

Drug Therapy Problems and Factors Affecting Drug Therapy Problems of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases at Bueng Kan Hospital in Bueng Kan Province

*Sirawich Phanthana, B.Pharm, M.P.H., Ph.D. (Public health)**

Abstract

This Cross-sectional descriptive study aimed 1) to study drug therapy problems of patients with chronic non-communicable diseases at Bueng Kan Hospital in Bueng Kan and 2) to analyze factors affecting drug therapy problems of patients with chronic non-communicable diseases. The sample was 420 people using Convenience Sampling from patients with chronic non-communicable diseases at Bueng Kan Hospital in Bueng Kan between 4 October 2021 to 30 December 2021. Data was collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation. The relationship between independent variables and dependent variables was analyzed using Logistic Regression Analysis.

The findings revealed that 1) Drug therapy problems in patients with chronic non-communicable diseases can be classified into three categories: overdosing, underdosing, and inconsistent drug use. 122 patients, or a quarter of all patients, had drug therapy problems. The prevalence of drug therapy problems of NCDs was 29.05 percent. Most of them took fewer medications than prescribed by their doctor. 2) Univariate analysis results into Multivariate analysis, it can be concluded that there were 5 factors related to the drug therapy problems of patients with chronic non-communicable diseases as follows: 2.1) The main factors for personal characteristics are age and income, 2.2) The main factor in medicine use is medicine list, 2.3) The main factor in the knowledge of drug use is knowledge of medicinal properties, 2.4) The main factors for attitudes about drug use are attitudes about its medicinal properties and; 2.5) The supportive factors for family support include the provision of medicines, food, and facilities for the patient.

In conclusion, to prevent drug therapy problems of patients with chronic non-communicable diseases, the policy to enhance knowledge, correct attitudes about drug use among patients, and focus more on promoting activities among 51 years old up patients should be emphasized. For example, building a health care network among

the elderly, building a good relationship between the patient and the family, as well as developing a function to recommend the use of various medications in an application that the patient can conveniently use on their personal mobile phone.

Keyword: Medication noncompliance; factors affecting Medication noncompliance; patients with chronic non-communicable diseases

*Buengkan Hospital, Buengkan Province.

Received: April 4, 2022; Revised: April 10, 2022; Accepted: April 30, 2022

ปัญหาการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

สิริวิทย์ พันธนา, ภ.บ., ส.ม., ประด. (สาธารณสุขศาสตร์)*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ และ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 420 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience Sampling) จากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกได้ 3 ประเภท ได้แก่ การใช้ยามากเกินขนาด การใช้ยาน้อยเกินขนาด และการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ โดยผู้ป่วย จำนวน 122 คน หรือประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด มีปัญหาในการใช้ยา คิดเป็นความชุกของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 29.05 โดยส่วนใหญ่มีการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 2) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) เข้าสู่การวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ดังนี้ 2.1) ปัจจัยหลักด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ($Odds Ratio_{adj} = 3.779$, 95% CI = 2.089 – 6.837, p-value = .000) และรายได้ ($Odds Ratio_{adj} = 2.962$, 95% CI = 1.206 – 7.276, p-value = .018) 2.2) ปัจจัยหลักด้านความยุ่งยากในการใช้ยา ได้แก่ จำนวนรายการยา ($Odds Ratio_{adj} = 11.565$, 95% CI = 1.942 – 68.865, p-value = .007) 2.3) ปัจจัยหลักด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ ความรู้ในเรื่องสรรพคุณของยา ($Odds Ratio_{adj} = 9.794$, 95% CI = 1.402 – 68.423, p-value = .021) 2.4) ปัจจัยหลักด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับสรรพคุณของยา ($Odds Ratio_{adj} = 17.819$, 95% CI = 1.077 – 294.943, p-value = .044) และ 2.5) ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การจัดเตรียมยา อาหาร สถานที่ให้ผู้ป่วย ($Odds Ratio_{adj} = 5.735$, 95% CI = 1.002 – 33.040, p-value = .050)

โดยสรุป เพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ป้องกันอันตรายจากการใช้ยา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคควรเพิ่มนโยบายการเสริมความรู้ สร้างทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และเน้นการส่งเสริมกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไปให้มากขึ้น เช่น การสร้างกลุ่มเครือข่ายการดูแลสุขภาพระหว่างผู้สูงวัย การสานสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคคล ครอบครัว รวมถึงพัฒนาฟังก์ชันแนะนำวิธีการใช้ยารายการต่าง ๆ ในแอปพลิเคชันที่ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้สะดวกในโทรศัพท์เคลื่อนที่ส่วนบุคคล

คำสำคัญ : ปัญหาการใช้ยา; ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยา; ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

ได้รับต้นฉบับ 4 เมษายน 2565; แก้ไขบทความ: 10 เมษายน 2565; รับลงตีพิมพ์: 30 เมษายน 2565

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs: Noncommunicable Diseases) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อดำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) จากข้อมูลปี พ.ศ.2559 โรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจสังคม และการดำรงชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งประเทศชาติ นอกจากนี้ผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุม

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2562 โดยสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ปี พ.ศ.2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹⁾

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการก่อตัวของโรคอย่างช้าๆ ในลักษณะการสะสมต่อเนื่อง และเมื่อเริ่มมีอาการของโรคแสดงขึ้นให้เห็นอย่างชัดเจนแล้ว มักเกิดการเรื้อรังของโรคตามมา โดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในการรับประทาน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะความเครียดสูง การพักผ่อนไม่เพียงพอและการรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์⁽²⁾ โดยระดับความรุนแรงของโรคมีความแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละบุคคลเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้ง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ต้องใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาค่อนข้างนานต่อเนื่องโดยผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง และใช้ยาในการรักษาอาการตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด

อาจต้องใช้ยาร่วมกันหลายขนานในการรักษา ผลการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า การใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ การเสียชีวิต รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยในระยะยาวเช่นกัน⁽³⁾

โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มี จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ. 2560 –2563 จำนวน 9,256 คน 9,994 คน 10,211 คน และ 11,108 คน ตามลำดับ⁽⁴⁾ โดยพบว่า จำนวน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนมากที่สุด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4,434 คน ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6,674 คน และ ผู้ป่วยโรคไขมันในหลอดเลือดสูง จำนวน 3,741 คน มีทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียว และผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง รวมมากกว่า 1 โรคในจำนวน 3 โรคนี้ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากการศึกษาของ เบญจพร วัฒนศิริเวช⁽⁵⁾ พบว่า ปัญหาการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น มียาเหลือ ใช้เมื่อถึงกำหนดพบแพทย์ การลืมรับประทานยา การซื้อยาเพิ่มเอง การปรับขนาดยา และการแบ่ง ยารับประทาน และจากผลการศึกษาของปิยะวัน วงษ์บุญหนัก และคณะ⁽⁶⁾ พบปัญหาด้านพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยร้อยละ 63.1 ที่มีพฤติกรรม จัดยาด้วยตนเอง ซึ่งการยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งของ แพทย์อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นที่มาให้

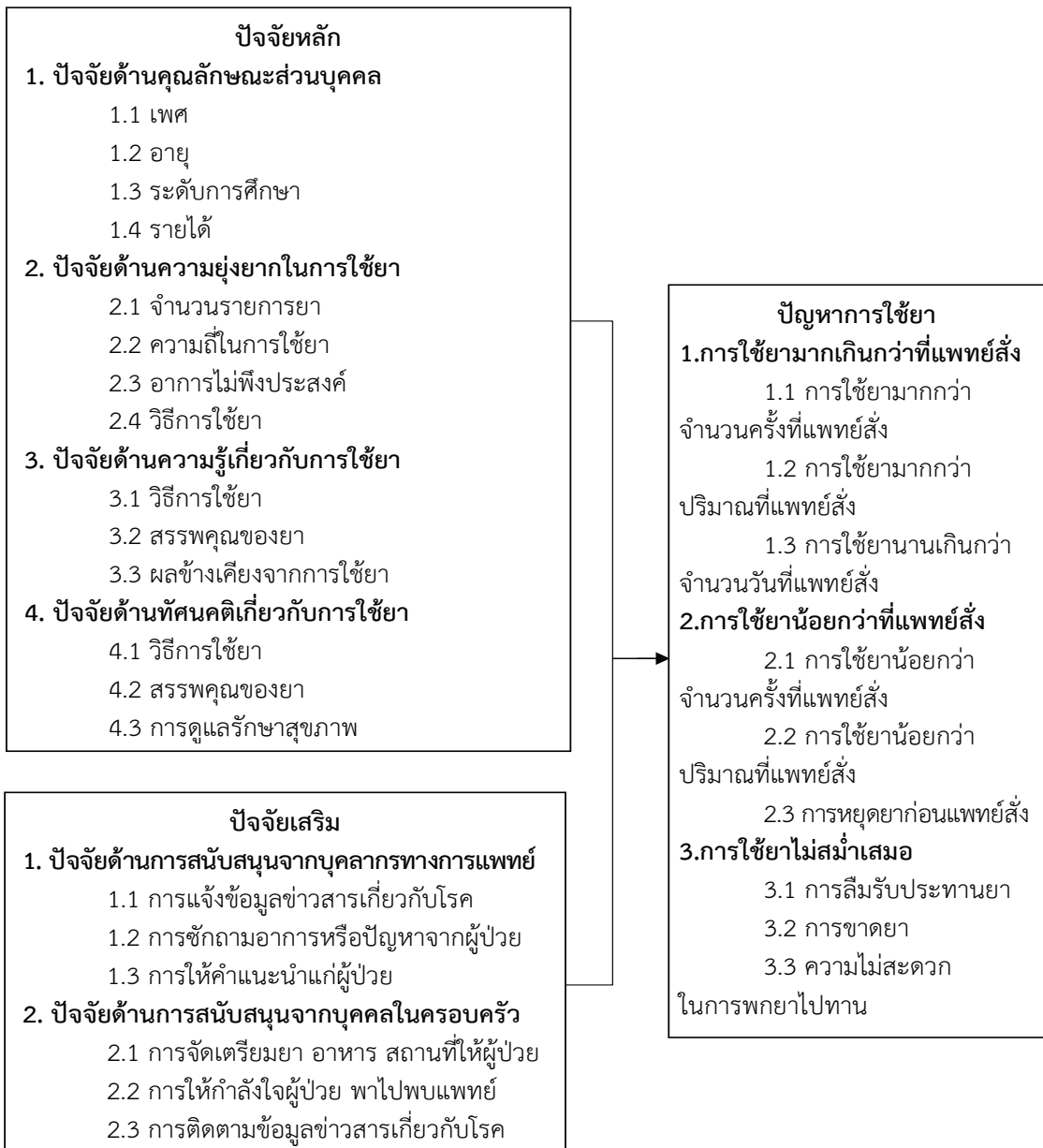
ผู้วิจัยต้องการจะศึกษาปัญหาการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลบึงกาฬ รวมถึง สนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมา กำหนดเป็นแนวทางในการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและ ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้น ตลอดจน เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล บึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แนวคิด เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา และงานวิจัย ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬจำนวน 11,108 คน

2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 3,698 คนโดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) สามารถคำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

โดย n หมายถึง ขนาดตัวอย่าง

N หมายถึง ขนาดประชากรที่ศึกษา โดยอ้างอิงจากจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 11,108 คน

$Z_{\alpha/2}$ หมายถึง ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $P = 1.96$

d หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ์

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 5 % ดังนั้น $d = 0.05$

P หมายถึง ค่าความชุกปัญหาการใช้ยาไม่ เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาของชุดิธนา วีระวันชัย⁽⁷⁾ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยในซึ่งเป็น โรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษา สามารถคำนวณความชุกของผู้ป่วยที่เกิดปัญหา เกี่ยวกับการใช้ยา ร้อยละ 58 ดังนั้น $P = 0.58$ โดยแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ $n = 362$ คน

ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเนื่องจาก การตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละ 10 และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนอีกเล็กน้อย เพื่อป้องกัน ความคลาดเคลื่อนของการเก็บข้อมูล และให้มีจำนวน เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนั้นกลุ่มตัวอย่างใน ครั้งนี้ มีจำนวน 420 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ ตามความสะดวก (Convenience Sampling) ในการเลือกอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและ เกณฑ์การคัดออก มาดำเนินการดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงที่มารับ การรักษาที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และผู้ป่วย มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ มีความเจ็บป่วยแทรกซ้อนหลายโรค ในช่วงที่เก็บ ข้อมูลไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน และเป็นผู้มีปัญหาในการ สื่อสารและการรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ส่วนบุคคล) จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาและสิทธิการรักษาพยาบาล โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) และเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อเป็นการสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้วิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ในด้านการใช้ยา โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยมีปัญหาการใช้ยาให้ 0 มีการปฏิบัติ 1 ครั้ง ให้ 1 มีการปฏิบัติบางครั้งให้ 2 มีการปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 จากนั้นแปลความหมายของระดับค่าเฉลี่ย โดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของสุภาพ ฉัตรภรณ์⁽⁸⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ มีการปฏิบัติ น้อยครั้ง มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง มีการปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้น หากแปลความหมายว่า ไม่เคยปฏิบัติ ถือว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการใช้ยา แต่หากมีการปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ถือว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านความยุ่งยากในการใช้ยา เป็นการสอบถามลักษณะการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เป็นการสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นการสอบถามความเชื่อในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการสอบถามการรับรู้ต่อการปฏิบัติบุคลากรในโรงพยาบาล โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นการสอบถามการรับรู้ต่อการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัว โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และด้านการใช้ยา เพื่อพิจารณาหาความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ตรวจสอบทางด้านคุณภาพของรายละเอียดในประเด็น

ต่าง ๆ แล้วจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มีความถูกต้องและชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของเครื่องมือ ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ เนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวอย่างจำนวน 30 คน นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)⁽⁹⁾ และนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับที่นำไปวิเคราะห์ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.975 ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.812 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.991

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 ตุลาคมพ.ศ. 2564 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ.2564 โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูล หากมีท่านใดไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เองตามรายการในแบบสอบถามโดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการใช้ยา นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับตัวแปรตาม โดยใช้ สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ใช้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม โดยนำปัจจัยต่าง ๆ มาใช้ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis)

ซึ่งในการวิเคราะห์นี้พิจารณาเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการใช้ยา โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว โดยนำตัวแปรเข้าสมการ Logistic Regression ด้วยวิธี Enter method แสดงผลด้วยค่าสถิติ odds ratio, adjusted odds ratio และ 95% Confidence Interval (CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ เอกสารรับรองเลขที่ BKHEC2021-16 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2564

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.43 มีอายุ 51 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.33 รองลงมาคือ อายุ 21 - 43 ร้อยละ 21.43 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 49.05 รองลงมาคือ ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 35.48 โดยส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.00 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 31.19 ซึ่งมีรายได้ระหว่าง 10,001 - 25,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 76.43 โดยมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเดี่ยว คือ โรคเบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 25.71 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.67 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง เป็นโรคร่วมระหว่าง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 32.38 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล บึงกาฬ 6 - 10 ปี ร้อยละ 60 รองลงมาคือ 1 - 5 ปี ร้อยละ 35.24 ส่วนสิทธิการรักษาพยาบาล ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด ร้อยละ 80.71 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 10.24

2. การศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังครั้งนี้ จำแนกได้ 3 ประเภท ได้แก่ การใช้ยามากเกินขนาดการใช้ยาน้อยเกินขนาดและการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่า มีทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการใช้ยา และไม่มีปัญหาในการใช้ยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (n = 420)

พฤติกรรมการใช้ยา	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง	115	27.38	305	72.62
1.1 ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งต่อวัน	72	17.14	348	82.86
1.2 รับประทานยามากกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง	76	18.10	344	81.90
1.3 ใช้ยานานเกินกว่าจำนวนวันที่แพทย์สั่ง	57	13.57	363	86.43
2. ด้านการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	122	29.05	298	70.95
2.1 ใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งต่อวัน	120	28.57	300	71.43
2.2 รับประทานยาน้อยกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง	119	28.33	301	71.67
2.3 หยุดยาก่อนแพทย์สั่ง	116	27.62	304	72.38
3. ด้านการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	122	29.05	298	70.95
3.1 ลืมรับประทานยา	122	29.05	298	70.95
3.2 ขาดยาเนื่องจากยาหมดก่อนกำหนดที่แพทย์นัด	121	28.81	299	71.19
3.3 ไม่สะดวกพกยาหรือลืมพกยาไปทานเมื่อมีธุระ	121	28.81	299	71.19
ภาพรวม	122	29.05	298	70.95

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด มีปัญหาในการใช้ยาจำนวน 122 คน คิดเป็นความชุกของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 29.05 โดยส่วนใหญ่มีการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 29.05 และใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 29.05 ส่วนการใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 27.38 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน สรุปได้ดังนี้

ด้านการใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง มีปัญหาร้อยละ 27.38 โดยส่วนใหญ่รับประทานยามากกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 18.10 รองลงมา คือ ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง

ต่อวัน ร้อยละ 17.14

ด้านการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง มีปัญหาร้อยละ 29.05 โดยส่วนใหญ่ใช้น้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งต่อวัน ร้อยละ 28.57 รองลงมา คือ รับประทานยาน้อยกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 28.33

ด้านการใช้ยาไม่สม่ำเสมอมีปัญหา ร้อยละ 29.05 โดยส่วนใหญ่ลืมรับประทานยา ร้อยละ 29.05 รองลงมา คือ ขาดยา เนื่องจากยาหมดก่อนกำหนดที่แพทย์นัด และ ไม่สะดวกพกยา หรือลืมพกยาไปทาน เมื่อมีธุระนอกบ้าน มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 28.81

ตาราง 2 สาเหตุการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (n = 420)

สาเหตุการไม่ใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
1. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	18	4.29
2. กลัวจะได้รับยามากไป จนเกิดการสะสมหรือเกิดอันตรายต่อร่างกาย	23	5.48
3. ไม่ทราบว่าเป็นยาชนิดเดียวกันจึงใช้ซ้ำ	11	2.62
4. เข้าใจว่าเป็นยาตัวเดียวกันจึงเลือกทานบางรายการ	5	1.19
5. มีความเห็นว่ายาที่ใช้อยู่เท่านี้ เพียงพอต่อการรักษาแล้ว จึงไม่อยากจะทานเพิ่มอีก	9	2.14
6. สาเหตุอื่น ๆ	10	2.38

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวจะได้รับยามากไป จนเกิดการสะสมหรือเกิดอันตรายต่อร่างกาย ร้อยละ 5.48 รองลงมาคือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 4.29 ส่วนผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นยาตัวเดียวกันจึงเลือกทานบางรายการ มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 1.19

3. ผลการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ สรุปได้ดังนี้

ตาราง 3 ระดับของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในภาพรวม (n = 122)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาการใช้ยา	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านการใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง	0.71	0.492	น้อย
1.1 ใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งต่อวัน	0.72	0.707	น้อย
1.2 รับประทานยามากกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง	0.79	0.741	น้อย
1.3 ใช้ยานานเกินกว่าจำนวนวันที่แพทย์สั่ง	0.62	0.806	น้อย
2. ด้านการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1.68	0.475	ปานกลาง
2.1 ใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งต่อวัน	2.09	0.862	ปานกลาง
2.2 รับประทานยาน้อยกว่าปริมาณที่แพทย์สั่ง	1.63	0.718	ปานกลาง
2.3 หยุดยาก่อนแพทย์สั่ง	1.33	0.648	ปานกลาง
3. ด้านการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	2.19	0.407	ปานกลาง
3.1 ลืมรับประทานยา	2.45	0.669	ปานกลาง
3.2 ขาดยา เนื่องจากยาหมดก่อนกำหนดที่แพทย์นัด	2.02	0.655	ปานกลาง
3.3 ไม่สะดวกพกยาหรือลืมพกยาไปทาน เมื่อมีธุระนอกบ้าน	2.09	0.668	ปานกลาง
รวม	1.53	0.258	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 122 คน (ข้อมูลจากตาราง 1) โดยในภาพรวม มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาปัญหาการใช้ยารายด้าน พบว่า ด้านการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 2.19, S.D. = 0.407) ซึ่งมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (Mean = 1.68, S.D. = 0.475) ซึ่งมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง พบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 0.71, S.D. = 0.492) ซึ่งมีปัญหาอยู่ในระดับน้อย

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อ ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มา รับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ต่าง ๆ กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis)

ตาราง 4 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลักด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) (n = 420)

ปัจจัย	มีปัญหาการใช้ยา		ไม่มีปัญหา		Odds Ratio	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. คุณลักษณะส่วนบุคคล							
1) เพศ							
- หญิง	53	12.62	184	43.81	1.00	Reference	
- ชาย	69	16.43	114	27.14	2.101	1.370 – 3.222	.001*
2) อายุ							
- 18 - 50 ปี	43	10.24	176	41.90	1.00	Reference	
- ตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป	79	18.81	122	29.05	2.650	1.711 – 4.104	.000*
3) ระดับการศึกษาสูงสุด							
- ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป	4	0.95	169	40.24	1.00	Reference	
- ต่ำกว่าอนุปริญญา	118	28.10	129	30.71	38.647	13.902 – 107.441	.000
4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							
- 10,000บาทขึ้นไป	10	2.38	110	26.19	1.00	Reference	
- น้อยกว่า 10,000 บาท	112	26.67	188	44.76	6.553	3.292 – 13.043	.000*
2. ความยุ่งยากในการใช้ยา							
1) จำนวนรายการยา							
- 1 รายการ	55	13.10	205	48.81	1.00	Reference	
- มากกว่า 1 รายการ	67	15.95	93	22.14	2.685	1.742 – 4.139	.000*
2) ความถี่ในการใช้ยา							
- วันละ 1 ครั้ง	6	1.43	35	8.33	1.00	Reference	
- มากกว่าวันละ 1 ครั้ง	116	27.62	263	62.62	2.573	1.053 – 6.285	.038*
3) อาการไม่พึงประสงค์							
- ไม่มีอาการ	79	18.81	205	48.81	1.00	Reference	

ตาราง 4 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลักด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) (n = 420) (ต่อ)

ปัจจัย	มีปัญหาการใช้ยา		ไม่มีปัญหา		Odds Ratio	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
- มีอาการ	43	10.24	93	22.14	1.200	.769 – 1.872	.422
4) วิธีการใช้ยา							
- ไม่ยุ่งยาก	28	6.67	9.00	2.14	1.00	Reference	
- ยุ่งยาก	270	64.29	113.00	26.90	1.302	.595 – 2.847	.509
3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา							
1) วิธีการใช้ยา							
- มีความรู้มาก	3	0.71	179	42.62	1.00	Reference	
- มีความรู้น้อย	119	28.33	119	28.33	59.667	18.537 – 192.049	.000*
2.) สรรพคุณของยา							
- มีความรู้มาก	48	11.43	222	52.86	1.00	Reference	
- มีความรู้น้อย	74	17.62	76	18.10	4.503	2.880 – 7.041	.000*
3) ผลข้างเคียงจากการใช้ยา							
- มีความรู้มาก	117	27.86	298	70.95	1.00	Reference	
- มีความรู้น้อย	5	1.19	0	-	.000	0	.999
4. ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยา							
1) วิธีการใช้ยา							
- มีทัศนคติที่ดี	2	0.48	176	41.90	1.00	Reference	
- มีทัศนคติที่ไม่ดี	120	28.57	122	29.05	86.557	20.999 – 356.795	.000*
2) สรรพคุณของยา							
- มีทัศนคติที่ดี	45	10.71	215	51.19	1.00	Reference	
- มีทัศนคติที่ไม่ดี	77	18.33	83	19.76	4.432	2.836 – 6.927	.000*
3) การดูแลรักษาสุขภาพ							
- มีทัศนคติที่ดี	21	5	186	44.29	1.00	Reference	
- มีทัศนคติที่ไม่ดี	101	24.05	112	26.67	7.987	4.724 – 13.506	.000*
5. การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์							
1) การแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค							
- ไม่แจ้งข้อมูล	29	6.90	56	13.33	1.00	Reference	
- แจ้งข้อมูล	93	22.14	242	57.62	.742	.446 – 1.234	.250
2) การซักถามอาการหรือปัญหาจากผู้ป่วย							

ตาราง 4 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลักด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) (n = 420) (ต่อ)

ปัจจัย	มีปัญหาการใช้ยา		ไม่มีปัญหา		Odds Ratio	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
- ไม่ชักถาม	22	5.24	50	11.90	1.00	Reference	
- ชักถาม	100	23.81	248	59.05	.916	.527 - 1.592	.757
3. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย							
- ไม่ให้คำแนะนำ	6	1.43	21	5.00	1.00	Reference	
- ให้คำแนะนำ	116	27.62	277	65.95	1.466	.577 - 3.725	.422
6. การสนับสนุนจากบุคคล							
ในครอบครัว							
1) การจัดเตรียมยา อาหาร							
สถานที่ให้ผู้ป่วย							
- จัดเตรียมให้	112	26.67	286	68.10	1.00	Reference	
- ไม่จัดเตรียมให้	10	2.38	4	0.95	6.384	1.962 - 20.774	.002*
2) การให้กำลังใจผู้ป่วย							
- ให้กำลังใจ	86	20.48	178	42.38	1.00	Reference	
- ไม่ให้กำลังใจ	36	8.57	112	26.67	1.503	.953 - 2.370	.079
3) การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค							
- ติดตามข่าวสาร	86	20.48	228	54.29	1.00	Reference	
- ไม่ติดตามข่าวสาร	36	8.57	62	14.76	.650	.402 - 1.050	.078

* = p < .05

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง 2.101 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ระหว่าง 18 -50 ปี 2.650 เท่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษา

ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป 38.647 เท่า และผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ 10,000 บาท ขึ้นไป 6.553 เท่า

ผลของความสัมพันธระหว่างปัจจัยหลักด้านความยุ่งยากในการใช้ยา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่จำนวนรายการยาและความถี่ในการใช้ยา โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนรายการยา

มากกว่า 1 รายการ มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนรายการยา 1 รายการ 2.685 เท่าและผู้ป่วยที่ใช้ยามากกว่าวันละ 1 ครั้ง มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาวันละ 1 ครั้ง 2.573 เท่า

ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลักด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ วิธีการใช้ยา และสรรพคุณของยา โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องวิธีการใช้น้อย มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องวิธีการใช้ยามาก 59.667 เท่าและผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องสรรพคุณของยาน้อย มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องสรรพคุณของยามาก 4.503 เท่า

ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลักด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยา และการดูแลรักษาสุขภาพ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา 86.557 เท่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับสรรพคุณของยามีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสรรพคุณของยา 4.432 เท่า และผู้ป่วย

ที่มีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ คู่กับการใช้ยามีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ คู่กับการใช้ยา 7.987 เท่า

ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การจัดเตรียมยา อาหาร สถานที่ให้ผู้ป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในการจัดเตรียมยา อาหาร สถานที่ให้ผู้ป่วย มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว 6.384 เท่า

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) ได้ดังนี้

ตาราง 5 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) (n = 420)

ปัจจัย	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
1. ปัจจัยหลักด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล			
1.1 เพศ			
- หญิง	1.00	Reference	
- ชาย	1.521	.851 - 2.718	.157
1.2 อายุ			
- 18 - 50 ปี	1.00	Reference	
- ตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป	3.779	2.089 - 6.837	.000*
1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด			
- ตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป	1.00	Reference	
- ต่ำกว่าอนุปริญญา	1.150	.158 - 8.363	.890
1.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
- มากกว่า 10,000 บาท	1.00	Reference	
- น้อยกว่า 10,000 บาท	2.962	1.206 - 7.276	.018*
2. ปัจจัยหลักด้านความยุ่งยากในการใช้ยา			
2.1 จำนวนรายการยา			
- 1 รายการ	1.00	Reference	
- มากกว่า 1 รายการ	11.565	1.942 - 68.865	.007*
2.2 ความถี่ในการใช้ยา			
- วันละ 1 ครั้ง	1.00	Reference	
- มากกว่าวันละ 1 ครั้ง	1.988	.661 - 5.981	.222
3. ปัจจัยหลักด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา			
3.1 วิธีการใช้ยา			
- มีความรู้มาก	1.00	Reference	
- มีความรู้น้อย	1.084	.597 - 1.968	.791
3.2 สรรพคุณของยา			
- มีความรู้มาก	1.00	Reference	
- มีความรู้น้อย	9.794	1.402 - 68.423	.021*
4. ปัจจัยหลักด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา			
4.1 วิธีการใช้ยา			
- มีทัศนคติที่ดี	1.00	Reference	
- มีทัศนคติที่ไม่ดี	1.208	.652 - 2.237	.548
4.2 สรรพคุณของยา			
- มีทัศนคติที่ดี	1.00	Reference	
- มีทัศนคติที่ไม่ดี	17.819	1.077 - 294.943	.044*
4.3 การดูแลรักษาสุขภาพ			
- มีทัศนคติที่ดี	1.00	Reference	

ตาราง 5 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) (n = 420) (ต่อ)

ปัจจัย	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
- มีทัศนคติที่ไม่ดี	1.406	.461 – 4.288	.549
5. ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว			
5.1 การจัดเตรียมยา อาหาร สถานที่			
- จัดเตรียมให้	1.00	Reference	
- ไม่จัดเตรียมให้	5.753	1.002 – 33.040	.050*

* = p < .05

จากตาราง 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีทั้งหมด 5 ปัจจัยดังนี้

ปัจจัยหลักด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ระหว่าง 18 -50 ปี 3.779 เท่า (Odds Ratio_{adj} = 3.779, 95% CI = 2.089 – 6.837, p-value = .000) และผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท 2.962 เท่า (Odds Ratio_{adj} = 2.962, 95% CI = 1.206 – 7.276, p-value = .018)

ปัจจัยหลักด้านความยุ่งยากในการใช้ยา พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่มีจำนวนรายการยามากกว่า 1 รายการ มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนรายการยา 1 รายการ 11.565 เท่า (Odds Ratio_{adj} = 11.565, 95% CI = 1.942 –

68.865, p-value = .007)

ปัจจัยหลักด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องสรรพคุณยาน้อย มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องสรรพคุณยามาก 9.794 เท่า (Odds Ratio_{adj} = 9.794, 95% CI = 1.402 – 68.423, p-value = .021)

ปัจจัยหลักด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่มีทัศนคติเกี่ยวกับสรรพคุณยาน้อย มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติเกี่ยวกับสรรพคุณยามาก 17.819 เท่า (Odds Ratio_{adj} = 17.819, 95% CI = 1.077 – 294.943, p-value = .044)

ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

ในการจัดเตรียมยา อาหาร สถานที่ให้ผู้ป่วย มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว 5.735 เท่า (Odds Ratio_{adj} = 5.735, 95% CI = 1.002 – 33.040, p-value = .050)

อภิปรายผล

1. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล บึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งและใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 29.05 สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ เบญจพร วัฒนศิริเวช⁽⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มียาเหลือใช้เมื่อถึงกำหนดพบแพทย์ การลืมรับประทานยา การแบ่งยารับประทาน เป็นต้น โดยสาเหตุการไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง พบว่า ผู้ป่วยกลัวจะได้รับยามากไป จนเกิดการสะสมหรือเกิดอันตรายต่อร่างกาย ร้อยละ 5.48 ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่าทานยาจำนวนมากจะส่งผลต่อการทำงานของไต และสอดคล้องกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้ยาหลายขนาน จากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า การใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเสียชีวิต⁽³⁾ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบึงกาฬ

1) อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาโดยผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่า

ผู้ป่วยที่มีอายุ ระหว่าง 18 -50 ปี สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Thapa B และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมักจะมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งแตกต่างกับ ผลการศึกษาของสุมาพร สุจำนงค์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะเคยประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งของตนเองและได้รับประสบการณ์จากผู้อื่น จึงทำให้มีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้ อธิบายได้จากสภาพของร่างกายตามวัยของผู้ป่วยที่มีอายุมาก อาจมีปัญหาด้านสายตา มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้อ่านฉลากยาที่ตัวหนังสือมีขนาดเล็กผิดพลาดส่งผลให้ใช้ยาผิด นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป อาจเริ่มมีปัญหาด้านความจำเสื่อม ลืมรับประทานยาไปบ้าง ซึ่งเป็นปัญหาการหลงลืมตามวัย หรือบางรายอาจจำไม่ได้ว่ารับประทานยาไปแล้ว จึงรับประทานยาซ้ำอีก เป็นต้น

2) รายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยา กล่าวได้ว่า หากผู้ป่วยมีรายได้สูง มักจะมีปัญหาในการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ ธมนพรพรช บุญเจริญ และวนิดา ดรungskฤทธิชัย⁽¹²⁾ และ ญาดา เรียมริมมะดัน⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง โดยผลการศึกษาของผู้วิจัยที่ขัดแย้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสที่จะเข้าถึงโภชนาการที่ดีได้มากกว่า และมีโอกาสในการเข้าถึงสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพที่ดีได้มากยิ่งขึ้น ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อย

มักจะมีอาการอ่อนไหวต่อความเครียดทางจิตใจ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา โรคอาจทำให้ละเลย และไม่ได้ใส่ใจในการรักษา อย่างจริงจัง ประกอบกับลักษณะอาชีพของผู้ป่วย จำพวกงานเกษตร งานบริการ ค้าขาย อาจจะมีเวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้การทานยาตรงตามเวลาเป็นเรื่องที่มีข้อจำกัด สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของวันวิสา รอดกล่อม และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ

3) ความยุ่งยากในการใช้ยาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาโดยผู้ป่วย ที่มีจำนวนรายการยามากกว่า 1 รายการ มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วย ที่มีจำนวนรายการยา 1 รายการ สอดคล้องกับ ญาดา เรียมริมมะตัน⁽¹³⁾ ที่พบว่า จำนวนชนิดยา ที่ใช้ในการรักษา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา รักษาจำนวนมากขึ้นจะมีระดับพฤติกรรมการ รับประทานยานี้น้อยลง และสอดคล้องกับ Shams ME and Barakat EA⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน 1 ชนิด จะมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงมาก ถึงร้อยละ 47.1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความ สะดวกในการรับประทานยาน้อยชนิดมากกว่า เพราะไม่ค่อยมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ประจำวันมากนัก อีกทั้งผู้ป่วยสามารถจดจำ การใช้ยาได้ง่ายกว่าการใช้ยาหลายรายการซึ่งมีการ ใช้ยาที่แตกต่างกัน

4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาโดยผู้ป่วยที่

มีความรู้ในเรื่องสรรพคุณยาน้อย มีโอกาสที่จะ มีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่อง สรรพคุณยามาก สอดคล้องกับธัญรดี ปราบริปู⁽¹⁶⁾ และ ธราดล โพธิษา⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณ ของยา รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการรับประทานยาว่าสามารถช่วยป้องกันความรุนแรงของ โรคไม่ให้เพิ่มขึ้นหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ดังนั้น ผู้ป่วยย่อมมีความปรารถนาที่จะใช้ยา อย่างถูกต้องเพื่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและได้รับ ประโยชน์จากการใช้ยามากที่สุด

5) ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาโดยผู้ป่วยที่มี ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาน้อย มีโอกาสที่จะมี ปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีทักษะเกี่ยวกับการ สรรพคุณยามาก สอดคล้องกับโมเรศ ศรีบ้านไผ่⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า คะแนนทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของอัญชลี กามินี และธนัช กนกเทศ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าทัศนคติต่อการรักษา อธิบายการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 53.40 อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบ ที่กำหนดให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหรือแสดงการ กระทำที่สอดคล้องกับทัศนคติที่แต่ละบุคคลนั้นมีอยู่ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีทัศนคติเกี่ยวกับสรรพคุณของยา ในระดับมาก ย่อมมีความเชื่อว่ายาที่ใช้ในการรักษา นั้น มีประโยชน์ต่อโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาในทางที่ถูกต้อง เพื่อ

ให้ตนเองได้รับประโยชน์จากสรรพคุณของยาตามความเชื่อที่ตนมี

6) ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาซึ่งแตกต่างกับธัญรัตน์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งนี้ อธิบายได้จากผลการศึกษาของ DRoter⁽²⁰⁾ ที่ได้เสนอว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแบบ Consumerism เป็นความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง โดยแพทย์มีหน้าที่เพียงจัดหาข้อมูลและเทคนิคการรักษาให้กับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับรักษาตามความรู้ ความเชื่อที่ตนมีอยู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาที่ผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ก่อนหน้านี้

7) การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่บุคคลในครอบครัวไม่ได้จัดเตรียมยา อาหาร สถานที่ให้มีโอกาสที่จะมีปัญหาการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสอดคล้องกับอัญชลี กามินี และธนัช กนกเทศ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและ

พฤติกรรมอนามัย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่มาช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมการต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่นั้น เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเป็นการเพิ่มคุณค่าทางจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกอบอุ่นใจที่รู้สึกว่ามีความรอบตัวคอยอยู่เคียงข้าง ไม่รู้สึกว่าตนเองต้องใช้ชีวิตที่มีโรคร้ายไข้เจ็บเพียงลำพัง ส่งผลให้การใช้ยาของผู้ป่วยเป็นไปตามที่แพทย์สั่งมากยิ่งขึ้น โดยมีคนในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในโรงพยาบาล

1) โรงพยาบาลบึงกาฬ ควรเพิ่มนโยบายการเสริมความรู้ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง แต่ยังสามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ ไม่เหมือนกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ค่อนข้างเปลี่ยนแปลงได้ยาก

2) โรงพยาบาลบึงกาฬ ควรเพิ่มการส่งเสริมกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป ให้มากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยสะท้อนว่า เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการใช้ยามากที่สุด เช่น การสร้างกลุ่มเครือข่ายการดูแลสุขภาพระหว่างผู้สูงวัยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์สำหรับคนวัยใกล้เคียงกันหรือ การจัดให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับคนครอบครัว เพื่อสานสัมพันธ์อันดีและคอยช่วยเหลือกันในด้านสาธารณสุขต่อไป เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1) เกสักรควรเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการเน้นย้ำ และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยา คือ การใช้ยาน้อยเกินขนาดโดยผู้ป่วยเกรงกลัวว่าตนเองจะได้รับยาในปริมาณที่มากเกินไป จนเกิดการสะสมหรือเกิดอันตรายต่อร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงลดปริมาณในการใช้ยาลง หรือหยุดใช้ยาเองเมื่ออาการของโรคดีขึ้น

2) พัฒนาฟังก์ชันแนะนำวิธีการใช้ยารายการต่าง ๆ ในแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จะได้รับยาหลายรายการ

และเกิดความยุ่งยากในการใช้ยา หรือไม่สามารถจดจำวิธีการใช้ยาแต่ละรายการได้ถูกต้อง สามารถเข้าถึงการทบทวนข้อมูลยาได้โดยง่ายและสะดวก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นโรคเดียว (ไม่มีโรคร่วม) เพื่อลดปัจจัยรบกวน และนำผลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยแต่ละโรค อาจทำให้ได้ข้อค้นพบเพิ่มเติม

2) ควรมีการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับชุมชน เพื่อให้การใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก:<http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13870&tid=15&gid=1-015-005>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก<http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html>
3. Richardson K, Ananou A, Lafortune L, Brayne C, Matthews FE. Variation over time in the association between polypharmacy and mortality in the older population. *Drugs Aging* 2011;28:547-60.
4. โรงพยาบาลบึงกาฬ. รายงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. บึงกาฬ : โรงพยาบาลบึงกาฬ; 2563.
5. เบญจพร วัฒนศิริเวช. ประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 2564;3(1):103-15.

6. ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก, ปวีณา ว่องตระกูล, ھرรษา มหามงคล, วรรณญา เนียมขำ. การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุกรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้ร้อย จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ 2559;20(39):97-108.
7. ชุตินา วีระวัณชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยในซึ่งเป็นโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
8. สุภาพ นัตรารณ. การออกแบบการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.
9. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556. หน้า 185.
10. Thapa B, Pokharel PK, Poudel IS, Sharma SK, Shyangwa PM, Sangraula H, et al. Factors affecting on adherence to the prescribed drugs in diabetic patients visiting a tertiary care centre. Journal of nobel medical college 2013;2:11-7.
11. สุมาพร สุจันรงค์, มณีนรัตน์ อธิระวิวัฒน์, นิติน อิมามี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดบัวหลวงจังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี 2556;29(2):20-30.
12. ฌมนพรช บุญเจริญ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2558;29(3):50-64.
13. ญาดา เรียมริมมะตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19(1):132-43.
14. วันวิสา รอดกล่อม, นิสافر วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล, อรุษา สุวรรณประเทศ. การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2555;6(2):76-88.
15. Shams ME, Barakat EA. Measuring the rate of therapeutic adherence among outpatients with T2DM in Egypt. Saudi PharmJ 2010;18:225-32.
16. ธัญรดี ปราบริปู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2564;32(2):184-94.

17. ธราดล โพธิษา. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดพะเยา.[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2563.
18. โมเรศ ศรีบ้านไผ่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
19. อัญชลี กามินี, ธนชนกนเทศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองพะยอม อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2562;1(2):31-44.
20. Roter D.The enduring and evolving nature of the patient- physician relationship. Patient EducCouns 2000;39(1):5-15.