for Kids เป็นต้น พบว่าการที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจซักถามแม้เพียงเล็กน้อยกับผู้ปกครองหรือผู้ป่วย เช่น ถามถึงความถี่ ความรุนแรงของอาการหอบ ผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึง ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย คำถามเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในตัวเอง และเพิ่มความพึงพอใจของตัวผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

4. ผู้ป่วย

วิธีส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาตามสั่งอาจทำได้โดย การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำในรูปแบบต่างๆ (Rudd , 1983) การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยาก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการใช้ยา และลดการไม่ใช้ยาตามสั่งลงได้ ในต่างประเทศมีการสร้างโครงการการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเองเช่น Asthma self management programme ซึ่งเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นในสหรัฐอเมริกา (Hindi-Alexander , 1983 ; Thoresen & Kirmil, 1983) พบว่ามีประสิทธิผลดี ผู้ป่วยแต่ละคนที่เรียนรู้จากโครงการนี้จะสามารถควบคุมอาการหอบได้ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป โดยหลักการจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง รู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆอย่างไร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหอบหืดและยาที่ใช้ โดยจะผ่านการถกปัญหาแลกเปลี่ยนข้อมูลกันกับผู้ป่วยรายอื่นๆ

การให้ความรู้ และการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

การให้ความรู้นั้น มาลี สนธิเกษตริน (2532) กล่าวว่าเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งต้องคำนึงถึงว่าการที่จะเกิดการเรียนรู้ได้ ผู้รับจะต้องมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ และผู้ให้ความรู้ต้องประเมินความต้องการและปัญหาในการสื่อสาร ต้องพยายามหารูปแบบในการให้ความรู้ รวมทั้งเวลาและโอกาสให้เหมาะสม เพื่อให้การให้ความรู้ได้ผลดี ผู้ให้ความรู้จะต้องทราบพื้นฐานของผู้รับ ดูว่าผู้รับมีสภาพพร้อมที่จะรับความรู้เพียงใด รูปแบบที่จะให้ความรู้ควรจะเหมาะกับความต้องการของแต่ละคน ภาษาที่ใช้ต้องเข้าใจง่าย และค่อยเป็นค่อยไป

การให้คำแนะนำการใช้ยาเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีจุดประสงค์ที่จะเสนอข้อมูลให้ผู้ป่วยรับทราบ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้เกิดการใช้ยาตามสั่ง ซึ่งปัจจุบันผู้ที่เกี่ยวข้องได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และพยายามส่งเสริมบทบาทการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำการใช้ยามากขึ้น

การสื่อสารโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. <u>การสื่อสารทางเดียว</u> (one-way communication) เป็นการให้ความรู้ที่มีแต่การถ่ายทอดความรู้ของผู้ให้เพียงฝ่ายเดียว ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม

2. <u>การสื่อสารสองทาง</u> (two-way communication) เป็นการให้ความรู้ในลักษณะการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

ในทางปฏิบัติ มีรายงานเปรียบเทียบประสิทธิผลของ การให้ความรู้ในรูปแบบการสื่อสารทางเดียวโดยใช้สื่อ คือ แผ่นพับ วิดิทัศน์ กับการให้ความรู้ในรูปแบบการสื่อสารชนิด 2 ทาง โดยผ่านการแนะนำพูดคุยส่วนตัว พบว่าการให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการสื่อสาร 2 ทาง จะมีประสิทธิผลดีกว่า (Bartlett ,1983) เพราะการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ อันจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดการปฏิบัติตนถูกต้องตามแผนการรักษา และการที่มีการพูดคุยส่วนตัว การปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน จะทำให้ผลการแนะนำความรู้คงอยู่นาน แม้ว่าเวลาจะผ่านไปก็ตาม การที่เป็นเช่นนี้ Bartlett ชี้แจงว่าเป็นเพราะการที่ได้ถกปัญหาร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีแรงกระตุ้นมากกว่านั่นเอง และไม่เพียงเป็นผลดีต่อการรักษาเท่านั้น ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยอีกด้วย มีรายงานถึงเรื่องนี้มากมายได้แก่ DiMatteo และคณะ (1979) พบว่าผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจแพทย์มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ถ้าแพทย์สนใจฟังและ

019046

ให้เวลาเพียงพอแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับ Stile และคณะ (1979) ที่พบว่าถ้าผู้ป่วยมีโอกาสชี้แจงปัญหาด้วยคำพูดของตัวเอง จะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรทำในลักษณะของการสื่อสาร 2 ทาง

วิธีการให้คำแนะนำการใช้ยา อาจทำได้โดย

1. การให้คำแนะนำด้วยวาจา (Verbal Instruction)
2. การให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน (Written Instruction)
3. การให้คำแนะนำทั้งวาจา และข้อเขียน
4. การให้คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม

1. การให้คำแนะนำด้วยวาจา, (Verbal Instruction)

รูปแบบ การอธิบาย การใช้คำพูดในการแนะนำ

ข้อดี มีความยืดหยุ่น (Hussar, 1975; Sbarbaro, 1990) แนะนำกับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม สามารถโต้ตอบ และทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัด ผู้ป่วยจำไม่ได้ ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน และในกรณีที่ผู้มารับยาไม่ใช่ผู้ใช้ยา การถ่ายทอดข้อมูลอาจถูกละเลยหรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

เภสัชกรที่จะแนะนำการใช้ยาให้ประสบความสำเร็จ จะต้องผ่านการฝึกฝนจนชำนาญ และสถานที่ที่จะให้คำแนะนำ ควรเป็นส่วนตัว สงบ ก่อให้เกิดสมาธิทั้งตัวผู้ป่วยและผู้แนะนำ เวลาที่ใช้ควรจะเหมาะสมไม่ยาวหรือสั้นเกินไป (Eraker, Kirscht & Becker, 1984) โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 15 นาที (Griswold ,1976) ซึ่งถ้ากรณีมีปัญหาการใช้ยาอยู่มากซับซ้อนอาจเพิ่มเวลานานกว่านี้ก็ได้

2. การให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน (Written Instruction)

รูปแบบ ฉลากยา ฉลากช่วย เอกสารแผ่นพับ แผ่นปลิว หรือหนังสือคู่มือ

ข้อดี ผู้ป่วยสามารถนำมาทบทวนได้ มีการถ่ายทอดข้อมูลไปถึงผู้ใช้ยาได้ในกรณีที่ผู้อื่นมารับยาแทน ข้อมูลเป็นมาตรฐาน เตรียมไม่ยากและประหยัด

ข้อจำกัด กระดาษที่ใช้เตรียมอาจฉีกขาดง่าย หมึกเลอะเลือน ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถในการอ่านหนังสือได้แตกต่างกัน และไม่เปิดโอกาสให้สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย

เภสัชกรควรจะต้องออกแบบข้อมูลให้กระชับ เข้าใจง่าย ตัวอักษรมีขนาดพอเหมาะ และน่าสนใจ

3. การให้คำแนะนำโดยใช้ทั้งวาจาและข้อเขียน

วิธีนี้เป็นวิธีที่สมบูรณ์ก่อให้เกิดผลดีที่สุด ช่วยลดข้อจำกัดของการแนะนำด้วยวาจาหรือข้อเขียน เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งลงได้ (Sharpe & Mikeal, 1975; Hulka, et.al., 1976; Miller, 1983; Eraker, Kirscht & Becker, 1984)

Madden (1973) ทำการศึกษาโดยให้เภสัชกรแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะโดยใช้ทั้งวาจาและข้อเขียน เทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ พบว่า การให้คำแนะนำจะลดความผลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ กลุ่มที่ได้คำแนะนำจะหยุดใช้ยาก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 3.4 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ จะหยุดใช้ยาก่อนกำหนดถึงร้อยละ 29 เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้จะมีการให้คำแนะนำก็ยังมีผู้หยุดใช้ยาก่อนกำหนดอยู่ ซึ่ง Madden ชี้ว่า นอกจากให้คำแนะนำแล้ว เภสัชกรควรจะต้องมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ใช้ยา ให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจใช้เทคนิคการให้ความรู้ สื่อต่างๆ มาช่วยเสริมด้วยดังกล่าวแล้วข้างต้น

4. การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม

ระหว่างที่ผู้ป่วยต้องนั่งรอเพื่อเข้ารับบริการ บุคลากรทางการแพทย์อาจร่วมมือกันจัดให้มีการอบรม แนะนำเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

รูปแบบ การอภิปราย บรรยาย สาธิต การใช้โสตทัศนูปกรณ์ (Audiovisual Material) ได้แก่ เครื่องฉายภาพนิ่ง วิดิทัศน์ เทปบันทึกเสียง โทรทัศน์วงจรปิด

ข้อดี ไม่ต้องเสียเวลาแนะนำในเรื่องซ้ำๆกันแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าเลือกสื่อที่เหมาะสม มีคุณภาพอาจใช้แทนบุคลากรได้

สมจิตต์ วิริยานนท์ และคณะ (2526 อ้างถึงใน วชิราภรณ์ เรืองไพบูลย์, 2528) เปรียบเทียบการให้คำบรรยายประกอบภาพพลิก(flip chart) สไลด์ประกอบเสียง และเอกสารแจก ในการให้ความรู้เรื่องโรคกระเพาะที่โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า การบรรยายประกอบภาพพลิก สามารถถ่ายทอดความรู้ดีกว่าสไลด์ประกอบเสียง หรือเอกสารแจก แต่เมื่อ วชิราภรณ์ เรืองไพบูลย์ (2528) เปรียบเทียบ การให้คำบรรยายประกอบภาพพลิกและสไลด์ประกอบเสียงที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรคแก่มารดาหลังคลอด พบว่าสื่อทั้งสองชนิดให้ผลไม่แตกต่างกัน ซึ่งการที่ใช้สื่อชนิดเดียวกันแต่ผลแตกต่างกันนั้น อาจขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและสภาวะโรคของผู้ป่วย

ข้อจำกัด การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มนี้ อาจไม่ได้ผลกับผู้ป่วยทุกราย เพราะผู้ป่วยจะเลือกฟังหรือสนใจในเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองเท่านั้น

การให้ความรู้หรือคำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบควรพิจารณาถึงประโยชน์และข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ แล้วนำไปประยุกต์กับโรงพยาบาลของตน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดก่อให้เกิดการใช้ยาตามสั่งต่อไป (Young ,1981)

บุคคลที่ควรจะมีบทบาทในการแนะนำการใช้ยา

เภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมที่สุดในการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีผู้กล่าวว่า " หน้าที่ของเภสัชกรมิใช่เพียงปรุงยา และจ่ายยาตามใบสั่งให้ถูกต้องเท่านั้น แต่เภสัชกรควรเป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย และสละเวลาพอสมควรเพื่อให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา จนแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจทุกอย่างที่ควรจะทราบเกี่ยวกับยาที่ได้รับ " Madden (1973) และ Miller (1983) ได้ชี้แจงถึงบทบาทหนึ่งของเภสัชกรคลินิกว่าจะต้องให้บริการแนะนำการใช้ยาตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งยังเป็นการสร้างภาพพจน์ที่ดีของเภสัชกรแก่ผู้ป่วยด้วย

นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่า เภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนสุดท้ายที่พบผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยากลับไปใช้ เภสัชกรจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากที่จะสร้างความเข้าใจในการใช้ยาให้เกิดแก่ผู้ป่วย (Coutts, 1977) และจะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นทั้งนี้เนื่องจาก (Griswold, 1976)

1. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ดีขึ้น ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะต้องระมัดระวังการใช้ยามากขึ้น

2. แพทย์ไม่มีเวลาให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบกับปัจจุบันระบบแพทย์เฉพาะทางยิ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ห่างเหินกัน

3. พยาบาลอาจเป็นผู้แนะนำการใช้ยาได้ แต่ข้อมูลที่ให้ไปนั้นจะถูกต้องเพียงใดขึ้นอยู่กับพื้นฐานของพยาบาลแต่ละคน

4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากระหว่างที่พบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยลืมหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์มีรายงานว่า ผู้ป่วยสามารถจดจำที่แพทย์แนะนำได้เพียงร้อยละ 20-40 ของคำแนะนำทั้งหมด

มีผู้รายงานพบว่าในครั้งแรกแพทย์อาจจะเป็นที่ยอมรับมากกว่า แต่เมื่อเภสัชกรได้แสดงออกถึงความสามารถในการให้คำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยจะให้การยอมรับเภสัชกรได้เท่าเทียมแพทย์เช่นกัน ในสหรัฐอเมริกา ที่รัฐวอชิงตันนั้น เป็นหน้าที่ของเภสัชกรโดยตรงที่จะต้องอธิบายพร้อมเขียนกำกับวิธีการใช้ยาให้ผู้ป่วยรับทราบ (Rudd, 1983) ซึ่งนอกจากจะช่วยทางด้านประสิทธิภาพการรักษาแล้ว เภสัชกรยังมีโอกาสเพิ่มเติมความรู้ของตัวเองในเรื่องคุณสมบัติของยาและสภาวะของโรค รวมทั้งฝึกฝนความสามารถในการสื่อสารอีกด้วย

เภสัชกรที่จะให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจะมีคุณสมบัติดังนี้ (จุมพล รอดคำดี, 2532)

1. มีทักษะการสื่อสาร คือ ใช้ภาษาถูกต้องใช้ภาษาง่าย สอดคล้องกับพื้นฐานทางความรู้ของผู้ป่วย มีวิธีการพูดที่ดี ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ถ่ายทอดไปนั้น คงความถูกต้องและน่าสนใจอยู่เสมอ

2. มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ ชอบช่วยเหลือผู้อื่น เป็นผู้มีมนุษย์สัมพันธ์ดี ผู้รับข้อมูลจึงจะพอใจที่จะสื่อสารด้วย เป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับข้อมูลที่จะถ่ายทอดไป

3. มีทัศนคติที่ดีต่องานของตน ซึ่งจะทำให้การถ่ายทอดข้อมูลมีคุณภาพ

4. มีนิสัยชอบถ่ายทอดหรือชี้แจง ทำให้เกิดความเข้าใจเมื่อมีปัญหา ถ้าผู้แนะนำไม่ชอบอธิบาย หรือแนะนำละไรให้ชัดเจน อาจจะเกิดความสับสนแก่ผู้ป่วยได้

5. มีนิสัยใฝ่รู้ ใฝ่ศึกษา ซึ่งคุณสมบัตินี้จะนำมาสู่ความสามารถในการให้คำแนะนำที่ชัดเจน พร้อมกับเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้แนะนำเองด้วย

6. มีความสามารถในการประเมินผลการแนะนำ แต่ละครั้ง และสามารถปรับปรุงวิธีการแนะนำอยู่เสมอ

นอกจากให้ความรู้คำแนะนำการใช้ยาแล้ว เภสัชกรควรจะหาสาเหตุ และแก้ไขปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งที่เกิดขึ้น และต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ติดตามการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยด้วย อาจจะเริ่มต้นเช่นเดียวกับ Miller และ Conrad (1975) โดยเริ่มที่โครงการวัดความเข้าใจและให้ความรู้กับผู้ป่วยนอก จากนั้นจึงขยายงานออกไปสู่กลุ่มผู้ป่วยใน ดูการใช้ยาตามสั่ง และติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

ขั้นตอนการดำเนินการให้คำแนะนำ

ขั้นที่ 1 ประเมินความรู้พื้นฐานและความต้องการของผู้ป่วยจากการซักถามพูดคุยและการตั้งใจฟังผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ปรับเนื้อหาการให้คำแนะนำในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 2 แนะนำผู้ป่วยโดยการปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นที่ 3 ประเมินผล เป็นขั้นตอนที่จะยืนยันว่า ผู้ป่วยได้รับทราบจุดสำคัญต่างๆ แล้ว เป็นการทบทวนสิ่งที่แนะนำ อาจทำได้โดยการใช้แบบสอบถาม หรือวัดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงการทดสอบก่อน และหลังจากได้รับคำแนะนำ ซึ่งกรณีนี้อาจสร้างความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ หรือตรวจดูจากบันทึกที่เภสัชกรรวบรวมไว้ว่าได้แนะนำผู้ป่วยอย่างไร เปรียบเทียบกับข้อมูลทั้งหมดที่เภสัชกรคาดว่าผู้ป่วยควรได้รับ

ข้อมูลที่ควรแนะนำแก่ผู้ป่วย

สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้ว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับนั้นประกอบด้วย (Covington ,1986)

1. ชื่อยา
2. ประโยชน์ และฤทธิ์ของยาที่ต้องการ
3. ตารางวิธีการใช้ยา
4. คำแนะนำพิเศษในการผสมยา
5. คำแนะนำพิเศษในการใช้ยา
6. ข้อควรระวังต่างๆ ที่ผู้ใช้ยาต้องคอยสังเกตระหว่างให้ยา
7. อาการข้างเคียงที่อาจพบบ่อย ตลอดจนการป้องกัน และปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียง
8. เทคนิคง่ายๆ ในการตรวจดูผลการใช้ยา
9. วิธีการเก็บยาที่ถูกต้อง
10. ปฏิกิริยาระหว่างยา-ยา ยา-อาหาร หรือข้อห้ามของการใช้ยานั้น
11. วิธีการปฏิบัติเมื่อมารับยาช้า
12. ข้อพึงปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา
13. ข้อมูลพิเศษอื่นๆ ที่เกี่ยวกับยา หรือผู้ป่วย

ดังนั้นก่อนการให้คำแนะนำควรจะต้องพิจารณาว่า ยาแต่ละชนิดควรจะเน้นความสำคัญของข้อมูลใดบ้าง เพื่อจะได้แน่ใจว่าการให้บริการนั้นครอบคลุมจุดสำคัญไว้แล้ว

<u>อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการแนะนำการใช้ยา</u>

จากการศึกษาของ Epstein (1989) รวบรวมไว้ว่าอุปสรรคที่สำคัญที่กลุ่มงานเภสัชกรรมประสบเมื่อทำการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยได้แก่

1. การที่มีเวลาไม่เพียงพอ
2. การที่เภสัชกร และผู้ป่วยไม่สนใจให้ความสำคัญกับเรื่องนี้
3. จำนวนใบสั่งยาสูงมาก ในขณะเดียวกับที่จำนวนเภสัชกรน้อยเกินกว่าจะแก้ปัญหา
4. งานธุรการมาก ซึ่งดึงเวลาเภสัชกรออกจากผู้ป่วย
5. การที่เภสัชกรไม่ทราบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
6. การขาดความเป็นส่วนตัวในการแนะนำ
7. ปัญหาจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และเภสัชกร

สิ่งเหล่านี้ ถ้าทุกฝ่ายร่วมกันแก้ไข จะทำให้การแนะนำการใช้ยาประสบผลสำเร็จ ลดปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งลงได้

<u>การให้คำแนะนำการใช้ยาควรทำแก่ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง</u>

ในสภาพความเป็นจริง การที่เภสัชกรจะให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยทุกราย เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก สาเหตุจากจำนวนผู้ป่วยมาก และจำนวนเภสัชกรน้อย ดังกล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้น การเริ่มโครงการให้คำแนะนำการใช้ยา ควรจะต้องมีการหาข้อมูลเพื่อประเมินความต้องการว่าควรเริ่มโครงการกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มใดก่อน ซึ่งถ้าสามารถขยายโครงการได้ ในที่สุดผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกร ตามความเหมาะสมต่อไป

แพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สามารถทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับคำแนะนำการใช้ยาได้ทั้งสิ้น แต่ผู้ที่จะทำหน้าที่นี้ควรจะให้ความสนใจ และสามารถประเมินได้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยรายใดที่จะได้ประโยชน์จากการเข้ารับคำแนะนำดังกล่าว

กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับความสนใจ เพื่อเข้ารับคำแนะนำการใช้ยาได้แก่

1. <u>กลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้ยาตามสั่ง</u> ซึ่งมีปัจจัยเสริมต่างๆ เช่นผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา หรือยากับอาหาร หรือยากับแอลกอฮอล์ได้ง่าย ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายขนาน หลายครั้งต่อวัน หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

2. <u>กลุ่มผู้ป่วยที่กำลังจะออกจากโรงพยาบาล</u> เป็นการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ควรจะทำในตอนเย็นของวันก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยเองยังไม่มีงานธุรการหรืองานเอกสารใด มาเบี่ยงเบนความสนใจ หากมีปัญหาวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยก็ยังสามารถซักถามเภสัชกรได้ก่อนกลับบ้าน

3. <u>กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ</u> ในกลุ่มนี้จะมีความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาถึงร้อยละ 25-60 (Rudd ,1983) ทั้งนี้เนื่องจาก การใช้ยาค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุยังมีข้อจำกัดของการได้ยินและการมองเห็น การที่เภสัชกรให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี จะทำให้ความผิดพลาดของการใช้ยาลดลงได้ถึงร้อยละ 60

4. <u>กลุ่มผู้ป่วยเด็ก</u> เภสัชกรอาจแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครอง ซึ่งมีรายงานมากมายที่ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก (Francis, Korsch & Morris, 1969; Matter, Markello & Yaffe, 1975;) ผู้ปกครองที่ได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรจะรับทราบถึง ความสำคัญของการใช้ยาและจะใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

5. <u>กลุ่มผู้ป่วยแบ่งตามโรคต่างๆ</u> การให้ความรู้ คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยตามกลุ่มโรคจะทำให้เภสัชกรสามารถเตรียมความรู้ได้ไม่กว้างเกินไป และผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งจะกล่าวยกตัวอย่างเรื่อง การแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดต่อไป

<u>การแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด</u>

ปัจจุบันวงการแพทย์ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น อาการป่วยเรื้อรังนั้นอาจจะไม่สามารถรักษาให้หายโดยเด็ดขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตได้อย่างปกติ โดยการปฏิบัติตนและใช้ยาตามแพทย์สั่ง

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ซึ่งมีอุบัติการการเกิดโรคในผู้ป่วยในผู้ป่วยเด็กสูงมาก คือ ร้อยละ 10-20 ของเด็กในแต่ละชุมชน หรือประมาณได้ว่าในเด็กที่ป่วยเรื้อรังทั้งหมดมีถึงร้อยละ 50 ที่เป็นหอบหืด (Canny & Levison , 1988 ; Donnelly , Donnelly & Thong , 1989) และในอนาคตที่สภาพแวดล้อมทรุดโทรมลงแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเพิ่มสูงขึ้น (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2534 ก.)

แม้ในปัจจุบันยาป้องกันและรักษาอาการหอบหืดมีมากมาย น่าจะเพียงพอที่จะควบคุมอาการของโรคได้ แต่อัตราการเสียชีวิตจากโรคหอบหืดกลับไม่ลดลงเท่าที่ควร (Hindi-Alexander, 1983; Zora, Lutz & Tinkelman, 1989) สาเหตุที่สำคัญ คือการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแพทย์สั่ง ไม่ใช้ยาตามสั่ง (Bailey, et.al., 1990) มีรายงานว่าในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดนี้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งถึงร้อยละ 25-50 ซึ่งสาเหตุที่สำคัญมาก คือการที่ผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจในยาที่ใช้ (Donnelly , Donnelly & Thong, 1989) ซึ่งนอกจากจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้แล้ว ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย (2534 ข.) ยังให้ความเห็นอีกว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจะสามารถมีชีวิตปกติเช่นเดียวกับเด็กทั่วไปด้วย ถ้าแพทย์ผู้ดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจถึงโรค การใช้ยา และการดูแลตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Burke และ Cecil (1991)

นอกจากนี้ การที่บุคลากรทางการแพทย์สละเวลาเล็กน้อย ในการแนะนำเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ จะช่วยลดปัญหาการต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายมากมาย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินลงได้ ในปัจจุบันนี้ถ้าเราหวังจะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแพทย์สั่ง โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบแต่เพียงว่า เพราะแพทย์ต้องการให้ทำนั้น พบว่าการกระทำดังกล่าวไม่ได้ผลเสียแล้ว (Bartlett, 1983) จึงทำให้เกิดการพัฒนาเทคนิคการให้ความรู้และคำแนะนำในรูปแบบต่างๆ (Brandt, 1983; Bruhn, 1983; Thoresen Kirmil-Gray, 1983 ; Mullen & Mullen , 1983) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับแผนการรักษาตัวเอง ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์ลงได้ด้วย

เมื่อทำการศึกษาวัดความรู้ของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหอบหืดเกี่ยวกับยาที่ใช้ เช่น ข้อบ่งใช้ เวลาที่จะใช้ยา และอาการข้างเคียง Donnelly , Donnelly และ Thong (1989) พบว่าผู้ปกครองมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวต่ำมาก ได้แก่ ร้อยละ 64.5 ของผู้ปกครองไม่ทราบข้อบ่งใช้ของยาในกลุ่ม Xanthine หรือมีถึงร้อยละ 64.2 ของผู้ปกครอง

ที่ระบุว่าการรับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์จะไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ปกครองให้ยาแก้แพ้ ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กโดยเข้าใจว่ายาดังกล่าวจะช่วยบรรเทาอาการหอบหืดได้ ความไม่เข้าใจเหล่านี้เป็นเหตุทำให้ผู้ปกครองไม่ใช้ยาตามสั่ง

นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 73 ใช้ยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดไม่ถูกต้อง (O'Connell, Hewitt & Lackner, 1991) ในขณะเดียวกัน Zora, Lutz และ Tinkelman (1989) ทำการศึกษาถึงการใช้ยารักษาอาการหอบหืดชนิดสูดพ่นของผู้ป่วยเด็กพบว่ามีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่ใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง การใช้ยาไม่ถูกต้องแล้วไม่เกิดผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยยิ่งละเลยไม่ใช้ยา หรืออาจใช้ยามากเกินกว่าแพทย์สั่งได้ นอกจากผู้ป่วยจะไม่สามารถใช้ยาสูดพ่นได้อย่างถูกวิธีแล้ว บุคลากรทางการแพทย์เองก็ประสบปัญหานี้เช่นเดียวกัน Creer (1983)พบว่ามีแพทย์เป็นจำนวนมากที่ประสบความล้มเหลวในการอธิบายและสาธิตให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวิธีการใช้ยาสูดพ่น ในการสั่งใช้ยาสูดพ่นให้ผู้ป่วยนั้นแพทย์ผู้สั่งควรจะอธิบาย แสดงวิธีใช้ให้ผู้ป่วยดูจนเข้าใจ และให้ผู้ป่วยลองพ่นยาให้ดูเสียก่อน จากนั้นทบทวนติดตามแก้ไขปัญหาการใช้ยาสูดพ่นทุกครั้งที่ผู้ป่วยพบแพทย์ วิศิษฏ์ อุดมพาณิชย์(2534)พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะสามารถใช้ยาสูดพ่นถูกต้องหลังจากได้รับคำแนะนำเพียงครั้งเดียว แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยบางคนเรียนรู้ได้ช้าทำให้เสียเวลามาก ซึ่งปัญหานี้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ อาจช่วยสอนหรือแนะนำแทนแพทย์

De Tullio และ Corson (1987) ศึกษาผลของการที่เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาสูดพ่นแก่ผู้ป่วยนอก พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้อง และออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลมได้ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเพียงเอกสารแนะนำ

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืด จะเห็นว่ามีผู้ทำการศึกษาไว้มากได้แก่

Darr และคณะ (1979, 1981) ทำการศึกษาพบว่า โสตทัศนูปกรณ์สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปความรู้ดังกล่าวบางส่วนจะขาดหายไป เขาจึงสรุปว่าการจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรจะกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ปัจจุบันนี้ในต่างประเทศจะเน้นหนักไปที่โครงการการดูแลรักษาตัวเอง ซึ่งเป็นกลวิธีในการกระตุ้นผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครอง ให้สามารถดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตัวเอง (Bruhn, 1983) ซึ่งโครงการดังกล่าว ยังทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากร

ทางการแพทย์และกลุ่มผู้ป่วย หรือในระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเองเป็นการสร้างความพึงพอใจ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือและรับผิดชอบตัวเอง ตรงกันข้ามกับในอดีตที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ซึ่งจะเห็นว่าสอดคล้องกับรายงานหลายฉบับที่พบว่า คำแนะนำจากแพทย์จะมีความสำคัญน้อยกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ใกล้ชิด เพื่อนหรือญาติ (Clark, 1983 ; Bartlett, 1983) ในทำนองเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบผลการแนะนำผู้ป่วยหอบหืด โดยพยาบาลที่มีประวัติเป็นหอบหืดมาก่อน กับพยาบาลที่ไม่มีประวัติหอบหืดเลย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลที่มีประวัติเป็นหอบหืดจะเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินน้อยกว่า (Bartlett, 1983) ถ้าจะวิเคราะห์ในกรณีนี้อาจเป็นไปได้ที่พยาบาลที่มีประวัติเป็นหอบหืดมาก่อน จะสามารถสื่อความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้มากกว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้ที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งที่จะต้องเตรียมตัวด้านความรู้ ความเข้าใจเสียก่อน และต้องเห็นความสำคัญของงานดังกล่าวด้วยว่าไม่เพียงจะให้ประโยชน์ในการรักษาแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังให้ความภาคภูมิใจแก่ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวอีกด้วย (เฉลิมศรี ภุมมางกูร , 2534)

การจะสร้างโครงการเพื่อให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น ต้องพิจารณาว่าเนื้อหาของโครงการควรจะไม่น้อยจนไม่เพียงพอ หรือไม่มากไป จนก่อให้เกิดความสับสนแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างของโครงการการดูแลรักษาตัวเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Bailey, et.al.,1990 ; Bruhn, 1983) ได้แก่ Columbia University Program, National Asthma Center (Denver), Family Asthma Program (Buffalo) ซึ่งแต่ละโครงการประสบความสำเร็จด้วยดี รูปแบบโครงการเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในโรคเรื้อรังอื่นได้ต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย