

พฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
ตำบลบ่อทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี  
DRUG USE BEHAVIOR OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER  
AT BO KWANGTHONG SUB-DISTRICT, BO THONG  
DISTRICT, CHONBURI PROVINCE.

สินีนารถ วิทยาพิเชษฐสกุล, อุกฤษฏ์ สิทธิบุศย์

ภาควิชาเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Sineenart Witayapichetsakul, Aukrit Sitthiboot

Faculty of Pharmacy Technique, Sirindhorn College of Public Health, Chonburi

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบ่อทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยใช้หลักการคัดเลือก ตัวอย่างเชิงทฤษฎี จำนวน 42 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเสียง และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยนี้พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน และภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กัน บางรายเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันก่อนการตัดสินใจใช้วิธีอื่น เหตุผลหลักๆ เช่น อยากรู้ อยากเห็น อยากรอง เพื่อนแนะนำ ใช้ตามบทความ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร โฆษณาต่างๆ และการประชุม ประจำเดือนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หลังจากได้รับการรักษาจะมีอาการที่ดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้น ก็จะเปลี่ยนสถานที่หรือเปลี่ยนตัวยารหรือสมุนไพรที่ใช้รักษา แต่จะไม่เข้าใจในเรื่องผลข้างเคียง การแพ้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาส่วนใหญ่คือมีการใช้ยาโดยไม่ได้ตระหนักถึง อันตราย ขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากความเชื่อผิด ๆ

โดยสรุป หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นสามารถปรับใช้เพื่อพัฒนางานเยี่ยมบ้านในเชิงรุก เพื่อดูการใช้ยา ยาเหลือค้าง เพื่อช่วยเหลือ และลดความคาดเคลื่อนทางยา เช่น ได้รับยาซ้ำซ้อน การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และควรศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาในท้องถิ่นของตน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยา อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน บ่อทอง

## Abstract

The purpose of this research was to study drug use behavior of village health volunteer at Bo Kwangthong sub-district, Bo thong District, Chonburi province. The key informant was 42 subjects selected by theoretical sampling. In-depth interview, observation, voice recording and note taking were used to collect data. Content analysis was employed to analyze the data.

The results of this study showed that diabetes and hypertension were mostly found in subjects. Both conventional medicine and traditional medicine were taken. Some chose conventional medicine first before taking other ways due to curiosity, suggestions, information from articles, newspapers, journals, magazines, advertisements, and village health volunteer's monthly meeting. After the treatment if their symptoms did not improve, they changed and took other medicine or herb. They did not understand about side-effect, drug allergy and adverse drug reactions. Most of the village health volunteers did not realize how dangerous the drugs was due to lack of knowledge, lack of understanding about the fourth-coming threats caused by drug using and also had false beliefs.

The results of this study can be used to develop proactive home visit programs to check drug used and drug storage. This could help decrease medical error such as drug redundant using and drug interaction. Further study is needed in regards to herbal and conventional co-treatment. Public health personals can use the results to improve drug use behavior in their communities.

**Keywords :** Drug Use Behavior, Village Health Volunteer, Bo Kwangthong

## บทนำ

ปัจจุบันภาพรวมการใช้ยาของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมูลค่าการผลิตยา และนำเข้ายาในปี 2551 มีมูลค่า 74,000 ล้านบาท ปี 2552 มูลค่า 83,000 ล้านบาท และในปี 2553 สูงถึง 107,000 ล้านบาท<sup>1,2</sup> สาเหตุเกิดจากวิวัฒนาการด้านเทคโนโลยีในการผลิตยาใหม่ๆ ที่ก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การวิจัยและผลิตยารวดเร็ว มียาใหม่ออกสู่ท้องตลาดมากขึ้น, การเข้าถึงยาของประชาชนง่ายขึ้น จากโครงการรัฐสวัสดิการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้ทุกโรค<sup>3</sup>, พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง

โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็น เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคหวัดที่หายจากอาการป่วยเองได้ แต่กลับมีการใช้ยาแบบทิ้งเปล่า แบบป้องกันไว้ก่อน ทั้งที่ไม่มีอาการ<sup>4,5</sup> และปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง เมื่ออาการดีขึ้นก็หยุดใช้ยา ทำให้เกิดการสะสมยา และเกิดภาวะดื้อยา<sup>6</sup> จึงมีมาตรการแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยาฟุ่มเฟือย คือการควบคุมการใช้ยาโดยบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติได้คัดเลือกยาที่จำเป็นสำหรับใช้กับทุกโรค มีประสิทธิภาพในการรักษา และราคาเหมาะสม เป็นการจำกัดกรอบการ

ใช้ยา เพื่อไม่ให้ใช้ยาที่มีราคาแพงเกินไป และมีการณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น<sup>7, 8</sup>

ยามีไว้เพื่อป้องกัน บำบัด บรรเทา และรักษาโรค<sup>9</sup> และเป็นสิ่งจำเป็นมากในการดำรงชีวิต แต่บางครั้งก็ทำอันตรายถึงชีวิตได้ หากผู้บริโภครังมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การปรับขนาดยาเอง, การนำยาของคนอื่นมาใช้, การไม่ฟังคำอธิบายจากเภสัชกร, การเก็บยาไม่ถูกต้อง, การไม่ดูวันหมดอายุเวลาซื้อยา, การใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกวิธี, การลืมนับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การเข้ารับการรักษาโรคเดียวกันจากสถานพยาบาลหลายแห่ง ทำให้ได้รับยาซ้ำซ้อน ซึ่งสามารถเกิดอันตรกิริยาต่อกันได้ ทั้งเสริมฤทธิ์หรือทำให้ฤทธิ์ยาลดลง และ การมีความเชื่อว่าการใช้ยาดีกว่าการป้องกันการเกิดโรค<sup>10</sup>

ชุมชนตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ห่างจากอำเภอมืองชลบุรีประมาณ 50 กิโลเมตร อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม และรับจ้าง โดยปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับแรกคือ โรคไข้เลือดออก มีค่าเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (50 ต่อแสนประชากร) และโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยที่มาสถานพยาบาล คือ โรคระบบทางเดินหายใจ, โรคระบบกล้ามเนื้อ-โครงร่าง, โรคระบบย่อยอาหาร, โรคระบบไหลเวียนเลือด และโรคติดเชื้อและปรสิต ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี<sup>11</sup> ทำให้มีการใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา โดยเลือกศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะมีหน้าที่ดูแลและกระจายข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังชาวบ้านที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของแต่ละคน และเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการวิจัยต่อไปเพื่อสร้างงานบริการวิชาการที่พัฒนารูปแบบพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

## วิธีการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง

### ลักษณะประชากร

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน<sup>9</sup>

### การเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เต็มใจให้ข้อมูล อาศัยในพื้นที่มากกว่า 10 ปี สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ และอนุญาตให้บันทึกเสียง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Snow Ball Sample Technique<sup>12</sup> เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่กระจายและกว้างขวางมาตอบประเด็นปัญหาการวิจัย โดยผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เห็นว่ามี ความเชี่ยวชาญจริง ๆ มาก่อน 1 คน (ในงานวิจัยนี้ผู้เชี่ยวชาญคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปึกมิน ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลโดยมองผู้ป่วยที่มารับบริการ ไม่ใช่จากประสบการณ์ของตนเอง จึงไม่นับเป็นหนึ่งในกลุ่มตัวอย่าง แต่สัมภาษณ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย อภิปรายถึงข้อคำถาม และให้ท่านแนะนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อการสัมภาษณ์ต่อไป) แล้วขอร้องให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ระบุรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านต่อไป จากนั้นผู้วิจัยร้องขอให้ผู้เชี่ยวชาญท่านใหม่ระบุชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านต่อไป จนกระทั่งได้ข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวน 42 รายจากทั้งหมด 8 หมู่ จำนวนหมู่ละเท่า ๆ กัน

### การเลือกเครื่องมือและวิธีการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับสร้างคำถามที่ใช้ในการ สัมภาษณ์เชิงลึก และความรู้ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ

2. แบบบันทึกสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ให้ข้อมูล, แผนผังในการ สัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เชิงลึก ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น เครื่อง บันทึกลายเสียง สมุดจดบันทึก

**ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของ เครื่องมือ**

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือโดยการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เพื่อดูความเหมาะสมของคำถาม กับอาสาสมัคร ประจำหมู่บ้านตำบลบ้านสวนที่มีคุณสมบัติตาม การเลือกผู้ให้ข้อมูล นำคำสัมภาษณ์มาถอดเทป และประเมินความชัดเจนของคำถาม ระยะเวลาที่ใช้ ในการสัมภาษณ์ และความครอบคลุมถึงสิ่งที่ต้องการ โดยทีมผู้วิจัยต่างคนต่างบันทึกการสัมภาษณ์ และ นำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อดูว่าประเด็นใดที่ เหมือนกัน แตกต่างกัน หรือขาดหายไป เพื่อหา จุดที่แต่ละผู้วิจัยผิดพลาด โดยมีบุคคลที่สามในที่ นี้คือหัวหน้าภาควิชาเทคนิคเภสัชกรรม เป็นผู้ร่วม สังเกตการณ์ และสรุปประเด็นเพื่อเป็นผู้ช่วยในการ ตัดสิน แล้วนำผลที่ได้มาปรับข้อความหรือเค้าโครง การสัมภาษณ์ใหม่ให้ชัดเจนขึ้น จากนั้นจะทำการ สัมภาษณ์ใหม่และทดสอบข้อมูลที่บันทึกจากทีม ผู้วิจัยจนได้ประเด็นที่เหมือนกัน จึงนำไปสัมภาษณ์ กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบ่อแก้วทอง

#### วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)<sup>13</sup> ประกอบกับใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และ จดบันทึก โดยมีขั้นตอน คือ เสนอโครงร่างวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ

คณะกรรมการงานวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและ ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลต่อนายกองค์การบริหาร ส่วนตำบลบ่อแก้วทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปึกมิน และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเสม็ด และ ดำเนินการเก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว โดย พิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ได้อีก

#### การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเคารพสิทธิและคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ ข้อมูล ดังนี้

1. การให้ความยินยอม เนื่องจากประเด็น ที่ศึกษาเป็นเรื่องส่วนตัว อาจส่งผลกระทบต่อความ รู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การนำเสนอผลลัพธ์ และ การรักษาข้อมูลเป็นความลับ และเปิดโอกาสในการ ชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อคิดใคร่ครวญก่อนให้ความ ร่วมมือในการทำวิจัย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ผ่าน กระบวนการให้ความยินยอมให้ข้อมูลและได้ลงนาม ในหนังสือยินยอมเพื่อให้ถูกต้องตามหลักการวิชาการ และปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูล

2. การเคารพสิทธิส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการ นัดหมาย การกำหนดระยะเวลา การขอยุติการ สัมภาษณ์ การขออนุญาตจดบันทึก การบันทึกเทป ล้วนขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น

3. การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ผู้ให้ ข้อมูลจะรับทราบว่าข้อมูลจะถูกนำเสนอโดยใช้ นามสมมติและการนำเสนอเป็นภาพรวม ซึ่งไม่ สามารถระบุบุคคลหรือก่อให้เกิดความเสียหาย ต่อผู้ให้ข้อมูลได้แต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้บันทึก เสียจะระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะลบทำลาย เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

#### ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยันว่า ผลลัพธ์หรือข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง มีความตรงตาม

ความเป็นจริง และมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงตลอด ทั้งกระบวนการของการวิจัย ดังนั้น การใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความจริงและความชัดเจน (Credibility) โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านผู้ให้ข้อมูลเพื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ การบันทึกภาคสนามแบบข้อความต่อข้อความ โดยไม่มีการตัดแปลงข้อความหรือสรุปความเอง ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์ การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) คือ ผู้วิจัยจะบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จะบันทึกสรุปประเด็นสำคัญอย่างละเอียดในข้อมูลที่ไต่ถาม จากการสังเกต นอกจากนี้ใช้วิธีถามตอบคำถามเดิม แต่ต่างวาระ โดยผู้วิจัยใช้คำถามเดิมไปถามซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล ในการเก็บข้อมูลครั้งที่สอง ที่ระยะเวลาห่างกันประมาณ 3 สัปดาห์ และผู้วิจัยถอดเทป และเปรียบเทียบคำตอบกับการสัมภาษณ์ครั้งแรกว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ ในทุกกระบวนการของการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลและจัดเอกสารได้อย่างเป็นระบบ เพื่อตรวจสอบและยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง โดยถอดเทปบันทึกการให้สัมภาษณ์ออกมาเป็นตัวอักษรในทุก ๆ คำพูด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว

ลักษณะส่วนบุคคล	ชาย		หญิง		รวม	
	n	%	n	%	N	%
ผลรวม	16	100.00	26	100.00	42	100.00
อายุ (ปี)						
≤ 30	1	6.25	1	3.85	2	4.76
31-60	12	75.00	11	42.31	23	54.77
≥ 60	3	18.75	14	53.84	17	40.47

ค่าเฉลี่ย = 54.74 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.47

รวมทั้งข้อมูลจากการบันทึกส่วนตัวเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม อากัปกริยา และความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) โดยบรรยายเป็นเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ โดยไม่มีอคติหรือความรู้สึกส่วนตัว

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ให้ข้อมูลจำนวน 42 ราย เป็นเพศชายจำนวน 16 ราย และเป็นเพศหญิงจำนวน 26 ราย ดังรายละเอียดตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-60 ปี มีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 54.74 ปี ส่วนใหญ่อ้อยละ 92.86 สมรสแล้ว มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.27 และ 33.33 ตามลำดับ จำแนกเป็นหมู่ 8 หมู่ดังนี้ หมู่ที่ 1 จำนวน 5 ราย, หมู่ที่ 2 จำนวน 5 ราย, หมู่ที่ 3 จำนวน 5 ราย, หมู่ที่ 4 จำนวน 5 ราย, หมู่ที่ 5 จำนวน 5 ราย, หมู่ที่ 6 จำนวน 5 ราย, หมู่ที่ 7 จำนวน 7 ราย และหมู่ที่ 8 จำนวน 5 ราย



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ชาย		หญิง		รวม	
	n	%	n	%	N	%
สถานภาพสมรส						
โสด	1	6.25	1	3.85	2	4.76
แต่งงาน	14	87.50	25	96.15	39	92.86
หม้าย	1	6.25	0	0.00	1	2.38
โรคประจำตัว						
โรคเบาหวาน	10	30.30	21	43.75	31	38.27
โรคความดันโลหิตสูง	12	36.37	15	31.25	27	33.33
อื่นๆ	6	18.18	9	18.75	15	18.52
ไม่มีโรคประจำตัว	5	15.15	3	6.25	8	9.88

## 2. พฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบ่อขวางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 42 ราย ในส่วนของสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา มีดังต่อไปนี้

### 2.1 อาการและโรคประจำตัว

ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอาการปวดต่างๆ ดังคำพูดนี้

“ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว ตามข้อแล้วก็ตามหลัง บางครั้งก็มีปวดหัวบ้าง มีเป็นไทรอยด์อักเสบ แล้วก็มีความดัน เบาหวาน”

(อสม.301 เพศหญิง อายุ 60 ปี)

### 2.2 วิธีการรักษาอาการและโรคประจำตัว

#### 2.2.1 ภูมิปัญญาท้องถิ่น

พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน เช่น หมอพื้น หมอเป่า หมอน้ำมัน หมอจับเส้น หมอทรงเจ้า ดังคำพูดนี้

“หาหมอทรงเจ้า แบบเป็นไขสูง ผิมนเข้าก็ต้องไปแก้ ไปลงน้ำมันตรี ก็ไม่หายนะแค่ความเชื่อแต่คนก็ยังไปเยอะ อีกอย่างก็หมอน้ำมันตอนแขนหักนี้ติดดีเขียว แผนปัจจุบันเขาก็เหมือนใส่ฝือกแล้วก็เอาออกแต่หมอน้ำมันเค้านวดให้มันติดกัน ซึ่งก็มีหมอเป่าด้วยอยู่ด้วยกัน เคื่ก็บอกต่อๆ กันมา”

(อสม.313 เพศชาย อายุ 46 ปี)

#### 2.2.2 ยา

เลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบันโดยใช้ยาที่คนแนะนำต่อๆ กันมาว่ารับประทานแล้วหายจากโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุหนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร และการประชุม ดังคำพูดนี้

“กินยาจากลูก ลูกเค้ารับมาอีกต่อหนึ่งเป็นยาอะไรไม่รู้ ยาน้ำขวดเป็นพัน ประมาณขวดสี่เหลี่ยมแม่โขงใหญ่ ประมาณขายตรง สั่งเค้าก็จะมาส่งตามบ้าน ลูกเค้าดูทีวีมาแล้วก็มีเพื่อนลูกแนะนำให้กิน”

(อสม.103 เพศหญิง อายุ 57 ปี)

#### 2.2.3 สมุนไพร

เลือกใช้สมุนไพรรักษาทั้งแบบใช้

สมุนไพรอย่างเดี่ยว และใช้ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน โดยจากคนแนะนำต่อๆ กันมาว่ารับประทานแล้ว อาการของโรคนั้นๆ จะดีขึ้น จากโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ และการประชุม คำพูดนี้

“เวลามีอาการปวดไม่เคยไปหาหมอเลย เพราะจะปวดเรื่อยๆ จะตั้มยากินเอง ก็เอาใบชื่อยี่ตำ กับใบเตยตั้มรวมกัน กินน้ำมันแก้ปวดหลังดีแท้ ปู่ย่าตายายโน้นเค้ากินและแนะนำต่อๆ กันมา กินแล้วเหมือนคล้ายๆ กับมันจะพอก เหมือนมันพอกไต ปัสสาวะนี้จะออกมาขาวใสเลย ตั้มแล้วแช่ตู้เย็นไว้กินทีละครึ่งแก้ว กินมา 2 เดือนกว่าๆ ส่วนถ้าเป็นอย่างอื่นก็หามาสมุนไพรมาตั้มกินเอง หรือก็จะใช้ลูกประคบที่เพื่อนเอามาขายเค้าซื้อมาจากในเมืองโน้น ตอนนั้นก็ตั้งใจจะทำเองเหมือนกันจากที่ไปอบรม อสม. มาเค้าก็สอนให้ทำไม่ยากเลย จะรวมกันเป็นกลุ่มๆ ทำทีหนึ่งจะได้หลายๆ ลูก ลดต้นทุนด้วยตกลงหนึ่งไม่กี่บาทใช้ได้ตั้งหลายครั้ง”

(อสม.101 เพศหญิง อายุ 60 ปี)

#### 2.2.4 แผนปัจจุบัน

เลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นลำดับแรกก่อนการตัดสินใจไปที่อื่นต่อ และเลือกการใช้ยาแผนปัจจุบัน คำพูดนี้

“ป่าเป็นกระดูกทับเส้นก็ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลมา จะไปโรงพยาบาลก่อนเลย ส่วนหมอน้ำมัน หมอจับเส้นโรคอย่างว่ากัน ไปผ่ามาด้วยถึงหายนี่แหละ แต่ตอนนี้ก็เริ่มปวดหลังเหมือนเดิมแล้ว”

(อสม.102 เพศหญิง อายุ 59 ปี)

#### 2.3 สถานที่ในการรักษาอาการและโรคประจำตัว

จากข้อมูลพบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้รับการรักษาโรคเรื้อรัง และอาการเจ็บป่วยต่างๆ จากสถานบริการสุขภาพหลายแห่ง ส่วนใหญ่เลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบันจากสถานพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลเอกชน คลินิกและร้านยาแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น หมอพ่น หมอเป่า

หมอน้ำมัน หมอจับเส้น หมอทรงเจ้า คำพูดนี้

“เวลาป่วยก็จะไปตรวจที่โรงพยาบาลบ่อทองก่อน แล้วมาเอายาต่อที่อนามัยเค้ามีนัดเป็นระยะๆ ก็ไปตามนัด ถ้าเป็นโรน่อยๆ ก็จะไปอนามัยเลย ทั้งสองที่ก็รักษาฟรี จะไม่ค่อยซื้อยารักษา แต่จะไปคลินิกที่เป็นหมอมหากรรม แก้วบ้านเนินโมกกรรมที่ต้องการหายไว เพราะคลินิกจะฉีดยาให้แต่ออนามัยจะต้องกินยา มันช้า และถ้าหนักเลยก็จะตรงไปโรงพยาบาลชลบุรี”

(อสม.418 เพศหญิง อายุ 50 ปี)

#### 2.4 รูปแบบในการรักษาอาการและโรคประจำตัว

ส่วนใหญ่เลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันทั้งยา สมุนไพร อาหารเสริมทั้งจากร้านยา ร้านขายยาตรง วัสดุอุปกรณ์ที่ช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะ เช่น กำไลแร่ คำพูดนี้

“โอแล้วมีน้ำลายเหนียวๆ ไปหาหมอที่คลินิกในพนัส ก็เหมือนไม่ตรงโรคไปหาหมอเฉพาะทางหู คอ จมูกที่พนัส ไม่ดีก็ไปโรงพยาบาลก็เอาชิ้นเนื้อไปตรวจ ระหว่างรอผลมีเพื่อนแนะนำไปเอายาจากหมอโคราชมาหยอด มาตั้มกับน้ำผึ้ง ระหว่างรอผลตรวจฉีดยาพรหมเขาก็ดีขึ้น เปล่งปลั่งสดใส อ้วนขึ้นแต่ไม่หายนะ แต่ผลออกมาก็ฉายแสงตัวก็หด มีรอยขีดๆ ก็เลยกินยาหมอโบราณคู่ด้วย กินไป 3 ชุดแล้วชุดละ 7,000 บาท ก็มีขายตรงของซูเลี่ยน คนที่โรงพยาบาลแนะนำมา เอน้ำมันเลี้ยงผามาเคี้ยวใส่ตอนเป็นแผล แก้ปวดเมื่อย แต่สุดท้ายกลืนไรไม่ได้ก็เลิกกิน ก็ไปรักษาที่ศูนย์มะเร็ง”

(อสม.315 เพศหญิง อายุ 62 ปี)

#### 2.5 เหตุผลในการรักษาอาการและโรคประจำตัว

เหตุผลในการรักษาอาการและโรคประจำตัวนั้น มีเหตุผลต่างๆ กันไป เช่น อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง เพื่อนแนะนำ รับประทานหรือใช้ตามที่ได้อ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ และเพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

เร็ว และราคาไม่แพงเกินไป คำพูดนี้

“อันนี้พูดไปก็ไม่รู้ว่าคุณหมอมองคิดอย่างไรนะ แต่พูดความจริงคือก่อนเนี่ยปวด ปวดเกือบทุกวัน ปวดแล้วอาเจียนด้วย ได้แต่กินคาร์ฟอ ก้อต เลยทีนี้ มีคนแถวนี้เค้าใส่แล้วหายเลยแนะนำให้ซื้อสร้อยหรือ กำไลไทเทเนียม 2 เส้น 3,000 บาทมาใส่ แล้วก็ใส่ มาปีกว่าแล้วยังไม่เคยไปหาหม้ออีกเลย ไม่ปวดไม่ อาเจียน ความดันก็ลดลงไปด้วย แต่ก่อนนั้นหาหม้อ ที่สายล่างค่ายาเดือนละ 450 บาท แล้วยังมีทั้งอาการ ปวดและอาเจียน ก็เลยบอกต่อ ๆ กัน”

(อสม.210 เพศหญิง อายุ 57 ปี)

## 2.6 ความรู้สึก/อาการหลังการรักษา

ส่วนใหญ่จะมีอาการที่ดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้น ก็จะไปเปลี่ยนสถานที่หรือตัวยา สมุนไพรที่ใช้รักษา แต่จะไม่เข้าใจในเรื่องผลข้างเคียง การแพ้ยา อาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามหลักการใช้ยาที่ ถูกต้อง เพราะบางอาการเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับ ทุกคนที่รับประทานนั้นอยู่แล้ว แต่มีความเข้าใจไปว่า อาการนั้นคือการแพ้ยา คำพูดนี้

“กินยาแล้วง่วงนอน เลยไม่กินแพ้นขนาด หนัก กินแล้วหัวทึม มีมันไปหมด กินไม่ได้ ๆ ไปเอายา มาจากอนามัยนี้แหละ เลยไปเอายาจากที่คลินิกมา ได้ ยากินแล้วไม่แพ้ ไม่ง่วง ทำงานได้สบาย”

(อสม.629 เพศหญิง อายุ 46 ปี)

## 2.7 การเก็บรักษา

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ สามารถเก็บรักษาได้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีที่เก็บ รักษาได้ไม่เหมาะสม เช่น นำยาออกจากซองและ เก็บไว้ในซองเดียวกัน หรือในภาชนะอื่นที่ไม่เหมาะสม เช่น ขวดพืชมเส่น้ำที่เป็นภาชนะสำหรับยาใช้ภายนอก ที่ห้ามรับประทาน เก็บยาไว้ในนารถยนต์ หลังโทรทัศน์ หรือตู้เย็น คำพูดนี้

“จะแกะเม็ดยาออกจากแผง (สังเกตจากที่ อสม. นำยามาให้ดูว่าเก็บไว้ในกระปุกพืชมเส่น้ำ เปิดดม ยังมียากลิ่นพืชมเส่นอยู่ แล้วก็ไม่มีฉลากใด ๆ ใส่ยารวมกัน หลายอย่าง) แต่ก็ไม่ได้กินประจำ ซองมันหาย

เลยใส่กระปุกนี้เล็กดี สะดวกดีพกง่าย บางทีก็วางไว้ หน้ารถที่ขับนี้เพื่อฉุกเฉินช่วงที่ออกนอกบ้านจะได้ เอายามากินได้ ไปรับลูกเกิดเป็นอะไรก็เอายานี้ มาให้กินได้ทันที”

(อสม.732 เพศหญิง อายุ 36 ปี)

## 3. ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาของ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

จะเห็นได้ว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกัน ทั้งที่ถูกต้องตามหลักทางวิชาการ และที่ไม่ถูกต้อง ที่เป็นปัญหาอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ ใช้ยาเอง สาเหตุเกิดจากความไม่รู้ ความเชื่อที่ผิด ๆ การบอกเล่าต่อกันมา การแนะนำจากผู้ที่ใช้หรือ รับประทานแล้วอาการดีขึ้น ในที่นี้จะแยกเป็นปัญหา ที่เกิดจากตัวอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และบุคลากร ทางสาธารณสุข

### 3.1 ตัวอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามหลัก วิชาการ ทำให้เกิดปัญหา อันตรายต่อสุขภาพ และ ชีวิตของผู้ใช้ยาเอง ก็เกิดจากขาดความรู้การใช้ยา ที่ถูกต้อง ขาดความเข้าใจในสิ่งที่ถูกต้อง มีหลักการ ใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง มีความเชื่อในทางที่ผิด คำพูดนี้

“รับยาจากอนามัย ยาแก้ไอเสบกิน 1 เม็ด 3 เวลา ก่อนอาหารก็กินก่อนแปบหนึ่ง กินไม่หมดชะที่ หายแล้วก็ไม่กินต่อ หายแล้วก็ไม่ยอมใช้ยามาก และ เก็บยาที่เอาจากอนามัยไว้ให้เวลามีคนเจ็บ ก็ให้เค้ากิน ถ้าใครเป็นอะไรก็ให้กิน ถ้าลูกเป็นก็ลดขนาดลง ครั้งหนึ่ง”

(อสม.210 เพศหญิง อายุ 57 ปี)

### 3.2 บุคลากรทางสาธารณสุข

มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตาม หลักวิชาการ ทำให้เกิดปัญหา อันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ใช้ยาเอง อีกเหตุผลหนึ่งคือเกิดจาก บุคลากรทางสาธารณสุขที่ไม่ค่อยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพียงพอ ไม่มีเวลาให้คำปรึกษา และไม่เข้าถึง ประชาชน ไม่ได้เป็นผู้ที่ให้ข้อมูลเรื่องยา เรื่องสุขภาพ ด้วยตนเอง คำพูดนี้



“หมอโรงพยาบาลแค่จะอำปากก็ให้เรา ออกนอกห้องแหละ จะบอกว่ายานี้ลูกกินไม่ได้ก็ไม่กล้าเถียง หมอจะว่ากลับอีก ปกติเคยให้ไทรินนอล แต่กลับมาให้ซาร่า ลูกกินซาร่าแล้วไซ้ไม่ลงเลยเลย ต้องไปหาซื้อหาของนอกบ้านบ้าง ฝากคนไปซื้อ จากร้านยาที่บ่อทองบ้าง บางทีก็เลยซื้อเผื่อให้ลูกสาว คนเล็กด้วยก็กินน้อยกว่าคนพี่ กะ ๆ เอา ก็ถ้าคนโต 2 ขวบ 1 ซ้อนชา (ซ้อนกาแฟที่เราชงกาแฟนี้แหละ) คนเล็กแค่ 5 เดือนก็ให้กินครึ่งซ้อนชา และไม่เคยให้ ขาดยาเริ่ม ๆ มีอาการก็บ่นยาทันที กลัวชัก”

(อสม.732 เพศหญิง อายุ 36 ปี)

## อภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้ยาหรือเข้าถึงยาและบริการ สุขภาพ

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้รับการรักษาโรคเรื้อรัง และอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ จากสถานบริการสุขภาพหลายแห่ง ซึ่งทำให้ข้อมูลการรักษาไม่ครบถ้วนและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่พอใจในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ของเขา ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>7</sup> ที่มีบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการง่าย มีคุณภาพและกระจายอย่างทั่วถึง เหตุผลที่เลือกสถานบริการสุขภาพหลายแห่ง<sup>15</sup> เพราะความสะดวกใกล้บ้าน การใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจในการบริการ หรือผลการรักษา และ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าเรื่องความสะดวกสบายเป็นเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจรับบริการสุขภาพของผู้ป่วย ถ้ามีอุปสรรคในการไปรับบริการผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแพนเดอร์<sup>14</sup> ที่กล่าวไว้ในเรื่องการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ และเรื่อง

ของระบบงานทางสาธารณสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของเจตน์ ธรรมธัชอารี<sup>16</sup> และปรารธนา ชามพูนุท<sup>18</sup> ซึ่งอธิบายช่องทางการกระจายยานอกระบบของประเทศไทยที่ค่อนข้างเสรีและขาดการควบคุม และจากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนพฤติกรรมกรการเข้ารับบริการสุขภาพพบว่า มีปัจจัยอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ คือปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และปัจจัยเรื่องการประเมินความเจ็บป่วยส่วนบุคคล เป็นต้น<sup>17</sup>

## พฤติกรรมกรการใช้ยาตามอาการ

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมียาตามอาการอยู่ในครัวเรือน และยาเหล่านี้ยังถูกระบุโดยผู้ป่วยว่า “ไม่ได้ใช้แล้ว” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่มีวิธีจัดการยาเหลือใช้เหล่านี้ และพบยาปฏิชีวนะมีจำนวนเม็ดที่เหลือจากการใช้ แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมกรการบริหารยาอย่างไม่ครบถ้วนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับปรารธนา ชามพูนุท<sup>18</sup> ซึ่งประเด็นการมียาปฏิชีวนะเหลือค้างจากการบริหารยาไม่ครบของผู้ป่วยนี้เป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข และเพื่อให้สอดคล้องกับโครงการ Antibiotics Smart Use ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีงานวิจัยของวสาวิ กลิ่นขจรและคณะ<sup>5</sup> ที่แสดงให้เห็นว่าความรู้เรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะของประชาชนในปัจจุบันยังไม่ดีนัก โดยมีความรู้ในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้ว่าต้องรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง ให้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการแก้ไข โดยให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และขยายผลไปถึงผู้ให้บริการที่จะจ่ายยากลุ่มนี้อย่างถูกต้องเหมาะสมเช่นกัน เพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยา หรืออาการไม่พึงประสงค์ต่อผู้ที่ได้รับยา และใช้ยากลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งภาครัฐและต่อตัวผู้ป่วยเอง

นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ยังพบยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุปะปนอยู่กับยาทั่วไปที่ยังไม่เสื่อมสภาพ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหยิบยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุดังกล่าวไปใช้และเกิดอันตรายได้ ดังนั้นการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องความรู้ทั่วไปเรื่องยาน่าจะช่วยลดปัญหาการใช้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา บุตรจันทร์<sup>19</sup> ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการสังเกตการเสื่อมสภาพของยา ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการให้ความรู้ทั้งเรื่องการดูยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุ การจัดเก็บและการจัดการกับยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แล้ว เช่น อาจมีการจัดทีมไปรณรงค์ให้ความรู้ และเก็บยาตามอาคารตามบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีช่องทางในการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้แล้ว ลดการเกิดยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุค้างตามครัวเรือน และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสื่อมสภาพเหล่านี้ได้

**พฤติกรรมการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน**

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีการใช้สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือการรักษาโรคด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน โดยให้เหตุผลว่าใช้ไปเพื่อสร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ บำรุงทั่วไป และรักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เป็นหลัก ตามรายการยาที่กลุ่มเภสัชเวชและเภสัชพฤกษศาสตร์ศูนย์สมุนไพรทักษิณ<sup>20</sup> คือกลุ่มที่จัดเป็นสมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐาน และกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรที่ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังไม่มีการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ได้แก่ มะรุม เจียวกู่หลาน จากงานวิจัยวิมล ศรีสุข<sup>21</sup> และมะรุมเองยังมีข้อควรระวังในคนที่เป็นโรคเลือด G-6-PD และการเลือกใช้ตามสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เคเบิลทีวี รวมทั้งมีเพื่อนบ้านแนะนำ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริกุล อ่ำพลและคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่าสื่อที่มีผลต่อการรับรู้ข่าวสารเผยแพร่ความรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คือ สื่อโทรทัศน์ รองลงมาเป็นสิ่งพิมพ์ และวิทยุกระจายเสียง และสื่อเหล่านี้เองก็มีผลต่อความรู้ความเข้าใจในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเกวริย์ จินะวงศ์<sup>23</sup>

### พฤติกรรมการเก็บรักษา

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถเก็บรักษาได้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีที่เก็บรักษาได้ไม่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เข้าใจวิธีการเก็บรักษาให้ถูกต้องและเหมาะสม และส่งผลทำให้ยาที่ได้รับอาจเสื่อมสภาพและไม่ได้ช่วยรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพแม้ว่าผู้ป่วยจะบริหารยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วนก็ตาม สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ เจียมสุขชน<sup>24</sup> ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเก็บรักษาของประชาชนพบว่าผู้ป่วยเก็บยาใส่ถุงแขวนไว้ข้างฝาบ้าน หรือใต้ถุนบ้าน ซึ่งอาจเป็นบริเวณที่มีแดดส่องถึงได้ ถือว่าเป็นการเก็บรักษาอย่างไม่เหมาะสม การส่งเสริมความรู้เรื่องการเก็บรักษาจึงถือเป็นโอกาสในการพัฒนางานเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะได้ไปช่วยตรวจสอบและแก้ไขปัญหาการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสมในสถานที่จริง ภายใต้บริบทที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

### เอกสารอ้างอิง

1. พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา. การประชุมคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ; 2552.
2. บุษบงก์ วิเศษพลชัย. ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยในมานุษยวิทยาการแพทย์. วารสารสุขศาลา 2553; 14(14): 9.
3. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. รายงานการวิจัยเรื่องระบบสุขภาพของประเทศไทย. การสาธารณสุขไทย 2553. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
4. พิมพ์พร ทองเมือง. พฤติกรรมการใช้ยาต้าน

- จุลชีพของนักศึกษา: ผลการวิเคราะห์จาก  
บริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. วารสาร  
เภสัชศาสตร์ 2553; 3(9), 12.
5. วสาวิ กลิ่นขจรและคณะ. พฤติกรรมการใช้  
ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. 2553 (ออนไลน์).  
เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.71.125/vijai/  
tong1.20454.pdf](http://203.157.71.125/vijai/tong1.20454.pdf) (วันที่ค้นข้อมูล 1 ธันวาคม  
2554)
  6. สุรัชย์ อัญเชิญ. การใช้ยาอย่างปลอดภัย  
โอสถสาร 2000. จุลสารรวมสาระเรื่องยาเพื่อ  
ส่งเสริมบทบาทเภสัชกร 2543; 1(3): 1-12.
  7. สุพัตรา ศรีวิเศษขจร และสุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์.  
บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสร้งหลัก  
ประกันสุขภาพ. นนทบุรี: อุษากการพิมพ์; 2548.
  8. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. เจาะลึกระบบประกัน  
สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย; 2548.
  9. ฝ่ายความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ส่วนงานกลาง,  
สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
แห่งชาติ .พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. ราช  
กิจจานุเบกษา. สาระน่ารู้; 2553.
  10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ. นนทบุรี:  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2522.
  11. สำนักบริหารการทะเบียนราษฎร อำเภอบ่อทอง.  
ข้อมูลและสถิติประชากร. มีนาคม; 2554.
  12. Goodman, L.A. "Snowball sampling".  
Annals of Mathematical Statistics 1961;  
32(1): 148-170.
  13. John W.Creswell. Educational Research,  
Planning, Conducting, and Evaluating  
Quantitative and qualitative Research.  
New Jersey, Merrill Prentice Hall; 2002.
  14. Pender N.J, Health promotion in nursing  
practice (3<sup>rd</sup>ed.). Stanford: Appleton &  
Lange; 1996.
  15. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. การแสวงหาบริการ  
สุขภาพและการเยียวยาความเจ็บป่วย. ในโกมาตร  
จึงเสถียรทรัพย์. (บก.). วัฒนธรรมสุขภาพกับ  
การเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา  
การแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและ  
สุขภาพ; 2551.
  16. จเด็จ ธรรมธัชอารี. ระบบประกันสุขภาพใน  
ประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข; 2544.
  17. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. การบริหาร  
งานคุ้มครองผู้บริโภคทางสาธารณสุข หน่วยที่  
8-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;  
2549.
  18. ประรณนา ชามพูนท. ยาเหลือใช้และพฤติกรรม  
การใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่  
(วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
วิชาการจัดการเภสัชกรรม). บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
  19. กาญจนา บุตรจันทร์. ความรู้และพฤติกรรม  
การใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์  
ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;  
2542.
  20. เกสัชเวชและเภสัชพฤกษศาสตร์ศูนย์สมุนไพร  
ทักษิณ. สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ:  
จ.เจริญการพิมพ์ จำกัด; 2551.
  21. วิมล ศรีสุข. มะรุม พืชสมุนไพรหลากประโยชน์.  
จุลสารข้อมูลสมุนไพร 2552; 26(4): 4-6.
  22. ศิริกุล อำพลและคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง  
การประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนาศักยภาพ  
ผู้บริโภค ของกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค  
ปี 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ  
อาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
  23. เกวรีย์ จินะวงศ์. การออกแบบโฆษณา

สินค้าสุขภาพทางนิตยสารสำหรับผู้สูงอายุ.  
(วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

24. พรทิพย์ เจียมสุขน. การใช้ยาสามัญประจำบ้าน  
ของประชาชน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่.  
(การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตร์  
มหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่; 2543.

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University