

ประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลแก่งคอย

โดย

นางสาวชญลักษณ์ สติรเสถียร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-653-237-5

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

EFFECTIVENESS OF INDIVIDUAL COUNSELING ON MEDICAL COMPLIANCE
AMONG DIABETIC PATIENTS IN KAENG KHOI HOSPITAL

By

Thanyalak Satirasatian

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF PHARMACY

Program of Clinical Pharmacy

Graduate school

SILPAKORN UNIVERSITY

2002

ISBN 974-653-237-5

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผล
การให้คำปรึกษารายบุคคล ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน
โรงพยาบาลแก่งคอย” เสนอโดย นางสาวรัชฎลักษณ์ สติรเสถียร เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาเกสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ คงคล้าย)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชรီ เลอमानกุล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์
คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นลินี พูลทรัพย์)
...../...../.....

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชรီ เลอमानกุล)
...../...../.....

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์)
...../...../.....

..... กรรมการ
(ร.ต.อ. หญิง ดร.ฐณัฐฐา กิตติโสภี)
...../...../.....

K 41550001 : MAJOR : CLINICAL PHARMACY

KEY WORD : MEDICAL COMPLIANCE / INDIVIDUAL COUNSELING / DIABETIC PATIENTS

THANYALAK SATIRASATIAN : EFFECTIVENESS OF INDIVIDUAL COUNSELING ON MEDICAL COMPLIANCE AMONG DIABETIC PATIENTS IN KAENG KHOI HOSPITAL. THESIS ADVISORS : ASST. PROF. WATCHAREE LEURMARNKUL, Ph.D. AND ASST. PROF. RUNGPETCH SAKULBUMRUNGSIL, Ph.D. 75 pp. ISBN 974-653-237-5

The purpose of this research was to study the effectiveness of individual counseling on medical compliance. This study was performed among diabetic outpatients at diabetic clinic of Kaeng Khoi hospital between March and October 2001. The sample consisted of 30 diabetic patients in control group and 27 diabetic patients in intervention group. Medical compliance was assessed indirectly using interview method for 3 times when the patients were followed-up at 4-week interval. Individual counseling about medication taking, disease and lifestyle change was performed on patients in intervention group to resolve noncompliance problems whereas patients in control group received a usual pharmacy instructions on medication use.

The demographic characteristics of patients in both groups were not significantly different. At baseline, the compliance of control group and intervention group were 33.3% and 37.0% respectively. Noncompliance problems mostly found in both groups were "taking medicine at wrong time" and "forgetting to take medicine". The causes of problems mostly observed were "don't read the label before taking medicine" and "lack of knowledge about disease and/or drug usage". At the end of the study, it was found that compliance of patients in intervention group was significantly higher than control group ($p = 0.007$). In comparison between pre- and post-counseling, the compliance of intervention group was significantly improved from pre- to post-counseling ($p = 0.002$) but the result was shown no significant difference in control group. However, 18.5% of patients in intervention group also had noncompliance problems. There was no association found between patient characteristics and medical compliance, and between the change of medical compliance and the change of fasting blood sugar.

In conclusion, individual counseling by pharmacist would increase medical compliance. Individual counseling could not resolve all medical noncompliance. If some noncompliance problems still exist, encouraging patients to be aware of medication taking is another essential strategy that pharmacist may use to improve medical compliance.

Program of Clinical Pharmacy Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2002

Student's signature

Thesis Advisors' signature 1. 2.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชร เลอमानกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเพชร สกุดบำรุงศิลป์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและควบคุมการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในโรงพยาบาลแก่งคอย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอยทุกท่าน โดยเฉพาะคุณชูศรี รักษา และคุณไพฑูรย์ ลือภิญญา ที่ให้ความช่วยเหลือในการนัดผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ๆ น้องๆ ทุกคน ที่มีส่วนร่วมสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	5
ผลของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	6
ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	6
วิธีการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย.....	10
กลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	13
บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	23
ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	23
เกณฑ์การตัดสินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	25
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	26
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	27
ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา.....	28

บทที่		หน้า
4	ตอนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	31
	2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง.....	32
	2.2 จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	33
	2.3 ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	36
	2.4 สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	38
	2.5 การแก้ปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	45
	ตอนที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร.....	49
	ตอนที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร และปัจจัย ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	52
5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	53
	สรุปผลการวิจัย.....	53
	ข้อจำกัดของงานวิจัย.....	54
	ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป.....	55
	ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลแก่งคอย.....	55
	บรรณานุกรม.....	58
	ภาคผนวก.....	63
	ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลของผู้ป่วย.....	64
	ภาคผนวก ข แบบบันทึกปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	67
	ภาคผนวก ค แบบสรุปปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง.....	69
	ภาคผนวก ง แนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย.....	71
	ประวัติผู้วิจัย.....	75

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	อัตราการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในโรคและ ภาวะต่างๆ.....	7
2	ลักษณะข้อมูลพื้นฐานประชากรที่ศึกษา.....	29
3	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง.....	33
4	จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	35
5	การเปลี่ยนแปลงของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	36
6	ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบในกลุ่ม ควบคุม.....	37
7	ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบในกลุ่ม ทดลอง.....	38
8	สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุม.....	39
9	สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่ม ทดลอง.....	40
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยที่ ใช้ยาตามสั่งและผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาตามสั่ง ของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง.....	50
11	การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วย ที่เดิมไม่ใช้ยาตามสั่ง เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งเมื่อสิ้นสุด การทดลอง.....	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (medical noncompliance) จัดเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug-related problem) ที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขกำลังเผชิญอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จำเป็นต้องประเมินว่าผลดังกล่าวเกิดจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือเป็นความล้มเหลวของการรักษาบ่อยครั้งที่การประเมินนี้ทำได้ยาก เพราะแพทย์ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้งมีการปฏิบัติตามคำแนะนำอื่นๆ และมีการมาพบแพทย์ตามนัด (Murphy and Coster 1997: 797-800) ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่ออัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย และค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไป (Johnson and Bootman 1995: 1949-56) และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการใช้ยา (Patel and Zed 2002: 915-23) สมพล ศิริรัตนพุกภัย (2542) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาอุบัติการณ์และสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ของยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าการเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล มีสาเหตุมาจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 6.9%

มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งหลายการศึกษา ดังเช่น การศึกษาของสุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์ (2532) ที่ได้ทำการศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถใช้ยาตามสั่งสูงถึง 75.7% การศึกษาของวันจันทร์ ปุญญวันทนี (2541) ซึ่งได้ทำการศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก ณ.โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูงถึง 67.6% ผลการสำรวจของ Scottish survey ซึ่งทำการสำรวจความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ในประเทศสกอตแลนด์ พบว่ามีผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่มารับยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้เกณฑ์ว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างน้อย 90% ของขนาดยาที่ควรได้รับ (American Diabetes Association 2000 a) Berg และคณะ (1993: S1-S22) ได้กล่าวถึงข้อมูลของ National Pharmaceutical Council เกี่ยวกับอัตราการเกิดปัญหาความไม่

ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคต่างๆ พบว่าโรคเบาหวานมีอัตราการเกิดปัญหาดังกล่าว 40–50% ปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง มักพบในโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยโรคหนึ่ง และเป็นโรคที่พบปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งค่อนข้างสูง ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วโลกอย่างน้อย 120 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2010 จะมีผู้ป่วยโรคนี้สูงถึง 220 ล้านคน (Shaw et al. 2000: B5–B10) ชาวอเมริกันมากกว่า 16 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคนี้จัดเป็นสาเหตุของการตายอันดับที่ 6 ในประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association 2000 a) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์เกิดของโรคนี้ประมาณ 3–5% ของประชากร (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสาธารณสุขภูมิภาค, อ่างอิงใน เพ็ญศรี มโนวิชิตสรณ์, ผ่องพรรณ

ธีระวัฒน์ศักดิ์ และ ศศิลักษณ์ บุญเสษฐ 2542: 336-42) แม้ว่าจะพบอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานที่สูง แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคนี้มากนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าชะลอการดำเนินไปของโรคได้อย่างไร และไม่เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างเรื้อรัง กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดงออกใดๆ มากนัก และระยะเวลาที่จะพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหลังจากพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะใช้เวลานาน (DeAlva 1998: C29) การที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่ได้ตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ ประกอบกับระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน และการที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การควบคุมความดันโลหิต ในกรณีที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยการงดสูบบุหรี่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาคือความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งรวมถึงปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้

การที่จะแก้ปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย จำเป็นต้องทราบถึงวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง และกลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การหาปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว การปรับแผนการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการกระตุ้นผู้ป่วยให้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Bond and Hussar 1991: 1978–88) เกษักรในฐานะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวกับเรื่องยา อาจมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ โดยการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย หากพบปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยา หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสื่อสารโดยการพูดและการให้คำปรึกษา

แนะนำ การสื่อสารโดยการเขียน การใช้โสตทัศนอุปกรณ์ การใช้โปรแกรมพิเศษที่จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง มีผู้ทำการศึกษาเพื่อดูผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งหลายการศึกษา ดังเช่นการศึกษาของสุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ (2532) พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 50% ส่วนการศึกษาของวันจันทร์ บุญญวันทนิย์ (2541) พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 40.7% ในโรงพยาบาลแก่งคอยได้มีการดำเนินงานการให้คำปรึกษารายบุคคลมาระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังมีได้มีการประเมินผลอย่างชัดเจน จึงเป็นที่สนใจว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่เพียงไร โดยเลือกทำการศึกษาในผู้ป่วยโรค

เบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูง ประกอบกับโรงพยาบาลแก่งคอยได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยเบาหวานขึ้น ทำให้สะดวกในการเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายบุคคล ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดย

1. เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษารายบุคคล
2. เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษารายบุคคลและกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับคำปรึกษารายบุคคล
2. การให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ทำในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้ป่วยนอก และมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2544 และระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2544

นิยามศัพท์เฉพาะ

การให้คำปรึกษารายบุคคล หมายถึง การให้คำแนะนำที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายในเรื่องโรคและการใช้ยา การเสนอแนะวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยา รวมทั้งปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหามาให้เหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด

การให้บริการตามปกติ หมายถึง การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ของการใช้ยา วิธีการใช้ยาและข้อควรระวังจากการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา และสามารถใช้ยาทุกชนิดที่ได้รับจากโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคเบาหวานและโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย (patient compliance) เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เห็นด้วยกับคำแนะนำที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำ การมาพบแพทย์ตามนัด (Murphy and Coster 1997: 797–800)

ความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอื่นๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น หากชี้เฉพาะเรื่องการใช้ยา อาจใช้คำว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (medical noncompliance)

รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

The National Council for Patient Information and Education (NCPiE) ได้สรุปรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบบ่อยที่สุด 5 ชนิด (Berg et al. 1993: S1–S22) ได้แก่

1. การที่ผู้ป่วยไม่รับยาตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธแผนการรักษาของแพทย์
2. การใช้ยาผิดขนาด ในกรณีนี้ผู้ป่วยได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ใช้ในขนาดที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ยานานกว่าที่แพทย์สั่งและการใช้ยานานน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
3. การใช้ยาผิดเวลา
4. การลืมใช้ยา
5. การหยุดใช้ยาก่อนที่แพทย์สั่ง

นอกจากนี้อาจพบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งรูปแบบอื่นอีก เช่น การใช้ยาด้วยเหตุผลที่ไม่เหมาะสม การใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง (Wright 1993: 909–13)

ผลของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง บางกรณีอาจไม่มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากโรคที่เป็นอยู่สามารถหายเองได้ แต่บางกรณีจะมีผลต่อการรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผลเสียของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง มีดังนี้ (Koecheler et al. 1989: 729-32; Johnson and Bootman 1995: 1949-56; สมพล ศิริรัตนพฤษ์ 2542; Patel and Zed 2002: 915-23)

1. มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต
2. ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้งขึ้น
3. ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน หรือต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล
4. ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น
5. ทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบ
6. ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย พอจะจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (Bond and Hussar 1991: 1978-88)

1. โรค
2. แผนการรักษา
3. ปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

โรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ตารางที่ 1 ได้แสดงถึงอัตราการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในโรคและภาวะต่างๆ (Berg et al. 1993: S6)

ตารางที่ 1 อัตราการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในโรคและภาวะต่างๆ

Condition	Rate of noncompliance (%)
Asthma	20
Arthritis	55 – 71
Contraception	8
Diabetes	40 – 50
Epilepsy	30 – 50
Hypertension	40

ที่มา: Jennifer S. Berg et al., "Patient compliance," *Annals of Pharmacotherapy* 27, supplement 9 (September 1993): S6.

การที่ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย เข้าใจถึงความรุนแรงของโรคและเข้าใจว่าความร่วมมือในการรักษาจะช่วยลดการคุกคามของโรคได้ จะมีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยปฏิเสธภาวะการเจ็บป่วย อาจมีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งลดลง ดังผลการศึกษาของ Venturini และคณะ (1999: 281–8) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด มีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่เดิม ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ปฏิเสธภาวะของการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในบางกรณีผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย แต่เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยหรือโรคที่เขาเป็นอยู่ไม่มีอาการแสดงออกหรือมีอาการแสดงออกเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจต่อแผนการรักษาเท่าที่ควร ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีโอกาสเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูง ดังเช่นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาของวันจันทร์ ปุณฺณวันทนิย์ (2541) ที่ได้ทำการศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก ณ.โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูงถึง 67.6% โดยประเภทของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การขาดยา นอกจากนี้โรคหรือภาวะเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อทัศนคติที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ก็เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้ ดังเช่นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต

แผนการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความปลอดภัยและค่าใช้จ่ายในการรักษา ล้วนมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

แผนการรักษาที่ซับซ้อนมาก เช่น การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน การที่ต้องใช้ยาหลายครั้งต่อวัน จะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำลดลงหรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ แผนการรักษาที่ซับซ้อนจะมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และอาจทำให้การปฏิบัติตามแผนรักษาลดลง การใช้ยาในรูปแบบใหม่ๆ ที่มีวิธีการบริหารยาที่ง่าย การใช้ยาสูตรผสมหรือการเลือกใช้ยารูปแบบที่สามารถให้เพียงวันละ 1 ครั้ง อาจทำให้แผนการรักษาง่ายขึ้นและทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามการลดความถี่ของการใช้ยา จะมีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้ เฉพาะในรายที่ความซับซ้อนของแผนการรักษา เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเท่านั้น (Berg et al. 1993: S1-S22)

Venturini และคณะ (1999: 281-8) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยา sulfonyl-urea ของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า เมื่อจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาต่อวันเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง จะทำให้อัตราความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งลดลง 6% และผู้ป่วยที่ได้รับ second generation sulfonylurea จะมีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ first generation sulfonyl-urea 3.6% ทั้งนี้เนื่องจากยามีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานและสามารถให้วันละ 1 ครั้งได้นอกจากนี้ยังพบอาการอันไม่พึงประสงค์น้อยกว่า จากผลการศึกษาของสุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ (2532) พบว่าจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาทั้งหมดใน 1 วัน มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยพบว่าผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยามากกว่า 4 ครั้งต่อวัน มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาของ Paes, Bakker และ Soe-Agnie (1997: 1512-7) ซึ่งได้ศึกษาถึงผลกระทบของความถี่ในการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด พบว่าการลดความถี่ของการรับประทานยาลด อาจจะลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งลงได้ ผู้ป่วยที่รับประทานยวันละ 1-2 ครั้ง จะมีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยวันละ 3 ครั้ง แต่อย่างไรก็ตามการลดความถี่ของการใช้ยา อาจไม่ทำให้แผนการรักษาดีขึ้นเสมอไป เพราะผู้ป่วยที่รับประทานยวันละ 1 ครั้ง มีการรับประทานยาเกินขนาดสูงกว่ากลุ่มอื่น และในกรณีที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา จะมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องขาดยา 24 ชั่วโมง ดังนั้นการเลือกให้ยวันละ 1 หรือ 2 ครั้ง ควรขึ้นอยู่กับ therapeutic regimen ของยา

ระยะเวลาของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ล้วนมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Bond and Hussar 1991: 1978–88; Murphy and Coster 1997: 797–800) จากผลการศึกษาของสุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ (2532) ที่ได้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคมียความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 6 ปี มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยอีกเรื่องหนึ่งคือ ผลที่ไม่พึงประสงค์ของการรักษา (Berg et al. 1993: S1–S22; Murphy and Coster 1997: 797–800) ความกลัวหรือความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม เกศษกรควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับว่ามีโอกาสเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์มากน้อยเพียงใด รวมทั้งความรุนแรงของอาการดังกล่าว โดยเปรียบเทียบกับประโยชน์ทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ข้อมูลที่ไม่ละเอียดอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการใช้ยามีความเสี่ยงที่สูงเกินไป ผู้ป่วยบางรายอาจหยุดใช้ยาเมื่อมีอาการอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดหรือไม่ได้เกิดจากยาก็ได้

ปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องการทราบเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เขาได้รับ ผู้ป่วยมีโอกาสทราบข้อมูลเหล่านี้ได้จากแพทย์ แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่มีโอกาสได้ถามคำถามเหล่านี้ เนื่องจากเวลาในการพบแพทย์มีจำกัด ผู้ป่วยอาจต้องกลับไปด้วยอาการวิตกกังวล ซึ่งสิ่งนี้จะกลายเป็นอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Berg et al. 1993: S1–S22) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วยหรือปฏิเสธการวินิจฉัยของแพทย์ ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาเช่นกัน การที่แพทย์และบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ขาดความสนใจต่อผู้ป่วยหรือปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษา จะมีผลทำลายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Bond and Hussar 1991: 1978–88)

การสื่อสารที่ไม่ดีและการให้คำแนะนำที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลผิด ไม่เชื่อมั่นผู้ให้การรักษาและมีทัศนคติในเชิงลบต่อการรักษา ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ เพราะไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์ ดังนั้นแพทย์ควรมีวิธีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำที่ให้หรือไม่ และควรเน้นถึงความจำเป็นของการปฏิบัติตามแผนการรักษา

และผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีมาก ก็จะไม่ได้รับผลการรักษาที่ดี ดังนั้นคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องชัดเจนและมีความจำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าคำแนะนำที่ให้คลุมเครือ ชับซ้อนหรือเป็นการพูดยุ่งไขว้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ (Glasgow, in Cramer and Spilker, eds. 1991: 209–24) Street และคณะ (1993: 714–21) ได้ทำการศึกษาเพื่อดูว่ารูปแบบของการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) ในระหว่างการให้คำปรึกษา (counseling) จะมีความสัมพันธ์กับ metabolic control หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมี metabolic control ที่ไม่ดี หลังจากเข้ารับคำปรึกษาจากพยาบาลที่มีพฤติกรรมในการควบคุมกำกับและชี้แนะมากเกินไป พฤติกรรมที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม การเคารพความคิดเห็นของผู้ป่วยและให้การสนับสนุน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและแสดงออกถึงพฤติกรรมการยอมรับมากขึ้น

นอกจากนี้เวลาที่ผู้ป่วยต้องรอพบแพทย์หรือรอรับยา ก็อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเช่นกัน จากผลการศึกษาของสุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ (2532) พบว่าการที่ผู้ป่วยต้องรอรับยานานกว่า 1 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา การตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ต้องกระทำก่อนที่จะพิจารณาปรับแผนการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่ไม่คงที่ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจสอบ เพื่อวัดพฤติกรรมนี้เป็นประจำโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินประสิทธิผล ของการรักษา วิธีการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ควรจะวัดที่เวลาและสถานที่ที่มีการใช้ยา การวัดนี้จะมีความไวและความจำเพาะเจาะจงสูง แต่ในทางปฏิบัติคงไม่สามารถกระทำได้ วิธีการวัดในปัจจุบันมี 2 วิธี คือวิธีการวัดโดยตรง (direct method) และวิธีการวัดทางอ้อม (indirect method) (Bond and Hussar 1991: 1978–88; Smith, in Smith and Wertheimer, eds. 1996: 323-44)

วิธีการวัดโดยตรง (Direct method) โดยทั่วไปวิธีการวัดโดยตรง จะมีความไวและความจำเพาะเจาะจงสูงกว่าวิธีการวัดทางอ้อม แต่การใช้วิธีนี้มีข้อจำกัด การวัดโดยตรงได้แก่ การวัดจาก biological marker, tracer compound และการตรวจวิเคราะห์จาก biological fluid

การวัดจาก biological marker เช่น การตรวจ glycosylated hemoglobin (HbA1c) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะช่วยประเมิน metabolic control ของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาได้ ค่าปกติของ HbA1c จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับห้องปฏิบัติการที่ตรวจ โดยเฉลี่ยผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานจะมีค่า HbA1c ประมาณ 6% ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี ค่านี้อาจสูงถึง 10–12% (Bond and Hussar 1991: 1978–88)

การวัดจาก tracer compound อาจใช้ phenobarbital หรือ digoxin เดิมลงในยาที่ผู้ป่วยรับประทาน แล้ววัดระดับยา phenobarbital หรือ digoxin ใน biological fluid วิธีนี้จัดเป็น pharmacological indicator ของความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (Bond and Hussar 1991: 1978–88; Wright 1993: 909–13) การที่เลือก phenobarbital หรือ digoxin เป็น tracer compound เนื่องจากยาทั้งสองตัวนี้มีค่าครึ่งชีวิตที่ยาว จึงมีข้อดีในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา และการที่ผู้ป่วยรับประทานยามา 2–3 doses ก่อนการตรวจ ผลการตรวจจะไม่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

การวัดความเข้มข้นของยาใน biological fluid เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามการใช้วิธีนี้เพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย มีข้อจำกัด เนื่องจาก (Bond and Hussar 1991: 1978–88; Fairman and Motheral 2000: 499–505)

1. มีความแตกต่างของการดูดซึมยา การกระจายยา การแปรสภาพยาและการขับออกของยาในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขบวนการเหล่านี้จะมีผลต่อความเข้มข้นของยาใน biological fluid การที่ระดับยาในเลือดต่ำ ไม่ได้บ่งชี้ถึงปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเสมอไป

2. ความเข้มข้นของยาที่ตรวจวัดได้ มิได้บ่งบอกเกี่ยวกับเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยา

3. การรับประทานยาก่อนการตรวจ อาจทำให้ระดับยาในเลือดสูงเพียงพอ ทำให้เกิดความเข้าใจผิด คิดว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ

วิธีการวัดทางอ้อม (Indirect method) ได้แก่ การให้ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยาด้วยตนเอง (self-report) การสัมภาษณ์ การดูจากผลการรักษา การนับเม็ดยา การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของหลอดยาพ่น (metered-dose inhaler) อัตราการมารับยาเพิ่ม การใช้ computerized - compliance monitor

การให้ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยาด้วยตนเอง (self-report) เป็นวิธีที่ง่ายในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย แต่บางคนอาจไม่เชื่อถือ เพราะผู้ป่วยอาจมีความลำเอียง (bias) แต่ข้อดีของวิธีนี้คือทำให้ทราบเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยา และวิธีนี้อาจเป็นมากกว่าวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เพราะอาจทำให้เกิด “Hawthorne effect” ได้ นั่นคือผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น เพราะทราบว่ากำลังถูกสังเกต (Fairman and Motheral 2000: 499-505)

การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ง่ายในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย แต่ถึงแม้ว่าจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ที่ดีและมีความละเอียดอย่างสูงก็ตาม ก็อาจพบกับการประมาณความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่เกินความเป็นจริง ผู้ป่วยมักบอกว่าเขาได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เพื่อให้แพทย์พึงพอใจหรือหลีกเลี่ยงการไม่ยอมรับจากแพทย์

การนับเม็ดยา เป็นวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่ง่ายอีกวิธีหนึ่งที่มีใช้ในการศึกษาทางคลินิกของยา การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งจะดูจากผลต่างระหว่างจำนวนหน่วยของยาที่จ่ายและจำนวนหน่วยที่คงเหลือในภาชนะ เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ในครั้งถัดไป อย่างไรก็ตามการทิ้งยาเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย มีการศึกษาบางการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าวิธีการนับเม็ดยา จะทำให้การประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้มากเกินความเป็นจริง ดังเช่นผลการศึกษาของ Paes และคณะ (1997: 1512-7) ที่พบว่า การวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโดยวิธีการนับเม็ดยา จะทำให้การประมาณความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้มากเกินจริง เนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง นอกจากนั้นการใช้วิธีนี้ยังไม่สามารถหาจำนวนวันที่ผู้ป่วยขาดยาได้ บางการศึกษาพบว่าวิธีการนับเม็ดยา จะทำให้การประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้ต่ำกว่าวิธีอื่น ดังเช่นผลการศึกษาของ Grymonpre และคณะ (1998: 749-54) ซึ่งได้เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ที่คำนวณจากวิธีต่างๆ ได้แก่ การนับเม็ดยา การดูจากบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยและการคำนวณจากความถี่ของการมารับยาเพิ่ม พบว่า 2 วิธีหลัง

ให้อัตราความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่สูงกว่าการนับเม็ดยา และผลที่ได้จาก 2 วิธีนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่อัตราความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของวิธีการนับเม็ดยาดำกว่าวิธีอื่น อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมารับยาเพิ่มก่อนกำหนด

ผลการรักษา บางครั้งจะใช้เพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้ เช่น การวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจจะมีการใช้ยาในขนาดสูงกว่าที่แพทย์สั่งหรือมีการใช้แผนการรักษาอื่นร่วมด้วย ก่อนมาพบแพทย์ เช่น การควบคุมอาหาร เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมนี้เรียกว่า “toothbrush effect” หรือ “white-coat compliance” (Bond and Hussar 1991: 1978–88; Smith, in Smith and Wertheimer, eds. 1996: 323-44)

Computerized compliance monitor เป็นวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งทางอ้อมอีกวิธีหนึ่ง Medication Event Monitoring System (MEMS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของยาที่อยู่ในรูปแบบของแข็ง (solid dosage form) เครื่องมือนี้จะประกอบไปด้วย microprocessor ที่ฝาภาชนะบรรจุยา ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเปิดฝาภาชนะออก จะมีการบันทึกเวลาและวันที่ไว้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้ออกมาโดยการต่อ microprocessor unit เข้ากับเครื่องคอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ออกเพียงว่าผู้ป่วยมีการเปิดฝาภาชนะบรรจุยา เพื่อนำยาออกมา แต่อาจไม่ใช่จำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ไปจริง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า วิธีการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยแต่ละวิธีต่างมีข้อจำกัด ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาตรฐานกัน จึงควรใช้วิธีการตรวจสอบที่แตกต่างกันอย่างน้อย 2 วิธี เพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ส่วนการเลือกใช้วิธีการตรวจสอบวิธีใดขึ้นกับ ชนิดของ intervention ที่ต้องการประเมิน ทรัพยากรของหน่วยงาน และข้อพิจารณาในแง่จริยธรรมและกฎหมาย (Fairman and Motheral 2000: 499-505)

กลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

กลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Bond and Hussar 1991: 1978–88) ดังนี้

1. การหาปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

2. การปรับแผนการรักษาให้ง่ายขึ้น
3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
4. การกระตุ้นผู้ป่วย

การหาปัจจัยเสี่ยง ขั้นตอนแรกของการพยายามเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย คือการพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดมีโอกาสเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมากที่สุด โดยดูจากปัจจัยเสี่ยงที่ได้กล่าวมาแล้ว และควรนำปัจจัยเหล่านี้มาพิจารณาในการวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย

การปรับแผนการรักษา แผนการรักษาที่ซับซ้อนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ยิ่งแผนการรักษาซับซ้อนมาก ยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้มาก เรื่องนี้เป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในการวางแผนการรักษา แผนการรักษาควรง่ายและขึ้นกับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าเป็นไปได้ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การใช้ยาที่ออกฤทธิ์นานหรือการเลือกรูปแบบของยาที่สามารถบริหารได้วันละน้อยครั้งกว่า อาจทำให้แผนการรักษาง่ายขึ้น นอกจากนี้เวลาของการบริหารยาควรสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการใช้ยา ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาการลืมบริหารยาได้ (Felkey 1995: 42-51; Lewis et al. 1997: 2084-98)

การใช้บรรจุภัณฑ์ (packaging) ที่พิเศษและการเลือกวิธีการบริหารยาที่ง่าย อาจช่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น (Wright 1993: 909-13) เช่น การใช้

1. Unit dose blister packs ซึ่งอาจมีเอกสารที่กำกับการใช้ยาหรือการให้ความรู้อื่นแก่ผู้ป่วยรวมอยู่ด้วย
2. Calendar ที่ blister pack เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด
3. MEDIDOS เป็นภาชนะบรรจุยาที่แบ่งเป็น 7 ช่องเล็กๆ สำหรับบรรจุยาเพื่อใช้ใน 1 สัปดาห์ มีการแบ่งเป็นการให้ยาวันละ 1, 2, 3 หรือ 4 ครั้ง
4. CompuMed เป็นอุปกรณ์จ่ายยาเม็ดอัตโนมัติ ที่มีเสียงเตือนผู้ป่วยว่าถึงเวลาที่ต้องรับประทานยาแล้ว
5. Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นขวดใส่ยาเม็ดที่มี micro-processor ที่ฝาภาชนะ สามารถบันทึกการใช้ยาได้ถึง 350 ครั้ง ทุกครั้งที่มีการเปิดและปิดภาชนะ จะบันทึกเป็นการใช้ยา 1 ครั้ง

6. การใช้ controlled release formulations อาจเป็นในรูปแบบยารับประทาน ยาฝัง หรือยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

7. การใช้วิธีการส่งผ่านยาแบบใหม่ เช่น liposome , microcapsule delivery

Murray และคณะ (1993: 616-21) ได้ทำการศึกษาเพื่อดูผลของการใช้ unit-of-use packaging ต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีแผนการรักษาที่ซับซ้อน โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีการใช้ยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าการใช้ unit-of-use packaging จะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น การที่ผู้ป่วยจะใช้ยาตามแพทย์สั่งได้นั้น ผู้ป่วยต้องเข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง นอกจากวิธีการใช้ยาแล้ว ยังต้องทราบเกี่ยวกับรูปแบบของยา การเก็บรักษา เทคนิคการบริหารยา การติดตามผลการใช้ยาด้วยตนเอง เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Herrier and Boyce 1995: 11-2) ก่อนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพิจารณาว่าควรจะให้ข้อมูลอะไรแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา

The Diabetes Education Study Group (DESG) of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) ได้แนะนำว่า สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและเป็นผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลิน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้ เมื่อให้การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (Gadsby and MacKinnon 1999: 103-8)

- ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรักษา
- ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะโภชนาการที่ดีและการควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม
- ความสำคัญของการออกกำลังกาย

สำหรับการนัดผู้ป่วยมาตรวจในครั้งต่อไป ควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยควรมีความจำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ อายุ การรักษา ชนิดของโรคเบาหวาน การมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ในประเทศเยอรมัน ได้มีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Berger, Jorgens, and Flatten 1996: 153-5) โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ ละ 4-8 คน รวม 4 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์และใช้เวลาครั้งละ 90 นาที เนื้อหาของความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวานการติดตาม

ผลการรักษาด้วยตนเอง สาเหตุที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด อาหาร การดูแลเท้า การออกกำลังกาย sick-day rules และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ในการให้ความรู้แต่ละครั้ง จะประกอบด้วยทฤษฎี ประสบการณ์และการปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้

ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 จะมีการอภิปรายในกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าประวัติโรคเบาหวานของตนเอง จากนั้นจะให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้ผู้ป่วยเรียนรู้การตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง โดยใช้ test strips มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะวันละ 3 ครั้ง หลังอาหารมื้อหลัก และลงบันทึกในสมุดบันทึกที่แจกให้

ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 ให้ผู้ปยุ่นำค่าระดับน้ำตาลในปัสสาวะที่บันทึกไว้มานำเสนอและอภิปราย จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการทำให้ metabolic control ดีขึ้น เช่น การควบคุมอาหารและการลดน้ำหนัก และอธิบายถึงประโยชน์ของ nondrug therapy ผู้ป่วยจะได้รับการสอนเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน โดยให้คำนึงถึงปริมาณแคลอรี

ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 3 ก่อนการสอน จะให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในปัสสาวะในสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นจะสอนเกี่ยวกับการดูแลเท้าและการออกกำลังกาย โดยครั้งนี้จะมีแพทย์ตรวจเท้าให้ผู้ป่วยด้วย

ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 4 จะมีการอภิปรายเกี่ยวกับ sick-day rules และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจติดตามที่จำเป็น เพื่อดูผลการควบคุมโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ได้มีผู้นำโปรแกรมนี้ไปทดลองใช้และประเมินผล หลังติดตามผู้ป่วย 1 ปี พบว่าการใช้โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงและลดการใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดลงได้ถึง 50% นอกจากนี้ยังทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย

สำหรับข้อมูลที่ควรให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Bond and Hussar 1991: 1978-88; Carter and Helling, in Herfindal and Gourley, eds. 1992: 82-92; Lewis et al. 1997: 2084-98; Bullock and McDonough 2000: 40-2) ได้แก่

- ชื่อ : ชื่อการค้า ชื่อสามัญ ชื่อพ้องอื่นๆ
- ประโยชน์และการออกฤทธิ์ของยา
- รูปแบบของยา ขนาดที่ใช้ วิธีการบริหารยา ระยะเวลาของการใช้ยา
- คำแนะนำเฉพาะสำหรับยาบางชนิด และวิธีการบริหารยาบางวิธี

- ข้อควรระวังที่พึงสังเกตระหว่างการไช้ยา
- อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการหลีกเลี่ยงและการแก้ไขเมื่อเกิดอาการ

ดังกล่าว

- การติดตามผลการรักษาด้วยตนเอง
- การเก็บรักษายาที่ถูกต้องและเหมาะสม
- การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา หรือยากับอาหารที่อาจเกิดขึ้นได้
- ข้อมูลเกี่ยวกับการรับยาเพิ่ม
- สิ่งที่ต้องกระทำในกรณีที่มีอาการ
- ความสำคัญของการร่วมมือในการไช้ยาตามสั่ง
- ข้อมูลอื่นๆ ที่ให้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

อย่างไรก็ตามเราจำเป็นต้องตระหนักว่าถ้าข้อมูลที่ให้มีรายละเอียดมากเกินไป หรือการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม เช่น การพูดถึงอาการข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ไช้ยาได้ เป้าหมายของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ ควรอธิบายถึงประโยชน์ของการรักษาและความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำที่ซับซ้อนและศัพท์ทางเทคนิคที่ไม่จำเป็น เพราะอาจมีผลต่อความเข้าใจของผู้ป่วย หลังจากให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแล้ว ควรขอให้ผู้ป่วยทวนความเพื่อความเข้าใจของผู้ป่วย และควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถาม (Lewis et al. 1997: 2084-98)

วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ใช้โดยทั่วไป (Bond and Hussar 1991: 1978-88; Carter and Helling, in Herfindal and Gourley, eds. 1992: 82-92) มีดังนี้

การสื่อสารโดยการพูดและการให้คำปรึกษา (Oral communication and counseling) การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย สามารถกระทำได้ทั้งโดยการพูดและการเขียน การสื่อสารโดยการพูดเป็นวิธีที่สำคัญที่สุดของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพราะเป็นการสื่อสารโดยตรง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา และเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถามคำถาม การให้ความรู้โดยการพูด สามารถกระทำได้ 2 แบบคือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเล็กๆ

การสื่อสารโดยการเขียน (Written communication) แม้ว่าผู้ป่วยอาจจะเข้าใจวิธีการไช้ยา ณ. เวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือเภสัชกร แต่เขาอาจจะลืมรายละเอียดเกี่ยวกับ

วิธีการใช้ยาได้ ดังนั้นการสื่อสารโดยการเขียนจึงมีความสำคัญเช่นกัน นอกจากการเขียนวิธีการใช้ยาที่ฉลากแล้ว อาจจะมีเอกสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องโรคและการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย ควรเป็นข้อมูลยาเฉพาะตัวมากกว่าการให้ข้อมูลของยาเป็นกลุ่ม หรือข้อมูลทั่วไปที่ใช้กับยาทุกรูปแบบ ถึงแม้ว่าการเขียนฉลากและเอกสารเพิ่มเติมที่ให้แก่ผู้ป่วยจะดีเพียงใด แต่ก็เป็น การสื่อสารแบบทางเดียว ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้ถามคำถามในกรณีที่มีข้อสงสัย ดังนั้นควรใช้การสื่อสารทั้งโดยการพูดและการเขียนประกอบกัน การสื่อสารทั้งสองวิธีนี้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ตระหนักถึงการรักษา

การใช้โสตทัศนูปกรณ์ (Audiovisual materials) การใช้โสตทัศนูปกรณ์ช่วยนี้อาจจะมีประโยชน์ในบางโอกาส เพราะผู้ป่วยจะได้เห็นภาพลักษณะของการเจ็บป่วยได้ชัดเจนกว่าหรืออาจได้ทราบถึงการออกฤทธิ์ของยาหรือวิธีการบริหารยา เช่น วิธีการฉีดอินซูลิน การใช้ metered-dose inhaler เป็นต้น การให้ความรู้โดยการใช้สื่อนี้อาจจะให้ในบริเวณที่ผู้ป่วยนั่งรอหรือในห้องให้คำปรึกษา นอกจากนี้อาจใช้เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ในกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่บุคลากรที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีจำกัด การให้ความรู้ทางวิดีโอเทป ผู้ป่วยสามารถดูได้หลายครั้ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และเป็นการประกันว่าผู้ป่วยแต่ละคนได้รับข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ระยะเวลาที่เหมาะสมของการให้ความรู้ทางวิดีโอเทปคือ 8-20 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่คนดูให้ความสนใจ แต่อย่างไรก็ตามการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (Superior et al. 2002: 859-61)

การใช้โปรแกรมพิเศษ (Special compliance programs) ที่จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ยาตามสั่ง เช่น โปรแกรมแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (มนุพัศ โลหิตินาวี 2539)

การกระตุ้นผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญอีกสิ่งหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่ง หากผู้ป่วยรู้สึกว้าโรหรืออาการที่เป็นอยู่มีความรุนแรงและการรักษาจะทำให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักจะสันนิษฐานว่า ถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและแผนการรักษาดี จะมีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งดี แม้ว่าหลักฐานนี้จะ เป็นจริงสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ในผู้ป่วยบางราย การมีความรู้เพิ่มขึ้นไม่ได้ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ดังผลการศึกษาของ Chan และ Molassiotis (1999: 431-8) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนรักษา รวมทั้งความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) ของชาวจีนในฮ่องกง ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก แต่ขาดการนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติ นั่นคือมีช่องว่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยรู้กับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง ดังนั้นควรมีกิจกรรมในการลดช่องว่างดังกล่าวลง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น

นอกจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและทัศนคติหรือแรงจูงใจแล้ว พฤติกรรมเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การกระตุ้นผู้ป่วยจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งน้อยกว่าการให้ความรู้ เนื่องจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งได้ดี และปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีน้อย เนื่องจากผู้ป่วยใช้ยาในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ในทางตรงกันข้าม ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะมีบทบาทสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในระยะแรก แต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งในระยะยาว เนื่องจากโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงออกหรือมีอาการแสดงออกเพียงเล็กน้อย และระยะเวลาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจะใช้เวลานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต และต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการกระตุ้นผู้ป่วยจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมากกว่าการให้ความรู้ (Herrier and Boyce 1995: 11-2)

จากความซับซ้อนและผลเสียของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เกสซ์กรในฐานะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวกับเรื่องยา อาจช่วยแก้ปัญหานี้ได้

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นหน้าที่สำคัญที่เภสัชกรควรกระทำ เภสัชกรจำเป็นต้องเข้าหาผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและวางแผนติดตามการรักษา

Koehler และคณะ (1989: 729-32) ได้เลือกตัวชีวิต 6 ตัว เพื่อใช้เป็นแนวทางคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรติดตาม เนื่องจากมีโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 ชนิด ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 12 doses ต่อวัน ขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาตั้งแต่ 4 ครั้ง ขึ้นไป ภายในระยะเวลา 12 เดือน ที่ผ่านมา
4. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกันมากกว่า 3 โรค ขึ้นไป
5. ผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง
6. ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่จำเป็นต้องมีการติดตาม

จากผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด ซึ่งปัญหานี้เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากเภสัชกรสามารถชี้ได้ว่าผู้ป่วยคนใดมีโอกาสเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง และหาแนวทางแก้ไขปัญหามาให้แกผู้ป่วย

การแก้ปัญหาคความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ขั้นตอนแรกต้องหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง ต่อจากนั้นต้องหาวิธีการแก้ปัญหามาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีอยู่ และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการติดตามผลของ intervention ที่ให้แก่ผู้ป่วย (Felkey 1995: 42-51; Christensen, in Smith and Wertheimer, eds. 1996: 351-77)

การสื่อสารระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้นและอาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้น (Young 1996: 1277-91) ก่อนที่เภสัชกรจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยก่อน และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือการรู้ว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้อย่างไร อย่งไรก็ตามการเรียนรู้และความรู้ ก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่ประกันว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะในแต่ละวันผู้ป่วยต้องพบกับสิ่งต่างๆ มากมาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ลืมรับประทานยา ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอื่นๆ เช่น การควบคุมอาหาร หรือการหยุดสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ต้องพิจารณาเมื่อจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยคือ ทักษะคิดและความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจว่าเขาเป็นโรคและโรคนี้อันตราย การรักษาที่เขาได้รับมีประโยชน์มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไป หรืออาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและอุปสรรคอื่นๆ นอกจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไม่ควรเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว เภสัชกรจำเป็นต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วยที่จะเลือกด้วย การให้ความรู้จะ

ประสบผลสำเร็จได้ ถ้าผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Carter and Helling, in Herfindal and Gourley, eds. 1992: 82-92; American Society of Health-System Pharmacists 1997: 431-4)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่เลือกใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยนอก และมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2544 และระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2544 ระหว่างเวลา 8.00-12.00 น.

Inclusion criteria

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้ป่วยนอกและมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย โดยไม่จำกัดเพศ อายุ
2. มีการใช้ยารักษาโรคเบาหวานอยู่ขณะที่ทำการศึกษา
3. ยังไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลมาก่อนทำการศึกษานี้
4. สามารถให้สัมภาษณ์ได้หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแล ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถให้สัมภาษณ์ได้

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยไม่ยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา หรือไม่ยินดีให้ติดตามเก็บข้อมูลจนครบทั้ง 3 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี random sampling จากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานและเข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย การสุ่มทำโดยนํารายชื่อผู้ป่วยที่จะมารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานและเข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย มาใส่ลำดับที่ตามจำนวนนับ จากนั้นทำการสุ่มโดยใช้ตัวเลขหลัก

หน่วยและหลักสิบของตารางเลขคู่ ผู้ป่วยเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทำการศึกษา สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษา ถ้าผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการศึกษา จะทำการศึกษาและเก็บข้อมูล 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลของปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ได้แก่ ข้อมูลลักษณะประชากร สิทธิการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย (ตัวอย่างในภาคผนวก ก)

2. แบบบันทึกปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้รักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งและปัญหาอื่นๆ ที่ตรวจพบจากการสัมภาษณ์ สาเหตุของปัญหาและคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting blood sugar) (ตัวอย่างในภาคผนวก ข)

3. แบบบันทึกจำนวนและชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง และสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ ที่สรุปได้จากการศึกษาแต่ละครั้ง รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (ตัวอย่างในภาคผนวก ค)

4. บัตรตรวจโรค (OPD card) เพื่อดูประวัติการใช้รักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ของผู้ป่วย

5. แผลงแสดงตัวอย่างยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบชื่อยา และผู้ป่วยบางรายไม่สามารถอธิบายลักษณะของยาที่ใช้ได้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผลงแสดงตัวอย่างยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับบ่อย เพื่อให้ผู้ป่วยระบุยาที่ใช้ได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1

1. สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. บันทึกประวัติการใช้ยาสำหรับโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน โดยดูจากบัตรตรวจโรค

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ พร้อมทั้งบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

4. ดำเนินการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ตามชนิดของปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแนวทางการให้คำปรึกษาในภาคผนวก ง

ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

1. บันทึกประวัติการใช้ยาสำหรับโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน โดยดูจากบัตรตรวจโรค

2. สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อดูว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ตรวจพบในครั้งก่อน ได้รับการแก้ไขหรือไม่ และพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอื่นอีกหรือไม่ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ พร้อมทั้งบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

3. ดำเนินการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ตามชนิดของปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแนวทางการให้คำปรึกษาในภาคผนวก ง

กลุ่มควบคุม ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1

1. สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2. บันทึกประวัติการใช้ยาสำหรับโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน โดยดูจากบัตรตรวจโรค

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ พร้อมทั้งบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

4. ให้ผู้ป่วยได้รับบริการจ่ายยา และรับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ห้องจ่ายยา

ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

1. บันทึกประวัติการใช้ยาสำหรับโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน โดยดูจากบัตรตรวจโรค

2. สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ พร้อมทั้งบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

3. ให้ผู้ป่วยได้รับบริการจ่ายยา และรับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ห้องจ่ายยา

เกณฑ์การตัดสินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

เกณฑ์การตัดสินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง จะถือว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หากสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยารักษาโรคเบาหวานและยาที่รักษาโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ตามลักษณะข้อใดข้อหนึ่งมากกว่า 2 วัน ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา นั่นคือผู้ป่วยมีจำนวนวันที่ใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่งน้อยกว่า 80% ของจำนวนวันที่ได้รับยา (Eisen, in Cramer and Spilker, eds. 1991: 225-31) การที่สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เนื่องจากวิธีที่ใช้ในการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของการศึกษานี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ดังนั้นการสอบถามข้อมูลการใช้ยาในระยะเวลาที่นานกว่านี้ ผู้ป่วยบางรายอาจจำข้อมูลไม่ได้ ทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความคลาดเคลื่อน เกณฑ์การตัดสินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์ 2532; Berg et al. 1993: S1-S22; วันจันทร์ ปุณฺณวันทนี 2541) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคเบาหวานหนึ่งที่ได้รับจากโรงพยาบาล ในขนาดที่ต่างไปจากแพทย์สั่ง อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง โดยที่ผู้ป่วยเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

2. ผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคเบาหวานหนึ่งที่ได้รับจากโรงพยาบาล โดยที่จำนวนครั้งในแต่ละวัน ต่างไปจากแพทย์สั่ง อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง โดยที่มิได้มีสาเหตุจากการลืมใช้ยา

3. ผู้ป่วยหยุดใช้ยาขนานใดขนานหนึ่งที่ได้รับจากโรงพยาบาลก่อนแพทย์สั่ง โดยไม่มีเหตุผลสมควร แต่หากผู้ป่วยหยุดใช้ยาโดยมีเหตุผลสมควร เช่น แพ้ยา หรือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะถือว่าผู้ป่วยยังคงร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง
4. ผู้ป่วยยังคงใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว
5. ผู้ป่วยลืมใช้ยาขนานใดขนานหนึ่งที่ได้รับจากโรงพยาบาล
6. ผู้ป่วยใช้ยาขนานใดขนานหนึ่งที่ได้รับจากโรงพยาบาล ในเวลาที่ต่างไปจากแพทย์สั่ง เช่น ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร แต่ผู้ป่วยรับประทานหลังอาหาร โดยที่มิได้มีสาเหตุจากการลืมรับประทานยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 10.0

1. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลลักษณะประชากรที่ศึกษา และทดสอบความแตกต่างของลักษณะประชากรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์
2. คำนวณค่าร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และทดสอบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์
3. ทดสอบความแตกต่างของจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร โดยใช้ Mann-Whitney U test
5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร และปัจจัยที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยใช้สถิติไคสแควร์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้เป็นผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย ในวันพุธและวันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 8.00–12.00 น. เป็นผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาดำเนินการศึกษาและการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2544 และระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2544 โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย 3 ครั้ง คือ ข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2

การศึกษาและเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เป็นข้อมูลก่อนการทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด

การศึกษาและเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เป็นข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามศึกษาและเก็บข้อมูลได้ในกลุ่มควบคุม 30 คน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ 2 คน ที่ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลแก่งคอยอีกเลย ส่วนกลุ่มทดลองติดตามศึกษาและเก็บข้อมูลได้ 28 คน โดยผู้ป่วย 3 คน ที่ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลแก่งคอยอีกเลย ส่วนผู้ป่วยอีก 1 คน มารับการตรวจและรับยาลดน้ำตาลในเลือด โดยไม่ได้เข้าคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน และไม่ได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

การศึกษาและเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 เป็นข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามศึกษาและเก็บข้อมูลได้ในกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 27 คน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองอีก 1 คน ที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ผลนี้ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่สามารถติดตามศึกษาและเก็บข้อมูลได้ครบทั้ง 3 ครั้ง เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 27 คน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง

2.2 จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

2.3 ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

2.4 สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

2.5 การแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

ตอนที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

3.1 การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร และปัจจัยที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

ตอนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วมด้วย จำนวนขนานยาและรูปแบบยาที่ใช้ ความสามารถในการบริหารยาด้วยตนเอง แสดงในตารางที่ 2 จากข้อมูลในตารางที่ 2 เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าลักษณะประชากรของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จึงไม่มีรายได้และมีบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเป็นโรคเบาหวานมา 2-5 ปี และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย นอกจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแล้ว มีผู้ป่วย 1 คน ที่มีโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) ร่วมด้วยและอีก 1 คน มีภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติ (hyperlipidemia) ร่วมด้วยซึ่งโรคและภาวะผิดปกติดังกล่าวเป็นสิ่งที่มักพบร่วมกับโรคเบาหวาน (American Diabetes Association 1998: S23-S31) สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยต้องรับประทานยาวันละ

หลายขนาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องบริหารยาด้วยตนเอง เนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานประชากรที่ศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม คน (%)	กลุ่มทดลอง คน (%)	<i>p</i> -value*
จำนวน	30	27	
เพศ			
ชาย	10 (33.3)	6 (22.2)	0.391
หญิง	20 (66.7)	21 (77.8)	
อายุ (ปี)			
อายุเฉลี่ย (Mean \pm SD)	57.4 \pm 6.9	58.9 \pm 11.0	
40 – 50	5 (16.7)	6 (22.2)	0.183
51 – 60	15 (50.0)	7 (25.9)	
61 – 70	8 (26.7)	8 (29.6)	
> 70	2 (6.7)	6 (22.2)	
การศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (13.3)	5 (18.5)	0.722
ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา	26 (86.7)	22 (81.5)	
อาชีพ			
ไม่ได้ทำงาน	17 (56.7)	17 (63.0)	0.384
ข้าราชการ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	6 (20.0)	2 (7.4)	
รับจ้าง เกษตรกร	7 (23.3)	8 (29.6)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม คน (%)	กลุ่มทดลอง คน (%)	<i>p</i> -value*
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
ไม่มีรายได้	16 (53.3)	17 (63.0)	0.683
≤ 3,000	1 (3.3)	2 (7.4)	
3,001 – 6,000	9 (30.0)	5 (18.5)	
> 6,000	4 (13.3)	3 (11.1)	
สถานภาพสมรส			
โสด	2 (6.7)	2 (7.4)	0.202
สมรส	23 (76.7)	15 (55.6)	
หย่า ม่าย แยกกันอยู่ สิทธิการรักษา	5 (16.7)	10 (37.0)	
เบิกค่ารักษาได้ จ่ายเงินเอง	4 (13.3)	2 (7.4)	0.673
มีบัตรสวัสดิการรักษายาขาด	26 (86.7)	25 (92.6)	
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี)			
< 2	7 (23.3)	4 (14.8)	0.223
2 – 5	17 (56.7)	12 (44.4)	
> 5	6 (20.0)	11 (40.7)	
โรคประจำตัวอื่น	16 (53.3)	12 (44.4)	0.599
Hypertension	16	12	
Ischemic heart disease	1	0	
Hyperlipidemia	0	1	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม คน (%)	กลุ่มทดลอง คน (%)	<i>p</i> -value*
จำนวนขนานยาที่ใช้			
1 ขนาน	6 (20.0)	5 (18.5)	0.909
2 ขนาน	8 (26.7)	7 (25.9)	
3 ขนาน	11 (36.7)	11 (40.7)	
4 ขนาน	4 (13.3)	2 (7.4)	
5 – 7 ขนาน	1 (3.3)	2 (7.4)	
รูปแบบของยาที่ใช้			
ยารับประทาน	30 (100.0)	26 (96.3)	
ยารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลิน	0	1 (3.7)	
การบริหารยาด้วยตนเอง			
ได้	29 (96.7)	26 (96.3)	
ไม่ได้	1 (3.3)	1 (3.7)	

* ทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์

ตอนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

การศึกษานี้ทำการศึกษา และเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 วิธีที่ใช้ในการสืบหาความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของการศึกษานี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ เกณฑ์การตัดสินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง จะถือว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หากสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ถูกต้องตามแพทย์สั่ง เท่ากับหรือมากกว่า 80% ของจำนวนวันที่ได้รับยา

จากการติดตามเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม 3 ครั้ง พบผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมารับการตรวจไม่ตรงตามนัด 1 ครั้ง จำนวน 4 คน (13.3%) โดยผู้ป่วย 3 คน มารับการตรวจหลังวันนัด 1 สัปดาห์ ส่วนอีก 1 คน มารับการตรวจก่อนวันนัด 1 วัน

ซึ่งเป็นวันที่มีคลินิกผู้ป่วยเบาหวานเช่นกัน จากการสัมภาษณ์พบผู้ป่วยดังกล่าวมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง 3 คน ส่วนอีก 1 คน ที่มารับการตรวจไม่ตรงตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำในไต ที่โรงพยาบาลสระบุรี ทำให้ไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีจำนวน 4 คน (14.8%) ที่มารับการตรวจไม่ตรงตามนัด 1 ครั้ง โดยผู้ป่วย 3 คน มารับการตรวจหลังวันนัด 1 สัปดาห์ ส่วนอีก 1 คน มารับการตรวจหลังวันนัด 2 สัปดาห์ จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 คน มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมาตรวจไม่ตรงตามนัด อาจเป็นตัวบ่งชี้ตัวหนึ่งว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง

ผลการศึกษาพบจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง ตามตารางที่ 3 จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์พบว่า ก่อนทดลอง จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง 33.3% และกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง 37.0% หลังการทดลองครั้งที่ 1 พบจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม หลังการทดลองครั้งที่ 2 พบจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.007$) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่าหลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งหลังการทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = 0.002$)

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูง จากรายงานและผลการศึกษาต่างๆ พบอุบัติการณ์ของปัญหาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 40–83% (สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ 2532; Berg et al. 1993: S6; Venturini et al. 1999: 281-8; American Diabetes Association 2000 a) สำหรับอุบัติการณ์ที่พบในการศึกษานี้อยู่ในช่วงดังกล่าว และจากผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูง (สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ 2532; กนกวรรณ ภูไพศาล 2537; สุภารัตน์ ปัญญาปัดโชโต 2540;

วันจันทร์ ปุณฺณวันทนี 2541; จูติมา ชูเทพย์ 2542; ทศนา เต็มคลัง 2542; มนสิดา อารีกุล 2542)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้จ่ายตามสั่ง

จำนวนผู้ป่วยที่ใช้จ่ายตามสั่ง คน (%)			
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	กลุ่มควบคุม (n = 30 คน)	กลุ่มทดลอง (n = 27 คน)	p-value*
ก่อนทดลอง	10 (33.3)	10 (37.0)	0.494
หลังทดลองครั้งที่ 1	12 (40.0)	17 (63.0)	0.071
หลังทดลองครั้งที่ 2	14 (46.7)	22 (81.5)	0.007
เปรียบเทียบภายในกลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 2	p-value*
กลุ่มควบคุม	10 (33.3)	14 (46.7)	0.430
กลุ่มทดลอง	10 (37.0)	22 (81.5)	0.002

* ทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์

2.2 จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่ง

จากวิธีการสัมภาษณ์ เพื่อหารายละเอียดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่ง บางรายมีจำนวนปัญหามากกว่า 1 ปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 4 จากตารางที่ 4 เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าก่อนทดลอง ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.020$) อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองยังคงมีผู้ป่วยอีก 5 คน (18.5%) ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เมื่อสิ้นสุดการทดลอง นั่นคือการให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยได้ระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือ

ในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้ แต่ยังคงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ด้วยวิธีการให้คำปรึกษาแนะนำ (สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ 2532; กนกวรรณ ภูไพศาล 2537; สุภารัตน์ ปัญญาปัทโชโต 2540; วันจันทร์ ปุญญวันทนี 2541; จิตติมา ชูเทพย์ 2542; ทศนา เต็มคลัง 2542; มนสิดา อารีกุล 2542) สำหรับผู้ป่วยที่ยังคงพบปัญหา ควรพิจารณาว่ามีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอื่นอีกหรือไม่ และอาจต้องเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาคือใช้วิธีการแก้ปัญหาคืออื่นร่วมด้วย เช่น การให้ความรู้ในรูปของเอกสาร วิดีโอเทปหรือโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการใช้ยา ถึงแม้สื่อต่างๆ เหล่านี้จะเป็นการสื่อสารแบบทางเดียวแต่ก็มีประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถอ่านซ้ำหรือดูซ้ำได้ ในกรณีที่ยังไม่เข้าใจชัดเจนหรือลืม และในผู้ป่วยบางรายอาจต้องแก้ปัญหโดยประสานกับแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ทำงานยุ่ง แล้วทำให้เกิดปัญหาลืมรับประทานยา อาจต้องปรับเปลี่ยนมือที่รับประทานยา ถ้าสามารถทำได้ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว (Felkey 1995: 42-51; Lewis et al. 1997: 2084-98)

จากการศึกษานี้ นอกจากจะพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งแต่ละรายมีจำนวนปัญหาที่แตกต่างกันแล้ว ยังพบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายมีจำนวนปัญหาเพิ่มขึ้น บางรายมีจำนวนปัญหาลดลง บางรายมีจำนวนปัญหาคงเดิมแต่ชนิดของปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายยังคงมีจำนวนและชนิดของปัญหาคงเดิมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ตารางที่ 5 ได้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบในการทดลอง เป็นการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและเมื่อสิ้นสุดการทดลอง จากตารางที่ 5 พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่มีจำนวนปัญหาลดลง เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุม ถึงแม้จะพบผู้ป่วยมีจำนวนปัญหาลดลง แต่ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงพบปัญหาเมื่อสิ้นสุดการทดลอง นอกจากพบผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาลดลง ยังพบผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหาคงเดิม แต่ชนิดของปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่ไม่คงที่ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Christensen, in Smith and Wertheimer, eds. 1996: 351-77) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเป็นประจำ โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินประสิทธิผลของการรักษา

ตารางที่ 4 จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลอง

จำนวนปัญหาที่พบ	กลุ่มควบคุม คน (%)	กลุ่มทดลอง คน (%)	<i>p</i> -value*
ก่อนทดลอง			
1 ปัญหา	12 (60.0)	8 (47.0)	0.545
2 ปัญหา	4 (20.0)	7 (41.2)	
3 ปัญหา	4 (20.0)	2 (11.8)	
รวม	20 (100.0)	17 (100.0)	
หลังทดลองครั้งที่ 1			
1 ปัญหา	13 (72.2)	7 (70.0)	0.222**
2 ปัญหา	4 (22.2)	3 (30.0)	
3 ปัญหา	1 (5.6)	0	
รวม	18 (100.0)	10 (100.0)	
หลังทดลองครั้งที่ 2			
1 ปัญหา	10 (62.5)	4 (80.0)	0.020**
2 ปัญหา	4 (25.0)	1 (20.0)	
3 ปัญหา	2 (12.5)	0	
รวม	16 (100.0)	5 (100.0)	

* ทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์

** เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ ได้รวมจำนวนผู้ป่วยที่มี 2 และ 3 ปัญหาเข้าด้วยกัน

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การเปลี่ยนแปลงของปัญหา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	คน (%)	คน (%)
จำนวนปัญหาเพิ่มขึ้น	1 (5.0)	1 (5.6)
จำนวนปัญหาลดลง	8 (40.0)	14 (77.8)
ยังคงพบปัญหาเมื่อสิ้นสุดการทดลอง	4 (20.0)	1 (5.6)
ไม่พบปัญหาเมื่อสิ้นสุดการทดลอง	4 (20.0)	13 (72.2)
จำนวนปัญหาคงเดิม	11 (55.0)	3 (16.7)
ชนิดของปัญหาเปลี่ยนแปลง	2 (10.0)	1 (5.6)
ชนิดของปัญหาคงเดิม	9 (45.0)	2 (11.1)
รวม	20 (100.0)	18 (100.0)

มหาวิทยาลัยศิลปากร ส่วนวิจัยสตรี

2.3 ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

จากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบ สามารถจำแนกรายละเอียด ชนิดของปัญหาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้ ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7 ตามลำดับ

จากตารางที่ 6 และ 7 พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบบมากที่สุดในการศึกษานี้คือ การใช้ยาผิดเวลา เช่นเดียวกับผลการศึกษานี้ของสุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ (2532) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของมนิสิดา อารีกุล (2542) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนปัญหาที่พบบรองลงมาคือ การลืมใช้ยา เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมยังคงมีปัญหาคการใช้ยาผิดเวลาสูง ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบปัญหาดังกล่าว ส่วนปัญหาการลืมใช้ยา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีปัญหาการลืมใช้ยาลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง นั่นคือการให้คำปรึกษารายบุคคล จะช่วยแก้ปัญหาคการใช้ยาผิดเวลาของผู้ป่วยได้ แต่อาจไม่ช่วยแก้ปัญหาคการลืมใช้ยา มีบางการศึกษาเช่นการศึกษาของวันจันทร์ ปุญญวันทนี (2541) และการศึกษาของมนิสิดา อารีกุล (2542) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาคการลืมใช้ยาของ

ผู้ป่วยได้ 52.08% และ 87.88% ตามลำดับ เมื่อเทียบกับก่อนให้คำปรึกษา แต่การศึกษาดังกล่าวไม่มีกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งบางปัญหาได้ แต่บางปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้เนื่องจากปัญหาแต่ละปัญหามีสาเหตุที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบในกลุ่มควบคุม

ชนิดของปัญหา	จำนวนปัญหาที่พบ (%)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 1	หลังทดลองครั้งที่ 2
ใช้ยาผิดขนาด			
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	0	0	1 (4.2)
มากกว่าแพทย์สั่ง	1 (3.1)	0	0
จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง			
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	5 (15.6)	3 (12.5)	5 (20.8)
มากกว่าแพทย์สั่ง	1 (3.1)	0	0
หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง	2 (6.3)	2 (8.3)	1 (4.2)
ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว	1 (3.1)	0	0
ลืมใช้ยา	7 (21.9)	6 (25.0)	4 (16.7)
ใช้ยาผิดเวลา	15 (46.9)	13 (54.2)	13 (54.2)
รวม	32 (100.0)	24 (100.0)	24 (100.0)

ตารางที่ 7 ชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบในกลุ่มทดลอง

ชนิดของปัญหา	จำนวนปัญหาที่พบ (%)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 1	หลังทดลองครั้งที่ 2
ใช้ยาผิดขนาด			
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	0	1 (7.7)	0
มากกว่าแพทย์สั่ง	5 (17.9)	0	0
จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง			
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	3 (10.7)	2 (15.4)	1 (16.7)
มากกว่าแพทย์สั่ง	2 (7.1)	0	0
หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง	2 (7.1)	3 (23.1)	1 (16.7)
ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว	0	0	0
ลืมใช้ยา	7 (25.0)	7 (53.8)	4 (66.6)
ใช้ยาผิดเวลา	9 (32.1)	0	0
รวม	28 (100.0)	13 (100.0)	6 (100.0)

2.4 สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบสาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 8 และ 9 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ชนิดของปัญหา	สาเหตุ	จำนวนปัญหา		
		1*	2**	3***
ใช้ยาผิดขนาด				
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	- ไม่อ่านฉลากยา	0	0	1
มากกว่าแพทย์สั่ง	- ไม่อ่านฉลากยา	1	0	0
จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง				
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	- ขาดความรู้	4	2	4
	- อาการข้างเคียง	1	1	1
มากกว่าแพทย์สั่ง	- ไม่อ่านฉลากยา	1	0	0
หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง				
	- อาการข้างเคียง	2	1	1
	- ยาทหมด	0	1	0
ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว				
	- ขาดความรู้	1	0	0
ลืมใช้ยา				
	- ออกไปธุระ	2	3	3
	- ทำงานยุ่ง	2	0	1
	- ความจำไม่ดี	1	2	0
	- ไม่ให้ความสำคัญ	2	1	0
ใช้ยาผิดเวลา				
	- ไม่อ่านฉลากยา	13	11	11
	- ทำงานยุ่ง	2	2	2
รวม		32	24	24

* ก่อนทดลอง

** หลังทดลองครั้งที่ 1

*** หลังทดลองครั้งที่ 2

ตารางที่ 9 สาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

ชนิดของปัญหา	สาเหตุ	จำนวนปัญหา		
		1*	2**	3***
ใช้ยาผิดขนาด				
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	- ยาหาย	0	1	0
มากกว่าแพทย์สั่ง	- ไม่อ่านฉลากยา	5	0	0
จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง				
น้อยกว่าแพทย์สั่ง	- ขาดความรู้	3	2	1
มากกว่าแพทย์สั่ง	- ไม่อ่านฉลากยา	2	0	0
หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง				
	- อาการข้างเคียง	1	1 ^a	0
	- ยาหมด	1	2	1
	- คิดเองไม่ได้	0	1 ^b	0
ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว				
ลืมใช้ยา	- ออกไปธุระ	2	0	1
	- ทำงานยุ่ง	2	3	2
	- ความจำไม่ดี	0	1	0
	- ไม่ให้ความสำคัญ	3	3	1
ใช้ยาผิดเวลา				
	- ไม่อ่านฉลากยา	8	0	0
	- ทำงานยุ่ง	1	0	0
รวม		28	14	6

* ก่อนทดลอง

** หลังทดลองครั้งที่ 1

*** หลังทดลองครั้งที่ 2

a, b เป็นผู้ป่วยรายเดียวกันที่มีปัญหาหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง 2 ชนิด เนื่องจากสาเหตุ 2 สาเหตุ

จากตารางที่ 8 และ 9 พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งบางปัญหา มีหลายสาเหตุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัญหาผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด พบทั้งการใช้ยานานน้อยกว่าแพทย์สั่งและมากกว่าแพทย์สั่ง ยาที่พบปัญหาดังกล่าว มีทั้งยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ได้แก่ glibenclamide และ metformin และยาลดความดันโลหิต ได้แก่ enalapril

สาเหตุของปัญหาการใช้ยานานมากกว่าแพทย์สั่ง เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากก่อนรับประทานยา ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 5 คน ที่รับประทานยานานมากกว่าแพทย์สั่ง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเดิมที่เคยรับประทานอยู่ หลังได้รับยาผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยา จึงรับประทานยาในขนาดเท่ากับที่เคยรับประทาน นั่นคือผู้ป่วยเหล่านี้อาจรับประทานยาผิดขนาดมาเป็นเวลานาน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน ที่รับประทานยานานมากกว่าแพทย์สั่ง เกิดจากการที่แพทย์เปลี่ยนชนิดของยาลดความดันโลหิตจาก nifedipine เป็น enalapril หลังจากผู้ป่วยได้รับยาไปไม่ได้อ่านฉลากยา จึงรับประทานยานานเท่ากับขนาดของ nifedipine ที่เคยรับประทานอยู่

สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยานานน้อยกว่าแพทย์สั่ง เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน และกลุ่มทดลอง 1 คน สาเหตุของการรับประทานยานานน้อยกว่าแพทย์สั่งของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมคือ การที่แพทย์ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาจึงรับประทานยานานเท่ากับครั้งก่อนที่ได้รับไป ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คน ที่รับประทานยานานน้อยกว่าแพทย์สั่ง มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยแกะยาออกจาก foil ทั้งหมดหลังจากรับยาไป คาดว่าอาจมีหายบางส่วน เมื่อยาไม่พอผู้ป่วยจึงปรับลดขนาดยาเอง เพื่อให้มียารับประทานทุกวันจนถึงวันนัด

ปัญหาผู้ป่วยใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง พบทั้งการใช้ยาจำนวนครั้งน้อยกว่าแพทย์สั่งและมากกว่าแพทย์สั่ง ยาที่พบปัญหามีทั้งยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ได้แก่ glibenclamide, metformin และยาลดความดันโลหิต ได้แก่ HCTZ, propranolol, enalapril, methyl dopa

สาเหตุของปัญหาการใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าแพทย์สั่ง

1. ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คน ไม่ทราบว่า metformin เป็นยาลดน้ำตาลในเลือด และจะไม่รับประทานยา ถ้าไม่รับประทานอาหาร เนื่องจากกลัวว่ายาจะระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คนและกลุ่มควบคุม 1 คน ไม่รับประทาน metformin ในมือกลางวัน เนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหารจึงไม่รับประทานยา และผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง อีก 1 คน ที่ไม่รับประทาน metformin และ methyl dopa ในมือกลางวัน ด้วยเหตุผลเดียวกัน

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คน รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาลดความดันโลหิตหลายขนาน ผู้ป่วยจะปรับลดจำนวนมือที่รับประทานยาลง ถ้ามีอาการรบกวน โดยไม่ได้ตรวจวัดความดันโลหิต

- ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน ไม่รับประทาน metformin ในบางมือที่ต้องรับประทานยาอื่นที่ได้รับจากคลินิก เพื่อรักษาอาการปวดหลัง เนื่องจากเกรงว่าจะได้รับยาหลายขนานเกินไป

- ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน ไม่รับประทาน glibenclamide ในมือเย็น เนื่องจากผู้ป่วยถือศีล ไม่รับประทานอาหารเช้า จึงไม่รับประทานยา

- ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน รับประทาน methyl dopa เฉพาะเวลามีอาการปวดศีรษะ มีนศีรษะ อีก 1 คน ลดลงลดจำนวนมือของ propranolol ที่รับประทานลง เนื่องจากรับประทานยามานานและขณะนี้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

2. เกิดอาการข้างเคียงจากยา พบ 1 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อาการข้างเคียงที่พบคือ จุกแน่นท้อง หลังจากรับประทาน metformin ทำให้ผู้ป่วยปรับลดจำนวนมือที่รับประทานยาลง

ส่วนสาเหตุของปัญหาการใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันมากกว่าแพทย์สั่ง พบสาเหตุเดียวคือ ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากก่อนรับประทานยา และยาที่พบว่ามีการใช้ผิดคือ enalapril และ metformin

ปัญหาผู้ป่วยหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง ยาที่พบปัญหาที่มีทั้งยาลดน้ำตาลในเลือด ได้แก่ glibenclamide, metformin และอินซูลิน ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ HCTZ, enalapril, methyl dopa, nifedipine สาเหตุของปัญหา

1. เกิดอาการข้างเคียงจากยา ยาที่พบปัญหาคือ nifedipine, enalapril, glibenclamide

- ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน หยุดรับประทาน nifedipine เนื่องจากมีอาการบวมที่หน้าและขา ผู้ป่วยได้แจ้งแพทย์แต่แพทย์ไม่ได้เปลี่ยนยาให้ ยังคงให้รับประทาน nifedipine ต่อ เพราะคาดว่าอาการบวมที่เกิดขึ้น ไม่ใช่อาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่รับประทานยา nifedipine เลย

- ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน และกลุ่มทดลอง 1 คน หยุดรับประทาน enalapril เนื่องจากมีอาการไอ แพทย์ได้เปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม โดยเปลี่ยนไปใช้ nifedipine แทน แต่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง แพทย์ยังคงให้รับประทาน enalapril ต่อ ผู้ป่วยมีอาการไอแต่น้อยลง จากการติดตามผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ ไม่พบปัญหาเรื่องหยุดรับประทานยา

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คน หยุดรับประทาน glibenclamide เป็นช่วงๆ โดย 2-3 วัน จะรับประทานยา 1 ครั้ง สาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา เนื่องจากเกิดอาการวูบเป็นบางครั้ง หลังจากรับประทานยาแล้วไม่ได้รับประทานอาหาร ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ยาหมด

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 3 คน และกลุ่มควบคุม 1 คน ที่หยุดรับประทานยาชั่วคราว เนื่องจากเดินทางไปต่างจังหวัดและไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ เมื่อยาหมดจึงหยุดรับประทานยา

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คน ต้องหยุดรับประทานยาชั่วคราว เนื่องจากยาหมด และไม่มีคนพามารับการตรวจที่โรงพยาบาลตามวันนัดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดรับประทานยา ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยรายนี้เดิมเป็นผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งดี

3. ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาเองได้ พบ 1 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ต้องฉีดอินซูลิน แต่ผู้ป่วยไม่สามารถฉีดยาเองได้ เมื่อผู้ที่ฉีดยาให้ไม่อยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดฉีดยา

ปัญหาผู้ป่วยยังคงใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว พบ 1 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ผู้ป่วยรายนี้มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่ 2 ชนิด คือ HCTZ และ nifedipine ต่อมาแพทย์เปลี่ยนยาจาก nifedipine เป็น enalapril แต่ผู้ป่วยยังคงมี nifedipine เหลืออยู่ จึงรับประทาน nifedipine ร่วมด้วย จนกระทั่งยาหมด เนื่องจากเกรงว่าความดันโลหิตจะไม่ลดลง

ปัญหาผู้ป่วยลืมใช้ยา ยาที่พบปัญหามีทั้งยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ได้แก่ glibenclamide, metformin และยาลดความดันโลหิต ได้แก่ HCTZ, enalapril, nifedipine, methyl dopa สาเหตุของปัญหา

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญกับการใช้ยา เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ประกอบกับการที่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงออกใด ๆ

มากนัก ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเท่าที่ควร สำหรับยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด พบปัญหาการลืมรับประทาน metformin มากกว่า glibenclamide เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่า metformin เป็นยาลดน้ำตาลในเลือด จึงไม่ให้ความสำคัญเท่ากับ glibenclamide นอกจากนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบถึงผลเสียของการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดและขาดความดันโลหิตอย่างไม่สม่ำเสมอ เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะลืมรับประทานยาบางมื้อ ก็อาจไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

2. ผู้ป่วยทำงานยุ่ง ทำให้ลืมรับประทานยา
3. ผู้ป่วยออกไปธุระหรืองานเลี้ยงนอกบ้าน และไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย เมื่อกลับถึงบ้านก็ลืม ทำให้ไม่ได้รับประทานยามื้อนั้น
4. ผู้ป่วยความจำไม่ดี เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน ที่มีปัญหาเรื่องความจำและไม่สามารถจัดจายรับประทานเองได้ ต้องมีผู้จัดยาให้ แต่ยังมีบางมื้อที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา

ปัญหาผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลา เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ยาที่พบปัญหาคือ glibenclamide และ HCTZ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา

1. ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากก่อนรับประทานยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและต้องจัดจายรับประทานเอง ผู้ป่วยบางคนอ่านหนังสือไม่ออกเนื่องจากไม่ได้เรียนหนังสือ บางคนพออ่านได้แต่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น และตัวหนังสือบนฉลากยาอาจมีขนาดเล็กเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้ป่วยรับประทานยาคิดต่อกันมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและอาจไม่เห็นความจำเป็นของการอ่านฉลากก่อนรับประทานยา การรับประทานยาผิดเวลาอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย 1 คน ที่รับประทาน HCTZ ก่อนนอน ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน มีผลรบกวนการนอนของผู้ป่วย และผู้ป่วย 5 คน จาก 13 คน ที่รับประทาน glibenclamide ก่อนอาหารนานกว่า 30 นาที เนื่องจากไม่ได้อ่านฉลากยาและกลัวว่าจะลืม จึงรับประทานยาหลังจากตื่นนอนทันที หลังจากนั้นอีก 1-3 ชั่วโมง จึงรับประทานอาหารเช้า ทำให้เกิดอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นบางครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่รับประทาน glibenclamide ก่อนอาหารไม่ถึง 30 นาที อาจมีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหาร ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหารไม่ดีพอ
2. ผู้ป่วยทำงานยุ่งและมักนึกได้ตอนใกล้มื้ออาหาร ว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหาร ทำให้เวลาที่รับประทานยาก่อนรับประทานอาหาร ไม่ถึงครึ่งชั่วโมง

2.5 การแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

จากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบ ผู้วิจัยได้มีวิธีการแก้ปัญหา โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. แนะนำให้ผู้ป่วยอ่านฉลากยาทุกครั้ง หลังจากได้รับยาจากโรงพยาบาลและก่อนรับประทานยา ถึงแม้ผู้ป่วยจะคุ้นเคยกับยาที่รับประทานก็ตาม เนื่องจากยาแต่ละชนิดมีวิธีใช้ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้แพทย์อาจมีการปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา ตามภาวะของโรค ดังนั้นผู้ป่วยควรอ่านฉลากยาทุกครั้ง หลังจากได้รับยาจากโรงพยาบาล หากมีข้อสงสัย เช่น พบว่าขนาดยาหรือจำนวนครั้งที่ต้องรับประทานยาต่างไปจากเดิม โดยผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปรับขนาดยาจากแพทย์ ให้สอบถามเภสัชกร และแนะนำให้ผู้ป่วยอ่านฉลากก่อนรับประทานยาทุกครั้ง โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลดีของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและผลเสียที่จะเกิดขึ้น หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการอ่านฉลากยาอีกอย่างหนึ่ง คือ จะทำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับข้อควรระวังและอาการข้างเคียงบางอย่างที่ควรทราบ หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการอ่านหรือการมองเห็น แนะนำให้ลูกหลานหรือญาติที่อยู่ด้วยช่วยเหลือ

จากวิธีการแก้ปัญหานี้ พบว่าสามารถแก้ปัญหาการใช้ยาผิดขนาด การใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่งและการใช้ยาผิดเวลา ที่มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากก่อนรับประทานยาได้ โดยสามารถแก้ปัญหาได้ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับคำแนะนำ นอกจากนี้วิธีการแนะนำดังกล่าว การพิมพ์ฉลากยาให้มีขนาดตัวหนังสือใหญ่ขึ้น อาจทำให้การใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น (Lewis et al. 1997: 2084-98)

2. ให้ความรู้เรื่องโรคและ/หรือการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ในรายที่พบว่าสาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและ/หรือการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการใช้ยาตามสั่ง และแนะนำวิธีการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ทราบวิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา

หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีก 2 คน ที่ไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ หลังจากให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 2 ครั้ง โดยผู้ป่วยรายหนึ่งยังคงรับประทาน metformin จำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าแพทย์สั่ง เนื่องจากเข้าใจว่ายาจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ อาการรบกวน ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของ metformin และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของ metformin แล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยรายนี้นอกจากมีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมอาหารด้วย ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร แต่จากการติดตามผู้ป่วยอีก 2 ครั้ง

พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ผู้ป่วยรายนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อยู่ในช่วง 230-260 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง มีปัญหาเดิมรับประทาน methyl dopa บ่อย แต่รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานค่อนข้างดี แต่ขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตเท่าที่ควร แต่หลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วย 2 ครั้ง ยังคงพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเดิมรับประทาน methyl dopa เช่นเดิม จากการติดตามผู้ป่วยรายนี้ 3 ครั้ง พบระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจาก 100/70 มิลลิเมตรปรอท เป็น 120/80 มิลลิเมตรปรอท และ 130/90 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อยู่ระหว่าง 120-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

จากผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและ/หรือการใช้ยา และไม่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาในผู้ป่วยบางราย สามารถแก้ไขได้โดยการให้ความรู้และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของยา รวมทั้งผลเสียที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หากผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาในผู้ป่วยทุกรายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีอาการแสดงออกใดๆ มากนัก และระยะเวลาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจะใช้เวลานาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ว่าถึงแม้จะไม่รับประทานยาในบางมื้อ ก็ไม่ทำให้เกิดอาการผิดปกติใดๆ ดังนั้นการแก้ปัญหาในผู้ป่วยเหล่านี้ นอกจากการให้ความรู้แล้ว ต้องหาวิธีการกระตุ้นผู้ป่วยด้วย

นอกจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยวิธีการให้คำปรึกษาดังกล่าวแล้ว การใช้สื่ออื่นร่วมด้วย เช่น การให้ความรู้ในรูปของเอกสารหรือวีดิโอเทป อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ การให้ความรู้หรือข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย โดยการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยอาจจำได้เพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจลืม การให้ความรู้ในรูปของเอกสารหรือวีดิโอเทปร่วมด้วยมีข้อดีคือ ผู้ป่วยสามารถอ่านหรือดูซ้ำได้ ถ้าลืมหรือยังไม่เข้าใจชัดเจน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพการเจ็บป่วยได้ชัดเจนกว่าการบอกเล่า เช่น การให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งมากขึ้น (Bond and Hussar 1991: 1978-88; Carter and Helling, in Herfindal and Gourley, eds. 1992: 82-92; Lewis et al. 1997: 2084-98)

3. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการป้องกันและแก้ไข หากเกิดอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งชี้ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ทางการรักษาของยา และแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์ผู้ตรวจ หากเกิดอาการข้างเคียงจากยา เพราะแพทย์อาจพิจารณาปรับแผนการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังรับประทานยา ไม่ควรหยุดรับประทานยาเอง

จากวิธีการดังกล่าวพบว่า สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ที่มีสาเหตุจากอาการข้างเคียงของยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยทราบวิธีการป้องกันและแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น ผู้ป่วยที่รับประทาน glibenclamide แล้วไม่ได้รับประทานอาหาร ทำให้เกิดอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการป้องกันและแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งดี สำหรับอาการข้างเคียงบางอย่างที่ไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ แต่หากแพทย์เห็นว่าการใช้ยาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา หากผู้ป่วยยอมรับและสามารถทนต่ออาการข้างเคียงได้ จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ดังเช่นผู้ป่วยที่รับประทาน enalapril แล้วมีอาการไอ ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ผู้ป่วยได้แจ้งแพทย์ผู้ตรวจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงดังกล่าว แต่แพทย์ยังคงให้รับประทาน enalapril ต่อ เนื่องจากเห็นว่ายานี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรายนี้เกี่ยวกับอาการไอที่เกิดจาก enalapril ว่าเป็นอาการข้างเคียงจากยาและอาการนี้อาจลดลง เมื่อผู้ป่วยใช้ยาต่ออีกสักระยะหนึ่ง และได้อธิบายถึงประโยชน์ของยาดังนี้ว่านอกจากจะทำให้ความดันโลหิตลดลงแล้ว ยังช่วยชะลอการเสื่อมของไตด้วย ผู้ป่วยรายนี้จึงรับประทาน enalapril ต่อ จากการสอบถามผู้ป่วยในครั้งถัดมาทราบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการไอแต่น้อยลง และผู้ป่วยไม่ได้หยุดรับประทานยา เนื่องจากพทนต่ออาการข้างเคียงได้ และผู้ป่วยเห็นประโยชน์ทางการรักษาของยา แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้ การปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นวิธีการแก้ปัญหาก็เหมาะสม

4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับบริการที่สถานพยาบาลอื่นที่สะดวกในขณะนั้น สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไปธุระหรือไปเยี่ยมญาติที่ต่างจังหวัด และไม่สามารถมารับการตรวจตามนัดได้ โดยนำซองยาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลแกลงคอยให้แพทย์ในสถานพยาบาลนั้นดู เนื่องจากที่ฉลากยามีการระบุชื่อยาและวิธีใช้อย่างครบถ้วน

ในการศึกษานี้พบว่า ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้มากที่สุดคือ เดือนเมษายน ซึ่งมีเทศกาลสงกรานต์ สาเหตุคือผู้ป่วยเดินทางไปต่างจังหวัด และไม่สามารถเดินทางกลับเพื่อมารับการตรวจตามกำหนดนัดได้

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ยังไม่สามารถประเมินได้ว่าการให้คำแนะนำดังกล่าวจะช่วยแก้ปัญหานี้ให้ผู้ป่วยได้หรือไม่ เนื่องจากหลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยมารับการตรวจตรงตามวันนัด

5. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถฉีดยาเองได้ ได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปฉีดที่สถานีนานามัยใกล้บ้าน หากผู้ที่ฉีดยาให้ไม่อยู่ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการฉีดด้วยตนเอง

6. แนะนำให้ผู้ป่วยวางยาในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เพื่อแก้ปัญหากล้ามเนื้อรับประทานยาเนื่องจากทำงานยุ่งหรือความจำไม่ดี และแนะนำให้ญาติที่อยู่กับผู้ป่วยช่วยเตือนเรื่องการรับประทานยา

จากผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการลืมใช้ยาเนื่องจากผู้ป่วยทำงานยุ่งหรือความจำไม่ดี สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการดังกล่าวในผู้ป่วยบางราย สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ คงต้องใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่ทำงานยุ่ง แล้วทำให้ลืมรับประทานยา อาจต้องแก้ปัญหามาโดยการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ถ้าสามารถทำได้ หรือใช้สิ่งช่วยเตือนความจำอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ปฏิทินการใช้ยา หรือบัตรเตือนความจำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หรือใช้สิ่งช่วยเตือนความจำอื่นเช่น การเขียนข้อความเตือนสั้นๆ บนกระดาษที่มีสีสะดุดตา แล้วนำไปติดในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน หรือการใช้อุปกรณ์จ่ายยาที่มีเสียงเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา เป็นต้น (Felkey 1995: 42-51; Lewis et al. 1997: 2084-98) การจะเลือกใช้วิธีใดเพื่อเตือนความจำ คงขึ้นกับตัวผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีวิธีจำเรื่องการรับประทานยาที่แตกต่างกัน ดังเช่นผลการศึกษาของ Wallsten และคณะ (1995: 359-63) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีการจำว่าต้องรับประทานยา โดยใช้กิจกรรมที่ทำให้เป็นประจำเป็นสิ่งช่วยเตือน เช่น การล้างหน้าในตอนเช้า รายการทีวีที่ดูเป็นประจำ เป็นต้น

การให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหากล้ามเนื้อรับประทานยา บางครั้งอาจไม่ได้ผลเพราะผู้ป่วยอาจไม่ได้ลืมรับประทานยาจริงๆ แต่เป็นการลืมโดยตั้งใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่จะจัดการภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง Weintraub เรียกพฤติกรรมนี้ว่า “intelligent noncompliance” (Christensen, in Smith and Wertheimer, eds. 1996: 351-77) ดังนั้นหากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดังกล่าว ต้องหากกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงจะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้

7. แนะนำให้ญาติผู้ป่วยใช้ภาชนะสำหรับจัดยาในแต่ละวัน เพื่อจัดยาเป็นมือให้แก่ผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาการรับประทานยาผิดขนาด ผิดมือ นอกจากนี้ยังทำให้ทราบว่าผู้ป่วยลืมรับประทานยาหรือไม่

8. แนะนำให้ผู้ป่วยแบ่งยาบางส่วนเพื่อนำติดตัวไว้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องออกไปธุระนอกบ้านบ่อยๆ แล้วทำให้ลืมรับประทานยา

9. แนะนำผู้ป่วยว่าไม่ควรแกะยาออกจาก foil เพราะนอกจากยาอาจจะหายได้ง่ายแล้วยังทำให้ยาขึ้นง่ายด้วย

10. ประสานงานกับพยาบาลที่นัดผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเดินทางมารับการตรวจ ได้มารับการตรวจในวันเดียวกับผู้ป่วยที่อยู่ใกล้บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกเดินทางมาโรงพยาบาลพร้อมกัน

การหาแนวทางแก้ปัญหาเรื่องการเดินทางมารับการตรวจ คงต้องพิจารณาสำหรับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาหาแนวทางแก้ปัญหาด้วย

ตอนที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เป็นพารามิเตอร์ที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง เนื่องจากจุดประสงค์หลักในการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีผลการศึกษาที่พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด (intensive treatment) สามารถป้องกันและชะลอการเกิด microvascular complications ซึ่งได้แก่ diabetic retinopathy, diabetic nephropathy และ diabetic neuropathy ได้ ทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group 1993: 977-86; UK Prospective Diabetes Study Group 1998: 837-53) นอกจากนี้การระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ยังอาจเป็นตัววัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้อีกวิธีหนึ่ง

การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วย 3 ครั้ง เช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เพื่อดูว่าความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารหรือไม่

3.1 การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

จากผลการศึกษา พบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ดังแสดงในตารางที่ 10 จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งและผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาตามสั่งของทั้ง 2 กลุ่ม มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอน มีทั้งการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและแย่ลง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่ยาตามสั่ง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ครั้งที่เก็บข้อมูล	ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร*	
	ผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง	ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ยาตามสั่ง
กลุ่มควบคุม		
ก่อนทดลอง	156.70 ± 33.82	152.35 ± 40.92
หลังทดลองครั้งที่ 1	165.33 ± 40.52	138.06 ± 38.66
หลังทดลองครั้งที่ 2	163.00 ± 43.09	149.00 ± 32.80
กลุ่มทดลอง		
ก่อนทดลอง	172.50 ± 67.40	140.29 ± 37.81
หลังทดลองครั้งที่ 1	140.24 ± 37.03	182.00 ± 52.24
หลังทดลองครั้งที่ 2	156.05 ± 48.94	155.40 ± 76.53

* Mean ± SD หน่วยเป็น มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง กับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

การหาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง กับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เพื่อดูว่าผู้ป่วยที่เดิมไม่ใช่ยาตามสั่ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้ยาตามสั่ง จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารหรือไม่จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ไม่ใช่ยาตามสั่งก่อนการทดลอง เปลี่ยนไปใช้ยาตามสั่งเมื่อสิ้นสุดการทดลอง จำนวน 17 คน ในผู้ป่วยเหล่านี้พบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารดังแสดงในตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง กับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารโดยใช้ Mann-Whitney U test ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

ตารางที่ 11 การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยที่เดิมไม่ใช้ยาตามสั่ง เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ผู้ป่วยรายที่	ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)			p-value*
	ก่อนทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 2	ผลต่าง**	
1	261	252	-9	0.469
2	191	173	-18	
3	119	99	-20	
4	153	166	+13	
5	155	126	-29	
6	111	118	+7	
7	137	119	-18	
8	136	164	+28	
9	88	101	+13	
10	165	157	-8	
11	141	126	-15	
12	148	204	+56	
13	99	186	+87	
14	195	221	+26	
15	126	116	-10	
16	180	239	+59	
17	122	134	+12	

* ทดสอบโดยใช้ Mann-Whitney U test

** ผลต่าง = ระดับน้ำตาลในเลือดหลังทดลองครั้งที่ 2 - ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลอง

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากการใช้ยาตามแพทย์สั่งแล้ว ยังต้องมีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายร่วมด้วย (American Diabetes Association 1998: S23-S31) หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกาย ก็อาจมีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีพอ (Coast-Senior et al.

1998: 636-41) จากผลการศึกษาของ Ary และคณะ (1986: 168-72) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมากกว่าการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้ง 2 เรื่องนี้ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตมาก นอกจากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้ว ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Blaum et al. 1997: 7-11)

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อาจต้องใช้เวลาคิดตามประเมินผลนานกว่านี้ จึงจะสามารถสรุปได้ว่า intervention ที่ให้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ จากผลการศึกษาของ Jaber และคณะ (1996: 238-43) พบว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและค่า HbA1c แต่การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการติดตามและประเมินผลทั้งสิ้น 4 เดือน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร และปัจจัยที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

เมื่อใช้สถิติไคสแควร์หาความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร และปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เทียบระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งและกลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย จำนวนขนานยาที่ใช้ รูปแบบของยาที่ใช้ และความสามารถในการบริหารยาด้วยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง แต่มีบางการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของลักษณะประชากรและปัจจัยเหล่านี้กับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เช่นการศึกษาของสุวรรณิเจริญพิชิตนันท์ (2532) ที่พบว่าระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Venturini และคณะ (1999: 281-8) พบว่าอายุ จำนวนมือที่ต้องรับประทานยาต่อวันและชนิดของยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ทำในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้ป่วยนอก และมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2544 และระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2544 จำนวน 57 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 27 คน วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งระหว่างก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษารายบุคคล และระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษารายบุคคลกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของการศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ เกณฑ์การตัดสินความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง จะถือว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง หากสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคเบาหวานและ โรคเรื้อรังอื่นๆ โดยมีจำนวนวันที่ใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่งเท่ากับหรือมากกว่า 80% ของจำนวนวันที่ได้รับยา ผลการวิจัยพอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ทำการศึกษายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 55 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้และมีบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

2. ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เป็นโรคเบาหวานมานาน 2 – 5 ปี และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา 2 – 3 ชนิด และทุกคนได้รับยาในรูปแบบยารับประทาน มี 1 คน ที่ได้รับยารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยมากกว่า 90% บริหารยาด้วยตนเอง

3. ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง 33.3% และกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่ง 37.0% เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.007$) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งไม่

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้จ่ายตามสั่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = 0.002$) นั่นคือ การให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยสูงขึ้น เมื่อเทียบกับบริการตามปกติ และการให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยสูงขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับคำปรึกษารายบุคคล

4. ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.020$) แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง นั่นคือการให้คำปรึกษารายบุคคล สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งได้ระดับหนึ่ง

5. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้คือ การใช้จ่ายผิดเวลา รองลงมาคือ การลืมใช้จ่าย ส่วนสาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากก่อนรับประทานยา รองลงมาคือ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและ/หรือการใช้จ่าย

6. การให้คำปรึกษารายบุคคล สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งที่เกิดจากบางสาเหตุได้ เช่น ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากก่อนรับประทานยา แต่บางสาเหตุของปัญหาสามารถแก้ไขได้ในผู้ป่วยเพียงบางราย เช่น ปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและ/หรือการใช้จ่าย หรือการที่ผู้ป่วยทำงานยุ่ง แล้วทำให้ลืมรับประทานยา

7. การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีแนวโน้มที่ไม่แน่นอน และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งและการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

8. ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคและยากับความร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่ง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ เพื่อสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยเพียงวิธีเดียว ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ อาจไม่ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งหมด
2. จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้มีไม่มากนัก เนื่องจากการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งโดยวิธีการสัมภาษณ์ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยจำนวนมากๆ ได้

3. การวิจัยนี้มีการติดตามวัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยหลังการทดลอง 2 ครั้ง และไม่มีภาวะวัดผลซ้ำหลังจากนั้นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไป การติดตามวัดผลซ้ำจะทำให้ทราบได้ว่าผู้ป่วยที่สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้ หลังให้คำปรึกษารายบุคคล จะกลับมามีปัญหาอีกหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไปนานเท่าใด

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. หากต้องการสืบหาความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโดยวิธีการสัมภาษณ์ ควรใช้วิธีการสืบหาวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การนับเม็ดยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งถัดไป หรือการให้ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยา หรือใช้อุปกรณ์วัดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง เช่น Medication Event Monitoring System (MEMS) เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาสนับสนุนกัน

2. การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ควรมีการติดตามเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่านี้ เพื่อดูว่าผู้ป่วยที่สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้ จะกลับมามีปัญหาอีกหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไปนานเท่าใด เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาหรือกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลแก่งคอย

1. ฝ่ายเภสัชกรรมควรมีการดำเนินงานการให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง และนอกจากการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้ว ควรทำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งสูง

2. จากผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแก่งคอย มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งค่อนข้างสูง ดังนั้นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพียงวิธีเดียว อาจแก้ปัญหาผู้ป่วยได้จำนวนจำกัด การให้ความรู้แบบกลุ่มเป็นอีกวิธีหนึ่ง ที่อาจช่วยแก้ปัญหานี้ได้ มีผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าวิธีดังกล่าว มีผลทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น (เพ็ญศรี มโนวิชิตสรค์ และคณะ 2542: 336-42) และทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น เทียบเท่ากับการให้ความรู้รายบุคคล (Rickheim et al. 2002: 269-74)

3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากการใช้จ่ายตามสั่งแล้ว ยังต้องมีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายร่วมด้วย การแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งเพียงอย่างเดียว อาจไม่ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น ดังนั้นควรใช้ทีมสุขภาพ ซึ่งอาจประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักศึกษาและนักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมกันให้ความรู้ด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่ง โดยวิธีการสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยพบว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสียดังนี้

ข้อดี

1. สามารถซักถามในรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการใช้จ่ายแต่ละตัวได้ ทั้งขนาดยาที่ใช้ จำนวนครั้งที่ใช้จ่ายต่อวัน เวลาที่ใช้จ่าย ทำให้ทราบได้ว่า ผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งหรือไม่ หลังการสัมภาษณ์ นอกจากนี้วิธีการสัมภาษณ์ยังเป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายน้อยและให้ความรวดเร็วในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาดังกล่าว ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามปกติ

2. ทำให้ทราบรายละเอียดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่ง ของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งสาเหตุของปัญหา ผู้ป่วยที่มีปัญหาชนิดเดียวกัน อาจมีสาเหตุของปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นการทราบสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ดี

3. สามารถปรับคำถาม เพื่อสืบหาความร่วมมือในการใช้จ่ายตามสั่งของผู้ป่วยแต่ละคนได้ และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถาม สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้

4. สามารถซักถามในรายละเอียดของปัญหาอื่นๆ ได้ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

ข้อเสีย

1. ผู้ป่วยอาจตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะเกรงว่าจะทำให้เกิดผลเสียหรือการไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย

2. หากเป็นผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีความจำไม่ดี อาจต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน และข้อมูลที่ได้ อาจไม่ถูกต้อง ครบถ้วน

3. ผู้ป่วยต้องเสียเวลานาน เพื่อรอการสัมภาษณ์ และผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยินดีให้สัมภาษณ์
4. ไม่สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยจำนวนมากๆ ได้ เนื่องจากช่วงเวลาที่สามารถจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้มีจำกัด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกวรรณ ภูไพศาล. “ผลของการให้คำปรึกษาเรื่องยากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดแก่ผู้ป่วยในก่อนออกจากโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลนครนายก.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

จิตติมา ชูเทพย์. “การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยเดินได้โรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลไชยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

ทัศนาศา เต็มคลัง. “ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหอบหืด ณ. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

เพ็ญศรี มโนวิชิตสรณ์, ผ่องพรรณ ชีระวัฒน์ศักดิ์ และ ศศิลักษณ์ บุญเสารัฐ. “ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลพิจิตร.” วารสารกรมการแพทย์ 24 (2542): 336-42.

มนิสิตา อารีกุล. “การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

มนุพัศ โลหิตนาวิ. “การพัฒนาโปรแกรมแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วันจันทร์ ปุญญวันทนิย์. “ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก ณ. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สมพล ศิริรัตนพฤกษ์. “การเข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากยาในผู้ป่วยสูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบบดี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สุภรัตน์ ปัญญาปัดโชโต. “การเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยการให้คำปรึกษาแนะนำในโรงพยาบาลตำรวจ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์. “การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเลิดสิน การสืบหาและกลวิธีในการแก้ปัญหา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

ภาษาต่างประเทศ

American Diabetes Association. “Standards of medical care for patients with diabetes mellitus.” Diabetes Care 21, supplement 1 (January 1998): S23-S31.

_____. a Most patients not taking enough diabetes pills; cholesterol and hypertension control also poor [online]. Accessed 10 August 2000. Available from <http://www.diabetes.org/ada/compliance.asp>

_____. b “Standards of medical care for patients with diabetes mellitus.” Diabetes Care 23, supplement 1 (January 2000): S32-S42.

American Society of Health-System Pharmacists. “ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling.” American Journal of Health-System Pharmacy 54 (February 1997): 431-4.

Ary, Dennis V. et al. “Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen.” Diabetes Care 9 (March 1986): 168-72.

Berg, Jennifer S. et al. “Patient compliance.” Annals of Pharmacotherapy 27, supplement 9 (September 1993): S1– S22.

Berger, Michael, Viktor Jorgens, and Gunter Flatten. “Health care for persons with non-Insulin-dependent diabetes mellitus : the German experience.” Annals of Internal Medicine 124 (January 1996): 153–5.

Blaum, Caroline S. et al. “Characteristics related to poor glycemic control in NIDDM patients in community practice.” Diabetes Care 20 (January 1997): 7-11.

- Bond, William S., and Daniel A. Hussar. "Detection methods and strategies for improving medication compliance." American Journal of Health-System Pharmacy 48 (September 1991): 1978-88.
- Bullock, Tammy S., and Randal P. McDonough. "Tips on counseling patients with type 2 diabetes." Pharmacy Times (March 2000): 40-2.
- Carter, Barry L., and Dennis K. Helling. "Patient education and chronic disease monitoring." In Clinical pharmacy and therapeutic, 82-92. Edited by Eric T. Herfindal and Dick R. Gourley. Baltimore : Williams & Wilkins, 1992.
- Chan, Y.M., and A. Molassiotis. "The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong." Journal of Advanced Nursing 30, 2 (1999): 431-8.
- Christensen, Dale B. "Explaining and changing noncompliant behavior." In Social and behavioral aspects of pharmaceutical care, 351-77. Edited by Mickey C. Smith and Albert I. Wertheimer. New York : Pharmaceutical Products Press, 1996.
- Coast-Senior, Elizabeth A. et al. "Management of patients with type 2 diabetes by pharmacists in primary care clinics." Annals of Pharmacotherapy 32 (June 1998): 636-41.
- DeAlva, Maria L. "The burden of diabetes : the patient's perspective." Diabetes Care 21, supplement 3 (December 1998): C29.
- Eisen, Seth A. "Developing more clinically meaningful definitions of medication compliance." In Patient compliance in medical practice and clinical trials, 225-31. Edited by Joyce A. Cramer and Bert Spilker. New York : Raven Press, 1991.
- Fairman, Kathleen, and Brenda Motheral. "Evaluating medication adherence : which measure is right for your program?" Journal of Managed Care Pharmacy 6 (November / December 2000): 499-505.
- Felkey, Bill G. "Adherence screening and monitoring." American Pharmacy NS35 (July 1995): 42-51.
- Gadsby, Roger, and Mary MacKinnon. "Steps to better compliance in diabetic patients." Practitioner 243 (February 1999): 103-8.

- Glasgow, Russell E. "Compliance to diabetes regimens : conceptualization, complexity and determinants." In Patient compliance in medical practice and clinical trials, 209-24. Edited by Joyce A. Cramer and Bert Spilker. New York : Raven Press, 1991.
- Grymonpre, Ruby E. et al. "Pill count, self-report, and pharmacy claims data to measure medication adherence in the elderly." Annals of Pharmacotherapy 32 (July 1998): 749-54.
- Herrier, Richard N., and Robert W. Boyce. "Does counseling improve compliance?" American Pharmacy NS35 (September 1995): 11-2.
- Jaber, Linda A. et al. "Evaluation of a pharmaceutical care model on diabetes management." Annals of Pharmacotherapy 30 (March 1996): 238-43.
- Johnson, Jeffrey A., and J. Lyle Bootman. "Drug – related morbidity and mortality." Archives of Internal Medicine 155 (October 1995): 1949–56.
- Koecheler, Judith A. et al. "Indicators for the selection of ambulatory patients who warrant pharmacist monitoring." American Journal of Hospital Pharmacy 46 (April 1989): 729-32.
- Lewis, Richard K. et al. "Patient counseling - a focus on maintenance therapy." American Journal of Health- System Pharmacy 54 (September 1997): 2084–98.
- Murphy, Judy, and Gregor Coster. "Issues in patient compliance." Drugs 54, 6 (December 1997): 797–800.
- Murray, Michael D. et al. "Medication compliance in elderly outpatients using twice-daily dosing and unit-of-use packaging." Annals of Pharmacotherapy 27 (May 1993): 616-21.
- Paes, Arsenio H.P., Albert Bakker, and Carmen J. Soe–Agnie. "Impact of dosage frequency on patient compliance." Diabetes Care 20 (October 1997): 1512–7.
- Patel, Payal, and Peter J. Zed. "Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem?" Pharmacotherapy 22, 7 (2002): 915-23.
- Rickheim, Patti L. et al. "Assessment of group versus individual diabetes education." DiabetesCare 25 (February 2002): 269-74.

- Shaw, Jonathan E. et al. "Type 2 diabetes worldwide according to the new classification and criteria." Diabetes Care 23, supplement 2 (April 2000): B5-B10.
- Smith, Mickey C. "Predicting and detecting noncompliance." In Social and behavioral aspects of pharmaceutical care, 323-44. Edited by Mickey C. Smith and Albert I. Wertheimer. New York : Pharmaceutical Products Press, 1996.
- Street, Richard L. et al. "Provider-patient communication and metabolic control." Diabetes Care 16 (May 1993): 714-21.
- Superior, Christine K. et al. "Development and evaluation of a medication education videotape for hospitalized patients." American Journal of Health-System Pharmacy 59 (May 2002): 859-61.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. "The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin-dependent diabetes mellitus." New England Journal of Medicine 329 (1993): 977-86.
- UK Prospective Diabetes Study Group. "Intensive blood glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)." Lancet 352 (1998): 837-53.
- Venturini, Francesca et al. "Compliance with sulfonylureas in a health maintenance organization : A pharmacy record – based study." Annals of Pharmacotherapy 33 (March 1999): 281–8.
- Wallsten, Sharon M. et al. "Medication taking behaviors in the high- and low-functioning elderly: MacArthur field studies of successful aging." Annals of Pharmacotherapy 29 (April 1995): 359-63.
- Wright, E C. "Non - compliance – or how many aunts has Matilda ?" Lancet 342 (1993): 909–13.
- Young, Michael De. "Research on the effects of pharmacist-patient communication in institutions and ambulatory care sites, 1969-1994." American Journal of Health-System Pharmacy 53 (June 1996): 1277-91.

มหาวิทยาลัยศิลปากร **ภาคผนวก** สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลของผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลของผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์หมายเลข..... วันที่..... HN.....

ชื่อ - นามสกุล.....

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุปี (อายุอย่าง)
3. การศึกษา (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
(2) ระดับประถมศึกษา (ป.1 – ป.6 หรือ ป.1 - ป.7)
(3) ระดับมัธยมศึกษา (มศ.1 – มศ.5 หรือ ม.1 – ม.6)
(4) ระดับอนุปริญญา , ปวส.
(5) ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า
- 4.อาชีพปัจจุบัน (1) ไม่ได้ทำงาน (รวมแม่บ้าน , ผู้ที่เกษียณอายุแล้วไม่ได้ทำงาน)
(2) ค้าขาย ประกอบธุรกิจส่วนตัว (3) รับจ้าง
(4) ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ (5) เกษตรกร
(6) อื่นๆ
5. รายได้ต่อเดือน
(1) ไม่มีรายได้ (2) ต่ำกว่า 3,000 บาท
(3) 3,001 – 6,000 บาท (4) 6,001 – 10,000 บาท
(5) มากกว่า 10,000 บาท
6. สถานภาพสมรส
(1) โสด (2) สมรส (3) หย่า (4) หม้าย (5) แยกกันอยู่
7. สิทธิการรักษาพยาบาล
(1) จ่ายเงินเอง (2) มีบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล
(3) มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล (4) ขอฟรีค่ารักษาพยาบาล
8. เป็นโรคเบาหวานมาปี
9. มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยหรือไม่
(1) ไม่มี (2) มี ระบุโรค.....

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

10. ได้รับยาทั้งหมดกี่ชนิดชนิด (ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำสำหรับรักษาโรคเบาหวาน และโรคประจำตัวอื่นๆ)
11. รับประทานโรคเบาหวานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
 - (1) ยามีรับประทาน
 - (2) ยาฉีด
 - (3) ยามีรับประทานและยาฉีด
12. จัดรับประทานเองหรือฉีดยาด้วยตนเองได้หรือไม่
 - (1) ได้
 - (2) ไม่ได้ ระบุผู้จัดยาหรือฉีดยาให้.....

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบบันทึกปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

แบบบันทึกหมายเลข..... วันที่HN

ชื่อ - นามสกุล FBS mg / dL

การติดตามผู้ป่วยครั้งที่ มาตรวจตามนัด มาตรวจไม่ตรงนัด วันนัดตรวจครั้งต่อไป

การรักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆที่ได้รับ ครั้งก่อน (ชื่อยา ขนาดและวิธีใช้)	ปัญหาที่พบและรายละเอียดของปัญหา	สาเหตุ	คำแนะนำที่ให้
1.....	<u>ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง</u>		
2.....			
3.....			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....	<u>ปัญหาอื่นๆ</u>		
8.....			

ภาคผนวก ค

แบบสรุปปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสรุบบัญชีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

แบบบันทึกหมายเลข HN.....

ชื่อ - นามสกุล

การติดตามผู้ป่วย	ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบ		สาเหตุที่อาจเป็นไปได้	FBS (mg / dL)
	จำนวนปัญหา	ชนิดของปัญหา		
ครั้งที่ 1 วันที่ ใช้ยาคิดขนาด จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว ลืมใช้ยา ใช้ยาคิดเวลา	
ครั้งที่ 2 วันที่ ใช้ยาคิดขนาด จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว ลืมใช้ยา ใช้ยาคิดเวลา	
ครั้งที่ 3 วันที่.....	 ใช้ยาคิดขนาด จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว ลืมใช้ยา ใช้ยาคิดเวลา	

ภาคผนวก ง

แนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคและการใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่จะมีส่วนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยให้คำแนะนำตามชนิดของปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวทางการให้คำปรึกษา ดังนี้

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน มีผลทำให้ร่างกายดึงน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ น้อยลง จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิดอาการ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ หิวบ่อย แต่น้ำหนักลดลง และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็น เวลานาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรก

ซ้อนทางไต ความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โรคหลอดเลือด

สมอง การรักษาโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา เม็ดลดน้ำตาลในเลือด และ/หรือ อินซูลิน การลดน้ำหนักในกรณีที่มีน้ำหนักเกิน นอกจากนี้ยัง ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียง ระดับปกติ นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยังต้องควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดด้วย เพื่อ

1. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรง

2. ลดอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ หิว บ่อย น้ำหนักลด

3. ลดความเสี่ยงหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนทาง ตา โรคแทรกซ้อนทางไต และความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย

เกณฑ์เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (American Diabetes Association 2000 b: S32-S42)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับที่ควรแก้ไข
Fasting plasma glucose (mg/dl)	80-120	> 140
Postprandial plasma glucose (mg/dl)	< 160	> 200
Bedtime glucose (mg/dl)	100-140	< 80 , > 160
HbA _{1c} (%)	< 7	> 8
Blood pressure (mm Hg)	< 130/80	> 160/95
LDL-C (mg/dl)	< 100	> 130
HDL-C (mg/dl)	> 45	< 35
Triglyceride (mg/dl)	< 200	> 400
BMI (kg/m ²)	< 25	> 27

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่

- ชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ วิธีการบริหารยา
- ประโยชน์และการออกฤทธิ์ของยา
- อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการหลีกเลี่ยงและการแก้ไขเมื่อเกิดอาการ

ดังกล่าว

- การเก็บรักษายาที่ถูกต้องและเหมาะสม
- วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา
- ความสำคัญของการร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้มีระดับน้ำตาลระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิต อยู่ในระดับใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

- ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ขนมหม้อแกง
- ผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม เช่น สับปะรดกวน มันเชื่อม กล้วยเชื่อม
- นมข้นหวาน ครีมเทียม
 - แยม เยลลี่
- น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้เข้มข้น เครื่องดื่มเกลือแร่
- ผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย สับปะรด ลิ้นจี่ อ้อย

ละมุด รวมทั้งผลไม้บรรจุกระป๋อง

- อาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ ไข่แดง ปลาหมึก กุ้ง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันสัตว์ หนังสัตว์ หมูสามชั้น ขาหมู อาหารที่ทอดน้ำมัน กะทิ เนยและขนมที่ใส่เนย เช่น เค้ก คุกกี้

- อาหารที่มีรสเค็มจัด ผงชูรส เพราะการรับประทานโซเดียมในปริมาณสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

อาหารที่รับประทานได้ แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่

- อาหารจำพวกแป้ง แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารจำพวกแป้งที่มีปริมาณเส้นใยอาหารสูง และมีค่า glycemic index ต่ำ เช่น ข้าวซ้อมมือ วั่นเส้น ก๋วยเตี๋ยว
- ผลไม้ที่มีปริมาณเส้นใยอาหารสูง และมีค่า glycemic index ต่ำ เช่น แอปเปิ้ล ฝรั่ง มะละกอ กล้วย

อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่

- ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักบุ้ง ผักคะน้า ถั้วฝักยาว ถั้วงอก

ข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวอื่น ๆ

- แนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- แนะนำให้ลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน
- แนะนำให้ออกกำลังกาย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวชญลักษณ์ สติรเสถียร
ที่อยู่	24/342 หมู่ 9 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลแก่งคอย ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โทรศัพท์ (036) 244433 , 244611
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	สำเร็จการศึกษาปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2541	ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2532-2534	เภสัชกร ระดับ 3 โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
พ.ศ. 2534-2536	เภสัชกร ระดับ 4 โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
พ.ศ. 2536-2539	เภสัชกร ระดับ 5 โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
พ.ศ. 2539-2542	เภสัชกร ระดับ 6 โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
พ.ศ. 2542-ปัจจุบัน	เภสัชกร ระดับ 7 โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี