



บทที่ 2

ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ความไม่สามารถปฏิบัติตามสั่งของผู้ป่วย (Patient Non-compliance) ตามมติของการประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการแนะนำผู้ป่วย ครั้งที่ 1 (10) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์แนะนำเพื่อให้หายจากอาการหรือโรค "When a patient does not follow the treatment schedules suggested to him by the physician for the management of some illness, then the patient can be described as non-compliance."

ซึ่งคำว่าแผนการรักษานั้นหมายถึงการใช้ยาและการปฏิบัติตนอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมด้วย หากจะชี้เฉพาะเรื่องการใช้อาจใช้คำว่า ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (Medication non-compliance) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร

การจำแนกประเภทของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยจะพบได้ในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งจากรวบรวมจากเอกสารที่รายงานไว้ (11, 12, 13, 14) อาจสรุปเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. การใช้อยามากกว่าที่กำหนด (overdosage) ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมกรการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.1 ใช้ยาเกินจากขนาดที่กำหนดให้ในใบสั่งยา
- 1.2 ใช้ยามากครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน
- 1.3 ใช้ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น ในเวลาที่ไม่จำเป็นต้องใช้
- 1.4 ใช้ยาชนิดเดียวกัน แต่ในภาชนะบรรจุที่ต่างกัน
- 1.5 ใช้ยานานเกินกว่าที่แพทย์กำหนด
- 1.6 ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้

2. การใช้น้อยกว่าที่กำหนด (underdosage) ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมกรการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 2.1 ใช้น้อยกว่าขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา
- 2.2 ลืมใช้ยา
- 2.3 ใช้น้อยครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน

- 2.4 เว้นการให้ยาที่เขียนว่าใช้เมื่อจำเป็น ในเวลาที่จำเป็นต้องให้ยา
 - 2.5 หยุดยาก่อนกำหนดตามใบสั่งยา
 - 2.6 ไม่ได้ใช้ยานั้นเลย
 - 2.7 ไม่ไปรับยาเพิ่มหลังยามหมด
 3. การให้ยาในเวลาที่ไม่มีเหมาะสม
 - 3.1 จัดระยะห่างของการให้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม
 - 3.2 รับประทานยาที่สั่งเกี่ยวข้องกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง
 4. การให้ยาผิดวิถีทาง (route of administration) หรือผิดเทคนิคของ
การบริหาร
 5. การให้ยาผิดวัตถุประสงค์หรือผิดประเภท
 6. การให้ยาซึ่งเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ
 7. การให้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง
- จากลักษณะของความไม่สามารถให้ยาตามสั่งดังกล่าวมาแล้วนั้น จะมีความสำคัญหรือเกิดปัญหาใดขึ้นบ้าง และจะมีผลตามมาอย่างไร ได้มีผู้รายงานไว้รวบรวมดังนี้

ปัญหาของความไม่สามารถให้ยาตามสั่ง

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ยาตามสั่งนั้น บางกรณีอาจไม่มีความสำคัญทางคลินิก เพราะไม่ว่าจะใช้ยาหรือไม่ก็หายได้ แต่บางกรณีจะมีผลต่อการรักษา จนกระทั่งถึงเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความไม่สามารถให้ยาตามสั่งก็จะทำให้เกิดผลเสียไม่มากนักน้อยดังนี้

1. ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง ทำให้แพทย์เข้าใจว่ายาขนาดนั้นหรือขนาดนั้นไม่ได้ผล ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยาหรืออาจทำให้แพทย์ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยทำให้ต้องวินิจฉัยโรคใหม่ ซึ่งการให้การรักษาเดิมอาจถูกต้องอยู่แล้ว กลับเป็นความคลาดเคลื่อนไป การที่แพทย์ต้องเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนขนาดยา จะทำให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงจากผลข้างเคียงหรือผลเสียของยานั้นเพิ่มขึ้น

สำหรับตัวผู้ป่วยเอง เมื่ออาการของโรคไม่หาย หรือกลับเป็นรุนแรงขึ้นก็อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (15) ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วย ร้อยละ 1.7 ถึง 4.5 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยสืบเนื่องจากผลของยา (16)

2. ทำให้โรคเกิดต้านยาโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ
3. การที่ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือพิษจากยาได้ จนกระทั่งต้องรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (17, 18)
4. ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ในกรณีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ก็จะทำให้เกิดอาการแทรก

ซ็อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งผลตามมาก็คืออาจเกิดความพิการขึ้นได้

5. ทำให้ต้องเสียค่ายาโดยไม่ได้รับประโยชน์จากยาอย่างเต็มที่ ดังตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามียาจำนวนมากที่แพทย์สั่งจ่ายให้กับผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยไม่ได้ใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมากมาย (1)

6. เมื่อผู้ป่วยไม่หายจากโรค สุขภาพอนามัยไม่ดี ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปกติ หรือเกิดโรคแทรกซ้อนทำให้ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ญาติมิตร เพื่อนฝูงก็ต้องเสียเวลามาคูแลพยาบาล ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจแบบแอบแฝงอยู่ ถ้านำมาคำนวณเป็นตัวเงิน คงเป็นมูลค่ามหาศาล

Rosenberg (19) ได้เสนอไว้ว่า ความล้มเหลวของการรักษา (Treatment failure) เกิดได้ 3 ลักษณะคือ

1. ความล้มเหลวของการรักษาด้วยยา (Medical failure) หมายถึงผู้ป่วยที่รักษาไม่ได้ หรือไม่มีทางหาย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในสมอง ผู้ป่วยที่ต้องเข้าเครื่องล้างไตอยู่เสมอเนื่องจากไตพิการ การรักษาด้วยยาจะไม่ได้ผลแม้ว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเป็นอย่างดี สิ่งที่ช่วยได้เพียงการบรรเทาอาการ หรือลดความทรมานให้แก่ผู้ป่วย

2. ความล้มเหลวทางคลินิก (Clinical failure) หมายถึงผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งอย่างถูกต้อง แต่กลับเกิดโรคที่คาดไม่ถึงถึงแทรกเข้ามาทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่ต้องเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการปอดบวม

3. ความล้มเหลวในด้านการให้การศึกษแก่ผู้ป่วย (Educational failure) คือ ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง ไม่ควบคุมอาหาร หรือออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งรับประทานขนมหวาน ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) ที่รับประทานเฉพาะวิตามินซี แต่ไม่ยอมรับประทานเมธินามีน (Methinamine) เพราะได้ยินมาว่ายานี้จะถูกเปลี่ยนเป็น ฟอर्मาลดีไฮด์ (Formaldehyde) ซึ่งเป็นยาของศพ หรือผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยาเฉพาะเวลาที่จำได้

ความล้มเหลวที่เกิดจาก 2 ลักษณะแรกข้างต้นไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ความล้มเหลวของการรักษาประการสุดท้าย คือ ความล้มเหลวในด้านการให้การศึกษแก่ผู้ป่วย เป็นข้อที่แก้ไขได้ และน่าจะให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพราะเหตุที่ผู้ป่วยเหล่านั้นไม่ใช้ยาตามสั่งหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจอย่างเพียงพอ

แต่ก่อนที่จะแก้ไขปรับปรุงความไม่สามารถให้ยาตามสั่งของผู้ป่วยควรจะต้องทำการสืบหาก่อนว่าผู้ป่วยรายใดที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่ง จากนั้นจึงหาวิธีทำการแก้ไขปรับปรุงได้

วิธีสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่ง

วิธีที่ใช้สืบหาว่าผู้ป่วยรายใดไม่สามารถให้ยาตามสั่งได้นั้นมีอยู่หลายวิธี โดยแต่ละวิธีมีข้อเด่นและข้อด้อย ความไวและความแม่นยำต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ในการวิจัยจึงต้องคัดเลือกวิธีที่เหมาะสม สะดวกและมีความเป็นไปได้สูงในทางปฏิบัติ การสืบหานี้ อาจทำได้โดยตรง และโดยอ้อมดังต่อไปนี้

1. วิธีสืบหาโดยตรง (Direct method) (14,20)

วิธีสืบหาโดยตรง คือการวัดระดับยาหรือปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลความเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

1.1 การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) โดยใช้หลักการที่ว่า ยาหรือเมตาโบไลต์ของยา (Drug metabolites) ในเลือด หรือพลาสมาจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับเมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด (steady-state) และการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้น เมื่อทำการวัดระดับยาหรือเมตาโบไลต์ของยาก็จะทราบว่าคุณป่วยให้ยาหรือไม่

ในการวัดระดับยา นอกจากจะวัดตัวยานหรือเมตาโบไลต์โดยตรงแล้ว อาจวัดระดับสารบ่งชี้ (marker) ซึ่งเติมลงในตัวยาน เพราะยาบางตัวทำการวิเคราะห์ยากเมื่อเติมสารบ่งชี้ เช่น โซเดียมโบรไมด์ (21) ลงไปแล้ววัดระดับของโซเดียมโบรไมด์แทนจะสามารถวัดได้สะดวกกว่า

1.2 การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเช่นเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ได้ ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ มีผู้วิจัยโดยใช้วิธีนี้ในกลุ่มยาโรคจิต ยารักษาวัณโรค (20,22) วิธีการวัดปริมาณยาในปัสสาวะก็อาจใช้สารบ่งชี้เป็นตัวช่วยก็ได้ เช่น ใช้ไรโบฟลาวิน (riboflavine) ใช้บ่งชี้ยาไอโซไนอาซิด (INH) (14)

1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งขับออกจากร่างกายอื่น ๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ แต่จะยุ่งยากเพราะปริมาณยาในสิ่งที่ขับออกมาจะน้อย การวิเคราะห์ทำได้ยาก

การสืบหาโดยตรงนี้ จะบ่งชี้โดยตรงว่าผู้ป่วยไข้ยาหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่ไข้ยาเลย ก็จะไม่วัดระดับยาในเลือดหรือสิ่งที่ขับออกมาไม่ได้ แต่การสืบหาโดยวิธีนี้ มีข้อเสียหลายประการ คือ

- ก. การวิเคราะห์หาระดับยาทำได้ยาก เพราะต้องใช้วิธีที่เฉพาะเจาะจง สำหรับยาแต่ละตัว
- ข. วิธีการวิเคราะห์ยาอาจให้ผลบวกเท็จ หรือผลลบเท็จ ทำให้ผู้ทำวิจัยสรุปผลผิดได้
- ค. เสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องมีห้องทดลองสำหรับตรวจวิเคราะห์ ต้องมีสารเคมีที่เฉพาะ และต้องใช้เครื่องมือจำนวนมาก
- ง. เป็นวิธีที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการเก็บตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยต้องถูกเจาะเลือดทำให้เจ็บตัว หรือต้องเก็บปัสสาวะ และต้องกำหนดเวลาที่แน่นอน ที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยอาจรู้ตัวก่อน ถ้าไม่สามารถปกปิดคิพอ ทำให้ช่วงที่ทำการวัด ผู้ป่วยอาจมีการไข้ยาถูกต้องกว่าปกติ
- จ. ทั้งยังพบอีกว่าระดับยาในร่างกายของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล รวมทั้งชนิดของยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วยขณะนั้น อาจมีผลรบกวนการวัดระดับยาได้
- ฉ. ไม่สามารถสืบหาผู้ป่วยที่ไข้ยาผิดเวลาได้

ข้อเสียเหล่านี้ทำให้แม้ว่าเป็นวิธีวัดโดยตรง แต่ผลอาจมีความเบี่ยงเบนจากความจริงได้ เนื่องด้วยมีข้อจำกัดหลายประการดังกล่าว ทำให้วิธีวัดโดยตรงไม่เป็นที่ยอมรับในการวิจัยเกี่ยวกับความไม่สามารถไข้ยาตามสั่ง

2. วิธีสืบหาทางอ้อม (Indirect method)

วิธีสืบหาทางอ้อม เป็นการวัดความไม่สามารถไข้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโดยวัดจากสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ตัวยาโดยตรง แต่สิ่งที่วัดนั้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถไข้ยาตามสั่งของผู้ป่วย วิธีสืบหาทางอ้อม อาจทำได้หลายวิธีดังนี้

2.1 วิธีการสัมภาษณ์ สามารถทำโดยตรงกับผู้ป่วย หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้ที่พยาบาลผู้ป่วย (23,24,25) ซึ่งอาจสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถาม วิธีนี้ผู้ทำการวิจัยสามารถศึกษาผู้ป่วยได้ละเอียดถึงปัญหาหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของความไม่สามารถไข้ยาตามสั่ง วิธีการก็สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และทราบได้ทันทีหลังการสัมภาษณ์สิ้นสุดว่าผู้ป่วยสามารถไข้ยาตามสั่งหรือไม่ จะต่างจากวิธีวัดทางตรง ซึ่งต้องรอผลการวิเคราะห์ปริมาณยาอีกกว่าจะทราบผล เครื่องมือที่ใช้และค่าใช้จ่ายจะไม่มาก ยังมีผู้เสนอว่าวิธีการสัมภาษณ์นี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดความไม่สามารถไข้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (26) แต่ข้อเสีย

สำหรับวิธีนี้คือผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงที่จะตอบในเรื่องที่เกี่ยวกับความผิดพลาดของตนเอง หรือไม่ตอบข้อเท็จจริง และถ้าคำถามในการสัมภาษณ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายและอาจไม่ยอมตอบคำถาม

2.2 วิธีนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ (25,27) กระทำได้โดยการให้ยาจำนวนที่แน่นอนกับผู้ป่วย และนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือหลังจากระยะเวลาหนึ่งโดยอนุมานว่า จำนวนยาที่หายไปคือจำนวนที่ผู้ป่วยใช้ไปตามที่แพทย์สั่ง วิธีนี้ดีตรงที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่ ปริมาณเท่าใด แต่ในการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ต้องปกปิดมิให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการนับ เพราะผู้ป่วยอาจมีการใช้ยาถูกต้องในระยะเวลาสั้น หรืออาจทิ้งยาบางส่วนไป ข้อเสีย คือ วิธีนี้ไม่สามารถบอกให้ทราบได้ว่ายาที่ถูกใช้ไปนั้น ใช้ไปโดยวิธีที่ผิด หรือผิดเวลา หรือยานั้นหายไปโดยมิได้ถูกใช้ และการปกปิดมิให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการนับเม็ดยามักทำได้ยาก

2.3 วัดผลที่เกิดขึ้นจากการรักษาหรือผลของยา ได้แก่ การวัดค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารมาไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง (fasting blood sugar = FBS) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่มักเกิดขึ้นเมื่อยาถึงระดับที่ใช้รักษา วิธีการนี้เป็นวิธีที่แพทย์นิยมใช้เพื่อติดตามผลของการรักษาและเป็นวิธีการที่สะดวกในการศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เพราะค่าพารามิเตอร์เหล่านี้จะมีบันทึกอยู่ในประวัติผู้ป่วยทุกรายก่อนเข้าพบแพทย์ เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอาจปฏิบัติตัวอย่างดีในระยะ 2-3 วันก่อนมาพบแพทย์ ทำให้ค่า FBS ต่ำ ซึ่งไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติประจำวัน ส่วนการติดตามโดยการให้ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นเมื่อยาถึงระดับที่ใช้รักษา บางครั้งก็ไม่น่าเชื่อถือเพราะมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ (subjective) อยู่มากเพราะมีรายงานว่า แม้แต่ยาหลอก (placebo) ยังทำให้เกิดผลข้างเคียงขึ้นได้

2.4 วัดพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมาตรงตามที่แพทย์นัด จากประวัติผู้ป่วย แต่ข้อนี้ก็ได้พิสูจน์ว่าผู้ป่วยจะสามารถใช้ยาตามสั่งได้ถูกต้อง แต่อาจคาดเดาได้ว่า ผู้ป่วยที่มักไม่มาพบแพทย์ตามนัด อาจจะเป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้

งานวิจัยส่วนใหญ่มักใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วย เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวกสามารถใช้กับผู้ป่วยจำนวนมาก ๆ ได้ โดยที่ผู้ทำการสัมภาษณ์ต้องเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า และต้องฝึกฝนการสัมภาษณ์จนชำนาญ เพื่อหาคำตอบที่แท้จริงจากผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น คำถามที่ว่า "ผู้ป่วยลืมกินยาหรือไม่" ถ้าถามตรง ๆ ผู้ป่วยมักตอบว่า "ไม่" แต่ถ้าผู้สัมภาษณ์หลีกเลี่ยงไปใช้คำถามที่ว่า "ถ้าท่านลืมกินยา ท่านจะทำอย่างไร" ผู้ป่วยมักจะตอบในสิ่งที่เขาปฏิบัติเมื่อลืมใช้ยา

นั้นก็แสดงว่าเขาเคยลืมใช้ยา แต่อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าผู้ล้มภาชนะจะถูกฝึกมาดีสักเพียงใด ก็คงไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยตอบความจริงได้ทุกราย ดังนั้นการวิจัยเพื่อสืบหาผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง หากจะใช้ให้มีประสิทธิภาพที่สุดอาจใช้วิธีสืบหามากกว่า 1 วิธีร่วมกัน เช่น การล้มภาชนะ การนับเม็ดยา หรือปริมาณยาที่เหลือ หรือผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา

สาเหตุหรือปัจจัยของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (11, 12, 14, 28)

ได้มีผู้สนใจทำการศึกษหาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เป็นจำนวนมาก เพื่อนำมาประกอบในการหาวิธีแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าว จากรายงานการวิจัยการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้นั้น อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัย และสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากตัวผู้ป่วย ปัจจัยนี้มีส่วนประกอบสำคัญหลายอย่างคือ

1.1 ลักษณะของประชากร หมายถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา สำหรับลักษณะทางประชากรส่วนใหญ่ผลการวิจัยมักให้ผลขัดแย้งกัน ไม่สามารถสรุปว่ามีความสัมพันธ์กับความไม่ใช้ยาตามสั่งโดยตรงได้

ก. เพศ การวิจัยส่วนใหญ่ พบว่าเพศหญิงไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าเพศชาย (14, 18, 28) Abernethy (29) พบว่า เพศหญิงจะหยุดยาลดความดันมากกว่าเพศชายในกลุ่มอายุเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งที่เพศหญิงจะเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้มากกว่าเพศชาย (24) แต่ก็ไม่ทำให้การใช้ยาตามสั่งดีขึ้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีภาวะที่ต่างจากเพศชาย เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน ภาวะหมดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม ในบางการวิจัยก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในเพศที่ต่างกัน (30)

ข. อายุ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุจะไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (31, 32, 33) จากรายงานการวิจัยในประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยที่ใช้ยาผิดจากสั่งแล้ว ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนถึงร้อยละ 5 และส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นผู้สูงอายุ (17)

ในปี 1974 Boyd (24) พบว่าผู้ป่วย ช่วงอายุ 45 ถึง 64 ปี จะมีระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด และการใช้ยาผิดจากสั่งก็มีน้อยที่สุด แต่ในผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี พบว่า มีระดับความเข้าใจในการใช้ยาต่ำ การใช้ยาไม่ตามสั่งก็จะเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากสภาพของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ซึ่งจากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะมีปัญหาเรื่องการได้ยิน ร้อยละ 10 จะมีปัญหาเรื่องการมองเห็น (29) และกล้ำมเนื้อก็ขาดความยืดหยุ่น การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ก็ถูก

จำกัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคไขข้ออักเสบ ทำให้การหยิบใช้ยาไม่สะดวก (34) สภาพร่างกายทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถแยกสีหรือขนาดของยา (35) อ่านฉลากไม่ชัดเจน หรืออาจฟังคำแนะนำได้ไม่ครบถ้วนเหมือนคนหนุ่มสาว ทำให้ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น แต่ในปี 1978 Nelson (36) กลับพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจะมาพบแพทย์ตามนัดได้ดีกว่าคนอายุน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุมีเวลาว่างมากกว่าในผู้ป่วยอายุน้อยซึ่งยังอยู่ในวัยทำงาน

สำหรับในเด็ก ก็พบว่าไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากเช่นเดียวกัน แต่สาเหตุจะแตกต่างกัน เด็กจะไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากยามีรสไม่ดี ยาเม็ดใหญ่กลืนลำบาก หรือเด็กมีนิสัยที่รับประทานยาก เมื่อผู้ปกครองต้องเสียเวลาในการให้ยากับเด็กที่ไม่ยอมรับประทานยา ดังนั้นเมื่ออาการของเด็กดีขึ้น ผู้ปกครองจึงมักหยุดยาก่อนที่จะหมด (37)

แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีรายงานที่กล่าวว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (38)

ค. ระดับการศึกษา Bloomgarden (39) ได้รายงานเมื่อปี 1987 พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะแสดงผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แต่การวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถใช้ยาตามสั่ง (24,33,38)

ง. สถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ป่วยที่มีครอบครัวและพักอยู่กับครอบครัว มักสามารถใช้ยาตามสั่งได้ดีกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (14) แต่ Schwartz (32) กลับพบว่า คนโสดและคนที่มีครอบครัวจะใช้ยาผิดน้อยกว่าคนที่เป็นหม้าย หรือผู้ที่แยกกันอยู่ ที่พบความสัมพันธ์เช่นนี้อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยมีครอบครัว ถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัวก็พยายามรักษาสุขภาพของตน เพราะตนต้องเป็นที่พึ่งของบุคคลอื่น หรือบุคคลในครอบครัวอื่นจะคอยห่วงใย ตักเตือนเรื่องสุขภาพและการใช้ยา ทำให้ความสามารถในการใช้ยาตามสั่งดีขึ้น (36) แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่ไม่สนใจกันและกัน ไม่มีการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง การที่จะใช้ยาตามสั่งก็จะไม่ดี (40)

จ. ฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ (low socioeconomic background) มักไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (33) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเงินจะไม่ไปพบแพทย์ตามนัด (14,19,23) ทำให้การรักษาขาดการต่อเนื่อง

1.2 ความเชื่อของผู้ป่วย Rosenstock ได้กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยไม่มีความ

เชื่อหรือแรงจูงใจด้านสุขภาพ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งไม่เชื่อถือประสิทธิภาพของยา ผู้ป่วยก็จะไม่สนใจในสุขภาพของตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยได้ทราบถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ และคิดว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำไม่เป็นการลำบากยุ่งยาก ความร่วมมือในการปฏิบัติก็จะตามมา (5,41)

จากข้อมูลปัจจัยเนื่องจากตัวผู้ป่วยกับความล้มเหลวของความสามารถใช้ยาตามสั่ง แต่ละรายงานที่ได้นำมาอ้างอิงไว้นั้น พบว่ามีความขัดแย้งของข้อมูลอยู่บ้าง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มประชากรที่ผู้ทำวิจัยศึกษาแตกต่างกัน ทำให้มีขนบธรรมเนียมประเพณีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน และจำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยก็แตกต่างกัน ถ้าศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่กว้างขึ้น มากขึ้น ผลที่ได้ อาจแตกต่างจากเดิมได้

2. เนื่องจากโรคที่เป็น ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่เป็นโรค

จากรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความรุนแรงมาก การใช้ยาตามสั่งจะสูง (36) แต่ถ้าความรุนแรงของโรคนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ มีผลให้การใช้ยาตามสั่งและการดูแลสุขภาพของตนจะลดลง (14) และยังพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาเพื่อป้องกันโรคโดยไม่ปรากฏอาการของโรคให้เห็น เช่น ผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease) จะพบการไม่ใช้ยาตามสั่งสูง (14) หรือในผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่แสดงอาการแล้ว อัตราการหยุดยาเองของผู้ป่วยจะสูงขึ้นมาก (40) และยังพบในเด็กที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาการอักเสบในช่องหูเป็นเวลา 10 วัน เมื่อใช้ยาไป 4 ถึง 5 วัน อาการของโรคดีขึ้น ผู้ปกครองมักหยุดให้ยาเด็ก (35,37)

อีกประการหนึ่งของปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคคือ ระยะเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้อาติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จะพบความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคอื่น (28,29,42,43) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยานาน ๆ และทราบว่าเป็นโรคที่ไม่มีทางหายได้

3. ปัจจัยจากยา เกิดได้จากสาเหตุหลายประการดังนี้

3.1 ยามีที่รูปแบบ รส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยานั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก (19,37) และการที่ยามีรูปร่าง ขนาด และสีที่คล้ายคลึงกันทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหยิบผิดได้ (33,35) เพราะโดยปกติแล้วผู้ป่วยสูงอายุจะมีสายตาสั้น การอ่านฉลากเป็นไปด้วยความลำบาก ผู้ป่วยจึงมักจำลักษณะยาแทนว่ายาสีนี้ขนาดเท่านี้ต้องรับประทานเวลาใด และเมื่อขนาดของยาหรือสีคล้ายกันก็อาจทำให้ใช้ยาผิดได้

3.2 ภาวะบรรจุกายไม่เหมาะสมกับการใช้ ในปัจจุบันภาวะบรรจุกายที่ผลิตขึ้นจะมีรูปแบบที่ป้องกันมิให้เด็กเล็กเปิดได้ เนื่องจากมีรายงานว่าเด็กเล็กเปิดขวดยาของผู้ใหญ่รับประทานโดยนึกว่าเป็นขนม จึงมีการป้องกันโดยบริษัทยาจะผลิตภาชนะบรรจุกายที่ป้องกันมิให้เด็กเล็กเปิดได้ แต่กลับพบว่าผู้ใหญ่เองก็เปิดภาชนะแบบนั้นได้ยาก (44,45,46) ทำให้ไม่ยอมใช้ยานั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยจะเปิดใช้ไม่ได้เลย (31) ทำให้การใช้ยาตามสั่งลดลงด้วย

3.3 อาการข้างเคียง (side effect) หรืออาการไม่พึงประสงค์ (adverse drug reaction) ของยา Nelson (36) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาแล้วเกิดผลข้างเคียงมากจะไม่ใช้ยาตามสั่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบผลข้างเคียง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยานั้นเลย (14,47) การวิจัยส่วนใหญ่พบว่าถ้าเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ของยา ทำให้อัตราการใช้ยาตามสั่งลดลง (42,48) เนื่องจากบางครั้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นรุนแรงกว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็น แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยทราบว่ายามีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นคือผลที่ยาได้ออกฤทธิ์แล้ว การใช้ยาตามสั่งก็จะเพิ่มขึ้น (19)

3.4 จำนวนขนานยาที่ได้รับ เมื่อจำนวนขนานยาเพิ่มขึ้น การไม่ใช้ยาตามสั่งก็เพิ่มขึ้น (33,38,49) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อต้องให้ยาหลาย ๆ ขนาน ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะลืมรับประทานตัวใดตัวหนึ่งเพิ่มขึ้น หรืออาจจะไม่แน่ใจว่าใช้ขนานนั้นไปหรือยัง

3.5 ความยุ่งยากและความบ่อยครั้งของการใช้ยาในแต่ละวัน (complexity of drugs regimen) เมื่อความบ่อยครั้งและความยุ่งยากของการใช้ยาเพิ่มขึ้น หมายถึงการมียาหลาย ๆ ขนาน และแต่ละขนานมีวิธีการใช้ที่แตกต่างกัน ทำให้การใช้ยาตามสั่งลดลง หรือเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (30,40,49,50) ในทางกลับกันเมื่อผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้เพียงวันละครั้ง การใช้ยาตามสั่งจะดีขึ้นกว่าการแบ่งให้วันละหลายครั้ง (19)

3.6 ความรู้เกี่ยวกับยา พบว่าถ้าผู้ป่วยทราบข้อบ่งชี้ของยาแต่ละตัวที่ผู้ป่วยต้องใช้ การใช้ยาผิดจะลดลง (49) แต่ในบางครั้งก็กลับทำให้การไม่ใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับยาขับปัสสาวะพร้อมกับโปตัสเซียมเสริม มักจะไม่รับประทานโปตัสเซียมเสริม เพราะทราบว่าไม่มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง

3.7 ฉลากยา การที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจฉลากยา หรือตีความหมายในฉลากยาผิด เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยนอกใช้ยาผิดจากสั่ง (24,32,50) เช่น

การตีความของคำสั่งใช้ยาที่ว่า "รับประทานครึ่งละ 1 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง" ผู้ป่วยมักรับประทานวันละ 3 ครั้งโดยรับประทานทุก 6 ชั่วโมงในตอนกลางวัน ไม่นับรวมเวลาที่ผู้ป่วยนอน และในการศึกษาเดียวกันนี้ พบว่าวิธีการใช้ยาที่แพทย์สั่ง 10 แบบ ผู้ป่วย 67 ราย ให้ความหมายคลาดเคลื่อนไปจากที่ควรจะเป็นร้อยละ 9 ถึง 64 (51)

4. เนื่องจากบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

พบว่าถ้าผู้ป่วยมีความประทับใจและเชื่อถือในแพทย์แล้ว การใช้ยาตามสั่งก็จะดีขึ้น (23,49) และยังพบว่าการมาตามนัดจะสม่ำเสมอด้วย (14) แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลที่จะพบแพทย์ การใช้ยาตามสั่งจะลดลง (29,40) ในทางตรงกันข้ามถ้าแพทย์สามารถลดความตื่นเต้น วิตกกังวลของผู้ป่วย แสดงความเป็นกันเอง แสดงความเห็นใจเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำดีขึ้น (52) อีกปัญหาหนึ่งคือการสื่อความหมายหรือการถ่ายทอดคำแนะนำระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (physician - patient communication) ถ้าไม่ดีพอ จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำได้น้อยและเกิดความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งตามมา (52)

การเขียนใบสั่งยาของแพทย์เป็นปัญหาอีกประการหนึ่ง เพราะบางครั้งไม่ชัดเจนเพียงพอ โดยเฉพาะคำสั่งที่ให้ใช้ "เฉพาะเวลาจำเป็น" (prn) โดยมีได้ระบุว่าจำเป็นสำหรับอะไร เวลาใดบ้าง หรือคำสั่งที่ว่า "ใช้ยาตามสั่ง" ผู้ป่วยอาจลืมนำยาไปรับประทานได้ ส่วนเภสัชกรก็นึกว่าแพทย์ได้สั่งผู้ป่วยไว้แล้ว จึงไม่ได้ซักถามว่าแพทย์สั่งให้ใช้อย่างไร (50) อีกประการหนึ่งคือการที่แพทย์แนะนำหรือสั่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโดยไม่ได้ทราบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่ เป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งนั้นได้ แม้ว่ามีความตั้งใจจะปฏิบัติตาม แต่ถ้าแพทย์ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย ก็อาจจะปรับแผนการรักษาให้เข้ากับผู้ป่วยนั้น ๆ ได้ (53)

บุคลากรทางการแพทย์อื่นก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมาตามนัด และการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย การที่พยาบาลเอาใจใส่ บริการผู้ป่วยอย่างดีด้วยความเป็นกันเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจ แม้ต้องรอพบแพทย์นาน การย้ำเตือนให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ผู้ป่วยไม่ลืมสำหรับจุดสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านแล้วไปใช้ยาด้วยตัวเองคือเภสัชกร ถ้ามีเวลาให้ความรู้เกี่ยวกับยา เช่น วิธีใช้ยา ขนาดของยาที่ต้องใช้ วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ข้อควรระวังหรือเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับยาไม่ว่าจะเป็นการแนะนำโดยตรง หรือใช้เอกสารคำแนะนำไปพร้อมกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยจะดีขึ้น (11,12,13,54)

5. เนื่องจากปัจจัยอื่น

พบว่าคนที่ผู้ป่วยต้องรอรับบริการนานเกินไป ทำให้ความร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัดและการใช้ยาตามสั่งจะลดลง (14) ลลิตา ชีระสิริ (54) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบเวลาที่ผู้ป่วยต้องเสียไป เพื่อรับบริการแต่ละครั้ง ในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าเท่ากับ 5 ชั่วโมง 56 นาที ส่วนโรงพยาบาลเอกชนใช้เวลาเพียง 50 นาที การที่ต้องใช้เวลามากถึงเพียงนั้น ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน และรายได้ไม่สูงพอที่จะเข้ารักษาในโรงพยาบาลเอกชน เกิดความรู้สึกไม่อยากไปโรงพยาบาล เพราะต้องขาดงาน ขาดรายได้ เมื่อไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยก็ต้องขาดยา ทำให้โรคที่เป็นอยู่ไม่หายหรืออาจลุกลามจนเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา และสำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยสามารถซื้อยาใช้ได้เอง ทำให้ไม่มีการติดตามผลการรักษา และอาจเกิดอันตรายจากยาบางชนิดได้

กลวิธีในการแก้ปัญหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาวิจัยกันอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง โดยหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไข ซึ่งต้องเริ่มจากการศึกษาสาเหตุ หรือปัจจัยที่มีผลต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง แล้วแก้ไขและปรับปรุงพัฒนาวิธีการอย่างต่อเนื่อง จะพบว่าการวิจัยมักมุ่งแก้ปัญหาตามปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

1. ปัญหาแรกคือตัวผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งประการแรก คือ อายุ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่ต้องใช้ยามาก และอัตราการความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งสูง ในปัจจุบันเมื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้น รวมทั้งมีการควบคุมประชากรไม่ให้เกิดใหม่มาก ทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการวิจัยจึงมุ่งความสนใจไปยังกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น (16, 17, 18, 34) ในผู้ป่วยสูงอายุที่เสียชีวิตไม่ได้อาจต้องทำหลากหลายวิธีใช้ยาหรือคำแนะนำต่าง ๆ ด้วยตัวอักษรที่โตเป็นพิเศษ และพิมพ์ด้วยสีเข้มชัด หรืออาจใช้หลากหลายสีต่าง ๆ เข้าช่วย เพราะผู้ป่วยมักสังเกตเห็นได้ดีกว่าตัวอักษร (50) นอกจากตามัวแล้วผู้ป่วยสูงอายุยังมีการได้ยินลดลง การให้คำแนะนำใด ๆ ควรพูดเสียงดังช้าๆ และมีการย้ำเพื่อความแน่ใจ (18) และผู้ป่วยสูงอายุยังมักมีความจำไม่ดีจึงควรมีเครื่องมือที่ช่วยเตือนความจำในการใช้ยา เช่น ปฏิทินการใช้ยา ภาชนะบรรจุยาที่บอกเวลาที่ต้องใช้ยาไว้ที่หน้าภาชนะ (31) และไม่ควรรีใช้ภาชนะบรรจุยาประเภทป้องกันมิให้เด็กเปิดได้กับผู้ป่วยสูงอายุ เพราะผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 70 มีปัญหาในการเปิดใช้และต้องการให้เภสัชกรเปลี่ยนให้เป็นขวดแบบธรรมดา (55)

สำหรับในเด็กเล็กที่ไม่ยอมรับประทานยา ก็มีการพัฒนาตำรับเพื่อให้มีกลิ่นรสที่เด็กชอบ และอธิบายเหตุผลที่จำเป็นต้องให้เด็กรับประทานยา เช่น ยาปฏิชีวนะจนครบตามกำหนดกับผู้ป่วยปกครอง การใช้ยาตามสั่งก็จะดีขึ้น (56)

ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ไม่ได้อยู่กับครอบครัวหรือ เป็นหม้ายมีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อพบผู้ป่วยประเภทนี้จึง ควรให้ความสนใจ และติดตามผลการรักษาใกล้ชิดกว่ากลุ่มอื่น

สำหรับปัญหาเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจสังคม การที่ผู้ป่วยต้องหยุดยา เพราะ ไม่มีเงินค่ายา หรือไม่มีเงินค่าเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจแนะนำให้ผู้ป่วย ไปพบเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เพราะบางครั้งผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบว่ามีงานด้านสังคม-สงเคราะห์ที่จะช่วยเหลือเขาได้ หรืออาจติดต่อกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อสั่งยาที่มีคุณภาพทัดเทียมกัน แต่ราคาไม่แพงแทน

2. บัจจัยจากโรคที่เป็น การที่ผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นเพียงพอ จะไม่สามารถควบคุมอาการของตนได้ (57) แต่เมื่อเขามีความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็น และระยะเวลาที่ต้องใช้ในการรักษาจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น และความสามารถใช้ยาตามสั่งก็จะดีขึ้น (26, 28, 39, 58) สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องรับการรักษาตลอดชีวิตควรมีการติดตาม แนะนำ กระตุ้นย้ำอย่างจริงจัง และต่อเนื่องสม่ำเสมอผู้ป่วยจึงจะไม่ลืม และการใช้ยาตามสั่งก็จะดีขึ้น

3. บัจจัยจากยา เรื่องรูปแบบ กลิ่น รส ของยาที่ไม่ชวนให้รับประทาน ในปัจจุบัน มีการพัฒนาปรับปรุงตำรับโดยใช้สารแต่งสี แต่งกลิ่น กลบรส ทำให้ตำรับยาน่ารับประทาน ปัญหาเรื่องการให้ยาในเด็กก็ลดลงจากเดิมได้มาก

อีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญคือจำนวนขนานยามากและต้องรับประทานบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วย ลืมใช้ยาหรือการใช้ยาตามสั่งลดลง ดังที่ Pullar (59) ได้ทำการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาวันละครั้ง หรือ 2 ครั้งสามารถใช้ยาตามสั่งดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้วันละ 3 ครั้ง จึงพบว่ามี การพัฒนารูปแบบของยาในรูปตัวยาร่วมกันหลายตัว (combination drug) ใน 1 เม็ด เพื่อลดจำนวนขนานยาที่ต้องใช้ แต่ปรากฏว่าไม่เป็นที่นิยมของแพทย์เนื่องจากปรับขนาดการใช้ลำบาก จึงหันไปพัฒนาในด้านระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา เพื่อให้สามารถออกฤทธิ์ได้นาน และสามารถควบคุมระดับยาให้คงที่ (60, 61, 62) หรือควบคุมให้ออกฤทธิ์ได้เฉพาะเวลาที่ต้องการ (63) นอกจากนี้ยังพัฒนารูปแบบใหม่ในระบบฝังยาใต้ผิวหนัง (subcutaneous implants) เพื่อให้ยาค่อย ๆ ออกฤทธิ์และอยู่ได้นานโดยไม่ต้องรับประทานยาหรือฉีดยา ซึ่งวิธีการนี้มีใช้ในยาคุมกำเนิด (64) เช่น นอร์พลันท์ (Norplant) สามารถออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิดได้นานถึง 7 ปีและที่กำลังทดลองใช้อยู่คือยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งใช้อินซูลินทำเป็นยาฝังใต้ผิวหนัง แล้วค่อย ๆ ปล่อยตัวยาออกมา เพื่อผู้ป่วยไม่ต้องฉีดยาทุกวัน

อีกระบบของการพัฒนาการนำส่งยาแผนใหม่ คือ การให้ยาโดยผ่านผิวหนัง (Transdermal drug delivery system) ยาจะถูกดูดซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรง โดยยาไม่ต้องผ่านทางเดินอาหาร ทำให้ขนาดของยาที่ใช้โดยระบบนี้จะต่ำกว่ายาที่ใช้รับประทาน ซึ่งจะลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นด้วย ทำให้การใช้ยาตามลัษณะดีขึ้น เพราะผลข้างเคียงของยาก็เป็นส่วนหนึ่งของอาการที่ผู้ป่วยต้องหยุดยาเอง ในปัจจุบันมีการผลิตยาในรูปแบบนี้ออกจำหน่าย เช่น ยารักษาโรคหัวใจ ไนโตรกลีเซอริน และยากแก้เมารถ สโคโพลามีน (scopolamine) (62)

ในปัจจุบัน ยังมีการพัฒนาให้ยาไปออกฤทธิ์เฉพาะตำแหน่งที่ต้องการ เช่น ใช้สนามแม่เหล็กกระตุ้นให้ยาหลั่งออกมาในจุดที่ต้องการให้ยาออกฤทธิ์ (63) การใช้ไลโปโซมเป็นตัวนำส่งไปยังเป้าหมายที่ต้องการ (65,66) เพื่อลดอาการข้างเคียงหรือพิษของยาที่อาจเกิดขึ้นได้

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนารูปแบบ และวิธีการนำส่งยาไปยังเป้าหมายที่ต้องการ โดยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาให้การใช้สะดวกสามารถออกฤทธิ์ได้ยาวนาน แต่การใช้ยาเหล่านี้ยังไม่แพร่หลาย และราคายังสูงมากเมื่อเทียบกับยาดั้งเดิม แต่การเพิ่มความก้าวหน้าด้านการพัฒนารูปแบบของยาให้มีประสิทธิภาพนั้น จะไม่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น ถ้าไม่ได้มีการพัฒนาวิธีที่จะให้ความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ยาตามลัษณะด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง (67)

4. ปัจจัยสี่เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์

พบว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจจากการพบแพทย์ในครั้งแรก ซึ่งเกิดจากการที่แพทย์แสดงความเป็นกันเอง มีความเข้าใจในโรคและความทุกข์ทรมานของเขา ผู้ป่วยจะร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับเป็นอย่างดี (23) ดังนั้นท่าทีที่แสดงออก และการแสดงความยอมรับของแพทย์และพยาบาลจึงมีความสำคัญมากต่อการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

5. เนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ การที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาพักผ่อนเพื่อจะได้รับการตรวจรักษาหรือรอรับยานาน ๆ ทำให้การใช้ยาตามลัษณะลดลง ถ้าสามารถลดเวลาในการรอคอย รวมทั้งปรับปรุงวิธีการที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเวลาที่ต้องรอคอยไม่เสียไปโดยเปล่าประโยชน์ เช่น มีการแนะนำให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อเกิดโรคขึ้น จะพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามลัษณะได้เพิ่มขึ้น (14,40) และยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยพอใจในการบริการก็จะทำให้อัตราการใช้ยาตามลัษณะเพิ่มขึ้น (68)

สำหรับในฝ่ายเภสัชกรรม การจัดบริการจ่ายยาให้ถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่ง

อาจทำได้โดยจัดสถานที่ที่ต้องใช้ในการจัดยาให้มีความคล่องตัว มีระบบแบ่งบรรจุยาไว้ล่วงหน้า (prepackaging system) และอาจมีการแนะนำการใช้ยาระหว่างที่ยายังจัดไม่เสร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่ามีการขาดตอนในการรอรับยา ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถชียาตามสั่งได้เพิ่มขึ้น

วิธีการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย (Patient education and counseling)

จากวิธีการแก้ปัญหาความไม่สามารถชียาตามสั่งของผู้ป่วยไม่ว่าจะเกิดจากปัจจัยใดก็ตามสิ่งที่สำคัญคือ การให้ความรู้และคำแนะนำ การเน้นถึงความสำคัญของการรักษา การกระตุ้นให้มีการยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยอาจทำได้ดังนี้

1. การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยวาจา (Verbal instructions)
2. การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยข้อเขียน (Written instructions)
3. การให้ความรู้หรือคำแนะนำทั้งวาจาและข้อเขียน
4. การให้ความรู้หรือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม
5. การแนะนำให้ใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการชียา

แต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไปคือ

1. การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยวาจา

เป็นวิธีที่ผู้ให้ความรู้หรือคำแนะนำมีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง สามารถอธิบายลงลึกในรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย สามารถซักถามผู้ป่วยในด้านความเข้าใจและผู้ป่วยสามารถโต้ตอบหรือถามข้อสงสัยได้ สำหรับเภสัชกรการให้ความรู้โดยวิธีนี้ขณะที่จ่ายยาเภสัชกรสามารถแนะนำการใช้ยาโดยมียาที่ผู้ป่วยต้องใช้อยู่ในมือ และยังสามารถซักประวัติการใช้ยาวิธีการชียาจากผู้ป่วยได้ สิ่งที่สำคัญคือการสื่อสารกับผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจความเป็นกันเอง รวมทั้งสร้างความน่าเชื่อถือ จนผู้ป่วยไว้วางใจยินดีคล้อยตามคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้ให้คำแนะนำมีความรู้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ ซึ่งการที่จะกระทำได้นั้นผู้ให้คำแนะนำต้องได้รับการฝึกฝน และปฏิบัติบ่อยครั้ง

สำหรับสถานที่ที่จะให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจากเภสัชกร ควรแยกออกต่างหากจากจุดจ่ายยา เพราะบริเวณที่จ่ายยาทั้งเภสัชกรและผู้ป่วยมักไม่มีสมาธิ ผู้ป่วยอาจไม่กล้าถามหรือตอบในบางเรื่องได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยอื่นอยู่ใกล้เคียงและรอที่จะรับยาอยู่ เวลาที่ใช้ในการให้ความรู้หรือคำแนะนำแต่ละครั้งไม่ควรนานเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยจำไม่ได้ และเกิดความเบื่อหน่าย (42) อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือภาษาที่ใช้ ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ หรือศัพท์ทางวิชาการมากจนผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ภาษาที่ท้องถิ่นกับผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Cole และ Emmanuel ในปี 1967 (69) แสดงให้เห็นว่า การที่เภสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge hospital patients) ในด้านการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันจากรายงานการศึกษาของ Baker ในปี 1984 (70) พบว่าการที่เภสัชกรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนใช้เพิ่มขึ้น การใช้ยาตามสั่งจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำอธิบาย

การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยวาจานี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการคือ

1. ผู้ป่วยมักจำไม่ได้หรืออาจสับสน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความตื่นเต้น กลัว หรือมีความเครียด (53), ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยามากนาน อาจจำคำแนะนำสำหรับยาแต่ละตัวไม่ได้
2. เมื่อผู้ป่วยมิได้มารับการรักษาหรือรับยาด้วยตนเอง การแนะนำให้กับผู้ที่มาแทนเพื่อไปถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยอาจไม่ครบถ้วน ผิดพลาด หรือไม่ได้รับการถ่ายทอดเลย (16)
3. แพทย์หรือเภสัชกรไม่มีเวลามากพอที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทุกราย
4. คำแนะนำหรือความรู้ที่ให้โดยวาจาอาจไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะเมื่อผู้ให้ความรู้ไม่ค่อยได้ฝึกฝน ทำให้ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

2. การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยข้อเขียน

สิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับในการจ่ายยาทุกครั้ง คือฉลากยา ซึ่งจะเขียนวิธีใช้ตามใบสั่งยาเท่านั้น ซึ่งจะมีปริมาณที่ต้องใช้ในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งต่อวันที่ต้องใช้ ข้อความเพียงเท่านี้ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์ต้องการ เช่น รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหารวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารหมายถึงก่อนอาหารที่เวลาใด วันละ 3 ครั้งควรรับประทานเวลาใดจึงเหมาะสม จากปัญหานี้จึงมีการทำฉลากช่วย (auxillary label) เพื่ออธิบายเพิ่มเติมข้อความที่มีอยู่บนฉลากให้สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งจะแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการใช้ได้ (71) คือ ฉลากช่วยเกี่ยวกับความคงตัวของยา เช่น "เก็บยาไว้ในที่เย็น" "ควรใช้ยานี้ให้หมดภายใน 7 วัน" ฉลากช่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาให้เกิดประสิทธิภาพทางการรักษาสูงสุด สูงสุด เช่น "ควรกินยานี้ตอนท้องว่างหรือก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง" ฉลากช่วยอีกชนิดหนึ่งใช้เพื่อเตือนถึงอาการข้างเคียงหรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากยา เช่น "ยานี้ทำให้เกิดอาการง่วงซึมไม่ควรขับรถหรือทำงานที่ต้องใช้เครื่องจักรกล"

ฉลากช่วยอาจเตรียมขึ้นในรูปแบบของสติ๊กเกอร์ที่ใช้ติดกับภาชนะหรือซองยาที่จะจ่ายให้กับผู้ป่วย ถึงแม้จะมีฉลากช่วยแล้วแต่การที่ในฉลากช่วยมีเพียงข้อความสั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยอาจเข้าใจผิด หรือเกิดความสับสน เช่น ไม่กล้าที่จะใช้ยาเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการข้างเคียงที่อธิบายไว้ในฉลาก จึงหยุดใช้ยานั้น ดังนั้นจึงมีการพัฒนาการแนะนำด้วยข้อเขียนเป็นเอกสาร

เพิ่มเติม (Supplementary sheet)

เอกสารเพิ่มเติมจะเป็นคำแนะนำซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติม จะบอกเหตุผลที่ต้องใช้ยาตามที่แนะนำ เพื่อลดความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจทำในรูปแบบปลิว แจกพร้อมกับยาให้กับผู้ป่วย หรืออาจทำเป็นบัตร (Instruction cards) ซึ่งคล้ายกับนามบัตรโดยมีข้อความแนะนำการใช้ยาอยู่ในบัตร เมื่อทำเป็นรูปแบบของบัตรจะทำให้มีความคงทนกว่า สามารถพกติดตัวได้สะดวก (72)

นอกจากฉลากและเอกสารทั้ง 2 ชนิดข้างต้นแล้ว การให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน อาจทำในรูปแบบหนังสือคู่มือ (Pamphlets) (73) ซึ่งสามารถให้ความรู้และคำแนะนำได้กว้างและละเอียดขึ้น ทั้งด้านการใช้ยา การดูแลตนเองเมื่อเกิดโรค และยังสามารถเพิ่มเติมความรู้ต่างๆ ไป เช่น การเก็บรักษา ยา การมาติดต่อกับโรงพยาบาล หรืออื่น ๆ แต่เมื่อทำเป็นรูปเล่มค่าใช้จ่ายในการผลิตหนังสือคู่มือก็จะสูง

เมื่อมีการให้ความรู้และคำแนะนำในรูปข้อเขียนในลักษณะรูปแบบที่ต่างกัน ก็ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามสั่งได้เพิ่มขึ้น ดังในงานวิจัยของ Sharpe (27) เมื่อมีคำแนะนำถึงเหตุผลที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะจนครบ 10 วันเพื่อรักษาการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะใช้ยาตามสั่งดีกว่าจากการเปรียบเทียบในกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำจะใช้ยาตามสั่งร้อยละ 65 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับฉลากเพิ่มเติมพบร้อยละ 85

การให้ความรู้ และคำแนะนำในรูปข้อเขียนนี้มีทั้งข้อดีและข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่นกัน คือ (11,27)

ข้อดีในการให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน

1. ใช้เตือนความจำในกรณีที่ผู้ป่วยจดจำคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกรไม่ได้
2. การให้คำแนะนำด้วยฉลากข้อเขียนจะเป็นการเตือนผู้ป่วยซ้ำ ๆ กันทุกครั้งที่

มีการใช้ยา

3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาด้วยตัวเอง ฉลากช่วยนี้จะให้คำแนะนำแทนได้

4. ไม่เสียเวลามากเหมือนการแนะนำหรือให้ความรู้ด้วยวาจาแต่ละราย จึงเป็นวิธีที่นิยม โดยเฉพาะที่มีผู้ป่วยนอกมีปริมาณมาก

5. สามารถเตรียมฉลากให้ได้มาตรฐานครบถ้วนต่างจากการแนะนำด้วยวาจา ซึ่งจะขึ้นกับความชำนาญ และประสบการณ์ของผู้แนะนำ

ข้อเสียและข้อจำกัดในการให้คำแนะนำด้วยข้อเขียน

1. ผู้ป่วยอาจอ่านไม่ออกเพราะไม่รู้จักหนังสือ หรืออ่านไม่เห็นเพราะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (16, 18, 34) หรือผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ก็จะไม่สามารถสื่อสารผ่านวิธีนี้ได้
2. ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มที่จะไม่อ่านฉลากยา มักใช้ยาตามความเคยชิน
3. การที่ฉลากบ่งถึงข้อควรระวัง หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยา อาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าใช้ยานั้น เพราะกลัวผลที่เกิดตามคำเตือน และไม่ได้รับคำอธิบายถึงผลเสียของการไม่ใช้ยา
4. ในกรณีที่ฉลากนั้นเขียนด้วยลายมือ ผู้ป่วยอาจอ่านลายมือผู้เขียนไม่ออก ในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน การเขียนฉลากยาส่วนใหญ่เป็นลายมือเขียนทั้งสิ้น ซึ่งต่างจากในต่างประเทศ จะใช้วิธีพิมพ์ฉลากให้ผู้ป่วย ปัญหาเรื่องการอ่านลายมือไม่ออกก็จะลดน้อยลง
5. การใช้ฉลากผู้ป่วยอาจตีความหมายของฉลากผิด ทำให้ใช้ยาผิดไปจากที่ควรจะเป็น (74)

3. การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยวาจาพร้อมกับข้อเขียน

จากที่ได้กล่าวมาแล้ว การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยวาจา และฉลากที่เป็นข้อเขียน แต่ละวิธีจะมีข้อดี ข้อเสีย หรือข้อจำกัดแตกต่างกัน เมื่อนำวิธีทั้งสองมาใช้ร่วมกัน ก็จะแก้ปัญหาแต่ละวิธีได้ (42, 72, 75, 76, 77) ดังรายงานของ Crichton และคณะในปี 1978 (78) เกี่ยวกับการใช้ยาเตตราไซคลิน พบว่าการให้คำแนะนำด้วยวาจา และมีฉลากแนะนำการใช้ยาร่วมด้วย จะทำให้ผู้ป่วยจำได้มากกว่าการแนะนำด้วยวาจาประการเดียว และทั้ง 2 วิธีนี้ก็สามารถเพิ่มความรู้อย่างยิ่งเกี่ยวกับยาได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

ในปี 1982 Roberts และคณะได้เปรียบเทียบวิธีการใช้เครื่องพ่นยา (inhalors) ในผู้ป่วยโรคปอด หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับฉลากที่สร้างขึ้นโดยบริษัทผู้ผลิตยา กับการที่เภสัชกรแนะนำกับผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา พบว่า เมื่อใช้ 2 วิธีร่วมกันทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีใช้ยาได้ถูกต้องกว่าการให้ผู้ป่วยอ่านวิธีใช้ยาเองอย่างเดียว (79)

จึงเห็นได้ว่าแม้มีฉลากช่วยหรือคำแนะนำที่ครบถ้วนได้มาตรฐานแล้วก็ตาม ถ้ามีผู้คอยแนะนำ จะทำให้เพิ่มความเข้าใจ และความสามารถในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น

4. การให้ความรู้หรือคำแนะนำผู้ป่วยเป็นกลุ่ม

ในการมารับบริการของผู้ป่วยตามสถานพยาบาล พบว่าผู้ป่วยต้องนั่งรอเพื่อเข้ารับบริการ เช่น รอบัตรตรวจโรค รอพบแพทย์ รอรับยา ช่วงเวลาที่ต้องรอคอยนี้เป็นช่วงที่น่าเบื่อหน่ายมากสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นแทนที่จะปล่อยให้ช่วงเวลานี้ผ่านไปอย่างเปล่าประโยชน์ ควรมีการสอน ให้ความรู้ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ การป้องกันโรค หรือ การใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีคลินิกเฉพาะโรค สามารถจัดให้มีการแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือยาที่ใช้ได้เฉพาะกลุ่ม (80, 81, 82, 83) ซึ่งการจัดให้มีการอบรมหรือแนะนำผู้ป่วยนี้อาจจัดทำโดยร่วมมือกับฝ่ายอื่น ๆ เช่น ฝ่ายแพทย์ ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายพยาบาล ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้อย่างครบวงจร และการให้ความรู้หรือคำแนะนำเป็นกลุ่ม ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาอธิบายหรือแนะนำในสิ่งที่ซ้ำ ๆ กันแก่ผู้ป่วยแต่ละราย และยังสามารถใช้สื่ออื่น เช่น โทรทัศน์วงจรปิด วิดีโอเทป หรือ สไลด์-เทป (84, 85, 86, 87, 88) ซึ่งพบว่าสื่อต่าง ๆ เหล่านี้ถ้าจัดทำขึ้นอย่างมีคุณภาพอาจใช้ทำหน้าที่แทนบุคลากรได้ (85)

จากการศึกษาของ Keith และ James ที่รายงานในปี 1985 (89) พบว่าการใช้สไลด์-เทป จะมีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้มากกว่าการให้คำแนะนำเป็นฉลากเพิ่มเติม

การให้ความรู้หรือคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นกลุ่มนี้อาจไม่ได้ผลกับผู้ป่วยทุกราย เพราะผู้ป่วยจะเลือกฟังหรือสนใจในเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองเท่านั้น

5. การแนะนำให้ใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ยา

อุปกรณ์ที่ใช้เพิ่มความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ภาชนะบรรจุยา แต่ละหน่วยการใช้ (unit of use drug packaging) (45, 46, 90, 91) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยามากขนาน และต้องรับประทานครั้งใน 1 วัน ผู้ป่วยมักเกิดความสับสนหรือลืมใช้ยาได้ ดังนั้นจึงมีผู้ผลิตภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ขึ้น โดยทำเป็นช่องซึ่งตรงกับมื้ออาหาร และมีตัวหนังสือบอกไว้ที่หน้าภาชนะว่าช่องนี้สำหรับมื้อใด ทำให้เภสัชกรสามารถจัดยาให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง และแน่ใจได้ว่าผู้ป่วยจะไม่หยิบยาผิดชนิด และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าใช้ยาสำหรับมื้อนั้นไปหรือยัง ก็สามารถเปิดดูยาในภาชนะบรรจุนั้นว่ามีหรือไม่ ถ้ามีแสดงว่าลืมใช้ยา ถ้าไม่มีแสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาไปแล้ว ตัวอย่างชื่อการค้าของภาชนะบรรจุที่มีผลผลิตขายในต่างประเทศ เช่น Dosett, Medidos และ W&W Med system สามแบบนี้สามารถจัดยาได้ครั้งละ 7 วัน สำหรับ MSD Tablet Dispenser, Daily Pillminder จะเป็นภาชนะบรรจุสำหรับใช้ใน 1 วัน

จากการศึกษาของ Terry และคณะในปี 1980 (91) พบว่าเมื่อใช้ภาษาบรรจุก่อ 1 หน่วยการใช้ร่วมกับคำแนะนำโดยเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถใช้ยาตามสั่งได้ถึงร้อยละ 95 ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ลดลงด้วย

ถึงแม้ว่าภาษาบรรจุก่อแต่ละหน่วยการใช้จะทำให้ความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ก็พบข้อเสียอยู่หลายประการคือ

1. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดยาได้เอง ผู้ป่วยต้องกลับมาพบเภสัชกร เพื่อจัดยาให้ทุกครั้งที่ใช้ยาหมด
 2. การให้โดยใช้ภาษาชนิดนี้ จะจัดทำหลากหลายวิธีการใช้ยาได้ลำบาก
 3. เด็กเล็กอาจนึกว่าเป็นของเล่น หรือขนม อาจนำไปรับประทานได้ จึงควรเก็บให้พ้นมือเด็ก
 4. ภาษาชนิดนี้มักมีขนาดใหญ่ พกติดตัวไม่สะดวก
 5. ใช้ได้เฉพาะยาเม็ด ยาน้ำยังไม่มีผู้ผลิต
 6. ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสำหรับค่าภาษานั้น
- ดังนั้นการจะนำภาษาบรรจุก่อ 1 หน่วยการใช้ มาใช้กับผู้ป่วย เภสัชกรควรสอนวิธีการจัดยา และการเรียงลำดับการใช้อย่างถูกต้อง

อุปกรณ์ที่ใช้เพิ่มความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยอีกชนิดหนึ่งคือ บัตรเตือนความจำในการใช้ยา (Memory aid card, patient compliance card, patient calendar sheets) บัตรนี้จะเป็นตารางใช้บันทึกการใช้ยาแต่ละครั้ง หรือแต่ละรายการ โดยผู้ป่วยจะต้องบันทึกทุกครั้งที่มีการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถติดตามการใช้ยาของตนเองได้ ทำให้ไม่ลืมใช้ยา โดยเภสัชกรต้องเป็นผู้สอนหรือแนะนำวิธีการบันทึกให้กับผู้ป่วย ลักษณะของบัตรอาจมีได้หลายรูปแบบ เช่น แยกเป็นยาแต่ละตัว หรือแยกเป็นแต่ละมือหรือแต่ละเวลาต้องใช้ยาอะไรบ้าง (92, 93, 94) บัตรเตือนความจำในการใช้ยานอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังมีประโยชน์ต่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาอีกด้วย เพราะเมื่อผู้ป่วยนำบัตรนี้กลับมาพบแพทย์ แพทย์ก็จะทราบได้ทันทีว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาตามสั่งหรือไม่ ถ้าเกิดความไม่ถูกต้อง แพทย์ก็จะสามารถปรับเวลาเพื่อผู้ป่วยจะได้ใช้ยาได้ถูกต้องและเข้ากับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ มีรายงานที่แสดงว่าการใช้บัตรเตือนความจำในการใช้ยานี้ ทำให้ความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (95)

แต่การใช้บัตรเตือนความจำในการใช้ยานี้ก็มีข้อจำกัดอยู่ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี จะไม่สามารถลงเวลาได้
2. ผู้ป่วยอาจลืมลงเวลา ทำให้นึกว่ายังไม่ได้ใช้ยา แล้วใช้ยามากกว่าที่ควรจะใช้
3. ผู้ป่วยอาจลงเวลาไม่ตรงกับการใช้ยาจริง เนื่องจากกลัวว่าแพทย์หรือเภสัชกรตำหนิว่าไม่ใช้ยาตามสั่ง

ดังนั้นจึง เป็นหน้าที่ของเภสัชกรที่จะต้องแนะนำวิธีการใช้บัตรเตือนความจำนี้อย่างถูกต้องถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และการที่ต้องซื้อตรงเพื่อประโยชน์ต่อตนเองของผู้ป่วย

การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตามต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (96) เพราะเมื่อเวลาล่วงเลยไปผู้ป่วยอาจลืม หรือขาดความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่เคยได้รับ ดังที่ Marilyn และคณะได้ศึกษาในปี 1981 (97) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาขยายหลอดลม พบว่าหลังจากการให้คำแนะนำผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่หลังจากนั้น 6 เดือน ความรู้ของผู้ป่วยจะไม่แตกต่างกันไปจากตอนก่อนสอนครั้งแรกเลย