

ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครัวเรือน ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Items and Value of Household Leftover Medicines for Chronic Conditions at Sansai-Luang Sub-district, Sansai District, Chiang Mai Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

พักตร์วิภา สุวรรณพรหม^{1*}, นราวดี เนียมหุน¹, พรารณา ชามภูน², ชบาไพโร โปธิ์สุยะ¹, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล¹, สกนธ์ สภากุล¹, รสสุคนธ์ ชัยชนะ³ และ บุษบา เหล่าพาณิชัยกุล³

¹ ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบยาชุมชน ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

³ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

* ติดต่อผู้พิมพ์: puckwipa@pharmacy.cmu.ac.th, puckwipa@gmail.com

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2555;7(1):22-28

Puckwipa Suwannaprom^{1*}, Narawadee Niamhun¹, Pratana Champonot², Chabaprai Phosuya¹, Hathaikan Chowwanapoonpohn¹, Sakon Supakul¹, Rossukon Chaichana³ and Budsaba Laopanichkul³

¹ Center for Community Drug System Research and Development, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University, Thailand

² Pharmacy Department, Bhudhashinarat Hospital, Pitsanulok, Thailand

³ Sansai Hospital, Chiang Mai, Thailand

* Corresponding author: puckwipa@pharmacy.cmu.ac.th, puckwipa@gmail.com

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2012;7(1):22-28

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปริมาณและชนิดของยาเหลือใช้ในครัวเรือนและมูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือน ในเขต ต.สันทรายหลวง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ **วิธีการศึกษา:** โดยเยี่ยมบ้านครัวเรือนตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกตยาเหลือใช้ในครัวเรือน **ผลการศึกษา:** พบว่าจากครัวเรือนทั้งหมด 350 ครัวเรือน 25 ครัวเรือนไม่มียาสำหรับโรคเรื้อรังในครัวเรือน และ 44 ครัวเรือนไม่สามารถประเมินปริมาณยาคงค้างในครัวเรือนได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับวันนัดพบแพทย์ หรือจำนวนนัดไม่ได้จาก 281 ครัวเรือนที่เหลือพบว่า 253 ครัวเรือน (ร้อยละ 90.0) มียาที่เหลือใช้ในครัวเรือน และ 103 ครัวเรือน (ร้อยละ 36.7) มียาบางรายการที่ไม่เพียงพอสำหรับการใช้จนถึงการนัดเพื่อเข้ารับบริการครั้งต่อไป มูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือนคิดเป็น 51,391.69 บาท หรือ เฉลี่ยครัวเรือนละ 182.87 บาท ชนิดของยาเหลือใช้ในครัวเรือนมากที่สุดคือ HCTZ 50 mg ซึ่งเหลือใน 96 ครัวเรือน (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือ Glibenclamide 5 mg ซึ่งเหลือใน 60 ครัวเรือน (ร้อยละ 17.1) และ Enalapril 5 mg เหลือใน 45 ครัวเรือน (ร้อยละ 12.6) สาเหตุของยาเหลือใช้เกิดจากหลายปัจจัย คือ แพทย์จ่ายยาเกิน ผู้ป่วยลืมกินยา และจากการเปลี่ยนแผนการรักษา หรือเปลี่ยนสถานบริการ **สรุป:** ผลการศึกษาดังกล่าวทำให้เภสัชกรเข้าใจถึงสภาวะการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องการการดูแล ให้ความรู้ เพิ่มความเข้าใจ ให้กับผู้ป่วยเรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: ยาเหลือใช้, โรคเรื้อรัง

Abstract

Objective: The study aimed to explore items and values of leftover medicines in households of people living in Sansai-Luang Subdistrict, Sansai District, Chiang Mai Province. **Methods:** The researchers visited the sample's house and collected the data by interviewing and observing leftover medicines. **Results:** Out of 350 observed households, 25 households had no patient with chronic condition and 44 households had chronic patients but they did not have discrete information about appointment date. Of those 281 households with complete information, 253 households (90.0%) had leftover medicines for their chronic condition. On the other hand, 103 households (36.7%) were in short supply of their chronic medicines. Value of overall leftover medicines was 51,391.69 Thai Baht, or 182.87 Thai Baht/ household. HCTZ 50 mg was the most frequently found leftover medicine in the household (n = 96, 27.4%), followed by Glibenclamide 5 mg (n = 60, 17.1%) and Enalapril 5 mg (n = 45, 12.6%). Reasons for leftover medicines were that physicians over prescribed the medicines, patients forgot to take the medicines, physicians changed the treatment regimens, patients were transferred to other hospital, and others. **Conclusion:** The study's findings highlight the patients' medical use behavior at their houses and the needs for better care from pharmacists and healthcare practitioners in order to improve the patients' knowledge and understanding in rational and continuous use of medicines **Keywords:** leftover medicine, chronic illness

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศต่างๆ กำลังเผชิญกับปัญหายาเหลือใช้ในครัวเรือนที่มีปริมาณมากกว่าความต้องการใช้ในการรักษาโรคของผู้ป่วยในครัวเรือน การมียาเหลือใช้ในครัวเรือนเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้น เช่นในประเทศสหราชอาณาจักรพบว่าหนึ่งในสามของประชาชนรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไม่หมดคิดเป็นประมาณมูลค่ายาเหลือใช้ 36.7 ล้านปอนด์ต่อปี¹ ใน

ประเทศซาอุดีอาระเบียและประเทศแถบอ่าวอาหรับพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณยาเหลือใช้คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ 41.3 ของผลิตภัณฑ์ยาทั้งหมดตามลำดับ และคิดเป็นมูลค่าเงินร้อยละ 19.2 และ 25.0 ของต้นทุนด้านยาตามลำดับ² ในประเทศอิหร่านมูลค่าของยาเหลือใช้ในครัวเรือนคิดเป็นประมาณ 30.0 ล้านดอลลาร์สหรัฐ³ และการสำรวจยาเหลือใช้ในกลุ่มนักศึกษาหญิงประเทศ

มาเลเซียพบมูลค่ายาเหลือใช้คิดเป็นร้อยละ 47.4 ของมูลค่ายาในร้านยา⁴

สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ในครัวเรือนอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งกระจายยาได้หลายช่องทาง ทั้งช่องทางที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขในระบบ เช่น โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน และช่องทางนอกระบบ เช่น ร้านชำ⁵ ซึ่งการเข้าถึงยาของประชาชนได้หลายช่องทางดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหา ยาเหลือใช้ในครัวเรือน และก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณด้านยาของประเทศ เกิดความเสี่ยงในการเกิดพิษจากการใช้ยาโดยไม่ตั้งใจ และอาจทำให้เกิดการใช้ยาในทางที่ผิดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยาเหลือใช้ยังเป็นขยะที่มีส่วนก่อให้เกิดการสะสมของสารเคมี และก่อให้เกิดอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมได้⁶

เภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยาของประชาชน ซึ่งการใช้ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องจะเกิดขึ้นที่บ้าน ในปัจจุบันเภสัชกรจึงมีบทบาทมากขึ้น ในการทำงานเยี่ยมบ้าน หรือการดูแลงานปฐมภูมิเพื่อการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมที่บ้านเรือนของผู้ป่วยเอง จากการศึกษาเก็บยาที่ค้างค้ำไม่ได้ใช้ในครัวเรือนจังหวัดสงขลา⁷ พบว่าในหนึ่งครัวเรือนมียาคงค้างอยู่ 2 รายการ (พิสัย 1 - 11) โดยยาที่มีคงค้างอยู่มากที่สุดคือ ยาสำหรับโรคกล้ามเนื้อและข้อ ยาสำหรับระบบทางเดินหายใจ และยาสำหรับระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นยารักษาโรคทั่วไป อย่างไรก็ตามปริมาณยาเหลือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากการศึกษาข้างต้น ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาปริมาณและชนิดของยาเหลือใช้สำหรับโรคเรื้อรังในครัวเรือน ซึ่งเป็นยาที่ผู้ป่วยต้องใช้อย่างต่อเนื่อง และประเมินมูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือน ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการกระจายยา การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งให้บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนได้ตระหนักร่วมกันถึงการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชนต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปริมาณและชนิดของยาโรคเรื้อรังที่เหลือใช้ในครัวเรือนตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และประเมินมูลค่ายาโรคเรื้อรังที่เหลือใช้ในครัวเรือนตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยให้นิยามศัพท์ดังต่อไปนี้ *ยาเหลือใช้ในครัวเรือน* หมายถึงยาสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่คนในครัวเรือนได้รับจากสถานบริการสุขภาพอันประกอบไปด้วย สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล รัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก หรือร้านยา ภายหลังจากการหักลบจากปริมาณยาที่พอเพียงสำหรับการใช้จนถึงวันนัดครั้งถัดไป

มูลค่ายาเหลือใช้ในครัวเรือน หมายถึงมูลค่ายา (บาท) ของยาเหลือใช้ ซึ่งเป็นผลรวมของมูลค่ายาที่เหลือใช้แต่ละรายการในครัวเรือน มูลค่ายาเป็นผลลัพธ์ของการคูณปริมาณยากับราคา

กลาง ส่วน *ยาขาดในครัวเรือน* หมายถึงยาสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่คนในครัวเรือนได้รับจากสถานบริการสุขภาพอันประกอบไปด้วย สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก หรือร้านยา ซึ่งปริมาณยาไม่พอเพียงสำหรับการใช้จนถึงวันนัดครั้งถัดไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีประชากรคือครัวเรือนที่ตั้งอยู่ใน ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือครัวเรือนที่ตั้งอยู่ในตำบลสันทรายหลวงจำนวน 400 ครัวเรือน (คำนวณจากตารางสำเร็จรูปของทาร์ยามาเน โดยกำหนดความผิดพลาดของการประมาณค่าร้อยละ 5.0) ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นขั้นตอนโดยเริ่มจากเลือกหมู่บ้านด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มเลือกหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน (จาก 9 หมู่บ้าน) และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกครัวเรือนตัวอย่าง 100 ครัวเรือนต่อหมู่บ้านจนได้ตัวอย่างครบ 400 ครัวเรือน

ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและทีมวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 3 คนที่ได้รับการฝึกซ้อมเรื่องแนวทางการสัมภาษณ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าเยี่ยมบ้านของครัวเรือนตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึงวันที่ 30 เมษายน 2552 โดยการนำของอาสาสมัครสาธารณสุข ทีมวิจัยชี้แจงถึงงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทุกครัวเรือนยินยอมที่จะให้ข้อมูล และรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างกับสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือนที่ยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเรื่องสุขภาพของคนในครัวเรือนและขอดูยาที่มีเหลืออยู่ในครัวเรือน และบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของครัวเรือน การใช้บริการสุขภาพ ชนิดของยาที่ใช้ในครัวเรือน ปริมาณยาที่เหลือ (หรือขาด) และวัน เวลาในการนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป โดยผู้วิจัยดูชื่อยาจากซองยา หรือแผงยา หากไม่มีชื่อยาระบุไว้ผู้วิจัยสอบถามว่าเป็นยาสำหรับอะไร ได้มาจากไหน และถ่ายรูปเม็ดยาไว้ เพื่อนำกลับมาวินิจฉัยร่วมกันกับทีมซึ่งเป็นเภสัชกรปฏิบัติงานในพื้นที่ ในการนับปริมาณยาแบบอื่นที่ไม่ใช่ยาเม็ด เช่นยาพ่น หรือยาน้ำ นับจากบรรจุภัณฑ์ที่ยังไม่ได้เปิดใช้ หากครัวเรือนใดพบว่ามียาเหลือใช้ ก็จะสัมภาษณ์ถึงสาเหตุของการมียาเหลือใช้ และวิธีการจัดการยาเหลือใช้ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครัวเรือนละประมาณ 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ทำการวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระบบฐานข้อมูลที่สร้างจาก Microsoft Access เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นข้อมูลได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติ Statistical Package for the Social Science (SPSS/ PC version 15.0) โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณปริมาณและมูลค่าของยาเหลือใช้ดังนี้

1. ปริมาณยาเหลือใช้หรือยาขาด ได้จากการนำปริมาณยาที่มีทั้งหมด ณ วันที่เก็บข้อมูล หักลบด้วยปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องการใช้จนถึงกำหนดการนัดแพทย์ครั้งถัดไป

ปริมาณยาเหลือ/ยาขาด = ปริมาณยาทั้งหมด ณ วันที่เก็บข้อมูล - ปริมาณยาที่ต้องใช้จนกว่าจะถึงวันนัดแพทย์ครั้งถัดไป

หากปริมาณยาที่คำนวณได้มีค่าเป็นบวก แสดงว่ามียาเหลือใช้ในครัวเรือน แต่หากปริมาณยาที่คำนวณได้มีค่าเป็นลบ แสดงว่ามียาขาดในครัวเรือน

2. มูลค่าของยาเหลือใช้ได้จากการคูณปริมาณยาเหลือใช้ที่ได้จากการคำนวณในข้อ ก. เข้ากับราคากลางของยา ซึ่งกำหนดโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (<http://dmsic.moph.go.th>) ซึ่งยาส่วนใหญ่อิงตามราคาขายขององค์การเภสัชกรรม ใน พ.ศ. 2552 หากยาชนิดใดไม่มีราคากลางมูลค่ายาจะได้จากค่าเฉลี่ยของราคาอ้างอิงของบริษัทต่างๆ ที่จำหน่ายยาในประเทศไทยที่ปรากฏในฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข โดยจากการเก็บรวบรวมราคาขายทั้งหมด 215 รายการ สามารถหาราคากลางของยาได้ 101 รายการ (ร้อยละ 47.0) และคำนวณจากราคาอ้างอิง 114 รายการ (ร้อยละ 53.0) โดยในราคาอ้างอิงนี้ 54 รายการ (ร้อยละ 47.4) เป็นราคาขายต้นแบบจากบริษัทต่างชาติ และ 60 รายการ (ร้อยละ 52.6) เป็นราคาเฉลี่ยจากยาบริษัทในประเทศ

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครัวเรือน 400 ครัวเรือน 350 ครัวเรือน (ร้อยละ 87.5) มีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ยาเหลือใช้ ในจำนวน 350 ครัวเรือนนั้นผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 68.3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 64 ± 12 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.7 และมีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4 ± 2 คน ร้อยละ 7.7 ของครัวเรือนไม่มีผู้ใดในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยในครัวเรือนที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70.7 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.2 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และร้อยละ 12.9 มีภาวะข้ออักเสบ โดยผู้ป่วยเข้ารับบริการที่สถานอนามัยหรือสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด และส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่สถานบริการเดียว และร้อยละ 18.6 รับบริการที่สถานบริการมากกว่า 1 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลจากการเยี่ยมครัวเรือนทั้งหมด 350 ครัวเรือน ในจำนวนนี้ 25 ครัวเรือนไม่มียาสำหรับโรคเรื้อรังในครัวเรือน และ 44 ครัวเรือนไม่สามารถประเมินปริมาณยาคงค้างในครัวเรือนได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับวันนัดพบแพทย์ หรือจำนวนนัดไม่ได้จาก 281 ครัวเรือนที่เหลือพบว่า 253 ครัวเรือน (ร้อยละ 90.0) มียาที่เหลือใช้ในครัวเรือน และ 103 ครัวเรือน (ร้อยละ 36.7) มียา

บางรายการไม่เพียงพอสำหรับการใช้จนถึงการนัดเพื่อเข้ารับบริการครั้งต่อไป

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล (N = 350)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	239 (68.3)
ชาย	111 (31.7)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	14 (4.0)
ประถมศึกษา	258 (73.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น หรือตอนปลาย	51 (14.6)
ปวช. หรือ ปวส.	8 (2.3)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	17 (4.9)
ไม่ระบุ	2 (0.6)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	142 (40.6)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	66 (18.9)
พ่อบ้านแม่บ้าน	45 (12.9)
ลูกจ้างรับจ้างทั่วไป	36 (10.3)
เกษตรกร	24 (6.9)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	12 (3.4)
ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ	7 (2.0)
กำลังศึกษาและอื่นๆ	18 (5.2)
สถานพยาบาลที่สมาชิกในครอบครัวใช้บริการ*	
สถานอนามัย/ศูนย์แพทย์ชุมชน	206 (58.9)
โรงพยาบาลรัฐ	145 (41.4)
โรงพยาบาลเอกชน	38 (10.9)
คลินิกเอกชน	12 (3.4)
ร้านยา	19 (5.4)
จำนวนสถานบริการที่ใช้บริการ	
1	285 (81.4)
2	56 (16.0)
3	5 (1.4)
4	2 (0.1)
ไม่ระบุ	2 (0.1)
จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครัวเรือน	
0	27 (7.7)
1	275 (78.6)
2 - 3	48 (13.7)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (mean \pm SD)	3.7 (± 1.6) คน
อายุผู้ให้ข้อมูล (mean \pm SD)	63.7 (± 12.2) ปี

* 1 ครัวเรือนอาจเข้ารับบริการมากกว่า 1 แห่ง

ยาเหลือใช้ในครัวเรือน

หากพิจารณาตามรายการที่เหลือในครัวเรือน พบรายการยาที่มีอยู่ในครัวเรือน 1,249 รายการยา (ในจำนวนนี้มียาที่ไม่สามารถประเมินชื่อยาได้ 9 รายการ) คิดเป็น 3.6 รายการยา/ ครัวเรือน ในจำนวนนี้หากนำปริมาณยาทั้งหมด หักลบจากปริมาณยาที่ต้องใช้จนกว่าวันนัดครั้งต่อไป ซึ่งจัดเป็นปริมาณยาเหลือใช้ จะมีจำนวนทั้งสิ้น 735 รายการยา (2.1 รายการยา/ ครัวเรือน) หากพิจารณาจากในทางปฏิบัติที่แพทย์หรือโรงพยาบาลมักจะให้ยาเพื่อไว้สำหรับกรณีฉุกเฉิน เป็นจำนวน 1 สัปดาห์ (7 วัน) พบว่าภายหลังหักลบแล้วพบปริมาณยาเหลือใช้ทั้งสิ้น 539 รายการยา (1.5 รายการยา/ ครัวเรือน)

เมื่อพิจารณาตามราคา ยา มูลค่ายาที่เหลือใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 350 ครั้วเรือนคิดเป็น 51,391.69 บาท หรือ เฉลี่ยครั้วเรือนละ 182.87 บาท และพบความแตกต่างในมูลค่ายาเหลือใช้ในแต่ละครั้วเรือน โดย 5 ครั้วเรือนที่มีมูลค่ายาเหลือใช้สูงสุดเท่ากับ 2,501 – 3,576 บาท และ 5 ครั้วเรือนที่มีมูลค่ายาเหลือใช้ต่ำที่สุดเท่ากับ 0.3 – 0.5 บาท

จากการสำรวจยารักษาโรคเรื้อรังที่คงเหลือในครั้วเรือนมากที่สุดคือ HCTZ 50 mg ซึ่งเหลือค้างใน 96 ครั้วเรือน (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือ Glibenclamide 5 mg ซึ่งค้างอยู่ใน 60 ครั้วเรือน (ร้อยละ 17.1), Enalapril 5 mg ซึ่งค้างอยู่ใน 45 ครั้วเรือน (ร้อยละ 12.6) และ Metformin 500 mg ซึ่งค้างอยู่ใน 38 ครั้วเรือน (ร้อยละ 10.9) ดังแสดงรายการยาที่คงเหลือค้างในครั้วเรือน 15 อันดับแรกในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรายการยาที่คงเหลือค้างในครั้วเรือนสูงที่สุด 15 รายการ

ชื่อยา	จำนวนครั้วเรือนที่มียาเหลือ (ครั้วเรือน)	ปริมาณยาเหลือใช้ (เม็ด)	มูลค่ายาเหลือใช้ (บาท)
HCTZ 50 mg	96	1,438	345.12
Glibenclamide 5 mg	60	2,062	515.50
Enalapril 5 mg	45	976	195.20
Metformin 500 mg	38	2,861	1,144.40
Atenolol 100 mg	32	338	185.62
Amlodipine 10 mg	31	501	746.49
Simvastatin 10 mg	30	1,017	844.11
Aspirin 81 mg	29	400	24.00
Vitamin B complex	22	818	98.16
Colchicine 0.6 mg	18	386	115.80
Allopurinol 100 mg	15	403	169.26
Folic acid 5 mg	15	525	52.50
Nifedipine 20 mg	15	531	477.90
Amlodipine 5 mg	14	390	386.10
Amiloride + HCTZ tab	11	181	41.63

เมื่อสอบถามถึงสาเหตุของยาเหลือใช้ จากจำนวนครั้วเรือนทั้งหมดที่มียาค้าง 281 ครั้วเรือน พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 120 คน (ร้อยละ 42.7) ให้เหตุผลว่าแพทย์จ่ายยาเกิน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 58 คน (ร้อยละ 20.6) ให้เหตุผลว่าลืมกินยาในบางมื้อ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน (ร้อยละ 4.6) ให้เหตุผลว่าหยุดยาบางมื้อเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียง หรือเพราะดื่มสุรา ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.8) ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลานัดแพทย์ที่แน่นอน อาจจะไปก่อนหรือหลังยาหมด ผู้ให้ข้อมูล 40 คน (ร้อยละ 14.2) ไม่ต้องการระบุเหตุผล และ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 34 คน (ร้อยละ 12.1) ปฏิเสธยาเหลือใช้และระบุว่ายาไม่เคยเหลือ ดังแสดงในตารางที่ 3

ยาขาดใช้ในครั้วเรือน

ในการเข้าสำรวจครั้วเรือนนั้นนอกเหนือจากการพบว่าในบางครั้วเรือนมียาเหลือใช้ แล้วยังพบว่าใน 103 ครั้วเรือนพบว่ามียา

ขาด โดยมี 211 รายการยาที่ขาด หรือไม่เพียงพอต่อการใช้งานถึงวันนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป โดยยาที่ขาดมากที่สุดคือ Vitamin B complex ซึ่งขาดใน 20 ครั้วเรือน (ร้อยละ 19.4) เป็นจำนวน 526 เม็ด ยาขาดลำดับถัดมาคือ Metformin 500 mg, HTCZ 50 mg, Nifedipine 20 mg, Glibenclamide 5 mg, และ Atenolol 100 mg ตามลำดับ โดยตารางที่ 4 แสดงรายการยาที่ขาด 10 อันดับแรก

ตารางที่ 3 สาเหตุของยาเหลือใช้ในครั้วเรือน (N = 281)

สาเหตุของยาเหลือใช้ในครั้วเรือน	จำนวน (ร้อยละ)
แพทย์จ่ายยาเกิน	120 (42.7)
ลืมกินยาในบางมื้อ	58 (20.6)
ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ หรือ ปรึบยาเอง	13 (4.6)
ไม่มีเวลานัดแพทย์ที่แน่นอน อาจจะไปก่อน หรือหลังยาหมด	8 (2.8)
กินยาเมื่อมีอาการเท่านั้น	3 (1.1)
แบ่งปันยาที่มีกับสมาชิกในครั้วเรือน หรือเพื่อน	2 (0.7)
แพทย์เปลี่ยนแปลงแบบแผนการรักษา หรือสั่งหยุดยา	2 (0.7)
เปลี่ยนสถานที่บริการทางสุขภาพ	1 (0.4)
ปฏิเสธยาเหลือใช้	34 (12.1)
ไม่ต้องการระบุเหตุผล	40 (14.2)

ตารางที่ 4 แสดงรายการยาที่ไม่เพียงพอสำหรับการใช้ในครั้วเรือน 10 รายการแรก (N = 103)

ชื่อยา	จำนวนครั้วเรือนที่มียาขาด (ร้อยละ)	ปริมาณยาขาด (เม็ด)
Vitamin B complex	20 (19.4)	526
Metformin 500 mg	13 (12.6)	444
HCTZ 50 mg	12 (11.7)	104
Nifedipine 20 mg	9 (8.7)	179
Glibenclamide 5 mg	8 (7.8)	143
Atenolol 100 mg	8 (7.8)	123
Simvastatin 10 mg	6 (5.8)	56
Amlodipine 5 mg	6 (5.8)	18
Omeprazole 20 mg	5 (4.8)	174
Enalapril tab 20 mg	5 (4.8)	79
Enalapril 5 mg	5 (4.8)	51

วิธีการจัดการยาเหลือใช้ในครั้วเรือน

เมื่อสอบถามถึงวิธีการจัดการยาเหลือใช้ ผู้ที่มียาเหลือทั้งหมด 281 คน มีผู้ให้ข้อมูลระบุว่าจะกินยาเก่าให้หมดก่อนแล้วจึงจะเริ่มกินยาใหม่ 135 คน (ร้อยละ 48.0) ผู้ให้ข้อมูล 41 คน (ร้อยละ 15.0) นำยาไปให้แพทย์ดูหรือจัดไปให้แพทย์ทราบเมื่อนัดครั้งต่อไป ยังมีผู้ระบุว่ากินยาใหม่เลยและเก็บยาเก่าเอาไว้เฉยๆ (ร้อยละ 7.4) หรือทิ้งยาเก่า (ร้อยละ 4.7) แบ่งให้กับเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 2.5) หรือ คินให้กับโรงพยาบาลหรืออนามัย (ร้อยละ 1.8) และอีก 58 คน (ร้อยละ 20.6) ไม่ได้ระบุคำตอบ

สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

การสำรวจยาเหลือใช้ในครั้วเรือน ทำให้ได้ทราบถึงสภาพปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านภายหลังได้รับยาจากบุคลากรทางการแพทย์ สถานบริการสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าครั้วเรือนส่วนใหญ่มีผู้ที่มิภาวะโรคเรื้อรังอยู่ ซึ่งในการรักษามี

วัตถุประสงค์สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อน และควบคุมสภาวะโรค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งต้องการความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก มิเช่นนั้นอาจทำให้การรักษาด้วยยาเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

หากผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ในครีวรีออนควรจะมีปริมาณพอดี หรือขาดเหลือนับจากวันนัดของแพทย์ไม่เกิน 1 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามผลการสำรวจยาเหลือใช้ในครีวรีออนครั้งนี้พบว่าในครีวรีออนที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง และใช้ยาในการรักษาประมาณร้อยละ 90 มียาเหลือใช้ในครีวรีออน ในขณะที่เดียวกัน ร้อยละ 37 ของครีวรีออนตัวอย่าง มียาบางรายการที่ขาด หรือไม่เพียงพอสำหรับการใช้จนถึงวันนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ร้อยละ 12.5 (44 ราย) ที่ไม่มีวันนัดในการพบแพทย์สำหรับโรคเรื้อรังที่แน่นอน เมื่อยาหมดถึงไปพบแพทย์ ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรในจังหวัดเชียงใหม่⁶ ที่พบว่าร้อยละ 11.9 ของประชาชนไม่มีวันนัดในการพบแพทย์ที่แน่นอน ร้อยละ 88.5 มียาเหลือใช้ในครีวรีออน และร้อยละ 27.3 มีปริมาณยาที่ไม่เพียงพอจนถึงวันนัดแพทย์ครั้งต่อไป ซึ่งเป็นภาพสะท้อนถึงการไม่ใช้ยาสำหรับโรคเรื้อรังของประชาชน ว่ายังต้องการการดูแล ให้คำแนะนำเรื่องความสำคัญของการพบแพทย์ และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการใช้ยาสำหรับโรคเรื้อรังนั้นก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคทั่วไป⁷ ซึ่งจากการศึกษาของ Wongpoowarak ที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่จังหวัดสงขลา ก็พบว่าร้อยละ 48.7 ของครีวรีออนมียาเหลือใช้ในครีวรีออน ซึ่งการสำรวจครั้งนั้นเป็นการเก็บยาทั่วไปไม่ได้จำเพาะเจาะจงที่ยาสำหรับโรคเรื้อรัง⁷

หากพิจารณาเป็นมูลค่าของยาเหลือใช้ซึ่งจะเป็นภาพสะท้อนของผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการมียาเหลือใช้ จากการสำรวจ 350 ครีวรีออนมียาเหลือใช้คิดเป็นมูลค่า 51,391 บาท (เฉลี่ยครีวรีออนละ 182.87 บาท) ซึ่งมีมูลค่าน้อยกว่าผลการสำรวจของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่⁶ (สำรวจ 253 คน มียาเหลือใช้มูลค่า 47,610 บาท หรือ 225.82 บาท/คน) แต่มูลค่าของยาโรคเรื้อรังที่เหลือใช้สูงกว่ามูลค่ายาโรคทั่วไปที่เหลือใช้ในครีวรีออน (สำรวจ 523 คนมียาเหลือใช้มูลค่า 392 ยูโร หรือประมาณ 29 บาท/คน)⁷ จะเห็นได้ว่าผลกระทบของการมียาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครีวรีออนเป็นความสูญเสียที่มากกว่า

หากพิจารณาเป็นรายการยาแล้วจะเห็นว่ายาที่พบปัญหาในการใช้ ทั้งในส่วนยาเหลือและยาขาดมากที่สุดคือ ยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจครีวรีออนในเขตชุมชนหมู่บ้านสามขา จังหวัดหนองคาย พบปัญหายาเหลือใช้ร้อยละ 54.1 ของครีวรีออนเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ⁹ โรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของสังคมไทยในปัจจุบันและในการรักษาต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่พบแสดง

ให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และเภสัชกรควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยก้าวออกจากโรงพยาบาล และใช้ยาด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกเหนือจากนั้น ผลการศึกษาข้างสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบทบาทการทำงานในชุมชน หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เนื่องจากบทบาทดังกล่าวเป็นการเอื้อให้เภสัชกรมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในครีวรีออนและชุมชนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานดังกล่าวสามารถสร้างบทบาทหน้าที่เพิ่มเติมในการดูแลยาเหลือใช้ในครีวรีออนภายใต้กรอบความรับผิดชอบของเภสัชกรเอง เพื่อก่อให้เกิดการยอมรับในวิชาชีพต่อไป

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าเหตุผลของการไม่กินยาตามที่แพทย์ระบุนั้นเป็นไปได้หลายประการ ประการแรกเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง การลืม/ไม่ให้ความสำคัญ (ร้อยละ 20.6) หรือ หูดยด/ปรับเปลี่ยนวิธีการกินยาตามที่ตนเห็นว่าเหมาะสม (ร้อยละ 4.6) หากพิจารณาตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย แต่หากพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเองมีคำอธิบายเหตุผลของการหยุด หรือปรับการกินยาของตนเอง ซึ่งไม่ได้เกิดจากการเพิกเฉย หรือไม่ใส่ใจในการกินยา แต่จากคำอธิบายของผู้ป่วยหลาย ๆ คน กล่าวว่าการตั้งใจหยุดยาบางมื้อเพราะดื่มสุรา หรือเพราะมีอาการที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นอาการข้างเคียงของยา หรือการแบ่งปันยากันกินระหว่างคนที่รู้จักกัน เป็นต้น ดังนั้นเภสัชกรจึงควรให้ความสำคัญต่อการใช้เวลากับผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเรื่องยา ความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และเภสัชกรควรจะทำควบคู่กับการทำความเข้าใจวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการกินยา ในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับ ปรับเปลี่ยนมุมมองของทั้งผู้ป่วย และของบุคลากรทางการแพทย์ อันจะนำไปสู่การรักษาโดยการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นที่อังกฤษ ภาวสุทธิไพศิฐ และคณะได้แสดงไว้ในวิธีการทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้แบบจำลองการอธิบายโรค (Explanatory model) ว่าผู้ป่วยไม่ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค วิธีการดำเนินไปหรือความรุนแรงของโรคเบาหวาน จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง นอกจากนั้นด้วยความเชื่อที่ว่าการกินยาปริมาณมาก เม็ดใหญ่ ติดต่อกันนาน ๆ อาจทำให้ไตวาย ทำให้มีการหยุดใช้ยา และแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในการรักษาโรค เช่น สมุนไพร เป็นต้น และหากเภสัชกรเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น ค่อย ๆ หาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกันก็สามารถรวมแก้ไขปัญหายของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมได้^{10,11}

อีกเหตุผลหนึ่งของการเกิดภาวะยาเหลือใช้คือพฤติกรรมกรจ่ายยาเกิน และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์ จึงทำให้

ยาเหลือที่ตัวผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสถานบริการสุขภาพควรมีระบบการจัดการกับยาที่คงค้างระหว่าง ระบบการส่งต่อผู้ป่วย หรือการเปลี่ยนแผนการรักษา เพื่อเป็นการป้องกันการเหลือใช้ของยา แม้ว่าในการศึกษานี้หักลบจำนวนยาออกไปอีก 7 วันสำหรับกรณีที่แพทย์อาจจะเจตนาจ่ายยาเกินให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการขาดยาหากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ ก็ยังพบว่ายังมีปริมาณยาเหลือค้างในครัวเรือนอีกจำนวนมาก (539 รายการ จาก 350 ครัวเรือน) และมีผู้ใช้ยาถึงร้อยละ 42.7 ระบุว่าแพทย์สั่งจ่ายยาให้เกิน หากในทุกครั้งของการพบแพทย์ผู้ป่วยได้รับยาเผื่อเป็นปริมาณยาเพียงพอ กับ 7 วัน ใน 1 ปีจะมีปริมาณยาที่เหลือใช้สะสมอยู่ถึง 84 วันเป็นต้น ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาเนื่องจากประชาชนไม่ทราบว่าจะจัดการกับยาเหลือใช้อย่างไร โดยที่ร้อยละ 48.0 ของผู้ป่วยพยายามจะกินยาเก่าที่มีให้หมดก่อนจึงจะเริ่มกินยาใหม่ ร้อยละ 7.4 เก็บยาเก่าเริ่มกินยาใหม่ และร้อยละ 4.7 กินยาใหม่โดยทิ้งยาเก่า มีเพียงร้อยละ 15.0 ของผู้ป่วยที่นำยาเก่าไปพบแพทย์หรือจดจำจำนวนยาเก่าไปบอกแพทย์ในวันนัดครั้งต่อไป หากทางสถานพยาบาลยังคงมีแนวปฏิบัติในการจ่ายยาเผื่อให้กับผู้ป่วยโดยไม่มีแนวทางจัดการเก่าที่ค้างอยู่ในครัวเรือน ขนาดของปัญหาเหลือใช้ก็จะขยายในวงกว้างและใหญ่มากขึ้น

นอกเหนือจากนั้น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 18.6 ของประชาชนเข้ารับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง การใช้บริการที่หลากหลายอาจจะก่อให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อน ที่ไม่สอดคล้อง และไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ควร ชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความจำเป็นของการรับบริการบริการจากสถานบริการหลัก สถานบริการเดียว หรือ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยแจ้งให้กับแพทย์ทราบเรื่องยาที่มีอยู่หากปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา หรือเปลี่ยนสถานบริการทางการแพทย์⁹ นอกจากนี้หลักการของการประสานรายการยา (medication reconciliation) จะเป็นเครื่องมืออันสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมียาที่เพียงพอ สำหรับใช้ ไม่สะสมยามากจนเกินไป ที่สำคัญยังช่วยในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา หรือแม้แต่การผัดนัดของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยกลับไปทบทวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย นอกจากนี้เภสัชกรสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการจัดการกับยาที่เหลือใช้ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนทิ้งยาที่เหลือร่วมกับขยะทั่วไป บางคนเก็บยาเก่าปนกับยาที่ได้รับมาใหม่ ดังนั้นเภสัชกรควรพัฒนาระบบเพื่อจัดการกับยาเหลือใช้ในครัวเรือนอย่างเหมาะสมต่อไป

การศึกษายาเหลือใช้ในครัวเรือน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะเป็นโอกาสที่เภสัชกรมีโอกาสได้ศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รับทราบปัญหาเรื่องยา และสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะทำให้ง่ายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกินยาของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งจากประสบการณ์การเยี่ยมบ้านสะท้อนให้เห็นว่าสามารถสร้างความเข้าใจ และปรับแนวคิดผู้ปฏิบัติงานให้เห็นถึง

มุมมองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชศาสตร์ต่อความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาเหลือใช้ในครัวเรือน⁹ พบว่าสามารถเพิ่มความรู้อะไรเกี่ยวกับการใช้ยาและการเก็บรักษา ยาได้ รวมถึงช่วยลดปัญหาเหลือใช้ในครัวเรือนได้ด้วย ดังนั้นการเยี่ยมบ้านน่าจะมีความสำคัญในการดำเนินงานของเภสัชกรร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และยังเป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรต่อไป

ข้อจำกัดการศึกษา

ปริมาณ และมูลค่าของยาเหลือใช้/ยาขาดในครัวเรือนที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ มีขนาดที่น้อยกว่าการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลยาเหลือใช้จากประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่¹⁰ ที่พบว่ามียูลค่ายาเหลือใช้ 225.82 บาท/คน ซึ่งเป็นไปได้ว่าปริมาณและมูลค่าของยาเหลือใช้ในการศึกษานี้มีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง (under-estimation) เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการ คือ 1) ผู้วิจัยตัดผู้ใช้ยาที่ไม่มีกำหนดเวลาการนัดแพทย์ที่แน่นอน และผู้ที่ไม่ทราบวันเวลานัดแพทย์ครั้งถัดไปออกไปจากการศึกษา เนื่องจากไม่สามารถประเมินปริมาณ และมูลค่ายาที่เหลือหรือขาดในครัวเรือนได้ 2) เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเวลากลางวัน คนที่อาศัยอยู่ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลจะทราบเพียงยาของตนเอง ไม่ทราบเรื่องการใช้จ่ายของบุคคลอื่นในครัวเรือน หรือผู้ป่วยบางรายนำยาเพียงบางส่วนมาให้ดูเป็นตัวอย่างเท่านั้น และ 3) มูลค่าราคาคำนวณจากราคากลางขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นราคาต้นทุนของยาที่มีมูลค่าต่ำกว่าราคาในท้องตลาด

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียง 1 ตำบล ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ตำบลดังกล่าวมีลักษณะชุมชนเป็นแบบกึ่งเมือง กึ่งชนบท ซึ่งลักษณะการใช้ยา การรับบริการจากสถานบริการสุขภาพ สภาพสังคม สภาวะทางเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิต อาจแตกต่างจากชุมชนอื่นๆ ในประเทศไทย ดังนั้นผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถนำข้อมูลเรื่องยาเหลือ/ขาด ไปใช้ในชุมชนที่มีบริบทต่างไปได้

โดยสรุปแล้วการเก็บข้อมูลยาเหลือใช้ในครัวเรือนในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยและเภสัชกรได้เห็นและเข้าใจถึงสภาวะการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องการการดูแล ให้ความรู้ เพิ่มความเข้าใจให้กับผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และยังสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการส่งจ่ายยา และส่งต่อยาของผู้ป่วยจากสถานบริการสุขภาพได้ต่อไป เภสัชกรที่มีความต้องการให้บริการเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิในชุมชนอาจใช้ผลที่ได้จากการสำรวจนี้เป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Anon. Huge waste of medicines claimed. *Pharm J* 2000;264:238. Cited in Jesson J, Pocock R, Wilson K. Reducing medicines waste in the

- community. *Prim Health Care Res Dev* 2005;6:117-124.
2. Abou-Auda HS. An economic assessment of the extent of medication use and wastage among families in Saudi Arabia and Arabian Gulf countries. *Clin Ther* 2003;25:1276-1279.
 3. Zargarzadeh AH, Tavakoli N, Hassanzadeh A. A survey on the extent of medication storage and wastage in urban Iranian households. *Clin Ther* 2005;27:970-978.
 4. Ali SE, Ibrahim MIM. Extent of medication wastage and cost among female students in a University setting. *MU J Pharm* 2009;36(1-4):34-43.
 5. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. องค์การอนามัยโลก สำนักงานกรรมการอาหารและยาและ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
 6. Ruhoy IS, Daughton CG. Beyond the medicine cabinet: an analysis of where and why medications accumulate. *Environ Int* 2008;34(8):1157-1169.
 7. Wongpoowarak P, Wanakamane U, Panpongtham K, Trisdikoon P, Wongpoowarak W, Ngorsuraches S. Unused medications at home – reasons and costs. *Int J Phar Pract* 2004;12(3):141-148.
 8. ปราบธนา ชามพูนท, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, พัทธวีภา สุวรรณพรหม. ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2554;6(2):105-111.
 9. มลฤดี มณีรัตน์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ภาณุมาศ ภูมาศ, พงษ์ศักดิ์ สังกศรี. ผลของการเยี่ยมบ้านโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ต่อความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาหายขาดในครัวเรือน. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2553; 2(1): 24-34.
 10. อังกูร ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนาภรณ์ อารีพันธ์, กนกพร นีวัฒนนันท์, วรณดี เต้ไสดีกุล. การบูรณาการแบบจำลองการอธิบายโรคสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกรคลินิก. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2009;19:28-42.
 11. Pavasudthipaisit A, Awiphan R, Niwatananan K, et al. A randomized control trial of a pharmacist practitioner model to improve glycemetic control in type 2 diabetic patients. *Thai J Hosp Pharm* 2011;21(1):9-23.
 12. BBC news. Campaign against wasted medicines. (Accessed on December 8, 2009, at http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/gloucestershire/3186670.stm).

Editorial note

Manuscript received in original form on October 4, 2011;
accepted in final form on January 10, 2012