

ความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

มนสิชา มาสิง ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทนำ

ปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) เพื่อประสิทธิผลของการรักษา และปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อผลการรักษาคือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งความสำคัญและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับข้อความของ Haynes และคณะ⁽¹⁾ ที่กล่าวว่า

“วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้มากกว่าการพัฒนาทางการรักษาเฉพาะทางใดๆ เพียงอย่างเดียว”

องค์การอนามัยโลก (WHO-World Health Organization) ปี 2003 ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่า “ความร่วมมือในการใช้ยา คือขอบเขตที่ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา”⁽¹⁾ ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนั้น เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการรักษาโดยผู้ป่วยจะไม่ใช้ยาที่ต้องรอรับคำสั่งเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นการเพิ่มบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาตัวเองมากขึ้น รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาอีกด้วย⁽²⁾ โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเพียงร้อยละ และมี 50 แนวโน้มที่ลดลงในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹⁾ และจากปัญหาดังกล่าวทำให้มีผู้ทำการศึกษาและรวบรวมวิธีการที่ใช้ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นมา นิยามของโรคเรื้อรังที่กล่าวหมายถึง “โรคซึ่งมีลักษณะหนึ่งลักษณะใด

ดังต่อไปนี้ ได้แก่ โรคที่สร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับร่างกายอย่างถาวร ทำให้ร่างกายบางส่วนเกิดภาวะการทำงานที่ไม่ปกติ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาที่ไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย หรืออาจต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา”⁽¹⁾

บทความนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน รวมถึงปัจจัยที่มีผลร่วมด้วย ซึ่งโรคเรื้อรังที่มีการรวบรวมข้อมูลมา ณ ที่นี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูงและโรคหอบหืด ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนแต่มีวิธีการใช้ยาที่ค่อนข้างซับซ้อน ยากต่อการจัดการ และควบคุมให้ผลการรักษาถึงเป้าหมายได้ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเหล่านี้น้อย ส่งผลต่อภาวะโรค คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสูญเสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์^(1,2)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

สืบค้นข้อมูลผ่านทางฐานข้อมูลผลงานวิชาการ ประกอบด้วย Pubmed, PMC free article, Scopus โดย Elsevier และ Google Scholar ในเดือนกันยายนปี ขั้นตอนในการ 2017 สืบค้นโดยใช้คำค้นหา Medication adherence, Adherence, Chronic diseases, Compliance, Schizophrenia, Asthma, Hypertension และ Diabetes type 2 โดยไม่ได้ระบุประเทศและปีที่ทำการศึกษาในการสืบค้นข้อมูล

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังดังกล่าว โดยร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดได้รับยากลุ่ม First-line antipsychotic และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁵⁾ ซึ่งจากการศึกษามีสาเหตุมาจากที่ผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา ลืมกินยา และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น⁽⁶⁾ การวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยประเมินตนเอง สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่สามารถรับประทานยาได้มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่ได้รับทั้งหมด ประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 100 (adherence) หากผู้ป่วยรับประทานยาได้มากกว่าร้อยละ 50 สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาบางส่วน (partial adherence) และหากผู้ป่วยไม่รับประทานยานานเกินกว่า 1 สัปดาห์ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence)⁽⁷⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา ซึ่งปัจจัยที่มาจากผู้ป่วยได้แก่ ผู้ป่วยเริ่มยาครั้งแรก ผู้ป่วยที่เริ่มยาเมื่ออายุน้อย ผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด เชื่อชาติ หรือปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย⁽⁸⁾ รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาก็ เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา เช่น Extrapyrarnidal symptoms ง่วงซึม อาการน้ำนมไหล (galactorhea) และความต้องการทางเพศลดลง เนื่องมาจากฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นจากการรับประทานยา กลุ่ม Typical

antipsychotic^(7,9) ซึ่ง Dassa และคณะ⁽¹⁰⁾ แนะนำว่าควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอีกทั้งการแสดงความเห็นอกเห็นใจ และรับฟังอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยแจ้งจะเป็นตัวช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลความคืดด้านลบต่อโรงพยาบาลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับประทานยา และล้วนแต่มีผลต่อความร่วมมือใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น⁽¹¹⁾ วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น⁽¹²⁾ ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย การปรับพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) ให้รับรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับการรับรู้และความจำให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวาน มีความเกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆของร่างกาย อันได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการทำงานของไต ตา และระบบประสาท⁽¹⁾ ดังนั้นการควบคุมโรคต้องใช้การปรับพฤติกรรมควบคู่กับการรับประทานยาโดยผู้ป่วยที่ใช้อย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ในขณะที่การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราเสียชีวิต^(1,14) นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วย^(15,16)

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย คือ แผนการรักษาที่ซับซ้อนและผู้ป่วยต้องใช้ยา ร่วมกันหลายชนิดในระยะเวลานาน

รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาหรือแม้แต่ การสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย ปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคม ความบกพร่องทางความจำ และความเชื่อ⁽¹⁷⁾ ซึ่งทีมสหวิชาชีพมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาของ Els และคณะ⁽¹⁸⁾ ใช้การวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากค่า HbA1c และ Fasting plasma glucose ในระยะเวลา 6 เดือน โดยผ่านการแนะนำการใช้ยาจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งใช้วิธีเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ร่วมกับปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิต หลังจากผ่านไป 6 เดือนพบว่าสามารถลดค่า HbA1c และ Fasting plasma glucose ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Norris SLL และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะช่วยปรับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตั้งแต่นัดถัดไปที่มาพบแพทย์ และระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งดีขึ้นเมื่อได้พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง นอกจากนี้ในการศึกษาของ Wagner และคณะ⁽²⁰⁾ ยังพบว่าหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางยาได้ รวมทั้งการศึกษาของ Newell และคณะ⁽²¹⁾ พบว่าการประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-effectiveness) ของยากี่เป็นเป้าหมายสำคัญในการเพิ่มอัตราความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยให้สูงขึ้น

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดโรคทางหลอดเลือดหัวใจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะโรคที่รุนแรง และอาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิต^(22,23) ซึ่งการใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากการศึกษาของ Musini และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ายารักษาความดันโลหิตสูงจะมีประสิทธิภาพแต่ปัญหาสำคัญคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง(มีอัตราการใช้ยาของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 80 ถึง 100) จะมีผลในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลางหรือน้อย⁽²⁵⁾ และจากการศึกษาข้อมูลของ Eimear และคณะ⁽²²⁾ พบว่ามีเพียงร้อยละ 50 ถึง 80 ของผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ Vrijens และคณะ⁽²⁶⁾ ใช้ระบบ MEMS (medication event monitor system) ในการวัดระดับการให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 หยุดรับประทานยาเองภายใน 1 ปีหลังเริ่มต้นการรักษา และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ในการรักษา เช่น

ความทนต่ออาการข้างเคียงของยา และสูตรการรักษาที่ซับซ้อน ดังนั้นจึงมีการปรับสูตรยาต่างๆให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง เพื่อให้สะดวกแก่การรับประทานลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย⁽²⁷⁾ นอกจากนี้การศึกษาของ Morisky และคณะ⁽²⁸⁾ มีการเปรียบเทียบผลการรักษาตลอด 5 ปีพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือได้มาพบแพทย์ตามนัด ควบคุมน้ำหนักตัวและความดันโลหิตได้ในระดับดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูแลตนเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การศึกษาของ Edmonds และคณะ⁽²⁹⁾ ยังพบว่าการบันทึกระดับความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็นร้อยละ 70 หลังจกมีการจดบันทึก

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืด

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจอักเสบเรื้อรัง ซึ่งการรักษาต้องใช้ยาพ่นที่ต้องอาศัยเทคนิคพิเศษ ดังนั้นยาจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกวิธีและให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาหอบหืด จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเพิ่มความถี่ในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล⁽³⁰⁾ ในทางตรงข้ามยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการใช้ยาเกินความจำเป็นส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนอกจากนี้ยังส่งผล

กระทบทางเศรษฐกิจด้วย อย่างเช่น สิ่งที่ไม่สามารถวัดเป็นจำนวนเงินได้ เช่น เวลาที่ต้องลาทำงานเพื่อมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ขาดความรู้เรื่องเทคนิคการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง และการใช้ยากลุ่มป้องกันอาการหอบหืดอย่างต่อเนื่อง⁽³¹⁾ หรือความเข้าใจผิดว่ายากลุ่มดังกล่าวสามารถบรรเทาอาการหอบกำเริบฉุกเฉินได้ มักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาหรือขาดยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก การพกพา Spacer ขนาดใหญ่หรือการปฏิเสธการรักษาโรคหอบหืดเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดความร่วมมือในการใช้ยาพ่น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความไม่สะดวกในการใช้ยา การหลงลืม หรือขาดความใส่ใจ ส่งผลต่อความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้สำหรับการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีตใช้การตั้งคำถามความถี่ในการใช้ยาตามจริงจากผู้ป่วย แต่ผลที่ออกมาจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ในขณะที่จากการศึกษาของ Put และคณะ⁽³²⁾ ใช้การวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการสอบถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความถี่ในการพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย นอกจากนี้ในคลินิกโรคหอบหืดจะวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากการนับจำนวนยาที่ใช้ไปหรือนับจำนวนยาคงเหลือ จากวันที่รับยาไปครั้งแรกหรือวัดจากระดับยาในเลือดของผู้ป่วย เช่น ระดับยา Theophylline ในเลือด เป็นต้นแต่ในปัจจุบันอุปกรณ์พ่นยาส่วนใหญ่ มีตัวเลขบอกจำนวนยาคงเหลือและความถี่ในการใช้ยาได้⁽³⁰⁾ จึงสามารถวัดความร่วมมือในการใช้ยาได้สะดวกยิ่งขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญ

การรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

โรค	การศึกษาที่เกี่ยวข้อง	เครื่องมือและตัวชี้วัด	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา	วิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
โรคจิตเภท	Velligan และคณะ, 2009 ⁽⁷⁾	แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยประเมินตนเอง	อาการข้างเคียงของยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ลดปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
	Dassa และคณะ, 2010 ⁽¹⁰⁾	10-item Drug Attitude Inventory (DAI)	อาการข้างเคียงของยา	ให้ข้อมูลอาการข้างเคียงของยาและแสดงความคิดเห็นใจ รับฟังอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยแจ้ง
โรคเบาหวาน	Els และคณะ, 2011 ⁽¹⁸⁾	ค่า HbA1c และ Fasting plasma glucose	คำแนะนำเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง	การแนะนำการใช้ยาโดยทีมสหวิชาชีพ และปรับพฤติกรรม
	Norris SLL และคณะ, 2002 ⁽¹⁹⁾	ค่า HbA1c	ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง	ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง
	Wagner และคณะ, 2001 ⁽²⁰⁾	ค่า HbA1c	ค่าใช้จ่ายในการรักษา	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
	Newell และคณะ, 2000 ⁽²¹⁾	ต้นทุน- อร์รลประโยชน์ (Cost-effectiveness)	ค่าใช้จ่ายในการรักษา	การประเมินต้นทุน- อร์รลประโยชน์ ของยา

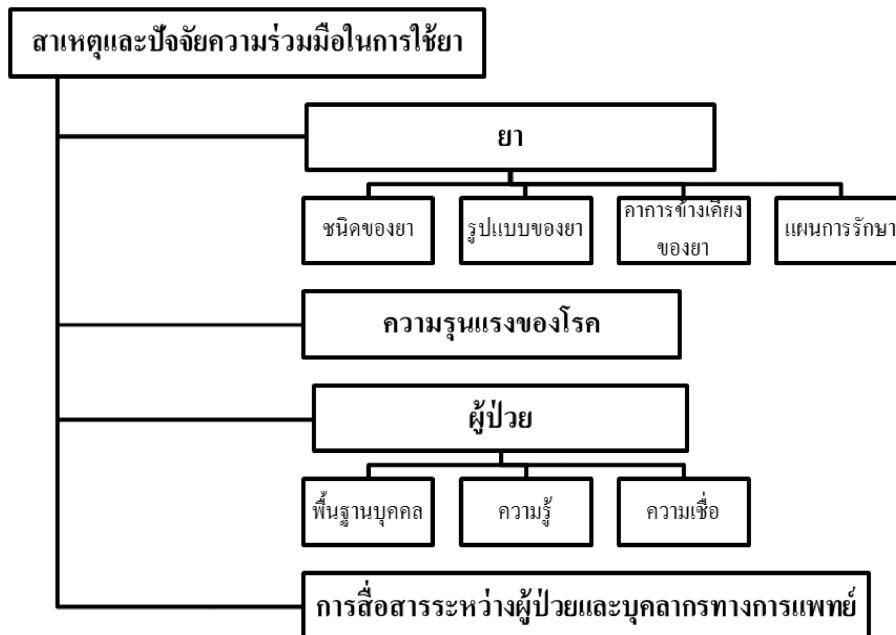
โรค	การศึกษาที่เกี่ยวข้อง	เครื่องมือและตัวชี้วัด	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา	วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
โรคความดันโลหิตสูง	Vrijens และคณะ , 2008 ⁽²⁶⁾	medication event monitor (MEMS) และ ระดับความดันโลหิต	จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง	สูตรยาที่รับสำหรับรับประทานวันละ 1 ครั้ง
	Morisky และคณะ ,1983 ⁽²⁸⁾	ระดับความดันโลหิต	ความรู้ในการใช้ยา	คำแนะนำในการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์
	Edmonds และคณะ ,1985 ⁽²⁹⁾	ระดับความดันโลหิต	ความรู้ในการดูแลตนเอง	การจดบันทึกระดับความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วย
โรคหอบหืด	Chambersและคณะ, 1999 ⁽³¹⁾	แบบประเมินตนเองของผู้ป่วย	ความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วย	คำแนะนำในการใช้ยา ฟันของบุคลากรทางการแพทย์
	Put และคณะ ,2000 ⁽³²⁾	แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากบุคลากรทางการแพทย์และแบบประเมินตนเองของผู้ป่วย	ความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย	-

ตารางที่ 1 : ตารางสรุปข้อมูลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในโรคต่างๆ

โดยรวมแล้วสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และในปัจจุบันได้มีการรวบรวม คิดค้น วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น โดยแนวทางเบื้องต้นเริ่มจากการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

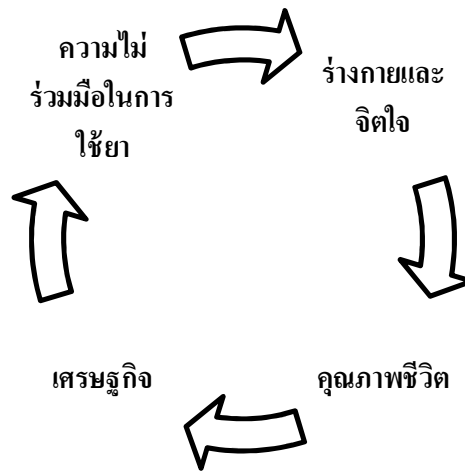
สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถแยกออกได้เป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นผลมาจากยาที่ใช้ในการรักษา ชนิดและรูปแบบของยา อาการข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา รวมทั้งแผนการรักษาที่ซับซ้อน มีจำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิด ในสูตรการรักษา ต้องใช้ความถี่ในการบริหารยามากกว่าแผนการรักษาทั่วไป⁽²⁷⁾ และยากต่อการจัดการ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยา

ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันซึ่งใช้ยาในระยะเวลาสั้น และอีกปัจจัยที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยเอง แต่ละบุคคลอาจจะมีพื้นฐานครอบครัว เศรษฐฐานะ ความรู้ หรือความเชื่อที่ต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มากกว่าจะทำตาม คำสั่งเพียงฝ่ายเดียว นอกจากนี้การสื่อสารก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ควรคำนึงถึง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้คำแนะนำหรือบุคลากรทางการแพทย์ การแสดงความคิดเห็นอกเห็นใจ และรับฟังผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความตั้งใจของผู้ป่วยให้ใช้ยาตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 : แผนภูมิสรุปสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆในหลายมิติทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตและผลกระทบทางเศรษฐกิจ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 : แผนภูมิสรุปผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา ย่อมกระทบต่อแผนการรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วย และเมื่อมีการปรับแผนการรักษา ย่อมต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะหมดกำลังใจในการรักษา กระทบภาวะจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสิ้นเปลืองทรัพยากรพร้อมกับค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน และเวลาที่สูญเสียบไป ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น จากปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบกลับไปยังความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ลดลงได้เช่นกัน

สรุป

การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ประสิทธิผลของการรักษาโรคดังกล่าวดีขึ้น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และมีหน้าที่ร่วมกันในการลดปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไรก็ตามฝ่ายผู้ป่วยเองควรตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือกับการรักษา ในขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ก็มีหน้าที่ในการสื่อสารและทำความเข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลจากการรักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน รวมทั้งการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 1st ed. Sabate E, ed. Geneva, Switzerland: WHO Publications; 2003.
2. Haynes RB et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000.
3. Maxine XP. and Anthony SD. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. Psychiatry. 2007; 6(9) :357-61.
4. Peggy El-Mallakh And Jan Findlay. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015; 11: 1077-1090.
5. Zipursky RB. Why are the outcomes in patients with schizophrenia so poor? J Clin Psychiatry. 2014;75(Suppl 2):20-24.
6. Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. Schizophr Bull. 2006;32(4):724-742.
7. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry. 2009;70(Suppl 4):1-46.
8. Lang K, Meyers JL, Korn JR, et al. Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. Psychiatr Serv. 2010;61(12):1239-1247.
9. Moritz S, Favrod J, Andreou C, et al. Beyond the usual suspects: positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. Schizophr Bull. 2013;39(4):917-922.
10. Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T. Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. Aust N J Z Psychiatry. 2010;44(1):921-928.

11. Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry*.2005;62(7):717–724.
12. Velligan DI, Diamond PM, Mintz J, et al. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull*.2008;34(3):483–493.
13. Antoine SL ,Pieper D ,Mathes T, Eikermann M. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials.*BMC Endocr Disord*.2014 Jul 7;14:53.
14. Cramer JA, Okikawa J, Bellaire S, Clauson P. Compliance with inhaled insulin treatment using the AERx(registered trademark) iDMS insulin diabetes management system. *Diab Technol Ther*. 2004;6(6):800–807.
15. Vermeire EUJ, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.
16. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, Magid DJ. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1836–1841.
17. Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, Poole CD, Jenkins-Jones S, Rubin RR, Burton CM, Evans M. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1279–1284.
18. Els Mehuys et al.Effectiveness of a community pharmacist intervention in diabetes care: a randomized controlled trial.*Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*.2011;36(5):602-613.
19. Norris SLL et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control.*Diabetes Care*,2002, 25:1159-1171.
20. Wagner EH et al. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization.*Journal of the American Medical Association*,2001, 285:182-189

21. Newell SA, Bowman JA, Cockburn JD. Can compliance with nonpharmacologic treatments for cardiovascular disease be improved?. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18:253-261.
22. Eimear C. Morrissey, Hannah Durand, Robby Niruwlaat et al. Effectiveness and content analysis of interventions to enhance medication adherence in hypertension: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Review*. 2016; 5: 96.
23. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet (London, England)*. 2005;365(9455):217–223.
24. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *The Cochrane Library* 2009;(4).
25. Bramley TJ, Gerbino P, Nightengale B, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *JMCP*. 2006;12(3):239–245.
26. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*. 2008;336(7653):1114–1117.
27. Monane M et al. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*, 1997, 10:697-704. 15.
28. Morisky DE et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health*, 1983, 73:153-162.
29. Edmonds D et al. Does self-measurement of blood pressure improve patient compliance in hypertension? *Journal of Hypertension*, 1985, (Suppl) 3:S31- S34.
30. Mawhinney H. and Spector SL. Noncompliance in asthma patients and how to address the problem. *Masters in Allergy*. 1991; 3(2) : 15-17.

31. Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Resp Med* 1999;93: 88-94.
32. Put C, Van den Bergh O, Demedts M, Verleden G. A study of the relationship among self-reported noncompliance, symptomatology, and psychological variables in patients with asthma. *J Asthma* 2000;37: 503-10.