



#### บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษาขั้นต้น พบว่าคลินิกโรคเบาหวานและต่อมไร้ท่อของโรงพยาบาลเลิดสิน มีผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 50 ราย โดยมีพิสัย 28-72 รายต่อวัน เป็นผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 92 หรือประมาณ 46 ราย (ข้อมูลปี 2531)

ผลการวิจัยแบ่งได้เป็น 2 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเลิดสิน
- ตอนที่ 2 ทดลองวิธีแก้ไขปรับปรุงความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ของผู้ป่วยเบาหวาน

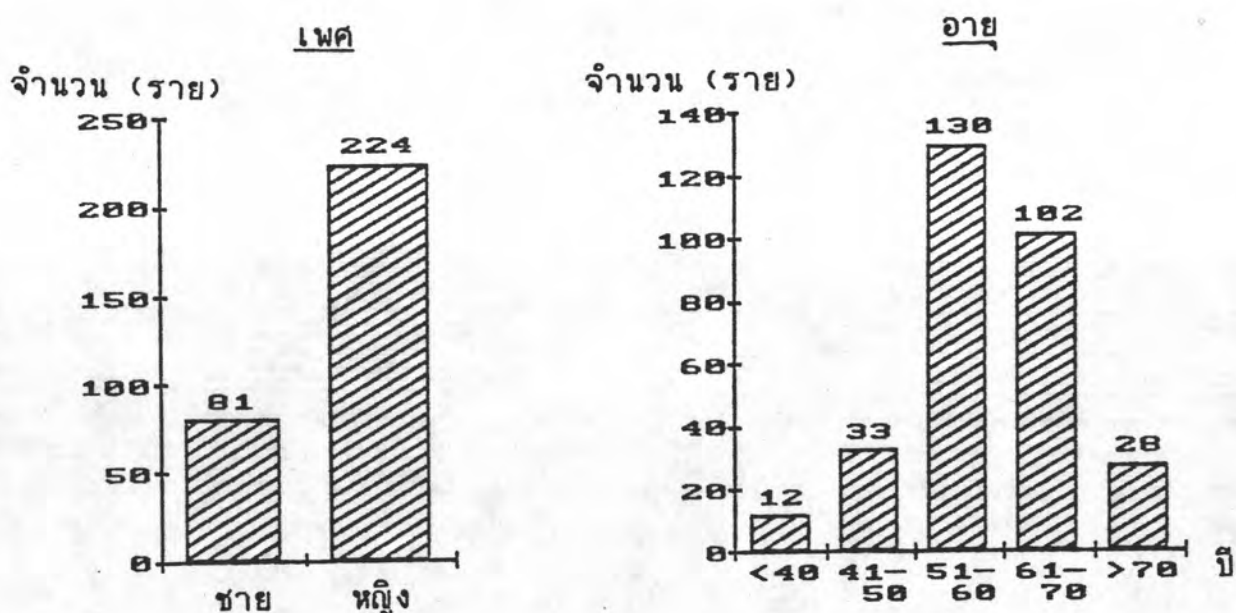
#### ตอนที่ 1

### การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลเลิดสิน

ในการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นแรกวัดความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้น การสัมภาษณ์เริ่มตั้งแต่วันที่ 8.00-12.00 น. หรือจนกว่าผู้ป่วยจะหมดในแต่ละวัน ทุกวันพุธและศุกร์ บริเวณหน้าห้องตรวจคลินิกโรคเบาหวานและต่อมไร้ท่อ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม ปี 2531 ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 308 ราย สามารถรวบรวมแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ 305 ราย อีก 3 ราย สัมภาษณ์ไม่ครบถ้วน โดย 1 รายไม่ยอมตอบคำถามต่อ อีก 2 ราย สัมภาษณ์ไม่สิ้นสุดในวันนั้น และผู้ป่วยไม่กลับมาพบแพทย์อีก จึงตัดผู้ป่วย 3 รายนี้ออกจากการศึกษา

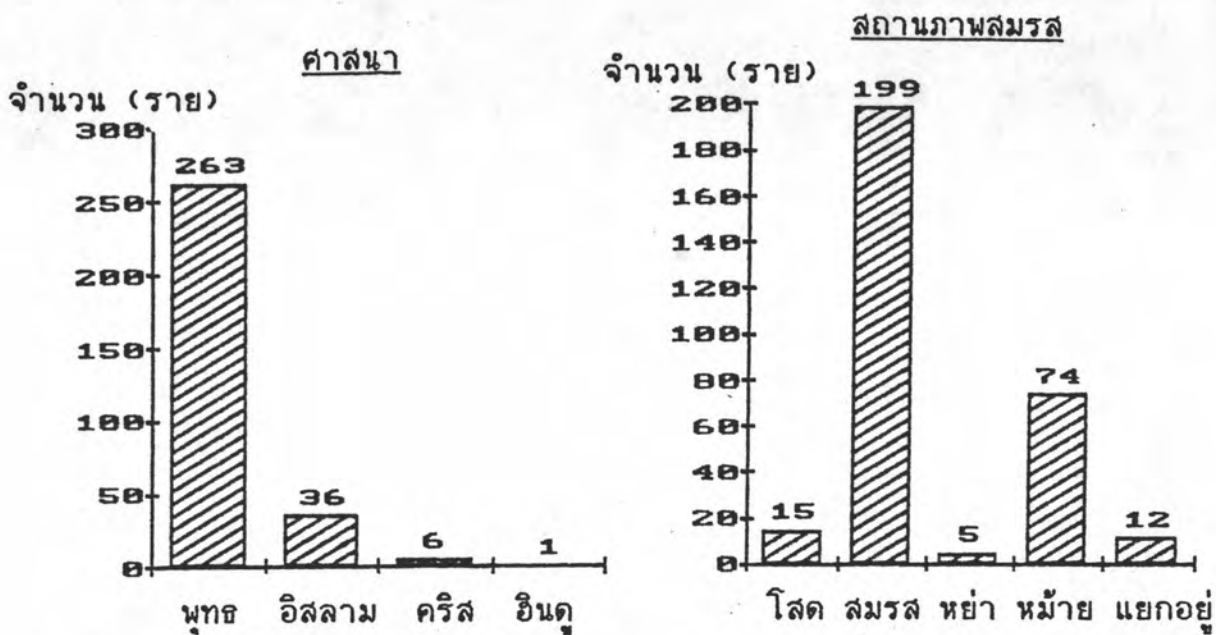
จากผู้ป่วย 305 รายนี้ได้ทำการศึกษาประวัติจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ ซึ่งในการรายงานจะแยกเป็น ลักษณะของประชากรที่ศึกษา ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งซึ่งสืบหาโดยการสัมภาษณ์ และจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

1. ลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายประมาณ 3:1, อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ศึกษา = 58.7 ปี (SD =  $\pm$  9.3) โดยผู้ที่อายุน้อยที่สุด 30 ปี สูงสุด 87 ปี ช่วงอายุ 51-60 ปี มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือร้อยละ 42.6, ผู้ป่วยร้อยละ 86.2 นับถือศาสนาพุทธ, ร้อยละ 65.2 สมรสแล้ว, ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานโดยอยู่บ้านเฉย ๆ หรือทำงานบ้านร้อยละ 74.4, ผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้มีถึง ร้อยละ 68.8, ระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยร้อยละ 83.0 มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 7 และมีถึง 38.7 ที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 61.3 พักอาศัยอยู่ในเขตยานนาวา

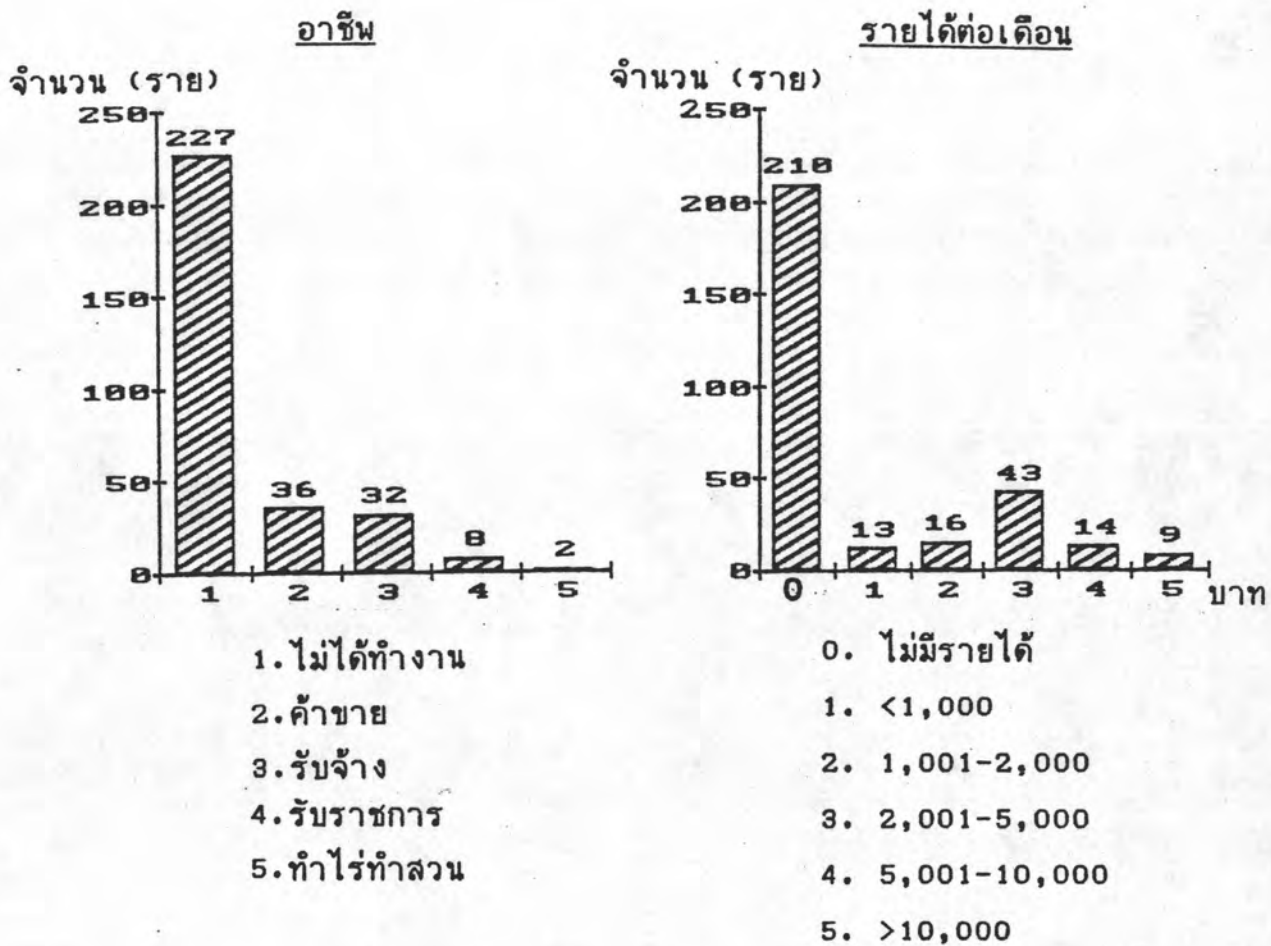


ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามเพศ และอายุ

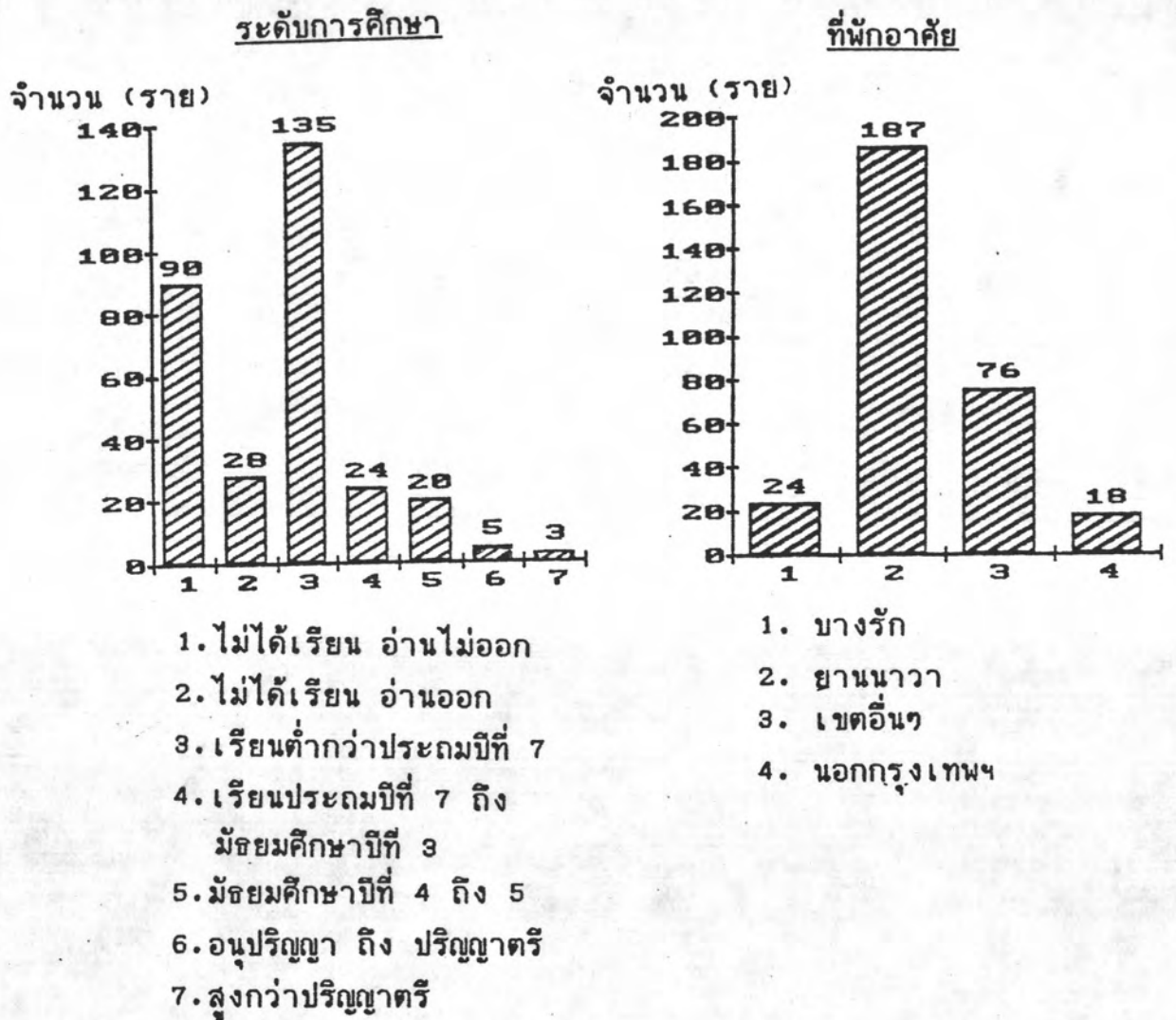
จากลักษณะประชากรของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่การศึกษาต่ำ ไม่ได้ทำงานและไม่ มีรายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสาเหตุ 2 ประการคือ ข้อแรกผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงมักเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ทำงานนอกบ้านแล้ว และอีกประการหนึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขต ยานนาวา ซึ่งเขตนี้กว้างมากและครอบคลุมชุมชนแออัดหลายแห่งเข้าไว้ด้วย เช่น ชุมชนเซ่งกี่ ชุมชนหลังวัดคอน เป็นต้น



ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามศาสนา และสถานภาพสมรส

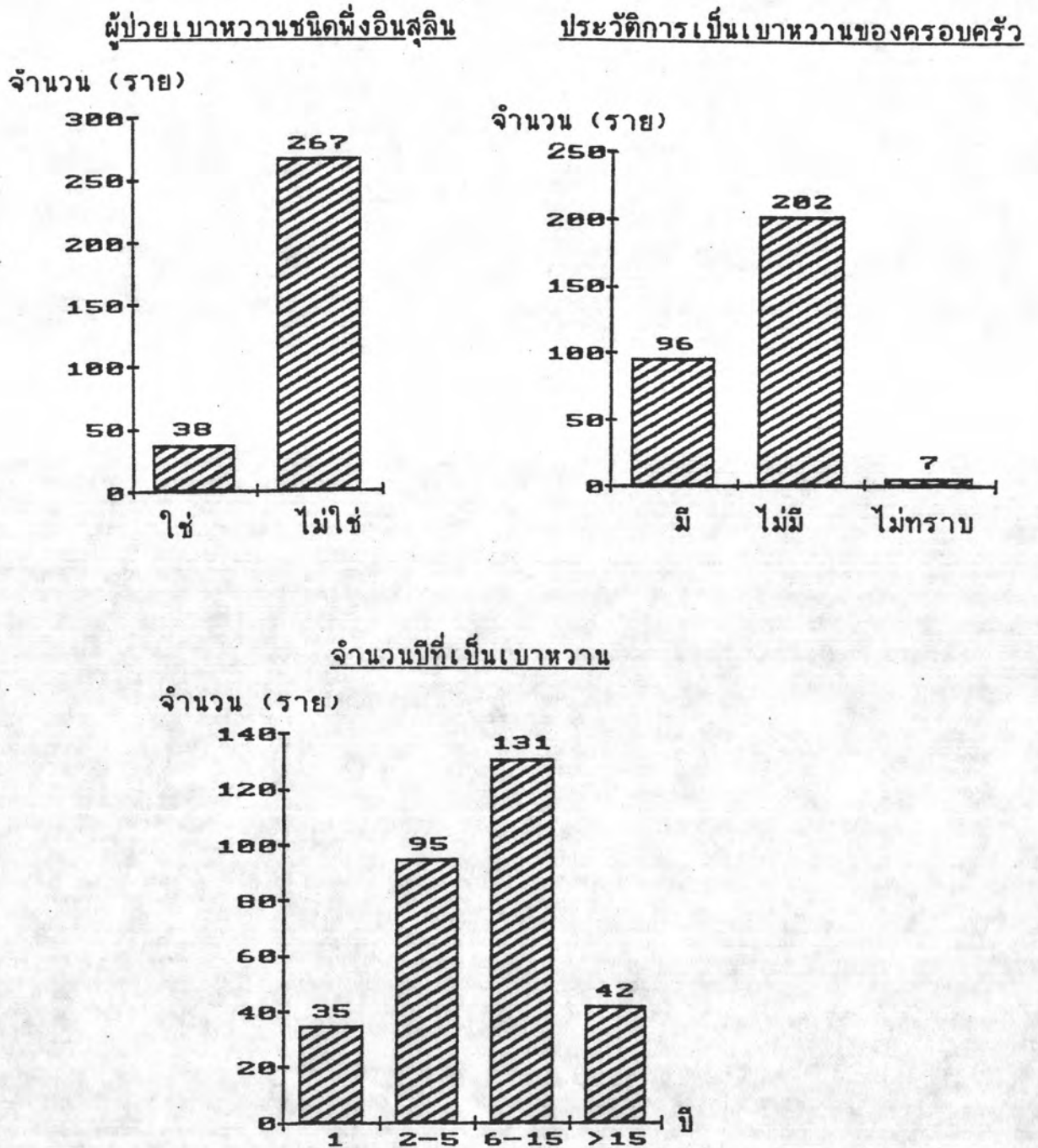


ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามอาชีพ และรายได้ต่อเดือน

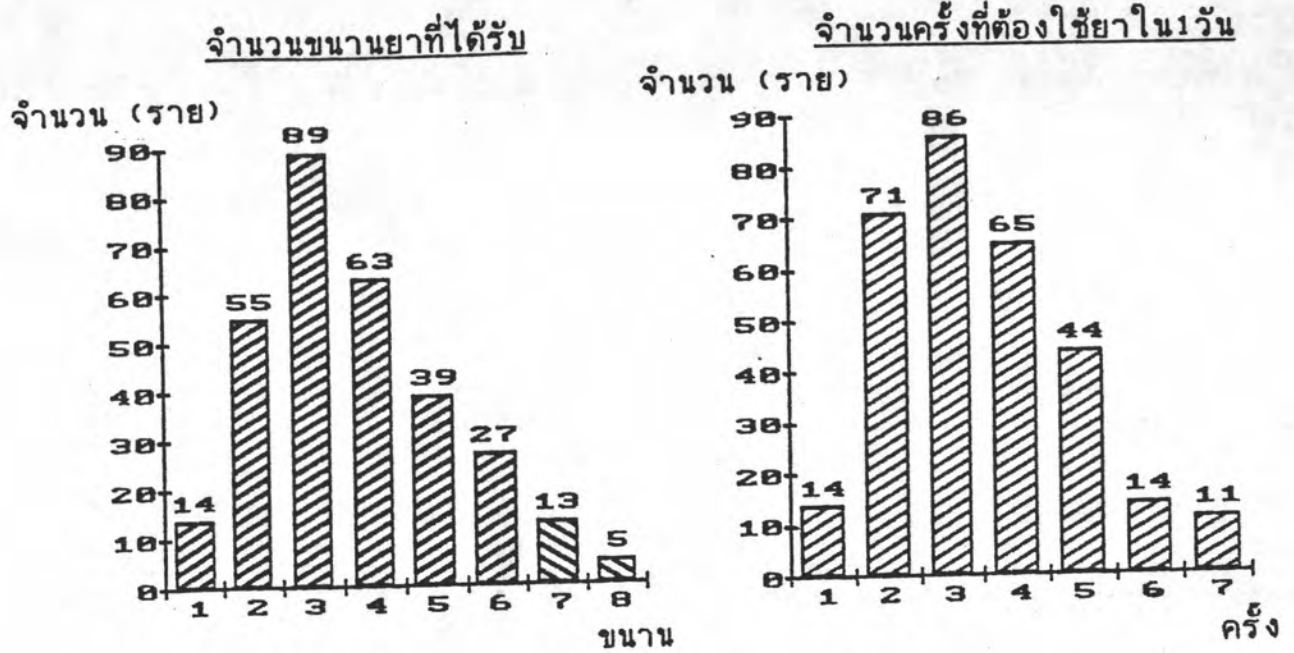


ภาพที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามระดับการศึกษา และที่พักอาศัย

ลักษณะของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน



ภาพที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามการพึ่งอินซูลิน ประวัติการเป็นเบาหวาน และจำนวนปีที่เป็นเบาหวาน

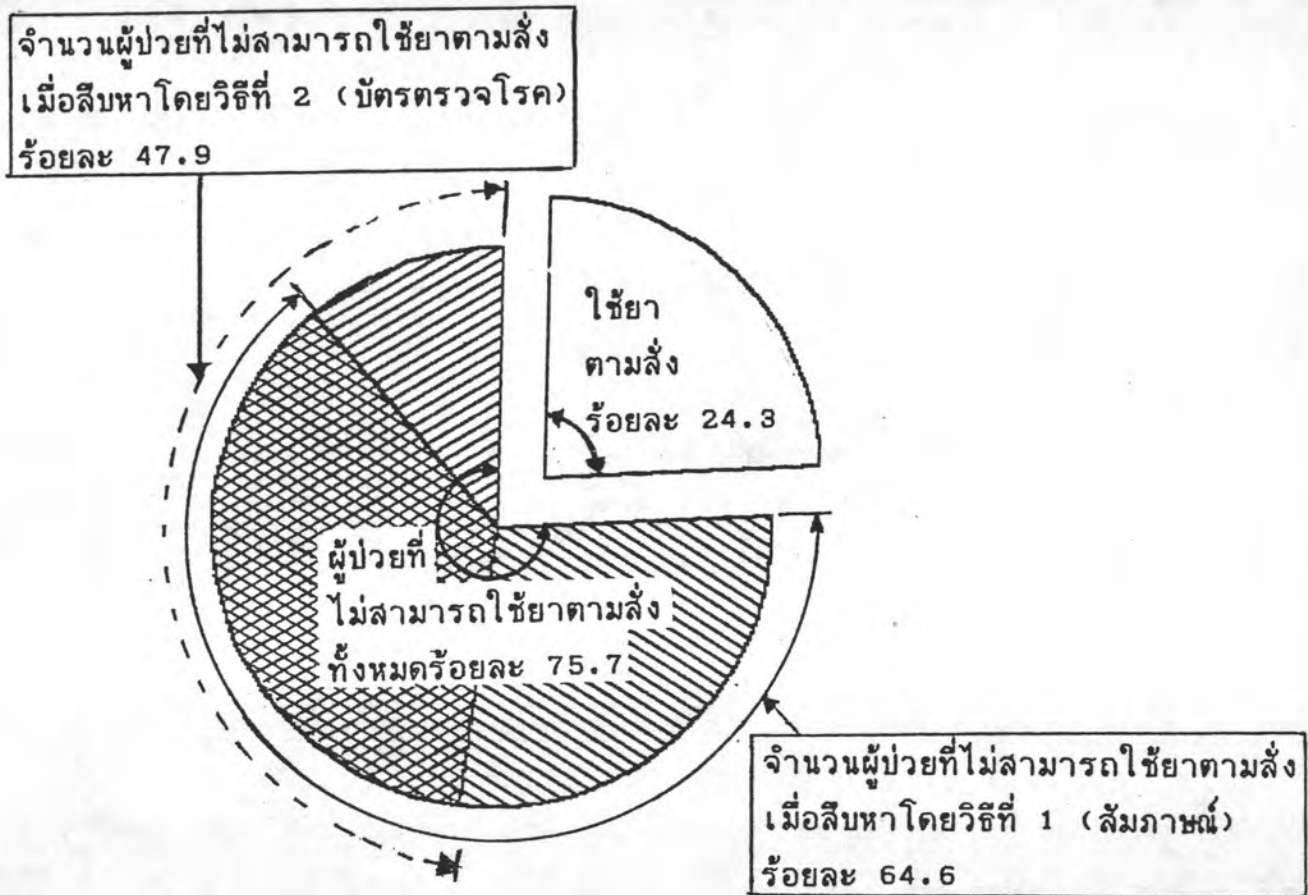


ภาพที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามจำนวนขนานยาที่ได้รับต่อครั้งของการตรวจรักษา และจำนวนครั้งที่ต้องให้ยาในวัน

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาร้อยละ 12.5 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน นอกนั้นร้อยละ 87.5 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้น้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และร้อยละ 31.7 มีประวัติการเป็นเบาหวานของครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มศึกษาเป็นเบาหวานมานานเกิน 5 ปี ร้อยละ 56.7

ในด้านเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าผู้ป่วยได้รับยาโดยเฉลี่ยรายละ 3.7 ขนาน (SD =  $\pm 1.6$ ) ต่ำสุด 1 ขนาน สูงสุด 8 ขนาน ร้อยละ 67.8 ได้รับรายละ 2-4 ขนานต่อวัน สำหรับความบ่อยครั้งที่ต้องให้ยาใน 1 วัน เฉลี่ย = 3.5 ครั้ง (SD =  $\pm 1.4$ ) ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 7 ครั้งต่อวัน โดยร้อยละ 72.8 ต้องให้ยาร้อยละ 2-4 ครั้ง

2. ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งซึ่งสืบพบโดยแบบสัมภาษณ์และบัตรตรวจโรคผู้ป่วย



ภาพที่ 7 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 1 และวิธีที่ 2

จากวิธีสืบหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง วิธีที่ 1 (สัมภาษณ์) พบผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง 197 ราย (ร้อยละ 64.6) ซึ่งมากกว่าวิธีที่ 2 (บัตรตรวจโรค) ที่พบ 146 ราย (ร้อยละ 47.9) และจากสองวิธีรวมกันเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ถึง 231 ราย (ร้อยละ 75.7) และไม่ว่าจะสืบหาโดยวิธีใดจะพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง 112 ราย (ร้อยละ 36.7) และมีผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่งเพียง 74 ราย (ร้อยละ 24.3)

2.1 ลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งประเภทต่าง ๆ

2.1.1 จากการสืบหาโดยวิธีสัมภาษณ์ ผู้ป่วยซึ่งสืบพบว่าไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง โดยวิธีสัมภาษณ์จำนวน 197 รายนั้น สามารถแบ่งเป็นกลุ่มตามลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ 5 ลักษณะ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจพบว่ามีลักษณะความไม่

สามารถใช้อย่างตามสั่งร่วมกันมากกว่า 1 ลักษณะดังนี้ ผู้ป่วย 53 รายไม่สามารถใช้อย่างตามสั่ง 2 ลักษณะร่วมกัน, 29 รายไม่สามารถใช้อย่างตามสั่ง 3 ลักษณะร่วมกัน และอีก 10 ราย ไม่สามารถใช้อย่างตามสั่ง 4 ลักษณะร่วมกัน ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่ง Chlorpropamide 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยรับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และใช้ยาแผนโบราณร่วมด้วย ก็จะมีลักษณะของความไม่สามารถใช้อย่างตามสั่งในข้อ 2, 3 และ 5 เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละของลักษณะความไม่สามารถใช้อย่างตามสั่ง เมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 1 (สัมภาษณ์)

ลักษณะของความไม่สามารถใช้อย่างตามสั่ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา)
1. <u>หยุดยาเองหรือขาดยา</u>	57	18.7
2. <u>ใช้ขนาดต่างจากสั่ง</u>		
- ใช้มากกว่า	33	10.8
- ใช้น้อยกว่า	34	11.1
3. <u>ใช้ยาผิดเวลา</u>	87	25.6
4. <u>ใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง</u>		
- ใช้มากกว่าครั้งกว่าสั่ง	37	12.1
- ใช้น้อยครั้งกว่าสั่ง	46	15.1
5. <u>ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากสั่ง</u>		
- ใช้ยาแผนโบราณ หรือสมุนไพร (ไม่รวมที่ใช้เป็นอาหาร)	66	21.6
- ใช้ยาแผนปัจจุบันอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	10	3.3

ตัวอย่างของลักษณะความไม่สามารถใช้อย่างตามสั่งเมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 1 มีดังนี้

1. หยุดยาเองหรือขาดยา เช่น ผู้ป่วยหยุดยารับประทานในกรณีที่มาพบแพทย์แล้วทราบว่า FBS ไม่สูง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาหรือฉีดยาเกิน 5 ครั้งต่อเดือน เป็นต้น



2. ใช้ยาขนาดต่างจากสั่ง ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้รับประทานครึ่งเม็ด ผู้ป่วยรับประทาน 1 เม็ด หรือ แพทย์สั่ง 2 เม็ด ผู้ป่วยรับประทาน 1 เม็ด หรือ 1 เม็ดครึ่ง เป็นต้น

3. ใช้ยาผิดเวลา เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานก่อนอาหาร ผู้ป่วยรับประทานหลังอาหาร, แพทย์สั่งให้รับประทานมือกลางวัน ผู้ป่วยรับประทานตอนเย็นหรือก่อนนอน เป็นต้น ซึ่งพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาผิดเวลานี้สูงสุดในลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งทั้งหมด

4. ใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยกลับรับประทานวันละ 3 ครั้ง, แพทย์สั่งวันละ 4 ครั้ง ผู้ป่วยรับประทานวันละ 3 ครั้ง

5. การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากสั่ง ในข้อนี้จะไม่นับรวมผู้ป่วยที่เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว ในกรณียาแผนโบราณจะไม่นับรวมผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรประเภทที่เป็นอาหาร เช่น กระเทียมสด มะระดิบ เข้าอยู่ในความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ตัวอย่างในหัวข้อนี้คือ ยาต้มยี่บอก, ยาหม้อวัดสามปลื้ม, ยาลูกกลอนพระวัดลุ่ม, ยาสดเบาหวานเจ้ากรมเบ่อ, ยาสดน้ำตาลจอมพลประภาส, ยาลูกกลอนยาจีน, ยาลูกกลอนวัดโพธิ์, ยาลูกกลอนยอแสง (ยานี้มีผู้ป่วยใช้หลายราย), สมุนไพรฟ้าทะลายโจร และอื่น ๆ อีกมาก สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาแผนปัจจุบันอื่นโดยมิได้แจ้งให้แพทย์ทราบ เช่น ยารักษาอาการหอบหืดซึ่งได้รับจากแพทย์ที่คลินิก, ยาชาาริคอน ผู้ป่วยซื้อใช้เองเป็นประจำ, ยาเบาหวานดาโอนิล โดยผู้ป่วยรายนี้แพทย์สั่งฉีดอินซูลินโมนอทาร์ด (Monotard insulin) แต่ผู้ป่วยจะซื้อดาโอนิลกินสลับกับยาฉีดเอง, อีกรายใช้คีโตโพรเฟน (Ketoprofen) ซึ่งได้จากคลินิกรับประทานเป็นประจำ นอกนั้นเป็นยาริตามินซึ่งซื้อใช้เองตามคำโฆษณาหรือเพื่อนบ้านบอกว่าดีก็ซื้อใช้

ยังมีผู้ป่วยอีก 55 ราย เคยใช้ยาแผนโบราณแต่เลิกใช้ไป แล้ว (ไม่รวมเข้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง) โดยให้เหตุผลว่า ใช้แล้วไม่ดีขึ้น หรือไม่มีเวลาต้มยี่บอก ใช้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีความเชื่อถือในยากลางบ้านหรือยาสมุนไพรอยู่มาก และมีแนวโน้มที่จะเชื่อง่ายขึ้นถ้าได้รับข้อมูลสนับสนุนจากบุคคลอื่นบ่อย ๆ (5)

2.1.2 จากการสืบหาจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วย ผู้ป่วยซึ่งพบว่าไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจากบัตรตรวจโรค 146 ราย แบ่งกลุ่มตามลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ 5 ลักษณะ ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 2 (บัตรตรวจโรค)

ลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา)
1. หยุดยาเองหรือขาดยา	113	37.0
2. ใช้ขนาดต่างจากสั่ง	13	4.3
3. ใช้ยาผิดเวลา	7	2.3
4. ใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง	4	1.3
5. ไม่ยอมใช้ยานัดอินสุลินเมื่อแพทย์สั่งให้ใช้	12	3.9

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 2 ข้อแรกคือ การที่ผู้ป่วยหยุดยาเองหรือขาดยามีถึงร้อยละ 37.0 ซึ่งสามารถแยกรายละเอียดได้ดังนี้

การหยุดยาหรือขาดยาเอง พบจากบัตรตรวจโรคโดยวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. แพทย์ระบุไว้ในบัตรตรวจโรคว่าผู้ป่วยขาดยา, ไปรักษาที่อื่นหรือซื้อยาใช้เอง 25 ราย
2. มาช้ากว่านัดเกิน 24 วันต่อปี ทำให้ต้องมีวันที่ผู้ป่วยต้องขาดยา มีจำนวน 31 ราย
3. ขาดการติดต่อต่อเนื่องกันเกิน 1 เดือน ใน 1 ปี พบ 57 ราย

จากบัตรตรวจโรคทำให้ทราบว่า แพทย์เองก็สามารถสืบพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเองตามสั่งได้จำนวนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 20 ซึ่งแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาได้บันทึกลงในประวัติในด้านการขาดยา การใช้ยาผิดขนาด ผิดเวลา ผิดจำนวนครั้งต่อวัน หรือ การไม่ยอมฉีดอินสุลิน ดังนั้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจได้รับการแก้ไขความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแล้ว

## 2.2 การประเมินผลการใช้วิธีสืบหาที่ต่างกัน

จากการสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง จากวิธีที่ 1 และวิธีที่ 2 ผู้ทำวิจัยได้พบข้อดี ข้อเสีย และปัญหาของแต่ละวิธีหลายประการ ดังนี้

## 2.2.1 การสืบหาโดยวิธีที่ 1 การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์

### ข้อดี

1. สามารถซักถามในรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีใช้ยาแต่ละตัว
2. รับทราบถึงปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ดี
3. ใช้เวลาไม่มากก็สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นสามารถใช้ยาตามสั่งได้หรือไม่
4. สามารถพลิกแพลงคำถามได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถาม
5. สามารถสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มากกว่าวิธีที่ 2
6. สามารถสืบหาลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งประเภทที่ใช้ยาขนาดต่างจากสั่ง, ใช้ยาผิดเวลา, ใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง และการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากสั่งได้สูงกว่าวิธีที่สองมาก

### ข้อเสียและปัญหาของวิธีที่ 1

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุมาก ความจำไม่ค่อยดี ตาก็มองเห็นไม่ชัด อาจตอบวิธีใช้ยาแต่ละตัวไม่ครบถ้วน หรือตอบผิดความจริง ทั้งที่ผู้วิจัยได้เตรียมตัวอย่างยาทำเป็นแผงไว้ให้ผู้ป่วยชี้ ก็ยังพบว่าผู้ป่วยชี้ยาที่ไม่ตรงกับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยก็มี
2. ผู้ป่วยอาจตอบไม่ตรงกับความจริง แต่ในระยะต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มจะคุ้นเคยกับผู้ทำวิจัย ผู้ป่วยมักสารภาพความจริงและเสริมว่า "นี่บอกคุณคนเดียวนะ ว่าฉันใช้อย่างนี้ ไม่กล้าบอกหมอหรอก เทียวโดนดู" ทำให้กลับเป็นข้อดี
3. ในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากต้องการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของประชากรรวมทั้งปัจจัยที่อาจมีผลต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งด้วย จึงมีคำถามมากถึง 70 กว่าคำถามทำให้ในตอนท้ายของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมักเบื่อน่ายที่จะตอบ ซึ่งอาจทำให้คำตอบไม่ตรงกับความจริง เพียงแต่ต้องการให้การสัมภาษณ์สิ้นสุดโดยเร็ว และมีผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจคำถามต้องอธิบายเป็นเวลานาน หรือถามซ้ำหลายครั้ง และยังมีผู้ป่วยบางรายเล่าเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเอง, ปัญหาครอบครัวของผู้ป่วยให้ผู้ทำวิจัยฟัง ซึ่งผู้วิจัยก็ต้องรับฟัง เพราะข้อสัมภาษณ์ยังไม่สิ้นสุด ทำให้เสียเวลาในกรณีเหล่านี้มากกว่า 30 นาทีต่อราย
4. ผู้ป่วยไม่ยอมให้สัมภาษณ์ และไม่ยอมพูดกับผู้ทำวิจัยเลย แต่มีน้อยราย ซึ่งผู้ทำวิจัยต้องคัดออกจากการวิจัย
5. ปัญหาเรื่องภาษา ในกรณีที่ผู้ป่วยพูดภาษาไทยไม่ได้หรือพูดได้บ้าง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นคนจีน แม้ว่าผู้ทำวิจัยจะสามารถพูดภาษาจีนได้บ้าง แต่ต้องเสียเวลาที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจคำถามแต่ละข้อมากพอสมควร มีผู้ป่วย 1 รายที่เป็นชาวอินเดีย รายนี้ผู้วิจัยมีปัญหาในการฟังคำตอบเป็นอย่างมาก ต้องให้ผู้ป่วยพูดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยพูดไทยสำเนียงอินเดีย

6. เนื่องจากไม่มีห้องเฉพาะที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย การสัมภาษณ์หน้าห้องตรวจ ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นอาจได้ยินคำตอบ และนำคำตอบนั้นมาตอบให้กับผู้วิจัย เมื่อเขาถูกสัมภาษณ์ ทำให้คำตอบที่ได้ อาจไม่ตรงกับความจริง

การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าน่าเบื่อหน่ายที่ต้องตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงจัดทำสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นการจูงใจซึ่งสิ่งตอบแทนนี้คือ "บัตรค่า" ซึ่งจะให้ผู้ป่วยติดไว้กับใบสั่งยา เมื่อไปรับยาที่ห้องยาเจ้าหน้าที่เห็นใบสั่งยาที่มีบัตรค่า จะรีบจัดยาให้ก่อน (โดยผู้วิจัยได้ทำการตกลงกับเจ้าหน้าที่ห้องยาไว้ล่วงหน้า) เมื่อมีสิ่งตอบแทนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น และยินยอมตอบคำถามมากขึ้น

### 2.2.2 การสืบหาโดยวิธีที่ 2 บัตรตรวจโรคผู้ป่วย

ข้อดี

1. สามารถสืบหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้โดยไม่ต้องพบผู้ป่วย
2. ไม่ต้องกำหนดเวลาในการทำการสืบหา โดยจะสืบหาเมื่อใดก็ได้ในคืนประวัติผู้ป่วยได้ที่ฝ่ายเวชระเบียน ต่างจากวิธีที่ 1 ซึ่งทำได้เฉพาะวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์
3. ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเตรียมแบบสัมภาษณ์เหมือนวิธีที่ 1
4. ใช้เวลาน้อยกว่า คือใช้เวลารายละเอียดไม่เกิน 10 นาที

ข้อเสียและปัญหาของวิธีที่ 2

1. ไม่มีรายละเอียด เนื่องจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยจะถูกบันทึกโดยแพทย์ผู้ตรวจ ซึ่งแพทย์ผู้ตรวจอาจไม่มีเวลาลงบันทึกโดยละเอียด หรือ อาจคิดว่าลักษณะการใช้ยาผิดจากสั่งนั้นไม่มีความสำคัญจึงไม่ได้ลงไว้ในบัตรตรวจโรค
2. ประวัติไม่ครบถ้วน ในกรณีบัตรตรวจโรคหาย เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ เวชระเบียนจะทำการออกบัตรแทนให้ใหม่ ซึ่งทำให้ประวัติเดิมตอนต้นหายไป และบางครั้งเมื่อพบบัตรตรวจโรคใบเดิม บัตรตรวจโรคใบเดิมก็จะถูกนำมาบันทึกประวัติการตรวจรักษาอีก โดยอาจจะรวมหรือไม่ได้รวมบัตรแทนที่ออกให้ชั่วคราวนั้นเข้าด้วยกัน ทำให้การเก็บข้อมูลโดยวิธีนี้ผิดพลาดได้ คือเป็นผลบวกเท็จ เพราะผู้ป่วยมาตรงตามนัดไม่ได้ขาดยา แต่ประวัติจะขาดหายไป ทำให้ผู้วิจัยคิดว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัดและขาดยา
3. ไม่สามารถศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ จะทราบเพียงข้อมูลในบัตรตรวจโรคเท่านั้น
4. บัตรตรวจโรคไม่ตรงกับตัวผู้ป่วย โดยปกติบัตรตรวจโรคผู้ป่วยจะลงบันทึกการตรวจรักษาและยาที่ใช้ได้ทั้ง 2 หน้า เมื่อหน้าที่ 2 เต็มแล้วก็จะเพิ่มบัตรใหม่เข้าไปโดยเย็บติดกับใบเก่าด้วยลวดเย็บกระดาษเช่นนี้ไปเรื่อยๆ โดยไม่มีชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยในทุกใบ และในผู้ป่วยด้วยโรคซึ่งต้องรักษาต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เช่นโรคเบาหวาน ก็พบ

พบว่าบัตรแต่ละรายนามาก การเย็บบัตรหนาๆ เข้าด้วยกันทำได้ลำบาก ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วย 1 รายที่ประวัติ 2-3 ใบหลังหลุดไป และถูกนำไปเย็บติดกับผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น ทำให้ผู้ป่วยรายแรกประวัติหาย แต่รายที่ 2 ประวัติการใช้ยาจะต่างจากความเป็นจริง เมื่อทำการสืบหาโดยวิธีที่ 2 นี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่ง ทั้งที่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายให้ยาตามสั่งได้ถูกต้อง

2.3 การเปรียบเทียบวิธีการสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่งจากทั้ง 2 วิธี การสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่งด้วยวิธีสัมภาษณ์มีความไว (sensitivity) สูงกว่า เพราะสามารถสืบพบได้ถึงร้อยละ 64.6 ในขณะที่จากบัตรตรวจโรคสามารถสืบพบเพียงร้อยละ 47.9 และโดยวิธีสัมภาษณ์จะได้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่งที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าบัตรตรวจโรคซึ่งประวัติอาจขาดหายไป หรือการบันทึกประวัติไม่ครบถ้วน ในด้านความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ปฏิบัติจริง สามารถนำไปใช้ได้ทั้ง 2 วิธี แต่วิธีสัมภาษณ์สามารถทำการสืบหาเฉพาะในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และต้องใช้เวลาคุยกับผู้ป่วยพอสมควรจึงจะได้ความจริงจากผู้ป่วย แต่จากบัตรตรวจโรคนั้นสามารถทำการศึกษาได้ทุกเวลาที่ผู้วิจัยว่าง และในการศึกษาประวัติผู้ป่วยเสียเวลารายละไม่เกิน 10 นาที ดังนั้นจากบัตรตรวจโรคสามารถนำไปใช้คัดเลือกผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ได้

### 3. การจัดอันดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถให้ตามสั่ง

ความไม่สามารถให้ยาตามสั่งที่ตรวจพบ รวมทั้ง 2 วิธีถึงร้อยละ 75.7 นั้นมีความสำคัญต่อการรักษาหรือไม่ น่าจะต้องแก้ไขรีบด่วนหรือไม่ เพื่อตอบคำถามนี้ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลของความไม่สามารถให้ยาตามสั่งลักษณะต่าง ๆ มารวบรวมและจัดทำเป็นแบบสอบถาม (ตัวอย่างในภาคผนวก ข.) เพื่อให้อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบต่อมไร้ท่อ และอายุรแพทย์ทั่วไป จัดอันดับความสำคัญทางคลินิก โดยส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลศิริราช, รามาธิบดี, จุฬา และเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวนทั้งสิ้น 25 ฉบับ ได้รับความกรุณาตอบกลับมา 17 ฉบับ โดยเป็นอายุรแพทย์ทางด้านต่อมไร้ท่อ 7 ท่าน และอายุรแพทย์ทั่วไป 10 ท่าน

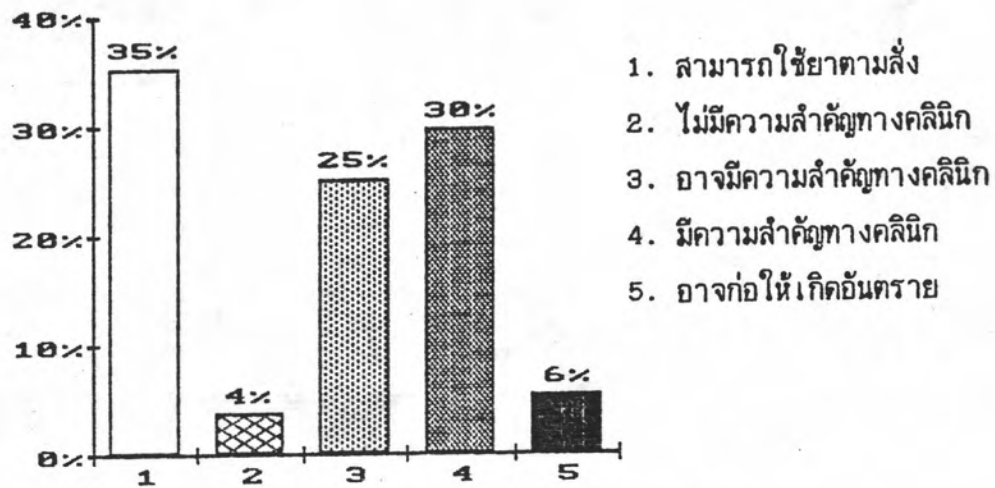
หลังจากรวบรวมผลแล้ว พบว่าความคิดเห็นของแพทย์ในด้านความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถให้ยาตามสั่งของแพทย์แต่ละท่านใกล้เคียงกันมาก ในกรณีที่มีความแตกต่างกัน จะถือความคิดเห็นของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบต่อมไร้ท่อเป็นหลัก ผลแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 1 และ 2

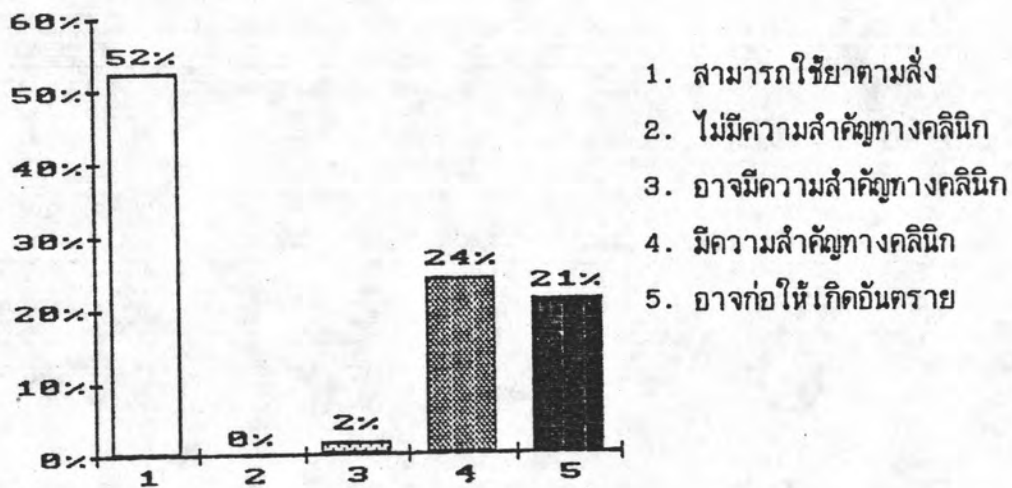
ความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	สืบหาโดยวิธีที่ 1 (ราย)	สืบหาโดยวิธีที่ 2 (ราย)
1. ผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่งได้	108	160
2. ไม่มีความสำคัญทางคลินิก	12	0
3. อาจมีความสำคัญทางคลินิก	77	6
4. มีความสำคัญทางคลินิก	91	74
5. มีความสำคัญทางคลินิก และ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	17	65

เมื่อแสดงในรูปร้อยละของผู้ป่วยตามระดับความสำคัญทางคลินิกได้ในภาพที่ 8 และ 9 พบว่าจากการสืบหาโดยวิธีที่ 1 พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกถึงร้อยละ 30 และอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ถึงร้อยละ 6 ซึ่ง 2 ระดับนี้รวมกันเกินกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่สืบหาว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยวิธีที่ 1

สำหรับการสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยวิธีที่ 2 พบว่าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกร้อยละ 24 และระดับที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ถึงร้อยละ 21 ซึ่งสูงมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการจัดระดับความสำคัญทางคลินิก ในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งสืบหาพบโดยวิธีที่ 2 มีกลุ่มที่สืบพบในเกณฑ์การตัดสินที่ว่า เป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเมื่อขาดการติดต่อกันเกิน 1 เดือน ซึ่งพบถึงร้อยละ 19 เมื่อถือว่าผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อนั้นขาดยาเป็นเวลาติดต่อกันเกิน 1 เดือน ระดับความสำคัญทางคลินิกจะถูกจัดอยู่ในระดับอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น อาจเกิดการระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดอันตราย (Hyperglycemia, ketosis) ซึ่งในความจริงผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อนั้นอาจไม่ขาดยา จึงคิดว่าร้อยละของระดับความสำคัญทางคลินิกที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอาจสูงกว่าความเป็นจริง



ภาพที่ 8 แสดงร้อยละของผู้ป่วยตามระดับความสำคัญทางคลินิก  
ของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 1  
(สัมภาษณ์)



ภาพที่ 9 แสดงร้อยละของผู้ป่วยตามระดับความสำคัญทางคลินิก  
ของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อสืบหาโดยวิธีที่ 2  
(บัตรตรวจโรคผู้ป่วย)

ตารางที่ 4 แสดงตัวอย่างของลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสิ่งตามระดับความสำคัญทางคลินิก

ระดับความสำคัญทางคลินิก	ชื่อยา	แพทย์สั่ง	ผู้ป่วยใช้
1. ไม่มีความสำคัญทางคลินิก	B1-6-12	1. 1x3pc 2. 1x2pc	1. 1x2pc, 2x1pc 2. 1x3pc, 1x1pc
	Ser-Ap-Es <sup>®</sup>	1xเช้าpc	1xกลางวันpc
	Metformin	1xกลางวัน, เย็นpc	1xเช้า-เย็นpc
2. อาจจะมีควมสำคัญทางคลินิก	Chlorpropamide	1. ac 2. 2xเช้าac	1. pc 2. 1xเช้า-กลางac
	Metformin	1. pc 2. 1xกลางวันpc 3. 1xเช้า-เย็นpc	1. ac 2. 1xเย็นpc 3. 2xเช้าpc
	Furosemide	1. 1xเช้า-เที่ยงpc 2. 1xเช้าpc	1. 1xเช้า-เย็นpc 2. 1xเย็นpc
	Benzafibrate	1xเช้า-เย็นpc	2xเย็นpc
	Chlorpropamide	1. 2xเช้าac 2. 2xเช้าac	1. 1xเช้าac 2. 1xเช้า-เย็นpc
3. มีความสำคัญทางคลินิก	Glibenclamide	1. 2xเช้า, 1xเย็นac 2. 2xเช้า-เย็นac 3. 1 เม็ดครึ่งx เช้าac	1. 2xเช้าac 2. 1xเช้า-เย็นpc 3. 2xเช้าac



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ระดับความสำคัญทางคลินิก	ชื่อยา	แพทย์สั่ง	ผู้ป่วยใช้
3. มีความสำคัญทางคลินิก	Insulin(NPH)	50 unit	42 unit (บรรจุนาขนาดยาฉีด)
	Insulin	แนะนำให้ฉีดยา (ผู้ป่วยใช้ยารับประทานควบคุม FBS ไม่ได้)	ไม่ยอมฉีดยา
	Methyl dopa	1x4 pc	1x3pc
	Prazosin	1x3pc	1x2pc
	Isosorbide dinitrate	1x2ac	2 เม็ด prn
	Gemfibrozil	1x3pc	2x3 pc
4. อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	Chlorpropamide	1. 2x เข้า ac 2. 2x เข้า ac 3. 2x เข้า ac 4. ครั้ง x เข้า ac	1. 1x3pc 2. 2x2ac 3. 2x3pc 4. 1x เข้า ac
	Glibenclamide	2x เข้า-เย็น ac	2x3 ac
	Insulin(NPH)	75 unit เข้า	กิน chlorpropamide 2x เข้า ac วันที่ไม่ฉีดยา

\* Ser-Ap-Es = reserpine + hydralazine + hydrochlorothiazide

- หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยที่ใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ถูกจัดอยู่ระดับ 2  
2. ผู้ป่วยที่ใช้ยาแผนโบราณชนิดยาลูกกลอน ถูกจัดอยู่ระดับ 3  
3. ผู้ป่วยที่ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพรแล้วหยุดยาที่แพทย์สั่ง ถูกจัดอยู่ระดับ 4
4. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของลักษณะประชากร และปัจจัยที่อาจส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับความสามารถใช้ยาตามสั่ง โดยรวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจากวิธีสืบหาทั้ง 2 วิธีเข้าด้วยกัน ซึ่งมีจำนวน 231 ราย (ร้อยละ 75.7) เมื่อใช้สถิติไคสแควร์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งกับผู้ที่สามารถใช้ยาตามสั่ง ผลแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ของลักษณะประชากรและปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาตามสั่งและผู้ป่วยที่สามารถให้ยาตามสั่ง โดยใช้สถิติไคสแควร์

ลักษณะประชากรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	นัยสำคัญทางสถิติ	ค่า P
1. เพศ	NS	0.515
2. อายุ	NS	0.945
3. ศาสนา	NS	0.252
4. ระดับการศึกษา	NS	0.982
5. สถานภาพสมรส	NS	0.722
6. อาชีพ	NS	0.725
7. รายได้ต่อเดือน	NS	0.847
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	NS	0.302
9. ประวัติการเป็นเบาหวาน	NS	0.285
10. ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	S	0.002**
11. จำนวนขนานยาที่ได้รับ	NS	0.190
12. จำนวนครั้งที่ต้องให้ยาใน 1 วัน	S	0.034**
13. เวลาที่ต้องรอพบแพทย์	NS	0.530
14. เวลาที่ต้องรอรับยา	S	<0.001**
15. เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงถึงโรงพยาบาล	NS	0.362
16. การควบคุมอาหาร	S	0.095**
17. การออกกำลังกาย	NS	0.482
18. ค่า FBS	S	0.067**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า  $P < 0.1$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, S = มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 แสดงรายละเอียดของข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ราย(ร้อยละ)	ผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง ราย(ร้อยละ)
<b>ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน</b>		
1. ไม่เกิน 1 ปี	18 (51.4)	17 (48.6)
2. 2 - 5 ปี	72 (75.8)	23 (24.2)
3. 6 - 15 ปี	108 (82.4)	23 (17.6)
4. มากกว่า 15 ปี	32 (76.2)	10 (23.8)
	$X^2 = 14.529, P = 0.002$	
<b>จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาใน 1 วัน</b>		
1. 1 - 4 ครั้ง	170 (72.0)	66 (28.0)
2. มากกว่า 4 ครั้ง	61 (88.4)	8 (11.6)
	$X^2 = 6.922, P = 0.0085$	
<b>เวลาที่ต้องรอรับยา</b>		
1. นานกว่า 1 ชั่วโมง	133 (84.2)	25 (15.8)
2. ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง	97 (66.4)	49 (33.6)
	$X^2 = 12.019, P = 0.0005$	
<b>การควบคุมอาหาร</b>		
1. ควบคุม	64 (68.1)	30 (31.9)
2. พยายามควบคุม	113 (77.9)	32 (22.1)
3. ไม่คุมเลย	54 (81.8)	12 (18.2)
	$X^2 = 4.703, P = 0.095$	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ราย(ร้อยละ)	ผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง ราย(ร้อยละ)
ค่า FBS		
1. น้อยกว่า 120 mg%	38 (69.1)	17 (30.9)
2. 121 - 180 mg%	93 (72.1)	36 (27.9)
3. มากกว่า 180 mg%	100 (82.6)	21 (17.4)
	$\chi^2 = 5.396, P = 0.067$	

จากข้อมูลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจะเห็นว่า เมื่อเป็นเบาหวานนานขึ้นจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจะเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สามารถใช้ยาตามสั่ง ซึ่งตรงกับงานวิจัยที่มีผู้เคยรายงานไว้ (28, 29, 42, 43) จึงควรให้ความสนใจเรื่องการใช้ยากับผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นโรคนานเป็นพิเศษ

ปัจจัยต่อมาคือจำนวนครั้งหรือความถี่ของการใช้ยาใน 1 วัน เมื่อจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจะเพิ่มขึ้น แต่กลับไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนขนานยาที่ได้รับ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเมื่อต้องใช้ยาบ่อยครั้งขึ้น โอกาสที่จะลืมหรือใช้ยาผิดจากสั่งก็จะเพิ่มขึ้น (30, 40, 49, 50) ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรลดความยุ่งยาก และความบ่อยครั้งของการใช้ยาในแต่ละวันลง การใช้ยาตามสั่งอาจจะดีขึ้น

เวลาที่ต้องรอรับยา ในข้อนี้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยถามว่ารอรับยานานไหมใช้เวลารอแต่ละครั้งนานสักเท่าใด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ นานกว่า 1 ชั่วโมงและไม่ถึง 1 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มที่มีความรู้สึกว่าจะต้องรอยานานกว่า 1 ชั่วโมงมีร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าที่สามารถใช้ยาตามสั่งถึงเกือบเท่าตัว ดังนั้นการรอนานๆนี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายและไม่ยอมซื้อยาทำให้ต้องขาดยา แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเวลารอพบแพทย์กลับไม่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง แม้ว่าไม่ถึงร้อยละ 24 (72 ราย) ต้องรอพบแพทย์นานกว่า 3 ชั่วโมง (จับเวลาจริง) เพราะผู้ป่วยจะมายืนใบนัดและนั่งรอแพทย์ตั้งแต่ 6.00 น. โดยที่แพทย์จะออกตรวจประมาณ 8.45 - 9.00 น. และถ้าวันใด มีเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลมาขอรับการตรวจรักษาด้วย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็จะได้รับสิทธิที่จะเข้าพบแพทย์ก่อนผู้ป่วยนอก ทำให้เวลาที่ต้องรอพบแพทย์ยาวนานขึ้นอีก

ในเรื่องเวลาในการรอรับยานี้ เกล็ดกรหญิงปราณี เหมวิมล(98) ได้ศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอรับยาโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยา

ภายในครึ่งชั่วโมง ( $30.27 \pm 9.67$  นาที) จึงเป็นข้อสงสัยสำหรับผู้ทำวิจัยครั้งนี้ว่าผู้ป่วยบอกว่าต้องรอรับยานานเป็นชั่วโมงนั้นจริงหรือไม่ จึงได้ทดลองสุ่มเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ในการรอรับยาของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มคิดราคายาจนถึงเวลาเรียกผู้ป่วยมารับยาจากผู้ป่วยจำนวน 150 ราย พบดังนี้

ช่วงเวลา	เวลาที่ใช้รอรับยาเฉลี่ย(นาที)	พิสัย(นาที)
9.00 - 10.00 น.	39.2	30 - 51
10.01 - 11.00 น.	48.8	22 - 74
11.01 - 12.00 น.	41.5	38 - 44

และพบว่าผู้ป่วยที่ต้องรอรับยานานเกิน 60 นาที มีเพียง 9 รายหรือร้อยละ 6 เท่านั้นแต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีถึง 158 ราย (ร้อยละ 52) ที่รู้สึกว่าจะต้องรอนานเกิน 1 ชั่วโมง ดังนั้นจึงคิดว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอรับยาที่หน้าห้องยานั้นเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามันมากกว่าความเป็นจริง อาจเป็นเพราะก่อนหน้านั้นต้องรอตรวจอยู่ช่วงเวลาหนึ่งก่อนแล้วจึงนำที่จะมีสิ่งทีลดความรู้สึกนี้ เช่น การจัดทำโปสเตอร์, ภาพ, เอกสารหรือภาพยนตร์จากวิดีโอเทป เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือยากับผู้ป่วย และเบนความสนใจของผู้ป่วยไปในสิ่งอื่นแทนการเฝ้ารอรับยา และยังเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย ทางฝ่ายเภสัชกรรมก็ควรแก้ไขปรับปรุงการจัดยาจ่ายยาให้รวดเร็วขึ้น อาจเป็นการเพิ่มความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ทางหนึ่ง และควรมีการจัดระบบของคลินิกบริการทั้งหมด เพื่อให้บริการของรัฐสะดวกและรวดเร็ว เช่นเดียวกับของเอกชน

อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย คือการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองอย่างเคร่งครัดจะอยู่ในกลุ่มที่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่า แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ควบคุมการรับประทานอาหารเลยจะเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในอัตรามากกว่าเป็นกลุ่มที่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ปัจจัยสุดท้ายที่พบว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย คือค่า FBS พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งถึงร้อยละ 82.6 จะมีค่า FBS สูงกว่า 180 mg% แต่ผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง ค่า FBS จะสูงกว่า 180 mg% อยู่เพียง ร้อยละ 17.4

เมื่อศึกษาค่า FBS เฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ค่า FBS เฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา = 175 mg% แต่ในกลุ่มไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจะมีค่าเฉลี่ย FBS = 180 mg% ส่วนกลุ่มที่สามารถใช้ยาตามสั่งค่า FBS = 160 mg% และเมื่อคูกค่าเฉลี่ยของ FBS โดยแยกตามระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจะได้ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยของ FBS ตามระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจากวิธีสืบหา วิธีที่ 1 และวิธีที่ 2

ระดับความสำคัญทางคลินิก	FBS (วิธีที่ 1) SD	FBS (วิธีที่ 2) SD
1. ผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง	164.2 48.9	162.4 48.9
2. ไม่มีความสำคัญทางคลินิก	168.7 34.6	(ไม่พบผู้ป่วยระดับนี้)
3. อาจจะมีความสำคัญทางคลินิก	178.3 67.3	152.3 44.3
4. มีความสำคัญทางคลินิก	186.1 61.9	203.8 63.2
5. อาจก่อให้เกิดอันตราย	189.4 75.7	179.4 69.2

จะเห็นได้ว่า กลุ่มที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีความสำคัญทางคลินิกจะมีค่า FBS สูงกว่าผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่งอย่างเห็นได้ชัดเจนไม่ว่าจะเป็นการสืบหาโดยวิธีใด ดังนั้นค่า FBS จึงอาจใช้เป็นเครื่องมือในการสืบหาหรือบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยเบาหวานได้ในเบื้องต้น ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุด เพราะผู้ป่วยทุกรายต้องวัดค่า FBS ก่อนมาพบแพทย์ทุกครั้ง หากใช้ประกอบกับบัตรตรวจโรคก็อาจพบกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเพื่อติดตามแก้ไขได้โดยง่าย

5. ศึกษาความสัมพันธ์ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ศึกษาเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งกับผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง จากประวัติของผู้ป่วยซึ่งแสดงในตารางที่ 8

จากภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและระยะยาว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย และยังพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่งในอัตราร้อยละมากกว่าในกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

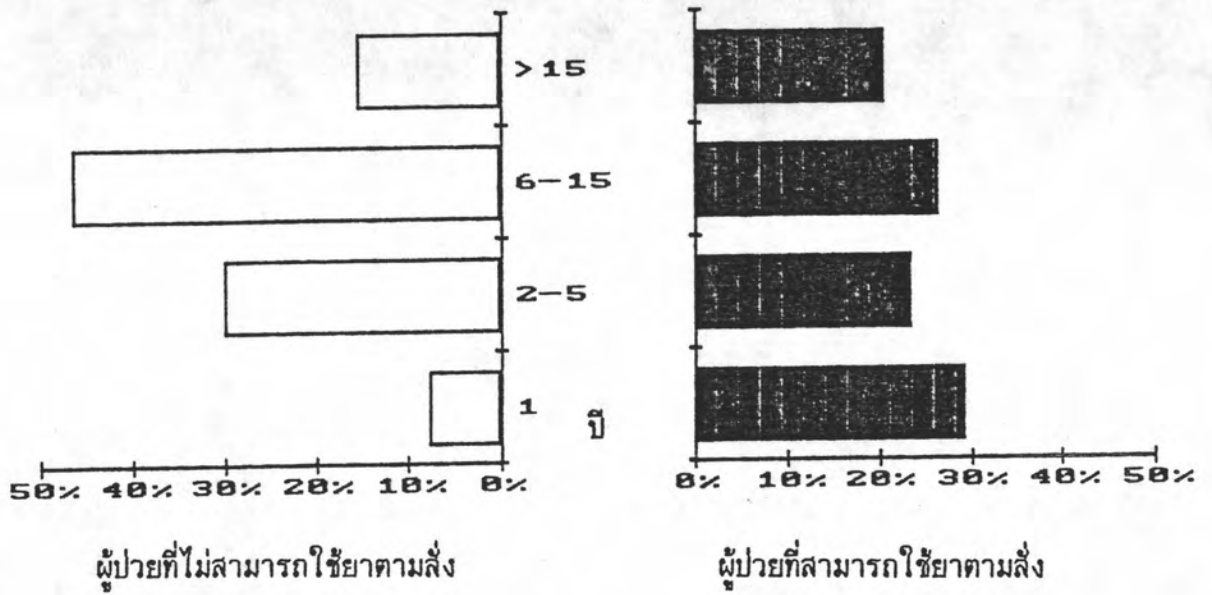
เมื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนกับระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน พบว่าภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่เป็นเบาหวาน (ภาพที่ 11) โดยภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเกิดขึ้นมาก เมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเป็นเบาหวานมานาน 6-15 ปี แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวกลับมีอัตราลดลงเมื่อจำนวนปีของการเป็นเบาหวานมากขึ้น สำหรับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจะไม่พบความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่เป็นเบาหวาน (ภาพที่ 10) ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 8 แสดงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ไม่สามารถใช้อาตามลิ่งกับผู้ที่สามารถใช้อาตามลิ่ง

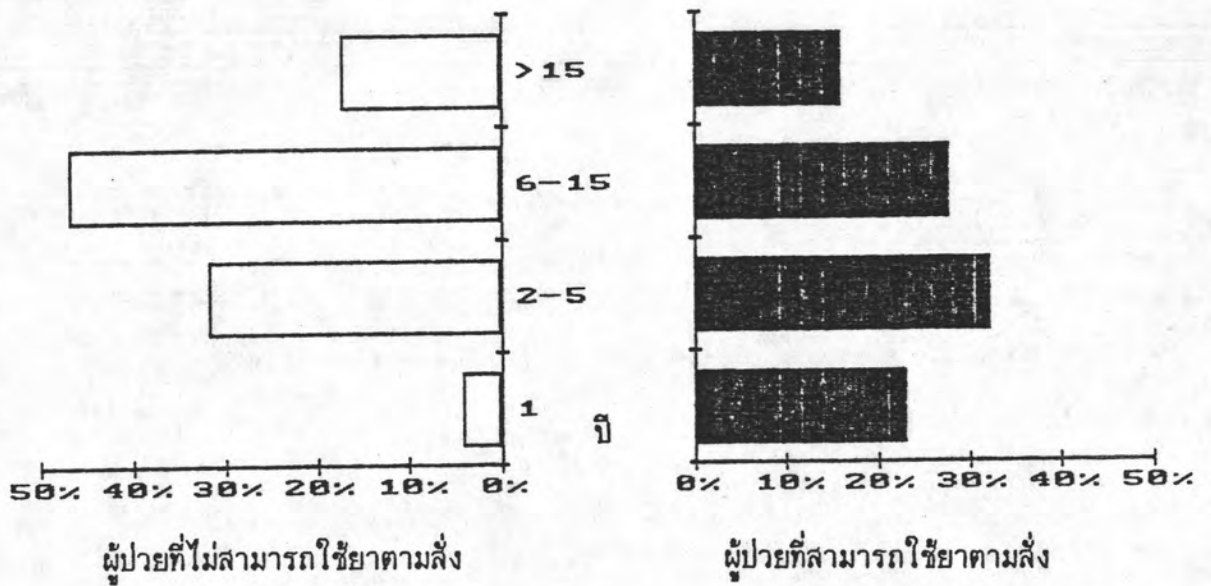
ภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อาตามลิ่ง ราย (ร้อยละ)	ผู้ป่วยที่สามารถใช้อาตามลิ่ง ราย (ร้อยละ)	นัยสำคัญทางสถิติ*
<u>ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน</u>			
1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	35(15.2)	19(25.7)	S
2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	7(3.0)	2(2.7)	NS
3. การติดเชื้อที่ผิวหนัง	24(10.4)	9(12.2)	NS
4. วัณโรค	12(5.2)	4(5.4)	NS
5. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (รวมเชื้อราบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์)	27(11.7)	8(10.8)	NS
6. แผลที่เท้าและแผลเรื้อรัง	25(10.8)	6(8.1)	NS
<u>ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว</u>			
1. โรคเกี่ยวกับตา เช่น จอประสาทตาเสื่อม, ตาต้อ	40(17.3)	14(18.9)	NS
2. นิ้วในถุงน้ำดี	1(0.4)	2(2.7)	NS
3. โรคเกี่ยวกับไต	16(6.9)	4(5.4)	NS
4. โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy)	54(23.4)	14(18.9)	NS
5. โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ (Macroangiopathy) เช่น ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ	80(34.6)	28(37.8)	NS

\* ใช้สถิติ ไคสแควร์ค่า  $P = 0.1$





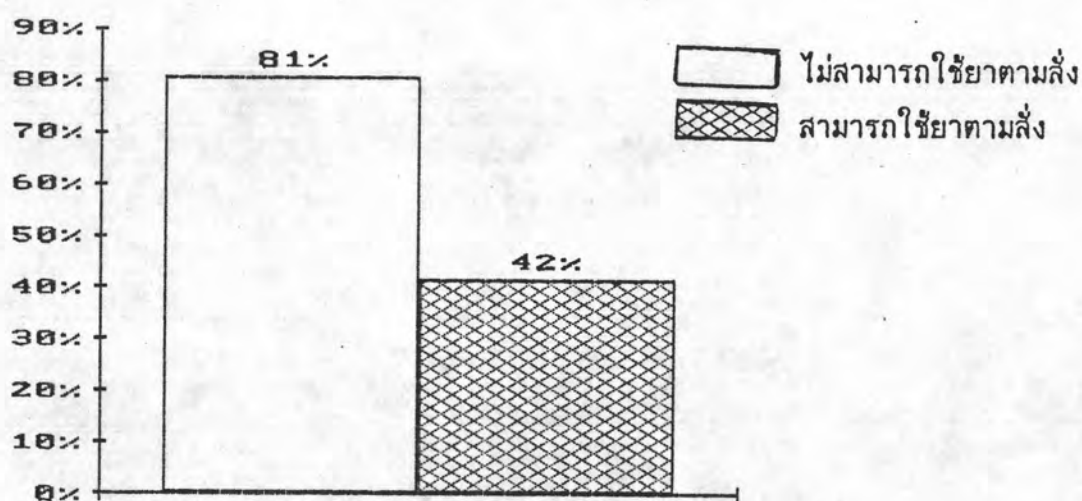
ภาพที่ 10 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ตามระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ขาตามลั้ง กับกลุ่มที่สามารถใช้ขาตามลั้ง



ภาพที่ 11 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ตามระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ขาตามลั้ง กับกลุ่มที่สามารถใช้ขาตามลั้ง

จากภาพที่ 10 และ 11 จะเห็นได้ว่าในปีแรกของการเข้ารับการรักษาเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่งจะพบภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและระยะยาวมากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยคนไทยส่วนใหญ่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถใช้ยาตามสั่งภายหลัง เนื่องจากเคยได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนมาแล้วจึงเกิดความกลัวที่จะพบกับภาวะเหล่านั้นอีก ดังนั้นจึงคอยระมัดระวังตัวใช้ยาตามสั่งอย่างเคร่งครัด

เมื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น พบว่า ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งหมด 38 ราย หรือร้อยละ 12.5 ของผู้ป่วยที่ศึกษา ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่งอย่างเห็นได้ชัด (ภาพที่ 12) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งนั้น ผลเสียที่เกิดขึ้นจะไม่เห็นในทันที แต่จะเริ่มเกิดผลเสียหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเมื่อเป็นเบาหวานนานเกินกว่า 5 ปี หรือเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น (ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป)



ภาพที่ 12 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 70ปีขึ้นไป เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง กับผู้ที่สามารถใช้ยาตามสั่ง

พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน  
ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสัมภาษณ์

จากแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเพื่อสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งด้วยวิธีที่ 1 และหาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถใช้ยาตามสั่งแล้ว ยังได้ข้อมูลน่าสนใจและอาจแสดงให้เห็นพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ดังนี้

สถานที่ซื้อยาของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. ซื้อยาห้องยาของโรงพยาบาล | 291 ราย (95.4%) |
| 2. ซื้อตามร้านขายยา         | 14 ราย ( 4.6%)  |

และพบว่าผู้ป่วยที่ไปซื้อยาตามร้านใช้เอง 14 ราย มี 13 รายที่ไม่สามารถ  
ใช้ยาตามสั่ง

สถานที่ติดตามการรักษา (place for follow up)

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. เฉพาะโรงพยาบาลเลิดสินแห่งเดียว                 | 233 ราย (76.6%) |
| 2. มีที่อื่นร่วมด้วยหรือเคยรักษาที่อื่น<br>มาก่อน | 71 ราย (26.4%)  |

ซึ่งผู้ป่วยที่เคยรักษาที่อื่นมาก่อนหรือรักษาที่อื่นร่วมด้วยมี 60 รายที่ไม่สามารถ  
ใช้ยาตามสั่ง

ผู้ป่วยซื้อยาด้วยตนเองหรือไม่

- |             |                 |
|-------------|-----------------|
| 1. ใช่      | 232 ราย (76.0%) |
| 2. ไม่ใช่   | 70 ราย (23.0%)  |
| 3. บางครั้ง | 3 ราย ( 1.0%)   |

คำถามข้อนี้ผู้วิจัยต้องการทราบว่าผู้ป่วยร้อยละเท่าใดที่ไม่ได้มาซื้อยาหรือรับ  
ยาด้วยตนเอง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ได้รับคำแนะนำในการใช้ยา และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ซื้อ  
ยาด้วยตนเองมีถึง 48 ราย ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยาหรือใช้ยา

- |                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| 1. ไม่เคยลืม                 | 108 ราย (35.4%) |
| 2. รีบกินเมื่อนึกได้         | 71 ราย (23.3%)  |
| 3. เว้นมื้อนั้นไป            | 135 ราย (44.3%) |
| 4. กินเป็น 2 เท่าในมื้อต่อไป | 3 ราย ( 1.0%)   |

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเว้นมือที่ลิ้ม แต่ก็ยังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 1 ที่รับประทานเป็น 2  
 เท่าในมือถัดไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ถ้าเป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือด  
หมายเหตุ (ผลรวมเกิน 100% เพราะบางรายมีวิธีปฏิบัติเมื่อลิ้มใช้ยามากกว่า 1 แบบ)

#### สาเหตุที่ไม่รับประทานยาหรือไม่ใช้ยา

1. ออกนอกบ้านไม่ได้ นำยาไปด้วย	39 ราย (25.2%)
2. ไม่ได้รับประทานอาหารมื้อนั้น จึงไม่รับประทานยา	15 ราย ( 9.7%)
3. ทำงานยุ่ง	51 ราย (32.9%)
4. ลิ้ม	30 ราย (19.4%)
5. ไม่อยากรับประทาน	4 ราย ( 2.6%)
6. นอนหลับเกินเวลาจึงเว้นไป	2 ราย ( 1.3%)
7. ตืมสุราจึงไม่รับประทานยา	1 ราย ( 0.6%)
8. ไม่ทราบหรือไม่ตอบ	13 ราย ( 8.4%)

จากเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยาหรือใช้ยาตามแพทย์สั่ง ที่พบมากที่สุด คือทำ  
 งานยุ่งจนไม่ได้รับประทานยา รองลงมาคือเมื่อออกไปนอกบ้านไม่ได้ นำยาไปด้วย อันดับต่อ  
 มาคือลิ้มรับประทาน อีกร้อยละ 10 ให้เหตุผลว่าไม่ได้รับประทานอาหารมื้อนั้น จึงไม่รับประทาน  
 ยา

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาหรือใช้ยามักมีข้ออ้างที่  
 จะไม่ใช้ยา ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ น่าจะมีการเน้นถึงความสำคัญหรือประโยชน์ของยาที่มีต่อ  
 โรคที่เขาเป็น อาจทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น สำหรับในกลุ่มที่ลิ้ม อาจช่วยเหลือผู้  
 ป่วยโดยใช้ปฏิทินการใช้ยา บัตรเตือนความจำในการใช้ยา หรือภาษาบรรรจุยาต่อ 1 หน่วย  
 การใช้ อาจเป็นประโยชน์ได้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานอาหารมื้อใดก็จะงดยามื้อนั้น ควร  
 มีการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเวลาที่เหมาะสมที่ควรใช้ยา หรือปรับเวลารับประทานยาให้ใหม่  
 เพื่อให้เหมาะสมกับมื้ออาหารที่เขารับประทานอยู่เป็นประจำ

#### การเก็บยาที่ได้รับไว้ในขวด

1. ใช่	86 ราย (28.2%)
2. ไม่ใช่	207 ราย (67.8%)
3. ไม่ได้ถาม	12 ราย ( 4.0%)

คำถามในข้อนี้ถามขึ้นเพราะขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยบางราย เกี่ยวกับการเก็บยา ก็พบว่า เมื่อได้รับยาแล้วจะนำไปใส่ขวดแล้วทิ้งของยาไป ดังนั้นยาที่ใช้ อยู่จะไม่มีฉลาก ดังนั้นคำแนะนำในการใช้ยาที่เขียนไว้หน้าของยาหรือฉลากช่วยที่ใส่ในของยาก็ คงถูกทิ้งไปด้วย การให้คำแนะนำด้วยฉลากสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ได้ประโยชน์

#### การได้รับฉลากช่วย

1. เคยได้รับ	199 ราย (65.2%)
2. ไม่เคยได้รับ	96 ราย (31.5%)
3. ไม่เข้าใจคำถาม	10 ราย ( 3.3%)

#### การอ่านฉลากช่วย

1. อ่าน	170 ราย (85.4%)
2. ไม่เคยอ่าน	27 ราย (13.6%)
3. ไม่เข้าใจคำถาม	2 ราย ( 1.0%)

เรื่องเกี่ยวกับฉลากจะเห็นว่าไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับฉลากช่วยแนะนำการ ใช้ยานแล้วจะอ่านทุกราย

#### ทราบวิธีใช้ยาจากที่ไหน

1. ใช้มานานจำได้	239 ราย (78.4%)
2. อ่านจากหน้าของ	58 ราย (19.0%)
3. มีคนจัดให้	8 ราย ( 2.6%)

ผู้ป่วยร้อยละ 78.4 ใช้ยาโดยจำวิธีใช้ได้ เนื่องจากใช้ยามานาน ดังนั้นการ ที่ผู้ป่วยไม่อ่านวิธีใช้ยาหน้าของ อาจเป็นสาเหตุของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เพราะใน กรณีที่แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาปรับขนาดยาตามระดับ FBS และอาการทางคลินิก เมื่อผู้ป่วย ไม่อ่านฉลากยาแต่ใช้ยาตามความจำเดิม ขนาดยาจึงไม่ถูกเปลี่ยนตามที่แพทย์ต้องการ อา การทางคลินิกและค่า FBS ก็อาจไม่ดีขึ้น ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ก็พบผู้ป่วยหลายรายที่ยังใช้ ยาขนาดเดิมอยู่ ทั้งที่แพทย์เปลี่ยนขนาดมาให้หลายเดือนแล้ว และผู้ป่วยยังบอกผู้ทำวิจัยอีกว่า "ทำไม่หมอให้ยามาตั้งมาก ที่บ้านยังเหลืออีกตั้งเยอะ" จึงควรเน้นให้ผู้ป่วยอ่านวิธีใช้ยาใหม่ทุก ครั้งที่ได้รับยา และก่อนจ่ายยาเภสัชกรควรจะแจ้งวิธีใช้ยาให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง

### เมื่อได้รับยาใหม่ทำอย่างไรกับยาเก่า

1. ยาเหมือนกันจะรวมกัน	9 ราย ( 3.0 )
2. กินยาเก่าให้หมดแล้วต่อยาใหม่	241 ราย ( 79.0% )
3. ทิ้งยาเก่าไป	15 ราย ( 4.9% )
4. เก็บยาเก่าไว้แล้วกินยาใหม่	3 ราย ( 1.0% )
5. ยาเก่าหมดจึงมาพบแพทย์	30 ราย ( 9.8% )
6. ไม่ได้ถาม	7 ราย ( 2.3% )

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะปฏิบัติถูกต้องคือรับประทานยาเก่าหมดแล้วจึงใช้ยาใหม่ ต่อ มีประมาณร้อยละ 10 ที่จะใช้ยาเก่าหมดแล้ว จึงมาพบแพทย์โดยจะไม่มาตามนัด

ที่น่าสนใจคือผู้ป่วยที่ทิ้งยาเก่าไปเมื่อได้รับยาใหม่ มี 15 ราย และมีถึง 7 ราย ที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาฟรี คือ ผู้ป่วยจะมีบัตรส่งเคราะห์ต่าง ๆ เช่น บัตร สปน. บัตรทหารผ่านศึก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีบัตรส่งเคราะห์มีทั้งหมด 52 ราย จะทิ้งยาเก่าเมื่อได้ยาใหม่ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5 สำหรับผู้ป่วยอื่นที่เหลือ 253 รายจะทิ้งยาเก่าเมื่อได้รับยาใหม่ 8 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 3.2

จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนของผู้ป่วยบัตรส่งเคราะห์จะทิ้งยาเก่ามากกว่าผู้ป่วยที่ต้องเสียค่ายามีถึง 4 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่ายาเอง จึงไม่รู้สึกเดือดร้อนที่จะทิ้งยาเก่าเพื่อใช้ยาใหม่ เรื่องนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ทำให้บงส่งเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อยไม่เพียงพอสำหรับให้บริการประชาชนที่มาขอรับบริการ (2) ดังงบประมาณที่แสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงงบประมาณที่ได้รับและค่าใช้จ่ายที่แท้จริงในการส่งเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2525 - 2529

ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ (บาท)	ค่าใช้จ่ายแท้จริง (บาท)
2525	476,707,000	994,074,136
2526	603,000,000	1,024,202,792
2527	659,702,000	1,143,169,000
2528	678,578,500	1,616,862,413
2529	678,578,000	1,908,216,263

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2530

จึงน่าจะมีมาตรการแก้ไขไม่ให้ยาเหล่านี้ต้องต้องสูญเปล่าไปเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณทางด้านสาธารณสุขอย่างยิ่ง

## ตอนที่ 2

### ทดลองวิธีแก้ไขปรับปรุงความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยเบาหวาน

จากผลการวิจัยในตอนที่ 1 สามารถสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ทั้งสิ้น 231 ราย แต่เนื่องจากวิธีการที่ใช้วัดผลหลังจากให้วิธีแก้ไขปรับปรุงความสามารถใช้ยาตามสั่ง คือการสัมภาษณ์วิธีการใช้ยาเพื่อศึกษาว่ามีความเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการใช้ยาตามสั่งหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ซึ่งสืบหาโดยบัตรตรวจโรค บางรายถูกระบุว่าไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเนื่องจากผู้ป่วยมาช้ากว่านัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องขาดยา ไม่อาจวัดผลโดยการสัมภาษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่ได้จากวิธีสัมภาษณ์เท่านั้น ในการทดสอบวิธีแก้ไขปรับปรุงแก้ไขความสามารถใช้ยาตามสั่ง ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมด 197 ราย จะถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่มโดยวิธีสุ่มวิธีทดสอบให้กับกลุ่มตัวอย่าง (Random treatment allocation) เพื่อให้วิธีการแก้ไขปรับปรุงความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่แตกต่างกันดังนี้

- |            |   |
|------------|---|
| กลุ่มที่ 1 | กลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยถูกเลือกเข้ามา 33 ราย  |
| กลุ่มที่ 2 | กลุ่มทดสอบ ก. จะได้รับคำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ โรคที่เป็นในรูปแบบเอกสาร จำนวนผู้ป่วย 33 ราย  |
| กลุ่มที่ 3 | กลุ่มทดสอบ ข. จะได้รับคำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ โรคที่เป็น โดยตรงจากเภสัชกร รวมทั้งวิธีการเฉพาะอื่น เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ยาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งเอกสารประกอบการสอน จำนวนผู้ป่วย 33 ราย |

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมิได้กำหนดเงื่อนไขใด ๆ ผู้ป่วยทั้ง 197 รายจึงมีโอกาสดูกลุ่มเข้าสู่กลุ่มทดสอบได้ทุกราย ดังนั้นลักษณะประชากรของแต่ละกลุ่มจึงมีความแตกต่างกันบ้างจากตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงลักษณะประชากรของกลุ่มศึกษาตามกลุ่มทดสอบ

ลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดสอบ ก.	กลุ่มทดสอบ ข <sup>*</sup>
เพศ ราย(ร้อยละ)			
1. ชาย	8 (24.3)	5 (15.2)	7 (21.9)
2. หญิง	25 (75.7)	28 (84.8)	25 (78.1)
อายุ (ปี $\pm$ SD)	60.9 $\pm$ 8.4	59.1 $\pm$ 8.1	58.4 $\pm$ 8.4
ค่า FBS เฉลี่ย (mg% $\pm$ SD)	175 $\pm$ 44	173 $\pm$ 57	200 $\pm$ 69

หมายเหตุ \* กลุ่มทดสอบ ข. เหลือเพียง 32 ราย เนื่องจากผู้ป่วย 1 รายไม่ยินยอมที่จะฟังคำแนะนำจากผู้วิจัย

ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะมีระดับความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสิ่งในระดับต่าง ๆ ตามตารางที่ 11

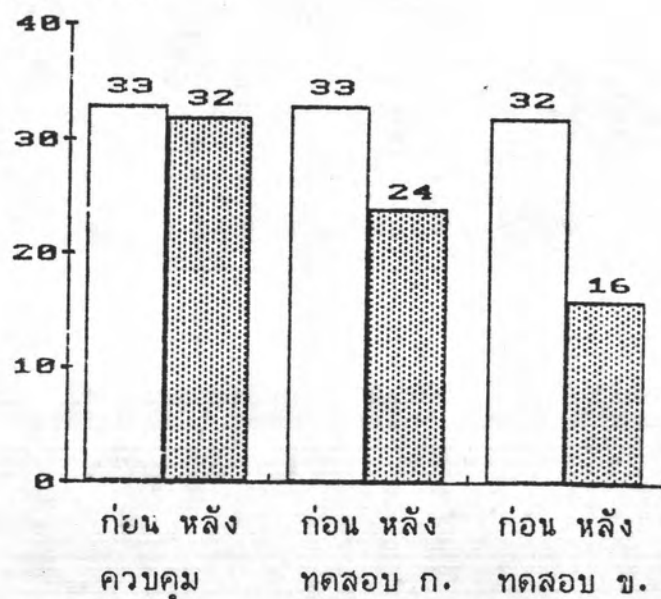
ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละของผู้ป่วยตามความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสิ่ง ก่อนการแก้ไขปรับปรุงตามกลุ่มทดสอบ

ระดับความสำคัญทางคลินิก	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดสอบ ก.	กลุ่มทดสอบ ข.
1. ไม่มีความสำคัญทางคลินิก	2 ( 6.1)	3 ( 9.1)	2 ( 6.3)
2. อาจมีความสำคัญทางคลินิก	10 (30.3)	12 (36.4)	8 (25.0)
3. มีความสำคัญทางคลินิก	17 (51.5)	16 (48.5)	19 (59.4)
4. มีความสำคัญทางคลินิกและอาจก่อให้เกิดอันตราย	4 (12.1)	2 ( 6.1)	3 ( 9.4)



เมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ ได้  $\chi^2 = 1.999$ ,  $P = 0.919$  คือแต่ละกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กัน หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่มีความแตกต่างในระดับความสำคัญทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างกลุ่มทดสอบ ก่อนการแก้ไขปรับปรุงความไม่สามารถในการใช้ยาตามสั่ง

จำนวน (ราย)



ภาพที่ 13 ภาพแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งตามกลุ่มทดสอบ เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับวิธีแก้ไขปรับปรุงความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

เมื่อให้การแก้ไขปรับปรุงความสามารถใช้ยาตามสั่ง แต่ละวิธีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดสอบแต่ละกลุ่มแล้ว ทำการวัดความสามารถใช้ยาตามสั่งซ้ำ โดยห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 1 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งมีตัวอย่างในภาคผนวก ค. โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเปลี่ยนไปจากเดิมในแต่ละกลุ่มซึ่งแสดงในภาพที่ 13 และมีรายละเอียดของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่ต่างไปจากเดิม ดังในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงรายละเอียดของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการแก้ไขปรับปรุง

ลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	กลุ่มควบคุม ราย (ร้อยละ)	กลุ่มทดสอบ ก. ราย (ร้อยละ)	กลุ่มทดสอบ ข. ราย (ร้อยละ)
1. หยุดยาหรือขาดยา			
- ก่อน	14 (42.4)	8 (24.2)	7 (21.9)
- หลัง	9 (27.3)	3 (9.1)	1 (3.1)
- ผลต่าง*	-5 (15.1)	-5 (15.1)	-6 (18.8)
2. ใช้ขนาดต่างจากสั่ง			
2.1 ใช้มากกว่าสั่ง			
- ก่อน	5 (15.1)	7 (21.2)	6 (18.8)
- หลัง	5 (15.1)	0 (0)	2 (6.3)
- ผลต่าง	0 (0)	-7 (21.2)	-4 (12.5)
2.2 ใช้น้อยกว่าสั่ง			
- ก่อน	4 (12.1)	6 (18.2)	13 (40.6)
- หลัง	8 (24.2)	5 (15.1)	5 (15.6)
- ผลต่าง	+4 (12.1)	-1 (3.0)	-8 (25.0)
3. ใช้ยาผิดเวลา			
- ก่อน	22 (66.7)	16 (48.5)	19 (59.4)
- หลัง	16 (48.5)	14 (42.4)	4 (12.5)
- ผลต่าง	-6 (18.2)	-2 (6.1)	-15 (46.9)
4. ใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง			
- ก่อน	15 (45.5)	14 (42.4)	16 (50.0)
- หลัง	11 (33.3)	7 (21.2)	3 (9.4)
- ผลต่าง	-4 (12.1)	-7 (21.2)	-13 (40.6)

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลักษณะของความไม่สามารถ ใช้ยาตามสั่ง	กลุ่มควบคุม ราย (ร้อยละ)	กลุ่มทดสอบ ก. ราย (ร้อยละ)	กลุ่มทดสอบ ข. ราย (ร้อยละ)
5. ใช้ยานอกเหนือจากสั่ง			
5.1 ใช้ยาแผนโบราณโดย หยุดยาที่แพทย์สั่ง			
- ก่อน	2 (6.1)	2 (6.1)	1 (3.1)
- หลัง	1 (3.0)	0 (0)	0 (0)
- ผลต่าง	-1 (3.0)	-2 (6.1)	-1 (3.1)
5.2 ใช้ยาแผนโบราณแต่ไม่ หยุดยาที่แพทย์สั่ง			
- ก่อน	6 (18.2)	6 (18.2)	12 (37.5)
- หลัง	7 (21.2)	3 (9.1)	8 (25.0)
- ผลต่าง	+1 (3.0)	-3 (9.1)	-4 (12.5)
5.3 ใช้ยาแผนปัจจุบันอื่นที่ แพทย์ไม่ได้สั่ง			
- ก่อน	1 (3.0)	1 (3.0)	2 (6.3)
- หลัง	1 (3.0)	0 (0)	0 (0)
- ผลต่าง	0 (0)	-1 (3.0)	-2 (6.3)

\* ผลต่าง + หมายถึง เพิ่มขึ้น

- หมายถึง ลดลง

จากข้อมูลตารางที่ 12 ในกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงมีทั้งดีขึ้นและเลวลง แต่กลุ่มทดสอบ ก. และกลุ่มทดสอบ ข. มีแต่ดีขึ้น การให้เอกสารแนะนำการใช้ยาในกลุ่มทดสอบ ก. เพื่อแก้ปัญหาการที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดเวลาได้ผลน้อย รวมทั้งการใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามสั่งเพิ่มขึ้นไม่มาก เนื่องจากการเตรียมเอกสารเพื่อแจกให้กับผู้ป่วยไม่สามารถลงลึกไปถึงการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ ดังนั้นในกลุ่มทดสอบ ข. การที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด ผิดเวลา และการใช้จำนวนครั้งต่อวันผิดจากสั่ง สามารถแก้ไขเป็นรายบุคคลได้มีผลให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาต่างสั่งด้วยสาเหตุดังกล่าว สามารถใช้ยาตามสั่งได้เพิ่มขึ้น แต่ในข้อที่ผู้ป่วยใช้ยาแผนโบราณร่วมกับยาที่แพทย์สั่งไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยให้เลิกใช้ยาแผนโบราณหรือ

สมนไพรได้เพราะเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของผู้ป่วยด้วย การแนะนำด้วยเวลาสั้นๆผู้ป่วย  
ไม่อาจเปลี่ยนความเชื่อของตนได้

เมื่อศึกษาถึงระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งก่อนและ  
หลังการให้วิธีแก้ไขปรับปรุง จะได้ผลดังแสดงในภาพที่ 14 และเมื่อกำหนดให้ระดับความ  
สำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งด้วยลำดับเลข

- 0 = สามารถใช้ยาตามสั่ง
- 1 = ไม่มีความสำคัญทางคลินิก
- 2 = อาจจะมีความสำคัญทางคลินิก
- 3 = มีความสำคัญทางคลินิก
- 4 = มีความสำคัญทางคลินิกและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

แล้วทำการเปรียบเทียบระดับความสำคัญทางคลินิกก่อนและหลังการให้วิธีแก้ไข  
ปรับปรุงด้วยสถิติ t-test (paired) ในแต่ละกลุ่มทดสอบได้ผลดังในตารางที่ 13

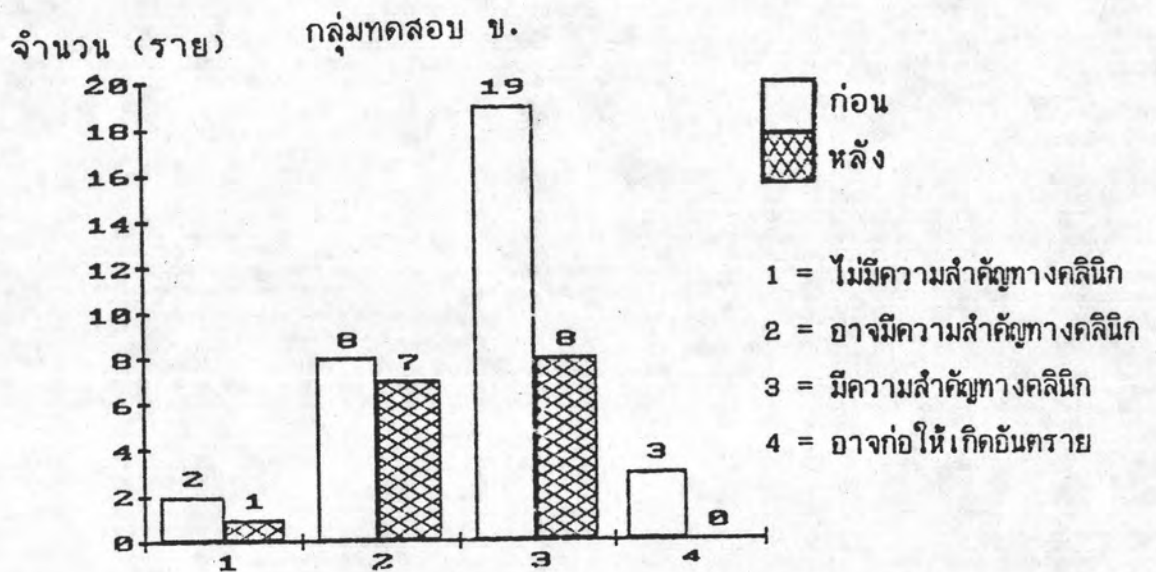
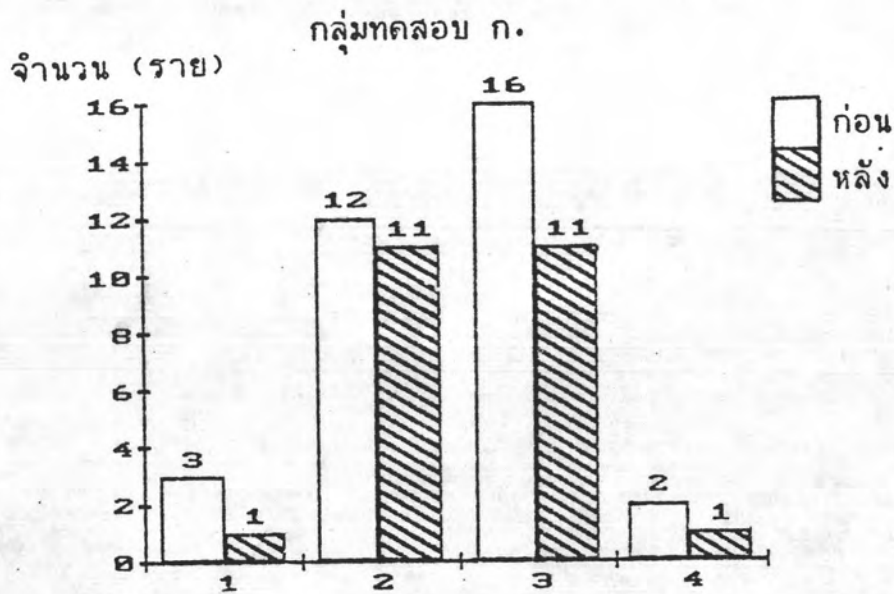
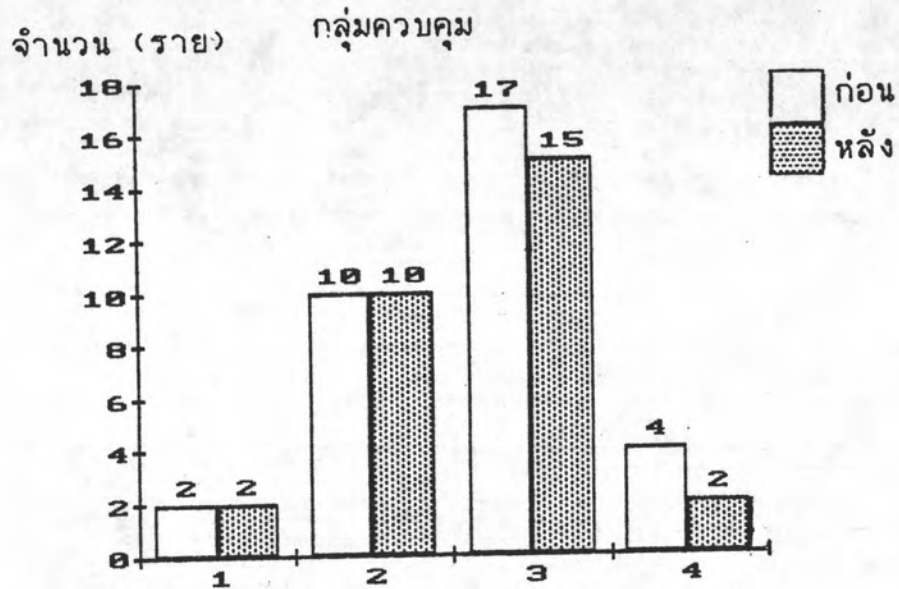
ตารางที่ 13 แสดงนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มทดสอบเมื่อใช้สถิติ t-test (paired)  
เปรียบเทียบระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งก่อน  
และหลังวิธีการแก้ไขปรับปรุง

กลุ่มทดสอบ	t-value	2-tail prob.	นัยสำคัญ <sup>*</sup>
กลุ่มควบคุม	1.00	0.325	NS
กลุ่มทดสอบ ก.	2.90	0.007	S
กลุ่มทดสอบ ข.	5.65	<0.001	S

หมายเหตุ \* ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ  $P < 0.05$

S = มีนัยสำคัญทางสถิติ

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 14 ภาพแสดงจำนวนผู้ป่วยตามระดับความสำคัญทางคลินิก เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการแก้ไขปรับปรุง

พบว่าระดับความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในกลุ่มควบคุม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในกลุ่มทดสอบ ก. และกลุ่มทดสอบ ข. ระดับความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญที่ ค่า  $P < 0.05$  แสดงว่าการให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงความสามารถในการใช้ยาไม่ว่าจะ ด้วยเอกสารหรือการแนะนำโดยตรงจากเภสัชกรก็จะทำให้การใช้ยาตามสั่งดีขึ้น โดยเฉพาะ กลุ่มที่ได้รับการแนะนำจากเภสัชกรจะพบความแตกต่างของระดับความสำคัญทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า  $P < 0.001$

#### การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด

จากการวิเคราะห์ผลในช่วงแรกพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งหลังจาก ที่ได้รับการแนะนำเกี่ยวกับยา และโรคลดลงจากเดิม (ภาพที่ 13) ทั้งระดับความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งก็ดีขึ้น แต่ที่น่าสนใจอีกพารามิเตอร์หนึ่งคือ ค่า FBS เพราะมีการทดลองแล้วว่าการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (ค่า FBS ปกติของโรงพยาบาลเลิดสิน = 70-110 mg%) สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนระยะยาวของเบาหวานได้ (๑๑) ดังนั้นความสามารถใช้ยาตามสั่งที่ดีขึ้น นี้มีผลต่อ FBS หรือไม่ ในตารางที่ 14 จะแสดงถึงระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและ หลังการให้ วิธีแก้ไขปรับปรุง

ตารางที่ 14 แสดงค่า FBS ก่อนและหลังการให้วิธีแก้ไขปรับปรุง ของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละกลุ่มทดสอบ

ผู้ป่วยรายที่	ค่า FBS (mg%)					
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดสอบ ก.		กลุ่มทดสอบ ข.	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	120	84	162	160	188	148
2	258	320	123	112	136	139
3	200	192	151	136	180	188
4	194	256	176	207	195	171
5	180	164	136	124	112	192
6	100	104	137	147	129	167
7	208	290	156	188	208	124
8	100	128	116	167	204	257
9	265	96	186	245	324	127
10	170	204	98	131	142	186
11	143	124	163	170	188	129
12	208	240	118	105	140	156
13	168	135	212	159	384	383
14	138	114	182	241	116	197
15	152	152	116	236	284	196
16	180	245	180	224	344	230
17	174	208	132	100	188	137
18	212	102	129	151	205	180
19	220	261	245	162	150	152
20	148	241	168	208	244	114
21	155	188	280	217	150	150
22	180	204	128	141	248	124
23	124	138	128	140	344	228

ผู้ป่วยรายที่	ค่า FBS (mg%)					
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดสอบ ก.		กลุ่มทดสอบ ข.	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
24	228	224	264	227	228	184
25	157	176	152	102	164	176
26	206	159	168	152	176	160
27	250	208	292	116	216	258
28	180	153	261	244	168	229
29	184	222	246	189	178	166
30	84	188	112	143	126	187
31	138	129	104	94	204	201
32	149	241	268	138	165	158
33	204	229	232	306	-	-
ค่าเฉลี่ย	175	185	173	169	200	181



เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ t-test (paired) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลก่อน และหลังการให้วิธีแก้ไขปรับปรุงจะได้ผลดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยทั้งสิ้น 33 ราย

	<u>ค่าเฉลี่ย</u>	<u>SD</u>	<u>SE</u>
FBS ก่อน	175	44	7
FBS หลัง	185	59	10
ผลต่างของค่าเฉลี่ย	- 10	56	9
t-value =	-1.05,	2-tail prob =	0.30

กลุ่มทดสอบ ก. ผู้ป่วยทั้งสิ้น 33 ราย

	<u>ค่าเฉลี่ย</u>	<u>SD</u>	<u>SE</u>
FBS ก่อน	173	57	10
FBS หลัง	169	51	9
ผลต่างของค่าเฉลี่ย	4	58	10
t-value =	0.42,	2-tail prob =	0.68

กลุ่มทดสอบ ข. ผู้ป่วยทั้งสิ้น 32 ราย

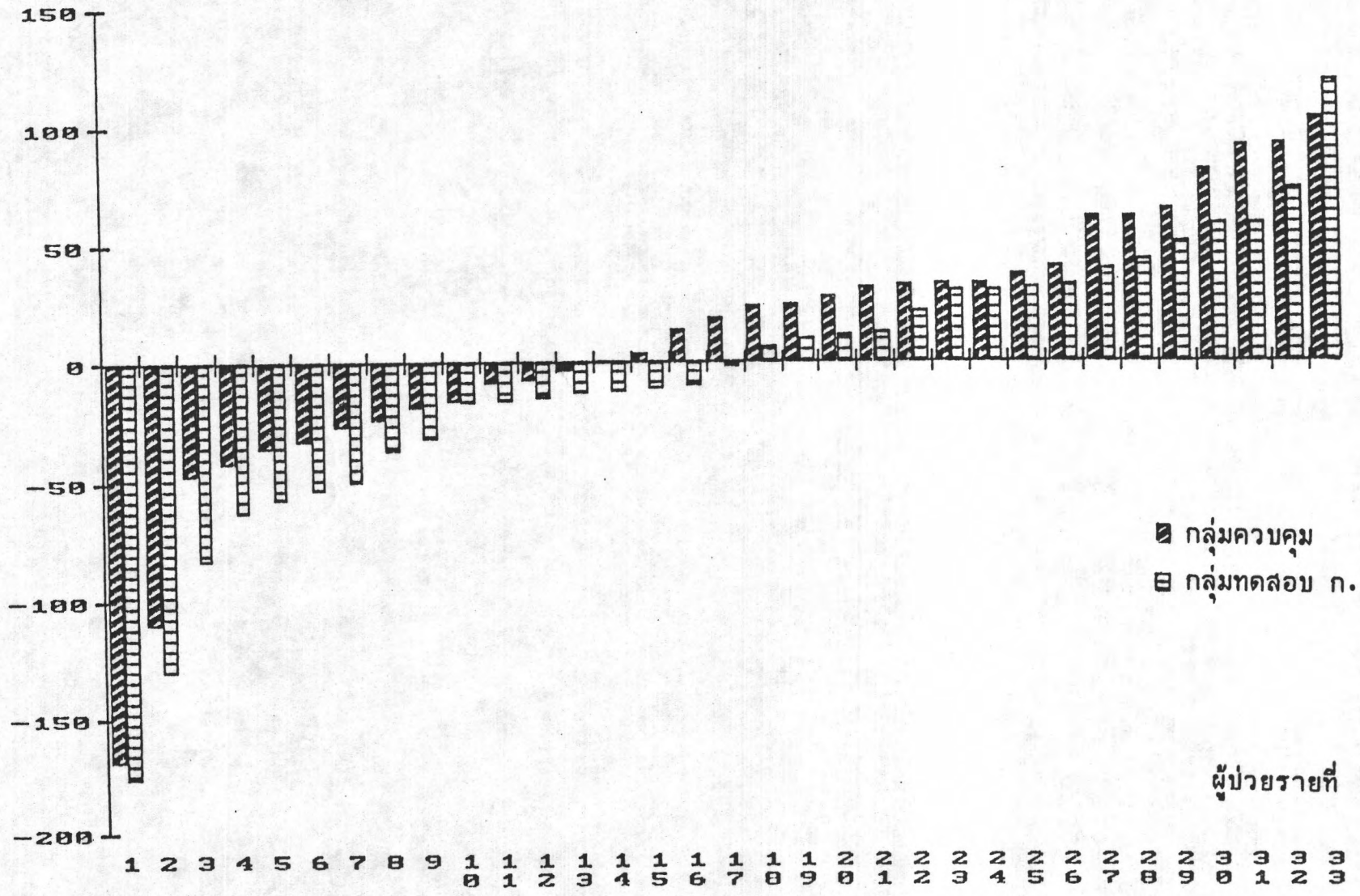
	<u>ค่าเฉลี่ย</u>	<u>SD</u>	<u>SE</u>
FBS ก่อน	200	69	12
FBS หลัง	181	52	9
ผลต่างของค่าเฉลี่ย	19	67	11
t-value =	1.67,	2-tail prob =	0.10

หมายเหตุ SD = standard deviation

SE = standard error

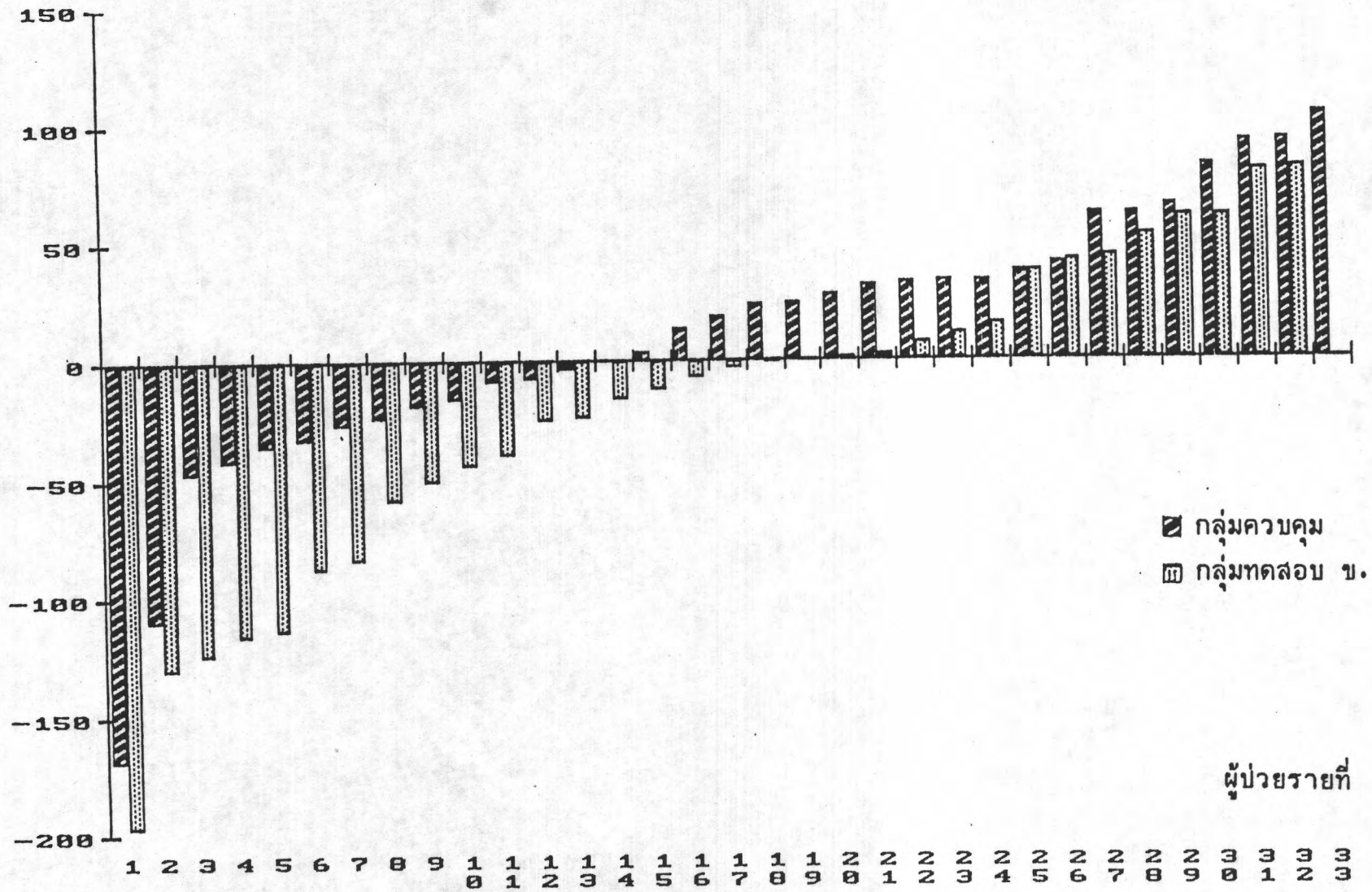
จากผลการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดสอบ ก. ค่า FBS ไม่ต่างไปจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มทดสอบ ข. หรือกลุ่มที่ให้การสอน โดยเภสัชกร ค่า FBS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า  $P = 0.10$

ผลต่างของFBS



ภาพที่ 15 แสดงผลต่างของFBS ก่อนและหลังจากได้รับวิธีปรับปรุงแก้ไขความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยแต่ละราย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดสอบ ก. (เรียงลำดับจากน้อยไปมาก)

ผลต่างของFBS



ภาพที่ 16 แสดงผลต่างของFBS ก่อนและหลังจากได้รับวิธีปรับปรุงแก้ไขความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยแต่ละราย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดสอบ ช. (เรียงลำดับจากน้อยไปมาก)

ในภาพที่ 15 และ 16 แสดงผลต่างของ ค่า FBS ของผู้ป่วยแต่ละรายในกลุ่มทดสอบเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

เมื่อศึกษาในรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงค่า FBS ในแต่ละกลุ่มได้ผลดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มทดสอบตามผลต่างของค่า FBS ก่อนและหลังจากได้รับวิธีปรับปรุงแก้ไขความสามารถในการใช้ยาตามสั่ง

ค่าผลต่างของ FBS (mg%)	กลุ่มควบคุม (ราย)	กลุ่มทดสอบ ก. (ราย)	กลุ่มทดสอบ ข. (ราย)
ลดลงทั้งสิ้น	13	17	18
ลดลง > 100 mg%	2	2	5
เพิ่มขึ้นทั้งสิ้น	19	16	13
เพิ่มขึ้น > 100 mg%	1	1	0
ไม่เปลี่ยนแปลง	1	0	1

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีค่า FBS ลดลงจากก่อนได้รับวิธีปรับปรุงแก้ไขความสามารถในการใช้ยาตามสั่งเกินกว่า 100 mg% ในกลุ่มทดสอบ ข. มีถึง 5 ราย ในขณะที่กลุ่มอื่นมีเพียงกลุ่มละ 2 ราย และไม่มีผู้ป่วยรายใดในกลุ่มทดสอบ ข. ที่มีค่า FBS เพิ่มขึ้นต่างจากเดิมเกิน 100 mg% และที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยกลุ่มทดสอบ ข. ที่มี FBS ลดลงจากเดิมเกิน 100 mg% เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ดังนี้ 37 ปี, 48 ปี, 51 ปี, 52 ปีและ 57 ปี คือจะมีอายุไม่เกิน 60 ปี ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเป็นช่วงอายุที่ยังให้ความสนใจกับตัวเองดี แต่เนื่องจากความไม่รู้หรือไม่ทราบวิธีปฏิบัติตนทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและ วิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค จึงสามารถลดค่า FBS ลงได้มาก

พฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มทดสอบเมื่อได้รับคำแนะนำ

เกี่ยวกับเอกสารที่ได้รับ

	<u>กลุ่มทดสอบ ก.</u>	<u>กลุ่มทดสอบ ข.</u>
1. เคยได้รับเอกสารคล้ายกันนี้มาบ้างหรือไม่	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)
- เคย	2 (6)	0 (0)
- ไม่เคย	31 (94)	32 (100)
2. อ่านเอกสารที่ให้หรือยัง		
- ยังไม่ได้อ่าน	6 (18)	11 (34)
- อ่านจบแล้ว	11 (33)	4 (12)
- อ่านยังไม่จบ	16 (48)	17 (53)
3. คิดว่ามีประโยชน์หรือไม่		
- มีมาก	10 (30)	3 (9)
- มี	13 (39)	16 (50)
- เล็กน้อย	4 (12)	2 (6)
4. ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่		
- ปฏิบัติตาม	15 (45)	21 (66)
- ปฏิบัติบางครั้งหรือบางอย่าง	12 (36)	11 (34)

หมายเหตุ ผลรวมของค่าร้อยละไม่ครบ 100 เพราะบางรายไม่ตอบคำถาม

เกี่ยวกับเอกสารคำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่แจกให้ นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เคยได้รับมาก่อน และเมื่อได้รับไปแล้วประมาณร้อยละ 50 จะอ่านผ่านๆ คร่าวๆ แต่จะไม่อ่านจนจบ มีผู้ที่อ่านจนจบในกลุ่มทดสอบ ก. ร้อยละ 33 และกลุ่มทดสอบ ข. ร้อยละ 12 นอกนั้นจะไม่ได้อ่านและไม่เอาใจใส่โดยเฉพาะบางรายเมื่อสัมภาษณ์เพื่อวัดผลครั้งที่ 2 ผู้วิจัยถามว่าเอกสารที่ได้รับไปอ่านแล้วหรือยัง ผู้ป่วยตอบว่ายังไม่ได้อ่านแล้วทั้งไว้ที่ไหนก็จำไม่ได้แล้ว สำหรับประโยชน์ของเอกสารที่ได้รับ มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มทดสอบทั้ง 2 เห็นว่ามีประโยชน์ สำหรับการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ กลุ่มทดสอบ ก. มีไม่ถึงร้อยละ 50 ที่ปฏิบัติตามนอกนั้นจะปฏิบัติบางครั้งหรือบางอย่างเท่านั้น สำหรับกลุ่มทดสอบ ข. พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามมีร้อยละ 66 ทั้งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้อ่านเอกสาร หรือยังไม่จบ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับคำแนะนำโดยตรงจากเภสัชกร ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ตามคำแนะนำแม้ว่าจะยังไม่ได้อ่านเอกสาร

### ความรู้เกี่ยวกับยา

มีผู้ป่วยเพียง 4 รายจากกลุ่มทดสอบและกลุ่มควบคุมที่ทราบชื่อยาที่ใช้ แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบว่ายานั้นใช้รักษาโรคหรืออาการใด โดยเฉพาะยาเบาหวานกลุ่ม ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulphonylurea) ผู้ป่วยเกือบทุกรายจะทราบว่า เป็นยาเบาหวาน แต่ยาเบาหวานในกลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) ที่ผู้ป่วยได้รับร่วมด้วยมีหลายรายที่ไม่ทราบว่า เป็นยาเบาหวาน

หลังจากให้คำแนะนำการใช้ยาในกลุ่มทดสอบ ข. พร้อมให้อ่านชื่อยาและข้อบ่งใช้ให้ผู้ป่วยทราบ แต่พบว่าหลังจากวัดผลครั้งต่อมาผู้ป่วยก็ยังคงไม่รู้จักชื่อยา แต่เกือบทุกรายสามารถบอกข้อบ่งใช้ของยาได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจำยาที่ขนาดและสีได้เมื่อได้รับทราบข้อบ่งใช้จึงจำได้ดี แต่ในเรื่องชื่อยาซึ่งเป็นภาษาต่างประเทศ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำจึงเป็นการยากที่เภสัชกรอ่านชื่อยาให้ฟังครั้งเดียวแล้วผู้ป่วยจะจำได้

#### กลุ่มทดสอบ ข.

มี 3 รายในจำนวน 32 รายที่เคยได้รับการแนะนำเรื่องเกี่ยวกับเบาหวานมาก่อน ความรู้สึกหลังจากได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกร (วัดโดยแบบสัมภาษณ์ซึ่งจะสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์อีกครั้งหลังจากการให้คำแนะนำ) ผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 47) มีความรู้สึกว่าได้รับความรู้เพิ่มขึ้นมาก อีก 16 ราย (ร้อยละ 50) ว่าได้ความรู้เพิ่มขึ้นบ้าง และอีก 1 รายกล่าวว่ารู้อยู่แล้ว (ผู้ป่วยรายที่ 25 ของกลุ่มทดสอบ ข.) เมื่อให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่าควรมีการแนะนำดังกล่าวต่อเนื่องกันหรือไม่ ผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 78) ต้องการให้มีการแนะนำต่อเนื่อง แต่อีก 7 ราย (ร้อยละ 22) ว่ามีหรือไม่มีก็ได้