

การให้คำแนะนำปรึกษาเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยอาหารไม่ย่อย ในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน

Counseling on Health Promotion to Patients with Dyspepsia in Community Pharmacies

จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์**

วนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม

สายทิพย์ สุทธิรักษา

** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยอาหารไม่ย่อยมักมีพฤติกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอาการอาหารไม่ย่อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงมีผลต่อการรักษาอย่างมากงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของเภสัชกรและแนวทางในการให้คำแนะนำปรึกษาที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอาหารไม่ย่อยในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนโดยทำการศึกษาในร้านยามหาวิทยาลัย จังหวัดมหาสารคามในเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2548 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอาหารไม่ย่อยที่มารับบริการที่ร้านยา โดยเภสัชกรซักประวัติทั่วไป อาการ คัดกรองอาการที่อาจเป็นโรคร้ายแรง จ่ายยาและให้คำแนะนำ โดยชี้ให้เห็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยน นัดให้มาติดตามทุก 2 สัปดาห์ และมีการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 51 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 76.5) อายุเฉลี่ย 23.9 ± 9.9 ปี มีอาการแบบปวดท้อง (ulcer-like) ร้อยละ 86.3 มีระยะเวลาเป็นโรคโดยเฉลี่ย 1.9 ± 2.2 ปี มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 74.5 มารับบริการเพียง 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาไซเมทิดีน (ร้อยละ 78.4) สำหรับอาการที่คัดกรองพบ อาการปวดท้องมากจนทำให้ตื่นนอนตอนกลางคืนมากที่สุดร้อยละ 29.4 ผู้รับบริการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ดังนี้รับประทานอาหารไม่ค่อยตรงเวลา (ร้อยละ 49.0) และไม่ค่อยออกกำลังกาย (ร้อยละ 49.0) มีความเครียด (ร้อยละ 47.1) และชอบทานอาหารรสจัด ชอบดื่มน้ำอัดลม ชอบทานของดอง ชอบอาหารประเภทไขมัน (ร้อยละ 43.1) ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้ทำให้อาการของผู้รับบริการดีขึ้น เช่น รับประทานอาหารตรงเวลามากขึ้น (ร้อยละ 66.7) และงดอาหารรสจัด (ร้อยละ 33.3) ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องที่เภสัชกรให้คำแนะนำ (ร้อยละ 76.2) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า

* ผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ : โทรศัพท์ 043-754360

Corresponding author : Tel : 043-754360, E-mail : Juntip2@hotmail.com

สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้บางส่วนร้อยละ 52.4 ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้คำแนะนำของเภสัชกร (คะแนนเฉลี่ย 3.3 ± 0.7)

คำสำคัญ : การให้คำแนะนำปรึกษา อาหารไม่ย่อย การสร้างเสริมสุขภาพ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน

Abstract

Health related behavior may promote patients to have symptoms of dyspepsia. So modification of the life style behavior is very important for treatment of dyspepsia. The objective of this study was to determine the role of pharmacists' counseling on health promotion to change the behavior of patients with dyspepsia. The study was conducted in the University pharmacies, Mahasarakham Province, during June to December 2005. Pharmacists interviewed for symptoms, screened the alarm symptoms, dispensed the medications and counseled by emphasizing to change the behavior. Satisfaction about the services was assessed after 2 weeks follow-up. Fifty-one patients were participated in the study. Most of them were female, 76.5%. The average of age was 23.9 ± 9.9 years. Ulcer-like dyspepsia was found in most of the patients, 86.3%. The average duration of dyspepsia was 1.9 ± 2.2 years. It was 33.3% who had the family history of dyspepsia. Seventy four point five percent came to the community pharmacy to treat dyspepsia only one time. Most of them received cimetidine (78.4%). Most of the alarm symptoms were awakening pain (29.4%). Behavior that promote the symptoms of dyspepsia were "did not eat on time" (49.0%), "did not exercise" (49.0%), stress (47.1%), and inappropriate food (43.1%). Patients changed some behavior such as eating on time (66.7%) and taking appropriate food (33.3%). Most of patients had the knowledge (76.2%). Half of the patients changed the behavior, 52.4%. The average of satisfaction score was 3.3 ± 0.7 .

Keywords : Counseling, Dyspepsia, Health Promotion, Community Pharmacy

บทนำ

อาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) หมายถึง อาการปวด (pain) หรือไม่สบายท้อง (discomfort) บริเวณกลางท้องส่วนบน (centered in the upper abdomen) ในทางปฏิบัติสามารถแบ่งผู้ป่วยตามลักษณะของกลุ่มอาการเป็น ulcer-like dyspepsia, dysmotility like dyspepsia หรือ reflux like dyspepsia

โดยผู้ป่วย ulcer like dyspepsia มีอาการปวดท้องเป็นอาการเด่น สามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน อาการมักเกิดตอนกลางคืนหรือเวลาท้องว่าง อาการมักดีขึ้นเมื่อรับประทานอาหาร ผู้ป่วย dysmotility-like dyspepsia จะมีอาการอึดแน่นท้องหลังรับประทานอาหารเป็นอาการเด่น โดยไม่สามารถบอกตำแหน่งที่มีอาการได้ชัดเจนผู้ป่วยมักบ่นว่ามีลมหรือแก๊สมาก

บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่วน reflux like dyspepsia มักมีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกหรือเรอเปรี้ยวเป็นอาการเด่นร่วมกับอาการอื่นๆ ของ dyspepsia เช่น อืดแน่นท้อง มีแก๊สมาก อิ่มง่าย ปวดท้องหรือคลื่นไส้ อาเจียน (สุเทพ, 2547; Bazaldua and Schneider, 1999; Smith, 2005)

อุบัติการณ์การเกิดอาหารไม่ย่อยในชุมชนในเวลา 6 เดือน เป็นร้อยละ 38 (Jones and Lydeard, 1989) ส่วนอุบัติการณ์ในประเทศไทยพบร้อยละ 1-2 ต่อปี มีความชุกร้อยละ 20-25 (สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, 2542) อาหารไม่ย่อยส่วนใหญ่เป็นแบบ nonfunctional dyspepsia หรือไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน ประมาณร้อยละ 60 อีกส่วนหนึ่งเป็น organic course ซึ่งประเภทนี้ได้แก่ peptic ulcer ซึ่งในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนไม่สามารถแยกโรคจาก dyspepsia อื่น แต่อาการจะคล้ายกับ ulcer like dyspepsia ซึ่งการรักษาด้วยยาจะเหมือนกัน และสาเหตุที่เกิดจากยา เช่น NSAIDs, steroids, acarbose, metformin เป็นต้น รวมทั้งอาหารเสริมต่างๆ เช่น garlic, ginkgo เป็นต้น (Bazaldua and Schneider, 1999; Smith, 2005) ซึ่งผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมเสริมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การขับถ่ายที่ผิดปกติ การสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ดังนั้นนอกจากการรักษาด้วยยาแล้วการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาอาหารไม่ย่อย เภสัชกรนอกจากจะมีบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้ยา ค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยยังมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ในส่วนโรคอื่นๆ ที่อาจเป็นโรคร้ายแรงเช่น gastric ulcer, biliary tract disease เป็นต้น เภสัชกรมีบทบาทในการคัดกรอง ถ้าพบว่ามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคร้าย

แรงเภสัชกรจะส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของเภสัชกรและแนวทางในการให้คำแนะนำปรึกษาที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอาหารไม่ย่อยในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน

วิธีการวิจัย

1. การคัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการแน่นอึดอัดไม่สบายท้อง มีอาการปวดท้องบริเวณตอนกลางด้านบน ที่มีรับบริการที่ร้านยามหาวิทยาลัย จังหวัดมหาสารคาม เดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2548

2. การซักประวัติ

ซักประวัติเพื่อคัดสาเหตุของ typical biliary colic และ irritable bowel syndrome (IBS) รวมทั้งการทานยาและอาหารเสริม การเป็นโรคอื่นๆ และ alarm symptoms บันทึกประวัติต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (patient drug profile) เก็บข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มเรียงตามตัวอักษรของชื่อผู้ป่วย

3. แนวทางการรักษาในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คัดแปลงจากแนวทางการรักษาของ Bazaldua และ Schneider (1999) และสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (2542)

1. ผู้ป่วยมีอาการ dyspepsia แบบเฉียบพลันครั้งแรกให้ยา antacid, M. carminative
2. ผู้ป่วยเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 3 เดือน
 - ก. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน ให้การแนะนำให้รักษาต่อเนื่อง
 - ข. เคยรักษาแต่ไม่ต่อเนื่อง ให้การแนะนำให้รักษาต่อเนื่อง
 - ค. เคยรักษาต่อเนื่องจนครบแล้ว ไม่มี alarm symptoms ไม่ปรับพฤติกรรม ให้การแนะนำให้รักษาต่อเนื่อง

- ง. เเครักษาต่อเนื่องจนครบแล้ว ไม่มี alarm symptoms ปรับพฤติกรรม ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาล
- จ. มีอาการเตือน ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาล
- ฉ. ถ้ารักษา 2 สัปดาห์แล้ว อาการดีขึ้น แต่ยังเป็นอยู่ ให้เปลี่ยนกลุ่มยา
- ช. ถ้ารักษา 2 สัปดาห์แล้ว อาการไม่ดีขึ้นเลย ให้ส่งต่อไปโรงพยาบาล

การส่งต่อไปโรงพยาบาลใช้แบบฟอร์มของสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน “ร้านยามหาวิทยาลัย”

4. การรักษาด้วยยา คัดแปลงจากแนวทางการรักษาของ Bazaldua และ Schneider (1999) และสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (2542)

พิจารณาใช้ยา antisecretory หรือ prokinetic agents โดย

1. ถ้ามีอาการปวดลักษณะแบบ ulcer-like เลือกใช้ antisecretory drug (histamine₂ receptor antagonists, proton pump inhibitors; PPIs)
2. ถ้ามีอาการปวดแบบ reflux เลือกใช้ antisecretory drug (histamine₂ receptor antagonists, PPIs)±prokinetic drug±simethicone
3. ถ้ามีอาการแบบ dysmotility like เลือกใช้ prokinetic drug±simethicone

ระยะเวลาที่ให้ยาประมาณ 2 สัปดาห์ หากไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาเปลี่ยนกลุ่มยาหรือพิจารณาให้ยาทั้ง 2 กลุ่มร่วมกันอีก 2 สัปดาห์ หากผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือหายให้ยาต่ออีก 4 สัปดาห์ ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับยาทั้งหมด 6-8 สัปดาห์

กรณีผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำหลังจากรักษาครบ 6-8 สัปดาห์แล้ว ให้ส่งต่อไปเพื่อตรวจร่างกายเพิ่มเติม

5. การติดตามผู้ป่วย

ติดตามทุก 2 สัปดาห์ โดยการมารับยาต่อ

ที่ร้านยาหรือการโทรศัพท์ติดตาม

6. การให้คำแนะนำปรึกษา

หลังจากเภสัชกรซักประวัติแล้ว เภสัชกรจะให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่าย เป็นต้น เภสัชกรจะติดตามผลการแนะนำทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตามนัด และเน้นการให้คำแนะนำสำหรับพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้

7. การสำรวจความพึงพอใจ

การวัดความพึงพอใจจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามหลังจากการให้คำแนะนำและการพบครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4 ถ้ารักษา 6 สัปดาห์) หรือครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6 ถ้ารักษา 8 สัปดาห์) แบบวัดความพึงพอใจมีทั้งหมด 7 ข้อ เป็น rating scale 4 scale

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป การคัดกรอง การให้คำแนะนำปรึกษาและความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้รับบริการในร้านยามหาวิทยาลัยเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 51 คน เป็นชาย 12 คน (ร้อยละ 23.5) และหญิง 39 คน (ร้อยละ 76.5) อายุเฉลี่ย 23.9 ± 9.9 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 51.6 ± 10.1 กิโลกรัม ความสูงเฉลี่ย 161.0 ± 9.0 เซนติเมตร มีประวัติแพ้ยา 5 คน (ร้อยละ 9.8) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกระเพาะอาหาร 17 คน (ร้อยละ 33.3) มีอาการแบบ ulcer 44 คน (ร้อยละ 86.3) แบบ reflux 1 คน (ร้อยละ 2.0) และแบบ dysmotility 6 คน (ร้อยละ 11.7) มีระยะเวลาเป็นโรคโดยเฉลี่ย 1.9 ± 2.2 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ (n= 51)

ลักษณะทั่วไป	ค่าเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		12	23.5
หญิง		39	76.5
อายุ(ปี)	23.9±9.9		
ระยะเวลาที่เป็น โรค(ปี)	1.9 ±2.2		
แพ้ยาล		5	9.8
ประวัติครอบครัว		17	33.3
ประเภทของอาการ โรคอาหารไม่ย่อย			
ulcer like		44	86.3
reflux like		1	2.0
dysmotility like		6	11.7

ผู้ป่วยมารับบริการ 1 ครั้งจำนวน 38 คน (ร้อยละ 74.5) 2 ครั้งจำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.7) 3 ครั้งจำนวน 5 คน (ร้อยละ 9.8) 4 ครั้งจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.0) และ 8 ครั้งจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.0)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา cimetidine (ร้อยละ 78.4) และ antacid (ร้อยละ 41.2) ในการรักษาอาการอาหารไม่ย่อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การใช้ยาเพื่อรักษาอาการอาหารไม่ย่อยที่ได้รับจากเภสัชกร (n=51)

ยา	จำนวน	ร้อยละ
Cimetidine 400 mg	40	78.4
Ranitidine 150 mg	3	5.9
Famotidine 40 mg	0	0.0
Omeprazole 20 mg	2	3.9
Domperidone 10 mg	3	5.9
Simethicone 60 mg	8	15.7
Antacid	21	41.2
Hyoscine	3	5.9
Combizym	1	2.0
Magesto	2	3.9

หมายเหตุ ผู้รับบริการ 1 คนได้รับยาหลายตัว

2. การคัดกรอง

ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองโรคร้ายแรงที่มีอาการอาหารไม่ย่อยโดยเภสัชกร พบว่า อาการหรือปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ ปวดท้องมากจน

ทำให้ตื่นนอนตอนกลางคืน (awakening pain) จำนวน 15 คน (ร้อยละ 29.4) รองลงมาคือ เริ่มมีอาการขณะที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 9.8) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การคัดกรองโรคร้ายแรงที่มีอาการอาหารไม่ย่อย (n=51)

หัวข้อในการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
Age of onset > 40 years	5	9.8
Significant weight loss (>5% BW within 1 month or > 10% within 3 months)	2	3.9
History of GI bleeding	2	3.9
Strong family history of GI malignancy	0	0.0
Significant abdominal distension	3	5.9
Melana	2	3.9
Dysphagia	1	2.0
Fever	1	2.0
Awakening pain	15	29.4
Persistent vomiting	3	5.9
Anemia (pale sclera)	2	3.9
Bowel habit change	4	7.8
Anorexia (persistent)	4	7.8
Jaundice (yellow sclera)	2	3.9

หมายเหตุ ผู้รับบริการ 1 คนอาจมีหลายอาการหรือปัจจัย

3. การให้คำแนะนำปรึกษา

หลังจากผู้รับบริการได้รับการสัมภาษณ์และจ่ายยาแล้ว เภสัชกรจะให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัวได้แก่ พฤติกรรมต่างๆ คือ การทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย เป็นต้น เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ดังนี้ ทานอาหารไม่ค่อยตรงเวลา (ร้อยละ 49.0) และไม่ค่อยออกกำลังกาย (ร้อยละ 49.0) มีความเครียด (ร้อยละ 47.1) และชอบทานอาหารรสจัด ชอบดื่มน้ำอัดลม ชอบทานของดอง ชอบอาหารประเภทไขมัน (ร้อยละ 43.1) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้รับบริการมีอาหารอาหารไม่ย่อย (n=51)

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
เคยรักษาครบแล้วกลับมาเป็นอีก	5	23.8
เคยทานยารักษาแต่ไม่ต่อเนื่อง	0	0.0
ชอบรับประทานอาหารอื่้มมากๆ	2	10.0
จะนอนทันทีหลังรับประทานอาหารอื่้ม	3	5.9
รับประทานอาหาร ไม่ค่อยตรงเวลา	25	49.0
ชอบรับประทานอาหารรสจัด ชอบดื่มน้ำอัดลม ชอบทานของ คอง ชอบอาหารประเภทไขมัน	22	43.1
คุยเวลาทานอาหาร	5	23.8
การสูบบุหรี่	3	5.9
การดื่มสุรา	9	17.6
การขับถ่าย	9	17.6
ไม่ค่อยออกกำลังกาย	25	49.0
ความเครียด	24	47.1

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้ทำให้อาการของผู้รับบริการดีขึ้น เช่น รับประทานอาหารตรงเวลามากขึ้น (ร้อยละ 66.7) และงดอาหารรสจัด (ร้อยละ 33.3) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมที่ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงได้หลังได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร (n=21)

พฤติกรรมที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	จำนวน	ร้อยละ
รับประทานอาหารตรงเวลา	14	66.7
งดอาหารรสจัด	7	33.3
ออกกำลังกาย	3	14.3
ไม่ทานอาหารก่อนนอน	1	4.8
ไม่เครียด	1	4.8
ไม่ดื่มน้ำอัดลม	1	4.8
ลดการดื่มแอลกอฮอล์	1	4.8

4. ความพึงพอใจ

เภสัชกรสัมภาษณ์ผู้รับบริการทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงความพึงพอใจในการให้บริการจำนวน 21 คน หญิง 18 คน (ร้อยละ 85.7) ชาย 3 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ย 23 ± 9.2 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.2) และส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา (ร้อยละ 81.0) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 85.7)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องที่เภสัชกรให้คำแนะนำ (ร้อยละ 76.2) มีเพียงร้อยละ 19.0 ที่บอกว่ายังไม่มีความรู้มาก่อนและร้อยละ 4.8 ตอบว่าไม่แน่ใจว่ามีความรู้มาก่อนหรือไม่ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้บางส่วนร้อยละ 52.4 สามารถเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมได้ร้อยละ 38.1 และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่เภสัชกรให้คำแนะนำได้เลยร้อยละ 9.5

ตารางที่ 6 แสดงความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของเภสัชกร โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้คำแนะนำของเภสัชกร โดยหัวข้อประเมินที่ได้คะแนนสูงสุดในอันดับต้นคือเภสัชกรให้คำแนะนำอย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ และเภสัชกรให้ความเป็นกันเอง สามารถไว้วางใจได้ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.3 ± 0.7 และ 3.3 ± 0.5 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 4 ส่วนข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือเรื่องการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.5 ± 0.8

ตารางที่ 6 ผลความพึงพอใจต่อการบริการของเภสัชกร (n=21)

หัวข้อประเมิน	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย
1. เวลาในการให้คำแนะนำปรึกษาเหมาะสม	1 (4.8)	5 (23.8)	12 (57.1)	3 (14.3)	2.8 ± 0.7
2. สถานที่ในการให้คำแนะนำปรึกษาเหมาะสม	0 (0.0)	7 (33.3)	11 (52.4)	3 (14.3)	2.8 ± 0.7
3. เภสัชกรให้คำแนะนำอย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติได้	0 (0.0)	3 (14.3)	9 (42.9)	9 (42.9)	3.3 ± 0.7
4. เภสัชกรให้ความเป็นกันเอง สามารถไว้วางใจได้	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (66.7)	7 (33.3)	3.3 ± 0.5
5. มีการบันทึกประวัติการใช้ยาอย่างเหมาะสม	0 (0.0)	5 (23.8)	16 (76.2)	0 (0.0)	2.8 ± 0.4
6. มีการจ่ายยาอย่างเหมาะสม	0 (0.0)	2 (10.0)	18 (90.0)	0 (0.0)	2.8 ± 0.7
7. มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	2 (9.5)	8 (38.1)	9 (42.9)	2 (9.5)	2.5 ± 0.8

หมายเหตุ ข้อ 6 ไม่ตอบ 1 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 76.5) อายุเฉลี่ยน้อย (23.9 ± 9.9 ปี) เนื่องจากผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ส่วนใหญ่มีอาการแบบ ulcer-like (ร้อยละ 86.3) คือมีอาการปวดท้องเป็นหลัก มักเป็นตอนกลางคืนหรือท้องว่าง เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่นอนอาหารไม่ตรงเวลา และมีความเครียด เช่น เวลาใกล้สอบ ผู้รับบริการส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 33.3) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกระเพาะอาหารมาก่อน อาจเนื่องจากเชื้อ *H. pylori* ซึ่งทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารด้วยกันในครอบครัวผู้ป่วยมารับบริการส่วนใหญ่มาพบเภสัชกรเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 74.5) ทั้งนี้เนื่องจากอาการอาหารไม่ย่อยเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรง เมื่อทานยาแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงไม่มารับยาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา cimetidine (ร้อยละ 78.4) สำหรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ antacid (ร้อยละ 41.2) สำหรับบรรเทาอาการปวดท้อง ซึ่งยังเป็นยาที่รักษาได้ผลดี (ฉัฐพล, 2547; ฉัฐพล และวโรชา, 2547)

สำหรับการคัดกรองโรคร้ายแรงที่มีอาการอาหารไม่ย่อยโดยเภสัชกร พบว่า อาการหรือปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ ปวดท้องมากจนทำให้ตื่นนอนตอนกลางคืน (awakening pain) (ร้อยละ 29.4) ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยคือ เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองอย่างไม่มีขีดจำกัด เช่น ถ้ามีอาการหรือปัจจัยข้อใด ต้องส่งต่อทันที หรือต้องมีปัจจัยร่วมกันก็ข้อที่มีความจำเป็นในการส่งต่อ ซึ่งควรมีการพัฒนาเกณฑ์นี้ต่อไป เพื่อให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meineche-Schmidt และ Jorgensen (2003) ที่ศึกษาการค้นหาอาการเตือน (alarm symptoms) และการจัดการ เช่น การตรวจเพิ่มเติมหรือการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น ซึ่งพบว่าอาการเตือนเหล่านี้

ค่อนข้างซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับอาการเฉพาะชนิดของอาการอาหารไม่ย่อย อายุ เพศ และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ทำให้ยากต่อการจัดการ ซึ่ง sensitivity ของอาการเตือนเท่ากับ 0% to 100% และ specificity เท่ากับ 16% to 98%

ในส่วนการให้คำแนะนำปรึกษา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย คือ การทานอาหารไม่ตรงเวลา (ร้อยละ 49.0) และไม่คอยออกกำลังกาย (ร้อยละ 49.0) มีความเครียด (ร้อยละ 47.1) และชอบทานอาหารรสจัด ชอบดื่มน้ำอัดลม ชอบทานของทอด ชอบอาหารประเภทไขมัน (ร้อยละ 43.1) ซึ่งหลังการให้คำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรพบว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้ ทำให้อาการของผู้รับบริการดีขึ้น เช่น ทานอาหารตรงเวลามากขึ้น (ร้อยละ 66.7) และงดอาหารรสจัด (ร้อยละ 33.3)

ในส่วนของการสอบถามเรื่องความพึงพอใจ โดยเภสัชกรสัมภาษณ์ผู้รับบริการทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องที่เภสัชกรให้คำแนะนำอยู่แล้ว (ร้อยละ 76.2) แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่เสริมให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ส่วนผู้ที่ไม่มีความรู้มาก่อนร้อยละ 19.0 และเมื่อผู้รับบริการประเมินตนเองหลังได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรแล้วพบว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้บางส่วน ร้อยละ 52.4 สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทั้งหมดตามที่เภสัชกรแนะนำร้อยละ 38.1 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความรู้อยู่แล้วเภสัชกรมีหน้าที่ที่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้คำแนะนำของเภสัชกร ได้แก่ เภสัชกรให้คำแนะนำอย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ และเภสัชกร

ให้ความเป็นกันเอง สามารถไว้วางใจได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.3 ± 0.7 และ 3.3 ± 0.5 ตามลำดับ) ส่วนเรื่องการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้คะแนนน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.5 ± 0.8) ซึ่งทางร้านต้องมีการปรับปรุงระบบติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เภสัชกรในสถานปฏิบัติการมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยอาหารไม่ย่อยได้ทั้งในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาโรคภัยแรงเป็นไปได้อย่างทันท่วงทีและให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพื่อให้การรักษาโรคอาหารไม่ย่อยมีประสิทธิภาพและลดการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ควรมีการสร้างแนวทางการรักษาโดยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด (Bond and Grimshaw, 1995) โดยมีแนวทางสำหรับการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ด้วยซึ่งจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมและสามารถรักษาโรคภัยแรงอย่างทันท่วงที (Marklund, 2003)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพที่ให้เงินสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเภสัชกรปฏิบัติการในร้านยามหาวิทยาลัยจังหวัดมหาสารคาม และผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาซึ่งสามารถดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ฉัฐพล ไชยวุฒิ. (2547). Management of uninvestigated Dyspepsia. ใน สุเทพ กลชาญวิทย์ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ (บรรณาธิการ) โรคทางเดินอาหารและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 13-16.

ฉัฐพล ไชยวุฒิ และวโรชา มหัชช. (2547). Nonulcer Dyspepsia. ใน สุเทพ กลชาญวิทย์ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ (บรรณาธิการ) โรคทางเดินอาหารและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 17-23.

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2542). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย Dyspepsia และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Helicobacter pylori ในประเทศไทย.

สุเทพ กลชาญวิทย์. (2547). Dyspepsia. ใน สุเทพ กลชาญวิทย์ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ (บรรณาธิการ) โรคทางเดินอาหารและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 1-12.

Bazaldua OV and Schneider FD. (1999). Evaluation and Management of Dyspepsia. American Family Physicain, 60, pp. 1773-1788.

Bond CM and Grimshaw JM. (1995). Multi-disciplinary guideline development: a case study from community pharmacy. Health Bull (Edinb), 53(1), pp. 26-33.

Jones R, Lydeard S. (1989). Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. BMJ, 7, 98(6665), pp. 30-32.

Marklund B, Westerlund T, Branstad JO, Sjoblom M. (2003). Referrals of dyspeptic self-care patients from pharmacies to physicians, supported by clinical guidelines. Pharm World Sci. 25(4), pp.168-172.

Meineche-Schmidt V, and Jorgensen T. (2003). "Alarm symptoms" in dyspepsia. How does the general practitioner investigate?. Scand J Prim Health Care. 21(4), pp. 224-229.

Smith ML. 2005. Functional dyspepsia pathogenesis and therapeutic options-implications for management. Digestive and Liver Disease, pp.1-12.