

รายงานผลกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เรื่อง

“Medication Adherence: from Theory to Research”

“ความร่วมมือในการใช้ยา: จากทฤษฎี สู่งานวิจัย”



ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จัดทำโดย คณะกรรมการจัดการความรู้ประจำภาควิชา





คำนำ

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมในการรับประทานยา ที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ (World Health Organization, 2003) การรักษาจะได้ผลดีหรือไม่นั้น ปัจจัยที่สำคัญคือการใช้ยาของผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆมากมายทั้งการรักษาที่ไม่ได้ผล อาจมีอาการรุนแรงขึ้น หรืออาจมีการดื้อยาที่เกิดจากการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง การสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย มีการศึกษาและพยายามค้นคว้า ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคปอดต่างๆ การดูแลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญ เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ รวมถึงลดความเสี่ยง ลดผลการกระทบของความเสียหายต่อผู้รับบริการ การจัดการความรู้ (Knowledge management) ถือเป็นกระบวนการหนึ่งในการรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ และแนวทางในการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา โดยภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระบบต่างๆ มีประสบการณ์ในการดูแลและการวิจัยโดยตรง การกำหนดการจัดการความรู้ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นสิ่งยังไม่ได้มีการบันทึกให้เห็นเป็นระบบ เพื่อถ่ายทอดให้บุคลากรอื่นๆ ในภาควิชา สามารถนำไปต่อยอด พัฒนาเป็นแนวทางในการปรับปรุงใช้ในการเรียนการสอน การบริการวิชาการ รวมถึงการวิจัย

คณะกรรมการด้านการจัดการความรู้ของภาควิชาฯ จึงวางแผนจัดกิจกรรม จัดทำคลังความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ในปี ๒๕๕๘- ๒๕๕๙ ในหัวข้อเกี่ยวกับ “ความร่วมมือในการใช้ยา: จากทฤษฎี สู่งานวิจัย” เพื่อให้บุคลากรในภาควิชาฯ ได้มีโอกาสในการถ่ายทอดความรู้ เก็บบันทึกเป็นคลังความรู้ของภาควิชาฯ และมีการพัฒนา ต่อยอด นำไปใช้แก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น

คณะกรรมการด้านการจัดการความรู้
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



สารบัญ

	หน้า
1. Medication adherence: ความร่วมมือในการใช้ยา	1
2. Medication Adherence: Research and intervention	7



โครงการการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

เรื่อง “ความร่วมมือในการใช้ยา: จากทฤษฎี สู่งานวิจัย”

ในหัวข้อ “Medication adherence: ความร่วมมือในการใช้ยา”

วันพุธที่ 20 เมษายน 2559 เวลา 12.30 -13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

รศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ

ผศ.ดร.วิษชุดา เจริญกิจการ

วิทยาการ

อาจารย์ปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์ผู้ลิขิต

ทฤษฎีและแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Medication adherence หมายถึง พฤติกรรมในการรับประทานยา ที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ (World Health Organization, 2003) ความร่วมมือในการใช้ยา/ “การเกาะติดยา” นั้นมีคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน ได้แก่ medication adherence, medication compliance, และ medication concordance (Horne, 2006) อย่างไรก็ตามทั้งสามคำสามารถใช้แทนกันได้ (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003) แต่ปัจจุบันนิยมใช้คำว่า adherence เนื่องจากมีความหมายทางบวก แสดงถึงบทบาทของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมต่อแผนการรักษาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยจะไม่ได้เป็นฝ่ายที่รอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเท่านั้น

โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาครอบคลุมถึง การไม่ใช้ยามากเกินหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ทั้งขนาด และจำนวนครั้ง รวมถึงต้องไม่มีพฤติกรรมการหยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง การไม่ใช้ยา การใช้ยาผิดเทคนิค การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการไม่มาตามนัด ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

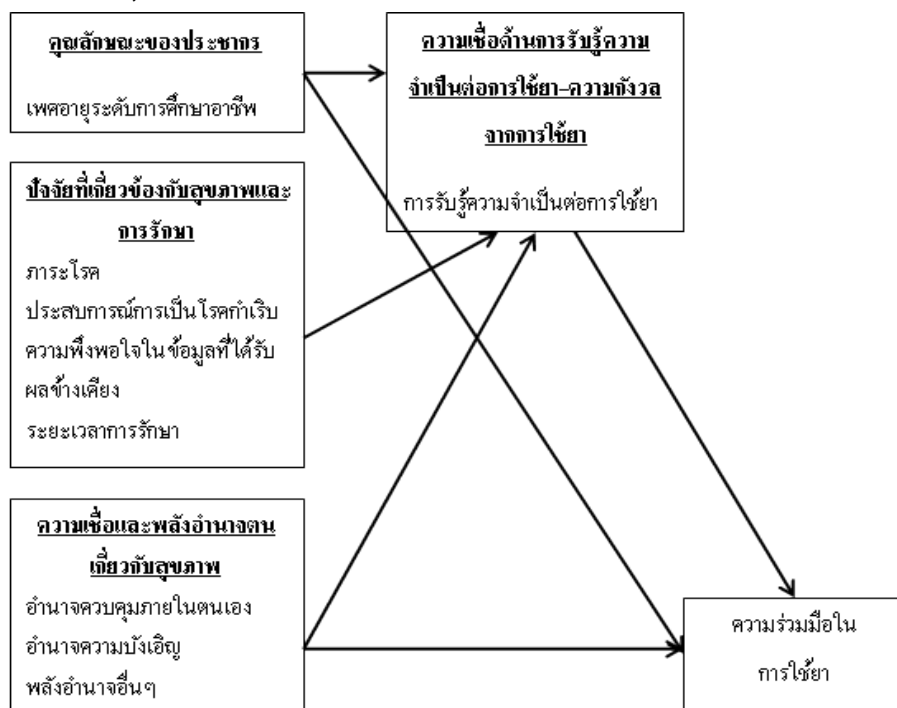
จากการเก็บข้อมูลที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนพฤศจิกายน – กุมภาพันธ์ 2558 จากผู้ป่วยจำนวน 83 ราย พบปัญหาจากการใช้ยา โดยเรียงลำดับจากปัญหาที่พบมากที่สุดดังแสดงในตาราง

ปัญหาการใช้ยา	จำนวน (คน)
ลืมรับประทานยา	6
- สาเหตุจากไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อนั้น	
- ยุ่งกับงานประจำที่ทำ	
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพราะคิดว่าหายแล้ว ไม่มีอาการ	5
รับประทานยาหม้อ หรือยาสมุนไพร	4



ปัญหาการใช้ยา	จำนวน (คน)
รับประทานยาไม่ตรงเวลา	3
ลืมรับประทานยา และควบยาในมือถัดไป	2
ซื้อยามารับประทานเอง	2
รับประทานยาซ้ำ เนื่องจากลืมนำรับประทานยาไปแล้วหรือยัง	1
รับประทานยาเม็ดเกิน dose ที่แพทย์สั่ง เนื่องจากไม่มีที่แบ่งยา	1
ปรับขนาดยาความดันเอง	1
ยาหมดก่อนวันนัด	1
ฉีดอินซูลินผิดวิธี โดยฉีดซ้ำที่เดิมจนเป็นไตแข็ง	1
เก็บยาอินซูลินผิดวิธี โดยเก็บที่ประตูเย็นที่มีอุณหภูมิไม่คงที่	1

ทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบาย medication adherence มีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎี Balanced Adherence Influenced Treatment and Locus of Control factors (BATLoC Model) ของ Berglund และคณะ (2013) พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา statin โดยมีการเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังแสดงในกรอบแนวคิดต่อไปนี้

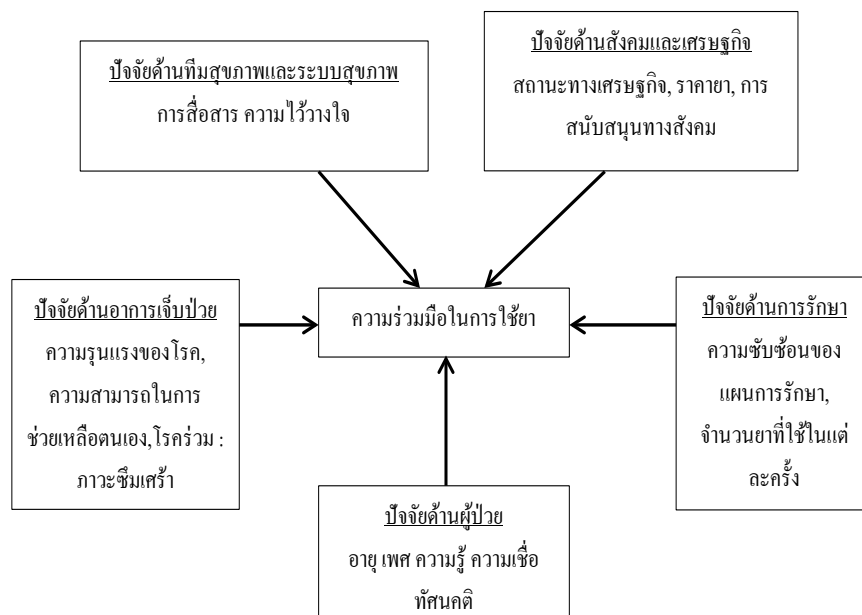


แนวคิดต่อไปที่เกี่ยวข้องกับ adherence ต่อการใช้ยา คือ แนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา-ความกังวลจากการใช้ยาของ Horne (Horne, 1997) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการใช้สามัญสำนึกในการกำกับ



ตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (The common sense model of self-regulatory model of health and illness) ของ Leventhal และคณะ (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) โดยที่ Horne มองว่า บุคคลหรือผู้ป่วยจะกำกับตนเองให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยานั้น นอกจากความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้วยังเกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาอีกด้วย (Treatment beliefs or representative of treatments) ซึ่งการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาและความกังวลจากการใช้ยาถือเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของ Horne ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Horne, 1997) โดยความกังวลจากการใช้ยาเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการไม่พึงประสงค์ ผลจากยาที่รบกวนชีวิตประจำวัน และกังวลใจกับการพึ่งพายาหรือมียาสะสมภายในร่างกายมากเกินไป ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงข้อเสียจากการใช้ยา (Horne, 2003) โดยความเชื่อดังกล่าวจะส่งผลต่อการปรับตัวหรือวางแผนแสดงพฤติกรรมที่จะร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรักษา (Horne, 1997) หากผู้ป่วยเชื่อว่ายานั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วยจะปฏิเสธการใช้ยาหรือร่วมมือในการใช้ยาลดลง (Unni et al., 2013) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความกังวลจากการใช้ยาสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phatak & Thomas, 2006)

ก่อนหน้านี้เชื่อกันว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่เข้าใจผิด เพราะปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นเพียงมิติหนึ่งเท่านั้น (World Health Organization, 2003) ดังแสดงในรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) โดย WHO รวบรวมปัจจัยที่หลากหลายที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคหืด โรคเมะเร็ง โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอ็ดส์ โรคความดันโลหิตสูง และวัณโรค ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นปัจจัยที่มีความหลากหลายมิติ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย 3) ปัจจัยด้านการรักษา 4) ปัจจัยด้านที่มสุขภาพและระบบสุขภาพ 5) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (World Health Organization, 2003) โดยที่อธิบายความหลากหลายมิติที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยา ซึ่งแสดงในแผนภาพ ดังนี้





เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านมะเร็งต่อเนื่อง (Common reasons for non-adherence to oral anti-cancer drugs)

1. การลืมรับประทานยา (Forgetfulness)
2. พยายามหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยา (Attempt to avoid side effects)
3. มีตารางการรักษาที่ซับซ้อน (Complex treatment schedule)
4. ต้องรับประทานยาหลายครั้งต่อวัน (Several daily medications)
5. เข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา (Misunderstanding of drug instructions)
6. ยามีราคาแพง (High drug cost)
7. รู้สึกเบื่อหน่าย/อ่อนล้าต่อการรักษา (Treatment fatigue)
8. เข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษา (Misunderstanding of treatment)
9. ขาดความเชื่อมั่นต่อแผนการรักษา (Lack of confidence in the treatment)
10. รู้สึกว่าอาการตนเองดีขึ้นและสามารถที่จะหยุดยาได้ (Feeling well enough to skip doses)
11. มีความเจ็บป่วยหรือภาวะอื่นๆ ร่วมด้วย (Presence of other illnesses or conditions)
12. มีภาวะซึมเศร้า (Depression)
13. มีความบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive impairment)
14. ความยากในการบริหารยา เช่น บรรจุก้อนที่ที่เปิดยาก สายตาไม่ดี กลืนยาลำบาก เป็นต้น
(Functional difficulties (inability to open drug containers, poor vision, difficulty swallowing))
15. การติดตามการรักษาไม่เหมาะสม (Inadequate follow-up with health care team)

ที่มา: http://www.patientresource.com/Medication_Adherence_Important_Issues.aspx

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อ Medication adherence ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าคือความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา (concern about side effect) ซึ่งเมื่อมีความกังวลมาก ส่งผลให้ความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดลง ตรงกันข้ามกับงานวิจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่าความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาไม่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยา ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลคือความเชื่อเรื่องการรับรู้ต่อความจำเป็นในการรับประทานยา

จากข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านมะเร็งต่อเนื่อง และข้อมูลจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น กล่าวถึงเหตุผลหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกับการไม่รับประทานยา นั่นคือ เรื่องของการลืม และความเชื่อ ในประเด็นของความเชื่อนั้นเป็นเรื่องที่ปรับเปลี่ยนค่อนข้างยาก ดังนั้นจึงมีการคิดนวัตกรรมขึ้นมาเพื่อช่วยแก้ปัญหาการลืมกินยา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะแก้ไขได้มากกว่า ได้แก่ การใช้โมบายแอปพลิเคชัน โดยเริ่มทำในผู้ป่วยที่มี smart phone โหลดแอปพลิเคชันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในแอปพลิเคชันจะประกอบด้วย 1. การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับชนิดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ได้แก่ ข้อบ่งใช้ ผลข้างเคียง วิธีการรับประทาน 2. การเสริมแรงจิตใจ เมื่อมีการสรุปผลการรับประทานยาในแต่ละสัปดาห์



หากผู้ป่วยทำได้สม่ำเสมอก็จะมีข้อความชื่นชม แต่หากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์ ก็จะมีข้อความกระตุ้น และให้กำลังใจในการปฏิบัติให้ดีขึ้น 3. การพัฒนาทักษะ ได้แก่ มีการเตือนให้รับประทานยา บันทึก และ ติดตามผล

จะเห็นได้ว่าจากทฤษฎี รวมถึงผลจากงานวิจัยและการสำรวจข้อมูลต่างๆ พบว่ามีหลากหลาย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการที่จะพัฒนา นวัตกรรม หรือรูปแบบการดูแลที่จะช่วยแก้ปัญหานี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง





การประเมินผลการเสวนาก่อนการประชุมภาควิชาชีพ

เรื่อง “Medication Adherence”

โดย รศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ ผศ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ
วันพุธที่ 20 เมษายน 2559 เวลา 12.30 - 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสวนา (ผู้เข้าร่วมจำนวน 18 คน ส่งใบประเมิน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1) วิทยากรสามารถรวบรวมความรู้ได้ชัดเจน	14 (100 %)		
2) วิทยากรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	14 (100 %)		
3) เสียงพูดชัดเจน	13 (92.86 %)	1 (7.14 %)	
4) สามารถตอบข้อซักถามได้ชัดเจน	13 (92.86 %)	1 (7.14 %)	
5) รูปแบบ และวิธีการนำเสนอน่าสนใจ	13 (92.86 %)	1 (7.14 %)	
6) หัวข้อน่าสนใจ	14 (100 %)		
7) เนื้อหาน่าสนใจ	14 (100 %)		
8) มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้	14 (100 %)		

2. โดยสรุป ท่านเห็นว่าการเสวนาครั้งนี้อยู่ในระดับ

- ดีมาก 10 คน (71.43 %) ดี 4 คน (28.57 %) ปานกลาง
 ควรปรับปรุงแก้ไข(ไปรตระบุ) ไม่ตอบ

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ไม่มี

ผู้เข้าร่วมการเสวนา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ	10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี โตสุขศรี
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ	11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุคตศุทธ
3. รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรภมล	12. อาจารย์ ดร.ครินทร์ ศรีประสงค์
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	13. อาจารย์นาตยา รัตน์อัมภา
5. รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช	14. ผู้ช่วยอาจารย์ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา	15. ผู้ช่วยอาจารย์ปวีตรา จริยสกุลวงศ์
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิจิตรา เล็กดำรงกุล	16. ผู้ช่วยอาจารย์ปิยะณัฐ อมรชีวานันท์
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรธนิภา สืบสุข	17. ผู้ช่วยอาจารย์ณัญญา ประหา
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนาภรณ์ คงคา	18. อาจารย์ ดร.วารุณี พลิกบัว



โครงการการจัดการความรู้ของภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
เรื่อง “ความร่วมมือในการใช้ยา: จากทฤษฎี สู่งานวิจัย”

หัวข้อ “Medication Adherence: Research and intervention”

วันพุธที่ 18 พฤษภาคม 2559 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

รศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล

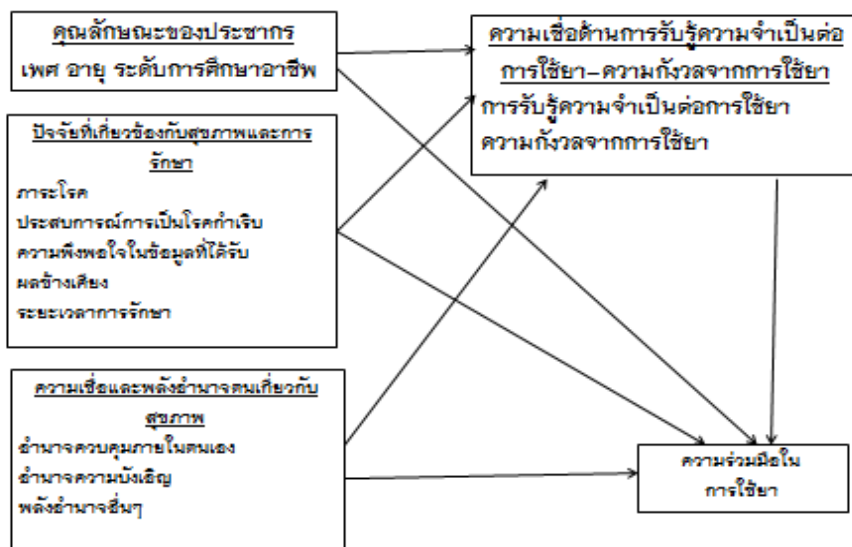
รศ.ดร.อรอมน ศรียุคตศุทธ และ ผศ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ วิทยากร

อาจารย์ณัฏยา ประหา ผู้ลิขิต

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ Medication adherence: Research and intervention ในวันพุธที่ 18 พฤษภาคม 2559 โดยมีรศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล รศ.ดร.อรอมน ศรียุคตศุทธ และ ผศ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ เป็นวิทยากรและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

จากกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งที่แล้วได้อธิบายถึงแนวคิด/ทฤษฎี ต่างๆ ที่อธิบาย ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จนนำไปสู่งานวิจัยและนวัตกรรมในการสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ประกอบไปด้วยงานวิจัยและนวัตกรรม 5 งานวิจัย ดังนี้

1.อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อลิษา วิริยะโชติ และคณะ, 2558) โดยใช้ BATLoC Model ในการแสดงถึงอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปรพื้นฐาน ตัวแปรสื่อหน้าและตัวแปรตาม (Berglund, Lytsy, & Westerling, 2013) ดังแผนภาพ





โดยมีเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ามาในการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกอยู่ในระยะสงบ ไม่มีภาวะโรคกำเริบหรือการเปลี่ยนแปลงของอาการในระบบทางเดินหายใจ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก ปริมาณหรือสีของเสมหะไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมและไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างน้อย 4 สัปดาห์

2. ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ (เป็นยาชนิดสูดที่มีส่วนผสมของยาขยายหลอดลมและยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ใช้ป้องกันอาการหอบเหนื่อยและอาการกำเริบ) อย่างน้อย 6 เดือน

การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) และในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Medication Adherence Report Scale, MARS) พัฒนาโดย Horne และ Hankins (2002)

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Beliefs about Medicines Questionnaire-Specific, BMQ-S) พัฒนาโดย Horne และคณะ (1999)

3. แบบสอบถามความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษา (Satisfaction of Treatment Explanation Questionnaire) พัฒนาโดย Lytsy และ Westerling (2007)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 73.16 ปี (Max = 98, Min = 48, Mean = 73.16, S.D. = 10.14) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ มีอาการปากแห้ง (ร้อยละ 50) รองลงมามีอาการเสียงแหบ (ร้อยละ 31.5) และมีลิ้นเป็นฝ้า (ร้อยละ 29.6)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.7) รับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาอยู่ในระดับสูง มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.2 มีความกังวลจากการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 7.5 ที่มีความกังวลจากการใช้ยาอยู่ในระดับสูง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 61.7 (M= 4.88, SD= 0.15)

จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีสองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความกังวลจากการใช้ยา (p= .02) และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบ (p= .04) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 14.7 ($R^2 = .147$) อย่างไรก็ตามนอกจากปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุของกลุ่มตัวอย่าง หรือการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการรักษาเป็นอย่างดี หรืออาจมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ แต่มี



อิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรความร่วมมือในการใช้ยาได้เพียงร้อยละ 14.7

2. อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ผลข้างเคียง และระยะเวลาการรักษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยผู้ใหญโรคหืด (ฉัตรสุรางค์ ขำรักษ์ และคณะ, 2558) การศึกษานี้ใช้ BATLoC Model เหมือนการศึกษาข้างต้น ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด จำนวน 120 ราย ใช้แบบสอบถามคล้ายกับการศึกษาข้างต้น แต่แตกต่างกันที่แบบสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Inhaled Corticosteroids Questionnaire–Shortened version, ICQ–S) ที่พัฒนาโดย Foster และคณะ (2014)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.8) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.92 ปี (Max = 60, Min = 18, Mean = 48.92, S.D. = 9.86) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ต้องการดื่มน้ำ (เพราะปากแห้ง) (M= 1.33, SD= 1.45) ลำคอไม่โล่ง (M= 0.75, SD= 1.28) และรสชาติในปากของท่านสุดจะประมาณ (M= 0.74, SD= 1.10)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.3 รับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในระดับสูง มีเพียงร้อยละ 8.3 ที่รับรู้ความจำเป็นในระดับต่ำ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.5 มีความกังวลจากการใช้ยาในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 10 ที่มีความกังวลจากการใช้ยาอยู่ในระดับสูง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยผู้ใหญโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) มีความร่วมมือในการใช้ยา (M= 4.81, SD= 0.15)

จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ผลข้างเคียง และระยะเวลาการรักษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยผู้ใหญโรคหืด พบว่า ความกังวลจากการใช้ยา เป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยผู้ใหญโรคหืด ($p = .01$) และตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 14.2 ($R^2 = .142$)

3. ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (นนทิยา แสงทรงฤทธิ์ และคณะ, 2558) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 75 ราย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.3 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 60.75 ± 10.08 ปี โดยรับรู้ว่าความเจ็บป่วยเป็นภาวะคุกคาม มีความเชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรค (Mean = 22.09) มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Mean = 24.25) และพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ



22.6 ($R^2 = 22.6$, $p < .05$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .415$, $p < .05$) รองลงมา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย ($\beta = -.293$, $p < .05$)

4. งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการใช้ยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาจับฟอสเฟต เช่น ยามีรสฝืด (ผู้ป่วยต้องเคี้ยวยาก่อนกลืน) ผู้ป่วยไม่มีฟัน หรือลืมรับประทานยาเมื่อออกไปนอกบ้าน จึงนำไปสู่งานวิจัยเชิงทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟต ซึ่งการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด การให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจและพัฒนาทักษะเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Information Motivation and Behavioral skills : IMB Model) ที่พัฒนาโดย Fisher & Fisher (1992) โดยผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จะต้องได้รับข้อมูล ได้รับการกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจ รวมทั้งผู้ป่วยต้องมีทักษะการในปฏิบัติ จึงจะส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งรูปแบบการทดลองจะให้ความรู้ ควบคู่กับให้คู่มือการรับประทานยา และให้การเสริมแรง โดยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการรับประทานยาทั้งสองกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดี ระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะเวลาในการวัดระดับฟอสเฟตอาจจะสั้นไป คือใช้เวลา 3 เดือน

5. ผลของโมบายแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การศึกษานี้ใช้แนวคิด การให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Information Motivation and Behavioral skills : IMB Model) พัฒนาโดย Fisher & Fisher (1992) ดังแผนภาพ

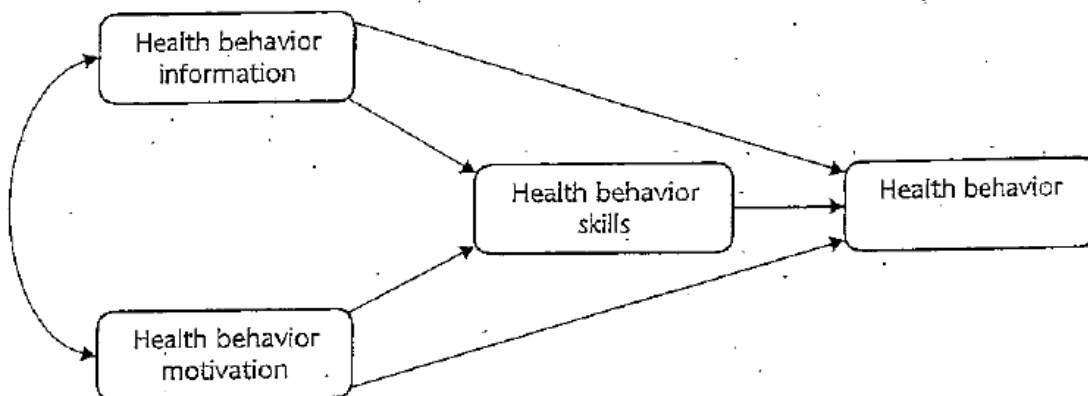


Figure 4.1 The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of health behavior.

From J. D. Fisher and W. A. Fisher (1992). Changing AIDS risk behavior.

Psychological Bulletin, 111, 455-74. Copyright by APA. Reprinted with permission.



เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. สมุดความรู้เรื่องยารักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ที่ทำการวิจัยออกแบบขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย โรค ความสำคัญของการรักษาโดยการใช้ยา กลุ่มยาที่ใช้ (ข้อบ่งชี้ วิธีใช้ ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของยา) และข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยา

2. โมบายแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ในระบบปฏิบัติการ Android เนื่องจากมีผู้ใช้งานจำนวนมาก โดยแอปพลิเคชันจะประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ฐานข้อมูล (Database) เว็บแอปพลิเคชัน (Web Application) และโมบายแอปพลิเคชัน (Mobile Application)

วิธีดำเนินการ พยาบาลจะกรอกข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา ลงในแอปพลิเคชันให้ผู้ป่วย สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา ข้อมูลยาแต่ละตัว ผลข้างเคียงของยา และระบบจะรายงานความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นร้อยละออกมาทุกสัปดาห์ ช่วยให้สามารถติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้

นอกเหนือจากงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีงานวิจัยที่อยู่ในระหว่างการดำเนินการอีกประมาณ 4-5 เรื่อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเด็นของ Medication Adherence ในปัจจุบันเป็นประเด็นที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง





การประเมินผลการเสวนาก่อนการประชุมภาควิชาชีพ
เรื่อง “Medication adherence: Research and intervention”
โดย รศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
รศ.ดร.อรวมน ศรียุกต์ศุฑุท และ ผศ.ดร.วิชชดา เจริญกิจการ
วันพุธที่ 18 พฤษภาคม 2559 เวลา 12.30 – 13.30 น. ณ ห้องประชุม 901

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสวนา (ผู้เข้าร่วมจำนวน 18 คน ส่งใบประเมิน 17 คน)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1) วิทยากรสามารถรวบรวมความรู้ได้ชัดเจน	17 (100 %)		
2) วิทยากรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	17 (100 %)		
3) เสียงพูดชัดเจน	17 (100 %)		
4) สามารถตอบข้อซักถามได้ชัดเจน	16 (94.11 %)	1 (5.89 %)	
5) รูปแบบ และวิธีการนำเสนอน่าสนใจ	13 (76.47 %)	4 (23.53 %)	
6) หัวข้อน่าสนใจ	17 (100 %)		
7) เนื้อหาน่าสนใจ	17 (100 %)		
8) มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้	14 (82.35 %)	3 (17.65 %)	

2. โดยสรุป ท่านเห็นว่าการเสวนาครั้งนี้อยู่ในระดับ

- ดีมาก 12 คน (70.58 %) ดี 5 คน (29.42 %) ปานกลาง
 ควรปรับปรุงแก้ไข(โปรดระบุ) ไม่ตอบ

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ไม่มี

ผู้เข้าร่วมการเสวนา

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชชดา เจริญกิจการ | 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัจฉริยา พ่วงแก้ว |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | 11. รองศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุกต์ศุฑุท |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกมล | 12. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | 13. อาจารย์ธนิษฐา สมัย |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมานิช | 14. อาจารย์นันทยา รัตนอัมภา |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรณิภา สืบสุข | 15. ผู้ช่วยอาจารย์ปิโยรส เกษตรกาลาม์ |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนภรณ์ คงคา | 16. ผู้ช่วยอาจารย์ปิยะณัฐ อมรชิวานันท์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี ไตสุขศรี | 17. ผู้ช่วยอาจารย์ณัฐยา ประหา |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา ไชลิตะมงคล | 18. อาจารย์ ดร.วารุณี พลิกบัว |

