

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม

Drug Use Behavior among Elderly in Nakhon Phanom Province

สุอาจินต์ คชะวงศ์¹ วรินทร์มาศ เกษทองมา*² วุฒิพงศ์ ภักดีกุล² กมลชนก คชะวงศ์¹

Suajin Kasawong¹ Warinmad Kedthongma*² Wuttiphong Phakdeekul² Kamolchanok Kasawong¹

¹โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ประเทศไทย 48190

¹Phon Sawon Hospital, Nakhon Phanom Thailand 48190

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000

²Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Campus Thailand 47000

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ 610 คน ระหว่างเดือน 2566 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา รวมทั้งวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย 68.0 ปี (S.D. = 5.9) อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 74.1 ส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.8 กินยาเฉลี่ย 3.4 เม็ด การใช้ยาต่อเนื่องเฉลี่ย 4.6 ปี กินยาเฉลี่ย 1.6 ครั้งต่อวัน บริหารยาเอง ร้อยละ 90.2 พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 80.0 โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ การลืมรับประทานยาตลอดทั้งวัน การหยุดรับประทานยา การไม่แจ้งเภสัชกร การไม่ทิ้งยาหมดอายุที่โรงพยาบาล และไม่เก็บยาห่างจากความชื้น

คำสำคัญ: ยา, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้สูงอายุ

Abstract

This Mixed Methods Research aimed to study drug use behavior among 610 elderly by systematic random sampling during. Data were collected by interviews and in-depth interview question guidelines. Data were analyzed by descriptive statistics, and content analysis. The research found that the majority of samples were female 64.8% [an average age of 68.0 years (S.D. = 5.9)] , living with family 76.2%, had congenital diseases 66.7%, no conditions diseases 74.1 % , Diabetes mellitus 43.2%, followed by Hypertension 40.8%, average number of pills 3.4 tablets, average continuous drug use experience 4.6 years, an average medicine 1.6 times per day, and self-administered medication 90.2%. In addition, the behavioral scores in drug use of samples revealed that the correct medication behavior score was less than 80.0% every question. There was qualitative data supported by key informants, most importantly: forgetting to take medicine all day, stopping taking medicines, failure to notify pharmacist, not throwing expired medicine at the hospital and unprotected medications from moisture.

Keywords: medicine, drug use behavior, elderly

*Corresponding author: E-mail warinmad.k@ku.th

วันที่รับ (Received) 11 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 30 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 11 ต.ค. 2567

บทนำ

ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นจึงเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้หลายประเทศมีรายจ่ายด้านสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุมากขึ้น ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุเองไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มที่ องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าสัดส่วนผู้สูงอายุของไทยจะมากกว่าประเทศอื่นในอาเซียน และไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศอื่นๆ ประมาณ 20 ปี¹ และคาดว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปีและผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 6.0 ต่อปี² นอกจากนี้มีการคาดการณ์ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 2553 ถึง 2583 โดยระบุว่าในปี 2563 มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 9.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมดในปี 2574³ ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกภาค โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.6 19.1 และ 19.4 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ⁴ โดยเฉพาะจังหวัดนครพนมซึ่งมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด⁵ ทั้งนี้จากจำนวนที่เพิ่มขึ้นก่อปรกอบอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพตามมาหลายด้าน รวมถึงภาวะการเจ็บป่วยซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญตามมา โดยความซำของของผู้สูงอายุ อาจเกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายจากยาได้

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมหลายโรค (Multimorbidity) จำเป็นต้องบริโภคนยา มากกว่า 5 ชนิด (Polypharmacy) ในการรักษาโรคเรื้อรัง^{6,7,8,9} อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม^{10,11} จึงจำเป็นต้องการศึกษารายละเอียดในเชิงพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสุขภาพด้านยา ตลอดจนกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมและสมเหตุผลในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม
2. เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครพนม นับถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 มากกว่า 6 เดือน เคยไปรับบริการการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4131,668 คน⁴ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)¹² ได้ขนาดตัวอย่าง 600 คน และมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 คน เพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือไม่ครบถ้วน รวมทั้งสิ้น 610 คน จากโรงพยาบาล 11 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)^{13,14} เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด และฟังภาษาไทยได้ 3) ยินยอมและเต็มใจ และสามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดการศึกษา เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีโรคหรือเหตุสุดวิสัยที่เป็นอุปสรรคขณะเก็บรวบรวมข้อมูล 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายถิ่นขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)¹⁵ ผู้สูงอายุที่เคยไปรับบริการการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน 19 คน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดังกล่าว ระหว่าง พ.ศ. 2563-2566 จำนวน 11 คน

เครื่องมือในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และการอาศัยอยู่ร่วมกับใคร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลโรคประจำตัว จำนวนตัวยาที่ใช้ประจำ จำนวน

ยาเม็ดที่รับประทานต่อวัน ประสิทธิภาพในการใช้ในการใช้ยา รักษาโรค (ปี) จำนวนครั้งที่ใช้ในการรับประทานยาต่อวัน การบริหารจัดการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่สำคัญจากบุคลากรการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 16 ข้อ (คะแนน 0 – 64 คะแนน) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น 4 ตัวเลือก (ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกครั้ง บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ น้อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย การแปลผลโดยใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการวัดมาเป็นเกณฑ์ โดยอ้างอิงเกณฑ์ของ ดวงรัตน์ โพระ และคณะ¹⁶ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 0.0 – 79.9 พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.0 – 100.0 พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Question Guideline) เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ในผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 1.0

3. เครื่องมืออื่น ๆ ได้แก่ ผู้วิจัย สมุดบันทึกข้อมูล เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป ที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนใช้งาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน คำนวณได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.6-1.0 เมื่อทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำผลการตอบแบบสอบถาม ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach พบว่า มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁴

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผ่านการอนุมัติ วันที่ 3 ตุลาคม 2566 เลขที่ REC

056/66 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

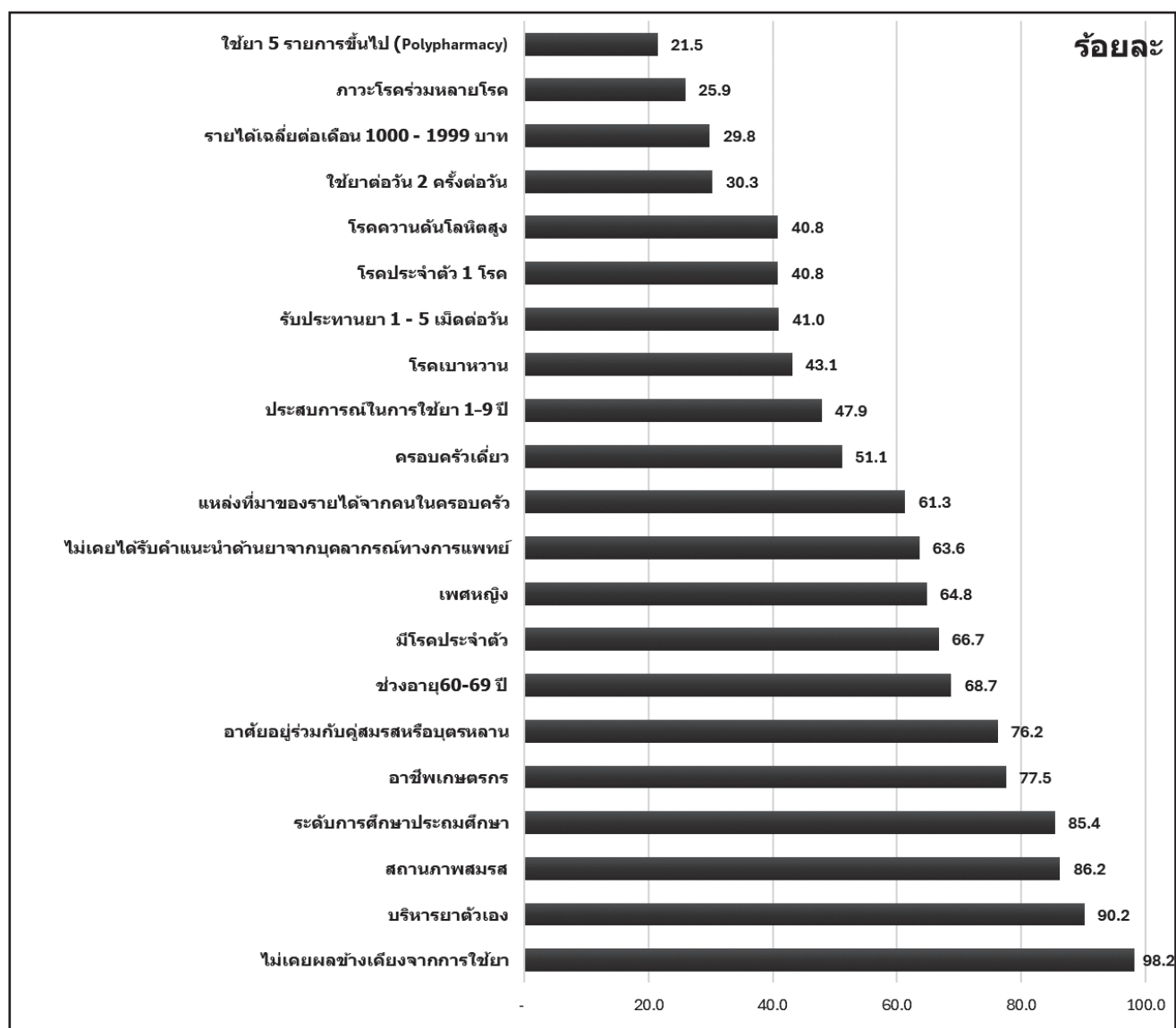
การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานและนัดหมายผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ ก่อนเก็บข้อมูลได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลเชิงประมาณใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เวลาในการทำแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที และข้อมูลเชิงคุณภาพมีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ยินดีให้ข้อมูลจนข้อมูลที่ได้มีตัว ข้อมูลเชิงปริมาณตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) ด้านทฤษฎี (Theoretical Triangulation) และด้านวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)¹⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด¹⁴ นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview) มาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์¹⁵ เพื่อนำมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย 68.0 ปี (S.D. = 5.9) สถานภาพสมรสร้อยละ 86.2 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 85.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,700 บาท จากคนในครอบครัวหรือสวัสดิการแห่งรัฐ อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 เฉลี่ย 1 โรค ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 74.1 โรคไม่ติดต่อกัน ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.8 จำนวนเม็ดยาที่รับประทานเฉลี่ย 3.4 เม็ด 2.6 รายการ ประสิทธิภาพใช้ยาต่อเนื้อเฉลี่ย 4.6 ปี จำนวนครั้งในการรับประทานยาเฉลี่ยใน 1 วันคือ 1.6 ครั้ง บริหารยาเอง ร้อยละ 90.2



ภาพที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลและการใช้ยา (ที่พบมากที่สุดในแต่ละตัวแปร)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ รายได้ส่วนใหญ่รับจากคนในครอบครัว ถึงแม้มีสถานภาพสมรสแต่ต้องอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ด้วยมีโรคประจำตัวไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องใช้ยาหลายขนานในการรักษาโรคแม้ว่ามีประสบการณ์ใช้ยาแต่ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวในการจัดการด้านสุขภาพ

ทั้งนี้พบว่าลักษณะโดยรวมผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพิงครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่เป็น Key Informants ในภาษาท้องถิ่น ดังนี้ “...โอ้ได้หลานมัน บ่ได้ไปเรียน...” (ID-16-220367) “...ฉันอยู่กับหลานวันนี้นะอาศัยมันละพามา...มือนี่มันเลยบ่ได้ไปรับจ้างเก็บพริก” (ID_10_190367)

“...ลูกหลานต้องลงงานพาไปหาหมอ คั้นมาคั้นกะเสียเงินหลาย...” (ID-14-220367) “...วันนี้เสียเงิน 500 บาทเหมารถมาหาหมอ...” (ID-15-220367) และ “...วันนี้ให้หลานพามาหาหมอ มือนี่เลยบ่ได้ไปรับจ้าง...” (ID-10-190367) [แปลความหมายว่า สงสารหลานไม่ได้ไปเรียน วันนี้หลานพามา เลยไม่ได้ไปรับจ้างเก็บพริก ลูกหลานลงงานพามาหาหมอ ถ้ามาบ่เสียเงินเยอะ]

ด้านผู้ช่วยเหลือในการบริหารยา พบว่าผู้สูงอายุบริการยาดด้วยตัวเอง ร้อยละ 90.2 ทั้งนี้ การที่ผู้สูงอายุด้วยตนเอง มีโอกาสทั้งใช้ยาได้ถูกต้อง และไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ กรณีที่ผู้สูงอายุใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การมีผู้ดูแลย่อมลดโอกาสการบริหารยาที่ไม่ถูกต้องได้ ทั้งนี้ มีคำพูดจากการสัมภาษณ์เชิง

ลักษณะการทางการแพทย์ที่เป็น Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ “ห่วงผู้สูงอายุ ที่ไม่กินยา ไม่รู้หนังสือ การช่วยเหลือให้สามารถกินยาได้ถูกต้อง การมี Care Giver หรือลูกดูแล และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุ Care Giver สหวิชาชีพ เรื่องการใช้ยา ทำรูปแบบเภสัชปฐมนูญเยี่ยมบ้านผู้ป่วย” (ID-04-180368)

ด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 98.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่สำคัญจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมากถึง ร้อยละ 63.8 รวมทั้งจากการสังเกตในระหว่างรวบรวมข้อมูล การสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์เวลาในการแนะนำยาเพิ่มเติมที่เหมาะสมจะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการคำแนะนำการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ มีคำพูดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่เป็น Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ “...ยายอยากให้คุณหมอบอกว่า ยายต้องทำตัวอย่างไรกับให้กินยายังไง...” (ID-14-210367) “อยากได้คำแนะนำจากพี่ว่าการใช้ยาใช้ยังไงดี แล้วก็การกิน

ของยาแล้วก็ผลข้างเคียงว่าจะเกิดอะไรบ้าง” (ID-12-210367) และ “...ขอย่อยากว่าการใช้ยาแล้วเป็นจิ้งจิก ละครการใช้ยาในชีวิตประจำวันมีอยู่ก็ต้องระมัดระวังนะ...” (ID-13-210367) [แปลความหมายว่า ยายอยากให้คุณหมอบอกอธิบายว่า ยายต้องปฏิบัติตัวและรับประทานยาอย่างไร อยากได้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าควรใช้ยาอย่างไร ฉะนั้นอย่างทราบว่า การใช้ยาเป็นอย่างไร และการใช้ยาควรระมัดระวังอะไรบ้าง]

ทั้งนี้ ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้สูงอายุ ที่สำคัญ ได้แก่ “ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุ...ป่วยด้วยโรค NCDs และ โรคอื่นๆเพิ่มมากขึ้นคงปฏิเสธไม่ได้ครับว่ามีการใช้ยาหลายขนานหลายชนิดในการรักษา...” (ID_03_180367) “ยังงั้นหมอสั่งให้กินยาแล้วเพราะด้วยโรคที่เป็นอยู่ทั้งเบาหวาน ความดัน นอนไม่หลับยังงั้นยาต้องกิน 5 รายการอยู่แล้วหรืออาจจะกิน 10 รายการถ้ามีโรคเพิ่ม ” (ID_01_160367) และ “ผู้สูงอายุมีภาวะโรคร่วมหลายโรค จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน” (ID_01_160367; ID_180367)

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 610)

ข้อคำถาม	พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการใช้ยาถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ตามระยะเวลาการรักษา (การตรวจสอบวิธีบริหารยาก่อนใช้ยา) จำนวน 8 ข้อ คะแนนระหว่าง 8 – 32 คะแนน		
1. เคยลืมใช้ยาทั้งวัน	159	26.1
2. การกินยาทันทีภายหลังลิ้มทานยา	47	7.7
3. กินยาของเพื่อนที่มีโรคคล้ายกัน	412	67.5
4. หยุดกินยาเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น	192	31.5
5. หักเม็ดยาเพื่อเตรียมไว้รับประทาน	246	40.3
6. ขอกินยาของเพื่อนที่ป่วยเหมือนกันเมื่อยาหมดก่อนนัด	410	67.2
7. การใช้อาหารเสริม/สมุนไพรช่วยในการรักษาโรค	192	31.5
8. การอ่านฉลากยาให้เข้าใจทุกครั้งก่อนกินยา	328	53.8
2. ด้านการจัดการปัญหาจากการใช้ยาที่เหมาะสม จำนวน 4 ข้อ คะแนนระหว่าง 4 – 16 คะแนน		
9. การสอบถามเภสัชกรก่อนรับยาและเมื่อไม่เข้าใจวิธีใช้ยา	247	40.5
10. การสอบถามเพื่อนเมื่อไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา	89	14.6
11. การจะไม่แจ้งใครถึงแม้จะมีการข้างเคียงภายหลังกินยา	308	50.5
12. การแจ้งเภสัชกรเมื่อมีอาการผิดปกติจากการกินยา	300	49.2
3. ด้านการจัดการยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ คะแนนระหว่าง 4 – 8 คะแนน		
13. การนำยาที่หมดอายุและเสื่อมสภาพมาทั้งที่โรงพยาบาล	132	21.6
14. การทิ้งยาที่เหลือใช้ในถังขยะ	265	43.4
4. ด้านการเก็บรักษายาที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ คะแนนระหว่าง 4 – 8 คะแนน		
15. การเก็บยาใส่ถุงไม่ให้โดนความชื้นจากน้ำ	257	42.1
16. การเก็บยาใส่ถุงใส่เตาไฟเพื่อสะดวกในการกินยา	413	67.7
พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม (รวม 16 ข้อ)	160	26.2

จากตารางที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาเหมาะสม ร้อยละ 26.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่มีข้อคำถามใดที่ผู้สูงอายุได้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 80.0

นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยา ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในการใช้ยาหลายขนาน ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ “การใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ Potentially Inappropriate Medications นั้นผมคิดว่าส่วน หนึ่งก็เกิดจาก Polypharmacy ทำให้โอกาสพบการเกิด PIMs มากขึ้น ...บุคลากรทางการแพทย์สั่งจ่ายยาโดยไม่ระมัดระวัง ในการใช้ในผู้สูงอายุ หรือ เลือกใช้ยาไม่เหมาะสมกับสภาวะ ของผู้ป่วย” (ID_03_180367) “มีคนไข้บางคนที่เคยได้ยาช่วย นอนหลับตัวนี้ก่อนอายุ 65 ปี พอเปลี่ยนยาให้เหมาะสมแล้ว แล้วเค้าบอกว่ากินตัวนี้แล้วนอนไม่หลับเค้ากินยาตัวเดิมได้มัย ไม่มีทางเลือกก็ต้องกลับไปจ่ายยานอนหลับตัวเดิม” (ID_08_180367) “บางทีคนไข้ก็อยากได้ยาไปเก็บไว้” (ID_07_180367)

ทั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลจากการ สังเกต และข้อค้นพบจากการศึกษาพบว่า ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นของ ผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถ หลีกเลียงภาวะโรคร่วมหลายโรค ทำให้ การรักษาพยาบาลซับซ้อนขึ้น ใช้ยาเพิ่มมากขึ้นในการควบคุมโรค ทำให้เกิดข้อถกเถียงถึงการจ่ายยาหลายขนานในผู้สูงอายุ ดังนั้น การใช้ยาไม่เหมาะสมสามารถช่วยแยก การใช้ยาหลายขนานที่ เหมาะสมและไม่เหมาะสมได้ เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยใน การใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ทั้งนี้ มีคำพูดจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกของ Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ “ควรมีการกำหนดแนวทางการสั่งจ่ายยาในผู้สูงอายุในโรง พยาบาล เช่น “การแก้ไข PIMs ต้องแก้โดยใช้ สหวิชาชีพ เภสัชกรควรมีการส่งต่อข้อมูล เพื่อหาแนวทางในการป้องกัน ปัญหที่เกิดขึ้น” (ID_04_180367) “ประเด็น PIMs การเพิ่มตัวชี้ วัดในยากลุ่มเสี่ยงตาม STOPP/START หรือ Beers Criteria เพื่อควบคุมการสั่งใช้ยาในระดับเขตสุขภาพ หรือ ปรับปรุง CPG ของการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้มีส่วนของ การเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ หรือ เพิ่มระบบแจ้ง เตือนแพทย์ในกรณีสั่งยาที่มีความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุครับ” (ID_03_180367) แสดงว่า การดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจาก การใช้ยาอย่างเหมาะสมและสมเหตุผล สหวิชาชีพด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาล ควรมีการจัดเตรียมแนวทางที่เหมาะสมในการ

ดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการใช้ยา ที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ นักวิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี ลักษณะประชากรด้านเพศ สอดคล้องกับลักษณะประชากรที่แท้ จริง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 สอดคล้องกับข้อมูลสถิติประชากรทั้งในระดับจังหวัด ภาค และ ประเทศที่พบสัดส่วนระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เพศหญิง ร้อย ละ 55.7 และ เพศชาย ร้อยละ 44.74 ทั้งนี้ สอดคล้องกับผล การศึกษาที่ผ่านมา^{7,16,17} นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.0 ± 5.9 ปี น้อยที่สุด 60 ปี อายุมาก ที่สุด 91 ปี สัดส่วนช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 48.4 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.2 และช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลสถิติประชากรของประเทศ ที่พบผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 56.2 ช่วงอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 29.5 และช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ⁴ อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 65 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ มีกลุ่มผู้สูงอายุที่ อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.8 ซึ่งหากใช้เกณฑ์นี้ จะทำให้ขาดข้อมูล ผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ของประเทศไทย ที่อายุ 60 - 64 ปี ร้อยละ 24.2 จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ช่วงอายุที่พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่ เหมาะสมจะอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นเป็นส่วนใหญ่^{7,18,19} ดังนั้น การแบ่งช่วงอายุตามการวิจัยครั้งนี้มีความเหมาะสม และได้ข้อค้นพบที่เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลไปวางแผน การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้ การแบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่ผ่านมา^{7,17,18,19}

ส่วนด้านครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.2 ลักษณะครอบครัวเป็น ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 51.1 อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 76.2 รวมทั้งมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สนับสนุน ข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ ลักษณะครอบครัวสอดคล้องกับข้อมูล ลักษณะครอบครัวไทยที่พบลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและ คอยดูแลในการเข้ารับการรักษา นั้น สะท้อนให้เห็นการพึ่งพิงวัย แรงงานในครัวเรือนของผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดของปัจจัยด้าน เศรษฐกิจที่ขาดแคลน ขาดยานพาหนะ ไม่มีระบบขนส่ง

สาธารณะ ขาดผู้ดูแลพาไป กระทั่งทั้งด้านรายจ่ายและการให้ความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ด้วย²⁰

ขณะที่ภาวะการเจ็บป่วยนั้น กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเฉลี่ย 0.97 ± 0.03 โรค สูงสุด 4 โรค ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 40.8 พบภาวะโรคร่วมหลายโรค ร้อยละ 25.9 ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ทำให้พบภาวะโรคร่วมหลายโรคเพิ่มขึ้นอย่างมากจากผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 19.3 ไปสู่ผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 42.5 รวมทั้งมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสนับสนุน ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่ามีความเสี่ยงโรคร่วมหลายโรคในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.5 – 98.7^{21,22,23} (มีการนิยาม โรคร่วมหลายโรคว่ามี 1 – 2 โรค หรือ มี 2 โรค ขึ้นไป) ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นและพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคอื่นเพิ่ม ทำให้การรักษาต้องซับซ้อนเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลถึงพฤติกรรมการบริโภคยาที่หลวมและประสิทธิภาพการดูแลตนเองที่ลดลง²⁴

2. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยาที่สำคัญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมียาที่ต้องรับประทานต่อวันเฉลี่ย 2.63 ± 2.56 รายการ สูงที่สุด 11 รายการ ส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาต่อวันอยู่ระหว่าง 1-4 รายการ ร้อยละ 44.6 รับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน พบความชุกของการใช้ยาหลายขนาน ร้อยละ 21.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบการใช้ยาหลายขนานอยู่ระหว่าง ร้อยละ 25.8 – 29.2^{8,25,26,27} นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การกินยาเพื่อน ไม่อ่านฉลากยา หยุดกินยาเมื่ออาการดีขึ้น การเก็บยาไม่ถูก เป็นต้น^{6,7,9,28}

ทั้งนี้ มีข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่สำคัญคือ การลืมกินยาทั้งวัน การหยุดกินยา การใช้ยาเสริมหรือสมุนไพรช่วยรักษาโรค การหักเห็ดยาเตรียมไว้กิน การไม่แจ้งเภสัชกรเมื่อมีอาการผิดปกติ การไม่นำยาหมดอายุมาทิ้งที่โรงพยาบาล การทิ้งยาที่เหลือในถังขยะ และการไม่เก็บยาใส่ถุงเพื่อป้องกันความชื้น ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้วางแผนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อพิจารณาในการกำหนดนโยบายการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุของพื้นที่ รวมทั้งการนำไปพิจารณากำหนดมาตรการความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วม

ทบทวนแนวทางการจัดการความปลอดภัยด้านยา²⁹ (การใช้ยาหลายขนานและการใช้ยาไม่เหมาะสม) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและมีการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งหลายประเทศให้ความสำคัญมาก^{30,31,32}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

แพทย์ควรส่งเสริมการใช้ยาถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิกในระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม เภสัชกรควรเน้นการตรวจสอบวิธีบริหารยาก่อนใช้ยา การจัดการปัญหาจากการใช้ยาที่เหมาะสม การเก็บรักษาที่บ้าน และการจัดการยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุที่เหมาะสม พยาบาลควรมีการจัดสุขศึกษาที่เหมาะสมในการใช้ยา เพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการใช้ยา (การใช้ยาหลายขนานและการใช้ยาไม่เหมาะสม) ในผู้ป่วย ด้วยรูปแบบภาคตัดขวางโดยการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายขนานและการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ และควรเพิ่มการวิจัยและพัฒนา (R & D) แนวทางในการพัฒนาความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย พัฒนา Care Giver และญาติผู้สูงอายุให้จัดการการใช้ยาที่เหมาะสมเบื้องต้น เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

References

1. United Nations. World Population Prospects 2022 Summary of Results. New York: United Nations Publication; 2022.
2. Pradubmook SP, Theerasilp U, & Phetchai P. The Elderly's Life Situations and Determinants of Elderly Violence : The Quantitative Survey in 5 Provinces. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2023;8(5): 472-90. (in Thai)
3. Chewasopit W. Aging Society: The Changed Marketing Factor. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat. 2017; 6(1): 38-54. (in Thai)

4. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly statistics. Bangkok: Department of Older Persons; 2024. (in Thai)
5. National Statistical Office. Report on The Elderly Population in Thailand, 2022. Bangkok: National Statistical Office; 2022. (in Thai)
6. Khamcharoen J, Puwarawuttipanit W, & Kositamongkol S. Factors Influencing Ischemic Stroke Patients' Medication Adherence. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 37(2): 111-27. (in Thai)
7. Kaewsoothi T, & Porruan R. Prevalence and Factors Associated with Potentially Inappropriate Medications (PIMs) in Older Patients at Outpatient Clinic: A Tertiary Care Center, Chiangrai Prachanukroh Hospital. Journal of Primary care and family Medicine. 2021; 4(3): 69-80. (in Thai)
8. Meetathip, S. The Relationships between Knowledge, The Number of Drugs Used and Drug Use Problems among Elderly Patients with Chronic Illness at A Medical Clinic. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 23(3): 504-11. (in Thai)
9. Ruangritchankul S. Polypharmacy Use among Older. Ramathibodi Medical Journal. 2018; 41(1): 95-104. (in Thai)
10. Darunthanom W, Utaipiboon C, & Tangchitphisut P. Medication Use Adherence and Behaviors among Elderly Patients with Chronic Diseases in Tambon Hua Ngom, Phan District, Chiang Rai Province. Chiangrai Medical Journal. 2019; 11(1): 19-27. (in Thai)
11. Kulapatsangtong R, Khungtumneum K, & Bunthan W. Factors Related to Polypharmacy Use Behaviors among Community-Dwelling Older Persons with Non-Communicable Diseases. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2018; 5(2): 57-71. (in Thai)
12. Krejcie RV, & Morgan W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological measurement. 1970; 30(3): 607-10.
13. Dattalo P. Determining Sample Size : Balancing Power, Precision, and Practicality. Oxford University Press: New York; 2008.
14. Phakdeekul W. Research Methods in Public Health. Sakon Nakhon: Faculty Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus; 2019. (in Thai)
15. Kedthongma W. Course Teaching Documents: Qualitative Research in Public Health. Sakon Nakhon: Faculty of Public Health, Kasetsart University; 2023. (in Thai)
16. Phora T, Melueangnon K, Kanchanarattan P, & Poomtong S. (2021). Development of Tools and Assessment of Rational Drug Use Literacy in Thai People. Pharmaceutical Sciences Journal. 2021; 38(4): 487-502. (in Thai)
17. Koonlawong W, Sooparattanagool S, & Chaisri P. Knowledge and Behaviors of Using Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs among Elderly in Thungfon District. Udonthani. Udonthani Hospital Medical Journal. 2018; 26(2): 99-107. (in Thai)
18. Weerawongsawat K, Sirisophon N, & Phraknoi N. Factors Related to Medicine Consumption Behaviors of the Elderly with Hypertension in Nakhon Ratchasima. Province Journal of Health, Physical Education and Recreation. 2021; 47(1): 49-59. (in Thai)

19. Choothong C. Drugs Use among Ethnic Group Elderly, Soem Ngam District, Lampang Province. *Journal of Science and Technology Buriram Rajabhat University*. 2023; 4(1): 23-32. (in Thai)
20. Namwong A, Fukfon K, Kajai C, & Lertwacharasakul S. Situations of inequities in access to essential health care services among older people: a qualitative study. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(3): 368-77. (in Thai)
21. Schiltz, NK. Prevalence of Multimorbidity Combinations and Their Association with Medical Costs and Poor Health: A Population-based Study of U.S. Adults. *Front Public Health*. 2022; 10: 1-11.
22. Jungo KT, Cheval B, & CullatiStéphane, S. Life-course Socioeconomic Conditions, Multimorbidity and Polypharmacy in Older Adults: A Retrospective Cohort Study. *Public Library of Science One*. 2022; 17(8): 1-17.
23. Junnaruemit K. Relationship between Comorbidity, Polypharmacy, Physiological Deterioration Severity and Emergency Department Discharge Destination in Elderly Patients. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2021; 23(3): 27-38. (in Thai)
24. Sukrita MS. The relationships between knowledge, the number of drugs used, and drug use problems among elderly patients with chronic illness at a medical clinic. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(3): 504-11. (in Thai)
25. Hamidah KF, Rahmadi M, & Suprapti B. Prevalence and Factors Associated with Potentially inappropriate Medication and Medication Complexity for Older Adults in the Emergency Department of a Secondary Teaching Hospital in Indonesia. *Pharm Pract (Granada)*. 2022; 20(4): 1-11.
26. Vatcharavongvan P, & Puttawanchai V. Elderly Patients in Primary Care are Still at Risks of Receiving Potentially Inappropriate Medications. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2021; 12: 1-6. (in Thai)
27. Varley A, & Cullinan J. Are Payment Methods for Prescription Drugs Associated with Polypharmacy in Older Adults in Ireland? Evidence from the TILDA Cohort Study. *British Medical Journal Open*. 2020; 10(10): 1-10.
28. 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): 31-9. (in Thai)
29. Na Nongkhai K. Factors Related Adherence in Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Si Chaingmai Hospital Nongkhai Province. *Research and Development Health System Journal*. 2022; 15(2): 201-13.
30. Kedthongma W, & Phakdeekul W. Oral Health and Well-being of Elderly During and Post COVID-19 Outbreak. *Journal of International Dental and Medical Research*. 2022; 15(4): 1672-7.
31. Phakdeekul W, & Kedthongma W. Drug Relapse Therapy with Herbs. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2019; 15(3): 104-12. (in Thai.)
32. Wongpanarak N, & Chaleoykitti S. Quality of Life: A Study of Elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 64-70. (in Thai)