



ปัญหาในการใช้ยาไม่ตามสั่ง

การบำบัดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยและการสั่งการบำบัดอย่างถูกต้อง ซึ่งในหลายกรณี จำเป็นต้องให้ยาเป็นเครื่องช่วยในการบำบัดด้วย การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง และการสั่งการรักษา นั้น เป็นงานเพียงครั้งหนึ่งเท่านั้น โดยอีกครึ่งหนึ่งนั้น ซึ่งมีความสำคัญพอ ๆ กัน อยู่ที่การที่ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งหรือไม่ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาล การให้ยาในผู้ป่วยเหล่านี้ มีการควบคุมดูแลจากแพทย์ พยาบาล อย่างใกล้ชิด จึงไม่ใคร่ปรากฏความผิดพลาดในการให้ยา ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาจะต้องรับผิดชอบในการให้ยาคด้วยตนเอง ตามคำสั่งการให้ยาที่ปรากฏบนฉลากยา แพทย์หรือเภสัชกรไม่อาจเข้าไปควบคุมได้ ดังนั้น ความผิดพลาดโดยการใช้ยาไม่ตามสั่งจึงอาจเกิดขึ้นได้ ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา อันจะส่งผลไปทำให้การบำบัดโรคด้วยยานั้น ๆ หย่อนหรือขาดประสิทธิภาพไป

ปัญหาการใช้ยาไม่ตามสั่งนี้ มีมาตั้งแต่ในสมัยโบราณแล้ว มีคำกล่าวไว้ในสมัย Hippocrates (McKercher 1977) ว่า แพทย์ควรระลึกไว้ตลอดเวลาถึงความจริงที่ว่า ผู้ป่วยจะไม่พูดความจริงเมื่อเขากล่าวว่าเขากินยา มีผู้ศึกษาแสดงให้เห็นว่าแพทย์โดยทั่วไปจะนึกไม่ถึงหรือประมาณอัตราที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ตามสั่งนั้น น้อยกว่าเป็นจริง ซึ่งมักตรงข้ามกันกับการที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ตามสั่งตามที่เป็นอย่างจริง ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดความสนใจในการวิจัยปัญหาเกี่ยวกับ การใช้ยาไม่ตามสั่ง และอาจมีรายงานอ้างอิงน้อย หรือแพทย์มีความเชื่อมั่นเกินไปว่า ผู้ป่วยจะทำตามคำแนะนำของตน จึงทำให้ประเมินว่าพวกที่ใช้ยาตามสั่งมีจำนวนมาก ทั้งนี้ คำสั่งการให้ยาบนฉลากนั้น อาจเป็นหลักประกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ที่ผู้ป่วยจะใช้ยาของเขาอย่างถูกต้อง

การใช้ยาไม่ตามสั่งนั้น มีความหมายเรียกได้ใน 2 กรณี คือ Drug Defaulting และ Patient Noncompliance

Drug Defaulting is the failure to comply (intentional or accidental) with the physician's directions (expressed or implied) in the self-administration of any medication. (Boyd I 1974)

หมายความว่า การละเลยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งที่ได้รับในการใช้ยาใด ๆ ของตนเอง ไม่ว่าจะเจตนาหรือไม่ก็ตาม

Patient Noncompliance suggests that the patient is at fault for the inappropriate use of medication. Although this is often the case, the responsibility for many cases of noncompliance should more appropriately be directed at the physician and for pharmacist for failure to give the patient adequate instructions or presenting them in manner he understands. (Hussar 1975)

หมายความว่า การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม และ/หรือการที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร

จากการศึกษาการใช้ยาไม่ตามสั่งที่มีรายงานปรากฏว่า อัตราการใช้ยาไม่ตามสั่ง มีอัตราแตกต่างกันมาก ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับชนิดของวิธีการใช้ยาที่ทำการศึกษาอยู่ และจุดประสงค์ที่จะวัดอัตราการใช้ยาไม่ตามสั่งนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ยังขาดวิธีที่เหมาะสมที่จะใช้เป็นมาตรฐานในการเก็บข้อมูลและประเมินผล

วิธีการที่ใช้ในการศึกษาการใช้ยาไม่ตามสั่ง (Boyd I 1974) มีหลายวิธี เช่น

1. Urine Testing การตรวจปัสสาวะ
2. Dosage Unit Counts การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่
3. Patient Interview การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. การตรวจสอบปัสสาวะ

เป็นวิธีวัดการไต่ยาตามสั่ง โดยดูยาหรือเมตาบอไลต์ของยาในปัสสาวะของผู้ป่วย วิธีนี้ ใช้น้ำมากในผู้ป่วยที่ไตขาดประสิทธิภาพ เช่น isoniazid, para aminosalicylic acid และยังมีใช้ทดสอบผู้ป่วยที่ไตขาดประสิทธิภาพ penicillin, phenylbutazone, chlorpromazine, imipramine (Boyd I 1974)

วิธีการตรวจสอบปัสสาวะนี้ วัดปริมาณของยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้ แต่จะวัดแยกปริมาณของยาที่ผู้ป่วยกินยาน้อยเกินไป หรือมากเกินไปไม่ได้ และยังเป็นวิธีที่ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ยุ่งยาก ไม่อาจใช้วัดได้ทุกกรณี

2. การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่

การให้ยาแก่ผู้ป่วยในจำนวนที่แน่นอน และนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือหลังจากกระยะหนึ่ง เป็นวิธีการที่ง่ายมากในการวัดการไต่ยาตามสั่ง ซึ่งมีข้อได้เปรียบกว่าวิธีการตรวจสอบปัสสาวะ คือสามารถจะรู้ถึงจำนวนยาที่ใช้ทั้งหมดได้ ซึ่งอนุมานว่าจำนวนยาที่เอาออกไปจากชวคนั้น คือจำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ไป ซึ่งหวังว่าเป็นไปตามที่แพทย์สั่ง เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธี ระหว่างการตรวจปัสสาวะ และการนับเม็ดยานั้น จะพบว่ามีความแตกต่างกัน เนื่องจากวิธีการตรวจปัสสาวะ ไม่อาจบอกจำนวนยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้ ส่วนวิธีการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือนั้น อาจได้ผลไม่ตรงต่อความเป็นจริง เมื่อจำนวนเม็ดยาในชวคนยาที่ใช้ไปนั้น ใช้ไปด้วยวิธีที่ผิดพลาด หรือให้คนอื่นใช้ด้วย หรืออาจจะไม่ได้ใช้อย่างเหมาะสมถูกต้องตามสั่ง

3. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ถึงแม้ทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาแล้วจะใช้ได้ในวิธีการวัดการไต่ยาตามสั่งก็ตาม แต่ต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้เพียงวิธีสัมภาษณ์ก็ได้ ซึ่งข้อได้เปรียบของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนี้ คือสามารถจะศึกษาได้ในข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งกว่า แต่การสัมภาษณ์ผู้ป่วยนี้มีข้อเสียเปรียบคือ ผู้ป่วยมักเลียงที่จะตอบความจริง และเมื่อเปรียบเทียบการตอบด้วยค่าทุกกับการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ มักพบบ่อย ๆ ว่าไม่ตรงกัน

กลวิธีที่จะปรับปรุงความแม่นยำของการสัมภาษณ์นั้น คือใช้คำถามที่แจ่มแจ้ง และการสัมภาษณ์ที่พยายามไม่แสดงว่าผู้ปฎิเสธว่า มีความผิดเมื่อตอบคำถามนั้น ๆ ผู้สัมภาษณ์จะต้องคุ้นเคยต่อการสัมภาษณ์วิธีต่าง ๆ เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้อง

และจากวิธีการสำรวจทั้ง 3 วิธีนี้ ผลที่ได้เมื่อใช้วิธีตรวจสอบปัสสาวะ จากรายงานวิจัย (Boyd I 1974) มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนรายงานวิจัยทั้งหมด มีรายงานแสดงว่าผู้ปฎิเสธที่ไชยาไม่ตามสั่งมีจำนวนประมาณระหว่างร้อยละ 21 ถึงร้อยละ 40 ของผู้ปฎิเสธทั้งหมด โดยค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ไชยาไม่ตามสั่งในแต่ละรายงานนั้นมีประมาณร้อยละ 36

เมื่อใช้วิธีการนับจำนวนเม็ดยา มีรายงานถึงอัตราผู้ปฎิเสธที่ไชยาไม่ตามสั่ง มีจำนวนประมาณร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 51 ของผู้ปฎิเสธทั้งหมด โดยค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ไชยาไม่ตามสั่งในแต่ละรายงานประมาณร้อยละ 47

เมื่อใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ปฎิเสธ ปรากฏอัตราการไชยาไม่ตามสั่งตั้งแต่ร้อยละ 27 ถึงร้อยละ 59 และค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ไชยาไม่ตามสั่งในแต่ละรายงานประมาณร้อยละ 38

Mckercher (1979) ได้รายงานว่า เมื่อสำรวจการไชยาไม่ตามสั่งจากรายงานวิจัย พบว่ามีรายงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการไชยาไม่ตามสั่งอีกมาก เช่น Marston (1970) รายงานว่าผู้ปฎิเสธที่ไชยาไม่ตามสั่งมีประมาณร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 100 Stewart & Cluff (1972) พบอัตราการไชยาไม่ตามสั่ง ร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 49 Clinite & Kabat (1969) พบว่าแม้จะมีการสอบถามถึงคำสั่งการไชยาเป็นประจำก็ตาม ก็มีได้เป็นหลักประกันได้อย่างแน่นอนถึงการไชยาตามสั่ง และเขารายงานว่า มากกว่าร้อยละ 25 ของผู้ปฎิเสธพวกนี้ก็ยังมิชอบนิทลาคอย Hare and Wilcox (1967) รายงานถึงอัตราการไชยาไม่ตามสั่ง ร้อยละ 19 ของผู้ปฎิเสธใน ซึ่งเทียบกับผู้ปฎิเสธนอกจะพบถึงร้อยละ 48

นอกจากนี้ ยังมีรายงานของ Davis (1968) ว่า อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 30 ของผู้ปฎิเสธที่ศึกษาส่วนมากจะมีข้อนิทลาคอยในการไชยาตามสั่ง โดยที่ 1 ใน 3 ของการศึกษาทั้งหมด รายงาน

อัตราการใช้ยาไม่ตามสั่ง ร้อยละ 50 หรือสูงกว่า (Smith 1976)

จากรายงานการศึกษามากกว่า 50 รายงานพบว่า ความล้มเหลวอย่างสมบูรณ์ในการใช้ยาตามสั่ง จะเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 25 และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยนอก (Blackwell 1972)

จากการศึกษาการแปลคำสั่งการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่ามีการแปรผันอยู่ในช่วงที่กว้างมาก ประมาณร้อยละ 9 ถึงร้อยละ 64 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความล้มเหลวในการรักษา (Mazzullo 1974)

ส่วนรายงานของ Boyd II (1974) ศึกษาผู้ป่วย 134 คน ได้รับความทุกข์ทรมาน 380 รายการ พบว่าร้อยละ 78 ของยานั้นถูกใช้อย่างไม่ถูกต้อง และร้อยละ 31 ถูกใช้ไปในลักษณะที่อันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย และลักษณะของความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุดเกี่ยวกับช่วงระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม และหยุดยาก่อนกำหนด ทั้งยังพบว่าพวกที่ไม่ได้ไปรับยาตามที่แพทย์สั่งนั้นอยู่ในอัตราที่สูงด้วย

จากรายงานของ Matter et al. (1975) ทำการศึกษาเด็ก 100 คน ที่มาคลินิค เนื่องจากหูดอกเสบ ซึ่งร้อยละ 83 ของพ่อแม่จะคิดว่า การเจ็บป่วยของลูกนั้นอยู่ในขั้นปานกลางถึงรุนแรง มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ให้ลูกของเขา กินยาครบ 10 วันตามที่แพทย์สั่ง และมากกว่า 3 ส่วนผู้ป่วยจะหยุดยาเมื่อวันที่ 4 ของการรักษา (Smith 1976)

ส่วนรายงานอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดย Mohler (1955-1956), Becker (1975), Heinzmann (1962) พบว่าผู้ป่วยมักจะหยุดกินยา ระหว่างวันที่ 4 และวันที่ 7 ซึ่งเป็นเวลาที่อาการเริ่มที่จะหายไป ผู้ป่วยพบว่าตัวเองมีอาการดีขึ้นในเวลานี้ และมักจะไม่วินิจฉัยหรือสังเกตที่จะกินยาต่อไป ทั้ง ๆ ที่เขาได้รับการบอกกล่าวถึงอันตรายที่จะเกิดตามมา (Smith 1976)

006543

สาเหตุของการไร้ยาไม่คำสั่ง



1. เนื่องจากความเจ็บป่วย

Blackwell (1973) กล่าวว่า ลักษณะของความเจ็บป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่ง ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ หรือไร้ยาตามสั่งหรือไม่ คือ

1.1 กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาคิดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต วัณโรค โรคโลหิตจาง เบาหวาน ไซซ้ออักเสบ ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือมีการไร้ยาไม่คำสั่งเสมอ โดยผู้ป่วยอาจจะลืม หรือสับสนแล้วแต่ความพอใจ หรือเกิดความเบื่อ-หน่าย เช่น ในผู้ป่วยวัณโรค มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ไร้ยาไม่คำสั่งนั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เมื่อ ปลายปีแรกของการรักษา ถึงร้อยละ 61 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในปลายปีที่ 4 เพราะคิดว่า คิวเองหายแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีก นับได้ว่าผู้ป่วยที่กินยาไม่นานตามสั่งก็จะเป็นผู้ที่สามารถ ยังคงรักษาสุขภาพที่ดีต่อไป

1.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก หรือเป็นการไร้ยาเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดอาการ เช่น ไซซ้อสั้น โรคโลหิตจางในคนท้อง หรือถ้าผลเสียที่เกิดจากการหยุดใช้ยานั้น เกิดช้า เช่น ในผู้ป่วยโรคลมชัก หรือผู้ป่วยโรคจิต จะพบว่าการใช้ยาตามสั่งจะลดลง ทั้งที่ผลของการละเลยนี้อาจทำให้เกิดอันตรายทันที หรือรุนแรงได้ Brook (1971) ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจนี้จะยังคงกิน digoxin และ diuretics มากกว่า potassium supplements. Roth (1970) ศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะพบว่า ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาลดกรดเป็นประจำจนกว่าจะเกิดอาการขึ้นมาจึงจะเริ่มกินยาใหม่

1.3 ในกรณีของผู้ป่วยโรคทางจิตประสาท ซึ่งเป็นคนที่มีปัญหาอยู่แล้วในตัวเอง ความเจ็บป่วยของเขามักทำให้เขาขาดความกระตือรือร้นที่จะร่วมมือในการไร้ยา เช่นที่พบในพวก schizophrenia ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับรู้ว่าเขาเจ็บป่วยอยู่

2. เนื่องจากผู้ป่วยเอง

Boyd (1974) กล่าวว่า องค์ประกอบนี้ขึ้นกับสิ่งสำคัญหลายอย่าง

2.1 ลักษณะทางประชากร เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และสภาวะทางสังคม

2.1.1 เพศ มีรายงานว่าเพศหญิงจะมีความเข้าใจมากกว่าเพศชาย และมีแนวโน้มจะให้ความร่วมมือในการไต่ถามสิ่งใดก็ตามที่เพศชาย ทั้งนี้ เพราะเพศหญิงจะเป็นฝ่ายที่ได้รับคำแนะนำคำพูดจากทั้งแพทย์และเภสัชกรมากกว่าเพศชาย โดยที่เพศชายได้รับคำแนะนำร้อยละ 66.1 และเพศหญิงได้รับคำแนะนำร้อยละ 83.6 รายงานของ Dixon (1975) กล่าวว่า ในวัยโรค ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 30 ปี ไต่ถามไม่ตามสิ่งน้อยกว่าเป็น 2 เท่าของเพศชาย ในอายุเดียวกัน (Blackwell 1973) รายงานหลายฉบับที่แสดงว่าเพศหญิงจะหยุดกินยาก่อนเพศชาย เช่น จากรายงานของ Dixon (1957), Luntz (1960), Merrow (1966), Wynh-Williams (1968) และหลายรายงานที่ไม่สามารถหาความแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญได้ ระหว่างเพศ เกี่ยวกับการไต่ถามไม่ตามสิ่ง เช่น จากรายงานของ Maddock (1967), Charney (1967), Willcox (1965), Latiolasis (1969), Davis (1968)

2.1.2 อายุในเด็กเล็ก และคนชรา โอกาสไต่ถามไม่ตามสิ่งจะเกิดได้มากในกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี จะมีความเข้าใจต่อการไต่ถามมากที่สุด มีข้อผิดพลาดในการไต่ถามน้อยที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 25 - 44 ปี จะหมกมุ่นทำงานอยู่โดยไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก ส่วนผู้ป่วยอายุระหว่าง 45 - 65 ปีนั้น จะมีความระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ขณะที่ละเลกจิก รมอื่น ๆ ลง และข้อผิดพลาดการไต่ถามจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยอายุ 65 ปีและกว่านั้น เป็นเพราะมีปัญหาคับข้องเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย และอาจเนื่องจากความชรา หลงลืม หรือเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนแล้ว การศึกษาส่วนใหญ่จะไม่พบความแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญในการไต่ถามไม่ตามสิ่งระหว่างอายุต่าง ๆ แต่ก็มีข้อยกเว้นในการสังเกตทั่วไป จากการศึกษาของ Latiolasis (1969), Mohler (1955), Schwartz (1962) คือ จะมีการไต่ถามไม่ตามสิ่งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

2.1.3 เชื้อชาติ ไม่พบความแตกต่างเกี่ยวกับการไต่ถามไม่ตามสิ่งในระหว่าง

เชื้อชาติ

2.1.4 การศึกษา พบว่าพวกที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความเข้าใจต่อการไร้ยา มากกว่าพวกที่มีการศึกษาค่ำกว่า แต่ก็ไม่มีความแตกต่างกันในอัตราการไร้ยาไม่ตามสั่ง

2.1.5 สภาวะทางสังคม มีการศึกษาหลายอันที่ไม่พบความแตกต่างอย่างเป็นนัย สำคัญในอัตราการไร้ยาไม่ตามสั่งระหว่างกลุ่มของสภาพทางสังคม เช่น จากการศึกษาของ Ireland (1960), Maddock (1967), Marrow (1966), Mohler (1955) แต่รายงานของ Mohler (1955) พบด้วยว่าส่วนใหญ่ของอัตราการไร้ยาไม่ตามสั่งนี้ จะอยู่ในกลุ่มของสภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ (Boyd I 1974)

นอกจากนี้ ยังมีรายงานอื่น ๆ อีก ซึ่ง Blackwell (1972) รายงานไว้ดังนี้

Porter (1969) พบว่าการเป็นโสดจะเป็นเหตุต่อการไร้ยาไม่ตามสั่งมากกว่า Schwartz (1962) พบข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการไร้ยาเป็นส่วนใหญ่ในพวกที่เป็นโสด Willcox (1965) พบว่าผู้ชายโสดที่เป็นโรคประสาทมีอยู่ร้อยละ 42 ที่บกพร่องต่อการไร้ยาตามสั่ง เมื่อเทียบกับการไร้ยาตามสั่งในพวกที่อยู่กับภรรยาจะมีอัตราการไร้ยาไม่ตามสั่งเพียงร้อยละ 35 Parkers & Associates (1962) พบว่าร้อยละ 82 ของผู้ป่วย Schizophrenia ที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วจะกินยาตามสั่ง เมื่อเขาได้รับคำแนะนำจากญาติหรือเพื่อนฝูง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคำแนะนำจะไร้ยาตามสั่งเพียงร้อยละ 46 Renton & Associates (1963) พบว่าผู้ป่วย schizophrenia ที่อยู่กับครอบครัว มีเป็นส่วนน้อยที่ไร้ยาไม่ตามสั่ง

2.2 ความสนใจ กระตือรือร้นของผู้ป่วยเองมีผลต่อการไร้ยาตามสั่ง โดยผู้ป่วยที่ไร้ยาไม่ตามสั่งนั้นจะคิดว่าตัวของเขาเองจะมีความรู้สึกไว้น้อยกว่าค้อยาที่เขาได้รับ และมีความคิดต่อความเจ็บที่มีคือเขายืนยันว่าจะรุนแรงน้อยกว่าในผู้ป่วยที่ไร้ยาตามสั่ง ทั้ง ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยเหมือนกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นปัญหาที่ตัวบุคคล นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไร้ยาไม่ตามสั่งนั้นจะมีความหวังโยกต่อสุขภาพของตัวเองน้อยกว่า และมีความเชื่อถือต่อประสิทธิภาพของยาสมัยใหม่น้อยกว่า (Rosenstock 1975) การไร้ยาตามสั่งจะมีอัตราสูง หากว่า

2.2.1 ผู้ป่วยมีความสนใจต่อสุขภาพของร่างกายตัวเองปานกลางหรือสูง

2.2.2 ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วย ซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยอย่างละเอียด และมีความเชื่อต่อคำวินิจฉัยของแพทย์จริง ๆ

2.2.3 ผู้ป่วยเชื่อว่าถ้าไม่ทำการรักษาโรคนั้นให้หายขาดจริง ๆ แล้ว จะเป็นอันตรายต่อชีวิตเขาได้

2.2.4 ผู้ป่วยยอมรับถึงผลที่ได้จากการบำบัดรักษาในอันที่จะลดความรุนแรงของโรค หรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อมา

2.2.5 ผู้ป่วยจะไ้ช้ยาตามสั่งเมื่อเขาเชื่อว่า การพบแพทย์นั้นเขาได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเมื่อเขาทำตามแล้วจะไม่เคืองครอนแก่ตัวเขา

2.2.6 ผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงถึงยาและการบำบัดที่เขาได้รับ

2.3 การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการไ้ช้ยา คำแนะนำบนฉลากยานั้น นับว่ายังไม่เพียงพอสำหรับคนที่รับผิดชอบต่อการรักษาตัวเองที่บ้าน ผู้ป่วยอาจแปลความหมายของคำสั่งการไ้ช้ยาบนฉลากได้ผิดพลาด ซึ่งเป็นเหตุสำคัญของการไ้ช้ยาไม่ตามสั่ง การแปลความหมายของผู้ป่วยต่อคำสั่งการไ้ช้ยาบนฉลากนั้น มีการแปลที่ต่างกันมาก และบ่อยครั้งที่การแปลความหมายผิด ๆ นั้น จะมีผลอย่างสำคัญต่อสัมฤทธิ์ผลของการบำบัด (Mazzullo et al. 1974)

มีการศึกษาที่วัดความเข้าใจของผู้ป่วยต่อคำสั่งการไ้ช้ยาหลายรายงาน เช่น Boyd I (1974) ได้กล่าวถึงรายงานของ Maddock (1967) ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษานั้น เข้าใจต่อคำสั่งการไ้ช้ยาอย่างดี Bergman (1963) ซึ่งพบว่าร้อยละ 95 จะคุ้นเคยต่อคำสั่งการไ้ช้ยาที่ธรรมดา Stewart (1972) ซึ่งวัดความเข้าใจเป็นในรูปของการรู้ชื่อยาและจุดประสงค์ของยา พบว่าร้อยละ 37.5 สามารถทราบว่าเป็นยาอะไร โดยที่ร้อยละ 86.2 ทราบถึงจุดประสงค์ทั่ว ๆ ไปของยา Charney (1967) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดของเขา 96 คน ทราบถึงขนาดที่ถูกต้อง Leistyna (1966) ซึ่งพบว่า พ่อแม่ที่ล้มเหลวต่อการที่จะเอายาให้ลูกนั้น ก็ยังมีความเข้าใจต่อคำสั่งการไ้ช้ยา Arnhold et al. (1970) ซึ่งพบว่ามี 4 คนใน 100 คน ที่คู่เหมือน

จะเข้าใจคำสั่งการไร้ยาที่ผิด Latiolais and Berry (1969) พบข้อผิดพลาดในการศึกษา ความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการไร้ยา ร้อยละ 33.3 Hermann (1973) แนะนำ ผู้ป่วยนอกโดยทั่วไปจะไม่สามารถกำหนดเวลาที่เหมาะสมสำหรับการไร้ยาวันละ 2 ครั้ง 3 ครั้ง 4 ครั้งได้ ตรงข้ามกับคำแนะนำที่กำหนดช่วงระยะเวลาเป็นชั่วโมง ผู้ป่วยจะสามารถกำหนดเวลาการไร้ยาได้ พบว่าร้อยละ 15.5 ของคำสั่งการไร้ยาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแปลเป็นช่วงระยะเวลาได้

2.4 บุคคลลักษณะของตัวผู้ป่วยเอง ในบางพวกที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางพวกที่ร่างกายไม่โตเต็มที่ตามอายุ ขาดความรับผิดชอบตนเอง บางพวกที่หาคำปรึกษาตนเอง บางพวกที่มีความกลัวว่ายาต่าง ๆ จะทำอันตรายต่อเขา และบางพวกเช่น พวกจิตประสาทที่ไม่มี ความรับรู้ตัวเขาเองเจ็บป่วยอยู่ (Blackwell 1973)

2.5 การตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการไร้ยา Rosenstock (1975), Becker (1975) พบว่าความเชื่อดีในยาและโรคที่เขาเป็นอยู่นั้น จะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจ ความตั้งใจ ของผู้ป่วยต่อการไร้ยา ก็เช่นกัน แต่มีบางพวกที่ตั้งใจจะไร้ยาตามสั่ง แต่อาจเป็นเพราะลืมหรือไม่ เข้าใจต่อคำสั่งการไร้ยานั้น ทำให้ไร้ยาไม่ครบถูกต้อง แต่บางพวกก็ไม่ตั้งใจที่จะไร้ยาตามสั่งเลย Davis (1968) ได้ทำการศึกษาพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยนั้น ไม่เคยตั้งใจที่จะไร้ยาตามสั่งเลย (Gillum 1974)

3. เนื่องจากแพทย์

องค์ประกอบมีดังนี้ คือ

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ตลอดจนคำอธิบายหรือคำแนะนำในการรักษา ตัวที่ให้แก่ผู้ป่วย จะมีผลต่อการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามสั่งหรือไม่อย่างมาก รายงานของ Jackson et al. (1966) พบว่าการไร้ยาตามสั่งนั้น จะพบในผู้ป่วยที่มาตรวจเป็นกรณีพิเศษมากกว่าผู้ป่วยที่มาตรวจโดยทั่วไป รายงานของ Charney et al. (1967) อธิบายถึงการไร้ยาตามสั่ง ซึ่ง พบในผู้ป่วยที่รู้จักคุ้นเคยกับแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่พบแพทย์ที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน เด็กจะกินยาเป็นปกติ มากกว่า ถ้าเขาได้เห็นแพทย์ซึ่งรู้จักกับครอบครัวดี และดูแลเขาเป็นเวลาหลายปีแล้ว นอกจากนี้

การติดต่อกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ถ้าเป็นที่พอใจจะพบว่ามีอัตราการใช้จ่ายค่ามั่งมากขึ้น เช่น จากการศึกษาของ Francis (1969) ที่แม่คนผู้ป่วยนอกของเด็ก ปรากฏว่ามีการใช้จ่ายค่ามั่งมากกว่าเป็น 2 เท่า เมื่อแม่ของเด็กพอใจแพทย์ในการพบครั้งแรก ซึ่งแม่ของเด็กมักคิดว่า แพทย์เข้าใจถึงความทุกข์ของเขา และมีความรู้สึกเป็นเพื่อนเห็นอกเห็นใจเขา (Blackwell 1973) จากการศึกษาของ Spelman (1967), Cavis (1968), Sapolsky (1965) พบว่าถ้าเกิดความวิตกกังวลในระหว่างการติดต่อกับแพทย์แล้ว ผู้ป่วยจะไม่ยอมเข้าใจ หรือเรียนรู้ หรือจำสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยานั้นเลย ซึ่งพบว่าการใช้จ่ายค่ามั่งจะเกิดขึ้นแน่นอน (Gillum 1974)

3.2 เกี่ยวกับการแสดงออกของแพทย์ Rickels (1970) พบว่า ถ้าแพทย์ผู้หนึ่งแสดงความมั่นใจและเชื่อถือต่อยานั้น ๆ ว่าเป็นยาที่ดีมีประสิทธิภาพ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยอยากกินยาหรือใช้ยานั้นมากขึ้น ในกลุ่มของผู้ป่วยทางจิตเวช ที่ได้รับยา barbiturate ผู้ป่วยของแพทย์คนหนึ่งอาจจะกินยาได้ค่ามั่งมากกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งของแพทย์อีกคนหนึ่ง ซึ่งการรักษาที่ประสบผลสำเร็จนี้อยู่ที่แพทย์เป็นผู้ให้ความหวังแก่ผู้ป่วย ในการที่จะรักษาอาการต่าง ๆ ให้ดีขึ้น โดยแพทย์จะต้องมีความเชี่ยวชาญในการรักษา รวมทั้งมีความเข้าใจอย่างคืดถึงอาการข้างเคียงโดยไม่จำเป็นต้องย้อนกลับไปถามผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง (Blackwell 1973)

3.3 การให้คำแนะนำอธิบายอย่างเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับยานั้น ๆ จะได้ผลที่ต้องการออกมา การศึกษาของ Mohler (1955) เกี่ยวกับการกิน penicillin พบว่าผู้ป่วยจะหยุดกินเพราะรู้สึกอาการดีขึ้นร้อยละ 37 ไม่สนใจ ร้อยละ 27 ไม่เข้าใจจุดประสงค์ของการรักษา ร้อยละ 19 มีเงินไม่เพียงพอร้อยละ 17 ซึ่งเหตุเหล่านี้เป็นเครื่องชี้ถึงความบกพร่องในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Blackwell 1973)

4. เนื่องจากยา

ผู้ป่วยที่ใช้จ่ายค่ามั่งมากที่สุดนั้น มักจะมีรูปแบบของยาที่การใข้มีความยุ่งยากน้อยที่สุด และการกินยานั้นนับเป็นวิธีที่ยุ่งยากน้อยที่สุด แต่การเปลี่ยนแปลงนิสัย กิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหารให้ตรงตามเวลาที่เหมาะสมต่อการกินยานั้น นับเป็นสิ่งที่ยากกว่า ซึ่งจะมีผลต่อการใช้จ่ายค่ามั่ง

สังคายน Davis (1963) พบว่าผู้ป่วยจะยอมรับการบำบัดรักษาเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น โดยเลือกเอาสิ่งที่ยุ่งยากน้อยที่สุดสำหรับเขา Davis (1966), Francis (1969), Hellmuth (1966), Riley (1966) พบว่า การไร้ยาทั้งหมดที่ยุ่งยากซับซ้อนนั้นเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการไร้ยาไม่ตามสั่งได้ (Gillum 1974)

ลักษณะรูปร่างของยาและข้อกำหนดต่าง ๆ ที่มีผลต่อการไร้ยาไม่ตามสั่ง

1. ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการไร้ยาที่เขียนมาในฉลากยา ซึ่งเป็นรอบกพร่องของเภสัชกรที่ไม่ได้อธิบายวิธีการไร้ยานั้นอย่างละเอียดถี่ถ้วนสักครั้งหนึ่ง แทนที่จะเขียนบอกในฉลากแต่เพียงอย่างเดียว

ปกติแล้วการแนะนำวิธีไร้ยาแก่ผู้ป่วยนั้น สามารถทำได้ 3 วิธี (Sharpe 1975) คือ

ก. โดยการอธิบายด้วยคำพูดอย่างเดียว (Verbal Information) ซึ่งนับว่ามีข้อดีคือ สามารถอธิบายได้อย่างละเอียด และสามารถซักถามผู้ป่วยได้ว่าเข้าใจหรือไม่ในสิ่งที่อธิบายไป ส่วนข้อเสียคือ ผู้ป่วยไม่สามารถจะจำได้ ยิ่งยาหลายขนานด้วยแล้วผู้ป่วยยังไม่สามารถจำได้หรือจำสับสน

ข. โดยการเขียนอธิบายด้วยข้อเขียน (Written Information) ซึ่งอาจให้คำแนะนำโดยการเขียนฉลากเพิ่มเติม (Auxillary Labels) การใช้ฉลากเพิ่มเติมนี้ มีข้อดีคือ

1. กรณีอธิบายด้วยคำพูดนั้น ผู้ป่วยอาจลืมได้ แต่การเขียนฉลากนั้นจะยังคงอยู่ และผู้ป่วยจะมากู้อีกเมื่อนานไป

2. ยาที่ถูกจ่ายไปนั้น อาจเป็นของบุคคลที่ 3 ซึ่งไม่ใช่คนที่มารับยาไปเอง ดังนั้นการอธิบายด้วยคำพูดจะทำให้ไม่สามารถไปถึงผู้ป่วยได้ละเอียดเท่า จะเห็นได้ว่าการเขียนฉลากนั้นจะช่วยแก้ปัญหานี้ได้

3. การเขียนอธิบายในฉลาก จะเป็นการเตือนผู้ป่วยซ้ำ ๆ กันทุกครั้งที่ใช้ยากลอสระยะเวลาการไร้ยานั้น

4. การอธิบายจะนับว่าได้มาตรฐานต่อเมื่อมีการเขียนอย่างเป็นทางการ

5. นับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและประหยัดกว่า ไม่เสียเวลา และไม่เสียกำลังคน

แต่การเขียนฉลากเพียงอย่างเดียวนั้น มีข้อเสียด้วยคือ

1. นับว่าไม่เพียงพอ ถ้าผู้ป่วยนั้นไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านหนังสือไม่ออก
2. ผู้ป่วยมักจะมีแนวโน้มที่จะซื้อผิดจากร้านฉลากยา มักใช้ตามความเคยชินหรือเคย

ค. โดยการให้คำแนะนำด้วยคำพูดพร้อมทั้งเขียนในฉลากยาพิเศษประกอบไปด้วย ซึ่งนับได้ว่าเป็นวิธีที่ใ้ประโยชน์และมีผลดีที่สุด เพราะ

1. เป็นการติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง ใ้พูดกับตัวผู้ป่วย
2. สามารถสอบถาม หรือย้ำความเข้าใจของผู้ป่วยถึงการใ้ยาได้
3. กรณีถ้าผู้ป่วยเกิดลืมวิธีการใ้ยานั้น ก็อาจจะอ่านจากฉลากใ้อีกครั้ง

จากรายงานศึกษาเปรียบเทียบการใ้ยาของผู้ป่วยของ Madden (1973) ที่ใ้รับคำแนะนำ และจากผู้ป่วยที่ไม่ใ้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใ้ยาด้วยคำพูด พบว่าผู้ป่วยที่ใ้รับคำแนะนำด้วยคำพูดมีการหยุดใ้ยาก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 3.4 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใ้รับคำแนะนำนั้นจะเลิกใ้ยาก่อนกำหนดมากถึงร้อยละ 29 (เฉลิมศรี 2521)

สำหรับหน้าที่ในการใ้คำแนะนำเกี่ยวกับการใ้ยานั้น ควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร แพทย์แม้จะมีเวลาบอถึงวิธีการใ้ยากี่ตาม อาจจะไม่ละเอียดและไม่ใ้ยาเพียงพอ เพราะโอกาสที่แพทย์จะมีเวลานั้นน้อยมาก ดังนั้น เภสัชกรควรรับหน้าที่นี้ไว้เพื่อความปลอดภัย และผลประโยชน์ของผู้ป่วย

2. ความยุ่งยากซับซ้อนของการบำบัดรักษา แบ่งออกเป็น

ก. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่คนใ้ใ้กับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น พบว่ายิ่งมียามากนานขึ้นเท่าใ้ใด จะมีข้อผิดพลาดในการใ้ยามากขึ้นเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยลืมวิธีการใ้ยาแต่ละอย่าง และอาจมีการสับสนใ้ยาของยาหลายอย่างนั้น นับได้ว่าเป็นความยุ่งยากของการรักษา (Malahy 1966) และมีรายงานอื่น ๆ อีก (Blackwell 1972) เช่น

Francis and associates (1969) รายงานว่าการใช้ยาลดลงในผู้ป่วยนอกที่เป็นเด็ก เมื่อมียาที่ได้รับ 3 อย่าง หรือมากกว่า Schwartz and associates (1962) พบ มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นเมื่อมียามากกว่า 3 อย่าง Gatley (1968) พบว่าจำนวนคนไข้ที่ใช้ยาไม่ตามสั่งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อจำนวนยาที่ได้รับเพิ่มขึ้นจาก 1 อย่างเป็น 4 อย่าง

ข. จำนวนขนาดที่ไข้ต่อวันของยาแต่ละอย่างนั้น จะมีผลทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้ตามรายงานของ Porter (1969) พบว่าในหญิงที่ตั้งครรภ์นั้น จะกินวิตามินและเกลือแร่วันละครั้ง ได้ตรงตามสั่งมากกว่าถ้าแบ่งยาให้วันละหลายครั้ง (Blackwell 1972)

ค. ระยะเวลาของการรักษา ยิ่งต้องให้ยาไปนานเท่าไร โอกาสที่ผู้ป่วยจะใช้ยาไม่ตามสั่งก็จะมีมากขึ้นเท่านั้น เช่น (Blackwell 1972)

ตามรายงานของ Porter (1969) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 62 คน ที่กินยาผสมธาตุเหล็ก มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น ในช่วงระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งการพบนี้นับเป็นที่สนใจ เพราะนอกจากสาเหตุอันเดียวกันนี้ จะไม่มีผลต่อการใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วย 58 คน ที่มีสภาวะที่รุนแรง เช่น ในผู้ป่วยที่กินยาพวก Digoxin ซึ่งทำให้เห็นว่า ช่วงระยะเวลาของการรักษานั้นสามารถกระตุ้นความเบี่ยงเบนได้ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย น้อย ๆ แต่จะไม่มีผลต่อสภาวะช่วงการรักษาโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

เกี่ยวกับระยะเวลาของการรักษานี้ Luntz and Austin (1960) พบว่า มีความโอเนอเอียงในการรักษาตัวของคนไข้วัณโรคด้วยยา para aminosalicylic acid พบการกินยาไม่ตามสั่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เมื่อปีแรกของการรักษา ถึงร้อยละ 66 เมื่อปีที่ 4 ของการรักษา

3. การเกิดอาการข้างเคียงนั้น ก็นับเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาหรือเป็นการลดการใช้ยาตามสั่งลง เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค และรักษาด้วย para aminosalicylic acid อยู่ นั้น ยานี้จะมีผลต่อทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พอใจ และเป็นสาเหตุของการหยุดยา ผู้ป่วยพวกจิตประสาทก็เช่นกัน มักจะอ้างอาการข้างเคียงเป็นเหตุผลสำหรับการหยุดรักษาตัว โดยเฉพาะเมื่อเกิดอะไรทำให้เขาตกใจ หรือไม่ได้คาดคิดเอาไว้

(Blackwell 1973)

Morris (1975) ให้ความเห็นในทางตรงข้ามไว้ว่า การเกิดอาการข้างเคียงนั้น อาจเป็นเหตุให้คิดว่า คือผลที่ยาได้ออกฤทธิ์แล้ว และทำให้เกิดผลตามมา คือการใช้จ่ายตามสั่งเพิ่มขึ้นนั่นเอง (Smith 1976)

4. เกี่ยวกับรสชาติของยา มักจะเป็นปัญหาในผู้ป่วยที่เป็นเด็ก และอาจมีผลในผู้ใหญ่ บางรายคาย เด็กที่กินยากเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองไม่อยากป้อนยาให้เด็ก ทำให้ผู้ป่วยได้ยาไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง (Smith 1976)

5. เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมและสังคม จะเห็นได้ว่ากรณีของเวลา เงิน และความตั้งใจ นั้น จะมีส่วนด้วย เช่น จากรายงานต่าง ๆ (Gillum 1974)

Donabedian (1964) พบว่าผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลรักษาที่ยาวนานด้วยนั้น มักจะมีการใช้จ่ายตามสั่งลดลง เมื่อมีสาเหตุของเงินและการไม่มีงานทำเข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

Francis (1969) พบว่าการนัดตรวจเด็กที่ไม่ตรงตามเวลา เป็นเพราะแม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเดินทางที่ไม่สะดวก ขาดเงิน และมีปัญหาทัศนคติทางบ้านครอบครัว และยังมีรายงาน Becker (1972) ถึงการไม่มีเวลามากพอที่จะดูแลเด็กได้ทั้งวัน และการที่มีคนอยู่เพียงเล็กน้อยที่บ้าน ทำให้การใช้จ่ายตามสั่งลดลง

ต่อคำถามที่ว่า การใช้จ่ายอย่างไม่ถูกต้องนั้น เป็นความผิดของผู้ป่วยจริงหรือ หรือเพราะเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรและแพทย์ การที่ผู้ป่วยหยุดกินยาปฏิชีวนะทันทีเมื่ออาการหายไป ถือเป็นความผิดของผู้ป่วยหรือ หรือการที่ผู้ป่วยหยุดกินยาเมื่อปัสสาวะกลายเป็นสีฟ้า เป็นความผิดของผู้ป่วยหรือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่ความผิดของผู้ป่วย แต่เป็นเพราะขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยาต่าง ๆ ที่เขากิน ทั้งแพทย์และเภสัชกรนั้นได้รับการฝึกสอน ทำให้ทราบถึงโรคและการบำบัดรักษา แต่จะคิดว่าผู้ป่วยจะรู้ถึงความสำคัญของยาที่รักษาอยู่ หรือรู้วิธีใช้จ่ายอย่างถูกต้องนั้นไม่ได้ ถ้ายังไม่มีใครบอกให้เขาทราบ

รูปแบบของการใช้ยาไม่ตามสั่ง

รูปแบบของข้อผิดพลาดในการที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ตามสั่งนั้น แบ่งได้เป็น

1. ตามรูปแบบของ Mckercher (1977) ซึ่งแบ่งข้อผิดพลาดเป็น

E.O. = Error of Omission	คือ การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (คิดเป็นปริมาณของยาที่ผิดไป)
E.C. = Error of Commission	คือ การที่ผู้ป่วยใช้ยาเอง โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และ/หรือ โดยที่แพทย์ไม่ทราบ
E.S. = Error of Scheduling	คือ การที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ตรงตามช่วงระยะเวลาที่แพทย์สั่ง ทั้งที่เขารู้ถึงขนาดและความบ่อยครั้งของการใช้ยานั้น ๆ (เป็นช่วงจังหวะที่ผิดไป)
E.M. = Error of Misconception	คือ การที่ผู้ป่วยไม่ทราบแน่ชัด ถึงขนาดที่แน่นอน และความบ่อยครั้งที่ใช้
E.P. = Error of Procurement	= E.O. + E.C.
E.N. = Error of Noncompliance	= E.O. + E.C. + E.S.
C.E. = Combined Error	= E.O. + E.C. + E.S. + E.M.

2. ตามรูปแบบของ Malahy (1966) กล่าวถึงข้อผิดพลาดของการใช้ยาว่าเป็นยาซึ่งแพทย์สั่งให้ใช้ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาไป ยาซึ่งแพทย์เป็นผู้สั่ง แต่ผู้ป่วยใช้ในขนาดที่ผิด หรือขาดความเข้าใจในจุดประสงค์ของยานั้น (คือใช้ยาไม่ถูกโรค) ยาซึ่งแพทย์ไม่ได้สั่งให้ใช้แล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงใช้อยู่

โดยแบ่งข้อผิดพลาดทั้งหมดนี้เป็น 5 ชนิด คือ

Error of Omission	- ไม่ได้ใช้ยาเมื่อเวลาที่ควรใช้มาถึง
	- ไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้
	- ไม่มียาใช้

Error in Purpose	- ไม่มีความรู้เกี่ยวกับจุดประสงค์ของยา - รู้จุดประสงค์ของยาที่ผิด - เกลาจุดประสงค์ของยา
Error in Dosage	- ใ้ยา 2 หรือ 3 เท่าขนาดปกติ - ใ้ยาในขนาดที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
Timing or Sequence Error	- ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใ้ยา และความบ่อยครั้งของการใ้ยานั้น ๆ ผิดไป
Discontinued Medication Error	- หมายถึงยาซึ่งแพทย์สั่งจ่าย แต่ไม่มีส่วนของการดูแลรักษาแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงใ้ยานั้นอยู่

3. ตามรูปแบบของ Latiolais and Berry (1969) ซึ่งกล่าวถึงหลาย ๆ ทางที่ผู้ป่วยใ้ยาผิด คือ

3.1 ขนาดที่สูงเกินไป

- 3.1.1 ใ้ยาในขนาดที่สูงกว่าตามที่แพทย์สั่ง ในแต่ละครั้งที่ใ้ยา
- 3.1.2 ใ้ยาในจำนวนครั้งต่อวัน ที่มากกว่าตามที่แพทย์สั่ง
- 3.1.3 ใ้ยาเฉพาะ "เมื่อเวลาเป็น" ตามที่แพทย์สั่ง ใ้ยาในเวลาที่ไม่ต้องการ
- 3.1.4 ใ้ยาอย่างเดียวกัน จาก 2 หรือ 3 แหล่งที่ต่างกันได้ใ้ยามา

3.2 ขนาดที่ต่ำเกินไป

- 3.2.1 ใ้ยาในขนาดที่น้อยกว่าตามที่แพทย์สั่ง ในแต่ละครั้งที่ใ้ยา
- 3.2.2 สมิใ้ยา หรือใ้ยาในจำนวนครั้งที่น้อยกว่าตามที่แพทย์สั่ง (ต่อวัน)
- 3.2.3 หยุดใ้ยาก่อนที่จะถึงเวลาที่แพทย์สั่ง
- 3.2.4 ไม่ได้ใ้ยา "เมื่อเวลาเป็น" ตามที่แพทย์สั่ง ในเวลาที่ต้องการ

3.3 ใ้ยาแต่ละครั้งในเวลาอื่น นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในคำสั่งการใ้ยา

- 3.4 ใช้จ่ายในรูปแบบอื่น นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในคำสั่งการใช้จ่าย
- 3.5 ใ้ผิดทาง
- 3.6 ใช้จ่ายซึ่งบอกให้หยุดแล้ว
- 3.7 ใช้จ่ายซึ่งหมดอายุแล้ว
- 3.8 ใช้จ่ายของคนอื่น
- 3.9 ใช้จ่าย 2 หรือมากกว่าอย่าง ซึ่งเป็นข้อห้ามของการบำบัดรักษา
- 3.10 ไม่ได้ไปรับยามาใช้ ตามที่แพทย์สั่ง

ผลอันเกิดจากการใช้จ่ายไม่ตามสั่ง

ผลอันเกิดจากการใช้จ่ายไม่ตามสั่งนั้น นับว่ามีมากมาย แต่ที่เห็นชัดคือ (Smith 1976)

1. ผู้ป่วยที่ใช้จ่ายไม่ตามสั่งนั้น อาจไม่ตอบสนองต่อการบำบัดโรค ในการพบแพทย์ครั้งต่อไป นั้น แพทย์จะสังเกตเห็นว่า สภาวะของผู้ป่วยไม่ได้ดีขึ้นเลย และอาจเกิดคำถามย้อนกลับไปยังการวินิจฉัยในตอนต้น ซึ่งกรณีนี้แพทย์มีความแน่ใจต่อการวินิจฉัย แพทย์อาจสั่งยาอย่างเดิมในขนาดที่เพิ่มขึ้น หรืออาจสั่งยาที่ใช้ในการบำบัดต่างไปเลย ซึ่งอาจมีประสิทธิภาพดีกว่าในครั้งแรกที่ได้รับ
2. ผู้ป่วยที่ใช้จ่ายไม่ตามสั่งนั้น ทำให้คุณประโยชน์ของยาที่มีประสิทธิภาพต่อการบำบัดรักษานั้นลดน้อยลงไป
3. และจะเห็นได้ว่ามิใช่มีผลแต่ในกรณีของการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาเท่านั้น จะพบว่าเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายโดยใช่เหตุ ทั้งต่อผู้ป่วย แพทย์ เภสัชกร และรัฐบาลด้วย และไม่ใช่ว่ากรณีของเงินทองที่สูญเสียไป ยังเกี่ยวข้องการใช้เตียงอย่างไม่ประสิทธิภาพเพราะการกลับมาเข้าโรงพยาบาลอีกครั้งของผู้ป่วยด้วย

ปัญหาการใช้ยาในประเทศ

ในการรักษาผู้ป่วยให้ คัดลั่น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งประกอบคัวย (กรุงไกร 2521)

1. การวิเคราะห์โรคอย่างถูกต้อง ทราบว่าเป็นกัโรค มีความรุนแรงเพียงใด
2. การให้ยาที่ถูกต้องกับโรค ทั้งรักษาตามอาการ รักษาแบบประคับประคอง
3. ใ้ยาที่ได้มาตรฐาน ในขนาดที่เหมาะสม บริหารให้ถูกวิธี และให้เป็นเวลานานพอ
4. มีการติดตามผลของการรักษาทุกครั้ง

นอกจากนี้ยังมีปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการใ้ยาอีก คือ

1. ยา มีประสิทธิภาพทั้งในการบำบัดโรค หรือบรรเทาอาการ แต่อันตรายและพิษภัยต่าง ๆ ของการใ้ยาบำบัดโรคก็เป็นสิ่งที่พบเห็นได้บ่อย ๆ ในประเทศไทยมียาที่ผลิตในประเทศขึ้นทะเบียนไว้เพื่อจำหน่าย ประมาณ 20,000 ตำรับ และที่นำเข้ามาจากต่างประเทศอีกประมาณ 8,000 ตำรับ ความสถิติ ในปี พ.ศ.2519 มูลค่าของยาที่ใ้ในประเทศรวมทั้งสิ้นประมาณปีละ 5,000 ล้านบาท ซึ่งจากมูลค่าของยาคงกล่าวเป็นยาที่จ่ายผ่านโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนประมาณ 1 ใน 3 ซึ่งประมาณ 1,700 ล้านบาทต่อปี และถ้าหากคิดว่าอัตราการใ้ยาจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนสถาบันที่ให้บริการสาธารณสุขแล้ว คาดกันว่า ในปีปัจจุบัน พ.ศ.2524 ประชากรไทยจะบริโภคยาเป็นมูลค่าถึงปีละ 10,000 ล้านบาท ต่อปี และจะใ้เงินตราต่างประเทศเพื่อสั่งยามาใ้ประมาณปีละ 3,000 - 4,000 ล้านบาท จะเห็นได้ว่าประชากรไทยใ้ยาต่าง ๆ อย่างมากมาย โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์แรง เช่น ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการแน่นอนทัวว่าพิษและภัยอันเนื่องมาจากการใ้ยาฤทธิ์แรงเหล่านั้น ก็คงจะมีอยู่มากมาย ในต่างประเทศมีรายงานเกี่ยวกับพิษและภัยของยาอยู่มาก แต่ก็น่าจะอนุมานได้ว่า พิษและภัยจากการใ้ยาที่ทำให้เกิด Adverse Drug Reaction นั้น ก็คงเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นจริงของประเทศไทยเช่นเดียวกับต่างประเทศ และอาจจะกว้างขวางรุนแรงกว่าก็ได้ ในเมื่อประชากรไทยยังคงใ้ยากันอย่างฟุ่มเฟือย และปราศจากหลักการทางวิชาการ (ประโชติ 2524)

2. ประชากรไทยส่วนมากจะไม่ได้รับการศึกษเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข ทำให้เขาขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน และการบำบัดรักษาโรค ซึ่งเป็นสาเหตุอันสำคัญที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือต่อการตรวจรักษาของแพทย์ ซึ่งในทางปฏิบัตินี้มีผู้ป่วยมากมายที่เมื่อได้รับการบำบัดรักษาแล้วไม่หายตามที่แพทย์คาดคิด ทำให้แพทย์ต้องมาคิดพิจารณาพบทวนถึงแนวทางในการตรวจรักษาอีกว่าเป็นเพราะเหตุใด อันที่จริงนั้น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เป็นผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ และต้องการที่จะให้แพทย์บำบัดรักษาให้โรคนั้น ๆ หายโดยเร็วที่สุด คีที่สุด และสิ้นเปลืองเงินน้อยที่สุด ซึ่งดูเหมือนว่าผู้ป่วยย่อมต้องการให้ความร่วมมือกับแพทย์อย่างเต็มที่ เพื่อประโยชน์ของตนเอง แต่ความจริงแล้วหากได้เป็นเช่นนั้นไม่ ปัญหาจึงอยู่ที่ตัวผู้ป่วยเองซึ่งเป็นหัวใจอันสำคัญยิ่ง แต่ไม่มีผู้ให้ความสนใจเท่าที่ควร กลับไปเพ่งเล็งเฉพาะการตรวจรักษาเสียมาก

ผู้ป่วยอาจมีความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรืออาจมีความรู้ผิด ๆ เช่น การใช้ชอนกินยามิคขนาดกินยาขนาดมากขึ้นเพื่อให้หายโรคเร็ว เข้าใจว่าฉีกยาดีกว่ากินยา ใ้ชยามากขนาดที่กว่าน้อยขนาดใ้ชยาราคาแพงแรงกว่ายาราคาถูก กล่าวคือยาเม็ดยาที่แพทย์จ่ายให้ก็ตาม เลิกกินยาเองเพราะอาการโรคดีขึ้นแล้ว หรือหยุดยาเพราะมีผลเสียจากยาโดยไม่ปรึกษากับแพทย์ก่อน ไปซื้อยามากินมาใช้เอง กินยากกลางบ้านร่วมกับยาที่ได้รับจากแพทย์โดยแพทย์ไม่ทราบ ซึ่งอาจทำให้โรคเดิมไม่หาย เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งทั้งหมดนี้จะโทษตัวผู้ป่วยโดยตรงไม่ได้ เป็นเพราะการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และระบบบริการสาธารณสุขนั่นเอง (กรุงเทพฯ 2521)

3. จำนวนประชากรที่เจ็บป่วยนั้น พมมีจำนวนมาก ปี 2519 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการด้านการแพทย์ที่โรงพยาบาลรามาริมที 1,174 คน เฉลี่ยต่อวัน และที่โรงพยาบาลศิริราช 1,910 คน เฉลี่ยต่อวัน โดยเป็นจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการด้านเภสัชกรรม 778 คน เฉลี่ยต่อวันที่โรงพยาบาลรามาริมที และ 540 คน เฉลี่ยต่อวัน ที่หน่วยจ่ายยาสามัญ 1,203 คน เฉลี่ยต่อวัน ที่หน่วยจ่ายยาสังเคราะห์ของโรงพยาบาลศิริราช (ประภาพัศตร์ 2521)

4. บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการในด้านการใ้ชยาให้ถูกต้อง เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากยานั้น ๆ มากที่สุด ซึ่งบทบาทนี้สำคัญมากที่สุด สำหรับเภสัชกรชุมชนเพื่อบริการแก่

ประชาชนผู้นิยมซื้อยากินเอง ส่วนเภสัชกรโรงพยาบาลนั้นอาจมีบทบาทน้อยลง เพราะผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำมาบ้างแล้วจากแพทย์ทำการรักษา แต่ส่วนใหญ่แล้วแพทย์ผู้รักษาไม่มีเวลามากพอที่จะแนะนำผู้ป่วย เพราะลำพังงานด้านตรวจรักษาก็มีมากอยู่แล้ว และแพทย์เองก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของเภสัชกร บางครั้งค้างก็คิดว่าอีกคนแนะนำผู้ป่วยแล้ว ทำให้ละเลยหน้าที่ ผลเสียจึงตกกับผู้ป่วย ซึ่งในที่สุดไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ตนได้รับไปใช้

จำนวนเภสัชกรมีอยู่เพียงเป็นจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย จำนวนเภสัชกรที่ให้บริการนั้น ที่โรงพยาบาลรามาริมคี่มีจำนวน 5 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อผู้ป่วยนอกต่อวัน = 1:156 ส่วนที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวนเภสัชกรที่หน่วยจ่ายยาสามัญ 7 คน คิดเป็นอัตราส่วนเภสัชกรต่อผู้ป่วยนอก ต่อวัน = 1:77 และที่หน่วยจ่ายยาสังเคราะห์มีเภสัชกรจำนวน 14 คน คิดเป็นอัตราส่วนเภสัชกรต่อผู้ป่วยนอก ต่อวัน = 1:86 (ประภาพัศตร์ 2521)

ดังนั้น การให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยคำพูดนั้น ไม่สามารถจะทำได้ เพราะจำนวนผู้ป่วยมีมาก และจำนวนเภสัชกรมีอยู่เป็นจำนวนน้อย นอกจากโดยการเขียนฉลากอย่างละเอียดในฉลากยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย

จึงอาจสรุปได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่นั้น มีทั้งจากผู้บริหาร คือ ตัวประชาชนเอง และจากผู้ใช้บริการ คือ ทั้งแพทย์ เภสัชกร โดยที่ผู้ป่วยมีเป็นจำนวนมากและยังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข ทั้งแพทย์และเภสัชกรก็ไม่อาจจะให้คำแนะนำในการใช้ยาอย่างถูกต้องได้ทั่วถึง ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้ใช้ยาตามที่ปรากฏในฉลากยาเท่านั้น จึงน่าจะมีความผิดพลาดในการใช้ยาได้มาก หากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจหรือเข้าใจผิดพลาดในความหมายของคำสั่งใช้ยาตามที่ปรากฏในฉลาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการใช้ยาไม่ตามสั่ง และในประเทศไทยยังไม่มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จึงน่าจะได้มีการทำวิจัยในปัญหานี้ เพื่อทราบลักษณะ ความถี่ และสาเหตุของการใช้ยาไม่ตามสั่ง ตลอดจนปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหการใช้ยาไม่ตามสั่ง ซึ่งเป็นการสูญเสียเศรษฐกิจของประชากรอย่างมากมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคู่อัตราการไร้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลต่าง ๆ
2. ศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่ไร้ยาไม่ตามสั่ง และศึกษาปัจจัยกำหนดที่มีผลอย่างสำคัญต่อการไร้ยาไม่ตามสั่ง
3. วิเคราะห์ชนิด และลักษณะของความผิดพลาด ที่เกิดขึ้นในการไร้ยาไม่ตามสั่ง
4. ศึกษาความเข้าใจอย่างดั่งแท้ของผู้ป่วย ค่คำสั่งการไร้ยาที่ปรากฏบนฉลากยา

ความสำคัญหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้

1. ทราบอัตราการไร้ยาไม่ตามสั่ง ที่ปรากฏในประเทศไทย
2. ทราบปัจจัยตัวกำหนด ที่มีผลต่อการไร้ยาของผู้ป่วยนอก
3. ทราบชนิด และลักษณะความผิดพลาดในการไร้ยาไม่ตามสั่งที่พบบ่อย ๆ อันจะนำไปสู่วิธีการแก้ไข
4. ทราบรูปแบบของคำสั่งการไร้ยาที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้อย่างดั่งแท้
5. สร้างข้อเสนอแนะในการให้บริการทางยาของแผนกเภสัชกรรม โดยเฉพาะในการแนะนำการไร้ยา