



การจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน*

ณัฐวรรณ ชัยมีเขียว พย.ม.*

ประสพสุข ศรีแสนปาง พร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ปัญหา/อุปสรรค และความต้องการการสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเอง กรอบแนวคิดพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 107 คน ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ สามารถพูดสื่อสารเข้าใจภาษาไทย ไม่มีภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค แบบสัมภาษณ์ปัญหา/อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองด้านการแพทย์เมื่อจำเป็นต้องเข้ายาหลายชนิด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.85$, $SD = 0.44$) 2) การจัดการยาด้วยตนเองด้านบทบาท อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.99$) 3) การจัดการยาด้วยตนเองด้านอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.33$, $SD = 0.65$)

ส่วนปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเอง พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 47.7 มีปัญหาการจัดการยาด้วยตนเอง โดยผู้สูงอายู้รับรู้ว่าปัญหาในการจัดการยาด้วยตนเองมากที่สุดคือ ด้านความจำ ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือด้านการมองเห็น สี/ลักษณะเม็ดยา/ฉลากยา คิดเป็นร้อยละ 51.0 นอกจากนั้นผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.9 ยังพบปัญหา/อุปสรรคในการไปรับบริการ/ยา สำหรับความต้องการการสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้องการผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้ยาและต้องการอุปกรณ์ช่วยจัดการยาด้วยตนเอง ร้อยละ 26.4 เท่ากัน รองลงมาคือต้องการความรู้เบื้องต้นในการใช้ยา ร้อยละ 20.9 ต้องการความสะดวกในการไปรับบริการ/ยา ร้อยละ 19.4 ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมการจัดการยาด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังหลายโรค การจัดการด้วยตนเอง การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Medication Self-Management among Older Persons with Multimorbidity in Community*

Nattawan Chaimeekhiao M.N.S.*

Prasopsuk Srisaenpang PhD **

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study medication self-management among older persons with multimorbidity in the community as well as their problems/barriers and needs for medication self-management support. The conceptual framework for this study was developed by the researchers combined with an application of self-management concept (Lorig & Holman, 2003). Sample included 107 older persons with multimorbidity who could communicate in Thai, without depression and dementia and resided in the community under the responsibility of the Sub-District Health Promotion Hospital in Amphoe Phukhieo, Chaiyaphum province. Research instruments included demographic data form, medication self-management questionnaires, problem/ barriers medication self-management questionnaires and need for medication self-management support questionnaire which was developed by the researcher. Descriptive statistics were used to analyze the quantitative data and content analysis was used for qualitative data.

Results showed that: 1) Medical management, the practice was on the high level ($\bar{X}$ =2.85, SD = 0.44) 2) Role management was on the highest level ($\bar{X}$ =3.58, SD = 0.99) 3) Emotion management was on the low level ($\bar{X}$ =1.33, SD = 0.65). In the aspect of problem/ barriers 47.7% of multi-morbidity older persons had medication self-management problem including 1) Cognitive function problem, that was forget to take the medicine (54.9%), 2) Physical function problem, visualization to read a medicine label or pill (51.0 %). 3) Client services system problem (43.9%).

The need for supporting medication self-management was the consultant concerning the medicine usage that they needed and the equipment to prepare medicine by themselves (26.4%), the basic knowledge about medicine (20.9%) and convenience for receiving services/medicine (19.4%). These data can be used a guideline for caring and enhance medication self-management of older persons with multi-morbidity in community.

Keywords: older persons, multi-morbidity, self-management, poly - pharmacy

*Student of Master of Nursing science in Gerontological Nursing, Graduate School, KhonKaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University



บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคมากกว่าร้อยละ 60 ทั่วโลก โดยจำนวนโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จากสถิติ การเกิดโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีเกิดร้อยละ 50.3 อายุ 65-74 ปีเกิดร้อยละ 62.0 อายุ 75-84 ปีเกิดร้อยละ 75.7 และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป เกิดร้อยละ 81.5¹ จากการที่มีจำนวนโรคที่เพิ่มขึ้นทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Functional decline) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลายชนิด จึงต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ต้องปรับการดูแลตนเองหลายส่วน มีความไม่สะดวกและสับสนในการรักษาจากการต้องใช้ยาหลายขนาน เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ต้องไปรับการรักษาจากหลายสถานบริการ และต้องพึ่งพาผู้ดูแล/ครอบครัวมากขึ้น¹⁻⁵ เกิดผลกระทบด้านจิตใจส่งผลต่อการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง⁶⁻⁷ และหากต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ลดลง^{4,6-7} ในขณะที่เป้าหมายของการดูแล ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง คือ การลดปัจจัยเสี่ยงและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้ และส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี⁸

การใช้ยาเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการโรคได้ มีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคต้องรับประทานยาอย่างน้อย 10 ชนิด ต่อสัปดาห์ทั้งยาจากคำสั่งแพทย์ ไม่มีในคำสั่งแพทย์ วิตามิน และสมุนไพรต่าง ๆ⁹ ซึ่งผู้สูงอายุมักเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug events: ADE)¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 177,000 ราย ต้องมาแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วยอันตรายจากการใช้ยา และต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 5-15^{10,11} ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขโดยมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และกลยุทธ์การรักษาที่ซับซ้อนและยากขึ้น เนื่องจากการได้รับยาหลายขนานอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา เกิดความสับสนในการรักษา^{1,6-7} ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ทั้งปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน และความจำ การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์¹¹⁻¹⁴ จึงทำให้เกิดอาการไม่พึง

ประสงค์จากยาได้ง่าย นอกจากนั้นยังพบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ยาที่ซื้อเอง (Over the Counter Drug [OTC]) การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการและการใช้ยาสมุนไพร^{11,13-14}

จากการศึกษาปัญหาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 30 ราย และเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 10 ราย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คนและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 คน ในพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค “ต้องใช้ยาหลายขนาน ทำให้ลืมรับประทาน เมื่อไปนอกบ้านไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วยกลับมาจึงรับประทาน หรือข้ามมื้อนั้นไปเลย อ่านฉลากยาไม่ชัด ได้ยินไม่ชัดหรือไม่เข้าใจเมื่อเจ้าหน้าที่อธิบายแต่ไม่กล้าถาม” ผู้สูงอายุบางส่วนต้องพึ่งพาผู้ดูแลในจดยาไว้ให้ เนื่องจากอ่านฉลากยาไม่ชัด หรือมียาจำนวนมาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีแนวทางในการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอ โดยให้ความรู้และประเมินร่างกาย เตรียมจดยาให้ทุก 3 เดือน มีการแจกถุงเพื่อใส่ยาที่ใช้ทั้งหมดให้นำมาทุกครั้ง แต่ก็ยังพบปัญหาด้านการใช้ยา เช่น การลืมรับประทานยามียาเหลือกลับมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยการใช้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลโรคเรื้อรังด้วยตนเอง เพื่อควบคุมโรคและลดผลกระทบที่อาจเกิดจากโรคเรื้อรังได้ ซึ่งแนวคิดนี้สามารถช่วยให้พฤติกรรมจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังดีขึ้นอย่างชัดเจนในหลายการศึกษา^{8,15-16} การจัดการยาด้วยตนเองเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังโดยผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุจะต้องมีการบริหารจัดการยาด้วยตนเองรวมถึงต้องมีความรู้และทักษะเพื่อใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ หากนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการยาได้ดีขึ้นและส่งผลการควบคุมโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ ส่งเสริมการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุ อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค
2. เพื่อศึกษาปัญหา/อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่จัดกระทำวันต่อวันเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรค โดยได้จากการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีสุขภาพดี¹⁸ โดยมีการเรียนรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการใช้ยาที่จำเป็น 6 ทักษะ ประกอบด้วยทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) การตัดสินใจ (Decision making) การใช้แหล่งประโยชน์ (Resource utilization) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ (Health care provider partnership) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) โดยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน สามารถปรับทักษะลงมือปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองได้ (Self-tailoring) โดยผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเอง 3 ด้านเมื่อจำเป็นต้องใช้ยา ได้แก่ 1) การจัดการตนเองด้านการแพทย์ (Medical management) ซึ่งในที่นี้เป็นการจัดการตนเองด้านการใช้ยาหลายชนิดในภาวะที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค 2) การจัดการตนเองด้านบทบาท (Role management) 3) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ (Emotional management) โดยที่การจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค (Multi-morbidity) ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) จะทำให้การใช้ยาปลอดภัย ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และ/หรือ กลุ่มโรคกระดูกและข้อ ที่มีการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป สามารถพูดสื่อสาร

ภาษาไทยได้ดีหากมีภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมโดยวัดจากแบบประเมินจะถูกคัดออกจากการศึกษา ซึ่งมีผลต่อความเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากร¹⁷ จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹² ได้จำนวน 107 คน และคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ของรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดจากทะเบียนราษฎรที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกูเชียว จังหวัดชัยภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ

คุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือคัดกรอง ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q แบบประเมินการรู้คิดแบบย่อ Abbreviated mental test score (AMT) เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมของกระทรวงสาธารณสุข¹⁸ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค แบบสัมภาษณ์ปัญหา/อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงจำนวน 20 ราย หลังจากนั้นจึงนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.60 ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงผู้เดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเป็นคนดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) กระบวนการคัดกรอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเพื่อคัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมออก 2) การรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบสอบถามการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 20 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ปัญหา/อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 5 ข้อ หลังจากนั้นจึงนำมาตรวจสอบความครบถ้วนและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป



SPSS เวอร์ชัน 17 โดยในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความเคารพ หลักผลประโยชน์และหลักความยุติธรรมและผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE 582061 และได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และ/หรือ กลุ่มโรคกระดูกและข้อที่มีการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปจำนวน 107 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.6 อายุเฉลี่ย 70.8 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.1 ประกอบอาชีพทำนา ร้อยละ 21.5 รายได้ส่วนใหญ่ได้จากเบี้ยยังชีพ/เงินผู้พิการ ร้อยละ 89.7 สถานพยาบาลที่ใช้บริการส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร้อยละ 85.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 70.1 การมองเห็นไม่ชัดเจนแต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 47.7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือผู้อื่นสังคม ชุมชน ร้อยละ 67.3 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจัดการยาด้วยตนเองได้ ร้อยละ 87.9 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 2-3 โรค ร้อยละ 86.0 พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ร่วมกับโรคอื่น ร้อยละ 79.2 ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ย 13.6 ปี มีจำนวนยาที่ใช้โดยเฉลี่ย 5.6 ชนิดต่อวัน ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดได้แก่ กลุ่มยาหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด/การแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 75.7 และใช้ยานอกเหนือคำสั่งแพทย์พบมากที่สุด คือ ยาสมุนไพร/ยาต้ม/ยาหม้อ (รางจืด, ว่านหัวน้อย) ร้อยละ 0.8

2. การจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ผู้สูงอายุมีการจัดการยาด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการตนเองด้านการแพทย์เมื่อจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด อยู่ใน

ระดับมาก การจัดการยาด้วยตนเองด้านบทบาท อยู่ในระดับมากที่สุดและพบว่าปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 แต่พบว่าการจัดการยาด้วยตนเองด้านอารมณ์ อยู่ในระดับที่น้อยในส่วนทักษะการจัดการยาด้วยตนเอง พบว่า ทักษะด้านการแก้ปัญหาและทักษะด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ ทักษะการลงมือปฏิบัติและการปรับความรู้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1)

3. ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการใช้ยา พบว่า มีจำนวนมากจำไม่ได้เกิดการสับสน ทำให้พบปัญหาล้มรับประทานยา ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการจัดการยาด้วยตนเองสิ่งที่เป็นปัญหา/อุปสรรคมากที่สุดคือ ด้านความจำ และมักพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ มีอาการเวียนศีรษะ หัวใจเต้นแรง ไอ และวูบ หมดสติ โดยล้มรับประทานยา ในด้านการติดตามเพื่อให้ได้รับยาต่อเนื่องซึ่งไม่สามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอพบสิ่งที่เป็นปัญหา/อุปสรรคมากที่สุดคือ การไปรับยา โดยรับรู้สาเหตุมาจากการไม่มีผู้ดูแลหรือไม่มีรถไป เมื่อไปถึงสถานบริการต้องไปหลายที่เพราะมีหลายโรค เคลื่อนไหวลำบากและเกรงใจเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพไม่กล้าปรึกษา (ตารางที่ 2)

4. ความต้องการการสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ช่วยในการจัดการยาด้วยตนเอง ต้องการผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้ยาและความรู้เบื้องต้นของยาที่ใช้ ต้องการความสะดวกในการเข้ารับบริการ/รับยา เวลาในการซักถามจากบุคลากรสุขภาพเรื่องการใช้ยา (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

การป้องกันอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังหลายโรค และผลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากกว่าวัยอื่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่าง



ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยการจัดการยาด้วยตนเอง เป็นสิ่งสำคัญ ให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีสุขภาพดีต่อไป¹⁹

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายและมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น คือ มีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน (Multiple pathology) โดยเฉพาะ 3 กลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท¹⁹ ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปโดยจัดอยู่ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคเบาหวาน เป็นหลัก และกลุ่มโรคกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก ซึ่งมีโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นหลักสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดกลุ่มโรคเรื้อรังหลายโรคในผู้สูงอายุของ Sinnige et al.⁵ ในปี 2013 พบว่าส่วนใหญ่ คือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและโรคข้อเข่าเสื่อม และสอดคล้องกับการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของประเทศไทยปี 2554²⁰ จากการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่าง 1 คนจะมีตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งทำให้จำเป็นต้องใช้ยาหลายขนานร่วมกันทั้งที่รักษาและบรรเทาอาการ คือประมาณ 2-15 ชนิด/วัน เฉลี่ย 6 ชนิด/วัน (รวมทั้งในและนอกคำสั่งแพทย์)ซึ่งจะใกล้เคียงกับการศึกษาการใช้ยาของผู้สูงอายุในอเมริกาของ Slone Epidemiology Center at Boston University⁹ ในปี 2006 พบว่าร้อยละ 17-19 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป รับประทานยาอย่างน้อย 10 ชนิดต่อสัปดาห์ทั้งยาจากคำสั่งแพทย์ไม่มีในคำสั่งแพทย์ ผลการศึกษาการจัดการยาด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจัดการยาด้วยตนเองได้ในระดับมาก โดยจัดยาเพื่อความสะดวกและง่ายต่อการหยิบใช้ ตามวิธีของแต่ละคน ส่วนใหญ่สามารถจำได้ว่ายาอะไรต้องใช้อย่างไรเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังมานานยาที่ใช้จึงเป็นยาประจำ และหากอ่านฉลากยาไม่ชัดก็จะถามผู้ดูแล จากปัจจัยความรู้ ทักษะคิด การที่ต้องประกอบอาชีพ ทำให้ด้านทักษะปฏิบัติคือทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุจัดเก็บรักษายาโดยจะนำยาใส่ถุงพลาสติกและห้อยไว้โดยไม่เคยตรวจสอบวันหมดอายุของยา มีการปรับลดยาเองสอดคล้องกับการศึกษาของ

จินตนา ลี ทวีสุข²¹ และ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์²² มีระดับพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่หากวิเคราะห์เป็นรายด้านหรือรายข้อก็จะพบว่าการเก็บรักษา การตรวจสอบวันหมดอายุอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่วนการจัดการยาด้วยตนเองด้านบทบาทโดยปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้สอดคล้องเมื่อต้องใช้ยา ให้ได้ยาครบถ้วน ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้มากโดยหากออกไปทำงานหรือออกนอกบ้านก็ต้องนำยาติดตัวไปมีเพียงบางรายที่ไม่ได้ติดตัวไปเมื่อไปปฏิบัติธรรมที่วัดเนื่องจากเป็นยาฉีดเบาหวานทำให้รู้สึกอายเมื่อต้องฉีดจึงไม่นำไปด้วย สำหรับการจัดการตนเองด้านอารมณ์ยังปฏิบัติได้น้อยอยู่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ระบายความเครียดหรือท้อแท้ใจในการรับประทานยาให้แก่ผู้ดูแลหรือบุคลากรสุขภาพเนื่องจากเกรงใจและคิดว่าจำเป็นต้องใช้ยาเนื่องจากสูงอายุแล้ว

กลุ่มตัวอย่างคิดว่าปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค คือ ด้านความจำและความสามารถในการมองเห็น การอ่านฉลากและเม็ดยา การที่มียาจำนวนมาก จำไม่ได้สับสน จนบางครั้งลืมรับประทานยารับประทานยาผิดชนิด/ขนาด/เวลา การเคลื่อนไหวลำบาก ไม่มีผู้ดูแลหรือไม่มีรถไป ต้องไปรอนานและหลายที่เพราะมีหลายโรค ขั้นตอนในการรับบริการมาก เกรงใจเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพไม่กล้าปรึกษา เป็นสาเหตุที่ทำให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่องและไม่เกิดประสิทธิภาพต่อการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดเตรียมยาเองทำให้มีปัญหาในการใช้ยาโดยรับรู้ว่าจากมีความจำลดลง สายตาไม่คมมองเห็นฉลากยาหรือเม็ดยาไม่ชัด การได้ยินลดลงทำให้ไม่เข้าใจการบริหารยาที่แพทย์สั่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การยืดเหยียดนิ้วมือและแขนที่ลดลง ทำให้พร่องความสามารถในการจัดการยาด้วยตนเองรวมถึงลักษณะการบริหารยาที่ยุ่งยาก รวมกับความลำบากในการไปรับยาตามนัด^{11-14, 22-24} สอดคล้องกับรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการดำรงร่างกาย รวมถึงความสามารถในการพึ่งพาในการจัดการยา²³⁻²⁶ พบว่าความพร้อมในการรู้คิดทำให้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุลดลง ความพร้อมในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในการมองเห็นฉลาก/เม็ดยาและเปิดขวดยาหรืออุปกรณ์บรรจุยา การเคลื่อนไหวลดลง ทำให้การไป



พบแพทย์หรือรับยาที่โรงพยาบาลลำบากขึ้น²⁵ รวมถึงความรู้เรื่องยา จากการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบชื่อยาทราบเพียงยารักษาโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ทราบผลข้างเคียงของยาจะต้องดูแล หลีกเลี่ยงและเฝ้าระวังอย่างไรซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาการจัดการยาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 50 ไม่ทราบชื่อและวัตถุประสงค์ของการให้ยาและปรับเปลี่ยนการใช้ยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ยาในการจัดการยา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนและได้รับยาไม่ต่อเนื่อง²⁵

จากการสำรวจความต้องการการสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค สามารถสรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุปกรณ์ ด้านความรู้และการให้คำปรึกษา และด้านการบริการ 1) ด้านการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ จากปัญหาพร่องด้านความจำ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นปัจจัยที่ทำให้ต้องการการสนับสนุนในเรื่องการจัดเตรียมยาหรือนวัตกรรมเครื่องช่วยจำในการเตรียมยาที่ง่ายและถูกต้อง มีถุงใส่ยาเมื่อมาตามนัดเพื่อทบทวนชนิดของยาที่ผู้สูงอายุว่าใช้และตรวจสอบความสม่ำเสมอในการบริหารยาของผู้สูงอายุ 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบประถมศึกษาและชื่อยาเป็นภาษาอังกฤษ ร่วมกับความจำลดลงทำให้ผู้สูงอายุยังต้องการความรู้เรื่องการใช้ยา ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้ยาและทบทวนความรู้เบื้องต้นเรื่องยาที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง 3) ในด้านการบริการ ความพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการมีโรคเรื้อรังหลายโรคที่ต้องไปพบแพทย์เฉพาะทางหลายที่ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความสะดวกในการไปรับยา ขั้นตอนในการรับบริการที่โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุลดลง การมีบริการจัดส่งยาถึงบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย²² ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมมีผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และการศึกษาการจัดการยาของผู้สูงอายุในชุมชนของ Merk. DK et al.²⁶ พบว่า ต้องการการสนับสนุนโดยจัดหาอุปกรณ์ใส่ยาและฉลากยาที่ง่ายและสะดวกเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ มีกล่องใส่ยาสำหรับแบ่งจัดยา พบว่าสามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตามการใช้ยาและการได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องยาที่พบว่า มีผลบวกต่อการได้รับยาอย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับยา 4 สัปดาห์โดยใช้การเยี่ยมบ้านและติดตามด้วยโทรศัพท์ให้ความรู้และคำปรึกษาโดยมีปฏิทินติดตาม

(Medication schedules) สื่อที่เหมาะสมในการให้ความรู้ผู้สูงอายุจะต้องเป็นรูปที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการให้ข้อมูลทางเลือกให้ผู้สูงอายุตัดสินใจบริหารจัดการยาที่เหมาะสมด้วยตนเองและต้องติดตามอย่างใกล้ชิดอาจช่วยลดปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคสามารถได้รับยาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางการแก้ปัญหาสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเองแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค โดยใช้วางแผนทางการประเมินที่ครอบคลุม เช่น การประเมินความสามารถด้านร่างกายและการรู้คิด ประเมินความสามารถในการใช้ยา มีการทบทวนยา การประเมินเจตนาไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การจัดเตรียมสิ่งสนับสนุนและระบบบริการ มีการสนับสนุนความต้องการการจัดการยาด้วยตนเองตาม ที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลหรือพัฒนานวัตกรรมในการสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคที่เหมาะสมเพื่อลดปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร อาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงสว่างที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Oxford Journal* 2013; 2 (November) : 430-499.
2. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity in from health system design?. *Public health* 2010; 32(2): 451-474.



3. Srisaenpang P. Perception and self-care of older adults with comorbidity. *Journal of nursing science and health*, Faculty of nursing, Khon Kean University 2012; 35(4): 41-51.
4. Marengoni A, Angleman S, Melis A, Mangialasche F, Karp A, German A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Aging Research* 2011; 10(4): 430-499.
5. Signnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar K. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic disease - A systematic literature review. *PLOS ONE online* 2013; 8(11).
6. Cesari M, Onder G, Russo A, Zamboni V, Barillaro C, Ferrucci L, et al. Comorbidity and physical function: Results from the aging and longevity Study in the sirente geographic area (iSIRENTE Study). *Gerontology* 2006; 52(1): 24-32.
7. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: A review. *Journal Of Clinical Epidemiology* 2001; 54(7): 661-674.
8. Clark NM, Becker MH, Lorig KL, Rakowski W, Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults. *Journal of Aging and Health* 1991; 3(1): 3-27.
9. Slone Epidemiology Center Boston University. Patterns of medication use in the United State 2006 [database on the Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 23]. Available from: <http://www.bu.edu/slon>.
10. Zwicker D, Fulmer T. Adverse drug events geriatric nursing protocol: Reducing Adverse drug Events. [database on the Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 3]. Available from: http://www.consultgerirn.org/topics/medication/want_to_know_mere.
11. Aroonsang P. A Major problems of the older persons nursing : Implementation. Khonkean: Klangnanawittaya printing, Thailand; 2011.
12. Apiratanawong S. Self medication management in older adults. Unpublished Master's Thesis (Adult Nursing), Mahidol University, Bangkok, Thailand; 2008.
13. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House, Thailand; 1999.
14. Limpawattana P. Problems with medication use in the older adults. *I-San Journal of Internal Medicine* 2011; 10(2): 52-65.
15. Lorig KR, Holman HR. Self-management Education: History, Definition, Outcome, and Mechanisms. *Annals of Behavior medicine* 2003; 26(1): 1-7.
16. Bodenheimer T, Lorig KR, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care: In Innovation in primary care. *JAMA* 2002; 288(19): 2469-2475.
17. Jirawatkul A. Statistics for Health Science Research. Bangkok: WitthayaPhat Group Co., Ltd, Thailand; 2014
18. Institute of Geriatric medicine, Ministry of Public Health.. Geriatric Screen/Assessment tool 2014 [data on Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 23]. Available from: <http://www.agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/index.php/2014-03-19-04-32-25/204-2557>
19. Assantachai P. (Ed). Common health problems in the older people and prevention. Bangkok: Union creation, Thailand; 2011.
20. National Statistical Office. Summary of the survey older persons in Thailand 2012. Bangkok: National Statistical Office. Thailand; 2012.
21. Leetaweek J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanayaboo L. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang Sub-District, Muang-Tak District, Tak Province. Unpublished Kingtaksinmaharaj memorial hospital medical education center (Faculty of medicine), Naresuan University, Phitsanulok, Thailand; 2013.
22. Chaichanawirote U. Wittayachokittikun N. Medication use behaviors the older Thai adults.



- [database on the Internet]. 2014: [cited 2017 March 3]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/112288/4305>.
23. Sino CGM, Egberts TCG, Schuugmans M.J. Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy. *The journal of Nutrition, Health & Aging* 2012; 18(1): 4-49.
 24. Elliott RA. Problems with medication use in the elderly: An Australian perspective. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 2006; 36(1): 58-66.
 25. Orwig D, Brandt N, Gruber-Baldini AL. Medication management assessment for older adults in the community. *The Gerontologist* 2006; 46(5): 661-668.
 26. Marek KD, Antle L. Chapter 18 Medication management of the community-dwelling older adult. In Hughes RG. (Ed). *Patient Evidence-Based Handbook for Nurses. Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for nurses: Vol.1.* [database on the Internet]. 2008: I-499-I-536 [cited 2014 Nov 3]. Available from: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians.../MarekK_MMCDOA.pdf

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการจัดการยาด้วยตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=107)

การปฏิบัติกิจกรรมการจัดการยาด้วยตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การจัดการยาด้วยตัวเองโดยรวม	2.79	0.03	มาก
ด้านที่ 1 การจัดการตนเองด้านการแพทย์เมื่อจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด	2.85	0.44	มาก
ด้านที่ 2 การจัดการยาด้วยตนเองด้านบทบาทเมื่อจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด	3.58	0.99	มากที่สุด
ด้านที่ 3 การจัดการตนเองด้านอารมณ์เมื่อจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด	1.33	0.65	น้อย

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคกับปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=107)

ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการยาด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหา/อุปสรรคในการใช้ยาด้วยตัวเอง		
ด้านความจำ สัมรับประทานยา	28	54.9
ด้านการมองเห็นในการอ่านฉลากยา และเม็ดยา	26	51.0
ด้านความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ	23	45.1
ด้านการได้ยืมไม่ได้ยืม/ได้ยืมไม่ชัด	10	19.6
ด้านเวลาที่ต้องใช้ยากับการใช้ชีวิตประจำวัน	2	2.2
ปัญหา/อุปสรรคในการไปรับบริการและไปรับยา		
ไม่มีผู้ดูแลพาไป/ไม่มีรถไป	28	57.1
ต้องไปรอนานและต้องไปหลายที่เนื่องจากมีหลายโรค	28	57.1
เคลื่อนไหวลำบากเลยไม่อยากไป	21	42.9
ระยะทางไกลทำให้ไม่อยากไป	16	32.7



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคกับความต้องการการสนับสนุนการจัดการยาด้วยตนเองของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=107)

ความต้องการการสนับสนุนในการจัดการยาด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
อุปกรณ์ช่วยในการจัดการยาด้วยตนเอง เช่น เครื่องเตือนความจำ ถูใส่ยา เป็นต้น	53	26.4
ผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้ยา	53	26.4
ความรู้เบื้องต้นเรื่องยา เช่น ชื่อยา สรรพคุณ วิธีการใช้ ผลแทรกซ้อนจากการใช้ยา	42	20.9
ความสะดวกในการเข้ารับบริการ/รับยา	39	19.4
เวลาในการซักถามจากบุคลากรสุขภาพเรื่องการใช้ยา	8	4.0
อื่นๆ (การจัดส่งยาให้ทางไปรษณีย์, ต้องการสนับสนุนทางจิตใจ)	6	3.0