บทที่ 5

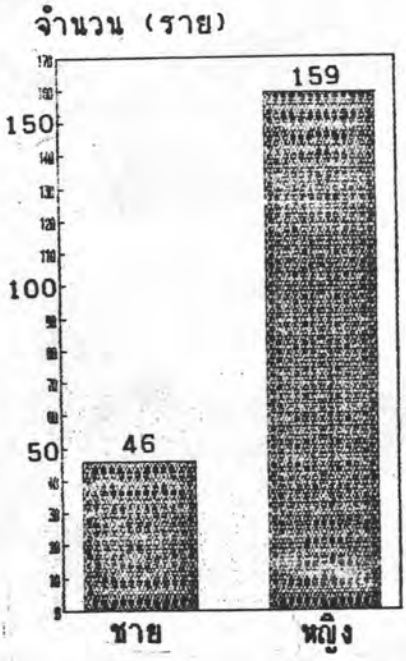
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. จำนวนผู้ป่วยของคลินิก

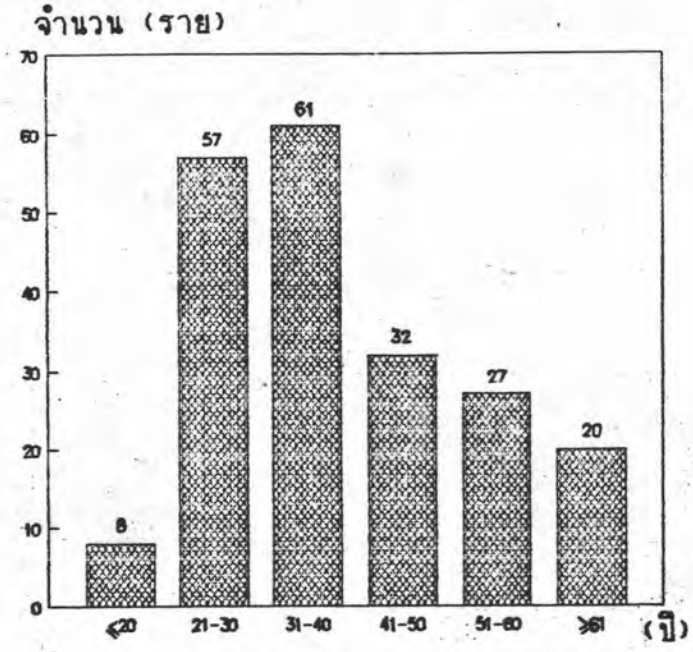
จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน พบว่าคลินิกโรคข้อ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 42 ราย โดยมีพิสัย 12-77 รายต่อวัน (ข้อมูลช่วง 6 เดือนแรกของปี 2533) การคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน และระยะเวลาการนัดโดยเฉลี่ย สามารถประมาณจำนวนผู้ป่วยของคลินิกอย่างคร่าว ๆ ว่าอยู่ในราว 800 คน (19)

2. ลักษณะประชากร

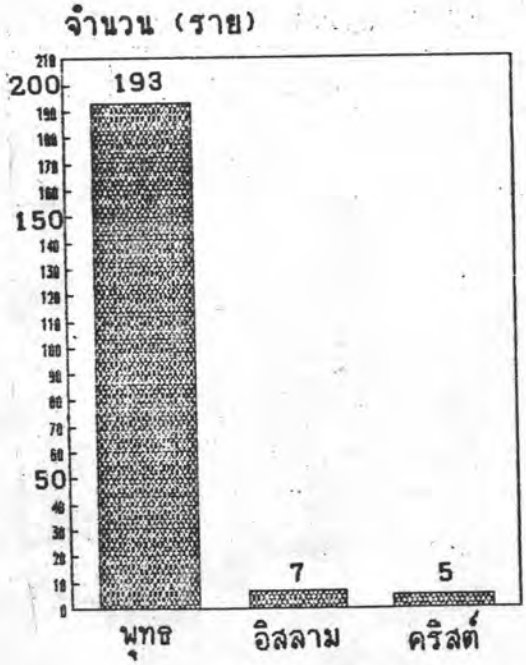
ในการวิจัยนี้ ได้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากบัตรตรวจโรคของผู้ป่วย จำนวน 205 ราย ซึ่งมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ ดังต่อไปนี้คือ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 3.5 ต่อ 1 อายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 74 ปี และอายุเฉลี่ยเป็น 39 ปี (SD = $\pm$ 13.8) ช่วงอายุที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือ 21-40 ปี คิดรวมเป็นร้อยละ 57.4 ของทั้งหมด ผู้ป่วยร้อยละ 94.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 46.3 ได้รับการศึกษาต่ำกว่าประถมปีที่ 7 ผู้ที่ไม่มีอาชีพและไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 43.9 ร้อยละ 50.2 ของผู้ป่วยสมรสแล้วและยังอยู่กับคู่สมรส และมีเพียงร้อยละ 8.3 ที่อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้อยู่กับครอบครัว



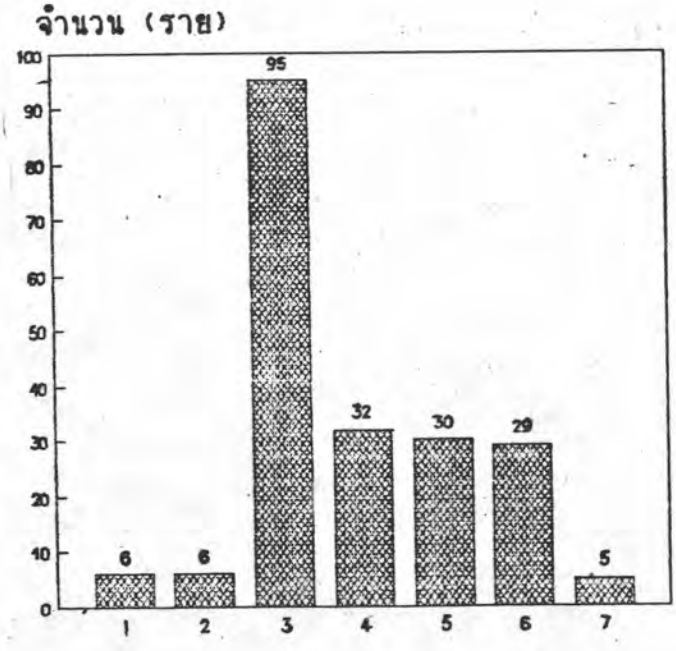
ภาพที่ 1 แสดงเพศของผู้ป่วย



ภาพที่ 2 แสดงช่วงอายุของผู้ป่วย



ภาพที่ 3 แสดงศาสนาของผู้ป่วย



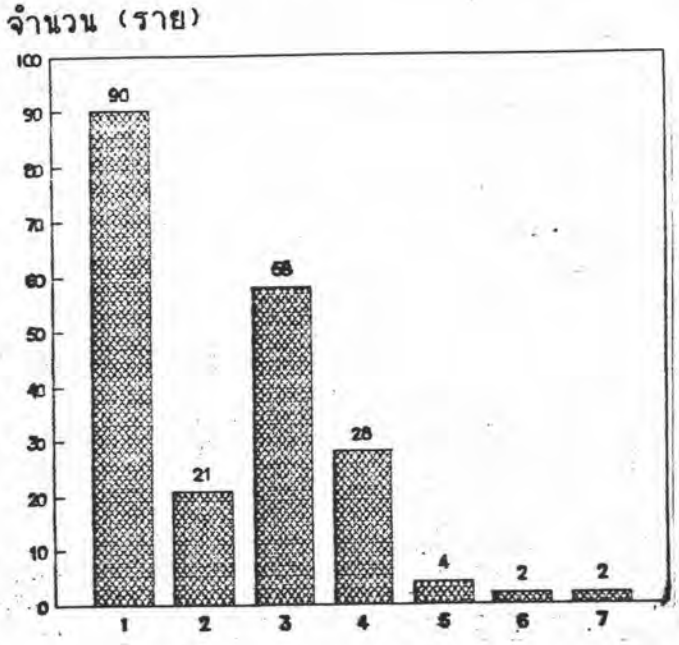
ภาพที่ 4 แสดงระดับการศึกษาของผู้ป่วย

1=ไม่ได้เรียน อ่านไม่ออก 2=ไม่ได้เรียน แต่อ่านออก

3=ต่ำกว่า ป.7 4=ป.7 - ม.3

5=ม.4 - ม.6 6=ปริญญาตรี

7=ปริญญาโท



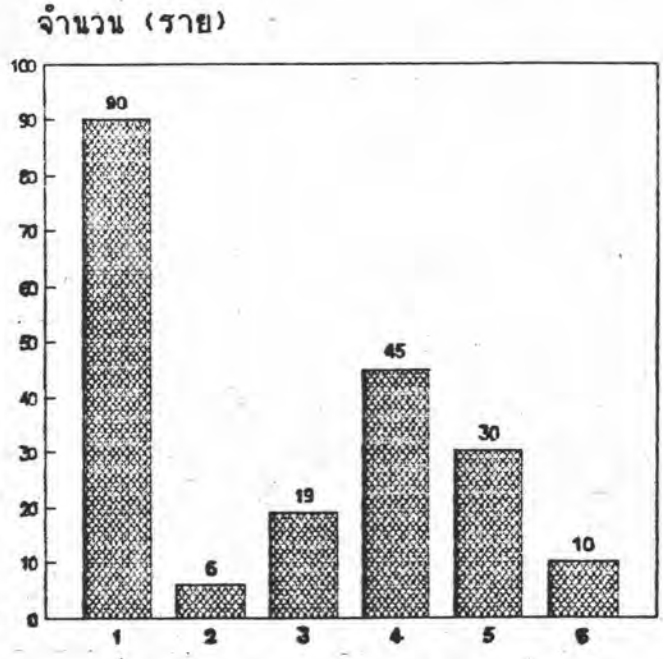
ภาพที่ 5 แสดงอาชีพของผู้ป่วย

1=ไม่มีอาชีพ 2=ค้าขาย

3=รับจ้าง 4=ราชการ รัฐวิสาหกิจ

5=เกษตรกรรม 6=นักเรียน นักศึกษา

7=พระ นักบวช

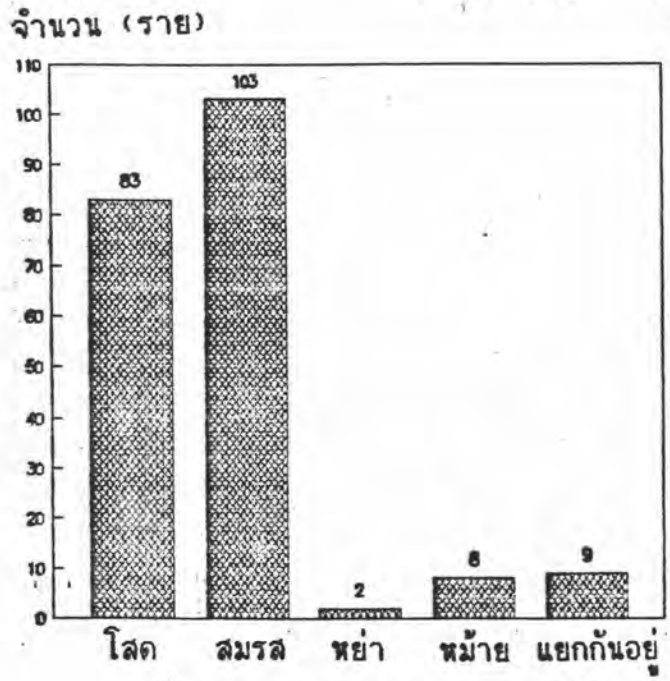


ภาพที่ 6 แสดงรายได้ของผู้ป่วย(บาท)

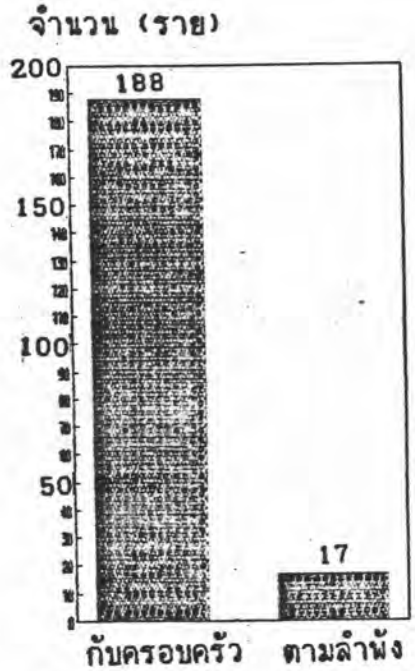
1=ไม่มีรายได้ 2=ต่ำกว่า 1,000

3=1,000-2,000 4=2,001-5,000

5=5,001-10,000 6=มากกว่า 10,000



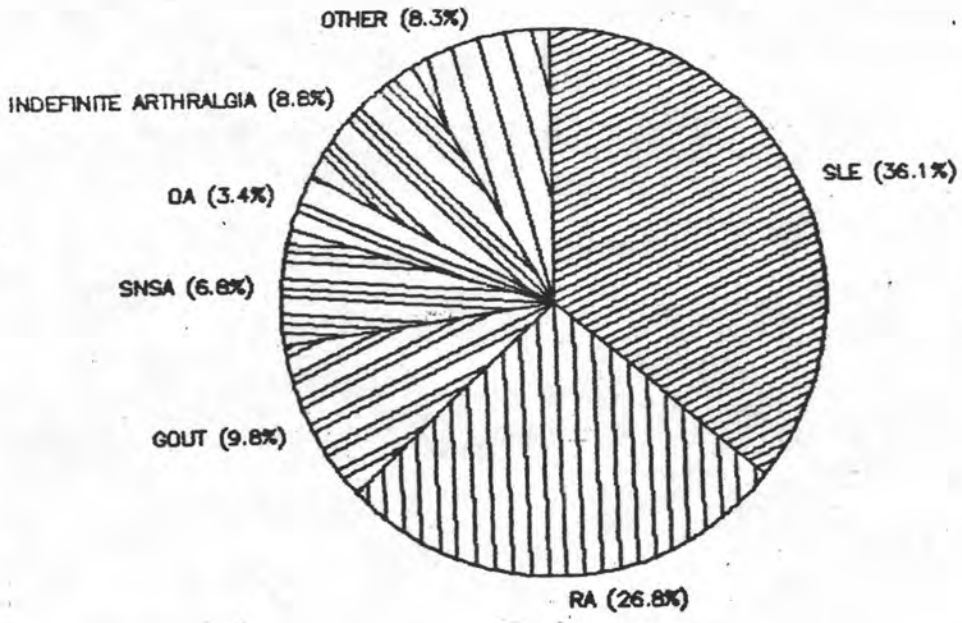
ภาพที่ 7 แสดงสถานภาพสมรสของผู้ป่วย



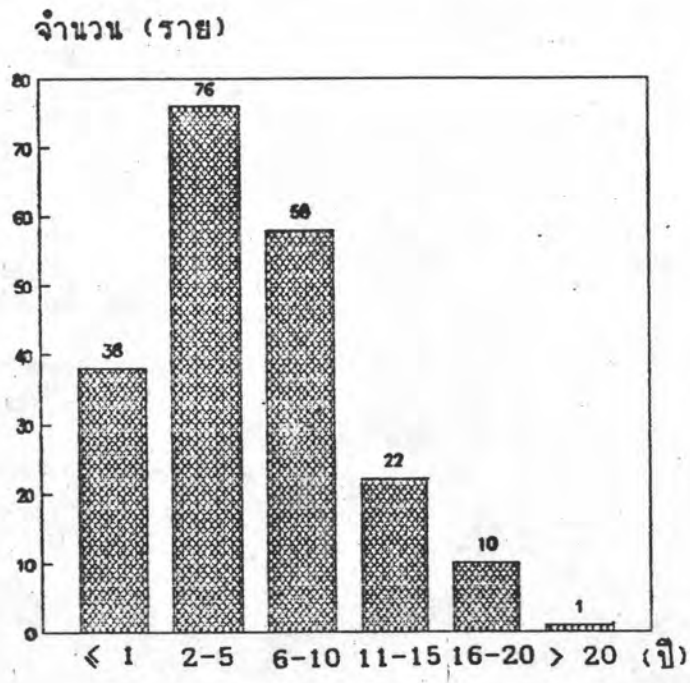
ภาพที่ 8 แสดงการอยู่อาศัยของผู้ป่วย

3. <u>โรคของผู้ป่วย</u>

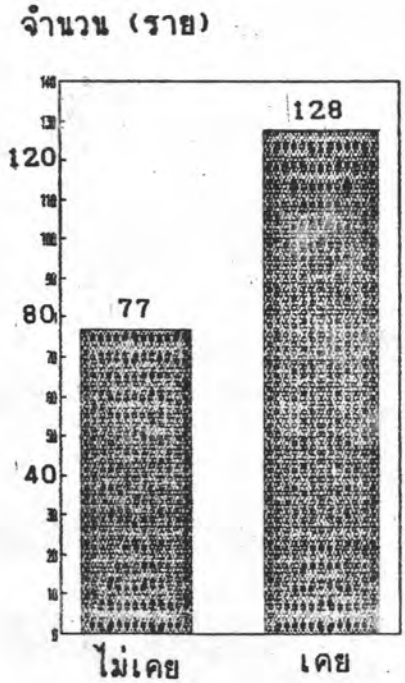
ผู้ป่วยในการวิจัยนี้เป็นโรคลูปุส ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และเกาต์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.1, 26.8 และ 9.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อมานาน 2-10 ปี รวมเป็นร้อยละ 65.4 ของทั้งหมด และระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคคือ 6.1 ปี (SD = ± 5.2) ส่วนมากคือร้อยละ 62.9 เคยรับการรักษาจากคลินิกอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นมาก่อน ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่เกิน 1 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 43.9 สำหรับระยะเวลารักษาที่คลินิกโรคข้อมีความผันแปรมาก เฉลี่ย 3.9 ปี (SD = ± 4.2) ผู้ป่วยร้อยละ 38.1 เคยเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมาแล้ว และร้อยละ 16.1 เคยเข้าโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 73.7) มีอาการของโรคปรากฏอยู่ในขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ อาการปวด บวม ติงขัดของข้อ รวมทั้ง ไข้ ผื่น ผมร่วง ในโรคลูปุส ร้อยละ 88.1 ของผู้ตอบคำถามเห็นว่าตนเองอยู่ในระยะที่อาการคงที่หรือดีขึ้นกว่าเดิม มีเพียงร้อยละ 11.9 ที่เห็นว่าอาการเลวลง สำหรับปัญหาซับซ้อนของโรคจะพิจารณาจากการมีปัญหาหรือโรคอื่นร่วมกับโรคข้อ อาการที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ และภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือจากการใช้ยา ตัวอย่างของปัญหาซับซ้อนนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจด้วย ผู้ป่วยลูปุสที่มีภาวะของโรคไต (renal involvement) ผู้ป่วยที่เกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ติดต่อกันนาน เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.6 ไม่มีปัญหาซับซ้อนดังกล่าวเลย ร้อยละ 24.4 มี 1 ปัญหา ส่วนอีกร้อยละ 20 มีปัญหาซับซ้อนในลักษณะใดลักษณะหนึ่งร่วมกันมากกว่า 1 ปัญหา โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะมีการนัดตรวจ 9.8 ครั้งต่อปี (SD = ± 6.4) หรือประมาณ 1.2 เดือนต่อครั้ง



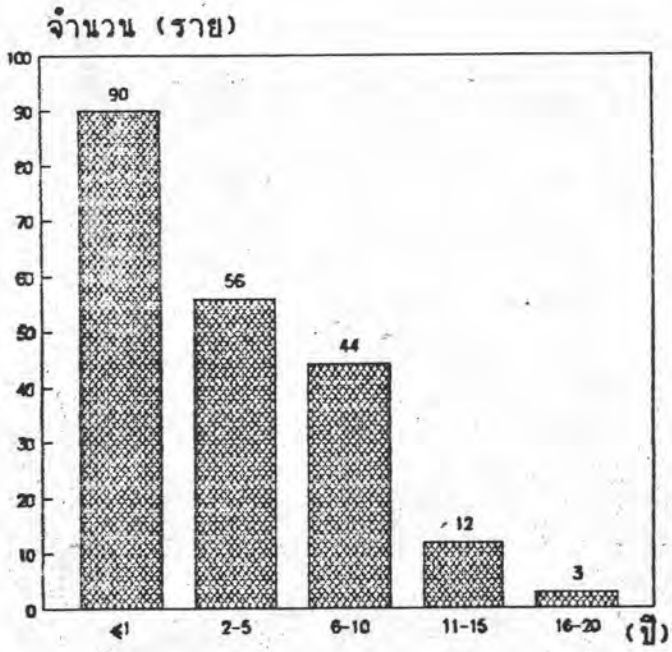
ภาพที่ 9 แสดงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย



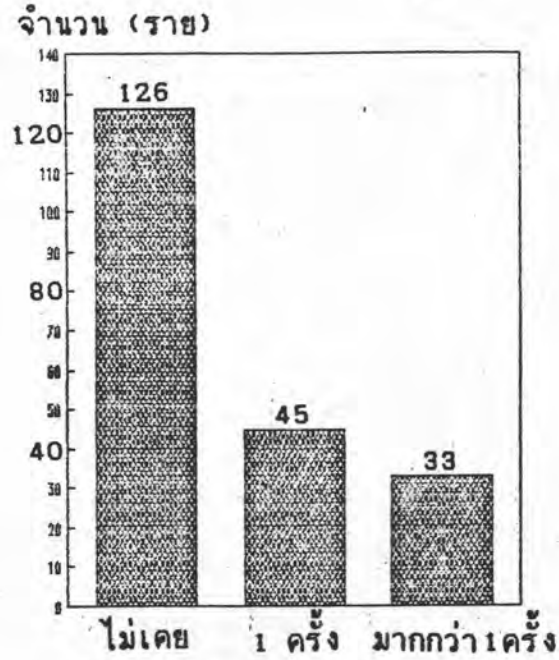
ภาพที่ 10 แสดงระยะเวลาการเป็นโรค



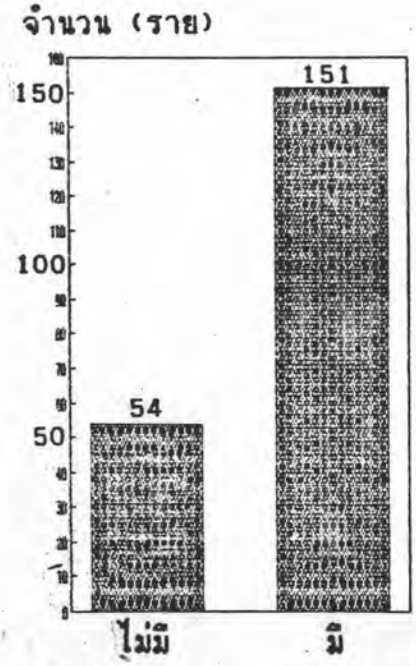
ภาพที่ 11 แสดงการรักษาก่อนหน้า



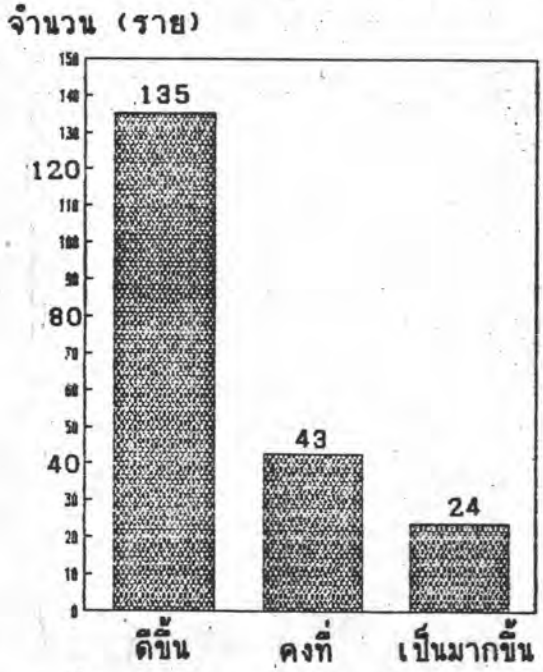
ภาพที่ 12 แสดงระยะเวลาการรักษาที่คลินิกโรคข้อ (N = 204)



ภาพที่ 13* แสดงการเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล



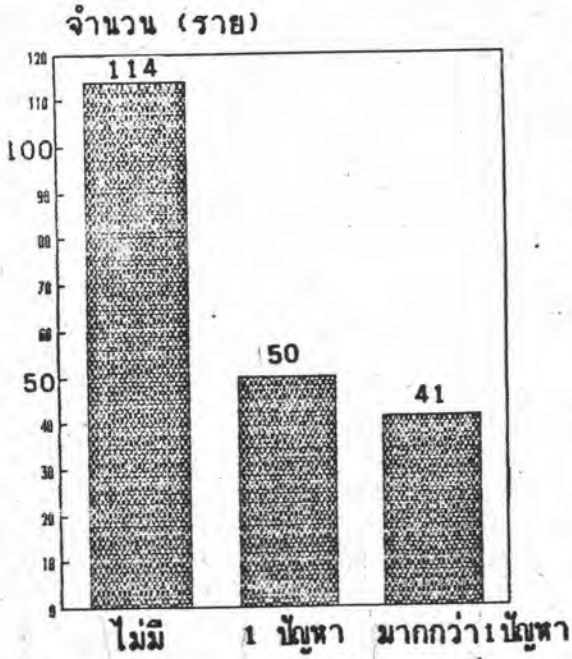
ภาพที่ 14 แสดงการปรากฏอาการของโรค



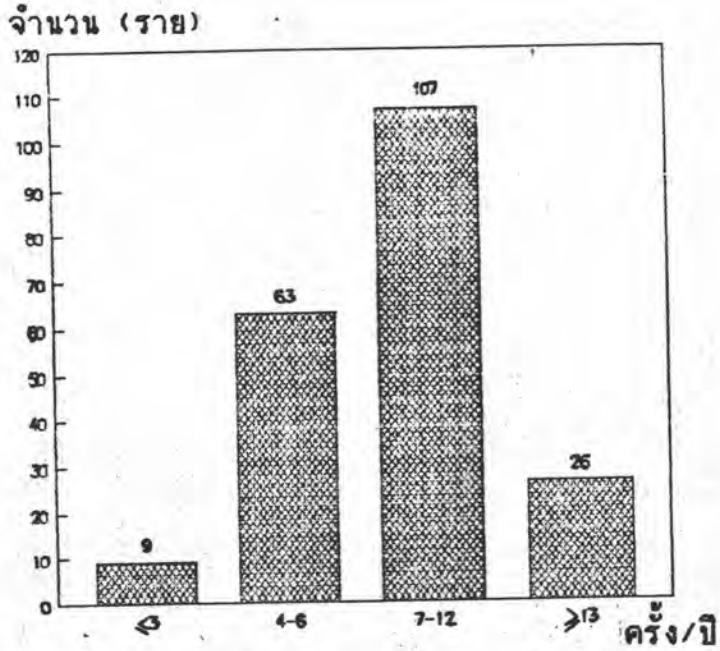
ภาพที่ 15* แสดงสภาวะของโรค (N = 202)

*จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามหรือเก็บข้อมูลได้น้อยกว่า 205 ราย

(สาเหตุได้แก่ :-ไม่มีบันทึกในบัตรตรวจโรค :-เก็บข้อมูลไม่ครบแล้วตามบัตรตรวจโรคไม่ได้อีก
:-ผู้ป่วยไม่ตอบคำถาม :-ผู้ป่วยตอบว่าไม่ทราบ
:-ผู้ป่วยตอบไม่ตรงคำถามหรือสรุปความเห็นของผู้ป่วยไม่ได้
:-ผู้วิจัยถามไม่ครบ แล้วตามผู้ป่วยไม่ได้อีก)



ภาพที่ 16 แสดงปัญหาซับซ้อนของโรค



ภาพที่ 17 แสดงความถี่การนัดตรวจ

4. <u>ลักษณะการใช้ยา</u>

สำหรับยาที่ผู้ป่วยใช้ พบว่าโดยเฉลี่ย ใช้ยา 2.3 ขนาน (SD + $\pm$ 1.4) ต่ำสุด 1 ขนาน สูงสุด 10 ขนาน จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาในแต่ละวันเฉลี่ย = 2.0 ครั้ง (SD = $\pm$ 1.1) ต่ำสุด 0.1 ครั้ง (คือสัปดาห์ละครั้ง) และสูงสุดวันละ 7 ครั้ง นอกจากจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาต่อวันแล้ว ยังพิจารณาจำนวนครั้งที่ต้องจัดยาในแต่ละวัน คือผลรวมจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาแต่ละขนานในแต่ละวันด้วย ตัวอย่างเช่น แพทย์กำหนดให้ใช้ยา 2 ขนาน ขนานแรกใช้หลังอาหารเช้าและก่อนนอน ขนานที่สองใช้หลังอาหาร 3 เวลา จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาในแต่ละวัน คือ 4 ครั้ง (หลังอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน) ส่วนจำนวนครั้งที่ต้องจัดยาจะเป็น 5 ครั้งต่อวัน (2 ครั้งสำหรับยาขนานแรก และ 3 ครั้งสำหรับยาขนานที่สอง) พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ต้องจัดยาในแต่ละวันในการวิจัยนี้เป็น 3.3 ครั้ง (SD = $\pm$ 2.5) ต่ำสุดสัปดาห์ละครั้ง สูงสุด 17.5 ครั้งต่อวัน (ยาที่ใช้วันเว้นวันคิดเป็น 0.5 ครั้งต่อวัน)

ประเภทยาที่ผู้ป่วยใช้แบ่งตามกลุ่มยา 4 กลุ่มใหญ่ และการใช้ยาร่วมกันแต่ละกลุ่มตาม ตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มยาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ กลุ่มที่ 2 ใช้ยาต้านอักเสบ

ประเภทที่ไม่ใช่สเตอรอยด์เดี่ยว ๆ คิดเป็นร้อยละ 17.6 รองลงมาคือกลุ่มที่ 6 ใช้ยาสเตอรอยด์เพรดนิโซโลนร่วมกับยาชะลอหรือปรับขบวนการของโรคข้อ (remitting drug, DMARD) โคลชิซีน ยากดภูมิคุ้มกัน ยาต้านการทำงานของเกร็ดเลือด หรือยาสำหรับโรคเกาต์ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดคิดเป็นร้อยละ 13.2 กลุ่มที่ใช้รองลงมาอีกคือกลุ่มที่ 9 ใช้ยาต้านอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ร่วมกับยาอื่นที่ไม่ใช่ยาสำหรับโรคข้อคิดเป็นร้อยละ 10.2 สำหรับผู้ที่ใช้เพรดนิโซโลนเดี่ยว ๆ มีจำนวนพอ ๆ กับที่ใช้เพรดนิโซโลนร่วมกับยาอื่นที่ไม่ใช่ยาสำหรับโรคข้อ (กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 7 ตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 9.3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละจำแนกตามกลุ่มยาที่ใช้

กลุ่มที่	ประเภท	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1	Steroid (prednisolone)	19	9.3
2	NSAID	36	17.4
3	DMARD, colchicine, immunosuppressive agent, antigout, antithrombotic agent	9	4.4
4	ยาอื่นนอกเหนือจากกลุ่มที่ 1, 2 และ 3	7	3.4
5	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 2	7	3.4
6	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 3	27	13.2
7	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 4	19	9.3
8	กลุ่มที่ 2 + กลุ่มที่ 3	10	4.9
9	กลุ่มที่ 2 + กลุ่มที่ 4	21	10.2
10	กลุ่มที่ 3 + กลุ่มที่ 4	15	7.3
11	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 2 + กลุ่มที่ 3	4	2.0

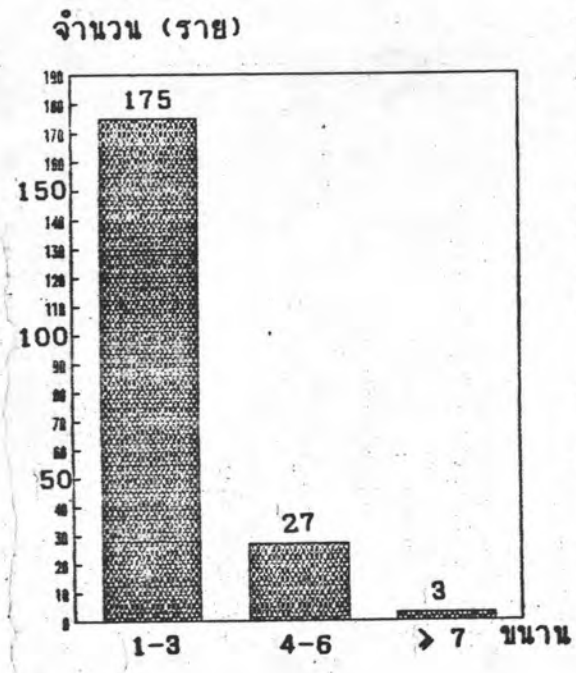
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละจำแนกตามกลุ่มยาที่ใช้ (ต่อ)

กลุ่มที่	ประเภท	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
12	กลุ่มที่ 2 + กลุ่มที่ 3 + กลุ่มที่ 4	3	1.5
13	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 2 + กลุ่มที่ 4	4	2.0
14	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 3 + กลุ่มที่ 4	17	8.3
15	กลุ่มที่ 1 + กลุ่มที่ 2 + กลุ่มที่ 3 + กลุ่มที่ 4	7	3.4
	รวม	205	100.2

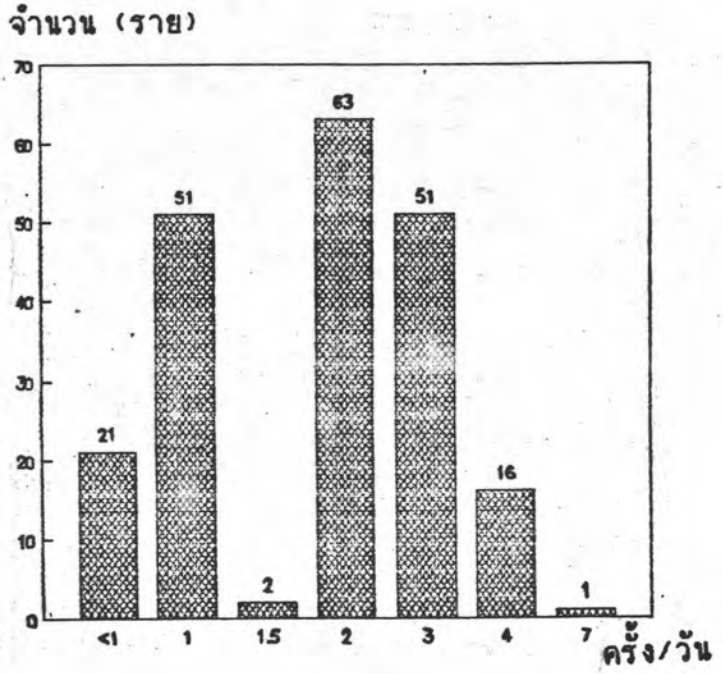
จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้เพรดนิโซโลนมีจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา (คือกลุ่มที่ 1 + 5 + 6 + 7 + 11 + 13 + 14 + 15) เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคข้อจำนวนมากที่ต้องใช้ยาสเตอรอยด์และมักจะต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานด้วย เนื่องจากยานี้มีข้อระวังการใช้หลายประการ เกิดอาการข้างเคียงได้มาก และยังอาจเกิดการติดยา (steroid dependent) ได้ด้วย จึงเป็นกลุ่มที่น่าจะได้รับความรู้เป็นพิเศษเกี่ยวกับการใช้ยานี้

เมื่อถามถึงอาการข้างเคียงจากยาที่กำลังใช้อยู่ ผู้ป่วย 75 รายคิดเป็นร้อยละ 36.6 รายงานว่าเกิดอาการข้างเคียง (ไม่รวมที่เคยเกิดอาการข้างเคียงจากยาอื่นที่ใช้มาก่อน) ผู้ป่วยส่วนมากใช้บัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย หรือนำใบเสร็จรับเงินค่ายาไปเบิกคืนได้ คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนผู้ที่ชำระค่ายาเอง ส่วนมากจะเสียค่ายาไม่เกิน 200 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.4 สำหรับความถี่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ยา (change of dosage regimen) จะพิจารณาการเปลี่ยนชนิดและ/หรือขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กรณีที่รักษามาไม่ถึง 1 ปี ก็

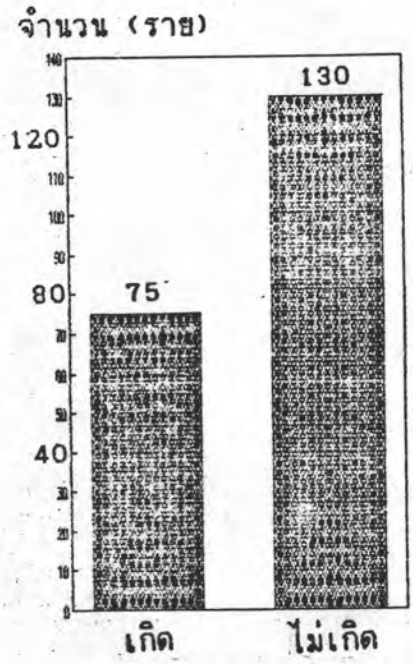
จะนับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ยาทั้งหมด พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ยา 2.7 ครั้งต่อปี (SD = $\pm$ 2.6) โดยผู้ป่วยร้อยละ 24.9 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ยาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 59.5 มีการเปลี่ยนแปลง 1-5 ครั้งต่อปี



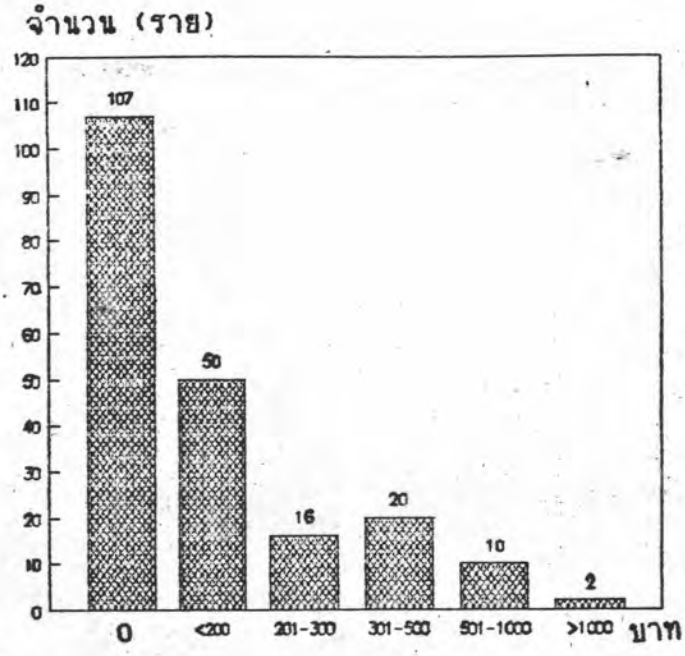
ภาพที่ 18 แสดงจำนวนขนานยา



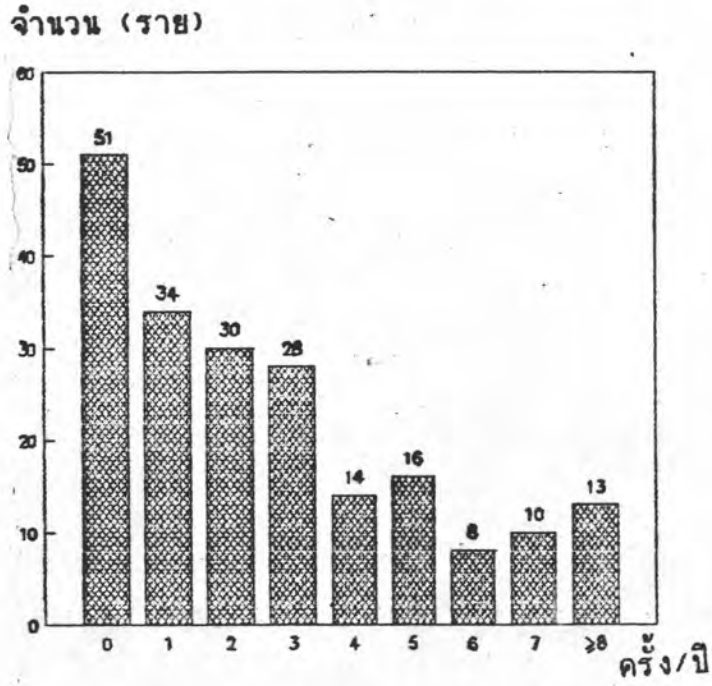
ภาพที่ 19 แสดงจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาต่อวัน



ภาพที่ 20 แสดงการเกิดอาการข้างเคียงจากยา



ภาพที่ 21 แสดงค่ายา
(0 หมายถึง ใช้บัตรสงเคราะห์หรือเบิกค่ายาได้)



ภาพที่ 22* แสดงความถี่ของการเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยา
(N = 204)

*จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามหรือเก็บข้อมูลได้น้อยกว่า 205 ราย

5. <u>ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา</u>

ในแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย มีคำถามที่ถามผู้ป่วยถึงชื่อโรค ชื่อยาที่ใช้ วัตถุประสงค์ของการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดได้สำหรับยาแต่ละขนานที่ผู้ป่วยใช้ ซึ่งจะนำมาประเมินเป็นคะแนนความรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีคะแนนรวมสูงสุดเป็น 4 และต่ำสุดเป็น 0 ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

หมวดคำถาม	คะแนน	คำตอบของผู้ป่วย
ชื่อโรค	1	ตอบถูก
	0	ตอบไม่ได้หรือตอบผิด
ชื่อยา	1	ตอบถูกตั้งแต่ครึ่งหนึ่งสำหรับยาที่ใช้ทั้งหมด
	0	ตอบถูกไม่ถึงครึ่งหนึ่ง
วัตถุประสงค์การใช้ยา	1	ตอบถูกตั้งแต่ครึ่งหนึ่งสำหรับยาที่ใช้ทั้งหมด
	0	ตอบถูกไม่ถึงครึ่งหนึ่ง
อาการข้างเคียงจากยา	1	ตอบได้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป
	0	ตอบไม่ได้

จากคะแนนของผู้ป่วยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่ได้คะแนนรวม = 0

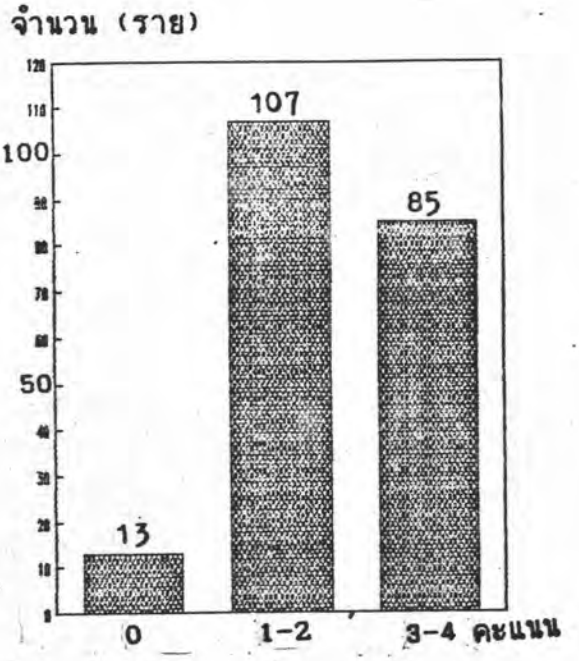
กลุ่มที่ 2 ผู้ที่ได้คะแนนรวม = 1 หรือ 2

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้คะแนนรวม = 3 หรือ 4

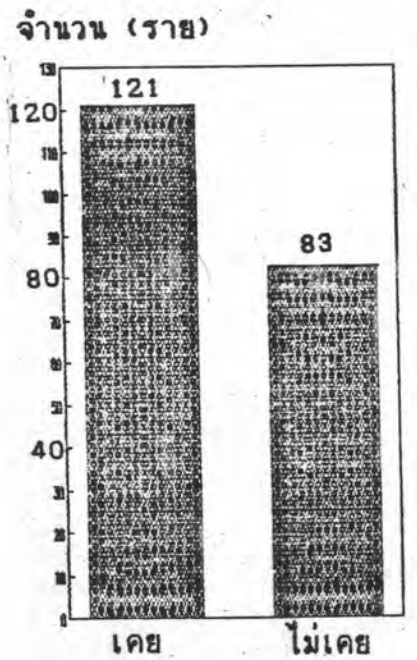
ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52.2 ได้คะแนนความรู้เป็น 1 หรือ 2 และมีผู้ป่วยร้อยละ 6.3 ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและยาไม่ได้เลยแม้แต่ข้อเดียว

คือได้คะแนนรวมเป็น 0 ในการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคข้อชนิดใด อาจเนื่องมาจากชื่อโรคเป็นภาษาอังกฤษ เช่น รูมาตอยด์ ลูปุส หรือ เอส.แอล.อี. (SLE) ทำให้ผู้ป่วยจำยากหรือออกเสียงยาก ผู้ป่วยลูปุสบางรายบอกว่าตนเองเป็นรูมาตอยด์บ้าง โรคไตบ้าง หรือบอกได้เพียงว่าชื่อโรคเป็นภาษาอังกฤษ 3 ตัว การที่ผู้ป่วยไม่ทราบชื่อโรคของตนเอง หรือทราบผิดๆ หากต้องไปรับการรักษาที่อื่นก็อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาต้องเสียเวลามากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสับสนกับชื่อโรค เมื่อไปอ่านบทความหรือเอกสารที่แนะนำเกี่ยวกับโรคข้อด้วยตนเองก็อาจเกิดความเข้าใจผิดและปฏิบัติตัวผิดได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหลายรายมักจะบอกว่าไม่กล้ากินเครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ทั้งที่ความจริงแล้วเป็นข้อห้ามเฉพาะในโรคเกาต์เท่านั้น สำหรับชื่อยา วัตถุประสงค์การใช้ยา รวมทั้งอาการข้างเคียงจากยา อาจเป็นเรื่องค่อนข้างยากสำหรับผู้ป่วยที่จะทำความเข้าใจหรือจดจำ พิจารณาจากเกณฑ์การให้คะแนนซึ่งวัดความรู้พื้นฐานที่น่าจะต้องทราบเท่านั้น ก็ยังพบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่งตอบได้เพียง 1 หรือ 2 ข้อเท่านั้น

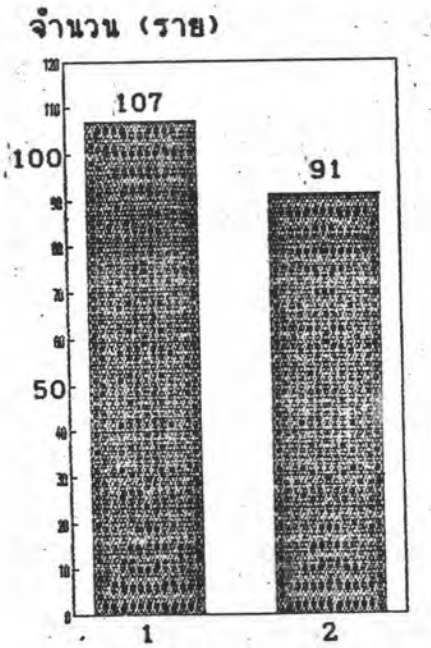
เนื่องจากทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีบริการให้สุขศึกษาแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยโรคข้อด้วย ในการวิจัยจึงได้สำรวจผู้ที่เคยได้รับการสอนสุขศึกษาดังกล่าวด้วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 59 เคยได้รับการสอนมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และเมื่อถามว่าผู้ป่วยได้รับคำอธิบายหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้มากพอหรือไม่ ผู้ป่วยร้อยละ 54 ตอบว่า พอแล้วหรือไม่ต้องการทราบอีก ส่วนอีกร้อยละ 46 ตอบว่า ยังทราบไม่พอหรืออยากทราบเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 23 แสดงคะแนนความรู้ของผู้ป่วย



ภาพที่ 24* (N = 204) แสดงการรับบริการสุขศึกษาของคลินิก



ภาพที่ 25* (N = 198) ความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคและยา

1 = พอแล้ว ไม่ต้องการทราบเพิ่ม

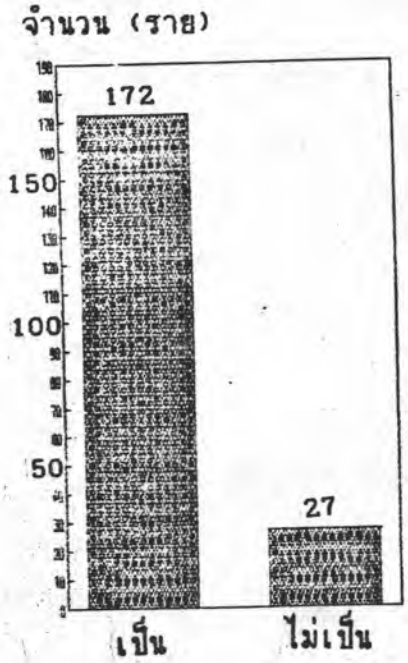
2 = ยังไม่พอ อยากทราบเพิ่ม

*จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามหรือเก็บข้อมูลได้น้อยกว่า 205 ราย

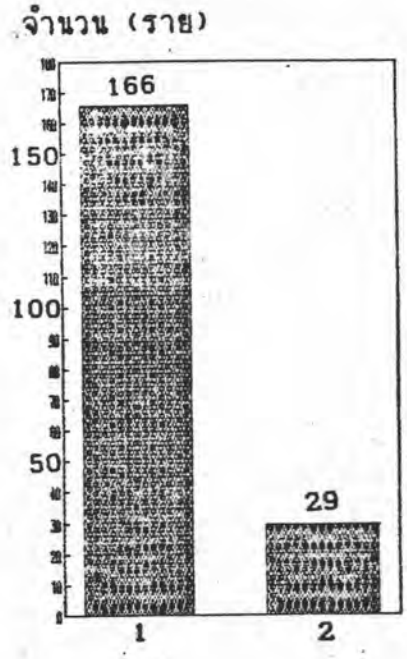
6. ทัศนคติเกี่ยวกับโรค การรักษา และบริการทางการแพทย์

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อโรคและการรักษา พบว่า ร้อยละ 86.4 ของผู้ที่ตอบคำถามเห็นว่าโรคข้อที่เป็นอยู่นี้เป็นโรคที่รุนแรงและทำให้เกิดอันตรายได้หากไม่รักษา เพียงร้อยละ 13.6 ที่เห็นว่าเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง ร้อยละ 85.1 ของผู้ตอบเห็นว่าวิธีรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันน่าจะรักษาให้หายหรือควบคุมอาการให้เป็นปกติได้ ส่วนร้อยละ 14.9 ที่เหลือเห็นว่าการรักษาคงไม่ได้ผล แต่ผู้ที่เห็นว่ายาที่ใช้อยู่นี้มีประสิทธิภาพดีถึงดีมากมีร้อยละ 71.9 ที่เหลือร้อยละ 28.1 เห็นว่ายาที่ใช้อยู่ได้ผลบ้างหรือไม่ได้ผล มีผู้ป่วยร้อยละ 11.9 ที่ยอมรับว่าเกลียดหรือไม่ชอบการกินยา แต่ส่วนมาก (ร้อยละ 88.1) บอกว่ากินยาได้โดยไม่มีปัญหา เมื่อถามถึงแรงจูงใจหรือเหตุผลในการใช้ยา ผู้ป่วยร้อยละ 49.7 ตอบว่าเพื่อควบคุมอาการไว้ เพื่อป้องกันการกลับเป็น หรือเพื่อรักษาให้หาย ซึ่งรวมเป็นกลุ่มที่ใช้ยาเพื่อการรักษาโรค ผู้ป่วยอีกร้อยละ 28.8 ตอบว่าใช้เพราะแพทย์สั่ง อีกร้อยละ 14.1 ตอบว่าใช้เพื่อแก้ปวดหรือบำบัดอาการที่มี มีหนึ่งรายที่ใช้ยาเนื่องจากมีญาติคอยเตือน ส่วนที่เหลือให้เหตุผลอื่น ๆ เช่น เพราะความเคยชิน หรือเพราะไม่อยากให้ยาเหลือเยอะ

สำหรับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่กล่าวว่าต้องรอตรวจหรือรอรับยานานมีพอ ๆ กับผู้ที่เห็นว่าไม่นาน กล่าวคือ ร้อยละ 46.3 เห็นว่าต้องรอตรวจเป็นเวลานาน ส่วนผู้ที่เห็นว่าต้องรอรับยาเป็นเวลานานมีร้อยละ 51.5 ผู้ป่วยร้อยละ 56.3 เห็นว่ามักจะไม่ได้ตรวจกับแพทย์คนเดิมแต่เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ส่วนที่เหลือกล่าวว่าได้พบกับแพทย์คนเดิม ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 84.1) เห็นว่าแพทย์ได้ให้เวลาในการตรวจรักษาอย่างเพียงพอ ที่เหลือร้อยละ 15.9 ที่ตอบคำถามเห็นว่าใช้เวลาน้อยเกินไป ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ผู้ป่วยร้อยละ 79.8 ที่ตอบคำถาม เห็นว่าแพทย์มีท่าทางเป็นกันเองพูดคุยตามสบาย ส่วนอีกร้อยละ 18 เห็นว่าแพทย์มีท่าทางเป็นการเป็นงาน ที่เหลือร้อยละ 2 ตอบว่าพบทั้งสองลักษณะ



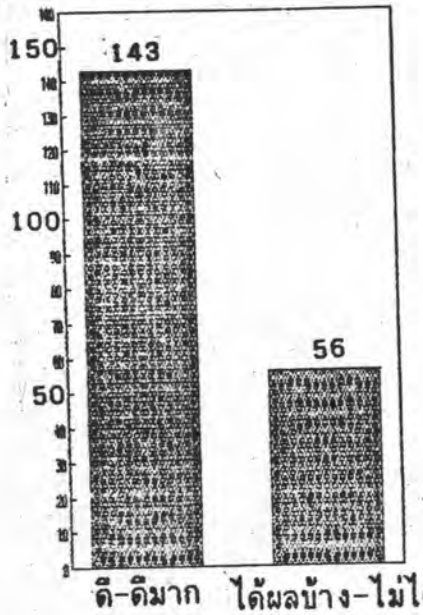
ภาพที่ 26* แสดงความเห็นต่อความเสี่ยงอันตรายของโรค (N = 199)



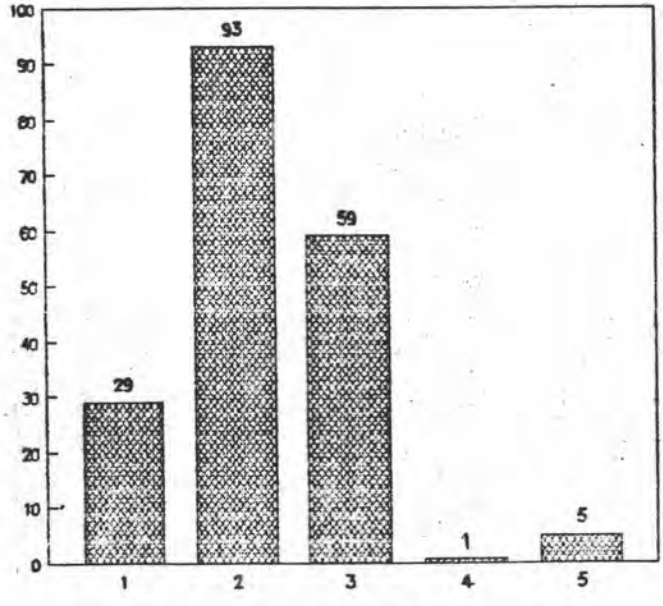
ภาพที่ 27* แสดงความเห็นต่อผลการรักษา (N = 195)

1 = จะสามารถรักษาหรือควบคุมโรคได้ผล

2 = ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมโรคได้



ภาพที่ 28* ความเห็นต่อประสิทธิภาพยาที่ใช้ (N = 199)



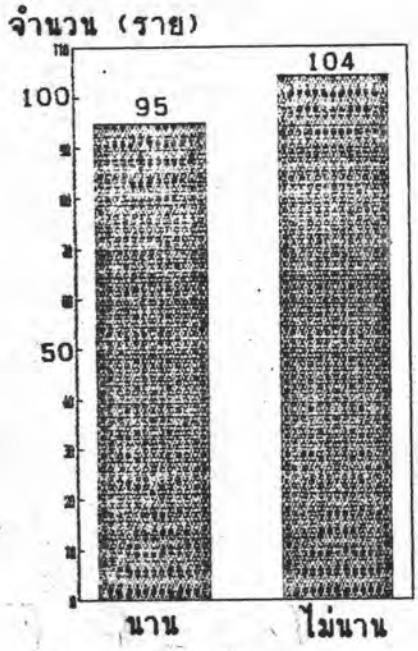
ภาพที่ 29* แรงจูงใจในการใช้ยาของผู้ป่วย (N = 187)

1 = เพื่อแก้ปวด 2 = เพื่อรักษาโรค

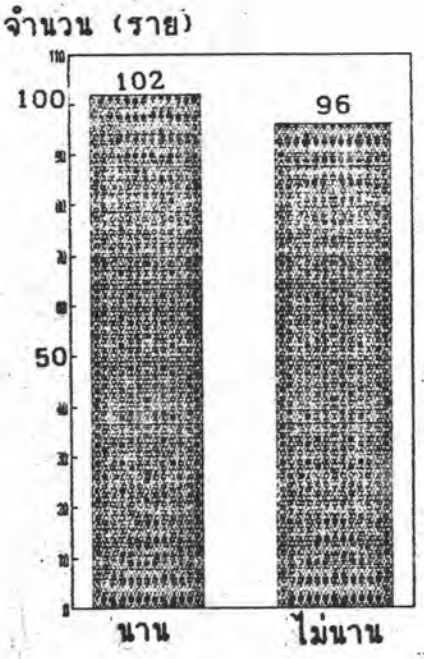
3 = แพทย์สั่งให้ใช้ 4 = มีญาติคอยเตือน

5 = อื่น ๆ

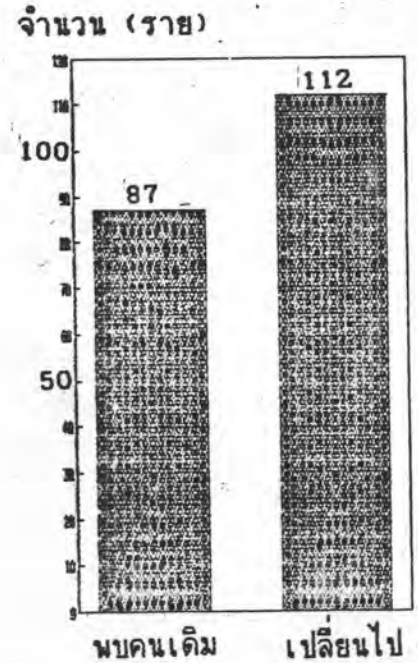
*จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามหรือเก็บข้อมูลได้น้อยกว่า 205 ราย



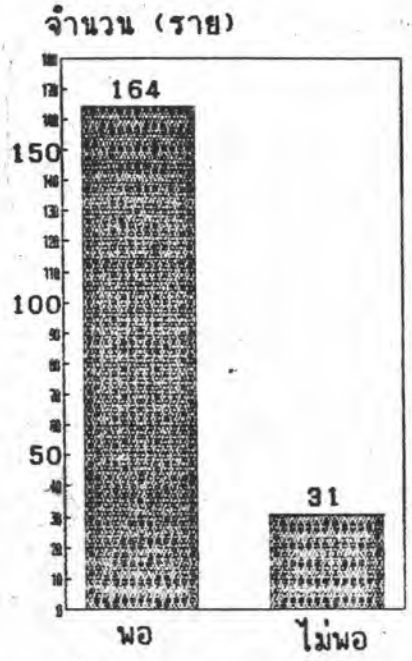
ภาพที่ 30* แสดงความเห็นต่อเวลารอตรวจ
(N = 199)



ภาพที่ 31* แสดงความเห็นต่อเวลารอรับยา
(N = 198)

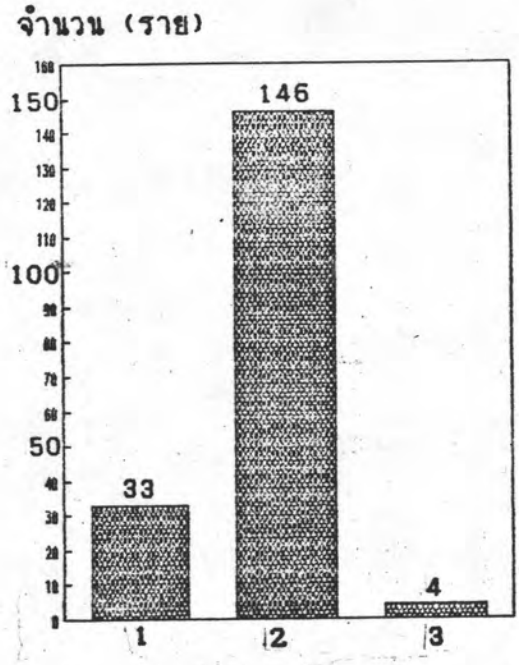


ภาพที่ 32* แสดงการเปลี่ยนแพทย์ผู้ตรวจรักษา
(N = 199)



ภาพที่ 33* แสดงความเห็นต่อเวลาที่ใช้ในการตรวจ
(N = 195)

*จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามหรือเก็บข้อมูลได้น้อยกว่า 205 ราย



ภาพที่ 34* แสดงความสัมพันธ์กับแพทย์ผู้ตรวจ
(N = 183)

1 = เป็นการเป็นงาน

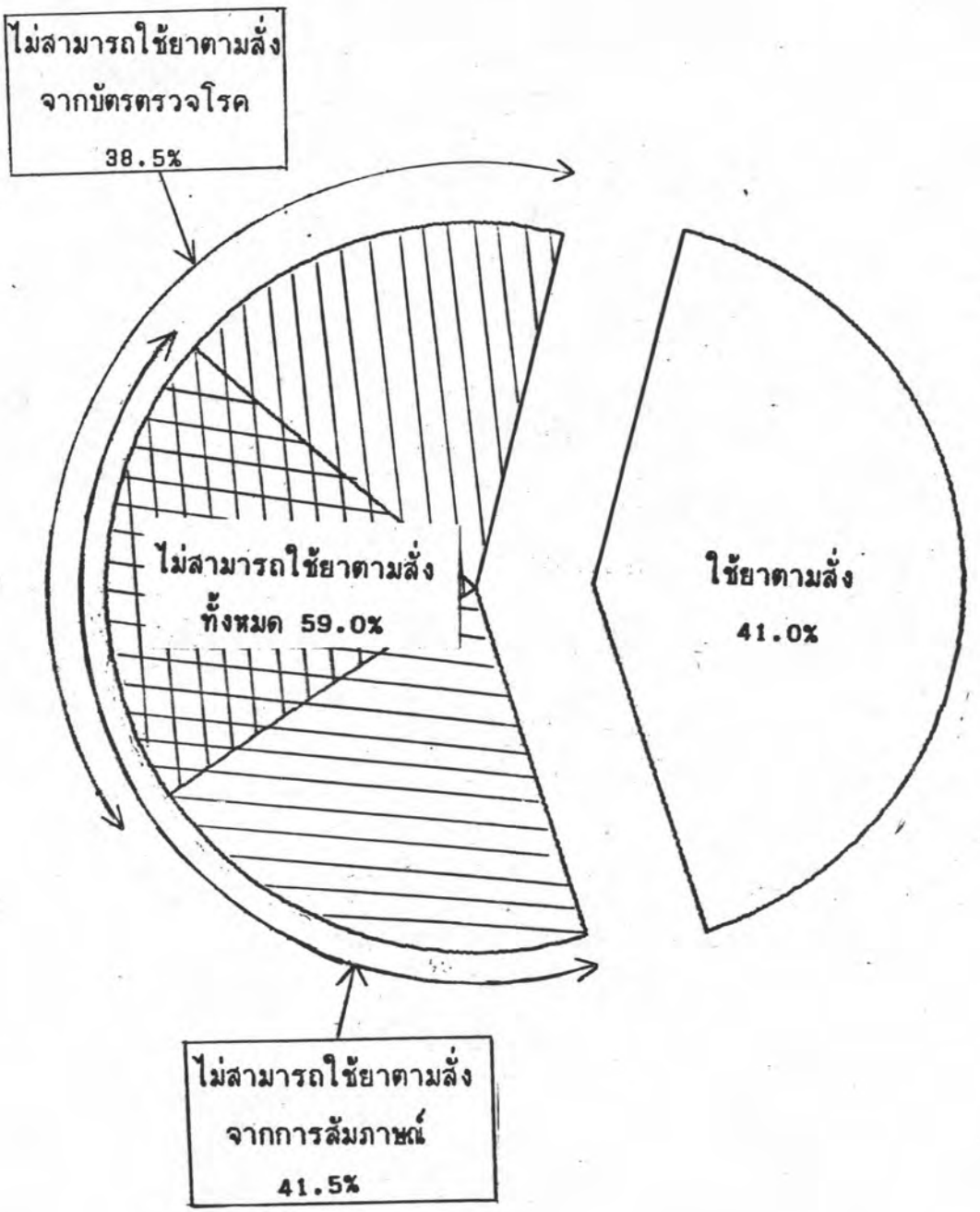
2 = เป็นกันเอง

3 = ทั้งสองลักษณะ (1 และ 2)

* จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามหรือเก็บข้อมูลได้น้อยกว่า 205 ราย

7. <u>อัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง</u>

จากการสัมภาษณ์ พบผู้ป่วยที่จัดเป็นผู้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง 85 ราย (ร้อยละ 41.5) ส่วนการสืบค้นจากบัตรตรวจโรค พบ 79 ราย (ร้อยละ 38.5) รวมเป็นผู้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง 121 ราย (ร้อยละ 59) และมีผู้ป่วยจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 20.9) ที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งไม่ว่าจะสืบหาด้วยวิธีใดใน 2 วิธี



ภาพที่ 35 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแยกตามวิธีสืบหา

เมื่อจำแนกผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งตามการวินิจฉัย อัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในโรคต่าง ๆ ที่ศึกษาจะเป็นไปตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจำแนกตามการวินิจฉัย

โรค	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (ราย)	ร้อยละ
SLE	74	46	62.2
RA	55	31	56.4
GOUT	20	13	67.8
SNSA	14	10	71.4
OA	7	-	-
PSS	4	3	75.0
TB	4	3	75.0
อื่น ๆ*	27	15	55.5
รวม	205	121	

* รวมทั้งผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนด้วย

อัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคข้อร้อยละ 59 นี้ เมื่อพิจารณาแยกตามการวินิจฉัยแล้ว พบว่าผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ (RA) มีอัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งต่ำกว่าในโรคอื่นๆ และเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของ Deyo (4) ซึ่งทบทวนผลการวิจัยเกี่ยวกับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในโรคข้ออักเสบ ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ไม่ใช้ยาตามสั่งอยู่ในช่วงร้อยละ 22-49 อัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งจากการวิจัยนี้ ก็ยังสูงกว่า (ร้อยละ 56.4) เนื่องจากในการวิจัยนี้ใช้วิธีสัมภาษณ์ร่วมกับการสืบค้นจากบัตรตรวจโรคซึ่งพิจารณาย้อนหลังสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติว่าใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง หรือขาดการติดต่อกับคลินิกในระยะเวลา 2 ปีด้วย จึงพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มากกว่า

ในการศึกษาของ Deyo และคณะ (40) ได้วัดความสามารถใช้ยาตามสั่งจากบันทึกการจ่ายยาของแผนกเภสัชกรรมพบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์สูงกว่าในโรคเกาต์ ข้อกระดูกเสื่อม (OA) ข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (AS) คือเป็นร้อยละ 73, 65, 54 และ 51 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับผลการวิจัยนี้ ก็พบว่าผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์มีอัตราการใช้ยาตามสั่งสูงกว่าในโรคลูปุส เกาต์ และกลุ่มโรคข้อและข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดไม่พบรูมาตอยด์แฟคเตอร์ในเลือด (seronegative spondyloarthropathies, SNSA) ส่วนจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอื่นๆ มีน้อยเกินกว่าจะนำผลมาเปรียบเทียบกัน สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มักจะมีอาการปวด อาการติดขัดในข้อเมื่อหมดฤทธิ์ยาเป็นการเตือนให้ผู้ป่วยใช้ยามื้อต่อไปอยู่เสมอ ในขณะที่โรคข้ออักเสบอื่น ๆ อาจมีช่วงสงบของโรคที่ยาวนานกว่า

8. ลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

จากการสัมภาษณ์และการสืบค้นจากบัตรตรวจโรค พบลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งหลายลักษณะ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีการใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง 1 ลักษณะ แต่ก็มีหลายรายที่ใช้ยาไม่ตรงตามสั่งหลายลักษณะร่วมกัน คือ

ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง 1 ลักษณะ มีจำนวน 71 ราย
ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง 2 ลักษณะ มีจำนวน 39 ราย
ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง 3 ลักษณะ มีจำนวน 8 ราย
ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ตรงตามสั่ง 4 ลักษณะ มีจำนวน 3 ราย

จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งลักษณะต่าง ๆ จากทั้งสองวิธีแสดงไว้ในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละจำแนกตามลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเมื่อสืบหาด้วยวิธีสัมภาษณ์

ลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ (ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา)
1. หยุดยาเองหรือขาดยา	32	15.6
2. ใช้ขนาดต่างจากที่สั่ง		
- ใช้มากกว่าสั่ง	13	6.3
- ใช้น้อยกว่าสั่ง	8	3.9
3. ใช้ยาผิดเวลา	6	2.9
4. จำนวนครั้งที่ใช้ยาต่อวันผิดจากที่สั่ง		
- ใช้มากครั้งกว่าสั่ง	10	4.9
- ใช้น้อยครั้งกว่าสั่ง	17	8.3
5. ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่สั่ง		
- ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร	16	7.8
- ใช้ยาแผนปัจจุบันอื่น	13	6.3
6. ไม่มาตรวจตามนัด แต่กินยาเองตามขนาดที่แพทย์เคยสั่ง	4	1.9

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละ จำแนกตามลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเมื่อสืบหาจากบัตรตรวจโรค

ลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ (ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา)
1. หยุดยาเองหรือขาดยา	64	31.2
2. ใช้ขนาดต่างจากที่สั่ง		
- ใช้มากกว่าสั่ง	6	2.9
- ใช้น้อยกว่าสั่ง	8	3.9
3. จำนวนครั้งที่ใช้ยาต่อวันผิดจากที่สั่ง		
- ใช้มากครั้งกว่าสั่ง	4	1.9
- ใช้น้อยครั้งกว่าสั่ง	1	0.5
4. ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่สั่ง		
- ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร	2	1.0
5. ไม่มาตรวจตามนัด แต่ไม่ขาดยา	4	1.9

ลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่พบมากที่สุดจากการสัมภาษณ์ คือการหยุดยาเองหรือขาดยา ได้แก่การที่ผู้ป่วยหยุดยาหรือเว้นยาบางวันเมื่ออาการทุเลา กินยาไม่สม่ำเสมอ ลืมกินยามากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน จากการสัมภาษณ์ยังพบผู้ป่วยที่ไม่ยอมกินยาลดความดันโลหิตเพราะว่ารู้สึกสบายดีแล้ว และผู้ป่วยที่ไม่ยอมกินยาขับปัสสาวะที่แพทย์ให้เพื่อลดบวมเพราะกลัวว่าจะทำให้ไตเสีย เป็นต้น

การสืบค้นจากบัตรตรวจโรคทำให้พบผู้ป่วยที่หยุดยาเองหรือขาดยาเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกัน ได้แก่ ผู้ที่ขาดการติดต่อกับคลินิกติดต่อกันเกิน 1 เดือน หรือมาช้ากว่านัดเกินกว่า ร้อยละ 25 ของการนัด หรือเกินกว่า 24 วันต่อปี รวมทั้งผู้ป่วยส่วน

หนึ่งที่แพทย์ลงบันทึกไว้ในบัตรตรวจโรคว่าขาดยา หรือไม่ยอมกินยา และจะเห็นว่าถ้าติดตามผู้ป่วยโดยวิธีนี้จะบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีลักษณะการใช้ยาไม่ตรงตามสั่งแบบที่หยุดยาเองหรือขาดยาเป็นปัญหาหลัก

การใช้ยามากหรือน้อยกว่าขนาดที่แพทย์สั่งหรือจำนวนมื้อแตกต่างไป พบจากการสัมภาษณ์มากกว่าจากบัตรตรวจโรค ได้แก่ผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนยาหรือจำนวนมื้อที่กินยาเนื่องจากขนาดที่แพทย์สั่งยังควบคุมอาการไม่ดีหรืออาการมากขึ้น และในการวิจัยพบว่ารายที่แจ้งให้แพทย์ทราบและมีการบันทึกไว้ในบัตรตรวจโรคว่าผู้ป่วยเพิ่มยาเอง แพทย์ก็มักจะเพิ่มขนาดยาให้ในงวดต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่กินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งโดยตั้งใจ เนื่องจากไม่อยากกินยามากหรือกลัวต่ออาการข้างเคียงของยา อาจมีการยอมรับน้อยกว่าแต่ก็มีผู้ป่วยหลายรายที่กินยาต่างไปจากที่แพทย์สั่ง เพียงเพราะไม่ทราบขนาดที่ถูกต้องเท่านั้น

สำหรับการใช้ยาผิดเวลา ตัวอย่างของการใช้ยาผิดในลักษณะนี้ได้แก่ แพทย์สั่งให้กินหลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยกินหลังอาหารกลางวันหรือหลังอาหารเย็น เพื่อความสะดวกหรือเนื่องจากไม่ได้กินอาหารเช้า กรณีนี้อาจมีความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่ให้ในขนาดสูง ๆ ซึ่งการกินยาในช่วงเช้าก่อน 9 นาฬิกา จะกดการทำงานของต่อมหมวกไตน้อยกว่าการกินหลังจากนั้น (53) ส่วนการกินยาก่อนอาหารหรือหลังอาหารผิดจากที่สั่งไม่พบว่าเป็นปัญหาในผู้ป่วยหล่านี้ เนื่องจากยาที่ใช้ส่วนมากจะสั่งให้กินหลังอาหาร สำหรับยาที่ต้องกินหลังอาหารทันที เพื่อลดการระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร ทางห้องจ่ายยาจะติดฉลากช่วยเพื่อแนะนำไว้บนซองยาหรือขวดยา จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามโดยมีหลายรายที่กินยาหลังอาหารทันทีแม้ว่าจะไม่ทราบเหตุผลก็ตาม

การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง พบว่าผู้ป่วยโรคข้อที่ศึกษามีการใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาผงปั้นกับน้ำผึ้ง หลายชนิด ที่เป็นน้ำมันหรือยานวดทาอื่น ๆ ก็พบบ้าง ผู้ป่วยหลายรายให้เหตุผลว่า ยาแผนปัจจุบันไม่ทำให้หายขาดต้องกินยาอยู่เรื่อยจึงลองใช้ยาแผนโบราณเผื่อจะหาย ส่วนยาสมุนไพรผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าไม่มีอันตราย

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมานานหลายปี มักจะมีประสบการณ์ในการรักษาด้วยยาแผนโบราณ แต่ก็พบว่าไม่ได้ผลและปัจจุบันไม่ใช้อีก จึงไม่จัดเป็นผู้ไม่ใช้ยาตามสั่งในลักษณะนี้

มีผู้ป่วยหลายรายใช้ยาแผนปัจจุบันชนิดอื่นร่วมกับยาที่แพทย์สั่งให้ โดยที่แพทย์ไม่ทราบ โดยผู้ป่วยไปซื้อยาชุดจากร้านขายยา หรือไปหาหมอที่คลินิก แล้วกินยาควบกัน ผู้ป่วยบางรายที่แพทย์เปลี่ยนชนิดยาต้านอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ให้แล้ว แต่ผู้ป่วยยังมียาชนิดเดิมเหลืออยู่ก็กินควบกันไป ในการสัมภาษณ์พบผู้ป่วยที่ซื้อยาฟินิลบิวตาโซน (phenylbutazone) กินเองเมื่อปวดมาก และผู้ป่วยรายหนึ่งซื้อยาปฏิชีวนะที่เป็นแคปซูลดำ-แดงมากิน เพราะเข้าใจว่าเป็นยา "แก้อักเสบ" สำหรับโรคข้อ ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่แพทย์สั่งยาสำหรับวัณโรคของข้อ (antituberculosis) ให้ ผู้ป่วยกล่าวว่ายาของหมอแก้ปวดไม่ได้ผล สู้ยาชุดของร้านยาไม่ได้ ผู้วิจัยจึงอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการใช้เคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องในการรักษาโรคติดเชื้อ

ในการวิจัยพบผู้ป่วยหลายรายที่ไม่ได้มาตรวจตามที่แพทย์นัด แต่ซื้อยาตามขนาดที่แพทย์เคยให้ ซึ่งถ้าเป็นยากลุ่มยาต้านอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาสำหรับโรคเกาต์หรือยาที่ผู้ป่วยมักจะต้องกินเหมือนเดิมอยู่แล้วก็อาจจะไม่เป็นปัญหาสำคัญเท่ากับผู้ที่ใช้ยาสเตอรอยด์ และอยู่ในช่วงปรับขนาดยาขึ้นหรือลง การที่ผู้ป่วยไม่ได้พบแพทย์ แต่ปรับขนาดยากินต่อเองหรือไม่ได้ปรับขนาดทั้งที่ควรจะต้องปรับเพิ่มหรือลด ก็อาจมีผลต่อการรักษาได้มาก

9. <u>ระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง</u>

เพื่อที่จะทราบว่าอัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ร้อยละ 59 ในผู้ป่วยโรคข้อจากการวิจัยนี้มีนัยสำคัญทางคลินิกมากน้อยเพียงไร จึงได้รวบรวมข้อมูลลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยที่พบจากการสัมภาษณ์และจากบัตรตรวจโรค และออกเป็นแบบสอบถาม (ตัวอย่างในภาคผนวก ค.) ให้แพทย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดี ประเมินระดับของความสำคัญทางคลินิก สามารถรวบรวมแบบสอบถามกลับมาได้ 11 ชุด โดยเป็นแพทย์เฉพาะทางโรคข้อและ

รูมาติสซั่ม ซึ่งเป็นอาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ทั้งสองรวม 5 ท่าน ที่เหลืออีก 6 ท่าน เป็นแพทย์ประจำบ้านแผนกอายุรศาสตร์ที่ผ่านการอบรมจากคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มแล้ว ความเห็นของแพทย์ทั้งหมดนำมาเฉลี่ยเป็นระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแต่ละลักษณะดังตัวอย่าง ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงตัวอย่างของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแยกตามระดับความสำคัญทางคลินิก

ระดับความสำคัญทางคลินิก	ลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่ง			
	โรค	ชื่อยา	แพทย์สั่ง	ผู้ป่วยใช้
1 ไม่มีผลทางคลินิก	RA	Vitamin B1-6-12	1x2	1x1
2 อาจมีความสำคัญทางคลินิก	SLE	prednisolone	หลังอาหารเช้า	หลังอาหารเย็น
	RA	sulindac	1x2	1/2x2
	GOUT	probenecid	1x2	1x1
3 มีความสำคัญทางคลินิก	SLE	prednisolone	8x1	4x2
	RA	aspirin	2x4	3x4
4 มีผลทางคลินิกและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	SLE	ผู้ป่วยขาดยา หยุดยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง และไม่มีเหตุอันควร		
	SLE	ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจแต่ซื้อยากินตามที่แพทย์เคยสั่งให้		

พบว่าลักษณะของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งส่วนมาก จะมีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในระดับที่ 3 และระดับที่ 2 (มีความสำคัญทางคลินิก และอาจมีความสำคัญทางคลินิก ตามลำดับ) ส่วนที่มีผลทางคลินิกและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยด้วยนั้นมีเพียง 2 ลักษณะ และที่ไม่มีผลทางคลินิกมีเพียง 1 ลักษณะ ตามที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 5 เท่านั้น

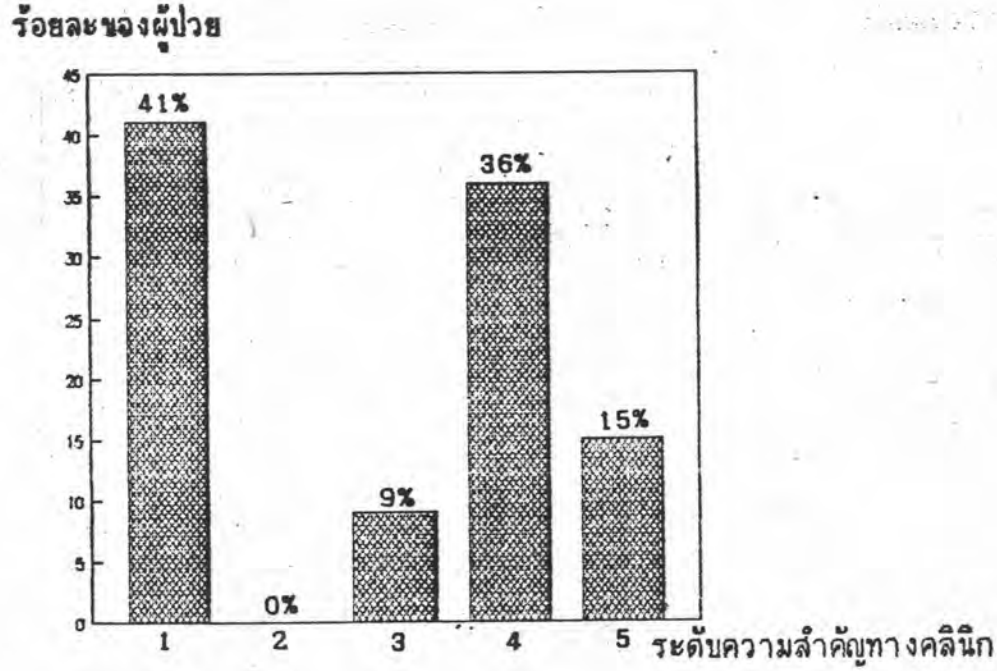
เมื่อนำระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมาจำแนกผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งหลายลักษณะร่วมกัน และมีระดับความสำคัญทางคลินิกแตกต่างกัน จะถือระดับความสำคัญทางคลินิกที่สูงที่สุดเท่านั้น ผลตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละจำแนกตามระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อสืบหาจากการสัมภาษณ์และจากบัตรตรวจโรค

ความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	จากการสัมภาษณ์		จากบัตรตรวจโรค	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1 สามารถใช้ยาตามสั่ง	120	58.5	126	61.5
2 ไม่มีผลทางคลินิก	–	–	–	–
3 อาจมีความสำคัญทางคลินิก	14	6.8	7	3.4
4 มีความสำคัญทางคลินิก	55	26.8	45	21.9
5 มีผลทางคลินิกและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยด้วย	16	7.8	27	13.2
	205	100	205	100

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งแล้ว ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยไม่มีผลทางคลินิกเลย การสืบค้นจากบัตรตรวจโรคพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่มีผลทางคลินิกและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมากกว่าที่พบจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ผู้ป่วยลูปุสที่มีประวัติว่าไม่มาตรวจตามนัดหรือมาช้าซึ่งจัดอยู่ในพวกที่ขาดยา รวมทั้งผู้ที่ไม่มาตรวจแต่ซื้อยากินเอง การติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจากบัตรตรวจโรค จึงอาจเป็นวิธีการเบื้องต้นในการสืบหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และการใช้ยาอย่างเหมาะสม อาจช่วยแก้ปัญหาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

เมื่อรวมทั้งสองวิธีแล้ว ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง จะได้ตามภาพที่ 36



ภาพที่ 36 แสดงร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามความสำคัญทางคลินิกของลักษณะความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

1 = สามารถใช้ยาตามสั่ง 2 = ไม่มีผลทางคลินิก

3 = อาจมีความสำคัญทางคลินิก 4 = มีความสำคัญทางคลินิก

5 = มีผลทางคลินิกและอาจเป็นอันตราย

ผลจากการประเมินระดับความสำคัญทางคลินิกของความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่พบในผู้ป่วยโรคข้อโดยวิธีสัมภาษณ์และการสืบค้นจากบัตรตรวจโรค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า การใช้ยาผิดจากที่สั่งทั้งหมดที่พบนี้อาจมีความสำคัญหรือมีความสำคัญทางคลินิกเป็นการสนับสนุนว่าวิธีที่ใช้ในการสืบค้นทั้งสองวิธีนี้ให้ผลที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้ในแง่ของนัยสำคัญทางคลินิก ทำให้ได้กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงเนื่องจากอาจมีผลต่อการรักษาได้

10. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

10.1 การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์

ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ต้องการศึกษาความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งมีทั้งที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และจากบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยแต่ละราย นำมาหาความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสั่งและไม่ใช้ยาตามสั่งเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติไคสแควร์ (X^2) โดยบางปัจจัยที่เป็นค่าต่อเนื่องหรือจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มย่อยมีน้อยก็ได้แบ่งกลุ่มใหม่ให้เหมาะกับการวิเคราะห์ด้วย

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
(ก. ลักษณะทางประชากรศาสตร์)		
1. เพศ		
ชาย	16 (34.8)	30 (65.2)
หญิง	68 (42.8)	91 (57.2)
$X^2 = 0.639$ (df = 1), P = 0.424		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
2. อายุ (ปี)		
⩽ 30	28 (43.1)	37 (56.9)
31-60	48 (40.0)	72 (60.0)
⩾ 61	8 (40.0)	12 (60.0)
X^2 = 0.174 (df = 2), P = 0.917		
3. ศาสนา		
พุทธ	81 (42.0)	112 (58.0)
อื่น ๆ (คริสต์ + อิสลาม)	3 (25.0)	9 (75.0)
X^2 = 0.735 (df = 1), P = 0.391		
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2 (16.7)	10 (83.3)
ต่ำกว่า ป.7	39 (41.1)	56 (58.9)
ป.7 - ม.3	15 (46.9)	17 (53.1)
ม.4 - ม.6	12 (40.0)	18 (60.0)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	15 (44.1)	19 (55.9)
X^2 = 3.545 (df = 4), P = 0.471		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
5. อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ, นักศึกษา, นักบวช	43 (45.7)	51 (54.3)
ธุรกิจส่วนตัว(ค้าขาย,เกษตรกรรม)	7 (28.0)	18 (72.0)
รับจ้าง	23 (39.7)	35 (60.3)
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	11 (39.3)	17 (60.7)
$X^2 = 2.699$ (df = 3), P = 0.440		
6. รายได้ (บาท)		
ไม่มีรายได้	42 (46.7)	48 (53.3)
≤ 2000	8 (32.0)	17 (68.0)
2,001-5,000	18 (40.0)	27 (60.0)
> 5,000	14 (35.0)	26 (65.0)
$X^2 = 2.646$ (df = 3), P = 0.449		
7. สถานภาพสมรส		
โสด	35 (42.2)	48 (57.8)
สมรส	39 (37.9)	64 (62.1)
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	10 (52.6)	9 (47.4)
$X^2 = 1.528$ (df = 2), P = 0.466		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
8. การอยู่อาศัย		
อยู่กับครอบครัว	75 (39.9)	113 (60.1)
อยู่ตามลำพัง	9 (52.9)	8 (47.1)
$X^2 = 0.624$ (df = 1), P = 0.429		
(ข. ปัจจัยเกี่ยวกับยา)		
9. จำนวนขนานยา		
1 - 3	73 (41.7)	102 (58.3)
⩾ 4	11 (36.7)	19 (63.3)
$X^2 = 0.101$ (df = 1), P = 0.750		
10. จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาต่อวัน		
น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง	12 (57.1)	9 (42.9)
1-3 ครั้งต่อวัน	63 (38.0)	103 (62.0)
มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน	9 (50.0)	9 (50.0)
$X^2 = 3.503$ (df = 2), P = 0.173		
11. จำนวนครั้งที่ต้องจัดยาต่อวัน		
น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง	11 (55.0)	9 (45.0)
1-5 ครั้งต่อวัน	63 (40.1)	94 (59.9)
มากกว่า 5 ครั้งต่อวัน	10 (35.7)	18 (64.3)
$X^2 = 1.993$ (df = 2), P = 0.369		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
12. กลุ่มยาที่ใช้		
ใช้ steroids ร่วมด้วย	38 (36.5)	66 (63.5)
ใช้ NSAID, analgesic และ/หรือยาอื่น	29 (45.3)	35 (54.7)
ใช้ DMARD, immunosuppressive agent antigout, persantin ร่วมด้วย	17 (45.9)	20 (54.1)
$X^2 = 2.585$ (df = 3), P = 0.460		
13. อาการข้างเคียง		
เกิด	26 (34.7)	49 (65.3)
ไม่เกิด	58 (44.6)	72 (55.4)
$X^2 = 1.557$ (df = 1), P = 0.212		
14. ความถี่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ยา		
ไม่เปลี่ยนเลย	25 (49.0)	26 (51.0)
1-5 ครั้งต่อปี	46 (37.7)	76 (62.9)
มากกว่า 6 ครั้งต่อปี	13 (40.6)	19 (59.4)
$X^2 = 1.906$ (df = 2), P = 0.386		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
15. ประสิทธิภาพของยา (ประเมินโดยผู้ป่วย)		
ดี-ดีมาก	65 (45.5)	78 (54.5)
ได้ผลบ้าง-ไม่ได้ผล	17 (30.4)	39 (69.6)
$X^2 = 3.188$ (df = 1), P = 0.074*		
16. ค่ายา		
ใช้บัตรสงเคราะห์หรือเบิกค่ายาได้	38 (35.5)	69 (64.5)
ชำระค่ายาเอง	46 (46.9)	52 (53.1)
$X^2 = 2.76$ (df = 1), P = 0.097*		
(ค. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค)		
17. การวินิจฉัย		
SLE	28 (37.8)	46 (62.2)
RA	24 (43.6)	31 (56.4)
GOUT	7 (35.0)	13 (65.0)
อื่น ๆ	25 (44.6)	31 (55.4)
$X^2 = 1.069$ (df = 3), P = 0.785		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
18. อาการปรากฏของโรค		
ไม่มีอาการ	22 (40.7)	32 (59.3)
มีอาการ	62 (41.1)	89 (58.9)
$X^2 = 0.000$ (df = 1), P = 1.000		
19. การเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล		
ไม่เคย	55 (43.7)	71 (56.3)
1 ครั้ง	19 (42.2)	26 (57.8)
มากกว่า 1 ครั้ง	10 (30.3)	23 (69.7)
$X^2 = 1.950$ (df = 2), P = 0.377		
20. ปัญหาซับซ้อนของโรค (โรคอื่นที่มีร่วมด้วย, ปัญหาเกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ, ภาวะแทรกซ้อน)		
ไม่มี	56 (49.1)	58 (50.9)
มี 1 ปัญหา	16 (32.0)	34 (68.0)
มีมากกว่า 1 ปัญหา	12 (29.3)	29 (70.7)
$X^2 = 7.118$ (df = 2), P = 0.028**		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
21. สภาวะของโรค (ประเมินโดยผู้ป่วย)		
ดีขึ้น	62 (45.9)	73 (54.1)
คงที่	15 (34.9)	28 (65.1)
เป็นมากขึ้น	6 (25.0)	18 (75.0)
$X^2 = 4.555$ (df = 2), P = 0.102		
22. ระยะเวลาการเป็นโรค		
ไม่เกิน 1 ปี	18 (47.4)	20 (52.6)
2-5 ปี	30 (39.5)	46 (60.5)
เกินกว่า 5 ปี	36 (39.6)	55 (60.4)
$X^2 = 0.788$ (df = 2), P = 0.674		
23. ระยะเวลาการรักษาที่คลินิก		
ไม่เกิน 1 ปี	39 (43.3)	51 (56.7)
2-5 ปี	24 (42.9)	32 (57.1)
เกินกว่า 5 ปี	21 (35.6)	38 (64.4)
$X^2 = 0.995$ (df = 2), P = 0.608		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
24. การรักษาก่อนหน้า		
ไม่เคย	32 (42.1)	44 (57.9)
เคย	52 (40.3)	77 (59.7)
$X^2 = 0.111$ (df = 1), P = 0.916		
(ง. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาและบริการทางการแพทย์		
25. ความถี่การนัดตรวจ (จำนวนครั้งต่อปี)		
ไม่เกิน 6 ครั้ง	31 (43.1)	41 (56.9)
7-12 ครั้ง	40 (37.4)	67 (62.6)
ตั้งแต่ 13 ครั้ง	13 (50.0)	13 (50.0)
$X^2 = 1.575$ (df = 2), P = 0.455		
26. เวลาที่รอตรวจ		
นาน	38 (40.0)	57 (60.0)
ไม่นาน	44 (42.3)	60 (57.7)
$X^2 = 0.035$ (df = 1), P = 0.852		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
27. เวลาที่รอรับยา		
นาน	40 (39.2)	62 (60.8)
ไม่นาน	43 (44.8)	53 (55.2)
$X^2 = 0.423$ (df = 1), P = 0.515		
28. การบริการสุขศึกษาของคลินิก		
เคย	50 (41.3)	71 (58.7)
ไม่เคย	34 (41.0)	49 (59.0)
$X^2 = 0.000$ (df = 1), P = 1.000		
29. การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา		
ไม่ค่อยเปลี่ยน	38 (43.7)	49 (56.3)
เปลี่ยน	44 (39.3)	68 (60.7)
$X^2 = 0.230$ (df = 1), P = 0.632		
30. เวลาที่ใช้ในการตรวจ		
พอ	70 (42.7)	94 (57.3)
ไม่พอ	12 (38.7)	19 (61.3)
$X^2 = 0.045$ (df = 1), P = 0.832		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
31. ความสัมพันธ์กับแพทย์		
เป็นการเป็นงาน	11 (29.7)	26 (70.3)
เป็นกันเอง	65 (44.5)	81 (55.5)
X^2 = 2.660 (df = 1), P = 0.103		
32. ความเสี่ยงอันตรายของโรค (ประเมินโดยผู้ป่วย)		
เป็นอันตรายได้	73 (42.4)	99 (57.6)
ไม่เป็นอันตราย	8 (29.6)	19 (70.4)
X^2 = 1.100 (df = 1), P = 0.294		
33. ผลการรักษา (ประเมินโดยผู้ป่วย)		
น่าจะควบคุมโรคได้	71 (42.8)	95 (57.2)
ไม่น่าจะควบคุมได้	10 (34.5)	19 (65.5)
X^2 = 0.395 (df = 1), P = 0.528		
34. ทัศนคติต่อการกินยา		
กินได้ไม่มีปัญหา	74 (41.6)	104 (58.4)
เกลียดไม่ชอบกินยา	10 (41.7)	14 (58.3)
X^2 = 0.000 (df = 1), P = 1.000		

ตารางที่ 7 นัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง-ราย (ร้อยละ)
35. แรงจูงใจในการใช้ยา		
เพื่อแก้ปวดหรือบำบัดอาการต่าง ๆ	7 (24.1)	22 (75.9)
เหตุผลอื่น ๆ (เพื่อรักษาโรค, แพทย์สั่ง)	69 (43.7)	89 (56.3)
$X^2 = 3.880$ (df = 1), P = 0.049**		
36. ความต้องการความรู้เพิ่มเติม		
พอแล้ว ไม่ต้องการทราบเพิ่ม	42 (39.3)	65 (60.7)
ไม่พอ อยากทราบเพิ่ม	40 (44.0)	51 (56.0)
$X^2 = 0.275$ (df = 1), P = 0.600		
37. คะแนนความรู้		
0	5 (38.5)	8 (61.5)
1, 2	42 (39.3)	65 (60.7)
3, 4	37 (43.5)	48 (56.5)
$X^2 = 0.394$ (df = 2), P = 0.821		

* P < 0.1

** P < 0.05

จากตารางที่ 7 จะเห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่ระดับความเชื่อมั่น $P < 0.1$ มี 4 ปัจจัย คือ ประสิทธิภาพของยา ราคายา ปัญหาซับซ้อนของโรค และแรงจูงใจในการใช้ยา

ผลการวิจัยนี้ แสดงว่า ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่ศึกษาทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย คล้ายกับผลการศึกษาอื่นทั้งในโรคข้อ (36,43) และในโรคอื่น ๆ ส่วนมาก (31) เป็นการสนับสนุนว่าความไม่สามารถใช้ตามสั่งอาจเป็นปัญหาในกลุ่มประชากรใด ๆ โดยไม่เลือก เพศ อายุ การศึกษา หรือฐานะทางสังคม

ปัจจัยเกี่ยวกับยาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ได้แก่ ประสิทธิภาพของยาที่ประเมินโดยผู้ป่วย และค่ายา ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่เห็นว่ายาที่ใช้อยู่นี้ได้ผลเพียงระดับหนึ่งหรือไม่ได้ผลอยู่ในกลุ่มของผู้ไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่ร้อยละ 54 ของผู้เห็นว่ายาที่ใช้มีประสิทธิภาพดีหรือดีมากเท่านั้นที่อยู่ในกลุ่มไม่ใช้ยาตามสั่ง ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.1$ จากการศึกษาของ Geertsen และคณะ (48) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้รายงานว่า แม้ผลการศึกษาจะแสดงว่ามีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่าง ประสิทธิภาพการรักษาที่ผู้ป่วยประเมินกับการใช้ยาตามสั่ง แต่ความแตกต่างไม่มากพอที่จะมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเขาไม่ได้ระบุค่า P หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้เป็นเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจน จึงไม่อาจเปรียบเทียบกันได้

สำหรับปัจจัยค่ายา พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ที่ใช้บัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อยหรือผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ายาคืนได้อยู่ในกลุ่มของผู้ไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่ร้อยละ 53 ของผู้ที่ต้องชำระค่ายาเองเท่านั้นที่ไม่ใช้ยาตามสั่ง ความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญที่ $P < 0.1$ อาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่ต้องชำระค่ายาเองอาจเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ที่ไม่ต้องชำระค่ายาเอง ผู้ป่วยที่ใช้บัตรสงเคราะห์มักเป็นผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยอาจมีปัญหาค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จึงไม่ค่อยมาตรวจตามนัด นอกจากนี้ขั้นตอนการรับยาของผู้ป่วยบัตรสงเคราะห์ยังยุ่งยากกว่าผู้ป่วยที่ซื้อยาตามปกติอยู่บ้าง เนื่องจากต้องไปติดต่อกับแผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลด้วย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบัตรสงเคราะห์บาง

คนกล่าวว่า การใช้บัตรลงเคราะห์ทำให้ต้องเสียเวลามาก จึงอาจมีผลต่อการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

ปัจจัยเกี่ยวกับโรคที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมีเพียงอย่างเดียวคือ ปัญหาซับซ้อนของโรค โดยมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ ผู้ที่มีปัญหาอื่นหรือโรคอื่นร่วมกับโรคข้อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีอาการเกี่ยวข้องกับอวัยวะที่สำคัญเช่น ผู้ป่วยลูปุสที่มีภาวะของโรคไต อาการทางสมอง หรือระบบเลือด ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือการใช้ยา เช่น เกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ การเกิดกระดูกสะโพกตาย (avascular necrosis) จากการใช้ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยลูปุส แต่ก็อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเองด้วย (54) ผลการวิจัยแสดงว่าผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้มาก จะมีโอกาสเป็นผู้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้มาก (ตารางที่ 7)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง มักจะพบว่ามีอัตราความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งสูงในโรคที่ไม่ปรากฏอาการ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะใช้ยาตามสั่งดีกว่าผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง แต่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนมีผลต่อการดำรงชีวิตทำให้ถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีความรู้สึกท้อแท้กับการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาตามสั่งได้ Lee และ Tan (37) ซึ่งทำการศึกษาในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าผู้ที่มีอาการทางข้อมากมีการใช้ยาตามสั่งดีกว่าผู้ที่มีอาการน้อย แต่ปัจจัย "ปัญหาซับซ้อนของโรค" ที่ศึกษาในการวิจัยนี้อาจเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรคที่ต่างออกไป นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายก็ไม่ได้มีแต่อาการทางข้อด้วย จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ทำให้ทราบว่าปัญหาซับซ้อนของโรคนี้นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ตามสั่งแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย ได้แก่จำนวนขนานยากลุ่มยาที่ใช้ การวินิจฉัย ระยะเวลาการเป็นโรค ความถี่ของการนัดตรวจ และความถี่ของการเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยา โดยที่ปัจจัยอื่น ๆ เหล่านี้แต่ละตัวไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

ปัจจัยเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วย และบริการทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งคือ แรงจูงใจในการใช้ยา โดยมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

ร้อยละ 76 ของผู้ป่วยที่ตอบในการสัมภาษณ์ว่า เหตุผลของการใช้ยาเพื่อแก้ปวดหรือบำบัดอาการที่มีอยู่เป็นผู้ไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบว่าใช้เพื่อรักษาโรค ควบคุมโรค ป้องกันโรค หรือให้เหตุผลว่า ใช้เพราะแพทย์สั่ง มีญาติคอยเตือนให้ใช้ยา รวมทั้งเหตุผลอื่น ๆ เช่น เพราะความเคยชิน หรือเพราะไม่อยากให้ยาเหลือมาก มีเพียงร้อยละ 56 ที่ไม่ใช้ยาตามสั่ง เป็นแนวโน้มที่สนับสนุนทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ที่ว่าบุคคลจะแสวงหาบริการทางการแพทย์หรือปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อเห็นว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรค และการรักษาจะมีประสิทธิภาพ ให้ประโยชน์มากกว่าเมื่อเทียบกับความลำบากในการปฏิบัติตาม รวมทั้งต้องมีสิ่งกระตุ้น เช่น บุคคลแวดล้อมด้วย แต่คำถามอื่น ๆ เกี่ยวกับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ทดสอบในการวิจัยนี้ นอกเหนือไปจากแรงจูงใจในการใช้ยา เช่น ความเห็นของผู้ป่วยต่อความเสี่ยงอันตรายของโรค การคาดหมายผลการรักษาของผู้ป่วย ทัศนคติต่อการกินยา เหล่านี้ ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาตามสั่งและไม่ใช้ยาตามสั่ง เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการใช้คำถามง่าย ๆ ตรงไปตรงมาอาจไม่สามารถวัดทัศนคติ หรือความเชื่อของผู้ป่วยได้ดีพอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่ยอมรับ หรือไม่ต้องการเปิดเผยก็เป็นได้

สำหรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ เวลาที่รอตรวจ เวลารอรับยา การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการตรวจ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ศึกษาเคยได้รับบริการสุขศึกษาของคลินิกโรคข้อมาแล้ว และร้อยละ 54 ของผู้ตอบคำถามคิดว่าตนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคของตนและยาที่ใช้มากพอหรือต้องการทราบเพิ่ม ส่วนที่เหลือคิดว่ามีความรู้มากพอแล้วหรือไม่ต้องการทราบเพิ่ม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การได้รับการสอนสุขศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) กับคะแนนความรู้ของผู้ป่วย ชี้ให้เห็นว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย แม้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ แต่ก็อาจไม่มีผลต่อความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

10.2 การวิเคราะห์ด้วยสถิติ มัลติเพิล ลอกจิสติก รีเกรสชั่น

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์แล้ว ได้นำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งทั้ง 4 ปัจจัย รวมทั้งปัจจัยที่มีแนวโน้มว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ใช้ยาตามสั่งกับกลุ่มผู้ไม่ใช้ยาตามสั่ง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มาวิเคราะห์ต่อด้วย มัลติเพิล ลอกจิสติก รีเกรสชั่น (Multiple Logistic Regression, MLR) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปลอกเกรส (LORGRESS) MLR เป็นสถิติที่ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามชนิดนับ (counting dependent variable) กับตัวแปรอิสระชนิดนับหรือชนิดวัด (counting and / or measured independent variable) มากกว่าหนึ่งตัว

ตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่นำมาวิเคราะห์ด้วย MLR ได้แก่

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่า P จาก X^2
1. ปัญหาซับซ้อนของโรค	0.028
2. แรงจูงใจในการใช้ยา	0.049
3. ประสิทธิภาพของยา (ประเมินโดยผู้ป่วย)	0.074
4. ค่ายา	0.097
5. สภาวะของโรค (ประเมินโดยผู้ป่วย)	0.102
6. ความสัมพันธ์กับแพทย์	0.103
7. จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาต่อวัน	0.173
8. อาการข้างเคียงจากยา	0.212

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือ ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ($P < 0.1$) ได้แก่ ปัญหาซับซ้อนของโรค และประสิทธิภาพของยา

(เมื่อ "0" คือ non-occurence "1" คือ occurence)

ตัวแปรตาม = การใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (0 = ใช้ยาตามสั่ง 1 = ไม่ใช้ยาตามสั่ง)

ตัวแปรอิสระ	coefficient	SE	Z
ปัญหาซับซ้อนของโรค (0 = ไม่มีปัญหา 1 = มีตั้งแต่ 1 ปัญหา	0.8304	0.3389	2.45**
ประสิทธิภาพของยา (0 = ดี-ดีมาก 1 = ได้ผลบ้าง-ไม่ได้ผล)	1.0199	0.4121	2.47**

ตัวแปร	odds ratio	95% confidence intervals
ปัญหาซับซ้อนของโรค	2.2944	1.18 - 4.46**
ประสิทธิภาพของยา	2.7730	1.24 - 6.22**

** $P < 0.05$

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วย MLR เมื่อเปรียบเทียบกับ X^2 ปัญหาซับซ้อนของโรคยังคงมีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ($P < 0.05$) โดยมีค่าอัตราความเสี่ยง (odds ratio) เป็น 2.3 ซึ่งหมายความว่า เมื่อตัวแปรอื่น ๆ คงที่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนของโรคตั้งแต่ 1 ปัญหา จะมีโอกาสเป็นผู้ไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนของโรค 2.3 เท่า

ปัจจัยประสิทธิภาพของยา (ประเมินโดยผู้ป่วย) มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อวิเคราะห์ด้วย MLR ที่ระดับความเชื่อมั่นสูงกว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วย X^2 ($P < 0.05$ และ $P < 0.1$ ตามลำดับ) และมีค่าอัตราความเสี่ยงเป็น 2.8 เท่า อาจเป็นผลจากความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่มาวิเคราะห์ร่วมกันใน MLR

ปัจจัยแรงจูงใจในการใช้ยา และค่ายา ไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ตามสั่ง เมื่อวิเคราะห์ด้วย MLR ชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ต่อความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งอาจมีผลจากตัวแปรอิสระอื่น ๆ เข้ามาร่วมด้วย

ปัจจัยอื่นที่เหลือที่นำมาวิเคราะห์ร่วมด้วยใน MLR คือ สภาวะของโรค ความสัมพันธ์กับแพทย์ จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาต่อวัน และอาการข้างเคียงจากยา ได้ผลเหมือนกับที่วิเคราะห์ด้วย X^2 คือไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย