

บทที่ 2

แนวเหตุผล ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการให้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด จึงต้องมีการศึกษาถึงทฤษฎีผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบในบทนี้จึงแบ่งหัวข้อการพิจารณาออกเป็น 4 หัวข้อ คือ 1. การรักษาโรคหอบหืด 2. ประสิทธิภาพการให้ยารักษาโรคหอบหืด 3. การให้คำปรึกษาแนะนำการให้ยา และ 4. กรอบแนวความคิด และสมมติฐาน

การรักษาโรคหอบหืด

1. สาเหตุการเกิดโรคหอบหืดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดโรคหอบหืด แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษามากมายที่ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า โรคหอบหืดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของทางเดินหายใจ ทางสมาคมจอร์เจียแห่งประเทศไทย (2537) ได้ให้นิยามของโรคหอบหืดไว้ว่า เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้เยื่อเมือกหลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ(Bronchial Hypereactivity) เป็นเหตุให้มีการตีบตันของทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หรือ หอบเหนื่อย ซึ่งอาการเหล่านี้อาจหายกลับเป็นปกติได้เอง หรือ ภายหลังได้รับการรักษา

เนื่องจากภาวะหลอดลมไวต่อการกระตุ้นของสิ่งเร้าในผู้ป่วยโรคหอบหืดเป็นลักษณะที่สำคัญของโรค ดังนั้นปัจจัยและตัวกระตุ้นที่สามารถทำให้เกิดอาการได้ ได้แก่

1. สารก่อภูมิแพ้ (Allergen) เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ อาหาร เป็นต้น
2. การระคายเคืองจากสารเคมี เช่น ควีนนุหรี ควีนทอไอเสียรถยนต์ เป็นต้น
3. ยา โดยเฉพาะ Aspirin , ยาในกลุ่ม NSAIDs, Betablocker เป็นต้น
4. การติดเชื้อไวรัสของทางเดินหายใจส่วนต้น
5. อารมณ์

6. สาเหตุอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย ความชื้น ความเย็น เป็นต้น

2. แนวทางการรักษา

2.1 เป้าหมายของการรักษา

แม้ว่าโรคหอบหืดจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นมานานกว่า 200 ปีแล้วก็ตาม แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดก็มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทำให้นักวิชาการ แพทย์และผู้เชี่ยวชาญทั่วโลกได้ร่วมประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาตามความรุนแรงของโรค โดยมีเป้าหมายหลักของการรักษา (Woolcock และคณะ,1989; Kleeup และ Tashkin,1995) คือ

1. สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคน้อยที่สุด
2. สามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติมากที่สุด
3. สามารถยกระดับการทำงานของปอดผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. สามารถหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาให้ได้มากที่สุด
5. สามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้ได้มากที่สุด

2.2 วิธี การรักษา

เพื่อให้การรักษาโรคหอบหืดเกิดประสิทธิภาพตรงตามเป้าหมายหลักที่ต้องการ การรักษาผู้ป่วยจึงควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 อย่าง (ชลิรัตน์ ติเรกวัดมนชัย, 2537; Bone, 1996) คือ การรักษาด้วยยา การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การให้การศึกษแก่ผู้ป่วย และญาติ และการติดตามผลการรักษา ทำให้สามารถแบ่งวิธีการรักษาผู้ป่วยออกได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา และ การรักษาด้วยยา

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic Therapy) ได้แก่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงปัจจัยหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหรือการแนะนำผู้ป่วยหรือญาติให้มีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงการรักษาโดยการฉีดสารสกัดที่ผู้ป่วยแพ้ (Immunotherapy)

2. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic Therapy)

3. การใช้ยาในการรักษาโรคหอบหืด

การเลือกใช้ในการรักษาจะพิจารณาตามความรุนแรงของโรค โดยยาที่ใช้ในการรักษาโรคหอบหืดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ (Tietze และ Smith, 1991) คือ

1. ยารขยายหลอดลม (Bronchodilator) ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์คลายความตึงตัวและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อรอบหลอดลม ให้เป็นยารักษาอาการหอบหืด แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 Beta-adrenergic agonist เช่น Salbutamol , Terbutaline เป็นต้น เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการขยายหลอดลมสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดสูดพ่น ถือเป็นยาที่เลือกใช้อันดับแรกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลัน (ชลิรัตน์ ติเรกวัดมนชัย, 2537)

1.2 Methylxanthine เช่น Aminophylline และ Theophylline ยาในกลุ่มนี้ให้ผลช้ากว่าในกลุ่มแรก แต่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบเล็กน้อย ยากลุ่มนี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงมักใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก

1.3 Anticholinergics เช่น Ipratropium Bromide ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ช้า มีรูปแบบยาเป็นยาสูดพ่น มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาในข้อ 1.1 ไม่ได้ หรือ อาจใช้ร่วมกับยา Beta-adrenergic agonist ชนิดสูดพ่น เพื่อช่วยให้ฤทธิ์ขยายหลอดลมยาวนานขึ้น

2. ยาด้านการอักเสบ (Anti - inflammatory drug) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการลดการอักเสบของหลอดลม แต่ไม่ได้ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลมโดยตรง จึงไม่ใช้ในการรักษาอาการหอบเฉียบพลัน แต่ใช้ในลักษณะเป็นยาป้องกัน ได้แก่ยาในกลุ่ม Corticosteroids และ Disodium cromoglycate

4. ปัญหาในการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด

โดยทั่วไปปัญหาที่พบในการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด อาจแบ่งได้เป็น 2 ประการ คือ ปัญหาการให้การรักษาไม่เพียงพอ และ ปัญหาจากการใช้ยา

1. ปัญหาการให้การรักษาไม่เพียงพอ

มีการสำรวจมากมายที่แสดงว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดยังคงได้รับการรักษาไม่เพียงพอ ทั้งๆที่ได้รับการรักษาจากสถาบันที่ให้การรักษาเฉพาะทาง (Keeley, 1993) ทาง National Asthma Education Prevention Program (1993) ได้กล่าวถึงสาเหตุของปัญหานี้โดยสรุปว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยและแพทย์ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของอาการ การรักษาและปัจจัยที่เป็น สิ่งกระตุ้น จึงทำให้การวินิจฉัยและการรักษาต่ำกว่าที่เป็นจริง

2. ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการที่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งๆที่มีการ พัฒนยาที่ใช้ในการรักษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นมากก็ตาม อาจแสดงให้เห็นว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้ใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมอาการ (Munzenberger, 1993) นั่นคือยังมีผู้ป่วย จำนวนมากที่ใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลของการใช้ยารักษาโรคหอบหืด

โดยทั่วไปประสิทธิผลของการใช้ยาจะเกิดขึ้นเมื่อการใช้ยาในการรักษานั้นสามารถทำให้ การรักษามรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้น การใช้ยารักษาโรคหอบหืดจะเกิดประสิทธิผลขึ้นได้เมื่อ

1. สามารถทำให้ผลการรักษาด้วยยานั้นดีขึ้น คือ อาการของผู้ป่วยลดน้อยลง และการทำงานของปอดดีขึ้น
2. สามารถลดหรือป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้มากที่สุด

เพื่อที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลของการใช้ยาตรงตามเป้าหมายของการรักษา ควรได้มีการพิจารณาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วย การประเมินประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วย และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วย

ในกระบวนการส่งจ่ายยานั้น เมื่อแพทย์ได้สั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแล้ว การใช้ยาจะเกิดขึ้นหรือไม่จะขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะใช้ยานั้นๆหรือไม่ ดังนั้นในการทำให้การใช้ยาของผู้ป่วยเกิดประสิทธิผลที่ดีที่สุด จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงกระบวนการใช้ยาในแง่มุมมองของผู้ป่วยด้วย (Tindall, Beardsley และ Kimberlin, 1994) ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 4 ประการ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ภาวะความเจ็บป่วย แบบแผนการรักษา และสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่

1.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ เศรษฐฐานะ เป็นต้น มีการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยอยู่มาก เช่น การศึกษาของ Davis (อ้างถึงใน Bryan, 1976) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี มีแนวโน้มที่จะใช้ยาตามสั่งน้อยลง หรือ การศึกษาของ Culberston และคณะ (1988) ที่รายงานว่า ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีรายได้สูงมักไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของตนเอง ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำเพื่อแก้ไขการใช้ยาให้ถูกต้อง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (19 - 34 ปี) และผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้มากกว่า เป็นต้น อย่างไรก็ตามบางรายงานการศึกษาก็ไม่พบว่าปัจจัยทางประชากรศาสตร์ใดมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย (Burrell และ Levy, 1985 อ้างถึงใน Felkey, 1995)

1.2 ทักษะคิดของผู้ป่วย Anderson และ Kirk (1982) กล่าวว่า ทักษะคิดของผู้ป่วยต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เช่น เมื่อใดที่ผู้ป่วยตระหนักถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาว่ามีมากกว่าผลเสียที่อาจตามมาได้ จะทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่งได้มากขึ้น (Balon, 1986) เป็นต้น

2. ภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะความเจ็บป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่เป็นโรค มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย มีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่า ความรุนแรงของโรคยิ่งมาก จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามสั่งมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Blackwell (1972) กลับให้ผลตรงข้าม ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้อาจขึ้นกับชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีการใช้ยาตามสั่งน้อยกว่าผู้ป่วยอื่น เป็นต้น

นอกจากนี้ภาวะความเจ็บป่วยยังมีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยด้วย กล่าวคือ หากผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยเป็นมา หรือโรคที่ญาติพี่น้องเคยเป็น พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจะเป็นไปตามที่แพทย์สั่งมากขึ้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา (Cob และคณะ, 1970 อ้างถึงใน Anderson และ Kirk, 1982)

3. แบบแผนการรักษา ได้แก่

3.1 ลักษณะของตัวยา เช่น รูปแบบ รสชาติ สี กลิ่น และ รสชาติ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยมักชอบใช้ยาเม็ดมากกว่ายาน้ำ เป็นต้น

3.2 ระยะเวลาการรักษา มีรายงานการศึกษามากมายที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยจะลดลง ถ้าระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Coutts, 1977)

3.3 ความซับซ้อนของแผนการรักษา เช่น จำนวนขนานยา ความถี่ของการใช้ยา หรือเทคนิคการใช้ยา สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น เช่น การที่ผู้ป่วยต้องให้ยารวันละหลายครั้งหรือหลายขนาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามสั่งได้น้อยลง เป็นต้น

4. สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

Berger (1993) กล่าวว่าสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพการแพทย์นั้นมีประสิทธิภาพ ใฝ่ใจได้ และให้ความห่วงใยต่อผู้

ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยถ้าผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีความเชื่อถือแพทย์แล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งดีขึ้น (Gillum และ Barsky, 1974)

2. การประเมินประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วย

เป้าหมายหลักของการใช้ยารักษาโรคหอบหืด คือ การทำให้ผู้ป่วยมีอาการและการทำงานของปอดดีขึ้น และเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาน้อยที่สุด (Woolcock และคณะ, 1989; Kleerup และ Tashkin, 1995) ดังนั้นในการประเมินประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดจึงอาจประเมินได้จากผลการรักษาและความปลอดภัย จากการใช้ยา

1. ผลการรักษา ประเมินได้จาก

1.1 อาการทางคลินิกของผู้ป่วย โดยการซักถามอาการจากผู้ป่วย เช่น การไอ จำนวนครั้งการหอบในเวลากลางคืน เป็นต้น เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรค การประเมินโดยวิธีนี้ทำได้ง่ายที่สุด แต่ผลที่ได้อาจไม่ถูกต้อง

1.2 ระดับความเข้มข้นของยาในเลือด โดยดูว่าระดับความเข้มข้นของยาอยู่ในระดับที่ใช้รักษาหรือไม่ วิธีนี้ต้องใช้ในการเจาะเลือดจากผู้ป่วยถือว่าเป็น Invasive Technique มักใช้ในกรณีที่มีการใช้ยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ เช่น Theophylline เนื่องจากมีโอกาสเกิดพิษได้สูง

1.3 สมรรถภาพการทำงานของปอด เช่น การวัดปริมาตรลมหายใจออกในเวลาที่กำหนด (Forced expiratory volume) โดยใช้เครื่อง Spirometer หรือการวัดอัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออก (Peak expiratory flow rate) โดยใช้ Peak Flow Meter การประเมินโดยวิธีนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย

2. ความปลอดภัยจากการใช้ยา

อาจประเมินได้จากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือการเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง สามารถส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นหากสามารถป้องกัน หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้น้อยลง ความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug Related Problems) หมายถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรักษา ซึ่งมีผลโดยตรงหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดในผู้ป่วย ทางสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา (ASHP) ได้กำหนดประเภทของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาไว้ดังนี้ (Strand และคณะ, 1990)

1. การไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (Untreated Indications)
2. การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper Drug Selection)
3. การได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดในการรักษา (Subtherapeutic Dosage)
4. การได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป (Overdosage)
5. การไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Noncompliance)
6. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions)
7. การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug Interactions)
8. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Medication Use without Indication)

3. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่พบได้บ่อยมีอยู่ 3 ประการ คือ การไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัญหาการเกิดอันตรกิริยา

1. ปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่ง

เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหานี้ขึ้นได้มาก จนกล่าวได้ว่าปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งนี้เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้การรักษาล้มเหลว (Barnes และ Chung, 1989)

ลักษณะการไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยหอบหืดคือ การใช้ยาสูดพ่นผิดเทคนิค (Owens-Harrison, 1996) อาจเนื่องจาก การใช้ยาสูดพ่นมีวิธีและลำดับขั้นตอนการใช้เฉพาะที่ต้องอาศัยเทคนิคการใช้ที่ยุ่งยาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องได้ จากการศึกษาของ Toogood, 1994 (อ้างถึงใน Brock, 1995) พบว่า ในการใช้ยาสูดพ่นชนิด MDI (Metered Dose Inhaler) มียาเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถไปถึงปอดได้ แม้ว่าจะใช้ได้ถูกต้องทุกขั้นตอนก็ตาม ดังนั้นการใช้ยาสูดพ่นผิดเทคนิคจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอแก่การรักษาได้

ลักษณะการไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งที่พบได้มากอีกลักษณะหนึ่ง คือ การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ที่สำคัญคือ การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น ผู้ป่วยมักมีการใช้ยานี้มากกว่าที่แพทย์สั่งซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากมีรายงานว่าการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกในขณะนี้ (Kelly, 1993) ในทางตรงข้ามผู้ป่วยมักหยุดใช้ยาต้านการอักเสบชนิดสูดพ่นก่อนที่แพทย์จะสั่ง เนื่องจากการออกฤทธิ์ที่ช้าของยาทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาโดยไม่ทราบถึงความสำคัญของการใช้ยานี้ ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งได้เช่นกัน

2. ปัญหาการไม่ฟังประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาการไม่ฟังประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดนี้พบได้มากจากการใช้ยาขยายหลอดลม ซึ่งอาจจะพบได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น คอแห้ง จากการสูดพ่นยาขยายหลอดลม หรือ มีข้อสันนิษฐานจากการใช้ยาในกลุ่ม Beta - adrenergic agonist คลื่นไส้ ปวดท้องจากการใช้ยา Theophylline จนกระทั่งรุนแรงถึง ชัก และเสียชีวิตได้เมื่อได้รับ Theophylline

ในขนาดมากเกินไป เนื่องจากยานี้มีดัชนีการรักษาที่แคบ จึงต้องมีการตรวจวัดระดับยาในเลือด ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยานี้เป็นระยะๆ ด้วย

3. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาของยา

จากการที่ Theophylline มีดัชนีการรักษาที่แคบและการจัดยานี้จากร่างกายยัง ถูกกระทบจากภาวะของร่างกาย อาหาร และยาที่ใช้ร่วมกันด้วย (McFadden, 1991) ทำให้ผู้ป่วย โรคหอบหืดที่มีการใช้ยาหลายขนานมีแนวโน้มเกิดปัญหานี้ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการเกิด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามมาได้

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดแล้ว จะเห็นได้ว่าแนวทางหนึ่งที่จะสามารถเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดได้ คือ การติดตามดูแลและให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา

การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย หมายถึง การให้บริการคำแนะนำและข้อมูลทางยาแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากหรือเกี่ยวข้องกับยาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยายังหมายถึง การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกรด้วย (Kawahara, 1991)

เพื่อที่จะให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาด้วย ได้แก่ ขั้นตอนการให้คำแนะนำ กลวิธีการให้คำแนะนำ ข้อมูลที่ควรแนะนำ อุปสรรคในกระบวนการให้คำแนะนำ และ ลักษณะการให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพ

1. ขั้นตอนการให้คำแนะนำ

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาอาจแตกต่างกันไปตามสิ่งแวดล้อม และผู้ให้คำแนะนำ ASHP (1997) จึงได้กำหนดขั้นตอนหลักไว้ 4 ข้อ คือ

1. ขั้นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยการแนะนำตัวเองและบอกวัตถุประสงค์ของการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำด้วย
2. ขั้นการเก็บข้อมูล และประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย โดยการใช้คำถามเปิดในการสื่อสาร เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาได้อย่างถูกต้อง
3. ขั้นการให้คำแนะนำด้วยกลวิธีต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
4. ขั้นการติดตามผลของการให้คำแนะนำ และการทำบันทึกการให้คำแนะนำไว้

2. กลวิธีการให้คำปรึกษาแนะนำ

การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาจัดเป็นการสื่อสารชนิดหนึ่ง ซึ่งมีกลวิธีในการให้คำแนะนำได้ 4 วิธี คือ

1. การให้คำแนะนำด้วยวาจา (Verbal Instruction) เป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดเป็นการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพทอย่างหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสซักถามข้อสงสัย และเภสัชกรมีโอกาสดทสอบความเข้าใจของผู้ป่วยได้ (Bond และ Hussar, 1991) แต่ก็มีข้อเสียคือ เสียเวลา และผู้ป่วยอาจลืมข้อมูลที่ได้รับได้ (Balon, 1986)

2. การให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน (Written Instruction) เป็นการสื่อสารโดยใช้สื่อที่เป็นข้อเขียน เช่น ฉลากช่วย เอกสารแผ่นพับ หรือหนังสือคู่มือ มีข้อดี คือ มีความถูกต้องสูงและผู้ใช้สามารถนำกลับมาทบทวนได้เมื่อเวลาผ่านไป แต่มีข้อเสียที่เป็นการสื่อสารทางเดียวไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และมีการศึกษาพบว่า การให้คำแนะนำที่เป็นฉลากอาจถูกแปลความหมายผิดพลาดได้ถึงร้อยละ 9-64 (Muzzulo และ คณะ, 1974 อ้างถึงใน Harvey และ Plumridge, 1991)

3. การให้คำปรึกษาแนะนำด้วยวาจาและข้อเขียน(Verbal and Written Instruction) เป็นการให้คำแนะนำโดยใช้วิธีทั้งสองร่วมกัน การให้คำแนะนำด้วยวิธีนี้จึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลมากที่สุด (Kessler, 1991) และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบการให้คำแนะนำด้วยวิธีนี้ (Culbertson และ คณะ, 1988)

4. การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เช่น การอธิบายสาธิต การใช้วิดีโอหรือสไลด์ ในการให้คำแนะนำ วิธีนี้มีข้อดีที่ไม่ต้องเสียเวลาในการให้คำแนะนำที่ซ้ำๆกันแก่ผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งยังช่วยลดความเบื่อหน่ายให้กับผู้ป่วยที่นั้รอรับการรักษหากมีการให้คำแนะนำในขณะนั้น แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อเสียที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้สนใจฟังทุกคน

3. ข้อมูลในการให้คำแนะนำ

ในการพิจารณาให้ข้อมูลใดแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของเภสัชกรที่จะตัดสินใจว่าข้อมูลใดจะเหมาะสมต่อผู้ป่วยในแต่ละราย อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นแนวทางให้เภสัชกรในการให้คำแนะนำการใช้ยา ASHP(1997) จึงได้กำหนดข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยสรุปมีดังนี้

- ชื่อยา ชื่อย่อ ชื่อย่อการค้า วิธีเตรียมยา และวิธีการใช้
- ระยะเวลาที่คาดว่าจะเกิดผล และระยะเวลาที่ใช้รักษา
- อาการข้างเคียงและข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ
- ข้อควรระวังต่าง ๆ ระหว่างใช้ยา
- อันตรกิริยาของยาที่อาจเกิดขึ้นได้
- เทคนิคง่ายๆในการตรวจดูผลของยา
- การเก็บรักษา ยา หรือ การทำลายยาที่ถูกต้อง
- คำแนะนำพิเศษอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับยาหรือผู้ป่วย

4. อุปสรรคในกระบวนการให้คำแนะนำ

อุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ(Raisch, 1993; Foster และคณะ, 1995) คือ

1. ภาวะแวดล้อม ได้แก่ สถานที่และสิ่งแวดล้อมของการให้คำแนะนำ อุปสรรคชนิดนี้ที่พบได้มากที่สุด คือการขาดความเป็นส่วนตัวของสถานที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยที่จะปรึกษาหรือรับฟังคำแนะนำ

2. ตัวผู้ป่วย เช่น ปัญหาในเรื่อง ภาษา วัฒนธรรมความเชื่อ หักคนคติ ขาวรณม์ และความเจ็บป่วย อุปสรรคชนิดนี้ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยขาดความสนใจที่จะรับคำแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีการใช้ยามานาน มักไม่ค่อยให้ความสนใจที่จะรับคำแนะนำ

3. เภสัชกร เช่น ปัญหาในเรื่องของความรู้ หักคนคติ ความไม่สนใจของเภสัชกร เวลาภาระงานประจำ และเทคนิคการสื่อสาร อุปสรรคชนิดนี้ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การที่เภสัชกรไม่มีเวลาที่จะให้คำแนะนำ

5. การให้คำปรึกษาแนะนำการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการรวบรวมวรรณกรรมต่างๆ (Reeder,1989; Berger,1993; Leibowitz,1993; Fosterและคณะ,1995; DeYoung,1996)พบว่า การให้คำปรึกษาแนะนำการให้ยาที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะดังนี้

1. เภสัชกรต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการนี้ (Schommer และ Weiderholt,1994) เนื่องจากการให้บริการนี้เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา และความชำนาญ ในการวิเคราะห์ความต้องการในผู้ป่วยแต่ละรายและยังเป็นกิจกรรมที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการที่เภสัชกรมีทัศนคติที่ไม่ดีอาจทำให้การให้บริการนี้ไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. เภสัชกรต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไวใจที่จะปรึกษา

3. เภสัชกรควรมีการสื่อสารที่ดี ลักษณะการสื่อสารที่ดีควรมีดังนี้

- มีการใช้การสื่อสารสองทาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาด้วย
- มีการเลือกใช้คำถามเปิด และคำถามปิดอย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์
- มีการใช้การสื่อสารที่เป็นทั้งคำพูด (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ได้เป็นคำพูด (Nonverbal communication) อย่างเหมาะสม เช่น การแสดงความเอาใจใส่ หรือ การให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยโดยการมองสบตา และควรสังเกตและให้ความสำคัญต่อการสื่อสารที่ไม่ได้เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยแสดงออกมาด้วย เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย
- มีการใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางวิชาการ
- มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ
- ควรหลีกเลี่ยงการซักถามคำถามที่อาจก้ำก๋ายในเรื่องส่วนตัว

4. เกสัชกรควรมีความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และ ปัญหาของผู้ป่วย ในเรื่องโรคและการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

5. มีการเลือกใช้และปรับแต่งกลวิธีและข้อมูลที่ใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้ ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยนั้นๆ เนื่องจาก ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายแตกต่างกันไป ดังนั้นเกสัชกรจึงต้องวิเคราะห์ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและนำมาเป็นแนวทางในการเลือกและปรับแต่งกลวิธีการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยให้เหมาะสม

6. มีการติดตามและประเมินผลการให้คำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเกิดประโยชน์ตรงตามเป้าหมายการรักษา และควรมีการเก็บบันทึกผลการให้คำแนะนำไว้ในประวัติผู้ป่วยด้วย

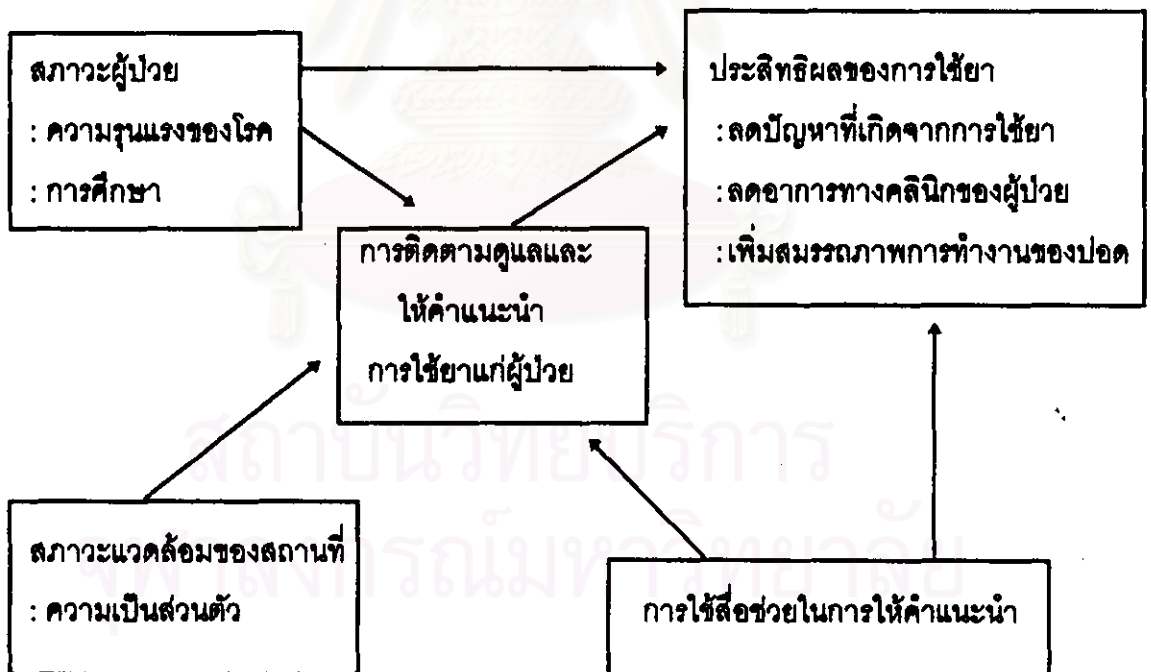
7. มีสภาวะแวดล้อมของการติดตามดูแลและให้คำแนะนำที่ดี เช่น สถานที่ที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรมีความสะอาดสงบ ปราศจากสิ่งกีดขวางหรือเสียงอึกทึก และมีสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและปลอดภัยที่จะปรึกษาปัญหา

8. มีการติดต่อร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย เป็นการให้บริการที่เป็นประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาการใช้จ่าย ดังเช่นผู้ป่วยโรคหอบหืด ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งหวังที่จะศึกษาถึงปัจจัยและภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายในผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับแต่งกลวิธีให้คำแนะนำการใช้จ่ายต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อที่จะทำให้การใช้นั้นเกิดประสิทธิผลดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

กรอบแนวความคิด

จากการที่ผู้ป่วยจะได้รับประสิทธิผลที่ดีจากการใช้จ่ายเมื่อได้รับการติดตามดูแลการใช้จ่ายที่ดี ดังนั้นจึงสามารถสรุปเป็นกรอบแนวความคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวความคิดของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. การติดตามดูแลและให้คำแนะนำการไช้ยาแก่ผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิผลของการไช้ยาในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
2. ความสามารถของเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนกลวิธีการให้คำแนะนำการไช้ยาแก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดประสิทธิผลของการไช้ยาในผู้ป่วย
3. ความร่วมมือของผู้ป่วยทำให้ประสิทธิผลของการไช้ยาในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย