

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาผลใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของคนในชุมชน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้วางกรอบประเด็นศึกษาต่างๆ ให้ได้มาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาโดยนำเสนอในหัวข้อดังนี้

- 1.1 พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา
- 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา
- 1.3 ยาเหลือใช้
- 1.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมนั้นเป็นการกระทำซึ่งอาจจะสังเกตเห็นได้หรือไม่ก็ได้ก็ตาม โดยกระทำไปเพื่อจุดหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งถ้าพูดถึงเรื่องพฤติกรรมในการใช้ยา ก็จะเป็นส่วนหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพ จึงขอกล่าวเนื้อหาเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยา ดังนี้

2.1.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

นิยามของพฤติกรรมสุขภาพมีผู้ให้นิยามไว้ต่างๆ กัน คือ

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้ให้นิยามพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิม พลตันสกุล (2550) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

- (1) เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

(2) การไม่กระทำ (Non Action) พฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

และถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ (2551) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

จากที่กล่าวมาจึงสรุปถึงนิยามของพฤติกรรมสุขภาพได้ว่า หมายถึง การแสดงออก หรือการกระทำที่เกี่ยวข้องและมีผลกับเรื่องสุขภาพ อาจเป็นการกระทำหรือไม่กระทำที่ส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ

2.1.2 พฤติกรรมการใช้ยา

คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย (2545) ได้กล่าวไว้ว่า สภาพการใช้ยาในประเทศไทย จะมีความสมเหตุสมผลมากขึ้นเพียงใด และจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร นั้น ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบเป็นตัวกำหนดให้เกิดขึ้น อันได้แก่

1. ระบบสุขภาพ ประกอบไปด้วย นโยบายด้านยา บัญชียาระดับต่างๆ การประกันสุขภาพ สถานพยาบาล/ร้านขายยา การส่งเสริมการขายยา ข้อมูลข่าวสาร
2. คุณลักษณะของผู้สั่งใช้/ผู้จ่ายยา ประกอบไปด้วย ความรู้ ทักษะ สิ่งแวดล้อมระหว่างให้บริการ
3. ผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย ความต้องการ ความไม่ร่วมมือ ลักษณะประชากร วัฒนธรรมและความเชื่อ

แต่การศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในเรื่องของพฤติกรรมการซื้อหรือเข้าถึงยา พฤติกรรมการใช้ยาตามอาการ สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และพฤติกรรมการเก็บรักษา ยา ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และส่วนหนึ่งมาจากตัวผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยเอง จึงขอกล่าวถึงการวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1.2.1 พฤติกรรมการซื้อหรือเข้าถึงยา

ในส่วนของพฤติกรรมการซื้อหรือเข้าถึงยานี้ มีส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากกับเรื่องราวของระบบสุขภาพไทยที่มีในปัจจุบัน โดยเฉพาะในระบบประกันสุขภาพที่มีการ



เปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ หลังจากที่มีการใช้นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค จึงขอกล่าวถึงระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่มีในปัจจุบันไว้ดังนี้

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบไปด้วย 4 ระบบหลักๆ (เสาวคนธ์ วิจิตรศิลป์, 2548) คือ

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)
2. ประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS)
3. สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (Civil Service Medical Benefits Scheme, CS MBS)
4. ประกันเอกชน (Private Insurance) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยๆ หลายแบบ โดยแต่ละแบบขึ้นกับบริษัทประกัน

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นชื่อที่เรียกทั่วไปสำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ และเป็นระบบประกันหลักระบบเดียวของประเทศ บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการประกันระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ บางที่อาจเรียกว่า สิทธิบัตรทอง ซึ่งบัตรทองคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้แก่ผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการทางการแพทย์ที่ได้รับคือ การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้น โดยไปรับบริการได้ที่สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ (งานทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ, 2553)

2. ระบบประกันสังคม มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างของธุรกิจเอกชน โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกันซึ่งใช้การหักเงินเดือนลูกจ้างเป็นเบี้ยประกัน สมทบโดยนายจ้างและรัฐบาล หลักการของระบบนี้คือ ผู้มีสิทธิ หรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วมประกันสังคม เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้หรือความสามารถในการจ่ายของตน การเก็บเบี้ยประกันมักทำโดยหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ฉะนั้นผู้ที่มีรายได้หรือเงินเดือนสูงต้องจ่ายเงินค่าประกันมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าแต่มีสิทธิในการใช้บริการเท่ากัน

3. **สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ** มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้กับข้าราชการซึ่งเป็นลูกจ้างของรัฐและครอบครัว (ตามสิทธิ) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของประเทศไทยจ่ายค่าบริการตามรายการ ซึ่งโรงพยาบาลสามารถจะคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจรักษาแต่ละรายการได้ โดยรัฐบาลซึ่งเป็นนายจ้างใช้เงินภาษีจ่ายให้เพื่อเป็นสวัสดิการ บริหารโดยกรมบัญชีกลาง

4. **ประกันสุขภาพเอกชน** เป็นระบบสมัครใจ ผู้ที่ต้องการได้สิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอของบริษัทประกัน สามารถซื้อหลักประกันสุขภาพได้ตามเงื่อนไขที่ตกลงกัน โดยบริษัทประกันเอกชนแต่ละแห่งเป็นผู้บริหารในการประกัน ผู้เอาประกันกับผู้ให้ประกันทำสัญญา (contract) ซึ่งระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับอัตราระยะเวลาการจ่ายเบี้ยประกัน และสิทธิในการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งเงื่อนไขอื่นๆ ในระบบนี้ ผู้เอาประกันแต่ละคนจึงอาจจ่ายเบี้ยประกันไม่เท่ากัน และอาจมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสัญญาที่ทำขึ้น

ในสภาพปัจจุบันระบบต่างๆ มีส่วนที่ซ้อนกันอยู่บ้าง เช่น บางคนอาจมีสิทธิทั้งในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากข้อมูลผู้มีสิทธิไม่สมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกันก็มีผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำนวนไม่น้อยที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนด้วย ผู้มีสิทธิซ้อนเหล่านี้อาจเลือกใช้สิทธิในระบบใดระบบหนึ่ง และไม่ใช้สิทธิในอีกระบบหนึ่งก็ได้ มักพบว่าบริษัทเอกชนจำนวนมากซื้อประกันสุขภาพเอกชนให้ลูกจ้างเพื่อเป็นสวัสดิการ ลูกจ้างส่วนใหญ่ในบริษัทดังกล่าวจึงไม่ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม

อีกเรื่องที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ซื้อและเข้าถึงยากก็คือช่องทางในการกระจายยา ซึ่งช่องทางการกระจายยาที่มีมากขึ้น อาจทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพได้รวดเร็วและง่ายขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้ถ้ามีการเข้าถึงบริการที่ไม่เหมาะสมหรือเกินความจำเป็น อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมการณ์ใช้ยาของประชาชนที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น การเข้ารับบริการหลายแห่งเพื่อรักษาโรคเดียวกัน, การซื้อยากินเองในโรคเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้นจึงขออธิบายช่องทางในการเข้ารับบริการที่มีอยู่ในประเทศไทย ดังนี้

ช่องทางการกระจายยา

ช่องทางในการเข้ารับบริการสุขภาพของประเทศไทย ในภาพรวมพบว่าโรงพยาบาล และร้านยาเป็นช่องทางกระจายยาที่สำคัญที่สุดถึงประมาณร้อยละ 90 ของมูลค่ายาทั้งหมด ยาที่กระจายผ่านโรงพยาบาลเป็นมูลค่าสูงสุด ได้แก่ กลุ่มยาปฏิชีวนะ และยารักษา

โรคหัวใจและหลอดเลือด ในขณะที่ยาบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ปวดค้ำค้ำจุมก ยาอม ยาลดไข้บรรเทาปวด เป็นยาที่มีการกระจายผ่านร้านยา เป็นมูลค่าสูงสุด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554)

นอกเหนือจากช่องทางกระจายยาหลักแล้ว ยังพบการกระจายยาสู่ประชาชนในช่องทางอื่นๆ ได้แก่ ช่องทางที่เป็นระบบ เช่น คลินิกเอกชน กองทุน ซึ่งเป็นช่องทางที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพค่อนข้างสูง และขาดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่วนช่องทางนอกระบบ เช่น ร้านชำ ร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น ซึ่งช่องทางดังกล่าวพบว่า เป็นช่องทางการกระจายยาที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน อันเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ให้บริการ การใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการกระจายยาที่ถูกต้องอย่างเร่งด่วนต่อไป (เจเด็จ ธรรมธัชอารี, 2544)

จากระบบสุขภาพและช่องทางการกระจายยาที่มีทั้งหมดในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงความพยายามของรัฐที่จะให้ประชาชนในประเทศไทยได้รับบริการจากระบบสุขภาพอย่างเสมอภาค ทัวถึง และมีประสิทธิภาพ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตราที่ 82 ระบุไว้ว่า “รัฐจะต้องเป็นผู้จัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทัวถึง” ระบบสุขภาพและช่องทางการกระจายยาที่มีในปัจจุบันจึงมีส่วนทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาในส่วนของ การซื้อและการเข้าถึงยาที่มากขึ้น (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2543)

การจัดระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาจจะสะท้อนให้เห็นปัญหาบางอย่างตามมา สุรัชย์ อัญเชิญ (2543) ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้าน คือ ภาพสะท้อนของพฤติกรรมการใช้ยาของระบบ ความไม่สมเหตุสมผลที่ปรากฏในพฤติกรรมของประชาชน จึงเป็นภาพสะท้อนของความไม่สมเหตุสมผลของระบบยาทั้งระบบ เพราะระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศยังเน้นการใช้ยาเป็นทางออกหลักในการแก้ปัญหา ยังขาดการส่งเสริมการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่ต้องพึ่งยา หรือแม้กระทั่งการเน้นพิษภัยของยาให้เป็นที่ตระหนักในวงการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข พฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาอีกประการหนึ่งคือในเรื่องของระบบยาของประเทศที่ยังมีความฟุ่มเฟือย มียาที่ไม่จำเป็นอยู่เต็มท้องตลาด ระบบยาและการใช้ยาที่เป็นอยู่มีผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นแรงขับเคลื่อนหลักของระบบ

2.1.2.2 พฤติกรรมการบริหารยา

พฤติกรรมในการบริหารยาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาที่ไม่ถูกต้อง และอาจก่อให้เกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วยได้ เอ็ดมุนด์ สกุกแก้ว (2549) กล่าวไว้ว่า การบริหารยาหรือใช้ยาที่ถูกต้องในเบื้องต้น มีหลักการใช้ยา ดังนี้

1. ใช้ยาถูกต้อง (Right medicine) คือ แต่ละคนมีพยาธิสภาพของโรคและอาการของโรคแตกต่างกัน ควรใช้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็น ควรทราบก่อนว่าอาการที่เป็นนั้นเกิดจากสาเหตุใดและต้องใช้ยาให้ถูกต้องกับอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ เพราะอาการคล้ายกันอาจเป็นโรคต่างกันได้ เช่น ปวดท้องอาจมีสาเหตุจากระบบย่อยที่ผิดปกติ อาหารเป็นพิษ ถ้าใส่ติบ กระเพาะอาหารทะลุ หรือเป็นนิ่วในท่อไต เป็นต้น

2. ใช้ยาถูกคน (Right person) คือ ยาชนิดเดียวกันมีฤทธิ์ทำให้เกิดผลการรักษา ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน ไม่ควรเอายามาแบ่งกันใช้ เพราะจะทำให้ยาไม่พอใช้จนครบระยะเวลารักษา นอกจากนี้แม้จะป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่บางคนอาจมีโรคประจำตัวที่ห้ามใช้ยาบางชนิด เช่น ยาลดอาการแน่นจมูกไม่ควรใช้ในผู้ที่ เป็นโรคหัวใจ หรือโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. ใช้ยาถูกขนาด (Right dosage) คือ โดยทั่วไปมักไม่ได้กำหนดแน่นอนขึ้นกับ อายุ น้ำหนักตัว ความรุนแรงของโรค ภูมิคุ้มกัน ภาวะไต ตับ ต้องใช้ยาให้ถูกขนาดกับตนเอง และด้วยกำหนดเวลาที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ขนาดยาที่เหมาะสมกำหนดจากการทดลองกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในช่วงการวิจัยก่อนขึ้นทะเบียนยา โดยกำหนดเป็นน้ำหนักของตัวยาต่อ น้ำหนักตัวผู้ป่วย เช่น มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม แต่เมื่อผลิตเป็นรูปแบบยาสำเร็จรูปแล้วมักจะกำหนดเป็นหน่วยของการใช้ยา เช่น เม็ด แคปซูล ซ้อนชา ซ้อนโต๊ะ เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปใช้สำหรับผู้ใหญ่ ในเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นหากแตกต่างไปจากเกณฑ์มาตรฐาน เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผอมหรืออ้วน มีโรคเกี่ยวกับตับหรือไต อาจต้องปรับขนาดยาที่ใช้ให้เหมาะสมแต่ละราย เด็กทารก เด็กโต ผู้ใหญ่ คนอ้วนมากหรือผอมมาก ใช้ยาขนาดต่างกัน และโรคเรื้อรังหลายชนิดต้องมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาตามอาการของผู้ป่วย อาจทำให้การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยตามนัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง จึงต้องระมัดระวังในการรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์ให้การรักษา

4. ใช้ยาถูกวิธี (Right route) การบริหารยาเข้าสู่ร่างกายมีหลายวิธี จึงต้องมีการบริหารยาให้ถูกวิธี เช่น การรับประทาน การฉีด การทา การหยอด การป้าย การเหน็บ ซึ่งการที่จะใช้วิธีการใดนั้นขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยานั้นๆ สภาพของร่างกาย บริเวณที่ต้องการให้ยาไปออกฤทธิ์ เพราะฉะนั้นต้องดูให้แน่ใจว่ายานั้นใช้ทางใด เช่น ยาพ่น พ่นในจมูก คอ หรือผิวหนัง ยาหยอดตา หรือหู ยาทาผิวหนัง หรือในปาก ยาอมให้ละลายในปากช้าๆ หรือให้อมใต้ลิ้น ยารับประทาน

ต้องเคี้ยวก่อนกลืนหรือไม่ ยาเหน็บทางทวารหนัก หรือทางช่องคลอด ยาฉีดฉีดเข้าในผิวหนัง ได้ ฝูหน่ง เข้ากล้ำมเนื้อ เข้าข้อ หรือเข้าเส้นเลือดดำ

5. ใช้ถูกเวลา (Right time) หมายถึง ช่วงระยะเวลาในการรับประทานยา เพื่อให้ยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลา โดยไม่ทำให้เกิดพิษของยามากเกินไป และยาไม่น้อยเกินไปจนไม่รักษาโรคได้ ยาแต่ละชนิดมีช่วงห่างของการให้ยาไม่เท่ากัน ยาบางชนิดออกฤทธิ์สั้น เช่น ยาขับปัสสาวะออกฤทธิ์สูงสุดใน 5-10 นาที มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 2 ชั่วโมง ทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยจึงต้องมีการให้รับประทานยาในช่วงกลางวัน เพื่อที่จะได้ไม่รบกวนการนอนพักของผู้ป่วย เวลาในการให้ยา มีดังนี้

5.1 ยา ก่อนอาหาร โดยทั่วไปหมายความว่า ก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เพื่อให้ยาคูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดี หากรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารทันที จะทำให้การดูดซึมของยาลดลงมาก หากลิ้มรับประทานยา ก่อนอาหาร ให้รับประทานหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง สำหรับยาที่ออกฤทธิ์ไปเพิ่มการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ซึ่งใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานก่อนอาหารเพื่อที่จะได้ออกฤทธิ์ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อรับประทานอาหารลงไปได้ทันที

5.2 ยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที มักเป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นกรด ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารมักทำให้คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อรับประทานขณะท้องว่าง หากรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เป็นแผลหรือจนถึงขั้นเป็นแผลทะลุได้ ให้รับประทานอาหารครั้งหนึ่งแล้วรับประทานยา แล้วจึงรับประทานอาหารต่อจนอิ่มหรือรับประทานอาหารครั้งสุดท้ายแล้วรับประทานยาทันที (ถ้าไม่ได้รับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำตามมากๆ) ดังนั้นจึงต้องมีอาหารหรือน้ำช่วยทำให้เจือจาง ยาดังกล่าวได้แก่ ยาแก้ปวดข้อต่างๆ ยาแอสไพริน และยา สเตียรอยด์ เป็นต้น

5.3 ยาหลังอาหาร โดยทั่วไปหมายความว่า หลังอาหารอย่างน้อย 15 นาที ยาที่ให้รับประทานหลังอาหารนี้ ส่วนมากเป็นยาต่างๆ ไป ซึ่งไม่รบกวนต่อการดูดซึมของยาและอาจเพิ่มการดูดซึมของยาบางชนิดได้ หรือเป็นยาที่ถึงแม้จะดูดซึมได้ดีในขณะท้องว่าง แต่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหารได้

5.4 ยาระหว่างมื้ออาหาร ให้รับประทานยา ก่อนหรือหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง

5.5 ยา ก่อนนอน หมายความว่าให้รับประทานยา ก่อนนอนตอนกลางคืน วันละ 1 ครั้งเท่านั้น รับประทานก่อนนอน 15-30 นาที



5.6 ยึดตามอาการต่างๆ เช่น รับประทาน 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมงเวลาปวด หมายความว่า รับประทานครั้งละ 2 เม็ดเมื่อมีอาการปวด ถ้าต่อมามีอาการปวดอีก แต่ยังไม่ถึง 4-6 ชั่วโมง ยังไม่ควรรับประทานยานั้นซ้ำอีก เพราะอาจจะเกิดพิษจากยาเกินขนาดได้

และสุรชัย อัญเชิญ (2543) ยังกล่าวเพิ่มเติมไว้อีกว่า มีข้อควรระวังในการใช้ ยาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกรใช้ยาที่เหมาะสม ได้แก่

(1) การปฏิบัติตัวเมื่อลืมนินยา ถ้าลืรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ยกเว้นนึกได้เมื่อใกล้จะถึงเวลารับประทานยาในมือต่อไป ก็ไม่ต้องรับประทานยามือที่ลืมน แต่ให้รับประทานตามตารางเวลาปกติต่อไป ห้ามเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่าเด็ดขาด

(2) การไม่นำยาของคนอื่นที่เป็นโรคเดียวกันมาใช้แทนเมื่อยาหมด แม้จะป่วยด้วยโรคเดียวกัน เพราะบางคนอาจมีโรคประจำตัวที่ต้องห้ามใช้ยาบางชนิด เช่น ยาลดอาการ แน่นจุก ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น

(3) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ต้องแจ้งแพทย์ผู้รักษาเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาอยู่ เพื่อป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน หรือยาที่อาจต้านฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์กัน

2.1.2.3 พฤติกรรมการเก็บรักษายา

การเก็บรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ยานั้นไม่เสื่อมสภาพก่อนเวลาอันควร พรทิพย์ เจียมสุชน (2543) ได้กล่าวไว้ว่ายาเสื่อมสภาพ นอกจากไม่ให้ผลการรักษาแล้ว บางชนิดยังสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้อีกด้วย แสงสว่าง ความชื้น ความร้อนจะเป็นปัจจัยทำให้ยาเสื่อมสภาพ โดยทั่วไปมีวิธีการเก็บรักษา ดังนี้

1. เก็บไว้ในภาชนะที่ปิดสนิทกันความชื้น
2. เก็บยาให้พ้นมือเด็ก ควรมีตู้ยาประจำบ้าน
3. เก็บยาในที่แสงแดดส่องไม่ถึง ไม่ร้อน ไม่ชื้น
4. เก็บยาใช้ภายนอก และยารับประทานให้อยู่คนละส่วนแยกจากกัน
5. ยาบางประเภทควรเก็บในตู้เย็น เช่น ยาหยอดตาที่เปิดใช้แล้ว ยาปฏิชีวนะที่เป็นรูปผงใช้ผสมน้ำสำหรับเด็ก (เมื่อผสมน้ำแล้วจะเสื่อมคุณภาพภายใน 7 วัน) ยาเหน็บทวารหนัก ยาฉีดพ่นวัคซีน ซีรัม หรืออินซูลิน เมื่อซื้อยาแล้วจะต้องเดินทางไกลควรนำยาใส่ถุงพลาสติก ใส่ในกระติกน้ำแข็ง มีบางบริเวณในตู้ยาที่ไม่ควรเก็บยา คือ ห้ามเก็บยาในช่องทำน้ำแข็ง เพราะจะทำให้ยาเป็นน้ำแข็งเสื่อมคุณภาพได้ ไม่เก็บยาที่ฝาตู้เย็น หรือช่องเก็บผัก ซึ่งอาจมีความเย็นไม่พอ

6. ยาทุกชนิดต้องมีฉลากกำกับ ห้ามนำภาชนะหรือซองยาที่หมดอายุแล้วไปบรรจุยาชนิดอื่น หมั่นตรวจและทิ้งยาที่เสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ อย่างทิ้งค้างไว้ในตู้

การสังเกตลักษณะความไม่คงตัวของยา และการตรวจสอบวันหมดอายุของยาก็เป็นส่วนสำคัญในเรื่องพฤติกรรมกรเก็บรักษายา

การสังเกตความไม่คงตัวของยา (พนิดา วยัมหสุวรรณ, 2553) ที่ทำได้โดยง่ายคงเป็นเพียงการสังเกตจากลักษณะสภาพยาที่เปลี่ยนไป เพราะโดยทั่วไปเราไม่สามารถตรวจสอบการสลายตัวของยาได้ แต่ในบางครั้งพบว่า การสลายตัวของยาที่เกิดขึ้นในปริมาณมากส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพบางอย่างอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเคมี เช่น การเปลี่ยนสีหรือกลิ่น การตกตะกอน หรือสารละลายขุ่น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาความไม่คงตัวของยา เราควรตั้งสมมติฐานว่าเภสัชภัณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่ไม่มีการอธิบายไว้ที่ฉลาก อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีร่วมด้วย และไม่ควรใช้ยานั้น การเจริญหรือการปนเปื้อนของเชื้ออาจปรากฏในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ นอกจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพที่เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น สีหรือกลิ่นเปลี่ยน ซึ่งบอกถึงความไม่คงตัวของเภสัชภัณฑ์แล้ว

การตรวจสอบวันหมดอายุของยา การหมั่นตรวจสอบวันหมดอายุของยาเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของพฤติกรรมกรเก็บรักษายาของประชาชน พรทิพย์ เจริญสุข (2543) ได้กล่าวถึงวิธีการตรวจสอบวันหมดอายุของยา โดยสังเกตจากวัน เดือน ปี ที่ระบุไว้ที่ข้างกล่องยา หรือที่ฉลากจะมีการระบุวันที่หมดอายุ หากระบุเป็นภาษาอังกฤษโดยมากจะใช้คำย่อว่า Exp.date หรือ Exp ย่อมาจาก Expiry date หรือ Expired date หรือในบางครั้งอาจใช้คำว่า Used before แล้วตามด้วยวันที่ยาหมดอายุ เช่น Exp.date 05/10/04 หมายถึง ยาจะหมดอายุวันที่ 5 ตุลาคม 2547 หรือถ้าไม่มีวันหมดอายุ จะมีการระบุวันที่ผลิต ใช้คำย่อว่า Mfd.date ย่อมาจาก Manufacturing date แล้วตามวัน เดือน ปี ที่ผลิต โดยทั่วไปไม่ควรเก็บยาเกินกว่า 3 ปี นับแต่วันผลิต แต่ยาบางชนิดอาจเสื่อมสภาพก่อนวันหมดอายุ เนื่องจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ดังนั้นถ้ายานั้นมีสภาพเปลี่ยนไปจากเดิมก็ไม่ควรใช้ยาต่อไปอีก

2.1.3 การประเมินพฤติกรรมกรใช้ยา

การมีพฤติกรรมกรใช้ยาไม่ถูกต้อง จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น วิธีประเมินพฤติกรรมกรใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (สมโภชน์ เจริญสุภาภิต, 2541) คือ

1. ประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

- 1.1 การสังเกตพฤติกรรมการใช้ยา ว่าถูกต้องตามหลักการใช้ยา มีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง มีการสังเกตลักษณะยา สังเกตอาการแพ้ยา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
- 1.2 การบันทึกและรายงานพฤติกรรมตนเอง ที่เกิดจากการใช้ยา เช่น มีการบันทึกเวลาที่รับประทานยา บันทึกอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรับประทานยา เป็นต้น
- 1.3 การวัดผลที่เกิดขึ้นและวัดผลทางสรีระ เช่น มีการชั่งน้ำหนักของตนเองระหว่างการได้รับยาขับปัสสาวะ มีการวัดความดันโลหิตระหว่างการได้รับยาที่มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น
- 1.4 การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น เช่น ญาติ หรือผู้ที่ดูแล

2. วิธีการประเมินทางอ้อม

ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพจะมีส่วนหนึ่งที่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยา มีผู้ที่สร้างแบบประเมินทั้งพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยา และนำมาใช้ประเมินอย่างมากมาย ตัวอย่างของแบบประเมินการใช้ยาที่มีการพัฒนาขึ้น ทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ เช่น

2.1 แบบวัดความรู้ในการใช้ยา (กาญจนา บุตรจันทร์, 2542) ประเมินความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาด้านอหิวาต์ชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ในผู้สูงอายุ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 23 ข้อ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ และหลักสำคัญในการใช้ NSAIDs ได้แก่ ความรู้เรื่องฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง ขนาดของยาที่ใช้ และการรับประทานยา วิธีการเก็บรักษา ยา เป็นต้น แบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .95 ค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .81 และ .80 ตามลำดับ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจที่สร้างโดย ราฟเฟอรี และ คราบทรี (Laffrey & Crabtree, 1988) แบ่งพฤติกรรมเป็น 12 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพจิต การสมดุลในการทำงาน การค้นหาระบบบริการสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การมีจริยธรรม และการจัดการกับสิ่งแวดล้อม

2.3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน และมีข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการพักผ่อน การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกัน

การติดเชื่อ การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลสุขภาพจิต และการมาตรวจตามนัด แบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .87 และค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ .87

ในการศึกษาคั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลเรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ซึ่งผู้ทำการศึกษาสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การเลือกรับบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาจากผู้วิจัยหลายท่าน ได้มีการแบ่งประเภทของปัจจัยในมุมมองที่แตกต่างกัน ได้แก่

เพนเดอร์ (Pender, 1996) เชื่อว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาตั้งแต่ในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences) ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior specific cognitive and affect) และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior outcome) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาตั้งแต่ในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง ลักษณะและ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในภายหลัง ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (prior related behavior) พฤติกรรมในอดีตจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมคือ จะมีอิทธิพลโดยตรงจากการที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ จนปฏิบัติเป็นนิสัย ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมได้อัตโนมัติและใช้ความพยายามในการปฏิบัติไม่มาก หากเคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนเป็นนิสัย พฤติกรรมในอดีตมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม (benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (barriers) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม (self related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

- 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุ เพศ คั่งนี้มีมวลกาย การหมดประจำเดือน การเจริญพันธุ์ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความกระฉับกระเฉง หรือความสมคูลของร่างกาย
- 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีแรงจูงใจในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม ระดับการศึกษาและสถานะเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ บางปัจจัยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น แต่บางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม เป็นต้น

2. **ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม** เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และเป็นแนวทางหลักในการนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits to action) เป็นความเชื่อ ความเข้าใจหรือการคาดหวังของบุคคลถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ด้านบวกของพฤติกรรมภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งแบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ภายในและการรับรู้ประโยชน์ภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกดีในตัว หรือความรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจภายในทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายนอกนั้นเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action) เป็นสิ่งที่บุคคลมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค (barriers) ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่จินตนาการหรือเกิดขึ้นจริง เช่น ไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวก มีความยากลำบาก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย หรือการเสียเวลา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกิดประโยชน์นั้นๆ การรับรู้อุปสรรคจะมีอิทธิพลโดยตรงที่จะขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมคือทำให้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดลง

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ และมีความ



คาดหวังถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใดๆ ซึ่งการที่บุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองก็ต่อเมื่อ 1) บุคคลนั้นได้มีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 2) เห็นผู้อื่นปฏิบัติจนเกิดผลดีและมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติต่อไป 3) เมื่อได้รับการชักชวนจากบุคคลอื่นที่มีความสามารถมีความน่าเชื่อถือ และ 4) จากผลกระทบทางบวกหรือการมีประสบการณ์ระหว่างการมีส่วนร่วมนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งหากบุคคลมีความรู้สึกทางบวกในการปฏิบัติกิจกรรมมากบุคคลนั้นย่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น หากมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่สม่ำเสมอได้

2.4 ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม (activity-related affect) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังจากมีพฤติกรรม ผลของความรู้สึกจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกหรือไม่เลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรม หรือมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องซึ่งหากบุคคลมีความรู้สึกทางบวก จะเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความรู้สึกทางลบจะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมได้

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นการเรียนรู้พฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ ครอบครัว บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการเห็นแบบอย่าง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะมีผลต่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งเสริมให้บุคคลคิดและวางแผนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) เป็นการรับรู้และเรียนรู้ของบุคคลต่อบริบทหรือสถานการณ์ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม อาจขัดขวางหรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยสถานการณ์จะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่แสดงออก ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (commitment to a plan of action) เป็นกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลซึ่งประกอบด้วยความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับเวลา สถานที่ ร่วมกับมีกลยุทธ์และมีแรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความต้องการที่เข้ามาเบียดเบียนความตั้งใจและความชอบส่วนตัว (immediate competing demands and preferences) เป็นภาวะที่เข้ามาเบียดเบียนความตั้งใจหรือความชอบส่วนบุคคลอาจมีผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จตามที่ได้วางแผนไว้ ปัจจัยนี้จะส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behavior) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549) กล่าวไว้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคในระบบสาธารณสุข มีดังนี้

1. **ปัจจัยภายใน** หมายถึง ส่วนที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล โดยพฤติกรรมการบริโภคของบุคคล ได้รับอิทธิพลจากลักษณะส่วนบุคคลทางด้านต่างๆ ได้แก่ รายได้ ฐานะ การศึกษา ค่านิยม แบบการดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล และแนวความคิดส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภค

1.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา พฤติกรรมการบริโภคได้รับอิทธิพลมาจากกระบวนการทางจิตวิทยา 5 อย่าง คือ การสนใจ การรับรู้ การเรียนรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ

2. **ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล** กล่าวคือ พฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุขเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ร่วมกับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ทั้งทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ฯลฯ

2.1 ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม จะเห็นได้ว่าลักษณะทางสังคม ประเพณีทางสังคมได้เข้ามาสัมพันธ์กับพฤติกรรมผู้บริโภค พฤติกรรมมีอิทธิพลมาจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ลักษณะการบริโภคของคนในสังคมนั้นส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยบทบาท สถานภาพ หน้าที่สถานทางสังคมของแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรมจะมีแนวทางการบริโภคตามขนบธรรมเนียม ประเพณีในสังคมของตนเองรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เช่น ระบบการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ล้วนแต่มีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค

2.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ระดับรายได้และสถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกบริโภค แต่การมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะต้องมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีเสมอไป เพราะยังมีปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นตัวเชื่อมโยง เช่น ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ เป็นต้น

2.3 ปัจจัยทางการเมือง นโยบายทางการเมืองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ค่อนข้างสำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรบริโภคด้านสาธารณสุข เพราะนโยบายจะนำไปสู่กลวิธีและการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายที่วางไว้ บางครั้งมาตรการที่ออกมาจะอยู่ในรูปกฎหมายที่ควบคุมพฤติกรรมของผู้บริโภค ไม่โดยตรงก็มีผลทางอ้อม เช่น อเมริกาให้ผู้ป่วยสามารถชื้อยาตามร้านขายยาเองไม่ได้ ต้องมีใบสั่งแพทย์เท่านั้น ต่างจากประเทศไทยที่ไม่มีกฎหมายควบคุมในเรื่องนี้ เป็นต้น

2.4 ปัจจัยทางเทคโนโลยี ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีกระบวนการผลิต และจัดหา จำหน่าย ที่ทันสมัย และสะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เช่น การผลิตยาใหม่เพื่อรักษาโรคใหม่ๆ ได้ดีขึ้น เป็นต้น

Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) ได้สร้างรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการใช้บริการสุขภาพทั้งหมด พุฒถึงการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. **ลักษณะของระบบการให้บริการสาธารณสุข** (characteristics of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรทั้งในด้านปริมาณ ความเพียงพอ การกระจาย ตลอดจนการพิจารณาถึงความครอบคลุมของการให้บริการอีกด้วย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรทางสาธารณสุขในเรื่อง ระบบการให้บริการ และลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้มาใช้บริการ

2. **ลักษณะของประชาชนที่มาใช้บริการ** เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม คือ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุน เกื้อกูลให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการทางสุขภาพได้ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ รายได้ของครอบครัว แหล่งบริการทางสุขภาพที่จัดให้มีขึ้นในชุมชนเพื่อให้ประชาชนไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับเรื่องการรับรู้ในเรื่องความเจ็บป่วย และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยก็จะให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ การประเมินความเจ็บป่วย

และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วยว่าการที่ผู้รับบริการตัดสินใจไปรับบริการที่ใดนั้น มีปัจจัยที่จะนำมาพิจารณาดังนี้

1. มีให้ใช้ (Availability) ถ้าไม่มีบริการ การที่ผู้ป่วยจะมาใช้บริการย่อมเป็นไปได้ไม่ได้การบริการสุขภาพไม่ได้หมายถึงแค่การมีสถานบริการสุขภาพตั้งอยู่หรือไม่มีเท่านั้น แต่มีความหมายไปถึงการมีระบบบริการในเวลาที่ชาวบ้านสามารถมาหาได้ การศึกษาวิจัยเรื่องผู้ป่วยวัณโรค ที่ไม่มารักษาตามนัดในประเทศอินเดียสะท้อนปัญหาดังกล่าวได้เป็นอย่างดี คำอธิบายมักอ้างเสมอๆ ก็คือคนไข้ไม่มารับการรักษาเพราะไม่ต้องการแสดงตนให้คนในชุมชนทราบว่าตนป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากกลัวสังคมจะรังเกียจเดียดฉันท์ แต่เมื่อทำการวิจัยอย่างถี่ถ้วนกลับพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเหล่านี้มาตรวจรักษาตามนัดที่สถานบริการแล้ว แต่มักไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ให้บริการ จึงมักต้องเดินทางมาตรวจใหม่ เมื่อเป็นเช่นนี้หลายครั้งเข้า ทำให้คนไข้ไม่ยอมมารับการรักษา ผลการวิจัยจึงสะท้อนทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขที่ละเลยการมองปัญหาที่มีอยู่ในระบบซึ่งไม่เอื้อต่อการมารับบริการเท่าที่ควร

2. ความสามารถในการจ่าย (Accountability) เราจะต้องทำความเข้าใจว่านอกจากผู้ป่วยจะมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาแค่ไหนแล้วยังต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย เพราะการมาหาหมอของผู้ป่วยไม่ได้จ่ายแค่ค่ารักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆอีก บางครั้งเราอาจจะคิดว่าเงินไม่สำคัญต่อชีวิตชาวบ้าน แต่ในสภาพความเป็นจริง เงินมีความสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขาไม่น้อย

3. การเข้าถึง (Accessibility) การที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการ ในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าถึงอุปสรรคทางกายภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีอุปสรรคอย่างอื่นอีก ที่เขาไม่สามารถเข้าถึงได้ เช่น อุปสรรคทางด้านภาษาที่อาจคุยกันไม่รู้เรื่อง เป็นต้น

4. ยอมรับได้ไหม (Acceptable) มีอยู่ด้วยกัน 2 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 การรักษานั้นมีคุณภาพเพียงพอสำหรับผู้มารับบริการหรือไม่ หากเขามีบัตรทองแต่เวลามารับยาแล้วได้รับแต่ยาพาราเซตามอลทุกครั้ง ถ้ายังเป็นอย่างนี้เขาก็ยอมรับได้ยาก เมื่อเขาไม่ยอมรับเรื่องการให้บริการ ในครั้งถัดไปเขาก็ไม่ยอมมารักษากับเราอีก เพราะฉะนั้นเขายอมรับเราได้ก็เพราะมีการให้บริการที่ได้คุณภาพตามที่เขาคาดหวัง

มิติที่ 2 การยอมรับเชิงสังคม ผู้ป่วยจะยอมรับก็ต่อเมื่อมีปฏิบัติต่อกันที่ดีพอสมควร เช่น ไม่ดูค่า ไม่ต่อว่ารุนแรง ไม่ด่าทอ เป็นต้น

5. มีทางเลือกอื่น (Alternative) ถ้าเรามีความเข้าใจว่า แหล่งที่พึงพิงด้านสุขภาพของเขาไม่ได้มีเฉพาะที่เราเพียงอย่างเดียว แต่เขามีทางเลือกอื่นอีกมากมาย แต่เราก็สามารถเข้าใจได้ว่า เขาอาจจะไม่มาใช้บริการกับเราก็ได้ เพราะเขาสามารถไปแสวงหาบริการสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย

เสมอ เมื่อประสบกับภาวะความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการใช้สมุนไพร การชื้อยากินเองหรือการรักษาทางเลือกอื่นๆ

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ปัจจัยที่นำมาศึกษาคือ ถิ่นที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิประกันสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยา ณ ปัจจุบัน จำนวนโรคเรื้อรัง การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่าย และการได้รับคำแนะนำการใช้ยา และพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าวคือ

ถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่าจากที่ Pender (1996) กล่าวไว้ว่า ถิ่นที่อยู่อาศัยที่อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก มีความยากลำบากต่อการเข้าถึง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพราะเป็นปัจจัยในเรื่องการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ที่กล่าวว่า อุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้การเข้าถึงบริการมีความลำบากมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอรวรรณ ใจแก้ว (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปางพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในเรื่องความไม่สะดวกมีความสัมพันธ์ปานกลางกับเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เพศ มีงานวิจัยของวิไลวรรณ (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษาในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) และ Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) ที่พูดถึงปัจจัยด้านชีวภาพ คือ เพศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชน แต่กลับไม่ตรงกับงานวิจัยของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

อายุ เป็นอีกปัจจัยที่ Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) และ Pender (1996) พูดไว้ตรงกันว่า อายุนับเป็นปัจจัยนำชนิดหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพ และสอดคล้องกับการวิจัยของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ว่าอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ แต่การวิจัยของคุษฎีบุล บุตรสีทาจันทร์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลับพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

ระดับการศึกษา การวิจัยของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) กล่าวว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับวิไลวรรณ จงรัชต์ยศ (2548) ที่พบว่า ความรู้ที่ต่างกัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และตรงกับแนวคิดของ Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) และ Pender (1996) ที่เชื่อว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกันและยังตรงกับทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549) ที่กล่าวไว้ว่าการศึกษาที่ต่างกันมีส่วนทำให้พฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุขของบุคคลแตกต่างกัน

อาชีพ ปัจจัยเรื่องอาชีพมีเพียงทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549) ที่กล่าวไว้ว่า อาชีพซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดขึ้นในสังคม มีบทบาทต่อพฤติกรรมผู้บริโภค แต่กลับไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนงานวิจัยอื่นๆ ไม่ได้นำปัจจัยนี้ไปศึกษามากนัก

รายได้ Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) และ Pender (1996) รวมทั้งในทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549) กล่าวตรงกันว่า รายได้นับเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีส่วนสนับสนุนให้พฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการจ่ายมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย มีการนำปัจจัยเรื่องรายได้มาศึกษาเพื่อดูความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดย ลัดดาวัลย์ เปรมานนท์ (2545) พบว่าปัจจัยเรื่องรายได้หรืออำนาจในการซื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่การวิจัยของคุษฎีบุล บุตรสีทาจันทร์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลับพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

สิทธิประกันสุขภาพ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกไปรับบริการสุขภาพที่ใดนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การมีให้ใช้ หรือการมีสิทธิในการเข้ารับบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ใช้บริการนำไปใช้ในการตัดสินใจรับบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ที่พบว่าปัจจัยเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่



การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยา ณ ปัจจุบัน สภาพความเจ็บป่วยหรือไม่สบายของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามที่ Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) และในทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549) กล่าวตรงกันไว้ว่า ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล นับเป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการบริโภคทางสาธารณสุข มีการศึกษาของคุชฌีบูล บุตรสีทาจันทร์ (2543) และของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ที่สนับสนุนอีกว่า การรับรู้ภาวะทางสุขภาพและลักษณะของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมอาจไม่ค่อยมีการนำปัจจัยเรื่องระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นมาศึกษาโดยตรง แต่จะมีการพูดถึงเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยถึงจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น น่าจะเป็นส่วนหนึ่งในการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วย ทั้ง Aday, Lu Ann and Ronald M (1981) และ Pender (1996) รวมทั้งในทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549) กล่าวตรงกันว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน แต่กลับพบว่า การวิจัยของชมพูนุท สุจริตจันทร์ (2545) ไม่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยพบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่

การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่าย ปัจจัยในเรื่องอิทธิพลระหว่างบุคคล อันได้แก่ ครอบครัว สังคมรอบข้าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (1996) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของวิไลวรรณ จงรัชกษัตย์ (2548) ที่พบว่า บทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

การได้รับคำแนะนำการใช้จ่าย ในเรื่องการได้รับคำแนะนำการใช้จ่าย เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวคิดของ Pender (1996) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลวรรณ จงรัชกษัตย์ (2548) ที่พบว่า การรับรู้เรื่องวิธีการรักษาสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิยา โพธิสาร (2540) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

จากปัจจัยที่มีผลต่อการใช้จ่ายที่ได้นำมาวิจัยในครั้งนี้ จะพบว่าแต่ละปัจจัยได้มีผู้ศึกษา และทำการวิจัยมาแล้วบ้าง แต่บางปัจจัยที่กล่าวมา ยังมีความไม่สอดคล้องหรือมีผลการวิจัยที่ไม่ตรงกัน ทั้งนี้อาจเป็นเรื่องข้อจำกัดต่างๆ หรือสถานที่ที่เก็บข้อมูลแตกต่างกัน ลักษณะประชากรที่ต่างกัน ผลการวิจัยก็อาจต่างกันไปด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ได้กล่าวมาในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ และนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้จ่ายให้เหมาะสมต่อไป

2.3 ยาเหลือใช้

2.3.1 นิยาม

มีผู้ให้นิยามเกี่ยวกับยาเหลือใช้ในงานวิจัยต่างๆ คือ

แพรทีพย์ สุขพิพัฒน์ และคณะ (2552) ได้ให้นิยามไว้ว่า ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานบริการทางสาธารณสุขจำนวนหนึ่งแล้วใช้ไม่หมด หรือไม่ใช้แล้วที่ยังคงเก็บไว้อยู่ในครัวเรือน

พัคตรีวิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2554) พูดถึง ยาเหลือใช้ในครัวเรือนว่า หมายถึงยาสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่คนในครัวเรือนได้รับจากสถานบริการสุขภาพอันประกอบไปด้วยสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก หรือร้านยา ภายหลังจากการหักลบจากปริมาณยาที่พอเพียงสำหรับการใช้จนถึงวันนัดครั้งถัดไป

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้นิยามยาเหลือใช้ไว้ว่า คือ ยาสำหรับการรักษาโรคที่ประชาชนได้รับจากสถานบริการสุขภาพอันประกอบไปด้วย สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านยา หรือแหล่งอื่นๆ และในปัจจุบันไม่ได้ใช้ยานั้น หรือเหลือยาในจำนวนที่มากกว่าที่ต้องใช้จนถึงวันนัดครั้งต่อไป ซึ่งในการศึกษานี้เน้นเฉพาะกลุ่มยาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรังเท่านั้น

และยาเหลือใช้ในที่นี้จะรวมไปถึงยาที่มีฉลากเขียนชัดเจนว่าหมดอายุแล้ว หรือมีฉลากหรือบรรจุภัณฑ์ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์และไม่ชัดเจน หรือยาที่มีลักษณะทางกายภาพเปลี่ยนไปจากวันแรกที่ได้รับยา แต่ยกเว้นยาที่ไม่สามารถระบุชื่อหรือชนิดของยานั้นจะไม่นับรวมในการศึกษานี้

2.3.2 นโยบายและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเหลือใช้

ปัจจุบันเริ่มมีผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหายาเหลือใช้เพิ่มขึ้น และหน่วยงานต่างๆ เริ่มให้ความสำคัญและจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาเหลือใช้เกิดขึ้นอย่างมากมาย จึงขอกล่าวถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นในภาคส่วนต่างๆ ดังนี้

2.3.2.1 การจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา เรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

เนื่องจากกระบวนการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication Reconciliation) มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องยาเหลือใช้ที่เป็นประเด็นของการวิจัยครั้งนี้ เพราะในกระบวนการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยานั้นมีการทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้ตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาลหรือยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะอยู่บ้าน ถ้ากระบวนการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพก็จะช่วยจัดการกับปัญหายาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยมีค้างอยู่ตามบ้านได้บางส่วน (สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ และคณะ, 2551)

ความสำคัญของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ที่มีส่วนช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีองค์กรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยได้กำหนดให้การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นหนึ่งในเป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย เช่น องค์การอนามัยโลก กำหนดแนวทางการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาให้อยู่ในเป้าหมายข้อที่ 6 ซึ่งได้แก่ Prevention Continuity of Medication Error ของ Patient Safety Solution 2007 (WHO, 2007) นอกจากนี้ยังมี The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) กำหนดให้ Medication reconciliation เป็นเป้าหมายข้อที่ 8 ของ National Patient Safety Goal 2005- 2008 (The Joint Commission, 2007) สำหรับในประเทศไทย สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกาศให้การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2549 (สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, 2550)

มีรายละเอียดเกี่ยวข้องกับเรื่องการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ที่นำมาอธิบายในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. คำนิยาม

การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication Reconciliation) หมายถึง การจัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษา พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา เพื่อใช้รายการยาดังกล่าวเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ รวมทั้งเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษาที่สร้างขึ้น กับคำสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเปลี่ยนระดับการรักษา และติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ณ จุดที่มีการเปลี่ยนระดับการรักษา

2. กระบวนการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- 1) การรวบรวมประวัติการใช้ยาเพื่อจัดทำบัญชีรายการยาที่สมบูรณ์ของผู้ป่วย

- 2) การตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา และขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 3) การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับกับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ เมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษา เช่น แรกรับ ส่งต่อ หรือจำหน่าย กรณีที่พบความคลาดเคลื่อนจะต้องมีการสอบถามแพทย์ว่า เป็นความคลาดเคลื่อนที่แพทย์ตั้งใจหรือไม่ และต้องมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขหากเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจที่จะให้เกิดขึ้น

3. การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา จะต้องหาข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่อง ซึ่งหาได้จาก

- ยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน
- การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง ญาติ หรือผู้ดูแล
- เวชระเบียน ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยประจำของโรงพยาบาล
- ใบข้อมูลยาผู้ป่วย จากในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของงานเภสัชกรรม
- สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ต่างๆ ดังนี้

4. การทำความสอดคล้องทางยาจะลดความคลาดเคลื่อนทางยาในประเด็น
 - การไม่ได้รับยาที่เคยใช้อย่างต่อเนื่อง
 - การไม่ได้หยุดยาบางตัวก่อนเข้ารับการทำหัตถการบางอย่าง
 - การไม่ได้รับยาที่เคยใช้ต่อ หลังจากแพทย์สั่งหยุดใช้ชั่วคราว
 - การที่ผู้ป่วยใช้ยาซ้ำซ้อน เพราะไม่ทราบว่าแพทย์สั่งเปลี่ยนยาแล้ว
 - การที่ผู้ป่วยยังใช้ยาในขนาดเดิมต่อไป ทั้งๆ ที่แพทย์สั่งปรับขนาดแล้ว
 - การได้รับยาซ้ำซ้อนกับยาที่ผู้ป่วยซื้อกินเอง

แม้การศึกษาการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในประเทศไทย ยังพบไม่มาก แต่ปัจจุบันเริ่มมีการนำกิจกรรมนี้มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น เพราะเชื่อว่าการทำความสอดคล้องทางยาจะเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างจริงจังต่อไป

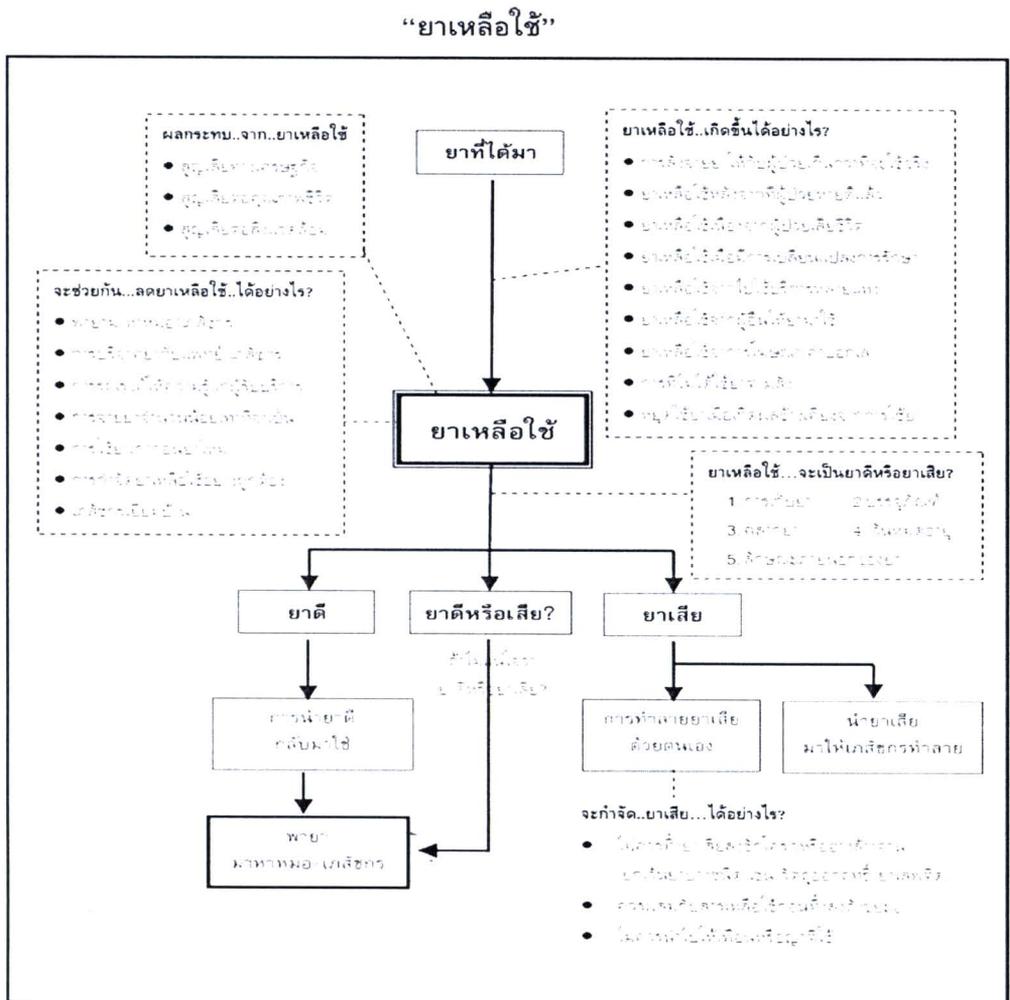
จะเห็นได้ว่ากระบวนการทำความเข้าใจความต้องการต่อเนื่องทางยาจะมีกระบวนการใน ทบทวนคำสั่งการใช้ยาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลจนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล นั้น หมายรวมถึงการดูแลยาของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาลจนกลับบ้านด้วยได้แก่ การขอยาของ ผู้ป่วยที่นำมาจากบ้าน การดูแลการกินยาของผู้ป่วยไม่ให้ซ้ำซ้อนกับยาที่ซื้อกินเอง การดูแลรายการ ยาของผู้ป่วยที่แพทย์หยุดใช้หรือปรับขนาดขณะนอนโรงพยาบาลจนผู้ป่วยกลับบ้าน (สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์ และคณะ, 2551) มีการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาที่โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน พบการติดตามยาเดิมจากบ้านของผู้ป่วยได้ 56% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งยาที่ ผู้ป่วยนำมามีบางรายการแพทย์ยังสั่งให้อยู่ ซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ในขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ได้ กระบวนการเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยาที่ดี น่าจะมีส่วนช่วยลด ปัญหาจากการที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากอยู่ที่บ้าน จนอาจทำให้เกิดยาเหลือใช้ของประชาชนในชุมชน ที่เกิดขึ้น ได้อีกส่วนหนึ่ง สามารถประหยัดปริมาณยาที่ใช้กับผู้ป่วยได้หากยาเดิมมีสภาพที่ดีอยู่ ถ้ามี การเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยตามครัวเรือนต่อไป (วิมล พรธ สีวิจิ, 2551)

2.3.2.2 สัปดาห์เภสัชกรรม

ถึงแม้การศึกษายาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนั้นยังมีไม่มาก แต่กลับพบว่ การเกิดยาเหลือใช้ขึ้นตามครัวเรือนนั้นจะก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบตามมาอีกมากมาย อาทิ เช่น มูลค่ายาในประเทศที่สูงขึ้น ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหายาเหลือใช้ เป็นต้น จะเห็นว่า ได้มีหน่วยงานทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ พยายามจัดการกับปัญหาดังกล่าว และเริ่มมีการให้ความสนใจมากขึ้น เห็นได้จากกิจกรรมที่เกิดขึ้น มากมาย โดยเฉพาะโครงการสัปดาห์เภสัชกรรม ปี 2553 ที่ผ่านมา (สภาเภสัชกรรม, 2553) มีการ รณรงค์ให้ประชาชนบริโภคยาตามความเหมาะสม ลดปัญหายาเหลือใช้ในครัวเรือน เพราะปัญหา การเกิดยาเหลือใช้มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยและการสูญเสียงบประมาณ จึงต้องมีการเน้นย้ำให้ ประชาชนที่มารับบริการนำยาเดิม หรือยาที่มีในครัวเรือนกลับมาด้วยทุกครั้ง ภายในงานยังมีการ นำเสนอกิจกรรมเรื่อง “ยาไม่ใช่แลกเปลี่ยนได้เป็นถุงผ้า” จัดกิจกรรมที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ วันที่ 25 มิถุนายน 2551 - 1 กรกฎาคม 2551 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 289 คน จำนวนยา 405 รายการ มีมูลค่าเท่ากับ 63,279 บาท โดยกลุ่มยาที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มยาโรคทางเดินหายใจ (22.7%) รองลงมาคือ กลุ่มยาด้านจุลชีพ (13.6%) และกลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร (11.6%) ตามลำดับ และเมื่อคิดเป็นมูลค่ายาที่มีราคาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มยาต่อมไร้ท่อ โรคระบบ

หัวใจหลอดเลือด (16,191.25 บาท) กลุ่มที่ไม่สามารถระบุกลุ่มยาได้ (14,128.25 บาท) และกลุ่มยาโรกระบบประสาท สมอง (11,093.50 บาท) ตามลำดับ

จากนโยบายและกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะจัดการกับปัญหายาเหลือใช้ของภาคส่วนต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผู้วิจัยที่จะทำการศึกษาในเรื่องยาเหลือใช้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดการกับปัญหายาเหลือใช้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพต่อไป



รูป 1 : flowchart การเกิดยาเหลือใช้ (นวกรณ์ วิมลสาระวงศ์ และคณะ, 2551)

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเหลือใช้

งานวิจัยและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเหลือใช้และปัจจัยที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ที่ทำการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่

ในต่างประเทศมีการวิจัยเรื่องปริมาณยาเหลือใช้ และมูลค่ายาเหลือใช้โดย Abou-Auda HS. (2003) ที่ทำการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบียและประเทศแถบอ่าว พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณยาเหลือใช้คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ 41.3 ของผลิตภัณฑ์ยาทั้งหมดตามลำดับ และคิดเป็นมูลค่าเงินร้อยละ 19.2 และ 25.0 ของต้นทุนด้านยาตามลำดับ และ Zargarzadeh A.H., Tavakoli N. และ Hassanzadeh A. (2005) ที่ทำการศึกษาในประเทศอิหร่าน โดยทำการสุ่มเลือกครัวเรือนในเมืองขนาดใหญ่ซึ่งจะเข้าไปเยี่ยมบ้านและแจกแบบสอบถามเป็นจำนวน 512 ครัวเรือน พบว่าปริมาณยาที่พบทั้งหมดนั้นมียาที่หมดอายุจริงอยู่ร้อยละ 38.8 และมียาที่น่าจะหมดอายุร้อยละ 53.8 คิดมูลค่าของยาเหลือใช้ในครัวเรือนได้ประมาณ 30.0 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

ยังมีการวิจัยในเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้โดย Clidna A.M. et al., (2006) พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ในกลุ่มยาปฏิชีวนะที่เหลือใช้ ในครัวเรือนประเทศอังกฤษ คือ ระดับการศึกษา อายุ ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของ Zargarzadeh A.H., Tavakoli N. และ Hassanzadeh A. (2005) ที่พบว่า การมีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรัง การมีประกันสุขภาพ การที่มีรายได้สูง ตลอดจนการที่บิดาสามารถอ่านหนังสือได้ จะส่งผลถึงจำนวนยาที่พบในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวกับเรื่องยาเหลือใช้ในประเทศไทยที่ผ่านมายังมีไม่มากนัก แต่ในช่วง 2-3 ปีหลังได้มีข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้น มีการศึกษาในเรื่องมูลค่ายาเหลือใช้และจำนวนยาเหลือใช้ของแพทย์ สุขพิพัฒน์และคณะ (2552) ซึ่งเป็นการศึกษาในเรื่องยาเหลือใช้ในครัวเรือน ในตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจากการสำรวจครัวเรือนจำนวนทั้งสิ้น 150 ครัวเรือน ปริมาณยาเหลือใช้รวมทั้งสิ้น 8,933.99 ของหน่วยนับปริมาณ (หน่วยนับปริมาณในที่นี้หมายถึงลักษณะนามในการใช้นับปริมาณยาในแต่ละรูปแบบยาเตรียม) โดยเป็นปริมาณยาเหลือใช้จริง 1,006.47 ของหน่วยนับปริมาณ และปริมาณยาที่มีแนวโน้มเป็นยาเหลือใช้ 7,927.52 ของหน่วยนับปริมาณ คิดเป็นมูลค่ายาเหลือ 15,817.02 บาท และการศึกษาของธิดารัตน์ คำริห์ (2552) ในเรื่อง การสำรวจยาเดิมที่เหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำการศึกษาตั้งแต่มิถุนายน 2551 - กุมภาพันธ์ 2552 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิก เบาหวาน ความดัน ทั้งหมด 3,123 คน ผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือใช้มาด้วย 961 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก มีมูลค่าของยาเดิมที่เหลือใช้คิดเป็น 116,680.40 บาท เฉลี่ย 121.41 บาทต่อคน นอกจากนี้ยังมีการวิจัยของพัศตรีวิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2554) ที่ศึกษาปริมาณและชนิดของยาที่เหลือใช้ในครัวเรือน และมูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือน ในเขตตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยเยี่ยมบ้านครัวเรือนตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสำรวจยาเหลือใช้ในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่าจากครัวเรือนทั้งหมด 281 ครัวเรือน พบว่า 253 ครัวเรือน (90.0 %) มี

รายการยาที่เหลือใช้ในครัวเรือนและ 103 ครัวเรือน (36.7%) มีรายการยาที่ไม่เพียงพอสำหรับการใช้จนถึงการนัดเพื่อเข้ารับบริการครั้งต่อไป โดยมีมูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือนคิดเป็น 51,391.69 บาท หรือ เฉลี่ยครัวเรือนละ 182.87 บาท

มีการศึกษาในเรื่องชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ที่ค้างตามครัวเรือนมากที่สุด พบว่า การศึกษาของแพรทิพย์ สุขพิพัฒน์และคณะ (2552) มีกลุ่มยาเหลือใช้ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการติดเชื้อ ตามลำดับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของพัชตรีวิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2554) ที่พบว่า ชนิดของยาที่คงเหลือในครัวเรือนมากที่สุดเป็นกลุ่มยาโรคเรื้อรัง คือ HCTZ 50 mg ซึ่งเหลือค้างใน 96 ครัวเรือน (27.4%) รองลงมาคือ Glibenclamide 5 mg ซึ่งค้างอยู่ใน 60 ครัวเรือน (17.1%) และ Enalapril 5 mg ซึ่งค้างอยู่ใน 45 ครัวเรือน (12.6%) ส่วนการวิจัยของธิดารัตน์ คำริห์ (2552) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ทั้งหมด 3,123 คน มีจำนวนยาเดิมที่เหลือใช้และผู้ป่วยนำมาให้ทั้งหมด 67 รายการ ซึ่งพบว่ายาเดิมที่เหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมามากที่สุดคือ Aspirin 60 mg. จำนวน 14,469 เม็ด (ร้อยละ 50.36 ของปริมาณยาทั้งหมด) คิดเป็นมูลค่า 7,234.5 บาท ยาที่มีมูลค่ามากที่สุดคือ Amlodipine 10 mg คิดเป็นมูลค่า 26,321.5 บาท (ร้อยละ 22.55 ของมูลค่ายาเดิมเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาทั้งหมด)

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนยาเหลือใช้ในครัวเรือนของแพรทิพย์ สุขพิพัฒน์และคณะ (2552) พบว่า รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนยาเหลือใช้ตามครัวเรือน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้พบว่าผู้ที่มียาได้สูงกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จะมีจำนวนยาเหลือใช้ที่น้อยกว่าผู้ที่มียาได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และผู้ที่มียาได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนการศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยมียาเหลือใช้มากที่สุด มีการวิจัยของธิดารัตน์ คำริห์ (2552) พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยมียาเดิมเหลือใช้มากที่สุด คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ลืมใช้ยาและตั้งใจไม่ใช้ยาจึงทำให้มียาเหลือ (ร้อยละ 98.75) รองลงมาคือ ผู้ป่วยสงสัยแพ้ยาจึงงดยาเอง 5 ราย (ร้อยละ 0.52) ทานยาผิดวิธี 4 ราย (ร้อยละ 0.41) มาก่อนนัด 4 ราย (ร้อยละ 0.41) สอดคล้องกับพัชตรีวิภา สุวรรณพรหม และคณะ (2554) ที่พบว่าสาเหตุของยาเหลือใช้เกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยคือ ผู้ป่วยเองลืม หรือปรับเปลี่ยนวิธีการกินยา และจากระบบการบริการที่เปลี่ยนแผนการรักษา หรือเปลี่ยนสถานบริการ

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสนใจที่เพิ่มขึ้นจากการเกิดยาเหลือใช้ในชุมชน โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงที่ผ่านมา และเริ่มมองเห็นขนาดของปัญหาที่มีมากขึ้นถ้ายังไม่ได้รับการแก้ไขต่อไปในเรื่องนี้

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการใช้ยาในปัจจุบันสามารถแยกออกเป็น 2 กลุ่ม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) คือ

กลุ่มแรก สนใจพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องการศึกษาปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการใช้ยา โดยคาดหวังว่า ความเข้าใจถึงเหตุปัจจัยต่างๆ จะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ และงานวิจัยกลุ่มที่สอง มุ่งเน้นการเข้าใจพฤติกรรมในบริบททางเศรษฐกิจ สังคม หรือเงื่อนไขการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้นในชุมชนที่เกิดขึ้นจริงภายใต้บริบททางสังคมของท้องถิ่น

ในการศึกษาเรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาในทั้งสองส่วน นั่นคือ ต้องการทราบปัจจัยที่ทำให้ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ และต้องการเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้บริบททางสังคมของท้องถิ่น โดยการสอบถามถึงเหตุผลและความคิดในมุมมองของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้น

โดยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา หรือเรื่องยาเหลือใช้ อาจไม่มีการกล่าวไว้โดยตรง จะมีกล่าวไว้แต่ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาจนทำให้เกิดยาเหลือใช้ขึ้นนั้น ก็นับเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้แสดงถึงรูปแบบจำลองที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพไว้มากมาย เช่น Health believe model ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ยึดแนวคิดเรื่องความเชื่อเป็นหลักว่าการที่บุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมดูแลป้องกัน โรคหรือไม่ขึ้นกับความเชื่อภายในตัวบุคคลนั้น และอีกรูปแบบที่เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่มักพูดถึงเป็นรูปแบบที่ยึดปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสุขภาพ (Social support strategy) เป็นต้น แต่แบบจำลองต่างๆ ที่กล่าวมา ยังไม่สามารถทำให้มองเห็นปัจจัยที่แท้จริงภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ต่างกันของคนในชุมชน และไม่ได้มองไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับการอธิบายความเจ็บป่วยผ่านภาษาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชนด้วย จึงมีการแนะนำให้ใช้แบบจำลองคำอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory Model) เข้ามาช่วยอธิบายพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของคนในชุมชนที่มองความเจ็บป่วย การเกิดโรคหรือเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันไป (บุษบงก์ วิเศษพลชัย, 2553)

แม้ข้อคำถามในเรื่องการอธิบายโรคของผู้ป่วยจะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิจัยครั้งนี้ แต่การอธิบายเรื่องโรคในมุมมองของผู้ป่วยจะทำให้ทราบถึงว่าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างไร สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค และมีความเชื่อมโยงถึงที่มาของการเลือก



วิธีการรักษาหรือวิธีการใช้ยา ซึ่งสัมพันธ์กับการวิจัยในครั้งนี้ที่สนใจศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา และเชื่อมโยงไปถึงยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกันของผู้ป่วย

แนวคิดเรื่องแบบจำลองคำอธิบายความเจ็บป่วยถูกนำมาใช้ในการทำความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์ มาตลอด และได้้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาช่วยในการวิเคราะห์และอธิบายเรื่องราวที่เกิดขึ้น

ในที่นี้จึงขอเลือกนำแนวคิดแบบจำลองคำอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory Model) ของ Kleinman (1980) มาทำความเข้าใจทั้งมุมมองและการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมและกระบวนการรักษาเยียวยา โดยคำถามที่ใช้ในแบบจำลองนี้จะเกี่ยวกับ

- 1) สมมุติฐานของความเจ็บป่วย หรือการค้นหาคำอธิบายของการเกิดความผิดปกติ
- 2) เวลาและแบบแผนของการเกิดอาการความเจ็บป่วย
- 3) พยาธิสภาพของร่างกาย
- 4) แนวความคิดเกี่ยวกับการป่วยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรง และชนิดของอาการป่วย รวมทั้งลักษณะของความฉับพลัน เรื้อรัง หรือพิการ

5) วิธีการรักษา

นอกจากนี้ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ยังได้พูดถึงแนวคิดในเรื่อง Explanatory Model โดยพูดถึงหลักคิดที่ใช้ทำความเข้าใจและการมองสาเหตุของโรคและการเจ็บป่วยนั้น มีอยู่ด้วยกัน 2

แนวคิดคือ

1. แนวคิดเรื่อง Emic View และ Etic view ซึ่งมุมมองแบบ Emic หรือมุมมองของคนในเป็นพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของชาวบ้าน ต้องเข้าไปในโลกของคนที่เราศึกษาเพื่อที่จะหาคำอธิบายจากพื้นฐานของเขาเอง ส่วน Etic View เป็นมุมมองของคนนอกชุมชน เช่น ชาวบ้านอาจมองว่าการเจ็บป่วยจากไข้ป่าเกิดจากผี หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งถือเป็น Emic View ส่วนบุคลากรทางการแพทย์อธิบายอาการนี้ว่าเกิดจากเชื้อมาลาเรีย ซึ่งถือเป็น Etic View

2. แนวคิดเรื่อง Explanatory Model หรือ “EM” เป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์ ที่ถือว่าในทุกวัฒนธรรม เวลาคนทั่วไปมีอาการเจ็บป่วยจะมีจุดของคำอธิบายที่ใช้ทำความเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองอยู่

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ยังกล่าวไว้อีกว่า สำหรับเรื่องความเจ็บป่วย (illness) ความคิดของคนส่วนหนึ่งอาจมองว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากความโชคร้าย ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ แม้ว่าคุณคิดเช่นนี้จะไม่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ แต่ก็ยังเป็นคำอธิบายที่ทำให้เข้าใจได้

ว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยคืออะไร คนทั่วไปมองว่าสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย อาจเป็นเพราะเกิดจากภายในร่างกายบุคคล (Individually) เกิดจากโลกธรรมชาติ (national world) เกิดจากโลกทางสังคม (Social World) และสาเหตุของปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ (Supernatural world) เป็นต้น

การนำแนวคิด Explanatory Model (EM) มาใช้ควบคู่กับแนวคิดที่แยกแยะระหว่างโรค (disease) ซึ่งเป็นความผิดปกติของกระบวนการและกลไกของร่างกายต่อผู้ป่วย (แบบจำลองคำอธิบายของแพทย์) กับความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นความผิดปกติตามการรับรู้หรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง (แบบจำลองคำอธิบายของผู้ป่วย) เป็นแนวคิดสำคัญที่อธิบาย และสร้างความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยให้เป็นไปได้มากขึ้น

โดยสรุปการให้ความหมายกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีความหลากหลายอย่างมาก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลและสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน ซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขต้องมีส่วนในการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปสู่โลกสุขภาพของประชาชนเสียก่อน เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงวิถีคิด และวิถีปฏิบัติของประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วยได้ และยังเป็นหนทางที่จะช่วยลดอคติและความแตกต่างกันในการปฏิสัมพันธ์เวลาเข้าสู่กระบวนการรักษา และแสวงหากระบวนการให้กลับสู่ปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ที่ได้้นำแนวคิดเรื่อง Explanatory Model มาใช้เพื่อช่วยอธิบายความคิดและมุมมองในเรื่องความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตามความเข้าใจของผู้ป่วย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจากข้อคำถามที่มาจาก Explanatory Model ซึ่งการใช้แนวคิดนี้ น่าจะทำให้มองเห็นที่มาที่ไปของพฤติกรรมการใช้ยาจนทำให้เกิดยาเหลือใช้ขึ้นผ่านมุมมองของประชาชนได้อย่างแท้จริงมากยิ่งขึ้น