



วารสาร ไทยโกชัยนิพนธ์

ปีที่ 7 เดือนมกราคม – ธันวาคม 2555

บทความพิเศษวิชาการ สำหรับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (on-line)



ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence)

ภญ.อ.ดร. นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์

ภาควิชา เภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

รหัส 1-000-SPU-000-1209-01

จำนวนหน่วยกิต 2.0 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง : 7 กันยายน 2555

วันที่หมดอายุ: 7 กันยายน 2557

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอธิบายถึงความหมายของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอธิบายถึงผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
3. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอธิบายถึงวิธีสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
4. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
5. เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอธิบายถึงแนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

บทคัดย่อ

การรักษาจะได้ผลดีหรือไม่นั้น ปัจจัยที่สำคัญคือการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆมากมายทั้งการรักษาที่ไม่ได้ผล อาจมีอาการรุนแรงขึ้น หรืออาจมีการดื้อยาที่เกิดจากการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง การสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งทางตรง ได้แก่ การวัดปริมาณยาที่อยู่ในกระแสเลือด หรือทางอ้อมได้แก่ การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาที่ใช้ยา การวัดผลการรักษา การสัมภาษณ์ หรือการนับยาที่เหลือ โดยแต่ละวิธีนั้นจะมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย ยาและแบบแผนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นทำได้โดยการให้คำแนะนำทั้งในเรื่องโรคและการใช้ยา การปรับความเชื่อ การวางแผนการรักษาให้เหมาะสม ตลอดจนแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการวางแผนการรักษา การที่เภสัชกรมีความเข้าใจในเรื่องความไม่ร่วมมือ

ในการใช้ยาจะช่วยป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา, การไม่ใช้ยาตามสั่ง, ความร่วมมือในการใช้ยา, การใช้ยาตามสั่ง

บทนำ

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problem; DRP) ที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่เภสัชกรควรจะมีบทบาทในการแก้ไข¹⁻² ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ เกิดความล้มเหลวในการรักษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ผลที่เกิดขึ้น วิธีการสืบหา การป้องกันและแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยที่เภสัชกรผู้สนใจจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายต่อไป

ความหมายของ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence)

ความร่วมมือในการใช้ยา หรือ Medication adherence นั้น เป็นคำที่มีความหมายที่ในทางบวก หรือความหมายที่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับคำว่า การใช้ยาตามสั่ง หรือ medication compliance เช่นที่เคยใช้กันมา อีกคำหนึ่งที่มีใช้กันคือ “Medication concordance” ซึ่งเป็นคำที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของตัวเอง อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความหมายของคำทั้งสามยังมีความหมายใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันได้³⁻⁴ นอกจากคำที่ใช้ดังกล่าวแล้ว Chrisholm-Burns M. และ Spivey CA. (2008) ยังได้เสนอคำว่า Pharmacoadherence ซึ่งเป็นคำที่หมายถึงเฉพาะพฤติกรรมความร่วมมือที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนกับบุคลากรทางการแพทย์

การไม่ใช้ยาตามสั่ง (Medication non compliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร เนื่องจาก คำว่า “ความร่วมมือในการใช้ยา” (Medication adherence) จะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามสั่ง” ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication non adherence) จึงหมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ที่แนะนำให้โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว^{3,6}

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) จะตรงกันข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ในการวางแผนการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าจะต้องลดความไม่ร่วมมือใน

การใช้ยาให้มีน้อยที่สุด Osterberg L และ Blaschke T (2005)³ ให้ความเห็นไว้ว่า การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา มักจะรายงานตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ทั้งความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จะยอมรับกันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อยานั้นถูกใช้ไป 80-120 % ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งใช้หรือจ่ายให้ แต่สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 95 ซึ่งจะสูงกว่าเกณฑ์ของโรคเรื้อรังอื่นๆที่กล่าวข้างต้น^{3, 7-8} อัตราความร่วมมือในการใช้ยามักจะคำนวณในรูปของร้อยละของยาที่ผู้ป่วยใช้จริงเทียบกับยาที่สั่งจ่ายให้ในช่วงเวลาหนึ่ง ตัวอย่างได้แก่ หากผู้ป่วยได้รับยาที่จ่ายให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันแต่ผู้ป่วยรับประทานเพียงวันละ 2 เม็ดเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียง 36 % (10/28)^{3,9}

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีผู้ทำการศึกษาถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 78³ สาเหตุที่อัตราความร่วมมือในการใช้ยา มีความแตกต่างกันมากนี้ เนื่องจากในแต่ละการศึกษาใช้กลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน มีเกณฑ์การวัด หรือเครื่องมือที่ใช้ที่แตกต่างกัน³⁻⁴

จากการรวบรวมเอกสารต่างๆ^{6,10-11} สรุปได้ว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆต่อไปนี้

1. การใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง
 - 1.1 ใช้ยาในขนาดที่มากกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง
 - 1.2 ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งหมายถึงจำนวนครั้งต่อวัน หรือการใช้อยานานเกินกว่าจำนวนวันที่แพทย์สั่ง
2. การใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง
 - 2.1 ใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง
 - 2.2 ใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง
 - 2.3 หยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง
 - 2.4 ไม่ใช้ยา

การหยุดยาก่อนกำหนด นั้นพบได้เสมอในรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว ผู้ปกครองจะให้ผู้ป่วยเด็กจะหยุดยาก่อนกำหนด¹²

3. การใช้ยาผิดเทคนิค
4. การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ
5. การใช้ยาอื่น นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาที่แพทย์สั่งใช้
6. การไม่มาตามนัด หรือขาดการติดต่อกับแพทย์ (Drop out) ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำนั้น จะมีผลเสียเกิดขึ้นมากมาย^{3,4} ซึ่งหากแบ่งตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้การรักษาผู้ป่วย (outcome of drug therapy) ตาม ECHO model ซึ่งเป็นแนวคิดของ Kozma และคณะ¹³ จะแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ด้านมนุษยวิทยา (Clinical Economic and Humanistic outcomes) ได้แก่

1. ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical outcomes) อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว หรือกรณีหยุดยาปฏิชีวนะก่อนกำหนดอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มากขึ้น จากการศึกษาของ Balkrishnan R. และคณะ (2003)¹⁴ พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

และ Wilson TE และคณะ¹⁵ (2002) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้ร้อยละ 67.7 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้เพียงร้อยละ 56.3 จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้ระหว่างกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic outcomes) มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ อาจมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาทั้งของบุคลากรทางการแพทย์และของผู้ป่วยแทนที่จะใช้เวลาของตนไปปฏิบัติงานอื่นอย่างเต็มความสามารถกลับต้องใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

มีรายงานสำรวจพบว่าผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานั้น มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 33-69 ที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่ควรเกิดขึ้นถึงประมาณ 100 พันล้านดอลลาร์ต่อปี³

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

ในด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้การวิเคราะห์แผนการรักษาผิด แพทย์ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองเกิดความไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา การศึกษาของ Harris

LE และคณะ (1995) พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง¹⁶

ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ทั้งสุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective)¹⁷ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี น่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะดีขึ้นด้วย^{4,12,18-19}

วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

การสืบหาว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป^{3,5-6,9} ดังนี้

1. วิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่

1.1 การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา และผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

1.2 การดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลาย แล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่างๆ ลักษณะการวิเคราะห์เช่นนี้ขึ้นกับความไวของการทดสอบ และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา ระบบการดูดซึม การย่อย ระบบเมตาบอลิซึม การขับถ่าย ภาวะการทำงานของไตของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงภาวะ “White coat adherence” ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือปฏิบัติตามตามแพทย์แนะนำเพียงระยะเวลาสั้นๆ เช่น 5 วัน ก่อนหรือหลังจากพบแพทย์^{3,20} ซึ่งอาจทำให้การสรุปข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง นอกจากนี้ยังไม่สามารถทำได้ในยาทุกตัวเนื่องจากข้อจำกัดทางกระบวนการวิเคราะห์ ทั้งยังมีราคาแพงและผู้ป่วยอาจจะต้องเจ็บตัวจากการเจาะเลือด

2. วิธีสืบหาทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาทางตรง ได้แก่

2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือโดยการนับ การตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นวิธีที่นิยมอีกวิธีหนึ่ง Zora JA. และคณะให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้จะน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูล

ที่ได้จากวิธีการที่ให้ผู้ป่วยจดบันทึกเอง²¹ ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ยาที่ ผู้ป่วยนำมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริง ๆ

2.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เพื่อบันทึกการยาที่ใช้ ตัวอย่าง ได้แก่ Nebulizer Chronolog ซึ่งเป็นอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กใช้ในการติดตามการใช้ยา พ่นของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่มีกลไกในการบันทึกเวลาและวันที่ผู้ป่วยใช้ยาไว้ด้วยความแม่นยำ จากการศึกษาของ Mawhinney และคณะ (1991) ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา²² โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาทราบว่าตัวเองกำลังถูกศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะไม่ทราบถึง กลไกการทำงานของเครื่อง Nebulizer Chronolog ผลจากการศึกษาพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วย ใช้ยาถูกต้องตามสั่ง คิดเป็นร้อยละ 0 ถึง 77 ของจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องใช้ยา และเป็นที่น่าสังเกตว่า Nebulizer Chronolog สามารถวัดได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งทำการปลดปล่อยยาออกจากภาชนะบรรจุถึงกว่า 10 ครั้งในเวลาเดียวกัน ซึ่ง Mawhinney และคณะให้ความเห็นว่าการที่ ผู้ป่วยพยายามจะปลดปล่อยยาออกมาในคราวเดียว เพื่อให้ผู้ศึกษาเข้าใจว่า เขาได้ใช้ยาตาม แพทย์สั่งแล้วทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น

ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวมีราคาแพง มักจะนิยมใช้เพียง ในการทำวิจัยเท่านั้น

2.4. การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมารับยา หรือมาตรวจตามนัด ซึ่งทำได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.5. การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด, ค่า ความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับกับการเปลี่ยนแปลงยา และ ภาวะของร่างกายในขณะนั้นๆ จึง ไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่า ผลการรักษาหรือผลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วย

2.6.การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview หรือ questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย Osterberg L และ Blaschke T (2005)³ ให้ความเห็นว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้ คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อ หน่าย ถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป²³

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ดีที่สุดควรจะทำโดยใช้หลายวิธี ร่วมกันเช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง ร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือ การ สัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้มีความแม่นยำที่สุด²³

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

มีผู้สนใจทำการศึกษหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวได้แก่^{2-4,8-9,11,14,24-28}

1. ภาวะความเจ็บป่วย

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงจะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่ต้องใช้ยาในเวลาสั้นๆ

2. ยาและแบบแผนการรักษา

1. คุณสมบัติของยาและลักษณะภาชนะบรรจุ เช่น ยาที่มีรส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือ หากผู้ป่วยซึ่งเป็นคนสูงอายุ ต้องใช้ยาที่บรรจุในภาชนะที่เปิดยาก เช่น ภาชนะที่เป็น Child Resistant Container อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดใช้ยาได้เอง ทำให้ไม่สามารถนำยาออกมาใช้ได้²⁴

2. การที่ยามีราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจไม่ดี ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

3. แบบแผนการใช้ยา การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาบ่อยครั้ง และความยุ่งยากในการใช้ยา ถ้าสิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาก็เพิ่มมากขึ้นด้วย หรือ ในกรณียาน้ำของเด็กที่แพทย์ระบุปริมาณยาเป็นเลขเศษส่วน ทศนิยม และอุปกรณ์การตวงยาที่ผู้ใช้ไม่คุ้นเคย จะทำให้ความร่วมมือในการใช้น้อยลง

4. อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ถ้ายาทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย หรือรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะสูง

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์แล้วจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น³ หากบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจให้ข้อมูลต่างๆ ทั้งในเรื่องสภาวะโรคแก่ผู้ป่วย แผนการรักษา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนั้นความสัมพันธ์และความเป็นกันเองระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

4. ผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา และยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินผลการรักษาอีกด้วย หากผู้ป่วยเห็นว่าอาการของตนเองไม่ดีขึ้นจากการรักษาอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ เศรษฐฐานะ มีผู้ศึกษามากมายเพื่อหาข้อสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่อย่างไร ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกันตามกลุ่มประชากรและวิธีการสืบหา^{3,9-11,18,26} ตัวอย่างเช่น มีการศึกษาที่พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสัมพันธ์กับปัจจัยเพศ ผู้หญิง (มารดาที่มีบุตรมาก) คนว่างงาน และมีรายได้ต่ำ¹¹ ส่วน Carballo E. และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์กับความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัส คือ อายุ ระดับการศึกษา และ เศรษฐฐานะ²⁷

2. ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ตนเองจะต้องใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการใช้ยา

3. ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยประสบภาวะความเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจะพยายามหาทางที่จะบรรเทาการป่วยโดยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ แต่เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยกลับไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เนื่องจากเชื่อว่าการใช้ยาต่อไปแสดงว่าตัวเองยังป่วยอยู่ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดที่ทุกฝ่ายต้องหาทางแก้ไข

ในการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยนั้น มีทฤษฎีทางสุขภาพที่ใช้มานาน คือ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งได้ถูก Rosenstock เผยแพร่ขึ้นมาในปี 1974²⁹ กล่าวโดยสรุปคือ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อาทิ ความร่วมมือในการใช้ยานั้น เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น การรับรู้ผลของโรคที่เกิดจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคจากการรักษา โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเชื่อหรือรับรู้ว่าการรักษาหรือการใช้ยาของตนนั้นมีประสิทธิภาพน้อย และตัวเองจะได้รับประโยชน์จากการใช้ยาน้อย หากเปรียบเทียบกับผลเสียหรือความไม่สะดวกที่จะเกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงจากการรักษา หรือค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสีย

แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ถ้าพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะสามารถเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้^{3, 9, 30} ดังนี้

1. ภาวะการเจ็บป่วย

การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะโรคที่เขาเป็นตามความเหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับทราบความสำคัญของการรักษาและการใช้ยาเพื่อลดภาวะโรค จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

2. ยาและแบบแผนการรักษา

1. ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
2. ยาที่มีราคาสูง ควรจะต้องมีกลไกพิจารณาดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถมีค่าใช้จ่ายโดยสะดวก อาจจะเป็นรูปแบบของระบบประกันสุขภาพต่างๆ การมีระบบประกันสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจที่ไม่ดี สามารถมีค่าใช้จ่ายได้ตามความเหมาะสม
3. การปรับเปลี่ยนแผนการให้ยาให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น เลือกสั่งชื่อยา น้อยชาน และ/หรือให้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยาให้สะดวกขึ้น

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและควรวางแผนจัดระบบวันนัด อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือการรักษา การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจซักถามแม้เพียงเล็กน้อยกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง เช่น ถามถึงความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงความเข้าใจในปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในตัวเอง และเพิ่มความพึงพอใจของตัวผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำและปรึกษา ให้ความรู้รวมไปถึงกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น^{30, 32-34}

4. ผู้ป่วย

1. กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความจำไม่ดี ควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ปฏิทินแสดงวันที่ต้องชียา กล่องหรือตลับบรรจุยาที่จัดเตรียมเป็นพิเศษ หรือ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการอ่านฉลากยา ควรมีการจัดทำฉลากยาที่ทำเป็นตัวอักษรใหญ่เป็นพิเศษ หรือเป็นรูปภาพ
2. การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดย

- การแนะนำและปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ยอมรับการรักษา ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)²⁹ เน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาและการรักษา พร้อมให้คำแนะนำถึงวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนั้น หลีกเลี่ยงและจัดการได้

- การเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง เช่น Self management program ซึ่งโดยหลักการจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง รู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆ อย่างไร โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้โดยผ่านการอภิปรายปัญหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งผลจากโครงการดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนที่เรียนรู้จากโครงการนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมอาการของโรคได้³¹

บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เภสัชกร เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยา เพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ และเภสัชกรเองยังสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้³²⁻³⁴ โดยการประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาควรจะดำเนินการหลายวิธีร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ คำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยเองและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เตือนความจำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นต้น

Osterberg L และ Blaschke T (2005)³ เสนอแนวทางการแนะนำ หรือให้คำปรึกษา เพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรสามารถนำมาใช้ดัดแปลงกับผู้ป่วยได้ดังนี้

1. ค้นหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากตัวบ่งชี้ต่างๆ ได้แก่ การไม่มารับยาตามนัด เมื่อพบผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเช่นมีค่า HBA1C ขึ้นสูง ควรสืบค้นว่า ตัวบ่งชี้ที่พบนี้เกิดจาก ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่³ โดยการสืบค้นเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่จะส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความทำด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจไม่ใช่การจับผิด

2. เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของการรักษาและความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและแบบแผนการรักษา รวมทั้งสภาวะโรค ด้วยเนื้อหาและรูปแบบการให้ข้อมูล ที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
4. กระตุ้นให้ครอบครัว เพื่อน หรือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือหรือให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น
5. เสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม
6. พิจารณา ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ยา หากพบว่ามีปัญหาในแบบแผนการใช้ยา ควรจะมีการปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจจะแนะนำให้แพทย์ปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสม เมื่อจำเป็น เช่น ยาที่มี half life นาน หรือยาในรูปแบบ extended release หรือ ยาที่เป็นแผ่นแปะ เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการใช้มากขึ้น

สรุป

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยมีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของโรค ตัวผู้ป่วยเอง แผนการรักษาและยาที่ใช้ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกรควรมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการรักษา ตลอดจนสืบค้นปัจจัยที่จะก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและหาทางป้องกัน หรือแก้ไข เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น อันจะส่งผลให้ผลการรักษาดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1 Ivey MF, Harvey AK. Whitney lecture. Shifting pharmacy's paradigm. Am J Hosp Pharm. 1993; 50: 1869-1874.
- 2 Cipolle RJ , Strand LM. and Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill. 2004.
- 3 Osterberg L. and Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J Med. 2005; 353: 487-97.
- 4 World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 1st ed. Sabate E, ed. Geneva, Switzerland: WHO Publications; 2003.
- 5 Chisholm-Burns MA. and Spivey CA. Pharmacoadherence: a new term for a significant problem. Am J Health Syst Pharm. 2008; 65(7):661-7.
- 6 Maxine XP. and Anthony SD. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. Psychiatry. 2007; 6(9) :357-61
- 7 Stone VE. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. Clin Infect Dis. 2001; 33(15): 865-72.
- 8 Tuldra A. and Wu AW. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. JAIDS. 2002; 31: S 154-57.
- 9 McDonald HP, Garg AX. and Haynes R.B. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. JAMA. 2002; 288: 2868-2879
- 10 Deborah AG, Barudi M. and Unami M. etal. Risk Factors for Non-Adherence and Loss to Follow-Up in a Three-Year Clinical Trial in Botswana. PLoS One. 2011; 6(4) :e18435.
- 11 Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. Br J Gen Pract. 1990; 40(332): 114–116.
- 12 Rapoff MA. Management of adherence and chronic rheumatic disease in children and adolescents. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006 ; 20(2): 301-14.
- 13 Kozma CM, Reeder CE. and Schulz RM. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. Clin Ther. 1993 ;15(6):1121-32

- 14 Balkrishnan R, Rajagopalan R. and Camacho FT. Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: a longitudinal cohort study. Clin Ther. 2003 ; 25(11) : 2958-71.
- 15 Wilson TE. Adherence to antiretroviral therapy and its association with sexual behavior in a national sample of women with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis. 2002; 34(15): 529-34
- 16 Harris LE, Luft FC. and Rudy DW et.al. Correlates of health care satisfaction in inner-city patients with hypertension and chronic renal insufficiency. Soc Sci Med. 1995 ;41(12) :1639-45.
- 17 พรรณทิพา ตักดีทอง*คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ Thai Pharm Health Sci J. 2007;2(3):327-337
- 18 Murray MD, Morrow DG and Weiner M, et.al C. A conceptual framework to study medication adherence in older adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2004; 2(1): 36-43.
- 19 Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. Arch Intern Med. 1993; 153: 1863–8.
- 20 Vermeire E, Hearnshaw H. and Van Royen P. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther. 2001; 26(5):331-42.
- 21 Zora JA, Lutz CN. and Tinkelman DG. Assessment of compliance in children using inhaled beta adrenergic agonists. Ann Allergy. 1989; 62(5): 406-409.
- 22 Mawhinney H. and Spector SL. Noncompliance in asthma patients and how to address the problem. Masters in Allergy. 1991; 3(2) : 15-17
- 23 Jay H. and Marie A. K-W. Techniques for Measuring Medication Adherence in Hypertensive Patients in Outpatient Settings: Advantages and Limitation. Dis Manage Health Outcomes. 2007; 15(2). 109-118
- 24 Nikolaus T, Kruse W. and Bach M, et.al. Elderly patients' problems with medication. Eur J of Clin Pharmacol. 1996; 49(4) , 255-259
- 25 Piette JD, Heisler M, and Wagner TH. Cost-Related Medication Underuse Among Chronically Ill Adults: the Treatments People Forgo, How Often, and Who Is at Risk. Am J Public Health; 2004; 94(10): 1782-87

- 26 Gellad, WF, Grenard JL. and Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. Am J Geriatr Pharmacother. 2011; 9(1): 11–23
- 27 Carballo EC, Carrera I, and Fraga J. et.al. Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. Qual Life Res. 2004; 13(3): 587-99.
- 28 Hope CJ, Wu J. and Tu W, Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. Am J. Health Pharm. 2004; 61(19):2043-9
- 29 Rosenstock, IM. Historical Origin of the Health Belief Model”, Health Educ Monogr.1974; 2 : 328-335.
- 30 Taitel M, Jiang J and Rudkin K. The impact of pharmacist face-to-face counseling to improve medication adherence among patients initiating statin therapy. Pat Pref Adher. 2012; 6: 323-9.
- 31 Mackey K., Parchman ML and Leykum LK. et al. Impact of the Chronic Care Model on medication adherence when patients perceive cost as a barrier. Prim. Care Diab. 2012; 6(2), 137–42
- 32 Chisholm-Burns MA, Kim LJ and Spivey CA. et al. US pharmacists’ effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. Med Care. 2010; 48: 923- 33.
- 33 Banning M. A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. Int J Nurs Stud. 2009; 46: 1505–15
- 34 Tabor PA. and Lopez DA. Comply With Us: Improving Medication Adherence. J Pharm Prac. 2004; 17(3) : 167-181

คำถาม

1. คำที่แสดงว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือข้อใด
 - 1) compliance > Adherence > Concordance
 - 2) Adherence > Compliance > Concordance
 - 3) Concordance > Compliance > Adherence
 - 4) Concordance > Adherence > Compliance
 - 5) Adherence > Concordance > compliance
2. ข้อใดต่อไปนี้เป็น Phamacoadherence
 - 1) ผู้ป่วยเบาหวานจำกัดการรับประทานอาหารหวาน
 - 2) ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง งดการสูบบุหรี่
 - 3) ผู้ป่วยเป็นโรคหอบใช้ยาพ่นของเพื่อนบ้าน
 - 4) ผู้ป่วยเป็นโรคความดันรับประทานยาที่แพทย์แนะนำให้โดยสม่ำเสมอ
 - 5) มีคำตอบถูกมากกว่า 1 ข้อ
3. ผู้ใดที่ควรจะมีบทบาทในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
 - 1) แพทย์
 - 2) เภสัชกร
 - 3) พยาบาล
 - 4) ผู้ป่วย
 - 5) ถูกทุกข้อ
4. หากผู้ป่วยได้รับยา Amoxicillin 500 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 7 วัน แต่ผู้ป่วยไปซื้อยา Amoxillin 250 mg รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้งทานไป 5 วัน ก็หยุดรับประทาน ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาเท่าไร
 - 1) 0
 - 2) 15
 - 3) 71
 - 4) 80
 - 5) 100
5. ความร่วมมือต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับใด
 - 1) สูงกว่าร้อยละ 80
 - 2) สูงกว่าร้อยละ 90
 - 3) สูงกว่าร้อยละ 95

- 4) ร้อยละ 80-120
- 5) ขึ้นกับยาต้านไวรัสที่ใช้
6. ในกรณีต่อไปนี้ ที่แสดงได้ชัดเจนที่สุดว่า ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา
 - 1) ผู้ป่วยยอมรับเองว่าไม่กินยา
 - 2) ผู้ป่วยมีค่า HBA1C สูงขึ้น
 - 3) ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาลตามนัด
 - 4) ผู้ป่วยมีอาการแยลง
 - 5) ผู้ป่วยมียาเหลือ
7. จากปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคใดต่อไปนี้ น่าจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงที่สุด
 - 1) ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 2) ข้ออักเสบเฉียบพลัน
 - 3) ไชมันในเลือดสูง
 - 4) ซึมเศร้า
 - 5) ทุกข้อไม่แตกต่างกัน
8. จากปัจจัยด้านยาและแบบแผนการรักษา ข้อใดน่าจะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาสูงที่สุด
 - 1) Cetirizine 10 mg 1 tab hs
 - 2) Salbutamol Inhaler 1 puff prn. q 4 hrs.
 - 3) Cholestyramine 1/8 ชอง q 8 hrs
 - 4) Terbutaline Turbuhaler 1 puff bid
 - 5) ทุกข้อไม่แตกต่างกัน
9. ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตามแนวทางทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
 - 1) แก่มากแล้ว กินยาไปก็เปลืองยา
 - 2) ยานี้กินไปก็ไม่หาย สู้ยาลูกกลอนของเพื่อนบ้านไม่ได้เลย
 - 3) มะเร็งปากมดลูกน่ากลัว ฉีดยาคีชีวันน่าจะดี
 - 4) ไม่มีเงินซื้อยามากิน
 - 5) กินยานี้ที่ไร ไข้ขึ้นทุกที สงสัยแพ้ยา
10. ข้อใดต่อไปนี้ ที่สามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ได้
 - 1) การปรับขนาด และ รูปแบบยา ให้สะดวกแก่การใช้
 - 2) การใช้ปฏิทิน หรืออุปกรณ์ ช่วยเตือนความจำเมื่อต้องใช้ยา
 - 3) การพูดคุยซักถามอาการเจ็บป่วย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรักษา

- 4) การกระตุ้นผู้ป่วยให้เห็นประโยชน์หรือคุณค่าของการรักษา
- 5) ถูกทุกข้อ

