

## พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานชนิดที่ 2 ในเทศบาลเมืองคอหงส์: การวิจัยแบบผสมวิธี

กนกวรรณ กิมิเส<sup>1</sup>, อุษณีย์ วนรรวมณี<sup>1</sup>, สุทธิพร ภัทรชยากุล<sup>1</sup>, ประณีต ส่งวัฒนา<sup>2</sup>,  
ธนเทพ วณิชยากร<sup>1</sup>, เฟลินพิศ สุวานีพัฒนานนท์<sup>2</sup>, ธนัชฐา ศิริรักษ์<sup>3</sup>, ไหมมูนิ๊ะ อาแย<sup>4</sup>

<sup>1</sup>คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>3</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>4</sup>ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาพฤติกรรมการร่วมมือในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงหรือยาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงยาโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าว รวมถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานชนิดที่ 2 ในเทศบาลเมืองคอหงส์ **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีใน 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณใช้รูปแบบการวิจัยพรรณนาภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 205 ราย การศึกษาเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางคลินิก ความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (วัดด้วย Medication Adherence Scale in Thais หรือ MAST<sup>®</sup>) และความแตกฉานด้านสุขภาพ (วัดด้วย THLA-W+ หรือ Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Questions to Test Comprehension) ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง **ผลการวิจัย:** ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม 185 ราย (ร้อยละ 90.24) ตัวอย่างสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้จำนวน 142 ราย (ร้อยละ 74.75) และควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 39.02) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ร้อยละ 2.45 ปัญหาอุปสรรคจากการใช้ยา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากยา กิจกรรมและมื้ออาหารไม่สอดคล้องกับการใช้ยา และทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาและการรักษาแผนปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม ปัจจัยสนับสนุนการใช้ยา คือ คู่สมรส ( $P=0.006$ ) ที่ช่วยเตือนให้ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ วิธีการใช้ยาที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันและมีการปรับวิธีใช้ยาให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิต และทัศนคติเชิงบวกต่อบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มร่วมมือในการใช้ยา **สรุป:** ทัศนคติที่มีต่อการรักษาด้วยยาและบุคลากรทางการแพทย์ ความสอดคล้องระหว่างมื่อยากับวิถีชีวิต และการปรับตัวของผู้ป่วยส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

**คำสำคัญ:** ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 เทศบาลเมืองคอหงส์

รับต้นฉบับ: 30 พ.ย. 2564 ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 25 ม.ค. 2565, รั้งลงตีพิมพ์: 6 ก.พ. 2565

**ผู้ประสานงานบทความ:** กนกวรรณ กิมิเส สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 **E-mail:** nopokon@gmail.com

## **Consumption Behaviors Related to Drugs in Elderly Patients with Hypertension or Type 2 Diabetes Mellitus at Kho Hong City: A Mixed Methods Study**

Kanokwan Kimise<sup>1</sup>, Usanee Wanakamane<sup>1</sup>, Sutthiporn Pattharachayakul<sup>1</sup>, Praneed songwathana<sup>2</sup>,  
Tanatape Wanishayakorn<sup>1</sup>, Ploenpit Thaniwattananon<sup>2</sup>, Thanitha Sirirak<sup>3</sup>, Maimoonah Ayae<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Pharmaceutical Science, Prince of Songkla University

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

<sup>3</sup>Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

<sup>4</sup>Primary Care Service Center, Songklanagarind Hospital

### **Abstract**

**Objective:** To determine adherence to currently used medications for hypertension, type 2 diabetes mellitus or other chronic diseases, factors related to such behavior, and problems and barriers arising from drug use among patients with hypertension, type 2 diabetes mellitus. **Methods:** This study was a mixed method study consisting of two phases. Phase 1 was a quantitative cross-sectional descriptive study involving 205 elderly patients at the primary care clinic in Songklanagarind Hospital. The study collected clinical information, medication adherence as measured by the Medication Adherence Scale in Thais (MAST<sup>®</sup>), and health literacy as measured by the Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Questions to Test Comprehension (THLA-W+). Phase 2 was a qualitative study involving in-depth interviews with seven informants using a semi-structured questionnaire. **Results:** 185 patients (90.24%) had an adequate medication adherence. Adequate control of diseases was found in 142 hypertensive patients (74.75%) and 32 patients with type 2 diabetes (39.02). Adverse drug reactions were found in 2.49% of the participants. Identified problems and barriers from drug uses included adverse drug reactions, non-concordance between daily life/ meal times and drug uses, and negative attitudes towards modern medicines and treatments, contributing to inadequate medication adherence. Factors facilitating adequate medication adherence were spouses (P=0.006) who reminded patients on regular drug uses, concordance between daily life and drug uses, modification of drug use to fit with daily life and positive attitudes towards health professionals. **Conclusions:** Positive attitudes towards medication therapy and health professionals, concordance between drug taking and daily life, and adjustment of the patient's behavior contribute to adequate medication adherence.

**Keywords:** medication adherence, patients with chronic diseases, hypertension, type 2 diabetes, Kho Hong City

## บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุจำนวน 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากร (1) ซึ่งถือว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (2) ทำให้ระบบสาธารณสุขไทยต้องเตรียมการเพื่อดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ การสำรวจสุขภาพประชาชน พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น โดยโรคความดันโลหิตสูงมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มที่อายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 64.9 ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 19.2 (3) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการรักษาตามเป้าหมาย (4-7) ประกอบกับต้องมีการปรับตัวด้านพฤติกรรมการใช้ยา (8) หากขาดความร่วมมือในการใช้ยาจะเกิดปัญหาตามมา เช่น ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

ความร่วมมือในการใช้ยา คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาที่เกิดจากการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและแพทย์ (medication adherence) คำนี้คล้ายคลึงกับการใช้ยาตามแพทย์สั่ง (medication compliance) คือ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาตามการตัดสินใจของแพทย์ อย่างไรก็ตามหากขาดความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยและแพทย์คาดหวัง (9,10) การขาดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดโรคทางหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นกว่าร้อยละ 61 (11) การขาดความร่วมมือในการใช้ยาโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงการเข้ารับรักษาตัวในห้องฉุกเฉินและเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขึ้นร้อยละ 73 และ 75 ตามลำดับ (12)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา รายได้ โรคเรื้อรังที่เป็น ระยะเวลาในการเป็นโรคเรื้อรัง ความแตกฉานด้านสุขภาพ และแหล่งของข้อมูลทางสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น (13-20) สำหรับความแตกฉานด้านสุขภาพ คือ ทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่จำเป็นต่อการแสวงหาข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล เพื่อตัดสินใจ

และนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านฉลากยา วิธีการใช้ยา การนัดหมาย การค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องมาปฏิบัติ เป็นต้น (21,22) ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงส่งผลต่อการทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำตามฉลากยาได้

การวิจัยในประเทศไทยมักศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษาวิจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยายังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้งเหตุผลเบื้องหลังของปัจจัยเชิงบวกด้วยอันจะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดความร่วมมือในการใช้ยา จึงเป็นที่มาของการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้งพฤติกรรมเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการแก้ไขและป้องกันปัญหาการขาดความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

## วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีโดยมี 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (พฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2563) เป็นการวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลที่ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (กันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย โดยเก็บข้อมูลที่บ้านผู้ป่วยที่อาศัยในเทศบาลเมืองคลองส อำเภหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การวิจัยเชิงปริมาณทำเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพทำเพื่อค้นหาปัจจัยที่สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยา เหตุผลเบื้องหลังปัจจัย รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาให้ลึกซึ้งมากขึ้น การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ REC. 63-023-19-6 วันที่รับรอง 13 มีนาคม 2563

### ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดัน

โลหิตสูงหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอาจมีโรคร่วมอื่น ๆ ด้วยหรือไม่ก็ได้ เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ใช้บริการในศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และอาศัยในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลามีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในแผนการรักษาแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรสำหรับทราบประมาณค่าสัดส่วนด้วยสูตรของ Cochrane (23) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 สัดส่วนผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาจากการใช้ยา คือ 0.53 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Kongkaew และคณะ (24) การศึกษานี้ใช้ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 7 กำหนดตัวอย่างได้อย่างน้อย 196 ราย การวิจัยนี้ใช้ตัวอย่าง 220 ราย เพื่อชดเชยจำนวนตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนซึ่งประมาณว่ามีร้อยละ 12

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคเรื้อรัง สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ที่มาของรายได้ โดยรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยถูกกำหนดเป็นรหัส และแยกเก็บไว้อีกที่หนึ่ง มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบข้อมูลนี้ และถูกเก็บไว้เพื่อรักษาความลับของข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ได้เก็บลงในแบบบันทึกผู้เข้าร่วมวิจัย (enrollment log) ส่วนที่ 1 ยังประกอบด้วยแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิตคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Questions to Test Comprehension; THLA-W+) ของผดุง จันชูโต และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale in Thais; MAST<sup>®</sup>) ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยทั้งสองจากเจ้าของลิขสิทธิ์แล้ว

THLA-W+ มีคะแนนเต็ม 48 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลคะแนน คือผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 ถือว่ามีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สุขภาพหยาบหรือเรื้อรัง นำเครื่องมือนี้ ไปทดสอบในชุมชน พบว่า มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 (25) ส่วน MAST<sup>®</sup> มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนนมากกว่าหรือ

เท่ากับ 34 คะแนน ถือว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม การทดสอบความเที่ยงของ MAST<sup>®</sup> ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ครั้ง พบว่า Cronbach's Alpha มีค่า 0.83 และ 0.93 (26)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกสัญญาณชีพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 12 ชั่วโมง (fasting blood sugar; FBS) หรือระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (hemoglobin A1C; HbA1C) ครั้งล่าสุดและย้อนหลัง 1 ครั้ง และส่วนที่ 3 เป็นตารางข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ รายการยา วิธีการใช้ตามคำสั่งแพทย์ วิธีการใช้ยาจริง สถานที่เก็บยา ผู้ป่วยจัดยาด้วยตนเองหรือมีผู้จัดยาให้

### วิธีดำเนินการวิจัย

ในเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2563 (จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-11.00 น.) พยาบาลเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกและจัดสรรเวลาให้เข้าพบผู้วิจัยในระหว่างรอพบแพทย์หรือหลังจากเข้าพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยกับผู้ป่วยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลกระทบและประโยชน์ หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูลทำโดยผู้วิจัยชื่อแรกเพียงคนเดียว การเก็บข้อมูลมี 2 วิธี คือ การเก็บจากผู้ร่วมการวิจัยโดยตรง และการเก็บจากเวชระเบียน การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทำโดยผู้วิจัยอ่านคำถามให้ผู้ป่วยฟังและตอบ ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที การเก็บข้อมูลทำตามลำดับดังต่อไปนี้ เริ่มเก็บข้อมูลทั่วไป วิธีใช้ยาจริงของผู้ป่วย และการจัดการรับประทานยา ต่อมาวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ MAST<sup>®</sup> และประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพด้วย THLA-W+ ข้อมูลจากเวชระเบียนการรักษาในศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เก็บมีดังต่อไปนี้ รายการยา จำนวนยาที่แพทย์สั่งจากนัดครั้งก่อน สัญญาณชีพและผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร FBS, HbA1C ครั้งล่าสุดและย้อนหลัง 1 ครั้งจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย คะแนนจาก THLA-W+ และคะแนนจาก MAST<sup>®</sup> ใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์หาความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ใช้สถิติ independent t-test

สำหรับตัวแปรอิสระแบบ 2 กลุ่มและ one-way ANOVA สำหรับตัวแปรอิสระที่มีมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป

## ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

### คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

ตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 ถูกจำแนกตามคะแนนจาก MAST<sup>®</sup> และ THLA-W+ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสมและความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (MAST<sup>®</sup> < 34 และ THLA-W+ < 37) กลุ่ม 2 คือ ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสมแต่ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (MAST<sup>®</sup> < 34 แต่ THLA-W+ ≥ 37) กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสมแต่ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (MAST<sup>®</sup> ≥ 34 แต่ THLA-W+ < 37) และกลุ่มที่ 4 คือ ความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสมและความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (MAST<sup>®</sup> ≥ 34 และ THLA-W+ ≥ 37) ผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จากทุกกลุ่มเพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่างตามที่จำแนกไว้อย่างน้อยกลุ่มละ 1 คน และเพิ่มจำนวนผู้ให้ข้อมูลจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัวเพียงพอ

### เครื่องมือ

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาและเหตุผล ปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือและได้ตรวจสอบคุณภาพ โดยใช้ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง 2 ราย และตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเนื้อหาของคำถามเป็นรายข้อ ผู้วิจัยหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence; IOC) พบว่าไม่น้อยกว่า 0.5 ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้ (27) จากนั้นนำไปปรับปรุงอีกครั้งแล้วนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูลจริง

### การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบซึ่งหน้า ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยที่เลือกไว้ อธิบายวิธีการเก็บข้อมูล และนัดหมายวันสัมภาษณ์ เมื่อถึงวันนัดหมาย

ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม หลังจากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นแนวทาง การสัมภาษณ์ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง หลังจากสัมภาษณ์จะมีการถอดเทปเสียงทุกวัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา นอกจากนี้ยังนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในรูปสถิติและเชิงคุณภาพในรูปการพรรณนา มาตีความเพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารวมถึงอธิบายสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย (28)

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

การวิจัยนี้สร้างความน่าเชื่อถือในประเด็นของผู้วิจัยและกระบวนการ ดังต่อไปนี้

#### ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย: ผู้วิจัยได้ฝึกเทคนิค

การเก็บข้อมูลในการอบรม training course in qualitative research for health care profession ตั้งแต่วันที่ 8 กรกฎาคมถึง 9 สิงหาคม พ.ศ. 2563 และผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (computer-based) แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) ได้รับการอนุมัติจากหน่วยวิจัยทางคลินิกคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ 15 สิงหาคม 2562 ถึง 15 สิงหาคม 2564

#### ความน่าเชื่อถือของกระบวนการเก็บข้อมูล:

ผู้วิจัยใช้วิธีสะท้อนกลับ (reflexivity) กับผู้ป่วยในระหว่างการเก็บข้อมูลและสรุปประเด็นที่ได้ทวนให้ผู้ป่วยแต่ละรายฟัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยยังได้สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยพูดคุยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายและไม่มีความกังวลในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำเทคนิคต่าง ๆ เช่น การถามซ้ำ การสะท้อนความคิด มาใช้ ช่วงท้ายของการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยทบทวนประเด็นและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

ภายหลังจากการถอดเทปการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลกลับไปยืนยันถามผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อให้ยืนยันว่า ข้อสรุปนั้นถูกต้องและเป็นจริงตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยยังนำข้อมูลที่ไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นการตรวจสอบภายนอก (inquiry audit) เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา โดยสามารถยืนยันที่มาของข้อมูล (confirmability) ทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่การเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากเอกสาร และการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์  
ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถตรวจสอบได้

## ผลการวิจัย

### ผู้เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณ

จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 220 ราย มี 205 รายที่ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นเพศชาย 138 ราย (ร้อยละ 67.31) อายุตั้งแต่ 60-93 ปี อายุเฉลี่ย  $68.87 \pm 6.83$  ปี มีคู่สมรส 120 ราย (ร้อยละ 58.54) ไม่มีงานประจำ 82 ราย (ร้อยละ 40.00) ใช้สิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 165 ราย (ร้อยละ 80.49) จบการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา 147 ราย (ร้อยละ 71.71) รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน 106 ราย (ร้อยละ 51.71) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ คือ สวัสดิการผู้สูงอายุ 148 ราย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วม 2 ชนิด โรคเรื้อรังที่พบร่วมกันมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.02 รองลงมาคือโรคเรื้อรังร่วมกัน 3 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.02 ส่วนผู้ที่เป็โรคเรื้อรังเดี่ยวคือ โรคความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 11.22 หรือ 1.46 ตามลำดับ

ข้อมูลการใช้ยาได้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตรง และจากเวชระเบียนมาประกอบกัน พบว่ามีการใช้ยาโดยเฉลี่ย  $3.66 \pm 1.80$  รายการต่อราย ผู้ที่ใช้ยารักษาโรคเรื้อรังมากรายการที่สุด คือ ไข้ถึง 10 รายการ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่แพทย์สั่งใช้มากที่สุดคือ amlodipine (68 ราย หรือร้อยละ 33.17) ในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แพทย์สั่งใช้ metformin มากที่สุด (67 รายหรือร้อยละ 32.68) และโรคไขมันในเลือดสูง แพทย์สั่งใช้ simvastatin มากที่สุด (120 ราย หรือร้อยละ 58.54) ส่วน aspirin เป็นยาที่แพทย์สั่งใช้เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (22 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.73)

ในการศึกษานี้ได้วัดความแตกต่างด้านสุขภาพพบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 205 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนน THLA-W+ เท่ากับ  $29.64 \pm 12.27$  คะแนน (จากคะแนนเต็ม 48) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ความแตกต่างด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (THLA-W+ < 37 คะแนน) คือ มีจำนวน 131 ราย (ร้อยละ 63.90) ค่าเฉลี่ยคะแนน THLA-W+ เท่ากับ  $22.97 \pm 10.05$  และ กลุ่มที่ความแตกต่างด้านสุขภาพเพียงพอ (THLA-W+

$\geq 37$  คะแนน) คือ มีจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 36.10) ค่าเฉลี่ยคะแนน THLA-W+ เท่ากับ  $41.46 \pm 4.71$

### ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินจากเครื่องมือ MAST<sup>®</sup> ทำโดยไม่ได้เจาะจงโรคเรื้อรังหรือชนิดของยา จากการวิเคราะห์พบว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา การขาดความร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา (ร้อยละ 38.05) ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 29.76) และรับประทานยาไม่ครบเนื่องจากไม่พกยาติดตัวเมื่อไปทำธุระ (ร้อยละ 12.20) ดังแสดงในตารางที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยามีค่าเฉลี่ย  $37.64 \pm 4.15$  คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 34 คะแนน (ความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม) มีจำนวน 185 ราย (ร้อยละ 90.24) มีคะแนนเฉลี่ย  $38.39 \pm 3.10$  คะแนน และกลุ่มที่ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม (คะแนนรวมน้อยกว่า 34 คะแนน) มีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 9.76) มีคะแนนเฉลี่ย  $30.65 \pm 5.91$  คะแนน

ตารางที่ 2 แสดงระดับความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ต่อเดือน การใช้ยาร่วมกันหลายชนิด การบริหารจัดการยา การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ และความแตกต่างด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่โสดมีความร่วมมือในการใช้ยาดังกลุ่มอื่น

### ผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

การวิจัยนี้นำเสนอผลแบบผสมวิธี โดยนำผลจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน ดังนี้

**ประสิทธิภาพการรักษา:** เป้าหมายการรักษาของโรคความดันโลหิตสูง คือ มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (29) ส่วนเป้าหมายของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือมี HbA1C ต่ำกว่าร้อยละ 7.0 หรือ FBS ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (30) พบว่ากลุ่มที่ควบคุมโรคได้มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ทั้งในโรคความดันโลหิตสูง ( $P=0.32$ ) และเบาหวานชนิดที่ 2 ( $P=0.11$ ) อีกทั้งกลุ่มที่ควบคุมโรคได้มีความแตกต่างด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ ทั้งในโรคความดันโลหิตสูง ( $P=0.69$ ) และเบาหวานชนิดที่ 2 ( $P=0.81$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1.** ความร่วมมือในไช้ยาใน 1 เดือนที่ผ่านมาที่ประเมินจากแบบวัดความร่วมมือในการไช้ยาสำหรับคนไทย (MAST®)

พฤติกรรม	ความถี่ของพฤติกรรม, จำนวน (ร้อยละ)					
	มากกว่า 15 ครั้งต่อเดือน	10-15 ครั้งต่อเดือน	6-9 ครั้งต่อเดือน	3-5 ครั้งต่อเดือน	1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยเลย
ท่านลืมกินยา (ไม่ได้กินยาบางมื้อ) บ่อยแค่ไหน	2 (0.98)	5 (2.44)	1 (0.49)	17 (8.29)	36 (17.56)	144 (70.24)
ท่านเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง (คือ กินมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ควรจะกิน) บ่อยแค่ไหน	3 (1.46)	1 (0.49)	-	1 (0.49)	1 (0.49)	199 (97.07)
ท่านหยุดกินยาเองบ่อยแค่ไหน	5 (2.44)	2 (0.98)	1 (0.49)	4 (1.95)	6 (2.93)	187 (91.22)
ท่านกินยาไม่ตรงเวลา (ก่อนหรือหลังเวลาที่กินประจำมากกว่า 1 ชั่วโมงบ่อยแค่ไหน)	8 (3.90)	8 (3.90)	1 (0.49)	21 (10.24)	40 (19.51)	127 (61.95)
ท่านกินยาไม่ครบทุกชนิด บ่อยแค่ไหน	6 (2.93)	1 (0.49)	1 (0.49)	3 (1.46)	5 (2.44)	189 (92.20)
ท่านกินยาไม่ครบทุกมื้อบ่อยแค่ไหน เช่น ลืมกิน หรือลืมนำยาไปทำงาน เพื่อกินระหว่างวัน หรือกรณีเดินทางไกลแล้วไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย	5 (2.44)	1 (0.49)	-	-	19 (9.27)	180 (87.80)
ท่านไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด (ขาดนัดหรือเลื่อนนัดแพทย์บ่อยแค่ไหน)	-	1 (0.49)	1 (0.49)	-	12 (5.85)	191 (93.17)
ท่านขาดยาและไม่ได้กินยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดบ่อยแค่ไหน	-	-	-	-	12 (5.85)	193 (94.15)

**ความปลอดภัยในการไช้ยา:** ความปลอดภัยในการไช้ยา ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากยาหรืออาการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยแจ้งว่าทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การวิจัยเชิงปริมาณพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากร้อยละ 2.45 ได้แก่ อาการบวม ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ และมีปัสสาวะตอนกลางคืน ดังตารางที่ 4

**ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการไช้ยา**

ผู้ที่ร่วมมือในการไช้ยาไม่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยคะแนน MAST® 30.65 ± 5.91 คะแนน โดยมีการปรับวิธีการไช้ยาด้วยตนเองมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ โดยมีพฤติกรรม คือ รับประทานยาไม่ตรงตามฉลากยาที่แพทย์สั่งทุกวัน รับประทานยาเป็นบางวัน และหยุดยาเอง ปัญหา

และอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการไช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

**เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา:** การศึกษาที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาได้ร้อยละ 2.45 (ตารางที่ 4) จากการสัมภาษณ์พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รบกวนการใช้ชีวิต เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ อาการมีเป็นต้น และมีความเชื่อว่าการรับประทานยาบ่อยจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น หลอดเลือดเสื่อม ระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เป็นต้น ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และสงสัยว่าปัญหาเกิดจากยานั้น รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและเกิดความกังวลในการไช้ยา เกิดทัศนคติเชิงลบต่อยา ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการไช้ยาไม่เหมาะสม โดยปรับวิธีการไช้ยาหรือหยุดยาด้วย

**ตารางที่ 2.** ผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างของตัวแปรอิสระกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินด้วย MAST®

ตัวแปร	จำนวน	ค่าเฉลี่ยคะแนน MAST ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	P
เพศ			0.200
หญิง	138	37.90 ± 3.94	
ชาย	67	37.10 ± 4.54	
สถานภาพสมรส			0.006
โสด	10	33.70 ± 11.18	
สมรส	120	38.02 ± 3.30	
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	75	37.55 ± 3.54	
อาชีพ			0.162
เกษตรกร	22	38.14 ± 2.38	
รับจ้าง	29	36.03 ± 5.71	
ธุรกิจส่วนตัว	52	37.69 ± 4.90	
ไม่มีงานประจำ	82	37.73 ± 3.72	
อื่นๆ	20	37.64 ± 1.17	
ระดับการศึกษา			0.513
ประถมศึกษา	147	37.33 ± 3.98	
มัธยมศึกษา	34	36.66 ± 5.21	
ปริญญาตรี	19	38.21 ± 3.21	
สูงกว่าปริญญาตรี	4	39.00 ± 2.00	
สิทธิการรักษาพยาบาล			0.301
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	165	37.49 ± 4.44	
อื่นๆ	40	38.25 ± 2.59	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.473
น้อยกว่า 3000	106	37.34 ± 4.06	
3,000-10,000	67	38.13 ± 2.99	
มากกว่า 10,000	32	37.59 ± 6.14	
การใช้ยาร่วมกันหลายชนิด			0.553
< 5 ชนิด	148	37.56 ± 4.59	
≥ 5 ชนิด	57	37.53 ± 4.36	
การบริหารจัดการยา			0.334
ด้วยตนเอง	202	37.67 ± 4.17	
ผู้อื่น	3	35.33 ± 0.58	
การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ			0.205
ไม่ใช้	143	37.91 ± 3.76	
ใช้	62	37.02 ± 4.92	
ความแตกงานทางสุขภาพ (THLA-W+)			0.959
เพียงพอ	68	37.65 ± 5.00	
ไม่เพียงพอ	137	37.62 ± 3.68	

**ตารางที่ 3.** การควบคุมโรคในผู้เข้าร่วมการวิจัยจำแนกตามความร่วมมือในการใช้ยาและความแตกฉานด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์การรักษา	ความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ) <sup>1</sup>			ความแตกฉานด้านสุขภาพ, จำนวน (ร้อยละ) <sup>2</sup>		
	คะแนนเฉลี่ย	ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม	ความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม	คะแนนเฉลี่ย	ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ
โรคความดันโลหิตสูง (190 คน)						
ควบคุมโรคได้	37.59±4.47	12 (6.32)	130 (68.42)	29.34±12.30	93 (48.95)	50 (26.31)
ควบคุมโรคไม่ได้	38.11±2.45	2 (1.05)	46 (24.21)	30.19±13.15	28 (14.74)	19 (10.00)
	P=0.32			P=0.69		
เบาหวานชนิดที่ 2 (82 คน)						
ควบคุมโรคได้	35.69±7.83	6 (7.32)	26 (31.71)	29.88±10.97	21 (25.61)	11 (13.42)
ควบคุมโรคไม่ได้	38.06±3.11	1 (1.22)	49 (59.76)	30.50±11.32	32 (39.02)	18 (21.95)
	P=0.11 <sup>3</sup>			P=0.81 <sup>3</sup>		

- 1: ร้อยละในตารางคือร้อยละที่เทียบกับขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม (MAST<sup>®</sup><34) ความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม (MAST<sup>®</sup>≥ 34)  
 2: ร้อยละในตารางคือร้อยละที่เทียบกับขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (THLA-W+< 37) ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (THLA-W+≥ 37)  
 3: independent sample t-test

ตนเอง เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยา ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวไว้ว่า

“ถ้าเรากินประจำๆ...มันทำให้การไหลเวียนโลหิตของเรามันไม่แน่นอนอะ...ปกติถ้าเลือดเราไหลเวียนดี ก็ไม่มีอาการอะไรผิดปกตอะ...แต่ที่มีอาการอะ เพราะว่าเราเอายาไปกระทุ้งมากๆ ก็อาจจะเสื่อมได้นะ พยายามกินให้เรารู้ว่าเรากิน (วันเว้นวันทุกตัว) บางทีกินแล้วมัน” สมศักดิ์ อายุ 73 ปี (MAST<sup>®</sup> 20 คะแนน)

เวลากินยาไม่สอดคล้องกับวิถีการใช้ชีวิต: ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องคล่อง

กับวิถีชีวิตและความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) การมีกิจกรรมนอกบ้านที่ต้องทำต่อเนื่องหยุดไม่ได้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีงานประจำ แต่อาจมีกิจกรรมที่ต้องออกไปทำนอกบ้าน และต้องทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องไม่สามารถหยุดพักได้ การศึกษานี้พบพฤติกรรมไม่พกยาติดตัวเมื่อไปทำธุระนอกบ้าน ร้อยละ 12.20 ทำให้ไม่ได้รับประทานยาได้ในช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“มันก็จะเกี่ยวกับที่เราไม่ได้รับประทานข้าวเที่ยงนั้นแหละ ตามที่หมอบอก ยามื้อเช้า ก็ 7 โมง มื้อเที่ยงก็ไม่

**ตารางที่ 4.** จำนวนและร้อยละของปัญหาการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการใช้ยา (n=205)

พฤติกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีอาการข้างเคียง	200	97.56
เกิดหรืออาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา		
- pioglitazone (เท้าบวม)	1	0.49
- metformin ใช้ร่วมกับ lantus (ใจสั่น)	1	0.49
- simvastatin (วิงเวียนศีรษะ)	1	0.49
- losartan (บวม)	1	0.49
- propranolol (ปัสสาวะมากกลางคืน)	1	0.49

เกินเป้าหมายให้รับประทานยา ส่วนมือเย็น ประมาณตี 4 ตี 5 ให้รับประทานยา ประมาณนั้นแล แต่เราปฏิบัติไม่ได้ เพราะว่างานมันติดพัน จะให้ตรงเวลาเป๊ะ มันไม่ได้แล” สมควร อายุ 63 ปี (MAST<sup>®</sup> 20 คะแนน)

2) ความเชื่อว่ามียาต้องก่อนหรือหลังมื้ออาหารที่เป็นข้าวหรืออาหารมื้อหลักเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถแบ่งอาหารได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาหารรองท้อง ได้แก่ ของหวาน ขนมไทย ข้าวต้ม ซา กาแฟ จะเป็นอาหารที่รับประทานก่อนอาหารมื้อหลัก 2) อาหารมื้อหลัก ได้แก่ อาหารที่มีข้าวและกับข้าว จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลบางรายพบว่าในเวลา ก่อน 7 โมงเช้า เป็นช่วงเวลารับประทานอาหารรองท้อง และต่อด้วยการรับประทานอาหารมื้อหลักก่อนรับประทานยา ดังคำพูดที่ว่า

“ลูกก็จะกินทุกเช้า (7 โมงเช้า) กับกาแฟ กับขนมต้ม บางวันก็ 3 ลูก พอกินแบบนี้ ข้าวเช้าก็กินโน้นเลย 10 โมง ข้าวเราก็จะกินไม่ตรง เพราะเราจะต้องกินอันนี้ (glipizide) ก่อนกินข้าว” สมควร อายุ 63 ปี (MAST<sup>®</sup> 20 คะแนน)

**ทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาและการรักษาแผนปัจจุบัน:** ในการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รับประทานการใช้ชีวิตหรือได้รับทราบประสบการณ์เชิงลบจากยาของบุคคลที่รู้จักใกล้ชิด จึงกลัวอันตรายและขาดความมั่นใจในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยาต่อเนื่องหรือบางรายหยุดยาเอง ซึ่งทำให้อาการของโรคยังคงอยู่ ผู้ป่วยจึงต้องการ “หมอที่เก่ง” ที่สามารถให้คำปรึกษา หาสาเหตุ และรักษาอาการเหล่านั้นให้หาย แต่เมื่อรักษาไม่หายก็จะขาดความเชื่อมั่นที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...คนไข้ต้องการแค่นี้ ต้องการให้สัมผัสเค้า จับเค้าว่าเค้าเป็นอะไร ก็เค้ามีตัววัดตัวอะไร ตัวฟังมันมีอยู่นี้ ไม่ใช่ว่าคุณจะจิ้มแต่คอมพิวเตอร์...เอายาไปกิน” สมศักดิ์ อายุ 73 ปี (MAST<sup>®</sup> 20 คะแนน)

“....หมอที่เก่งจริง ๆ อ่า รักษาคนป่วยหายจริง ๆ อะ นี่คือหมอ แต่อันนี้คนไข้นอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นกะตึก ลุยกหมด เป็นตึก ๆ เลย เพราะหมอรักษาแบบไหนก็ไม่รู้ กินแต่ยา กินแต่ยา แล้วยามันช่วยได้ไหมอะ มันแค่บรรเทาอาการปวดของเรา อู้ย เป็นมะเร็งนี่ เป็นเนื้องอกนี่ อ่าฉีดยาโม้ สุดท้าย ตาย ใช้มะ” สมศักดิ์ อายุ 73 ปี (MAST<sup>®</sup> 20 คะแนน)

ผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงลบต่อบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวโน้มเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกเพื่อสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ตัวแทนขายผลิตภัณฑ์ สื่อต่าง ๆ เป็นต้น และใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพแทนการใช้ยา ผู้ป่วยมักแสวงหาทางเลือกจนกว่าจะพบผลิตภัณฑ์ที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของตน

### ปัจจัยสนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้ที่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีสัดส่วนร้อยละ 90.24 มีค่าเฉลี่ยคะแนน MAST<sup>®</sup> เป็น 38.39 ± 3.10 คะแนน ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสม ดังนี้

**คุณสมบัติช่วยเตือนการใช้ยา:** ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา 38.02±3.30 คะแนน ซึ่งมากกว่าคนโสด (33.70±11.18 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.006) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและอยู่กันเป็นคู่ แม้ไม่ได้จัดยาให้รับประทาน แต่จะคอยเตือนเรื่องการรับประทานยาและเฝ้าสังเกตการรับประทานยาของกลุ่มสมรส ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“คือแก (สามี) จะมายืนเฝ้าอยู่ว่าบ้ากินยาไหม” ป้าสมพร อายุ 67 ปี (MAST<sup>®</sup> 35)

**วิธีการใช้ยาสอดคล้องกับวิถีการใช้ชีวิต:** ผู้ให้ข้อมูลที่ร่วมมือในการใช้ยา มีการปรับวิธีการใช้ยาให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน และสามารถบริหารยาด้วยตนเอง ดังนี้ 1) กิจกรรมที่สามารถหยุดพักได้ ผู้ให้ข้อมูลมีอาชีพหรือกิจกรรมที่ต้องทำแต่สามารถหยุดพักได้ เมื่อถึงเวลารับประทานยา ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมได้ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ยามื้อเช้า บ้าก็แวบมากินยาตอนที่ไม่มีลูกค้า แปบเดียว” สมบูรณ์ อายุ 78 ปี (MAST<sup>®</sup> 40) 2) มีอาหารรองท้องก่อนใช้ยา ผู้ให้ข้อมูลบางรายเชื่อว่า การรับประทานอาหารรองท้อง ทำให้สามารถรับประทานยาหลังอาหารได้ โดยไม่จำเป็นต้องรับประทานยาหลังอาหารมื้อหลักเท่านั้น ดังคำพูดของของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “โอ้ว บางคนบอกว่าต้องรับประทานหลังข้าวอะไรแบบนี้ ของลุงคือ หลังอาหารเช้า น้ำชา ข้าวเหนียวปาท่องโก๋ ไปเลย ได้แล้ว ให้มีอะไรอยู่ท้องนิดหนึ่ง” สมมาตร อายุ 71 ปี (MAST<sup>®</sup> 40) 3) การปรับตัวและพัฒนาวิธีการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางรายมีฐานะและกิจกรรม

ที่ต้องทำนอกบ้าน โดยผู้ป่วยได้พักยาดัดตัวเมื่อทำธุระนอกบ้าน ร้อยละ 87.8 พฤติกรรมนี้เป็น การปรับตัวเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี การรับประทานยาเป็นกิจกรรมหนึ่งในชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงปรับตัวเพื่อให้ใช้ยาได้ถูกต้องครบถ้วนตามฉลากยาที่แพทย์สั่งโดยคิดหาวิธีการจัดเตรียมยาล่วงหน้าด้วยความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง ปรับปรุงวิธีการและพัฒนาจนได้วิธีการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต และเพื่อเกิดความสะดวกในการใช้ยามากขึ้น ดังนี้

“เมื่อก่อนลุงก็มีสมุดจดเล็ก ๆ จดไว้ ตอนเช้ากินอันนี้แล้ว ชีตถูกไว้...แต่ว่าลุงว่า ทำวิธีการนี้ (จัดยาใส่กล่องเป็นมือ) มันดีกว่า มันไม่ต้องมาชิตในสมุด...ชิตใส่ในสมุดก็ยังกินยามั่ว แต่วิธีการนี้ (จัดยาใส่กล่องเป็นมือ) ไม่มั่วเลย ไม่พลาดเลย พอตอนเช้าลุงกินน้ำชาเสร็จ กินข้าวเหนียวให้อยู่ท้อง กลับมาบ้านก็กินยาเลย” ลุงสมมาตร อายุ 71 ปี (MAST® 40)

**ทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาและการรักษาแผนปัจจุบัน:** ตามความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม คือ “หมอที่ดี” หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ให้การดูแลที่ดี ประจัญญาติมิตรเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ และสามารถแก้ไขความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ หากเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำปรึกษาที่ดี และเข้าใจผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากที่หมดหวัง ท้อแท้ในการรักษา กลับมามีกำลังใจในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเกิดจากความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ เปรียบได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของยา ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ใช้ ๆ ๆ เป็นเพราะผลของแคะที่แคะเป็นห่วงเป็นใยเรา คุยกับเราเหมือนพี่น้อง..ถ้าแคะรักษา ตั้งใจรักษาเราแล้ว เราก็ตองกินยาให้ถูก และกะว่าถ้าถูกรางวัลที่ 1 ชักใบเดียวก็พอ จะให้แคะซักล้านหนึ่งเลย...เพราะด้วยความรู้สึกนั้นมันเป็นส่วนดีด้วย ที่ทำให้เรานั้นมีกำลังใจที่รักษาด้วย ที่จะอยู่ต่อด้วย หลายอย่าง เคยรักษาหลายคุณหมออะ แต่ไม่เหมือนแคะแก วันก่อนเจอแคะที่ห้าง แคะก็เข้ามาทักทาย เอออ เราก็ตีใจ สุดยอด คุณหมอนี่สุดยอด....ผมว่า สำคัญมาก ๆ เลยกับการรักษา การกินยา เริ่มแรกเกิดจากคุณหมอนี่เอาใจใส่ทั้งนั้น” สมชาย อายุ 69 ปี (MAST® 40)

**การอภิปรายและสรุปผล**

**พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา**

การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศพบสัดส่วนการให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุในช่วงร้อยละ 45-100 (15,16,31-33) โดยพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนผู้ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในช่วงร้อยละ 90-100 (15,33) ส่วนกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สัดส่วนผู้ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในช่วงร้อยละ 45-80 (16,31) สัดส่วนผู้ที่ร่วมมือในการใช้ยาจากการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Leetaweewuk และคณะ (15) และ Wongboonnak และคณะ (33) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถจัดยาด้วยตนเองได้ มียาที่ใช้น้อยกว่า 5 ชนิด

แต่การศึกษาของ Rodgers และคณะ (16) และ Muangpaisan และคณะ (31) แตกต่างกับการศึกษานี้คืออายุของกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษามากกว่าประถมศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูลของ Muangpaisan และคณะ (31) มีการนับเม็ดยาร่วมกับการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ทำให้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาถูกต้องแม่นยำมากขึ้น แต่ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนานกว่า แต่การศึกษาคั้งนี้เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการขาดความร่วมมือในการใช้ยาของการศึกษานี้สอดคล้องการศึกษาก่อนหน้านี้ คือ การรับประทานยาบางเมื่อพบได้ในช่วงประมาณร้อยละ 30-70 (32,33) การปรับขนาดยาให้น้อยกว่าที่แพทย์สั่งใช้ยู่ช่วงร้อยละ 6-20 (31-33) การใช้ยาดัดเวลาหรือระยะห่างไม่เหมาะสมอยู่ในช่วงร้อยละ 10-30

**ผลกระทบและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ**

ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้และที่ควบคุมโรคไม่ได้ทั้งในโรคความดันโลหิตสูง (P=0.32) และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P=0.11) ผู้ที่ร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสมแต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการรักษาได้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีความเชื่อว่าขนมไทย เช่น ขนมต้ม รับประทานคู่กับกาแฟหรือชา เป็นเพียงอาหารรองท้องในมือเช้า การทานยาหลัง

อาหารต้องรับประทานหลังอาหารมื้อหลักที่เป็นข้าวเท่านั้น ความเชื่อเช่นนี้อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย

นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม 7 ราย แต่สามารถควบคุมโรคได้จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้หยุดใช้ยาที่แพทย์สั่งด้วยตนเองหรือปรับวิธีการใช้ยาด้วยตนเอง หรือใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นเป็นหลักแทนยา Lin และคณะ (12) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง (ทานยาร้อยละ 40-80) และระดับสูง (ทานยา  $\geq$  ร้อยละ 80) มีผลลด HbA1C ไม่แตกต่างกัน ทำให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์จากการตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการอาจต่างไปจากที่บุคลากรทางการแพทย์คาด ผลลัพธ์ที่เห็นไม่ได้เป็นตัวบ่งบอกว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องค้นหาสาเหตุและปัจจัยอื่น ๆ ที่กระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาอย่างรอบด้านเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างตรงจุด

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณมีเพียงร้อยละ 2.5 แต่ระหว่างการศึกษาเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ป่วยอาจบอกเพียงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพราะเข้าใจว่าผู้วิจัยถามถึงเฉพาะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของยาที่กำลังใช้อยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล่าวถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอดีต การสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอดีตมีผลต่อทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งใช้และมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ทัศนคติที่ไม่ดีทำให้เกิดความสนใจใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากยา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาจะปรับลดขนาดยาหรือจำนวนมียาด้วยตนเองและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมด้วย หรือหยุดยาแล้วใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นหลัก (20, 31, 34)

การศึกษานี้พบว่า ผู้มีสถานภาพสมรสคู่มีความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.006$ ) จากการสัมภาษณ์พบว่า คู่สมรสจะติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barat และคณะ (35) ที่พบว่า การอยู่บ้านกับคู่สมรสจะช่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าสถานภาพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(odds ratio 2.0, 95% CI: 1.1-3.5) โดยคู่สมรสจะช่วยจดจำวิธีการใช้ยา แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Chaichanawirote และคณะ (8) กลับพบว่า ผู้ที่สมรสแล้วขาดความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากไม่ได้ดูแลตนเองได้เต็มที่เท่าที่ควร เพราะมีภาระในการดูแลคู่สมรสหรือบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว

ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันตามตัวแปรพื้นฐานอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา และรายได้ ( $P>0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (31,36) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังร้อยละ 72.20 ใช้ยาน้อยกว่า 5 ชนิด ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 5 ชนิด และผู้ที่ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปไม่แตกต่างกัน ( $P=0.553$ ) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ที่ใช้ยาโรคเรื้อรังน้อยกว่า 5 ชนิดที่มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม เกิดจากการตั้งใจปรับวิธีการใช้ยาด้วยตนเอง ส่วนที่ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปที่มีความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสม เกิดจากการปรับตัวเพื่อให้รับประทานยาได้ครบถ้วนตามแพทย์สั่ง แต่การศึกษาของ Leetaweewuk และคณะ (15) พบว่า จำนวนยาที่ใช้ต่อวันมีผลต่อการบริหารยา ( $P<0.05$ ) เพราะจำนวนยาที่มากทำให้เกิดความยุ่งยากในการใช้ยาจึงลดความร่วมมือในการใช้ยาได้

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ยังคงประกอบอาชีพ ส่วนผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีร้อยละ 40 แต่ยังมีกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ การรับประทานยาเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติทุกวัน หากวิธีการใช้ยาที่ระบุบนฉลากยาทับซ้อนกับเวลาทำงานหรือทำกิจกรรมใด ๆ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับประทานยาในช่วงเวลานั้น กิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง หยุดพักไม่ได้ หรือผู้ป่วยให้ความสำคัญกับกิจกรรมนั้นมากกว่าการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสมในทางกลับกันหากกิจกรรมนั้นสามารถหยุดพักได้ หรือผู้ป่วยตระหนักถึงเวลาในการรับประทานยาจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของอาหารและมื้ออาหาร มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยเนื่องจากฉลากยามักระบุเวลาในการรับประทานยาเป็น "หลังอาหาร" ผู้ป่วยบางส่วนเชื่อว่า ต่อกินอาหารหลังอาหารมื้อหลักที่เป็นข้าวเท่านั้น หากไม่ได้ทานอาหารมื้อหลักก็จะไม่รับประทานยา แต่ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่า การรับประทานอาหารรองท้องก็สามารถรับประทานยาหลังอาหารได้

ผู้ป่วยบางรายสามารถปรับตัวให้รับประทานยาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยการพยายามปรับตัวและจัดเตรียมการล่วงหน้า รวมทั้งพัฒนาวิธีการจัดยาด้วยตนเองจนได้วิธีการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต คือ แบ่งยาจากถุงยาใส่ในดิลบยา หรือกล่องพลาสติก แยกตามมื้อ ครั้งละหลายวันเพื่อความสะดวกไม่เสียเวลาในการจัดยาทุกวัน และป้องกันการรับประทานยาไม่ครบถ้วนตามแพทย์สั่ง การจัดเตรียมยาล่วงหน้าโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เช่น กล่องจัดยาที่มีหลายช่องจะช่วยผู้ป่วยให้สามารถรับประทานยาได้สะดวกมากขึ้นอีกทั้งเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้ (37,38) Kwint และคณะ (37) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับของยาที่จัดให้เป็นมือจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับของยาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 81 และ 58 ตามลำดับ) จากการศึกษาของ Chaichanawirote และคณะ (8) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหิบบยาจากถุงยาทุกมือ ทำให้หลงลืมและรับประทานยาผิด

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากจะมีวิธีการจัดยาไว้เป็นมือไว้ล่วงหน้า แยกใส่ซองเล็ก ๆ ไว้ เพื่อความสะดวกเมื่อถึงเวลารับประทานยา แต่การจัดยานั้นอาจเก็บอยู่ในสภาวะที่ไม่เหมาะสม คือ สัมผัสความชื้นและความร้อน ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่แบ่งยาครึ่งเม็ดเก็บไว้ในฟรอยด์ ร้อยละ 4.88 แกะเม็ดยาใส่ในดิลบยาร้อยละ 2.93 และเก็บยาไว้ในรถร้อยละ 0.49 Vlieland และคณะ (9) กล่าวว่า การเก็บยาในสภาวะที่ไม่เหมาะสมนั้นยังไม่ทราบผลที่ตามมาอย่างแน่ชัด แต่ในทางทฤษฎีอาจมีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาเพราะยาอาจเสื่อมสภาพหรือทำให้เกิดพิษจากยาได้ ซึ่งเป็นข้อเสียของการจัดเตรียมยาไว้ล่วงหน้า

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างจากผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ( $P=0.959$ ) ผู้ป่วยทั้งหมด 205 ราย มีผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอและมีความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 58.05) และมีผู้ป่วยที่ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอและมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 5.85) เท่านั้นสอดคล้องศึกษาของชนเศรษฐี สายแสง และคณะ (14) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 68 มีความร่วมมือการใช้ยาดีร้อยละ 56.0 ทำให้เห็นแนวโน้มว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพและความ

ร่วมมือในการใช้ยาไม่ได้สอดคล้องกัน จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบว่า จะปฏิบัติตามวิธีการใช้ยาตามแพทย์สั่ง เพราะมีความมั่นใจในบุคลากรทางการแพทย์และเชื่อว่ายาที่แพทย์ให้มาจะรักษาโรคได้ แม้ว่าวิธีการใช้ยาจะซับซ้อน แต่ผู้ป่วยจะหาวิธีการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอกลับมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เหมาะสม เพราะตั้งใจปรับวิธีการใช้ยาด้วยตนเองและบางรายใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพแทนการใช้ยา

ทัศนคติของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อผู้ป่วยมีความคิดเห็นในเชิงลบ เช่น ไม่พึงพอใจในการให้บริการ ไม่เชื่อมั่นต่อการรักษา ผู้ป่วยมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และหาทางเลือกที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ในทางกลับกันเมื่อผู้ป่วยมีความคิดเห็นเชิงบวก พึงพอใจต่อการบริการของบุคลากรทางการแพทย์ จะปฏิบัติตามคำแนะนำและส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาเหมาะสม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเพราะทำในเทศบาลเมืองคอหงส์เพื่อแห่งเดียว ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัยได้เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิมีผู้เข้ารับบริการลดลงร้อยละ 37.0 ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายลดความแออัดเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและอยู่ในเทศบาลเมืองคอหงส์ที่เข้ารับบริการในช่วงระยะเวลาดังกล่าวจึงลดลงด้วยการที่แพทย์นัดผู้ป่วยลดลงและมีการส่งยาทางไปรษณีย์หรือให้ญาติมารับยาแทนผู้ป่วยอาจมีผลกระทบต่อผลการวิจัย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 การวิจัยในอนาคตอาจต้องเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลจากการเก็บแบบซึ่งหน้าเป็นการสัมภาษณ์ทางไกลผ่านโทรศัพท์หรือ application line นอกจากนี้ แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาและแบบวัดความแตกต่างด้านสุขภาพถูกออกแบบให้ใช้โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การสัมภาษณ์ซึ่งหน้าอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าตอบตามความจริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยายังทำในภาพรวมของยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยใช้ โดยไม่ได้ประเมินแยก

เป็นความร่วมมือในการใช้ยาเฉพาะยารักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือยาสำหรับโรคเบาหวาน

### เอกสารอ้างอิง

- National Statistical Office. Elderly at present and in the future [online]. 2019 [cited Feb 19, 2019]. Available from: [www.nso.go.th/sites/2014/Pages/ActivityNSO/2561/A12-04-61-1.aspx](http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/ActivityNSO/2561/A12-04-61-1.aspx)
- Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute; 2017. p.13.
- Aekplakorn W, editor. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Bangkok: Aksorn graphic and design; 2016.
- Hallas J, Gram LF, Hamlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007; 5: 345–51.
- Olsen CG, Tindall WN, Clasen ME. Geriatric pharmacotherapy: A guide for the helping professional. Washinton DC: American Pharmacist Association; 2007. p.35–44.
- Sinnott C, Bradley CP. Multimorbidity or polypharmacy : Two sides of same coin? *J Comorb.* 2015; 5: 29–31.
- Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, Adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med.* 2012; 28: 173–86.
- Chaichanawirote U, Vithayachockitikhun N. Medication use behaviors among older Thai adults. *Journal of Nursing and Health Sciences.* 2015; 9: 32–46.
- Vlieland ND, van den Bemt BJB, Wouters H, Egberts ACG, Bouvy M, Gardarsdottir H. Associations between personality traits and adequate home storage of drugs in older patients. *Psychol Health Med.* 2019; 24: 1255–66.
- Sarapak A. Elder-friendly medicine and system to improve adherence. In: Health and social innovations for aging populations. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 2019. p.73-86.
- Yang Q, Chang A, Ritchey M, Loustalot F. Hypertensive medication adherence and risk of cardiovascular disease among older adult: A population-based cohort study. *J Am Heart Assoc.* 2017; 6: e006056. doi: 10.1161/JAHA.117.006056.
- Lin LK, Sun Y, Heng BH, Chew DEK, Chong P. Medication adherence and glycemic control among newly diagnosed diabetes patients. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2017; 5: e000429. doi: 10.1136/bmjdr-2017-000429.
- Kerdsri K, Lerkiatbundit S. Relationship between health literacy and self-protection ability among consumers in health products. *Thai Journal of Pharmacy Practice.* 2018; 10: 239–48.
- Saiseng T, Jithaisong W, Suttiwong K, Phattarabon S. Health literacy of patients with diabetes at a primary health care setting in Ubon Ratchathani province [online]. 2014 [cited Oct 10, 2019]. Available from: [www.phar.ubu.ac.th/conference2014/wp-content](http://www.phar.ubu.ac.th/conference2014/wp-content)
- Leetaweesuk J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanyaboon L, et al. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang Sub-District, Muang-Tak District, Tak Province [online]. n.d. [cited Aug 5, 2019]. Available from: [www.med.nu.ac.th/qa/med\\_sar/ckfinder/userfiles/Hospital/21/files/5.1/พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุเฝ้าระวังในชุมชนเขียงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก.pdf](http://www.med.nu.ac.th/qa/med_sar/ckfinder/userfiles/Hospital/21/files/5.1/พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุเฝ้าระวังในชุมชนเขียงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก.pdf)
- Rodgers JE, Thudium EM, Beyhaghi H, Sueta CA, Alburikan KA, Kucharska-Newton AM, et al. Predictors of medication adherence in the elderly: The role of mental health. *Med Care Res Rev.* 2018; 75: 746–61.
- Welz AN, Emberger-Klein A, Menrad K. Why people use herbal medicine: insights from a focus-group study in Germany. *BMC Complement Altern Med* 2018; 18: 92. doi: 10.1186/s12906-018-2160-6.

18. Tse M, Chan KL, Wong A, Tam E, Fan E, Yip G. Health supplement consumption behavior in the older adult population: an exploratory study. *Front Public Health*. 2014; 2: 1–8.
19. Masumoto S, Sato M, Maeno T, Ichinohe Y, Maeno T. Factors associated with the use of dietary supplements and over-the-counter medications in Japanese elderly patients. *BMC Fam Pract* 2018; 19: 1–7.
20. Altizer K, Quandt SA, Grzywacz JG, Bell RA, Sanberg J, Arcuury TA. Traditional and commercial herb use in health self management among rural multiethnic older adults. *J Appl Gerontol*. 2013; 32: 387–407.
21. Kaeodumkoeng K, Thummaku D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research*. 2015; 9: 1–8.
22. Choeisuwan V. Health literacy : Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2017; 44: 183–97.
23. Aekakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2000.
24. Kongkaew C, Methaneethorn J, Mongkhon P, Dechanont S, Taburee W. Drug-related problems identified at patients' home: A prospective observational study in a rural area of Thailand. *J Patient Saf* 2021 17: 8-14. doi: 10.1097/PTS.0000000000000404.
25. Hayibueraheng H. Development of the Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Questions to Test Comprehension (THLA-W+): Testing in communities [master thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2019.
26. Suphachamroon A, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Validity and reliability of the medication adherence scale in Thais (MAST): testing in diabetes patients. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2018; 10: 607–19.
27. Sindecharak T. Statistics. Bangkok: Thammasat University; 2015.
28. Chirawatkul S. Qualitative study in nursing. Bangkok: Witayaphat; 2012.
29. Thai Hypertension Society. Guidelines in the treatment of hypertension 2019 [online]. 2019 [cited Apr 18, 2019]. Available from: [www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf](http://www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf)
30. The Royal College Physicians of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017 [online]. 2017 [cited Apr 20, 2019]. Available from: [www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf](http://www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf)
31. Muangpaisan W, Pisalsalakij D, Intalapaporn S, Chatthanawaree W. Medication non-adherence in elderly patients in a Thai geriatric clinic. *Asian Biomedicine*. 2014; 8: 541–5.
32. Wongwattanasathien O, Tongsodsang K, Ngamleng C. Problems of medicine and dietary supplement use of the elders in town municipality, Maha Sarakham Province. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal*. 2015; 9: 67–74.
33. Wongboonnak P, Wongtrakul P, Mahamongkol H, Neimkhum W. The survey of medicine, food supplement and herbal products used problems among elderly: A case study at the community of Tumbon Srisa Chorakhe Noi, Samut Prakan Province. *HCU Journal of Health Science*. 2016; 20: 97–108.
34. Kengganpanich T, Leerapan P, Kengganpanich M, Nunthasen K, Lattanand K. Factors related to herbal consumption controlling blood sugar of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*. 2015; 31: 13–25.
35. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Pharmacol*. 2001; 51: 615–22.

36. Naiyapatana W. Health problems, medicine-used problems, and medicine-used behaviors among elderly in the community of Phramongkutkiao Hospital personnel's residence. *Journal of Nursing and Education*. 2010; 3: 2–14.
37. Kwint H, Stolk G, Faber A, Gussekloo J, Bouvy M. Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing. *Age Ageing*. 2013; 42: 620–6.
38. Furnedge DS, Stevenson JM, Schiff R, Davies JG. Evidence and tips on the use of education compliance aids. *BMJ*. 2018; 362: k2801. doi: 10.1136/bmj.k2801.