

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อแสดงให้ถึงสถานการณ์ในภาพรวมของการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดยาเหลือใช้ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาจากโรงพยาบาล และใช้ในการรักษาโรคด้วยตนเองที่บ้านและในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าจะสามารถแสดงให้เห็นข้อมูลที่น่าสนใจ โดยในการศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลชนิด ปริมาณ มูลค่ายาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาผ่านมุมมองของคนในชุมชนที่เป็นผู้ใช้ยา และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน ในจังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลจากประชาชนใน 6 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ คือ อำเภอแม่แตง อำเภอไชยปราการ อำเภอสารภี อำเภอแม่อน อำเภอสันป่าตอง และอำเภอแม่วาง รวมทั้งสิ้น 420 คน กลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยประมาณ 63 ปี อาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้าน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ บัตรทอง และมีภาวะเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ต้องรับยาหรือรับบริการสุขภาพจำนวน 316 คน (ร้อยละ 75.2) ในจำนวนนี้มีประมาณครึ่งหนึ่งเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเกิน 5 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย มีจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ 2 โรคขึ้นไป

เมื่อเทียบลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้กับลักษณะข้อมูลประชากรทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2552) พบว่า มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศและสิทธิการรักษาพยาบาล และเมื่อเทียบกับลักษณะประชากรของประเทศจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างของการศึกษามีความใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปในเรื่องเพศ สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคเรื้อรังที่พบ แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องรายได้ต่อครัวเรือน อายุ และอาชีพ โดยเฉพาะเรื่องอายุจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างมาก (เฉลี่ย 63 ปี) อาจเพราะในชนบท คนหนุ่มสาวเข้าไปทำงานในเมือง จึงมีเพียงผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจกล่าวได้ว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่หรือของประเทศไทย

สำหรับการสรุปและอภิปรายผลการศึกษาคั้งนี้จะแยกออกเป็นประเด็นต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ หมายรวมถึงพฤติกรรมการใช้หรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาตามอาการ ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การแพทย์ทางเลือก และพฤติกรรมการเก็บรักษายาของครัวเรือนประชาชน จากการเข้าไปสำรวจในครัวเรือนของผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในชุมชน ดังนี้

พฤติกรรมการใช้หรือเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 420 คน ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดดูแลโรคเรื้อรังที่ตนเป็นในสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว ประเด็นนี้ถือเป็นเรื่องที่มีความเหมาะสมในมุมมองทางการแพทย์ เพราะการติดตามการรักษาโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยควรจะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือบุคลากรทางแพทย์อย่างใกล้ชิด มีการติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง หรือถ้ามีการย้ายหรือเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพก็ควรมีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยเลือกเปลี่ยนสถานบริการสุขภาพเองโดยไม่ผ่านระบบอาจทำให้ข้อมูลการรักษาไม่ครบถ้วนและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาได้ และการเข้ารับบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียวของกลุ่มตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพอใจในหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ของเขา สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและเพียงพอต่อความต้องการ เป็นไปตามเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สุพัตรา ศรีวิมลชากร และสุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์, 2548) ที่ต้องการให้มีบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย มีคุณภาพและกระจายอย่างทั่วถึงนั่นเอง

สำหรับสถานบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกรับบริการเพื่อรักษาโรคเรื้อรังและโรคตามอาการส่วนใหญ่เป็นสถานบริการสุขภาพของรัฐ คือ โรงพยาบาลรัฐ และสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับรายงานการวิจัยเรื่องระบบสุขภาพคนไทย ของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2554) ที่กล่าวไว้ว่า โรงพยาบาลรัฐเป็นช่องทางการเข้ารับบริการสุขภาพหลักของประเทศไทยในปัจจุบันและเป็นช่องทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นกว่าเดิม

เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกรับบริการในสถานบริการสุขภาพทั้งสำหรับโรคเรื้อรังและโรคตามอาการนั้นเป็นเพราะต้องการความสะดวกใกล้บ้าน ระบบการส่งตัว การใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการหรือผลการรักษา และความรุนแรงของอาการป่วย ซึ่งจะเห็น

ได้ว่าเรื่องความสะดวกสบายเป็นเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจรับบริการสุขภาพของผู้ป่วย ถ้ามีอุปสรรคในการไปรับบริการผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวไว้ในเรื่อง การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ เรื่องความสะดวกของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ภาครัฐควรคำนึงถึง

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ มีผู้ป่วยจำนวน 21 คน ที่เลือกรับบริการในสถานบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรคเรื้อรังมากกว่า 1 แห่ง ผู้ป่วย 10 คนให้เหตุผลไว้ว่าเป็นเพราะเรื่องศักยภาพในสถานบริการที่ไม่เพียงพอที่จะรักษาโรคเรื้อรังบางโรคจึงต้องรับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่มีผู้ป่วยอีก 11 คนให้เหตุผลการรับบริการในสถานบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง ไว้ว่าเป็นเพราะหลังการเข้ารับการรักษาที่สถานบริการเบื้องต้นไม่ทำให้โรคของตนดีขึ้น จึงไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับในสถานบริการแรก และต้องการรักษาเพิ่มเติมในสถานบริการสุขภาพอื่นหรือวิธีรักษาวิธีอื่น เช่น การใช้สมุนไพร ใช้อายูโร และบางรายปล่อยให้หายเอง สอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2551) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมักแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง เนื่องจากมีบริการสุขภาพอื่นๆ อีกมากมายที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกใช้ไปพร้อมๆ กับสถานบริการแห่งแรกที่ผู้ป่วยเลือกไม่ว่าจะเป็นการใช้สมุนไพร การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น

และถ้ามองในเรื่องของระบบงานทางสาธารณสุข จะสอดคล้องกับงานวิจัยของ จเด็จธรรมชัชวารี (2544) ที่อธิบายถึงช่องทางการกระจายยานอกระบบของประเทศไทยที่ยังค่อนข้างเสรีและขาดการควบคุม ทำให้เป็นช่องทางที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศได้อีกทางหนึ่ง หากบุคลากรทางการแพทย์ประเมินและรับรู้เพียงว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นการแสดงถึงการขาดความใส่ใจของผู้ป่วย และการไม่ให้ความสำคัญของการรักษาที่ต่อเนื่องในสถานบริการเพียงอย่างเดียว ก็อาจทำให้เกิดอคติในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งในสภาพความเป็นจริงยังมีปัจจัยอีกมากที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกรับบริการในสถานบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง

หากมองในมุมมองของผู้ป่วยเองและความต้องการให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วย คิดว่าตนเองยังได้รับบริการที่ยังไม่เหมาะสม หรือยังไม่พึงพอใจในการรับบริการ ผู้ป่วยอาจจะหาสถานบริการสุขภาพแห่งใหม่เพื่อการรักษาให้หายจากสภาวะโรคที่เป็น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2551) ที่กล่าวไว้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมักจะตำหนิหรือมองว่าเป็นความเชื่อผิดๆ ที่ผู้ป่วยแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่งนอกเหนือจากการตรวจรักษาตามปกติในโรงพยาบาลประจำอยู่แล้ว แต่สุขภาพและความเจ็บป่วยมีความสลับซับซ้อนมากกว่าที่คิดไว้ เพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยแสวงหาบริการสุขภาพ เช่น สังคมรอบข้างหรือคนในครอบครัวให้ความคิดเห็น การมีทางเลือกอื่นที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ เป็นต้น ยกตัวอย่างข้อมูล



จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ป่วยได้เพียง 1 ปีรายหนึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรับบริการสุขภาพอื่นอีกมากมายนอกเหนือจากการไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น การใช้สมุนไพร การฝังเข็ม การชื้อยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกินเอง ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการรักษาในหลากหลายวิธีนี้จะทำให้ความเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้นมากกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียว จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของพฤติกรรมกรเข้ารับบริการสุขภาพพบว่า มีปัจจัยอื่นๆ อีกที่ผู้ป่วยใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัจจัยการประเมินความเจ็บป่วยส่วนบุคคล เป็นต้น (มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช, 2549) บุคลากรทางสาธารณสุขควรคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวมา เพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุผลในบางกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเลือกรับบริการทางสาธารณสุขมากกว่า 1 แห่ง

พฤติกรรมกรใช้จ่ายตามอาการ พบว่าจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน มี 233 คน (ร้อยละ 55.5) ที่มียาตามอาการอยู่ในครัวเรือน จำนวนรายการยาทั้งสิ้น 646 รายการ จำนวนเม็ดที่เหลือมี 8,862 หน่วยนับ หรือคิดเป็นประมาณ 38 หน่วยนับต่อคน การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องจำนวนยาตามอาการที่ค้างในครัวเรือนในครั้งนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากในขณะที่เก็บข้อมูลสมาชิกในบ้านอยู่ไม่ครบและมักเป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านในขณะที่ไปลงเก็บข้อมูล ยาบางส่วนอาจมีอยู่ในส่วนอื่นของบ้านอีกแต่ผู้ที่อยู่บ้านขณะนั้นไม่ทราบ ทำให้จำนวนยาที่นำมาแสดงน้อยกว่าความเป็นจริงได้

รายการยาตามอาการที่แสดง มีบางรายการที่กลุ่มตัวอย่างบางคนมีไว้ในครอบครอง แล้วอาจทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ อาทิเช่น กลุ่มยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ยากลุ่มเสี่ยง เป็นต้น และยาเหล่านี้ยังถูกระบุโดยผู้ป่วยว่า “ไม่ได้ใช้แล้ว” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมียาตามอาการเหล่านี้เหลือไว้ตามครัวเรือน แต่ไม่ทราบหรือไม่มีความรู้จัดการยาเหลือใช้เหล่านี้ออกจากครัวเรือน ตัวอย่างยาเหล่านี้ ได้แก่ diazepam 5 mg tab (2 คน), propranolol 10 mg tab (1 คน), alprazolam 0.5 mg tab (1 คน), amitriptyline 10 mg tab (1 คน) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบยาปฏิชีวนะในจำนวนเม็ดที่เหลือจากการใช้ แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมกรบริหารยาอย่างไม่ครบถ้วนของประชาชนจนทำให้ยากลุ่มนี้เหลืออยู่ตามครัวเรือน ตัวอย่างยาปฏิชีวนะที่พบได้แก่ amoxycillin 500 mg cap 6 คน (รวม 82 เม็ด), amoxycillin 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) เป็นต้น ซึ่งประเด็นการมียาปฏิชีวนะเหลือค้างจากการบริหารยาไม่ครบของผู้ป่วยนี้เป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข และเพื่อให้สอดคล้องกับโครงการ Antibiotics Smart Use ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม

เหตุผล จากข้อมูลของนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ (2552) พบว่าสถานการณ์มูลค่าการผลิตนำเข้าของยาฆ่าเชื้อสูงเป็นอันดับหนึ่งมาตั้งแต่ปี 2543 และในปี 2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาฆ่าเชื้อสูงถึง 2 หมื่นล้านบาท หรือ ประมาณ 1 ใน 5 ของมูลค่ายาทั้งหมด และอัตราเชื้อดื้อยาของประเทศไทยเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25-50 ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดเชื้อดื้อยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ส่วนหนึ่งอาจแก้ไขได้ด้วยการให้ความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะกับประชาชนให้ถูกต้อง ซึ่งมีงานวิจัยของวสาวิ กลิ่นขจรและคณะ (2553) ที่แสดงให้เห็นว่าความรู้เรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะของประชาชนในปัจจุบันยังไม่ดีนัก จากกลุ่มตัวอย่างที่วสาวิ กลิ่นขจรและคณะได้ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้ในเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง และรับประทานยาไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการแก้ไขโดยให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และขยายผลทั้งในส่วนผู้ให้บริการที่จะจ่ายยาฆ่าเชื้ออย่างถูกต้องเหมาะสมเช่นกัน เพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยา หรืออาการไม่พึงประสงค์ต่อผู้ที่ได้รับยา และใช้ยาฆ่าเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งภาครัฐและต่อตัวผู้ป่วยเอง

นอกจากนี้ในการสำรวจข้อมูลครั้งนี้ยังพบยาที่เสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุ ซึ่งยาเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยเก็บยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุปะปนอยู่กับยาทั่วไปที่ยังไม่เสื่อมสภาพ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหยิบยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุดังกล่าวไปใช้และเกิดอันตรายได้ ซึ่งจากข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 37.5 ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ ดังนั้นการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องการจัดการกับยาที่เหลือใช้ตามครัวเรือน น่าจะช่วยลดปัญหา ยาเสื่อมสภาพ ยาหมดอายุ และอันตรายที่อาจเกิดกับประชาชนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา บุตรจันทร์ (2542) ที่แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ของการศึกษาที่ขาดความรู้เรื่องการสังเกตยาเสื่อมสภาพของยา ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการให้ความรู้ทั้งเรื่องการดูยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุและการจัดการกับยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แล้ว เช่น อาจมีการจัดทีมไปรณรงค์ให้ความรู้ และเก็บยาตามอาการตามบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีช่องทางในการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้แล้ว ลดการเกิดยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุค้างตามครัวเรือน และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสื่อมสภาพเหล่านี้ได้

พฤติกรรมการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง 420 คน ปฏิเสธการให้ข้อมูลในเรื่องนี้ 9 คน ที่เหลือทั้งสิ้น 411 คน มีการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบันถึง

168 คน (คิดเป็นร้อยละ 40.9) รายงานสมุนไพรที่แสดง อาจประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ เพราะ สมุนไพรบางชนิดไม่สามารถนับเป็นจำนวนได้และมีหลายผลิตภัณฑ์หลายรูปแบบ เช่น สมุนไพรบางชนิดมีลักษณะเป็นทั้งแก่น ผงหรือบรรจุอยู่ในแคปซูล สมุนไพรบางชนิดมีการปลูกเองในครัวเรือน เป็นต้น ข้อมูลที่แสดงจึงเป็นในเฉพาะส่วนที่สามารถนับเป็นหน่วยนับได้เท่านั้น

โดยให้เหตุผลว่าใช้ไปเพื่อ สร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ บำรุงทั่วไป และรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ เป็นหลัก รายงานยาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้แยกได้ออกเป็น 2 กลุ่ม อ้างอิงข้อมูลจากเภสัชเวชและเภสัชพฤกษศาสตร์ศูนย์สมุนไพรทักษิณ (2551) คือ กลุ่มที่จัดเป็นสมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐาน จัดอยู่ในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรที่ปลอดภัยได้แก่ ฟ้าทลายโจร ลูกประคบสมุนไพร ขมิ้นชัน เป็นต้น และอีกกลุ่มเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรที่ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังไม่มีการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ได้แก่ มะรุม เหี่ยวกว่าหลาน ยาแก้กินผัด ยาต้ม ซึ่งกลุ่มหลังนี้แสดงให้เห็นว่า ยังมีสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือแพทย์ทางเลือกอีกจำนวนมากที่ประชาชนเลือกใช้ และอาจเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ใช้ได้ แม้สมุนไพรบางชนิดมีการศึกษาวิจัยและทดลองนำมาใช้ในการรักษาแผนปัจจุบันค่อนข้างมากยกตัวอย่างเช่น มะรุม จากงานวิจัยของวิมล ศรีสุข (2552) แต่มะรุมก็ยังจัดอยู่ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาพิชิตวิทยาที่อาจเกิดจากการบริโภคมะรุมต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน เพราะที่ผ่านมามคนไทยบริโภคมะรุมเป็นอาหาร ไม่ได้ใช้ต่อเนื่องเป็นยา และมะรุมเองยังมีข้อควรระวังในคนที่ เป็นโรคเลือด G6PD จึงต้องรอข้อมูลของสมุนไพรกลุ่มนี้เพิ่มเติมเพื่อการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยอย่างปลอดภัยต่อไป

แม้ในปัจจุบัน มีการสนับสนุนให้นำสมุนไพรมาใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น แต่การใช้สมุนไพรที่เหมาะสมและปลอดภัยก็เป็นเรื่องสำคัญที่ประชาชนต้องคำนึงถึง และยังมีเรื่องผู้ป่วยนำสมุนไพรมาแปรรูปเพื่อใช้ด้วยตนเอง เช่น บดเป็นผง อัดใส่แคปซูล เป็นต้น ซึ่งการนำสมุนไพรมาแปรรูปใช้เองนี้ อาจไม่สะอาด และมีการปนเปื้อนเกิดขึ้นได้ จึงเป็นอีกประเด็นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องคำนึงถึงและให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน นอกจากนี้สมุนไพรบางชนิดที่ประชาชนหรือผู้ป่วยใช้อยู่กันยังอาจไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ใช้ แต่ในมุมมองของผู้ป่วยบางรายจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยนี้ มีความเชื่อว่าการใช้สมุนไพรจะปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อตับไตเหมือนยาแผนปัจจุบัน จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายหยุดยาแผนปัจจุบันและใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่แทน ประเด็นนี้ถือเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและคนในชุมชนถึงการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้องและปลอดภัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหรือประชาชนได้รับสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากร้านชำหรือตลาดมากที่สุด รองลงมาคือ จากระบบขายตรงหรือออร์เดอร์ ร้านยา/โรงพยาบาล/สถานีอนามัย ปลุกเอง จากญาติ จากเพื่อนบ้าน และจากหมอเมือง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือแพทย์ทางเลือกด้วยตนเอง แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือแพทย์ทางเลือกจากคำแนะนำของ เพื่อนบ้าน ญาติ คนขาย สื่อวิทยุ/โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมอเมือง ซึ่งข้อมูลดังที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงแหล่งที่มาและเหตุผลของการใช้ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือแพทย์ทางเลือกว่าเกิดจากการปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อ การฟังข้อมูลจากเพื่อนหรือญาติและความเชื่อของชุมชน ตรงกับแบบแผนการใช้บริการสุขภาพของสันทัด เสริมศรี (2547) ที่กล่าวไว้ในเรื่องขั้นตอนพฤติกรรมการรักษาความเจ็บป่วยว่า ผู้ป่วยจะต้องมีการรักษาด้วยตนเอง แล้วจึงเริ่มมีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับญาติ หรือคนรอบข้าง เพื่อเลือกแหล่งและวิธีการรักษาตามความคิดเห็นร่วมกันระหว่างตนเองกับคนรอบข้าง ซึ่งความเชื่อความเข้าใจของตนเอง ของญาติ และของคนในชุมชนล้วนมีผลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งสิ้น

ในเรื่องของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการใช้สมุนไพร หรือแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย ตรงกับงานวิจัยของมัลลิกา จันทรวงศ์ (2554) ที่แสดงให้เห็นว่า สื่อโฆษณาก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้บริโภค ทำให้รับรู้ประโยชน์ของผลิตภัณฑ์ว่าสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของตน และเชื่อตามคำโฆษณาของผลิตภัณฑ์ที่เกินความจริง และตรงกับแนวคิดในเรื่องการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพโดยโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2551) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม มีผลต่อการรับรู้และเข้าใจความผิดปกติของร่างกายหรือความเจ็บป่วย และเชื่อมโยงไปถึง ความเชื่ออำนาจเหนือธรรมชาติ และนำไปสู่กระบวนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และยังคงคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมกรการบริโภคทางสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2549) ที่พูดถึงปัจจัยด้านจิตวิทยา 5 อย่าง คือ การจงใจ การรับรู้ การเรียนรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ มีผลต่อพฤติกรรมกรการบริโภคทางสาธารณสุข และปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมกรการบริโภคทางสาธารณสุขได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ และต้องการทดลองใช้เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง

นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยบางรายก็ยิ่งชี้ชัดว่าอิทธิพลของบุคคลใกล้ชิดและสื่อต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรเหล่านี้ ยกตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า ตนจะกินมะรุมนแทนยาลดน้ำตาลในเลือด โดยจะค่อยๆ ลดยาลดน้ำตาลในเลือดลง เพราะได้ฟังสรรพคุณยาสมุนไพรจากสื่อวิทยุ รวมทั้งมีเพื่อนบ้านแนะนำและตนก็ได้ลองแล้วเห็นผลชัดว่าน้ำตาลลดลงหลังกินมะรุมนร่วมกับ

ยาแผนปัจจุบัน ยังมีผู้ป่วยอีกหลายรายที่ใช้สมุนไพรเพราะมีปัจจัยแวดล้อมดังที่กล่าวมา โดยเฉพาะเรื่องสื่อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริกุล อำพลและคณะ (2551) ที่พูดถึงเรื่องสื่อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ไว้ว่า สื่อที่มีผลต่อการรับรู้ข่าวสารการเผยแพร่ความรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คือ สื่อโทรทัศน์ รองลงมาเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ และวิทยุกระจายเสียง และสื่อเหล่านี้เองก็มีผลต่อความรู้ความเข้าใจในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยังมีงานวิจัยของเกอร์รี่ จินะวงค์ (2550) ที่กล่าวถึงเรื่องสื่อไว้ว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 85.71 ของกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า ข้อมูลจากสื่อที่ได้รับจากช่องทางต่างๆ ในชีวิตประจำวันนั้นมีผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าสุขภาพของพวกเขา จึงเห็นได้ว่าสื่อต่างๆ นั้นเป็นสิ่งที่หน่วยงานของรัฐควรมีการติดตามเฝ้าระวังการใช้สื่อที่ไม่เหมาะสมจนอาจทำให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่ผิดจากความ เป็นจริง โดยเฉพาะกับสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน จำเป็นที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ในงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคทำงานอย่างเข้มงวดและจริงจัง เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียกับสุขภาพของประชาชนต่อไป

พฤติกรรมกรเก็บรักษา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน มีผู้ปฏิเสธการให้ข้อมูล 14 คน ที่เหลือ 406 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเก็บรักษาได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 70.4) แต่ยังมีอีกเกือบร้อยละ 30 ที่ยังเก็บรักษาได้ไม่เหมาะสม คือ มีการเก็บยาปนอยู่ในซองเดียวกัน สภาพยาไม่สะอาด สถานที่เก็บยามีแดดส่องถึง หรือมีความชื้น มียาที่หมดอายุแล้ว ลักษณะยาเสื่อมสภาพ และยังมีผู้ป่วยบางรายแกะยาออกจากแผงจัดไว้เป็นชุดๆ ไม่มีฉลากระบุชื่อยา เก็บยาเม็ดไว้ในตู้เย็น เก็บยาเช่น ไข่ที่ฝาคูเย็นซึ่งมีอุณหภูมิไม่คงที่ ตัดยาเม็ดใส่กระปุกเตรียมไว้ หรือเก็บยาในชูลินนำไปไว้ที่ช่องแช่แข็ง เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า มีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เข้าใจวิธีการเก็บรักษาให้ถูกต้องและเหมาะสม และส่งผลทำให้ยาที่ได้รับอาจเสื่อมสภาพและไม่ได้ช่วยรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพแม้ว่าผู้ป่วยจะบริหารยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วนก็ตาม สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ เจียมสุชน (2543) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรเก็บรักษาของประชาชน พบว่ามีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บยาใส่ถุงแขวนไว้ข้างฝาบ้าน หรือใต้ถุนบ้าน ซึ่งอาจเป็นบริเวณที่มีแดดส่องถึงได้ ถือว่าเป็นการเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม การส่งเสริมความรู้เรื่องกรเก็บรักษา จึงถือเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เป็นโอกาสในการพัฒนางานเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะได้ไปช่วยตรวจสอบ และแก้ไขปัญหากรเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสมในสถานที่จริง ภายใต้บริบทที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

แม้มีประชาชนบางส่วนไม่ทราบวิธีการเก็บรักษาที่เหมาะสมแต่มีประชาชนอีกจำนวนหนึ่งที่อยู่และเข้าใจวิธีในการเก็บรักษาแต่ไม่สามารถเก็บรักษาได้อย่างที่ควรปฏิบัติ ทั้งนี้อาจ

เป็นเพราะมีเหตุผลจำเป็นในเรื่องอื่นๆ ยกตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วยที่หักขาขยับปีสสาวะทิ้งไว้เต็มกระปุก ผู้ป่วยรายนี้ให้เหตุผลว่าจะไม่สะดวกถ้ามาหัดที่ละเม็ด เพราะตอนเช้าต้องรีบไปทำงานไม่มีเวลามากนัก หรือญาติผู้ป่วยอีกรายที่แกะยาออกจากแผงและจัดไว้เป็นชุด ชุดละ 4-5 เม็ดใส่ซองเล็กๆ ไว้ญาติผู้ป่วยรายนี้ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ และตนไม่ได้อยู่บ้านทุกวัน ถ้าไม่จัดยาไว้ให้ผู้ป่วยอาจจะหยิบยารับประทานไม่ถูกต้อง ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ายังมีบริบทตามสภาพความเป็นจริงที่ไม่เอื้อต่อการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม และบุคลากรทางการแพทย์ควรทำความเข้าใจและค้นหาปัญหาเหล่านี้ พร้อมทั้งร่วมกันแก้ปัญหากับผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้แนวทางปฏิบัติในการเก็บรักษาเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเป็นจริง และช่วยลดปัญหาการเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสมให้น้อยลง

ชนิด ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้ของยาโรเคอรั้ง

ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจำนวนยาเหลือใช้จากการนับยาของผู้ป่วยให้ใช้พอเพียงจนถึงวันนัดครั้งถัดไป ถ้าเหลือเกินกว่านี้จึงนับเป็นยาเหลือใช้ และถ้าไม่เพียงพอจนถึงวันนัดจึงนับเป็นขาด โดยเก็บข้อมูลยาเหลือใช้เฉพาะกลุ่มยาโรเคอรั้งเท่านั้น และยาเหลือใช้นี้หมายรวมไปถึงยาที่มีฉลากเขียนชัดเจนว่าหมดอายุ หรือยาที่มีลักษณะทางกายภาพเปลี่ยนไปจากวันแรกที่ได้รับยา แต่จะไม่นับรวมยาที่ไม่สามารถระบุชื่อหรือชนิดของยานั้นได้

จากการสำรวจชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งสิ้น 420 คน มีผู้ป่วยที่มียาโรเคอรั้งอยู่ 303 คน (ร้อยละ 72.1) ถ้าไม่นับรวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินยาเหลือใช้ได้เนื่องจากไม่มีวันนัดที่แน่นอนหรือไม่สามารถประมาณจำนวนยาที่มีอยู่ได้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเหลือทั้งสิ้น 253 คน พบว่ากว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างนี้มียาเหลือใช้ค้างอยู่ที่ครัวเรือน รายการยาเหลือใช้ที่พบมีทั้งสิ้น 762 รายการ คิดเป็นจำนวน 24,272 หน่วยนับ หรือเฉลี่ยประมาณ 95 หน่วยนับต่อคน มีมูลค่ายารวมทั้งสิ้น 57,132.82 บาท (เมื่อคิดจากราคายา) คิดเฉลี่ยเท่ากับ 225.82 บาทต่อคน

เมื่อเทียบผลการศึกษาในครั้งนี้นักับงานวิจัยของแพรทิพย์ สุขพิพัฒน์และคณะ (2552) ที่ศึกษาชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ในครัวเรือน ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 150 ครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4 คน มีมูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือนทั้งหมด 15,817.02 บาท ซึ่งตัวเลขดังกล่าวมีมูลค่าน้อยกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเพราะการศึกษาแบบครัวเรือนนับรวมทุกคนในบ้านซึ่งอาจเป็นกลุ่มคนในวัยเด็กและวัยทำงานที่ยังไม่มียาโรเคอรั้ง ส่วนงานวิจัยของธิดารัตน์ คำริห์ (2552) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งหมด 3,123 คน พบผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือใช้มาด้วย 961 คน มูลค่ายาคิดเป็น 116,680.40 บาท

เฉลี่ย 121.41 บาทต่อคน ซึ่งมูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ยต่อคนน้อยกว่างานวิจัยในครั้งนี้น้อยทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาของธิดารัตน์ ให้ผู้ป่วยถือยามาให้ดูที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยอาจนำยามาเพียงบางส่วนหรือไม่ได้ให้ข้อมูลที่แท้จริงกับเจ้าหน้าที่เหมือนกับ การไปสำรวจยาเหลือใช้ที่บ้าน และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาศิริรัตน์ ต้นปิชาติ (2554) ที่ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาในบ้านเขตชุมชน พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่ามีมูลค่ายาเกินเฉลี่ย 239.20 บาท ซึ่งมีมูลค่าสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้นี้นี้อาจเป็นเพราะพื้นที่ในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันอาจมีการใช้ชนิดของยาแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาของธิดารัตน์ ต้นปิชาติ เป็นการเก็บข้อมูลในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร น่าจะเป็นพื้นที่ที่มีการใช้ยาที่มีราคาสูงมากกว่าในต่างจังหวัด จึงส่งผลทำให้มูลค่ายาเหลือใช้ต่อคนสูงตามไปด้วย

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาที่ยังพบอยู่มาก และบุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ที่เป็นยาโรคเรื้อรังเหล่านี้ เพื่อช่วยลดงบประมาณที่จะเสียไปโดยเปล่าประโยชน์และไม่ให้ยาที่เหลือใช้เหล่านี้ไปมีผลเสียต่อผู้ป่วยไม่ว่าทางตรงและทางอ้อม ยกตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งมียาเหลือเป็นยาจิตเวชที่ผู้ป่วยใช้ประจำ แต่ยานั้นแพทย์ได้สั่งให้หยุดแล้ว ยาดังกล่าวยังปะปนกับยาเดิมที่ใช้อยู่เป็นประจำ อาจทำให้อาการหรือตัวผู้ป่วยเองผลอกินยาเหลือใช้เหล่านั้นซ้ำ ทำให้ได้รับยาเกินความจำเป็นและอาจเป็นอันตรายถ้าเป็นกลุ่มยาที่เข้าซ้อนกับยาที่กินต่อเนื่องอยู่แล้ว เป็นต้น และแม้ในการศึกษานี้ มูลค่ายาเหลือใช้ที่แสดงอาจไม่มากนักถ้าคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อคน แต่ถ้าคำนวณมูลค่ายาที่จะเกิดขึ้นกับคนทั้งประเทศ ก็จะสะท้อนให้เห็นถึงมูลค่างบประมาณที่จะสูญเสียเป็นจำนวนมาก เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของภูรี อนันตโชติ (2553) ที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาล 14 แห่งในรอบ 1 ปีพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาโรคเรื้อรังไปมากเกินกว่า 365 วันมีถึง 10-17% ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด อาจทำให้ประเทศมีโอกาสสูญเสียทรัพยากรไปหลายร้อยล้านบาทต่อปี ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวสามารถไปใช้ในการป้องกันและรักษาโรคกับผู้ป่วยรายอื่นได้อีกจำนวนมาก

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า รายการยา โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเหลือมากที่สุดคือ hydrochlorothiazide 50 mg tab รองลงมาคือยา aspirin 81 mg tab, enalapril 5mg tab, simvastatin 10 mg tab และ glibenclamide 5 mg tab ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้นี้ที่พบว่า ชนิดของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และยังมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของธิดารัตน์ คำริห์ (2552) ที่พบว่ายาเดิมที่เหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาคืนมากที่สุดคือ Aspirin 60 mg ซึ่งแสดงให้เห็นถึงกลุ่มยาหรือกลุ่มโรคที่ควรได้รับการแก้ไขเรื่องการเกิดยาเหลือใช้ก่อนในเบื้องต้น

การมียาเหลือใช้ดังกล่าว ผู้ป่วยให้เหตุผลไว้ว่า เป็นเพราะทางโรงพยาบาลให้ยามากเกินไปจนเกินเป็นเหตุผลหลัก ซึ่งตรงกับการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหลายแห่ง ที่ในปัจจุบันมีการให้ยาในจำนวนที่เกินกว่าวันนัดของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสะดวกในการนัดหมายหรืออาจเป็นเพราะการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณ แต่ระบบการจ่ายยาเกินจำนวนกว่าวันนัดที่เกิดขึ้นนี้ กลายเป็นปัญหาที่ส่งผลทำให้เกิดยาเหลือใช้ขึ้นตามครัวเรือน และผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบว่า จะจัดการกับยาเหล่านี้ได้อย่างไร สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงเหตุผลที่มียาเหลือใช้ของผู้ป่วยหลายคนที่ให้ข้อมูลตรงกัน ในที่นี้ขอยกตัวอย่างผู้ป่วย 2 ราย รายหนึ่งเป็นโรคเบาหวานมีจำนวนยาเหลือใช้เป็นยา glibenclamide 5 mg จำนวน 432 เม็ด และผู้ป่วยอีกรายเป็นโรคความดันโลหิตสูงมี ยาเหลือใช้เป็น enalapril 5 mg ถึง 288 เม็ด และ amlodipine 5 mg 20 เม็ด เมื่อไปสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยสองรายนี้ถึงเหตุผลที่มียาเหลือ ผู้ป่วยตอบยืนยันว่าตนกินยาครบตลอดไม่เคยขาด แต่ยาที่เหลือน่าจะเป็นเพราะทางโรงพยาบาลให้ยามากเกินไป และผู้ป่วยเองก็ไม่รู้ว่าจะนำไปคืนที่ใคร สองรายนี้เป็นเพียงตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่ายาที่เหลือใช้ที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ยังเกิดจากระบบการจ่ายยาของโรงพยาบาลที่มีการจ่ายยาเผื่อให้กับผู้ป่วย ซึ่งทางฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพหรือทางโรงพยาบาลเอง จึงควรพิจารณาทบทวนระบบการจ่ายยา และการจัดการกับยาเหลือใช้เพื่อเป็นแนวทางในการลดปัญหา ยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นในครัวเรือนต่อไป

มีเหตุผลที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ ที่เกิดจากการขาดระบบการคืนยาหรือช่องทางจัดการกับยาเหลือใช้ของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ยกตัวอย่างผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการไปสำรวจยาเหลือใช้ที่ครัวเรือนพบว่า มียา hydrochlorothiazide 50 mg tab อยู่เป็นจำนวนมากถึง 80 เม็ด ผู้ป่วยรายนี้ให้เหตุผลว่ายาเหลือใช้เหล่านี้ เกิดจากตนไม่ได้ใช้ยาแล้วเพราะแพทย์เปลี่ยนยาตัวใหม่ให้ แต่ยังไม่ได้นำยาเก่าที่ไม่ได้ใช้แล้วไปคืนทางโรงพยาบาล และไม่รู้ว่าต้องคืนที่ไหนหรือต้องคืนทำไม เนื่องจากตนใช้สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการซึ่งต้องเสียเงินไปแล้ว จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องคืนยาเหล่านี้ กรณีนี้แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลยังไม่มีช่องทางให้ผู้ป่วยจัดการกับยาเหลือใช้ที่ค้างตามครัวเรือนและผู้ป่วยเองยังไม่ได้ตระหนักถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้น ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในเรื่องระบบจัดการกับยาเหลือใช้ที่ควรเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือใช้มาคืนหรือให้ผู้ป่วยมีวิธีจัดการกับยาเหลือใช้ของตนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อจัดการกับยาเหลือใช้ ยังเป็นแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนและไม่ได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยเองอาจยังขาดแนวทางในการจัดการกับยาที่ตนเหลืออยู่ ซึ่งน่าจะเป็นทั้งจุดอ่อนและโอกาสพัฒนาของหน่วยงานสาธารณสุขที่จะเพิ่มข้อมูลให้ผู้ป่วยในส่วนนี้ หรือจัดทำระบบการจัดการกับยาเหลือใช้ให้เกิดขึ้นในหน่วยงานของตน

เหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยลืมกินยาบางมื้อโดยไม่ได้ตั้งใจ ผู้ป่วยหยุดยาเอง การไม่มีวันนัดที่แน่นอนแม้ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยบางคนตั้งใจหยุดยาบางมื้อด้วยเหตุผลส่วนตัว ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายหนึ่งต้องรับประทานยาขับปัสสาวะตอนหลังอาหารเช้าทุกวัน แต่ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ว่า ถ้าออกไปทำธุระนอกบ้านก็จะไม่รับประทานยามื้อนั้น เป็นต้น และมีผู้ป่วยบางคนเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น กิน enalapril แล้วไอบรรเทาอาการปวดหัว และตั้งใจไปแจ้งแพทย์ในวันนัดครั้งถัดไปซึ่งเป็นเวลาอีกเป็นเดือนที่ผู้ป่วยจะต้องขาดยา เป็นต้น เหตุผลเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธิดารัตน์ คำริห์ (2552) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมียาเดิมเหลือใช้มากที่สุดคือ ผู้ป่วยลืมใช้ยาและตั้งใจไม่ใช้ยา รองลงมาคือ ผู้ป่วยสงสัยแพ้ยาจึงงดยาเอง และผู้ป่วยบางรายทานยาผิดข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดความใส่ใจที่จะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอหรือต้องรับประทานให้ครบตามคำสั่งแพทย์ อาจเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่มีความผิดปกติเกิดขึ้นทางร่างกายไม่ได้เจ็บป่วยอะไร แม้มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอยู่ จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความตระหนักและใส่ใจกับการพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ในเรื่องโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แต่ไม่มีอาการแสดงออก เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความสำคัญกับโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น และลดปัญหาการเกิดยาเหลือใช้จากการไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่งนั่นเอง

มีเหตุผลที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ที่เป็นข้อมูลที่น่าสนใจ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ เรื่องความเชื่อ พบว่าจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยมีความเชื่อว่ายาที่กินอาจไม่ละลาย สะสมในร่างกายและเป็นอันตรายต่อตับไต เพราะมีเพื่อนเคยพูดให้ฟัง ดังนั้นจึงปรับลดยาเอง แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลในเรื่องความเชื่อและบุคลกรอบข้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาจนทำให้เกิดยาเหลือใช้ของผู้ป่วย และมีผลต่อการตัดสินใจเรื่องการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา โพธิสาร (2540) ที่พบว่า ความเชื่อจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภกกิจ ปันมุล (2549) ที่กล่าวถึงเรื่องความเชื่อที่เกิดจากการสื่อสารของคนในชุมชน ส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคคลในชุมชน เพราะคนในชุมชนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์และสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และงานวิจัยของนภวรรณ เจียรพิรพงษ์ และรุ่งกานต์ พรรณนารุโณทัย (2553) ก็ยังพบอีกว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมียาโรคเรื้อรังเหลือใช้เกินความจำเป็นนั้นมีปัจจัยหนึ่งที่มีผลสำคัญคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การบริโภคยาที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากความเชื่อ โดยผู้ป่วยจะเหลือยาสะสมจากการปรับลดการใช้ยาหรือเปลี่ยนวิธีใช้ยา เพราะเข้าใจผิดคิดว่าวันไหนสบายก็ไม่ต้องกินยาทั้งๆ ที่เป็นยาโรคเรื้อรัง หรือคิดว่าจะทำให้ไตแย่ถ้ากินยาในปริมาณมาก เป็นต้น นอกจากนี้แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ก็กล่าวไว้ว่าปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล คำว่า

เชื่อหรือทัศนคติของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ ครอบครัว บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการเห็นแบบอย่าง เป็นต้น และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องทำความเข้าใจกับความเชื่อของคนในชุมชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของตน เพื่อจะทำให้ทราบเหตุและผลของพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของคนในชุมชนนั้น ได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาการเกิดยาเหลือใช้บางประเด็นที่ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ไว้ เป็นเรื่องที่สามารถจัดการแก้ไขได้โดยการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซักถามพูดคุยและถ้าบุคลากรทางการแพทย์ได้เห็นสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ก็จะช่วยกันแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม (ราตรี มณีขันธ์, 2550) ยกตัวอย่างปัญหาการใช้ยาที่สามารถแก้ไขได้ คือ การกินยาผิดวิธีของผู้ป่วย, การที่ผู้ป่วยสงสัยแพ้ยาแล้วหยุดยาเอง หรือกรณีผู้ป่วยไปนอนโรงพยาบาลแต่ไม่ได้นำยาเดิมไป เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกรที่มีบทบาทในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงเพื่อไม่ให้เกิดยาเหลือใช้ แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยกินยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยอีกด้วย

เรื่องการไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างไม่ถูกต้อง และทำให้เกิดยาเหลือใช้ตามครัวเรือน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการใช้ยาโรคเรื้อรัง มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคนช่วยดูแลเรื่องการให้ยา ซึ่งการไม่มีผู้ดูแลเรื่องการให้ยาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาขึ้นได้ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องการอ่านหนังสือไม่ออก หรืออายุมากเกินกว่าที่จะมองเห็นวิธีการรับประทานยาที่หน้าซองยา ผู้ป่วยจึงอาจมีการบริหารยาอย่างไม่ถูกต้องครบถ้วนส่งผลทำให้เกิดยาเหลือใช้ในครัวเรือน สอดคล้องกับการวิจัยของวิไลวรรณ จงรัชต์สัตย์ (2548) ที่พบว่า บทบาทของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและผู้ป่วยหรือญาติต้องร่วมกันช่วยเหลือและแก้ไขเป็นรายกรณี

นอกจากปัญหาขาดยาเหลือใช้ที่กล่าวมาทั้งหมดแล้ว ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาขาดยาโรคเรื้อรังไม่เพียงพอนจนถึงวันนัด ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาของตัวเอง เช่น การใช้ยามากกว่าฉลากระบุ การแบ่งยาให้ผู้อื่นซึ่งเป็นญาติหรือเพื่อน ผู้ป่วยไม่สามารถไปตามนัด เป็นต้น และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากโรงพยาบาลจ่ายยาไม่ครบหรือผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ จึงต้องมีการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ร่วมไปกับการเกิดยาเหลือใช้ในชุมชนต่อไป ทั้งนี้เพราะการบริหารยาที่ครบถ้วน ถูกต้อง ส่งผลต่อการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความสนใจ และแก้ปัญหาคต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยา

การศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาในส่วนนี้ ต้องการนำผลการศึกษาไปเพื่ออธิบายเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและการเกิดยาเหลือใช้ เพื่อให้เห็นสภาพปัญหาของยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวม ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดยาเหลือใช้โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์เบื้องต้นพบว่า การไม่ได้ทำงาน และจำนวนโรคเรื้อรังที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน มียาเหลือใช้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะลักษณะวิถีชีวิตของคนในชุมชน มักพบว่าผู้สูงอายุจะพักอยู่ที่บ้านและไม่ได้ทำงาน ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ก็พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่อยู่บ้านขณะไปเก็บข้อมูล เป็นผู้ที่สูงอายุและไม่ได้ทำงานเช่นกัน และกลุ่มคนสูงอายุเหล่านี้มักมีความเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค มีการใช้ยาจำนวนมาก ส่งผลทำให้เกิดยาเหลือใช้ที่มากขึ้นนั่นเอง และจากการนำปัจจัยเรื่องการไม่มีอาชีพและจำนวนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยมาหาความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้พร้อมกัน โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์เบื้องต้นพบว่า ทั้งการมีอาชีพและจำนวนโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ต่างก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังกับการเกิดยาเหลือใช้ของการศึกษานี้ แสดงผลอย่างชัดเจนว่า เมื่อจำนวนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1 โรคเป็น 2 โรคจะทำให้เกิดยาเหลือใช้เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า และถ้าจำนวนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2 โรคเป็น 3 โรคจะทำให้เกิดยาเหลือใช้เพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่า สะท้อนให้เห็นว่า สัดส่วนของจำนวนโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น มีผลโดยตรงกับการเกิดยาเหลือใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zargarzadeh และคณะ (2005) ที่พบว่า การป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะส่งผลถึงจำนวนยาที่พบในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะการมีโรคเรื้อรังมากขึ้น จะส่งผลให้จำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานมีมากขึ้นไปด้วย การบริหารยาที่มีจำนวนมาก จึงมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยบริหารยาได้ไม่ครบถ้วน และทำให้เกิดยาเหลือใช้ค้างในครัวเรือนในปริมาณมากขึ้นนั่นเอง

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์เบื้องต้น พบว่า มีปัจจัยเรื่องการอายุ ระดับการศึกษาและอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 60 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีพฤติกรรม

การเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานและมีอาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยแพทธิพิศ สุขพิพัฒน์และคณะ (2552) ที่พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับการเก็บรักษาและการอ่านฉลากยาหมดอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปตามแนวคิดของ Pender (1996) ที่กล่าวไว้ว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ทำให้การรับข้อมูลเรื่องสุขภาพและการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนแตกต่างกัน ส่งผลสอดคล้องกับเรื่องความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเก็บรักษาในงานวิจัยครั้งนี้ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้มีความรู้ที่น้อยจะเก็บรักษาได้อย่างไม่เหมาะสมนัก และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2549) ที่กล่าวไว้ว่าการศึกษาและอาชีพที่ต่างกัน มีส่วนทำให้พฤติกรรมการบริโภคทางสาธารณสุขของบุคคลแตกต่างกัน

การที่ปัจจัยเรื่องอายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเก็บรักษายานั้น อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย จะขาดความรู้ความสามารถในการดูแลรักษา อ่านฉลากยาได้ไม่ค่อยชัด และยังขาดญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่จะช่วยดูแลเรื่องเหล่านี้ จึงส่งผลต่อการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม และนอกจากนี้ยังมีบริบทอื่นที่มีผลต่อการเก็บรักษาของผู้ป่วยที่มีอายุมากอีก ยกตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุรายหนึ่งเกี่ยวกับเรื่องการเก็บรักษาว่า ทำไมผู้ป่วยจึงเอายาแขวนไว้ที่ใต้ถุนต่างๆ ที่มีแดดส่องถึง ผู้ป่วยให้คำตอบว่า ถ้าไม่ไว้ที่ตรงนี้จะทำให้ลืมกินยา ตนแก่แล้วถ้าเปลี่ยนที่ไว้คงจะลืมและตรงนี้เป็นที่ประจำในการนั่งรับประทานอาหาร เป็นต้น เหตุผลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงบริบทที่แตกต่างกันของคนในสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการเก็บรักษาได้เช่นกัน

อีกปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษา คือเรื่องอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ที่ไม่ได้ทำงานเก็บรักษาได้ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอาชีพ ปัจจัยนี้อาจ มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาโดยผู้ที่ไม่มีอาชีพส่วนใหญ่จะเป็นผู้ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย ทำให้กลุ่มผู้ไม่มีอาชีพเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเก็บรักษา การอ่านฉลากยาหรือการพิจารณาหมดอายุที่ไม่ดีนัก ซึ่งก็เป็นอีกประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถแก้ปัญหาและช่วยพัฒนาคุณภาพบริการทางสาธารณสุขให้ดีขึ้นได้

และจากการหาความสามารถในการทำนายของตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้ พบว่าตัวแปรอาชีพและตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรังมีอำนาจการทำนายการเกิดยาเหลือใช้เกินกว่า 60% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถือว่าตัวแปรทั้งสองมีอำนาจในการทำนายที่ค่อนข้างดี จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขการเกิดยาเหลือใช้ได้ในเบื้องต้น โดยเลือกจากกลุ่มคนที่ไม่มียานทำ หรือมีจำนวนโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ยกตัวอย่างเช่น

ส่งเสริมความรู้ให้กลุ่มคนเหล่านี้ก่อน โดยอาจจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค เพื่อแนะนำเรื่องวิธีการเก็บรักษาและการป้องกันการเกิดยาเหลือใช้ เป็นต้น และเพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาและการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อว่ายังมีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาและการเก็บรักษาอีก นอกเหนือจากตัวแปรที่นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมเก็บรักษาในชุมชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

มีปัจจัยพื้นฐานบางปัจจัย ที่แม้ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่ได้แสดงความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้ แต่บุคลากรทางการแพทย์อาจต้องทำความเข้าใจและแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป ยกตัวอย่างปัจจัยเรื่องอาชีพของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายหนึ่ง มีปัญหาลิมินยาตอนเช้าเสมอเพราะ ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ต้องเข้านอนตอนเช้า และตื่นมาก็เกือบเที่ยงทำให้ไม่ได้กินยามื้อเช้าบ่อยๆ แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเรื่องอาชีพ หรือปฏิทินชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีผลต่อการดูแลความเจ็บป่วยและปัจจัยเหล่านี้ถ้าถูกค้นหาหรือทำความเข้าใจมากขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ ก็จะช่วยให้เราเข้าใจพฤติกรรมการใช้ยา และแก้ปัญหาคาการเกิดยาเหลือใช้ที่ผ่านมุมมองของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

โดยสรุป การสำรวจยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้ทราบว่าประชาชนอยู่อีกจำนวนมากที่มียาเหลือใช้ตามครัวเรือน และประชาชนอีกบางส่วนที่ยังมีปัญหาเรื่องการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่างๆ มากมาย และมีประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขพัฒนา เช่น เรื่องการให้คำแนะนำเรื่องยาเหลือใช้และการให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะเภสัชกรที่เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการให้ยาควรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจในเรื่องเหล่านี้ ควรมีการวางแผนพัฒนาระบบการส่งจ่ายยาให้พอดีกับการใช้ยาของผู้ป่วย และสร้างระบบการจัดการกับยาเหลือใช้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรทางสาธารณสุข และเกิดระบบการจัดการกับสุขภาพที่ดีของประชาชนในวงกว้างต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือ

1. เรื่องการคำนวณมูลค่าและการนับจำนวนยาเหลือใช้ที่อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะการศึกษาในครั้งนี้ใช้ราคากลางขององค์การเภสัชกรรมในการคำนวณมูลค่ายา ซึ่งยังมียาอีกหลายบริษัทที่มีราคาสูงกว่าราคากลางที่ใช้ในการศึกษานี้ และมีรายการยาบางประเภทที่ไม่ได้นำมานับรวมในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ยาพ่นตามอาการที่นับปริมาณการใช้ไม่ได้ ยาที่ไม่สามารถระบุชื่อหรือชนิดยา ยาของผู้ป่วยที่ไม่มีวันนัดพบแพทย์ เป็นต้น

2. เรื่องลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบข้อมูลกับประชากรในจังหวัดเชียงใหม่และของประเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษามีความใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปในเรื่องเพศ สติ การรักษาการพยาบาลและโรคเรื้อรังที่พบ แต่กลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างมากกว่าประชาชนทั่วไป (เฉลี่ย 63 ปี) ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้นี้ จึงสามารถเป็นเพียงตัวแทนของชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่หรือของประเทศไทยเท่านั้น

3. เรื่องการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ด้วยข้อมูลที่ต้องการต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างมาก จึงต้องมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 6-8 คน ถึงแม้ว่าได้มีการซักซ้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า แต่อาจยังมีการได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่ชัดเจนในบางประเด็น เช่น การสอบถามถึงเหตุผลของการมียาเหลือใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักบอกว่าไม่ทราบสาเหตุ แต่ถ้าเราถามทวนซ้ำกับผู้ป่วยหลายครั้งอาจจะได้ข้อมูลถึงเหตุผลที่แท้จริงของการเกิดยาเหลือใช้ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถในการพูดคุยสัมภาษณ์และดึงข้อมูลจากผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

5.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. เพิ่มการวิจัยในเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่านี้ และปรับข้อคำถามให้เข้าใจง่าย สื่อความหมายกับผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจาก ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่สัมภาษณ์เชิงลึกเพียง 12 ราย ซึ่งทำให้ข้อมูลบางส่วนยังไม่ครบถ้วนเพียงพอ จึงต้องมีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและเพิ่มรายละเอียดในงานวิจัยเชิงคุณภาพให้ครบถ้วนมากขึ้น และควรปรับข้อคำถามที่สื่อความหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้มากยิ่งขึ้น เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปขยายความในเรื่องแนวคิดและทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยา ให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น

2. ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการสำรวจความคลาดเคลื่อนทางยาตามครัวเรือน เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาจากการใช้ยา จนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหลายประการ เช่น ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากการซื้อยากินเองร่วมกับรับยาจากโรงพยาบาล, ผู้ป่วยได้รับยาจากแพทย์ 2 ท่านเพื่อรักษาโรคที่แตกต่างกันแล้วยาที่ได้รับมีอิทธิฤทธิ์ระหว่างยา (drug interaction) เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจไม่สามารถตรวจพบได้จากการรับยาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนทางยาดังกล่าว ด้วยการพัฒนางานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรในชุมชนและสำรวจข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในเชิงรุกให้มากขึ้น

3. เพิ่มการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในช่วงต่างๆ เนื่องจากในงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมาก ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงตัวแทนของกลุ่มประชากรที่สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น และควรมีการขยายพื้นที่การเก็บข้อมูลไปในจังหวัดอื่น เนื่องจากลักษณะของประชากรในแต่ละภูมิภาคอาจมีสภาพปัญหาเรื่องยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกัน หากต้องการข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มากขึ้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชาชนทั้งประเทศอย่างแท้จริง และได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

4. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้สะท้อนความคิดและเหตุผลของพฤติกรรมการใช้ยาและการเกิดยาเหลือใช้ผ่านมุมมองของประชาชนหรือผู้ป่วย และได้ข้อมูลถึงเหตุผลที่เกิดยาเหลือใช้ว่าทางโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์จ่ายจำนวนมากเกินกว่าวันนัดเป็นเหตุผลหลัก ซึ่งเหตุผลดังกล่าวเกิดจากมุมมองของประชาชนหรือผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว จึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้เพิ่มเติม เพื่อสะท้อนให้เห็นความคิดและเหตุผลในเรื่องพฤติกรรมจ่ายยาที่เกิดขึ้นผ่านมุมมองของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์

5. มีข้อมูลการใช้ยาของประชาชนบางประเด็นที่น่าสนใจ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เช่น พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันส่งผลต่อโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่อย่างไร ความเชื่อในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมใช้ยาจนทำให้เกิดยาเหลือใช้ที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น ซึ่งอาจเลือกทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มคนหรือกลุ่มโรคที่มักพบปัญหาได้บ่อยและสัมพันธ์กับเรื่องความเชื่อหรือการใช้สมุนไพร เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยได้ในวงกว้างต่อไป

6. งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของการเกิดยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในภาพกว้าง เพื่อให้เห็นขนาดของปัญหายาเหลือใช้และพฤติกรรมใช้ยาที่เกิดขึ้นในภาพรวม ดังนั้นงานวิจัยในครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาที่เน้นการศึกษาเฉพาะเรื่องในเชิงลึก เช่น เรื่องมูลค่ายาที่สูงสูญเสียจากการเกิดยาเหลือใช้ อันตรายที่เกิดจากยาเหลือใช้ เป็นต้น เพื่อแสดงข้อมูลที่สมารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การลงพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ต่างไปจากการงานวิจัยที่ผ่านมา เพราะเป็นการลงเก็บข้อมูลตามบ้านของผู้ป่วย ได้ไปเห็นสภาพบริบทที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งวิธีการเก็บข้อมูลดังกล่าว น่าจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจแนวคิด/ทัศนคติของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้เกิด

พฤติกรรมการใช้ยาและการเกิดยาเหลือใช้ ที่ผ่านมุมมองของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จึงควรนำวิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ไปปรับใช้พัฒนางานเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยการเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อดูยาเหลือใช้ที่ค้างอยู่อย่างทั่วถึงในทุกครัวเรือน และควรขอดูยาที่มีอยู่ทั้งหมดภายในบ้าน รวมไปถึงดูการเก็บรักษาภายในบ้านตามสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหายาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและไม่เกิดยาเหลือใช้ตามครัวเรือนต่อไป

2. จากข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาและการเก็บรักษาของประชาชน แสดงให้เห็นว่า เราสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในเรื่องการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขการเกิดยาเหลือใช้ และพฤติกรรมการใช้ยาและการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงโรครีแองมากกว่า 1 โรค กลุ่มคนที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้มีระดับการศึกษาน้อย น่าจะเป็นกลุ่มคนแรกๆ ที่มีการดำเนินการแก้ปัญหา ก่อนในเบื้องต้นเพราะเป็นกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผลการดำเนินงานส่งผลชัดเจน และเกิดการแก้ปัญหาเหลือใช้ในครัวเรือนได้อย่างรวดเร็ว

3. จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การเกิดปัญหายาเหลือใช้ เกิดจากระบบการจัดการของโรงพยาบาลเอง เช่น การจ่ายยาเกินให้กับผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการพบแพทย์ การไม่มีมีระบบจัดการกับยาเหลือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนยาหรือมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การขาดคำแนะนำในเรื่องการจัดการกับยาเหลือใช้ จะมีก็แต่คำแนะนำให้ผู้ป่วยนำยากลับมาในการตรวจครั้งหน้า ซึ่งผู้ป่วยมักลืมหรือไม่สะดวกที่จะถือยามาด้วย ซึ่งประเด็นเหล่านี้ถือเป็นเรื่องสำคัญ เกสัชกรหรือบุคลากรในโรงพยาบาลควรร่วมกันสร้างแนวทางการจัดการกับยาเหลือใช้ให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบ เพื่อลดปัญหาการเกิดยาเหลือใช้ตามครัวเรือน ยกตัวอย่างเช่น การทำ counseling เฉพาะกลุ่มกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรครีแองมากกว่า 2 โรค ให้ข้อมูลเรื่องผลเสียที่อาจเกิดจากการมียาเหลือใช้ และให้ผู้ป่วยนับจำนวนยาที่เหลือค้างที่บ้านทุกครั้ง จดลงในสมุดบันทึกและนำมาแจ้งก่อนพบแพทย์ในครั้งต่อไป เป็นต้น

4. จากสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ในครัวเรือน จากงานวิจัยในครั้งนี้ คือ เรื่องสถานบริการสาธารณสุขให้ยาในจำนวนที่มากเกินไปจนวันนัดครั้งถัดไป แสดงให้เห็นว่า ระบบการจ่ายยาในสถานพยาบาลมีผลโดยตรงทำให้เกิดยาเหลือใช้ ดังนั้น โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ ควรนำปัญหาดังกล่าวไปแก้ไขจัดการกับระบบการจ่ายยาของตน หรือสร้างช่องทางการนำยาเหลือใช้ของผู้ป่วยมาคืนสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อลดปัญหาการเกิดยาเหลือใช้ตามครัวเรือน

5. จากปัญหาที่พบในเรื่อง การมียาตามปฏิชีวนะเหลืออยู่ตามครัวเรือน ซึ่งผู้ป่วยระบุว่า “ไม่ได้ใช้แล้ว” ทั้งๆ ที่ยาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจนหมด ไม่ควรมีเหลือในจำนวนที่ไม่เพียงพอต่อการรักษา จึงเป็นประเด็นที่เจ้าหน้าที่ต้องให้ความสำคัญและเร่งแก้ไขปัญหา เพราะการกินยาปฏิชีวนะอย่างไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบขนาด อาจทำให้เชื้อดื้อยาและเป็นปัญหาสาธารณสุขในวงกว้างต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมียาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้และถูกระบุว่าไม่ได้ใช้แล้วมีอยู่ในครัวเรือนอีก เช่น ยา diazepam, ยา alprazolam เป็นต้น ยาเหล่านี้ถ้าถูกนำมาใช้อย่างไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเภสัชกรในพื้นที่ชุมชนควรมีการเฝ้าระวังไม่ให้ยาเหล่านี้มีค้างตามครัวเรือนจนอาจเกิดอันตรายต่อประชาชนได้

6. สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเภสัชกรที่ดูแลงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยในเรื่องปัญหาการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่แสดงให้เห็นถึงแหล่งที่มาของสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยเฉพาะแหล่งที่มาหลักคือ ร้านชำ ตลาดนัด ขยายตรง และรวดเร็ว ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจะต้องเข้าไปดูแลแหล่งที่มาเหล่านี้ที่ทำให้มีการใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกันอย่างแพร่หลาย และยังเรื่องสื่อที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก เช่น วิทยุชุมชน เป็นต้น และจากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมักใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเป็น และมีบางรายหยุดใช้ยาแผนปัจจุบันเมื่อเริ่มใช้สมุนไพร ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจต้องทำงานในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อให้เห็นสภาพปัญหาการใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเหล่านี้ที่เกิดขึ้นในชุมชน ช่วยแก้ปัญหาไม่ให้มีแหล่งกระจายสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และจัดการกับสื่อที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดเรื่องการโฆษณาเกินความจริงในชุมชนต่อไป ยังมีเรื่องสื่อบุคคลเช่น ญาติพี่น้องหรือเพื่อน ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร นั้นแสดงให้เห็นถึงข่าวสารที่เกิดขึ้นในชุมชนมีผลต่อคนในชุมชน ดังนั้นถ้ามีการจัดอบรมหรือทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวแทนของคนในชุมชน และให้คนกลุ่มนี้นำข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ไปบอกต่อ ก็น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมที่เหมาะสมของคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันทั้งหมดได้

7. จากการเก็บข้อมูลการวิจัย ทำให้เห็นสภาพปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและการเกิดยาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นในชุมชน หน่วยงานในท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัย สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาแก้ไขปัญหายาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาในท้องถิ่นของตน โดยเฉพาะสำหรับเภสัชกรที่มีหน้าที่ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้ทำการเก็บข้อมูล สามารถนำปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบจากงานวิจัย ไปดำเนินการแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้

ปัญหาจากพฤติกรรมการใช้ยาส่วนหนึ่งมาจากทัศนคติและความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอ และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาบางชนิดช่วยรักษาโรคได้อย่างไร ผู้ป่วยคิดว่าการรับประทานยามากเกินจะสะสมและเป็นอันตรายจึงปรับลดยา เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ เกษัชกรสามารถไปส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และปรับทัศนคติที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยในชุมชนของตนได้

8. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง สามารถนำข้อมูลปัญหาหาเหตือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาที่พบจากการวิจัย ไปจัดทำแผนงาน โครงการด้านสาธารณสุข และเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ ให้แก่ประชาชนในแหล่งอื่นๆ ต่อไป