

สรลรัตน์ สโดอยู่¹, ณัฐนิชา จิรปรีญา², เจริญ ตริศักดิ์³ และ
พานารัตน์ แสงแจ่ม^{3*}

¹ โรงพยาบาลปากช่องนานา อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา 30130

² บริษัท เซ็นทรัลเทรดดิ้ง จำกัด คลองตัน คลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

³ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

* ติดต่อผู้พิมพ์: panarat@g.swu.ac.th

เสวนาสารเภสัชกรรมและบริการสุขภาพ 2557;1(1):1-7

✂ นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาปัญหายาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปริมาณยาเหลือใช้ สาเหตุ และการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ชนิด (ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกโดยวิธีสุ่มตามสะดวก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งชนิดและจำนวนยาเหลือใช้ สาเหตุ และวิธีการจัดการ ในช่วง 1 กรกฎาคม ถึง 22 พฤศจิกายน 2556 จำนวนมูลค่ายาเหลือใช้โดยใช้ราคาากลาง ราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ และราคาขายออกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามความเหมาะสม ผลการศึกษา: จากตัวอย่างผู้ป่วย 97 คน พบยาเหลือใช้ของผู้ป่วย 95 คน (ร้อยละ 97.9) ปริมาณยาเหลือใช้รวม 11,096 เม็ด คิดเป็นมูลค่ารวม 37,237.69 บาท เฉลี่ยมูลค่ายาเหลือใช้คิดเป็น 383.89 บาทต่อคน พบว่ากลุ่มยาโรคเบาหวานมีจำนวนเม็ดที่เหลือใช้และมูลค่ามากที่สุด ส่วนชนิดยาที่เหลือใช้ของผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดคือ ยาเม็ด aspirin 81 มก. (ใน 33 คน) สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ลืมกินยาบางมื้อ (ร้อยละ 28.9) ตามด้วย แพทย์จ่ายยาเกินตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ปรับยาเอง ไม่มีวันนัดที่แน่นอน และปัญหาจากการใช้ยาความเชื่อ ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดการยาเหลือใช้โดยกินยาที่เหลือให้หมดก่อน (ร้อยละ 47.8) ตามด้วย เก็บยาไว้ คินยาให้สถานพยาบาล แบ่งยาให้บุคคลอื่น และทิ้งยา ตามลำดับ สรุป: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกือบทั้งหมดในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานครมียาเหลือใช้ สาเหตุหลักคือลืมกินยา ส่วนใหญ่จัดการโดยใช้ยาที่เหลือให้หมดก่อน

คำสำคัญ: ยาเหลือใช้, โรคเรื้อรัง, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดผิดปกติ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, การจัดการ

Saranrat Sadoyoo¹, Natticha Jirapreeya², Charoen Treesak³ and Panarat Sangjam^{3*}

¹ Pakchong Nana hospital, Pakchong, Nakhonratchasima, 30130, Thailand

² Central Watsons Company Limited, Klongtan, Klongtoyi, Bangkok, 10110, Thailand

³ Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhonnayok, 26120, Thailand

* Corresponding author: panarat@g.swu.ac.th

Dialogue on Pharmacy and Health Care Practice 2014;1(1):1-7

✂ Original Article

Leftover Medications in Patients with Chronic Diseases from Home Health Care Visits: A Community Study in Bangkok

ABSTRACT

Objective: To determine the extent of leftover medications, cause and management in patients with chronic diseases in a community in Bangkok, Thailand. **Method:** This cross-sectional descriptive study recruited patients with chronic diseases including hypertension, dyslipidemia, diabetes and cardiovascular disease in a community in Bangkok with a convenience sampling method. Data collection was conducted by interview and observation on patients' medication use including kind and number of medications left, cause and management on their leftover medications, during July 1st and November 22nd, 2013. Medication prices used to calculate costs were national average, reference, and negotiated prices, as appropriate. **Results:** Of 97 patients, leftover medications were found in 95 of them (97.9%). A total of 11,096 leftover tablets were found with an estimated total cost of 37,237.69 bahts and an average of 383.89 bahts per patient. Number of tablets left and associated cost were found the most in diabetes medications. Aspirin 81 mg tablet was reported by the most number of patients (33 patients). Causes of leftover medications included forgetting some dosing (28.9%), followed by over-prescription, intentional holding some doses, dosage self-adjustment, no follow-up appointment date, and the patient's belief, respectively. The majority of patients managed their leftover medications by finishing the ones given earlier first (47.8%) followed by keeping, returning, sharing, and discarding the medications, respectively. **Conclusion:** Most patients with chronic diseases in a community in Bangkok had leftover medications. They forgot taking medications and tried to finish the ones given earlier.

Keywords: leftover medications, chronic diseases, hypertension, diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease, management

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหา ยาเหลือใช้ที่มีปริมาณมากกว่าความต้องการใช้ในการรักษาโรคของผู้ป่วย เนื่องจากสถานการณ์ของประเทศไทยพบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹ รายงานว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2553 มี

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสะสมทั้งรายใหม่และรายเก่า จำนวนรวม 3,093,546 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ โดยที่อัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มของโรคที่

จำเป็นต้องมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน จึงทำให้เกิดปัญหา ยาเหลือใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจข้อมูลยาเหลือใช้โดยสภาเภสัชกรรม² พบว่าปัญหา ยาเหลือใช้เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้น และจากการศึกษาวิจัยและโครงการต่าง ๆ พบว่ามีปริมาณยาเหลือใช้เป็นจำนวนมากและมีมูลค่าของยาเหลือใช้ค่อนข้างสูง เช่น การศึกษาปัญหา ยาเหลือใช้ในครัวเรือนผ่านการเยี่ยมบ้านในอำเภอสนทวาย จังหวัดเชียงใหม่³ พบปัญหา ยาเหลือใช้ในครัวเรือนที่ศึกษาถึงร้อยละ 90 โดยมีมูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือนคิดเป็น 51,391.69 บาท หรือเฉลี่ยครัวเรือนละ 182.87 บาท และการศึกษาที่จังหวัดนครปฐม⁴ พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 59 มีปัญหา ยาเหลือใช้ และการศึกษา ยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่⁵ พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 88.5 ที่มียารักษาโรคเรื้อรังเหลือใช้คิดเป็นมูลค่า 57,132.82 บาท โดยเฉลี่ย 225.82 บาทต่อคน

ปัญหา ยาเหลือใช้เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ โดยส่วนใหญ่เกิดจากการลืมกินยาของผู้ป่วย และการปรับขนาดยาเอง รวมถึงเกิดจากการได้รับยาจากแพทย์เกินกว่าที่ต้องใช้ ลืมกินยาในบางมื้อปรับขนาดยาเอง ไม่มีวันนัดที่แน่นอน และหยุดยาเนื่องจากเกิดปัญหาจากการใช้ยา³⁻⁵ ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจากการใช้ยาไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงในการใช้ยาผิด และใช้ยาเสื่อมสภาพ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น และค่าใช้จ่ายของรัฐที่จะต้องจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนอีกด้วย จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงปัญหา ยาเหลือใช้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของคนไทย และเพื่อประหยัดงบประมาณของรัฐ โดยเภสัชกรซึ่งเป็นผู้ดูแลการใช้ยาควรเยี่ยมบ้านเพื่อสืบค้นและแก้ไขปัญหาเหล่านี้ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เนื่องจากการรณรงค์รับคืนยาและโครงการของภาครัฐที่ผ่านมา อาจยังไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริง เพราะผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้ อาจไม่นำยามาคืนในโครงการทุกราย หรืออาจนำยามาเพียงบางส่วน เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงปัญหา ยาเหลือใช้ในชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน โดยแม้จะมีข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2553² ถึงปริมาณและสาเหตุของยาเหลือใช้ในชุมชนกรุงเทพมหานครและปริมณฑลบางส่วนแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาวิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยในชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านในพื้นที่ ยังคงพบปัญหา ยาเหลือใช้เป็นประจำ และจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น จึงอาจมีผลให้เกิดปัญหา ยาเหลือใช้เพิ่มขึ้น จึงควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาปัญหา ยาเหลือใช้เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยให้ความเข้าใจถึงสถานการณ์การใช้ยา เหตุผล และทัศนคติต่อปัญหา ยาเหลือใช้ รวมถึงวิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยในปัจจุบัน เพื่อใช้ขยายผลวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ต่อไป

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครโดยวิธีสุ่มตามสะดวกเพื่อศึกษาปริมาณ และมูลค่าของยาเหลือใช้ สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ และวิธีการจัดการยาเหลือใช้ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 22 พฤศจิกายน 2556

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 โรคดังกล่าวภายใต้การดูแลของสถานบริการสุขภาพแห่งนี้ มีผู้ป่วยทั้งหมด 410 ราย เมื่อประมาณจำนวนตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane⁶ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 202 ราย

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครในระหว่างที่ทำการรักษา โดยที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้จะต้องมีญาติผู้ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยยินยอมให้สัมภาษณ์ ส่วนเกณฑ์การแยกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น หูหนวก เป็นใบ้ พูดคุยไม่รู้เรื่องและไม่มีญาติหรือผู้ดูแลยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ผู้ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุวันนัดครั้งถัดไปได้

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ 010/2556 วันที่อนุมัติ 28 มิถุนายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁷ เพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ โดยแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมทำการวิจัย (ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย) ทำเครื่องหมายหน้าชื่อลักษณะของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือนเป็นรายบุคคล สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง วันที่เก็บข้อมูล และวันนัดครั้งถัดไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วยและการดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และสถานที่รับบริการสุขภาพในแต่ละโรคเรื้อรัง สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ และวิธีการจัดการยาเหลือใช้ท้ายสุด ส่วนที่ 3 แบบบันทึกชนิดและปริมาณยาเหลือใช้ ประกอบด้วย ชื่อสามัญทางยา ชื่อการค้า (หากสามารถระบุได้)

ความแรง รูปแบบ วิธีใช้ยา ปริมาณยาต่อวัน การใช้อื่นและสมุนไพรร่วมในปัจจุบัน วันที่เก็บข้อมูล วันนัดครั้งต่อไป จำนวนวันที่ต้องชียาจนถึงวันนัดจำนวนยาที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน และจำนวนยาเหลือใช้

การดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มจากการขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายหรือแจ้งประชาชนในชุมชนแต่ละบ้าน ให้รับทราบล่วงหน้า 1 วันก่อนการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง และขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการพาผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จากนั้นประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาเหลือใช้หรือไม่ โดยผู้ทำการวิจัยขออายุของผู้ป่วย และคำนวณอายุแต่ละชนิดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนยาเหลือเท่าใด มากกว่าจำนวนที่ต้องกินก่อนถึงวันนัดครั้งต่อไปหรือไม่ เท่าใด (โดยปริมาณยาเหลือใช้เท่ากับ ปริมาณยาที่ต้องใช้จนถึงวันนัด - ปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ ณ วันที่ทำการเก็บข้อมูล) โดยเป็นยาที่ได้รับมาในเวลาไม่เกิน 6 เดือน นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะสังเกตและสัมภาษณ์ชนิดของยาที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้แล้วในปัจจุบัน จากนั้นบันทึกแบบบันทึกข้อมูลและสืบค้นสาเหตุและวิธีการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยรายนั้น ๆ

การคำนวณมูลค่ายาเหลือใช้

ผู้วิจัยคำนวณมูลค่ายาเหลือใช้จากการคูณปริมาณยาเหลือใช้กับราคาของยาโดยยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ใช้ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2553⁷ ส่วนยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติใช้ราคาอ้างอิง⁸ ซึ่งประกาศวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2556 และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติบางชนิดที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียวใช้ข้อมูลราคาจากรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายแต่เพียงผู้เดียวในประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขต่อรองราคาได้ตามประกาศ⁹ ณ วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2556

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำเสนอชนิดของยา ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ โดยพิจารณาในแต่ละชนิด จำนวนผู้ป่วยที่มียานั้นเหลือใช้ จำนวนเม็ดที่เหลือจากผู้ป่วยทั้งหมด และมูลค่าเป็นบาทนำเสนอจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ให้เหตุผลแต่ละเหตุผลของการมียาเหลือใช้ และการจัดการกับยาเหลือใช้

ผลการศึกษา

การศึกษาปัญหาเหลือใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครครั้งนี้ได้เก็บรวบรวม

ข้อมูลเรื่องยาและพฤติกรรมการใช้ยาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.4) อายุเฉลี่ย 64.4 ปี ไม่ได้ทำงานหรือพ่อบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 52.6) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 72.2) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 53.6) มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองมากที่สุด (ร้อยละ 66.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N = 97)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	77 (79.4)
อายุ	
41 - 50 ปี	6 (6.2)
51 - 60 ปี	30 (30.9)
61 - 70 ปี	39 (40.2)
มากกว่า 70 ปี	22 (22.7)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงานหรือพ่อบ้าน/แม่บ้าน	51 (52.6)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	33 (34)
รับจ้างทั่วไป	10 (10.3)
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	3 (3.1)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	18 (18.6)
ประถมศึกษา	70 (72.2)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (2.1)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (1.0)
ปวช./ปวส.	4 (4.1)
ปริญญาตรี	2 (2.1)
รายได้	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	52 (53.6)
5,001-10,000 บาท	24 (24.7)
10,001-20,000 บาท	17 (17.5)
20,001-30,000 บาท	2 (2.1)
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	2 (2.1)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	64 (66.0)
เบิกได้	16 (16.5)
ประกันสังคม	8 (8.2)
ไม่มีสิทธิ์ใด ๆ	4 (4.1)
อื่น ๆ	5 (5.2)

ข้อมูลความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ และสถานที่รับบริการสุขภาพ

ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วยเมื่อสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจากการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 43.3) มีจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 47.4) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 41.6) รองลงมาคือไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน และหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ

การดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง (ร้อยละ 89.7) สำหรับสถานที่รับบริการสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 40.2 เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน จากการสัมภาษณ์พบว่าตัวอย่างจะเลือก

สถานที่รับบริการสุขภาพจากสิทธิการรักษาพยาบาลที่ตนมี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย (N = 97)

ลักษณะ	จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	
น้อยกว่า 1 ปี	2 (2.1)
1 - 2 ปี	24 (24.7)
3 - 5 ปี	38 (39.2)
มากกว่า 5 ปี	42 (43.3)
โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน*	
ความดันโลหิตสูง	87 (41.6)
ไขมันในเลือดผิดปกติ	59 (28.2)
เบาหวาน	43 (20.6)
หัวใจและหลอดเลือด	20 (9.6)
จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่	
1 โรค	18 (18.6)
2 โรค	46 (47.4)
3 โรค	30 (30.9)
4 โรค	3 (3.1)
การดูแลเรื่องการใช้จ่ายโรคเรื้อรังที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน	
ผู้ป่วยใช้จ่ายด้วยตนเอง	87 (89.7)
มีผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่าย	10 (10.3)
สถานที่รับบริการสุขภาพ*	
โรงพยาบาลเอกชน	39 (40.2)
โรงพยาบาลรัฐบาล	25 (25.8)
คลินิกแพทย์	17 (17.5)
สถานเฝ้าไข้	16 (16.5)

* ผู้ป่วย 1 คนเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ชนิด ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้

จากกลุ่มตัวอย่าง 97 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้จำนวน 95 คน (ร้อยละ 97.9) โดยพบว่ายาลือใช้ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือมากที่สุด คือ aspirin 81 mg tablet ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 33 คนที่มียาชนิดนี้เป็นยาเหลือใช้ และนอกจากนี้คือ metformin 500 mg tablet, simvastatin 10 mg tablet, HCTZ 50 mg tablet, enalapril 5 mg tablet, amlodipine 10 mg tablet, simvastatin 20 mg tablet, losartan 50 mg tablet, atenolol 50 mg tablet และ enalapril 20 mg tablet ตามลำดับ เป็นชนิดของยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือมากที่สุด 10 อันดับแรก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลชนิดและปริมาณยาเหลือใช้เรียงตามจำนวนคนที่มียาเหลือใช้มากที่สุด 10 รายการแรก (N = 95)

รายการยา	จำนวนคนที่มียาเหลือใช้ (คน)	ปริมาณยาเหลือใช้ (เม็ด)
aspirin 81 mg tablet	33	950
metformin 500 mg tablet	30	2,176
simvastatin 10 mg tablet	28	660
HCTZ 50 mg tablet	22	387
enalapril 5 mg tablet	21	408
amlodipine 10 mg tablet	20	562
simvastatin 20 mg tablet	15	551
losartan 50 mg tablet	14	437
atenolol 50 mg tablet	14	186
enalapril 20 mg tablet	13	292

เมื่อคำนวณปริมาณยาและมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีปริมาณยาเหลือใช้รวมถึง 11,096 เม็ด มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 37,237.69 บาท คิดเป็นมูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ยเท่ากับ 383.89 บาทต่อคน โดยยาที่ใช้สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน

มีปริมาณยาเหลือใช้มากที่สุด คือ 4,109 เม็ด และมีมูลค่ายาเหลือใช้สูงที่สุดคือ 24,695.90 บาท (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้แยกตามข้อบ่งใช้ของยาในแต่ละกลุ่มโรค (N = 95)

ข้อบ่งใช้ของยา	ปริมาณยาเหลือใช้ (เม็ด)	มูลค่ายาเหลือใช้ (บาท)
โรคเบาหวาน	4,109	24,695.90
โรคความดันโลหิตสูง	4,040	7,649.66
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	1,699	4,528.95
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1,248	363.18
รวมจำนวนยาเหลือใช้	11,096	37,237.69

เมื่อพิจารณาจากชนิดยาที่มีปริมาณเหลือใช้มากที่สุด พบว่า metformin 500 mg tablet มีจำนวนยาเหลือใช้ถึง 2,176 เม็ด (ตารางที่ 5) สอดคล้องกับปริมาณยาสำหรับโรคเบาหวานที่เหลือมากที่สุดเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 5 ข้อมูลชนิด ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ เรียงตามจำนวนเม็ดยาที่มีปริมาณเหลือใช้มากที่สุด 10 รายการแรก (N = 95)

รายการยา	ปริมาณยาเหลือใช้ (เม็ด)	มูลค่ายาเหลือใช้ (บาท)
metformin 500 mg tablet	2,176	826.88
aspirin 81 mg tablet	950	57.00
simvastatin 10 mg tablet	660	495.00
amlodipine 10 mg tablet	562	792.42
simvastatin 20 mg tablet	551	622.07
metformin 850 mg tablet	478	215.86
glipizide 5 mg tablet	462	97.02
glibenclamide 5 mg	445	102.24
losartan 50 mg	437	830.30
enalapril 5 mg	408	73.44

สาเหตุและการจัดการปัญหาเหลือใช้ของผู้ป่วย

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่คือ ลืมกินยาบางมื้อ (ร้อยละ 28.9) รองลงมาคือ แพทย์จ่ายยาเกิน (ร้อยละ 24.4) ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ (ร้อยละ 11.2) ปรึบยาเอง (ร้อยละ 6.1) ไม่มีวันนัดที่แน่นอน (ร้อยละ 5.8) เกิดปัญหาจากการใช้จ่าย (ร้อยละ 4.0) ความเชื่อ (ร้อยละ 2.4) หยุดยาเอง (ร้อยละ 2.0) (ตารางที่ 6) และเหตุผลอื่น ๆ (ร้อยละ 15.2) ได้แก่ ได้รับยาซ้ำซ้อน เปลี่ยนบริษัทยา แพทย์เปลี่ยนวิธีกินยา ขอยาเพิ่ม แพทย์เปลี่ยนขนาดยา แพทย์สั่งหยุดยา ญาติไม่สะดวกนำยามาให้ ไม่ทราบข้อบ่งใช้ยา กินยาของญาติ คิดว่ายาลือจึงขอยาเพิ่ม ซื้อยากินเอง เปลี่ยนสถานที่รักษา ไปก่อนแพทย์นัด แพทย์เปลี่ยนชนิดของยา ไม่กล้ากินยา ไม่อยากกินยาจำนวนมาก และการเลื่อนวันนัด

ตารางที่ 6 สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ของผู้ป่วย (N = 95)

เหตุผลของยาเหลือใช้ ^a	จำนวน (ร้อยละ)
ลืมกินยาบางมื้อ	57 (28.9)
แพทย์จ่ายยาเกิน	48 (24.4)
ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ	22 (11.2)
ปรับยาเอง	12 (6.1)
ไม่มีวันนัดที่แน่นอน	11 (5.8)
เกิดปัญหาจากการใช้ยา	8 (4.0)
ความเชื่อ	5 (2.4)
หยุดยาเอง	4 (2.0)
อื่น ๆ	30 (15.2)

^a = ผู้ป่วย 1 คนเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ด้านวิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะกินยาเหลือใช้ให้หมดก่อนแล้วจึงกินยาตัวใหม่ที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 47.8) นอกจากนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่เก็บยาไว้เฉย ๆ ถึงร้อยละ 23.9 มีผู้ป่วยนำยาไปคืนสถานพยาบาลเพียงร้อยละ 15.2 และยังมีผู้ป่วยที่แบ่งปันยาให้กับบุคคลอื่นร้อยละ 8.0 และนำยาเหลือใช้ไปทิ้งร้อยละ 5.1 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 วิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย (N = 95)

วิธีการจัดการยาเหลือใช้ ^a	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้ยาเหลือใช้ให้หมดก่อนแล้วจึงใช้ยาตัวใหม่ที่แพทย์สั่ง	66 (47.8)
เก็บยาไว้เฉย ๆ	33 (23.9)
นำยาไปคืนสถานพยาบาล	21 (15.2)
แบ่งปันยาให้กับบุคคลอื่น	11 (8.0)
ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้ไปทิ้ง	7 (5.1)

^a = ผู้ป่วย 1 คนเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 97 คน จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 ถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2556 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวนน้อยกว่าที่คำนวณไว้ ซึ่งจะต้องมีจำนวนอย่างน้อย 202 คน เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรที่ทำการศึกษา เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยต่อรายมากขึ้น จากเดิมที่วางแผนไว้จะให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองทั้งหมด แต่จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมักจะปฏิเสธการมียาเหลือใช้และไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามใด ๆ ต้องอาศัยการพูดคุยเพิ่มเติม และการสังเกตโดยผู้ทำวิจัยเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ทำให้ต้องเพิ่มเวลาในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย และเนื่องจากกระแหว่งการดำเนินการเก็บข้อมูลเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเรื่องวัตถุประสงค์ของงานวิจัยกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ชุมชนที่ศึกษา จึงต้องระงับการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเพิ่มระยะเวลาการเก็บข้อมูลให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{3-5,10} คือกลุ่มตัวอย่างอายุประมาณ 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และโรคประจำตัวที่พบบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของโรคเรื้อรังจากสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากที่สุดเช่นกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพเช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า³⁻⁵ แต่แตกต่างจากการศึกษาของกนกพร พาพิทักษ์และคณะ (2556)¹⁰ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.5 มีอาชีพเกษตรกร เพราะเป็นการศึกษาในพื้นที่นอกตัวเมือง ของจังหวัดมหาสารคาม แม้การศึกษาจะเป็นการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นวันและเวลาราชการ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเพียงผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่อยู่บ้าน สำหรับสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยมารับบริการทางสุขภาพและรับยาในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปรารถนา ชามพูนท (2554)⁵ ที่ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล อาจเนื่องจากบริเวณพื้นที่ที่เก็บข้อมูล อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่

ในการศึกษารุ่นนี้พบยาเหลือใช้ของผู้ป่วย 95 คน (ร้อยละ 97.9) โดยนับยาเหลือใช้จากยาที่ผู้ป่วยไม่ใช้แล้ว และยาที่เหลือเกินกว่าจำนวนที่จำเป็นต้องใช้จนถึงวันนัด ซึ่งมีร้อยละของปัญหาเหลือใช้ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าคือ พบในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90^{3,5} แต่พบปัญหาเหลือใช้มากกว่าการศึกษาของวิวัฒน์ ถาวรวัฒน์ยงค์ และคณะ (2555)⁴ ที่พบจำนวนผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้คิดเป็นร้อยละ 59 ซึ่งไม่นับรวมยาที่ผู้ป่วยซื้อเองหรือมีคนนำมาให้ แต่ในการศึกษานี้มีการนับรวมยาที่ผู้ป่วยมีทั้งหมด ทั้งที่ได้รับจากสถานพยาบาลรวมถึงการได้รับจากผู้อื่นด้วย เช่น ผู้ป่วยบางรายได้รับยาลดระดับไขมันในเลือดจากเพื่อนบ้านแต่ไม่กล้าใช้จึงเก็บยาไว้เฉย ๆ ทำให้เกิดยาเหลือใช้

การศึกษานี้พบปริมาณยาเหลือใช้รวมทั้งสิ้น 11,096 เม็ด คิดเป็นมูลค่ารวม 37,237.69 บาท เฉลี่ยมูลค่ายาเหลือใช้คิดเป็น 383.89 บาทต่อคน ซึ่งมีปริมาณยาและมูลค่ายาเหลือใช้มากกว่าการศึกษาก่อนหน้า⁵ ที่พบมูลค่ายาเหลือใช้รวม 57,132.82 บาท เฉลี่ย 225.83 บาทต่อคน อาจเป็นเพราะพื้นที่ในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันอาจมีการใช้ชนิดของยาแตกต่างกันและอีกประการหนึ่งที่มูลค่าเฉลี่ยของยาเหลือใช้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เพราะวิธีการนับปริมาณยาเหลือใช้แตกต่างกัน โดยการศึกษาที่ผ่านมาจะพิจารณาจากในทางปฏิบัติที่แพทย์หรือโรงพยาบาลมักจะให้ยาเพื่อไว้สำหรับกรณีฉุกเฉินเป็นระยะเวลาประมาณ 7 วัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการหักลบจำนวนวันดังกล่าว เนื่องจากประชากรในชุมชนเข้ารับบริการทางสุขภาพหลายแห่ง โดยมีสถานบริการสุขภาพหลายแห่งที่ไม่ได้ให้ยาโดยเมื่อปริมาณยาให้ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 7 วัน นอกจากนี้อาจเกิดจากการคำนวณราคายาที่แตกต่างกัน เนื่องจากถึงแม้การศึกษาจะใช้ราคากลางในการคิด

ราคาขายในบัญชียาหลักแห่งชาติ และราคาอ้างอิงในการคิดราคาขายที่ไม่มีประกาศราคากลางหรือไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปรารธนา ชามพูนท (2554)⁵ แต่ราคาที่สูงขึ้นได้อยู่ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาก่อนหน้านี้⁵ สืบค้นข้อมูลราคากลางจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศปี พ.ศ. 2551 แต่การศึกษานี้ สืบค้นข้อมูลจากราคากลางที่ประกาศในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2553 และราคาอ้างอิงจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศปี พ.ศ. 2556 ซึ่งอาจมีราคาขายบางรายการที่สูงขึ้นกว่าราคาเดิมในปี พ.ศ. 2551 เช่น simvastatin 10 mg จากราคา 0.58 เป็น 0.75 บาทต่อเม็ด amlodipine 10 mg จากราคา 1.28 เป็น 1.41 บาทต่อเม็ด เป็นต้น

อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มูลค่ายาเหลือใช้สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้คือ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับบริการสุขภาพในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลและสถานีนอนมัย จึงทำให้มีชนิดยาแตกต่างกัน โดยอาจพบการใช้ยาหลายชนิดที่ไม่พบในการศึกษาของ ปรารธนา ชามพูนท (2554)⁵ เช่น irbesartan, sitagliptin, vildagliptin เป็นต้น ซึ่งมักเป็นรายการยาที่มีราคาสูงกว่าจึงอาจทำให้มูลค่ายาที่ใช้สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มียาบางรายการขาด เหลือยาใช้ไม่ถึงวันนัดจำนวน 4 คน (ร้อยละ 4.12) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้า^{3,5} ที่พบผู้ป่วยมียาขาดประมาณร้อยละ 20 อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลน้อยกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีสถานพยาบาลจำนวนมาก และอยู่ใกล้กับที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ทำให้สะดวกไปรับยามากกว่า จึงมีจำนวนยาขาดที่น้อยกว่า

นอกจากนี้ จากการศึกษาชนิดของยาที่มีจำนวนผู้ป่วยมียาเหลือมากที่สุด พบว่าคือ aspirin 81 mg tablet เช่นเดียวกับงานวิจัยของปรารธนา ชามพูนท (2554)⁵ และเมื่อวิเคราะห์ปริมาณยาเหลือใช้พบว่า ยาเหลือใช้สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน มีปริมาณยาเหลือใช้มากที่สุด สาเหตุที่ยาในกลุ่มเบาหวานมียาเหลือใช้มากที่สุดเนื่องจาก การรักษาโรคเบาหวานนั้น มียาหลายชนิดโดยยาบางชนิดได้รับการสั่งใช้ยาหลายครั้งต่อวัน เช่น metformin กินวันละ 3 ครั้ง glipizide กินวันละ 2 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกับยาในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มักจะกินเพียง 1 - 2 มื้อเท่านั้น และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้มักจะไม่มีกินมื่อกลางวันเนื่องจากไม่สะดวกและตั้งใจหยุดยาเอง จึงแสดงให้เห็นถึงชนิดของยา และกลุ่มยาหรือกลุ่มโรคที่ควรได้รับการแก้ไขเรื่องการเกิดยาเหลือใช้ก่อนในเบื้องต้น

สาเหตุของการเกิดยาเหลือใช้ในการศึกษานี้ พบว่าสาเหตุที่พบมากที่สุดคือการลืมกินยาบางมื้อ รองลงมาคือ แพทย์จ่ายยา

เกิน และตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ (2555)⁴ แต่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า⁵ ที่พบว่า สาเหตุของยาเหลือใช้ที่พบมากที่สุดคือแพทย์จ่ายยาเกิน ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษานี้ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยคือ จากเดิมที่ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลการใช้จ่ายของผู้ป่วยเป็นผู้ทำแบบสอบถามเอง โดยตอบคำถามถึงสาเหตุของยาเหลือใช้โดยผู้วิจัยไม่มีส่วนร่วมใด ๆ แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยหลายรายให้เหตุผลว่าแพทย์จ่ายยาเกิน แต่เมื่อสัมภาษณ์และใช้เวลาในการสังเกต พูดคุยกับผู้ป่วยเพิ่มเติมทำให้ทราบว่ามีส่วนสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดปัญหาเหลือใช้ เช่น ผู้ป่วยมักลืมกินยาลดระดับไขมันในเลือดที่ต้องกินก่อนนอน การตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ปรับขนาดยาเอง หรือหยุดใช้ยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ หรือตั้งใจหยุดยาบางมื้อเนื่องจากความเชื่อว่าการกินยามากเกินไปอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้เกิดโรคตับ โรคไตเพิ่มเติมจากโรคเรื้อรังเดิมที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยมักไม่แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรที่สถานพยาบาลที่รับยา ทำให้ได้รับยาสะสมและทำให้เกิดยาเหลือใช้มากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ผู้ป่วยมักไม่ตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง ทำให้ผู้วิจัยต้องเพิ่มเติมการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์และสังเกตถึงสาเหตุของการเกิดยาเหลือใช้ร่วมด้วย จึงอาจทำให้พบสาเหตุของยาเหลือใช้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า^{3,5} และยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินปัญหาเหลือใช้โดยผ่านการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะช่วยให้สามารถพูดคุย สัมภาษณ์ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลการใช้จ่ายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การมียาเหลือใช้จากสาเหตุที่แพทย์จ่ายยาเกินยังคงเป็นสาเหตุในอันดับสอง และนอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยบางรายที่มียาเหลือใช้เพราะการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงก่อนหน้าการวิจัย ทำให้ได้รับยาเดิมในปริมาณที่เพิ่มขึ้นอีกจากโรงพยาบาล จึงแสดงให้เห็นว่านอกจากปัจจัยด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยเองแล้ว ยังเกิดจากระบบการจ่ายยาของสถานพยาบาลที่จ่ายยาเมื่อให้กับผู้ป่วย ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขระบบต่อไป

ส่วนวิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 47.8) จะกินยาเหลือใช้ที่มีอยู่ให้หมดก่อนแล้วจึงกินยาตัวใหม่ที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁵ ซึ่งการจัดการยาเหลือใช้ด้วยวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยกินยาที่เสื่อมคุณภาพหรือยาหมดอายุได้ รองลงมาคือเก็บยาไว้เฉย ๆ (ร้อยละ 23.9) ซึ่งทำให้สูญเสียงบประมาณด้านยาของประเทศเกินความจำเป็น และยังทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจนำไปสู่ผลเสียต่อโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเอง และทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอื่น ๆ ตามมา มีผู้ป่วยบางรายนำยาเหลือใช้ไปคืนสถานพยาบาล (ร้อยละ 15.2) แสดงให้เห็นถึงผลของการรณรงค์ของภาครัฐก่อนหน้า⁵ และมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยนำยาไปคืนสถานพยาบาล เช่น โครงการยาแลกไข่ จึงควรมีมาตรการและแนวปฏิบัติอื่น ๆ เพิ่มเติม นอกจากนี้ยังพบการแบ่งปันยาให้กับบุคคลอื่น โดยผู้ป่วยมักแบ่งปันยาให้เพื่อนบ้านที่มีโรคประจำตัวเหมือนกัน เช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งแบ่งปันยา fenofibrate ของ

ตนเองที่เหลือใช้ให้กับเพื่อนบ้านเนื่องจากฉลากยาระบุว่ารักษาโรคไขมันในเลือดสูง และเพื่อนบ้านมีภาวะอ้วนจึงต้องการลดไขมันเนื่องจากคาดว่าตนเองเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาได้

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ จึงทำให้ต้องจดบันทึกสาเหตุและวิธีการจัดการยาเหลือใช้เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่มีให้เลือกตอบ เช่น แพทย์เปลี่ยนชนิดยาที่ใช้รักษา แพทย์สั่งหยุดยา จึงควรปรับเปลี่ยนแบบบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมโดยเพิ่มหัวข้อของสาเหตุและวิธีการจัดการยาเหลือใช้ให้ผู้ป่วยเลือกตอบได้มากขึ้น ข้อจำกัดต่อมาคือ วันและเวลาในการลงพื้นที่ชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในช่วงเวลา 9.00 น. ถึง 16.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คนในชุมชนส่วนใหญ่จะติดภารกิจนอกบ้าน ทำให้ในช่วงที่เก็บข้อมูลนั้นมีจำนวนคนอยู่น้อยรายและส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นตัวแทนของคนเพียงบางกลุ่มในชุมชนเท่านั้น ในการศึกษาต่อไปอาจจำเป็นต้องเพิ่มช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ เป็นตัวแทนของประชากรมากขึ้น ข้อจำกัดต่อมาคือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากมุมมองและเหตุผลของประชาชนเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นในการศึกษาต่อไปจึงควรมีการเก็บข้อมูลในส่วนของบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลายมุมมองมากขึ้น และควรมีการทดลองหาแนวทางการแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ร่วมด้วย

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษายาเหลือใช้ในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครจากตัวอย่างผู้ป่วย 97 คน พบยาเหลือใช้ของผู้ป่วยร้อยละ 97.9 พบว่ากลุ่มยาโรคเบาหวานมีจำนวนเม็ดที่เหลือใช้และมูลค่ามากที่สุด สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ลืมกินยาบางมื้อ (ร้อยละ 28.9) ตามด้วย แพทย์จ่ายยาเกิน ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ปรึบยาเอง ไม่มีวันนัดที่แน่นอน และปัญหาจากการใช้ยาความเชื่อตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดการยาเหลือใช้โดยกินยาเหลือให้หมดก่อน (ร้อยละ 47.8) ตามด้วย เก็บยาไว้ คินยาให้สถานพยาบาล แบ่งยาให้บุคคลอื่น และทิ้งยา

References

1. Hongthong A, Thepsitta K, Jongpiriya-anant P, Kabpirom T. Epidemiological report on non-communicable 2010. *Weekly Epidemiol Surveil Report* 2012;43:257-264. (in Thai)
2. Ningsanont T. Leftover medications, silent danger to the health of Thais. (Accessed on Feb. 9, 2013, at <http://www.thaihealthcontent/news/15910>). (in Thai)
3. Suwannaprom P, Niamhun N, Champoonot P, et al. Items and value of household leftover medicines for chronic conditions at Sansai-Luang sub-district, Sansai district, Chiang Mai province. *Thai Pharm Health Sci J* 2012;7(1):22-28.
4. Thavornwattanayong W, Geesittisomboon W, Jansuriyakul W, Srinaunrod K, Janpen S. Survey of leftover drugs and drug use behavior among patients with chronic diseases in Nong Pak Long, Mueang, Nakhon Pathom. *J Health Sci* 2012;21(6):1140-1148.
5. Champoonot P. Leftover medicines and medicine use behavior of people in Chiang Mai province. Master of Pharmacy degree thesis. Chiang Mai. Graduate school, Chiang Mai University, 2010.
6. Israel GD. Determining sample size. University of Florida Extension. IFAS Extension. PEOD6.
7. National Drug System Development Committee. National average price of drugs in the national essential drug list 2010. (Accessed on Dec. 23, 2013, at http://dmsic.moph.go.th/download/MP_2553.pdf). (in Thai)
8. Drug and Medical Supply Information Center. Drug reference prices. Ministry of Public Health, Thailand. (Accessed on Dec. 23, 2013, at http://dmsic.moph.go.th/download/rp_1-3_55.pdf). (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Non-essential drug list with bargained monopoly prices. (Accessed on Dec. 26, 2013, at http://dmsic.moph.go.th/download/circular2556/MonopolyPrice_2556_90.pdf).
10. Papitak K, Apinyapanit T, Bunyawatpong P, Wipatkasemsuk P, Ployluemsang C, Puphalee T. Leftover medicines and community participation in identifying causes and solving the problems in patients with diabetes and hypertension: a case study in Ban Makok, Kantharawichai, Mahasarakham. The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013 16 – 17 กุมภาพันธ์ 2556 “Pharmacy Profession: Moving Forward to ASEAN Harmonization.” Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, 2013. Abstract No. P1-PP-19, p.24. (in Thai)