

**ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม**
**Medication Adherence in elderly patients with chronic disease at Lad
Pattana Health Promoting Hospital ,Muang District, Mahasarakham Province**

ชมพูนุท พัฒนจักร B.Sc (Pharmacy), บธ.ม.*
Chompunut Pattanajak BSc. (Pharmacy), MBA

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 ราย ที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติในการศึกษา ระหว่างวันที่ 4 มกราคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และตรวจนับปริมาณยาที่เหลือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ (chi-square test)

ผลการศึกษา : ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อายุเฉลี่ย 69.66 ± 6.78 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.8 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ร้อยละ 39.2 23.8 และ 36.9 ตามลำดับ ในกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ถึงระดับปานกลาง มีสาเหตุจาก ลืมรับประทานยา กลัวไตวายหรืออันตรายจากยา และลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 55.4 43.1 และ 33.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าปัจจัยตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลรักษา พบว่าปัจจัยผู้ดูแลที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การมีผู้ดูแลที่บ้านมีความร่วมมือในระดับสูง ร้อยละ 58.8 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้านที่มีเพียงร้อยละ 32.3 ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยาและแบบแผนการรักษา และปัจจัยการเข้าถึงบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

สรุปผล : ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีความร่วมมือระดับสูงมีมากกว่าความร่วมมือระดับต่ำเล็กน้อย การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาบางปัจจัยเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ เช่น สนับสนุนเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยา สร้างนวัตกรรมช่วยกระตุ้นเตือนความจำการกินยา และให้ความรู้ผู้ป่วย

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

* เกษัชกรชำนาญการพิเศษกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม



ABSTRACT

Method : This cross-sectional descriptive

objective : study to determine medication adherence and factors associated with medication adherence in elderly patients with chronic diseases who registered in Lad Pattana Health Promoting Hospital , Muang District , Mahasarakham Province. 130 samples were recruited through the study during January 4 - May 31, 2019. Data collected by interview and pill count method. Descriptive statistic and chi-square test were used in data analysis.

Result : This study showed that their average age was 69.66 ± 6.78 years and 63.8 % were female. In total, high adherence, medium and low adherence were 39.2%, 23.8 % and 36.9% respectively. The most common reasons for medium to low adherence were forgetfulness to take medication (55.4%), anxiety about kidney failure (43.1%) and forget to bring medication (33.8%). Factors associated with medication adherence, patient-related factors ; sex , age, marital status and income were statistically significant associated with medication adherence ($p < 0.05$). Health care providers and caregiver factors, medication adherence in family with care giver is higher than those without care giver were statistically significant associated with adherence. (58.8% vs 32.3%, $p < 0.05$). Therapy and medication related factors and healthcare services accessibility were not statistically significant associated with medication adherence.

Conclusion : High medication adherence were slightly more than low adherence. Improving medication adherence in some factors can be develop such as support caregiver network, offer innovative for reminding medication taking and provide patient education.

บทนำ

ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583 จะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583¹ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จากสถิติปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกมีรายงาน² ว่าประมาณร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั่วโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และร้อยละ 80 การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจาก 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจ และโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.1, 20.8, 19.6 และ 10.9 ตามลำดับ ขณะเดียวกันจำนวนผู้เสียชีวิตก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³ ผู้สูงอายุยังมีอายุมากขึ้นก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค มีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมๆกัน และเป็นการใช้ยาอย่างต่อเนื่องรวมถึงความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่จำกัด เช่นการมองเห็น การได้ยินและความจำของผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จะส่งผลต่อความไม่เข้าใจ

แห่งชาติพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาสำคัญและทวีความรุนแรงมากขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานและเนื้องอกทุกชนิดเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 23.9 โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.1, 20.8, 19.6 และ 10.9 ตามลำดับ ขณะเดียวกันจำนวนผู้เสียชีวิตก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³ ผู้สูงอายุยังมีอายุมากขึ้นก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค มีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมๆกัน และเป็นการใช้ยาอย่างต่อเนื่องรวมถึงความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่จำกัด เช่นการมองเห็น การได้ยินและความจำของผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จะส่งผลต่อความไม่เข้าใจ

ข้อบ่งชี้และข้อแนะนำการใช้ยา^{4,5} เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้านยา เพิ่มการไปรักษาในโรงพยาบาลหรือกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{6,7} ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เกิดโรคกำเริบ ภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^{8,9,10} จะเห็นว่าการรักษาโรคเรื้อรังด้วยการใช้ยาต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งที่สำคัญโดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 174 รายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือจ่ง จังหวัดมหาสารคาม อันเป็นพื้นที่รับผิดชอบในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อนำผลวิจัยมาใช่วางแผนจัดรูปแบบในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา อำเภอมือจ่ง จังหวัดมหาสารคาม

นิยามคำศัพท์

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยที่มีตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) คือพฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วยเห็นด้วยกับแผนการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive

study) เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 4 มกราคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และเป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและมารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา อำเภอมือจ่ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 130 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และมารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา อำเภอมือจ่ง จังหวัดมหาสารคาม

2. ได้รับยาโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง และ/หรือยาลดไขมันในเลือด อย่างน้อย 1 รายการ

3. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา (ได้รับการยินยอมโดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลและมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา)

4. สามารถสื่อสารได้ และได้ยินชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ขอยกจากการศึกษา ระหว่างเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวอื่นๆ จำนวนรายการยาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบประเมิน Morisky Medication Adherence Scale 8-item (MMAS)⁸⁻¹¹ แปลเป็นไทยโดยผู้วิจัย แบบสอบถามประกอบ



ด้วยคำถาม 8 ข้อ 7 ข้อแรกเป็นคำถามปลายปิดให้ตอบ “ใช่” (คะแนน = 1) หรือ “ไม่ใช่” (คะแนน = 0) ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-1 การแปลผลทั้งหมดใช้คะแนนรวมทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง (High adherence) มีคะแนนรวม 0 ความร่วมมือระดับปานกลาง (Medium adherence) มีคะแนน 1-2 ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ (Low adherence) มีคะแนนรวม 3-8

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ปัจจัยตัวผู้ป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยาและแบบแผนการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลรักษา ปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชศาสตร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยจากแฟ้มครอบครัวผู้ป่วย (family folder)
2. การวัดความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วย ใช้วิธีทางอ้อม (indirect method)^{12,13} จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและนับยาเดิมที่เหลือจากการพบแพทย์ครั้งก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยาและแบบแผนการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลรักษาและปัจจัยการเข้าถึงบริการกับความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 61-01-011

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.8 ช่วงผู้สูงอายุระยะแรก (60 – 69 ปี) พบมากที่สุดร้อยละ 50.8 มีอายุเฉลี่ย 69.66 ± 6.78 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.7 ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 64.6 โดยมีแหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากก่อนรับประทานยาจะใช้การจดจำวิธีใช้ยาโดยไม่อ่านฉลากยา ร้อยละ 58.5

ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยสูงอายุ

2.1 ความร่วมมือในการใช้ยา

จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 39.2) ความร่วมมือระดับปานกลาง จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 23.8) และความร่วมมือในระดับต่ำ จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 36.9)

สาเหตุที่พบในผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ถึงระดับปานกลาง มีสาเหตุที่พบมากตามลำดับ ได้แก่

- 1) ลืมรับประทานยา จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 55.4) พบในเพศชาย จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 72.7) สถานภาพสมรส จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 63.2) กลุ่มที่มีรายได้ 1,000 - 2,000 บาท จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 67.4)
- 2) กลัวไตวายหรืออันตรายจากยา จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 43.1) พบในเพศชาย จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 59.1) สถานภาพสมรส จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 50.5) พบมากในกลุ่มที่มีรายได้ 1,000 - 2,000 บาท จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 52.2)
- 3) ลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 33.8) พบในเพศชาย จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 52.3) สถานภาพสมรส จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 41.1) พบมากในกลุ่มที่มีรายได้ 1,000 - 2,000 บาท จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 52.2)

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ในด้านปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับ

ตัวยาและแบบแผนการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลรักษาและปัจจัยการเข้าถึงบริการ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา			p-value
	Low adherence (n=48) n (%)	Medium adherence (n=31) n (%)	High adherence (n=51) n (%)	
1. ปัจจัยตัวผู้ป่วย				
1.1 เพศ				0.005
ชาย	26 (55.3)	8 (17.0)	13 (27.7)	
หญิง	22 (26.5)	23 (27.7)	38 (45.8)	
1.2 อายุ				0.001
60-69 ปี	36 (54.5)	10 (15.2)	20 (30.3)	
70-79 ปี	12 (22.2)	20 (37.0)	22 (40.7)	
1.3 สถานภาพสมรส				0.003
สมรส	45 (44.6)	20 (19.8)	36 (35.6)	
โสด/หม้าย/หย่า	3 (10.3)	11 (37.9)	15 (51.7)	
1.4 รายได้				0.003
น้อยกว่า 1,000 บาท	22 (26.2)	24 (28.6)	38 (45.2)	
มากกว่า 1,000 บาท	26 (56.5)	7 (15.2)	13 (28.3)	
1.5 จำนวนโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัย				0.417
1 โรค	15 (39.5)	11 (28.9)	12 (31.6)	
2 โรค	25 (40.3)	14 (22.6)	23 (37.1)	
มากกว่า 2 โรคขึ้นไป	8 (26.7)	6 (20.0)	16 (53.3)	
1.6 การอ่านฉลากวิธีใช้ยา				0.399
อ่านฉลากไม่ได้	4 (22.2)	5 (27.8)	9 (50.0)	
อ่านฉลากยาได้	44 (39.3)	26 (23.2)	42 (37.5)	
1.7 ระยะเวลาที่ใช้ยาโรคเรื้อรัง				0.979
1 - 5 ปี	14 (37.8)	9 (24.3)	14 (37.8)	
มากกว่า 5 ปี	34 (36.6)	22 (23.7)	37 (39.8)	

จากตาราง 1 พบว่า (1) ปัจจัยตัวผู้ป่วย พบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงมี

ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลางและความร่วมมือสูงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.7, 45.8 ตามลำดับ) ปัจจัยอายุ กลุ่มอายุมากกว่า (70-79 ปี) มีความร่วมมือในการใช้



ยาปานกลางและสูง มากกว่าในกลุ่ม 60-69 ปี (ร้อยละ 37.0 และ ร้อยละ 40.7 ตามลำดับ สถานภาพโสด หม้ายหรือหย่ามีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลางและสูง มากกว่าสถานภาพสมรส (ร้อยละ 37.9 และ 51.7) ตามลำดับ รายได้ พบว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท มีความร่วมมือในระดับสูง ร้อยละ 45.2 มากกว่ากลุ่มที่มี

รายได้มากกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 28.3) ซึ่งกลุ่มที่มีรายได้มากกว่าพบความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ร้อยละ 56.5 ในขณะที่ปัจจัยตัวผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นและความสามารถในการอ่านฉลากยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา			p-value
	Low adherence (n=48) n (%)	Medium adherence (n=31) n (%)	High adherence (n=51) n (%)	
2. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยาและแบบแผนการรักษา				
2.1 จำนวนยาที่ได้รับ				0.576
1-3 รายการ	33 (40.2)	19 (23.2)	30 (36.6)	
> 3 รายการ	15 (31.3)	12 (25.0)	21 (43.8)	
2.2 จำนวนมือที่รับประทานยา				0.498
1 มือ	13 (52.0)	5 (20.0)	7 (28.0)	
2 มือ	18 (34.0)	14 (26.4)	21 (39.6)	
>= 3 มือ	17 (32.7)	12 (23.1)	23 (44.2)	
3. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลรักษา				
3.1 ผู้ดูแลที่บ้าน				0.005
มีผู้ดูแล	5 (14.7)	9 (26.5)	20 (58.8)	
ไม่มีผู้ดูแล	43 (44.8)	22 (22.9)	31 (32.3)	
3.2 การจัดยารับประทาน				0.189
มีผู้จัดยาให้รับประทาน	1 (11.1)	4 (44.4)	4 (44.4)	
จัดยากินเอง	47 (38.8)	27 (22.3)	47 (38.8)	
3.3 การให้ข้อมูลของบุคลากร				0.156
เข้าใจ	42 (41.2)	23 (22.5)	37 (36.3)	
ไม่เข้าใจ	6 (21.4)	8 (28.6)	14 (50.0)	
4. ปัจจัยการเข้าถึงบริการ				
4.1 การเข้าถึงบริการ				1.00
ไม่สะดวก	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50)	
สะดวก	47 (37.3)	30 (23.8)	49 (38.9)	
4.2 ผู้ร่วมเดินทางมาสถานบริการ				0.067
มาด้วยตนเอง	43 (39.4)	28 (25.7)	38 (34.9)	
ครอบครัวพามา	5 (23.8)	3 (14.3)	13 (61.9)	

(2) ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยาและแบบแผนการรักษา พบว่าจำนวนรายการยา และจำนวนมือที่รับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (3) ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลรักษา พบว่าปัจจัยผู้ดูแลที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การมีผู้ดูแลที่บ้านมีความร่วมมือในระดับสูง ร้อยละ 58.8 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน (ร้อยละ 32.3) ตามลำดับ ปัจจัยผู้จัดยาให้รับประทาน และการให้ข้อมูลของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (4) ปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้แก่ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การมีผู้ร่วมเดินทางมาสถานบริการ มีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและวิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงร้อยละ 39.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.8 และระดับต่ำร้อยละ 36.9 ในกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ ถึงระดับปานกลาง มีสาเหตุ สัมรับประทานยากลับไถวยาหรืออันตรายจากยา และลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 55.4 43.1 และ 33.8 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเคนเทอร์ ชนะชัย¹⁴ ที่พบความร่วมมือในระดับสูงร้อยละ 55.3 ระดับปานกลางร้อยละ 47.7 โดยผู้สูงอายุ สัมรับประทานยา ไม่ใส่ใจเวลารับประทานยามีร้อยละ 47.7 ที่เท่ากัน ขณะที่การศึกษาของปิยะวัน วงษ์บุญหนักและคณะ¹⁵ พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาตามแพทย์สั่งมากถึงร้อยละ 91.7 สัมรับประทานยาบางครั้ง ร้อยละ 34.2 และ สัมรับประทานยาประจำ ร้อยละ 1.5 นอกจากนี้ในภูมิภาคเอเชียมีการศึกษาของ Hyekyung¹⁶ ผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 52.5 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ จะเห็นว่าอัตราการความร่วมมือมีความแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละการศึกษาใช้กลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน มีเกณฑ์การวัดหรือเครื่องมือที่แตกต่างกัน^{17,18} ในการศึกษาที่ใช้วิธีวัดความร่วมมือโดยอ้อมและนับปริมาณยาที่เหลือประกอบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ ผลการ

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า (1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศชาย เพศชายมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำมากถึงร้อยละ 55.3 โดย สัมรับประทานยา ร้อยละ 72.7 สถานภาพสมรส ในกลุ่มโสดหรือหย่ามีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงมากกว่าสถานภาพสมรส ปัจจัยอายุ ในผู้ป่วยกลุ่มอายุสูงกว่า (70 - 79 ปี) มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงมากกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า (60-69 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของ yoshihisa¹⁹ รายงานว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือสม่ำเสมอในการรับประทานยามีปัจจัยทำนายความร่วมมือดีในการใช้ยา คืออายุมากกว่า การรู้รักษาทุกชนิดที่รับประทาน การรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่บางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา^{20,21} ปัจจัยรายได้ กลุ่มผู้มีรายได้ไม่น้อยกว่า (น้อยกว่า 1,000 บาท) มีความร่วมมือในระดับสูงและระดับปานกลาง มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า (รายได้มากกว่า 1,000 บาท) อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้มีรายได้ไม่น้อยกว่ามีรายได้ส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพที่ภาครัฐได้สนับสนุนและส่วนใหญ่ซึ่งมีอายุ 70 - 79 ปี ชราภาพไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน จะมีเวลาอยู่บ้าน ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า อายุต่ำกว่าจะเป็นกลุ่มที่ยังทำงานเป็นเกษตรกรหรือค้าขาย มีความเร่งรีบออกจากบ้านเพื่อไปประกอบอาชีพ กลุ่มนี้มีสาเหตุความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ลืมพกยาติดตัวออกจากบ้าน ร้อยละ 52.2 ปัจจัยตัวผู้ป่วยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น ระยะเวลาที่ใช้ยา และความสามารถในการอ่านฉลากยา สำหรับระยะเวลาที่ใช้ยาโรคเรื้อรังมีรายงานวิจัยว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งแตกต่างจากของผู้วิจัย¹⁴ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสามารถอ่านฉลากยาได้แต่ยังพบความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำที่มากกว่ากลุ่มที่อ่านฉลากยาไม่ได้ (2) ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยาและแบบแผนการรักษา ได้แก่ จำนวนรายการยา และจำนวนมือที่รับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา มีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมักจะมีหลายโรค ใช้ยา



จำนวนหลายชนิดและมีจำนวนมื่อการรับประทานยาที่หลากหลายจึงมีโอกาสลืมการใช้ยาหรือใช้ยาไม่ถูกต้องได้^{20,22} ผลการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้จำนวนรายการยาที่พบในการศึกษาส่วนมากมี 1-3 ชนิด จำนวนโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นพบส่วนมากเป็น 2 โรค เช่น เบาหวานและไขมันในเลือดสูง หรือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จึงใช้ยาจำนวนน้อยรายการ และจำนวนมื่อรับประทานยาไม่ซับซ้อน มีเพียงร้อยละ 23.1 ที่พบผู้ป่วยเป็นทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จะเห็นว่าจำนวนรายการยาไม่มากและการใช้ยาไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยยังมีความร่วมมือโดยรวมในระดับต่ำ (3) ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลรักษา พบว่าปัจจัยผู้ดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มที่มีผู้ดูแลมีความร่วมมือระดับสูง ร้อยละ 58.8 มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล ในกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลพบว่าลืมกินยา ร้อยละ 63.0 และลืมพกยาติดตัวไปด้วย ร้อยละ 85.7 แต่ปัจจัยผู้จัดยาให้รับประทาน และการให้ข้อมูลของบุคลากรไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยา (4) ปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้แก่ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ผู้พามาสถานบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสะดวกในการเข้าถึงบริการเช่นการเดินทางมาสถานบริการซึ่งใกล้กว่าการเดินทางเข้าไปยังโรงพยาบาลจังหวัดหรือมีญาติพามากก็ตามก็ยังไม่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลรักษาและด้านการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่นสังคม ครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล²³

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาบางปัจจัยเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น เภสัชกรสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น เช่นสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยา สร้างนวัตกรรมช่วยกระตุ้นเตือนความจำการกินยาและการพกยาติดตัวออกจากบ้านไปทำอาชีพ

เกษตรกร เพื่อลดการลืมกินยา รวมถึงเทคนิคการให้ความรู้ผู้ป่วยให้มีความเข้าใจและตระหนักเห็นความสำคัญของการใช้ยา ลดความกลัวจากความเชื่อที่ว่ายาจะทำให้เกิดไตวาย งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากงานประจำของเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานบริการ มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะให้ข้อมูลตามจริง อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษานี้ไม่เฉพาะเจาะจงโรค เช่นเบาหวานจึงไม่ได้มีการนำเสนอระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตมาประกอบการศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Available from <http://www.nesdb.go.th>. Accessed October 12, 2018
4. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(2):185–192.
5. Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med*. 1999; 14(5):267–73.
6. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, III, Middlebrooks M, Kennen E, Baker DW et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 847–51.

7. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health.* 2002;92(8):1278-83. DOI:10.2105/ajph.92.8.1278. PubMed PMID: 12144984; PubMed Central PMCID: PMC1447230.
8. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004;42(3):200-9. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9. PubMed PMID: 15076819.
9. IMS Institute for Healthcare Informatics. Avoidable costs in US health care. 2013. Available from :http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Institute/RUOM-2013/IHII_Responsible_Use_Medicines_2013.pdf. Accessed October 10, 2018.
10. DiMatteo MR. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA.* 2004;17(11):18-21. PubMed PMID: 15575518.
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-report measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24(1):-67-74.
12. นันทลักษณ์ สถาพรนันทน์. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา.วารสาร ไทยโภชนาการ. 2555;7:1-18.
13. Kathleen Fairman,Brenda Mothernak Evaluating Medication Adherence: Which Measure is Right for Your Program?. *Journal of Managed Care Pharmacy.*2000;6(6): 499-504.
14. คเชนทร์ ชนะชัย.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ .วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558;2: 287-91
15. ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก, ปวีณา ว่องตระกูล, วรัญญา เนียมขำ. การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศรีสะเกษจระเข้น้อย จังหวัดสมุทรปราการ.วารสาร มฉก.วิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2559; 20 (39):97-108.
16. Hyekyung Jin, Yeonhee Kim, and Sandy Jeong Rhie. Factor affecting medication adherence in elderly people. Published online 2016 Oct 19.doi: 10.2147/ppa.s118121
17. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005; 353 (5):487-497.
18. World Health Organization. Adherence to long-term therapies -evidence for action 2003. Available at:http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. 2003.
19. Yoshihisa Hirakawa, Esayas Haregot Hilawe, Chifa Chiang, Nobuo Kawazoe, and Atsuko Aoyama. Comprehensive medication management services influence medication adherence among Japanese older people. *J Rural Med.* 2015; 10(2): 79-83
20. Corsonello, A., Pedone, C., Lattanzio, F., Lucchetti, M., Garasto, S., Carbone, C., et al. Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. *Therapeutics and Clinical Risk Management.*2009; 5(1): 209-216.



21. Turner, B. J., Hollenbeak, C., Weiner, M. G., Ten Have, T., & Roberts, C. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*.2009;8(8): 672-681.
22. Ben-Natan, M., & Noselozich, I. Factors affecting older persons' adherence to prescription drugs in Israel. *Nursing & Health Sciences*, 2011 : 13(2), 164-169. doi : 10.1111/j.1442-2018.2011.00594.x
23. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2558; 9(1):32-46.