

สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด
ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล



นางสาววรรณพร เจริญโชคทวี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CAUSES OF NONADHERENCE IN CARDIOVASCULAR PATIENTS AT BANGKOK
METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL



Miss Wanaporn Charoenchokthavee

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

วรรณพร เจริญโชคทวี : สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (CAUSES OF NONADHERENCE IN CARDIOVASCULAR PATIENTS AT BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. อภิญญา เหมะจุฑา, 102 หน้า.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย : ศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างและวิธีวิจัย : ผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มาใช้บริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 116 ราย เข้าร่วมการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ของเภสัชกรเพื่อหาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ใช้สถิติเชิงบรรยายในการแปลผลการวิจัย

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 62.0 ± 1.0 (SE) ปี เป็นโรคอื่นร่วมเฉลี่ย 2 โรค จำนวนรายการยาเฉลี่ย 7 รายการ ระยะเวลาใช้ยาเฉลี่ย 4 ปี ระดับความรู้เรื่องการใช้ยาดำ รายได้ดีแต่มีสิทธิ์เบี่ยงเบนค่ารักษาพยาบาลได้ ได้รับกำลังใจในการรักษาพยาบาลจากคนใกล้ชิดดีมาก การเดินทางมาโรงพยาบาลหรือระยะเวลาที่ต้องรอรับบริการ ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 87.1 มีการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดย ผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า 1 ปัญหา คือ ใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 63.8) ใช้ยามืดเวลา (ร้อยละ 47.4) ไม่มารับยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 19.8) ใช้ยามากกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.6) และใช้ยามืดขนาด (ร้อยละ 2.6) โดยสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 76.6) ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 29.3) ความจำ (ร้อยละ 23.3) ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา (ร้อยละ 11.2) ตัวผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 10.4) มียาเหลือ (ร้อยละ 10.3) และผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 6.9)

สรุปผลการวิจัย : ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนดและใช้ยามืดเวลาเป็นปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีสาเหตุหลักของปัญหา คือ วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และผลข้างเคียงจากการใช้ยา

การประยุกต์เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ : เภสัชกรควรแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นหลักและให้ข้อมูลที่เหมาะสมในด้านผลข้างเคียงเพื่อแก้ปัญหาการปรับการใช้ยาเองของผู้ป่วย

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....
สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....
ปีการศึกษา2550.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4876600033 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: NONADHERENCE / CAUSES / CARDIOVASCULAR PATIENT

WANAPORN CHAROENCHOKTHAVEE : CAUSES OF NONADHERENCE IN
CARDIOVASCULAR PATIENTS AT BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION
MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL. THESIS ADVISOR: ASST. PROF
APHIRUDEE HEMACHUDHA, 102 pp.

Objectives: To determine the magnitude and causes of failure to adhere to medication regimens in patients with cardiovascular (CVS) diseases.

Subjects and Methods: One hundred and sixteen patients with CVS diseases were included in the study. The study was conducted at out-patient department of Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. The investigative questionnaires were developed. Descriptive statistics were used to analyze the results.

Results: In this study, there were on the average of 2 concomitant illnesses and usage of 7 items of medications. The median time of medication usage was 4 years. With having adequate health insurance coverage and transportation to the hospital, low income and long waiting time for hospital services were not obstacles to attend the clinic. There were as many as 87.1% of patients who were non-adherent. These included various errors in medications usages; under-usage (63.8%), wrong timing (47.4%), lack of appointment-keeping (19.8%), overuse of medication (2.6%) and wrong dosage (2.6%). The main causes of these non-adherences were incoherence between medication timing and routine life activities (76.6%), side effect (29.3%), forgetfulness (23.3%), lack of knowledge (11.2%), patient themselves (10.4%), left-over medication at home (10.3%) and care giver (6.9%).

Conclusions: Under-usage of medication and wrong timing were the major types of medication nonadherent in cardiovascular patients. The major causes of nonadherent were incoherence between medication timing and routine life activities.

Implications: The pharmacist should counsel each patient's medication regimen according to their daily activities. Proper drug information and side-effects when regimens are deviated must be provided.

Department.....Pharmacy..... Student's signature..... *Uppm.*

Field of study.....Clinical Pharmacy..... Advisor's signature..... *Aphirudee Hemachudha*

Academic year.....2007..... Co-advisor's signature..... -

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรทุกฝ่ายที่ให้ความอนุเคราะห์ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิฤดี เหมะจุทา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้แนวคิด คำแนะนำโดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังใจและตรวจสอบงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

รองศาสตราจารย์อัฉรภา อุทิศวรรณกุล ประธานหลักสูตรเภสัชกรรมคลินิกและโรงพยาบาลและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้และประสบการณ์ด้านต่างๆ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จ

ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ มานิตย์ ศรีปราโมทย์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและวชิรพยาบาลที่อนุญาตให้ทำการวิจัย เภสัชกรหญิงปัทมา ณัฐรุจิโรจน์ อดีตหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และเภสัชกรหญิง ศิริกัญญา กอบวรรณกุล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมคนปัจจุบัน ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้เป็นไปอย่างราบรื่น

เภสัชกรหญิง วิศนีย์ เภสัชชา หัวหน้าหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 เภสัชกรหญิง น้ำทิพย์ เอี่ยมรักษา หัวหน้าหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 และพี่ๆน้องๆ เภสัชกรทุกท่านที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงและคอยให้กำลังใจรวมทั้งคำแนะนำต่างๆแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว น้องชาย ญาติพี่น้อง และเพื่อนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุน เป็นทั้งแรงกายและแรงใจ คอยช่วยเหลือผู้วิจัยในทุกด้านและเป็นผู้ที่เข้าใจและคอยให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดและทฤษฎีสำคัญ.....	10
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	23
ขั้นตอนที่ 1การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย.....	23
ขั้นตอนที่ 2การดำเนินการวิจัย.....	24
ขั้นตอนที่ 3การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล.....	26
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผลการศึกษา.....	32
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	77
ภาคผนวก	92
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	102

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	หลักเกณฑ์ในการเลือกรายการยาเพื่อประเมินความรู้ในการใช้ยา	28
ตารางที่ 2	แสดงหัวข้อคำถามในแต่ละรายการยา.....	28
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ.....	34
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ...	36
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วย	36
ตารางที่ 6	แสดงระดับความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย	37
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามเพศ.....	38
ตารางที่ 8	แสดงจำนวนผู้ป่วยตามสถานภาพสมรส.....	39
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการศึกษาสูงสุด.....	40
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามศาสนาที่นับถือ	41
ตารางที่ 11	แสดงจำนวนผู้ป่วยตามการประกอบอาชีพปัจจุบัน.....	42
ตารางที่ 12	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามสิทธิรักษาพยาบาล	43
ตารางที่ 13	แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามจำนวนโรคที่เป็น	44
ตารางที่ 14	แสดงจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ.....	45
ตารางที่ 15	แสดงระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา	46
ตารางที่ 16	แสดงจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล	47
ตารางที่ 17	แสดงจำนวนสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยมารับบริการ.....	48
ตารางที่ 18	แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง.....	49
ตารางที่ 19	แสดงประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์.....	52
ตารางที่ 20	แสดงประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเภสัชกร.....	52
ตารางที่ 21	แสดงจำนวนผู้ป่วยและสาเหตุที่ผู้ป่วยลืมใช้ยา.....	55
ตารางที่ 22	แสดงการแบ่งประเภทของสาเหตุที่ผู้ป่วยลืมใช้ยา	56
ตารางที่ 23	แสดงการปฏิบัติตนเมื่อลืมใช้ยาของผู้ป่วย	56
ตารางที่ 24	แสดงม็อยาที่ผู้ป่วยลืมใช้	57
ตารางที่ 25	แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยลืมใช้.....	58
ตารางที่ 26	แสดงวิธีการช่วยจำในการใช้ยา.....	60
ตารางที่ 27	แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาแยกตามวิธีการช่วยจำของผู้ป่วย	60
ตารางที่ 28	แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง.....	61
ตารางที่ 29	แสดงการแบ่งประเภทของสาเหตุที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเอง.....	62

ตารางที่ 30 แสดงมื่อยาที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง.....	62
ตารางที่ 31 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง.....	63
ตารางที่ 32 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	65
ตารางที่ 33 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา.....	66
ตารางที่ 34 แสดงพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อเกิดความผิดปกติจากการใช้ยา.....	66
ตารางที่ 35 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา	67
ตารางที่ 36 แสดงการแบ่งประเภทของสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา.....	68
ตารางที่ 37 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยใช้มืดเวลา.....	69
ตารางที่ 38 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับยาตามที่แพทย์นัด.....	70
ตารางที่ 39 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเอง	71
ตารางที่ 40 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเอง	72
ตารางที่ 41 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยใช้ยามืดขนาด.....	73

สารบัญรูป

รูปที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ.....	12
รูปที่ 2 แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวนผู้ป่วยกับปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ.....	34
รูปที่ 3 แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามเพศ	38



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการใช้ยา เป็นหัวใจสำคัญของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม เนื่องจากสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการรักษาด้วยยา และส่งผลโดยตรงต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาการใช้ยาสามารถกลายเป็นปัญหาใหม่ในการรักษาหรือทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตเนื่องมาจากการใช้ยา(1) รวมทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นได้ เนื่องจากร้อยละ 70 ของค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมาจากการที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล(2) พบว่าร้อยละ 59 ถึง ร้อยละ 96 ของปัญหาการใช้ยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต เช่น พบระดับยาในเลือดที่สูงเกินปกติ ขาดการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสม ได้รับยาที่มีประวัติการแพ้ การได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ การได้รับยาที่มีขนาดสูงหรือต่ำเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ซึ่งปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาล คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ(3,4,5)

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาการใช้ยามาก โดยเฉพาะปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (6,7) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องหลายรายการ มีโรคร่วมมากกว่าหนึ่งชนิดหรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษาและอาจส่งผลให้เกิดโรคร้ายแรงตามมาได้ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดในสมองอุดตัน หัวใจล้มเหลวและโรคไตเรื้อรัง ประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วย เช่น ไม่มารับยาเพิ่มเติม ใช้ยาไม่ครบทุกมื้อ ใช้ยามิฉะนั้น ใช้ยามิฉะนั้น หรือหยุดการใช้ยาเองก่อนกำหนด(8) โดยสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำอาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การลืมรับประทานยา หยุดยาเองเนื่องจากทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้ หรือหยุดยาเองเนื่องจากเห็นว่าอาการหรือสภาวะโรคที่เป็นไม่ดีขึ้น ซึ่งปัญหาลักษณะนี้จะพบได้มากในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรคมักจะไม่แสดงอาการรุนแรง เช่น ในสภาวะปกติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่มีอาการแสดงทำให้ลืมรับประทานยา หรือคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยา

ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาหรือคิดว่าประสิทธิผลของการรักษาต่ำเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย แม้ว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาแต่ไม่กล้าซักถามบุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับผู้ป่วยน้อยเกินไป (9, 10)

ในขณะที่บางการวิจัยรายงานว่าการขาดความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย(11) อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เคยได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล และรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ได้รับยังไม่เพียงพอ รวมทั้งยังมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกวิธีและถูกเวลาตามที่แพทย์สั่ง นอกจากนี้เมื่อทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วย พบว่า แพทย์เป็นบุคลากรที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคและยาของตนเองมากที่สุด(12) แต่ข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ส่วนมากเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ในขณะที่เภสัชกรมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย(13) และเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถลดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย(14) ลดอัตราการกลับมาอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล(6) รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้(2) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าการดำเนินการให้คำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรน้อยมาก โดยมีอุปสรรคสำคัญ คือ ขาดแคลนเวลาและบุคลากร ขาดแคลนอุปกรณ์และแรงสนับสนุนจากองค์กร(15) หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการพูดคุยกับผู้ป่วยมากเพียงพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาได้ในที่สุด

แม้ว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเป็นปัญหาการใช้ยาที่พบค่อนข้างมากในผู้ป่วยและมีผู้ทำการศึกษาอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน อีกทั้งมีการวิจัยมากมายที่พยายามพัฒนาเครื่องมือต่างๆเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำให้กับผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้เรื่องการใช้ยา(16) การใช้วิธีช่วยจำต่างๆ เช่น ปฏิทินช่วยเตือนการใช้ยา (17) แต่ข้อสรุปที่แสดงวิธีการแก้ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่เหมาะสมก็ยังไม่ชัดเจน ผลจากการวิจัยส่วนใหญ่แสดงว่าวิธีการแก้ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่เหมาะสม เป็นวิธีที่ค่อนข้างซับซ้อน เปลืองแรงงาน และอาจต้องใช้วิธีการแก้ปัญหาร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธี จึงจะสามารถแก้ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (18) ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก วิธีการแก้ปัญหานั้นไม่ตรงกับสาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย

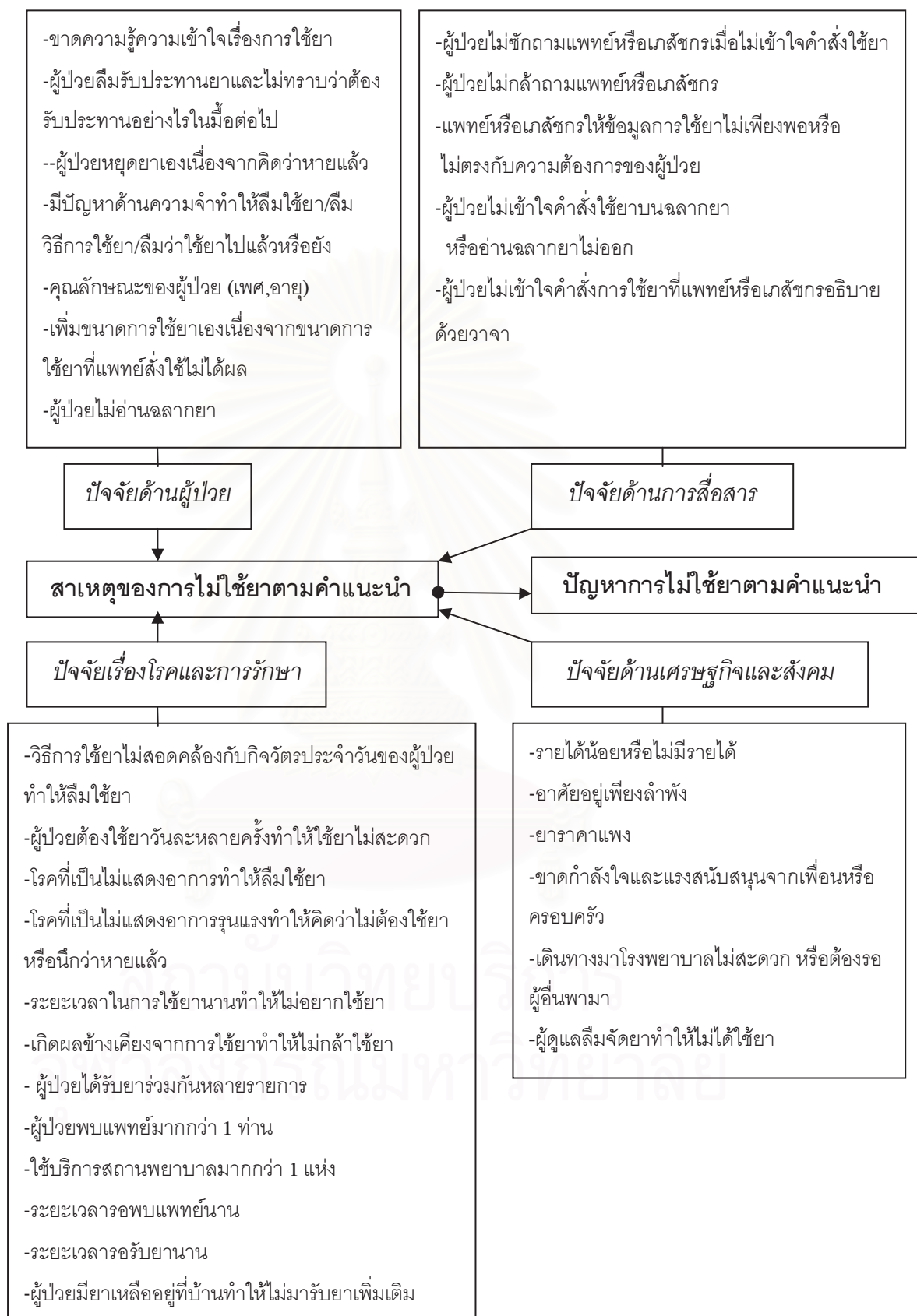
จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยศึกษาถึงสาเหตุแท้จริงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาในอดีตของผู้ป่วย เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำและ

ค้นหาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันหรือแก้ไขปัญหการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและตรงกับสาเหตุแท้จริงของปัญหการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำให้แก่ผู้ป่วยต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อค้นหาสาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยมีขอบเขตการศึกษาในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับยาที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เข้าเกณฑ์การวิจัยช่วงระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2550

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยเพียงคนเดียว
2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำจะสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาล่วงหน้าของผู้ป่วยจากวันที่ให้สัมภาษณ์เป็นเวลา 1 เดือน
3. งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยใช้ visual analog scales ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคำแนะนำการใช้ visual analog scales จากผู้วิจัยก่อนการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยพิจารณาความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการจ่ายยาตามปกติและระบบการบริการโดยรวมของโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับบริการที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 ในเวลาราชการมีจำนวนค่อนข้างมาก อีกทั้งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยเพียงคนเดียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการทุก 10 ราย ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยนี้ ซึ่งอาจได้รับข้อมูลสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำไม่ครบถ้วนทั้งหมด หากสามารถเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้นานขึ้น หรือเพิ่มกำลังคนในการเก็บข้อมูลในแต่ละวันก็จะสามารถรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโรคหัวใจหรือโรคความดันโลหิตสูงและมารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
2. **การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (Medication Non-adherence) (8)** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1 **ไม่มารับยาเพิ่มเติม**
หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มารับยาตามวันที่แพทย์นัด หรือมาช้ากว่าวันที่แพทย์นัด
 - 2.2 **ใช้ยาน้อยกว่ากำหนด** หมายถึง พฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงออกตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.2.1 ผู้ป่วยใช้ยาต่อมื้อในปริมาณน้อยกว่าแพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาลดไขมัน simvastatin 10 mg จำนวน 2 เม็ด ก่อนนอน แต่ผู้ป่วยรับประทานยาลดไขมัน simvastatin 10 mg จำนวน 1 เม็ด ก่อนนอน
 - 2.2.2 ความถี่ในการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละวันต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยารักษาโรคหัวใจ Isosorbide dinitrate 10 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น แต่ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคหัวใจ Isosorbide dinitrate 10 mg จำนวน 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เพียงมื้อเดียว
 - 2.3 **ใช้ยามากกว่ากำหนด** หมายถึง พฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงออกตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.3.1 ผู้ป่วยใช้ยาต่อมื้อในปริมาณมากกว่าแพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยา aspirin 80 mg จำนวน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยรับประทานยา aspirin 80 mg จำนวน 2 เม็ด หลังอาหารเช้า
 - 2.3.2 ความถี่ในการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละวันสูงกว่าที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาลดความดัน enalapril 20 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง

หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดัน enalapril 20 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า และหลังอาหารเย็น

2.4 ใช้ยาผิดขนาด

หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาดหรือผิดความแรงไปจากที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin ขนาด 3 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน แต่ผู้ป่วยรับประทานยา warfarin ขนาด 5 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

2.5 ใช้ยาผิดเวลา

หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลาไปจากที่แพทย์สั่ง ตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

2.5.1 ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามมื้ออาหารที่แพทย์ระบุ เช่น แพทย์สั่งรับประทานยา aspirin 80 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยรับประทานยา aspirin 80 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า สลับกับหลังอาหารเย็นโดยยึดความสะดวกเป็นหลัก เป็นต้น

2.5.2 ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนอาหารหรือหลังอาหารผิดไปจากที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทานยา Isosorbide dinitrate 10 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 3 มื้อ แต่ผู้ป่วยรับประทานยา Isosorbide dinitrate 10 mg จำนวน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ก่อนอาหารกลางวัน และหลังอาหารเย็น สลับกันไป เนื่องจากมักลืมรับประทานยาก่อนอาหารมื้อเย็น เป็นต้น

3. การประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ หมายถึง การประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยการเก็บข้อมูลเป็นจาก visual analog scales ด้วยชุดคำถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ Morris และคณะ(19) ร่วมกับการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำด้วย Morisky Score (20, 21, 22) ได้เป็นชุดคำถามใหม่ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ คือ

- 3.1 ผู้ป่วยหลายท่านไม่สามารถใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้ ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้อย่างเหมาะสมมากน้อยแค่ไหน
- 3.2 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเพิ่มขนาดการใช้ยาเองบ่อยแค่ไหน
- 3.3 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านลดขนาดการใช้ยาเองบ่อยแค่ไหน

- 3.4 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านใช้ยาผิดขนาดบ่อยแค่ไหน
- 3.5 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านลืมรับประทานยาบ่อยแค่ไหน
- 3.6 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาผิดไปจากเวลาที่แพทย์สั่งบ่อยแค่ไหน
- 3.7 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อรู้สึกดีขึ้นแล้วท่านหยุดรับประทานยาเองบ่อยแค่ไหน
- 3.8 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บางครั้งเมื่อท่านรู้สึกแย่หรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา ท่านหยุดใช้ยาเองบ่อยแค่ไหน
- 3.9 ท่านมารับยาตามที่แพทย์นัดได้มากน้อยแค่ไหน

4. การประเมินความรู้เรื่องการใช้ยา หมายถึง การประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาบางรายการที่ผู้ป่วยเคยใช้อย่างต่อเนื่อง 3 กลุ่ม คือ ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาลดไขมัน และยาเบาหวาน ตามแนวทางของ NCPIE (National Council on Patient Information and Education)(23) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา 4 หัวข้อ คือ

- 4.1 ข้อบ่งใช้ของยา
- 4.2 วิธีการใช้ยา
- 4.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 4.4 ข้อควรระวังในการใช้ยา

5. สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ หมายถึง สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยพิจารณาปัจจัย 4 ด้านตามกรอบแนวคิดการวิจัย คือ

- 5.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย
- 5.2 ปัจจัยด้านการสื่อสาร
- 5.3 ปัจจัยเรื่องโรคและการรักษา
- 5.4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางในการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยแยกตามสาเหตุของปัญหา เพื่อให้เภสัชกรใช้ในการให้คำปรึกษาการใช้ยาอันจะส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
2. ได้แนวทางในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำให้เหมาะสมกับสาเหตุของปัญหาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
3. ได้ข้อมูลความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำกับพฤติกรรม การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีสำคัญ

การค้นหาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ และปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญเพื่อค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระดับการศึกษาของผู้ป่วย สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพของผู้ป่วย สภาพร่างกาย ชนิดของยาที่ใช้ จำนวนรายการยาที่ใช้ และความรุนแรงของโรค แม้ว่ามีการวิจัยมากมายที่แสดงผลของปัจจัยดังกล่าวที่มีต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย แต่ยังคงขาดข้อสรุปที่ชัดเจนถึงสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเลือด

การแบ่งประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

มีหลายแบบขึ้นกับมิติที่ผู้วิจัยพิจารณาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ยกตัวอย่างเช่น

1. Daniel A Hussar(24) แบ่งประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงทัศนคติ (attitudinal compliance)

1.2 การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงพฤติกรรม (behavioral compliance)

โดย Hussar ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะรับประทานยาแต่กลับลืมรับประทานยาจัดเป็นกลุ่มที่มีการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงพฤติกรรม ส่วนผู้ป่วยที่ไม่กล้ารับประทานยาเนื่องจากกลัวเรื่องผลข้างเคียงของยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงทัศนคติ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มล้วนแต่เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ แต่มีสาเหตุของปัญหาของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่แตกต่างกันทำให้ต้องการวิธีแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงทัศนคติอาจต้องใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนกว่าผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงพฤติกรรม

2. Lowry และคณะ(25) แบ่งประเภทของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำออกเป็น 2 ประเภท เช่นกัน คือ

2.1 การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยตั้งใจ (intentional nonadherence)

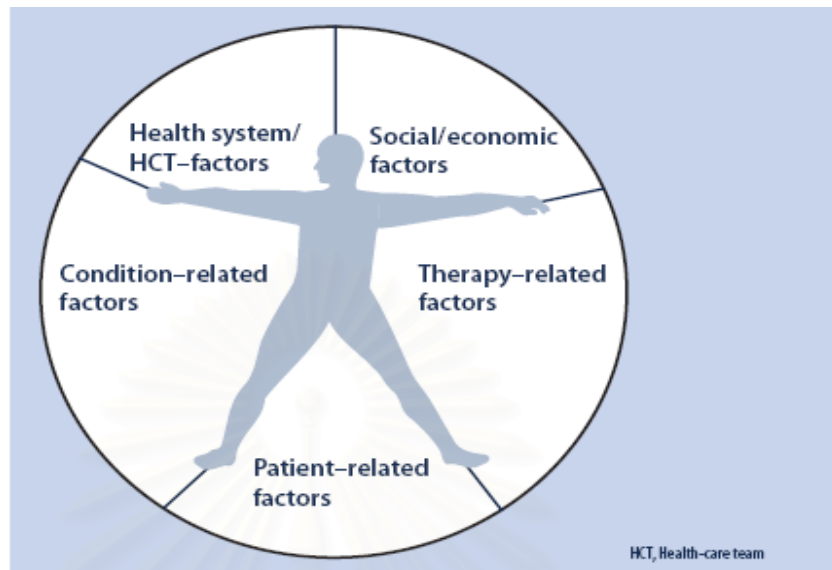
2.2 การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยไม่ตั้งใจ (unintentional nonadherence)

แม้ว่า Lowry และคณะ จะแบ่งประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ แตกต่างจากประเภทปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของ Hussar แต่พบว่าการแบ่งประเภทปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำทั้งสองแบบมีแนวความคิดที่สอดคล้องกัน คือ การแบ่งประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำทั้งสองแบบ แบ่งโดยยึดตามสาเหตุแท้จริงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำนั้น โดยผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงทัศนคติตามแบบ Hussar เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ยาและจงใจไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ก็คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยตั้งใจตามงานวิจัยของ Lowry และคณะ ส่วนผู้ป่วยที่ตั้งใจจะใช้ยาแต่กลับไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง เช่น ผู้ป่วยตั้งใจจะใช้ยาแต่ไม่ได้ใช้ยาเนื่องจากงานยุ่งจนลืม ซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยไม่ตั้งใจตามแบบของ Lowry และคณะ ก็คือผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเชิงพฤติกรรมตามแบบของ Hussar นั่นเอง

นอกจากนั้นยังพบว่าแม้ว่าการแบ่งประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำทั้งสองแบบจะแบ่งโดยแยกตามสาเหตุของปัญหา แต่บางสาเหตุก็อาจส่งผลให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ทั้ง 2 ประเภทได้ เช่น ผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาจทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ แต่ทั้งสองปัญหาดังกล่าวก็ต้องการวิธีแก้ไขที่ต่างกันตามสาเหตุของปัญหา โดยสาเหตุเหล่านั้นอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกรอบตัวผู้ป่วยหรือปัจจัยภายในตัวของผู้ป่วยเอง

องค์การอนามัยโลกเป็นองค์กรหนึ่ง ที่ได้ให้คำจำกัดความของสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ ขอบเขตทุกอย่างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามคำแนะนำได้ (26) โดยแบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยเป็น 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านโรค ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านระบบบริการ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (27)

รูปที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ



จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเป็นปัญหาที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องมากกว่าหนึ่งปัจจัย ทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในผู้ป่วย แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังคงมุ่งประเด็นของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำไปที่ผู้ป่วย โดยนำเสนอว่าผู้ป่วยเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ และพยายามแก้ปัญหาที่ปัจจัยด้านผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งแนวคิดเช่นนี้อาจส่งผลให้เข้าใจถึงปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ไม่ครบถ้วนชัดเจนและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ไม่ตรงกับสาเหตุแท้จริง

ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย(28,29)

การแบ่งประเภทของสาเหตุและปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำอาจแตกต่างกันในแต่ละการวิจัย แม้ว่ายังไม่มีการศึกษาที่ศึกษาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่พบว่ามีบางการวิจัยเสนอว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างชัดเจน คือ โรคที่เป็นไม่แสดงอาการ และธรรมชาติของโรคที่ต้องใช้ยาเพื่อรักษาโรคอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (30,31) ส่วนปัจจัยอื่นๆก็มีการกล่าวอ้างถึงบ้างจากการวิจัยที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้รวบรวมและแบ่งกลุ่มปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการวิจัยต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

แม้ว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในประชากรทุกกลุ่ม แต่สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาปัจจัยนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องตั้งใจในการเลือกจ่ายยาให้เหมาะสม และจัดลำดับความสำคัญว่าควรจะใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ สาเหตุด้านอื่นที่อาจส่งผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เช่น สถานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ความจน ระดับการศึกษา การว่างงาน ขาดแรงสนับสนุนและกำลังใจจากคนรอบข้าง คู่ครอง(32) ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสถานพยาบาลสูง ค่าใช้จ่ายด้านยาสูง วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษา

การศึกษาของ Rich และคณะ (33) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจวายที่ไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ในขณะที่ปัจจัยด้านจำนวนรายการยาและระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ได้ส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ปัจจัยด้านนี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่มารับยาตามแพทย์นัดได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเองแต่ต้องรอผู้อื่นพามา หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลสูงจนผู้ป่วยไม่อยากมาโรงพยาบาล พบว่าผู้วิจัยบางรายแสดงให้เห็นว่าการไม่มารับยาตามแพทย์นัด เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Haynes , McDonald และGarg(34) แสดงให้เห็นว่า สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ การไม่มารับยาตามที่แพทย์นัด ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยการเตือนผู้ป่วยเรื่องวันนัดและการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาในระยะยาว และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Macharia และคณะ(35) ที่แสดงให้เห็นว่า การมารับยาตามแพทย์นัด เป็นตัวชี้หนึ่งที่สามารถแสดงถึงการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 42 มีปัญหาไม่มารับยาตามแพทย์นัด และสามารถแก้ปัญหาด้วยการเตือนผู้ป่วยทางจดหมาย โทรศัพท์ หรือพูดคุยกับผู้ป่วย หรือการศึกษาของ Stephenson และคณะ(36) ที่แสดงให้เห็นว่า การไม่มารับยาตามแพทย์นัดก็เป็นดัชนีหนึ่งในการค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สนใจการรักษาของตนเอง

2. ปัจจัยด้านการสื่อสาร

การศึกษาค้นคว้าของปัจจัยด้านนี้ต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำค่อนข้างจำกัด แต่พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาตามคำแนะนำที่ดี (37) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะเชื่อถือและปฏิบัติตามแพทย์หรือเภสัชกรที่ตนมีความคุ้นเคยหรือไว้วางใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของตน บางการศึกษารายงานว่าปัจจัยด้านการสื่อสาร เช่น เวลาที่แพทย์คุยกับผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการเกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา (38) โดยปัจจัยด้านการสื่อสารอาจแบ่งออกตามสาเหตุของปัญหาได้ ดังนี้

3. ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของตนเองต่ำ ดังนั้น คำสั่งใช้ยาบนฉลากยาบางอย่าง เช่น เมื่อมีอาการ หรือ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดและทำให้เกิดผลร้ายแรงตามมาได้ ยกตัวอย่าง เช่น วิธีการรับประทานยาส่วนมากที่ปรากฏบนฉลากยาจะระบุว่า รับประทานยารวันละสามครั้ง โดยไม่ได้ระบุชัดเจนว่าการรับประทานยารวันละสามครั้งควรจะแบ่งการรับประทานยาอย่างไร อาจแบ่งรับประทานทุก 8 ชั่วโมง หรือรับประทานตามมื้ออาหาร 3 มื้อ หรือควรจะแบ่งรับประทานแบบอื่น และหากต้องรับประทานตามมื้ออาหารควรจะรับประทานก่อนหรือหลังอาหาร นอกจากนั้นการเขียนคำสั่งยาบนฉลากยาเช่นนี้ ต้องแน่ใจผู้ป่วยที่ได้รับยาจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ซึ่งก็อาจจะไม่ใช่ผู้ป่วยทุกราย เป็นต้น

สำหรับยาบางกลุ่ม เช่น ยากลุ่ม controlled-release capsules/tablets เภสัชกรควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับข้อควรระวังในการใช้ยา เช่น ห้ามเคี้ยวหรือบดยา เช่น ยา diltiazem extended-release เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดความดันได้อย่างรวดเร็วและห้ามเคี้ยวหรือบดยา แต่พบรายงานการเสียชีวิตจากการเคี้ยวยา diltiazem extended-release เนื่องจากผู้ป่วยเห็นว่ายาเม็ดใหญ่เกินไปที่จะกลืนทั้งเม็ด หรือ คำสั่งการใช้ยา nitroglycerin patch ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำตามคำแนะนำที่แพทย์หรือเภสัชกรให้ คือ ให้แปะบนผิวหนังวันละ 1 แผ่น แต่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพบแผ่นแปะ nitroglycerin patch จำนวน 20 แผ่นทั่วร่างกาย เนื่องจาก แพทย์หรือเภสัชกรไม่ได้แจ้งให้ผู้ป้อนำแผ่นเก่าออกก่อนที่จะแปะแผ่นใหม่ เป็นต้น

3.1 ผู้ป่วยไม่สามารถจำคำแนะนำด้วยวาจาจากแพทย์หรือเภสัชกรได้

การศึกษาของ McGinty, Chase และ Mercer (39) แสดงให้เห็นว่า สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำคำแนะนำด้วยวาจาจากแพทย์หรือเภสัชกรได้ เนื่องจากช่วงเวลาที่แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาให้ผู้ป่วยทราบเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการที่ผู้ป่วยคิดหรือกังวลเกี่ยวกับการเตรียมตัวกลับบ้าน และการได้รับข้อมูลมากมายในคราวเดียวย่อมทำให้ผู้ป่วยสับสนได้

3.2 แพทย์หรือเภสัชกรพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยเกินไป

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย น่าจะส่งผลให้เกิดการใช้ยาตามคำแนะนำที่ดีที่สุด เนื่องจากเมื่อบุคลากรทางการแพทย์แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ พร้อมทั้งจะรับฟังปัญหาและพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยย่อมรู้สึกอยากที่จะทำตามข้อปฏิบัติที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำอย่างเลียงไม่ได้ (40)

4. ปัจจัยด้านโรคและการรักษา

ปัจจัยด้านนี้เน้นไปที่ความต้องการของผู้ป่วยที่มีต่อโรคที่ตนเป็น โดยสิ่งที่มีผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำมากที่สุด คือ ความรุนแรงของอาการ และความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อัตราการดำเนินโรค และประสิทธิภาพของการรักษา รวมทั้งโรคร่วมบางอย่างก็อาจส่งผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำได้ เช่น โรคซึมเศร้า(41)

นอกจากนี้พบว่า มีสาเหตุหลายอย่างสำหรับปัจจัยด้านโรคที่อาจส่งผลให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ โดยสาเหตุส่วนมากมาจากการได้ยาที่มีวิธีการใช้ซับซ้อน ระยะเวลาการใช้ยาวนาน ความล้มเหลวจากการรักษาครั้งก่อน การเปลี่ยนยาที่ใช้บ่อยๆ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยลักษณะอาการของผลข้างเคียงที่ต่างกัน ก็อาจนำมาสู่ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่ต่างกันได้ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดผลข้างเคียงคือ ปัสสาวะบ่อย หายใจสั้น จะเกิดได้ทั้งการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ส่วนผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียง คือ มีน้ตื้นระ หัวใจเต้นเร็วจะเกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำโดยไม่ตั้งใจมากกว่า(25) เป็นต้น

แม้ว่าลักษณะจำเพาะของโรคแต่ละโรคอาจจะไม่ได้ส่งผลต่อปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำโดยตรงแต่ก็อาจมีผลกระทบบ้าง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเวชอาจมีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยมีสาเหตุมาจากความบกพร่องด้านร่างกายและจิตใจ

หรือทัศนคติต่อการรักษาโรคที่ตนเป็น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาเรื่องการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ด้วยวิธีต่างๆ จึงควรปรับให้เหมาะสมกับสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

4.1 จำนวนแพทย์ที่รักษา

บางการศึกษาอ้างรายงานว่าจำนวนแพทย์ที่รักษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้(32)

4.2 การได้รับยาที่มีวิธีการใช้ยาซับซ้อน

ความถนัดในการให้ยา จำนวนรายการยาที่ได้รับร่วมกัน หรือการเปลี่ยนแปลงรายการยาอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ ยกตัวอย่างเช่น

4.2.1 ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกันหลายรายการ

ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการร่วมกันมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักจะได้รับยาหลายรายและมีวิธีการรับประทานยาที่แตกต่างกันในแต่ละวัน นอกจากนั้นการรับประทานยาหลายรายการซึ่งมีลักษณะของเม็ดยา เช่น ขนาด รูปร่าง หรือสีของยาที่คล้ายกัน อาจทำให้ผู้ป่วยสับสนในการรับประทานยาได้

4.2.2 ผู้ป่วยต้องใช้ยาหลายครั้งต่อวัน

การใช้ยาหลายครั้งต่อวันอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้นั้นรบกวนการทำงาน หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและตัดสินใจไม่ใช้นั้นในที่สุด รวมทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยลืมใช้นั้นโดยไม่ได้ตั้งใจ การศึกษาของ Eisen (42) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละสามครั้งมีอัตราการการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 59 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละสองครั้งมีอัตราการการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 75 และผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละครั้งมีอัตราการการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 84 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Calabrese และคณะ(43) ที่แสดงให้เห็นว่า จำนวนรายการยา จำนวนครั้งในการรับประทานยาในแต่ละวัน และการขาดความรู้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ และการศึกษาของ Cramer และคณะ (44) ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละหนึ่งครั้งมีการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 87 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละสองครั้งมีการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 81 ผู้ป่วยที่ได้รับยารวันละ

สามครั้งมีการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 77 และผู้ป่วยที่ได้รับยาวันละสี่ครั้งมีการใช้ยาตามคำแนะนำร้อยละ 39

4.2.3 การเปลี่ยนแปลงรายการยา

การเปลี่ยนแปลงรายการยา อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสนในการใช้ยา หรืออาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดไปจากที่แพทย์สั่ง เนื่องจากผู้ป่วยเคยชินกับการใช้ยาแบบเดิม

4.3 ผู้ป่วยต้องใช้เวลาต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ระยะเวลาการใช้ยาที่นานขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่มากขึ้นได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานานหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการหยุดยาเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ได้อาการผิดปกติจากการขาดยาโดยทันที ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรืออันตรายจากการหยุดรับประทานยาเอง

4.4 โรคที่เป็นไม่ได้แสดงอาการรุนแรง

การเน้นถึงความสำคัญของการใช้ยาเพื่อการรักษาโรค สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่รุนแรงตลอดเวลา เช่น โรคความดันโลหิตสูง อาจทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจรู้สึกว่ก่อนที่จะเริ่มใช้ยาก็ไม่มีความผิดปกติใดๆ จึงไม่คิดว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งเมื่อหยุดรับประทานยาเองก็ไม่ทำให้เกิดอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมักจะหยุดการรับประทานยาเอง

4.5 ลักษณะหีบห่อบรรจุยาและฉลากยา

การศึกษาของ Linkewich และคณะ (45) แสดงให้เห็นว่า ลักษณะของหีบห่อบรรจุยาร่วมกับคำแนะนำด้วยข้อเขียนบนฉลากจากเภสัชกร สามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาตามคำแนะนำมากขึ้นได้

4.6 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การศึกษาของ Lowry และคณะ(25) แสดงให้เห็นว่า อาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ใช้นั้น เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับประทานยาขับปัสสาวะ อาจมี

ความรู้สึกว่าร่างกายแยลงเนื่องจากต้องปัสสาวะบ่อยหลังจากรับประทานยา และตัดสินใจไม่รับประทานยานั้น ดังนั้นการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา หรือข้อควรระวังในการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ดีแต่ต้องให้ข้อมูลในปริมาณที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงของยาที่รับประทานแล้วอาจมีอาการง่วงนอนหรือ หลีกเสี่ยงการรับประทานยาพร้อมนม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยานั้น เนื่องจากต้องขับรถหรือต้องทำงานตลอดทั้งวัน หรือเลือกที่จะงดรับประทานยาแทนที่จะงด รับประทานนม เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านนี้จะครอบคลุมถึง คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ ความเชื่อ มุมมอง และความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง และแรงจูงใจที่จะรับมือกับโรคของตนเอง ความมั่นใจในพฤติกรรมความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งผลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำยังคงไม่ชัดเจน ปัจจัยด้านผู้ป่วยบางอย่างมีรายงานว่าส่งผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำ คือ การ ลืม ความเครียดทางด้านจิตใจ ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น แรงจูงใจต่ำ ความรู้ไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการจัดการกับโรคและการรักษา ขาดมุมมองด้าน ความสำคัญในการรักษา ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรักษา ไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา กลัวและ กังวลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ซับซ้อน โดยมุมมองเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายมีผลมา จากอาการของโรคที่เป็น ความคาดหวัง ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคของตน(46) การที่ต้องใช้ ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และความจำของผู้ป่วย(22) โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 61 ใช้วิธีจำ เพียงอย่างเดียวในการใช้ยา และผู้ป่วยร้อยละ 34 ยอมรับว่าใช้ยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง(12) นอกจากนี้พบว่า การที่แพทย์สั่งจ่ายยาจำนวนรายการที่มากเกินไปก็ส่งผลเสียต่อมุมมอง ต่อการรักษาโรคของผู้ป่วยได้เช่นกัน(47)

5.1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่ต่างกัน

การศึกษาถึงผลของอายุต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำยังไม่ชัดเจน บาง การศึกษารายงานว่าเชื้อชาติเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำแต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย (60, 48) ในขณะที่บางการศึกษา รายงานว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ(32) ซึ่งการสรุปผลของอายุที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำ อาจเห็นได้ชัดเจนขึ้นด้วยการ

แบ่งศึกษาผู้ป่วยตามแต่ละช่วงอายุ เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ หรือแบ่งศึกษาตามสภาวะของโรคที่เป็น โดยพบว่าอัตราการใช้จ่ายตามคำแนะนำสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอยู่ในช่วงร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 58 ในประเทศที่กำลังพัฒนา(49) และบางการศึกษาแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการไม่ใช้จ่ายตามคำแนะนำสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มเด็ก(50)

ผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนมากที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะมีโรคร่วมมากกว่าหนึ่งโรคและนำไปสู่การรับประทานครบถ้วนมากกว่าหนึ่งรายการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุพบปัญหาการไม่ใช้จ่ายตามคำแนะนำได้และอาจกลายเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา(51) หรือนำไปสู่โรคแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในที่สุด (52) นอกจากนี้ความเสื่อมถอยของร่างกายผู้ป่วยสูงอายุมารวมทั้งปัญหาด้านความจำ อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาการไม่ใช้จ่ายตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ (53)

5.2 ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการใช้จ่าย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้จ่ายของตนเองน้อยมาก และมักจะใช้ความเชื่อเดิมหรือทัศนคติส่วนตัวในการใช้จ่าย เช่น ถ้าผู้ป่วยเคยรับประทานยาแล้วไม่รู้สึกที่ดีขึ้นก็จะหยุดการรับประทานยาไปเอง หรือหากรับประทานยาไปแล้วได้ผลไม่เหมือนที่ตนเองคาดหวังก็จะหยุดรับประทานยาเช่นกัน ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยอาจเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยแก้ปัญหาการไม่ใช้จ่ายตามคำแนะนำได้(24,54) นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่าปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อความรู้เรื่องการใช้จ่ายคือการได้คำแนะนำการใช้จ่ายระหว่างที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (11)

โดยพบว่าผู้ป่วยอาจตระหนักถึงความสำคัญของความรู้เรื่องการใช้จ่ายบางหัวข้อ เช่น การศึกษาของ Kerzman, Baron-Epel และ Toren(55) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยละ 73 ให้ความสนใจกับข้อบ่งชี้ของยาที่ได้รับ แต่ไม่ให้ความสนใจกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย หรือความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและการรับประทานยาตรงตามเวลา

นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายสามารถช่วยลดปัญหาการไม่ใช้จ่ายตามคำแนะนำได้ เช่น การศึกษาของ Al-Rashed และคณะ(6) แสดงให้

เห็นว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถเพิ่มการใช้ยาตามคำแนะนำได้ โดยการให้คำปรึกษา การให้ยาก่อนจำหน่ายโดยเภสัชกร โดยใช้แบบบันทึกประวัติและสรุปการใช้ยาก่อนจำหน่าย MIDS (Medication and Information Discharge Summaries) และแผ่นเตือนการใช้ยา (Medication reminder card) สามารถเพิ่มความรู้ ($P<0.001$) และการใช้ยาตามคำแนะนำ ($P<0.01$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นการศึกษาของ King , Schommer และ Wirsching (56) แสดงให้เห็นว่า จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอาจส่งผลกระทบต่อความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ในหัวข้อ ชื่อยา วิธีการใช้ยาและผลลัพธ์จากการใช้ยา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 3 รายการขึ้นไปจะมีความรู้ใน 3 หัวข้อที่กล่าวมาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา 2-3 รายการ 5.38 เท่า ในขณะที่อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้การใช้ยาเรื่องวัตถุประสงค์ของการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดความรู้เรื่องวัตถุประสงค์ของการใช้ยามากที่สุด

5.3 ผู้ป่วยลืมรับประทานยา

การศึกษาของ Ascione และ Shimp แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีสาเหตุหลักมาจากการลืมรับประทานยา โดยสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการให้คำแนะนำการใช้ยาด้วย วาจาประกอบกับการใช้ปฏิทินเตือนการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fischer และคณะ (57) ที่แสดงให้เห็นว่าการลืมเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการศึกษาของ Pack(58) ที่แสดงให้เห็นว่า สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา รวมทั้งไม่ทราบว่าควรจะได้รับประทานยา ขนาดเท่าไรในมือต่อไปและการศึกษาของ Osterberg และ Blaschke(59) ที่แสดงให้เห็นว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ การลืมใช้ยา

นอกจากการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะแสดงถึงปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลทำให้เกิด ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ พบว่ามีบางการวิจัยพยายามที่จะหาความสัมพันธ์หรือ เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Murray และคณะ(60) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการไม่ ใช้ยาตามคำแนะนำใกล้เคียงกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดย พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะมีสภาพร่างกายที่แย่ลง และผลกระทบที่ตามมาอาจแบ่งได้เป็น สองส่วน คือ ด้านกระบวนการรับประทานยา เช่น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดซองยาหรือขวด

ยาได้ ผู้ป่วยอ่านฉลากยาไม่ได้เนื่องจากตัวหนังสือบนฉลากยาดูเล็กเกินไปหรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ และด้านความจำและพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ ผู้ป่วยลืมนำยาที่ต้องรับประทาน ผู้ป่วยลืมนำรับประทานยาอย่างไร ผู้ป่วยลืมนำรับประทานยาไปแล้วหรือยังไม่รับประทาน หรือผู้ป่วยไม่สามารถจดจำคำแนะนำการใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกรได้

อย่างไรก็ตามบางการวิจัยแสดงผลที่ขัดแย้งกัน ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Ivey และ Roth(22) แสดงให้เห็นว่า อายุไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่เชื้อชาติเป็นปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยผิวขาวมีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำต่ำกว่าผู้ป่วยผิวดำ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ ราคายา (ร้อยละ 41) ความจำ (ร้อยละ 27) และจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ร้อยละ 17) และพบว่าผู้ป่วยผิวขาวจะได้รับจำนวนรายการยามากกว่าคนผิวดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นบางการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ แต่จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Bonner และ Carr(61) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับรายการยาเฉลี่ย 6.5 รายการ จำนวนร้อยละ 40 ไม่สามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ โดยผู้ป่วยร้อยละ 20 ไม่สามารถใช้ยาถูกขนาดหรือความถี่ตามที่แพทย์สั่งได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักปรับวิธีการใช้ยาตามความต้องการของตนเองและไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ในการใช้ยา เช่น การลดขนาดการใช้ยาลดความดันโลหิตเองเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่ามีไข้ แต่บางการวิจัยอาจแสดงผลการวิจัยที่ตรงกันข้าม ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ O'Connell และJohnson(12) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับจำนวนรายการยาเฉลี่ย 4.0 รายการ มีความรู้เรื่องการใช้ยาดี และผู้ป่วยร้อยละ 76-100 สามารถตอบคำถามเรื่องการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยร้อยละ 66 มีความรู้เรื่องความถี่ในการใช้ยา ผู้ป่วยร้อยละ 64 มีความรู้เรื่องประโยชน์ของการใช้ยา และผู้ป่วยร้อยละ 30 มีความรู้เรื่องขนาดการใช้ยา นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34 ยังคงเป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

จากที่กล่าวมาจะพบว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยหรือหลายสาเหตุโดยอาจมีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม รวมทั้ง

อาจพบสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และทำให้ต้องการวิธีการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมุ่งประเด็นศึกษาไปที่การพัฒนาเครื่องมือต่างๆในการแก้ไขปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสำหรับผู้ป่วย แต่ขาดการศึกษาสาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ซึ่งทำให้การวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การแก้ไขปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำต้องใช้วิธีแก้ปัญหาร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธี และเป็นการดำเนินงานที่ค่อนข้างเปลืองแรงงานและยุ่งยาก (54 , 62) จึงจะสามารถแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องมาจากวิธีการแก้ปัญหามากกว่าที่ใช้เป็นการแก้ปัญหแบบครอบคลุมแต่ไม่ได้มุ่งไปยังสาเหตุแท้จริงของปัญหา ซึ่งการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด ที่สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหที่ตรงกับสาเหตุแท้จริงของปัญหาและทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด(63) และเหมาะสมกับงานวิจัยนี้ เพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือในการแก้ไขปัญหให้ตรงประเด็นมากที่สุดและสามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย
- ขั้นตอนที่ 2: การดำเนินการวิจัย
- ขั้นตอนที่ 3: การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมข้อมูลต่างๆในการกำหนดขั้นตอนและวิธีวิจัยที่เหมาะสมรัดกุม รวมทั้งเตรียมข้อมูลสำหรับดำเนินการวิจัยในด้านการประเมินปัญหาและสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ การประเมินความรู้เรื่องการใช้ยา การสัมภาษณ์ผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนการดำเนินงานและประสานงาน

1.2 คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ทำการวิจัยเนื่องจากเหตุผลในด้านความพร้อมทางศักยภาพของบุคลากรและสถานพยาบาล และได้รับความยินยอมและความร่วมมือจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.3 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 31 กรกฎาคม 2550 ที่เข้าเกณฑ์การวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีคุณสมบัติครบดังเกณฑ์ต่อไปนี้จะถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึงเดือน กรกฎาคม 2550
2. ผู้ป่วยสามารถให้สัมภาษณ์ได้
3. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกอย่างออกจากกรวิจัย

ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้จะถูกคัดเลือกออกจากกรวิจัย

1. ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นครั้งแรก
 2. ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาด้วยตนเอง
- 1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ
- 1.4.1 แบบประเมินความรู้ผู้ป่วย(ภาคผนวก ก)
 - 1.4.2 แบบประเมินการใช้ยาตามคำแนะนำ(ภาคผนวก ข)
 - 1.4.3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นและพฤติกรรมกรใช้ยาของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค)
 - 1.4.4 หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

2.1 วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive studies) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึง เดือนกรกฎาคม 2550

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 1 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 31 กรกฎาคม 2550 ที่เข้าเกณฑ์การวิจัย

2.3 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

- 2.3.1 เลือกตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 ที่เข้าเกณฑ์การวิจัยโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) คือ สุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุก 10 คน ที่มารับบริการรับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยา
- 2.3.2 เกสซ์กรส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย ตามระบบการดำเนินงานตามปกติของโรงพยาบาล
- 2.3.3 ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อแนะนำตนเอง และความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2.3.4 ผู้ป่วยยินยอมลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ง)
- 2.3.5 บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวของผู้ป่วย รวมทั้งประวัติการแพ้ยาและรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่อง (ภาคผนวก ก)
- 2.3.6 ประเมินความรู้เรื่องการช้ยาของผู้ป่วย ตามรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ โดยเลือกถามรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ 2 รายการ จากจำนวนรายการยาทั้งหมดตามเกณฑ์ที่กำหนด (ภาคผนวก ข และภาคผนวก ค)
- 2.3.7 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาการไม่ช้ยาตามคำแนะนำ และสาเหตุของปัญหาการไม่ช้ยาตามคำแนะนำด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยการสัมภาษณ์จะใช้คำถามปลายเปิด และนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสตามที่กำหนดขึ้นในแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

- 2.3.8 วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยเพื่อแสดงสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล

3.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำและสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

3.2 วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

- 3.2.1 ประเมินคะแนนและระดับความรู้เรื่องการไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2.2 จัดกลุ่มสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2.3 จัดลำดับสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2.4 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เขียนรายงานการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2549 ถึง เดือน ตุลาคม 2550 โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 31 กรกฎาคม 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เกณฑ์การประเมินความรู้เรื่องการไม่ใช้ยาของผู้ป่วย

งานวิจัยนี้ประเมินความรู้เรื่องการไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ข้อต่อเนื้อ 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาลดไขมัน และยาเบาหวาน โดยประยุกต์วิธีการประเมินความรู้เรื่องการไม่ใช้ยา จากแนวทางของ NCPIE (National Council on Patient Information

and Education) และงานวิจัยของ O'Neil (23) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา 4 หัวข้อ ดังนี้

- 1.1 ข้อบ่งใช้ของยา
- 1.2 วิธีการใช้ยา
- 1.3 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 1.4 ข้อควรระวังในการใช้ยา

ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเลือกรายการยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ 2 รายการจากรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับตามหลักเกณฑ์ในการเลือกรายการยาเพื่อประเมินความรู้เรื่องการใช้ยา (ตารางที่ 1) คือ เลือกรายการยาที่คาดว่าผู้ป่วยมีโอกาสพบปัญหาการใช้ยาสูง โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก เช่น ยาที่มีความเสี่ยงสูง ยาที่มีวิธีการบริหารยาพิเศษ ยาที่มีข้อควรระวังในการใช้ และยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับและพบผลข้างเคียงการใช้ยามาก

ผู้วิจัยจะเลือกถามรายการยาในแต่ละกลุ่มตามลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย ตั้งแต่กลุ่มที่ 1 ถึงกลุ่มที่ 4 ยกตัวอย่างเช่น หากพบว่าผู้ป่วยได้รับยาทั้งหมด 5 รายการ คือ Warfarin, Furosemide, Enalapril, Isordil sublingual และ Aspirin ผู้วิจัยจะเลือกประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยจากยา Warfarin ซึ่งมาจากกลุ่มที่ 1 และ Isosordil sublingual ซึ่งมาจากกลุ่มที่ 2 ก่อน และหากผู้ป่วยได้รับยา 3 รายการ คือ Propranolol, HCTZ และ Simvastatin ผู้วิจัยจะเลือกประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยจาก Propranolol ซึ่งมาจากกลุ่มที่ 3 และ HCTZ ซึ่งมาจากกลุ่มที่ 4.2 ก่อน เป็นต้น

นอกจากนั้นผู้วิจัยจะเลือกประเมินความรู้เฉพาะหัวข้อ โดยเน้นที่หัวข้อสำคัญที่ผู้ป่วยควรทราบมากที่สุดในแต่ละรายการยาก่อน ยกตัวอย่างเช่น หากรายการยาที่ผู้วิจัยเลือกคือ Isordil sublingual ซึ่งเป็นยากลุ่มใต้วง ผู้วิจัยจะประเมินความรู้สำหรับยา Isordil sublingual ในหัวข้อ ข้อบ่งใช้ของยาและวิธีการใช้ยา ในขณะที่หากรายการยาที่ผู้วิจัยเลือกคือ Warfarin ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยจะประเมินความรู้สำหรับยาดังนี้ในหัวข้อ ข้อบ่งใช้ของยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา และผลข้างเคียงในการใช้ยา เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 หลักเกณฑ์ในการเลือกการยาเพื่อประเมินความรู้ในการใช้ยา

หลักเกณฑ์ในการเลือกการยา	รายการยา
กลุ่มที่ 1 ยาคความเสี่ยงสูง	Warfarin, Digoxin, Amiodarone, Insulin
กลุ่มที่ 2 ยาที่มีวิธีการบริหารยาพิเศษ	ยากลุ่มไนเตรต : Isordil sublingual, Isosorbide dinitrate, Isosorbide mononitrate
กลุ่มที่ 3 ยาที่มีข้อควรระวังในการใช้	ยาต้านเบต้า : Propranolol, Atenolol
กลุ่มที่ 4 ยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับและพบผลข้างเคียงในการใช้ยามาก	4.1 ยาต้านเกร็ดเลือด : Aspirin, Clopidogrel, Ticlopidine 4.2 ยาขับปัสสาวะ : HCTZ, Furosemide 4.3 ACEI/ARB : Enalapril, Captopril, Candansartan, Irbesartan 4.4 ยากลุ่ม statins : Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin

ตารางที่ 2 แสดงหัวข้อคำถามในแต่ละรายการยา

รายการยา	หัวข้อที่ใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ป่วย			
	ข้อบ่งใช้ของยา	วิธีการใช้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
1. ยาคความเสี่ยงสูง	✓	✓	✓	✓
➤ Warfarin				
➤ Digoxin				
➤ Insulin				
2. ยากลุ่มไนเตรต	✓	✓	X	X
➤ Isordil SL				
➤ Isosorbide mononitrate				
➤ Isosorbide dinitrate				

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงหัวข้อคำถามในแต่ละรายการยา

รายการยา	หัวข้อที่ใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ป่วย			
	ข้อบ่งชี้ของยา	วิธีการใช้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
3. ยาต้านเกร็ดเลือด ➤ Aspirin ➤ Clopidodrel ➤ Ticlopidine	✓	✓	✓	✓
4. ยาขับปัสสาวะ ➤ HCTZ ➤ Furosemide	✓	✓	✓	X
5. ACEI/ARB ➤ Enalapril ➤ Captopril ➤ Candansartan ➤ Irbesartan	✓	✓	✓	X
6. ยากลุ่ม statins ➤ Simvastatin ➤ Atorvastatin ➤ Rosuvastatin	✓	✓	✓	X

2. การให้คะแนนความรู้ในแต่ละหัวข้อ

ผู้วิจัยให้คะแนนความรู้ในแต่ละหัวข้อคำถาม โดยประยุกต์จากการให้คะแนนความรู้จากงานวิจัยของ O'neil (23) แต่มีความแตกต่าง คือ การคิดคะแนนความรู้ของ O'neil จะประเมินความรู้ผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจนครบ 4 หัวข้อ แต่สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะประเมินความรู้ผู้ป่วยจากรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ 2 รายการตามเกณฑ์ที่กำหนดและประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาในแต่ละรายการเฉพาะหัวข้อที่กำหนด โดยตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบได้จาก Medication teaching manual: the guide to patient drug information.7 th ed. (64) และ Drug information handbook international.2005-2006 ed. (65) โดยมีวิธีการให้คะแนนความรู้ในแต่ละหัวข้อ ดังนี้

หัวข้อที่ 1: ความรู้ความเข้าใจเรื่องข้อบ่งชี้ของยา

- 1) ผู้ป่วยที่ตอบถูก ให้ 1 คะแนน
- 2) ผู้ป่วยที่ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

หัวข้อที่ 2: ความรู้ความเข้าใจเรื่องวิธีการใช้ยา

- 1) ผู้ป่วยที่ตอบถูก ให้ 1 คะแนน
- 2) ผู้ป่วยที่ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

หัวข้อที่ 3: ความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- 1) ผู้ป่วยที่ตอบถูก ให้ 1 คะแนน
- 2) ผู้ป่วยที่ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

หัวข้อที่ 4: ข้อควรระวังในการใช้ยา

- 1) ผู้ป่วยที่ตอบถูก ให้ 1 คะแนน
- 2) ผู้ป่วยที่ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

3. การหาคะแนนความรู้เฉลี่ยและการแบ่งระดับความรู้ของผู้ป่วย

- 3.1 นับคะแนนทั้งหมดที่ผู้ป่วยตอบถูกตามแต่ละรายการยา
- 3.2 นำคะแนนที่ผู้ป่วยตอบถูกหารด้วยจำนวนคำถามทั้งหมดตามแต่ละรายการยา ได้เป็นคะแนนความรู้แต่ละรายการยา
- 3.3 คิด คะแนนความรู้เฉลี่ย โดยนำคะแนนความรู้แต่ละรายการยาที่ได้มารวมกัน และหารด้วยจำนวนรายการยาทั้งหมดที่ถาม
- 3.4 แบ่งระดับความรู้ของผู้ป่วยเป็น 2 ระดับ โดยคิดจาก คะแนนความรู้เฉลี่ย ดังนี้
 - 3.4.1 ถ้าผู้ป่วยได้คะแนน 0.00-0.50 จัดเป็นผู้ป่วยที่มี ความรู้ระดับ 1 (ต่ำ)
 - 3.4.2 ถ้าผู้ป่วยได้คะแนน >0.50-1.00 จัดเป็นผู้ป่วยที่มี ความรู้ระดับ 2 (สูง)

4. เกณฑ์การประเมินการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

- 4.1 การให้คะแนนพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ
พิจารณาคำตอบของคำถาม ข้อที่ 1,2,5,9,19,22,23,25,27 จากแบบประเมินการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (ภาคผนวก ข) โดยคำตอบที่ได้เป็นค่าต่อเนื่องตั้งแต่ 0-100 จาก visual analog scales

4.2 การกลับคะแนน (reverse scores)

นำค่าคำตอบที่ได้จากข้อ 2,5,9,19,22,23,25 มากลับคะแนน

โดยใช้สูตร $\text{คะแนนใหม่} = 100 - \text{คะแนนเดิม}$

4.3 การหาคะแนนการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ย

นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 รวมกับ คะแนนใหม่ที่ได้จากข้อ 4.2 และหารด้วย 9
ได้เป็นคะแนนการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ย มีค่าตั้งแต่ 0-100

4.4 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย พิจารณาแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.4.1 ผู้ป่วยที่ได้คะแนนการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ย เท่ากับ 100 จัดเป็น
ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

4.4.2 ผู้ป่วยที่ได้คะแนนการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ย ต่ำกว่า 100 จัดเป็น
ผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ผลการวิจัยตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ผลการวิจัยตัวแปรที่ศึกษา

1. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วย
2. ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ
3. อายุและเพศ
4. สถานภาพสมรส
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
6. ศาสนาที่นับถือ
7. อาชีพและรายได้
8. สิทธิในการรักษาพยาบาล
9. จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น
10. จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ
11. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา
12. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
13. จำนวนโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
14. การเดินทางมาโรงพยาบาล

15. กำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัว
16. ความกล้าในการซักถามแพทย์เมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา
17. ความกล้าในการซักถามเภสัชกรเมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา
18. ความพึงพอใจต่อข้อมูลการใช้ยาที่ได้รับจากเภสัชกร
19. ความรู้สึทักของผู้ป่วยในการรพบแพทย์
20. ความรู้สึทักของผู้ป่วยในการรอรับยา
21. สาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 900 เตียง สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร หน่วยบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 เป็นหน่วยจ่ายยาที่รับผิดชอบในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง จำนวนบุคลากรที่ให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกประกอบด้วยเภสัชกร 7 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 4 คน และคนงาน 2 คน โดยมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 600-800 คนต่อวัน

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 วันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00 น. และวันพุธ เวลา 8.00-16.00 น. โดยจำนวนผู้ป่วยที่เข้าการศึกษามีทั้งหมด 150 ราย แต่ได้ปฏิเสธในการให้สัมภาษณ์จำนวน 34 ราย เนื่องจากไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย

ตอนที่ 2 ผลการวิจัยตัวแปรที่ศึกษา

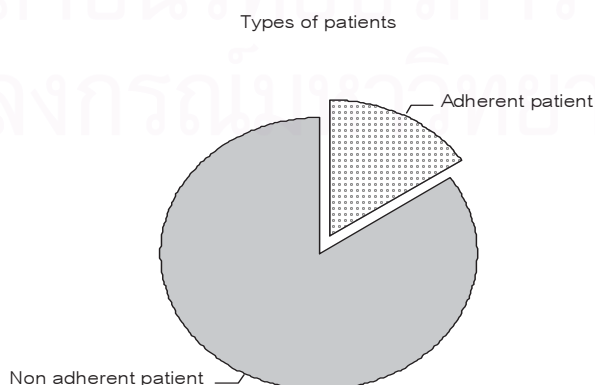
1. ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วย

ผู้ป่วยจำนวน 101 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด 116 ราย (ร้อยละ 87.1) เป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำทั้งหมดจำนวน 200 ปัญหา คือ มีคะแนนการใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ยต่ำกว่า 100 คะแนน และผู้ป่วยร้อยละ 12.9 จัดเป็นผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ คือ มีคะแนนการใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ยเท่ากับ 100 คะแนน (ตารางที่ 3 และรูปที่ 2) เมื่อนำข้อมูลคะแนนการใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนการใช้ยาตามคำแนะนำเท่ากับ 96.09 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 98.29 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับ 0.49 คะแนน ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 75.38 และ 100 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำค่อนข้างสูง (ร้อยละ 87.1) เมื่อเทียบกับการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (71,67)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ	101	87.1
ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ	15	12.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

รูปที่ 2 แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวนผู้ป่วยกับปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ



ประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็น 5 ประเภท จากจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำทั้งหมด 200 ปัญหา คือ ใช้ยาน้อยกว่ากำหนด ใช้ยาผิดเวลา ไม่มารับยาเพิ่มเติม ใช้ยาผิดขนาด และใช้ยามากกว่ากำหนด (ตารางที่ 4) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.6) มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า 1 ประเภท ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 40.5 พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเพียงประเภทเดียว จำนวนของประเภทปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 ± 1.01 (SE) ปัญหา โดยพบว่าจำนวนปัญหาที่พบสูงสุดคือ 5 ปัญหา (ตารางที่ 5)

ประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 74 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 63.8 เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดพบปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด โดยผู้ป่วยแต่ละรายที่พบปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนดนี้อาจพบลักษณะของปัญหาที่แตกต่างกันมากกว่า 1 ลักษณะ เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด จากการลืมใช้ยาร่วมกับการลดขนาดยาเองเมื่อเกิดผลข้างเคียง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนดจากการลืมใช้ยาเพียงอย่างเดียว เป็นต้น

ประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบมากเป็นอันดับสอง คือ การใช้ยาผิดเวลา โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 55 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย พบปัญหาการใช้ยาผิดเวลาหรือคิดเป็นร้อยละ 47.4 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำอื่นๆ แต่จำนวนปัญหาที่พบค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสองปัญหาแรก คือ ผู้ป่วยไม่มารับยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 19.8) ผู้ป่วยใช้ยามากกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.6) และผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด (ร้อยละ 2.6)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ประเภทของปัญหา	จำนวนผู้ป่วย ที่พบปัญหา	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 คน)
ใช้นานน้อยกว่ากำหนด	74	63.8
➤ ลืมใช้ยา	66	56.9
➤ หยุดยาเองเมื่อเกิดผลข้างเคียง	26	22.4
➤ ลดขนาดยาเอง	19	16.4
➤ หยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	2	1.7
ใช้ยาผิดเวลา	55	47.4
ไม่มารับยาเพิ่มเติม	23	19.8
ใช้ยามากกว่ากำหนด	3	2.6
ใช้ยาผิดขนาด	3	2.6
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	136.2

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วย

จำนวนประเภทของปัญหา การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วย 116 คน)
พบ 1 ประเภท	47	40.5
พบ 2 ประเภท	33	28.4
พบ 3 ประเภท	14	12.1
พบ 4 ประเภท	5	4.3
พบ 5 ประเภท	2	1.7
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	15	12.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

2. ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

ผู้ป่วยร้อยละ 51.7 มีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาต่ำ คือ มีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยา ตั้งแต่ 0.00-0.50 คะแนน และผู้ป่วยร้อยละ 48.3 มีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาสูง คือ มีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยามากกว่า 0.50-1.00 คะแนน (ตารางที่ 6) แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาต่ำและระดับความรู้เรื่องการใช้ยาสูงในปริมาณใกล้เคียงกัน เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำนำมาวิเคราะห์แยกตามระดับความรู้ของผู้ป่วยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 6) ดังนั้นระดับความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่น่าจะส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ตารางที่ 6 แสดงระดับความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย

ระดับความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
ความรู้เรื่องการใช้ยาระดับ 1 (ต่ำ)	60	51.7	53	88.3
ความรู้เรื่องการใช้ยาระดับ 2 (สูง)	56	48.3	48	85.7
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	174.0

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับความรู้)

3. อายุและเพศ

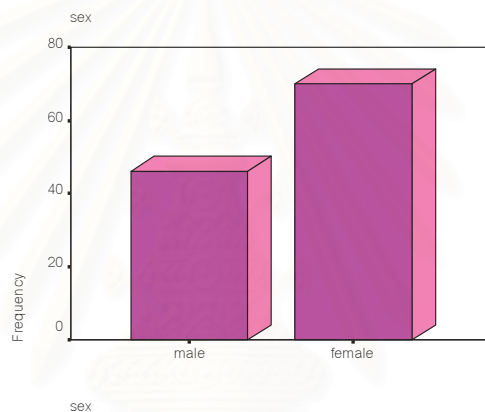
ผู้ป่วยร้อยละ 60.3 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 39.7 เป็นเพศชาย สัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1: 1.5 (ตารางที่ 7 และรูปที่ 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50.0-75.0 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 23.0 ปี และอายุสูงสุดเท่ากับ 85.0 ปี โดยค่าเฉลี่ยเลขคณิตของอายุเท่ากับ 62.0 ปี ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 63.50 ปี และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Error) เท่ากับ 1.0 ปี

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามเพศ

เพศ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
1. ชาย	46	39.7	40	86.9
2. หญิง	70	60.3	61	87.1
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	174.0

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยแต่ละเพศ)

รูปที่ 3 แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามเพศ



จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อาจเนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (66) ดังนั้นเมื่อทำการสุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัยจึงทำให้กลุ่มศึกษามีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมาวิเคราะห์แยกตามเพศพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในแต่ละเพศมีความใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (22,48,67) แต่ผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปที่จะแสดงผลทดสอบทางสถิติ เนื่องจากพบว่า งานวิจัยของ Forthofer และคณะ (2001) ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมาก (502 ราย) และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่าเพศหญิง (68) แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ Fonseca และ Clara (2000) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจจำนวน 69 ราย และพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้ยามากกว่าผู้ป่วยเพศชายและบางงานวิจัยที่เสนอว่าผลของอายุและเพศที่มีต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำยังไม่ชัดเจน (69) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องมาจากธรรมชาติของกลุ่มโรคหัวใจ

และหลุดเลือดมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสูง (29,70,71) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสูงถึงร้อยละ 87.1

4. สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยร้อยละ 80.2 สมรสแล้วและยังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 10.3 เป็นหม้ายหรือหย่า และร้อยละ 9.5 เป็นโสด (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
1. อาศัยอยู่กับคู่สมรส	93	80.2	79	84.9
2. อาศัยอยู่เพียงลำพัง	23	19.8	22	95.7
เป็นหม้าย,หย่า	12	10.3	11	91.7
โสด	11	9.5	11	100
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	180.6

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละสถานภาพสมรส)

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 80.2 มีคู่สมรสและไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 19.8 ที่ไม่มีคู่สมรส เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมาวิเคราะห์แยกตามสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพังพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยทุกรายที่เป็นโสด (ตารางที่ 8) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Miller และคณะที่พบว่า การมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (32)

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อแยกตามระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับมัธยมต้น มัธยมปลาย ปวช.และอนุปริญญาทุกรายพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ในขณะที่ผู้ป่วยในระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า เช่น ไม่ได้รับการศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนต้น และ

ประถมศึกษาตอนปลายพบจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่ต่ำกว่า และพบว่าผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับสูงขึ้นเช่นปริญญาตรี ก็พบจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่ต่ำลง และไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่จบระดับปริญญาโทที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการศึกษาสูงสุด

ระดับการศึกษาสูงสุด	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น และไม่ได้รับการศึกษา	13	11.2	11	84.6
ประถมศึกษาตอนต้น	23	19.8	19	82.6
ประถมศึกษาตอนปลาย	27	23.3	24	88.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	8.6	10	100.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	2.6	3	100.0
ปวช.	9	7.8	9	100.0
ปวส.	5	4.3	3	60.0
อนุปริญญา	1	0.9	1	100.0
ปริญญาตรี	23	19.8	21	91.3
ปริญญาโท	2	1.7	0	0.0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	807.4

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับการศึกษาสูงสุด)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Gunther และคณะ (72) ที่แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยในประเทศที่กำลังพัฒนา และงานวิจัยของ Czamecka และคณะ (73) ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมปลายขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า

นอกจากนั้นจากผลการวิจัยจะเห็นว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 สามารถอ่านหนังสือได้ ดังนั้น การอ่านตัวหนังสือภาษาไทยบนฉลากยาจึงไม่น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ แต่หากแยกพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยในระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 21.5 ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปซึ่งสามารถอ่านภาษาอังกฤษได้ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเกิดปัญหาการอ่านชื่อยาบนฉลากซึ่งระบุเป็น

ภาษาอังกฤษทำให้เป็นอุปสรรคในการจดจำชื่อยาที่ตนเองใช้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากไม่สามารถจำชื่อยาที่ระบุบนฉลากยาได้ ยาเพียงตัวเดียวที่ผู้ป่วยสามารถระบุชื่อยาได้ คือ ยาแอสไพริน และยังพบว่าอุปสรรคสำคัญในการอ่านฉลากยาของผู้ป่วย คือ ตัวหนังสือที่เล็กเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นวิธีการใช้ยาบนฉลากได้ แต่อาศัยความคุ้นเคยในการใช้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันนาน เช่น ใช้ยาตามแบบวิธีการใช้ยาเดิม หรือ จำลักษณะกล่องบรรจุยาหรือแผงยา โดยไม่อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรายการยาที่มีวิธีการใช้ยาที่เปลี่ยนไป รายการยาที่เปลี่ยนไปหรือได้รับรายการยาที่มีลักษณะภายนอกคล้ายคลึงกัน

6. ศาสนาที่นับถือ

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาที่ชาวไทยส่วนใหญ่นับถือ และไม่มีข้อปฏิบัติพิเศษเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือการใช้ยาดังนั้นศาสนาจึงไม่น่าเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 88.9 ที่นับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 10) ยังคงพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ซึ่งอาจเกิดจากความเชื่อส่วนบุคคลบางอย่างของผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ เช่น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยบางรายที่มีความเชื่อส่วนบุคคลในการอดอาหารทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยงดการรับประทานยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ เนื่องจากเห็นว่าแพทย์ให้รับประทานยาหลังอาหาร เมื่องดอาหารก็ควรงดยาไปด้วย เป็นต้น

ดังนั้นจากผลการวิจัยจะเห็นว่าศาสนาที่ต่างกันอาจไม่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย ในขณะที่ความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำได้มากกว่า

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามศาสนาที่นับถือ

ศาสนาที่นับถือ	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
พุทธ	109	94.0	97	88.9
อิสลาม	6	5.2	4	66.7
คริสต์	1	0.9	0	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	155.6

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละศาสนา)

7. อาชีพและรายได้

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.4 ไม่ได้ทำงานประจำใดๆในปัจจุบัน (ตารางที่ 11) และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ (78,000 บาท = 6,500.0x12 เดือน) ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลรายได้เท่ากับ 9,902.0 บาท ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 6,500.0 บาท และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับ 1,119.9 บาท

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามการประกอบอาชีพปัจจุบัน

การประกอบอาชีพปัจจุบัน	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1. ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆในปัจจุบัน	77	66.4
ว่างงาน	28	24.1
เกษียณ	26	22.4
แม่บ้าน	23	19.8
2. รับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	14	12.1
3. ผู้ใช้แรงงาน	13	11.2
4. ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	8	6.9
5. พนักงานบริษัทเอกชน	4	3.4
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ยต่อปีค่อนข้างต่ำถ้าเทียบกับราคาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าราคาพยาบาลไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของสถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัย คือ โรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทยจะตั้งราคาพยาบาลค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนหรือร้านขายยา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัฐบาลจะมีสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง นอกเหนือจากการใช้สิทธิข้าราชการเงินสด ทำให้อาชีพและรายได้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่ายา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Czamecka และคณะ (73) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพที่ดีจะมีการใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า และ การศึกษาของ Rizzo และคณะ (74) ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า

8. สิทธิในการรักษาพยาบาล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 53.5 เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนที่เหลือมาใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยใช้สิทธิชำระเงินสด (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
1. ชำระเงินสด	54	46.6
2. ไม่ต้องชำระเงินสด	62	53.5
<i>เบิกต้นสังกัดราชการ</i>	42	36.2
<i>ประกันสุขภาพถ้วนหน้า</i>	19	16.4
<i>ประกันสังคม</i>	1	0.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษาส่วนมาก (ร้อยละ 46.6) มาโรงพยาบาลโดยใช้สิทธิชำระเงินสด แต่จากการสัมภาษณ์พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิชำระเงินสดมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนได้ในภายหลัง ดังนั้นแท้จริงแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยที่ไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยสามารถหายามาใช้ได้แม้ว่าจะมีรายได้ต่ำ

9. จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น

จากผลการวิจัยจะพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85.3 (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคถึง 7 โรค มีค่าเท่ากับ $99 \times 100 / 116$) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ นอกจากผู้ป่วยจะมีภาวะของโรคหัวใจแบบต่างๆ แล้ว มักจะพบภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูงร่วมอยู่ด้วย เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมาแยกวิเคราะห์ตามจำนวนโรคของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่มีจำนวนโรคหนึ่งโรคเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ และจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำจะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีจำนวนโรคร่วม 2 โรค ถึง 5 โรค โดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจำนวน 5 โรค เป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำต่ำที่สุด นั่นแสดงว่าจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำจะลดลง เมื่อผู้ป่วยได้รับจำนวนรายการยาที่

มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Balkrishnan (69) ที่พบว่าจำนวนโรคร่วมส่งผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยได้ แต่ขัดแย้งกับบางการวิจัยที่พบว่าจำนวนโรคร่วมที่มากขึ้นนำไปสู่จำนวนรายการยาที่มากขึ้น และสามารถส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่มากขึ้นได้(67) อาจเป็นเพราะจำนวนตัวอย่างน้อยในกลุ่มดังกล่าวที่ทำให้ไม่อาจสรุปได้

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามจำนวนโรคที่เป็น

จำนวนโรคที่เป็น	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
1 โรค	17	14.7	17	100.0
2 โรค	46	39.7	41	89.1
3 โรค	34	29.3	29	85.3
4 โรค	13	11.2	10	76.9
5 โรค	4	3.4	2	50.0
6 โรค	1	0.9	1	100.0
7 โรค	1	0.9	1	100.0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	601.3

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยตามแต่ละจำนวนโรค)

10. จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 18.1) ได้รับยาทั้งหมด 7 รายการ โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่ได้รับยาเพียง 1 รายการ จำนวนรายการยาน้อยที่สุดและมากที่สุด เท่ากับ 2 รายการ และ 14 รายการตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมาวิเคราะห์แยกตามจำนวนรายการยา (ตารางที่ 14) พบว่า จำนวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ แต่จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำจะลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 7 รายการถึง 13 รายการ แต่จากผลการวิจัยยังไม่สามารถสรุปได้ว่าจำนวนรายการยาที่มากขึ้นจะส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำอย่างไร ดังนั้นหากทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นอาจทำให้เห็นข้อสรุปที่ชัดเจนขึ้นได้

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

จำนวนรายการยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
2 รายการ	2	1.7	2	100.0
3 รายการ	4	3.4	3	75.0
4 รายการ	6	5.2	6	100.0
5 รายการ	18	15.5	18	100.0
6 รายการ	17	14.7	17	100.0
7 รายการ	21	18.1	19	90.5
8 รายการ	14	12.1	11	78.6
9 รายการ	10	8.6	9	90.0
10 รายการ	10	8.6	9	90.0
11 รายการ	4	3.4	3	75.0
12 รายการ	4	3.4	2	50.0
13 รายการ	5	4.3	4	80.0
14 รายการ	1	0.9	0	0.0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	103	1,029.1

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยตามแต่ละจำนวนรายการยา)

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 98.3 (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายการยา 3 รายการถึง 14 รายการ มีค่าเท่ากับ $114 \times 100 / 116$) ได้รับยาตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป โดยในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 3 รายการถึง 14 รายการนี้มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 87.1 เป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (คำนวณจาก $101 \times 100 / 116$) (ตารางที่ 3) แสดงว่าจำนวนรายการยาอาจจะส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coons และคณะ(67) ที่พบว่าจำนวนรายการยามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าจำนวนรายการยาอาจมีผลต่อความรู้สึกความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องข้อบ่งใช้ของยา เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถบอกข้อบ่งใช้ของยาได้ และคิดว่ายาทุกรายการที่ได้รับเป็นยารักษาโรคหัวใจหรือยาลดความดันโลหิต

ซึ่งสอดคล้องกันการศึกษาของ King และคณะ(56) ที่พบว่าจำนวนรายการยาตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไปส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ และมีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยที่ได้รับจำนวนรายการยามากกว่า 10 รายการขึ้นไป มีแนวโน้มว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำจะลดลง

11. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.7) มีระยะเวลาใช้ยาดังแต่ 1-5 ปี ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาเท่ากับ 6.1 ปี ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.0 ปี และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับ 0.6 ปี โดยมีระยะเวลาที่ใช้ยาน้อยที่สุดและมากที่สุด เท่ากับ 1 เดือน และ 26.0 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 แสดงระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา (ปี)	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	15	12.9
>1-5 ปี	53	45.7
6-10 ปี	35	30.2
11-15 ปี	4	3.5
16-20 ปี	3	2.6
21-25 ปี	5	4.3
26 ปี	1	0.8
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาที่ใช้ยาต่อเนื่องค่อนข้างนาน มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12.9 ที่ใช้ยาต่อเนื่องมาต่ำกว่า 1 ปี แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่น่าจะสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง แต่ผลการวิจัยกลับพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 87.1 (ตารางที่ 3) นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยามาเป็นเวลานาน จึงคิดว่าตนเองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นอย่างดี ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยที่แสดงว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาต่ำ (ตารางที่ 6) แต่อาศัยความคุ้นเคยในการรับประทานยาในแต่ละวันเป็นหลัก ซึ่งหากสภาวะโรคของผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ หรือไม่ได้มีความผิดปกติจากการใช้ยา การใช้ความคุ้นเคยเพียงอย่างเดียวก็อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ได้ แต่สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ต้องมีการ

เปลี่ยนแปลงรายการยา หรือพบผลข้างเคียงระหว่างการใช้ยาแต่ไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องก็อาจกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้

12. จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.2) รับการรักษาจากแพทย์จำนวน 1 ราย โดยมีจำนวนแพทย์ที่เข้ารับการรักษาน้อยที่สุดและมากที่สุด เท่ากับ 1 รายและ 8 ราย ตามลำดับ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล

จำนวนแพทย์ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	จำนวน ผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วย ที่พบปัญหา	ร้อยละ**
1 ท่าน	64	55.2	53	82.8
2 ท่าน	30	25.9	27	90.0
3 ท่าน	11	9.5	10	90.9
4 ท่าน	3	2.6	3	100.0
5 ท่าน	5	4.3	5	100.0
8 ท่าน	3	2.6	3	100.0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	563.7

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยตามแต่ละจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.2) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์เพียงท่านเดียวและมีเพียงร้อยละ 19.0 (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์จำนวน 3 ท่านถึง 8 ท่าน มีค่าเท่ากับ $22 \times 100 / 116$) ที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์ตั้งแต่ 3 ท่านขึ้นไปซึ่งเป็นลักษณะที่น่าจะพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มักจะคุ้นเคยและเข้ามารับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ท่านเดิมตามวันที่แพทย์นัด ยกเว้นบ้างในบางกรณีที่ต้องเปลี่ยนแพทย์ผู้ตรวจรักษา เช่น มาไม่ตรงวันนัด หรือแพทย์ผู้ตรวจประจำตัวไม่อยู่ เป็นต้น ซึ่งเป็นลักษณะที่น่าจะพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มักจะคุ้นเคยและเข้ามารับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ท่านเดิม ยกเว้นบ้างในบางกรณีที่ต้องเปลี่ยนแพทย์ผู้ตรวจรักษา เช่น มาไม่ตรงวันนัด หรือแพทย์ผู้ตรวจประจำตัวไม่อยู่ เป็นต้น

เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วย มาวิเคราะห์แยกตามจำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการกับแพทย์จำนวน 1-3 ท่านมีปัญหการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำต่ำกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการกับแพทย์จำนวน 4-8 ท่าน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการกับแพทย์จำนวน 1 ท่าน พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำต่ำที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยที่พบแพทย์เพียงท่านเดียวมีความรู้สึกคุ้นเคยกับแพทย์ และกล้าซักถามแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่เปลี่ยนแพทย์บ่อย

13. จำนวนโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้เพียงแห่งเดียว โดยเมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมาแยกวิเคราะห์ตามจำนวนสถานพยาบาลพบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในทุกกลุ่ม และมีแนวโน้มที่ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำจะลดลงเมื่อจำนวนสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยมารับบริการ

จำนวนสถานพยาบาล ที่ผู้ป่วยมารับบริการ	จำนวน ผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วย ที่พบปัญหา	ร้อยละ**
1 แห่ง	95	81.9	83	87.4
2 แห่ง	18	15.5	16	88.9
3 แห่ง	3	2.6	2	66.7
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	243.0

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยตามแต่ละจำนวนโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าข้อมูลการใช้ยาส่วนมากที่ได้รับจากเภสัชกรผู้จ่ายยา เป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา และวิธีการใช้ยา ซึ่งเป็นแบบเดียวกับข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ ต่างกันตรงที่แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นคนแรก แต่เภสัชกรจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเหล่านั้นซ้ำๆ กันทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยา ซึ่งหากผู้ป่วยใช้บริการโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งระบบการจ่ายยาของเภสัชกรทุกคนก็จะเป็นมาตรฐานเดียวกันและอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้การใช้ยาในด้านอื่นๆ เช่น ผลข้างเคียงของยา หรือข้อควรระวังในการใช้ยา เป็นต้น

14. การเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวกต้องรอให้ผู้อื่นพามา

พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 สามารถเดินทางมารับยาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอให้ผู้อื่นพามา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ค่อนข้างช่วยเหลือตนเองได้ดีแม้ว่าจะมีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง

การเดินทางมาโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ*	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	ร้อยละ**
ต้องรอให้ผู้อื่นช่วยพามา	28	24.1	22	78.6
เดินทางมาได้ด้วยตนเอง	88	75.9	79	89.8
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0	101	168.4

(หมายเหตุ: *เทียบจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย, **เทียบจากจำนวนผู้ป่วยตามแต่ละวิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล)

เมื่อนำข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมาวิเคราะห์แยกตามวิธีการเดินทางมายังโรงพยาบาลของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเองกลับพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสูงกว่าผู้ป่วยที่ต้องรอให้ผู้อื่นช่วยพามาโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาลด้วยตนเองอาจรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือเพื่อที่จะเดินทางมาโรงพยาบาล และอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย หรือสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ

15. กำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัว

ข้อมูลจาก visual analog scale แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลกำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัวเท่ากับร้อยละ 73.0 ค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 100.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับ ร้อยละ 3.3 ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับร้อยละ 0.0 และ 100.0 ตามลำดับ หมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับกำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิดอย่างเต็มที่ทำให้มีกำลังใจในการรักษาโรคและการใช้ยา การขาดกำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัว ไม่น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ก็ยังพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 87.1 (ตารางที่ 3) ซึ่งน่าจะมาจากสาเหตุอื่น นอกจากนั้นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่เป็นคู่

สามีภรรยาที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันและให้กำลังใจของตนในการใช้ยา

16. ความกล้าในการซักถามแพทย์เมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา

ข้อมูลจาก visual analog scale แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลความกล้าในการซักถามแพทย์เมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยาเท่ากับร้อยละ 76.8 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 100.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับร้อยละ 3.7 ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0.0 และ 100.0 ตามลำดับ ผลการวิจัยแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความกล้ามากที่สุดในการซักถามแพทย์ของตนเมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา แต่ก็ยังพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำค่อนข้างสูง (ตารางที่ 3) และคะแนนความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 6) แสดงว่า ความไม่กล้าในการซักถามแพทย์ของผู้ป่วย ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความกล้าที่จะถามแพทย์หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่เคยถามคำถามใดเลยกับแพทย์ตั้งแต่ได้รับการตรวจรักษามา เนื่องจากไม่ทราบว่าจะถามอะไร ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่าควรรู้ข้อมูลใดเกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยา หรืออาจเป็นเพราะคิดว่าตนเองทราบข้อมูลการใช้ยาครบถ้วนดีที่สุดในอยู่แล้ว

17. ความกล้าในการซักถามเภสัชกรเมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา

ข้อมูลจาก visual analog scale แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลความกล้าในการซักถามเภสัชกรเมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยาเท่ากับร้อยละ 83.3 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 100.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับร้อยละ 3.2 ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0.0 และ 100.0 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนนความกล้ามากที่สุดในการซักถามเภสัชกรเมื่อไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา แต่ก็ยังพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำค่อนข้างสูง (ตารางที่ 3) และคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาที่ต่ำ (ตารางที่ 6) ดังนั้น ความไม่กล้าในการซักถามเภสัชกรของผู้ป่วย ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยหลายรายมีความยินดีที่จะพูดคุยปรึกษาเภสัชกรในเรื่องการใช้ยา และอยากให้เพิ่มบริการรับปรึกษาปัญหาด้านยาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย รวมทั้งคิดว่าข้อมูลที่เภสัชกรให้เรื่องวิธีการใช้ยาทุกครั้งที่มารับยาต่อเนื่องที่หน่วยจ่ายยา เป็นข้อมูลการใช้ยาที่ครบถ้วนอยู่แล้ว

18. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลการใช้จ่ายที่ได้รับจากเภสัชกร

ข้อมูลจาก visual analog scale แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อข้อมูลการใช้จ่ายที่ได้รับจากเภสัชกรเท่ากับร้อยละ 76.7 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 100.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับร้อยละ 3.1 ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0.0 และ 100.0 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากเภสัชกรในระดับมากที่สุดและคิดว่าข้อมูลที่ได้รับจากเภสัชกรนั้นครบถ้วนเพียงพอแล้ว แม้ว่าข้อมูลการใช้จ่ายที่ได้รับจากเภสัชกรจะเน้นที่ข้อมูลข้อบ่งใช้ของยาและวิธีการใช้จ่ายเป็นหลัก แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความพึงพอใจกับข้อมูลการใช้จ่ายที่ได้รับจากเภสัชกร แม้ว่าข้อมูลการใช้จ่ายเหล่านั้นอาจจะยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ก็ตาม ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับจากเภสัชกรน่าจะไม่มีผลต่อปัญหาการไม่ใช้จ่ายตามคำแนะนำ

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องประเภทข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์และเภสัชกร พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษามากที่สุด (ตารางที่ 19) คือพบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 66 รายที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากผู้ป่วยทั้งหมด 114 ราย ที่ได้รับข้อมูลต่างๆจากแพทย์ทั้งหมดจำนวน 189 ข้อมูล หรือคิดเป็นร้อยละ 57.9 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้วิเคราะห์จำนวน 114 ราย ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุดและอันดับต่อมา คือ ข้อมูลข้อบ่งใช้ของยา และข้อมูลวิธีการใช้จ่าย ส่วนข้อมูลผลข้างเคียงจากการใช้จ่ายและข้อควรระวังในการใช้จ่ายเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ค่อนข้างต่ำ ซึ่งต่างจากข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเภสัชกร ที่พบว่า เภสัชกรให้ข้อมูลเรื่องวิธีการใช้จ่ายกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือข้อมูลเรื่องข้อบ่งใช้ของยา ส่วนข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลโรคและการรักษา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังในการใช้จ่าย ก็ยังพบน้อยเช่นกัน (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 19 แสดงประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์

ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ จากแพทย์	จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับข้อมูล	ร้อยละ(เทียบกับจำนวนผู้ป่วย 114 ราย)
โรคและการรักษา	66	57.9
ข้อบ่งใช้ของยา	51	44.7
วิธีการใช้ยา	50	43.9
ข้อควรระวังในการใช้ยา	5	4.4
ผลข้างเคียง	10	8.8
ข้อมูลอื่นๆ	7	6.1
จำนวนทั้งหมด	189	165.8

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 114 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากมีข้อมูลไม่ครบถ้วนเท่ากับ 2 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย)

ตารางที่ 20 แสดงประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเภสัชกร

ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ จากเภสัชกร	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับข้อมูล	ร้อยละ(เทียบกับจำนวนผู้ป่วย 112 ราย)
โรคและการรักษา	4	3.6
ข้อบ่งใช้ของยา	66	58.9
วิธีการใช้ยา	97	86.6
ข้อควรระวังในการใช้ยา	2	1.8
ผลข้างเคียง	1	0.9
ข้อมูลอื่นๆ	3	2.7
จำนวนทั้งหมด	173	154.5

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 112 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากมีข้อมูลไม่ครบถ้วนเท่ากับ 4 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย)

แสดงให้เห็นว่า แพทย์และเภสัชกรยังคงมุ่งประเด็นการให้ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในเรื่องข้อบ่งใช้ของยา และวิธีการใช้ยาเป็นหลัก ต่างกันตรงที่แพทย์จะเน้นข้อมูลเรื่องโรคและการรักษาของผู้ป่วย ส่วนเภสัชกรจะให้ข้อมูลส่วนนี้น้อยมาก และทั้งแพทย์และเภสัชกรให้ข้อมูลเรื่องผลข้างเคียงและข้อควรระวังในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยต่ำมาก ซึ่งผลการวิจัยนี้อาจชี้ให้เห็นถึงสาเหตุที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะสอบถามแพทย์หรือเภสัชกรเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเอง

แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความกล้าในการสอบถามอย่างเต็มที่ เนื่องจากข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์และเภสัชกรจะเป็นข้อมูลลักษณะเดียวกัน คือ ข้อมูลเรื่องข้อบ่งใช้ของยาและวิธีการใช้ยา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยคิดว่าข้อมูลทั้งสองอย่างที่ผู้ป่วยได้รับเป็นประจำเป็นข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับและเป็นข้อมูลการใช้ยาที่ครบถ้วนอยู่แล้ว และส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจกับข้อมูลเหล่านี้ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยไม่คิดที่จะสอบถามเพิ่มเติมจนกว่าจะมีปัญหาการใช้ยาอื่น ๆ เกิดขึ้น เช่น แพ้ยา หรือมีประสบการณ์ตรงเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดความผิดปกติระหว่างการใช้ยา เป็นต้น

19. ระยะเวลารอพบแพทย์นาน

ข้อมูลจาก visual analog scale แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลความรู้สึกในการรอพบแพทย์เท่ากับร้อยละ 42.9 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 45.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับร้อยละ 3.4 ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0.0 และ 100.0 ตามลำดับ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้คิดว่าระยะเวลาที่รอพบแพทย์นั้นไม่นานมากแม้ว่าระยะเวลารอพบแพทย์เฉลี่ยเท่ากับ 90.0 ± 8.5 (standard error) นาที หรือประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นเวลาานจนสามารถปรับตัวได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยหลายรายยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความเห็นอกเห็นใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องใช้ความอดทนเพื่อที่รอรับการรักษาเช่นกัน ดังนั้นระยะเวลาในการรอพบแพทย์ ไม่น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

20. ระยะเวลารับยานาน

ข้อมูลจาก visual analog scale แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลความรู้สึกในการรอรับยาเท่ากับร้อยละ 13.5 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard error) เท่ากับร้อยละ 2.1 ค่าต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0.0 และ 100.0 ตามลำดับ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้คิดว่าระยะเวลาที่รอรับยานั้นไม่นาน โดยระยะเวลารอรับยาเฉลี่ยเท่ากับ $25.0 \pm$

2.6 (standard error) นาทิ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบคอมพิวเตอร์ใหม่ในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทำให้สามารถบริการจัดยาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยรายเก่าของโรงพยาบาลซึ่งอาจเกิดความรู้สึกเปรียบเทียบว่าการบริการรูปแบบใหม่นั้น รวดเร็วกว่าการบริการที่ตนเคยได้รับก่อนหน้านี้มาก ดังนั้น การรอรับยาเป็นเวลานานจึงไม่น่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

21. สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ ใช้ยาน้อยกว่ากำหนด ใช้ยาผิดเวลา ไม่มารับยาตามนัด ใช้ยามากกว่ากำหนด และใช้ยาผิดขนาด โดยสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำแบบต่างๆ ที่พบ มีดังนี้

21.1 ใช้ยาน้อยกว่ากำหนด

ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด เป็นประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบมากที่สุดในกลุ่มนี้ โดยมีลักษณะแตกต่างกัน 4 แบบ คือ ผู้ป่วยลืมใช้ยา ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเอง ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น และผู้ป่วยหยุดยาเองเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงหรือพบความผิดปกติจากการใช้ยา

21.1.1 ผู้ป่วยลืมใช้ยา

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 66 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 56.9 ลืมใช้ยา โดยมีสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยลืมใช้ยา คือ งานยุ่งจนลืมใช้ยา (ร้อยละ 18.1) (ตารางที่ 21) เมื่อนำผลการวิจัยมาแบ่งกลุ่มสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยลืมใช้ยาเพื่อวิเคราะห์จะพบว่า สาเหตุหลักของการลืมใช้ยาของผู้ป่วยมาจากวิธีการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 35.3) (ตารางที่ 22)

นอกจากนั้นพบว่าเมื่อลืมใช้ยา ผู้ป่วยต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.5) ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง คือ รับประทานยามื้อต่อไปในขนาดปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 11.2 รับประทานยาทันทีที่นึกได้ และผู้ป่วยร้อยละ 0.9 เพิ่มขนาดการใช้ยามื้อต่อไปเป็นสองเท่า (ตารางที่ 23)

เมื่อสำรวจรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายลืมใช้ โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจลืมใช้ยามากกว่า 1 รายการ พบว่า รายการยาที่ผู้ป่วยลืมใช้มากที่สุด คือ ยาลดไขมันในกลุ่ม statins พบว่า จากผู้ป่วยที่ลืมใช้ยาจำนวน 66 ราย มีผู้ป่วยที่ลืมใช้ยา statins มากที่สุดจำนวน 21 รายการ หรือคิดเป็นร้อยละ 31.8 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ลืมใช้ยาทั้งหมด 66 ราย และอันดับต่อมา คือ ยา

aspirin/clopidogrel และ calcium channel blockers (ตารางที่ 25) นอกจากนั้นพบว่ามียาที่ผู้ป่วยใช้อาจส่งผลให้เกิดการลืมนำยาที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 24) คือ ผู้ป่วยที่ลืมนำยาจำนวน 66 ราย รับประทานยาในมือที่แตกต่างกันจำนวน 7 มือ จำนวน 61 ครั้ง (โดยผู้ป่วย 5 รายถูกคัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน) พบว่า มียาหลังอาหารเช้า เป็นมียาที่ผู้ป่วยลืมนำใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.5 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 61 ราย และมียาที่ผู้ป่วยลืมนำใช้อันดับต่อมา คือ มียาก่อนนอน (ร้อยละ 15.6) และหลังอาหารเย็น (ร้อยละ 14.1) (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนผู้ป่วยและสาเหตุที่ผู้ป่วยลืมนำยา

สาเหตุที่ผู้ป่วยลืมนำยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	50	43.1
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	66	56.9
งานยุ่งจนลืมนำยา	21	18.1
ไปทำงานนอกแล้วลืมนำยาติดตัวออกไป	14	12.1
หลับไปก่อนเลยไม่ได้นำยา	8	6.9
ต้องรีบไปทำงานเลยลืมนำยา	8	6.9
จำไม่ได้ว่านำยาแล้วหรือยังเลยงดใช้ไปเลย	4	3.4
รับประทานอาหารไปก่อนเลยลืมนำยา	4	3.4
ผู้ดูแลลืมนำยาให้ผู้ป่วย	3	2.6
รู้สึกว่าคุณเองสบายดีเลยขี้เกียจรับประทานยา	2	1.7
แพทย์เพิ่งเพิ่มยาให้ใหม่เลยลืมนำยา	1	0.9
วิธีนำยาต่างไปจากที่เคยใช้เลยลืมนำยา	1	0.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 22 แสดงการแบ่งประเภทของสาเหตุที่ผู้ป่วยลืมิใช้ยา

สาเหตุของการลืมิใช้ยา	ร้อยละ
วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน	35.3
งานยุ่งจนลืมิ	18.1
หลับไปก่อนเลยไม่ได้ใช้ยา	6.9
ต้องรีบไปทำงานเลยลืมิรับประทานยา	6.9
รับประทานอาหารไปก่อนเลยลืมิรับประทานยา	3.4
ความจำ	15.5
ไปข้างนอกแล้วลืมิเอายาติดตัวไป	12.1
จำไม่ได้ว่าใช้ยาหรือยังเลยงดไป	3.4
ผู้ดูแลลืมิจัดยาให้	2.6
ไม่คุ้นเคยกับวิธีการใช้ยา	1.8
แพทย์เพิ่งเพิ่มยาให้ใหม่เลยลืมิรับประทานยา	0.9
วิธีการใช้ยาต่างจากที่เคยใช้เลยลืมิรับประทานยา	0.9
รู้สึกว่าคุณเองสบายดีเลยขี้เกียจรับประทานยา	1.7

ตารางที่ 23 แสดงการปฏิบัติตนเมื่อลืมิใช้ยาของผู้ป่วย

การปฏิบัติตนเมื่อลืมิใช้ยาของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
รับประทานยามื้อต่อไปในขนาดปกติ	47	40.5
รับประทานยาทันทีที่นึกได้	13	11.2
ปฏิบัติตนอื่นๆ	5	4.3
รับประทานยามื้อต่อไปเป็นสองเท่า	1	0.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 24 แสดงมื้อยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้

มื้ออาหาร	จำนวนครั้งที่ลิ้มใช้ยา	ร้อยละ
ยาก่อนอาหารเช้า	5	8.2
ยาหลังอาหารเช้า	28	39.5
ยาก่อนอาหารกลางวัน	1	1.5
ยาหลังอาหารกลางวัน	6	8.5
ยาก่อนอาหารเย็น	0	0
ยาหลังอาหารเย็น	10	14.1
ยาก่อนนอน	11	15.6
จำนวนครั้งที่ลิ้มใช้ยาทั้งหมด	61	100.0

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 61 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาลิ้มใช้ยา จำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากไม่พบปัญหาเท่ากับ 50 รายและข้อมูลไม่ครบถ้วนจำนวน 5 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย)

ตารางที่ 25 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้

รายการยา	จำนวนรายการยา	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วย ที่ลิ้มใช้ยาจำนวน 66 ราย)
Statins	21	31.8
Aspirin/Clopidogrel	19	28.8
Calcium channel blocker	18	27.3
Beta blocker	18	27.3
HCTZ/Furosemide	15	22.7
Angiotensin receptor blocker	15	22.7
Angiotensin converting enzyme inhibitor	13	19.7
Metformin	12	18.2
Nitrates	9	13.6
Warfarin	7	10.6
Sulphonylureas	7	10.6
Thiazolidinediones	6	9.1
Methyldopa	4	6.1
Alpha-blocker	3	4.5
Ezetimibe	3	4.5
Insulin glargine	1	1.5
Fibrates	1	1.5
Amiodarone	1	1.5
จำนวนรายการยาทั้งหมด	173	262.0

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 66 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาลิ้มใช้ยา จำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดออกจากกรวิเคราะห์เนื่องจากไม่พบปัญหาเท่ากับ 50 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย)

จากการวิเคราะห์มื่อยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้ (ตารางที่ 24) และรายการยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้ (ตารางที่ 25) พบว่า มื่อยาหลังอาหารเช้าจะเป็นมื่อยาที่ผู้ป่วยลิ้มรับประทานมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมักจะใช้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงหลังอาหารเช้า แต่กลับพบว่า รายการยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้มากที่สุดกลับเป็น ยากลุ่ม statins ซึ่งรับประทานก่อนนอนแทนที่จะเป็นรายการยาที่รับประทานหลังอาหารเช้า เมื่อพิจารณาผลการวิจัยจากตารางที่ 25 จะพบว่ารายการยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้ตั้งแต่อันดับที่ 2 ลงมา แม้ว่าจะเป็นรายการยาที่แตกต่างกันแต่ รายการยาส่วนมากเป็นยาที่ต้องรับประทานหลังอาหารเช้า ทำให้มื่อยาที่รับประทานหลัง อาหารเช้ากลายเป็นมื่อยาที่ผู้ป่วยลิ้มใช้เป็นอันดับแรก และมื่อยาก่อนนอนเป็นมื่อยาที่ผู้ป่วย ลิ้มใช้เป็นอันดับสอง ดังนั้นอาจสรุปได้ว่ามื่อยาที่ผู้ป่วยรับประทานยา อาจส่งผลต่อการลิ้ม รับประทานยาของผู้ป่วยมากกว่ารายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

นอกจากนี้พบว่ายาความเสี่ยงสูง เช่น warfarin ยังพบปัญหาการลิ้มใช้ยาได้ เช่นกัน (ตารางที่ 25) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (จำนวน 76 ราย) หรือคิดเป็นร้อยละ 65.5 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย มีวิธีการพิเศษในการใช้ยาของตนเองอยู่แล้วใน รูปแบบที่แตกต่างกัน 6 แบบ โดยการจัดยาเป็นชุดล่วงหน้า เป็นวิธีที่ผู้ป่วยนิยมใช้มากที่สุด (ร้อยละ 37.9) (ตารางที่ 26) แต่เมื่อนำคำแนะนำการใช้ยาตามคำแนะนำมาวิเคราะห์พบว่า ใน จำนวนผู้ป่วย 76 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 65.5 นี้ มีผู้ป่วยเพียง 16 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 21.1 ที่ไม่พบปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ หมายความว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78.9 ที่มีวิธีการ ช่วยจำของตนเองยังคงพบปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำอยู่และผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ปฏิทินช่วย เตือนการใช้ยาและวิธีนับเม็ดยา ยังคงเป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ แสดงว่าวิธีการช่วยต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ในปัจุบันนั้นอาจไม่ใช่วิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในการ แก้ปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ หรือวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นไม่ตรงกับสาเหตุของ ปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งยืนยันผลการวิจัยที่สอดคล้องกันได้จาก ข้อมูลสาเหตุของการลิ้มใช้ยา คือ วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ตารางที่ 22)

นอกจากนั้นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า แม้ว่าผู้ป่วยพยายามจะ จัดยาเป็นชุดล่วงหน้าเพื่อป้องกันการลิ้มรับประทานยา แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ป่วย กลับลิ้มรับประทานยาตอนเช้าทั้งชุดที่จัดเตรียมไว้เนื่องจากต้องรีบไปข้างนอก เป็นต้น

ตารางที่ 26 แสดงวิธีการช่วยจำในการใช้ยา

วิธีการช่วยจำของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย)
จำอย่างเดียว	34	29.3
จัดยาเป็นชุดล่วงหน้า	44	37.9
รับประทานยาเวลาเดิมทุกวัน	20	17.2
วางยาในที่มองเห็นง่าย	9	7.8
ใช้ปฏิทินช่วยเตือนในการใช้ยา	2	1.7
นับเม็ดยาที่เหลืออยู่	1	0.9
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ตอบคำถามนี้	6	5.2
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาแยกตามวิธีการช่วยจำของผู้ป่วย

วิธีการช่วยจำของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิธีการช่วยจำแต่ละวิธี)
จัดยาเป็นชุดล่วงหน้า	44	32	72.7
จำอย่างเดียว	34	33	97.1
รับประทานยาเวลาเดิมทุกวัน	20	18	90.0
วางยาในที่มองเห็นง่าย	9	8	88.9
ใช้ปฏิทินช่วยเตือนในการใช้ยา	2	2	100.0
นับเม็ดยาที่เหลืออยู่	1	1	100.0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	110	94	476.0

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 110 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากข้อมูลไม่ครบเท่ากับ 6 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย)

21.1.2 ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเอง

ผู้ป่วยจำนวน 19 รายจากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.0 เคยลดขนาดยาเอง โดยมีสาเหตุหลักมาจาก เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 6.9) (ตารางที่ 28) เมื่อนำสาเหตุทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์และจัดกลุ่มพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง คือ เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 6.9) และสาเหตุรองลงมาคือ ตัวผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 6.1) (ตารางที่ 29)

เมื่อพิจารณารายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง พบว่ายาขับปัสสาวะและ beta blockers เป็นรายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเองมากที่สุด (ร้อยละ 21.0) อันดับต่อมา คือ รายการยา angiotensin receptor blockers, sulphonylureas, metformin และ Thiazolidenediones ในขณะที่ยาที่พบปัญหาการลืมิใช้ยามากที่สุด เช่น statins (ตารางที่ 25) กลับไม่พบปัญหาการลดขนาดการใช้ยาเอง

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง

สาเหตุของปัญหา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหานี้	94	81.0
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	19	16.4
เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา	8	6.9
วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน	4	3.4
อาการดีขึ้นเลยลดยาเอง	4	3.4
ไม่ได้อ่านฉลากยา	1	0.9
อยากรู้ว่าลดขนาดยาแล้วความดันจะเป็นอย่างไร	1	0.9
คิดว่าขนาดยาที่แพทย์สั่งมากเกินไปเลยลดขนาดยาเอง	1	0.9
ต้องรีบมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดเลยไม่ได้รับประทานยา	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ตอบคำถามนี้	3	2.6
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 29 แสดงการแบ่งประเภทของสาเหตุที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเอง

สาเหตุของปัญหา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา	8	6.9
ตัวผู้ป่วยเอง	7	6.1
อาการดีขึ้นเลยลดยาเอง	4	3.4
ไม่ได้อ่านฉลากยา	1	0.9
อยากรู้ว่าลดขนาดยาแล้วความดันจะเป็นอย่างไร	1	0.9
คิดว่าขนาดยาที่แพทย์สั่งมากเกินไปเลยลดขนาดยาเอง	1	0.9
ต้องรีบมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดเลยไม่ได้รับประทานยา	0	0
วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน	4	3.4

ตารางที่ 30 แสดงมื้อยาที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง

มื้อยา	จำนวนครั้งที่ลดขนาดยา	ร้อยละ
ยาก่อนอาหารเช้า	2	1.7
ยาหลังอาหารเช้า	12	10.3
ยาก่อนอาหารกลางวัน	1	0.9
ยาหลังอาหารกลางวัน	2	1.7
ยาก่อนอาหารเย็น	0	0
ยาหลังอาหารเย็น	0	0
ยาก่อนนอน	0	0
จำนวนครั้งที่ลดขนาดยาทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 31 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง

รายการยา	จำนวน รายการยา	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วย 19 ราย)
Beta blockers	4	21.0
Diuretics/Indapamide	4	21.0
Angiotensin receptor blockers	2	10.5
Sulphonylureas	2	10.5
Metformin	2	10.5
Thiazolidenediones	2	10.5
Calcium channel blockers	1	5.3
Nitrates	1	5.3
Warfarin	1	5.3
Aspirin/Cilostazol	1	5.3
Alpha blockers	0	0
Angiotensin converting enzyme inhibitors	0	0
Statins	0	0
Fibrates	0	0
จำนวนรายการยาทั้งหมด	20	105.2

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 19 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการลดขนาดยาเอง โดยมีจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเองทั้งหมด 20 รายการ จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 116 ราย)

จากการวิเคราะห์รายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง (ตารางที่ 31) และมือยาที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเอง (ตารางที่ 30) จะพบว่า รายการยาที่พบปัญหาการลดขนาดยามากที่สุด คือ รายการยา beta blockers และ diuretics/indapamide ซึ่งยาทั้งสองกลุ่มเป็นยาที่รับประทานหลังอาหารเช้าและสอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงในตารางที่ 30 ที่แสดงว่ามือยาหลังอาหารเช้าเป็นมือยาที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยามากที่สุด แต่หากพิจารณารายการยาที่ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาจากผลการวิจัย (ตารางที่ 31) จะพบว่ายาบางรายการที่รับประทานหลังอาหารเช้า เช่น angiotensin receptor blockers หรือ calcium channel blockers กลับพบการลดขนาดการใช้ยาที่ต่ำกว่า ดังนั้นสำหรับปัญหาการลดขนาดการใช้ยา ความแตกต่างของรายการยาแต่ละรายการน่าจะส่งผลให้เกิดปัญหาการลดขนาดยามากกว่ามือยาที่รับประทานยา

ผลการวิจัยจากตารางที่ 31 แสดงให้เห็นว่า รายการยา statins ซึ่งรับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอนกลับไม่พบปัญหาการลดขนาดการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาเอง คือ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ตารางที่ 29) โดยรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยามาก คือ diuretics/indapamide ซึ่งมีรับประทานหลังอาหารเช้า และอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจลดขนาดการใช้ยานั้น

นอกจากนั้นพบว่า กลุ่มยาโรคเบาหวาน เช่น รายการยา sulphonylureas , metformin และ thiazolidinediones พบปัญหาการลดขนาดการใช้ยามากเช่นกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยพบว่าเกิดผลข้างเคียงบางอย่างจากการใช้ยา เช่น หน้ามืดหรือมือสั่นจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจึงพยายามปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือดของตน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มยาลดไขมัน เช่น statins ซึ่งเป็นรายการยาที่พบปัญหาการลืมิใช้ยาสูงเป็นอันดับหนึ่ง (ตารางที่ 25) กลับไม่พบปัญหาการลดขนาดการใช้ยาเองเลยซึ่งอาจเนื่องมาจากยาในกลุ่มนี้ไม่ได้ส่งผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยต้องลดขนาดการใช้ยาเอง

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า หากผู้ป่วยรับประทานยาที่มีผลข้างเคียงรบกวนชีวิตประจำวันหลังอาหารเช้า เช่น ยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะลดขนาดยานั้นเพื่อลดผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวัน เช่น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปัสสาวะบ่อยเมื่อต้องออกไปข้างนอก แต่หากว่าผู้ป่วยรับประทานยาที่ไม่มีผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในตอนเช้า เช่น aspirin ก็จะไม่พบปัญหาเรื่องการลดขนาดการใช้ยาแต่ต้องพึงระวังการเกิดปัญหาการลืมิใช้ยาแทน เป็นต้น

21.1.3 ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น

ผู้ป่วยจำนวน 2 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย เคยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 1.7 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย โดยมีสาเหตุหลักมาจากการคิดว่าหายแล้วและไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอีก (ตารางที่ 32) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง เนื่องจากไม่ทราบว่าควรใช้ยาเพื่อรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องรับประทานติดต่อกันไปตลอดชีวิตแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าร่างกายเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติจากโรค รวมทั้งรู้สึกว่าโรคที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น

ตารางที่ 32 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น

สาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	114	98.3
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	2	1.7
นึกว่าหายแล้วและไม่ต้องรับประทานยาอีก	2	1.7
ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	0	0
แพทย์หรือเภสัชกรไม่ได้แจ้งให้ใช้อย่างต่อเนื่อง	0	0
ระยะเวลาที่ใช้ยานานทำให้ไม่อยากใช้ยา	0	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

21.1.4 ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงหรือพบความผิดปกติจากการใช้ยา

ผู้ป่วยจำนวน 26 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย เคยหยุดยาเองเมื่อเกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 22.4 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย โดยมีสาเหตุหลักมาจากกลัวว่าจะเกิดอันตรายจากการใช้ยา (ตารางที่ 33) เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 55.6) หยุดยาเองโดยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ (ตารางที่ 34) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่เพียงพอ ในเรื่องของผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จึงไม่ทราบว่าอาการใดคือผลข้างเคียงจากยาหรืออาการใดคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดยาและกลับมาพบแพทย์รวมทั้งไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อพบอาการผิดปกติเหล่านั้นจึงตัดสินใจที่จะหยุดยาเอง

ตารางที่ 33 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

สาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	90	77.6
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	26	22.4
กลัวว่าจะเกิดอันตรายจากการใช้ยา	26	22.4
คิดว่าขนาดยาที่แพทย์สั่งมากเกินไป	0	0
คิดว่าแพ้ยา	0	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 34 แสดงพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อเกิดความผิดปกติจากการใช้ยา

พฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อเกิดความผิดปกติจากการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
หยุดยาเองโดยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ	10	55.6
แจ้งแพทย์ทราบทันที	7	38.9
พฤติกรรมอื่นๆ	1	5.6
เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นด้วยตนเอง	0	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	18	100.0

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 18 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากกรวิเคราะห์เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนเท่ากับ 8 ราย จากผู้ป่วยที่เคยหยุดยาเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงทั้งหมดจำนวน 26 ราย)

21.2 ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา

ผู้ป่วยจำนวน 55 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย เคยใช้ยามืดเวลา คิดเป็นร้อยละ 47.4 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย โดยสาเหตุหลักของการใช้ยามืดเวลา คือ ผู้ป่วยตื่นไม่ตรงเวลาทำให้ใช้ยามืดเวลาและทำกิจกรรมอื่นเพลินหรืองานยุ่งจนใช้ยามืดเวลา (ร้อยละ 9.5) (ตารางที่ 35)

เมื่อนำสาเหตุที่ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลามาแบ่งประเภท เพื่อวิเคราะห์ถึงลักษณะของสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลาพบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งใช้ยามืดเวลาโดยมีสาเหตุหลักมาจาก วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 37.9) (ตารางที่ 36) โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบรายการยาที่ใช้ยามืดเวลามากกว่า 1 รายการ

ตารางที่ 35 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	61	52.6
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	55	47.4
ตื่นไม่ตรงเวลาทำให้ใช้ยามืดเวลา	11	9.5
ทำกิจวัตรประจำวันอื่นเพลินจนใช้ยามืดเวลา	11	9.5
งานยุ่งจนใช้ยามืดเวลา	9	7.8
ลืมใช้ยา	8	6.9
ตั้งใจปรับเวลาใช้ยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน	5	4.3
รับประทานอาหารมืดเวลา	4	3.4
รับประทานอาหารไปก่อนรับประทานยา	3	2.6
ไม่ได้อ่านฉลากยา	2	1.7
นอนหลับไปก่อน	1	0.9
ไปข้างนอกแล้วลืมเอายาติดตัวไป	1	0.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 36 แสดงการแบ่งประเภทของสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน	44	37.9
ตื่นไม่ตรงเวลาทำให้ใช้ยามืดเวลา	11	9.5
ทำกิจวัตรประจำวันอื่นเพลินจนใช้ยามืดเวลา	11	9.5
งานยุ่งจนใช้ยามืดเวลา	9	7.8
ตั้งใจปรับเวลาใช้ยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน	5	4.3
รับประทานอาหารมืดเวลา	4	3.3
รับประทานอาหารไปก่อนรับประทานยา	3	2.6
นอนหลับไปก่อน	1	0.9
ความจำ	9	7.8
ลืมใช้ยา	8	6.9
ไปทำงานนอกแล้วลืมเอายาติดตัวไป	1	0.9
ตัวผู้ป่วย	2	1.7
ไม่ได้อ่านฉลากยา	2	1.7

หากพิจารณาผลการวิจัยจากตารางที่ 37 จะพบว่า รายการยาที่ผู้ป่วยใช้มืดเวลามากที่สุด คือ beta blockers และ aspirin/clopidogrel และอันดับต่อมา คือ HCTZ/furosemide, calcium channel blockers และ angiotensin receptor blocker ซึ่งยาเหล่านี้เป็นยาที่มักรับประทานในเวลาหลังอาหารเช้า แสดงว่ามียาที่ใช้อาจส่งผลให้เกิดการใช้ยามืดเวลามากกว่ารายการยาที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยามืดเวลา(ตารางที่36) ที่แสดงว่าผู้ป่วยใช้มืดเวลาโดยมีสาเหตุหลักมาจากวิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะยุ่งช่วงเช้า หรือมีกิจวัตรประจำวันตอนเช้าที่กำหนดเวลาไม่ได้แน่นอน ทำให้ไม่สามารถใช้ยาได้ตรงเวลาเดียวกันทุกวัน

ตารางที่ 37 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ผิดเวลา

รายการยา	จำนวนรายการยา	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วย ที่พบปัญหาทั้งหมด 55 ราย)
Beta blockers	20	36.4
Aspirin/ Clopidogrel	17	30.9
HCTZ / furosemide	15	27.3
Calcium channel blocker	14	25.5
Angiotensin receptor blocker	13	23.6
Angiotensin converting Enzyme inhibitor	9	16.4
Nitrates	9	16.4
Metformin	8	14.6
Thiazolidiendiones	7	12.7
Statins	7	12.7
Digoxin	6	10.9
Sulfonylureas	5	9.1
warfarin	3	5.5
alpha blocker	2	3.6
Fibrates	2	3.6
Ezetimibe	1	1.8
จำนวนรายการยาทั้งหมด	138	276.0

(หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 55 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบปัญหาการใช้ยาผิดเวลา จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย)

21.3 ไม่มารับยาเพิ่มเติม

ผู้ป่วยจำนวน 23 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.8 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเคยไม่มารับยาตามแพทย์นัด โดยมีสาเหตุหลักมาจากยายังไม่มาตามนัด (ร้อยละ 10.3) (ตารางที่ 38) ประเด็นสำคัญก็คือ การที่ผู้ป่วยมียาเหลืออยู่อาจมีสาเหตุมากมายหลายประการ เช่น ผู้ป่วยใช้ยาไม่ครบจนมียาเหลือเกินวันที่แพทย์นัด แพทย์จ่ายยาจำนวนเกินวันนัดให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมียาเดิมเหลือสะสมอยู่หรือห้องจ่ายยาจ่ายยาเกินจำนวนให้แก่ผู้ป่วย

เนื่องมาจากการวิจัยนี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเพียงอย่างเดียว และพบว่าสาเหตุหลักของการที่ผู้ป่วยมียาเหลือมาจากการที่ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาแพทย์จะจ่ายยาจำนวนเกินวันนัดให้แก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยขาดยาก่อนถึงวันนัด ทำให้ผู้ป่วยมียาเหลือสะสมเป็นจำนวนมากและคิดว่าอาจไม่ต้องมารับยาตามแพทย์นัด อย่างไรก็ตามหากทำการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำด้วยวิธีคำนวณปริมาณยาจากประวัติการมารับยาต่อเนื่องร่วมด้วยเพิ่มเติม เช่น ค่า $\%CMA$ ($\%Cumulative Medication Adherence$) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจทำให้ได้ข้อมูลสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมียาเหลืออยู่ จนทำให้ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัดชัดเจนครบถ้วนมากขึ้น

ตารางที่ 38 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับยาตามที่แพทย์นัด

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับยาตามที่แพทย์นัด	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	93	80.2
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	23	19.8
ยังมียาเหลือเลยยังไม่มาตามนัด	12	10.3
ไม่มีคนพามาโรงพยาบาล	5	4.3
ลืมวันนัด	2	1.7
ต้องไปต่างจังหวัด	2	1.7
สาเหตุอื่นๆ	2	1.7
ทำใบนัดหาย	0	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

21.4 ใช้ยามากกว่ากำหนด

ผู้ป่วยจำนวน 3 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.6 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเคยใช้ยามากกว่ากำหนดโดยการเพิ่มขนาดยาเอง ซึ่งสาเหตุหลักของการเพิ่มขนาดยาเอง คือ ผู้ป่วยคิดว่าขนาดยาที่แพทย์สั่งไม่ได้ผล (ตารางที่ 39) โดยรายการยาที่พบว่าผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเอง คือ beta blockers, aspirin/clopidogrel และ angiotensin receptor blockers (ตารางที่ 40)

แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการเพิ่มขนาดยาเองจะค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำประเภทอื่น แต่หากพิจารณาจากรายการยาที่ผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเองแล้ว เช่น beta blockers, aspirin/clopidogrel และ angiotensin receptor blockers จะพบว่ายาเหล่านี้ล้วนแต่เป็นรายการยาที่ต้องจำกัดขนาดการใช้ยาอย่างเคร่งครัดตามที่แพทย์สั่ง อีกทั้งอาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้หากผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึงและเพียงพอ

ตารางที่ 39 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเอง

สาเหตุของปัญหา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหานี้	113	97.4
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	3	1.7
ขนาดยาที่แพทย์สั่งไม่ได้ผล	3	2.6
อ่านฉลากยาไม่เข้าใจ/อ่านฉลากยาไม่ออก	0	0
ไม่ได้อ่านฉลากยา	0	0
สาเหตุอื่นๆ	0	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

ตารางที่ 40 แสดงรายการยาที่ผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเอง

รายการยา	จำนวนรายการยา	ร้อยละ (เทียบกับจำนวนผู้ป่วย 3 ราย)
Aspirin/Cilostazol	1	33.3
Angiotensin receptor blockers	1	33.3
Beta blockers	1	33.3
Angiotensin converting enzyme inhibitors	0	0
Alpha blockers	0	0
Calcium channel blockers	0	0
Nitrates	0	0
Warfarin	0	0
Diuretics/Indapamide	0	0
Sulphonylureas	0	0
Metformin	0	0
Thiazolidenediones	0	0
Insulin glargine	0	0
Statins	0	0
Fibrates	0	0
จำนวนรายการยาทั้งหมด	3	100.0

สถาบันนวัตยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

21.5 ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด

ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย เคยใช้ยาผิดขนาด โดยมีสาเหตุหลักของการใช้ยาผิดขนาดมาจากผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนขนาดยาตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากมียาเดิมเหลืออยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 1.7) และผู้ป่วยไม่ได้อ่านฉลากยา (ร้อยละ 0.9) (ตารางที่ 41) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมียาเดิมเหลืออยู่ที่บ้านอาจส่งผลให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ในกรณีที่แพทย์สั่งเปลี่ยนขนาดการให้ยา แต่ผู้ป่วยยังคงใช้ยาตัวเดิมที่เหลืออยู่ที่บ้านให้หมด ก่อนจะเริ่มยาตัวใหม่ที่แพทย์จ่ายให้ใหม่ หรือผู้ป่วยอาจใช้ความเคยชินในการรับประทานยาเป็นหลัก จนอาจลืมเปลี่ยนขนาดยาตามแพทย์สั่งหรือลืมดูวิธีการใช้ยาบนฉลากอีกครั้งก่อนรับประทานยา ซึ่งเป็นวิธีการใช้ยาที่มักพบได้ในผู้ป่วยที่ใช้ยาต่อเนื่องมาเป็นเวลานานรวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้

ตารางที่ 41 แสดงจำนวนและสาเหตุที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด

สาเหตุที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา	113	97.4
จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหา	3	2.6
ผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนขนาดยาตามที่แพทย์สั่งเนื่องจากมียาเดิมเหลืออยู่ที่บ้าน	2	1.7
ไม่ได้อ่านฉลากยา	1	0.9
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	116	100.0

จากผลการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดแบ่งออกได้หลายประเภท โดยปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำแต่ละประเภทอาจมีสาเหตุของปัญหาที่แตกต่างกัน รวมทั้งอาจมีสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาได้มากกว่าหนึ่งอย่าง อีกทั้งแต่ละสาเหตุของปัญหาก็อาจทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้มากกว่าหนึ่งประเภทเช่นกัน ดังนี้

สาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (เทียบจากผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย)

1. วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 76.6)

- 1.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 38.7)
 - 1.1.1. จากการลืมใช้ยา (ร้อยละ 35.3)
 - 1.1.2. จากการลดขนาดยา (ร้อยละ 3.4)
- 1.2. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลา (ร้อยละ 37.9)

2. ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 29.3)

- 2.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 29.3)
 - 2.1.1. จากการหยุดยาเอง (ร้อยละ 22.4)
 - 2.1.2. จากการลดขนาดยา (ร้อยละ 6.9)

3. ความจำของผู้ป่วย (ร้อยละ 23.3)

- 3.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนดจากการลืมใช้ยา (ร้อยละ 15.5)
- 3.2. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลา (ร้อยละ 7.8)

4. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา (ร้อยละ 11.2)

- 4.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 8.6)
 - 4.1.1. อาการดีขึ้นเลยลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 3.4)
 - 4.1.2. หยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น (ร้อยละ 1.7)
 - 4.1.3. รู้สึกสบายดีเลยก็เลยใช้ยา (ร้อยละ 1.7)
 - 4.1.4. คิดว่าขนาดยาที่แพทย์สั่งมากเกินไป (ร้อยละ 0.9)
 - 4.1.5. อยากรู้ว่าลดขนาดยาแล้วจะเป็นอย่างไร (ร้อยละ 0.9)
- 4.2. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยามากกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.6)

5. ตัวผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 10.4)

- 5.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด (ร้อยละ 3.4)
 - 5.1.1. จากการไปต่างจังหวัด (ร้อยละ 1.7)
 - 5.1.2. จากการลืมวันนัด (ร้อยละ 1.7)
- 5.2. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.7)
 - 5.2.1. จากการไม่คุ้นเคยกับวิธีใช้ยา (ร้อยละ 1.8)
 - 5.2.2. จากการไม่อ่านฉลากยา (ร้อยละ 0.9)
- 5.3. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด (ร้อยละ 2.6)
 - 5.3.1. จากการไม่ได้เปลี่ยนขนาดยา (ร้อยละ 1.7)

5.3.2. จากการไม่อ่านฉลากยา (ร้อยละ 0.9)

5.4. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลาจากการไม่อ่านฉลากยา (ร้อยละ 1.7)

6. ผู้ป่วยมียาเหลืออยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 10.3)

6.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 10.3)

7. คนรอบข้างหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 6.9)

7.1. ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด (ร้อยละ 4.3)

7.2. ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.6)

เมื่อเทียบผลการวิจัยที่ได้ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ที่กำหนดสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำตามปัจจัย 4 ด้าน จะพบสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบตามกรอบการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านนี้อาจส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากพบว่าสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความจำของผู้ป่วย (ร้อยละ 23.3) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา (ร้อยละ 11.2) และตัวผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 10.4) โดยพบลักษณะของปัญหา คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างไรในเมื่อต่อไป ผู้ป่วยหยุดยาเองเนื่องจากคิดว่าหายแล้ว ผู้ป่วยลืมว่าใช้ยาไปแล้วหรือยังเลยงดใช้ยา ผู้ป่วยเพิ่มขนาดการใช้ยาเองเนื่องจากขนาดยาที่แพทย์สั่งไม่ได้ผล และผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยา

2. ปัจจัยด้านการสื่อสาร

ปัจจัยด้านนี้ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้บ้าง แต่ไม่ใช่ปัญหาเรื่องการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความกล้าในการซักถามแพทย์หรือเภสัชกรในระดับมากที่สุดหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา และมีความพึงพอใจต่อข้อมูลการใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกรในระดับมากที่สุด โดยปัจจัยด้านการสื่อสารที่พบปัญหา คือ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยโดยใช้ฉลากยา เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาในการอ่านฉลากยา เนื่องจากตัวหนังสือบนฉลากยาเล็กเกินไป และชื่อยาบนฉลากที่ระบุเป็นตัวหนังสือภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ พบว่าสิ่งสำคัญที่อาจเกี่ยวข้องคือ การขาดการสื่อสารข้อมูลสำคัญด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์และเมื่อลืมใช้ยา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยถามแพทย์หรือเภสัชกรเลยแม้ว่าจะมีความกล้าในการซักถามเต็มที่ เนื่องจากคิดว่าข้อมูลการใช้ยาที่ตนได้รับนั้นครบถ้วนเพียงพออยู่แล้ว

3. ปัจจัยเรื่องโรคและการรักษา

ปัจจัยด้านนี้เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากพบว่าสาเหตุหลักของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 76.6) โดยพบว่า การได้รับยารักษากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังอาหารเช้า หรือก่อนนอนทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้ โรคที่เป็นไม่แสดงอาการทำให้ผู้ป่วยลืมใช้ยา โรคที่เป็นไม่แสดงอาการรุนแรงทำให้ผู้ป่วยคิดว่าไม่ต้องใช้ยาหรือนึกว่าหายแล้ว ระยะเวลาการใช้ยานานจนทำให้ผู้ป่วยใช้ความเคยชินเป็นหลักในการใช้ยา แต่จำนวนแพทย์ที่ผู้ป่วยรับมารับบริการไม่ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากพบแพทย์เพียงท่านเดียว และระยะเวลาในการรอพบแพทย์หรือรอรับยาไม่ได้เป็นอุปสรรคในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าระยะเวลาที่ต้องรอไม่นานและคุ้นเคยกับระบบการบริการของโรงพยาบาล สาเหตุรองลงมาที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำคือ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 29.3) โดยพบว่า ผลข้างเคียงจากการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่ากำหนด เนื่องจากไม่กล้าใช้ยา

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยด้านนี้ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่น เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง ได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัวในระดับมากที่สุด รายได้ต่ำแต่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมทำให้สามารถหามาใช้ได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง แต่กลับพบว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเองนี้สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรอผู้อื่นพามาโรงพยาบาล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ปัจจัยด้านโรคและการรักษา โดยมีสาเหตุหลักของปัญหามาจาก วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 76.6) และผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 29.3) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ต่างจากผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย โดยมีสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำคือ ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา (75,76) หรือผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยา (77) จะเห็นว่าแม้ว่าการวิจัยนี้มีจุดประสงค์หลัก เพื่อสำรวจสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ป่วยโดยมิได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แต่ผลการวิจัยที่ได้ก็สามารถทำให้เห็นแนวโน้มของปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเพื่อนำไปใช้ต่อไปได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive studies) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-section surveys) เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับยาที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 31 กรกฎาคม 2550 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น จากผู้วิจัยเพียงคนเดียว เพื่อศึกษาปัจจัยที่น่าจะเป็นสาเหตุ 4 ด้านได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยเรื่องโรคและการรักษา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยแบ่งลักษณะการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเป็น 5 ประเภท คือ ใช้ยาน้อยกว่ากำหนด ใช้ยาผิดเวลา ไม่มารับยาเพิ่มเติม ใช้ยามากกว่ากำหนดและใช้ยาผิดขนาด โดยมีผลการวิจัยพอสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะผู้ป่วยกลุ่มศึกษา

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจำนวน 116 ราย ที่เข้าเกณฑ์การวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 50.0-75.0 ปี อายุเฉลี่ย 62.0 ± 1.0 (SE) ปี ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษาตอนปลาย นับถือศาสนาพุทธ มีคู่สมรสและยังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,500.0 บาท มีโรคร่วมเฉลี่ย 2 โรค ได้รับจำนวนรายการยาเฉลี่ย 7 รายการ ระยะเวลาใช้ยาเฉลี่ย 4 ปี มีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเฉลี่ย 0.5 คะแนนซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล 1 แห่ง และเข้ารับการรักษากับแพทย์ 1 ท่าน สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยไม่รู้สึกรว่าการรพบแพทย์หรือการรอรับยาต้องใช้เวลาานาน ได้รับกำลังใจในการรักษาพยาบาลและการใช้ยาจากเพื่อนหรือครอบครัวในระดับมากที่สุด มีความกล้าในการซักถามแพทย์และเภสัชกรเมื่อไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยาในระดับมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อข้อมูลการใช้ยาที่ได้รับจากเภสัชกรในระดับมากที่สุด โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับจากแพทย์มากที่สุดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ในขณะที่ข้อมูลที่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับจากเภสัชกรมากที่สุดคือ ข้อมูลเรื่องข้อบ่งใช้ของยาและวิธีการใช้ยา

2. การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาทั้งหมดจำนวน 116 ราย มีผู้ป่วย 101 ราย หรือร้อยละ 87.1 พบไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เป็นจำนวนปัญหาทั้งหมด 200 ปัญหา ผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำพร้อมกันมากกว่า 1 ปัญหา ประเภทของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบมากที่สุดในกลุ่มนี้ คือ ปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 63.8) และปัญหาการใช้ยามืดเวลา (ร้อยละ 47.4) รองลงมา คือ ไม่มารับยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 19.8) ใช้ยามากกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.6) และใช้ยาผิดขนาด (ร้อยละ 2.6)

3. สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ

ปัจจัยด้านโรคและการรักษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด โดยมีสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 76.6) และผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ร้อยละ 29.3) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำประเภทใช้ยาน้อยกว่ากำหนดและใช้ยามืดเวลา เวลาที่ใช้ยาหรือมื้อยาที่ระบุบนฉลากยาสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการลืมใช้ยา โดยมื้อยาหลังอาหารเช้าเป็นมื้อยาที่ผู้ป่วยลืมใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 39.5) และรายการยาที่มีผลข้างเคียงรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 21.0) นอกจากนี้ พบว่า การที่ผู้ป่วยมียาเหลืออยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 10.3) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำประเภทไม่มารับยาเพิ่มเติมได้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยรองลงมาที่ส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยมีสาเหตุมาจาก ความจำของผู้ป่วย (ร้อยละ 23.3) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา (ร้อยละ 11.2) โดยเฉพาะความรู้เรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และตัวผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 10.4) เช่น การไม่อ่านฉลากยา ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำประเภทใช้ยาน้อยกว่ากำหนด ใช้ยามืดเวลา ใช้ยามากกว่ากำหนดและใช้ยาผิดขนาดได้

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมอาจส่งผลต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้บ้าง แต่น้อยกว่าสองปัจจัยแรก เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลและค่ายาเอง หรือสามารถนำค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายาไปเบิกได้ ทำให้ราคายาไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการจัดหายามาใช้ มีคู่สมรสและยังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอีกทั้งได้รับกำลังใจในการรักษาพยาบาลและการใช้ยาจากเพื่อนหรือครอบครัวในระดับมากที่สุด แต่ผู้ดูแล

ผู้ป่วย (ร้อยละ 6.9) กลับเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เช่น ลืมจัดยาให้ผู้ป่วยใช้ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำประเภทใช้ยาน้อยกว่ากำหนดได้

ปัจจัยด้านการสื่อสาร อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำได้บ้างเช่นกัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีปัญหาในการพูดคุยหรือซักถามบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา แต่การอ่านฉลากยากกลับกลายเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถอ่านฉลากยาที่ระบุชื่อยาเป็นภาษาอังกฤษ และคิดว่าตัวหนังสือบนฉลากยาเล็กเกินไปที่จะอ่าน รวมทั้งการไม่ได้รับข้อมูลบางส่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพในการที่จะปรับตัวต่อปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น เมื่อลืมหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

- 1.1. การวิจัยนี้ใช้กลุ่มผู้ป่วยนอกเป็นกลุ่มศึกษา ดังนั้นอาจต้องมีการศึกษาสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุที่พบในผู้ป่วยซึ่งอาจมีคุณลักษณะผู้ป่วยบางประการที่แตกต่างกัน
- 1.2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดหรือคู่สมรสกับการเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน
- 1.3. ศึกษาถึงความสามารถของผู้ป่วยเมื่อได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากฉลากยา ในด้านการมองเห็นตัวหนังสือบนฉลากยา ความสามารถในการอ่านตัวหนังสือที่เป็นภาษาไทยบนฉลากยา และความสามารถในการอ่านตัวหนังสือภาษาอังกฤษบนฉลากยาและความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับบนฉลากยา
- 1.4. เปรียบเทียบวิธีการของผู้ป่วยแต่ละราย ในการใช้ยาของตนเองกับการเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ เช่น อ่านฉลากยาก่อนใช้ทุกครั้ง ใช้ความคุ้นเคยในการรับประทานยา จำเม็ดยาและจำแผงยา เป็นต้น
- 1.5. ศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของเพศ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนโรคร่วมที่เป็น และระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยกับปัญหาการไม่ใช้ยาตาม

คำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวนมากขึ้น เพื่อแสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนขึ้น

- 1.6. ประเมินผลการแก้ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ด้วยวิธีการปรับวิธีการใช้ยาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย

- 2.1 ผู้ป่วยหลายรายปฏิเสธที่จะให้สัมภาษณ์ในช่วงเวลากลางวันเนื่องจากต้องรีบไปรับประทานอาหารกลางวัน
- 2.2 บางครั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถูกรบกวนด้วยเสียงจากภายนอก เช่น เสียงประกาศหรือเสียงโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนระหว่างการให้สัมภาษณ์
- 2.3 เกสซ์กรมีเพียงคนเดียวในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้มีข้อจำกัดในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่มีปริมาณผู้ป่วยมาก
- 2.4 ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลพร้อมกับญาติ มักจะปฏิเสธในการให้สัมภาษณ์แม้ว่าตนเองอยากจะเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากเกรงว่าญาติต้องรอนาน
- 2.5 ผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกในการพูดคุยกับเกสซ์กร เช่น ผู้ป่วยที่เป็นภิกษุสามเณร ทำให้ขาดข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป
- 2.6 การใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยให้ผู้ป่วยอ่านแบบสอบถามเองเป็นวิธีที่ทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะไม่อยากอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีสาเหตุต่างๆ กัน เช่น อ่านหนังสือไม่ออก มองตัวหนังสือไม่เห็นและไม่อยากอ่านแบบสอบถามใดๆ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ เกสซ์กรสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเอง
- 2.7 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักจะมีปัญหาเรื่องการได้ยินหรือการทำความเข้าใจกับศัพท์เฉพาะบางคำ ดังนั้นวิธีการประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำควรเน้นที่การสัมภาษณ์ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นหลัก และไม่ควรรวดูคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่เบาจนเกินไป

- 2.8 การประเมินสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยแต่ละราย ต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานในการพูดคุยกับผู้ป่วย ตั้งแต่ 20-40 นาที ดังนั้นจึงควรดำเนินงานสถานที่เป็นส่วนเพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ
- 2.9 การประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ประเภทไม่มารับยาตามแพทย์นัด ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียว อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและเห็นสาเหตุของปัญหาไม่ชัดเจน ดังนั้นจึงควรใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลการมารับยา ต่อเนื่องจากฐานข้อมูลใบสั่งยาผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยร่วมด้วย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

- 3.1 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมีสาเหตุหลักมาจากจากวิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันเป็นหลัก (ร้อยละ 76.6) โดยเฉพาะเมื่อยาหลังอาหารเช้า (ร้อยละ 39.5) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการใช้นาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 38.7) ดังนั้นหากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับยาบางรายการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหลังอาหารเช้า เช่น aspirin/clopidogrel, calcium channel blockers, beta blockers, angiotensin receptor blocker, angiotensin converting enzyme inhibitor หรือ warfarin เกดซ์กรอาจเปลี่ยนวิธีใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย จากที่เคยรับประทานยาที่ใช้เป็นหลังอาหารเช้าซึ่งเป็นยาที่ผู้ป่วยมักจะลืมใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 39.5) ให้เป็นรับประทานหลังอาหารเย็นแทนซึ่งเป็นยาที่มีโอกาสลืมใช้ยาดำกว่า(ร้อยละ 14.1) หรือหากผู้ป่วยได้รับยาบางรายการที่มีข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวังเป็นพิเศษ เช่น HCTZ/furosemide ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะที่ต้องรับประทานเมื่อสุดท้ายก่อนเที่ยง เพื่อป้องกันอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เกดซ์กรก็สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้นได้ โดยการสอบถามกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและปรับวิธีการใช้ยาให้เหมาะสม เช่น เปลี่ยนเป็นรับประทานทันทีที่ถึงที่ทำงานแทนที่จะระบุให้รับประทานหลังอาหารเช้า
- 3.2 สำหรับยาบางรายการ เช่น statins หรือ warfarin ที่มีการกำหนดมื้อยาในการรับประทานแตกต่างกัน เช่น การรับประทาน statins หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน หรือ การรับประทาน warfarin หลังอาหารเช้าหรือก่อนนอน เกดซ์กรอาจจะระบุมื้อยาที่แน่นอนในการรับประทานยาทั้งสองรายการนี้ โดยกำหนดให้รับประทานยา

ทั้งสองรายการหลังอาหารเย็น (ร้อยละ 14.1) ซึ่งเป็นมื่อยาที่พบปัญหาการลืมใช้ยาต่ำกว่ามื่อยาหลังอาหารเช้า (ร้อยละ 39.5) หรือก่อนนอน (ร้อยละ 15.6) เพื่อลดปัญหาการลืมใช้ยาที่มีสาเหตุมาจากการหลับไปก่อนที่จะรับประทานยาซึ่งพบมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ร้อยละ 6.9) นอกจากนั้นเภสัชกรอาจจะสอบถามเพิ่มเติมถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อจะได้สามารถระบุวิธีการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายมากขึ้น เช่น หากพบว่าผู้ป่วยต้องดูแลครอบครัวทุกวัน เภสัชกรก็อาจจะระบุวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเป็นรับประทานยาตอนเย็นทันทีที่ละครมา เป็นต้น

- 3.3 วิธีการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน สามารถทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาผิดเวลาได้ (ร้อยละ 37.9) ซึ่งเภสัชกรอาจแก้ปัญหานี้โดยค้นหาสิ่งที่คุณป่วยต้องทำเป็นประจำในเวลาเดียวกันทุกวัน และกำหนดมื่อยาที่คุณป่วยต้องรับประทานทุกวันโดยอิงเวลาการรับประทานยากับสิ่งเหล่านั้น หรืออาจปรับเวลาการใช้ยาให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของคุณป่วย เช่น เปลี่ยนจากการรับประทานยามื้อเช้าเป็นมื่อยาเย็นแทน เป็นต้น
- 3.4 ผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นสาเหตุอันดับสอง (ร้อยละ 29.3) ที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาแบบการใช้ยาน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 29.3) เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจะหยุดยาเองเมื่อเกิดผลข้างเคียง ซึ่งอาจเกิดจากธรรมชาติของตัวยาเอง หรืออาจเกิดจากความรู้เรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาของคุณป่วยยังไม่มากพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาของคุณป่วยอยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยได้รับความรู้ในหัวข้อเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาจากแพทย์และเภสัชกรน้อยมาก ดังนั้นแพทย์และเภสัชกรควรให้ความรู้เรื่องการปรับตัวหรือแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาบางรายการที่พบผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวันได้บ่อย เช่น ยาขับปัสสาวะ ซึ่งมักทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อย และทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะลดขนาดการใช้ยาเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันแทน โดยอาจใช้วิธีการให้คำแนะนำด้วยวาจา โดยเน้นที่การให้ความรู้ในการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือลืมใช้ยา รวมทั้งการทำแผนพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จำนวนมากหรือการใช้สองวิธีร่วมกัน

- 3.5 ความจำของผู้ป่วยเป็นสาเหตุอันดับสามที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (ร้อยละ 23.3) แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีวิธีช่วยจำของตนเองในการใช้ยาแต่ละวันอยู่แล้ว แต่ยังคงพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ไม่ตรงกับสาเหตุ ดังนั้น เกสซ์กรควรจะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการซักถามผู้ป่วยถึงวิธีการช่วยจำที่ผู้ป่วยใช้ในแต่ละวัน และปรับวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ให้ตรงกับสาเหตุของปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากขึ้น
- 3.6 ผู้ป่วยส่วนมากใช้วิธีการแบ่งบรรจุยาล่วงหน้าเพื่อเตือนตัวเองไม่ให้ลืมใช้ยา (ร้อยละ 72.7) แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องความคงตัวของยาที่ถูกต้อง ดังนั้น เกสซ์กรควรเพิ่มเติมความรู้เรื่องการเก็บรักษายาที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยบางรายที่ใช้วิธีการแบ่งบรรจุยาล่วงหน้าเป็นวิธีช่วยในการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีสภาพคงตัวมากที่สุด
- 3.7 ปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำหลายประเภท มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยา ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีปัญหาการมองเห็นโดยเฉพาะตัวหนังสือบนฉลากยา ดังนั้น เกสซ์กรอาจปรับปรุงขนาดตัวหนังสือบนฉลากยา ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ เช่น เพิ่มขนาดตัวเลขที่ระบุจำนวนเม็ดที่ใช้ในแต่ละมื้อ หรือจำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวันให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- (1) Strand, L. M., Cipolle, R. J., Morley, P. C., Ramsey, R., and Lamsam, G.
D. Drug-related problems : their structure and function. DICP The Annals of pharmacotherapy 24 (Nov 1990) : 1093-1097.
- (2) Ernst, F. R., and Grizzle, A. J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost of illness model. Journal of the American Pharmaceutical Association 41(2) (Mar/Apr 2001) : 192-199.
- (3) Winterstein, A. G., Sauer, B. C., Hepler, C. D., and Poole, C. Preventable drug-related hospital admissions. The Annals of Pharmacotherapy 36 (Jul/Aug 2002) :1238-1248.
- (4) McDonnell, P. J., and Jacobs, M. R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. The Annals of Pharmacotherapy 36 (September 2002) :1331-1336.
- (5) McKenney, J. M., and Harrison, W. L. Drug-related hospital admissions. American Journal of Hospital Pharmacy 33 (Aug 1976) : 792-795.
- (6) Al-Rashed, S. A., Wright, D. J., Roebuck, N., Sunter, W., and Chrystyn, H. The value of inpatient pharmaceutical counseling to elderly patients prior to discharge. British journal of clinical pharmacology 54 (2002) : 657-664.
- (7) Ascione, F. J., and Shimp, L. A. The effectiveness of four education strategies in the elderly. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 18 (Nov 1984) : 926-931.
- (8) Hussar, D. A., Patient compliance. In: Gennaro, A. R., Chase, G. D., Marderosian, A. D., Harvey, S. C., Hussar, D. A., et al, eds, Remington's Pharmaceutical Sciences (18th ed), 1813-1827. Philadelphia : Mack , 1990.
- (9) Boyd, J. R., Covington, T. R., Stanaszek, W. F., and Coussons, R. T. Drug defaulting: part I: determinants of compliance. American Journal of Hospital Pharmacy (Apr 1974) :362-367.
- (10) Calabrese, A. T., Cholka, K., Lenhart, S., McCarty, B., Zewe, G., Sunseri D, et al. Pharmacist involvement in a multidisciplinary inpatient medication education

- program. American journal of Health-System Pharmacy 60 (May 2003) :1012-1018.
- (11) Kerzman, H., Baron-Epel, O., and Toren, O. what do discharged patients know about their medication. Patient Education and Counseling 56 (2005) :276-282.
- (12) O'Connell, M. B., and Johnson, J. F. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. The Annals of Pharmacotherapy 26 (July/Aug 1992) : 919-921.
- (13) American Society of health-system pharmacists. ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling. American journal of Health-System Pharmacy. 54 (Feb 1997) :431-434.
- (14) Hanlon, J. T., Linlola, C. I., and Gray, S. L. Can clinical pharmacy services have a positive impact on drug-related problems and health outcomes in community based older adults. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 2(1) (Mar 2004) : 3-13.
- (15) Griffith, N. L., Schommer, J. C., and Wirsching, R. G. Survey of inpatient counseling by hospital pharmacists. American journal of Health-System Pharmacy 55 (Jun 1998) :1127-1133.
- (16) สุทธิณี ดันพงศ์เจริญ. การให้ความรู้โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (17) Liberman, P. A guide to help patients keep track of their drugs. American Journal of Hospital Pharmacy 29 (June 1972): 507-509
- (18) McDonald, H. P., Garg, A. X., and Haynes, R. B. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. The journal of the American Medical Association 288(22) (Dec 2002): 2868-2879.
- (19) Morris, A. B., Li, J. J., Kroenke, K., Bruner-England. T. E., Young, J. M., and Murray, M. D. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. Pharmacotherapy 26(4) (2006) :483-492.
- (20) Morisky, D. E., Green, L. W., and Levien, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care 24(1) (1986) : 67-74

- (21) Shalansky, S. J., Levy, A. R., and Ignaszewski, A. P. Self-reported morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. The Annals of Pharmacotherapy 38 (Sep 2004) :1363-1368.
- (22) Roth, M. T., and Ivey, J. L. Self-reported medication use in community-residing older adults: A pilot Study. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 3(3) (Sep 2005) : 196-203.
- (23) O'Neil, C. K., and Poirer, T. I. Impact of patient knowledge, patient-pharmacist relationship and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. Pharmacotherapy 18(2) (1998) :333-40.
- (24) Hussar, D. A., Patient compliance. In: Gennaro, A. R., Chase, G. D., Marderosian, A. D., Harvey, S. C., Hussar, D. A., et al, eds, Remington's Pharmaceutical Sciences (18th ed), 1816-1820. Easton(PA) : Mack , 1990.
- (25) Lowry, K. P., Dudley, T. K., Oddone, E. Z., and Bosworth, H. B. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. The Annals of Pharmacotherapy 39 (July/Aug 2005) : 1198-1371.
- (26) Sabete, E.,. WHO adherent book.pdf(3). Geneva: World Health Organization, 2003.
- (27) Sabete, E.,. WHO adherent book.pdf(27). Geneva: World Health Organization, 2003.
- (28) Hussar, D. A., Patient compliance. In : Troy, D. B., Hauber, M. J,eds, Remington's Pharmaceutical Sciences (18th ed), 1786-1788. Philadelphia : Lippincott William and Wilkins, 2006.
- (29) Sabete, E.,. Adherence@who.int(28-30). Geneva : World Health Organization, 2003.
- (30) Rudd P. Compliance with antihypertensive therapy : raising the bar of expectations. American Journal of Managed Care, 1998, 4 : 957-966.
- (31) Schneider M, Fallab Stubic, Waeber B, The place of microelectronic systemic measuring compliance, In: Metry J, Meyer U, eds. Drug regimen compliance: Issues in clinical trials and patient management. Chichester, John Willey and Sons, 1999:85-86.

- (32) Miller, Sr. P., Wikoff, R., McMahon, G., and Ringel, K. Influence of a nursing intervention of regimen adherence and societal adjustments postmyocardial syndrome. *Nursing Research* 37(5) (1988) : 297-302.
- (33) Rich, M. W., Gray, D. B., Beckham, V., and Wittenberg, P. L. Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *The American Journal of Medicine* 101 (Sep 1996) : 270-276.
- (34) Haynes, R. B., McDonald, H. P., and Garg, A. X. Helping patients follow prescribed treatment. *the Journal of the American Medical Association* 288(22) (Dec 2002) : 2880-2883.
- (35) Macharia, W. M., Leon, G., Rowe, B. H., Stephenson, B. J., and Haynes, R. B. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *the Journal of the American Medical Association* 267(13) (Apr 1992) : 1813-1817.
- (36) Stephenson, B. J., Rowe, B. H., Haynes, R. B., Macharia, W. M., and Leon, G. Is this patient taking the treatment as prescribed. *the Journal of the American Medical Association* 269(21) (Jun 1993) : 2779-2784.
- (37) Rose, L. E. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing* 32 (2000): 587-594.
- (38) Albaz, R. S. Factor affecting patient compliance in Saudi Arabia. *Journal of Social and Sciences* 25 (1997) : 5-8.
- (39) McGinty, M. K., Chase, S. L., and Mercer, M. E. Pharmacy-nursing discharge counseling program for cardiac patients. *American Journal of Hospital Pharmacy* 45 (July 1988) : 1545-1548.
- (40) Wright JM, Lee C, Chambers GK. Real-World effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal* 2000, 162:190-191.
- (41) Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., and Russo, J. E. Depression and diabetes : impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine* 27 (2002) : 3278-3285.

- (42) Eisen, A., The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. Archives of Internal Medicine 150 (1990) :1881.
- (43) Calabrese, A. T., Cholka, K., Lenhart, S. E., McCarty, B., Zewe, G., Sunseri, D., et al. Pharmacist involvement in a multidisciplinary inpatient medication education program. American Journal of Health-System Pharmacy 60 (May 2003) : 1012-1018.
- (44) Cramer, J. A., Mattson, R. H., Prevey, M. L., Scheyer, R. D., and Ouellette, V. L. How often is medication taken as prescribed. the Journal of the American Medical Association 261(22) (June 1989) : 3273-3277.
- (45) Linkewich, J. A., Catalano, R. B., and Flack, H. L. The effect of packaging and instruction on outpatient compliance medication regimens. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 8 (Jan 1974) : 10-15.
- (46) Horne, R. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome. Journal of Psychosomatic Research 47 (1999) : 491-495.
- (47) Horne, R., and Weinman, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of Psychosomatic Research 47 (1999) : 555-567.
- (48) Boyd, J. R., Covington, T. R., Stanaszek, W. F., and Coussons, R. T. Drug defaulting part I: determinants of compliance. American Journal of Hospital Pharmacy 31 (Apr 1974) : 362-367.
- (49) Burkhar, P. Dunbar-Jacob, J. Adherence research in the pediatric and adolescent populations: A decade in review. In: Hayman, L., Mahom, M., and Turner R.,eds. Chronic illness in children: An evidence-based approach. New York, Springer, 2002 : 199-229.
- (50) Fotheringham, M. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. Journal of Pediatrics and Child Health 31 (1995) : 72-78.
- (51) Jernigan, J. A. Update on drugs and the elderly. American Family Physician 29 (1984) : 238-247.

- (52) Johnson, M. J., Williams, M., and Marshall, E. S. Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. Clinical Nursing Research 8 (1999) : 318-335.
- (53) Pinzone, H. A. Prediction of asthma episodes in children using peak expiratory flow rate, medication compliance, and exercise data. Annals of Allergy 67 (1991) : 481-486.
- (54) Haynes, R. B., Wang, E., and Gomes, M. D. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. Patient Education and Counseling 10 (1987) : 155-166.
- (55) Kerzman, H., Baron-Epel, O., and Toren, O. What do discharged patients know about their medication. Patient Education and Counseling 56 (2005) :276-282.
- (56) King, J. L., Schommer, J. C., and Wirsching, R. G. Patients' knowledge of medication care plans after hospital discharge. American journal of Health-System Pharmacy 55 (July 1998) : 1389-1393.
- (57) Fischer, L. R., Scott, L. M., Boonstra, D. M., Defor, A. T., Cooper, S., et al. Pharmaceutical care for patients with chronic conditions. Journal of the American Pharmaceutical Association 40(2) (Mar/Apr 2000) : 174-179.
- (58) Pack, F. E. How our 3"x 5" card helps patients to take the correct dose at the proper time. Pharmacy Times (May 1984) : 73-74.
- (59) Osterberg, L., and Blaschke, T. Adherence to medication. New England Journal of Medicine 353 (Aug 2005) : 487-497.
- (60) Murray, M. D., Morrow, D. G., Weiner, M., Clark, D. O., Tu, W., Deer, M. M., Brater, D. C., and Weinberger, M. A conceptual framework to study medication adherence in older adults. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 2(1) (Mar 2004) : 36-43.
- (61) Bonner, C. J., and Carr, B. Medication compliance problems in general practice: detection and intervention by pharmacist and doctors. Australian Journal of Rural Health 10(1) (Feb 2002) : 33-38.

- (62) Wijk, B. V., Klungel, O. H., Heerdink, E. R., and Boer, A. Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication. The Annals of Pharmacotherapy 39 (Feb 2005) : 319-327.
- (63) Steiner, J. F., and Earnest, M. A. The language of medication taking. Annual of Internal Medicine 132 (Jun 2000) : 926-930.
- (64) American Society of Hospital Pharmacists. Medication teaching manual: the guide to patient drug information 7 th ed. Bethesda , 1998.
- (65) Lacy, C. F., Armstrong, L L., Goldman, M. P. Drug information handbook international. 2005-2006 ed. Lexi-comp, 2005.
- (66) ชำนาญชัย สุนทรหมักฐิติ. http://www.dopa.go.th/stat/y_stat49.html. สำนักทะเบียนกลาง : กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย, 2550.
- (67) Coons, S J , Martin, S S., Hendricks, J., Robbins, C. A., Johnson, J. A. Predictors of medication noncompliance in a sample of older adults. Clinical Therapeutics 16(1)(Jan/Feb 1994) :110-117.
- (68) Forthofer, M. S., Janz, N. K., Dodge, J. A., Clark, N. M. Gender differences in the associations of self esteem, stress and social support with functional health status among older adults with heart disease. Journal of Woman and Aging 13(1) (2001) : 19-37.
- (69) Balkrishnan, R. Predictors of medication adherence in the elderly. Clinical Therapeutics 20(4) (Jul/Aug 1998): 764-771.
- (70) Imanaka Y, Araki S, Nobutamo K. Effects of patient health beliefs and satisfaction on compliance with medication regimens in ambulatory care at general hospitals. Nippon Eiseigaku Zasshi 48(2) (Jun1993) : 601-611.
- (71) Shaw E, Anderson JG, Maloney M, Jay SJ, Fagan D. Factors associated with noncompliance of patients taking antihypertensive medications. Hospital pharmacy 30(3)(1995) : 201-3,206-7.
- (72) Gunther, H. K., Laguardia, A. S., Dilba, V., Piorkowski, P., Bohm, R. Hypertension and social factors in a developing country. Journal of Hypertension Supplement 6(4)(Dec1998) : S608-10.

- (73) Czarnecka, D., Pawelec, M., Kopacz, E., Kloch, M. Socioeconomical status of life and regularity of intake of mecidines among hypertensive patients. Przegląd lekarski 63(8)(2006) : 633-636.
- (74) Rizzo, J. A., Simons, W. R. Variations in compliance among hypertensive patients by drug class : implications for health care costs. Clinical Therapeutics19 (6)(1997) : 1446-1457 discussion 1424-1425.
- (75) จุฬาลักษณ์ จงวิริยานุลักษณะณ์. ปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุ ในเขตอำเภอคลอง. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- (76) สุธิตา ชูเทพย์. การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยเดินได้โรคความดันโลหิตสูงที่ โรงพยาบาลไชยา. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- (77) สุภางค์ พิรุณสาร. ปัจจัยเสี่ยงและปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา

รหัสผู้ป่วย _____ น้ำหนัก _____ ส่วนสูง _____ อายุ _____ จำนวนโรคที่เป็น _____
สิทธิการรักษาพยาบาล _____ โรคประจำตัว/การแพ้ _____ โรคที่เป็น _____

รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล

รายการยา	วิธีใช้	รายการยา	วิธีใช้
		จำนวนรายการยา	

1. ท่านทราบหรือไม่ว่ายาเหล่านี้ใช้เพื่ออะไร

2. ท่านทราบหรือไม่ว่ายานี้ใช้อย่างไร

รายการยา	ข้อบ่งใช้	รายการยา	วิธีใช้

3. ท่านทราบหรือไม่ว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยานี้เป็นอย่างไร

รายการยา	ผลข้างเคียง	รายการยา	ผลข้างเคียง

4. ท่านทราบหรือไม่ว่ายาที่ท่านรับประทานในปัจจุบันมีข้อควรระวังในการใช้อย่างไร

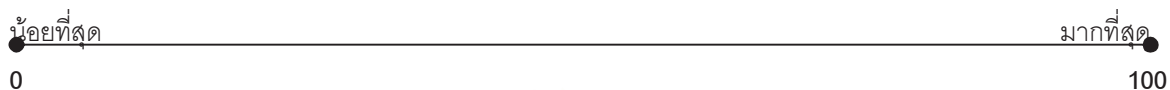
รายการยา	ข้อควรระวัง	รายการยา	ข้อควรระวัง

คะแนนความรู้เฉลี่ย.....

ความรู้ความเข้าใจระดับ.....

ภาคผนวก ข
แบบประเมินการใช้ยาตามคำแนะนำ

1. ผู้ป่วยหลายท่านไม่สามารถใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้อย่างเหมาะสมมากน้อยแค่ไหน



2. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านเคยเพิ่มขนาดยาเองบ่อยแค่ไหน

- 1) เคย 2) ไม่เคย(ข้ามไปข้อ 5)



3. ยารายการใดที่ท่านเพิ่มขนาดการใช้ยาเอง

- 1) ยาหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลา..... 3) ยาลดไขมัน ระยะเวลา.....
2) ยาเบาหวาน ระยะเวลา..... 4) อื่นๆ ระยะเวลา.....

4. เพราะเหตุใดท่านจึงเพิ่มขนาดการใช้ยา ดังกล่าว

- 1) ขนาดที่แพทย์สั่งใช้ไม่ได้ผล 2) อ่านฉลากยาไม่เข้าใจ/ไม่ออก
3) ไม่ได้อ่านฉลากยา 4) อื่นๆ.....

5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยลดขนาดการใช้ยาเองบ่อยแค่ไหน

- 1) เคย 2) ไม่เคย(ข้ามไปข้อ 8)



6. ยารายการใดที่ท่านลดขนาดการใช้ยาเอง

- 1) ยาหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลา..... 3) ยาลดไขมัน ระยะเวลา.....
2) ยาเบาหวาน ระยะเวลา..... 4) อื่นๆระยะเวลา.....

7. ยามื้อใดที่ท่านมักจะลดขนาดการใช้ยาเอง

- 1) ยาก่อนอาหารเช้า 5) ยาก่อนอาหารเย็น
2) ยาลงอาหารเช้า 6) ยาลงอาหารเย็น
3) ยาก่อนอาหารกลางวัน 7) ยาก่อนนอน
4) ยาลงอาหารกลางวัน 8) อื่นๆระบุ.....

8. อะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ท่านลดขนาดการใช้ยาดังกล่าว

- 1) วิธีการใช้ยาที่แพทย์สั่งไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน
2) เกิดอาการผิดปกติหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา
3) อาการดีขึ้นเลยลดยา
4) คิดว่าขนาดยาที่แพทย์สั่งมากเกินไปเลยลดยา
5) ต้องรีบมาโรงพยาบาลเลยไม่ได้รับประทานยา
6) อยากู้ว่าลดยาแล้วอาการเป็นอย่างไร 7) ไม่ได้อ่านฉลากยา

17. ยามือใดที่ท่านมักรับประทานผิดเวลาเป็นประจำ

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1) ยาก่อนอาหารเช้า | 5) ยาก่อนอาหารเย็น |
| 2) ยาลังอาหารเช้า | 6) ยาลังอาหารเย็น |
| 3) ยาก่อนอาหารกลางวัน | 7) ยาก่อนนอน |
| 4) ยาลังอาหารกลางวัน | 8) อื่นๆระบุ..... |

18. เพราะเหตุใดท่านจึงรับประทานยาผิดจากเวลาที่แพทย์สั่ง

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1) ไม่ได้อ่านฉลากยาหรืออ่านไม่รู้เรื่อง | |
| 2) รับประทานอาหารผิดเวลา | |
| 3) ทำกิจวัตรประจำวันอื่นเพลินจนลืมใช้ยา | 7) ลืมว่าใช้ยาไปแล้วหรือยัง |
| 4) งานยุ่งจนไม่มีเวลาใช้ยา | 8) ไม่ต้องตอบคำถาม |
| 5) ตื่นไม่ตรงเวลา | 9) แพทย์ปรับยาให้ใหม่ทำให้ไม่คุ้นเคย |
| 6) นอนไปก่อน | 10) ปรับวิธีการใช้ยาเองเพื่อความสะดวก |

19. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อรู้สึกดีขึ้นแล้ว ท่านเคยหยุดรับประทานยาใช่หรือไม่

- | | |
|-----------|----------------------|
| 1) ไม่เคย | 2) เคย(ข้ามไปข้อ 20) |
|-----------|----------------------|

น้อยที่สุด

มากที่สุด

0

100

20. เพราะเหตุใดท่านจึงหยุดใช้ยา เมื่ออาการดีขึ้น

- 1) นึกว่าหายแล้วและไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอีก
- 2) ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 3) ยาแพง เลยต้องใช้อย่างประหยัด
- 4) ระยะเวลาในการใช้ยานานทำให้ไม่ยากับรับประทานยาอีกต่อไป
- 5) ไม่กล้าใช้ติดต่อกันนานเพราะกลัวเกิดอาการไม่พึงประสงค์
- 6) แพทย์หรือเภสัชกรไม่ได้แจ้งให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 7) อื่นๆ ระบุ.....

21. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยารายการใดที่ท่านหยุดรับประทานเมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้น

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1) ยาหัวใจและหลอดเลือด ระบุยา..... | 3) ยาลดไขมัน ระบุยา..... |
| 2) ยาเบาหวาน ระบุยา..... | 4) อื่นๆ ระบุยา..... |

22. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บางครั้งเมื่อท่านรู้สึกแย่มากหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา ท่านเคยหยุดใช้ยาบ้างหรือไม่

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1) เคย(ระบุอาการ.....) | 2) ไม่เคย(ข้ามไปข้อ 23) |
|------------------------|-------------------------|

น้อยที่สุด

มากที่สุด

0

100

23. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยารายการใดที่ท่านหยุดใช้ เมื่อเกิดอาการผิดปกติ

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1) ยาหัวใจและหลอดเลือด ระบุยา..... | 3) ยาลดไขมัน ระบุยา..... |
| 2) ยาเบาหวาน ระบุยา..... | 4) อื่นๆ ระบุยา..... |

24. หลังจากหยุดยาดังกล่าวแล้วท่านทำอะไร

- 1) แฉ่งแพทย์ทราบนทันที
- 2) หยุดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ทราบ
- 3) เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นด้วยตนเอง
- 4) อื่นๆระบุ.....

25. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านเคยใช้ยาผิดขนาดไปจากที่แพทย์สั่งมากน้อยแค่ไหน

- 1) เคย
- 2) ไม่เคย(ข้ามไปข้อ 25)

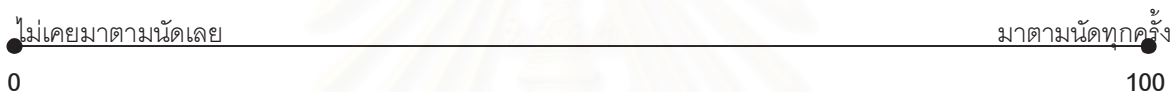


26. ยารายการใดที่ท่านใช้ผิดขนาดไปจากที่แพทย์สั่ง

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1) ยาหัวใจและหลอดเลือด ระบุยา..... | 2) ยาลดไขมัน ระบุยา..... |
| 3) ยาเบาหวาน ระบุยา..... | 4) อื่นๆ ระบุยา..... |

27. ท่านมารับยาตามแพทย์นัดทุกครั้งได้มากน้อยแค่ไหน

- 1) มากตามนัดทุกครั้ง(จบ)
- 2) เคยขาดนัด



28. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่มารับยาตามแพทย์นัด

- 1) ลืมนัด
- 2) ไม่มีคนพามา
- 3) ยาเหลือเลยยังไม่มา
- 4) ทำไบนัดหาย
- 5) ต้องไปต่างจังหวัดกลับมาไม่ได้
- 6) สาเหตุอื่นๆระบุ.....

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

1. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ	6) พนักงานของรัฐวิสาหกิจ
2) รับราชการ/พนักงานของรัฐ	7) พนักงานเอกชน
3) ธุรกิจส่วนตัว	8) ค้าขาย
4) เกษียณ	9) รับจ้าง
5) แม่บ้าน	
10) อื่นๆ ระบุ.....	
2. โปรดระบุสถานภาพสมรสปัจจุบัน

1) โสด	3) หย่า
2) แต่งงานแล้ว	4) เป็นหม้าย
3. โปรดระบุระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

1) ต่ำกว่าประถมศึกษา.....	7) ปวส.
2) ประถมศึกษาตอนต้น	8) ปริญญาตรี
3) ประถมศึกษาตอนปลาย	9) ปริญญาโท
4) มัธยมศึกษาตอนต้น	10) ปริญญาเอก
5) มัธยมศึกษาตอนปลาย	11) สูงกว่าปริญญาเอก
6) ปวช.	12) อื่นๆ ระบุ.....
4. ปัจจุบันรายได้ต่อเดือนของท่านประมาณ.....บาท
5. ปัจจุบันท่านนับถือศาสนาใด

1) พุทธ	3) อิสลาม
2) คริสต์	4) อื่นๆ ระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านดื่มเหล้าหรือไม่

1) ไม่ดื่ม	3) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
2) ดื่มนาน.....ปี	4) อื่นๆ.....
7. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1) ไม่สูบ	3) เคยสูบ แต่เลิกแล้ว
2) สูบนาน.....ปี	4) อื่นๆ.....
8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

1) อาศัยอยู่คนเดียว	3) อาศัยอยู่กับญาติหรือเพื่อน
2) อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา	4) อื่นๆระบุ.....
9. ส่วนมากท่านเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลด้วยวิธีใด

1) เดินทางมาด้วยตนเอง	
2) ผู้ดูแลหรือญาติมาส่ง	3) อื่นๆระบุ.....

10. เมื่อท่านพบ แพทย์ ท่านพูดคุยหรือซักถามแพทย์เกี่ยวกับ การใช้ยา ของท่านมากน้อยแค่ไหน
- ไม่เคยถามเลย ถามทุกครั้ง
- 0 100
11. ท่านได้รับข้อมูลอะไรบ้างจาก แพทย์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ข้อบ่งใช้ของยา ข้อควรระวังในการใช้ยา
- วิธีการใช้ยา อื่นๆระบุ.....
12. ท่าน กล้า ถามแพทย์ เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ การใช้ยา หรือไม่
- ไม่กล้าเลย กล้ามากที่สุด
- 0 100
13. เมื่อท่านรับยา ท่านพูดคุยหรือซักถาม เภสัชกร เกี่ยวกับ การใช้ยา ของท่านมากน้อยแค่ไหน
- ไม่เคยถามเลย ถามทุกครั้ง
- 0 100
14. เภสัชกร อธิบายเกี่ยวกับ การใช้ยา ของท่านหรือไม่
- ไม่เคยอธิบายอะไรเลย อธิบายทุกครั้ง
- 0 100
15. ท่านได้รับข้อมูลอะไรบ้างจาก เภสัชกร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น 4) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 2) ข้อบ่งใช้ของยา 5) ข้อควรระวังในการใช้ยา
- 3) วิธีการใช้ยา 6) อื่นๆ ระบุ.....
16. ท่าน กล้า ถามเภสัชกร เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่
- ไม่กล้าเลย กล้ามากที่สุด
- 0 100
17. ท่านอยากได้คำแนะนำการใช้ยาแบบใดมากที่สุด
- 1) ได้รับฟังคำแนะนำการใช้ยาด้วยวาจากเภสัชกรโดยตรงเพียงอย่างเดียว
- 2) ได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากการอ่านฉลากยาเพียงอย่างเดียว
- 3) ได้รับคำแนะนำการใช้ยาด้วยวาจากเภสัชกรร่วมกับคำแนะนำการใช้ยาบนฉลากยา
- 4) อื่นๆ ระบุ.....
18. ระยะเวลาที่ท่านรอพบ แพทย์ เพื่อตรวจรักษาที่นี่แต่ละครั้งนาน.....ชั่วโมง.....นาที
19. ท่านรู้สึกว่าเวลาที่ต้องใช้เพื่อรอพบ แพทย์ ที่นี่เป็นอย่างไร
- ไม่นานเลย นานมากที่สุด
- 0 100
20. ระยะเวลาที่ท่านรอรับยาจาก ห้องจ่ายยา ที่นี่แต่ละครั้งนาน.....ชั่วโมง.....นาที
21. ท่านรู้สึกว่าเวลาที่ต้องใช้เพื่อรอรับยาจาก ห้องจ่ายยา ที่นี่เป็นอย่างไร
- ไม่นานเลย นานมากที่สุด
- 0 100
22. ปัจจุบันท่านใช้บริการ โรงพยาบาล ทั้งหมด.....แห่ง
23. ปัจจุบันท่านได้รับการตรวจรักษาด้วย แพทย์ ทั้งหมด.....ท่าน

24. เพื่อน หรือ ครอบครัว ของท่านให้กำลังใจหรือสนับสนุนท่านในการรักษาโรคของท่านมากแค่ไหน

น้อยที่สุด

มากที่สุด

0

100



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปีอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... หมู่ที่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับการทราบโครงการวิจัยของ เกสัชกรหญิง วรณพร เจริญโชคทวี

เรื่อง สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับการทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังจากการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตราฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตราฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับการทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย

(น.ส. วรณพร เจริญโชคทวี)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว วรรณพร เจริญโชคทวี เกิดเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2523 สำเร็จ การศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง เภสัชกรระดับ 4 กลุ่มงานเภสัช กรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย