

บทที่ 4 อภิปรายผล

จากการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2542 ถึงเดือนมกราคม 2543 จำนวน 2,620 รายที่เข้าเกณฑ์ แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 41.2 เพศหญิง ร้อยละ 58.8 อายุเฉลี่ยผู้ป่วย 52.4 (19.7) ปี พบปัญหาจากการใช้ยาในขณะที่เข้ารับการรักษา จำนวน 131 ปัญหา ในผู้ป่วยจำนวน 128 คน คิดเป็นความชุกของปัญหาจากการใช้ยาในร้อยละ 4.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสิงคโปร์ พบความชุกร้อยละ 10.8 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวนี้ สนใจเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายชนิด ตั้งแต่ 5 ถึง 9 รายการ (Koh, Li and Fatimah, 2003) การศึกษาของ Cunningham และคณะ (1997) ที่ครอบคลุมประเภทของปัญหาการใช้ยาที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ แต่เลือกศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ พบสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มีปัญหาจากการใช้ยาสูงกว่ามากคือร้อยละ 14.2 ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่อาจพบความชุกของปัญหามากกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคหลายโรคและใช้ยาในจำนวนมากกว่า อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยามีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา และไม่ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ กับปัญหาจากการใช้ยา แต่พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีสัดส่วนการเกิดปัญหาจากการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Nelson และ Talbert (1996) ในผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยในหน่วย intensive care พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับรักษา มีจำนวนยาที่ใช้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รักษาด้วยสาเหตุอื่น

เมื่อพิจารณาเฉพาะการเข้ารับการรักษาที่มีสาเหตุจากปัญหาการใช้ยาในระดับความมั่นใจว่าเป็นสาเหตุแน่นอนและมีความเป็นไปได้สูง ความชุกที่ได้จากการศึกษานี้คือร้อยละ 4.4 การศึกษาต่าง ๆ ให้ค่าที่แตกต่างกันไปในช่วงกว้าง ตั้งแต่ร้อยละ 4.3 (Winterstein, et al., 2002), 5.3 (Cunningham, et al., 1997), 5.7 (Dartnell, et al., 1996), 6.5 (Howard, et al., 2003), 11.4 (Hallas, et al., 1992) และ 16.2 (Nelson and Talbert, 1996) ซึ่งน่าจะอธิบายได้จากความหลากหลายของวิธีการเก็บข้อมูล ขอบเขตของปัญหาที่ศึกษา กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาหรือหอผู้ป่วยที่ศึกษา วิธีการประเมินความน่าจะเป็นของปัญหาจากการใช้ยา เป็นต้น การศึกษาของ Howard และคณะ (2003) และ Dartnell และคณะ (1996) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมและแผนกฉุกเฉิน ตามลำดับ ได้ผลร้อยละ 6.5 และ 5.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ Roughead และคณะ (1998) สัมภาษณ์การศึกษาต่างๆ ในประเทศออสเตรเลีย ที่ได้ตีพิมพ์ ในช่วงระยะเวลา 8 ปี พบความชุกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรวม ที่มีสาเหตุเกี่ยวกับยา ร้อยละ 2.4-3.6

และเฉพาะผู้ป่วยอายุกรรมพบความชุกร้อยละ 12 แม้ว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จัดว่าอยู่ในช่วงที่พบจากการศึกษาอื่นๆ ความชุกของปัญหาจากการใช้ยาในการศึกษานี้ อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะในการตัดสินใจว่าเป็นปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่นั้น แม้ว่าจะใช้ความเห็นร่วม 2 ใน 3 ของผู้ประเมิน แต่คำตอบตัดสินคือมีหรือไม่มี (all or none) ไม่ได้แบ่งเป็นระดับความน่าจะเป็น 3 ระดับ ได้แก่ definite, probable, possible อย่างเช่นในบางการศึกษา (Hallas, et al., 1992; Cunningham, et al., 1997; Howard, et al., 2003) ซึ่งจะทำให้ปัญหาจำนวนหนึ่ง ไม่ถูกตัดออกไปโดยการตัดสินว่าไม่มีหรือไม่ใช่ปัญหา และในทางกลับกันอาจทำให้ขนาดของปัญหามากเกินไปจริงได้ อย่างไรก็ตามการทบทวน 15 การศึกษาของ Winterstein และคณะ (2002) พบว่ามีหลักฐานน้อยมากที่จะสรุปว่าความชุกของการเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุปัญหาจากการใช้ยา ที่มีช่วงกว้าง มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างในวิธีการประเมินปัญหาหรือความแตกต่างของหอผู้ป่วยที่ศึกษา

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมาก 3 อันดับแรกในการศึกษานี้ (ไม่รวมการได้รับยาเกินขนาดโดยตั้งใจ) ได้แก่ การไม่ได้ใช้ยาที่แพทย์สั่ง (Failure to receive prescribed medication) ร้อยละ 45 การได้รับยาไม่เหมาะสม (Inappropriate drug) ร้อยละ 13 และการมีโรคที่ต้องการการรักษา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา (Untreated indication) ร้อยละ 10.7 ซึ่งแรกเริ่มนั้นไม่ได้รวมอยู่ในขอบเขตปัญหาจากการใช้ยาที่นิยามไว้ในการศึกษานี้ แต่ระหว่างการเก็บข้อมูลพบปัญหาลักษณะดังกล่าวในควมถี่มากพอสมควร จึงได้นิยามปัญหาเพิ่มเติมให้อยู่ในหัวข้อปัญหาการใช้ยาในลักษณะอื่น ๆ ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ (มากกว่าร้อยละ 80) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยมากกว่าร้อยละ 60 เป็นสาเหตุอย่างแน่นอน นอกเหนือจากนั้นอยู่ในระดับเป็นไปได้สูงใกล้เคียงกับร้อยละ 71.9 ในการศึกษาของ Koh และคณะ (2003) เนื่องจากการศึกษานี้ประเมินปัญหาจากการใช้ยาว่ามีหรือไม่มี จึงทำให้เฉพาะปัญหาที่มีความแน่ชัดว่าเกี่ยวกับยา ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลลัพธ์ชัดเจนต่อโรคของผู้ป่วย มีแนวโน้มสูงที่จะเป็นปัญหาที่ทำให้เป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ดังนั้นจึงพบว่าปัญหาทั้งสามประเภทเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในลำดับต้นๆ ในบรรดาการเข้ารับการรักษาที่มีสาเหตุมาจากปัญหาการใช้ยาทั้งหมด (ร้อยละ 41.2, 12.2, และ 12.2 ตามลำดับ) ในขณะที่ Dartnell และคณะ (1996) พบว่าร้อยละ 16 ของการเข้ารับการรักษาที่มีสาเหตุแน่นอนจากปัญหาจากการใช้ยา Cunningham และคณะ (1997) พบว่าปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากยาเป็นสาเหตุมากที่สุด ถึงร้อยละ 65 ของการเข้ารับการรักษาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยา Nelson และ Talbert (1996) พบว่าการรักษาล้มเหลว (drug therapy failure) เป็นสาเหตุร้อยละ 55 ซึ่งเป็นประเภทของปัญหา ที่ไม่ได้นิยามไว้ในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามปัญหาการรักษาล้มเหลว อาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยานานเกินไป (subtherapeutic dose) ซึ่งเป็นผลจากผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง หรือ

แพทย์อาจสั่งยาในขนาดที่น้อยกว่าที่จะให้ผลทางการรักษา หรือผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาเลยหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเป็นในกรณีหลังนี้ ก็จะเข้าข่ายปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (failure to receive prescribed medication) เช่นเดียวกับในการศึกษานี้ ส่วน Hallas และคณะ (1992) พบว่าปฏิบัติยาไม่พึงประสงค์จากยาและการรักษาล้มเหลวเป็นสาเหตุสองลำดับแรก และความไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรักษาล้มเหลว ปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคติดเชื้อที่ต้องการรักษาระยะยาว ซึ่งคือความไม่ร่วมมือในการรักษา (non-adherence) เช่นเดียวกัน ส่วนปัญหาการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในการศึกษานี้ มีลักษณะเฉพาะที่อาจไม่พบในการศึกษาอื่น ๆ เพราะส่วนใหญ่เป็นการใช้ยารักษาตนเองของผู้ป่วย (self-medication) ซึ่งเป็นยาสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อรักษาโรคเรื้อรังหรือเป็นยาชุดที่มีแนวโน้มว่าอาจมียาสเตรอยด์หรือยาต้านการอักเสบที่มีไซลีสเตรอยด์ ซึ่งผลลัพธ์คือ โรคมีอยู่เดิมแล้ว กำเริบหรือเกิดความเจ็บป่วยใหม่ตามมา นอกจากโรคที่มีอยู่แล้ว ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ที่เกิดจากการใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้ร่วมกันที่มาจากการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ พบน้อยมาก อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในการศึกษานี้ ที่ไม่สามารถระบุหรือยืนยันชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนหน้าเข้ารับการรักษา ได้อย่างครบถ้วน อาจทำให้ไม่สามารถบ่งชี้ปัญหาการใช้ยาบางประเภท ได้ เช่น การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เพราะเป็นยาที่อาจมีปฏิกริยาระหว่างยาต่อกัน การได้รับยาซ้ำซ้อน เป็นต้น ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Howard และ คณะ (2003) ที่พบว่าปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษา เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการส่งจ่ายของแพทย์ (ร้อยละ 35) พอ ๆ กับปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 30)

เมื่อพิจารณากลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยา โดยไม่นับปัญหาการใช้ยาเกินขนาดโดยตั้งใจ พบว่ามีความสอดคล้องกับประเภทของปัญหา คือปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ทำให้ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มีสัดส่วนมากที่สุดเกือบร้อยละ 30 ยาลดน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 12 ยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 8.3 เป็นลำดับถัดมา ซึ่งคล้ายคลึงกับบางการศึกษา (Hallas, et al., 1992; Roughead, et al., 1998; Howard, et al., 2003; Gurwitz, et al., 2003)

สำหรับความเป็นไปได้ในการป้องกันปัญหา การเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของปัญหาจะทำให้ประเมินได้ว่าปัญหานั้นมีแนวโน้มจะป้องกันได้หรือไม่ Howard และคณะ (2003) ได้แบ่งสาเหตุหรือที่มาของปัญหาการใช้ยา เป็น 3 กลุ่มคือ สาเหตุจากการสั่งใช้ยา (prescribing) การติดตามผลการรักษา (monitoring) และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (patient adherence) ในการศึกษานี้เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่นำไปสู่การเข้ารับการรักษา พบว่าปัจจัยที่ตัวผู้ป่วยอาจเป็นสาเหตุสำคัญ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดการรักษา

อย่างต่อเนื่อง หรือแสวงหาการรักษาในรูปแบบอื่น ทำให้การรักษาล้มเหลวหรือโรคกำเริบเลวลง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความสำคัญของการรักษาด้วยยาและภาวะแทรกซ้อนของโรคกรณีขาดการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและมีร่วมมือในการรักษามากขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นหน้าที่ของแพทย์ เภสัชกร ในทีมรักษาที่จะทำหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งก็ไม่สามารถรับประกันได้อย่างเต็มที่ว่าจะทำให้ผู้ป่วยทุกราย ปลอดภัยจากปัญหาจากการใช้ยา ดังนั้นความเป็นไปได้ที่จะป้องกันปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในการศึกษานี้จึงอยู่ในระดับที่ "อาจจะป้องกันได้" (possibly preventable) (ภาคผนวก 5) โดยรวมร้อยละ 59.6 ของการเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุปัญหาจากการใช้ยาในการศึกษานี้ อาจจะป้องกันได้หรือป้องกันได้แน่นอน สอดคล้องกับร้อยละ 3.7 - 69 ในการศึกษานี้ (Howard, et al., 2006; Roughead, et al., 1998; Gurwitz, et al., 2003; Nelson and Talbert, 1996; Winterstein, et al., 2002; Dartnell, et al., 1996; Howard, et al., 2003)

การเข้ารับการรักษาเนื่องจากสาเหตุปัญหาจากการใช้ยา ในผู้ป่วย 128 ราย ในระยะเวลา 6 เดือนของการเก็บข้อมูล ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายระหว่างรักษาในโรงพยาบาล (ไม่นับค่าอาหาร) รวมกว่า 7 แสนบาท และเมื่อพิจารณาเฉพาะการเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุปัญหาจากการใช้ยาที่ อาจจะป้องกันได้หรือป้องกันได้แน่นอน ซึ่งมีผู้ป่วย 68 ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่อาจจะประหยัดได้ ประมาณ 4 แสนบาท อย่างไรก็ตามมูลค่าโดยรวมที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาดังกล่าว ย่อมน้อยกว่าความเป็นจริง เพราะยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อม ที่มีได้นำมาพิจารณาในการศึกษานี้ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยต้องเสียรายได้ เสียเวลาในการทำงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายของญาติพี่น้องที่มาเฝ้าดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ข้อจำกัดในการบ่งชี้ปัญหาจากการใช้ยาในการศึกษานี้ดังที่ได้อภิปรายมาแล้ว อาจทำให้ประมาณค่าใช้จ่ายรวมได้ต่ำกว่าจริง ข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุปัญหาจากการใช้ยา ในประเทศไทย ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษายอย่างจริงจัง ข้อมูลจากการศึกษานี้ อาจสะท้อนเฉพาะปัญหาที่พบในผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น การศึกษาต่อไปอาจต้องสำรวจลึกในการหามูลค่าของค่าใช้จ่าย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในหลาย ๆ ที่เพื่อให้ได้ตัวเลขที่มีความแม่นยำมากขึ้น ในประเทศออสเตรเลีย มีการประมาณว่าค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากยา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีมูลค่ารวมประมาณ \$3.5 ล้าน (Dartnell, et al., 1996) Ernst และ Grizzle (2001) ใช้โมเดล cost of illness ที่คิดโดย Johnson และ Bootman (1995) ประมาณมูลค่าต่อปีที่ผู้ป่วยนอก เกิดปัญหาจากการใช้ยาและทำให้ต้องเข้ารับการรักษา โดยอาศัยข้อมูลจำลองของผู้ป่วยนอก (hypothetical cohort patients) พบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดการการรักษาที่ล้มเหลวและการเกิดปัญหาความเจ็บป่วยใหม่ มีมูลค่าเฉลี่ย \$1,488 ต่อหนึ่งกรณีที่เกิดขึ้น และมูลค่าของปัญหาที่ทำให้ต้องเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 70 (\$177.4 พันล้าน) ของมูลค่าทั้งหมด ซึ่งพบว่าเพิ่มมากกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในปี 1995 ของ Johnson และ Bootman การศึกษานี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุอื่น ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าหลายเท่า (2506 ราย) เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ แต่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุปัญหาจากการใช้ยาใช้ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาด้วยสาเหตุอื่น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีได้ปัญหาจากการใช้ยา อาจมีโรคบางโรค ที่โดยธรรมชาติอาจมีความรุนแรง ต้องการการรักษาที่ใช้เวลามากกว่า อย่างไรก็ตาม ความสำคัญอาจไม่ได้อยู่ที่การเปรียบเทียบดังกล่าว แต่อยู่ที่ว่าเราจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่ควรเกิดขึ้นหรือในส่วนของปัญหาที่ป้องกันได้ ในปริมาณเท่าใด โดยที่ทีมรักษาต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจโรคและการรักษา และมีความร่วมมือในการรักษาตามมา ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเด่นของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ได้พยายามบ่งชี้ขนาดของปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในชุมชนที่มีผู้ป่วยใช้ยา (ambulatory patients) โดยวัดความชุกของปัญหาที่พบในขณะผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ทราบขนาดของปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (drug-related admissions) โดยมีขอบเขตของปัญหาที่ศึกษากว้างขวางมากขึ้น ไม่เพียงเฉพาะปัญหาปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากยา ที่มักพบในการศึกษาในอดีต และเป็นการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจำนวนกว่าสองพันราย ซึ่งสามารถให้ข้อมูลความชุกที่เป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยอายุกรรม ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้

นอกจากนี้ ยังได้ศึกษามูลค่าเบื้องต้นของการเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุปัญหาจากการใช้ยาพร้อมกับประเมินความเป็นไปได้ในการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การคิดค้นวิธีการที่จะป้องกันหรือลดปัญหา เพื่อลดการสูญเสียงบประมาณที่อาจประหยัดได้ต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ครั้งนี้ไม่อาจกล่าวได้ว่าสามารถค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา เนื่องจากสาเหตุของปัญหามักมีความซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในแง่ของการสื่อสาร พฤติกรรม ความรู้ เศรษฐกิจ ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคล ซึ่งการศึกษานี้ไม่สามารถบอกได้อย่างเจาะจง นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่ใช้เวลา (time-consuming) และต้องการข้อมูลในเชิง objective เพื่อยืนยันปัญหา ดังนั้นความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้ป่วยในส่วนใดส่วนหนึ่งจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสรุปปัญหาและการจำแนก

ถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับยาดังกล่าว ในการปฏิบัติตามปกติ พบว่าอาจไม่มีการบันทึกข้อมูลที่เพียงพอในเวชระเบียนหรือไม่มีการตรวจผู้ป่วยเพิ่มเติม แต่การศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีการแทรกแซงใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานตามปกติของบุคลากรทางแพทย์ เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์การตัดสินใจปัญหาจากการใช้ยา ในลักษณะมีหรือไม่มี (all or none) แม้ว่าจะทำให้ได้ปัญหาที่มีความชัดเจนแน่นอน แต่ก็ทำให้ปัญหาจำนวนหนึ่งที่ขาดข้อมูลเพียงพอ อาจถูกตัดออกไป จึงทำให้การประมาณความชุกต่ำกว่าความเป็นจริงได้ และการพึ่งการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ก่อนหน้ามาโรงพยาบาล มีประโยชน์ไม่มาก เพราะผู้ป่วยแทบทุกราย ไม่สามารถบอกชนิดของยาได้อย่างเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงระบุในผลการวิจัยเป็นเพียงกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรืออาจเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยใหม่ที่เกิดขึ้น อาจสามารถกล่าวได้ว่าเป็นเรื่องยากที่จะได้ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยบ้านเราอย่างถูกต้อง เนื่องจากความมีอิสระในการแสวงหาการรักษาด้วยตัวเองนอกเหนือจากระบบการให้บริการสาธารณสุข การไม่ระบุชื่อยาหรือชนิดยาโดยแพทย์หรือจากร้านยา