

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยา ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม

The Relationships between Knowledge, The Number of Drugs Used and Drug Use
Problems among Elderly Patients with Chronic Illness at A Medical Clinic

สุกฤตา มีตาทิพฐิ*
Sukrita Meetathip*

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10220
The Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม จำนวน 88 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ และแบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ หาค่าความเที่ยงใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้ในระดับดี ($M = 10.73$, $SD = 1.53$) คะแนนปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.36$, $SD = .65$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .194$, $P < .05$) และจำนวนชนิดยาที่ใช้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .185$, $P < .05$)

จากผลการศึกษา พยาบาลสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับยาหลายชนิด ในการให้ความรู้ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างปลอดภัยต่อไป

คำสำคัญ : การใช้ยา, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

Abstract

This research aimed to study drug use knowledge, number, and problems related to drug use among elderly patients. The sample group was 88 elderly patients with chronic diseases who received services at medical clinics. The research instruments consist of the questionnaires of knowledge of drug use and problems related to drug use with a content validity index of 0.92 and 0.92, respectively. The reliability was analyzed using the Kuder-Richardson formula (KR-20) of 0.79 and Cronbach's alpha coefficient formula of 0.80, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics; frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Corresponding Author: *E-mail: sukrita.mee@rtafnc.ac.th

วันที่รับ (received) 27 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 พ.ย. 2565

The relationships among variables were analyzed using Pearson's correlation coefficient and Spearman's rank correlation coefficient statistic.

The results showed that the research samples had a score of drug use knowledge at a good level ($M = 10.73$, $SD = 1.53$) and a problem related to drug use at a low level ($M = 1.36$, $SD = .65$). Drug use knowledge was negatively associated with drug problems statistically ($r = .194$, $P < .05$). Besides, the number of drugs used was a statistically significant positive correlation with drug use problems ($r = .185$, $P < .05$).

The results of the study can be used for nurses to educate elderly patients with chronic diseases who receive a variety of medications to promote rational drug use.

Keywords: Rational drug use, Elderly, Chronic disease

บทนำ

ในช่วงระยะเวลา 20 ปี ที่ผ่านมา จำนวนของประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2563 พบว่าประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 12 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 66.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ซึ่งให้เห็นว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว¹ โดยภายในปี พ.ศ. 2567 คาดว่าจะเป็นสังคมที่มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ที่เรียกว่าสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ (complete aged society) นอกจากนี้ยังคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจัดเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society)² ผลที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค โดยโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคจำเป็นต้องใช้จำนวนชนิดยาหลายชนิดเพื่อการรักษา อาจทำให้มีปัญหาการใช้ยา โดยมีการใช้ยาซ้ำซ้อน และอาจส่งผลให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา อันจะนำไปสู่อาการอันไม่พึงประสงค์ได้^{3,4} จะเห็นได้ว่าจำนวนชนิดของยาที่มากนำไปสู่ปัญหาการใช้ยาได้มากขึ้นเนื่องจากการบริหารยาจะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น⁵

ปัญหาการใช้ยา ยังรวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ วิธีการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ การรวมมือยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนหรือลดยาเอง ทำให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง การซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ ทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

และการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา พบอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ร้อยละ 2.4 ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ร้อยละ 2.3 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 0.9 และ ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยรวมร้อยละ 90⁶

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของความสามารถในการรับรู้ การประมวลผลและการตัดสินใจ (Cognitive impairment) ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่ อายุมากกว่า 55 ปีร้อยละ 1.8-2.01 ในบางครั้งผู้สูงอายุ รับประทานยาต่อเนื่องหลายปี มักใช้วิธีการจำวิธีการรับประทาน จำเม็ดยา มากกว่าการอ่าน แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาจมีความ สับสน จำผิดพลาดทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง สัมรับประทานยา หรือรับประทานยาซ้ำซ้อน ความซับซ้อนของการใช้ยา อาจเป็นอุปสรรคได้ หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาเรื่องการรับรู้และความจำ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสันหรือโรคเรื้อรังที่เป็นมานาน อาจส่งผลให้เกิดการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง⁷

การศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย ที่เข้ารับการรักษาใน รพ.ในเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 2.80 ของผู้ที่เข้ารับการรักษาตัวใน รพ.มีสาเหตุมาจากปัญหาการใช้ยา เมื่อจำแนกปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภท พบว่าเกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาเกือบครึ่ง เป็นปัญหาการใช้ยาที่ป้องกันได้ ปัญหาการใช้ยาโดยรวมและปัญหาการใช้ยาแต่ละประเภท

ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับปานกลาง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประชากรสูงอายุ กว่าร้อยละ 60 ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยยิ่งอายุมากความเสี่ยงของการเข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาลยิ่งเพิ่มขึ้น การได้รับยาใหม่ภายในระยะเวลา 1 เดือน การใช้ยาหลายขนาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่พบในประชากรทั้งหมดของการศึกษา ได้แก่ การรับยาจากคลินิกเอกชน การรับยาจากร้านขายยา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันตรายจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการใช้ยาที่พบบ่อยในการศึกษานี้ ได้แก่ ภาวะ hypoglycemia ภาวะ hypokalemia ภาวะ gastrointestinal/ intracerebral haemorrhage ภาวะ hyperglycemia ภาวะ hypertensive urgency / ascites ภาวะ COPD exacerbation และภาวะ drowsiness⁹

คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีสถิติจำนวนครั้งในการมารับบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2562 ทั้งในเวลาราชการและคลินิกพิเศษ นอกเวลาราชการเป็นจำนวนมาก โดยใน พ.ศ. 2560 จำนวน 5,374 ครั้ง ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 5,799 ครั้ง และ ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 6,253 ครั้ง ซึ่งจะเห็นว่าปริมาณการรับบริการของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชนิดของยา กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมมาก่อน การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำมาวางแผนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับยา จำนวนชนิดยาที่ใช้ และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับยา และจำนวนชนิดยาที่ใช้ กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ 2553⁹ และแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือการวิจัยและใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยเมื่อได้ตรวจสอบคุณสมบัติผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าแล้ว จะกำหนดหมายเลขตามลำดับที่ตรวจสอบ หากจำนวนที่ได้เท่ากับ n จะทำการจับฉลากหมายเลขเพื่อเลือกเก็บข้อมูลเป็นจำนวนเท่ากับ ร้อยละ 50 ของจำนวน n กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางเพื่อนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 0.30 และเปิดตารางในเดนิส โพลิส และเซอริล ทาฮาโน เบค¹¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน

เกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง เป็นต้น
- 2) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาเกินหรือยาฉีดไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 4) อ่านออก เขียนได้
- 5) ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดเลือกรับจากการศึกษา คือ 1) มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่รุนแรง เช่น ตามัวมากจนมองไม่เห็น หรืออัมพาต 2) ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 3) ตอบข้อคำถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้แนวคิดการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหาแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อความเกี่ยวกับ
ช่วงเวลาที่มารับบริการ มีโรคประจำตัว อายุ ระดับการศึกษา
อาชีพปัจจุบัน บุคคลที่ดูแล สถานภาพสมรส และจำนวนชนิด
ยาที่ใช้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
ของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ
ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อประกอบด้วยข้อ
คำถามชนิดให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ
เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ
ได้ 0 คะแนน มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-12 คะแนน การแปล
ผลใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹²

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ใน
ระดับ ดี

คะแนนร้อยละ 60-79.99 หมายถึง มีความรู้ใน
ระดับ ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ใน
ระดับ ต้องปรับปรุง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรมเช่น
นั้น คิดเป็น 1 คะแนน มีพฤติกรรมเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
คิดเป็น 2 คะแนน มีพฤติกรรมเช่นนั้นบ่อยครั้ง คิดเป็น 3 คะแนน
และมีพฤติกรรมเช่นนั้นเป็นประจำ คิดเป็น 4 คะแนน มีค่า
คะแนนรวม ระหว่าง 0-4 การแปลผลใช้หลักเกณฑ์ Best (1977)
โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹³

ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีปัญหาการใช้ยา มาก
ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีปัญหาการใช้ยา
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีปัญหาการใช้ยา น้อย
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจ
สอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรง
คุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลที่มีความรู้
ในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ 2 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน
พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ
มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และ
แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ มีค่าดัชนีความ
ตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ จากนั้นนำ
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ และ

แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผ่านการตรวจ
สอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับแก้ก่อนนำไป
ทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิก
อายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชที่มีคุณสมบัติคล้าย
กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นคำนวณหา
ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ
การใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยสูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน มีค่า
เท่ากับ 0.79 และแบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย
สูงอายุ คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการ
วิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.ภูมิพล
อดุลยเดช IRB เลขที่ 15/65 เมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัย
ได้อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่ม
ตัวอย่างอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจาก
การศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของ
ผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอ
ความร่วมมือให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย
(informed consent form) พร้อมชี้แจงให้ทราบว่า ข้อมูลที่
ตอบในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอ
ในภาพรวม ไม่ได้ระบุตัวบุคคล และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อ
การศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน
มีนาคม - พฤษภาคม 2565 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจง
วัตถุประสงค์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ รวมทั้งขอความร่วม
มือในการตอบแบบสอบถามวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามใน
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบาย
การตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างดำเนิน
การตอบแบบสอบถามโดยตอบในเอกสาร หรือตอบในไฟล์
อิเล็กทรอนิกส์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ
พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชนิดยาที่ใช้ กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน น้อยกว่า .30 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ .30- .70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง และ มากกว่า .70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับสูง¹⁴

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 59.1 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 69.1 ปี (S.D. = 6.9) มารับบริการในเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 86.4

ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 76.1 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.1 รองลงมาเป็นโรคอื่นๆ และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 60.2 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ มีการใช้ยามากกว่า 5 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 30.7 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 79.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.2 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.3 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมา เป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 40.9 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส และบุตร คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ 50.0 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (n = 88)

ตัวแปร	Min	Max	M	SD	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง	6	12	10.73	1.53	ดี
ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง	1.02	2.58	1.36	.65	น้อย

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 10.73 โดยมีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และคะแนนสูงสุด 12 คะแนน ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง อยู่ในระบับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.36 โดยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.02 คะแนน และค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.58

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และจำนวนชนิดยาที่ใช้ กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (rs) จำนวนชนิดยาที่ใช้ กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง (n=88)

ตัวแปร	ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	-.194 (r)	.035*
จำนวนชนิดยาที่ใช้	.185 (r _s)	.043*

* P-value < .05

จากตารางที่ 2 เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการใช้ยาในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.194, P < 0.05$) และเมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r_s) พบว่าจำนวนชนิดยาที่ใช้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.185, P < 0.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.1 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 76.1 รองลงมาเป็นโรคอื่นๆ และโรคเบาหวาน มีจำนวน ร้อยละ 60.2 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.2 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.3 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส และบุตร คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ 50.0 ตามลำดับ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 79.5 ส่วนจำนวนชนิดยาที่ใช้มากกว่า 5 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 30.7 สอดคล้องกับผลการสำรวจการใช้ยาของประเทศไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีการใช้ยามากกว่า 2 ชนิด เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนอายุ และมีความชุกในการใช้ยาาร่วมกันหลายขนาน ร้อยละ 29 – 75¹⁵ และสอดคล้องกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมทั้งโรคเรื้อรังเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายจากกระบวนการชรา ส่งผลให้ต้องรักษาด้วยการใช้ยาาร่วมกันหลายขนาน^{3,16}

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในระดับดี ($\bar{X} = 10.73, SD = 1.53$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญมีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีผู้ดูแลถึงร้อยละ 77.3 ซึ่งผู้ดูแลเป็นคู่สมรส และบุตรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปเช่นกัน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการ และการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนการใช้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การไม่รู้หนังสือและความบกพร่องทางสติปัญญามีความเกี่ยวข้องกับ ความเข้าใจผิดมากขึ้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของยา ที่สั่งจ่ายทั้งหมดในผู้สูงอายุ¹⁷ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมมีความรู้ความสามารถจำกัดในการใช้ยา กลุ่มนี้จึงต้องอาศัยผู้ให้บริการด้าน

สุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล (caregivers) ดูแลร่วมกัน เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลยาที่ถูกต้องและครบถ้วน¹⁸ นอกจากนี้ยังสนับสนุนด้วยการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับคู่ชีวิตมีความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว¹⁹

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ใน ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.36, SD = 0.65$) อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยตอนต้นที่มีการเสื่อมสภาพร่างกายในระดับน้อย จำนวนโรคเรื้อรังมีน้อย และชนิดของยาที่ใช้มีจำนวนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุตอนปลาย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง สมเหตุสมผล และพบปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีความคิดเห็นที่ถูกต้องในเรื่องบอกอาการแพ้ยาทุกครั้งที่ใช้ไปรับบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 4.55, SD = 0.60$)²⁰ และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับข้อบ่งชี้สำหรับยาที่สั่งจ่ายให้กับผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังและใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ ตั้งแต่ห้าชนิดขึ้นไปพร้อมกัน จำนวน 750 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.2 ปี มีการรับประทานยาตามใบสั่งแพทย์โดยเฉลี่ย 9 ชนิด (SD 3.0) ต่อวัน และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่สามารถจำข้อบ่งชี้ของยาแต่ละชนิดที่พวกเขาสั่งได้ โดยยังมีอายุมากขึ้น (80 ปีขึ้นไป) ยิ่งพบปัญหาการใช้ยามากขึ้นตามลำดับ¹⁹

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ กับปัญหาการใช้ยา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.194, P < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ในการใช้ยาจะสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดปัญหาการใช้ยาน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาพบ ร้อยละ 76.1 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.1 รองลงมาเป็นโรคอื่นๆ และโรคเบาหวาน มีจำนวน คิดเป็นร้อยละ 60.2 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคดังกล่าวสามารถจดจำการใช้ยาที่ใช้ได้ถึง ร้อยละ 72-91 ของยาทั้งหมดที่ใช้ โดยมีความแม่นยำในข้อบ่งชี้และข้อพึงระวัง โดยเฉพาะยารักษาโรคเบาหวาน ทั้งยารับประทานและการฉีดอินซูลิน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามากก็จะทำให้มีปัญหในการใช้น้อย¹⁹

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนชนิดยา กับปัญหาการใช้ยา พบว่า จำนวนชนิดยามีความสัมพันธ์ทางบวก

กับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .185, P < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีจำนวนชนิดยาที่ใช้มากขึ้น ก็จะมีโอกาสเกิดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อม ทุกระบบ มีโรคหลายชนิดและได้รับยาหลายชนิด อย่างไรก็ตามขณะที่ได้รับยาหลายชนิด ผู้สูงอายุก็สูงวัยและมีความเสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีความหลงลืมและประสิทธิภาพการดูดกลืนเองน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยา 9 ชนิดต่อวันขึ้นไปนั้นมีเพียงร้อยละ 15 ที่สามารถจำข้อบ่งชี้ของยาแต่ละชนิดได้และในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะยิ่งพบปัญหาการใช้ยามากขึ้น¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

หน่วยบริการหรือพยาบาลห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมหรือแผนการส่งเสริมความรู้ ความสามารถของป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในการบริหารจัดการยาได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในรายที่ต้องได้รับยาจำนวนหลายชนิด เพื่อให้มีการใช้ยาได้โดยไม่เกิดปัญหาและปลอดภัยต่อไป สร้างความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยเพื่อช่วยดูแลให้ใช้ยาได้ถูกต้อง อาจเปิดช่องทางให้สามารถรับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลได้ โดยเฉพาะรายที่มีแนวโน้มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาการใช้ยา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือการใช้ยาอย่างปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเน้นกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก เกี่ยวกับการใช้ยาโดยเฉพาะในรายที่ต้องได้รับยาจำนวนหลายชนิด รวมทั้งการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังด้วย

References

1. Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2020. Nakhon Pathom; Institute for Population and Social Research , Mahidol University. 2021. (in Thai)
2. Office of the National Economic and Social Development Council. The eleventh national economic and social development plan 2012-2016. Bangkok; Prime Minister's Office. 2012. (in Thai)
3. Leetaweek J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanayaboon L, et al. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang sub-district, Muang-Tak district, Tak province [Dissertation]. Tak: King Taksinmaharaj Memorial Hospital Medical Education Center; 2016. (in Thai)
4. Mira JJ. Medication errors in the older people population. Expert review of clinical pharmacology. 2019;12(6):491-494.
5. Ruangritchankul S. Polypharmacy in the Elderly. Rama Med J. 2018; 41(1):95-104. (in Thai)
6. Chayowan N. The results of the research project on socio-economic and demographic effects of the elderly in Thailand. Institute of Demography Chulalongkorn University; 1988. (in Thai)
7. Tipkanajanaraykha K, Saleekul S. Role of Nurses in prevention and management of inappropriate medication use in older adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):31-39. (in Thai)
8. Kongkaew C. Drug Use in Thai elderly in lower northern region of Thailand. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2014. Sponsored by Health Systems Research Institute. (in Thai)
9. National Drug Development National List of Essential Medicines Committee. Thai National-Formulary Central nervous system. volume 1. Bangkok: Agricultural cooperative printingdemonstrations of Thai; 2010. (in Thai)

10. Intana J, Pannarong K, Tawetanawanich Y, Yatniyom P, Sirisabjanan L. Ensuring Medication Safety for Older People: A Protocol for Nursing Action. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021; 4(1) : 17-32. (in Thai)
11. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1-765.
12. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
14. Thato R. Nursing research: Concepts to application. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018. (in Thai)
15. Ruangritchankul S. Polypharmacy in the Elderly. Ramathibodi Medical Journal. 2018;41(1): 95-104.
16. Bennis Nechba R, El M'barki Kadir M, Bennani-Ziatni M, Zeggwagh AA, Mesfioui A. Difficulty in managing polypharmacy in the elderly: Case report and review of the literature. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2015;6(1):30-3.
17. Gama RS, Passos LCS, Amorim WW, Souza RM, Queiroga HM, Macedo JC, et al. Older people's knowledge of the purpose of drugs prescribed at primary care appointments. Revista da Associação Médica Brasileira. 2021; 67:1586-94.
18. Sears K, Woo KY, Almost J, Wilson R, Frymire E, Whitehead M, et al. Medication knowledge among older adults admitted to home care in Ontario during 2012-2013. Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality. 2018; 40(3): e33-e45.
19. Bosch-Lenders D, Maessen DW, Stoffers HE, Knottnerus JA, Winkens B, van den Akker M. Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with polypharmacy. Age and ageing. 2016; 45(3): 402-8.
20. Panyathorn K, Beengmum N. Medication Use Behaviors in the elderly patient with Chronic disease at Chomsri village, Udonthani Province. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019; 27(2) : 119-127. (in Thai)