Research Article

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5

วิไล ตระกูลโอสถ[1]*, ตมิสา คูณขุนทด[2], วริศรา สำเร็จสุข[2], รุ่งนภา กุลคำธร[2], ลลิตภัทร อัครธรรม[2], รังสิมา สังขรัตน์[3]

[1] ปร.ด., ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[2] นักศึกษาสาขาบริบาลเภสัชกรรม, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[3] ภ.บ., กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม
*** ติดต่อผู้นิพนธ์:** วิไล ตระกูลโอสถ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อ.เมือง จ.นครปฐม 73000
โทร. 034-255800, E-mail: trakoonosot_w@su.ac.th, wilai.pharmsu@gmail.com

บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5
วิไล ตระกูลโอสถ[1*], ตมิสา คูณขุนทด[2], วริศรา สำเร็จสุข[2], รุ่งนภา กุลคำธร[2], ลลิตภัทร อัครธรรม[2], รังสิมา สังขรัตน์[3]
ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2563; 16(4) : 50-67
รับบทความ : 24 กรกฎาคม 2563 **แก้ไขบทความ:** 24 สิงหาคม 2563 **ตอบรับ:** 27 สิงหาคม 2563

โครงสร้างประชากรทั่วโลกเข้าสู่สังคมสูงวัย ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและควรได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างออกไป โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 **วิธีดำเนินการวิจัย:** เก็บข้อมูลจากประชากรเป้าหมายระหว่างวันที่ 9 มีนาคม – 11 เมษายน พ.ศ. 2561 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาและสมุนไพร การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลเท้า รวมถึงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **ผลการศึกษา:** ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 110 คน มีค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ของอายุเท่ากับ 68 (7) ปี ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเท่ากับ 10 (15) ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.5) ได้รับยาร่วมกันหลายขนาน ร้อยละ 32.7 ของผู้ป่วยใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ มีผู้ที่ใช้ยาจากแหล่งอื่นและผู้ที่ใช้สมุนไพรโดยไม่แจ้งข้อมูลให้บุคลากรที่คลินิกหมอครอบครัวทราบร้อยละ 9.1 และ 15.5 ตามลำดับ เครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุดได้แก่ นมถั่วเหลืองและนมวัว รองลงมาคือชาและกาแฟ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 63.6) แต่มีบางรายออกกำลังกายด้วยวิธีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มหรือการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อโดยตรง นอกจากนี้พบว่ามีผู้ที่แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือนำอุปกรณ์ให้ความร้อนวางที่เท้าโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 24.5 มีผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดร้อยละ 10.0 และระบุว่าสนใจเลิกบุหรี่ร้อยละ 4.5 ส่วนผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีร้อยละ 4 ซึ่งทุกรายไม่ประสงค์ที่จะเลิกดื่ม **สรุปผลการศึกษา:** การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการสร้างความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ การหาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การให้ความรู้ การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาเป็นรายบุคคล การประสานรายการยา รวมถึงระบบการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนและสามารถนำติดตัวได้สะดวก น่าจะเป็นแนวทางที่เพิ่มความร่วมมือในปรับพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน พร้อมกับลดปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, เบาหวานชนิดที่ 2, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ, การใช้ยา

Health Behavior among the Elderly with Type 2 Diabetes at a Primary Care Cluster in the 5th Health Region

Wilai Trakoon-osot[1]*, Tamisa Koonkhuntod[2], Waritsara Samretsuk[2], Rungnapa Kulkumtorn[2], Lalitpat Akkaratham[2], Rangsima Sangkharat[3]

[1] Ph.D., Assistant Professor, Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy. Silpakorn University
[2] Student in Pharmaceutical care, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University
[3] B.Pharm., Pharmacy Department, Nakhon Pathom Hospital
***Corresponding author:** Wilai Trakoon-osot, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Muang, Nakhon Pathom 73000
Tel. 034-255800, E-mail: trakoonosot_w@su.ac.th, wilai.pharmsu@gmail.com

Abstract

Health Behavior among the Elderly with Type 2 Diabetes at a Primary Care Cluster in the 5th Health Region
Wilai Trakoon-osot[1]*, Tamisa Koonkhuntod[2], Waritsara Samretsuk[2], Rungnapa Kulkumtorn[2], Lalitpat Akkaratham[2], Rangsima Sangkharat[3]
IJPS, 2020; 16(4) : 50-67
Received: 24 July 2020 **Revised:** 24 August 2020 **Accepted:** 27 August 2020

The worldwide population is ageing. Elderly patients demonstrate different medical characteristics from younger population and need specific medical cares. Type 2 diabetes (T2DM) is commonly found in the elderly. Behaviors of T2DM patients can definitely affect the patient's health status. This study aimed to survey the health behaviors among the elderly with T2DM at a primary care cluster (PCC) in the 5th health region. **Methods:** Data collection was performed in targeted population during March 9th - April 11th 2018 by structured interview. The participants were interviewed regarding their health behavior in 5 aspects; the use of medicines and herb, food consumption, physical activity, foot care, as well as smoking and alcohol drinking. **Results:** One-hundred and ten elderly patients were included. The median (IQR) of age and the disease duration were 68 (7) and 10 (15) years, respectively. Polypharmacy was found in most of the participants (32.7%). The finding revealed that medication non-compliance occurred 32.7%. The percentage of participants who did not inform the staff at the PCC that they were taking medicines or herbal products from other sources were 9.1 and 15.5%, respectively. The most popular beverage was found to be soy milk and cow milk following by tea and coffee. Exercises were performed in the majority of them (63.6%). However, the risk of failing or direct musculoskeletal injury increased in some participants who did an inappropriate exercise. Moreover, the proportion of the participant who soaked their feet in a warm water or put a heating equipment on their feet with inappropriately technique was 24.5%. Ten percent of the participants were smokers, which 4.5% wanted to quit smoking. Four percent of the participant drank alcohol and no one wanted to give up. **Conclusion:** To increase the adherence with lifestyle modification and reduce health related problems of the patient; holistic approach by a multidisciplinary team, entrusting healthcare providers, identifying the cause of inappropriate health behaviors, providing knowledge, allowing the patient and their care giver to take part in the individual care, performing medication reconciliation as well as complete and portable medical recording are necessary.

Keywords: elderly, diabetes, T2DM, non-communicable disease, NCDs, health behavior, medication use

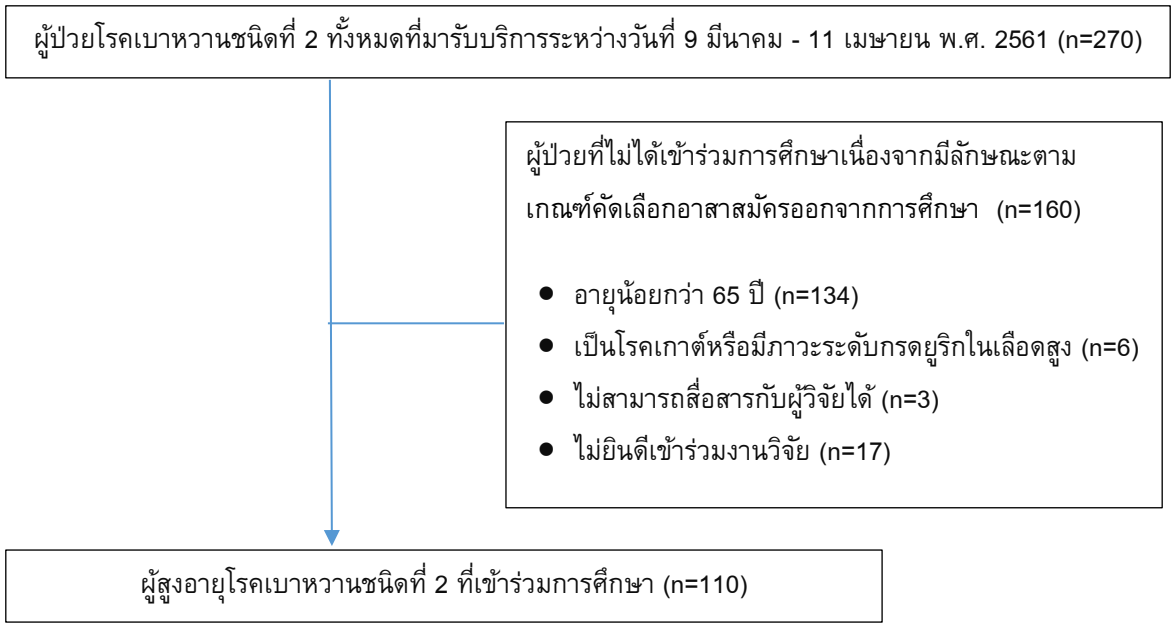
บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยรายงานว่า ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับสองในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 18.7) และคาดว่าประมาณ พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society: ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14) (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2557 รายงานว่าความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุและพบความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบความชุกสูงสุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองมาคือภาคกลาง โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ เช่น จอประสาทตาเสื่อม โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไต แผลที่เท้า เป็นต้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Aekplakorn W, 2014) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา จึงมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและควรได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างออกไป (Muangpaisan W, 2017)

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster, PCC) เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ดำเนินการดูแลสุขภาพของประชาชนตามเขตพื้นที่ด้วยการให้บริการสะดวกรวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น การจัดให้มี non-communicable disease clinic (NCD clinic) ที่สามารถคัดกรองให้การรักษาโรค ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงการมีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น (Health Administration Division, 2016) แม้ว่าผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะร่างกายเสื่อมถอยจากการชราภาพ แต่สามารถป้องกันหรือชะลอภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ด้วยการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข รวมถึงการดูแลสุขภาพด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมทั้งจากตนเองและสมาชิกในครอบครัว (Bureau of Elderly Health, 2014; Muangpaisan W, 2017) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการจากคลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งรับผิดชอบดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนในเขตเทศบาล ที่มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในภาคกลาง และในปัจจุบันมีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาการทำงานทั้งในด้านการรักษาพยาบาลภาวะโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการศึกษาในประชากรเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 ที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 9 มีนาคม – 11 เมษายน พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีเทศกาลประจำปีหรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่อเนื่องเป็นเวลานานที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สำหรับเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) มีดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (2) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง (3) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหรือกำลังได้รับยาที่ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเฉพาะทางเพิ่มเติม ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเกาต์ ภาวะระดับกรดยูริกในเลือดสูง หรือได้รับยาลดระดับกรดยูริกในเลือด การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 110 คน รายละเอียดแสดงในรูปที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) โดยมีขอบเขตการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาและสมุนไพร การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย (physical activity) การดูแลเท้า การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



รูปที่ 1 ข้อมูลประชากรเป้าหมายของงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1) เครื่องชั่งน้ำหนัก Tanita® รุ่น UM-075 ชั่งน้ำหนักได้ละเอียด 0.1 กิโลกรัม

2) แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบเก็บข้อมูลนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ เภสัชกร อาจารย์มหาวิทยาลัยคณะเภสัชศาสตร์ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ พยาบาล และนักกำหนดอาหาร จากนั้นนำแบบเก็บข้อมูลไปทดลองใช้เบื้องต้น (preliminary item tryout) ในผู้ป่วยจำนวน 30 คนซึ่งรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวอีกแห่งหนึ่งในบริเวณใกล้เคียง

3) เวชระเบียนผู้ป่วย ฐานข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วยซึ่งทางคลินิกหมอครอบครัวได้บันทึกรายการยาและวิธีใช้ยาที่แพทย์สั่งให้แก่ผู้ป่วยและวันนัดครั้งถัดไป ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของคลินิกหมอครอบครัวแนะนำให้ผู้ป่วยนำมาด้วยในการรับบริการทุกครั้ง

4) สมุดภาพแสดงชนิดยาซึ่งมีรูปเม็ดยาและบรรจุภัณฑ์ (แผงยา) ที่มีอยู่ในคลินิกหมอครอบครัว

นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

1) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 ที่จัดทำโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ (Diabetes Association of Thailand, 2017) และ American Diabetes Association (American Diabetes Association, 2017)

2) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หมายถึง การมีไขมันสะสมปริมาณมากกว่าปกติ และส่งผลเสียต่อสุขภาพ การศึกษานี้ประเมินด้วยดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) พิจารณาโดยใช้เกณฑ์สำหรับชาวเอเชีย แบ่งเป็น น้ำหนักน้อยกว่าปกติ (underweight; ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 kg/m^2) น้ำหนักปกติ (normal; ดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 kg/m^2) น้ำหนักเกิน (overweight; 23-24.99 kg/m^2) อ้วนระดับ 1 (obese class I; ดัชนีมวลกาย 25-29.99 kg/m^2) และอ้วนระดับ 2 (obese class II; ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 kg/m^2 ขึ้นไป) (Boonchayaanant P, 2015; Robert CW, 2014)

3) ภาวะการทำงานของไตอ้างอิงเกณฑ์การพิจารณาตามคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 จัดทำโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Nephrology Society of Thailand, 2015) และ Kidney Disease

Improving Global Outcome 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcome, 2012) ในงานวิจัยนี้พิจารณาจากข้อมูลที่มีปรากฏในเวชระเบียนและฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของสถานที่ทำวิจัย ได้แก่ ประวัติการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือ อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ร่วมกับค่าอัลบูมินในปัสสาวะ (albumin creatinine ratio, ACR) ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยมีการบันทึกในเวชระเบียนผู้ที่มีค่า eGFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m^2 และค่า albumin creatinine ratio จากการตรวจปัสสาวะ (ACR) ตั้งแต่ 30 mg/g

4) ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองการหยิบหรือจัดเตรียมยารับประทานรวมถึงยาฉีดอินซูลินด้วยตนเอง การรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินด้วยตนเอง การจัดหาหรือเตรียมอาหาร การเคลื่อนไหว และความสามารถในการอ่านหนังสือได้

5) การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) การใช้ยาร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดขึ้นไป (Muangpaisan W, 2017; Nechba RB, 2015) สำหรับงานวิจัยนี้ นับเฉพาะจำนวนชนิดยาเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวแห่งนี้

6) การไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ (medication noncompliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่น เภสัชกร เป็นต้น สำหรับความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) เป็นการปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Chaichanawirote U, 2014) ในการศึกษาครั้งนี้ พิจารณาเฉพาะยาสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่ได้รับจากคลินิกหมอครอบครัว ตั้งแต่ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่แพทย์สั่งจ่ายครั้งที่แล้วจนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1) การใช้ยาไม่ถูกวิธีตามแพทย์สั่ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาแตกต่างจากคำสั่งแพทย์ในด้านขนาดหรือจำนวนเม็ดยาต่อมื้อ การรับประทานยาไม่ตรงมื้อ (เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน) โดยเป็นวิธีการใช้ยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไปที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริงต่อเนื่องเป็นประจำหรือทุกวัน

6.2) การใช้ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับประทานยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป โดยผู้ป่วยไม่ใช้ยาดังกล่าวตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์ และมีจำนวนสัปดาห์ที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาชนิดนั้นตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีผู้วิจัยที่ทำหน้าที่สัมภาษณ์จำนวน 4 คน ผู้สัมภาษณ์ทุกคนได้รับการฝึกฝนและรับผิดชอบการสัมภาษณ์ข้อมูลแต่ละส่วนโดยเฉพาะเพื่อผู้สัมภาษณ์ให้เกิดทักษะ ความชำนาญ มีรูปแบบการสัมภาษณ์และคำถามที่ใช้เป็นรูปแบบเดียวกันในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละราย แบบเก็บข้อมูลเป็นแบบมีโครงสร้างซึ่งส่วนใหญ่มีตัวเลือก (checklist) ของข้อมูลหรือพฤติกรรมที่มีแนวโน้มที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งได้รับคำแนะนำและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ลำดับการสัมภาษณ์ เริ่มจากข้อมูลทั่วไป การใช้ยาและสมุนไพร การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย (physical activity) การดูแลเท้า การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางและโดยปกติผู้ป่วยไม่ได้นำยาเหลือติดตัวมารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว ดังนั้นขั้นตอนการสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานยาสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับจากคลินิกหมอครอบครัว ผู้วิจัยจึงสืบค้นข้อมูลชนิดและวิธีการใช้ยาที่แพทย์สั่งใช้ซึ่งมีการบันทึกไว้เวชระเบียนและสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาที่ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ โดยมีการใช้สมุดภาพชนิดยาเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดยาที่กำลังให้ข้อมูลได้ตรงกัน โดยเริ่มจากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับ (1) จำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวจากการมาพบแพทย์ครั้งที่แล้ว (2) ชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับและรับประทานหรือใช้ต่อเนื่องเป็นประจำมีชนิดใดบ้าง (3) ยาที่รับประทานต่อเนื่องเป็นประจำดังกล่าว ผู้ป่วยรับประทานอย่างไร โดยครอบคลุม จำนวนเม็ดที่รับประทาน วันละกี่มื้อ มื้อใด ก่อนหรือหลังอาหาร ซึ่งผู้วิจัยจะเปรียบเทียบข้อมูลที่ผู้ป่วยตอบกับข้อมูลคำสั่งแพทย์ทั้งในเวชระเบียนและสมุดบันทึกบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วยว่าตรงกันหรือไม่ หากตรงกันแสดงว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาถูกวิธีตามแพทย์สั่ง (4) สอบถามว่ามียาชนิดใดที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานต่อเนื่องทุกวันก่อนมาพบแพทย์ หากมี จะสอบถามต่อเกี่ยวกับจำนวนสัปดาห์ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา และจำนวนครั้งที่ไม่ได้รับประทานยา เพื่อนำมาพิจารณาความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจกความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ (วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ใช้ยาตรง/ไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์) กับสถานะการเป็นผู้ได้รับยาหลายขนานด้วยการทดสอบไคแสควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (เอกสารรับรองเลขที่ 16/2560) และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม (เอกสารรับรองเลขที่ 026/2017)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำในประชากรเป้าหมาย โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัย 110 คน ข้อมูลทั่วไปแสดงในตารางที่ 1 โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นเพศชาย 31 คน (ร้อยละ 28.2) และเพศหญิง 79 คน (ร้อยละ 71.8) มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 68 (7) ปี อายุมากที่สุดและน้อยที่สุดเท่ากับ 87 และ 65 ปี ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (81 คน ร้อยละ 73.6) มีรายได้โดยประมาณน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (83 คน ร้อยละ 75.5) ไม่ได้เรียนหนังสือหรือสำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (86 คน ร้อยละ 78.2) สามารถดูแลตนเองได้ทุกด้าน (109 คน ร้อยละ 99.1) มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.9) ที่ต้องการความช่วยเหลือในด้านจัดยา การจัดอาหาร และการอ่านเนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากหรือเคยมีปัญหาแต่ได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ส่วนผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวมีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 25.5) ลักษณะของปัญหา ได้แก่ ปวดฟัน ไม่มีฟันปลอมใช้ ฟันปลอมที่มีอยู่ใช้ไม่สบายหรือบดเคี้ยวได้ไม่ดี ฟันโยก ฟันแตก เหงือกบวมเจ็บ เมื่อพิจารณาภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกาย พบว่าร้อยละ 64.5 ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (71 คน)

ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10 (15) ปี โดยระยะเวลาในการเป็นโรคนานสูงสุดและน้อยที่สุดเท่ากับ 40 ปี และ 2 เดือนตามลำดับ สำหรับภาวะการทำงานของไตพบว่า มีโรคไตเรื้อรัง 51 คน (ร้อยละ 46.4) ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ทั้งนี้โรคประจำตัวอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นร่วมด้วยมากที่สุด ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยมีผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่สุด (100 คน ร้อยละ 90.9) ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ มี 4 คน (ร้อยละ 3.6) จำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีตั้งแต่ 1-5 ชนิด โดยผู้ป่วยที่ได้รับเพียงยา 1 ชนิด มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 2 คน (ร้อยละ 1.8) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยา 5 ชนิดซึ่งจัดเป็นการใช้ยาหลายขนาน มีจำนวนมากที่สุด คือ 71 คน (ร้อยละ 64.5) ดังแสดงในรูปที่ 2 สำหรับยาควบคุมระดับน้ำตาลที่ได้รับจากคลินิกหมอครอบครัว มี 4 ชนิด ได้แก่ metformin glipizide pioglitazone และ vildagliptin (จำนวน 100, 87, 36 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9, 79.1, 32.7, และ 0.9 ตามลำดับ) ส่วนยาเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ที่มีการสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ simvastatin, amlodipine, losartan, aspirin (81 mg) และ hydrochlorothiazide (HCTZ) เป็นจำนวนผู้ป่วย 63, 56, 38, 35 และ 33 คน ตามลำดับ

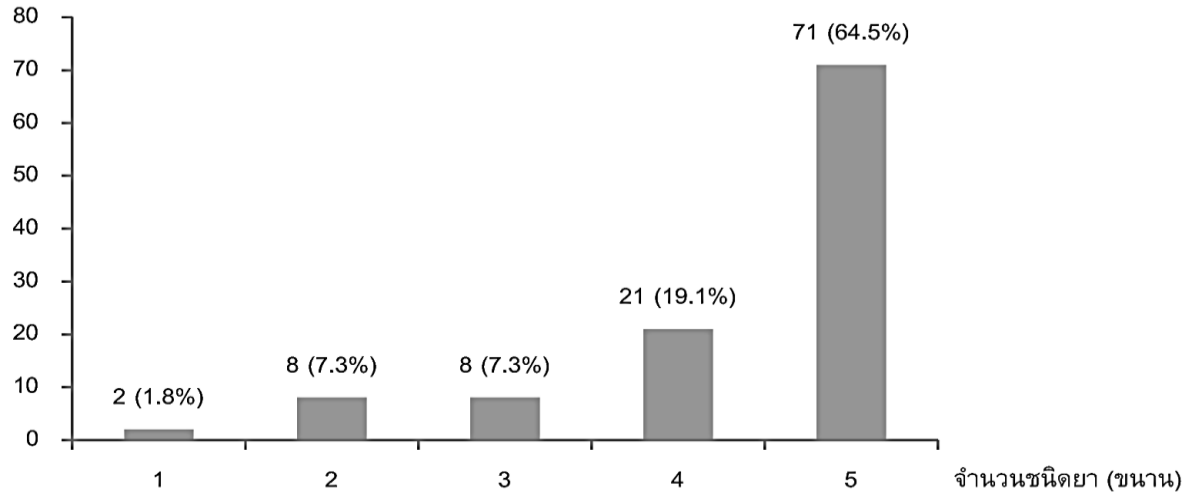
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูล	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	81 (73.6)
ค้าขาย	22 (20.0)
รับจ้าง	6 (5.5)
เกษตรกร	1 (0.9)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือสำเร็จการศึกษาไม่เกินประถมศึกษาปีที่ 6	86 (78.2)
มัธยมต้นและมัธยมปลาย	18 (16.4)
อนุปริญญา (หรือเทียบเท่า) และปริญญาตรี	6 (5.5)
ดัชนีมวลกาย	
น้อยกว่าปกติ (ต่ำกว่า 18.5 kg/m^2)	5 (4.5)
ปกติ (18.5 - 22.99 kg/m^2)	34 (30.9)
น้ำหนักเกิน (23 - 24.99 kg/m^2)	22 (20.0)
อ้วนระดับ 1 (25 - 29.99 kg/m^2)	34 (30.9)
อ้วนระดับ 2 (ตั้งแต่ 30 kg/m^2 ขึ้นไป)	15 (13.6)
ภาวะการทำงานของไต	
ปกติ (eGFR $\geq$ 60 mL/min/1.73 m^2 และ ACR < 30 mg/g)	39 (35.5)
โรคไตเรื้อรัง (eGFR < 60 mL/min/1.73 m^2 และ/หรือ ACR $\geq$ 30 mg/g)	51 (46.4)
ไม่มีข้อมูล หรือ ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะประเมิน	20 (18.2)
โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคเบาหวานและไตทำงานไม่ปกติ[a]	
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความดันโลหิตสูง	104 (94.5)
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	72 (65.5)
อื่นๆ	8 (7.3)
ปัญหาด้านสุขภาพฟันและช่องปาก	
ไม่มีหรือได้รับการดูแลแก้ไขเรียบร้อยแล้ว	82 (74.5)
มี	28 (25.5)

[a] มีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ มากกว่า 1 โรค



รูปที่ 2 จำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แสดงข้อมูลเป็นจำนวนคน (ร้อยละ)

พฤติกรรมการใช้ยาและสมุนไพร

ผู้เข้าร่วมการศึกษาประมาณสองในสามของจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด (74 คน ร้อยละ 67.3) ใช้ยาสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังที่ได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวตรงตามคำสั่งแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์มีจำนวน 36 คน (ร้อยละ 32.7) โดยผู้ป่วย 1 คนอาจมีการใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์มากกว่า 1 ชนิด เมื่อจำแนกตามชนิดยา พบว่าชนิดยาที่ใช้ไม่ตรง คำสั่งแพทย์มากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ glipizide (25 คน) metformin (25 คน) simvastatin (10 คน) amlodipine (10 คน) และ pioglitazone (7 คน) ลักษณะของการใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์แสดงในตารางที่ 2 โดยพบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (16 คน) รองลงมาคือ การปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง (8 คน) สำหรับการรับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์อื่นๆ ได้แก่ การรับประทานยา glipizide ก่อนอาหารเป็นเวลานาน หรือไม่ได้รับประทานอาหารหลังจากรับประทานยาจำนวน 4 คน และการรับประทานยา metformin ก่อนอาหาร จำนวน 3 คน ข้อสังเกตจากการเก็บข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาน้อยกว่าจำนวนมื้อที่แพทย์สั่ง โดยเว้นการรับประทานยาในมื้อใดมื้อหนึ่งที่เฉพาะเจาะจงเป็นประจำ (เช่น ไม่รับประทานเฉพาะยาก่อนอาหารเช้า หรือ หลังอาหารเย็น หรือ ก่อนนอนเท่านั้นเป็นประจำ) นอกจากนี้มี 1 รายที่ระบุว่าไม่รับประทานยา amlopidine เนื่องจากรับประทานแล้วสังเกตว่าเข่าบวม และมีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับยาเม็ด digoxin (0.25 mg) ซึ่งเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) โดยแพทย์สั่งให้รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด วันละ 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ยังไม่เคยเกิดอาการที่แสดงถึงพิษจากยา digoxin และบุคลากรประจำคลินิกหมอครอบครัวได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยรายนี้แล้ว

เมื่อจำแนกจำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ตามจำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับหลายขนาน (จำนวน 71 คน) มีการใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์จำนวน 25 คน (คิดเป็นร้อยละ 22.7 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัย และคิดเป็นร้อยละ 32.0 ของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายขนาน) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 ชนิด มีผู้ที่ใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ 11 คน (ร้อยละ 10.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัย) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาหลายขนานกับการใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์เมื่อทำการทดสอบด้วยไคแสควร์

ตารางที่ 2 ลักษณะการใช้ยาซึ่งได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวสำหรับรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่ตรงคำสั่งแพทย์

ลักษณะการใช้ยา[a]	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย
รับประทานยาขนาดต่ำกว่าหรือสูงกว่าที่แพทย์สั่ง	8
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่องทุกวัน	16
รับประทานยาขนาดต่ำกว่าที่แพทย์สั่งร่วมกับรับประทานไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	5
รับประทานยาขนาดสูงกว่าที่แพทย์สั่งรวมกับรับประทานไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ	5
อื่นๆ	7

[a] ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางรายใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์มากกว่า 1 ประเด็น ด้วยยาตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับยาจากคลินิกหมอครอบครัวเป็นสถานบริการหลัก อย่างไรก็ตาม ในช่วงการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยจำนวน 10 คน (ร้อยละ 9.1) ที่รับยาแผนปัจจุบันจากสถานบริการทางสุขภาพอื่นนอกเหนือจากคลินิกหมอครอบครัวด้วย โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าไม่เคยแจ้งแพทย์หรือบุคลากรที่คลินิกหมอครอบครัวจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.4) ส่วนผู้ป่วยที่เคยแจ้งให้แพทย์ทราบและได้มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 3 คน ข้อมูลการใช้ยาดังกล่าว แสดงในตารางที่ 3 ส่วนการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่ามีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 19 คน (ร้อยละ 17.3) รับประทานผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นประจำ โดยมีเพียง 2 คน (ร้อยละ 1.8) ที่แจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ที่คลินิกหมอครอบครัวทราบว่าตนเองใช้สมุนไพรร่วมด้วย รายชื่อสมุนไพรที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยใช้ แสดงในตารางที่ 4 ในภาพรวมสมุนไพรที่ใช้มีหลากหลายชนิด ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางรายอาจใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิด แต่ส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรเพียง 1 ชนิด เกือบทุกรายเป็นสมุนไพรเดี่ยว ตัวอย่างสมุนไพร

ที่ใช้ เช่น มะระขี้นก รางจืด ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร เห็ดหลินจือ เป็นต้น ทั้งนี้มีผู้ป่วย 1 รายที่ให้ข้อมูลว่ารับประทานยาสมุนไพร แต่ไม่สามารถระบุชื่อสมุนไพรหรือตำรับได้ สำหรับแหล่งที่มาของสมุนไพร ได้แก่ ญาติหรือเพื่อนบ้าน ร้านยา ร้านค้า สั่งจากโทรทัศน์ พนักงานขายตรง ปลูกไว้ใช้เองที่บ้าน มีเพียง 2 รายที่ได้รับจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อมูลการรับยาจากสถานบริการทางสุขภาพอื่นนอกเหนือจากคลินิกหมอครอบครัว จำแนกรายบุคคล

สถานบริการที่ผู้ป่วยรับยา	ผู้ป่วยรายที่	ชนิดยาที่ได้รับ
รายที่ไม่มีบันทึกข้อมูลการใช้ยาในเวชระเบียนผู้ป่วย		
ร้านยา	1	vitamin B1
	2	vitamin B1
	3	tolperisone
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	4	vitamin B complex
	5	multivitamin
สถานพยาบาลอื่นๆ	6	aspirin (81 mg)
	7	ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ไม่ทราบชนิด
รายที่มีการบันทึกข้อมูลการใช้ยาในเวชระเบียนผู้ป่วย		
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	8	Finasteride บันทึกในเวชระเบียนว่ายาทางเดินปัสสาวะ ไม่ระบุชื่อยา
	9	ยาจิตเวช ไม่ทราบชนิด
สถานพยาบาลอื่น	10	วิตามินบี 1

ตารางที่ 4 สมุนไพรที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยใช้เป็นประจำ

สมุนไพร[a]	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย
ขมิ้นชัน	4
เห็ดหลินจือ	4
ถั่งเช่า	3
ฟ้าทะลายโจร	2
ใบหนานเฉาเหว่ย	2
รางจืด	2
มะตูม	2
มะระขี้นกแคปซูล	1
ใบมะยม	1
ใบยอ	1
เห็ดไม่ทราบชนิด	1
กระเทียมแคปซูล	1
ไม่ทราบชนิด	1

[a] ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางรายใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิด

การรับประทานอาหาร

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง (80 คน ร้อยละ 72.7) รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ (65 คน ร้อยละ 59.1) และมีการรับประทานอาหารว่าง (72 คน ร้อยละ 65.5) สำหรับการรับประทานเนื้อสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดี พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่รับประทานเป็นประจำสม่ำเสมอ (5-7 วันต่อสัปดาห์) ในรายที่รับประทานไม่บ่อยหรือไม่รับประทานเลย ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า เนื้อสัตว์เคี้ยวยาก ราคาแพง คิดว่าย่อยยากรับประทานแล้วรู้สึกท้องอืด กลัวไขมันในเลือดสูง และต้องการรับประทานมังสวิรัติ (ผู้ป่วย 1 ราย อาจให้เหตุผลมากกว่า 1 ประเด็น) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มอื่นๆ นอกเหนือจากน้ำเปล่าเป็นประจำ (80 คนร้อยละ 18.2) โดยนมถั่วเหลืองและ/หรือนมวัวเป็นเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมดื่ม (37 คน ร้อยละ 33.6) เมื่อจำแนกด้วยรส พบว่าผู้ที่ดื่มรสจืด (ไม่เติมน้ำตาล) หวานน้อย และกลุ่มที่มีน้ำตาลสูง ได้แก่ รสหวาน/สตรอเบอรี่/ช็อกโกแลต เป็นประจำเท่ากับ 17, 12 และ 8 คน ตามลำดับ ข้อมูลการรับประทานอาหารของผู้เข้าร่วมการศึกษาแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหาร	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ)
จำนวนอาหารมื้อหลักที่รับประทาน	
1 มื้อ	3 (2.7)
2 มื้อ	42 (38.2)
3 มื้อ	65 (59.1)
อาหารมื้อหลักที่ไม่รับประทาน (เฉพาะผู้ที่รับประทานอาหารมื้อหลักไม่ครบ 3 มื้อ)[a]	
เช้า	15 (13.6)
กลางวัน	23 (20.9)
เย็น	10 (9.1)
อาหารมื้อว่างที่รับประทาน[a]	
ก่อนอาหารเช้า	8 (7.3)
สาย	31 (28.2)
บ่าย	50 (45.5)
ก่อนนอน	12 (10.9)
การรับประทานเนื้อสัตว์	
รับประทานเป็นประจำสม่ำเสมอ (5-7 วัน/สัปดาห์)	65 (59.1)
รับประทานบ่อยระดับปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์)	28 (25.5)
รับประทานไม่บ่อย (1-2 วัน/สัปดาห์)	16 (14.5)
ไม่รับประทาน	1 (0.9)
ชนิดอาหารว่างที่รับประทานบ่อยที่สุด (เฉพาะผู้ที่รับประทาน)	
ผลไม้สด	57 (51.8)
เบเกอรี	10 (9.1)
ขนมไทย	5 (4.5)
เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำนอกเหนือจากน้ำเปล่า	
ไม่ดื่ม	20 (18.2)
นมถั่วเหลืองและ/หรือนมวัว	37 (33.6)
ชา กาแฟ	35 (31.8)
น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้	17 (15.5)
เครื่องดื่มชูกำลัง	1 (0.9)

[a] ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากกล้ามเนื้อลาย ทำให้เกิดการใช้พลังงาน (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2012) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลด้านการทำงานประกอบอาชีพ (occupational activity) การทำงานบ้านหรืองานสวนในบริเวณบ้าน (household activity) และการออกกำลังกาย (exercise) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ทำงานบ้าน และออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ)
การประกอบอาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	81 (73.6)
มีการเดิน/ออกแรงหรือเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา	19 (17.3)
มีการเดิน/ออกแรงหรือเคลื่อนไหวเป็นระยะ	7 (6.4)
นั่งประจำอยู่กับที่	3 (2.7)
การทำงานบ้าน	
ไม่ทำ	23 (20.9)
ทำ	87 (79.1)
การออกกำลังกาย	
ไม่ออกกำลังกาย	40 (36.4)
ออกกำลังกาย	70 (63.6)
ชนิดของการออกกำลังกาย (เฉพาะผู้ที่ออกกำลังกาย)	
ออกกำลังกาย 1 วิธี ประเภทแอโรบิค	50 (45.5)
ได้แก่ เดิน ปั่นจักรยาน แกว่งแขน ชกลม แบดมินตัน กระโดด ฮูลาฮูป	
ออกกำลังกาย 1 วิธี ประเภทใช้แรงต้าน	1 (0.9)
ได้แก่ ยกน้ำหนักด้วยอุปกรณ์	
ออกกำลังกาย 1 วิธี ประเภทยืดกล้ามเนื้อ	3 (2.7)
ได้แก่ โยคะ การเหยียดยืดกล้ามเนื้อ	
ออกกำลังกาย 2 วิธี ประเภทแอโรบิค	14 (2.7)
ได้แก่ ปั่นจักรยานร่วมกับแกว่งแขน	
เดินร่วมกับวิ่ง/แกว่งแขน/ยกน้ำหนักด้วยอุปกรณ์/ปั่นจักรยาน อย่างใดอย่างหนึ่ง	
ออกกำลังกาย 2 วิธี ประเภทแอโรบิคและใช้แรงต้าน	2 (1.8)
ได้แก่ เดินร่วมกับยกน้ำหนักด้วยอุปกรณ์	

พฤติกรรมการดูแลเท้า

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเท้า แสดงในตารางที่ 7 ผู้ป่วยที่ตรวจสำรวจเท้าด้วยตนเองมีจำนวน 78 คน (ร้อยละ 70.9) และมีญาติเป็นผู้ตรวจดูให้จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.8) ในกลุ่มที่มีการสำรวจเท้า ส่วนใหญ่สำรวจทุกวัน (71 คน ร้อยละ 64.5) มีบางรายที่ตรวจบางวัน (3 - 5 วันต่อสัปดาห์) สำหรับผู้ที่ไม่ได้สำรวจเท้าด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่ทราบว่าควรสำรวจเท้าด้วยตนเอง (24 คน ร้อยละ 24.8) และมีบางส่วนที่ไม่สามารถได้ด้วยตนเอง เช่น มีปัญหาด้านสายตา ความยืดหยุ่นของร่างกายลดลงทำให้เคลื่อนไหวเพื่อตรวจด้วยตนเองไม่สะดวก (6 คน ร้อยละ 5.5)

ผู้ป่วยจำนวน 27 คน (ร้อยละ 24.5) แช่เท้าในน้ำอุ่นหรือนำอุปกรณ์ให้ความร้อน (เช่น กระเป๋าน้ำร้อน) วางที่เท้าซึ่งผู้ป่วยเตรียมอุปกรณ์เองโดยไม่มีการทดสอบระดับความร้อนก่อน หรือ ทดสอบระดับความร้อนด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยใช้มือหรือเท้า ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ทำการทดสอบเองมีอาการชามือชาเท้าอยู่ถึง 19 คน (ร้อยละ 17.3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดแผลที่เท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยทำแผลด้วยตนเองมีการล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์หรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ และ/หรือ ใส่เบตาดีนเข้มข้นหรือทิงเจอร์ไอโอดีน ร้อยละ 47.3 และ 50.0 ตามลำดับ

การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีผู้ที่สูบบุหรี่ 8 คน (ร้อยละ 7.3) ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เองและมีสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สูบบุหรี่ด้วยจำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.7) โดยปริมาณการสูบต่ำสุดคือ บุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) 1 มวนต่อวัน และสูงสุดคือ บุหรี่โรงงาน (cigarette) 20 มวน (1 ซอง) ต่อวัน สำหรับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูบมีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 25.5) ทั้งนี้ผู้ที่สูบและต้องการเลิกบุหรี่มีจำนวน 5 คน สำหรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (5 คน ร้อยละ 4.5) โดยทุกคนยังคงรับประทานอาหารในมื้อที่ดื่มเครื่องดื่มดังกล่าว และทุกคนไม่มีความประสงค์ที่จะเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ตารางที่ 7 พฤติกรรมการดูแลเท้า

พฤติกรรมการดูแลเท้า	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ)
การตรวจสำรวจเท้าด้วยตนเอง	
ไม่ได้ตรวจ	30 (27.3)
ตรวจด้วยตนเองหรือญาติเป็นผู้ตรวจให้	80 (72.7)
การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือนำอุปกรณ์ให้ความร้อนวางที่เท้า	
ไม่ทำ	82 (74.5)
ทำ โดยมีญาติเตรียมอุปกรณ์และทดสอบระดับความร้อนให้	1 (0.9)
ทำ โดยผู้ป่วยเตรียมเองทำการทดสอบระดับความร้อนเอง ด้วยมือหรือเท้า หรือ ไม่มีการทดสอบระดับความร้อน	27 (24.5)
การปฏิบัติตนเมื่อเกิดแผลที่เท้า	
ไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทันที	20 (18.2)
ทำแผลเบื้องต้นด้วยตนเองแล้วไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์	43 (39.1)
ไม่ไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์	47 (42.7)
วิธีการทำแผลเมื่อผู้ป่วยทำแผลด้วยตนเอง[a]	
ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล	22 (20.0)
ทำความสะอาดแผลด้วยแอลกอฮอล์หรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์	52 (47.3)
ใส่เบตาดีนเข้มข้นหรือทิงเจอร์ไอโอดีน	55 (50.0)

[a] ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

อภิปรายผลการศึกษา

ประเทศไทยได้นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อย่างไรก็ตามในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ รวมถึงในแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา ใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไป (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) การศึกษาครั้งนี้ทำในผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ 65 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับนิยามผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามหลักการ 6 ข้อ (6 rights) คือ ถูกคน ถูกชนิดของยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิถีทางในการใช้ยา และเทคนิคการใช้ยาที่ถูกต้อง เมื่อผู้ใช้ยาไม่สามารถใช้ได้ถูกตามหลักการข้างต้นจัดเป็นการใช้ยาที่เบี่ยงเบนไปจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ งานวิจัยนี้พบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาเบี่ยงเบนไปจากแผนการรักษาของแพทย์ โดยพบทั้งรูปแบบที่ใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง

ใช้ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ใช้ยาเกินกว่าที่สั่ง และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยปรับเพิ่มขนาดยาเองเนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่เคยมีมาก่อนทั้งในระดับชุมชนและโรงพยาบาล รายงานการพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโดยอุไรวรรณและคณะ (Chaichanawirote U, 2014) รวมถึงงานวิจัยของหทัยรัตน์และคณะ (Suksri H, 2011) ได้เก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุและสาเหตุ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ มีได้หลายประการ ทั้งที่เกิดจากความตั้งใจและไม่ตั้งใจ สำหรับการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเก็บข้อมูล แต่มีข้อสังเกตจากลักษณะของการไม่ใช้ยาตามสั่งร่วมกับการพิจารณาข้อมูลรายบุคคล และการบอกเล่าเหตุผลอย่างสั้นๆ จากผู้ป่วย พบว่าสาเหตุของปัญหาที่เป็นไปได้อาจเกิดจาก (1) การลืม (2) ลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร และ/หรือ การให้ความสำคัญกับงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าการรับประทานยา เช่น ผู้ที่ไม่รับประทานอาหารทั้งมื้อหลักและมื้อว่างในช่วงเช้าแต่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลซึ่งแพทย์สั่งจ่ายในมื้อเช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ได้รับยา glipizide ซึ่งควรรับประทานก่อนอาหาร และหากผู้ป่วยรับประทานยาโดยไม่ได้รับประทานอาหารแล้วจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ผู้ป่วยบางรายไม่รับประทานอาหารมื้อเย็น จึงงดรับประทานยาในมื้อเย็นไปด้วย (3) ความไม่สะดวกในการบริหารยาของผู้สูงอายุ เช่น การหักยาครึ่งเม็ด โดยเฉพาะกรณีที่เม็ดยามีขนาดเล็ก (4) ปัญหาในการอ่านฉลากยาหรือความเข้าใจ ตลอดจนความคุ้นเคยกับวิธีการรับประทานยาแบบเดิมแต่แพทย์ได้เปลี่ยนคำสั่งในการรักษาแล้ว (5) ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพรที่คิดว่าสามารถลดระดับน้ำตาลได้จะมีความปลอดภัยมากกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน และ (6) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น ผลการศึกษาในส่วนนี้สอดคล้องกับเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในงานวิจัยของมุจลินท์และคณะ (Ruangphaisan M, 2020)

เมื่อพิจารณาจำนวนชนิดยาสำหรับรักษาโรคเรื้อรังที่แพทย์จากคลินิกหมอครอบครัวเป็นผู้สั่งจ่ายให้ พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 64.5 มีการใช้ยาหลายขนาน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาหลายขนานกับการใช้ไม่ตรงคำสั่งแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวเป็นสถานบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ลักษณะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีความซับซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ชนิดของยาที่ผู้ร่วมการวิจัยได้รับจากคลินิกหมอครอบครัวจำนวนสูงสุด คือ 5 ชนิดซึ่งเป็นจำนวนชนิดยาเริ่มต้นที่จัดว่าเป็นการใช้ยาหลายขนาน ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดยังสามารถดูแลตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ อ่านและเขียนหนังสือได้ รวมถึงยังสามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค มีโอกาสรับบริการจากสถานพยาบาลรวมถึงร้านยา มากกว่า 1 แห่ง พร้อมกับในปัจจุบันมีสื่อที่แสดงหรืออวดอ้างสรรพคุณของสมุนไพรเผยแพร่ข้อมูลหลากหลายช่องทางมากขึ้น รวมถึงมีการบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือญาติ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ข้อมูลดังกล่าวจะไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการในการดูแลผู้ป่วยทั้งแผนปัจจุบันและ/หรือการแพทย์ทางเลือก และอาจมีการโฆษณาสรรพคุณโดยผิดกฎหมายร่วมด้วย งานวิจัยที่ผ่านมาพบปัญหาในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับยาแผนปัจจุบันจากสถานพยาบาลแหล่งอื่นหรือร้านยา รวมถึงการใช้สมุนไพรโดยไม่แจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบ (Chaichanawirote U, 2014; Wongboonnak A, 2016) สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 6.4) ไม่แจ้งบุคลากรที่ทำการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว โดยมี 2 รายที่พบว่าใช้ aspirin และยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลชื่อยาได้ ตามลำดับ ในขณะที่บางรายซื้อวิตามินรับประทานเอง สำหรับการใช้สมุนไพร ร้อยละ 15.5 ของผู้ป่วยไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ สังเกตได้ว่าเป็นจำนวนที่สูงกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน พฤติกรรมการไม่สื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบนี้ อาจนำมาซึ่งอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์รวมถึงอันตรกิริยาระหว่างผลิตภัณฑ์ นอกจากนี้อาจเป็นการซ่อนปัญหาด้านผลการรักษาที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชามือ เท้า และเชื่อว่าวิตามินสามารถรักษาอาการได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะชะลอภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลายได้ ส่งผลให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงประเด็น

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความนิยมใช้สมุนไพรอาจเนื่องมาจากทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสมุนไพร การบอกเล่าข้อมูลจากคนใกล้ชิดหรือสื่อต่างๆ ความกังวลว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันมีอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์ และ/หรือ การที่โรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังมักไม่แสดงอาการที่ชัดเจนในปัจจุบันรวมถึงการใช้ยาแผนปัจจุบันไม่ได้แสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกได้อย่างชัดเจน อาจเป็นส่วนหนึ่งของแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุพยายามหาการรักษาทางเลือกเพิ่มเติม หรือทดแทนการรักษาแผนปัจจุบัน (Chaichanawirote U, 2014; Wongboonnak A, 2016) การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรเดี่ยวเป็นประจำ ในขณะที่ตามหลักการแพทย์แผนไทยเน้นการรักษาแบบองค์รวมและมักจะใช้ตำรับยาที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิดผสมผสานกัน ทำหน้าที่ต้านพิษและเสริมฤทธิ์กัน (Puttarak P, 2016) ข้อมูลการใช้สมุนไพรแบบเดี่ยวยังไม่เพียงพอทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย (Temsiririrkkul R, 2013) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยบางรายมีโอกาสสูงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สมุนไพร เช่น ผู้ที่รับประทานมะระขี้นกหรือรางจืดซึ่งมีรายงานว่ามีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้รางจืดยังมีผลเร่งการขับยาออกจากร่างกาย ลดประสิทธิผลของยาแผนปัจจุบันซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ต่อเนื่อง เป็นต้น (Food and Drug Administration, 2018) แม้ว่าสมุนไพรบางชนิดอยู่ในรายการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดว่ามีข้อมูลด้านความปลอดภัยค่อนข้างสูง และภาครัฐมีการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถนำมารักษาได้ด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยสมุนไพรยังคงอยู่ในแนวคิดเดียวกับการรักษาโรคด้วยยาแผนปัจจุบันซึ่งยังคงต้องตระหนักถึงข้อควรระวังและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (Puttarak P, 2016) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวและยาที่ต้องใช้ต่อเนื่อง จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการอันตรกิริยาระหว่างโรคกับสมุนไพร หรือยากับสมุนไพรได้ (Prince of Songkla University, 2008) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้หากต้องการใช้ยาสมุนไพรจึงควรอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรค ยาแผนปัจจุบันและสมุนไพร นอกจากนี้ควรสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการแจ้งข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ พร้อมแหล่งที่มาให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบด้วย

อายุที่มากขึ้นอาจทำให้เกิดภาวะพร่องทางโภชนาการ (undernutrition) จากการทำงานของระบบประสาทรับรสที่ลดลง จึงทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลงไปด้วย สุขภาพช่องปากและฟันที่ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดี มีแนวโน้มการรับประทานเนื้อสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดีได้น้อยลง ประสิทธิภาพของการย่อยและดูดซึมสารอาหารลดลง อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้เช่นกัน โดยเกิดจากการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินความต้องการของร่างกาย ระบบการเผาผลาญพลังงานทำงานลดลง รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ระบุว่าร้อยละ 35 ของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีโรคอ้วน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร้อยละ 20.0 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 44.5 มีโรคอ้วน อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ทำในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่สองซึ่งหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ คือการมีน้ำหนักเกินหรืออ้วน นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากในปัจจุบัน ทำให้ปัญหาการบดเคี้ยวอาหารไม่สะดวกมีไม่มากนัก

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีการปฏิบัติ ได้แก่ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานเนื้อสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดีประจำสม่ำเสมอ เครื่องดื่มนอกเหนือจากน้ำเปล่าได้แก่ นมถั่วเหลืองและ/หรือนมวัว อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางรายที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่เหมาะสมเนื่องจากอาจส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาทั้งในด้านสูงเกินไปหรือต่ำเกินไป เช่น การไม่รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีบางรายที่ไม่รับประทานทั้งอาหารใดๆ เลยในมื้อเช้าซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลมื้อเช้าได้อีกด้วย นอกจากนี้ผู้ที่รับประทานอาหารว่างในมื้อก่อนนอนซึ่งอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดีหรือรับประทานไม่เพียงพอ บางรายมีการรับประทานมังสวิรัติจึงมีการงดรับประทานเนื้อสัตว์ซึ่งหากรับประทานไม่ถูกวิธี เช่น ไม่ได้รับประทานพืชชนิดที่มีโปรตีนสูงในปริมาณที่เหมาะสมและชนิดพืชที่รับประทานไม่หลากหลายซึ่งจะทำให้ได้รับกรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acid) ไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดการขาดโปรตีนซึ่งเป็นสารอาหารที่สำคัญในการสร้างสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตรวมถึงระบบภูมิคุ้มกัน ในด้านเครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำควรแนะนำให้ผู้สูงอายุลดการดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลสูง หากจำเป็นต้องดื่มในบางโอกาสควรจำกัดปริมาณ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ มีคาเฟอีนซึ่งไม่มีหลักฐานทางวิชาการว่าเกิดประโยชน์ต่อร่างกายของผู้สูงอายุและอาจไม่เหมาะสมกับโรคประจำตัวบางโรคอีกด้วย เครื่องดื่มที่แนะนำให้ผู้สูงอายุดื่ม เช่น นมวัว

หรือนมถั่วเหลืองที่มีการเสริมแคลเซียม เนื่องจากมีโปรตีนและแคลเซียมเป็นสารอาหารที่มีประโยชน์ โดยควรแนะนำให้ดื่มรสจืดหรือหวานน้อย หลีกเลี่ยงนมที่มีการปรุงแต่งรสจนมีน้ำตาลสูง ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมมากขึ้นหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญและมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีโภชนาการที่ดี

แม้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีการทำงานบ้านและออกกำลังกายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีกิจกรรมทางกาย แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2555 แนะนำว่าโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยควรคำนึงถึงปัจจัย 4 ข้อที่เรียกว่า FITT ประกอบด้วยความถี่ (frequency) ความแรง (intensity) ระยะเวลา (time) และชนิดการออกกำลังกาย (type) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ แบบแอโรบิค (aerobic exercise) แบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) และแบบยืดกล้ามเนื้อ (stretching or flexibility exercise) โดยการออกกำลังกายแบบแอโรคบิคและแบบใช้แรงต้านช่วยลดระดับน้ำตาลได้ และหากออกกำลัง 2 แบบร่วมกันจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าแบบใดแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว สำหรับการออกกำลังแบบยืดกล้ามเนื้อทำก่อนและหลังออกกำลังกาย ช่วยยืดหยุ่นข้อต่อกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ทั้งนี้ในผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงโรคประจำตัวอื่นๆ ที่เป็น รวมถึงความเสี่ยงในบาดเจ็บ พลัดตกหกล้ม ร่วมด้วย (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2012) สำหรับการสัมภาษณ์ครั้งนี้ มีจุดเน้นที่ชนิดของการออกกำลัง พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ออกกำลังด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งแบบแอโรบิก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.8 ที่ออกกำลังแบบแอโรบิกร่วมกับใช้แรงต้าน อย่างไรก็ตามวิธีการออกกำลังกายในผู้ป่วยบางรายไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายในภาวะสูงวัยเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อและข้อโดยตรง หรือมีแรงกระแทกสูง เช่น วิ่ง กระโดด ยกน้ำหนักด้วยอุปกรณ์ (ผู้สูงอายุควรเลือกออกกำลังแบบเพิ่มแรงต้านโดยไม่ใช้อุปกรณ์) ฮูลาฮูป เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยอาจทำในลักษณะกลุ่มเจาะจงตามสภาวะโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันโดยมีทางเลือกด้านวิธีออกกำลังที่หลากหลายเพื่อสอดคล้องกับความสนใจ ความชอบของผู้สูงอายุ น่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2560 แนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตรวจสำรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานทุกวัน (Diabetes Association of Thailand, 2017) การสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านการตรวจสำรวจเท้าทุกวัน แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ที่คลินิกหมอครอบครัว ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเร่งด่วนเพื่อปรับแก้ไขพฤติกรรมบางอย่าง เนื่องจากหากยังปฏิบัติต่อไปอาจเพิ่มโอกาสในการเกิดแผลติดเชื้อที่รุนแรงได้ ประเด็นความรู้ดังกล่าวได้แก่ (1) หลีกเลี่ยงการแช่เท้าในน้ำอุ่นรวมถึงการประคบด้วยอุปกรณ์ให้ความร้อน ถ้ามีความจำเป็นต้องทำ ต้องมีการทดสอบระดับความร้อนก่อนโดยวิธีการที่ถูกต้องคือใช้ข้อศอกทดสอบ โดยห้ามผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านปลายประสาท ควรให้ผู้ดูแลเป็นผู้ทดสอบเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผิวหนังเปื่อยยุ่ย การพุพองและการติดเชื้อตามมา (2) วิธีดูแลแผลเบื้องต้นด้วยตนเองที่ถูกต้องโดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการทำแผลด้วยแอลกอฮอล์ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เบตาดีนเข้มข้น ทิงเจอร์ไอโอดีน เนื่องจากทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังมาก รบกวนการหายของแผล (3) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดแผลที่เท้าโดยควรไปพบบุคลากรทางการแพทย์หลังทำความสะอาดแผลอย่างถูกวิธี (Diabetes Association of Thailand, 2017)

การสูบบุหรี่ด้วยตนเองทำให้ผู้สูบได้รับอันตรายโดยตรง ส่วนผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วยตนเองแต่มีบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเป็นผู้สูบ จะได้รับอันตรายในรูปแบบควันบุหรี่มือสองและมือสาม (second-hand and third-hand smoker) (Smoking free pharmacy network, 2018) การศึกษาครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมการวิจัย 11 คนที่สูบบุหรี่ด้วยตนเองซึ่งในจำนวนนี้ยังได้รับผลเสียจากควันบุหรี่มือสองและมือสามไปพร้อมกันด้วย 3 คน นอกจากนี้ยังมีผู้เข้าร่วมการศึกษาอีก 28 คนที่มีแนวโน้มในการได้รับอันตรายควันบุหรี่มือสองและมือสาม การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเกือบทุกระบบ ไม่เฉพาะเพียงแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจเท่านั้น จึงควรแนะนำให้ผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรายเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของตนเองและคนใกล้ชิด มีข้อสังเกตว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จำนวน 5 คนมีความประสงค์ที่จะเลิกบุหรี่ เป็นโอกาสที่ดีในการแนะนำการเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วยที่มีความสนใจอยู่แล้วซึ่งจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งต่อสุขภาพและผลเสียในเชิงสังคมและเศรษฐกิจ จึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงการ

ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงข้อปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องดื่ม เช่น การจำกัดปริมาณของเครื่องดื่ม และการรับประทานอาหารร่วมด้วยเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Diabetes Association of Thailand, 2017)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาและข้อจำกัดของงานวิจัย

เภสัชกรเป็นหนึ่งในผู้ปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านยา บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรอาจแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ (1) บทบาทต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ให้บริการด้านยา ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ผู้ป่วย (2) บทบาทในการจัดการระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ จัดการข้อมูลด้านยาของผู้ป่วย ระบบคลังเวชภัณฑ์ และผู้ให้คำปรึกษากับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Prasertsuk S, 2017) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งที่มีการใช้ยาสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบี่ยงเบนไปจากแผนการรักษาของแพทย์ บางรายไม่แจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับจากแหล่งอื่น ประกอบกับการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งพฤติกรรมนี้อาจทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทั้งจากตัวผลิตภัณฑ์โดยตรงหรืออาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับผลิตภัณฑ์ต่างๆ ได้ จึงมีข้อเสนอแนะว่านอกเหนือจากการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพแล้ว หากเภสัชกรจัดทำระบบหรือรูปแบบของการประสานรายการยาที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและสื่อสารให้สถานพยาบาลและเภสัชกรร้านยาทุกแห่งที่ผู้ป่วยรับบริการทราบข้อมูลได้ น่าจะช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากคลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งรับผิดชอบดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองในเขตภาคกลาง ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ไม่มีเทศกาลประจำปีหรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงอาจมีข้อจำกัดในการขยายผลการศึกษาไปสู่กลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ ที่มีสภาพแวดล้อมหรือลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างออกไป รวมถึงการขยายผลการวิจัยไปสู่พฤติกรรมสุขภาพในช่วงเวลาอื่นที่มีเทศกาลประจำปี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่แสดงให้เห็นแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งส่งผลเสียต่อการดูแลสุขภาพบางประการของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตชุมชนเมืองอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นและควรได้รับการดูแลแนะนำ รวมถึงมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป นอกจากนี้งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถทราบได้อย่างแน่ชัดว่าผู้ป่วยรายใดจะมาพบแพทย์ และโดยปกติผู้ป่วยไม่ได้นำยาเหลือติดตัวมารับบริการที่สถานที่เก็บข้อมูล ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือก่อนมาพบแพทย์ได้ ดังนั้นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์จึงทำโดยสัมภาษณ์ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลจากคำสั่งแพทย์ที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนและสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย จึงมีข้อจำกัดในเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านการคำนวณร้อยละความร่วมมือของการใช้ยา สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือ รวมถึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงทัศนคติต่อการรักษาและสาเหตุของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพื่อนำไปพัฒนาการดูแลสุขภาพให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความร่วมมือและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ต่อไป

สรุปผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ซับซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่ยังคงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยได้ เช่น การใช้ยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ การใช้ยาสมุนไพรโดยไม่ได้ผ่านการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงไม่แจ้งให้แพทย์ทราบซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างโรค ยา และสมุนไพรที่ใช้ได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่อาจเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมถึงการดูแลเท้าที่ไม่ถูกวิธี ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชน หากมีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อบุคลากรทางการแพทย์ หาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ของครอบครัว ตลอดจนการจัดทำระบบประสานรายการ

ยา ระบบการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนและสามารถนำติดตัวได้สะดวก น่าจะเป็นแนวทางในการเพิ่มความร่วมมือต่อแผนการรักษา (adherence) ที่ได้วางไว้ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายและป้องกันปัญหาสุขภาพที่รุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นในแก่ผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บข้อมูล นายแพทย์วีรศักดิ์ ครองเจริญลาภ คุณกานต์สินี พงษ์ภักดี เภสัชกรหญิงสิริกร โชติสิริกูล เภสัชกรเชื้อพรหม พยอมแย้ม และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหมอครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในทุกด้านจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

Aekplakorn W, editor. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthabri: Healthy system research institute, 2014. (in Thai)

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care 2017;40 (Suppl. 1):S99–S104.

Boonchayaanant P, Vorasettakarnkij Y, editors. Guideline for overweight and obesity. Bangkok: Network of Fatless Belly Thais. The Royal College of Physician of Thailand; 2015. (in Thai)

Bureau of Elderly Health. Training guideline for care givers of elderly, 420 hours curriculum; 2014; Bangkok: WVO Officer of Printing Mill, the War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai)

Chaichanawirote U, Vithayachockitikhun N. Medication use behaviors among the older thai adults. Sponsored by Health System Research Institute. 2014 Oct [cited 2018 Sep 08] (in Thai); Available from: URL: http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4305

Chessman KH, Kumpf V. Assessment of nutrition status and nutrition requirements. In: Dipiro JT, editors: Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach 10th eds. New York: McGraw-Hill Education; 2017; p.2323-44.

Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017. Bangkok: Collaboration between Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of medical Service, National Health Security Office. (in Thai)

Food and Drug Administration. National List of Essential Medicines 2018. [cited 2018 Sep 08] (in Thai); Available from: URL: http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/New/nlem2561.PDF

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Ages society: definition, situation and management. 2017 Apr 28 [cited 2017 Sep 5] (in Thai); Available from: URL: http://thaitgri.org/?p=37900

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai elderly 2016. 2018 Jan [cited 2018 Sep 5] (in Thai); Available from: URL: http://thaitgri.org/?p=38427

Health Administration Division. Guidelines of primary care cluster for service units. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2016. (in Thai)

Institute of Medical Research and Technology Assessment. Exercise in patients with diabetes and hypertension; 2012; Bangkok: WVO Officer of Printing Mill, the War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai)

Kidney Disease Improving Global Outcome. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Jan 2013 [cited 2017 Nov 25]; Available from: URL: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

Muangpaisan W, editors. Gerontology and geriatrics for primary care practice. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 2017. (in Thai)

Nechba RB, Kadiri MEM, Bennani-Ziatni M, Zeggwagh AA, Mesfioui A. Difficulty in managing polypharmacy in the elderly: case report and review of the literature. J Clin Gerontol Geriatr. 2015;6(1): 30-33.

Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. [cited 2017 Nov 25] (in Thai); Available from: URL: http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_คมอ_CKD_2015.pdf

Prasertsuk S, Kanjanarach T. Proposed Role and Responsibilities of Pharmacists in Patient Care at Primary Care Level. IJPS 2017; 13 (Supplement): 698-704.

Prince of Songkla University. Herb for primary health care. Bangkok: Cho. Chareon printing; 2008. (in Thai)

Puttarak P, Thong-im J, Pradit Ngamsiripol, editors. Use of herbal products based on evidence based medicine. Bangkok: The Association of Hospital Pharmacy (Thailand); 2015. (in Thai)

Robert CW. Body mass index as an indicator of obesity. Asia Pacific J Clin Nutr. 2002;11(Suppl): S681–4

Ruangphaisan M, Chanthapasa K. Reasons for medication non-adherence from the perspective of type 2 diabetic patients: a case study of Warit-Chaphum Hospital, Sakon Nakorn. *Thai J Pharm Prac*. 2020;12(2):482-92.

Schueren MB, Soeters PB, Reijen PLM, Allison SP, Kondrup J. Diagnosis of malnutrition – screening and assessment. In: Sobotka L, editors: Basics in clinical nutrition 4th eds. Czech Republic; Galén; 2011; p.21-31.

Smoking free pharmacy network. A brief Guide for Tobacco Control [Online]. 2018 Apr [cite 2018 May 25]; Available from: http://quitsmokingnow.in.th/a-brief-guide-for-tobacco-control/a-brief-guide-for-tobacco-control-2/

Suksri H, Sriring P, Kanjanarach T. Medication related problems of patients at home, communities in Muang, Khon Kaen. Proceeding of Khon Kaen University Academic Conference, 2011 Jan 27-29; Khon Kaen.

Temsiririrkkul R, Amnuoypol S. Herbal medicine: household Remedies. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2013. (in Thai)

Wongboonnak A, Wogtrakul P, Mahamongkol H, Neimkhum W. The survey of medicine, food supplement and herbal products used problems among elderly a case study at the community of tumbon Srisa Chorakhe Noi, Samut Prakan province. HCU Journal of Health Science. 2016;20(39):97-108.

World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. 2017 Oct [cited 2018 Jan 5]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/