

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

I. ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 5 ตอนดังนี้

1. การหาอุบัติการณ์ (ร้อยละ) ของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่มีปัจจัยหรือสาเหตุสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วย
2. การอธิบายลักษณะของประชากร, สาเหตุ และปัจจัยในด้านยาที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH ของผู้ป่วยหรือไม่ โดยใช้สถิติไคสแควร์
3. การอธิบายหรือบ่งชี้กลุ่มอาการหรือการวินิจฉัยที่มีส่วนสัมพันธ์ต่อการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
4. การประเมินประเภทของการเกิด DRH ที่พบโดยแบ่งเป็น ADR และ DTF และการประเมินความมีนัยสำคัญของอาการของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล
5. หาระยะเวลาเฉลี่ยของการพักรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปของผู้ป่วย โดยมีสาเหตุมาจาก DRH

ตอนที่ 1

อุบัติการณ์ (ร้อยละ) ของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่มีปัจจัย
หรือสาเหตุสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วย

ในการศึกษาขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาหาอุบัติการณ์ (ร้อยละ) ของการเกิด DRH โดยได้นำข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยที่ได้สัมภาษณ์ และพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ประเมินแล้วว่าเกิด DRH มา

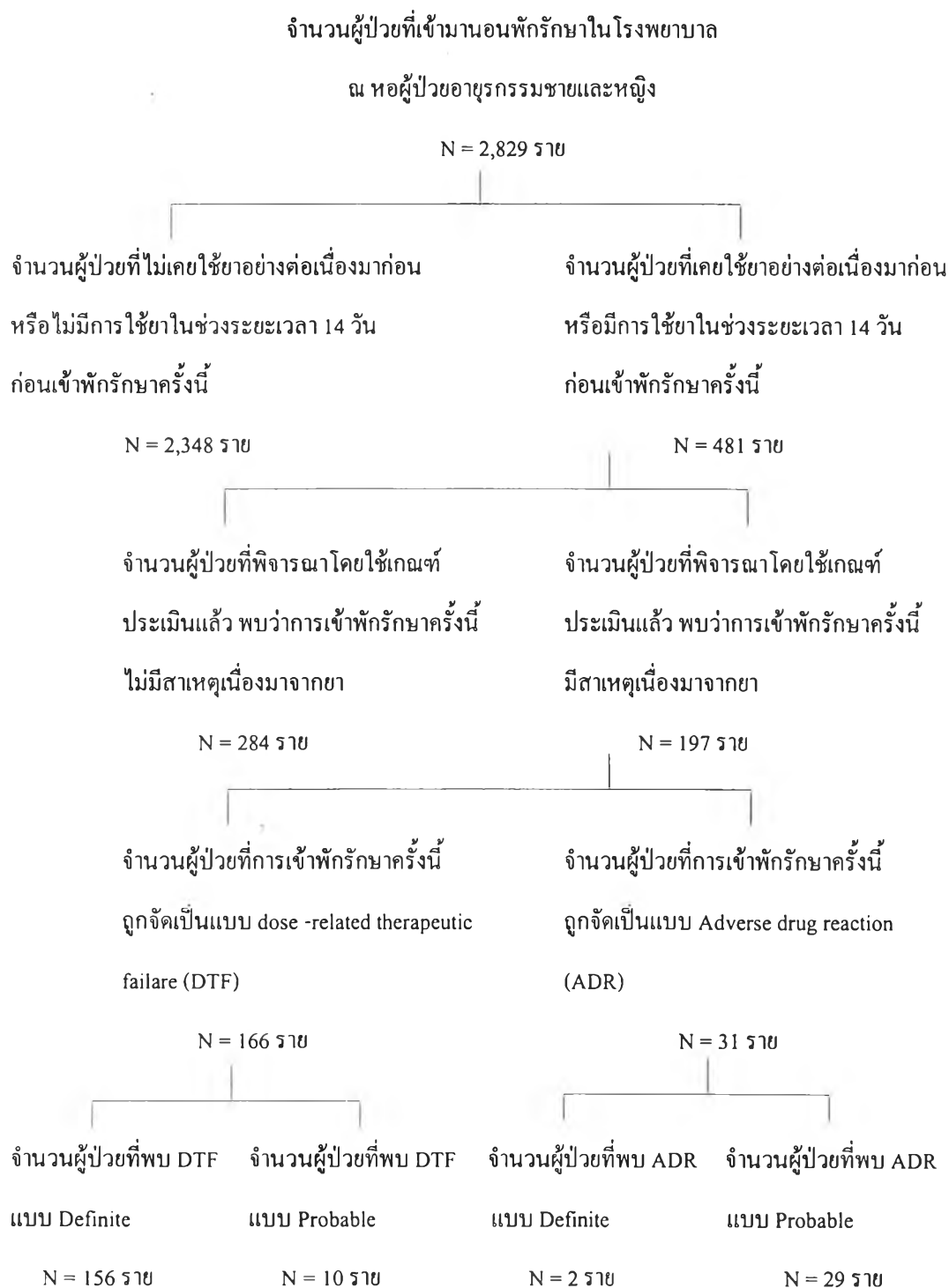
เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามาอนพักรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามาอนพักรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2539 ถึงเดือน มกราคม 2540

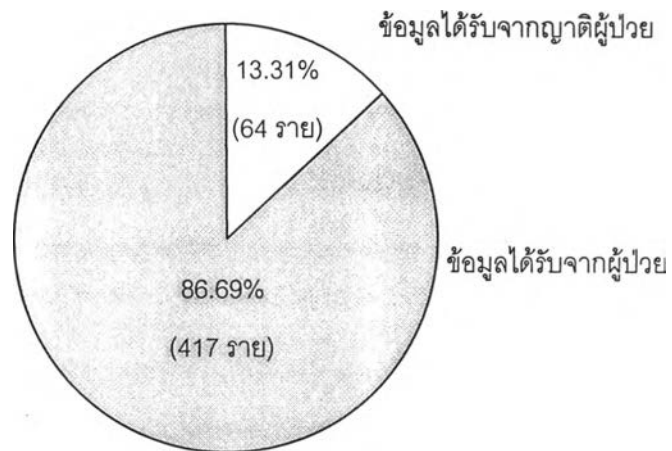
เดือน	หอผู้ป่วย	
	อายุรกรรมชาย (ราย)	อายุรกรรมหญิง (ราย)
กรกฎาคม 2539	211	288
สิงหาคม 2539	170	164
กันยายน 2539	180	193
ตุลาคม 2539	175	213
พฤศจิกายน 2539	188	186
ธันวาคม 2539	194	232
มกราคม 2540	203	232
รวม (ราย)	1,321	1,508
รวมทั้งสิ้น (ราย)	2,829	

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องหรือเคยใช้ยาภายใน 14 วันมาก่อนจะเข้ามาอนพักรักษาในโรงพยาบาลและทำการประเมินการเกิด DRH โดยใช้เกณฑ์ที่จัดทำไว้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิด DRH ทั้งหมดเท่ากับ 197 ราย

ดังนั้นอุบัติการณ์ (ร้อยละ) ของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในช่วง 7 เดือนของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าที่มีปัจจัยหรือสาเหตุสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วยเท่ากับ 6.96%



ภาพที่ 1 สรุปข้อมูลการประเมินการเกิด DRH ของผู้ป่วยที่ทำการวิจัย



ภาพที่ 2 ร้อยละของแหล่งข้อมูลที่ได้รับ โดยวิธีการสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้

จะเห็นว่าแหล่งข้อมูลที่ได้รับมาจากตัวผู้ป่วยเองมากถึงร้อยละ 86.69 ของข้อมูลที่ทำการศึกษาทั้งหมด ซึ่งแสดงว่าเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างจะเชื่อถือได้มาก

ตอนที่ 2

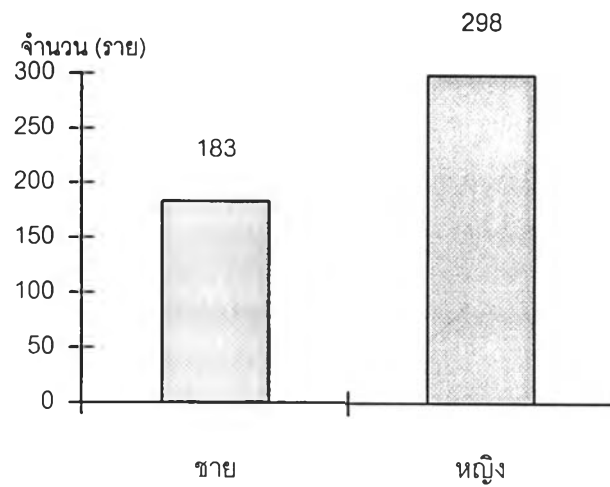
ลักษณะของประชากร, สาเหตุและปัจจัยในด้านยา ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษาขั้นนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกราย ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลว่าเคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้านอนพักรักษาครั้งนี้หรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ เฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้านอนพักรักษาในครั้งนี้

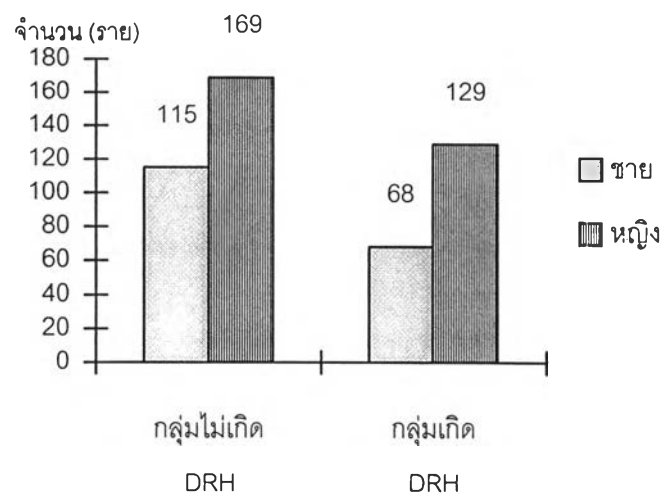
1. เพศ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายประมาณ 2:1 และจากจำนวนผู้ป่วยทุกรายที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (481 ราย) พบว่าเกิด DRH เท่ากับ 197 ราย โดยแบ่งเป็นเพศหญิงต่อเพศชายประมาณ 2:1

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้ ตามเพศ และการเกิด -ไม่เกิด DRH

เพศ	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
ชาย	115 (40.49)	68 (34.52)	183 (38.04)
หญิง	169 (59.51)	129 (65.48)	298 (61.96)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามเพศ

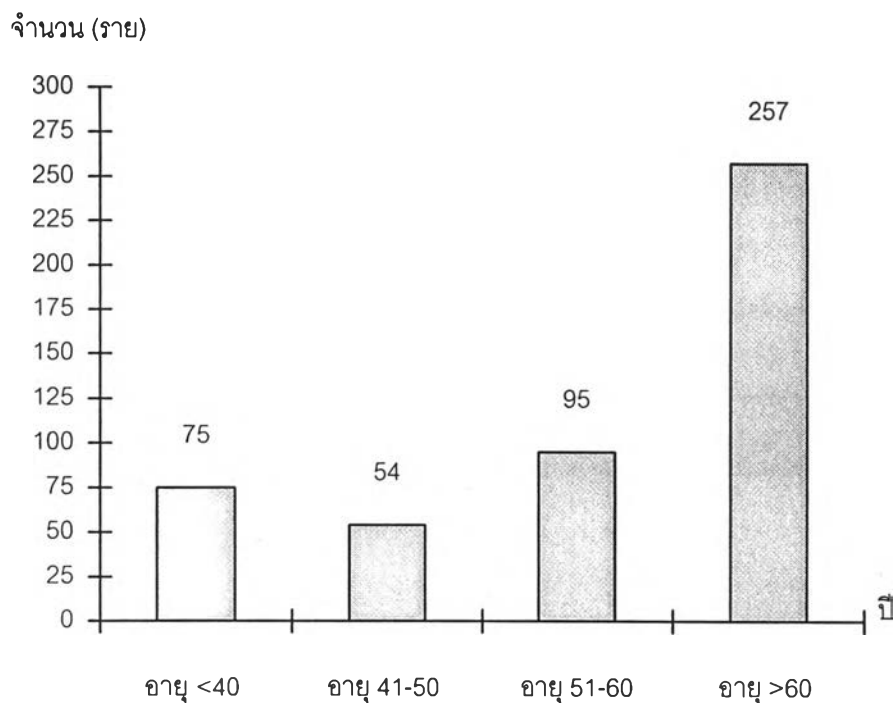


ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามเพศและการเกิด - ไม่เกิด DRH

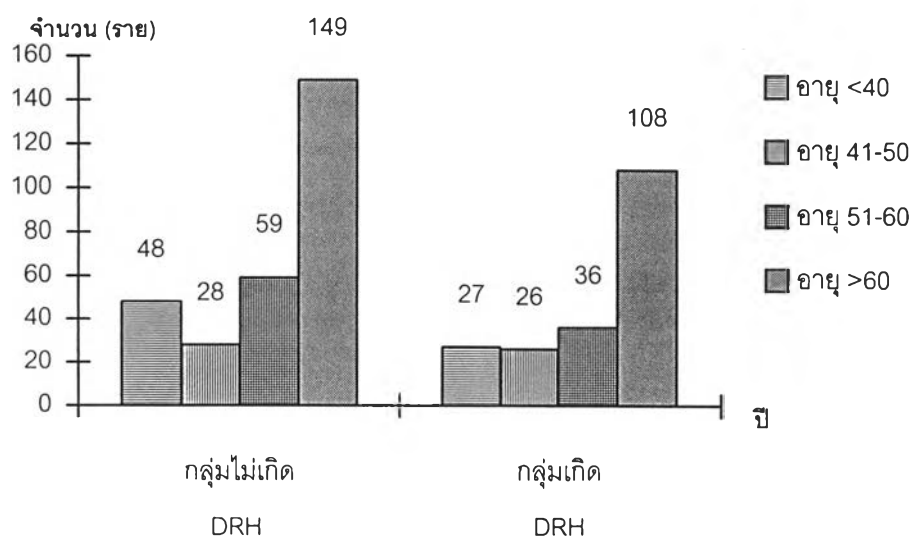
2. อายุ จากการศึกษพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมดมีอายุต่ำสุด 14 ปี และสูงสุด 88 ปี โดยพบว่าช่วงอายุ >60 ปี เป็นช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ไม่ว่าพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมดคือ 257 ราย และเป็นกลุ่มที่เกิด DRH มากที่สุดเช่นกัน คือ 108 ราย ทั้งนี้อาจมีเหตุผลจากโรคที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการใช้ยาต่อเนื่อง เป็นโรคเรื้อรัง ร่วมกับกลุ่มสูงอายุมีสภาวะของร่างกายบกพร่องมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี ตามกลุ่มอายุ และการเกิด - ไม่เกิด DRH

ช่วงอายุ (ปี)	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
<40	48 (16.90)	27 (13.71)	75 (15.59)
41-50	28 (9.86)	26 (13.19)	54 (11.23)
51-60	59 (20.77)	36 (18.27)	95 (19.75)
>60	149 (52.46)	108 (54.82)*	257 (53.43)*
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 5 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไรตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 6 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไรตามกลุ่มอายุและการเกิด - ไม่เกิด DRH

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร ตามกลุ่มอายุ และเพศ

ช่วงอายุ (ปี)	เพศ	
	ชาย ราย (%)	หญิง ราย (%)
<40	29 (15.85)	46 (15.44)
41-50	20 (10.93)	34 (11.41)
51-60	32 (17.49)	63 (21.14)
>60	102 (55.74)	155 (52.01)
รวม ราย (%)	183 (100.00)	298 (100.00)

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร ตามกลุ่มอายุ, เพศ และการเกิด - ไม่เกิด DRH

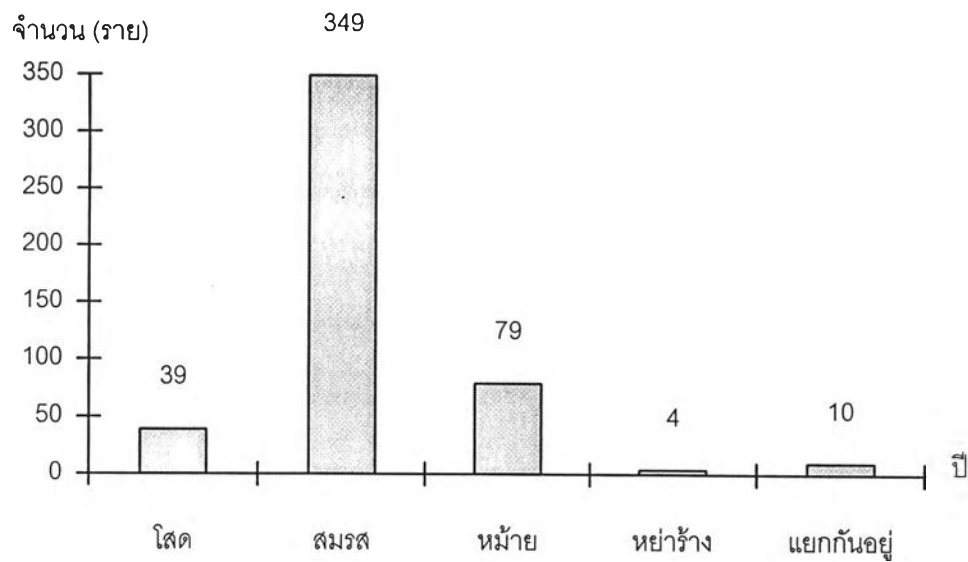
ช่วงอายุ (ปี)	ชาย		หญิง	
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)
<40	21 (18.26)	8 (11.76)	27 (15.98)	19 (14.73)
41-50	8 (6.96)	12 (17.65)	20 (11.83)	14 (10.85)
51-60	21 (18.26)	11 (16.18)	38 (22.46)	25 (19.38)
>60	65 (56.52)	37 (54.41)	84 (49.70)	71 (55.04)
รวม ราย (%)	115 (100.00)	68 (100.00)	169 (100.00)	129 (100.00)

3. สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ สมรสแล้ว โดยพบเท่ากับ 349 ราย หรือประมาณ 72.56% แต่ก็มีประเภทแยกกันอยู่คือ 10 ราย

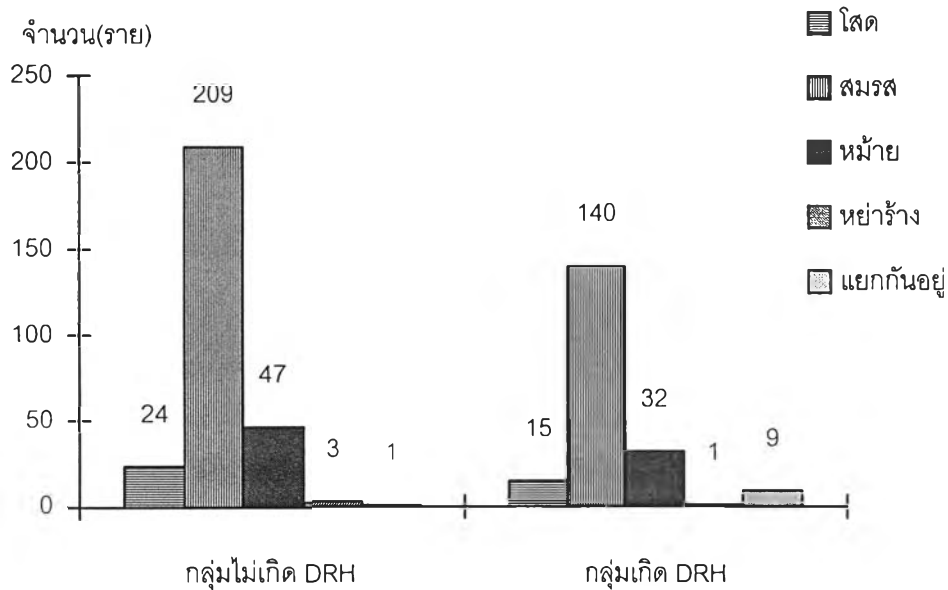
ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้

ตามสถานภาพสมรส และการเกิด - ไม่เกิด DRH

สถานภาพสมรส	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
โสด	24 (8.45)	15 (7.61)	39 (8.11)
สมรส	209 (73.59)	140 (71.06)	349 (72.56)
หม้าย	47 (16.55)	32 (16.24)	79 (16.42)
หย่าร้าง	3 (1.05)	1 (0.51)	4 (0.83)
แยกกันอยู่	1 (0.35)	9 (4.56)	10 (2.08)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 7 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามสถานภาพสมรส



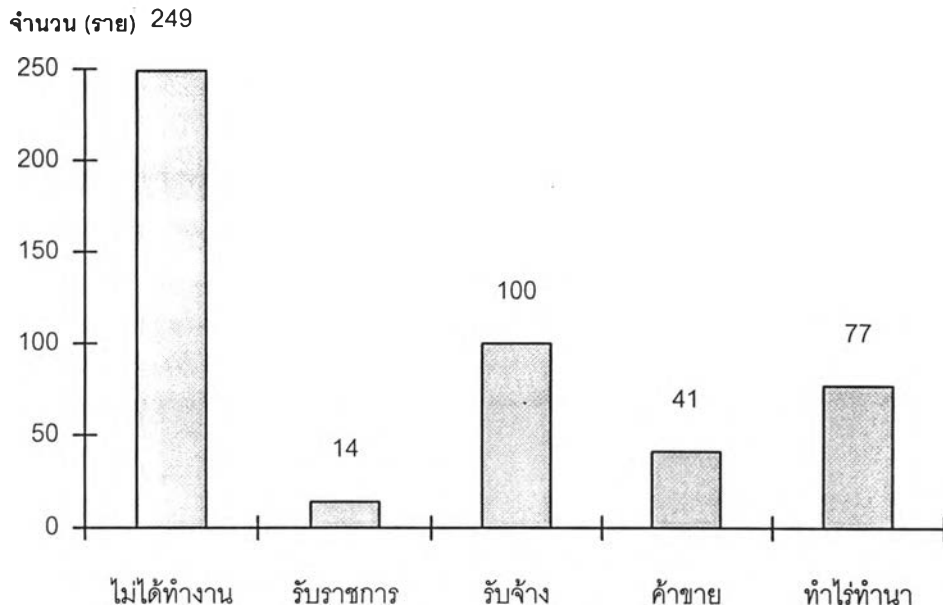
ภาพที่ 8 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามสถานภาพสมรสและการเกิด - ไม่เกิด DRH

4. อาชีพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพคือ ไม่ได้ทำงาน (งานบ้าน) เท่ากับ 249 ราย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากที่กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีอายุ >60 ปี (53.43%) นั้นเอง ส่วนอาชีพที่พบมากรองลงมาคือ รับจ้าง (100 ราย) และทำไร่-ทำนา (77 ราย)

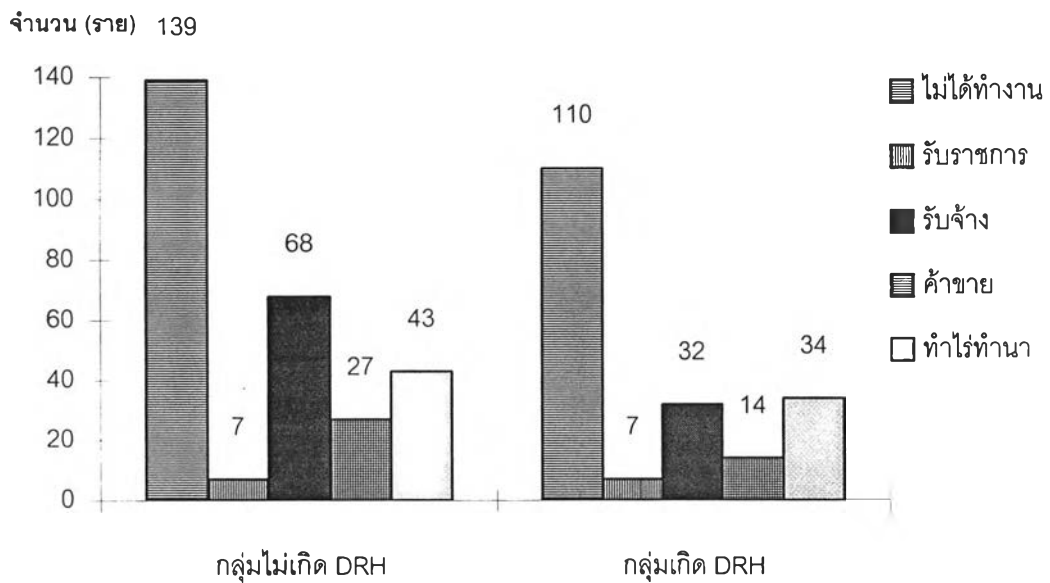
ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี

ตามอาชีพ และการเกิด -ไม่เกิด DRH

อาชีพ	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
ไม่ได้ทำงาน (งานบ้าน)	139 (48.94)	110 (55.84)	249 (51.77)
รับราชการ	7 (2.46)	7 (3.55)	14 (2.91)
รับจ้าง	68 (23.94)	32 (16.24)	100 (20.79)
ค้าขาย	27 (9.50)	14 (7.11)	41 (8.52)
ทำไร่-ทำนา	43 (15.14)	34 (17.26)	77 (16.00)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 9 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามอาชีพ



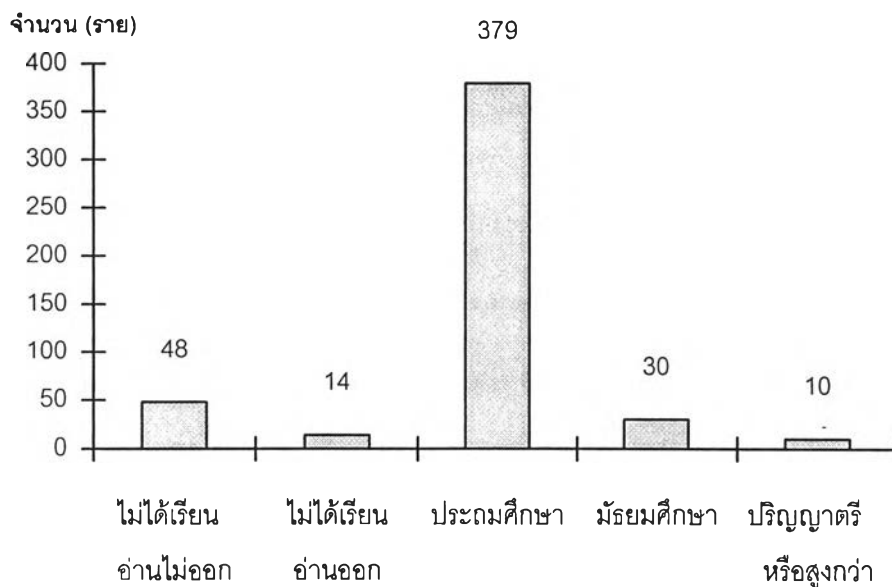
ภาพที่ 10 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามอาชีพและการเกิด - ไม่เกิด DRH

5. ระดับการศึกษา จากการศึกษพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาคือ ประถมศึกษา พบเท่ากับ 379 ราย (78.80%) (ไม่ว่าพิจารณาตามกลุ่มที่เกิด DRH หรือพิจารณาตามกลุ่มที่ไม่เกิด DRH ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษาก็คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ >60 ปี ซึ่งมีการศึกษาภาคบังคับเป็นระดับประถมศึกษานั้นเอง และจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และอ่านหนังสือไม่ออก ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงใช้วิธีการจำลักษณะของเม็ดยา และจำนวนเม็ดยามาช่วยในการจัดยาเพื่อรับประทานเอง หรือบางรายญาติเป็นผู้จัดยาให้

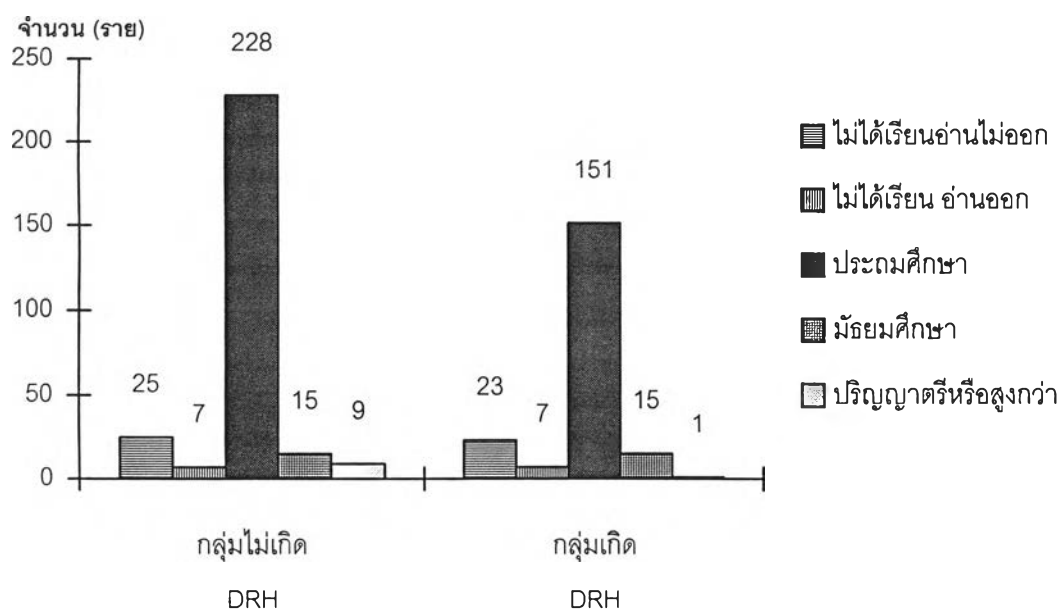
ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี

ตามระดับการศึกษา และการเกิด -ไม่เกิด DRH

ระดับการศึกษา	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
ไม่ได้เรียน อ่านไม่ออก	25 (8.80)	23 (11.68)	48 (9.98)
ไม่ได้เรียน อ่านออก	7 (2.46)	7 (3.55)	14 (2.90)
ประถมศึกษา	228 (80.28)	151 (76.65)	379 (78.80)
มัธยมศึกษา	15 (5.28)	15 (7.61)	30 (6.24)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9 (3.17)	1 (0.51)	10 (2.08)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 11 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามระดับการศึกษา



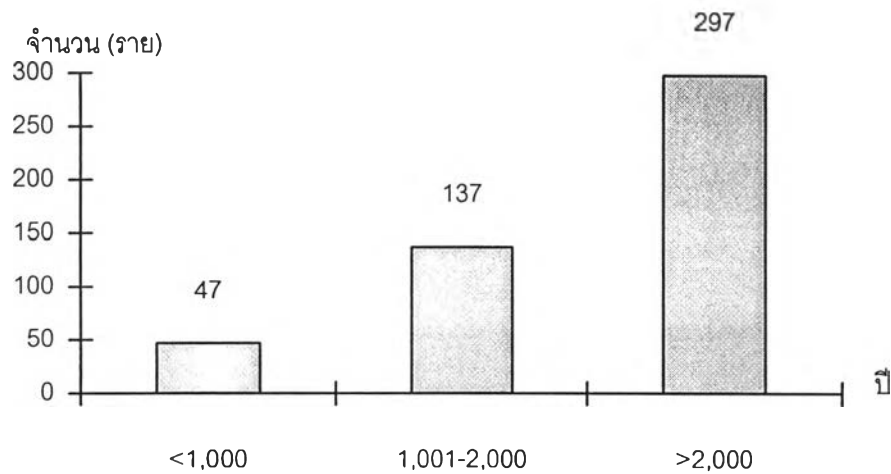
ภาพที่ 12 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามระดับการศึกษาและการเกิด - ไม่เกิด DRH

6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว มากกว่า 2,000 บาท พบเท่ากับ 297 ราย (61.75%) โดยพบผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีรายได้อาศัยอยู่กับผู้อื่น และผู้ป่วยบางรายที่มีรายได้น้อย ซึ่งสามารถเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการประหยัดเงินที่มีอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจึงไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยบางรายจะไปรับยามารับประทานเฉพาะเมื่อเวลาเกิดอาการของโรคกำเริบขึ้นอีกเท่านั้น

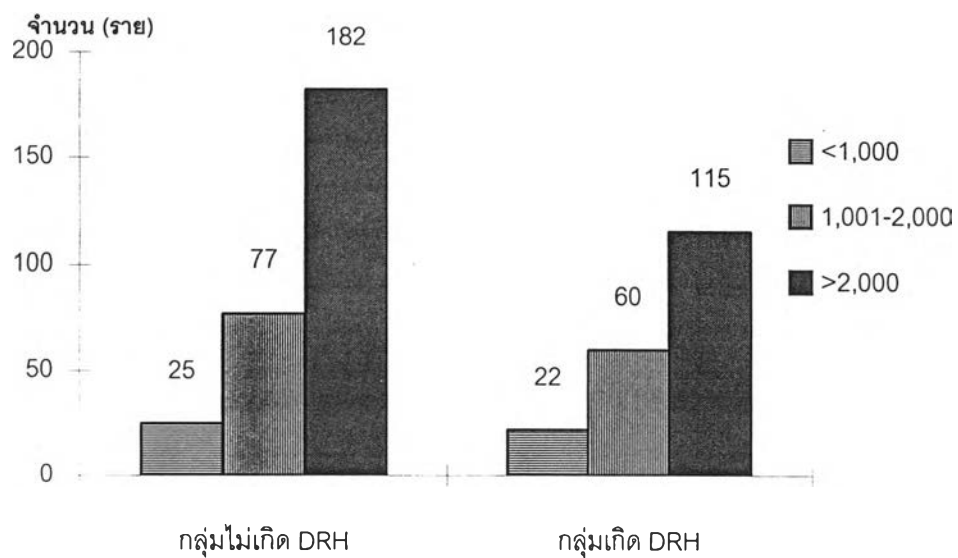
ตารางที่ 9 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี

ตามรายได้ต่อเดือนของครอบครัว

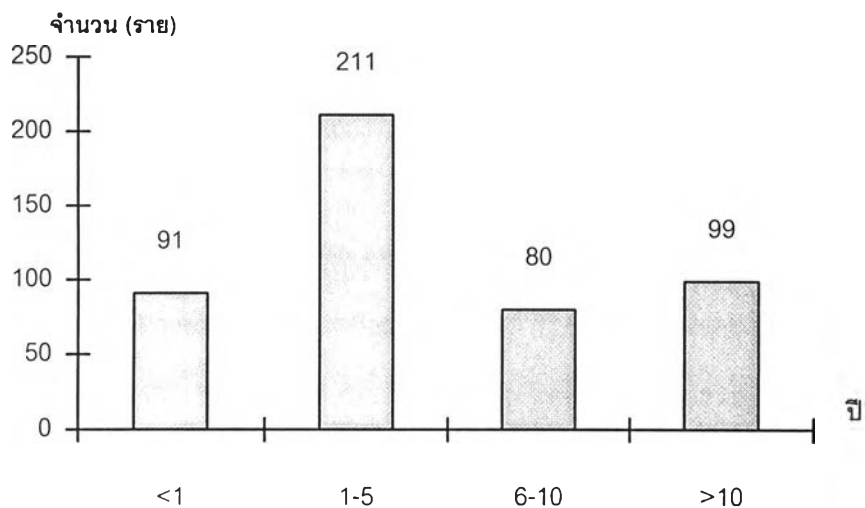
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
<1,000	25 (8.80)	22 (11.16)	47 (9.77)
1,001-2,000	77 (27.11)	60 (30.46)	137 (28.48)
>2,000	182 (64.08)	115 (58.38)	297 (61.75)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



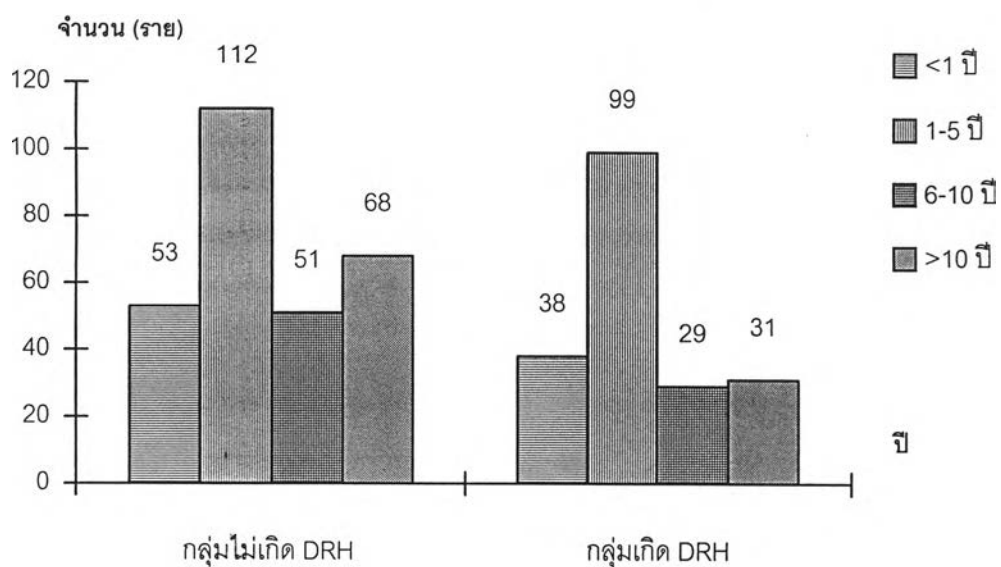
ภาพที่ 13 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างต่อเนื่องตามรายได้ต่อเดือนของครอบครัว



ภาพที่ 14 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างต่อเนื่องตามรายได้ต่อเดือนของครอบครัว และการเกิด - ไม่เกิด DRH



ภาพที่ 15 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วย



ภาพที่ 16 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วยและการเกิด - ไม่เกิด DRH

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร ตามเพศ และระยะเวลาการเป็นโรค

ระยะเวลาการเป็นโรค	เพศ	
	ชาย ราย (%)	หญิง ราย (%)
<1 ปี	47 (25.68)	44 (14.77)
1-5 ปี	74 (40.44)	137 (45.97)
6-10 ปี	30 (16.39)	50 (16.78)
>10 ปี	32 (17.49)	67 (22.48)
รวม ราย (%)	183 (100.00)	298 (100.00)

ตารางที่ 12 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร ตามระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วย, เพศ และการเกิด - ไม่เกิด DRH

ระยะเวลาการเป็นโรค	ชาย		หญิง	
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)
<1 ปี	31 (26.96)	16 (23.53)	22 (13.02)	22 (17.05)
1-5 ปี	41 (35.65)	33 (48.53)	71 (42.01)	66 (51.16)
6-10 ปี	19 (16.52)	11 (16.18)	32 (18.96)	18 (13.95)
>10 ปี	24 (20.87)	8 (11.76)	44 (26.04)	23 (17.83)
รวม ราย (%)	115 (100.00)	68 (100.00)	169 (100.00)	129 (100.00)

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่ตามระยะเวลาการเป็นโรค, โรค และการเกิด - ไม่เกิด DRH

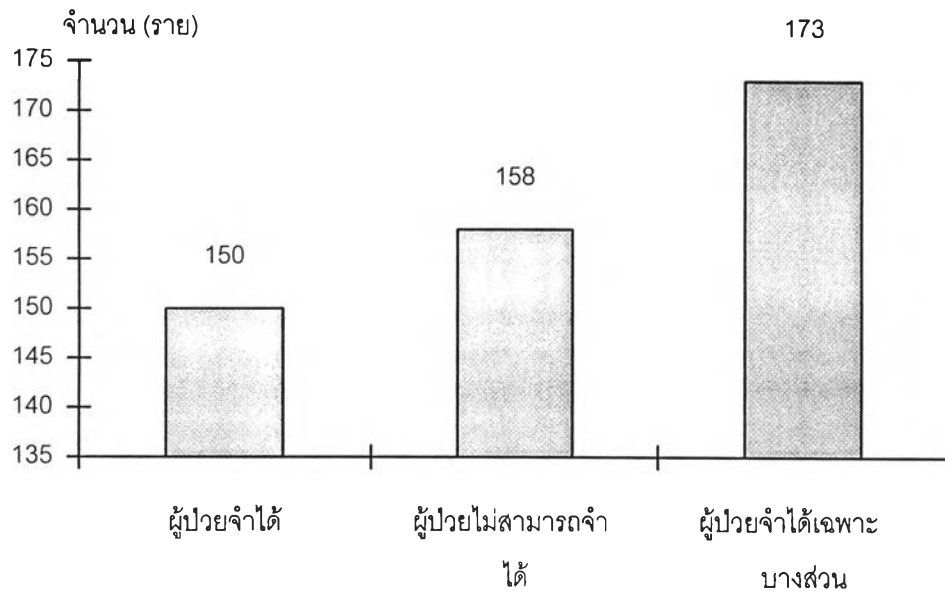
ระยะเวลา การเป็นโรค	โรค															
	ระบบหัวใจ		ความดันโลหิตสูง		ระบบการหายใจ		ระบบทางเดินอาหาร		เบาหวาน		ระบบไต		ระบบข้อ - กระดูก		อื่น ๆ	
	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย	ไม่เกิด DRH ราย	เกิด DRH ราย
<1 ปี	9	5	1	5	8	5	13	3	3	6	9	3	2	-	8	9
1-5 ปี	30	23	5	20	24	27	28	6	15	15	3	4	-	-	7	7
6-10 ปี	9	2	6	6	9	8	10	-	7	11	2	1	-	-	8	-
>10 ปี	9	3	5	2	21	18	9	3	9	5	1	-	2	-	12	-
รวม (ราย)	57	33	17	33	62	58	60	12	34	37	15	8	4	-	35	16

8. ความสามารถจำใจของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จำใจได้เฉพาะบางส่วนของแผนการรักษามี 173 ราย (35.97%) ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่จำใจได้ และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำใจได้ แต่เนื่องจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องมานาน จึงมีความสามารถในการจดจำลักษณะเม็ดยาหรือขนาดและวิธีการรับประทานได้ดี เพราะคุ้นเคยนั่นเอง

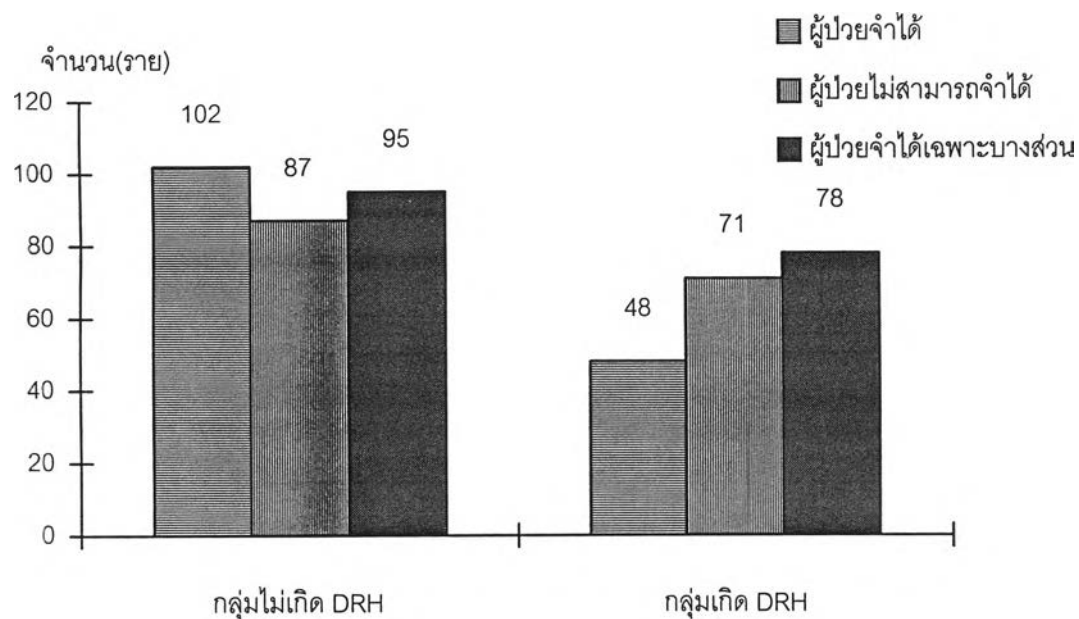
ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้

ตามความจำใจของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน

ความจำใจของผู้ป่วย ต่อแผนการรักษา/ ยาที่ ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
ผู้ป่วยจำใจได้	102 (35.92)	48 (24.37)	150 (31.18)
ผู้ป่วยไม่สามารถจำใจได้	87 (30.63)	71 (36.04)	158 (32.85)
ผู้ป่วยจำใจได้เฉพาะบางส่วน	95 (33.45)	78 (39.59)	173 (35.97)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 17 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร
ตามความจำได้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน



ภาพที่ 18 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร
ตามความจำได้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนและการเกิด-ไม่เกิด DRH

ตารางที่ 15 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร ตามเพศ และความจำได้ของผู้ป่วย ต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน

ความจำได้ของผู้ป่วย ต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน	ชาย	หญิง
	ราย (%)	ราย (%)
ผู้ป่วยจำได้	58 (31.69)	92 (30.87)
ผู้ป่วยไม่สามารถจำได้	58 (31.69)	100 (33.56)
ผู้ป่วยจำได้เฉพาะบางส่วน	67 (36.61)	106 (35.57)
รวม ราย (%)	183 (100.00)	298 (100.00)

ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไรตามเพศ, ความจำได้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน และการเกิด-ไม่เกิด DRH

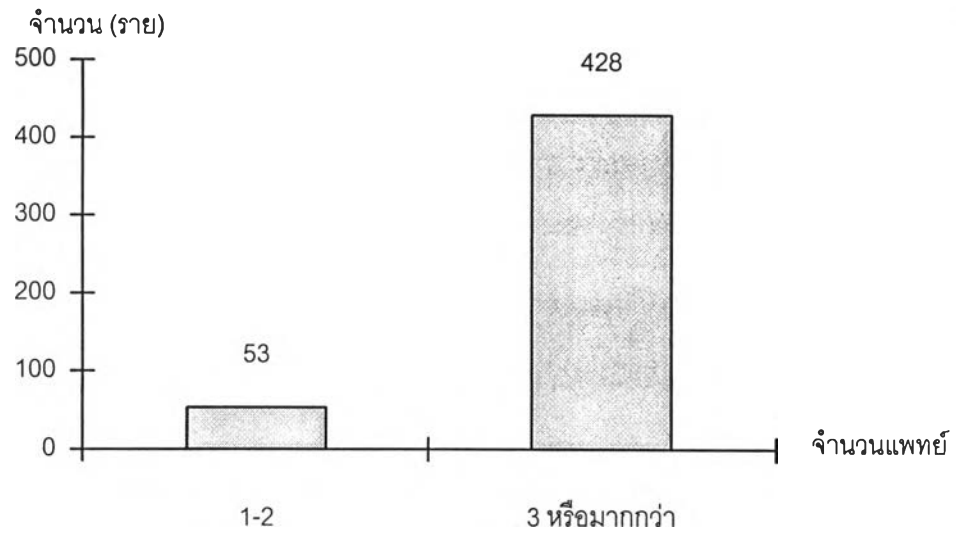
ความจำได้ของผู้ป่วย ต่อแผนการรักษา/ยา ที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน	ชาย		หญิง	
	ไม่เกิด DRH	เกิด DRH	ไม่เกิด DRH	เกิด DRH
	ราย (%)	ราย (%)	ราย (%)	ราย (%)
ผู้ป่วยจำได้	40 (34.78)	18 (26.47)	62 (36.69)	30 (23.26)
ผู้ป่วยไม่สามารถจำได้	35 (30.43)	23 (33.82)	52 (30.77)	48 (37.21)
ผู้ป่วยจำได้เฉพาะบางส่วน	40 (34.78)	27 (39.71)	55 (32.54)	51 (39.53)
รวม ราย (%)	115 (100.00)	68 (100.00)	169 (100.00)	129 (100.00)

9. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นประจำจากแพทย์ 1 ถึง 2 ท่าน คือ 428 ราย (88.98%) จากกลุ่มที่เกิด DRH 166 ราย และกลุ่มที่ไม่เกิด DRH 262 ราย จากข้อมูลที่แสดงจะเห็นว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการรักษาจากแพทย์ ตั้งแต่ 3 ท่านขึ้นไปเป็นประจำ 53 ราย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากเหตุผลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ความไม่พึงพอใจในผลการรักษา, ความไม่พอใจในบริการที่ได้รับ เช่น การรอคอยนาน, ความฉุกเฉินของความเจ็บป่วย เช่น พบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งจากโรงพยาบาล และจากคลินิกแพทย์ หรืออาจเกิดจากที่ผู้ป่วยเปลี่ยนที่อยู่อาศัยบ่อย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะกลับไปหาแพทย์ท่านเดิม รวมทั้งเหตุผลทางด้านค่าใช้จ่าย เช่น ค่ายา, ค่าเดินทาง

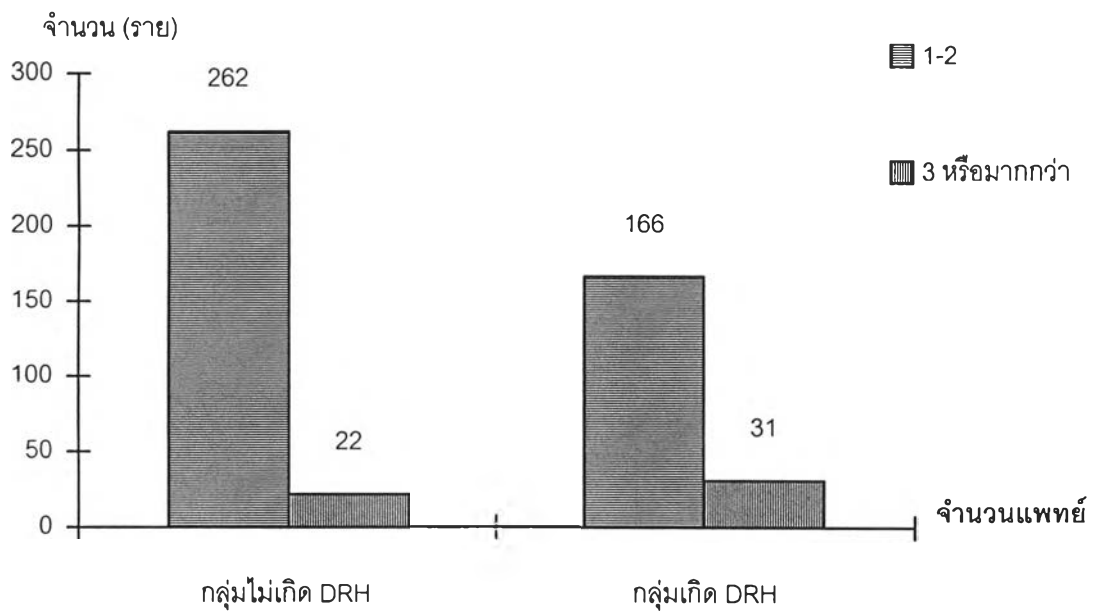
ตารางที่ 17 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี

ตามจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ

จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
1-2	262 (92.25)	166 (84.26)	428 (88.98)
3 หรือมากกว่า	22 (7.74)	31 (15.73)	53 (11.02)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 19 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่
ตามจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ



ภาพที่ 20 แสดงจำนวนผู้ป่วยทุกรายที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อยู่
ตามจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ และการเกิด - ไม่เกิด DRH

ตารางที่ 18 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไรตามเพศ และจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ

จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้ รับการักษาเป็นประจำ	เพศ	
	ชาย ราย (%)	หญิง ราย (%)
1-2	155 (84.70)	273 (91.61)
3 หรือมากกว่า	28 (15.30)	25 (8.39)
รวม ราย (%)	183 (100.00)	298 (100.00)

ตารางที่ 19 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไรตามเพศ, จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ และการเกิด - ไม่เกิด DRH

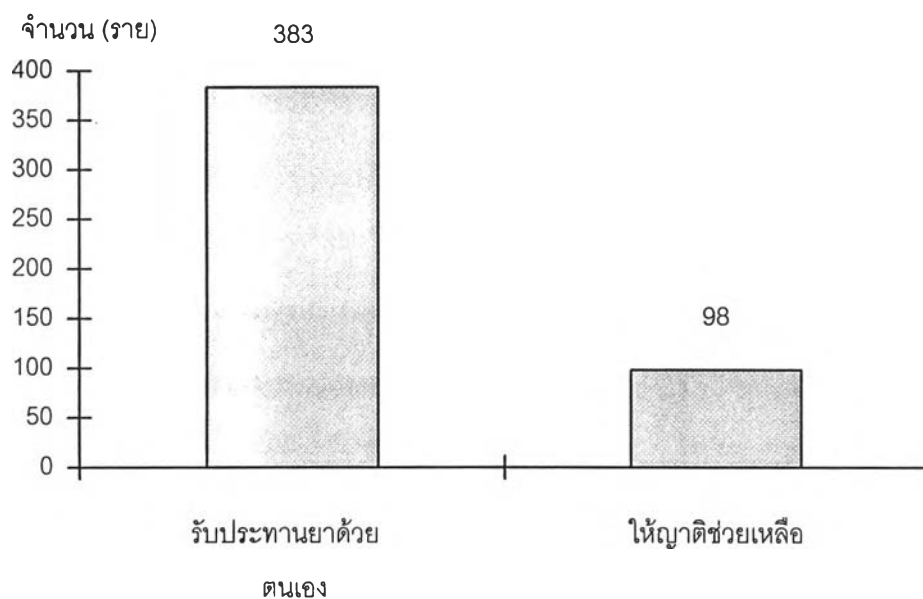
จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้ รับการรักษาเป็นประจำ	ชาย		หญิง	
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)
1-2	102 (88.70)	53 (77.94)	160 (94.67)	113 (87.60)
3 หรือมากกว่า	13 (11.30)	15 (22.06)	9 (5.33)	16 (12.40)
รวม ราย (%)	115 (100.00)	68 (100.00)	169 (100.00)	129 (100.00)

10. พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดยา รับประทานด้วยตนเอง คือ ผู้ป่วย 383 ราย (79.63%) เป็นผู้ป่วยจากกลุ่มที่เกิด DRH 162 ราย และ 221 ราย จากกลุ่มที่ไม่เกิด DRH ซึ่งอาจเนื่องจากการอาศัยความจำได้ในลักษณะเม็ดยาและขนาดยา ที่รับประทาน แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษาก็ตาม

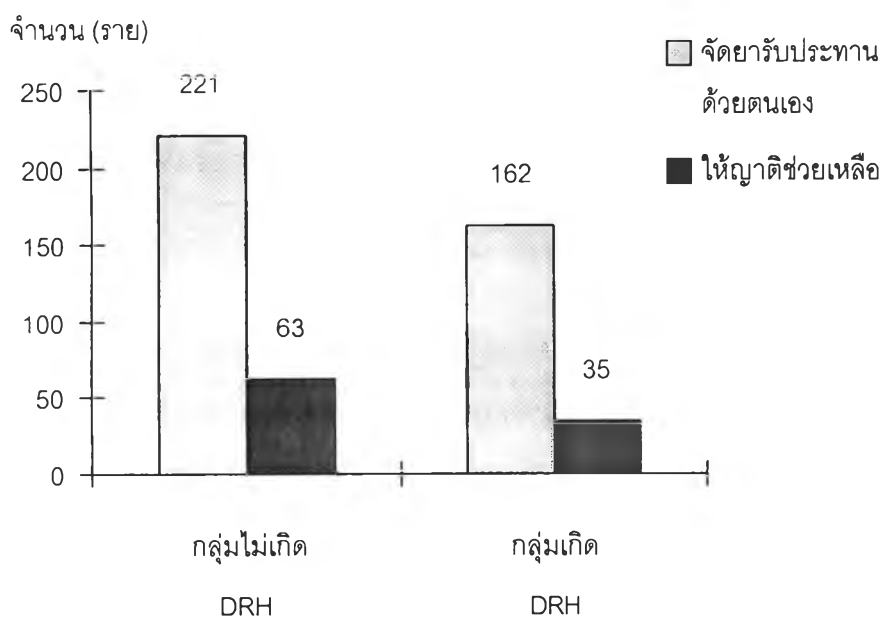
ตารางที่ 20 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้

ตามพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย

พฤติกรรมการรับประทาน ยาของผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
รับประทานยาด้วยตนเอง	221 (77.82)	162 (82.23)	383 (79.63)
ให้ญาติช่วยเหลือ	63 (22.18)	35 (17.97)	98 (20.37)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)



ภาพที่ 21 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนืองมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้ง
ตามพฤติกรรมกรับประทุษณยาของผู้ป่วย



ภาพที่ 22 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนืองมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้ง
ตามพฤติกรรมกรับประทุษณยาของผู้ป่วยและการเกิด - ไม่เกิด DRH

11. การเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษา จากการศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยรักษา ณ โรงพยาบาลแห่งนี้มาก่อนแล้ว (74.22%) และโดยมากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ร่วมกับแห่งอื่น 1 แห่ง (46.99%)

ตารางที่ 21 จำนวนผู้ป่วยที่เคยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนจะเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างไร
ตามการเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษา

21.1 ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้

ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
รักษาเป็นครั้งแรก	73 (25.70)	51 (25.89)	124 (25.78)
เคยรักษามาก่อนแล้ว	211 (74.30)	146 (74.11)	357 (74.22)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)

21.2 จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	กลุ่มผู้ป่วย		รวม ราย (%)
	ไม่เกิด DRH ราย (%)	เกิด DRH ราย (%)	
รักษาเฉพาะโรงพยาบาลนี้	109 (38.38)	41 (20.81)	150 (31.19)
รักษาที่โรงพยาบาลนี้ ร่วมกับแห่งอื่น 1 แห่ง	121 (42.61)	105 (53.30)	226 (46.99)
รักษาที่โรงพยาบาลนี้ ร่วมกับแห่งอื่น 2 แห่ง	46 (16.20)	36 (18.27)	82 (17.05)
รักษาที่โรงพยาบาลนี้ ร่วมกับแห่งอื่น 3 แห่ง	5 (1.76)	14 (7.11)	19 (3.95)
รักษาที่โรงพยาบาลนี้ ร่วมกับแห่งอื่น 4 แห่ง	3 (1.05)	1 (0.51)	4 (0.83)
รวม ราย (%)	284 (100.00)	197 (100.00)	481 (100.00)

ตอนที่ 2

การวิเคราะห์หาลักษณะของประชากร, สาเหตุและปัจจัยในด้านยาที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษา
ในโรงพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH ของผู้ป่วยหรือไม่

เมื่อใช้สถิติไคสแควร์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เกิด DRH และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิด DRH ดังผลแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 22 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร, สาเหตุและปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่เกิด DRH และไม่เกิด DRH โดยใช้สถิติไคสแควร์

ลักษณะของประชากร, สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	นัยสำคัญทางสถิติ	ค่า P
1. เพศ	NS	>0.05
2. อายุ	NS	>0.05
3. สถานภาพสมรส	NS	>0.05
4. อาชีพ	NS	>0.05
5. ระดับการศึกษา	NS	>0.05
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	NS	>0.05
7. ระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วย	S	<0.05*
8. ความสามารถจำได้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน	S	<0.05*
9. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ	S	<0.05*
10. พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย	NS	>0.05
11. การเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษาของผู้ป่วย		
1. ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้	NS	>0.05
2. จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	S	<0.05*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า $P < 0.05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ S = มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มีปัจจัย 4 ประการคือ

1. ระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วย
2. ความสามารถจำได้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา/ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน
3. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ และ
4. การเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษาของผู้ป่วย คือ จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด Drug-related hospital admission อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ 5% หรือ 0.05 ($\alpha = 0.05$)

ตารางที่ 23 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH โดยใช้วิธี Multiple Regression

ปัจจัย	BETA	T	SIG T
STA	0.159934	2.516	0.0122
DUR	-0.038487	-0.844	0.3988
REC	-0.077291	-1.674	0.0948
LON	0.057029	1.153	0.2493
NUM	0.009759	0.160	0.8729
CONSTANT	1.212500	-	-

Multiple R = 0.19588

R square = 0.03837

Adjusted R square = 0.02825

y = การเกิด DRH

STA = จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

DUR = ระยะเวลาของการเป็นโรค

REC = ความสามารถจำได้ต่อแผนการรักษาหรือยาที่ได้รับ

LON = ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้

NUM = จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ

สมการ $y = 1.21 + 0.159 \text{ STA} - 0.038 \text{ DUR} - 0.077 \text{ REC} + 0.057 \text{ LON} + 0.009 \text{ NUM}$

จากผลลัพธ์ที่ได้พบว่า ปัจจัยทั้ง 5 อย่างคือ ระยะเวลาของการเป็นโรค, ความสามารถจำได้ต่อแผนการรักษาหรือยาที่ได้รับ, จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้ และจำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจะสามารถอธิบายหรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของการเกิด-ไม่เกิด DRH เท่ากับ 2.83% เท่านั้น แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีอิทธิพลต่อการเกิด-ไม่เกิด DRH ด้วย โดยพบว่าจำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์กับการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($T=2.516, p = 0.0122$) นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลจำนวนหลายแห่งจะเกิด DRH ยิ่งมาก สำหรับปัจจัยตัวอื่น ๆ ถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็สามารถพออธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีระยะเวลาของการเป็นโรคนาน การเกิด DRH จะน้อย เช่นเดียวกันกับความสามารถจำได้ต่อแผนการรักษาหรือยาที่ได้รับคือ ผู้ป่วยจำได้ครบถ้วน การเกิด DRH จะน้อย ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับความจริงทั่วไป สำหรับปัจจัยเรื่องจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำพบว่าถ้าผู้ป่วยรักษากับแพทย์จำนวน 3 ท่านหรือมากกว่าการเกิด DRH จะมาก เช่นเดียวกันกับประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้คือ ถ้าผู้ป่วยเคยได้รับการรักษามาก่อนหน้าแล้ว การเกิด DRH จะมาก และจากการพิจารณาเรียงลำดับของอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 5 ประการ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด DRH มากกว่าเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ 1. จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2. ความสามารถจำได้ต่อแผนการรักษาหรือยาที่ได้รับ 3. ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้ 4. ระยะเวลาของการเป็นโรค 5. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ตารางที่ 25 กลุ่มอาการที่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิด DRH

กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน ราย (%)
Congestive heart failure หรือ Ischemic heart disease	33 (16.75)
Hypertension	33 (16.75)
Asthma หรือ COPD	58 (29.44)
Diabetes Mellitus	37 (18.78)
● Hyperglycemia	25 (12.69)
● Hypoglycemia	12 (6.09)
Gastrointestinal bleeding	12 (6.09)
Skin	8 (4.06)
อื่น ๆ	16 (8.12)
รวม	197 (100)

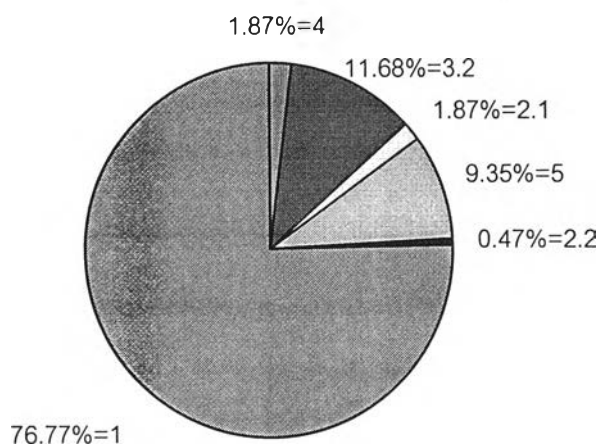
ข้อมูลจากตารางแสดงให้เห็นว่ากลุ่มอาการหอบหืด (Asthma) หรือ COPD เป็นกลุ่มที่พบได้มากที่สุด แต่ทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาอยู่คือช่วงอากาศหนาว ซึ่งจะมีผลกระทบให้อาการของโรคกำเริบได้ นอกจากนี้กลุ่มอาการทางระบบหัวใจและความดันโลหิตสูงก็ยังคงพบอยู่เสมอในผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยมักจะใช้ยาเฉพาะเวลาเกิดอาการเท่านั้น สำหรับกลุ่มอาการภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะพบได้ในกลุ่มที่รับประทานยาเบาหวานไม่ต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มอาการภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ที่พบบางรายเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจผิดต่อการใช้ยาเบาหวาน สำหรับกลุ่มอาการภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding) และอาการทางผิวหนัง (Skin) มีสาเหตุจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ตารางที่ 26 ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่เกิด DTF (ก)

ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย	จำนวนครั้งที่พบ (%)
1. ผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	160 (76.77)
2. ผู้ป่วยใช้ขนาดยาต่างจากที่แพทย์สั่ง	
2.1 ใช้มากกว่า	4 (1.87)
2.2 ใช้น้อยกว่า	1 (0.47)
3. ผู้ป่วยใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากที่แพทย์สั่ง	
3.1 ใช้มากกว่า	0 (0)
3.2 ใช้น้อยกว่า	25 (11.68)
4. ผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลา	4 (1.87)
5. ผู้ป่วยใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (ข)	20 (9.35)
รวม	214 (100)

หมายเหตุ (ก) ผู้ป่วยบางรายมีลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งแพทย์มากกว่า 1 ข้อ

(ข) เช่น ยาแผนปัจจุบันอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง, ยาแผนโบราณ หรือสมุนไพร



1. คือผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง
- 2.1 คือผู้ป่วยใช้ขนาดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง
- 2.2 คือผู้ป่วยใช้ขนาดน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
- 3.2 คือผู้ป่วยใช้จำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
4. คือผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลา
5. คือผู้ป่วยใช้อื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

ภาพที่ 23 ร้อยละของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่เกิด DTF

ตัวอย่างของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เช่น

1. ผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบได้มาก เช่น ผู้ป่วยจะตั้งใจรับประทานยาเฉพาะเวลาที่มีอาการกำเริบ และผู้ป่วยจะหยุดยาเองเมื่ออาการทุเลา ซึ่งอาจเกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วยหรือเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ป่วยว่าโรคนั้นหายแล้ว ในบางกรณีพบว่าแม้ผู้ป่วยทราบว่าควรที่จะรับประทานยาต่อเนื่อง แต่เพราะผู้ป่วยต้องการประหยัดเงินจึงรับประทานบ้าง หยุดยาบ้าง หรือในบางครั้งผู้ป่วยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่น รับประทานยาโรคหัวใจอยู่ แต่บังเอิญเป็นไข้หวัด และรับประทานเฉพาะยารักษาไข้หวัด เพราะผู้ป่วยเป็นคนไม่ชอบรับประทานยา หรือในบางรายผู้ป่วยไม่พึงพอใจในผลการรักษา จึงเปลี่ยนไปรับประทานยาแผนโบราณ เป็นต้น

2. ผู้ป่วยใช้ขนาดยาต่างจากที่แพทย์สั่ง

2.1 ใช้ยามากกว่า ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาโรงพยาบาลมาตลอด ต่อมาแพทย์สั่งลดขนาดยาแล้ว เพราะว่ามีน้ำตาลในเลือดลดลง แต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานขนาดเดิม เพราะความเคยชินที่เคยปฏิบัติในอดีต หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานบางรายไม่มีความเข้าใจในเรื่องฤทธิ์ของยา แม้แพทย์สั่งลดขนาดยา แต่ผู้ป่วยเข้าใจผิดอยากหายเร็ว ๆ จึงรับประทานขนาดเดิม หรือในบางรายที่ผู้ป่วยอ่านฉลากยาหน้าซองผิดจากที่แพทย์สั่ง เช่น ครึ่งเม็ดเป็นหนึ่งเม็ด (เขียนภาษาไทย) หรือในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สายตามองไม่ชัดจึงหยิบยามากกว่า 1 เม็ด

2.2 ใช้ยาน้อยกว่า ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจในตอนกลางวัน ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ภรรยาจัดยาไว้ให้หยิบรับประทานเอง แต่พอกลับมาพบว่ายังมียาบางรายการหลงเหลืออยู่

3. ผู้ป่วยใช้ยาจำนวนครั้งต่อวันผิดจากที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่า ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยโรคหอบหืด ได้รับยา 2 รายการคือ Ventolin[®] และ Theodur[®] แต่ผู้ป่วยทราบเพียงว่า Ventolin[®] เป็นยารักษาหอบหืด ดังนั้นจึงไม่ได้กินยา Theodur[®] ในบางครั้ง

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยรายแรกได้รับยา Lasix[®] 2 เม็ดตอนเช้า และ 1 เม็ดตอนเที่ยง แต่เพราะผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออกจึงรับประทานเฉพาะมือเช้า ดังนั้นจึงไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยอีกราย แพทย์สั่งเพิ่มขนาดยาจากวันละ 1 ครั้ง เป็นวันละ 2 ครั้ง แต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาแบบเดิม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายหนึ่ง ได้รับการรักษาจากคลินิก แพทย์สั่งรับประทานวันละ 3 ครั้ง แต่เพราะค่ายาราคาแพง ผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยามื้อกลางวัน หรือผู้ป่วยบางรายแพทย์สั่ง Adalat[®] (5) วันละ 2 ครั้ง แต่ผู้ป่วยรับประทานวันละหนึ่งครั้ง

4. ผู้ป่วยใช้เวลาผิดเวลา ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แพทย์สั่งให้รับประทานยาก่อนอาหาร แต่ผู้ป่วยรับประทานพร้อมอาหาร

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง แต่ขาดความรู้ความเข้าใจว่าสามารถรับประทานยาพร้อมกันได้ ดังนั้นในหนึ่งมือจึงรับประทานยารักษาโรคใดโรคหนึ่ง สลับกันไปในแต่ละมือ ไม่แน่นอน แล้วแต่อาการของโรคกำเริบ

5. ผู้ป่วยใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

ในกรณีนี้จะไม่รวมผู้ป่วยที่เคยใช้ยา แต่เลิกใช้แล้ว และไม่รวมผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรประเภทที่เป็นอาหาร เช่น กระเทียม ตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้ยาลูกกลอน รักษาโรคปวดเมื่อย, โรคเบาหวาน, โรคหอบหืด ซึ่งอาจได้จากวัด หรือแหล่งอื่น ๆ, ผู้ป่วยที่ใช้ยาคัมสมุนไพรรักษา เช่น เปลือกไม้แห้ง ๆ รักษาโรคไต, โรคเบาหวาน, ผู้ป่วยที่ใช้ยาแผนปัจจุบันอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เช่น ซ็อยารักษาหอบหืดจากร้านขายยา เช่น Bricanyl[®], Asthmasolon[®], Prednisolone, Ventolin[®] spray, Franol[®] ยารักษาเบาหวานจากร้านขายยา เช่น Metformin, Daonil[®] ยาโรคหัวใจ เช่น Isordil ยาโรคความดันโลหิตสูง เช่น Natrilix[®]

ตัวอย่างของการใช้ยารักษาหอบหืดที่ซื้อจากร้านยา เช่น ถ้าอาการหอบน้อยจะใช้ยา Bricanyl[®] ร่วมกับ Asthmasolon[®] อย่างละเม็ด ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากจะใช้ยาอย่างละ 3 เม็ด หรือผู้ป่วยรายหนึ่งซื้อยา Prednisolone รับประทานเอง เมื่อมีอาการหอบหืดตามคำบอกเล่าของคนรู้จัก หรือในกรณีผู้ป่วยโรคหัวใจซื้อยา Isordil[®] จากร้านยามารับประทานเองวันละเม็ด เวลาไม่แน่นอน

จากการสืบหาลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ พบข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี

1. สามารถซักถามในรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีใช้ยาแต่ละตัว และข้อมูลการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง รวมทั้งยาแผนโบราณ
2. รับทราบถึงปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย
3. สามารถดัดแปลงคำถามได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถาม

ข้อเสีย

1. ในกรณีผู้ป่วยมีอายุมาก ความจำไม่ค่อยดี ตามองเห็นไม่ชัด หูฟังไม่ชัด อาจตอบคำถามไม่ครบถ้วน ได้แก้ไขโดยการซักถามญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการ
2. ผู้ป่วยอาจตอบไม่ตรงกับความจริง แก้ไขโดยตรวจสอบจากประวัติการรักษาที่มีบันทึกในบัตรตรวจโรคของผู้ป่วย และเนื่องจากขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยนั้นถ้าพบปัญหาเรื่องการให้ยาจะให้คำแนะนำได้ทันที จึงช่วยสร้างความจริงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้
3. ต้องใช้เวลามากในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาลักษณะของประชากรสาเหตุและปัจจัยในด้านยา จึงต้องใช้เวลาในการถาม ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจคำถามอาจต้องอธิบายหรือถามซ้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีประวัติการรักษาหลายโรค และระยะเวลาที่ป่วยเป็นอยู่นาน รวมทั้งผู้ป่วยบางรายเล่าเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย หรือมีปัญหาขาดความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว
4. เนื่องจากไม่มีห้องเฉพาะที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย การสัมภาษณ์บริเวณเตียงผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเพียงใกล้ชิดสนใจฟัง ดังนั้นถ้าเป็นคำถามในเรื่องความผิดพลาดหรือไม่ปฏิบัติตามสั่งของผู้ป่วยอาจได้คำตอบไม่ตรงความจริง

ตารางที่ 27 เหตุผลหรือปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการไม่ใช้ยาตามสั่ง

เหตุผลหรือปัจจัยสำคัญ	จำนวนครั้งที่พบ (%)
ปัญหาเรื่องการเดินทาง	22 (9.69)
ความไม่สะดวกในเรื่องเวลา	8 (3.52)
อาศัยคนเดียว	4 (1.76)
ลืม	8 (3.52)
การเกิดอาการข้างเคียงของยา	36 (15.86)
ค่ายาแพง	10 (4.41)
ความรู้สึกลัวว่ายาไม่ช่วยหรือรับประทานแล้วไม่ดีขึ้น	16 (7.05)
มีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยานี้ระยะนาน	79 (34.80)
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องยาและการรักษาไม่เพียงพอ	44 (19.38)
รวม	227 (100)

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย สามารถให้เหตุผลได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเรื่องเหตุผลหรือปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด DRH ในผู้ป่วยนั้นพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีเหตุผลหลายประการร่วมกัน ดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวข้องกับการเดินทาง ตัวอย่างเช่น

1.1 ปัญหากรณีผู้ป่วยย้ายที่ทำงาน ซึ่งจากเดิมผู้ป่วยเคยรับการรักษาโรคเบาหวานอยู่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แต่พอผู้ป่วยย้ายงานเมื่อยามดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่อง โดยให้เหตุผลว่าระยะทางไกล

1.2 ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจ มีปัญหาเนื่องจากสายตามองไม่ชัด และมีปัญหาทางครอบครัว ดังนั้นจึงไม่มีคนพามาโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยบอกว่าครั้งก่อน ๆ ผู้ป่วยมารับยาได้เพราะอาศัยคนข้างบ้านที่จะมาหมอโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจึงกินยาไม่สม่ำเสมอ

1.3 ผู้ป่วยเป็นโรคเก๊าท์ และสูงอายุ ญาติไม่มีเวลาพามารับยาที่โรงพยาบาลร่วมกับจากการสอบถาม พบว่าผู้ป่วยไม่ได้คุมอาหารที่เกี่ยวกับโรคเก๊าท์ เช่น ผู้ป่วยยังคงกินยอดผักอ่อน ยอดตำลึง ยอดฟักทอง เพราะหาง่าย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงส่งเสริมให้อาการของโรคกำเริบขึ้น

1.4 ผู้ป่วยบางรายมารับยาไม่ได้ เพราะไม่มีรถมา ดังนั้นจึงต้องอาศัยญาติพามาเท่านั้น และถ้าอาการของโรคไม่กำเริบขึ้นผู้ป่วยก็อาจจะขาดยาต่อไป

1.5 ผู้ป่วยบางรายที่ปกติมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป แต่เพราะเดินทางมาลำบากมาก และระยะทางไกล ผู้ป่วยจึงนำยาตัวอย่างไปรับที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยขาดยาบางรายการไป แต่ผู้ป่วยกินยายังไม่หมดก็จะต้องกลับมารับยาที่เดิม เพราะยาที่ได้รับไม่เพียงพอในการควบคุมอาการของโรค

1.6 ผู้ป่วยบางราย เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเงินค่ารถมาโรงพยาบาล ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยทราบว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงขอแบ่งปันยาบางส่วนจากญาติพี่น้องที่เป็นโรคเดียวกัน จึงได้รับยาเฉพาะบางมื้อ บางวัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ

จะสังเกตว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวข้องกับการเดินทาง โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่ายา เพราะผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีบัตรสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลแล้ว

2. ปัญหาเรื่องความไม่สะดวกในเรื่องเวลา ตัวอย่าง

2.1 ผู้ป่วยมีอาชีพที่ไม่สะดวกในการมารับยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ทำงานเป็นยาม, อาชีพประมง และอาชีพรับจ้างขับรถ

2.2 ผู้ป่วยมีฐานะส่วนตัว เช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเป็นโรคหอบหืด มียารับประทานอยู่แล้วแต่ไม่ได้รับประทาน เพราะต้องจัดเตรียมงานศพของสามี หรือในบางรายผู้ป่วยมีภาระต้องเลี้ยงดูหลาน

2.3 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรหลายคนจึงเปลี่ยนที่อยู่บ่อย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากหลายแห่ง และผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมนำตัวอย่างยาที่เคยได้รับจากโรงพยาบาลไปซื้อจากร้านขายยา ดังนั้นขนาดยาที่ได้รับจึงผิดพลาดและไม่พอเพียงในการควบคุมอาการของโรค

3. ปัญหาการลืม

โดยมากผู้ป่วยจะลืมรับประทานยา ภายหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาระยะหนึ่งจนอาการของโรคทุเลาแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสนใจที่จะรับประทานยาต่อ

4. ปัญหาการเกิดอาการข้างเคียงของยา ตัวอย่างเช่น

4.1 ผู้ป่วยเป็น Hyperthyroid ปกติจะได้รับประทานยา propylthiouracil และ inderal[®] เพื่อลดอาการใจสั่น แต่ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วรู้สึกว่ายาก ดังนั้นผู้ป่วยจึงจะรับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการใจสั่นเท่านั้น ดังนั้นการรักษาจึงไม่พอเพียง

4.2 ผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืด ได้รับยาจากโรงพยาบาลไปรับประทานแล้วพบว่าเกิดอาการข้างเคียงคือ มีอาการใจสั่นจึงหยุดยา ต่อมาภายหลังอาการโรคกำเริบอีก ผู้ป่วยจึงเปลี่ยนไปปรึกษาแห่งอื่นดังนั้นจึงเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรักษากับหลายที่ เปรียบเสมือนกับผู้ป่วยต้องเริ่มต้นการรักษาใหม่ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

4.3 ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาโดยการฉีดยาทุกวันมานาน จนผู้ป่วยเริ่มเกิดความเบื่อ คือไม่ต้องการฉีดยา จึงหยุดฉีดยา ดังนั้นในระยะเวลาไม่ถึง 1 เดือนอาการของโรคจึงกำเริบขึ้น และผู้ป่วยโรคเบาหวานอีกรายได้รับยารับประทาน แต่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แพทย์ที่รักษาจึงแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมารักษาโดยวิธีฉีดยา แต่ผู้ป่วยไม่ต้องการฉีดยาจึงไปซื้อยาเบาหวานรับประทานเองจากร้านขายยา โดยรับประทานบ้าง หยุดบ้าง จนผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

5. ปัญหาค่ายาแพง ตัวอย่าง

5.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจ เคยไปรับการรักษาจากคลินิก และโรงพยาบาลหลายแห่ง ถ้ายาที่ได้รับจากแหล่งไหนดี ผู้ป่วยจะประหยัดค่ายาที่แพง โดยนำยาตัวอย่างไปหาซื้อเองจากร้านยา ประกอบกับอาชีพของผู้ป่วยต้องเดินทางบ่อย ก่อนหน้าที่จะมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมียาที่รับประทานอยู่ประจำคือ Isordil[®] 10 mg โดยผู้ป่วยจะรับประทานยาวันละเม็ด เวลาไม่แน่นอน ดังนั้นผู้ป่วยจึงขาดการรักษาต่อเนื่อง และขาดการดูแลจากแพทย์

5.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ปกติได้รับประทานยาจากคลินิก โดยแพทย์สั่งให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาเช้า-กลางวัน-เย็น แต่ผู้ป่วยบอกว่ายาแพงจึงไม่รับประทานมื่อกลางวัน เมื่อยาหมดจึงกลับไปรับยาต่อโดยผู้ป่วยไม่ได้บอกแพทย์ หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะไปรับยาเฉพาะเวลามีอาการกำเริบเท่านั้น เพราะผู้ป่วยต้องการประหยัดเงิน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายแก้ปัญหาค่ายาแพง โดยการเปลี่ยนไปรับประทานยาแผนโบราณ เช่น ยาต้ม จะสังเกตว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาค่ายาแพงนี้รับการรักษาจากคลินิกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะไม่สะดวกที่จะมารับบริการจากโรงพยาบาล เช่น ต้องเสียเวลารอนาน ไม่พอใจในบริการ เป็นต้น

6. ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายาไม่ช่วย หรือรับประทานแล้วอาการไม่ดีขึ้น ตัวอย่าง

6.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ปกติได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ แพทย์นัดให้ไปรับยาต่อแต่ครบกำหนดแล้วผู้ป่วยไม่ไป เพราะรู้สึกว่ายานี้ไม่ช่วยให้ดีขึ้น และรักษามานานแล้วไม่หาย จึงพลาดนัดประมาณ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบวมตามแขนขา โดยที่ผู้ป่วยไม่คิดว่าอาการที่เกิดจะเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ

6.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปกติรับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล แต่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง ดังนั้นผู้ป่วยจึงหยุดยาแล้วเปลี่ยนไปรับประทานยาแผนโบราณ ประมาณ 1 เดือน ต่อมาต้องกลับมาพักรักษาในโรงพยาบาลเพราะภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยโรคหอบหืดที่รับประทานยาเม็ดและยาพ่น แล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงเปลี่ยนไปรับประทานยาลูกกลอน

7. ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องระยะนาน

โดยมากผู้ป่วยเหล่านี้จะใช้ยาเฉพาะในช่วงระยะเวลาสั้นเฉพาะที่อาการของโรคกำเริบเท่านั้น ซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติ เช่น ผู้ป่วยไม่รับประทานยาทุกวัน โดยจะรับประทานเฉพาะเวลามีอาการ ซึ่งยานั้นอาจได้รับจากคลินิกแพทย์ หรือซื้อจากร้านขายยา เช่น ยารักษาโรคหอบหืด หรือ ยารักษาโรคหัวใจ ทั้ง ๆ ที่แพทย์ได้แนะนำให้ผู้ป่วยมารับอย่างต่อเนื่อง ถ้าในช่วงขาดยาอาการกำเริบเล็กน้อยพอทนได้ก็จะไม่มาโรงพยาบาล จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบหนัก หรือเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ป่วยว่าโรคหายแล้ว

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งเข้าใจผิดคิดว่าโรคหายแล้ว โดยสังเกตจากอาการสั่นของผู้ป่วยน้อยลงจนถึงไม่มี เมื่อผู้ป่วยขาดยาประมาณ 1 เดือน อาการของโรคกำเริบขึ้นอีก จึงต้องกลับมารักษาต่อ

8. ปัญหาผู้ป่วยได้รับคำแนะนำความรู้ในเรื่องยาและการรักษาไม่เพียงพอ ตัวอย่าง

8.1 ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังไม่มีความรู้เรื่องการรักษาโรคบางโรค เช่น โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจรับการรักษารั้งแรกที่คลินิกและได้ผลดี ต่อมาเกิดอาการกำเริบอีกจึงเข้าใจว่ายาไม่ดี เป็นเหตุให้ผู้ป่วยหาแพทย์หลายท่าน

8.2 ผู้ป่วยบางรายไม่มีความรู้ในเรื่องข้อควรระวัง หรืออาการข้างเคียงของยาที่จะใช้ เช่น ผู้ป่วยที่นิยมซื้อยาชุดแก้ปวดเมื่อย ไม่รับประทานหลังอาหารทันที เพราะไม่ทราบว่ายานั้นมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ซึ่งพบมากจากผู้ป่วยที่ซื้อเองจากร้านยา แทนที่จะมาพบแพทย์เพราะจะเสียเวลาทำงาน

8.3 ผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจเคยรับการรักษาทั้งจากโรงพยาบาลและคลินิก ให้เหตุผลว่าไม่อยากจะรับประทานยามาก เพราะกลัวว่ายาจะสะสมในร่างกาย

2. ผู้ป่วยโรคหอบหืด ให้เหตุผลว่าไม่อยากรับประทานยามาก เพราะกลัวเป็นอันตรายต่อร่างกาย ดังนั้นจากขนาดยาที่แพทย์สั่งวันละ 4 เวลา ผู้ป่วยจึงรับประทานเพียงวันละ 1 เวลา (ก่อนนอน) ทั้งที่แพทย์ได้บอกผู้ป่วยแล้วว่า ต้องกินยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยยังซื้อยาพ้นจากร้านยา โดยที่ผู้ป่วยใช้ยาพ้นไม่ถูกวิธี

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้เหตุผลของการหยุดยาว่าผู้ป่วยกลัวติดเชื้อ โดยทราบข้อมูลจากคำบอกของเพื่อนบ้าน ดังนั้นจึงลองหยุดยา

8.4 ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในเรื่องสรรพคุณของยา, การใช้ยา เช่น

1. ผู้ป่วยโรคหอบหืด ได้รับยาจากโรงพยาบาล แต่ไม่ทราบว่ายาแต่ละตัวที่ได้รับมีสรรพคุณทางการรักษาอย่างไร ดังนั้นผู้ป่วยจึงเลือกรับประทานเฉพาะยาแก้หอบที่ผู้ป่วยรู้จักเก็บไว้ใช้เมื่อเวลามีอาการ ส่วนยาอื่นที่ผู้ป่วยไม่รู้จักจะไม่รับประทาน เช่น prednisolone, brianyl ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่องและไม่เพียงพอ

2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบการหายใจ มาโรงพยาบาลครั้งก่อนได้รับยาปฏิชีวนะกลับไปรับประทานที่บ้าน แต่ผู้ป่วยรับประทานขนาดยาน้อยกว่าที่สั่งคือ วันละหนึ่งครั้งเท่านั้น ดังนั้นครั้งนี้ผู้ป่วยจึงกลับมาโรงพยาบาลด้วยอาการเช่นเดียวกับครั้งก่อน

3. ผู้ป่วยไม่มีความรู้ที่สามารถรับประทานยาเบาหวานร่วมกับยาความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาทั้ง 2 โรคจาก 2 แหล่ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับประทานยารักษาโรคทั้ง 2 สลับกันภายใน 1 วัน เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาไม่ต่อเนื่อง และไม่เพียงพอต่อการรักษาโรค

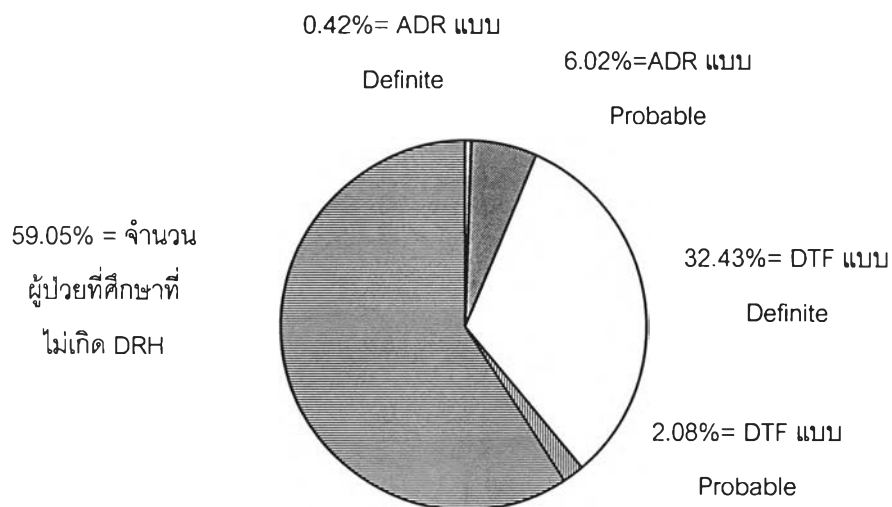
นอกจากเหตุผลทั้ง 8 ประการแล้ว พบว่าผู้ป่วยบางรายขาดยาหรือหยุดยาแผนปัจจุบันที่เคยได้รับ เพราะความไม่พอใจต่อการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลนั้น จึงเปลี่ยนมาใช้ยาแผนโบราณ

ตอนที่ 4

การประเมินประเภทของการเกิด DRH ที่พบโดยแบ่งเป็น ADR และ DTF
และการประเมินความมีนัยสำคัญของอาการผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 28 ผลการประเมินประเภทของการเกิด DRH ที่พบ

ประเภท	Definite ราย (%)	Probable ราย (%)	รวม (ราย)	% ของผู้ป่วยที่ ทำการศึกษาทั้งหมด
ADR	2 (0.42)	29 (6.02)	31	6.44
DTF	156 (32.43)	10 (2.08)	166	34.51
รวม	158 (32.85)	39 (8.10)	197	40.95

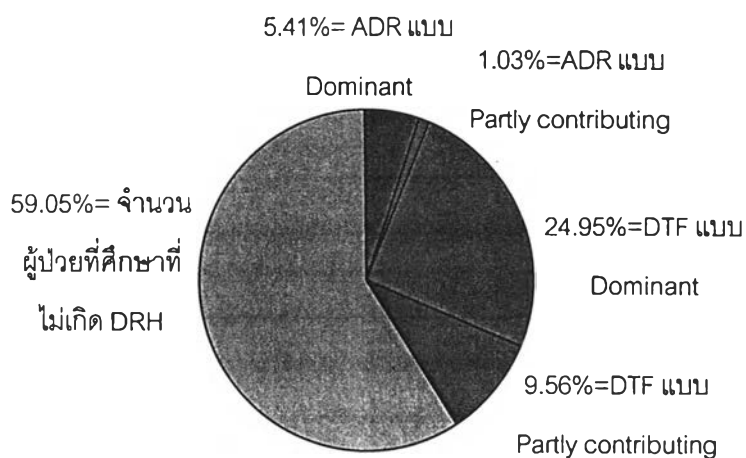


ภาพที่ 24 ร้อยละของประเภทของการเกิด DRH ที่พบ

จากการใช้เกณฑ์ประเมินการเกิด DRH ในผู้ป่วยทุกรายที่ทำการศึกษา (481 ราย) พบผู้ป่วยที่เกิด DRH เท่ากับ 197 ราย (40.95%) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท 1. เกิด DTF แบบ definite 156 ราย (32.43%) แบบ probable 10 ราย (2.08%) และ 2. เกิด ADR แบบ definite 2 ราย (0.42%) แบบ probable 29 ราย (6.02%) จากผลการศึกษาจะเห็นว่า DRH ที่เกิดขึ้นประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด เป็นประเภท DTF มากกว่า ADR

ตารางที่ 29 การประเมิน “ความมีนัยสำคัญของอาการ” ของผู้ป่วยที่เกิด DRH

ประเภท	Dominant ราย (%)	Partly contributing ราย (%)	รวม (ราย)
ADR	26 (5.41)	5 (1.03)	31
DTF	120 (24.95)	46 (9.56)	166
รวม	146 (30.36)	51 (10.59)	197



ภาพที่ 25 ร้อยละของความมีนัยสำคัญของอาการของผู้ป่วยที่เกิด DRH

จากการใช้เกณฑ์ประเมิน ความมีนัยสำคัญของอาการของผู้ป่วยที่เกิด DRH พบว่าเป็นประเภท Dominant 30.36% (โดยแบ่งเป็น ADR 5.41%, DTF 24.95%) และประเภท Partly contributing 10.59% (โดยแบ่งเป็น ADR 1.03%, DTF 9.56%) แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เกิด DRH นั้น มีกลุ่มผู้ป่วยที่แสดงอาการสัมพันธ์กับขาเป็นเหตุผลสำคัญ (หลัก) ของการเข้าพักรักษาในครั้งนี้อย่างน้อยประมาณ 3 เท่า ของกลุ่มผู้ป่วยที่อาจแสดงอาการสัมพันธ์กับขาร่วมกับปัจจัยอื่นที่ทำให้ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 30 กลุ่มอาการและสาเหตุของการเกิด ADR ที่พบในการศึกษา

ระบบที่เกี่ยวข้อง	ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุ	อาการของผู้ป่วยที่แสดง
Gastrointestinal bleeding	ยาทัมใจ [®]	อาเจียนเป็นเลือดครึ่งกระป๋องนม 3 ครั้ง ตอนเช้ามีถ่ายดำ
	ยาแก้ปวดบูรา [®]	1 วันก่อนมาถ่ายดำ วันนี้อาเจียน เป็นลิ่มเลือด
	ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	3 วันก่อนปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และ 1 วันก่อนปวดท้อง ถ่ายดำ 3-4 ครั้ง อ่อนเพลียมึนศีรษะมึดหน้า
	ยาแก้ปวดข้อ (จากอนามัย) และยาชุดแก้ปวด	อาเจียนเป็นเลือด 1 กระโถน
	ยาแก้ปวด (จากคลินิก)	ถ่ายดำ 3 ครั้ง เข้านี้เป็นลม ตัวเย็น
	ยาลูกกลอนแก้ปวดเมื่อย	เวียนศีรษะ หน้ามืด อ่อนเพลีย ถ่าย ดำ เป็นลม
	ยา Brufen [®] (400) 1x2 (รักษาอาการไข้จากหวัด ได้จากร้านขายยา)	เป็นลมอาเจียนเป็นน้ำสีด้า คลื่นไส้ 2 ชม.ก่อนมา
	ยา Voltaren [®] 1x3 ยา Indocid [®] (จากอนามัย)	ปวดเสบท้อง ถ่ายดำ อาเจียนถ่ายดำ เป็นลม ซีด เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย
	ยาแก้ปวดข้อ	ถ่ายดำหลายครั้ง อ่อนเพลีย 1 วัน ก่อนมา
	ยาทัมใจ [®]	ซีด อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย เป็นลม ใจสั่น 3 วันก่อนมา บางวันมีอาการมึดหน้า ไม่มีแรง
ยาแก้ปวดหลัง (จากร้านยา)	ปวดเสบท้อง 2 วัน ก่อนมาเริ่ม ถ่ายดำ เวียนศีรษะหน้ามืด	

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ระบบที่เกี่ยวข้อง	ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุ	อาการของผู้ป่วยที่แสดง
Gastritis	ยาชุดแก้ยก (จากร้านยา)	ปวดหัว แน่นหน้าอก ปวดท้อง ถ่ายดำ ประมาณ 3 วัน
Gastrointestinal tract	ยา NSAID จากโรงพยาบาล และยาชุดแก้ยก	ปวดมวนท้อง, เวียนศีรษะ
Acute diarrhea	ยา Allopurinol 2x1	มีคื่น้ำ มวนท้อง คล้ายเป็นลม 9 ชม. ก่อนมา และหายใจเหนื่อย หอบ เป็น ๆ หาย ๆ
Gastrointestinal tract	ยา Colchicine (0.6) 1x1 (ได้จากคนรู้จักนำมาให้)	ถ่ายอุจจาระหลายครั้ง ปวดท้อง และอ่อนเพลีย
Skin : urticaria	ยา Cephalexin (500) 1x4	คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยใจสั้น นอนไม่ได้เลย
TEN	ยา amoxycillin จากอนามัย (3 ราย)	จุกแน่นหน้าอก มีผื่นคันขึ้นตาม ร่างกาย
Hypoglycemia	ยา Allopurinol	ผื่นขึ้นตามร่างกาย นาน 3 วัน ผื่น มากขึ้นเรื่อย ๆ
	ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	ผื่นแดงเป็นปื้นตามร่างกาย
	ยา Dilantin [®] (100) 1x3 (2 ราย)	ผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย เช่น ริมฝีปาก แก้ม
	ยา Bactrim [®] 2x2	ผื่นแดงตามหน้า-ร่างกาย
	ยา Diabinese [®] 1x2 และ Metformin 1x2	มีคื่น้ำ ใจสั้น เป็นลม อ่อนเพลีย
	ยาเบาหวานแบบฉีด	อาการคล้ายข้างต้น
	ยา Daonil [®] 2x2 และ Metformin 1x2	อาการคล้ายข้างต้น
	ยา Daonil [®] 1x1	อาการคล้ายข้างต้น
	ยา Daonil [®] 1x1 และ Metformin 1x1	อาการคล้ายข้างต้น

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ระบบที่เกี่ยวข้อง	ยาที่คาดว่าจะสาเหตุ	อาการของผู้ป่วยที่แสดง
อื่น ๆ เช่น	ยา Daonil [®] 1½ x 2	อาการคล้ายข้างต้น
Hypokalemia	ยา Natrilix [®] (จากร้านขายยา)	ปวดหัวอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน
Edema	ยาถูกกลอนแก้ปวดเมื่อยขา (Steroid)	บวมบริเวณหน้า แขนขา 2 ข้าง เริ่มเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก
Headache, Hypotension, Worsening angina chest pain	ยา Adalat [®] (10) 1x2 ร่วมกับ Atenolol 1x1	ปวดหัวมาก ใจสั่น จะเป็นลม

จากข้อมูลการเกิด ADR ที่พบ แสดงว่าเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร เป็นส่วนมาก โดยมีสาเหตุจากยากลุ่มแก้ปวดเมื่อย ปวดข้อ ซึ่งได้จากทั้งร้านขายยา, โรงพยาบาล และอนาเมย์ ทั้งจากการสั่งยาของแพทย์หรือผู้ป่วยซื้อยาเอง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยากลุ่มนี้ไม่พอเพียง และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยสามารถหาซื้อยาได้ง่าย

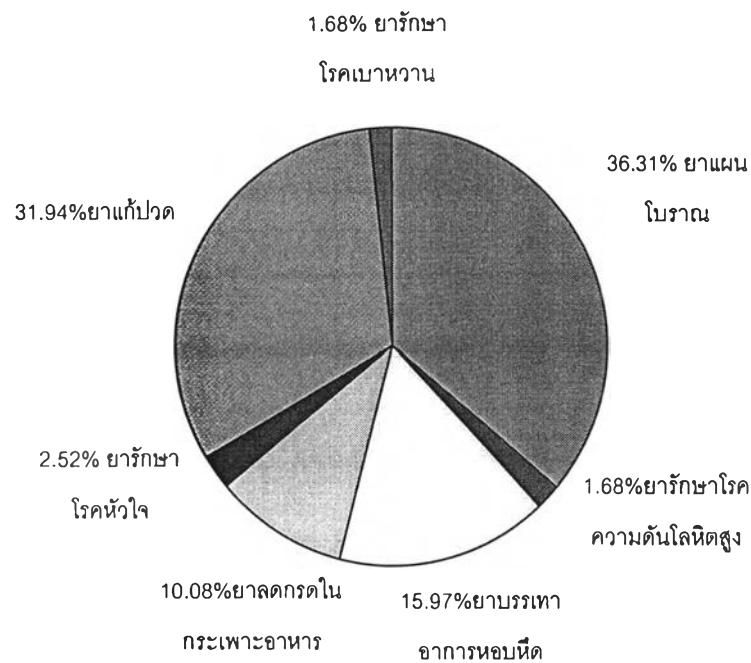
ในส่วนที่เกี่ยวกับภาวะ Hypoglycemia น่าจะเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในเรื่องอาการข้างเคียงของยาไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ระวังหรือไม่ทราบวิธีแก้ไขในเบื้องต้น

นอกจากนี้ ADR ที่พบยังเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยา จึงขาดความระมัดระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากไม่ได้อยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 31 ข้อมูลการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

ข้อมูลการใช้ยา	กลุ่มผู้ป่วย		รวม (%)
	ไม่เกิด DRH จำนวนครั้ง (%)	เกิด DRH จำนวนครั้ง (%)	
ยาแก้ปวด	15 (12.61)	23 (19.33)	31.94
ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร	6 (5.04)	6 (5.04)	10.08
ยาบรรเทาอาการหอบหืด	3 (2.52)	16 (13.45)	15.97
ยาแผนโบราณ หรือสมุนไพร	13 (10.92)	30 (25.21)	36.31
การรักษาโรคหัวใจ	-	3 (2.52)	2.52
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง	-	2 (1.68)	1.68
การรักษาโรคเบาหวาน	-	2 (1.68)	1.68
รวม ราย (%)	37 (31.09)	82 (68.91)	100

หมายเหตุ ในผู้ป่วย 1 ราย อาจพบว่ามีการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่งมากกว่า 1 รายการ



ภาพที่ 26 ร้อยละของการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (481 ราย) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินตามเกณฑ์แล้วว่าเกิด DRH มีการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เท่ากับ 68.91% ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิด DRH (31.09%) ประมาณ 2 เท่า โดยกลุ่มยาที่พบว่ามีการใช้มากที่สุดคือ ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรอยู่มาก และมีแนวโน้มที่จะเชื่อง่ายขึ้น ถ้าได้รับข้อมูลสนับสนุนจากบุคคลอื่นร่วมด้วย และกลุ่มยาที่พบมีการใช้มากรองลงมาคือ ยาแก้ปวดเมื่อย

ตัวอย่างของการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ดังนี้

1. ยาแก้ปวดเมื่อย เช่น ยาแก้ปวดบรูรา[®], ยาทัมใจ[®], ยาประสาทนอแรด[®], ยาชุดแก้ปวดเมื่อย-
แก้ชอก
2. ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร เช่น Antacil[®], Mag77[®]
3. ยาบรรเทาอาการหอบหืด เช่น Ventolin[®] spray, ventolin[®] tab, bricanyl[®] tab, Franol[®] tab,
Prednisolone[®] tab, Asthmasolon[®] tab
4. ยาแผนโบราณ หรือสมุนไพรเช่น
 - ต้นชะพลู รักษาเบาหวาน
 - ยาต้ม รักษาหอบหืด
 - ยาต้ม รักษาไต
 - ยาลูกกลอน หรือยาผงผสมน้ำผึ้งปั้นลูกกลอน รักษาหอบหืด
 - มะแว้งผล รักษาเบาหวาน
 - ยาต้ม ยาหม้อ รักษาเบาหวาน
 - ยาลูกกลอน แก้ปวดเมื่อย
 - ผักชีล้อม ตำน้าต้ม รักษาความดันโลหิตสูง
 - บอระเพ็ดคองต้มใส่เกลือ รักษาเบาหวาน
 - ใบสักกับเปลือกไทรต้ม รักษาเบาหวาน
 - ยาหอมยาเหลือง บำรุงหัวใจ
 - ใบฟ้าทะลายโจรและใต้ไม่รู้ล้มปั้นลูกกลอน รักษาความดันโลหิตสูง
5. ยารักษาโรคหัวใจ เช่น Isordil[®] tab, Lasix[®] tab
6. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น Ser Ap-Es[®], Natrilix[®] tab
7. ยารักษาโรคเบาหวาน เช่น Daonil[®], Metformin, Diamicron[®] tab

ตอนที่ 5

การหาระยะเวลาเฉลี่ยของการพักรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลา	กลุ่มผู้ป่วย	
	ไม่เกิด DRH	เกิด DRH
ช่วงเวลา (วัน)	1 ถึง 86	1 ถึง 90
ระยะเวลาเฉลี่ย (วัน)*	6.70	6.87

* คือ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การหาค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปของผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิด DRH

ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดของผู้ป่วยทุกรายที่พิจารณาว่าเกิด DRH = 1,351,728 บาท (197 ราย)

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ต่อคน ต่อวัน = 998.77 บาท

ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่คิดเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยให้กับทางโรงพยาบาล ได้แก่ ค่ายา, ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ค่าเอกซเรย์, ค่าตรวจคลื่นหัวใจ, ค่าอาหาร, ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ในการพยาบาล, ค่าให้เลือด เป็นต้น (ตามแบบฟอร์มภาคผนวก ค) โดยไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของโรงพยาบาล (เช่น เงินเดือนเจ้าหน้าที่) และผู้ป่วย (เช่น ค่าเสียเวลาการทำงาน เป็นต้น)

II. การอภิปรายผล

เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการเกิด DRH ดังนั้นข้อมูลที่ได้ นั้นจึงเป็นข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุเนื่องมาจากยา ทั้งนี้ เพราะการตรวจสอบสาเหตุของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลนั้น ไม่ได้ใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัย ของแพทย์ และจากการทำการสัมภาษณ์ขั้นต้น (pretest) ในช่วงเวลา 1 เดือน (จำนวนผู้ป่วย 69 ราย ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2539) เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้เกิดความถูกต้อง ของการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ (ดังภาคผนวก ก) ตัวอย่างเช่น รายละเอียดที่ เกี่ยวข้องกับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย, ผลที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังจากการใช้ยาหรือความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อผลการรักษา, การเปลี่ยนแปลงสถานที่ที่ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษา และเหตุผลของการ เปลี่ยนแปลงสถานที่ที่รักษา รวมทั้งการปรับปรุงวิธีการสัมภาษณ์ เช่น การเลือกใช้วิธีการหรือ คำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของคำถามมากที่สุด และ การพยายามสร้างความเป็นส่วนตัว ความเป็นกันเอง หรือความใกล้ชิดกับผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เป็นต้น ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้ว่าผลการวิจัย ครั้งนี้น่าจะถูกต้อง

1. อุบัติการณ์ของการเกิด DRH : จากผลการวิจัยพบอุบัติการณ์อยู่ในช่วงของการ รายงานการศึกษาที่มีมาก่อนแล้ว (คือ 2.9%-28.2%) โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบอุบัติการณ์เท่ากับ 6.96% ซึ่งอาจอธิบายสาเหตุที่พบน้อยกว่าอาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก

1.1 เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินการเกิด DRH แตกต่างกัน, ความหมายของคำจำกัด ความที่แตกต่างกัน เช่น การวิจัยครั้งนี้จะไม่นับรวมถึงการรับประทานยามากเกินขนาดโดยตั้งใจ และการใช้ยาในทางที่ผิด ซึ่งแตกต่างจากผลการรายงานก่อนหน้านี้ซึ่งส่วนมากกล่าวไว้ สาเหตุสำคัญ ของการเกิด DRH คือ การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ของยา, การรับประทานยามากเกินขนาดโดย ตั้งใจ และการใช้ยาในทางที่ผิด (6)

1.2 ความแตกต่างของขนาดของโรงพยาบาล, กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา เพราะการวิจัยนี้ ทำในโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 365 เตียง และทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมซึ่งมี

จำนวนเตียงของหอผู้ป่วยอายุรกรรม เท่ากับ 44 เตียง เท่านั้น ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยจึงน้อยร่วมกับระยะเวลาที่ทำวิจัยเพียง 7 เดือน เท่านั้น

1.3 กรณีที่ผู้ป่วยมีความรู้หรือความเข้าใจต่อแผนการรักษา หรือยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นอย่างดีพอสมควร ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด DRH น้อยลง รวมทั้งอาจเกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือนโยบายของโรงพยาบาล และหน่วยงานทางสาธารณสุขอื่นในการให้ความรู้ในเรื่องการรักษาและยาที่พอเพียง เช่น โปรแกรมการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, โปรแกรมการเขียนเขียนผู้ป่วยตามบ้านเพื่อติดตามผลการรักษา ก็จะส่งผลให้พบผู้ป่วยที่เกิด DRH น้อยลงเช่นกัน

2. เพศ : จากผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงเกิด DRH มากกว่าเพศชาย แต่ไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้นี้ก็คล้ายกับรายงานการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า โดยไม่มีการศึกษาเหตุผลว่าทำไมจึงพบ DRH ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

3. อายุ : จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะพบ DRH มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุอื่น ๆ ซึ่งผลที่ได้นี้ก็คล้ายกับรายงานการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า ซึ่งอาจอธิบายสาเหตุได้ว่าเนื่องมาจาก

3.1 ผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีมักเป็นกลุ่มที่มีโรคเจ็บป่วยหลายอย่างและเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาจำนวนมากจนรวมกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีโอกาสมากขึ้นที่จะพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง หรือปัญหาการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ของยา และเป็นสาเหตุให้เกิด DRH

3.2 อาการอันไม่พึงประสงค์ของยาบางรายการจะพบได้บ่อยมากขึ้น ถ้าใช้ในผู้สูงอายุ เช่น การเกิดอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการใช้ยารักษาเบาหวาน

3.3 ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยา เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการดูดซึมยา, การกระจายยา, กระบวนการเมตาบอลิซึม และกระบวนการขับยาออกจากร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น ตับ, ไต

3.4 ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีการสูญเสียความสามารถในการจดจำ และการรับฟัง ดังนั้นจึงอาจเป็นปัจจัยเสริมในการปฏิบัติตนหรือการรับประทานยา เกิดความผิดพลาดจากการใช้ยาได้ง่าย

แต่ทั้งนี้ไม่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. สถานภาพสมรส : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นกลุ่มสมรสแล้ว และไม่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH ซึ่งผลนี้คล้ายกับรายงานก่อนหน้านี้เป็นส่วนมาก ยกเว้นมีเพียงรายงานเดียวที่กล่าวว่าการหย่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH

5. อาชีพ : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากไม่มีอาชีพ (ทำงานบ้าน) และไม่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH ซึ่งผลนี้คล้ายกับรายงานก่อนหน้านี้

6. ระดับการศึกษา : จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากจบประถมศึกษา แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่สามารถอ่านหนังสือได้ และระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH แต่อย่างใด

7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH เพราะว่าคาดว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ดี สามารถใช้จ่ายตามสั่งได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่ามีผู้ป่วยเพียงบางรายเท่านั้นที่อ้างเหตุผลของการไม่ใช้จ่ายตามสั่งว่าค่ายาแพง

8. ระยะเวลาของการเป็นโรค : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคช่วง 1-5 ปี และถ้าแบ่งแยกตามแต่ละโรค เช่น โรคระบบการหายใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคระบบหัวใจ, เบาหวาน เป็นต้น จะพบว่าเกิด DRH มากในช่วงระยะเวลา 1-5 ปีเช่นกัน แสดงว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะเวลา 1-5 ปี จะมีโอกาสมากขึ้นที่จะเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุเนื่องมาจากยา ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากผู้ป่วยยังมีความสับสนในแนวทางการรักษาและการใช้ยา และจากการหาความสัมพันธ์ไม่พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหากผู้ป่วยมีระยะเวลาของการเป็นโรคนานก็จะเกิด DRH น้อยลง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเพราะการที่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคนาน เคยมีประสบการณ์ใช้

ยามาก่อน จึงอาจทราบผลเสียที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยขาดยามาบ้างพอสมควรหรือ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาบ่อยครั้งหรือเนื่องจากผู้ป่วยแสวงหาความรู้เรื่องยาและโรคด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

9. ความจำได้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษาหรือยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน : จากผลการวิจัยพบว่าคล้ายกับการรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำได้เลยจะพบ DRH มากกว่าผู้ป่วยที่สามารถจำได้หมด โดยผู้ป่วยที่สามารถจำได้เพียงบางส่วนจะพบ DRH มากที่สุด และจะพบ DRH มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำได้เลย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้หรือความจำได้เพียงเล็กน้อยจะแสวงหาความรู้หรือความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำได้เลย แต่จากการหาความสัมพันธ์ไม่พบว่าความจำได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่จำได้มากจะเกิด DRH น้อย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่จำได้มากจะรับประทานยาอย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตามสั่งได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าผู้ที่จำไม่ได้แน่นอน พร้อมทั้งอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถจำได้ของผู้ป่วยในคำแนะนำที่ได้รับในเรื่องยาด้วย ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยจึงควรที่จะทบทวนหรือตรวจสอบความเข้าใจ/ความจำได้ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นทุกครั้ง เพราะว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการเขียนฉลากเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ

10. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำ : จากผลการวิจัยพบว่าคล้ายกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้คือ ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นประจำกับแพทย์จำนวนมาก ยังจะพบการเกิด DRH มากขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากผู้ป่วยเกิดความสับสนเพราะอาจได้รับยาจำนวนหลายขนานร่วมกัน หรือยาอาจเกิดปฏิกิริยาต่อกัน หรือในกรณีด้วยซ้ำกันก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดมากเกินไป ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยาได้ แต่ถึงกระนั้นเราควรที่จะพิจารณาสาเหตุของการรักษากับแพทย์จำนวนมากของผู้ป่วยแต่ละราย และแก้ไข ซึ่งสาเหตุของการรักษากับแพทย์จำนวนมาก เช่น การไม่พอใจต่อผลการรักษาที่เคยได้รับ, การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยบ่อย ๆ, การไม่มีความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพของยาที่ได้รับ ดังนั้นอาจเข้าใจผิดคิดว่ายาไม่ได้ผล หรือการเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ของยาจึงหยุดรับประทานยา เป็นต้น

11. จำนวนแห่งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา : จากผลการวิจัยพบว่า ถ้าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลจำนวนหลายแห่งจะพบเกิด DRH มากขึ้น โดยพบว่าปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยอาจเกิดความ

ลับสนเพราะผู้ป่วยอาจได้รับยาจากหลายสถานพยาบาล ดังนั้นจึงมียาจำนวนมาก ซึ่งทำให้ความสามารถใช้ยาตามสั่งลดลง หรือผู้ป่วยอาจได้รับยามากเกินความจำเป็น ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมมารับการรักษาจากหลายสถานพยาบาลร่วมกัน

12. ประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้ : จากการวิจัยพบว่าประวัติการเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เคยรับการรักษา ณ โรงพยาบาลนี้มาก่อนหน้านี้แล้ว (คือไม่ใช่เพิ่งมาครั้งแรก) จะเกิด DRH มาก ซึ่งอาจเกิดจากตัวผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามสั่ง หรือกระบวนการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ หรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาการเป็นโรค, แนวทางการรักษาที่เคยได้รับไม่เหมาะสม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังสามารถหาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นต่อการเกิด DRH อีก เช่น จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น, จำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์สั่ง แต่การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลดังกล่าว เหตุผลเพราะว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาจไม่ถูกต้องเพราะผู้ป่วยอาจไม่ทราบชื่อของโรค และจำนวนของโรคที่เป็น หรือเพราะแพทย์ไม่ได้บอกให้ทราบทุกโรค หรือผู้ป่วยจำชื่อโรคไม่ได้ ส่วนข้อมูลจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์สั่ง อาจไม่ถูกต้องเพราะผู้ป่วยบางรายรับการรักษาจากแพทย์หลายท่าน หรือผู้ป่วยจำไม่ได้หรือจำได้ไม่แน่นอน

13. โรคของผู้ป่วยและกลุ่มอาการที่พบ : จากผลการวิจัยพบว่าคล้ายกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ คือ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคระบบหัวใจ, โรคระบบการหายใจ, โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และควรต้องระวังหรือติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งอย่างแท้จริง มิใช่เพียงใช้เฉพาะเวลาที่อาการของโรคกำเริบ สำหรับกลุ่มอาการที่พบของอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่พบมาก เช่น ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ เกิดจากการใช้ยากลุ่มต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และ/หรือร่วมกับผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารด้วย โดยอาจเกิดจากการขาดความรู้และข้อควรระวังในการใช้ยา, การใช้ยาลับเพราะหาซื้อได้ง่ายจากร้านขายยาทั่วไป

14. ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย : จากผลการวิจัย ลักษณะที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง จากการสัมภาษณ์จะพบว่าผู้ป่วยใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่งมากเช่นกัน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมักขาดความรู้เรื่องความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง, การไม่พอใจในผลการรักษาจึงเปลี่ยนไปใช้ยาแผนโบราณ, การที่ผู้ป่วยสามารถหาซื้อยาบางรายการจากร้านยาได้ และจะใช้เฉพาะเวลาอาการกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะขาดการติดตามผลการใช้ยา/ผลการรักษาจากแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ฉะนั้นบางครั้งจะพบว่าอาการของโรคของผู้ป่วยแย่ลง จนต้องใช้วิธีการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

15. จำนวนวันเฉลี่ยของการอยู่โรงพยาบาล : จากผลการวิจัยคล้ายกับรายงานก่อนหน้านี้ คือ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเกิด และไม่เกิด DRH

16. เนื่องจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินการเกิด DRH พร้อมกับการรับทราบอาการของผู้ป่วยและทราบแนวทางการรักษาของผู้ป่วย แต่กระนั้นก็ตามก็ยังจัดเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ดังนั้นถ้าต้องการข้อมูลหรือผลการประเมินขณะแรกเริ่มของการเข้าพักรักษาตัวของผู้ป่วย จึงอาจใช้การประเมินจากผลการวินิจฉัยของแพทย์เมื่อแรกรับผู้ป่วยในเวลานั้นทันที

III. ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากข้อมูลที่ทำกรวิจัยทำครั้งนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่วิจัยและเวลาที่ทำการวิจัย ดังนั้นถ้าผู้อื่นที่สนใจจะทำกรวิจัยนี้อาจได้ผลการวิจัยที่แตกต่างกันตามแต่เกณฑ์ที่ใช้ประเมินการเกิดปัญหาต่างกัน, ขนาดของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน, ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาต่างกัน, ความละเอียดในการซักถามประวัติของการรักษา, รวมทั้งคำจำกัดความที่ให้ต่างกัน เป็นต้น

2. ในขณะที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับข้อมูลในเรื่องประวัติการรักษา, ประวัติการใช้ยา รวมทั้งความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยนั้น ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นที่จะต้องสืบค้นข้อมูลให้มีความละเอียด รวมทั้งข้อมูลการใช้ยาที่ไม่ใช่คำสั่งแพทย์ เช่น ยาที่ซื้อจากร้านยาเองจากการได้พูดคุยผู้วิจัยสังเกตว่าผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตอบคำถามสัมภาษณ์ เพราะคาดการณ์ว่าจะส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยหายเร็วขึ้น และขณะสัมภาษณ์ถ้าผู้วิจัยพบปัญหาหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามสั่งแพทย์ได้ ผู้วิจัยก็จะให้ข้อมูลความรู้บางเรื่องแก่ผู้ป่วยในรายนั้น ๆ ควรทราบ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาแบบเดิมขึ้นอีก ซึ่งเป็นการสืบค้นปัญหาและแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง และถ้าเป็นไปได้ควรมีการประเมินผลภายหลังการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อติดตามผล เนื่องจากในทางปฏิบัติจริง เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ทำการรักษาอาจจะไม่มีเวลามารุ้พูดคุยหรือซักถามประวัติการรักษาหรือประวัติการใช้ยา-การแพ้ยา หรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียด ดังนั้นแนวทางปฏิบัติในอนาคต บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องการรักษาและการใช้ยา เช่น ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายการพยาบาล และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความร่วมมือกันในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา DRH ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ควรเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการเกิด DRH และปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด DRH, ควรเพิ่มความละเอียดในการสอบสวนประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย, การให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วย และการติดตามผลการใช้ยา และการลดการไม่สามารถปฏิบัติตามสั่งของผู้ป่วย รวมทั้งการลดพฤติกรรมการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เพื่อให้ประสิทธิภาพของการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายเกิดประโยชน์สูงสุดและสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยสุด สำหรับแนวทางการแก้ไขที่อาจกระทำได้คือ การสร้างกระบวนการสะท้อนกลับในระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น ในทันทีที่พบผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ทั้งที่หอบผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่มาที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งมี DRH ควรส่งข้อมูลนี้ไปยังแพทย์ผู้สั่งและเภสัชกรที่จ่ายยาเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการเกิด DRH ซ้ำอีกครั้งในผู้ป่วยรายนั้น