

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่การค้นคว้าวิจัย

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยคิดเป็นร้อยละ 6.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมดและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึง 800,000 คน ต่อเดือน ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา (Mendis, 2003; สมชาย โลจายะ, 2536) สำหรับประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยในทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุมีมากขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จาก สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2538-2543 พบว่ามีสัดส่วนสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 4,816,000 คน คิดเป็นร้อยละ 8.11 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 5,733,000 คน คิดเป็นร้อยละ 9.19 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2548 และ 2553 จะมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6,617,000 คน และ 7,639,000 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.17 และ 11.36 ตามลำดับ (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายในทุกๆระบบ ซึ่งจะนำมาสู่ปัญหาสุขภาพต่างๆ เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ มักจะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 โรค จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2538 พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70.50 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรกลุ่มที่ใช้ยามากที่สุด และส่วนใหญ่เป็นยาที่รักษาโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่ไม่หายขาดและต้องกินยาไปตลอดชีวิต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงจะสูงขึ้นตามอายุ (โสภณ พานิชพันธ์, 2526) จากการศึกษาชื่อ Tulane Study ของ He และคณะ (2005) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2000 ประชากรทั่วโลกจำนวนร้อยละ 26.4 หรือประมาณ 972 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดย 333 ล้านคน อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และ 639 ล้านคน อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 คือ จะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้สูงถึง 1.56 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 ความชุกของประชากรชาวอเมริกันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีร้อยละ 23.4 และในปี ค.ศ. 2002 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.0 สำหรับในประเทศไทย ความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2543 จากการสำรวจทั่วประเทศพบว่า ประชากรที่อายุมากกว่า 35 ปี พบความดันโลหิตสูงร้อยละ 7 (ประสาธน์ เหล่าถาวร, 2543) และจาก

การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2538 พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.2 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.4 ล้านคน (เล็ก รุ่งเรืองยิ่งยศ, 2545) นอกจากนี้ผลการสรุปของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายของประชากรไทยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ 3.3-5.1 ต่อประชากรแสนคน (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2547)

จากการติดตามข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้พบว่า ถ้าไม่ได้รับการควบคุมดูแลรักษา ผู้ป่วยจะมีอายุสั้นกว่าที่ควร โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรคหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดเป็นอัมพาต บางรายอาจเกิดความคิดปกติของหลอดเลือดในไต ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้ (Ebrahim, 1998; Harvey, 2001; Cramer, 2002) จากรายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2541 ของกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศมีคนไทยเข้ารับการรักษางานบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบไหลเวียนโลหิตมากกว่า 5 ล้านคน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุโดยตรงของการเข้ารับการรักษานี้เป็นผู้ป่วยในเป็นจำนวนมากถึงประมาณ 120,000 คน และยังเป็นสาเหตุการตายของคนไทยถึงมากกว่า 8,000 คน ในปีเดียวกัน ทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ (เล็ก รุ่งเรืองยิ่งยศ, 2545) จากข้อมูลดังกล่าวอาจแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจำนวนมาก อาจไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน และอาจแสดงถึงการขาดความร่วมมือในการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว (Myers, 1999; Andrade *et al.*, 2002; Bovet *et al.*, 2002)

การไม่สามารถใช้จ่ายได้ตามสั่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในปัจจุบัน เนื่องจากผลตามมาของการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้จ่ายได้ตามสั่งนั้น ย่อมทำให้การรักษาไม่ได้ผล เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา ส่วนในโรคเรื้อรัง เช่นความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน นอกจากนั้นยังทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ หากผู้ป่วยเกิดพิษจากยาก็อาจต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นการสิ้นเปลืองทั้งเศรษฐกิจส่วนตัวและรวมไปถึงประเทศชาติโดยทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยประมาณ 125,000 คน เสียชีวิต จากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และค่าใช้จ่ายจากสาเหตุนี้มีมูลค่าถึง 100 พันล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี (Gottlieb, 2000; Peterson, 2003) ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย สามารถพบได้ทุกกลุ่มทุกอายุ โดยประมาณแล้วพบปัญหานี้เกิดขึ้น ร้อยละ 25-95 (Gabriel *et al.*, 1977; Gottlieb, 2000) ส่วนในผู้ป่วยสูงอายุ พบปัญหานี้ได้ร้อยละ 33-65 (Murray *et al.*, 1993) ซึ่งนับได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุของโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมักเป็นโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรคขึ้นไปและต้องใช้จ่ายหลายชนิดในการรักษา (Nash *et al.*, 2000)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถใช้ยาได้ตามสั่งมีหลายประการ ประการแรกเกิดเนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี การไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมีมากขึ้น เนื่องจากมีสภาพร่างกายเสื่อมถอยลง ร้อยละ 29 มีปัญหาเรื่องการได้ยิน ร้อยละ 10 มีปัญหาเรื่องการมองเห็นทำให้อ่านฉลากไม่ชัดเจน สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถแยกสีหรือขนาดของยาได้ดีเท่ากับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้ยังทำให้การรับฟังคำแนะนำได้ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาการหลงลืม ทำให้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น (Corlett, 1996; Gray, 2000; Berger *et al.*, 2003; อภิกฤติ เหมะจุฑา, 2538)

ประการที่สอง เกิดจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยเฉพาะระยะเวลาของการเป็นโรค ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาคิดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น โรคความดันโลหิตสูง จะพบความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มาก (Andrade *et al.*, 2002; Firmo *et al.*, 2003) ทั้งที่มียาที่ใช้รักษาและควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งที่รักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา ได้หยุดใช้ยาภายใน 1 ปีแรกที่เริ่มการรักษา และมีเพียงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 จากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้มีจำนวนผู้ป่วยถึงร้อยละ 75 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ต้องการได้ (Mendis, 2003) ในประเทศจีน กัมเบีย และซีเชล พบความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 43 ร้อยละ 27 และร้อยละ 26 ตามลำดับ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกามีเพียงร้อยละ 51 ที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาโรคนี้ (Mendis, 2003)

สาเหตุประการที่สามที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถใช้ยาได้ตามสั่ง คือ ปังจัยจากยา และรูปแบบการใช้ยา เช่น ลักษณะรูปร่าง ขนาดและสีที่คล้ายกัน จำนวนรายการชนิดของยาที่ได้รับหรือความถี่ของการใช้ยาในแต่ละวันก็มีผลต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งด้วย ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี มีรายการชนิดยาที่ใช้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า (Murray *et al.*, 1993) เมื่อจำนวนรายการชนิดยาเพิ่มขึ้น การไม่ใช้ยาตามสั่งก็เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะลืมรับประทานยา หรือไม่แน่ใจว่ารับประทานยาคิดนั้นไปหรือยัง ในแง่ความยุ่งยากและความถี่ของการรับประทานยาในแต่ละวัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายชนิด แต่ละชนิดมีวิธีการใช้ที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการใช้ยาตามสั่งลดลง หรือใช้ยาผิดพลาดได้ (Dezii, 2000; Rantucci, 2004)

สาเหตุประการสุดท้ายที่มีผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถใช้ยาได้ตามสั่ง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร โดยหากผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการพบแพทย์จะส่งผลให้การใช้ยาตามสั่งลดลง นอกจากนี้ หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถสื่อความหมายหรือถ่ายทอดคำแนะนำได้ดีพอ จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำได้น้อยและเกิดปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้

การแก้ปัญหาคือไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมีหลายวิธีไม่ว่าจะเป็นวิธีการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย รวมถึงการใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ยา เช่น ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ (Unit-of-Use Drug Package) (Erik, 2001; Berger, 2003) อย่างไรก็ตามถึงแม้จะใช้วิธีการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ป่วยมักจะลืมในสิ่งที่ได้รับการอธิบายจากแพทย์และเภสัชกร จากการศึกษาของ Ley ในปี ค.ศ.1967 พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 40-60 ลืมยาหลังจากที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์และเภสัชกรผ่านไป 10-80 นาที และจากการศึกษาของ Boyd และคณะในปี ค.ศ. 1976 พบว่ามีถึงร้อยละ 60 ที่ผู้ป่วยลืมข้อมูลทันทีหลังจากที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์ ดังนั้นการใช้วิธีการอื่นๆ เช่นการใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ยาร่วมกับการให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วย จึงน่าจะช่วยแก้ปัญหาคือไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยได้มากขึ้น

โรงพยาบาลนครพิงค์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 531 เตียง จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครพิงค์ปี พ.ศ. 2547 จำนวน 284,529 คน พบว่าผู้ป่วยจำนวน 13,148 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นสถิติโรคอันดับ 1 ของผู้มารับบริการ ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 1,143 คน (สถิติโรงพยาบาลนครพิงค์, 2547) เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จะสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ต่อที่บ้าน เภสัชกรจะจ่ายยาให้ตามขนาดและระยะเวลาของการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง รวมทั้งอธิบายวิธีการใช้ยาที่ระบุบนฉลากเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งบนฉลากยาและใช้ยานั้นเมื่อกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าเกิดปัญหาเรื่องการไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เช่น สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง มีปัญหาเรื่องสายตาทำให้การหยิบใช้ยาไม่สะดวก มีปัญหาเรื่องการได้ยินทำให้อาจฟังคำแนะนำได้ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยบางคนอ่านหนังสือไม่ออก หรือผู้ป่วยได้รับยาจำนวนหลายชนิดรายการและต้องใช้บ่อยใน 1 วัน ทำให้ผู้ป่วยมักเกิดความสับสนหรือลืมใช้ยาได้ สาเหตุเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ทั้งสิ้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาและผลเสียต่างๆตามมา เช่น ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่พอใจได้ อาจเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆตามมา อาจเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยนอกซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มาทำการรักษาที่คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ในช่วงเดือนมกราคม 2536 ถึงเดือนมกราคม 2537 โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 186 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 9 รายเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.1 ที่สามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ส่วนอีก 169 รายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 94.9 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง (วาสิ ศิริเสาวลักษณ์, 2537) การศึกษาถึง สาเหตุ ปัญหา และ/หรืออุปสรรค ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ในระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2548 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2548 โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนก

ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 89 ราย ผู้ป่วยจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 67) เป็นโรคเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง มีถึงร้อยละ 73 ของผู้ป่วย ที่มีปัญหา อุปสรรค และ/หรือสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาได้ตามแพทย์สั่ง มีเพียงร้อยละ 27 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ไม่มีปัญหาในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง (มินา เพชรมี, 2548)

จากเหตุผลดังกล่าวและตลอดระยะเวลาประมาณกว่า 10 ปี งานบริหารทางเภสัชกรรมในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับและมีบทบาทมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ความสำคัญแก่คุณภาพของการดูแลรักษาแบบองค์รวมและเภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนสุดท้ายที่พบผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยากลับไปใช้ที่บ้าน จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ทำการวิจัยสนใจที่จะศึกษาเรื่องอุปกรณ์ที่ใช้เพิ่มความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วยขึ้นเพื่อต้องการแก้ปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยสูงอายุ อุปกรณ์ที่ใช้เพิ่มความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ การใช้ภาชนะบรรจุยารูปแบบนี้ ซึ่งบรรจุยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละครั้งตามมื้ออาหาร น่าที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และเพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่หยิบยาผิดชนิดและหากผู้ป่วยไม่แน่ใจว่ารับประทานยาสำหรับมื้อนั้นไปแล้วหรือยัง ก็สามารถตรวจสอบได้จากภาชนะบรรจุยารูปแบบดังกล่าวนี้ได้ ทั้งนี้เพื่อให้การใช้ยาเกิดประโยชน์สูงสุด มีความปลอดภัย และเกิดความคุ้มค่าจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้
2. เพื่อศึกษาถึงระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้
3. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่ง

ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผลของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้เปรียบเทียบกับภาชนะบรรจุยารูปแบบดั้งเดิมซึ่งบรรจุในซองพลาสติกแยกแต่ละซองตามชนิดของยาเท่านั้น และไม่ครอบคลุมภาชนะบรรจุยาในรูปแบบอื่น

2. ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเปิดให้บริการในวันพุธ โดยคัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 31 ตุลาคม 2548 และติดตามผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน

3. ทำการศึกษาเฉพาะรายการยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านในรูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูลที่ใช้รับประทานเท่านั้น ไม่รวมถึงยาในรูปแบบอื่น หรือยาที่ใช้เมื่อมีอาการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง
2. เป็นแนวทางในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการศึกษาด้านการใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับประทานยาของผู้ป่วย ให้แก่ผู้ที่สนใจ

นิยามศัพท์

ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ (Unit-of-Use Drug Package) หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุาลดความดันโลหิตและยารักษาโรคอื่น ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละเวลาตามที่แพทย์สั่ง โดยบรรจุในซองพลาสติก ที่สามารถเปิดปิดได้ และจัดทำให้อยู่ในรูปแบบปฏิทินการใช้ยาในแต่ละวัน ตามเวลาที่ต้องรับประทานยา แผลงละ 7 วัน

ภาชนะบรรจุยาแบบดั้งเดิม (Conventional drug package) หมายถึง ซองพลาสติก สำหรับบรรจุยาปริมาณทั้งหมดตามที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยนำกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน โดยซองพลาสติก 1 ซอง จะบรรจุยาเพียง 1 ชนิด เท่านั้น

การจัดยาให้กับผู้ป่วย หมายถึง การบรรจุาลดความดันโลหิตและยารักษาโรคอื่นทั้งหมด ที่เป็นเม็ดหรือแคปซูลที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละเวลาตามที่แพทย์สั่ง โดยบรรจุในซองพลาสติกที่สามารถเปิดปิดได้และจัดวางในภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ในรูปแบบปฏิทิน โดยไม่รวมถึงยาที่ต้องใช้เมื่อมีอาการ และหรือยาในรูปแบบอื่นๆ

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป

ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือไม่สามารถรับประทานยาตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร

การตรวจสอบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย หมายถึง การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือหลังจากระยะเวลาหนึ่งโดยนับเม็ดยาในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาล โดยอนุमानว่า จำนวนยาที่หายไปคือจำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ไปตามแพทย์สั่ง และการตรวจตารางบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย

คำแนะนำในการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ หมายถึง คำแนะนำการใช้ภาชนะบรรจุยาชนิดนี้แก่ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลโดยเภสัชกร โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาจากภาชนะบรรจุยาชนิดนี้เริ่มจากวันที่แพทย์สั่ง ในแต่ละมื้อ ตามลำดับที่ได้จัดทำให้อยู่ในรูปแฟงปฏิทินการใช้ยา หากผู้ป่วยลืมรับประทานยาในมื้อใดและนึกขึ้นได้ ให้รับประทานยาที่ลืมนั้นทันที แต่ถ้าหากใกล้ถึงเวลาที่ต้องรับประทานยาในมื้อถัดไป ให้ผู้ป่วยรับประทานยาในมื้อถัดไปได้เลยโดยไม่ต้องดิ่งของพลาสติกที่บรรจุยาในมือที่ลืมรับประทานออกจากแฟงปฏิทินการใช้ยา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved