

PHYSICIANS' ATTITUDES TOWARD PHARMACEUTICAL SALES REPRESENTATIVES

Supornchai Kongpatanakul¹, Panit Somhom², U-sa Panichpathompong¹
Pornchulee Supatchaipisit¹ and Suvicha Limcharoensuk¹

¹ Department of pharmacology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital,
Mahidol University, Bangkok 10700

² Drug Analysis Division, Department of medical sciences, Ministry of Public Health
Bangkok 11000, THAILAND

ABSTRACT

Faculty and residents from ten academic internal medicine departments were surveyed about their perceptions of the informational and service benefits in interactions with pharmaceutical sales representatives (PRs). Complete questionnaires were returned by 90 of 699 physicians in the sample, giving a response rate of 13%. Residents and faculty generally had neutral attitudes toward the educational and informational value of the detailing activities. Faculty found more positive attitudes toward the information activities of PRs than residents did significantly ($p < 0.05$). Interestingly, they both perceived that contact with PRs were not influential on physician decision making. Seventy-eight percent of faculty and 79.0% of residents believed that physician could not be compromised, regardless of the value of a gift received. However, faculty were more likely than residents favored existing presentation by PRs at their hospitals. Twelve percent of faculty and 17% of residents felt they had sufficient training concerning professional interaction with PRs.

ทัศนคติของแพทย์ต่อผู้แทนยา

สุพรชัย กองพัฒนากุล¹ ปณิจ สมหอม² อุษา พาณิชปฐมพงศ์¹ พรชูลี สุภัทรชัยพิธิษฐ์¹
และ สุวิชา ลิ้มเจริญสุข¹

¹ภาควิชาเภสัชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700

²กองวิเคราะห์ยา, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 1000

บทนำ

ปัจจัยทางด้านวิทยาศาสตร์ (scientific factors) และปัจจัยที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ (nonscientific factors) มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่บริษัทยามีทั้งข้อมูลที่เป็น scientific และ nonscientific การศึกษาจำนวนมากพบว่าผู้แทนยามีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์⁽²⁻⁴⁾ ดังนั้นบริษัทยาจึงได้จ้างผู้แทนยาเป็นจำนวนมาก เพื่อชักจูงให้สั่งจ่ายยาของตน ในสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายทางด้านการโฆษณา (advertising activities) ประมาณ 25% ของรายได้จากการขาย⁽⁵⁾ ส่วนข้อมูลในประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายการโฆษณาและส่งเสริมการขายจะสูงถึงกว่าร้อยละ 15 ของมูลค่าการขายยาทั้งหมด โดยในปี 2535 พบตัวเลขค่าใช้จ่ายในการโฆษณาสูงถึง 600 ล้านบาท⁽⁶⁾

ผู้แทนยาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ด้วยการมอบสิ่งของตอบแทนต่างๆ เช่น การให้ของขวัญ, การเลี้ยงอาหาร, การให้ค่าเดินทางไปประชุมทางวิชาการ, การมอบตำราหรือวารสารทางการแพทย์, สนับสนุนการวิจัย, หรือสนับสนุนการจัดประชุมทางวิชาการ เป็นต้นเพื่อจูงใจให้แพทย์สั่งจ่ายยา⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามผู้แทนยามีอิทธิพลในการสั่งจ่ายยาของแพทย์หรือไม่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด⁽⁵⁾ จากการศึกษาของ McKinney⁽⁸⁾ และ Bank⁽⁹⁾ พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการได้รับของกำนัลจากผู้แทนยามี

อิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยา แต่การศึกษาของ Lichstein และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าแพทย์ประจำบ้านไม่ถึงกึ่งหนึ่งเห็นว่า ผู้แทนยาไม่มี อิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์ นอกจากนี้ความคิดเห็นของแพทย์ฝักใฝ่ทั่วไปจากการศึกษาของ Hayes และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่ามีเพียง 16% เห็นว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้แทนยามีประโยชน์ ดังนั้นหากข้อมูลที่ได้รับจากผู้แทนยาไม่ถูกต้องแพทย์ย่อมจะได้รับข้อมูลที่ผิดพลาดและอาจนำไปสู่การสั่งจ่ายยาที่ผิดได้

สำหรับประเทศไทย บริษัทยาได้สร้างความสัมพันธ์กับแพทย์มาเป็นเวลานานแล้วเช่นกัน อย่างไรก็ตามก็ยังไม่มีการศึกษาใดเลยในประเทศไทยที่แสดงว่าผู้แทนยาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ได้หรือไม่ และทัศนคติของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านต่อผู้แทนยาเป็นอย่างไร เนื่องจากอาจารย์แพทย์จะเป็นแบบอย่างสำคัญในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ประจำบ้าน ดังนั้นหากสามารถเข้าใจถึงทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อผู้แทนยาอาจมีประโยชน์ในการปรับปรุงการสั่งจ่ายยาของแพทย์ได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านแผนกอายุรกรรมศาสตร์ต่อบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสารของผู้แทนยา

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ซึ่งมีที่อยู่ของผู้รับและแสดมปีแนบไว้ด้วย ให้แก่อาจารย์และแพทย์ประจำบ้านแผนกอายุรศาสตร์ 10 สถาบัน ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2537

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ประกอบด้วยอาจารย์ 271 ราย และแพทย์ประจำบ้าน 428 ราย โดยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ simple random ตามรายชื่อแพทย์ที่ได้จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McKinney และคณะ⁽²⁾ แบบสอบถามนี้ได้พยายามลดอคติของผู้ตอบ เช่น ไม่ต้องระบุชื่อของผู้ตอบ ส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ซึ่งไม่ได้ระบุที่อยู่แท้จริงของผู้รับ (ใช้บริการเช่าตู้ไปรษณีย์) ส่วนหนึ่งของแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบและคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่แพทย์มีการติดต่อกับผู้แทนยา รวมทั้งมูลค่าของของขวัญที่แพทย์เห็นว่ามีส่วนต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ส่วนที่สองเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์ต่อผู้แทนยาในเรื่องราวต่าง ๆ โดยให้แพทย์ให้คะแนนของความคิดเห็นเป็น 5 สเกล ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ส่วนแรกของแบบสอบถาม จะแสดงเป็นตารางและเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนความถี่ของคำตอบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน สำหรับส่วนที่สองซึ่งเป็นคำตอบเกี่ยวกับทัศนคติของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านจะทำการหาค่าเฉลี่ยของแต่ละข้อแยกจากกัน หลังจากนั้น

จะทำการวิเคราะห์ต่อด้วยใช้สถิติการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis)⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ในการจัดหมวดหมู่ตัวแปรจำนวนมาก ออกเป็นกลุ่ม ๆ โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยร่วมของตัวแปรต่าง ๆ และเมื่อได้ทำการวิเคราะห์หาจำนวนปัจจัยทั้งหมดแล้วผู้วิจัยจะทำการรวมคะแนนและค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยเปรียบเทียบแยกกันระหว่างอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน

การหาค่าความแตกต่างทางสถิติจะใช้สถิติ Student t-test และค่าเฉลี่ยที่ได้จะทำการคำนวณหา 95% Confidence intervals (CIs) การวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (SPSS/PC⁺) และนำเสนอค่าความน่าจะเป็น p value แบบสถิติสองทาง⁽¹³⁾

ผลการศึกษา

แบบสอบถามได้รับการส่งกลับจำนวน 90 ฉบับ คิดเป็น 13% ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด เป็นอาจารย์แพทย์จำนวน 42 ราย คิดเป็น 15% ของอาจารย์แพทย์ทั้ง 271 ราย และแพทย์ประจำบ้านจำนวน 48 ราย คิดเป็น 11% ของแพทย์ประจำบ้านทั้ง 428 ราย ลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ตอบดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนในตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่อาจารย์แพทย์จะมีการติดต่อกับผู้แทนยามากกว่าแพทย์ประจำบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์แพทย์มีการสนทนากับผู้แทนยาค่อนข้างนาน ๆ มากกว่า 5 นาทีและการรับยาฟรีจากผู้แทนยาบ่อยครั้งกว่าแพทย์ประจำบ้านอย่างเห็นได้ชัดและมีความสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เห็นได้ว่าทั้งอาจารย์แพทย์ และแพทย์ประจำบ้านไม่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและการนำยาใหม่เข้าในเภสัชตำรับของโรงพยาบาลตามคำแนะนำของผู้แทนยา

ส่วนใหญ่ของอาจารย์แพทย์ (78%) และแพทย์ประจำบ้าน (79%) เห็นว่าการให้ของกำนัลไม่ว่าจะมีมูลค่าเท่าใดจากผู้แทนยาไม่มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ได้ อาจารย์แพทย์

ส่วนใหญ่มากกว่าครึ่ง (80 %) เห็นว่าไม่ควรห้ามการนำเสนอของผู้แทนยาต่อแพทย์ ซึ่งแตกต่างจากแพทย์ประจำบ้านจำนวนครึ่งหนึ่ง (50 %) เท่านั้นที่เห็นด้วย และมีอาจารย์แพทย์เพียง 12% และแพทย์ประจำบ้าน 17% เท่านั้นที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่อผู้แทนยาจากสถาบันโรงเรียนแพทย์

ตารางที่ 4 แสดงทัศนคติของอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านที่มีต่อผู้แทนยาโดยให้คะแนนความเห็นตั้งแต่ 1 (ทัศนคติเชิงบวก) ถึง 5 คะแนน (ทัศนคติเชิงลบ) พบว่าแพทย์ประจำบ้านและอาจารย์แพทย์มีความเห็นไม่แตกต่างกัน กล่าวคือมีทัศนคติปานกลางในแง่บทบาทของผู้แทนยาในกิจกรรมการสอนของโรงเรียนแพทย์ การได้รับการอบรมและการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อผู้แทนยาจากสถาบันการศึกษาอย่างเพียงพอ และมีทัศนคติในเชิงบวกต่อการปฏิบัติตนต่อผู้แทนยาแบบเดียวกันว่า ไม่ว่าจะได้รับการตอบแทนด้วยของขวัญหรือไม่ก็ตาม การติดต่อหรือการ

เสนอความคิดของผู้แทนยามีผลต่อการสั่งใช้ยาน้อยหรือข้อตกลงเกี่ยวกับผลประโยชน์ของยอดการจำหน่ายมีผลกระทบต่อพฤติกรรมคำสั่งใช้ยาน้อยแต่อย่างไรก็ตามผู้แทนยาก็มีบทบาทในการช่วยเหลือการนำเสนอผลงานทางวิชาการและการอภิปรายทางวิชาการและการติดต่อของผู้แทนยา

ในส่วนของอาจารย์แพทย์ที่แตกต่างจากแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คืออาจารย์แพทย์ มีความเห็นในเชิงบวกมากกว่าแพทย์ประจำบ้าน ว่าผู้แทนยาเป็นผู้ที่จัดหาและเตรียมข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ทั้ง ยาใหม่และยาเดิม ที่มีจำหน่ายอยู่ และมีความเห็นหนักแน่นกว่าว่าไม่ควรห้ามผู้แทนยานำเสนอข้อมูลยาให้แก่แพทย์

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

อาจารย์แพทย์ (N = 42)		แพทย์ประจำบ้าน (N = 48)	
อายุ (mean $\pm$ SD)	52.0 $\pm$ 7.9	อายุ (mean $\pm$ SD)	28.0 $\pm$ 1.5
Range	30-68	Range	25-33
เพศ, จำนวน(%)		เพศ, จำนวน(%)	
ชาย	30 (71)	ชาย	27 (56)
หญิง	12 (29)	หญิง	21 (44)
จำนวนปีที่จบการศึกษา		จำนวนปีที่จบการศึกษา	
ค่าเฉลี่ย	27 (6-43)	ค่าเฉลี่ย	4 (1-8)
สถาบันที่สำเร็จการศึกษา, จำนวน (%)		สถาบันที่สำเร็จการศึกษา, จำนวน (%)	
- ศิริราช	23 (55)	- ศิริราช	20 (42)
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	7 (17)	- รามาธิบดี	9 (20)
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	6 (14)	- ขอนแก่น, สงขลา	5 (10)
- รามาธิบดี	2 (5)	- จุฬาลงกรณ์, พระมงกุฎ	3 (6)
- ไม่ระบุ	4 (9)	- เชียงใหม่	2 (4)
		- ไม่ระบุ	1 (2)

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านที่มีการติดต่อกับผู้แทนยา

คำถาม	อาจารย์แพทย์ (N = 42) %	แพทย์ประจำบ้าน (N = 48) %
1. มีการสนทนาสั้น ๆ (ไม่เกิน 5 นาที) กับผู้แทนยา	17.0	13.5
2. มีการสนทนานาน ๆ (มากกว่า 5 นาที) กับผู้แทนยา	4.0	1.8 *
3. มีการเปลี่ยนวิธีการสั่งใช้ยาหลังจากได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับผู้แทนยา	0.8	0.4
4. มีการเสนอยาใหม่เข้าในเภสัชตำรับโรงพยาบาลตามคำแนะนำของผู้แทนยา	0.6	0.3
5. ได้รับการเลี้ยงอาหารจากผู้แทนยา	2.4	2.7
6. ได้รับยาฟรีหรือยาด้อย่างจากผู้แทนยา	7.3	2.4 *
7. ได้รับเกียรติเชิญให้เป็นผู้บรรยายจากผู้แทนยาในงานต่าง ๆ	0.2	0.0
8. ผู้แทนยาออกค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่าง ๆ	0.3	0.2

*($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อมูลค่าของขวัญที่มีผลต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์

จำนวนเงิน, บาท	อาจารย์แพทย์, จำนวน (%)		แพทย์ประจำบ้าน, จำนวน(%)	
	จำนวน	จำนวนสะสม	จำนวน	จำนวนสะสม
500	0 (0)	0 (0)	1 (25)	1 (25)
1,000	0 (0)	0 (0)	1 (25)	2 (50)
2,000	0 (0)	0 (0)	1 (25)	3 (75)
5,000	1 (50)	1 (50)	0 (0)	3 (75)
1,000,000	1 (50)	2 (100)	1 (25)	4 (100)

เมื่อวิเคราะห์ค่าตามทั้งหมดโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เพื่อแยกปัจจัยต่างๆ ในตารางที่ 4 จะแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ (ข้อ 1 และ 9) ปัจจัยด้านการจัดหาข้อมูลยา (ข้อ 2 และ 3) และปัจจัยการมีอิทธิพลต่อแพทย์ (ข้อ 4-8) (ตาราง 5) และเมื่อนำคะแนนรวมที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ของทุกข้อในแต่ละปัจจัยมารวมกัน นำมาหาค่ากึ่งกลางระหว่างคะแนนรวมที่น้อยที่สุดและมากที่สุด (mean) ปัจจัยใดที่มีคะแนนรวมน้อยกว่าค่ากึ่งกลางจะมีความหมายว่ามีทัศนคติในทางบวกต่อปัจจัยดังกล่าวและถ้าคะแนนมากกว่าค่ากึ่งกลาง แสดงว่ามีทัศนคติในทางลบ ส่วนคะแนนที่เท่ากับค่ากึ่งกลาง มีความหมายว่ามีความคิดเห็นเป็นกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าปัจจัยที่ 1 อาจารย์แพทย์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 5.6 (95% CI = 5.0-6.2) และแพทย์ประจำบ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 5.8 (95% CI = 5.3-6.3) จะเห็นได้ว่าทั้งอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านมีความคิดเห็นค่อนข้างดี แต่ไม่แตกต่างกันในบทบาทของผู้แทนยาต่อกิจกรรมการสอน โดยที่คะแนนที่ใกล้ค่ากึ่งกลางไม่ให้ความหมายว่ามีทัศนคติในทางบวกหรือลบ ส่วนปัจจัยที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของอาจารย์แพทย์มีค่าเท่ากับ 4.6 (95% CI = 4.1-5.1) และแพทย์ประจำบ้านเท่ากับ 6.3 (95% CI = 5.7-6.9) จะเห็นได้ว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนแตกต่างกันโดยที่อาจารย์แพทย์ มีทัศนคติ ในทางบวกต่อผู้แทนยาในด้านการจัดหาข้อมูลยาให้แก่แพทย์ ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านมีความเห็นเป็นกลางๆ ต่อปัจจัยนี้ และปัจจัยสุดท้ายอาจารย์แพทย์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 13.2 (95% CI = 12.5-13.3) แสดงว่าแพทย์ทั้งสองกลุ่มเห็นด้วยว่าผู้แทนยาไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสั่งยา

วิจารณ์ผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าอัตราการส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ มีอัตรา ก่อนข้างต่ำ (13%) และไม่สามารถทำการติดตามส่งแบบสอบถามเพิ่ม เพื่อให้อัตราการตอบกลับเพิ่มมากขึ้นได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้พยายามที่จะลดอคติจากการตอบแบบสอบถามโดยการทำ double blind กล่าวคือทั้งผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ส่งแบบสอบถามต่างก็ไม่ทราบว่าเป็นใคร โดยในแบบสอบถามไม่ต้องการให้มีการระบุชื่อของผู้ตอบและไม่มีหมายเลขของแบบสอบถาม เพื่อหวังว่าผู้ตอบจะให้ข้อมูลที่มีความลำเอียงน้อยกว่า แต่การที่อัตราการตอบแบบสอบถามกลับมามีค่าทำให้มีข้อจำกัดคือผลการศึกษาน่าจะไม่เป็นตัวแทนที่ดี อัตราการตอบแบบสอบถามและส่งกลับในครั้งนี้ เป็นอัตราการตอบกลับที่ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่ได้รับคืนจากผู้ได้รับแบบสอบถาม และใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยมีค่าประมาณ 20% ของการตอบกลับครั้งแรก^(14,15) จากการสำรวจทัศนคติของทั้งอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้แทนยา ในเรื่องการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการของแพทย์และการจัดหาข้อมูลยาให้แพทย์ แต่ไม่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ อาจารย์แพทย์จะมีทัศนคติในเชิงบวกมากกว่าแพทย์ประจำบ้านอย่างเห็นได้ชัดและมีความแตกต่างทางสถิติ กล่าวคือ ผู้แทนยามีบทบาทสำคัญในการจัดหาข้อมูลและเตรียมข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ทั้งยาใหม่และยาเดิมที่มีจำหน่ายอยู่แล้วมากกว่า และเห็นควรว่า ไม่ควรห้ามการนำเสนอขายของผู้แทนยา เหตุผลหนึ่งอาจมีสาเหตุมาจากแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์แพทย์เป็นผู้ที่มีเวลาจำกัดในการติดตามข้อมูล หรือแสวงหาข่าวสารใหม่ๆ ด้วยตัวเอง ดังนั้นการนำเสนอความรู้ทางด้านยาทั้งเก่าและใหม่ของผู้แทนยาจะเป็นการลดเวลาในการค้นคว้าหาข้อมูลได้เป็นอย่างดี ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการที่ ทำให้แพทย์ ได้ มี โอกาสรับ หรือเข้าถึง

ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย เป็นประโยชน์ต่อการรักษา
แต่อย่างไรก็ตามการเลือกใช้ข้อมูลของแพทย์จะต้องมี
วิจารณ์ญาณในการเลือกใช้ หากข้อมูลที่ได้รับจากผู้

แทนยาไม่ถูกต้องทำให้การสั่งจ่ายยาที่ไม่สมเหตุผล
เกิดขึ้นได้ ก็อาจมีผลเสียต่อคุณภาพของการรักษา
พยาบาล ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย

ตารางที่ 4 ทศนคติของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ที่มีต่อผู้แทนยา

ความคิดเห็นต่อผู้แทนยา	อาจารย์แพทย์	แพทย์ประจำบ้าน
1. ผู้แทนยามีบทบาทต่อกิจกรรมการสอนของหน่วยงานของท่าน	3.0 (2.7-3.4)	3.3 (3.0-3.6)
2. ผู้แทนยาเป็นผู้จัดหาและเตรียมข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์เกี่ยวกับยาใหม่ ๆ ให้กับท่าน	2.2 (1.9-2.5)	3.1 (2.8-3.4) *
3. ผู้แทนยาเป็นผู้จัดหาและเตรียมข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์เกี่ยวกับยาเดิมที่มีจำหน่ายอยู่แล้ว ให้กับท่าน	2.4 (2.1-2.7)	3.3 (3.0-3.6) *
4. ควรห้ามไม่ให้ผู้แทนยาเข้ามายุ่งเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลยาให้กับแพทย์ในหน่วยงานของท่าน	3.9 (3.7-4.2)	3.3 (3.0-3.6) *
5. ท่านได้รับการอบรมและสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนกับผู้แทนยาจากสถาบันการศึกษาของท่านมาเพียงพอแล้ว	3.3 (3.0-3.6)	3.5 (3.2-3.8)
6. ท่านปฏิบัติต่อผู้แทนยาทุกคนแบบเดียวกันไม่ว่าจะมีการตอบแทนด้วยของขวัญหรือไม่ก็ตาม	1.7 (1.5-1.9)	1.9 (1.7-2.1)
7. การติดต่อหรือการเสนอความคิดเห็นของผู้แทนยาไม่มีผลต่อพฤติกรรม การสั่งจ่ายของท่าน	2.3 (2.0-2.6)	2.1 (1.8-2.4)
8. ข้อตกลงเกี่ยวกับผลประโยชน์ของยอดการจำหน่ายยาไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การสั่งจ่ายของท่าน	1.9 (1.6-2.2)	1.8 (1.6-2.0)
9. ผู้แทนยามีบทบาทในการช่วยเหลือด้านการนำเสนอผลงานทางวิชาการและการ อภิปรายทางวิชาการในหน่วยงานของท่าน	2.6 (2.3-2.9)	2.5 (2.2-2.8)

*($p < 0.05$)

ตารางที่ 5 ทศนคติของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านแยกตามปัจจัยต่าง ๆ

ปัจจัย	อาจารย์แพทย์	แพทย์ประจำบ้าน
การสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ (2-10, คะแนนกึ่งกลาง = 6)	5.6 (5.0-6.2)	5.8 (5.3-6.3)
การจัดหาข้อมูลยา (2-10, คะแนนกึ่งกลาง = 6)	4.6 (4.1-5.1)	6.3 (5.7-6.9)
การมี อิทธิพล ต่ แพทย์ (5-25, คะแนนกึ่งกลาง = 15)	13.2 (12.5-13.9)	12.6 (11.9-13.3)

สำรวจหรือตรวจสอบว่าข้อมูลข่าวสารที่ผู้แทนยาเสนอต่อแพทย์มีความถูกต้องมากน้อยเพียงใด แต่จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าข้อมูลที่แพทย์ได้รับจากผู้แทนยา จำนวน 106 ข้อ จะมีถึง 11% ที่พบว่าไม่ถูกต้อง⁽²⁾

นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่าทั้งอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ที่ตอบว่าได้เคยรับการอบรมจากโรงเรียนแพทย์เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้แทนยา มีเพียง 15% ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นที่ McKinney WP และคณะทำสำรวจไว้พบว่า แพทย์ถึง 90 % ได้รับการอบรมดังกล่าว⁽⁸⁾

จากการศึกษานี้พบว่าทั้งอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านต่างให้คำตอบเป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ ผู้แทนยาไม่มีอิทธิพลที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ของขวัญของตอบแทนแก่แพทย์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสั่งการรักษาแก่ผู้ป่วย⁽⁹⁾ สมมติฐานหนึ่งที่อาจเป็นไปได้คือ มีความแตกต่างของพฤติกรรมที่ตอบแบบสอบถามและที่ปฏิบัติจริง ตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันคือการส่งแบบสอบถามหรือยกกรณีศึกษาให้แพทย์ตอบเพื่อศึกษาพฤติกรรมการสั่งการรักษาของแพทย์โดยการเขียน (written case simulation) พบว่าไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่แพทย์ปฏิบัติจริงในเวชปฏิบัติ⁽¹⁶⁾

ดังนั้นโรงเรียนแพทย์จึงควรที่จะมีการเร่งฝึกอบรมแพทย์ ให้ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่จะช่วยให้แพทย์รู้จักกลั่นกรองและเลือกใช้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง การรู้จักวิเคราะห์และวิจารณ์วารสารที่ผู้แทนนำมาอ้างอิงเพื่อสนับสนุนความน่าเชื่อถือของยา⁽²⁾ ประสิทธิภาพของยา (efficacy) และผลข้างเคียงของยา (ADR) โดยแนวทางหนึ่งของการช่วยให้แพทย์รู้จักแยกแยะข้อมูลได้เหมาะสมในขณะนี้คือ การใช้เวชศาสตร์อิงหลักฐาน (Evidence based medicine) โดยมีหลักการที่ว่า การตัดสินใจสั่งการรักษาผู้ป่วยด้วยยาหรือการใช้เครื่องมือใดของแพทย์ จำเป็นที่จะต้อง

อาศัยข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ที่ได้มีการอ้างอิงไว้แล้วอย่างถูกต้อง การพิจารณาเลือกใช้ยาหรือเครื่องมือใด แพทย์ควรมีการสืบค้นข้อมูลจากหลาย ๆ ด้าน โดยควรที่จะต้องนำความรู้ในเรื่องระบาดวิทยาและสถิติทางการแพทย์เข้ามาช่วยในการคิดพิจารณา และจะต้องมีการติดตามตรวจสอบข้อมูลนั้นอยู่เสมอ⁽¹⁷⁾

นอกจากนี้สิ่งที่โรงเรียนแพทย์ควรมีการดำเนินการควบคู่ไปด้วย คือ การปลูกจิตสำนึกของแพทย์ให้มีจริยธรรมในการเลือกการรักษาให้ผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล ที่ให้ทั้งคุณภาพและราคาเหมาะสม ตลอดจนการจัดอบรมให้แพทย์รู้จักการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเมื่อต้องติดต่อกับผู้แทนยา⁽¹⁸⁾ นโยบายหนึ่งที่น่าจะดำเนินการจัดทำขึ้นคือ การจัดทำ guideline for ethical behavior รวมทั้งการจัดหาหลักควบคุม การจัดอบรมสัมมนาแพทย์เพื่อการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อผู้แทนยา ควรจะเป็นเรื่องที่ครอบคลุมถึง กลยุทธ์ทางการตลาดในการนำเสนอ ยา การใช้ตัวอย่างยา ประเด็นราคา ยา จริยธรรมและการรับของขวัญ⁽¹⁹⁾

สรุป

การสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารและประโยชน์ที่ได้จากการติดต่อกับผู้แทนยา ของอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ทั้ง 10 แห่งในประเทศไทย พบว่าความคิดเห็นของอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือผู้แทนยามีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการการจัดหาข้อมูลยา แต่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์น้อย

คำขอบคุณ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินทุนวิจัยของศิริราชมูลนิธิ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านทั้ง 10 สถาบันที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ

Dr. WP McKinney ที่อนุญาตให้ดัดแปลงแบบสอบถามเพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง

- Hemminki E. Factors influencing rational prescribing. *Drug Intell Clin Pharm* . 1976; 10: 321-329.
- Ziegler MG, Pauline L, and Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*.1995; 273: 1296-1298.
- Soumerai SB, Jerry Avorn. Principals of educational outreach ('Academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA* . 1990; 263: 549-556.
- Eaton G, Parish P. Source of drug information used by general practitioners. *J R Coll Gen Pract*. 1976; 26(suppl): 58-64.
- Nicole L, Rich EC, Simpson DE, et al. Pharmaceutical representatives in academic medical centers: interaction with faculty and housestaff. *J Gen Intern Med* .1990; 5: 240-243.
- คณะกรรมการเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ระบบยาของประเทศไทย, 2537.
- Mary-Margaret Chen, Landefeld CS, and Murray TH. Doctors, drug companies, and gifts. *JAMA* 1989; 262: 3448-3451.
- McKinney WP, Schiedermayer DL, Nicole, L, et al. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. *JAMA* .1990; 264:1693-1697.
- Bank JW, Mainous AG. Attitudes of medical school faculty toward gifts from the pharmaceutical industry. *Aca Med* .1992; 67: 610-612.
- Lichstein PR, Turner RC, and O'Brien K. Impact of pharmaceutical company representatives on internal medicine residency programs. *Arch Intern Med*. 1992; 152: 1009-1013.
- Hayes TM, Allery LA, Harding KC, et al. Continuing education for general practice and the role of the pharmaceutical industry. *Br J Gen Practice*. 1990; 40: 510-512.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2536.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ทศสัน นุชประยูร และ เต็มศรี ชานิจารกิจ, บรรณาธิการ. การวิจัยชุมชนทางกายภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- Winefield H, Steven I, Graham N. Return rates in general practitioner surveys. *Med J Aust* .1990; 152: 674.
- Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations: Do they predict physicians ' s behavior? *J Epidemiol* .1990; 43: 805-815.
- Davidoff F, Haynes B, Sackett D and Smith R. Evidence based medicine: A new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* .1995; 310: 1085-1086.
- Ferguson RP. Training the resident to meet the detail man. *JAMA*. 1989; 261: 992-993.

19. Brotzman GL. Mark DH. Policy recommendations for pharmaceutical representative-resident interactions. *Family Med* .1992; 24: 431-432.

ขอขอบพระคุณ

พลตรี สุนันท์ โรจนวิภาค

ที่ให้การสนับสนุน

กิจกรรมของสมาคมเภสัชวิทยาแห่งประเทศไทย