

ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือ
ในการใช้ยาลดความดันโลหิต

นางสาวภัทรชนพร วงษ์เส

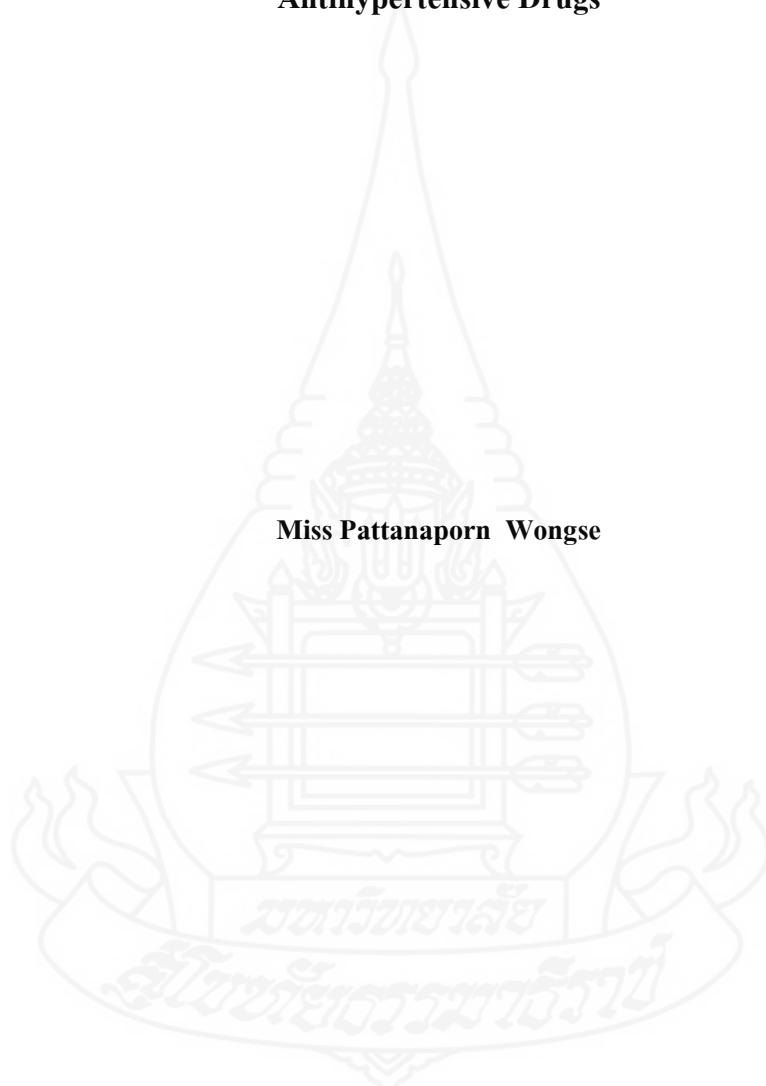


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Effects of Patient Counseling Model for Improving Adherence on
Antihypertensive Drugs**

Miss Pattanaporn Wongse



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Sciences
Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือ
ในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ชื่อและนามสกุล นางสาวภัทรชนพร วงษ์เส


วิชาเอก บริหารโรงพยาบาล


สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์พรทิพย์ กิระพงษ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สัตตะกลิน

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ พิทยา จารุพูนผล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พรทิพย์ กิระพงษ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สัตตะกลิน)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต
ผู้วิจัย นางสาวภัทรชนพร วงษ์เส รักษนศึกษา 255000237 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 (บริหารโรงพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา(1)** รองศาสตราจารย์ พรทิพย์ กิระพงษ์
 (2) รองศาสตราจารย์ ดร.พานี สิตกะลิน **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต (2) เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต (3) ประเมินผลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตและการควบคุมระดับความดันโลหิต

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี เดือนตุลาคม 2561 จำนวน 112 คน ทั้งที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และได้รับการแก้ปัญหาตามรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ประกอบด้วย แบบประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และแนวทางการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบแมกนีสาร์

ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 61 ปี มีประวัติในการสมรส สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่ได้ทำงาน มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 54.3 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ($BMI \geq 25$ kg/m²) ร้อยละ 54.29 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 7.1 เป็นผู้สูบบุหรี่ และร้อยละ 24.3 เป็นผู้ดื่มสุรา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรก คือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.6 และได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมด 1-2 ชนิด ร้อยละ 64.7 (2) จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถสืบค้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ทั้งหมด 190 ปัญหา หลังการทดลองปัญหาลดลงเหลือ 6 ปัญหา และ (3) อัตราความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 70 เป็น ร้อยละ 97 และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 78.6

คำสำคัญ รูปแบบ การให้คำปรึกษาผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา ความดันโลหิต

Thesis title: Effects of Patient Counseling Model for Improving Adherence on Antihypertensive Drugs

Researcher: Miss Pattanaporn Wongse; **ID:** 255000237;

Degree: Master of Science (Master of Public Health);

Thesis advisor: (1) Phonthip Geerapong, Associate Professor;
(2) Dr.Panee Sitakalin, Associate Professor; **Academic:** 2018

Abstract

The purpose of this quasi-experimental one group pretest and posttest researchare : (1) To study personal information and history of medicine in Hypertensive patient (2) To compare number of non-adherence problem in Hypertensive patients (3) To evaluate the outcome of patient counseling model for improving adherence on Antihypertensive drugs and blood pressure controlling.

The population of this study included 112 hypertensive patients who registered to hypertensive clinic at Udonthani Municipal Public Health Service Center on October 2018. The population included both patients with or without non-adherence problems. The sample included hypertensive patients with non-adherence problems and the problems were solved by patient counseling model for improving adherence on antihypertensive drugs which consist of the questions to evaluate non-adherence problems and individual non-adherence problem solving. This study was conducted from October 2018 to December 2018. Non-parametric McNemar Test, percentage and mean were statistically used in data analysis.

The result showed that (1) The most non-adherence problems occurred in female, age more than 61 years old, married, patient with health care benefit include Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), Universal Coverage Scheme(UC) and Social security scheme(SSS), undergraduate, unemployed, Income < 10,000 bahts, overweight (BMI \geq 25 kg/m²) 54.3%, Obesity 54.29%, smoking 7.1%, drinking 24.3%. Most of patients were diagnosed as primary hypertension - the patients whom diagnosed with hypertension less than 5 years 68.6% and receiving 1-2 kinds of hypertensive drug 64.7%. (2) The non-adherence problems before and after receiving patient counseling model for improving adherence on antihypertensive drugs were significantly different. There were 190 non-adherence problems before and decreased to 6 problems after receiving patient counseling model for improving adherence on antihypertensive drugs (3) The patient's rate of adherence was significantly increased from 70% to 97%. The amounts of patient with controlled blood pressure were significantly increased from 25.7% to 78.6%.

Keywords: Model, Patient counseling, adherence on antihypertensive drugs, blood pressure

กิตติกรรมประกาศ

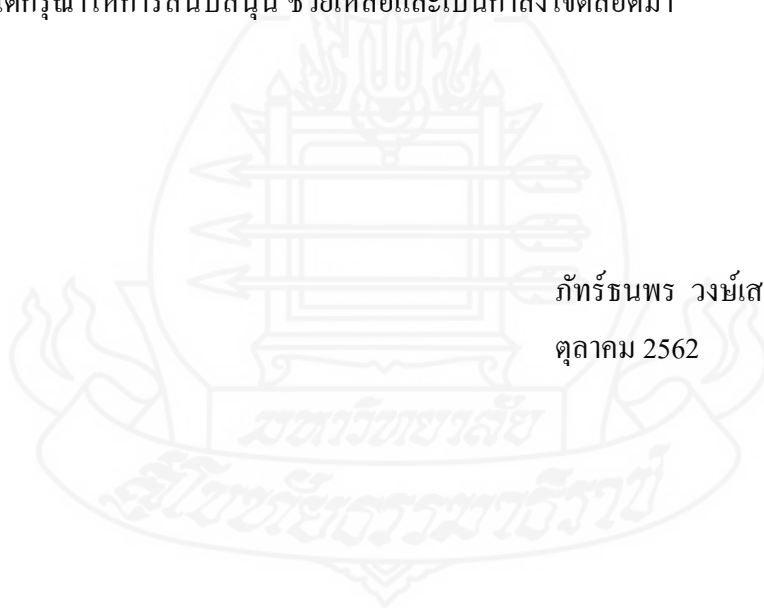
การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ กิระพงษ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สัตกะสิน ที่ได้ให้คำแนะนำ และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. เจริญ จันทวงศ์ ที่เสียสละเวลาให้คำแนะนำ ทางด้านสถิติและวิธีวิจัย ช่วยตรวจสอบความถูกต้องเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ท.1) เกษังกร ทุกท่าน เจ้าหน้าที่ที่ช่วยให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และปฏิบัติหน้าที่แทนเมื่อมีการเก็บข้อมูล

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา

ภัทร์ชนพร วงษ์เส

ตุลาคม 2562



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง	10
ความร่วมมือในการใช้ยาและวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา	12
ทฤษฎีความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม	31
เครื่องมือการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
รูปแบบวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา.....	65
ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต.....	70
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ที่ใช้ยาลดความดันโลหิต.....	72
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต.....	74
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปการวิจัย.....	77
อภิปรายผล.....	80
ข้อเสนอแนะ.....	84
บรรณานุกรม.....	85
ภาคผนวก.....	91
ก แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย.....	92
ข แบบขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัยจาก William Doucette.....	106
ค ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	108
ประวัติผู้วิจัย.....	110

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ลักษณะของวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยา.....	23
ตารางที่ 3.1 สรุปการแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาด้วย DRAW guide เป็นรายชื่อตามแบบสัมภาษณ์ DRAW tool.....	60
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา.....	66
ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา.....	68
ตารางที่ 4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต.....	70
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ที่ใช้ยาลดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง.....	72
ตารางที่ 4.5 อัตราความร่วมมือของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต.....	75
ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง.....	76



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ภาพที่ 3.1 ภาพขั้นตอนการเก็บข้อมูล.....	49



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO,2013) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของพลเมืองสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในปี 2556-2560 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2559) และในปี 2558-2560 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากจำนวน 540,013 คน เป็นจำนวน 813,485 คน (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2561) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี 2552 และ 2557 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 21.4 (ผู้ชายร้อยละ 21.5 และผู้หญิงร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) (วิชัย เอกพลากร,2559) และในปี 2560 พบว่ามีอัตราการตายเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆในทุกโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ในทางเวชปฏิบัติพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) ซึ่งจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (นิภา จรูญเวสรม์, 2540) การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นผลดีกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ชะลอการดำเนินของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ แต่จากงานวิจัยศึกษาปัจจัยการทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 การรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30, 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับ (วิทยากรณ์ วัชรตระกูลและคณะ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (mean = 5.92, S.D. = 1.71) โดยพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด ($\beta = -.374$; $p < .01$) และส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าลืมรับประทานยาซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุและพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจส่งผลต่อศักยภาพในการจดจำที่ลดลงของผู้ป่วย นอกจากนี้การไม่มีอาการผิดปกติของโรคยังส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเนื่องจากคิดว่าโรคควบคุมควบคุมหรือรักษาหายเป็นปกติ (เป็นทอง ผึ้งดอกไม้และคณะ, 2559) แสดงให้เห็นว่าปัญหาจากการใช้ยาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยานี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคและยา และการยอมรับของผู้ป่วย จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาจากการใช้ยา

ปัญหาจากการใช้ยาแบ่งเป็น 2 สาเหตุ โดยสาเหตุแรก คือ ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 8 ประเภท (Hepler and Strand, 1990) ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาซึ่งไม่ได้รับการบำบัด การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม ขนาดยาค่ากว่าขนาดในการรักษา ขนาดยาสูงเกินกว่าขนาดในการรักษา ปัญหาเกิดจากการไม่ได้รับยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาของยา และการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ สาเหตุที่สองคือ ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทั้งแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจ แบ่งออกเป็น 6 ประเภท (Berg et al., 1993) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่รับยาตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธแผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยาผิดขนาด (ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งแต่ใช้ยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการใช้ยาของผู้ป่วยอาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง) การใช้ยาผิดเวลา การลืมใช้ยา การหยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง และการใช้ยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้งขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน หรือต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา ตลอดจนอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Koecheler et al. 1989: 729-32)

ในทางปฏิบัติ เมื่อมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยาเกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีในการใช้ยาและนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และเกิดปัญหาความล้มเหลวของการรักษาตามมา ผู้ป่วยอาจเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการเกิดโรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบไต สมอง และตา เป็นต้น เกสซ์กรจึงมีหน้าที่ในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้คำปรึกษาเรื่องยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดปัญหานั้น แต่เนื่องจากวิธีการบางอย่างที่เราแนะนำไปนั้น แม้จะถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมที่สุดในความคิดของผู้ให้คำปรึกษาแต่อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย และในอดีตผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาน้อย แต่ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารตามสื่อออนไลน์มากขึ้น ทำให้มีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดความเชื่อและทัศนคติไม่ดีจากการรับข่าวสารมาจากแหล่งข้อมูลที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ อาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และปัญหาสำคัญคือการไม่กินยาตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร ดังนั้น วิธีการให้คำปรึกษา (Patient Counseling) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่านำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งการให้คำปรึกษา หมายถึง การให้ทางเลือกกับผู้ป่วยในการตัดสินใจแก้ไขปัญหของตนเอง โดยไม่ใช่เป็นการบังคับหรือลักษณะชี้นำ แต่เป็นลักษณะของการให้แนวทาง โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง (WHO, 1989) วิธีการให้คำปรึกษาจึงเป็นการเสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหด้วยตนเอง ในสถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก และบุคลากรที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาหรือเภสัชกรค่อนข้างมีจำกัด ทำให้มีเวลาในการให้คำปรึกษาด้านยาเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหจากการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เพียงพอ อีกทั้งการให้คำปรึกษาด้านยาเพื่อหาค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและอาจจะทำให้ไม่ครอบคลุมในทุกประเด็นคำถาม ดังนั้นการมีเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อให้ทันเวลากับจำนวนผู้ป่วย จะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพดีขึ้น

สำหรับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาในปัจจุบัน เป็นการให้คำปรึกษาผู้ป่วยรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ให้คำปรึกษาคือ เภสัชกร และผู้รับคำปรึกษา คือ ผู้ป่วย สนทนาเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยาและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในปัญหา

และสามารถหาทางออกอย่างสร้างสรรค์ด้วยตนเอง และส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย รูปแบบการให้คำปรึกษาที่ใช้ในการวิจัยเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งนี้ คือ Drug Adherence Work-up (DRAW) tool

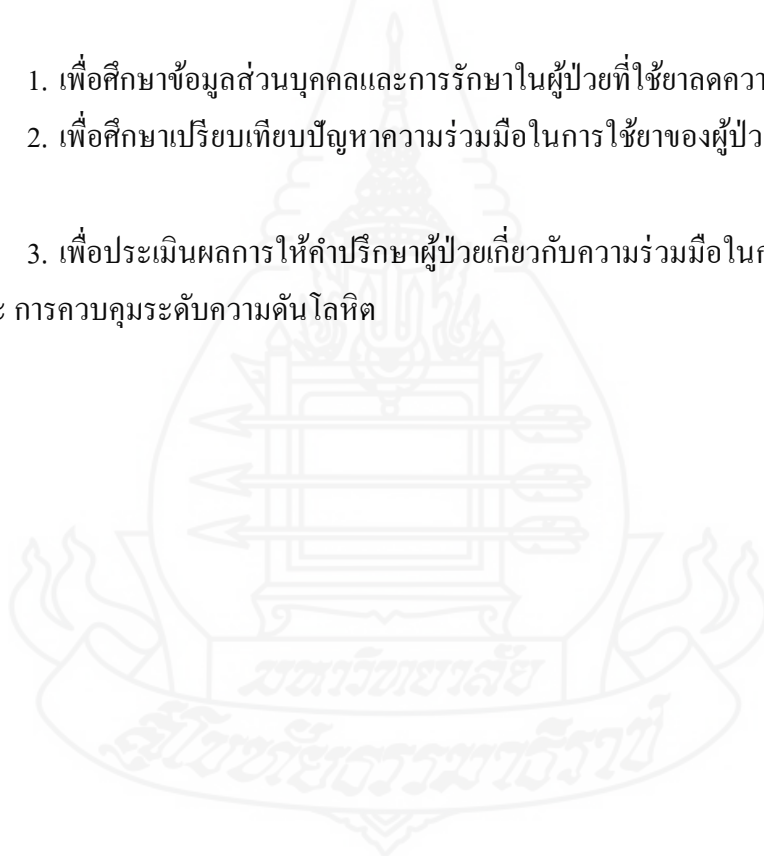
DRAW tool เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ใช้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง William R. Doucette และคณะ (2012) ได้ทำการคิดค้น ศึกษาและพัฒนา ตลอดจนนำไปใช้ทดสอบเพื่อเป็นแนวทางให้เภสัชกรให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง DRAW tool จะช่วยทำให้การให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยาต่อผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ใช้เวลาในการให้คำปรึกษาสั้นและกระชับมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบริการจัดการยาเพื่อการบำบัด (Medication therapy management: MTM) เนื่องจากมีการจัดระเบียบลำดับของคำถามเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดี และทำให้พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าการให้คำปรึกษาแบบปกติ อีกทั้งยังมีแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน จึงทำให้ง่ายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

งานวิจัยของ Ulla Hedegaard และคณะ (2015) ศึกษาผลลัพธ์การให้บริการทางคลินิก และการให้คำปรึกษาของเภสัชกรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากกลุ่มตัวอย่าง 156 คน โดยใช้วิธีการในการค้นหาปัญหาจากยาของผู้ป่วย 2 วิธี ได้แก่ การทบทวนการรักษาของแพทย์ (Medication review) และการใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย The Drug Adherence Work-up (DRAW) tool พบว่าการทบทวนการรักษาของแพทย์ (Medication review) สามารถค้นหาปัญหาจากการใช้ยาได้ทั้งหมด 91 ปัญหา โดยได้จากการทบทวนการรักษา 56 ปัญหาและได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 35 ปัญหา แต่จากการใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย DRAW tool พบว่าสามารถระบุปัญหาได้ทั้งหมด 421 ปัญหาแบ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากยาร้อยละ 60 และเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 40 และสามารถแก้ปัญหากับผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้ DRAW guide ทั้งหมด 528 ครั้ง นอกจากนี้เภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาแนะนำให้ใช้ DRAW tool ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อพบปัญหาสามารถแก้ปัญหากจากการใช้ยาได้ทันที โดยใช้ส่วนของ DRAW guide ของเครื่องมือ ทำให้สะดวก รวดเร็วเหมาะสมกับการทำงานที่เร่งรีบ และยังมีการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interview) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถประยุกต์ใช้ได้เกือบทุกปัญหาและใช้ได้กับผู้ป่วยเกือบทุกคน (94%) และพบว่าการใช้ DRAW tool ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตของตนเอง บางส่วนมองเป็นการให้ความรู้เรื่องยา สามารถเพิ่มความมั่นใจในการใช้ยา และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต หรือ DRAW tool โดยจะทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง (The One Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มศึกษาจะได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ DRAW tool หากพบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจะทำการแก้ไขปัญหาโดยใช้ DRAW guide ซึ่งจะทำให้เกษตรกรผู้ให้คำปรึกษาสามารถแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็นมากขึ้น และเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังทำการทดลอง

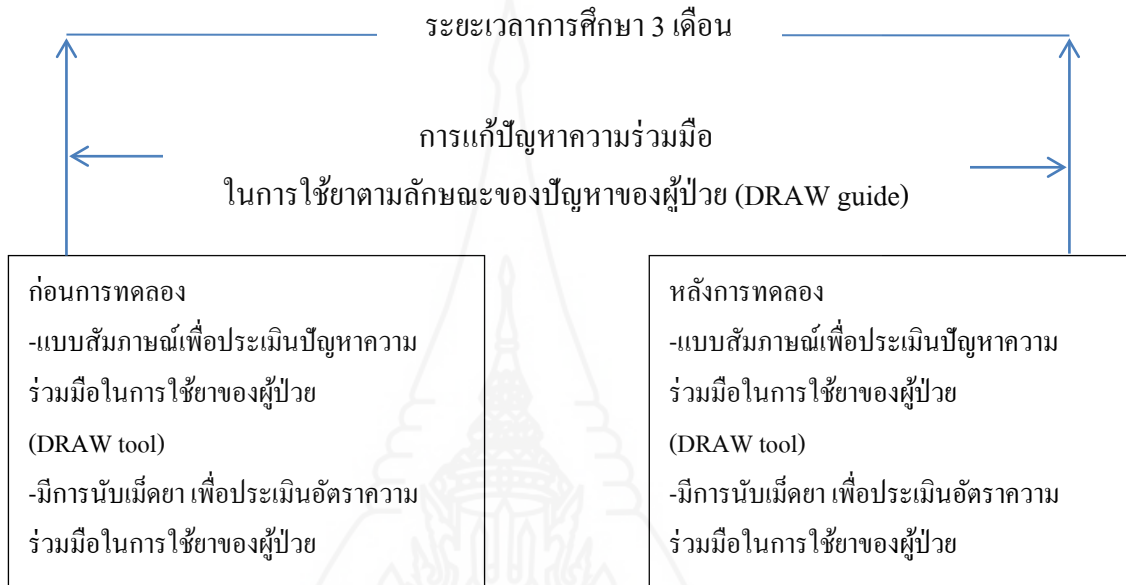
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต
3. เพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต และ การควบคุมระดับความดันโลหิต



3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา คือ จำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมุติฐานการวิจัย

4.1 จำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตลดลงหลังจากการให้คำปรึกษาด้วย DRAW guide

4.2 จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในระดับดี (ร้อยละ 80-100) เพิ่มขึ้นหลังจากการให้คำปรึกษาด้วย DRAW guide

4.3 จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้เพิ่มขึ้นหลังจากการให้คำปรึกษาด้วย DRAW guide

5. ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี ในเดือนตุลาคม 2561 ทำการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน จนถึงเดือนธันวาคม 2561 ประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (Drug Adherence Work-up; DRAW tool) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนามาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร เพื่อค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง เป็นลักษณะแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยใช้คำถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงการกินยาของตนเอง และถามถึงสิ่งบอเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ รู้สึกว่าจำนวนยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์จำนวนมากเกินไปหรือไม่ หรือรับประทานหลายครั้งเกินไปหรือไม่ การเห็นความสำคัญในการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาของผู้ป่วย ราคาและค่าใช้จ่ายของค่าเดินทางมาโรงพยาบาลอาจจะแพงเกินไปสำหรับผู้ป่วย ความกังวลของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ด้วย DRAW tool จะมีการแก้ไขปัญหาที่พบในส่วนของ DRAW guide ตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้เภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาได้แก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ทันที ในงานวิจัยนี้ใช้ DRAW tool เป็นสิ่งแทรกแซง(Intervention) ในการประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

แนวทางการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (DRAW guide) หมายถึง ส่วนที่แนะนำเภสัชกรในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ DRAW tool จากนั้นเมื่อทราบปัญหาในแต่ละข้อจะทำการแก้ไขปัญหาโดยใช้ DRAW guide ตามลักษณะปัญหาที่พบ ในงานวิจัยนี้ใช้ DRAW guide เป็นสิ่งแทรกแซง(Intervention) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจึงจะได้รับ intervention เป็น DRAW guide ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเกิดขึ้น เป็นแนวทางที่สะดวกกับผู้ให้คำปรึกษาในการแก้ไข

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละคน การประเมินผลก่อนและหลังการศึกษา โดยพิจารณาจากจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ในงานวิจัยนี้หมายรวมถึงสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องด้วย เนื่องจาก DRAW tool ให้ความสำคัญกับสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้ DRAW tool ผู้วิจัยจะแยกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 6 ข้อ คือ ใช้ยาผิดขนาดและ/หรือจำนวน รับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา) เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ลืมใช้ยา หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง บอกวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม และสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง เป็นส่วนที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาตามมา จำนวน 4 ข้อ คือ มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมื้อเกินไป รู้สึกว่ายาช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้ กังวลกับอาการข้างเคียงของยา ยาและค่ารักษา (สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลมากเกินไป

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI) หมายถึง การให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเลในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง และจะมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายและการตกลงเป้าหมายร่วมกัน

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท

อัตราความร่วมมือในการใช้ยา คือสัดส่วนระหว่างปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานต่อปริมาณยาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ งานวิจัยนี้ใช้จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในระดับดีเป็นผลลัพธ์จากงานวิจัย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

7.1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการนำเครื่องมือ DRAW tool มาใช้ในการแก้ปัญหความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคเรื้อรัง

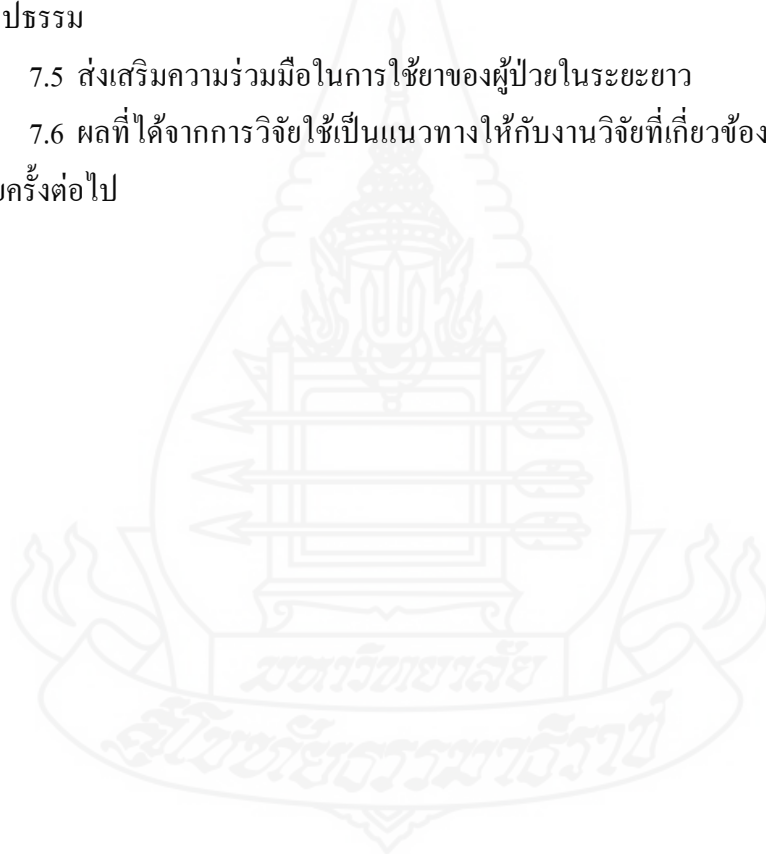
7.2 ฝ่ายเภสัชกรรมสามารถนำวิธีการหรือนำเครื่องมือไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.3 เป็นแนวทางในการใช้ DRAW tool นำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ

7.4 มีรูปแบบการแก้ปัญหาคู่ที่สอดคล้องกับชนิดของปัญหาคู่ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเป็นรูปธรรม

7.5 ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระยะยาว

7.6 ผลที่ได้จากการวิจัยใช้เป็นแนวทางให้กับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร แนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยต่างๆ เพื่อมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง
2. ความร่วมมือในการใช้ยาและวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา
3. ทฤษฎีความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม
4. เครื่องมือการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (Drug Adherence Work-up; DRAW tool)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) รายงานว่าปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของพลเมืองสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) เพิ่มขึ้นจาก 115.3 มม.ปรอท ในปี พ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้นเป็น 121.88 มม.ปรอทในปี พ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 116.9 มม.ปรอทเป็น 124.4 มม.ปรอท ส่วนในผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มม.ปรอท ประชากรในเขตเมืองมีค่า SBP เฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2 มม.ปรอทเป็น 120.8 มม.ปรอท ส่วนในชนบทเพิ่มจาก 114.9 มม.ปรอทเป็น 122.6 มม.ปรอท ในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ.2557 โดยในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 25.6 ส่วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง,2562) ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทยระหว่างปี 2555-2559

พบอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงและอัตราการตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปีเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในปี 2559 เท่ากับ 12.2 ต่อแสนประชากรและ 7.4 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อรองจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ในปี 2560 พบว่ามีอัตราการตายเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ พบว่ามีอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ไม่แสดงอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนมีภาวะความดันโลหิตสูง (silent disease) หรือเมื่อรู้ตัวส่วนมากจะไม่ได้รับการรักษาส่วนหนึ่ง อาจจะเนื่องมาจากไม่มีการแสดงอาการ ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญ เมื่อร่างกายมีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลายาวนานทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆตามมา ซึ่งการรักษาในช่วงนี้อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทย ส่วนหนึ่งมาจากการที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลาเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพ หรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละเลยของทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษา คือ การที่แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง ดังนั้น เมื่อรู้สึกว่ายาสบายคืออยู่แล้ว ก็มักจะไม่เรียกร้องให้แพทย์ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง, 2562)

จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นสมพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) จึงให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และเพิ่มความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของความดันโลหิตสูง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยทราบระดับความดันโลหิตของตนเอง (Know Your Numbers) และมีการตรวจซ้ำอย่างสม่ำเสมอทุกๆ 1 ปี โดยองค์การสหประชาชาติได้ตั้งเป้าหมายภายในปี 2025 ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากจะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการปรับพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าการรักษาความดันโลหิตสูงระดับอ่อน-ปานกลางอย่างสม่ำเสมอสามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณร้อยละ 30-40 และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 15 แต่เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาดต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะไม่มารับการรักษา ไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่าการไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะหยุดการรักษาภายใน 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานรักษาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอมีประมาณร้อยละ 50-70 เท่านั้น (WHO,2003) สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายขึ้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศที่ต้องใช้ในด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

2. ความร่วมมือในการใช้ยาและวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence to Medication)

การให้ความร่วมมือ(Adherence) องค์การอนามัยโลก (WHO,2003) ได้ให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เห็นด้วยกับคำแนะนำที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยกินยาตามวิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยที่มีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลากินยาวานานหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการกินยาที่ถูกต้องนี้ ผู้ป่วยจะต้อง มีการยอมรับฟังรับคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์และเภสัชกรด้วยความเต็มใจ นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การควบคุมการกินอาหาร การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำ เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมาพบแพทย์ตามนัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาอื่นๆ

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) เป็นคำที่มีความหมายในทางบวกหรือความหมายที่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับคำว่า การใช้ยาตามสั่งแพทย์ หรือ medication compliance เช่นที่เคยใช้กันมา Medication adherence เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์ฝ่ายเดียว

แต่จะมีการตกลงร่วมกันถึงวิธีใช้ยาและวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด (นันทลักษณ์,2555)

Maxine X.P. & Anthony S.D.,2007 ได้ให้คำนิยามคำศัพท์ของความร่วมมือในการใช้ยา 3 คำได้แก่ Compliance เป็นคำนิยามทั่วไปที่ใช้บอกพฤติกรรมของบุคคลที่เห็นด้วยกับคำแนะนำการใช้ยา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะทำตามแพทย์หรือเภสัชกรสั่งเปรียบประหนึ่งกับผู้มีพระคุณ Adherence มีความหมายคล้ายคลึงกับ Compliance แต่มีการแสดงถึงความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมผลการรักษา ซึ่งจะต้องมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ในการให้ข้อมูลและแนะนำเพื่อทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตีความได้อย่างถูกต้อง Concordance เป็นคำศัพท์ที่ไม่เหมือน compliance ซึ่งมีลักษณะไปทางการเชื่อฟัง จึงไม่สามารถใช้แทนกันได้ Concordance บุคลากรทางการแพทย์จะทำหน้าที่เหมือนผู้ฝึกหัด(coach) และผู้ป่วยมีหน้าที่ในการตัดสินใจ (decision maker) ดังนั้นทั้งสองฝ่ายจะต้องเลือกวิธีการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษา ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับ และเอื้อให้ผู้ป่วยแลบุคลากรทางการแพทย์ร่วมมือกันอย่างเต็มที่เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างสมดุล

Osterberg L. & Blaschke T.,2005 ให้ความเห็นไว้ว่า การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่จะรายงานตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ทั้งความร่วมมือและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาก็ต่อเมื่อยาที่ได้รับถูกใช้ไปร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ แต่สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาของการรับประทานยาต้านไวรัส HIV ที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 95 และจากการศึกษาความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลงใน 6 เดือนแรกของการรักษา ในงานวิจัยนี้จะมีการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วยเพื่อประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยา จากแนวคิดนี้จึงถือว่าเมื่อผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือร้อยละ 80-100 มีความร่วมมือระดับดี

องค์การอนามัยโลก (WHO,2003) ได้แบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยออกเป็น 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

สภาพสังคมและเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่นในประเทศที่ด้อยพัฒนา เศรษฐกิจไม่ดี ระดับการศึกษาต่ำ อัตราการว่างงานสูง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ระยะทางในการเดินทางมารักษาไกลและการค่าใช้จ่ายในการเดินทางแพง

ค่ายาและค่ารักษาแพง ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา ในทางกลับกันประเทศที่มีการจัดระบบสาธารณสุขที่ดี มีระดับการศึกษาสูง มีการเดินทางสะดวก ค่ายาและค่ารักษาราคาถูก ก็ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษาดีขึ้น จะเห็นได้ว่าสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ความยากจน การไม่รู้หนังสือหรือการได้รับการศึกษาน้อย และยาราคาแพง แบบสัมภาษณ์ DRAW tool ข้อ 10 มีการสอบถามเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษามากไปไหม เนื่องจากประชาชนคนไทยส่วนใหญ่จะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นของตนเอง ได้แก่ สิทธิบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค สิทธิเบิกตรงกรมบัญชีกลาง และสิทธิประกันสังคม ส่วนใหญ่จะไม่ได้ชำระค่ารักษาพยาบาล และยาในประเทศส่วนใหญ่เป็นยาที่ราคาถูก ดังนั้นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจึงไม่มีผลในการวิจัยมากนัก ผู้วิจัยจึงปรับแบบสัมภาษณ์ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงค่ารักษาพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยยังเพิ่มในส่วน of ค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เช่น ค่าพาหนะเดินทาง เป็นต้น

2. ด้านระบบบริการสาธารณสุข

ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น การสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย หรือการที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาที่จะให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงโรคที่ตนเองเป็น ประโยชน์และความเสี่ยงที่ตนเองจะได้รับจากการรักษา รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ยาก หรือสถานพยาบาลขาดระบบการติดตามผู้ป่วยให้มารักษาอย่างต่อเนื่องก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลงเช่นกัน

3. ภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง มีดังนี้

- โรคที่มีระดับความรุนแรงน้อย
- โรคเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการ มีการดำเนินโรคไปอย่างช้าๆ
- โรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน
- ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย
- โรคบางอย่างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำลดลง และลืมรับประทานยา เช่น

โรคลมชัก

- ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด หรือดื่มแอลกอฮอล์

ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการมีการดำเนินโรค เป็นไปอย่างช้าๆ ต้องอาศัยระยะเวลายาวนานในการรักษาและในผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มรักษาหรืออยู่ในระยะ เริ่มต้นมีโอกาสที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา ดังนั้นการให้คำปรึกษา เรื่องการรักษาและยา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจจึงมีส่วนสำคัญกับความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

4. ยาและแบบแผนการรักษา

4.1 คุณสมบัติของยา ได้แก่ รส กลิ่น มีผลอย่างมากต่อความร่วมมือในการใช้ยาของเด็ก การใช้ยาขณะบรรจุกิน หากใช้ยาขณะบรรจุกินที่เปิดยา ผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่สามารถเปิดใช้ยาเองได้ การแกะยาออกจากแผงแล้วแบ่งลงในภาชนะบรรจุกิน (กล่องเก็บยา) เพื่ออำนวยความสะดวก อาจทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้การแบ่งยาไม่ควรแบ่งไว้เยอะ มากเกินไป และยาที่ไม่ทนต่อแสงไม่ควรแกะออกจากแผงยา เนื่องจากยาอาจเกิดการเสื่อมสภาพได้

4.2 ราคา ยาที่มีราคาสูงอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีฐานะไม่ดีไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

4.3 แผนการรักษา แบบแผนการรักษาที่ยุงยาก ใช้ยาหลายขนาน มีการใช้ยาบ่อยครั้ง และต้องใช้เป็นเวลานาน ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (จิตชนก ลีทวีสุขและคณะ) พบว่า จำนวนชนิดยาที่ต้องใช้ ต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับสองชนิดมีการบริหารยาที่เหมาะสมที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ใช้ยวันละ 3-4 ชนิดและผู้ป่วยที่ต้องใช้ยวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุมาลี วัจนกรและคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่พบว่าจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้สะดวก ไม่เป็นภาระที่กระทบต่อชีวิตประจำวันหรือยุ่งยากในการปฏิบัติ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการบริหารยาที่เหมาะสม

5. ผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา

5.1 ลักษณะประชากรศาสตร์ มีผู้ศึกษามากมายเพื่อหาข้อสรุปว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกันตามกลุ่มประชากรและวิธีการสืบหา เช่น มีการศึกษาพบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสัมพันธ์กับเพศ ซึ่งเพศหญิง (มารดาที่มีบุตรจำนวนมาก) คนว่างงาน รายได้ต่ำ มีแนวโน้มจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Marie C.A. & Chirstina S.P.,2008) และมีการศึกษาพบว่าอายุ ระดับการศึกษา และเศรษฐฐานะมีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัส (WHO,2003)

5.2 ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ยา รวมถึงผู้ป่วยทราบผลดีและผลเสียหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างใช้ยา และการปฏิบัติตัว หากเกิดอาการข้างเคียงนั้นขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสังเกตตนเอง ลดความกังวลจากการใช้ยาได้ ในแบบ สัมภาษณ์ของ DRAW tool จะมีคำถามเกี่ยวกับการเกิดอาการข้างเคียงและวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการ นั้นขึ้น ความรู้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยการศึกษาการใช้ยา ลดความดันในผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไปในเขตเมือง พบว่าอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Robert, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 347 คน พบว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาลดความดัน โลหิตของผู้ป่วย (Alm-Roijer, Stagmo, Uden, & Erhardt, 2004)

5.3 ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยานั้น เกิดขึ้นจากความ เชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค การรับรู้ความ รุนแรงของโรคที่เป็น การรับรู้ผลของโรคที่จะเกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์และ อุปสรรคจากการรักษา เป็นต้น

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

The National Council for Patient Information and Education (NCPPIE) ได้สรุปรูปแบบ เกี่ยวกับปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด 5 ชนิด (Berg et al. 1993) ได้แก่

1. การที่ผู้ป่วยไม่รับยาตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธแผนการรักษา
2. การใช้ยาผิดขนาด ในกรณีนี้ผู้ป่วยได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ใช้ยาในขนาด ที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ยานานมากกว่าที่แพทย์สั่งและการใช้ยานานน้อยกว่าแพทย์สั่ง
3. การใช้ยาผิดเวลา
4. การลืมใช้ยา
5. การหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง

สำหรับงานวิจัยนี้เพื่อให้สอดคล้องกับข้อคำถามของ DRAW tool และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ปี 2558 ที่เน้นให้สังเกตสิ่งบอเหตุที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วย จึงแบ่งปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ใช้ยาผิดขนาดและ/หรือจำนวน รับประทานยาไม่ตรงเวลา (ผิดเวลา) เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ลืมใช้ยา หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง บอกวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม

2. สิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป รู้สึกว่ายาช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้ กังวลกับอาการข้างเคียงของยา ยาและค่ารักษา (สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลมากเกินไป

ผลของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามที่บุคลากรทางแพทย์แนะนำจะก่อให้เกิดผลเสียขึ้นมากมาย ซึ่งหากแบ่งตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้การรักษานี้ (outcome of drug therapy) ตาม ECHO model ซึ่งเป็นแนวคิดของ Kozma และคณะ (Kozma C.M. et al,1993) จะแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (Clinical Economic and Humanistic outcomes) ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (Clinical outcomes) อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลวหรือกรณีหยุดยาปฏิชีวนะก่อนกำหนดอาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มากขึ้น จากรายงานการสำรวจพบว่าใน 55% ของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกามีปัญหาเรื่องการรับประทานยาทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุการตายถึง 125,000 คนต่อปี ร้อยละ 33-69 มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากให้ความร่วมมือในการใช้ยาค่า

2. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic outcomes) มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ อาจมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาทั้งบุคลากรทางการแพทย์และของตัวผู้ป่วย แทนที่จะใช้เวลาของตนไปปฏิบัติงานอื่นอย่างเต็มความสามารถกลับต้องใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากรายงานสำรวจพบว่า ผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยานี้ประมาณ 100 พันล้านดอลลาร์ต่อปี

3. ผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (Humanistic outcomes) เป็นผลที่ตามมาของโรคหรือผลการรักษาต่อสถานะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือ คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นต้น

ในด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้การวิเคราะห์แผนการรักษาผิด แพทย์ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา การศึกษาของ Harris LE และคณะ (1995) พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง

ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) หมายถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ทั้งสุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป (general health) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี น่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยน่าจะดีขึ้น

กลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย

จากการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วย (Marie C.A. & Chirstina S.P.,2008) เครื่องมือหรือวิธีการที่ถูกคิดค้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยมีการพัฒนามาจาก 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ แรงจูงใจ (motivation), ความรู้ (knowledge), ทักษะ (skill), และการเข้าถึง (access) ซึ่งเครื่องมือที่สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้สำเร็จ จะต้องมิลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงการรักษาและการให้บริการ ได้แก่ การเข้าถึงยาที่จำเป็น การเข้าถึงแพทย์หรือเภสัชกรเมื่อมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษา
2. การเพิ่มความรู้และทักษะต่างๆ โดยเน้นในเรื่องยาและโรคที่ผู้ป่วยเป็น
3. เพิ่มแรงจูงใจในการการรักษาและการใช้ยา

กลยุทธ์การให้ intervention เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา จากการสืบค้นงานวิจัยมีทั้งหมด 5 รูปแบบ ได้แก่

1. การปรับการกินยาให้กับผู้ป่วย (Technical intervention) รูปแบบในการกินยาของผู้ป่วยมีส่วนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยมักจะชอบวิธีการใช้ยาที่กินง่าย ซึ่งพบว่าการกินยารวันละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ายาที่กินวันละหลายครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และชอบให้มีอุปกรณ์ช่วย เช่น กล่องใส่ยา

2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Educational intervention) จะเน้นในเรื่องของการสอนและการจัดหาข้อมูลความรู้ด้านการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น มีการเตือนถึงอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังการใช้ยา มีการแจกหนังสือหรือแผ่นพับความรู้ มีการให้ความรู้เฉพาะตัวบุคคล

3. การปรับพฤติกรรมผู้ป่วย (Behavioral intervention) เป็นการให้ intervention ทางด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องเตือนหรือการใช้สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ยา เช่น ระบบการโทรศัพท์เตือน พบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ในผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาของลีและคณะ (Lee KJ, Grace AK และคณะ, 2006) ได้ทดลองประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ยาแบบครบวงจร เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการได้รับยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมารับบริการ ณ ศูนย์การแพทย์วอเทอร์รีด สหรัฐอเมริกา จำนวน 200 คน โปรแกรมนี้ประกอบด้วยการสอนผู้สูงอายุรายบุคคลในเรื่องยา การติดตามโดยเภสัชกร ร่วมกับการให้อุปกรณ์ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา (medications custom-packaged in blister packs) ที่บรรจุยาในแต่ละครั้งจำนวนชุดให้ใช้เป็นเวลา 1 เดือน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 6 พบว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลับทดลองเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 61.2 เป็นร้อยละ 96.6 และสามารถควบคุมความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติ

4. การหาสิ่งจูงใจที่มีผลแก่ผู้ป่วย (Affective intervention) เป็นความพยายามทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นถึงความจำเป็นในการใช้ยาและมีระบบสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัวบำบัด (Family therapy) และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยแบบรายบุคคล ยกตัวอย่างเช่น การให้ intervention เพื่อสนับสนุนให้เพิ่มความร่วมมือในการรักษาการติดเชื้อ HIV ผ่านผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผลคือผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉลี่ย 90% เมื่อจบการศึกษา

5. แบบผสมผสาน (Multimodal intervention) เป็นการให้ intervention ที่ใช้สองหรือมากกว่าสองกลยุทธ์ข้างต้น เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น การให้ intervention ที่ประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วย การให้ตารางการกินยาแก่ผู้ป่วย การโทรศัพท์ติดตาม และการมาพบแพทย์ที่คลินิกตามนัด มีการศึกษาผลจาก meta-analysis พบว่า การให้ intervention แบบผสม 4 รูปแบบ ได้แก่ การปรับการกินยาให้กับผู้ป่วย การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมผู้ป่วย การหาสิ่งจูงใจที่มีผลแก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะประสบความสำเร็จในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

DRAW guide ในงานวิจัยนี้เป็นการให้ intervention แบบผสมผสาน และพิจารณา การให้ intervention แต่ละคนแตกต่างกันขึ้นกับการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้ป่วย ซึ่งตามแบบ สัมภาษณ์จะมีการแนะนำแนวทางวิธีการให้ intervention แก่ผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเป็นการชี้แนะผู้ให้ คำปรึกษาได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างตรงประเด็นและตรงตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน

เครื่องมือและวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยา

วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทำได้หลายวิธี แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีวัด โดยตรง วิธีวัดทางอ้อม และ วิธีวัดด้วยตัวผู้ป่วยเอง(Subjectively) แต่ละวิธีไม่มีวิธีที่ดีที่สุด ไม่มีวิธี ที่ถูกพิจารณาให้เป็น gold standard (Marie C.A. & Chirstina S.P.,2008) จากการรวบรวมเอกสาร ต่างๆจึงนำมาสรุปเป็นข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธีดังต่อไปนี้

1. วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยตรง คือ การสังเกตการรับประทานยา โดยตรงจากการวัดระดับยาหรือการ metabolite ยาในเลือดหรือ urine ,วัด biologic maker ในเลือด ต่างๆ วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีแต่ค่าใช้จ่ายจากการใช้วิธีนี้ค่อนข้างสูง เป็นภาระงานกับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยสามารถทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำนายผลได้ง่าย แต่ยาบางชนิดจำเป็นต้อง วัดระดับยาในเลือด เพื่อประเมินผลการรักษาและใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การวัดความเข้มข้นใน serum ของยากันชัก (serum concentration of antiepileptic drugs) เช่น phenytoin , valproic acid ซึ่งเป็นยาที่ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อการรักษาและการที่ระดับยา ต่ำกว่าขนาดยาในการรักษา (subtherapeutic levels) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการ ใช้ยาหรือขนาดยาที่แพทย์ให้ต่ำกว่าที่เหมาะสม

2. การวัดความร่วมมือในการใช้ยาทางอ้อม เช่น การประเมินการตอบสนองทางคลินิก, การนับยาที่เหลือของผู้ป่วย, การวัดอัตราของการสั่งยาเพื่อเติมยา, การใช้ electronic medication monitors, การวัด physiologic markers เป็นต้นซึ่งวิธีการวัด โดยตรงและทางอ้อมนั้น เป็นการวัด โดยอาศัยข้อมูลที่เป็นรูปธรรม (Objective)

3. การวัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นนามธรรม (Subjective) เป็นการวัดความร่วมมือในการใช้ ยาโดยการสอบถามจากผู้ป่วย เช่น เป็นการให้ผู้ป่วยรายงานการกินยาด้วยตัวผู้ป่วยเอง (self-report) การแจ้งให้ผู้ป่วยเก็บข้อมูลการรับประทานยาประจำวัน (medication diary), และการประเมินความร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ป่วยกรณีเป็นผู้ป่วยเด็ก จะใช้วิธีการถามจากผู้ดูแล,ครู,พยาบาลในโรงเรียน วัดด้วย การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม เป็นต้น วิธีการถามโดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยนี้เป็นวิธีที่ง่ายใน การใช้ แต่การถามผู้ป่วยอาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่แสดงข้อมูลที่สำคัญบางอย่างและแนวโน้มผลลัพธ์ ของการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยมักจะสูงกว่าความเป็นจริง แบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือ

ในการใช้ยาที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ Morisky Medication Adherence ชนิด 4 คำถาม (MMAS-4), Morisky Medication Adherence ชนิด 8 คำถาม (MMAS-8) , Brief Medication Questionnaire (BMQ) MMAS-4 และ MMAS-8 เป็นเครื่องมือมิติเดียว ส่วน BMQ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ด้านแผนการรักษา ด้านความเชื่อ ด้านความจำ และด้านการเข้าถึงยา (ศุจิภา ศิริวรากร, 2552) ส่วน DRAW tool ที่ผู้วิจัยนำมาใช้นี้เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการสอบถามตามข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อกับผู้ป่วยแต่ไม่มีการประเมินเป็นคะแนนเหมือนกับแบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาอื่นๆ ทั้งนี้เพราะ DRAW tool จะเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อหาค้นหาจากการใช้ยา และนำไปสู่เครื่องมือการแก้ปัญหาเรื่องการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้ DRAW guide

การวัดการตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วยมักจะมีปัจจัยรบกวนหลายปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การลืมรับประทานยา วิธีที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่ คือการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย แต่เป็นวิธีที่สร้างความยุ่งยากลำบากมาก เนื่องจากผู้ป่วยสามารถสลับยาระหว่างถุงหรือขวดและอาจจะทิ้งยาไปเพื่อให้จำนวนเม็ดตรงกับวันที่มาโรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่ช่วยให้ข้อมูลของการลืมรับประทานยาในระหว่างวัน เช่น ยาที่ต้องรับประทานวันละ 3-4 ครั้ง ผู้ป่วยลืมกินยามือเพียง จึงรวบมากิน 2 เม็ดตอนมือเย็น ด้วยเหตุผลนี้การวัดโดยการนับเม็ดยาจึงไม่ใช่วิธีที่ดีนัก ซึ่งการกินยาโดยวิธีนี้บางครั้งก็ส่งผลกระทบต่อตอบสนองอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเช่นกัน การนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วยจะนำมาหาค่าอัตราความร่วมมือในการใช้ยา โดยการเข้าสู่สูตร ดังนี้

$$\frac{\text{(จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไป - จำนวนเม็ดยาที่เหลือ)} \times 100}{\text{(จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานในจำนวนวันระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมารับยาในครั้งถัดไป)}}$$

(จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานในจำนวนวันระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมารับยาในครั้งถัดไป)

อัตราความร่วมมือในการใช้ยาที่ถือว่ายอมรับได้ จากแนวคิดของ Osterberg L. & Blaschke T., 2005 ได้กล่าวไว้ว่า โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่อเมื่อยาที่ได้รับถูกใช้ไปร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ งานวิจัยนี้จึงถือว่าผู้ป่วยที่กินยาถูกเมื่อผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือร้อยละ 80-100 และผู้ป่วยที่กินไม่ถูกตามแพทย์สั่ง ได้แก่ กินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ < 80%) และกินยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ > 100%)

การวัดโดยใช้เครื่องมือelectronic เช่น การวัดที่สามารถบันทึกเวลาในการเปิดขวดได้ , ขวดที่นับจำนวนหยด(กรณีผู้ป่วยโรคต่อหิน) หรือการบันทึกการทำงานของกระบอกพ่นยา (กรณีผู้ป่วยโรคหอบหืด) เป็นเครื่องมือที่ใช้อธิบายวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการวัดโดยอ้อม เนื่องจากบางครั้งการที่เครื่องมือบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับการนำยาเข้าสู่ร่างกายที่เป็นยาที่ถูกต้องและขนาดยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจจะเปิดขวดแต่ไม่ได้กินยา หรือกินยาผิดขนาด หรือผู้ป่วยอาจจะใส่ยาผิดขวดแล้วทำให้ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี อีกทั้งต้นทุนในการใช้วิธีนี้ค่อนข้างสูง ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงไม่นิยมนำมาใช้ แต่บางครั้งยังจำเป็นต้องใช้วิธีนี้กรณีต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง เช่นการทำวิจัยต่างๆ เพื่อที่จะได้พฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่างๆจึงนำมาสรุปเป็นข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธีตามตาราง 2.1 ลักษณะของวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยา



ตารางที่ 2.1 ลักษณะของวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Osterberg L. & Blaschke T.,2005 และ Marie C.A. & Chirstina S.P.,2008 นำมาสรุปดังนี้

วิธีการวัด	ข้อดี	ข้อเสีย	ความคิดเห็น
<u>1.การวัดโดยตรง (Direct method)</u>			
การสังเกตการ รับประทานยา โดยตรง	เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม มีความถูกต้องและแม่นยำสูง ไม่ได้ทำหัตถการ ผู้ป่วยจึงไม่เจ็บตัว	ผู้ป่วยสามารถซ่อนยาในปากและและปฏิเสธการกระทำของเขา เกิด Hawthorne effect* มักไม่นำมานำมาปฏิบัติในทางคลินิก	พิจารณาทำเมื่อต้องการความแม่นยำ ถูกต้อง เช่น การทำวิจัย เป็นต้น
การวัดระดับยาหรือ metabolite ยาใน เลือดหรือ urine	เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม	ไม่ได้เป็นการวัดวันต่อวัน อาจมีผลที่เกิดจากปัจจัยอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับความร่วมมือในการกินยา ได้แก่ การ metabolism ยา ปฏิกริยาระหว่างยา ปฏิกริยาระหว่างยาและอาหาร, ยาที่ดูดซึมยาก เป็นต้น ราคาแพง ต้องทำหัตถการกับผู้ป่วย ผู้ป่วยเจ็บตัว	ไม่ได้เป็นวิธีมาตรฐานในการวัด ความสัมพันธ์ระหว่างระดับยากับความร่วมมือในการใช้ยา การวัดความร่วมมือในการใช้ยาดังวิธีนี้ควรทำเป็นกรณีไป

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

วิธีการวัด	ข้อดี	ข้อเสีย	ความคิดเห็น
วัด biologic maker ในเลือด	เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม, สามารถใช้ในการประเมินว่าผู้ป่วยได้กินยาอยู่หรือไม่ ใน Clinical trials ใช้วัดปริมาณ placebo	ไม่ได้เป็นการวัดวันต่อวัน อาจมีผลที่เกิดจากปัจจัยอื่นที่ไม่เกี่ยวกับความร่วมมือในการกินยา ได้แก่ การ metabolism ยา ปฏิกริยาระหว่างยา ปฏิกริยาระหว่างยาและอาหาร ยาที่ดูดซึมยาก เป็นต้น ราคาของการตรวจวิเคราะห์และการเลือก bodily fluids ในร่างกายแพงมาก, ต้องทำหัตถการกับผู้ป่วย ผู้ป่วยเจ็บตัว	ส่วนใหญ่จะมีประสิทธิภาพกับ maker ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว ความเข้มข้นของยาที่ระดับ steady-stateจะต้องไม่ยาวนาน และจะต้องรู้เวลาที่แน่นอน
การนับยาที่เหลือของผู้ป่วย	เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ราคาไม่แพง เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ง่ายในการแสดงผล ไม่ต้องทำหัตถการกับผู้ป่วย	ข้อมูลง่ายต่อการบิดเบือนโดยผู้ป่วย (เช่น การซ่อนยา) การคำนวณอาจจะซับซ้อน ค่าที่ได้มีแนวโน้มที่จะสูงเกินความเป็นจริง	สามารถเก็บข้อมูล โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวได้ มีความไวและความจำเพาะมากกว่าวิธี ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

วิธีการวัด	ข้อดี	ข้อเสีย	ความคิดเห็น
<u>2.การวัดทางอ้อม (Indirect method)</u>			
การเก็บข้อมูลจากการเติมยาให้ผู้ป่วย (Refill record)	เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สะดวก เป็นข้อมูลที่เป็มาตรฐาน ไม่ต้องทำหัตถการกับผู้ป่วย ราคาไม่แพง	อาจจะทำให้แปลผลผิดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิถีกินยา ต้องเชื่อใจผู้ป่วยว่ายาที่หายไปเกิดจากการกินยาไม่สามารถตรวจสอบรูปแบบของการกินยาของผู้ป่วยได้ ใช้ประโยชน์ได้เฉพาะในกรณีให้ยาเป็นเวลานานๆ มีความซับซ้อนมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับยาหลายที่	มีความสัมพันธ์กันกับวิธี electronic monitor มีความสัมพันธ์กับผลทางคลินิกและพฤติกรรมอื่นๆที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา เช่น การมาก่อนวันนัด เหมาะสำหรับการประมาณค่าความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มประชากรใหญ่ๆ สามารถระบุผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีกว่าวิธีผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

วิธีการวัด	ข้อดี	ข้อเสีย	ความคิดเห็น
Electronic medication monitor	เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม แสดงรูปแบบการกินยาของผู้ป่วยได้ดี เพราะสามารถบอกเวลาและวันที่เปิดขวดยาได้มีความแม่นยำ เป็นการประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณ ไม่ต้องทำหัตถการกับผู้ป่วย	ราคาแพง ไม่มีประสิทธิภาพกับยาน้ำที่เปิดใช้แล้ว เครื่องอาจจะไม่ทำงานและทำให้ข้อมูลหายไป เครื่องใหญ่และไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วย บางครั้งอาจเกิดความเครียดกับผู้ป่วยเพราะรู้ตัวว่าอยู่ในช่วงวัดความร่วมมือในการใช้ยา จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมา visit เข้าเพื่อติดตามผล และการดาวน์โหลดข้อมูลจากระบบ	เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดความร่วมมือในการใช้ยา มีความไวในทดสอบความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีผู้ป่วยรายงานด้วยตัวเองและการนับยาผู้ป่วย
การหาค่าที่แสดงถึงอาการทางคลินิก (เช่น ระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ LDL-cholesterol ในเลือด เป็นต้น)	เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้ประเมินในช่วงที่ให้การรักษา	ตัวแปรอื่นที่มีผล ได้แก่ สภาพาร่างกายของผู้ป่วย ความเหมาะสมของยากับผู้ป่วย มีปัญหาเรื่องความตรงและความเชื่อมั่น	สามารถใช้แทนวิธีการวัดโดยตรงได้

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

วิธีการวัด	ข้อดี	ข้อเสีย	ความคิดเห็น
ประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (เช่น การรักษาอาการปวด)	เก็บข้อมูลง่ายและแสดงผลได้ง่าย เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้ประเมินในช่วงที่ให้การรักษา	ปัจจัยความร่วมมือในการรักษาอื่นๆก็สามารถทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้นได้เช่นกัน เช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้น มีปัญหาเรื่องความตรงและความเชื่อมั่น	สามารถใช้แทนวิธีการวัด โดยตรงได้
3.การวัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นนามธรรม (Subjective measure)			
ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (เช่น การเขียนไดอารี่, การตอบแบบสอบถาม, การสัมภาษณ์)	เก็บข้อมูลง่าย รวดเร็ว ราคาไม่แพง เป็นวิธีการที่ไม่ซับซ้อน ไม่มีอุปสรรคมากมาย และสามารถใช้ประโยชน์จากการวิจัย โดยอาจจะต้องหาข้อมูลและตัวแปรที่ใช้เพื่ออธิบายรูปแบบของความร่วมมือในการใช้ยาและอาการทางคลินิกที่ตอบสนองจากการรักษา	ค่าที่ได้มีแนวโน้มที่จะสูงเกินความเป็นจริง มีความไวต่ำ มีข้อจำกัดเรื่องความจำเมื่อถามถึงเหตุการณ์ในอดีต(recall) การเขียนไดอารี่อาจเป็นภาระของผู้ป่วยและเกิดความผิดพลาดได้ง่าย ผลลัพธ์สามารถถูกบิดเบือนโดยผู้ป่วยได้ง่าย	ใช้เป็นตัวแทนผลลัพธ์ทางคลินิก มีความสัมพันธ์กับวิธี electronic monitor โดยทั่วไปผู้ป่วยที่รายงานว่าตนเองความร่วมมือในการใช้ยาดำ บางครั้งเป็นการแสดงถึงการต่อต้านการรายงานของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดี จึงเป็นวิธีที่ไม่น่าเชื่อถือเท่าที่ควร

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

วิธีการวัด	ข้อดี	ข้อเสีย	ความคิดเห็น
สอบถามจากผู้ให้ การดูแลหรือครู กรณีผู้ป่วยเป็นเด็ก	เก็บข้อมูลง่าย รวดเร็ว ราคาไม่แพง วิธีการไม่ซับซ้อน ไม่มีอุปสรรค มากมาย	อาจมีข้อจำกัดของเวลาที่ผู้ให้การดูแลอยู่กับผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแล เกิด ความผิดพลาดได้ง่าย	มีการศึกษาที่ใช้วิธีนี้น้อยในการวัดความ ร่วมมือในการใช้ยา

Hawthorne effect* คือปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยทำการทดลอง โดยผู้ถูกวิจัยหรือกลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองกำลังอยู่ในการทดลอง จึงพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผลการทดลองบิดเบือน



พฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Paes A.H., Bakker A. and Soe-Agnie C.J.,1997 เพื่อประเมินผลความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีความถี่ในการรับประทานวันละหลายครั้ง โดยใช้ขวดบรรจุที่สามารถตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยดูจากการเปิดขวด (Medication Event Monitoring Systems container) พบว่ายาที่มีความถี่ในการกินวันละหลายครั้งมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโดยผู้ป่วยที่ได้ยาที่กินวันละ 1 ครั้ง ค่า compliance เท่ากับ 79% และผู้ป่วยที่ได้ยาที่มีความถี่ในการกินวันละมากกว่า 1 ครั้งค่า compliance เท่ากับ 38% และมีผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 ส่วนที่ได้ยาที่มีความถี่ในการกินวันละหลายครั้งแต่ปรับยาเป็นกินวันละ 1 ครั้งโดยตัวผู้ป่วยเอง

จากการศึกษาของ Feinstein A.R.,1990 พบว่า ผู้ป่วยบางคนจะปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทานยาของตนให้ดีขึ้นใน 5 วันก่อนและหลังวันนัดพบแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการกินยา 30 วันหลังจากพบแพทย์ ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า white-coat adherence เป็นภาวะที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เพียงระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งอาจทำให้การสรุปข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคคลเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

จากการศึกษาของ Urquhart J.,1997 ศึกษารูปแบบการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยการใช้ Electronic Medication Event Monitor พบการรับประทานยาของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 6 รูปแบบ ได้แก่ การกินยาที่ถูกต้องทั้งเวลาและขนาดยาทุกครั้งตามที่แพทย์สั่ง, การกินยาที่เกือบถูกต้องทุก dose แต่เวลาอาจคลาดเคลื่อน, ลืมกินยาบางวันที่เป็นกินวันละ 1 ครั้งและเวลานั้นอาจจะคลาดเคลื่อน, การกินยาในวันหยุด (Drug holidays) กิน 3-4 ครั้งต่อปีตาม โอกาส(ลืมบางครั้ง), การกินยาในวันหยุดเดือนละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่านั้น (ลืมบ่อย) และ กินยาน้อยครั้งหรือไม่กินเลยแต่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมที่ดีในการกินยา

แสดงว่าพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยมีรูปแบบที่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการกินยาอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยมักจะชอบกินยาที่มี regimen ที่ง่าย และกินน้อยครั้งต่อวัน ดังนั้นเพื่อการป้องกันการเกิด white-coat adherence และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องอย่างต่อเนื่อง แพทย์และเภสัชกรที่มีส่วนในการดูแลในการรักษาของผู้ป่วย ควรจะปรับ regimen การกินยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

Maxine X.P. & Anthony S.D.,2007 ให้ความเห็นว่า สิ่งที่เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพบความไม่ร่วมมือในการใช้ยามาก่อน มีประวัติคิดเครื่องคิดมแอลกอฮอล์หรือสิ่งเสพติดหรือเคยได้รับการรักษาให้เลิกดื่มเครื่องคิดมแอลกอฮอล์หรือสิ่งเสพติด มีการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ได้รับจากแพทย์ มีการพบแพทย์หลายคนและใช้ยาหลายตัว (polypharmacy) เกิดอาการข้างเคียงจากยา และผลทางคลินิกของ

ขามีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอาจเกิดจากความไม่ได้ตั้งใจในการกินยา ผิดขนาด ผิดเวลา ผิดจำนวนครั้งต่อวัน หรือการลืมกินยา หรือไม่ได้ตั้งใจจะกินยาหลายตัวรวมกัน

จากการศึกษาของ Deborah A.G., Barudi M. and Unami M. et al.,2011 ถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและหยุดการรักษา ซึ่งจะมีการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยหยุดกินยาเอง และผู้ป่วยผัดผ่อนทำให้รักษาไม่ต่อเนื่อง

ตัวแปรที่ใช้ทำนายผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา จากการศึกษาของ Osterberg L. & Blaschke T., 2005 ได้รวบรวมข้อบ่งชี้ที่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา ดังต่อไปนี้

1. การแสดงออกถึงปัญหาทางจิต โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า
2. การแสดงออกถึงความรู้ความจำผิดปกติ
3. การรักษาโรคที่ไม่แสดงอาการ (asymptomatic disease)
4. การให้ความรู้ discharge planning และการติดตามอาการไม่เพียงพอ
5. การเกิดอาการข้างเคียงจากยา
6. ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือในการรักษา
7. ผู้ป่วยขาดข้อมูลเชิงลึกในการรักษา
8. ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา
9. มีอุปสรรคในการดูแลและการรักษา
10. ผู้ป่วยขาดนัด
11. มีการรักษาที่ซับซ้อน
12. ต้นทุนในด้านการรักษา

Susan G.,1990 ได้กล่าวถึงผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่เกิดจากการละเลย ไม่ได้ตั้งใจ เช่น กินยาผิดขนาดอาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ผิดเวลา ผิดเทคนิคการใช้ยา การกินยาเพิ่มที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ จากการศึกษารวบรวมพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้

1. ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด ผู้ป่วยได้รับยาตามที่แพทย์สั่งจ่าย แต่ใช้ยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่งจ่าย
2. ผู้ป่วยไม่มาตามนัด (ผัดผ่อน) หรือขาดการติดต่อกับแพทย์ ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. จำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากที่แพทย์สั่ง

4. การใช้ยาผิดเวลา
5. การลืมใช้ยา
6. การหยุดใช้ยาก่อนที่แพทย์สั่ง
7. การใช้ยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง
8. การใช้ยาผิดเทคนิค

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปปี 2558 และข้อความถามของ DRAW tool ก็มีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ใช้ทำนายผู้ป่วยที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา ดังนั้นงานวิจัยนี้ น่าจะสามารถแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยได้

3. ทฤษฎีความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม

KAP เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกันระหว่างตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ ความรู้ (K-Knowledge) ทักษะ (A-Attitude) และพฤติกรรม (P-Practice) โดยกล่าวถึงผลกระทบของการสื่อสารต่อผู้รับสารต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

ทฤษฎีความรู้ ทักษะ พฤติกรรม โรเจอร์ส (Rogers) กล่าวว่า การสื่อสารไม่เพียงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเท่านั้น การสื่อสารอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 สิ่ง คือ (Roger,1973)

1. ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจของผู้รับสาร
2. ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับสาร
3. ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร

การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประการนี้มักจะเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน คือเมื่อผู้รับสารได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดจนกระทั่งเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ผู้รับสารจะมีทัศนคติในทางใดทางหนึ่งเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ อยู่ในใจ และสุดท้ายทัศนคตินั้นจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมต่อเรื่องนั้นๆ ตามมา

การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของคนเราส่วนใหญ่ เป็นการแสดงออกของบุคคลโดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของบุคคลนั้น การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันก็เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของความรู้และทัศนคติเกิดจากความแตกต่างในเรื่องของการเปิดรับสื่อ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา จึงเป็นพฤติกรรมที่เกิด

จากการที่ผู้ป่วยมีความไม่รู้ หรืออาจเกิดจากทัศนคติที่ไม่ดี จึงไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาที่แตกต่างกัน การแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยควรแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหา ดังนั้นเครื่องมือที่จะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยควรเป็นเครื่องมือที่สามารถสืบค้นปัญหาการใช้ยาและสามารถแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยตามลักษณะปัญหาของแต่ละคน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้คือ DRAW tool ซึ่งเป็นการให้ความรู้และการสร้างทัศนคติที่ดีทำให้บุคคลเกิดความเชื่อและพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น การให้คำปรึกษาเรื่องยาตามลักษณะปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยานี้ เนื่องจากการสื่อสาร เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยา และส่งผลไปถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง

4. เครื่องมือการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต

(Drug Adherence Work-up; DRAW tool)

จากการศึกษาของ Doucette WR., Farris KB. et al., 2012 กล่าวว่าไว้ว่า การให้คำปรึกษาทางด้านยาแก่ผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารเภสัชกรรม โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหาในการใช้ยาแตกต่างกัน วิธีการส่งมอบยาและการอธิบายการใช้ยาตามหน้าของนั้นอาจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายจึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำที่จำเพาะของแต่ละคน ดังนั้นการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือแก้ปัญหาในเชิงลึกจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานคือ เรื่องการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การจัดการการรักษาผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะเภสัชกรเป็นผู้ที่มีความสามารถโดดเด่นในด้านการติดตามการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สิ่งแรกที่ต้องทำคือต้องหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เพื่อการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ตรงจุด ต่อจากนั้นต้องหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีอยู่ และจะต้องมีการติดตามผลของการให้ intervention ที่ให้แก่ผู้ป่วย ปัจจุบันงานให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยายังไม่มีแบบแผนหรือมีแบบสัณฐานใน

การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในต่างประเทศได้มีการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า DRAW tool ในการสัมภาษณ์วิธีการกินยาและทัศนคติของการกินยาของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกระบุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง DRAW tool สามารถใช้แก้ปัญหาความร่วมมือในการกินยาได้ครบทุกขั้นตอนดังที่กล่าวมา ดังนั้นการให้บริการทางคลินิกและการให้คำปรึกษารอบด้านของเภสัชกรหรือการมีเครื่องมือที่เรียกว่า Drug Adherence Work-up (DRAW) tool มาใช้ เพื่อให้การทำงานเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ เวลาที่ใช้เพียงพอสำหรับการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

Drug Adherence Work-up (DRAW) tool เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลมาจากต้นฉบับเรื่อง Development of the Drug Adherence Work-up (DRAW) tool ของ William R. Doucette และคณะ เมื่อปี 2012 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนามาเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาด้านยาของเภสัชกร เมื่อผู้ป่วยมีแนวโน้มจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา DRAW tool เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยเป็นคำถาม-ตอบระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด สอบถามเรื่องวิธีการรับประทานยาและความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อยา เมื่อผู้ป่วยตอบ “ไม่” ในคำถามที่เป็นคำถามปลายปิด หรือตอบวิธีการกินยาไม่ถูกต้องจากคำถามปลายเปิดหรือผู้ป่วยเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ฟัง เภสัชกรจะเป็นผู้วิเคราะห์เหตุการณ์ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านการใช้ยาหรือไม่อย่างไร โดยต้นฉบับแบบสอบถามของ DRAW tool มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยส่วนที่เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย 9 ข้อ และส่วนที่ให้เภสัชกรแสดงความคิดเห็น 3 ข้อ แต่เมื่อผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ในประเทศไทย เนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามใหม่ เพื่อความกระชับและเข้าใจง่ายกว่าเดิมเป็นแบบสัมภาษณ์ 10 ข้อ

จากการสัมภาษณ์ด้วย DRAW tool ดังที่ได้กล่าวมา ผู้ให้คำปรึกษาจะทราบปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และDRAW tool จะมีส่วนของ DRAW guide ที่แนะนำการให้คำปรึกษาแก่เภสัชกร ผู้วิจัยขอสรุปสาเหตุและการแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยตาม DRAW guide ดังนี้

1. ขาดทักษะการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามไม่ได้ ได้แก่

- สับสนกับเวลาที่ต้องกินยา ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยจำไม่ได้ หรืออาจเกิดจากแผนการกินยาที่ซับซ้อนเกินไป แก้ปัญหาโดยการจัดแผนการกินยาให้ง่ายขึ้น โดยปรึกษาแพทย์ร่วมกับกับผู้ป่วยเพื่อจัดตารางการกินยาที่เหมาะสมที่สุดกับความจำเป็นของผู้ป่วย

- ลืมกินยาหรือความบกพร่องในการเรียนรู้ แก้ไขปัญหาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ (reminder aids) เช่น ปฏิทินช่วยจำ หรือแนะนำให้วางยาไว้ใกล้กับแปรงสีฟัน ใกล้ที่ซิงกาแป การใช้กล่องบรรจุยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อในแต่ละวันของสัปดาห์เพื่อเป็นเครื่องมือให้กินยาได้ถูกต้อง เป็นต้น

- เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา แก้ไขปัญหาโดยหารือกับแพทย์เพื่อให้อาหารบรรเทาอาการถ้าเป็นไม่มาก หรือเป็นเล็กน้อยแต่ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญ ควรย้าให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นของการใช้ยา รวมถึงการแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาขึ้น

2. ปัญหาการขาดความรู้ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในลักษณะที่สั้น กระชับ ได้ใจความโดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การอธิบายด้วยคำพูดจากเภสัชกร โดยตรงร่วมกับฉลากยาและเอกสารกำกับยา จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น

3. ปัญหาเกี่ยวกับทัศนคติ ทัศนคติของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคที่แก้ไขได้ยากที่สุด DRAW tool จะถามเรื่องความรู้สึกและความกังวลของผู้ป่วยที่มีต่อยา รวมถึงความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาว่าจะสามารถรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ ซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้สาเหตุที่จะนำไปสู่การกินยาไม่ถูกวิธี ไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ หรืออาจหยุดยาก่อนกำหนด DRAW guide แนะนำการใช้ การให้คำปรึกษาและสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

4. ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย DRAW tool มีกลยุทธ์ในการลดรายจ่าย โดยเน้นไปในทางการให้ยาสูตรผสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกินยาหลายเม็ดและสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ด้วยเช่นกัน แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลรัฐจำเป็นต้องใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเกณฑ์การคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล ซึ่งยาสูตรผสมนั้นส่วนใหญ่แล้วจะเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในบริบทของโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี ถ้าหากต้องการลดรายจ่ายทำได้ 2 วิธีคือ นัดผู้ป่วยนานขึ้น หรือการปรับregimenยาให้กินครั้งเดียวเป็นยาที่ความแรงสูงกว่า เช่น การกินยา Amlodipine 5 mg. 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าเย็น ปรับเป็น Amlodipine 10 mg วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า เป็นต้น ซึ่งทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งในแบบสัมภาษณ์ DRAW tool หรือเรียกว่า DRAW guide

เครื่องมือที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งในแบบสัมภาษณ์ DRAW tool จะอยู่ในส่วนที่เรียกว่า Drug Adherence Work-up Tool Guide (DRAW guide) เป็นการแนวทางการให้คำปรึกษาและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในแต่ละปัญหาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ “ไม่” หรือมีปัญหาการใช้ยา ในข้อนั้น ซึ่ง DRAW guide มีเครื่องมือในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย หัวข้อ A-D ดังต่อไปนี้

A. เครื่องเตือนความจำ, เครื่องช่วยเหลือเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาหรือเครื่องเตือน (Reminder tools, adherence aids or alarms) เป็นเครื่องมือที่สามารถกำหนดเวลาที่ต้องการให้เตือน เพื่อไม่ให้ลืมกินยา ควรมีขนาดเล็กสะดวกในการพกพา และมีช่องใส่ยาเพื่อความสะดวกในการใช้งาน เหมาะกับผู้ป่วยที่มักลืมกินยา ในต่างประเทศมีเครื่องเตือนการกินยาที่หลากหลายและราคาสูงขึ้นกับความซับซ้อนของเครื่องมือ ในการวิจัยนี้จึงเน้นเครื่องมือที่หาง่าย ราคาถูกและเหมาะกับผู้ป่วย ได้แก่

1. การตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์ของผู้ป่วย
2. ติดตั้ง Application “Medisafe Meds & Pill Reminder” เป็น application ฟรี สามารถติดตั้งในโทรศัพท์มือถือระบบ Android และ IOS สามารถใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโทรศัพท์มือถือระบบดังกล่าว เกสซ์กรจะตั้งเวลาในการกินยาให้กับผู้ป่วย
3. ปฏิทินยา คือ เกสซ์กรจะทำการเพ็คยาตามวันและเวลาตามคำสั่งใช้แพทย์และติดใส่ปฏิทิน

4. กล่องบรรจุเม็ดยาที่มีเครื่องเตือน
 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นคนเลือกเครื่องมือให้กับผู้ป่วย โดยจะพิจารณาถึงความสามารถของการใช้เครื่องมือ ความถี่ของการลืมกินยา ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักลืมและผู้ป่วยจะต้องมีความยินดีในการใช้เครื่องมือนี้

กรณีที่คำสั่งใช้ยาของแพทย์มีความซับซ้อนในการกินยา ได้แก่ การกินหลายครั้งต่อวัน หรือ การกินแต่ละครั้งไม่เท่ากัน เช่น 2 เม็ดหลังอาหารเช้า 1 เม็ดหลังอาหารเที่ยง 2 เม็ดหลังอาหารเย็น เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการกินยา เกสซ์กรควรปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนแบบแผนการให้ยากับผู้ป่วย โดยอาจจะเปลี่ยนเป็นยาที่ออกฤทธิ์นานขึ้น เพื่อลดความถี่ในการกินยา โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ด้วย

การใช้ยาหลายชนิดหรือความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (regimen complexity) ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า การศึกษาของ Alhewiti,2014 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 408 คน พบว่า จำนวนชนิดยาเป็นปัจจัยทำนายปัจจัยหนึ่งของความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับผลการวิจัยในประเทศอิสราเอลที่พบว่า จำนวนเม็ดยาที่ใช้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Ben-Natan & Noselozich,2011) ส่วนผลการวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าจำนวนชนิดยาที่สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้จำนวนมือที่ใช้ยากี่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน เนื่องจากจำนวนมือที่มากขึ้นทำให้มีโอกาสในการลืมได้มากขึ้น (Stoehr, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al.,2008)

B. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย : สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ การขาดความรู้ และทัศนคติไม่ถูกต้อง (Gardner M., Boyce RW and Herrier RN., 1994) โดยทั่วไปผู้ป่วยมักขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เข้าใจผิด หรือลืมข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งแพทย์ต้องถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ป่วยอย่างชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับการรักษา ทั้งในแง่ของประสิทธิภาพการรักษา ความเป็นไปได้ของการรักษา และการเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจอื่น ๆ ส่วนเกศกรควรให้ความรู้เรื่องยา การกินยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการศึกษาถึงผลการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Gonzalez RA., Rivera M., Torres D. et al., 1990) พบว่าการให้ความรู้จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา คือ ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะมีอาการเกิดขึ้นน้อยหรือแทบไม่มีอาการเลยเมื่อหยุดใช้ยา ดังนั้นนอกจากการให้ความรู้ผู้ป่วยแล้ว เกศกรควรอธิบายถึงความสำคัญของการกินยา แม้โรคความดันโลหิตสูงนี้จะไม่แสดงอาการใดๆก็ตาม รวมถึงการเกิดอาการข้างเคียงจากยาและการปฏิบัติตัวหากเกิดอาการข้างเคียงขึ้น เนื่องจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหยุดยา ไม่ยอมมาพบแพทย์หรือเปลี่ยนแพทย์ได้ ใน DRAW tool แนะนำว่า ควรให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่รู้ ควรตรวจพบในสิ่งที่แพทย์พูดไปแล้ว ไม่ควรนำมากล่าวซ้ำอีกครั้ง ควรพูดในเชิงบวก เช่น ประโยชน์ของการกินยาคือดีกว่าผลลัพท์ในแง่ลบที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่กินยา

เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาและยาที่ถูกต้อง จะทำให้ทัศนคติในการให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้นี้จึงแก้ไขปัญหาคำถามข้อ 5,6 ตามว่า “5. คุณเคยคิดว่าการกินยาไม่ได้ช่วยอะไรคุณไหม” และ “6. คุณรู้สึกว่ามันจำเป็นต้องกินยาบ้างไหม” ซึ่งแสดงถึงทัศนคติในการกินยาของผู้ป่วยด้วย

C. แนะนำแนวทางในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการของตน ตลอดจนสามารถหาวิธีแก้ไข ปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคและยาเป็นอย่างดีก็ไม่ใช่สิ่งที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะในแต่ละวันผู้ป่วยต้องพบกับสิ่งต่างๆ มากมาย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดอาหารเค็ม การลดความเครียด การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้นการสื่อสารระหว่างเกศกรและผู้ป่วยในรูปแบบของการให้

คำปรึกษา จึงเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้นและทำให้ผลการรักษาดีขึ้น (Young M.D.,1996)

DRAW tool แนะนำว่า ควรเน้นย้ำประสิทธิภาพหรือความจำเป็นในการกินยา เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดของ โรเซนสโตก (Rosenstock,1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นการพูดคุยสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพด้วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจว่าเขาเป็นโรคอะไรและโรคนี้อันตรายอย่างไร การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีประโยชน์และคุ้มค่ากับการที่ผู้ป่วยเสียเวลาไปพบแพทย์หรือค่าใช้จ่ายต่างๆที่เสียไป หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นหรืออุปสรรคอื่นๆ นอกจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยา การให้คำปรึกษาผู้ป่วยจึงควรเป็นการสื่อสารสองทาง ผู้ป่วยต้องมีโอกาสแลกเปลี่ยน ออกความคิดเห็นและมีร่วมร่วมในการตัดสินใจจึงจะประสบความสำเร็จ

DRAW tool แนะนำให้ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาตามที่เขาต้องการ ควรเป็นผู้ฟังที่ดีและทำความเข้าใจผู้ป่วยเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และหาทางแก้ไขปัญหาโดยมีผู้ป่วยร่วมในการตัดสินใจ และติดตามปัญหาของผู้ป่วยในครั้งถัดไป การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามถึงความกังวลและแรงจูงใจก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ย่งต่อการรับรู้ทัศนคติต่อการกินยาของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญของการกินยาตามความคิดของตนเอง 1-10 10 คือมีความสำคัญมากที่สุด ความสำคัญของการกินยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่คะแนนเท่าไร ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนต่ำ ควรถามต่อว่า คุณคิดว่าฉันจะช่วยคุณได้อย่างไรให้คะแนนเพิ่มเป็น 9 หรือ 10? ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนสูง ควรสนทนาเรื่องการกินยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นต้น การเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีจะต้องฟังความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย เหตุผลของผู้ป่วยและความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง ฟังความมุ่งมั่นของเขาและช่วยทำให้เขาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น ไปอีกระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยได้ยิน พวกเขาจะมีแรงผลักดันและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนั้น DRAW tool ยังแนะนำในการใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงของยา เป็นส่วนหนึ่งของคำถามข้อที่ 8 ในDRAW tool ควรมีการจัดการโดยเภสัชกรคือ

1. ชักประวัติเพื่อสืบค้นว่าอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากยาที่ผู้ป่วยกิน
2. พิจารณาอาการข้างเคียงถึงความจำเป็นในการรักษาหรือจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือไม่

การให้คำปรึกษาและสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)

Miller & Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 โดยอาศัยทฤษฎี Stage of Change ของ Prochaska & DiClemente โดย MI จัดได้ว่าเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลัก หรือ client-centered counseling เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stephen R., William R.M. and Christopher C.B., 2008)

นิยามของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

วิธีการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI) คือ การให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกขัดแย้ง (ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างจากการพูดคุยอย่างไม่มีทิศทางตรงที่ MI จะมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย

ทักษะของการให้การปรึกษาที่สำคัญ

1. การสื่อสารทางคำพูดและทางกายที่ดี เช่น คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน การสบตาที่แสดงถึงการฟังอย่างตั้งใจ
2. การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึก (reflection listening) เมื่อตั้งใจฟังก็จะเกิดความเข้าใจในตัวของผู้รับการปรึกษาได้ถูกต้อง และแสดงออกให้ผู้รับการปรึกษาทราบด้วยการ ทวนความ ทวนวลี ถ่ายทอดความ หรือทักษะการสะท้อนแบบอื่นๆ
3. การสรุปความ (summarizing) เป็นการพูดเน้นถึงสิ่งสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาพูดอย่างกระชับได้ใจความ ทักษะนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ให้การปรึกษาฟังอย่างเอาใจใส่และทบทวนให้ผู้รับการปรึกษาได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึกของตนเองจากการได้ยินผู้อื่นทวนซ้ำให้ฟังอีกครั้ง
4. การสนับสนุนให้กำลังใจ (supportive) ทักษะนี้ทำให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่าตนเองมีความสำคัญ มีผู้ให้กำลังใจและห่วงใย เป็นต้น

หลักการสำคัญของ Motivational Interviewing (MI)

1. กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง
2. ผู้รับการปรึกษาต้องแก้ไขความรู้สึกเลวด้วยตนเอง ความเลวที่มาจากความรู้สึกขัดแย้งระหว่างการยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและความรู้สึกไม่เห็นด้วยที่ต้องเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ทำให้การปรึกษาพึงกระทำคือการเอื้อให้ผู้รับการปรึกษาระบายความรู้สึกทั้งสองด้านที่ดังล่อยู่ออกมา โดยผู้รับการปรึกษาจะได้วิเคราะห์และพิจารณาที่ละด้านด้วยตนเอง
3. การชักจูงหรือชักชวนโดยตรง ไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการแก้ไขความรู้สึกเลว เป็นการพยายามที่จะช่วยเหลือโดยตรงให้เห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การชักจูงนี้ก็จะเป็นวิธีการทั่วไปที่ผู้รับการปรึกษาจะต่อต้านและโอกาสเปลี่ยนแปลงนั้นอาจลดลงได้
4. รูปแบบการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ควรเจียบและกระตุ้นผู้รับการปรึกษา ส่วนการชักชวน การเผชิญหน้า และการโต้แย้งเป็นทักษะที่ตรงข้ามกับการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การปรึกษามักชินกับการเผชิญหน้าและให้คำแนะนำเป็นส่วนใหญ่ เพราะการชี้แนะหรือการให้คำแนะนำอาจทำให้ผู้รับการปรึกษาทำตาม แต่ยังไม่พร้อมเปลี่ยนแปลง
5. ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาตรวจสอบหรือแก้ไขความรู้สึกเลวของเขา ไม่ได้เป็นการสอนทักษะการจัดการกับพฤติกรรม การให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการกระตุ้น การทำให้กระจางชัด และแก้ไขความรู้สึกเลวในบรรยากาศการพูดคุยแบบยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางและการใส่ใจ
6. การพร้อมเปลี่ยนแปลงไม่ใช่ลักษณะของผู้รับการปรึกษา แต่ผู้รับการปรึกษาจะมีความรู้สึกกลับไปกลับมาหลังจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาต้องเอาใจใส่และตอบสนองต่อลักษณะของแรงจูงใจของผู้รับการปรึกษา การต่อต้าน และการปฏิเสธเป็นลักษณะของผู้รับการปรึกษา ซึ่งบ่อยครั้งการต่อต้านจะเกิดจากผู้ให้การปรึกษาคาดหวังกับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา หรือบางครั้งไม่ถึงขั้นของความรู้สึกต่อต้านหรือปฏิเสธเป็นเพียงการโต้กลับของ “พฤติกรรมเอาใจใส่หรือการคาดหวัง” ของผู้ให้การปรึกษา
7. ความสัมพันธ์ของการรักษามีบทบาทเสมือนร่วมกันแสดงความคิดเห็น มากกว่าบทบาทของผู้รับการช่วยเหลือกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้การปรึกษาเคารพความเป็นตัวตนและอิสระในการเลือกของผู้รับการปรึกษา

ทฤษฎีและขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Stage of Change เป็นทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska J.O., Norcross J.C. and Diclemente C.C.,2006 อธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ได้ใจปัญหาจนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆเท่านั้น เริ่มต้น Prochaska&DiClemente ใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาผู้ป่วยติดยาสูบ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อทำให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดีต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. Pre-contemplation (ขั้นเมินเฉย) เป็นขั้นตอนก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาไม่รับรู้ ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน จึงยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น ไม่รู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้จักความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น อาจแสดงลักษณะต่อต้าน ขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม หลีกเลี่ยงการรับข้อมูลต่างๆ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องหาวิธีการมาใช้ตามความเหมาะสมและความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รู้ถึงข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการให้ข้อมูลและความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) การให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา เน้นความเป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ หรือขู่ให้กลัว

2. Contemplation (ขั้นลังเลใจ) ขั้นพิจารณาการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้มีความตระหนักถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังลังเลใจอย่างมาก

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้รับการปรึกษา การพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก (pros & cons)

3. Determination (ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง เนื่องจากตระหนักถึงปัญหาจึงต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่น ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก เลิกบุหรี่ เป็นต้น บางคนอาจมีการวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ค้นคว้าข้อมูล อ่านหนังสือ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ให้ทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเลือกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเอง แต่ไม่ควรให้ทางเลือกที่มากเกินไปจนสับสนหรือน้อยเกินไปจนเหมือนถูกบังคับ ควรให้ผู้ป่วยได้เลือกอย่างอิสระ (freedom of choice)

เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำ
ได้ของผู้ป่วยเอง

4. Action (ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง) เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำ
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลา
ไม่น้อยกว่า 6 เดือน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการลดพฤติกรรมยังไม่ถือว่าเป็นขั้นลงมือ
ปฏิบัติเนื่องจากยังไม่สามารถลดความเสี่ยงได้ เช่น การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบ
บุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำ การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็น ขั้นลงมือปฏิบัติ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่าง
ต่อเนื่อง (compliance & adherence) มีความเข้าใจในวิธีการ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยกระทำ
ได้ไม่ต่อเนื่องให้กำลังใจเขา

5. Maintenance (ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรม
ใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นสิ่งเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความ
เชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของ
พฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention)
การมีวิถีชีวิตที่สมดุล ชีวิตที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด
การดูแลสุขภาพตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การควบคุมปัจจัยรบกวน

6. Relapse (ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม) คือ การที่บุคคลนั้นกลับไปมีพฤติกรรม
แบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง มีความ
เปราะบางทางอารมณ์และจิตใจ ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ผู้ป่วยอาจรู้สึกปฏิเสธตนเอง
ผิดหวัง ไม่เคารพตนเอง

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การให้ความช่วยเหลือและสร้างความเข้มแข็งให้
สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และดึงให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด
มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และ
มุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

D. กลยุทธ์ลดราคา : WHO,2003 กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านราคาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้
ให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ยาที่มีราคาสูงอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจไม่ดีไม่
ให้ความร่วมมือในการใช้ยา DRAW tool แนะนำแนวทางแก้ปัญหาโดย ลดจำนวนยา ใช้ยา Local
made ใช้สูตรยาผสมถ้าเป็นไปได้ เปลี่ยนการรักษา หักแบ่งเม็ดยา ทั้งนี้ต้องขึ้นกับดุลยพินิจของ
แพทย์ด้วย กรณีนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องชำระเงิน แต่ในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านราคา

ยา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการจะมีสิทธิการรักษาของตนเอง ซึ่งทำให้ไม่เสียค่าใช้จ่ายทางด้านยา แต่มักจะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางการแก้ปัญหาวิธีหนึ่งคือ การนัดล่วงหน้าที่ยาวขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตและอาการอื่นๆ ได้ดี โดยจะนัดติดตามผลนานที่สุดคือ 3 เดือน เพราะโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี มีนโยบายให้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการนัดผู้ป่วยจะต้องไม่นานกว่า 3 เดือน ยกเว้นกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าสามารถนัดนานกว่านั้นได้

E. พิจารณาความจำของผู้ป่วย :

กรณีความสามารถและความจำของผู้ป่วยน้อยมาก อาจต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (care giver) เช่น ญาติที่ใกล้ชิด, พยาบาลเยี่ยมบ้าน, ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ, หรืออื่นๆ ซึ่งสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และช่วยเหลือเรื่องการกินยาที่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง โดยการส่งต่อข้อมูลไปยังชุมชนเพื่อหาผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้

พิจารณายาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic : พิจารณาส่งเหล่านี้ว่ามีหรือไม่

1. ยาที่มีฤทธิ์ต้านระบบประสาท anticholinergic ซึ่งอาจจะทำให้การเรียนรู้และความจำของผู้ป่วยลดลง

2. ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cholinesterase ซึ่งทำให้ต่อต้านยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic

ยกตัวอย่างยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ได้แก่ conventional H1-antihistamines (เช่น chlorpheniramine), antiemetics (เช่น promethazine), antiparkinson drugs (เช่น benztropine), gastrointestinal spasmolytics (เช่น propantheline), bladder spasmolytics (เช่น oxybutinin, tolterodine), antidepressants (เช่น imipramine) เป็นต้น ยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าวในโรงพยาบาล ได้แก่ Chlorpheniramine, Dimenhydrinate, Hydroxyzine, Amitriptyline, Orphenadrine+Paracetamol หากพบยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ปรีกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา

ผู้สูงอายุที่ใช้ยาเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้ โดยเฉพาะอาการสับสน (confusion) และหากเดิมมีอาการดังกล่าวนี้อยู่แล้วก็จะทำให้เกิดอาการมากขึ้นได้ จากการศึกษาของ Fox c et al., 2011 เพื่อประเมินผลกระทบจากการใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ต่อกระบวนการทางสติปัญญาหรือเชาวน์ปัญญา (cognitive function) ในผู้สูงอายุจำนวน 13,004 คน อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ใช้เวลาศึกษานาน 2 ปี พบว่ายาที่มีฤทธิ์ anticholinergic จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cognitive impairment เท่ากับ 0.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Campbell N.L., 2010 ศึกษาในผู้ป่วย 1,652 คน ในผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป ติดตามผลการใช้ยาเป็นเวลา 6 ปี พบว่ายาที่มีฤทธิ์ anticholinergic จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cognitive impairment เท่ากับ 1.46 เท่า และ

ความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ที่ใช้ ดังนั้นแพทย์และเภสัชกรควรพิจารณายาที่มีฤทธิ์ anticholinergic และแนะนำให้แพทย์/ผู้ป่วยแก้ไขปัญหานี้ โดยการเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำก่อน แล้วจึงเพิ่มอย่างช้าๆ จนถึง ขนาดยาต่ำสุดที่ให้ประสิทธิผลในการรักษา พร้อมทั้งควรมีการประเมิน cognitive function ในช่วงที่มีการใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic

พิจารณาเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันที่ดี :

- พิจารณาความสามารถของผู้ป่วยเรื่องการเตรียมอาหาร การใช้โทรศัพท์ การใช้เครื่องมือที่ช่วยเตือนการกินยา

- พิจารณาอุปกรณ์ที่ช่วยเหลือในการมองเห็นและการได้ยิน เช่น แว่นสายตา เครื่องช่วยฟัง นอกจากนั้นควรพิจารณาถึงความชำนาญในการใช้เครื่องมือที่ช่วยเตือนการกินยา บางครั้งผู้ช่วยเหลือ (care giver) อาจจะต้องมีเครื่องมือช่วยด้วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาที่นำ DRAW tool ไปใช้ ดังต่อไปนี้

Matthew J. Wistry ,2014 ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลและมุมมองของเภสัชกรในการใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษา Adherence Estimator (AE) และ Drug Adherence Work-up (DRAW) tools เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการใน 6 คลินิกปฐมภูมิ และ 4 เภสัชกรรมชุมชนหรือร้านยา ในรัฐไอโอวา (Iowa) และมิชิแกน (Michigan) โดยใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษา (Adherence tool) วัดแต่ละที่ประมาณ 20 ครั้ง โดยมีเภสัชกรหรือนักศึกษาเภสัชในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ศึกษาแบบ crossover design และสุ่มในการใช้เครื่องมือเริ่มต้นครั้งแรก Adherence Estimator (AE) เป็นแบบสอบถามมี 3 หัวข้อ ออกแบบมาเพื่อให้ระบุว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากความเชื่อทางด้านยาของเขา ข้อดีคือใช้ระยะเวลาไม่นาน แต่มีการใช้เครื่องมือนี้ในการปฏิบัติค่อนข้างน้อยที่ถูกตีพิมพ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เป็นคำถามนำเพื่อรายงานว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วน Drug Adherence Work-up (DRAW) tool ได้พัฒนามาเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ให้บริการหาสาเหตุและแก้ไขความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย DRAW tool ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ซึ่งคำถามต่างๆ ได้มาจากการรวบรวมงานวิจัยเพื่อให้สามารถทราบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และแนะนำเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานี้

พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แบบสอบถาม AE และ DRAW tool จำนวน 209 และ 179 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ใช้แบบสอบถาม AE พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงสูง พบร้อยละ 55 และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง ร้อยละ 19 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้แบบสอบถาม DRAW พบว่า ร้อยละ 82 มีการตอบ “ใช่” (yes) อย่างน้อย 1 คำตอบที่บ่งบอกถึงความไม่ร่วมมือหรือสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง และร้อยละ 58 ตอบ 2 ครั้ง การใช้เวลาในการให้ intervention โดยเฉลี่ยของ AE และ DRAW เท่ากับ 6.9 และ 9.3 นาที ตามลำดับ เกสัชกรและนักศึกษาเภสัชที่เข้าร่วมสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบลักษณะเฉพาะที่ดีของการใช้ DRAW tool คือ สามารถให้คำแนะนำที่เฉพาะและสามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นมากกว่า และเขาชอบที่จะใช้ DRAW tool มากกว่าเพราะสามารถพบสาเหตุมากมายในการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วน AE ใช้เวลาน้อย สามารถใช้เพื่อเริ่มการสนทนาได้ดี แต่เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเชิงลึก AE จะสามารถแยกผู้ป่วยเหล่านี้ได้น้อยลง

ดังนั้น เครื่องที่ใช้ทดสอบความร่วมมือในการรักษาทั้ง 2 เครื่องมือนี้มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ ถึงแม้ว่าการให้interventionนี้จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นจากปกติ แต่ถ้าเครื่องมือสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการหาสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและมีการสนับสนุนให้มีความร่วมมือมากขึ้นก็มีความจำเป็นสำหรับทั้งผู้ป่วยและเภสัชกร

William R. Doucette, 2012 ศึกษาการพัฒนา Drug Adherence Work-up (DRAW) tool และนำไปใช้ทดสอบ เพื่อเป็นแนวทางให้เภสัชกรให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในระหว่างทำการรักษา (Medication therapy management: MTM) เป็นการศึกษาแบบ Prospective cohort ซึ่งมีเภสัชกร 7 คนที่ผ่านการฝึกในการใช้ DRAW tool เพื่อประเมินผู้ป่วยถึงสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในระหว่างการรักษา เภสัชกรจะแจ้งระดับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาผ่านข้อมูลที่ถูกระบุจากเครื่องมือ และ เภสัชกรจัดทำรายงานการใช้ DRAW ในการรักษาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับ DRAW ผ่าน online survey จากการศึกษาพบว่า DRAW จะช่วยให้เน้นการให้บริการในระหว่างการรักษา และพบปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่าปกติ เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายและจัดระเบียบได้ดี ซึ่งควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในงานบริการทางคลินิก สาเหตุที่พบบ่อยในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ เกิดอาการข้างเคียงของยา ร้อยละ 59.1 ลืมกินยา ร้อยละ 54.5 มากกว่า ใน 3 ส่วนของผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 77.3 มีมากกว่าสาเหตุในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการใช้ DRAW tool ให้เป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการผู้ป่วย เพราะทำให้ทราบถึงสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย อีกทั้งยังใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถรวมกับกระบวนการทำงานที่รีบเร่งได้ดี ทั้งนี้ DRAW tool ยังสามารถแนะนำการให้คำปรึกษาหรือแก้ไขปัญหามาตรฐานของความไม่ร่วมมือในการรักษาได้อีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและสหวิชาชีพต่างๆ แก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นมากขึ้น และยังส่งผลดีต่อผลการรักษาของผู้ป่วยอีกด้วย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในระดับดี และ จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามณรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตนำมาวิเคราะห์และประมวลผล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

เพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มที่คัดเข้ามาศึกษา โดยข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้จากการวัดความดันโลหิตในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา

(n=70)		
ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	33	47.1%
หญิง	37	52.9%
<u>อายุ</u>		
< 30 ปี	2	2.9%
31 - 40 ปี	3	4.3%
41 - 50 ปี	10	14.3%
51 - 60 ปี	11	15.7%
> 61 ปี	44	62.9%
— X 60.41 S.D. 12.30 Min 26 Max 82		
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	13	18.6
คู่	42	60.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	21.4
<u>สิทธิการรักษา</u>		
เบิกได้ตามสิทธิ(ไม่ได้ชำระเงิน)	62	88.6
เบิกไม่ได้ตามสิทธิ(ชำระเงิน)	8	11.4%

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	(n=70)	
ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	5.7
ระดับประถมศึกษา (ป.1-ป.6 หรือ ป.1-ป.7)	19	27.1
ระดับมัธยมศึกษา (มศ.-มศ.5 หรือ ม.1-ม.6)	10	14.3
ระดับอนุปริญญา, ปวส.	10	14.3
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	27	38.6
<u>อาชีพ</u>		
ไม่ได้ทำงาน (รวมแม่บ้าน, ผู้ที่เกษียณอายุแล้วไม่ได้ทำงาน)	29	41.4
เกษตรกร	1	1.4
ค้าขาย	20	28.6
รับจ้าง	7	10.0
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	9	12.9
อื่นๆ	4	5.7
<u>รายได้ต่อเดือน</u>		
<10,000 บาท	29	41.4
10,001 – 20,000 บาท	16	22.9
20,001 – 30,000 บาท	9	12.9
30,001 – 40,000 บาท	10	14.3
≥40,001 บาท	6	8.6
\bar{X} 18281.43 S.D. 17231.90 Min 0 Max 70,000		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยที่คัดเข้ามาทำการศึกษาก่อนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ร้อยละ 52.9 และ 47.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 62.9 และกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.2 โดยมีประวัติสมรส (คู่) หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 81.4 มีสิทธิในการรักษาโดยสามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ (ไม่ได้ชำระเงิน) ร้อยละ 88.6 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 61.4 ทั้งนี้พบว่าไม่มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ถึงร้อยละ 5.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 41.4 และเป็นผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 41.4

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา

(n = 70 คน)		
ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
<u>น้ำหนักปัจจุบัน</u>		
<60 kg.	25	35.7
61-80 kg.	28	40.0
>81 kg.	17	24.3
— X 69.30 S.D. 15.51 Min 41 Max 125		
<u>ส่วนสูง</u>		
<160 cm.	35	50
161-180 cm.	34	48.6
181-200 cm.	1	1.4
— X 162.43 S.D. 8.29 Min 145 Max 185		
<u>BMI</u>		
< 25 kg/m ²	32	45.7
≥ 25 kg/m ²	38	54.3

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

(n = 70 คน)		
ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
<u>ภาวะอ้วนลงพุง</u>		
เพศชาย		
• มีภาวะอ้วนลงพุง	21	30
• ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	12	17.14
เพศหญิง		
• มีภาวะอ้วนลงพุง	17	24.29
• ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	20	28.57
<u>สูบบุหรี่</u>		
ไม่สูบ	65	92.9
สูบ	5	7.1
<u>ดื่มสุรา</u>		
ไม่ดื่ม	53	75.7
ดื่ม	17	24.3

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทำการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 60 kg. ร้อยละ 64.3 ส่วนสูงต่ำกว่า 180 cm. ร้อยละ 98.6 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน BMI ≥ 25 kg/m² ร้อยละ 54.3 มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 54.29 แต่ยังมีบางรายที่ยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.1 และดื่มสุรา ร้อยละ 24.3

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต

ข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำการศึกษานี้ได้จากการทบทวนเวชระเบียน และจากการวัดความดันโลหิตในวันที่พบแพทย์ตามนัด ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต

(n = 70 คน)		
การป่วย/การรักษา	จำนวน	ร้อยละ
<u>วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง</u>		
<5 yr.	48	68.6
6-10 yr.	18	25.7
>11 yr.	4	5.7
<u>ได้รับยาลดความดันโลหิตกี่ชนิด</u>		
1 ชนิด	10	14.3
2 ชนิด	36	51.4
3 ชนิด	21	30
5 ชนิด	3	4.3
<u>ระดับความดันโลหิตวันที่พบแพทย์ตามนัด</u>		
<u>Systolic Pressure</u>		
<140 mmHg	21	30.0
141-160 mmHg	41	58.6
>161 mmHg	8	11.4
—		
X 146.6 S.D.12.2 Min 123 Max 184		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

(n = 70 คน)		
การป่วย/การรักษา	จำนวน	ร้อยละ
<u>Diastolic Pressure</u>		
<90 mmHg	47	67.1
91-100 mmHg	20	28.6
>101 mmHg	3	4.3
— X 86.10 S.D. 8.10 Min 68 Max 104		
<u>ประเมินระดับความดัน</u>		
ระดับที่ควบคุมได้	18	25.7
ระดับที่ควบคุมไม่ได้	52	74.3

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.6 รองลงมาเป็นกลุ่มที่เป็นมาแล้ว 6-10 ปี ร้อยละ 25.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมด 1-2 ชนิด ร้อยละ 64.7 ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยจะได้รับการวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบน(Systolic blood pressure) ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว ส่วนใหญ่เป็นระดับความดันที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือระดับความดันโลหิตมากกว่า 140 mmHg ขึ้นไป ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140 mmHg ซึ่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มน้อยกว่า 90 mmHg ซึ่งเป็นระดับความดันที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 67.1 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ 91 mmHg ขึ้นไป ร้อยละ 32.9 เมื่อประเมินระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 74.3

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ทำการศึกษาได้จากการสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตามรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (DRAW tool) และเมื่อพบปัญหาจะดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ DRAW guide ตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วย ประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้ DRAW tool อีกครั้งในอีก 3 เดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงจำนวนร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตามตั้งก่อนและหลังการทดลองในแต่ละข้อคำถาม (n=70) และทดสอบความแตกต่างระหว่างจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ก่อนและหลังการทดลอง (n=190) โดยใช้สถิติ Non-parametric McNemar Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง

ปัญหา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n=190)		(n=190)		
1. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	138	72.6	6	3.2	<0.001*
● ใช้ยาผิดขนาดและ/หรือจำนวน	8	11.4	1	1.4	0.008*
● รับประทานยาไม่ตรงเวลา (ผิดเวลา)	31	44.3	0	0	<0.001*
● เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง	14	20	1	1.4	0.004*
● ลืมใช้ยา	48	68.6	4	5.7	<0.001*
● หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง	17	24.3	0	0	<0.001*

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

(n=70 คน)

ปัญหา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	จำนวน (n=190)	ร้อยละ	จำนวน (n=190)	ร้อยละ	
<ul style="list-style-type: none"> บอกวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม 	20	28.6	0	0	<0.001*
2. สิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง	52	27.4	0	0	<0.001*
<ul style="list-style-type: none"> มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป 	22	31.4	0	0	<0.001*
<ul style="list-style-type: none"> รู้สึกว่ายาช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้ 	10	14.3	0	0	0.002*
<ul style="list-style-type: none"> กังวลกับอาการข้างเคียงของยา 	17	24.3	0	0	<0.001*
<ul style="list-style-type: none"> ยาและค่ารักษา(สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลมากเกินไป 	3	4.3	0	0	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.4 การสืบค้นปัญหาจากการใช้แบบสัมภาษณ์ DRAW tool ในผู้ป่วย 70 คน โดยผู้ป่วย 1 คน อาจมีปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาหลายปัญหา จึงสามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ทั้งหมด 190 ปัญหา โดยแบ่งปัญหาออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา พบ 138 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 72.6 และสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง พบ 52 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 27.4 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง หลังจากได้ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องแนวทางการใช้ยาโดยใช้ DRAW guide แล้ว พบว่า

1. จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลงเป็น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลงในทุกมิติ และพบว่า มี 3 มิติที่ไม่พบปัญหาหลังการทดลอง ได้แก่ รับประทานยาไม่ตรงเวลา (ผิดเวลา) หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง และบอกวิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงไม่เหมาะสม
2. สิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องลดลง จนหมดไปในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตนำเสนอเป็น 2 หัวข้อ ดังนี้

4.1 เปรียบเทียบอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้มาจากการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย (Pill count) แล้วมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาอัตราความร่วมมือของการใช้ยา ดังนี้

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไป} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรรับประทานในจำนวนวันระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมารับยาในครั้งถัดไป}}$$

ความร่วมมือในการใช้ยาในส่วนที่พิจารณาจากอัตราความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยที่กินยาถูกตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ 80-100%) และกินไม่ถูกตามแพทย์สั่ง (น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง อัตราความร่วมมือ < 80% และมากกว่าที่แพทย์สั่ง อัตราความร่วมมือ > 100%) แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 อัตราความร่วมมือของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

ความร่วมมือในการใช้ ยาลดความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	จำนวน (n=70)	ร้อยละ	จำนวน (n=70)	ร้อยละ	
-กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ 80-100%)	49	70	68	97.1	<0.001*
-กินไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง					
- น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ < 80%)	18	25.7	0	0	
- มากกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ > 100%)	3	4.3	2	2.9	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.5 จะเห็นได้ว่า ก่อนการทดลองพบ ผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ 80-100%) มีจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และกินไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ < 80%) 18 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และมากกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ > 100%) 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ถือว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในระดับปานกลาง

หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 68 คนคิดเป็นร้อยละ 97.1 และไม่พบผู้ป่วยที่กินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง แต่ยังคงพบผู้ป่วยที่กินยามากกว่าที่แพทย์สั่ง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ถือว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Non-parametric McNemar Test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง(อัตราความร่วมมือในการใช้ยา80-100%) ในจำนวนผู้ป่วย 70 คนก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

4.2 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

การวัดระดับความดันโลหิตในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ก่อนและหลังการทดลอง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง					P-value
	จำนวน	Systolic		Diastolic		จำนวน	Systolic		Diastolic		
ความดันโลหิต	(n=70)	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D.	(n=70)	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1.ควบคุมได้	18 (25.7%)	133.33	4.93	81.89	5.58	55 (78.6%)	133.56	5.55	80.49	6.88	<0.001*
2.ควบคุมไม่ได้	52 (74.3%)	151.17	10.43	87.54	8.36	15 (21.4%)	146.47	9.55	76.53	9.29	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.6 เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อนการทดลอง พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ 52 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 หลังการทดลองพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้มีจำนวนมากขึ้นเป็น 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้มีจำนวนลดลงเป็น 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

จากการศึกษาผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต สรุปได้ว่า สามารถใช้ DRAW tool ในการสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถใช้ DRAW guide ในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตามลักษณะของปัญหาได้ โดยการศึกษาพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องลดลง ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการใช้ยาได้อีกด้วย อีกทั้งยังทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือระดับดีมากขึ้นและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงจนอยู่ในระดับที่ควบคุมได้มากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยา ลดความดันโลหิตครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์และการให้คำปรึกษาตามแบบประเมินของ William R. Doucette และคณะ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เรียกว่า ‘Drug Adherence Work-up (DRAW) tool (Doucette et al. 2012) และ แนวทางการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย Drug Adherence Work-up (DRAW) guide ซึ่งเป็นการดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเหมาะสม ได้แก่ (A)เครื่องเตือนการกินยา (B)ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย, (C) แนวทางการให้คำปรึกษาและ เน้นย้ำประสิทธิภาพหรือความจำเป็นในการกินยา, (D)กลยุทธ์ลดราคา ยา, (E)พิจารณาความจำเป็นของผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีเภสัชกรเป็นผู้ให้คำปรึกษา และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ที่ใช้การทดลอง หนึ่งกลุ่มวัดสองครั้งคือ วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) เป็น การวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่ใช้กลุ่มควบคุม ทำการทดลองโดยให้สิ่งแทรกแซง (Intervention) 1 ครั้งใน วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

T ₁	X	T ₂
----------------	---	----------------

T₁ หมายถึง การวัดก่อนการทดลอง โดยการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย เพื่อคำนวณ อัตราความร่วมมือในการใช้ยา และวัดระดับความดันโลหิต

X เป็นสิ่งแทรกแซง (intervention) ที่ใช้ในการทดลอง คือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมิน ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้ DRAW tool เมื่อพบปัญหาจะทำการให้คำปรึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาด้วย DRAW guide ตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

T2 หมายถึง การวัดหลังการทดลอง โดยการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย เพื่อคำนวณ อัตราความร่วมมือในการใช้ยา และวัดระดับความดันโลหิต สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้ DRAW tool อีกครั้งเพื่อพิจารณาจำนวนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลอง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี ในเดือนตุลาคม 2561 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนมีความใกล้เคียงกัน เหตุผลที่เลือกเดือนตุลาคม 2561 เนื่องจากเป็นความพร้อมในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย จำนวนประชากรมีทั้งหมด 112 คน

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562
2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ตัว นานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล
3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาด้านพูด เป็นต้น
4. เป็นผู้บริหารยาเองและอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้รับการช่วยเหลือการบริหารยาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือคนในครอบครัว เพื่อให้สามารถศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ โดยไม่มีปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้อง
5. ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

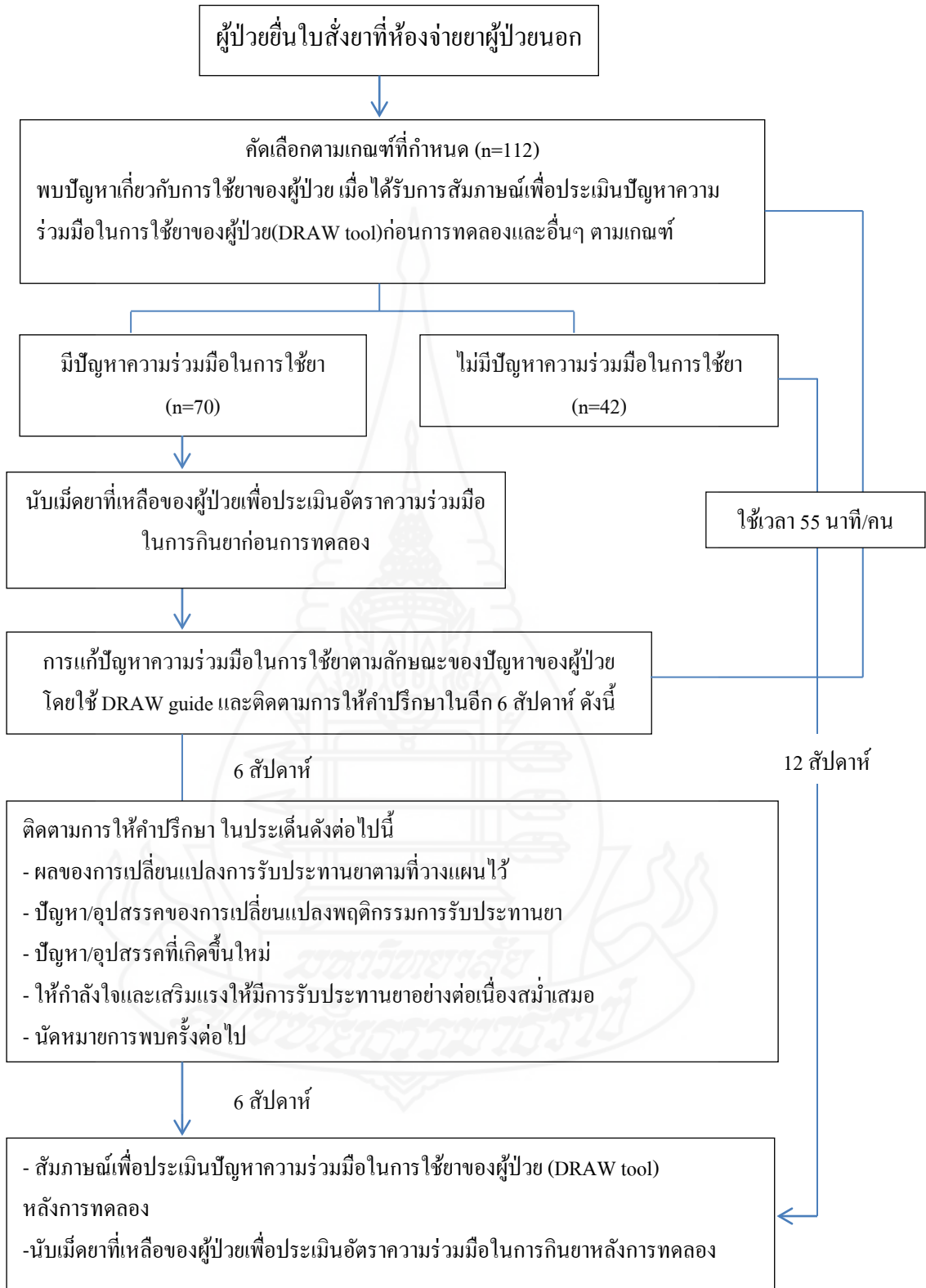
1. ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอลอนตัวออกจากการศึกษา
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในระหว่างเก็บข้อมูล

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทั้งหมดจะถูกสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ DRAW tool ทุกรายและถูกแยกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาซึ่งการวิจัยนี้จะทำการวิจัยในผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือใน

การใช้จ่ายจำนวน 70 คน ส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้จ่าย 42 คน ในอีก 3 เดือนข้างหน้าจะถูกประเมินด้วย DRAW tool อีกครั้งเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เป็นไปตามหลักหลักเกณฑ์ของจริยธรรมการวิจัย รายละเอียดตามแผนภาพขั้นตอนการเก็บข้อมูล





ภาพที่ 3.1 ภาพขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แนวทางการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การแปลแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา DRAW tool และแนวทางการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหามือถือในการรับประทานยาของผู้ป่วย DRAW guide

3.1.1 ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากวิจัยต้นฉบับประเทศสหรัฐอเมริกา (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

3.1.2 แปลแบบสอบถามโดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษ

3.1.3 นำแบบสอบถามภาษาไทยที่ได้มาเปรียบเทียบกับระหว่าง 2 ฉบับ ปรับภาษาให้มีความเหมาะสม ปรับเปลี่ยนข้อความใหม่ เพื่อความกระชับและเข้าใจง่ายขึ้น เรียงลำดับข้อความเพื่อให้การสัมภาษณ์ต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงข้อความตามบริบทของประเทศไทย โดยมีอายุแพทย์โรคหัวใจ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตรวจสอบความถูกต้องจนได้ภาษาไทย 1 ฉบับ

3.1.4 นำไปทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง (try out) จำนวน 10 คน และปรับปรุงภาษาในแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ (ภาคผนวก ก) มีรายละเอียดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ข้อที่ 1 แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Please tell me how you take your medication every day” หรือ “ท่านช่วยอธิบายชื่อยา ชื่อบ่งใช้ และวิธีใช้ยาที่ท่านได้รับที่ท่านทราบและปฏิบัติตามปกติ” ผู้วิจัยได้ปรับคำตอบให้แยกออกเป็น 3 คำตอบ หากตอบ “ถูก” 2 ใน 3 ข้อถือว่าไม่มีปัญหา เพื่อง่ายต่อการตัดสินใจของผู้ให้คำปรึกษาว่าคำตอบของผู้ป่วยมีปัญหากจากการใช้ยาหรือไม่ จึงได้เป็นข้อความใหม่ ดังนี้ ท่านช่วยอธิบายชื่อยา ชื่อบ่งใช้ และวิธีใช้ยาที่ท่านได้รับที่ท่านทราบและปฏิบัติตามปกติ (ตอบ “ถูก” 2 ใน 3 ข้อถือว่าไม่มีปัญหา) 1.1 ตอบชื่อยา ถูก ไม่ถูก 1.2 ตอบชื่อบ่งใช้ ถูก ไม่ถูก 1.3 ตอบวิธีใช้ยา ถูก ไม่ถูก จากการสอบถามของ DRAW tool ข้อนี้ถามเพื่อให้ผู้ป่วยบอกเล่าวิธีการรับประทานยาของตนเองในแต่ละวันตามความเข้าใจ เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาและความถูกต้องของการรับประทานยาของผู้ป่วย แต่จากการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูลจริง 10 ราย (try out) พบว่า ผู้ป่วยบางรายตอบวิธีการกินยาในแต่ละวันอย่างถูกต้อง แต่การปฏิบัติตัวในกินยาของผู้ป่วยไม่ตรงเวลา คือตอบในส่วนของภาคทฤษฎีถูกต้อง แต่การปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มข้อความ 1 ข้อ เป็นข้อ 2 โดยถามต่อจากคำถามข้อที่ 1 คือ “รับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่”

ข้อที่ 2 แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Do you feel like you have too many medications or too many doses per day?” หรือ “รู้สึกว่ามีจำนวนยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์จำนวนมากเกินไปหรือไม่ หรือรับประทานหลายครั้งเกินไปหรือไม่” ข้อคำถามนี้ผู้วิจัยใช้เหมือนต้นฉบับ ส่วนคำถามหลังการทดลอง หากมีปัญหาว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายาที่กินอยู่มากเกินไป จะใช้คำถามว่า “ยังมีความรู้สึกว่ากินยามากเกินไปหรือไม่” คำถามข้อนี้เมื่อ try out พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่าจำนวนยาที่กินมากเกินไปและบ่อยครั้งเกินไป มีการปรับขนาดยาเพิ่มหรือลดยาเอง หรือกินแยกมือกัน เช่น ยา 3 ชนิดต้องกินหลังอาหารเช้าครั้งเดียว แต่ผู้ป่วยคิดว่าจำนวนเยอะเกินไปจึงกิน หลังอาหารเช้า 2 เม็ดและหลังอาหารเที่ยงอีก 1 เม็ด ผู้วิจัยจึงสร้างคำถามต่อจากข้อนี้คือ “ท่านเคยเพิ่มหรือลดขนาดยาเองหรือไม่ เพราะอะไร” เพื่อให้สืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาต่อจากคำถามข้อนี้

ข้อที่ 3 และ 4 แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Do you sometimes forget to take your medication on routine days?” และ “Do you forget on non-routine days such as weekends or when traveling?” หรือ “ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเคยลืมกินยาบ้างไหม” และ “ในวันที่ไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ในวันหยุด หรือ ไปเที่ยว เคยลืมกินยาบ้างไหม” ข้อนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นการถามเรื่องการลืมกินยาทั้งวันที่เป็นกิจวัตรประจำวันและวันที่ไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจึงรวมคำถามเป็นข้อเดียว โดยถามว่า “เคยลืมกินยาบ้างไหม หรือในวันที่ไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกไปเที่ยวหรือกินข้าวนอกบ้าน ลืมกินยาบ้างไหม ลืมบ่อยแค่ไหน”

ข้อ 5 แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Do you have a concern that your medication is not helping you?” หรือ “คุณมีความกังวลว่ายาที่คุณได้รับ ไม่ได้ช่วยรักษาอาการของคุณหรือไม่” และ ข้อ 6 แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Do you feel that you do not need medication?” หรือ “คุณรู้สึกว่าไม่ต้องการยาหรือไม่” เป็นข้อคำถามที่ต้องการทราบทัศนคติในการรับประทานยาของผู้ป่วย และความเชื่อมั่นที่มีต่อประสิทธิภาพของยา เมื่อนำไปถามแล้วผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจในข้อคำถาม จึงปรับคำถามใหม่แต่ยังคงความหมายเหมือนเดิมเป็น “ท่านคิดว่ายาที่ได้รับจะช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้หรือไม่” และ “เคยรู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องกินยาบ้างไหม อย่างไร (เคยหยุดใช้ยาเองหรือไม่)” ส่วนคำถามหลังการทดลองหากผู้ป่วยเคยมีปัญหาการหยุดยาเอง จะถามว่า “เคยคิดจะหยุดยาเองอีกหรือไม่” ในคำถามข้อที่ 5 ท่านคิดว่ายาที่ได้รับจะช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบ “ไม่ได้” แสดงว่าผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกไม่ได้ทำให้อาการที่เจ็บป่วยทุเลาลงหรือไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ไม่กินก็น่าจะได้ ซึ่งในความเป็นจริงการกินยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องกินยาต่อเนื่องทุกวันอาการจึงจะคงที่เป็นปกติ การที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเพราะความดันสามารถควบคุม

ได้จากการกินยา และจำเป็นจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อวันใดที่รู้สึกว่าร่างกายปกติดี อาจจะไม่ต้องกินยาก็ได้ ความคิดนี้อาจนำไปสู่สาเหตุของการหยุดกินยาเองตามมาได้ สำหรับคำถามที่ 6 เคยรู้สึกหรือไม่จำเป็นต้องกินยาบ้างไหม อย่างไร เคยหยุดยาเองหรือไม่ เป็นคำถามสำหรับคนที่เคยหยุดยาเองมาแล้ว เพราะคนที่เคยหยุดยาเองมาแล้ว มีแนวโน้มที่จะหยุดยาเองอีกครั้งถ้าไม่ได้มีการปรับทัศนคติหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมที่เกิดขึ้นจากการหยุดยาเองครั้งก่อน จึงถามเพื่อปรับความคิดของผู้ป่วยถึงผลเสียของการหยุดยาเอง และผลดีของการกินยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อ 7 และข้อ 8 เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Have you had any side effects?” หรือ “คุณเคยเกิดอาการข้างเคียงของยาหรือไม่” และ “Are you concerned about side effects?” หรือ “คุณกังวลกับอาการข้างเคียงของยาไหม” เมื่อผู้วิจัยใช้คำถามนี้ ผู้ป่วยมักไม่เข้าใจถึงอาการข้างเคียงของยา จึงขยายความเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นดังนี้ “ระหว่างที่ท่านใช้ยาเคยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ (มีอาการข้างเคียงของยาบ้างไหม เช่น ไอแห้ง บวมตามปลายมือปลายเท้า วิงเวียน เป็นตะคริว อ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น) ถ้าหากเกิดอาการดังกล่าวขึ้นท่านทำอะไร” ส่วน คำถามข้อ 8 “คุณกังวลกับอาการข้างเคียงของยาไหม” ยังคงไว้เหมือนต้นฉบับ

ข้อ 9 แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับ DRAW tool ถามว่า “Is the cost of this medication too much?” หรือ “ค่ายาและค่ารักษาที่ต้องจ่ายนี้มากไปไหม” ในบริบทของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ชำระเงินค่ายาและค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิรักษาสวัสดิการของรัฐบาลของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอขยายความถึง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วย เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล จึงเปลี่ยนคำถามเป็น “ค่ายาและค่ารักษา (สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลที่ต้องจ่ายนี้มากไปไหม”

ในส่วนคำถามของเกสัชกร คำถามข้อที่ 10-11 ของ DRAW tool ถามว่า “At any time during this interview, did you sense an issue about decreased cognitive function?” และ “Is there a limitation on instrumental activities of daily living to affect adherence and/or use of adherence aids?” ซึ่งถามเรื่องความจำผู้ป่วย และข้อ 12 “Do you plan to follow up with this patient? ซึ่งถามถึงข้อจำกัดของแบบสัมภาษณ์และการติดตามผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยตัดออก เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโดยการนำ DRAW tool ไปใช้ อีกทั้งเกสัชกรผู้ให้คำปรึกษามี 1 คน ดังนั้นในส่วนนี้จึงแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รูปแบบนี้ในบทที่ 5 และการติดตามผู้ป่วยต่อไปในการพบครั้งถัดไป เกสัชกรได้เขียนลงในบันทึกแบบเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกคนลงในแบบฟอร์มสรุปการให้คำปรึกษากับผู้ป่วย (ตามภาคผนวก ก)

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา อายุรแพทย์โรคหัวใจ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาโรคความดันโลหิตสูง และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญทางด้านยา ประวัติผู้เชี่ยวชาญรายละเอียดตามภาคผนวก ค ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา IOC (Index of Item Objective Congruence) ทุกข้อคำถาม ได้คะแนน มากกว่า 0.5 คะแนน ค่าเฉลี่ยของค่า IOC ทุกข้อคำถาม เท่ากับ 0.93

3.3 ส่วนประกอบของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลด้านการรักษา แบบบันทึกการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย (Pill count) และแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย สิทธิการรักษา เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา น้ำหนัก รอบเอว และ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ประวัติการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในวันที่พบแพทย์ตามนัด

1.3 แบบบันทึกการนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย (Pill count) เพื่อนำมาคำนวณอัตราความร่วมมือในการใช้ยา ตามสูตร

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไป} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานในจำนวนวันระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมารับยาในครั้งถัดไป}}$$

(จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานในจำนวนวันระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมารับยาในครั้งถัดไป)

1.4 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง เป็นประเด็นเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

คำถามที่ 1 ท่านช่วยอธิบายชื่อยา ข้อบ่งใช้ และวิธีใช้ยาที่ท่านได้รับที่ท่านทราบและปฏิบัติอยู่ตามปกติ และคำถามที่ 2 รับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ เป็นคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยบอกเล่าวิธีการรับประทานยาของตนเองในแต่ละวันตามความเข้าใจ เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาและความถูกต้องของการรับประทานยาของผู้ป่วย สำหรับคำถามข้อที่ 1 เภสัชกรจะถาม 3 ข้อ ได้แก่ ชื่อยา ข้อบ่งใช้และวิธีใช้ยา ผู้ป่วยตอบถูก 2 ใน 3 ข้อ ถือว่า “ไม่มีปัญหา” แต่ถ้าหากตอบถูกเพียง 1 ข้อหรือตอบไม่ถูกต้องทั้ง 3 ข้อ ถือว่า “มีปัญหา” สำหรับคำถามข้อที่ 2 ตัวเลือกคือ ตรงเวลาและไม่ตรงเวลา (Yes/No) หากผู้ป่วยบอกเล่าวิธีการกินยาของตนเองไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง เภสัชกรจะให้ความรู้ผู้ป่วยและแนะนำวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง หรือหากผู้ป่วยจำวิธีการกินยาไม่ได้หรือจำได้น้อยมาก ต้องพิจารณาความสามารถในการจำของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมียาที่มีฤทธิ์ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic ใช้อยู่เป็นประจำหรือไม่ ซึ่งยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าวนี้จะทำให้ความรู้ความจำของผู้ป่วยลดลง หรือผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดช่วยหรือไม่

คำถามที่ 3 จำนวนยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวนมากเกินไปหรือไม่ หรือรับประทานหลายครั้งเกินไปหรือไม่ และคำถามที่ 4 ท่านเคยเพิ่มหรือลดขนาดยาเองหรือไม่ เพราะอะไร เป็นคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยบอกเล่าความรู้สึกรับประทานยา เช่น รู้สึกว่ายาที่รับประทานอยู่เยอะเกินไป รับประทานหลายครั้งต่อวันเกินไป ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยกินยารวมกินยาทั้งหมดเป็นมือเดียว หรือรู้สึกว่ารับประทานครั้งเดียวหลายเม็ดจะทำให้ยาแย่งกันทำงานหรือยาเกิดปฏิกิริยาต่อกัน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยแยกกินยาโดย ยาตัวที่หนึ่งกินเช้าและอีกหนึ่งตัวกินเที่ยง หรือการกินยามากไปทำให้ไตพังจึงไม่ยอมกินยา และอาจทำให้มีปัญหาหยุดยาเองตามมา เป็นต้น หากผู้ป่วยตอบคำถามที่บ่งบอกถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เภสัชกรจะสอบถามถึงความเข้าใจของผู้ป่วยและอุปสรรคของการกินยาหลายมือ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้เครื่องเตือนความจำโดยเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้เตือนเมื่อถึงเวลากินยา หรือถ้าหากผู้ป่วยรู้สึกว่ารับประทานหลายครั้งต่อวันเกินไป เภสัชกรอาจปรึกษาแพทย์เพื่อลดจำนวนยาต่อวัน โดยการหยุดยาบางตัวหรือเปลี่ยนยาเป็นสูตรผสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการรับประทานยาที่ง่ายขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์

คำถามที่ 5 เคยลืมกินยาบ้างไหม หรือในวันที่ไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกไปเที่ยวหรือกินข้าวนอกบ้าน ลืมกินยาบ้างไหม ลืมกินยาบ่อยไหม เป็นคำถามที่ใช้ตรวจสอบความถี่และสาเหตุของการลืมกินยาของผู้ป่วยหรือมีกิจกรรมพิเศษบางอย่างที่มักทำให้ลืมรับประทานยา เช่น การออกนอกบ้านไปทำงานต่างจังหวัดหรือกินข้าวนอกบ้าน ลืมพกยาไปด้วย

หากผู้ป่วยลืมเป็นครั้งคราวอาจพิจารณาเครื่องเตือนความจำในการรับประทานยา ทั้งนี้ควรเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แต่หากลืมน้อยจนเกินไป เกสซกรควรพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้การจำของผู้ป่วยด้วย เช่น ผู้ป่วยมียาที่มีฤทธิ์ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic ใช้อยู่เป็นประจำหรือไม่ ซึ่งยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าวนี้จะทำให้ความรู้ความจำของผู้ป่วยลดลง ถ้ามีอาจปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยาของผู้ป่วย หรืออาจจะพิจารณาหาผู้ช่วย (care giver) เพื่อช่วยเตือนการรับประทานยา นอกจากนี้ เกสซกรจะสอบถามเพิ่มเติมกรณี que ผู้ป่วยเคยลืมนาน ลืมแล้วทำอย่างไร ซึ่งเป็นการตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการลืมนานของผู้ป่วย วิธีที่ถูกต้องหากลืมนานสามารถกินยาเมื่อนึกได้ แต่ถ้าหากนึกได้ระยะเวลาสั้นกว่า 12 ชั่วโมงก่อนกินยาครั้งถัดไป ให้ข้ามมื้อนั้นไปและกินยามื้อถัดไปตามปกติโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยา

คำถามที่ 6 ท่านคิดว่ายาที่ได้รับจะช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้หรือไม่ และคำถามที่ 7 เคยรู้สึกหรือไม่จำเป็นต้องกินยาบ้างไหม อย่างไร (เคยหยุดใช้ยาเองหรือไม่) คำถามที่ 6-7 เป็นคำถามเพื่อต้องการทราบทัศนคติและความเชื่อที่มีต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย หากคำตอบของผู้ป่วยบ่งบอกถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาเช่น ในคำถามข้อที่ 6 ท่านคิดว่ายาที่ได้รับจะช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบ “ไม่ได้” แสดงว่าผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกไม่ได้ทำให้อาการที่เจ็บป่วยทุเลาลงหรือไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ไม่กินก็น่าจะได้ ซึ่งในความเป็นจริงการกินยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องกินยาต่อเนื่องทุกวันอาการจึงจะคงที่เป็นปกติ การที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเพราะความดันสามารถควบคุมได้จากการกินยา และจำเป็นจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อวันใดที่รู้สึกว่าร่างกายปกติดี อาจจะไม่ต้องกินยาก็ได้ ความคิดนี้อาจนำไปสู่สาเหตุของการหยุดกินยาเองตามมาได้ สำหรับคำถามที่ 7 เคยรู้สึกหรือไม่จำเป็นต้องกินยาบ้างไหม อย่างไร เคยหยุดยาเองหรือไม่ เป็นคำถามสำหรับคนที่เคยหยุดยาเองมาแล้ว เพราะคนที่เคยหยุดยาเองมาแล้ว มีแนวโน้มที่จะหยุดยาเองอีกครั้งถ้าไม่ได้มีการปรับทัศนคติหรือความคิดเดิมที่เกิดขึ้นจากการหยุดยาเองครั้งก่อน จึงถามเพื่อปรับความคิดของผู้ป่วยถึงผลเสียของการหยุดยาเอง และผลดีของการกินยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในคำถามทั้งสองข้อนี้มีความสำคัญเพราะเป็นการแสดงแนวคิดและทัศนคติของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาจึงจะเน้นในเรื่องของประสิทธิภาพและความจำเป็นของการกินยา ย้ำถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ และความจำเป็นในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องฟังความต้องการจากผู้ป่วย ให้ความรู้ผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยไม่รู้หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับเรื่องยา เน้นการพูดถึงประโยชน์ของการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยา ช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาตามคำสั่งแพทย์ ให้กำลังใจผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม

คำถามที่ 8 ระหว่างที่ท่านใช้ยาเคยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ (มีอาการข้างเคียงของยาบ้างไหม) เช่น ไอแห้ง บวมตามปลายมือปลายเท้า วิงเวียน เป็นตะคริว อ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น) ถ้าหากเกิดอาการดังกล่าวขึ้นท่านทำอะไร และ คำถามที่ 9 คุณกังวลกับอาการข้างเคียงของยาไหม คำถามที่ 8-9 เป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา หลักการให้บริบาลเภสัชกรรมที่สำคัญข้อหนึ่งคือแจ้งอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแต่ไม่กล้าบอก หรือไม่แน่ใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเกิดจากยาหรือไม่ หรือเมื่อเภสัชกรแจ้งอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจึงรู้สึกไม่สบายใจกลัวเกิดอันตรายหลังจากการรับประทานยา บางรายอาจทดลองหยุดยาเองแล้วไม่แจ้งแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยลดลง

การมารับยากับเภสัชกร เภสัชกรควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับยา เพื่อเป็นการให้ความรู้และการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงขึ้น คำถามข้อที่ 8 จึงเป็นคำถามที่ทวนซ้ำสิ่งที่เภสัชกรเคยได้ให้คำแนะนำไป และคำถามที่ 9 จะสอบถามเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง กลัวจนไม่กล้ากินยา หรือกินยาเยอะจนกลัวจะเกิดอันตรายต่อร่างกาย เภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาควรฟังความกังวลและสาเหตุของความกังวลของผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจนผู้ป่วยเข้าใจและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ การทำให้ผู้ป่วยเปิดใจ ทำให้ผู้ป่วยกล้าเล่าสิ่งที่เขากังวลเกี่ยวกับการกินยา ทำให้เราทราบปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ถูกมากยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงขึ้น เภสัชกรควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วยต่อไป เช่น ปรับลดขนาดยาลงเพื่อลดอาการข้างเคียงลง หรือเปลี่ยนยาเป็นยาตัวอื่นให้ผู้ป่วย

คำถามที่ 10 ค่ายาและค่ารักษา (สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลที่ต้องจ่ายนี้มากไปไหม ถ้าค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลมีราคาสูงหรือก่อให้เกิดความไม่สะดวกแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะขาดนัด ซึ่งทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ดังนั้นอาจจะใช้กลยุทธ์ลดราคา ยา ได้แก่ ลดจำนวนยา ใช้ยา Local made ใช้สูตรยาผสมถ้าเป็นไปได้ เปลี่ยนการรักษา หักแบ่งเม็ดยา เป็นต้น หรือนัดผู้ป่วยนานขึ้นเพื่อประหยัดค่าเดินทาง แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น

การดำเนินการหลังพบปัญหา

เมื่อเภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแต่ละข้อและพบปัญหาข้อใด เภสัชกรจะทำเครื่องหมาย ไว้ และจะทำการแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 Drug Adherence Work-up Tool Guide : DRAW guide ในการแก้ปัญหาแต่ละข้อที่สัมภาษณ์ตามแบบของ DRAW tool ซึ่งจะพบหัวข้อในช่องขวามือในแบบสัมภาษณ์ DRAW tool โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชุดที่ 2 แนวทางและคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Drug Adherence Work-up Tool Guide : DRAW guide) (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 5 ชนิด ดังต่อไปนี้

2.1 เครื่องเตือนการรับประทานยา

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้แก้ปัญหาการลืมรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง ใช้เตือนการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อถึงเวลา หรือถ้าผู้ป่วยมักลืมเวลาออกนอกบ้านเพื่อไปทำธุระหรือ ไปเที่ยว ก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยตั้งนาฬิกาเมื่อมีการทำกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้เครื่องเตือนความจำต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยาหรือทำให้การลืมรับประทานยาน้อยลง

กิจกรรม : ผู้ให้คำปรึกษาจัดหาอุปกรณ์เตือนการกินยาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสอนการใช้งาน ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

1. การตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์ของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่มีโทรศัพท์ และสามารถใช้ระบบการตั้งเวลาเพื่อปลุกในโทรศัพท์ได้ ผู้ป่วยอาจจะใช้เป็นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์ที่มักจะทำให้ลืมกินยา แต่ถ้าหากจะต้องเตือนตลอดอาจต้องใช้การติดตั้ง Application

2. ติดตั้ง Application “Medisafe Meds & Pill Reminder ” เกสซ์กรตั้งเวลาในการกินยาให้กับผู้ป่วยและสอนวิธีการใช้งาน เหมาะกับผู้ป่วยมีโทรศัพท์ระบบ Andoid และ IOS และสามารถเรียนรู้ในการใช้เทคโนโลยีได้ Applicationนี้จะเตือนการรับประทานยาตามเวลาทุกวัน และจะต้องมีการกดยืนยัน เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยรับประทานยาเรียบร้อยแล้ว

3. ทำปฏิทินยา คือ เกสซ์กรจะทำการแพ็คยาตามวันและเวลาตามคำสั่งใช้แพทย์และติดใส่ปฏิทิน ให้ผู้ป่วยกินยาตามวันที่และเวลาที่กำหนดในปฏิทินยา เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโทรศัพท์ อายุมาก ไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยี

4. กล่องบรรจุเม็ดยาที่มีเครื่องเตือน เหมาะกับผู้ป่วยมักลืมนำยาไปด้วย และลืมรับประทานยา กล่องเก็บยานี้จะต้องตั้งค่าเวลาเพื่อเตือน ในการรับประทานยา และเมื่อเครื่องเตือนผู้ป่วยก็สามารถหยิบยาออกมารับประทานได้เลย

เมื่อมีการใช้เลือกใช้เครื่องเตือนการกินยาแล้ว หากผู้ป่วยมักลืมรับประทานยาเนื่องจากวิธีการกินยากลำบาก ควรปรึกษาแพทย์ปรับแบบแผนการกินยาเพื่อหาแบบแผนการกินยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

กิจกรรมใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทานและโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงอาการข้างเคียงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการกินยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แนะนำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและลดความกังวลจากการกินยา

กิจกรรม : ให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่รู้ ควรตรวจการพูดในสิ่งที่แพทย์พูดไปแล้ว ไม่ควรนำมากล่าวซ้ำอีกครั้ง ควรพูดในเชิงบวก เช่น บอกประโยชน์ของการกินยาดีกว่า ผลลัพธ์ในแง่ลบที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่กินยา โดยจะมีแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาลดความดันโลหิตและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วย พร้อมการบรรยายโดยเภสัชกร

กิจกรรมใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.3 แนะนำแนวทางการให้คำปรึกษา โดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อ

เสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการกินยา ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในแผนการรักษา

กิจกรรม : เน้นย้ำประสิทธิภาพหรือความจำเป็นในการกินยา ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาตามที่เขาต้องการ เป็นผู้ฟังที่ดีและทำความเข้าใจผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามถึงความกังวลและแรงจูงใจ เช่น ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญของการกินยาว่าอยู่ในระดับที่คะแนนเท่าไรตามความคิดของตนเอง ตั้งแต่ 1-10 โดยคะแนน 10 คือมีความสำคัญมากที่สุด ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนต่ำ ควรถามต่อว่า คุณคิดว่าฉันจะช่วยคุณได้อย่างไร ถ้าต้องการให้คะแนนเพิ่มเป็น 9 หรือ 10 ต้องให้ฉันช่วยอย่างไร ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนสูง ควรสนทนาเรื่องการกินยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน ฟังความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย เหตุผลของผู้ป่วยและความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง ฟังความมุ่งมั่นของเขาและช่วยทำให้เขาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง

เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงของยา เป็นส่วนหนึ่งของคำถามข้อที่ 8 ใน DRAW tool ควรมีการจัดการโดยเภสัชกรคือ

1. ชักประวัติเพื่อสืบค้นว่าอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากยาที่ผู้ป่วยกิน
2. พิจารณาอาการข้างเคียงถึงความจำเป็นในการรักษาหรือจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือไม่

กิจกรรมใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.4 กลยุทธ์ลดราคาขาย

วัตถุประสงค์ : เพื่อปรับราคาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ ฟังพอใจในราคา รู้สึกคุ้มค่าต่อการรักษา

กิจกรรม : ลดจำนวนยา, ใช้ยา Local made , ใช้สูตรยาผสม(ถ้าเป็นไปได้), หักแบ่งเม็ดยา หรือเปลี่ยนการรักษา หรือนัดผู้ป่วยนานขึ้น (สูงสุดคือ 3 เดือน หรือขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์) เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ข้อนี้อาจต้องมีการปรึกษาแพทย์และขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น

กิจกรรมใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2.5 ประเมินความจำของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : ประเมินความสามารถและความจำของผู้ป่วย เพื่อหาคนช่วยเหลือ และพิจารณาหาที่อาจเป็นสาเหตุทำให้ความจำของผู้ป่วยลดลง

กิจกรรม : พิจารณาความจำของผู้ป่วย กรณีความสามารถและความจำของผู้ป่วยน้อยมาก อาจต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (care giver) เช่น ญาติที่ใกล้ชิด, พยาบาลเยี่ยมบ้าน, ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ, หรืออื่นๆ ซึ่งสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และช่วยเหลือเรื่องการกินยาที่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง โดยการส่งต่อข้อมูลไปยังชุมชนเพื่อหาผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้

พิจารณาหาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic : พิจารณาลึกลงว่ามีหรือไม่มี

1. ยาที่มีฤทธิ์ต้านระบบประสาท anticholinergic ซึ่งอาจจะทำให้การเรียนรู้และความจำของผู้ป่วยลดลง

2. ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cholinesterase ซึ่งทำให้ต่อต้านยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าวในโรงพยาบาล ได้แก่ Chlorpheniramine, Dimenhydrinate, Hydroxyzine, Amitriptyline, Orphenadrine+Paracetamol หากพบยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา พิจารณาเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันที่ดี : พิจารณาความสามารถของผู้ป่วย เรื่องการเตรียมอาหาร การใช้โทรศัพท์ การใช้เครื่องมือที่ช่วยเตือนการกินยา พิจารณาอุปกรณ์ที่ช่วยเหลือในการมองเห็นและการได้ยิน เช่น แว่นสายตา เครื่องช่วยฟัง นอกจากนั้นควรพิจารณาถึงความชำนาญในการใช้เครื่องมือที่ช่วยเตือนการกินยา บางครั้งผู้ช่วยเหลือ (care giver) อาจจะจำเป็นต้องมีเครื่องมือช่วยด้วย

กิจกรรมใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กล่าวโดยสรุปตามที่แสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 สรุปการแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาด้วย DRAW guide เป็นรายชื่อตามแบบ
สัมภาษณ์ DRAW tool

เมื่อสัมภาษณ์ด้วย DRAW tool และพบปัญหา	แนะนำการปฏิบัติตัวและแนวทางการให้ คำแนะนำ (DRAW guide)
1. ใช้ยาผิดขนาดและ/หรือจำนวน 2. รับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา)	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย - ตรวจสอบความถูกต้องของการกินยาของผู้ป่วย - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย A: เครื่องเตือนความจำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย B: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย E: พิจารณาความจำของผู้ป่วย
3. มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือ รับประทานยาหลายมือเกินไป 4. เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง	<ul style="list-style-type: none"> - ลดจำนวนยาต่อวันโดยการหยุดยา/เปลี่ยนยา - ใช้วิธีการกินยาที่ง่ายขึ้น A: เครื่องเตือนความจำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย C: การให้คำปรึกษาเรื่องการกินยา D: กลยุทธ์ลดราคา
5. ลืมใช้ยา	<p>ช่วยแจ้งเตือน , ตั้งปลุก หรือ ให้กล่องบรรจุยาแบบพิเศษที่ช่วยเตือนเวลากินยา , SMS แจ้งเตือน ฯลฯ พิจารณายาที่มีฤทธิ์ anticholinergic (ทำให้ความจำลดลง)</p> <ul style="list-style-type: none"> A: เครื่องเตือนความจำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย E: พิจารณาความจำของผู้ป่วย

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

เมื่อสัมภาษณ์ด้วย DRAW tool และพบปัญหา	แนะนำการปฏิบัติตัวและแนวทางการให้ คำแนะนำ (DRAW guide)
6. รู้สึกว่ายาช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้	การให้ความรู้ผู้ป่วย ; ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย
7. หยุดิซยา ก่อนแพทย์สั่ง	B: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย C: การให้คำปรึกษาเรื่องการกินยา
8. บอกวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม	- ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ; เปลี่ยนยา ; แนะนำการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ; ปรับ
9. กังวลกับอาการข้างเคียงของยา	วิธีการกินยา B: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย C: การให้คำปรึกษาเรื่องการกินยา
10. รู้สึกว่ายาและค่ารักษา(สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลมากเกินไป	เปลี่ยนเป็นยาที่ราคาถูกลง ; ใช้กลยุทธ์การลดค่ายา D: กลยุทธ์ลดราคา

การศึกษานี้เภสัชกรจะเป็นผู้สัมภาษณ์และให้คำปรึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้เภสัชกรคนเดียวกันตลอดการทดลอง ใช้เวลาในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยประมาณ 55 นาที/คน เมื่อจบการให้คำปรึกษาเภสัชกรจะทำการสรุปปัญหา แนวทางแก้ไข วางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อติดตามผลในครั้งถัดไป โดยมีการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาในอีก 6 สัปดาห์ข้างหน้า โดยติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาตามที่วางแผนไว้ ปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่ ให้กำลังใจและเสริมแรงให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และนัดหมายการพบครั้งต่อไปในอีก 6 สัปดาห์ เพื่อทำการวัดอัตราความร่วมมือในการรับประทานยาและประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (DRAW tool) หลังการทดลอง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.1 ทำหนังสือถึงมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงเทศบาลนครอุดรธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

4.2 ขึ้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัยและการเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเข้าร่วมอบรมและศึกษาจากวีดิทัศน์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

- โครงการฝึกอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ป่วยและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อเรียนรู้ทฤษฎีเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interview) และฝึกปฏิบัติการนำทฤษฎีเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้กับผู้ป่วยติดสุราและยาเสพติด

- เข้าร่วมประชุมเชิงวิชาการพฤติกรรมสุขภาพและการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยและฝึกความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย ณ ห้องประชุม สุนด์ สกลไชย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2560

4.3 ขึ้นเตรียมการทดลอง

4.3.1 ผู้วิจัยขออนุญาตในการใช้และการแปลเครื่องมือจากนักวิจัยหลักผู้สร้างเครื่องมือ DRAW tool ประเทศสหรัฐอเมริกาก่อนการแปลตามรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้วในแนวทางการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.3.2 ผู้วิจัยเตรียมและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ DRAW tool เพื่อสร้างความร่วมมือในการใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง

4.3.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัย ไปยังผู้อำนวยการกองการแพทย์เทศบาลนครอุดรธานีและนายกเทศมนตรีเทศบาลนครอุดรธานี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้างานเภสัชกรรม และหัวหน้าศูนย์บริการเทศบาลนครอุดรธานี โดยชี้แจง

วัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ในการวิจัยและแจ้งวันเวลาของขั้นตอนการให้คำปรึกษา

4.3.4 ขั้นตอนการประสานงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์บริการเทศบาลและเจ้าหน้าที่ เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อและขออนุญาตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนที่จะมาพบกับผู้วิจัยในการเข้าร่วมการวิจัย และส่งต่อมายังผู้วิจัย เมื่อได้รับความสมัครใจจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายบุคคล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการให้คำปรึกษา และขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้อธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้ซักถาม เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความเข้าใจ

2. อธิบายถึงการเก็บรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย และเมื่อผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูล รายบุคคล ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอ หรือ เผยแพร่

3. ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัย ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนผู้เข้าร่วมวิจัยพอใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงได้รับต่อไป และหากเกิดอันตรายหรือผลแทรกซ้อนใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปและการดูแลรักษา แก้ไขปัญหากรณีที่เกิดผลแทรกซ้อน

4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะ ทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยมีความโปร่งใส ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ไม่ตอบคำถามที่ทำให้รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ และสามารถยุติการสนทนาได้ตลอดเวลา โดยที่การปฏิเสธนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการไม่ให้ข้อมูลบางประเด็นที่ไม่ต้องการได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด เกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ ศธ.0543.7/578 หลังได้รับการอนุมัติผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการวิจัย มีแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเชิญชวนให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาโดยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต ใช้การแจกแจงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของข้อมูลลักษณะประชากรที่ศึกษา

5.2 ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการทดลองในแต่ละข้อคำถาม โดยใช้สถิติ Non-parametric McNemar Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5.3 ทดสอบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในระดับดี (ร้อยละ 80-100) ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Non-parametric McNemar Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5.4 ทดสอบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Non-parametric McNemar Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตมาใช้ เพื่อสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดสองครั้ง (The One Group Pretest-Posttest Design) ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตและประเมินผลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต และการควบคุมระดับความดันโลหิต

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่เลือกใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี ซึ่งเปิดบริการเฉพาะวันจันทร์ ตั้งแต่เวลา 8.30 -12.00 น. ทำการศึกษาในระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิและไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ตัว นานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาด้านพูด เป็นต้น เป็นผู้บริหารยาเองและอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้รับการช่วยเหลือการบริหารยาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือคนในครอบครัว เพื่อให้สามารถศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ โดยไม่มีปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้ DRAW tool ทั้งหมด 112 คน ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา

และเข้าเกณฑ์การคัดเข้าอื่นๆ ถูกเลือกเข้ากลุ่มที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 70 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ช้ยาลดความดันโลหิต

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มที่คัดเข้ามาศึกษา ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ร้อยละ 52.9 และ 47.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 62.9 และกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.2 โดยมีประวัติสมรส (คู่) หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 81.4 มีสิทธิในการรักษาโดยสามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ (ไม่ได้ชำระเงิน) ร้อยละ 88.6 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 61.4 ทั้งนี้พบว่าไม่มีผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ถึงร้อยละ 5.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 41.4 และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 41.4

ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 60 kg. ร้อยละ 64.3 ส่วนสูงต่ำกว่า 180 cm. ร้อยละ 98.6 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ร้อยละ 54.3 มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 54.29 แต่ยังมีบางรายที่ยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.1 และดื่มสุรา ร้อยละ 24.3

1.3.2 ข้อมูลด้านการรักษาโดยการช้ยาลดความดันโลหิต

ข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยในการช้ยาลดความดันโลหิต พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.6 รองลงมาเป็นกลุ่มที่เป็นมาแล้ว 6-10 ปี ร้อยละ 25.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมด 1-2 ชนิด ร้อยละ 64.7 ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยจะได้รับการวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง ระดับความดันโลหิตตัวบน(Systolic blood pressure) ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ส่วนใหญ่เป็นระดับความดันที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือระดับความดันโลหิตมากกว่า 140 mmHg ขึ้นไป ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140 mmHg ซึ่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มน้อยกว่า 90 mmHg ซึ่งเป็นระดับความดันที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 67.1 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ 91 mmHg ขึ้นไป ร้อยละ 32.9 เมื่อประเมินระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 74.3

1.3.3 เปรียบเทียบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดัน

โลหิต

การสืบค้นปัญหาจากการใช้แบบสัมภาษณ์ DRAW tool ในผู้ป่วย 70 คน สามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ทั้งหมด 190 ปัญหา โดยแบ่งปัญหาออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา พบ 138 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 72.6 และสิ่งบอกรเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง พบ 52 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 27.4 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าสิ่งบอกรเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง หลังจากได้ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องแนวทางการใช้ยาโดยใช้ DRAW guide แล้ว พบว่า

1) จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลงเป็น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลงในทุกมิติ และพบว่ามี 3 มิติที่ไม่พบปัญหาหลังการทดลอง ได้แก่ รับประทานยาไม่ตรงเวลา (ผิดเวลา) หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง และบอกวิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงไม่เหมาะสม

2) สิ่งบอกรเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องลดลงจนหมดไปในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3.4 เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือ

ในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต นำเสนอเป็น 2 หัวข้อ ดังนี้ จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในระดับดี และ จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้

อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้มาจากการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วย (Pill count) พบว่า ก่อนการทดลองพบผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ 80-100%) มีจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และกินไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ < 80%) 18 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และมากกว่าที่แพทย์สั่ง (อัตราความร่วมมือ > 100%) 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ถือว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในระดับปานกลาง หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 68 คนคิดเป็นร้อยละ 97.1 และไม่พบผู้ป่วยที่กินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง แต่ยังคงพบผู้ป่วยที่กินยามากกว่าที่แพทย์สั่ง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ถือว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในระดับดี

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่กินยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง (อัตราการร่วมมือในการใช้ยา 80-100%) ในจำนวนผู้ป่วย 70 คนก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อนการทดลอง พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ 52 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 หลังการทดลองพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้มีจำนวนมากขึ้นเป็น 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้มีจำนวนลดลงเป็น 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากการศึกษาผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต สรุปได้ว่า สามารถใช้ DRAW tool ในการสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถให้ DRAW guide ในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการศึกษาพบว่า ทำให้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องลดลง ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการใช้ยาได้อีกด้วย อีกทั้งยังทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราการร่วมมือระดับดีมากขึ้นและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงจนอยู่ในระดับที่ควบคุมได้มากขึ้น

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษสามารถอภิปรายเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนใหญ่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วน้อยกว่า 5 ปี ได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมด 1-2 ชนิด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกๆ ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อนด้านอื่นๆ แต่โรคความดันโลหิตสูงจะมีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆและไม่มีอาการจนต่อเมื่ออวัยวะสำคัญถูกทำลาย ซึ่งมักพบหลังเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว 10-20 ปี (นิภา จุฑามาศ, 2540) ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการแน่ชัดและบางครั้งไม่แสดงอาการเมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการมาตรวจรักษาและรับประทานอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้นการให้คำปรึกษาดูรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาจึงเหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกหรือเพิ่งเริ่มมีการใช้ยาลดความดันโลหิต เพื่อให้เกิด

ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและโรค ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

2.2 จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (DRAW tool) ไปใช้ในทางปฏิบัติได้ พบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Matthew J. Wistry, 2014 ที่พบว่า DRAW tool สามารถให้คำแนะนำที่เฉพาะบุคคลและสามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น และสามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าเครื่องมือชนิดอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ William R. Doucette, 2012 ที่พบว่าเภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า DRAW tool เป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่ายและจัดระเบียบได้ดี ซึ่งควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในงานบริการทางคลินิก และสามารถสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาได้จำนวนมากโดยพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 77.3 มักมีมากกว่าหนึ่งสาเหตุในการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และสาเหตุที่พบบ่อยในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ เกิดอาการข้างเคียงของยา ร้อยละ 59.1 ลืมกินยา ร้อยละ 54.5 สำหรับในการศึกษานี้ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ลืมกินยา ร้อยละ 68.6 รองลงมาคือการใช้ยาผิดเวลา

2.3 รูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (DRAW tool) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนประเมินปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของแต่ละบุคคล และเมื่อพบปัญหาจะทำการแก้ไขปัญหโดยใช้คำแนะนำในส่วนของ DRAW guide ตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การแก้ไขปัญหานี้เป็นส่วนที่ทำให้อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ใช้เวลานาน เนื่องจากเป็นการให้สุขศึกษา (Health Education) แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี KAP survey model (Knowledge-Attitude-Practice) กล่าวว่าการสื่อสารไม่เพียงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเท่านั้น การสื่อสารอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 สิ่ง ได้แก่ (1) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจของผู้รับสาร (2) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับสาร (3) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร (Roger, 1973) เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านบวกและป้องกันการเกิดพฤติกรรมด้านลบ ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา อาจเกิดจากความไม่รู้ ไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพ DRAW tool จึงเป็นการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และการสร้างทัศนคติที่ดีทำให้บุคคลเกิดความเชื่อและพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

2.4 เมื่อเปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาที่มีอยู่เดิมที่ลักษณะคล้ายกับ DRAW tool คือ Brief Medication Questionnaire (BMQ) แต่มีความแตกต่างกันที่ DRAW tool จะเน้นการสืบค้นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและแก้ไขปัญหาลักษณะของปัญหาที่พบ ส่วน BMQ เป็นเพียงเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา

ข้อมูลเพิ่มเติมจากประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง

จากการสัมภาษณ์ด้วย DRAW tool มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ลืมกินยา ส่วนใหญ่จะมีภารกิจที่ค่อนข้างเร่งรีบจึงทำให้ลืม และสาเหตุที่ทำให้กินยาผิดเวลาคือ ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยา และมักพบกับผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำที่ผิดปกติ เช่น ตื่นสาย นอนดึก หรือทำงานกะดึก และที่สำคัญคือผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและ/หรือการใช้ยา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการให้คำปรึกษาด้านการกินยาทุกราย เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในการกินยา

2. สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลาและอาจจะทำให้ลืมกินยาตามมาคือ ผู้ป่วยรอกินอาหารเช้าแล้วจึงกินยา เช่น ผู้ป่วยต้องตื่นตี 2 เพื่อทำงานเตรียมกับข้าวไว้ขายในตอนเช้า กว่าจะได้กินยาก็ต้องรอกินข้าว บางรายผู้ป่วยตื่นสาย บางรายช่วงเช้ามีภารกิจที่ยุ่ง ต้องกินยาเช้าบ้าง เทียงบ้าง สายบ้างเพราะรอกินหลังอาหารเช้า การกินยาผิดเวลาอาจนำไปสู่ปัญหาการลืมกินยาต่อมา ยาลดความดันโลหิตที่ระบุให้กินหลังอาหารเพียงเพราะต้องการผลของการดูดซึมยา เนื่องจากกรดในกระเพาะอาหารจะหลั่งออกมามากในช่วงกินอาหาร เพื่อช่วยในการดูดซึมยาให้เข้าสู่ร่างกายได้มากขึ้น โดยยาไม่ได้มีผลต่อการระคายเคืองกระเพาะแต่อย่างใด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การกินไม่ตรงเวลาหรือลืมกินยาแล้ว การกินยาให้สะดวกกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ประโยชน์มากกว่า เพราะฉะนั้นควรนำยาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน เช่น การวางยาไว้บนหัวเตียง เวลาตื่นนอนจะได้หยิบยากินได้เลยโดยไม่ต้องรอกินอาหารเช้า หรือวางยาไว้ตรงแปรงสีฟันเพื่อที่เวลาแปรงฟันทุกครั้งจะได้หยิบยากินได้เลย เป็นต้น (Marie C.A. & Chirstina S.P.,2008)

3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการปรับสูตรการกินยา (regimen) ใหม่ เพื่อให้กินง่ายขึ้น แต่ยังคงประสิทธิภาพเท่าเดิม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยดีขึ้น

4. สาเหตุของปัญหาของผู้ป่วยที่ปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง เกิดจากขาดความรู้เรื่องการจัดการตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตมากจนเกินไป คือ ผู้ป่วยมีเครื่องวัดความดันอยู่ที่บ้าน จะวัดความดันวันละ 3 ครั้ง เช้าเที่ยงเย็น เมื่อใดที่พบว่าความดันของตนเองสูงเกิน 140/90 mmHg หรือรู้สึกปวดท้ายทอย จะกินยาคความดันเพิ่มเองเพราะกลัวหลอดเลือดในสมองแตกมากและไม่เคยแจ้งแพทย์ว่าตนเองปรับยาเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ป่วยที่ปรับลดขนาดยาเอง สาเหตุเกิดจากความอยากรู้ อยากลองว่าถ้าหากลดขนาดจะเป็นผลอย่างไร ผู้ป่วยพบว่าเวียนหัวปวดหัวจึงกินยา

ตามเดิม บางรายทนฤทธิ์ขับปัสสาวะของยา HCTZ ไม่ได้ไหวหรือเกิดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาขึ้น (บวมจาก Amlodipine, ใจจาก Enalapril เป็นต้น) จึงปรับลดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ บางรายเล่าว่า ผู้ป่วยจะกินยาลดความดัน 1 สัปดาห์ก่อนและหลังการมาโรงพยาบาลด้วยความตั้งใจ เพราะคิดว่ากินเท่านี้ก็เพียงพอแล้ว ยาจึงเหลือเยอะมาก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Feinstein A.R.,1990 พบว่า ผู้ป่วยบางคนจะปรับปรุงพฤติกรรมมารับประทานยาของตนให้ดีขึ้นใน 5 วันก่อนและหลังวันนัดพบแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการกินยา 30 วันหลังจากพบแพทย์ ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า white-coat adherence เป็นภาวะที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพียงระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งอาจทำให้การสรุปข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ผลเสียของการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเองนี้จะทำให้ระดับความดันโลหิตขึ้นๆลงๆไม่คงที่ จากการศึกษาวิจัยของ Sarah LS และคณะ,2016 แบบ Systemic review และ Meta-analysis พบว่า ความดันที่ขึ้นๆลงๆมีความแปรปรวนสูงทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวสามารถเพิ่มอัตราการตายได้ และการปรับขนาดยาโดยไม่แจ้งแพทย์ยังอาจจะทำให้การวางแผนการรักษาผิด เพราะแพทย์ก็เข้าใจว่าผู้ป่วยกินยาตามที่แพทย์สั่ง เกสซ์กรจึงควรแจ้งผู้ป่วยถึงผลเสียของการปรับขนาดยาเองและการให้แนวทางการจัดการตนเองเมื่อผู้ป่วยมีโอกาสจะเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น เช่น เมื่อแพทย์ปรับเพิ่มยาหรือแพทย์เพิ่มยาใหม่ให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพบว่ามีความดันสูงจากการวัดที่บ้านหรือมีอาการนอนไม่หลับ เกรียมมากจนปวดท้ายทอยหรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ สามารถกลับมาพบแพทย์ได้ก่อนวันนัด

5. สาเหตุสำคัญของผู้ป่วยที่หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง คือ เกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น กิน Amlodipine แล้วเกิดอาการบวมที่เท้า ผู้ป่วยคิดว่าไตพังจึงบวมจึงไม่ยอมกินยาอีก, ผู้ป่วยกิน HCTZ แล้วปัสสาวะบ่อย เหนื่อย ไม่ชอบเลยที่ต้องเข้าห้องน้ำบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาไปเลยโดยไม่แจ้งแพทย์, เกิดอาการไอจนนอนไม่หลับ เสียงแหบแห้งจาก Enalapril สาเหตุรองลงมาคือ การคิดว่าอาการของตนเองหายเป็นปกติจึงลองหยุดกินยา และความอยากรู้้อยากลองจึงหยุดยาไป 6 เดือนความดันสูงจนต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมักจะมาด้วยความดันโลหิตสูงมากและแสดงอาการปวดหัวจนนอนไม่หลับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกสซ์กรควรแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการข้างเคียงฤทธิ์ของยาทุกครั้ง ผู้ป่วยจะได้เฝ้าระวังอาการและไม่ตื่นตระหนกเมื่อเกิดอาการขึ้นและหากเกิดขึ้นสามารถกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้เสมอ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 DRAW tool เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์/สาเหตุ ปัญหาการใช้ยาที่เฉพาะต่อผู้ป่วยแต่ละบุคคล และสามารถแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะโรคที่เกิดกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง

3.2 ควรให้ความสำคัญในการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยาและตระหนักถึงปัญหาที่อาจก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และส่งเสริมผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการนำเครื่องมือ DRAW tool มาช่วยในการสืบค้นปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยาและการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาของการใช้ยาส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอาจมีปัญหาคือเรื่องความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมถึงความจำที่ลดลงทำให้ความสามารถในการใช้ยาลดลง ดังนั้นการให้interventionกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรทำทุกราย เพื่อเป็นการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมไปอีกขั้นหนึ่ง

3.3 ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาการวิจัยโดยการนำมาใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยสกลนคร

สืบช่วยธรรมสารีรวาส

บรรณานุกรม

- จิตชนก ลีทวีสุข, พชร เมฆี, พรทิพย์พา ถวี, พิชญ์สินี ญาณะ, พิธาน จินดาวัฒน์วงศ์, ลลิตภัทร์
ดิรชัญญ์บุรณ์, ณัฏฐนันท์ รัตนพานิชย์ และอรณี ธนิตกุลสาส์น.(2557). พฤติกรรมการ
ใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง
จังหวัดตาก. (นิพนธ์ต้นฉบับ, มหาวิทยาลัยนเรศวร).
- ธวัชชัย ใจคำวังและนันทนา พุ่มพวง.(2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข*, 2(2),1115-1121.
- นิภา จรูญเวสม์. (2540). *หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence).
วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์ 7(มกราคม-ธันวาคม),1-18.
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาใน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัย
นราธิวาสราชนครินทร์* 8,1 (มกราคม-เมษายน) 16-26.
- ปิยาณี อ่อนเอี่ยม, มนทยา สุนันทิวัฒน์, เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข. (2555). ประสิทธิภาพการใช้ยา
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* ;22(3):199-210.
- ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2559.
*สถิติจำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559 – 2560 (ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน,
หัวใจขาดเลือด, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง) ต่อประชากรแสนคน
100,000 คน จำแนกราย จังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ
(รวมกรุงเทพมหานคร)*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,
2562. สืบค้นจาก: [http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-
detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020](http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020)
- วันจันทร์ ปุญญวันทนิษฐ์. (2541). *ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันเลือดของผู้ป่วยนอก
ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วิภากรณ์ วัชรตระกูล. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*,18(1), 131-139.

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561).
 กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สืบค้นจาก :
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- ศุจิภา ศรีวรการ. (2552). *ความไวและความจำเพาะของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาแบบ
 รายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์).
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข
 พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562*. กรุงเทพฯ: ทริค ชิงค์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2558*. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2560).*รายงานประจำปี 2560.*
 (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.
- สุมาลี วัชฌนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์.(2551).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
 การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6),539-547.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์และนิรนาท วิทโยชกิติคุณ. (2557).*พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย.*
 (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์,สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบ
 สาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย)
- Alm-Roijer, C., Stagmo, M.,Uden, G.,&Erhart, L. (2004). Better knowledge improves Adherence
 to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease.
European Journal of Cardiovascular Nursing, 3(4), 321-330.
- Alhewiti A. (2014). Adherence to long-term therapies and beliefs about medications.
International Journal of Family Medicine,479596. Doi:1155/2014/479596.
- Berg, Jennifer S. et al. (1993) .Patient compliance. *Annals of Pharmacotherapy* 27, supplement
 9 (September 1993): S1-S22.
- Ben-Natan M.,Noselozich I. (2011). Factors affecting older persons' adherence to prescription
 drugs in Israel. *Nursing & Health Sciences*, 13(2), 164-169. doi: 10.1111/j.1442-
 2018.2011.00594.x

- Campbell NL, Boustani MA, Lane KA, et al.(2010) Use of anticholinergics and the risk of cognitive impairment in an African American population. *Neurology* ;75:15.
- Claydon-Platt K.,Manias E., &Dunning T.(2014). The barriers and facilitators people with diabetes from a non-English speaking background experience when managing their medications : A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16).
Doi:10.1111/jocn.12501.
- Deborah A.G., Barudi M. and Unami M. et al.(2011). Risk Factor for Non-adherence and Loss to Follow-Up in a Three-Year Clinical Trail in Botswana.*Plos One*,6(4),e18435.
Retrieved from
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0018435>.
- Doucette WR., Farris KB. et al.(2012) Development of the Drug Adherence Work-up (DRAW) tool. *Journal of American Pharmacists Association*. e199-204.
- Feinstein A.R. (1990). On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch Intern Med*,150,1509-1510.
- Fox C, Richardson K, Maidment ID, et al. (2011). Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: the medical research council cognitive function and ageing study. *J Am Geriatr Soc*;59:1477–83.
- Gardner M.,Boyce RW and Herrier RN.(1994). Pharmacist-Patient Consultation Program PPCP-Unit3: Counseling to Enhance Compliance. *National Healthcare Operations*,64:231-243.
- Gascon J.J., Sanchez-Ortuno M.,Llor B., Skidmore D., & Saturno P.J.(2004). Why Hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2), 125-130.
- Gonzalez R.A., Rivera M., Torres D., Quiles J and Jackson A.(1990). Usefulness of a systemic hypertension in-hospital educational program. *Am J Cardiol*,65:1384-1386.
- Hedegaard U.,MS. et al.(2015) Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. *The American Journal of Medicine*, Vol128 No12, Dec2015; 1351-61.
- Hepler C.D. , Strand L.M. and Morley P.C., (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*; 47;533-43.

- Iskedjian M., Einarson T.R., MacKeigan L.D. et al. (2002). Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin Ther*.24:302-316.
- Koehler, Judith A. et al. (1989). Indicators for the selection of ambulatory patients who warrant pharmacist monitoring. *American Journal of Hospital Pharmacy* 46 (April 1989): 729-32.
- Kozma C.M.,Reeder C.E. and Schulz R.M. (1993). Economic,clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. *Clin Ther*, 15(6),1121-1132.
- K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. (2002). Evaluation, Classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*; 39(2):S1-S266.
- Lee, K.J., Grace, A. K., Taylor, J. A. (2006). Effect of a pharmacy care program on Medication adherence and persistence, bloodpressure, and low-density Lipoprotein cholesterol. *Journal of American Medical Association*, 296(21), 2563-2571.
- Marie C.A. & Chirstina S.P. (2008). Pharmacoadherence : A new term for a significant problem. *Am J Health-Syst Pharm*,65,661-667.
- Matthew J.W.,William R.D., Yiran Zhang MS and Karen B.F.(2014). Multiple Adherence Tool Evaluation Study(MATES). *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*.20(7).
- Maxine X.P. & Anthony S.D. (2007). Medication adherence : predictive factors and enhancement strategies.*Psychiatry*, 6(9), 358-361. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science>.
- Osterberg L. and Blaschke T. (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*,353, 487-497.
- Paes A.H., Bakker A. and Soe-Agnie C.J. (1997). Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*, 20,1512-1517.
- Prochaska J.O., Norcross J.C. and Diclemente C.C.(2006). Changing for good. A evolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York : *Harper Collins Publishers*.734-740.
- Rosenstock I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(3) :328-335.
- Sarah L.S., Sally W.,Constantinos K. et al. (2016). Blood pressure variability and cardiovascular disease: systemic review and met-analysis. *The BMJ*;354:i4098 doi:10.1136/bmj.i4098.

- Stephen R., William R.M. and Christopher C.B. (2008). *Motivational interviewing in health care : Helping Patients Change Behavior*. New York: The Guilford Press.
- Stoehr G.P., Lu S.Y., Lavery L., Bilt J.V., Saxton J.A., Chang C.C. and Ganguli M. (2008). Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: The Steel Valley seniors survey. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 6(5), 255-263. Doi:10.1016/j.amjopharm.2008.11.001S1543-5946(80)00070-6 [pii]
- Susan G. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*, 40, 114-116.
- Turner, B.J., Hollenbeak, C., Weiner, M.G., Ten Have, T., & Roberts, C. (2009). Barriers To adherence and hypertension control in racially diverse representative Sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(8), 672-681.
- Urquhart J. (1997). The electronic medication event monitor: lessons for pharmacotherapy. *Clin Pharmacokinet*, 32, 345-356.
- World Health Organization (WHO). (2013). *A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization (WHO). (1989). *Education for health : A manual on health education in Primary health care*. pp. 89-91.
- World Health Organization [homepage on the Internet]. (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. [cited 2019 Jul 18]. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- Young M.D. (1996). Research on the effects of pharmacist-patient communication in Institutions and ambulatory care sites. *American Journal of health-System Pharmacy*, 53, 1277-1291.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือชุดที่ 1. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ (นาย /นาง /นางสาว).....

นามสกุล.....HN.....

เก็บข้อมูลวันที่ :

1.ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ ชาย หญิง

1.2 อายุปี

1.3 สิทธิการรักษา : บัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ประกันสังคม
 เบิกตรงกรมบัญชีกลางหรือต้นสังกัด ชำระเงินเอง

1.4 สถานภาพ โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

1.5 การศึกษาสูงสุด

- ไม่ได้เรียนหนังสือ
 ระดับประถมศึกษา (ป.1-ป.6 หรือ ป.1-ป.7)
 ระดับมัธยมศึกษา (มศ.-มศ.5 หรือ ม.1-ม.6)
 ระดับอนุปริญญา, ปวศ.
 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

1.5 อาชีพ

- ไม่ได้ทำงาน (รวมแม่บ้าน, ผู้ที่เกษียณอายุแล้วไม่ได้ทำงาน)
 เกษตรกร
 ค้าขาย
 รับจ้าง
 ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ
 อื่นๆ

1.6 รายได้ต่อเดือน.....บาท

1.7 น้ำหนักปัจจุบันกิโลกรัม สูง.....เมตร

BMI < 25 kg/m²

BMI ≥ 25 kg/m²

1.8 รอบเอวcm

มีภาวะ อ้วนลงพุง (ผู้ชาย ≥ 90 cm. ผู้หญิง ≥ 80 cm.) ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

1.9 ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่สูบ

สูบ

1.10 ท่านดื่มสุราหรือไม่

ไม่ดื่ม

ดื่ม

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว.....ปี

2.2 ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งหมดกี่ชนิด.....ชนิด ได้แก่

2.3 ยาที่ผู้ป่วยได้รับและวิธีใช้ยา ได้แก่

1. _____.

2. _____.

3. _____.

4. _____.

5. _____.

2.4 ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในวันที่พบแพทย์ตามนัด

วันที่	ระดับความดันโลหิต(mmHg)	ประเมิน
ก่อนการทดลอง : วันที่		<input type="checkbox"/> ระดับที่ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ระดับที่ควบคุมไม่ได้
หลังการทดลอง : วันที่		<input type="checkbox"/> ระดับที่ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ระดับที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 2 การคำนวณอัตราความร่วมมือในการใช้ยาและแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (DRAW tool)

(ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนและหลังให้คำปรึกษา)

2.1 อัตราความร่วมมือในการใช้ยา (คำนวณจากยาที่เหลือ)

ว/ด/ป	ยาและวิธีใช้	จำนวน เม็ดที่ ได้รับ (A)	จำนวนที่ เหลือ (B)	จำนวนยาที่ใช้ จริง (C) = (A) - (B)	นัดครั้ง ถัดไป	จำนวนวัน นัด	จำนวนยาที่ ควรใช้ (D)	ร้อยละความร่วมมือในการ ใช้ยา(E)= (C)/(D)x100
ก่อน								
หลัง								

2.2 ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตอบคำถามแต่ละข้อ จากนั้นทำเครื่องหมาย ในข้อที่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และ
แก้ปัญหาโดยใช้ DRAW guide

สัมภาษณ์ผู้ป่วย	ผลการประเมิน ก่อนการทดลอง วันที่.....	ผลการประเมิน หลังการทดลอง วันที่.....	แนะนำการปฏิบัติตัว และแนวทางการให้คำแนะนำ (DRAW guide)
<p>1. ท่านช่วยอธิบายชื่อยา ชื่อบ่งชี้ และวิธีใช้ยาที่ท่านได้รับที่ท่านทราบและปฏิบัติอยู่ตามปกติ (ตอบ “ถูก” 2 ใน 3 ข้อถือว่าไม่มีปัญหา)</p> <p>1.1 ตอบชื่อยา <input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ไม่ถูก</p> <p>1.2 ตอบชื่อบ่งชี้ <input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ไม่ถูก</p> <p>1.3 ตอบวิธีใช้ยา <input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ไม่ถูก</p> <p>2. รับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> มีปัญหา</p> <p> ○ การใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง</p> <p> ○ .ใช้ยาคิดขนาด</p> <p>สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัญหารับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา)</p> <p>สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p>	<p><input type="checkbox"/> มีปัญหา</p> <p> ○ การใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง</p> <p> ○ .ใช้ยาคิดขนาด</p> <p>สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัญหารับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา)</p> <p>สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p>	<p>- ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย</p> <p>- ตรวจสอบความถูกต้องของการกินยาของผู้ป่วย</p> <p>- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย</p> <p>A: เครื่องเตือนความจำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>B: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย</p> <p>E: พิจารณาความจำของผู้ป่วย</p>

ลักษณะผู้ป่วย	ผลการประเมิน ก่อนการทดลอง วันที่.....	ผลการประเมิน หลังการทดลอง วันที่.....	แนะนำการปฏิบัติตัว และแนวทางการให้คำแนะนำ (DRAW guide)
<p>3. รู้สึกว่าจำนวนยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์จำนวนมากเกินไปหรือไม่ หรือรับประทานหลายครั้งเกินไปหรือไม่</p> <p>คำถามหลังการทดลอง หากมีปัญหา → ยังมีความรู้สึกว่ายามากเกินไปหรือไม่</p> <p>4. ท่านเคยเพิ่มหรือลดขนาดยาเองหรือไม่ เพราะอะไร</p>	<p><input type="checkbox"/> มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัญหาปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p>	<p><input type="checkbox"/> มีความรู้สึกว่ายามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัญหาปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p>	<p>-ลดจำนวนยาต่อวัน โดยการหยุดยา/เปลี่ยนยา</p> <p>-ใช้วิธีการกินยาที่ง่ายขึ้น</p> <p>A: เครื่องเตือนความจำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>C: การให้คำปรึกษาเรื่องการกินยา</p> <p>D: กลยุทธ์ลดราคา</p>

ลักษณะผู้ป่วย	ผลการประเมิน ก่อนการทดลอง วันที่.....	ผลการประเมิน หลังการทดลอง วันที่.....	แนะนำการปฏิบัติตัว และแนวทางการให้คำแนะนำ (DRAW guide)
5. เคยลิ้มกินยาบ้างไหม หรือในที่ไม่ เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกไปเที่ยว หรือกินข้าวนอกบ้าน ลิ้มกินยาบ้างไหม	<input type="checkbox"/> มีปัญหาลิ้มใช้ยา สาเหตุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา	<input type="checkbox"/> มีปัญหาลิ้มใช้ยา สาเหตุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา	ช่วยแจ้งเตือน , ตั้งปลุก หรือ ให้ กล้องบรรจุยาแบบพิเศษที่ช่วย เตือนเวลากินยา , SMSแจ้งเตือน ฯลฯ พิจารณายาที่มีฤทธิ์ anticholinergic (ทำให้ความจำลดลง) A: เครื่องเตือนความจำที่ เหมาะสมกับผู้ป่วย E: พิจารณาความจำของผู้ป่วย
6. ท่านคิดว่ายาที่ได้รับจะช่วยเรื่องการ รักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ช่วยไม่ได้ (มีปัญหา) สาเหตุ..... <input type="checkbox"/> ช่วยได้	<input type="checkbox"/> ช่วยไม่ได้ สาเหตุ..... <input type="checkbox"/> ช่วยได้	การให้ความรู้ผู้ป่วย ; ให้ คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย B: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย C: การให้คำปรึกษาเรื่องการกินยา

ลักษณะผู้ป่วย	ผลการประเมิน ก่อนการทดลอง วันที่.....	ผลการประเมิน หลังการทดลอง วันที่.....	แนะนำการปฏิบัติตัว และแนวทางการให้คำแนะนำ (DRAW guide)
<p>7. เคยหยุดใช้ยาเองหรือไม่ (เคยหยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง)</p> <p>คำถามหลังการทดลอง หากผู้ป่วยเคย หยุดยาเอง → เคยคิดจะหยุดยาเองอีก หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย (มีปัญหา) สาเหตุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย (มีปัญหา) สาเหตุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>	
<p>8. ระหว่างที่ท่านใช้ยาเคยมีอาการ ผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ (มีอาการ ข้างเคียงของยาบ้างไหม) เช่น ไอแห้ง บวมตามปลายมือปลายเท้า วิงเวียน เป็น ตะคริว อ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เป็น ต้น) ถ้าหากเกิดอาการดังกล่าวขึ้นท่าน ทำอย่างไร</p>	<p><input type="checkbox"/> มีปัญหาบอกริธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการ ข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม สาเหตุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p>	<p><input type="checkbox"/> มีปัญหาบอกริธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการ ข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม สาเหตุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา</p>	<p>- ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ; เปลี่ยนยา ; แนะนำการจัดการกับ อาการข้างเคียงของยา ; ปรับ วิธีการกินยา</p> <p>B: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย C: การให้คำปรึกษาเรื่องการกินยา</p>

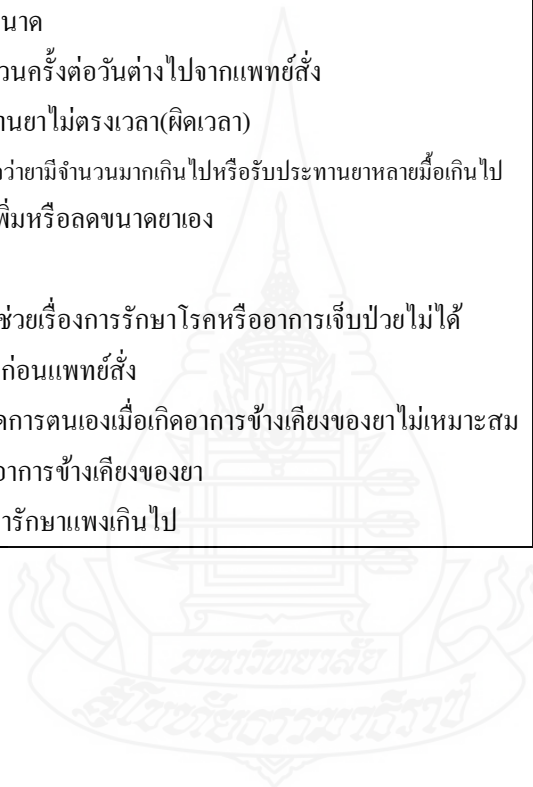
ลักษณะผู้ป่วย	ผลการประเมิน ก่อนการทดลอง วันที่.....	ผลการประเมิน หลังการทดลอง วันที่.....	แนะนำการปฏิบัติตัว และแนวทางการให้คำแนะนำ (DRAW guide)
9. คุณกังวลกับอาการข้างเคียงของยาไหม	<input type="checkbox"/> กังวล (มีปัญหา) <input type="checkbox"/> ไม่กังวล	<input type="checkbox"/> กังวล (มีปัญหา) <input type="checkbox"/> ไม่กังวล	
10. ค่ายาและค่ารักษา(สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงิน) รวมถึงค่าเดินทางมาโรงพยาบาลที่ต้องจ่ายนี้มากไปไหม	<input type="checkbox"/> มีปัญหาค่ารักษาแพงเกินไป <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา	<input type="checkbox"/> มีปัญหาค่ารักษาแพงเกินไป <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา	เปลี่ยนเป็นยาที่ราคาถูกลง ; ใช้กลยุทธ์การลดค่ายา, นัดผู้ป่วยนานขึ้น (ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์) D: กลยุทธ์ลดราคา
ใช้เวลาในการให้คำปรึกษานาทีนาที	

ส่วนที่ 3 สรุปปัญหาและสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (แบบประเมินก่อนและหลังให้คำปรึกษา)

การติดตามผู้ป่วย มาตรฐานนัด มาตรฐานไม่ตรงนัด วันนัดตรวจครั้งต่อไป.....

การติดตามผู้ป่วย	ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสิ่งที่พบ		สาเหตุที่อาจเป็นไปได้
	จำนวนปัญหา	ชนิดของปัญหา	
ครั้งที่ 1 วันที่ <input type="checkbox"/> มาตรฐานนัด <input type="checkbox"/> มาตรฐานไม่ตรงนัด		<input type="checkbox"/> ใช้ยาผิดขนาด <input type="checkbox"/> ใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> รับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา) <input type="checkbox"/> มีความรู้สึกว่าขามีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป <input type="checkbox"/> เคยปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง <input type="checkbox"/> ลืมใช้ยา <input type="checkbox"/> รู้สึกว่ายาช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้ <input type="checkbox"/> หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> บอกวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> กังวลกับอาการข้างเคียงของยา <input type="checkbox"/> มีปัญหาการรักษาแพงเกินไป	

การติดตามผู้ป่วย	ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่พบ		สาเหตุที่อาจเป็นไปได้
	จำนวนปัญหา	ชนิดของปัญหา	
ครั้งที่ 2 วันที่ <input type="checkbox"/> มาตรฐานนัด <input type="checkbox"/> มาตรฐานไม่ตรงนัด		<input type="checkbox"/> ใช้ยาผิดขนาด <input type="checkbox"/> ใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันต่างไปจากแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> รับประทานยาไม่ตรงเวลา(ผิดเวลา) <input type="checkbox"/> มีความรู้สึกว่ายาที่มีจำนวนมากเกินไปหรือรับประทานยาหลายมือเกินไป <input type="checkbox"/> เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง <input type="checkbox"/> ลืมใช้ยา <input type="checkbox"/> รู้สึกว่ายาช่วยเรื่องการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ได้ <input type="checkbox"/> หยุดใช้ยาก่อนแพทย์สั่ง <input type="checkbox"/> บอกวิธีจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> กังวลกับอาการข้างเคียงของยา <input type="checkbox"/> มีปัญหาค่ารักษาแพงเกินไป	



เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางและคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Drug Adherence Work-up Tool Guide :

DRAW guide) เมื่อเภสัชกรสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแต่ละข้อจะทราบปัญหา เมื่อเกิดปัญหาเภสัชกรจะใช้ DRAW guide ในการแก้ปัญหาทันที รายละเอียดมีดังนี้

A	<p>เครื่องเตือนการรับประทานยา :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์ของผู้ป่วย 2. ติดตั้ง Application “Medisafe Meds & Pill Reminder” เภสัชกรตั้งเวลาในการกินยาให้กับผู้ป่วยและสอนวิธีการใช้งาน 3. ทำปฏิทินยา คือเภสัชกรจะทำการแพ็คยาตามวันและเวลาตามคำสั่งใช้แพทย์และติดใส่ปฏิทิน 4. กล่องบรรจุเม็ดยาที่มีเครื่องเตือน <p>หากสามารถปรับแบบแผนการให้ยาได้ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อหาแบบแผนการกินยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p>
B	<p>ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย : ให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่รู้ ควรงดการพูดในสิ่งที่แพทย์พูดไปแล้ว ไม่ควรนำมากล่าวซ้ำอีกครั้ง ควรพูดในเชิงบวก เช่น ประโยชน์ของการกินยาดีกว่าผลลัพท์ในแง่ลบที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่กินยา</p>
C	<p>แนะนำแนวทางการให้คำปรึกษา โดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)</p> <p>ควรเน้นย้ำประสิทธิภาพหรือความจำเป็นในการกินยา ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาตามที่เขาต้องการ เป็นผู้ฟังที่ดี และทำความเข้าใจผู้ป่วยเพื่อที่จะช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามถึงความกังวลและแรงจูงใจ เช่น ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญของการกินยาว่าอยู่ในระดับที่คะแนนเท่าไรตามความคิดของตนเอง ตั้งแต่ 1-10 โดยคะแนน 10 คือมีความสำคัญมากที่สุด ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนต่ำ ควรถามต่อว่า คุณคิดว่าฉันจะช่วยคุณได้อย่างไร ถ้าต้องการให้คะแนนเพิ่มเป็น 9 หรือ 10 ต้องให้ฉันช่วยอย่างไร ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนสูง ควรสนทนาเรื่องการกินยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน ฟังความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย เหตุผลของผู้ป่วยและความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง ฟังความมุ่งมั่นของเขาและช่วยทำให้เขาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น ไปอีกระดับหนึ่ง</p>

	<p>เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงของยา เป็นส่วนหนึ่งของคำถามข้อที่ 8 ในDRAW tool ควรมีการจัดการโดยเภสัชกรคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติเพื่อสืบค้นว่าอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากยาที่ผู้ป่วยกิน 2. พิจารณาอาการข้างเคียงถึงความจำเป็นในการรักษาหรือจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือไม่
D	<p>กลยุทธ์ลดราคา :</p> <p>ลดจำนวนยา, ใช้ยา Local made , ใช้สูตรยาผสม(ถ้าเป็นไปได้), หักแบ่งเม็ดยา หรือเปลี่ยนการรักษา หรือนัดผู้ป่วยนานขึ้น (สูงสุดคือ 3 เดือน หรือขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์) เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ข้อนี้ต้องมีการปรึกษาแพทย์และขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น</p>
E	<p>พิจารณาความจำเป็นของผู้ป่วย :</p> <p>กรณีความสามารถและความจำเป็นของผู้ป่วยน้อยมาก อาจต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย(care giver) เช่น ญาติที่ใกล้ชิด, พยาบาลเยี่ยมบ้าน, ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ, หรืออื่นๆ ซึ่งสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และช่วยเหลือเรื่องการกินยาที่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง โดยการส่งต่อข้อมูลไปยังชุมชนเพื่อหาผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้</p> <p>พิจารณายาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic : พิจารณาส่งเหล่านี้ว่ามีหรือไม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ยาที่มีฤทธิ์ด้านระบบประสาท anticholinergic ซึ่งอาจจะทำให้การเรียนรู้และความจำเป็นของผู้ป่วยลดลง 2) ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cholinesterase ซึ่งทำให้ต่อต้านยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic <p>ยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าวในโรงพยาบาล ได้แก่ Chlorpheniramine, Dimenhydrinate, Hydroxyzine, Amitriptyline, Orphenadrine+Paracetamol</p> <p>หากพบยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา</p>

<p>พิจารณาเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันที่ดี :</p> <ul style="list-style-type: none">- พิจารณาความสามารถของผู้ป่วยเรื่องการเตรียมอาหาร การใช้โทรศัพท์ การใช้เครื่องมือที่ช่วยเตือนการกินยา- พิจารณาอุปกรณ์ที่ช่วยเหลือในการมองเห็นและการได้ยิน เช่น แว่นสายตา เครื่องช่วยฟัง <p>นอกจากนั้นควรพิจารณาถึงความชำนาญในการใช้เครื่องมือที่ช่วยเตือนการกินยา บางครั้งผู้ช่วยเหลือ (care giver) อาจจะต้องมีเครื่องมือช่วยด้วย</p>



ภาคผนวก ข

แบบขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัยจาก William Doucette



mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm&ogbl#search/william-doucette%40uiowa.edu/FMfcgxmTmtgCptDRqFrPxmWdNnvzWKTg

mail

Dear Mr. Doucette, Inbox x

Pattaporn Wongse <pattapornrx12@gmail.com> to william-doucette Mar 7, 2017, 5:27 PM ☆ ↶ ⋮

Dear Mr. Doucette,
I have read your research Development of the Drug Adherence Work-up (DRAW) tool from Journal of the American Pharmacist Association. I think your project is very interesting. Your DRAW tool is very useful for Drug counseling. I am currently doing research on Outcomes of individual counseling by DRAW tool on Medical Adherence in Hypertensive Patients for my master degree and I would like to ask for your permission to use DRAW tool with the patients in Thailand. If you need more details, please feel free to contact me. I hope to hear from you soon.

Regards,
Pattaporn Wongse

Doucette, William R william-doucette@uiowa.edu via iowa.onmicrosoft.com to me Mar 7, 2017, 9:47 PM ☆ ↶ ⋮

Dear Pattaporn:

It is fine with me for you to use the DRAW tool in your research with patients in Thailand. Will you use the English version or translate it into another language? If translating, which language do you plan to use?

Thanks,

Pattaporn Wongse <pattapornrx12@gmail.com> to William Mar 14, 2017, 1:37 PM ☆ ↶ ⋮

Dear Bill :

Thank you for your kindness. The DRAW tool has to be in Thai language because it is easier for the patients to understand. I'll ask an expert in medical field to check the accuracy of translation. Thank you so much for your help.

Regards,
Pattaporn Wongse

⋮

↶ Reply ↷ Forward

ภาคผนวก ค

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. พันเอก ดร. นายแพทย์ ประทีป นาคชื่น
 วิทยาศาสตร์บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 แพทยศาสตรบัณฑิต สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)
 ปรัชญาคุณภูมิบัณฑิตสาขาพุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
 อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
2. พันเอกหญิงทรงสุดา ขวัญประชา
 เกษตรศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ฝ่ายวิชาการ สมาคมแม่บ้านทหารบก
 ที่ปรึกษากองเภสัชกรรม รพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม
3. ดร. วิไลลักษณ์ สีอัด
 ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
 ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาษาและการสื่อสาร
 สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า)
 ปริญญาเอก สาขา Education มหาวิทยาลัย La Trobe University Australia
 อาจารย์ประจำสาขาภาษาอังกฤษธุรกิจ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวภัทรชนพร วงษ์เส
วัน เดือน ปีเกิด	5 มกราคม 2530
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
ประวัติการศึกษา	เกียรตินิยมอันดับ 2 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ.2553
สถานที่ทำงาน	กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี
ตำแหน่ง	เภสัชกรปฏิบัติการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ท.1) อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

