

# ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่

## Leftover Drugs and Drug Use Behavior of People in Chiang Mai Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปรารณา ชามพูนท<sup>1\*</sup>, หทัยกาญจน์ ชาวานพูนผล<sup>2</sup> และ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม<sup>2</sup>

<sup>1</sup> กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก  
<sup>2</sup> ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* ติดต่อผู้พิมพ์: pratanacc@gmail.com

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2554;6(2):105-111

Pratana Champonot<sup>1\*</sup>, Hataikarn Chowwanapoonpohn<sup>2</sup> and Pakwipa Suwanprom<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pharmacy Department, Bhudhashinarat Hospital, Pitsanulok, Thailand  
<sup>2</sup> Department of Pharmaceutical Care, Fzculy of Pharmaceutical Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

\* Corresponding author: pratanacc@gmail.com

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2011;6(2):105-111

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาชนิด ปริมาณ มูลค่ายาเหลือใช้ พฤติกรรมการใช้ยา และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับยาเหลือใช้ของประชาชนในเชียงใหม่ **วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยใน จ.เชียงใหม่ โดยสุ่มแบบหลายชั้นตอน จำนวน 420 คน วิเคราะห์ข้อมูลชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ ทดสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับยาเหลือใช้โดย logistic regression **ผลการศึกษา:** จากตัวอย่าง 420 คน พบว่ามีข้อมูลเพียงพอเพื่อประเมินยาเหลือใช้ 253 คน ซึ่ง ใน 253 คนมี 224 คน (ร้อยละ 88.5) ที่มียาโรคเรื้อรังเหลือใช้อยู่ที่ครัวเรือน ยาที่เหลือมากที่สุด คือ ยาเม็ด hydrochlorothiazide 50 มก. aspirin 81 มก. enalapril 5 มก. simvastatin 10 มก. และ glibenclamide 5 มก. ตามลำดับ มีมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งสิ้น 57,132.82 บาท (คิดราคาขายจากราคากลาง) เฉลี่ย 225.82 บาทต่อคน เหตุผลหลักของยาเหลือใช้ ได้แก่ โรงพยาบาลหรือสถานเฝ้าระวังจ่ายยามากเกิน รongลงมาคือ ลืมกินยาบางมื้อ ปรับยาเอง ไม่มีวันนัดที่แน่นอน และเกิดปัญหาการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 90 เลือกดูแลโรคเรื้อรังที่ตนเป็นในสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว และร้อยละ 70.4 เก็บรักษายาได้เหมาะสม การเก็บยาไม่เหมาะสมที่พบได้แก่ เก็บยาหลายชนิดในช่องเดียวกัน สภาพยาไม่สะอาด ที่เก็บยามีแดดส่องถึง มีความชื้น มียาหมดอายุ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับยาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญคือ การไม่มีอาชีพ และจำนวนโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น **สรุป:** ประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่จำนวนมากมียาเหลือใช้ตามครัวเรือน บางส่วนเก็บรักษาไม่เหมาะสม และไม่ได้รับคำแนะนำเพื่อจัดการยาเหลือ การให้คำแนะนำในเชิงรูกอาจช่วยลดการสูญเสียทรัพยากร และช่วยให้เกิดระบบการจัดการสุขภาพที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ยาเหลือใช้, พฤติกรรมการใช้ยา, มูลค่ายาเหลือใช้

### Abstract

**Objective:** To determine type, volume and value of leftover drugs, and drug use behavior of people in Chiang Mai province. **Method:** This cross-sectional descriptive study collected data by interviewing adults ( $\geq 18$  years) residing in Chiang Mai province. Multi-stage sampling was used to select 420 individuals. Data were analyzed using descriptive statistics and relationship between having leftover drugs and associating factors was tested by logistic regression. **Results:** Of 420 individual interviewed, 253 (88.5%) had complete information for determining leftover drug problem. The most found leftover drugs included tablets of hydrochlorothiazide 50 mg, aspirin 81 mg, enalapril 5 mg, simvastatin 10 mg and glibenclamide 5 mg. Collective value of leftover drugs was 57,132.82 baht (based on standard charge price) with an average of 225.82 baht/person. Reasons for having leftover drugs were drug over supply, missing doses, dose self-adjusting, unscheduled follow-up visit, and drug-related problems. More than 90% received chronic disease care from a sole healthcare setting. 70.4% stored their drugs properly. Improper drug storages included keeping several drugs in the same package, unclean storage, exposure to the light and heat, and expired drugs. Factors significantly associating with having leftover drugs included having no job/retired and number of chronic illness. **Conclusion:** A large proportion of people in Chiang Mai province had leftover drugs with an improper storage problem and inadequate advice on the issue. A proactive advice could lessen resource waste and better healthcare management system.

**Keywords:** leftover drugs, drug use behavior, value of leftover drugs

### บทนำ

การบริโภคยาของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งเรื่องการใส่ใจสุขภาพที่มากขึ้น การมีเทคโนโลยีการผลิตยาใหม่ๆ ก้าวหน้ามากขึ้น การเข้าถึงยาของประชาชนที่สะดวกขึ้น การมีสถานให้บริการทางสาธารณสุขหลายรูปแบบซึ่งประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้หลากหลาย ทั้งช่องทางที่เป็นระบบ เช่น โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานเฝ้าระวัง และช่องทางนอกระบบ เช่น ร้านชำ ร้านสะดวกซื้อ ยังมีเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้การเข้าถึงง่ายขึ้นกว่าเมื่อช่วง 7-8 ปีที่ผ่านมา ปัญหากระบวนการกระจายยาในประเทศที่มีลักษณะค่อนข้างเสรี ขาดการควบคุม

อย่างเป็นระบบ ก็ส่งผลต่อการบริโภคยาที่สูงขึ้นในประเทศด้วย เช่น ร้านยาสามารถขายยาเกือบทุกชนิดได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ หรือร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อบางร้านขายยาบางประเภทที่ห้ามขายได้โดยขาดการควบคุมอย่างทั่วถึงและเป็นระบบ เป็นต้น<sup>2</sup>

ในส่วนของผู้รับบริการทางสุขภาพ ยาสมัยใหม่มีบทบาทอย่างมากต่อประชาชน ทำให้เกิดกระบวนการเห็นสุขภาพเป็นสินค้า ประชาชนแสวงหาสุขภาพด้วยการบริโภคยาเหมือนบริโภคสินค้า เกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนว่ายาเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดในการรักษา ความเจ็บป่วย มีทัศนคติต่อความหมายของสุขภาพที่เปลี่ยนไป ป่วย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น สํารวจยาเหลือใช้ พฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยและเหตุผลที่สัมพันธ์ กับยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนที่อาศัยอยู่ใน เขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มีกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 420 คน โดยขนาด กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามสูตร Taro Yamane<sup>10</sup> ที่ขนาด ของประชากรจังหวัดเชียงใหม่ 1,346,005 คน ร่วมกับการรองรับ ปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการเก็บข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่ ครบถ้วนอีกร้อยละ 5 โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage-sampling) เริ่มจากเลือกอำเภอโดยสุ่มแบบโควตา ใช้เขตการ ปกครองเหนือ กลาง ใต้ เป็นเกณฑ์เขตละ 2 อำเภอ ได้ 6 อำเภอ คือ อำเภอแม่แตง อำเภอไชยปราการ อำเภอสารภี อำเภอแม่ออน อำเภอสันป่าตอง อำเภอแม่วาง แล้วจึงสุ่มอย่างง่ายเลือกตำบล และหมู่บ้าน หลังจากนั้นสุ่มแบบบังเอิญ ให้ได้ประชาชนหมู่บ้านละ 35 คน จาก 12 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 420 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล เป็นรายบุคคล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2553 งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 27/2553 วันที่ 21 ธันวาคม 2553) และกลุ่มตัวอย่างทุกคนลงชื่อยินยอมเข้าร่วม ในโครงการวิจัยหลังจากรับทราบข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย จากผู้วิจัยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งได้มาจากการทบทวน เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการ ใช้ยา<sup>11-13</sup> แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้อง รับยา และการมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา ส่วนที่ 2 ข้อมูลเรื่องความ เจ็บป่วย และพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ สถานที่รับบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรคเรื้อรัง จำนวนสถานบริการสุขภาพที่รับบริการพร้อมทั้งเหตุผลที่ไปใช้ บริการ เหตุผลที่มียาโรคเรื้อรังเหลือ คำแนะนำที่ได้รับในเรื่องการ ใช้ยา คำแนะนำที่ได้รับในเรื่องการจัดการยาที่เหลือใช้ สภาพการ เก็บรักษา ยา ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและปริมาณ ยาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรัง

ยาเหลือใช้ในการศึกษานี้หมายถึง ยาสำหรับการรักษาโรคที่ ประชาชนได้รับจากสถานบริการสุขภาพต่างๆ และในปัจจุบัน ไม่ได้ใช้ยานั้น หรือเหลือยาในจำนวนที่มากกว่าที่ต้องใช้จนถึงวัน นัดครั้งต่อไป โดยนับเฉพาะยาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรังเท่านั้น กรณีที่ไม่มีวันนัดหรือกรณีที่ไม่สามารถนับจำนวนยาได้ เช่น ยา พนตามอาการ จะไม่นับรวมในการวิจัยครั้งนี้ การคำนวณมูลค่ายา เหลือใช้เป็นผลลัพธ์จากการคูณปริมาณยากับราคา ยา คิดมูลค่ายา

ง่ายขึ้นและใช้ยาบ่อยขึ้น ทำให้เกิดการบริโภคยาอย่างฟุ่มเฟือย การครอบครองยาเกินความจำเป็นและใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง<sup>3</sup> และ การบริโภคยาที่เกิดจากความเชื่อ เช่น เชื่อว่าต้องกินยาหลายชนิด ร่วมกันหรือยาชุด จึงช่วยในการรักษาโรคได้ดีกว่าการใช้ยาชนิด เดียว เป็นต้น<sup>4</sup> ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการบริโภค ยาที่เกินความจำเป็น แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียงบประมาณจาก การบริโภคยาที่มากขึ้น และอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการ บริโภคยา เช่น การใช้ยาซ้ำซ้อน การแพ้ยา เป็นต้น

ในขณะเดียวกันจากรายงานการวิจัยทั้งในประเทศและ ต่างประเทศเริ่มมีข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ในสังคมมียาเหลือใช้ (leftover drugs) เกิดขึ้นเช่น ประเทศสหราชอาณาจักรมีการ ประมาณมูลค่ายาเหลือใช้ 36.7 ล้านปอนด์ต่อปี<sup>5</sup> ประเทศอิหร่านก็ ประมาณไว้ว่ามีมูลค่ายาเหลือใช้อยู่ที่ 30.0 ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>6</sup> ส่วนในประเทศไทยมีงานวิจัยเรื่องยาเหลือใช้ไม่มากนัก แต่ในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมาเริ่มมีรายงานเกี่ยวกับยาเหลือใช้เพิ่มขึ้น มีการ ประมาณการขนาดของปัญหาและความสูญเสียทางการเงินของรัฐ เมื่อผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็นโดยศึกษาจำนวน ยา 5 รายการที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดของโรงพยาบาลที่จ่ายให้กับ ผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี พบว่ามีค่าสูงเกินปกติจนทำให้เกิดยา เหลือใช้รวมมีมูลค่าเท่ากับ 1,040,387 บาท ซึ่งประมาณการได้ว่า รัฐจะสูญเสียเม็ดเงินกับการที่ผู้ป่วยได้รับยาเกินเป็นมูลค่าสูงถึง 150,000,000 บาทต่อปี<sup>7</sup>

มีการรณรงค์เรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาใน โครงการสัปดาห์เภสัชกรรม วันที่ 26 มิถุนายน 2553<sup>8</sup> ที่เน้นเรื่อง การลดปัญหายาเหลือใช้ในครัวเรือนที่มีความเสี่ยงต่อความ ปลอดภัย และการสูญเสียงบประมาณ อย่างไรก็ตาม การพยายาม แก้ปัญหาเรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาจากหน่วยงาน ต่างๆ ที่ผ่านมา อาจยังไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริง ข้อมูลที่ได้ยังไม่ ครบถ้วนและไม่เพียงพอที่จะเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริง เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล เช่น ผู้ป่วยแจ้งข้อมูลไม่ครบ ถ้อยความให้ดูเพียงบางส่วน เป็นต้น<sup>9</sup>

ปัญหายาเหลือใช้ในชุมชน กำลังเริ่มเป็นที่สนใจของคนใน สังคมทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพราะเป็นเรื่องที่ เกี่ยวโยงกับระบบการให้บริการสุขภาพ ระบบการกระจายยา และ พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน การศึกษาในครั้งนี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษายาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชน อย่างเป็นระบบ โดยต้องการทราบเหตุผลและทัศนคติในการเกิด พฤติกรรมการใช้ยา และยาเหลือใช้ผ่านมุมมองของคนในชุมชนที่ เป็นผู้ใช้ยา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยน่าจะนำไปใช้ในการทำความเข้าใจ การดูแลสุขภาพของประชาชนภายใต้บริบทของสังคมอย่าง แท้จริง และยังเป็นอาจเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการ ใช้ยาของประชาชนอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ ลดปัญหา การเกิดยาเหลือใช้ของคนในชุมชน และขยายผลเพื่อใช้วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขเชิงนโยบายในภาพรวม จนทำให้เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชนต่อไป

ใน 2 ลักษณะคือ คิดจากราคาต้นทุนโดยใช้ราคากลางเป็นตัวคูณ และคิดจากราคาขายโดยใช้ราคากลางที่คิดกำไรเพิ่มร้อยละ 20.0

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมี ยาเหลือใช้โดยสถิติ Logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 17.0

## ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนใน 6 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้น 420 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.2) อายุเฉลี่ย 63 ± 13 ปี มีอาชีพ พ่อบ้านหรือแม่บ้าน (ร้อยละ 47.1) การศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 68.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแ่ละบุคคลส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 89.1) ส่วนมากมี สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง (ร้อยละ 85.0) (ตารางที่ 1) และในขณะที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูลมี กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สบายต้องรับยาหรือรับบริการสุขภาพจำนวน 316 คน (ร้อยละ 75.2) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่งนี้เจ็บ-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 420)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	278 (66.2)
ชาย	142 (33.8)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงานหรือพ่อบ้าน/ แม่บ้าน	198 (47.1)
มีงานทำหรือมีอาชีพ	222 (52.9)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	85 (20.2)
ประถมศึกษา	288 (68.6)
มัธยมศึกษาตอนต้น	21 (5.0)
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	26 (6.2)
รายได้	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	374 (89.1)
5,001-10,000 บาท	35 (8.3)
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	11 (2.6)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรทอง	357 (85.0)
เบิกได้	46 (11.0)
ประกันสังคม	17 (4.0)
อายุ (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	63.2 ± 13.5 ปี

ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเกิน 5 ปี โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ 2 โรคขึ้นไป และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.8) ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการใช้ยาโรคเรื้อรัง (ผู้ดูแลการใช้จ่ายยาสำหรับใน การศึกษานี้ หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่จัดหาหรือหยิบยาให้ผู้ป่วย)

### พฤติกรรมการใช้หรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ

จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 420 คน พบว่าเกินกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างเลือกดูแลโรคเรื้อรังที่ตนเป็นใน สถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว โดยเลือกรับบริการจาก โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) รองลงมาเป็นสถาน อนามัย (ร้อยละ 39.4) (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลใน การเลือกสถานบริการสุขภาพว่า มีความสะดวกใกล้บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมาคือเรื่องระบบการส่งตัว (ร้อยละ 21.7) การใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 12.9) ความพึงพอใจในบริการหรือผลการรักษา (ร้อยละ 9.4) รับบริการเป็น ประจำ (ร้อยละ 9.4) และความสะดวกในเรื่องเวลา (ร้อยละ 0.9)

ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวน 21 คน (ร้อยละ 6.7) ที่เลือกรับบริการใน สถานบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรคเรื้อรังมากกว่า 1 แห่ง โดยให้ เหตุผลว่า เป็นเรื่องศักยภาพในสถานบริการที่ไม่เพียงพอที่จะ รักษาโรคเรื้อรังบางโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เป็นเหตุผลหลัก และเหตุผล อื่น ๆ คือ ไม่พึงพอใจในบริการ ต้องการการรักษาเพิ่มเติม

ตารางที่ 2 แสดงสถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ สำหรับรักษาโรคเรื้อรัง (N = 303)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
รับบริการสุขภาพที่สถานที่เดียวกัน	
ใช่	295 (93.3)
ไม่ใช่	21 (6.7)
สถานที่รับบริการสุขภาพ*	
โรงพยาบาลรัฐบาล	302 (56.7)
สถานอนามัย	210 (39.4)
โรงพยาบาลเอกชน	11 (2.1)
คลินิกแพทย์	8 (1.5)
ร้านยา	2 (0.4)

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### พฤติกรรมในการเก็บรักษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน มีผู้ปฏิเสธให้ข้อมูล 14 คน ที่ เหลือ 406 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เก็บรักษาได้อย่าง เหมาะสม (ร้อยละ 70.4) แต่ยังมีอีกเกือบร้อยละ 30 ยังเก็บรักษา ยาได้ไม่เหมาะสม คือ เก็บยาปนอยู่ในช่องเดียวกัน สภาพยาไม่ สะอาด สถานที่เก็บยามีแดดส่องถึง มีความชื้น มียาที่หมดอายุ

ลักษณะยาเสื่อมสภาพ และเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ แกะยาออกจากแผง จัดไว้เป็นชุด ๆ เก็บยาเม็ดไว้ในตู้เย็น เก็บยาแช่เย็นไว้ที่ฝาตู้เย็น ซึ่งมีอุณหภูมิไม่คงที่ ตัดยาเม็ดใส่กระปุกเตรียมไว้ และเก็บยา อินซูลินในช่องแช่แข็ง เป็นต้น (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 3** สภาพยาและการเก็บรักษาของกรู่มตัวอย่าง (N = 406)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
สภาพยาและการเก็บรักษาที่เหมาะสมต่อการใช้	
เหมาะสม	286 (70.4)
ไม่เหมาะสม	120 (29.6)
สภาพยาและการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม* (n = 120)	
มียาปนกัน	46 (26.7)
ไม่สะอาด ปนเปื้อน	45 (26.2)
สถานที่เก็บยาร้อน มีแดดส่อง	23 (13.4)
มียาหมดอายุ	17 (9.9)
ลักษณะยาเสื่อมสภาพ	16 (9.3)
สถานที่เก็บยาชื้น	9 (5.2)
อื่น ๆ	16 (9.3)

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### ชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้

จากการสำรวจข้อมูลของกรู่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน มีกรู่มตัวอย่างที่มียาโรคเรื้อรังอยู่ 303 คน (ร้อยละ 72.1) และ 50 คน (ร้อยละ 11.9) มียาโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถประเมินยาเหลือใช้ได้ เนื่องจากไม่มีวันนัดหรือไม่สามารถนับจำนวนยาที่มีอยู่ได้ ดังนั้น จากกรู่มตัวอย่าง 253 คนที่เหลือพบว่า มีถึง 224 คน (ร้อยละ 88.5) ที่มียาโรคเรื้อรังเหลือใช้อยู่ที่ครัวเรือนและมีอีก 69 คน (ร้อยละ 27.3) ที่มียาไม่เพียงพอจนถึงวันนัด (กรู่มตัวอย่างบางส่วนมีทั้งยาเหลือใช้และยาไม่เพียงพอจนถึงวันนัดในคนเดียวกัน)

เมื่อสำรวจชนิดของยาเหลือใช้ที่พบ พิจารณาตามรายการยา เรียงลำดับตามจำนวนคนที่มียาเหลือใช้มากที่สุด พบว่า ยาเหลือใช้ที่มีผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือมากที่สุดคือ hydrochlorothiazide 50 mg tablet รองลงมาคือยา aspirin 81 mg tablet, enalapril 5 mg tablet, simvastatin 10 mg tablet และ glibenclamide 5 mg tablet ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เมื่อคิดมูลค่ายาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรังของกรู่มตัวอย่างที่ ได้ไปสำรวจทั้งสิ้น 253 คน พบว่ามีมูลค่ายาเหลือใช้เท่ากับ 47,610.75 บาท (คิดจากราคาต้นทุนยา) และเท่ากับ 57,132.82 บาทเมื่อคิดจากราคาขาย คิดเฉลี่ยเท่ากับ 225.82 บาทต่อคน (เมื่อคิดจากราคาขาย)

เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า เพราะทางโรงพยาบาล/สถานื่อนามัยจ่ายยามากเกินไปเป็นเหตุผลหลัก (ร้อยละ 45.4) รองลงมาคือ ลืมกินยาบางมื้อ (ร้อยละ 27.1) หยุดยาเองหรือปรับยาเอง (ร้อยละ 12.6) ไม่มีวันนัดที่แน่นอน (ร้อยละ 4.8) เกิดปัญหาการใช้ยาเช่น เกิดอาการข้างเคียง

**ตารางที่ 4** ชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรังของกรู่มตัวอย่างที่เหลือมากที่สุด 10 รายการแรก (N = 253)

รายการยา	จำนวนคนที่มียา จำนวนยาเหลือ	
	เหลือใช้ (คน)	ใช้ (เม็ด)
hydrochlorothiazide 50 mg tab	70	963
aspirin 81 mg tab	60	1,447
enalapril 5 mg tab	54	1,823
simvastatin 10 mg tab	33	682
glibenclamide 5 mg tab	27	1,242
metformin 500 mg tab	27	981
amlodipine 5 mg tab	26	709
atenolol 50 mg tab	26	513
glipizide 5 mg tab	25	826
calcium carbonate 835 mg tab	20	1,021

จากการใช้ยา แพ้ยา เป็นต้น (ร้อยละ 2.0) ความเชื่อเช่น กินยามากเกินไปไม่ดีต่อร่างกาย กินเมี่ยงจะดีกับยาที่กินจึงงดยา (เมี่ยงคือใบชาที่ผ่านการนึ่งและหมัก ประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือนิยมนำมามอมหรือเคี้ยวหลังอาหาร) เป็นต้น (ร้อยละ 2.0) และเหตุผลอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยไปก่อนวันนัด ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี เป็นต้น (ร้อยละ 6.1)

ในการสอบถามเรื่องคำแนะนำการใช้ยาพบว่ากรู่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 92.9 ได้รับคำแนะนำการใช้ยาอยู่แล้ว ซึ่งเป็นคำแนะนำการใช้ยาโดยทั่วไป เช่น วิธีกินยา เป็นต้น แต่มีกรู่มตัวอย่างเพียงบางส่วนเท่านั้น (ร้อยละ 37.4) ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับยาเหลือใช้หรือวิธีป้องกันไม่ให้เกิดยาเหลือใช้ และคำแนะนำที่ได้รับคือ ให้นำยากลับมาให้ดูทุกครั้ง ให้รับประทานยาเดิมก่อนจนหมด ให้ทิ้งยาที่เหลือใช้ไป และมีการปรับลดจำนวนยาให้ถ้ายังมียาเหลืออยู่ที่ครัวเรือน

จากการใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์เบื้องต้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดยาเหลือใช้ พบว่า ปัจจัยเรื่องอาชีพและจำนวนโรคเรื้อรังของกรู่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับยาเหลือใช้ โดยกรู่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน มียาเหลือใช้มากกว่ากรู่มตัวอย่างที่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR ไม่มีอาชีพ : มีอาชีพ = 2.95, 95% CI = 1.26 - 6.94, P-value = 0.013) กรู่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 2 โรค มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้มากกว่ากรู่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR โรคเรื้อรัง 2 โรค : โรคเรื้อรัง 1 โรค = 3.21, 95% CI = 1.33 - 7.73, P-value = 0.009) และกรู่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 3 โรค มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้มากกว่ากรู่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR โรคเรื้อรัง 3 โรค : โรคเรื้อรัง 1 โรค = 6.29, 95% CI = 1.40 - 28.22, P-value = 0.016) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมียาเหลือใช้†

ปัจจัย	ผู้มียาเหลือใช้		OR (95% CI)	P-value
	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>				
หญิง (กลุ่มอ้างอิง)	147	88.0		
ชาย	76	89.4	1.15 (0.50 - 2.65)	0.744
<b>อายุ</b>				
น้อยกว่า 60 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	64	84.2		
มากกว่า 60 ปี	159	90.3	1.75 (0.79 - 3.88)	0.166
<b>ระดับการศึกษา</b>				
มัธยมศึกษาขึ้นไป (กลุ่มอ้างอิง)	19	82.6		
ประถมศึกษา	158	88.3	1.58 (0.49 - 5.10)	0.457
ไม่มีการศึกษา	46	92.0	2.42 (0.55 - 10.69)	0.243
<b>อาชีพ</b>				
มีอาชีพ (กลุ่มอ้างอิง)	80	82.5		
ไม่ได้ทำงานพ่อบ้านแม่บ้าน	125	93.3	2.95 (1.26 - 6.94)	0.013*
<b>รายได้</b>				
≥ 5,000 บาท (กลุ่มอ้างอิง)	11	84.6		
น้อยกว่า 5,000 บาท	160	87.4	1.26 (0.26 - 6.07)	0.769
<b>สิทธิการรักษา</b>				
เบิกได้ประกันสังคม (กลุ่มอ้างอิง)	33	86.8		
บัตรทอง	190	88.8	1.20 (0.43 - 3.37)	0.730
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>				
1 - 2 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	37	80.4		
3 - 5 ปี	48	87.3	1.67 (0.57 - 4.90)	0.352
> 5 ปี	84	91.3	2.55 (0.91 - 7.14)	0.074
<b>จำนวนโรคเรื้อรัง</b>				
1 โรค (กลุ่มอ้างอิง)	74	79.6		
2 โรค	100	92.6	3.21 (1.33 - 7.73)	0.009*
3 โรคขึ้นไป	49	96.1	6.29 (1.40 - 28.22)	0.016*
<b>การมีผู้ดูแลการใช้ยา</b>				
มีผู้ดูแล (กลุ่มอ้างอิง)	18	81.8		
ไม่มีผู้ดูแล	205	89.1	1.82 (0.57 - 5.81)	0.311

† ทดสอบโดย logistic regression

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05

## สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การดูแลโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาเป็นสถานเอนามัย และโรงพยาบาลเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่กล่าวว่า โรงพยาบาลรัฐเป็นช่องทางสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพหลักของประชาชน<sup>2</sup> ดังจะเห็นได้จากเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยเลือกรับบริการว่าเป็นเพราะความสะดวกใกล้บ้าน ระบบการส่งตัว และการใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพ ณ สถานบริการเพียงแห่งเดียว ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความเหมาะสมเพราะการติดตามการรักษาโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยควรจะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด มีการติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง แต่ยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งรับบริการในสถานบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง ด้วยเหตุผลเรื่องศักยภาพในสถานบริการที่ไม่เพียงพอที่จะรักษาโรคเรื้อรังบางโรค และผู้ป่วยอีกบางส่วนให้เหตุผลไว้ว่า รับบริการมากกว่า 1 แห่งเพราะไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ต้องการรักษาเพิ่มเติมในสถานบริการสุขภาพอื่นหรือวิธีรักษาวิธีอื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ในสภาพความเป็นจริงมีปัจจัยอีกมากที่

มีผลต่อการเลือกรับบริการในสถานบริการสุขภาพ เช่น ข้อคิดเห็นของสังคมรอบข้างหรือคนในครอบครัว การมีทางเลือกอื่นที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ เป็นต้น<sup>13</sup> ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพอาจจะต้องทำความเข้าใจ รับทราบถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้ความระมัดระวังถึงยาที่ผู้ป่วยจะได้รับจากสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการเก็บรักษาของกลุ่มตัวอย่าง 406 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเก็บรักษายาได้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีอีกเกือบร้อยละ 30 ที่ยังเก็บรักษายาได้ไม่เหมาะสม คือ มีการเก็บยาปนอยู่ในช่องเดียวกัน สภาพยาไม่สะอาด สถานที่เก็บยามีแดดส่องถึง หรือมีความชื้น มียาที่หมดอายุแล้ว แกะยาออกจากแผงจัดไว้เป็นชุด ๆ เก็บยาแช่เย็นไว้ที่ฝาตู้เย็นซึ่งมีอุณหภูมิไม่คงที่ หรือเก็บยาอินซูลินนำไปไว้ที่ช่องแช่แข็ง เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า มีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เข้าใจวิธีการเก็บรักษายาให้ถูกต้องและเหมาะสม และส่งผลทำให้ยาที่ได้รับอาจเสื่อมสภาพและไม่ได้ผลการรักษาอย่างเต็มประสิทธิภาพแม้ว่าผู้ป่วยจะบริหารยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วนก็ตาม สอดคล้องกับงานวิจัยในเรื่องพฤติกรรมกรรมการเก็บรักษาของประชาชนในอำเภอสันกำแพง จ.เชียงใหม่ ที่พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บยาใส่ถุงแขวนไว้ข้างฝาบ้าน หรือใต้ถุนบ้าน ถือว่าเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม<sup>14</sup> ผู้ป่วยเหล่านี้เกือบทุกคนแจ้งว่าเคยได้รับการให้คำแนะนำในเรื่องการใช้ยาซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปในเรื่องยา เช่น วิธีการกินยา เป็นต้น จากเภสัชกร พยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ แต่มีผู้ป่วยเพียงบางส่วนเท่านั้นที่เคยได้รับข้อมูลเรื่องวิธีการเก็บรักษา และการจัดการกับยาเหลือใช้ ดังนั้นจึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่เภสัชกรควรให้ความใส่ใจและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องนี้สำหรับผู้ป่วย

ข้อมูลชนิด ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจำนวนยาเหลือใช้จากการนับยาของผู้ป่วยให้ใช้พอเพียงจนถึงวันนัดครั้งถัดไป ถ้าเหลือเกินกว่านี้จึงนับเป็นยาเหลือใช้ จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยที่มียาโรคเรื้อรังอยู่ร้อยละ 11.9 ไม่มีวันนัดในการรับยาที่แน่นอน ร้อยละ 88.5 มียาเหลือใช้โรคเรื้อรังค้างอยู่ที่ครัวเรือน และอีกร้อยละ 27.3 มียาโรคเรื้อรังที่ไม่เพียงพอถึงวันนัด แสดงให้เห็นถึงการใช้บริการสุขภาพ และการใช้จ่ายจริงของผู้ป่วยภายหลังจากที่ผู้ป่วยรับการรักษาและรับยาจากโรงพยาบาล การไม่มีวันนัดที่แน่นอนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแสดงให้เห็นถึงความไม่ต่อเนื่องของการรักษา การมียาเหลือและยาขาดก็แสดงถึงการไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างเคร่งครัดตามที่แพทย์ระบุ และมีผู้ป่วยบางคนระบุว่าที่ยาเหลือเป็นเพราะตนเองลืมกินยาบางมื้อ ตั้งใจหยุดยาเอง หรือมีความเชื่อว่ายาที่กินอาจไม่ละลาย และสะสมในร่างกายจนเกิดอันตรายต่อตับไต จากข้อมูลดังกล่าวเป็นการสะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริงตามครัวเรือนของประชาชน ในฐานะเภสัชกรสามารถช่วยเหลือแก้ปัญหาและให้คำแนะนำให้กับผู้ป่วยหรือประชาชนเฉพาะราย ทำให้เกิดประโยชน์อย่างมาก และน่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่าลักษณะการทำงานที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลที่ค่อนข้างมีข้อจำกัดในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เช่น มักให้ข้อมูล

เรื่องยาทั่วไปเหมือน ๆ กันในทุก ๆ ราย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ข้อจำกัดเรื่องเวลาที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือสอบถามปัญหาในเชิงลึกเรื่องการไ้ยา เป็นต้น วิธีการเยี่ยมบ้าน (ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้) พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องการไ้ยาและสาเหตุของปัญหาการไ้ยา อาจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ และเห็นสภาพบริบทที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเรื่องการเก็บรักษา ยา การบริหารยา การจัดการกับยาเหลือใช้ เพื่อเป็นช่องทางที่จะช่วยตรวจสอบและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยได้ดีกว่าการให้การรักษเฉพาะในโรงพยาบาล<sup>15</sup>

การเกิดยาเหลือใช้ยังเกิดจากระบบการจ่ายยาของโรงพยาบาลเอง ที่มีการจ่ายยาเผื่อให้กับผู้ป่วย ดังในการศึกษาที่ผู้ป่วยยืนยันว่าตนกินยาครบตลอดไม่เคยขาด แต่ยาที่เหลือน่าจะเป็นเพราะทางโรงพยาบาลให้มาจำนวนมากเกินไป และผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะกินยาที่เหลืออย่างไร ซึ่งทางฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล จึงควรพิจารณาทบทวนระบบการจ่ายยา และการจัดการกับยาเหลือใช้เพื่อเป็นแนวทางในการลดปัญหาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นในครัวเรือนต่อไป

ยาโรคเรื้อรังเหลือใช้ที่พบมีทั้งสิ้น 762 รายการ คิดเป็นมูลค่ายารวมทั้งสิ้น 57,132.82 บาท เฉลี่ยเท่ากับ 225.82 บาทต่อคน เมื่อเทียบกับการศึกษาข้อมูลยาเหลือใช้ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3,123 คน พบผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือใช้มาด้วย 961 คน มูลค่ายารวม 116,680.40 บาท เฉลี่ย 121.41 บาทต่อคน<sup>16</sup> ซึ่งมูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ยต่อคนน้อยกว่างานวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาดังกล่าวให้ผู้ป่วยนำยามาให้ดูที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจนำมาเพียงบางส่วนหรือไม่ได้ให้ข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งแตกต่างกับการไปสำรวจยาเหลือใช้ที่บ้าน นอกจากนี้ช่วงเวลาเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้เป็นช่วงเวลาราชการเป็นส่วนใหญ่ (8.30 - 16.30) อาจทำให้ได้ข้อมูลจากประชาชนในวัยสูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนและมีการใช้ยาปริมาณมาก นอกจากนี้การศึกษาข้างต้นมีการเก็บข้อมูลยาเหลือใช้เฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ที่เก็บข้อมูลยาโรคเรื้อรังทุกชนิดของผู้ป่วย แม้ในการศึกษานี้มูลค่ายาโรคเรื้อรังเหลือใช้ที่แสดงอาจมีมูลค่าไม่มาก แต่ถ้าคำนวณมูลค่ายาที่จะเกิดขึ้นกับคนทั้งประเทศ จะสะท้อนให้เห็นถึงมูลค่างบประมาณที่จะสูญเสียเป็นจำนวนมากเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของมูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบยา ได้วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาล 14 แห่งในรอบ 1 ปีพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาโรคเรื้อรังไปมากเกินกว่า 365 วันมีถึงร้อยละ 10 ถึง 17 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด อาจทำให้ประเทศมีโอกาสสูญเสียทรัพยากรไปหลายร้อยล้านบาทต่อปี<sup>17</sup>

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดยาเหลือใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านมียาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพหรือ

เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มักมีโรคประจำตัวหรือมีการไ้ยาที่ค่อนข้างมากจึงทำให้เกิดยาเหลือใช้ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zargarzadeh และคณะ<sup>6</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะส่งผลถึงจำนวนยาที่พบในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ว่า หากบุคลากรทางการแพทย์จะดำเนินการแก้ปัญหาเหลือใช้ของผู้ป่วยก็อาจจะพิจารณาถึงผู้ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค และผู้ที่เป็นพ่อบ้านแม่บ้านหรือไม่มีอาชีพก่อนในเบื้องต้น โดยอาจให้คำแนะนำช่วยเหลือกับคนกลุ่มนี้ในเชิงรุก เช่น ไปเยี่ยมบ้านคนกลุ่มนี้ ตรวจสอบยาที่มีอยู่ในครัวเรือน และแนะนำเรื่องการจัดการกับยาเหลือใช้ที่มีอยู่ตามครัวเรือน เป็นต้น และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องยาเหลือใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ยังมีการสืบค้นถึงสาเหตุและแนวทางแก้ปัญหาการเกิดยาเหลือใช้ไม่ได้มากนัก เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นหรือมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้ไ้ยาเป็นหลักและมีจุดประสงค์ในการนำเสนอเรื่องขนาดของสถานการณ์ยาเหลือใช้ที่มีอยู่เป็นประจำเป็นหลัก จึงขอเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึกในเรื่องดังกล่าว เพื่อจะได้แก้ไขและพัฒนาการจัดการกับการเกิดยาเหลือใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เมื่อเทียบข้อมูลกับประชากรในจังหวัดเชียงใหม่<sup>18</sup> และของประเทศ<sup>19</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษามีความใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปในเรื่องเพศ สิทธิการรักษาพยาบาลและโรคเรื้อรังที่พบ แต่กลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างมากกว่าประชาชนทั่วไป (เฉลี่ย 63 ปี) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงวันธรรมดาในเวลาราชการ และช่วงวันหยุดเสาร์ - อาทิตย์ อาจทำให้พบเจอแต่ประชาชนในวัยสูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือน และวิธีการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้วิธีแบบบังเอิญ ซึ่งอาจจะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่กระจายไม่ดีพอ แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลต้องเก็บข้อมูลจากครัวเรือน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการนำเข้าบ้านเพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้นี้ จึงสามารถเป็นเพียงตัวแทนของชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่หรือของประเทศไทย และหากต้องการขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรที่ครอบคลุมมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการกระจายการเก็บข้อมูลไปยังกลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรหน่วยงาน

สาธารณสุขในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2550.
2. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. ระบบสุขภาพของประเทศไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย, 2553.
3. พรพิมล กิจชัยเจริญ. การใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อดูแลสุขภาพในครอบครัวของแม่บ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2542.
4. ธิตา สมจิตต์. ความเชื่อผิดๆ ในการใช้ยา. คณะอนุกรรมการด้านประชาสัมพันธ์และข่าวสารสาขาเภสัชกรรม. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 10 พฤศจิกายน 2553, ที่ <http://kanchanapisek.or.th/kp4/book344/druk.htm>)
5. Skinner RF, Shave JH, Harris JM, et al. A survey of medicines in patients' homes. Presented at British Pharmaceutical Conference. September 10-13, 1998. Coventry UK, 1998.
6. Zargazadeh AH, Tavakoli N, Hassanzadeh A. A survey on the extent of medication storage and wastage in urban Iranian households. *Clin Ther* 2005; 27:970- 978.
7. นาวรรณ เจียรพิรพงศ์, ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์วงศ์. การประมาณความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ของการมียาเกินสำหรับคนไข้โรคเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. วันที่ 2-3 กรกฎาคม 2551. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ, 2551.
8. สภาเภสัชกรรม. งานสัปดาห์เภสัชกรรม. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 10 พฤศจิกายน 2553, ที่ <http://portal.in.th/files/4/6/3/2011/01/27/Sarapunya.PDF>)
9. ปิยวรรณ เหลืองจิรโนทัย, ศุภธิดา สิทธิหล่อ, รุ่งทิวา หมั่นจำปา. ฤกษ์เยี่ยมไต่ถาม ต่อมมาโรงพยาบาลของจังหวัดลำปาง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระบบเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ ประจำปี 2551. วันที่ 23-24 มิถุนายน 2551. ห้องประชุมโรงพยาบาลลำปาง, 2551.
10. Yamanae T. Statistics: An introduction analysis. Singapore. Harper International Education, 1973.
11. พักตร์วิภา สุวรรณพรหม, นราวดี เนียมพูน, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล และคณะ. ยาเหลือใช้ในครัวเรือน : กรณีศึกษาตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่, 2554.
12. แพรทีพย์ สุขพิพัฒน์. ชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ในครัวเรือน: กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่ราบ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
13. โกมาตกร จึงเสถียรทรัพย์. การแสวงหาบริการสุขภาพและการเยียวยาความเจ็บป่วย. ในโกมาตกร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์, กรุงเทพฯ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2551:30-31.
14. พรทีพย์ เจียมสุขชน. การใช้จ่ายสามัญประจำบ้านของประชาชน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
15. ราตรี มณีชาติย์. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
16. ธิดารัตน์ ดำริห์. การสำรวจยาเดิมที่เหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ วิกฤติสุขภาพและจุดเปลี่ยน, วันที่ 15 พฤษภาคม 2552. โรงแรมเมโทรโพล ภูเก็ต, 2552.
17. ภูรี อนันต์โชติ. พยาธิไปหาหมอ. สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ตะวันออก, 2553:4.
18. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่. ระบบสารสนเทศด้านประชากร. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 25 พฤษภาคม 2554, ที่ <http://www.chiangmaihealth.com/ict/stat.php>)
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สามะโนประชากรและเคหะ. หนึ่งร้อยปีสามะโนประชากร ประเทศไทยครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554.

### Editorial note

Manuscript received in original form on August 20, 2011;  
accepted in final form on November 2, 2011