



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน  
กรุงเทพมหานคร

โดย

นางสาวลักขิกา ชินพงสานนท์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน  
กรุงเทพมหานคร



โดย  
นางสาวลักษิกา ชินพงสานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2  
มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ปีการศึกษา 2567  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD  
MANAGEMENT ON UNUSED MEDICINES OF NON-COMMUNICABLE DISEASE  
PATIENTS IN BANGKOK



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for Master of Pharmacy SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY

Academic Year 2024

Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวลักษิกา ชินพงสานนท์
สาขาวิชา	เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผนก ก แบบ ก 2
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ

---

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร. พรศักดิ์ ศรีอมรศักดิ์)	
พิจารณาเห็นชอบโดย	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำฝน ศรีบัณฑิต)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ)	
.....	ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ)	
.....	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรี วัชรดำรงกุล)	

61362305 : เกสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2

คำสำคัญ : ยาเหลือใช้, การจัดการยาเหลือใช้, ความรู้, เจตคติ, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นางสาว ลักษิกา ชินพงสานนท์: ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ

งานวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การมียาเหลือใช้ ความรู้ เจตคติ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 356 คน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทำการเลือกตัวอย่างด้วย stratified sampling จากศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย  $49.28 \pm 16.30$  ปี โดยร้อยละ 87.92 ของผู้ป่วยทั้งหมดมียาเหลือใช้ ประเภทของยาเหลือใช้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ยาใช้ภายนอก ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และยาลดความดันโลหิต ส่วนมากจัดการยาเหลือใช้โดยการทิ้งลงถังขยะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ในระดับสูง (ร้อยละ 86.80) และมีเจตคติต่อการจัดการยาเหลือใช้ ระดับดีในด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ และด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ แต่มีเจตคติระดับปานกลางในด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ อายุ (อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี: Adjusted Odds ratio ( $OR_{Adj}$ ) = 4.64, 95% CI: 1.40 – 15.43, อายุมากกว่า 60 ปี:  $OR_{Adj}$  = 5.42, 95% CI: 1.37 – 21.40) อาชีพ ( $OR_{Adj}$  = 2.62, 95% CI: 1.11 – 6.18) ประสบการณ์มียาเหลือใช้ ( $OR_{Adj}$  = 0.39, 95% CI: 0.18 – 0.86) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ อายุ ( $OR_{Adj}$  = 2.71, 95% CI: 1.15 – 6.37) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $OR_{Adj}$  = 3.62, 95% CI: 1.78 – 7.40) และประสบการณ์การมียาเหลือใช้ ( $OR_{Adj}$ , 95%CI: 1.03 – 4.21) เจตคติด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ได้แก่ ระดับการศึกษา ( $OR_{Adj}$  = 0.25, 95% CI: 0.07 – 0.88) ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ อายุ (อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี:  $OR_{Adj}$  = 4.23, 95% CI: 1.40 – 12.80, อายุมากกว่า 60 ปี:  $OR_{Adj}$  = 4.61, 95% CI: 1.29 – 16.51) และระดับการศึกษา ( $OR_{Adj}$  = 3.28, 95% CI: 1.28 – 8.43) และด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ อายุ (อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี:  $OR_{Adj}$  = 5.62, 95% CI: 1.11 – 28.46, อายุมากกว่า 60 ปี:  $OR_{Adj}$  = 6.63, 95% CI: 1.19 – 36.96) และระดับการศึกษา ( $OR_{Adj}$  = 5.08, 95% CI: 1.58 – 16.27) ผล

การศึกษาที่ได้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางส่งเสริมความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสมต่อไป



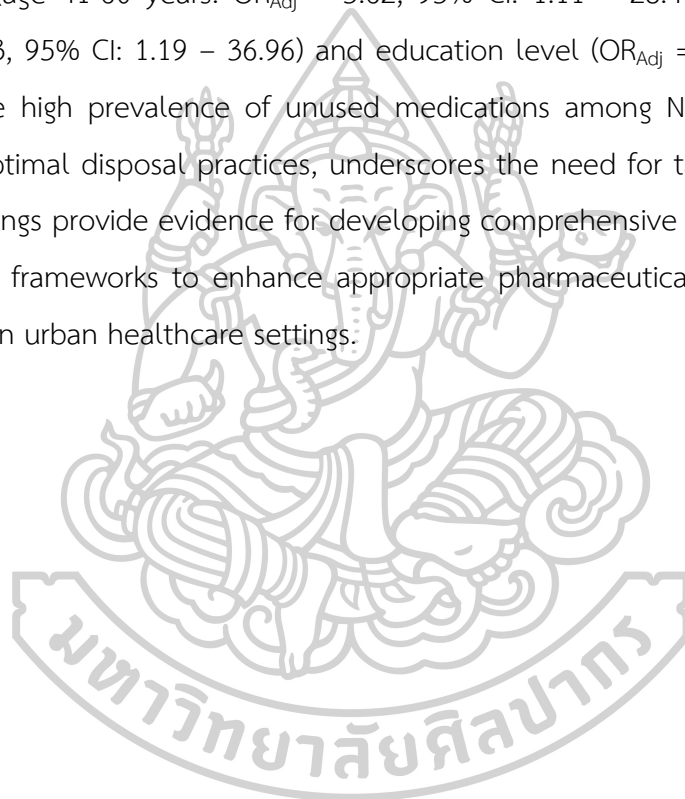
61362305 : Major SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY

Keyword : Unused medicine, pharmaceutical waste management, medication disposal, knowledge, attitudes, non-communicable diseases patient

MISS Laksika CHINPONGSANOND : FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD MANAGEMENT ON UNUSED MEDICINES OF NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS IN BANGKOK Thesis advisor : Assistant Professor Waranee Bunchuailua, Ph.D.

This cross-sectional study examined the prevalence of unused medications, assessed knowledge and attitudes regarding pharmaceutical waste management, and identified determinants of knowledge and attitudes among patients with non-communicable diseases (NCDs) in Bangkok, Thailand. A stratified sampling approach was employed to recruit 356 NCD patients from public health service centers under the Bangkok Metropolitan Administration. Data collection utilized structured interview questionnaires, with subsequent analysis performed using descriptive statistics and multivariable logistic regression models. Participants had a mean age of  $49.28 \pm 16.30$  years, with 87.92% reporting possession of unused medicines. The predominant categories of unused medicines included topical preparations, antacids, and antihypertensive agents. The majority of participants disposed of unused medicines through household waste streams. Knowledge assessment revealed that 86.80% of participants demonstrated high-level understanding of proper medication waste management principles. Participants exhibited favorable attitudes toward pharmaceutical waste management regarding environmental impact awareness, stakeholder responsibilities, and information dissemination initiatives. However, attitudes concerning specific disposal protocols remained moderate. Factors influencing knowledge of unused medication management included age (age 41-60 years: Adjusted Odds ratio ( $OR_{Adj}$ ) = 4.64, 95% CI: 1.40 – 15.43; age over 60 years:  $OR_{Adj}$  = 5.42, 95% CI: 1.37 – 21.40), occupation ( $OR_{Adj}$  = 2.62, 95% CI: 1.11 – 6.18), and experience with unused medications ( $OR_{Adj}$  = 0.39, 95% CI: 0.18 – 0.86). Factors influencing attitudes toward unused medication management regarding disposal guidelines included age ( $OR_{Adj}$  = 2.71, 95% CI: 1.15 – 6.37), average monthly income ( $OR_{Adj}$  = 3.62, 95% CI: 1.78 – 7.40), and experience with unused medications ( $OR_{Adj}$  =

2.08, 95% CI: 1.03 – 4.21). For attitudes regarding the impact of inappropriate unused medication management, education level was a significant factor ( $OR_{Adj} = 0.25$ , 95% CI: 0.07 – 0.88). Regarding attitudes toward responsibilities for unused medication management, significant factors included age (age 41-60 years:  $OR_{Adj} = 4.23$ , 95% CI: 1.40 – 12.80; age over 60 years:  $OR_{Adj} = 4.61$ , 95% CI: 1.29 – 16.51) and education level ( $OR_{Adj} = 3.28$ , 95% CI: 1.28 – 8.43). For attitudes toward campaigns or information dissemination about unused medication management, significant factors were age (age 41-60 years:  $OR_{Adj} = 5.62$ , 95% CI: 1.11 – 28.46; age over 60 years:  $OR_{Adj} = 6.63$ , 95% CI: 1.19 – 36.96) and education level ( $OR_{Adj} = 5.08$ , 95% CI: 1.58 – 16.27). The high prevalence of unused medications among NCD patients, coupled with suboptimal disposal practices, underscores the need for targeted interventions. These findings provide evidence for developing comprehensive educational programs and policy frameworks to enhance appropriate pharmaceutical waste management behaviors in urban healthcare settings.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถที่จะสำเร็จไปได้ เนื่องจากได้รับความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ ให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ คอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อท้อแท้ และเจอปัญหา รวมถึงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาณุพัฒน์ พุ่มพฤษ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรี วัชรดำรงกุล ที่เมตตาให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรี วัชรดำรงกุล เกษักรหญิงนพร ต้นไพบูลย์กุล และเกษักรหญิงงามพิศ แซ่มขุนทด ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการบริหารทางเภสัชศาสตร์ทุกท่านที่เมตตาและให้ความรู้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากรทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกขณะเรียนเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว และเพื่อนเภสักรทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ และคอยสนับสนุนมาโดยตลอดระยะเวลาการศึกษา



ลักษิกา ชินพงสานนท์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
1. ข้อมูลเกี่ยวกับยาเหลือใช้และการจัดการยาเหลือใช้.....	7
1.1 นิยามและสถานการณ์การมียาเหลือใช้.....	7
1.2 สาเหตุของการมียาเหลือใช้.....	9
1.3 แนวทางการจัดการยาเหลือใช้.....	9
1.4 สถานการณ์การจัดการยาเหลือใช้.....	11
2. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องความรู้.....	12
2.1 ความหมายของความรู้.....	12

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรู้.....	13
2.3 ระดับของความรู้.....	14
2.4 การวัดระดับความรู้.....	14
3. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องเจตคติ .....	15
3.1 ความหมายของเจตคติ .....	15
3.2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเจตคติ.....	16
3.3 การวัดเจตคติ.....	16
4. Knowledge Attitude Practice (KAP) model.....	17
5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	21
รูปแบบการศึกษา .....	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	21
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	21
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	24
ขั้นตอนการพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	26
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	27
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	31
ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้.....	38
ส่วนที่ 3 เจตคติในการจัดการยาเหลือใช้.....	40
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ .....	44
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	67

สรุปผลการศึกษา..... 67

การอภิปรายผลการศึกษา..... 69

ข้อจำกัดของการศึกษา ..... 71

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ..... 71

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป..... 72

รายการอ้างอิง..... 73

ประวัติผู้เขียน..... 81



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 รายละเอียดการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อของศูนย์บริการสาธารณสุข <sup>79</sup> .....	23
ตารางที่ 2 กลุ่มและระดับของตัวแปร.....	28
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร .....	31
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการมียาเหลือใช้.....	34
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยา ประเภทต่าง ๆ.....	36
ตารางที่ 6 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) .....	37
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามคำตอบในแต่ละข้อ (N = 356) ..	38
ตารางที่ 8 ระดับของความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356).....	39
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้จำแนกรายข้อคำถาม (N = 356)	40
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้จำแนกรายด้าน (N = 356)	42
ตารางที่ 11 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356).....	44
ตารางที่ 12 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356).....	48
ตารางที่ 13 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยา เหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม (N = 356).....	52
ตารางที่ 14 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วน รับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356).....	55
ตารางที่ 15 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่อง การจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) .....	59
ตารางที่ 16 ผลของความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ .....	63

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของปัญหายาเหลือใช้เป็นสถานการณ์ที่ได้รับความสนใจตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในด้านกระบวนการและผลลัพธ์จากการรักษาโรคด้วยยา ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์จากความสูญเสียด้านมูลค่ายา และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการกำจัดยาด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม โดยจะส่งผลกระทบต่อคนในสังคมรวมไปถึงสัตว์ต่าง ๆ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหายาเหลือใช้ หรือการสะสมยาเกินความจำเป็นมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ายาเหลือใช้เป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นจากการศึกษาถึงผลกระทบทางการคลังจากการสะสมยาเกินจำเป็น ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยนอกเกินกว่าครึ่งสะสมยาเกินจำเป็น และมีมูลค่าของยาที่สะสมอยู่ที่ 25.3 ล้านบาทต่อปี ซึ่งสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิการรักษาที่มีความชุกของผู้ป่วยสะสมยา มากที่สุดตามลำดับ หากคำนวณประมาณการมูลค่าที่สูญเสียไปในระดับประเทศพบว่ามีผู้ป่วยถึง 19.2 ล้านคนสะสมยาเกินจำเป็น และมีมูลค่าที่สูญเสียเท่ากับ 2,349 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.75 ของอัตราการบริโภคยาทั้งหมดของประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเฉลี่ยมากกว่า 90 วัน มีแนวโน้มที่จะสะสมยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาน้อยกว่า 90 วันถึง 6.1 เท่า<sup>1</sup> ซึ่งยังพบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด (GDP) ในปี 2561 คนไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพเฉลี่ยต่อครัวเรือนที่ 388,976 บาท คิดเป็นค่ายา 180,575 บาท โดยคิดเป็นร้อยละ 46.68<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกจำนวนมากที่เป็นการสำรวจปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ เช่น ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช พบว่าร้อยละ 74.4 ของผู้ป่วยมียาเหลือใช้ ซึ่งกลุ่มยาที่พบมาก ได้แก่ กลุ่มยาลดระดับความดันโลหิต และกลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด<sup>3</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครผ่านการเยี่ยมบ้าน ที่พบว่าร้อยละ 97.9 ของผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดผิดปกติ เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด มียาเหลือใช้มูลค่าเฉลี่ย 383.89 บาทต่อราย<sup>4</sup> และยังพบว่าจากการศึกษาฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใบสั่งยาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในจังหวัดต่างๆ พบมีผู้ป่วยสะสมยาเหลือใช้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมูลค่าของยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยมีอยู่ที่ 18,383,209 บาท หรือร้อยละ 4.04 ของมูลค่ายาที่จ่ายไป<sup>5</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหายาเหลือใช้เป็นปัญหาที่พบได้มากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วยในเขตชุมชนเมืองที่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวกรวดเร็ว เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์จำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสถานพยาบาลที่หลากหลาย ทั้งโรงพยาบาลในระดับโรงเรียน

แพทย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะโรค รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครที่ครอบคลุมครบทุกเขตพื้นที่รวม 69 ศูนย์ ซึ่งการมีสถานพยาบาลเป็นจำนวนมากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยในเขตชุมชนเมืองส่วนใหญ่ไม่ประสบกับภาวะขาดแคลนยา และส่งผลให้มียาเหลือใช้จำนวนมาก<sup>6</sup> โดยสถานการณ์การมียาเหลือใช้ในเขตกรุงเทพมหานครนั้นพบว่า เป็นปัญหาที่สำคัญ จากการสำรวจปริมาณ และมูลค่าของยาที่ผู้ป่วยนำมาคืนคณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาลในช่วงระยะเวลา 14 เดือน พบว่ามียาคืนทั้งสิ้น 4,624 รายการ จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,092 ราย คิดเป็นมูลค่ารวมทั้งสิ้น 3.4 ล้านบาท หรือ ประมาณ 3,141.35 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ซึ่งยา Simvastatin, Omeprazole, Enalapril, Metformin และ Amlodipine เป็นยาที่ถูกนำมาคืนมากที่สุด<sup>7</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีพ.ศ. 2559 – 2561 กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของลิวติการักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการการรักษาข้าราชการและครอบครัว มีจำนวน 293,984 ราย 287,045 ราย และ 301,293 ราย ตามลำดับ<sup>8</sup> ประกอบกับรายงานสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอายุประชากรภายในกรุงเทพมหานคร ได้ระบุถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยจากข้อมูลพบว่าประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 สูงถึงร้อยละ 15.78 และ พ.ศ. 2560 จำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.81 ของจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนในกรุงเทพมหานคร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ซึ่งผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบกับคนกรุงเทพมหานคร มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ไม่ใส่ใจสุขภาพ ทานอาหารไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้<sup>9</sup> จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้กรุงเทพมหานคร เป็นแหล่งที่สามารถพบปัญหายาเหลือใช้ได้มาก

แม้ว่าจะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหายาเหลือใช้ในด้านขนาดของปัญหา ผลกระทบของปัญหาในด้านเศรษฐศาสตร์ รวมไปถึงการศึกษาเพื่อหาสาเหตุอันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยในประเทศไทย<sup>10, 11</sup> แต่อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาเหลือใช้ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการจัดการที่ไม่เหมาะสมมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งในปัจจุบันพบว่า สถานการณ์การปนเปื้อนยาในสิ่งแวดล้อมจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่ถูกวิธี เป็นปัญหาที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ทั่วโลก<sup>12</sup> ครอบคลุม 5 กลุ่มพื้นที่ขององค์การสหประชาชาติ ได้แก่ แอฟริกา เอเชีย-แปซิฟิก ยุโรปตะวันออก ลาตินอเมริกาและแคริบเบียน ยุโรปตะวันตกและอื่นๆ รวมทั้งสิ้น 71 ประเทศ ที่พบการปนเปื้อนในแหล่งน้ำ ปุ๋ย และดิน<sup>13-15</sup> ซึ่งกลุ่มยาที่มักมีรายงานการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด กลุ่มยารักษาโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง ฮอร์โมนเพศ และยากล่อมประสาท<sup>13, 15, 16</sup> ประเทศไทยมีการศึกษาการปนเปื้อนและตรวจพบ Acetaminophen Roxithromycin และยาฆ่าเชื้อชนิดอื่นๆ ได้ในน้ำทิ้งทั้งก่อนและหลังการบำบัด รวมถึงยังสามารถที่จะตรวจพบตัวยาได้จากแหล่งน้ำธรรมชาติซึ่งเป็นจุดรับน้ำจากโรงงานในเขตจตุจักร เขตดินแดง เขตรัตนโกสิน เขตสีพญา เขตช่องนนทรี เขตหนองแขม และเขตทุ่งครุ<sup>17</sup> ถึงแม้ว่าปริมาณของยาแต่ละชนิดที่ปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อมมีความเข้มข้นอยู่ในปริมาณที่น้อยจนอาจไม่สามารถที่จะทำให้เกิดผลข้างเคียง หรือแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่จะทำลายระบบนิเวศได้อย่างชัดเจน แต่การปนเปื้อนของยามากกว่า 1 ชนิดที่มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายคลึงกัน สามารถเสริมฤทธิ์หรือเกิดปฏิกิริยาต่อกันจนอาจก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่บริเวณนั้นได้<sup>13, 14</sup> เช่น การปนเปื้อนของยาปฏิชีวนะในแหล่งน้ำอาจก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา<sup>18</sup> หรือการปนเปื้อนของ steroidal estrogens ที่พบความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเพศในปลาในแหล่งธรรมชาติ<sup>19, 20</sup> กระทบต่อความสำเร็จในการสืบพันธุ์ โดยการเปลี่ยนแปลงของปลาทำให้อายุและความสำเร็จของการสืบพันธุ์ลดลงถึงร้อยละ 76<sup>21</sup>

นอกจากปัญหาการปนเปื้อนของยาเหลือใช้ในสิ่งแวดล้อมจากการกำจัดโดยวิธีที่ไม่ถูกวิธีแล้ว การเก็บสะสมยาเหลือใช้ไว้ภายในบ้านอาจส่งผลเสียได้หลายประการด้วยเช่นกัน เช่น การส่งเสริมให้มีการใช้ยาในทางที่ผิดโดยเฉพาะในวัยรุ่น การจัดการรับประทานด้วยตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น หรือการรับประทานยาเหลือใช้โดยไม่ได้ตั้งใจในเด็กเล็กจนเกิดพิษ จากรายงานระหว่างปี ค.ศ. 2001 ถึง 2008 พบเด็กที่ได้รับสารพิษจากการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 95 ของรายงานเด็กที่ได้รับสารพิษทั้งหมด<sup>22</sup> โดย National Safety Council ได้แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บยาเหลือใช้ไว้ที่บ้าน<sup>23</sup> ได้แก่ 1) เพิ่มโอกาสที่จะเกิดพิษจากยา เนื่องจากเด็กหรือสัตว์เลี้ยงรับประทานเข้าไปโดยไม่ได้ตั้งใจ 2) การเข้าถึงยาของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนผ่านการมาเยี่ยมที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำยาไปใช้เองหรือนำไปขาย 3) การใช้ยาไม่ถูกต้อง และใช้ยาเสื่อมคุณภาพ จากการเก็บสะสมเป็นเวลานาน 4) อันตรายจากการจัดการรับประทานเอง ทำให้เมื่อไปพบแพทย์อาการที่ผู้ป่วยแสดงอาจเปลี่ยนไปจนเกิดความเข้าใจผิดที่ส่งผลต่อการรักษา นอกจากนั้นยาที่ผู้ป่วยจัดรับประทานอาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและยา หรือยาและอาหารได้ และ 5) ความพยายามในการฆ่าตัวตาย โดยการรับประทานยาที่มีอยู่

จากปัญหาการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสมทำให้องค์กรต่างๆ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดการยาเหลือใช้อย่างถูกวิธี โดยได้กำหนดแนวทางในการจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสมเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กรณีในชุมชนมีหน่วยบริการที่รับยาเหลือใช้ ให้พิจารณาให้บริการเป็นอันดับแรกควรปฏิบัติตามคำแนะนำภายในเอกสารกำกับยา และฉลากยาอย่างเคร่งครัด และไม่ควรกำจัดโดยการทิ้งลงสู่แหล่งน้ำ หรือส่งมอบให้แก่ผู้อื่น<sup>24-30</sup> ในส่วนประเทศในทวีปเอเชีย

พบว่าแนวทางการจัดการยาหมอตายุระบุให้ดำเนินการโดยการส่งมอบให้แก่เภสัชกร และหากยาที่ต้องการกำจัดเป็นประเภทวัตถุเสพติด ให้ดำเนินการส่งมอบให้แก่หน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง<sup>31</sup>

การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสมจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ ซึ่งการแสดงออกทางพฤติกรรมนั้น มีความสัมพันธ์กับความรู้ และเจตคติของแต่ละบุคคล ทั้งทางตรง และทางอ้อม คือหากมีความรู้ที่ถูกต้อง เจตคติที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสม ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติของการจัดการยาเหลือใช้ จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญอันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมจัดการยาเหลือใช้ที่ถูกต้อง สามารถลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการบริโภคยาที่เสื่อมคุณภาพ หรือการบริโภคโดยไม่ได้ตั้งใจของเด็กเล็กหรือสัตว์เลี้ยง

### คำถามของการวิจัย

1. ความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ และการสร้างเจตคติที่ดีในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานครต่อไป

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้จากคนรอบข้าง และการเข้าถึงข้อมูลในการจัดการยาเหลือใช้ส่งผลต่อความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้จากคนรอบข้าง และการเข้าถึงข้อมูลในการจัดการยาเหลือใช้ส่งผลกระทบต่อเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ หมายถึง ข้อมูล หรือแนวทางในการจัดการเมื่อมียาเหลือใช้โดยยึดตามคู่มือสำหรับประชาชน แนวทางการจัดการยาหรือเภสัชภัณฑ์ที่ตกค้างในชุมชน โดยกรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา<sup>32</sup> ซึ่งความรู้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย ด้านสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ และด้านผลกระทบจากยาปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม

เจตคติเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของแต่ละคนในเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยแสดงออกมาผ่านทางอารมณ์<sup>33</sup> ซึ่งเจตคติในการวิจัยนี้ประกอบด้วย ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ และด้านภรรรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้

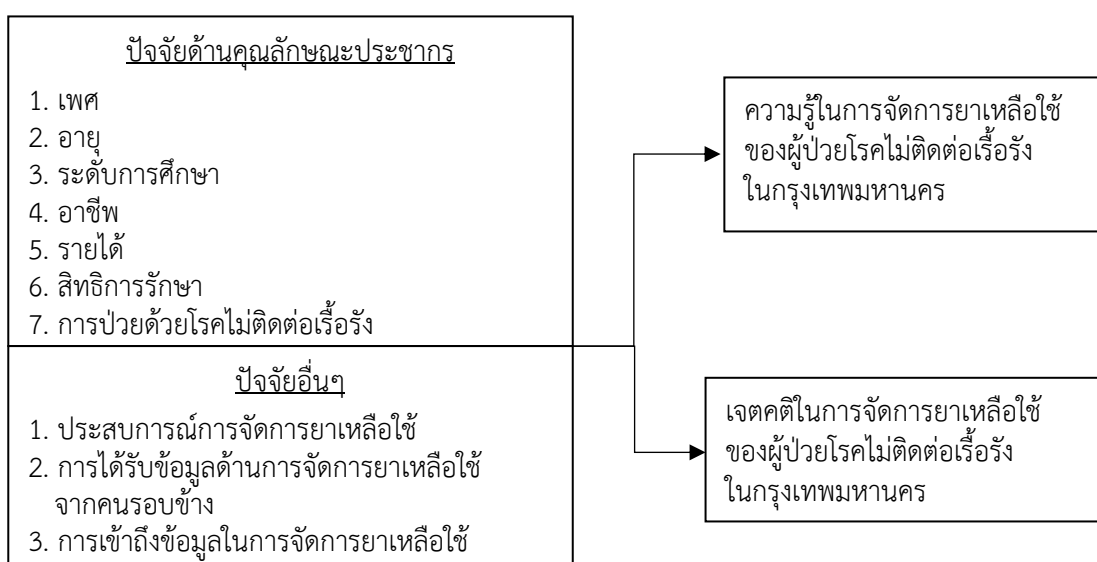
ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยเหลือจากที่ได้รับจากแพทย์ในแต่ละครั้งอาจเป็นยาที่หมดอายุเสื่อมสภาพ หรือยาที่อยู่ในสภาพดีแต่ผู้ป่วยไม่ใช้แล้ว

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการวิจัยนี้ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



## บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการจัดการยาเหลือใช้ในกรุงเทพมหานครต่อไป ซึ่งแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับยาเหลือใช้และการจัดการยาเหลือใช้
  - 1.1 นิยามและสถานการณ์การมียาเหลือใช้
  - 1.2 สาเหตุของการมียาเหลือใช้
  - 1.3 แนวทางการจัดการยาเหลือใช้
  - 1.4 สถานการณ์การจัดการยาเหลือใช้
2. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องความรู้
  - 2.1. ความหมายของความรู้
  - 2.2. ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรู้
  - 2.3. ระดับของความรู้
  - 2.4. การวัดระดับความรู้
3. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องเจตคติ
  - 3.1. ความหมายของเจตคติ
  - 3.2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติ
  - 3.3. การวัดเจตคติ
4. Knowledge Attitude Practice (KAP) model
5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

## 1. ข้อมูลเกี่ยวกับยาเหลือใช้และการจัดการยาเหลือใช้

### 1.1 นิยามและสถานการณ์การมียาเหลือใช้

Si Mui DS ได้กล่าวถึงความหมายของยาเหลือใช้และยาหมดอายุไว้ใน Guidelines on the proper disposal of unused medications รายละเอียดดังนี้<sup>34</sup>

ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาหมดอายุ มีการปนเปื้อน และไม่ปลอดภัยหากต้องนำมาใช้ หรือยาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

ยาหมดอายุ หมายถึง ยาที่มีอายุเลยวันที่กำหนดไว้บนขวด บรรจุภัณฑ์ หรือระบุบนฉลากยาโดยเภสัชกรก่อนที่จะส่งต่อให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรวมถึงยาที่มีการเก็บรักษาไม่ถูกต้อง

สภาเภสัชกรรม ระบุว่ายาเหลือใช้ เป็นคำที่ใช้เรียกรวมสำหรับยาที่เหลืออยู่ในบ้าน เกิดจากซื้อมาเก็บไว้แล้วไม่ได้ใช้ แพทย์เปลี่ยนแปลงการรักษาทำให้ยาเดิมเหลือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับยา เสียชีวิตไปแล้ว หายป่วยแล้วจึงหยุดยา ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาเทคนิคพิเศษจึงไม่ใช้ และผู้ป่วย ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เช่น ลืม หยุดใช้ยาเนื่องจากรู้สึกไม่ดี ไม่ใช้ยาในขนาดที่แพทย์สั่ง หรือแพทย์จ่ายยามากเกิน นอกจากนี้ยังรวมถึงยาที่เสื่อมสภาพ ยาหมดอายุด้วย<sup>35</sup>

จากรายงานสถานการณ์ยาเหลือใช้ของสหราชอาณาจักรปี ค.ศ. 2009 พบว่ามีมูลค่าสูงถึง 300 ร้อยล้านปอนด์สเตอร์ลิงต่อปี อาจกล่าวได้ว่าในทุก ๆ 25 ปอนด์สเตอร์ลิงมีมูลค่าของยาเหลือใช้อยู่ 1 ปอนด์สเตอร์ลิง หรือคิดเป็นร้อยละ 0.3 ของค่าใช้จ่ายในระบบดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบรายงานจากประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศแคนาดา พบผลการศึกษามูลค่าของยาเหลือใช้สูงถึง 7 แสנדอลลาร์ ต่อปี ประเทศสเปนประมาณการมูลค่าของยาเหลือใช้สูงถึง 129.8 ล้านยูโร หรือร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ และประเทศสวีเดน พบมูลค่าของยาเหลือใช้สูงถึงร้อยละ 4-5 ของยาที่จ่ายไปทั้งหมด หรือคิดเป็น 65 ล้านยูโร<sup>36</sup>

การศึกษาปัญหายาเหลือใช้ ณ เมืองคาบูล ประเทศอัฟกานิสถาน พบว่าร้อยละ 95.30 ของกลุ่มตัวอย่าง มียาเหลือใช้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่ทำซื้อได้ตามใบสั่งยา และเกินกว่าครึ่งมักจะเก็บสะสมไว้ที่บ้านหากยายังไม่หมดอายุ และเมื่อหมดอายุแล้วจะนำไปทิ้งลงถังขยะสูงถึงร้อยละ 77.70<sup>37</sup>

สถานการณ์ยาเหลือใช้ ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายมียาเหลือใช้ ซึ่งเกินกว่าครึ่งเป็นกลุ่มยาฆ่าเชื้อ และสะสมยาไว้ที่บ้านถึงร้อยละ 85.80 โดยทิ้งลงถังขยะร้อยละ 71.60<sup>38</sup>

จากผลการศึกษาสถานการณ์ของยาเหลือใช้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) พบว่าความชุกของการเก็บสะสมยาเหลือใช้อยู่ที่ร้อยละ 77 พบมากในเขตชุมชนเมือง ซึ่งผลการศึกษาที่พบการสะสมยาเหลือใช้ส่วนใหญ่มาจากทวีปเอเชียตะวันตกเฉียงใต้ นอกจากนี้ยังพบการใช้ยาหมดอายุในบางประเทศ ตัวอย่างเช่น ชาวออสเตรเลียเชื่อว่าสามารถที่จะใช้ยาซึ่งหมดอายุไปแล้ว 1 ปี หรือนานกว่านั้นได้ นอกจากนี้พบความเชื่อมโยงระหว่างการมี

เหลือใช้กับรายได้ คือหากครัวเรือนมีรายได้ที่สูง หรือในบางประเทศที่ราคายาถูกจะส่งผลทำให้ ความชุกของการมียาเหลือใช้เพิ่มขึ้น<sup>39</sup>

Mei Lai PS ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ในรูปแบบโปสเตอร์เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในประเทศมาเลเซีย จากการศึกษาพบว่าความรู้เฉลี่ยสามารที่จะ เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 20 ถึงแม้ว่าความรู้จะเพิ่มขึ้น แต่ยังพบว่าประเด็นเรื่องแนวทางการจัดการยา เหมาะสมใช้ที่เหมาะสม และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่สามารถที่จะตอบ คำถามได้อย่างถูกต้อง ในส่วนของเจตคติภาพรวมไม่พบความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังได้รับการ ส่งเสริมความรู้ แต่พบว่าในประเด็นเรื่องความรับผิดชอบต่อการปนเปื้อนของยาสู่สิ่งแวดล้อม การนำยาเหลือใช้ไปคืนสถานพยาบาล และการไม่แบ่งปันยาให้แก่ผู้อื่นหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในทิศทางที่ดีขึ้น และเมื่อพิจารณาถึงผลของพฤติกรรมหลังได้รับการส่งเสริม ความรู้พบว่า การทิ้งยาที่หมดอายุ หรือการเก็บยาที่ไม่ได้ใช้แล้วไว้ที่บ้านลดน้อยลง ซึ่งถือเป็นสิ่ง ที่เหมาะสม เนื่องจากสามารถที่จะป้องกันการเกิดอันตรายจากการบริโภคยาโดยไม่ตั้งใจได้ เช่น ในกลุ่มของเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา<sup>40</sup>

การสถานการณ์ยาเหลือใช้ของโรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งยาเหลือใช้ ในการศึกษานี้ หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ และในปัจจุบันไม่ได้ใช้นั้นแล้ว หรือมีจำนวนยา เหลือมากกว่าวันนัด โดยศึกษาเฉพาะยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบ ยาเหลือใช้สูงถึงร้อยละ 62 และยาส่วนใหญ่ ได้แก่ Metformin Amlodipine และEnalapril<sup>41</sup>

สถานการณ์ยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าร้อยละ 43.2 ของกลุ่มผู้ป่วยมียาเหลือใช้ และระบุว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ส่วนมากคือ ได้รับยามากกว่าวัน ที่แพทย์นัด (ร้อยละ 45.2) และไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 43.8) ซึ่งยาที่มีปริมาณเหลือใช้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ Metformin 500 mg, Glipizide 5mg, Enalapril 5 mg, Vitamin B complex และ Simvastatin 10 mg นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วย มีระดับความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษา และการจัดการยาอยู่ในระดับปานกลาง<sup>42</sup>

จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประชุมสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 10 ได้กล่าวถึง สถานการณ์ยาเหลือใช้ว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 40 มียาเกินความจำเป็น และกลายเป็นปัญหาหา ยาเสื่อมสภาพ ยาหมดอายุในที่สุด ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง หรือมีการ บริหารยาที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีโอกาสที่จะได้รับยาในปริมาณที่สูงหรือต่ำจนเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้สูงอายุ<sup>43</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาที่ยังอยู่ในสภาพดี และยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ ซึ่งผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ หรือมีจำนวนมากเกินกว่าความต้องการ

โดยสาเหตุที่มียาเหลือใช้อาจเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และเกิดจากการจัดการของระบบสาธารณสุข เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ของยาเหลือใช้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมียาเหลือใช้ ทั้งยาที่ยังอยู่ในสภาพดี และยาที่หมดอายุแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในเขตชุมชนเมือง

## 1.2 สาเหตุของการมียาเหลือใช้

สาเหตุของการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วย สามารถที่จะแบ่งได้ 2 กรณี ดังนี้<sup>44-47</sup>

1. กรณีที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ปรับขนาดของยาเอง สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลเพื่อรับยาได้หลายแห่ง แบ่งยาให้ผู้อื่น ท้อแท้ต่อการรักษา ไม่มีผู้ดูแล หรือความกังวลว่ายาที่จำเป็นต้องใช้จะขาดตลาดจึงทำให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะสะสมยา

2. กรณีที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์เปลี่ยนแปลงการรักษา การจ่ายยาในปริมาณที่มากเกินไปวันนัด ให้คำอธิบายการใช้ยาน้อยเกินไปจนผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีบริหารยา การขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ ไม่ได้ตรวจสอบปริมาณยาเดิม (medication reconciliation) หรือปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่ากรณีที่ผู้ป่วยมียาเหลือใช้ สามารถเกิดได้จากกรณีอื่นๆ ดังนี้

1. ขาดนโยบายที่ชัดเจนของสถานพยาบาลที่สนับสนุนแก้ปัญหายาเหลือใช้ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงงบประมาณที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา<sup>45, 47</sup>

2. ปัญหาความเข้มแข็งของชุมชน เช่น อสม. อบต. หรือครอบครัวที่อบอุ่น เนื่องจากชุมชนที่เข้มแข็งสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น<sup>45</sup>

## 1.3 แนวทางการจัดการยาเหลือใช้

ปัจจุบัน พบว่ามีองค์กรระดับสากลจำนวนหลายแห่งจัดทำแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ สำหรับประชาชนขึ้น อาทิเช่น Food and Drug Administration (FDA), United States Environmental Protection Agency (EPA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), United States Drug Enforcement Administration (DEA), New Hampshire department of environmental services และ New Jersey Department of environment protection โดยมีรายละเอียด ระบุว่าหากในชุมชนมีหน่วยบริการที่รับยาเหลือใช้ ให้พิจารณาใช้บริการเป็นอันดับแรกควรปฏิบัติตามคำแนะนำภายในเอกสารกำกับยาและฉลากยาอย่างเคร่งครัด และไม่ควรกำจัดโดยการทิ้งลงสู่แหล่งน้ำ หรือมอบให้แก่ผู้อื่น<sup>24-30</sup>

แนวทางการจัดการยาเหลือใช้ของเมืองคุนหมิง ประเทศจีน กำหนดให้หน่วยงานที่มียาเหลือใช้ จะต้องดำเนินการคัดแยกขยะซึ่งประกอบด้วยยาเหลือใช้ และขยะทั่วไปออกจากกัน และส่งมอบให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบรวบรวมนำไปเผาทำลายอย่างถูกต้องต่อไป<sup>48</sup>

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือแนวทาง การจัดการยา หรือเภสัชภัณฑ์ที่ตกค้างในชุมชนสำหรับประชาชนขึ้น ภายในคู่มือได้ระบุถึงการป้องกันและแก้ไข

ปัญหา ยา หรือเภสัชภัณฑ์เหลือใช้ ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ การใช้ การเก็บรักษาจนถึงการกำจัด โดยมีแนวทางประกอบด้วย<sup>32</sup>

1. เสริมสร้างการเรียนรู้เรื่องยาให้แก่ประชาชน ผ่านการอ่านฉลาก การสังเกตลักษณะของยา รวมถึงการดูวันผลิต วันหมดอายุ เพื่อให้สามารถที่จะคัดแยกและรวบรวมยาที่หมดอายุด้วยวิธีที่เหมาะสม เนื่องจากยาเป็นสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

2. รวบรวมยาหรือเภสัชภัณฑ์ที่ต้องการกำจัดด้วยวิธีที่เหมาะสม โดยการเก็บในภาชนะปิดสนิทและไกลจากมือเด็ก

3. ส่งมอบยาหรือเภสัชภัณฑ์ให้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง เช่น เมาที่อุณหภูมิมากกว่า 1,200 องศาเซลเซียส หรือกำจัดพร้อมกับยาหมดอายุที่เกิดจากโรงพยาบาลต่อไป

นอกจากนี้ภายในคู่มือยังระบุข้อควรระวังในการจัดการยาหรือเภสัชภัณฑ์เหลือใช้ในชุมชน ได้แก่

1. ห้ามส่งมอบยาหรือเภสัชภัณฑ์เหลือใช้ของตนเองให้แก่ผู้อื่นโดยเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

2. ห้ามกำจัดยา หรือเภสัชภัณฑ์ รวมถึงภาชนะบรรจุในถังขยะทั่วไป เพื่อป้องกันการปนเปื้อนลงสู่สิ่งแวดล้อม และอาจเป็นอันตรายต่อเด็กและสัตว์เลี้ยงหากนำออกมาเล่นหรือรับประทาน

3. ห้ามกำจัดยาหรือเภสัชภัณฑ์ผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย ทิ้งลงในชักโครก หรือทิ้งลงในแหล่งน้ำสาธารณะ เนื่องจากสามารถปนเปื้อนลงสู่สิ่งแวดล้อมทำลายระบบนิเวศ และอาจปนเปื้อนน้ำสำหรับอุปโภค บริโภค

4. ห้ามเผาทำลายยาที่บรรจุอยู่ในภาชนะอัดความดัน เนื่องจากการเผาทำลายส่งผลให้เกิดการระเบิด

นอกจากนี้ มารุพงษ์ พชรโชค ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อช่วยลดปัญหา ยาเหลือใช้รายละเอียด ดังนี้<sup>49</sup>

1. แนะนำให้ขอรับคำปรึกษาเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ที่ปลอดภัยจากเภสัชกร

2. กรณีที่ไม่ได้ใช้ยาแล้ว และยายังไม่หมดอายุสามารถนำไปปรึกษากับเภสัชกร หรือแพทย์ เพื่อนำไปมอบให้แก่ผู้ป่วยที่ขาดแคลนได้

3. กรณีที่มียาจำนวนมาก และยังไม่หมดอายุแต่ยังจำเป็นจะต้องใช้อยู่ ให้เรียงลำดับการใช้ตามวันหมดอายุ

4. กรณีที่ยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพให้กำจัดโดยการทำให้ยาเสียสภาพไปจากเดิม หรือไม่สามารถเอามาใช้ต่อได้ก่อนนำไปทิ้ง เช่น คลุกยากับขี้เถ้า ดิน หรือ กากกาแฟ จากนั้นห่อด้วย

กระดาษ หรือถุงพลาสติกก่อนนำไปทิ้งถังขยะ โดยไม่แนะนำให้ทิ้งในโถส้วม หรืออ่างล้างจาน เนื่องจากจะทำให้ยาปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม

โดยระบุถึงกรณีที่ผู้ป่วยต้องการที่จะนำยาเหลือใช้กลับมาใช้ใหม่ ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของวิธีการเก็บรักษา ยา โดยเก็บให้ห่างจากความชื้น อุณหภูมิเหมาะสม และพ้นจากแสงแดด
2. ตรวจสอบลักษณะของบรรจุภัณฑ์ หรือภาชนะบรรจุยา โดยยาควรบรรจุอยู่ในภาชนะเดิมของผู้ผลิต เพื่อป้องกันการปนเปื้อน หรือเสื่อมคุณภาพ
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของฉลากยา เพื่อศึกษาวิธีใช้อย่างเหมาะสมได้
4. ตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยา
5. ตรวจสอบลักษณะภายนอกของยา และไม่ควรใช้ยาหากมีลักษณะที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น สี กลิ่น รส

ปราณิสยา กอรั่ม ได้ระบุถึงแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลลำลูกกา โดยการให้ผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือมาทุกครั้งที่พบแพทย์ เพื่อตรวจสอบปริมาณยาเหลือที่ยังสามารถใช้ได้ รวบรวมและนำกลับมาใช้ใหม่ตามคำสั่งแพทย์<sup>50</sup> ทั้งนี้ยังพบการดำเนินโครงการไขแลงยาเก่า ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ประชาชนสามารถที่จะนำยาเหลือใช้มาแลกรับไขเพื่อให้งานสามารถที่จะกำจัดยาเหลือใช้ได้อย่างถูกต้องต่อไป<sup>51</sup>

#### ระบบการจัดการยาเหลือใช้ในกรุงเทพมหานคร

ปัจจุบัน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยกองเภสัชกรรมได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการจัดการยาเหลือใช้จากบ้านเรือนประชาชนขึ้น เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การปนเปื้อนของยาสู่สิ่งแวดล้อม และการสูญเสียของงบประมาณ ซึ่งภายในคู่มือได้ระบุถึงกระบวนการรวบรวมยาเหลือใช้จากผู้ป่วย การคัดแยกยาเหลือใช้โดยงานเภสัชกรรม ในกรณีที่เภสัชกรประเมินแล้วว่ายาอยู่ในสภาพดี และยังไม่หมดอายุ สามารถติดต่อหน่วยงานที่มีความประสงค์รับยาเหลือใช้เพื่อการส่งต่อยาให้แก่ผู้อื่น และป้องกันการสูญเสียของงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์ กรณีที่ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพแล้ว สามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเขต เพื่อนำยาที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพไปกำจัดอย่างถูกต้องต่อไป<sup>52</sup>

#### **1.4 สถานการณ์การจัดการยาเหลือใช้**

Tit DM ศึกษาสถานการณ์ยาเหลือใช้ของประเทศโรมาเนีย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีวิธีการจัดการยาเหลือใช้ หรือหมดอายุโดยการทิ้งลงถังขยะถึงร้อยละ 95.30 ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 0.70 เท่านั้นที่จัดการยาเหลือใช้โดยการส่งคืนให้แก่เภสัชกร<sup>53</sup>

Bataduwaaarachchi VR ได้ศึกษาสถานการณ์การจัดการยาเหลือใช้ของประเทศในทวีปยุโรป ประเทศในแถบตะวันออกกลาง สหรัฐอเมริกา ทวีปแอฟริกา และกลุ่มประเทศแถบเอเชียใต้

ซึ่งผลการศึกษาที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ประชาชนส่วนใหญ่มีการจัดการยาเหลือใช้โดยกำจัดด้วยการทิ้งลงถังขยะ หรือลงสู่ระบบน้ำทิ้ง<sup>54</sup>

Swaroop HS พบว่าผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่กำจัดยาเหลือใช้โดยการทิ้งลงถังขยะ โดยมีเพียงร้อยละ 28 ของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาเท่านั้นมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม และทุกรายเห็นด้วยที่ภาครัฐบาลควรมีนโยบายการจัดการยาเหลือใช้ที่เข้มงวดและชัดเจน<sup>55</sup>

Sonowal S ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ยาเหลือใช้ของผู้ป่วยนอกในประเทศอินเดีย พบว่าส่วนใหญ่มียาเหลือใช้อยู่ที่บ้าน และให้ความเห็นว่าการจัดการอย่างถูกต้องนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่มีผู้ป่วยนอกเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ทราบแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ถูกต้อง ซึ่งส่วนใหญ่มักจัดการโดยการทิ้งถังขยะ<sup>56</sup>

Shivaraju PT พบว่าพฤติกรรมการกำจัดยาโดยการทิ้งลงถังขยะเป็นวิธีที่ใช้อย่างแพร่หลาย โดยผลการศึกษายังอธิบายได้ว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่ถูกต้อง<sup>57</sup>

ธนพงศ์ ภูมาลี ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าจากจำนวนผู้ป่วย 153 ราย พบผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้อยู่ 105 ราย ซึ่งผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับยาเหลือใช้ ได้แก่ เก็บยาเดิมไว้ นำไปคืนสถานพยาบาล และกำจัดโดยการเผา ฝัง ทิ้งถังขยะ หรือทิ้งในป่า นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องการควบคุมอายุของยา ทำให้ไม่สามารถที่จะจัดการกับยาหมดอายุได้อย่างถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพ โดยพบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่นำยาเหลือใช้มาคืนสถานพยาบาลนั้นมีเพียงร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด<sup>46</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการยาเหลือใช้โดยการทิ้งลงถังขยะเป็นวิธีที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มผู้ป่วยทั้งในไทยและในต่างประเทศ แต่พบว่าการจัดการยาเหลือใช้โดยการนำมาคืนสถานพยาบาลนั้น เป็นแนวทางการจัดการที่ผู้ป่วยส่วนน้อยมักจะเลือกใช้

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องความรู้

### 2.1 ความหมายของความรู้

Bloom BS กล่าวถึงนิยามของความรู้ว่า เป็นข้อมูลที่เป็นผลของการตัดสินใจร่วมกันของกลุ่มผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญ ในการให้ความหมายของสิ่งต่างๆ ในด้านที่รอบรู้หรือแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ข้อมูลดังกล่าวยังรวมถึงสิ่งที่ยึดถือปฏิบัติกันมา จึงอาจกล่าวได้ว่าความรู้เป็นผลลัพธ์ของประวัติศาสตร์ การทดลอง และการปฏิบัติ นอกจากนี้ความรู้ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม โดยความรู้ในกลุ่มๆหนึ่งอาจไม่เหมือนกันกับอีกกลุ่มเนื่องจากความรู้นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว<sup>58</sup>

Bohn RE ระบุว่า “ข้อมูล” เป็นสิ่งที่ได้จากการวัด การรายงานผลของตัวแปร “สารสนเทศ” หมายถึง การนำข้อมูลที่ได้มาจัดเรียงรูปแบบ หรือทำให้อยู่ในรูปของโครงสร้างเพื่อให้เกิดความหมาย โดยสารสนเทศจะเป็นส่วนที่รายงานผลในอดีตและปัจจุบัน แต่เมื่อพิจารณาที่ “ความรู้” เป็นส่วนที่ทำให้สามารถที่จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำนายถึงอนาคต ค้นหาสาเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น และเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ<sup>59</sup>

Braham R เสนอว่าความรู้เป็นสิ่งที่เริ่มต้นมาจากการได้รับข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้รับมาประมวลผลต่อผ่านกระบวนการคิดและการเรียนรู้<sup>60</sup>

Shin M, Holden T และSchmidt RA กล่าวถึงลักษณะของความรู้ว่าเป็นสิ่งที่สามารถแยกออกจากความคิดเห็นได้ และสามารถที่จะนำความรู้มาใช้ในการดำเนินงาน หรือการแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความรู้สามารถที่จะถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้เมื่ออยู่บริบทที่เหมาะสม<sup>61</sup>

Hunt DP ได้กล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรู้และพฤติกรรมว่า ความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าหมาย คาดเดา หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการ กรณีตัวอย่างเช่น การรับรู้ของแต่ละบุคคลนอกจากจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับผ่านประสาทสัมผัส เช่น ตา จมูก ผิวหนัง แล้วยังขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้การตีความหมายของข้อมูลที่รับมา ดังนั้นการแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคลนอกจากจะขึ้นอยู่กับประสาทสัมผัส ยังขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีผ่านการเรียนรู้ การฝึกหัด และประสบการณ์อีกด้วย<sup>62</sup>

ความรู้ในการวิจัยนี้จึงหมายถึง ข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ หรือความเชี่ยวชาญ ทำให้เกิดความเข้าใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถที่จะนำไปใช้ในการทำงาน หรือแก้ปัญหา โดยสามารถที่จะถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นและมีความเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

## 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรู้

วนิดา ขำเขียว ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรู้ในแต่ละคนประกอบด้วย 6 ปัจจัย ดังนี้<sup>63</sup>

1. ความรู้จากประสบการณ์ที่มาจากประสาทสัมผัส (Sense experience) เป็นความรู้ที่เกิดจากการรับรู้สิ่งรอบตัวด้วยการเห็น การได้ยิน ดมกลิ่น ลิ้มรส สัมผัส
2. ความรู้จากเหตุผล (Reason) เพื่อหาข้อสรุปของสิ่งที่เกิดขึ้น นอกเหนือจากการใช้ประสาทสัมผัสเพียงอย่างเดียว
3. ความรู้จากการอ้างอำนาจ (Authority) เป็นความรู้ที่เกิดจากการอ้างอิงคำพูดบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือเป็นที่ยอมรับในสังคม

4. ความรู้จากอชฌัตติกญาณ (Intuition) เป็นความรู้ที่เกิดขึ้นมาเอง ไม่สามารถหาที่มา หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้ได้

5. ความรู้จากการวิวรรณ์ (Revelation) เป็นความรู้ที่ถูกอ้างว่ามาจากอำนาจศักดิ์สิทธิ์ และไม่สามารถทราบกระบวนการที่มาของความรู้ได้

6. ความรู้จากศรัทธา (Faith) เป็นความรู้ที่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ ความเลื่อมใสที่มั่นคง

### 2.3 ระดับของความรู้

Anderson และ Krathwohl ได้เสนอระดับของความรู้ขึ้น โดยพัฒนารูปแบบมาจากระดับของความของ Bloom ประกอบด้วย 6 ระดับ ดังนี้<sup>64</sup>

1. การท่องจำ (Remembering) การระลึกถึงความรู้ที่มาจากความทรงจำในอดีต โดยความรู้ในระดับนี้จะประกอบไปด้วย การนิยามความหมายของสิ่งต่างๆ ข้อเท็จจริง หรือข้อมูลที่ได้เรียนรู้มาจากอดีต

2. ความเข้าใจ (Understanding) การให้ความหมายของสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีการการอธิบาย การยกตัวอย่างการจำแนก หรือการสรุป

3. การประยุกต์ใช้ (Applying) การนำความรู้ หรือข้อมูลที่ได้เรียนรู้ไปใช้เป็นแนวทาง ในการดำเนินกิจกรรม การนำเสนอ การสัมภาษณ์ หรือภายใต้สถานการณ์จำลอง

4. การวิเคราะห์ (Analyzing) การหาความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลแต่ละส่วน และภาพรวม

5. การประเมิน (Evaluation) การตัดสินใจโดยอ้างอิงจากเกณฑ์ มาตรฐาน หรือบทวิจารณ์

6. การสร้างสรรค์ (Creating) การนำความรู้ที่ได้มาใช้เพื่อที่จะสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ขึ้นมาผ่าน การคิดค้นและการวางแผน

### 2.4 การวัดระดับความรู้

จตุภูมิ เขตจตุรัส ได้รวบรวมแนวทางการวัดระดับความรู้ไว้ ดังนี้<sup>65</sup>

1. การสังเกต เป็นการเฝ้าดูพฤติกรรมอาจเป็นรายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม โดยผู้สังเกตอาจมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม หรือไม่มีส่วนร่วมก็ได้

2. การสัมภาษณ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลผ่านการพูดคุย สอบถามทำให้สามารถที่จะเข้าถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ โดยการสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง คือ ผู้สัมภาษณ์ได้กำหนดประเด็น ข้อคำถามไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน ซึ่งเป้าหมายของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างมักต้องการที่จะได้รับทราบ ในประเด็นของข้อเท็จจริงมากกว่าความคิดเห็น

2.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง คือ ผู้สัมภาษณ์ได้กำหนดประเด็นไว้อย่างชัดเจน แต่กำหนดลักษณะขอข้อคำถามไว้เพียงคร่าวๆ เท่านั้น ทำให้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

เป็นการสัมภาษณ์ที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า มักใช้เมื่อต้องการที่จะทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของประเด็นที่สนใจ

3. การใช้คำถาม เป็นวิธีที่เรียบง่ายที่สุดในการประเมินความรู้ ตัวอย่างเช่น การถามถูกหรือผิด

4. การสอบถาม เป็นการเก็บข้อมูลโดยผู้ตอบสามารถที่ตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ข้อมูลที่มักใช้แบบสอบถามได้แก่ความรู้สึก ความสนใจ หรือข้อมูลพื้นฐานในประเด็นต่างๆ

5. การตรวจผลงาน หมายถึงการตรวจสอบความรู้ผ่านผลการปฏิบัติงาน ผลชิ้นงาน หรือภาระงาน

6. การรายงานตนเอง เป็นการเขียนบรรยายเพื่อตอบข้อคำถามแบบสั้นๆ เพื่อสะท้อนถึงความรู้ ความเข้าใจ และวิธีคิด

7. การเขียนสะท้อนการเรียนรู้ หรือ Journals เป็นการเขียนบันทึกเพื่อสะท้อนถึงความรู้ และทักษะที่ต้องการ

8. การประเมินด้วยข้อสอบ นิยมใช้เพื่อการพัฒนาความรู้ เนื่องจากสามารถที่จะประเมินผลสัมฤทธิ์ได้ดี

### 3. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องเจตคติ

#### 3.1 ความหมายของเจตคติ

Ajzen I ระบุว่าเจตคติเป็นการตอบสนองต่อสิ่งของ พฤติกรรม บุคคล สถานที่ เหตุการณ์ หรืออื่นๆ ซึ่งอาจเป็นในทางบวก หรือลบก็ได้<sup>66</sup>

ไพโรจน์ คะเชนทร์ สรุปลความหมายของเจตคติไว้ 2 ประเด็น ดังนี้<sup>67</sup>

1. เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อาจเป็นความรู้สึกในทางบวก แสดงออกในรูปแบบของความพึงพอใจ เห็นด้วย สนับสนุน ความรู้สึกทางลบ แสดงออกในรูปแบบความไม่ชอบไม่เห็นด้วย และความรู้สึกที่เป็นกลาง คือไม่มีความรู้สึกใดๆ

2. เจตคติเป็นการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1 พฤติกรรมภายนอก สามารถที่จะสังเกตเห็นได้ เช่น การสนับสนุน ท่าทางหน้าตาที่บ่งบอกความรู้สึก

2.2 พฤติกรรมภายใน ไม่สามารถที่จะสังเกตเห็นได้ ทั้งนี้พฤติกรรมภายในสามารถที่จะแบ่งย่อยได้ 5 กลุ่ม คือ

2.2.1 เจตคติในด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective Attitude) ประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกต่อสิ่งนั้นๆ หรือเรื่องอื่นๆที่คล้ายคลึงกัน

2.2.2 เจตคติในทางปัญญา (Intellectual Attitude) เป็นเจตคติที่ประกอบด้วย ความคิด และความรู้ จนเกิดความเข้าใจและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก เช่น เจตคติที่ไม่ดีต่อยาเสพติด

2.2.3 เจตคติทางการกระทำ (Action-oriented Attitude) เป็นเจตคติที่พร้อมจะนำไปปฏิบัติเพื่อสนองต่อความต้องการ เช่น เจตคติที่ดีต่อการพูดจาไพเราะ เพื่อให้คนอื่นเกิดความนิยม

2.2.4 เจตคติทางด้านความสมดุล (Balanced Attitude) เป็นเจตคติที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ เจตคติทางปัญญา และเจตคติทางการกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจ

2.2.5 เจตคติในการป้องกันตนเอง (Ego-defensive Attitude) เป็นเจตคติที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ปัญญา และการกระทำ เพื่อป้องกันความขัดแย้งภายในใจ

พรนภา เตียสุทธิกุล ระบุว่าเจตคติคือลักษณะที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจ ความโน้มเอียงที่ฝังแน่น อยู่ในความคิดและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่างๆ ทั้งในทางบวกและทางลบ และต้องอาศัยการตีความผ่านพฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์<sup>33</sup>

### 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเจตคติ

จอมขวัญ รัตนกิจ ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนี้<sup>68</sup>

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (specific experiences) หมายถึง ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล ส่งผลให้เกิดความพึงใจจนพัฒนากลายเป็นเจตคติ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเจตคติทางบวก หรือทางลบ

2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (communication from others) ทำให้สามารถที่จะรับเจตคติของบุคคลอื่นๆ ไว้โดยที่ไม่ได้ตั้งใจได้ ซึ่งโดยมากจะเกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว วงศ์เครือญาติ หรือผู้ที่สนิท

3. รูปแบบ (models) เจตคติที่เกิดจากการเลียนแบบบุคคลอื่นที่ปฏิบัติต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งการเลียนแบบนั้นจะก่อให้เกิดเจตคติมากขึ้นอยู่กับบุคคลต้นแบบได้รับการยอมรับ นับถือมากน้อยเพียงใด

4. องค์ประกอบของสถาบัน (Institutional factors) เช่น โรงเรียน วัด ครอบครัว หน่วยงาน สมาคม องค์กรต่างๆ เป็นต้น โดยสถาบันดังกล่าวมีส่วนในการสร้างเจตคติของแต่ละบุคคลได้

### 3.3 การวัดเจตคติ

พรนภา เตียสุทธิกุล ระบุว่าเจตคติสามารถวัดได้ 6 วิธี ดังนี้<sup>33</sup>

1. การสังเกต เป็นการเฝ้ามองและจดบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์สรุป และตีความข้อมูล แต่มีข้อจำกัดคือจะสามารถที่จะศึกษาได้เฉพาะเจตคติที่แสดงออกเท่านั้น

2. การสัมภาษณ์ เป็นการถามและตอบปากเปล่า แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่เป็นความจริง เนื่องจากผู้ตอบรู้สึกไม่เป็นอิสระในการตอบคำถาม หรือไม่คุ้นชินกับผู้ถาม ดังนั้นก่อนการวัดด้วยวิธีนี้ควรจะต้องทำความเข้าใจและสร้างความเชื่อใจก่อน

3. การใช้มาตรวัด เป็นการวัดโดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นตามระเบียบวิธีวิจัย ในงานด้านสาธารณสุขนิยมใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท เนื่องจากง่ายและสะดวก สามารถทำให้เก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

4. วิธีสะท้อนภาพ เป็นการใช้คำถามตรงกับเรื่องที่ต้องการจะถาม ได้แก่ การถามด้วยวิธีต่อให้จบประโยค ถามด้วยวิธีโยงความสัมพันธ์กับคำต่างๆ และการถามด้วยการเล่าเรื่องราวจากภาพ แต่คำตอบที่ได้อาจเป็นคำตอบที่บิดเบือน ซึ่งวิธีวัดชนิดนี้เป็นวิธีวัดที่ยาก และต้องใช้ทักษะในการเก็บข้อมูล

5. การวัดร่องรอยการกระทำ เป็นวิธีที่ง่ายแต่อาจมีความคลาดเคลื่อนสูง ต้องอาศัยความคุ้นชินเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถที่จะวัดการกระทำได้ เช่น การวัดเจตคติต่อทรายอะเบท สำหรับลูกน้ำยุง หากประชาชนในเจตคติที่ดีต่อการใช้ทรายอะเบท จะต้องพบร่องรอยของการใช้ในบ้าน

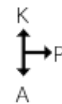
6. การวัดทางสรีระ เป็นการวัดโดยใช้เครื่องมือต่อร่างกาย ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ไม่บิดเบือน แต่จะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เป็นการวัดเจตคติที่มาจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ถูกเก็บข้อมูล เช่น เจตคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร

#### 4. Knowledge Attitude Practice (KAP) model

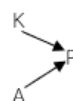
ทวิศักดิ์ เทพพิทักษ์ ได้ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้<sup>69</sup>

1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมจึงมีเจตคติเป็นตัวขึ้นกลาง:  $K \leftrightarrow A \leftrightarrow P$

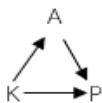
2. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ต่างมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อกัน:



3. ทั้งความรู้และเจตคติ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมไม่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติ:



4. ความรู้และเจตคติ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเช่นเดียวกันกับรูปแบบที่ 3 นอกจากนั้นความรู้ยังส่งผลต่อเจตคติอีกด้วย:



โดยได้สรุปว่าทั้งความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมต่างมีความสัมพันธ์ต่อกันไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือโดยอ้อม หากมีความรู้ที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลถึงเจตคติที่ดี และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

Andrade C ได้ระบุว่า KAP Survey หมายถึงการศึกษา ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อใช้สำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย โดยผลการศึกษสามารถที่จะแสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ ความเชื่อ และการกระทำในประเด็นที่สนใจ โดยการเก็บข้อมูลในรูปแบบของแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (Semi structured questionnaires) หรือแบบสอบถามมีโครงสร้าง (Structured questionnaires) และการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามสามารถทำได้ทั้งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กรอก หรือผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้กรอก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมได้<sup>70</sup>

United States Agency International Development ระบุว่า การสำรวจตามแบบจำลอง KAP เป็นการสำรวจในเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสำรวจที่ได้มาตรฐาน ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เช่น ความคิดเห็นของผู้ตอบ ทราบถึงข้อมูลที่มักเกิดการเข้าใจผิด หรือเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ กิจกรรม และความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยข้อดีของแบบจำลอง KAP ประกอบด้วย<sup>71</sup>

1. เป็นเครื่องมือที่ช่วยยืนยัน หรือหักล้างสมมติฐานที่ต้องการศึกษา และได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงสถานการณ์จริงในพื้นที่
2. ข้อมูลที่ได้แสดงถึงระดับของความรู้ และรูปแบบพฤติกรรมด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่
3. ข้อมูลที่ได้จากแบบจำลอง KAP สามารถที่จะใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการประเมินอื่น ๆ ในอนาคต หรือใช้เพื่อเป็นตัววัดความสำเร็จของโครงการให้ความรู้ในด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. ข้อมูลที่ได้สามารถที่จะนำมาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่

Launiala A ระบุว่าแบบสำรวจแบบ KAP จะเหมาะกับการศึกษาที่ต้องการข้อมูลด้านสุขภาพ ในประเด็นของการรักษาการป้องกันโรค หรือต้องการศึกษาตัวแปรในเชิงสังคม เช่น รายได้ อาชีพ และเศรษฐกิจ<sup>72</sup>

Kaliyaperumal K. ได้ระบุว่าการศึกษาแบบจำลอง KAP ทำให้ทราบถึงความรู้ ความรู้สึกที่มี และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่กำลังศึกษา โดยการศึกษาแบบ KAP จะวัดความรู้เพื่อสื่อถึงความเข้าใจ วัดเจตคติเพื่อสื่อถึงความรู้สึก รวมถึงอคติที่มีต่อสิ่งนั้น และวัดพฤติกรรม เพื่อสื่อถึงการแสดงออกของความรู้ และเจตคติผ่านการกระทำ<sup>73</sup>

กล่าวโดยสรุปคือความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมต่างมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกัน ทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งการศึกษาโดยใช้ KAP Model จะช่วยให้สามารถที่จะทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่สนใจทั้งในประเด็นของความรู้ที่มี มุมมองเจตคติในเรื่องที่ต้องการศึกษา และการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อให้สามารถที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

## 5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

Dawood OT ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในรัฐปีนัง ประเทศมาเลเซีย ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับชื่อสามัญทางยา นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 40 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการเก็บรักษายาในรูปแบบซีฟิ่ง ยาครีม หรือยาน้ำ และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้เรื่องการใช้ยาประกอบด้วย อายุ (โดยอายุระหว่าง 35 – 44 ปี เป็นช่วงอายุที่มีระดับความรู้สูงสุด) เพศ (เพศหญิงมีระดับความรู้ที่สูงกว่าเพศชาย) ระดับการศึกษา (ระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อระดับของความรู้ที่เพิ่มขึ้น โดยการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยมีระดับของความรู้สูงสุด) รายได้ (ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 ริงกิตมาเลเซีย มีระดับความรู้สูงสุด) และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระดับความรู้ที่สูงกว่า) นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ที่ถูกต้องเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม<sup>74</sup>

รวีวรรณ เฝ้ากัณหา ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี โดยจากการศึกษาพบว่าความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ระดับของเจตคติ และพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ และความรู้ กับพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.498 และ - 0.427 ตามลำดับ แต่ในส่วนของเจตคติและพฤติกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.558<sup>75</sup>

Kaur K. ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการยาที่ถูกต้องของแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศอินเดีย จากการศึกษามีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ทราบแนวทางการจัดการยาที่เหมาะสม และไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การศึกษายังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีการสะสมยา โดยกว่าร้อยละ 41 ระบุเหตุผลของการสะสมยาว่าเกิดจากซื้อยามาจำนวนมากกว่าความต้องการ และกำจัดยาโดยการทิ้งลงถังขยะถึงร้อยละ 74.8 และเมื่อพิจารณาถึงผลการสำรวจความคิดเห็นประเด็นแนวทางการแก้ปัญหาการปนเปื้อนของยาสู่สิ่งแวดล้อม พบว่าควรมีช่องทางคินยาที่ไม่ได้ใช้แล้วแก่เภสัชกร ถึงร้อยละ 67<sup>76</sup>

Gidey MT ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการยาเหลือใช้หรือหมดอายุของผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉพาะทางประเทศเอธิโอเปีย พบว่าเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยอ่านหรือรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาเหลือใช้ หรือแนวทางการจัดการที่ถูกต้อง แต่กว่าร้อยละ 91.4 ทราบว่าการจัดการยาเหลือใช้หรือหมดอายุไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม และเกินกว่าครึ่งเห็นด้วยว่าการมียาเหลือใช้เก็บสะสมไว้ภายในบ้านจะเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งการจัดการยาเหลือใช้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.3) ระบุว่าจัดการโดยการทิ้งลงถังขยะ

77

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้อย่างถูกวิธี และมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลที่เหมาะสม โดยปัจจัยที่ส่งผลความรู้เรื่องการใช้ยาประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมอีกด้วย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร มีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน และ/หรือภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน และ/หรือภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

##### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน และ/หรือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
2. สัญชาติไทย
3. อายุ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
5. สามารถจัดยารับประทานเอง

##### เกณฑ์การคัดออก

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\* power ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งโปรแกรมสำเร็จรูป G\* power สามารถที่จะคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามประเภทของสถิติที่เลือกใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ทำให้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีความถูกต้องและเหมาะสม<sup>78</sup> โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) และกำหนดค่าต่างๆในการคำนวณ ดังนี้

- การทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง (Two-tailed test)

- ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 5%
- ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 80
- ค่าของ x distribution เป็น Binomial
- Odd ratio เท่ากับ 2.06 ซึ่งได้จากการอ้างอิงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในรัฐปีนัง ประเทศมาเลเซีย<sup>74</sup>
- ค่า probability มีค่าเท่ากับ 0.2 ซึ่งได้จากข้อมูลการศึกษานำร่องความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 318 คน โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 356 คน

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีรายละเอียด (ตารางที่ 1) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งพื้นที่กรุงเทพมหานครจาก 50 เขตการปกครองออกเป็น 6 เขตพื้นที่ โดยแบ่งตามสภาพพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม และวิถีการดำรงชีวิตของประชาชนที่คล้ายคลึงกันอยู่กลุ่มเดียวกันออกเป็น กลุ่มกรุงเทพมหานครกลาง กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กรุงเทพตะวันออก กรุงเทพมหานครเหนือ กรุงเทพมหานครใต้ และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 6 เขตพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยใน 6 เขตพื้นที่ จะแบ่งศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 69 แห่ง ในแต่ละเขตพื้นที่ออกเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ และศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดเล็ก โดยพิจารณาตามจำนวนของผู้มารับบริการตรวจรักษา หากศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจรักษาต่อปีมากกว่า 9,000 รายจัดเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ และหากจำนวนผู้มารับบริการตรวจรักษาต่ำกว่า 9,000 ราย ต่อปีจัดเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดเล็ก

ขั้นตอนที่ 3 เลือกศูนย์บริการสาธารณสุขแบบเฉพาะเจาะจง (พิจารณาจากความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์) โดยเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 2 แห่งต่อเขตพื้นที่ แบ่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดเล็ก 1 แห่งรวมทั้งสิ้น 12 แห่ง

ขั้นตอนที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenient Sampling) ในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข โดยกำหนดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจรักษา ตารางที่ 1 รายละเอียดการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อของศูนย์บริการสาธารณสุข<sup>79</sup>

กลุ่มเขตพื้นที่	ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ (แบ่งตามขนาดของศูนย์บริการ สาธารณสุข)		ศูนย์บริการ สาธารณสุข ที่เลือก	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างจาก โปรแกรม สำเร็จรูป G* power (ราย)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง ทั้งหมด (ราย)
กรุงเทพมหานคร	ขนาดใหญ่	4, 15	15	36	40
	ขนาดเล็ก	1, 2, 6, 9, 11, 13, 20, 25, 38, 52	9	23	26
กรุงเทพใต้	ขนาดใหญ่	7, 8, 21, 41	7	47	52
	ขนาดเล็ก	5, 10, 12, 14, 16, 18, 23, 32, 34, 37, 55, 63	63	18	20
กรุงเทพเหนือ	ขนาดใหญ่	3, 24, 53, 61	53	18	20
	ขนาดเล็ก	17, 19, 51, 60, 66	60	24	27
กรุงเทพ ตะวันออก	ขนาดใหญ่	43, 45, 50, 56, 64	50	34	38
	ขนาดเล็ก	22, 35, 44, 46, 57, 68, 69 (เปิดให้บริการ ปี พ.ศ. 2563)	46	11	13
กรุงเทพมหานคร	ขนาดใหญ่	29, 30, 31	30	33	37
	ขนาดเล็ก	26, 27, 28, 33, 36, 49, 67	49	22	25
กรุงเทพมหานคร	ขนาดใหญ่	39, 40, 42, 48, 59, 65	48	35	39
	ขนาดเล็ก	47, 54, 58, 62	47	17	19
รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง				318	356

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใหม่ (ภาคผนวก ง) โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร

ประเด็นการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเป็นคำถามที่อยู่ในรูปแบบมีตัวเลือกให้ตอบและแบบเติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

### ส่วนที่ 2 ปัจจัยอื่น ๆ

ประเด็นการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการจัดการยาเหลือใช้ การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ และการสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ โดยเป็นคำถามที่อยู่ในรูปแบบมีตัวเลือกให้ตอบจำนวน 4 ข้อ

### ส่วนที่ 3 ความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้

ในการพัฒนาข้อคำถาม ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของเนื้อหาจากคู่มือสำหรับประชาชน แนวทางการจัดการยาหรือเภสัชภัณฑ์ที่ตกค้างในชุมชน<sup>32</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามแบบถูก-ผิดจำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ จำนวน 2 ข้อ
- ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ จำนวน 6 ข้อ
- ด้านผลกระทบการจากบป็นของยาในสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ

### เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนนความรู้

เมื่อตอบคำถามถูกต้องจะได้คะแนน 1 คะแนน และเมื่อตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน นำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกัน เพื่อแบ่งระดับของความรู้ ซึ่งระดับขั้นของความรู้คำนวณจาก

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยที่สุด}}{3} = \frac{10 - 0}{3} = 3$$

ผลรวมของคะแนน	ความหมาย
7 - 10	ระดับความรู้สูง
4 - 6	ระดับความรู้ปานกลาง
0 - 3	ระดับความรู้ต่ำ

#### ส่วนที่ 4 เจตคติในการจัดการยาเหลือใช้

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert's scale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ จำนวน 3 ข้อ
- ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม จำนวน 3 ข้อ
- ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ จำนวน 2 ข้อ
- ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ จำนวน 2 ข้อ

#### เกณฑ์การให้คะแนนเจตคติรายข้อ

ระดับความคิดเห็น	คะแนนที่ได้จากข้อความเชิงบวก	คะแนนที่ได้จากข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

#### การแปลผลคะแนนเจตคติ

คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ โดยการนำคะแนนของแต่ละคนมารวมกัน และแบ่งระดับของเจตคติโดยระดับของเจตคติอ้างอิงจาก Best JW และ Kahn JV<sup>80</sup> ซึ่งระดับชั้นของเจตติค่านวนจาก

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยที่สุด}}{3} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนนของเจตคติ	ระดับเจตคติ
1.00 – 2.33	เจตคติไม่ดี
2.34 – 3.66	เจตคติปานกลาง
3.67 – 5.00	เจตคติที่ดี

#### ขั้นตอนการพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบสอบถาม
2. พัฒนาแบบสอบถามให้มีความครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
3. ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น ได้แก่

### 3.1 การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

การทดสอบความสอดคล้องของเครื่องมือที่ใช้ กับวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก.) ทำการประเมินข้อคำถามต่างๆ เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบสอบถามด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence, IOC)<sup>81</sup>

เมื่อ  $IOC = \text{ค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงต้องคำนวณค่า IOC ได้มากกว่า } 0.5 \text{ แต่ในทางกลับกันหากค่า IOC ที่คำนวณได้น้อยกว่า } 0.5 \text{ หมายถึงข้อคำถามดังกล่าวต้องมีการปรับปรุง}$

ผลการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พบว่าค่า IOC ของแบบสอบถามในแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1 แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องของแบบสอบถามและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สามารถนำไปใช้ได้

### 3.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability test)

ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน ของศูนย์บริการสาธารณสุข 5 ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม 2564 ถึง 29 ธันวาคม 2564 สำหรับแบบทดสอบในส่วนของ 3 ความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน จากสูตร KR-20<sup>82</sup> และแบบสอบถามส่วนที่ 4 เจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ ใช้วิธีการของครอนบาค (Cronbach method) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -coefficient) หรือ ครอนบาคแอลฟา (Cronbach alpha) พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.77 และส่วนที่ 4 มีค่าเท่ากับ 0.79 แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูง สามารถนำไปใช้ได้

### 3.3 การทดสอบการนำแบบสอบถามไปใช้ (Usability test)

นำแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเป็นไปตามที่กำหนด ไปทดลองใช้เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายเพื่อทดสอบความเข้าใจคำถามของแบบสอบถาม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ซึ่งได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 หมายเลขใบรับรอง COE 64.0702-091 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2564 หมายเลขหนังสือรับรอง 105 และรับรองส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2564 หมายเลขหนังสือรับรอง 123 (ภาคผนวก ข. และภาคผนวก ค.)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัย คือ เกษชกร และเจ้าพนักงานเกษตรกรรม ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ทำการอบรมให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บข้อมูล และรายละเอียดของแบบสอบถามก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 5 มีนาคม 2565 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัย ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับคัดเลือก รวมถึงฝึกอบรมขอบเขตและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล สาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการฝึกหัด และทดสอบจนผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล โดยมีการอธิบายรายละเอียดงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ก่อนการลงนามในหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะทำเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่เตรียมไว้ ซึ่งระยะเวลาในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดไม่เกิน 10 นาที

3. ผู้วิจัยมีการทบทวนกระบวนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยติดตามและสอบถามผลการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยอยู่เป็นระยะ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ระหว่างการเก็บข้อมูล เช่น กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลหากต้องให้ข้อมูลเรื่องยาเหลือใช้กับเกษตรกร หรือเจ้าพนักงานเกษตรกรรมซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยเนื่องจากกลัวว่าจะโดนต่อว่า ผู้วิจัยจึงต้องมีการชี้แจงเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัย เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมสรุปผลการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาเหลือใช้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression) ใช้เพื่อวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square Test) เพื่อตรวจสอบหาตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) ซึ่งตัวแปรตาม คือ ระดับของความรู้ และระดับของเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ โดยแสดงค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds ratio (OR) และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรใหม่เพื่อให้สามารถที่จะวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างสะดวก และถูกต้อง เนื่องจากผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้มีการเกาะกลุ่ม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 2 กลุ่มและระดับของตัวแปร**

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร	
เพศ	
-	เพศหญิง
-	เพศชาย
อายุ	
-	อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
-	อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี
-	อายุมากกว่า 60 ปี
ระดับการศึกษา	
-	ไม่ได้ศึกษา ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น
-	มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา / ปวส.
-	ปริญญาตรี ถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี
อาชีพ	
-	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
-	ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ
-	อาชีพอิสระ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
-	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท
-	20,000 บาทขึ้นไป
สิทธิการรักษาพยาบาล	
-	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)
-	ประกันสังคม /สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
-	ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง / ประกันเอกชน
โรคประจำตัว	
-	โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงอย่างเดียว
-	มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย

ตารางที่ 2 กลุ่มและระดับของตัวแปร (ต่อ)

ปัจจัยอื่น ๆ
ประสบการณ์การมียาเหลือใช้
- ไม่เคยมียาเหลือใช้ - เคยมียาเหลือใช้
ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้
- ไม่เคยจัดการยาเหลือใช้ - เคยจัดการยาเหลือใช้
การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้จากคนรอบข้าง
- ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ - เคยได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้
การสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้
- ไม่เคยสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ - เคยสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้

และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า ระดับความรู้และระดับของเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้และระดับเจตคติอยู่ใน 2 ระดับเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนั้นในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวแปรระดับความรู้และระดับเจตคติให้เป็น 2 ระดับ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Logistic regression ได้ โดยแบ่งระดับความรู้และเจตคติของการจัดการยาเหลือใช้ เป็นดังนี้

- การแปลผลระดับของความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ตามผลรวมของคะแนน ทั้ง 10 ข้อ

ผลรวมของคะแนน	ความหมาย
7 - 10	ระดับความรู้สูง
0 - 6	ระดับความรู้ต่ำ

- การแปลผลระดับของของเจตคติต่อการจัดการยาเหลือใช้ตามคะแนนเฉลี่ย แยกรายด้าน

คะแนนของเจตคติ	ระดับเจตคติ
1.00 - 3.66	เจตคติไม่ดี
3.67 - 5.00	เจตคติที่ดี

#### บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวานและ/หรือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 356 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 5 มีนาคม 2565

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้

ส่วนที่ 3 เจตคติในการจัดการยาเหลือใช้

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้



### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 356 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.63) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 49.28 ปี (SD = 16.30) โดยมีอายุน้อยสุดที่ 21 ปี อายุมากที่สุดอยู่ที่ 93 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มมีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 32.30) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.58 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 29.78) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 20,001 – 30,000 บาท (ร้อยละ 33.43) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 35.11) มีโรคประจำตัวจำนวน 1 โรค (ร้อยละ 60.67) และจำนวนของโรคประจำตัวมากที่สุดจำนวนเท่ากับ 6 โรค (ร้อยละ 0.28) ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ร้อยละ 43.17, ร้อยละ 22.95 และร้อยละ 22.77 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

### ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ (N = 356)</b>		
หญิง	255	71.63
ชาย	101	28.37
<b>อายุ (ปี) (N = 356) ค่าเฉลี่ย 49.28 ปี (SD = 16.30) ค่าน้อยที่สุด 21 ปี ค่ามากที่สุด 93 ปี</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	33	9.27
31 - 40 ปี	115	32.30
41 - 50 ปี	65	18.26
51 - 60 ปี	37	10.39
มากกว่า 60 ปี	106	29.78
<b>ระดับการศึกษา (N = 356)</b>		
ไม่ได้ศึกษา	6	1.69
ประถมศึกษา	79	22.19
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	5.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	22	6.18
อนุปริญญา / ปวส.	20	5.62
ปริญญาตรี	205	57.58
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.84

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ (N = 356)</b>		
พนักงานบริษัทเอกชน	106	29.78
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน	92	25.84
ข้าราชการ / พนักงานของรัฐ	72	20.22
รับจ้างทั่วไป	32	8.99
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	25	7.02
ค้าขาย หรือ ธุรกิจส่วนตัว	20	5.62
ลูกจ้างบริษัท / ห้าง / ร้าน / หน่วยงานเอกชน	5	1.40
เกษตรกร	4	1.12
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (N = 356)</b>		
ไม่เกิน 10,000 บาท	112	31.46
10,001 - 20,000 บาท	52	14.61
20,001 - 30,000 บาท	119	33.43
30,001 - 40,000 บาท	65	18.26
40,001 - 50,000 บาท	4	1.12
50,001 บาทขึ้นไป	4	1.12
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล (N = 356)</b>		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)	125	35.11
ประกันสังคม	100	28.09
สวัสดิการข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)	76	21.35
ประกันสุขภาพเอกชน	27	7.58
รัฐวิสาหกิจ	25	7.02
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	2	0.56
อื่นๆ	1	0.28

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนโรคประจำตัว (N = 356)</b>		
1 โรค	216	60.67
2 โรค	90	25.28
3 โรค	47	13.20
4 โรค	2	0.56
5 โรค	-	-
6 โรค	1	0.28
<b>โรคประจำตัว*</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	237	66.57
โรคเบาหวาน	126	35.39
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	125	35.11
โรคกระดูกและข้อ	20	5.62
โรคไต	9	2.53
โรคหลอดเลือดสมอง	6	1.69
โรคหัวใจขาดเลือด	5	1.40
โรคต้อ	4	1.12
โรคมะเร็ง	3	0.84
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง)	3	0.84
โรคหอบหืด	3	0.84
โรคภูมิแพ้	3	0.84
โรคโลหิตจาง	2	0.56
โรคตับแข็ง	1	0.28
ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์	1	0.28
โรคต่อมลูกหมากโต	1	0.28

\* กลุ่มตัวอย่าง 1 คนเป็นได้มากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการมียาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งหมายถึง ยาที่ผู้ป่วยเหลือจากที่ได้รับจากแพทย์ในแต่ละครั้ง อาจเป็นยาที่หมดอายุ เสื่อมสภาพ หรือยาที่อยู่ในสภาพดีแต่ผู้ป่วยไม่ใช้แล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมียาเหลือใช้สูงถึงร้อยละ 87.92 ประเภทของยาเหลือใช้ที่พบได้บ่อยคือ ยาใช้ภายนอก (ร้อยละ 21.77) ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 19.63) และยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 15.68) โดยร้อยละ 55.98 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับยามาจากโรงพยาบาลส่วนสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมียาเหลือใช้ 3 ลำดับแรก คือ กลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดยาเนื่องจากหายจากอาการป่วย (ร้อยละ 43.34) ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ (ร้อยละ 20.82) และ แพทย์สั่งจ่ายยาจำนวนมากเกินวันนัด (ร้อยละ 19.85) และพบว่า ร้อยละ 80.34 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ในการจัดการยาเหลือใช้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการมียาเหลือใช้

ข้อมูลการมียาเหลือใช้	จำนวน	ร้อยละ
<b>การมียาเหลือใช้ (N = 356)</b>		
มี	313	87.92
ไม่มี	43	12.08
<b>ประเภทของยาเหลือใช้*</b>		
ยาใช้ภายนอก	143	21.77
ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร	129	19.63
ยาลดความดันโลหิต	103	15.68
ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	76	11.57
ยาลดระดับไขมันในเลือด	60	9.13
ยาปฏิชีวนะ	46	7.00
ยาแก้ปวด ลดอักเสบ	46	7.00
วิตามิน	32	4.87
ยารักษาโรคกระดูกและข้อ	13	1.98
ยากุมกำเนิด	5	0.76
ยาป้องกันการแข็งตัวของเกร็ดเลือด	2	0.30
ยาแก้แพ้	1	0.15
ยาสมุนไพร	1	0.15

\*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการมียาเหลือใช้ (ต่อ)

ข้อมูลการมียาเหลือใช้	จำนวน	ร้อยละ
<b>แหล่งที่มาของยารักษาโรค*</b>		
โรงพยาบาล	220	55.98
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย	106	26.97
ร้านขายยา	50	12.72
ครอบครัว / เพื่อน	9	2.29
คลินิกเอกชน	8	2.04
<b>สาเหตุที่มีทำให้มียาเหลือใช้*</b>		
หายจากอาการป่วย	179	43.34
ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์	86	20.82
แพทย์สั่งจ่ายยาจำนวนมากเกินวันนัด	82	19.85
ได้ยาซ้ำซ้อนหลายแห่ง	39	9.44
แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา	27	6.54
<b>ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)</b>		
เคย	286	80.34
ไม่เคย	70	19.66

\*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ในการจัดการยาเหลือใช้ จากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการจัดการยาเหลือใช้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท (ตารางที่ 5) คือ

1. ยาซึ่งยังอยู่ในสภาพดี ได้แก่ ยาเม็ดที่อยู่ในสภาพดี ยาน้ำที่อยู่ในสภาพดี และยาใช้ภายนอก อยู่ในสภาพดีมีแนวทางการจัดการยาเหลือใช้โดยกลุ่มตัวอย่างจะเก็บสะสมยาไว้ที่บ้านสูงถึงร้อยละ 11.04 ร้อยละ 9.53 และร้อยละ 9.96 ตามลำดับ

2. ยาซึ่งหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ ได้แก่ ยาเม็ดที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ ยาน้ำที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ และยาใช้ภายนอกที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ มีแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ โดย กลุ่มตัวอย่างจะทิ้งลงถังขยะ สูงถึงร้อยละ 13.62 ร้อยละ 10.90 และร้อยละ 13.12 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมจัดการยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาประเภทต่าง ๆ

ชนิดของยาเหลือใช้	วิธีการจัดการ*						
	จำนวน (ร้อยละ)						
	ทิ้งลงถังขยะ	ทิ้งลงชักโครก	ทิ้งในอ่างล้างมือ	เผาทำลาย	นำมาคืนสถานพยาบาล	มอบให้ผู้อื่น	เก็บสะสม
ยาเม็ดหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	190 (13.62)	4 (0.29)	-	-	31 (2.22)	3 (0.22)	20 (1.43)
ยาเม็ดที่อยู่ในสภาพดี	21 (1.51)	1 (0.07)	-	-	50 (3.58)	54 (3.87)	154 (11.04)
ยาน้ำหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	152 (10.90)	32 (2.29)	6 (0.43)	1 (0.07)	16 (1.15)	-	11 (0.79)
ยาน้ำที่อยู่ในสภาพดี	24 (1.72)	2 (0.14)	1 (0.07)	1 (0.07)	21 (1.51)	31 (2.22)	133 (9.53)
ยาใช้ภายนอกหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	183 (13.12)	1 (0.07)	1 (0.07)	1 (0.07)	16 (1.15)	1 (0.07)	15 (1.08)
ยาใช้ภายนอกอยู่ในสภาพดี	27 (1.94)	-	-	1 (0.07)	20 (1.43)	31 (2.22)	139 (9.96)

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 วิธีการ

ผลการศึกษาในส่วนของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ แสดงดังตารางที่ 6 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.52 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ โดยระบุว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล (ร้อยละ 56.96) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.44 ไม่เคยสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ด้วยตัวเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการสืบค้นข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่สืบค้นข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook Twitter YouTube (ร้อยละ 48.15)

ตารางที่ 6 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)

ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้	จำนวน	ร้อยละ
<b>การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้</b>		
เคยได้รับข้อมูล	219	61.52
ไม่เคยได้รับข้อมูล	137	38.48
<b>ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้*</b>		
แพทย์ เภสัชกร พยาบาล	135	56.96
คนในครอบครัว	50	21.10
คนข้างบ้าน หรือคนในชุมชน	34	14.35
เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน	18	7.59
<b>การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้</b>		
ไม่เคยสืบค้นข้อมูล	265	74.44
เคยสืบค้นข้อมูล	91	25.56
<b>แหล่งสืบค้นข้อมูล*</b>		
สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook Twitter YouTube	52	48.15
สิ่งพิมพ์ต่างๆ เช่น แผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์	22	20.37
เว็บไซต์ต่าง ๆ	17	15.74
โทรทัศน์	13	12.04
วิทยุ	4	3.70

\*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

## ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้

ผลการศึกษาในส่วนของความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ โดยประกอบด้วย ด้านสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ และด้านผลกระทบจากการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม แสดงในตารางที่ 7 - 8 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามคำตอบในแต่ละข้อ (N = 356)

ประเด็นของความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้	ตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
<b>ด้านสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้</b>		
1. การรับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ (คำตอบ: ใช่)	330 (92.70)	26 (7.30)
2. การซื้อยาจากร้านยาเพื่อนำมาเก็บไว้เกินความจำเป็น เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ (คำตอบ: ใช่)	320 (89.89)	36 (10.11)
<b>ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้</b>		
3. เมื่อมียาที่เหลือจากการใช้ และต้องการนำไปทิ้งควรรวบรวมใส่ภาชนะปิดสนิทและเก็บไว้ในที่อยู่สูงจากพื้น (คำตอบ: ใช่)	307 (86.24)	49 (13.76)
4. ยาเหลือใช้ที่ยังไม่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพสามารถส่งต่อให้แก่เพื่อนหรือผู้อื่นเพื่อนำไปใช้ต่อได้ (คำตอบ: ไม่ใช่)	125 (35.11)	231 (64.89)
5. เราสามารถจัดการยาที่เป็นของเหลวที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพโดยการเทลงในชักโครก หรืออ่างล้างมือได้ (คำตอบ: ไม่ใช่)	120 (33.71)	236 (66.29)
6. การทิ้งยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพลงในแหล่งน้ำที่มีระบบบำบัดน้ำเสียจะทำให้ไม่มียาปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้ (คำตอบ: ไม่ใช่)	122 (34.27)	234 (65.73)
7. หากมียาเหลือใช้ควรนำไปให้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ออกจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป (คำตอบ: ใช่)	336 (94.38)	20 (5.62)
8. การกำจัดยาที่หมดอายุโดยการเผาที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1200 °C เป็นวิธีการที่ถูกต้อง (คำตอบ: ใช่)	250 (70.22)	106 (29.78)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามคำตอบในแต่ละข้อ (N = 356)  
(ต่อ)

ประเด็นของความรู้	ตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
<b>ด้านผลกระทบจากการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม</b>		
9. ยาบางชนิด เช่น ยาปฏิชีวนะ ยารักษาอาการซึมเศร้า ยาลดระดับความดันโลหิต ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคมะเร็ง และฮอร์โมน หากกำจัดไม่ถูกวิธีจะทำให้ฤทธิ์ของยาไม่ถูกทำลายส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมได้ (คำตอบ: ใช่)	333 (93.54)	23 (6.46)
10. การปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (คำตอบ: ใช่)	323 (90.73)	33 (9.27)
คะแนนเฉลี่ย = 7.21 (SD = 1.15) คะแนนน้อยที่สุด = 1 คะแนนมากที่สุด = 10		

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามวัดความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ได้ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 7.21 คะแนน (SD = 1.15) จัดอยู่ในความรู้ระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ 1 คะแนน และมากที่สุดที่ 10 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้จากคำถาม จำนวน 2 ข้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถที่จะตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ (ร้อยละ 92.70 และร้อยละ 89.89) ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้จากคำถามทั้งหมด 6 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถที่จะตอบคำถามได้ถูกต้องจำนวน 3 ข้อ และตอบผิดจำนวน 3 ข้อ และด้านผลกระทบจากการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อมจากข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถที่จะตอบคำถามได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ (ร้อยละ 93.54 และร้อยละ 90.73) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อคำถามที่ 7 เป็นข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ 94.38) และข้อที่ 5 เป็นข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 33.71)

ตารางที่ 8 ระดับของความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)

ระดับของความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (คะแนน 0 - 3)	3	0.84
ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนน 4 - 6)	44	12.36
ระดับความรู้สูง (คะแนน 7 - 10)	309	86.80

จากตารางที่ 8 เมื่อแบ่งระดับของผลรวมคะแนนความรู้ในกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้ต่ำ (0 – 3 คะแนน) ระดับความรู้ปานกลาง (4 – 6 คะแนน) และระดับความรู้สูง (7 – 10 คะแนน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้จัดอยู่ในระดับความรู้สูง (7 – 10 คะแนน) (ร้อยละ 86.80) โดยระดับความรู้ต่ำ (0 – 3 คะแนน) เป็นระดับที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.84)

### ส่วนที่ 3 เจตคติในการจัดการยาเหลือใช้

ผลการศึกษาในด้านเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ ประกอบด้วย เจตคติในด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบ ในการจัดการยาเหลือใช้ และด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ดังแสดงในตารางที่ 9 – 10 ต่อไปนี้

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้จำแนกรายข้อคำถาม (N = 356)

เจตคติ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับเจตคติ					คะแนนเฉลี่ยของเจตคติ (ระดับเจตคติ)
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
<b>ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้</b>						
1. ท่านยินดีจะนำยาเหลือใช้ไปคืนให้แก่สถานพยาบาล หากได้รับสิ่งตอบแทนเล็กๆ น้อยๆ	50 (14.04)	76 (21.35)	22 (6.18)	169 (47.47)	39 (10.96)	2.80 (เจตคติปานกลาง)
2. สถานพยาบาลควรมีแนวทางให้ผู้ป่วยคืนยา หากแพทย์เปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษา หรือผู้ป่วยต้องหยุดยาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์	81 (22.75)	255 (71.63)	14 (3.93)	4 (1.12)	2 (0.56)	4.15 (เจตคติที่ดี)
3. การจัดการยาเหลือใช้โดยนำไปบริจาคให้ผู้อื่น เป็นวิธีที่ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยา	26 (7.30)	243 (68.26)	32 (8.99)	32 (8.99)	23 (6.46)	2.39 (เจตคติปานกลาง)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้จำแนกรายข้อคำถาม

(N = 356) (ต่อ)

เจตคติ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับเจตคติ					คะแนนเฉลี่ย ของเจตคติ (ระดับ เจตคติ)
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
<b>ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม</b>						
4. การเก็บยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพไว้ในบ้านสามารถทำให้เกิดอันตรายได้	51 (14.33)	210 (58.99)	39 (10.96)	44 (12.36)	12 (3.37)	3.69 (เจตคติ ที่ดี)
5. การจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่ถูกวิธีจะทำให้ยาปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตต่างๆ ได้	59 (16.57)	269 (75.56)	19 (5.34)	5 (1.40)	4 (1.12)	4.05 (เจตคติ ที่ดี)
6. การนำยาเหลือใช้สภาพดีของตัวเองให้แก่ผู้อื่น อาจเป็นยาที่ผู้รับยาเกิดการแพ้ยาทำให้เกิดอันตรายได้	66 (18.54)	230 (64.61)	37 (10.39)	17 (4.78)	6 (1.69)	3.94 (เจตคติ ที่ดี)
<b>ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้</b>						
7. เภสัชกรควรเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการจัดการยาเหลือใช้อย่างถูกวิธี	95 (26.69)	248 (69.66)	6 (1.69)	6 (1.69)	1 (0.28)	4.21 (เจตคติ ที่ดี)
8. ผู้ป่วยสามารถจัดการยาเหลือใช้ได้อย่างถูกวิธีได้ด้วยตนเอง	42 (11.80)	240 (67.42)	46 (12.92)	21 (5.90)	7 (1.97)	3.81 (เจตคติ ที่ดี)
<b>ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้</b>						
9. การให้ข้อมูลในสื่อต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการจัดการยาเหลือใช้ จะช่วยให้ท่านสามารถจัดการได้อย่างถูกวิธี	82 (23.03)	259 (72.75)	12 (3.37)	2 (0.56)	1 (0.28)	4.18 (เจตคติ ที่ดี)
10. ในปัจจุบันมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ได้อย่างถูกวิธีที่ยังไม่เพียงพอ	64 (17.98)	262 (73.60)	26 (7.30)	3 (0.84)	1 (0.28)	4.08 (เจตคติ ที่ดี)

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาอันดับของเจตคติรายข้อ พบว่าด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ คะแนนเฉลี่ยของเจตคติในประเด็นสถานพยาบาลควรมีแนวทางที่รองรับสำหรับการคืนยาของผู้ป่วยจัดอยู่ในระดับที่ดี (4.15 คะแนน) แต่ในส่วนของประเด็นความยินดีที่จะนำยาเหลือใช้ไปคืนสถานพยาบาล และประเด็นการบริจาคยาเหลือใช้ให้แก่ผู้อื่นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายคะแนนเฉลี่ยของเจตคติจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 และ 2.39 คะแนน ตามลำดับ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสมประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ พบว่าในประเด็นอันตรายจากการเก็บยาหมดอายุไว้ภายในบ้าน การปนเปื้อนของยาเหลือใช้สู่สิ่งแวดล้อมหากจัดการไม่ถูกวิธี และอันตรายจากการบริจาคยาเหลือใช้ให้ผู้อื่น คะแนนเฉลี่ยของเจตคติจัดอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 4.05 และ 3.94 ตามลำดับ ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ จำนวน 2 ข้อ พบว่าประเด็นเภสัชกรควรเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการยาเหลือใช้ได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยของเจตคติจัดอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 และ 3.81 ตามลำดับ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูล เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ จำนวน 2 ข้อ พบว่า ในประเด็นการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อจะช่วยให้สามารถที่จะจัดการยาเหลือใช้ได้อย่างถูกต้อง และปัจจุบันยังพบว่าการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ยังไม่เพียงพอ คะแนนเฉลี่ยของเจตคติจัดอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 และ 4.08 ตามลำดับ จะเห็นว่าคะแนนของเจตคติรายข้อจัดอยู่ในระดับเจตคติที่ดีจำนวน 8 ข้อ และจัดระดับปานกลางจำนวน 2 ข้อ

**ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้จำแนกรายด้าน (N = 356)**

ด้านเจตคติ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับเจตคติ		
	คะแนนเฉลี่ยของเจตติรายด้าน		
	3.67 – 5.00 เจตคติที่ดี	2.34 – 3.66 เจตคติด้านกลาง	1.00 – 2.33 เจตคติไม่ดี
ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้	91 (25.56)	<b>230</b> <b>(64.61)</b>	35 (9.83)
ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ ไม่เหมาะสม	<b>271</b> <b>(76.12)</b>	77 (21.63)	8 (2.25)
ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบ ในการจัดการยาเหลือใช้	<b>292</b> <b>(82.02)</b>	62 (17.42)	2 (0.56)
ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูล เรื่องการจัดการยาเหลือใช้	<b>323</b> <b>(90.73)</b>	30 (8.43)	3 (0.84)

จากตารางที่ 10 เมื่อแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของเจตคติแยกรายด้าน พบว่าด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน) ร้อยละ 64.61 ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ และด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดี (3.67 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 76.12 82.02 และ 90.73 ตามลำดับ



#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ และการสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square Test) และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression) ดังตารางที่ 11 – 16 ต่อไปนี้

ตารางที่ 11 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	ระดับความรู้ต่ำ (0 – 6 คะแนน)	ระดับความรู้สูง (7 – 10 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร</b>			
เพศ			
- เพศชาย	10 (9.90)	91 (90.10)	0.25
- เพศหญิง	37 (14.51)	218 (85.49)	
อายุ			
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	4 (2.70)	144 (97.30)	<0.05*
- อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี	19 (18.63)	83 (81.37)	
- อายุมากกว่า 60 ปี	24 (22.64)	82 (77.36)	
ระดับการศึกษา			
- ไม่ได้ศึกษาถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (22.64)	82 (77.36)	<0.05*
- มัธยมศึกษาตอนปลายถึง อนุปริญญา / ปวส.	9 (21.43)	33 (78.57)	
- ปริญญาตรีถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี	14 (6.73)	194 (93.27)	
อาชีพ			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17 (18.48)	75 (81.52)	<0.05*
- ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ	10 (4.93)	193 (95.07)	
- อาชีพอิสระ	20 (32.79)	41 (67.21)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 11 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	ระดับความรู้ต่ำ (0 – 6 คะแนน)	ระดับความรู้สูง (7 – 10 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร (ต่อ)</b>			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	36 (21.95)	128 (78.05)	<0.05*
- 20,000 บาทขึ้นไป	11 (5.73)	181 (94.27)	
สิทธิการรักษาพยาบาล			
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)	33 (26.40)	92 (73.60)	<0.05*
- ประกันสังคม / สวัสดิการ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	13 (6.47)	188 (93.53)	
- ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง / ประกันเอกชน	1 (3.33)	29 (96.67)	
โรคประจำตัว			
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงอย่างเดียว	41 (12.97)	275 (87.03)	0.72
- มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย	6 (15.00)	34 (85.00)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 11 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	ระดับความรู้ต่ำ (0 – 6 คะแนน)	ระดับความรู้สูง (7 – 10 คะแนน)	
<b>ปัจจัยอื่น ๆ</b>			
ประสบการณ์การมียาเหลือใช้			
- ไม่เคยมียาเหลือใช้	13 (30.23)	30 (69.77)	<0.05*
- เคยมียาเหลือใช้	34 (10.86)	279 (89.14)	
ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยจัดการยาเหลือใช้	16 (22.86)	54 (77.14)	0.01*
- เคยจัดการยาเหลือใช้	31 (10.84)	255 (89.16)	
การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ จากคนรอบข้าง			
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	26 (18.98)	111 (81.02)	0.01*
- เคยได้รับข้อมูล	21 (9.59)	198 (90.41)	
การสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยสืบค้นข้อมูล	35 (13.21)	230 (86.79)	0.10
- เคยสืบค้นข้อมูล	12 (13.19)	79 (86.81)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

จากตารางที่ 11 พบว่าเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยคุณลักษณะประชากรและปัจจัยอื่นๆ โดยใช้สถิติ Chi-Square Tests กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} \leq 0.05$  พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับของความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ประกอบด้วย

1. ปัจจัยอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ในระดับสูงร้อยละ 97.30 มากกว่าช่วงอายุระหว่าง 41 – 60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ที่พบร้อยละ 81.37 และ 77.36 ตามลำดับ

2. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ถึง ระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูงร้อยละ 93.27 มากกว่าการศึกษาระดับมัธยมตอนปลาย ถึง

ระดับอนุปริญญา / ปวส. ที่พบร้อยละ 78.57 และไม่ได้รับการศึกษาถึง การศึกษาในระดับมัธยมต้น ที่พบร้อยละ 77.36

3. ปัจจัยอาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพข้าราชการ หรือพนักงานประจำมีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูงร้อยละ 95.07 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ที่พบร้อยละ 81.52 และอาชีพอิสระ ที่พบร้อยละ 67.21

4. ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไปมีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูง ร้อยละ 94.27 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท ที่พบร้อยละ 78.05

5. ปัจจัยสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง หรือประกันเอกชน มีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูง ร้อยละ 96.67 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ที่พบร้อยละ 93.53 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท) ที่พบร้อยละ 73.60

6. ปัจจัยประสบการณ์การมียาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ มีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูง ร้อยละ 89.14 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 69.77

7. ปัจจัยประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p$ -value = 0.01) กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ มีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูง ร้อยละ 89.16 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 77.14

8. ปัจจัยการได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p$ -value = 0.01) กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ มีระดับความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้สูง ร้อยละ 90.41 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 81.02

ตารางที่ 12 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร</b>			
เพศ			
- เพศชาย	76 (75.25)	25 (24.75)	0.83
- เพศหญิง	189 (74.12)	66 (25.88)	
อายุ			
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	134 (90.54)	14 (9.46)	<0.05*
- อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี	73 (71.57)	29 (28.43)	
- อายุมากกว่า 60 ปี	58 (54.72)	48 (45.28)	
ระดับการศึกษา			
- ไม่ได้ศึกษา ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	60 (56.60)	46 (43.40)	<0.05*
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา / ปวส.	23 (54.76)	19 (45.24)	
- ปริญญาตรี ถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี	182 (87.50)	26 (12.50)	
อาชีพ			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49 (53.26)	43 (46.74)	<0.05*
- ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ	180 (88.67)	23 (11.33)	
- อาชีพอิสระ	36 (59.02)	25 (40.98)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	93 (56.71)	71 (43.29)	<0.05*
- 20,000 บาทขึ้นไป	172 (89.58)	20 (10.42)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 12 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร (ต่อ)</b>			
สิทธิการรักษาพยาบาล			
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)	70 (56.00)	55 (44.00)	<0.05*
- ประกันสังคม /สวัสดิการ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	167 (83.08)	34 (16.92)	
- ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง / ประกันเอกชน	28 (93.33)	2 (6.67)	
โรคประจำตัว			
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงอย่างเดียว	237 (75.00)	79 (25.00)	0.50
- มีโรคอื่น ๆ รวมด้วย	28 (70.00)	12 (30.00)	
<b>ปัจจัยอื่น ๆ</b>			
ประสบการณ์การมียาเหลือใช้			
- ไม่เคยมียาเหลือใช้	23 (53.49)	20 (46.51)	0.01*
- เคยมียาเหลือใช้	242 (77.32)	71 (22.68)	
ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยจัดการยาเหลือใช้	44 (62.86)	26 (37.14)	0.01*
- เคยจัดการยาเหลือใช้	221 (77.27)	65 (22.73)	
การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ จากคนรอบข้าง			
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	89 (64.96)	48 (35.04)	<0.05*
- เคยได้รับข้อมูล	176 (80.37)	43 (19.63)	
การสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยสืบค้นข้อมูล	196 (73.96)	69 (26.04)	0.73
- เคยสืบค้นข้อมูล	69 (75.82)	22 (24.18)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

จากตารางที่ 12 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ร้อยละ 45.28 มากกว่าช่วงอายุ 41 – 60 ปี และอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ที่พบร้อยละ 28.43 และ 9.46 ตามลำดับ

2. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง ระดับอนุปริญญา / ปวส. มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ร้อยละ 45.24 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ถึง การศึกษาในระดับมัธยมต้น ที่พบร้อยละ 43.40 และระดับปริญญาตรี ถึง ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ที่พบร้อยละ 12.50

3. ปัจจัยอาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ร้อยละ 46.74 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพอิสระ ที่พบร้อยละ 40.98 และอาชีพข้าราชการ หรือพนักงานประจำ ที่พบร้อยละ 11.33

4. ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ร้อยละ 43.29 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป ที่พบร้อยละ 10.42

5. ปัจจัยสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท) มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ร้อยละ 44.00 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ที่พบร้อยละ 16.92 และชำระเงินเอง หรือประกันเอกชน ที่พบร้อยละ 6.67

6. ปัจจัยประสบการณ์การมียาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} = 0.01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ร้อยละ 46.51 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 22.68

7. ปัจจัยประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} = 0.01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการ

ยาเหลือใช้มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ดี ร้อยละ 37.14 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 22.73

8. ปัจจัยการได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ มีระดับของเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ดี ร้อยละ 35.04 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 19.63



ตารางที่ 13 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม (N = 356)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร</b>			
เพศ			
- เพศชาย	31 (30.69)	70 (69.31)	0.06
- เพศหญิง	54 (21.18)	201 (78.82)	
อายุ			
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	39 (26.35)	109 (73.65)	0.14
- อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี	28 (27.45)	74 (72.55)	
- อายุมากกว่า 60 ปี	18 (16.98)	88 (83.02)	
ระดับการศึกษา			
- ไม่ได้ศึกษา ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	25 (23.58)	81 (76.42)	0.02*
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา / ปวส.	3 (7.14)	39 (92.86)	
- ปริญญาตรี ถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี	57 (27.04)	151 (72.60)	
อาชีพ			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16 (17.39)	76 (82.61)	0.10
- ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ	57 (28.08)	146 (71.92)	
- อาชีพอิสระ	12 (19.67)	49 (80.33)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	31 (18.90)	133 (81.10)	0.04*
- 20,000 บาทขึ้นไป	54 (28.13)	138 (71.88)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 13 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม (N = 356) (ต่อ)

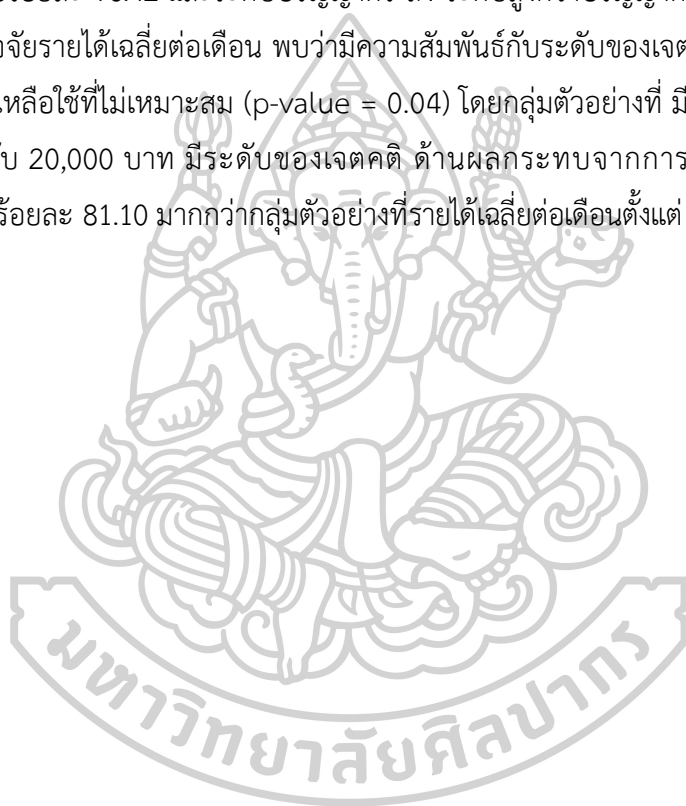
ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร (ต่อ)</b>			
สิทธิการรักษาพยาบาล			
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)	26 (20.80)	99 (79.20)	0.58
- ประกันสังคม /สวัสดิการ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	52 (25.87)	149 (74.13)	
- ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง / ประกันเอกชน	7 (23.33)	23 (76.67)	
โรคประจำตัว			
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงอย่างเดียว	76 (24.05)	240 (75.95)	0.83
- มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย	9 (22.50)	31 (77.50)	
<b>ปัจจัยอื่น ๆ</b>			
ประสบการณ์การมียาเหลือใช้			
- ไม่เคยมียาเหลือใช้	9 (20.93)	34 (79.07)	0.63
- เคยมียาเหลือใช้	76 (24.28)	237 (75.72)	
ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยจัดการยาเหลือใช้	16 (22.86)	54 (77.14)	0.82
- เคยจัดการยาเหลือใช้	69 (24.13)	217 (75.87)	
การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ จากคนรอบข้าง			
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	35 (25.55)	102 (74.45)	0.56
- เคยได้รับข้อมูล	50 (22.83)	169 (77.17)	
การสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยสืบค้นข้อมูล	67 (25.28)	198 (74.72)	0.29
- เคยสืบค้นข้อมูล	18 (19.78)	73 (80.22)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

จากตารางที่ 13 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย

1. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม ( $p\text{-value} = 0.02$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง ระดับอนุปริญญา / ปวส. มีระดับของเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม ที่ดีร้อยละ 92.86 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษานี้ ถึง การศึกษาในระดับมัธยมต้น ที่พบร้อยละ 76.42 และระดับปริญญาตรี ถึง ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ที่พบร้อยละ 72.60

2. ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม ( $p\text{-value} = 0.04$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท มีระดับของเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสม ที่ดีร้อยละ 81.10 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป ที่พบร้อยละ 71.88



ตารางที่ 14 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วน  
รับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร</b>			
เพศ			
- เพศชาย	16 (15.84)	85 (84.16)	0.51
- เพศหญิง	48 (18.82)	207 (81.18)	
อายุ			
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	5 (3.38)	143 (96.62)	<0.05*
- อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี	25 (24.51)	77 (75.49)	
- อายุมากกว่า60ปี	34 (32.08)	72 (67.92)	
ระดับการศึกษา			
- ไม่ได้ศึกษา ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	33 (31.13)	73 (68.87)	<0.05*
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา / ปวส.	17 (40.48)	25 (59.52)	
- ปริญญาตรี ถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี	14 (6.73)	194 (93.27)	
อาชีพ			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28 (30.43)	64 (69.57)	<0.05*
- ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ	13 (6.40)	190 (93.60)	
- อาชีพอิสระ	23 (37.70)	38 (62.30)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	51 (31.10)	113 (68.90)	<0.05*
- 20,000 บาทขึ้นไป	13 (6.77)	179 (93.23)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 14 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วน  
รับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร (ต่อ)</b>			
สิทธิการรักษาพยาบาล			
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)	43 (34.40)	82 (65.60)	<0.05*
- ประกันสังคม /สวัสดิการ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	18 (8.96)	183 (91.04)	
- ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง / ประกันเอกชน	3 (10.00)	27 (90.00)	
โรคประจำตัว			
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงอย่างเดียว	56 (17.72)	260 (82.28)	0.72
- มีโรคอื่น ๆ รวมด้วย	8 (20.00)	32 (80.00)	
<b>ปัจจัยอื่น ๆ</b>			
ประสบการณ์การมียาเหลือใช้			
- ไม่เคยมียาเหลือใช้	14 (32.56)	29 (67.44)	0.01*
- เคยมียาเหลือใช้	50 (15.97)	263 (84.03)	
ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยจัดการยาเหลือใช้	20 (28.57)	50 (71.43)	0.01*
- เคยจัดการยาเหลือใช้	44 (15.38)	242 (84.62)	
การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ จากคนรอบข้าง			
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	27 (19.71)	110 (80.29)	0.50
- เคยได้รับข้อมูล	37 (16.89)	182 (83.11)	
การสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยสืบค้นข้อมูล	45 (16.98)	220 (83.02)	0.40
- เคยสืบค้นข้อมูล	19 (20.88)	72 (79.12)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

จากตารางที่ 14 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำกว่า 96.62 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุระหว่าง 41 – 60 ปี ที่พบร้อยละ 75.49 และอายุมากกว่า 60 ปี ที่พบร้อยละ 67.92

2. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ถึง ระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำกว่า 93.27 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ถึง การศึกษาในระดับมัธยมต้น ที่พบร้อยละ 68.87 และระดับมัธยมตอนปลาย ถึง ระดับอนุปริญญา / ปวส. ที่พบร้อยละ 59.52

3. ปัจจัยอาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำกว่า 93.60 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ที่พบร้อยละ 69.57 และอาชีพอิสระ ที่พบร้อยละ 62.30

4. ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำกว่า 93.23 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท ที่พบร้อยละ 68.90

5. ปัจจัยสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำกว่า 91.04 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง หรือประกันเอกชน ที่พบร้อยละ 90.00 และ และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท) ที่พบ 65.60

6. ปัจจัยประสบการณ์การมียาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ (p-value = 0.01) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมี

ประสบการณ์การมียาเหลือใช้ มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำร้อยละ 84.03 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 67.44

7. ปัจจัยประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ( $p\text{-value} = 0.01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้มีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ มีระดับของเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่ และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ที่ต่ำร้อยละ 84.62 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ ที่พบร้อยละ 71.43



ตารางที่ 15 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่อง การจัดการยาเหลือใช้ (N = 356)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร</b>			
เพศ			
- เพศชาย	7 (6.93)	94 (93.07)	0.334
- เพศหญิง	26 (10.20)	229 (89.80)	
อายุ			
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	2 (1.35)	146 (98.65)	<0.05*
- อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี	13 (12.75)	89 (87.25)	
- อายุมากกว่า60ปี	18 (16.98)	88 (83.02)	
ระดับการศึกษา			
- ไม่ได้ศึกษา ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	17 (16.04)	89 (83.96)	<0.05*
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา / ปวส.	10 (23.81)	32 (76.19)	
- ปริญญาตรี ถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี	6 (2.88)	202 (97.12)	
อาชีพ			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16 (17.39)	76 (82.61)	<0.05*
- ข้าราชการ หรือพนักงานประจำ	8 (3.94)	195 (96.06)	
- อาชีพอิสระ	9 (14.75)	52 (85.25)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	27 (16.46)	137 (83.54)	<0.05*
- 20,000 บาทขึ้นไป	6 (3.13)	186 (96.88)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 15 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่อง การจัดการยาเหลือใช้ (N = 356) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้		p-value
	เจตคติไม่ดี (1 – 3.66 คะแนน)	เจตคติที่ดี (3.67 – 5 คะแนน)	
<b>ปัจจัยคุณลักษณะประชากร (ต่อ)</b>			
สิทธิการรักษาพยาบาล			
- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท)	20 (16.00)	105 (84.00)	0.01*
- ประกันสังคม /สวัสดิการ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	12 (5.97)	189 (94.03)	
- ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง / ประกันเอกชน	1 (3.33)	29 (96.67)	
โรคประจำตัว			
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงอย่างเดียว	27 (8.54)	289 (91.46)	0.19
- มีโรคอื่น ๆ รวมด้วย	6 (15.00)	34 (85.00)	
<b>ปัจจัยอื่น ๆ</b>			
ประสบการณ์การมียาเหลือใช้			
- ไม่เคยมียาเหลือใช้	6 (13.95)	37 (86.05)	0.26
- เคยมียาเหลือใช้	27 (8.63)	286 (91.37)	
ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยจัดการยาเหลือใช้	11 (15.71)	59 (84.29)	0.04*
- เคยจัดการยาเหลือใช้	22 (7.69)	264 (92.31)	
การได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ จากคนรอบข้าง			
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	15 (10.95)	122 (89.05)	0.39
- เคยได้รับข้อมูล	18 (8.22)	201 (91.78)	
การสืบค้นข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้			
- ไม่เคยสืบค้นข้อมูล	24 (9.06)	241 (90.94)	0.81
- เคยสืบค้นข้อมูล	9 (9.89)	82 (90.11)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = 0.05$  วิเคราะห์ด้วย Chi-Square test

จากตารางที่ 15 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ที่ดีร้อยละ 98.65 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุระหว่าง 41 – 60 ปี ที่พบร้อยละ 87.25 และอายุมากกว่า 60 ปี ที่พบร้อยละ 83.02

2. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ถึง ระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ที่ดีร้อยละ 97.12 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ถึง การศึกษาในระดับมัธยมต้น ที่พบร้อยละ 83.96 และระดับมัธยมตอนปลาย ถึง ระดับอนุปริญญา / ปวส. ที่พบร้อยละ 76.19

3. ปัจจัยอาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพข้าราชการ หรือพนักงานประจำ มีระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ที่ดีร้อยละ 96.06 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพอิสระ ที่พบร้อยละ 85.25 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ที่พบร้อยละ 82.61

4. ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป มีระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ที่ดีร้อยละ 96.88 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท ที่พบร้อยละ 83.54

5. ปัจจัยสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (p-value = 0.01) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง หรือประกันเอกชน มีระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ที่ดี ร้อยละ 96.67 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ที่พบร้อยละ 94.03 และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท) ที่พบร้อยละ 84.00

6. ปัจจัยประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ (p-value = 0.04) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้มีระดับของเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการ

ยาเหลือใช้ ที่ดีร้อยละ 92.31 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ ที่พบ  
ร้อยละ 84.29



ตารางที่ 16 ผลของความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้

ปัจจัย	เจตคติในการจัดการยาเหลือใช้					
	ความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้		ผลระบจากจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม		ผู้ที่มีหน้าที่และครมมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้	
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
<b>อายุ</b>						
> 60 ปี	5.42 (1.37 – 21.40)	0.02 *	Ref.		4.61 (1.29 – 16.51)	0.02*
41-60 ปี	4.64 (1.40 – 15.43)	0.01*	1.19 (0.62 – 2.29)	0.60	4.23 (1.40 – 12.80)	0.01*
<= 40 ปี	Ref.		2.71 (1.15 – 6.37)	0.02*	Ref.	
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref.					
ข้าราชการ/พนักงาน	0.64 (0.21 – 1.98)	0.44				
อาชีพอิสระ	2.62 (1.11 – 6.18)	0.03*				
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>						
<= 20,000 บาท	Ref.					
20,000 บาท ขึ้นไป	3.62 (1.78 – 7.40)	<0.05*				
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ระดับ 1			Ref.		1.50 (0.58 – 3.83)	0.40
ระดับ 2			0.25 (0.07 – 0.88)	0.03*	3.28 (1.28 – 8.43)	0.01*
ระดับ 3			1.22 (0.71 – 2.10)	0.47	Ref.	
<b>ประสบการณ์การมียาเหลือใช้</b>						
ไม่เคย	Ref.					
เคย	0.39 (0.18 – 0.86)	0.02*	2.08 (1.03 – 4.21)	0.04*		

ระดับการศึกษา: 1 = ไม่ได้ศึกษา-มัธยมศึกษาตอนต้น 2 = มัธยมศึกษาตอนต้น-ปวส./อนุปริญญา 3 =ปริญญาตรีขึ้นไป

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression)

จากตารางที่ 16 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกับความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression) ผลการทำนายของปัจจัย ประกอบด้วย

#### ปัจจัยที่ส่งผลกับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้

1. ปัจจัยอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี มีโอกาสที่จะมีความรู้ เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ในระดับต่ำได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Adjusted Odds ratio = 4.64, 95% CI: 1.40 – 15.43, p-value = 0.01) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60ปี มีโอกาสที่จะมีความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ในระดับต่ำได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Adjusted Odds ratio = 5.42, 95% CI: 1.37 – 21.40, p-value = 0.02)

2. ปัจจัยอาชีพ พบว่าอาชีพอิสระ มีโอกาสที่จะมีความรู้ เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ในระดับต่ำ ได้มากกว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ (Adjusted Odds ratio = 2.62, 95% CI: 1.11 – 6.18, p-value = 0.03) และพบว่าอาชีพข้าราชการ หรือพนักงานประจำ ไม่ส่งผลกับระดับความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยประสบการณ์การมียาเหลือใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มียาเหลือใช้จะมีโอกาสที่มีระดับความรู้ เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ในระดับต่ำ ได้น้อยกว่าไม่มียาเหลือใช้ (Adjusted Odds ratio = 0.39, 95% CI: (0.18 – 0.86, p-value = 0.02)

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ และการได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ ไม่ส่งผลกับความรู้ เรื่องการจัดการยาเหลือใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้

1. ปัจจัยอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีโอกาสที่จะมีเจตคติที่ไม่ดีด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Adjusted Odds ratio = 2.71, 95% CI: 1.15 – 6.37, p-value = 0.02) และพบว่าอายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี ไม่ส่งผลกับระดับเจตคติด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้

2. ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีเจตคติที่ไม่ดี ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 20,000 บาท (Adjusted Odds ratio = 3.62, 95% CI: 1.78 – 7.40, p-value <0.05)

3. ปัจจัยประสบการณ์การมียาเหลือใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมียาเหลือใช้จะมีโอกาสที่จะมีเจตคติที่ไม่ดี ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่าที่ไม่เคยมียาเหลือใช้ (Adjusted Odds ratio = 2.08, 95%CI: 1.03 – 4.21, p-value = 0.04)

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ และการได้รับข้อมูลด้านการจัดการยาเหลือใช้ ไม่ส่งผลกับระดับเจตคติด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้

ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม

1. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา หรือ ปวส. มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ในด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ถึง ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (Adjusted Odds ratio = 0.25, 95% CI: 0.07 – 0.88, p-value = 0.03) และพบว่าการระดับศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีถึงสูงกว่าระดับปริญญาตรี และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้

1. ปัจจัยอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Adjusted Odds ratio = 4.23, 95% CI: 1.40 – 12.80, p-value = 0.01) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Adjusted Odds ratio = 4.61, 95% CI: 1.29 – 16.51, p-value = 0.02)

2. ปัจจัยระดับการศึกษาสูงสุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาสูงสุดที่มัธยมศึกษาตอนปลายถึง อนุปริญญา หรือ ปวส. มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (Adjusted Odds ratio = 3.28, 95% CI: 1.28 – 8.43, p-value = 0.01) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ศึกษา ถึง มัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การมียาเหลือใช้ ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ ไม่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้

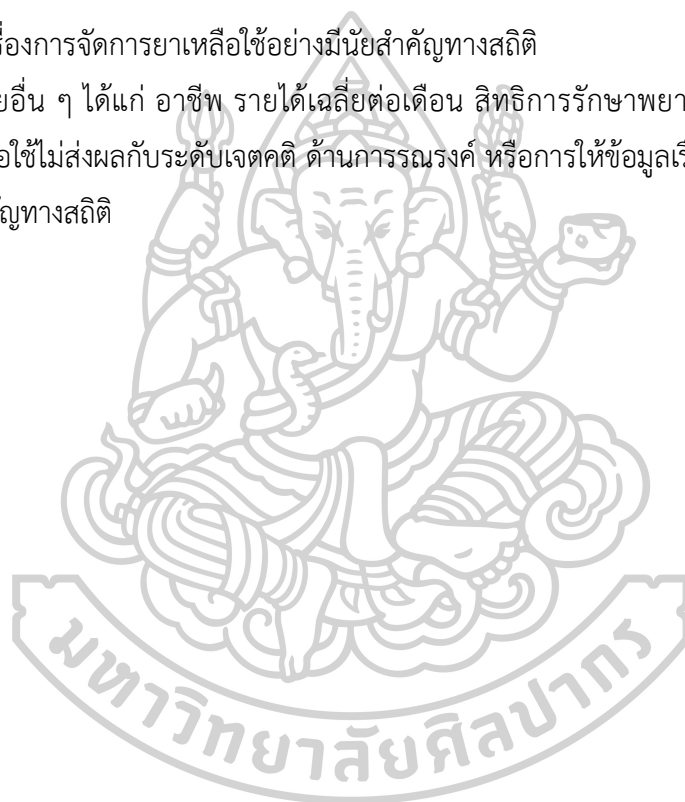
ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้

1. ปัจจัยอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดีด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Adjusted Odds ratio = 5.62, 95% CI: 1.11 – 28.46, p-value = 0.04) และกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Adjusted Odds ratio = 6.63, 95% CI: 1.19 – 36.96, p-value = 0.03)

2. ปัจจัยระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาที่มัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา หรือ ปวส. มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ระดับศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ถึง สูงกว่าระดับปริญญาตรี (Adjusted Odds ratio = 5.08, 95% CI: 1.58 – 16.27, p-value = 0.01) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ถึง มัธยมศึกษาตอนต้นไม่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การจัดการยาเหลือใช้ไม่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน และ/หรือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีมารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 356 ราย คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้และเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ โดยวิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์และการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.63 อายุเฉลี่ย 49.28 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.58 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 29.78 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 33.43 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง / 30 บาท) ในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 35.11 กลุ่มโรคประจำตัวที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคกระดูกและข้อ และโรคไต

กลุ่มตัวอย่างมียาเหลือใช้ ร้อยละ 87.92 โดยเป็นยาที่ได้รับยาจากโรงพยาบาล สาเหตุที่ทำให้มียาเหลือใช้ คือ หายจากอาการป่วย ร้อยละ 43.34 ประเภทของยาเหลือใช้เป็นยาใช้ภายนอก ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาล ในเลือด และยาลดระดับไขมันในเลือด มีการจัดการยาเหลือใช้กรณีที่ยายังอยู่ในสภาพดี ยังไม่หมดอายุ มักจะเก็บสะสมไว้ที่บ้าน ส่วนกรณีที่ยาเสื่อมสภาพ หมดอายุ มีการจัดการโดยการทิ้งลงถังขยะ ความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ประเด็นเรื่องสาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ และผลกระทบจากการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถที่จะตอบคำถามได้ถูกต้อง แต่ในส่วนของประเด็นเรื่องแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ยังพบว่าบางหัวข้อ ได้แก่ การส่งต่อยาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพให้ผู้อื่น วิธีการจัดการยาน้ำที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ผลกระทบของการทิ้งยาที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพลงในแหล่งน้ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามไม่ถูกต้อง ซึ่งเมื่อพิจารณาที่คะแนนรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 7.21 คะแนนมีคะแนนน้อยที่สุดอยู่ที่ 1 คะแนน และคะแนนมากที่สุด อยู่ที่

10 คะแนน เมื่อนำผลรวมของคะแนน ไปจัดลำดับความรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (7 – 10 คะแนน) ร้อยละ 86.80

ผลการสำรวจเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติ เห็นด้วยในประเด็นเรื่องผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ และการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ แต่ในส่วนของประเด็นเรื่องแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ หัวข้อการนำยาเหลือใช้ไปคืนให้แก่สถานพยาบาลยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่แสดงเจตคติไม่เห็นด้วยต่อแนวทางดังกล่าวซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของระดับเจตคติแยกรายด้าน พบว่าด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ และด้านการรณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับของเจตคติเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับที่ดี (3.67 – 5.00 คะแนน) แต่ในส่วนของด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของเจตคติถูกจัดอยู่ในระดับปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ พบว่า การมีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีความรู้ต่ำได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี: Adjusted Odds ratio = 4.64, 95% CI: 1.40 – 15.43, p-value = 0.01, อายุมากกว่า 60ปี: Adjusted Odds ratio = 5.42, 95% CI: 1.37 – 21.40, p-value = 0.02 ) ปัจจัยอาชีพ คือ อาชีพอิสระ มีโอกาสที่จะมีความรู้ต่ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Adjusted Odds ratio = 2.62, 95% CI: 1.11 – 6.18, p-value = 0.03) และผู้ที่มีประสบการณ์การมียาเหลือใช้จะมีโอกาสที่ความรู้ต่ำได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ (Adjusted Odds ratio = 0.39, 95% CI: (0.18 – 0.86, p-value = 0.02)

ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ การมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี โดยมีโอกาสที่จะมีเจตคติที่ไม่ดี ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 60 ปี (Adjusted Odds ratio = 2.71, 95% CI: 1.15 – 6.37, p-value = 0.02) ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คือ ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไปจะมีโอกาสที่จะมีเจตคติที่ไม่ดี ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 20,000 บาท (Adjusted Odds ratio = 3.62, 95% CI: 1.78 – 7.40, p-value < 0.05) และผู้ที่มีประสบการณ์การมียาเหลือใช้ จะมีโอกาสที่จะมีเจตคติที่ไม่ดี ด้านแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่าที่ไม่เคยมียาเหลือใช้ (Adjusted Odds ratio = 2.08, 95% CI: 1.03 – 4.21, p-value = 0.04)

ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ได้แก่ ระดับการศึกษา คือ ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ถึง อนุปริญญา หรือ ปวส. มี

โอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ในด้านผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษามากกว่าถึง ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (Adjusted Odds ratio = 0.25, 95% CI: 0.07 – 0.88, p-value = 0.03)

ปัจจัยที่มีส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ การมีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี: Adjusted Odds ratio = 4.23, 95% CI: 1.40 – 12.80, p-value = 0.01, อายุมากกว่า 60ปี: Adjusted Odds ratio = 4.61, 95% CI: 1.29 – 16.51, p-value = 0.02) และระดับการศึกษา คือ ผู้ที่ระดับการศึกษาสูงสุดที่มัธยมศึกษาตอนปลายถึง อนุปริญญา หรือ ปวส. มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบในการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับศึกษาตั้งแต่ระดับปริญาตรีขึ้นไป (Adjusted Odds ratio = 3.28, 95% CI: 1.28 – 8.43, p-value = 0.01)

ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับเจตคติ ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ การมีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (อายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี: Adjusted Odds ratio = 5.62, 95% CI: 1.11 – 28.46, p-value = 0.04 , อายุมากกว่า 60 ปี: Adjusted Odds ratio = 6.63, 95% CI: 1.19 – 36.96, p-value = 0.03) และระดับการศึกษา คือ ผู้ที่ระดับการศึกษาสูงสุดที่มัธยมศึกษาตอนปลายถึง อนุปริญญา หรือ ปวส. มีโอกาสที่จะมีเจตคติไม่ดี ด้านการรณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับศึกษาตั้งแต่ระดับปริญาตรีขึ้นไป (Adjusted Odds ratio = 5.08, 95% CI: 1.58 – 16.27, p-value = 0.01)

### การอภิปรายผลการศึกษา

จากการสรุปผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการศึกษาสถานการณ์ยาเหลือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มียาเหลือใช้ ร้อยละ 87.92 ซึ่งผลการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jafarzadeh A. ที่พบความชุกของการเก็บสะสมยาเหลือใช้ในเขตชุมชนเมือง โดยเฉพาะในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ถึงร้อยละ 77<sup>39</sup> ในการศึกษาที่พบว่ายาเหลือใช้ส่วนใหญ่ ประกอบด้วยยาใช้ภายนอก ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาลดระดับไขมันในเลือด โดยประเภทของยาเหลือใช้เป็นไป ในทิศทางเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ยาเหลือใช้โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลสกลนคร ที่พบว่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>41, 42</sup>

ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ส่วนใหญ่ คือ หายจากอาการป่วย ร้อยละ 43.34 ไม่ใช่ยาตามคำสั่งแพทย์ ร้อยละ 20.82 และแพทย์สั่งจ่ายยาจำนวนมากเกินวันนัด ร้อยละ 19.85 ซึ่งสาเหตุดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของธนพงศ์ ภูผาลี ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าสาเหตุของการมียาเหลือใช้เกิดจาก 2 มุมมอง คือ มุมมองของผู้ป่วยที่ไม่ใช่ยาตามแพทย์สั่ง และจากมุมมองของผู้ให้บริการที่สถานพยาบาลจ่ายยาให้เกินวันนัด<sup>46</sup> ซึ่งจากผลการศึกษาสาเหตุทำให้เกิดยาเหลือใช้ ไม่พบประเด็นที่ระบุถึงปัญหาความเข้มแข็งของชุมชน หรือการขาดนโยบายการจัดการยาเหลือใช้ที่ชัดเจนของสถานพยาบาลดังเช่นกับการศึกษาของวิภาดา ปุณณภาไพศาล ที่ระบุว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมียาเหลือใช้สามารถเกิดได้จากการขาดนโยบายและงบประมาณสนับสนุนการแก้ปัญหาเหลือใช้ของสถานพยาบาล และการส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้องจากครอบครัวและชุมชน<sup>45</sup>

ในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่เป็นยาในสภาพดี ยังไม่หมดอายุจะเก็บสะสมไว้ที่บ้าน (ร้อยละ 9.53 – 11.04) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bashaar M. ที่ทำการศึกษานักเรียน พนักงานภาครัฐและเอกชน พ่อค้าแม่ค้า และประชาชนจากหลากหลายอาชีพที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นผู้อยู่อาศัยในกรุงคาบูล ประเทศอัฟกานิสถานพบว่ายาส่วนใหญ่มากยังไม่หมดอายุจะถูกเก็บสะสมไว้ที่บ้าน ร้อยละ 95.3<sup>37</sup> และการศึกษาของ Kristina SA. ในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้อยู่อาศัยใน 3 อำเภอ ได้แก่ สเลมาน บันตูล และเมืองยอกยาคารตา และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีการสะสมยาเหลือใช้ไว้ที่บ้านถึงร้อยละ 85.80<sup>38</sup> และส่วนยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ มีการจัดการโดยการทิ้งลงถังขยะ (ร้อยละ 71.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bataduwaarachchi VR ที่ทำการศึกษาศูนย์การจัดการยาเหลือใช้ของประเทศในทวีปยุโรป ประเทศในแถบตะวันออกกลาง สหรัฐอเมริกา ทวีปแอฟริกา และกลุ่มประเทศแถบเอเชียใต้พบการจัดการยาเหลือใช้โดยการทิ้งถังขยะในทวีปยุโรป ประเทศในแถบตะวันออกกลาง สหรัฐอเมริกา ทวีปแอฟริกา และกลุ่มประเทศแถบเอเชียใต้<sup>54</sup> และการศึกษาของ Shivaraju PT ที่พบว่า การทิ้งยาเหลือใช้ลงถังขยะเป็นวิธีที่แพร่หลาย<sup>57</sup> ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการจัดการยาเหลือใช้ที่ถูกต้องตามคู่มือแนวทางการจัดการยา หรือเภสัชภัณฑ์ที่ตกค้างในชุมชนสำหรับประชาชนโดยนำยาเหลือใช้ไปคืนให้แก่สถานพยาบาล<sup>32</sup> พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าร้อยละ 4 ปฏิบัติตาม ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Tit DM ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศโรมาเนียมีการจัดการยาเหลือใช้โดยการนำไปคืนให้แก่เภสัชกรเพียงร้อยละ 0.7<sup>53</sup> และการศึกษาของธนพงศ์ ภูผาลี ที่พบว่าผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาคืนสถานพยาบาลมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น<sup>46</sup>

ผลการศึกษาด้านความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในประเด็นผลกระทบจากการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม ได้ถูกต้อง (ร้อยละ 90.73 - 93.54)

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Swaroop S ที่ประเทศอินเดียโดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 28 ที่มี ความรู้ในประเด็นการปนเปื้อนของยาในสิ่งแวดล้อม<sup>55</sup>

แต่ในส่วนของประเด็นเรื่องแนวทางการจัดการยาเหลือใช้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถาม ไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาที่คะแนนรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 7.21 คะแนน โดยจัดอยู่ใน ลำดับความรู้สูง (7 – 10 คะแนน) ร้อยละ 86.80 แต่จากการศึกษาของ Shivaraju PT ที่ พบว่า นักศึกษาแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิยังขาดความรู้เรื่องการจัดการยาเหลือใช้ที่ถูกต้อง <sup>57</sup> หรือ Sonowal S ที่ระบุว่าผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ทราบแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ถูกต้อง <sup>56</sup> ในส่วนของเจตคติเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติเห็นด้วยใน ประเด็นเรื่องผลกระทบจากการจัดการยาเหลือใช้ไม่เหมาะสม ผู้ที่มีหน้าที่และควรมีส่วนรับผิดชอบใน การจัดการยาเหลือใช้ และการณรงค์ หรือให้ข้อมูลเรื่องการจัดการยาเหลือใช้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Sonowal S ที่ระบุว่าจัดการยาเหลือใช้อย่างถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็น<sup>56</sup> แต่ในส่วนของประเด็น แนวทางการจัดการยาเหลือใช้พบว่าเจตคติถูกจัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Swaroop S ที่เห็นด้วยกับการจัดทำแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ที่ชัดเจน และเข้มงวด<sup>55</sup>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ พบว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา โดย Dawooda OT ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความรู้ด้านยาในระดับที่สูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า <sup>74</sup> แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Mei Lai PS ที่ระบุว่าผู้ป่วยสามารถที่จะมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ จากการ เข้าถึงข้อมูลที่ได้รับการเผยแพร่ <sup>40</sup> เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับเจตคติในการจัดการยา เหลือใช้ ประกอบด้วย ปัจจัยอายุ ปัจจัยระดับการศึกษาปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์มียา เหลือใช้ ซึ่งผลการศึกษขัดแย้งกับการศึกษาของ Mei Lai PS ที่ระบุว่า การได้รับข้อมูล หรือส่งเสริม ความรู้จะช่วยให้มีเจตคติในเรื่องความรับผิดชอบต่อการปนเปื้อนของยาสู่สิ่งแวดล้อมการจัดการยา เหลือใช้ที่ถูกต้องดีขึ้น<sup>40</sup>

### ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษานี้ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกตามสะดวก ซึ่งอาจทำให้เกิด ข้อจำกัดของการเป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยให้ ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ อาจทำให้เกิด recall bias หรือ social desirability bias โดยเฉพาะในข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. สำนักงานมาย กรุงเทพมหานครสามารถทราบถึงสถานการณ์ยาเหลือใช้ ความรู้ และเจต คติในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร
2. กองเภสัชกรรม สำนักงานมาย กรุงเทพมหานครสามารถนำข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ ระดับความรู้ และระดับเจตคติในการจัดการยาเหลือใช้ไปเพื่อพัฒนาแนวทางในการ

ส่งเสริมความรู้ และการสร้างเจตคติที่ดีในการจัดการยาเหลือใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุผู้ที่มี การเปลี่ยนแปลงการใช้ยา หรือผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

ควรมีศึกษาแนวทางการส่งเสริมความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ในประเด็นการส่งต่อยาที่ยังไม่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพให้ผู้อื่นนำไปใช้ วิธีการกำจัดยาที่หมดอายุอย่างถูกต้องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการยาเหลือใช้เหมาะสม



## รายการอ้างอิง

1. ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพีรพงษ์, ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. รายงานฉบับสมบูรณ์การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ไขเชิงนโยบาย. ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร ค; 2555.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด (GDP) ปี พ.ศ. 2536 - 2561 รายปี 2562 [Available from: สืบค้นจาก [http://social.nesdc.go.th/SocialStat/StatBarChart\\_Final.aspx?reportid=1260&template=1R1C&yeartype=M&subcatid=18](http://social.nesdc.go.th/SocialStat/StatBarChart_Final.aspx?reportid=1260&template=1R1C&yeartype=M&subcatid=18).
3. วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ, พรเพ็ญ ลือวิทวัส. การสำรวจปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยนอก ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช. 2557;1:20-5.
4. สรลรัตน์ สโตอยู่, ณัฐนิชา จิรปริยา, เจริญ ตรีศักดิ์, พนารัตน์ แสงแจ่ม. การศึกษาปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. เสวนาสารเภสัชกรรมและบริการสุขภาพ. 2557;1:1-7.
5. โปยม วงศ์ภูวรักษ์, ธิดา นิงสานนท์, วิบูล วงศ์ภูวรักษ์, วิพิน กาญจนการุณ, อำนวย พฤกษ์ภาคภูมิ, ปราณิ ภิญญวัฒน์ยากกร, และคณะ. มูลค่ายาเหลือใช้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยนอก. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2555;22:191-8.
6. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. วิกฤตปัญหา 'ยาเหลือใช้' ในเขตชุมชนเมือง 2560 [Available from: สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2017/07/14189>.
7. วรณพร เจริญโชคทวี, ทศพล เลิศวัฒน์ชัย, วินิตา รอดเหตุภัย, ศิริกัญญา กอบวรรณะกุล. การวิเคราะห์และจัดการปัญหายาเหลือใช้ในเขตชุมชนเมือง. Vajira Medical Journal. 2013;57(3):147-60.
8. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559-2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) 2562 [Available from: สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>.
9. สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย. แผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2563 สำนักอนามัย. 2563. p. 1-240.
10. กนกพร พาพิทักษ์, ธาสินี อภิญญาพานิชย์, พรหมพร บุญญะวัตติพงษ์, พีรยุทธ วิวัฒน์เกษมสุข, ชนิตตา พลอยเลื่อนแสง, ธนพงศ์ ภูผาลี. การศึกษามูลค่ายาและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการหาสาเหตุพร้อมทั้งแนวทางแก้ปัญหา ยาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาชุมชนบ้านมะกอก อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2013;9:24.
11. ช่อทิพย์ จันทรา, จินดา ม่วงแก่น. การศึกษาสาเหตุการนำยาเหลือใช้มาคืนของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับ

บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ อำเภอวังทอง. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11; มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ อำเภอมหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา2563. p. 1957-67.

12. Kadam A, Patil S, Patil S, Tumkur A. Pharmaceutical waste management an overview. *Indian Journal of Pharmacy Practice*. 2016;9::2-8.
13. อากา หวังเกียรติ. ยาในสิ่งแวดล้อม ภัยเงียบที่คุกคาม. *ยาวิพากษ์*. 2561;9(37):3-7.
14. Hernando MD, Mezcuca M, Fernandez-Alba AR, DB. Environmental risk assessment of pharmaceutical residues in wastewater effluents, surface waters and sediments. *Talanta*. 2006;69:334-42.
15. BEEK TAD, WEBER F-A, BERGMANN A, HICKMANN S, EBERT I, HEIN A, KÜSTER A. Pharmaceuticals in the environment-Global occurrences and perspectives. *Environment Toxicology and Chemistry*. 2016;35:823-35.
16. Fatta-Kassinos D, Meric S, Nikolaou A. Pharmaceutical residues in environment waters and wastewater: current state of knowledge and future research. . *Analytical and Bioanalytical Chemistry*. 2011;399:251-75.
17. Li Y, Jindal R, Choi K, Kho YL, Kho YL. Pharmaceutical residues in wastewater treatment plants and surface waters in Bangkok. *Journal of hazardous, toxic, and radioactive waste*. 2012;16:88-91.
18. Lundborg CS, Tamhankar A. Antibiotic residues in the environment of South East Asia. . *BMJ*. 2017;358:42-5.
19. Kummerer K. Pharmaceuticals in the environment. . *The Annual Review of Environment and Resources*. 2010;35:57-75.
20. JOBLING S, NOLAN M, TYLER CR, BRIGHTY G, SUMPTER JP. Widespread sexual disruption in wide fish. . *Environmental science & Technology*. 1998;32:2498-506.
21. Harris CA, Hamilton PB, Runnalls TJ, Vinciotti V, Henshaw A, Hodgson D, et al. The consequences of feminization in breeding groups of wild fish. *Environmental Health Perspectives* 2011;119:306-11.
22. Wu PE, Wu PE. Unused prescription drugs should not be treated like leftovers. . *CMAJ*. 2014;186:815-6.
23. Council NS. How to safely dispose of leftover prescription medication. . 2014.
24. services NHdoe. Emptying the medicine cabinet: Disposal guidelines for pharmaceuticals in the home. *Environmental Fact Sheet* 2019.

25. protection NJDoe. Guideline for proper disposal of household medication. Guidance Document for Regulated Medical Waste (RMW)2016.
26. Agency USEP. How to dispose of medicines properly. . Drug Disposal Guidelines2009.
27. Administration USFaD. How to dispose of unused medicine. In: Information CH, editor. 2015. p. 1-2.
28. Administration USFaD. How to dispose of unused medicine. . In: Information CH, editor. 2011. p. 1-2.
29. Administration USDE. How to properly dispose of your unused medicines 2018.
30. Administration SAaMHS. Safe disposal of prescription medication. Rx Pain Medications2017.
31. Khan BA, Cheng L, Khan AA, Ahmed H. Healthcare waste management in Asia developing countries: A mini review. Waste management research Haris Ahmed3;37:863-75.
32. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับประชาชน แนวทางการจัดการยาหรือเภสัชภัณฑ์ที่ตกค้างในชุมชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2559.
33. พรนภา เตียสุทธิกุล, พัฒนา พรหมณี, จานนท์ ศรีเกตุ, นาวิณ มินะकरण, สุวุฒิ พงษ์วารินศาสตร์. การวัดระดับเจตคติในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561;8:215-25.
34. Mui DSS, Gee MLH, Mun TK, Mei PLS, Sulaiman PCZ. Guidelines on the proper disposal of unused medications. [cited 2566 1 ม.ค. ]:[1-17 pp.]. Available from: สืบค้นจาก <https://www.um.edu.my/UMique/Sustainability%40UM/UM-Eco-Campus%20Guidelines/02c-guidelines-on-the-proper-disposal-of-unused-medications.pdf>.
35. สภาเภสัชกรรม. สารระ-ป็น-ยา: ม.ป.พ.; 2553.
36. Consortium YHE, London SoPUo. Executive Summary. 2010.
37. Bashaar M, Thawani V, Hassali MA, Saleem F. Disposal practices of unused and expired pharmaceuticals among general public in Kabul. Biomed Central Public Health 2017;17:1-8.
38. Kristina SA, Wiedyaningsih C, Cahyadi A, Ridwan BA. A survey on medicine disposal practice among households in Yogyakarta. . Asian Journal of Pharmaceutics

2018;12(3):S955-S8.

39. Jafarzadeh A, Mahboub-Ahari A, Najafi M, Yousefi M, Dalal K. Medicine storage, wastage, and associated determinants among urban households: a systematic review and meta-analysis of household surveys. *BMC Public Health* 2021;21:1-15.
40. Lai PSM, Tan KM, Lee HG, Wong YY, Wasi NAA, Sim SM. Effectiveness of an intervention to increase the knowledge, attitude, and practice regarding the return and disposal of unused medications. . *Malaysian Family Physician* 2021;16:56-63.
41. พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, ศิระพร ทองโปร่ง, มนูญ ทองมี. ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล* 2561;3:119-25.
42. สิริกัญญา วงศ์ภานรินทร์. การพัฒนารูปแบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร. *จังหวัดมหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*; 2564.
43. เอื้องพร พิทักษ์สังข์. ทศวรรษ R2R พัฒนาคนไทยสู่สังคม 4.0. . การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 10; 6 ก.ค.2560; ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี2560.
44. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, วรพรรณ กิติธิตสมบุรณ์, วิกัญญา เจนสุริยะกุล, กาญจนา ศรีนวลรอด, โสภิญญา จันทร์เพ็ญ. การสำรวจยาเหลือใช้และปัจจัยที่เป็นสาเหตุกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2555;6:1140-8.
45. วิภาดา ปุณณภาไพศาล, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, กฤษณี สระมณี. การออกแบบระบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการวิเคราะห์หาสาเหตุราก. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2561;2:300-14.
46. ธนพงศ์ ภูมาลี, ชิดชนก คุณสวัสดิ์, ธนิตา ภูราชพล, ธาณี ศรีศักดิ์นอก. คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2561;10(1):3-13.
47. Makki M, Hassali MA, Awaisu A, Hashmi F. The prevalence of unused medications in homes. . *Pharmacy*. 2019;7:1-23.
48. QIU C, YE C, YE C. Analysis on medical waste management and disposal in Kunming city. . *Advanced materials research* 2014;878:532-8.
49. มารุงษ์ พชรโชค. ยาเหลือใช้ ปลอดภัยหรือไม่? “รอบรู้เรื่องยา ปรีกษาเภสัชฯ ลดยาเหลือใช้ ปลอดภัยปลอดภัย”: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553 [Available from: สืบค้นจาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/18/%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89-%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%A0%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0>

[%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%88-%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%A0%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84/.](#)

50. ปราณิสยา กอรัมย์. โครงการ การจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและศึกษาสาเหตุของยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. การพัฒนาเภสัชกรรมปฐมภูมิ FCPL.343-50.
51. เจาะลึกระบบสุขภาพ H. “ไขแฉกยาเก่า” เกินคาด ได้ยาคืนกว่า 36 ล้านเม็ด มูลค่าไม่ต่ำกว่า 40 ล. 2555 [Available from: สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2012/07/877>].
52. กรุงเทพมหานคร กส. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดการยาเหลือใช้จากบ้านเรือนประชาชน 2562. Available from: สืบค้นจาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000322/NUT/1-3.pdf>.
53. TIT DM, BUNGAU S, CSEPPENTO CN, COPOLOVICI DM, BUHAS C. Disposal of unused medicines resulting from home treatment in Romania. . Journal of Environmental Protection and Ecology 2016;17:1425-33.
54. Bataduwaarachchi VR, Weeraratne CL. Global medication waste management practices: challenges and opportunities in developing countries. . International Journal of Basic and Clinical Pharmacology. 2003;5:2290-4.
55. HS S, Chakraborty A, Virupakshaiah A. Knowledge, attitude and practice of medical professionals toward the safe disposal of unused medications in South India. . World journal of pharmacy and pharmaceutical sciences. 2017;4(5):1423-30.
56. Sonowal S, Desai C, Kapadia JD, Desai MK. A survey of knowledge, attitude, and practice of consumers at a tertiary care hospital regarding the disposal of unused medicine. . Journal of basic and clinical pharmacy 2017;8:4-7.
57. Shivaraju PT, Gangadhar M. Knowledge and awareness of disposal of unused and expired medications among medical undergraduates of a tertiary care teaching hospital at B G Nagar: A cross-sectional observational study. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2017;7(11):1268-73.
58. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives. United States of America: DAVID MCKAY COMPANY, INC.; 1994.
59. Bohn RE. Measuring and managing technological knowledge. Sloan Management Review. 1994:61-72.

60. Braham R. A quantitative knowledge measure and its applications. . Knowledge Discovery, Knowledge Engineering and Knowledge Management. 2013:187-96.
61. Shin M, Holden T, Schmidt RA. From knowledge theory to management practice: towards an integrated approach. Information Processing and Management. 2001;37:335-55.
62. Hunt DP. The concept of knowledge and how to measure it. . Journal of intellectual capital 2003;4:100-13.
63. วนิดา ข้าเขียว. ญาณวิทยา Epistemology. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล็อก; 2561.
64. Wilson LO. Anderson and Krathwohl–Bloom’s taxonomy revised. Understanding the new version of Bloom's taxonomy. 2016.
65. จตุภูมิ เขตจัตุรัส. วิธีการและเครื่องมือประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
66. Ajzen I. Attitude theory and the attitude-behavior relation. . New Direction in Attitude Measurement 1993:41-57.
67. โรงเรียนวัดทุ่งพล (พรชานูอุปถัมภ์). เจตคติ จังหวัดจันทบุรี [Available from: สืบค้นจาก <http://priroj.orgfree.com/>].
68. จอมขวัญ รัตนกิจ. บทที่ 4 เจตคติและแรงจูงใจทางสังคม มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม; [Available from: สืบค้นจาก <http://elearning.psu.ac.th/courses/270/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%204.pdf>].
69. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอ วี / เอดส์ ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. 2556;8:84-102.
70. Andrade C, Menon V, Ameen S, Praharaj SK. Designing and conducting knowledge, attitude, and practice survey in psychiatry: practical guiance. Indian Journal of psychological medicine 2020;42(5):478-81.
71. Development USAI. The KAP survey model (Knowledge, Attitude, & Practices). 2011 [Available from: Retrieved from <https://www.spring-nutrition.org/publications/tool-summaries/kap-survey-model-knowledge-attitudes-and-practices>].
72. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people’s knowledge, attitudes and practice? Some observations from medical anthropology research on

malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*. 2009;11:1-13.

73. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) study. . *Community Ophthalmology*. 2004;4:7-9.

74. Dawooda OT, Hassalia MA, Saleemb F. Factors affecting knowledge and practice of medicine used among the general public in the state of Penang, Malaysia. . *Journal of Pharmaceutical health service research*. 2017;8:51-7.

75. รวีวรรณ เฟ่ากัณหา, ธัญญาสิริ ฉันทย์สวัสดิ์, กาญจนา อยู่เจริญสุข. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ นักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2564;22:143-50.

76. Kaur K, Bansal N. Knowledge, attitude and practice on safe disposal of medicines among medical personnel. *IP International Journal of Comprehensive and Advanced Pharmacology* 2021;6:79-82.

77. Gidey MT, Birhanu AH, Tsadik AG, Welie AG, Assefa BT. Knowledge, Attitude, and Practice of Unused and Expired Medication Disposal among Patients Visiting Ayder Comprehensive Specialized Hospital. *Hindawi BioMed Research International*. 2020:1-7.

78. นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*. 2562;5:496-507.

79. สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย. รายงานประจำปี 2562 กรุงเทพมหานคร2563. p. 59-61.

80. Best JW, Kahn JV. *Research in Education* (10th ed.). United States of America: Pearson Education Inc.; 2006.

81. อารยา องค์เยี่ยม, พงศ์ธราวุ วิจิตเวชไพศาล. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย. *วิสัยทัศน์สาร* 2561;44:36-42.

82. สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน). การหาคุณภาพของแบบทดสอบ Quality testing of test [Available from: สืบค้นจาก <https://www.tpqi.go.th/downloadNw.php?WP=rUqjoz1Cq5OZhJ3tM0E0FJyerPMjAJ00q09ZxT25Mo7o2OO0ETyWrTDo7o3Q>.



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

ลักษิกา ชินพงสานนท์

วุฒิการศึกษา

พ.ศ.2555

เภสัชศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร

