

การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

Self-Medication of Thai People Suffering Illness

มาตี กาญจนกิจสกุล*

* คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อศึกษาสถานการณ์การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตัวอย่างในการศึกษา คือ บุคคลที่มีอาการป่วยหรือรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2548 ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 13,282 คน สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า มีเพียงบางส่วน (ร้อยละ 20.3) ที่ยังคงเลือกวิธีการรักษาโดยซื้อยารับประทานเอง และปัจจัยที่มีผลอย่างสำคัญต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย ได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ภูมิภาค และเขตที่อยู่อาศัย โดยพบว่า ผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตในเขตเทศบาล มีโอกาสซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล อาศัยอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร และนอกเขตเทศบาล

Abstract

The aims of the study were (1) to explore the situation of self-medication in Thais with illness, and (2) to investigate factors related to self-medication of Thai people.

Data source was the National Survey of Health and Welfare in 2005, conducted by the National Statistical Office (NSO), Thailand. The sample consisted of persons suffering illness within the last month prior the interview date in April, 2005. The sample size was 13,282. Percentage, mean, median, standard deviation as well as logistic regression analysis were applied to analyze the data regarding the research questions.

The study shows that about 20.3% of Thai people did self-medication. Significant factors related to self-medication including (1) having chronic disease, (2) having health welfare, (3) region, and (4) place of residence. Those without chronic disease, without health welfare, living in Bangkok as well as those in other urban areas are more likely to employ self-medication.

บทนำ

ความสุขภาพ สุขใจ และไร้โรคนั้น ย่อมเป็นสิ่งที่มีมนุษย์ทุกคนปรารถนาแต่ทว่ามนุษย์เราไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงภาวะความเจ็บป่วยไปได้พ้น การเจ็บป่วยนั้นอาจเป็นได้นับแต่อาการที่เล็กๆ น้อยๆ จนกระทั่งถึงระดับที่รุนแรง โดยทั่วไปแล้ว “ยา” มักเป็นสิ่งที่ถูกนึกถึงในอันดับต้นๆ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นซึ่งช่วยในการบำบัดรักษาอาการของผู้ป่วยให้หายและหรือรู้สึกรบรเทาอาการป่วยไข้ลงได้ (สุกั, ม.ป.ป.) ทั้งนี้ แม้ว่า “ยา” จะมีคุณสมบัติประโยชน์ในการใช้รักษาให้หายหรือบรรเทาอาการป่วยไข้ลงได้และทำให้ร่างกายของผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น แต่หากบุคคลมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมนอกจากจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลแล้วยังอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลนั้น ๆ อีกด้วย (สุภาณิ, 2540) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า “ยา” นับเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากแต่จะต้องใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยนับเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายตามมาและอาจทำให้บุคคลเข้าไปใกล้กับภาวะเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ป.; Sharma et al. 2002) โดยจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า คนไทยมักนิยมซื้อยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรควบคุม เพราะมีราคาที่ไม่แพงนัก (กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ป.; สุกั, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการแสวงหาการรักษาในรูปแบบของการใช้ยาชุดและซื้อยาตามรถเร่ที่ขายตามหมู่บ้าน (สุกั, ม.ป.ป.)

โดยทั่วไปแล้ว เมื่อประชาชนมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือเป็นไข้ก็มักจะซื้อยารับประทานเองมากกว่าที่จะไปแหล่งบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน (ศิริ, 2545; ชุมพล, 544; ไพพรรณ, และคณะ 2541;

วิโรจน์, ม.ป.ป.; Shankar et al. 2003; Shankar et al. 2002) รวมถึงได้มีวิธีการซื้อยารับประทานเองโดยการนำเอาตัวอย่างยาเก่าซึ่งเคยได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกรไปเทียบหรือบอกชื่อยาใหม่ๆ เองแก่ผู้ขายเพื่อซื้อยามาใช้รักษาโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น (บุปผา, 2540; Shankar et al. 2002; Myint 1999) ซึ่งร้านขายยาดังกล่าวมักเป็นร้านขายยาเล็กๆ หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ไม่มีเภสัชกรควบคุมอยู่ และผู้ที่ขายยาก็เป็นชาวบ้านในหมู่บ้านนั้น ๆ (บุปผา, 2540)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ยาหลายรายการโดยเฉพาะยาชุดในร้านขายของชำหรือร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรควบคุมนั้นมักมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาที่ให้ผลการรักษาเร็วแต่มีอันตรายสูงมาก เพราะหากใช้ติดต่อกันนานๆ จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงและมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังทำให้หน้าบวม ผิวหนังบาง เส้นเลือดเปราะแตกง่าย เลือดออกในกระเพาะอาหาร เป็นเบาหวาน และทำให้กระดูกพรุนและหักง่าย มากไปกว่านั้น ผู้ที่ใช้สเตียรอยด์จากยาชุดโดยมากมักจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรง (กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) ด้วยเหตุนี้ การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ อาจทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่เล็กน้อยบานปลายถึงขั้นเสียชีวิตได้ในท้ายที่สุด

ในอดีต คนไทยโดยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐจัดบริการให้อันเนื่องมาจากสาเหตุในหลายประการ เช่น การคมนาคม ความไม่รู้และขาดแคลนเงินที่จะใช้ในการรักษา เป็นต้น ด้วยเหตุนี้รัฐจึงได้จัดทำโครงการต่างๆ ขึ้นมาในหลายรูปแบบเพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (วสุธร, 2548) เช่น การใช้กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดให้มีการประกันทางด้านสุขภาพโดยจัดขายบัตรสุขภาพให้แก่ประชาชนในราคาถูก การจัดระบบประกันสังคม

การให้มีการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ และการให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นต้น ดังนั้น การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษาภายหลังจากที่ภาครัฐได้พยายามกระจายบริการสุขภาพเข้าไปในทุกพื้นที่ของประเทศ และมีนโยบายที่ชัดเจนในการให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพครบถ้วนทุกคนและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม

จากที่กล่าวมาทั้งหมดในข้างต้นนี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประเด็น “การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย” โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาอยู่ 2 ประการสำคัญ คือ เพื่อศึกษาสถานการณ์การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและพัฒนางานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอันเกี่ยวข้องอย่างสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของโครงการที่แตกต่างจากวัตถุประสงค์

ของการวิจัย ดังนั้น จึงก่อให้เกิดข้อจำกัดบางประการในด้านเนื้อหาและขอบเขตของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

แหล่งข้อมูลและวิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาได้ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2548 ประชากรในกลุ่มรวมของการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ ซึ่งครัวเรือนที่เข้าข่ายการเจนนับในการสำรวจครั้งนี้ คือ ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างที่มีรายชื่อปรากฏในบัญชีรายชื่อครัวเรือนตัวอย่างของการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเดือนเมษายน พ.ศ. 2548 และบุคคลที่เข้าข่ายการเจนนับ คือ บุคคลผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างได้ใช้วิธีการแบบ Stratified Two-Stage Sampling โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม มีชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง และมีครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างขั้นที่สอง หน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of analysis) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการป่วยหรือรับรู้ว่าตนเองป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 13,282 คน

ในการศึกษาสถานการณ์การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย ได้ใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลของการป่วยครั้งสุดท้ายเป็นตัวชี้วัดการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ซื้อยารับประทานเองและกลุ่มที่ไม่ได้ซื้อยารับประทานเอง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือนและการมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม คือ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ภาค และเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งตัวแปรตามในการศึกษา ได้แก่ การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) ด้วยวิธีการ Enter เพื่อการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเจ็บป่วย หมายถึง การป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อย จนกระทั่งถึงป่วยหนัก และรวมถึงการรับรู้ว่าคุณเองป่วยด้วย

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่อง หรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย โดยผลที่อาจตามมาคือ มีความพิการเหลืออยู่ ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการดูแลจากผู้ที่มีความรู้อย่างถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพของการเจ็บป่วยนั้น

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป แล้วยังรักษาไม่หาย ต้องทำการรักษาต่อไป (สามารถรักษาให้หายได้) เช่น ปวดศีรษะ ปวดหัวไมเกรน ปวดตามบริเวณต่างๆ ของระยางส่วนบน (ไหล่ สอก ข้อมือ หรือมือ) ปวดตามอวัยวะต่างๆ คามัว โรคตาอื่นๆ โรคหูอื่นๆ โรคซึมเศร้า โรคจิตประสาทอื่นๆ และโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หมายถึง สวัสดิการที่ได้รับเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ ค่ายา ค่าห้องพักในสถานพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัสดุที่ใช้แทนหน้าที่อวัยวะที่ประสบอันตราย ซึ่งรัฐบาลหรือเอกชนเป็นผู้ให้ ได้แก่ สวัสดิการจากบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ การประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง และอื่น ๆ

การซื้อยารับประทานเอง หมายถึง การซื้อหรือหายามาใช้เพื่อบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการซื้อยาจากร้านขายยา ซึ่งในร้านอาจมีเภสัชกรแนะนำหรือไม่ก็ตาม การที่ผู้ปกครองซื้อยามารักษาเด็ก การซื้อยาโดยรู้ชื่อยามาจากหมอ

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.9) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มวัยแรงงาน คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี อายุโดยเฉลี่ย 40.3 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.7) มีสถานภาพสมรสอยู่ในครัวเรือนมีจำนวนสมาชิกประมาณ 3-4 คน โดยเฉลี่ยคือ 3.9 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.9) ได้รับการศึกษาและจบในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 68.5) ส่วนมาก (ร้อยละ 34.0) ประกอบอาชีพด้านการเกษตรและการประมง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท โดยมีรายได้มัธยฐาน 4,000 บาท เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 96.5) ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งโดยมากจะเป็นบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) โดยเป็นประเภทมี ท. (ไม่เสีย

บาท) มากกว่าประเภทไม่มี ท. (เสีย 30 บาท) (ไม่รวมกรุงเทพฯ) และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 27.4) อาศัยอยู่ในเขตภาคกลาง 53.5) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (รายละเอียดดังตาราง 1)

ตาราง 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ-สังคม และสิ่งแวดล้อม

คุณลักษณะ	ร้อยละ
● เพศ (n = 13,282)	
ชาย	42.1
หญิง	57.9
● กลุ่มอายุ (n = 13,282)	
0-14 ปี	23.4
15-59 ปี	51.3
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	25.3
อายุเฉลี่ย 40.3 ปี ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 24.4	
● สถานภาพสมรส (n = 10,176)*	
โสด	13.9
สมรส	65.7
หม้าย/ หย่า/ แยก	20.6
● จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (n = 13,282)	
1-2 คน	23.0
3-4 คน	45.7
ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	31.3
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.9 คน	
● โรคเรื้อรัง/ ประจำตัว (n = 13,282)	
มี	45.4
ไม่มี	54.6
● ระดับการศึกษา (n = 11,758)*	
ไม่ได้เรียน	8.1
ประถมศึกษา	68.5
มัธยมศึกษา	15.0

ตาราง 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ-สังคม และสิ่งแวดล้อม (ต่อ)

คุณลักษณะ	ร้อยละ
อนุปริญญา	2.3
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	6.1
● อาชีพ (n = 6,768)*	
ผู้บัญญัติกฎหมาย/ข้าราชการระดับอาวุโส/ผู้จัดการ	9.1
ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านต่าง ๆ	4.3
ช่างเทคนิคสาขาต่าง ๆ และผู้ประกอบการวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	3.4
เสมียน	3.0
พนักงานบริการ/พนักงานขายในร้านค้าและตลาด	18.2
ผู้ปฏิบัติที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและการประมง	34.0
ผู้ปฏิบัติในธุรกิจด้านความสามารถทางฝีมือและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	10.2
ผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรโรงงานและด้านการประกอบ	5.5
อาชีพขั้นพื้นฐานต่าง ๆ	12.4
● รายได้ต่อเดือน (n = 5,361)*	
ต่ำกว่า 5,000 บาท	56.3
5,000 – 9,999 บาท	25.3
ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	18.4
รวม	100.0
รายได้มัธยฐาน ¹ 4,000 บาท; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 10,594	
● การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (n = 13,282)	
ไม่มี	3.5
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประเภทมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท)	39.0
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประเภทไม่มี ท. (เสีย 30 บาท)	34.5
ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน	6.1
สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	15.2
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	0.6
สวัสดิการโดยนายจ้าง	0.2
อื่น ๆ	0.8

ตาราง 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ-สังคม และสิ่งแวดล้อม (ต่อ)

คุณลักษณะ	ร้อยละ
● ภูมิภาค (n =13,282)	
กรุงเทพฯ	3.9
ภาค กลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	27.4
ภาคเหนือ	27.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	27.2
ภาคใต้	14.3
● เขตที่อยู่อาศัย (n =13,282)	
ในเขตเทศบาล	53.5
นอกเขตเทศบาล	46.5

* ไม่รวม Missing Cases

¹ นำเสนอค่ามัธยฐาน (Median) เนื่องจากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) มากกว่า ค่าเฉลี่ย (Mean)

การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วย
ของประชากรไทย

ตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 79.7 ไม่ได้ซื้อ
ยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 20.3

ในส่วนของการศึกษาการซื้อยารับประทาน
เองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทยนั้น พบว่า กลุ่ม
ของกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงซื้อยารับประทานเองเมื่อ
ยามเจ็บป่วย (รายละเอียดดังตาราง 2)

ตาราง 2 ร้อยละของการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย (n =13,282)

ตัวแปร	ร้อยละ
● การซื้อยารับประทานเอง	
ไม่ซื้อยารับประทานเอง	79.7
ซื้อยารับประทานเอง	20.3

ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อ
ยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทาน
เองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทยนั้น ผลการ

ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรค
ประจำตัว มีโอกาสซื้อยารับประทานเองเมื่อยาม
เจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรัง/โรค
ประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดย

มีโอกาซื้อยารับประทานเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวอยู่ 2.101 เท่า (รายละเอียดดังตาราง 3) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานศึกษาที่ผ่านมาของ ไพพรรณ พิทยานนท์ และคณะ (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70.0) จะไปพบแพทย์มากกว่าการซื้อยามารับประทานเอง ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าในปัจจุบันหน่วยงานของรัฐได้มีนโยบายในเชิงรุกมากขึ้นตามนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับท้องถิ่นคอยรณรงค์กิจกรรมเพื่อสุขภาพและดูแลตรวจเยี่ยมบ้านให้ข้อมูลโดยตรงแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาและทารกหลังคลอด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ (ประสิทธิ์ สัจพงษ์ 2545) ดังนั้น ประชาชนจึงมีโอกาสของการเข้าถึงบริการสุขภาพกันอย่างทั่วหน้าและเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่มี (1) บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประเภทมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท) (2) บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประเภทไม่มี ท. (เสีย 30 บาท) (3) ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน (4) สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ (5) ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน และ (6) อื่น ๆ มีโอกาซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับสวัสดิการคำรักษาพยาบาลใด ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) โดยมีโอกาซื้อยารับประทานเองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับสวัสดิการคำรักษาพยาบาลใด ๆ อยู่ 0.374 เท่า 0.536 เท่า 0.341 เท่า 0.327 เท่า 0.378 เท่า และ 0.429 เท่า ตามลำดับ (รายละเอียดดังตาราง 3) ทั้งนี้ เป็นเพราะในปัจจุบันรัฐได้มีนโยบายที่ชัดเจนในการให้

ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพครบถ้วนทุกคนและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม กอปรกับได้มีแหล่งบริการสุขภาพการกระจายครอบคลุมไปในเกือบทุกพื้นที่ของประเทศ (วสุธร, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า การขาดซึ่งหลักประกันสุขภาพได้เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดมีการซื้อยารับประทานเอง (Pagán et al. 2005) และยังคงสอดคล้องกับงานศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (ม.ป.ป.) ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การใช้บริการที่ประชาชนเคยต้องควักกระเป๋าจ่ายเงินเอง เช่น การซื้อยารับประทานเอง การใช้จ่ายแผนโบราณหรือสมุนไพร หรือนอนชมอยู่บ้าน ได้ลดลงร้อยละ 9 และในการเลือกใช้บริการที่สถานพยาบาล พบว่า ในภาครัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ในขณะที่ภาคเอกชนลดลงร้อยละ 12

กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีโอกาซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) โดยมีโอกาซื้อยารับประทานเองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ 0.666 เท่า 0.678 เท่า และ 0.562 เท่า ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาซื้อยารับประทานเองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .050$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาซื้อยารับประทานเองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอยู่ 0.834 เท่า (รายละเอียดดังตาราง 3) ทั้งนี้เพราะ

วิถีชีวิตของคนเมืองไม่ว่าจะในเขตกรุงเทพมหานครหรือในเขตเทศบาลมักจะต้องพบกับความเร่งรีบและแข่งกับเวลา และโดยทั่วไปคนส่วนใหญ่มักจะชื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย มากกว่าการไปสถานพยาบาลเพื่อพบแพทย์ (ศิริ, 2545; ชุมพล, 2544; ไพพรรณ, และคณะ 2541; วิโรจน์, ม.ป.ป.; Shankar et al. 2003; Shankar et al. 2002) เพราะไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก (ชุมพล, 2544; Shankar et al. 2002; Shankar et al. 2002) รวมถึงไม่ต้องเผชิญกับการรอคิวหรือขั้นตอนที่ยุ่งยาก (ศิริ, 2545) นอกจากนี้ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและในเขตเทศบาลซึ่งจัดได้ว่าเป็นเขตเมือง (urban areas) มีความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุขได้ดีกว่า กอปรกับร้านขายยาในเขต

พื้นที่ดังกล่าวก็มักมีเภสัชกรประจำร้านที่คอยให้คำปรึกษา ดังนั้น หากประชาชน มีอาการเจ็บป่วยก็มักชื้อยารับประทานเอง เพราะง่าย สะดวก และไม่ต้องเสียเวลามาก

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งสี่ตัวอันได้แก่การมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ภาค และเขตที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม คือ การชื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ได้ร้อยละ 7.8 โดยมีร้อยละรวมของการพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ 73.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอิสระอีกส่วนหนึ่งที่มีผลอย่างสำคัญต่อการชื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย แต่ทว่างานศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมถึง

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการชื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยของประชากรไทย

ตัวแปร	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I.	
			Lower	Upper
ปัจจัยด้านประชากร				
● เพศ (อ้างอิง: ชาย)				
- หญิง	.076	.883	.770	1.013
● อายุ	.448	.998	.991	1.004
● สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)				
- สมรส	.255	.893	.735	1.085
- หม้าย/ หย่า/ แยก	.327	.879	.679	1.138
● จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	.171	.974	.938	1.011
● การมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (อ้างอิง: มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว)				
- ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	<.001	2.101	1.838	2.401
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม				
● ระดับการศึกษา (อ้างอิง: ไม่ได้รับการศึกษา)				
- ประถมศึกษา	.424	1.131	.836	1.531

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย

ตัวแปร	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I.	
			Lower	Upper
- มัธยมศึกษาตอนต้น	.868	1.032	.715	1.489
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	.468	1.151	.787	1.683
- อนุปริญญา	.645	1.114	.703	1.767
- ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	.934	1.019	.653	1.589
● อาชีพ (อ้างอิง: ผู้บัญญัติกฎหมาย/ข้าราชการอาวุโส/ผู้จัดการ)				
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่าง ๆ	.389	1.200	.793	1.818
- ช่างเทคนิคสาขาต่าง ๆ และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	.857	1.036	.704	1.525
- เสมียน	.551	1.131	.755	1.695
- พนักงานบริการ และพนักงานขายในร้านค้าและตลาด	.765	1.039	.807	1.339
- ผู้ปฏิบัติที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและการประมง	.098	.813	.637	1.039
- ผู้ปฏิบัติในธุรกิจด้านความสามารถทางฝีมือและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	.165	1.208	.925	1.576
- ผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรโรงงานและด้านการประกอบ	.719	.942	.680	1.305
- อาชีพขั้นพื้นฐานต่าง ๆ	.051	1.294	.999	1.676
● รายได้	.269	1.000	1.000	1.000
● การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (อ้างอิง: ไม่มีสวัสดิการ)				
- บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประเภทมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท)	<.001	.374	.256	.546
- บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประเภทไม่มี ท. (เสีย 30 บาท)	<.001	.536	.378	.760
- ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน	<.001	.341	.232	.502
- สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	<.001	.327	.219	.489
- ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	<.050	.378	.172	.830
- สวัสดิการ โดยนายจ้าง	.477	.659	.209	2.080
- อื่น ๆ	<.050	.429	.192	.957
ปัจจัยแวดล้อม				
● ภูมิภาค (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)				
- ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	.192	.816	.601	1.108
- ภาคเหนือ	<.050	.666	.486	.912
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	.018	.678	.492	.936
- ภาคใต้	<.010	.562	.401	.789
● เขตที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: ในเขตเทศบาล)				
- นอกเขตเทศบาล	<.050	.834	.725	.958

ค่า Nagelkerke $R^2 = 0.078$, ร้อยละรวมของการพยากรณ์ถูกต้อง = 73.6

รูป

วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในแต่ละครั้งมีอยู่หลายวิธี ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ให้เห็นว่า ประชากรไทยโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 7.7) จะไม่ซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยถึงกระนั้นก็ตาม ยังคงมีบางส่วน (ร้อยละ 20.3) ยังคงเลือกวิธีการรักษาโดยซื้อยารับประทานเองปัจจัยที่มีผลอย่างสำคัญต่อการซื้อยารับประทานเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย ได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ภูมิภาค และเขตที่อยู่อาศัย โดยผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเทศบาล มีโอกาสซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล อาศัยอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร และนอกเขตเทศบาล

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบของการศึกษาในข้างต้น ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาในเชิงลึกมากขึ้นเกี่ยวกับการซื้อยารับประทานเองในกลุ่มผู้ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว และกลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง อันได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเขตเทศบาลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นในแง่ของอาการเจ็บป่วย ลักษณะของการซื้อยา ประเภทของร้านขายยา และยาที่ประชาชนนิยมซื้อ รวมถึงลักษณะการให้บริการของร้านขายยา

2. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมอย่างทั่วถึงมากขึ้น รวมถึงการพัฒนารูปแบบของสวัสดิการการประกันสุขภาพที่หลากหลายเหมาะสมและเป็นธรรมอื่นๆ อันจะเป็นโครงข่ายความปลอดภัย

ทางสังคมในมิติของสุขภาพที่สำคัญต่อไป

3. ควรศึกษาครอบคลุมตัวแปรอิสระอื่นๆ เพิ่มเติม เพราะผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีตัวแปรอิสระเพียงสี่ตัวเท่านั้น อันได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว การได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ภาคและเขตที่อยู่อาศัย ที่มีผลอย่างสำคัญต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม คือ การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วย ได้เพียงร้อยละ 7.8 อันบ่งชี้ให้เห็นว่า ยังมีตัวแปรอิสระอีกส่วนหนึ่งที่มีผลอย่างสำคัญต่อการซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วย แต่ มิได้ถูกนำมาศึกษาในงานศึกษาครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่ได้เอื้อเฟื้อข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). ข้อมูล-ข่าวสาร: การใช้ยา. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549. จาก: http://hospital.moph.go.th/bangnum/drug_use.html
- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2549. จาก: <http://hospital.moph.go.th/somdetp/project30.html>
- ชุมพล เสงี่ยมจันทร์. (2544). พฤติกรรมการรับประทานยาของประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พ.ศ. 2543.

- บุปผา ศิริรัศมี. (2540). พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสิทธิ์ สัจพงษ์. (2545). ศูนย์สุขภาพชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพ. ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 25 (4). สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2549. จาก: <http://advisor.anamai.moph.go.th/254/25407.html>
- ไพพรรณ พิชยานนท์, กัลยา ชำพวง, ยุพา อ่อนท้วม, ศศิธร แจ่มถาวร และเขมิกา ยามารัต. (2541). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรทางสังคมในกรุงเทพมหานครกับยาซึ่งบริโภคโดยเสรี. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (ม.ป.ป.). ผลสัมฤทธิ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549. จาก: http://www.30baht.in.th/new/cgi-bin/HOT_ISSUE/URL_FILE/30BAHTrecede.doc
- วสุธร ตันวัฒนกุล. (2548). สุขภาพ อนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริ แสงบุญเรือง. (2545). การซื้อยาใช้เองของประชาชนในชุมชนแออัด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาณี เวชพงศา. (2540). การใช้ยาปฏิชีวนะในประชากรและการพัฒนา, 17 (5). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา บริบูรณ์. (ม.ป.ป.). สรุปผลการดำเนินงานโครงการ PCU ในพื้นศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเมยวดี โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2549. จาก <http://66.102.7.104/search?q=cache:M8tVXlh6VDsJ:www.lo.moph.go.th/~patana/dream/pcu/loyed/e7.doc>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2548). รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548.
- Myint A. (1999). Self-Medication among Myanmar Villagers. A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Science (Public Health). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pagán JA., Ross S, Yau J, Polsky D. (2006). Self-medication and health insurance coverage in Mexico. Health Policy, 75 (2), pp.170-177.
- Sharma R, Verma U, Sharma CL, Kapoor B. (2002). Self-medication among urban population of Jammu city. Indian Journal of Pharmacology, 37, pp.40-43.
- Shankar P R, Partha P, and Shenoy N. (2002). Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: a questionnaire-based study. BMC Family Practice, 3 (17)
- Shankar P R, Kumar P, Theodore A M, Partha P, and Shenoy N. (2003). A survey of Drug Use Patterns in Western Nepal. Singapore Med J, 44 (7), pp.352-356.