



วารสาร ไทยไกลชัยนิพนธ์

ปีที่ 7 เดือนมกราคม – ธันวาคม 2555

บทความพิเศษวิชาการ สำหรับนักศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (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 ปัจจัยที่สำคัญคือการทำที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆมากมายทั้งการรักษาที่ไม่ได้ผล อาจมีอาการรุนแรงขึ้น หรืออาจมีการดื้อยาที่เกิดจากการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง การสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งทางตรง ได้แก่ การวัดปริมาณยาที่อยู่ในกระแสเลือด หรือทางอ้อมได้แก่ การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาที่ใช้ยา การวัดผลการรักษา การสัมภาษณ์ หรือการนับยาที่เหลือ โดยแต่ละวิธีนั้นจะมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย ยาและแบบแผนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นทำได้โดยการให้คำแนะนำทั้งในเรื่องโรคและการใช้ยา การปรับความเชื่อ การวางแผนการรักษาให้เหมาะสม ตลอดจนแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การที่เภสัชกรมีความเข้าใจในเรื่องความไม่ร่วมมือ

ในการใช้ยาจะช่วยป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ** ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา, การไม่ใช้ยาตามสั่ง, ความร่วมมือในการใช้ยา, การใช้ยาตามสั่ง

## บทนำ

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problem; DRP) ที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่เภสัชกรควรจะมีบทบาทในการแก้ไข<sup>1-2</sup> ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ เกิดความล้มเหลวในการรักษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ผลที่เกิดขึ้น วิธีการสืบหา การป้องกันและแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยที่เภสัชกรผู้สนใจจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายต่อไป

## ความหมายของ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence)

ความร่วมมือในการใช้ยา หรือ Medication adherence นั้น เป็นคำที่มีความหมายที่ในทางบวก หรือความหมายที่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับคำว่า การใช้ยาตามสั่ง หรือ medication compliance เช่นที่เคยใช้กันมา อีกคำหนึ่งที่มีใช้กันคือ “Medication concordance” ซึ่งเป็นคำที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของตัวเอง อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความหมายของคำทั้งสามยังมี ความหมายใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันได้<sup>3-4</sup> นอกจากคำที่ใช้ดังกล่าวแล้ว Chrisholm-Burns M. และ Spivey CA. (2008) ยังได้เสนอคำว่า Pharmacoadherence ซึ่งเป็นคำที่หมายถึงเฉพาะพฤติกรรมความร่วมมือที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนกับบุคลากรทางการแพทย์<sup>5</sup>

การไม่ใช้ยาตามสั่ง (Medication non compliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร เนื่องจาก คำว่า “ความร่วมมือในการใช้ยา” (Medication adherence) จะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามสั่ง” ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication non adherence) จึงหมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ที่แนะนำให้โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว<sup>3,6</sup>

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

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

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีผู้ทำการศึกษาถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 78<sup>3</sup> สาเหตุที่อัตราความร่วมมือในการใช้ยา มีความแตกต่างกันมากนี้ เนื่องจากในแต่ละการศึกษาใช้กลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน มีเกณฑ์การวัด หรือเครื่องมือที่ใช้ที่แตกต่างกัน<sup>3-4</sup>

จากการรวบรวมเอกสารต่างๆ<sup>6,10-11</sup> สรุปได้ว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆต่อไปนี้

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

การหยุดยาก่อนกำหนด นั้นพบได้เสมอในรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว ผู้ปกครองจะให้ผู้ป่วยเด็กจะหยุดยาก่อนกำหนด<sup>12</sup>

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

## ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำนั้น จะมีผลเสียเกิดขึ้นมากมาย<sup>3,4</sup> ซึ่งหากแบ่งตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้การรักษาผู้ป่วย (outcome of drug therapy) ตาม ECHO model ซึ่งเป็นแนวคิดของ Kozma และคณะ<sup>13</sup> จะแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ผลลัพธ์ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (Clinical Economic and Humanistic outcomes) ได้แก่

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

และ Wilson TE และคณะ<sup>15</sup> (2002) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้ร้อยละ 67.7 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้เพียงร้อยละ 56.3 จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้ระหว่างกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

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

มีรายงานสำรวจพบว่าผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานั้น มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 33-69 ที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่ควรเกิดขึ้นถึงประมาณ 100 พันล้านดอลลาร์ต่อปี<sup>3</sup>

**3. ผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (Humanistic outcomes)** เป็นผลที่ตามมาของโรคหรือผลการรักษาต่อสภาวะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือ คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นต้น

ในด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้การวิเคราะห์แผนการรักษาผิด แพทย์ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองเกิดความไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา การศึกษาของ Harris

LE และคณะ (1995) พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง<sup>16</sup>

ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ทั้งสุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective)<sup>17</sup> ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี น่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะดีด้วย<sup>4,12,18-19</sup>

### วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

การสืบหาว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป<sup>3,5-6,9</sup> 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<sup>3,20</sup> ซึ่งอาจทำให้การสรุปข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาคาดเคลื่อนจากความเป็นจริง นอกจากนี้ยังไม่สามารถทำได้ในยาทุกตัวเนื่องจากข้อจำกัดทางกระบวนการวิเคราะห์ ทั้งยังมีราคาแพงและผู้ป่วยอาจจะต้องเจ็บตัวจากการเจาะเลือด

#### 2. วิธีสืบหาทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาทางตรง ได้แก่

2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับ การตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นวิธีที่นิยมอีกวิธีหนึ่ง Zora JA. และคณะให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้จะน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูล

ที่ได้จากวิธีการที่ให้ผู้ป่วยจดบันทึกเอง<sup>21</sup> ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ยาที่ ผู้ป่วยนำมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ

2.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เพื่อบันทึกการยาที่ใช้ ตัวอย่าง ได้แก่ Nebulizer Chronolog ซึ่งเป็นอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กใช้ในการติดตามการใช้ยา พนของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่มีกลไกในการบันทึกเวลาและวันที่ผู้ป่วยใช้ยาไว้ด้วยความแม่นยำ จากการศึกษาของ Mawhinney และคณะ (1991) ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา<sup>22</sup> โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาทราบว่าตัวเองกำลังถูกศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะไม่ทราบถึง กลไกการทำงานของเครื่อง Nebulizer Chronolog ผลจากการศึกษาพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วย ใช้ยาถูกต้องตามสั่ง คิดเป็นร้อยละ 0 ถึง 77 ของจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องใช้ยา และเป็นที่น่าสังเกตว่า Nebulizer Chronolog สามารถวัดได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ทำกรปลดปล่อยยาออก จากภาชนะบรรจุถึงกว่า 10 ครั้งในเวลาเดียวกัน ซึ่ง Mawhinney และคณะให้ความเห็นว่า การที่ ผู้ป่วยพยายามจะปลดปล่อยยาออกมาในคราวเดียว เพื่อให้ผู้ศึกษาเข้าใจว่า เขาได้ใช้ยาตาม แพทย์สั่งแล้วทุกๆ 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)<sup>3</sup> ให้ความเห็นว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้ คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อ หน่าย ถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป<sup>23</sup>

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ดีที่สุดควรจะทำโดยการใช้หลายวิธี ร่วมกันเช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง ร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือ การ สัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้มีความแม่นยำที่สุด<sup>23</sup>

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

มีผู้สนใจทำการศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวได้แก่<sup>2-4,8-9,11,14,24-28</sup>

### 1. ภาวะความเจ็บป่วย

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงจะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่ต้องใช้ยาในเวลาสั้นๆ

### 2. ยาและแบบแผนการรักษา

1. คุณสมบัติของยาและลักษณะภาชนะบรรจุ เช่น ยาที่มีรส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือ หากผู้ป่วยซึ่งเป็นคนสูงอายุ ต้องใช้ยาที่บรรจุในภาชนะที่เปิดยาก เช่น ภาชนะที่เป็น Child Resistant Container อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดใช้ยาได้เอง ทำให้ไม่สามารถนำยาออกมาใช้ได้<sup>24</sup>

2. การที่ยามีราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจฐานะไม่ดี ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

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

4. อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ถ้ายาทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย หรือรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะสูง

### 3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์แล้วจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น<sup>3</sup> หากบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจให้ข้อมูลต่างๆ ทั้งในเรื่องสภาวะโรคแก่ผู้ป่วย แผนการรักษา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ความสัมพันธ์และความเป็นกันเองระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

### 4. ผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา และยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินผลการรักษาอีกด้วย หากผู้ป่วยเห็นว่าอาการของตนเองไม่ดีขึ้นจากการรักษา อาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ เศรษฐฐานะ มีผู้ศึกษา มากมายเพื่อหาข้อสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ อย่างไร ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกันตามกลุ่มประชากรและวิธีการสืบหา<sup>3,9-11,18,26</sup> ตัวอย่างเช่น มีการศึกษาที่พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสัมพันธ์กับปัจจัยเพศ ผู้หญิง (มารดาที่มีบุตรมาก) คนว่างงาน และมีรายได้ต่ำ<sup>11</sup> ส่วน Carballo E. และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คือ อายุ ระดับการศึกษา และ เศรษฐฐานะ<sup>27</sup>

2. ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ตนเองจะต้องใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการใช้ยา

3. ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยประสบภาวะความเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจะพยายามหาทางที่จะบรรเทาการป่วยโดยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ แต่เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยกลับไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เนื่องจากเชื่อว่าการใช้ยาต่อไป แสดงว่าตัวเองยังป่วยอยู่ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดที่ทุกฝ่ายต้องหาทางแก้ไข

ในการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยนั้น มีทฤษฎีทางสุขภาพที่ใช้มานาน คือ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งได้ถูก Rosenstock เผยแพร่ขึ้นมาในปี 1974<sup>29</sup> กล่าวโดยสรุปคือ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อาทิ ความร่วมมือในการใช้ยานั้น เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น การรับรู้ผลของโรคที่เกิดจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคจากการรักษา โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเชื่อหรือรับรู้ว่าการรักษาหรือการใช้ยาของตนนั้นมีประสิทธิภาพน้อย และตัวเองจะได้รับประโยชน์จากการใช้ยาน้อย หากเปรียบเทียบกับผลเสียหรือความไม่สะดวกที่จะเกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงจากการรักษา หรือค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสีย

### แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ถ้าพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะสามารถเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้<sup>3, 9, 30</sup> ดังนี้



## 1. ภาวะการเจ็บป่วย

การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะโรคที่เขาเป็นตามความเหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรับทราบความสำคัญของการรักษาและการใช้ยาเพื่อลดภาวะโรค จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

## 2. ยาและแบบแผนการรักษา

1. ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
2. ยาที่มีราคาสูง ควรจะต้องมีกลไกพิจารณาดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถมีค่าใช้จ่ายโดยสะดวก อาจจะเป็นรูปแบบของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ การมีระบบประกันสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจที่ไม่ดี สามารถมีค่าใช้จ่ายได้ตามความเหมาะสม
3. การปรับแบบแผนการใช้ยาให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น เลือกลงชื่อยาน้อยขนาด และ/หรือให้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยาให้สะดวกขึ้น

## 3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและควรวางแผนจัดระบบวันนัด อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือการรักษา การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจซักถามแม้เพียงเล็กน้อยกับผู้ปกครองหรือผู้ป่วย เช่น ถามถึงความถี่ ความรุนแรงของอาการ ผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงความเข้าใจในปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในตัวเอง และเพิ่มความพึงพอใจของตัวผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำและปรึกษา ให้ความรู้รวมไปถึงกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น<sup>30, 32-34</sup>

## 4. ผู้ป่วย

1. กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความจำไม่ดี ควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ปฏิทินแสดงวันที่ต้องชื่อยา กล้องหรือตลับบรรจุยาที่จัดเตรียมเป็นพิเศษ หรือ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการอ่านฉลากยา ควรมีการจัดทำฉลากยาที่ทำเป็นตัวอักษรใหญ่เป็นพิเศษ หรือเป็นรูปภาพ
2. การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

### 3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดย

- การแนะนำและปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ยอมรับการรักษา ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)<sup>29</sup> เน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาและการรักษา พร้อมให้คำแนะนำถึงวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะมีอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนั้น หลีกเลี่ยงและจัดการได้

- การเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง เช่น Self management program ซึ่งโดยหลักการจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง รู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆ อย่างไร โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้โดยผ่านการอภิปรายปัญหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งผลจากโครงการดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนที่เรียนรู้จากโครงการนี้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมอาการของโรคได้<sup>31</sup>

### บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เภสัชกร เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยา เพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ และเภสัชกรเองยังสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้<sup>32-34</sup> โดยการประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาควรจะดำเนินการหลายวิธีร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ คำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยเองและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เตือนความจำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นต้น

Osterberg L และ Blaschke T (2005)<sup>3</sup> เสนอแนวทางการแนะนำ หรือให้คำปรึกษา เพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรสามารถนำมาใช้ดัดแปลงกับผู้ป่วยได้ ดังนี้

1. ค้นหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากตัวบ่งชี้ต่างๆ ได้แก่ การไม่มารับยาตามนัด เมื่อพบผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเช่นมีค่า HBA1C ขึ้นสูง ควรสืบค้นว่า ตัวบ่งชี้ที่พบนี้เกิดจาก ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่<sup>3</sup> โดยการสืบค้นเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่จะส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความทำด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจไม่ใช่การจับผิด

2. เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของการรักษาและความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและแบบแผนการรักษา รวมทั้งสภาวะโรค ด้วยเนื้อหาและรูปแบบการให้ข้อมูลที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
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 เกสัชกรควรมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการรักษา 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 pharmaco-economic 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 รับประทานครั้งละ 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. ในกรณีใดต่อไป นี้ ที่แสดงได้ชัดเจนที่สุดว่า ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา
  - 1) ผู้ป่วยยอมรับเองว่าไม่กินยา
  - 2) ผู้ป่วยมีค่า HBA1C สูงขึ้น
  - 3) ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาลตามนัด
  - 4) ผู้ป่วยมีอาการแยลง
  - 5) ผู้ป่วยมียาเหลือ
7. จากปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคใดต่อไป นี้ 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 ฉีดวัคซีนน่าจะดี
  - 4) ไม่มีเงินซื้อยามากิน
  - 5) กินยานี้ที่ไร ไซ้ขึ้นทุกที สงสัยแพ้ยา
10. ข้อใดต่อไป นี้ ที่สามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ได้
  - 1) การปรับขนาด และ รูปแบบยา ให้สะดวกแก่การใช้
  - 2) การใช้ปฏิทิน หรืออุปกรณ์ ช่วยเตือนความจำเมื่อต้องใช้ยา
  - 3) การพูดคุยซักถามอาการเจ็บป่วย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรักษา



- 4) การกระตุ้นผู้ป่วยให้เห็นประโยชน์หรือคุณค่าของการรักษา
- 5) ถูกทุกข้อ

