

ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, พย.ด.*

ธัญรัตน์ ปราบริปู, พย.ม.**

กิตติยา มหาวิริโยทัย, พย.ม.**

ฉัตรวารินทร์ บุญเดช, พย.ม.***

Received: September 27, 2023

Revised: November 14, 2023

Accepted: December 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาและเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาจำแนกตามสถานภาพสมรส ชนิดยาที่ใช้ และจำนวนโรค โดยใช้ t-test และจำแนกตามอายุโดยใช้สถิติ f-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 59.38 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35.94 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.70 จำนวนชนิดยาที่ใช้มากกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 34.40 ปัญหาการใช้ยาที่พบเป็นประจำ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด สลึมน้ำยาที่ใช้ประจำที่เหลืออยู่ติดตัวมาด้วย ร้อยละ 48.40 การลืมนับรับประทานยาร้อยละ 25.00 เมื่อลืมนับรับประทานยา จะรับประทานทันทีที่นึกได้ ร้อยละ 25.00 พบปัญหาบางครั้งคือลืมนับรับประทานยาบางมื้อ ร้อยละ 57.80 รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา 28 คน ร้อยละ 43.80 พบปัญหาน้อยมาก คือ รับประทานยาผิดขนาด ร้อยละ 96.90 และเพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็ว ร้อยละ 96.90 เปรียบเทียบโดยจำแนกตามอายุพบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยามากกว่าอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ($f=3.13, p<0.05$) ผู้ที่อยู่ลำพังมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรส ($t=2.19, p<0.05$) ผู้ที่มีโรค 2 โรคขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค 1-2 โรค ($t=1.56, p<0.05$) และผู้ที่ใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ที่ใช้ยา 1-2 ชนิด ($t=1.42, p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตามลำพัง มีโรค 2 โรคขึ้นไป และใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปควรมีผู้ดูแลโดยมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการยาอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการกำกับติดตามการใช้ยา

คำสำคัญ: ปัญหาการใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: rtafnc1@yahoo.com

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

*** พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Problems in Medication Use among Older Patients with Chronic Illness Received Treatment at Internal Medicine Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital

Watcharaporn Paorohit, PhD.*

Thanradee Prabripoo, M.S.N.**

Kittiya Mahaviriyotai, M.S.N.**

Chatvarin Boondech, M.S.N.***

Abstract

This descriptive research design aims to study and compare problems in medication use among older patients with chronic illnesses receiving treatment at the Internal Medicine Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital. The samples were older patients with chronic illnesses. The 64 older patients with chronic illnesses were selected by simple random sampling. The research instrument was a questionnaire related to problems in medication use for the older patients with chronic illness which comprising personal data and problems in medication use. The content validity index (CVI) was verified by three experts equal to 0.90, and reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient equal to 0.83. Personal data were analyzed using frequency, percentage. Comparison problems in medication use classify by marital status, the use of medication type, the number of diseases were used t-test, and classify by age was used f-test.

The results showed that 59.38% of most of the samples were 60 to 69 years old, 35.94% earned Bachelor's degree, 48.40% were unemployed, 79.70% were married and 34.40% use at least five medication types. The most common problems in medication use were forgot to bring medications left when visiting physicians 48.40%, forgot to take medicine 25%, taking medicine suddenly when realized that they forgot 25.00%. The problems sometimes found were forgot to take medicine some meal 57.80 %, bore with taking medicine 43.80%. The problems rarely found were took medicine wrong dosage 96.90%, increased dosage for the fast result of treatment 96.90%. Comparison of problems in medication use classified by age found that samples who were more than 80 years old had more problem than age 60-69 years old and 70-79 years old ($f=3.13$, $p<0.05$). Those who stayed alone had more problems than married ($t=2.19$, $p<0.05$), Those who had multiple diseases had more problems than those who had 1-2 diseases ($t=1.56$, $p<0.05$). Those who used medication more than 2 types had more problems than those who used less ($t=1.42$, $p<0.05$).

Suggestions: Older patients who were more than 80 years old, stayed alone, had multiple diseases, and used medication more than 2 types should have caregivers to participate in medication administration closely and provide home visits in conjunction with monitoring of medication use.

Keywords: Medication use problems, Elderly patient, Chronic illness

* Lecturer, Royal Thai Air Force Nursing College; Corresponding author E-mail: rtafna1@yahoo.com

** Lecturer, Royal Thai Air Force Nursing College

*** Professional Nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital

บทนำ

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุอาเซียน พบว่าสัดส่วนผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศอาเซียนมีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด 664 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 และมีผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 1.1 ประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ร้อยละ 20.9, 18.1 และ 12.3 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.5 เป็น “ผู้สูงอายุวัยต้น” ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.07 คน ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 29.48 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.45 (กรมสวัสดิการผู้สูงอายุ, 2565) และจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ตามมาคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และโรคมีความรุนแรงมากกว่าวัยผู้ใหญ่

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค (Multimorbidity) พบได้บ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 แสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1.5 แสนคน (กรมควบคุมโรค, 2565) โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และข้อเสื่อม ตามลำดับ ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดเพื่อการรักษา (เพชรรัตน์ บัวเอี่ยม และคณะ, 2561) การใช้ยาหลายชนิดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งนำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์ (Mira, 2019; เอมอร ส่วยสม, 2563) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้ยา จำนวนชนิดของยาหลายชนิดนำไปสู่ปัญหาการใช้ยาอย่างมาก เนื่องจากการบริหารยาจะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2561) ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือการรับประทานยาเกินขนาด ลืมรับประทานยา และรับประทานยาสมุนไพรที่ไม่มีเอกสารกำกับยาเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์ รวมทั้งอาจเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น ความจำบกพร่อง ภาวะสับสน เหนื่อยล้า กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ (Stegemann et al., 2012) และการศึกษาของฉันทนา นาคฉัตรีย์ และคณะ (2564) ยังพบปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุคือ วิธีการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมือยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัยทั้งการซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ การเลือกสถานบริการที่รับยาและการเก็บรักษา

จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562- 2564 มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในเวลาราชการโดยเฉลี่ยประมาณมากกว่า 12,000 ครั้งต่อปี และในปี พ.ศ. 2565 ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรก (มกราคม-มีนาคม) มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณ 3,976 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีโรครวมมากกว่า 2 โรคโดยเฉลี่ย 3,623 ราย และจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ทั้งนี้ในกลุ่ม

ผู้ป่วยดังกล่าวได้มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา 3 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา 2) การจัดการอาการข้างเคียง และ 3) พฤติกรรมการเก็บรักษายา ผลการศึกษาพบว่าทุกด้านมีระดับเหมาะสมมาก (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ และคณะ, 2564) จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในระหว่างรอรับบริการโดยการสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าได้รับยามากกว่า 5 ชนิด เนื่องจากมียาหลายชนิดที่ต้องรับประทานในเวลาที่แตกต่างกัน บางครั้งจึงลืมรับประทานยาบางมื้อ บางครั้งเมื่อนึกได้จึงรีบรับประทานยา บางครั้งรู้สึกมีศีรษะเพราะคิดว่าเกิดจากยาที่ได้รับจึงหยุดยาไว้ก่อนแล้วจึงบอกให้แพทย์ทราบเมื่อมาตรวจตามนัด แต่เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มุ่งศึกษาประเด็นพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งยังต้องการศึกษาปัญหาการใช้ยา เนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจากการได้รับยา ทำให้ได้รับยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา และส่งผลต่อการรักษาไม่ได้ผล ซึ่งอาจเกิดอันตรายจากยา และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางที่ช่วยป้องกันปัญหาการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาตามแผนการรักษา อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. เปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส จำนวนโรคและชนิดของยา

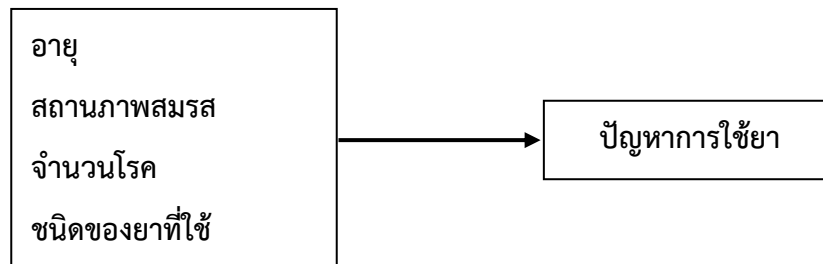
กรอบแนวคิด

จากการศึกษาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล โดยหลักการเบื้องต้นในการบริหารยาให้เกิดความถูกต้องปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ พยาบาลควรตระหนักถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ การบริหารยาและโอกาสความผิดพลาด และการมีคนในครอบครัวดูแลใกล้ชิด (จิรียา อินทนา และคณะ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายคือเมื่อมีอายุมากขึ้น จะพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามกระบวนการความชรามากขึ้น การรับรู้ที่เสื่อมถอยเพิ่มขึ้นตามอายุ ยิ่งอายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายยิ่งเพิ่มขึ้น และพบปัญหาด้านสายตาและความจำที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ในช่วงอายุ 80 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนปลาย ระบบการไหลเวียนเลือดลดลงประมาณร้อยละ 25 (Smeltzer & Bare, 2004) การไหลเวียนเลือดลดลงทำให้หัวใจวาย ทำหน้าที่เสื่อมถอยลง และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยร่วมด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้มีโอกาสรักษาด้วยแพทย์เฉพาะโรคหลายคน และได้รับยาหลายชนิด จำนวนยาที่ใช้มากขึ้น ยังมีความเสี่ยงที่จะใช้ยาผิดได้มาก หลงลืม และการใช้ยาหลายขนาน ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคน้อยกว่าและใช้นาน้อย

ชนิดกว่า (จิรียา อินทนา และคณะ, 2564; ชื่นจิตร กองแก้ว และคณะ, 2557; ปวิข พากฎิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563) และจากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรส คือการอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทำให้การใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบปัญหาน้อยกว่าผู้ที่อยู่ตามลำพัง เพราะการอยู่ลำพังโดยขาดคนคอยเตือนทำให้เกิดปัญหาการใช้จ่าย เช่น การหลงลืมรับประทานยา การรับประทานยามากหรือน้อยกว่าแผนการรักษา (ชมพูนุท พัฒนจักร, 2562) ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัญหาการใช้จ่ายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประมาณ 3,976 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยการคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากจากหมายเลขลำดับที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์

2. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

3. ได้รับการรักษาด้วยยาเกินหรือยาฉีดไม่น้อยกว่า 3 เดือน

4. อ่านออก เขียนได้

5. ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเลือกออกคือ

1. มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่รุนแรง เช่น ตามัวมากจนมองไม่เห็น อัมพาต
2. ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

กำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ independent t-test เนื่องจากเป็นการวิจัยทางการแพทย์ และ มีงานวิจัยของ วาสนา นัยพัฒน์ (2553) ที่ทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบคล้ายกัน จึงกำหนด Effect Size = 0.50, Power (1- β error prob) = 0.80 และค่าแอลฟา (α) = 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 64 คน วิธีการเก็บข้อมูลโดยทำการ ตรวจสอบผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าแล้วทำสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนโรค จำนวนและชนิดยาที่ใช้ และปัญหาการใช้ยา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และปัญหาการใช้ยา จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนเต็ม 4 คะแนน เป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ คะแนนเต็มรวม 96 คะแนน กำหนดระดับการแปลผลคะแนนปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) คะแนน 1 - 32 มีปัญหาการใช้ยาน้อย คะแนน 33 - 64 มีปัญหาการใช้ยาปานกลาง คะแนน 65 - 96 มีปัญหาการใช้ยามาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Valid Index) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ 1) เกสัชกรประจำโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ติดตามการใช้ยาที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 2) พยาบาลแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และ 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้ค่า CVI = 0.90 หาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม (คลินิกนอกเวลา) จำนวน 30 คน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB เลขที่ 15/65 อนุมัติ ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จึงขออนุญาตการเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และในกรณีที่เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ระหว่างการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกเครียดหรืออึดอัดใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักหรือ

ยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยการใช้แบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อ่านออกเขียนได้ตอบคำถามด้วยตัวเองเท่านั้น ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะถูกบันทึกในแบบบันทึกโดยใช้รหัส แทนการระบุชื่อ และนามสกุล หรือข้อความที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การนำข้อมูลไปเผยแพร่ทำในภาพรวมโดยไม่ระบุบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกับพยาบาลประจำห้องตรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 15.00 น.
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเพื่อการศึกษา ในระหว่างการรอพบแพทย์ จะได้รับการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากหมายเลขลำดับที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์
- 3) ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่ามีอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
- 4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนโรค จำนวนและชนิดยาที่ใช้ และปัญหาการใช้ยา
2. ทดสอบ Normality โดยโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov) พบค่านัยสำคัญทางสถิติ > 0.05 แสดงว่าข้อมูลกระจายปกติจึงใช้สถิติดังนี้
 - 2.1 สถิติ f-test ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัญหาการใช้ยากับ 3 กลุ่มอายุ
 - 2.2 สถิติ t-test ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัญหาการใช้ยากับสถานภาพสมรส จำนวนโรคและจำนวนและชนิดยาที่ใช้

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลแสดงจำนวนและร้อยละของอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 59.38 รองลงมาอายุ 70-79 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.68 น้อยที่สุดอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.94 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 35.94 รองลงมาระดับประถมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.69 และระดับมัธยมศึกษา 13 คนคิดเป็นร้อยละ 20.31 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 รองลงมาข้าราชการบำนาญ 24 คน

คิดเป็นร้อยละ 37.50 อาชีพเกษตรกรจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 79.70 รองลงมาคือหม้าย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.90 สถานภาพสมรสโสด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70 ส่วนใหญ่จำนวนชนิดยาที่ใช้มากกว่า 5 ชนิด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 34.40 รองลงมาใช้ยา 3 ชนิด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 23.40 และใช้ยา 2 ชนิด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	38	59.38
70-79 ปี	19	29.68
80 ปีขึ้นไป	7	10.94
การศึกษา		
ประถมศึกษา	19	29.69
มัธยมศึกษา	13	20.31
ประกาศนียบัตร	4	6.25
ปริญญาตรี	23	35.94
สูงกว่าปริญญาตรี	5	7.81
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31	48.40
ข้าราชการบำนาญ	24	37.50
เกษตรกร	6	9.40
รับจ้าง	4	6.25
สถานภาพสมรส		
คู่	51	79.70
หม้าย	7	10.90
โสด	3	4.70
แยกกัน	2	3.10
หย่า	1	1.60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชนิดยาที่ใช้		
1 ชนิด	2	3.10
2 ชนิด	10	15.60
3 ชนิด	15	23.40
4 ชนิด	8	12.50
5 ชนิด	7	10.90
มากกว่า 5 ชนิด	22	34.40

ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบว่าปัญหาที่พบเป็นประจำมากที่สุดคือเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ลืมนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลืออยู่ติดตัวมาด้วย หรือไม่ได้บันทึกภาพให้เห็นยาที่เหลืออยู่เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบเป็นประจำ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 เมื่อลืมรับประทานยา จะรับประทานทันทีที่นึกได้ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 พบปัญหาบ่อยครั้งมากที่สุดคือ หยุดยารักษาประจำตัวเองเมื่อมีอาการข้างเคียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 พบปัญหาบางครั้งมากที่สุดคือลืมรับประทานยาบางมื้อ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา 28 คน คิดเป็นร้อยละ 43.80 พบปัญหาน้อยมาก คือ รับประทานยาผิดขนาด 62 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 เพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็ว 62 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละ ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (n=64)

ข้อ	ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	มีปัญหา น้อยมาก	มีปัญหาเป็น บางครั้ง	มีปัญหา บ่อยครั้ง	มีปัญหาเป็น ประจำ
1	ลืมรับประทานยาบางมื้อ	26 (40.60)	37 (57.80)	1 (1.60)	-
2	รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา	38 (59.40)	25 (39.10)	1 (1.60)	-
3	รับประทานยาผิดวิธีตามที่ระบุในฉลากยา	60 (93.80)	4 (6.30)	-	-
4	รับประทานยาผิดขนาด	62 (96.90)	2 (3.10)	-	-
5	รับประทานยาไม่ครบจำนวนหรือปริมาณที่กำหนด	45 (70.3)	19 (29.70)	-	-
6	หยุดยารักษาประจำตัวเองเมื่อมีอาการข้างเคียง	42 (65.60)	15 (23.40)	6 (9.40)	1 (1.60)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	มีปัญหา น้อยมาก	มีปัญหาเป็น บางครั้ง	มีปัญหา บ่อยครั้ง	มีปัญหาเป็น ประจำ
7	หยุดยารักษาประจำตัวเองเมื่ออาการดีขึ้น	54 (84.40)	8 (12.50)	1 (1.60)	1 (1.60)
8	ลดเม็ดยาบางอย่างเองเพื่อลดอาการข้างเคียง	53 (82.80)	9 (14.10)	2 (3.10)	-
9	ลดขนาดยารักษาประจำตัวลงเมื่ออาการดีขึ้น	56 (87.50)	7 (10.90)	1 (1.60)	-
10	ลดมื่อยารักษาประจำตัวเองเมื่ออาการดีขึ้น	57 (89.10)	7 (10.90)	-	-
11	เพิ่มมื่อยารักษาประจำตัวเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการ ไม่ค่อยดี	57 (89.10)	7 (10.90)	-	-
12	เพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การ รักษาได้ผลเร็ว	62 (96.90)	2 (3.10)	-	-
13	แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน	55 (85.90)	8 (12.50)	1 (1.60)	-
14	รับประทานยาของผู้อื่น	56 (87.50)	7 (10.90)	-	1 (1.60)
15	ซื้อยารับประทานเอง/คิดเอง	39 (60.90)	22 (34.40)	2 (3.10)	1 (1.60)
16	ใช้ยาสมุนไพร	41 (64.10)	19 (29.70)	2 (3.10)	2 (3.10)
17	ใช้ยาแผนโบราณ	44 (68.80)	16 (25.00)	1 (1.60)	3 (4.70)
18	แบ่งยาออกใส่ขวดหรือถุงเล็ก ๆ ที่ไม่มีฉลากยา	51 (79.70)	7 (10.90)	2 (3.10)	4 (6.30)
19	รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา	29 (45.30)	28 (43.80)	4 (6.30)	3 (4.70)
20	เมื่อลืมรับประทานยา จะรีบรับประทานทันที ที่นึกได้	18 (28.10)	28 (43.80)	2 (3.10)	16 (25.00)
21	ไม่กล้าถามแพทย์เมื่อเปลี่ยนยา	59 (92.20)	2 (3.10)	-	3 (4.70)
22	เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามักจะอดทนต่อ อาการที่เกิดขึ้นโดยไม่ทำอะไร	54 (84.40)	9 (14.10)	-	1 (1.60)
23	ลืมดูวันหมดอายุของยา	44 (68.80)	11 (17.20)	2 (3.10)	7 (10.90)
24	เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ลืมนำยาที่ใช้ประจำที่ เหลืออยู่ติดตัวมาด้วย หรือไม่ได้บันทึกภาพให้ เห็นยาที่เหลืออยู่เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ	22 (34.40)	11 (17.20)	-	31 (48.40)

ระดับปัญหาการใช้ยาโดยรวม ปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 และ
ปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 31 คน ร้อยละ 49.40 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

ระดับปัญหาการใช้ยาโดยรวม (n=64)

ระดับปัญหาการใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1- 32 คะแนน)	33	51.60
ระดับปานกลาง (33- 64 คะแนน)	31	49.40
ระดับมาก (65-96 คะแนน)	-	-

การเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ปัญหาการใช้ยาไม่ต่างกัน อายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยาแตกต่างจากอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี โดยพบปัญหาการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัญหาการใช้ยาจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัญหาการใช้ยาจำแนกตามชนิดของยาที่ใช้ พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยา 1-2 ชนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และปัญหาการใช้ยาจำแนกตามจำนวนโรคพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรค 2 โรคขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค 1-2 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (n=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล		ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ			
		M	SD	ค่าสถิติ	p-value
อายุ	60-69 ปี	32.76	4.80	3.13 ^F	>0.05
	70-79 ปี	32.36	4.59		>0.05
	80 ปีขึ้นไป	37.71	4.65		<0.05
สถานภาพสมรส	อยู่กับคู่สมรส	32.94	5.04	2.19 ^t	<0.05
	อยู่ลำพัง	37.42	5.38		
ชนิดของยาที่ใช้	ใช้ยา 1-2 ชนิด	31.25	6.07	1.42 ^t	<0.05
	ใช้ยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป	33.63	0.69		
จำนวนโรค	เป็นโรค1-2 โรค	32.50	4.52	1.56 ^t	<0.05
	เป็นโรคมามากกว่า 2 โรคขึ้นไป	34.52	6.50		

^t = t-test independent, ^F = F-test

อภิปรายผลการวิจัย

ปัญหาการใช้ยาโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.60 และระดับปานกลาง ร้อยละ 49.40 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.38 และอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 29.68 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามกระบวนการความชรา การรับรู้ เริ่มเสื่อมถอย (ชินจิตร กองแก้ว และคณะ, 2557) ความสามารถของระบบประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็นและความจำเริ่มเสื่อมถอยลงแต่ไม่มากเท่ากับในช่วงอายุ 80 ปี เนื่องจากยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ความสามารถของระบบประสาทยังคงทำงานได้ดี จึงพบปัญหาการใช้ยาระดับน้อยและปานกลาง จากการศึกษาของ Smeltzer & Bare (2004) พบปัญหาด้านสายตาและความจำเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 80 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนปลาย เนื่องจากระบบการไหลเวียนเลือดลดลงประมาณร้อยละ 25 ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอยลง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 10.94 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60-79 ปี ร้อยละ 89.06 จึงทำให้พบปัญหาการใช้ยาในระดับน้อยและปานกลาง ประกอบกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอ่านออกเขียนได้ทุกคน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35.94 ความสามารถในการอ่านฉลากยาและการทำความเข้าใจการใช้ยา ร่วมกับการรับฟังคำแนะนำจากเภสัชกรของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเกี่ยวกับชื่อยา ชนิดของยา วิธีการใช้ การจัดเก็บยา และข้อพึงระวังการใช้ยา ก่อนรับยากลับบ้านทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจการใช้ยา และสอดคล้องกับสุกฤตา มีตาทิษฐ์ (2565) ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจการใช้ยานำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยาได้

ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบเป็นประจักษ์มากที่สุดคือ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดลืมนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลือยู่ติดตัวมาด้วย หรือไม่ได้นับทิกภาพให้เห็นยาที่เหลือยู่เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบเป็นประจำ ร้อยละ 48.40 จิรียา อินทนา และคณะ (2564) กล่าวว่า การนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลือยู่ติดตัวมาด้วยเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลต่อความต่อเนื่องต่อการรักษา การควบคุมขนาดและชนิดของยา และการปรับขนาดยาซึ่งเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้รักษา และพบปัญหาที่พบเป็นประจำมากที่สุดรองลงมาคือเมื่อลืมรับประทานยาจะรับประทานทันทีที่นึกได้เป็นประจำร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับ มลฤดี โพธิ์พิจารย์ (2560) ที่กล่าวว่าโดยทั่วไปหากลืมรับประทานยาจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เนื่องจากยาบางชนิดให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ยาบางชนิดอาจต้องรอรับประทานมื่อถัดไป การลืมรับประทานยาส่งผลต่อการรักษาโรค จึงต้องหาวิธีการให้ผู้สูงอายุไม่ลืมรับประทานยานอกจากการมีผู้ดูแลคอยจัดยาแล้ว ยังมีวิธีอื่น ๆ ที่สามารถเลือกใช้เป็นตัวช่วยในการรับประทานยาให้ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวิข พากวิพท์ และสุณี เลิศสินอุดม (2563) ที่พบว่า การลืมรับประทานยาโดยเฉพาะยาลดความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวัน หากลืมรับประทานยา ควรรับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ และหากลืมรับประทานยาเมื่อใกล้มื่อถัดไปห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่าอย่างเด็ดขาด เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการความดันโลหิตต่ำได้

ปัญหาการใช้ยาของสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบเป็นบางครั้งมากที่สุดคือการลืมรับประทานยาบางมื้อ ร้อยละ 57.80 การที่ลืมรับประทานยาส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากจำไม่ได้ว่ารับประทานยาอะไรไปแล้วบ้าง การลืมรับประทานยาอาจมีสาเหตุจากความจำบกพร่อง และภาวะสับสนเฉียบพลัน (Stegemann et al., 2012) การใช้วิธีการช่วยเตือนความจำ เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนเวลาการรับประทานยาจึงมีความจำเป็นและเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันปัญหาการหลงลืม การรับประทานยา (จิรียา อินทนา และคณะ, 2564) ปัญหาที่พบเป็นประจำรองลงมาคือรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาร้อยละ 43.80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เบื่อรับประทานยาเนื่องจากต้องรับประทานยาที่มีจำนวนมากและมีหลายชนิด ในเวลาที่แตกต่างกันนำไปสู่ปัญหาการบริหารยาที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา

ปัญหาการใช้ยาของสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบน้อยมาก คือ การรับประทานยาผิดขนาด ร้อยละ 96.90 และการเพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็ว ร้อยละ 96.90 เท่ากัน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุได้รับยาจากห้องยาของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เกสัชกรได้ทำการชี้แจง และอธิบายการใช้ยาแต่ละชนิด และทบทวนความเข้าใจการใช้ยาที่ได้รับก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่าง จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับยาและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องจึงเกิดปัญหาการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับ สุกฤตา มีตาพิษฐ์ (2565) ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาทำให้ปัญหาการใช้ยาลดลง

ผลการศึกษาปัญหาการใช้ยาของสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ปัญหาการใช้ยาไม่ต่างกัน แต่พบว่าอายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยาแตกต่างจาก อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี โดยพบปัญหาการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุน ชื่นจิตร กองแก้ว (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งเกิดปัญหาการใช้ยามากขึ้นจากความเสื่อมถอยของอวัยวะที่เพิ่มขึ้น ทั้งจากความจำและการมองเห็น ดังนั้นการประเมินความสามารถด้านความจำและการมองเห็นจึงควรทำในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยา (Bosch-Lenders et al., 2016) และผลการศึกษาปัญหาการใช้ยาจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ (2553) พบว่าการอยู่ลำพังโดยขาดคนคอยเตือน ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา และสอดคล้องกับ ชมพูนุท พัฒนจักร (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า การมีคู่สมรสและผู้ดูแลที่บ้านทำให้การใช้ยาของผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังมีปัญหาน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีผู้ดูแลหรืออยู่ตามลำพัง และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบปัญหาการใช้ยาจำแนกตามจำนวนโรคพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรค 2 โรคขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค 1-2 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ประสบสุข ศรีแสนปาง (2555) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น มีโรคหลายโรคทำให้จำเป็นต้องใช้ยาหลายขนานร่วมกันทั้งที่รักษาและบรรเทาอาการ คือ ประมาณ 2-15 ชนิด/วัน เฉลี่ย 6 ชนิด จึงพบปัญหาการใช้ยามาก ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด จึงมีโอกาสเกิดปัญหาการใช้ยามากขึ้น

เนื่องจากวัยสูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมทุกระบบ และความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลงจึงมีโอกาสเกิดปัญหามากได้จากการใช้ยา และนอกจากนั้นผลการศึกษายังพบปัญหาการใช้ยาจำแนกตามชนิดของยาที่ใช้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยา 1-2 ชนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นจิตร กองแก้ว และคณะ (2557) ที่ศึกษาการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าการได้รับยาใหม่ภายในระยะเวลา 1 เดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด พบปัญหาการใช้ยาเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาสีกุล (2562) ที่พบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีชนิดและจำนวนยาเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับปวิข พากวิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม (2563) พบว่าการใช้ยาหลายชนิดทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ที่ใช้น้อยชนิด และสนับสนุน Ruscin และ Linnebur (2021) ที่พบว่าการใช้ยาหลายชนิด/หลายขนานทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา เช่น การหยุดยาเองจากปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตามลำพัง มีโรคหลายโรค และใช้ยาหลายชนิดพบปัญหาการใช้ยาได้มากกว่า จึงควรมีการมอบหมายผู้ดูแลร่วมในการบริหารจัดการยาอย่างใกล้ชิด และควรมอบหมาย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพออกเยี่ยมบ้านและกำกับติดตามการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตามลำพัง มีโรคหลายโรค และใช้ยาหลายชนิดพบปัญหาการใช้ยามาก ปัญหาที่พบเป็นประจำคือ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ลืมนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลืออยู่ติดตัวมาด้วยและการหลงลืมรับประทานยาบางมื้อ จึงควรทำการศึกษาและพัฒนานวัตกรรมในการแก้ปัญหาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคติดต่อทั่วไป. <https://ddc.moph.go.th/dcd/>
- กรมสวัสดิการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, และสำลี สาสีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 31-39.
- จิรียา อินทนา, กนิพัทธ์ ปานณรงค์, หยาดชล ทวีธนาวิชย์, ปาริชาติ ญาตินิยม, และลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์. (2564). การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 17-32.

- ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง, กฤติยา ชาสุวรรณ, และเนตรนภา พันเล็ก. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าาร่วมกันหลายขนาน: กรณีศึกษา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(2), 14-25.
- ชมพูนุท พัฒนจักร. (2562). ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 13-22.
- ชื่นจิตร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557). รายงานวิจัย เรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2555). การรับรู้และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(4), 41-51.
- ปวิข ปากกวิพัต, และสุณี เลิศสินอุดม. (2563). การใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ. https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=898
- เพชรรัตน์ บัวเอี่ยม, สุทธิ เจริญพิทักษ์, สุนธธา ศิริ, และปรารณา สติยวิภาวี. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคในผู้สูงอายุ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. [Poster presentation]. การประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 16. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ. https://pheap.ph.mahidol.ac.th/Present_Petcharat2018.pdf
- เพ็ญภา ศรีหรั่ง, หทัยรัตน์ สุขศรี, และทิพาพร กาญจนราช. (2553). ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/232392>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). เปิดสถานการณ์ “ผู้สูงวัย” ในอาเซียน พบผู้สูงอายุมีจำนวนมากร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด. <https://thaitgri.org/?p=39807>
- มลฤดี โพธิ์พิจารย์. (2560). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุการใช้ยาในผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, สมพงษ์ แก้วพรรณา, ฉัตรวารินทร์ บุญเดช, และกิตติยา มหาวิริโยทัย. (2564). การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(3), 52-60.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2553). ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3(1), 2-14.

- ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาณกุล. (2561). การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ. *รามาริบดีเวชสาร*, 24(1), 96-97.
- สุกฤตา มีตาพิพธิ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 504-511.
- เอมอร ส่วยสม. (2563). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *ชัยภูมิเวชสาร*, 40(1), 6-13.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bosch-Lenders, D., Maessen, D. W., Stoffers, H. E., Knottnerus, J. A., Winkens, B., & van den Akker, M. (2016). Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with polypharmacy. *Age and ageing*, 45(3), 402–408. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw045>
- Mira, J. J. (2019). Medication errors in the older people population. *Expert review of clinical Pharmacology*, 12(6), 491-494.
- Ruscin, M. J., & Linnebur, S. A. (2021). *Drug-related problems in older adults*. MSD Manual. <https://www.msdmanuals.com/professional/geriatrics/drug-therapy-in-older-adults/drug-related-problems-in-older-adults>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Medical surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stegemann, S., Baeyens, J.-P., Cerreta, F., Chanie, E., Lofgren, A., Maio, M., Schreier, G., & Thesing-Bleck, E. (2012). Adherence measurement systems and technology for medications in older patient populations. *European Geriatric Medicine*, 3(4), 254-260. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2012.05.004>