

## ปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต่อหิน ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา\* วท.ม.

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสาเหตุและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การดูแลตนเอง ความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลและศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาหยุดตาของผู้ป่วยต่อหิน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยต่อหินที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและมารับการรักษาที่แผนกจักษุผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ปัญหาการใช้ยา ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแล พฤติกรรมการหยุดตาและการใช้ยาหยุดตาและปัญหาที่พบจากการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบผู้ป่วยต่อหินมีความดันลูกตาสูงมากกว่า 21 มิลลิเมตรปรอทในตาข้างขวาร้อยละ 14.5 และข้างซ้ายร้อยละ 9 มีปัญหาความบกพร่องทางกายร้อยละ 22.5 ต้องการผู้ดูแลร้อยละ 19 ความต้องการให้ผู้ดูแลพาไปพบแพทย์ร้อยละ 27.5 และช่วยหยุดตาร้อยละ 7 พบปัญหาจากการใช้ยาหยุดตา อันดับ 1 ได้แก่ ใช้ยาหยุดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือนร้อยละ 54 ส่วนใหญ่ไม่ทราบผลเสียของการไม่หยุดตาร้อยละ 84 ไม่ได้รับเอกสารการหยุดตาร้อยละ 60 อันดับ 2 ใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 41.5 อันดับ 3 ลืมหยุดตาร้อยละ 37 พบว่าเข้าก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยต่อหินไม่หยุดตาร้อยละ 31.5 การแก้ปัญหาเมื่อลืมหยุดตาผู้ป่วยรอไปหยุดครั้งต่อไปร้อยละ 30.1 อันดับ 4 ยาหยุดตาหมดก่อนวันนัดร้อยละ 15 การแก้ปัญหาเมื่อยาหมดคือไม่ได้หยุดรอจนถึงวันนัดร้อยละ 71.7 อันดับ 5 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 9 การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยุดตาพบว่าหยุดตาไม่ถูกต้องร้อยละ 48

การติดตามปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา ทำให้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินลดลง โดยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเพิ่มคำแนะนำให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยาวิธีหยุดตา การบริหารยาให้สอดคล้องกับผู้ป่วย การสร้างระบบช่วยในการจำจะทำให้การรักษาได้ผลมีประสิทธิภาพ

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

**Medical problems and medication use behaviors in glaucoma patients at  
Chaophayayommaraj Hospital in Suphanburi Province, Thailand.**

Wanthana Leepithakwatthasa, M.Sc\*

**Abstract**

The purpose of this study was to explore the medical problems and medication use behaviors in glaucoma patients at Choapraya Yommaraj hospital in Suphanburi Province. Method: Subjects comprised 200 randomly selected glaucoma patients visiting the hospital's out-patient department. An instrument used in this survey interview was divided into four sections. These sections included patient characteristics, self care and patient support practices, medication use, and side effects and other problems associated with medication use. The data were compiled and tabulated using SPSS. Result: The result show that 14.5, 9 % of patient had intraocular pressure (IOP) higher than 21 mmhg in the right and the left eye. Five patients (19%) suffered disabilities of which nearly all required assistance from a doctor's visit (27.5%) and the application of medication (7%). Compliance continues to be a barrier to effective glaucoma care. Forgetfulness is the leading cause of non-compliance. Five medication problems behaviors are: continuing to use the same bottle of eye drop for longer than 30 days (54%) suggesting that significant numbers of patients are at risk of contaminating the eye drop ,The majority of patients (84%) are not aware of adverse consequences for failing to apply eye drops. Three – fifth (60%) of the patients reported having received no instructional documentation on how to property administer the eye drops. Improper administration techniques (41.5%), forgetfulness (37%). Nearly one-third (31.5%) of the patients failed to apply medication on the morning of the physician's visits. Among those who forgot to apply eye drop daily, about one – third (30.1%) skipped to the next scheduled application. Another problem was failing to get medication refilled when the eye drops ran out before the scheduled doctor's appointment (15%). When the medication ran out seven in ten (71.7%) skipped applying eye drops until after the next Physician's visit. Less than one in ten (9%) patients reported to have adverse drug reaction from the medications. It was found that there are significant variations in the eye drop administration techniques. Nearly half (48%) fail to apply eye drops properly. Interpretation: Nearly one-third of the patients surveyed were either non-compliant or exhibited improper administration techniques. Conclusion: The medical treatment of glaucoma primarily relies on topical ocular medication. Non-compliance with the prescribed treatment remains to a significant obstacle to effective treatment of glaucoma. Evidence clearly suggests that the non-compliance remains prevalent. The study highlights the need to better educate patients about the disease, importance of compliance and better demonstrations of the proper administration of the eye drops. Such programs can potentially improve the efficacy of the therapy and help reduce adverse drug reactions from the improper use of the medications.

**Keywords :** Medical problem / medication use behavior / glaucoma patients

---

\* Registered Nurse : Choapraya Yommaraj Hospital

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีการทำลายประสาทตา ส่วนมากเกิดจากสาเหตุคือความดันลูกตาสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ขึ้นกับชนิดของต้อหิน และมีผลทำให้ลานสายตาแคบลงเรื่อยๆ หรือแม้กระทั่งสูญเสียการมองเห็นไปในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันที่ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548 : 15 - 16) มีการศึกษาพบว่าประชากรโลกเป็นต้อหิน 22.5 ล้านคนในจำนวนนี้ 5-6 ล้านคนตาบอด พบต้อหินเป็นสาเหตุถึงร้อยละ 10 ในการสำรวจสาเหตุตาบอดระดับชาติครั้งที่ 3 ในปี 2537 โรคต้อหินเป็นสาเหตุตาบอดอันดับ 3 (Jenchitr N, 1996 : 63 – 71)

ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีผู้ป่วยมารักษาโรคต้อหินเฉลี่ย 360 ราย / ปี จัดเป็นโรคอันดับที่ 4 ใน 5 อันดับโรคแรก การรักษาต้อหินทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินและระยะของโรคที่เป็นอยู่ ปัจจุบันการให้ยาหยอดตารักษาต้อหินเป็นวิธีที่ได้ผลดีและนิยมมากที่สุด อย่างไรก็ตามจักษุแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนยาเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ดังนั้นหัวใจสำคัญในการรักษาคือความสม่ำเสมอในการพบแพทย์และความต่อเนื่องในการใช้ยา (จอนห์ไอกีเซน, 2550 : 37) ทั้งนี้พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสาเหตุการสูญเสียการมองเห็นในต้อหินสูงถึงร้อยละ 10 (Ashburn FS Jr, et al., 1980 อ้างใน ยุพิน ลีละชัยกุล 2550 : 40-43)

การรักษาด้วยยาได้แก่การให้ยาหยอดตาและยารับประทานเพื่อลดความดันลูกตา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยาหยอดตาได้มีการพัฒนายาใหม่ๆ ขึ้นมามากมายในช่วงที่ผ่านมาและมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นได้จากการได้รับยาของผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องใช้ยา 2 - 3 ชนิด หยอดทุกวัน

วันละ 2 - 3 ครั้ง ไปตลอดชีวิต เป็นภาระที่หนักทั้งในแง่เศรษฐกิจและชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้อหินจะรักษาโดยการให้ยาทั้งยาหยอดตาและยารับประทาน ซึ่งประกอบด้วย acetazolamide และ glycerine ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่ในระยะแรกมักได้รับการรักษาด้วยยาในลักษณะผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองหรือมีญาติคอยดูแลในการรับประทานยาและการหยอดตาอย่างถูกต้อง การรักษาจึงได้ผลดี ในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นเป้าหมายที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนถูกต้องตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือพิษของยา (ลัดดา ธรรมสอน , 2540 : 32) กรณีการให้ยารักษาแล้วไม่สามารถควบคุมโรคดังกล่าวได้ อาจต้องให้การรักษาอื่นได้แก่ การยิงเลเซอร์ การผ่าตัด เป็นต้น การสำรวจปัญหาเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ยาตามแบบการรักษาได้อย่างถูกต้องแต่ยังไม่ได้สำรวจถึงปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าสาเหตุหรือลักษณะของการใช้ยาไม่ถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะติดตามปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินเพื่อจะได้ใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการใช้ยาได้ถูกต้องกับแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือพิษของยาอันจะส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลของผู้ป่วยต่อหัตถ์
2. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยต่อหัตถ์
3. ศึกษาปัญหา สาเหตุ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยต่อหัตถ์

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคต่อหัตถ์ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ยาและมารับการรักษาแผนกจักษุผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 200 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต่อหัตถ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงของสแตรนด์และคณะ (Strand, et al.,1990 : 1093 – 97) ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์มี 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ด้านการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแล
- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการหยอดตาและการใช้ยาหยอดตา
- ส่วนที่ 4 สรุปปัญหาที่พบจากการใช้ยา

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบแบบสัมภาษณ์ทุกชุดแนะนำวิธีการตอบแบบแบบสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ได้ ทั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งสิ้น เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างจึงดำเนินการสัมภาษณ์ใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดียวกันตลอดช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW ใช้การหาค่าเฉลี่ย แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ด้านการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลพฤติกรรมการหยอดตาและการใช้ยาหยอดตาและปัญหาที่พบจากการใส่ยา ใช้แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยต่อหัตถ์มีระยะเวลาในการเป็นต่อหัตถ์น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นต่อหัตถ์ในระยะเวลา 1 – 5 ปี ร้อยละ 39.5 และเป็นต่อหัตถ์มากกว่า 5 ปีร้อยละ 18 มีความดันลูกตาสุงมากกว่า 21 mmHg ในวันที่มาตรวจตาขาร้อยละ 14.5 และตาขาร้อยละ 9 มีประวัติแพ้ยา Sulfa ร้อยละ 4 เคยได้รับยา Diamox ร้อยละ 16 มีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 อาการที่ปรากฏคือชาปลายมือปลายเท้า

ปวดศีรษะเวียนศีรษะใจสั่น ขนลุกชู้อาเจียน มือขา  
ปากชา ชาสันเทาทั้งสองข้าง ได้รับ Glycerine ร้อยละ  
11.5 มีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 คือ คลื่นไส้  
อาเจียน รู้สึกขึ้นๆ

### ส่วนที่ 2 ด้านการดูแลตนเองและการสนับสนุน จากผู้ดูแล

มีปัญหาบกพร่องทางกายร้อยละ 22 มี  
ปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 63.3 ด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 19.7 ด้านการได้ยินร้อยละ 16.9 พบว่า  
ผู้ป่วยต้อหินที่หยุดตาเองไม่ได้ ร้อยละ 13.5 อ่าน  
ฉลากยาไม่ได้ร้อยละ 18 สามารถขึ้นรถประจำทาง  
เองได้ร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้มีผู้ดูแล  
ผู้ป่วยต้อหินมีความต้องการผู้ดูแลร้อยละ 19 สิ่ง  
ที่ผู้ป่วยอยากให้ผู้ดูแลทำคือ พาไปพบแพทย์ร้อยละ  
27.5 ช่วยหยุดตาร้อยละ 7

### ส่วนที่ 3 รายละเอียดการหยุดตาและการใช้ ยาหยุดตา

ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่ใช้ยาหยุดตา 1 ชนิด  
ร้อยละ 46 รองลงมาใช้ยาหยุดตา 2 ชนิดร้อยละ  
37.5 ใช้ยาหยุดตา 3 ชนิดร้อยละ 13 และใช้ยา  
หยุดตา 4 ชนิดร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่หยุด 2  
เวลาร้อยละ 61 รองลงมาหยุด 4 เวลาร้อยละ 20.5  
และหยุด 3 เวลาร้อยละ 18.5 ไม่หยุดตา ก่อนมา  
ร.พ. ร้อยละ 31.5 พบมีอาการไม่พึงประสงค์จากการ  
หยุดตาร้อยละ 9 ในรอบ 1 เดือนล้มหยุดตาร้อยละ  
37 ไม่ล้มหยุดตาแต่เดือนเวลาหยุดร้อยละ 43  
เวลาที่ล้มหรือเลื่อนมักเป็นเวลาเช้าร้อยละ 38.5 เวลา  
เย็นร้อยละ 22 การแก้ปัญหาเมื่อล้มหยุดตา ผู้ป่วย  
จะหยุดตาทันทีที่นึกได้ร้อยละ 66.4 รอไปหยุดครั้ง  
ต่อไปร้อยละ 30.1 ยาหยุดตาหมดก่อนถึงวันนัด  
ร้อยละ 15 การแก้ปัญหาเมื่อยาหมดส่วนใหญ่ไม่ได้  
หยุดตาร้อยละ 71.7 ใช้ยาหยุดตาเองร้อยละ 16.6  
มาตรวจ ร.พ. เพื่อรับยา ร้อยละ 11.7 หลังใช้ยาครบ 1

เดือนทิ้งขวดยาหยุดตาร้อยละ 46 ใช้ขวดเก่าจน  
หมดเกิน 1 เดือนร้อยละ 54 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ  
ถึงผลเสียของการไม่หยุดตาร้อยละ 84 และไม่ได้รับ  
เอกสารการหยุดตาร้อยละ 60 ขั้นตอนการหยุดตา  
จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยต้อหินสาธิตการ  
หยุดตาให้ดูพบว่ายังหยุดตาไม่ถูกต้องร้อยละ 48  
ไม่หลับตาและใช้มือกดหัวตา ร้อยละ 48 พบว่า หลับ  
ตาแต่ไม่กดหัวตาร้อยละ 9.5 รองลงมาพบว่าปลาย  
หลอดยาหยุดต้ามักสัมผัสตา ร้อยละ 28.5 ไม่ได้  
ตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยุดจำนวนหยุด เวลาที่  
หยุด ร้อยละ 25.5 การหยุดตาไม่ถึงหนึ่งด่าง  
ลงและหยุดในกระพุ้งตา ร้อยละ 22.5 และไม่ได้  
ล้างมือก่อนหยุดตาร้อยละ 19.5 ไม่เขย่าขวดก่อน  
หยุดตาร้อยละ 18.5 ไม่ได้เว้นระยะเวลาหยุด  
ห่างกัน 5 - 10 นาทีร้อยละ 8.5

### ส่วนที่ 4 สรุปปัญหาที่พบจากการใช้ยา

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาพบว่า อันดับ 1  
เกิดจากใช้ยาหยุดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือนร้อยละ  
54 อันดับ 2 ใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 41.5 ได้แก่ การ  
ใช้ยามากหรือน้อยกว่ากำหนดร้อยละ 19 (ผู้ป่วยต้อ  
หินลดการหยุดตาร้อยละ 7.5 เพิ่มการหยุดตา  
ร้อยละ 11.5) การใช้ยาหยุดตาที่มากกว่า 1 ชนิดไม่  
ถูกวิธีร้อยละ 5.5 การใช้ยาหยุดตาเพิ่มอีกข้าง  
ร้อยละ 5 ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด  
ร้อยละ 3.5 ใช้ยาหยุดผิดข้างร้อยละ 2 ใช้ยาอื่นนอก  
จากแพทย์สั่งร้อยละ 2 การใช้ยาหยุดตาหลอดเดียว  
กันรวมกันร้อยละ 1.5 การใช้ยาผิดเวลาร้อยละ 1.5  
งดยาเองร้อยละ 1 เวลาระหว่างมือหยุดตาห่างกัน  
มากร้อยละ 0.5 อันดับ 3 ล้มหยุดตาร้อยละ 37  
อันดับ 4 ยาหมดก่อนวันนัดร้อยละ 15 อันดับ 5 เกิด  
อาการไม่พึงประสงค์จากยาหยุดตาร้อยละ 12.5

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นต่อหิน 0-1 ปี	85	42.5
ระยะเวลาการเป็นต่อหิน 1 - 5 ปี	79	39.5
ระยะเวลาการเป็นต่อหิน 5 ปี ขึ้นไป	36	18.0
ประวัติการแพ้ยา sulfa	8	4
อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา diamox	7	3.5
อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา glycerine	7	3.5
วันที่มาตรวจมีความดันโลหิตมากกว่า	21	11.5

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำกิจประจำวันได้ (n = 200)

ความสามารถทำกิจประจำวัน	ทำไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ทำได้แต่ต้องมีคนดูแล จำนวน (ร้อยละ)	ทำได้ จำนวน (ร้อยละ)
การหยุดตา	7 (3.5)	20 (10)	173 (86.5)
การอ่านฉลากยา	36 (18)	0	164 (82)
ขึ้นรถประจำทาง	29 (14.5)	36 (18)	135 (67.5)

ตารางที่ 3 สรุปปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา (n = 200)

ปัญหาที่พบจากการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้ยาหยอดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือน	108	54
2. ใช้ยาผิดวิธี	83	41.5
3. ลืมหยอดตา	74	37
4. ยาหยอดตาหมดก่อนวันนัด	30	15
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	18	9

ตารางที่ 4 รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา (n = 200)

รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยาหยอดตา 1 ชนิด	92	46
การใช้ยาหยอดตา 2 ชนิด	75	37.5
การใช้ยาหยอดตา 3 ชนิด	26	13
การใช้ยาหยอดตา 4 ชนิด	7	3.5
จำนวนเวลาที่หยอดตา 2 เวลา	122	61
จำนวนเวลาที่หยอดตา 3 เวลา	37	18.5
จำนวนเวลาที่หยอดตา 4 เวลา	41	20.5
เข้าก่อนมา ร.พ. ไม่หยอดตา	63	31.5
ไม่ได้รับเอกสารการหยอดตา	120	60
ไม่ทราบถึงผลเสียของการไม่หยอดตา	168	84
เมื่อลืมหยอดตาหยอดทันทีที่นึกได้	97	33.4
เมื่อลืมหยอดตาออกไปหยอดมือต่อไป	44	30.1
การแก้ปัญหาเมื่อยามหมด (n = 60)		
เมื่อยาหมดไม่ได้หยอด	43	71.7
เมื่อยาหมดซื้อยาหยอดตาเอง	10	16.6
เมื่อยาหมดมาตรวจเพื่อรับยาที่ ร.พ.	7	11.7
(n = 200) ใช้ยาผิดวิธีจำนวน 83 ร้อยละ 41.5 ได้แก่		
การใช้ยามากหรือน้อยกว่ากำหนด 38 (19)	ใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง 4 (2)	
การใช้ยาหยอดตาที่มากกว่า 1 ชนิดไม่ถูกวิธี 11 (5.5)	การใช้ยาหยอดตาหกลดเลือดรวมกัน 3 (1.5)	
การใช้ยาหยอดตาเพิ่มอีกข้าง 10 (5)	การใช้ยาผิดเวลา 3 (1.5)	
ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด 7 (3.5)	งดยาเอง 2 (1)	
ใช้ยาหยอดผิดข้าง 4 (2)	เวลาระหว่างมือหยอดตาห่างกันมาก 1 (0.5)	

ตารางที่ 5 การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา (n = 200)

การปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. การตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยอดเวลาที่หยอด	51 (25.5)	149 (74.5)
2. ล้างมือให้สะอาด	39 (19.5)	161 (80.5)
3. เชยขาชวดก่อนใช้ยา	37 (18.5)	163 (81.5)
4. นั่งหรือนอนหงายหนุนข้างบนดึงหนังตาล่างให้เป็นกระพุ้ง	45 (22.5)	155 (77.5)
5. หยอดตามจำนวนลงไปประวังอย่าให้ปลายหลอดยาสัมผัสผิวดตา	57 (28.5)	143 (71.5)
6. หลับตาพร้อมทั้งใช้มือกดหัวตาไว้ประมาณ 1-2 นาที	96 (48)	104 (52)
7. กรณีหยอดตามากกว่า 1 ชนิด ในเวลาเดียวกันให้เว้นระยะ เวลาหยอดห่างกัน 5-10 นาที	17 (8.5)	183 (1.5)

### กรณีศึกษา

1. จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยแพ้ยาร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยแพ้ยา Sulfa ร้อยละ 4 จากการสำรวจไม่พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Acetazolamide (Diamox) หรือ Azopt ซึ่งห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยากลุ่ม Sulfa (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์และประภัสร์ ศุขศรีไพศาล, 2545 : 7 - 9) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Diamox ร้อยละ 16 มีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 พบ 1 รายหยุดใช้ยาเอง สอดคล้องกับ วอทเทน ดีเอ็ม(Worthen DM,1979 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43) พบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยา Diamox มีเพียงร้อยละ 60 เนื่องจากเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงค่อนข้างรุนแรงพบว่าผู้ป่วยได้รับยา glycerine ร้อยละ 11.5 มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 3.5 มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรู้สึกขึ้นๆ เพราะยานี้มีรสหวานมากจึงต้องผสมกับน้ำส้มหรือน้ำมะนาวและให้ดื่มขณะที่เย็นเพื่อลดอาการคลื่นไส้จากรสที่หวานจัด (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43)

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้อหินมีความบกพร่องด้านร่างกาย ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการมองเห็นร้อยละ 63.3 รองลงมาผู้ป่วยต้อหินมีความบกพร่องเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร้อยละ 19.7 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งของการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากปัญหาการมองเห็นในที่จำกัด (Glynn RJ, et al., อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล 2550 : 40 - 43)

ความต้องการผู้ดูแลร้อยละ 19 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกรขึ้นรถประจำทางร้อยละ 32.5 ด้านการอ่านฉลากยาร้อยละ 18 ด้านการหยอดตาร้อยละ 13.5 สอดคล้องกับการศึกษาของวินฟิลด์ เอเจ และคณะ (Winfield AJ,et al.,1990 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43) พบว่าผู้ป่วยต้อหินต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการหยอดตาต้อหินเป็นประจำร้อยละ 21 และต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางครั้งร้อยละ 33

3. รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้อหินใช้ยาหยอดตา 3 ชนิด ร้อยละ 13 และผู้ป่วยต้อหินใช้ยาหยอดตา 4 ชนิด ร้อยละ 3.5 ซึ่งแนวทางการพิจารณาการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินหลักมีอยู่ว่าจะเพิ่มยาต่อเมื่อต่อเมื่อมีข้อพิสูจน์ว่ายาตัวใหม่ได้ผลกับผู้ป่วยควรรีดยึดหลักการเปลี่ยนยา (switching) มากกว่าการเติมยารชนิดใหม่ (adding) ใช้ยาน้อยชนิดที่สุด ใช้ยาที่มีความเข้มข้นต่ำที่สุด ใช้ยาที่ย่างที่สุดรวมทั้งก่อให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด เป็นอันดับแรก (สกาเวร์ตัน คุณาวิศรุต, 2547 : 146) อนึ่งพบว่าการใช้ยาชนิดที่ 2 จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันลูกต่าน้อยกว่าเมื่อใช้ยาชนิดเดียว และถ้าเพิ่มชนิดที่ 3 เข้าไป ประสิทธิภาพยิ่งน้อยลงไปอีก ดังนั้นการใช้ยาต้อหินมากกว่า 3 ชนิดจึงเป็นประโยชน์น้อยมากและยังเป็นปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างไม่คุ้มค่ารวมทั้งลดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกด้วยดังนั้น เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาจากการใช้ยาหลายชนิดจึงควรพิจารณาใช้ยาชนิด fixed combination แทนการใช้ยาแยกขวดกัน (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 ; 40 - 43) แต่สำหรับใน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ได้มีการนำมาใช้เนื่องจากราคาของยาก่อนข้างสูง

ด้านเวลาที่หยอดพบว่าส่วนใหญ่จะหยอด 2 เวลา ร้อยละ 61 หยอดตาสม่ำเสมอ ร้อยละ 62 ขณะที่หยอด 4 เวลา ร้อยละ 20.5 หยอดตาสม่ำเสมอ ร้อยละ 58.5 สอดคล้องกับวอทเทนดีเอ็ม (Worthen DM,1979 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43) ศึกษาการหยอด pilocarpine วันละ 4 ครั้ง ทำให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยามีเพียง 70% ในขณะที่ความสม่ำเสมอในการใช้ยา timolol วันละ 2 ครั้ง จะสูงถึง 95 % ที่เป็นดังนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วย

ต่อหินระยะเวลาที่ใช้ยาอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี ร้อยละ 82 จึงทำให้ความร่วมมือในการใช้ยายังคงสูง ซึ่งถ้าผู้ป่วย ต้องใช้ยาต่อเนื่องตลอดชีวิตย่อมจะมีโอกาสละเลย การใช้ยาสูง

นอกจากนี้พบว่า มีความดันลูกตาขึ้นตา ขวาร้อยละ 14.5 ความดันลูกตาขึ้นตาซ้ายร้อยละ 9 ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทตา ในโรคต้อหินอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้อหินไม่หยอดตา เข้า ก่อนมา ร.พ. ร้อยละ 31.5 โดยผู้ป่วยให้เหตุผล ที่ไม่ได้หยอดตาว่ารีบที่จะมาตรวจต้องออกเดินทาง มาจากบ้านแต่เข้ายาหมดพอดีหรือยาหมดก่อนหลาย วัน

จากตารางปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา พบว่า อันดับ 1 ใช้ยาหยอดตาขวดเก่ามากกว่า 1 เดือน พบร้อยละ 54 ซึ่งทำให้ยาที่มีประสิทธิภาพไม่ดี พอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ไม่ได้รับเอกสาร การหยอดตาร้อยละ 60 ซึ่งแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา จากการสัมภาษณ์มีผู้ป่วยเพียง 20 คน เท่านั้นที่ได้ รับคำแนะนำอาจเป็นเพราะว่าด้วยภาระงานมีผู้ป่วย คับคั่งขณะตรวจในตอนเช้าจึงทำให้ยังไม่มีเวลาที่จะ ให้คำแนะนำการเก็บรักษาและวันหมดอายุของยา หลักทั่วไปในการเก็บรักษาหยอดตาจะมีอายุ 3 ปี นับจากวันผลิต เพราะสารป้องกันการเจริญของ เชื้อโรคหมดอายุกรณีเปิดใช้แล้วควรใช้ให้หมดใน 1 เดือน (ศักดิ์ชัย วงศกิติรักษ์, 2549 : 28)

อันดับ 2 พบผู้ป่วยต้อหินใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 41.5 ได้แก่ ใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่กำหนด ร้อยละ 19 ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการหยอดยามากครั้งทำ ให้อาการดีขึ้น บางคนเพิ่มจำนวนครั้งเมื่อรู้สึกปวดตา ตามัวมากขึ้น บางคนหยอดไม่ลงตาจึงเพิ่มการหยอด ตากการใช้ยาน้อยครั้งกว่าที่กำหนด จากตารางพบว่ามี การลดยาหยอดตาร้อยละ 7.5 สาเหตุมาจากไม่เข้าใจ การใช้ยา ใช้ยาไม่ถูก 7 รายเช่นเวลาปวดตาหยุด

หยอดยาหยอด pilocarpine วันละ 4 ครั้งเหลือ 3 ครั้ง/ วัน 4 ราย สอดคล้องกับแคส เค็มเอและคณะ (Kass MA, et al., 1986 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 - 43 ) พบว่า pilocarpine วันละ 4 ครั้งเหลือ 2.6 ครั้ง/ วัน ผู้ป่วยประมาณ 40 % ขาดยา pilocarpine อย่าง น้อย 10 % ของจำนวนครั้งของการใช้ยา ผู้ป่วยหยอด ยารีบไปทำงาน 4 ราย มีอาการแสบเคืองตา 1 ราย และจากตัวน้ำยาหยอดตา Azopt หยอดแล้วมีตะกอน ติดที่ตาดูเหมือนซีตามาพลักษณะไม่ดีจึงเลื่อนไปหยอด ตอนเย็นอย่างเดียว เนื่องจากหยอดตาไม่สบายตา มีอาการข้างเคียงจากยาบางคนไม่สะดวกที่จะพก ไปที่ทำงานบางคนเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงลด ยาเอง การใช้ยาหยอดตาที่มากกว่า 1 ชนิดไม่ถูกวิธี ร้อยละ 5.5 ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอด ตาหลายชนิดนั้น การจัดลำดับก่อนหลังของการหยอด ตาจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยา แต่ละชนิดด้วย ยาที่เป็น Lipid soluble จะถูกดูดซึม ได้ดีกว่ายาที่เป็น Lipid insoluble ยาที่มี pH สูงกว่า จะเข้าตาดีกว่ายาที่ pH ต่ำ เช่นควรหยอด timmolol (pH 6.8) ก่อน pilocarpine (pH 5) นอกจากนี้การ หยอดยาแต่ละครั้ง turnover rate fluid = 16 % per minute นาทีที่ 4 จะเหลือยา 50 % ที่นาทีที่ 10 จะ เหลือยา 17 % ฉะนั้นควรหยอดยาสองชนิดห่างกัน 5 - 10 นาที (ศักดิ์ชัย วงศกิติรักษ์และประภัสร์ ศุขศรีไพศาล, 2545 : 7 - 9) การใช้ยาหยอดตาเพิ่ม อีกข้างร้อยละ 5 ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าหยอดตาเมื่อรู้สึก ไม่สบายตา แสบตา ป้องกันตาอีกข้างไม่ให้ เป็น เข้าใจผิดเนื่องจากญาติบอกวิธีใช้แล้วก็จำจากที่ญาติ บอกไว้ ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด ร้อยละ 3.5 เกิดจากการคำนวณยาและสั่งยาไม่ถูก ต้องใช้ยาหยอดผิดข้างร้อยละ 2 เกิดจากไม่สามารถ อ่านฉลากยาได้ หลานช่วยดูฉลากยาเข้าใจผิดข้าง เกิดจากให้ภรรยาหยอด เกิดจากมียาหยอดหลาย

ชนิดไม่อ่านฉลากยาทำให้สับสน ใช้ยาอื่นนอกจาก แพทย์สั่งร้อยละ 2 พบว่าญาติผู้ป่วยนำยาสมุนไพร มาหยอดร่วมกับยาของ ร.พ. ผู้ป่วยนำยาหยอดตา รักษา ร.พ. อื่นมาหยอดด้วย การใช้ยาหยอดตา ร่วมกัน ร้อยละ 1.5 พบสามีและภรรยาเป็นต้อหิน ทั้งคู่จึงเปิดใช้ยาหยอดตาหลอดเดียวกันร่วมกัน การใช้ยามืดเวลา ร้อยละ 1.5 งดยาเองร้อยละ 1 เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา เวลาระหว่างมือ หยอดตาห่างกัน มากร้อยละ 0.5 ผู้ป่วยพยายาม ปรับยาตามความสะดวกของตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้สม่ำเสมอได้โดยแนะนำวิธีการใช้ยา ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่น เวลา ตื่นนอน เวลารับประทานอาหาร เช้า – กลางวัน – เย็น เวลาเลิกงานหรือเวลาก่อนเข้านอนแล้วให้ผู้ป่วยเลิก ใช้ยาในเวลาที่สะดวกที่สุดที่สัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านั้นก็สามารถหลีกเลี่ยงการลืมใช้ยาได้ระดับหนึ่ง ในกรณีของยา pilocarpine ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการตา มัวชั่วคราวหลังหยอดตาอาจแนะนำให้หยอดยา ช่วงเช้าหลังจากขับรถถึงที่ทำงานและหยอดตา ช่วงเย็นหลังกลับถึงบ้านแล้ว ซึ่งสามารถลดปัญหา ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเอง อันเนื่องจากการขับรถลำบาก เสี่ยงกับอุบัติเหตุได้ถึง 50% (Granstrom PA,1982 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) และ ยังพบว่าผู้ป่วยยามดก่อนถึง วันนัดร้อยละ 15 เนื่องจากผู้ป่วยมีการเพิ่มยาหยอด ตาร้อยละ 11.5 และการแก้ปัญหาเมื่อยามดคือไม่ได้หยอด ร้อยละ 71.7 ซึ่งยามาหยอดเองร้อยละ 16.6 และมาตรวจเพื่อรับ ยา ร้อยละ 10 การขาดยาทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้กดประสาทตาชั่วคราวตาถูก ทำลายได้ จากผลการศึกษาทางคลินิก พบว่าการ ลดความดันโลหิตสูงผลดี ต่อผู้ป่วยต้อหินทั้งในแง่การ ป้องกันการเกิดการทำลายของชั่วคราวตาถาก่อนการ เกิดต้อหินและในแง่ความสามารถหยุดยั้งการทำลาย

อย่างต่อเนื่องหลังจากที่เป็นต้อหินแล้ว ดังนั้นการลด ความดันโดยการใช้ยาก็เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

อันดับ 3 ผู้ป่วยต้อหินเสื่อมหยอดตาร้อยละ 37 เหตุผลที่ลืมคือทำงานยุ่ง ไปนอกบ้าน นอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแคส เอ็ม เอ (Kass MA, et al.,1986 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) พบว่าผู้ป่วย 25 % ที่ลืมหยอดตามากกว่า 1 วัน / เดือนผู้ป่วยบางคนแก้ปัญหาโดยการพกติดตัวเวลา ออกนอกบ้าน บางคนเปิดหยอดที่บ้าน 1 ชุด อีกชุด เปิดหยอดที่ทำงาน บางคนวางยาไว้ที่หัวเตียงนอน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่ลืมหยอดตา ร้อยละ 63 พบว่า เลื่อนเวลาหยอดไปร้อยละ 43 จะหยอดทันทีที่นึก ได้ร้อยละ 66.4 รอไปหยอดมือต่อไปร้อยละ 30.1 และไม่ทราบถึงผลเสียของการไม่หยอดตาถึง ร้อยละ 84 สอดคล้องกับการศึกษาของบิกเกอร์ เจเอฟ (Bigger JF,1976 อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถบอกได้ว่าโรคต้อหินมีส่วน เกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตและโรคนี้สามารถ ทำให้ตาบอดได้ แต่จะสามารถป้องกันตาบอดได้ถ้า หยอดตาสม่ำเสมอจะมีจำนวนการเข้ายาสม่ำเสมอ เป็น 2 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ทราบข้อมูลดังกล่าวเลย ดังนั้นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในบทบาทของตนเอง ที่มีต่อการรักษาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อวินัยใน การใช้ยา (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550: 40 – 43)

อันดับ 4 ผู้ป่วยต้อหินยามดก่อนนัด ร้อยละ 15 ซึ่งมีการขาดยาตั้งแต่ 1 วันจนถึง 14 วัน ผู้ป่วยมีการเพิ่มยาหยอดตาร้อยละ 11.5 และการแก้ ปัญหาเมื่อยามดคือไม่ได้หยอดร้อยละ 71.7 ซึ่ง ยามาหยอดเองร้อยละ 16.6 และมาตรวจเพื่อรับยา ร้อยละ 11.7 เหตุผลเพราะว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่าผลเสีย ของการไม่หยอดตาคืออะไรร้อยละ 84 และไม่ทราบว่ายามดสามารถมาตรวจเพื่อรับยาได้ ดังนั้นจึง มีผู้ป่วยไม่ได้หยอดตารอจนถึงวันนัดจึงค่อยมาตรวจ เพื่อรับยา

อันดับ 5 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หยอดตา ร้อยละ 9 อาการที่พบได้แก่ แดง เห่อ ปวดตา เคืองตา บวม คันหัวตา แสบตา และง่วงตัวเองร้อยละ 1 เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากยา 2 ราย สอดคล้องกับวอเทิน ดีเอ็ม (Worthen DM, 1979 อ้างใน ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) ซึ่งกล่าวว่า การใช้ยาที่มีอาการข้างเคียงสูงย่อมทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ยา pilocarpine ทำให้เกิดอาการปวดบริเวณหัวคิว ทำให้เกิดภาวะสายตาสั้นชั่วคราว และตาพร่ามัวในที่แสงสลัวรวมทั้งต้องหยอด วันละ 4 ครั้งทำให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยา มีเพียง 70 % ในขณะที่ความสม่ำเสมอในการใช้ยา timolol จะสูงถึง 95 % การให้ข้อมูลอาการข้างเคียงเมื่อส่งจ่ายยาสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและลดปัญหาการหยุดหยอดยาเองของผู้ป่วยได้ เช่น ภาวะตาแดงหลังหยอดตา กลุ่ม prostaglandin derivative ถ้าได้แนะนำและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด อัตราการหยุดใช้ยาจากภาวะดังกล่าวจะลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญและยังลดปัญหาการกลับมาพบแพทย์ก่อนนัดจากความวิตกกังวลอีกด้วย (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

4. การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา พบว่า ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้องร้อยละ 48 ผู้ป่วยต้อหินไม่ได้หยอดตาและกดหัวตาร้อยละ 39.5 ผู้ป่วยหยอดตาแต่ไม่กดหัวตาร้อยละ 7.5 ซึ่งวิธีการเพิ่มการดูดซึมยาและลดการดูดซึมยาเข้าทางเส้นเลือดทำได้โดยใช้นิ้วกดบริเวณหัวตาหรือให้ผู้ป่วยหยอดตาประมาณ 5 นาที (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) ทั้งนี้ประมาณกันว่า ยาหยอดตาถึง 80 % ที่หยอดเข้าดวงตาจะไหลออกจากตาผ่านทางท่อระบายน้ำตาและถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ทำให้อาการข้างเคียงทางร่างกายได้การลดทอนลงรวมทั้งการใช้นิ้วกดที่รูเปิดที่น้ำตาจะช่วยลดปริมาณยา timolol

ที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ได้ถึง 60 % (Sharir M, et al., 1994 : 62 - 67) สอดคล้องกับสุจินดา ริมศรีทอง (2530 : ก) ศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีปฏิบัติ 3 วิธี หลังหยอดตาขยายรูม่านตาที่มีต่อการขยายรูม่านตา โดยศึกษาผลของวิธีหยอดตาวิธีกดบริเวณหัวตาพร้อมทั้งหยอดตาและวิธีกระพริบตาหลังหยอดตาขยายรูม่านตา พบว่าวิธีหยอดตาและวิธีกดบริเวณหัวตาพร้อมทั้งหยอดตาให้ผลขยายรูม่านตาดีกว่าวิธีกระพริบตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนวิธีหยอดตากับวิธีกดบริเวณหัวตาพร้อมทั้งหยอดตาให้ผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พบว่าผู้ป่วยต้อหิน หยอดตาแล้วปลายหลอดสัมผัสกับตา 28.5 การที่ปลายจุกขวดยาสัมผัสกับส่วนหนึ่งส่วนใดของตาจะไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่ขวดยาเท่านั้น (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2549 : 28) แต่การสัมผัสนั้นยังกระตุ้นให้เกิดการกระพริบตา บีบตา และมีน้ำตาออกมากทำให้ยาที่หยดเข้าดวงตาเจือจางและไหลออกจากดวงตามากขึ้น (Day DG, et al., 2006 อ้างใน ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้อหินหนึ่งหรืออนหนักนหันามองขึ้นข้างบนแต่ไม่ได้ดึงหนังตาล่างให้เป็นกระพุ้งร้อยละ 22.5 ซึ่งวิธีหยอดยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ ให้มองขึ้นด้านบนพร้อมทั้งเงยหน้าเล็กน้อยใช้มือข้างใดข้างหนึ่งดึงเปลือกตาล่างและออกห่างจากลูกตาเพื่อเป็นแอ่งแล้วใช้มืออีกข้างถือและเฉียงขวดยาให้ตรงกับดวงตา แต่ระวังไม่ให้ปลายจุกสัมผัสกับสิ่งใดโดยให้ตามองตรงไปปลายจุกตลอดเวลาจากนั้นบีบขวดเบาๆ เพื่อให้ยาหยดเข้าไปในดวงตา 1 หยด แต่ถ้าไม่แน่ใจว่าหยอดเข้าดวงตาหรือไม่ก็อาจหยดเพิ่มเติมได้ ก่อนการหยอดตาควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยอดยาเช็ดูเย็น เพราะยาที่เย็นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถรู้สึกได้ง่ายว่ายาหยดเข้าไปในตาแล้ว

(ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

ผู้ป่วยต้อหิน ไม่ได้ตรวจสอบซีอียา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยด เวลาที่หยอดร้อยละ 25.5 ผู้ป่วยต้อหินมักเป็นผู้สูงอายุอ่านฉลากยาไม่ได้ร้อยละ 18 มักให้บุตรหลานเป็นผู้อ่านให้และจดจำไว้ปฏิบัติซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสกาอวรัตน์ ชัยสุนทร (2543:11) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจังหวัดนครพนม พบว่ามีผู้สูงอายุ 40 คนที่ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ประมาณครึ่งหนึ่งจะให้บุตรหลานอ่านแทนความเข้าใจในการใช้ยาตอบได้ถูก 3 อันดับแรก ได้แก่ ความถี่ เวลา และวิธีรับประทานยา ซีอียาของผู้สูงอายุตอบได้ถูกน้อยที่สุด

ผู้ป่วยต้อหินไม่ได้หยอดในกระพุ้งตาหรือแฉ่งตาร้อยละ 22.5 และไม่ได้เชย่าววดก่อนหยอดตาร้อยละ 18.5 สอดคล้องกับการศึกษาของเอฟและคณะ (Apt L, et al., 1979) อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) การใช้ยาหยอดตานี้ต้องการการฝึกฝนมากกว่าการรับประทานยา ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องหยอดตาให้ตรงเวลา ใช้ยาในปริมาณที่ถูกต้องแล้วยังต้องฝึกฝนเทคนิคในการหยอดยาให้ตนเอง การที่ผู้ป่วยใช้ยาเองโดยผิดพลาดจากการฝึกฝนที่ไม่เพียงพอหรือใช้เทคนิคที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่การไม่เชย่าววดยาที่เป็นสารละลายให้ดีขึ้นใช้จึงมีปริมาณยาน้อยกว่าที่ควร มีการศึกษาพบว่าไม่เชย่าววดก่อนใช้ร้อยละ 63 และพบว่าร้อยละ 37 เชย่าววดน้อยเกินไป ในรายงานหนึ่งพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 27 หยอดตาไม่เข้าแฉ่งตา โดยมากกว่าร้อยละ 25 ไม่ทราบเลยว่ายาที่หยอดไม่เข้าแฉ่งตา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะหยอดตาได้ถูกต้องยิ่งขึ้นหลังจากได้รับการฝึกฝนจากบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะถ้ามี

การฝึกซ้ำเป็นระยะๆ (Brown MM ,et al.,1984) อ้างในยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

การล้างมือเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสามารถทำได้ง่ายและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2533 อ้างในลักขณา จิตรเชื้อ, 2535 : 18-21 ) จากตารางผู้ป่วยต้อหินไม่ได้ล้างมือก่อนหยอดตาร้อยละ 19.5 สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สิทธิเดช (2542 : 19) พบว่าพฤติกรรมกรล้างมือของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยไม่มีการล้างมือร้อยละ 100 หลังทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยไม่ล้างมือร้อยละ 51 ก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงไม่ล้างมือร้อยละ 80 ภายหลังทำกิจกรรมทุกคนล้างมือ

กรณีใช้ยามากกว่า 1 ชนิดไม่ได้เว้นระยะเวลาหยอด 5 - 10 นาที ร้อยละ 8.5 การใช้ยาหยอดตาหลายชนิดควรเว้นระยะให้ห่างระหว่างยาทั้งสองชนิดอย่างน้อย 5 - 10 นาทีเพื่อป้องกันการละลายของยาและหกหล่นออกของยาตัวแรกก่อนที่จะถูกดูดซึมเข้าสู่ดวงตาและการจัดลำดับก่อนหลังของการหยอดตาจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละชนิดด้วย (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา บทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา มีความคาดหวังที่ถูกต้องในผลการรักษา ผลเสียการไม่หยอดตา ใช้ยาให้ถูกวิธี ไม่ใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง ไม่ใช้ยามากหรือน้อยกว่ากำหนดหรืองดหยอดตาเอง ไม่หยอดตาเพิ่มอีกข้างไม่ใช้ยาหยอดตาพร้อมกันพร้อม

ทั้งแจกเอกสารควบคุมไปด้วยกรณีประเมินผู้ป่วยแล้ว ว่าความสามารถในการดูแลตัวเองน้อยเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยา ต้องมีผู้ดูแลมารับคำแนะนำด้วย และอาจต้องแนะนำเฉพาะราย

2. ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยเลือกใช้ยาในเวลาที่เหมาะสมที่สุดและสัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านั้น

3. การบริหารยาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุดมีความเข้มข้นต่ำที่สุดและจำนวนครั้งที่ต้องหยุดดื่มน้ำต่ำที่สุด/วันโดยสามารถควบคุมโรคได้ ในอนาคตอาจมีการนำยา fixed combination มาใช้แทนการใช้ยาสองชนิดขึ้นไป

4. ประสานกับเภสัชกรในการให้ข้อมูลอาการข้างเคียงเมื่อมีการสั่งจ่ายยา การจัดลำดับการหยุดยา อายุของยาหยุดยาและการเก็บรักษายาแต่ละชนิด

5. สอนสาธิตขั้นตอนการหยุดดื่มน้ำให้ใช้สื่อการสอนช่วย พร้อมทั้งแจกเอกสารให้สาธิตย้อนกลับ ทบทวนทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด

6. จัดทำตารางการหยุดดื่มน้ำ สร้างแบบบันทึกการหยุดดื่มน้ำที่ชื่อยาทุกชนิด ขนาด เวลาที่ต้องใช้อย่างถูกต้องลงในตารางรวมทั้งบันทึกอาการข้างเคียงเมื่อพบให้ระบุกรณียาหมดก่อนสามารถมารับยาได้ก่อนนัดแต่ควรตรวจสอบวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุและแก้ไข

7. สร้างนวัตกรรมเครื่องมือการตรวจนับการใช้ยาหยุดดื่มน้ำ (Medication monitor) จัดทำอุปกรณ์ช่วยหยุดดื่มน้ำ และช่วยจำ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 40 – 43) กรณีลืมหยุดดื่มน้ำก่อนมาร.พ. ควรเน้นให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งที่มาตรวจ การสั่งจ่ายยาการคำนวณยาให้พอดีไม่ควรน้อยจนถึงวันนัดมีระบบตรวจเช็ค (double check)

8. การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาประสานกับเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมให้เน้นการหยุดดื่มน้ำ การเพิ่มการติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์จะช่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น

## บรรณานุกรม

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). ยา กับโรค ตา หู คอ จมูก. เอกสารการประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต ร่วมกับสำนักงานอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 20-21 มกราคม 2548 ห้องประชุม 1-301 อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์. ปทุมธานี : นิเวศน์มิตรการพิมพ์ จำกัด.
- จินตนา สิทธิเดช. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. ฉบับที่ 10 (1) : 37.
- ลักขณา จิตรเชื้อ. (2535). "การล้างมือ" จุลสารควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 1(2) : 18 - 21.
- ลัดดา ธรรมสอน. (2540). กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์. ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 6 (1) : 32.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). การรักษาต่อหินโดยใช้ยา. กรุงเทพมหานคร : กอไมการพิมพ์.
- ศักดิ์ชัย วงศกิติรักษ์. (2549). "ยาที่ใช้บ่อยในจักษุวิทยา" ตำราจักษุ. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.

ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์และประภัสร์ศุขศรีไพศาล. (2545). จักษุวิทยา สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สگارรัตน์ คุณาวิศรุต. (2547). "ต้อหิน" แนวทางปฏิบัติโรคทางจักษุวิทยาสำหรับจักษุแพทย์. จักษุสาธารณสุข.18-(2): 146.

สگارรัตน์ ชัยสุนทร. (2543). พฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม. สรรพสิทธิเวชสาร. 21-(1) : 11.

สมหวัง ด้านชัยวิจิตร. (2533). วิธีการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

สุจินดา ริมศรีทอง. (2530). การศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีปฏิบัติ 3 วิธี หลังหยอดยาขยายรูม่านตาที่มีต่อการขยายรูม่านตา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ฐัจฉินดา. (2550). "ต้อหิน" จักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนอินเตอร์พริ้นท์จำกัด.

Jenchitr N.(1996). country report of thai prevention of blindness programme. Thai J Ophthalmology. 10(1) : 63 – 71.

Sharir M, Zimmerman TJ.(1994). Nasolacrimmal occlusion improves the therapeutic index of antiglaucoma medications. J Assoc Acad Minor Phys .5 :62-7.

Strand L.M.,Morley,P.C.,Cipolle,R.Ramsey,R.,and Lamsan,G.D. (1990) Drug related problems : their Structure and function. The Annals of Phamacotherapy.