

โครงการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาจากการ บริจาคยาเพื่อผู้ป่วยอนาถา

โรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อมูลที่น่าสนใจที่ได้จากการจัดทำโครงการบริจาคยาเพื่อผู้ป่วยอนาถาของโรงพยาบาลเลิดสิน ก็คือ หลังจากที่แพทย์ได้สั่งยาให้ผู้ป่วยแล้วมักมีผู้ป่วยจำนวนมากโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุใช้ยาไม่หมดตามแพทย์สั่ง ซึ่งนอกจากจะละเลยต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเองแล้ว ในสภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเช่นนี้ ยังเป็นการใช้ยาโดยสิ้นเปลืองและสูญเปล่า รวมถึงอาจส่งผลร้ายอื่นๆ ในกรณีที่ใช้ยาไปในทางที่ผิด หรือนายาที่หมดอายุไปใช้ เป็นต้น จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยที่นำยามาบริจาค ผู้เขียนได้ให้ข้อเสนอแนะว่าทุกฝ่ายควรจะต้องมีส่วนร่วมกันตระหนักและรับผิดชอบ เริ่มตั้งแต่ตัวผู้ป่วยที่ควรจัดทำประวัติการใช้ยาของตนเอง เพื่อให้เกิดความสะดวกเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานบริการและแพทย์ ซึ่งควรจ่ายยาอย่างมีเหตุผล และคำนึงถึงความจำเป็นของผู้ป่วย รวมทั้งเภสัชกรเองก็ควรจะมีส่วนช่วยให้คำแนะนำและชี้แจงเหตุผลในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ควรจัดทำระบบข้อมูลประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการใช้ยา โดยให้เป็นข้อมูลกลางที่สามารถเรียกตรวจสอบได้จากทุกสถานบริการ

สุวรรณีย์ เจริญพิชิตนันท์ กบ., กบ. กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

บทนำ

ตามนโยบายของรัฐบาลปัจจุบันที่พยายามให้การช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย และด้อยโอกาส ได้ส่งผลให้จำนวนของผู้ป่วยที่ไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาล เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ (เกิน 60 ปี) ผู้ป่วยเด็ก (0-12 ปี) และผู้ป่วยบัตรสงเคราะห์ต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุนั้นนับว่าแต่ละปีจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาโดยไม่ชำระเงินของโรงพยาบาลเลิดสินในปีพ.ศ. 2535 มี 7,592 ราย คิดเป็นยามูลค่า 859,724 บาท และพบว่าในปีงบประมาณ 2539 กลุ่มงานเภสัชกรรมต้องจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโดยไม่ต้องชำระเงิน 19,762 ราย การเพิ่มในลักษณะเฉลี่ยต่อรายคิดเป็นยามูลค่า 6,335,278 บาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี

พ.ศ. 2535 ถึง 5,475,554 บาท แม้กระนั้นก็ตาม จากการสังเกตของผู้เขียนมักพบเสมอว่าผู้ป่วยสูงอายุใช้ยาไม่หมดตามแพทย์สั่ง เมื่อเก็บไว้นานๆ ก็จะลืมว่ายานั้นรักษาโรคหรืออาการใด ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมักต้องนำยากลับมาถามเภสัชกรที่ห้องยาว่าเป็นยาอะไร ซึ่งบางครั้งพบว่าปริมาณยาเป็นจำนวนมาก และอีกกรณีหนึ่งที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกพบก็คือ ยาบางรายการที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องชำระเงินเอง (ยาพิเศษ) ผู้ป่วยมักจะบอกว่าที่บ้านยังมีไม่ต้องซื้อก็ได้ แต่ถ้าเป็นยาที่ไม่ต้องชำระเงิน ผู้ป่วยจะรับไปครบทุกรายการ และในกรณีที่แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาโดยเปลี่ยนยาให้ใหม่ ผู้ป่วยก็จะไม่นำยาเก่าที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้กลับมาคืนห้องยา ผู้เขียนจึงคาดว่าน่าจะมีบางส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้แล้วควักค้างอยู่ที่บ้านผู้ป่วย

ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลเลิดสิน จึงได้จัดทำโครงการ บริจาคมายาเพื่อผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยนำยาที่มีได้ใช้แล้ว หรือเหลืออยู่มากเกินความจำเป็นมาบริจาคให้แก่กลุ่มงาน เกสัชกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อคัดเลือกยาที่คงสภาพดี และมีประสิทธิภาพนำกลับมาจ่ายให้แก่ผู้ป่วยนอก เพื่อ ลดงบประมาณของรัฐ ซึ่งนอกจากจะก่อประโยชน์ดังกล่าว แล้วยังสามารถป้องกันมิให้ผู้ป้อนายาที่เก็บไว้ใช้ในทางที่ ผิด หรือนำยาที่เก็บไว้นานจนหมดอายุไปใช้ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (ชาญ, 2540) รวมทั้งสามารถใช้ กรณีศึกษาเป็นข้อมูลศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยา และ ความร่วมมือในการใช้ยา (compliance) ของผู้ป่วยจากยา ที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคได้อีกด้วย (Inui, Carter and Pecoraro, 1981 ; Sharpe and Mikael, 1974)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสืบค้นว่าผู้ป่วยมียาเก่าที่มีได้ใช้แล้วตกค้าง อยู่ที่บ้านหรือไม่ อันจะได้นำยามเหล่านั้นมาคัดเลือกเพื่อใช้ กับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และความร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ป่วย (patient compliance) ซึ่งในกรณี ที่พบปัญหาจากการใช้ยาก็จะได้วางแนวทางแก้ไขต่อไป
3. เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป้อนายาที่เก็บไว้จนยาหมดอายุ หรือเสื่อมคุณภาพไปใช้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน

วิธีดำเนินการ

1. เตรียมกล่องรับบริจาคยาไปตั้งตามห้องตรวจโรค ต่างๆ และหน้าห้องจ่ายยาทุกห้อง
2. จัดทำป้ายประกาศเชิญชวนให้ผู้ป้อนายาที่ไม่ได้ ใช้แล้วมาบริจาค และให้ผู้ป่วยเขียนชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ ลงบนซองยาหรือถุงยาที่นำมาบริจาค เพื่อทางห้องยาจะได้ จัดส่งเอกสารความรู้เกี่ยวกับยากลับไปให้เป็นการตอบแทน
3. เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมจะเก็บรวบรวมยาที่

ได้รับบริจาคจากกล่องรับบริจาคสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

4. นำยาที่ได้รับบริจาคมายาแยกประเภท และคัดเลือก ยาที่คงสภาพดี ไม่เสื่อมคุณภาพ หรือไม่หมดอายุเพื่อนำ กลับมาใช้
5. บันทึกรายการยาที่ได้รับบริจาคโดยแบ่งตามกลุ่ม ยาและแยกตามห้องตรวจต่างๆ พร้อมทั้งคำนวณราคายา
6. รวบรวมข้อมูลเมื่อดำเนินการครบ 3 เดือน
7. วิเคราะห์ข้อมูลจากยาบริจาคที่มีฉลากครบถ้วน คือ ต้องมีฉลากยาที่ระบุชื่อยา จำนวนยา วิธีใช้ยา จำนวน ครั้งที่ใช้ต่อวัน และวันที่จ่ายยานั้น ถ้าฉลากยาไม่ครบถ้วน จะไม่นำมาใช้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย เพราะ ข้อมูลเหล่านี้อาจไม่ใช่ตัวแทนที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งหมดก็ได้

ระยะเวลาดำเนินการ

1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2540

ผลการดำเนินการ

ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2540 ตลอดระยะเวลา 3 เดือนมีผู้นำยามาบริจาคทั้งสิ้น 407 ราย คิดเป็นยา 1,550 รายการ มูลค่า 140,202 บาท เป็นยา ที่นำกลับมาใช้ใหม่ได้ 866 รายการ คิดเป็นเงิน 101,295 บาท โดยยาที่ได้รับบริจาคมียุทธูปแบบ ทั้งยาเม็ด ยาน้ำ ยาภายนอก ยาฉีด และยาหยอดตา แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.87 เป็นยาเม็ด (ตารางที่ 1)

ยาที่ได้รับบริจาคเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับไปจากโรงพยาบาลเลิดสิน 1,152 รายการ และเป็นยาต่างสถาน พยาบาล 398 รายการ ผู้บริจคนำยามาบริจาคเฉลี่ยราย ละ 4 รายการ โดยพบว่าร้อยละ 55 (224 ราย) นำยามา บริจาค 1-2 รายการ แต่มีร้อยละ 7.1 (29 ราย) นำยามา บริจาค 10 รายการขึ้นไป ยาที่ได้รับจากต่างสถานพยา-บาลเป็นยาที่ได้จากคลินิกเอกชนหรือร้านขายยาซึ่งมักไม่ ระบุชื่อยาที่ฉลากยา ทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นยา ไต พบมากถึง 128 รายการ หรือเป็นยาเม็ดถึง 2,103 เม็ด ยาใหม่ที่สุดที่ได้รับบริจาค คือ ยาที่ได้รับไปวันที่ 20 มีนาคม 2540 ส่วนยาเก่าที่สุดที่ได้รับบริจาค คือ ยาที่ได้ รับไปตั้งแต่เดือนเมษายน 2531 หรือเป็นเวลา 9 ปีมาแล้ว

ตารางที่ 1 รูปแบบของยาที่ได้รับบริจาคแยกเป็นรายเดือน

รูปแบบ	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	รวม	ร้อยละ
ยาเม็ด	306	522	658	1,486	95.87
ยาภายนอก	10	6	12	28	1.81
ยาน้ำ ยาผง	9	12	4	25	1.61
ยาฉีด	1	2	0	3	0.19
ยาหยอดตา	1	4	3	8	0.52
รวม (รายการ)	327	546	677	1,550	100.00
มูลค่ายา (บาท)	33,405	56,105	50,692	140,202	

ตารางที่ 2 จำนวนรายการยาและมูลค่ายาที่ได้รับบริจาค จำแนกตามการออกฤทธิ์ของยา

<u>Pharmacological Classification</u>	จำนวนรายการยาที่ได้รับ	มูลค่ายา (บาท)	นำกลับมาใช้ได้ (ร้อยละ)
1. Analgesics, Antipyretics, NSAIDs and Drugs in Gout	253	17,453	69
2. Gastrointestinal Drugs	205	19,897	55
3. Cardiovascular Drugs	171	36,927	74
4. Anti-infective Drugs	144	19,407	47
5. Vitamins and Minerals	129	9,616	57
6. Respiratorytract Drugs	117	5,143	46
7. Psychotherapeutic Drugs	85	4,690	52
8. Muscle Relaxants	67	3,727	82
9 Hypoglycemic Agents and Hormones	61	6,368	52
10. Antihistamines	50	2,902	62
11. Vasodilators	43	6,050	70
12. Diuretics	28	1,726	89
13. Agents effecting the blood	23	1,324	78
14. Dermatological Drugs	15	1,195	33
15. Antimigraine Drugs	11	760	82
16. Eye and Ear Preparations	8	876	38
17 Antiparkinsonism Drugs	4	1,385	25
18. Antineoplastic Drugs	2	635	50
19. Disinfectants and Antiseptics	2	40	0
20. Electrolytes	2	40	100
21. Antiepileptics	1	16	100
22. Vaccines and Immunologicals	1	25	0
23. Can not identified drugs	128	0	0
รวมยาที่ได้รับบริจาค	1,550	140,202	
รวมยาบริจาคที่นำกลับมาใช้ใหม่ได้	866	101,295	56

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่ม Anti-infective Drugs (68 รายการ)

กลุ่มยา	จำนวนรายการ	แพทย์สั่งจ่าย (วัน)	ผู้ป่วยใช้ไป (วัน)
Penicillins	29	6.9 (2.5-22.5)	2.7 (0-8)
Macrolides	10	7.5 (5-14)	2.3 (0-5)
Quinolones	10	8.4 (3.5-15)	3.2 (0-7.5)
Anti-TB drugs	9	20 (10-30)	2.8 (0-11)
Sulfonamides	7	16.7 (4-30)	8.3 (0-24)
Tetracyclines	3	9.2 (7-10)	5.7 (4-7)

ยาที่ได้รับบริจาคทั้งหมด 1,550 รายการ พบว่าเป็นยาที่ถูกคัดออกไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้ 684 รายการ และยาที่ถูกคัดออกเหล่านี้เป็นยาที่หมดอายุหรือยาที่เสื่อมคุณภาพถึง 294 รายการ หรือร้อยละ 43 ส่วนยาที่ถูกคัดเลือกแล้วสามารถนำกลับมาใช้ได้มี 866 รายการ หรือร้อยละ 56

เมื่อนำรายการยาที่ได้รับบริจาคมาจำแนกตามการออกฤทธิ์ของยาพบว่า ยาในกลุ่มยาแก้ปวดต้านการอักเสบและยาที่ใช้ในโรคเกาต์มีผู้นำมาบริจาคสูงสุด คือ 253 รายการ และเมื่อพิจารณาด้านมูลค่ายาพบว่ากลุ่มยาที่ใช้ในโรคหลอดเลือดและหัวใจมีมูลค่าสูงสุด คือ 36,927 บาท หรือร้อยละ 26 ของมูลค่ายาทั้งหมด (ตารางที่ 2)

สถานพยาบาลที่ได้รับบริจาคยา

จากหน้าจลจากยาที่ได้รับบริจาคพบว่าเป็นยาที่มาจากสถานพยาบาลต่างๆ รวม 81 แห่ง ดังนี้

1. โรงพยาบาลต่างๆ	45 แห่ง
2. คลินิกเอกชนต่างๆ	25 แห่ง
3. สถานบริการสาธารณสุข	7 แห่ง
4. ร้านขายยา	4 แห่ง
รวม	81 แห่ง

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ได้ทำการศึกษาจากยาที่มีผู้นำมาบริจาคในยา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มยาปฏิชีวนะ (Anti-infective Drugs) และกลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ ด้านการอักเสบ และยาในโรคเกาต์

(Analgesics, Antipyretics, NSIADs and Drugs for Gout) ทำการศึกษาโดยนับจำนวนยาที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคและดูจำนวนยา วิธีใช้ยา ที่ระบุที่หน้าของยา ก็จะทราบว่ามีผู้ป่วยใช้ยาไปกี่วัน โดยอนุมานว่าจำนวนยาที่หายไปจากซองยาคือจำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ไป (Inui, Carter and Pecoraro, 1981 ; Sharpe and Mikael, 1974)

1. พฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่ม Anti-infective Drugs

จากยาในกลุ่มนี้ที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคทั้งหมด 144 รายการ มีฉลากครบถ้วน 68 รายการ พบว่าแพทย์สั่งจ่ายยาในกลุ่มนี้เฉลี่ย 10.1 วัน (range 2.5-30 วัน) แต่ผู้ป่วยใช้ไปเพียง 3.3 วัน (range 0-24 วัน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

2. พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ ด้านการอักเสบ และยาในโรคเกาต์ (Analgesics, Antipyretics, NSAIDs and Drugs for Gout)

จากยาในกลุ่มนี้ที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคทั้งหมด 253 รายการ มีฉลากครบถ้วน 139 รายการ พบว่าเป็นยา NSAIDs 77 รายการ โดยแพทย์สั่งจ่ายเฉลี่ย 16.3 วัน (range 3.3-60 วัน) แต่ผู้ป่วยใช้ไปเพียง 6.1 วัน (range 0-31.7 วัน)

ยาแก้ปวดลดไข้ 53 รายการ โดยแพทย์สั่งจ่ายเฉลี่ย 9.8 วัน (range 2.5-60 วัน) แต่ผู้ป่วยใช้ไปเพียง 3.4 วัน (range 0-16.7 วัน) สำหรับยาโรคเกาต์มี 1 รายการ แพทย์สั่งจ่าย 20 วัน ผู้ป่วยใช้ไป 5 วัน ส่วนยาอื่นมี 8 รายการ แพทย์สั่งจ่ายเฉลี่ย 6.9 วัน (range 3.3-13.3 วัน) ผู้ป่วยใช้ 2 วัน (0-6 วัน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, Analgesics, Antipyretics and Drugs for Gout (139 รายการ)

ยา	จำนวนรายการ	แพทย์สั่งจ่าย (วัน)	ผู้ป่วยใช้ไป (วัน)
NSAIDs	77	16.3 (3.3-60)	6.1 (0-31.7)
Analgesics, Antipyretics	53	9.8 (2.5-60)	3.4 (0-16.7)
Drugs for Gout	1	20.0	5.0

กรณีศึกษาต่างๆ

ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่งหรือแพทย์สั่งยามากเกินไป⁴⁻⁶

กรณีศึกษาที่ 1

ญาติผู้ป่วยนำยามาบริจาคเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ยาที่นำมาบริจาคไม่มีฉลากยาเนื่องจากญาติเอาฉลากยาออก ยาที่นำมาบริจาคมีดังนี้

1. Nicardipine 10 มก. (Cardepin®) 868 เม็ด
2. Metformin 500 มก. (Glucophage®) 573 เม็ด
3. Gemfibozil 600 มก. (Lopid®) 153 เม็ด
4. Quinapril 5 มก. (Accupril®) 14 เม็ด
5. Ispaghula husk (Fybogel®) 20 ซอง

รวมเป็นยา 1,608 เม็ด 20 ซอง มูลค่า 6,946 บาท

วิเคราะห์

จากจำนวนยาทั้งหมดที่ญาติผู้ป่วยนำมาบริจาค คงเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับไปจากแพทย์หลายครั้ง เมื่อนำฉลากยามาพิจารณาวันผลิต (MFG date) พบวันผลิตต่างกัน แสดงว่าผู้ป่วยได้รับยาไปหลายครั้ง และยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้ อยู่คือวันผลิตใหม่สุด โดยสังเกตจากการที่ผู้ป่วยตัดแบ่งยาเป็นเม็ดๆ พร้อมทั้งจะใช้ตามปกติผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แพทย์จะนัดให้ผู้ป่วยมาพบในวันที่แพทย์ออกตรวจ และในการสั่งยาแพทย์บางท่านมักสั่งจ่ายยาครั้งละ 30 วัน สำหรับการนัด 4 สัปดาห์ (28 วัน) ดังนั้นผู้ป่วยจะมียาเหลือเดือนละ 2 วัน ใน 1 ปี จึงมียาเหลือค้างจำนวนมาก หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) ด้วยแล้วก็จะมียาค้างที่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังกรณีศึกษารายนี้มียาค้างที่ผู้ป่วยรายเดียว

มูลค่าเกือบ 7,000 บาท และดังกรณีตัวอย่างในประเทศอังกฤษ เคยพบว่ามียาผู้ป่วยถูกส่งตัวเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับยาเกินขนาด แต่บุรุษพยาบาลกลับตรวจพบยาที่ผู้ป่วยสะสมไว้ที่บ้านโดยไม่ใช้ถึง 46 ซวด รวม 10,685 เม็ด⁶

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง แพทย์จะนัดผู้ป่วยตามเวลา และในรายที่อาการไม่เปลี่ยนแปลงแพทย์ก็จะสั่งยาเดิมให้แก่ผู้ป่วย (RM) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยานั้นโดยเฉพาะยาที่สั่งใช้เมื่อจำเป็น (PRN) จะทำให้มียาค้างอยู่กับผู้ป่วยจำนวนมาก ดังนั้นแพทย์น่าจะยอมเสียเวลาสักนิดเพื่อถามผู้ป่วยว่ายังมียาเหลือที่บ้านหรือไม่ มิฉะนั้นก็ให้ผู้ป่วยนำยาเก่าที่เหลือมาพบแพทย์ทุกครั้ง ก็จะสามารถตรวจสอบและไม่ต้องจ่ายยาที่ผู้ป่วยคงเหลือมากหรือมิได้ใช้ ซึ่งจะสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งหรือไม่ ทำให้เป็นการประหยัดงบประมาณค่ายาที่จะถูกนำออกนอกประเทศในยุควิกฤตเศรษฐกิจเช่นปัจจุบันไปได้มาก

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยนำยามาบริจาควันที่ 3 มกราคม 2540 เป็นยาที่ได้รับไปจากโรงพยาบาลเลิศสินทั้งหมดตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2538 ถึงสิงหาคม 2539 รวม 19 รายการ ดังตารางที่ 5

วิเคราะห์

ยาที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคส่วนใหญ่เป็นยาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร มียาแก้แพ้ และยาอื่นๆ ปนมาบ้าง จากการวิเคราะห์ยาที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคตั้งแต่รายการแรกคือ ยาแก้แพ้ Atarax® 10 มก. (Hydroxyzine) วิธีใช้คือ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง แพทย์สั่งจ่ายจำนวน 20 เม็ด และผู้ป่วยนำมาบริจาค 18 เม็ด แสดงว่าผู้ป่วยใช้ไปเพียง 2 เม็ด หรือ 1 วันเท่านั้น ซึ่งคาดว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นดีขึ้น จึงหยุดยา หลังจากนั้นในเดือนพฤษภาคม 2539 ผู้ป่วยก็ได้รับ Atarax® อีก 20 เม็ด ผู้ป่วยก็ใช้ไปอีก 5 เม็ด แล้วหยุดยา โดยผู้ป่วยไม่กลับไปใช้ยาเดิมที่มีอยู่ของเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2538 ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ทราบถึงข้อบ่งใช้ของยาเก่า หรือไม่กล้าใช้ยาเก่า

รายการถัดมาคือ Motilium-M® (Domperidone) ซึ่งเป็นยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยได้รับไป 10 เม็ด ในเดือนกรกฎาคม 2538 ผู้ป่วยใช้ไปเพียง 1 เม็ด ต่อมาใน

ตารางที่ 5 รายการบริจจาคยาของผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 2

วันที่หน้าของ	ชื่อยา/วิธีใช้ยา	จำนวนยาที่ตั้ง	จำนวนยาที่บริจจาค	จำนวนที่คาดว่าจะถูกใช้ไป
ก.พ. 38	Atarax® 10 มก. 1×2	20	18	2
ก.ค. 38	Motilium-M® 1×3	10	9	1
ต.ค. 38	Ulsanic® 1 มก. 1×4	64	59	5
ต.ค. 38	Magesto® 1×3	50	75	?
ต.ค. 38	Kremil-S® 1×3	45	43	2
ต.ค. 38	Buscopan® 1×3	45	34	11
พ.ย. 38	Synflex® 1×2	14	14	0
ม.ค. 39	Loperamide® 2 pm	10	4	6
ก.พ. 39	Hismanal® 1×1	20	13	7
พ.ค. 39	Atarax® 1×2	20	15	5
พ.ค. 39	RhinoPhen-C® 1×3	20	17	3
พ.ค. 39	Atarax® 0.5 มก. 1×hs	10	10	0
ก.ค. 39	Cisapride® 10 มก. 1×3	20	8	12
ก.ค. 39	Prepulsid® 5 มก. 1×3	20	9	11
ก.ค. 39	Xanidine® 150 มก. 1×2	30	13	17
ก.ค. 39	Debridat® 1×3	50	6	44
ส.ค. 39	Plasil® 1×3	45	65	?
ส.ค. 39	Ultracarbon® 2×3	20	8	12
ส.ค. 39	Lexinor® 200 มก. 1×2	12	5	7

เดือนสิงหาคม 2539 ผู้ป่วยได้รับยา Plasil® (Metoclopramide) ซึ่งเป็นยากัดคลื่นไส้อาเจียนอีกเช่นกัน พบว่าแพทย์สั่งจ่าย 45 เม็ด แต่ผู้ป่วยนำยามาบริจจาคถึง 65 เม็ด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยได้รับยานี้จากแพทย์ไปหลายครั้ง และนำมารวมในของเดียวกัน

กรณีศึกษานี้สามารถวิเคราะห์ได้ 2 ทาง ประการแรก คือผู้ป่วยมาพบแพทย์ตลอดเวลาเมื่อมีโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร แต่ไม่ใช่ยาตามสั่ง หรือใช้เพียง 1-2 วัน เมื่อไม่มีอาการแล้วก็หยุดยา ประการที่ 2 คือแพทย์สั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเกินความจำเป็น เช่น กรณียาแก้แพ้ Atarax® ซึ่งกรณีอาการไม่รุนแรงผู้ป่วยจะหายได้ใน 1-3 วัน แต่แพทย์สั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยถึง 10 วัน ทำให้มียาเหลือค้างที่ผู้ป่วย และยาบางรายการที่แพทย์สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย เช่น Synflex (Naproxen), Ativan® (Lorazepam) ผู้ป่วยไม่ได้ใช้เลยสักเม็ดเดียว อาจเป็นเพราะผู้ป่วยขอไปสำรองไว้ โดยที่ไม่มีอาการ และแพทย์ก็มักตามใจผู้ป่วย ทำให้ยาที่ถูกสั่งจ่ายไปนั้นไม่ได้ถูกนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์

จากข้อมูลดังกล่าวมาผู้ป่วยรายนี้ใช้ยาไปประมาณร้อยละ 20 ของยาที่แพทย์สั่ง แสดงว่าในกรณีศึกษานี้ถ้าแพทย์สั่งจ่ายยาที่ใช้เมื่อมีอาการ (prn) ลดลงร้อยละ 80 ผู้ป่วยรายนี้ก็ใช้เพียงพอแล้ว สามารถประหยัดเงินงบประมาณค่ายาของรัฐได้ถึง 4 เท่า

การได้รับยาจากหลายสถานพยาบาล^{1,6}

กรณีศึกษาที่ 3

ผู้ป่วยชายจีนอายุ 67 ปี นำยามาบริจจาคในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2540 ทั้งสิ้น 63 รายการ จากโรงพยาบาล 3 แห่ง คลินิกเอกชน 2 แห่ง ร้านขายยา 1 แห่ง โดยมีรายละเอียดของยาแยกเป็นกลุ่มยาได้ตามรายละเอียดในตารางที่ 6

วิเคราะห์

กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ จากยาที่บริจจาคจะเห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืด ภูมิแพ้ เบาหวาน หัวใจ และวัณโรค ผู้ป่วยรายนี้รับการรักษาประจำอยู่ที่โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และโรงพยาบาลจุฬาฯ

ตารางที่ 6 รายการรับจายาของผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 3

วันที่นำของยา	ชื่อยา/วิธีใช้	จำนวนที่บริจาค	ได้รับจากโรงพยาบาล
กลุ่มยาแก้แพ้ ยาแก้หอบหืด			
6/2/39	Diadreson-F (prednisolone) 1 × 3	10 เม็ด	เซนต์หลุยส์
23/7/39	Maxiphed® 1 × hs	18 เม็ด	เซนต์หลุยส์
2/8/39	Bricanyl® 2.5 มก. 1 × 2	22 เม็ด	เซนต์หลุยส์
2/8/39	Bisolvon® 1 × 3	11 เม็ด	เซนต์หลุยส์
25/11/39	Chlorpheniramine 4 มก. 1 × hs	10 เม็ด	เซนต์หลุยส์
2/12/39	Chlorpheniramine 4 มก. 1 × hs	6 เม็ด	เซนต์หลุยส์
6/12/39	Theo-Dur® 200 มก. 1 × 2	6 เม็ด	เซนต์หลุยส์
17/12/39	Bricanyl® 2.5 มก. 1q4hr	28 เม็ด	จุฬาฯ
17/12/39	Maxiphed® 1q4hr	13 เม็ด	จุฬาฯ
17/12/39	Theo-Dur® 200 มก. 1 × 2	75 เม็ด	จุฬาฯ
28/1/40	M.tussis 240 มก. prn	2 ขวด	จุฬาฯ
ไม่ระบุ	Prednisolone	68 เม็ด	ไม่ระบุสถานพยาบาล
ไม่ระบุ	Franol® (theophylline 125 มก.)	4 เม็ด	ไม่ระบุสถานพยาบาล
ไม่ระบุ	Maxiphed®	2 เม็ด	ไม่ระบุสถานพยาบาล
ไม่ระบุ	Prednisolone	20 เม็ด	ไม่ระบุสถานพยาบาล
กลุ่มยาหลอดเลือดและหัวใจ			
21/12/39	Hydrochlorothiazide 1 × 1	6	เซนต์หลุยส์
26/12/39	Isordil® 10 มก. 1 × 3	31	เซนต์หลุยส์
ไม่ระบุ	Lanoxin® 0.25 มก.	47	เซนต์หลุยส์
ไม่ระบุ	Isomo 20 มก.	14	เซนต์หลุยส์
กลุ่มยาโรคเบาหวาน			
16/7/39	Glucophage® 500 มก. 1 × 3	46	จุฬาฯ
10/12/39	Minidiab® 2 × 1	67	เซนต์หลุยส์
15/1/40	Daonil® 5 มก. 1/2 × 1	6	เซนต์หลุยส์
30/1/40	Daonil® 5 มก. 1 × 1	13	จุฬาฯ
กลุ่มยา Anti-infective Drugs			
13/5/37	Ampicillin 250 มก. 1 × 4	14	เสด็จ
17/4/38	Rifampicin 300 มก. 2 × 1	11	เซนต์หลุยส์
17/4/38	PZA 3 × 1	57	เซนต์หลุยส์
17/4/38	Inh 100 มก. 3 × 1	70	เซนต์หลุยส์
17/4/38	Lexinor® 100 มก. 2 × 2	20	เซนต์หลุยส์
2/8/39	Ibiamycin 100 มก. 1 × 2	7	เซนต์หลุยส์
ไม่ระบุ	Rulid® 150 มก.	1	ไม่ระบุสถานพยาบาล
ไม่ระบุ	Co-trimoxazole	18	ไม่ระบุสถานพยาบาล
ไม่ระบุ	Erythromycin 250 มก.	18	ไม่ระบุสถานพยาบาล

จากยาที่ได้รับจะเห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ปัญหาคือผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าได้รับยาจากอีกสถานพยาบาลหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบยา Prednisolone จากสถานพยาบาลที่ไม่ระบุชื่อ ซึ่งคาดว่าจะได้รับจากคลินิกหรือร้านขายยาที่ผู้ป่วยซื้อมาใช้เอง และ

จากยาที่ได้รับบริจาคยังเห็นว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเบาหวานได้รับยาลดน้ำตาลในเลือดจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง และถ้าผู้ป่วยซื้อ Prednisolone ซึ่งเป็นยาสเตียรอยด์รับประทานเองด้วย อาจทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการใช้จ่ายเงิน ชื่อ Lui Wei Di

ตารางที่ 7 รายการรับยาของผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 5

ชื่อยา/วิธีใช้ยา	จำนวนที่รับยา	ลักษณะของยา
Prenolol® 50 มก. 1×2	36	เม็ดเล็กๆ สีขาว
Digoxin 0.25 มก. ครั้ง tab OD	10	เม็ดเล็กๆ สีขาว
Diazepam 2 มก. 1×hs	16	เม็ดเล็กๆ สีขาว
Aspirin grI 1×1	20	เม็ดเล็กๆ สีขาว

Huang Wan, Xiang Sha Yang Wei Wan ซึ่งผู้ป่วยได้นำมาบริจาดด้วยรวม 300 เม็ด

ข้อเสนอแนะสำหรับกรณีศึกษานี้ คือผู้ป่วยควรจะมีประวัติการใช้ยาจากสถานพยาบาลต่างๆ รวบรวมไว้ในสมุดประวัติการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยนำติดตัวไปไม่จำเป็นจะไปรับบริการจากสถานพยาบาลใดก็จะทราบประวัติการใช้ยาเดิม เป็นการป้องกันการจ่ายยาซ้ำซ้อนซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากการได้รับยาเกินขนาด ทั้งยังประหยัดเงินค่ายาของผู้ป่วย และจ่ายสุขภาพพร้อมของประเทศอีกด้วย

กรณีศึกษาที่ 4

ชายไทยอายุ 42 ปี นำยามาบริจาดจากสถานบริการสาธารณสุข 3 แห่ง ดังนี้

1. สำนักงานแพทย์การรถไฟ มี Paracetamol 7 รายการ ยาสูตรผสม Paracetamol 2 รายการ
2. โรงพยาบาลเสดสีน มียาสูตรผสม Paracetamol 2 รายการ
3. บ้านใหม่ไพศาลคลินิก มียา Paracetamol 1 รายการ

วิเคราะห์

กรณีศึกษารายนี้ พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Paracetamol และยาสูตรผสม Paracetamol จากต่างสถานพยาบาลและไม่สามารถวิเคราะห์ในรายละเอียดได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาไปช่วงเวลาใด เนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลมักไม่ระบุวันที่จ่ายยาที่ฉลากยา ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาเหล่านี้ในช่วงเวลาเดียวกันจากสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ผู้ป่วยอาจจะได้รับยา Paracetamol เกินขนาดโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวเนื่องจากได้รับยาในรูปแบบและสีของยาที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับกรณีศึกษานี้คือ ในการจ่ายยาแก้ปวดลดไข้ Paracetamol ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ควรจ่ายให้แก่ผู้ป่วย เพราะยานี้เป็นยาสามัญประจำบ้านที่ผู้ป่วยจะมีอยู่ที่บ้านแล้วเป็นส่วนใหญ่ และผู้ป่วยอาจได้รับยาสูตรผสม Paracetamol จากยาแก้ไข้หวัด ยาแก้ปวดด้านการอักเสบ ยาแก้ปวดท้อง และยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ ทั้งที่ผู้ป่วยสามารถซื้อหาได้เอง และจากการสั่งจ่ายโดยแพทย์ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้เลยเนื่องจากรูปแบบและสีของยาแตกต่างกัน การที่แพทย์สั่งจ่ายยา Paracetamol หรือยาสูตรผสม Paracetamol จำนวนมากให้แก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้รับยา Paracetamol เกินขนาด หรือโอกาสที่ยาอาจถูกนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ใช้ฆ่าตัวตายจะเป็นไปได้สูง และถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้พิษ Paracetamol ภายใน 12 ชั่วโมง โอกาสที่ยาจะทำลายตับจนตับล้มเหลวก็มีมาก^{1,8-12}

สีและขนาดของเม็ดยาที่ใกล้เคียงกันทำให้การหยิบยาใช้สับสน^{13,14}

กรณีศึกษาที่ 5

หญิงจีน อายุ 62 ปี ได้นำยามาบริจาดดังตารางที่ 7

กรณีศึกษานี้พบในชองยา Prenolol® 50 มก. (atenolol) ที่ผู้ป่วยนำมาบริจาด มียา Digoxin ปนอยู่ 3 เม็ด ปัญหาของกรณีศึกษานี้คือ ยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยมีรูปแบบและสีใกล้เคียงกัน คือ เป็นเม็ดเล็ก ๆ สีขาว ในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งสายตาไม่คมชัดอาจมีความสับสนในการหยิบยา และเมื่อหยิบยาออกมามากเกินไปการใส่กลับของเดิมอาจสับสน เช่นในกรณีนี้มียา Digoxin ซึ่งเป็นยาโรคหัวใจปนอยู่ในชองยา Prenolol® ถ้ายา Digoxin ถูกหยิบรับประทานตามวิธีใช้ของ Prenolol® คือ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากได้รับ Digoxin เกินขนาดได้

ฉลากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเสดสีนในปัจจุบันเป็นฉลากยาที่ถูกพิมพ์ออกมาจากเครื่องพิมพ์คอมพิวเตอร์ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่เรียบร้อย ลักษณะเหมือนๆ กัน ทำให้ผู้ที่อ่านภาษาไทยไม่ออก หรือสายตาไม่ดีจะอ่านได้ยาก ซึ่งแต่เดิมชองยาจะเป็นสีแยกตามเวลาใช้ยา คือ ถ้ายาที่ต้อง

กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าจะมีสีหนึ่ง วันละ 2 ครั้งจะเป็นอีกสีหนึ่ง วันละ 3 ครั้งจะเป็นอีกสีหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถหยิบยาใช้ได้ถูกต้องตามสีของซองยา ดังนั้นการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้อาจเป็นการเพิ่มความผิดพลาดในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุก็เป็นได้ ดังนั้น เกสซ์กรจึงควรมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบยาตัวเองได้ถูกต้องขึ้น^{4,15-17}

วิจารณ์และสรุป

จากโครงการนี้พบว่ามียาตกค้างอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจริง และตกค้างเป็นจำนวนมาก ด้านพฤติกรรมกรใช้ยาของผู้ป่วยศึกษาจากยา 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ในกลุ่ม Anti-infective Drug พบว่าผู้ป่วยไม่ใช้ยาจนหมดตามแพทย์สั่ง และในกลุ่มยาแก้ปวดด้านการอักเสบ ผู้ป่วยมักจะใช้ยาไปประมาณครึ่งหนึ่งของที่แพทย์สั่งจ่าย

สำหรับกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลหลายๆ แห่งพร้อมกัน และผู้ป่วยบางรายได้รับยาซ้ำซ้อนจากสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และยังพบอีกว่ายาที่ถูกสั่งให้ใช้เมื่อมีอาการหรือใช้เมื่อจำเป็น (prn) มักจะถูกใช้ไปเพียงร้อยละ 20 ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ไปเท่านั้น ดังนั้น ถ้าแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาจะให้ผู้ป่วยนำยาเก่าที่เหลือมาพบแพทย์ทุกครั้งเพื่อตรวจสอบและจ่ายยาเพิ่มเท่าที่จำเป็น ก็จะสามารถประหยัดค่ายาให้ผู้ป่วย และรัฐได้

ด้านระบบสาธารณสุข น่าจะมีการทำประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการใช้ยาของผู้ป่วยติดตัวผู้ป่วย โดยสามารถเรียกดูได้จากทุกสถานพยาบาล (อาจเป็น Smart Card) ก็สามารถลดปัญหาการจ่ายยาซ้ำซ้อนซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ด้านเภสัชกร ผู้เขียนคิดว่าเภสัชกรควรมีหน้าที่แนะนำกรใช้ยา และชี้แจงเหตุผลที่ยาบางตัวต้องใช้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่ายารักษาวัณโรคก็ถูกนำมาบริจจาค

นอกจากนี้โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งน่าจะทำการลงทะเบียนบริจจาคยาไว้ทุกหน้าห้องยา เพื่อผู้ป่วยจะได้นำยาที่ไม่ได้ใช้แล้วมาบริจจาคคืนให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งน่าจะทำให้รัฐสามารถประหยัดงบประมาณได้ปีละไม่น้อย



เอกสารอ้างอิง

1. ชาญ สถาปนกุล. (2540) การสั่งยาที่น่าเป็นห่วง. วารสารผู้สั่งใช้ยา 12(1), 16-17.
2. Bray, G.P. (1993) Liver failure induced by paracetamol. *Br Med J.* 306, 157-158.
3. Cowderoy, M.; Coker, N. (1987) Improving patient compliance (1). *Pharm J.* 25, 95-96.
4. Cowderoy, M.; Coker, N. (1987) Improving patient compliance (2). *Pharm J.* 1, 129-131.
5. Evan, L.; Spelman, M. (1983) The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs.* 25, 63-76.
6. Fedder, D.O. (1984) Drug use in the Elderly : Issues of non-compliance. *Drug Intell Clin Pharm.* 18, 158-162.
7. Flanagan, R.J.; Meredith, T.J. (1991) Use of N-acetylcysteine in clinical toxicology. *Am J Med.* 91 (Suppl 3c), 131S-9S.
8. Harrison, P.M.; Keays, R.; Bray, G.P.; Alexander, G.J.M.; Williams, R. (1990) Improved outcome of paracetamol induced fulminant hepatic failure by late administration of acetylcysteine. *Lancet* 335, 1572-1573.
9. Hurd, P.D.; Blevins, J. (1984) Aging and the color of pills. *N Engl J Med.* 19, 202.
10. Inui, T.S.; Carter, W.R.; Pecoraro, R.E. (1981) Screening for non-compliance among patients with hypertension: is self-report the best available measure? *Med Care* 19(10), 1061-1064.
11. Meredith, T.J.; Prescott, L.F.; Vale, J.A. (1986) Why do patients still die from paracetamol poisoning? *Br Med J.* 293, 345-346.

12. Peck, C.L.; King, N.J. (1982) Increasing patient compliance with prescription. *JAMA*. 248(21), 2874-2877.
13. Schneider, P.; Cable, G. (1978) Compliance clinic: an opportunity for an expanded practice role for pharmacists. *Am J hosp Pharm*. 35, 288-295.
14. Sharpe, T.R.; Mikael, R.L. (1974) Patient compliance with antibiotic regimens. *Am J Hosp Pharm*. 31, 479-484.
15. Smith, S.E.; Stead, K.C. (1974) Non-compliance or Mis-prescribing? Letter to the editor. *Lancet* 11, 937.
16. Teat, D.W. (1988) Toxicology of some common OTC medications. *US Pharm*. 13, 65-85.
17. Warren, J.; Taylor, B.; Bumm, R.J.; Hodges, M. (1985) Drug compliance in the elderly after discharge from hospital. *Pharm J*. 13, 472-473.