

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

จิราพรรณ ไมแรส พย.ม.*

ศิริรัตน์ ปานอุทัย พย.ด.

ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ พย.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค เป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมอาการไม่พึงประสงค์ และป้องกันความรุนแรงจากโรคได้ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยา และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการใช้ยา และการไปรับยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค มีความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.555$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.561$, $p\text{-value} < 0.001$) แต่พบความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.280$, $p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้เรื่องยา, ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

Association between Medication Literacy and Medication Adherence among Older Persons with Multimorbidity

Jirapun Mairesse M.N.S.

Sirirat Panuthai Ph.D.

Nattaya Suwankruhasn Ph.D.

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ABSTRACT

Medication adherence in older persons with multimorbidity is an important key for controlling adverse reactions and preventing the severity of the disease. This is a cross-sectional descriptive study aimed to study medication literacy, medication adherence and the association between medication literacy and medication adherence in older persons with multimorbidity. The study participants were 88 persons who aged 60 years or above, diagnosed by doctors with two or more chronic diseases, treated with medications and attending the health-promoting hospitals in Muang district, Chiang Mai province during March 2020. Data were collected by using a structured interview questionnaire included a demographic, illness data recording form, medication literacy and adherence to refills and medications use in older people with multimorbidity. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results revealed that older persons with multimorbidity had overall the moderate levels of medication literacy and medication adherence. Medication literacy had a significantly positive correlation with medication adherence ($r = 0.555$, $p\text{-value} < 0.001$). Regarding the association in each dimension, it was found that the medication literacy was correlated with medication adherence by taking self-medication at a moderate level with statistical significance at the level of $p\text{-value} < 0.001$ ($r = 0.561$, $p\text{-value} < 0.001$), but had asignificantly positive correlation at a low level of adherence to refills and medications use according to the doctor's treatment ($r = 0.280$, $p\text{-value} < 0.05$).

Therefore, the health care professionals should be encourage older persons with multimorbidity in better medication adherence behavior.

Key words: *Medication literacy, Medication adherence, Older persons with multimorbidity*

*Corresponding Author: Jirapun Mairesse

บทนำ

อุบัติการณ์โรคเรื้อรังหลายโรคมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก และเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น โดยในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2013 พบอัตราความชุกโรคเรื้อรังหลายโรค ร้อยละ 50.3 ในประชากรที่อายุน้อยกว่า 65 ปี โดยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในประชากรที่อายุ 65-74 ปี และอัตราความชุกในประชากรที่อายุมากกว่า 85 ปี มีมากถึงร้อยละ 81.5¹ ประเทศสิงคโปร์ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุชาวเอเชียที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 498 คน พบว่าประมาณร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค² ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคในผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 300 คน พบอัตราความชุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคร้อยละ 34.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา³

โรคเรื้อรังหลายโรค (multimorbidity) หมายถึง การมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยไม่มีการเรียงลำดับของการเกิดโรค⁴ ซึ่งรูปแบบของโรคเรื้อรังหลายโรค มี 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านร่างกายร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป^{5,6} 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับโรคติดต่อเรื้อรัง⁷ และ 3) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับความผิดปกติทางจิตใจ⁸ จากการสำรวจระดับชาติของประเทศจีน พบรูปแบบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ 1) โรคข้ออักเสบหรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคทางเดินอาหาร พบอัตราความชุกร้อยละ 4.73 2) โรคข้ออักเสบหรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินอาหารพบอัตราความชุก 2.85 และ 3) โรคข้ออักเสบหรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคปอดเรื้อรัง พบอัตราความชุก 1.13⁶ จะเห็นได้ว่ารูปแบบโรคเรื้อรังหลายโรคที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านร่างกายร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป

การจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคส่วนใหญ่เป็นการจัดการด้วยยา (medication management) ซึ่งเป็นการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) และใช้ยาเป็นเวลานาน เนื่องด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้น

เพื่อให้การใช้ยาในการจัดการกับโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ⁹ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความร่วมมือในการรับประทานด้วยตนเอง (adherence with taking medications) และ 2) ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ (adherence with the filling or refilling of prescriptions) จากการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีหลายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ พลิสจุฬพล วัชรวงค์วาน และวิวัฒน์ พุทธวรรณไชย¹⁰ พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาในระยะยาว มักจะได้รับผลกระทบโดยตรง เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลายขนาน เสี่ยงต่อการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิตลดลง^{11,12}

การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความรู้เรื่องยา ซึ่งความรู้เรื่องยา (medication literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ คำนวณ และประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา¹³ การมีความรู้เรื่องยาที่ดีจะสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านขนาดยา (dosage) 2) ความรู้ด้านผลข้างเคียงของยา (adverse effects) 3) ความรู้ด้านปฏิกิริยาระหว่างยา (interactions) 4) ความรู้ด้านข้อควรระวังในการใช้ยา (precautions) และ 5) ความรู้อื่น ๆ เกี่ยวกับยา (other information) เฉพาะนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคมีทักษะความรู้เรื่องยาครบทั้ง 5 ด้าน จะนำไปสู่การตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังหลายโรคมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี มีประสิทธิภาพและปลอดภัย¹⁴ จากการศึกษาของ กุ้ยเยว่มา และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาความรอบรู้เรื่องยาในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 57.40 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความรอบรู้เรื่องยาของตนเองในระดับต่ำ

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่พบการศึกษา ในกลุ่มโรคเรื้อรังหลายโรคทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ แต่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่โรคเรื้อรังรายกลุ่มโรค ได้แก่ การศึกษาในประเทศจีนของ ชวงเจียว ซื่อ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุเฉลี่ย 60.6 ปี จำนวน 420 คน พบว่าความรอบรู้เรื่องยามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = 0.342$, $p\text{-value} < 0.01$) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้เรื่องยาในระดับสูง จะ ทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าว อาจไม่สามารถอธิบายในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังหลายโรคได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านปัจจัย เกี่ยวกับยาที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคจะได้รับยา หลายขนาน บริบทระหว่างผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุจีนที่ อาจมีผลต่อความรอบรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างของการศึกษา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรอบรู้เรื่องยาและ ความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลายโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรอบรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (cross sectional study)

ประชากร

ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยมีรูปแบบของโรคเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ 1) กลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังด้านร่างกายร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป เช่น โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว และ โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับ โรคติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงกับโรคติดเชื้อ เอชไอวี เป็นต้น และ 3) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วม ความผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และโรคทางเดินอาหาร เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป อาศัยอยู่ใน เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการรักษาด้วยยา เช่น ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง และยารักษาโรคเบาหวาน เป็นต้น
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้ แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา (mental status questionnaire) ต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป จาก คะแนนเต็ม 10 คะแนน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ไม่สะดวกเข้าร่วมใน การวิจัยครั้งนี้ หรือตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ไม่ครบ ตามที่กำหนดไว้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 0.30 และจากนั้นเปิดตารางในหนังสือ เดนิส โพลิต และเชอริล ทาทาโน เบค¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน

การคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล โดยแบ่งตามทิศภูมิศาสตร์และ สุ่มเลือกอย่างง่าย (simple random sampling) พื้นที่ละ 1 โรงพยาบาล จากนั้นกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนประชากรรวมในแต่ละตำบล (proportionate stratified random sampling) และทำการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่แทนที่ (selection without replacement) จากรายชื่อ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ที่มารับบริการ ที่ รพ.สต. เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่าง (sample size) เท่ากับ 88 คน ดังนี้ รพ.สต.ท่าศาลา จำนวน 23 คน รพ.สต.แม่เหียะ จำนวน 15 คน รพ.สต.หนองหอย จำนวน 14 คน และ รพ.สต.ฟ้าฮ่าม จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูล ความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และระดับการศึกษา เป็นต้น ส่วนข้อมูลความเจ็บป่วย เช่น โรคประจำตัว และประเภทของยา เป็นต้น

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังหลายโรค ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ความรู้เรื่องยาของเนต โฮรวาท และคณะ¹³ โดยได้รับการอนุญาตให้ดัดแปลงและนำเครื่องมือไปใช้ได้ ข้อคำถาม ทั้งหมด 23 ข้อ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรอบรู้ ด้านขนาดยา เป็นความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยา เมื่อสมัครรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา การใช้อย่างถูกวิธีตามข้อมูลบนฉลากยา การรับประทานยา ปฏิชีวนะ การแบ่งเม็ดยา และการคำนวณจำนวนเม็ดยา จำนวน 12 ข้อ 2) ความรอบรู้ด้านผลข้างเคียงของยา เป็นความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียง ของยา สามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้องและปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ 3) ความรอบรู้

ด้านปฏิกิริยาของยา เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกิริยา ระหว่างยากับแอลกอฮอล์ ยากับอาหาร จำนวน 2 ข้อ 4) ความรอบรู้ด้านข้อควรระวังในการใช้ยา เป็นความเข้าใจ เกี่ยวกับสัญลักษณ์บนฉลาก เช่น การใช้ยาภายนอก และการ เข้ายาก่อนใช้ เป็นต้น จำนวน 3 ข้อ และ 5) ความรอบรู้ อื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับวันหมดอายุของยา การกำจัดยา การเก็บรักษายา จำนวน 4 ข้อ โดยตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และตอบ ไม่ถูกต้อง/ไม่ตอบ ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 23 คะแนน และคะแนนอยู่ ระหว่าง 0-23 คะแนน

การแปลผลความรู้เรื่องยา ดังนี้
0.00-07.66 คะแนน เท่ากับ ความรอบรู้เรื่องยา ในระดับต่ำ
7.67-15.33 คะแนน เท่ากับ ความรอบรู้เรื่องยา ในระดับปานกลาง
15.34-23.00 คะแนน เท่ากับ ความรอบรู้เรื่องยา ในระดับสูง

เมื่อนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.94

3. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการไปรับยา และการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค ผู้วิจัยนำ มาจากแบบประเมินความร่วมมือในการไปรับยาและ การใช้ยาของซุนลิ โคร์ปาลานี และคณะ⁹ ซึ่งได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1) ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ และ 2) ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตาม แผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 12 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ (สำหรับข้อคำถามด้านบวกได้ 1 คะแนน ข้อคำถามด้านลบได้ 4 คะแนน) จนถึงปฏิบัติ ทุกครั้ง (สำหรับข้อคำถามด้านบวกได้ 4 คะแนน ข้อ คำถามด้านลบได้ 1 คะแนน) และเมื่อนำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.90

ข้อคำถามความร่วมมือในการไปรับยาและการ ใช้ยาโดยรวม จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนเต็ม 48 คะแนน และคะแนนอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน การแปลผล ดังนี้

12.00–24.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาในระดับต่ำ

24.01–36.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาในระดับปานกลาง

36.01–48.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาในระดับสูง

ข้อคำถามความร่วมมือในการไปรับยา และการ
ใช้ยารายด้าน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1. ความร่วมมือรับประทานยาด้วยตนเอง
จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 32 คะแนน อยู่ระหว่าง 1–32
คะแนน การแปลผล ดังนี้

1.00–10.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับต่ำ

11.00–21.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับปานกลาง

22.00–32.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับสูง

2. การใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา
ของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน อยู่
ระหว่าง 1–16 คะแนน การแปลผล ดังนี้

1.00–5.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือใช้
ยาระดับต่ำ

6.00–11.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือใช้
ยาระดับปานกลาง

12.00–16.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content
validity)** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ไปตรวจสอบความ
ถูกต้องทางภาษา โดยวิธีการแปลและแปลย้อนกลับ
(back translation) จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตาม
ด้านเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม จำนวน 2 ท่าน อาจารย์
พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ
จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
ด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์จำนวน 1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 10 ราย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้
เรื่องยา ค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20
(the Kuder–Richardson 20: KR–20) ได้ 0.81 สำหรับ
และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้ 0.81 สำหรับแบบสัมภาษณ์
ความร่วมมือในการไปรับยาและการใช้ยา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ โครงการเลขที่ 2563–001 รหัสโครงการ
2563–EXP001 อนุมัติ เมื่อวันที่ 21 เดือนมกราคม พ.ศ.
2563 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์
สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ที่เข้าร่วมในการทำวิจัย โดย
การแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอความ
ร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่า
สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้
ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอ
ผลการวิจัยเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้
ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น เมื่อยินยอมเข้าร่วมใน
การศึกษา ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม
หรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และสาธารณสุข
อำเภอเมืองเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อกับ
ผู้อำนวยการหรือผู้รับผิดชอบแต่ละรพ.สต. จากนั้นสำรวจ
รายชื่อผู้ป่วย แล้วนำมาสุ่มตามจำนวนที่กำหนด คัดกรอง
ตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าคุณสมบัติไม่
ตรงตามที่กำหนดจะดำเนินการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่
เพื่อให้ได้จำนวนทั้งหมด 88 ราย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงนาม
ยินยอมในการทำวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ลงในแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย
ความรอบรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค และ
แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการไปรับยา และการใช้ยา
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค โดยใช้เวลาประมาณ

30 นาที ในบ้านหรือสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนน ความรอบรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการหาค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Correlation analysis) ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความรอบรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติ โคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่า คะแนนความรอบรู้เรื่องยามีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย สถิติสปีร์แมน (Spearman's rank correlation)

ระดับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ได้แก่

$r = 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n=88)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	24 (27.30)
หญิง	64 (72.70)
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 69.63$, $SD = 7.84$)	
60-69	53 (60.23)
70-79	19 (21.59)
≥ 80	16 (18.18)
สถานภาพสมรส	
โสด	4 (4.50)
คู่	51 (58.00)
หย่าร้าง/หม้าย	33 (37.50)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	2 (2.27)
ประถมศึกษา	65 (73.86)
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	14 (15.91)
อนุปริญญา/เทียบเท่า	5 (5.69)
ปริญญาตรี	2 (2.27)

$r = 0.70-0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

$r = 0.30-0.69$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ใน

ระดับปานกลาง

$r = 0.01-0.29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ใน

ระดับต่ำ

$r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 69.63 ปี ($SD = 7.84$) สถานภาพคู่ร้อยละ 58.00 จบระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 73.86 อาศัยอยู่กับบุตรและคู่สมรส ร้อยละ 52.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 2 โรค ร้อยละ 64.77 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมัน ในเลือดสูงร้อยละ 39.80 และมีโรคเรื้อรัง 3 โรคร้อยละ 35.23 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุดร้อยละ 27.33 ได้รับยา ชนิดยารับประทาน ร้อยละ 95.50 จำนวนเม็ดยาต่อวัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพปัจจุบัน	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	45 (51.14)
รับจ้าง	28 (31.81)
ธุรกิจส่วนตัว	13 (14.77)
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	2 (2.28)
รายได้ตนเองต่อเดือน (บาท)	
$\leq 2,475$	27 (30.70)
2,476-5,000	26 (29.50)
5,001-10,000	25 (28.40)
$\geq 10,001$	10 (11.40)
ลักษณะการอยู่อาศัย	
อยู่กับบุตรและคู่สมรส	46 (52.27)
อยู่กับบุตร	17 (19.32)
อยู่กับบุตร หลาน	14 (15.91)
อยู่เพียงลำพัง	6 (6.82)
อยู่กับคู่สมรส	5 (5.68)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n=88) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ *		ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค (ปี)	
บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล)	88 (100.00)	0 – 1	5 (5.70)
อินเทอร์เน็ต	20 (22.72)	2–5	14 (15.90)
โทรทัศน์	19 (21.60)	6–10	33 (37.50)
สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือ วารสาร นิตยสาร)	15 (17.04)	11–20	19 (21.60)
โรคประจำตัว		≥ 21	17 (19.30)
จำนวน 2 โรค	57 (64.77)	ประเภทยาที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังหลายโรค *	
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง	35 (39.80)	ยาปรับปรทาน	84 (95.50)
โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง	9 (10.23)	ยาปรับปรทานและยาฉีด	3 (3.40)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	8 (9.10)	ยาปรับปรทานและยาพ่น	1 (1.10)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง	4 (4.50)	จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน	
โรคความดันโลหิตสูงและโรคซึมเศร้า	1 (1.14)	1–2	19 (21.60)
จำนวน 3 โรค	31 (35.23)	3–5	41 (46.60)
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง	24 (27.33)	6–10	22 (25.00)
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหอบหืด	3 (3.40)	≥ 11	6 (6.80)
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ	3 (3.40)	สิทธิการรักษา	
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคพาร์กินสัน	1 (1.10)	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66 (75.00)
		สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15 (17.00)
		จ่ายเอง	4 (4.60)
		สิทธิประกันสังคม	3 (3.40)
		สถานบริการด้านสุขภาพที่ใช้ตามสิทธิ	
		โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลรัฐ	38 (43.20)
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	30 (34.1)
		โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	9 (10.20)
		โรงพยาบาลเอกชน	9 (10.20)
		คลินิก	2 (2.30)

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคความรู้เรื่องยา พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยาเท่ากับ 13.73 คะแนน (SD = 3.56) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.70 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในภาพรวมเท่ากับ 35.80 คะแนน (SD = 4.06) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.50

เมื่อจำแนกความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง เท่ากับ 24.05 คะแนน (SD = 3.60) อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.14) จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน และค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ เท่ากับ 11.76 คะแนน (SD= 1.05) อยู่ในระดับปานกลาง จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา
(n = 88)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน แบบสัมภาษณ์	ผลของช่วง คะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ ภาพรวม
ความรู้เรื่องยา	00.00-23.00	5.00- 20.00	7 (8.00)	49 (55.70)	32 (36.30)	13.73 (3.56)	ปานกลาง
ความร่วมมือในการใช้ยา	12.00-48.00	28.00-45.00	0	48 (54.50)	40 (45.50)	35.80 (4.06)	ปานกลาง
รับประทานยาด้วย ตนเอง	1.00 - 32.00	17.00-32.00	0	21 (23.86)	67 (76.14)	24.05 (3.60)	สูง
การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการ รักษาของแพทย์	1.00-16.00	9.00-13.00	0	40 (45.45)	48 (54.55)	11.76 (1.05)	ปานกลาง

ประมาณ 3-5 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 46.60 ดังตารางที่ 1
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยา
และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค
พบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.555$, $p\text{-value} < 0.001$) และ
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา (n = 88)

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์
เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง
อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.561$,
 $p\text{-value} < 0.001$) และความร่วมมือในการใช้ยาอย่าง
ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับต่ำ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.280$, $p\text{-value} < 0.05$)

ความร่วมมือในการใช้ยา	r_s	ระดับความสัมพันธ์
ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม	0.555***	ปานกลาง
ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง	0.561***	ปานกลาง
ความร่วมมือใช้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์	0.280**	ต่ำ

หมายเหตุ: ** $p\text{-value} < 0.05$, *** $p\text{-value} < 0.001$, r_s = spearman rank correlation

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากเนื้อหาบางข้ออาจมีความยาก ซึ่งจะต้องคิดวิเคราะห์และคำนวณเกี่ยวกับยา จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการตอบคำถามที่ถูกต้องได้

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องยาอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ คำนวณ และประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างไม่มากนัก ปัจจัยที่อาจส่งผลให้ความรู้เรื่องยาของกลุ่มตัวอย่างลดลง ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษาซึ่งร้อยละ 73.86 ของกลุ่มตัวอย่างจบระดับประถมศึกษา

โดยสามารถอ่านออกเขียนได้ในสิ่งต่างๆ เช่น การอ่านฉลากยา แต่อาจจะยังไม่สามารถคิดวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความยากหรือซับซ้อน เช่น การคิดวิเคราะห์ถึงโอกาสเกิดอันตรายจากการได้รับยาหลายชนิด การตัดสินใจในการเลือกนำข้อมูลมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมกับอายุที่มากขึ้น ทำให้มีปัญหามองเห็นและการได้ยิน ทักษะทางปัญญาลดลง เป็นข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยา หรือการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ นอกจากนั้นปัจจัยด้านการได้รับยาหลายขนาน ได้รับยาตั้งแต่ 3-5 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 78.40 ของกลุ่มตัวอย่างมักเกิดความซับซ้อนเกี่ยวกับขนาดยา วิธีการใช้ยา ความแตกต่างทั้งในรูปแบบ

ตารางที่ 3

ยารับประทาน ยาฉีด หรือยาพ่น นอกจากนั้นอาจเป็นปัจจัยด้านระบบสุขภาพทำให้ผู้ให้บริการมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเอกสาร เช่น ใบกำกับยา ข้อมูลบนซองยา ที่มีขนาดตัวอักษรเล็ก และบางครั้งใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจหรืออ่านลำบาก ดังข้อมูลจากการศึกษาของมาร์เกตา มาร์วาโนวา และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับความเข้าใจในการใช้ยาในผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า จำนวนยาตามใบสั่งแพทย์ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนความเข้าใจในการใช้ยาที่ลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลให้ความรอบรู้เรื่องยาอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 58 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 52.27 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับยา โดยเฉพาะบุตรหรือหลานที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้ดี และแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับยาให้ทราบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้เรื่องยาดีขึ้น ดังการศึกษาของเฟิง เจิ้ง และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาสถานะความรู้เรื่องยาของผู้ป่วยนอกในสถานพักฟื้น เมืองฉางชา ประเทศจีนพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องยา

ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม และความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ในการศึกษานี้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น สมาชิกครอบครัวจะคอยช่วยเหลือเตือน กระตุ้นให้รับประทานยาหรือใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ พาไปรับการรักษาและรับยาตามนัด ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคสามารถใช้ยาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์¹⁴ นอกจากนั้นผู้สูงอายุทุกคนได้รับข้อมูลถูกต้องจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และวิธีการใช้ยา ดังการศึกษาของสติตร์ รุงส์วาล์²⁰ ได้ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรับรู้โอกาสเสี่ยง ทราบความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์ของยา

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนาน โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตั้งแต่ 3 เม็ดขึ้นไปต่อวัน (ร้อยละ 78.40) อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น จดจำผิดหรือสับสนเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา อาจทำให้ใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินิตดา ตรุณถนอม และคณะ²¹ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยาสูงถึงร้อยละ 90.30

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยากับความร่วมมือในการใช้ยา พบความสัมพันธ์ทางบวกทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยความร่วมมือรับประทานยาด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคมีความรอบรู้เรื่องยาในระดับที่ดี ย่อมส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับที่ดีด้วยเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาจากแหล่งต่างๆ จะช่วยทำให้มีองค์ความรู้ ประกอบการตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากข้อมูลการใช้ยามีความซับซ้อน และเฉพาะเจาะจงที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้ความรู้หรือทักษะที่มีอยู่เดิมมาช่วยให้เข้าใจข้อมูลยาได้ จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้ใหม่และความสามารถในการเข้าใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่มีหลายขนานและหลายวิธีได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับความสามารถด้านการคำนวณนับเม็ดยาหรือจำนวนเม็ดยา เพื่อวางแผนในการไปรับยาก่อนกำหนด รวมทั้งทักษะการประมวลผลข้อมูลการใช้ยา เพื่อสามารถป้องกัน แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวงเจียว ซือ และคณะ¹⁶ ประเทศจีนพบว่า ความรอบรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ยั้น หมิง วอง และคณะ²² พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้เรื่องยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับยาได้ทั้งหมด เนื่องจากเนื้อหาที่มีความยากในการทำความเข้าใจถึงวิธีการใช้ข้อควรปฏิบัติข้อระวัง และอาจขาดการแสวงหาข้อมูล และแหล่งสนับสนุนเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาค้นคว้ายังพบข้อจำกัดของผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถตอบคำถามได้เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และคำนวณ อีกทั้งยังพบว่าการอ่านฉลากยากค่อนข้างลำบาก เนื่องจากตัวหนังสือที่มีขนาดเล็ก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาอย่างไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้เวลาในการอธิบายข้อมูลการใช้ที่สำคัญ ร่วมกับทบทวนข้อมูลเหล่านั้นกับผู้สูงอายุอีกครั้งก่อนจำหน่าย สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีในการใช้ยาของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากระยะเวลาในการรอใช้บริการค่อนข้างนาน จึงเป็นข้อจำกัดของสมาชิกบางครอบครัวที่ต้องไปทำงาน จำนวนผู้ดูแลไม่เพียงพอ หรือระยะทางในการเข้ารับบริการค่อนข้างไกล ทำให้บางครั้งไม่สามารถไปส่งผู้สูงอายุตามแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้าต่อไปควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น เช่น ความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นต้น ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่รับยาหลายขนาดและหลายโรค และปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีหลายโรคร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev* 2013 Jan 31; 35(1): 75–83. doi: 10.1093/epirev/mxs009. PMID: 23372025.
2. Quah JH, Wang P, Ng RR, Luo N, Tan NC. Health-related quality of life of older Asian patients with multimorbidity in primary care in a developed nation. *Geriatr Gerontol Int* 2016 Aug 31; 17(10): 1429–37. doi: 10.1111/ggi.12881. PMID: 27576513.
3. Bua-iam P, Jareinpituk S, Siri S, Satitvipawee P. Prevalence and associated factors with multimorbidity among the elderly in Sriprachan District, Suphanburi Province. Prevalence and associated factors with multimorbidity among the elderly in Sriprachan District, Suphanburi Province. Health literacy for Sustainable Development Goal: Human Resource Development 2018; 2018 May 31–Jun 1; MUPH, Thailand. Bangkok; 2018. (in Thai)
4. Anuruang S. Multimorbidity in older persons: Situation, challenge issues, and care management. *CUNS* 2560; 29(2): 1–14. (in Thai)
5. Buja A, Claus M, Perin L, Rivera M, Corti MC, Avossa F, et al. Multimorbidity patterns in high-need, high-cost elderly patients. *PloS one* 2018 Dec 17; 13(12): 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0208875. PMID: 30557384.
6. Zhang R, Lu Y, Shi L, Zhang S, Chang F. Prevalence and patterns of multimorbidity among the elderly in China: A cross-sectional study using national survey data. *BMJ open* 2019 Aug 18; 9(8): 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024268.
7. Oni T, Youngblood E, Boule A, McGrath N, Wilkinson RJ, Levitt NS. Patterns of HIV, TB, and non-communicable disease multi-morbidity in peri-urban South Africa –across sectional study. *BMC infectious diseases* 2015 Dec; 15(1): 1–8. doi:

- 10.1186/s12879-015-0750-1.
8. Pengpid S, Peltzer K. Multimorbidity in chronic conditions: Public primary care patients in four Greater Mekong countries. *Int J Environ Res Public Health* 2017 Sep 6; 14(9): 10–9. doi: 10.3390/ijerph14091019. PMID: 28878150.
9. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *ISPOR* 2009; 12(1): 118–23. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x. PMID: 19911444.
10. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmac. Medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. *Fam Med Prim Care Rev* 2017 Sep 25; 19(4): 412–6. doi: 10.5114/fmpcr.2017.70818.
11. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et.al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs & aging* 2014 Apr; 31(4): 283–9. doi: 10.1007/s40266-014-0163-7. PMID: 24604085.
12. Kaur RJ. Elderly and medication non-adherence. *JIAG* 2019 Mar; 15(1): 1–2.
13. Horvat N, Vidic L, Kos M. Development and content validation of medication literacy assessment questionnaire [internet]. 2017 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316877942_Development_and_content_validation_of_Medication_Literacy_Assessmen_Questionnaire.
14. Rattanakitiro P, Puengchompoo W, Nanasilp P. Factors related to medication adherence in elderly with hemodialysis [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017. (in Thai)
15. Ma G, Luo A, Shen Z, Duan Y, Shi S, Zhong Z. The status of medication literacy and associated factors of hypertensive patients in China: A cross-sectional study. *Intern Emerg Med* 2019 Oct 24; 15(3): 409–19. doi: 10.1007/s11739-019-02187-0. PMID: 31650433.
16. Shi S, Shen Z, Duan Y, Ding S, Zhong Z. Association between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Frontiers in pharmacology* 2019 July 19; 10(822): 1–12. doi: 10.3389/fphar.2019.00822. PMID: 31396088.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1–765.
18. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *J Hosp Med* 2011 Nov; 6(9): 488–93. doi: 10.1002/jhm.925. PMID: 22042745
19. Zheng F, Ding S, Luo A, Zhong Z, Duan Y, Shen Z. Medication literacy status of outpatients in ambulatory care settings in Changsha, China. *J Int Med Res* 2017 Jan 12; 45(1): 303–9. doi: 10.1177/0300060516676726. PMID: 28222647.
20. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older person with chronic illness. *JNSU* 2017; 18(35): 6–23. (in Thai)
21. Darunthanom W, Utaipiboon C, Tangchitphisut P. Medication use adherence and behaviors among elderly patients with chronic diseases in Tambom HUA NGOM, Phan district, Chiang Rai Province. *CMJ* 2019; 11(1): 19–27. (in Thai)
22. Huang YM, Shiyanbola OO, Smith PD. Association of health literacy and medication self-efficacy with medication adherence and diabetes control. *Patient Prefer Adherence* 2018 May 10; 12: 793–802. doi: 10.2147/PPA.S153312. PMID: 29785094.