

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
ของผู้ป่วยสูงอายุคลินิกเบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

ของ

ชื่อ นางกมลวรรณ ทองดีแท้

ตำแหน่ง เกสัชกร ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 2181

กลุ่มสนับสนุนบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

กรมอนามัย

เพื่อขออนุมัติตัวบุคคลให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง
สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ

สารบัญ

	หน้า
(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	
- บทคัดย่อ	1
- บทนำ	1
- วัตถุประสงค์	3
- วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน	4
- ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา	5
- การนำไปใช้ประโยชน์	11
- ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค	12
- ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์	12
- กิตติกรรมประกาศ	13
- บรรณานุกรม	14
(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	
- หลักการและเหตุผล	16
- บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ	16
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ	17
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ	17
ภาคผนวก	18

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุคลินิก เบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤษภาคม 2555 - 31 พฤษภาคม 2556
3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 100 %
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน -
5. บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อความร่วมมือในการใช้ยา ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2555 กลุ่มตัวอย่าง 31 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยมีการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง หลังสัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับเรื่องยาและโรค ร่วมกับเอกสารประกอบ และภาชนะพิเศษบรรจุยา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 87 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7 ปี และได้รับยาโดยเฉลี่ย 5 รายการต่อคน จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการการใช้ยาของผู้ป่วยหลังการติดตามครั้งที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยชนิดของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง รองลงมาคือใช้ยาในเวลาที่ไม่ตรงตามแพทย์สั่ง ในการติดตามครั้งที่ 2 พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) และผู้ป่วยทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาของผู้วิจัย เอกสารประกอบที่ได้รับ และภาชนะพิเศษบรรจุยา ผลการรักษา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา ทั้งนี้ยังคงมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ดังนั้น การให้คำปรึกษารายบุคคลช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

6. บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งการรักษานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การเลือกใช้ยา และการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย ในแง่ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับ การวินิจฉัยโรคและได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาแล้วย่อมไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา¹ และยังก่อให้เกิดผลเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การรักษาไม่ได้ผลหรืออาจเกิดความไม่ถูกต้องในการประเมินผลการรักษา เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยา เกิดการตี้อยา เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการใช้ยา^{2, 3}

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูง⁴ และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศที่สูงขึ้นตามลำดับ ในประเทศไทยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 7.22, 9.19, 11.36 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ.2533, 2543, 2553 ตามลำดับ และคาดว่าในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด⁵ เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพไปตามธรรมชาติ มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางสรีรวิทยาและจิตใจซึ่งมีผลต่อการใช้ยา⁶ ความต้านทานโรคน้อยลง มีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นสูง มีโรคประจำตัวหลายโรคและได้รับการรักษาโดยแพทย์หลายท่าน ทำให้เกิดแนวโน้มที่จะได้รับยาหลายชนิด และปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยเหล่านี้มีการใช้ยาเป็นระยะเวลาานานทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง กลุ่มโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น⁷ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ปัญหาการลืม การไม่ได้รับคำแนะนำในด้านยาและโรคแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในแบบแผนการรักษา ความผิดปกติของการมองเห็นหรือการได้ยินและความไม่สามารถจำข้อมูลที่ได้รับได้จากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น²

แม้ว่าผู้ป่วยทั่วไปและผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา แต่ก็ได้มีการศึกษาถึงกลวิธีในการแก้ไขปัญหานั้น โดยที่ในปี พ.ศ. 2540 สุภารัตน์ ปัญญาปัดโชโต⁸ ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคหอบหืดในโรงพยาบาลตำรวจโดยการให้คำปรึกษาดูตามผลการให้คำปรึกษาในผู้ป่วย 25 คน พบว่าผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษามีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 19 ปัญหา และหลังจากมีการให้คำปรึกษามีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงเหลือ 5 ปัญหา และในปีต่อมา วันจันทร์ ปุญญวันทนี⁹ ศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันเลือดของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และได้มีการติดตามผลการแก้ไขปัญหาค่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาภายหลังการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกร้อยละ 67.6 และเมื่อการสัมภาษณ์ครั้งที่สองภายหลังการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพียงร้อยละ 26.9 ในพ.ศ.2545 ธัญลักษณ์ สติรสเสถียร¹⁰ ได้ศึกษาประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลแก่งคอย พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษา โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับเรื่องยา เรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ใช้วิธีการให้คำปรึกษาด้วยวาจาหรือข้อเขียน เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ในด้านภาวะชนะพิเศษบรรจญา ที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้มีการศึกษาโดย Murray และคณะ¹¹ ในปี 1993 ในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 31 คน ที่มีการใช้ยาตั้งแต่ 3 รายการเกี่ยวกับการใช้ภาวะชนะบรรจญาแบบหนึ่งหน่วยบรรจ

ตามเวลาในการใช้ยา (โดยที่ผู้ป่วยมีการใช้ยารวันละ 2 ครั้ง) เปรียบเทียบกับการใช้ยาแบบเดิม (การบรรจุยาใส่ซองยาหรือขวดยา โดยไม่ได้จัดแบ่งเป็นหนึ่งหน่วยการใช้ในแต่ละครั้ง และผู้ป่วยมีการใช้ทั้งกลุ่มที่มีการใช้ยารวันละ 2 ครั้งและกลุ่มที่ไม่กำหนดจำนวนครั้งในการใช้ยา) พบว่าการจัดยาใส่ภาชนะบรรจุยาที่จัดแบ่งเป็นหนึ่งหน่วยบรรจุตามเวลาในการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภาชนะในการบรรจุยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในปี พ.ศ. 2543 ปิยพร สุวรรณโชติ¹² ได้ศึกษากลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยจัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษา และเอกสารประกอบ เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการใช้ยาและโรค กลุ่มที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาและภาชนะพิเศษบรรจุยา และกลุ่มที่ 3 ได้รับการให้คำปรึกษา เอกสารประกอบ และภาชนะพิเศษบรรจุยา พบว่า จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังการติดตามผู้ป่วย 3 ครั้ง ลดลงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยต่างๆ ข้างต้น จะเห็นได้ว่ากลวิธีการให้คำปรึกษาและเอกสารประกอบสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับคำปรึกษาหรือเอกสารประกอบ นอกจากนี้การใช้ภาชนะพิเศษบรรจุยาก็เป็นอุปกรณ์หนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาโดยการให้คำปรึกษา ร่วมกับการให้เอกสารประกอบ และภาชนะพิเศษบรรจุยา

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนร่วมกันหลายโรค มีการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด และมีการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเฝ้าระวัง สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยสะสมระหว่างปี 2549-2554 พบว่าโรคเบาหวานมีความชุกเป็นอันดับสอง คือ 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน¹³ และพบในผู้สูงอายุมากที่สุด โดยส่วนใหญ่มักเป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) ซึ่งมีแบบแผนการรักษาค่อนข้างซับซ้อน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยาทั้งยารับประทานและยาฉีด และการออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น ดังนั้นความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ก็อาจทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การรักษาไม่ได้ผล และผู้ป่วยอาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

7. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษา ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุคลินิกเบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

8.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

8.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ซึ่งผู้ป่วยใช้ยาด้วยตนเอง โดยที่มีการใช้ยารับประทานตั้งแต่ 1 รายการ และมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย, การใช้ยาของผู้ป่วย, การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
- 2) แบบบันทึกประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคของผู้ป่วย
- 3) แบบสัมภาษณ์ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาของเภสัชกร เอกสารประกอบ และการใช้ภาษาเฉพาะบรรจยา
- 4) เอกสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ยาและโรค
- 5) ภาษาเฉพาะบรรจยาซึ่งมีลักษณะเป็นกล่องพลาสติก มี 8 ช่อง สำหรับแบ่งบรรจุรับประทานในแต่ละมื้อ โดยแบ่งเป็นก่อนอาหารและหลังอาหาร เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มการพยาบาล งานเภสัชกรรม งานเวชระเบียน และงานบริการคลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน
- 2) จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในหัวข้อ 8.3
- 3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งที่ 1 เริ่มตั้งแต่เวลา 8.30 – 12.00 น. หรือจนกว่าผู้ป่วยจะหมด ในคลินิกเบาหวาน ซึ่งให้บริการในวันอังคารสัปดาห์แรกของเดือน โดยประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึก เพื่อความสะดวกในการประเมิน และติดตามปัญหาครั้งที่ 2 หลังจากสัมภาษณ์เสร็จ ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษา เอกสารประกอบ และภาษาเฉพาะบรรจยานำกลับไปใช้ที่บ้าน
- 4) สัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 เดือน ตามระบบการนัดของคลินิกเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์และมารับยาในครั้งที่ 2 จะได้รับการสัมภาษณ์ในประเด็นเหมือนกับครั้งแรก และเพิ่มการสัมภาษณ์ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาของเภสัชกร เอกสารประกอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรค และภาษาเฉพาะบรรจยาที่ใช้ในการศึกษา
- 5) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการติดตามของผู้ป่วยทั้ง 2 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

8.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลต่างๆ จะได้รับการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

2) สถิติอนุมาน (Inferential statistics)

- เปรียบเทียบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติ Paired t-test

- เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคก่อนและหลังการให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติ Paired t-test

- เปรียบเทียบผลการรักษา (ระดับน้ำตาลในเลือด) ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาโดยใช้สถิติ Paired t-test

9. ผลการดำเนินงาน / ผลการศึกษา

9.1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย

การวิจัยนี้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ผู้ป่วยมีการใช้ยาปรับปรุชานตั้งแต่ 1 รายการขึ้นไป มีการใช้ยาด้วยตนเอง และมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 31 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบผู้ป่วยหญิงจำนวน 17 คน และผู้ป่วยชายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 และ 45.2 ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย คือ 69 ปี โดยมีผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 60 ปี และสูงสุด 77 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 – 70 ปี (ร้อยละ 61.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 87.1) รองลงมาคือสูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 19.2)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 71.0) เนื่องจากไม่ได้ทำงานโดยอยู่บ้านเฉยๆ หรือทำงานบ้าน ส่วนใหญ่สมรสแล้วและยังมีชีวิตคู่ (ร้อยละ 71.0) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านี้จะพักอาศัยในครอบครัวที่มีสมาชิกเฉลี่ยเท่ากับ 4คน

9.2 ยาและโรคของผู้ป่วย

ในผู้ป่วยทั้งหมด 31 คน พบว่าได้รับยาโดยเฉลี่ย 5 รายการ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูง เนื่องจากผลการศึกษาของ Salzman¹⁴ บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยซึ่งใช้ยาเท่ากับหรือมากกว่า 3 รายการต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และจากการศึกษาของ Coons และคณะ¹⁵ พบว่าจำนวนรายการยาที่มากขึ้นมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในการศึกษานี้มีผู้ป่วย 2 คนที่รับยาต่ำสุด 2 รายการ (ร้อยละ 6.5) และผู้ป่วยจำนวน 1 คนที่ได้รับยาสูงสุด 9 รายการ (ร้อยละ 3.2) ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง, ไชมันในเส้นเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรัง

ผู้ป่วยทั้งหมด 31 คน พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียว แต่ส่วนใหญ่มีการใช้ยาร่วมกันมากกว่าการใช้ยากลุ่มลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยมากกว่า 1 โรคหรืออาการ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับยาอื่นร่วมด้วยอีก 3 รายการ (ร้อยละ 22.6) และมีผู้ป่วย 8 คนที่มีการใช้ยามากกว่า 5 รายการ (ร้อยละ 25.8) จากการที่ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้มีการใช้ยาร่วมกันหลายรายการอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสับสนหรือเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้¹⁴

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.7 ± 3.4 ปี พบผู้ป่วยเพียง 1 คน (ร้อยละ 3.2) ที่มีระยะเวลาเป็นโรคต่ำที่สุด 1 ปี และผู้ป่วย 1 คน (ร้อยละ 3.2) ที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคสูงสุด 12 ปี ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานขึ้นจะมีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น¹⁶ ดังนั้นแพทย์หรือเภสัชกรจึงควรให้ความสนใจเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานมานานเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 35.5 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 130 mg/dL ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงควบคุมระดับได้ไม่ดี และมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการรักษาไม่เกิดประสิทธิผลสูงสุด จากการศึกษาของสุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์¹⁶ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยามักจะไม่ร่วมมือในการควบคุมหรือไม่ควบคุมอาหารเลยในอัตราที่มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเหล่านั้นอยู่ในระดับที่สูงกว่าเป้าหมายที่ต้องการ

โรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วย พบโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดใหญ่มากที่สุดและพบในผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ โรคเกี่ยวกับไต (ร้อยละ 16.1) และโรคเกี่ยวกับตา (ร้อยละ 9.7) จากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นเบาหวานมานานโดยเฉลี่ย 6.7 ± 3.4 ปี หรือจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเป็นระยะเวลานานๆ เป็นส่วนหนึ่งทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยดังกล่าว และจากการศึกษาของสุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์¹⁶ พบว่าภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่ เป็นเบาหวาน โดยภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเกิดขึ้นมากในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาและเป็นเบาหวานมานาน 6-15 ปี

9.3 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ในผู้ป่วยจำนวน 31 คน พบรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 4 รูปแบบและมีจำนวนปัญหาจากการติดตามผู้ป่วยครั้งแรก รวมทั้งสิ้น 44 ปัญหา โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยมีจำนวนปัญหาประมาณ 2 ± 1 ปัญหา รูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมดที่พบจำนวนมากที่สุด คือ การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 45.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Salzman¹⁴ และ ปิยพร สุวรรณโชติ¹² รองลงมาคือ ใช้ยาในเวลาที่ไม่ต่างจากแพทย์สั่ง การใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 25.0, 15.9, 13.6) ผลการศึกษารั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาของ อูษา สโมสร¹⁷ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ที่พบการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง เป็นรูปแบบที่มีจำนวนปัญหามากที่สุด ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการแบ่งรูปแบบความ

ไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน โดยที่การศึกษาของ อูซา สโมสร ได้รวมเอา “การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง” ไว้ใน “การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง” จึงทำให้จำนวนปัญหาที่พบแตกต่างกัน และหลังจากการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการใช้ยาและโรคร่วมกับการได้รับภาวะบรรจยาและเอกสารประกอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ยาและโรค เมื่อติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 พบจำนวนปัญหาลดลงเหลือเพียง 8 ปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาเก่าทั้งหมด

เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนรูปแบบและจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแยกตามจำนวนผู้ป่วย พบว่าจากการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 ผู้ป่วย ในกลุ่มตัวอย่าง 31 คน มีผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา 25 คน (ร้อยละ 80.7) โดยมีรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 1 รูปแบบ 13 คน (ร้อยละ 41.9) และ มากกว่า 1 รูปแบบ 12 คน (ร้อยละ 38.8) นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนปัญหาตั้งแต่ 1-3 ปัญหา ซึ่งพบผู้ป่วยที่มีจำนวนปัญหา 1 ปัญหามากที่สุด คือ 16 คน (ร้อยละ 51.6) เมื่อติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาอยู่ 6 คน (ร้อยละ 19.4)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษารายบุคคลเฉลี่ย 1.42 ปัญหา (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12) จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลังให้คำปรึกษารายบุคคลเฉลี่ย 0.26 ปัญหา (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.000) โดยพบว่าหลังให้คำปรึกษารายบุคคล จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงหรือช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ภาวะพิเศษบรรจยา พบว่าผู้ป่วยนำภาวะดังกล่าวไปใช้ 30 คน (ร้อยละ 96.8) และมีผู้ป่วยเพียง 1 คน (ร้อยละ 3.2) ที่ไม่ได้นำภาวะบรรจยาดังกล่าวไปใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะพิเศษบรรจยาที่เคยใช้อยู่แล้วและสะดวกกว่าภาวะที่ให้ไปใหม่ สำหรับเอกสารประกอบที่ให้แก่ผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วย 4 คน (ร้อยละ 12.9) ที่ยังไม่ได้อ่านเอกสารดังกล่าว และในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมี 1 คนที่ยังไม่ได้อ่านเอกสารและเอกสารได้สูญหายไปแล้ว แม้ว่าโดยรวมแล้ววิธีที่นำมาใช้จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยได้ แต่ก็คงต้องพิจารณาในผู้ป่วยเฉพาะราย เพราะความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้วิธีต่างๆ ก็เป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขและป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบ

1) การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง พบปัญหานี้ทั้งหมด 6 ปัญหาในครั้งแรก และเมื่อติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 พบปัญหาเหลือเพียง 2 ปัญหา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาทุกครั้งที่ได้รับยาทำให้ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาในขนาดเดิม ในขณะที่แพทย์ได้เปลี่ยนแปลงวิธีรับประทานยาไปแล้ว

แนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ คือ เกสัชกรควรแนะนำวิธีใช้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงวิธีใช้ยา ซึ่งในบางครั้งเกสัชกรเองอาจจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดบ้างมีการเปลี่ยนแปลงวิธีใช้ยา ดังนั้นจึงควรมีระบบการประสานงานที่ตีระหว่างแพทย์กับเกสัชกร หรือแพทย์กับผู้ป่วยในการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีใช้ยา นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุบางคนที่มีปัญหาในด้านความจำควรจะอธิบายปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อจะได้ช่วยแก้ไขปัญหามาให้แก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจจะช่วยเตือนผู้ป่วยในการใช้ยา หรือในบางคนอาจจำเป็นต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจัดยาให้ผู้ป่วยเป็นม็่อๆ เพื่อลดความสับสนของผู้ป่วย

2) การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ปัญหานี้เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดจำนวน 20 ปัญหาในการติดตามผู้ป่วยครั้งแรก และพบผู้ป่วยที่มีปัญหานี้จำนวน 18 คน (ร้อยละ 72.0 ของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง คือ ปัญหาในเรื่องความจำโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะลืมรับประทานยา และสาเหตุอื่นๆ เช่น การที่ผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาทุกครั้งทำให้ไม่ทราบว่าแพทย์ได้เปลี่ยนวิธีรับประทานยาแล้ว การขาดยาเนื่องจากยาหมดก่อนถึงวันนัดหรือบางคนเนื่องจากลูกๆ ดิตรุระทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามแพทย์นัดได้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดยา การขาดความรู้ความเข้าใจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น การติดตามผู้ป่วยมารับยาครั้งที่ 2 พบปัญหานี้ลดลงเหลือเพียง 3 ปัญหา ซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าที่มีปัญหาในครั้งแรกทั้งหมด สาเหตุส่วนใหญ่ก็ยังคงเป็นปัญหาในเรื่องความจำโดยส่วนใหญ่มักจะลืมรับประทานยา

ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เกิดจากปัญหาการลืมใช้ยาของผู้ป่วยมากที่สุด การลืมใช้ยาเป็นปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการใช้ยาร่วมกันหลายรายการ^{16, 18} แนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ต้องหาวิธีช่วยจำให้แก่ผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาและโรคโดยเกสัชกรร่วมกับการได้รับภาชนะพิเศษบรรจุยาและเอกสารประกอบความรู้ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการลืมใช้ยาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องมีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยกระตุ้นหรือเตือนผู้ป่วยบ่อยๆ สำหรับสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาก็สามารถแก้ไขได้โดยการให้คำปรึกษาการใช้ยา แต่ก็ต้องใช้ระยะเวลาและอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3) การใช้ยาในเวลาที่ไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยาทุกครั้งที่ได้รับยา ดังนั้นเมื่อเกสัชกรได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีรับประทานยาที่ถูกต้องก็พบว่าปัญหาดังกล่าวก็ถูกแก้ไขได้หมด

4) การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยใช้ คือ ยาสมุนไพรที่เป็นพืชสด ยา ลูกกลอน จากการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมารับยาครั้งที่ 2 พบว่าจำนวนปัญหาลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ยาลูกกลอนและเมื่อได้รับคำแนะนำจากเกสัชกรเกี่ยวกับผลหรืออันตรายที่จะเกิดจากการใช้ยาลูกกลอน ก็ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาดังกล่าว และในบางคนที่อาจจะใช้สมุนไพรที่ซื้อมาหมดก่อนจึงจะหยุดใช้ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ใช้ยาสมุนไพรที่เป็นพืชสด ก็ยังคงใช้ยาดังกล่าวอยู่ต่อไป แต่ผู้วิจัยก็ได้แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาที่แพทย์สั่ง ดังนั้นเกสัชกรจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียที่อาจเกิดจากการใช้ยาลูกกลอน และประสิทธิผลของการใช้ยาสมุนไพร เช่น ไม่ทราบปริมาณที่ชัดเจนในการใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่อาการ

หรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะเกิดขึ้นช้าลง หากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติหรือปกติ โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจในการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยมักจะเกิดจากความเชื่อของผู้ป่วยเอง

9.4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคโดยการสัมภาษณ์ใน 7 หัวข้อ คือ ชื่อยา ข้อบ่งใช้ การปฏิบัติเมื่อมียาเหลือ การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การปฏิบัติและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรค และชื่อโรคหรืออาการที่เป็น

1) การระบุชื่อยา ผลการประเมินพบว่าในจำนวนผู้ป่วย 31 คน ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่สามารถระบุชื่อยาได้ถูกต้องในครั้งแรก และเมื่อผ่านการให้คำปรึกษาก็มีผู้ป่วยที่สามารถระบุชื่อยาได้ถูกต้อง 2 คน เท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งชื่อยาหน้าซองและแผงยาเป็นภาษาอังกฤษ ผู้ป่วยอาจไม่ออก ถึงแม้บอกชื่อยากับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็ยังจำไม่ได้

2) การระบุข้อบ่งใช้ของยา ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรก พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 35.5 ที่สามารถระบุข้อบ่งใช้ของยาได้ถูกต้อง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับยาหลายตัวจึงไม่ทราบข้อบ่งใช้ของยาทุกตัว ภายหลังจากให้คำปรึกษา ผู้ป่วยสามารถระบุข้อบ่งใช้ของยาได้ถูกต้องมากขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยามากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

3) การปฏิบัติเมื่อมียาเหลือจากครั้งก่อน ผู้ป่วยเกินครึ่ง (ร้อยละ 64.5) สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง คือ รับประทานยาทั้งหมดแล้วจึงใช้ยาใหม่ต่อ เมื่อเภสัชกรได้อธิบายถึงวิธีที่ถูกต้องในการปฏิบัติ พบว่าหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยสามารถปฏิบัติถูกต้องทุกคน

4) การปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา ผู้ป่วยโดยมาก (ร้อยละ 77.4) ยังคงปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ เมื่อลืมรับประทานยาผู้ป่วยจะเว้นยามื้อนั้นไป แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยจะนึกได้ภายใน 1-2 ชั่วโมงก็ตาม และเมื่อเภสัชกรให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีที่ถูกต้องเมื่อลืมรับประทานยา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวถูกต้องมีเพิ่มขึ้น

5) การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.7) ปฏิบัติถูกต้อง มีเพียง 6 คนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และผู้ป่วย 4 คนที่ไม่ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไร การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจะรวมถึงการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย เมื่อเภสัชกรได้ให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดสามารถปฏิบัติถูกต้อง มีผู้ป่วย 1 คนยังคงไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น (74 ปี) และมีปัญหาในเรื่องความจำ การแนะนำหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอาจต้องปฏิบัติต่อเนื่องหรือกระตุ้นเตือนบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพราะโดยทั่วไปผู้สูงอายุมักมีความจำในช่วงสั้นๆ

6) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดดื่มสุราหรืองดสูบบุหรี่ เป็นต้น ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องในครั้งแรก 14 คน (ร้อยละ 45.2) และอีก 17 คน (ร้อยละ 54.8) ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องในครั้งแรก โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย

จากการติดตามครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเพียง 2 คน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเหล่านี้เป็นโรคเบาหวานมานานอาจจะท้อแท้ หรือเบื่อหน่ายในการที่ต้องควบคุมอาหารตลอดเวลา

7) การระบุชื่อโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็น พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดสามารถระบุชื่อโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็น ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานาน มักจะได้รับการอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับโรคหรืออาการที่เป็นมาบ้าง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในเรื่องการใช้น้ำและโรคของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า คะแนนความรู้ในเรื่องการใช้น้ำและโรคของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษารายบุคคลเฉลี่ย 3.03 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.19) คะแนนความรู้ในเรื่องการใช้น้ำและโรคของผู้ป่วยหลังให้คำปรึกษารายบุคคลเฉลี่ย 4.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.000) โดยพบว่าหลังให้คำปรึกษารายบุคคล คะแนนความรู้ในเรื่องการใช้น้ำและโรคของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้คะแนนความรู้ในเรื่องการใช้น้ำและโรคของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

9.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดำเนินงาน จะทำในครั้งที่ 2 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยเสร็จ

1) ด้านการให้คำปรึกษาของเภสัชกร ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาของเภสัชกรเนื่องจากคะแนนความพึงพอใจอยู่ในช่วง 4-5 (เห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่ง) การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างสูงต่อการให้คำปรึกษาของเภสัชกร อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการเช่นนี้มาก่อน และรู้สึกเหมือนว่าได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยหลายคนกล่าวว่ารู้สึกดีใจมากที่ได้มาคุยกับเภสัชกร ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้น้ำมากยิ่งขึ้น เพราะบางครั้งเมื่อมีปัญหาข้อข้องใจจะสอบถามแพทย์ก็รู้สึกเกรงใจ และไม่กล้าถาม รวมทั้งรู้สึกว่าแพทย์มีเวลาจำกัดเนื่องจากยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่รอตรวจอยู่ เมื่อพิจารณาวิเคราะห์เป็นรายข้อในด้านการให้คำปรึกษาพบว่า ควรจะพิจารณาปรับปรุงเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษา และข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วย เพราะหากข้อมูลมีปริมาณมากเกินไปเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาก็จะเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยก็ไม่สามารถจะจำได้หมด นอกจากนี้ข้อมูลบางอย่างเป็นสิ่งผู้ป่วยทราบอยู่ก่อนแล้ว

2) ด้านเอกสารประกอบที่ได้รับ ทำการประเมินในผู้ป่วย 27 คน จากทั้งหมด 31 คน มีผู้ป่วย 4 คน ที่ไม่ได้ทำการประเมิน เนื่องจากมีผู้ป่วย 3 คนที่ยังไม่ได้อ่านเอกสารดังกล่าว และอีก 1 คนยังไม่ได้อ่านและสูญหายไปแล้ว จากแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อเอกสารที่ได้รับ โดยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในช่วง 4-5 (เห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่ง)

3) **ด้านภาวะพิเศษบรรจยาที่ได้รับ** ทำการประเมินในผู้ป่วย 30 คน จากทั้งหมด 31 คน มีผู้ป่วย 1 คนที่ไม่ได้ทำการประเมิน เนื่องจาก ผู้ป่วยมีภาวะพิเศษบรรจยาที่เคยใช้อยู่แล้วและสะดวกกว่า ภาวะที่ให้ไปใหม่ จากแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้ภาวะพิเศษบรรจยา โดยหัวข้อเกี่ยวกับ “การใช้ภาวะพิเศษบรรจยาช่วยแก้ปัญหากล้ามเนื้อแข็ง” ได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยในระดับสูงที่สุด ผู้ป่วยมักจะกล่าวว่าเมื่อใช้ภาวะพิเศษบรรจยา ช่วยลดปัญหากล้ามเนื้อแข็งซึ่งบางครั้งผู้ป่วยมักจะลืมนำรับประทานยาไปแล้วหรือยัง เมื่อยายังคงมีเหลืออยู่ในภาชนะแสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้ใช้ยา

9.6 ผลการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการรักษาของผู้ป่วยจะพิจารณาเฉพาะจากระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ในการติดตามครั้งแรก ผู้ป่วยจำนวน 11 คนใน 31 คน (ร้อยละ 35.5) มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ยังควบคุมได้ไม่ดี (FBS > 130) เมื่อติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.2) ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนให้คำปรึกษารายบุคคลเฉลี่ย 127.81 mg/dL (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 38.19) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้คำปรึกษารายบุคคลเฉลี่ย 126.19 mg/dL (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.31) ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังนั้น การให้คำปรึกษารายบุคคลไม่ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง แม้ว่าจำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจะลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังคงมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะได้แก่ การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยหลายคนที่ไม่ได้ควบคุมอาหาร และประสบปัญหาเกี่ยวกับเรื่องอาหาร เช่น ไม่แน่ใจในประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ และขาดความเข้าใจในเรื่องการควบคุมอาหาร โดยผู้ป่วยคิดว่าตนเองควบคุมอาหารอยู่ ในขณะที่มีการบริโภคข้าวหรืออาหารประเภทแป้งในปริมาณมาก โดยคิดว่าไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาของผู้ป่วยยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ทั้งๆ ที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นอาจสามารถอธิบายได้โดยการศึกษาของ Johnson¹⁹ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าการให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย และการศึกษาของ Lutfey และ Wishner²⁰ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารเพียงร้อยละ 65 และให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายร้อยละ 19-30 รวมทั้งพบว่ามีเพียงร้อยละ 7 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้น ที่มีความร่วมมืออย่างสมบูรณ์ตามแบบแผนการรักษาโดยร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย

10. การนำไปใช้ประโยชน์

- 1) การให้คำปรึกษารายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุคลินิกเบาหวาน มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น
- 2) เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยสูงอายุคลินิกเบาหวาน ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1) การวิจัยนี้มีการติดตามวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลังการทดลอง 1 ครั้ง และไม่มี การวัดผลซ้ำว่า มีการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไป การติดตามวัดผลซ้ำจะทำให้ทราบได้ว่าผู้ป่วยที่สามารถแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ หลังให้ คำปรึกษารายบุคคล จะกลับมามีปัญหาอีกหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไปนานเท่าใด

2) ระยะเวลาในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้คำปรึกษาห่างกัน 2 เดือน อาจจะเป็นการทิ้งช่วงเวลาที่ห่างเกินไป บางครั้งผู้ป่วยก็จำไม่ได้ในบางคำถามที่สัมภาษณ์ แต่ ก็ไม่สามารถนัดให้ใกล้กันขึ้นมากกว่านี้ เนื่องจาก เป็นไปตามระบบนัดของคลินิกเบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี และผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะมาบ่อย เนื่องจากต้องรบกวนให้ญาติพามาหรือติดรถผู้ป่วยคนอื่น เข้ามา

3) จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้มีไม่มากนัก จึงได้ศึกษาในประชากรทั้งหมด เนื่องจากศูนย์ อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยที่มารับบริการมีเพียง 4 ตำบลในพื้นที่ใกล้เคียงที่ให้การ รักษาฟรี ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการคลินิกเบาหวานจึงมีไม่มากนัก

4) ผู้ป่วยอาจตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะเกรงว่าจะทำให้เกิดผลเสียหรือการไม่ยอมรับ ในตัวผู้ป่วย ดังนั้น ก่อนการสัมภาษณ์จึงต้องสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การศึกษาครั้งนี้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาของผู้ป่วย ไม่ต้องกลัวว่าจะถูกตำหนิ สิ่งใดที่ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะมีการแนะนำและวางแนวทางร่วมกัน เพื่อให้ปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้อง

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1) จากการศึกษา พบว่ามีหลายปัจจัยที่แพทย์หรือเภสัชกรสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการ พิจารณาเฝ้าระวังหรือป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงคนเดียวในครอบครัว จำนวนรายการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเกิน 10 ปี เป็นต้น หากแพทย์หรือเภสัชกรพบผู้ป่วย สูงอายุที่มีปัจจัยเหล่านี้ อาจจะต้องระมัดระวังหรือให้ความสนใจเป็นพิเศษในการสั่งใช้ยาหรือการจ่ายยา ให้แก่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้สูง

2) ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยถ้าหากว่าผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลมาด้วย ควรจะให้ญาติหรือ ผู้ดูแลเข้าฟังการให้คำปรึกษาดูด้วยถ้าเป็นไปได้ เพราะหากพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือได้มาก โดยการคอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการใช้ ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในการลืมใช้ยาซึ่งพบมากในผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังทำให้ญาติหรือผู้ดูแล ได้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยด้วย เพราะบางครั้งญาติหรือผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อนเลยว่าผู้ป่วยมีปัญหา เหล่านั้น

3) การให้คำปรึกษารายบุคคลในครั้งนี้ ใช้กลวิธีร่วมกัน 3 วิธี คือ การให้คำปรึกษา, เอกสาร ประกอบ และภาษาเฉพาะบุคคล ซึ่งวิธีการเหล่านี้แม้ว่าจะช่วยทำให้จำนวนปัญหาความไม่ร่วมมือใน การใช้ยาของผู้ป่วยลดลง แต่ก็พบว่ายังมีบางคนไม่ได้ใช้ภาษาเฉพาะบุคคลที่ได้รับหรือไม่ได้อ่านเอกสาร

ที่แจกให้ ดังนั้นหากจะนำกลวิธีทั้งสามไปใช้อาจจะต้องมีการพิจารณาผู้ป่วยเป็นคนๆ ไป ทั้งในด้านระดับการศึกษา ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่เกิดขึ้น และความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ในการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

4) การรักษาโรคของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การเลือกใช้ยาที่เหมาะสม และการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการสั่งจ่ายยา การจ่ายยา การบริหารยา การเก็บรักษา ยา การติดตามผลการรักษาและผลการใช้ยา การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นเพียงกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการใช้ยา โดยเป็นการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาเฉพาะที่ตัวผู้ป่วย แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในกระบวนการรักษาได้ทั้งหมด เช่น การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หากมีเภสัชกรได้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยตรงแล้วจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ตลอดกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น

5) การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา ควรมีการติดตามเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่านี้ เพื่อดูว่าผู้ป่วยที่สามารถแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ จะกลับมามีปัญหาอีกหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไปนานเท่าใด เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวซ้ำอีก

6) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากการใช้ยาตามแพทย์สั่งแล้ว ยังต้องมีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายร่วมด้วย การแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพียงอย่างเดียว อาจไม่ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น ดังนั้นควรมีทีมสหสาขา ซึ่งอาจประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสุขศึกษาและนักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมกันให้ความรู้ด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย

13. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความสามารถของบุคคลหลายท่าน ขอขอบพระคุณนายแพทย์ ประสิทธิ์ สัจพงษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนด้านนโยบาย และมีส่วนผลักดันทำให้เกิดงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ภก.ประยงค์ วุฒิพิทยามงคล ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ นพ.ชลปิติ ศิริวรรณ, ภญ.ดร.อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์ และ ดร.กุลชญา ลอยหา ที่ได้แสดงความคิดเห็นที่มีต่อเครื่องมือ เพื่อให้ผู้ทำการวิจัยได้นำไปแก้ไขปรับปรุง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานในกลุ่มงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้ศึกษา มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความสนับสนุน และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกเบาหวานทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี ณ โอกาสนี้ด้วย

14. บรรณานุกรม

1. Paes AHP. ,Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*. 1997; 20(10): 1512-7.
2. Vaczek D. The personal touch: addressing noncompliance in the elderly. *Pharm Times*. 1997; 63 (August) : 35-8.
3. Patel and Peter J. Zed. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy*2002. 915-23.
4. อภิญญา เหมะจุฑา. รวมบทความทางวิชาการ เรื่อง นวัตกรรมของงานบริการเภสัชกรรมโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.115-46.
5. ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ชเนตตี มีลินทางกูร. ฐานข้อมูลประชากร: ผู้สูงอายุ. 2551; Available from: http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing_001.html.
6. ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภวานิชการพิมพ์; 2538. 1-2.
7. บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. โรคและภาวะต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548. 95-163.
8. สุภารัตน์ ปัญญาปัดโชโต. การเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยการให้คำปรึกษาแนะนำในโรงพยาบาลตำรวจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
9. วันจันทร์ บุญวันทนี. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันเลือดของผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
10. ัญลักษณ์ สติรสเกียรติ. ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลแก่งคอย [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2545.
11. Murray MD, Birt JA, Manatunga AK, Darnell JC. Medication compliance in elderly outpatient using twice-daily dosing and unit-of-use packaging. *Annals of Pharmacotherapy*. 1993; 27: 616-21.
12. ปิยพร สุวรรณโชติ. กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
13. อมรา ทองหงษ์ และคณะ. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2553. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43: 257-64.
14. Salzman C. Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56(1): 18-22.

15. Coons SJ et al. Predictors of medication noncompliance in sample of older adults. *Clinical Therapeutics*. 1994;16(1):110-7.
16. สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์. การศึกษาความสามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล เลิดสิน : การสืบหาและกลวิธีในการแก้ปัญหา [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532.
17. อุษา สโมสรร. การประกันคุณภาพการใช้ยาระดับน้ำตาลในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
18. รัตนา แสนอารี. การติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
19. Johnson SB. Methodological issues in diabetes research : measuring adherence. *Diabetes Care*. 1992;15(11):1658-67.
20. Lutfey KE and Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence" improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*. 1999;22:635-9.

ขอรับรองว่า ผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก
(นางกมลวรรณ ทองดีแท้)
เภสัชกร ชำนาญการ
วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2556

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางประภาภรณ์ เพชรมาก)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนบริการ
วันที่..... เดือน.....พ.ศ.2556

(ลงชื่อ).....
(นายประสิทธิ์ สัจจพงษ์)
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
วันที่..... เดือน.....พ.ศ.2556

(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาระบบจัดการยาเดิมเหลือใช้ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม – มิถุนายน 2557
3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันพบประชากรคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ มักจะได้รับยาครั้งหลายชนิดหลายขนานและได้ปริมาณมาก ผลตามมาคือการใช้ยาเหลือใช้ในครัวเรือนปริมาณสูง ปัญหายาเหลือใช้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง และผลในระดับประเทศชาติ ผลต่อผู้ป่วยคือ เพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยอาจกินยาซ้ำซ้อน เช่น กินยาที่ได้รับมาก่อนแต่ยังเหลือร่วมกับยาที่เพิ่งได้รับมาใหม่ไปพร้อมๆ กัน นำไปสู่ผลเสียก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพตนเองได้ ผลต่อประเทศชาติ คือ การสูญเสียงบประมาณเกินความจำเป็น

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ ข้อเสนอแนะ

ยาเหลือใช้ คือ ยาที่ไม่ได้ใช้แล้ว เป็นยาเหลือจากการใช้ ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ยาที่ผู้ป่วยเคยใช้มาก่อนแต่ใช้ไม่ครบตามแพทย์สั่ง หรือเป็นยาเหลือใช้จากการปรับเปลี่ยนขนาดยา หรือเปลี่ยนตัวยาในการรักษาเป็นตัวยาใหม่ ตัวยาเก่าที่ยังไม่หมดก็กลายเป็นยาเหลือใช้โดยปริยาย ยาเหลือใช้ที่อยู่ในสภาพดีสามารถนำกลับมาใช้ได้ อีก แต่หากเก็บรักษาไม่ดีหรือเก็บไว้นานเกินไปยาเหลือใช้เหล่านั้นอาจจะเสื่อมสภาพหรือหมดอายุได้ ดังนั้นหากนำยาเหล่านี้มาใช้ นอกจากจะทำให้รักษาโรคไม่หายแล้วก็อาจได้รับอันตรายจากยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ปัญหายาเหลือใช้นี้ ควรแก้ทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สาเหตุของยาเหลือใช้ที่พบบ่อย คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงอาจมาจากความไม่เข้าใจในคำสั่งยานยาของแพทย์จึงไม่ปฏิบัติตาม ในฐานะเภสัชกร จึงควรให้ความรู้กับผู้ป่วยในการสังเกตและจัดการกับยาที่เหลือใช้ วางระบบจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำมาคืน มีเกณฑ์ในการคัดแยกยานำมาหมุนเวียนใช้ ทำสัญลักษณ์ยาเดิมเหลือใช้ที่สามารถนำกลับใช้ต่อ ยาหยุดใช้ไม่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) จัดการกับปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยคลินิกเบาหวานอย่างเป็นระบบมากขึ้น
- 2) ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) ปริมาณยาเหลือใช้ลดลง
- 2) ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางกมลวรรณ ทองดีแท้)

เภสัชกรชำนาญการ

วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2556

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์
การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคเบาหวาน
ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

HN.....ชื่อ-สกุล.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....
 ที่อยู่.....โทร.....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. การศึกษาสูงสุด (1) ไม่ได้เรียน อ่านไม่ออก (6) อนุปริญญา
 (2) ไม่ได้เรียน แต่อ่านออก (7)ปริญญาตรี
 (3) ประถมศึกษา (8) สูงกว่าปริญญาตรี
 (4) มัธยมศึกษาตอนต้น (9) อื่นๆ.....
 (5) มัธยมศึกษาตอนปลาย
4. อาชีพปัจจุบัน (1) ไม่ได้ทำงาน (4) ค้าขาย
 (2) เกษตกร (5) อื่นๆ.....
 (3) รับราชการ
5. รายได้ต่อเดือน (1) ไม่มีรายได้ (5) 15,001 – 20,000 บาท
 (2) ต่ำกว่า 5,000 บาท (6) มากกว่า 20,000 บาท
 (3) 5,000 – 10,000 บาท (7) อื่นๆ.....
 (4) 10,001 – 15,000 บาท
6. สถานภาพสมรส (1) โสด (3) หม้าย
 (2) สมรส (4) แยกกันอยู่
7. จำนวนคนในครอบครัวที่พักอาศัยด้วยกัน.....คน
8. ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน.....ปี
9. โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย
 - 9.1 โรค.....ปีที่เป็น.....ระยะเวลาที่เป็น.....ปี
 - 9.2 โรค.....ปีที่เป็น.....ระยะเวลาที่เป็น.....ปี
 - 9.3 โรค.....ปีที่เป็น.....ระยะเวลาที่เป็น.....ปี
 - 9.4 โรค.....ปีที่เป็น.....ระยะเวลาที่เป็น.....ปี

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย

- วันนี้ท่านมาตรวจตามวันที่แพทย์นัดหรือไม่
 - (1) ตรงตามนัด
 - (2) มาก่อนวันนัด เพราะ.....
 - (3) มาหลังวันนัด.....วัน เพราะ.....
- ท่านมียาพอใช้จนถึงวันนี้หรือไม่
 - (1) พอ เพราะ.....
 - (2) ไม่พอ ขาดยาไป.....วัน

- ท่านช่วยอธิบายชื่อยา ข้อบ่งใช้ และวิธีใช้ยาที่ได้รับที่ท่านทราบและปฏิบัติตามปกติ

ลำดับ	ชื่อยา	ทราบชื่อยา*	ทราบข้อบ่งใช้*	วิธีรับประทาน (แพทย์สั่ง)	วิธีรับประทาน (ผู้ป่วย)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

* จะทำเครื่องหมายถูก √ ในช่องเดียวกับยาที่ผู้ป่วยทราบชื่อยาและข้อบ่งใช้

- ท่านมีการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ได้รับหรือไม่
 - (1) ไม่ใช่
 - (2) ใช้ยาสมุนไพร (ระบุ).....
 - (3) ใช้ยาแผนปัจจุบันที่มีผู้อื่นแนะนำ (ระบุ).....
 - (4) อื่นๆ.....

เพราะ.....
- ท่านเคยเพิ่มหรือลดขนาดยาเองหรือไม่ (หากไม่เคย ข้ามไปที่ ข้อ 7)
 - ก. เพิ่ม
 - (1) ไม่เคย
 - (2) เคย
 - ข. ลด
 - (1) ไม่เคย
 - (2) เคย
- สาเหตุที่ท่านมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง
 - (1) อ่านฉลากไม่ออก
 - (2) ฉลากเลอะเลือน
 - (3) ไม่เข้าใจคำสั่งแพทย์
 - (4) จำวิธีรับประทานยาไม่ได้
 - (5) กลัวอาการข้างเคียง
 - (6) คิดว่ายาไม่จำเป็นแล้ว
 - (7) อื่นๆ.....

7. ในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมาท่านเคยหยุดใช้ยาเองบ้างหรือไม่
- (1) ไม่เคย
- (2) เคย เนื่องจาก.....ประมาณกี่วัน.....วัน

ส่วนที่ 3 : ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคของผู้ป่วย

1. ในครั้งนี้ที่มาพบแพทย์ท่านมียาเก่าเหลืออยู่หรือไม่
- (1) ไม่เหลือ
- (2) เหลือ / จำนวน ได้แก่
.....
2. เมื่อได้รับยาใหม่ ยาเก่าที่เหลือท่านจะทำอย่างไร หรือในกรณีที่ท่านไม่มียาเหลือสมมติถ้ามียาเหลือท่านจะทำอย่างไร
- (1) ถ้าเหมือนกันจะรวมกัน (3) ทิ้งยาเก่าไป
- (2) กินยาเก่าจนหมดก่อน แล้วเริ่มยาใหม่ (4) อื่น.....
3. ระหว่างที่ท่านใช้ยาเคยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ (เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผื่นคัน ใจสั่น เป็นต้น)
- (1) ไม่เคย
- (2) เคย ระบุ.....
4. ท่านจะทำอย่างไรหากเกิดอาการในข้อ 3. (ทั้งในผู้ที่เคยเกิดอาการหรือไม่เคยเกิด)
- (1) หยุดยาในมือถัดไป (พ้ออาการดีขึ้น จึงใช้ยาใหม่) (4) ยังคงรับประทานต่อ
- (2) ลดขนาดยาในมือถัดไป (5) อื่นๆ
.....
- (3) หยุดกินยา นำยามาปรึกษาแพทย์
5. ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาท่านลืมกินยาบ่อยแค่ไหน.....ครั้ง / เดือน
6. หากท่านลืมกินยาแล้วท่านจะทำอย่างไร
- (1) ไม่ทราบ (4) กินเป็น 2 เท่าในมื้อต่อไป
- (2) รีบกินเมื่อนึกได้ (5) อื่นๆ.....
- (3) เว้นมื้อนั้นไปเลย
7. โดยทั่วไป เพราะอะไรท่านถึงลืมกินยา
- (1) ออกนอกบ้าน ไม่ได้นำยาไปด้วย (3) ทำงานยุ่ง
- (2) ไม่ได้กินอาหารมื้อนั้นทำให้ไม่ได้กินยา (4) อื่นๆ.....

8. ท่านออกกำลังกายอย่างไร บ่อยแค่ไหน

- (1) ไม่ได้ออกกำลังกายเลย (3) ออกกำลังกายบ้างอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง
 (2) ออกกำลังกายทุกวัน (4) อื่นๆ.....
 ประเภทของการออกกำลังกาย.....

9. อาหารประเภทไหนที่ท่านจะต้องควบคุม

- (1) ไม่ทราบ (4) แป้งและอาหารที่มีรสหวาน
 (2) อาหารรสเค็ม (5) อื่นๆ.....
 (3) อาหารประเภทของทอด ของมัน

10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน

- (1) ไม่ดื่ม (2) ดื่ม.....ปริมาณ/วัน.....

11. ท่านสูบบุหรี่บ่อยแค่ไหน

- (1) ไม่สูบ (2) สูบ วันละ.....มวน

ข้อมูลจากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

การตรวจ	หน่วย	เป้าหมาย	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
Fasting Blood Sugar (FBS)	mg/dL	70 – 130		
HbA _{1c}	%	< 7		
Blood Pressure	mmHg	130/80		
Triglyceride	mg/dL	< 150		
Total cholesterol	mg/dL	< 170		
HDL	mg/dL	ช ≥ 40, หญิง ≥ 50		
LDL	mg/dL	< 100		

แบบบันทึกประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคของผู้ป่วย
(ใช้สำหรับผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์)

HN.....ชื่อ-สกุล.....

ประเมิน	พบปัญหา		หมายเหตุ
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
● ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา			
1. การใช้ยามากกว่าที่กำหนด			
1.1 ใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันมากกว่าที่สั่ง			
1.2 ใช้ขนาดยาต่อครั้งมากกว่าที่สั่ง			
1.3 ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้แล้ว			
2. การใช้น้อยกว่าที่กำหนด			
2.1 ใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าที่สั่ง			
2.2 ใช้ขนาดยาต่อครั้งน้อยกว่าที่สั่ง			
2.3 ขาดยามากกว่าหนึ่งวันหรือหยุดใช้ยา			
3. การใช้ในเวลาที่ไม่เหมาะสม			
4. การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่สั่ง			
● ความรู้เกี่ยวกับยาและโรค			
1. ชื่อยา			
2. ข้อบ่งใช้			
3. การเก็บยาที่เหลือ			
4. ข้อควรปฏิบัติเมื่อลืมทานยา			
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา			
6. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกับโรค			
- การควบคุมอาหาร			
- การสูบบุหรี่			
- การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
- การไม่ออกกำลังกาย			
7. การระบุโรคหรืออาการของผู้ป่วย			
รวมจำนวนปัญหาที่พบ			

แบบสัมภาษณ์

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกเบาหวาน

HN..... ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของท่านที่มีต่อการให้คำปรึกษาของเภสัชกร เอกสารประกอบ และภาชนะพิเศษบรรจุยา ในแต่ละข้อความจะมีระดับความคิดเห็นไว้ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ตรงกับช่องบที่ท่านเลือก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายความว่า	ท่านยอมรับและเห็นด้วยกับข้อความนั้น หรือได้ประสบสภาพการณ์ตามข้อความนั้นโดยแท้จริง และไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น
เห็นด้วย	หมายความว่า	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น หรือได้ประสบสภาพการณ์ตามข้อความนั้นมาบ้าง
ไม่แน่ใจ	หมายความว่า	ท่านตัดสินใจลงไปได้แต่คิดว่า ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ คือ ยังลังเลใจอยู่
ไม่เห็นด้วย	หมายความว่า	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น หรือยังไม่ได้ประสบสภาพการณ์ตามข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายความว่า	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างแท้จริง หรือไม่ได้ประสบสภาพการณ์ตามข้อความนั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ส่วนที่ 1 : การให้คำปรึกษาของเภสัชกร					
1. การให้คำปรึกษาของเภสัชกรทำให้ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและโรคอย่างเพียงพอ					
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและโรคที่ได้รับจากเภสัชกรเป็นสิ่งที่ท่านต้องการทราบ					
3. ท่านรู้สึกว่าคุณเภสัชกรพูดคุยกับท่านอย่างใส่ใจ					
4. ท่านรู้สึกว่าคุณเภสัชกรพูดคุยกับท่านด้วยวาจาที่สุภาพ และชัดเจน					
5. การให้คำปรึกษาของเภสัชกรไม่ได้ทำให้ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคเพิ่มขึ้น					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. ท่านรู้สึกว่าการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา และโรคโดยเภสัชกรเป็นสิ่งที่จำเป็น					
7. ท่านรู้สึกว่าคุณเวลาที่ให้คำปรึกษาเหมาะสมแล้ว					
ส่วนที่ 2 : เอกสารประกอบ					
1. ข้อมูลในเอกสารที่ท่านได้รับอ่านเข้าใจง่าย					
2. ข้อมูลในเอกสารที่ท่านได้รับมีรายละเอียดมาก เกินไปทำให้ท่านรู้สึกไม่อยากอ่าน					
3. ข้อมูลในเอกสารที่ท่านได้รับทำให้ท่านมีความรู้ เกี่ยวกับยาและโรคเพิ่มขึ้น					
4. ข้อมูลที่ท่านได้รับมีขั้นตอนที่ท่านสามารถ ปฏิบัติตามได้ง่าย					
5. ท่านรู้สึกว่าคุณควรมีเอกสารให้ประกอบเมื่อมีการ ให้คำปรึกษาเสมอ					
ส่วนที่ 3 : การใช้ภาษาเฉพาะพิเศษบรรจยา					
1. การใช้ภาษาเฉพาะพิเศษบรรจยานี้ ทำให้ท่านสะดวก มากขึ้นในการใช้ยา					
2. การจัดยาใส่ภาษาเฉพาะพิเศษบรรจยาในแต่ละวัน สร้างความยุ่งยากให้ท่านมาก					
3. การใช้ภาษาเฉพาะพิเศษบรรจยานี้ ไม่ได้ช่วยแก้ไข ปัญหาการลืมใช้ยาของท่าน					
4. การใช้ภาษาเฉพาะพิเศษบรรจยานี้ ทำให้ท่านใช้ยา ตรงเวลามากขึ้น					
5. ควรมีการให้ภาษาเฉพาะพิเศษบรรจยานี้แก่ผู้ป่วย ทุกคน					