

พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง

อัญชลี ชูติธร, RN., Ph.D. (Nursing)*

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการเกาะติดยา เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องในผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการเกาะติดยานับเป็นหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพที่อาจเบี่ยงเบนผู้ใช้บริการอาจมีการหยุดยาเองด้วยเหตุผลหรือปัจจัยหลายประการ จึงได้มีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาเป็นฐานในการเชื่อมโยงทฤษฎีเข้าสู่การปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นบทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องมีการประเมิน วางแผน และหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมหากพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใดมีแนวโน้มในการไม่เกาะติดยา ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ อันประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ล้วนมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเกาะติดยาได้อย่างต่อเนื่อง บุคลากรทีมสุขภาพอาจให้ความรู้เกี่ยวกับยาและสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาที่ได้รับก่อนที่จะเริ่มให้ผู้ใช้บริการได้รับยา การวางแผนการรักษาโดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการอาการ ปรับพฤติกรรมการรับประทานยา และการสนับสนุนดูแลจากครอบครัว อาจรวมถึงนวัตกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยา อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับประทานยาของผู้ใช้บริการได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเกาะติดยา, โรคเรื้อรัง, การใช้ยาต่อเนื่อง

* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

Medication adherence in clients with chronic illness

*Anchalee N. Chutitorn, RN., Ph.D. (Nursing)**

Abstract

Medication adherence is a vital health behavior which may indicate the effectiveness of continuing care in clients with chronic illness. Medication adherence is one of the health behaviors that cannot remain throughout the chronic phase of single or complex diseases. The clients may choose to discontinue their medication at anytime through their own decision making or reasoning. Concepts and theories related to health behavior, i.e. the health belief model, the transtheoretical model would have applied theoretical content to nursing intervention. The healthcare team including physicians, nurses, pharmacists, and physical therapists are also reinforced with medication adherence behavior lengthened. The healthcare team can provide health information and promote a positive attitude toward medication use. Clients and caregivers should participate in treatment planning, symptom management plan, and medication use behavior. In addition, the innovation of medication management would increase the effectiveness of medication use.

Keywords: *Medication adherence, chronic illness*

* Instructor, Department of Fundamentals of Nursing and Nursing Administration, The Thai Red Cross College of Nursing

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีสูงขึ้นด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเมตาบอลิก ประกอบกับอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่สูงขึ้น โรคเรื้อรังอันเนื่องมาจากวัยสูงอายุก็จะมีอัตราสูงขึ้นเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือเป็นโรคเรื้อรัง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุต้องรับประทานยาอย่างน้อย 1 ชนิดทุกวัน และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีการใช้ยาถึงร้อยละ 30-35 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มประชากร^(1,2) อย่างไรก็ตามผู้ใช้บริการประมาณร้อยละ 33-50 ไม่รับประทานยาตามคำสั่งการรักษา จากพฤติกรรมที่ไม่เกาะติดยา ก่อให้เกิดผลกระทบต่องานของผู้ให้บริการและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจของประเทศจากการรักษาที่ไม่ได้ผลทำให้อาการรุนแรงขึ้นหรืออาจมีการดื้อยาที่เกิดจากการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง⁽³⁾ มีผลให้มีการเสียชีวิตจำนวนมาก ประมาณ 125,000 คนต่อปี และต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมากคือประมาณหนึ่งร้อยพันล้านเหรียญสหรัฐอเมริกาต่อปี⁽³⁾ การใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง นับเป็นภาระที่ต่อเนื่องยาวนานตลอดชีวิตของผู้ใช้บริการที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ประเด็นปัญหาที่พบบ่อย คือ การไม่เกาะติดยา (Medication Non-adherence)⁽⁴⁾

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกาะติดยา

ในการศึกษาพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มักใช้คำสำคัญ 2 คำคือ compliance และ adherence เรามักจะใช้คำว่า adherence มากกว่า compliance ซึ่ง compliance

หมายถึง การที่ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง แต่ adherence เป็นคำที่ใช้ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ใช้บริการเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตาม และสามารถให้ยาให้ถูกขนาดถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำในการรักษาด้วยยา⁽⁵⁻⁸⁾ สำหรับผู้ใช้บริการกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งมักจะต้องนำยาติดตัวไปด้วยเสมอ จึงใช้คำว่า “เกาะติดยา” ดังนั้นหากต้องการผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์จากการใช้ยาให้นานที่สุดหรือเกิดปัญหาการดื้อยาน้อยที่สุด จึงต้องมีการเตรียมตัวผู้ใช้บริการตั้งแต่แรกก่อนที่จะเริ่มให้ยา ผู้ใช้บริการไปบริหารยาเองที่บ้านโดยเฉพาะการสร้างความตระหนักในพฤติกรรมเกาะติดยา

ส่วนใหญ่ทฤษฎีที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพสามารถที่จะอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดีมีหลายทฤษฎี⁽⁶⁻⁸⁾ อาทิเช่น

1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่แนะนำ การรับรู้ในสิ่งนี้ได้แก่ การรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคหรือความเสี่ยงที่จะเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลของโรคที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลทางร่างกาย หน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว การรับรู้ต่อการคุกคามของโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค หักลบกันจะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ต่อการคุกคามของโรค ภาวะคุกคามนี้มีคุณค่าทางลบต่อบุคคล ทำให้หลีกเลี่ยงจากภาวะโรคนั้น ตัวแปรนี้จึงมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรค

2. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Trans-theoretical model (TTM) สามารถนำแนวคิดนี้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังจากหลายงานวิจัย^(6,7) เช่น พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change: SOC) อธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน (1) ขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม precontemplation เป็นขั้นที่ยังไม่ปฏิบัติพฤติกรรมและไม่ตั้งใจที่จะปฏิบัติ ภายใน 6 เดือนข้างหน้า (2) ขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม contemplation เป็นขั้นมีความตั้งใจว่าจะทำแต่ยังไม่ลงมือกระทำ มักวางแผนภายใน 1 เดือนข้างหน้าจะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม (3) ขั้นเตรียมการ preparation เป็นขั้นของพฤติกรรมที่กระทำบ้างไม่กระทำบ้าง และตั้งใจจะกระทำทันที ภายในไม่เกิน 1 สัปดาห์ข้างหน้า หรือเคยลองกระทำแล้วแต่ล้มเหลวไม่สามารถกระทำต่อเนื่อง (4) ขั้นปฏิบัติการ action เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ หรือเป็นบางครั้ง ตั้งแต่ 1 วันแต่ไม่เกิน 6 เดือน (5) ระดับพฤติกรรมคงที่ Maintenance เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำนานแล้ว มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยมีกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละขั้นตอน เช่น เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่มสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ปัจจัย 7 ประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเกาะติดยา

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่าผู้ใช้บริการที่ติดสุรา หรือใช้ยาเสพติด ผู้ใช้บริการที่มีภาวะทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า หรือ เครียดรุนแรง ผู้ใช้บริการที่มีการศึกษาน้อย ผู้ใช้บริการที่ไม่ทราบว่าจะรับประทานยาอะไรบ้าง ผู้ใช้บริการที่มีการรับรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองน้อย ผู้ใช้บริการที่เชื่อว่าตนเองไม่สามารถจะปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งได้ เพศชายและผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ใช้บริการไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่ได้รับการบำบัดทางจิตใจ ผู้ใช้บริการที่สามารถจัดการให้รับประทานยาในแต่ละมื้อเข้ากับกิจกรรมในแต่ละวันได้ ผู้ใช้บริการที่เข้าใจว่าการรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอจะทำให้ดื้อยาได้ และทราบอย่างดีว่าจะต้องเคร่งครัดในการรับประทานยาให้ถูกเวลาและขนาด ผู้ใช้บริการที่สามารถรับประทานยาต่อหน้าผู้อื่นโดยไม่ต้องหลบซ่อนในกรณีการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์หรือยาทางจิตเวช และผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นปัจจัยที่ทำนายว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะสามารถมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี⁽⁸⁻¹⁰⁾ สามารถสรุปปัจจัยสำคัญได้ดังนี้

1. ความรู้ หากผู้ใช้บริการทราบคุณค่าของยาที่มีผลต่อการรักษา⁽³⁾ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเกาะติดยา ผู้ใช้บริการที่ไม่มีข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับยาที่ตนเองใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการใช้ยา แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอาจจะมีผล

ทำให้ผู้ใช้บริการกังวลสูงขึ้นเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาหรือการพยากรณ์โรค ดังนั้นการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้อย่าเป็นรายบุคคลจึงมีความสำคัญที่จะสามารถร่วมวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ทศนคติความเชื่อเกี่ยวกับโรคอาจมีความสำคัญมากกว่าเหตุและผลต่อความจำเป็นในการใช้อย่า ทั้งนี้อาจเกิดจากการควบคุมภายนอกโดยอัตโนมัติ หรือความเชื่อที่อาจไม่มีเหตุผล หรือหลักการง่ายๆ ที่ผู้ใช้บริการเชื่อเมื่ออาการดีขึ้นก็จะไม่ใช้อย่าเนื่องจากเชื่อว่าการใช้อย่าต่อไปแสดงว่าตนเองยังป่วยอยู่ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดที่บุคลากรทางสุขภาพต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไขโดยอาจใช้กระบวนการกลุ่ม เช่น กลุ่มสนับสนุนตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้อย่าควบคุมภาวะโรคเรื้อรัง

3. การรับรู้การ ถ้าผู้ใช้บริการมีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้อย่าสูง ว่าจะมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่ไม่มีอาการแสดงจะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้อย่า จากงานวิจัยของแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้าจำนวน 134 คนพบว่า หากผู้ใช้บริการโรคซึมเศร้ามีอคติต่อการรักษาต่ำ และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูงมีผลให้ผู้ใช้บริการเกาะติดกับการใช้อย่าอย่างต่อเนื่องได้ตามแผนการรักษา^(9,10) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องอธิบายถึงแผนการรักษาและสาเหตุความจำเป็นในการใช้อย่าให้ผู้ใช้บริการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจมีมากขึ้นหากไม่ได้ใช้อย่าอย่างต่อเนื่อง

4. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง ช่วยทำให้เกาะติดยาได้ดี ในขณะที่หากผู้ใช้บริการมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาสูงก็ทำให้ผู้ใช้บริการหยุดรับประทานยา จากการประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้อย่า แต่พบว่าหากมีความวิตกกังวลสูงมากถึงขั้นไม่เข้าสังคมก็จะมีผลทำให้เลิกใช้อย่า⁽¹¹⁾

5. ความมั่นใจในการควบคุมอาการและโรค ผู้ใช้บริการที่มีความมั่นใจสูงในการจัดการปัญหาสุขภาพจะมีการเกาะติดยาที่สูงด้วย แต่ก็อาจใช้อย่าน้อยกว่าที่แพทย์สั่งการรักษา จากงานวิจัยในปี 1992 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคเบาหวานมีความมั่นใจในการควบคุมโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยาสม่ำเสมอสูงขึ้นและส่งผลให้ค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม⁽¹²⁾

6. ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการใช้ยา (Self-efficacy in medication behavior) สูง จะส่งผลให้ adherence ดีด้วย จากงานวิจัยที่มีการติดตามพฤติกรรมการใช้ยา ส่วนใหญ่จะใช้เป็นปัจจัยเพื่อทำนายผลลัพธ์ของ Intervention ที่มีการให้คำแนะนำการใช้ยาดด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากงานวิจัยของ Ngamvitroj & Kang⁽¹³⁾ ได้มีการศึกษาความมั่นใจในการดูแลโรคหอบหืดด้วยตนเอง (Asthma self-efficacy) ต่อการเกาะติดพฤติกรรมติดตามอาการของโรคหอบหืดด้วยตนเอง (Self-monitoring behavior) และบันทึกการใช้ยาประจำวัน พบว่าผู้ป่วยที่มี

ความมั่นใจสูงสามารถทำนายได้ว่าจะเป็นผู้ที่มีความสนใจภาวะสุขภาพของตนเองอย่างดี โดยการสังเกตและบันทึกอาการของโรคหอบหืด และบันทึกการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ได้ครบถ้วน หรือตามความจำเป็นหากมีอาการหอบหืดรุนแรงขึ้น รวมถึงพบว่ามีการกำเริบจากหืดจับน้อยครั้งหรือไม่มีเลยในช่วง 3 เดือนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่หยุดยาเอง ซึ่งพบว่ามีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองต่ำ⁽¹⁴⁾

7. การประสานระหว่างแพทย์ เภสัชกรและผู้ใช้บริการ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับรู้ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และเภสัชกร ในการจัดการโรค ทำให้การเกาะติดยาและการรักษาดีขึ้น โดยอาจสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีทักษะในการบริหารยาด้วยตนเอง (Self-medication administration) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การ follow up เพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างถูกต้องทั้งขนาด ชนิด การเก็บยาอย่างเป็นระเบียบ^(3,13)

บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรม การเกาะติดยา

ปัญหาการไม่เกาะติดยาของคนไทย อาจพบจากปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ปัจจัยจากทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการให้ข้อมูล การใช้ยา หรือปัจจัยผลข้างเคียงของยา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่น่าจะต้องมีการเตรียมความพร้อมความเข้าใจ คือการส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา วิธีการประเมินพฤติกรรม การเกาะติดยาสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งทางตรง ได้แก่ การวัดปริมาณยาที่อยู่ในกระแสลือด หรือทางอ้อมได้แก่ การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาที่ใช้ยา การวัดผลการรักษา การสัมภาษณ์ หรือการนับยาที่เหลือ อาจสรุปประเด็นปัญหา การประเมินผู้ใช้บริการ และการพยาบาลหรือกลยุทธ์ในการจัดการตามประเด็นปัญหา ตามตารางดังนี้

ประเด็นปัญหาของการไม่เกาะติดยา	วิธีการประเมินจากข้อมูล
การขาดความรู้	- “ฉันไม่มีอาการแล้ว เลยไม่แน่ใจว่าต้องกินยาต่อไหม” - “ยานี้กินแล้วปวดท้อง ฉันเลยไม่อยากกิน” - “ฉันไม่รู้ว่าต้องกินยาเมื่อไร กินกี่เม็ด”
อ่านไม่ออก	- ผู้ใช้บริการไม่สามารถอ่านฉลาก ชื่อยา จำนวนครั้ง จำนวนเม็ด หรือคำแนะนำในฉลากยาได้
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	- “ฉันจะกินยาตัวนี้ เมื่อจำเป็นเท่านั้น” - “บางครั้งฉันกินยาแค่ปริมาณครึ่งหนึ่งที่หมอสั่ง”
กลัวการติดยา	- “ฉันอยากหยุดยาแล้ว” - “ฉันจะกินยาเมื่อทนกับอาการ....ไม่ไหวแล้ว”

ประเด็นปัญหาของการไม่เกาะติดยา	วิธีการประเมินจากข้อมูล
การกินยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง	- “ฉันต้องการให้หมอสั่งยาเพิ่มให้ เพราะทำยาหกไปในอ่าง” - “ขนาดกินยาเพิ่มเป็น 2 เท่า กินแล้วก็ยังไม่หายปวด”
ความคาดหวังและความเชื่อทางสุขภาพ	- “เป็นสิ่งที่กำหนดมาถ้าจะหายจากโรคนี้ อาการมันก็จะดีขึ้นเอง” - “ถ้าฉันกินยา แสดงให้เห็นว่าฉันไม่เชื่อในเรื่องบุญกรรม”
ความบกพร่องด้านความจำ	- “ฉันจะกินยาหลังอาหารกลางวัน แต่พอตีสองสาวโทรมา เลยจำไม่ได้ว่ากินยาไปหรือยัง” - พยาบาลคอยตามแก้ไอ โต๊ะกินข้าว เป็นต้น - นับยาแล้วมียาเหลือจำนวนมาก - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและอาการ พบว่าไม่ได้รับยาเพียงพอ จึงไม่มีการตอบสนองทางการรักษา
ความบกพร่องทางกาย	- ปัญหาการเคลื่อนไหว ทั้งกล้ามเนื้อใหญ่ และมัดเล็ก - ปัญหาการมองเห็น - ปัญหาการกลืน
ความไม่เป็นระเบียบ	- วางขวดยาและยากระจัดกระจายไว้หลายที่ - ไม่สามารถระบุตำแหน่งยาที่ได้รับทั้งหมดได้ - บอกวิธีการกินยาแตกต่างกันไปในแต่ละครั้ง - การใช้ชีวิตประจำวันไม่เป็นแบบแผน เช่น เวลานอน เวลาตื่น เวลาของแต่ละมื้ออาหาร กิจวัตรประจำวัน

การพยาบาลและกลยุทธ์ในการจัดการ

ประเด็นปัญหาของการไม่เกาะติดยา	การพยาบาล / กลยุทธ์ในการจัดการ
การขาดความรู้	- ให้ความรู้เกี่ยวกับความจำเป็น สาเหตุของการได้รับยา วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา ให้แก่ผู้ใช้บริการ และผู้ดูแลเข้าใจ⁽¹⁴⁾ - เน้นความสำคัญในการกินยาต่อเนื่องของกลุ่มยาปฏิชีวนะ และยาที่รักษาโรคเรื้อรังกับความจำเป็นในการควบคุมอาการของโรคแม้ไม่มีอาการแสดง
อ่านไม่ออก	- เลือกใช้สัญลักษณ์ที่ผู้ใช้บริการเข้าใจง่ายในการระบุจำนวน เวลาที่ใช้ยา

ประเด็นปัญหาของการไม่เกาะติดยา	การพยาบาล / กลยุทธ์ในการจัดการ
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	- แนะนำให้พบแพทย์ตามนัดในระบบประกันสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจในการเสียค่าใช้จ่ายทางสุขภาพกับคลินิกเอกชน หรือการซื้อยาจากร้านขายยา
กลัวการติดยา	- อธิบายชนิดของยา ปริมาณและระยะเวลาต่อความจำเป็นที่ต้องใช้ยา และการติดยาให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง
การกินยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง	- อธิบายถึงปริมาณการใช้ยา หรือมีการปรึกษาร่วมกับแพทย์ในการกำหนดปริมาณยาที่ควรได้รับให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา
ความคาดหวังและความเชื่อทางสุขภาพ	- การนำความเชื่อทางจิตวิญญาณมาร่วมเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ เพื่อปรับทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง
ความบกพร่องด้านความจำ	- จัดระบบการใช้ยา เป็นช่วงเวลาที่แน่นอน จัดยาเป็นมือตามเวลา แยกเป็นวัน แยกเป็นสัปดาห์ จะทำให้ทราบว่ามีการลืมใช้ยาหรือไม่
ความบกพร่องทางกาย	- วางแผนร่วมกับผู้ดูแล นักกายภาพบำบัด ในการส่งเสริมทักษะการกลืน และชนิดของยา
ความไม่เป็นระเบียบ	- ร่วมวางแผนกับผู้ใช้บริการในการกำหนดช่วงเวลากินยาที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมการจัดวางยาภายในบ้านอย่างถูกต้องและเป็นระเบียบ เพื่อสามารถติดตามการใช้ยาต่อเนื่องได้ ⁽¹⁵⁾

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพอาจให้ความรู้เกี่ยวกับยาและสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาที่ได้รับก่อนที่จะเริ่มให้ผู้ใช้บริการได้รับยา การวางแผนการรักษาโดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการอาการ ปรับพฤติกรรมมารับประทานยา และการสนับสนุนดูแลจากครอบครัว อาจรวมถึงนวัตกรรมการใช้อุปกรณ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานยา^(4, 8) เช่น ตลับใส่ยาเป็นช่อง เข้ากลางวัน เย็น การใช้นาฬิกา หรือโทรศัพท์มือถือ

ปลุกเตือนเวลาที่ต้องรับประทานยา อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกินยาของผู้ใช้บริการได้ บทบาทของพยาบาลในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีความสำคัญอย่างมากในการเตรียมผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge planning) ให้มีความเข้าใจในเรื่องของการรับประทานยา ผลข้างเคียง เป็นการเตรียมความพร้อมที่ผู้ใช้บริการสามารถจะรับประทานยาได้ด้วยตนเองเมื่อรักษาดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

รวมถึงต้องมีกลยุทธ์ในการพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
การเกาะติดการการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. กรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี 2554-2558. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2554.
2. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. Patient Prefer Adherence 2013;7:675-82.
3. Latif S, McNicoll L. Medication and non-adherence in the older adult. Med Health 2009;92:418-9.
4. สุรณี ปิ่นอำพล. การเกาะติดการรักษาและผลทางเวชกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1:222-8.
5. Feldman M, Christensen J. Behavioral medicine: a guide for clinical practice. 3rded. New York: McGraw Hill; 2008.
6. Ficke DL, Farris KB. Use of the transtheoretical model in the medication use process. Ann Pharmacother 2005;39:1325-30.
7. Finnell DS, Osborne FH. Stages of change for psychotropic medication adherence and substance cessation. Arch Psychiatr Nurs 2006;20:166-74.
8. Veazie PJ, Cai S. A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information. Med Hypotheses 2007;68:335-42.
9. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatr Serv 2001;52:1615-20.
10. Risser J, Jacobson TA, Kripalani S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. J Nurs Meas 2007;15:203-19.

11. Ingersoll K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care* 2004;16:199-211.
12. Wooldridge KL, Wallston KA, Graber AL, Brown AW, Davidson P. The relationship between health beliefs, adherence, and metabolic control of diabetes. *Diabetes Educ* 1992;18:495-500.
13. Ngamvitroj A, Kang DH. Effects of self-efficacy, social support and knowledge on adherence to PEFR self-monitoring among adults with asthma: a prospective repeated measures study. *Int J Nurs Stud* 2007;44:882-92.
14. Elliot R. Problems with medication use in the elderly: an Australian perspective. *J Pharm Pract Res* 2006;36:58-66.
15. Steeman E, Moons P, Milisen K, De Bal N, De Geest S, De Froidmont C, et al. Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *Int J Qual Health Care* 2006;18:352-8.