

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
Medication use behavior of elderly patients with chronic diseases
receiving care at Ban Thungsamiantra Health Promoting Hospital
of Ban Kham Subdistrict, Chaturat District, Chaiyaphum Province

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์, พ.บ.*
จิรวรรณ ชาประดิษฐ์, พย.ม.**
ชুমศรี ต้นเกิด, พย.ม.**
ปิ่นมัทต์ บนขุนทด, ปร.ด.**
ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปร.ด.***
รังสันต์ ไชยคำ, พย.ม.****

Suphapron Suwannaront, M.D.*
Jirawan Chaphadit, M.N.S.**
Choomsri Tonkhet, M.N.S.**
Punnathut Bonkhunthod, Ph.D.**
Narongkorn Chaiwong, Ph.D.***
Rangsan Chaikham, M.N.S.****

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย 36130
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
****โรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20000

*Ban Thungsamiantra Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand, 36130
**Faculty of nursing, Western university, Buri Ram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000
***Faculty of nursing, Buri Ram rajabhat university, Buri Ram Province, Thailand, 31000
****Chonburi Cancer Hospital, Chonburi Province, Thailand, 20000
Corresponding author, E-mail address: iampun1976@gmail.com
Received: 07 Oct 2022. Revised: 14 Oct 2022. Accepted: 24 Nov 2022

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง โรคเหล่านี้ทำให้ต้องใช้ยาในการรักษาจำนวนมาก และก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยามา ดังนั้นจึงมีความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มารับบริการในหน่วยบริการ
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทั้ง 3 ด้านต่อ พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
- วิธีการวิจัย** : การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยดำเนินการศึกษาผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา และมารับบริการ ตั้งแต่ช่วงวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 226 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนาย

พฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ($R^2=0.16$, $F= 5.51$, $p<0.01$) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-0.34$, $t=-3.42$, $p<0.01$)

- สรุป** : พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยเป็นการลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามนัด
- คำสำคัญ** : พฤติกรรมการใช้ยา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ABSTRACT

- Background** : As Thailand has been entering an aging society, while most of elderly population have underlying chronic disease such as hypertension, diabetic mellitus and chronic kidney disease, which create many problem of medication use among them, Therefore, the awareness of the medication use behavior of elderly patients is a significant particularly among the group of elders with chronic disease who have been serviced.
- Objective** : Study is to describe the Medication use behavior of elderly patients with chronic disease. The study also examines the perceived severity, benefits of and barriers to taking medication, and also to determine the extent to which these factors explain their behavior.
- Methods** : The study is a descriptive research conducted with the registered elders at Ban Thungsamiantra health promoting hospital during March 1st to July 31st 2022. The total of sample is 226 patients by data analysis of descriptive statistics.
- Results** : The results revealed that the mean scores of medication taking behaviors were at the good level. The mean scores of perceived severity and perceived benefits of medication taking were at the high level, where as the mean scores of perceived barriers to medication taking was only at the moderate level. The perceived severity, benefits and barriers taken together significantly affected medication taking behaviors, which accounted for 16% of explained variance in medication taking behaviors ($R^2=0.16$, $F= 5.518$, $p<0.01$). Perceived barriers was the only significant predictor of medication taking behaviors ($\beta=-0.347$, $t=-3.425$, $p<0.01$).
- Conclusions** : Findings from this study can be used to develop a care plan that addresses a reduction of barriers, in order to promote proper medication taking behaviors among hypertensive patients and diabetic mellitus, especially for those patients who do not follow the medication regimen and are lost at follow up.
- Keywords** : Medication use behavior, Elderly patients with chronic diseases.

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ส่งผลให้จำนวนประชากรของผู้สูงอายุไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และโครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) ซึ่งปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบคือ ปัญหาสุขภาพ โดยสองในสามของผู้สูงอายุมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอาการที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยเพศหญิงป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชายร้อยละ 42.3 และ 36.8 ตามลำดับ⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก⁽²⁾ รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากถึงพันล้านคนซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คนใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบมี 1 คนใน 3 คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในประเทศไทยผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นสองเท่าตัว⁽³⁾ โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่รักษาโดยการใชยาร่วมกันหลายขนาน (Polypharmacy) ซึ่งการใชยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุยังมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ อายุ การศึกษา ความถนัดในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ การเข้าถึงแหล่งยา เป็นต้น ดังนั้น จึงมีความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มารับบริการในหน่วยบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ ทั้งยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความพิการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้ง ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาในประเทศ⁽⁴⁾

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความเสื่อมของร่างกายดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยามากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ และได้รับยาหลายรายการ โดยความชุกของการใช้ยาหลายรายการอยู่ระหว่างร้อยละ 29-75⁽¹⁾ การใช้ยาที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากยาอย่างเต็มที่ การเจ็บป่วยก็จะทุเลาลงและหายในที่สุด ถ้าผู้สูงอายุใช้ยาไม่ถูกต้อง อาจทำให้ได้รับอันตราย บางครั้งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิต การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรค ซึ่งความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน ซึ่ง Becker⁽⁵⁾ ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล โดยที่การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม จากการศึกษาเบื้องต้นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคต้องใชยาหลายขนาน ปัญหาในด้านการใชยา ลืมรับประทานยา เมื่อไปนอกบ้านไม่ได้ นำยาติดตัวไปด้วย กลับมาจึงรับประทานหรือข้ามมื้อนั้น อ่านฉลากยาไม่ชัด ได้ยินไม่ชัดหรือไม่เข้าใจ เมื่อเจ้าหน้าที่อธิบายแต่ไม่กล้าถาม ผู้สูงอายุบางส่วนต้องพึ่งพาผู้ดูแลในจดจำไว้ให้ เนื่องจากอ่านฉลากยาไม่ชัดหรือมียาจำนวนมาก จากการมีหลายโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีแนวทางในการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอ โดยให้ความรู้และประเมินร่างกาย เตรียมจดยาให้ทุก 3 เดือน มีการแจกถุงเพื่อใส่ยาที่ใช้ทั้งหมดให้นำมาทุกครั้ง แต่ก็ยังพบว่า มีปัญหาด้านการใชยาเช่น การลืมรับประทานยา และมียาเหลือกลับมาเมื่อมาตามนัด⁽⁶⁾

จากสถิติผู้ที่มีมารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ.2565 จำนวนทั้งสิ้น 521 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 278 คน โรคเบาหวาน จำนวน 108 คน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 135 คน⁽³⁾ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย นำไปสู่การควบคุมและการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกต่อไป

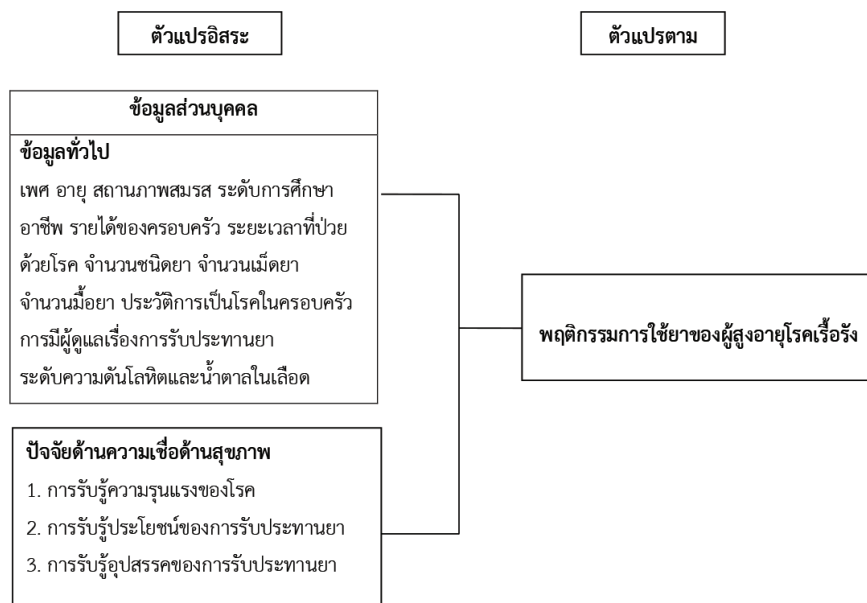
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้ใช้ กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Bandura⁽⁶⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยที่การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจะก่อให้เกิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดหวังเอาไว้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการตรวจตามนัด



วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากร (Population) ที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกโรคเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 521 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽⁷⁾ จำนวน 226 คน ระยะเวลาดำเนินงานวิจัยตั้งแต่ช่วงวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2565

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเส้นเลือดสมองและหลอดเลือด ไทรอยด์ เกาต์ ไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วยสามารถอ่านออกเขียนได้และเต็มใจในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ อ่านไม่ออกหรือไม่มีผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกประมาณค่า 5 ระดับตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับคือ 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง มาก 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง น้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด โดยประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC = 1 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Cronbach's Alpha ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8 0.7 0.7 และ 0.7 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรค โดยใช้ค่าไคสแควร์ (Chi-Square)

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนานเป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิตมักได้แก่ โรคไม่ติดเชื้อ (Non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการเข้ายา หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาทางการแพทย์เพื่อ บรรเทาอาการ รักษาหรือป้องกันโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การบริหารยา

ความสม่ำเสมอของการใช้ยา การตรวจสอบวิธีใช้ยา การตรวจสอบวันหมดอายุ การปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุ (เฉพาะยาที่แพทย์สั่ง ไม่รวมยาสมุนไพร)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชื่อย เป็นต้น

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์เลขที่ จช. 2565/0165 ผู้วิจัยได้อธิบาย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วม ในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามแทนชื่อ-นามสกุล

ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมา ใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนด โดยไม่มีผลกระทบอื่นๆ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 เพศชายร้อยละ 28.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 55.6 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.6 มีรายได้เฉลี่ย 5,539.7 บาท/เดือน มีความ เพียงพอในการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 44.4 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 78.9 โรคเบาหวานร้อยละ 32.2 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 25.6 ระยะเวลาที่ป่วยโรคเฉลี่ย 5.6 ปี (SD=4.6) จำนวนชนิดยา และเม็ดยาที่ต้องรับประทานเฉลี่ย 3.0 ชนิด/วัน (SD=1.6) และ 4.2 เม็ด/วัน (SD=2.8) รับประทานยา วันละ 2 มื้อร้อยละ 54.4 โดยตนเองเป็นผู้ดูแลใน การจัดเตรียมยารับประทานเองร้อยละ 94.4 และไม่ได้ ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งร้อยละ 46.7 เหตุผลที่ไม่ไป ตรวจตามนัดเนื่องจากลืมร้อยละ 30.0 ติดธุระ/ทำงาน ร้อยละ 26.7

พฤติกรรมรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (N=226)

พฤติกรรม	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมรับประทานยา	1.86-5.00	4.0	0.7	ดี

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอยู่ใน

ระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาอยู่ใน ระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (N=226)

พฤติกรรม	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ
การรับรู้ความรุนแรง	1.29-6.00	4.1	0.9	มาก
การรับรู้ประโยชน์	1.40-6.00	4.5	0.8	มาก
การรับรู้อุปสรรค	1.00-4.64	2.2	0.8	ปานกลาง

อำนาจในการทำนายของปัจจัยการรับรู้ทั้ง 3 ด้านต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ผลการวิเคราะห์ที่ใช้สถิติถดถอยพหุแบบปกติพบว่า ปัจจัยการรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สามารถอธิบายค่าแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ

16 ($R^2=0.16$, $p<0.01$) โดยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta=-0.347$, $p<0.01$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (N=226)

ตัวแปร	b	β	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรง	6.231E-02	0.078	0.635	0.52
การรับรู้ประโยชน์	7.873E-02	0.091	0.761	0.44
การรับรู้อุปสรรค	-0.306	-0.347	-3.425	<0.01

อภิปรายผล

พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อธิบายได้จากสัมพันธภาพที่ตึงระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย พยาบาลชุมชนให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคย การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจ การยอมรับ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน นำไปสู่การให้คำปรึกษาแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความต้องการ และความร่วมมือในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมาศ บุญประसार⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะเชื่อถือแพทย์/พยาบาล และผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน 1-2 ชนิด รับประทานยา 0.5-3 เม็ด/วัน และรับประทานยา 1-2 เม็ด/วัน การที่จำนวนชนิดยา เม็ดยา และมือยาที่ต้องรับประทานมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยรับประทานได้สะดวกไม่เป็นภาระที่กระทบต่อชีวิตประจำวันหรือยุ่งยากจึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารยาของ

ผู้ป่วยและครอบครัวในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของ ดวงเนตร ธรรมกุล และกัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยากลับบ้าน 1-2 ชนิด มีการบริหารยาถูกต้องและการศึกษาของ ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ⁽¹⁰⁾ พบว่าจำนวนเม็ดยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ยา

การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงอาจเคยมีประสบการณ์ได้รู้ได้เห็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านจึงทำให้สามารถเรียนรู้ และเลือกวิธีการที่เหมาะสมได้ดีกว่าการเรียนรู้ และรู้ประสบการณ์ในอดีตจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล⁽¹¹⁾ ปัจจุบันมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคผ่านสื่อที่หลากหลายรูปแบบส่งสู่ชุมชนมากขึ้นทางโทรทัศน์ วิทยุ แพนพับ ชมรมต่างๆ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร

หมู่บ้าน ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการรณรงค์อย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รู้วิธีการป้องกันดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่สำคัญเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ มะเร็ง⁽¹²⁾

การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้จากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นของการรับประทานยาจากแพทย์พยาบาลที่ดูแลเมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมที่บ้าน⁽¹⁾ รวมถึงในการมาตรวจจะมีการบันทึกค่าระดับความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือด ที่วัดได้ลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดที่มีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยบางคนที่เคยมีอาการเช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย มีอาการดีขึ้นสามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเมื่อรับประทานยา เห็นได้จากผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 และร้อยละ 65.5 เห็นด้วยมากที่สุด ว่ารู้สึกดีขึ้น สามารถทำงานได้ตามปกติเมื่อรับประทานยาเป็นประจำ

การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหน่วยบริการในการรักษาพยาบาลอยู่ไม่ไกลสามารถเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสะดวกใช้เวลาไม่นาน แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน รู้สึกกลัวจะเกิดอันตรายหากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงและเบาหวานไปนานๆ และหน้าของยาเขียน ไม่ชัดเจน ตัวหนังสือเล็กหรือไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ทำให้รับประทานยาโดยการจดจำลักษณะของเม็ดยา ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อดั้งเดิมว่าถ้ารับประทานยาไปนานๆ จะทำให้กระดูกผุหรืออ่อนหรือบางได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งอายุที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ไปตามวัยโดยเฉพาะสายตา พบว่าเลนส์และประสาทสัมผัสรับความไวต่อแสงจะลดลง ทำให้ความคมชัดในการมองเห็นลดลง⁽¹³⁾ รวมถึงกลุ่มตัวอย่าง

ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบประถมศึกษา ไม่สามารถอ่านชื่อยาหน้าของซึ่งพิมพ์ตัวอักษรเป็นภาษาอังกฤษได้ จึงใช้วิธีการจำลักษณะยา สีของยาหรือขนาดของเม็ดยาแทน

อำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้ 3 ด้านต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตัวแปรการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker MH⁽⁵⁾ ที่อธิบายไว้ว่าถึงแม้บุคคลจะมีการรับรู้ว่าจะสิ่งที่กระทำจะก่อให้เกิดประโยชน์ แต่ถ้ามีอุปสรรคขัดขวางที่เป็นข้อจำกัดหรือก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการกระทำนั้น ก็จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ การไม่รับประทานยาหรือการลืมรับประทานยาในบางครั้งอาจไม่เห็นผลหรืออันตรายที่ชัดเจน และรวดเร็ว แต่การรับประทานยาที่ยาวนาน และความเชื่อที่มีอยู่เดิมอาจส่งผลต่อความรู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของยา จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมอร์ ส่วยสม⁽³⁾ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคมากมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุจรี อ่อนสีน้อย และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุดคือ เพศหญิง รองลงมาคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคได้ร้อยละ 27.6

สรุป

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมการใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และการออกแบบฉลากยาให้วันหมดอายุของยาปรากฏอยู่ด้านหน้าฉลากเป็นภาษาไทย เนื่องจากฉลากยาส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุวันหมดอายุของยาไว้บนฉลากหรือยาประเภทน้ำมักจะมีวันหมดอายุอยู่ด้านหลังขวด ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา และไม่สามารถอ่านข้อความหมดอายุเป็นภาษาอังกฤษออก เช่น Expire date หรือ Exp date หรือ Use before ละเลยเรื่องวันหมดอายุของยาซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกายได้ รวมถึงหาแนวทางให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการบริหารยามากขึ้น ดังนั้นสถานบริการสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ และควรจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุเรื่องการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ปัญญาธร, ณีฐฎากุล บึงมุ่ม. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรี อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562;27(2):119-27.
2. World health Organization. New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence. [Internet]. 2013. [Cited 2022 May 10]. Available from:URL:http://www.who.int/topics/hypertension/en/
3. เอมอร ส่วยสม. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. ชัยภูมิเวชสาร 2563;40(1):6-13.
4. สมเกียรติ โทธิสสัย, เนติมา คูณีย์, รัชนีบูลย์ อุดมชัยรัตน์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, สุริพร คนละเอียด, ศุภลักษณ์ มิรัตน์ไพโร, เกตุแก้ว สายน้ำเย็น. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2556.
5. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monographs 1974;2(4):409-19. Doi. <https://www.jstor.org/stable/45240625>
6. Bandura A. Social Learning Theory. Michigan: Prentice-Hall; 1997.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
8. ศิริมาส บุญประसार. การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ เชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
9. ดวงเนตร ธรรมกุล, กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์. การพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564;37(1):14-24.
10. ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
11. Pender NJ, Pender AR. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Michigan: Appleton and Lange; 1996.

12. มงคล ณ สงขลา. กรอบการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข. [Internet]. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มประสานงานคณะรัฐมนตรี รัฐสภา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ [สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2565]. ค้นได้จาก:URL:http://uto.moph.go.th/strategy/data/naltang_mongkon_n_songkar.pdf
13. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย; 2556.
14. ปิยนุช เสาวภาคย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
15. นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, ชนัญชิตา ดุษฎีทูลศิริ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;37(1):63-74.