

การให้คำปรึกษาเรื่องอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดแก่ผู้ป่วยในก่อนออกจากโรงพยาบาล

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) นั้นเป็นโรคที่เรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยโดยมากจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีเพียงจำนวนน้อยที่อาจหายขาดได้โดยการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ และในกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ นั้น ถ้าหากขาดยา หรือ มีปัญหาอื่นที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้นั้น ก็จะมีผลเสียต่างๆ ตามมา ดังเช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้โรคก็จะดำเนินไปจนทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ (เกษม วัฒนชัย, 2532) ดังต่อไปนี้

1. หัวใจ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบการทำงานของหัวใจเช่น ทำให้เวนทริเคิลซ้ายทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดโรคหัวใจล้มเหลวคั่ง
2. สมอง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก มีเลือดคั่งในสมองและมีอาการบวมของสมอง (Hypertensive encephalopathy)หรือหลอดเลือดในสมองอุดตัน(Cerebral thrombosis) ทำให้เกิดเป็นอัมพาต หรือถึงกับเสียชีวิตได้มากกว่าคนปกติถึง 5 - 30 เท่า
3. ไต ทำให้การทำงานของไตผิดปกติ และอาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้
4. ตา ทำให้ตาพร่ามัว เนื่องจากหลอดเลือดภายในลูกตาตีบแข็ง เปราะ และแตกง่าย ทำให้เลือดออกบริเวณ retina ทำให้ตาบอดได้

สำหรับการใช้ยาในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจนั้น นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจนั้น เป็นการใช้เพื่อระงับอาการ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการใจสั่น และเป็น การให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี และควบคุมให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความคงที่ และเป็นรูปแบบที่เป็นปกติ

จากเหตุผลที่กล่าวมาจะเห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ จนกระทั่งพ้นจากภาวะวิกฤติแล้วนั้น ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมากก็มักจะได้รับยาให้กลับไปบริหารด้วยตนเองต่อที่บ้านโดยที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากหรือเกี่ยวข้องกับ การใช้ยาซึ่งพอจะสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ ๆ ได้ดังนี้

1. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง (Non-Compliance) ได้แก่ การใช้ยามากกว่าที่กำหนด การใช้น้อยกว่าที่กำหนด การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาผิดวิธีหรือผิดเทคนิค การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์หรือผิดประเภท การใช้ยาเสื่อมคุณภาพ หรือหมดอายุ และการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งผลที่จะตามมานั้นนอกจากจะทำให้อาการของโรคไม่ทุเลาหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ แล้วยังอาจเป็นเหตุให้แพทย์ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง ในบางกรณีอาจทำให้แพทย์ตัดสินใจเพิ่มยากับผู้ป่วยจนอาจเป็นอันตรายได้ นอกจากนี้แล้วการใช้ยามากกว่าที่กำหนด หรือการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดผลเสียซึ่งเป็นผลจากยาโดยตรง เช่น อาจทำให้เกิดอาการพิษของยา หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยา (Smith, 1981) มีรายงานการวิจัยพบว่าอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย โดยมากแล้วจะอยู่ระหว่างร้อยละ 25 ถึง 59 (Blackwell, 1972 ; Stewart และ Cluff, 1972) สำหรับในประเทศไทยก็มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยอยู่มาก โดยผลการวิจัยที่ได้นั้นก็พบอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งในอัตราที่เท่า ๆ กันหรือสูงกว่ารายงานผลการวิจัยจากต่างประเทศ เช่น อภิชาติ วิษณุวัฒน์ และคณะ (2522) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี 2515-2519 ที่มาด้วยอาการแผลที่เท้าจำนวน 110 ราย พบว่าร้อยละ 24.5 ของผู้ป่วยเหล่านั้นใช้ยาอย่างไม่สม่ำเสมอ อิศนีย์ สิงหกละ (2524) รายงานการศึกษาผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบอัตราผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งร้อยละ 40 สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ (2528) ได้ศึกษาถึงความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเลิศสิน ซึ่งก็พบว่าร้อยละ 75.7 ของผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง และจากผลการจัดตั้งระบบการติดตามผลการใช้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดของ

ปรมินทร์ วีระอนันตวัฒน์ (2534) พบว่าก่อนการดำเนินโครงการนั้น พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 81 ซึ่งก็เป็นผลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานการศึกษาการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ได้มีการสรุปว่า ผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้น เป็นกลุ่มที่จะพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งค่อนข้างมาก เช่น จากรายงานของ Rudd และ คณะ (1979) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ และภายในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ยอมรับการรักษาต่อเนื่องสลับไป และมีเพียงสองในสามของผู้ป่วยที่มารับการรักษอย่างสม่ำเสมอที่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งก็มีรายงานว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตไว้ในเกณฑ์ปกติ (Sackett และคณะ, 1983) และมีแนวโน้มว่าจะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งมากกว่า ในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ในผู้ป่วยสูงอายุผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายขนาน หรือในผู้ป่วยที่ต้องบริหารยาที่มีความยุ่งยาก หรือต้องบริหารยาจำนวนหลายครั้งในแต่ละวัน (Blackwell, 1973) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น จะเห็นว่ามีเงื่อนไขเหล่านี้ค่อนข้างจะพร้อมมูล และปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาและมีความสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาตามสั่ง ก็คือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยรวมถึงทัศนคติ ความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วยด้วย (Hussar, 1975 ; Mattei และคณะ, 1974 ; Mckenny, 1981) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า การที่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ป้องกันตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ นั้นมีผลทำให้มีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ป่วยที่คิดว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่ร้ายแรง ดังนั้นผู้ป่วยที่ปรากฏอาการรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่า แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ผู้ป่วยมีต่อผู้รักษาหรือยาที่ได้รับด้วย นั่นคือผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือเมื่อเชื่อว่าการวินิจฉัยนั้นถูกต้อง โรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย และการรักษาตามแผนการรักษาจะสามารถลดอัตราเสี่ยงลงได้ (Gillum และ Barsky, 1974)

2. ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug Interactions) ทั้งการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือยากับสิ่งอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยอาจได้รับในชีวิตประจำวัน เช่น แอลกอฮอล์ คาเฟอีน นิโคติน เป็นต้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น การจัดหา

สามารถรับประทานด้วยตนเองนั้นนับเป็นข้อควรระวังอย่างยิ่งไม่ว่าจะเป็นยาชุด หรือ ยาแผนโบราณ ที่ทำเป็นยาลูกกลอนที่มีจำหน่ายในท้องตลาดโดยทั่วไป เนื่องจากพบว่ามักจะมีส่วนผสมของสาร สเตียรอยด์อยู่ด้วย หรือแม้แต่ยาแก้หวัด ซึ่งส่วนใหญ่จะมีส่วนผสมของยาในกลุ่ม Sympathomimetic amine อยู่ด้วย (เทวี โพธิ์ผละ, 2525 ; วิชา กุลสมบูรณ์ และคณะ, 2530) ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อภาวะความดันโลหิต และการทำงานของหัวใจ จากผลการจัดตั้งระบบการติดตามผลการใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดของ ประมินทร์ วีระอนันตวัฒน์ (2534) พบว่าก่อนการดำเนินโครงการนั้นพบปัญหาจากยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้เองถึงร้อยละ 39.5 ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด

3. ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ การดำรงชีพ และการใช้ยาตามแผนการรักษา เฉพาะกลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง จะมีอุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดขึ้น ร้อยละ 34 ถึงร้อยละ 70 โดยที่อัตราการเกิดปัญหาเฉลี่ยจะอยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 50 (Riddiough, 1977) ยาในกลุ่มโรคหัวใจ เช่น digitalis ก็เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ถึงร้อยละ 21 และเป็นยารายการหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้บ่อยครั้ง (Beller และคณะ, 1971) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ พบว่าร้อยละ 70 เป็นอาการที่สามารถคาดการณ์และสามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Gerbinio, 1973 ; Kellaway, 1976)

4. ปัญหาการเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาที่ต้องเก็บรักษาภายใต้เงื่อนไขพิเศษ เฉพาะ เช่น ต้องควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น หรือต้องป้องกันแสง เป็นต้น การเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้องอาจทำให้ยาเสื่อมคุณภาพเร็วกว่ากำหนด ซึ่งนอกจากจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลแล้ว ยังอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้อีกด้วย จากรายงานของ ประมินทร์ วีระอนันตวัฒน์ (2534) พบปัญหาผู้ป่วยเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้องถึง ร้อยละ 57

ได้มีความพยายามที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่อาจเกิดขึ้นได้เหล่านี้ วิธีการหนึ่ง

ที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาล่าช้า คือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างพอเพียง เนื่องจากพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาล่าช้าขึ้นก็คือ การขาดการให้ข้อมูล การทำความเข้าใจ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยอย่างพอเพียงและมีประสิทธิภาพ จากรายงานของ Duryee (1992) ที่ได้ทำการสำรวจความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าขณะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการถึงอาการข้างเคียงและวัตถุประสงค์ในการใช้ยานั้น ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะมีผลต่อโรคหรืออาการของโรครวมทั้งการออกกำลังขณะที่อยู่ที่บ้านด้วย ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะออกจากโรงพยาบาลได้ เกสซ์กรก็เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขอีกผู้หนึ่งที่จะสามารถให้บริการกับผู้ป่วยในด้านนี้ได้ จากรายงานของ Cole และ Emmanuel (1971) และ Mckenny และคณะ (1973) พบว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลนั้น สามารถป้องกันปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งก็จะส่งผลต่อผลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะสัมฤทธิ์ผลในการรักษาโรคนั้นมีอยู่ 2 ปัจจัยที่มีผล คือ ประสิทธิภาพในการรักษาซึ่งได้แก่ความถูกต้องในการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ต้องไปด้วยกัน การรักษานั้นจึงจะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่ แต่ในทางปฏิบัติโดยทั่วไปแล้ว พบว่าการให้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยนั้นไม่ได้มีการปฏิบัติกันอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น จากการสำรวจของ Bukanya และ Lauwo (1993) ที่ได้ทำการสำรวจข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 148 รายในประเทศออสเตรเลีย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 94.6 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาในเรื่องของ วิธีใช้ เวลา และขนาด แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้น ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา จากการสำรวจของ Morris และคณะ (1987) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34 ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรคเลย และเป็นกลุ่มที่ไม่เคยตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ผู้ป่วยร้อยละ 40 ได้รับข้อมูลจากแพทย์ ซึ่งการรับข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มักจะเป็นแบบ passive ผู้ป่วยร้อยละ 19 ได้รับข้อมูลจากเภสัชกร และอีกร้อยละ 7 ได้รับข้อมูลจากสื่ออื่น ๆ เช่น หนังสือ

การให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยในก่อนกลับบ้าน (Discharged Counseling) เป็นการให้บริการให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลทางยาแก่ผู้ป่วยใน ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่เกิดจากหรือเกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ก็จะเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่เรื้อรังซึ่งจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยก็ต้องกลับไปรักษาด้วยตนเองที่บ้านต่อไป และโดยมากแล้วก็จะเป็นการรักษาด้วยยาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งก็ยังไม่สามารถระบุได้ว่าในผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วยยาต่อด้วยตนเองที่บ้านนั้น จะได้รับยาอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาหรือสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องตามข้อกำหนดของการใช้ยา หรือการดูแลรักษาตนเองอื่นๆ จากการปฏิบัติโดยทั่วไปแล้ว จะเห็นว่าได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นอ่าวมากแต่เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วนั้นไม่สามารถจะรับประกันได้เลยว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอตามที่ควรจะเป็น และจะเห็นว่าข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้นมีอยู่น้อยมาก ดังนั้นถึงแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจนกระทั่งพ้นจากภาวะวิกฤต และสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ตามเดิมแล้วก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ก็จะทำให้การรักษาด้วยยานั้นไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งก็จะทำให้มีผลเสียต่าง ๆ ตามมา จนอาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก หรืออาจทำให้ต้องเสียชีวิตไปก่อนเวลาอันควรได้ จึงต้องหาหนทางที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพขณะที่อยู่ที่บ้าน และทำให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ปัจจุบันวิชาชีพเภสัชกรรมได้มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมไปมาก คือเปลี่ยนจาก Product-oriented มาเป็น Patient-oriented หรือในแนวความคิดที่เรียกว่า Pharmaceutical Care ซึ่งจะเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ นั่นคือเภสัชกรต้องเข้ามามีบทบาทในเรื่องของการใช้ยาในผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยนั้นเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด และเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการในการใช้ยาทั้งหมด ที่เริ่มต้นตั้งแต่การตัดสินใจสั่งใช้ยาของแพทย์ จนกระทั่งถึงการที่ผู้ป่วยได้รับยานั้นเข้าไปในร่างกาย จะเห็นว่าใน

ส่วนของเภสัชกรนั้น หน้าที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่เกิดการตัดสินใจสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ในการจัดเตรียมยา ระบุวิธีใช้ ตรวจสอบ และทำยาสกัดคือหน้าที่ในการให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลทางยาแก่ผู้ป่วย (Madden, 1973) เภสัชกรต้องมีความรับผิดชอบในกระบวนการการรักษาด้วยยานั้นคือต้องทำให้ประชาชนสามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (Zellmer, 1993) โดยเภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนสุดท้ายที่พบผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำยากลับไปใช้ด้วยตนเองที่บ้าน เภสัชกรจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากที่จะสร้างความเข้าใจในการใช้ยาให้เกิดกับผู้ป่วย (Coutts, 1977) Madden (1973) และ Miller (1983) ได้ชี้แจงถึงบทบาทหนึ่งของเภสัชกรคลินิกว่า จะต้องให้บริการให้คำแนะนำการใช้ยาตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งยังเป็นการสร้างภาพพจน์ที่ดีของเภสัชกรต่อผู้ป่วยอีกด้วย

การให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยเป็นกระบวนการสื่อสารที่มีรูปแบบ ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร ในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งสามารถสื่อสารกันได้ทั้งวาจา และข้อเขียน โดยการใช้ข้อเขียนนั้นจะเป็นส่วนช่วยเสริมเท่านั้น สิ่งที่สำคัญก็คือ การสื่อสารด้วยวาจา เพราะเป็นการถ่ายทอดข้อมูลโดยตรงระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย และสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามได้ ซึ่งจะทำให้การให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยนั้น เกิดผลดีกับผู้ป่วยได้มากที่สุด จากเหตุผลหรือข้อสรุปที่ว่า การให้ความรู้ หรือการถ่ายทอดข้อมูลใด ๆ ก็ตาม การให้ในรูปแบบของการสื่อสารสองทางจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่มีลักษณะเป็นการสื่อสารทางเดียว ดังนั้นการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถาม หรือแสดงความคิดเห็น จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติด้วยตนเอง (Bryan, 1976) นอกจากนั้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย จะทำให้สามารถวิเคราะห์ และประเมิน ถึงความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ความเข้าใจเรื่องโรค ความเข้าใจในส่วนที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ประเมินได้ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ทำให้สามารถปรับแผนการให้คำปรึกษาหรือแผนการรักษาในบางกรณี ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ และทำให้ผลการให้คำปรึกษาหรือการให้ข้อมูลทางยาต่าง ๆ นั้น คงอยู่ได้นานเพราะการ

ที่ได้ถูกปัญหาาร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีแรงกระตุ้นมากกว่า และยังทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นอีกด้วย พบว่าถ้าผู้ป่วยมีโอกาสชี้แจงปัญหาด้วยคำพูดของตัวเองจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ (DiMatteo และคณะ, 1979 ; Stile และคณะ, 1979)

ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ คือ

1. ขั้นตอนการรวบรวมปัญหา การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพนั้น เกสัชกรจะต้องแยกแยะปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมกับวางแผนที่จะให้คำปรึกษาเป็นรายไปเพราะผู้ป่วยแต่ละรายนั้นจะมีความแตกต่างกันทางพื้นฐานความคิด การศึกษา ความเข้าใจต่อโรค ปัจจัยพื้นฐานทางร่างกาย รวมถึงวัฒนธรรมในท้องถิ่นต่างๆ ดังนั้น การรวบรวมข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่ควรจะต้องรวบรวมไว้ ในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่

- ก. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลในส่วนของ อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง รวมถึงศาสนา หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่มีส่วนที่จะต้องนำมาพิจารณาประกอบ
- ข. ปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับยา เช่น ประวัติการแพ้ยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เป็นต้น
- ค. ประวัติการใช้ยา ได้แก่ ประวัติการใช้ยาในอดีต และยาที่ใช้ในปัจจุบัน
- ง. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาและโรค รวมถึงทัศนคติ และการยอมรับของผู้ป่วยต่อยาและโรค
- จ. ตรวจสอบการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่ผ่านมา

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยแล้ว จึงนำมาวิเคราะห์แยกประเภทของปัญหาให้ชัดเจน รวมทั้งหาสาเหตุของการเกิดปัญหานั้น ๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาที่ง่ายและชัดเจน แต่ในบางรายก็มีสาเหตุที่ซ่อนเร้น ต้องใช้เวลาในการสืบหาและ

วิเคราะห์ การสรุปปัญหาที่เฉพาะเจาะจง สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น จะช่วยให้เภสัชกรสามารถวางแผนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาเรื่องยา ในกระบวนการให้คำปรึกษา เภสัชกรจะต้องใช้ทั้งความรู้และเทคนิค เพื่อให้สามารถหาปัญหาและแก้ไขหรือป้องกันปัญหา ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือเมื่อเชื่อว่าการวินิจฉัยโรคนั้นถูกต้อง โรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย และการรักษาตามแผนการรักษาจะสามารถลดอัตราเสี่ยงลงได้ นั่นคือผู้ป่วยจะเกิดการซึ่งใจระหว่างสิ่งที่เขาต้องสูญเสียไปขณะที่ต้องรับการรักษา เช่น เงิน เวลา ความสะดวกสบายต่างๆ กับ ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตัวเขา การที่จะให้ผู้ป่วยเชื่อว่าความเสี่ยงในโรคนั้น ๆ มีอยู่ และการรักษาจะช่วยลดความเสี่ยงนั้นลงได้ ก็ต้องมีการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย (Anderson และ Lynne, 1982 ; Schneider และ Cable, 1978) ซึ่งจะเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเรียนรู้จากกระบวนการในการเรียนรู้ทั้งหมด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ (Epstein และ Cluss, 1982 ; Smith, 1976) ได้ดังนี้ คือ

1. ขั้นตอนของการรับข้อมูล (The cognitive stage)
2. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (The attitude stage)
3. ขั้นตอนการปฏิบัติ (The Psychomotor stage)

ซึ่งจากกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ จะเห็นว่าการให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้น จะมีผลต่อทัศนคติและส่งผลไปถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในที่สุด เพื่อให้ได้พฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น สำหรับวิธีการในการส่งข้อมูลไปสู่ผู้ป่วยนั้น อาจจะทำได้โดย

1. การให้ข้อมูลด้วยวาจา (Verbal Instruction) เป็นการอธิบายโดยใช้คำพูดในการให้ข้อมูล ซึ่งจะมีข้อดี คือ มีความยืดหยุ่น สามารถเลือกข้อมูลที่จะให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม ตามสภาวะแวดล้อมต่างๆ สามารถโต้ตอบ และทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยในขณะนั้นได้เลย แต่ก็มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจจะจำไม่ได้ และข้อมูลที่ให้นั้นไม่คงที่สำหรับผู้

ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลด้วยวาจา นี้ เกสเซอร์ผู้ปฏิบัติควรจะได้รับฝึกฝน และมีทักษะในการสื่อสารเป็นอย่างดี สถานที่ที่จะใช้ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยควรเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวสงบ ซึ่งจะช่วยให้ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยมีสมาธิ และให้ความสนใจกับเนื้อหาได้อย่างเต็มที่ เวลาที่ใช้ไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป (Eraker และคณะ, 1984 ; Sbarbaro, 1990)

2. การให้ข้อมูลโดยใช้อธิบาย (Written Instruction) เป็นการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้อักษรที่จัดพิมพ์ขึ้นเป็นสื่อกลาง ที่ใช้กันมากในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้แก่ ฉลากยาฉลากขวดยา เอกสารแผ่นพับ หรือหนังสือคู่มือต่าง ๆ ซึ่งจะมีข้อดี คือ ข้อมูลนั้นจะมีความคงที่เป็นมาตรฐาน สามารถนำมาทบทวนได้ และเป็นการประหยัดเวลา แต่ก็มีข้อจำกัดคือเอกสารที่เตรียมขึ้นนั้นอาจจะไม่เป็นที่สนใจของผู้ป่วย และยิ่งขึ้นอยู่กับการสามารถในการอ่าน หรือการมองเห็นของผู้ป่วยเป็นสำคัญอีกด้วย

3. การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยให้ทั้งวาจาและข้อเขียน ซึ่งจะเป็วิธีที่สามารถลดข้อจำกัดของทั้งสองวิธีข้างต้น และยังเป็นการรวมเอาข้อดีของทั้งสองวิธีมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

4. การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ซึ่งอาจจะเป็นในรูปแบบของการอภิปราย การบรรยาย การสาธิต หรืออาจจะใช้วัสดุทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ เข้ามาช่วยให้การให้ข้อมูลร่วมด้วยตามความเหมาะสม

มีข้อเสนอแนะว่า เกสเซอร์ที่จะให้คำปรึกษา หรือให้ข้อมูลทางยาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจะมีคุณสมบัติดังนี้ (จุมพล รอดคำดี, 2532)

1. มีทักษะในการสื่อสาร คือ สามารถใช้ภาษาได้อย่างถูกต้อง และเป็นภาษาที่ง่าย สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วย มีวิธีการพูดที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่ถ่ายทอดไปนั้น คงความถูกต้องและน่าสนใจ

2. มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ ซอบช่วยเหลือผู้อื่น เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี ผู้รับข้อมูลจึงจะพอใจที่จะสื่อสารด้วย เป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับข้อมูลที่ถ่ายทอดออกไป

3. มีทัศนคติที่ต่องานของตน ซึ่งจะทำให้การถ่ายทอดข้อมูลมีคุณภาพ
4. มีนิสัยชอบถ่ายทอด หรือชี้แจง ทำให้เกิดความเข้าใจเมื่อมีปัญหา ถ้าผู้แนะนำไม่ชอบอธิบาย หรือแนะนำอะไรให้ชัดเจน อาจจะทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ปวยได้
5. มีนิสัยไม่รู้ ใฝ่ศึกษา ซึ่งคุณสมบัตินี้จะนำมาสู่ความสามารถในการให้คำแนะนำที่ชัดเจน พร้อมกับเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้แนะนำเองด้วย
6. มีความสามารถในการประเมินผลการแนะนำแต่ละครั้ง และสามารถปรับปรุงวิธีการแนะนำอย่างเสมอ

การให้คำปรึกษาเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาหรือเรื่องที่คาดว่าจะ เป็นปัญหากับผู้ปวย โดยมุ่งเน้นที่สาเหตุเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ปวยเข้าใจได้ง่าย และนำไปปฏิบัติได้ ระดับความลึกของข้อมูลที่จะให้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการศึกษาของผู้ปวยแต่ละราย ในกรณีที่ผู้ปวยมีปัญหาในการใช้ยาหลายด้าน เกสซ์กรอาจต้องให้คำแนะนำที่ละเอียดเรื่อง เพื่อไม่ให้ผู้ปวยสับสน และต้องใช้เวลาานเกินไป โดยพิจารณาว่าเรื่องใดมีความสำคัญเป็นอันดับแรก และอันดับรองๆลงไป และวิธีการในการให้คำแนะนำนั้น การให้คำแนะนำโดยใช้ทั้งวาจาและข้อเขียน จะเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดผลดีที่สุด (Eraker และคณะ, 1984 ; Hulka และคณะ, 1976 ; Sbarbaro, 1990 ; Sharpe และ Mikeal, 1975 ; สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์, 2532) โดยจะเป็นการรวมเอาข้อดีของการให้คำแนะนำด้วยวาจาคือมีความยืดหยุ่นแนะนำกับผู้ปวยได้ตามความเหมาะสมสามารถโต้ตอบ และทดสอบความเข้าใจของผู้ปวยได้ และข้อดีของการให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน คือ ผู้ปวยสามารถนำมาทบทวนได้ มีการถ่ายทอดข้อมูลไปถึงผู้ใช้ยาได้ในกรณีที่ผู้อื่นมารับยาแทน ข้อมูลเป็นมาตรฐาน และเป็นการลดข้อจำกัดของการให้คำแนะนำด้วยวาจา คือ ผู้ปวยอาจจะจำไม่ได้ ข้อมูลที่ให้ผู้ปวยแต่ละรายอาจไม่เท่ากัน และในกรณีที่ผู้มารับยาไม่ใช่ผู้ใช้ยา การถ่ายทอดข้อมูลอาจถูกละเลย หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และลดข้อจำกัดของการให้คำแนะนำด้วยข้อเขียนอย่างเด็ดขาด คือ เอกสารที่จัดเตรียมต้องมีความน่าสนใจ ผู้ปวยแต่ละรายอาจมีความสามารถในการอ่านได้แตกต่างกัน และไม่เปิดโอกาสให้ผู้ปวยสอบถาม หรือไม่สามารถสอบถามถึงความเข้าใจของผู้ปวยได้ อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ปวยนั้นควรจะต้องตระหนักว่า การให้ข้อมูลจำนวนมาก บางครั้งไม่สามารถทำให้ผู้ปวยสามารถเข้าใจได้อย่างถ่องแท้ เกสซ์กรจะต้อง

พิจารณาว่าข้อมูลที่จะให้ นั้น ควรจะให้ในลักษณะใด โดยทั่วไปแล้ว การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้น ควรจะมีลักษณะที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่มีอคติ และต้องระบุถึงความเสี่ยง และผลดีของการรักษาด้วยยา รวมทั้งข้อมูลนั้นไม่ควรจะมากเกินไปด้วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนได้ และควรจะต้องระมัดระวังสภาวะของผู้ป่วย และความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาด้วย การวางแผนให้คำปรึกษานั้น ควรจะพิจารณาด้วยว่า ควรจะให้คำปรึกษาที่ครั้งในผู้ป่วยแต่ละราย และควรจะให้ซ้ำในเวลาใด โดยทั่วไปเทคนิคพื้นฐานที่จะส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยยานั้น จะประกอบไปด้วยการแก้ไขส่วนที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ และให้ข้อมูลคำแนะนำที่ถูกต้อง (Hussar, 1975 ; McKenny, 1981)

สำหรับข้อมูลที่ควรแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดไว้ว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับนั้น ประกอบด้วย (Covington, 1986)

- ชื่อยา
- ประโยชน์ และฤทธิ์ของยาที่ต้องการ
- วิธีการใช้ยา
- คำแนะนำพิเศษในการเตรียมยา
- คำแนะนำพิเศษในการใช้ยา
- ข้อควรระวังต่าง ๆ ที่ผู้ใช้ยาดังกล่าวต้องคอยสังเกตระหว่างการใช้ยา
- อาการข้างเคียงที่อาจพบบ่อย ตลอดจนการป้องกัน และปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียง
- เทคนิคง่าย ๆ ในการตรวจดูผลการใช้ยา
- วิธีการเก็บยาที่ถูกต้อง
- ปฏิกริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร หรือข้อห้ามของการใช้ยานั้น
- วิธีการปฏิบัติเมื่อมารับยาซ้ำ
- วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา
- ข้อมูลพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับยา หรือผู้ป่วย

นอกจากนี้แล้วในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมาย (Federal Law) ชื่อ OBRA '90 (The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990) ที่กำหนดให้เภสัชกรต้องให้คำแนะนำเรื่องยา แก่ Medicaid Patients ในหัวข้อต่อไปนี้ (Pisano และคณะ, 1993)

- ชื่อยา พร้อมคำอธิบาย
- ขนาด วิธีใช้ และระยะเวลาในการรักษา
- ค่าแนะนำพิเศษ ข้อควรระวังในการใช้ยา
- อาการข้างเคียงที่มักเกิดขึ้นบ่อยๆ และรุนแรง ปฏิกริยาระหว่างกันของยา ข้อห้ามต่างๆ ตลอดจนวิธีปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกัน และแก้ไขอาการดังกล่าว

- กลวิธีในการตรวจดูผลการรักษาด้วยตนเอง
- วิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง
- วิธีการปฏิบัติเมื่อมารับยาซ้ำ
- วิธีปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา

4. ขั้นตอนการประเมินผล เป็นขั้นตอนที่จะยืนยันว่า ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญต่าง ๆ แล้วและเป็นการทบทวนสิ่งที่แนะนำไป อาจทำได้โดยการใช้แบบสอบถามหรือวัตถุประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงหรือตรวจดูจากบันทึกที่เภสัชกรรวบรวมไว้ว่าได้แนะนำผู้ป่วยอย่างไร เปรียบเทียบกับข้อมูลทั้งหมดที่เภสัชกรคาดว่าผู้ป่วยควรได้รับ นอกจากนี้แล้วยังมีการนำวิธีการอื่นมาใช้กันมากได้แก่

4.1 Pharmaceutical Method เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้ใช้ยาตามสั่งหรือไม่

4.2 Pharmacodynamic Method โดยใช้ค่า parameter ของโรคที่สถานนั้นมีผลโดยตรงเป็นตัวบ่งชี้ว่าอาการของโรคดีขึ้นหรือไม่ เช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต เป็นต้น

4.3 Pharmacokinetic Method เป็นการตรวจวัดระดับยาในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ระดับยาสูงพอที่จะทำให้เกิดผลการรักษาหรือไม่

4.4 Therapeutic Method วัดผลโดยดูจากอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ความถี่ของการชัก ความถี่ของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้วในการประเมินผลและติดตามผลนั้น ไม่สามารถระบุได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากแต่ละวิธีนั้นมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป โดยมากแล้วจะต้องอาศัยหลายๆ วิธีร่วมกัน (Bond และ Hussar, 1991 ; Haynes และคณะ, 1980 ; Pearson, 1982 ; Pullar และคณะ, 1989) และหลังจากที่ทำการประเมินแล้ว ถ้าหากผู้ป่วยยังคงมีปัญหาอยู่ หรือเกิดปัญหาขึ้น ก็จะต้องย้อนกลับไปสู่กระบวนการวิเคราะห์ใหม่ เพื่อหาสาเหตุให้ถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง