



โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

เรื่อง

สถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในชุมชนหาดวอนนภาเทศบาลเมือง
แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

(Situation on Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) Using and
Influence Factors of NSAIDs Use on Wonnapha Beach Community
Saen Sook Municipality Mueang District Chonburi Province)

โดย

นสภ. ประณต เอี่ยมสุขมงคล รหัส 55210060

นสภ. วัชรพล สร้อยทอง รหัส 55210079

นสภ. สิริณัฐ สายน้อย รหัส 55210085

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2559

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

เรื่อง

สถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในชุมชนหาดวอนนภาเทศบาลเมือง
แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

(Situation on Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) Using and
Influence Factors of NSAIDs Use on Wonnapha Beach Community
Saen Sook Municipality Mueang District Chonburi Province)

โดย

นสภ. ประณต เขี่ยมสุขมงคล รหัส 55210060

นสภ. วัชรพล สร้อยทอง รหัส 55210079

นสภ. สิริรัฐ สายน้อย รหัส 55210085

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2559

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำนำ

ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) เป็นกลุ่มยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวด และลดการอักเสบอย่างแพร่หลาย หากมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในปริมาณที่มากและต่อเนื่องจะทำให้เพิ่มโอกาสให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อาการของโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ อีกทั้งกลุ่มยาดังกล่าว ประชาชนสามารถรับยาและเข้าถึงยาได้ง่ายจากโรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิกเอกชน ร้านยา ตลอดจนร้านค้าขายของชำ

ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลของการใช้ยาที่ได้รับมาจากหลายแหล่งว่า ประชาชนในชุมชนมีลักษณะการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างไร มีพฤติกรรมการใช้ยาและใช้ยาในปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาให้แก่ชุมชน และนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอื่นๆ ในชุมชนต่อไป

คณะผู้วิจัย

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ปีการศึกษา 2559

เรื่อง สถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

ผู้จัดทำโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

1. นสภ.ประณต เอี่ยมสุขมงคล รหัส 55210060
2. นสภ.วัชรพล สร้อยทอง รหัส 55210079
3. นสภ.สิริรัฐ สายน้อย รหัส 55210085

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

1. ภก.อ.พงศ์พันธุ์ สุริยงค์ (ที่ปรึกษาหลัก)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ในชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี โดยวิธีการสำรวจข้อมูลประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมและปริมาณการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มจำนวนทั้งหมด 100 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.0) มีอายุเฉลี่ย 40.38 ± 1.47 ปี มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44) มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs สะสมเฉลี่ย 0.058 เท่าของ Defined Daily Dose (DDD) และพบว่าปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา มีผลให้พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ลดลง ($R^2=0.329$; $p < 0.05$) และปัจจัยด้านสถานภาพสมรส โรคประจำตัว มีผลให้มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs เพิ่มขึ้น แต่พบว่าการรับยาจากร้านยาส่งผลให้มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ลดลง ($R^2=0.306$; $p < 0.05$)

ในการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ในชุมชน ประชาชนมีการใช้ยาที่ได้รับจากแหล่งอื่น ภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและปริมาณการใช้ยาในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีศึกษาการใช้ยาชุมชนเพิ่มเติม และการเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยาในชุมชนต่อไป

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

Senior Project Academic Year 2016:

Situation on Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) Using and Influence
 Factors of NSAIDs Use on Wonnapha Beach Community Saen Sook Municipality
 Mueang District Chonburi Province

By:

- | | | |
|-------------------|-----------------|-------------|
| 1. Mr.Pranot | leamsukmongkhon | ID 55210060 |
| 2. Mr.Watcharapol | Soaythong | ID 55210079 |
| 3. Mr.Siranat | Saynoi | ID 55210085 |

Advisor:

1. Mr.Pongpan Suriyong, R.Ph. (Major advisor)

ABSTRACT

The aim of this study was to survey the use of non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) and the factors influencing the use of NSAIDs at Wonnapha Beach Community, Saen Sook Municipality, Mueang District, Chonburi Province. This study surveyed the data from community population aged 18 and above. Furthermore, the design of this study was cross-sectional survey and sample groups were randomly selected by household members. Then, the result was analyzed to find association between factors influencing the use of NSAIDs, NSAIDs use behavior score, and NSAIDs exposure by Multiple Regression Analysis statistic.

A total of 100 samples, most of the samples were female (55%) and the sample mean age was 40.38 ± 1.47 years. Most samples had NSAIDs using behavior score in moderate level (44%) and cumulative drug exposures were 0.058 fold of Defined Daily Dose (DDD). Besides, the result showed that occupation, income, health insurance and education factors increased the NSAIDs use behavior score ($R^2=0.329, p < 0.05$). Meanwhile, marital status and comorbidity factors increased drug exposure but medication receiving from drugstore was reduce drug exposure ($R^2 = 0.306; p < 0.05$)

The survey of NSAIDs use situation in a community found that people receive medication from other source out of the hospital that effect on the medication using behavior and medication exposure. So, there will be more study about medication use and medication safety surveillance in the community.

Major Advisor.....

กิตติกรรมประกาศ

จุลนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก ภก.อ. พงศ์พันธุ์ สุริยงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาจุลนิพนธ์ ผู้ซึ่งกรุณาอบรม สั่งสอน ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้น การเขียนโครงร่างจุลนิพนธ์ ขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนการตรวจแก้ไขจุลนิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้เขียนขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ร.ศ. ดร.ฐิตินันท์ เอื้ออำนวย ภาญ.อ. ศิริวดี บุญมโหด ภก.อ.ภาสกร อ่อนนิ่ม ที่ได้ให้คำแนะนำ และแนวคิดในการศึกษาโครงงานวิจัยครั้งนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณเทศบาลแสนสุข จังหวัดชลบุรี ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตลอดจนประชาชนในชุมชนหาดวอนนภา ที่อนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ หากมีสิ่งขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขอภัยเป็นอย่างสูงในข้อบกพร่องและความผิดพลาดนั้น และผู้เขียนหวังว่าจุลนิพนธ์นี้คงจะมีประโยชน์ไม่มากนักน้อยสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้สนใจ

นสภ.วัชรพล สร้อยทอง

นสภ.ประณต เอี่ยมสุขมงคล

นสภ.สิรินัฐ สายน้อย

14 ธันวาคม 2559

สารบัญ

บทที่	หน้า
คำนำ	๗
บทคัดย่อภาษาไทย	๘
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๙
กิตติกรรมประกาศ	๑๑
สารบัญตาราง	๑๓
สารบัญรูปภาพ	๑๔
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิด	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	5
คำจำกัดความ	5
สถิติการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	6
อาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	7
พฤติกรรมการใช้ยา	8
คำจำกัดความ	8
ปริมาณการใช้ยา	9
คำจำกัดความ	9
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการใช้	11
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับปริมาณการใช้ยา	13
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	15
รูปแบบงานวิจัย	15
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	15
ประชากร	15

บทที่	หน้า
กลุ่มตัวอย่าง	15
เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล	17
แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน	17
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	19
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	19
วิธีวิเคราะห์ผล	20
สถิติเชิงพรรณนา	20
สถิติเชิงวิเคราะห์	20
บทที่ 4 ผลการวิจัย	21
ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปประชากร	22
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด	28
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปริมาณการใช้ยาแก้ปวด	33
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	35
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	42
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	50
สถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน	50
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน	52
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน	52
จุดเด่นงานวิจัย	54
ข้อจำกัดในงานวิจัย	55
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	55
เอกสารอ้างอิง	56
ภาคผนวก	59
ภาคผนวก ก	60

บทที่	หน้า
ภาคผนวก ข	66
ภาคผนวก ค	87

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงกลุ่มยาตามโครงสร้างและตัวอย่างยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	5
ตารางที่ 2	องค์การอนามัยโลกกำหนดค่าปริมาณยาโดยเฉลี่ยของยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์รูปแบบรับประทาน	10
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยบุคคล	22
ตารางที่ 4	พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามคำถามรายชื่อ	28
ตารางที่ 5	ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	33
ตารางที่ 6	ค่าปริมาณยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เหมาะสมต่อ 1 วัน	33
ตารางที่ 7	ระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสม	34
ตารางที่ 8	ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	35
ตารางที่ 9	ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (วิธี Stepwise) ของปัจจัยที่มี อิทธิพล กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	41
ตารางที่ 10	ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน กับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	42
ตารางที่ 11	ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (วิธี Stepwise) ของปัจจัยที่มี อิทธิพล กับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	49

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย	4
ภาพที่ 2	แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	16

บทที่ 1

บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้ใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) ทั้งโลกรวมกันมากกว่า 30 ล้านคน ซึ่งในปี ค.ศ. 2002 มีการสรุปการสั่งใช้ยา NSAIDs ในกลุ่ม COX-2 specific inhibitors มีมูลค่าสูงเกือบหมื่นล้านดอลลาร์ (1) ในปี ค.ศ. 2010 ประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่า 43 ล้านคน มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ aspirin อย่างน้อย 3 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่า 29 ล้านคน มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อื่นๆ เป็นประจำ เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2005 มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ไม่ใช่ aspirin เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 57 และมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อื่นๆ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 (2) ความเสี่ยงที่พบจากการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์แบบไม่มีใบสั่งยาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลข้างเคียง (Side effect) ต่อระบบทางเดินอาหารร้อยละ 12 ระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 12 และระบบไตร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งหมดในแต่ละด้าน (3) ในการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ที่เป็นแบบ Non-selective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs กับการเกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร (gastrointestinal bleeding) มีความสัมพันธ์กัน สำหรับการใช้ยา NSAIDs หลายชนิดร่วมกัน พบว่ามีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะ (GI side effect) มากกว่าการให้ยาเพียงชนิดเดียวโดยมีงานวิจัยหนึ่งที่ระบุว่า การใช้ยา NSAIDs ร่วมกันในลักษณะ Multiple NSAIDs จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด Peptic ulcer ถึง 9 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (4) จากการศึกษาพบว่า Non-selective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการระคายเคืองกระเพาะอาหารและการเสียชีวิต โดยข้อมูลในปี 1990 ระบุว่าในประเทศอเมริกาพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการระคายเคืองกระเพาะอาหารสัมพันธ์กับการใช้ยา Non-selective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs และข้อมูลจากโรงพยาบาลกว่า 32,000 แห่งทั่วโลก มีผู้เสียชีวิต 3,200 คน ต่อปี จากการระคายเคืองกระเพาะอาหารที่มีการใช้ยา Non-selective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory

drugs (5) ในการศึกษาการใช้ NSAIDs แบบ COX-2 inhibitors และแบบ traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs พบว่าทำให้เสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น (6)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยา NSAIDs แต่ละตัวกับภาวะโรคไตเรื้อรัง พบว่าการใช้ยา Oxicams อย่างต่อเนื่องในระยะยาว (มากกว่า 90 วัน) และการใช้ยา Ketorolac ในระยะสั้น (น้อยกว่า 90 วัน) เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7) แต่ NSAIDs ที่ใช้แล้วปลอดภัยกับไตมาก คือ ibuprofen ขนาด 200 mg (8) การใช้ยา NSAIDs ในขนาดปกติไม่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่าการใช้ยา NSAIDs ปริมาณสูงจะมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9) สำหรับประเทศไทย แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ได้สรุปรายงานในปี พ.ศ.2553 ว่ายาที่แนะนำในการบรรเทาปวดมากที่สุด คือ ยาในกลุ่ม NSAIDs (1)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 ถึง 2552 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 67.2 โดยการสำรวจพบเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 71 และ 63.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามความถี่ในการใช้ยาแก้ปวด พบว่าผู้ใช้ยา แก้ปวด สัปดาห์ละ 2-3 วัน มีร้อยละ 20.9 และผู้ที่ใช้ยาแก้ปวด เกือบทุกวัน มีร้อยละ 4.6 และผู้ที่ใช้ยาแก้ปวดทุกวัน มีร้อยละ 2.3 เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า การใช้ยาแก้ปวดจะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นและพบการใช้ยาแก้ปวดสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (10) โดยสาเหตุที่มีการใช้แก้ปวดเกิดมาจาก 1) มีการเปิดให้ใช้ยาได้ตามสะดวกไม่ต้องใช้ใบสั่งยา 2) มีประโยชน์จากการใช้ยา แก้ปวดในโรคหรือภาวะต่างๆ เพิ่มมากขึ้น และ 3) จำนวนประชากรสูงอายุ มีมากขึ้น (11)

สำหรับการสำรวจแหล่งที่มาของยา NSAIDs ในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 60 ได้รับยา จากสถานีนานามัยหรือโรงพยาบาล อีกร้อยละ 40 ได้จากร้านยา หรือร้านค้า (10) จากรายงานและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นยา NSAIDs เป็นยาที่มีการสั่งใช้เป็นจำนวนมากในประเทศไทย โดยพบว่า แหล่งที่มาของยา NSAIDs ร้อยละ 40 มาจากร้านค้า และร้านขายยา การศึกษาจาก

ต่างประเทศพบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs และความเสี่ยงในการได้รับยา NSAIDs ซ้ำซ้อน ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ในชุมชนค่อนข้างน้อย ทางคณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ในชุมชน จากข้อมูลเทศบาลแสนสุข พบว่าบริบทของสมาชิกชุมชนหาดวอนนภาที่มีหลากหลายกลุ่มอายุ อาศัยอยู่หลายครัวเรือนในชุมชน และส่วนมากมีการประกอบอาชีพเกี่ยวกับทะเล เช่น ค้าขายอาหารทะเล รับจ้างทั่วไป รวมไปถึงการประมงพื้นบ้าน ซึ่งทำให้มีการใช้แรงงานอยู่เป็นประจำ จึงเป็นสาเหตุของการใช้ยา NSAIDs เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยา NSAIDs มากน้อยเพียงใดในแต่ละบุคคล ปัจจัยบุคคลต่อการเสี่ยงใช้ยา NSAIDs แหล่งที่มาของยา NSAIDs ที่คนในชุมชนได้รับ และนำปัจจัยที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาสถานการณ์ของชุมชน งานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ชุมชน ส่งเสริมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างเหมาะสมในชุมชน รณรงค์เพิ่มความตระหนักในการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน นำผลการทดลองไปใช้พัฒนางานวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อสำรวจสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อสำรวจหาสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

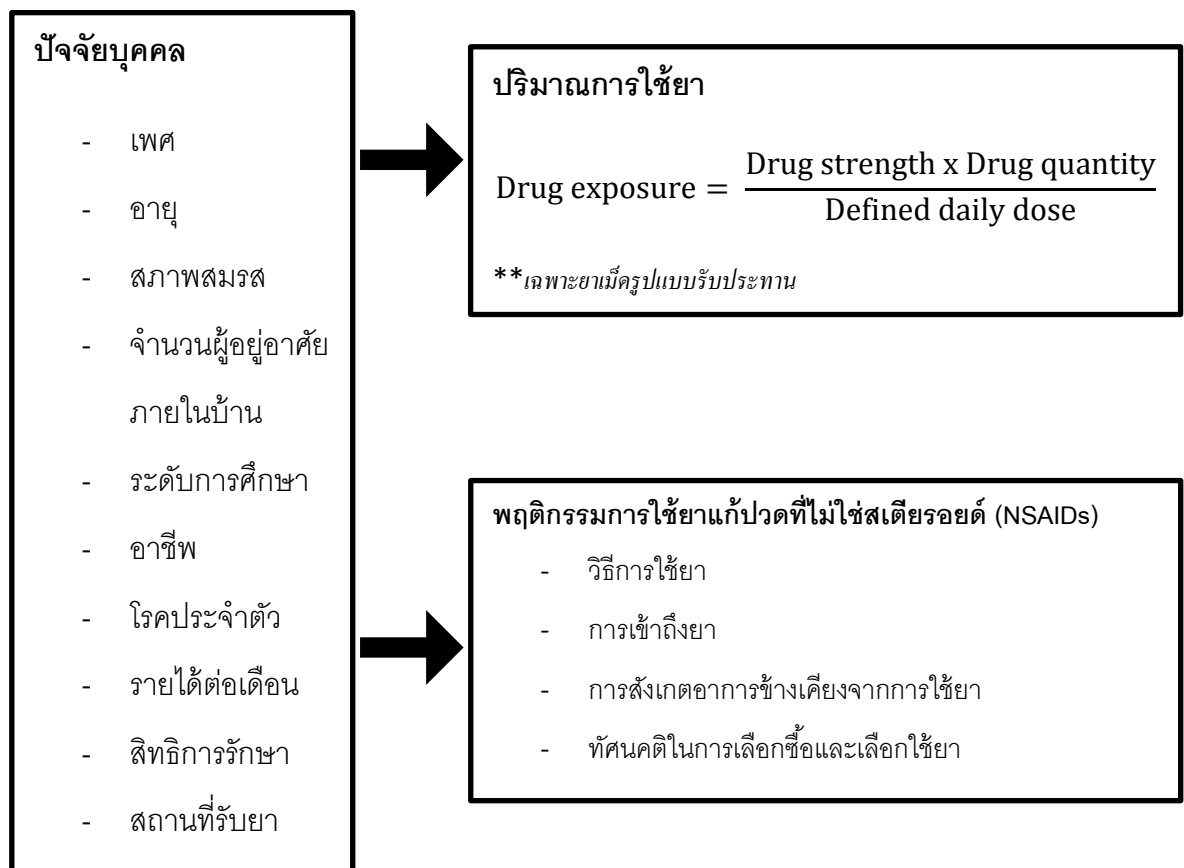
2.2.2 เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

2.2.3 เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 3.1 นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ชุมชน
- 3.2 เพื่อนำผลการทดลองไปใช้พัฒนางานวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ต่อไป
- 3.3 เพื่อนำผลการทดลองที่ได้ไปใช้พัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยในชุมชน

4. กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยนี้ มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ได้แก่

1. ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

1.1 คำจำกัดความ

ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ คือ ยาที่สามารถออกฤทธิ์ได้ทั้งลดอาการปวดและลดไข้ ทั้งที่เป็นแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง และถ้าใช้ในขนาดสูงจะสามารถออกฤทธิ์ลดอาการอักเสบได้แบ่งตามโครงสร้างทางเคมี (Chemical structure) ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มยาตามโครงสร้างและตัวอย่างยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (11)

	โครงสร้างยา	รายการ
กลุ่ม 1	Salicylic acids	Aspirin, Salicylate และ 5-Aminosalicylate
กลุ่ม 2	Indol and Indene acetic acids	Indomethacin และ Sulindac
กลุ่ม 3	Hetero acetic acids	Diclofenac และ Ketorolac
กลุ่ม 4	Arilpropionic acids	Ketoprofen, Ibuprofen, Naproxen และ Loxoprofen

กลุ่ม 5	Fenamates	Mefenamic acid และ Floctafenine
กลุ่ม 6	Oxicams	Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam และ Lomoxicam
กลุ่ม 7	Cox II inhibitor	Celecoxib, Rofecoxib, Valdecoxib, Parecoxib, Etoricoxib, Lumiracoxib และ Nimesulide

1.2 สถิติการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ปัจจุบันมีผู้ใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) ทั้งโลกรวมกันมากกว่า 30 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2002 พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการสั่งใช้ยา NSAIDs ในกลุ่ม Cyclooxygenase-2 (COX-2) specific inhibitors กันมาก ซึ่งในปี ค.ศ. 2002 มีการสรุปการใช้ยา NSAIDs ในกลุ่ม COX-2 specific inhibitors มีมูลค่าสูงเกือบหมื่นล้านดอลลาร์ (1) ในปี ค.ศ. 2010 ประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่า 43 ล้านคน มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ aspirin อย่างน้อย 3 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน และประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่า 29 ล้านคน มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อื่นๆ เป็นประจำ เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2005 มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ไม่ใช่ aspirin เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 57 และมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อื่นๆ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 (2) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 ถึง 2552 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 67.2 โดยการสำรวจพบเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 71 และ 63.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามความถี่ในการใช้ยาแก้ปวด พบว่าผู้ใช้ยาแก้ปวด สัปดาห์ละ 2-3 วัน มีร้อยละ 20.9 และผู้ที่ใช้ยาแก้ปวด เกือบทุกวัน มีร้อยละ 4.6 และผู้ที่ใช้ยาแก้ปวดทุกวัน มีร้อยละ 2.3 เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า การใช้ยาแก้ปวดจะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นและพบการใช้ยาแก้ปวดสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (10) โดยสาเหตุที่มีการใช้แก้ปวดเกิด

มาจาก 1) มีการเปิดให้ใช้ยาได้ตามสะดวกไม่ต้องใช้ใบสั่งยา 2) มีประโยชน์จากการใช้ยา แก้วปวดในโรคหรือภาวะต่างๆ เพิ่มมากขึ้น และ 3) จำนวนประชากรสูงอายุมีมากขึ้น (12) ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 10 รายการ ได้แก่ Aspirin >325 mg/day, Diclofenac, Ibuprofen, Ketoprofen, Mefenamic acid, Meloxicam, Nabumetone, Naproxen, Piroxicam และ Sulindac พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานี้ในผู้สูงอายุจำนวน 3,309 รายงาน และจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับรายการยานี้ 2,680 รายงาน คิดเป็นร้อยละ 81.0 (13)

2. อาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ด้วยกลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้คือการยับยั้งเอนไซม์ PGH synthase-1 (cyclooxygenase enzyme 1: COX-1) และ PGH synthase-2 (cyclooxygenase enzyme 2: COX-2) ไม่ให้เปลี่ยนแปลง Arachidonic acid เป็น prostaglandins, thromboxane A₂ โดย NSAIDs ที่ยับยั้งทั้ง COX-1 และ COX-2 จัดเป็น non-selective NSAIDs และการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซึ่งมีผลต่อการยับยั้งการสร้าง prostaglandins ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร และผลต่อการทำงานของไต (14)

เนื่องจากโรคข้อเสื่อมพบได้บ่อยมากที่สุดในผู้สูงอายุ การได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จึงพบได้มาก และผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อโรคแผลในกระเพาะอาหารรุนแรงมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่าและมักทำให้มี sodium retention และความดันเลือดสูงตามมาได้บ่อย แม้ปัจจุบันมีการพัฒนายาในกลุ่ม COX-2 inhibitors ก็ยังพบว่าอาจทำให้เกิดแผลรุนแรงในกระเพาะอาหารได้ อีกทั้งยังมีผลต่อไต โดยส่งผลให้ลด glomerular filtration rate (13)

จากการศึกษาความเสี่ยงที่พบจากการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์แบบไม่มีใบสั่งยาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลข้างเคียง (Side effect) ต่อระบบทางเดินอาหารร้อยละ 12 ระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 12 และระบบไตร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งหมดในแต่ละด้าน (3) ในการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ที่เป็นแบบ Non-selective

non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs กับ การเกิด การระคายเคือง กระเพาะอาหาร (gastrointestinal bleeding) มีความสัมพันธ์กัน สำหรับการ ใช้ยา NSAIDs หลายชนิดร่วมกัน พบว่ามีความเสี่ยงที่ทำให้เกิด การระคายเคือง กระเพาะ (GI side effect) มากกว่าการให้ยาเพียง ชนิดเดียว โดยมีงานวิจัยหนึ่งที่ระบุว่า การใช้ยา NSAIDs ร่วมกัน ในลักษณะ Multiple NSAIDs จะ เพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด Peptic ulcer ถึง 9 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (4) จากการศึกษา พบว่า Non-selective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs มีความสัมพันธ์กับ การเกิดอาการ ระคายเคือง กระเพาะอาหาร และการเสียชีวิต โดยข้อมูลในปี 1990 ระบุว่าใน ประเทศอเมริกาพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการระคายเคือง กระเพาะอาหารสัมพันธ์กับการใช้ยา NNASAIDs และข้อมูลจากโรงพยาบาลกว่า 32,000 แห่งทั่วโลก มีผู้เสียชีวิต 3,200 คน ต่อปี จาก การระคายเคือง กระเพาะอาหารที่มีการใช้ยา Non-selective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs (5) ในการศึกษาการใช้ NSAIDs แบบ COX-2 inhibitors และแบบ traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs พบว่าทำให้เสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มากขึ้น (6) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ ใช้ยา NSAIDs แต่ละตัวกับภาวะโรคไต เรื้อรังพบว่า การใช้ยา Oxycams อย่างต่อเนื่องในระยะยาว (มากกว่า 90 วัน) และการใช้ยา Ketorolac ในระยะสั้น (น้อยกว่า 90 วัน) เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (7) แต่ NSAIDs ที่ใช้แล้วปลอดภัยกับไตมาก คือ ibuprofen ขนาด 200 mg (8) การใช้ ยา NSAIDs ในขนาดปกติไม่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ พบว่าการใช้ยา NSAIDs ปริมาณสูงจะมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคไตอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (9) สำหรับประเทศไทย แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ได้สรุปรายงานในปี พ.ศ.2553 ว่ายาที่แนะนำในการบรรเทาปวดมากที่สุด คือ ยาในกลุ่ม NSAIDs (1)

3. พฤติกรรมการใช้ยา

3.1 คำจำกัดความ

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา และความปลอดภัยในการใช้ยา โดยพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องมีหลายลักษณะดังนี้

3.1.1 การใช้ยาโดยไม่อ่านฉลากยาและเอกสารกำกับยาให้ถี่ถ้วน หรืออ่านแต่ไม่ปฏิบัติตาม ทำให้ใช้ยาไม่ถูกขนาดน้อยเกินไป มากเกินไป หรือใช้ยาไม่ถูกเวลา

3.1.2 การใช้ยาโดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ อาการบางอย่างไม่ได้แสดงถึงความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรืออาจเป็นอาการที่ไม่รุนแรงจนจำเป็นต้องใช้ยา

3.1.3 การใช้ยาไม่ถูกกับโรคที่เป็นอยู่

3.1.4 การใช้ยาที่ไม่มีผลยืนยันทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน

3.1.5 การใช้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน ยาบางชนิดมีปฏิกิริยาต่อกัน การใช้ยาร่วมกัน อาจมีผลเสริมฤทธิ์กันทำให้ฤทธิ์แรงขึ้น หรือต้านฤทธิ์กันทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง (15)

4. ปริมาณการใช้ยา

4.1 คำจำกัดความ

Defined Daily Dose (DDD) คือ ปริมาณยาโดยเฉลี่ยสำหรับการรักษาต่อวัน (ในขนาด maintenance dose) สำหรับการใช้อย่างข้อบ่งใช้หลักของยานั้น ในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งอาจไม่สะท้อนปริมาณยาที่ส่งจ่ายจริงสำหรับการรักษาแต่ละราย ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (ATC/DDD Index 2016)

Drug exposure คือ ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อด้วยปริมาณยาโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในหนึ่งวัน ซึ่งทำให้ทราบถึงความเหมาะสมของปริมาณยาที่ใช้

สูตรคำนวณหาปริมาณการใช้ยา

$$\text{Drug exposure} = \frac{\text{Drug strength} \times \text{Drug quantity}}{\text{Defined daily dose}}$$

Defined Daily Dose (DDD) คือ ปริมาณยาโดยเฉลี่ยสำหรับการรักษาต่อวันที่องค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้นมาเพื่อเป็นตัวชี้วัดการใช้ยาตัวหนึ่ง โดยต้องเป็นการใช้ตามข้อบ่งใช้หลักของยานั้นในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ สำหรับการแปลผลจะนำข้อมูลของผู้ป่วยมาคำนวณปริมาณยาที่ผู้ป่วย

ได้รับเฉลี่ยต่อวันเพื่อหาค่า Drug exposure ของผู้ป่วยและนำไปเปรียบเทียบค่า Drug exposure ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้และนำไปหาความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล (16)

ตารางที่ 2 องค์การอนามัยโลกกำหนดค่าปริมาณยาโดยเฉลี่ยของยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์รูปแบบรับประทาน (16)

ชื่อยาสามัญ	ค่า DDD
Acetylsalicylic acid	3 g
Azapropazone	0.75 g
Celecoxib	0.4 g
Diclofinac	0.1 g
Diclofinac sodium	0.1 g
Etodolac	0.4 g
Etoricoxib	0.06 g
Floctafenine	1 g
Flurbiprofen	0.2 g
Ibuprofen	1.2 g
Indomethacin	0.1 g
ketorolac	0.030 g
ketroprofen	0.15 g
Mefenamic acid	1 g

ชื่อยาสามัญ	ค่า DDD
Meloxicam	0.015 g
Nabumetone	1 g
Naproxen	0.5 g
Nimesulide	0,2 g
Oxyphenbutazone	0.3 g
Oxaprozin	0.9 g
Pheylbutazone	0.3 g
Piroxicam	0.02 g
Rofecoxib	0.025 g
Sulindac	0.4 g
Tenoxicam	0.02 g

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยา

Edward M. Adlaf, et. al. (ค.ศ.1985) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนา ความเคร่งในศาสนา ความถี่ในการเข้าสถานที่ทางศาสนา กับการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นจำนวน 2,066 คน ผลการวิจัยบอกว่าศาสนาไม่มีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการใช้ยา (17)

วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ (พ.ศ.2554) ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม จำนวน 118 คน พบการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงถึง 92 รายการ เมื่อวิเคราะห์ย่อยลงไปพบว่า กลุ่มยาความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดอาการไม่พึง

ประสงค์ ในผู้สูงอายุมีอยู่ 13 กลุ่มยา โดยกลุ่มที่พบบ่อยคือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) รองลงมาคือ non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (18)

วรรณุช แสงเจริญ และคณะ (พ.ศ.2555) ได้ทำการประเมินความรู้ ทักษะ และความรู้ความเหมาะสมของพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนไทย โดยทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในเขต อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,982 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 60 ปี วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป หรือมีอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท จะมีความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ดี และในกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความเชื่อว่าการกินยาแก้ปวดหลายชนิดจะทำให้หายปวดเร็วขึ้น ผลสรุปของงานวิจัยบอกว่าประชาชนไทยที่อยู่ในเขตเมืองทางภาคใต้ของประเทศไทย ยังมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (19)

สมประสงค์ แดงพลอย (พ.ศ.2553) ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการซื้อยาจากร้านขายยาของผู้บริโภคในอำเภอพระประแดง จ.สมุทรปราการ เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านลักษณะบุคคลและปัจจัยส่วนประสมการตลาดของร้านขายยาที่มีต่อพฤติกรรมการซื้อยาจากร้านขายยา โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริโภคที่ซื้อยาจากร้านขายยา จำนวน 400 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการซื้อยาจากร้านขายยาของผู้บริโภคในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ (20)

จิรัช มงคลชัยภักดี และคณะ (พ.ศ.2555) ทำการศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี จำนวน 384 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย โรคหรือสาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะ และการที่เคยได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ(21)

อนิษฐา ม่วงไหมทอง (พ.ศ.2553) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยแรงงานอายุ 13 -

59 ปี จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือ การซื้อยาแก้ปวดมาทานเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย รองลงมาคือ การอ่านคำแนะนำบนฉลากยาก่อนใช้ยา และข้อพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดคือการเพิ่มจำนวนมียาเองเมื่อปวดมากขึ้น (22)

5.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับปริมาณการใช้ยา

Joseph D, et. al. (ค.ศ.2011) ได้ทำการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ได้แก่ aspirin, ibuprofen หรือ naproxen แบบมีใบสั่งยา (prescription) และแบบไม่มีใบสั่งยา (OTC) มีรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) ทำในกลุ่มคน 4 สัญชาติ ได้แก่ เชื้อสายยุโรป, เอเชีย, แอฟริกา-อเมริกันและสเปน มีจำนวนคนทั้งหมด 6,814 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62 ปี โดยใช้ฐานข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ (computerized pharmacy databases) และในการวิเคราะห์จะกำหนดโดย Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) โดยเป็นการเปรียบเทียบข้อมูล อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ดัชนีมวลกาย, การสูบบุหรี่, โรคเบาหวาน, การใช้ยา, การศึกษา, รายได้, การประกันสุขภาพ, การออกกำลังกาย ผลพบว่าจากฐานข้อมูลมีผู้ป่วยที่มีการใช้ยา aspirin อยู่ 25 %, ibuprofen อยู่ 9 %, naproxen อยู่ 2 % ซึ่งในการใช้ยาแบบไม่มีใบสั่งยาในกลุ่มคนที่ไม่ใช่ยุโรปจะต่ำอย่างมีนัยสำคัญและพบว่าในผู้สูงอายุจะมีความชุกในการใช้ยา NSAID แบบไม่มีใบสั่งยา สำหรับยาแอสไพรินจะเห็นในเพศชาย (23)

Paul N , et. al. (ค.ศ.2015) ได้ทำการศึกษาการใช้ยา NSAID, aspirin กับ paracetamol ในระยะสั้น (short-term) ตามใบสั่งยาและคำนวณ Defined Daily Dose ตามที่ WHO กำหนด พร้อมประเมิน glomerular filtration rate (eGFR) ของผู้เข้าร่วมในแต่ละราย มีรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า ศึกษาที่ North Staffordshire ประเทศอังกฤษ(UK) โดยทำในผู้ป่วยอายุ 40 ปี และมีการวัดค่า eGFR ≥ 2 ครั้ง โดยมีระยะเวลาวัดห่างกัน ≥ 90 วัน และเลือกประชากรศึกษาในช่วง 1 มกราคม 2009 ถึง 31 ธันวาคม 2010 มีการประเมินความเสี่ยงโดยใช้สถิติ Logistic regression analyses ในการศึกษาผู้ป่วย 4145 คน (อายุเฉลี่ย 66 ปี, มีผู้หญิง 55%) มีการใช้ยา NSAIDs 17.2% , aspirin 39%, paracetamol 22% และมีไตอยู่ stage 3–5 CKD ประมาณ 16.1% (n=667) ผลการทดลองพบว่าใบสั่งยาที่มีการใช้ยาขนาดปกติหรือขนาดสูงของ NSAID และ paracetamol มีผลลดของค่า eGFR อย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่สำหรับการใช้ยา aspirin ในขนาดสูงมีผลพบว่าการลดของค่า eGFR ในผู้ป่วยที่มีค่า baseline ในตอนแรกเท่ากับ

$eGFR \geq 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$; OR=0.52 (95% CI 0.35 to 0.77) ในการสรุปผลการวิจัยในใบสั่งยา NSAID, aspirin และ paracetamol มากกว่า 2 ปี มีผลลดค่า eGFR อย่างไม่มีนัยสำคัญแต่ยังคงต้องระวังการให้ aspirin ในขนาดที่สูงเพราะอาจมีผลต่อการทำงานต่อไต และการใช้ยาแบบ long term ยังต้องมีการพิจารณาประเมินต่อไป (24)

Patricia McGettigan , et. al. ได้ทำการศึกษาแบบสังเกต (observational studies) และมีการทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) เกี่ยวกับการใช้ยา NSAID กับความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Heart attack) โรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) ในกลุ่มที่มีรายได้สูง กลาง ต่ำ ที่อยู่ใน 15 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย บังกลาเทศ ฟิลิปปินส์ ปากีสถาน สิงคโปร์ จีน ไต้หวัน จีน (ฮ่องกง) ไทย อินโดนีเซีย เวียดนาม อังกฤษ มาเลเซีย นิวซีแลนด์ แคนาดา โดยมีการดึงข้อมูลรายการของการใช้ยา NSAID จาก Essential Medicines Lists (EMLs) ที่ได้รับจากองค์การอนามัยโรค (WHO) ซึ่งพบว่า ในประเทศไทย มีการใช้ยา piroxicam มากที่สุดรองลงมาคือ diclofenac ibuprofen mefenamic acid celecoxib etoricoxib indometacin naproxen meloxicam ตามลำดับ และพบว่าสัดส่วนการใช้ยาในกลุ่มผู้มีรายได้สูงกับต่ำไม่แตกต่างกัน จากการทำ meta-analy พบว่า rofecoxib etoricoxib และ diclofenac ทำให้เกิดความเสี่ยงโรคหัวใจ (cardiovascular risks) ระดับสูง ส่วน Indometacin และ meloxicam ทำให้เกิดความเสี่ยงโรคหัวใจ (cardiovascular risks) ระดับปานกลาง และมากกว่า naproxen อย่างมีนัยสำคัญ Etodolac พบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ (cardiovascular risks) แต่ไม่มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญกับ naproxen สำหรับ Celecoxib และ ibuprofen มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ (cardiovascular risks) เมื่อมีการใช้ยาในขนาดสูง และยังพบว่า naproxen มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ (cardiovascular risks) อยู่ในระดับต่ำสุด(25)

Reich O., et. al. (ค.ศ.2014) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินความชุกของการรักษาในโรงพยาบาล ในอาสาสมัครที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ 49,668 คน ประเมินการใช้ยาโดยใช้ Beers' 2012 และ PRISCUS criteria พบว่า จากการศึกษพบว่าปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับปริมาณการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสมได้แก่ อายุ ประวัติโรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลใน 1 ปี ประวัติการเข้ารักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปี พบว่ายิ่งอายุมากขึ้น และมีโรคประจำตัวมากขึ้นจะความสัมพันธ์กับปริมาณการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสมลดลง(26)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตามจำนวนประชากรในบ้าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตั้งแต่ เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ต่อจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาอธิบายด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยบุคคลกับปริมาณในการใช้ที่มีอิทธิพลต่อยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตลอดจนถึงปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน ที่เพิ่มโอกาสเกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ประชากรคือ บุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนหาดวอนนภาที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนหาดวอนนภา ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำนวน 100 คน

2.2.1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรของ (infinite population) (15)

$$n = \frac{Z^2 P(1 - P)}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

z = ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนด (ระดับความเชื่อมั่น 95 %, z = 1.96)

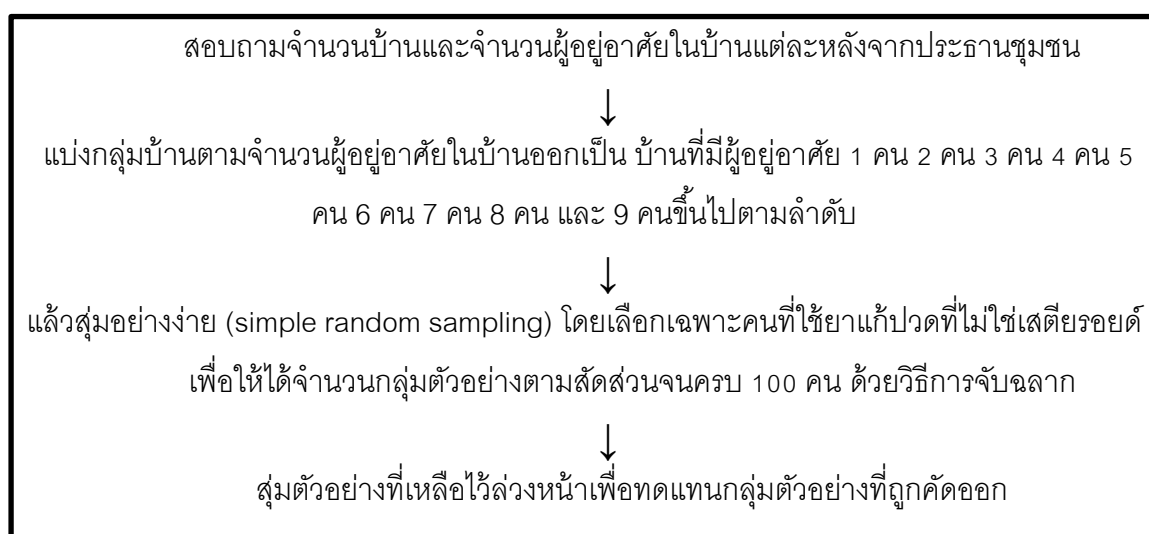
p = ค่าเปอร์เซ็นต์ที่ต้องการจะสุ่ม (p = 0.033) (22)

d = ค่าเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม (d=0.05)

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n = 50; โดยในการศึกษานี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน)

2.2.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากมีการศึกษาว่าผู้สูงอายุแก้ปวดมีแหล่งที่ได้รับยาจากญาติ (10) และจากทฤษฎีการกระทำตามหลักเหตุและผล (Theory of Reasoned Action) บุคคลที่มีเจตนาจะกระทำพฤติกรรมมาจาก 2 ปัจจัย โดยหนึ่งในปัจจัยนั้นคือ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (Subjective norms) ซึ่งถูกกำหนดโดยความเชื่อว่าคุณค่าหรือกลุ่มที่สำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำหรือ ไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่ามีมากน้อยเพียงใด (17) ดังนั้นจึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

2.2.3 เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นประชากรไทย
- 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนหาดวอนนภา
- 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่เป็นผู้พิการทางสายตาหรือการได้ยิน หรือไม่เป็นบุคคลวิกลจริต
- 5) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดยาเม็ดรับประทานอย่างน้อย 1 ชนิด

2.2.4 เกณฑ์คัดออก

- 1) ประชากรที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล
- 2) ประชากรที่ไม่สามารถระบุยาที่ใช้ได้ว่าเป็นยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
- 3) ประชากรที่ไม่อาศัยอยู่ในช่วงที่เก็บข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

3.1 แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน

3.1.1 ข้อคำถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง มีคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ถือว่าเป็นปัจจัยหรือตัวแปรต้นที่จะใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยบุคคลกับปริมาณการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

3.1.2 ข้อคำถามส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยเป็นการตั้งคำถามเพื่อศึกษาการใช้ยาของผู้ป่วยโดยศึกษาในเรื่อง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ผลข้างเคียงของยา หลักการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ประจำ	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ทุกครั้งในการใช้ยา
บ่อยครั้ง	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งในการใช้ยา
บางครั้ง	หมายถึง	แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งในการใช้ยา
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ในการใช้ยา

เกณฑ์สำหรับพฤติกรรมเชิงลบ

ประจำ	= 1
บ่อยครั้ง	= 2
บางครั้ง	= 3
ไม่เคย	= 4

เกณฑ์สำหรับพฤติกรรมเชิงบวก

ประจำ	= 4
บ่อยครั้ง	= 3
บางครั้ง	= 2
ไม่เคย	= 1

จากนั้นจะทำการรวมคะแนนทั้งหมดเป็นคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของผู้ตอบแบบสอบถามคะแนนมีตั้งแต่ 18-72 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนนรวมจะใช้วิธีรวมคะแนน และคิดเป็นร้อยละซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับคะแนนพฤติกรรมต่างๆ กันได้ดังนี้

น้อย	= ได้คะแนน 44-52 คะแนน
ปานกลาง	= ได้คะแนน 53-60 คะแนน
มาก	= ได้คะแนน 61-69 คะแนน

3.1.3 ข้อคำถามส่วนที่ 3 Defined Daily Dose (DDD)

ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นการให้ผู้ทำแบบสอบถามเติมข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงลงในตารางอย่างอย่างครบถ้วน โดยในตารางมีหัวข้อดังนี้ ได้แก่

- 1) ชื่อยาที่สามารถเติมได้ทั้งชื่อสามัญทางยาและชื่อทางการค้า
- 2) ขนาดความแรงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานมีหน่วยเป็นมิลลิกรัม
- 3) วันที่ผู้ป่วยเริ่มใช้ยาและวันที่ผู้ป่วยหยุดใช้ยา
- 4) จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อวัน
- 5) จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ใน 6 เดือน

จากนั้นจะทำการรวมปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ใน 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน นำมาคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ แล้วแบ่งเป็นช่วงของปริมาณการใช้ยาดังนี้

น้อย = เปอร์เซ็นต์ไทล์น้อยกว่า 50

ปานกลาง = เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 50 - 79.99

มาก = เปอร์เซ็นต์ไทล์มากกว่า 80

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้วยแบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Consistency) พบว่าคำถามทุกข้อมีค่า IOC > 0.5 แปลว่า สามารถนำไปใช้ได้ และผลรวมทุกข้อมีค่า IOC = 1.0 แปลว่า แบบสอบถามนี้ใช้ได้

3.2.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จะทำการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนจากชุมชนโคตดี ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ซึ่งมีลักษณะกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับชุมชนหาดวอนนภา และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) คำนวณค่าได้ 0.76 แปลว่า แบบสอบถามนี้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ติดต่อกับผู้นำชุมชนหาดวอนนภาเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าทำวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและวิธีการดำเนินงานวิจัย

4.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

4.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มไว้ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือ ในการทำแบบสอบถาม

4.4 ผู้วิจัยอธิบาย วิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ประเมินความพร้อมในการให้ข้อมูล แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

4.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม ถ้าไม่สมบูรณ์หรือถูกต้อง ผู้วิจัยจะไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามใหม่อีกครั้ง

4.6 นำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด มารวบรวมจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

5. วิธีวิเคราะห์ผล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา

5.1.1 กรณีที่ข้อมูล เป็นข้อมูลนามบัญญัติ และข้อมูลอันดับ อธิบายด้วยความถี่ และร้อยละ เช่น ร้อยละของผู้ที่ช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์แต่ละเพศ ร้อยละของผู้ที่ช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แต่ละช่วงอายุ เป็นต้น

5.1.2 กรณีที่ข้อมูล เป็นข้อมูลต่อเนื่อง และอัตราส่วนอธิบายด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เช่น ค่าเฉลี่ยของอายุ

5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ คือ Multiple regression analysis (MRA) ดังต่อไปนี้

5.2.1 หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Drug Exposure) โดยมี

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปรตาม คือ ปริมาณการช้ยาของผู้ป่วย (Drug Exposure)

5.2.2 หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ โดยมี

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในชุมชนหาดวอนนภา เทศบาลเมืองแสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด

2.1 พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามคำถามรายข้อ

2.2 ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปริมาณการใช้ยาแก้ปวด

3.1 ค่าปริมาณยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เหมาะสมต่อ 1 วัน

3.2 ระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปประชากร

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยบุคคล

ปัจจัยบุคคล	จำนวน 100 (คน)	ร้อยละ 100.0
1. อายุ	(Mean±S.D.) = 40.38 ± 1.47 ปี	
2. เพศ		
ชาย	45	45.0
หญิง	55	55.0
3. ศาสนา		
พุทธ	100	100.0
คริสต์	0	0.0
อิสลาม	0	0.0
4. สถานะภาพสมรส		
โสด	40	40.0
สมรส	50	50.0
หม้าย	7	7.0
หย่า	3	3.0
5. จำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้านที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป		
1 คน	16	16.0

ปัจจัยบุคคล	จำนวน 100 (คน)	ร้อยละ 100.0
2 คน	18	18.0
3 คน	24	24.0
4 คน	26	26.0
5 คน	11	11.0
6 คน	2	2.0
7 คน	1	1.0
8 คน	1	1.0
9 คนขึ้นไป	1	1.0
6. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0
ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6	32	32.0
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	13	13.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	6	6.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)	10	10.0
ปวส./อนุปริญญา/ปวท.	8	8.0
ปริญญาตรี	28	28.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	3.0

ปัจจัยบุคคล	จำนวน 100 (คน)	ร้อยละ 100.0
7. อาชีพ		
ทำการเกษตร (ทำนา,ทำสวน)	2	2.0
ทำการประมง	1	1.0
รับจ้างทั่วไป	21	21.0
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	8.0
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	8	8.0
ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	33	33.0
ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	3.0
นักเรียน / นักศึกษา	19	19.0
อื่นๆ	5	5.0
8. ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	77	77.0
โรคเบาหวาน	4	4.0
โรคความดันโลหิตสูง	12	12.0
โรคไขมันในเลือดสูง	6	6.0
โรคหัวใจ	1	1.0
โรคตับอักเสบ	1	1.0

ปัจจัยบุคคล	จำนวน 100 (คน)	ร้อยละ 100.0
โรคไตวายเรื้อรัง	0	0.0
อื่นๆ	4	4.0
9. รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	16	16.0
น้อยกว่า 10,000 บาท	29	29.0
10,001 – 20,000 บาท	40	40.0
20,001 – 30,000 บาท	10	10.0
30,001 – 40,000 บาท	4	4.0
40,001 – 50,000 บาท	0	0.0
มากกว่า 50,000 บาท	1	1.0
10. สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55	55.0
ประกันสังคม	22	22.0
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	9.0
ชำระเงินเอง	14	14.0
อื่นๆ	0	0.0
11. สถานที่ได้รับยา		

ปัจจัยบุคคล	จำนวน 100 (คน)	ร้อยละ 100.0
โรงพยาบาลของรัฐบาล	88	88.0
โรงพยาบาลเอกชน	27	27.0
คลินิกเอกชน	15	15.0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	10	10.0
ร้านยา	82	82.0
อื่นๆ	1	1.0

จากตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40.38 ± 1.47 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 50 คน รองลงมามีสถานภาพโสด 40 คน สถานภาพหม้าย 7 คน และสถานภาพหย่า 3 คน คิดเป็นร้อยละ 50, 40, 7 และ 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตามลำดับ

เมื่อดูจากจำนวนสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดนั้นมีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 4 คน มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 3 คน มีจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 24 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 2 คน มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี เพียงคนเดียว มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 5 คน มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 11 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 6 คน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 7 คน 8 คน 9 คน ขึ้นไป มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม

เมื่อพิจารณาด้านการศึกษพบว่าส่วนใหญ่มีกาศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือปริญญาตรีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการศึกษาอยู่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการศึกษาอยู่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) / อนุปริญญา / ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค (ปวท.) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6)จำนวน 6 คน มัธยมศึกษาตอน 6 และมีสูงกว่าปริญญาตรีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เมื่อดูจากอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 33 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษาจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีผู้ทำอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจกับทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชนจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอาชีพทำงานบ้าน/แม่บ้านพ่อบ้านจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอาชีพทำการเกษตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอาชีพทำประมงจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และอื่นๆ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เมื่อดูประวัติโรคประจำตัว พบว่า ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 77 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มที่เป็นโรคมีส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือเป็นโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีเป็นโรคเบาหวาน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ของกลุ่ม

ตัวอย่างทั้งหมด มีเป็นโรคหัวใจกับโรคตับอักเสบจำนวนเท่ากันคือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และอื่นอีกจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เมื่อพิจารณาถึงรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 10,000 - 20,000 บาท มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือผู้ไม่มีรายได้ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีผู้มีรายได้ 20,001 - 30,000 บาท จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีผู้มีรายได้ 30,001 - 40,000 บาท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีผู้ที่มีรายได้มากกว่า 50,000 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เมื่อดูถึงสิทธิการรักษาพบว่าส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือมีสิทธิประกันสังคมจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีกลุ่มที่ชำระเงินเองจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ(เบิกได้)จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เมื่อพิจารณาสถานที่ได้รับยาส่วนใหญ่รับยาจากโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 88 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือได้รับยาจากร้านยาจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 82 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีได้รับยาจากโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับยาจากคลินิกเอกชนจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และอื่นๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จำแนกตามคำถามรายข้อ

ข้อ	คำถาม	ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด				
		ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
1	ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามปริมาณที่แพทย์หรือเภสัชกรให้คำแนะนำ	76 (76)	7 (7)	15 (15)	2 (2)	100 (100.0)

ข้อ	คำถาม	ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด				
		ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
2	ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์หรือเภสัชกรให้คำแนะนำ	66 (66)	22 (22)	10 (10)	2 (2)	100 (100.0)
3	ท่านเคยนำยาแก้ปวดของญาติหรือเพื่อนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน	4 (4)	6 (6)	27 (27)	63 (63)	100 (100.0)
4	เมื่อท่านมีอาการปวดท่านใช้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อมีอาการ	7 (7)	39 (39)	24 (24)	30 (30)	100 (100.0)
5	ท่านรับประทานยาแก้ปวดหลังอาหารทันที	57 (57)	20 (20)	20 (20)	3 (3)	100 (100.0)
6	ท่านดูวันหมดอายุบนแผงทุกครั้งก่อนรับประทานยา	23 (23)	7 (7)	20 (20)	49 (49)	100 (100.0)
7	ท่านเคยนำยาแก้ปวดที่เหลือมารับประทานแม้จะเก็บมานานโดยไม่ทราบวันหมดอายุ	5 (5)	3 (3)	15 (15)	77 (77)	100 (100.0)
8	เมื่อแพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาแก้ปวดให้รับประทาน หลังใช้ยา 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น ท่านพยายามเปลี่ยนแพทย์หรือไปซื้อยาตัวใหม่มารับประทาน	2 (2)	8 (8)	24 (24)	66 (66)	100 (100.0)
9	ท่านพยายามขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาแก้ปวดให้แม้แพทย์หรือเภสัชกรแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้แก้ปวด	3 (3)	10 (10)	21 (21)	66 (66)	100 (100.0)
10	ท่านเคยนำยาเม็ดแก้ปวดของผู้ใหญ่ซึ่งเหลืออยู่ให้เด็กรับประทาน	0 (0)	1 (1)	10 (10)	89 (89)	100 (100.0)
11	เมื่อท่านลิ้มรับประทานยาท่านรับประทานยาแก้ปวดท่านรับประทานยารวมมือเป็น 2 เท่า	1 (1)	3 (3)	15 (15)	81 (81)	100 (100.0)
12	ท่านเคยได้รับหรือซื้อยาแก้ปวดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปพร้อมกันจากสถานบริการเดียวกัน	5 (5)	3 (3)	18 (18)	74 (74)	100 (100.0)
13	ท่านเคยสังเกตเห็นการเปลี่ยนสีของอุจจาระหลังรับประทานยาแก้ปวด	14 (14)	7 (7)	28 (28)	51 (51)	100 (100.0)
14	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวดเพราะ เชื่อว่ามีผลต่อไต	18 (18)	27 (27)	27 (27)	28 (28)	100 (100.0)
15	ท่านรับประทานยาแก้ปวดพร้อมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น	3 (3)	3 (3)	6 (6)	88 (88)	100 (100.0)

ข้อ	คำถาม	ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด				
		ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
16	ท่านแจ้งประวัติแพ้ยาแก่แพทย์หรือเภสัชกรว่า (เคย/ไม่เคย มีประวัติ) เมื่อรับยาแก้ปวด	75 (75)	6 (6)	7 (7)	12 (12)	100 (100.0)
17	ท่านเคยสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ หลังจากรับประทานยาแก้ปวด(ผื่นขึ้น ท้อง เสีย ปัญหาเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร เป็นต้น)	45 (45)	18 (18)	20 (20)	17 (17)	100 (100.0)
18	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวด พร้อมกับกาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังที่มี คาเฟอีน เช่น ลิโพ กระทั่งแดง คาราบาวแดง เอ็มร้อยห้าสิบ เป็นต้น	62 (62)	5 (5)	18 (18)	15 (15)	100 (100.0)

จากตารางที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามข้อที่ 1 ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามปริมาณที่แพทย์หรือเภสัชกรให้คำแนะนำ ส่วนใหญ่ตอบประจำจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15 บ่อยครั้ง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 คนและไม่เคยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 2 ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์หรือเภสัชกรให้คำแนะนำ ส่วนใหญ่ตอบประจำจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาตอบบ่อยครั้งจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 22 บางครั้ง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 คนและไม่เคยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 3 ท่านเคยนำยาแก้ปวดของญาติหรือหรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27 บ่อยครั้ง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6 คนและไม่เคยจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 4 เมื่อท่านมีอาการปวดท่านใช้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อมีอาการ ส่วนใหญ่ตอบบ่อยครั้งจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมาตอบไม่เคยจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 30 บางครั้ง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 24 คนและประจำจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 5 ท่านรับประทานยาแก้ปวดหลังอาหารทันที ส่วนใหญ่ตอบประจำจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมาตอบบ่อยครั้งและบางครั้งจำนวนเท่ากันคือจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และไม่เคยจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 6 ท่านดูวันหมดอายุบนแผงทุกครั้งก่อนรับประทานยา ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาตอบประจำจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 23 บางครั้ง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20 คนและบ่อยครั้งจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 7 ท่านเคยนำยาแก้ปวดที่เหลือมารับประทานแม้จะเก็บมาโดยไม่ทราบวันหมดอายุ ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 77 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ประจำ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5 คนและบ่อยครั้งจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 8 เมื่อแพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาแก้ปวดให้รับประทาน หลังใช้ยา 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น ท่านพยายามเปลี่ยนแพทย์หรือไปซื้อยาตัวใหม่มารับประทาน ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 24 บ่อยครั้ง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8 คนและประจำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 9 ท่านพยายามขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาแก้ปวดให้แม่แพทย์หรือเภสัชกรแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้แก้ปวด ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 21 บ่อยครั้ง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 คนและประจำจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 10 ท่านเคยนำยาเม็ดแก้ปวดของผู้ใหญ่ซึ่งเหลืออยู่ให้เด็กรับประทาน ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 89 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 บ่อยครั้ง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 คนและประจำจำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 11 เมื่อท่านลืมนับรับประทานยาท่านรับประทานยาแก้ปวดท่านรับประทานยารวมมือเป็น 2 เท่า ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 81 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15 บ่อยครั้ง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 คนและประจำจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 12 ท่านเคยได้รับหรือซื้อยาแก้ปวดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปพร้อมกันจากสถานบริการเดียวกัน ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 74 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 18

คน คิดเป็นร้อยละ 18 ประจำ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5 คนและบ่อยครั้งจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 13 ท่านเคยสังเกตเห็นการเปลี่ยนสีของอุจจาระหลังรับประทานยาแก้ปวด ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 51 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ประจำ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4 คนและบ่อยครั้งจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 14 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวด เพราะ เชื่อว่ามีผลต่อไต ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 28 รองลงมาตอบบ่อยครั้งและบางครั้งจำนวนเท่ากัน คือจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27 และประจำ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 15 ท่านรับประทานยาแก้ปวดพร้อมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น ส่วนใหญ่ตอบไม่เคยจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 88 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6 และตอบประจำกับบ่อยครั้งจำนวนเท่ากันคือจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 16 ท่านแจ้งประวัติแพ้ยาแก่แพทย์หรือเภสัชกรว่า(เคย/ไม่เคย มีประวัติ) เมื่อรับประทานยาแก้ปวด ส่วนใหญ่ตอบประจำจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาตอบบางครั้ง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 บ่อยครั้งจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6 และไม่เคยจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 17 ท่านเคยสังเกตอาการไม่พึงประสงค์หลังจากรับประทานยาแก้ปวด(ผื่นขึ้น ท้องเสีย ปัญหาเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร เป็นต้น) ส่วนใหญ่ตอบประจำจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20 บ่อยครั้ง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18 คนและไม่เคยจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 18 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวดพร้อมกับกาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ที่มีคาเฟอีน เช่น ลิโพ กระทิงแดง คาราบาวแดง เอ็มร้อยห้าสิบ เป็นต้น ส่วนใหญ่ตอบประจำจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมาตอบบางครั้งจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ไม่เคย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15 คนและบ่อยครั้งจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	100	100.0
ดีมาก	22	22.0
ปานกลาง	44	44.0
ควรปรับปรุง	34	34.0

จากตารางที่ 5 ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรมอยู่ในช่วงปานกลางจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือระดับที่ควรปรับปรุงมีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 34 และระดับดีมากจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 22

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปริมาณการใช้ยาแก้ปวด (Drug exposure)

ตารางที่ 6 ค่าปริมาณยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เหมาะสมต่อ 1 วัน (Define Daily Doses)

NSAIDs	ขนาดยาต่อเม็ด (mg)	จำนวนเม็ดยาที่ใช้ใน 6 เดือน (เม็ด)	จำนวนเม็ดเฉลี่ยต่อวัน (เม็ด)	ขนาดยาเฉลี่ยต่อวัน (mg)
Ibuprofen	(400)	686	3.81	1524.47
Ibuprofen	(600)	319	1.77	1063.33
Mefenamic acid	(250)	24	0.13	33.33
Mefenamic acid	(500)	296	1.64	822.22
Piroxicam	(20)	346	1.91	38.39
Naproxen	(250)	98	0.54	135.56

NSAIDs	ขนาดยา ต่อเม็ด (mg)	จำนวนเม็ดยาที่ ใช้ใน 6 เดือน (เม็ด)	จำนวนเม็ด เฉลี่ยต่อวัน (เม็ด)	ขนาดยาเฉลี่ย ต่อวัน (mg)
Diclofenac	(25)	342	1.9	47.5
Diclofenac	(50)	38	0.21	10.56

ดังแสดงในตารางที่ 6 ค่าปริมาณยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เหมาะสมต่อ 1 วัน ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ใช้ ibuprofen ขนาด 400 mg จำนวน 686 เม็ดใน 6 เดือน รองลงมาคือ Piroxicam 20 mg จำนวน 346 เม็ดใน 6 เดือน มีการใช้ Diclofenac ขนาด 25 mg จำนวน 342 เม็ด ใน 6 เดือน มีการใช้ Ibuprofen ขนาด 600 mg จำนวน 319 เม็ดใน 6 เดือน มีการใช้ Mefenamic acid ขนาด 500 mg จำนวน 296 เม็ดใน 6 เดือน มีการใช้ naproxen ขนาด 250 mg จำนวน 98 เม็ดใน 6 เดือน มีการใช้ Diclofenac 50 mg จำนวน 38 เม็ดใน 6 เดือน และมีการใช้ Mefenamic acid 250 mg จำนวน 24 เม็ดใน 6 เดือน

ตารางที่ 7 ระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสม

ระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสม (Cumulative NSAIDs Exposure)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	100	100.0
การใช้ยาระดับสูง (percentile ≥ 80)	23	23.0
การใช้ยาระดับปานกลาง (percentile ≥ 50 - <80)	27	27.0
การใช้ยาระดับต่ำ (percentile < 50)	50	50.0

จากตารางที่ 7 ระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสมในกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือมีการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และอยู่ในระดับสูงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ตารางที่ 8 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้านกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
ระดับการศึกษา									
(Constant)	55.281	1.002		-.012	.137	53.292	57.271	.137	5.667
มัธยมศึกษาตอนต้น	-.204	1.864	-.012	.137	.137	-3.905	3.497		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.385	2.521	.137	.287	.287	-1.621	8.392		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	5.619	2.053	.287	.212	.212	1.542	9.696		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค	4.594	2.240	.212	.284	.284	.146	9.042		
ปริญญาตรี	3.719	1.466	.284	.108	.108	.807	6.631		
สูงกว่าปริญญาตรี	3.719	3.422	.108	-.012	.012*	-3.076	10.514		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
อาชีพ									
(Constant)	54.286	2.199		24.689	.000	49.919	58.653	.100	5.817
ทำการประมง	.714	6.219	.012	.115	.909	-11.637	13.066		
รับจ้างทั่วไป	3.619	2.539	.251	1.425	.157	-1.423	8.662		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.339	3.011	.200	1.441	.153	-1.640	10.319		
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	6.839	3.011	.315	2.272	.025*	.860	12.819		
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	1.593	2.421	.127	.658	.512	-3.215	6.401		
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน/พอบ้าน	5.714	4.014	.166	1.423	.158	-2.259	13.687		
นักเรียน/นักศึกษา	4.714	2.572	.314	1.833	.070	-.394	9.823		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
โรคประจำตัว									
(Constant)	57.776	.641		90.110	.000	56.502	59.049	.106	5.768
โรคเบาหวาน	5.113	3.616	.170	1.414	.161	-2.067	12.293		
โรคความดันโลหิต	1.082	1.969	.060	.550	.584	-2.828	4.992		
โรคไขมันในเลือดสูง	-6.831	2.753	-.276	-2.482	.015*	-12.297	-1.365		
โรคหัวใจ	-.971	6.768	-.016	-.143	.886	-14.411	12.469		
โรคตับอักเสบ	2.056	6.383	.035	.322	.748	-10.621	14.732		
โรคเก๊าท์	-4.276	2.954	-.142	-1.447	.151	-10.142	1.591		
รายได้ต่อเดือน									
(Constant)	58.750	1.431		41.047	.000	55.908	61.592	.109	5.725
น้อยกว่า 10,000	-3.095	1.783	-.239	-1.736	.086	-6.635	.445		
10,001 – 20,000	-.425	1.694	-.035	-.251	.802	-3.788	2.938		
20,001 – 30,000	-.750	2.308	-.038	-.325	.746	-5.332	3.832		
30,001 – 40,000	2.000	3.200	.067	.625	.534	-4.355	8.355		
มากกว่า 50,000	-14.750	5.901	-.250	-2.499	.014*	-26.467	-3.033		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
สิทธิการรักษา									
(Constant)	57.909	.778		74.441	.000	56.365	59.453	.076	5.769
ประกันสังคม	-2.409	1.455	-.170	-1.655	.101	-5.298	.480		
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ(เบิกได้)	3.758	2.074	.183	1.811	.073	-.360	7.875		
ชำระเงินเอง	-1.266	1.727	-.075	-.733	.465	-4.694	2.162		
สถานที่ได้รับยา									
(Constant)	55.429	1.382		40.101	.000	52.685	58.173	.090	5.755
โรงพยาบาลเอกชน	.529	1.280	.047	.413	.681	-2.012	3.069		
คลินิกเอกชน	-3.509	1.462	-.312	-2.400	.018*	-6.413	-.606		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย)	1.568	1.705	.111	.920	.360	-1.817	4.953		
ร้านยา	2.945	1.518	.192	1.940	.055	-.068	5.959		

จากตารางที่ 8 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ 5.619, 4.594, 3.719, 3.719, 3.385 ตามลำดับ และ พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จะน้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ -0.204

และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ กลุ่มตัวอย่างทำงานโรงงานหรือบริษัทเอกชน มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานบ้าน แม่บ้านหรือพ่อบ้าน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ กลุ่มตัวอย่างรับจ้างทั่วไป กลุ่มตัวอย่างค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มตัวอย่างทำการประมง เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเกษตร(ทำนา,ทำสวน,ทำไร่) (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ 6.839, 5.714, 4.714, 4.339, 3.619, 1.593, 0.714 ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านประวัติโรคประจำ พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ กลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคตับอักเสบ กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโรค (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ 5.113, 2.056, 1.082 ตามลำดับ และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไขข้อในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างโรคเก๊าท์ กลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจจะน้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรค(ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ -6.83, -4.27, -0.971

และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-40,000 บาท มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ (ปัจจัยควบคุม

คงที่) ด้วยค่า B เท่ากับ 2.000 และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 50,000 กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,001-30,000 กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-20,000 จะน้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ -14.750, -3.095, -0.750, -0.425 ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านสิทธิการรักษา พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (เบิกได้) มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ 3.758 และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างสิทธิประกันสังคม กลุ่มตัวอย่างข้าราชการจะน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ -2.409, -1.266 ตามลำดับ

และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านสถานที่ได้รับยา พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาที่ร้านยา มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัย กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลของรัฐบาล (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ 2.945, 1.568, 0.529 ตามลำดับ และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างคลินิกเอกชนจะน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลของรัฐบาล (ปัจจัยควบคุมคงที่) ด้วย ค่า B เท่ากับ -3.509

จากตารางที่ 9 คະแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์สามารถอธิบายโดยสมการ $y = 60.401 - 3.443\text{Education2} - 4.241\text{Education3} - 2.796\text{Clinic} - 12.958\text{income7} - 4.784\text{Social security} - 6.320\text{Occupation}$ โดยคະแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะลดลง 3.443 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาดำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6 ($p = 0.003$) คະแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะลดลง 4.241 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ($p = 0.008$) คະแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะลดลง 2.796 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับยามาจากคลินิกเอกชน ($p = 0.004$) คະแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะลดลง 12.958 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 50,000 บาท ($p = 0.012$) คະแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะลดลง 4.784 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาประกันสังคม ($p = 0.001$) และคະแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะลดลง 6.320 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพทำงานโรงงานหรือบริษัทเอกชน ($p = 0.004$)

ตารางที่ 9 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (วิธี Stepwise) ของปัจจัยที่มีอิทธิพล กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
(Constant)	60.401	.764		79.068	.000	58.884	61.918	.329	4.995
ต่ำกว่าหรือเทียบเท่า ประถมศึกษาปีที่ 6	-3.443	1.141	-.273	-3.017	.003	-5.709	-1.177		
มัธยมศึกษาตอนต้น	-4.241	1.559	-.243	-2.720	.008	-7.337	-1.145		
คลินิกเอกชน	-2.796	.960	-.249	-2.913	.004	-4.702	-.890		
มากกว่า 50,000 บาท	-12.958	5.083	-.219	-2.549	.012	-23.053	-2.863		
ประกันสังคม	-4.784	1.375	-.337	-3.479	.001	-7.515	-2.053		
ทำงานโรงงาน/ บริษัทเอกชน	6.320	2.114	.292	2.989	.004	2.122	10.518		

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับปริมาณการใช้จ่ายที่ไม่ใช่สแตนด์บาย

ตารางที่ 10 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน กับปริมาณการใช้จ่ายที่ไม่ใช่สแตนด์บาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
อายุ									
(Constant)	.004	.024		.172	.864	-.043	.051	.021	.08124
อายุ	.001	.001	.236	2.404	.018	.000	.002		
สถานภาพสมรส									
โสด (Constant)	.033	.013		2.587	.011	.008	.059	.063	.08178
สมรส	.042	.017	.252	2.404	.018*	.007	.076		
หม้าย	.061	.049	.126	1.246	.216	-.036	.158		
หย่า	.026	.034	.081	.786	.434	-.040	.093		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
ระดับการศึกษา									
ไม่ได้รับการศึกษา (Constant)	.090	.014		6.227	.000	.061	.119	.092	.08177
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	-.038	.027	-.156	-1.430	.156	-.092	.015		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	-.034	.036	-.097	-.930	.355	-.106	.038		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)	-.023	.030	-.082	-.763	.447	-.081	.036		
ปวส./อนุปริญญา/ปวท.	-.046	.032	-.151	-1.421	.159	-.110	.018		
ปริญญาตรี	-.060	.021	-.328	-2.857	.005*	-.102	-.018		
สูงกว่าปริญญาตรี	-.071	.049	-.147	-1.448	.151	-.170	.027		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
โรคประจำตัว									
ไม่มีโรคประจำตัว(Constant)	.056	.009		6.253	.000	.038	.073	.129	.08008
โรคเบาหวาน	-.018	.050	-.042	-.351	.726	-.117	.082		
โรคความดันโลหิตสูง	-.003	.027	-.012	-.109	.914	-.057	.051		
โรคไขมันในเลือดสูง	.039	.038	.112	1.022	.310	-.037	.115		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	.298	.094	.359	3.174	.002*	.112	.485		
โรคตับ	-.072	.089	-.087	-.818	.416	-.248	.104		
โรคเก๊าท์	-.031	.041	-.073	-.748	.457	-.112	.051		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
รายได้ต่อเดือน									
10,001-20,000 (Constant)	.045	.013		3.456	.001	.019	.071	.070	.08234
ไม่มีรายได้	.060	.024	.265	2.457	.016*	.011	.108		
น้อยกว่า 10,000 บาท	.012	.020	.064	.583	.562	-.028	.052		
20,001 – 30,000 บาท	.007	.029	.027	.253	.801	-.050	.065		
30,001 – 40,000	-.023	.043	-.056	-.543	.588	-.109	.062		
มากกว่า 50,000	.022	.083	.026	.260	.795	-.144	.187		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
สถานที่ได้รับยา									
โรงพยาบาลรัฐบาล(Constant)	.096	.020		4.897	.000	.057	.135	.078	.08154
โรงพยาบาลเอกชน	.027	.018	.168	1.473	.144	-.009	.063		
คลินิก	-.021	.021	-.133	-1.013	.314	-.062	.020		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	-.015	.024	-.075	-.617	.539	-.063	.033		
(สถานีอนามัย)									
ร้านยา	-.049	.022	-.227	-2.269	.026*	-.091	-.006		

จากตารางที่ 10 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลแต่ละด้าน กับปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เปรียบเทียบปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี ปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ พบว่าปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์สูงขึ้น 0.001 หน่วยมาตรฐาน ($p = 0.018$)

เปรียบเทียบปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านสถานภาพสมรส เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหม้าย กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพหย่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส จะมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดปริมาณ 0.61 0.42 และ 0.26 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$)

เปรียบเทียบปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านการศึกษา เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จะมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปีที่ 6 ปริมาณ 0.71 0.60 0.46 0.34 และ 0.23 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$)

เปรียบเทียบปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านโรคประจำตัว เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง จะมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ปริมาณ 0.298 และ 0.39 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่มากกว่ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคตับอักเสบ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเก๊าท์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นความดันโลหิตสูง จะมีปริมาณการใช้น้ำยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวปริมาณ 0.072 0.031 0.018 และ 0.003 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านรายได้ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 50,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,001 - 30,000 บาท/เดือน จะมีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท/เดือน ปริมาณ 0.060 0.022 0.012 และ 0.007 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท/เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,000-40,000 บาท/เดือน จะมีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท ปริมาณ 0.023 หน่วยมาตรฐาน

เปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ตามปัจจัยด้านสถานที่ได้รับยา พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลเอกชน มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลรัฐบาล ปริมาณ 0.027 หน่วยมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$)

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากร้านยา กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากคลินิก และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลรัฐบาล ปริมาณ 0.049 0.021 0.015 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ

จากตารางที่ 11 ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์สามารถอธิบายโดยสมการ $y = 11.693 + 0.321CVD + 0.063Income1 + 0.045Marry - 0.052Drugstore$ โดยปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะมากขึ้น .321 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ($p = 0.000$) ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะมากขึ้น .063 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ไม่มียาได้ ($p = 0.002$) ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะมากขึ้น .045 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ($p = 0.002$) และปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะลดลง .052 หน่วยมาตรฐาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับยาจากร้านยา ($p = 0.006$)

ตารางที่ 11 ตารางแสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (วิธี Stepwise) ของปัจจัยที่มีอิทธิพล กับปริมาณการใช้จ่ายแก้ววดที่ไม่ใช่สแตียรอยด์

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients (Beta)	t	Sig.	[95% CI]		R ²	Std. Error of the Estimate
	B	Std. Error				Lower bound	Upper bound		
(Constant)	11.693	3.275		3.570	.001	5.191	18.195	.306	.07074
โรคหัวใจและหลอดเลือด	.321	.072	.386	4.475	.000	.178	.463		
ไม่มีรายได้	.063	.019	.277	3.231	.002	.024	.101		
สมรส	.045	.014	.274	3.179	.002	.017	.074		
ร้านยา	-.052	.018	-.243	-2.832	.006	-.089	-.016		

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา และปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี จำนวน 100 คน ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นต้น โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบของ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยา และปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของชุมชนหาดวอนนภา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 55) และอายุเฉลี่ย 40.38 ปี มีสถานภาพคู่สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 40) มีจำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้านที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 4 คน เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 26) รองลงมาเป็นบ้านที่มีผู้อยู่อาศัยในบ้านที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 3 คน (ร้อยละ 24) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 32) รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 28) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 33) รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป และนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 21 และ 19 ตามลำดับ) ในส่วนของประวัติโรคประจำตัวนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 40) รองลงมาจะเป็นน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 29) สิทธิการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่จะเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 55) รองลงมาเป็นประกันสังคม (ร้อยละ 22) และสถานที่ที่รับยาส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลของรัฐและร้านยา (ร้อยละ 88 และ 82 ตามลำดับ)

พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 57.54$, $SD = 0.59$) คะแนนรวมสูงสุดคือ 69 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดคือ 44 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ (คะแนน 1-4) พบว่าคำถามข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือคำถามข้อที่ 10 “ท่านเคยนยาเม็ดแก้ปวดของผู้ใหญ่ซึ่งเหลืออยู่ให้เด็กรับประทาน” ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.59$) รองลงมาคือข้อที่ 11 “เมื่อท่านลืมรับประทานยาท่านรับประทานยาแก้ปวดท่านรับประทานยารวบมือเป็น 2 เท่า” ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 0.55$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อที่ 13 “ท่านเคยสังเกตเห็นการเปลี่ยนสีของอุจจาระหลังรับประทานยาแก้ปวด” ($\bar{X} = 1.84$, $SD = 0.11$) สอดคล้องงานวิจัยของ อณิษฐาม่วงไหมทอง (พ.ศ.2553) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่จะแตกต่างเมื่อพิจารณารายข้อพฤติกรรม โดยมีข้อพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือ การใช้ยาแก้ปวดมาทานเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อย รองลงมาคือ การอ่านคำแนะนำบนฉลากยาก่อนใช้ยา และข้อพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดคือการเพิ่มจำนวนมียาเองเมื่อปวดมากขึ้น (22)

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย cumulative drug exposure อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 0.058$, $SD = 0.831$) ค่าสูงสุดคือ 90 และค่าต่ำสุดคือ 0.67 เมื่อพิจารณาแต่ละชนิดของยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่พบในชุมชน พบว่ายาที่มีค่า cumulative drug exposure สูงสุดคือ Ibuprofen รองลงมาคือ Mefenmic acid, Naproxen, Diclofenac และ Piroxicam ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชนมาคำนวณหาปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสม (Cumulative NSAIDs Exposure) พบว่า คนส่วนใหญ่มีระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสมอยู่ในระดับต่ำ (percentile < 50) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีคนที่มีความระดับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดสะสมอยู่ในระดับสูง (percentile $\geq$ 80) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่ามีปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดทั้งหมด 5 ปัจจัย ดังนี้คือ ปัจจัยด้านรายได้โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับรายได้มากกว่าหรือเท่ากับห้าหมื่นบาทต่อเดือน ปัจจัยด้านอาชีพโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานโรงงานหรือบริษัทเอกชน ปัจจัยด้านสิทธิการรักษา ปัจจัยด้านระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ โดยทั้ง 5 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในทางลบ ($R^2=0.329$, $p<0.05$) มีบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชัย มงคลชัยภักดี และคณะ (พ.ศ.2555) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย อาชีพ ระดับการศึกษา สถานบริการสุขภาพ แต่แตกต่างที่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (21)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณพบว่ามีปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ ยาแก้ปวดทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านสถานภาพโดยเฉพาะสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยด้านรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีรายได้ ปัจจัยสถานที่ได้รับโดยเฉพาะได้รับยาจากร้านยา

จากงานวิจัยพบว่าคนในชุมชนหาดวอนนภาปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อยู่ในระดับต่ำ (มีผู้ใช้ยาที่ percentile < 50 จำนวน 50 คน) โดยมีปัจจัยด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยด้านรายได้ในกลุ่มไม่มีรายได้ ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ปัจจัยสถานที่ได้รับยาจากร้านยา ที่ส่งผลให้มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ($R^2=0.306$, $p<0.05$) และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Joseph D et. al. (ค.ศ.2011) ที่พบว่าเพศ โรคเบาหวาน การ

ประกันสุขภาพ ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ และด้านเชื้อชาติจากงานวิจัยของ Joseph D, Mary B, et. al. (ค.ศ. 2011) รายงานว่ากลุ่มคนที่ไม่ใช่คนยุโรป (เป็นเชื้อสายเอเชีย แอฟริกา-อเมริกัน และ สเปน) จะมีการใช้ยาที่ต่ำซึ่งสอดคล้องกัน ส่วนที่แตกต่างกับวิจัยของ Joseph D, et. al. (ค.ศ. 2011) คือ พบว่าคนในชุมชนหาควอนนากาในปัจจุบันอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการที่ผลไม่สอดคล้องกันนี้อาจเนื่องมาจากประเทศไทยมีระบบในการจ่ายยา วัฒนธรรมการใช้ยา และร่างกายแตกต่างจากคนยุโรป ทำให้มีผลต่อการใช้ยาแตกต่างกัน (23)

และแตกต่างจากงานวิจัยของ Reich O. et. al.(2014) พบว่าปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับปริมาณการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสมได้แก่ อายุ ประมาณโรคประจำตัว โดยพบว่ายิ่งอายุมากขึ้น และมีโรคประจำตัวมากขึ้นจะความสัมพันธ์กับปริมาณการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสมลดลง แต่ในการศึกษานี้ อายุไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และผู้ที่มโรคประจำตัวจะมีความสัมพันธ์ให้มีการใช้ยามาขึ้น (26)

และมีความแตกต่างจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ซึ่งพบว่าเพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาแก้ปวด โดยเพศหญิงจะมีปริมาณการใช้ยามากกว่าเพศชาย และปริมาณการใช้ยาแก้ปวดจะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น (10)

และมีความแตกต่างจากงานวิจัยของ Patricia McGettigan et. al. ที่พบว่าในประเทศไทยมีการใช้ยา Piroxicam มากที่สุดรองลงมาคือ Diclofenac, Ibuprofen, Mefenamic acid, Celecoxib, Etoricoxib, Indometacin, Naproxen และ Meloxicam ตามลำดับ แต่ในชุมชนหาควอนนากาพบว่าการใช้ยา Ibuprofen มากที่สุดรองลงมาคือ Diclofenac, Piroxicam, Mefenamic acid และ Naproxen การที่ผลไม่สอดคล้องกันเนื่องมาจากการวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลและสำรวจเพียงชุมชนเล็กเพียงชุมชนเดียว ซึ่งแต่ละชุมชนก็มีวัฒนธรรมการใช้ยาที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นถ้ามีการเก็บข้อมูลและสำรวจชุมชนจากทั่วประเทศอาจทำให้ได้ผลที่สอดคล้องกัน (25)

4. จุดเด่นงานวิจัย

4.1 งานวิจัยนี้มีการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักการความน่าจะเป็นในการสุ่ม โดยมีการดูบ้านเลขที่และแบ่งกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนคนในบ้านแต่ละหลัง และนำแต่ละกลุ่มที่แบ่งจากจำนวนคนในบ้านมาหาอัตราส่วนอย่างต่ำ เมื่อได้อัตราส่วนอย่างต่ำแล้วก็จะมีการคำนวณต่อเพื่อหาอัตราส่วนที่รวมทุกกลุ่มแล้วมีจำนวนคนทั้งหมด 100 คน หลังจากได้อัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างแล้วก็จะนำแต่ละกลุ่มตัวอย่างมาจับฉลากตามบ้านเลขที่เพื่อทำการเก็บข้อมูล

4.2 งานวิจัยนี้ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามขึ้นมาใหม่เพื่อให้เหมาะสมในการทำการวิจัยครั้งนี้โดยพัฒนาจากแบบสอบถามของงานวิจัยอื่น และมีการให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินตรวจสอบแบบสอบถามสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

4.3 งานวิจัยนี้ได้มีการนำค่า Defined Daily Dose (DDD; ปริมาณยาโดยเฉลี่ยสำหรับการรักษาต่อวัน) ของยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (ATC/DDD Index 2016) เมื่อปี ค.ศ. 2016 เข้ามาในงานวิจัยนี้เพื่อนำมาประเมินหาปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่แท้จริง ซึ่งยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่มีการใช้ค่า Defined Daily Dose ในการประเมินดังกล่าว

4.4 งานวิจัยนี้ทำให้รับรู้ถึงสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เกิดขึ้นภายในชุมชนที่อาศัยอยู่ติดกับทะเล ณ สถานการณ์ปัจจุบัน

4.5 งานวิจัยนี้ทำให้รับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานที่ได้รับยา เป็นต้น ที่มีความสัมพันธ์และความผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และปริมาณการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่เกิดขึ้นภายในชุมชนที่อาศัยอยู่ติดกับทะเล

5. ข้อจำกัดในงานวิจัย

5.1 การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในชุมชนเล็ก ซึ่งอาจทำให้ได้ผลการวิจัยที่แตกต่างเมื่อศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ หรือชุมชนที่ใหญ่ขึ้น

5.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเก็บข้อมูลการไ้ยาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ใช้ศึกษาวิจัย

5.3 ชุมชนเป็นชุมชนที่อยู่ติดกับมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล ทำให้มีการลงไปเก็บข้อมูลค่อนข้างมาก ทั้งการทำแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ทำให้คนในชุมชนเกิดความเคยชิน บางคนจึงไม่ต้องการให้ข้อมูล บางคนไม่ตั้งใจในการให้ข้อมูล

5.4 ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาที่จำกัด จึงไม่สามารถจัดทำโครงการเพื่อไปแก้ไขปัญหาในชุมชนได้

6. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

6.1 ในการศึกษาครั้งต่อไปสามารถเพิ่มขนาดของชุมชนหรือประชากรให้มากขึ้นได้จะทำให้ลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากจำนวนประชากรได้ดีมากขึ้น

6.2 ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในชุมชนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการทบทวนความจำที่เกี่ยวกับการใช้ยาย้อนหลังในอดีต (retrospective)

6.3 ควรมีการติดตามผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในชุมชน เช่นผลเสียที่มีต่อไต โดยมีการติดตามค่า eGFR ของกลุ่มตัวอย่าง

6.4 ควรมีการนำเสนอที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ไปทดลองคำนวณในกลุ่มประชากรชุมชนอื่นอีกครั้ง

6.5 ควรศึกษาถึงต้นเหตุของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา Root cause analysis เพื่อจัดทำโครงการ และประเมินผลในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สมคิด เลิศลินอุดม. การทบทวนการใช้ COX-2 Specific Non-Steroidal anti-inflammatory drugs ในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. North-Eastern thai Journal of Neuroscience. 2553;1(7):15-32.
2. Zhou Y1 BD, Freedman AN. Trends in the use of aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the general U.S. population. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2014;23(1):43-5.
3. Koffeman AR, Valkhoff VE, Çelik S, Jong GWt, Sturkenboom MCJM, Bindels PJE, et al. High-risk use of over-the-counter non-steroidal anti-inflammatory drugs: a population-based cross-sectional study. The British Journal of General Practice. 2014;64(621):e191-e8.
4. García Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. The risk of upper gastrointestinal complications associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, acetaminophen, and combinations of these agents. Arthritis Research. 2001;3(2):98-101.
5. Tarone RE BW, McLaughlin JK. Nonselective nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal bleeding: relative and absolute risk estimates from recent epidemiologic studies. American Journal of Therapeutics. 2004;11(1):17-25.
6. Coxib, traditional NTC. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet. 2013;382(9894):769-79.
7. Ingrassiotta Y, Sultana J, Giorgianni F, Fontana A, Santangelo A, Tari DU, et al. Association of Individual Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Chronic Kidney Disease: A Population-Based Case Control Study. PLoS ONE. 2015;10(4):e0122899.
8. D. T. The Psychological and Physical Side-effects of Pain Medications. national safety council.1-12.

9. Paul Nderitu LD PWJ, Simon J Davies and Umesh T Kadam. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review. oxford journals. 2013;30(3):247-55.
10. วิชัย เอกพลากร เป, สุรศักดิ์_ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก_พรรคเจริญ, วราภรณ์_เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน. 2009(4):115-7.
11. พรทวี เลิศศรีสถิต สจ. ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal Anti-inflammatory drugs).
12. อุดม คชินทร. Management of NSAIDs-induced gastrointestinal injury. วารสารคลินิก. 2009;293.
13. ชนัตตา พลอยเลื่อมแสง ก, จันทรีจิรา ขอบประดิธ, สุรศักดิ์ สุนทร, วิมล สุวรรณเกษาวงศ์. การพัฒนารายการยาเพื่อใช้คัดกรองและลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2011.
14. D. S. Renal complications of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Kidney Int. 1993(44):643-53.
15. ทิพวรรณ เรืองขจร. สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. หจก.ภาพพิมพ์:ภาพพิมพ์;2550
16. Methodology WCCfDs. ATC/DDD Index 2016 Marcus Thrane gate 6 0473 Oslo Norway: Norwegian institute of public health; 2016 [7/8/2016]. Available from: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
17. Adlaf EM SR. Drug Use and Religious Affiliation, Feelings and Behaviour. British Journal Addiction. 1985;80(2):163-71.
18. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, นิรมล ศรีภิรมย์รักษ์, รินพัช ชมจันทร์. การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558;5(2):187-94.
19. วรณัฐ แสงเจริญ. การสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนไทย. 2555:1-3.
20. สมประสงค์ แดงพลอย. พฤติกรรมการซื้อยาจากร้านขายยาของผู้บริโภคในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. 2553:4-5.

21. จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์ , เอมอร ชัยประทีป. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 2555;6(2):91-100.
22. อณิษฐา ม่วงไหมทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี. 2010:52-96.
23. Joseph A C Delaney MLB, Richard A Kronmal, Bruce M Psaty. Demographic, medical, and behavioral characteristics associated with over the counter non-steroidal anti-inflammatory drug use in a population based cohort: results from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. National institutes of health public access Author Manuscript. 2011;20(1):1-12.
24. Paul Nderitu LD, Vicky Y Strauss, Mark Lambie, Simon J Davies, Umesh T Kadam. Analgesia dose prescribing and estimated glomerular filtration rate decline: a general practice database linkage cohort study. BMJ open. 2015;4:1-11.
25. Patricia McGettigan DH. Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs That Elevate Cardiovascular Risk: An Examination of Sales and Essential Medicines Lists in Low-, Middle-, and High- Income Countries. PLOS Medicine. 2013;10(2):1-6.
26. Reich O, Rosemann T, Rapold R, Blozik E, Senn O. Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. PLoS ONE. 2014;9(8):e105425.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

แบบสอบถามชุดที่

แบบสอบถามการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาของคนชุมชน โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์และนำไป พัฒนาการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ต่อไป

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องหรือเติมคำในช่องว่าง ☐ ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด หรือเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1) เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2) อายุ.....ปี

3) สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

4) จำนวนผู้อยู่อาศัยภายในบ้านที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

☐ 1 คน ☐ 2 คน ☐ 3 คน ☐ 4 คน ☐ 5 คน ☐

อื่นๆ.....

5) ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษา

ปีที่ 6

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3) ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ปวส./อนุปริญญา/ปวท.

☐ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

6) อาชีพ

- | | |
|--|---|
| ☐ ทำการเกษตร (ทำนา,ทำสวน,ทำไร่) | ☐ ทำการประมง |
| ☐ รับจ้างทั่วไป | ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ |
| ☐ ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน | ☐ ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว |
| ☐ ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน | ☐ นักเรียน / นักศึกษา |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ) | |

7) ประวัติโรคประจำตัว

- ☐ ไม่มีโรคประจำตัว
- ☐ มีโรคประจำตัว คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|---|---|
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ โรคความดันโลหิตสูง |
| ☐ โรคไขมันในเลือดสูง | ☐ โรคหัวใจ |
| ☐ โรคตับอักเสบ | ☐ โรคไตวายเรื้อรัง |
| ☐ อื่นๆ | |

8) รายได้ต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| ☐ ไม่มีรายได้ | ☐ น้อยกว่า 10,000 บาท |
| ☐ 10,001 – 20,000 | ☐ 20,001 – 30,000 บาท |
| ☐ 30,001 – 40,000 | ☐ 40,001 – 50,000 บาท |
| ☐ มากกว่า 50,000 | |

9) สิทธิการรักษา

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | ☐ ประกันสังคม |
| ☐ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (เบิกได้) | ☐ ชำระเงินเอง |
| ☐ อื่นๆ..... | |

10) สถานที่ได้รับยา

- | | |
|---|--|
| ☐ โรงพยาบาลของรัฐบาล | ☐ โรงพยาบาลเอกชน |
| ☐ คลินิกเอกชน | ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) |
| ☐ ร้านยา | ☐ อื่นๆ..... |

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด (ที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

คำตอบแต่ละคำตอบ มีความหมายดังนี้

เกณฑ์การประเมิน ประจำ หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ทุกครั้งในการใช้ยา

บ่อยครั้ง หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งในการใช้ยา

บางครั้ง หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งในการใช้ยา

ไม่เคย หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ในการใช้ยา

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรมการใช้ยา			
		ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามปริมาณที่แพทย์หรือเภสัชกรให้คำแนะนำ				
2	ท่านรับประทานยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์หรือเภสัชกรให้คำแนะนำ				
3	ท่านเคยนำยาแก้ปวดของญาติหรือหรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน				
4	เมื่อท่านมีอาการปวดท่านใช้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อมีอาการ				
5	ท่านรับประทานยาแก้ปวดหลังอาหารทันที				
6	ท่านดื่มน้ำหรือดื่มน้ำเย็นทุกครั้งก่อนรับประทานยา				
7	ท่านเคยนำยาแก้ปวดที่เหลือมารับประทานแม้จะเก็บมานานโดยไม่ทราบวันหมดอายุ				
8	เมื่อแพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาแก้ปวดให้รับประทาน หลังใช้ยา 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น ท่านพยายามเปลี่ยนแพทย์หรือไปซื้อยาตัวใหม่มารับประทาน				
9	ท่านพยายามขอให้แพทย์หรือเภสัชกรจ่ายยาแก้ปวดให้แม่ แพทย์หรือเภสัชกรแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้แก้ปวด				

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรมการใช้ยา			
		ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
10	ท่านเคยนำยาเม็ดแก้ปวดของผู้ใหญ่ซึ่งเหลืออยู่ให้เด็ก รับประทาน				
11	เมื่อท่านลืมรับประทานยาท่านรับประทานยาแก้ปวดท่าน รับประทานยารวบมือเป็น 2 เท่า				
12	ท่านเคยได้รับหรือซื้อยาแก้ปวดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปพร้อมกัน จากสถานบริการเดียวกัน				
13	ท่านเคยสังเกตเห็นการเปลี่ยนสีของอุจจาระหลังรับประทาน ยาแก้ปวด				
14	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวด เพราะ เชื่อว่ามีผล ต่อไต				
15	ท่านรับประทานยาแก้ปวดพร้อมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น				
16	ท่านแจ้งประวัติแพ้ยาแก่แพทย์หรือเภสัชกรว่า(เคย/ไม่เคย มี ประวัติ) เมื่อรับยาแก้ปวด				
17	ท่านเคยสังเกตอาการไม่พึงประสงค์หลังจากรับประทาน ยาแก้ปวด(ผื่นขึ้น ท้องเสีย ปัญหาเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร เป็นต้น)				
18	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานยาแก้ปวดพร้อมกับกาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลังที่มีคาเฟอีน เช่น ลิโพ กระทิงแดง คารา บาวแดง เอ็มร้อยห้าสิบ เป็นต้น				

แบบสัมภาษณ์การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

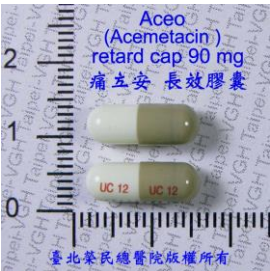
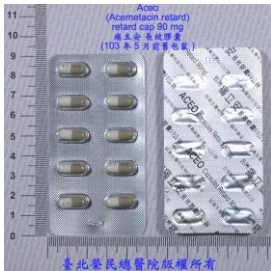
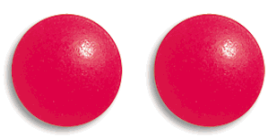
ส่วนที่ 3 การประเมินปริมาณการใช้ยา (ย้อนหลัง 6 เดือน)

[illegible]

ภาคผนวก ข

Drug identification

Drug identification

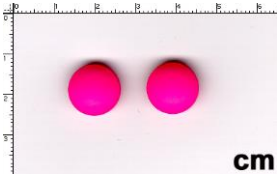
Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
Acemetacin	ACEO (Cap 90)		
Aspirin	ASPENT (Tab 300)		
	ASPIRIN BD (Tab 325)		
	ENTRARIN (Tab 300)		
	SEFERIN (Tab 325)		
	SEFERIN (Tab 625)		
Celecoxib	CELEBREX (Cap 200)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	CELEBREX (Cap 400)		
Diclofenac diethylammonium	DOSANAC (Tab 25)		
	DOSANAC (Tab 50)		
Diclofenac K	CATAFLAM (Tab 25)		
	CATAFLAM (Tab 50)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
			
	LESFLAM (Tab 25)		
	LESFLAM (Tab 50)		
	VOLNAC (Tab 25)		
	VOLTAREN (Tab 50)		
	VOLTAREN SR (Tab 75)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	VOLTAREN (Tab 25)		
	VOLTFAST Powd for oral soln (Sachet 50)		
Diclofenac Na	AMMINAC (Tab 25)		
	CLOFEC (Tab 25)		
	COVONAC (Tab 25)		
	Diclosian (Tab 25)		
	Diclosian (Tab 50)		

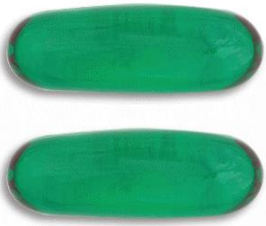
Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	Diclo SR 100 (Tab 100)		
	DOLONIL SR 100 (Tab 100)		
	D-FLAM (Tab 25)		
	Diclofenac community pharm (Tab 25)		
	Diclofenac community pharm (Tab 50)		
	SEFNAC (Tab 50)		
	VOLNAC (Tab 25)		

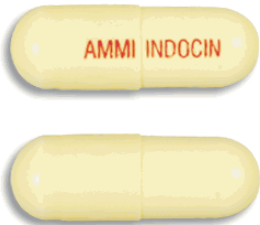
Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
Etoricoxib	ARCOXIA (Tab 30)		
	ARCOXIA (Tab 60)		
	ARCOXIA (Tab 90)		
	ARCOXIA (Tab 120)		
Floctafemine LOCTAFENINE	IDARAC (Tab 200)		
Ibuprofen	CEFEN (Tab 400)		
	COPROFEN (Tab 400)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	G-FEN TABLET (Tab 400)		
	HEIDI (Tab 200)		
	HEIDI (Tab 400)		
	IBUFAC (Tab 200)		
	IBUFAC (Tab 400)		
	IBUFROFEN		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	IBUGAN (Tab 400)		
	IBULAN-200		
	IBULAN-400		
	IBUSTAR		
	IBUSTAR FORTE (400)		

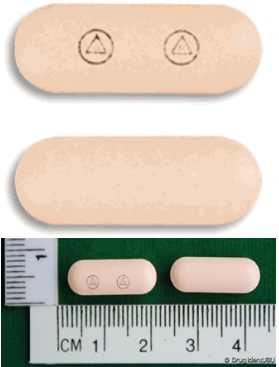
Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	I-PROFEN (Tab 400)		
	MANO- BRUZONE (Tab 200)		
	MANO- BRUZONE (Tab 400)		
	MANO- BRUZOE (Tab 600)		
	NUROFEN (Tab 200)		
	NUROFEN (Tab 400)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	Nurofen Zavance (softcap 200)		
	Nurofen Zavance (softcap 400)		
	RHEUMANOX (Tab 400)		
	GOFEN 400 (Tab 400)		
Ibuprofen + Paracetamol	BRUSTAN (Tab 400+325)		
	ALAXAN (Cap 200+325)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
Indomethacin	AMMI-INDOCIN (Cap 25)		
Mefenamic acid	CONAMIC (Tab 500)		
	DISMEN (Cap 250)		
	FENAMIC (Cap 250)		
	FENAMIC (Tab 500)		

Generic name	Brand name	Dosage from	Packaging
	GYNOGESIC (Cap 250)		
	GYNOGESIC (Tab 500)		
	KOR-N		
	MAINOX		
	MANIC (Cap 250)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	MANOMIC (Cap 250)		
	MEDITAN		
	MEDITAN F/C		
	MEDNIL (Tab 250)		
	MEDNIL (Tab 500)		
	MEFA (Cap 250)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	MEFA (Tab 500)		
	MEFAMED (Tab 500)		
	MEFEC		
	MENAMIC (Cap 250)		
	NAMIC (Cap 250)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	NAMIC (Tab 500)		
	PAINNOX (Tab 500)		
	PONSTAN (Tab 250)		
	PONSTAN (Tab 500)		
Mefenamic acid + dicyclomine	MAINNOX (Tab 250+15)		
Merloxicam	MELCAM (Tab 15)		
	MELOBIC (Tab 7.5)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	MELOBIC (Tab 15)		
	MELOX (Tab 7.5)		
	MELOX (Tab 15)		
	M.P.OSOTH 15 (Tab 15)		
Nabumetone	RHEUMETONE (Tab 500)		
Naproxen Na	ANNOXEN-S (Tab 275)		
	NAPROSIAN (Tab 250)		
	NAPROXEN 250 (Tab 250)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	SOPROXEN (Tab 275)		
	SYNFLEX (Tab 275)		
	SYNFLEX (Tab 550)		
Nimesulide	EMDON (Tab 100)		
	NIDOL (Tab 100)		
Piroxicam	CAPIROX (10)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	CAPIROX (20)		
	DEXALIN (Cap 10)		
	FLAMIC (Cap 10)		
	FLAMIC (Cap 20)		
	NIMULID MD (TAB 100)		
	PIRAM (Cap 10)		
	PIRAM (Cap 20)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	POX 109		
	PYROXICAM COMMUNITY PHARM (Tab 20)		
	PIROXICAM T.O. (Cap 10)		
	ROXYFEN (Cap 10)		

Generic name	Brand name	Dosage form	Packaging
	ROXYFEN FORT (Cap 20)		
	RUMAXICAM (Cap 20)		
Piroxicam-B -cyclodextrin	BREXIN (Tab 20)		
Sulindac	CLINORIL (Tab 200)		
Tenoxicam	TENAX (Tab 20)		

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์