

ผลของการเยี่ยมบ้านโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ต่อความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาขาดยาในครัวเรือน

มลฤดี มณีรัตน์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ภาณุมาศ ภูมาศ, พงษ์ศักดิ์ สง่าศรี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ต่อความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาขาดยาในครัวเรือน **วิธีการวิจัย:** การศึกษาเป็นแบบทดลองเชิงสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ในชุมชนบ้านสามขา จังหวัดหนองคาย เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมศึกษา คือ ครัวเรือนที่มียาในรูปแบบเม็ดรับประทาน ตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป หรือครัวเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ตัวอย่าง 78 ครัวเรือนถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับการเยี่ยมบ้าน และสำรวจรายการยาในครัวเรือนจำนวน 40 ครัวเรือน) และกลุ่มควบคุม (ได้รับการสำรวจรายการยาเพียงอย่างเดียว จำนวน 38 ครัวเรือน) ในกลุ่มทดลอง นิสิตเภสัชศาสตร์เข้าพบทุกครัวเรือน เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อให้ความรู้ ประเมินความรู้และความร่วมมือในการใช้ยา และสำรวจรายการยาในครัวเรือน **ผลการวิจัย:** กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาและการเก็บรักษายามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเข้าพบครั้งที่ 2 (9.68 ± 0.66 และ 6.95 ± 1.16 , $p < 0.01$) และครั้งที่ 3 (9.95 ± 0.22 และ 7.11 ± 1.48 , $p < 0.01$) กลุ่มทดลองมีผู้ให้ร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเข้าพบครั้งที่ 2 (ร้อยละ 83.3 เทียบกับร้อยละ 25.0, $p < 0.01$) และครั้งที่ 3 (ร้อยละ 94.4 เทียบกับร้อยละ 33.3, $p < 0.01$) ด้านปัญหาขาดยา พบปัญหาในร้อยละ 52.6 ของครัวเรือนในการเข้าพบครั้งที่ 1 และผู้วิจัยได้นำยาขาดทั้งหมดออกจากทุกครัวเรือน ยาขาดร้อยละ 54.1 เป็นยารักษาโรคเรื้อรัง และเป็นยาที่ไม่ได้ใช้ร้อยละ 33.3 ค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดยาขาดต่อหนึ่งครัวเรือนที่เป็นยารักษาโรคเรื้อรังเท่ากับ 172.0 เม็ด และที่เป็นยารักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังเท่ากับ 36.5 เม็ด **สรุป:** การเยี่ยมบ้านโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 สามารถเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยา และการเก็บรักษายาได้ และสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น รวมถึงช่วยลดปัญหาขาดยาในครัวเรือน

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ ปัญหาขาดยา ครัวเรือน ชุมชน

รับต้นฉบับ: 17 มี.ค. 2553, รับลงตีพิมพ์: 23 พ.ค. 2553

ผู้ประสานงานบทความ: มลฤดี มณีรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150

E-mail: m.molruedee@hotmail.com

บทนำ

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมเกิดขึ้นหลายระดับ ในระดับชุมชน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในครัวเรือน (1) เป็นสาเหตุทำให้เกิดยาขยะในครัวเรือน ซึ่งหมายถึง ยาเหลือ ยาที่หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ยาแตกหัก ยาที่มีฉลากไม่ครบถ้วน ยาที่ไม่มีฉลาก (2) หากประชาชนนำยาดังกล่าวไปบริโภค อาจทำให้ได้รับอันตรายได้ จากการศึกษาพบว่า ยาที่มีอายุเหลือน้อยกว่า 17 เดือนสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้เพียงหนึ่งในสามเท่านั้น (476 จาก 1248) (4)

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับปัญหายาขยะ ยังมีไม่มากนัก (3-5) การศึกษาในเมืองเบอร์มิงแฮม สหราชอาณาจักร ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ยาขยะส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยาหลอดเลือดและหัวใจ และกลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง (3) ในประเทศสเปน ในปี พ.ศ. 2551 สาเหตุหลักของการคืนยาแก่ร้านยา คือ ยาหมดอายุ การไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยา และผู้ป่วยเสียชีวิต ตามลำดับ (6) การศึกษาของโรงพยาบาลพระพุทธชินราช เฉพาะยาหารายการที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 23.2-62.8 ได้รับยาจำนวนมากว่าที่ต้องใช้จริง และจำนวนเงินที่สูญเสียจากยาทั้งห้ารายการเท่ากับ 1,040,387 บาทต่อปี (7) การศึกษาในภาคใต้ของไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่า ส่วนใหญ่ยาที่ไม่ถูกใช้คือ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาปฏิชีวนะ และยาที่ใช้ในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้เกิดปัญหายาขยะ (8)

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดการศึกษาและการจัดการเรื่องยาขยะเชิงรุกในชุมชน กลวิธีหนึ่งที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหายาขยะในชุมชนคือ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และตรวจสอบปัญหายาขยะโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นระยะ เช่นทุกหกเดือน นอกจากนี้ ยาขยะมักเกิดกับยาสำหรับโรคเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยมักขาดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เจ้าหน้าที่อาจใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช้ยาตามสั่งด้วย การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อความรู้เรื่องยา ปัญหายาขยะในครัวเรือน และความร่วมมือในการใช้ยา เกษัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ด้านยา จึงมีความเหมาะสมในการเป็นผู้แก้ไขปัญหาดังกล่าว คณะเภสัชศาสตร์ในฐานะผู้ผลิต

บัณฑิตควรส่งเสริมให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ผ่านการจัดการเรียนการสอน ในการวิจัยนี้จึงให้นิสิตเภสัชศาสตร์เป็นผู้เยี่ยมบ้านเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

วิธีการศึกษา

งานวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ยาขยะในการวิจัยนี้หมายถึง ยาที่ไม่ได้ใช้ ยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ยาที่ฉลากไม่ครบถ้วน (2) และยาที่มีอายุเหลือน้อยกว่า 17 เดือน (4)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทดลองเชิงสัมพันธ์ที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหายาขยะในครัวเรือน ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสำรวจรายการยา และกลุ่มทดลองที่ได้รับเยี่ยมบ้านและสำรวจรายการยาโดยนิสิตเภสัชศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือผู้ที่อาศัยในเขตชุมชนหมู่บ้านสามขา ตำบลกอนนาง อำเภอบ้านดุง จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นชุมชนที่ห่างจากอำเภอบ้านดุงและโรงพยาบาล 5 กิโลเมตร หมู่บ้านประกอบด้วย 156 ครัวเรือน รวมประชากรทั้งสิ้น 779 คน ประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์วัน-เวลาที่นิสิตจะไปเยี่ยมบ้านทางเสียงตามสายของหมู่บ้าน เกณฑ์การคัดเลือกครัวเรือนคือ ต้องมียาในรูปแบบเม็ดรับประทานตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป หรือครัวเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ สมควรใจเข้าร่วมการศึกษา และยินยอมให้นิสิตเภสัชศาสตร์เข้าไปสำรวจรายการยาที่บ้าน

เมื่อคัดเลือกครัวเรือนแล้ว ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูล 1 คนต่อหนึ่งครัวเรือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ อยู่ในครัวเรือนในวันและเวลาที่นิสิตไปเยี่ยม ณ จุดเริ่มต้นของการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ใช้ยาเอง หรือเป็นผู้อาศัยในครัวเรือนที่ดูแลการใช้ยาของคนในครัวเรือน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่สามารถตอบแบบประเมินความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยาได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ผู้พิการทางสายตา

หุ หรือผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการศึกษา ผู้ที่ไม่สามารถติดตามได้หลังการติดตามซ้ำจำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 วัน หรือผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ครัวเรือนเข้าเกณฑ์คัดเลือกและมีผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนดจำนวน 78 ครัวเรือน การสุ่มแยกตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธี permuted block randomization โดยสุ่มจากบล็อคที่มีขนาด 4 หน่วย ตัวอย่างอยู่ในกลุ่มควบคุม 38 ครัวเรือนและอยู่ในกลุ่มทดลอง 40 ครัวเรือน

การแทรกแซงและการดำเนินการวิจัย

การเก็บข้อมูลทำในระหว่างวันที่ 10 มกราคม ถึง 14 มีนาคม พ.ศ. 2552 ขั้นตอนการวิจัยสรุปอยู่ในรูปที่ 1

ผู้วิจัยซึ่งเป็นนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 เยี่ยมครัวเรือนสามครั้ง ห่างกันครั้งละหนึ่งเดือน ในการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้เรื่องการไ้ยาและการเก็บรักษา ยา ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการไ้ยาร่วมด้วย นอกจากนี้ ครัวเรือนทั้งสองกลุ่มยังได้รับการสำรวจรายการยาที่มี และกำจัดยาที่เป็นปัญหาออกจากครัวเรือน กลุ่มทดลองได้รับการแทรกแซงเพิ่มเติมคือ นิสิตเภสัชศาสตร์ให้ความรู้เรื่องการไ้ยาและการเก็บรักษา ยาด้วยวาจาในครั้งที่ 1 และ 2 ที่เข้าพบ โดยใช้แผ่นพลิกประกอบการให้ความรู้ และแจกสมุดคู่มือความรู้เรื่องยาพร้อมกับลิ้นชักเก็บยา ผู้วิจัยยังได้ทบทวนการไ้ยากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการไ้ยามากขึ้น

เครื่องมือ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (ภาคผนวก) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคเรื้อรัง และความเกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยา ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความร่วมมือในการไ้ยา เฉพาะยาสำหรับโรคเรื้อรังที่ได้มาจากแบบสอบถาม Brief Medication Questionnaire: BMQ Tool ซึ่งได้รับนี้การพัฒนาเป็นภาษาไทยและทดสอบโดยเภสัชกรหญิงอรรณณ โพธิ์เสนา (9) การประเมินความร่วมมือในการไ้ยา ใช้คะแนนจากแบบสอบถาม BMQ Tool

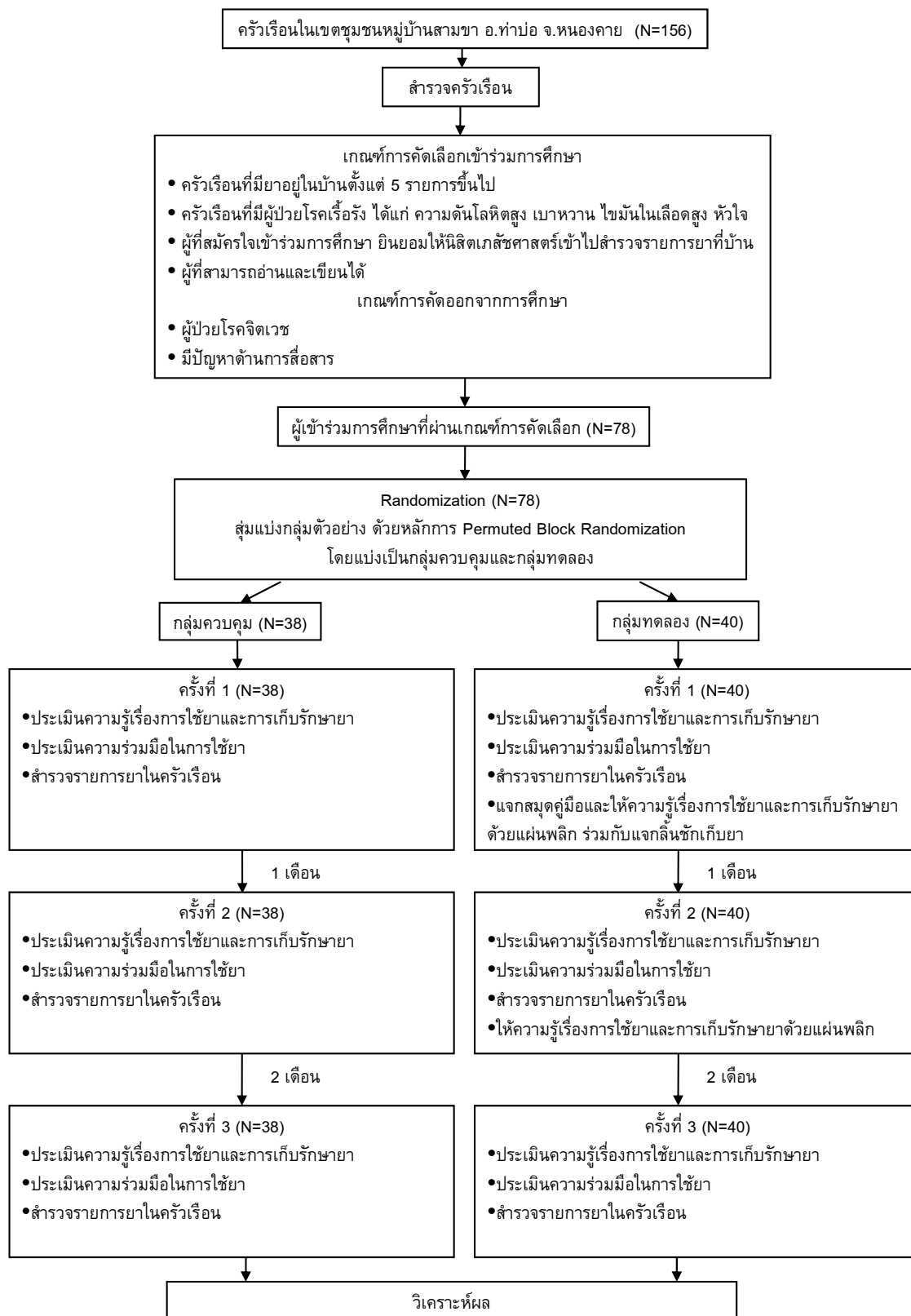
และการนับเม็ดยา ผู้ป่วยต้องไ้ยามากกว่าร้อยละ 90 จึงจะถือว่ามีความร่วมมือในการไ้ยา การคำนวณไ้ย้อยละของการไ้ยารักษาโรคเรื้อรังทุกรายการของผู้ป่วยมาเฉลี่ยกัน ในการประเมินความร่วมมือในการไ้ยานั้น ประเมินเพียงการไ้ยาเม็ดเท่านั้นเพื่อความสะดวกในการประเมินและแปลผล ในการประเมินนั้น ผู้วิจัยจะสอบถามรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับมาใหม่ทุกครั้งและนำมาพิจารณาพร้อมด้วยในการประเมินการไ้ยาตามสั่ง ส่วนที่ 3 ของแบบสอบถามเป็นแบบวัดความรู้เรื่องการไ้ยาและการเก็บรักษา ยา ชนิดถูก-ผิดจำนวน 10 ข้อ

การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมและการประเมินเทคนิควิธีการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยหลัก ก่อนนำแบบสอบถามมาใช้จริง ผู้วิจัยทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิก 2 ท่าน และทดสอบความเที่ยงในประชากรที่อาศัยหมู่บ้านใกล้เคียงหมู่บ้านสามขา จำนวน 20 คน และนำผลการทดสอบมาปรับปรุงแบบสอบถาม

สื่อการให้ความรู้ สมุดคู่มือและแผ่นพลิกที่ใช้กับกลุ่มทดลองมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องการอ่านและปฏิบัติตามฉลากยา การไ้ยาอย่างถูกต้อง การเก็บรักษา ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตยาเสื่อมสภาพ และการปรึกษาเภสัชกรหากมีปัญหาเรื่องการไ้ยา ในสื่อการให้ความรู้จะมีรูปภาพประกอบเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย หากผู้อ่านสนใจในรายละเอียดสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง

ลิ้นชักเก็บยา เป็นกล่องพลาสติก 3 ชั้น ขนาด 20x25 เซนติเมตร เพื่อใช้ในการเก็บยาประกอบด้วย ชั้นบนสำหรับใส่ซองยาแต่ละมือ (เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชั้นกลางสำหรับใส่ยาสามัญประจำบ้านและยารับประทานอื่น ๆ ชั้นล่างสำหรับใส่ยาไ้ภายนอก ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้จัดยาเข้าลิ้นชักด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะของตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้การทดสอบไ้กำลังสอง (chi-squared test) สำหรับตัวแปรไม่ต่อเนื่อง เช่น จำนวนผู้ให้ความร่วมมือในการไ้ยา และใช้การทดสอบไ้ (t-test) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง การประเมินความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการไ้ยาเมื่อประเมินโดยการนับเม็ดยา



รูปที่ 1. ขั้นตอนการวิจัย

และการใช้แบบสอบถาม BMQ Tool ใช้ค่าสถิติ Phi ส่วนการทดสอบจำนวนรายการและจำนวนเม็ดยาขยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายที่ไม่เป็นโค้งปกติ ระดับนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ คือ 0.05

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 78 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 38 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน คุณลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 1) ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 53.99 ± 15.49 ปี เป็นหญิงถึงร้อยละ 74.4 ทั้งสองกลุ่มมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวม 30 คน ส่วนใหญ่เป็น

โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีระยะเวลาการเป็นโรค 7.57 ± 6.99 ปี ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ใช้ยาเองร้อยละ 56.4 (ตารางที่ 1)

ความรู้เรื่องการใช้ยาและการเก็บรักษา

ก่อนการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องการใช้ยา การเก็บรักษา และคำแนะนำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) (ตารางที่ 2) หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองมีความรู้ทั้งสองด้านเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคำแนะนำเพิ่มจาก 7.20 ± 1.09 เป็น 9.68 ± 0.66 (คะแนนเต็ม 10) หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบผลในทำนองเดียวกัน คะแนนรวมความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่ม เป็น 9.95 ± 0.22 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N = 38)	กลุ่มทดลอง (N = 40)	p-value
อายุ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ปี	55.92 $\pm$ 17.76	52.15 $\pm$ 12.93	0.29
อายุ จำนวน (ร้อยละ)			0.24
< 60 ปี	21 (55.3)	30 (75.0)	
$\geq$ 60 ปี	17 (44.7)	10 (25.0)	
เพศหญิง จำนวน (ร้อยละ)	28 (73.7)	30 (75.0)	0.89
การศึกษาสูงสุด จำนวน (ร้อยละ)			0.58
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	31 (81.6)	31 (77.5)	
มัธยมศึกษา	4 (10.5)	4 (10.0)	
อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส. หรือสูงกว่า	3 (7.9)	3 (12.5)	
อาชีพ จำนวน (ร้อยละ)			0.41
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (26.3)	11 (27.5)	
ค้าขาย	4 (10.5)	6 (15.0)	
รับจ้าง	7 (18.4)	4 (10.0)	
ข้าราชการ	1 (2.6)	1 (2.5)	
เกษตรกร	13 (34.2)	18 (45.0)	
นักเรียน/ นักศึกษา	3 (7.9)	0 (0.0)	
รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 4,000 บาท จำนวน (ร้อยละ)	32 (84.2)	31 (77.5)	0.32
ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน (ร้อยละ)	12 (31.6)	18 (45.0)	0.22
ระยะเวลาการเป็นโรคเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	8.37 $\pm$ 5.89	7.12 $\pm$ 7.65	0.66
ผู้เข้าร่วมการศึกษา			0.84
ผู้ใช้ยา	21 (55.3)	23 (57.5)	
บุคคลในครอบครัวคนอื่น	17 (44.7)	17 (42.5)	

ตารางที่ 2. ความรู้เรื่องการไ้ยาและการเก็บรักษายา (ค่าเฉลี่ย±SD) ของกลุ่มควบคุม (N=38) และกลุ่มทดลอง (N=40)

คะแนนความรู้	ก่อนการเยี่ยมบ้าน		หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1		หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
การไ้ยา ²	3.45±0.83	3.63±0.98	3.37±0.75	4.85±0.36 ¹	3.23±1.14	4.98±0.16 ¹
การเก็บรักษายา ²	3.50±0.65	3.58±0.78	3.58±0.76	4.83±0.50 ¹	3.82±0.73	4.98±0.16 ¹
ผลรวม ³	6.95±1.18	7.20±1.09	6.95±1.16	9.68±0.66 ¹	7.11±1.48	9.95±0.22 ¹

1: p-value<0.01 ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2: พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-5 คะแนน

3: พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-10 คะแนน

สถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนข้างคงที่ในทุกครั้งของการเก็บข้อมูล

แบบสอบถาม BMQ Tool มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01) โดยค่า Phi เท่ากับ 0.59

ความร่วมมือในการไ้ยา

การประเมินความร่วมมือในการไ้ยาทำในตัวอย่าง 30 ราย (กลุ่มทดลอง 18 ราย และกลุ่มควบคุม 12 ราย) ที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นการประเมินเฉพาะการไ้ยาเม็ดที่ไ้รักษาโรคเรื้อรัง การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม BMQ Tool พบว่า สัดส่วนของผู้ให้ความร่วมมือในการไ้ยาก่อนการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) หลังการเยี่ยมบ้านทั้งสองครั้ง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ จุดสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 16 จาก 18 คนให้ความร่วมมือในการไ้ยา ส่วนกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของผู้ให้ความร่วมมือใกล้เคียงกันในทุกครั้งของการเก็บข้อมูล (ตารางที่ 3) การประเมินความร่วมมือในการไ้ยาโดยวิธีการนับเม็ดยาก็ให้ผลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะผลการประเมินความร่วมมือในการไ้ยาด้วยการนับเม็ดยาและการใช้

จำนวนและลักษณะของยาขยะในครัวเรือน

การศึกษานี้พบปัญหายาขยะในครัวเรือนร้อยละ 52.6 ของครัวเรือนที่ศึกษา ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและลักษณะของยาขยะในครัวเรือน ยาขยะส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคเฉพาะซึ่งรวมถึงยารักษาโรคเรื้อรัง ถึงร้อยละ 54.1 ชนิดของปัญหาขยะส่วนใหญ่เป็นยาที่ไม่ได้ใช้ (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ ยาที่มีอายุเหลือน้อยกว่า 17 เดือนและยาเสื่อมสภาพ ร้อยละ 29.5 และ 28.2 ตามลำดับ ครัวเรือนส่วนใหญ่มีปัญหาขยะมากกว่า 1 ชนิดต่อหนึ่งครัวเรือน จำนวนรายการยาขยะที่เป็นยารักษาโรคเรื้อรังมีค่ามัธยฐาน 3.00 รายการ รายการยาเฉลี่ย 7.25 รายการ พิสัยอยู่ในช่วง 1-24 รายการ ส่วนจำนวนรายการยาขยะที่เป็นยารักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังมีค่ามัธยฐาน 2 รายการ รายการยาเฉลี่ย 5.20 รายการ พิสัยอยู่ในช่วง 1-28 รายการ จำนวนเม็ดยาของยาขยะที่เป็นยารักษาโรคเรื้อรังมีค่ามัธยฐาน 172 เม็ด จำนวนเม็ดเฉลี่ย 374.05 เม็ด พิสัยอยู่ในช่วง 3-2392 เม็ด จำนวนเม็ดยาของยารักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังมี

ตารางที่ 3. จำนวน (ร้อยละ) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการไ้ยาในกลุ่มควบคุม (N=12) และกลุ่มทดลอง (N=18)

ความร่วมมือในการไ้ยา	ก่อนการเยี่ยมบ้าน		หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1		หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
BMQ Tool	5 (41.7)	8 (44.4)	6 (50.0)	16 (88.9) ¹	6 (50.0)	16 (88.9) ¹
การนับเม็ดยา	1 (8.3)	4 (22.2)	3 (25.0)	15 (83.3) ²	4 (33.3)	17 (94.4) ²

1: p-value< 0.05 ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2: p-value< 0.01 ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4. จำนวนและลักษณะของยาขายในครัวเรือน

	ก่อนการเยี่ยมบ้าน		p-value
	กลุ่มควบคุม (N=38)	กลุ่มทดลอง (N=40)	
ครัวเรือนที่มีปัญหาขายยาในครัวเรือน (ร้อยละ)	19 (50.0)	18 (45.0)	0.66
ยาที่เป็นปัญหาขายยาในครัวเรือน (ร้อยละ)			0.37
ยาสามัญประจำบ้าน	4 (21.0)	1 (5.6)	
ยารักษาโรคเฉพาะ	9 (47.4)	11 (61.1)	
ทั้งสองประเภท	6 (31.6)	6 (33.3)	
ชนิดปัญหาขายยาในครัวเรือน (ร้อยละ)			
ยาหมดอายุ	7 (18.4)	7 (17.5)	0.92
ยาเสื่อมสภาพ	13 (34.2)	9 (22.5)	0.25
ยาที่ฉลากไม่ครบถ้วน	1 (2.6)	1 (2.5)	0.97
ยาที่มีอายุเหลือน้อยกว่า 17 เดือน	11 (28.9)	12 (30.0)	0.92
ยาที่ไม่ได้ใช้	12 (31.6)	14 (53.8)	0.75
จำนวนรายการขายยา/ครัวเรือน (ร้อยละ)			0.97
หนึ่งชนิด	5 (26.3)	5 (27.8)	
สองชนิด	6 (31.6)	5 (27.8)	
สามชนิด	5 (26.3)	4 (22.2)	
สี่ชนิด	3 (15.8)	4 (22.2)	
จำนวนรายการขายยา (มัธยฐาน±IQR) ¹ รายการ			
ยารักษาโรคเรื้อรัง	3.00±12.25	5.00±16.00	0.21
ยารักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง	2.00±5.50	2.50	0.68
จำนวนเม็ดยาของยาขายยา (มัธยฐาน±IQR) ¹ เม็ด			
ยารักษาโรคเรื้อรัง	59.50±370.50	182.00±864.00	0.13
ยารักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง	29.50±121.50	45.50±156.00	0.85

1: IQR (interquartile range) หรือพิสัยระหว่างควอไทล์

ค่ามัธยฐาน 36.50 เม็ด จำนวนเม็ดเฉลี่ย 101.45 เม็ด พิสัยอยู่ในช่วง 8-420 เม็ด (ตารางที่ 4) ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ทุกครัวเรือนไม่มียาขายในครัวเรือน เนื่องจากได้นำยาขายทั้งหมดออกจากครัวเรือนในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 แล้ว

การอภิปรายผลและสรุปผล

การศึกษานี้พบว่า การเยี่ยมบ้านและให้ความรู้โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 สามารถเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยาและการเก็บรักษายาได้ และสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น รวมถึงช่วยลดปัญหาขายยาในครัวเรือนได้ด้วย กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง

การใช้ยาและการเก็บรักษายามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ($p<0.01$) การแทรกแซงในการศึกษานี้มุ่งเน้นที่การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการเก็บรักษายาที่เหมาะสมในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้ยา การเก็บรักษายา ตลอดจนเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในอดีตที่ใช้การให้ความรู้ (10) และการเยี่ยมบ้าน (11,12) เพื่อแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ใช้แบบสอบถาม BMQ Tool ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม BMQ Tool (9,13) การศึกษานี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดโดยการนับเม็ดยาและการใช้แบบสอบถาม BMQ Tool แม้ว่าการนับเม็ดยาเป็นวิธีที่ง่ายกว่า แต่การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ถูกต้อง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีการให้ความรู้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (14) ทั้งนี้การใช้ลิ้นชักเก็บยามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะได้ทบทวนการใช้ยาในแต่ละครั้งที่ผู้วิจัยเข้าพบ และเป็นผู้จัดยาเข้าลิ้นชักด้วยตนเอง ประกอบกับผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องจากการให้ความรู้เรื่องการใช้ยา และการเก็บรักษา

สำหรับการสำรวจครัวเรือนก่อนให้ความรู้ พบปัญหาขาดยาร้อยละ 52.6 ของครัวเรือนที่ทำการศึกษาทั้งหมด ยาที่เป็นปัญหามักเป็นยารักษาโรคเฉพาะร้อยละ 54.1 โดยเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ และเป็นยาที่ไม่ได้ใช้ร้อยละ 33.3 ซึ่งเป็นยารักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ค่ามัธยฐานจำนวนเม็ดของยาขาดต่อหนึ่งครัวเรือนที่เป็นยารักษาโรคเรื้อรังเท่ากับ 172.0 เม็ด และที่ยารักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยาโรคเรื้อรังเท่ากับ 36.5 เม็ด การสำรวจและจัดปัญหาขาดยาทำให้ไม่พบปัญหาเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้น ในชุมชนแห่งเดียว และมีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ดังนั้น การนำผลการศึกษานี้ไปใช้จริงอาจต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรนั้น ๆ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้อ้างอิงได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น การศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมถึงสาเหตุ ที่มาของยา มูลค่าของยาขาดในครัวเรือน และต้นทุนประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้าน การศึกษาครั้งนี้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเฉพาะยาเม็ดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดด้านขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การแสดงข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาใน

การศึกษานี้จำแนกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาโดยผู้ป่วยต้องใช้ยามากกว่าร้อยละ 90 และผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเกณฑ์การประเมินความร่วมมือการใช้ยาในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งตั้งไว้ที่ร้อยละ 90 จัดว่าเป็นเกณฑ์ที่สูงกว่าการศึกษาอื่นที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 80 การศึกษาครั้งต่อไปควรแสดงข้อมูลความร่วมมือการใช้ยาในลักษณะร้อยละความร่วมมือเพื่อเพิ่มความไวต่อการแทรกแซง การศึกษานี้ทำในชุมชนทำให้การปกปิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ณ เวลาต่าง ๆ ทำให้เชื่อได้ว่าไม่มีการรั่วไหลของการแทรกแซงไปยังกลุ่มควบคุม (intervention contamination) ดังนั้นการไม่ปกปิดกลุ่มอาจไม่ก่อให้เกิดอคติ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาสาเหตุของการมียาขาดในครัวเรือน มูลค่าของยาขาด และต้นทุนประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้าน งานวิจัยลักษณะนี้สามารถดำเนินการในลักษณะงานวิจัยจากงานประจำได้ โดยควรมีการทำงานร่วมกับองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านของสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล เพื่อออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน และอาจจัดการฝึกอบรมเรื่องการใช้ยา และการเก็บรักษาที่เหมาะสมให้แก่ชุมชนเพื่อนำไปสู่การเผยแพร่ความรู้ในระดับชุมชนต่อไป และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2551 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

- 1) สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การใช้ยาในระดับต่าง ๆ. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ดันติเวชส, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545. หน้า 499-506.

- 2) World Health Organization. Definition and characterization of health-care waste. [Online]. 2006 [cited 2009 Feb 26]. Available from: URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/medical_waste/002to019.pdf
- 3) Jesson J, Pocock R, Wilson K. Reducing medicines waste in the community. *Prim Health Care Res Dev* 2005;6:117-24.
- 4) Mackridge AJ, Marriott JF. Returned medicines: waste or a wasted opportunity?. *J Public Health* 2007 ;29:258-62.
- 5) Ekedahl ABE. Reasons why medicines are returned to Swedish pharmacies unused. *Pharm World Sci* 2006 ;28:352-8.
- 6) Coma A, Modamio P, Lastra CF, Bouvy ML, Mariño EL. Returned medicines in community pharmacies of Barcelona, Spain. *Pharm World Sci* 2008;30:272-7.
- 7) นววรรณ เจียรพิรพงศ์, ณรร ชัยญาคุณภาพฤกษ์. การประมาณขนาดของปัญหาและความสูญเสียทางการเงินของรัฐเมื่อผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็น. R2R เสริมพลังสร้างสรรค์ พัฒนา: การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระบบบริการตติยภูมิ [ออนไลน์]. 2551 [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2551]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://r2r.hsri.or.th/best-practice/detail.php?id=6&key=best2rpractice/>
- 8) Wongpoowarak P, Wanakamane U, Panpongtham K, Trisdikoon P, Wongpoowarak W, Ngorsuraches S. Unused medications at home—reasons and costs *Int J Pharm Pract* 2004; 12:141-8.
- 9) อรรณพ โพธิ์เสนา. ระดับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- 10) อธิฐาน สุภวราพงษ์. ผลของการให้การบริบาลเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ บ้านขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
- 11) ชัญญา จันท์เทศ. บทบาทของเภสัชกรในทีมเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระพรราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
- 12) อภิญญา อิศระ. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการจากหน่วยปฐมภูมิ วัดสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
- 13) Syarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: A tool screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns* 1999;37:113-24.
- 14) ยุคลธร จีรพงศ์พิทักษ์. ผลได้ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
- 15) Sookaneknun P, Richards RME, Sanguansermisri J, Teerasut C. Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcome. *Ann Pharmacother* 2004;38:2023-8.

ภาคผนวก : เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม BMQ tool

ส่วน A ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาในระยะ 7 วันที่ผ่านมา

- a. ท่านระบุชื่อยาและขนาดยาเบาหวานหรือยาความดันโลหิตสูงที่ท่านใช้ได้หรือไม่ รวมทั้งบอกขนาดที่ใช้ได้หรือไม่ (ถ้าไม่ได้ ผู้ป่วยสามารถระบุได้หรือไม่ ว่าตัวไหนรักษาโรคดังกล่าว)
- b. ท่านกินยาไปกี่วันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา
- c. ท่านกินยารวันละกี่ครั้ง
- d. ท่านกินยารวันละกี่เม็ด
- e. ท่านลืมกินยามาแล้วกี่ครั้งในช่วง 7 วันที่ผ่านมา
- f. ท่านทราบไหมว่าทำไมท่านต้องกินยา
- g. ท่านคิดว่ายาออกฤทธิ์ดีไหม () ดี () พอใช้ได้ () ไม่ดีเลย

ส่วน B สำหรับผู้วิจัยให้ประเมินคะแนนหลังจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยเสร็จทันที/ ข้อ 1-7 อาจไม่สัมพันธ์โดยตรงกับคำถาม a-e (มีสองตัวเลือก คือใช่ และ ไม่ใช่)

1. ผู้ป่วยไม่สามารถบอกชื่อยา ขนาดยา หรือระยะเวลาที่กินรักษาโรคความดันและเบาหวาน
2. ผู้ป่วยไม่มารับยาต่อเนื่องด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม
3. ผู้ป่วยรายงานว่าเคยลืมกินยาบางวันหรือบางขนาด
4. ผู้ป่วยลดขนาดยาลง
5. ผู้ป่วยกินยามากกว่าแพทย์สั่ง
6. ผู้ป่วยรายงานว่าไม่รู้ ในคำถามข้อใด ข้อหนึ่ง
7. ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะตอบข้อใดข้อหนึ่ง

การประเมินคะแนน แบบสอบถาม BMQ Tool

ส่วน A เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ผู้ป่วยตอบหลังจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยเสร็จ ผู้สัมภาษณ์จะต้องแปลงคำตอบของผู้ป่วยโดยใช้คำถามใน ส่วน B ซึ่งจะได้คำตอบออกมาเป็นใช่หรือไม่ใช่

วิธีคิดคะแนน: หากผู้ป่วยที่ได้คำตอบว่าใช่ จะได้เป็น 1 ในข้อนั้น แต่หากผู้ป่วยตอบ ไม่ใช่ จะได้คะแนนเป็น 0 ในข้อนั้น ผู้ป่วยตอบใช่แม้เพียง 1 ข้อใน 7 ข้อ จะถือว่าไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้ 0 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี แต่ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ความรู้เรื่องการใช้อยา และการเก็บรักษายา

(มีสองตัวเลือก คือใช่ และ ไม่ใช่)

1. ถ้าลิ้มรับประทานยาก่อนอาหาร ควรรับประทานนั้นหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
2. ยาที่มีผลระคายเคืองกระเพาะอาหาร ควรรับประทานนั้นก่อนอาหาร
3. ยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานนั้นหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ
4. วิธีการรับประทานยาหลังอาหารทันที จะช่วยเจือจางยาที่มีฤทธิ์เป็นกรดได้
5. ยาที่มีคำว่า “รับประทานยานี้ ติดต่อกันจนหมด” โดยส่วนใหญ่มักเป็นยาฆ่าเชื้อ
6. ยาที่ระบุว่าเก็บในตู้เย็น ไม่ควรเก็บยานั้นในช่องทางฝั่งประตูตู้เย็น
7. ยาทุกชนิดควรเก็บในบริเวณที่เย็นและชื้น
8. ยาที่ถูกเก็บในภาชนะบรรจุเดิมเป็นของสีชา สามารถเปลี่ยนไปเก็บในช่องใสได้
9. ยาเม็ดที่มีการกร่อน หรือสีเคลือบเปลี่ยนไป เล็กน้อยสามารถนำยานั้นมาใช้ได้
10. ยาหยอดตา ที่เปิดใช้แล้ว นาน 1 เดือน ถ้ายังไม่หมดสามารถนำยานั้นมาใช้ได้

Effect of Home Health Care by Pharmacy Students on Knowledge, Compliance, and Wasted Drug Problems in Households

Molruedee Maneerat, Onanong Waleekhachonloet, Panumart Phumart, Pongsak Sangasri

Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To examine the effects of home health care by pharmacy students on knowledge, compliance, and wasted drug problems in households. **Method:** A randomized controlled trial was conducted during at Samka village, Nongkai. Inclusion criteria were households with at least five items of oral medications or with a chronic disease patient that agreed to participate in the study. A total of 78 households was randomly assigned to intervention group (receiving home health care and examination of medication in household, N=40) and control group (receiving medication survey, N=38). A pharmacy student visited each household once a month for three months during study period to provide knowledge, evaluate the knowledge and medication compliance, and examine medication within household. **Result:** The knowledge score of the intervention group was significantly higher than that of the control group in the second visit (9.68 ± 0.66 vs 6.95 ± 1.16 , $p < 0.01$) and in the third visit (9.95 ± 0.22 vs 7.11 ± 1.48 , $p < 0.01$). The compliance of the intervention group was significantly higher than that of the control group in the second visit (83.3% vs 25.0%, $p < 0.01$) and in the third visit (94.4% vs 33.3%, $p < 0.01$). The problem of wasted drug was found in 52.6% of the households at the first visit. All of the problematic medications were eliminated from the households. Among the detected wasted drugs, 54.1% of them were medications for chronic diseases and 33.3% of them were unused medications. The median numbers of tablets of wasted drugs per household were 172.0 tablets for chronic disease medications and 36.5 tablets for non chronic disease medications. **Conclusion:** Home health care by pharmacy students could improve knowledge and compliance, and decrease the wasted drug problems in households.

Keywords: home health care, compliance, knowledge, wasted drug problems, household, community