

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาใน ผู้สูงอายุที่มีการได้รับยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี

อริศา คำชะอม¹, ศราวุฒิ อุ่พุดินันท์²

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care based program: PCP) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence: MA) ในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียววัด MA ก่อนและหลังการให้ PCP ในผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่รับประทานยาโรคประจำตัวตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป มีระดับ MA ต่ำโดยเมื่อประเมินด้วยการนับเม็ดยาพบอัตรา MA น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือมากกว่าร้อยละ 120 หรือคะแนนจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการใช้ยาสำหรับคนไทย (MTB-Thai) น้อยกว่า 22 คะแนน PCP ดำเนินการตามคู่มือการให้ PCP ที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมส่งเสริม MA ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยา เช่น การจัดยาเป็นชุดพร้อมรับประทานและการทบทวนการใช้ยา การดำเนินการ PCP มี 2 ครั้ง คือ ที่คลินิกโรคเรื้อรังเมื่อเริ่มการศึกษา และในสัปดาห์ที่ 4 และติดตาม MA ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ผู้ป่วยมี MA ระดับดี หากผลการนับเม็ดยาอยู่ในช่วงร้อยละ 80-120 และผลการสอบถาม MA ด้วย MTB-Thai มีคะแนนตั้งแต่ 22 ขึ้นไป **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าในการศึกษามี 30 ราย เป็นเพศหญิง 26 ราย อายุเฉลี่ย 70.4 ± 9.0 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไปโดยอย่างน้อยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขข้ออักเสบ ร้อยละ 100% รายงานการรับประทานยาที่ได้รับต่อวันเฉลี่ย 7.0 ± 1.8 รายการ ปัญหาความไม่ร่วมมือการใช้ยาที่พบบ่อยคือ การไม่ได้รับประทานยาบางมื้อ (24 ราย) และการขาดยาหรือหยุดยา (15 ราย) กิจกรรมส่งเสริม MA ที่ใช้ส่วนใหญ่คือ การให้ความรู้ประกอบคำแนะนำ และการทบทวนการใช้ยา ระดับ MA ในยาโรคประจำตัวโดยเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นการศึกษาและสิ้นสุดการศึกษาโดยวิธีนับเม็ดยาเท่ากับร้อยละ 70.47 และร้อยละ 96.61 ตามลำดับ และโดยวิธี MTB-Thai มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 19 คะแนน และ 23 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยที่มี MA ระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็น 21 รายตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 27 รายในสัปดาห์ที่ 8 **สรุป:** PCP ที่พัฒนาขึ้นมีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจนในการเลือกเครื่องมือหรือกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งสามารถส่งเสริม MA ในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้สูงอายุ การรับประทานยาหลายขนาน การบริหารทางเภสัชกรรม โรคประจำตัว

รับต้นฉบับ: 3 พ.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 10 มิ.ย. 2562, รับลงตีพิมพ์: 17 มิ.ย. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: ศราวุฒิ อุ่พุดินันท์ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

E-mail: sarawuto@nu.ac.th

Effectiveness of a Pharmaceutical Care-based Program to Improve Medication Adherence in Elderly Patients Receiving Polypharmacy in a Community Hospital in Kanchanaburi

Athisa Dumchaom¹, Sarawut Oo-puthinan²

¹Master's Student in Master of Pharmacy (Community Pharmacy),
Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of a pharmaceutical care-based program (PCP) to improve medication adherence (MA) in elderly patients receiving polypharmacy in a community hospital. **Method:** The research was a study with one group with the measurement of MA before and after the provision of PCP in elderly patients taking at least 4 chronic medications with low MA i.e., less than 80% or more than 120% of MA as measured by pill count and getting the score less than 22 as measured by the Medication Taking Behavior in Thai (MTB-Thai). The provision of PCP followed the PCP guidelines developed in the study to promote MA including patient education, aids for drug taking behaviors such as drug preparation in a ready-to-take form and review of drug use. The PCP was provided for 2 times i.e., at the chronic disease clinic at the beginning of the study, and at the 4th week. The study measured MA in the 4th and 8th week. The patient was considered as having good MA if pill count showed 80-120 percent of drug taking and having the score on MTB-Thai at least 22. **Results:** There were 30 elderly patients in the study, 26 females, with an average age of 70.4 ± 9.0 years. All patients had 2 or more chronic diseases with either diabetes, high blood pressure, dyslipidemia as comorbidity. The average of medications taken per day was 7.0 ± 1.8 items. Common problems of MA were skipping medications in some certain times (n=24) and not taking medications (n=15). Most commonly used MA promotion activities were provision of knowledge and advice and review of drug use. The average MA levels for chronic medications at the beginning and at the end of the study was 70.47% and 96.61%, respectively, as measured by pill count, while medians of MTB-Thai score method were 19 and 23 points, respectively. The level of MA increased significantly ($p < 0.001$). The number of patients with adequate MA increased significantly to 21 subjects in the 4th week and further increased to 27 subjects in week 8. **Conclusion:** The PCP developed in the study has the clear guidance for selecting tools or activities promoting medication adherence for the individuals more appropriately. Therefore, it can improve the adherence in the elderly receiving polypharmacy

Keywords: medication adherence, elderly, polypharmacy, provision of pharmaceutical care, chronic diseases

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกมีแนวโน้มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ ให้คำนิยามประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในพ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 ในพ.ศ. 2554 ซึ่งคาดว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) โดยมีประชากรของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในพ.ศ. 2564 (1-2) การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (3) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีความรุนแรงของโรคมกกว่ากลุ่มวัยอื่น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลควบคุมโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดพร้อม ๆ กัน และใช้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน บางรายจำเป็นต้องใช้ยาตลอดชีวิต จึงมักพบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมตามมา

ปัญหาการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) และพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยารวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากสูญเสียเงินจากการใช้ยาเกินความจำเป็น และส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence: MA) ลดลง โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยามาก ค่าเฉลี่ย MA มีเพียงร้อยละ 43-78 (4,5) นอกจากนี้ยังพบว่า MA สัมพันธ์กับความถี่ในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยามากกว่า 4 ครั้งต่อวัน มีอัตรา MA เพียงร้อยละ 51 (6) เนื่องจากมียาที่ต้องใช้หลายรายการและพบปัญหาในการใช้ยาบ่อยครั้ง อาจเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้น ความจำไม่ดี หรือการรับรู้บกพร่อง นอกจากนี้ความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความหลากหลายของรูปแบบการใช้ยวันละหลายครั้ง และคำแนะนำการใช้ยาเพิ่มเติม ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ (7) ดังนั้น MA จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพ

การรักษา เกสซ์กรมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และยังมีส่วนสำคัญในการช่วยให้สามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประเมินและชักประวัติการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และประเมิน MA ของผู้สูงอายุ เพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงที่ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตวาย และโรคหัวใจ ใน พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง 1,174 ราย ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค และบางรายมีโรคร่วมมากถึง 4 โรค การมีโรคร่วมดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ยาจำนวนมากหลายรายการ ซึ่งปริมาณของยาและจำนวนรายการยาสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (8) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ต้องใช้ยาประมาณ 4-12 ชนิดต่อวัน ผู้ป่วยมากกว่า 5 รายต่อวันนำยาเหลือใช้มาคืนในแต่ละวันที่คลินิกโรคเรื้อรัง ลักษณะดังกล่าวทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปฏิกริยาระหว่างยา ปฏิกริยาระหว่างยากับอาหาร จนอาจต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีจำนวนวันนอนเพิ่มขึ้นหรืออาจส่งผลถึงแก่ชีวิตได้ (9) จากสถิติการเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพบ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในมากถึงร้อยละ 49.31 และมีจำนวนวันนอนที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป 3-5 วัน จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care based program: PCP) เพื่อส่งเสริม MA ในผู้สูงอายุที่มีการได้รับยาหลายขนาน เพื่อนำมาใช้ในงานคลินิกโรคเรื้อรังนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับยาหลายขนานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 642/2559 การเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม – 12 พฤศจิกายน พ.ศ.2561

ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันผิดปกติ โดยอาจมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโรคประจำตัวชนิดรับประทานตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ก่อนเริ่มการศึกษา และมีระดับ MA สำหรับการรักษาโรคประจำตัวอยู่ในระดับต่ำเมื่อประเมินโดยทั้งวิธีนับเม็ดยาและการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Taking Behavior in Thai, MTB-Thai) ที่พัฒนาโดย พรณทิพา ศักดิ์ทองและคณะ(10) นั่นคือ มี MA โดยวิธีนับเม็ดยาน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือมากกว่าร้อยละ 120 หรือคะแนนจากแบบสอบถาม MTB-Thai น้อยกว่า 22 คะแนน โดยยึดผลประเมินจากวิธีที่ให้ค่า MA ต่ำกว่าเป็นหลัก ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ใช้ยาด้วยตนเอง สามารถเดินทางมาพบแพทย์ได้ทุกเดือนตลอดงานวิจัย และสามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือมีโรคหรือความผิดปกติทางจิต

เครื่องมือและตัวแปรในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และเครื่องมือช่วยส่งเสริม MA โดยเครื่องมือส่วนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย ข้อมูลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ข้อมูล MA สำหรับการรักษาโรคประจำตัวโดยใช้วิธีการนับเม็ดยาโดยผู้วิจัยเป็นผู้นับเม็ดยา MA คำนวนจากอัตราส่วนจำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ไปต่อจำนวนยาที่ควรใช้ตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งโดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ยอมรับกันว่าผู้ป่วยมี MA ในระดับที่เพียงพอเมื่อยานั้นถูกใช้ไปร้อยละ 80-120 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ (11) นอกจากนี้ยังประเมิน MA ด้วย MTB-Thai ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบแบบสอบถามใช้เวลาเฉลี่ย 2 นาที คำตอบในแต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก คือ 1) ไม่เคย 2) เคย 1-2 ครั้ง 3) เคย 3-4 ครั้ง และ 4) เคย 5-6 ครั้ง แต่ละข้อมีคะแนน 1-4 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมจึงอยู่ในช่วง 6-24 คะแนน การแปลผลระดับ MA แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (24 คะแนน) ระดับกลาง (22-23 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อย

กว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน) เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 ความไวร้อยละ 76 และความจำเพาะร้อยละ 35 ในการศึกษาครั้งนี้ถือว่า ผู้ป่วยมี MA ในระดับดีเมื่อ MA ที่ประเมินโดยวิธีนับเม็ดยาอยู่ในช่วงร้อยละ 80-120 และคะแนนจากแบบสอบถาม MTB-Thai เท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือช่วยส่งเสริม MA ประกอบด้วย 2.1) คู่มือ PCP เพื่อส่งเสริม MA ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งเป็นขั้นตอนการให้คำปรึกษา สืบหาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย PCP ช่วยในการเลือกใช้กิจกรรมเพื่อเพิ่ม MA คู่มือนี้ดัดแปลงมาจากคู่มือการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (12) และการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระยะไม่ติดต่อดี (13) 2.2) กิจกรรมเพิ่ม MA ซึ่งแบ่งออกเป็น 2.2ก การให้ความรู้และคำแนะนำโดยมีเนื้อหา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันผิดปกติ ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลของการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถเกิดได้จากการใช้ยา 2.2ข กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น การจัดยาชุดตามมียา 2.2ค เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนการใช้ยาเป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับความถี่ของการรับประทานยาและคัดกรองยาที่มีโอกาสเกิดปัญหาในผู้สูงอายุ ซึ่งปรับปรุงจากแนวทางการพัฒนารายการยาเพื่อคัดกรองและลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ (14) American Geriatrics Society 2015 Beers criteria (15) และ Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP 2014) (16) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการยาหลายขนานที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดเลือกรายการที่กำหนด การศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยได้วันละ 2 ราย สำหรับผู้ป่วยรายอื่นในวันนั้น จะให้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมจนสิ้นสุดการศึกษามีจำนวน 30 ราย การศึกษาวัดประสิทธิผลของ PCP ที่พัฒนาขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาบรรยายข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความแตกต่างของ MA จากการนับเม็ดยาและการใช้แบบสอบถาม MTB-Thai ในช่วงก่อนและหลังการให้ PCP ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้ paired t-test ถ้าข้อมูลกระจายตัวปกติ และใช้ Wilcoxon signed ranks test ถ้าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติหรือเป็นข้อมูลมาตรวัดอันดับ และใช้สถิติ binomial test สำหรับทดสอบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มี MA อยู่ในระดับดีหลังการให้ PCP ในสัปดาห์ที่ 8

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษานี้มีจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (26 ราย) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.4 ± 9.0 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย (16 ราย) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (21 ราย) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (15 ราย) ค่ามัธยฐานของรายได้เท่ากับ 700 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายรับจากเบี้ยสูงอายุเป็นหลัก และ 18 รายไม่มีผู้ดูแล

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 2 โรค ถึง 19 ราย มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไปจำนวน 11 ราย โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน (28 ราย) และโรคความดันโลหิตสูง (27 ราย) ระยะเวลาเริ่มรับประทานยาโรคประจำตัวเฉลี่ย 9.0 ± 3.9 ปี ผู้สูงอายุรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นเวลา 10 ปีขึ้นไปมี 16 ราย รายการยาโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุได้รับเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 7.0 ± 1.8 รายการ ส่วนรายการยาอื่นที่ไม่ใช่ยาโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุได้รับเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 2.0 ± 1.2 รายการ ดังแสดงในตารางที่ 1

ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

ก่อนให้ PCP พบว่า ผู้สูงอายุ 24 รายไม่รับประทานยาบางมื้อมากที่สุดถึงร้อยละ 80.0 รองลงมาคือการขาดยาหรือหยุดยา (15 ราย) ส่วนหลังให้ PCP พบว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การไม่ได้รับประทานยาบางมื้อมากที่สุด (15 ราย) ในสัปดาห์ที่ 4 และ 2 รายในสัปดาห์ที่ 8 ดังแสดงในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษา (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
อายุ	
60-65 ปี	10
66-70 ปี	7
71-75 ปี	7
76-80 ปี	2
> 80 ปี	4
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 70.4 ± 9.0 ปี	
เพศ	
ชาย	4
หญิง	26
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	13
หม้าย	16
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9
ประถมศึกษา	21

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษา (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15
รับจ้างทั่วไป	11
เกษตรกร	1
อื่น ๆ	3
รายได้ต่อเดือน (รายรับทั้งหมดทั้งผู้อื่นให้และรายได้จากการทำงาน) ค่ามัธยฐาน(ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 700 บาท (600-10,000)	
0-5,000 บาท	24
>5,000 บาท	6
ผู้ดูแล	
ไม่มีผู้ดูแล	18
มีผู้ดูแล	12
โรคประจำตัวของผู้ป่วย	
โรคเบาหวาน	28
โรคความดันโลหิตสูง	27
โรคไขมันผิดปกติ	7
โรคอื่น ๆ	10
จำนวนผู้ป่วยที่มีโรคร่วม	
มีโรคร่วม 2 โรค	19
มีโรคร่วม 3 โรค ขึ้นไป	11
ค่ามัธยฐาน(ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 2 โรคร่วม (2-3)	
ระยะเวลาเริ่มรับประทานยาโรคประจำตัว (ปี) ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD เท่ากับ 9.0 ± 3.9 ปี	
<10	14
≥ 10	16
รายการยาโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน, ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 7 รายการ (5-10)	
5 รายการ	8
6 รายการ	5
7 รายการ	6
8 รายการ	4
9 รายการ	3
10 รายการ	4
รายการยาอื่นที่ไม่ใช่ยาโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน	
0 รายการ	2
1 รายการ	12
2 รายการ	6
3 รายการ	5
4 รายการ	5
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด) เท่ากับ 2 รายการ (0-4)	

ตารางที่ 2. ประเภทความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ (n=30)

ประเภทความไม่ร่วมมือ	จำนวนผู้ป่วย		
	สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
การขาดยาหรือหยุดยา	15	2	1
การไม่ได้รับประทานยาบางมื้อ	24	15	2
การรับประทานยาไม่ตรงเวลา	1	0	0
การรับประทานยามากกว่าแพทย์สั่ง	1	0	0

หมายเหตุ: ผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบประเภทของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวมากกว่า 1 ประเภท

ปัญหาและแนวทางการเพิ่ม MA

ก่อนให้ PCP พบว่าปัญหาหรืออุปสรรคที่พบมาก 3 อันดับแรกของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวที่สำคัญคือ กินยาแล้วรู้สึกไม่สบายหรือเกิดอาการข้างเคียง (17 ราย) รองลงมา คือ การเพิ่มหรือลดขนาดยาต่อมือเอง (8 ราย) ส

หลังจากให้ PCP ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบปัญหาหรืออุปสรรคของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวที่สำคัญ ได้แก่ กินยาแล้วรู้สึกไม่สบายหรือเกิดอาการข้างเคียง จำนวน 4 และ 3 ราย ตามลำดับ และ ลืมรับประทานยา 4 และ 1 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นปัญหาหรือ

อุปสรรคเดียวกันกับการก่อนการให้ PCP แต่ลดลงโดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 8

ปัญหาการมียาหลายชนิดเกินไป/ต้องกินยาหลายมื้อเกินไปและเบื่อหน่ายการกินยาพบในผู้ป่วยที่มียามากกว่า 8 รายการขึ้นไป และพบปัญหาหรืออุปสรรคเพิ่มเติมคือ สับสนไม่แน่ใจว่าจะต้องกินยาอย่างไร 3 ราย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของบรรจุภัณฑ์ หรือแพทย์ปรับวิธีการรับประทานยาหรือเพิ่มรายการยา โดยพบว่าทุกปัญหาหรืออุปสรรคมีแนวโน้มลดลงหลัง PCP ดังแสดงในตาราง 3 สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมของแต่ละปัญหาหรืออุปสรรค แสดงในภาคผนวก

ตาราง 3. ประเภทปัญหาหรืออุปสรรคของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัว

ประเภทของความไม่ร่วมมือ	จำนวนปัญหาหรืออุปสรรค (ร้อยละ)		
	สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
กินยาแล้วรู้สึกเกิดอาการข้างเคียง	17(56.7)	4(13.3)	3(10.0)
เพิ่ม/ลดขนาดยาต่อมือเอง	8(26.7)	1(3.3)	-
ลืมรับประทาน	7(23.3)	4(13.3)	1(3.3)
มียาหลายชนิดเกินไป/หลายมื้อเกินไป	4(13.3)	2(6.7)	-
คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว	4(13.3)	1(3.3)	-
ข้อจำกัดด้านร่างกาย เช่น ไม่สามารถหกลยาเม็ดได้ มองฉลากไม่ชัด	4(13.3)	-	-
เบื่อหน่ายการกินยา	2(6.7)	-	1(3.3)
ไม่มีรถมาโรงพยาบาล/ต้องจ้างคนมารับ	2(6.7)	-	-
ยาหมดแต่ไม่ได้มาพบแพทย์	1(3.3)	-	-
ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคยาที่ไม่ถูกต้อง	1(3.3)	-	-
รับยาจากสถานพยาบาลอื่น	1(3.3)	-	-
สับสนไม่แน่ใจว่าจะต้องกินยาอย่างไร	-	3(10.0)	-
กังวลเรื่องโรค/หาวิธีการรักษาทางเลือกอื่นเพิ่มเติม	-	1(3.3)	-
ให้ยาคนอื่น	-	-	1(3.3)

หมายเหตุ: ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีปัญหาหรืออุปสรรคของความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่า 1 ประเภทได้

การแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือ

เมื่อเริ่มการศึกษา รูปแบบการแก้ไขปัญหามากที่สุด คือ การให้ความรู้และคำแนะนำ (ร้อยละ 90.0) รองลงมา คือ การทบทวนการใช้ยา (ร้อยละ 60.0) และ กิจกรรมส่งเสริมการใช้ยา เช่น จัดยาเป็นชุด ปฏิทินการใช้ยา และส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ (อย่างละร้อยละ 3.3) ตามลำดับ ส่วนการให้ PCP ในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า วิธีการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคของ MA สำหรับยารักษาโรคประจำตัว ที่ใช้มากที่สุด คือ การทบทวนการใช้ยา (ร้อยละ 16.7) รองลงมา คือ การให้ความรู้ (ร้อยละ 13.3) และ กิจกรรมส่งเสริมการใช้ยา (ร้อยละ 10.0) (ตารางที่ 4)

แนวทางการแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือ

จากการให้การปรึกษาทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริม MA ในผู้สูงอายุที่มีการได้รับยาหลายขนาน อาจสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุได้ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่กินยาแล้วรู้สึกว่ามีอาการข้างเคียง ผู้ป่วยที่คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยเบื่อหน่ายการรับประทานยา ผู้ป่วยกังวลเรื่องอันตรายจากยา หรืออาการที่เกิดจากโรคประจำตัวของ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักหยุดยาเองโดยไม่แจ้งให้แพทย์ ทราบ การแก้ไขทำได้โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่อง โรคเรื้อรัง ประโยชน์ของการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยาที่สามารถเกิดขึ้น และทบทวนรายการยาปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี MA ดีขึ้น และ 2) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เช่น ด้านความจำ ด้านกายภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการแนะนำการการปรับวิธีการรับประทานยาให้พร้อมกันมากขึ้นร่วมกับการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคและแนวทางการแก้ไขแสดงในภาคผนวก

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ก่อนการให้ PCP ผู้สูงอายุทั้งหมดที่คัดเข้าในการศึกษามีร้อยละ MA สำหรับยารักษาโรคประจำตัวอยู่ในระดับต่ำโดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ MA โดยวิธีนับเม็ดยาเท่ากับ 70.47 ± 11.28 และค่ามัธยฐานของคะแนนจาก MTB-Thai คือ 19 คะแนน หลังการให้ PCP ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ MA โดยวิธีนับเม็ดยาเพิ่มขึ้นเป็น 86.95 ± 10.23 และ 96.61 ± 6.62 ตามลำดับ และค่ามัธยฐานของ MTB-Thai เพิ่มขึ้นเป็น 23 และ 23 คะแนน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากพิจารณาจากระดับ MA ก่อนเริ่มการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 30 รายมี MA ในระดับต่ำ แต่หลังการให้การปรึกษาทางเภสัชกรรม ผู้ป่วย 21 และ 27 รายมี MA ในระดับดี ณ สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า PCP สามารถเพิ่มระดับ MA ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีระดับ MA ลดลงหลังการให้ การปรึกษาทางเภสัชกรรม เพียงแต่ยังคงมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเพิ่มระดับ MA ให้อยู่ในระดับดีได้หลังสิ้นสุดการศึกษา

การอภิปรายผล

ข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาหลายขนาน

ตัวอย่างในการศึกษานี้มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรค ตัวอย่าง 11 ใน 30 ราย มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค ขึ้นไป โดยเป็นโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นหลัก ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มีความจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จึงมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกันในการรักษาโรคประจำตัวต่อวัน 5 รายการขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 7.0 ± 1.8 รายการ) เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของจิตชนก ลีวีรสฐ (17) การ

ตาราง 4. วิธีการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคความไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยาโรคประจำตัว

วิธีการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรค	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
การให้ความรู้	27 (90.0)	4 (13.3)	1 (3.3)
กิจกรรมส่งเสริมการใช้ยา เช่น จัดยาเป็นชุด ปฏิทินการใช้ยา	1 (3.3)	3 (10.0)	-
การทบทวนการใช้ยา	18 (60.0)	8 (26.7)	1 (3.3)
การส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ	1 (3.3)	-	1 (3.3)

หมายเหตุ: ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับวิธีการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคความไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่า 1 วิธีได้

ที่ผู้สูงอายุได้รับยาหลายขนานหรือตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาดังที่พบในการศึกษาก่อนหน้านี้ของชนิตดา พลอยล้อมแสง (18) เมื่อพิจารณาการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่า ปริมาณยาหลายรายการมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุ อายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน อีกทั้งปริมาณยาที่เพิ่มขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับการขาดระเบียบวินัยในการรับประทานยา (19) นอกจากนี้จำนวนยาที่ใช้และจำนวนโรคที่เป็น ยังมีผลต่อ MA ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิด และยังมีความสัมพันธ์กับการจัดยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ (8, 17)

ผลของ PCP ต่อความร่วมมือ

การศึกษานี้ใช้วิธีการประเมิน MA 2 วิธี คือ วิธีการนับเม็ดยาและแบบสอบถาม MTB-Thai ในการคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษานั้นหากวิธีใดวิธีหนึ่งให้ค่าระดับ MA อยู่ในระดับต่ำ จะถือว่าผู้ป่วยมี MA ระดับต่ำเพื่อเพิ่มโอกาสในการค้นหาปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ยกเว้นจะสามารถหาสาเหตุของความแตกต่างของผลประเมิน MA ได้

หลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับ MA จากการวัดทั้ง 2 วิธีไม่สอดคล้องกัน จำนวน 3 รายในสัปดาห์ที่ 4 และเพียง 1 ราย ในสัปดาห์ที่ 8 กล่าวคือ มีผู้ป่วยมีระดับ MA ด้วยวิธีการนับเม็ดยาสูงกว่าการประเมินด้วย MTB-Thai ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนับเม็ดยาเป็นการวัดการใช้ยาตลอดเวลา 4 สัปดาห์ แต่แบบสอบถาม MTB-Thai เป็นการสอบถามในช่วง 2 สัปดาห์ของการใช้ยา และผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ความจำอาจมีผลกับการประเมินความร่วมมือด้วยวิธีนี้ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดของวิธีการนับเม็ดยาคือ ผู้ป่วยบางรายนำยาเก็บรวมกับยาที่รับมาใหม่ ซึ่งพบในช่วงก่อนการให้โปรแกรมและหลังการให้โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 โดยความแตกต่างของระดับ MA ที่ประเมินโดยทั้ง 2 วิธี ทำให้เพิ่มโอกาสในการค้นหาปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งนี้ความสอดคล้องของวิธีวัดทั้ง 2 วิธีเพิ่มขึ้นหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ซึ่งน่าจะเกิดจากการค้นพบสาเหตุของความไม่สอดคล้องของค่า MA ดังนั้นการวัด MA ในผู้ป่วยสูงอายุไม่ควรวัดโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง

เพราะในแต่ละวิธีนั้นมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องใช้การวัดความร่วมมือมากกว่า 1 วิธีเพื่อช่วยยืนยันผล เพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล การเลือกวิธีการวัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้การประเมิน MA ของผู้ป่วยถูกต้อง และใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณสุตา ศรีภักดี (20) ซึ่งกล่าวว่า มีหลายวิธีที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวัดระดับ MA โดยอาจใช้มากกว่า 1 วิธี ร่วมกันในการยืนยันผล เนื่องจากแต่ละวิธีการวัดมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน

กิจกรรมการแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับ MA สำหรับยารักษาโรคประจำตัวในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานสามารถเพิ่มได้ด้วยการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยใช้เครื่องมือหรือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างน้อย 2 รูปแบบ และมีการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษานันทิกานต์ หวังจิ (21) และการศึกษาของ Lee และคณะ (22) ซึ่งใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เน้นให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ การให้ PCP เพียงครั้งเดียวไม่สามารถเพิ่มระดับ MA ในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายได้ เนื่องจากความไม่ร่วมมือการใช้ยาเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ และอาจไม่สามารถพบได้ทั้งหมดในครั้งแรกที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม MA ของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นหลังการแทรกแซงขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล ลักษณะปัญหาที่พบของผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ทุกกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อ MA ล้วนส่งผลให้มีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดการปรับความรู้สึกและเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ การใช้วิธีการเพียงอย่างเดียวเพื่อเพิ่ม MA ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานนั้นประสบความสำเร็จยาก (8, 22)

นอกจากนี้ปัญหาด้านความรู้สึกหรือทัศนคติทางลบต่อยาที่ได้รับของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกไม่สบายหรือเกิดอาการข้างเคียง ยังคงเป็นปัญหาที่พบสูงที่สุดในสัปดาห์ที่ 8 และยังพบในผู้ป่วยรายเดิม แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกหรือทัศนคติทางลบต่อยาที่ได้รับของผู้สูงอายุ มีผลกับ MA ดังที่

กล่าวไว้ในการศึกษาของกมลภู ฤทธมัตย์ (23) และศศิธร รุ่งสว่าง (24) ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนาย MA ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับ MA ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนั้น หากพบว่า ผู้ป่วยรายใดมีความรู้สึกรู้สึกหรือทัศนคติทางลบต่อยาที่ได้รับ อาจต้องมีการติดตามและให้ PCP ซ้ำ เนื่องจากความเชื่อและทัศนคติในการรับประทานยายังคงเป็นปัจจัยที่มีผลสำคัญต่อการใช้ยาหลายขนานในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ยากดังที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ในการศึกษาของศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล (19)

นอกจากนี้ยังพบว่า การค้นหาปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการใช้ PCP เพื่อส่งเสริม MA ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาหลายขนาน ผู้ใช้ PCP ควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และเพิ่มระยะเวลาในการให้ PCP โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้สูงอายุ (25) ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือการมีเวลาจำกัดในการสอนเกี่ยวกับการจัดการยา ผู้ป่วยไม่บอกความจริงเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา หรือการใช้วิธีทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา

การใช้ PCP เพื่อส่งเสริม MA ในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานนั้น ควรใช้เครื่องมือที่ช่วยเพิ่ม MA ที่แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การให้ความรู้ประกอบกับคำแนะนำ เป็นเครื่องมือที่ใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 90 ถือเป็นหัวใจสำคัญในการเพิ่ม MA ให้กับผู้ป่วย วิธีในการศึกษานี้เป็นการให้ความรู้ประกอบกับคำแนะนำโดยใช้แผ่นพลิก มีเนื้อหาหลักเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคประจำตัวของผู้ป่วยและการใช้ยา นอกจากนั้นมีการให้คำแนะนำสร้างแรงจูงใจเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hawe และ Higgins (26) และการศึกษาของ Costa (27) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้ การปรับความเชื่อ การวางแผนการรักษาให้เหมาะสม ตลอดจนการเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา สามารถช่วยสร้างความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาของผู้ป่วยและช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการใช้ยา วิธีการข้างต้นต่างจากการให้ความรู้ที่เป็นการให้ข้อมูลแบบฝ่ายเดียวทั้งในรูปแบบแผ่นพับให้ความรู้ การแนะนำตามฉลากยาโดยไม่มีการสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยของผู้ป่วย

เภสัชกรเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และยังมีส่วนสำคัญในการลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว วิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาควรใช้หลายวิธีร่วมกัน การที่เภสัชกรเข้าใจในเรื่องความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะช่วยป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวได้ (11) แม้ว่าการให้คำแนะนำจะเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกใช้มากที่สุด ใน PCP แต่พบว่าไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุทุกราย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีความบกพร่องทางการได้ยิน อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการให้ความรู้กับผู้ดูแล รวมทั้งอาจต้องร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อหาผู้ดูแลในชุมชนในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน อีกทั้งการให้คำแนะนำยังพบข้อจำกัดบางประการคือ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมากกว่าคนทั่วไปในเรื่องเดียวกัน เนื่องด้วยข้อจำกัดทางสรีระของผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม สับสน ซึ่งการรับรู้จะแตกต่างจากผู้ป่วยในวัยอื่น ๆ จึงต้องเพิ่มระยะเวลาในการให้คำแนะนำ (28) เช่น การจัดยาชุดตามมื้ออาหาร

2. เครื่องมือที่ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่อ MA ในกรณีปัญหาคือปัจจัยด้านกายภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา สับสนไม่แน่ใจว่าต้องกินยาอย่างไร ปัญหาจากการมองเห็น การเปิดซองยายาก การจัดยาเป็นชุดตามมื้ออาหารส่งผลให้ผู้ป่วยมี MA เพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มความสะดวกในการรับประทานยาได้อย่างดี แต่การจัดยาเป็นชุดต่อมื้อมีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลเป็นผู้จัดยา หากไม่มีผู้ดูแลอาจต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดยาเป็นมื้อมีและต้องทำต่อเนื่อง จึงจะสามารถช่วยเพิ่ม MA สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานได้

3. การทบทวนรายการยาเป็นเครื่องมือที่ใช้มากถึงร้อยละ 60 และ 26.7 ในสัปดาห์เริ่มต้น และสัปดาห์ที่ 4 ตามลำดับในการศึกษานี้ โดยใช้เพื่อแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการรู้สึกถึงอาการข้างเคียงหรือการแพ้ยา ความถี่ของการใช้ยาในผู้ป่วยที่ลืมนับรับประทานยา การเพิ่มหรือลดขนาดยาต่อมื้อมของผู้ป่วยเอง และการใช้ยาหลายชนิดหรือหลายมื้อมเกินไป แนวทางเพื่อคัดกรองและลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุซึ่งพัฒนามาจาก Beers criteria (2015) และ STOPP

(2014) ทำให้พบรายการยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับคือ amitriptyline, cyproheptidine, flunarizine และ lorazepam โดยพบว่าการสั่งใช้ยาเหล่านี้ยังต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซึ่งยาเหล่านี้มีโอกาสทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของชนัตตา พลอยล้อมแสงและคณะ เรื่องการพัฒนารายการยาเพื่อใช้คัดกรองและลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ (14) นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนรายการยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยสูงอายุอีกประเภทคือ การปรับเปลี่ยนยาให้มีความถี่ในการใช้น้อยลงหรือหยุดยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ เช่น vitamin B complex, amitriptyline, calcium carbonate, furosemide แม้การทบทวนการใช้ยาจะทำให้ MA ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแต่ควรใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่น ๆ ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งช่วยลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วยยาจากการใช้ยาหลายรายการในผู้สูงอายุได้ (29)

โปรแกรมส่งเสริม MA ในการศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่นคือ คู่มือระบุแนวทางในการทำงานที่ชัดเจนเพื่อให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยและเลือกกิจกรรมส่งเสริม MA ตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ร่วมกับการใช้เครื่องมือคัดกรองยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ และใช้วิธีประเมิน MA อย่างน้อย 2 วิธี การดำเนินการตาม PCP ต้องทำอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งสามารถเพิ่ม MA ของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดีถึงร้อยละ 90

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง แต่ใช้จำนวนตัวอย่าง 30 ราย เท่ากับการศึกษาของนันทิกานต์ หวังจิ (21) ซึ่งมีรูปแบบการศึกษาและระยะเวลาที่ศึกษาลักษณะคล้ายกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าการแทรกแซงสามารถเพิ่ม MA ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลการคำนวณอำนาจการทดสอบจากความแตกต่างของ MA ในการศึกษา (post-hoc power) ได้เท่ากับ 0.95 แสดงว่า ขนาดตัวอย่างในการศึกษาเพียงพอในการทดสอบทางสถิติ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

PCP ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริม MA ในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานได้ ผ่านการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เลือกวิธีการแก้ไขปัญหามาจัดโปรแกรมบริหารทางเภสัชกรรมที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่

ละราย โดยเน้นที่การจัดทำโปรแกรมบริหารทางเภสัชกรรมที่มีความหลากหลาย ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จควรใช้หลายวิธีร่วมกัน ต้องมีการติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมี MA เพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาการศึกษา และเพิ่มจำนวนครั้งของการให้บริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ยังคงมี MA ต่ำอยู่ และควรปรับปรุงรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถเปรียบเทียบผลของ PCP ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่าง ๆ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและประสานงานการพัฒนาระบบในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. The 2014 survey of the older persons in Thailand [online]. 2014 [cited Feb 28, 2017]. Available from: service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport5-7-1.pdf
2. Population Division of United Nations. World population 2011 [online]. 2011 [cited Jan 16, 2016]. Available from: www.un.org/esa/population/.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly. Bangkok: Pongpanich-chareonbhol; 2011.
4. Hayes BD, Klein-Schwartz W, Barrueto F, Jr. Polypharmacy and the geriatric patient. Clin Geriatr Med 2007; 23: 371-90.
5. Abdulraheem IS. Polypharmacy: A risk factor for geriatric syndrome, morbidity & mortality. Aging Sci 2013; 1: e103.
6. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001; 23: 1296-310.

7. Thanomsat K, Tapasee W. The study of drug compliance behaviors model of elders with hyper tension in community. Area Based Development Research Journal 2015; 7: 36-49.
8. Chaimeekhiao N, Srisaenpang P. Medication self-management among older persons with multimorbidity in community. Journal of Nursing and Health Care 2017; 35: 148-157.
9. Jitapunkul S. Elderly and elderly population: principles of geriatric medicine. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
10. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior in Thai patients (MTB-Thai). Int J Clin Pharm 2016; 38: 438-45.
11. Sthapornnanon N. Medication nonadherence. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2012; 7: 23-36.
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Basic counseling. 3rd ed. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand Printing; 2004.
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Motivation counseling for non-communicable diseases; NCD. Bangkok: Beyond publishing; 2014.
14. Ploylearmsang C, Teinkanitikul K, Choppradit J, Soontron S, Suwankasawong W. Development of medicine list for screening and reducing medication-related problems in Thai elderly [online]. 2011 [cited Jan 8, 2015]. Available from: hdl.handle.net/11228/4244.
15. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2015; 63: 2227-46.
16. O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Ryan C, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people. Age Ageing 2014; 44: 213-8.
17. Leetaweek J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanayaboon L, et al. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang Sub-District, Muang-Tak District, Tak Province [online]. 2018 [cited Aug 9, 2018]. Available from: bit.ly/2wiS5a5.
18. Ploylearmsang C, Kerdchantuk P, SoonKang K, Worasin P, Kedhareon P. Drug-related problems and factors affecting on drug use problems in elderly of Banmakok, Kantharawichai, MahaSarakham Province. Journal of Science and Technology Mahasarakham University 2013; 16: 803-12.
19. Ruangritchankul S. Polypharmacy in the elderly. Ramathibodi Medical Journal 2017; 41: 95-104.
20. Sripakdee W, Kaewmanee P, Wongseetrang K, Jiumwatchara R, Joeikaew C. Adherence to tyrosine kinase inhibitors in patients with chronic myeloid leukemia. Thai Journal of Pharmacy Practice 2018; 10: 534-41.
21. Wangjhi N, Boonyasopun U, Sikeaw M. Effect of behavioral modification program on medical adherence and blood pressure for muslim elderly with uncontrolled hypertension. The 38th National Graduate Research Conference; 2016 Feb 19-20; Phitsanulok, Thailand. Naresuan University; 2016. p.835-46.
22. Lee, J.K., Grace, K.A., Taylor, A.J. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. JAMA. 2006; 296: 2563-71.
23. Thanomsat K, Tapasee W. The study of Drug Compliance Behaviors Model of elders with hypertension in community. Area Based Development Research Journal 2015; 7: 36-49.

24. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. *Journal of Nursing, Siam University* 2017; 35: 6-19.
25. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. *Clin Ther* 1998; 29:764-771.
26. Hawe P, Higgins G. Can medication education improve the drug compliance of the elderly? Evaluation of an in hospital program. *Patient Educ Couns* 1990;16,151-60.
27. Costa E, Giardini A, Savin M, Menditto E, Lehane E, Laosa O, et al. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer Adherence* 2015; 9: 1303-14.
28. Chalongsuk R, Kapol N. Communication as support in the effectiveness of drug use in the elderly. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences* 2011; 6: 1-15.
29. Chanthawong S. Preventable adverse drug event in elderly patients receiving polypharmacy [online]. 2018 [cited Dec 18, 2018]. Available from: ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=518.

ภาคผนวก

แนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัว

ปัญหาหรืออุปสรรค	แนวทางแก้ไขที่ดำเนินการ
กินยาแล้วรู้สึกมีอาการข้างเคียง/แพ้ยา <u>สิ่งที่พบ</u> 1. ผู้สูงอายุมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ไม่ปรึกษาแพทย์จึงไม่ได้รับประทานยาบางมื้อ หรือขาดยาไป เช่น - amlodipine: ปวดศีรษะ - glipizide: อาการใจสั่น หน้ามืด - metformin: อาการใจสั่น หน้ามืด - enalapril: ไอ - furosemide: ปัสสาวะบ่อย - gemfibrozil: ปวดท้อง แน่นท้อง - vitamin B complex: อ้วน กินข้าวได้มาก กลัวเป็นเบาหวาน - simvastatin: เวียนศีรษะ 2. ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจว่าการรับประทานยาจำนวนมากทำให้ไตวาย	<u>การให้ความรู้</u> - อธิบายความแตกต่างระหว่างอาการข้างเคียงจากยากับอาการแพ้ยา - อธิบายถึง ระยะเวลาของการเกิดอาการข้างเคียง และความรุนแรงที่สามารถเกิดขึ้นได้ - อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบถึงวิธีการจัดการหากมีอาการผิดปกติ เช่น การรับประทานยาหลังอาหารทันทีที่สามารถบรรเทาอาการข้างเคียงที่สามารถเกิดขึ้น หรือควรกลับมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น ไม่ควรหยุดยาเอง โดยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ - อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคไต ที่ไม่มีได้มีสาเหตุจากยาเพียงอย่างเดียว - อธิบายวิธีการดูแลการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่าย ๆ ในสมุดประจำตัวซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ให้ผู้สูงอายุทราบ <u>การทบทวนการใช้ยา</u> ทบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้รับ หาสาเหตุของอาการข้างเคียงดังกล่าวและพิจารณาว่าสามารถปรับเปลี่ยนได้และส่งปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา
ลืมรับประทานยา <u>สิ่งที่พบ</u> 1. ผู้สูงอายุมักจะลืมยาที่ต้องรับประทานมือเที่ยงหรือมือก่อนอาหาร เช่น - ferrous fumarate 300 mg 1x3 pc - hydralazine 25 mg 1x4 pc - vitamin B complex 1x3 pc - cyproheptidine 4 mg 1x3 pc - gemfibrozil 300 mg 1x2 ac 2. ผู้สูงอายุลืมกินยาเพราะต้องไปทำงานช่วงกลางวัน 3. ผู้สูงอายุมียา 10 ชนิด และต้องรับประทานยาหลายมือต่อวัน	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> - สำรวจการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตั้งแต่ผู้สูงอายุตื่นนอน จนถึงเข้านอน รับประทานอาหารเวลาใดบ้าง ต้องไปทำงานเวลาใด เก็บยาไว้ที่ใด อะไรบ้างที่เป็นอุปสรรค และร่วมกันแก้ไข - ผู้สูงอายุแบ่งยาจำนวนหนึ่งใส่ในกระเป๋ที่ใช้ประจำสำหรับเวลาออกนอกบ้าน - ค้นหาแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น ผู้ดูแล สามเณร/ภรรยา เพื่อน ที่สามารถเตือนให้ผู้สูงอายุรับประทานยาสม่ำเสมอ - กรณีมีผู้ดูแลให้ผู้ดูแลคอยเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา - ช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นทางเลือกที่กว้างหลากหลายซึ่งมีความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา การใช้อุปกรณ์เตือน หรือการใช้สิ่งที่ผู้สูงอายุพบเห็นเป็นประจำทุกวันเป็นสิ่งเตือนใจ - แนะนำให้ผู้สูงอายุวางยาโรคประจำตัวในที่มองเห็นได้ชัดหรือวางไว้บริเวณที่สัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน เช่น มือก่อนอาหารเช้า ให้นำยาใส่ตะกร้าวางไว้ใกล้หม้อหุงข้าว <u>การใช้เครื่องมือส่งเสริมการใช้ยา</u> กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการปรับความถี่ในการรับประทานยาแล้วยังคงลืมรับประทานยา และมียาจำนวนมาก แนะนำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลจัดยาเป็นชุด ง่ายต่อการหยิบรับประทาน และทวนกลับอีกครั้ง

แนวทางการแก้ไขปัญหหรืออุปสรรคความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัว

ปัญหาหรืออุปสรรค	แนวทางแก้ไขที่ดำเนินการ
	<u>การทบทวนการใช้ยา</u> 1. สำนวจการรับประทานยาว่า มือที่มักชอบลืมนคือมือใด สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาของผู้สูงอายุได้หรือไม่ รายการยาที่มีการปรับเปลี่ยนคือ - vitamin B complex 1x3 → vitamin B complex 1x1 - gemfibrozil 300 mg 1x2 ac → gemfibrozil 300 mg 1x2 pc - hydralazine 25 mg 1x4 pc → hydralazine 25 mg 1x2 pc - cypothepidine 4 mg 1x3 pc → off * รายการยาที่ปรับขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์และผลการรักษาของผู้สูงอายุ
<u>คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว</u> <u>สิ่งที่พบ</u> 1. ผู้สูงอายุเข้าใจว่าหากไม่มีอาการของโรคแล้วสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องกินยา 2. ยาบางชนิดที่ได้รับไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่ตัวเองเป็นแล้ว	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. ประเมินสาเหตุที่ผู้สูงอายุคิดว่า โรคที่เป็นหายแล้ว 2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุเป็นอยู่ โดยการให้ผู้สูงอายุอธิบายโรคที่ผู้ป่วยเป็น สาเหตุของการรับประทานยา 3. อธิบายการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ ผลของการรับประทานอย่างสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ 4. อธิบายระยะเวลาและสาเหตุของการรับประทานยาแต่ละชนิด 5. อธิบายวิธีการดูผลการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่ายในสมุดประจำตัวซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ให้ผู้ป่วยทราบ
<u>สับสนไม่แน่ใจว่าจะต้องกินยาอย่างไร</u> <u>สิ่งที่พบ</u> 1. แพทย์เปลี่ยนวิธีการรับประทานยา แต่ผู้ป่วยยังรับประทานยาตามวิธีการเดิม 2. แผงยาไม่เหมือนเดิม จำไม่ได้ว่าต้องรับประทานยาอย่างไร	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. สอดถามการกินยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบอกวิธีการรับประทานยาของตนเองตั้งแต่เมื่อแรก จนถึงเมื่อสุดท้าย 2. หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการใช้ยาตัวนั้นได้หรือบอกวิธีการใช้ยาผิด เน้นย้ำวิธีการรับประทานยา ทวนซ้ำ ทำเครื่องหมายแยกความแตกต่างให้ชัดเจน 3. หากทวนซ้ำแล้วผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการใช้ยาได้ - กรณีมีผู้ดูแลให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดยาให้แต่ละมือ - กรณีไม่มีผู้ดูแลผู้วิจัย หรือ อสม. จัดยาเป็นชุดโดยแยกเป็นมือ ทำใ้ง่ายต่อการหยิบ 4. หากมีการเปลี่ยนวิธีการใช้ยาหรือเปลี่ยนแผงยา ต้องเน้นย้ำการเปลี่ยนแปลงและทวนซ้ำความเข้าใจของผู้ป่วย
<u>มียาหลายชนิดเกินไป/หลายมือเกินไป</u> <u>สิ่งที่พบ</u> 1. ผู้สูงอายุรู้สึกว่ตัวเองต้องรับประทานยาทุกมือ และหลายชนิด (กินยาเป็นกำๆ) ถ้าเป็นไปได้อยากให้ลดยาให้ไม่ต้องกินบ่อย หรือ ถ้าหยุดยาได้ก็ดี	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาโรคประจำตัวแต่ละตัว ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัว

ปัญหาหรืออุปสรรค	แนวทางแก้ไขที่ดำเนินการ
2. ผลการตรวจไขมน้อยกว่าดี แต่ทำไมต้องรับประทานยา 3. ไม่ต้องการกิน Vitamin B complex มือเหียง	<u>การทบทวนการใช้ยา</u> 1. ปรับรายการยาที่ไม่จำเป็นกับผู้ป่วยสูงอายุโดยทบทวนรายการยาที่มีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ เช่น amitriptyline, cyproheptidine, flunarizine, lorazepam, diclofenac, 2. ปรับเปลี่ยนยาให้ความถี่น้อยลงหรือหยุดยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา เช่น vitamin B complex, amitriptyline, calcium carbonate, furosemide
<u>ยาหมดแต่ไม่ได้มาพบแพทย์</u> <u>สิ่งที่พบ</u> สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาดทำให้ยาหมดก่อนแต่ไม่ได้กลับมาพบแพทย์เพราะกลัวหมอดุ ว่ากินยาไม่ถูกต้อง	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. สืบเสาะสาเหตุของการไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด อะไรเป็นอุปสรรคของการไม่ได้มาพบแพทย์ 2. ให้ข้อมูลผลเสียของการขาดยา ที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โอกาสที่โรคมีความรุนแรงมากขึ้นไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ 3. หากยาโรคประจำตัวหมดก่อนนัด สามารถรับยาก่อนนัดได้ ไม่ต้องรอวันนัด 4. อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาโรคประจำตัวแต่ละตัว ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
<u>เบื่อหน่ายการกินยา</u> <u>สิ่งที่พบ</u> 1. รู้สึกว่ากินไปก็ไม่หายจากโรค แต่ไม่อยากกลับมาอนโรงพยาบาล ต้องพยายามรับประทานยาให้สม่ำเสมอมากขึ้น	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. สืบเสาะสาเหตุของความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการรับประทานยา เช่น รู้สึกต่อยาอย่างไร การรับประทานยาทำให้ลำบากอย่างไร มองตนเองที่รับประทานยานาน ๆ อย่งไร ผู้อื่นมีส่วนทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายร่วมด้วยหรือไม่ เพราะเหตุใด 2. สรรวจแรงจูงใจในการรับประทานยา เสริมแรงจูงใจ ในการรับประทานยาให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยา ข้อดีของการรับประทานยา 3. อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาโรคประจำตัวแต่ละตัว ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
<u>ข้อจำกัดด้านร่างกาย</u> <u>สิ่งที่พบ</u> 1. ไม่สามารถหักยาเม็ดได้ แกะซองยาก 2. ผู้ป่วยมองฉลากไม่ชัดเจน รับประทานยาผิดวิธี	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. สอบถามการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบอกวิธีการรับประทานยาของตนเองตั้งแต่เมื่อแรก จนถึงมือสุดท้าย 2. หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการใช้ยาตัวนั้นได้หรือบอกวิธีการใช้ยาผิด เน้นย้ำวิธีการรับประทานยา ทวนซ้ำ ทำเครื่องหมายแยกความแตกต่างให้ชัดเจน 3. หากทวนซ้ำแล้วผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการใช้ยาได้ - กรณีมีผู้ดูแลให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดยาให้แต่ละมื้อ - กรณีไม่มีผู้ดูแล ผู้วิจัยจัดยาเป็นชุดโดยแยกเป็นมื้อ ทำให้ง่ายต่อการหยิบ
ไม่มีรถมาโรงพยาบาล/ต้องจ้างคนมารับ	ส่งปรึกษาวิชาชีพ : การเยี่ยมบ้าน การติดตามโดย อสม.

แนวทางการแก้ไขปัญหหรืออุปสรรคความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคประจำตัว

ปัญหาหรืออุปสรรค	แนวทางแก้ไขที่ดำเนินการ
กังวลเรื่องโรค/หาวิธีการรักษาทางเลือกอื่นเพิ่มเติม <u>สิ่งที่พบ</u> ผู้สูงอายุหาวิธีการรักษาด้วยทางเลือกอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคไต จึงซื้อยาล้างไตมารับประทาน	<u>การให้ความรู้และคำแนะนำ</u> 1. สืบเสาะสาเหตุของกังวลเรื่องโรค/หาวิธีการรักษาทางเลือกอื่นเพิ่มเติม เช่น รู้สึกต่อยาอย่างไร การรับประทานยาทำให้ลำบากอย่างไร มองตนเองที่รับประทานยานานๆ อย่างไร 2. สืบเสาะแรงจูงใจในการรับประทานยา เสริมแรงจูงใจ ในการรับประทานยา ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่รับประทานยา ข้อดีของการรับประทานยา 3. อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาโรคประจำตัวแต่ละตัว ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
อาการที่เกิดจากโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ <u>สิ่งที่พบ</u> ผู้สูงอายุเบาหวานไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะตลอดเวลา	
ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคยา <u>สิ่งที่พบ</u> ผู้สูงอายุเชื่อว่าการรับประทานยามาก ๆ ไม่ดี และกังวลว่าจะทำให้เกิด มะเร็ง	