

# รายงานการศึกษา

## เรื่อง

โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล: การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์และการตระหนักรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้รับบริการ  
โรงพยาบาลราชวิถี

## โดย

แพทย์หญิง อรศิริ เสรีรัตน์

## เสนอ

คณะกรรมการหลักสูตรนั้กบริหาร

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนั้กบริหารมหานครระดับสูง  
รุ่นที่ 10

ระหว่างวันที่ 20 เมษายน - 17 กรกฎาคม 2558

### คำนำ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีนโยบายแห่งชาติ ด้านยา พ.ศ. 2524 แต่จากข้อมูลการศึกษาต่างๆพบว่า ยังมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในอัตราที่สูง ซึ่งเป็นปัญหาเดียวกันกับที่พบในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่พบว่าปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลอาจสูงถึงครึ่งหนึ่งของการใช้ยาทั้งหมด นำไปสู่การสูญเสียทั้งระดับตัวบุคคลในด้านประสิทธิผลของการรักษา การเพิ่มความเสียหายความคลาดเคลื่อนทางยา ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหาเชื้อโรคดื้อยา ( antimicrobial resistance) จนถึงสังคมโดยรวม รวมถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่คาดว่าประเทศไทยมีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรถึงปีละกว่า 40,000 ล้านบาท

การส่งเสริมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชน ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงได้ถูกกำหนดเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่ถือว่าการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน

การศึกษาครั้งนี้มุ่งถึงสภาพการณ์จริงปัจจุบันถึงพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์และประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถีเพื่อวางแผนการพัฒนากลไกและเครื่องมือต่างๆที่จะช่วยให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืน และขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ปริญญา อุดมทรัพย์ที่กรุณาให้คำแนะนำ การสนับสนุนและกระตุ้นเตือนการจัดทำรายงาน การศึกษานี้และสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครที่ได้จัดหลักสูตรการศึกษาครั้งนี้รวมถึงเจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตรที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ซึ่งความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการปฏิบัติงานต่อไป

อรศิริ เสรีรัตน์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาเวชกรรมโรงพยาบาลราชวิถี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล: การศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์และ  
การตระหนักรู้และพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้รับบริการโรงพยาบาลราชวิถี

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนเพื่อวางแผนพัฒนา  
แนวทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้จ่าย

**วิธีดำเนินการศึกษา:** รวบรวมข้อมูลจากใบสั่งยาทั้งหมดด้านจำนวนรายการยา ต่อใบสั่งยา รายการยาใน  
บัญชียาหลักต่อยานอกบัญชี ปริมาณยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่ถูกสั่งใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกรวบรวม  
ข้อมูลจากแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล  
ราชวิถีตั้งแต่ มกราคม 2558 ถึง มิถุนายน 2558

**ผลการศึกษา:** ด้านพฤติกรรมของแพทย์เกี่ยวกับการใช้จ่าย พบว่าจำนวนรายการยาที่สั่งใช้เฉลี่ยอยู่ที่ 3.3  
รายการโดยแผนกที่มีรายการยามากสุด 5 อันดับแรกคือ คลินิกโรคข้ออักเสบและภูมิแพ้ รายการยาเฉลี่ย  
7.5 รายการคลินิกโรคหัวใจและความดัน รายการยาเฉลี่ย 6 รายการ คลินิกโรคระบบประสาท รายการยา  
เฉลี่ย 5.6 รายการ คลินิกโรคไต รายการยาเฉลี่ย 5.5 รายการ คลินิกเปลี่ยนไต (Kidney transplant)  
รายการยาเฉลี่ย 4.7 รายการ

เปรียบเทียบการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักต่อยานอกบัญชียาหลักคือ มีการใช้ยาบัญชียาหลักเฉลี่ยอยู่  
ที่ร้อยละ 81.19 โดยที่

แผนกผู้ป่วยนอกมีการใช้ยาในบัญชียาหลักร้อยละ 78.16

แผนกผู้ป่วยในมีการใช้ยาในบัญชียาหลักร้อยละ 86.06

ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ตามระบบ Daily Drug Dose (DDD system) คือ 5.66  
DDD/1000 patients-day แบ่งเป็น 4 กลุ่มหลัก คือยาปฏิชีวนะกลุ่ม Penicillins , Cephalosporins,  
Macrolides และ Quinolones โดยปริมาณการใช้สูงสุดคือ Amoxycillin 2.65 DDD/1000 patients-day

ด้านพฤติกรรมการใช้จ่ายของภาคประชาชน พบว่ามีความรู้ความเข้าใจด้านการใช้จ่าย สามารถ  
ปฏิบัติถูกต้องในระดับดี โดยปัจจัยที่มีผลต่อการใช้จ่ายถูกต้องคือ ระดับการศึกษา อายุ และสิทธิการรักษา

ขณะที่พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะยังเป็นการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องที่สุดอิทธิพลจากสื่อต่างๆ บุคคลใกล้ชิด มีสูงต่อพฤติกรรมการใช้ยา แต่เมื่อเทียบกับแพทย์และบุคลากรอื่นทางการแพทย์ ประชาชนยังให้ความเชื่อถือในระดับสูง

สรุปผลการศึกษา : แพทย์และประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถีมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ดีในระดับหนึ่ง ประชาชนมีความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ด้านการใช้ยาในระดับสูง จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความตระหนักในหน้าที่ที่จะให้ความรู้ด้านยาที่ถูกต้องแก่ประชาชน

## สารบัญ

	หน้า
<b>คำนำ</b>	
บทคัดย่อ	
บทที่ 1 บทนำ (Introduction)	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	
วัตถุประสงค์	
ขอบเขตการศึกษา	
รูปแบบ	
ประชากร	
นิยามศัพท์	
วิธีการศึกษา	
ประโยชน์ในการศึกษา	
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Concepts & Theories)	6
นโยบาย	
แนวคิด	
บทที่ 3 เนื้อหา รายละเอียดของเรื่อง (Application)	11
ข้อมูลสำคัญทางการแพทย์	
การวิเคราะห์	

บทที่ 4 บทสรุป และข้อเสนอแนะ (Conclusion& Suggestion)	20
ภาคผนวก	22
อ้างอิง(Reference)	30

## บทที่ 1

### บทนำ (Introduction)

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเป็นความจำเป็นเร่งด่วนระดับประเทศที่ต้องดำเนินการ เนื่องจากส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยในด้านประสิทธิผล ความคุ้มค่า ความปลอดภัย และสามารถลดปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัญหาเชื้อดื้อยา

เนื่องจากพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีอัตราค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36.04-42.84 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2548 ขณะที่อัตราผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (gross domestic product; GDP)คิดเป็น ร้อยละ 6.12 – 6.14 ในช่วงเวลาเดียวกัน ( รายจ่ายด้านสุขภาพ,การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548 -2550) นั่นคือ รายจ่ายด้านการใช้ยาของประเทศไทยสูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ และสูงกว่าประเทศอื่นๆ

(กราฟ รูปที่ 1 แสดงเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ (ตารางที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ

ตารางที่ 1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมและรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2550 -2554

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ Health expenditure	2550	2551	2552	2553	2554
รายจ่ายรวม	303,853	360,272	377,226	392,368	434,237
รายจ่ายภาครัฐ	231,034	273,372	280,373	293,378	335,518
รายจ่ายภาคเอกชน	72,819	86,901	96,854	98,990	98,718

Overall, Public and Private Health Expenditure, 2007-2011



ที่มา: 1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ

2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

รวมทั้งสถานการณ์การใช้ยาของประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นไปในทิศทางที่ขัดแย้งกับขนาดของตลาดยาโดยรวมในระดับนานาชาติที่เพิ่มในอัตราที่ลดลงจากร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2543 มาเป็นร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2548 (กราฟ รูปที่ 2)

รูปที่ 2 แสดงอัตราขนาดของตลาดยาของประเทศไทยเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ตามนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 จึงมีการกำหนดมาตรการควบคุมการใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ควบคุมปริมาณการใช้จ่าย และป้องกันการใช้จ่ายที่จะก่ออันตรายต่อประชาชนโรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ขนาด 1200 เตียง ให้การบริการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวช และโรคเฉพาะทางทุกประเภทยกเว้นผู้ป่วยเด็ก โดยเฉลี่ยให้การบริการตรวจรักษา ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก 4000 คน ต่อวัน และยังเป็นหนึ่งในเครือข่ายโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบัน แพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย ( University Hospital: UHOSNET) ที่ทำการฝึกอบรมหลักสูตร ปริญญาแพทยศาสตรมหาวิทาลัยแพทยศาสตร์ รั้งสิตและหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางเกือบทุกสาขาซึ่งต้อง มีส่วนสำคัญในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การใ้ ยาสมเหตุผลทั้งทางด้านความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์และจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย

การสร้างความรู้ความตระหนักรู้ในการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์และภาคประชาชน จะช่วยลดปัญหาทั้งด้านความปลอดภัย ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย ปัญหาเชื้อดื้อยา ปัญหา ความไม่คุ้มค่า ปัญหาทางเศรษฐกิจลงได้ในระดับหนึ่ง

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี
- 2) เพื่อศึกษาความตระหนักรู้และพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนที่มารับบริการของโรงพยาบาล ราชวิถี

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษานำร่อง (pilot cross sectional study) ช่วงเวลา ตั้งแต่ มกราคม 2558 - มิถุนายน 2558 โดยรวบรวมข้อมูลการใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เข้ารับบริการที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี

### นิยามศัพท์

**ความสมเหตุสมผล (validity)** คือ ลักษณะของการให้อ่างเหตุผลที่ข้ออ้างที่ระบุไว้ทำให้เกิดข้อสรุป อย่างที่ระบุไว้อย่างแน่นอนและข้อสรุปที่สมเหตุผลจะต้องเป็นข้อสรุปที่ไม่อาจจะหาข้อโต้แย้งใดๆได้แม้แต่ กรณีเดียว

**การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล** การใช้จ่ายโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วย หลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้จ่ายอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้จ่ายอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้

ยาในกรอบบัญชียายังผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยา และความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิกด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้จ่ายที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ

-4-

**บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2555** ประกอบด้วย บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข และบัญชียาจากสมุนไพร

**บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข** หมายความว่ารายการยาแผนปัจจุบันสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามภาคผนวก 1 ประกอบด้วยบัญชีย่อย 4 บัญชี ได้แก่ บัญชี ก บัญชี ข บัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ รวมทั้งรายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล ตามภาคผนวก 1

**บัญชี ก** หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานที่ชัดเจนสนับสนุนการใช้ มีประสิทธิภาพการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียงและเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นลำดับแรกตามข้อบ่งชี้ของยานั้น

**บัญชี ข** หมายความว่า รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งชี้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชี ก ไม่ได้หรือไม่ได้ผลหรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

**บัญชี ค** หมายความว่ารายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายโดยผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจากยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้องอาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่ายหรือเป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้หรือไม่คุ้มค่าหรือการมีนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือการมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัดหรือมี ประสิทธิภาพการใช้ที่จำกัดหรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน

**บัญชี ง** หมายความว่า รายการยาที่มีหลายข้อบ่งชี้แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องการระบุงบข้อบ่งชี้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาการใช้ยาในบัญชียาหลักไปอ้างอิงในการเบิกจ่ายควรนำข้อบ่งชี้ และเงื่อนไขการสั่งใช้ไปประกอบในการพิจารณาการอนุมัติการเบิกจ่ายจึงจะก่อประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ยาในบัญชียง จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาที่ต้องให้สมเหตุสมผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรม หรือได้รับวุฒิบัตรหรือ หนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาเท่านั้นและโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับ

ประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE) โดยต้องมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อตรวจสอบในอนาคตได้

บัญชี จ หมายความว่า

บัญชี จ (1) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือ หน่วยงานของรัฐที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามการประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบและมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นระยะตามความเหมาะสมเพื่อพิจารณาจัดเข้าประเภทของบัญชียาย่อยอื่นในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

บัญชี จ (2) รายการยาสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเฉพาะ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า ซึ่งได้มีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับกับการใช้ยาภายใต้การรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยมีแนวทางกำกับกับการใช้ยาตามภาคผนวก ๓

-5-

แนวทางกำกับการใช้ยาตามภาคผนวก ๓ ประกอบด้วย 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา 4. เกณฑ์การอนุมัติการใช้ยา/ เกณฑ์การวินิจฉัยโรค 5. ขนาดยาที่แนะนำ/ วิธีการให้ยา 6. ระยะเวลาในการรักษา 7. การติดตาม/การประเมินผลการรักษา 8. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยการขออนุมัติใช้ยาสถานพยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทุกข้อและมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

Daily Drug Dose (DDD) คือปริมาณยาโดยเฉลี่ยสำหรับการรักษาต่อวันสำหรับการใช้ตามข้อบ่งชี้หลักของยานั้นในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งอาจไม่สะท้อนปริมาณยาที่สั่งจริงสำหรับการรักษาแต่ละราย

Daily Drug Dose system ใช้เปรียบเทียบการใช้ยาระหว่างประเทศ ภูมิภาค หรือแต่ละสถานพยาบาล เป็นค่าที่มีการปรับหน่วยวัดให้เป็นอิสระจากราคา อัตราแลกเปลี่ยน ขนาดบรรจุและความแรงของผลิตภัณฑ์เป็นหนึ่งในระบบที่นำมาใช้เปรียบเทียบการประเมินแนวโน้มของการใช้ยาในช่วงเวลาที่สนใจ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากร และการศึกษาที่มีบริบทของการดำเนินการที่แตกต่างกัน

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษานำร่อง (pilot cross sectional study) ช่วงเวลา ตั้งแต่ มกราคม 2558 - มิถุนายน 2558 โดยรวบรวมข้อมูลการใช้ยาของบุคคลากรทางการแพทย์ และผู้เข้ารับบริการที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ใน 3 ลักษณะคือ

1.1 จำนวนรายการยาที่สั่งใช้ต่อบุคลากรที่แผนกผู้ป่วยนอก

1.2 ร้อยละของปริมาณยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สั่งใช้ในโรงพยาบาล

1.3 ปริมาณยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้หน่วยวัดเป็นระบบ Defined Daily Dose (DDD)

2) วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน โดยการเปรียบเทียบข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (one-sided) โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS for windows (version 17.0, SPSS Inc. Bangkok, Thailand)

2.1 วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 การเปรียบเทียบผลการตอบคำถามแบบสอบถาม โดยใช้สถิติ Paired-Sample t-test และ Repeated Measured ANOVA

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ทราบพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลราชวิถีในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติสากลและหามาตรการพัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ทราบพฤติกรรมและการตระหนักรู้ของประชาชนในการใช้ยา สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนวิธีดำเนินการปรับพฤติกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน

-6-

### บทที่ 3

#### แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Concepts & Theories)

องค์การอนามัยโลกมีคำจำกัดความของ” การใช้ยาสมเหตุผล( rational drug use) ไว้คือ” ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” “ Patients receive medication appropriate to their clinical needs, in dose that meet their own clinical requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community” (WHO,1985)ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความตามคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ:2552 ที่ขยายความว่า







การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึงการใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็น

การใช้ยาในครอบครัวที่ยังผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยบริการในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่การให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิกด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายยานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้จ่ายไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการทุกคนใช้นั้นอย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ

ตามนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 นั้น การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ถูกกำหนดในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยา โดยอยู่ในการกำกับดูแลของคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอันมียุทธศาสตร์ย่อย 7 อย่าง คือ

- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 การพัฒนาเทคโนโลยีและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 5 การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพ และการดื้อยาของเชื้อก่อโรค
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 7 การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

และได้กำหนดแนวทางการดำเนินการเรียกว่ากฎแฉสำคัญ 6 ประการ

PLEASE	กฎแฉสำคัญ
	Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) competency ความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
	2. Labeling and Leaflet ฉลากยา และข้อมูลยาสู่ประชาชน
	3. Essential RDU toolsเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3.1 essential drug therapy recommendation 3.2 evidence-based hospital formulary 3.3 essential therapeutic monitoring and Investigation 3.4essential information system for RDU 3.5 system for drug use monitoring and feedback 3.6 essential policy for RDU
	4. Awareness for RDU principles among health personnel and patients ความตระหนักของผู้ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
	5.Special population care การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ
	6. Ethics in prescription จริยธรรมในการสั่งใช้ยา

ตารางที่ 1 กฎแฉสำคัญ 6 ประการของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล PLEASE

### กฎแฉดอกที่ 1 การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด

(Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) Strengthening)

องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็งในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับในประเทศที่พัฒนาแล้วว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผลและคุ้มค่าในสถานพยาบาล

หน้าที่และความรับผิดชอบที่ได้กำหนดขึ้นตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกได้แก่

1. การพัฒนาระบบเพื่อการติดตาม ตรวจสอบและส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล รวมถึงกำกับ การปฏิบัติงานตามกรอบของกฎแฉดอกที่ 2 ถึง 6 ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การจัดทำเภสัชตำรับ (hospital formulary) ที่มีความสอดคล้องกับปรัชญาและหลักการบัญญัติยาหลักแห่งชาติ

3. การสร้างความมั่นใจต่อคุณภาพยา (ensuring drug quality) แก่ผู้ใช้ยา

-8-

4. การติดตามความปลอดภัยด้านยาและดำเนินการป้องกันแก้ไข (ensuring drug use safety)

5. การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (expenditure control)

6. การฝึกอบรมบุคลากร (staff education)

7. การควบคุมการส่งเสริมการขายของบริษัทยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ (controlling of all promotion activities to staff)

ซึ่งปัจจัยต่อความสำเร็จ คือ การมีพันธกิจที่มั่นคง มีเป้าประสงค์ที่ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง มีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน มีตัวแทนจากหลายสาขาภายใต้แนวทางสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary approach) สามารถใช้องค์ความรู้ที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีทรัพยากรเพียงพอที่จะดำเนินงาน

กฎแฉดอกที่ 2 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริมและข้อมูลยาสู่ประชาชน (labeling and Leaflet)

ฉลากยาเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม

ฉลากยามาตรฐาน (label) จะช่วยให้รับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาทำให้ใช้ยาได้ถูกต้อง

ฉลากยาเสริม (extend label) มีขนาดใหญ่ขึ้นแปะติดที่ซองยาเพื่อเพิ่มข้อมูลสำคัญที่ไม่สามารถอยู่ในฉลากยามาตรฐานเนื่องจากพื้นที่จำกัด

เอกสารข้อมูลยาสำหรับประชาชน (patient information leaflet ; PIL) ประกอบด้วยข้อมูลยาว่า คือ ยาอะไร วิธีใช้ยา ข้อควรปฏิบัติระหว่างใช้ยา อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา การเก็บรักษา ยา

กฎแฉดอกที่ 3 การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Essential Tools)

ประกอบด้วยเครื่องมือ 6 ชนิด

1. คำแนะนำการใช้ยาในกลุ่มยาเป้าหมายที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานของแต่ละสถานพยาบาล

2. เภสัชตำรับที่รายการยาถูกคัดเลือกอย่างโปร่งใส โดยใช้หลักเกณฑ์ที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานด้านความคุ้มค่า

3. แนวทางการส่งตรวจและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรคเป้าหมาย และการติดตามผลการรักษาที่สอดคล้องกับระดับของสถานพยาบาล

4. การจัดการร่วมกับการจัดทำระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านยาและการรักษาโรคที่จำเป็นต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

5. ระบบและวิธีการปฏิบัติในการประเมินและการติดตามผลการใช้ยา รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งใช้ยา

6. นโยบายด้านยาที่จำเป็นต่อระบบการใช้ยาสมเหตุผล ได้แก่ นโยบายการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ นโยบายการสั่งใช้ยาด้วยชื่อสามัญทางยา และนโยบายการใช้ยาในผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลกลุ่มต่างๆอย่างเท่าเทียมกัน

โดยได้จัดทำคำแนะนำและตัวชี้วัดสำหรับโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติแบ่งเป็นโรคติดต่อ และ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable disease, NCD) 6 ประเภท คือ 1) ความดันเลือดสูง 2) เบาหวาน 3) ไขมันในเลือดสูง 4) ข้อเสื่อม/เกาต์ 5) โรคไตเรื้อรัง และ 6) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/ โรคหืด

-9-

และต้องมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่นการมีการตรวจทานยาและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งใช้ยาก่อนการส่งมอบหรือการ

ให้ยาแก่ประชาชนผู้รับบริการ มีระบบการบันทึกและรายงานผลการปฏิบัติงานต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อติดตามและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเดิมซ้ำอีก

กัญแจดอกที่ 4 การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Awareness for Principles among Health Personal and Patients) การสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนผู้รับบริการ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ทำให้ประชาชนได้รับเฉพาะยาจำเป็นที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลตามการรักษามาตรฐานอย่างครบถ้วนปลอดภัย และคุ้มค่า

กัญแจดอกที่ 5 การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชาชนกลุ่มพิเศษ

การดูแลให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา เป็นปัจจัยหนึ่งในการลดผลแทรกซ้อนจากยาของประชาชนผู้รับบริการ

ขณะนี้ได้เน้นที่ประชากรกลุ่มพิเศษ 6 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 2) สตรีตั้งครรภ์ 3) สตรีให้นมบุตร 4) ผู้ป่วยเด็ก 5) ผู้ป่วยโรคตับ และ 6) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กัญแจดอกที่ 6 การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา (Ethics in Prescription)

โดยสถานพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการคัดเลือกยาและการสั่งยาเป็นไปตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย ทำให้กระบวนการนำยาเข้าและออกจากสถานพยาบาลมีความโปร่งใส ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม ส่วนในระดับบุคลากรให้มีการสั่งใช้ยาภายใต้แนวทางของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตรงตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ เป็นการสั่งใช้ยาที่

เป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้รับบริการจริง คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ความเท่าเทียมในการรับบริการ และการเคารพในสิทธิของผู้เจ็บป่วย

เพื่อติดตามกระบวนการทำงานจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายและเพื่อติดตามสถานการณ์และความก้าวหน้าในการดำเนินการจึงให้มีการกำหนดตัวชี้วัดทั้งด้านกระบวนการ (process) ผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) โดยให้ความสำคัญกับการวัดกระบวนการและผลผลิตมากกว่าการวัดผลลัพธ์เชิงคลินิก

ซึ่งประกอบด้วยประเภทของตัวชี้วัดเป็น

#### 1. ตัวชี้วัดหลัก (Core indicator)

1.1 ตัวชี้วัดพื้นฐาน (Basic Indicator) 3 ตัว เป็นตัวชี้วัดที่แสดงผลการดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล ในประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นคือ การไม่ส่งยาเกินความจำเป็น การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลัก และการลดการใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีที่ไม่จำเป็น เป็นตัวชี้วัดพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติได้<sup>1,2</sup>) ตัวชี้วัดหลัก PLEASE 7 ตัว

-10-

#### 2. ตัวชี้วัดรอง PLEASE

2.1 ตัวชี้วัดในกฎแฉ P เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่มีความสำคัญมาก เพราะ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล (Pharmacy and Therapeutics Committee ;PTC) จะเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการตามกฎแฉสำคัญอื่นๆ

2.2 ตัวชี้วัดรองในกฎแฉ L E A S E เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ผลผลิต หรือผลลัพธ์ ของการดำเนินการ ประกอบด้วย

2.2.1 ตัวชี้วัดเรื่องฉลากยา

2.2.2 ตัวชี้วัดการใช้เครื่องมือ (Essential Tools) โดยกำหนดให้เลือกจาก

- บัญชียาโรงพยาบาล
- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

2.2.3 ตัวชี้วัดการสร้างตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ (Awareness)

2.2.4 ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ

### 2.2.5 ตัวชี้วัดการส่งเสริมจริยธรรม

ทั้งนี้แต่ละโรงพยาบาลอาจเลือกตัวชี้วัดอื่นเพิ่มเติมจากรายการตัวชี้วัดข้างต้นเป็นตัวชี้วัดเสริมจากตัวชี้วัดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ตัวชี้วัดการสร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ และตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ หรือมีตัวชี้วัดเฉพาะที่โรงพยาบาลเห็นความสำคัญ เป็นอัตลักษณ์ของโรงพยาบาลหรือกำลังมีแผนการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกตัวชี้วัดหลัก (Core indicator) 3 ตัวหลักที่จะวัดการดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาลและเปรียบเทียบกับสถานพยาบาลอื่นทั้งระดับประเทศและตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ การสั่งยาเกินความจำเป็น(polypharmacy)ใช้ตัวชี้วัดจำนวนรายการยาที่ถูกสั่งใช้ต่อใบสั่งยา สัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลัก และการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นโดยวัดปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่ถูกสั่งใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้วดูแนวโน้มการใช้ยารวมถึงการเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยากับสถานพยาบาลอื่นในระดับเดียวกัน ซึ่ง 3 ตัวชี้วัดหลักจะสามารถสะท้อนภาพรวมของพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์และมาตรการดำเนินการของทางโรงพยาบาลที่ได้ทำแล้วบางส่วน

ด้านพฤติกรรมของประชาชนผู้รับบริการได้ทำการศึกษาข้อมูลปัจจุบันเพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการทำงานเพื่อให้ตรงกับเป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

### บทที่ 3

#### เนื้อหา (Application)

จากผลการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลด้านการสั่งใช้ยาของแพทย์พบว่า  
ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนรายการยาต่อใบสั่งยา

เมื่อรวมใบสั่งยาจากทุกกลุ่มงานที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวนใบสั่งยา 267,939 ใบมีการสั่งใช้ยาเฉลี่ย

3.3 รายการต่อใบสั่งยาทั้งนี้

5 อันดับแรก มาจากแผนกอายุรกรรมดังนี้

- คลินิกโรคข้ออักเสบและภูมิแพ้ รายการยาเฉลี่ย 7.5 รายการ
- คลินิกโรคหัวใจและความดัน รายการยาเฉลี่ย 6 รายการ
- คลินิกโรคระบบประสาท รายการยาเฉลี่ย 5.6 รายการ
- คลินิกโรคไต รายการยาเฉลี่ย 5.5 รายการ
- คลินิกเปลี่ยนไต (Kidney transplant) รายการยาเฉลี่ย 4.7 รายการ

ตัวชี้วัดที่ 2 การใช้ยาในบัญชียาหลัก

มีการใช้ยาบัญชียาหลักเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 81.19 โดยที่แผนกผู้ป่วยนอกมีการใช้ยาในบัญชียาหลัก  
ร้อยละ 78.16

5 อันดับแรก (มีสัดส่วนการใช้ยาในบัญชี > ร้อยละ 90) คือ

- คลินิกระงับปวด
- คลินิกโรคระบบหายใจ
- คลินิกผู้ป่วยนอกห้องคลอด
- คลินิกนมแม่
- คลินิกตรวจแรงงานไปต่างประเทศ

แผนกผู้ป่วยในมีการใช้ยาในบัญชียาหลักร้อยละ 86.06

5 อันดับแรก (มีสัดส่วนการใช้ยาในบัญชี > ร้อยละ 90) คือ

- หอผู้ป่วยพิเศษหู คอ จมูก
- หอผู้ป่วยพิเศษจักษุ
- หอผู้ป่วยรังสีรักษา
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ตัวชี้วัดที่ 3 การใช้ยาปฏิชีวนะ

ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน (Daily Drug Dose) คือ 5.66 DDD/1000 patients-day แบ่งเป็น 4 กลุ่มหลัก คือ ยา Penicillins, Cephalosporins, Macrolides และ Quinolones โดย

ปริมาณการใช้สูงสุดคือ	Amoxycillin	2.65 DDD/1000 patients-day
รองมาคือ	Ciprofloxacin	0.64 DDD/1000 patients-day
	Clarithromycin	0.39 DDD/1000 patients-day
	Doxycycline	0.29 DDD/1000 patients-day
	Ofloxacin	0.22 DDD/1000 patients-day

-12-

### พฤติกรรมการใช้ยาของผู้รับบริการ

จากการรวบรวมข้อมูลลักษณะประชากรคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา(ตารางที่ 1) และแบบสำรวจพฤติกรรมการใช้ยา 10 รายการ (ภาคผนวกที่ 1) จำนวน 327 ฉบับ ตารางที่ 1 แสดงลักษณะประชากรที่ตอบแบบสำรวจ จำนวน 327 คน

Characteristics	Number	Percentage
<b>Sex</b>		
Male	147	45.0
Female	179	54.7
Missing	1	
<b>Age (years)</b>		
20-39	45	13.9
40-59	138	42.7
≥60 Years	140	43.3
Missing	4	
<b>Education</b>		
ประถมศึกษา	136	42.9
มัธยมศึกษา	82	25.9
ปวช./ปวส.	39	12.3
ปริญญาตรี	60	18.9
<b>สิทธิการรักษา</b>		
ประกันสุขภาพฯ	106	33.3
ประกันสังคม	54	17.0
สวัสดิการราชการ	88	27.7
จ่ายเอง	70	22



คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

เพศ		หญิง 6.5 ข้อ
	เพศชาย 6.2 ข้อ	
อายุ		
	อายุ 20-39 ปี -	ปฏิบัติถูก 6.96 ข้อ
	อายุ 40 -59 ปี -	ปฏิบัติถูก 6.53 ข้อ
	อายุ > 60 ปี -	ปฏิบัติถูก 5.96 ข้อ
ระดับการศึกษา		
	ประถมศึกษา -	ปฏิบัติถูก 5.91 ข้อ
	มัธยมศึกษา -	ปฏิบัติถูก 6.52 ข้อ
	ปวช./ปวส. -	ปฏิบัติถูก 6.33 ข้อ
	ปริญญาตรี -	ปฏิบัติถูก 7.17 ข้อ
สิทธิการรักษา		
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า -	ปฏิบัติถูก 5.96 ข้อ
	ประกันสังคม -	ปฏิบัติถูก 6.72 ข้อ
	สวัสดิการราชการ -	ปฏิบัติถูก 6.63 ข้อ
	จ่ายเอง -	ปฏิบัติถูก 6.51 ข้อ

โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ อายุ(p-value 0.01) ระดับการศึกษา (p-value <0.001) และสิทธิการรักษา (p-value < 0.013) ขณะที่เพศสภาพ หญิง ชาย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p-value =0.090) ( ตารางที่ 2) (ภาคผนวกที่ 3)

Characteristics	n	Mean	S.D	p-value
Sex				0.090 A
Male	147	6.18	1.79	
Female	179	6.51	1.65	
Age (years)				0.001*B
20-39	45	6.96	1.62	
40-59	138	6.53	1.66	
≥60 Years	140	5.96	1.73	
Missing	323	6.34	1.72	
Education				<0.001*
ประถมศึกษา	136	5.91	1.80	
มัธยมศึกษา	82	6.52	1.53	
ปวช./ปวส.	39	6.33	1.59	
ปริญญาตรี	60	7.17	1.42	
สิทธิการรักษา				0.013*
ประกันสุขภาพฯ	106	5.96	1.67	
ประกันสังคม	54	6.72	1.51	
สวัสดิการราชการ	88	6.63	1.64	
จ่ายเอง	70	6.51	1.88	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

การศึกษาระดับปริญญาตรีมีความแตกต่างกับระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (p-value<0.01) แต่ไม่มีความแตกต่างในการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อเทียบกับมัธยมศึกษา และปวช./ปวส. (ตารางที่ 3)

p-value for multiple comparison (Scheffe's Method)	มัธยมศึกษา	ปวช./ปวส.	ปริญญาตรี
ประถมศึกษา	0.070	0.573	<0.001*
มัธยมศึกษา	-	0.949	0.153
ปวช./ปวส.	-	-	0.109

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างการศึกษาในระดับต่างๆ โดยผู้ตอบแบบสำรวจร้อยละ 86.3 สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่า 5 ข้อ

(ตารางที่ 4)

จำนวนข้อที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง	Number	Percent
2	2	0.6
3	15	4.6
4	28	8.6
5	58	17.7
6	67	20.5
7	79	24.2
8	45	13.8
9	17	5.2
10	16	4.9

จำนวนข้อที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง	Number	Percent
2	2	0.6
3	15	4.6
4	28	8.6
5	58	17.7
<b>Mean±SD</b>	<b>6.36±1.72</b>	

ตารางที่ 4 จำนวนข้อที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง



---

ประเด็นพฤติกรรมการใช้ยา

ใช่

ไม่ใช่

บางครั้ง

ปฏิบัติถูกต้อง

---

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาจำแนกตามประเด็นต่างๆ

1	ท่านทราบวิธีการใช้ยาที่กำลังใช้อยู่	294(89.9%)	9(2.8%)	24(7.3%)	294(89.9%)
2	ท่านตั้งใจฟังแพทย์อธิบายการใช้ยาแก่ท่าน	276(84.4%)	24(7.3%)	27(8.3%)	276(84.4%)
3	ท่านทราบผลข้างเคียงของยาที่ใช้อยู่	187(57.2%)	59(18.0%)	81(24.8%)	187(57.2%)
4	ท่านใช้ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อบ่อย	55(16.8%)	137(41.9%)	135(41.3%)	137(41.9%)
5	ท่านใช้ยาแก้แสบเมื่อมีอาการหวัด น้ำมูกไหลท้องเสีย	74(22.6%)	100(30.6%)	153(46.8%)	100(30.6%)
6	ท่านซื้อยาชุดเมื่อมีอาการไม่สบาย	33(10.1%)	217(66.4%)	77(23.5%)	217(66.4%)
7	ท่านจะแบ่งยาหรือรับยาจากคำแนะนำของคนรู้จัก	32(9.8%)	177(54.1%)	118(36.1%)	177(54.1%)
8	ท่านซื้อยาจากการโฆษณาสื่อต่างๆ	54(16.5%)	173(52.9%)	100(30.6%)	173(52.9%)
9	ท่านจะหยุดใช้ยาเมื่อมีอาการผิดปกติขณะใช้	209(63.9%)	60(18.3%)	58(17.7%)	209(63.9%)
10	ท่านใช้ยาตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/เภสัชกร	309(94.5%)	5(1.5%)	13(4.0%)	309(94.5%)

จากผลการศึกษาพบว่าด้านพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์เฉพาะตัวชี้วัดหลัก (core indicator) 3 ตัว โดยตัวชี้วัดที่ 1 คือรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา (ไม่รวมเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ ผ้าปิดแผล อัลกอฮอล์ ไม้ค้ำยันสายสวนต่างๆ เป็นต้น) เท่ากับ 3.3 รายการเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยขององค์การอนามัยโลกกำหนดที่ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 รายการ

รายงานปี 2014 จาก เซอร์เบีย อยู่ระหว่าง 1-2.8 รายการ  
ชนบทด้านตะวันตกของจีน 2.4 รายการ ประเทศซาอุดีอาระเบีย 2.4 รายการ ร้อยละยาจำเป็นที่ใช้อยู่ที่ 79.3 ประเทศเอธิโอเปีย มหาลัยแพทย์เมือง Hawassa 1.9 รายการ จากประเทศกานาในปี 2013 อยู่ที่ 3.7 รายการ ขณะที่รายงานการศึกษาในวารสาร East Mediterr Health Journal ปี 2010 โดย Bashrahil KA. ประเทศเยเมน รายงานที่ 2.8 รายการต่อใบสั่งยา และการสั่งยาจำเป็น (essential drug list) อยู่ที่ร้อยละ 81.2 ส่วนรายงานจากประเทศโอมาน ปี 2004 เฉลี่ยที่ 2 รายการ ประเทศอุสเบกิสถานเฉลี่ยที่ 2-3 รายการ ขึ้นกับกลุ่มโรค และร้อยละการใช้ยาจำเป็น อยู่ที่ร้อยละ 80 และมีการรายงานการศึกษา Costa et al., 2008; Mallet et al., 2001; MSH, 1997; WHO 1993 ถึงจำนวนรายการยาที่สั่งใช้ระหว่าง 2.2-5.3 รายการจากประเทศอินเดีย เนปาล ไนเจอร์ ไนจีเรีย แคมเบรูน สวาซิแลนด์ เอธิโอเปีย มอโรคโค โมแซมบิก และอุกันดา

จำนวนรายการยาที่ใช้ไม่มากต่อใบสั่งบ่งบอกถึงการใช้ยาไม่เกินจำเป็น ไม่ซ้ำซ้อน ซึ่งในสถาบันที่ต้องรักษาโรคที่ซับซ้อน ผู้ป่วยมีหลากหลายโรคอาจมีความจำเป็นต้องใช้หลายรายการได้ และค่าเฉลี่ยรายการยาที่ระบุขององค์การอนามัยโลกไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นสถานพยาบาลรูปแบบใด ผลการรายงานจากประเทศข้างต้นบางประเทศมาจากเขตชนบท หรือเป็นสถานพยาบาลขั้นต้น (primary care) ซึ่งจะดูแลผู้ป่วยที่ไม่หนัก โรคไม่ซับซ้อนเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลรพช. ที่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ (supertertiary care) ขนาดใหญ่ รักษาผู้ป่วยทุกโรคและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วประเทศโดยเฉพาะที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงอาจจำเป็นต้องใช้ยาหลายขนานในการดูแลผู้ป่วย แต่การติดตามตรวจสอบเพื่อลดการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลยังเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องกำหนดวางแผนต่อไป

สำหรับสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลัก หรือยาจำเป็นเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 81.19 อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกับประเทศนานาชาติ และดีกว่าหลายประเทศเช่นที่อินเดีย ปี 2014 มีการรายงานที่ร้อยละ 46 และมีรายงานปี 2001 จากประเทศจาก แอฟริกา เฉลี่ยร้อยละ 60 โดยประเทศนามิเบียมีการ ใช้ยาในรายการยาจำเป็นน้อยสุด คือร้อยละ 12 การใช้ยาในบัญชียาหลัก หรือบัญชียาจำเป็นของแต่ละประเทศมีความสำคัญเพราะเป็นรายการยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของยา แม้เป็นยามูลค่าสูงแต่เมื่อมีหลักฐานสนับสนุนถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของยานั้นก็จะเข้าอยู่ในรายการบัญชียาหลักทำให้ประชาชนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงยา การมีบัญชียาหลักและการทบทวนการศึกษา

(drug utilization) อย่างต่อเนื่องจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยควบคุมการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า เช่นกรณีศึกษาเรื่องระบบยาในประเทศ เอสโตเนีย (Estonia) ช่วงปี 1990-1994 ที่เริ่มมีการพัฒนาระบบยาของประเทศที่ประสบความสำเร็จ โดยมีระบบติดตามการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมของแพทย์ และแก้ไขโดยจัดให้มีการศึกษาและเพิ่มมาตรการการจ่ายยาบางประเภท มีการหยุดการนำเข้าของผลิตภัณฑ์ยาที่มีความเสี่ยง เช่น Phenacetin, Sulfonamide บางกลุ่ม, Pyrazolone ส่วนยานอกบัญชียาหลักอาจเป็นยาใหม่ที่ยังไม่มีข้อมูลการใช้มากเมื่อมีหลักฐานถึงประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าเพียงพอจะถูกบรรจุเข้าในบัญชียา

-19

ยาหลักต่อไป การทบทวนรายการยาในบัญชียาหลักจึงต้องมีความต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์เพื่อให้ได้ยาที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า สมเหตุผล

อัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานทั้งหมดที่ถูกสั่งใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 5.66 DDD/1000patients-day เมื่อเทียบกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ที่แยกเป็นแต่ละชนิดยาได้แก่ amoxicillin อยู่ที่ 2.65 DDD ( WHO 1DDD) ciprofloxacin 0.64DDD (WHO 1 DDD) ofloxacin 0.22DDD ( WHO 0.4 DDD) doxycycline 0.29 DDD ( WHO 0.1DDD)

เนื่องจากรายงานต่างประเทศส่วนใหญ่ระบุเป็นร้อยละของการใช้ยาจึงไม่สามารถเทียบเคียงได้โดยตรงแต่มีแนวโน้มการใช้ในระดับที่สูง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกก็ระบุแยกเป็นยาแต่ละชนิด บางชนิดแยกปริมาณการใช้เป็นรายโรคที่รักษา การพัฒนาคือการควบคุมที่ทำให้ค่าลดลงจากค่าปัจจุบันนั้นคือปริมาณการใช้ที่ลดลง แต่มีข้อสังเกตคือ amoxicillin ที่มีปริมาณการใช้สูงและสูงกว่าเมื่อเทียบกับWHO ซึ่งยากลุ่มมักใช้กับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นการสะท้อนว่าแม้ผู้ป่วยไม่ซื้อรับประทานเองก็ยังได้รับการสั่งยาจากแพทย์ได้

ด้านพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ อายุ ระดับการศึกษา (ค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ p-value <0.001) และสิทธิการรักษา (p-value < 0.013) ขณะที่เพศสภาพ หญิง ชาย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( p-value =0.090) โดยเฉพาะระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างเห็นได้ชัดกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเมื่อพิจารณาที่ประเด็นต่างๆพบว่าประชาชนให้ความเชื่อถือแพทย์และบุคลากรอื่นทางการแพทย์เช่นเภสัชกรสูงมากร้อยละ 94.5 จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักถือเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ต้องให้เวลาและความรู้ด้านยาที่ถูกต้องต้องตรวจทานถึงความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกับการรักษา และประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้วิธีใช้ยาที่กำลังรักษา ร้อยละ89.9 เมื่อเทียบกับรายงานจากประเทศซิมบับเวเก็บตัวอย่างระหว่างปี 1995-2000 ประชาชนรู้วิธีใช้ยาที่กำลังรักษาอยู่ที่ร้อยละ 71.4

ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาที่สุดของพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง พบว่ามักมีการซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเมื่อมีอาการหวัด หรือท้องร่วงทั้งที่การพักผ่อนทานน้ำ

ละลายผงเกลือแร่อาจเพียงพอแล้ว และไม่ต้องเพิ่มความเสี้ยนผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยาโดยไม่จำเป็น ซึ่งอาการแพ้ยาจนถึงผื่นแพ้ยาขั้นรุนแรง

(severe cutaneous adverse reaction) มักเกิดกับยาปฏิชีวนะ ยาระงับอาการปวด กลุ่ม NSAID (nonsteroid antiinflammatory drug) ที่ประชาชนชอบซื้อใช้นั่นเอง และยังเกิดปัญหาเชื้อโรคดื้อยา (rug resistance) ที่เป็นปัญหาของทั้งโลกแตกต่างจากประเด็นอื่นที่มักเป็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนา

สำหรับประเด็นการแบ่งปันยา การซื้อหรือใช้ยาที่ได้รับการแนะนำหรือจากโฆษณาสื่อต่างๆยังพบมากเกือบครึ่งหนึ่งของพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง พบปฏิบัติถูกต้องเพียงร้อยละ 54.1 และ 52.9 ตามลำดับ

ส่วนการรับประทานยาชุดที่เป็นปัญหามาตลอดกลับพบน้อยในการศึกษานี้ซึ่งผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลมักเป็นโรคเรื้อรัง ชับซ้อน ขณะที่ผู้ที่นิยมใช้ยาชุดมักเป็นโรคที่ไม่เรื้อรัง เช่นหวัด อาการปวด เมื่อยที่เป็นประชากรคนละกลุ่มการศึกษาในร้านขายยา หรือสถานพยาบาลระดับชุมชนน่าจะเห็นระดับของปัญหานี้แตกต่างออกไป

## บทที่ 4

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion & Suggestion)

การใช้ยาให้เหมาะกับโรคและผู้ป่วยเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและไม่เป็นภาระกับสังคมโดยรวม แต่จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมในอัตราที่สูงมากโดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ว่า “มากกว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม แม้แต่โรงเรียนแพทย์ยังมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมสูงถึงร้อยละ 41-91” เพื่อลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน ลดการเกิดเชื้อดื้อยา หรือความเสี่ยงที่จะเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น รวมถึงภาระทางสังคมและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล กระบวนการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงถือเป็นวาระสำคัญ และเร่งด่วน

ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลมักพบมากในหมู่ประเทศที่กำลังพัฒนาแถบแอฟริกา เอเชียกลาง ใต้ และตะวันออกเฉียงใต้ส่วนหนึ่งมาจากกระตือรือร้นในการศึกษา ความไม่รู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง นโยบายภาครัฐด้านยา การไม่มีบัญชียาหลัก หรือยาจำเป็นระดับชาติ ไม่มีระบบการควบคุมยาที่มีประสิทธิภาพ การมีบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือบัญชียาจำเป็นที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คุ้มค่าทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีคำแนะนำการรักษาโรคที่เป็นมาตรฐาน (Clinical Practice Guideline) ในโรคสำคัญที่พบบ่อย การกำหนดให้มีการสั่งยาด้วยชื่อสามัญ (generic name) ซึ่งแพทย์มักมีความโน้มเอียงในการสั่งยาด้วยชื่อการค้า (trade name) ที่มักมีราคาสูงกว่า และมีการส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศ และการประกันคุณภาพยาสามัญที่เป็น การลดค่าใช้จ่าย ได้ยาที่มีคุณภาพ ส่งเสริมเศรษฐกิจประเทศ

การศึกษานวัตกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับนานาชาติ และองค์การอนามัยโลก แต่ปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาระดับโลกคือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล และก่อปัญหาเชื้อโรคดื้อยา การรณรงค์ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลตั้งแต่การดำเนินการพัฒนาระบบการผลิต และพัฒนากำลังพลด้านสุขภาพ เพื่อการใช้ยาสมเหตุผลโดยจัดให้มีเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรของทุกสาขา

วิชาชีพด้านสุขภาพ เน้นที่กรอบและขั้นตอนความคิดในการสั่งยาโดยคำนึงประเด็นดังต่อไปนี้

1. ข้อบ่งชี้ (indication) ใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น
2. ประสิทธิภาพ (efficacy) เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง
3. ความเสี่ยง (risk) คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
4. ค่าใช้จ่าย (cost) ใช้จ่ายอย่างพอเพียงและคุ้มค่า
5. องค์ประกอบอื่นๆที่จำเป็น (other considerations) มีความรอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง รับผิดชอบและใช้ยาตามมาตรฐานวิชาการ
6. ขนาดยา (dose) ถูกขนาด
7. วิธีให้ยา (method of administration) ถูกวิธี

8. ความถี่ในการให้ยา (frequency of dose) ความถี่ในการให้ยาที่เหมาะสม
9. ระยะเวลาการให้ยา (duration of treatment) ระยะเวลาการรักษาที่พอเหมาะ
10. ความสะดวก (patient compliance) คำนึงถึงความสะดวกและการยอมรับของผู้ป่วย

-21-

ขณะเดียวกันสภาวิชาชีพควรจัดให้มีข้อสอบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นส่วนหนึ่งในข้อสอบเพื่อใบประกอบวิชาชีพ องค์กรหรือสถาบันคือ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ภาควิชาหรือฝ่ายการศึกษา วิชาชีพทันตแพทย์ สัตวแพทย์ เกษษกร พยาบาลและหลักสูตรหลังปริญญารวมพยาบาลเวชปฏิบัติและสภาวิชาชีพกำหนดรายละเอียดของสมรรถนะของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระบบการศึกษาหลังปริญญาและการศึกษาต่อเนื่องจะเป็นหนึ่งในขั้นตอนการจัดการปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลทางด้านพฤติกรรมของแพทย์และบุคลากรอื่นทางการแพทย์ได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากประชาชนมีความเชื่อถืออย่างสูงในความรู้ด้านยาจากแพทย์และบุคลากรอื่นทางการแพทย์ทั้งนี้รวมถึงการอบรมและส่งเสริมจริยธรรมของบุคลากรที่ทำงานสายการแพทย์ทุกสาขา

ความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของแต่ละสถานพยาบาลถือว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะขับเคลื่อนทิศทางการทำงานขององค์กร ความโปร่งใส การสนับสนุนอย่างจริงจังของผู้บริหารจะทำให้การดำเนินการในขั้นตอนต่อไปสำเร็จได้

และภาครัฐต้องบูรณาการความร่วมมือทุกด้านนอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว การให้การศึกษาค้นคว้าพื้นฐานแก่ประชาชนก็เป็นเรื่องสำคัญที่จะแยกแยะข้อมูลข่าวสารที่จะมีผลต่อการตัดสินใจเรื่องสำคัญซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว การควบคุมการนำเข้าและจำหน่ายยาทั้งในมนุษย์และการเกษตร การปลูกสัตว์ที่อาจมีการนำมาใช้อย่างผิดๆ เช่นการใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงสัตว์และมีผลตกค้างมายังมนุษย์

การบังคับใช้กฎหมายให้เคร่งครัด การควบคุมดูแลเรื่องข่าวสารการโฆษณา รวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆที่ชักจูงให้ประชาชนหลงเชื่อ และใช้ยาไม่ถูกต้องจนเกิดอันตรายหรือเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นได้

## ภาคผนวก 1

### แบบสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน

#### ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- |                  |  |                                      |
|------------------|--|--------------------------------------|
| 1. เพศ           | <input type="checkbox"/> ชาย             | <input type="checkbox"/> หญิง        |
| 2. อายุ          | <input type="checkbox"/> 15 – 20 ปี      | <input type="checkbox"/> 20 – 40 ปี  |
|                  | <input type="checkbox"/> 40 – 60 ปี      | <input type="checkbox"/> > 60 ปี     |
| 3. การศึกษา      | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา      | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา  |
|                  | <input type="checkbox"/> ปวช/ปวส.        | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี   |
| 4. สิทธิการรักษา | <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพฯ   | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
|                  | <input type="checkbox"/> สวัสดิการราชการ | <input type="checkbox"/> จ่ายเอง     |

#### ส่วนที่ 2. พฤติกรรมการใช้ยา

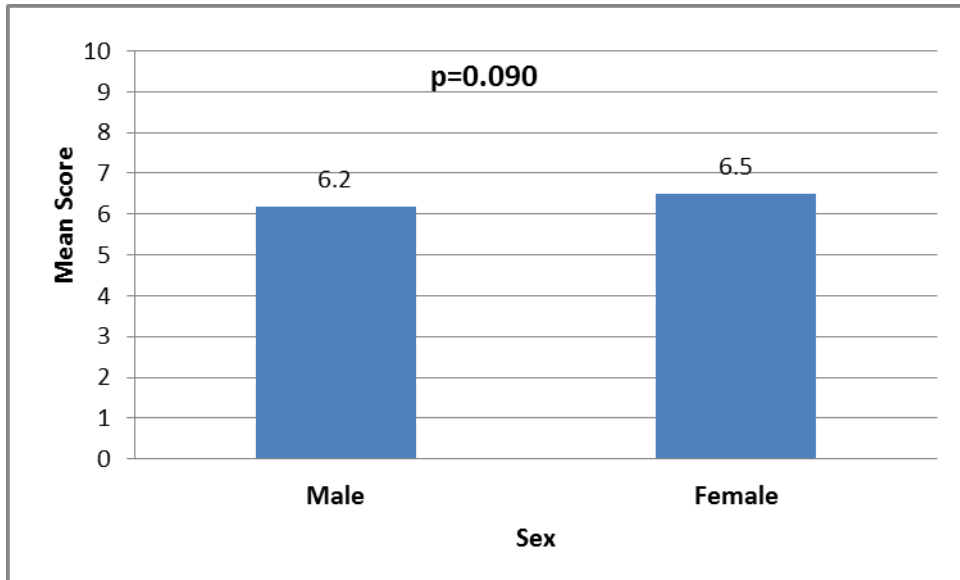
กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อมูล	ใช่	ไม่ใช่	บางครั้ง
1.ท่านทราบวิธีการใช้ยาที่กำลังใช้อยู่			
2.แพทย์อธิบายการใช้ยาแก่ท่าน			
3. ท่านทราบผลข้างเคียงของยาที่ใช้อยู่			
4.ท่านใช้ยาแก้ปวด คลายกล้ามเนื้อบ่อยๆ			
5.ท่านใช้ยาแก้แสบเมื่อมีอาการหวัด น้ำมูกไหล ท้องเสีย			
6.ท่านซื้อยาชุดเมื่อมีอาการไม่สบาย			
7.ท่านจะแบ่งยาหรือรับยาจากคำแนะนำของคน อื่น			

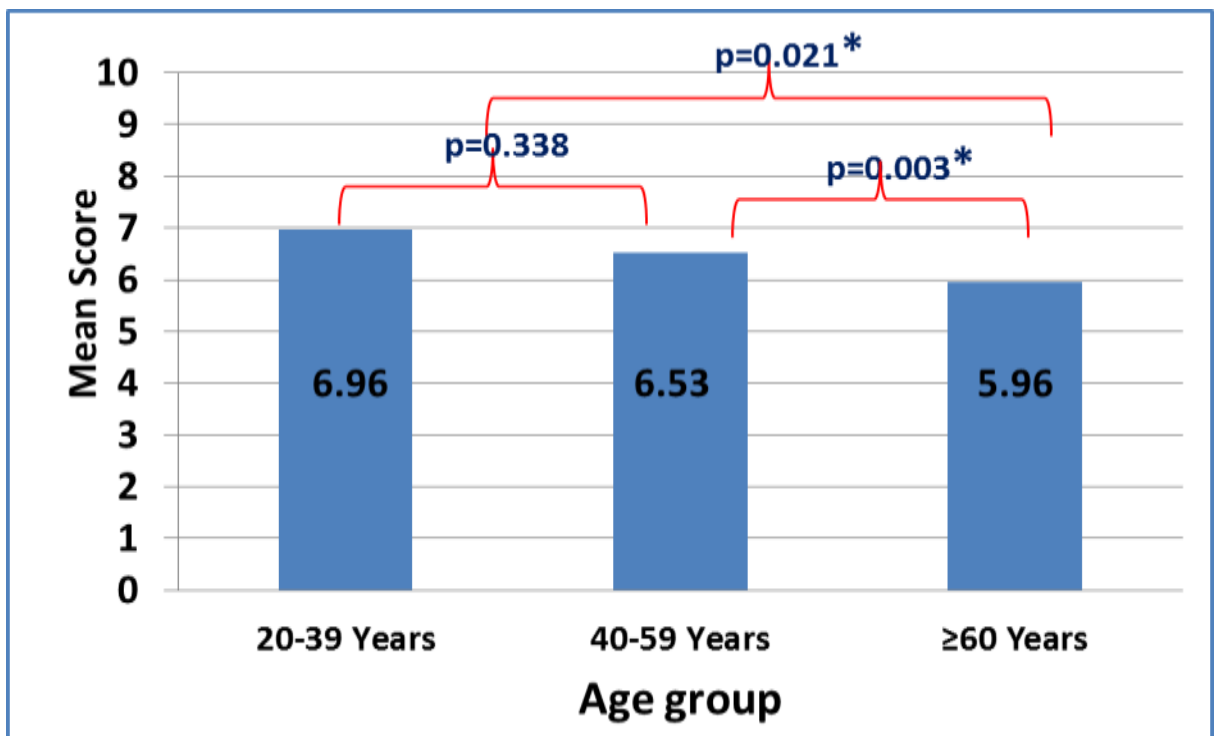


## ภาคผนวก 2

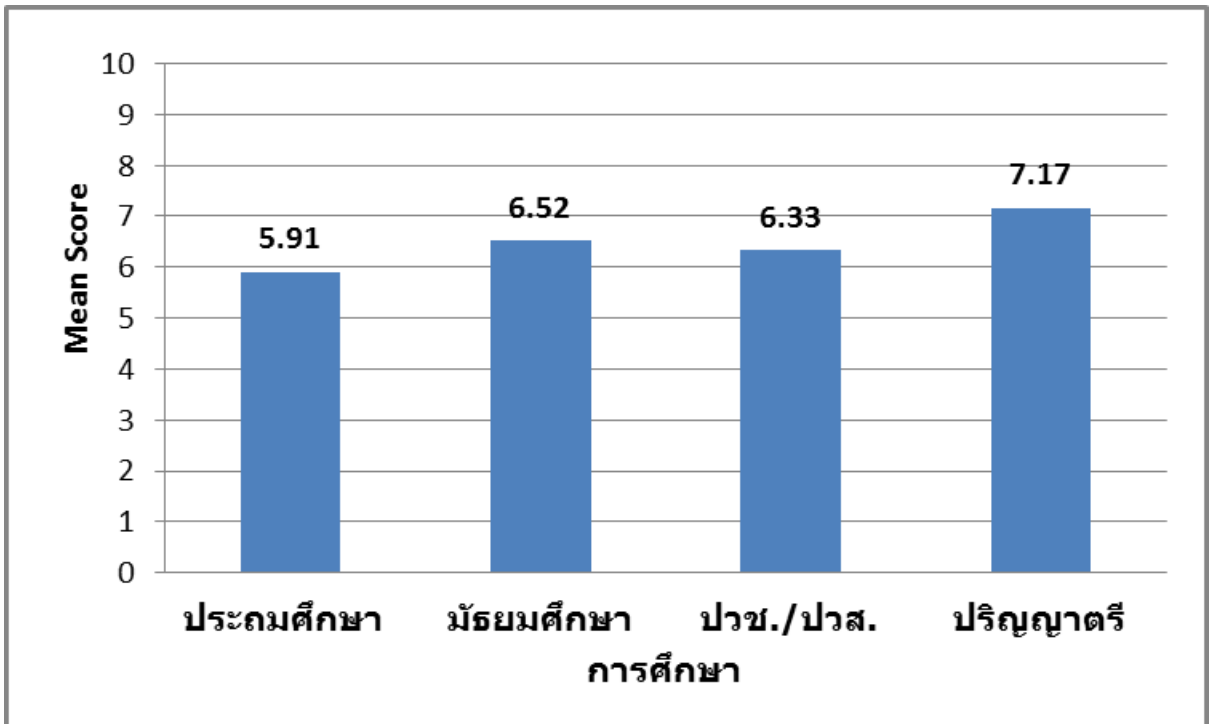
ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการใช้ยาที่ถูกต้อง



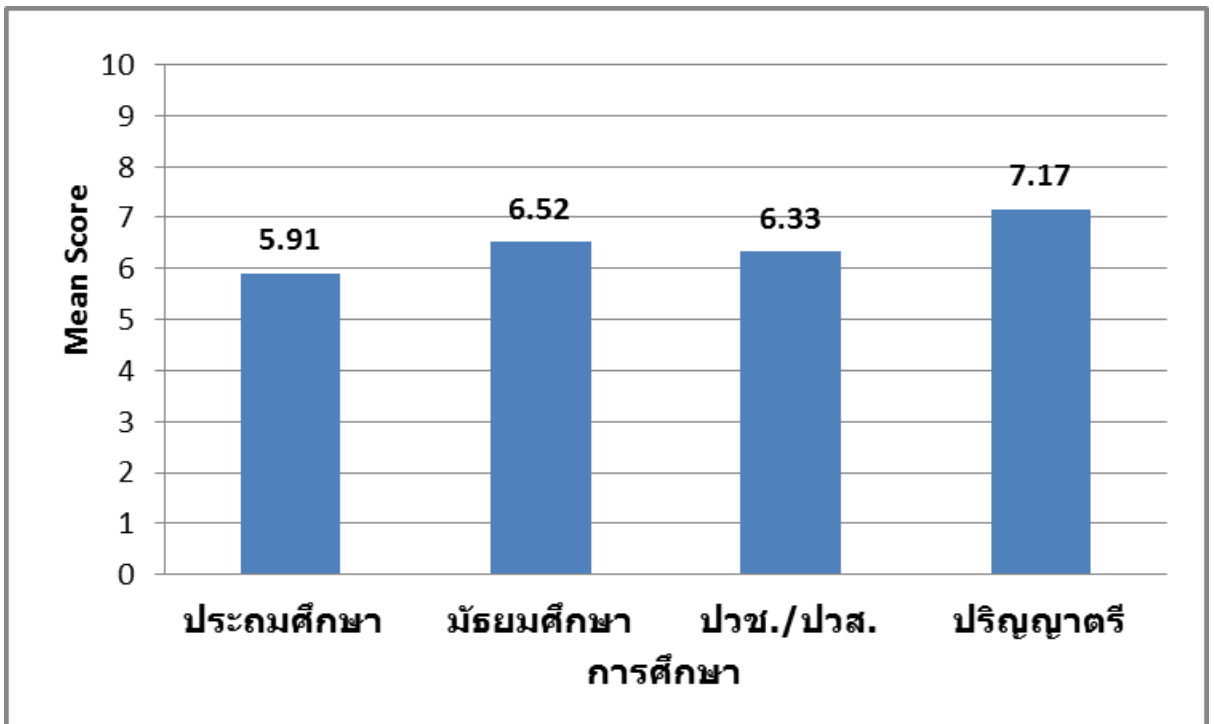
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างเพศชายและหญิง



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างการศึกษาในระดับต่างๆ



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างกลุ่มสิทธิการรักษาต่างๆ

### ภาคผนวก 3

#### เปรียบเทียบรายการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กับกลุ่มประเทศอาเซียน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในกลุ่ม ประเทศอาเซียน พ.ศ. 2553

Total expenditure on health as % of gross domestic product in ASEAN countries, 2010

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ Total expenditure on health as % of gross domestic product
สิงคโปร์(Singapore)	4.5
บรูไน (Brunei)	2.9
มาเลเซีย (Malaysia)	4.4
ไทย (Thailand)	3.9
ฟิลิปปินส์ (Philippines)	4.1
เวียดนาม(Vietnam)	6.8
อินโดนีเซีย(Indonesia)	2.8
สหภาพพม่า (Myanmar)	2.0
ลาว (Laos)	2.6
กัมพูชา (Cambodia)	6.0

Source World Health Statistic 2013

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐต่อค่าใช้จ่ายรวมในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2553

General government expenditure on health as % of total expenditure on health in ASEAN countries, 2010

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐต่อ ค่าใช้จ่ายรวม General government expenditure on health as % of total expenditure on health
สิงคโปร์(Singapore)	31.4
บรูไน (Brunei)	85.4
มาเลเซีย (Malaysia)	56.5
ไทย (Thailand)	75.0
ฟิลิปปินส์ (Philippines)	36.1
เวียดนาม(Vietnam)	37.1
อินโดนีเซีย(Indonesia)	36.1
สหภาพพม่า (Myanmar)	12.1
ลาว (Laos)	46.5
กัมพูชา (Cambodia)	21.5

Source World Health Statistic 2013

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชนต่อค่าใช้จ่ายรวมในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2553

Private expenditure on health as % of total expenditure on health in ASEAN countries, 2010

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชนต่อค่าใช้จ่ายรวม Private expenditure on health as % of total expenditure on health
สิงคโปร์(Singapore)	68.6
บรูไน (Brunei)	14.6
มาเลเซีย (Malaysia)	44.5
ไทย (Thailand)	25.0
ฟิลิปปินส์ (Philippines)	63.9
เวียดนาม(Vietnam)	62.9
อินโดนีเซีย(Indonesia)	63.9
สหภาพพม่า (Myanmar)	87.9
ลาว (Laos)	53.5
กัมพูชา (Cambodia)	78.5

Source World Health Statistic 2013

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลุ่มประกันสังคมต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐใน กลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2553  
Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health  
in ASEAN countries, 2010

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลุ่ม ประกันสังคมต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health
สิงคโปร์(Singapore)	15.5
บรูไน (Brunei)	.....
มาเลเซีย (Malaysia)	0.7
ไทย (Thailand)	10.1
ฟิลิปปินส์ (Philippines)	25.5
เวียดนาม(Vietnam)	38.4
อินโดนีเซีย(Indonesia)	17.4
สหภาพพม่า (Myanmar)	1.3
ลาว (Laos)	5.5
กัมพูชา (Cambodia)	.....

Source World Health Statistic 2013

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยจ่ายเงินเองต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชนใน กลุ่ม ประเทศ-อาเซียน พ.ศ.  
2553

Out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on health in ASEAN countries,  
2010ประเทศ

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดย จ่ายเงินเองต่อค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพภาคเอกชน Out of pocket Expenditure as % of Private expenditure on health
สิงคโปร์(Singapore)	87.7
บรูไน (Brunei)	98.9
มาเลเซีย (Malaysia)	76.8
ไทย (Thailand)	55.8
ฟิลิปปินส์ (Philippines)	83.8
เวียดนาม(Vietnam)	93.0
อินโดนีเซีย(Indonesia)	75.8
สหภาพพม่า (Myanmar)	92.7
ลาว (Laos)	78.2
กัมพูชา (Cambodia)	75.4

Source World Health Statistic 2013

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2554, นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,รายงานการทบทวนกลไก วิธีการ หรือรูปแบบในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ.2556.
3. พิสนธ์ จงตระกูล.คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีจ (2) โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ 2552 ISBN : 978-974-244-300-9
4. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล, โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล(แก้ไขกันยายน 2557) “ โรงพยาบาลทั่วไทย ใช้ยาคุ้มค่า ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน”.2557.
5. หนังสือสรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. World Health Organization. Available at [http://www.who.int/medines/areas/rational\\_use.Rational\\_use\\_of\\_Medicines;2012](http://www.who.int/medines/areas/rational_use.Rational_use_of_Medicines;2012)
7. Chaturvedi VP, Anand AC. Rational drug use- As common as common sense?. Med J Armed Force India 68;2012:206-8.
8. Adebayo ET, Hussain NA. Pattern of Prescription drug use in Nigerian Army hospital. Ann Afr Med. 2010;9(3): 152-8.
9. Mathur AG, Outpatient prescription patterns in a tertiary level service hospital. Proceedings of the XVI Asia Pacific Military Medicine Conference; 1996 Mar; New Delhi.
10. Abula T, Ashagric G. Assessment of drug utilization from prescribers and dispensers perspectives in selected towns of Amhara region, Ethiopia. Ethi J Health Dev. 2003; (3):231-7.
11. Mandal P, Das P, Basu M, Jana S, Roy B, Das PK. People's knowledge about the use

of medicine in West Bengal,India.World J Med Sci Res.2013;(4):77-81.

12. World Health Organization.Introduction to Drug Utilization Research;2003.ISBN 92-4 156234X

13. Grand AL,HogerzeilHV,Haaijer-Ruskamp FA.Interaction research in rational use of drugs:a review.Health Policy And Planning.1999;14(2): 89-102

14. Sankaravadirr T,Samjeeva KE,Bharya E.A prospective Study on Rational Drug use and The Essential Drug Concept.Int J Res Pharm Biomed Sci. 2011;2(2):503-6.

15. EL Mahalli AA,Elkahky AA,Aki OA,Salem AM.WHO/INRUD drug use indicates at primary healthcare university Alexandria,Egypt.J Taibah University Med Sci. 2014;19:54-64.

16.Afryie DK,Raymond T.A description of pattern of rational drug use in Ghana Police Hospital. Int J Pharm Pharmacol. 2014 ;3(1):143-8.