

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก*

PROMOTING MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH EPILEPSY

อารยา วชิรพันธ์

Araya Wachiraphan

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani college of nursing Changwat Nonthaburi Praboromrajchanok Institute, Thailand

จันทิมา ช่วยชุม

Chanthima Chuaichum

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani college of nursing Nakhon Si Thammarat Praboromrajchanok Institute, Thailand

E-mail: waraya55@windowslive.com

บทคัดย่อ

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่มีการรักษาหลัก คือ การใช้ยากันชัก หากแต่พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมักเป็นความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ไม่ดี นั่นคือ การใช้ยามากกว่าที่กำหนด การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารยา การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ การใช้ยาเสื่อมคุณภาพ และการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งสาเหตุของการเกิดความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ไม่ดีเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง จากโรค จากยากันชัก หรือจากสาเหตุอื่น ๆ สำหรับการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย ในกรณีนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การให้แนวทางการป้องกันการลืมรับประทานยากันชัก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยากันชัก และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: การส่งเสริม, ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้ป่วยโรคลมชัก

* Received 20 January 2020; Revised 1 February 2020; Accepted 16 March 2020



Abstract

Epilepsy is a chronic neurological disorder, the primary treatment is the use of antiepileptic drug. If the behavior of the patient is often poor medication adherence such as over use of medication, under use of medication, inappropriate time to use medication, use the technique of drug administration, drug misuse, and drugs other than those prescribed. The causes of poor medication adherence that is patient's own, disease, antiepileptic drug, other causes. Selection Tool used to evaluate the medication adherence must be appropriate to the patient's disease. Nurse roles of promoting medication adherence. Start by relationship with patients, guidelines for prevention of forgetting antiepileptic drug, knowledge about the disease, antiepileptic drug, and side effects of the drug. Consistent with the lifestyle of patients and their families is important.

Keywords: Promoting, Medication adherence, Patients with epilepsy

บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย โดยพบได้ประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก ผู้ป่วยร้อยละ 85 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2003) สำหรับประเทศไทยพบว่าประมาณร้อยละ 1 ของประชากรป่วยเป็นโรคลมชัก (โยธินชินวาลัญช์, 2554) ซึ่งโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยอย่างมากไม่ว่าจะเป็นด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ การไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษา ทำให้มีการศึกษาต่ำ อัตราการว่างงานสูง รายได้ต่ำและต้องพึ่งพาผู้อื่น (พรุจิต วิงส์โรจน์, 2552) รวมถึงผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และผลกระทบต่อทางจิตสังคม (ประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2548) โดยการรักษาหลักของโรคลมชัก คือ การใช้ยากันชัก ซึ่งในผู้ป่วยที่ใช้ยากันชักอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะสามารถลดอัตราการเกิดอาการชักซ้ำได้ถึงร้อยละ 60-70 หากแต่จากการศึกษาของ Sweileh และคณะ (Sweileh, W.M. et al, 2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมากกว่าร้อยละ 60 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ช่วยชุม



และชนกพร จิตปัญญา (จันทิมา ช่วยชุม และชนกพร จิตปัญญา, 2556) ด้วยเช่นกัน ที่พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ ทำให้ลดประสิทธิภาพของการรักษาภาวะของโรคแย่ลง ต้องพบแพทย์มากขึ้น เข้านอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและตายในที่สุด (Cramer, J.A, 1995) ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ใช้ยา โดยเฉพาะพยาบาลผู้ที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ และเป็นอีกหนึ่งในบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตัว ที่ีระหว่างการใช้ยากันชัก และเพื่อให้ผู้อ่านสามารถใช้เป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ของการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ในบทความนี้จะนำเสนอเนื้อหาเรียงลำดับดังนี้ คือ ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรคลมชัก สาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรคลมชัก การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักพบว่า มีการให้ความหมายของคำว่า Medication adherence ไว้ดังนี้

Dracup and Melies (Dracup, K.A. and Melies, A.I, 1982) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักไว้ว่าหมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้สอดคล้องกับแผนการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลด้วยความเต็มใจ

Morris and Schulz (Morris, L.S. and Schulz, R.M, 1992) ได้ให้ความหมายว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการรับประทานยากันชักที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยากันชักที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามลักษณะอาการชัก นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลรวมถึงคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยา ชื่อ ชนิด และฤทธิ์ของยา



ต่อร่างกาย ขนาดและจำนวนครั้งของการใช้ยาในแต่ละวัน ผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไข ผลดีของการรับประทานยาตรงตามหลักการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ และอันตรายจากความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ไม่ดี เป็นต้น

Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont (Asawavichienjinda, T. et al, 2003) ได้ให้คำจำกัดความของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ให้ เพื่อการบำบัดโรคลมชัก ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด ซึ่งพอสรุปเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้ คือ 1) การใช้ยาไม่มากกว่าที่กำหนด 2) การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด 3) การใช้ยาในเวลาที่เหมาะสม 4) การใช้ยาถูกวิธีทางหรือถูกเทคนิคของการบริหาร 5) การใช้ยาถูกวัตถุประสงค์หรือ ถูกประเภท 6) การไม่ใช้อื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง 7) การมาพบแพทย์ตามนัด

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยในการใช้ยากันชักที่สอดคล้องตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ให้เพื่อการบำบัดโรคลมชัก ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด

ลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรคลมชัก มีดังนี้

1. การใช้ยามากกว่าที่กำหนด (over use of medication) ซึ่งอาจเกิดจาก (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551)

- 1.1 ใช้ยาเกินจากขนาดที่กำหนดให้ในใบสั่งยา
- 1.2 ใช้ยามากครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน
- 1.3 ใช้ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น ในเวลาที่ไม่จำเป็นต้องใช้
- 1.4 ใช้ยานานเกินกว่าที่แพทย์กำหนด
- 1.5 ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้

2. การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (under use of medication) ซึ่งอาจเกิดจาก (Buck, D. et al, 1997)



- 2.1 ใช้ยาน้อยกว่าขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา
- 2.2 ใช้ยาน้อยครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน
- 2.3 ลืมใช้ยา
- 2.4 เว้นการใช้ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น ในเวลาที่จำเป็นต้องใช้ยา
- 2.5 หยุดยาก่อนกำหนดที่แพทย์สั่ง
- 2.6 ไม่ได้ใช้ยานั้นเลย
- 2.7 ไม่ได้ไปรับยาเพิ่มหลังยาหมด

3. การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม (inappropriate time to use medication) รวมถึงการจัดระยะห่างของการใช้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง เช่น ยาที่แพทย์สั่งใช้ก่อนอาหารผู้ป่วยก็นำไปใช้หลังอาหาร เป็นต้น หรืออาจเกิดโดยไม่ได้ตั้งใจจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคลมชักซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา เป็นระยะเวลานาน (Asawavichienjinda, T. et al, 2003)

4. การใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิถีทาง (Gomes, M.D.M. and Filho, H.D.S.M, 1998) ซึ่งการให้ยาผิดวิถีทางนั้นรวมถึงการผิดตำแหน่งที่ให้ยา และการให้ยาในอัตราเร็วที่ต่างไปจากที่แพทย์สั่ง หรือต่างไปจากวิธีปฏิบัติมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ แม้จะเป็นการให้ยาถูกชนิดถูกวิธีตาม หรือการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้ยาไม่ถูก เช่น ให้ยาป้ายแทนยาหยอดตา ให้ยาน้ำแขวนตะกอนเมื่อแพทย์สั่งให้ยาเม็ด หรือบดยาให้โดยที่แพทย์ให้กลืนยาทั้งเม็ด เป็นต้น (กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และคณะ, 2552)

5. การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (อุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต, 2545) เช่น การใช้ยาด้านการอักเสบแทนยาแก้ปวด หรือการใช้ยาระบายแทนยาลดความอ้วน เป็นต้น

6. การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ (อุไรวรรณ ตระการกิจวิชิต, 2545) ซึ่งสามารถสังเกตลักษณะยาที่เสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ (กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และคณะ, 2552) ได้ดังนี้

- **ยาเม็ด** พบว่า เม็ดยาจะแตกกร่อน สีเปลี่ยนไป มีจุดต่าง ขึ้นรา หรือหากเป็นยาเม็ดเคลือบน้ำตาลเม็ดยาอาจเยิ้มเหนียวมีกลิ่นหืนหรือกลิ่นผิดปกติจากเดิม

- **ยาแคปซูล** พบว่า แคปซูลจะบวม พองออก หรือจับกัน ผงยาในแคปซูลเปลี่ยนสี เช่น ยาเตตราไซคลิน ที่เสียแล้วผงยาจะเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีน้ำตาล ซึ่งเป็น



อันตรายต่อไตมาก

- **ยาน้ำแขวนตะกอน** เช่น ยาลดกรด ยา کالاไมน์ทาแก็คัน หากเสื่อมสภาพ ตะกอนจะจับกันเป็นก้อนเกาะติดกันแน่นเขย่าแล้วไม่กระจายตัวดังเดิม มีกลิ่น สี หรือรส เปลี่ยนไป

- **ยาน้ำเชื่อม** เช่น ยาแก้ไอ หากหมดอายุ ยาจะมีลักษณะขุ่นมีตะกอน ผงตัว ยาละลายไม่หมด สีเปลี่ยนมีกลิ่นบูดเปรี้ยวหรือรสเปรี้ยว

- **ยาขี้ผึ้งและครีม** พบว่า เนื้อยาแข็งหรืออ่อนกว่าเดิม เนื้อไม่เรียบ เนื้อยาแห้งแข็ง หรือสีของยาเปลี่ยนไป

7. การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยบางรายอาจจะตั้งใจที่จะใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เนื่องจากญาติหรือเพื่อนซึ่งมีอาการเดียวกันนำยามาให้ใช้ หรือการที่ไปพบแพทย์หลายท่าน ยาอื่นที่ผู้ป่วยมักใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ได้แก่ ยาสมุนไพร เป็นต้น หรือผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ตั้งใจที่จะใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เช่น การที่ผู้ป่วยพบแพทย์หลายท่านและไม่กล้าแจ้งให้แพทย์ที่ทำการรักษาในปัจจุบันทราบว่าผู้ป่วยกำลังใช้ยาอะไรอยู่บ้าง ทำให้ได้รับยาเพิ่มและผู้ป่วยก็ขาดความรู้เกี่ยวกับยาแต่ละชนิดทำให้ได้ยาซ้ำซ้อนหรือใช้ยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (Asawavichienjinda, T. et al, 2003)

สาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรคลมชัก (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551) ได้แก่

1. สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ซึ่งเกิดจาก

- การลืมรับประทานยา
- การจัดเก็บยาไม่เป็นระเบียบ
- ไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยาจะนำ

ยาในมือที่ลืมมารับประทานร่วมกับยาในมือถัดไป

2. สาเหตุจากโรค เกิดจาก

- ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ผู้ป่วยไม่ทราบว่าโรคนี้ต้องรับประทานยาติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ

- การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการดีขึ้น หรือไม่มีอาการชักแล้วจึงลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง และในบางรายรับรู้ว่ามีอาการมากขึ้น



ทำให้เกิดความวิตกกังวลจึงเพิ่มขนาดยารับประทาน

- ภาวะโรคร่วม ทำให้ต้องรับประทานยาหลายตัวร่วมกัน ผู้ป่วยจึงไม่
อยากรับประทานยากันชักเพราะกลัวว่ารับประทานยาหลายตัวแล้วจะเกิดผลเสียตามมา

3. สาเหตุจากยา มักเกิดจากผลข้างเคียงของยา โดยผลข้างเคียงของยาที่
ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุดคือ มึนงงหรือเวียนศีรษะ และหลงลืม (เสริมสุข
จันทร์ได้, 2546)

4. สาเหตุจากผู้ดูแล ขาดการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว
เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยและเบื่อหรือการจัดยาให้ผู้ป่วยตามความเคยชินไม่ได้ปรับเปลี่ยนตาม
แผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลง

5. สาเหตุอื่น ๆ เกิดจากไม่มีเงินค่ายานอกบัญชียาหลักหรือกรณีต้องจ่ายค่า
รักษาเพิ่ม รวมถึงความไม่สะดวกในการเดินทางหรือจากการติดภาระหน้าที่การงาน เป็นต้น

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

Farmer (Farmer, K.C, 1999) แบ่งการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2
ลักษณะ คือ การประเมินทางตรงและทางอ้อมดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินทางตรงเป็นการพิสูจน์ว่า ผู้ป่วยได้รับประทานยาจริง
(Farmer, K.C, 1999) ประกอบด้วย

1.1 ประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย วิธีการนี้สามารถ
สังเกตได้ มีความน่าเชื่อถือ และวัดเชิงปริมาณได้ (Faught, E, 2012)

1.2 ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ ใช้เพื่อตรวจหายาเป้าหมาย หรือยาหลอก
การตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเหมือนกับการตรวจหาระดับยาในของเหลวในร่างกาย ที่ไม่ค่อย
ได้รับการยอมรับในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Farmer, K.C, 1999)

1.3 การสังเกตผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษา พบว่า การศึกษาทาง
คลินิกและบางสถาบัน ผู้ป่วยอาจถูกสังเกตการรับประทานยาโดยตรงโดยการติดตามอย่าง
ใกล้ชิด วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับและไม่ปฏิบัติกันในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่ง
สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดได้ง่าย อาจเกิดปัญหาด้านความพึงพอใจทาง
สังคม (Farmer, K.C, 1999)



2. การประเมินทางอ้อม พบว่าเป็นวิธีการที่ใช้กันมากที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย

2.1 การบอกเล่าจากผู้ป่วย ว่ารับประทานยาอย่างไร เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Faught, E, 2012) วิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาและการตัดสินใจว่าเชื่อถือได้หรือไม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การเขียนบันทึกประจำวันของผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ 3) คำถามที่ได้มาตรฐาน มีความตรงและความเฉพาะสำหรับความร่วมมือในการใช้ยา (Jones, R.M. et al, 2006) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความแม่นยำ และความตรงของวิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วย คือ ทักษะในการสัมภาษณ์และโครงสร้างของข้อคำถาม สัมพันธภาพและมารยาทของการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ข้อคำถามในเชิงลบอาจเหมือนการกล่าวโทษผู้ป่วยว่าไม่ให้ความร่วมมือ จะทำให้ผู้ป่วยมีอคติในการตอบข้อคำถาม ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการสร้างคำถาม และควรใช้มารยาทที่ดีในการถามคำถามที่อาจก่อให้เกิดอคติได้ (Farmer, K.C, 1999) อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ก็เป็วิธีการที่ง่าย ไม่แพง และเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากที่สุดที่นำมาใช้ทางคลินิก (Osterberg, L. and Blaschke, T, 2005)

2.2 การบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาทางอ้อมอีกวิธีการหนึ่ง ซึ่งวิธีการนี้ไม่น่าเชื่อถือ เพราะไม่มีการสังเกตลักษณะความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพเชื่อมั่นในความรู้สึกลงของตนเองและคาดคะเนเอาเอง อย่างไรก็ตามการบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพ ก็เป็นวิธีการที่รวดเร็ว ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและแบบแผนในการรักษาก็คงที่ ซึ่งวิธีนี้ก็ยังคงใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Farmer, K.C, 1999)

2.3 การนับเม็ดยา เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินการใช้ยาที่ใช้กันอยู่เสมอ เป็นการเลี่ยงการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การนับเม็ดยาเป็นการนับจำนวนยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานเมื่อมาตรวจตามนัดหรือมารับบริการในคลินิก (Faught, E, 2012) การนับจำนวนเม็ดยาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันอย่างแพร่หลาย ทั้งในการศึกษาทางคลินิกและการปฏิบัติ เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่อาจประเมินความร่วมมือที่เกินจริงได้ ซึ่งมีข้อเสียคือ การนับเม็ดยาบอกเพียงร้อยละของการรับประทานยาเท่านั้น แต่ไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานยา เช่น ขนาด เวลา การหยุดยา (การลืม



รับประทานยาในแต่ละวัน) หรือเหตุผลของการหยุดยา เช่น ผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกได้ (Osterberg, L. and Blaschke, T, 2005)

2.4 การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติ วิธีการนี้เป็นการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ทันสมัยที่วัดความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างละเอียด โดยมี Microprocessor สำหรับบันทึกและติดตามวันเวลาในแต่ละวันที่ผู้ป่วยใช้ยาจากกล่องยา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยาในแต่ละวันหรือสัปดาห์ได้ รวมถึงการรู้ถึงแบบแผนในการรับประทานยาหรือไม่รับประทาน ซึ่งมีประโยชน์ในการประเมินการตอบสนองทางคลินิก หรือผลข้างเคียงของยา แต่วิธีนี้ก็มีข้อจำกัดคือ ถ้าผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ หรือจงใจหลอกจะทำให้ข้อมูลผิดพลาด (Faight, E, 2012)

2.5 ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาหรือการป้องกัน จากการศึกษาพบว่า ในทางทฤษฎี ถ้าประสิทธิภาพของยาดีและรับประทานยาอย่างถูกต้องจะทำให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น แต่ถ้าสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เกิดขึ้น แสดงว่าความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดีอย่างไรก็ตามอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอาจมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอาจไม่ได้บอกอะไรเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา แต่อาจเป็นวิธีที่มีประโยชน์ เพราะเป็นวิธีการธรรมดาและง่ายต่อการปฏิบัติ (Osterberg, L. and Blaschke, T, 2005)

2.6 การบันทึกการมาเต็มยาตามแผนการรักษา ช่วยบันทึกการไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนกำหนด และวิธีการใช้ยาที่นอกเหนือจากใบสั่งยา (Farmer, K.C, 1999) วิธีการนี้อาจประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงเกินจริง (Kripalani et al, 2009) แต่ก็นำมาใช้เพื่อสนับสนุนคำตอบจากการถามโดยตรง หรือแบบสอบถามได้ (Kripalani et al, 2009)

เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

1. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม โดย Morisky, Green และ Levine ในปี ค.ศ. 1986

2. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 8 ข้อคำถาม โดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม โดยการเพิ่มข้อคำถามที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา และเพิ่มข้อคำถามให้ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตอบว่า “ใช่”



เพื่อลดอคติในการตอบปฏิเสธทุกคำถาม

3. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) โดย Byerly, Nakonzny และ Rush ในปี ค.ศ. 2008 เป็นเครื่องมือประเมินความถี่ของพฤติกรรมการใช้ยาหรือไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์มี 4 ข้อคำถาม เป็นมาตราประมาณค่าแบบ visual analog

4. The Adherence to Refills and Medications scale (ARMS) โดย Kripalani, Risser และ Jacobson ในปี ค.ศ. 2009 เป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมมารับยาตามนัด

ปัจจุบันนิยมใช้การประเมินทางอ้อมโดยนำ เครื่องมือในลักษณะแบบสอบถามหรือแบบประเมินมาช่วยในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก เพราะง่าย สะดวก ประหยัด และได้ผลที่สอดคล้องตามลักษณะทางคลินิก

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยหัวใจสำคัญคือ การสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยการพูดคุยปรึกษาหรือการมีทักษะของการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย รวมถึงการเข้าใจปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย การแสดงท่าทีที่เต็มใจ จริงใจในการให้การช่วยเหลือ ให้ความเวลา เปิดโอกาสให้ซักถาม รับฟังความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมาภรณ์ กังวาท และคณะ (ชุดิมาภรณ์ กังวาท และคณะ, 2560) ที่พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทยกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย

2. แนะนำแนวทางการป้องกันการลืมรับประทานยา ดังนี้

- ให้เก็บยาในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ในเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาโดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย

- พกยาติดตัวเมื่อไปทำงานหรือแบ่งยาส่วนหนึ่งไว้ในที่ทำงาน

- แนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องหากมีการลืมรับประทานยา ว่าสามารถรับประทานยาได้ทันทีที่นึกได้หากไม่เกิน 2 ชั่วโมงจากเวลารับประทานยาประจำ แต่ถ้านึกได้เมื่อใกล้ถึงยา



มื่อถัดไปให้รรับประทานยาเมื่อถัดไปในขนาดเท่าเดิม

- แนะนำวิธีการเตือนให้รับประทานยา เช่นตั้งปลุกเตือนโดยใช้โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วย

- แนะนำให้ใช้ปฏิทินช่วยในการเตือนว่ารับประทานยาไปแล้วด้วยการขีดฆ่าที่ปฏิทินของวันที่รับประทานยา

3. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยากันชักที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเวลาเดียวกันทุกวัน

4. เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการชักได้ดีขึ้นหรือเมื่ออาการแยลง พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยยังรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องในขนาดยาเดิมจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาโดยแพทย์ ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เพราะอาจทำให้เกิดอาการชักซ้ำและประสิทธิภาพของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

5. สอบถามผู้ป่วยทุกครั้งถึงโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และยาที่ใช้ร่วมด้วย หากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคและต้องใช้อยาหลายตัวพยาบาลต้องแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาและปฏิกิริยาระหว่างยา ตลอดจนผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากการใช้ยาหลายตัวร่วมกัน

6. พยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยากันชักให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงแนะนำวิธีการป้องกันผลข้างเคียงจากยาไม่ให้เกิดขึ้น หรือในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงจากยาเป็นพิษที่รุนแรง เช่น เตินเซ ตากระตุก แนะนำให้ผู้ป่วยรีบกลับมาพบแพทย์

7. พยาบาลควรแนะนำและให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคลมชัก การรักษาระยะเวลาในการรักษา และผลของการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการใช้ยากันชักที่ถูกต้องอันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยาต่อไป

8. พยาบาลควรเป็นตัวแทนผู้ป่วยและครอบครัวในการให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา ในกรณีผู้ป่วยที่บ้านอยู่ไกล มีปัญหาในการเดินทางหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาจช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ด้วยการให้แพทย์ทำการนัดผู้ป่วยแต่ละครั้งให้ห่างกันมากขึ้น หากแต่ต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจในแนวทางการรักษาและความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยาด้วยเสมอ



บทสรุป

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักจะสำเร็จได้ไม่เพียงเกิดจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น หากแต่บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะผู้ที่เป็นพยาบาลมีส่วนสำคัญในบทบาทของการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยากันชัก โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การแนะนำแนวทางการป้องกันการล้มรับประทุหายกันชัก การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคลมชัก การรักษาด้วยการรับประทานยากันชักที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่หยุดยากันชัก ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยากันชักเอง อาการข้างเคียงของยากันชัก และการมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงการให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนการใช้ยากันชักที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อการควบคุมอาการชักซ้ำและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคลมชักต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และคณะ. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 2(1), 195-217.
- จันทิมา ช่วยชุม และชนกพร จิตปัญญา. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์ของยากันชัก การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 5(2), 106-119.
- ชุตินาภรณ์ กังวาท และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของเด็กโรคลมชัก. *Rama Nurse Journal*, 23 (1), 44 -59.
- ประดิษฐ์ ชัยชนะ. (2548). ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคลมชักที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง. ใน *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พฐิจิต วังโสโรจน์. (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้. ใน *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- โยธิน ชินวลัญช์. (2554). เดจาวู จากเมวบ้อย ๆ ระวังโรคลมชัก. *Health & cuisine*, 11(126), กรกฎาคม, 26-27.
- สุณี เลิศสินอุดม และคณะ. (2551). การศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 7(1), 37-45.
- เสริมสุข จันทร์ใต้. (2546). การติดตามการเกิดอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยาในคลินิกโรคลมชัก สถาบันประสาทวิทยา. ใน *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต. (2545). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ. ใน *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก*. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Asawavichienjinda, T. et al. (2003). Compliance with treatment of Adult epileptics in a rural district of Thailand. *J Med Assoc Thai*, 86 , 46-51.
- Buck, D. et al. (1997). Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure*, 6, 87-93.
- Cramer, J. A. (1995). Relationship between medication compliance and medication outcome. *Am J Hosp Pharm*, 52(Suppl3), S27-S29.
- Dracup, K.A. and Melies, A.I. (1982). Compliance : An interactionist approach. *Nursing Research*, 31, 31-35.
- Farmer, K.C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trails and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6),1074-1090.
- Faught, E. (2012). Adherence to antiepilepsy drug therapy. *Epilepsy & Behavior*, 25, 297-302.
- Gomes, M.D.M. and Filho, H.D.S.M. (1998). Medication-taking behavior and drug self regulation in people with epilepsy. *Arq Neuro-Psiquiatria*, 56, 714-719.



- Jones, R.M. et al. (2006). Adherence to treatment in patients with epilepsy : Associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure*, 15, 504-508.
- Kripalani et al. (2009). Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. *Value in Health*, 12, 118-123.
- Morris, L.S. and Schulz, R.M. (1992). Patient compliance-an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17(5), 283-295.
- Osterberg, L. and Blaschke, T. (2005). Drug therapy Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Sweileh, W.M. et al. (2011). Self-reported medication adherence and treatment satisfaction in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 21, 301-305.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for action*. Geneva : World Health Organization.