

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษายาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ในครั้งนี้ ได้เก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านและเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องยาและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 420 คน ในระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยใช้แบบสัมภาษณ์เรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาที่สร้างขึ้น และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 12 รายที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ ผลการศึกษาได้ถูกนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็น 4 ส่วนตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยา

2.1 ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย

2.2 ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพ

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และการเก็บรักษา

2.3.1 พฤติกรรมการซื้อหรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ

2.3.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามอาการ ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการแพทย์ทางเลือก

2.3.3 พฤติกรรมการเก็บรักษา

ส่วนที่ 3 ชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาและการเก็บรักษาที่ถูกต้อง

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อทำให้เกิดยาเหลือใช้

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาและการเก็บรักษาที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 5 ทักษะคิดในการใช้ยา และสาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเหลือใช้กับผู้ป่วย เฉพาะราย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อคำถามที่ใช้ มาจากแนวคิดการอธิบายโรค (Explanatory Model) ที่มีการอธิบายโรคในมุมมองของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนใน 6 อำเภอ คือ อำเภอแม่แตง อำเภอไชยปราการ อำเภอสารภี อำเภอแม่ออน อำเภอสันป่าตอง และอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอละ 70 คน รวมทั้งสิ้น 420 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.2 อายุเฉลี่ย $63 (\pm 13)$ ปี ไม่ได้ทำงานหรือมีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้านร้อยละ 47.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.6 และประมาณร้อยละ 90.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท และมีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ บัตรทองถึงร้อยละ 85.0 แสดงข้อมูลไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) หรือตามระบุ
เพศ	
หญิง	278 (66.2)
ชาย	142 (33.8)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงานหรือพ่อบ้าน/แม่บ้าน	198 (47.1)
รับจ้างทั่วไป	66 (15.7)
เกษตรกร	58 (13.9)
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	54 (12.9)
ลูกจ้างบริษัท/ ห้างร้าน	7 (1.7)
รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	4 (1.0)
กำลังศึกษา	3 (0.7)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	85 (20.2)
ประถมศึกษา	288 (68.6)
มัธยมศึกษาตอนต้น	21 (5.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13 (3.1)
ปวช. หรือ ปวส.	7 (1.7)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	6 (1.4)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) หรือตามระบุ
รายได้	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	374 (89.1)
5,001-10,000 บาท	35 (8.3)
10,001-20,000 บาท	10 (2.4)
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	1 (0.2)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรทอง	357 (85.0)
เบิกได้	46 (11.0)
ประกันสังคม	17 (4.0)
อายุ (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	63.2 \pm 13.5 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา

2.1 ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย

ในส่วนข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย เมื่อสอบถามข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 420 คน พบว่า ในขณะการเก็บรวบรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 316 คน (ร้อยละ 75.2) ในจำนวนนี้มีผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังและได้รับยาโรคเรื้อรัง 253 คน ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลาเกิน 5 ปี ซึ่งกลุ่มคนที่เจ็บป่วยเหล่านี้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ และร้อยละ 55.4 ของผู้ป่วย มีจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ 2 โรคขึ้นไป แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ณ ปัจจุบัน (n = 420)	
มี	316 (75.2)
ไม่มี	104 (24.8)
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (n = 316)	
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยา/บริการสุขภาพ (n = 253)	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (n = 253)	
1-2 ปี	68 (26.8)
3-5 ปี	72 (28.3)
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	113 (44.9)
โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน ^a (n = 316)	
ความดันโลหิตสูง	218 (39.9)
เบาหวาน	94 (17.2)
หัวใจและหลอดเลือด	84 (15.4)
ข้อและกระดูก	46 (8.3)
หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	23 (4.2)
อื่นๆ ^b	82 (15.0)
จำนวน โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน (n = 316)	
1 โรค	141 (44.6)
2 โรค	120 (38.0)
3 โรค ขึ้นไป	55 (17.4)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

^b = อื่นๆ ได้แก่ ภาวะอาหาร จิตเวช ไทรอยด์ ภูมิแพ้ ลมชัก เวียนหัว ไมเกรน HIVs ไตเรื้อรัง

2.2 ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพ

ในเรื่องการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลในเรื่องการมีผู้ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย และเรื่องการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาและการจัดการกับยาเหลือใช้ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการใช้ยา (ร้อยละ 90.8) ส่วน

ผู้ป่วยที่มีผู้ช่วยดูแลเรื่องการไ้ยา (ร้อยละ 9.2) ผู้ที่ให้การดูแลมีความสำคัญเป็นลูกของผู้ป่วย (ร้อยละ 48.3) รองลงมาเป็นสามี หรือภรรยา (ร้อยละ 27.6) และที่เหลือเป็นญาติ ได้แก่ ยาย หลาน หรือน้องสาว

ส่วนข้อมูลในเรื่องการได้รับคำแนะนำเรื่องการไ้ยาพบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 420 คน มีผู้ปฏิเสธการให้ข้อมูล 14 คน ที่เหลือร้อยละ 92.9 เคยได้รับคำแนะนำเรื่องยาและการไ้ยาอยู่แล้ว ซึ่งบุคลากรที่ให้คำแนะนำเป็นเภสัชกรถึงร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อนามัย ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาถึงการเคยได้รับข้อเสนอแนะเรื่องการจัดการกับยาเหลือไ้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนเท่านั้น (คิดเป็นร้อยละ 37.5) ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับยาเหลือไ้ โดยคนที่ได้รับคำแนะนำเรื่องยาเหลือไ้ร้อยละ 88.6 จะได้รับคำแนะนำว่าให้นำยากลับมาไ้ดูทุกครั้ง ส่วนคำแนะนำอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ ให้รับประทานยาเดิมก่อนจนหมด ให้ทิ้งยาที่เหลือไ้ไป และมีการปรับลดจำนวนยาไ้ถ้ายังมียาเหลืออยู่ที่ครัวเรือน ส่วนอีกร้อยละ 62.5 ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับยาเหลือไ้ที่มีอยู่ตามครัวเรือน รายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลการได้รับคำแนะนำเรื่องการไ้ยาและการจัดการกับยาเหลือไ้

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
การดูแลเรื่องการไ้ยาโรคเรื้อรัง ณ ปัจจุบัน (n=420)	
ผู้ป่วยไ้ยาด้วยตนเอง	285 (90.8)
มีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา	29 (9.2)
การได้รับคำแนะนำในการไ้ยาทั่วไป (n=406)	
ได้รับคำแนะนำ	377 (92.9)
ไม่ได้รับคำแนะนำ	29 (7.1)
บุคลากรที่ให้คำแนะนำเรื่องการไ้ยาทั่วไป (n=377)	
หมอที่อยู่ห้องยา หรือ เภสัชกร ^a	182 (48.3)
แพทย์	98 (26.0)
พยาบาล	58 (15.4)
เจ้าหน้าที่อนามัย	39 (10.3)
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการยาที่เหลือไ้ (n=397)	
ได้รับคำแนะนำ	149 (37.5)
ไม่ได้รับคำแนะนำ	248 (62.5)

^a เภสัชกร ในความหมายผู้ป่วย คือ ผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายยาที่ห้องจ่ายยา บางครั้งผู้ป่วยอาจไ้คำว่า “หมอ”

ตารางที่ 4 ข้อมูลการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้จ่ายและการจัดการกับยาเหลือใช้ (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
คำแนะนำที่ได้รับเพื่อจัดการกับยาเหลือใช้ (n=149)	
นำกลับไปให้ผู้อื่น	132 (88.6)
อื่นๆ	17 (11.4)

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้จ่ายและการเก็บรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้จ่ายและการเก็บรักษา ออกเป็น 3 ส่วน อันประกอบไปด้วย พฤติกรรมกรซื้อหรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ พฤติกรรมกรใช้จ่ายตามอาการ ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการแพทย์ทางเลือก และพฤติกรรมกรเก็บรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

2.3.1 พฤติกรรมกรซื้อหรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ

ในเรื่องของพฤติกรรมกรซื้อหรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 420 คน มากกว่าร้อยละ 90 เลือกรับบริการในการรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเป็นในสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว โดยผู้ป่วยเลือกรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐถึงร้อยละ 56.7 รองลงมา เป็นสถานอนามัยร้อยละ 39.4 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 2.1 ดังตารางที่ 5 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ ให้เหตุผลในการเลือกสถานบริการสุขภาพว่า มีความสะดวกใกล้บ้านมากที่สุดร้อยละ 45.7 เหตุผลรองลงมาคือระบบการส่งตัว การใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการหรือผลการรักษา เรื่องความเคยชินในการรับบริการที่เดิมเป็นประจำ และเรื่องความสะดวกในเรื่องเวลาตามลำดับ ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 5 แสดงสถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการสำหรับรักษาโรคเรื้อรัง (n = 303)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
การเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นสถานที่เดียวกันหรือไม่	
ใช่	295 (93.3)
ไม่ใช่	21 (6.7)
สถานที่รับบริการสุขภาพ ^a	
โรงพยาบาลรัฐบาล	302 (56.7)
สถานีนอนมัย	210 (39.4)
โรงพยาบาลเอกชน	11 (2.1)
คลินิกแพทย์	8 (1.4)
ร้านยา	2 (0.4)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 6 เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ สำหรับรักษาโรคเรื้อรัง (n = 303)

เหตุผล ^a	จำนวน (ร้อยละ)
สะดวก ใกล้บ้าน	156 (45.7)
ตามระบบส่งตัว	74 (21.7)
ตามสิทธิการรักษาพยาบาล	44 (12.9)
พึงพอใจในบริการ/ผลการรักษา	32 (9.4)
รับบริการที่นี้เป็นประจำ	32 (9.4)
ความสะดวกเรื่องเวลา	3 (0.9)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวน 21 คน (ร้อยละ 6.7) ที่เลือกรับบริการในสถานบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรคเรื้อรังมากกว่า 1 แห่ง โดยให้เหตุผลว่า เป็นเรื่องศักยภาพในสถานบริการที่ไม่เพียงพอที่จะรักษาโรคเรื้อรังบางโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เป็นเหตุผลหลัก และเหตุผลอื่นๆ คือ ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิแต่ยังมารับยาที่โรงพยาบาลเดิมร่วมด้วย ไม่พึงพอใจใน

บริการต้องการการรักษาเพิ่มเติม ความสะดวกในการเดินทางและเรื่องผู้รับส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการ

ส่วนพฤติกรรมการเข้าถึงการรักษาโรคตามอาการนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการเลือกเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เพื่อรักษาโรคตามอาการที่สถานีนามัยหรือศูนย์แพทย์ชุมชนที่ใกล้บ้านถึงร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ โรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 26.3 และคลินิกเอกชนอีกร้อยละ 15.6 นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ กินยาที่มีอยู่ที่บ้าน ขอยาจากลูกหลานที่ทำงานในโรงพยาบาล ใช้สมุนไพร และปล่อยให้หายเอง ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้ารับบริการสุขภาพ เพื่อรักษาโรคตามอาการ (n = 420)

สถานบริการสุขภาพ ^a	จำนวน (ร้อยละ)
สถานีนามัย/ศูนย์แพทย์ชุมชน	284 (41.9)
โรงพยาบาลรัฐ	178 (26.3)
คลินิกเอกชน	106 (15.6)
ร้านยา	55 (8.1)
ร้านขายของชำ	31 (4.6)
โรงพยาบาลเอกชน	11 (1.6)
อื่นๆ	13 (1.9)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่ประชาชนเลือกเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อรักษาโรคตามอาการตามที่ระบุข้างต้น ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เป็นเพราะความสะดวกใกล้บ้านเป็นหลัก นอกนั้นเป็นเรื่อง ความรุนแรงของอาการป่วยที่เป็น ความพึงพอใจในบริการ/ผลการรักษา และเหตุผลอื่นๆ ได้แก่ การใช้บริการตามสิทธิการรักษา ไม่ต้องเสียค่าบริการหรือประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นคนไข้ประจำของโรงพยาบาลแห่งนั้น รวมถึงมีประวัติการรักษาอยู่ที่นั่น และเป็นเรื่องของระบบการส่งตัวผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสุขภาพในสถานบริการต่างๆ เพื่อรักษาโรคตามอาการ (n = 401)

เหตุผล ^a	จำนวน (ร้อยละ)
สะดวก ใกล้บ้าน	253 (53.3)
ตามความรุนแรงของอาการที่ป่วย	61 (12.8)
พึงพอใจในบริการ/ผลการรักษา	59 (12.4)
ตามสิทธิการรักษาพยาบาล	41 (8.6)
ไม่ต้องเสียเงินค่าบริการ	31 (6.6)
เคยรับบริการเป็นประจำ/มีประวัติการรักษาพยาบาล	19 (4.0)
ตามระบบส่งตัว	11 (2.3)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

มีผู้ป่วยบางส่วนที่รับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขมากกว่า 1 แห่ง เพื่อรักษาโรคตามอาการ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 119 คน ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ให้เหตุผลไว้ว่า ที่จะต้องรับบริการมากกว่า 1 แห่งเป็นเพราะ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่มากน้อยเป็นเหตุผลหลัก รองลงมาคือเหตุผลเรื่อง ความพึงพอใจในการบริการหรือผลการรักษา ความสะดวก ใกล้บ้าน และเหตุผลอื่นๆ ได้แก่ เรื่องความสะดวกเรื่องเวลา การใช้บริการตามสิทธิการรักษา และเรื่องไม่สามารถไปตามนัดแพทย์เดิมได้ รายละเอียด ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสุขภาพในสถานบริการต่างๆ มากกว่า 1 แห่ง เพื่อรักษาโรคตามอาการ (n = 119)

เหตุผล ^a	จำนวน (ร้อยละ)
ตามความรุนแรงของอาการที่ป่วย	51 (40.1)
พึงพอใจในบริการ/ผลการรักษา	35 (27.5)
ตามความสะดวก ใกล้บ้าน	26 (20.5)
ตามความสะดวกเรื่องเวลา	10 (7.9)
ตามสิทธิการรักษาพยาบาล	3 (2.4)
ไม่สามารถไปตรงตามนัดแพทย์ จึงต้องไปรับบริการที่อื่น	2 (1.6)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.3.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามอาการ ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการแพทย์ทางเลือก

ในส่วนของพฤติกรรมการบริหารยา หรือการใช้ยาซึ่งเป็นยารักษาตามอาการ ที่กลุ่มตัวอย่างมีไว้ตามครัวเรือน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน พบว่ามี 233 คน (คิดเป็นร้อยละ 55.5) ที่มียาตามอาการอยู่ในครัวเรือน โดยพบยาที่มีอยู่ 646 รายการ ในจำนวนนี้เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติถึง 154 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 23.8) และยารักษาตามอาการที่มีในครัวเรือนมีจำนวนทั้งสิ้น 8,862 หน่วยนับ คิดเป็นมูลค่ายาเท่ากับ 7,390.91 บาทถ้าคิดจากราคาทุน และมีมูลค่ายาเท่ากับ 8,869.09 บาทถ้าคิดจากราคาขาย

ในจำนวนยาตามอาการที่พบนี้ มี 151 รายการ (ร้อยละ 23.4) ที่ถูกระบุว่าเป็นยาของครัวเรือน และอีก 15 รายการ (ร้อยละ 2.3) ที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถระบุว่า เป็นยาของใคร ซึ่งรายการยาตามอาการที่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอยู่ในครัวเรือนมากที่สุด คือ paracetamol 500 mg tab รองลงมา คือ chlorpheniramine 4 mg tab ซึ่งจัดเป็นรายการยาสามัญประจำบ้าน แต่มีอีกหลายรายการยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านที่พบว่า พบอยู่มากในครัวเรือนเช่นกัน คือ methyl salicylate balm, diclofenac 25 mg tab และ omeprazole 20 mg cap ตามลำดับ ตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลชนิด และปริมาณยาที่เป็นยาตามอาการในครัวเรือนของประชาชนที่พบมากที่สุด 15 รายการแรก

รายการยา	จำนวนคนที่มียาตามอาการ (คน)	จำนวนยาตามอาการ (เม็ด)
กลุ่มยาสามัญประจำบ้าน		
paracetamol 500 mg tab	131	2,964
chlorpheniramine 4 mg tab	31	433
dimenhydrinate 50 mg tab	18	208
aluminium + magnesium tab	11	91
กลุ่มยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน		
methyl salicylate balm tube	31	40
omeprazole 20 mg cap	19	308
diclofenac 25 mg tab	19	255
ambroxol 30 mg tab	17	299
ranitidine 150 mg tab	16	247

ตารางที่ 10 ข้อมูลชนิด และปริมาณยาตามอาการของประชาชนที่พบมากที่สุด 15 รายการแรก (ต่อ)

รายการยา	จำนวนคนที่มียาตามอาการ (คน)	จำนวนยาตามอาการ (เม็ด)
กลุ่มยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน		
paracetamol+orphenadrine tab	14	531
simethicone 80 mg tab	14	173
hyoscine 10 mg tab	12	153
ibuprofen 400 mg tab	12	130
amoxicillin 500 mg cap	12	127
paracetamol+chlorpheniramine tab	10	531

เมื่อพิจารณาเฉพาะยาตามอาการที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่า “ไม่ได้ใช้แล้ว” เท่านั้น (โดยยาตามอาการที่ผู้ป่วยระบุว่า “ไม่ได้ใช้แล้ว” ในการศึกษานี้หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยระบุว่าไม่ได้ใช้เป็นเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา) ปรากฏว่า จากรายการยาตามอาการทั้งสิ้น 646 รายการ มีรายการยาตามอาการที่มีอยู่ในครัวเรือนถึง 149 รายการที่ถูกระบุว่า เป็นยาที่ไม่ได้ใช้แล้ว (คิดเป็นร้อยละ 23.1) ของรายการยาทั้งหมด แสดงรายละเอียด ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลชนิด และปริมาณยาตามอาการของประชาชน ที่ได้ระบุว่าไม่ได้ใช้แล้ว ที่พบมากที่สุด 15 รายการแรก

รายการยา	จำนวนคนที่ระบุว่ายาตามอาการ เหล่านี้ไม่ได้ใช้แล้ว (คน)	จำนวนยาที่ถูกระบุว่า ไม่ได้ใช้แล้ว (เม็ด)
paracetamol 500 mg tab	7	191
omeprazole 20 mg cap	6	90
amoxicillin 500 mg cap	6	82
ranitidine 150 mg tab	5	124
vitamin B1-6-12 tab	5	90
hyoscine 10 mg tab	5	76
chlorpheniramine 4 mg tab	5	55
simethicone 80 mg tab	5	54
ibuprofen 400 mg tab	5	41

ตารางที่ 11 ข้อมูลชนิด และปริมาณยาตามอาการของประชาชน ที่ได้ระบุว่าไม่ได้ใช้แล้ว ที่พบมากที่สุด 15 รายการแรก (ต่อ)

รายการยา	จำนวนคนที่ระบุว่ายาตามอาการเหล่านี้ไม่ได้ใช้แล้ว (คน)	จำนวนยาที่ถูกระบุว่าไม่ได้ใช้แล้ว (เม็ด)
paracetamol + chlorpheniramine tab	5	14
diclofenac 25 mg tab	4	55
amoxicillin 250 mg cap	4	36
domperidone 10 mg tab	4	31
aluminium + magnesium tab	4	23
dimenhydrinate 50 mg tab	3	27

จะเห็นได้ว่า มีรายการยาที่ผู้ป่วยระบุว่า “ไม่ได้ใช้แล้ว” เป็นยาปฏิชีวนะรวมอยู่ด้วย (ยาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจนหมด จึงไม่ควรมียังค้างอยู่) รายการยาปฏิชีวนะที่พบ คือ amoxicillin 500 mg cap 6 คน (รวม 82 เม็ด), amoxicillin 250 mg cap 4 คน (รวม 36 เม็ด), penicillin V tab 2 คน (รวม 32 เม็ด), doxycycline 100 mg cap 2 คน (รวม 15 เม็ด), dicloxacillin 250 mg cap 2 คน (รวม 10 เม็ด) และ norfloxacin tab 2 คน (รวม 10 เม็ด)

นอกจากนั้นแล้ว ยังมียาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้และถูกระบุว่าไม่ได้ใช้แล้ว มีค้างไว้ตามครัวเรือนอีก เช่น diazepam 5 mg tab 2 คน (32 เม็ด), propranolol 10 mg tab 1 คน (20 เม็ด), alprazolam 0.5 mg tab 1 คน (10 เม็ด), amitriptyline 10 mg tab 1 คน (10 เม็ด) และ atenolol 100 mg tab 1 คน (10 เม็ด) เป็นต้น

และนอกจากพฤติกรรมการใช้ยาในเรื่องยาตามอาการแล้ว ยังพบว่ามีการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน โดยพบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 420 คน ปฏิเสธการให้ข้อมูลในเรื่องนี้ 9 คน ที่เหลือทั้งสิ้น 411 คน มีการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบันถึง 168 คน (คิดเป็นร้อยละ 40.9) โดยให้เหตุผลที่ใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือการรักษาดังกล่าวว่าเป็นเพราะ ต้องการใช้สร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ บำรุงทั่วไป (ร้อยละ 32.5) รองลงมาให้เหตุผลว่า ต้องการใช้รักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ใช้รักษาโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร ใช้แก้ปวดเมื่อย และเหตุผลอื่นๆ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ข้อมูลการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ แพทย์แผนปัจจุบัน (n = 411)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจุบันมีการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือแพทย์ทางเลือก	
ไม่มี	243 (59.1)
มี	168 (40.9)
เหตุผลที่ใช้ ^a	
ใช้สร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ และบำรุงทั่วไป	55 (32.5)
ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่	33 (19.5)
ใช้เกี่ยวกับโรคทางเดินอาหาร	30 (17.8)
แก้ปวดเมื่อย	25 (14.8)
แก้วิงเวียน เมารถ	12 (7.1)
ป้องกันรักษาโรคหวัด	8 (4.7)
มีคนอื่นซื้อมาให้	6 (3.6)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เมื่อพิจารณาตามรายการยาเรียงลำดับตามจำนวนคนที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกมากที่สุด พบว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้มากที่สุด คือ ยาหอม ซึ่งมีผู้ป่วยใช้ถึง 33 คน รองลงมาคือ มะรุม ยาแก้กินผิด เจียวกู่หลาน และ ฟ้าทลายโจร ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ข้อมูลชนิด และปริมาณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 15 รายการแรก

รายการยา	จำนวนผู้ใช้ (คน)	จำนวนยาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/ สมุนไพร/ แพทย์ทางเลือก (หน่วย) ^b
ยาหอม (ขวด)	33	45
มะรุุม (เม็ด) ^{a, b}	20	97
ยาแก้กินผิด (เม็ด)	13	89
ฟ้าทลายโจร (เม็ด)	11	98
เจียวกู่หลาน (เม็ด)	11	65
ชาเชียงดาหรือผักเชียงดา (ซอง)	7	23
ยากระษัยเส้น (เม็ด)	6	312
ยาบำรุงตราศรเทพ (ซอง)	6	131
ยาแก้สรรพพิษหมอสี (ซอง)	6	22
ยาสตรี (ขวด)	6	14
ยาผงแดง (ซอง)	5	16
vitamin c 1000 mg tab (เม็ด)	4	170
ขมิ้นชัน (เม็ด)	4	100
haemo-vit (เม็ด)	4	40
รางจืด	4	ประมาณไม่ได้

^a = เป็นจำนวนของมะรุุมที่สามารถนับเป็นหน่วยเม็ดได้ ส่วนลักษณะหน่วยของผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในลักษณะอื่น ไม่สามารถประมาณจำนวนที่มีอยู่ได้

^b = ลักษณะหน่วยของผลิตภัณฑ์เป็นใบ เป็นราก เป็นผง หรืออยู่ในลักษณะใดๆ ก็ตามที่ไม่สามารถประมาณจำนวนที่มีอยู่ได้

รายการยาสมุนไพรบางชนิดไม่สามารถนับเป็นจำนวนได้และมีหลายผลิตภัณฑ์หลายรูปแบบ เช่น สมุนไพรบางชนิดมีลักษณะเป็นทั้งแก่น ผงหรือบรรจุอยู่ในแคปซูล สมุนไพรบางชนิดมีการปลูกเองในครัวเรือน เป็นต้น ข้อมูลที่แสดง จะเป็นเฉพาะส่วนที่สามารถนับเป็นหน่วยนับได้เท่านั้น และนอกจากรายการที่แสดงแล้ว ยังมีกลุ่มตัวอย่างเลือกรับบริการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวด การฝังเข็ม และการทำกายภาพบำบัด ซึ่งพฤติกรรมในเรื่องการใช้

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือกนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ใช้นี้เป็นประจำ 149 คน (คิดเป็นร้อยละ 52.7) และมีถึง 108 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.2) ที่ใช้เป็นประจำ

จากการใช้ข้อคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาเหตุผลของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือก มีประชาชน 55 คน (คิดเป็นร้อยละ 19.4) ที่ระบุว่า ใช้นี้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือกเหล่านี้เพื่อช่วยรักษา/บรรเทา โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ซึ่งรายการผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือก ที่ใช้สำหรับโรคเรื้อรังที่มีการใช้มากที่สุด คือ มะรุม มี 9 คน รองลงมาคือ ชาเชียงดาหรือผักเชียงดา 5 คน เจียวกู่หลาน 3 คน ยาต้ม 3 คน ยาบำรุงตราศรเทพ 2 คน ยาหอม 2 คน และเห็ดหลินจือ 2 คน รายละเอียดดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ชนิด และปริมาณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าเลือกใช้สำหรับโรคเรื้อรัง แสดงเฉพาะกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 คนระบุไว้

รายการยา	จำนวนผู้ใช้ (คน)	จำนวนผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/ สมุนไพร/ แพทย์ทางเลือก (หน่วย)
มะรุม (เม็ด)	9	15 ^a
ชาเชียงดา (ผักเชียงดา) (ซอง)	5	23
เจียวกู่หลาน (เม็ด)	3	24
ยาต้ม	3	ประมาณไม่ได้ ^b
ยาบำรุงตราศรเทพ (ซอง)	2	100
เห็ดหลินจือ (เม็ด)	2	45
ยาหอม (ขวด)	2	5

^a = เป็นจำนวนของมะรุมที่สามารถนับเป็นหน่วยเม็ดได้ ส่วนลักษณะหน่วยของผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในลักษณะอื่น ไม่สามารถประมาณจำนวนที่มีอยู่ได้

^b = ลักษณะหน่วยของผลิตภัณฑ์เป็นใบ เป็นราก เป็นผง หรืออยู่ในลักษณะใดๆ ก็ตามที่ไม่สามารถประมาณจำนวนที่มีอยู่ได้

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลได้แจ้งถึง แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือกกว่าได้รับจากร้านชำหรือตลาดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 26.6 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือก รองลงมาได้รับจาก

ขายตรงหรือรถเร่ ร้านยา/โรงพยาบาล/สถานีนอนามัย ปลุกเอง จากญาติ จากเพื่อนบ้าน และจากหอมเมือง ดังตารางที่ 15 และกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้มีผู้แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือก แต่เป็นการตัดสินใจของตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 21.1 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือก ในส่วนที่เหลือบอกว่า ได้รับคำแนะนำมาจาก เพื่อนบ้าน ญาติ คนขาย สื่อวิทยุ/โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหอมเมือง รายละเอียดดังตารางที่ 16

ตารางที่ 15 ข้อมูลสถานบริการหรือแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 168)

สถานบริการหรือแหล่งที่มา ^a	จำนวนคน (ร้อยละ)
ร้านชำ/ตลาด	73 (26.6)
ขายตรง/รถเร่	61 (22.3)
ร้านยา/โรงพยาบาล/สถานีนอนามัย	61 (22.3)
ที่บ้านปลุกเอง	51 (18.6)
ญาติ	13 (4.7)
เพื่อนบ้าน	12 (4.4)
หอมเมือง	3 (1.1)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 16 ข้อมูลผู้ที่แนะนำผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และแพทย์ทางเลือกให้กับกลุ่มตัวอย่าง (n = 168)

ผู้แนะนำ ^a	จำนวนคน (ร้อยละ)
ใช้เองไม่มีใครแนะนำ	56 (21.1)
เพื่อนบ้าน	53 (20.0)
ญาติ	52 (19.6)
คนขาย	45 (17.0)
วิทยุ/โทรทัศน์	33 (12.5)
เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข	21 (7.9)
หอมเมือง	5 (1.9)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.3.3 พฤติกรรมการเก็บรักษายา

ในส่วนของพฤติกรรมการเก็บรักษายาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน มีผู้ปฏิเสธการให้ข้อมูล 14 คน ที่เหลือ 406 คน พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถเก็บรักษายาได้อย่างเหมาะสม (คิดเป็นร้อยละ 70.4) เช่น เก็บยาในที่ไม่มีแดดส่องถึง ยาแช่เย็นเก็บไว้ได้อย่างเหมาะสม ยาอยู่ในซองยาเดิมและสภาพยาสะอาด เป็นต้น แต่ยังมีอีกเกือบร้อยละ 30 ที่ยังเก็บรักษายาได้ไม่เหมาะสม คือ มีการเก็บยาปนอยู่ในซองเดียวกัน สถานที่เก็บยามีแดดส่องถึง หรือมีความชื้น มียาที่หมดอายุแล้ว ลักษณะยาเสื่อม สภาพสภาพยาไม่สะอาด และเรื่องอื่นๆ ได้แก่ แกะยาออกจากแผงจัดไว้เป็นชุดๆ ไม่มีฉลากระบุชื่อยา เก็บยาเม็ดไว้ในตู้เย็น เก็บยาแช่เย็นไว้ที่ฝาตู้เย็นซึ่งมีอุณหภูมิไม่คงที่ เก็บยาเป็นถุงๆ ไว้หลายแห่งในบ้าน ดัดยาเม็ดใส่กระปุกเตรียมไว้ ยาหยอดตาไม่ได้แช่ตู้เย็น และยาอินซูลินนำไปไว้ที่ช่องแช่แข็ง เป็นต้น รายละเอียดในตารางที่ 17 และแสดงภาพตัวอย่างการเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสมดังรูปที่ 4

ตารางที่ 17 ข้อมูลเรื่องสภาพยาและการเก็บรักษาของของกลุ่มตัวอย่าง (n=406)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ความเหมาะสมในการเรื่องสภาพยาและการเก็บรักษา	
เหมาะสม	286 (70.4)
ไม่เหมาะสม	120 (29.6)
สภาพยาและการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม ^a (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)
อื่นๆ	16 (9.3)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



รูปที่ 4 ตัวอย่างภาพการเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้

จากการสำรวจข้อมูลในเรื่อง ชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งสิ้น 420 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอยู่ 303 คน (คิดเป็นร้อยละ 72.1) และ 50 คน (คิดเป็นร้อยละ 11.9) ที่มียาโรคเรื้อรังนี้ไม่สามารถประเมินยาเหลือใช้ได้เนื่องจากไม่มีวันนัดที่แน่นอนหรือไม่สามารถประมาณจำนวนยาที่มีอยู่ได้ จาก 253 คนที่เหลือพบว่า มีถึง 224 คน (คิดเป็นร้อยละ 88.5) ที่มียาเหลือใช้โรคเรื้อรังอยู่ที่ครัวเรือน มี 69 คน (คิดเป็นร้อยละ 27.3) ที่มียาไม่เพียงพอจนถึงวันนัด และมีอีก 40 คน (คิดเป็นร้อยละ 15.8) ที่มีทั้งยาเหลือใช้และมีขาดในคนเดียวกัน

เมื่อสำรวจชนิดของยาโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาตามรายการยาเรียงลำดับตามจำนวนคนที่มียาเหลือใช้มากที่สุด พบว่า ยาเหลือใช้ที่มีผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือมากที่สุด คือ hydrochlorothiazide 50 mg tab ซึ่งมีผู้ป่วยถึง 70 คนเหลือยานี้ รองลงมาคือยา aspirin 81 mg tab, enalapril 5mg tab, simvastatin 10 mg tab, glibenclamide 5 mg tab และ metformin 500 mg tab ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 18

นอกจากนี้ยังพบว่า มียาบางชนิดเหลืออยู่เป็นจำนวนมาก อันได้แก่ enalapril 5 mg tab aspirin 81 mg tab และ glibenclamide 5 mg tab ซึ่งมีจำนวนยาเหลือใช้ถึง 1,823 เม็ด 1,447 เม็ด และ 1,242 เม็ด ตามลำดับ ซึ่งในผู้ป่วยบางคนสามารถใช้เพียงพอสำหรับอนาคตได้ต่อจนถึงประมาณ 1-2 เดือน ภายหลังจากหักลบปริมาณยาที่ต้องใช้ก่อนถึงวันนัดพบแพทย์ครั้งถัดไปออกแล้ว



ตารางที่ 18 ข้อมูลชนิด และปริมาณยาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรัง เรียงตามจำนวนคนที่มียาเหลือใช้มากที่สุด 15 รายการแรก (n = 253)

รายการยา	จำนวนคนที่มียาเหลือใช้ (คน)	จำนวนยาเหลือใช้ (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
allopurinol 100 mg	19	415
amlodipine 10 mg tab	19	530
enalapril 20 mg tab	16	721
gemfibrozil 300 mg tab	16	610
nifedipine 20 mg tab	16	352

เมื่อคิดมูลค่ายาเหลือใช้เฉพาะยาโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ไปสำรวจทั้งสิ้น 253 คน พบว่า มีมูลค่ายาเหลือใช้เฉพาะยาโรคเรื้อรังเท่ากับ 47,610.75 บาท (คิดจากราคาดัชนีทุนยา) และมีมูลค่าเท่ากับ 57,132.82 บาท (เมื่อคิดจากราคายา) คิดเฉลี่ยเท่ากับ 225.82 บาทต่อคน

เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่ทำให้เกิดยาโรคเรื้อรังของตนเหลืออยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นเพราะ บุคลากรทางการแพทย์หรือทางโรงพยาบาลจ่ายมากเกินไปเป็นเหตุผลหลัก คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาคือ ลืมกินยาบางมื้อ หยุคยาเอง ไม่มีวันนัดที่แน่นอน ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ปรับยาเอง เกิดปัญหาจากการใช้ยา และความเชื่อในเรื่องต่างๆ เช่น การกินยาในปริมาณมากเกินไปไม่ดีต่อร่างกาย กินเมียงแล้วจะตีกับยาที่กินจึงงดยา เป็นต้น (เมียงคือ ใบชาที่ผ่านการนึ่งและหมัก คนทางภาคเหนือ นิยมนำมาอมหรือเคี้ยวหลังอาหาร) ส่วนเหตุผลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยบอกว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดยาโรคเรื้อรังเหลือใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยขอยามาเผื่อไว้ ผู้ป่วยไปก่อนวันนัด ผู้ป่วยกินยาผิดวิธี ผู้ป่วยไปนอน

โรงพยาบาลแล้วไม่ได้นำไป และผู้ป่วยมีการรับยาในสถานบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง
รายละเอียดดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ (n=253)

เหตุผลของยาเหลือใช้ ^a	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ)
บุคลากรทางการแพทย์หรือโรงพยาบาลจ่ายเกิน	134 (45.4)
ลืมกินยาบางมื้อ	80 (27.1)
หยุดยาเอง	17 (5.8)
ไม่มีวันนัดแน่นอน	14 (4.8)
ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ	11 (3.7)
ปรับยาเอง	9 (3.1)
เกิดปัญหาจากการใช้ยา	6 (2.0)
ความเชื่อ	6 (2.0)
อื่นๆ	18 (6.1)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการเก็บข้อมูลยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างนอกจากมียาเหลือใช้ตามครัวเรือนแล้ว ยังพบอีกว่ามีผู้ป่วย 69 คน ที่มียาขาดหรือยาไม่เพียงพอถึงวันนัด รายการยาที่ผู้ป่วยขาดเรียงลำดับตามจำนวนคนที่มียาขาดมากที่สุด คือ metformin 500 mg tab (6 คน) มียาขาด 423 เม็ด , simvastatin 10 mg tab (6 คน) มียาขาด 144 เม็ด และ aspirin 81 mg tab (6 คน) มียาขาด 138 เม็ด ตามลำดับ ยาที่ขาดลำดับถัดมาคือ hydrochlorothiazide 50 mg tab, vitamin B1-6-12 tab, glibenclamide 5 mg tab, amlodipine 5 mg tab และ enalapril 5 mg tab ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 20 ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ให้เหตุผลถึงการมียาไม่เพียงพอว่าเป็นเพราะ มีการใช้ยามากกว่าฉลากระบุ (ร้อยละ 53.7) เช่น แพทย์สั่ง ครึ่งเม็ดหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยกิน 1 เม็ด เป็นต้น เกิดจากโรงพยาบาลจ่ายยาไม่ครบ หรือผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ (ร้อยละ 17.1) และเกิดจากการแบ่งยาให้ผู้อื่นซึ่งเป็นญาติหรือเพื่อน (ร้อยละ 2.4) ส่วนเหตุผลอื่นๆที่ทำให้เกิดยาขาดอีกได้แก่ แจ้งแพทย์ผิดว่ามียาเหลือมากกว่าจำนวนที่เหลือจริง ไม่มีเวลาไปพบหมอตามนัด ไม่มีคนพาไปตามนัด ใช้ยาร่วมกันกับภรรยาเพราะเป็นโรคเดียวกันและไม่ทราบสาเหตุว่าทำไมยาขาด รายละเอียดตามตารางที่ 21

ตารางที่ 20 ชนิด และปริมาณยาโรคเรื้อรังที่ขาดมากที่สุด 10 รายการ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

รายการยา	จำนวนคนที่มีขาด (คน)	จำนวนขาด (เม็ด)
metformin 500 mg tab	6	423
simvastatin 10 mg tab	6	144
aspirin 81 mg tab	6	138
hydrochlorothiazide 50 mg tab	5	66
amlodipine 5 mg tab	4	110
enalapril 5 mg tab	4	96
glibenclamide 5 mg tab	4	122
vitamin B1-6-12 tab	4	188
amlodipine 10 mg tab	3	37
furosemide 40 mg tab	2	45

ตารางที่ 21 สาเหตุที่ทำให้เกิดขาด (n=69)

สาเหตุของยาไม่เพียงพอ ^a	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ)
ใช้ยามากกว่าฉลากระบุ	22 (53.7)
โรงพยาบาลจ่ายยาไม่ครบหรือผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ	7 (17.1)
แบ่งยาให้ผู้อื่น เช่น ญาติ เพื่อน	1 (2.4)
อื่นๆ	11 (26.8)

^a = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

เพื่อให้ทำความเข้าใจมากยิ่งขึ้นถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดยาเหลือใช้ และการเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสม และนำผลการหาความสัมพันธ์ที่ได้ไปใช้ในการขยายผลการแก้ปัญหา ยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นในภาพรวมต่อไป การศึกษานี้จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งแสดงผลเป็น 3 ส่วนคือ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเก็บรักษา ยา และพฤติกรรมซื้อหรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ รายละเอียด ดังนี้

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ การเกิดยาเหลือใช้โดยใช้สมการถดถอย โลจิสติกส์เบื้องต้น โดยตัวแปรตามคือการมี (หรือ ไม่มี) ยาเหลือใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเรื่องอาชีพ และจำนวนโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับยาเหลือใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน มียาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานและมีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย $OR_{\text{ไม่มีอาชีพ : มีอาชีพ}} = 2.95$ (95% CI = 1.26-6.94) และ $p = 0.013$ กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 2 โรค มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย $OR_{\text{โรคเรื้อรัง 2 โรค : โรคเรื้อรัง 1 โรค}} = 3.21$ (95% CI = 1.33-7.73) และ $p = 0.009$ และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 3 โรค มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย $OR_{\text{โรคเรื้อรัง 3 โรค : โรคเรื้อรัง 1 โรค}} = 6.29$ (95% CI = 1.40-28.22) และ $p = 0.016$ รายละเอียดตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ยาเหลือใช้

ปัจจัย	มียาเหลือใช้		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
เขตที่อยู่อาศัย				
แม่อน (กลุ่มอ้างอิง)	8	27.0		
แม่แดง	48	90.6	0.48 (0.14-1.64)	0.243
สันป่าตอง	33	91.7	1.00 (0.24-4.08)	1.000
แม่วาง	28	87.5	1.37 (0.37-5.10)	0.638
ไชยปราการ	35	87.5	1.57 (0.35-7.10)	0.557
สารภี	52	92.9	1.86 (0.47-7.40)	0.380
เพศ				
หญิง (กลุ่มอ้างอิง)	147	88.0		
ชาย	76	89.4	1.15 (0.50-2.65)	0.744
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	64	84.2		
มากกว่า 60 ปี	159	90.3	1.75 (0.79-3.88)	0.166

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ยาเหลือใช้ (ต่อ)

ปัจจัย	มียาเหลือใช้		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (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
อาชีพ				
มีอาชีพ (กลุ่มอ้างอิง)	80	82.5		
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้านแม่บ้าน	125	93.3	2.95 (1.26-6.94)	0.013*
รายได้				
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (กลุ่มอ้างอิง)	11	84.6		
น้อยกว่า 5,000 บาท	160	87.4	1.26 (0.26-6.07)	0.769
สิทธิการรักษา				
เบิกได้หรือประกันสังคม (กลุ่มอ้างอิง)	33	86.8		
บัตรทอง	190	88.8	1.20 (0.43-3.37)	0.730
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1-2 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	37	80.4		
3-5 ปี	48	87.3	1.67 (0.57-4.90)	0.352
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	84	91.3	2.55 (0.91-7.14)	0.074
จำนวนโรคเรื้อรัง				
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*
การมีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา				
มีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา (กลุ่มอ้างอิง)	18	81.8		
ไม่มีผู้ดูแล	205	89.1	1.82 (0.57-5.81)	0.311

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ยาเหลือใช้ (ต่อ)

ปัจจัย	มียาเหลือใช้		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
การได้รับคำแนะนำการใช้ยา				
ได้รับคำแนะนำ (กลุ่มอ้างอิง)	206	88.0		
ไม่ได้รับคำแนะนำ	17	94.4	2.31 (0.29-18.04)	0.424
การได้รับคำแนะนำเรื่องยาเหลือใช้				
ไม่ได้รับคำแนะนำ (กลุ่มอ้างอิง)	103	85.8		
ได้รับคำแนะนำ	120	90.9	1.65 (0.75-3.62)	0.211
การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร แพทย์ทางเลือก				
ไม่ได้ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)	125	87.4		
ใช้	92	89.3	1.20 (0.54-2.67)	0.647
พฤติกรรมซื้อ/เข้าถึงยา				
จำนวนสถานบริการที่เข้ารับการรักษา				
= 1 แห่ง (กลุ่มอ้างอิง)	217	88.7		
จำนวนสถานบริการที่เข้ารับการรักษา				
> 1 แห่ง	6	75.0	2.68 (0.52-13.94)	0.242
พฤติกรรมเก็บรักษา				
เหมาะสม (กลุ่มอ้างอิง)	157	87.7		
ไม่เหมาะสม	66	90.4	1.32 (0.54-3.24)	0.543

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้ว่ามีระดับในสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05 มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุคูณ (Multiple logistic regression) พบว่า ปัจจัยเรื่องจำนวน โรคเรื้อรังและอาชีพ ยังคงมีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยเรื่องจำนวนโรคเรื้อรังและอาชีพ กับ ยาเหลือใช้ เมื่อนำมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุคูณ (Multiple logistic regression)

ปัจจัย	มียาเหลือใช้		Adjusted OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
จำนวนโรคเรื้อรัง				
1 โรค (กลุ่มอ้างอิง)	74	79.6		
2 โรค	100	92.6	4.57 (1.60-13.01)	0.004*
3 โรคขึ้นไป	49	96.1	6.03 (1.33-27.37)	0.020*
อาชีพ				
มีอาชีพ (กลุ่มอ้างอิง)	80	82.5		
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้านแม่บ้าน	125	93.3	0.41 (0.17-0.99)	0.050*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$, $R^2 = .749$

เมื่อกำหนดความสามารถในการทำนายของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดยาเหลือใช้ พบว่า ตัวแปรอาชีพและตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรังสามารถทำนายการเกิดยาเหลือใช้ได้ 74.9% และมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.050)

จากผลการศึกษา พบว่าการไม่มีงานทำหรือการไม่ได้ทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากจะพิจารณาจากบริบทชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในเขตชนบทแล้ว ความสัมพันธ์ดังกล่าวน่าจะเกิดขึ้นเพราะ วิถีชีวิตของคนในชุมชน เป็นคนสูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและพักอยู่ที่บ้าน ตรงกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าส่วนใหญ่ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้เป็นผู้ที่สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานทำและอยู่บ้านขณะไปเก็บข้อมูล กลุ่มคนสูงอายุเหล่านี้จึงมักมีความเจ็บป่วยมากและมีการใช้ยามาก ส่งผลทำให้เกิดยาเหลือใช้ได้มากขึ้นนั่นเอง และเพื่อทดสอบสมมติฐานดังกล่าวโดยใช้สถิติตารางไขว้ (cross-tabulation) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านนั้นส่วนมากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 83.3) และมีจำนวนโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 61.4) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดยาเหลือใช้ในครัวเรือนได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ รายละเอียดดังตารางที่ 24 และตารางที่ 25

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	อายุของกลุ่มตัวอย่าง		p-value
	น้อยกว่า 60 ปี จำนวน (ร้อยละ)	60 ปีขึ้นไป จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีอาชีพ	33 (16.7)	165 (83.3)	0.000*
มีอาชีพ	122 (63.5)	70 (36.5)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและจำนวนโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวนโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง		p-value
	1 โรค จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 1 โรค จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีอาชีพ	64 (38.6)	102 (61.4)	0.032*
มีอาชีพ	62 (51.2)	59 (48.8)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเก็บรักษายา

เพื่อให้ทำความเข้าใจถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์เบื้องต้น เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การเก็บรักษา ยา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเรื่องอาชีพ อายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการเก็บรักษา ยา โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มี พฤติกรรมการเก็บรักษา ยาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 60 ปี โดย $OR_{\geq 60 \text{ ปี} : < 60 \text{ ปี}} = 0.58$ (95% CI = 0.12-0.74) และ $p = 0.018$ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา มีพฤติกรรมการเก็บ รักษา ยาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า โดย $OR_{\text{ไม่มี การศึกษา} : \text{มัธยมศึกษาขึ้นไป}} = 0.29$ (95% CI = 0.12-0.74) และ $p = 0.009$ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ที่ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการเก็บรักษา ยาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาหรือสูงกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดย $OR_{\text{ประถมศึกษา} : \text{มัธยมศึกษาขึ้นไป}} = 0.45$ (95% CI = 0.19-1.05) และ $p = 0.0063$ และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีพฤติกรรม การเก็บรักษา ยาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานและมีอาชีพ โดย $OR_{\text{ไม่มีอาชีพ} : \text{มีอาชีพ}} = 0.63$ (95% CI = 0.40-0.99) และ $p = 0.045$ รายละเอียดดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ พฤติกรรมการเก็บรักษา

ปัจจัย	พฤติกรรมการเก็บรักษาไม่เหมาะสม		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
เขตที่อยู่อาศัย				
แม่อน (กลุ่มอ้างอิง)	47	70.1		
แม่แดง	48	70.6	1.05 (0.50-2.19)	0.896
สันป่าตอง	44	64.7	1.37 (0.64-2.94)	0.421
แม่วาง	49	75.4	1.07 (0.52-2.23)	0.852
ไชยปราการ	47	69.1	0.82 (0.40-1.68)	0.585
สารภี	51	72.9	1.20 (0.57-2.50)	0.629
เพศ				
หญิง (กลุ่มอ้างอิง)	194	71.3		
ชาย	92	68.7	0.88 (0.56-1.38)	0.580
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	122	42.7		
60 ปีขึ้นไป	164	57.3	0.58 (0.36-0.91)	0.018*
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (กลุ่มอ้างอิง)	38	84.4		
ประถมศึกษา	197	70.9	0.45 (0.19-1.05)	0.063*
ไม่มีการศึกษา	51	61.4	0.29 (0.12-0.74)	0.009*
อาชีพ				
มีอาชีพ (กลุ่มอ้างอิง)	136	75.1		
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้านแม่บ้าน	128	65.6	0.63 (0.40-0.99)	0.045*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมกรเก็บรักษา (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรเก็บรักษา รักษาไม่เหมาะสม		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
รายได้				
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (กลุ่มอ้างอิง)	30	81.1		
น้อยกว่า 5,000 บาท	205	68.6	0.51 (0.22-1.20)	0.123
สิทธิการรักษา				
เบิกได้หรือประกันสังคม (กลุ่มอ้างอิง)	46	71.4		
บัตรทอง	241	70.3	0.94 (0.52-1.71)	0.852
การเจ็บป่วย ณ ปัจจุบัน				
ไม่เจ็บป่วย (กลุ่มอ้างอิง)	68	73.9		
มีความเจ็บป่วย ณ ปัจจุบัน	218	69.4	0.80 (0.48-1.35)	0.401
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1-2 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	46	69.7		
3-5 ปี	48	68.6	0.95 (0.46-1.96)	0.887
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	76	67.9	0.92 (0.48-1.77)	0.798
จำนวนโรคเรื้อรัง				
1 โรค (กลุ่มอ้างอิง)	93	67.9		
2 โรค	89	74.2	1.36 (0.79-2.34)	0.270
3 โรคขึ้นไป	35	62.5	0.79 (0.41-1.51)	0.473
การมีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา				
มีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา (กลุ่มอ้างอิง)	18	62.1		
ไม่มีผู้ดูแล	199	70.1	1.43 (0.65-3.16)	0.375
การได้รับคำแนะนำการไ้ยา				
ได้รับคำแนะนำ (กลุ่มอ้างอิง)	260	70.7		
ไม่ได้รับคำแนะนำ	18	62.1	0.68 (0.31-1.49)	0.334

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ พฤติกรรมการเก็บรักษา (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกร เก็บรักษา ไม่เหมาะสม		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
การได้รับคำแนะนำเรื่องยาเหลือใช้				
ไม่ได้รับคำแนะนำ (กลุ่มอ้างอิง)	169	69.0		
ได้รับคำแนะนำ	106	71.6	1.14 (0.72-1.78)	0.580
การใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือแพทย์ทางเลือก				
ไม่ได้ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)	172	72.9		
ใช้	109	67.7	0.78 (0.50-1.21)	0.266

เนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 ตัวคือ อายุ การศึกษา และการมีอาชีพของผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันเอง นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านนั้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 83.3) แสดงในตารางที่ 24 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านจะมีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 94.4) แสดงในตารางที่ 27 ดังนั้นการวิเคราะห์ผลในงานวิจัยครั้งนี้ จึงไม่ได้นำปัจจัยทั้ง 3 ตัวดังกล่าวไปวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุคูณ (Multiple logistic regression)

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง		p-value
	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	มัธยมศึกษาขึ้นไป จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีอาชีพหรือพ่อบ้าน/แม่บ้าน	187 (94.4)	11 (5.6)	0.000*
มีอาชีพ	159 (82.8)	33 (17.2)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์เบื้องต้นในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ พฤติกรรมการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการเข้าถึงบริการที่ไม่เหมาะสม		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
	เขตที่อยู่อาศัย			
ไชยปราการ (กลุ่มอ้างอิง)	3	5.5		
แม่ฮอน	5	11.4	0.28 (0.03-2.82)	0.282
แม่วาง	2	4.8	0.13 (0.01-1.12)	0.065
แม่แตง	6	9.8	0.33 (0.03-3.74)	0.369
สันป่าตอง	4	8.0	0.15 (0.02-1.29)	0.084
สารภี	1	1.6	0.19 (0.02-1.74)	0.142
เพศ				
หญิง (กลุ่มอ้างอิง)	10	9.9		
ชาย	11	5.2	2.02 (0.82-4.92)	0.123
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	6	5.9		
60 ปีขึ้นไป	15	7.1	0.82 (0.31-2.18)	0.692
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (กลุ่มอ้างอิง)	2	7.1		
ประถมศึกษา	15	6.9	0.85 (0.27-2.64)	0.773
ไม่มีการศึกษา	4	5.9	0.81 (0.14-4.71)	0.817
อาชีพ				
มีอาชีพ (กลุ่มอ้างอิง)	10	8.3		
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้านแม่บ้าน	11	6.6	0.79 (0.32-1.92)	0.599

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ พฤติกรรมการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการเข้าถึง บริการที่ไม่เหมาะสม		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
รายได้				
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (กลุ่มอ้างอิง)	2	4.5		
น้อยกว่า 5,000 บาท	19	8.3	1.89 (0.24-14.84)	0.544
สิทธิการรักษา				
เบิกได้หรือประกันสังคม (กลุ่มอ้างอิง)	3	6.0		
บัตรทอง	18	6.8	1.15 (0.32-4.05)	0.832
การเจ็บป่วย ณ ปัจจุบัน				
ไม่เจ็บป่วย (กลุ่มอ้างอิง)	0	0.0		
มีความเจ็บป่วย ณ ปัจจุบัน	21	6.7	-	-
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1-2 ปี (กลุ่มอ้างอิง)	7	10.8		
3-5 ปี	4	5.6	2.02 (0.56-7.26)	0.280
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	8	7.1	1.57 (0.54-4.55)	0.407
จำนวนโรคเรื้อรัง				
1 โรค (กลุ่มอ้างอิง)	5	3.6		
2 โรค	10	8.3	0.41 (0.14-1.25)	1.246
3 โรคขึ้นไป	6	10.7	0.31 (0.09-1.07)	1.072
การมีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา				
มีผู้ดูแลเรื่องการไ้ยา (กลุ่มอ้างอิง)	4	13.8		
ไม่มีผู้ดูแล	17	6.0	2.51 (0.78-8.05)	0.121
การได้รับคำแนะนำการไ้ยา				
ได้รับคำแนะนำ (กลุ่มอ้างอิง)	20	6.8		
ไม่ได้รับคำแนะนำ	1	4.8	1.46 (0.19-11.48)	0.716

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ พฤติกรรมการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการเข้าถึงบริการที่ไม่เหมาะสม		OR (95% CI)	p-value
	คน	ร้อยละ		
การได้รับคำแนะนำเรื่องยาเหลือใช้				
ไม่ได้รับคำแนะนำ (กลุ่มอ้างอิง)	13	7.6		
ได้รับคำแนะนำ	8	5.6	1.41 (0.57-3.50)	0.462
การใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือแพทย์ทางเลือก				
ไม่ได้ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)	12	6.6		
ใช้	9	7.1	0.92 (0.38-2.26)	0.861

ส่วนที่ 5 ทศนคติในการใช้ยา และสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเหลือใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมการใช้ยาที่น่าสนใจ และไม่สอดคล้องกับการใช้ยาอย่างเหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยนำข้อคำถามจากแนวคิดการอธิบายโรค (Explanatory Model) มาค้นหาความคิด ความเชื่อ และการอธิบายเรื่องโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อให้สามารถสะท้อนแนวคิดของผู้ป่วยที่น่าสนใจกลุ่มนี้ และจะเป็นการสะท้อนมุมมองของผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มองเห็นและทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

โดยผู้ป่วยที่คัดเลือกในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหา ยาเหลือใช้ คือ มีการแบ่งยากันใช้ร่วมกับผู้อื่น (2 คน) มีการปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง (4 คน) มีผู้ป่วยที่มีปริมาณยาโรคเรื้อรังเหลือใช้จำนวนมากโดยไม่ทราบสาเหตุ (1 คน) เชื่อว่าสมุนไพรที่ใช้สามารถรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่และจะหยุดยาแผนปัจจุบัน (3 คน) มีความเชื่อว่ายาที่รับประทานมีโทษมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ (1 คน) และมีการรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเป็นด้วยวิธีการรักษาที่หลากหลายและเชื่อว่าการรักษาหลายวิธีร่วมกันจะทำให้ผลการรักษาดีที่สุด (1 คน) สรุปโดยรวม ได้ดังนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

- ผู้ป่วยรายที่ 1 : ผู้ป่วยลืมรับประทานยาบ่อยๆ และคิดว่าไม่เป็นอันตราย และแบ่งยาลดความดันให้สามีรับประทานด้วย
- ผู้ป่วยรายที่ 2 : ผู้ป่วยมีการใช้วิธีการรักษาหลายๆ วิธีร่วมกัน ได้แก่ ผังเข็ม ยาสมุนไพร และยาแผนปัจจุบัน คิดว่าการใช้หลายวิธีจะดีต่อโรคเรื้อรังที่เป็น
- ผู้ป่วยรายที่ 3 : ผู้ป่วยไม่ใช้ยาจากโรงพยาบาลยกเว้นยาพ่นตามอาการ เพราะรู้สึกว่ารักษามา 5 ปี แต่ไม่หาย จึงเลือกไปซื้อยาชุดที่ร้านยาเป็นประจำโดยไม่ทราบว่าเป็นยาอะไร และรับประทานยาจากเพื่อนข้างบ้านให้มาร่วมด้วย
- ผู้ป่วยรายที่ 4 : ผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรคือ มะรุม ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และคิดว่าอาจจะลดยาเอง
- ผู้ป่วยรายที่ 5 : ผู้ป่วยมียาเหลือทุกตัวในปริมาณเยอะมาก โดยไม่ทราบสาเหตุ
- ผู้ป่วยรายที่ 6 : ผู้ป่วยมียาเหลือใช้เยอะมาก โดยผู้ป่วยแจ้งว่าอาจเป็นเพราะเปลี่ยนแพทย์ และมีการใช้สมุนไพร ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน
- ผู้ป่วยรายที่ 7 : ผู้ป่วยไม่ได้บริหารยาตามแพทย์สั่ง คือ มีการปรับลดขนาดยาเอง และกลัวอันตรายที่เกิดจากจำนวนยาที่มากเกินไป
- ผู้ป่วยรายที่ 8 : ผู้ป่วยไม่บริหารยาตามแพทย์สั่ง คือรับประทานยาเกินจำนวน และไม่รับประทานยาขับปัสสาวะในบางวัน โดยให้เหตุผลว่า ไม่สะดวกถ้าออกไปนอกบ้าน และกลัวยาสะสมมากเกินไป
- ผู้ป่วยรายที่ 9 : ผู้ป่วยไม่บริหารยาตามแพทย์สั่ง คือ ไม่ได้รับประทานยาหลังอาหารเช้าเพราะไม่ได้รับประทานข้าวเช้า และรู้สึกว่ายามีปริมาณเยอะไป กลัวยาสะสม
- ผู้ป่วยรายที่ 10 : ผู้ป่วยใช้สมุนไพร ร่วมกับยาแพทย์แผนปัจจุบัน และคิดว่ายาสมุนไพรน่าจะเป็นยาตัวเดียวกันกับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ตั้งใจจะหยุดยาแพทย์แผนปัจจุบัน
- ผู้ป่วยรายที่ 11 : ผู้ป่วยปรับลดยาสองรายการ เพราะรู้สึกว่าจะรับประทานยาเยอะแล้วปวดหัว ต้องรับประทานพาราเซตามอลตลอด จึงกลัวจะเป็นอันตราย
- ผู้ป่วยรายที่ 12 : ผู้ป่วยหยุดยาเองบางตัว เพราะไม่รู้ว่าเป็นยาอะไร และได้ยาเบาหวานเพิ่มเติมจากเพื่อนข้างบ้านและคาดว่าเป็นยาชนิดเดียวกัน จากการดูแผงยาที่คล้ายกันแต่มองตัวหนังสือไม่เห็น

ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 12 รายในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับมุมมองการอธิบายโรคของผู้ป่วย ที่อาจจะแตกต่างไปจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการมียาเหลือใช้ในครัวเรือน จากการศึกษาสรุปข้อมูลแนวความคิดการอธิบายโรคของผู้ป่วยมีรายละเอียดดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 แนวคิดการอธิบายโรคของกลุ่มตัวอย่าง ตามทฤษฎี explanatory model (n = 12)

ข้อคำถาม ตามทฤษฎี explanatory model (EM)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. สมมุติฐานความเจ็บป่วย/การค้นหาสาเหตุการเกิดความผิดปกติ	
ไม่ทราบ	8 (66.67)
กรรมพันธุ์	2 (16.67)
อาหาร	1 (8.33)
ความเครียด	1 (8.33)
2. เวลาและแบบแผนของการเกิดอาการความเจ็บป่วยและ พยาธิวิทยา	
2.1 ผลการรักษา ณ ปัจจุบัน เป็นอย่างไร	
ดีขึ้น	8 (66.67)
ยังไม่ดีขึ้น	2 (16.67)
ไม่แน่ใจ	2 (16.67)
2.2 ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าโรคที่เป็นอยู่เกิดความผิดปกติขึ้นใน	
ร่างกายอย่างไร	
ไม่ทราบ	7 (58.33)
คิดว่าไม่มีความผิดปกติ	5 (41.67)
2.3 ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าอาการของโรคเป็นอย่างไร	
ทราบ	4 (33.33)
ไม่ทราบ	1 (8.33)
ทราบบางส่วน	7 (58.33)
2.4 ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคและยาหรือไม่	
ทราบ	7 (58.33)
ไม่ทราบ	3 (25.00)
ทราบบางส่วน	2 (16.67)



ตารางที่ 29 แนวคิดการอธิบายโรคของกลุ่มตัวอย่างตามทฤษฎี explanatory model (ต่อ)

ข้อคำถาม ตามทฤษฎี explanatory model (EM)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
2.5 ข้อมูลความรู้ที่ได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่	
ปฏิบัติได้	3 (25.00)
ปฏิบัติไม่ได้	2 (16.67)
ปฏิบัติได้บางส่วน	7 (58.33)
3. ความรุนแรง ของความเจ็บป่วย	
3.1 ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงหรือไม่	
ไม่รุนแรง	10 (83.33)
รุนแรง	2 (16.67)
3.2 ทราบหรือไม่ว่า ถ้ามีความรุนแรงของโรคจะเป็นอย่างไร	
ทราบ	2 (16.67)
ไม่ทราบ	10 (83.33)
4. วิธีการรักษา	
4.1 รับการรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ด้วยวิธีใดบ้าง	
รักษาแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น	4 (33.33)
ใช้การรักษาวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย	8 (66.67)
สมุนไพรหรือหมอเมือง	6 (50.00)
ซื้อยากินเองเพิ่ม	1 (8.33)
ฝังเข็ม	1 (8.33)
4.2 เคยไม่กินยาตามแพทย์สั่งหรือไม่	
เคย	9 (75.00)
ไม่เคย	3 (25.00)
4.3 ยาที่กินอยู่เพื่อรักษาโรคเรื้อรังท่านคิดว่ามีประโยชน์	
หรือโทษมากกว่ากัน	
มีประโยชน์มากกว่า	9 (75.00)
มีโทษมากกว่า	1 (8.33)
ไม่แน่ใจ	2 (16.67)

รายละเอียดจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้คำถามปลายเปิด ประกอบไปด้วยประเด็นหลัก 4 ประเด็น ตามแนวคิดมีรายละเอียดการอธิบายโรค (Explanatory Model) มีดังนี้

1) สมมุติฐานของความเจ็บป่วยหรือการค้นหาสาเหตุของการเกิดความผิดปกติ ใช้การสอบถามเรื่องราวสาเหตุของความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันข้อคำถามที่ใช้ได้แก่ ทราบได้อย่างไรว่าป่วย และโรคที่เป็นอยู่เกิดจากสาเหตุใด

จากการสอบถามเรื่องที่มาจากความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อต้องการทราบว่าผู้ป่วยเข้าใจในสาเหตุของความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร โดยใช้ข้อคำถามที่ว่า ทราบได้อย่างไรว่าป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่า มีอาการแสดงออกที่รู้สึกว่ามี ความผิดปกติ และมีบางส่วนทราบว่าตนเองเจ็บป่วยโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ดังนี้

“ก็มีเม้าหัว ตาลาย ก็เลยไปตรวจดู เลยรู้ว่าความดันสูง”

(ผู้ป่วยรายที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง)

“ไปเจาะเลือดตรวจประจำปีเจาะไขมัน 500 ก่อน แล้วเจาะเบาหวาน 160 ได้ดีกว่าแล้ว”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง)

จากการสอบถามเรื่องความเจ็บป่วยหรือสาเหตุที่เกิดโรค พบว่า มีผู้ป่วยถึง 8 คนจากจำนวนทั้งหมด 12 คน ที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่ตนเป็นอยู่ว่าเกิดได้อย่างไร ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ดังนี้

“บ๊อเหมือนกัน เป็นคนเดียว อยู่ดีก็ก่อเป็นเอง”

(แปล : ไม่รู้เหมือนกัน เป็นเอง อยู่ดีก็ก่อเป็นเอง)

(ผู้ป่วยรายที่ 5 โรคความดันสูง ไขมันในเลือด และหอบหืด)

“เบาหวานนี่บ๊อเนื้อ ส่วนความดันนี่น่าจะเกิดจากตากแดด ยะก้านัก”

(แปล : เบาหวานไม่รู้ว่าจะเกิดได้อย่างไร แต่ความดันน่าจะเกิดจากตากแดด ทำงานหนัก)

(ผู้ป่วยรายที่ 8 โรคความดันสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด)

มีผู้ป่วยเพียง 4 คน ที่ทราบว่าโรคที่ตนเป็นอยู่เกิดจากสาเหตุใด แต่ทั้ง 4 คนทราบสาเหตุการเกิดโรคเพียงบางด้านเท่านั้น ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคได้อย่าง

ครบถ้วน และคำตอบส่วนใหญ่ตอบว่าเกิดจาก กรรมพันธุ์ รองลงมาตอบว่าเกิดจากอาหารและความเครียด กล่าวไว้ดังนี้

“บางครั้งเค้าว่าสายเลือด หรืออาหาร ของเฮน่าจะสายเลือด เพราะพ่อเป็น”

(ผู้ป่วยรายที่ 9 โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง)

“น่าจะเป็นเพราะกินหวาน เฮชอบกินน้ำอ้อย กับซุรส”

(ผู้ป่วยรายที่ 11 โรคเบาหวาน และความดันสูง)

2) เวลาและแบบแผนของการเกิดอาการความเจ็บป่วย และพยาธิสภาพของร่างกาย (การดำเนินไปของโรคที่เกิดขึ้นในร่างกาย) ใช้การสอบถามช่วงเวลาที่เกิดความเจ็บป่วย และอาการที่เกิดความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน สอบถามเรื่องราวเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะของโรคที่แสดงออกที่ร่างกายของผู้ป่วย ข้อคำถามที่ใช้ ได้แก่ โรคที่เป็นอยู่ทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกายอย่างไร ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าอาการของโรคเป็นอย่างไร มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคและยาหรือไม่ อย่างไร และข้อมูลความรู้ที่ได้เหมาะสมหรือไม่ สามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร เข้ารับการรักษาเมื่อไหร่ ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานานเท่าไร และผลการรักษา ณ ปัจจุบันเป็นอย่างไร จากการสอบถาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกล่าวถึงอาการความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่เป็นสำคัญ ไม่ว่าจะสอบถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการเกิดอาการ หรือ พยาธิสภาพของร่างกาย

2.1 ในเรื่องเวลาและแบบแผนของการเกิดอาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกคนทราบว่า ป่วยตั้งแต่เมื่อไหร่ และเป็นมาแล้วทั้งสิ้นกี่ปี ซึ่งในที่นี่มีผู้ป่วยถึง 9 คนจาก 12 คนมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ส่วนผลการรักษา ณ ปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าดีขึ้น อาการของโรคน้อยลง หรือมีบางโรคที่ไม่มีอาการกำเริบแล้ว ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ดังนี้

“ป่วยมาได้ 3 ปีแล้วอาการดีขึ้นเยอะ ย้ายมา PCU แล้ว”

(ผู้ป่วยรายที่ 1 โรคความดันสูง)

“เป็นมาเมินละ หลายสิบปีแล้ว ผลก้านฮักษาคิดว่าเก่าหนา แต่ก่อยังบ่ถึงกับหายขาดเตื่อเนื้อ”

(แปล : เป็นมานานแล้วหลายสิบปี ผลการรักษาคิดว่าเก่า แต่ยังไม่หายขาดซะทีเดียว)

(ผู้ป่วยรายที่ 7 ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเก๊าท์)

และอีก 2 คนบอกว่า ผลการรักษา ณ ปัจจุบัน ยังไม่ดีขึ้น ยังคุมอาการของโรคไม่ได้ ซึ่งคนแรกเป็นโรคหอบหืดมา 5 ปีแต่มีการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ และอีกคนเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูงมา 2 ปียังไม่สามารถคุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ดังนี้

“ยังคุมอาการไม่ค่อยได้ ยังหอบนั้ก เหลือแต่ยาพ่น บกั๋ยพอต้องไปซื้อยาเองคนเดียว พ่นนั้กก็อกั้ว แต่ถ้ำบักั้นยาจะไอนั้กอยู่”

(แปล : ยังคุมอาการไม่ค่อยได้ ยังหอบเยอะ ยาของแพทย์เหลือแต่ยาพ่น แต่พ่นแล้วก็ไม่ค่อยพอต้องไปซื้อยาที่ร้านยากินเพิ่ม พ่นยาเยอะก็อกั้ว แต่ไม่กินยากั้ยไอออยู่เยอะ)

(ผู้ป่วยรายที่ 3 โรคหอบหืด)

“เบาหวานก็ยังไม่ดีเลยน้ำตาลเกิน 150 ตลอดแต่ไขมันก็ลดบ้างแล้ว”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง)

ส่วนอีก 2 คนยังไม่แน่ใจในผลการรักษา ณ ปัจจุบันว่าดีขึ้น หรือรู้สึกว่บางครั้งก็มีผลการรักษาที่ดีแต่บางครั้งผลการรักษาก็ยังไม่ดี กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ดังนี้

“ก็บักั๋ยแน่ใจนั้ว บางเต็อกั้ดี บางเต็อกั้บักั๋ยดี”

(แปล : ก็ไม่ค่อยแน่ใจนั้ก บางครั้งก็ดี บางครั้งก็ไม่ค่อยดี)

(ผู้ป่วยรายที่ 11 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

2.2 จากข้อคำถามในเรื่องพยาธิสภาพของร่างกาย พบว่ผู้ป่วยทั้ง 12 คนไม่ทราบถึงพยาธิสภาพของโรคที่ตนเป็นอยู่ โดยผู้ป่วยจะบรรยายความผิดปกติทางร่างกายของตนเป็นอาการของโรค หรือไม่สามารถอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างจำเพาะเจาะจงตามการให้คำนิยามทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้อธิบายด้วยความเข้าใจของตนเอง ดังนี้

“เมื่อกั้มีอ่อน เม้าหัวขึ้นหัว”

(แปล : มีอาการไม่มีแรง มีนสิริษะ)

(ผู้ป่วยรายที่ 8 โรคความดันสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด)

“บไปอกั้บอิด บมีความผิดปกติอย่างอื่นนั้ว มันเย็นถึงจะไอ”

(แปล : ไม่ไอกั้ไม่เหน็ว ไม่มีวผิดปกติอย่างอื่น อาการเย็นจะไอ)

(ผู้ป่วยรายที่ 3 โรคหอบหืด)

และมีผู้ป่วยอีก 7 คน ที่รับรู้ว่ามีความผิดปกติในร่างกาย แต่ไม่ทราบว่การเกิดโรคของตนจะทำให้มีความผิดปกติในร่างกายอย่างไรบ้าง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ดังนี้

“ก็‘ไม่รู้’เหมือนกันนะว่าผิดปกติอะไรในร่างกาย”

(ผู้ป่วยรายที่ 7 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเก๊าท์)

และมีผู้ป่วยบางส่วน ที่ตอบว่า ตนไม่มีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายแต่อย่างใด โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ในร่างกายของตนไม่มีความผิดปกติแต่อย่างใดแม้เป็นโรคอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคที่เป็นแทบจะไม่มีอาการแสดงออกแต่อย่างใดในเบื้องต้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่มีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายแต่อย่างใด โรคเหล่านั้นที่ผู้ป่วยเป็นได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกล่าวไว้ ดังนี้

“ปกติดีนะ ในร่างกายไม่ผิดปกติอะไร”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง)

2.3 จากการสอบถามผู้ป่วยว่า ทราบหรือไม่ว่าอาการของโรคเป็นอย่างไร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบอาการของโรคเป็นบางส่วน โดยสามารถอธิบายอาการของโรคได้แต่ไม่ละเอียดมากนัก ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 5 ที่มีโรคร่วม 3 โรค สามารถอธิบายอาการของโรคได้เพียงโรคเดียวคือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนอีก 2 โรคไม่สามารถอธิบายอาการของโรคที่ตนเป็นอยู่ได้ กล่าวไว้ ดังนี้

“อาท้านความดันนี่ก็มีเจ็บหัว แต่ไขมันนี่บู้ฮุนา”

(แปล : อาการโรคความดันก็มีปวดหัว แต่โรคไขมันไม่รู้ว่ามีอาการอย่างไร)

(ผู้ป่วยรายที่ 5 โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ หอบหืด)

มีผู้ป่วยอีก 4 คนที่ทราบอาการของโรคได้อย่างค่อนข้างละเอียด สามารถอธิบายอาการที่เกิดและการป้องกันได้เป็นอย่างดี กลุ่มผู้ป่วยนี้จะเป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเกิน 5 ปีแล้วทั้งสิ้นซึ่งอาจหมายถึงเค้าเคยมีอาการรุนแรงของโรคที่เป็นมาแล้ว ในที่นี้ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 12 ที่เป็นเบาหวานสามารถบอกอาการเวลาที่น้ำตาลสูง และน้ำตาลต่ำได้ รวมถึงอาการของโรคความดันโลหิตสูงก็ทราบว่ามีอาการอย่างไร ได้กล่าวไว้ ดังนี้

“น้ำตาลต่ำก็จะมีใจคอไม่ดี น้ำตาลสูงก็มีเจ็บบอย ความดันสูงนี่ก็มีปวดหัวเม้าหัว”

(ผู้ป่วยรายที่ 12 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

มีผู้ป่วยเพียง 1 คน ที่ไม่ทราบอาการของโรคที่ตนเป็นเลย ซึ่งเป็นผู้ป่วยหอบหืดทั้งๆ ที่ผู้ป่วยคนนี้น่ามีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยกลับตอบว่าไม่ทราบอาการของโรคแต่อย่างใด ในที่นี้ผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบว่าถ้ามีอาการมากหรือน้อยแล้วจะมีลักษณะอาการที่แสดงออกอย่างไร ผู้ป่วยกล่าวไว้ ดังนี้

“บัสู้เจ้า บ่เคยมีใผอู้ฮื้อฟังว่าเป็นอย่างไร”

(แปล : ไม่ทราบค่ะ ไม่เคยมีใครบอกให้ฟังว่าเป็นอย่างไร)

(ผู้ป่วยรายที่ 3 โรคหอบหืด)

2.4 จากการสอบถามในเรื่องการได้รับความรู้เรื่องโรคและยาจากเจ้าหน้าที่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการใช้จ่ายและการดูแลสุขภาพ โดยสามารถบอกได้อย่างละเอียดว่ายาที่ผู้ป่วยมีอยู่นั้นรับประทานอย่างไร เวลาใดบ้าง รวมไปถึงสามารถอธิบายวิธีป้องกันดูแลสุขภาพตนเองได้ ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 12 ที่สามารถอธิบายวิธีแก้ไขถ้าเวลามีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างถูกต้อง และยังทราบอาหารที่ห้ามรับประทานสำหรับโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยกล่าวไว้ว่าได้รับข้อมูลเหล่านี้มาจากหมอ (แพทย์, เกษัตริกร, พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข) กลุ่มตัวอย่างคนนี้ก็กล่าวไว้ดังนี้

“หมอบอกถ้าใจคอไม่ดี น้ำตาลต่ำให้กินน้ำตาลกับลูกอม เท่าหัวโป๊ง ส่วนความดันนี้หมอไม่ให้กินของเค็ม ของดอง”

(ผู้ป่วยรายที่ 12 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

มีบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคและยาของตนหรือรับทราบเพียงบางส่วน และมีผู้ป่วยบางคนระบุว่าตนได้ล้มความรู้ที่เจ้าหน้าที่อาจจะเคยให้แล้วในช่วงการเจ็บป่วยแรกๆ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้จำข้อมูลดังกล่าวไม่ได้ และยังหมายรวมถึงผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจถึงความรู้ที่ได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าข้อมูลที่ได้อ่านไปเพื่ออะไร ผู้ป่วยได้กล่าวไว้ดังนี้

“จำบ่ก้อยได้แล้ว บ่ฮู้เหมือนกันว่าจะเป็นอย่างใด”

(แปล : จำไม่ก้อยได้แล้ว ไม่รู้เหมือนกันว่าจะเป็นอย่างไร)

(ผู้ป่วยรายที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง)

“อนามัยก่อบ่เคยบอกเนอะแต่ที่โสมงหมอบ่เปลบ่ฮื้อกั๊น โอิวันดินกับพริก บ่ฮู้เหมือนกันว่าเพราะอะฮยัง”

(แปล : ที่สถานีอนามัยไม่เคยบอก ที่โรงพยาบาลบอกว่า ห้ามกิน โอิวันดินกับพริก ไม่รู้เพราะอะไร)

(ผู้ป่วยรายที่ 5 โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหอบหืด)

2.5 จากความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อสอบถามผู้ป่วยว่าผู้ป่วยได้นำเอาความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงได้หรือไม่อย่างไร ผู้ป่วยตอบว่า จะนำเอาไปปฏิบัติได้อย่างแน่นอนอนเพียง 3 คน และตอบอย่างมั่นใจว่าทำได้ในทุกเรื่องตามที่ได้รับความรู้มา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยา อาหาร และการออกกำลังกาย

แต่ 3 คนนี้ คือผู้ป่วยรายที่ 7, 8 และ 10 เป็นผู้ป่วยที่ปรับขนาดยาเอง 2 คน และตั้งใจจะหยุดยาเพื่อใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันเพราะคิดว่าเป็นยาเหมือนกัน 1 คน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตัวอื่นๆ โดยเฉพาะเรื่องอาหาร แต่กลับไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาให้ครบถ้วน ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 8 กล่าวไว้ ดังนี้

“ได้กะ หยุดหมัดเลย เช่น กลัวย มะม่วงสุก ตะกอนกินกับข้าว บ่เดียวบ่ได้กินเลย”

(แปล : ทำได้ หยุดหมด เช่น กลัวย มะม่วงสุก เมื่อก่อนกินกับข้าว เดียวนี้ไม่ได้กินเลย)

(ผู้ป่วยรายที่ 8 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด)

ส่วนผู้ป่วยที่เหลือ ตอบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้บางส่วน (7 คน) ซึ่งผู้ป่วยตอบในประเด็นนี้ว่า บางเรื่องที่บุคลากรทางแพทย์ให้ความรู้มานั้นขัดกับวิถีชีวิตประจำวันของตน ทำให้อาจทำไม่ได้อย่างที่แนะนำ โดยเฉพาะในเรื่องอาหารการกินจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะสามารถทำได้แค่ลด แต่ไม่สามารถเลิกหรือเปลี่ยนแปลงได้ทั้งหมด ดังตัวอย่างผู้ป่วยกล่าวไว้ ดังนี้

“ทำได้บ้าง เช่น เนื้อมันๆ ก็งดได้ แต่บางอย่างก็ไม่ได้ อย่างเรื่องกินข้าวเจ้าจะทำงานหนักไม่ได้”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง)

และมีผู้ป่วย 2 คน ที่ตอบว่า ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามความรู้ที่ได้รับมา โดยเฉพาะเรื่องอาหาร และผู้ป่วยยังแสดงให้เห็นว่าจะไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำอยู่เดิมอย่างแน่นอน ซึ่งกล่าวไว้ ดังนี้

“สู้อบ่งสู้อบ่ง แต่สู้อบ่งอื้อเครียด อย่างอื่นจำบ่ก้อยได้ อาหารนี้กระวังเก็บ รสจัด แต่กินจางก็บ่รำ งดบ่ก้อยได้ ใจเกลือกะปี ทำกับข้าวเต๋ๆ เดิม ทำบ่ก้อยได้”

(แปล : เข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง รู้แต่ต้องระวังเครียด อย่างอื่นจำไม่ได้ อาหารก็ระวังเก็บ รสจัด แต่กินจืดๆ ก็ไม่อร่อย งดไม่ค้อยได้ ใจเกลือกะปีทำกับข้าวเต๋ๆ เดิม ทำไม่ค้อยได้)

(ผู้ป่วยรายที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง)

“ทำบ่ได้ เพราะถ้า บ่เผ็ด บ่เก็บ กินก็บ่รำเนื้อ”

(แปล : ทำไม่ได้ เพราะถ้าไม่เผ็ด ไม่เค็ม กินก็ไม่อร่อย)

(ผู้ป่วยรายที่ 5 โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ หอบหืด)

3) ความรุนแรง ของความเจ็บป่วย ใช้การสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคว่าเป็นอย่างไร ข้อคำถามที่ใช้ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงหรือไม่ ถ้ามีความรุนแรงของโรคจะเป็นอย่างไรบ้าง

3.1 จากการสอบถามในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าโรคที่ตนเองเป็นนั้นไม่รุนแรง และไม่อันตรายแต่อย่างใด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นไม่มีอาการแสดงล่วงหน้าว่าจะรุนแรงจนกว่าจะถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรง และผู้ป่วยมักพิจารณาความรุนแรงของโรคจากอาการที่ปรากฏให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าไม่น่าจะมีความรุนแรงเกิดขึ้นได้ กล่าวไว้ ดังนี้

“ยังบ่ก้อยเป็นนักหนา ยังเป็นน้อยอยู่ แผลก้อยหายเวย”

(แปล : ยังไม่รุนแรงอะไร ยังเป็นน้อยอยู่ แผลก็หายเร็วนะ)

(ผู้ป่วยรายที่ 11 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

มีเพียง 2 คนที่รู้สึกว่าการที่ตนเป็นอยู่นั้นรุนแรง และเป็นอันตราย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วย 2 คนนี้มีความรุนแรงของโรคระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งคนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องทำบอลลูนมีความรุนแรงของโรคค่อนข้างมาก และผู้ป่วยอีกคนมีโรคร่วมถึง 3 โรคและอาการของโรคเริ่มแสดงออกมากโดยเฉพาะโรคเก๊าท์ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ มีอาการเดินได้ไม่สะดวกส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กล่าวไว้ ดังนี้

“รุนแรงแล้ว ตอนนี่ก็ต้องใส่บอลลูนไว้”

(ผู้ป่วยรายที่ 6 โรคหัวใจ เส้นเลือดตีบ และความดันโลหิตสูง)

“ก็คิดว่ารุนแรงแล้วเหมือนกันนะ ไปไหนแทบไม่ได้ เลยเดินก็ไม่สะดวก”

(ผู้ป่วยรายที่ 7 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ โรคเก๊าท์)

3.2 จากการสอบถามผู้ป่วยว่า ทราบหรือไม่ถ้ามีความรุนแรงของโรคแล้วจะเป็นอย่างไร มีผู้ป่วย 10 คน บอกว่า ทราบว่าจะมีความรุนแรงอย่างไร แต่มีเพียงบางคนเท่านั้นที่อธิบายความรุนแรงของโรคได้อย่างถูกต้องซึ่งอธิบายได้ยังไม่ครบถ้วนนัก เช่นผู้ป่วยเบาหวานก็จะบอกอาการที่ผู้ป่วยพบเห็นบ่อยๆ คือเรื่องแผลหายยาก แต่ไม่ได้พูดถึงการทำให้เกิดความอันตรายต่ออวัยวะอื่นๆ เป็นต้น และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจความรุนแรงของโรค ว่าหมายถึงการมีอาการที่รุนแรงปรากฏให้เห็นชัดเจนเป็นระยะเวลานาน การเจ็บป่วยหนัก ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตทำให้ไม่สามารถลุกเดินไปไหนหรือทำงานอะไรได้อีก กล่าวไว้ ดังนี้

“เป็นแผลจากเบาหวานแล้วไม่หาย หรือหายยาก”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 โรคเบาหวาน ไ้ขมันในเลือดสูง)

“คงจะชะงักงานไปได้ นอนก่าย อด ยะหย่งไปได้”

(แปล : คงจะทำงานไม่ได้ นอนเบื่ออย่างเดียวนั้นแหละทำอะไรไม่ได้)

(ผู้ป่วยรายที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง)

มีผู้ป่วย 2 คน ที่ไม่ทราบเลยว่า โรคที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน ถ้ามีความรุนแรงแล้วจะเป็นอย่างไร ทั้งสองคนป่วยเป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง คนแรกกลัวอันตรายจากการกินยาเยอะแต่ไม่รู้ว่าถ้าโรคที่เป็นอยู่ควบคุมไม่ได้แล้วจะเป็นอย่างไร ส่วนอีกคนเป็นผู้ป่วยอายุมากอ่านหนังสือไม่ค่อยออก จึงส่งผลกระทบต่อกรรับรู้ข้อมูลต่างๆ เรื่องของโรคและยา ซึ่งกล่าวไว้ดังนี้

“บ่สู้เฮาก็บ่เคยเป็นนัก แต่มีคนเคยอุ้อฮ้อฟังว่ากินยานักถ้าไปจะสะสมเป็นโรคได้”

(แปล : ไม่รู้เราก็กี่ไม่เคยเป็นมากนัก แต่มีคนเคยพูดให้ฟังว่ากินยาเยอะมากจะสะสมเป็นโรคได้)

(ผู้ป่วยรายที่ 9 โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง)

“ไม่รู้เหมือนกันว่ารุนแรงแล้วจะเป็นอะไร ก็ไม่เคยรู้มาก่อนนะ”

(ผู้ป่วยรายที่ 12 โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง)

4) **วิธีการรักษา** ใช้การสอบถามความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยว่า รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่มากน้อยเพียงใด ข้อคำถามที่ใช้ได้แก่ ผู้ป่วยมีการป้องกัน/รักษาโรคด้วยวิธีใดบ้าง วิธีป้องกัน/รักษาโรคที่ปฏิบัติอยู่มีผลดีหรือเสียดต่อโรคหรือไม่ อย่างไร ผู้ป่วยคิดว่าการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันเพียงพอที่จะรักษาโรคที่เป็นอยู่หรือไม่ อย่างไร ยาที่กินอยู่มีอะไรบ้าง ต้องใช้ยาต่อเนื่องหรือไม่ ท่านเคยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือไม่ ถ้าเคยแล้วคิดว่าจะมีผลต่อร่างกายหรือไม่ อย่างไร ยาที่ใช้มีผลข้างเคียง/ข้อควรระวังหรือไม่ อย่างไร และคิดว่ายาที่ใช้อยู่เป็นประจำมีประโยชน์และโทษอย่างไร ประโยชน์หรือโทษมากกว่ากัน เพราะเหตุใด

4.1 จากการสอบถามผู้ป่วย ถึงวิธีการรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน ว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยเพียง 4 คน ที่มีวิธีการรักษาเฉพาะแบบแผนปัจจุบันกับโรงพยาบาลที่รักษาโรคเรื้อรังของตนอยู่เท่านั้น โดยปฏิเสธไม่รักษาวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย กล่าวไว้ดังนี้

“ใช้แต่ยาหมอโรงพยาบาล อย่างอื่นไม่ได้ใช้”

(ผู้ป่วยรายที่ 12 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

แต่อีก 8 คน เลือกการรักษาแผนปัจจุบัน ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆ ส่วนใหญ่เลือกการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันที่รักษาที่โรงพยาบาล เช่น ใช้มะรุม เหงือกปลา

หมอ ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการซื้อยารับประทานเพิ่มเอง และมีหนึ่งคนใช้การฝังเข็มร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เชื่อว่า การใช้วิธีการรักษาหลายๆ แบบร่วมกัน น่าจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด กล่าวไว้ ดังนี้

“ก็ใช้ยาหมอเป็นหลัก แต่ก็กินยาต้มใช้หมะรุมกับมะตูมต้ม กินร่วมไปด้วย”

(ผู้ป่วยรายที่ 11 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

“ก็ใช้หลายๆ วิธีร่วมกันน่าจะดีที่สุด ทั้งแผนปัจจุบัน ฝังเข็ม และสมุนไพร พารา ก็กินกันได้ตลอด เราใช้หลายอย่าง เราไม่ทิ้งแผนปัจจุบัน ยึดเป็นหลัก แต่วิธีอื่นเสริมด้วย”

(ผู้ป่วยรายที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง)

4.2 จากการสอบถามผู้ป่วยว่า เคยไม่กินยาตามแพทย์สั่งหรือไม่ และถ้าไม่กินจะมีผลต่อร่างกายหรือไม่ อย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่า เคยไม่ได้กินยาตามคำสั่งแพทย์ (9 คน) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจที่จะไม่กินยาตามแพทย์สั่ง โดยระบุว่า ตนเองลืมกินยาบางมื้อ และส่วนหนึ่งไม่ได้ระวังที่จะกินตามที่แพทย์ระบุ แต่ว่าตนเองไม่ทราบวัตถุประสงค์การใช้ยาว่ายาดังกล่าวใช้ไปเพื่อรักษาอาการอะไร และมีผู้ป่วยบางคนตั้งใจไม่กินยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากเกรงว่าจะได้รับอันตรายจากการได้รับยาปริมาณมาก คิดต่อกันนานๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายเช่น ผู้ป่วยรายที่ 7 เข้าใจว่าการปรับยาเองเล็กน้อยไม่น่ามีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด เพราะไม่ได้สังเกตเห็นอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นจากการหยุดกินยา หรือลืมกินยา หรือผู้ป่วยรายที่ 8 ที่หยุดยาขับปัสสาวะบางวันเมื่อต้องออกจากบ้าน เพราะคิดว่าการหยุดกินยาบางมื้อก็ไม่ได้ทำให้โรคที่เป็นอยู่แย่ลงแต่อย่างใด เป็นต้น โดยกล่าวไว้ ดังนี้

“ก็มีที่ไม่ได้กินตามสั่ง อย่างยาความดันหมอให้กินครึ่งเม็ด แต่ยาหักยาเม็ดเล็กเลขกินหนึ่งเม็ดก็ไม่น่าเป็นอะไร และอีกตัวไม่รู้ยาอะไร หมอให้กินตั้ง 2 เม็ด แต่กินเม็ดเดียวจริงๆ ก็อ่านได้ว่าให้กิน 2 เม็ดนะแต่รู้สึกว่ามันเยอะไปจะเป็นอันตรายรีเปล่าเพราะไม่เห็นมีอาการอะไร กินยาปะปนกันหลายๆ อย่างน่าจะช่วยโรคได้พอแล้ว และก็กินอย่างนี้มาหลายเดือนก็ไม่เห็นเป็นอะไร”

(ผู้ป่วยรายที่ 7 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเก๊าท์)

“มีกินยาความดันกินไป 1 เม็ด เพราะลืม ยาหมุดก่อนเก่า แต่ก็รอให้ถึงนัดค่อยไป ส่วนยาขับปัสสาวะไม่กินเพราะปวดเกร็งจีบ่บ่ (ยาตัวเก่า) แต่ตอนนี้เปลี่ยนแล้วกินแล้ว แต่บางวันก็หยุดเพราะมีงานตามบ้านเดี่ยวไปไม่ได้ เดือนหนึ่งกินห้าครั้งที่ไม่กิน คิดว่าไม่น่าเป็นหยั่งเนื้อะบเห็นสู๊ตักอย่างใด”

(ผู้ป่วยรายที่ 8 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด)

มีเพียง 3 คนที่ตอบว่า ตนกินยาตามแพทย์สั่งอย่างครบถ้วน อาจเกิดจากเหตุผลต่างๆ กันไปในแต่ละบุคคล โดยผู้ป่วยรายที่ 2 เริ่มป่วยเป็นโรคเรื้อรังนี้เพียง 3 เดือน จึงมีความระมัดระวังในการทำตามคำสั่งแพทย์ค่อนข้างมาก ผู้ป่วยรายที่ 5 ยืนยันว่ากินยาครบตลอดแต่ยาเหลือเกิดจากทางโรงพยาบาลจ่ายยาให้จำนวนมากเกินกว่าวันนัด และผู้ป่วยรายที่ 6 มีความรุนแรงของโรคค่อนข้างมาก เป็นโรคหัวใจและผ่านการทำการบำบัดจนได้ไม่นาน จึงระมัดระวังในเรื่องการกินยาเป็นพิเศษเช่นกัน ซึ่งทั้ง 3 คน กล่าวไว้ ดังนี้

“กินตลอดและไม่คิดว่าจะหยุดเองกลัวอันตรายจากโรค”

(ผู้ป่วยรายที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง)

“กินทุกเวลา ตรงหมัด แต่ยาเหลือนักเป็นร้อยเม็ด เพราะหมอหือมานัก”

(แปล : กินทุกเวลา ตรงเวลา แต่ยาเหลือเยอะเป็นร้อยเม็ด เพราะหมอให้มาเยอะเกิน)

(ผู้ป่วยรายที่ 5 โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ หอบหืด)

“ไม่เคยลืม อย่างยามได้ลื่นมักอมกลางคืนเพราะรำว”

(ผู้ป่วยรายที่ 6 โรคหัวใจ เส้นเลือดตีบ และความดันโลหิตสูง)

4.3 จากการสอบถามความคิดเห็นถึงเรื่องยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ว่า ยาที่ใช้อยู่มีประโยชน์หรือโทษมากกว่ากัน เพราะเหตุใด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่ายาที่ใช้อยู่มีประโยชน์มากกว่าโทษ เพราะเชื่อว่าจะช่วยรักษา บรรเทา โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ บางคนคิดว่ายาไม่มีโทษและไม่ได้กลัวอันตรายที่เกิดจากการกินยาเป็นเวลานาน ส่วนหนึ่งเห็นว่า ไม่น่าจะมีปัญหาเพราะไม่เคยมีประสบการณ์ใดๆ ที่ทำให้เห็นว่าเกิดอันตรายจากยา แต่บางคนก็ยังเชื่อว่าแม้จะมีโทษบ้างแต่เมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับแล้วยังเชื่อว่ายาที่กินมีประโยชน์มากกว่า ซึ่งกล่าวไว้ดังนี้

“มีประโยชน์นะช่วยโรคเรา ไม่เคยได้ยินเรื่องโทษ ที่ไม่กินยาเพราะลืมเฉยๆ แต่ไม่ได้กินมาสองเดือนเพราะคิดว่าหายแล้ว”

(ผู้ป่วยรายที่ 12 โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง)

“กินไม่ค่อยครบข้าง ก็ไม่เห็นมีผลอะไรนะ ยาที่กินก็คิดว่าถ้ากินนานๆ อีกหลายปีโตก็จะไม่ดี สุดท้ายก็ต้องตายเพราะยา แต่คิดว่าประโยชน์กับโทษพอๆ กันนะ ถ้าอีกหน่อยดีขึ้น อาจจะลดยาบ้าง กินแต่มะรุมอย่างเดียว คิดว่าไม่น่าเป็นอะไร”

(ผู้ป่วยรายที่ 4 โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยทั้ง 12 รายที่มีการอธิบายโรคในมุมมองของผู้ป่วย ที่อาจจะแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ มีพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยหลายอย่าง ที่อาจไม่เหมาะสมให้มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ทัศนคติ/เหตุผลที่ผู้ป่วยแสดงจะทำให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขเข้าใจพฤติกรรมการใช้ยาเหล่านี้ว่ามาเกิดจากสาเหตุใด สรุปประเด็นพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 คน) ไม่เข้าใจหรือไม่ทราบสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือในรายที่ทราบก็ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยได้อย่างครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาหารบางประเภททำให้เกิดโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจึงไม่ได้ควบคุมอาหาร เป็นต้น

2. ผู้ป่วยทุกคนไม่ทราบถึงพยาธิสภาพของร่างกาย ไม่ทราบว่าเกิดความคิดปกติในร่างกายอย่างไร และรู้สึกว่ามีอาการปกติ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในเรื่องการรับประทานยาสำหรับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ มีการบริหารยาไม่ครบ หรือปรับขนาดยา จนทำให้เกิดยาเหลือใช้ตามครัวเรือนในปริมาณมาก

3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (7 คน) ไม่ทราบถึงอาการของโรคเรื้อรังที่ตนเป็น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตได้ว่า การรับประทานยาจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างไร และการขาดยาจะส่งผลอย่างไรต่ออาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ขาดความระมัดระวัง และรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอ

4. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (7 คน) ได้รับความรู้เรื่องโรคและยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่บางส่วนไม่ได้รับความรู้หรือลึกซึ้งความรู้ที่ได้รับไปแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมาหลายปี อาจได้รับความรู้ตั้งแต่ในครั้งแรกๆ ที่ไปพบแพทย์ และเจ้าหน้าที่เห็นว่าเป็นผู้ป่วยเดิมน่าจะทราบเรื่องโรคและยาแล้วจึงไม่ได้ให้ข้อมูลซ้ำ ประเด็นนี้เองก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเช่นกัน เพราะ ผู้ป่วยอาจลืมว่ายานี้ใช้สำหรับเรื่องใดจึงละเลยที่จะรับประทานยาให้สม่ำเสมอ

5. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงหรืออาจจะปฏิบัติได้เพียงบางส่วนเท่านั้น (รวม 9 คน) เนื่องจากภายใต้บริบทความเป็นอยู่ที่แท้จริง ยังมีบางเรื่องถ้า

กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น ผู้ป่วยชินกับการรับประทานข้าวเหนียวจะให้เปลี่ยนเป็นข้าวเจ้าจะทำไม่ได้ หรือผู้ป่วยทำงานรักษาความปลอดภัยไม่ได้รับประทานข้าวเจ้าจึงควาไปหนึ่งมื้อ เป็นต้น

6. ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (10 คน) คิดว่าโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ไม่รุนแรงและยังไม่ทราบด้วยว่าถ้าโรคมีอาการรุนแรงแล้วจะเป็นอย่างไร ซึ่งน่าจะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เพราะคิดว่าโรคที่ตนเป็นไม่อันตราย และไม่ได้รับรู้แรงแต่อย่างใด

7. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 คน) ใช้การรักษาหลายๆ วิธีร่วมกัน เพื่อรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้แก่ การใช้สมุนไพรหรือหาหมอเมือง การซื้อยารับประทานเพิ่มเอง และการใช้แพทย์ทางเลือกโดยผู้ป่วยเหล่านี้คิดว่า การรักษาหลายวิธีร่วมกัน น่าจะช่วยโรคที่ตนเป็น ได้ดีที่สุด จึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรเข้าถึงบริการที่มากกว่า 1 แห่ง และพฤติกรรมกรใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น หยุดยาหลังใช้สมุนไพร เป็นต้น และทำให้เกิดยาเหลือใช้ขึ้นในครัวเรือนได้

8. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 คน) เชื่อว่ายาที่รับประทานมีประโยชน์มากกว่าโทษ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีพฤติกรรมกรใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ตามสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วยมีเหตุผลบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดังกล่าว เช่น มีเพื่อนแนะนำให้ใช้สมุนไพรแล้วคิดว่าสมุนไพรน่าจะปลอดภัยกว่ายาแผนปัจจุบันจึงปรับลดยาแผนปัจจุบัน หรือมีความเชื่อว่ายาที่ใช้มีประโยชน์มากกว่าโทษก็จริง แต่ถ่ารับประทานยาในปริมาณมากและต่อเนื่องก็อาจมีโทษเช่นกัน จึงปรับลดยาเอง เป็นต้น

โดยสรุปจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยทั้ง 12 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมกรใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ยังขาดความรู้ความเข้าใจ (หรือเข้าใจคลาดเคลื่อน) ในเรื่องสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินของโรค อาการของโรคที่ตนเป็น ผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งไม่ได้รับความรู้ หรือลืมความรู้เรื่องโรคและยาที่เคยได้รับจากการบุคลากรทางการแพทย์ไปแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับทั้งเรื่องโรคและยา ทั้งนี้เนื่องจากไม่สะดวกกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอีกจำนวนมากยังรู้สึกว่าคุณไม่ได้มีความเจ็บป่วย หรือรู้สึกว่าโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ไม่รุนแรง ข้อมูลดังกล่าว จึงเป็นที่มาหรือสาเหตุของพฤติกรรมกรใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยคิดว่าโรคที่ตนเป็นอยู่นั้นไม่มีความรุนแรง หรือไม่รู้ว่าตนกินยาไปเพื่ออะไร จึงปรับลดยาเองหรือหยุดกินยาบางมื้อ โดยคิดว่าไม่น่าจะทำให้เกิดอันตราย เป็นต้น และปัญหาการกินยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งของผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลทำให้เกิดยาเหลือใช้ในปริมาณมากค้างอยู่ตามครัวเรือน