

การอภิปรายผลการวิจัย



การวิจัย กระทำโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของสถานบริการซึ่งเป็นหน่วยงานของราชการหรือรัฐวิสาหกิจและศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนมากไม่ต้องจ่ายค่าบริการ หรือเสียค่าบริการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ก. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 อันเป็นรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสัมภาษณ์ทั้งหมด 515 ราย จากสถานบริการ 12 แห่ง เมื่อจัดกลุ่มของผู้ถูกสัมภาษณ์ตามลักษณะเพศ การศึกษา และอาชีพ และอายุ โดยแบ่งช่วงอายุเริ่มตั้งแต่ 20 ปี จนถึง 80 ปี ขึ้นไป ซึ่งสามารถให้คำตอบในการสัมภาษณ์ได้ บางรายได้สัมภาษณ์ถึงการใช้จ่ายของเด็กป่วย ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์มีบุตรหรือเด็กอยู่ในความดูแล กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์มีเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง คือ เพศชายมี 107 ราย เพศหญิง 328 ราย เนื่องจากผู้ถูกสัมภาษณ์ในศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นหญิงแม่บ้าน หรือรับจ้างรายวัน ส่วนใหญ่ของผู้ถูกสัมภาษณ์มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.4 - 7) อาชีพเป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจาก การวิจัยครั้งนี้ ใช้สถานบริการของรัฐวิสาหกิจ 7 แห่ง กว้างเหตุผลข้างต้น ส่วนอายุของผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20 - 30 และ 30 - 39 ปี ตามลำดับ

ข. ความถี่และค่าบริการของการใช้บริการ

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะความถี่ของการใช้บริการจากสถานบริการที่ทำการสัมภาษณ์พบว่า การใช้บริการทุกเดือน หรือ 2 - 3 เดือน/ครั้ง มีความถี่สูง คือร้อยละ 24.66 และร้อยละ 29.32 ตามลำดับ หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีความถี่ของการใช้บริการทุกเดือน

หรือ 2 - 3 เดือน/ครั้ง ส่วนผู้ที่มาใช้บริการทุกสัปดาห์ มีน้อยที่สุด ประมาณร้อยละ 2.33 และในการใช้บริการจากสถานบริการที่ทำการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่ไม่เสียค่าบริการ (ประมาณร้อยละ 75.95) และในบรรดาผู้ที่เสียค่าบริการ ส่วนใหญ่จะเสียน้อยกว่า 50 บาท ต่อครั้ง

นอกจากมาใช้บริการจากสถานบริการเหล่านี้แล้ว ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ยังมีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น ๆ อีก ได้แก่ ร้านขายยา (ตารางที่ 3 และ 4) (หน้า 39 และ 40) คลินิก (ตารางที่ 5) (หน้า 41) โรงพยาบาล (ตารางที่ 6) (หน้า 42) ซึ่งปรากฏว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ใช้บริการจากร้านขายยาดังร้อยละ 66.21 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยฉบับอื่น ๆ ที่รายงานไว้ว่า ประชากรไทยเมื่อมีความเจ็บไข้จะนิยมไปใช้บริการจากร้านขายยาเป็นอันดับแรก ส่วนการใช้บริการจากโรงพยาบาลอยู่ในอันดับรองลงไป คือ พบประมาณร้อยละ 51.46 ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้บริการจากแผนกผู้ป่วยนอก ที่ใช้บริการจากผู้ป่วยในน้อยกว่า (ร้อยละ 11.84) การใช้บริการจากคลินิกอยู่ในอันดับสาม คือ ร้อยละ 45.83 และพบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์มีการใช้บริการจากหลาย ๆ แห่ง คือ ทั้งจากสถานบริการที่สัมภาษณ์ ร้านขายยา โรงพยาบาล และคลินิก ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแห่งใดแห่งหนึ่ง และจากตารางที่ 3 (หน้า 39) ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะใช้บริการจากร้านขายยาทุกเดือน และเสียค่ายาประมาณ 6 - 10 บาทเป็นส่วนใหญ่ รองลงไปคือ เสียค่ายาประมาณ 11 - 30 บาท ซึ่งต่างจากค่าบริการเมื่อใช้บริการของคลินิก (ตารางที่ 5) (หน้า 41) การใช้บริการจากคลินิก ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะจ่ายค่าบริการในอัตราประมาณ 51 - 100 บาท การใช้บริการโรงพยาบาลนั้น ปรากฏว่า มีการใช้โดยไม่เสียค่าบริการมากที่สุด เช่นเกี่ยวกับการใช้บริการของสถานบริการที่ทำการสัมภาษณ์ แต่ในกรณีเป็นผู้ป่วยใน ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ไม่เสียค่าบริการ มีสัดส่วนสูงกว่าเมื่อเป็นผู้ป่วยนอก

จากตารางที่ 4 (หน้า 40) ซึ่งแสดงลักษณะการซื้อยาจากร้านขายยา ปรากฏว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับยา โดยบอกอาการของโรค มีจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 48.09) รองลงไปคือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ไปซื้อยาโดยบอกชื่อยา ยาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถจดจำไปบอกเพื่อขอซื้อ ได้แก่ ยาแก้ไอ แก้ปวด เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้น ก็มียาปฏิชีวนะ ampicillin ซึ่งยาอื่น ๆ ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์จำได้ ได้แก่ ยาพวกวิตะมิน เป็นต้น่าสังเกตว่า ชื่อยาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์จำได้มีทั้ง ชื่อทางยา (generic name) เช่น paracetamol, ampicillin เป็นต้น และทั้งชื่อทางการค้า เช่น ยาที่มีใจ



ยาประสะบอแรก ยาแก้ไอตราตะขบ 5 คัว เป็นต้น

ลักษณะที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะใช้บริการจากสถานบริการที่ทำการสัมภาษณ์ และร้านขายยา และถ้ามีอาการหนักหรือตรงกับวันหยุดราชการ ผู้ถูกสัมภาษณ์จึงจะใช้บริการจากคลินิก และผู้ถูกสัมภาษณ์จะใช้บริการจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เพียงปีละครั้ง และเป็นการใช้บริการเกี่ยวกับโรคทั่วไป

ค. โรคประจำตัว ยา และการปฏิบัติตน

จากตารางที่ 8 (หน้า 44) ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่คือโรคทางระบบหายใจ (ร้อยละ 24.10) รองลงไปคือโรคทางระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 15.83) และประมาณร้อยละ 15.90 ไม่มีโรคประจำตัว ตัวอย่าง โรคประจำตัวของผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ หอบหืด แพ้อากาศ หลอดลมอักเสบ วัณโรคปอด โรคกระเพาะ โรคลำไส้ และบิด เป็นต้น แต่เป็นที่น่าสังเกต (ตารางที่ 9) (หน้า 45) ว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่มียาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 34.03) แสดงให้เห็นว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ใคร่ดูแลสุขภาพของตนเองนัก แต่กลับใช้ยาวิเศษมากถึงร้อยละ 26.11 กับกินยาตามอาการถึงร้อยละ 11.11 ที่ใช้ยาเฉพาะโรคมีเพียงร้อยละ 20.8 เท่านั้น และเนื่องจากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ใคร่ใช้ยาเป็นประจำ แต่ใช้ยาตามอาการ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจึงมีวิธีปฏิบัติต่าง ๆ กัน (ดังตารางที่ 10 และ 11) (หน้า 46 และ 47) ซึ่งปรากฏว่า เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นไข้ ปวดหัว เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ จะไม่ปล่อยให้หายเอง แต่จะกินยาเอง หรือซื้อยามากินเอง และรู้จักซื้อยาเหล่านั้นมากกว่ากินยาโดยไม่รู้จักซื้อยา ตรงกันข้ามเมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์นอนไม่หลับ หรือปวดเมื่อย ส่วนใหญ่จะปล่อยให้หายไปเอง มีเป็นส่วนตัว (ร้อยละ 2.3 และร้อยละ 3.52 ตามลำดับ) ที่ไปซื้อยามากินเอง อาการที่ผู้ป่วยใช้ยาโดยรู้จักซื้อยา ที่ปรากฏร้อยละที่สูง คือ อาการท้องเสีย และอาการเป็นแผล ซึ่งถึงแม้มีการซื้อยาใช้เองในอัตราที่ไม่มากนัก (ร้อยละ 1.85 และ 6.56 ตามลำดับ) ก็ตาม แต่ผู้ป่วยจะรู้จักซื้อยาที่ใช้คิดเป็นสัดส่วนสูง (ร้อยละ 42.44 และ 33.13 ตามลำดับ) ส่วนยาอื่นที่ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อได้เป็นจำนวนมาก โคแก๊ส แก้วชื้อยาแก้ปวดหัว ยาแก้หวัด ยาแก้ปวดเมื่อย ส่วนการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการป่วยโดยไม่ใช้ยา (ตารางที่ 12 (หน้า 48 - 50) น่าสังเกตว่าผู้ถูกสัมภาษณ์จะปฏิบัติตนตามความเชื่อดีของตนเองได้ต่าง ๆ กัน

จนไม่มีลักษณะ (pattern) ที่เด่นชัด เช่น อาการนอนไม่หลับ ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจใช้วิธีอ่านหนังสือ
 คู่มือทัศน ทำใจให้สงบ ทำงานหนัก สวดมนต์ภาวนา ทำสมาธิ สูดบุหรื และกินเหล้า ผู้ถูกสัมภาษณ์
 บางรายเมื่อมีอาการไม่สบายก็อาจเลือกปฏิบัติโดยใช้วิธีทางไสยศาสตร์ หรือไสยากลางบ้าน เช่น
 เมื่อเจ็บตาอาจใช้ล้างตาค้วยน้ำขรรณคา ล้างตาค้วยน้ำสุก ล้างตาค้วยน้ำเกลือ ล้างตาค้วยน้ำฝน
 หยอกตาค้วยน้ำนมตนเอง ใช้วิธีไสยศาสตร์ให้ผู้อื่นเป่ามนตร์ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาลักษณะของโรคประจำตัว ยาที่ใช้ และวิธีปฏิบัติตนเมื่อมีอาการไม่สบาย
 จะเห็นลักษณะที่เด่นชัด คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มีหลักการอย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 อาจจะใช้ปฏิบัติตนตามความเชื่อถือ หรือตามคำบอกเล่าที่ปราศจากหลักการทางวิชาการ และเมื่อ
 เลือกวิธีแก้ไขโดยใช้ยา ผู้ถูกสัมภาษณ์จะใช้ยาตามชื่อการค้าที่มีการโฆษณา มาก ๆ เป็นส่วนใหญ่
 และมีการใช้ยาผิดประเภทปรากฏอย่างเด่นชัด เช่น (ตารางที่ 13) (หน้า 51 - 55) ใช้ยาหอม
 ยานอนหลับ แก้วปวดหัว ใช้ยาเขียว ยาชม แก้วหวัด ใช้ chlorpheniramine เป็นยานอนหลับ
 ใช้ยาหม่องแก้ปวดเมื่อย ใช้ยาหม่องเมื่อเป็นแผล ใช้ยาฆ่าแก้วคัน เป็นต้น ซึ่งการใช้ยาผิด
 ประเภทนี้ น่าจะก่อให้เกิดปัญหาของการใช้ยาอย่างมากมาย

ง. วิธีปฏิบัติต่อยาที่ได้รับ

จากตารางที่ 14 (หน้า 56) ปรากฏผลจากการวิจัยครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาในแต่ละ
 ครั้ง ที่ไม่เคยลืมกินยาเลยนั้น มีเพียงร้อยละ 30.29 เท่านั้น ส่วนใหญ่จะลืมกินยาเป็นครั้งคราว
 และที่ค้างใจจะไม่กินยาที่ได้รับมีถึงร้อยละ 4.47 จะเห็นได้ว่ายาซึ่งได้รับจากสถานบริการนั้น สูญ
 เปล่าไปอย่างน่าเสียดาย ทำให้เกิดปัญหาสิ้นเปลืองในมูลค่ายาและเวชภัณฑ์อย่างมหาศาล ถ้าหาก
 พิจารณาวิธีปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยลืมกินยา จะเห็นว่าผู้ป่วยจะเว้นกินยามื้อนั้นไปถึงร้อยละ 61.94 ทำให้
 ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบจำนวน และไม่ถูกต้องของเวลาของการใช้ยา อันจะทำให้ประสิทธิภาพทางการ
 บำบัดคลงไปอย่างมาก มีเพียงร้อยละ 26.28 เท่านั้น ที่รับกินยามื้อที่ลืมเมื่อนึกขึ้นมาได้ และ
 ปรากฏว่าผู้ป่วยที่ลืมกินยาบ่อย ๆ มีถึงร้อยละ 25.05 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ที่เคยลืม
 กินยา ยิ่งชี้ให้เห็นชัดว่า ผู้ที่มาใช้บริการนั้น เมื่อได้รับยาไปแล้ว หากได้เอาใจใส่ต่อการรักษาของ

คนไม่ ข้อที่น่าสังเกตอีกอย่างหนึ่งคือ ผู้ที่ล้มกินยาแล้วเลิกใช้ยานั้นไปเลยมีถึงร้อยละ 6.34 ของ ผู้ที่ล้มกินยาทั้งหมด จึงเป็นการใช้ยาที่สูญเปล่าไปอย่างน่าวิตกกังวลยิ่ง และอีกประการหนึ่งผู้ล้มกินยาจะกินยาเป็น 2 เท่าของขนาดที่ควรกินแต่ละมื้อ มีถึงร้อยละ 5.44 ถ้าหากยาที่ได้รับเป็น ยาที่มีขนาดปลอดภัยน้อย วิธีปฏิบัติเช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างใหญ่หลวง

ในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ นั้น โดยเฉพาะโรคที่คงใช้ยาปฏิชีวนะไม่ว่า penicillin, tetracycline, ampicillin ในการรักษานั้น ควรกินยานี้ครบตลอดเวลาของการบำบัดรักษา โดยไม่ควรพลาดแม้แต่ครั้งเดียว เช่น streptococcal infection ในกรณี ถ้าล้มกินยาไม่ว่าเป็น penicillin, ampicillin ให้รีบกินทันที แม้ว่าเกือบถึงช่วงเวลาใหม่ของยากก็ตามที และกินยาครั้งต่อไปอีก 1 - 2 ชั่วโมงต่อมา แล้วจึงกลับมากินยาเหมือนเดิม (USPDI 1980) การล้มกินยาจึงเป็นลักษณะข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาจากสถานบริการ และน่าเชื่อว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลของรัฐก็จะมีข้อผิดพลาดเช่นนี้ เช่นเดียวกันกับยาที่ได้รับจากสถานบริการ เมื่อพิจารณาตารางที่ 15 (หน้า 57) ซึ่งแสดงวิธีปฏิบัติในการใช้ยาโรคกระเพาะ ปรากฏว่าผู้ที่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง คือกินยาสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 61.43 และที่กินเฉพาะเวลาปวดท้องมีร้อยละ 38.57 ยิ่งจะเห็นได้ชัดกว่ามีการสูญเปล่าของยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยจากสถานบริการต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นมูลค่ามหาศาล ผู้ป่วยที่กินยาในเวลาใกล้เคียงกับมื้ออาหารมีร้อยละ 81.43 และกินในเวลาห่างจากมื้ออาหารเป็นชั่วโมงมีเพียงร้อยละ 18.57 ซึ่งการใช้ยาโรคกระเพาะนั้น ตามเวลาที่ถูกต้องจริง ๆ แล้ว ควรกินยานี้หลังอาหาร 1 ชั่วโมง และก่อนนอน เพราะมีการสังเกตพบว่าฤทธิ์ของยาจะคงอยู่เป็นระยะเวลาานาน 3 ชั่วโมง หรือมากกว่าเมื่อกินยาหลังอาหาร 1 ชั่วโมง และการกินยาก่อนนอนนั้น เพื่อไปลดกรดที่หลังออกมาเมื่อเราพักผ่อน ยาที่ให้เป็นการบ่อยครั้งกว่าจะออกฤทธิ์ได้ นานกว่ายาที่ให้บ่อยครั้งในขนาดที่เท่ากัน การกินยาลดกรดนั้นจะต้องกินติดต่อกันตามแพทย์สั่ง เพื่อฤทธิ์ของยาจะคงอยู่ตลอดช่วงระยะเวลาที่ต้องการ (Hoover 1975) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาจากสถานบริการไม่มีความเข้าใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับคำชี้แจงจากเภสัชกรหรือแพทย์ ในการใช้ยาที่ถูกต้อง ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณค่ายา และเวชภัณฑ์ไปโดยเปล่าประโยชน์เป็นจำนวนมากมหาศาล

เมื่อพิจารณาข้อมูลเพิ่มเติมจากตารางที่ 16 (หน้า 58) จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแต่ละครั้ง สัดส่วนที่ไ้ยาจนหมดจำนวนที่ได้รับมีเพียงร้อยละ 23.30 หรือไม่ถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่แล้วจะไ้ยาที่ได้รับแต่ละครั้งไม่หมด โดยมีการหยุดไ้ยาก่อนกำหนด เมื่ออาการดีขึ้นตามความรู้สึกของผู้ป่วย มีสัดส่วนมากที่สุด จึงทำให้ประสิทธิภาพการบำบัดไม่เป็นไปอย่างที่คาดหมาย โดยเฉพาะหากยาที่ได้รับเป็นยาประเภทปฏิชีวนะแล้ว อาจเกิดการก่อยาขึ้นได้ หรืออาจเกิดอันตรายจากการลุกลามของเชื้อในระยะต่อไปได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับคำแนะนำหรือมีฉลากเสริม กำหนดให้ผู้ป่วยไ้ยาให้หมดตามคำสั่ง ไม่ควรหยุดไ้ยาเอง นอกจากจะเป็นการทำให้ประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นไปตามที่คาดหมายแล้ว ยังเป็นการไ้ยาที่สมมูลค่าที่รัฐคงมีการจ่ายด้วย สิ่งที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยที่ไ้ยาไม่หมดและหยุดยาเองนั้น จะเก็บยาไว้ใช้ในครั้งต่อไป หรือทิ้งยาไป มีสัดส่วนเท่า ๆ กัน การเก็บยาไว้ใช้ในครั้งต่อไปเป็นการไ้ยาอย่างไม่ถูกต้อง เนื่องจากยาเหล่านั้นเป็นยาที่แพทย์สั่งไ้สำหรับการบำบัดครั้งหนึ่ง ๆ เท่านั้น แต่ผู้ป่วยกลับเอามาไ้เอง (Latiolais 1969) และยังเป็นความเสี่ยงต่อการนำเอายาเสื่อมสภาพมาไ้ ซึ่งอาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น และเมื่อพิจารณาตารางที่ 17 (หน้า 59) ซึ่งแสดงลักษณะการไ้ยาหยอกตา ผู้ป่วยที่เก็บยาหยอกตาไว้ไ้ยังมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 33.06 ของผู้ไ้ยาหยอกตาทั้งหมด ซึ่งเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในบริเวณอวัยวะตาเป็นอย่างยิ่ง ทั้ง ๆ ที่ยาหยอกตาตามปกติจะมีปริมาณของการจ่ายแต่ละครั้งน้อยมาก โดยมีจุดประสงค์ให้ไ้ยาหยอกตาให้หมด แต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่ไ้ยาไม่หมดแล้วเก็บไว้ไ้

การไ้ยาไม่หมดตามสั่งเป็นข้อผิดพลาดอันสำคัญอันหนึ่ง และยังมี การเก็บไว้ไ้อีกในกรณีของยาหยอกตา ก็ยังเป็นข้อผิดพลาดที่น่าห่วงต่อการเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยอย่างมาก การเสี่ยงอันตรายที่พบอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยนำเอายาที่ไ้ไม่หมดไปให้ผู้อื่นไ้ มีร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งหมด และที่น่ากลัวอันตรายก็คือ พบว่าผู้ป่วยที่ไ้ยาหยอกตานำเอาไปให้ผู้อื่นไ้ร่วมด้วยถึงร้อยละ 14.88 ซึ่งนับเป็นข้อผิดพลาดที่เสี่ยงอันตรายเป็นอย่างยิ่ง ยาตาเป็นยาที่ไ้เฉพาะตัว ถึงแม้ว่าคนในเข้านั้นเป็นเหมือน ๆ กัน ก็ไม่ควรไ้ยาชวคเดียวกัน เพราะโรคตาบางอย่างก็คล้ายกันได้ง่ายมาก โดยผ่านทางยาหยอกตาหรือป้ายตา และบางทีก็คล้ายกับว่าเป็นโรคเหมือน ๆ กัน แต่จริง ๆ แล้ว อาจเป็นโรคที่แตกต่างกันมาก (สุรเกียรติ์ 2523)

การเก็บยาควาไว้นั้น ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับให้ไปใช้ที่บ้านนั้น ไม่ควรใช้เกิน 1 เดือน (ลิ้เจี 2511) ทั้งนี้ ยาควาที่ผู้ป่วยใช้ไม่หมดและเก็บไว้ เมื่อนานไปน่ากลับมาใช้ก็กิน นับเป็นการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ส่วนยาอื่นที่ไม่ใช่ยาหยอดคาก็ปรากฏในตารางที่ 18 (หน้า 60) ว่า ผู้ป่วยราวครึ่งหนึ่งเคยเอายาไปให้ผู้อื่นใช้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาประเภทบำบัดอาการ แต่ก็น่าสังเกตจากข้อมูลในตารางที่ 19 (หน้า 61) ว่า ในกรณีของยาปฏิชีวนะที่เด็กได้รับนั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยครองจะให้เด็กกินยาจนหมด (ร้อยละ 62.42) กินยาไม่หมดแล้วทิ้งไปร้อยละ 29.94 แต่ที่กินยาไม่หมดเก็บไว้กินต่อไป ก็ยังคงมีสัดส่วนสูงถึง 7.64 ซึ่งเด็กจะได้รับยาที่เสื่อมสภาพแล้ว เพราะยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ที่จ่ายให้เด็กมักเป็นยาในรูปยาน้ำเชื่อม หรือยาน้ำอื่น ๆ ซึ่งเสื่อมสภาพได้อย่างรวดเร็ว

(Schwartz 1972) นับเป็นข้อผิดพลาดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์อีกประการหนึ่ง จึงควรแนะนำผู้ป่วยว่า ยาที่เต็มแล้วควรเก็บไว้ในตู้เย็นหรือที่เย็น เพื่อช่วยให้การสลายตัวช้าลง และถ้าใช้ไม่หมดใน 1 สัปดาห์ ยาที่เหลือควรทิ้งไป และมีข้อสังเกตว่าไม่มีข้อมูลปรากฏว่า มีการนำเอายาปฏิชีวนะของเด็กไปให้ผู้อื่นใช้

ต่อคำถามถึงเรื่องการมียาไวไวในบ้าน ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเข้าใจพอสมควร โดยมีการเก็บยาในตู้ยา (ตามตารางที่ 20) (หน้า 62) ถึงร้อยละ 45.86 และที่ไม่มีตู้ยาก็ก็นับแยกเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับของอื่น ๆ ร้อยละ 36.10 ที่วางไว้ทั่ว ๆ ไปมีเพียงร้อยละ 8.27 และสถานที่เก็บยาสภาพไม่รื้อรมมีถึงร้อยละ 93.79 แสดงว่าผู้ป่วยที่มียาไวไว เอาใจใส่ดูแลเรื่องเก็บยาพอสมควร การเก็บยานี้ควรมียาว่างไว้ในที่ ๆ ไม่ร้อน ให้สูงพ้นจากการหยิบถึงของเด็ก เก็บยาค้าง ๆ ไว้ที่แห้งเดียวกัน แต่แยกยาภายนอกไว้คนละส่วน มีการบอกถึงสภาพของสถานที่เก็บยา เช่น เย็นจึก เย็น หรืออุณหภูมิห้อง ซึ่งค่าอุณหภูมิตามนั้นเป็นดังนี้ คือ

เก็บที่เย็นจึก	ควรเก็บยาไว้ที่อุณหภูมิ น้อยกว่า	8 องศาเซลเซียส
เก็บที่เย็น	ควรเก็บยาไว้ที่อุณหภูมิ	8 - 15 องศาเซลเซียส
เก็บที่อุณหภูมิห้อง	ควรเก็บยาไว้ที่อุณหภูมิ	15 - 30 องศาเซลเซียส

การเก็บยานี้ ควรหลีกเลี่ยงจากการเก็บที่อุณหภูมิเยือกแข็ง เพราะภาชนะที่บรรจุยาอาจแตกได้ และการเก็บที่อุณหภูมิเยือกแข็งนี้ ทำให้สูญเสียฤทธิ์ของยา หรือทำลายรูปแบบของยาได้

การเก็บยาที่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความแรง ความเป็นพิษ และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ควรจะระมัดระวังการเก็บยาให้ถูกต้อง (Hoover 1975) แต่การเก็บยาโดยไม่มีตู้ยา ยังคง เป็นปัญหาอยู่ อาจเป็นเพราะผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มีสถานที่เพียงพอ หรือขาดประสิทธิภาพในการสร้าง หรือ จัดหาตู้ยา และการสัมภาษณ์มุ่งประเด็นถึงวิธีเก็บยา ไม่มีโอกาสที่จะสัมภาษณ์ถึงสิ่งของภาชนะที่ใช้ เก็บ หรือสิ่งของภาชนะที่มีอยู่ในตู้เก็บยา เช่น พรอทวักไซ แก้วตวงยา และอื่น ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ ควรจะทำการสำรวจควย

จากตารางที่ 21 (หน้า 63) ผู้ถูกสัมภาษณ์ร้อยละ 70.49 ยอมรับว่า ยาจะมีสภาพ เสื่อมหรือหมดอายุได้ ที่ไม่ทราบว่ายามีอายุหรือไม่ มีเพียงร้อยละ 25.24 ส่วนที่ยืนยันว่ายามี ไม่มีการเสื่อมอายุมีเพียงร้อยละ 4.27 และเมื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงวิสัยทัศน์เสื่อมหรือหมดอายุ ของยา ร้อยละ 45.45 จะตอบว่ายามีเก็บไว้นาน ๆ จะมีการเสื่อมหรือหมดอายุ ร้อยละ 35.54 จะพิจารณาสภาพเสื่อมหรือหมดอายุโดยดูจากลักษณะที่ปรากฏของยา ว่าฉีกไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร และมีร้อยละ 16.25 ที่ตอบว่า ควันหมดอายุได้จากที่พิมพ์ปรากฏไว้บนกล่องยา เน้นว่า ในความรู้ เรื่องการเสื่อมหรือหมดอายุของยา ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเข้าใจพอสมควร หากได้มีการจำกัดให้พิมพ์ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุเป็นภาษาไทยล้วน ๆ ไม่เป็นภาษาอังกฤษหรือคำย่อภาษาอังกฤษ หรือตัวเลข เช่นที่ปรากฏแพร่หลายในปัจจุบันแล้ว ก็น่าจะเป็นการป้องกันการใช้ยาหมดอายุที่ตี และเป็นที่ยอมรับ ของประชาชนส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม ยาที่ไม่ได้ออกวันหมดอายุไว้ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 5 ปี และบางชนิดของยาลักษณะ สี กลิ่น รสควยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก่อนกำหนดหรือไม่ ตัวอย่างที่พบบ่อย ๆ ของยาที่เปลี่ยนสี กลิ่น รส เมื่อเสื่อมหรือหมดอายุ เช่น ยาพวกเตตราซัยคลิน ปกติเป็นผงสีเหลืองนวล แต่เมื่อเสื่อมจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำขึ้น จนในที่สุดเป็นสีน้ำตาลแก่ ยาพวก แอสไพริน เมื่อถูกความชื้นจะสลายตัวได้ง่าย เกิดมีเกล็ดใส ๆ ปลายแหลม ๆ เกาะติดตามเม็ดยา มีกลิ่นเปรี้ยวฉุนมาก ให้ทิ้งไป เพราะอันตรายมาก ยาแชนตะกอนหรือยาพวกอิมัลชัน ค้างทิ้งไว้จะ แยกชั้น แต่เมื่อเขย่าจะเข้ากันได้ง่าย ถ้าเสื่อม เขย่าแล้วจะไม่เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน (สุรเกียรติ 2523)

ยาประเภทที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ใช้ด้วย คือ ยาฉึก ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ถูกสัมภาษณ์มารับการฉึกยา ที่สถานบริภารนั้น ๆ ไม่มีการจ่ายยาฉึกให้ไปรับการฉึกที่อื่น ๆ ผู้ถูกสัมภาษณ์จึงได้รับยาครบตาม าคาหมาย (ตารางที่ 22)(หน้า 64) และผู้ที่มาใช้บริการจากสถานที่สัมภาษณ์มีร้อยละ 63.11 ที่เคยได้รับการฉึกยา แต่เมื่อสอบถามความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบการฉึกยา (ตารางที่ 23)(หน้า 65) ผู้ถูกสัมภาษณ์ประมาณครึ่งหนึ่งชอบยาฉึกมากกว่ายาฉึก และประมาณ 1 ใน 4 มีความเห็นว่าจะ เป็นยาฉึกหรือยาฉึก ก็รู้สึกแล้วแต่แพทย์จะสั่งใช้ มีผู้ที่ชอบฉึกยาประมาณร้อยละ 20.58 ผู้ที่ชอบ ฉึกยามากกว่าฉึกยามีความเห็นว่าการฉึกยาทำให้เจ็บตัว อาจเกิดศึคยาฉึกได้ ใช้สะดวกกว่ายาฉึก และบางคนเคยแพ้ยาฉึก ส่วนพวกที่ชอบฉึกยามีความเห็นว่าการฉึกยาทำให้หายเร็วเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งความจริงแล้ว ยาฉึกไม่ได้มีข้อพิเศอะไรไปกว่ายาฉึกเลย ยาฉึกที่โหดสัเท่าหรือสัคกว่ายาฉึก ก็มี การออกฤทธิ์ของยาฉึกและยาฉึกก็เหมือนกัน แตกต่างกันเฉพาะระยะเวลาในการออกฤทธิ์ เท่านั้น (สุรเกียรติ 2523) นอกจากนั้น เหตุอื่น ๆ ที่ชอบยาฉึกก็คือ ไม่เสียเวลา หรือเคยแพ้ยา ที่ใช้ฉึกมาก่อน ส่วนยาประเภทยาทาภายนอกนั้น มีผู้ถูกสัมภาษณ์ใช้ยาประเภทนี้ร้อยละ 59.03 เป็นยานวดซึ่งใช้เวลาที่มีอาการปวดเมื่อย ก่อนหรือหลังเล่นกีฬา และยาทาผิวหนังซึ่งส่วนมากใช้ หลังอาบน้ำและก่อนนอน การนำยาทาภายนอกมาใช้เป็นยาฉึก เป็นการใ้ยาฉึกวิธี ซึ่งไม่สามารถ บันทึกข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ (ตารางที่ 24)(หน้า 66)

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดยาก่อนกำหนด คือ การแพ้ยาซึ่งเป็นภาวะ ที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อยา เกิดเนื่องจากเคยได้รับยาชนิดนั้น หรือได้รับสารที่มีสูตร คล้ายคลึงกับยานี้มาก่อน แล้วเกิดการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสิ่งต่อต้านขึ้นมา และเมื่อร่างกาย ได้รับความ้าอีกครั้งหนึ่ง จะเกิดการทำปฏิกิริยาไ้สารประกอบเจ็งซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เชด ในร่างกายหลังสารบางอย่าง เช่น ฮีสตามิน ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดการแพ้ขึ้น อาการแพ้จะเกี่ยวข้องกับทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่อาการเล็กน้อย จนรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต พิษของยาจะมีความ สัมพันธ์กับปริมาณยาที่กินเข้าไป และขึ้นกับคุณสมบัติทางเคมีของยานั้นด้วย แต่การแพ้จะไม่เกี่ยว ข้องกับขนาดของยา การแพ้เกิดไ้จากการใ้ยาทุกแบบ แต่อัตราในการเกิดไม่เท่ากัน การกินจะ ทำให้แพ้ยที่สุด การสู้น้ส จะเกิดอาการแพ้ใ้ง่ายที่สุด การฉึกจะทำให้เกิดการแพ้อย่าง

รวกเร็วรุนแรง ซึ่งแก้ไขไคยากที่สุด (กรุงไกร 2521) จากการสัมภาษณ์ (ตารางที่ 25) (หน้า 67) มีผู้เคยแพ้ยาร้อยละ 17.09 จากจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์ทั้งหมด ซึ่งคำตอบที่ตอบว่า เคยแพ้ยานี้ เป็นคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์เอง ซึ่งไม่มีการวินิจฉัยทางแพทย์ยืนยัน แค่นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเข้าใจที่ว่า การไชยาในปัจจุบันอาจทำให้เกิดการแพ้ยาได้ อาจจัดไคว่าผู้ถูกสัมภาษณ์น่าจะสนใจระมัดระวังพอสมควรเกี่ยวกับการไชยา จะเห็นไคว่า เมื่อมีอาการแพ้ยาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์สังเกต เช่น เป็นผื่น เป็นลม ใจสั่น มีอาการชา ผู้ป่วยจะหยุดยาแล้วเข้าพบแพทย์ถึงร้อยละ 73.86 นับว่าเป็นการปฏิบัติที่น่าจะมีความปลอดภัยพอสมควร แต่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ไคช่วยตนเองในระยะต้น เช่น หยุดยาแล้วไคมีน้ำมาก ๆ ที่หยุดยาแล้วไคได้พบแพทย์มีร้อยละ 26.14 ซึ่งคงจะเป็นการแพ้ยาที่มีอาการไม่รุนแรง แค่อัคยังไคตาม การที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่า เคยแพ้ยาแล้วมีผื่น ถึงร้อยละ 48.85 นั้น เป็นที่น่าสังเกตว่าอาจมีการแพ้ยาอย่างรุนแรงร่วมด้วย แต่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่อาจแยกไคไดไค น่าที่จะมีการไคการศึกษาลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังที่เกิดขึ้น เมื่อมีการแพ้ยา ไคผู้ที่ไชยาไคทราบอย่างทั่วถึง เมื่อการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังแสดงถึงอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง ผู้ที่แพ้ยาจะไครีบไปพบแพทย์ไม่ปล่อยทิ้งไว้จนสายเกินแก้

ยาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่า เคยมีการแพ้มีน้อยมาก ไม่อาจจัดเป็นหมวดหมู่ไคว่ายาไคเกิดอาการแพ้มากหรือน้อย หรือยาไคทำให้เกิดการแพ้บ่อยครั้ง หรือไม่บ่อยครั้ง

จ. วิธีการไชยาที่ไครับตามคำสั่งการไชยา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ไครับคำบอกเล่าเกี่ยวกับวิธีการไชยาแต่ละครั้ง จากการอ่านฉลากยาเอง เป็นสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 75.94) (ตารางที่ 26) (หน้า 68) จึงเห็นไคว่า การไชยาจะถูกต้องหรือไม่ ฉลากยาจะเป็นปัจจัยกำหนดไคมีความสำคัญสูงสุด การเขียนฉลากยาใหไคอ่านง่าย ใหไคข้อความกะทัดรัด ไม่กำกวม และมีเนื้อหาละเอียดพอสมควรจะเป็นการส่งเสริมใหไคผู้ไครับยาไชยาอย่างถูกต้อง หากเป็นไปไคได้การพิมพ์ข้อความใหไคเด่นชัด น่าจะมีข้อไคดีกว่าการเขียนด้วยลายมือ และฉลากยาที่มีข้อความชัดชอน ใชไคการขีดฆ่าข้อความที่ไคไม่ต้องการออก น่าจะเกิดข้อเสียที่อาจทำให้

การแปลความหมายของคำสั่งการใช้ยาฉีดพลาซไป ในการอ่านฉลากยาของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้คำตอบว่า อ่านฉลากยาทุกครั้ง กับที่อ่านฉลากยาเพียงครั้งเดียว มีสัดส่วนพอ ๆ กัน การอ่านฉลากยาเพียงครั้งเดียวอาจเกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย จึงควรมีคำแนะนำให้ผู้ที่ได้รับยาอ่านฉลากยาทุกครั้งที่ใช้ยา เพื่อป้องกันการผิดพลาด มีข้อนำสังเกตว่าผู้ที่ได้รับยาร้อยละ 11.23 ไม่อ่านฉลากยาทุกครั้งที่ได้รับ แต่ใช้จากความเคยชิน ซึ่งเป็นการเสี่ยงอันตรายของการใช้ยามากเกินไป เพราะผู้ที่ได้รับยา ไม่อาจจะทราบได้เลยว่ายาที่ได้รับแต่ละครั้งเหมือนกันหรือไม่ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับประจำ เช่น วัณโรค เบาหวาน เป็นต้น แสดงว่ายังมีประชาชนอีกไม่น้อยที่มีสมมติฐานผิด ๆ ว่า แพทย์จะสั่งใช้ยาอย่างเดียวกันทุกครั้ง จึงไม่อ่านฉลากยา และที่น่ากลัวอันตรายอย่างมากก็คือ ร้อยละ 4.81 ของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ใช้ยาเอง โดยไม่อ่านฉลากยาและไม่เคยใช้ยานี้มาก่อน แต่ใช้วิธีเคาเอา ความความเข้าใจของตัวเองว่า ยานั้น ๆ น่าจะใช้อย่างนั้น ซึ่งเป็นการเสี่ยงอันตรายอย่างไม่น่าจะเป็นไปได้ แต่ก็แสดงว่า ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งไม่คำนึงถึงความสำคัญของวิธีการใช้ยาแต่ละขนานเลย และคิดว่าการใช้ยาตามความเข้าใจของตนเองนั้น ปราศจากอันตรายใด ๆ ทั้งสิ้น การเสี่ยงอันตรายในการใช้ยามีวิธีอื่นอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบวิธีใช้ยาโดยจำจากแพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะหลงลืมไปได้ หากไม่ได้อ่านฉลากยาซ้ำอีกครั้งในขณะที่ใช้ยา ฉลากยานั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับพร้อมกับยา เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงขนาดของยาที่ใช้ วิธีที่ใช้ และเวลาที่ใช้ ฉลากยานั้นเภสัชกร เป็นผู้จัดทำขึ้น ความรับผิดชอบเกี่ยวกับความถูกต้องบนฉลากยาเป็นของเภสัชกร โดยตรง รูปแบบของฉลากยาต้องเป็นรูปแบบที่ชัดเจนและสมบูรณ์ เพราะถ้าไม่เช่นนั้นแล้ว ผู้ป่วยอาจสรุปว่า ยาที่ได้รับจากการจ่ายนั้น เภสัชกรจ่ายยาอย่างไม่ระมัดระวัง ทำให้เขาหมกความเชื่อถือในคำเภสัชกรด้วย (Hoover 1975) ส่วนการอ่านฉลากยานั้น ควรอ่านทุกครั้งที่จะใช้ยา ด้ย เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา

เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับยานำสำหรับกินตามขนาดที่สั่งไว้บนฉลากยา เช่น ซอนโค๊ะ หรือ ซอนซา ปรากฏว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ใช้ภาชนะตวงยาต่าง ๆ กัน มีเป็นส่วนน้อย (ตารางที่ 27) (หน้า 69) ที่ใช้แก้วตวงยาซึ่งน่าจะเป็นภาชนะตวงยาที่เหมาะสมที่สุด สำหรับยาน้ำที่กำหนดขนาดใช้เป็นซอนโค๊ะนั้น ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะใช้ช้อนกินข้าวเป็นภาชนะตวง ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์เรียกว่า

ซอสส้ม ซึ่งมีปริมาตรของการตวงไม่เท่ากับขนาดไซ้ที่แจ้งว่า ซอนโตะ หรือ 15 มล. แต่อย่างไรก็ตาม ข้อผิดพลาดนี้อาจเป็นเพราะความหมายของคำว่า "ซอนโตะ" ผู้ที่ได้รับยาอาจแปลความหมายไปว่า หมายถึงซอสกินข้าวที่เรียกว่า ซอสส้ม ที่ใสอยู่ประจำก็ได้ การเขียนฉลากยาบอกขนาดไซ้เป็นซอนโตะจึงน่าจะเกิดการแปลความหมายผิดได้มาก ผู้ถูกสัมภาษณ์บางราย (ร้อยละ 28.01) ไม่ใช้ภาชนะตวง แต่ใช้ชั่งข้างขวดเป็นเครื่องกำหนด ซึ่งในสภาพปัจจุบัน อาจมีปริมาตรไม่เท่ากับมาตรฐาน 15 มล. จนกว่าจะได้มีการประกาศใช้มาตรฐานขวดยาที่ถูกต้องและบังคับใช้ นอกจากนี้ ผู้ถูกสัมภาษณ์บางรายยังใช้ซอนเคลือบ ซอนโตะเคลือบสังกะสีมาเป็นภาชนะตวงด้วยการแก้ไขข้อผิดพลาดในการตวงยา ก็คือ การให้การศึกษาชักชวนให้ผู้ใช้ยาตวงยาค้วยแก้วตวงยาให้แพร่หลาย

ในกรณีของการสั่งใช้ยาเป็นช้อนชา หากผู้ที่ได้รับยา ได้รับช้อนตวงพร้อมไปด้วย ผู้ใช้ยามักจะใช้ช้อนนั้นตวงยา (ร้อยละ 59.77) แต่ถ้าหากไม่มีช้อนตวงยา ผู้ใช้ยามักจะใช้ช้อนกาแฟ (ร้อยละ 31.64) ซึ่งขนาดของช้อนกาแฟดังกล่าวมักจริง ๆ แล้ว ปริมาตรของยาที่ได้จะไม่ถึง 4 - 5 มล. ตามต้องการ (เฉลิมศรี 2521) มีบางรายที่ใช้ซอสส้มตวงยา (ตาราง 28 หน้า 70)

จะเห็นได้ว่า การใช้ยานิคขนาดอาจเกิดได้ง่าย หากในฉลากยากำหนดขนาดไซ้เป็นซอนโตะ หรือช้อนชา การจ่ายยาน้ำสำหรับกินนั้น ควรมีการแนะนำให้ตวงยาค้วยภาชนะที่ถูกมาตรฐาน หรืออาจจ่ายภาชนะตวงยาไปพร้อมกันด้วย แต่วิธีหลังนี้มีการสับสนเปลืองมาก ยากแก่การปฏิบัติ และในการตวงยาแต่ละครั้งนั้น เทคนิคในการตวงยามีส่วนสำคัญต่อขนาดของยาที่จะได้รับด้วย ควรที่จะตวงยาให้พอดีภาชนะ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากเทคนิคการตวงยาไปชั้นหนึ่งก่อน

นอกจากผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีการใช้ยานิคขนาดแล้ว ยังพบถึงการใช้ยานิคเวลาด้วย แสดงในตารางที่ 29, 30 และ 31 (หน้า 71, 72 และ 73) จะเห็นได้ว่า ในการกำหนดเวลากินยาไว้บนฉลากนั้น ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกปฏิบัติตามความเข้าใจของตนเองต่าง ๆ กัน เช่น ยาที่ต้องกินก่อนอาหาร ผู้ถูกสัมภาษณ์กินยาก่อนอาหารเป็นระยะเวลาต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ก่อน

เวลาอาหาร 1 ชั่วโมง จนถึงกินพร้อมกับอาหารเลย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะกินยาก่อนอาหารทันที ร้อยละ 28.35 รองลงมาคือ กินยาก่อนอาหาร 5 - 10 นาที ร้อยละ 22.52 และกินยาก่อนอาหาร 15 - 30 นาที ร้อยละ 19.03 วิธีกินยาก่อนอาหารให้ถูกต้องนั้น คือ ต้องกินยาในขณะท้องว่าง ก่อนจะกินอาหารประมาณ 30 นาที แต่กินแล้วค่อยๆ แคละละชนิดด้วย (Fox 1969) เช่น

1. penicillin, erythromycin ควรกินยาก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง เพราะยาถูกทำลายได้ง่ายโดยกรดในกระเพาะทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง

2. cloxacillin, ampicillin จะรวมตัวกับอาหารได้เป็นสารประกอบที่มีโมเลกุลใหญ่ขึ้น การดูดซึมช้าลง จึงควรกินยาในเวลากระเพาะว่าง ก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง เพื่อให้ถูกซึมได้ดี

ส่วนในคำสั่งให้กินยาหลังอาหารก็เช่นเดียวกัน ผู้ดูแลสมควรเลือกปฏิบัติต่าง ๆ กัน ตั้งแต่กินหลังอาหารทันที จนถึงหลังอาหารแล้ว 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะกินยาหลังอาหารทันที ร้อยละ 40.39 กินยาหลังอาหาร 5 - 10 นาที รองลงมาเป็นร้อยละ 34.18 และกินยาหลังอาหาร 15 - 30 นาที ร้อยละ 20.19 และการกินยาหลังอาหารก็เช่นเดียวกัน ช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมนั้น ต้องแล้วแต่ยาแต่ละชนิด เช่น ยาพวก salicylates, indomethacin, phenylbutazone ควรกินยาหลังอาหารทันที เพราะมีการระคายเคืองต่อกระเพาะมาก อาจทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียร หรือมีเลือดออกในกระเพาะได้ (Fox 1969) ยิ่งคำสั่งการใช้ยาเป็นคำสั่งกำหนดเวลาแน่นอน เช่น ทุก 4 ชั่วโมง หรือทุก 6 ชั่วโมง จะพบว่า มีการปฏิบัติผิดพลาด คิดเป็นร้อยละมากขึ้น (ตารางที่ 31) (หน้า 73) และยังมีการใช้ยาบ่อยครั้งต่อวัน ก็จะมีข้อผิดพลาดมากขึ้น

เมื่อสรุปข้อผิดพลาดของการใช้ยา (ตารางที่ 32) (หน้า 74) จะเห็นว่า ข้อผิดพลาดที่พบเห็นบ่อย ๆ คือ การใช้ยามิฉะนั้นโดยจะพบการใช้ภาชนะตวงยาที่ไม่ได้มาตรฐาน การใช้ยามีวิธีโดยรวมการใช้ยามิฉะนั้น การลืมกินยา การหยุดกินยาเอง การใช้ยาไม่หมดแล้วเก็บไว้ใช้อีก การเก็บยาไม่ถูกต้องเหมาะสม การเอายาของตนเองไปให้ผู้อื่นใช้ จึงน่าจะสรุป

ได้ว่า ประชาชนยังได้รับความรู้ในเรื่องการใช้จ่ายไม่เพียงพอ และมีวิธีการใช้จ่ายที่ได้รับอย่างผิด ๆ อยู่เสมอ

ฉ. การใช้จ่ายไม่ตามสั่ง

หมายถึง การที่ผู้ที่ได้รับยาละเลย หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของการใช้จ่าย ไม่ว่าจะเจตนาหรือไม่ก็ตาม ซึ่งในการวิจัยนี้ ได้แบ่งการใช้จ่ายไม่ตามสั่งออกเป็น

- E.O. = Error of Omission
- E.S. = Error of Scheduling
- E.M. = Error of Misconception
- E.C. = Error of Commission
- E.N. = Error of Noncompliance
- C.E. = Combined Error

ซึ่งได้อธิบายความหมายไว้ในบทที่ 2 หน้า 26

ผลของการวิจัยได้แสดงไว้ในตารางที่ 33, 34, 35, 36, 37

ในตารางที่ 33 (หน้า 75) ปรากฏให้เห็นว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะเลือก ใช้จ่ายเอง หรือการใช้จ่ายนอกสั่ง คิดเป็น error of commission (E.C.) เป็นร้อยละเฉลี่ยถึง 44.82 โดยเฉพาะในอาการเป็นไข้ ปวดหัว เป็นหวัด ท้องเสีย เป็นแผลแผล จะมี E.C. อยู่ใน อัตราค่อนข้างสูง เกินกว่าร้อยละ 50 หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งผู้ที่มีอาการดังกล่าวเหล่านี้ จะใช้จ่ายเองมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มีอาการทั้งหมด

ตารางที่ 34 (หน้า 76) แสดงค่า E.C. ของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะพนักงานการไฟฟ้า- นครหลวง ก็แสดงให้เห็นปรากฏการณ์เช่นเดียวกัน คือ มีการใช้จ่ายนอกสั่ง หรือ error of commission (E.C.) ในอัตราร้อยละ 44.82 และอาการป่วยที่มี E.C. มาก ได้แก่ เป็นไข้ ปวดหัว เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ ท้องเสีย เป็นแผล ข้อมูลจากตารางที่ 34 นี้ นำไปใช้ในการ

วิเคราะห์การใช้จ่ายไม่ตามสิ่งที่ปรากฏในตารางที่ 37 (หน้า 79)

เมื่อวิเคราะห์การใช้จ่ายไม่ตามสิ่งโดยแยกเป็น E.O., E.C., E.S., E.M. ดังปรากฏในตารางที่ 35 (หน้า 77)แล้ว ปรากฏว่าการละเลยไม่ใช้จ่าย หรือ error of omission (E.C.) จะมีบ่อยขึ้น เมื่อการใช้จ่ายนั้นมีวิธีใช้ที่ซับซ้อนขึ้น และเช่นเดียวกัน การใช้จ่ายผิดเวลา หรือ error of scheduling (E.S.) ก็จะมีปรากฏบ่อยครั้งขึ้น เช่นเดียวกับเมื่อวิธีใช้ที่ซับซ้อนขึ้น

ยาก่อนอาหาร (จำนวน 477 ราย จาก 515 ตัวอย่าง)

ถ้าผู้ป่วยลืมกินยาก่อนอาหาร จำนวนยาที่จะได้ไม่ครบตามสั่ง เป็นค่า E.O. และ E.S. แต่ผู้ป่วยที่ลืมกินยาก่อนอาหาร แล้วไปกินหลังอาหารนั้น จำนวนยาที่ได้จะครบ ผิดไปแต่เพียงช่วงเวลาเท่านั้น เป็นค่า E.S. และผู้ป่วยที่กินยาเองโดยไม่สนใจคำสั่ง "ก่อนอาหาร" เป็นค่า E.M. จากจำนวนผู้ป่วย 477 ราย ค่า E.O. 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ค่า E.S. 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.21 ค่า E.M. 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.61

ยาหลังอาหาร (จำนวน 512 ราย จาก 515 ตัวอย่าง)

ยาหลังอาหารนั้น ผู้ป่วยจะไม่ลืมกิน (ต่างกับยาก่อนอาหารที่มีผู้ป่วยลืมกินยาก่อนอาหารไปกินหลังอาหารแทน แต่มีอยู่ 9 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 512 ราย ที่กินยาเองตามเวลาที่เขาคต้องการ มีใช้เฉพาะหลังอาหารเท่านั้น ค่า E.O., E.S. จึงไม่มี มีแต่ค่า E.M. คิดเป็นร้อยละ 1.76

ยาก่อนนอน (จำนวน 451 ราย จาก 515 ตัวอย่าง)

ยาก่อนนอนนั้น ถ้าผู้ป่วยลืมกินยาจะทำให้จำนวนของยาที่ได้รับต่อวันผิดไป เป็นค่า E.O. 11 ราย จากผู้ป่วย 451 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ส่วนค่า E.S. พบ 11 ราย เช่นกันเป็นค่า E.O. ได้จากการที่ผู้ป่วยไม่กินยาตามเวลาที่มาถึงตามที่แพทย์สั่ง คิดเป็นร้อยละ 2.44 ส่วนค่า E.M.

เป็นค่าได้จากกรณีที่ผู้ช่วยกินยาเองโดยไม่คำนึงถึงคำสั่งบนฉลากยา พบ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.10

ยา 2 เวลา หลังอาหารเช้า - เย็น (จำนวน 501 ราย จาก 515 ตัวอย่าง)

มีจำนวนผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้องทั้งหมด 87 ราย ใน 501 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.37 ความไม่ถูกต้องในการกินยาแบ่งเป็น ผู้ช่วยกินยาไม่ครบตามจำนวนวันละ 2 ครั้ง โดยกินยาเพียงมือเดียว ร้อยละ 57.69 (จากจำนวนผู้ป่วย 52 ราย เท่าที่ตามได้) ซึ่งเป็นค่า E.O. 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.99 และมีผู้ป่วยที่กินยารับตามจำนวนคือ 2 ครั้ง ต่อวัน แต่ช่วงระยะเวลาในการกินยานั้นผิดไป พบร้อยละ 42.31 ค่า E.S. ได้จากการที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบตามจำนวนต่อวัน และช่วงระยะเวลาในการกินยาผิดไปทั้งหมด 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.38 พบว่าในพวกที่กินยาเพียง 1 มื้อนั้น ส่วนใหญ่จะไม่กินยามื้อเช้าเป็นจำนวนถึงร้อยละ 80 และไม่กินยามื้อเย็นเป็นจำนวนร้อยละ 20 ส่วนพวกที่กินยา 2 มื้อ แต่ผิดช่วงระยะเวลานั้น มักจะเป็นการกินยาก่อนกลางวันกับตอนเย็น ส่วนค่า E.M. เป็นค่าได้จากกรณีที่ผู้ป่วยกินยาเอง โดยไม่สนใจต่อคำสั่งการให้ยา พบเป็นจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.99

ยา 3 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น (จำนวน 510 รายจาก 515 ตัวอย่าง)

จำนวนผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้องทั้งหมด 155 รายใน 510 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.39 โดยกินยาเพียง 1 มื้อ เป็นร้อยละ 8.87 กินยา 2 มื้อ เป็นร้อยละ 87.90 กินยารับ 3 มื้อ แต่ผิดช่วงระยะเวลา คิดเป็นร้อยละ 0.81 และกินยา 4 มื้อ เป็นร้อยละ 2.42 คือกินตอนนอน ค่าย พบว่า ผู้ป่วยจะไม่กินยามื้อเช้า ร้อยละ 38.76 ไม่กินยามื้อกลางวัน ร้อยละ 51.94 ไม่กินยามื้อเย็น ร้อยละ 6.98 และที่กินยามื้อก่อนนอนค่าย ร้อยละ 2.32

ค่า E.O. ได้จากการที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ 3 เวลา ต่อวัน และกินยามากกว่า 3 เวลา ต่อวัน เป็นจำนวน 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.12 ค่า E.S. เป็นค่าที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบตามจำนวนครั้งต่อวัน รวมกับการที่ผู้ป่วยกินยารับตามจำนวนครั้งต่อวัน แต่ไปกินยาเวลาอื่น 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.51 ค่า E.M. ได้จากการที่ผู้ป่วยกินยาคามใจตัวเอง รวม 30 ราย

คิดเป็นร้อยละ 5.88

ยา 4 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน (จำนวน 486 รายจาก 515 ตัวอย่าง)

ผู้ป่วยที่กินยาถูกต้อง ร้อยละ 62.55 จากจำนวนผู้ป่วย 486 ราย โดยที่เหลือร้อยละ 37.45 เป็นผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้อง และในจำนวนผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้องนั้น พบว่ากินยาเพียง 1 มื้อ ร้อยละ 2.84 กินยา 2 มื้อ ร้อยละ 34.01 กินยา 3 มื้อ ร้อยละ 63.12 โดยผู้ป่วยไม่กินยามื้อเช้า ร้อยละ 18.14 ไม่กินยามื้อกลางวัน ร้อยละ 32.84 ไม่กินยามื้อเย็น ร้อยละ 11.76 ไม่กินยาก่อนนอน ร้อยละ 37.26

ค่า E.O. ที่ได้นั้น จากจำนวนผู้ป่วยที่กินยาไม่ครบตามจำนวนครั้งต่อวัน 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.01 ค่า E.S. เป็นจำนวนผู้ป่วยที่ทราบช่วงเวลาของการกินยา แต่ไม่กินตามนั้น 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.01 ค่า E.M. ได้จากจำนวนผู้ป่วยกินยาเอง 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.44

ยาทุก 6 ชั่วโมง (จำนวน 295 ราย จาก 515 ตัวอย่าง)

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 295 ราย กินยาได้ถูกต้องร้อยละ 24.07 กินยาไม่ถูกต้องร้อยละ 75.93 ซึ่งการกินยาไม่ถูกต้องนั้น เป็นการกินยารวันละ 6 ครั้ง ร้อยละ 0.59 กินยารวันละ 3 ครั้ง ร้อยละ 73.81 กินยารวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 22.62 กินยารวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 2.98 โดยผู้ป่วยไม่กินยามื้อเช้า ร้อยละ 8.07 ไม่กินยามื้อกลางวัน ร้อยละ 14.35 ไม่กินยามื้อเย็น ร้อยละ 3.59 ไม่กินยาก่อนนอน ร้อยละ 73.99

ค่า E.O. ได้จากผู้ป่วยที่กินยาไม่ครบตามจำนวนครั้งต่อวัน จำนวนยาที่ได้ผิดไป 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ค่า E.S. ได้จากผู้ป่วยที่กินยาไม่ครบ 4 ครั้ง ตามสั่ง และกินยาครบทั้ง 4 ครั้ง แต่ช่วงระยะเวลาที่กินยานั้นไม่ถูกต้อง พบ 172 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.79 ค่า E.M. ได้จากผู้ป่วยที่กินยาเอง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.21

หมายเหตุ 4 ชั่วโมง เวลาปลูก (จำนวน 468 ราย จาก 515 ตัวอย่าง)

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 468 ราย กินยาได้ถูกต้อง ร้อยละ 44.87 กินยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 55.13 โดยขนาดของยาที่กินเป็นดังนี้

กินเริ่มแรก 1 เม็ด ถ้าไม่หายจึงกินต่ออีก 2 เม็ด ร้อยละ 3.85 กิน 2 เม็ด เมื่อหายแล้ว จึงกิน 1 เม็ด ร้อยละ 10.90 กิน 1 เม็ดตลอด ร้อยละ 26.28 กิน 2 เม็ดตลอด ร้อยละ 31.19 ไม่ได้ค่าตอบร้อยละ 27.78

ค่า E.C. ได้จากผู้ป่วยที่ไม่กินยานั้น และกินยาไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา ทำให้ขนาดของยาที่ได้ไม่ครบ รวมกับผู้ป่วยที่ยังกินยาอยู่ ทั้ง ๆ ที่หายป่วยแล้ว ทำให้ขนาดของยาที่ได้มากเกินไป รวม 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.44 ค่า E.S. ได้จากผู้ป่วยที่กินยาไม่ตรงตามช่วงเวลาที่กำหนด ไม่กินยาทั้ง ๆ ที่ยังมีอาการป่วยอยู่ และเมื่อหายป่วยแล้วยังกินยานั้นต่อไป รวม 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.44 ค่า E.N. นั้น เป็นค่าได้จากกรณีที่ผู้ป่วยกินยาเอง ไม่คำนึงถึงคำสั่งการรักษา พบว่ามีอยู่ 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69

การรักษาไม่ตามสั่งเหล่านี้ เมื่อคำนวณค่าความผิดพลาดออกมาเป็น error of noncompliance (E.N.) จะได้ค่าเฉลี่ย = 40.16 และ combined error (C.E.) ซึ่งรวมความผิดพลาดเนื่องจากผู้รักษาไม่เข้าใจหรือไม่ทราบแน่ชัดในคำสั่งรักษา ที่ปรากฏบนฉลากยา (E.M.) เข้าด้วยแล้ว ความผิดพลาดคิดเป็น C.E. โดยเฉลี่ยจะได้ = 37.25

ในตารางที่ 36 (หน้า 78) เป็นการเปรียบเทียบ E.N. และ C.E. เมื่อมีการรักษาเป็นจำนวนครั้งต่อวันต่าง ๆ กัน ปรากฏว่าทั้ง E.N. และ C.E. มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น เมื่อจำนวนครั้งที่รักษาต่อวันเพิ่มขึ้น นั่นคือ ถ้าคำสั่งรักษาที่ปรากฏบนฉลากยายังมีความซับซ้อนมาก ผู้รักษาจะมีโอกาสที่จะรักษาผิดพลาด หรือรักษาไม่ตรงตามสั่งได้ง่าย

เมื่อนำเอาค่า E.N. และ C.E. มาวิเคราะห์ตามลักษณะประชากร คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โดยพิจารณาค่าความผิดพลาดแต่ละวิธีที่ได้วิเคราะห์ในตารางที่ 35 (หน้า 77) ปรากฏผลดังแสดงไว้ในตารางที่ 37.1 - 37.8 (หน้า 79 - 94) ว่า ลักษณะประชากรไม่เป็น

ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การใช้จ่ายไม่ตามสั่ง มีมากขึ้นหรือน้อยลง คือมีค่า B.N. โดยเฉลี่ยในทุกกลุ่มของประชากร ประมาณร้อยละ 35.13 และค่า C.B. โดยเฉลี่ยในทุกกลุ่มของประชากร ร้อยละ 31.92 ส่วนความถี่ของการใช้บริการก็เช่นเดียวกัน ไม่เป็นปัจจัยที่จะทำให้การใช้จ่ายไม่ตามสั่งมีมากขึ้นหรือน้อยลง

จากรายงานวิจัยนี้ ผลที่ปรากฏในการใช้จ่ายไม่ตามสั่งของคนไทยนั้น มีลักษณะบางประการแตกต่างกับที่มีรายงานในต่างประเทศ ที่น่าสังเกตหลายประการ เช่น เพศไม่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการใช้จ่ายไม่ตามสั่ง ซึ่งรายงานของ Dixon (1957) กล่าวว่า เพศหญิงมักจะมีการใช้จ่ายไม่ตามสั่งมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ว่า ในรายงานวิจัยฉบับนี้มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนเพศหญิงและชายไม่เท่ากัน ค่าเฉลี่ยที่ให้อาจขาดความแม่นยำไปได้ แต่จากรายงานนี้ก็ปรากฏว่า ยังมีความซับซ้อนในการใช้จ่ายมากขึ้น ก็จะมีมีการใช้จ่ายไม่ตามสั่งมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับผลงานในต่างประเทศหลายรายงาน

การวิจัยนี้ทำให้ได้ผลปรากฏว่า ประชากรไทยยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่าย จึงเกิดการใช้จ่ายผิดพลาด ผิดวิธี การลืมนำเงินไป และอื่น ๆ นอกจากนั้นยังแสดงให้เห็นว่า การบริการทางยาที่ให้แก่ผู้บริโภคานั้น สูงเกินไปมีประโยชน์ และเมื่อพิจารณา error of commission คือ การใช้จ่ายนอกสั่ง หรือที่แพทย์ไม่ได้สั่งก็จ่ายแล้ว จะปรากฏว่าการใช้จ่ายในประเทศไทย เป็นการใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือยเปล่าประโยชน์ เป็นมูลค่ามหาศาลในการใช้จ่ายไม่ตามสั่งนั้น การแก้ปัญหากรณีนี้อาจจะทำได้หลายทาง ได้แก่ การให้การศึกษาวិธีการใช้จ่ายที่ถูกต้อง ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการใช้จ่ายตามสั่ง การปรับปรุงคำสั่งในการใช้จ่ายที่ปรากฏบนฉลากยาให้เหมาะสม ง่ายแก่การเข้าใจ และหลายกรณี การใช้ฉลากเสริมอาจช่วยแก้หรือลดปัญหาได้บ้าง การแก้ปัญหาเหล่านี้วิธีการที่น่าจะได้กระทำโดยด่วน คือ การวิจัยเพื่อหาช่องทางหรือวิธีการ ในการที่จะทำให้ผู้ได้รับยาเข้าใจและใช้จ่ายอย่างถูกต้อง