

**คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี**

ธนพงศ์ ภูผาลี¹, ชิตชนก คุณสวัสดิ์², ธนิตา ภูราชพล², ชารินี ศรีศักดิ์นอก¹

¹กลุ่มวิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²นิสิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลยารักษาโรคเรื้อรังที่เหลือใช้ และสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในผู้ให้ข้อมูลซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 40 คน โดยการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 คน **ผลการวิจัย:** คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ลืมรับประทานยา และเข้าถึงยาได้หลายช่องทาง คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยรับยาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง รับประทานยาเอง รับประทานยาผิด และสถานพยาบาลจ่ายยาให้ผู้ป่วยเกินวันนัด การจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย ได้แก่ เก็บยาเดิมไว้และรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม กำจัดยาทิ้ง และนำไปคืนสถานพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยพบยาหมดอายุหรือยาที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป แต่หากพบจะมีวิธีการจัดการ ได้แก่ ถามบุคลากรทางการแพทย์หรือส่งคืนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บยาไว้ รับประทานยาต่อไป ทำลายยา และถามเพื่อนบ้าน ส่วนแนวทางในการจัดการยาเหลือใช้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือปฏิบัติตามนโยบายโดยให้นำยาเหลือใช้มาคืน **สรุป:** ผลการศึกษาทำให้ทราบคำอธิบายของการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในเรื่องนี้ แนวทางการจัดการยาเหลือใช้ของสถานพยาบาลยังได้รับความร่วมมือในระดับต่ำ จึงควรส่งเสริมให้มีมาตรการการนำยาเหลือใช้มาคืนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อช่วยลดปัญหาหาเหลือใช้

คำสำคัญ: ยาเหลือใช้ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการจัดการยา

รับต้นฉบับ: 31 พ.ค. 2560, รับลงตีพิมพ์: 22 ก.ย. 2560

ผู้ประสานงานบทความ: ธนพงศ์ ภูผาลี กลุ่มวิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150

E-mail: Thanapong_p@hotmail.com

Explanations and Handling of Unused Medicines in Patients with Type 2 Diabetes and Hypertension: a Case of a Community at Ubon Ratchathani

Thanapong Poophalee¹, Chidchanok Koonsawat², Thanita phuradchaphon², Tharinee Srisaknok¹

¹Department of Social Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

²Undergradutae Student, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To determine the cause of unused medicines and its handlings in patients with type 2 diabetes and hypertension in a community at Ubon Ratchathani province. **Method:** This study was a qualitative study by collecting the data on left-over medications for chronic diseases and conducting semi-structured interview with 40 patients at their home, along with 2 healthcare providers in sub-district health promoting hospitals. **Results:** Explanations for unused medicines from patient's perspective included incorrect drug takings, forgetting to take medicines, and being able to access medications from multiple channels. Explanations for unused medicines from healthcare provider's perspective were polypharmacy, self-adjustment of medication doses, incorrect drug taking, and the amount of prescribed medication more than the amount needed. Patients handled unused medicines by just keeping them and taking the most medications received from the hospitals, throwing away, and returning to hospitals. All patients had never found expired drugs or deteriorative drugs. However, if they found ones, they would ask health professionals, return them back to sub-district health promotion hospitals, keep them and continue taking, eliminate them and ask the neighbors for advice, The handling of life-over medications of health care providers in sub-district health promotion hospitals was following hospitals' policy to return unused medicines. **Conclusion:** This study provided the information on explanations of unused medicine from the perspectives of patients and the healthcare providers. Patients' handling of unused medications reflects their lack of knowledge on this issue. Patients were relatively uncooperative with hospital policy on unused medicines. It is therefore essential to implement concrete measures to encourage the return of left-over medication in order to reduce the problem.

Keywords: unused medicine, drug use behavior, handling of left-over medication

บทนำ

ยารักษาโรคมีความสำคัญเนื่องจากเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในประเทศไทย ค่าใช้จ่ายจากการใช้ยามี้อัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี จาก 36,506 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2543 เป็น 98,375 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 46.7 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วถึงสองเท่า แนวโน้มการนำเข้ายาจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 เป็นร้อยละ 65 ข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 พบว่าคนไทยบริโภคยาที่ผลิตในประเทศไทยและนำเข้าปีละประมาณ 47,000 ล้านเม็ดหรือเฉลี่ยวันละ 128 ล้านเม็ด ผู้ป่วยซื้อยามาใช้เองร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุที่ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นนั้นอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ราคาขายที่เพิ่มสูงขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็น และปัญหายาเหลือใช้ (1)

ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาสำหรับรักษาโรคที่ประชาชนได้รับจากสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย สถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านยา หรือแหล่งอื่น ๆ และในปัจจุบันยาดังกล่าวไม่ได้ถูกใช้ (2) ยาเหลือใช้ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (3) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดอัมพฤกษ์ และโรคหืด จำนวน 2,597,279 คน โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วย 1,111,311 คน คิดเป็นอัตรา 1,710.89 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ที่มีจำนวนผู้ป่วย 645,344 คน หรือ 1,025.44 คนต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวนผู้ป่วย 670,664 คน หรือ 1,032.50 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ที่มีจำนวนผู้ป่วย 500,347 คน หรือ 795.04 คนต่อแสนประชากร จะเห็นได้ว่าภายใน 7 ปี มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1.72 และ 1.34 เท่าตามลำดับ (4) ในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25,784 คน คิดเป็นอัตรา 1,388.16 คนต่อแสนประชากร และผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 22,919 คน หรือ 1,233.91 คนต่อแสนประชากร (5)

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็น

อันตรายที่รุนแรงอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (6,7) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยมียาเหลือใช้บ่งบอกได้ถึงปัญหาในการใช้ยาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการควบคุมสภาวะโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา (8) การเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 700 คน ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 54 ชุมชนในโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมียาเหลือใช้สูงถึง 3-4 เท่าของยาที่ควรมี (9) ในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้สำรวจมูลค่ายาเหลือใช้ที่ได้จากการเรียกคืนจากผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 106 คน ในระยะเวลา 3 เดือนพบว่ามูลค่ายาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เหลือจากการใช้รวมเป็น 6,852.92 บาท (10) นอกจากนี้ การสำรวจยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่พบว่ามีร้อยละ 88.50 มียาเหลือใช้ในครัวเรือน มูลค่ายาเหลือใช้ในโรคเรื้อรังเฉลี่ย เท่ากับ 225.82 บาทต่อคน เหตุผลหลักของการมียาเหลือใช้ ได้แก่ สถานพยาบาลจ่ายยาเกิน รongลงมาคือ ลืมรับประทานยา และปรับขนาดยาเอง (2) หากผู้ป่วยเก็บรักษาไม่ดีหรือเก็บไว้นานจนเกินไป ยาเหลือใช้เหล่านั้นอาจเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ หากนำยามาเหล่านั้นมาใช้ นอกจากจะไม่สามารถควบคุมโรคได้แล้ว ผู้ป่วยยังอาจได้รับอันตรายจากยาดังกล่าว (8)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับยาเหลือใช้พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มักค้นหาสาเหตุของการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม ที่ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยได้คาดการณ์คำตอบไว้แล้ว จึงอาจยังไม่ครอบคลุมประเด็นอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดยาเหลือใช้ในชุมชนซึ่งยังไม่พบในงานวิจัยในอดีต อีกทั้งในปัจจุบันงานวิจัยที่ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาหาคำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมจัดการยาเหลือใช้ยังมีไม่มาก เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงศึกษาคำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลระหว่าง 23 มกราคม – 6 กุมภาพันธ์ 2560 งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่มียาเหลือใช้ การศึกษาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยสำรวจยาเหลือใช้จากผู้ป่วยจำนวน 153 คนที่อาศัยในหมู่บ้านขนาดใหญ่ 2 หมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี หมู่บ้านแรกประกอบด้วยหมู่ 3 และหมู่ 8 และหมู่บ้านที่สองประกอบด้วยหมู่ 1, 2 และ 10 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากผู้ที่มีจำนวนยาเหลือใช้มากที่สุด 40 อันดับแรก หากผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลเพิ่มเติม ผู้ให้บริการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 2 คน

ผู้วิจัย

ผู้วิจัยคือเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงขอล่าวถึงภูมิหลังของผู้วิจัย ผู้วิจัยชื่อแรกและผู้วิจัยชื่อที่สองเป็นนักวิจัยเกี่ยวกับชุมชนเป็นเวลานานกว่า 6 ปี รวมถึงเป็นผู้ดูแลนิสิตในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังในหน่วยงานที่สังกัด ทั้งเป็นผู้สอนในรายวิชาเกี่ยวกับการทำงานด้านเภสัชกรรมในชุมชน ผู้วิจัยชื่อที่สองและสามมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยชื่อที่สามอาศัยอยู่ในชุมชนที่ใกล้เคียงกับชุมชนที่วิจัย ประกอบกับผู้วิจัยสามารถใช้ภาษาอีสานซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นในการสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูลจึงได้รับความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยติดต่อกับผู้อำนวยการ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยและติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อวางแผนการลงพื้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยลงชุมชนเพื่อสำรวจการมียาเหลือใช้ที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง 153 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยและรับยาจาก รพ.สต. ในชุมชน การสำรวจทำเฉพาะรายการยาที่ใช้สำหรับโรคเรื้อรังของผู้ป่วย

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีรายการยาเหลือใช้มากที่สุด 40 อันดับแรก และสัมภาษณ์ผู้ดูแลในกรณีที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ แนวคำถามหลักประกอบด้วย สาเหตุของยาเหลือใช้ของผู้ป่วยและวิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ หากไม่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกแทน

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านยา 2 คนใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างซึ่งแนวคำถามหลักประกอบด้วย ความหมายของยาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ให้บริการ สาเหตุของการมียาเหลือใช้ในชุมชน ผลของระบบบริการสุขภาพต่อการเกิดยาเหลือใช้ การจัดการหรือลดปัญหา ยาเหลือใช้ อย่างไรก็ตาม ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์ หากไม่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ได้แก่ สาเหตุของยาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งทำโดยการถอดเทปอย่างละเอียด พร้อมกับกำหนดรหัสของข้อความ จากนั้นแสดงข้อมูล สรุปและอภิปรายผลวิจัย

ผลการวิจัย

จากการลงชุมชนเพื่อสำรวจยาเหลือใช้ที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 153 คนที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1, 2, 3, 8 และ 10 และรับยาจาก รพ.สต. ผู้วิจัยสามารถสำรวจยาที่บ้านของผู้ป่วยได้จำนวนทั้งสิ้น 116 คน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเปลี่ยนไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 11 คน และไม่อยู่ในพื้นที่วิจัยในช่วงเวลาที่ศึกษา 26 คน จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยมียาเหลือใช้จำนวน 105 คน และถูกคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 40 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง 28 คน อายุ 60 ปีขึ้นไป 21 คน มียาเหลือ 3 รายการขึ้นไป 26 คน ยาที่เหลืออยู่รูปแบบยาเม็ดและยาแคปซูล

คำอธิบายของการมียาเหลือใช้

การมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยแสดงถึงความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย คำอธิบายของการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ป่วยจำแนกได้เป็น 3 ข้อหลัก ได้แก่ ผู้ป่วย

รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา และผู้ป่วยเข้าถึงยาได้จากหลายแหล่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ซึ่งจำแนกเป็นการปรับลดขนาดยาหรือหยุดยาเองทั้งที่เกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วยและเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ป่วย

1.1 การปรับลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบขนาดและวิธีใช้ยาที่แพทย์สั่ง แต่ผู้ป่วยตั้งใจไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งโดยลดขนาดยาเอง 16 คน และหยุดยาเอง 5 คน เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยา การเกิดผลข้างเคียงจากยา และความเข้าใจผิดว่าต้องรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารเท่านั้น

1.1 ก) ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับยาว่า ทำให้เป็นโรคไตได้หากรับประทานยาเป็นเวลานานหรือปริมาณมาก ผู้ป่วยบางรายจึงใช้สมุนไพรที่ผู้ป่วยเชื่อว่าช่วยชะลอความเสื่อมของไต แต่ยังไม่รับประทานยาตามปกติ ความกลัวดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานยารวันเว้นวันหรือรับประทานยาบางมื้อและบางรายไม่รับประทานยาหากตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตแล้วพบว่าสามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยกลัวการเป็นโรคไตเนื่องจากกลัวการฟอกไต บางรายเชื่อว่ายาไม่ละลายและสามารถสะสมในลำไส้ ผู้ป่วยจึงเคี้ยวหรือทุบยาให้ละเอียดก่อนกิน ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายกลัวยาตีกันหรือยาตีกับสุรา

“คิดว่ากินยาไปโดน ๆ สีเขียวให้เป็นโรคไตได้เคยเห็นคนแถวบ้านเป็นโรคไตแล้วได้ฟอกไต ยานลิแพ้ไต คือเขาทะเลยกินยามื้อวันมื้อ กินแบบนี้ละน้ำตาลกะบั้ง กะเลยกินแบบนี้มาเรื่อย ๆ” (ผู้ป่วยที่ 15 เพศหญิง อายุ 63 ปี จำนวนยา 3 ชนิด)

(แปล: คิดว่ากินยานานจะทำให้เป็นโรคไตได้ เคยเห็นคนแถวบ้านเป็นโรคไตแล้วได้ฟอกไต กลัวจะแพ้ไตเหมือนเขาจึงกินยารวันเว้นวัน กินแบบนี้แล้วน้ำตาลไม่ขึ้นก็เลยกินแบบนี้มาเรื่อย ๆ)

“เคยมีคนบอกว่ายากินยาความดันหลาย ยามันสิไปเรียงโตกันขึ้นในลำไส้ เคยเขากินยาเป็นปีละกะฐีสึก ผิดปกติ ไปฉีควัดขึ้นแล้ววัดเจอความดันพ้อว่าสูงหลาย กะได้กลับมากินยาความดันต่อ คุ่มื้อนี้บางมือกะกิน บางมือกะบั้งกิน โดยเฉพาะยาความดัน (amlodipine) หมอให้กินเช้าแลง แต่สิ

บักินยามแลง ช่วงนี้ความดันกะพอกุมได้อยู่” (ผู้ป่วยที่ 26 เพศหญิง อายุ 66 ปี จำนวนยา 2 ชนิด)

(แปล: เคยมีคนบอกว่ายากินยาความดันเยอะ ยามันจะเรียงกันขึ้นในลำไส้ เคยเลิกกินยาเป็นปีแล้วรู้สึก ผิดปกติ ไปฉีควัดขึ้นแล้ววัดเจอความดันสูงมาก จึงได้กลับมากินยาความดันต่อ ทุกวันนี้บางวันก็กิน บางวันก็ไม่กิน โดยเฉพาะยาความดัน หมอให้กินเช้าเย็นแต่จะไม่กินตอนเย็นเลย ช่วงนี้ความดันก็พอกุมได้)

1.1 ข) ความเข้าใจผิดว่าต้องรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารเท่านั้น: ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับประทานยาเนื่องจากเข้าใจผิดว่าต้องรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารเท่านั้น เมื่อมีงานยุ่งหรือต้องไปทำธุระและไม่ได้รับประทานอาหาร จะไม่รับประทานยาในมือนั้นโดยจะข้ามไปรับประทานเมื่อถัดไปในขนาดปกติ

“กินยามมื้อเช้าได้ แต่ถ้าฮอดมื้อวันพระ ตอนแลงสิไปวัด ถือศีล สิบได้กินข้าวแลง ยานแสบกระเพาะ กะเลยบักินยามแลงจักเทือ แต่น้ำตาลกะบ่หลายปานใด” (ผู้ป่วยคนที่ 11 เพศหญิง อายุ 70 ปี จำนวนยา 3 ชนิด)

(แปล: กินยาตอนเช้าได้ แต่ถ้าวันพระตอนเย็นต้องไปวัด ถือศีล ไม่ได้กินข้าว กลัวแสบกระเพาะจึงไม่กินยาตอนเย็น น้ำตาลก็ค่อยไม่สูง)

1.1 ค) ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา: การศึกษาพบผู้ป่วยจำนวน 7 คนที่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ส่งผลให้มีการปรับลดขนาดยาเอง ทำให้เกิดยาเหลือใช้ จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาแล้วผู้ป่วยมักไม่กล้าแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ แต่จะทดลองหยุดยาเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายควบคุมโรคไม่ได้ บางรายพบอาการข้างเคียงจากยา เนื่องจากผู้ป่วยเคี้ยวหรือทุบยาให้ละเอียดก่อนรับประทาน ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อของผู้ป่วยที่เชื่อว่ายาไม่ละลายและสะสมในลำไส้ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบมีอาการเหนื่อย อาการของระบบทางเดินอาหาร และอาการลิ้นชาและลิ้นไม่รู้สึก

อาการเหนื่อยพบในผู้ป่วยจำนวน 4 คนที่ใช้ยา metformin, glibenclamide, amiloride/hydrochlorothiazide และ enalapril ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปรับลดขนาดยาลง ส่วนอาการของระบบทางเดินอาหารพบในผู้ป่วยจำนวน 2 คนซึ่งมีอาการคลื่นไส้จากยา metformin เนื่องจากทุบยาให้ละเอียดก่อนรับประทาน และอาการแสบท้องจากยา aspirin ทำให้ผู้ป่วยปรับลดขนาดยาลงเอง

“กินยาเบาหวาน (metformin) แล้วขมแสบ ลิซาก กัด กินยาหลังกินข้าวแล้ว 30 นาที เพราะว่าไทบ้านเพิ่นบอกให้ ทูบแต่กินแล้วมันขมแสบกะเลยกัดให้มันแตกซื่อ ๆ หมอให้ กินเพื่อละเม็ดเช้าแลง กะกินแต่ยามมือเช้า แต่ถ้าตอนได้ น้ำตาลสูงกะกินเช้าแลงอยู่ แต่ไม่เคยกินยาเกินเพิ่นสั่ง” (ผู้ป่วยที่ 2 เพศหญิง อายุ 53 ปี จำนวนยา 2 ชนิด)

(แปล: กินยาเบาหวานแล้วขมมาก อยากรู้ว่า กัด กินยาหลังอาหาร 30 นาที มีเพื่อนบ้านบอกให้ทูบแต่กินแล้ว ขมมากจึงกัดให้แตกเฉย ๆ หมอให้กินครั้งละเม็ดเช้าเย็น ก็ กินแค่ตอนเช้า แต่หากน้ำตาลสูงจะกินเช้าเย็น ไม่เคยเพิ่ม ขนาดยาเอง)

อาการลิ้นชาและลิ้นไม่รู้รสเมื่อรับประทานยา พบ ในผู้ป่วยจำนวน 2 คนที่ใช้ยา glibenclamide, amlodipine และ enalapril

1. 2 ความเข้าใจผิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการ รับประทานยา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาได้ถูกต้อง เมื่อทดสอบโดยการหยิบแผลงยาแต่ละชนิดขึ้นมาและให้ ผู้ป่วยบอกวิธีรับประทาน แต่มีผู้ป่วย 1 คนที่รับประทานยา ผิดขนาด เนื่องจากจดจำวิธีการรับประทานยาตั้งแต่ครั้งแรก ที่เริ่มใช้และรับประทานยาในขนาดเดิมมาตลอด แม้ว่า แพทย์สั่งเพิ่มขนาดยา จึงทำให้มียาเหลือสะสมเรื่อยมา

“หมอบอกให้กินยาความดันเม็ดเหลี่ยม ๆ เพื่อละ 2 เม็ดยามเช้า จำได้อยู่ กินจึงซึ้มาตลอดตั้งแต่เทื่อแรกที่กินยา เลย ไม่รู้คือกินว่าเป็นหย็งยามันคือเหลือหลาย แต่ความดัน กะคุมได้อยู่เด้อ” (ผู้ป่วยที่ 1 เพศชาย อายุ 71 ปี จำนวนยา 4 ชนิด)

(แปล: หมอบอกให้กินยาความดันเม็ดเหลี่ยมทีละ 2 เม็ดตอนเช้า จำได้ ก็กินแบบนี้มาตลอดตั้งแต่รับยาครั้งแรก เลย ไม่รู้ทำไมมันเหลือเยอะแต่ความดันก็คุมได้ปกติ)

2. ผู้ป่วยลืมรับประทานยา: ผู้ป่วยจำนวน 23 คน ลืม รับประทานยาประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง และมีจำนวน 8 คน ลืมอย่างน้อย 5 ครั้งต่อเดือนซึ่งถือว่าค่อนข้างบ่อย ผู้ป่วยอธิบายว่าสิ่งที่ทำให้ลืมรับประทานยามีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยไปทำงานหรือทำธุระนอกบ้านและลืมนำ ยาไปด้วย: ผู้ป่วยจำนวน 9 คน ลืมรับประทานยาเนื่องจาก ต้องรีบออกไปทำงานหรือทำธุระนอกบ้านตั้งแต่เช้า บาง รายต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและลืมนำไปด้วย

2.2 ผู้ป่วยทำงานยุ่งจึงลืมรับประทานยา: ผู้ป่วย บางส่วนมักลืมรับประทานยาในช่วงที่งานยุ่งโดยเฉพาะ ในช่วงเช้า โดยข้ามมือที่ลืมและรับประทานยามือถัดไปใน

ขนาดเดิม ซึ่งผู้ป่วยมักลืมมือเช้าและข้ามไปรับประทานมือ เย็น

2.3 ผู้ป่วยลืมรับประทานยาด้วยเหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ ความหลงลืมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยจากอายุที่มากขึ้น อีกส่วนหนึ่งลืมรับประทานยาก่อนอาหารเช้าเนื่องจากความ หิว

“ลืมกินยา ยางไปเฮ็ดงานบ้านกะลืม บางเทื่อกินน้ำ หลังกินข้าวหลายโพดกะอิมเลยถ้าเวลาก่อนจะไปเฮ็ดอย่าง อื่นค้อยกลับมากินยา สุดท้ายกะบ่ได้กินเพราะว่าลืม” (ผู้ป่วยคน 20 เพศหญิง อายุ 66 ปี จำนวนยา 6 ชนิด)

(แปล: ลืมกินยา เดินไปทำงานบ้านก็ลืม บางครั้ง กินน้ำหลังกินข้าวเยอะเกินไปก็อิมเลยรอเวลาก่อนจะไปทำ อย่างอื่นค้อยกลับมากินยา สุดท้ายก็ไม่ได้กิน)

3. ผู้ป่วยรับยาจากหลายแหล่ง: ผู้ป่วยบางราย สามารถเข้าถึงยาได้หลายแหล่ง ได้แก่ การรับยาจาก สถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่งและการขอแบ่งยามาจาก เพื่อนบ้าน

3.1 การรับยาจากสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง: ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับยาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากรพ.สต. แห่งเดียว มีผู้ป่วย 1 คนที่รับยาจาก สถานพยาบาลอื่นร่วมด้วยจึงทำให้เกิดยาเหลือใช้

“รับยาโรคความดันจากอนามัยแต่เป็นมะเร็งปอดนำ ต้องไปนอนรับยามะเร็งอยู่โรงพยาบาลสรรพสิทธิเดือนละ 4-10 มือ ตั้งแต่เดือนกันยายนปีก่อน ตอนนอนโรงพยาบาลกะกินยาความ ดันของโรงพยาบาล บ่ได้กินยาอนามัย ยามันกะเลยเหลือ” (ผู้ป่วยที่ 6 เพศชาย อายุ 56 ปี จำนวนยา 2 ชนิด)

(แปล: รับยาโรคความดันจากอนามัย แต่เป็นมะเร็ง ปอดด้วย ต้องไปนอนรับยามะเร็งที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์เดือนละ 4-10 วัน รับยามาตั้งแต่เดือนกันยายนปี ก่อน (ประมาณ 4 เดือน) ตอนที่นอนโรงพยาบาลก็กินยา ความดันของโรงพยาบาล ไม่ได้กินยาอนามัย ยามันก็เลย เหลือ)

3.2 การขอแบ่งยาจากเพื่อนบ้าน: ผู้ป่วย 1 คนไม่ได้ นำยาพกติดตัวไปด้วยขณะทำธุระที่ต่างจังหวัด จึงขอยา จากเพื่อนบ้านที่เดินทางไปด้วยกัน ทำให้ยาของตนเอง เหลือ

“เวลาไปตอนก้อยู่ศรีเกษแล้วบ่ได้เอาไปนำ สิขอ กินยาจากหมู่ที่ไปนำกัน เพราะเป็นโรคเดียวกัน กินยาถือ กัน เคยขอประมาณ 3-4 เทื่อ” (ผู้ป่วยที่ 22 เพศชาย อายุ 52 ปี จำนวนยา 4 ชนิด)

(แปล: เวลาไปต่อกองอยู่จังหวัดศรีสะเกษแล้วไม่ได้
เอายาไปด้วย จะขอกินยาจากเพื่อนที่ไปด้วยกัน เพราะเป็น
โรคเหมือนกัน กินยาเดียวกัน เคยขอประมาณ 3-4 ครั้ง)
การจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย

การจัดการยาที่เหลือจากนัดครั้งก่อน: เมื่อได้รับ
ยาจากนัดครั้งใหม่ ผู้ป่วยจะจัดการกับยาเดิมที่เหลือจากนัด
ครั้งก่อนโดยเก็บยาเดิมไว้ กำจัดยาเดิม และนำยาไปคืน
สถานพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับประทานยาที่ได้นัดใหม่
ก่อนยาเดิมโดยเก็บยาเดิมไว้ มีบางส่วนที่รับประทานยาเดิม
ก่อนหรือรับประทานทั้งยาเดิมและยาใหม่ ผู้ป่วยมีวิธีกำจัด
ยาเดิมที่ไม่ใช่แล้วโดยการเผา ผัง ทั้งเป็นขยะ หรือทิ้งในป่า
ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่ากลัวเด็กนำยาไปกินจึงต้องกำจัด
ด้วยวิธีการต่าง ๆ มีผู้ป่วย 6 คน เคยนำยาไปคืน รพ.สต.
โดยนำยาไปแลกไข่ 1 คน และมีผู้ป่วย 4 คนที่จะไม่รับยา
เพิ่มหากมียาเหลือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า แพทย์ไม่ได้
แจ้งให้นำยามาคืน มีผู้ป่วย 8 คน ที่เคยได้รับการแจ้ง จึงทำ
ให้ส่วนใหญ่ไม่เคยนำยาไปคืน รพ.สต.

การจัดการยาหมดอายุหรือยาที่มีลักษณะ
เปลี่ยนแปลงไป: ผู้ป่วยทุกรายให้ข้อมูลว่าไม่เคยพบยา
หมดอายุหรือยาเสื่อมคุณภาพ แต่ในขั้นตอนการรับยาเหลือ
ใช้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยพบยาหมดอายุในผู้ป่วยจำนวน 5 คน
โดยเป็นยาที่ได้รับมาจากนัดครั้งนี้จำนวน 3 คน (หมดอายุ
ประมาณ 20 วัน ณ วันที่เก็บข้อมูล) และอีก 2 คนเป็นยา
จากนัดครั้งเดิมที่เก็บไว้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถ
ตรวจสอบวันหมดอายุของยาด้วยตนเอง เนื่องจากไม่ทราบ
ว่า ยาที่ใช้เป็นยาหมดอายุ จึงไม่เกิดการจัดการกับยาที่
หมดอายุ และอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพ
อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่า หากพบยาหมดอายุ
หรือยาเสื่อมคุณภาพจะมีวิธีการจัดการคือ นำยาที่หมดอายุ
ไปสอบถามแพทย์หรือสอบถามเพื่อนบ้านว่าสามารถ
รับประทานยาต่อได้หรือไม่ นำยาส่งคืน รพ.สต. เก็บยาไว้
โดยไม่รับประทาน รับประทานยาที่หมดอายุต่อไป กำจัดยา
ด้วยการทิ้งถังขยะ ทั้งในป่า และผัง

“ตั้งแต่เริ่มกินยามา กะบ่เคยพ้อยาที่ใกล้เบ็ดอายุหรือ
มีอีกยังเปลี่ยนแปลงไปเด๊ะ แต่ถ้าพ้อกะสิเอาไปเผาหรือ
ไปส่งคืนอนามัย” (ผู้ป่วยที่ 1 เพศชาย อายุ 71 ปี จำนวนยา
4 ชนิด)

(แปล: ตั้งแต่เริ่มกินยามา ไม่เคยเจอยาที่ใกล้
หมดอายุหรือมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปนะ แต่หากมีจะนำไป
เผาหรือไปส่งคืนอนามัย)

“กะยังบ่เคยพ้อยาเสื่อม วันหมดอายุกะเบ็งบ่เป็น
ดอก แต่หมอกะเอายาแฉงใหม่ ๆ ให้อยู่ คิดว่าบ่น่าสิเสื่อม
เร็ว แต่ถ้าเห็นสิเอาไปถ่มหรือเอาไปคืนหมอ ไปถามหมอ
ก่อน” (ผู้ป่วยที่ 22 เพศชาย อายุ 52 ปี จำนวนยา 4 ชนิด)

(แปล: ก็ยังไม่เคยเจอยาเสื่อม วันหมดอายุก็ดูไม่
เป็นหรอก แต่หมอก็เอายาแฉงใหม่ ๆ ให้อยู่นะ คิดว่าไม่น่าจะ
เสื่อมเร็ว แต่ถ้าเห็นก็จะทิ้งหรือนำไปคืนหมอ ไปถามหมอ
ก่อน)

มุมมองของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลคือเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.
สต. จำนวน 2 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านยาคนที่
1 (ผู้ดูแลหลักด้านยาของ รพ.สต.) เป็นเพศชาย อายุ 25 ปี
ประสบการณ์ในการทำงานที่รพ.สต. 1 ปี และเจ้าหน้าที่
ผู้รับผิดชอบด้านยาคนที่ 2 (ผู้ช่วยด้านยาของ รพ.สต.) เป็น
เพศหญิง อายุ 32 ปี ประสบการณ์ในการทำงานที่ รพ.สต.
10 ปี

คำอธิบายถึงการมียาเหลือ: เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.
สต. ให้ความหมายของยาเหลือใช้ว่าเป็นยาที่ผู้ป่วย
รับประทานไม่หมด โดยอาจเกิดจากผู้ป่วยรับยามาจาก
หลายแห่ง รับประทานเอง และไม่รับประทานยา จากการแจ้งให้
ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาในวันนัดรับยาพบว่า ผู้ป่วยมักมียา
เหลือ และพบว่าผู้ป่วยที่รับยาจาก รพ.สต. ได้ยาจำนวน
มากจึงนำไปแบ่งให้ผู้อื่น ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ รพ.สต.
จ่ายยาให้ผู้ป่วยเกินวันนัดประมาณ 2 วันต่อการนัด 1 ครั้ง
เพื่อให้ยาเผื่อในกรณีที่ผู้ป่วยอาจติดธุระหรือไม่สามารถมา
รับยาตามนัด

วิธีแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ที่เกิดขึ้นจากระบบบริการ
สุขภาพ: รพ.สต. ปฏิบัติตามนโยบายการนำยาเหลือใช้มา
คืนของโรงพยาบาลชุมชน จึงให้ผู้ป่วยนำถุงยาเดิมมาด้วย
ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เจ้าหน้าที่จะนับจำนวนยาและเพิ่มยา
ใหม่ให้เพียงพอกับจำนวนยาที่ต้องใช้จากกว่าถึงวันนัด
ครั้งถัดไป แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยนำยามาคืนเพียง
ประมาณร้อยละ 25 เท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการจัดการยาเหลือใช้: เจ้าหน้าที่ของ
รพ.สต. เสนอให้นำนโยบายการใช้ถุงผ้าเก็บยาสำหรับผู้ป่วย
โรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนที่ในปัจจุบันมีผู้ป่วยปฏิบัติ
ตามเพียงร้อยละ 25 มาปฏิบัติให้ครอบคลุมผู้ป่วยมากขึ้น
นั่นคือ ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนเก็บยาทั้งหมดในถุงผ้า และ
นำมาด้วยทุกครั้งที่มา รพ.สต. เพื่อให้สามารถตรวจสอบยา
เหลือใช้ของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะสามารถตรวจสอบวัน

หมดอายุของยาและความเสื่อมคุณภาพของยา คัดแยกและเก็บยาหมดอายุและยาเสื่อมคุณภาพไปทำลาย หากยาส่วนที่เหลือมีจำนวนมากและยังอยู่ในสภาพที่ใช้ได้ดี เจ้าหน้าที่จะจัดยาให้เพียงพอกับวันนัด ส่วนยาที่เหลือมากกว่าวันนัดจะส่งคืน รพ.สต. ให้คงเหลือในจำนวนที่เพียงพอกับวันนัดครั้งต่อไป ส่วนแนวทางที่กำลังดำเนินการเพื่อจัดการยาเหลือใช้ในปัจจุบันคือ การสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับจำนวนยาที่เหลืออยู่และจัดยาให้ตามจำนวนที่เพียงพอสำหรับการใช้จนถึงวันนัดครั้งถัดไป

การอภิปรายผล

คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเชื่อว่า ยาจะสะสมในลำไส้จึงเคี้ยวและทบยาให้ละเอียดก่อนรับประทาน ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการรับประทานยาเนื่องจากมีรสขม และยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจึงปรับลดขนาดยาเอง ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการข้างเคียงหรือผู้ป่วยต้องการดื่มสุราจึงไม่ได้รับประทานยา ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาในอดีต (3, 11-14) นอกจากนี้ การที่ยาเหลืออยู่เกิดจากการที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและผู้ป่วยเข้าถึงยาได้หลายแหล่ง Pisutthikoson พบว่า ปัจจัยที่สำคัญซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ คือ ระยะเวลานัดตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ระยะเวลานัด 28 วันไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดยาเหลือใช้ รพ.สต. ในการวิจัยนี้มีในระยะเวลานัดประมาณ 1 เดือน ระยะเวลานัดผู้ป่วยจึงไม่น่าทำให้เกิดยาเหลือใช้ได้มากนักในชุมชนนี้ (15) การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่รับยาจากสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง และมีการขอแบ่งยาจากเพื่อนบ้านทำให้ยาของตนเหลือสอดคล้องกับงานวิจัยของ Charoenchokthavee และคณะที่สัมภาษณ์ถึงเหตุผลในการนำยาเหลือใช้มาคืนและพบว่าการรับยาจากสถานพยาบาลหลายแห่งทำให้เกิดยาเหลือใช้และต้องนำยามาคืน (16)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยทุกรายสามารถดูแลการใช้ยาได้ด้วยตนเองและสามารถให้ข้อมูลได้สมบูรณ์ จึงไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเพิ่มเติม ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่าบุคคลในครอบครัวช่วยเตือนให้ไม่ลืมรับประทานยา แต่ยังไม่ลืมรับประทานยาเนื่องจากผู้ดูแลช่วยเตือนเพียงบางครั้งเท่านั้น จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยา

ผู้ป่วยจะไม่กล้าปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ แต่จะทดลองปรับลดขนาดหรือหยุดรับประทานยาด้วยตนเองโดยไม่แจ้งแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต แต่กรณีที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ ยาที่บุคลากรทางการแพทย์จ่ายไปเกินกว่าจำนวนที่ผู้ป่วยรับประทานจริงจึงกลายเป็นยาเหลือใช้ ดังนั้น ผู้ให้บริการควรมีแนวทางในการจัดการปัญหาการใช้ยาร่วมกัน และร่วมกับผู้ป่วยในการจัดการปัญหาการเกิดยาเหลือใช้

ในการจัดการยาเหลือใช้ ผู้ป่วยมีวิธีจัดการยาที่เหลือจากนัดครั้งก่อน ได้แก่ เก็บยาเดิมไว้และมักรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม รับประทานยาเดิมก่อน หรือรับประทานร่วมกันทั้งยาเดิมและยาใหม่ บางรายนำยาเดิมไปกำจัดด้วยวิธีการต่าง ๆ และนำยาไปคืนที่ รพ.สต. ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยพบยาหมดอายุหรือยาที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตรวจสอบวันหมดอายุของยาด้วยตนเอง เพราะไม่ทราบว่ายาคือเป็นยาหมดอายุ จึงไม่เกิดการจัดการกับยาที่หมดอายุ แต่หากรู้ว่าเป็นยาหมดอายุ ผู้ป่วยเห็นว่าจะจัดการโดยนำยาไปตามแพทย์หรือตามเพื่อนบ้าน ส่งคืน รพ.สต. เก็บยาเดิมไว้ รับประทานยาเดิมต่อไป และกำจัดยาด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในอดีตที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ ได้แก่ รับประทานยาก่อนยาใหม่ เก็บไว้ที่บ้านเฉย ๆ นำยามาคืนที่โรงพยาบาล และนำยาเหลือใช้ไปทิ้ง (11,12,14)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการจัดการยาเหลือใช้ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม จะทำให้ยาเดิมที่เก็บไว้นานนั้นหมดอายุ หากผู้ป่วยนำไปรับประทานภายหลัง ยาอาจไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคหรือทำให้เกิดอันตรายได้ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยกำจัดยาเหลือใช้ด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง โดยการนำไปเผา ผึ่ง และทิ้งในป่า ทำให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมตามมา ซึ่งก่อให้เกิดมลพิษแตกต่างกันตามชนิดของยา (17) อีกทั้งยังพบว่า วิธีการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเป็นการแก้ปัญหที่ปลายเหตุ ควรมีการจัดการยาเหลือใช้จากสาเหตุที่แท้จริง นั่นคือ การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง การลืมรับประทานยา และการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้หลายแหล่ง

คำอธิบายของการมียาเหลือใช้จากมุมมองของผู้ให้บริการอาจไม่ครอบคลุมคำอธิบายของผู้ป่วยในเรื่อง

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อว่ายาจะสะสมในลำไส้จึงต้องบดหรือทุบยาให้ละเอียดก่อนรับประทาน ความเชื่อที่ว่าเมื่อรับประทานยาเป็นเวลานานหรือในปริมาณมากจะทำให้เป็นโรคไต ความเข้าใจผิดว่าต้องรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารเท่านั้น และผู้ป่วยบางรายเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาซึ่งเป็นผลจากความเชื่อบางประการข้างต้น ความเข้าใจผิดเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่าเมื่อได้รับยาจากนัดครั้งใหม่ ผู้ให้บริการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาใหม่ก่อน อาจเนื่องมาจากผู้ให้บริการกังวลว่ายาเดิมอาจหมดอายุ จึงแสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมาผู้ให้บริการอาจยังไม่ได้คำนึงถึงปัญหาเรื่องยาเหลือใช้มากนัก ในปัจจุบัน รพ.สต. ได้จัดการยาเหลือใช้ตามนโยบายการนำยาเหลือใช้มาคืนของโรงพยาบาลชุมชน แต่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในระดับต่ำ จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทุกรายทราบถึงประโยชน์ของการนำยาเหลือใช้มาคืนและมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมให้เพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดหนึ่งของการศึกษานี้ คือ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัดและผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ไกลกัน และช่วงเวลาที่ไปเก็บข้อมูลนั้นเป็นช่วงหลังการเก็บเกี่ยวมันสำปะหลังเสร็จสิ้น จึงมีผู้ป่วยหลายรายที่เดินทางไปเยี่ยมลูกหลานที่ต่างจังหวัด ทำให้ได้เข้าสำรวจยาที่บ้านผู้ป่วยในขั้นตอนการสำรวจยาเพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 116 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยสามารถคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า นโยบายการให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาคืนนั้น ยังเป็นการแก้ปัญหาที่ยังไม่ตรงกับสาเหตุ หากสามารถนำผลของการศึกษานี้ไปใช้เป็นแผนปฏิบัติการในการจัดการยาเหลือใช้ จะสามารถลดการมียาเหลือใช้ลงและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศได้นอกจากนี้หากมีแผนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีการกำจัดยาเหลือใช้อย่างถูกวิธีจะช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อมได้

การวิจัยครั้งต่อไป ควรเป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยมีการให้สิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น การลงเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ในประเด็นการเก็บรักษา ยา การใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วยและช่วยลดการลืมนับรับประทานยา นอกจากนี้ควรมีการศึกษาผลของนโยบายการนำยาเหลือใช้มาคืน

และผลการพัฒนาระบบบริการของ รพ.สต. ในเรื่องการตรวจสอบยาเหลือใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปผล

คำอธิบายของการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา และผู้ป่วยเข้าถึงยาได้หลายช่องทาง คำอธิบายของการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ให้บริการคือ ผู้ป่วยรับยามาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง มีการปรับขนาดยาเองหรือไม่รับประทานยา และรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ส่วนการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วย ได้แก่ เก็บยาเดิมไว้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม รับประทานยาเดิมก่อนและรับประทานรวมกันทั้งยาเดิมและยาใหม่ บางรายมีการนำยาเดิมไปกำจัดด้วยวิธีการต่าง ๆ และนำยาไปคืนที่ รพ.สต. ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยพบยาหมดอายุหรือยาที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตรวจสอบวันหมดอายุของยา แต่ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่า หากพบจะมีวิธีการจัดการ ได้แก่ นำไปถามแพทย์หรือถามเพื่อนบ้าน สงคืน รพ.สต. เก็บยาเดิมไว้ รับประทานยาเดิมต่อไป และกำจัดยาด้วยวิธีการต่าง ๆ แนวทางในการจัดการยาเหลือใช้ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. คือการปฏิบัติตามนโยบายการนำยาเหลือใช้มาคืนของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อผู้ป่วยนำยาเดิมมาให้จะมีการนับจำนวนยาและเพิ่มยาใหม่ให้เพียงพอกับจำนวนยาที่ต้องใช้จนกว่าถึงวันนัดครั้งถัดไป แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ที่นำยามาคืนเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

คำอธิบายของการมียาเหลือใช้เกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาบุคลากรทางการแพทย์จึงควรพัฒนาระบบการติดตามและตรวจสอบยาเหลือใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใส่ใจหรือตระหนักถึงปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย และเน้นย้ำการกินยาหรืออธิบายการกินยาให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนงานวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2560 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ขอขอบพระคุณผู้ป่วยในชุมชนที่ศึกษาที่กรุณาให้ข้อมูลที่

เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รจเรศ หาญรินทร์ ในการตรวจสอบความถูกต้องเครื่องมือวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ได้แก่ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ณ ชุมชนที่ทำการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Information, Ministry of Public health. Wittaya revealed a high drug consumption of Thai people, 47000 million pills a year, or an average of 128 million pills a day [online]. 2012 [cited Feb 12, 2016]. Available from: pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=45561.
- Champunot P. Leftover medicines and medicine use behavior of people in Chiang Mai province. [master thesis]. Chaing Mai: Chaing Mai University; 2012.
- Papitak K, Apinyapanit T, Boonyawattipong P, Wipat kasamsuk P. Study on cost and the participation in finding of cause and ways to solve unused medicines in patients with diabetes and hypertension: Case study in Makok village, Kantharawichai Maha Sarakham [Pharm D research project]. Maha sarakham: Mahasarakham University; 2013.
- Bureau of Non Communicable Disease. Non-communicable disease data [online]. 2015 [cited Feb 12, 2016]. Available from: thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php?pn=1.
- Ubon Ratchatihani Provincial Health Office. Health status data in 2015 [online]. 2016 [cited May 1, 2017]. Available from: www.phoubon.in.th/.
- Anon. Clinical practice guideline for diabetes 2014. Bangkok: National Health Security Office; 2014.
- Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 updated. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2015.
- Thai Health Promotion Foundation. "Unused medicine": The silent disaster of Thai people's health [online]. 2010 [cited May 30, 2017]. Available from: www.thaihealth.or.th/Content/5044- "ยาเหลือใช้" ภัยเงียบสุขภาพคนไทย.html
- Health Insurance System Research Office. The Pharmacy Council of Thailand indicated that there were unused medicines in 54 communities in Bangkok [online]. 2010 [cited Feb 12, 2016]. Available from: www.hisro.or.th/main/?name=news&file=readnews&id=74.
- Nimsai W. Amount, price, and cause of diabetic drugs returned by diabetic patients at Bangkok hospital, Chachoengsao province. Journal of Phra pokklao Nursing College. 2010; 41: 23–31.
- Nimanong P. Causes and handing of unused medicines in patient with hypertension at Panthong hospital [online]. Chonburi Provincial Health Office. 2014 [cited Feb 12, 2016]. Available from: www.cb.o.moph.go.th/research_n/abst/dspimg.asp?id=231.
- Suwannaprom P, Niamhun N, Champoonot P, Phosuya C, Chowwanapoonpohn H, Supakul S, et al. Items and value of household leftover medicines for chronic conditions at Sansai- Luang sub-district, Sansai district, Chiang Mai province. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2012;25:22–8.
- Thavornwattanayong W, Jansuriyakul W, Chanpen S, Keesititsombun W, Srinuanrod K. Survey of leftover drug and drug use behavior among patients with chronic diseases in Nong Pak Long, Mueang, Nakhon Pathom. Journal of Health Science. 2012; 126: 1140–7.
- Sadoyoo S, Jirapreeya N, Treesak C, Sangjam P. Leftover medications in patients with chronic diseases from home health care visits: A community study in Bangkok. Dialogue Pharm Health Care Pract. 2014;1:1–7.
- Pisutthikoson C. Prevalence and factors related to leftover medicine in patient with type 2 diabetes mellitus at Prachasamosorn community medical unit Muang district, Khon Kaen province. [master thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014.

16. Charoenchokthavee W, Lertwattanachai T, Rodhed bhai W, Kobwanthanakun S. Analysis and management of unused medications problem in urban living area. *Vajira Medical Journal*. 2013;81:147–60.
17. Savetyotin V. Toxicity of pharmaceutical to the environment. *Green research*. 2016; 32:11–3.