

ความหมายของยาในมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก

โนมคนางค์ ภูมิสาวยตร¹, กรแก้ว จันทภาษา²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทำความเข้าใจความหมายของยาที่ใช้รักษาในมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง **วิธีการวิจัย:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปีและมีรายการยาที่ใช้รักษาประจำอย่างน้อย 2 รายการ ในเขตอำเภอบางกระทุ่มและอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนเกิดความอิ่มตัวโดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 31 คน การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) **ผลการศึกษา:** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.19) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.16 ± 8.90 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.42 ± 4.87 ปี มีรายการยาที่ใช้ประจำ 5.13 ± 1.45 รายการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความหมายเกี่ยวกับยาผ่านประสบการณ์ การรับรู้ และความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ยาจึงหมายถึงตัวช่วยควบคุมอาการของโรค บรรเทาอาการเจ็บป่วย ความไม่สบายตัว ความผิดปกติของร่างกาย นอกจากนี้ความหมายของยายังเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ประโยชน์ ประสิทธิภาพของยา และความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งล้วนแต่เป็นเหตุผลสำคัญที่ส่งผลพฤติกรรมการใช้ยา นับตั้งแต่การปรับขนาดยา โดยส่วนใหญ่มักเป็นการลดจำนวนเม็ดยา หรือปรับเวลาในการรับประทานยา และการแสวงหาวิธีการรักษาอื่น **สรุป:** การศึกษานี้ทำให้สามารถเข้าใจถึงมุมมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับนิยามความหมายของยาที่มีความแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรทำความเข้าใจความหมายของยาและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มากขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ความหมายของยา มุมมองของผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 16 ส.ค. 2566, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 1 ก.ย. 2566, รับลงตีพิมพ์: 3 ก.ย. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: กรแก้ว จันทภาษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

E-mail: korcha@kku.ac.th

Meaning of Drugs from the Perspective of Patients with Diabetes and Hypertension: A Case Study in Phitsanulok Province

Chomkanang Poomsaiorn¹, Kornkaew Chanthapasa²

¹Master Degree Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To understand the meaning of drug therapy from the viewpoint of patients with diabetes and hypertension. **Methods:** Qualitative research was conducted through in-depth interviews. Key informants were chosen using a purposive sampling method from those diagnosed with diabetes and hypertension for at least one year and were prescribed a minimum of two drugs for use on a regular basis. The data were collected in Bang Krathum District and Mueang District, Phitsanulok Province, until saturation was reached, involving 31 key informants. The study was conducted from January 2022 to December 2022. Data were analyzed using thematic analysis. **Results:** The majority of key informants were female (74.19%), with a mean age of 66.16 ± 8.90 years, a mean illness duration of 9.42 ± 4.87 years, and a mean number of regularly used drugs of 5.13 ± 1.45 . Most of key informants attributed the meanings of drugs based on their experiences, perceptions, and beliefs. Medication was primarily viewed as a means to control disease symptoms, relieve discomfort, and address bodily abnormalities. Additionally, the meaning of drugs was associated with perceived benefits, drug efficacy, and concerns about potential side effects. All of which significantly influenced their drug use behaviors such as changes of doses, mostly the reduction of the number of pills, changes in the timing of drug administration, or seeking alternative treatments. **Conclusion:** This study sheds light on the perspectives of individuals living with chronic illnesses regarding the meaning of drugs, which may differ from the perspectives of healthcare professionals. It underscores the importance for medical personnel to comprehend the patient's understanding of drugs and drug-related behaviors among those with chronic conditions. This understanding can be integrated into treatment plans collaboratively developed with the patients.

Keywords: meaning of drugs, patient's perspective, understanding about drugs, drug use behavior

บทนำ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรค ชะลอการดำเนินไปของโรค และลดอัตราการตายได้ คือ ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมาก คือ ความรู้เกี่ยวกับยาและความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย (1-2) โดยเฉพาะด้านความเชื่อส่วนบุคคลที่มีต่อยาและการรักษาที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามสั่ง ผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อที่หนักแน่นมากกว่า การใช้ระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงและมีความกังวลในการใช้ยา (3)

การทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยด้านความรู้และความเชื่อส่วนบุคคลที่มีต่อยาจึงมีความสำคัญและต้อง “สลัดโลก” ซึ่ง “โลก” ในที่นี้หมายถึงมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ คือ ต้องมองข้ามคุณสมบัติด้านเภสัชจลนศาสตร์ของยา และเข้าไปเรียนรู้ทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อม-บริบทที่ยาถูกรับรู้และถูกนำมาใช้ในชีวิตจริง (4-5) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาคำรู้ด้านยาในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านยาอยู่บ้าง แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวัดความรู้ความเข้าใจด้านยาของผู้ป่วยในเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นผ่านมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ การวัดความเข้าใจเกี่ยวกับยายังเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการประเมินประสิทธิภาพของยา อาทิ การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais; MAST) ของ Jongwilakasem และคณะ ซึ่งวัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและวัดความเข้าใจเกี่ยวกับยาร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า แบบวัด MAST มีความตรงและความเที่ยงที่ดี มีค่าการพยากรณ์ที่ดี และสามารถนำมาใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (6) อย่างไรก็ตาม การศึกษามีข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจด้านยาจากมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับบทความของ Chuengsatiansup และคณะ ที่พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นศึกษาว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ความคิด และความเชื่อในการใช้ยาที่เป็นปัญหามากน้อยเพียงใด คือ มุ่งเน้นข้อมูลในเชิงปริมาณโดยนำมาตรวัดของระบบทางการแพทย์ในมุมมองของการแพทย์ไปวัดผู้ป่วย แต่มีส่วนน้อยที่ศึกษาทำความเข้าใจความรู้เกี่ยวกับยาจาก มุมมองของผู้ป่วยเองหรือการพยายามอธิบายเหตุผลของการแสดงออกของพฤติกรรมการใช้ยาจากผู้ป่วย (7)

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับยา-องค์ความรู้เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนมากกว่าการที่จะมองว่าผู้ป่วยรู้จักชื่อยา รู้จักข้อบ่งใช้ของยา หรือวิธีการรับประทาน หากแต่ความรู้เกี่ยวกับยาหรือความเข้าใจเกี่ยวกับยามีความยืดหยุ่นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและบริบทอื่นที่มีความซับซ้อน (8) การเข้าใจระบบวิถีคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการรักษาในมุมมองของผู้ป่วย (patient insight) จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงวิถีคิดและที่มาของพฤติกรรมการใช้ยาที่ผู้ป่วยแสดงออก และนำไปสู่การวางแผนรักษาที่เหมาะสมทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) (9)

การศึกษานี้มุ่งทำความเข้าใจกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากทั้งสองโรคเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากในประเทศไทย มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน รวมทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีรายการยาที่ใช้ในการรักษาต่อเนื่องร่วมกันหลายรายการ (10-11) ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคด้วยตนเองน้อย ทำให้เสียโอกาสในการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากหากนี้ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมักส่งผลให้ไม่อาจควบคุมโรคให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษาได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อและคำอธิบายความเจ็บป่วยที่แตกต่างกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวความคิดของตนเอง (12) และอาจสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นรวมทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนทางไตได้ซึ่งเป็นผลจากการขาดความรู้ที่ถูกต้อง (13) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาครั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจความหมายและการรับรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้รักษาในมุมมองของผู้ป่วย และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนแนวทางการรักษาและการส่งเสริมความรู้การใช้ยาให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลำดับที่ 4.5.04:40/2565 เลขที่ HE642239 งานวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

สถานที่วิจัย

สถานที่วิจัย คือ พื้นที่ชุมชนในอำเภอเมืองและเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากทั้งสองพื้นที่เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่และสามารถเก็บข้อมูลในมุมมองของคนใน (emic view) ได้มากขึ้น รวมทั้งยังเกิดความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยวิธีเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูลเมื่อเก็บข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 โรค ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ที่มีการรักษาที่ใช้รักษาประจำร่วมกันทั้งหมดอย่างน้อย 2 รายการ มีความสามารถในการอ่านหนังสือหรือสื่อสารให้ข้อมูลได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การศึกษาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้ป่วย 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ตามเป้าหมายการรักษา ($HbA1c < 7\%$ หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย (home blood pressure monitoring: HBPM) ได้ค่า $< 135/85$ mmHg หรือมีส่วนร่วมในการใช้ยาสม่ำเสมอเป็นประจำ) กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ตามเป้าหมายเลย ($HbA1c > 7\%$ หรือความดันโลหิตแบบ HBPM $> 135/85$ mmHg ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ครั้งจากประวัติการนัดติดตาม หรือกลุ่มที่มีนัดติดตามแต่ไม่ไปตามนัดเลย) กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการของโรคได้บ้างและไม่ได้บ้าง ($HbA1c > 7\%$ หรือความดันโลหิตแบบ HBPM $> 135/85$ mmHg สลับกับควบคุมได้ตามเป้าหมายโดยพิจารณาจากประวัติในบันทึกของการนัดตรวจติดตาม)

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคและควรได้รับการติดตามจากแพทย์อย่างใกล้ชิด หรือผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องมีผู้ดูแล รวมทั้งไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้สะดวก

ทั้งนี้ผู้วิจัยให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เป็นค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกโดยประเมินจากประวัติการ

นัดตรวจติดตามของ รพ.สต. ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับข้อมูลเวชระเบียนหรือข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต และให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ประสานผู้ที่เข้าเกณฑ์เบื้องต้นเพื่อให้ผู้วิจัยติดต่ออธิบายข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย และเชิญชวนให้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ผู้ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้คัดเลือกบุคคลเข้าร่วมการศึกษา หรือผู้ประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้วิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และเครื่องบันทึกเสียง ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ฝึกปฏิบัติการการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับการสัมภาษณ์และการเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพอยู่เสมอ นอกจากนี้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยลดอคติและทัศนคติในมุมมองของการเป็นบุคลากรทางการแพทย์ลงด้วยการเปิดใจรับฟังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยไม่สอดแทรกทัศนคติในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยลงไปในพื้นที่เก็บข้อมูลจริง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา

เครื่องมือที่ 2 คือ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยเตรียมขึ้นให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แนวคิดการตั้งคำถามเกี่ยวกับมายาจากทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (belief about medication) ของ Home และคณะ (14) คำถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกริ่นนำทั่วไป ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับมุมมองโรคเรื้อรังที่กำลังเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นคำถามเพื่อให้ทราบถึงที่มาของความคิดและภูมิหลังของความเชื่อ และส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับมุมมองต่อยาและการใช้ยาในทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากนั้นนำแนวคำถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา และความครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากแก้ไขแนวคำถามตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำแนวคำถามไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 5 คนในตำบล

แห่งหนึ่งที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา และนำข้อมูลมาปรับปรุงแนวคำถามให้สมบูรณ์ขึ้น

เครื่องมือที่ 3 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งใช้เพื่อจดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยรวม อาทิ สิ่งแวดล้อม และบริบทที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยล้วนมาจากพื้นฐานความคิด และปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้อาจส่งผลต่อความร่วมมือต่อการใช้ยาตามข้อค้นพบในการศึกษาของ Murray และคณะ (15) เครื่องมือที่ 4 หรือเครื่องบันทึกเสียงที่ใช้บันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการลงเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อสร้างความคุ้นเคย-สัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่และคนในพื้นที่ โดยพูดคุยเรื่องทั่วไปในห้องถิ่นและสังคม และความเป็นอยู่ การศึกษานี้ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. คัดเลือกผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาให้เบื้องต้น จากนั้นให้ อสม. ประจำชุมชน เป็นผู้ประสานงานการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลเพื่อสร้างความ คุ้นเคย และชี้แจงรายละเอียดการศึกษา และขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยยึดหลักความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย และการรบกวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญน้อยที่สุด ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการขออนุญาตและมีหนังสือขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกครั้ง หากผู้ให้ข้อมูลสำคัญรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจในการให้ข้อมูล สามารถข้ามประเด็นคำถามหรือแจ้งยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอด ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที

ในวันสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสะดวกในการให้ข้อมูล และเริ่มต้นด้วยการสอบถามเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสบายใจก่อน แล้วจึงเข้าสู่ประเด็นคำถาม ทั้งนี้ ในระหว่างการสัมภาษณ์หากเกิดประเด็นใหม่จะมีการถามต่อไปตามบริบทของความสนใจของผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยไม่แทรกจังหวะการสนทนาระหว่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้วิจัย นอกจากนี้ ในระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมร่วมด้วย โดยสังเกตอวัจนภาษาและลักษณะทางกายภาพ อาทิ สีหน้า น้ำเสียง ท่าทาง ของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม เพื่อประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาถอดเทปเสียงชนิดคำต่อคำ (verbatim transcriptions) โดยการถอด

เทปในแต่ละวันหลังจากสัมภาษณ์ทันที และบันทึกลักษณะทางกายภาพอื่นทันทีภายในวันที่สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริงที่สุด เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนเรียบร้อย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบและวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดที่ 3 สร้าง BMQ (beliefs about medicines questionnaire) ของ Home และคณะ ซึ่งระบุ ความเชื่อที่มีต่อยาทั้งด้านความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยารวมทั้งทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการใช้ยา (14,16) เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษาคือ ความเข้าใจของคำว่ายาในความหมายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในมุมมองต่าง ๆ อย่างแท้จริง

การตรวจสอบด้านข้อมูล (data triangulation) ใช้การเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล ผู้ที่ใกล้ชิดของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน คือ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมขณะสัมภาษณ์ โดยสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลสำคัญขณะทำการสัมภาษณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง สภาพแวดล้อมโดยรอบขณะสัมภาษณ์ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษานี้เป็นเพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 74.19) และเพศชาย 8 คน (ร้อยละ 25.81) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.16 ± 8.90 ปี (ช่วงอายุ 45 - 82 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (22 คนหรือร้อยละ 70.97) รองลงมาเป็น อสม. ร้อยละ 16.13 (5 คน) ส่วนใหญ่มีภาวะการเจ็บป่วยร่วมกัน 3 โรค คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 61.29) รองลงมา คือ มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 32.26) และเป็นผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีภาวะการทำงานไตบกพร่องจำนวน 2 คน มีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.42 ± 4.87 ปี และมีจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับและใช้ประจำ 5.13 ± 1.45 รายการ (พิสัยของจำนวนรายการยา คือ 2-9 รายการ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (n=31)

ลักษณะ	
เพศ (คน, ร้อยละ)	
หญิง	23 (74.19)
ชาย	8 (25.81)
อายุ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	
	66.16 ± 8.90
อาชีพ (คน, ร้อยละ)	
เกษตรกร	22 (70.97)
อสม.	5 (16.13)
ค้าขาย	2 (6.45)
รับจ้าง	2 (6.45)
ภาวะการเจ็บป่วย (คน, ร้อยละ)	
เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง	19 (61.29)
ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง	10 (32.26)
เบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง	2 (6.45)
ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย±SD)	
	9.42 ± 4.87
จำนวนรายการยาที่ได้รับและใช้ประจำ (ค่าเฉลี่ย ± SD)	
	5.13 ± 1.45
กลุ่มผู้ป่วยตามการศึกษา (คน, ร้อยละ)	
กลุ่มที่ 1 ควบคุมอาการได้	12 (38.71)
กลุ่มที่ 2 ควบคุมอาการไม่ได้	7 (22.58)
กลุ่มที่ 3 ควบคุมอาการได้บ้างไม่ได้บ้าง	12 (38.71)

จากการทบทวนการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับการวัดระดับความรู้ด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาในรูปแบบรับประทานในประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำพบว่า ในการศึกษาของ Mekonnen และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 ความรู้ด้านยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) (2) อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้มักมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาหรือคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาที่ต่ำกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (17) ความร่วมมือและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ดีจึงส่งผลต่อการควบคุมอาการของโรคโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (18) ทางการศึกษาจึงมักแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการของโรคได้ตามเป้าหมายและกลุ่มที่ไม่

สามารถควบคุมอาการของโรคได้ตามเป้าหมาย แต่บริบทสังคมจริงยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เป็นบางครั้งด้วย ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในการศึกษาจึงแบ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจความเหมือนและความแตกต่างกันของมุมมองในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ตามเป้าหมาย) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้บ้างไม่ได้บ้าง) มีจำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 12 คน และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย) มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 22.58 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกันมาเป็นเวลานานมากกว่า 9 ปี (ตารางที่ 1) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อยาต้องสอดคล้องกับบุคลากรทางการแพทย์ เข้าไปเรียนรู้บริบทที่ยาถูกรับรู้และถูกใช้ในความเป็นจริง ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษามุมมองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีต่อยา ออกเป็น 3 ส่วน คือ ความหมายของยาและความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาในมุมมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเชื่อด้านความกังวลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย และพฤติกรรมการใช้ยา

ความหมายของยาและความจำเป็นของยา

ความหมายของคำว่า ยา มักถูกนิยามโดยมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักนิยามโดยได้รับอิทธิพลจากชุดข้อมูลจากยาของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยต้องใช้ อย่างถูกต้อง (19) ซึ่งหมายรวมถึงกลไกทางเภสัชวิทยา เภสัชจลนศาสตร์ และการจัดการด้านยา (20) แต่หากเป็นการนิยามตามการรับรู้ของผู้ป่วย ยาจะถูกนิยามโดยได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมของสังคมและบริบทของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันออกไป ยาจึงมิใช่เพียงสารสังเคราะห์ทางเภสัชวิทยาเท่านั้น และประสิทธิภาพของยาขึ้นกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อยา โดยยาในแต่ละบริบทจะมีประสิทธิภาพไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (5) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่สามารถตอบได้โดยตรงว่า ยาคืออะไร แต่ความหมายของยาถูกบอกเล่าเชิงเปรียบเทียบกับอาการเจ็บป่วยของตน ยาจึงเป็นวัตถุเชิงสัญลักษณ์ที่ใช้เป็นตัวแทนของการรักษาอาการเจ็บป่วย การบอกเล่านั้นจึงเป็นการนิยาม

ผ่านประสบการณ์ การรับรู้ และความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ยาจึงหมายถึงตัวช่วยควบคุมอาการของโรค-บรรเทาอาการเจ็บป่วย ความไม่สบายตัว ความผิดปกติของร่างกาย การรับประทานยาจะทำให้ร่างกายของตนดีขึ้น ถ้าไม่รับประทานยาจะทำให้ร่างกายของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

“ยากี่เหมือนกับว่ามันเป็นตัวควบคุมไม่ให้อาการไม่ให้น้ำตาล ไม่ให้ความดันมันขึ้นอะไรอย่างนั้น”

(AF31_G1 กลุ่มที่ 1)

“ยากี่ก็เหมือนช่วยทำให้เรา แบบว่า ให้อ...โรคที่เราเป็นนะ มันทุเลาลง มันแบบ เป็นตัวช่วยควบคุม”

(AF28_G3 กลุ่มที่ 3)

จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ยาไม่ได้หมายความถึงสิ่งที่รักษาโรคให้หายขาดหรือสิ่งที่จัดอาการเจ็บป่วยให้หมดไป แต่ยาเป็นเสมือนตัวช่วยให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่สบายเป็นปกติได้ไวขึ้น ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทั้งนี้เมื่อสอบถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญถึงความสำคัญของการช่วยควบคุมโรค ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่มตอบไปในทิศทางเดียวกันว่า ตนมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาและให้ความสำคัญกับการรับประทานยาว่าเป็นตัวช่วยหรือยาช่วยควบคุมอาการ ซึ่งก็เป็นหนึ่งในการนิยามความหมายของยาผ่านประสบการณ์และการรับรู้อาการของโรคของผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษาสะท้อนมุมมองที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงประสิทธิภาพของยาจากการรับประทานยาแล้วยาส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสบายกาย สบายใจ และรู้สึกว่าร่างกายของตนเองมีความปกติ

การรับรู้ความหมายของยาผ่านการประเมินประสิทธิภาพของยาที่ส่งผลต่อร่างกายนี้ ส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาตามแนวคิดของ Murray และคณะ ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นอายุ ความเชื่อ ทัศนคติ ล้วนส่งผลต่อการใช้ยา (15) ส่วนการตีความหมายของยาผ่านประสบการณ์ส่วนบุคคลของการศึกษานี้ ก็สอดคล้องกับบทความของลือชัย ศรีเงินยวง ที่อธิบายไว้ว่าระบบความคิดแบบชาวบ้าน (cognitive structure of popular culture) เน้นประโยชน์และประสิทธิภาพ มีความไม่เป็นระบบ หลากหลาย และมีความเปลี่ยนแปลงง่าย (5) ดังนั้น การให้ความหมายของยาเป็นการตีความผ่าน

ประสบการณ์การรับรู้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งมีการตีความไปในเชิงการเล็งเห็นถึงความจำเป็นของยาสอดคล้องตามแนวคิด BMQ ของ Horne และคณะ ที่ว่าความจำเป็นของยาส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญรับรู้ว่ายามีความสำคัญต่อการช่วยให้มีชีวิตที่ปกติและช่วยควบคุมตัวโรค เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความสำคัญของยา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้คำตอบไปในทิศทางเดียวกันคือ ยาเป็นเหมือนตัวช่วยควบคุมไม่ให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินไป ดังคำกล่าวดังนี้

“มันมีประโยชน์สิ เพราะว่าเรากิน (ยา) แล้วมันดีขึ้น ถ้ากินแล้วแ่ มันก็ไม่ไหวแหละ”

(AF30_G1 กลุ่มที่ 1)

“เราก็ต้องกินยา ถ้าเรากินข้าวเยอะไปอะไรไป มันก็จะขึ้นมา ยาก็จะช่วยเราไม่ให้น้ำตาลขึ้น”

(AF15_G1 กลุ่มที่ 1)

“ยา ไม่กินไม่ได้เลย ไม่ได้เลย แ่แน่ ๆ ฮ่า ๆ ยา มันก็เหมือนรสดี ขนาดแกงยังไม่ใส่ซุสไม่ได้เลย อันนี้ยากี่เป็นผงซุส อันนี้เป็นรสดี ไม่กินก็ไม่ได้”

(AF06_G2 กลุ่มที่ 2)

“ต้องกินยา เพื่อให้มันบรรเทา ไม่ทรมาน... หากเรามีอาการผิดปกติ เราก็ไม่อยากให้ทรมาน ยามันก็ช่วยผ่อนคลาย ทำให้หลับได้”

(AF29_G3 กลุ่มที่ 3)

ข้อความข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่มรับรู้ไปในทิศทางเดียวกันว่า ยามีความสำคัญกับการควบคุมอาการโรคของตน โดยมีมุมมองว่า การไม่รับประทานยาทำให้อาการแย่ลง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หรือควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จากการศึกษาพบว่า แม้ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตไม่ได้ ก็ยังให้ความสำคัญกับการรับประทานยาและเห็นถึงความจำเป็นของยา ดังสะท้อนจากข้อความที่ว่า “ยาไม่กินไม่ได้เลย” หรือ “ถ้าเราไม่กิน (ยา) มันก็อยู่ไม่ได้สิ” รวมทั้งการเปรียบเทียบความสำคัญของการรับประทานยากับการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เห็นภาพอย่างชัดเจนที่ว่า “ยากี่เป็นผงซุส อันนี้เป็นรสดี ไม่กินก็ไม่ได้” ในบางมุมมองผงซุสอาจเป็นสิ่งที่ไม่ให้คุณประโยชน์กับร่างกาย แต่ในบางบริบทของสังคมสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เครื่องปรุงรสหรือผงซุสเป็นสิ่งที่นิยมเติมลงไปในการประกอบอาหารเพื่อให้อาหาร

อร่อย และยังสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการเติมผงปรุงรสทุกครั้งที่ประกอบอาหาร ดังนั้น การเปรียบเทียบเป็นเสมือนสิ่งที่ขาดไม่ได้เวลาประกอบอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่ออย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความสำคัญหมายของยาตามบริบทของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ว่า ยาเป็นตัวช่วยให้ลดอาการของโรค ทำให้ร่างกายดีขึ้น และช่วยป้องกันไม่ให้อาการของโรคแย่ลง

ในการศึกษา นี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่รับประทานยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) จึงมักมีมุมมองเกี่ยวกับความสำคัญของยาแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์การใช้ยาและการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีโรคร่วมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นโน้มเอียงไปในทางให้ความสำคัญกับยาเบาหวานมากกว่ายาลดความดันโลหิต ดังคำกล่าว ดังนี้

“คิดว่าน่าจะเป็นเบาหวานนี้แหละ อย่างเบาหวานตอนนี้ก็ลดนะ เหลือแค่ 70 กว่า ๆ 80 เอง”

(AF30_G1 กลุ่มที่ 1)

จากข้อความข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและเคยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเบาหวาน เนื่องจากกลัวการเกิดอาการไม่สบายจากภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังมักสะท้อนมุมมองดังกล่าวผ่านการบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของตน อาทิ

“ถ้าต่ำกว่า 90 เยอะ ๆ เหลือสัก 50 – 60 นะ น็อค ๆ น็อคไปเลย น็อคไป 2 ครั้งแล้ว มันน็อคไปเลย มันลดมากใน มันลดแทบ เราตั้งตัวไม่ติด”

(AF06_G2 ที่ 2)

ดังนั้น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการจัดลำดับความสำคัญของยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านผลการตรวจรักษาร่วมด้วยในการประเมินประสิทธิภาพของยา เช่น ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต การให้ความสำคัญกับยาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังสะท้อนจากการรับประทานยาจำนวนมากที่ฉลากระบุไว้ หรือการมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาก่อนอาหารมากกว่ายาหลังอาหาร เนื่องจากการรับประทานยาก่อนอาหารทำให้รู้สึกที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ดังสะท้อนผ่านคำบอกเล่าที่ว่า

“ยาก่อนอาหารก็สำคัญ เพราะก่อนหน้านั้นกินแต่ยาหลังอาหาร น้ำตาลมันไม่ลง แต่พอเพิ่มยาก่อนอาหารตัวนี้ (ผู้ให้ข้อมูลชี้ที่ยาก่อนอาหาร) มากิน น้ำตาลมันลดลง มันก็คุมน้ำตาลได้ เลยคิดว่ายาก่อนอาหารสำคัญที่สุด ช่วยคุมโรคได้มากที่สุด”

(AF19_G1 กลุ่มที่ 1)

จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประเมินประสิทธิภาพของยาผ่านระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงหลังจากรับประทานยา เช่น ยาก่อนอาหารสำคัญกว่ายาหลังอาหาร เพราะรับประทานยาแล้วระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับยาลดความดันโลหิตมีความคิดเห็นเป็นไปในทางเดียวกันที่ว่า ยาช่วยให้ร่างกายกลับมาปกติ ดังคำกล่าว ดังนี้

“สำคัญ เพราะมันทำให้ความดันเราไม่ขึ้นด้วย แล้วกินไปเรานอนหลับดี”

(AF17_G1 กลุ่มที่ 1)

“งั้นก็คงอันนี้เพราะมันกินเช้า เย็นนะ อันนี้จะ (ชี้ที่ยาลดความดัน) เพราะว่าเรามันเป็นความดัน ความดันมันคอยแต่จะขึ้น”

(AF14_G3 กลุ่มที่ 3)

จากการให้ความสำคัญของการรับประทานยาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยา ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ในด้านผลการรักษาที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และการรับรู้ว่าการรับประทานยาทำให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี และเกิดมุมมองว่า ยานิดนั้นมีความสำคัญในมุมมองของผู้ป่วย ทั้งนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตัวใด มีที่มาจากการประเมินประสิทธิภาพของยาจากประสบการณ์ของตนและนำไปสู่การให้คุณค่าของยาแต่ละชนิดไม่เท่ากัน จากการศึกษา พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเคยพบเจอมาทำให้เกิดชุดความคิดของการให้ความสำคัญกับยาแต่ละชนิดที่แตกต่างกันออกไป

ความกังวลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

ความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาในที่นี้หมายถึง ความกังวลว่ายาส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือเกิดผลลบสะสมจากการรับประทานยาต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน หรือจากการใช้ยา

หลายรายการร่วมกัน (14,16) ความกังวลนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์การใช้ยาและการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เช่นเกี่ยวกับการตีความหมายของยาและความเชื่อด้านความจำเป็นของยา การศึกษาที่พบว่า ความกังวลสะท้อนออกมาในรูปแบบของการกลัวการเกิดภาวะไตวายจากการใช้ยาจำนวนมากหรือการรับประทานยาหลายรายการร่วมกัน โดยความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามากเกินไป (general-overuse) หรืออันตรายที่เกิดจากการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย (general-harm) (14) สามารถสะท้อนได้จากคำบอกเล่าที่แฝงอยู่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เช่น “ผมกลัวกินมาก หนักเข้า หนักเข้าเป็นปี ๆ มันจะเป็นไต” หรือ “กินเยอะ ๆ แล้วมันจะเป็นอะไร เป็นอันตรายกับไตเราหรือเปล่า” และ “มันนานจัด ก็กินมานานแล้ว” ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญคิดว่า การรับประทานยาหลายรายการร่วมกันและการรับประทานยาต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน แม้ว่าจะสามารถช่วยให้ร่างกายรู้สึกปกติหรือทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติ แต่ก็ยังมีความกังวลว่าจะส่งผลเสียมากกว่าผลดีต่อร่างกาย ดังคำบอกเล่า ดังนี้

“ผมกลัวกิน (ยา) มาก หนักเข้า หนักเข้าเป็นปี ๆ มันจะเป็นไต...ละผมก็กลัวชิ กลัวเป็นไต”

(AM01_G1 กลุ่มที่ 1)

“บ้าก็กลัวเนาะ กินเยอะ ๆ แล้วมันจะเป็นอะไร เป็นอันตรายกับไตเราหรือเปล่า”

(AF02_G3 กลุ่มที่ 3)

“มันนานจัด ก็กินมานานแล้ว ชัก 20 ปีได้มั้ง... ก็ทำไงได้ ก็ต้องกิน”

(AF14_G3 กลุ่มที่ 3)

การกลัวโรคไตจากการรับประทานยาจำนวนมากหรือเป็นเวลานานเป็นชุดความคิดที่ถูกส่งต่อกันในชุมชนเพื่อให้เกิดความระวังในการรับประทานยา ความหมายหนึ่งของการส่งต่อความเชื่อนี้ คือ การแสดงความห่วงใยและความผูกพันของคนในชุมชนที่ส่งต่อถึงกัน โดยมักจะส่งต่อกันเป็นทอด (22-23) เมื่อสอบถามผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มเกี่ยวกับที่มาของความเชื่อดังกล่าว ส่วนใหญ่ตอบไปในทางเดียวกันว่า “เขาวัว...” หรือ “เขาบอกมา...” จึงทำให้เป็นเรื่องยากที่จะค้นหาที่มาของการส่งต่อความเชื่อนี้ สะท้อนจากคำบอกเล่า ดังนี้

“เขาวัวกินยามาก มันแสดงไต ระวังนะจะเป็นไตเอา เราก็ไม่อยากจะกินยาเยอะอะนะ ...เขาบอกมานะ พวกชาวบ้านเขาบอกว่า เอ็งนะ อย่าไปกินยาเยอะ ระวังนะ

กินยา 2 ตัว 3 ตัว มันแสดงไต เขาก็พูดอย่างนี้มา ก็ใครจะไปอยากเป็นอะไรไตนะ ก็คิดตามเขาวัวชิ...คิดย้ายอยู่นั้น”

(AF20_G2 กลุ่มที่ 2)

“เขาบอกว่า กินยามาก ๆ ไตจะพัง ไทวันหนึ่งกินยาสิบกกว่าเม็ด มันจะไหวปะไตนะ...”

(AM08_G2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 2)

ความกังวลในการใช้ยาโดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคไตซึ่งเป็นชุดความเชื่อที่ส่งต่อมาเป็นทอดในชุมชนและพบได้ในผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้น ความเชื่อด้านความกังวลที่มีต่อยา (specific- concerns) และด้านความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยา (general-harm) นี้จึงเป็นชุดความเชื่อที่สะท้อนความกังวลเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Choowattanapakorn และ Suriyawong ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกลัวโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากเป็นโรคแทรกซ้อนและกลัวที่จะต้องฟอกไตต่อเนื่องไปตลอดชีวิต รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่สูง (23) ยาเป็นสาเหตุของโรคไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานนั้นยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Paechaiyaphum และ Theeranut ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้โรคไตจากเบาหวานมีสาเหตุจากการใช้ยาร่วมกับสาเหตุจากการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 41.20) (24)

ลักษณะพฤติกรรมการใช้ยา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเชื่อทั้งด้านความจำเป็นของการใช้ยาและด้านการให้ความสำคัญกับการรับประทานยา ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับการรับประทานยาส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยอาจจะไม่ได้สัมพันธ์กับผลการตรวจทางการแพทย์ กล่าวคือ แม้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่แพทย์กำหนด แต่ความเป็นจริงผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความตั้งใจและให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเช่นเดียวกับกลุ่มที่ทางการแพทย์ระบุว่า สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ดังสะท้อนจากข้อความของกลุ่มที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ของการรักษาให้เป็นตามเป้าหมายได้ดังนี้

“ถ้าเราไม่กิน (ยา) มันก็อยู่ไม่ได้ชิ ก็เตี้ยก็ความดันขึ้น เตี้ยก็เบาหวานขึ้นอยู่นั่นเอง ถ้าไม่ได้กินยา ฮ่า ๆ”

(AF20_G2 กลุ่มที่ 2)

“ไอ้ ไอ้เรื่องยานี้ วันหนึ่งเป็นสิบกกว่าเม็ดไม่เคยขาด”

(AM08_G2 กลุ่มที่ 2)

AF20_G2 มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 150/73 และมี HbA1C 7.6 ส่วน AM08_G2 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hb1Ac 10.5 แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มนี้ก็ยังมี ความตั้งใจในการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Leaugnsomnapa และคณะ เกี่ยวกับ อิทธิพลที่สูงของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยามีความสัมพันธ์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยระดับมากอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (25)

ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลกับการใช้ยา หลายรายการร่วมกันและการใช้ยาเป็นเวลานาน รวมทั้ง บริบทอื่น ๆ ทางสังคมทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอาจมีข้อจำกัด ในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้นจึงทำให้เกิดการ ปรับพฤติกรรมการใช้ยาให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางรายที่เคยผ่านประสบการณ์ที่ไม่ดีจาก การใช้ยาแผนปัจจุบันมักจะปรับขนาดยาเอง เช่น ผู้ให้ข้อมูล สำคัญกลุ่มที่ 1 บางรายที่ลดยาความดันโลหิตลงเองเพราะ รู้สึกไม่สบายตัว จึงเลือกปรับเปลี่ยนการรับประทานยา จาก การศึกษานี้พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 1 และ 3 จำนวน 4 คน มีการปรับวิธีการใช้ยาที่เปลี่ยนไปจากคำสั่ง ใช้ยาของแพทย์ ดังคำกล่าวดังนี้

“ลด (ยา) ลงเอง ...กิน (ยา) เข้า กับกิน (ยา) ตอน เย็น เนี่ยนะมันเวียนหัว...บ้านหมุนเลย... ผมก็เลยลองกิน (ยา)...พอลองกิน (ยา) แค่วันละครั้ง อาการเวียนมันก็ดีขึ้น”

(AM01_G1 กลุ่มที่ 1)

“ใช้ ลดยาเองเลย ที่นี้ก็มาวัด (ความดัน) ก็ธรรมดา ก็กินนี้ก็ธรรมดา...อีนี่ (ยาความดันตัวใหม่) ไม่กินแล้ว...ไม่ กินมา เป็น 2 เดือนแล้วมั้ง”

(AF11_G1 กลุ่มที่ 1)

“เรื่องลิ้ม ไม่มีลิ้มหรอกนะ ถ้าจะไม่กิน คือยังเอง”

(AF19_G1 กลุ่มที่ 1)

“ไอ้ยาความดันที่มันกิน 50 (มิลลิ) กรัมอะ กินแล้ว มันมันหัว เวียนหัวแหละ ก็พอกินครึ่งเม็ดมันก็ดีขึ้นไง”

(AF03_G3 กลุ่มที่ 3)

จากข้อความข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีการ ปรับเปลี่ยนการใช้ยาตามบริบทของตนเอง อยู่ในกลุ่มที่ ควบคุมอาการของโรคได้และกลุ่มควบคุมอาการได้บ้างและ ไม่ได้บ้าง หากประเมินผลการรักษาจากผลตรวจทาง การแพทย์อาจไม่สามารถทราบได้ว่า แท้จริงแล้วผู้ให้ข้อมูล

สำคัญมีการปรับการใช้ยาจากที่แพทย์สั่ง โดยผู้ให้ข้อมูล สำคัญได้ให้ข้อมูลว่าไม่ได้แจ้งการปรับเปลี่ยนยาของตนต่อ บุคลากรทางแพทย์ ซึ่งการปรับการใช้ยาเองเป็นอำนาจ การเลือกใช้ยาของผู้ป่วยเองที่อยู่เหนือกว่าอำนาจการสั่ง ใช้ยาจากแพทย์ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว อำนาจ การตัดสินใจใช้ยาเป็นของผู้ป่วยมากกว่าของแพทย์ (26)

พฤติกรรมกรรมการปรับการใช้ยาเองสามารถพบได้ใน ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้น ผลการตรวจทางการแพทย์ไม่ว่าจะ เป็นค่าผลระดับน้ำตาลในเลือดหรือค่าระดับความดันโลหิต จึงไม่ใช่เครื่องบ่งบอกความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงของ ผู้ป่วย พฤติกรรมการใช้ยาที่พบจากการศึกษานี้เหมือนกับ ที่พบในการศึกษาของ Wongprasertsuk และคณะ ที่ศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด ซึ่งพบว่า ร้อย ละ 90.65 ของผู้ป่วยรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุก วัน (27) จากการทำความเข้าใจพฤติกรรมการใช้ยา ทำให้ เข้าใจได้ว่าไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มใดก็ตาม มักมีการปรับ พฤติกรรมการใช้ยาให้เข้ากับบริบทการใช้ชีวิตของตนเอง แม้ว่าการปรับการใช้ยาอาจจะไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง และใน บางรายมีการปรับการใช้ยาโดยไม่ได้แจ้งแพทย์ ซึ่งเมื่อผล ตรวจทางการแพทย์ออกมาปกติและถูกจัดเป็นกลุ่มที่ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ก็ทำให้ผู้ป่วยยังคง รับประทานยาในแบบที่ตัวเองมีการปรับใช้ยานั้นต่อไป

นอกจากพฤติกรรมการใช้ยาแล้ว สิ่งที่ทำให้ข้อมูล สำคัญเชื่อว่าเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ไม่ต้องใช้ยารักษา เพิ่มขึ้นหรือช่วยให้พวกเขาควบคุมอาการของโรคได้คือ พฤติกรรมการรับประทานและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ ที่พบว่า ผู้สูงอายุ รับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์-พยาบาลอย่างสม่ำเสมอในด้านอาหารและการออก กำลังกาย (23) ดังสะท้อนผ่านคำกล่าวดังนี้

“หมอบอกให้กินจิตนะ ฉันทก็กินจิตมาเรื่อย”

(AF24_G1 กลุ่มที่ 1)

“เรื่องกินสำหรับมากที่สุด ตอนเย็นก็ต้องควบคุม ข้าวที่กินมั้ง”

(AM08_G2 กลุ่มที่ 2)

“อย่างตอนเย็น ๆ เข้า ๆ เราก็จะออกกำลังกายเบา ๆ ด้วยวิธีเดิน ไม่พยายามนั่งมาก... อันไหนเรารู้ว่าอาหาร ประเภทนี้ควรดบ้าง ก็อย่าไปแตะมันมาก”

(AF29_G3 กลุ่มที่ 3)

จากข้อความจะเห็นได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม ให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหาร การปรับพฤติกรรมสุขภาพทั้งการรับประทาน และการออกกำลังกาย เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามเป้าหมาย และผู้ป่วยเองมีความหวังว่าสักวันจะได้กลับมาใช้ชีวิตปกติโดยไม่ต้องรับประทานยาหรือได้ลดยาลงมาบ้าง ดังสะท้อนผ่านคำบอกเล่าที่ว่า

“ก็เ็นอย่างว่า ตอนไปถามหมอว่า ถ้าความดันลงจะลดยาให้ใช้ใหม่ ลดได้มั้งไหมแล้ว แต่หมอบอกว่า ไม่ได้ ต้องกินตามแพทย์สั่ง ห้ามลดยา วังั้น เพราะเราไปบอกหมอว่า เรากินยาความดันวันหนึ่ง 2 เม็ด เราก็อยกลดลงเหลือวันละเม็ด หรือครึ่งเม็ดเงี้ยะ”

(AF20_G2 กลุ่มที่ 2)

การศึกษานี้ยังพบว่า มีการเลือกใช้สมุนไพรและอาหารเสริมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่มมีมุมมองที่แตกต่างกันในสองทิศทาง ส่วนหนึ่งมีการแสวงหาสมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อหวังให้ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงหรือทำให้อาการไม่สบายกาย-ใจของตนเองดีขึ้น เช่น

“มีกิน ๆ กิน เขากินกระท่อมกันด้วย ฮ่า ๆ เรากะลองให้มันลดน้ำตาล (พลาซาช่าบวกเขิน) หมอจะได้ไม่ว่า ช่วงนั้นน้ำตาลขึ้นเยอะ ฮ่า ๆ”

(AF07_G2 กลุ่มที่ 2)

“พี่เ้ามาช่วย น่าจะช่วยเรื่องเบาหวาน น้ำตาลนะ แล้วก็ที่บ้านพี่ ก็เอาพวกตะไคร้ ใบมะกรูดมาต้มกินแทนน้ำ พี่ก็กินกับเค้าด้วยนะ แต่ไม่ได้กินเป็นกิจจะลักษณะ”

(AF28_G3 กลุ่มที่ 3)

ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 ปฏิเสธการใช้สมุนไพรและอาหารเสริม เพราะมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์หรือบางคนมีประสบการณ์การเห็นผู้ที่รับประทานแล้วไม่ได้ผล จึงปฏิเสธการใช้สมุนไพร

“ไม่เอาเลย พวกสมุนไพร ไม่เอาเลย ป้าไม่ทานเลย พวกอาหารเสริม สมุนไพร ฟังเค้าโฆษณา ก็ไม่เอาเลย”

(AF31_G1 กลุ่มที่ 1)

“ไม่เคยกินเลย เมื่อก่อนกิน ใครบอกให้กินอะไรกินอะไรดีก็กิน แต่ก็น้ำตาลก็ไม่ลด น้ำตาลก็เพิ่ม ๆ ลด ๆ... ละมันก็ไม่ลด แต่พอเลิกกินแล้วมากินเฉพาะของหมอ”

(AF15_G1 กลุ่มที่ 1)

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มมีความเห็นที่แตกต่างในด้านการแสวงหารักษาอื่น ๆ และการใช้สมุนไพร กลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ส่วนใหญ่มุมมองว่าไม่ต้องการใช้

สมุนไพรและผลิตภัณฑ์อื่นนอกจากยาที่ได้รับจากแพทย์ ขณะที่กลุ่ม 2 และ 3 ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตไม่ได้ มีทัศนคติและมุมมองที่ดีต่อการแสวงหาสมุนไพรมาช่วยควบคุมอาการของโรคตั้งสะท้อนจากข้อความข้างต้น ซึ่งการแสวงหารักษาตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และวิธีการรักษาอื่น ๆ สะท้อนความหวังว่าตนเองจะมีร่างกายที่กลับมาสุขภาพดี และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นได้อย่างปกติสุขนั้นสอดคล้องกับตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock ที่ผู้ป่วยดูแลตนเองเนื่องจากการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์และข้อเสียของการรักษา จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้วิธีการรักษาขึ้น (28)

นอกจากนี้บริบทของครอบครัวในพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นครอบครัวใหญ่อยู่กันหลายคนทั้งพ่อ แม่ ตายาย และลูกหลาน พบว่า คนในครอบครัวมีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและค่อนข้างมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย สะท้อนจากคำกล่าว ดังนี้

“ถ้าเราไม่นั้น หลานมันก็จะจัด (ยา) ให้กิน ช่วย ๆ เลี้ยงมาตั้งแต่เล็ก ๆ พ่อแม่เขาแยกทางกัน มันก็ช่วยเรา”

“หลาน ๆ มีหลานอยู่คนหนึ่ง เขาจัดยาให้ หลานจบ ม.6... มันก็ดีนะ คอยจัดยาไว้ให้ว่าอันนี้เป็นนี่นะ”

(AF20_G2 กลุ่มที่ 2 อาศัยอยู่กับหลานที่คอยจัดยาให้)

สะท้อนให้เห็นว่าอิทธิพลอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการรักษา ได้แก่ บริบทเชิงสังคมและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยา การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมรับประทานของผู้ป่วย (27) ดังการศึกษาของ Rungsawang ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และทีมสุขภาพอย่างดี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (29)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่า 9 ปี จึงมีความคุ้นเคยกับโรค ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม 1) มีการรับรู้และนิยามความหมายของยาเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ยาเป็นเสมือนตัวช่วยให้กลับมา มีร่างกายปกติ เป็นการรับรู้ประโยชน์และประสิทธิภาพของยา พร้อมกับมีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (BMQ) ของ Horne และคณะ 2) ก่อนการศึกษา ผู้วิจัยคาดว่ากลุ่มที่ควบคุมอาการไม่ได้ น่าจะมีความคิดที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาและการให้ความสำคัญต่อการรับประทานยา แต่ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 3 กลุ่มให้ความสำคัญกับการรับประทานยาและมีแนวโน้มพฤติกรรมการใช้ยาไปในทิศทางเดียวกัน 3) ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดที่แตกต่างกันเป็นสองทิศทางในเรื่องการใช้สมุนไพรมาช่วยในการรักษา ส่วนหนึ่งมีการแสวงหาสมุนไพรหรืออาหารเสริม เพื่อหวังให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งปฏิเสธการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมโดยสิ้นเชิง

การศึกษานี้การทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มซึ่งสะท้อนให้เห็นมุมมองของผู้ป่วยซึ่งยึดโยงระหว่างประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อ ทศนคติของผู้ป่วย การตรวจรักษาของแพทย์ และนำไปสู่การรับรู้ การตีความหมายเกี่ยวกับยา และส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งด้านความจำเป็นของยา รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาที่มากเกินไปที่อาจส่งผลต่อร่างกายของตนดังเช่นที่สะท้อนในเรื่องความกังวลเกี่ยวกับไต และส่งผลต่อการตัดสินใจปรับวิธีการใช้ยาตามความเข้าใจและความเชื่อของตน

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด 3 ประการประการที่หนึ่ง ระยะเวลาการศึกษาที่อาจไม่เพียงพอที่จะเก็บข้อมูลจากประชากรในกลุ่มใหญ่มากขึ้น เพื่อให้เข้าใจมุมมองการใช้ยาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากบริบทการใช้ยาในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมการใช้ยาของแต่ละท้องถิ่นที่ ประการที่สอง คือ ช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การเข้าพื้นที่แต่ละครั้งมีความไม่สะดวก และต้องมีการเว้นระยะเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลพอสมควรเพื่อความปลอดภัยของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และมีบางช่วงที่ไม่สามารถเข้าเก็บข้อมูลได้ ประการสุดท้าย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลมักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ หรือเป็น

กลุ่มที่ทางโรงพยาบาลเห็นว่ามีการคงที่ ในอนาคตอาจต้องทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงเพิ่มเติม
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่องความหมายเกี่ยวกับยาและพฤติกรรมการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับทราบ และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อให้เข้าใจมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อยามากยิ่งขึ้น การศึกษาในอนาคตโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในลักษณะนี้ ควรทำการศึกษาในหลายพื้นที่มากขึ้น เพื่อให้เข้าใจมุมมองของผู้ป่วยที่มากขึ้น และควรมีการศึกษา แบบผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นี้ได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้จะสำเร็จลุล่วงไม่ได้หากขาดความอนุเคราะห์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์แก่การศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Buszko K, Obońska K, Michalski P, Kosobucka A, Jurek A, Wawrzyniak M, et al. The Adherence Scale in Chronic Diseases (ASCD). The power of knowledge: the key to successful patient — health care provider cooperation. *Med Res J* 2016; 1: 37-42.
2. Mekonnen GB and Gelayee DA. Low medication knowledge and adherence to oral chronic medications among patients attending community pharmacies: a cross-sectional study in a low-income country. *Biomed Res Int* 2020; 2020: 4392058. doi: 10.1155/2020/4392058.
3. Clyne B, Cooper JA, Boland F, Hughes CM, Fahey T, Smith SM. Beliefs about prescribed medication among older patients with polypharmacy: a mixed methods study in primary care. *Br J Gen Pract* 2017; 67: e507-18.

4. Van der geest S and Whyte SR. The charm of medicines: Metaphors and metonyms. *Med Anthropol* 1989; 3: 345-67.
5. Sringernyuang L. Socio-cultural dimensions of drug use in the community: development of knowledge from theory and research. Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health; 1999.
6. Jongwilaikasem K, Lerkiatbundit S. Development of the Medication Adherence Scale for Thais (MAST). *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2021; 13: 17-30.
7. Chuengsatiansup K, Sringernyuang L, Paonil W. Medication versus community: socio-cultural dimensions. Nonthaburi: Society and Health Institute; 2007.
8. Limdul P. Drug consumer protection in the community. Ang Thong: Ang Thong Provincial Public Health Office; 1991.
9. Chanthapasa K. Patient insight: reason of patient (did not) take medicines. Khon Kaen: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University; 2021.
10. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF diabetes atlas: Global, regional and country level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* 2022; 183: 109-19.
11. Kanchanapibulwong A, Kamwangsanga P, Kaewta S. Situation report on NCDs, diabetes, hypertension and related risk factors 2019. Nonthaburi: Graphic and Design; 2020.
12. Ruangphaisan M and Chanthapasa K. Reasons for medication non-adherence from the perspective of type 2 diabetic patients: A case study of Warit-Chaphum Hospital, Sakon Nakorn. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2020; 12: 481-93.
13. U-ingrai S. Perspective, illness beliefs and self-care behavior among type 2 diabetic patients with third stage chronic kidney disease; case study in sub-district health promoting hospital. *Chiangrai Medical Journal* 2020; 2: 104-15.
14. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs About Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999; 14: 1-24.
15. Murray MD, Morrow DG, Weiner M, Clark DO, Tu W, Deer MM, et al. A Conceptual framework to study medication adherence in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004; 2: 36-43.
16. Horne R. Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. *Perceptions of health and ill-ness: current research and applications*. London: Harwood Academic; 1997.
17. Woodham N, Taneepanichskul S, Somrongthong R. Medication adherence and associated factors among elderly hypertension patients with uncontrolled blood pressure in rural area, Northeast Thailand. *J Health Res* 2018; 32: 449-58.
18. Desta M, Yibeltal D, Memiah P, Ayenew T, Mulugeta H, Gadefaw M, et al. Antihypertensive medications adherence and associated uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *Int J Afr Nurs Sci* 2022; 16: 100404.
19. Rubio JS, García-Delgado P, García-Delgado P, Mateus-Santos H, Martínez-Martínez F. Martínez-Martínez. Measurement of patients' knowledge of their medication in community pharmacies in Portugal. *Cien Saude Colet* 2015; 20: 219-28.
20. Simonsen BO, Johansson I, Daehlin GK, Osvik LM, Farup PG. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 175. doi: 10.1186/1472-6963-11-175.
21. Van Der Geest S. Pharmaceutical anthropology: Perspectives for research and application. In: Van Der Geest S, Whyte SR. *The context of medicines in developing countries*. Dordrecht: Springer; 1988.

22. Chantra C and Mounkan J. Cause of left over drugs in elderly patients with chronic disease at Ruamjai community health care Wangthong, Phitsanulok Province. The 11th Hatyai National and International Conference; July 17th, 2020; Hatyai University. Songkhla: 2020.
23. Choowattanapakorn T and Suriyawong S. The view of illness among older persons with diabetes mellitus. Thai Journal of Nursing 2011; 26: 96-107.
24. Paechaiyaphum N and Theeranut A. Illness perception of diabetic nephropathy among patient with diabetes mellitus type 2. Journal of Nursing and Health Care 2020; 38: 23-31.
25. Leungsomnapa Y, Promproh S, Leungsomnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2013; 30: 146-57.
26. Sriprasert D. Medical dominance and the doctor-patient relationship. Thammasat Journal 2018; 37: 78-95.
27. Wongprasertsuk C, Cheuphudee N, Sathansuk W, Hiranpattanakul C. Drug use behavior of chronic disease patients of the Bang Talad Tambon Health Promoting Hospital. Kuakarun Journal of Nursing 2022; 29: 103-17.
28. Rosenstock M. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974; 2: 328-35.
29. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. Journal of Nursing, Siam University 2014; 18: 6-23.