

ยาที่ส่งจ่ายโดยแพทย์ซึ่งเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: ขนาดของปัญหาและสาเหตุ

ไมย์แนล หมัดบินเฮต¹, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
²สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาขนาดและสาเหตุของการมียาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง **วิธีการ:** การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุของยาเหลือใช้ โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล 5 ท่านและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 14 ท่าน ผู้วิจัยค้นหาสาเหตุของการมียาเหลือใช้โดยสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม และยังใช้การสนทนากลุ่มในผู้ป่วย การศึกษาส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อหาจำนวนยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 2 ปีเพื่อลดโอกาสการที่ผู้ป่วยทั้งยาที่เหลือหรือหมดอายุ ผู้วิจัยนับปริมาณยาของยาเหลือที่บ้านของผู้ป่วย 81 รายและสัมภาษณ์เพื่อประเมินการใช้ยาตามสั่ง ร่วมกับการพิจารณาประวัติการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อคำนวณหาปริมาณยาที่เหลือจำแนกตามสาเหตุต่าง ๆ **ผลการวิจัย:** การศึกษาส่วนที่ 1 พบว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ ได้แก่ 1) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การหยุดยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา การลืมรับประทานยา 2) การส่งจ่ายยาในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับโดยไม่ตั้งใจ ได้แก่ การส่งจ่ายยาเกินกว่าที่ต้องใช้จริงเกินกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป และการส่งจ่ายยาซ้ำหรือที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้วเนื่องจากขาดการตรวจสอบประวัติรักษา 3) การขาดระบบการจัดการยาเหลือใช้ สะสมที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ ได้แก่ การส่งจ่ายยาเผื่อขาด และการเปลี่ยนแปลงการรักษา และ 4) การใช้บริการจากสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง เช่น ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล การรับยาตัวเดียวกันจากหลายสถานพยาบาล เป็นต้น การศึกษาส่วนที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมียาเหลือทั้งหมด 110.62 ± 88.29 เม็ดต่อคนต่อปี หรือ 70.75 ± 57.51 บาทต่อคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.17 ของมูลค่ายาที่ได้รับทั้งหมด มูลค่ายาเหลือใช้ร้อยละ 53.74, 24.92 และ 8.27 เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การได้รับยาเผื่อขาด และการส่งยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้จริงเกินกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป ตามลำดับ ผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลในขณะทำวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 2,820 คน มูลค่าความสูญเสียจากยาเหลือใช้ประมาณการได้ คือ 199,515 บาทต่อปี **สรุป:** ข้อมูลมูลค่าของยาเหลือใช้สามารถช่วยเพิ่มความตระหนักในปัญหานี้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สาเหตุและขนาดของยาเหลือใช้จากแต่ละสาเหตุทำให้สามารถสร้างแนวทางการจัดการปัญหาที่มุ่งเน้นไปที่สาเหตุหลักของปัญหา

คำสำคัญ: ยาเหลือใช้ สาเหตุของยาเหลือใช้ โรคความดันโลหิตสูง เภสัชกรรมโรงพยาบาล

รับต้นฉบับ: 9 มี.ค. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 15 เม.ย. 2567, รัลงตีพิมพ์: 22 เม.ย. 2567

ผู้ประสานงานบทความ: สงวน ลือเกียรติบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 E-mail: sanguan.l@psu.ac.th

Unused Prescription Drugs in Hypertensive Patients: Magnitude and Causes

Mainaen Madbinhad¹, Sanguan Lerkiatbundit²

¹Department of Pharmacy and Consumer Protection, Bangkaew Hospital, Phatthalung

²Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences,
Prince of Songkha University

Abstract

Objective: To determine magnitude and causes of unused medications in hypertensive patients at a community hospital. **Methods:** The research employed mixed methodology with 2 phases of study. The first phase was a qualitative study to identify the causes of unused medications. The informants were 5 staff members of the hospital and 14 hypertensive patients. The researcher identify the causes of unused medications by in-depth interviewing with both groups of informants and organizing focus group discussion among patients. The second phase of the study was quantitative research to determine the magnitude of unused medications in hypertensive patients under treatment in the hospital for less than 2 years in order to reduce the probability of discarding unused or expired medications. The researcher counted the remaining pills during home visits of 81 patients and interviewed them to assess medication adherence. The obtained information and data on history of treatment in each patient were used to calculate the magnitude of unused medications according to various causes. **Results:** The first phase of the study found that causes of unused medications included 1) medication noncompliance among the patients such as drug discontinuation due to adverse drug reactions, forgetting to take medication; 2) unintentional prescribing of drugs in a larger amount than the patient should receive including more than 10% oversupply of medications and redundant drug prescribing because of no review of past medication profiles; 3) lack of system for handling the cumulative unused medications from intentional drug prescribing including prescribing with amount of drug oversupply in case of drug loss and changes of drug treatments; and 4) receiving services from more than one health care settings such as referred patients and polypharmacy. The second phase of the study found that amount of unused medications was 110.62±88.29 tablets/patient/year with the cost of 70.75±57.51 bath/patient/year, accounting for 11.17% of total cost of prescribed medications. 53.74%, 24.92% and 8.27% of the cost of unused medications resulted from noncompliance, small intentional oversupply of medications, drug oversupply for more than 10%, respectively. There were 2,820 patients in the hospital's hypertensive clinic at the time of the research. The estimated value of unused medications was 199,515 baht per year. **Conclusion:** Information on the value of unused medications can help increase hospital staff's awareness of this issue. The causes and magnitude of unused medications from each cause allow for the development of intervention targeting at the major causes of the problem.

Keywords: unused medications, causes of unused medications, hypertension, hospital pharmacy

บทนำ

ผู้ป่วยมียาเหลือใช้เป็นปริมาณมากในแต่ละปีและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ (1-6) ในสหรัฐอเมริกาพบการสูญเสียจากปัญหานี้ต่อปีสูงถึง 5,400 ล้านดอลลาร์ (1) ในสหราชอาณาจักรพบความสูญเสียประมาณ 300 ล้านดอลลาร์ต่อปี (2) และในเนเธอร์แลนด์พบความสูญเสีย 100 ล้านยูโรต่อปี (3) ผู้ป่วยสูงอายุในสหรัฐอเมริการ้อยละ 47 ได้รับยาในปริมาณที่มากเกินไปจนความจำเป็น มูลค่ายาที่ครอบครองเกินความจำเป็นเท่ากับร้อยละ 14 ของมูลค่ายาที่สำรวจ (4) ปัญหานี้พบได้มากในประเทศไทยเช่นกัน การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 88.5 มียาเหลือใช้ คิดเป็นมูลค่าเฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 225 บาท (5) การครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วยในประเทศไทยเฉพาะที่มีสาเหตุจากการสั่งจ่ายยาที่มากเกินไป ทำให้เกิดความสูญเสียเป็นมูลค่าสูงถึง 2,350 ล้านบาทในปี พ.ศ.2555 (6)

ปัญหาเหลือใช้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 20 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ (7) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ (8) การมียาเหลือใช้ส่งผลกระทบต่อความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยเนื่องจากบางกรณีผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์ (เช่น การสั่งหยุดยาบางรายการ) จึงใช้ยาที่เหลือหรือที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้ตามความเคยชิน หรือผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะยาชนิดเดียวกันที่มีชื่อการค้าต่างกันได้ ทำให้รับประทานยาซ้ำซ้อน หรือการแบ่งยาของตนเองให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกับตนเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียทั้งในแง่ของผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา

การทบทวนวรรณกรรมจำนวน 42 บทความอย่างเป็นระบบโดย West, Diack, Cordina, และ Stewart พบว่าสาเหตุของการมียาเหลือใช้ที่พบมากที่สุดในการศึกษาต่าง ๆ ได้แก่ การที่แพทย์เปลี่ยนแปลงชนิดยา ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสียชีวิต ผู้ป่วยหายจากโรค และยาหมดอายุ (9) ข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษาในอดีตเหล่านี้ คือ การประเมินสาเหตุของยาเหลือใช้ทำให้ผู้ป่วยหรือบุคคลที่ใกล้ชิดรายงานด้วยตนเองผ่านแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทำให้อาจมีอคติในผลการวิจัย ดังเห็นได้จากการที่

ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเองถูกระบุว่าเป็นสาเหตุของปัญหาเหลือใช้ใน 5 การศึกษาเท่านั้นจากทั้งหมด 42 การศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยลังเลที่จะรายงานในสิ่งที่คิดว่าเป็นความผิดของตน (9) การศึกษาในอดีตทั้งหมดในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังไม่ได้ใช้ข้อมูลประวัติการใช้ยาของแพทย์ ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา และข้อมูลปริมาณยาเหลือที่ได้จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหานี้ จึงยังไม่สามารถบอกได้ว่า สาเหตุใดทำให้เกิดยาเหลือใช้มากที่สุด ข้อมูลนี้มีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหานี้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากและโรคนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศ ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 สัดส่วนของประชากรทั่วโลกในวัยทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีสูงถึงร้อยละ 29.5 (10) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (11) ผู้ที่เป็นโรคนี้จำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการใช้ยาต่อเนื่องไปตลอด จึงมีโอกาสสูงที่จะพบยาเหลือใช้ในปริมาณที่มาก การศึกษานี้จึงเน้นศึกษาเหลือใช้ในโรคนี้

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในจังหวัดพัทลุงที่เป็นสถานีวิจัย ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ซึ่งโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคนี้ในขณะวิจัย (กรกฎาคม พ.ศ.2555) ทั้งหมด 2,820 คน ผู้ป่วยโรคนี้มารับบริการเดือนละประมาณ 1,000-1,200 ครั้ง การที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีความถี่ในการรับบริการที่สูง ทำให้มีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยจะมียาเหลือใช้ได้มาก อีกทั้งโรงพยาบาลยังไม่ได้กำหนดแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน มีแต่เพียงการรณรงค์ให้ผู้ป่วยนำยาเดิมกลับมายังโรงพยาบาลเพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบทุกครั้งที่มาใช้บริการ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้นำยาเดิมกลับมา

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาสาเหตุและขนาดของการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของยาเหลือใช้สามารถนำไปสร้างมาตรการเพื่อจัดการกับปัญหานี้ที่เหมาะสม

กับบริบทของโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลขนาดของปัญหาจะ ช่วยกระตุ้นให้ทุกฝ่ายในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของ ปัญหา ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา ของทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย

ภาพรวมของการศึกษา

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดย ประกอบด้วย 2 ส่วน การศึกษาส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาเชิง คุณภาพเพื่อหาสาเหตุของยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง โดยดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2556- มกราคม พ.ศ.2557 การศึกษาส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิง ปริมาณเพื่อหาขนาดของยาเหลือใช้ในผู้ป่วยนี้ จำแนกตาม สาเหตุต่าง ๆ โดยดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557-มีนาคม พ.ศ.2558 งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการเก็บ ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัยและ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (0521.107/1796) ยาเหลือใช้ในการศึกษานี้ หมายถึง ยาที่ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้อีกต่อไป หรือยาที่ผู้ป่วยยังต้องใช้แต่ มีปริมาณมากเกินกว่าที่ต้องใช้ไม่ว่ายานั้นจะเหลือเนื่องจาก สาเหตุใดก็ตาม

การศึกษาส่วนที่ 1: สาเหตุของยาเหลือใช้

สถานที่วิจัย

สถานที่วิจัย คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง แห่งหนึ่งในจังหวัดพัทลุง ซึ่งให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ประมาณ 6,000 ใบสั่งยาต่อเดือน และมีอัตราการครองเตียง เท่ากับ 22 เตียง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ทั้งหมด 2,820 คน ผู้ป่วยโรคนี้มารับบริการในแต่ละเดือน กว่าพันคน เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน พยาบาล 3 ท่าน นัก กายภาพบำบัด 1 ท่าน เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ 1 ท่าน ผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ท่าน และอาสาสมัครเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้ป่วย 1 ท่าน คลินิกความดันโลหิตสูงเปิดให้บริการในวัน พุธของทุกสัปดาห์

นักวิจัยที่เก็บข้อมูล

นักวิจัยที่เก็บข้อมูลจบการศึกษาเภสัชศาสตร์ใน ระดับปริญญาตรีและโท และทำงานเป็นเภสัชกรใน

โรงพยาบาลชุมชนของรัฐเป็นระยะเวลากว่า 5 ปี นักวิจัย อาศัยในอำเภอใกล้เคียงกับอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาล จึง ถือว่าเป็นบุคคลในพื้นที่ และมีความเข้าใจความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยชาว ไทยพุทธและมุสลิมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน นักวิจัยยัง เข้าใจภาษาถิ่นที่ใช้สื่อสารในพื้นที่ด้วย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เกี่ยวข้องกับการเกิดยาเหลือใช้ ซึ่งได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง การเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ การเก็บข้อมูล จากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใช้การสนทนากลุ่ม และใช้การ สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนา กลุ่มได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอม ในการเข้าร่วมการวิจัย

การสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูล: ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรทาง การแพทย์ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน และเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ณ จุด บริการต่าง ๆ อีก 3 ท่าน ได้แก่ เภสัชกร 1 ท่านและ พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยในและพยาบาลประจำห้อง ฉุกฉินอย่างละ 1 ท่าน รวม 5 ท่าน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในและพยาบาลประจำห้องฉุกฉิน เพราะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาราชการ มา รักษาด้วยภาวะฉุกฉิน หรือเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งจัดการแทนเจ้าหน้าที่ของคลินิกความดันโลหิตสูง อาทิเช่น การจัดการเรื่องวันนัดของผู้ป่วย พยาบาลกลุ่มนี้จึง มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเข้าใจถึงสาเหตุของยาเหลือใช้

ประเด็นคำถามที่สัมภาษณ์: แนวคำถามที่ใช้ สัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 5 ประเด็น หลัก ได้แก่ การรับรู้ถึงปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง การตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ การ จัดการปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ สาเหตุของการมี ยาเหลือใช้ และข้อเสนอแนะในการจัดการปัญหา คำถามถูก สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและการพูดคุยเบื้องต้นกับ เภสัชกรจำนวน 1 ท่านที่เป็นผู้ให้ข้อมูล คำถามได้รับการ ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาจากนักวิจัยและ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานหรือการ วิจัยในเรื่องยาเหลือใช้ รวม 2 ท่าน

การสัมภาษณ์: ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ดำเนินการตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ และผู้วิจัยซักถามในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม หรือประเด็นใหม่ที่น่าสนใจ ผู้วิจัยได้จัดบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การแสดงกิริยาท่าทาง ลักษณะคำพูด หรือสีหน้าขณะให้สัมภาษณ์

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยนำไฟล์เสียงจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาถอดเทปทุกวันหลังการสัมภาษณ์ในลักษณะคำต่อคำ และพิจารณาพร้อมกับข้อมูลที่บันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อผู้วิจัยเข้าใจในข้อมูลการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ที่สนใจ

การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูล: ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงและมียาเหลือใช้ในปริมาณมาก การค้นหาผู้ให้ข้อมูลขั้นต้นอาศัยการแนะนำของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ทราบปริมาณยาเหลือใช้ของผู้ป่วยจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการ และอาศัยการแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลเองถึงผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มียาเหลือใช้อย่างมาก ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะสุดโต่งในเรื่องนี้เนื่องจากน่าจะเป็นผู้ที่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของยาเหลือ หลังจากนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกบุคคลที่ได้รับการแนะนำอีกครั้งเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยต้องเป็นผู้ที่นำยาเหลือใช้มายังโรงพยาบาลและมีปริมาณตั้งแต่ 80 เม็ดขึ้นไป หรือเป็นผู้ป่วยถูกระงับในเวชระเบียนว่าเคยมียาเหลือใช้ในปริมาณที่มาก

การสนทนากลุ่ม: การสนทนากลุ่มจัดขึ้น 2 กลุ่ม โดยมีสมาชิก 5-6 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ช่วยวิจัยจดคำพูดระหว่างสนทนา รวมทั้งจดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล และควบคุมการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม หลังจากที่ได้รับอนุญาตแล้ว สถานที่ในการสนทนากลุ่มคือห้องประชุมเล็กของโรงพยาบาลซึ่งไม่มีสิ่งรบกวนการสนทนา การสนทนากลุ่มดำเนินการใน 4 ประเด็น คือ การรับรู้ถึงปัญหาการใช้ยาเหลือใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การจัดการต่อยาเหลือใช้ของผู้ป่วย สาเหตุของการมียาเหลือใช้ และข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ การสนทนาใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยบางรายที่ผ่านการคัดเลือกให้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ไม่สามารถเข้าร่วมได้ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้วิธีเดียวกับการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ โดยถอดเทปบันทึกเสียงทั้งในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยละเอียดแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นทำความเข้าใจข้อความและดึงเฉพาะข้อความที่มีประเด็นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา และกำหนดรหัสที่บ่งบอกความหมายของข้อความเหล่านั้น หลังจากนั้นนำข้อมูลและรหัสที่ได้มาจัดเรียงเป็นหมวดหมู่ การกำหนดรหัสทำโดยผู้วิจัยทั้งสองท่านอย่างเป็นอิสระต่อกัน หลังจากนั้นนำรหัสที่ได้มาตรวจสอบความแตกต่างและอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป

ผู้วิจัยจัดหมวดหมู่ข้อความเข้าด้วยกันตามรหัสที่สัมพันธ์กัน และสร้างตารางสรุปสาระสำคัญเพื่อบอกเรื่องราวของสิ่งที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ หลังจากนั้นหาข้อสรุปและตีความข้อค้นพบโดยการพิจารณาข้อมูลในตารางสรุปที่สร้างขึ้น ควบคู่กับการย้อนกลับไปอ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทป ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อสรุปที่ได้โดยเปรียบเทียบผลการวิจัยที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกต่าง ๆ

การศึกษาส่วนที่ 2: ขนาดของยาเหลือใช้จำแนกตามสาเหตุ

การวิจัยส่วนนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อหาปริมาณของยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุที่ค้นพบจากการศึกษาส่วนที่ 1

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย เกณฑ์การรับเข้า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่มีหรือไม่มีโรคอื่นร่วมด้วยในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล และรับบริการในโรงพยาบาลมาไม่เกิน 2 ปีเมื่อตรวจสอบจากประวัติการรักษาของโรงพยาบาล ผู้วิจัยคาดว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเก็บยาเหลือใช้เอาไว้ ส่วนผู้ป่วยที่รับยามานานกว่า 2 ปี อาจทิ้งยาบางส่วนไปแล้ว หรืออาจมียาหมดอายุและถูกทิ้งไป เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ 2) ผู้ป่วยที่

ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรกที่โรงพยาบาลอื่นซึ่งไม่ใช่สถานที่วิจัย 3) ผู้ป่วยที่รายงานว่าได้กำจัดยาเหลือใช้ไปแล้วไม่ว่าโดยวิธีใด เช่น ทิ้งไป บริจาค หรือนำมาคืนโรงพยาบาล 4) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาโดยไม่ใช้ยาควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น การควบคุมอาหาร และ 5) ผู้ป่วยที่มีประวัติไม่มารับยาตามนัดตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป

ผู้วิจัยสืบค้นฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเพื่อรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยามาไม่เกิน 2 ปี หลังจากเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อซักประวัติว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัยหรือไม่ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในใบสมัครใจเข้าร่วมในโครงการหลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและกระบวนการวิจัยจนผู้ป่วยเข้าใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วย 40 คน พบผู้ป่วยที่มียาเหลือและนำติดตัวมาด้วย 12 คน ผู้ป่วยอีก 12 คนมียาเหลือแต่ไม่ได้นำมา จึงไม่สามารถระบุปริมาณยาที่เหลือได้ และผู้ป่วย 16 คนไม่มียาเหลือ การคำนวณหามูลค่ายาเหลือจากผู้ป่วย 12 คนที่นำยาติดตัวมาและผู้ที่ไม่มียาเหลือ 16 คน โดยใช้ราคากลางของกระทรวงสาธารณสุขในปีที่วิจัย (พ.ศ. 2558) พบว่า ยาเหลือใช้มีมูลค่ารวม 628.73 บาท หรือ 22.45 ± 30.65 บาทต่อคน การศึกษาใช้ค่า SD นี้ (30.65) ในขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran (12) โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งเท่ากับ 0.05 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 6.7 (ร้อยละ 30 ของค่าเฉลี่ย) ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในการวิจัย คือ 81 คน งานวิจัยนี้ใช้การเลือกตัวอย่างแบบตามสะดวก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ชนิดของยาที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ คือ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยารักษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น แต่ไม่รวมถึงยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเป็นครั้งคราว เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ เป็นต้น การศึกษานี้เก็บข้อมูลของยาทุกรูปแบบ เช่น หากเป็นยาเม็ดจะใช้วิธีการนับเม็ด ส่วนยาน้ำฉีดอินซูลินนับเป็นหลอด

ผู้วิจัยขอที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมการศึกษาเพื่อใช้ติดต่อขอเก็บข้อมูลยาเหลือใช้ที่บ้านของผู้ป่วย ในการเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย ผู้วิจัยขอดูยาเหลือทั้งหมดที่มี และบันทึกชนิดและปริมาณของยาเหลือใช้ไว้

ผู้วิจัยยังสอบถามผู้ป่วยถึงวิธีการรับประทานยาในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้คำถามที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากำลังถูกจับผิด คือ ให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดให้ฟังทั้งชนิด ปริมาณ และความถี่ในการใช้ยาต่อวัน ตลอดจนจำนวนครั้งของการลืมรับประทานยาหรือการขาดยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลนี้ถูกนำมาคำนวณอัตราการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยในยาแต่ละชนิด

การคำนวณตัวแปรในการศึกษา

ปริมาณยาเหลือใช้: การศึกษานี้เก็บข้อมูลยาเหลือใช้จากการเยี่ยมบ้านโดยเก็บเฉพาะยาเหลือใช้ที่เป็นยาของโรงพยาบาลในการวิจัยเท่านั้น โดยพิจารณาจากชื่อสถานพยาบาลบนซองบรรจุยา ชื่อทางการค้า และการสอบถามผู้ป่วย แต่บางกรณีที่ไม่สามารถแยกได้ เช่น ยาที่รับจากโรงพยาบาลในการศึกษากับจากโรงพยาบาลอื่นมีชื่อการค้าเดียวกัน และปะปนอยู่ในซองเดียวกัน ให้ถือว่ายานั้นได้รับจากโรงพยาบาลในการวิจัย ปริมาณยาเหลือใช้คำนวณจาก (ปริมาณยาที่พบในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย) - (ปริมาณยาที่ต้องใช้ตั้งแต่วันที่เยี่ยมบ้านจนถึงวันนัดพบแพทย์ในครั้งถัดไป)

ปริมาณยาเหลือใช้จำแนกตามสาเหตุต่าง ๆ: การศึกษาคำนวณปริมาณยาเหลือจากสาเหตุต่าง ๆ ที่พบในการศึกษาส่วนที่ 1 ได้แก่ 1) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 2) การส่งจ่ายยาปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับโดยไม่ตั้งใจ 3) การขาดระบบการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ และ 4) สาเหตุอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อ 1-3 เดิมสาเหตุข้อ 4 คือ การใช้บริการสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง แต่ในที่นี้ปรับเป็นสาเหตุอื่น ๆ เพื่อให้ครอบคลุมสาเหตุที่อาจไม่พบในการศึกษาส่วนที่ 1 วิธีการคำนวณมีดังนี้

1. ปริมาณยาเหลือใช้จากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา: ในระหว่างเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมาเพื่อคำนวณอัตราการใช้ยาตามสั่งจากสูตร (ปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้จริงในช่วง 1 เดือน) $\times 100 /$ (ปริมาณยาที่ผู้ป่วยควรใช้ตามคำสั่งของแพทย์ในช่วง 1 เดือน) ทั้งนี้ งานวิจัยนี้สมมติให้อัตราการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยมีค่าคงที่ตลอดช่วงการรักษา ปริมาณยาเหลือใช้จากความไม่ร่วมมือในการใช้ยานับตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงวันที่เก็บข้อมูลคำนวณจาก (1 - อัตราการใช้ยาตามสั่ง) \times ปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ตามคำสั่งแพทย์นับตั้งแต่เริ่มการ

รักษาจนถึงวันเก็บข้อมูลที่บ้าน (ได้จากการสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล)

2. ปริมาณยาเหลือใช้จากการส่งจ่ายยาในปริมาณที่มากกว่าที่ควรได้รับโดยไม่ตั้งใจ

2.1 ปริมาณยาเหลือใช้จากการส่งจ่ายยาในปริมาณที่เกินกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้จริงร้อยละ 10 ขึ้นไป: จากการสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในส่วนของการรับยาของผู้ป่วยทุกครั้งตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงวันเก็บข้อมูลที่บ้าน หากพบว่าการรับยาค้างครั้งใดที่มีการส่งจ่ายยาในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับร้อยละ 10 ขึ้นไป จะถือว่า ยาส่วนที่เกินร้อยละ 10 เป็นยาเหลือใช้ที่เกิดจากสาเหตุข้อนี้

2.2 ปริมาณยาเหลือใช้จากการส่งจ่ายยาซ้ำ เนื่องจากการขาดการตรวจสอบประวัติการรับยา: ในการสืบค้นข้อมูลการรับยาของผู้ป่วยทุกครั้งตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงวันเก็บข้อมูลที่บ้าน หากพบว่ามีการรักษาที่ผู้ป่วยมาก่อนวันนัด ให้พิจารณารายการยาที่แพทย์สั่งจ่ายในวันนั้นว่าเป็นการสั่งยาที่ซ้ำกับที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้วหรือไม่ หากซ้ำให้ถือว่า ปริมาณยาที่สั่งจ่ายในวันนั้นเป็นยาที่เหลือเนื่องจากสาเหตุนี้

3. ปริมาณยาเหลือใช้จากการขาดระบบการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์

3.1 ปริมาณยาเหลือใช้จากการขาดการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากการสั่งยาเผื่อเหลือเผื่อขาด: ปริมาณยาเหลือใช้จากการสั่งยาเผื่อเหลือเผื่อขาดได้จากการสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเหมือนสาเหตุข้อ 2.1 แต่ต่างกันที่ถือว่าเป็นเจตนาของแพทย์ที่สั่งยาเผื่อไปเล็กน้อยไม่เกินร้อยละ 10 ของปริมาณยาที่สั่งจ่าย ปริมาณยาเหลือใช้จากการสั่งยาเผื่อเหลือเผื่อขาดตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงวันเก็บข้อมูลที่บ้านได้จากการรวมปริมาณยาเผื่อเหลือเผื่อขาดของการสั่งยาทุกครั้งเข้าด้วยกัน

3.2 ปริมาณยาเหลือใช้จากการขาดการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณีผู้ป่วยมาก่อนวันนัด: ในการสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของตัวอย่างแต่ละราย หากพบที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาด้วยยาในกรณีผู้ป่วยมาก่อนวันนัด โดยแพทย์สั่งหยุดยาบางรายการหรือสั่งลดขนาดยา จะทำให้มียาเหลือผู้วิจัยคำนวณปริมาณยาที่เหลือเนื่องจากสาเหตุนี้เป็นรายครั้งของการรักษา และนำมารวมกัน

4. ปริมาณยาเหลือใช้จากสาเหตุอื่น ๆ: ปริมาณยาเหลือใช้ที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากสาเหตุข้อ 1-3

คำนวณได้จาก (ปริมาณยาเหลือใช้ทั้งหมดที่ผู้ป่วยมี) - (ปริมาณยาเหลือใช้จากสาเหตุข้อ 1-3)

มูลค่ายาเหลือใช้: การคำนวณมูลค่ายาใช้ราคาต่อหน่วยของยาชนิดนั้น ๆ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ แต่หากไม่มีการกำหนดราคากลางจะใช้ราคาต้นทุนของโรงพยาบาลในการวิจัยแทน

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาสรุปข้อมูลเกี่ยวกับยาเหลือใช้โดยใช้โปรแกรม Excel

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารายส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 5 รายที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้ดูแลคลินิกความดันโลหิตสูง พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน (เรียกรายชื่อ 1-5 ตามลำดับ) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 33-43 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (4 ราย) ประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 7-22 ปี

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วย 14 ราย (เรียกรายชื่อ 1-14) เป็นชาย 6 รายและหญิง 8 ราย นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ (12 ราย) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับยาอยู่ในช่วง 4 เดือน-14 ปี ผู้ป่วย 11 ราย ให้ข้อมูลผ่านการสนทนากลุ่ม และอีก 3 รายให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก

สาเหตุของยาเหลือใช้

ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำมาสรุปถึงสาเหตุของยาเหลือใช้ได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง 2) การส่งจ่ายยาในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับโดยไม่ตั้งใจ 3) การขาดระบบการจัดการยาเหลือใช้สะสมที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ และ 4) การใช้บริการจากสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นตรงกันว่า ปัญหายาเหลือใช้เป็นปัญหาที่สำคัญและควรได้รับการแก้ไข (ตารางที่ 1)

สาเหตุที่ 1: ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ยาเหลือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่งมีความสำคัญ เพราะสามารถ

ตารางที่ 1. สาเหตุของยาเหลือใช้

สาเหตุ	สาเหตุน้อย
1. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง	1.1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 1.2 ความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา 1.3 การขาดความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องโรคและการรักษา 1.4 ความไม่เอาใจใส่ของผู้ดูแลผู้ป่วย 1.5 การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง 1.6 การปรับขนาดยาเองตามอาการ 1.7 การลืมนำยาติดตัวเมื่อต้องเดินทาง 1.8 การลืมนับรับประทานยา 1.9 วิธีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับเวลาที่ต้องใช้ยา 1.10 การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก 1.11 การขาดความตระหนักถึงมูลค่าของยาที่ได้รับ
2. การส่งจ่ายยาในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับโดยไม่ตั้งใจ	2.1 การส่งจ่ายยาในปริมาณที่เกินกว่าที่ต้องใช้จริงร้อยละ 10 ขึ้นไป 2.2 การส่งจ่ายยาซ้ำเนื่องจากขาดการตรวจสอบประวัติการรับยา
3. การขาดระบบการจัดการยาเหลือใช้ สะสมที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์	3.1 การขาดการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากการสั่งยาเพื่อเหลือเพื่อขาด 3.2 การขาดการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณี ผู้ป่วยมาก่อนวันนัด
4. การใช้บริการจากสถานพยาบาล มากกว่า 1 แห่ง	

ใช้พัฒนามาตรการแก้ไขปัญหาเหลือใช้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง คือ

1.1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา: ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหยุดยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา จึงทำให้เกิดยาเหลือใช้ ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าแจ้งให้แพทย์ทราบ ทำให้แพทย์ไม่ได้ปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสมให้ สิ่งเหล่านี้นอกจากจะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แล้ว ปริมาณยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จะเหลือสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ยาบางตัวเหมือนที่พี่เจอ HCTZ เหลือ...เพราะคนไข้เค้าบอกเค้ากินแล้วเค้าเขี้ยวบ่อย แต่ไม่บอกหมอ เค้าเก็บไว้ ยามันก็เหลือ” (เจ้าหน้าที่ 2)

1.2 ความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดรับประทานยาได้เหมือนโรคอื่น ๆ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าใจในเรื่องนี้ก็ตาม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“บางคนไม่ค่อยกิน เค้าว่ากินก็ไม่หาย เค้ากินไม่ครบถ้วน.....เค้ากินไปงั้น ๆ คือ กินมั่งไม่กินมั่ง” (ผู้ป่วย 5)

1.3 ความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องโรคและการรักษา: การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาไปตลอด ทำให้ผู้ป่วยบางรายหยุดยาเนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว ดังคำกล่าว

“คนที่บ้านอะนะ แก่ถือว่าแกปกติแล้ว แกก็เลยไม่กินยา แล้ววันนั้นซ็อกไปเลย แกเป็นความดัน” (ผู้ป่วย 9)

นอกจากนี้ การขาดความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษาโรคยังทำให้เกิดความกลัวอันตรายจากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาในที่สุด โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัย มีผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามอยู่เป็นจำนวนมาก การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนา เช่น การถือศีลอดในเดือนรอมฎอล ซึ่งต้องงดการบริโภคอาหารรวมถึงยาตั้งแต่ช่วงเวลาพระอาทิตย์ขึ้นจนกระทั่งพระอาทิตย์ตก ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดยาไปบางส่วนไปเพราะไม่ทราบถึงหลักการปรับเวลารับประทานยาขณะถือศีลอด หรืออาจ

ทราบแต่ยังวิตกกังวลหรือกลัวการรับประทานยาในช่วงถือศีลอด ดังคำกล่าว

“เหมือนที่พี่เจออย่างเช่นตอนเดือนบวช (เดือนที่ถือศีลอด) ยาเหลือเยอะมาก เค้กกินยาไม่ถูกนะ... เค้กไม่ค่อยกลักริน... หรือเค้กหยุดยาไปเลย ยาเหลือเยอะเลยช่วงเดือนบวชนี้ ยานี้ก็ไม่ฉีดเลยบางคนอะนะ” (เจ้าหน้าที่ 2)

1.4 ความเอาใจใส่ของผู้ดูแลผู้ป่วย: ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยา ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจึงขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่ของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งหากผู้ดูแลผู้ป่วยละเลยเรื่องการรับประทานยา ก็อาจทำให้ผู้ป่วยขาดยาและมียาเหลือได้

1.5 การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง: ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาโดยไม่อ่านฉลากยา แต่ใช้ความจำเกี่ยวกับขนาดและความถี่ในการใช้ยา หากแพทย์ปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เช่น เพิ่มความถี่ในการรับประทานยา แต่ผู้ป่วยรับประทานยาดังเดิมจะทำให้เกิดยาเหลือ ดังคำกล่าว

“สมมติเคยจำว่า enaril เคยกินแค่ 1x1 แต่วันนีหมอบปรับเป็น 1x2 แต่รอบหน้ายาเหลือมา แสดงว่า เค้กกินผิด ก็ถามเค้ก เค้กก็จะบอกว่าเค้กกิน 1x1 เพราะเค้กไม่ได้อ่านหน้าซอง” (เจ้าหน้าที่ 4)

“ถึงตัวนี้ (ยา amlodipine) พี่เข้าใจว่าเป็นยากระเพาะ (หัวเราะ) ก็เลยเข้าใจว่าไม่ต้องกินทุกวัน ยากระเพาะนั้นกินเฉพาะเวลามีอาการ เข้าใจว่าเป็นยากระเพาะเพราะเห็นมันเม็ดใหญ่ ๆ พี่ก็ไม่ได้ดูฉลาก....” (ผู้ป่วย 14)

1.6 การปรับขนาดยาเองตามอาการ: สาเหตุหนึ่งของการมียาเหลือใช้ คือ การปรับลดขนาดยาเองหรือการหยุดยาเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยผู้ป่วยตามอาการของโรคหรือระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น แต่เมื่อเกิดอาการของโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ ก็จะกลับมารับประทานยาหรือเพิ่มขนาดยา ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ขาดความรู้ในเรื่องโรคและการรักษาโรค ที่มักเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว จึงไม่กินยาอีกต่อไป ดังคำกล่าว

“ของป้าเค้าให้กินมื่อเช้าสองเม็ดคะ แล้วตอนเย็นสี่ขาวเม็ดเดียว.....แต่ตอนเย็นป้าไม่กิน ป้ากินแต่มื่อเช้า เลย

เหลือยามา...ป้าเห็นว่าความดันปกติทุกที ป้าไปวัดความดันที่อนามัยอยู่แล้ว ความดันก็ปกติ” (ผู้ป่วย 11)

1.7 การลืมนายาติดตัวเมื่อต้องเดินทาง: ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ตั้งใจรับประทานยา แต่ลืมนายาติดตัวเมื่อออกเดินทาง จึงไม่ได้รับประทานยาในวันนั้น ๆ จึงมียาเหลือปริมาณมากน้อยตามจำนวนวันที่เดินทาง ดังคำกล่าว

“บางคนไม่กินยา อย่างไปธุระลืมนายาไป ก็ไม่ได้กิน ไปนอนค้างคืนก็ไม่ได้กิน บางคนมานอนเฝ้าญาติที่โรงพยาบาลยังขาดยาได้เลย” (เจ้าหน้าที่ 5)

1.8 การลืมนรับประทานยา: การลืมนรับประทานยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านความจำ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่ายาที่ต้องรับประทานบ่อยครั้งทำให้ลืมนกินยาได้มากกว่ายาที่รับประทานวันละครั้ง ดังตัวอย่างคำพูด

“พี่คิดว่ายาน่าจะเหลือ แต่เหลือบางตัว โดยเฉพาะยาที่กินวันละครั้งนี่ไม่ค่อยเป็นปัญหา แต่ยาที่กินสองครั้งขึ้นไปเป็นปัญหา คือคนไข้จะลืมนมื่อเย็น จะลืมนอะไรอย่างเนี่ย แต่มื่อเช้าเค้าจะไม่ค่อยลืมนะ” (เจ้าหน้าที่ 2)

1.9 วิถีชีวิต: วิถีชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดยาเหลือใช้ โดยเฉพาะในเรื่องการประกอบอาชีพ เช่น การมีอาชีพรับจ้างกรีดยางหรือการทำงานในโรงงานเป็นกะซึ่งเวลาทำงานคร่อมเวลาที่ต้องใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาบางมื่อไป ดังคำกล่าว

“บางคนบอกว่า ยามื่อเที่ยงไม่ได้กินเพราะทำงานโรงงาน ไม่มีเวลาพัก” (เจ้าหน้าที่ 4)

“แต่ว่าหัวค่านั้น ป้าจะไม่ลืมนะ ยาไซมัน มันนึกได้เวลาจะนอนว่าต้องกินยา เข้าไปนอนแล้วก็ต้องลุกขึ้นมากิน แต่ว่าหัวเข้านั้น เรายุ่งกับงาน ต้องทำงานใช้ไหม ตัดยางจ้างอย่างนั้นแหละ” (ผู้ป่วย 9)

1.10 การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก: ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้ให้ข้อมูลถึงการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยหยุดใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นช่วง ๆ ทำให้มียาเหลือใช้ ดังคำกล่าว

“คนบ้านเราก็ออย่างชอบกินยาสมุนไพร อันนี้คืออีกหนึ่งสาเหตุที่พี่เคยเจอ คือ ทดลองหยุดยาความดันของโรงพยาบาล เพราะว่าตอนนั้นข่าวมาว่าไปทุเรียนเทศ มันจะ

ช่วยลดโน้มนวลนี้ลดนั้น ก็เลยอาจจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ยา
เค้ายาเพราะว่าหยุดยาเราไปกินยาโน้มน (เจ้าหน้าที่ 3)

1.11 การขาดความตระหนักถึงมูลค่าของยาที่
ได้รับ: ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมีสิทธิการรักษา
ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จึงไม่ทราบมูลค่ายาที่ตนเองได้รับ
จากโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง ทำให้ไม่ใส่ใจการรับประทาน
ยาตามสั่ง เป็นสาเหตุโดยอ้อมที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ ดัง
คำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“ยาเหลือเพราะคนไข้เค้าไม่ตระหนัก เหมือน
งบประมาณที่เป็นยาฟรีให้คนไข้ คนไข้ไม่เคยรู้ว่า เอียยา
pioglitazone นั้นตกเม็ดละหลายบาทนะ คือ ยาคความดัน ยา
ไขมันหนึ่งเม็ดนี่คือราคาเท่าไร ะไรยังเงี้ย คือคนไข้ไม่เคยรู้
ราคายา” (เจ้าหน้าที่ 2)

สาเหตุที่ 2: การสั่งยามากกว่าที่ผู้ป่วยควรได้โดยไม่ ตั้งใจ

การสั่งจ่ายยาในการรักษาบางกรณีทำให้เกิดยา
เหลือใช้ เช่น การสั่งยาในปริมาณที่มากกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้
จริงเกินกว่าร้อยละ 10 หรือการสั่งจ่ายยาโดยไม่ได้
ตรวจสอบประวัติการรับยาครั้งก่อน ผู้ให้ข้อมูลบางคนเห็น
ว่า ประเด็นเหล่านี้เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ โดย
ตรวจสอบประวัติการรับยาของผู้ป่วยให้ถี่ถ้วนจากเวช
ระเบียน สถานข้อมูลของโรงพยาบาล สมุดประจำตัวผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง หรือจากการซักถามตัวผู้ป่วย

2.1 การสั่งจ่ายยาในปริมาณที่เกินกว่าที่ต้องใช้จริง
ร้อยละ 10 ขึ้นไป: ในการรับบริการของผู้ป่วยนั้น หลังจาก
พยาบาลซักประวัติแล้ว จะกำหนดวันนัดครั้งถัดไปเลย เช่น
56 วัน หรือ 91 วัน เป็นต้น จากนั้นผู้ป่วยจึงเข้าพบแพทย์
เพื่อรับการรักษา แต่หากแพทย์ต้องการเปลี่ยนแปลงวันนัด
ก็จะแจ้งพยาบาลให้เปลี่ยนแปลงวันนัดของผู้ป่วยเป็นราย ๆ
ไป ซึ่งปริมาณยาที่แพทย์สั่งอาจแตกต่างจากปริมาณยาที่
ต้องใช้ตามวันนัด ทำให้เกิดยาเหลือใช้ ดังข้อมูลที่ได้จาก
ผู้ให้ข้อมูล

“หมอเป็นคนสั่งยา ไม่ได้ดูวันนัด ยาก็จะเหลือ
หมายถึงว่าพยาบาลนัดให้แล้ว...ไม่ได้ดูให้ดี อยากสั่ง 2 เดือน
ก็สั่งไปเลย ทั้ง ๆ ที่เค้าอาจจะนัดแค่ 5 อาทิตย์ยังงี้”
(เจ้าหน้าที่ 4)

“โรงพยาบาลให้ยาไปมาก เหมือนของป่าเอง ให้
เกินไปครั้งที่แล้ว 6 แผง” (ผู้ป่วย 13)

จากคำพูดข้างต้นของผู้ป่วยรายที่ 13 เมื่อผู้วิจัย
สืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบว่า จริง ๆ แล้ว ผู้ป่วย
จำเป็นต้องใช้ยา 180 เม็ดแต่ได้รับยา 240 เม็ด ถือว่าเป็น
การสั่งยามากกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้ไปร้อยละ 33.33 ส่วนจาก
คำพูดของเจ้าหน้าที่ 4 ก็เป็นการสั่งยาเกินไปร้อยละ 60 การ
สั่งจ่ายยาเกินกว่าที่ควรได้รับอย่างน้อยร้อยละ 10 ถือว่า
เป็นสาเหตุที่ทำให้ยาเหลือ

2.2 การสั่งจ่ายยาซ้ำเนื่องจากขาดการตรวจสอบ
ประวัติการรับยา: ผู้ป่วยมารับบริการก่อนวันนัดจากหลาย
สาเหตุ เช่น ผู้ป่วยมีอาการที่ทรุดและต้องเข้านอนรักษาตัว
ในโรงพยาบาล หรือกรณีผู้ป่วยนอกที่ติดธุระในวันนัด หรือ
มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคอื่น หรือแม้กระทั่งการดู
วันนัดผิด การสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาก่อนวัน
นัด โดยไม่ตรวจสอบประวัติการรับยาเดิมก่อน จะทำให้เกิด
การสั่งยาที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้ว และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด
ยาเหลือสะสมเพิ่มขึ้น

“บางทีเค้าก็มา admit พอตอน discharge หมอก็สั่ง
ยากลับไป ไม่ได้ดูว่าเค้ามารับยาไปแล้ว ตอนที่เรายังไม่ทำ
ระบบ med reconcile ยังไม่เริ่มถามเรื่องยาเดิม หมอก็สั่งยา
ให้ใหม่ หรือไม่ได้ admit แต่เค้ามา visit นี้ด้วยเรื่องอื่น เห็น
ว่าเป็น HT อยู่ ก็เลยสั่งยาไปทั้ง ๆ ที่เพิ่งสั่งยาไปอาทิตย์ที่
แล้ว” (เจ้าหน้าที่ 1)

“มาก่อนวันนัด มันก็จะมีหลายสาเหตุ เช่นในวันนัด
อาจจะมีการกิจ หรือสองวันนัดผิดหรือสามคนไข้มีอาการ
ผิดปกติก็เลยมาก่อนวันนัด และก็เห็นว่าใกล้วันนัดแล้วก็เลย
ขอขาด โดยที่ไม่หักลบยาเดิม” (เจ้าหน้าที่ 4)

สาเหตุที่ 3: การขาดระบบการจัดการยาเหลือสะสมที่ เกิดจากความตั้งใจของแพทย์

โดยปกติแล้ว แพทย์ตั้งใจสั่งยาในปริมาณที่เกิน
กว่าที่ต้องใช้จริงไปเล็กน้อยเพื่อให้ผู้ป่วยมียาพอใช้กรณี
ทำหายยาไปบางเม็ด ทำให้ผู้ป่วยมียาเหลือใช้สะสมเพิ่มไป
เรื่อย ๆ นอกจากนี้ ในกรณีที่แพทย์ตั้งใจเปลี่ยนแปลงการ
รักษา (เช่น เปลี่ยนชนิดยา) ทำให้ผู้ป่วยมียาที่แพทย์สั่ง
หยุดใช้เหลืออยู่ที่บ้าน หากโรงพยาบาลขาดระบบการ
จัดการยาเหลือใช้ จะทำให้ผู้ป่วยมียาเหลือใช้สะสม

3.1 การขาดการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจาก
การสั่งยาเมื่อเหลือเมื่อขาด: การสั่งยาในปริมาณที่เกินกว่าที่
ผู้ป่วยต้องใช้จริงเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยมียาพอใช้จนถึงวันนัด
ในกรณีที่หายาสูญหายบางส่วน หรือแบ่งเม็ดยาแล้วแตก

เสียหาย นอกจากนี้ แพทย์มักสั่งยาเผื่อเป็นจำนวนที่หลงท้ายด้วย 0 หรือ 5 และมักสั่งเผื่อไม่เกินร้อยละ 10 เช่น หากต้องใช้เวลา 91 เม็ด แพทย์มักสั่งเป็น 95 หรือ 100 เม็ด สาเหตุนี้ต่างจากสาเหตุข้อ 2.1 ที่เป็นการสั่งจ่ายยาเกินกว่าที่ต้องใช้จริงร้อยละ 10 ขึ้นไป ซึ่งมักเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งจำนวน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการได้รับยาเผื่อขาด ดังนี้

“บางทีหมอให้ยา 60 วัน แต่จริง ๆ นิด 56 วัน. มันก็สะสม 4 วัน... สมมติว่า enalapril 20 กิน 1X2 ถ้ากินครบใช้ใหม่ ก็ยังเหลือ 4 วัน 4X2=8 เม็ด ก็เกือบแฉงแล้วใช้ใหม่ มันเหลือสะสม” (เจ้าหน้าที่ 1)

3.2 การขาดการจัดการยาเหลือสะสมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมาก่อนวันนัด: ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมาก่อนวันนัด เนื่องจากอาจควบคุมอาการของโรคไม่ได้ หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งแพทย์อาจสั่งหยุดยาหรือเปลี่ยนยา ทำให้มียาที่แพทย์สั่งหยุดเหลืออยู่ หากผู้ป่วยไม่ได้นำยามายังโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาผิดโดยยังคงรับประทานยาที่หมอสั่งหยุดใช้ หรือหากหยุดยาตามแพทย์สั่ง ยาเหล่านั้นก็จะกลายเป็นยาเหลือใช้ได้

สาเหตุที่ 4 การใช้บริการจากสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง

นอกจากสาเหตุในข้อ 1-3 ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยาเหลือยังเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้อีก เช่น การรับยาตัวเดียวกันซ้ำซ้อนจากหลายสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยแต่ละสถานพยาบาลไม่ทราบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ หากไม่มีระบบการส่งต่อรายละเอียดการรักษา ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากการใช้ยาซ้ำซ้อน ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถแยกแยะชนิดยาที่ซ้ำซ้อนได้ ยาซ้ำซ้อนจะกลายเป็นยาเหลือใช้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ดังนี้

“ระบบมันต่างกัน พี่ไม่สามารถดูข้อมูลได้ว่า คนใช้นี้รับยาอะไรอยู่บ้าง เพราะบางคนโรงพยาบาล XX นิด เราก็หนีด อนามัยเค้าก็ไป ถ้าเค้าไม่บอก เราไม่รู้เลย ยามันก็จะเหลือมาจากหลายที่ด้วย และก็เสี่ยงกับยาซ้ำซ้อนด้วย” (เจ้าหน้าที่ 2)

“พอผู้ป่วยเอายาเหลือมาพบว่าเป็นยานอกทั้งนั้น คือเหมือนยาของโรงพยาบาล A ประมาณ 3-4 ตัว ของโรงพยาบาลจิตเวชประมาณ 3 ตัว และของโรงพยาบาลเราอีก 4 ตัว ก็ถามเค้าว่าเคยเอายาของโรงพยาบาลเราไปให้ที่

โรงพยาบาล A ดูใหม่ แกก็บอกว่าเอาไปทำไม พี่ก็เลยบอกว่าเผื่อยามันซ้ำกันเพราะยากี่ได้ไปจากที่นี่แล้วแล้วก็ไปรับยาที่โน่นอีก แกก็บอกว่าแกดูออกนะเพราะยาไม่เหมือนกัน ชักแฉงหนึ่ง พี่ก็เลยบอกว่ายาบางที่แฉงไม่เหมือนกัน แต่เป็นยากลุ่มเดียวกัน” (เจ้าหน้าที่ 2)

“บางคนที่ยาอาจจะเหลือมากเพราะว่ากินยาโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่บางที่ไม่สะดวกก็ไปหาหมอส่วนตัว ก็กินยาของหมอส่วนตัว ยาโรงพยาบาลก็หยุด... พอยาที่โน่นหมดก็กลับมารับยาโรงพยาบาลต่อ ยาก็เลยเหลือเยอะ” (ผู้ป่วย 5)

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล เช่น ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลทั่วไป อาจทำให้เกิดยาเหลือใช้ได้ เพราะข้อมูลที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยคือ ประวัติความเจ็บป่วยและชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่ไม่มีการระบุปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไม่ทราบปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับมาแล้วจากสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย จึงอาจสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยอีกครั้ง และทำให้เกิดยาเหลือได้

ผลการศึกษารายส่วนที่ 2

ลักษณะของผู้ป่วยและยาที่ได้รับ

ผู้ป่วยในการวิจัย 81 คน เป็นเพศหญิง 51 คน (ร้อยละ 62.96) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 62.96) อายุเฉลี่ย 53.05±10.29 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.14) ระยะเวลาที่เริ่มรับยาความดันโลหิตสูงโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี (ร้อยละ 46.91) มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับยาถึงวันเก็บข้อมูลที่บ้านผู้ป่วยเท่ากับ 515.90±151.56 วัน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบอัตราความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 91.34±12.38 โดยมีพิสัยร้อยละ 34.60-100.00

ยาที่ศึกษาในการวิจัยที่ผู้ป่วยรับจากโรงพยาบาลมีทั้งหมด 25 ชนิดและพบยาเหลือใช้ 24 ชนิด ซึ่งประกอบด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และยารักษาโรคเรื้อรังที่เป็นโรคร่วมอื่น ๆ อีก 7 ประเภท ได้แก่ ยาลดระดับไขมันในเลือด ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคเกาต์ ยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยารักษาต่อมลูกหมากโต และยารักษาโรค

ไทรอยด์ รูปแบบของยาที่พบเป็นยาเม็ดเพียงอย่างเดียว โดยไม่พบรูปแบบยาอื่น

ปี) หรือคิดเป็นร้อยละ 11.17 ของมูลค่ายาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด

มูลค่ายาเหลือใช้

จากตารางที่ 2 ยาที่ผู้ป่วยทั้ง 81 คนได้รับตั้งแต่เริ่มรับการรักษาจนถึงวันที่เก็บข้อมูลมีจำนวนรวมกันเท่ากับ 120,046 เม็ด (เฉลี่ย 1,048.55±707.89 เม็ดต่อคนต่อปี) พบว่ามียาเหลือใช้ 12,665 เม็ด (เฉลี่ย 110.62±88.29 เม็ดต่อคนต่อปี) คิดเป็นร้อยละ 10.55 ของปริมาณยาที่ได้รับทั้งหมด

หากพิจารณาด้านมูลค่าพบว่า ตลอดเวลาช่วงการรักษา ผู้ป่วยทั้ง 81 คนได้รับยารวมทั้งสิ้น 72,540.66 บาท (633.61±375.81 บาทต่อคนต่อปี) ส่วนมูลค่ายาเหลือของผู้ป่วยเท่ากับ 8,102.95 บาท (70.75±57.51 บาทต่อคนต่อ

สัดส่วนของยาเหลือใช้จากสาเหตุต่าง ๆ

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณและมูลค่าของยาเหลือใช้จำแนกตามสาเหตุต่างๆ สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ซึ่งมีมูลค่ามากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งทำให้เกิดยาเหลือคิดเป็นร้อยละ 53.74 ของมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 6.00 เมื่อเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ สาเหตุรองลงมาได้แก่ การได้รับยาเพื่อเหลือเพื่อขาด ซึ่งทำให้เกิดยาเหลือคิดเป็นร้อยละ 24.92 เมื่อเทียบกับมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 2.78 เมื่อเทียบกับมูลค่ายาที่ได้รับทั้งหมด ส่วนการสั่งยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับเกินกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป ทำให้

ตารางที่ 2. สัดส่วนของยาเหลือใช้ที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ (N=81)

รายการ	ปริมาณ			มูลค่า		
	เม็ด	ร้อยละต่อ ยาเหลือใช้	ร้อยละต่อ ยาที่ได้รับ	บาท	ร้อยละต่อ ยาเหลือใช้	ร้อยละต่อ ยาที่ได้รับ
ยาที่ได้รับทั้งหมดตลอดช่วงการรักษา	120,046.00	-	100	72,540.66	-	100
ค่าเฉลี่ย (เม็ดต่อคนต่อปี) (±SD) ¹	1,048.55±707.89			633.61±375.81		
มัธยฐาน (เม็ดต่อคนต่อปี) ¹	812.91			592.74		
พิสัย (เม็ดต่อคนต่อปี) ¹	268.14-3858.00			55.89-1491.12		
ยาเหลือใช้ทั้งหมด	12,665.50	-	10.55	8,102.95	-	11.17
ค่าเฉลี่ย (เม็ดต่อคนต่อปี) (±SD) ¹	110.62±88.29			70.75±57.51		
มัธยฐาน (เม็ดต่อคนต่อปี) ¹	77.47			53.22		
พิสัย (เม็ดต่อคนต่อปี) ¹	2.12-402.56			3.41-240.09		
สาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้						
1. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	6,701.95	52.92	5.58	4,354.82	53.74	6.00
2. การสั่งจ่ายยาในปริมาณที่มากกว่าที่ควรได้รับโดยไม่ตั้งใจ						
2.1 การสั่งจ่ายยามากกว่าที่ต้องใช้ ร้อยละ 10 ขึ้นไป	1,091.25	8.62	0.91	670.07	8.27	0.92
2.2 การสั่งจ่ายยาโดยไม่ตรวจสอบ ประวัติการรับยากรณีมาก่อน	578.80	4.57	0.48	318.73	3.93	0.44
3. การขาดระบบการจัดการยาเหลือใช้สะสมที่เกิดจากความตั้งใจ						
3.1 การได้รับยาเพื่อเหลือเพื่อขาด	3,290.50	25.98	2.74	2,019.33	24.92	2.78
3.2 การเปลี่ยนแปลงการรักษากรณี ผู้ป่วยมาก่อน	239.50	1.89	0.20	92.41	1.14	0.13
4. อื่น ๆ	763.70	6.03	0.64	647.79	7.99	0.89

1: ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาจนถึงวันที่เก็บข้อมูล คือ 515.90±151.56 วัน

เกิดความเหลื่อมคิดเป็นร้อยละ 8.27 เมื่อเทียบกับมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งหมด และร้อยละ 0.92 เมื่อเทียบกับมูลค่ายาที่ได้รับทั้งหมด

ส่วนสาเหตุอื่นๆ ทำให้เกิดความเหลือใช้มากเป็นอันดับสี่นั้น เกิดจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เช่น การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ส่งจ่ายยาไม่ทราบปริมาณยาที่แน่นอนที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานพยาบาลที่ส่งต่อ อีกกรณีคือการทำผู้ป่วยไปรับยาจากสถานพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลอื่น ๆ ร้านยา หรือคลินิกเวชกรรม ทำให้ผู้ป่วยได้ยาชนิดเดียวกับที่มีอยู่แล้วมาด้วย

การอภิปรายและสรุปผล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เริ่มรับยามาไม่เกิน 2 ปี (ระยะเวลาเฉลี่ย 515.9±151.56 วัน) มียาเหลือร้อยละ 10.55 ของปริมาณยาทั้งหมดที่ได้รับ มูลค่ายาเหลือคิดเป็นร้อยละ 11.17 ของมูลค่ายาทั้งหมดที่ได้รับทั้งหมดหรือ 70.75±57.51 บาทต่อคนต่อปี (ค่ามัธยฐาน คือ 53.22) ตัวอย่างในการศึกษาปริมาณยาเหลือถูกเลือกมาแบบตามสะดวก จึงอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงซึ่งในขณะทำวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 2,820 คน อย่างไรก็ตามหากสมมุติให้ตัวอย่างในการศึกษาเป็นตัวแทนของประชากร มูลค่าความสูญเสียของโรงพยาบาลจึงประมาณการได้เท่ากับ 199,515 บาทต่อปี ทั้งนี้ มูลค่าความสูญเสียยังไม่ได้รวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านยาในผู้ป่วยที่มียาเหลือ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาและทำให้โรคกำเริบ การใช้ยาชนิดเดียวกันซ้ำซ้อน เป็นต้น สาเหตุหลักสามอันดับแรกของยาเหลือใช้ คือ 1) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 2) การได้รับยาเมื่อเหลือเมื่อขาด และ 3) การสั่งยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้เกินกว่าร้อยละ 10 โดยคิดเป็นร้อยละ 53.74, 24.92 และ 8.27 ของมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งหมด ตามลำดับหรือทำให้เกิดยาเหลือคิดเป็นมูลค่า 107,219, 49,719 และ 16,500 บาทต่อปี ตามลำดับ

โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัย มีคลินิกโรคเรื้อรัง 5 คลินิก ได้แก่ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคไขข้ออักเสบ คลินิกโรคไต และคลินิกโรคทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิกเหล่านี้จำนวน 5,351 คนในขณะวิจัย หากมูลค่ายาเหลือใช้ใน

ผู้ป่วยเหล่านี้เท่ากับที่พบในการวิจัย (70.75 บาทต่อคนต่อปี) มูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 5 คลินิกนี้เท่ากับ 378,743 บาทต่อปี หากสามารถแก้ปัญหาเหลือใช้ได้ร้อยละ 50 จะทำให้โรงพยาบาลสามารถลดมูลค่าการใช้ยาไปได้ถึง 189,371 บาทต่อปี

การสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 25.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนนี้ร้อยละ 47.6 ได้รับการรักษา (11) ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 55.48 ล้านคน(ร้อยละ 83.95 ของประชากรไทยทั้งหมด 66.1 ล้านคน) (13) ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาจำนวน 26.41 ล้านคน หากมูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยเหล่านี้เท่ากับที่พบในการวิจัยนี้ (70.75 บาทต่อคนต่อปี) มูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคนี้เท่ากับ 1,868 ล้านบาทต่อปี หากสามารถแก้ปัญหาได้ร้อยละ 50 จะทำให้ประเทศสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 934 ล้านบาทต่อปี ซึ่งถือว่าเป็นมูลค่าที่สูงมากในการรักษาผู้ป่วยเพียงหนึ่งโรค ปัญหานี้จะพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่สูงของปัญหานี้

สาเหตุของยาเหลือใช้ที่พบในการศึกษาในอดีตทั้งในประเทศไทย (5, 6, 14) และในต่างประเทศ (15) มีความสอดคล้องกับการศึกษานี้ในหลายประการ ได้แก่ 1) สาเหตุอันเนื่องมาจากระบบบริการของโรงพยาบาลที่พบจากการศึกษาในอดีต (6) สอดคล้องกับสาเหตุที่พบในการวิจัยนี้คือ การไม่มีระบบการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จำนวนวันนัดที่แตกต่างจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยา ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างองค์กรไม่ได้สื่อสารถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับมาแล้ว 2) สาเหตุจากความคลาดเคลื่อนทางยา (6) ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึงการสั่งจ่ายยาที่มีการคำนวณปริมาณยาผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินกว่าร้อยละ 10 ของที่ควรได้ 3) รูปแบบบรรจุภัณฑ์ (6) เช่น บรรจุภัณฑ์ที่เป็นแผงบรรจุยา 10 เม็ดทำให้ต้องสั่งจ่ายยาเป็นจำนวนเต็มแผง ซึ่งมากกว่าจำนวนที่ต้องใช้ตามวันนัดจริง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ที่แพทย์มักสั่งยาเมื่อเหลือเมื่อขาดให้ในจำนวนลงท้ายด้วย 0 เพราะบรรจุภัณฑ์มักอยู่ในรูปแผงละ 10 เม็ด และ 4) สาเหตุจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (5, 14, 15) ซึ่งได้แก่ การลืมรับประทานยา ความเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยาบ่อยเกินไป การปรับยาเอง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้รักษาโรคที่ไม่เพียงพอ

มูลค่าของยาเหลือใช้ที่พบจากการศึกษาที่บ้านของผู้ป่วยในจังหวัดสงขลาและเชียงใหม่ เท่ากับ 30.61 บาทต่อครัวเรือน และ 225.82 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน (5, 14) ในการศึกษาพบค่าเฉลี่ยของยาเหลือใช้เท่ากับ 70.75 บาทต่อคนต่อปี การเปรียบเทียบระหว่างการศึกษทำได้ยากเนื่องจากการศึกษารั้งนี้เก็บเฉพาะรายการยารักษาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับในเวลาไม่เกิน 2 ปี จากโรงพยาบาลชุมชนและไม่รวมยาที่ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ แต่การศึกษาในอดีต (5, 14) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยทั่วไปซึ่งอาจเป็นหรือไม่เป็นโรคเรื้อรังก็ได้ ทั้งยังคิดมูลค่ายาทั้งยาสำหรับโรคเรื้อรังและยาที่ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ และไม่มี การกำหนดกรอบเวลาในการรับยา มูลค่ายาเหลือใช้ที่พบในการศึกษานี้คิดเป็นร้อยละ 11.17 ของมูลค่ายาที่ได้รับ ซึ่งอัตรานี้ไม่อาจคำนวณได้ในการศึกษาในอดีตซึ่งศึกษาปริมาณยาเหลือใช้ในบ้านของผู้ป่วย (5, 14) โดยไม่ทราบข้อมูลจำนวนยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับตลอดช่วงเวลาของการรักษา

การศึกษาในประเทศไทยที่เก็บข้อมูลการครอบครองยาเกินจำเป็นจากการสั่งยาเกินเพียงสาเหตุเดียว (6) พบว่า ยาเหลือมีมูลค่าเฉลี่ย 17.90 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่ามียาเหลือใช้จากการสั่งจ่ายยามากกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้จริง 23.49 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเกิดจากการสั่งจ่ายยาเกินกว่าร้อยละ 10 เป็นมูลค่าเฉลี่ย 5.85 บาทต่อคนต่อปี และจากการสั่งจ่ายยาเผื่อขาด (น้อยกว่าร้อยละ 10 ของยาที่ต้องใช้จริง) เฉลี่ย 17.64 บาทต่อคนต่อปี

การวิจัยในอดีตทั้งในและต่างประเทศไม่มีการศึกษาถึงสัดส่วนของมูลค่ายาเหลือจำแนกตามสาเหตุการศึกษาของ Morgan ในสหรัฐอเมริกา (15) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีโดยใช้แบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 37.3, 22.6 และ 15.9 รายงานว่า สาเหตุของยาเหลือ คือ การหายจากโรคและหยุดใช้ยาทำให้เกิดยาเหลือ การรู้สึกว่ายามีประสิทธิภาพและหยุดยา และการเปลี่ยนแปลงการรักษา แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้บ่งชี้ถึงสัดส่วนมูลค่ายาเหลือใช้จากแต่ละสาเหตุ ซึ่งข้อมูลสัดส่วนดังกล่าวมีความสำคัญในการตัดสินใจเลือกมาตรการแก้ไขปัญหาโดยมุ่งไปแก้ไขสาเหตุหลักของการเกิดยาเหลือใช้ การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากการนับเม็ดยาที่บ้านของผู้ป่วยร่วมกับข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย ทำให้สามารถคำนวณได้ว่า สาเหตุหลักของยาเหลือใช้ คือ ความไม่

ร่วมมือในการใช้ยา การได้รับยาเผื่อเหลือเผื่อขาด และการสั่งยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้เกินกว่าร้อยละ 10 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 53.74, 24.92 และ 8.27 ของมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งหมด ตามลำดับ ทั้งนี้ เห็นได้ว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือมากที่สุด การสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาในระดับที่สูงคือ ร้อยละ 91.34±12.38 (พิสัย คือ ร้อยละ 34.60-100) ระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ถือว่าเพียงพอในโรคส่วนใหญ่ คือ มากกว่าร้อยละ 80 (16) แต่การสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยาอาจทำให้ได้ค่าที่สูงเกินจริง ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือมากกว่าที่พบในการศึกษานี้เสียอีก

จุดแข็งของงานวิจัยคือการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหายาเหลือจากบุคลากรของโรงพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ทราบสาเหตุที่ครอบคลุมและสามารถทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาปริมาณยาเหลือจากแต่ละสาเหตุได้อย่างเหมาะสมกับบริบท นอกจากนี้ การหาขนาดของยาเหลือใช้ทำโดยสืบค้นประวัติในการรับยาของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับการนับปริมาณยาเหลือที่บ้านของผู้ป่วยที่รับการรักษาไม่เกิน 2 ปี ทำให้ประมาณขนาดยาเหลือได้ถูกต้องและคำนวณมูลค่ายาเหลือจำแนกตามสาเหตุต่าง ๆ ได้

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษามีหลายประการ คือ 1) การศึกษานี้เก็บข้อมูลในตัวอย่างเพียง 81 รายในโรงพยาบาลชุมชนที่เลือกมาแบบตามสะดวก ตัวอย่างจึงไม่เป็นตัวแทนประชากร และอาจมีลักษณะที่ต่างจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่น ๆ นอกจากนี้การวิจัยยังจำกัดการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานที่ต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งต้องใช้ยาสูดพ่น มักถูกนัดเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังเหล่านั้นมากกว่าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีโอกาสน้อยที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะมีรูปแบบอื่น ๆ นอกเหนือจากรูปแบบเม็ด เช่น ยาฉีดอินซูลิน ยาสูดพ่น ซึ่งมีราคาสูงส่งผลให้ยาเหลือใช้ที่พบในการศึกษานี้มีมูลค่าไม่มากนัก 3) การประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยาใช้วิธีการสอบถามผู้ป่วย ซึ่งอาจมีอคติ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพยายามลดความคลาดเคลื่อนนี้โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยคำถามไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าโดนจับผิด ร่วมกับการสอบถามวิธี

รับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการตอบไม่ตรงกับความจริงน้อยลง นอกจากนี้ การกำหนดให้อัตราความร่วมมือในการใช้ยาครั้งที่ตลอดช่วงเวลาของการรักษาอาจไม่สะท้อนความเป็นจริง 4) การศึกษานี้ไม่ได้เปรียบเทียบมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ที่มีและไม่มีโรคร่วม และไม่ได้เปรียบเทียบผู้ที่มีสิทธิการรักษาต่างกัน ทำให้ไม่ทราบอิทธิพลของตัวแปรทั้งสองต่อปริมาณยาเหลือ และ 5) การศึกษานี้เก็บข้อมูลยาเหลือใช้เฉพาะของโรงพยาบาลในการศึกษา ไม่นับรวมยาเหลือใช้ของโรงพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งใช้วิธีแยกโดยพิจารณาจากชื่อการค้าและฉลากยาบนซองยา แต่หากผู้ป่วยรับยาชนิดเดียวกันที่มีชื่อการค้าเดียวกันจากหลายสถานพยาบาล อาจทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถแยกยาเหลือใช้ของโรงพยาบาลอื่น ๆ ออกได้ ในกรณีนี้ผู้วิจัยจะถือว่ายาเหลือใช้ส่วนนั้นเป็นของโรงพยาบาลที่วิจัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครอบครัวเกินจำเป็นในประเทศไทย (6) พบว่า มูลค่ายาในครอบครองที่เกินจำเป็นที่เกิดจากการรับยาชนิดเดียวกันข้ามสถานพยาบาลมีเพียงร้อยละ 1.15 ของมูลค่าของยาที่ครอบครองยาเกินจำเป็นทั้งหมด ปัจจัยนี้จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อผลการศึกษามากนัก

ข้อเสนอแนะ

การจัดการปัญหา ยาเหลือใช้ควรให้น้ำหนักความสำคัญกับสาเหตุที่ทำให้เกิดยาเหลือมูลค่าสูงเป็นลำดับแรก ๆ คือ การมียาเหลือใช้จากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การได้รับยาเมื่อเหลือเมื่อขาด และการสั่งยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป หากพิจารณาถึงความยากง่ายในการแก้ปัญหาพบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นสาเหตุที่แก้ได้ยากที่สุด เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเป็นหลัก และผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีสาเหตุของความไม่ร่วมมือที่แตกต่างกัน ส่วนการสั่งยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยต้องใช้มากกว่าร้อยละ 10 เป็นสาเหตุที่จัดการได้ง่ายที่สุด เนื่องจากเป็นสาเหตุที่เกิดจากความไม่ตั้งใจและแก้ไขได้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่แจ้งเตือนแพทย์เมื่อสั่งยาเกินกว่าที่กำหนด หรือแก้ไขโดยกระตุ่นแพทย์ให้ทบทวนปริมาณยาที่สั่งใช้ให้สอดคล้องกับวันนัด และตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลหรือเภสัชกร

การวิจัยในอนาคตควรพัฒนาหรือใช้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดยาเหลือในปริมาณที่มาก (17) หรืออาจประยุกต์ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่มีคุณสมบัติการวัดที่ตีมาใช้เพื่อการนี้ แต่อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ประเมิน การพัฒนาตัว

ส่งสัญญาณ (trigger tool) ในระบบการจ่ายยาที่ช่วยเตือนผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยรายที่อาจมีปัญหาเรื่องยาเหลือ จึงเป็นสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป การทราบว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงในประเด็นนี้ ทำให้เภสัชกรสามารถมุ่งความพยายามในการแก้ปัญหาเหลือในกลุ่มดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานมีผลกระทบต่อผลมากกว่าการมุ่งความพยายามไปยังผู้ป่วยทุกคนเท่า ๆ กัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัยรวมถึงผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลในงานวิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการนำทางเพื่อเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Law AV, Sakharkar P, Zargazadeh A, Tai BW, Hess K, Hata M, Mireles R, Ha C, Park TJ. Taking stock of medication wastage: Unused medications in US households. *Res Social Adm Pharm* 2015; 11: 571-8.
2. Trueman P, Taylor DG, Lowson K, et al. Evaluation of the scale, causes and costs of waste medicines [online]. 2010 [cited Oct 10, 2023]. Available from: discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1350234/
3. Bouvy M, van't Land R, Meulepas M, Smeenk IW. Waste of Medicines: Situation in 2004. DGV: Dutch Institute for Rational Use of Medicine; 2006.
4. Stroupe KT, Murray MD, Stump TE, Callahan CM. Association between medication supplies and healthcare costs in older Adults from an urban healthcare system. *J Am Geriatr Soc* 2000; 7: 760-8.
5. Champoonot P, Chowwanapoonpohn H, Suwanprom P. Leftover drugs and drug use behavior of people in Chiang Mai Province. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2011; 6: 105-11.
6. Chaiyakunapruet N, Nimphitakphong P, Jianpeera pong N, Dilokthonsakon P. A study of the magnitude and fiscal impact of excessive drug possession and

- policy suggestions [online]. 2012 [cited Oct 10, 2023]. Available from: kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3641/hs1957.pdf?sequence=3&isAllowed=y
7. Seehusen DA, Edwards J. Patient practices and beliefs concerning disposal of medications. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 542-7.
 8. Dechbun M. Study of drug use behavior in patients with diabetes and high blood pressure in Chiang Mai District. *Saraphi Public Health Journal* 2011; 1: 19-23.
 9. West LM, Diack L, Cordina M, Stewart D. A systematic review of the literature on 'medication wastage': an exploration of causative factors and effect of interventions. *Int J Clin Pharm* 2014; 36: 873-81.
 10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
 11. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Report on Thai National Health Examination Survey, NHES VI [online]. 2021 [cited Jan 16, 2024]. Available from: kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425.
 12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
 13. Thailand Board of Investment. Thailand in Brief [online]. 2022 [cited Mar 7, 2024]. Available from: www.boi.go.th/index.php?page=demographic&language=en
 14. Wongpoowarak P, Wanakamane U, Panpongtham K, Trisdikoon P, Wongpoowarak W, Ngorsuraches S. Unused medication at home-reason and cost. *Int J Pharm Pract* 2004; 12: 141-8.
 15. Morgan TM. The economic impact of wasted prescription medication in an outpatient population of older adults. *J Fam Pract* 2001; 50: 779-81.
 16. Susan E, Andrade S, Kristijan H, Kahler M, Feride F, Arnold C. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006; 15: 565-74.
 17. Phulthong P, Kerdchantuk P. Development of a screening tool for predicting the risk of leftover medicines in diabetic patients who take oral diabetic medications. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2019; 15: 65-74.