



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย

Medication Use Behaviors among the Older Thai Adults

โดย

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์

และ

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ตุลาคม 2557



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)  
Health Systems Research Institute (HSRI)



## สารบัญ

|                                                        | หน้า          |
|--------------------------------------------------------|---------------|
| ปกใน.....                                              | i             |
| สารบัญ.....                                            | ii            |
| สารบัญตาราง.....                                       | iv            |
| สารบัญภาพ.....                                         | v             |
| กิตติกรรมประกาศ.....                                   | vi            |
| บทคัดย่อ.....                                          | vii           |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                                | viii          |
| <br><b>บทที่ 1 บทนำ</b>                                | <br><b>1</b>  |
| ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....                         | 1             |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....                           | 8             |
| ขอบเขตของการวิจัย.....                                 | 9             |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....                                   | 9             |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....                         | 10            |
| <br><b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม</b>                    | <br><b>11</b> |
| ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....                  | 11            |
| ระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย..... | 13            |
| พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ.....                     | 19            |
| <br><b>บทที่ 3 วิธีการวิจัย</b>                        | <br><b>28</b> |
| รูปแบบการวิจัย.....                                    | 28            |
| พื้นที่การวิจัย.....                                   | 28            |
| ผู้ให้ข้อมูลและเกณฑ์ในการคัดเลือก.....                 | 30            |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....                        | 31            |
| การเก็บข้อมูลวิจัย.....                                | 31            |
| กระบวนการเก็บข้อมูล.....                               | 32            |
| การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล.....           | 33            |
| การวิเคราะห์ข้อมูล.....                                | 33            |
| ความเข้มงวดในการวิจัย.....                             | 35            |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                            | หน้า      |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>                                                  | <b>37</b> |
| ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแล.....                              | 37        |
| ข้อมูลพื้นฐาน.....                                                         | 37        |
| ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา.....                                                | 40        |
| พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ.....                                         | 43        |
| กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา.....                                  | 52        |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา.....                                | 54        |
| ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยา.....                   | 66        |
| ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ..... | 67        |
| พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ.....                                         | 70        |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ.....                           | 73        |
| การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและข้อเสนอแนะ.....       | 77        |
| การจัดการเชิงรับ.....                                                      | 77        |
| การจัดการเชิงรุก.....                                                      | 79        |
| การจัดการเชิงระบบ.....                                                     | 81        |
| <b>บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล</b>                                            | <b>84</b> |
| สรุปผลการวิจัย.....                                                        | 84        |
| การอภิปรายผลการวิจัย.....                                                  | 89        |
| ข้อจำกัดของการวิจัย.....                                                   | 97        |
| การนำผลการวิจัยไปใช้.....                                                  | 97        |
| <b>เอกสารอ้างอิง.....</b>                                                  | <b>99</b> |

## สารบัญตาราง

|                                                                         | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------|------|
| ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล.....                   | 38   |
| ตารางที่ 2 ร้อยละของโรคและความเจ็บป่วยรวมของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล..... | 40   |
| ตารางที่ 3 ประเด็นหลักและประเด็นรองจากการสัมภาษณ์เชิงลึก.....           | 41   |
| ตารางที่ 4 ประเด็นหลักและประเด็นรองจากการสนทนากลุ่ม.....                | 68   |

## สารบัญภาพ

|                                                                   | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------|------|
| ภาพที่ 1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา.....                | 53   |
| ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยา..... | 66   |

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย” นี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ผู้วิจัยจึงมีทุนในการปฏิบัติงานวิจัยและทำให้การวิจัยดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ทั้งนี้การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือของ รศ.ดร. พูลสุข หิงคานนท์ ซึ่งรับเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อคิดเป็นอย่างดีทั้งข้อคิดในการทำวิจัยและการทำงาน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณอาจารย์เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ร่วมสนับสนุนการทำงานและให้กำลังใจ รวมทั้งขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

ท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้สัมภาษณ์และให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถลุล่วงไปได้หากปราศจากความร่วมมือของท่าน

## บทคัดย่อ

พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาการใช้ยาทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยา จำนวน 23 คน และการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ร่วมกับการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 26 คน

วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากความสามารถในการบริหารยาร่วมกับความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยา 3 ด้าน คือ (1) วิธีการใช้ยาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมียา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง และการติดยา พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัยทั้งการซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ (2) การเลือกสถานบริการที่รับยา และ (3) การเก็บรักษายาและนำยาออกมาใช้ โดยการวิจัยนี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุประกอบด้วย (1) ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาทั้งด้านความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา) ประกอบด้วย *ปัจจัยความสามารถของบุคคล* เช่น ความรู้ ทักษะ ทักษะการมองเห็น การใช้มือหยิบจับ และ *ปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน* เช่น การทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ งานดูแลผู้อื่น งานอาสาสมัคร หรืองานสังคม (2) ปัจจัยชักนำ (ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา) ได้แก่ *การปรากฏของอาการของโรค* เช่น ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และ *การตอบสนองของร่างกายต่อยา* เช่น การเกิดผลข้างเคียงและผลลัพธ์เชิงการรักษา และ (3) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และพฤติกรรมการใช้ยา) ได้แก่ *ปัจจัยทางสังคม* เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่างๆ *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้* เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา *ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม* เช่น ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และ *ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ*

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะทั้งการจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรุก และการจัดการเชิงระบบ การนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการศึกษาทางการแพทย์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะในการวิจัยเพื่อทดสอบแนวคิด และค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมทั้งข้อเสนอแนะด้านนโยบายและการบริหารในการพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ และการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน

## ABSTRACT

Inappropriate medication use behavior is one of major causes of drug related events which lead to acute episodes and hospital visits among older adults. The purposes of this study were to investigate medication use behaviors, determine factors related to medication use behaviors, and explore means to prevent and solve problems related to medication use behaviors among older Thai adults. Using a descriptive qualitative design, this study employed an in-depth interview in 23 adults aged 60 years and older who experienced drug-related problems on a hospital visit and their caregivers. The study focus groups were conducted in 26 health care personnel.

Using a content analysis, this study revealed that medication use behaviors required capability to perform medication administration and capability to make a proper decision. Medication use behaviors involved: medication use method (medication non-adherence and unsafe self-medication), making choices of drug sources, and keeping and dispensing medication. Factors related to medication use behaviors comprised (1) pre-existing factors including *individual capacity factors* (e.g. knowledge, attitude, memory, and vision), and *daily activity factors* (e.g. working job, social activities, and caring for others) (2) precipitating factors including *disease manifestation* (e.g. severity, duration), and *response to medication* (e.g. experience relief and side effect), and (3) modifying factors including *social influences* (family, health care personnel, and media), *medication-related factors* (medication regimen complexity), *physical environment* (distance to hospital), and *financial status*.

The results of this study proposed 3 approaches to solve the problems related to medication use behaviors: reactive, proactive and systematic approaches. The results can be used in nursing education and other allied disciplines. Suggestion for future research was to test the model of factors related to medication use behaviors and to determine influencing factors. The results of the study also suggested that national and local governments develop database network system, and provide services to fulfill basic needs of the older Thai adults.

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอัตราการตายที่ลดลง ส่งผลให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้น โดยมีการคาดประมาณไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2553 ประชากรไทยเพศหญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดประมาณ 78 ปี และเพิ่มเป็น 82 ปี ในปี พ.ศ. 2583 ส่วนเพศชายจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดประมาณ 71 ปี และ 77 ปี ในปีพ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2583 ตามลำดับ การที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นนี้ทำให้เห็นถึงแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพบว่ามีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 10.70 ในปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) โดยมีการคาดประมาณว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมดจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.2 ในปี 2553 และร้อยละ 19.1 ในปีพ.ศ. 2563 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าภาคเหนือมีจำนวนประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ คือร้อยละ 12.6 โดยที่จังหวัดพิจิตรและจังหวัดสุโขทัย ซึ่งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงที่สุด อยู่ใน 5 ลำดับแรกในประเทศไทย โดยมีสัดส่วนร้อยละ 14.9 และร้อยละ 14.4 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ไม่เพียงแต่ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ยังทำให้การรักษาโรคได้ผลดีขึ้น ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นแต่ประชากรสูงอายุมิแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยที่ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดีหรือดีมากเฉลี่ยร้อยละ 42.7 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือดีมากจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 47.4) ประเมินว่าสุขภาพดีหรือดีมากมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 39.0) และผู้สูงอายุในเขตเมืองประเมินว่ามีสุขภาพดีหรือดีมากในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท (ร้อยละ 44.7 และ 41.7 ตามลำดับ) โดยผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง 9 จังหวัดประมาณร้อยละ 30- 60 ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดีหรือดีมาก แม้ว่าผู้สูงอายุไทยจะประเมินสุขภาพตนเองในระดับที่ดี แต่ก็ประสบกับปัญหาสุขภาพทั้ง

ที่เป็นโรคเรื้อรังและเฉียบพลันรวมทั้งมีอาการเจ็บป่วยต่างๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 31.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.3 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.0 เป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 0.5 โรคกระดูกพรุน ร้อยละ 1.6 เป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ และร้อยละ 2.5 เป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ (วิพรรณประจวบเหมาะ, 2556)

ความเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นความเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา และเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค จึงมีการใช้ยามาก ผลการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าช่วงปี ค.ศ. 2007-2010 ประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ มีการใช้ยา 1-4 ชนิด และเกือบร้อยละ 40 ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (National Center for Health Statistics, 2014) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาของสำนักงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2551-2552 (วิชัย เอกพลากร, มปป.) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีการใช้ยามากกว่าประชากรในกลุ่มวัยอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มยาแก้ปวด ยานอนหลับ และ ยาต้านการอักเสบ ความจำเป็นที่จะต้องใช้นี้นี้ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยามากกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น

นักวิจัยจำนวนมากพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุเพื่อหาทางแก้ไขและป้องกันปัญหาจากการใช้ยา โดยพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ อาทิ (1) ความสูงอายุที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้มีความไวต่อการออกฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้น แต่มีกระบวนการเผาผลาญยา (metabolism) และการขับยาออกจากร่างกายช้าลง จึงมีปัญหามาจากการเกิดพิษของยาได้ง่ายกว่าคนวัยอื่น (2) ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่าย เช่น ความเสื่อมของเส้นใยประสาทและการลดลงของสารสื่อประสาททำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันได้ง่ายเมื่อมีการใช้ยาบางชนิด (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) และ (3) เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิดซึ่งเป็นสาเหตุให้มีโอกาสเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาได้มาก จึงมักพบว่าผู้ที่ใช้ยาหลายชนิดมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มาก (Chan, Nicklason, & Vial, 2001; Jitapunkul, Lertkupinit, Jongsitimahakul, & Suteparuk, 1997)

ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีหลายปัญหา เช่น ปัญหาปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งปัญหาการใช้ยา

เหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 10.7 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุทั้งหมด เป็นการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยา ในขณะที่กลุ่มเด็กมีเพียงร้อยละ 4.1 และกลุ่มผู้ใหญ่ร้อยละ 6.3 (Kongkaew, Noyce, & Ashcroft, 2008) และจากการศึกษาการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ 219 คน พบว่า ประมาณร้อยละ 30 เข้ารับการรักษาเนื่องจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยผู้สูงอายุที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มักได้รับยามากกว่าผู้ที่ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Chan, Nicklason, & Vial, 2001)

เนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุจึงส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งนี้มีการวิจัยพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากถึง 1,310 ดอลลาร์สหรัฐ/คน หลังจากควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว (Field, Gilman, Subramanian, Fuller, Bates, & Gurwitz, 2005) จากการวิจัยติดตามผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งปีเพื่อศึกษาจำนวนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรุนแรงของอาการและความเป็นไปได้ในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น ผลการวิจัยพบว่าการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 1,523 ครั้ง ในจำนวนนี้ ร้อยละ 27.6 สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 38 จัดอยู่ในกลุ่มรุนแรงมากถึงรุนแรงระดับเสียชีวิต โดยที่ร้อยละ 42 ในกลุ่มนี้ เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกลุ่มเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้นี้ มีประมาณร้อยละ 58 เกิดขึ้นในขั้นตอนการสั่งยา ร้อยละ 61 เกิดในขั้นตอนการติดตามดูแล และ ร้อยละ 21 เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเอง (Gurwitz, Field, Harrold, Rothschild, Debellis, Seger et al., 2003) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และแม้ว่าจะเป็นการป้องกันได้ ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาก็ยังเกิดขึ้นอยู่มากในผู้สูงอายุ โดยมีผลการวิจัยที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 20 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ยา (Ben-Natan & Noselozich, 2011; Chan, Nicklason, & Vial, 2001; Gurwitz, Field, Harrold, Rothschild, Debellis, Seger, et al., 2003) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือ การละเว้นการใช้ยา และการเลิกใช้ยาที่แพทย์สั่ง (Chan, Nicklason, & Vial, 2001) ในการวิจัยของจิตชนก ลิ่ววิสุข และคณะ (มปป.) พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ส่วนหนึ่งมีปัญหา

ปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารยา การตรวจสอบวิธีใช้ก่อนการใช้ยา การตรวจสอบวันหมดอายุ และการปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา โดยที่ร้อยละ 25 มีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมในด้านการเก็บรักษา และการปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ นอกจากนี้การวิจัยของวาสนา ชัยพัฒน์ (2553) ก็พบว่าประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ ลืมใช้ยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง และขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ปัญหาพฤติกรรมที่กล่าวมานี้เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาอีกรูปแบบหนึ่งคือการใช้ยาด้วยตนเองเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง เช่น การใช้สมุนไพร อาหารเสริม หรือการซื้อยาใช้เอง และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีการใช้ยาด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ประมาณร้อยละ 36 ของผู้สูงอายุจากการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย (Goh, Vitry, Semple, Esterman, & Luszcz, 2009) ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Arcury, Nguyen, Sandberg, Neiberg, Altizer, Bell et al., 2013) และ ร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุจากการวิจัยในเซอร์เบีย (Gazibara, Nurkovic, Kistic-Tepavcevic, Kurtagic, Kovacevic, & Pekmezovic, 2013) มีการซื้อยาใช้เองจากร้านยา โดยยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวด วิตามินและอาหารเสริมบำรุงสุขภาพ สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองในอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดย สินีนาฏ วิทยพิเชฐสกุล และอุกฤษฏ์ สิทธิบุศย์ (2014) พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบันควบคู่กับการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เหตุผลของการใช้ยาสมุนไพรคือ อยากรู้ อยากลอง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะเปลี่ยนตัวยาหรือสมุนไพรที่ใช้รักษา และปัญหาที่พบคือการใช้ยาโดยไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

การที่ผู้สูงอายุมีการใช้ยาด้วยตนเองถือเป็นการจัดการตนเองด้านสุขภาพ แสดงถึงศักยภาพที่ผู้สูงอายุจะมีอิสรภาพในการควบคุมตนเอง เป็นตัวของตัวเองในการดูแลสุขภาพ การใช้ยาด้วยตนเองจึงไม่ใช่สิ่งที่ผิด และเป็นเรื่องที่ต้องส่งเสริมให้มีการใช้ยาด้วยตนเองอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามการใช้ยาด้วยตนเองในบางครั้งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ เช่น การใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาที่แพทย์สั่ง อาจเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้นได้ และการซื้อยาใช้เองอาจทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อนกับที่แพทย์สั่งใช้ยาได้เช่นกัน

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุมีปัญหาที่หลากหลายและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่มาก จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรการแพทย์จะทำความเข้าใจปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มหลักคือ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปัจจัยของตัวยา ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยอื่น ๆ

สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเช่น อายุ เพศ รายได้ และสถานภาพสมรส แม้จะเป็นปัจจัยที่น่าจะส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยา แต่การวิจัยที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งกัน และส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Alhewiti, 2014; Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Degli Esposti, Sturani, Di Martino, Falasca, Novi, Baio et al., 2002; Goh, Vitry, Semple, Esterman, & Luszcz, 2009; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) นอกจากนี้การวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า ผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความร่วมมือต่ำ (Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001) และในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังก็พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการใช้ยา (สุกร บุษปวนิช และ พงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา, 2549)

อย่างไรก็ตามปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ ในด้านความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Alm-Roijer, Stagmo, Uden, & Erhardt, 2004) ความจำของผู้สูงอายุนับเป็นปัจจัยที่แสดงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือในการใช้ยา การวิจัยที่ผ่านมาหลายครั้งจึงพบว่าและความจำมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001; Stoeher, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและทัศนคติของผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยนักวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุในประเทศอิสราเอล (Ben-Natan & Noselozich, 2011) การวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Rajpura & Nayak, 2014) และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Alhewiti, 2014)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยามีนักวิจัยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาและพบว่า ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (Alhewiti, 2014) จำนวนเม็ดยาที่ต้องใช้ (Ben-Natan & Noselozich, 2011) จำนวนมือของยา (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Stoehr, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008) ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ รวมทั้ง ปัจจัยด้านข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ หากข้อมูลไม่ชัดเจน อ่านยาก (Liu, Abdul-Hussain, Mahboob, Rai, & Kostrzewski, 2014) และไม่เพียงพอก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้ (Alhewiti, 2014)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ หากผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009) หรือการที่ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงคุณค่าในการสื่อสารกับบุคลากรการแพทย์และผู้รักษา (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า อุปสรรคด้านภาษาส่งผลต่อการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยจึงไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและนำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในที่สุด (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014)

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา เช่น ความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็น ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) และจำนวนความเจ็บป่วยร่วมก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยอาจเกิดขึ้นเนื่องจากเมื่อมีความเจ็บป่วยมาก จำนวนชนิดของยาก็มักจะมากด้วย (Balkrishnan, Rajagopalan, Camacho, Huston, Murray, & Anderson, 2003) เมื่อจำนวนชนิดของยามากขึ้นวิธีการใช้ยาก็จะซับซ้อนมากขึ้น ทำให้มีโอกาสใช้ยาไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ได้มากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอุปสรรคในการไปรับยาอย่างต่อเนื่องเมื่อยาหมด ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดยา เช่น ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพที่ผู้สูงอายุมี และอุปสรรคเกี่ยวกับการเดินทางไปรับยา เช่น ลืม ไม่สามารถเดินทางไปรับยาได้ รวมทั้งอุปสรรคด้านรายา และ ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) อุปสรรคเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาด้วยการใช้ยาของ

คนอื่นทดแทน หรือยาที่เป็นตัวอย่างยาเพื่อทดแทนการไปรับยาอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาขึ้น

จะเห็นได้ว่าการวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเอง เกี่ยวกับตัวยา หรือเกี่ยวกับบุคคลอื่น ตลอดจนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการใช้ยา แต่การวิจัยเหล่านี้ยังมีความจำกัดของการวิจัยอยู่ในมุมมองของนักวิจัยหรือในมุมมองของผู้ให้บริการ เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงคุณภาพในบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความร่วมมือด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ให้ความเห็นว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาซับซ้อนเนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง ตัวยา และสิ่งแวดล้อม และแสดงความเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาว່ว่าประกอบด้วย การให้ความรู้ การให้ความสนับสนุนค้ำเค้นเคยกับผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับยา การฝึกฝนทักษะ และการสร้างเครือข่ายสังคมที่เกื้อหนุน (Chong, Aslani, & Chen, 2013)

การมีมุมมองปัญหาการใช้ยาจากมุมมองของผู้ให้บริการมีลักษณะของมองการใช้ยาของผู้สูงอายุใน 3 มุมมอง คือ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง และ วิจิต เปาณิล, 2550) (1) มุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์ คือ การใช้ยาที่อาจเกินความจำเป็นทำให้มีการใช้งบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายด้านยาสูง (2) มุมมองทางการแพทย์ คือยึดถือความถูกต้องในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นหลัก และ (3) มุมมองทางกฎหมาย คือ การใช้ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือยาที่มีการลักลอบวางขายในสถานที่จำหน่ายยาที่ไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งเป็นยาที่ไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้โดยไม่ได้รับคำสั่งการใช้ยาจากแพทย์และผดกกฎหมาย การมีมุมมองที่จำกัดอยู่ในมุมมองของผู้ให้บริการเพียงด้านเดียวทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วย แม้จะมีการให้ความรู้และให้เวลาในการสนทนากับผู้ป่วยมากขึ้นแล้ว แต่ผู้ให้บริการยังมีมุมมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งอย่างเคร่งครัด การทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ให้บริการมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่นอกเหนือไปจากการปรับวิธีการในการดูแลรักษาของผู้ให้บริการเพียงเท่านั้น

นักวิจัยจำนวนหนึ่งได้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วย จากการสนทนากลุ่มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยมีความกลัวและมอง

ยารักษาความดันโลหิตสูงในแง่ลบว่าหากเริ่มใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงแล้วจะต้องใช้ต่อไปตลอดชีวิต และทำให้รู้สึกไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา ผลการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น และไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการเข้าพบแพทย์เนื่องจากมีเวลาน้อยและมีปฏิสัมพันธ์น้อย (Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore, & Saturno, 2004) ส่วนการวิจัยในผู้สูงอายุเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านข้อมูลยา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาคือ เวลาที่ใช้ในการปรึกษาหารือ โอกาสในการเข้าพบผู้ที่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับยาได้ และโอกาสในการเข้าถึงแพทย์หากมีปัญหาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Modig, Kristensson, Troein, Brorsson, & Midlov, 2012) นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่ไม่มีภาษาอังกฤษเป็นภาษาภูมิหลังในประเทศออสเตรเลีย พบว่า อุปสรรคสำคัญต่อการจัดการด้านยาของผู้ป่วยคือ ราคา ยา ภาษาที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร ความหลงลืม และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014)

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบทของระบบการรักษาที่แตกต่างกันจากประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และส่วนหนึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ผ่านมายังจำกัดอยู่ในมุมมองของผู้วิจัยหรือผู้ให้บริการเป็นหลัก และเนื่องจากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการบริหารยาโดยตรง การสั่งใช้ยาในการบริการปฐมภูมิ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัย การทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาจากมุมมองของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ใช้ยาและเป็นผู้รับบริการ ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในบริบทของวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรฐานการใช้ยาในผู้สูงอายุ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยา ในเขตภาคเหนือตอนล่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยา คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีสาเหตุจากปัญหาการใช้ยาซึ่งมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือมากกว่าดังต่อไปนี้

1.1 ปฏิกริยาอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ การตอบสนองต่อยาซึ่งอันตราย และเกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ และเกิดขึ้นในขนาดยาปกติที่ใช้ในมนุษย์

1.2 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ การบาดเจ็บที่เป็นผลมาจากการแทรกแซงทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

1.3 ความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์ที่ป้องกันได้ใดๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น หรือนำไปสู่ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วย หรือผู้บริโภคร เหตุการณ์ดังกล่าว อาจจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ กระบวนการ และระบบ รวมทั้ง การสั่งใช้ยา การสื่อสารด้านคำสั่ง การเขียนฉลาก การบรรจุ และการตั้งชื่อ การผสมยา การจ่ายยา การกระจายยา การบริหารยา การให้ความรู้ การติดตามการใช้ยา และการใช้ยา

1.4 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือพฤติกรรมของผู้ป่วย ในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารตามที่แนะนำ หรือการดำเนินชีวิต ที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์ และสุขภาพ

2. พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาสอดคล้องคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งครบกำหนด และการใช้ยาโดยการแสวงหา

การรักษาด้วยตนเอง เช่น การใช้ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ อาหารเสริมบำรุง หรือยาแผนปัจจุบันที่ได้จากแหล่งการรักษาอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ที่รักษาประจำ

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

การวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทของสังคมไทย จากมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการวางนโยบายการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การพัฒนาการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัย ผลการวิจัยนำไปสู่คำถามการวิจัยในขั้นต่อไป รวมทั้งความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ และสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ รวมทั้งค้นหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ในบทนี้จะกล่าวถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับในเรื่องต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย
3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพบว่า มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งหมดและเพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.2 ในปี 2553 และร้อยละ 19.1 ในปีพ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุตอนปลายก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) ทั้งนี้ การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ภาคเหนือมีจำนวนประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ คือร้อยละ 12.6 โดยที่ สองจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง คือ จังหวัดพิจิตรและจังหวัดสุโขทัย เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงที่สุดอยู่ใน 5 ลำดับแรกของประเทศไทย โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเป็น ร้อยละ 14.9 และร้อยละ 14.4 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน มิได้มีเพียงการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุเท่านั้น หากยังมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อีกด้วย เช่น ลักษณะสถานภาพสมรส จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 64.6 มีคู่สมรส ร้อยละ 3.9 เป็นโสด ร้อยละ 1.7 อยู่ในสถานภาพหย่าหรือแยกกันอยู่ และร้อยละ 28.8 เป็นหม้าย จะเห็นได้ว่าประมาณร้อยละ 35 เป็นกลุ่ม

ที่ไม่มีคู่สมรส (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) และผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมากขึ้นหรืออยู่กับหลานในวัยเด็กมากขึ้น (มิ่งสรรพ ขาวสะอาด และ ัญญาภรณ์ เลียมจรัสกุล, 2556) ซึ่งส่งผลให้แหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่เคยมีในครอบครัวลดลง หรือผู้สูงอายุอาจกลายเป็นแหล่งเกื้อหนุนเสียเองโดยมีบทบาทในการเลี้ยงดูหลานต่อไป

ในด้านบทบาทของผู้สูงอายุนั้นสามารถแบ่งได้เป็นบทบาทในครัวเรือนกับบทบาทในสังคม สำหรับบทบาทในครัวเรือนพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนหนึ่งยังคงมีบทบาทในการทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงตนและครอบครัว จะเห็นได้จากแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมาจาก 3 แหล่งคือ จากบุตร (ร้อยละ 40.1) จากการทำงาน (ร้อยละ 35.1) และ จากเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 11.4) และจากสถิติการทำงานที่พบว่า ร้อยละ 38.3 ของผู้สูงอายุยังคงทำงานเพื่อหารายได้ โดยผู้สูงอายุในเขตชนบท (ร้อยละ 41.7) ยังคงทำงานมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง (ร้อยละ 38.8) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) โดยเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ทำงานส่วนใหญ่มาจากความชราและความเจ็บป่วย และเหตุผลที่ยังคงทำงานอยู่คือเพื่อหาเลี้ยงตนเองหรือครอบครัว เพราะยังคงมีสุขภาพแข็งแรง และเพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้บทบาทของผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการทำงานเชิงเศรษฐกิจเท่านั้น ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการเฝ้าบ้าน ทำงานบ้าน และบางรายต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวด้วยเช่น หลานในวัยเด็ก ผู้ป่วย หรือคู่สมรส ส่วนการมีบทบาทในชุมชนนั้น ผู้สูงอายุจะยังมีส่วนร่วมในชุมชน คือการร่วมกิจกรรมตามกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มอาชีพต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ยังมีอายุน้อย (60-69 ปี)

ส่วนลักษณะของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยนั้น จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดีหรือดีมากเฉลี่ยร้อยละ 42.7 ซึ่งน้อยกว่า ในปี พ.ศ. 2550 (ร้อยละ 46.8) โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือดีมากจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 47.4) ประเมินว่าสุขภาพดีหรือดีมากมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 39.0) และผู้สูงอายุในเขตเมืองประเมินว่ามีสุขภาพดีหรือดีมากในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท (ร้อยละ 44.7 และ 41.7 ตามลำดับ) โดยผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง 9 จังหวัดประมาณร้อยละ 30- 60 ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดีหรือดีมาก สำหรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุร้อยละ 31.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.3 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.0 เป็น

โรคหัวใจ ร้อยละ 0.5 โรคมะเร็ง ร้อยละ 1.6 เป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ และร้อยละ 2.5 เป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแม้ว่าผู้สูงอายุไทยประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี แต่ยังมีความต้องการการรักษาด้วยยาอยู่มากเนื่องจากมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่จำนวนไม่น้อย

### ระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย

ระบบสุขภาพของประเทศไทยคือการจัดการบริการด้านสุขภาพโดยรัฐ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้นำเสนอส่วนของการจัดระบบบริการสุขภาพและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ

#### การจัดระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นระดับตามพื้นที่และจุดประสงค์ในการให้บริการ โดยประกอบด้วย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556)

1. การบริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นบริการที่มุ่งบริการครอบคลุมทั้งงานด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีสถานบริการตั้งอยู่ในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์แพทย์ชุมชน

2. การบริการทุติยภูมิ (secondary care) เป็นการจัดการบริการที่เน้นการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากกว่าการบริการปฐมภูมิ ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น มีสถานบริการครอบคลุมผู้รับบริการในระดับอำเภอและจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (ระดับอำเภอ) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับจังหวัด) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย

3. การบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (tertiary care and excellent center) เป็นการจัดการบริการที่เน้นการรักษาพยาบาลโรคที่ซับซ้อนต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง และมีการบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง เป็นสถานบริการขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ หรือสถาบันที่สังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

4. ระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงการบริการทั้ง 3 ระดับ คือ บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ และบริการตติยภูมิ เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

กระทรวงสาธารณสุขยังได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการจัดให้มีระบบสาธารณสุขมูลฐานในระดับตำบลและหมู่บ้าน ครอบคลุมงานด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพแบบพื้นฐานที่ดำเนินการโดยประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการและประสานงาน

นอกจากการจัดบริการสุขภาพใน 3 ระดับดังกล่าวแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก เกิดการผสมผสานทั้งการแพทย์กระแสหลักและการแพทย์ทางเลือกในการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งนี้พื้นที่ภาคเหนือตอนล่างเป็นพื้นที่ที่มีเขตป่าสมุนไพรมาก จึงพบว่ามีกรถ่ายทอดความรู้กันในหมู่คนท้องถิ่นหลายแห่ง มีผู้รักษาที่เรียกกันว่า หมอสมุนไพรมีการรวมตัวกันโดยมีวัดเป็นศูนย์กลางเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และมีการสอบเพื่อให้ได้ใบอนุญาตเป็นผู้ประยาแผนไทย ประกอบกับโรงพยาบาลบางกระทุ่มเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงเรื่องการผลิตยาสมุนไพรรไทย ทำให้ประชาชนในเขตนี้มีทางเลือกในการรักษาและการดูแลสุขภาพตนเองที่นอกเหนือไปจากบริการที่รัฐจัดให้ในระบบบริการสุขภาพด้วย (จิราภรณ์ สถาปนาวรรณนะ, 2546)

#### กระบวนการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้ยา อันเป็นผลจากความซับซ้อนในทางสรีรวิทยาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยร่วมกับความเจ็บป่วยที่มักเกิดในวัยสูงอายุและจากการที่ผู้สูงอายุมักมีปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อยาไม่เป็นไปตามปกติเช่นผู้ใหญ่ทั่วไป การใช้ยาเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ใน 3 สาขาหลัก คือ แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ที่ต้องทำงานในด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุและมีลักษณะประสานสอดคล้องกันของกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary) จึงจะช่วยให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ระบบบริการสุขภาพด้านยาในประเทศไทย โดยทั่วไปผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านยาได้จากสถานบริการที่หลากหลาย อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ร้าน

ยา คลินิกแพทย์ การเข้าถึงยาของผู้รับบริการส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือมีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาประจำ แล้วเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล โดยจะผ่านขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยและการสั่งการรักษาจากแพทย์ จากนั้นจึงมีการจัดและจ่ายยาโดยเภสัชกร หากผู้ป่วยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีพยาบาลเป็นผู้บริหารยาภายในหอผู้ป่วย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะต้องบริหารยาด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่า แพทย์เป็นบุคลากรที่มีบทบาทโดยตรงต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุคือการสั่งใช้ยา การติดตามผลของการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนคำสั่งเพื่อการใช้ยาที่เหมาะสม และเภสัชกรมีการจัดจ่ายยา รวมทั้งการประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (Medication reconciliation) คือการทบทวนประวัติยาเดิมของผู้ป่วยและการใช้ยาทั้งหมดที่มีอยู่ และพยาบาลเป็นผู้บริหารยาและดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

สถานที่ที่ผู้รับบริการเลือกที่จะเข้ารับการรักษาเป็นการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยส่วนใหญ่การเลือกสถานบริการจะเลือกตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพของแต่ละคน อย่างไรก็ตามเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้รับบริการสามารถเลือกการรักษาที่คลินิก หรือที่ร้านยา เนื่องจากให้ความสะดวก รวดเร็วในการบริการ อย่างไรก็ตามการเลือกสถานที่บริการจากหลายที่ทั้งโรงพยาบาล คลินิก หรือร้านยา ทำให้มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาหลายขนาน ได้รับยาซ้ำซ้อน หรือเกิดความไม่ต่อเนื่องของการรักษา รวมทั้งอาจได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะ และบางครั้งมีปัญหว่าผู้ป่วยไม่ทราบชื่อยาทำให้ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง หรือหากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา ดังกล่าวด้วยอาการเฉียบพลัน ก็มีความยุ่งยากในการระบุชื่อยา (identification) ที่ผู้ป่วยแพ้ได้ ปัญหานี้มักเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับรักษาในคลินิกบางแห่งหรือร้านยาที่จ่ายยาที่ไม่ระบุชนิดและขนาดของยา รวมทั้งมีผลถึงการประสานรายการยาที่ใช้ที่ได้ยากยิ่งขึ้นด้วย

การที่ผู้รับบริการเลือกใช้บริการจากร้านยาซึ่งเป็นอีกตัวเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาความเจ็บป่วยหรือบรรเทาอาการ การจำหน่ายยาของเภสัชกรร้านยาจึงมีความสำคัญ ซึ่งตามกฎหมายแล้ว การจำหน่ายยาของเภสัชกรร้านยา จะเป็นไปตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งมีข้อกำหนดและจัดแบ่งประเภทยาต่างๆไว้ โดยจะจัดแบ่งยาออกเป็น

#### 1. ยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย

2. ยาอันตราย ต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยา ตัวอย่างยาเช่น hypertensive drug, hypoglycemic drug, lipid lowering drug ยกเว้น niacin ที่มีปริมาณไม่เกิน 20 มก.ต่อการรับประทาน 1 มื้อเป็นต้น

3. ยาสามัญประจำบ้าน เช่น paracetamol 500 mg บรรจุแผงละ 4 และ 10 เม็ด ยาถ่ายพยาธิ mebendazole 100 mg บรรจุ 6 เม็ด เป็นต้น

4. ยาควบคุมพิเศษ ต้องจำหน่ายตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น เช่น prednisolone, sildenafil (Viagra®) เป็นต้น

นอกจากพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แล้วยังมียาที่จัดแบ่งตาม พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 คือ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภท ที่ 3 และ 4 ที่เภสัชกรสามารถจำหน่ายได้ แต่ต้องมีใบสั่งแพทย์ เช่น lorazepam, diazepam รวมทั้งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 นั่นคือ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 3 เภสัชกรสามารถจำหน่ายได้ แต่ต้องมีใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติด เช่นยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของ codeine, ยาที่มีส่วนผสมของ loperamide (Imodium®) และยาที่มีส่วนผสมของ diphenoxylate (Lomotil®) เป็นต้น

นอกจากพระราชบัญญัติยาแล้ว การจำหน่ายยาในร้านยา เภสัชกรจะมีกฎหมายควบคุมวิชาชีพ และจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นตัวกำหนดด้วย และสำหรับยาโรคเรื้อรังนั้น เภสัชกรร้านยาจะไม่เป็นผู้เริ่มยาเอง แต่จะจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีการจำหน่ายยารักษาโรคเรื้อรังในร้านยา คือ มีผู้รับบริการบางส่วนที่ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด แต่จะนำตัวอย่างยามาซื้อยาร้านยาแทน ซึ่งโดยทั่วไปเภสัชกร (ร้านยาคุณภาพที่มีเภสัชกรประจำตลอดเวลาที่เปิดทำการ) จะจำหน่ายยาแค่พอให้ผู้ป่วยไปตามนัดได้เท่านั้น และจะจ่ายได้เต็มจำนวนเมื่อมีใบสั่งแพทย์มาจากคลินิกหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะมีในกรณีที่คลินิกหรือโรงพยาบาลไม่มียาบางชนิด หรือยาหมด เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ร้านยาที่มีเภสัชกรประจำ จะมีมาตรฐานเบื้องต้นในการประกอบวิชาชีพ โดยจะต้องซักประวัติและคัดกรองโรคได้เบื้องต้น หากมีอาการที่เข้าข่ายที่ต้องส่งต่อ ก็จะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือมีอาการที่เห็นควรว่าจะ

ไม่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ที่ร้านยา เช่น กลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหารได้แก่ กลืนลำบาก อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดปริมาณมาก เป็นต้น

พยาบาลเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องในบริการสุขภาพทุกระดับ โดยพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคไว้ด้วย ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุปรากฏในมาตรา 3 และมาตรา 4 ว่า (พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540)

การพยาบาลหมายความว่า “การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะ การพยาบาล” โดย การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า “การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยการกระทำต่อไปนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
3. การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค
4. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

พระราชบัญญัตินี้ช่วยให้เกิดความคุ้มครองทางด้านกฎหมายสำหรับพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากการปฏิบัติการรักษาโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติและตัดสินใจด้วยตนเองอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามเพื่อให้การพยาบาลในขอบเขตของการพยาบาลนี้เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สภาการพยาบาลจึงได้จัดทำ ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น

และการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง (สภาการพยาบาล, 2554) โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการเจ็บป่วยวิกฤตว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจะให้ผู้ป่วยได้เฉพาะที่แพทย์ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขว่า (1) ห้ามมิให้ยา หรือสารละลายทางช่องรอบเยื่อไขสันหลัง หรือช่องไขสันหลัง (2) ห้ามมิให้ยาหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ เฉพาะที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

สำหรับการรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ตามประกาศของสภาการพยาบาล ก่อน จึงจะให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ ภายใต้เงื่อนไข (1) ตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรค ตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลโดยเคร่งครัด (2) ให้ผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เมื่อปรากฏ ตรวจพบหรือเห็นว่าอาการไม่บรรเทา อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มีโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ หรือมีเหตุอันควรอื่น ๆ เกี่ยวกับการบำบัดรักษา เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ การบำบัดรักษาหรือเวชภัณฑ์ เป็นต้น

ถ้าการปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นจำเป็นต้องใช้ยาให้ใช้ได้ตามคู่มือการใช้ยาที่สภาการพยาบาลกำหนด รวมทั้งการให้ภูมิคุ้มกันโรค ต้องปฏิบัติตามแนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจะต้องบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ อาการ และการเจ็บป่วยโรค การให้การรักษาโรค หรือการให้บริการตามความเป็นจริง ตามแบบของสภาการพยาบาล รวมทั้งต้องเก็บบันทึกรายงานไว้เป็นหลักฐาน

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุจึงมี 3 บทบาทที่สำคัญ คือ (1) บทบาทในการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง (2) บทบาทในการสั่งใช้ยาซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาล และ (3) บทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งการใช้ยาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาโรค บรรเทาอาการ และเพื่อบำรุงสุขภาพ ซึ่งโดยทั่วไปการปฏิบัติตนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ โดยมีหัวใจสำคัญอยู่ที่ผลของการรักษาและความปลอดภัยของผู้ใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยต่าง ๆ แบ่งงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเอง (self-medication) เช่น การซื้อยาตามร้านยา (over the counter) การใช้อาหารเสริมบำรุงสุขภาพ และการใช้ยาทางเลือกและสมุนไพรต่างๆ (complementary and alternative medicines) และ (2) กลุ่มงานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

### การใช้ยาด้วยตนเอง

พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองคือการที่ผู้สูงอายุจัดหายาเพื่อการรักษาโรค บรรเทาอาการ หรือเพื่อบำรุงสุขภาพจากการซื้อจากร้านยา การใช้ยาและอาหารเสริมบำรุงและการใช้สมุนไพรหรือยาแผนโบราณต่าง ๆ ทั้งนี้ พฤติกรรมการใช้ยานี้เมื่อพิจารณาจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานและนักวิจัยสามารถแบ่งได้เป็น 3 แนวคิด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง และ วิจิต เปานิล, 2550) คือ (1) มุมมองในเชิงเศรษฐศาสตร์ เป็นการมองการใช้ยาด้วยตนเองว่าเป็นการใช้ยาที่อาจเกินความจำเป็นทำให้มีการใช้จ่ายด้านยาสูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด แต่สำหรับผู้ป่วยแล้ว การซื้อยาใช้เองเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับการที่ต้องเสียค่าบริการต่างๆในการรักษาพยาบาลแบบอื่นๆ (2) มุมมองทางการแพทย์ เป็นการมองการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วยจากแนวคิดของความถูกต้องของการใช้ยา โดยการใช้ยาที่ถูกต้องตามหลักการคือ ถูกโรค ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี และถูกเวลา จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูง อย่างไรก็ตาม การใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วยมักเป็นไปตามปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละคน และมักเป็นไปตามความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และ (3) มุมมองทางกฎหมาย เป็นการมองการใช้ยาจากการใช้กฎหมายควบคุมกำกับ การใช้ยาให้เหมาะสม อาทิ การใช้ยาที่เป็นยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ซึ่งอาจพบว่ามีการทำผิดกฎหมายโดยมีการลักลอบวางขายในสถานที่จำหน่ายยาที่ไม่ได้รับอนุญาต การทบทวนวรรณกรรมใน

ครั้งนี้มุ่งประเด็นพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับมุมมองใดมุมมองหนึ่ง หรืออาจเกี่ยวข้องกับทั้ง 3 มุมมองก็ได้

จากการรวบรวมผลการวิจัยพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง โดยผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้ยาที่ได้จากการซื้อจากร้านยา หรืออาหารเสริมบำรุงสุขภาพและสมุนไพรต่างๆ จำนวนมากโดยพบว่ามีการใช้มากถึงร้อยละ 17.7 ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2001 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 35.5 ระหว่างปี ค.ศ. 2003-2004 โดยส่วนใหญ่ใช้ยาและอาหารเสริมบำรุงรวมทั้งสมุนไพรเพื่อวัตถุประสงค์ในการบำรุงสุขภาพ ส่วนการซื้อยาจากร้านยาเป็นการใช้ยาจำพวทยาแก้ปวด ยาระบาย และแอสไพรินในขนาดต่ำๆ (Goh, Vitry, Semple, Esterman, & Luszcz, 2009) การวิจัยครั้งนี้พบสัดส่วนการใช้ยาด้วยตนเองต่ำกว่าผลการวิจัยในสหรัฐอเมริกาซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ร้อยละ 82 ซื้อยากลุ่มบำรุงสุขภาพจากร้านยา ร้อยละ 16 ใช้สมุนไพร ร้อยละ 53 ใช้ยาบำรุง ร้อยละ 61 ใช้วิตามิน รวมทั้งพบว่า การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (health information seeking behaviors) มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาบำรุงและอาหารเสริมเหล่านี้ (Arcury, Nguyen, Sandberg, Neiberg, Altizer, Bell et al., 2013) ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับการซื้อยาจากร้านยาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอพาร์ทเมนต์ของเมืองหนึ่งในมลรัฐนอร์ทแคโรไลนา พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด (38 จาก 39 คน) ใช้ยาที่ซื้อจากร้านยา ซึ่งยาที่ใช้ ได้แก่ ยาแก้ปวด (ร้อยละ 90) ยาระบาย (ร้อยละ 44) แก้วหวัด และแก้ไอ (ร้อยละ 41) แก้วท้องอืด (ร้อยละ 36) และ วิตามิน (ร้อยละ 36) (Amoako, Richardson-Campbell, & Kennedy-Malone, 2003) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา การจัดการอาการของโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.5 มีปัญหาข้อเสื่อม และวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการของโรคข้อเสื่อมได้แก่ การภวานา (ร้อยละ 87) การใช้ยาจากร้านยา (ร้อยละ 80) การใช้ยาที่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ (ร้อยละ 79) การใช้อาหารและเครื่องดื่ม เช่น น้ำผึ้ง ลูกเกด และ น้ำส้มสายชู (ร้อยละ 15 การใช้สิ่งที่มีภายในบ้าน เช่น สบู่ (ร้อยละ 28) และ ร้อยละ 20 ใช้สมุนไพรหรือยาและอาหารเสริม (Quandt, Grzywacz, Neiberg, Lang, Altizer, Bell et al., 2012)

การศึกษาเรื่องการใช้ยาด้วยตนเองด้วยการซื้อยาจากร้านยาในประเทศเซอร์เบียพบอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับประเทศสหรัฐอเมริกากล่าวคือ ร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุมีการซื้อยาจากร้านยาอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยร้อยละ 47 เป็นยาแก้ปวด ร้อยละ 36 เป็นวิตามิน ร้อยละ

18 ใช้อาหารเสริมบำรุง และ ร้อยละ 15 ซื้อยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากร้านยา (Gazibara, Nurkovic, Kistic-Tepavcevic, Kurtagic, Kovacevic, & Pekmezovic, 2013) สำหรับในประเทศไทยมีผลการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของนักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40 เลือกใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยและต้องการดูแลสุขภาพตนเองกับโรคที่เป็นอยู่จำนวนมากที่สุด โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน โดยสาเหตุที่เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาจากการได้รับข้อมูลจากสื่อโฆษณา (กรรณิการ์ เจริญเมือง, ชุตินา นกแก้ว, และ พรพิรุณ เกษมศรี, 2550)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างเช่น สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย และในประเทศที่พัฒนาน้อยกว่าเช่น ประเทศเซอร์เบียและประเทศไทย ต่างก็มีการใช้ยาทั้งจากร้านยา และ ยาและอาหารเสริมบำรุงและสมุนไพร โดยวัตถุประสงค์ในการใช้ยาเหล่านี้เพื่อการบรรเทาอาการ และบำรุงสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้กล่าวมานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ในการใช้ยา อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมว่าการตัดสินใจของผู้สูงอายุที่จะใช้ยาด้วยตนเองนี้เกิดขึ้นเพราะเหตุใด การตัดสินใจนี้เกิดขึ้นโดยมีการแสวงหาข้อมูลก่อนใช้ มีความรู้ หรือมีความเชื่อหรือไม่ หรือได้มาจากการโฆษณาชวนเชื่อต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหรืออาหารในกลุ่มนี้ควบคู่กับการใช้ยาที่แพทย์สั่งหรือไม่อย่างไร นอกจากนี้การใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุหรือไม่ รวมทั้งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในผู้สูงอายุด้วยหรือไม่

### การใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์

การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ คือการศึกษา “ความร่วมมือในการใช้ยา” หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาและคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยทั่วไปหากใช้ยาได้ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ถึงร้อยละ 80 ถือว่ามีความร่วมมือในการใช้ยา (Hansen, Kim, Song, Tu, Wu, & Murray, 2009) ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “compliance” หรือ “concordance” หรือ “adherence” ทั้งนี้คำทั้ง 3 คำนี้มีความหมายที่นำไปใช้แตกต่างกันเล็กน้อย กล่าวคือ “compliance” เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยา ในขณะที่ “adherence” เป็นการปฏิบัติตามข้อตกลงที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย สำหรับคำว่า “concordance” จะใช้ในกรณีที่ข้อตกลงนั้นได้จากการให้โอกาสผู้ป่วยได้ตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองด้วย ซึ่งการ

ให้บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันส่งเสริมให้มีการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย คำว่า “adherence” จึงเป็นที่นิยมมากขึ้น (Kongkaew, 2010) อย่างไรก็ตามในระยะต่อมาได้มีข้อเสนอถึงข้อจำกัดของคำว่า ความร่วมมือในการใช้ยา ว่ายังจำกัดอยู่เพียงการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับคำสั่งการรักษาของแพทย์เท่านั้น กล่าวคือ การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ที่เกี่ยวกับ เวลาที่ใช้ยา ปริมาณยา และ ความถี่ของการใช้ยา แต่หากจะกล่าวถึงการใช้ยาในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอไปจนกระทั่งครบตามกำหนดนั้น อาจต้องใช้ร่วมกับคำว่า “ความสม่ำเสมอ (persistence)” ด้วย (Cramer, Roy, Burrell, Fairchild, Fuldeore, Ollendorf et al., 2008)

### ลักษณะของการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ผ่านมาส่วนใหญ่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามหลักการ 6 ข้อ (6 rights) คือ ถูกคน ถูกชนิดของยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธีทางที่ใช้ยา และเทคนิคการใช้ยาที่ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ได้ถูกต้องตามหลักการนี้จึงเป็นการใช้ยาที่เบี่ยงเบนไปจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ ซึ่งอาจมีทั้งชนิดที่ใช้ยาเกินกว่าที่สั่ง (over-adherence) หรือ ใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง (under-adherence) (Gray, Mahoney, & Blough, 2001) โดยที่การเบี่ยงเบนนี้อาจเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ (Mukhtar, Weinman, & Jackson, 2014) ซึ่งลักษณะปัญหาพฤติกรรมการใช้ยามีหลายประการ เช่น การใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามที่แพทย์สั่ง มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง ส่วนพฤติกรรมการละเว้นการใช้ยา และการเลิกใช้ยาที่แพทย์สั่ง เป็นพฤติกรรมที่พบมากว่าเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Chan, et al., 2001) การศึกษาของวาสนา ชัยพัฒน์ (2553) ก็พบว่าประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ ลืมใช้ยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง และขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา นอกจากนี้ในการวิจัยของจิตชนก ลีทวีสุข และคณะ (มปป.) ซึ่งเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 -31 มกราคม 2556 พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ประมาณครึ่งหนึ่งที่มีปัญหาปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารยา (ร้อยละ 35.6) การตรวจสอบวิธีใช้ก่อนการใช้ยา (ร้อยละ 47.1) การตรวจสอบวันหมดอายุ (ร้อยละ 69.0) และ การปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา (ร้อยละ 40.4) และส่วนหนึ่งมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมในด้านการเก็บรักษายา (ร้อยละ 29.9) และการปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ (ร้อยละ 23.0)

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา

เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และมักได้รับยาหลายชนิด ร่วมกับปัญหาความเสื่อมของร่างกายจึงมีโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาได้มาก ทั้งนี้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้สูงอายุเอง ทำการศึกษาในผู้สูงอายุในโครงการประกันสุขภาพ (Medicare) จำนวน 30,000 คน ในช่วงเวลา 12 เดือน โดยจัดหมวดหมู่ของความคลาดเคลื่อนได้เป็น 6 กลุ่ม คือการไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การบริหารยาไม่ตรงตามคำสั่งของแพทย์ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการใช้ยา การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ การไม่สื่อสารกับแพทย์ เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่หรืออาการที่เกิดขึ้น และ การไม่กลับไปพบแพทย์ตามที่นัด ผลการวิจัยพบว่าความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นในขั้นตอนการบริหารยา (ร้อยละ 32) การปรับแผนการใช้ยา (ร้อยละ 42) หรือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ร้อยละ 22) (Field, Mazor, Briesacher, Debellis, & Gurwitz, 2007) ความคลาดเคลื่อนเหล่านี้ล้วนเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสิ้น จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางสุขภาพจะเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมามีจำนวนมาก และผู้วิจัยแต่ละคนได้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยต่างๆ กัน อย่างไรก็ตามการศึกษาก่อนหน้านี้ยังมีความจำกัดอยู่เพียงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองยังมีน้อย ซึ่งสามารถจัดกลุ่มของปัจจัยออกเป็น ปัจจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวยา ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยอื่น ๆ

### 1. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการใช้ยา โดยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่หลากหลาย เช่น อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาหลายครั้งว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งความจำที่ลดลงทำให้ความสามารถในการใช้ยาลดลง จึงพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ (Alhewiti, 2014; Degli Esposti, Sturani, Di Martino, Falasca, Novi, Baio et al., 2002; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) แต่เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยามีหลาย

ปัจจัยทำให้การวิจัยอื่นพบว่าผลการวิจัยมีความขัดแย้งกัน โดยการวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุพบว่าอายุไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) ส่วนการศึกษาของ Goh และคณะ (2009) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีโอกาสในการเลือกใช้ยาบำรุงและสมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า อายุ และ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกรบุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา, 2549) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของคนสูงอายุชาวญี่ปุ่น ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาดำ (Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001) ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ รายได้ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยาพบความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009)

ความรู้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยการศึกษาการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป ในหน่วยปฐมภูมิเขตเมือง พบว่าอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 347 คน พบว่าความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย (Alm-Roijer, Stagmo, Uden, & Erhardt, 2004)

ปัจจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุอีกด้านหนึ่งคือปัจจัยที่แสดงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือในการใช้ยา คือ ปัจจัยด้านความจำของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุจะใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องจนครบ จำเป็นต้องอาศัยความสามารถทางสมองในการจำ คิดและตัดสินใจใช้ยา ผลการวิจัยหลายครั้งจึงพบว่าและความจำมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001; Stoehr, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008) ทั้งนี้การวิจัยของ Stoehr et al. (2008) มีรายละเอียดเพิ่มเติมว่าสมรรถภาพสมองด้าน

ความจำมีความสัมพันธ์กับการจัดเวลาในการใช้ยา ส่วนสมรรถภาพสมองด้านการจัดการมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและทัศนคติของผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเช่นกัน การวิจัยในประเทศอิสราเอลได้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the Theory of Planned Behavior) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถทำนายพฤติกรรมการบริหารยาของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38 (Ben-Natan & Noselozich, 2011) ส่วนการวิจัยในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อว่าเป็นต้องใช้อามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ที่มีความเชื่อว่ายามีอันตรายจะมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (Rajpura & Nayak, 2014) เช่นเดียวกับการวิจัยในผู้ป่วยในการรักษาระยะยาวซึ่งพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นในการใช้ยา และความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นอันตรายและผลเสียของการใช้ยา เป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Alhewiti, 2014)

## 2. ปัจจัยของตัวยา

การศึกษาอิทธิพลของตัวยาที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ยามีความหลากหลาย เนื่องจากยาที่มีประโยชน์ในการรักษาแต่ในขณะเดียวกันยาอาจมีโทษได้จากผลข้างเคียงของยา การมีปฏิกริยาต่อกัน และความเป็นพิษที่อาจเกิดขึ้นได้ การใช้ยาหลายชนิดหรือความซับซ้อนในการใช้ยาจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้ โดยพบว่าความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (regimen complexity) ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาคือความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ดังเช่น การวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 408 คน พบว่าจำนวนชนิดของยาเป็นปัจจัยทำนายปัจจัยหนึ่งของความร่วมมือในการใช้ยา (Alhewiti, 2014) เช่นเดียวกับผลการวิจัยในประเทศอิสราเอลที่พบว่าจำนวนเม็ดยาที่ใช้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Ben-Natan & Noselozich, 2011) ส่วนผลการวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าจำนวนชนิดของยาที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้นอกจากนี้จำนวนมื้อที่ใช้ยาก็มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน เนื่องจากจำนวนมื้อที่มากขึ้นทำให้มีโอกาสในการลืมใช้ยาได้มากขึ้น (Stoehr, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008) สอดคล้องกับการวิจัยในประเทศอิตาลี (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti,

Garasto, Carbone et al., 2009) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวจำนวน 690 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยาอย่างน้อย 1 ชนิดที่ต้องใช้วันละหลายครั้งมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยด้านข้อมูลเกี่ยวกับตัวยา ซึ่งมีการตั้งข้อสังเกตว่า หากข้อมูลที่มีอยู่ในเอกสารข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่มีความชัดเจน อ่านยาก มีขนาดตัวอักษรเล็กเกินไป จะทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการใช้ยาอย่างปลอดภัยและปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยผลการวิจัยพบว่า มีเพียงร้อยละ 9 ของเอกสารที่ศึกษาใช้ตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่พอ และส่วนใหญ่ร้อยละ 63 มีค่าการอ่านได้มากกว่า 12 ซึ่งแสดงว่าเป็นข้อมูลที่อ่านยากสำหรับผู้สูงอายุ (Liu, Abdul-Hussain, Mahboob, Rai, & Kostrzewski, 2014) ทั้งนี้มีการวิจัยที่พบว่าทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวยาที่บุคลากรการแพทย์ให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยหากให้ข้อมูลไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ (Alhewiti, 2014)

### 3. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาในผู้สูงอายุอีกประการหนึ่งคือ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ความผันแปรเนื่องจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น การวิจัยของ Corsonello (2009) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลระยะยาว พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลชาวต่างชาติมีโอกาที่จะเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้มากขึ้นเนื่องมาจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน หรือเกิดจากความไม่ตระหนักถึงคุณค่าในการสื่อสารซึ่งกันและกัน การสื่อสารกันระหว่างบุคคลจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยา ดังที่พบได้ในการวิจัยในสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุให้ความใส่ใจต่อการรักษาหรือเกี่ยวกับโรคที่เป็นกับบุคลากรการแพทย์ผู้รักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า อุปสรรคด้านภาษาส่งผลต่อการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยจึงไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและนำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในที่สุด (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014) นอกจากนี้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลยาที่ได้รับ พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจเมื่อได้รับข้อมูลยาอย่างเพียงพอจากผู้ส่งใช้ยา และเมื่อรู้ว่าจะหาข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิ่มเติมได้จากที่

ได้อย่างไร และผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยหากได้รับข้อมูลยาจากผู้สั่งใช้ยาไม่เพียงพอ (Modig, Kristensson, Troein, Brorsson, & Midlov, 2012)

#### 4. ปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง จะปรับการใช้ยาของตนเอง ผลการวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยพบว่าในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) โดยจำนวนความเจ็บป่วยร่วมก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา อาจเกิดขึ้นเนื่องจาก เมื่อมีความเจ็บป่วยมาก จำนวนชนิดของยาก็มักจะมากด้วย (Balkrishnan, Rajagopalan, Camacho, Huston, Murray, & Anderson, 2003)

ปัจจัยบางอย่างเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการไปรับยาอย่างต่อเนื่องเมื่อยาหมด ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดยา อาทิ ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพที่ผู้สูงอายุมี และอุปสรรคเกี่ยวกับการเดินทางไปรับยา เช่น ลืม ไม่สามารถเดินทางไปรับยาได้ ราคายา และ ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) อุปสรรคเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาด้วยการใช้ยาของคนอื่นทดแทน หรือยาที่เป็นตัวอย่างยา จึงเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาขึ้น

โดยสรุปการทบทวนวรรณกรรมแสดงถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรมและสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยและบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีทั้งลักษณะพฤติกรรมและปัจจัยที่เหมือนกันและแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา และค้นหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ รายงานวิจัยบทนี้กล่าวถึงวิธีการที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย พื้นที่การวิจัย การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และความเข้มงวดในการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative design) (Lambert & Lambert, 2012; Sandelowski, 2000) ซึ่งเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหา วิธีการนี้ช่วยในการทำความเข้าใจลักษณะเฉพาะของปัญหา มีการตีความหมายจากข้อมูลที่มีบ้างและมีความเป็นนามธรรมน้อย (Sandelowski, 2000) จึงเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะเจาะจงตามบริบทของขอบเขตการวิจัยอย่างเป็นรูปธรรมได้

#### พื้นที่การวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ตามการแบ่งเขตภูมิภาคของกระทรวงมหาดไทย พื้นที่ภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วย 9 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก สุโขทัย พิจิตร กำแพงเพชร นครสวรรค์ ตาก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ และอุทัยธานี ลักษณะของภูมิศาสตร์ในเขตพื้นที่นี้ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบ มีการทับถมของตะกอนของลำน้ำปิง ยม และน่าน รูปแบบของพื้นที่เป็นที่ราบลุ่มอยู่ตรงกลาง ทางตะวันออกและตะวันตกเป็นที่ราบตอน สูงขึ้นเป็นลาดเชิงเขาและมีแนวเทือกเขาขนานอยู่ทั้งสองด้าน (กวี วรกวิน, 2547)

ผลการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์มานุษยวิทยาและประวัติศาสตร์ โดยการศึกษาเศรษฐกิจชุมชนของหมู่บ้านไทย ได้พบลักษณะของประชากร ลักษณะสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม (จิราภรณ์ สถาปนาวรรณนะ, 2546) ดังนี้

ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างมีทั้งประชาชนดั้งเดิมกับผู้ที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่ใหม่ โดย ในยุคก่อนรัตนโกสินทร์ พื้นที่ส่วนนี้มีพิชฌโลกเป็นเมืองสำคัญคือเป็นหัวเมืองเหนือ แต่เมื่อมีศึกสงคราม ทางกรมจะมีการกวาดต้อนผู้คนเข้าไปสู่หัวเมืองชั้นในเพื่อไม่ให้เป็นกำลังของข้าศึก ผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่อพยพเข้ามาอยู่ใหม่ในสมัยรัตนโกสินทร์

การอพยพย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ในยุคแรกเริ่มในต้นสมัยรัตนโกสินทร์ มีการอพยพของผู้คนจากภาคกลางเข้ามาตั้งถิ่นฐาน ประกอบกับคนลาวต้องหนีภัยสงครามในศึกเจ้าอนุวงศ์เข้ามามีอยู่ในพื้นที่นี้จำนวนมาก การอพยพในช่วงแรกๆนี้ ผู้คนจะเข้ามาจับจองพื้นที่ที่อยู่ ลุ่มแม่น้ำและหนองบึงต่าง ๆ การอพยพในยุคต่อมา ช่วงปี พ.ศ. 2460 – 2480 เมื่อมีการสร้างทางรถไฟสายเหนือสำเร็จในปี พ.ศ. 2465 มีการอพยพเข้ามาจากภาคกลางมากขึ้นอย่างมากเพราะการคมนาคมขนส่งสะดวกขึ้นและเนื่องจากที่ดินแถบภาคกลางเริ่มหายากและมีราคาแพง ในยุคนี้การตั้งถิ่นฐานจะอยู่ไกลจากแหล่งน้ำออกไป มีการแผ้วถางป่าทำไร่ในช่วงแรกแล้วเปลี่ยนเป็นทำนาในภายหลัง สำหรับการอพยพในยุคใหม่คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2500 ถึงปัจจุบัน มีการอพยพของผู้คนจากภาคอีสานเนื่องจากเกิดภัยแล้งต่อเนื่องเป็นเวลานาน เข้ามาบุกเบิกที่ดินทำกินและเข้ามาเป็นแรงงานรับจ้างทำไร่ทำนา ทั้งนี้การขยายตัวของการคมนาคมทางบกที่มีบทบาทมากขึ้นในการเดินทางทำให้การคมนาคมทางน้ำลดบทบาทลง ชุมชนค้าขายของคนจีนที่เคยอยู่ริมแม่น้ำนานก็ขยายตัวมาค้าขายบนบกมากขึ้น กลายเป็นชุมชนที่เชื่อมต่อระหว่างแม่น้ำกับทางรถไฟในหลาย ๆ ชุมชนที่มีทางรถไฟผ่าน

การอพยพย้ายถิ่นเข้ามาในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างจากพื้นที่ต่าง ๆ ทำให้ประชาชนที่อยู่ในเขตนี้มีลักษณะของอาชีพ ประเพณี และวัฒนธรรมต่างกันไป แต่ก็มีลักษณะเด่นให้เห็นอยู่หลายประการ โดยส่วนใหญ่ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ทำตาล จับปลา โดยแต่ละท้องที่จะมีวัฒนธรรมประจำถิ่น แต่กลุ่มที่มีการอพยพเข้ามาภายหลังจะมีอาชีพรับจ้างมากขึ้น อย่างไรก็ตามในยุคปัจจุบัน การปลูกพืชซึ่งเคยทำเพื่อการยังชีพมีการปรับเปลี่ยนมาเป็นการเพาะปลูกในเชิงพาณิชย์มากขึ้น รวมทั้งมีการปรับตัวของชุมชนต่าง ๆ ในการรวมกลุ่มจัดตั้งเครือข่ายภายในชุมชนในอุตสาหกรรมในครัวเรือนมากขึ้น เพื่อให้สามารถอยู่ได้ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีการแข่งขันกันสูงขึ้น (จิราภรณ์ สถาปนาวรรณนะ, 2546)

## ผู้ให้ข้อมูลและเกณฑ์ในการคัดเข้า

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยร่วมในแผนงานวิจัย การใช้ยาในผู้สูงอายุไทย เขตภาคเหนือ ตอนล่าง ประเทศไทย ซึ่งมี ผศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว เป็นหัวหน้าแผน โดยแผนงานประกอบด้วย โครงการย่อย 3 โครงการได้แก่ โครงการย่อยที่ 1: การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ โครงการย่อยที่ 2: พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย และ โครงการย่อยที่ 3: กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โครงการนี้เป็นโครงการที่ 2 ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกระบวนการวิจัยของโครงการที่ 1 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการใช้ยา โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการระบุจากโครงการย่อยที่ 1 เรื่อง การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ ว่าเป็นผู้ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยา ซึ่งโครงการดังกล่าว นักวิจัยจะคัดกรองประวัติความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาได้แก่

1. ปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) คือ การตอบสนองต่อยาซึ่งอันตรายและเกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ และเกิดขึ้นในขนาดยาปกติที่ใช้ในมนุษย์
2. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug events) คือ การบาดเจ็บที่เป็นผลมาจากการแทรกแซงทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา
3. ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication errors) คือ เหตุการณ์ที่ป้องกันได้ใดๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น หรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วย หรือผู้บริโภคร เหตุการณ์ดังกล่าวอาจจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ กระบวนการ และระบบ รวมทั้ง การสั่งใช้ยา การสื่อสารด้านคำสั่ง การเขียนฉลาก การบรรจุ และการตั้งชื่อ การผสมยา การจ่ายยา การกระจายยา การบริหารยา การให้ความรู้ การติดตามการใช้ยา และการใช้ยา

4. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication non-compliance) คือพฤติกรรมของผู้ป่วย ในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารตามที่แนะนำ หรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์และสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาข้างต้นในลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือมากกว่าจะได้รับการ คัดเลือกเพื่อเข้าสู่การวิจัยของโครงการพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุครั้งนี้ การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างเข้าสู่การวิจัยในโครงการย่อยที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยานี้จะหยุดเมื่อผู้วิจัยพบว่าได้ข้อมูลที่ อิ่มตัวแล้ว

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Streubert, & Carpenter, 2010) โดยเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถามที่ ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และความรู้ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ อาการที่นำเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล และชนิดของปัญหาอันเนื่องมาจากการใช้ยา
3. แบบบันทึกภาคสนาม ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการบันทึก ลักษณะสถานที่ สถานการณ์ที่ เกี่ยวข้อง และ เหตุการณ์อื่นๆ
4. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาและเหตุผล ประเภทยาที่ใช้ ปัญหาและอุปสรรคต่อการใช้ยา สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนการใช้ยาที่ ถูกต้อง การใช้ยาสมุนไพร บุคคลที่เกี่ยวข้องต่างๆ
5. อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก

### การเก็บข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนพฤษภาคม 2557 ประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยา

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. การสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ
4. การสังเกตและบันทึกภาคสนาม

### กระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือและผู้ประสานงานในการจัดหาผู้นำทาง เมื่อผู้วิจัยได้รับการแจ้งจากโครงการวิจัยเรื่อง การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ ของ ผศ.ดร.ภญ.ชื่นจิตร กองแก้ว ว่ามีผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วนั้น ผู้วิจัยจะติดต่อผู้ประสานงานของโรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อนำทางไปพบผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เมื่อพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายความเป็นมาโดยย่อ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัยในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย และปฏิเสธการตอบคำถามได้ตามที่ต้องการ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย การทำลายข้อมูลที่ได้ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น และขออนุญาตบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เมื่อผู้สูงอายุตกลงจะเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ หรือนัดหมายการสัมภาษณ์ในวันที่สะดวก ณ สถานที่ที่ผู้สูงอายุต้องการ จากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ร่างแนวคำถามที่จัดเตรียมไว้ และบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 จะเป็นการสุ่มสัมภาษณ์ หรือเป็นการสอบถามเพิ่มเติมหลังจากที่ได้อ่านทำความเข้าใจกับบทสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ที่ถอดความเสียงแล้ว

การเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพียงคนเดียว แต่บางรายจะมีญาติอยู่ด้วย ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากญาติในการให้สัมภาษณ์ในภายหลัง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายมีความต้องการให้ญาติอยู่ร่วมให้ข้อมูลด้วย เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ หากมีความจำเป็น รวมทั้งขออนุญาตเพื่อการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

สำหรับการเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อขอรายชื่อผู้เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พนักงานสาธารณสุข และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน และขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มรวมทั้งการนัดหมายวันเวลาสถานที่ในการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้ และบันทึกบรรยากาศการสนทนา

### **การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล**

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลโดยเมื่อผู้วิจัยได้พบผู้สูงอายุที่มีการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลตามรายชื่อที่ได้ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ๆ ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลฟังตามเอกสารข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับ การบันทึกเสียงสัมภาษณ์และการทำลายข้อมูลและเสียงสัมภาษณ์หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมไม่มีการบ่งชี้ถึงตัวบุคคล และขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมแล้วจึงมีการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อม ๆ กับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องไปตลอดระหว่าง การเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูล และทำต่อไปหลังจากการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงแล้ว จนกว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐานคือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนเริ่มต้นจากการอ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียง คำให้สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นคำ กลุ่มคำ หรือประโยค ซึ่งเป็นคำตอบของคำถามในแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา หากกลุ่มคำหรือประโยคซึ่งแม้จะมีลักษณะแตกต่างกัน แต่มีความหมายเหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน หรือซ้ำกัน ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จะนำไปจัดกลุ่ม เพื่อกำหนดประเด็นหลัก (Theme) ในการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยยึดขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของ Strauss and Corbin (1998) เป็นแนวทางคือ เมื่อผู้วิจัยทำ

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล (ผู้สูงอายุ) 1-2 ราย และมีการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยอ่านคำให้สัมภาษณ์ เพื่อค้นหา และแยกย่อยข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลและเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอด แล้วตั้งชื่อข้อมูลเหล่านั้น เป็นการให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) หลังจากนั้นจะเป็นขั้นตอนที่เรียกว่า การให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (Axial Coding) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติ (Properties) และมิติ (Dimensions) การใช้การเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง เป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ใหญ่ (Category) และหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) และการเลือกหมวดหมู่หลัก (Core category) ที่สามารถเชื่อมโยงกับหมวดหมู่อื่น ๆ เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดตรงกับปรากฏการณ์ที่ได้ศึกษา (Strauss & Corbin, 1998) หลังจากนั้น จะเป็นขั้นตอนการบูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อยที่ได้จากขั้นตอนที่ผ่านมา เป็นการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) ซึ่งเป็นกระบวนการคัดเลือกหมวดหมู่หลักที่มีความสัมพันธ์กับหมวดหมู่อื่นๆ ที่รองลงมาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดที่ตรง กว้าง และครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา ในลักษณะที่เป็นนามธรรมมากขึ้น พร้อมทั้งตรวจสอบความสัมพันธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2543)

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ของ โคลไลซี (Colaizzi) (อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) มีขั้นตอนดังนี้ (1) อธิบายปรากฏการณ์/ประสบการณ์ที่ศึกษา โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์มาอ่าน เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเฉพาะความรู้สึกเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ของผู้ให้ข้อมูล (2) รวบรวมรายละเอียดของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล (3) อ่านข้อมูลที่ได้ทั้งหมดหลายๆ ครั้ง (4) ทบทวนข้อมูลทั้งหมด และแยกประโยคที่สำคัญออกมา (5) ทำความเข้าใจความหมายของแต่ละประโยค โดยดึงคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมาให้ได้มากที่สุด (6) จัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ เป็นประเด็น (Theme) ถ้าเป็นประเด็นในเรื่องเดียวกัน ก็จะเก็บรวบรวมไว้ด้วยกัน โดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลัก ประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย ซึ่งผู้วิจัยต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยโดยนำข้อความที่ดึงออกมา กลับไปตรวจสอบกับข้อความในต้นฉบับด้วย (7) เขียนคำบรรยายโดยละเอียด (8) นำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่แล้วไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (9) กรณีมีข้อมูลเพิ่มเติมเกิดขึ้นในขณะตรวจสอบ ให้เพิ่มข้อมูลนั้น (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

## ความเข้มงวดในการวิจัย

เพื่อให้การวิจัยมีคุณภาพเป็นที่เชื่อถือและไว้วางใจได้ ผู้วิจัยจึงจัดให้มีการเข้มงวดในการวิจัยทั้งในด้านนักวิจัย ด้านข้อมูล และด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ในกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกนั้น นักวิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมด้วยการฝึกฝนทักษะต่างๆก่อนการลงเก็บข้อมูลภาคสนามจริง ได้แก่ ทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์ การบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอจึงมีการเรียนรู้เพิ่มเติมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความจริง ผู้วิจัยมีการสร้างความคุ้นเคยกับท้องถิ่น เนื่องจากผู้วิจัยเป็นอาจารย์ที่สอนนิสิตพยาบาลระดับปริญญาตรีด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ มีการนำนิสิตพยาบาลฝึกงานการดูแลผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนทุกปี จึงได้เรียนรู้วัฒนธรรม และมีความคุ้นเคยกับลักษณะการใช้ภาษาของคนในชุมชนพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างเป็นอย่างดี ซึ่งความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมและภาษาท้องถิ่นเหล่านี้จะช่วยให้การเก็บข้อมูลเชิงลึกและการวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง นอกจากนี้การวิจัยนี้มีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจถูกต้องหรือไม่ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย พิจิตร และกำแพงเพชร มีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับตัวผู้สูงอายุเอง รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นคือ (1) ผู้ดูแลของผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่รอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุและ (2) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ส่วนด้านการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยมีความเข้มงวดโดยเมื่อได้บันทึกเสียงสัมภาษณ์แล้วจะมีการถอดความเสียงทันที ภายหลังการถอดความเสียงแล้วจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลทันทีตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกตรวจสอบซ้ำ และภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว มีการวิพากษ์ผลการวิจัยโดยกลุ่มบุคลากรการแพทย์อีกครั้งหนึ่ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Guba and Lincoln (1994) (cited in Streubert & Carpenter, 2010) ในการตรวจสอบความเข้มงวดของการวิจัย ในเรื่องความเชื่อถือได้ของการวิจัย (Credibility) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ใช้

เวลาในการสัมภาษณ์นานเพียงพอ มีการสังเกตอย่างตั้งใจและต่อเนื่อง (Prolong engagement) โดยเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 52 นาที และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้คำถามเดิม สอบถามกับผู้ให้ข้อมูลซ้ำอีก 1 ครั้ง (multiple interviews) และเปรียบเทียบคำตอบที่ได้ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ สำหรับการยืนยันผล (Confirmability) ความเป็นกลางของข้อมูล ดำเนินการตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาซึ่งมาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยตรงไม่มีการบิดเบือน/ไม่มีอคติของผู้วิจัย สำหรับความสามารถในการถ่ายโอน หรือนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ (Transferability) นั้นผู้วิจัยได้เขียนบรรยายระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและบริบทที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุไทยในเขตภาคเหนือตอนล่าง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนคือเมื่อได้ข้อมูลแล้วมีการถอดความเสียงผู้วิจัยจะอ่านและตรวจสอบกับเสียงสัมภาษณ์ซ้ำ ๆ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูล จากนั้นจึงทำการเข้ารหัสและนำรหัสมาจัดเรียงเพื่อการค้นหาประเด็นหลักและประเด็นรองด้วยตารางและแผนที่ความคิด จากนั้นทำการทบทวนประเด็นกับข้อมูลอีกครั้งแล้วจึงให้ความหมายประเด็นหลักและประเด็นรองที่ค้นพบรวมทั้งการจับประเด็นเชื่อมโยงประเด็น เมื่อได้ผ่านการวิเคราะห์ประเด็นและทบทวนจนมีความกระชับ ชัดเจน สอดคล้องพอแล้วจึงนำมาเขียนรายงาน

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาและผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยา และดำเนินการสนทนากลุ่มสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุเพื่อให้การรายงานผลการวิจัยแสดงถึงธรรมชาติของการใช้ยาในมุมมองของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้รับบริการและยืนยันด้วยข้อมูลจากมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแล และ (2) ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

### ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแล

#### ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลของการวิจัยส่วนผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลนี้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 11 คน เพศหญิง 12 คน มีอายุเฉลี่ย 68.78 ปี อยู่ระหว่าง 60-81 ปี รายได้เฉลี่ย 2,261 บาท รายได้ต่ำสุดคือ 600 บาทต่อเดือน ได้จากเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ และสูงสุดคือ 12,000 บาทต่อเดือน ได้จากอาชีพค้าขาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.57 (16 คน) มีเบี้ยยังชีพเป็นรายได้หลักและได้รับการช่วยเหลือจากบุตร ผู้สูงอายุร้อยละ 39.13 (9 คน) ไม่ได้ทำงานแล้ว ร้อยละ 26.09 (6 คน) มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 21.74 (5 คน) มีอาชีพ ค้าขาย และร้อยละ 13.04 (3 คน) มีอาชีพรับจ้าง ผู้สูงอายุร้อยละ 8.70 (2 คน) อยู่คนเดียว ร้อยละ 26.09 (6

คน) อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 26.09 (6 คน) อยู่กับลูกหลานและร้อยละ 39.13 (9 คน) อยู่กับคู่สมรส ลูกหลานและญาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.22 (15 คน) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รองลงมาร้อยละ 17.39 (4 คน) ได้รับการศึกษาน้อยกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 8.70 (2 คน) ไม่ได้รับการศึกษา และผู้สูงอายุจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และ 6 อย่างละ 1 คน (ร้อยละ 4.35) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล (N = 23)

| ข้อมูลทั่วไป       | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------|-------|--------|
| อายุ               |       |        |
| 60 – 74 ปี         | 17    | 73.91  |
| 75 ปีขึ้นไป        | 6     | 26.09  |
| เพศ                |       |        |
| ชาย                | 11    | 47.83  |
| หญิง               | 12    | 52.17  |
| อาชีพ              |       |        |
| เกษตรกร            | 6     | 26.09  |
| ค้าขาย             | 5     | 21.74  |
| รับจ้าง            | 3     | 13.04  |
| ไม่ประกอบอาชีพ     | 9     | 39.13  |
| รายได้ (ต่อเดือน)  |       |        |
| น้อยกว่า 1,000 บาท | 15    | 65.22  |
| 1,000 – 4,999 บาท  | 5     | 21.74  |
| 5,000 – 9,999 บาท  | 2     | 8.69   |
| 10,000 บาทขึ้นไป   | 1     | 4.35   |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล (N = 23) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                   | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------|-------|--------|
| การศึกษา                       |       |        |
| ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4       | 6     | 26.09  |
| ประถมศึกษาปีที่ 4              | 15    | 65.22  |
| สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4       | 2     | 8.69   |
| การอยู่อาศัย                   |       |        |
| อยู่คนเดียว                    | 2     | 8.69   |
| อยู่กับคู่สมรส                 | 6     | 26.09  |
| อยู่กับลูกหลาน                 | 6     | 26.09  |
| อยู่กับคู่สมรส ลูกหลาน และญาติ | 9     | 39.13  |

โรคและความเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีความเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม (ตารางที่ 2) โดย 5 โรคที่พบเป็นอันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.26) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52.17) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 43.48) โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 34.78) และโรคหัวใจและโรคไตเรื้อรังอย่างละเท่าๆกัน คือ ร้อยละ 17.39 จำนวนโรคร่วมพบว่า มีโรคอย่างน้อย 1 โรค และมีโรคร่วมมากที่สุด 7 โรค ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 2-3 โรค (11 คน) ส่วนการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุได้รับยาเฉลี่ย 8 ชนิด ผู้สูงอายุได้รับยาจำนวนน้อยที่สุด 4 ชนิดและมากที่สุด 15 ชนิด โดยปัญหาการใช้ยาที่ได้จากการคัดกรองเบื้องต้น พบว่ามีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 16 ราย ปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 ราย และปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่นำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 5 ราย

ตารางที่ 2 ร้อยละของโรคและความเจ็บป่วยร่วมของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล (N = 23)

| โรค                                                                            | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| โรคความดันโลหิตสูง                                                             | 18    | 78.26  |
| โรคไขมันในเลือดสูง                                                             | 12    | 52.17  |
| โรคเบาหวาน                                                                     | 10    | 43.48  |
| โรคกระดูกและข้อ                                                                | 8     | 34.78  |
| โรคหัวใจ                                                                       | 4     | 17.39  |
| โรคไตเรื้อรัง                                                                  | 4     | 17.39  |
| โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง                                                          | 3     | 13.04  |
| โรคต่อมลูกหมากโต                                                               | 3     | 13.04  |
| โรคกระเพาะอาหาร                                                                | 2     | 8.69   |
| โรคผิวหนัง                                                                     | 2     | 8.69   |
| ความเจ็บป่วยอื่นๆ (โรคฟัน อ้วน นอนไม่หลับ ไมเกรน ไทรอยด์ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ) | 6     | 26.09  |

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยา มีจำนวน 6 คน เป็นหญิง 5 คน ชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 19 ปี ถึง 70 ปี (เฉลี่ย 50 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (4 คน) จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 1 คน และจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 คน ผู้ดูแลจำนวน 3 คน เป็นบุตรของผู้สูงอายุ 2 คนเป็นคู่สมรส และอีก 1 คนเป็นหลานของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอาชีพรับจ้าง 3 คน เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้ว 2 คน และมีอาชีพค้าขาย 1 คน รายได้อยู่ระหว่าง 600 ถึง 12,000 บาทต่อเดือน

### ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ประเด็นหลักและประเด็นรองดังแสดงในตารางที่ 3 โดยมีประเด็นสำคัญคือ การปรับพฤติกรรมเมื่อมีการใช้ยา ซึ่งการปรับพฤติกรรมนี้เกิดเมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์เป็นสิ่งที่กระทบต่อผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาทำให้เกิดลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแต่ละคน แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
2. กระบวนการปรับพฤติกรรมเมื่อมีการใช้ยาของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

### ตารางที่ 3 ประเด็นหลักและประเด็นรองจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

| ประเด็นหลัก                      | ประเด็นรอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ | <p>1.1 การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ยาไม่ถูกต้อง/รวบมียา/ปรับขนาดยาเอง</li> <li>- ใช้ยาที่จำเป็นอย่างไม่ต่อเนื่อง/ปรับเวลาใช้ยาเอง</li> <li>- ใช้ยาที่ไม่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ใช้ยาถูก/ไม่ถูกเทคนิค</li> <li>- สะสมยาไว้สำรองใช้</li> </ul> <p>1.2 การใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน และยาทางเลือกอื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลองใช้เพื่อบรรเทาอาการ</li> <li>- ใช้แล้วอาการดีขึ้นไม่มีอาการข้างเคียง</li> <li>- เชื่อว่าเป็นทางเลือกใหม่เพราะยาแผนปัจจุบันก็มีผลข้างเคียง</li> </ul> <p>1.3 การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลของรัฐ</li> <li>- คลินิกเอกชน</li> <li>- โรงพยาบาลของเอกชน</li> <li>- ซื้อจากร้านยา</li> </ul> <p>1.4 การเก็บรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ป้องกันยาเสื่อมสภาพ</li> <li>- ป้องกันการลืมใช้ยา</li> </ul> |

ตารางที่ 3 ประเด็นหลักและประเด็นรองจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ต่อ)

| ประเด็นหลัก                                          | ประเด็นรอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. กระบวนการปรับพฤติกรรมเมื่อมีการใช้ยา              | 2.1 ผลลัพธ์ของการใช้ยา<br>2.2 ความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือ<br>2.3 การกลับเข้าพบแพทย์และการแสวงหาทางเลือกอื่น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมด้านการใช้ยา | 3.1 ปัจจัยที่มีอยู่เดิม <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัจจัยความสามารถของบุคคล (ความรู้ ทักษะคิดต่อการรักษาของแพทย์ สมรรถภาพสมอง การมองเห็น การได้ยิน การใช้งานของมือ)</li> <li>- ปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน (งานบ้าน งานอาชีพ งานผู้ดูแล)</li> </ul> 3.2 ปัจจัยชักนำ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรากฏของอาการของโรค (ความรุนแรง การรบกวนชีวิตประจำวัน)</li> <li>- การตอบสนองของร่างกายต่อยา (ดีขึ้น ไม่ดีขึ้น)</li> </ul> 3.3 ปัจจัยปรับเปลี่ยน <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัจจัยทางสังคม (ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ สื่อและบุคคลอื่น)</li> <li>- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ (ความซับซ้อนของการใช้ ผลข้างเคียงของยา)</li> <li>- ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม (ความห่างไกล ความสะดวกในการเดินทาง)</li> <li>- ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ (ฐานะดี ฐานะไม่ดี)</li> </ul> |

## 1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุคือพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งครบตามเวลาที่แพทย์กำหนด รวมทั้งการใช้ยาที่ได้จากการแสวงหาการรักษาด้วยทางเลือกอื่นและสารบำรุงร่างกาย การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุและผู้ดูแลและการเก็บข้อมูลภาคสนามแล้วพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจะต้องมีความสามารถหลัก 2 ด้านคือ ความสามารถในการบริหารยา (capability to perform medication administration) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีการระลึกว่าต้องใช้ยาทำให้ไม่ลืมใช้ยาตามเวลา การนำยาออกจากที่เก็บยา หยิบจำนวนยาอย่างถูกต้อง และใช้ยาได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม (capability to make a proper decision) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ เช่น ยาหมด มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น มีการกำเริบของโรค ทำให้ผู้สูงอายุต้องคิดและตัดสินใจว่าจะใช้ยาอะไร ใช้ยาหรือไม่ใช้ยาและใช้อย่างไร ความสามารถเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาใน 3 ด้าน คือ วิธีการใช้ยา (การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และการใช้ยาด้วยตนเอง) การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา และการเก็บรักษายาและนำยาออกมาใช้

### 1.1 วิธีการใช้ยาของผู้สูงอายุ

#### 1.1.1 การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุมีลักษณะที่เป็นพลวัตร ไม่คงที่ ไม่แน่นอน ในช่วงเวลาหนึ่งผู้สูงอายุอาจมีการใช้ยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ แต่ในช่วงเวลาอื่นอาจมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหาหรือไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหามีหลายลักษณะ อาทิ การใช้ยาผิดเวลา การรวบมือยาทำให้ได้รับยาผิดเวลาและผิดขนาด การหยุดยาที่จำเป็นต้องใช้อย่างต่อเนื่องทำให้ได้รับยาไม่สม่ำเสมอ การใช้ยาเกินความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่แพทย์สั่งให้ใช้เป็นครั้งคราว การใช้ยาไม่ถูกเทคนิค พฤติกรรมที่เป็นปัญหานี้เกิดขึ้นได้ทั้งด้วยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ และความรู้เท่าไม่ถึงการณ์

ตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีการรวบมือยา คือ ชาย อายุ 81 ปี โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพบว่าการใช้ยาตามแพทย์สั่งแต่ผู้สูงอายุมีการปรับวิธีการใช้ยาเนื่องจากมียาหลายชนิด

และรับประทานวันละหลายครั้ง จึงจัดตารางเวลาการใช้ยาของตนเองใหม่เพื่อให้ไม่หกลืม โดยการรับประทานเพียงวันละ 2 มื้อ รวมมื้อเช้าและกลางวันไปทานในมื้อเช้า และมื้อเย็นและก่อนนอนทานหลังอาหารเย็น แต่การปรับใหม่นี้กลับเป็นผลให้ได้รับยาเกินโดยไม่ได้ตั้งใจคือยา simvastatin ซึ่งเป็นยาก่อนนอน แต่ผู้ป่วยใช้วันละ 2 ครั้งเหมือนยาตัวอื่นๆ ด้วย ดังข้อมูลที่ให้

“ตื่นเช้าขึ้นมาก็จะฉีดยา เจ็ดโมงโน่นแหละ กินข้าวสองโมงแล้วก็กินยาสองโมงกว่าๆ ยาเช้ากะยากกลางวันก็กินด้วยกันไปเลย ยาเย็นกะก่อนนอนก็รวมกันเลยที่เดียว หลังจากกินอาหาร... ยานี้ก็สองเม็ด ยานี้ก็สองเม็ดไป ก็มีกลางวันไม่ได้กิน ก็เลยกินยังงี้ ยานี้ก็กินมื้อละเม็ดเลย ก็ไม่ลืม กินอย่างนี้ทุกวัน” (อาสาสมัคร 302, 13 มกราคม 2557)

ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ เช่นการลืมกินยา พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีการใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ตั้งใจเนื่องจากมีปัญหาความจำ และอ่านไม่ได้ ยาที่ใช้อยู่บางตัวจึงหมดก่อนกำหนด และบางตัวยังเหลืออยู่มาก ดังตัวอย่าง

“ยามีสองสามตัว แค่นี้ ยานี้หมดไปแล้ว เขาให้มาน้อยอะ ... ก็กินเหมือนกัน มื้อเย็น มื้อเช้า” (อาสาสมัคร 203, 7 มกราคม 2557)

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง เช่นโรคเรื้อรังต่างๆ แต่บางรายจะหยุดยาที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่องเอง เช่น กรณีชายอายุ 63 ปี ได้หยุดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไปเนื่องจากติดธุระไม่ได้ไปตามแพทย์นัดจึงหยุดยาไปจนกระทั่งมีอาการจึงไปพบแพทย์อีกครั้ง

“ผิคนัดไปสามครั้งครับ ช่วงที่ผิคนัดหมอ ดิฉันบวช ไปตรวจมันมันๆหัว ไปหาหมอหมอก็นัดให้ใหม่ครับ บางทีคิดว่าหายแล้วอะไรเงี้ยก็งัดยา ก็มาเวียนหัวอย่างเก่าอีก บางทีลืม ถ้าลืมก็ลืมทั้งหมดเลย” (อาสาสมัคร 102, 13 พฤศจิกายน 2556)

ผู้สูงอายุบางรายมีการใช้ยาอย่างไม่สม่ำเสมอ มีการตัดสินใจเพิ่มหรือลดยาเอง โดยตัดสินใจจากผลการตรวจเลือดก่อนการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอนี้ ดังคำบอกกล่าวที่ว่า

“ผมไปเจาะดู เวลาไปเจาะเลือดดู เขาก็บอกว่ามันมีนิดหน่อยนะลุง เขาว่ายังงั้นๆ ไขมันนิดหน่อย ผมก็เลยกินมั่ง ไม่กินมั่ง ผมจะเจาะกิน ผมจะเน้นกินเฉพาะผมเป็นหนัก ๆ นะ” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งบางครั้งเป็นยาที่ใช้ในบางเวลา เช่น ยาแก้ปวด ดังเช่น กรณีผู้สูงอายุหญิง อายุ 64 ปี ได้รับยาแก้ปวดเข้าและยารักษาโรคกระเพาะอาหารร่วมกับยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีการหยุดยาแก้ปวดเข้าและโรคกระเพาะอาหาร ดังนี้

“อันนี้เป็นยา กินมั่งไม่กินมั่ง ไม่ได้กินประจำ บางทีมันก็ปวดบางทีมันก็ไม่ปวด บางทีมันก็ไม่ซาเท่าไร กินยาเยอะแล้ว จ้างเขานวดก็เบาได้” (อาสาสมัคร 202, 7 มกราคม 2557)

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสำหรับยาบางชนิดส่วนใหญ่เป็นยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังตามที่แพทย์สั่ง แต่บางรายใช้ยาที่แพทย์สั่งให้ใช้ชั่วคราวบ่อยๆ เช่น ยานอนหลับ ตัวอย่างกรณีชายอายุ 63 ปี มีอาการนอนไม่หลับจึงปรึกษาแพทย์ได้ยานอนหลับมารับประทาน เมื่อยาหมดก็จะไปซื้อยาตามร้านยา ทำให้เกิดลักษณะของการติดยาขึ้น

“มันนอนไม่หลับครับ ไปขอยานอนหลับ หมอเขาก็ให้มา 5 เม็ด กินหมดแล้ว ก็ไปหาอีก ...มันก็จะอันตรายตามเขาแนะนำอะนะ กินมากจะหลับไม่ดีว่านั่น ก็ไม่ค่อยกิน ... หมดก็ซื้อยามากิน” (อาสาสมัคร 102, 18 กุมภาพันธ์ 2557)

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายมีการใช้ยาเกินด้วยความตั้งใจ ดังเช่นกรณีชายอายุ 67 ปี ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะได้รับยาขยายหลอดลม เมื่อมีอาการผู้สูงอายุจะรับประทานยามากขึ้นเองดังที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ดังนี้

“ทีนี้พอผมเป็นหนักขึ้นมา ที่เขาให้กินครึ่ง บางทีผมกินเม็ดนึงไปเลย อันนี้ให้กินเม็ดนึงผมกินสอง ก็ยาไม่ครบไง” (อาสาสมัคร 503, 6 มีนาคม 2557)

และหญิงอายุ 74 ปี ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่มีปัญหาควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และได้บอกกับผู้วิจัยว่า

“อันนี้วันนั้นมันความดันขึ้น อยากให้มันลง ก็เลยทานเม็ดนึง อย่างละเม็ดไปเลย ทีนี้ไปหาหมอ หมอเค้าบอกว่า ทำไมยาหมดก่อน ก็บอกว่าทานเม็ดนึงไม่ทานครึ่ง หมอ ก็บอกว่าอันตราย เขาว่าอย่างนั้น ถึงชีวิต เดี่ยวจะน็อคเอา (อาสาสมัคร 501, 6 มีนาคม 2557)

แม้จะมีการใช้ยาตามเวลาเป็นประจำ แต่ผู้สูงอายุก็อาจใช้ยาไม่ถูกเทคนิค ซึ่งมีผลให้การใช้ยาไม่ได้ประสิทธิภาพดีพอ ดังตัวอย่างชายสูงอายุมีการติดเชื้อราที่หนังศีรษะ และได้รับ Ketoconazole shampoo ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์ว่า

“ก็เขาให้สระแล้วก็หมักไว้ 5 นาที อะไรนี้นะ แต่มันไม่ถึง 5 นาที ผมก็รีบ พอถูสบู่เสร็จรีบบ้วนแล้วก็รีบล้างออก เราไม่มีเวลาพอที่จะนั่งรอจนถึง 5 นาที อาบน้ำ”  
(อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

### 1.1.2 การใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัย

ผู้สูงอายุมีการใช้ยาด้วยตนเอง เช่น การใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาชุด ซึ่งอาจได้จากคำสั่งแพทย์หรือแสวงหาจากแหล่งอื่น โดยมีเหตุผลต่าง ๆ เช่น ลองใช้ดูเพราะมีคนบอกว่าช่วยบำรุงร่างกาย ป้องกันโรคได้ เมื่อลองใช้แล้วไม่มีอาการอะไรเพิ่มขึ้นจึงใช้ต่อ หรือเพราะยาที่แพทย์สั่งให้ใช้รักษานานแล้ว ยังไม่หาย การได้ยาเหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนความหวังใหม่ และเคยเห็นคนอื่นใช้แล้วไม่มีปัญหาอะไรผู้สูงอายุจึงใช้บ้าง เมื่อได้เริ่มใช้ยาเหล่านี้แล้วรู้สึกว่าการดีขึ้นก็จะใช้อีกเมื่อมีอาการ

ดังเช่นผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของตนเองว่า

“เวลาปวดเมื่อยก็ซื้อยาตลาดกินมั่ง ร้านขายยา ก็ไม่ได้ซื้อบ่อย ส่วนมากไม่ได้ซื้อบ่อย แก้วปวดแก้วเมื่อย มีหลายอย่าง กินสามเม็ดครับ ขาว ชมพู เขียวเนี่ย”  
(อาสาสมัคร 102, 13 พฤศจิกายน 2556)

ผู้สูงอายุหญิง อายุ 63 ปี บอกเล่าถึงการใช้ยาเมื่อเป็นกระเพาะปัสสาวะอักเสบ แล้วไปซื้อยาชุดจากร้านยามาใช้ ยาชุดมีชุดละ 3 เม็ด ผู้สูงอายุใช้เพียง 1 ชุด เกือบไว้เพื่อเกิดอาการอีก 1 ชุด

“เมื่อก่อน เราก็มะแยะกั๊วะ ช่วยเขาทำงานอะ เป็นเยี่ยวคั่นเลย เลยไปซื้อยาตามนั้นเอามา กินมันก็หายอะ ยาอักเสบกระเพาะฉี่ มันปวดมากเลย กลางคืนเป็นเยี่ยวคั่น กินไปชุดหนึ่ง เขาจัดมาให้ 2 ชุด กินไปชุดหนึ่งก็หาย” (อาสาสมัคร 403, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

ผู้สูงอายุบางรายรู้ว่ายาลูกกลอนบางชนิดอาจมีสเตียรอยด์ผสมอยู่และอาจเป็นอันตราย แต่เชื่อว่ายาลูกกลอนที่ตนใช้ไม่มีสเตียรอยด์เพราะไม่เห็นว่าเป็นยาอันตราย จึงยังคงใช้อยู่ ดังตัวอย่าง

“อิม ไอ้อย่างโรคปวดนี้นะ ผมเดินเตาะแตะ เวลานั้นผมกินยาเข้าไป มันหาย ผมยอมรับผมกินยาตัวนี้ ยาแผนโบราณผมกินแล้วมันหายอะ เนี่ยๆ ผมกินแล้วมัน ผมเดินได้อะ ตอนนีถ้าวปวดถึงกิน หกเม็ดมั่ง ห้าเม็ดมั่ง มันเป็นยาพระ ยาโบราณ ยาสมุนไพร พระธุดงค์เขาเดินเขาทำขึ้นมาเป็นยา มันก็มีตัวยานะ บอกหมดทุกอย่างว่า มีอะไรบ้าง คือเห็นว่ามี อ.ย. ก็เลยเอามากิน คงไม่มีสเตียรอยด์นะหมอ กินแล้วมันก็หาย ไม่บวม ไม่ปวด...ถ้ามีสเตียรอยด์มันจะบวม...แต่นี้กินแล้วมันยุบวบ”  
(อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

ผู้สูงอายุบางรายแสดงความเห็นว่า การใช้ยาแผนปัจจุบันบางชนิดก็มีอันตรายเช่นกัน เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรจึงเปลี่ยนมาใช้สมุนไพรเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพราะเชื่อว่ารักษาโรคได้เหมือนกัน และไม่มีอันตรายอย่างที่ยาแผนปัจจุบันมี

“ยานี้ ปวดเนี่ย ช้อเข้า ไปหาหมอ เขาก็ให้ตัวนี้มา กินได้สามวันก็ปวดท้อง ตอนนั้นหายปวดเข้าแล้วก็เลิกไป แล้วพอรอบใหม่ ก็บอกเขา เขาก็ให้เคลือบกระเพาะอะไรมา หมอให้กินวันละสามมื้อ ก็กินสองมื้อ เพราะกินมากก็จะปวดท้อง...ยาสมุนไพร มีทางจระเข้ กับฟ้าทะลายโจร กับยาอมมะแว้ง ได้มาจากโรงพยาบาล ทางจระเข้ปลูกเอง ช้อจากร้านก็มี ยาแก้ร้อนในก็เป็นยาโบราณ แต่ก็ไม่ได้ใช้ประจำนะ... ว่านทางจระเข้กินประจำ กินสดๆได้เลยไม่อันตราย โรคกระเพาะนี้...ตัดแล้วล้างยางให้สะอาด ต้มน้ำร้อนใส่แก้ว แล้วเอาช้อนเนี่ยชูดวันตรงด้านในอย่าให้ถึงเปลือก ชูดวันตรงด้านในเอามาตีกับน้ำร้อนแล้วก็ดื่มลงไป” (อาสาสมัคร 304, 13 มกราคม 2557)

## 1.2 การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา

เมื่อกล่าวถึงการใช้จ่ายโดยทั่วไป มักมีเหตุเริ่มต้นมาจากความเจ็บป่วย การรักษาความเจ็บป่วย ประเภทต่าง ๆ ผู้สูงอายุจะเข้ารับการรักษาในที่ต่าง ๆ กัน โดยมีเหตุผลในการเลือกสถานที่รักษาพยาบาลหรือซื้อยาไปตามความเจ็บป่วยและสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ดังนี้

### 1.2.1 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ

ผู้สูงอายุจะเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในกรณีที่เป็นการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการสั่งยาจากแพทย์ที่รักษาประจำ ส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเพราะต้องรับยาประจำตามนัดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ดังเช่น คำบอกกล่าวที่ว่า

“ก็ไปหาหมอ สมัยนี้ไปหาหมอมันจะไม่ค่อยเสียเงินนะ ผมจะไปหาหมออย่างเดียวเลย ผมยังว่า ขอบคุณประเทศไทยนะ เดียวนี้ไม่เหมือนสมัยก่อน สมัยก่อนไปหาหมอนี้ต้อง หักร้อย หกร้อย” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

บางรายรักษาประจำที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนแต่ก็ย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐด้วยเพื่อให้ตนเองได้มีประวัติที่โรงพยาบาลไว้เพื่อเวลาฉุกเฉิน ดังเช่น ผู้สูงอายุหญิงวัย อายุ 77 ปี ที่เคยรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกเป็นประจำ แต่ญาติตัดสินใจย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน โดยให้ข้อมูลว่า

“เขาบอกว่าไปคลินิกอะมันไม่ได้แล้ว ต้องไปโรงบาลให้มีประวัติมั่ง เพราะว่าถึงยังงี้ถ้าไปคลินิก เขาแย่ เขาก็ต้องส่งโรงบาล ก็เลยตัดสินใจพาไปนี่” (อาสาสมัครผู้ดูแล 104, 13 พฤศจิกายน 2556)

### 1.2.2 การเข้ารับการรักษาที่คลินิก

ผู้สูงอายุเลือกแหล่งรักษานี้เพื่อการรักษาและบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าบางรายจะรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแต่หากอาการที่เป็นฉุกเฉินไม่ตรงกับช่วงเวลาที่โรงพยาบาลนัด ผู้สูงอายุจะเลือกไปรักษาที่คลินิก

“เวลาเป็นไข้ เป็นอะไร ไปหาเขา ปวดเมื่อยเราก็ก็นไปหาเขา ก็เราไม่ดีแล้วอะถึงจะไป  
โรงพยาบาล แต่เป็นอย่างงี้ไปคลินิกมันไวกว่า” (อาสาสมัคร 401, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

“ใช้คนส่วนใหญ่ที่จะไปโรงพยาบาลคือหมอนัด ถึงจะไป มีเวลาอย่างหมอนัดอีกสองวัน  
ก็จะไป หมอนัดเฉย ๆ ถึงจะไป อย่างเจ็บไข้ได้ป่วยกระทันหันอะไรอย่างงี้ ไม่มีใคร  
เข้า เข้าคลินิกกันหมด” (อาสาสมัครผู้ดูแล 401, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

เนื่องจากเชื่อว่าการรักษาที่คลินิกจะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว และได้รับยาที่ดีโดยเฉพาะ  
อย่างยิ่งยาฉีดที่เห็นผลรวดเร็วทันใจ เช่น ยาฉีดแก้ปวด นอกจากนี้ผู้สูงอายุอธิบายถึงสาเหตุที่ไม่ไป  
รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐว่า เพราะต้องรอคิวนาน คุณภาพของยาไม่ดีเท่ายาที่คลินิก

“ปวดขา ปวดเข่าไปหาหมอก็บอกเขา ได้ยาเม็ดเหลืองๆยาคลายกล้ามเนื้อ ไม่หาย  
หรอก กินยาอะไรก็ไม่หายหรอก ไปหานายแพทย์กินไปก็แค่บรรเทา ก็ไปหาคลินิก  
แต่ก็ไม่ค่อยไปหรอก” (อาสาสมัคร 202, 7 มกราคม 2557)

“เข้าคลินิกกันหมด มันสบายกว่า ยาเขาดีกว่า ฉีดยาทุกคน ยาลมเขาก็กิน ยาใช้เขา  
ก็ฉีด ยาคุมเขาก็กิน... เขาก็บอกให้กินต่อกับไข่น้ำแดง ก็กิน” (อาสาสมัคร 401, 17  
กุมภาพันธ์ 2557)

### 1.2.3 การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของเอกชน

เพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และเพื่อการรักษาความเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น  
อุบัติเหตุ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ และอาการกำเริบของโรคเรื้อรัง เช่น  
อาการหอบหืด ภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุเลือกที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหากพอ  
มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายหรือพอหยิบยืมเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายได้ โดยให้เหตุผลว่ามีบริการที่รวดเร็วกว่า ไม่  
ต้องรอคิวนาน มีแพทย์ประจำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลากลางคืน และมีความเชื่อว่า โรงพยาบาล  
เอกชนมียาที่มีคุณภาพมากกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐที่ตนต้องรักษาอยู่เป็นประจำ ดังเช่น  
ผู้สูงอายุชาย อายุ 67 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

“โรงพยาบาลเอกชนก็ไปเรื่องหอบนี้แหละครับ มีอาการหอบก็ไป ก็ไปฉีดยานี้แหละ  
ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ไปพ่นยาสองหน เสร็จแล้วก็กลับมาบ้าน เขาเป่ายา ฉีดยา  
แล้วให้ยามากิน ไปที่ก็ สี่ห้าร้อยบาท” (อาสาสมัคร 503, 6 มีนาคม 2557)

#### 1.2.4 การซื้อยาจากร้านยา

ผู้สูงอายุหลายรายตัดสินใจซื้อยาจากร้านยาใกล้บ้านในการรักษาและบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เนื่องจากสะดวกหาซื้อง่าย โดยการบอกเล่าอาการ เภสัชก็จะจัดยาให้ ดังกรณีหญิงอายุ 63 ปีซื้อยาแก้ปวดศีรษะไมเกรน

“อันนี้ยาแก้ปวดหัวธรรมดา ซื้อมาจากโน้น เขาบอกกินแก้กล้ามเนื้อด้วย หมอเขาว่า หมอเกล็ดช่นะ ยานี้เหมือนกัน เขาว่าปากินไอนี้ละ ไมเกรน ยาที่หมอให้มันหมด ก็ไปซื้อแผงใหม่มา ไม่ได้ไปโรงพยาบาลมันไกลจริงๆ เลยซื้อใกล้ๆ เอาตัวอย่างยาไป”  
(อาสาสมัคร 403, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายแม้จะซื้อยาจากร้านยาแต่มีวิธีปฏิบัติโดยที่ขาดความรู้ และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยา ดังเช่นผู้สูงอายุหญิง อายุ 63 ปี ที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลังผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัดได้ให้ยามารับประทานจนครบแล้ว แต่ผู้สูงอายุยังกลัวว่าอาจเกิดอาการอักเสบขึ้นได้อีกเนื่องจากแผลยังไม่ปิดสนิทจึงไปซื้อยามาใช้เอง

“ไปผ่าฝีมา เป็นแผล ก็ไปซื้อมากินเอง บอกซื้อยาเขาเลย เอาเพนนิซิลิน เคยกินแล้ว เขาก็สั่งให้เลยเม็ดเดียวครึ่งละเม็ด แต่ก็ เป็นแผลสดนะตอนนั้นนะ บดใส่เลยอะรอยบนแผลเลย บ้านนอกตามประสาละ มันก็แห้งนะ ถ้าคนทนได้ ถ้าทนไม่ได้อย่าง แสบ” (อาสาสมัคร 105, 18 กุมภาพันธ์ 2557)

#### 1.2.5 การซื้อยาจากคำโฆษณา หรือจากการบอกต่อ

การซื้อยาจากคำโฆษณาหรือการบอกต่อ มักใช้เพื่อการรักษาเป็นเสมือนความหวังใหม่ หรือเป็นการบำรุงร่างกาย โดยใช้ในรูปของวิตามินต่าง ๆ ยาสมุนไพรชนิดสดและชนิดที่แปรรูปแล้ว ดังกรณีต่อไปนี้

“สมุนไพรพวกลูกเขาซื้อมาให้ ฟองบิต มันซื้อบอบิตแก้เบาหวาน ซื้อมาจากนั้น อยู่ชยา เขากินกันแล้วหายแล้วก็ซื้อมาให้” (อาสาสมัคร 203, 7 มกราคม 2557)

“เขาบอกเขากินแล้วหาย เขาเลยบอกมา ก็โทรสั่งเขาคนที่เขาเอามาจำหน่าย...มันเป็นยาพระ ยาโบราณ ยาสมุนไพร พระอุปัชฌาย์เขาเดินเขาทำขึ้นมาเป็นยา มันก็มีตัวยานะ บอกหมดทุกอย่างว่ามีอะไรบ้าง” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

### 1.3 การเก็บรักษาและการนำยาออกมาใช้

ประเด็นการเก็บรักษาและการนำยาออกมาใช้ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่อาจเป็นปัญหาพฤติกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เก็บยาใส่ไว้ในถุงของโรงพยาบาลและวางไว้ในบ้าน เช่น ห้องครัว หรือโต๊ะในห้องนอน ผู้สูงอายุที่ยังกินหมากอยู่จะเก็บยาไว้ในเขี่ยนหมาก หรือในตะกร้าหมากซึ่งผู้สูงอายุมักจะนำติดตัวไปทุกที่ แต่ผู้สูงอายุบางรายมีการเก็บรักษาที่อาจเป็นปัญหาในการใช้ยาได้ อาทิ การเก็บยาของหลาย ๆ คนไว้ที่เดียวกัน ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุชาย อายุ 80 ปี มีการเก็บยาของตนเองไว้รวมกับของภรรยา และยาหลายชนิดอยู่รวมในซองเดียวกัน

“ยาหมोजัดมายังไม่ได้กินเลย ที่เป็นแผลอะ หาย หาไม่เจอ กินไปเรื่อยเรื่อยเลย  
ผมอะ นียาแก้เวียนของยายเขา ผมเอาไว้กิน แต่ก่อนมันเวียนหัว ก็เลยเอามาไว้  
สำหรับยาย บางทียายเป็นก็จะให้ยายกิน ผมเป็น ผมก็กิน” (อาสาสมัคร 305, 13  
มกราคม 2557)

ปัญหาการเก็บยาไม่ถูกที่ทำให้ยาเสื่อมสภาพได้ ดังเช่นกรณีชายอายุ 81 ปี เป็นโรคเบาหวานได้รับยาอินสุลิน ซึ่งผู้สูงอายุเก็บยาอินสุลินที่เปิดใช้แล้วไว้ในตู้เย็น ส่วนยาที่ยังไม่ได้เปิดใช้ไว้นอกตู้เย็น

“หมอเขาว่าให้เอายาไว้ในตู้เย็น อันนี้ยังไม่เปิดก็เลยยังไม่เอาไว้ เปิดใช้แล้วค่อยใส่ตู้เย็น” (อาสาสมัคร 302, 13 มกราคม 2557)

การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้รับยารั้งละมากๆ ผู้สูงอายุบางรายจึงจัดแบ่งยาไว้เป็นม็อบๆ และบางรายจะจัดแบ่งยาไว้เป็นม็อบใส่ซองยาเล็ก ๆ แยกไว้ชัดเจน แต่การแบ่งยาเป็นม็อบบางรายก็เป็นปัญหาให้มีการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่ง เช่น กรณีผู้สูงอายุรายหนึ่งได้จัดยาไว้รวมกันเป็นม็อบ แต่ได้นำยาเบาหวานซึ่งเป็นยาก่อนอาหารมารวมไว้กับยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นยาหลังอาหารแล้วรับประทานพร้อมกันไป ดังคำบอกเล่าว่า

“นียาความดันผมแกะไว้เป็นชุด ๆ ผมไม่อยากจะมานั่งแกะทุกวัน ๆ ผมแกะไว้ทีหนึ่งสิบกว่าวัน อันนียาเบาหวาน วันเช้าสองเม็ด เย็นสองเม็ด ผมก็เลยแกะออกมาเป็นอย่าง

นี่ละ แกะใส่ถุงเล็ก ๆ ไว้ มันจะง่าย ถ้ามานั่งแกะทุกมื้อ ๆ นี่หนา คือบางทีผมต้อง รีบไปนู่นไปนี่อะไรนี่ละ อันนี้ยอมรับว่าผมแกะ อันนี้สองเม็ด อันนี้นะ มันมีอีกตัวนึง ความดันอะ ลดความดันผมก็แกะมาใส่ นี่ตัวนี้ก็ความดันเหมือนกัน ผมก็แกะมาใส่ นี่เป็นเบาหวานสำหรับกินก่อนอาหาร ผมก็เอามารวม ชี้เกี่ยมานั่ง เอารวมกันเป็น หลังอาหารหมด ผมก็ มันไม่อยากจะกิน อยู่ มันก็ต้องมีภาระหลายอย่างใช้มัย ที่ ไม่ใช่มานั่งกังวลหรอกกินยา ที่นี้ไม่ใช่ บางทีเราวัน ๆ มีภาระไปที่นู่นที่นี้เยอะ”

(อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

ปัญหาพฤติกรรมอีกชนิดหนึ่งที่พบคือการสะสมยา ผู้สูงอายุมักมีการสะสมยาที่เหลือใช้จาก ครั้งก่อน หรือจากการลืมใช้ยา ทั้งยาที่แพทย์สั่ง และยาที่ซื้อเอง หรือยาที่แพทย์เคยสั่งใช้แต่ได้ยกเลิก ไปแล้ว แม้ทางโรงพยาบาลจะมีโครงการยาแลกไข่ คือหากผู้ป่วยนำยาที่มีอยู่และไม่ได้ใช้กลับมาให้ ทางโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับไข่กลับไปทดแทน แต่ผู้สูงอายุบางรายก็ยังมีการแบ่งยาส่วนหนึ่งเก็บไว้ เพื่อได้ใช้ในยามฉุกเฉิน ดังเช่น ผู้สูงอายุชาย วัย 79 ปี โรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และต่อม ลูกหมากโต มีการสะสมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไว้จำนวนมากเนื่องจากเคยลืมใช้ยา และเคยใช้ ยาที่ซื้อจากโรงพยาบาลอื่นทดแทน ดังคำบอกกล่าวว่า

“ยานี้ความดันนะครับ ผมซื้อมาจากตลาด ยานี้โรงพยาบาลเก่า ยานี้โรงพยาบาล ใหม่ อันเก่านี้ผมไม่ได้กินแล้วครับแต่ไม่ได้ทิ้ง ก็ว่ากินไปเรื่อย ๆ ละทีนี้...ไม่รู้หรอกครับ หมดอายุ กินไปเรื่อย ๆ” (อาสาสมัคร 103, 13 พฤศจิกายน 2556)

ผู้สูงอายุชาย อายุ 63 ปี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยใช้ยาและหยุดใช้ยาเองทำให้มี ยาเหลือ บางครั้งไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดก็หยิบยาที่เก็บไว้มาใช้ ดังคำบอกกล่าวว่า

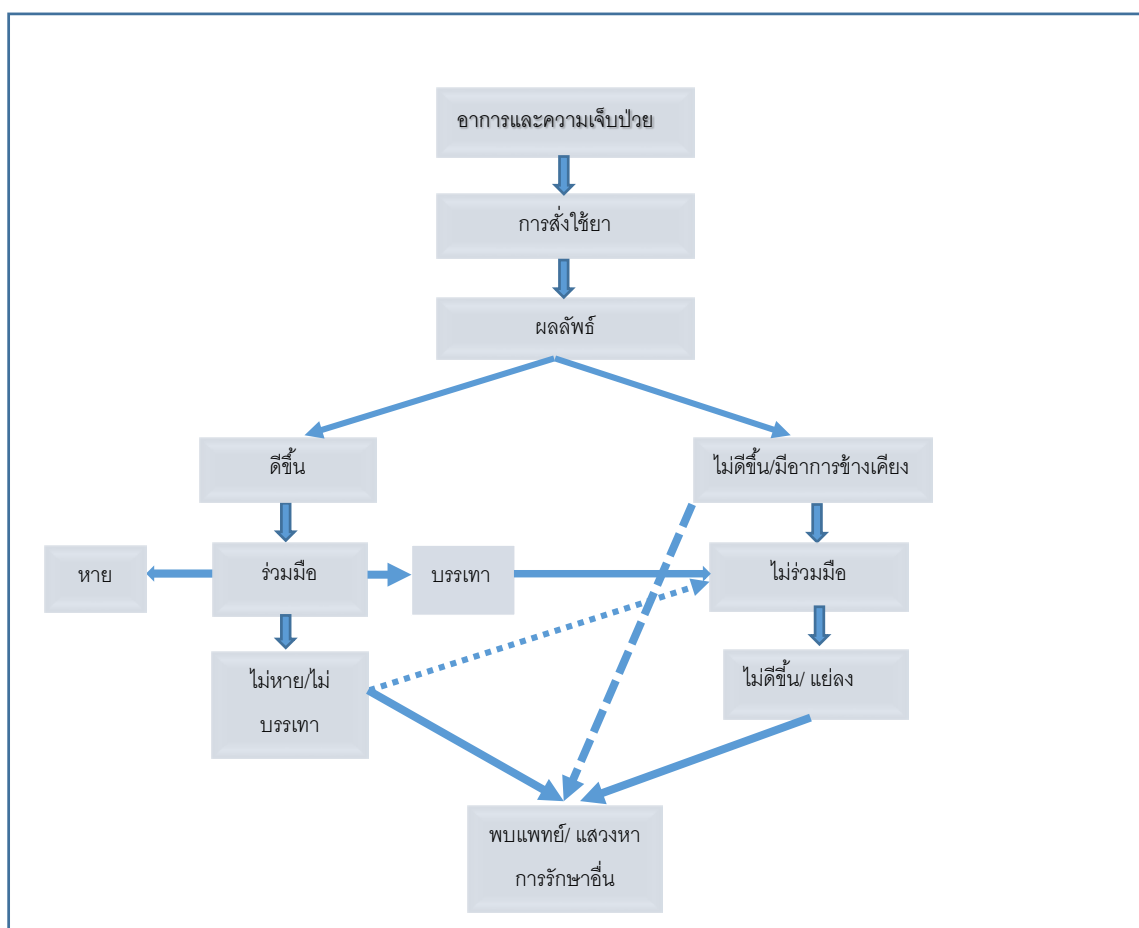
“ตัวเก่าก็ไม่ได้กินแล้ว ได้มาใหม่ ๆ ก็กินของใหม่เลย แต่ยังไม่หมดเลย ๆ จะเอาไปทิ้งก็ เสียตาย ช่วงที่ผิคนัดหมอเนี่ยได้ใช้ยา ยามันเหลือเยอะก็กินมั่งไม่กินมั่งนะครับ” (อาสาสมัคร 102, 13 พฤศจิกายน 2556)

## 2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเกิดขึ้นโดยเป็นผลจากการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อความ เจ็บป่วยและผลลัพธ์ของการใช้ยา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยและ

เข้ารับการรักษารวมทั้งได้รับการสั่งใช้ยาจากแพทย์ ผลของการใช้ยาในระยะแรกหากอาการดีขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความร่วมมือในการใช้ยา หรืออาจใช้การรักษาทางเลือกอื่นร่วมด้วย ความร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลต่อผู้สูงอายุได้ทั้งการบรรเทา/หายจากความเจ็บป่วย หรือ ไม่บรรเทา/ไม่หายซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง หากผลของการสั่งใช้ยาไม่ทำให้อาการดีขึ้นผู้สูงอายุมักจะไม่ร่วมมือในการใช้ยา และมีการแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษา และนำไปสู่การพบแพทย์ต่อไป

อย่างไรก็ตามความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดขึ้นได้ทั้งในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่นมีอาการข้างเคียงของยา หรือ อาการของโรคซึ่งไม่รุนแรงอยู่แล้ว การใช้ยาจึงไม่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัด ผู้ป่วยจึงมีการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์



ภาพที่ 1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ ชาย 61 ปี มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ต่อมลูกหมากโต โรคผิวหนัง และข้อเข่าเสื่อมด้วย มีการทดลองใช้ยาหากได้ผลในการ

บรรเทาอาการจะมีการใช้ยาต่อ แต่หากอาการไม่ดีขึ้นก็จะไม่ร่วมมือหรือหยุดใช้ยาไป โดยผู้สูงอายุได้อธิบายว่า

“หรือว่ากินยาไม่ตรงหรือเปล่า รีไม่ ผมดูก็ว่าไม่ใช่ บางที ผมกินดูวันสองวัน มันไม่มีอาการอะไร ผมก็จะไม่ปฏิบัติตรงเวลา ถ้าไม่ กินไปก็เฉย ๆ กินไปก็ไม่มีกิริยาอะไรตอบในตัวเรา มันไม่มีอะไรที่ออกกว่าดีขึ้นๆ ถ้าดีขึ้นผมก็ต่อเรื่อย ถ้ามันไม่ดีก็หยุดเลย แต่ยาความดันนี่อันนี้ผมรู้เลย ถ้าผมไม่กินมันจะมันขึ้นท้ายทอย ทำให้ผมพ่นเพื่อนไปเลย ประสาที่ว่าความคิดอะไรเนี่ยนะ มันจะ....เราสามารถ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เลย คุณแล้วอาการอีก 4 ชั่วโมง 3 ชั่วโมงข้างหน้านั้นมันจะน็อคแน่ อาจจะล้มลงอะไรเนี่ยนะ ผมว่าถ้าเป็นอย่างนั้น ผมกินปุ๊บมันจะเบาขึ้นเลย ความดันเนี่ยนะ ผมทดลองแล้ว ว่าวันนี้ผมไม่กินดูสิ โอ้โฮ บ่ายสาม บ่ายสี่นี้ควบคุมตัวเราไม่อยู่แล้ว ไปนี่เดินไปนี่ 10 เมตร 20 เมตร ต้องล้มแน่ อะไรเนี่ยนะ มันถึงต้องให้ผมต้องกิน ถ้ากินมันดีขึ้น” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

การตอบสนองในลักษณะดังกล่าวผู้สูงอายุจึงมีการแสวงหาการรักษาทางเลือกเพิ่มเติมดังจะเห็นได้จากการใช้ยาลูกกลอนแผนโบราณของผู้สูงอายุรายนี้

“อืม ไอ้อย่างโรคปวดนี้นะ ผมเดินเตาะแตะ เวลานั้นผมกินยาเข้าไป มันหาย ผมยอมรับผมกินยาตัวนี้ ยาแผนโบราณผมกินแล้วมันหายอะ เนี่ยๆ ผมกินแล้วมัน ผมเดินได้อะ ตอนนี้อ้าวปวดถึงกิน หกเม็ดมั่ง ห้าเม็ดมั่ง มันเป็นยาพระ ยาโบราณ ยาสมุนไพร พระธุดงค์เขาเดินเขาทำขึ้นมาเป็นยา มันก็มีตัวยานะ บอกหมดทุกอย่างว่ามีอะไรบ้าง” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นผลจากการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหลายประการ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจัดกลุ่มของปัจจัยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (preexisting factors) ปัจจัยชักนำ (precipitating factors) และปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) ดังนี้

### 3.1 ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (preexisting factors)

ปัจจัยที่มีอยู่เดิม คือปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย ปัจจัยความสามารถของบุคคลและปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน

**3.1.1 ปัจจัยความสามารถของบุคคล (individual capacity factors)** คือปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติภายในบุคคลที่แสดงถึงศักยภาพของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ความรู้ ทักษะที่มีต่อโรคและการรักษาของแพทย์ สมรรถภาพสมอง การทำหน้าที่ของร่างกายส่วนต่างๆ อาทิ การมองเห็น การได้ยิน และการใช้มือหยิบจับ ดังเช่นกรณีของผู้สูงอายุหญิงหลังการผ่าตัดฝีได้ซื้อยาเพนนิซิลินเพื่อนำมาบดและโรยใส่แผลเพื่อให้แผลหาย เนื่องจากมีความรู้ไม่ถูกต้องดังคำบอกกล่าวว่า

“ไปผ่าฝีมา เป็นแผล ก็ไปซื้อมากินเอง บอกซื้อยาเขาเลย เอาเพนนิซิลิน เคยกินแล้ว เขาก็สั่งให้เลยเม็ดเดียวครึ่งละเม็ด แต่ก็เป้นแผลสทนะตอนนั้นนะ บดใส่เลยอะโรยบนแผลเลย บ้านนอกตามประสาละ มันก็แห้งนะ ถ้าคนทนได้ ถ้าทนไม่ได้อย่าง แสบ” (อาสาสมัคร 105, 18 กุมภาพันธ์ 2557)

หรือผู้สูงอายุหญิง 72 ปี มีความเชื่อว่าการรักษาที่คลินิกเอกชนจะได้รับยาที่ดีกว่าการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาจากทั้งสองที่ หรือสลับกันใช้ ดังเช่นที่ผู้สูงอายุบอกไว้ว่า

“เข้าคลินิกกันหมด มันสบายกว่า ยาเขาดีกว่า ฉีดยาทุกคน ยาลมเขาก็ฉีด ยาใช้เขาก็กิน ยาคุมเขาก็ฉีด... เขาบอกให้กินตับกับไข่แดง ก็กิน ...ยานี้ไม่ค่อยได้กินหรอก นานๆกินที กินยา (ชื่อคลินิก)” (อาสาสมัคร 401, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

ทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ดังจะเห็นได้จากกรณีผู้สูงอายุหญิงอายุ 63 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เมื่อผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาทางเลือก ผู้สูงอายุรายนี้ตอบว่า

“ไม่มีหรอก ไม่เคยใช้เลย ฉันทนกินยายาก ขนาดอย่างนี้ยังกลืนไม่ค่อยจะลง ก็เลยไม่กิน ใครจะให้ยังงี้ ก็อู๊ย กินยายาก ไม่ชอบกินยา” (อาสาสมัคร 301, 13 มกราคม 2557)

ผู้สูงอายุชาย ต้องใช้ยา 15 ชนิด จึงเกิดความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา

“บางทีผมกลัวมันจะไปกระเพาะกระเพาะบ้างละ บางทีมันเยอะเกิน วันๆมียาร่วมสี่สิบสามสิบเม็ด กินเข้าไป กระเพาะมันจะทะลุรีเปล้าผมคิด ผมกลัวไปนู่นนะ ผมเลยไม่อยากกินเนี่ยนะ” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

ทัศนคติที่มีต่อแพทย์ผู้รักษาก็มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาด้วย อย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุชายที่มีปัญหาโรคผิวหนังเรื้อรัง ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“อย่างนี้ละ เวลาผมกินภายในวัน สองวันเนี่ย ถ้ามันดีผมจะกินต่อ ถ้าไม่ดีผมจะไม่ค่อยใส่ใจเท่าไร เพราะผมกินภายในสองวันเนี่ย มันไม่เห็นมีอะไรเลยนะ ผมจะไม่ค่อยจะปฏิบัติตาม ไม่รู้ ผมนึกตำหนิในใจผมว่า หมอวางยาไม่ถูก ผมคิดงั้น ผมนึกตำหนิในใจว่า หมอนี้วางยาไม่ถูก ถ้าวางถูกมันต้องอย่าง (ซึ่งจังหวัดแห่งหนึ่ง) แห้ง ปิบ มันจะไม่คัน ไม่อะไรเลย ผมก็ไม่กล้าก้าวก่ายเขา เพราะว่าเขาเป็นหมอ จะถูกหรือผิดมันขึ้นอยู่กับตัวผม ผมเป็นคนกินผมรู้ เพราะมันเป็นตัวผม...แต่ผมกินตุล็กสองวันเนี่ย ผมตัดสินใจคิดว่าสองวันถ้ามันไม่เห็นมีอะไร ผมจะไม่ค่อยปฏิบัติตามเขาหรอก ยารึว่าอะไรเนี่ย แม้แต่มะนาวเราบีบใส่น้ำพริกมันยังรู้จักเปรี้ยว ถ้ามันไม่เปรี้ยวแล้วแสดงว่ามันไม่ใช่มะนาว” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

การใช้ยาที่ต้องใช้ความละเอียดในการตรวจวัด ทำให้ผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของสายตา เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้ ดังเช่นกรณีชายอายุ 81 ปี ซึ่งแพทย์สั่งให้ยา Mixtard 8 unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า และ 4 unit ก่อนอาหารเย็น ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ถ้ามีอาการเหงื่อออกต้องรีบกินเฮลบลูบอย ก็ถ้าเราไปฉีดยากันมากมายมันก็มีอาการได้เหมือนกัน คือบางทีเราฉีดยากัน มากมั่งน้อยมั่งงั้นเนี่ย บางทีก็ดูไม่ค่อยเห็น

ก็ผิด ครบบางที่ต้องดูดูดี ๆ น้อยกว่าก็ไม่ใช่ใครครับ กลัวจะมากกว่า” (อาสาสมัคร 302, 13 มกราคม 2557)

ความจำซึ่งเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการใช้อย่างมากเนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการตัดสินใจใช้อย่างปลอดภัย ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาความจำทำให้มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่นกรณี หญิงอายุ 60 ปี มีปัญหาไขมันในเลือดสูง และกระดูกสันหลังเสื่อม ไม่สามารถอธิบายให้ผู้วิจัยฟังได้ว่ายาที่มีอยู่ใช้รักษาอะไรและได้ใช้หรือไม่ ดังคำบอกกล่าวว่า

“นี่ ตัวนี้นะสิ สงสัยตัวเองลืมเนี่ย เขาให้แก้ปวดอะไรก็ไม่รู้ ยังไม่เคยกินละมั้ง คนละอย่างกันรีเปล่าไม่รู้ เยอะจัด ก็ไม่รู้ตัวไหน” (อาสาสมัคร 602, 20 มีนาคม 2557)

**3.1.2 การกิจในชีวิตประจำวัน** (daily activity factors) คือการกิจที่ผู้สูงอายุต้องทำในแต่ละวันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพของพฤติกรรมในการใช้ยา ผู้สูงอายุมีการกิจในชีวิตแต่ละวันแตกต่างกันไป ผู้สูงอายุจำนวนมากมีการกิจในชีวิตประจำวันไม่มากนัก ทำให้มีความสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเองมากและตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุชาย อายุ 73 ปี ได้กล่าวว่า

“ไม่เคยลืมหรอก มันอ่านรู้ จับเวลา อันนี้ก่อนอาหาร ฉีดไปครึ่งชั่วโมงก่อนกินอาหาร ได้ครบนาฬิกา มันมีอะ หลังอาหารสองชั่วโมงก็ต้องทำให้ได้ จดไว้เลย ได้ทำให้ได้ นี่ ๆ ผมจดไว้ นี่ ๆ สองโมงสี่สิบสี่กินข้าว แล้วคราวนี้ก็ไปกินสี่โมงสี่สิบ กินเลย ก็ไม่ได้ทำงาน ไม่ได้มีงาน เรื่องยากกับกินข้าวอย่างเดียว ดูโทรทัศน์บ้าง ซี่เกียจก็ไปนั่งนอก ไม่มีงานอะไร กินยาตามเวลาที่เขาสั่ง” (อาสาสมัคร 402, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายยังคงมีบทบาทในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพและครอบครัว งานอาสาสมัคร หรือมีงานสังคมมาก ทำให้ต้องแบ่งความสนใจให้กับทั้งการใช้ชีวิตและเรื่องสุขภาพและการใช้ยา ดังคำบอกกล่าวว่า

“นี่ ตัวนี้ก็ความดันเหมือนกัน ผมก็แกะมาใส่ นี่ เป็นเบาหวานสำหรับกินก่อนอาหาร ผมก็เอามารวม ซี่เกียจมานั่ง เอารวมกันเป็นหลังอาหารหมด ผมก็ มันไม่อยากจะ เป็น ชู่ย มันก็ต้องมีภาระหลายอย่างใช่มั้ย ที่ไม่ใช่มานั่งกังวลโรคกินยา ที่นี้

ไม่ใช่ บางทีเรารวันๆมีภาระไปที่นั่นที่นี้เยอะ ยาทุกตัวผมก็ว่ามันดีนะ แต่มันเป็นภาระของผม จะต้องกินทุกชั่วโมง กินทุกเวลาอย่างที่เขาสั่ง มันเหมือนคล้าย ๆ กับจะไม่มีตารางว่างเลย” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

ผู้สูงอายุบางรายมีบทบาทเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ดังเช่นกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุชายอายุ 80 ปีที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง โดยที่ผู้สูงอายุต้องดูแลภรรยาที่ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุใส่ใจกับการใช้ยาของตนเองน้อย ตามคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

“ยาหมอจัดมาให้ยังไม่เคยได้กินเลย ที่เป็นแผลอะ หายหาไม่เจอ จำไม่ได้... แต่ของยายนี้รับรองเลย เพราะว่ายายเขาเป็นมากกว่าผม จัดยาให้ยาย คอยดูแลกัน ...กลัวมันเป็นอีกเหมือนกัน แต่กลัวฝังยาามากที่สุด ไม่ทันได้ดูแลเจ้าของ ไปหาหมอ ไปเรื่อย ๆ อะครับ เป็นมากกว่าผม ผมยังพอทุเลาแล้วก็ เออ ช่วงมันเยอะ คิดไปยังไม่ทันนะ เบาล้วน” (อาสาสมัคร 305, 13 มกราคม 2557)

### 3.2 ปัจจัยชักนำ (precipitating factors)

ปัจจัยชักนำคือปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัว เนื่องจากปัจจัยชักนำนี้จะเป็นเสมือนปัจจัยที่เข้ามากระทบบุคคล โดยการปรับตัวเป็นการแสดงพฤติกรรมหรือปรับพฤติกรรมในการใช้ยา ปัจจัยที่มีลักษณะชักนำให้มีการปรับตัวได้แก่ การปรากฏของอาการของโรค (disease manifestation) และการตอบสนองของร่างกายต่อยา (response to medication) เช่น การมีอาการดีขึ้น และผลลัพธ์เชิงการรักษา

**3.2.1 การปรากฏของอาการของโรค (disease manifestation)** ลักษณะของอาการเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา การปรากฏของอาการของโรคอาจเกิดขึ้นในลักษณะ การปรากฏแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป แบบรุนแรงหรือไม่รุนแรง แบบทุกข์ทรมานหรือไม่ทุกข์ทรมาน หรือปรากฏแบบก่อความรำคาญหรือไม่ก่อความรำคาญ หากโรคที่เป็นไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน หรืออาการที่เป็นดีขึ้นหรือหายไปแล้วก็จะมีความร่วมมือในการใช้น้อย ดังจะเห็นได้จากผู้สูงอายุหญิง 64 ปี มีประวัติไขมันในเลือดสูง และ

ปวดศีรษะไม่เกรน แต่ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดทำให้ขาดยานาน 1 ปี จนกระทั่งมีอาการเวียนศีรษะอีกครั้งจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์ว่า

“ไปอยู่อยู่กับพี่น้องเลยไม่ได้เอายาไป ยาไขมันเนี่ยนะ เลยไม่ได้ไปหาหมอเลย พอกลับมามันก็ไม่ค่อยดีแล้วมั้งเนี่ย ว่าจี้เนะ มีนหัวอีกแล้ว ไปหาหมอตตรวจเลือดเมื่อเนี่ย เลยก็หมอบอกว่า โอโห ขาดยามานานเนี่ย ว่าจี้ ไม่ได้ไปหาเลย ก็แบบเราไม่ได้เป็นไรเลยกินแต่ไม่เกรนอย่างเดียว” (อาสาสมัคร 403, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

ผู้สูงอายุบางรายมีอาการที่เด่นชัดและทุกข์ทรมานกับอาการที่ปรากฏนั้น จึงมีความใส่ใจกับการใช้ยามาก ดังเช่นคำบอกเล่าของผู้สูงอายุชาย อายุ 61 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง และสังเกตอาการของตนเองจนตระหนักว่าหากไม่รับประทานยาอาจมีอันตรายถึงชีวิต จึงมีการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่รับประทานยาลดไขมันในเลือดตามคำสั่งแพทย์ ดังคำบอกเล่านี้

“แต่ยาความดันนี่อันนี้ผมรู้เลย ถ้าผมไม่กินมันจะมันขึ้นท้ายทอย ทำให้ผมพ่นเพื่อนไปเลย ประสาทรึว่าความคิดอะไรเนี่ยนะ มันจะ..เราสามารถ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เลย ดูแล้วอาการอีก 4 ชั่วโมง 3 ชั่วโมงข้างหน้านี้มันจะน็อคแน่ อาจจะล้มลงอะไรเนี่ยนะ ผมว่าถ้าเป็นอย่างนั้น ผมกินปั้มมันจะเบาขึ้นเลย ความดันเนี่ยนะ ผมทดลองแล้ว ว่าวันนี้ผมไม่กินดูสิ โอโห บ่ายสาม บ่ายสี่นี้ควบคุมตัวเราไม่อยู่แล้ว ไปนี้เดินไปนี่ 10 เมตร 20 เมตร ต้องล้มแน่ อะไรเนี่ยนะ มันถึงต้องให้ผมต้องกิน ถ้ากินมันดีขึ้น” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

อาการที่ปรากฏในผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงหรือก่ออันตรายหรือทุกข์ทรมาน จะทำให้ผู้สูงอายุใส่ใจกับการใช้ยามากขึ้น มีการแสวงหาการรักษามากขึ้น โดยอาจทำให้สนใจใช้อย่างถูกต้อง หรือมีปัญหาการใช้ยาที่ไม่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างในผู้สูงอายุนางเดียวกันนี้มีปัญหาโรคผิวหนังเรื้อรังเป็นมานาน 6 เดือนแล้ว รักษาไม่หาย มีอาการคันอย่างมากบางครั้งทำให้นอนไม่หลับ จึงได้ใช้ยาที่รักษาอาการคันอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้ใช้ยาลดไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยได้อธิบายกับผู้วิจัยว่า

“ถ้าดูว่าคืนนี้เป็น มันคงจะนอนไม่ได้แน่ๆ มันก็ต้องกิน ยาไอ้พวกเชื้อราอะไรเนี่ยนะ ส่วนใหญ่ที่ผมจะกินไม่ขาดเลยคือยาความดัน กับยาเชื้อราเนี่ย ผมเครียดมาก ผมอยากให้มันหายสุด ๆ เลยเนี่ยนะ” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

“ผมไปเจาะดู เวลาไปเจาะเลือดดู เขาก็บอกว่ามันมีนิดหน่อยนะลุง เขาว่ายังงี้ละ ไขมันนิดหน่อย ผมก็เลยกินมั่ง ไม่กินมั่ง ผมจะเจาะกิน ผมจะเน้นกินเฉพาะผมเป็นหนักๆ นะ” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

**3.2.2 การตอบสนองของร่างกายต่อยา (response to medication)** เมื่อผู้สูงอายุได้รับยาแล้วร่างกายมีการตอบสนองต่อยาในลักษณะที่ดีขึ้นหรือแย่ลงหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ หรืออาจมีการเกิดอาการของผลข้างเคียงของยาหรือไม่ หากมีการตอบสนองต่อยาดีผู้สูงอายุมักจะมีความร่วมมือในการใช้ยา แต่หากร่างกายมีการตอบสนองต่อยาในทางที่ไม่ดี เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์อาจทำให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือได้ ดังตัวอย่าง ผู้สูงอายุชายอายุ 60 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีการรับประทานยา amlodipine และ enalapril เป็นบางครั้ง เพราะมีอาการมึนศีรษะ โดยบอกกับผู้วิจัยว่า

“ก็กินแล้วมันจะอ่อนเพลียนี่หมอมันแบบว่าไม่อยากจะทำงานแต่มันไม่หลับหรืออกินแล้วจะระโหยโรยแรง ก็ยังกิน ไม่รู้ว่าตัวไหนดี ถ้าหยุดกินก็หยุดกินวันสองวันแล้วก็จะมากินใหม่” (อาสาสมัคร 502, 6 มีนาคม 2557)

หรือผู้สูงอายุชาย เป็นโรคผิวหนัง เมื่อได้รับยาแล้วอาการคันไม่ดีขึ้นก็จะไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง คือใช้เป็นบางครั้งหรือไปซื้อยาจากที่อื่นมาใช้แทนโดยกล่าวว่า

“แต่ผมกินตุลีสองวันเนี่ย ผมตัดสินใจใช้คำว่าสองวันถ้ามันไม่เห็นมีอะไร ผมจะไม่ค่อยปฏิบัติตามเขาหรอก ยารึว่าอะไรเนี่ย แม้แต่มะนาวเราบีบใส่น้ำพริกมันยังรู้จักเปรี้ยว ถ้ามันไม่เปรี้ยวแล้วแสดงว่ามันไม่ใช่มะนาว” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

### 3.3 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors)

ปัจจัยปรับเปลี่ยนคือปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิมและ/หรือปัจจัยชักนำให้มีการเปลี่ยนแปลง โดยอาจทำให้ปัจจัยที่มีอยู่เดิมมีมากขึ้นหรือลดลงหรือทำให้ปัจจัยชักนำมีความรุนแรง

หรือเด่นชัดขึ้น เช่น ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนี้

**3.3.1 ปัจจัยทางสังคม (social influence factors)** คือ ปัจจัยทางสังคม เช่น ลักษณะของเครือข่ายสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม สัมพันธภาพในสังคม ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และอาจส่งผลโดยตรงกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้ได้แบ่งปัจจัยทางสังคมออกเป็น 4 กลุ่มคือ

(1) ปัจจัยทางสังคมในครอบครัว การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง แต่ก็พบว่าครอบครัวมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุอยู่ได้หลายวิธี บางครอบครัวมีบทบาทมากและบางครอบครัวมีบทบาทน้อย ซึ่งเป็นไปได้ทั้งการดูแลช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อม อาทิ การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดเตรียมยาให้ การคอยเตือนไม่ให้ลืมกินยา ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุหญิง วัย 74 ปี ที่มีบุตรสาวเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จึงช่วยดูแลวัดความดันโลหิต และพาไปพบแพทย์ ดังคำบอกเล่าว่า

“เวียนหัวแล้วก็จะอาเจียนอะไรแค่นี้ ให้ลูกเค้าวัดความดันมันขึ้น 180-190 แล้วก็เลยพาไปหาหมอ บางทีเขาก็ดูยาให้ บอกแม่อย่าไปกินเกินนะ แม่กินอย่างละครึ่งเม็ด บางทีเขาก็ผ่าน หั่น บี ใส่ช่องไว้ให้ แม่ กินอย่างละครึ่งเม็ดน้ำ” (อาสาสมัคร 501, 6 มีนาคม 2557)

แม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ได้อยู่คนเดียว แต่ผู้สูงอายุบางคนจะไม่รับการเกื้อหนุนจากบุคคลในครอบครัวหากไม่ใช่เรื่องจำเป็นหรือร้ายแรง โดยส่วนหนึ่งกล่าวว่าเกรงใจบุตรหลาน ดังเช่นกรณี ผู้สูงอายุชายวัย 67 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เรื่องยานี้แหละ ไม่มีหรอกครับตัวเอง เขาช่วยตอนที่เราเป็น ก็ช่วยพาเราไปบางทีก็รถยนต์ บางทีก็มอเตอร์ไซด์ ถ้าผมไปเองได้ผมก็เอามอเตอร์ไซด์ไป ไปเองบ่อย ถ้าไม่ไหวขึ้นมาก็โทรไปหาเขา เขาก็อยู่ใกล้ ๆ กันก็ไปรับกันมา ...บางทีมันเป็นคนอ่อนแออะครับ ได้อากาศเย็น ๆ มันจะโอ ๆ ก่อนครับ ไอนานเข้าจะเกิดอาการหอบหายใจไม่ออกครับ ก็เขาก็นอนกันอยู่ ถ้าเราแย่จริง ๆ ก็ปลุก หัวคำไม่เป็นจะเป็นก็เป็นก็ค่อนข้างดีสามดีสอง” (อาสาสมัคร 503, 6 มีนาคม 2557)

บางครั้งปัจจัยทางสังคมในครอบครัวอาจเกิดขึ้นในลักษณะของการแสวงหาการรักษาอื่น ๆ มาให้ผู้สูงอายุใช้ เช่น ผู้สูงอายุหญิง อายุ 67 ปี โรคเบาหวาน ได้อธิบายว่า

“สมุนไพรพวกลูกเขาซื้อมาให้ ฟองบิด มันซื้อบอปิดแก้เบาหวาน ซื้อมาจากนั้น  
อยุธยา เขากินกันแล้วหายแล้วก็ซื้อมาให้” (อาสาสมัคร 203, 7 มกราคม 2557)

นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวมีผลต่อความรู้และทัศนคติด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ ด้วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ดังกรณีผู้สูงอายุหญิง 60 ปี แม้จะอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียวแต่ก็ได้รับการถ่ายทอดเจตคติจากญาติได้ ดังคำบอกกล่าวว่า

“ยาริตามินเนี่ยเขาสั่งมาให้สามเดือนก็ไม่ค่อยกินไง ก็หลานเขาบอก เขาอ่านดู เขาบอก อย่ากินมากนัก ยาริตามิน เดี่ยวจะกินข้าวเยอะ กินมากเดี๋ยวอ้วนเดินไม่ไหว ก็หลานเขาบอกอย่ากินมากนักป้า ก็ไม่ค่อยกิน สองวันสามวันกินสักเม็ดหนึ่ง”  
(อาสาสมัคร 602, 20 มีนาคม 2557)

(2) ปัจจัยทางสังคมในเพื่อนบ้านหรือชุมชน เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนมักมีส่วนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าเพื่อนบ้านหรือชุมชนมีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุในลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลสุขภาพกันโดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน และในลักษณะของเพื่อนบ้านที่เคยมีประสบการณ์คล้ายๆกัน ดังกรณี ผู้สูงอายุชายวัย 64 ปี ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีการพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่มีนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาลพร้อมกัน โดยเล่าประสบการณ์ว่า

“ก็เข้ากลุ่มไป แบบหมู่ 2 เราเนี่ยเป็นกันมากไปกันเป็นกลุ่มอะ เขาก็ไปวัดความดัน ออกกำลัง แล้วก็บอกให้กินยานู่นนี่ เขาว่า เมื่อเช้าเห็นใครพูด ว่ากินยาเข้าไปแล้ว ยาตัวใหม่เขาว่า มันไม่ดี มันหน้ามืดรึยังไงเนี่ย เมื่อก่อนมันไม่เหมือนอย่างนี้ เมื่อก่อนมันเป็นเม็ดสีแดง ๆ เปลี่ยนใหม่ ผมนึกว่าผมได้รับยาผิดมา ไม่ได้เอาไปใช้หรอก เขาก็บอกว่าเป็นยาตัวเดียวกัน” (อาสาสมัคร 101, 13 พฤศจิกายน 2556)

(3) ปัจจัยทางสังคมจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโดยตรง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

บุคลากรทางการแพทย์กับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญกับการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมาก โดยทั่วไป แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จะมีการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอเมื่อมีการสั่งใช้ยา โดยมีการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับ โรคที่เป็น ยาที่สั่งใช้ จุดประสงค์ของการใช้ยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังต่าง ๆ ดังนั้นหากผู้สูงอายุที่มีความสามารถพื้นฐานดี ก็สามารถรับข้อมูลเหล่านี้ได้และนำไปปฏิบัติ ดังกรณีตัวอย่างชายอายุ 64 ปี มีปัญหาไหล่ติดจึงไปพบแพทย์ และได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“อย่างปวดจัดๆเนี่ย ผมไปเมื่อกี้ ปวดไหล่ ปวดจัด ๆ เนี่ย ไปฉีดยามา แล้วก็เอายา มากิน แค่อันเดียวมันก็เบาแล้ว ก็ต้องกินยาต่อจนหมด ก็คือการที่ว่าหมอบอกนะ ถ้า ไม่เชื่อฟังหมอแล้วมันก็ไม่หาย ถ้าเราทำซะมันก็เบาขึ้นมาเยอะ” (อาสาสมัคร 101, 13 พฤศจิกายน 2556)

เนื่องจากทั้งในฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างก็มีความเร่งรีบ ประกอบกับระบบ ประสาทการรับรู้ และความจำของผู้สูงอายุมักจะเสื่อมลง ทำให้บางครั้งการสื่อสารระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์กับผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุหญิงวัย 63 ปี โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการ สัมภาษณ์หาสาเหตุพบว่าผู้ป่วยฉีดอินซูลินผิดขนาดเพราะใช้เข็มฉีดยาแบบปากกาไม่ถูก เทคนิค ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการใช้ยาอินซูลินมากขึ้นทำให้ได้ข้อมูลว่า ผู้สูงอายุไม่เข้าใจสิ่งที่บุคลากรการแพทย์อธิบายเกี่ยวกับการใช้เข็มฉีดยาปากกาฉีดอินซูลิน (penfill insulin) เนื่องจากการหมุนปากกาไป 1 ครั้ง เท่ากับยาอินซูลิน 2 ยูนิต แต่ผู้สูงอายุ เข้าใจว่าหมุน 1 ครั้งเท่ากับ 1 ยูนิตจึงหมุนปากกาเป็นจำนวนครั้งเท่ากับที่แพทย์สั่ง เป็นเหตุ ให้ผู้สูงอายุใช้ยาเกินขนาดและนำไปสู่ภาวะฉุกเฉินจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังคำให้สัมภาษณ์ ว่า

“บอกให้ฉีด 20 เราก็ฉีด 20 ที่นี้คุณหมอที่เขาจ่ายยามานะ เขาว่าเราฉีดยาผิด เขา ให้ฉีดเยอะจัด มันก็ต่ำจัดไปอีก...บอกให้ 20 ก็ให้เป็น สิบที สิบก็” (อาสาสมัคร 105, 18 กุมภาพันธ์ 2557)

การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการอาจไม่มีประสิทธิภาพมากพอ และ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจหรือมีการตีความหมายของคำพูดอย่างไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าวว่า

“ฟังที่หมอบอกว่า ถ้าจะให้หาย มันเป็นลักษณะต้องคนรวยถึงจะหาย 1 หลุงห้ามเดินมาก 2 ห้ามยกของหนัก เอ๊ะ อย่างนี้มันก็ต้องคนรวยสิครับ คุณหมอ แล้วนั่งกินนอนกินเลย ไม่ต้องไปทำอะไรทั้งนั้น แล้วก็พยายามหลีกเลี่ยงยกของหนักเออ เดินมากเออ หลุงต้องเดิน ...ผมไปเจาะดู เวลาไปเจาะเลือดดู เขาก็บอกว่ามันมีนิดหน่อยนะหลุง เขาว่ายังงั้นะ ไขมันนิดหน่อย ผมก็เลยกินมั่ง ไม่กินมั่ง ผมจะเจาะกิน ผมจะเน้นกินเฉพาะผมเป็นหนักๆ นะ” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

(4) ปัจจัยทางสังคมจากสื่อและบุคคลอื่น ผู้สูงอายุบางรายได้รับอิทธิพลเกี่ยวกับการใช้ยาจากสื่อหรือบุคคลอื่นผู้สูงอายุบางรายซื้อยาจากคนที่ไม่รู้จักที่เดินเร่ขาย ดังกรณีผู้สูงอายุชาย วัย 61 ปี ที่บอกเล่าว่า

“อืม ให้อย่างโรคปวดนี้ละ ผมเดินเตาะเตาะ เวลานั้นผมกินยาเข้าไป มันหาย ผมยอมรับผมกินยาตัวนี้ ยาแผนโบราณผมกินแล้วมันหายอะ เนี่ย ๆ ผมกินแล้วมัน ผมเดินได้อะ ตอนนี้อ่าปวดถึงกิน หกเม็ดมั่ง ห้าเม็ดมั่ง มันเป็นยาพระ ยาโบราณ ยาสมุนไพร พระอุปัชฌาย์เขาเดินเขาทำขึ้นมาเป็นยา มันก็มีตัวยานะ บอกหมดทุกอย่างว่ามีอะไรบ้าง ในตำราเขาบอกว่าให้แจกฟรี แต่จริงเขาก็ขอค่าทำ มีคนเขาเอามาจำหน่าย ก็โทรสั่งเขา” (อาสาสมัคร 601, 20 มีนาคม 2557)

และกรณีหญิงวัย 60 ปีที่มีปัญหาปวดหลังเรื้อรัง จึงแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นเมื่อพบคนขายน้ำสมุนไพร จึงตัดสินใจซื้อเพื่อทดลองใช้ เมื่อใช้แล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงหยุดใช้

“สมุนไพร เคยซื้อกิน ขวดละสามพันนั้นนะ มาจาก (ชื่อจังหวัด) เขาว่ากันนะเนอะ เอามาได้สอง ขวดนี้ บอกกินไม่อยู่ เขาว่าเอามาให้ใหม่ บอกไม่เอาแล้ว เขาบอกโรคปวดขาปวดเข่า ปวดอะไรนี้เนอะ ก็ลองกิน” (อาสาสมัคร 602, 20 มีนาคม 2557)

**3.3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ (medication related factors)** ยาที่ผู้สูงอายุใช้มีทั้งยารับประทาน ยาฉีดเช่น อินสุลิน ยาพ่น ซึ่งยาบางชนิดมีความซับซ้อนทำให้การใช้ยามีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้ที่จะใช้ยาชนิดนั้นอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีปัจจัยความสามารถของบุคคลอย่างเพียงพอ ดังเช่น กรณีผู้สูงอายุชายวัย 67 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหอบกำเริบบ่อยครั้ง ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุอธิบายและสาธิตวิธีการใช้ยา ทำให้

พบว่าผู้สูงอายุใช้ยาพ่นไม่ถูกเทคนิคทำให้ไม่ได้ตัวยาวอย่างเพียงพอ เนื่องจากขาดความรู้ และทักษะในการหยิบจับอุปกรณ์ไม่ถูกต้อง (อาสาสมัคร 503, 6 มีนาคม 2557)

นอกจากนี้ยาบางตัวมีผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้การตอบสนองต่อยาเป็นไปในทางลบ และผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับผลข้างเคียงเหล่านั้นจนมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ดังเช่น กรณีผู้สูงอายุหญิงวัย 60 ปี ได้บอกเล่าถึงผลข้างเคียงของยา แคลเซียมที่เป็นสาเหตุให้การตอบสนองต่อยาในทางลบและผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรมเพื่อลดผลข้างเคียงนั้น ดังคำบอกกล่าวว่า

“อันนี้มันไม่ค่อยกิน กินแก้ตะคริว เป็นแล้วถึงจะกิน เดือนสองเดือนจะมาเป็นสักที ก็จะกินสักเม็ดนิ่งไม่ได้กินติดต่อกัน ก็กินไปแล้วกลายเป็นโรคกระเพาะ กินไปแล้วท้องคอยจะผูกใจ ถ้ากินทีไรก็ท้องผูก กินตัวอื่นก็ไม่เห็นท้องผูกอะ” (อาสาสมัคร 602, 20 มีนาคม 2557)

**3.3.3 ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม** (physical environment) เช่น ความห่างไกลการเดินทางไม่สะดวกทำให้ส่งผลต่อการเดินทางไปรับการรักษาหรือเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปรับยาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุหญิงวัย 64 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีบ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 5 กิโลเมตร ไม่มีรถโดยสารประจำทาง ส่วนใหญ่จะใช้จักรยาน ในวันที่ไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยา ดังคำบอกกล่าวว่า

“ไปโรงพยาบาลมันนานนะ บางทีเขาก็บอกให้นอนก่อน พอไปถึงบ๊ีบ เขาก็ถามว่ามายังไง บอกมาจักรยาน เขาว่า มันไม่ลง เขาก็บอกว่าให้นอนก่อน นอนสักพักแล้วค่อยลุกมาวัดใหม่มันก็ปกติดี ก็น่าจะเอาจักรยานมาให้สักคันจะได้ขี่ไปหาหมอ อีคันนั้นจะไปไม่ไหวแล้วอะซี คันเก่าอะจะพังอยู่แล้ว” (อาสาสมัคร 603, 20 มีนาคม 2557)

การที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ทำให้มีอุปสรรคเกี่ยวกับการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์หรือรับยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา ดังเช่น กรณีผู้สูงอายุหญิง วัย 60 ปี อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียวประกอบกับบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลและไม่มีรถประจำทาง เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ต้องโทรศัพท์ตามญาติอีกคนที่อยู่ห่างไกลออกไป ผู้สูงอายุจึงปรับพฤติกรรม

การใช้ยาโดยซื้อยาจากร้านยามาใช้สลับกับยาที่ได้จากแพทย์ และพยายามไม่ใช้ยาเพื่อให้มี  
ยาสำรองไว้ใช้ยามที่มีอาการมากดังคำสัมภาษณ์นี้

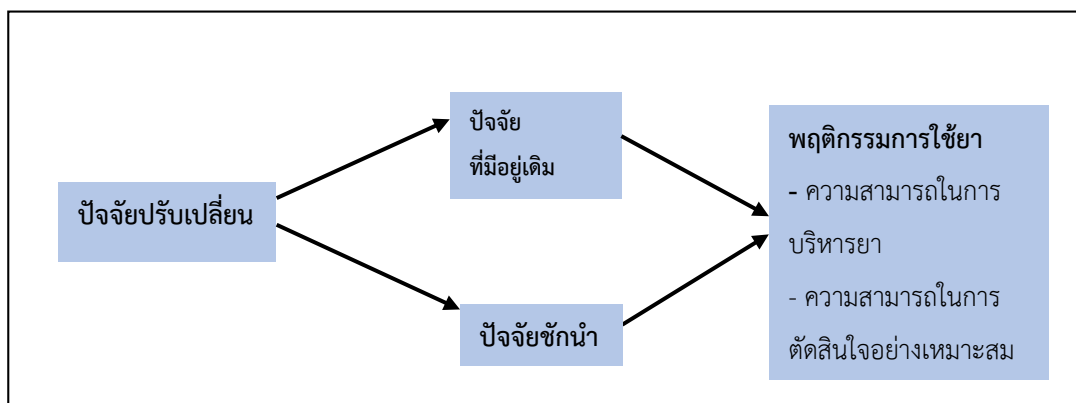
“มีอาการมันจะเวียน ๆ ปวดแหวคอเข้มน้ก็วิ้วเข้าหัวใจ ก็ถ้ารู้สึกตัวก็กดโทรศัพท์ได้  
โทรหาคนนั้นคนนี้ได้ ลูกสาวทำไว้ให้ มีหลานอยู่โน้นอยู่ประปานั้น ทางประปาใหญ่  
ตรงโน้น...อันนี้ซื้อเอามาจากร้านขายยา อีตัวนี้กินดีกว่า แต่อีตัวนี้ถ้าเป็น กินแล้วก็กลัว  
หมดใจ ก็ไปไม่ได้ ช่วงที่ลูกไม่อยู่ ไปหาหมอไม่ได้ ก็เลยไม่ค่อยกิน พอทนได้ก็ทน”  
(อาสาสมัคร 602, 20 มีนาคม 2557)

**3.3.4 ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ (financial status)** ฐานะทางเศรษฐกิจเป็น  
ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม กล่าวคือส่งผลต่อภารกิจในชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีฐานะทาง  
เศรษฐกิจพอมีพอใช้ไม่ต้องดิ้นรนหรือจ่อจอกกับการทำงานมาก จึงมีเวลาใส่ใจเกี่ยวกับการใช้  
ยาได้มาก ดังกรณีผู้สูงอายุชาย 73 ปี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ ผู้สูงอายุมีฐานะ  
พอกินพอใช้ มีที่นาให้เช่า มีบุตรสาวที่มีอาชีพรับราชการอยู่บ้านเดียวกัน จึงไม่มีการกิจใน  
การหารายได้ให้ครอบครัว ผู้สูงอายุได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ไม่ได้มีงาน มีแต่เรื่องยากกับกินข้าวอย่างเดียว ดูโทรทัศน์บ้าง ชี้เกียจก็ไปนั่งนอก ไม่  
มีงานอะไร กินยาตามเวลาที่เขาสั่ง” (อาสาสมัคร 402, 17 กุมภาพันธ์ 2557)

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยา

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ สามารถ  
สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และพฤติกรรมการใช้ยาได้ว่า ปัจจัยที่มีอยู่เดิมเป็นปัจจัยที่  
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในด้านความสามารถพื้นฐานในการบริหารยา ทั้งความจำเกี่ยวกับ  
เวลาที่ต้องใช้ยา ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา และความสามารถทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการ  
ใช้ยา โดยมีปัจจัยชักนำที่กระตุ้นผู้สูงอายุโดยตรงให้มีการแสดงพฤติกรรมการใช้ยา โดยปัจจัยชักนำจะ  
กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดและตัดสินใจปรับพฤติกรรมในการใช้ยาของตนเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย และ  
ปัจจัยปรับเปลี่ยนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในทางอ้อม กล่าวคือ ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะ  
ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิมหรือส่งผลต่อปัจจัยชักนำให้มีมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ดัง  
แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยา

#### ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การสนทนากลุ่มจัดขึ้น 4 ครั้ง มีผู้ร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 26 คน ประกอบด้วยแพทย์ 5 คน พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 10 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 คน และเภสัชกร 4 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญ คือ ความปลอดภัยในการใช้ยา ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา วิธีการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา

การวิเคราะห์ผลการสนทนากลุ่มใช้วิธีการเดียวกับการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ การวิเคราะห์ประเด็น และได้ประเด็นหลักและสาระรองดังแสดงในตารางที่ 4 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และการป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 4 ประเด็นหลักและประเด็นรองจากการสนทนากลุ่ม

| ประเด็นหลัก                                     | ประเด็นรอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ                | <p>1.1 การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง</li> <li>- พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย เช่น ปรับยาเอง</li> <li>- การติดยา เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวด</li> </ul> <p>1.2 การใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน และยาทางเลือกอื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ยาที่มีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล</li> <li>- ใช้ยาตามคำบอกเล่าหรือตามกระแสนิยม</li> </ul> <p>1.3 การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลของรัฐ</li> <li>- คลินิกเอกชน</li> <li>- โรงพยาบาลของเอกชน</li> <li>- ซื้อจากร้านยา</li> </ul> <p>1.4 การเก็บรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ป้องกันยาเสื่อมสภาพ</li> <li>- ป้องกันการลืมใช้ยา</li> </ul> |
| 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านการใช้ยา | <p>2.1 ปัจจัยที่มีอยู่เดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัจจัยความสามารถของบุคคล (ความรู้ ทักษะคิดต่อการรักษาของแพทย์ สมรรถภาพสมอง การมองเห็น การได้ยิน การใช้งานของมือ)</li> <li>- ปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน (งานบ้าน งานอาชีพ งานผู้ดูแล)</li> </ul> <p>2.2 ปัจจัยชักนำ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรากฏของอาการของโรค (ความรุนแรง การรบกวนชีวิตประจำวัน)</li> <li>- การตอบสนองของร่างกายต่อยา (ดีขึ้น ไม่ดีขึ้น)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

ตารางที่ 4 ประเด็นหลักและประเด็นรองจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

| ประเด็นหลัก                                                                                       | ประเด็นรอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   | <p>2.3 ปัจจัยปรับเปลี่ยน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัจจัยทางสังคม (ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ สื่อและบุคคลอื่น)</li> <li>- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ (ความซับซ้อนของการใช้ ความยากง่ายของการใช้)</li> <li>- ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม (ความห่างไกล ความสะดวกในการเดินทาง)</li> </ul> <p>2.4 ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ (ฐานะดี ฐานะไม่ดี)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>3. การป้องกัน/แก้ไข</p> <p>ปัญหาพฤติกรรมการใช้</p> <p>ยาของผู้สูงอายุและ</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> | <p>3.1 การจัดการเชิงรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แก้ปัญหาเฉพาะราย</li> <li>- เทคนิคการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ</li> </ul> <p>3.2 การจัดการเชิงรุก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ข้อมูลก่อนกลับบ้าน</li> <li>- การประสานรายการยาที่ใช้</li> <li>- การให้คำปรึกษารายกลุ่ม รายบุคคล</li> <li>- การจัดให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจ่ายยาแบบแบ่งเป็นมื้อ</li> <li>- การเยี่ยมบ้าน</li> </ul> <p>3.3 การจัดการเชิงระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชุมปรึกษาหารือในทีมสุขภาพ</li> <li>- จัดระบบผู้จัดการผู้ป่วยรายบุคคล (case manager)</li> <li>- การจัดระบบศูนย์ข้อมูลการใช้ยา (data center)</li> </ul> |

## 1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

เนื่องจากกลุ่มบุคลากรการแพทย์เป็นกลุ่มที่สัมผัสกับผู้สูงอายุโดยตรงอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นบุคคลที่มักพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุอยู่เสมอ การสนทนากลุ่มช่วยให้ได้ข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุจากมุมมองของผู้ให้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสาระเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุจากมุมมองของบุคลากรการแพทย์เช่นเดียวกับจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาแบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ การใช้ยาสมุนไพรจากกลอนหรือทางเลือกอื่น การแสวงหาการรักษาจากสถานที่ต่าง ๆ และการเก็บรักษา

### 1.1 วิธีการใช้ยาของผู้สูงอายุ

#### 1.1.1 การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

บุคลากรการแพทย์ซึ่งทำงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุมีความเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาแบบมีความร่วมมือในการใช้ยา ตามคำบอกกล่าวว่า

“ส่วนใหญ่ดี ที่รับผิดชอบนี้ 700 กว่าคน แต่คลินิกเบาหวานนี่ก็ประมาณ 90 คน จะเป็นผู้สูงอายุประมาณ 70 คน ก็จะมีสัก 4-5 คนค่ะที่ดูแลเรื่องของการกินยาไม่ดีจริง คนที่ดื้อก็ดื้อจริง ๆ” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งก็มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยในหลากหลายรูปแบบ อาทิ การปรับยาเอง การติดยา หรือหยุดยาเอง ดังคำบอกกล่าวในกลุ่มสนทนากลุ่มว่า

“ก็จะปรับยาเองด้วยนะ บางคนเลือกเองจะกินยา บอกให้ดังก็จะกินอยู่นั้นแหละ LDL เหลือ 20 ก็กินอยู่นั้นแหละ ชอบกินจริงอะยาไขมัน ปรับยาได้เองด้วย ถ้าไม่ปวดหัวไม่กิน ถ้าปวดหัวกินเพิ่มเอง ความดันก็เป็น มีอีกกลุ่มหนึ่ง ก็คือกลุ่มที่มีกินไป ปิ๊บ อาการตอนแรก ๆ เขาปวดหัวมา ก็คือกินยาปิ๊บหายปวดหัวแล้วเขาก็จะเลิกกินไปเอง โดยเขาบอกว่าเขาหายแล้ว” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

“คือ 1. กลุ่มผู้สูงอายุมีการติดยา ติดในรูปแบบทั้งทางกายและทางใจ เช่น ยากลุ่ม diazepam เวลาเขาเคยเครียด เคยกังวลมา กลุ่ม diazepam ก็จะมีปัญหาเรื่องติด เขาก็จะเคยกิน เคยซื้อกิน ก็ติด เขาก็จะขอกินอยู่บ่อยๆ อันเนี้ย ในตัวมันนะ ก็มีทั้งที่จำเป็นและกลุ่มที่ติดยาโดยไม่จำเป็น และ 2 คือกลุ่มพวกลูกยาแก้ปวด เพราะในคนสูงอายุเนี้ย ก็จะตามมาด้วย มันเป็นธรรมชาติอยู่แล้วที่มีปัญหาด้วย OA ต่าง ๆ เช่น OA knee OA spine OA อะไรก็แล้วแต่ละ ก็มีปัญหาร่องข้อ อาการปวด เหล่านี้หลีกเลี่ยงไม่ได้ในผู้สูงอายุ เขาก็จะติดยา คราวเนี้ย ตดยาก็จะมีทั้งทางกาย และทางใจอีก” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

### 1.1.2 การใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัย

บุคลากรการแพทย์ได้กล่าวถึงการใช้บริการทางเลือกในการรักษาของผู้สูงอายุไว้ว่า โรงพยาบาลของรัฐมียาสมุนไพรที่ได้รับอนุญาตจากองค์การอาหารและยาอยู่ในบัญชียา สามารถสั่งใช้ได้ และได้มีการสั่งใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ก็พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาทางเลือกตามความเชื่อหรือคำบอกเล่า หรือเป็นไปตามกระแสนิยม ทำให้มีการทดลองใช้ทางเลือกอื่น เช่น การใช้ น้ำพระธรรมซึ่งเป็นน้ำเปล่าในขวดที่มีขายอยู่ทั่วไป ผู้สูงอายุจะซื้อน้ำนี้ไปให้พระสวดมนต์ เมื่อเสร็จพิธีก็นำมาดื่มกินเชื่อว่าช่วยในการรักษาโรค ดังคำบอกกล่าวในกลุ่มสนทนาว่า

“ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องสมุนไพร ใครบอกตรงไหนดีก็ไปใช้ตรงนั้น เดียวนี้ก็น้ำมนต์ น้ำพระธรรมคือแสวงหาคะว่าอะไรที่ทำให้ตัวเองหาย ก็คงอาจจะเป็นเรื่องของจิตใจ ก็น่าหายนะ อย่างเช่น ปวดเข่าปวดอะไรอย่างนี้ เขาก็ไปเอาน้ำพระธรรมมากิน เขาก็บอกว่าหายปวดแข็งปวดขา” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

“จากการเยี่ยมบ้านก็จะเจอในเรื่องคนไข้ พวกลูกยาที่เป็นสมุนไพรเรียกว่าที่แพงๆ เป็นน้ำยาอะไรที่โฆษณาชวนเชื่อ บางคนซื้อเป็นหมื่น ๆ เลย” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

“สมุนไพรจะเป็นในแนวๆนี้ อย่างเช่นช่วงนั้นก็เป็นมะรุ้ม ก็จะไปฮิตมะรุ้ม คือถ้ามีกระแสะอะไรมา ถ้ามีสมุนไพรอะไรที่มันดัง ๆ ก็จะปากต่อปาก” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

## 1.2 การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา

บุคลากรการแพทย์ได้กล่าวถึงการเลือกสถานบริการเพื่อรับยา ว่าผู้สูงอายุแสวงหาการรักษาจากสถานที่ต่างๆ โดยมีความเห็นว่าผู้สูงอายุมีการรักษาจากทั้ง โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชน คลินิกเอกชน และร้านยา ซึ่งผู้สูงอายุมีเหตุผลในการเลือกใช้บริการต่าง ๆ นั้นไปตามสถานการณ์ อาทิ เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยหรืออาการกำเริบฉุกเฉินมักจะไม่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐเนื่องจากข้อจำกัดของการบริการดังกล่าวที่

“คือไม่เสมอไป ก็ด้วยเหตุผลจำเป็นแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่ที่เนี่ย ถ้าเป็นหนัก เขาก็จะไม่มาโรงพยาบาลรัฐ เขาจะไม่มาเลย ฉุกเฉินไม่ค่อยมา เพราะหนึ่งคือไม่มี lab serve เขาตลอด 24 ชั่วโมง มันไม่พร้อมตลอด” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

หรือจากปัญหาความยากจน ตามคำบอกกล่าวว่า

“ถ้าดูให้ดี ๆ จะเป็นชนชั้นแรงงานที่ทำอะไรทำนา มีอาชีพรับจ้างหนัก ๆ เพราะฉะนั้นเงิน รายได้ ก็จะมาจาก บางทีเขาก็รีบ ถามว่าทำไมไม่ไปโรงพยาบาล ก็ไปทำงาน เป็นไรนิดหน่อยก็ซื้อ ซื้อกินเลย พวกยาชุดยาอะไร ก็จะมีร้านขายยาที่แอบขายโดยไม่ใช้เป็นเจ้าหน้าที่เภสัช” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

## 1.3 การเก็บรักษาและการนำยาออกมาใช้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เก็บรักษาไว้ในถุงที่โรงพยาบาลจัดให้ แต่บางรายมีการเปลี่ยนสถานที่จัดเก็บและมีปัญหาในการเก็บรักษา คือการเก็บไม่ถูกที่ ตามคำบอกกล่าวว่า

“คนไข้มีผู้ดูแล พฤติกรรมการกินยา การใช้ยาถูกต้องแต่การเก็บยาไม่ถูก คือจำนวนชนิดของยามันมาก เขาก็เลยใช้วิธีจัดเป็นม้อ แต่ใส่ถ้วยที่มันเปิด แล้วยาบางชนิดที่ใส่ซองสีชาต้องกันแสง ไม่ให้ถูกแสง เขาก็แกะออกจากฟอล์ย จัดเป็นถ้วย ๆ ไว้” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ

บุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในหลายแง่มุมคล้ายคลึงกับข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุ กล่าวคือสามารถแบ่งออกได้เป็น ปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และปัจจัยปรับเปลี่ยน ดังนี้

### 2.1 ปัจจัยที่มีอยู่เดิม

คือปัจจัยที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยตรง ประกอบด้วย ปัจจัยความสามารถของบุคคล และปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน

**2.1.1 ปัจจัยความสามารถของบุคคล (individual capacity factors)** คือปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลที่แสดงถึงศักยภาพของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความจำ ความเชื่อ ความสามารถในการหยิบจับ การมองเห็น ยกตัวอย่าง เช่น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ได้บอกเล่าประสบการณ์ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้มีระดับการศึกษาดีจะมีพฤติกรรมการใช้ยาแบบให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งครบตามที่กำหนด และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัย ดังคำบอกกล่าวในการสนทนากลุ่มว่า

“ถ้าคนไข้ที่มาแบบ *educated* มาก ๆ เลย ถึงแม้ว่าเขาจะอายุมากแล้ว แต่เขาก็สนใจดูแลตัวเองได้ แต่ถ้าเทียบกับชาวบ้านที่เขาไม่มี มันก็จะอีกแบบหนึ่ง คือสภาพร่างกายอายุเท่ากัน แต่ด้วยความรู้ก็มีผล” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

การสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรก็ได้ร่วมเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอยู่เดิมอื่นๆ เช่น ความสามารถในการใช้มือหยิบจับเม็ดยา

“หักยาไม่ได้ หัก HCTZ บางทีอีกอันหนึ่งก็เยอะ อีกอันหนึ่งก็เหลือน้อย อันนี้เริ่มมา *amlodipine* อีกแล้วหักไม่ได้อะไรอย่างนี้ มันแข็ง ลื่น กลม หักไม่ได้เลย คนแก่ที่บ้านจิตตกเลย หักยาไม่ได้ เม็ดมันกระจาย บางทีก็เอาขึ้นมาดูใหม่ว่าจะกินได้ไหม” (พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

**2.1.2 ปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน** (daily activity factors) คือภารกิจที่ผู้สูงอายุต้องทำในแต่ละวัน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของพฤติกรรมในการใช้ยา จากการสนทนากลุ่มในบุคลากรทางการแพทย์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภารกิจมากจะมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาได้มาก ดังเช่น การสนทนากลุ่มหนึ่งพบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีภารกิจในการดูแลผู้อื่น การเล่นการพนัน (รำพันหมายถึงการเล่นไพ่) และการทำงาน ดังคำสนทนาต่อไปนี้

“แต่บาง case ก็ดูแลหลานเองหลานตัวเล็ก ตัวเองก็ไม่ค่อยได้ดูแลตัวเอง เพราะบางทีตัวเองทำงานอยู่กรุงเทพแล้วก็เอาลูกมาให้พ่อแม่เลี้ยงอะไรอย่างนี้ก็จะเจอบ่อย ห่วงมากกว่าลูกนะคะ กลัวลูกจะว่าว่าดูแลหลานไม่ดี ผู้สูงอายุ” (พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

“เคยมีผู้สูงอายุมาขอกิน metformin 2 x 3 ช่วงเที่ยงเขาจะไม่ค่อยกินข้าว เพราะว่าเขาจะต้องรำพัน เขาจะขอกิน 3 เม็ดเช้า 3 เม็ดเย็น การพนันนี่เจอเยอะค่ะ ที่ (ชื่อตำบล) นี่เกือบทุกหมู่ เพราะเขามีแหล่ง ที่อื่นไม่ค่อยมี” (พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

“มือเขาก็กัมบ่อย เขาขายของอย่างเงี้ยคะ ยาก่อนอาหาร หลังอาหารบางทีกินแล้วก็ออกไปทำงาน แล้วทำให้น้ำตาลต่ำ แล้วเขาก็เลยไม่กิน สัมบ่อยคะ” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

## 2.2 ปัจจัยชักนำ (Precipitating factors)

การสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยชักนำเช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกล่าวคือ ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย การปรากฏของอาการของโรค (disease manifestation) และการตอบสนองของร่างกายต่อยา (response to medication) โดยกลุ่มบุคลากรการแพทย์แสดงความเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยร้ายแรงจะมีความใส่ใจต่อการใช้ยามากขึ้น ดังคำบอกกล่าวว่า

“อย่างผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเขาก็บอกว่าหมอ อิมตายดีกว่าอดตาย เขาก็จะพูดกับเราอย่างนี้เลย เราก็อิม ๆ แล้วแต่นะ แต่ตอนหลังเขาเริ่มมีปัญหาไตวายแล้วเขา

เสียชีวิตไป เขาดูแลตัวเองดีมากทั้งอาหารทั้งยา ก็คือมีสถานการณ์ที่จะทำให้เขาตายแล้วเขาก็จะดูแลสุขภาพดีขึ้น” (พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

“ตอนจัดโครงการยาแลกไข่ ตอนนั้นได้ GABA เยอะมาก มันมีมาก เขาก็เลยไม่ยอมกิน” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

“ตัว GABA เนี่ยจะมี hang out ตอนเช้าเยอะมาก คนเคยกินจะรู้ ตัว amitrip เนี่ยบางที่เราให้ไปแล้วไม่กิน ก็ต้องยอมรับว่าเขากินแล้วไม่ถูก เขาจับ side effect ไม่ได้” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

## 2.3 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors)

ปัจจัยปรับเปลี่ยนคือปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยอ้อม กล่าวคือ จะส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม และ/หรือปัจจัยชักนำ ให้มีการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย

**2.3.1 ปัจจัยทางสังคม** จากการสนทนากับกลุ่มบุคลากรการแพทย์พบว่า มีความเห็นว่า สังคมรอบข้างมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้หลายทาง เช่น การดูแลโดยตรงจากบุคคลในครอบครัว ดังคำบอกกล่าว

“มันต้องดูว่า มี family support อีกรึเปล่านะคะ บางคนเขาไม่รู้เรื่องหรอกแต่ว่าครอบครัวเขาดูแลดี คือการกินยาการใช้ยามันก็ถูก” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

“แล้วก็อ่านหนังสือไม่ออกก็จะมีปัญหาเรื่องหยิบยาผิด บางทีลูกหลานเขาก็ไม่ได้เข้ามาดูตรงนี้เพราะเขาเห็นว่ายายสามารถกินเองได้ แต่ไม่ได้ดูว่ากินถูกหรือกินผิด” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

อาจมีปัญหาการแบ่งยากันกิน ดังนี้

“อย่างบางคนเขากินยาความดัน ยาเขาหมดก่อน หรืออะไรหมดก่อนเขาก็แบบว่าขอแบ่งจากข้างบ้าน หรือบางคนก็บอก อ้อ ยาตัวนี้ คนที่บ้านนี้ก็กิน ฉันเลยแบ่งให้เขาไป ยาฉันเหลือเยอะ” (เภสัชกร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

“ครั้งที่แล้วก็มีคนไข้มารวบรวม เขาเคยได้แบบนี้ แล้วคราวนี้หมอหยุดยาอย่างนี้ หยุดไปแล้ว แต่เขาเคยกินไง ก็เอาของเมียมามากิน บังคับเอาของเมียมามากิน คิดว่ามันยังไม่

หายใจ ทั้งที่แบบเขาไม่ได้มาฟังผลเลือดหรอก เมียมาก็มาเอายาเมียไปกิน แล้วยา ภรรยาเขาก็หมด ภรรยาเขาขอใหม่ เราก็อะไรอะ แล้วไปดูประวัติบอกอ้าวก็หมด หยุคของสามีไปแล้วนี่” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

บางครั้งสังคมก็มีบทบาทในการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารดังคำบอกกล่าวว่า

“มันเป็นช่วงฮิตนะคะ เราก็จะมี น้ำป่าเซ็งอะไรอย่างนี้คะ ถ้ามีสมุนไพรอะไรที่มัน ดังๆ ก็จะไปปากต่อปาก... พวกโฆษณาที่มีส่วน เวลาเขาได้ยินเขาโฆษณาในสื่อ ไม่ว่าจะ เป็นวิทยุหรือทีวีอะไรอย่างเนี่ย เขาก็อยากทดลอง” (พยาบาล โรงพยาบาล ชุมชน)

**2.3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้** (medication related factors) เนื่องจาก ลักษณะของยาที่ใช้ยากจะเป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับพฤติกรรมการใช้ ยาของตนดังเช่นกรณีลักษณะเม็ดยาที่หักยาก ตามคำบอกกล่าวนี้

“หักยาไม่ได้ หัก HTCZ บางทีอีกอันนึงก็เยอะ อีกอันนึงก็เหลือน้อย อันนี้เริ่มมา amlodipine อีกแล้วหักไม่ได้อะไรอย่างนี้ มันแข็ง ลื่น กลม หักไม่ได้เลย คนแก่ที่ บ้านจิตตกเลย หักยาไม่ได้ เม็ดมันกระจาย บางทีก็เอาขึ้นมาดูใหม่ว่าจะกินได้ไหม” (พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

**2.3.2 ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม** บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ข้อมูลใน การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับอุปสรรคของผู้สูงอายุในการรับยาอย่างต่อเนื่องว่ามีความเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าอุปสรรคในการเดินทางนี้ส่งผลไปถึงความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรีบร้อนที่จะเดินทางและมักไม่สนใจการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ดังคำบอกเล่านี้

“อันนี้เรามีคนที่อยู่หมู่บ้านเดียวกันแล้วก็นัดมาตามนัดวันเดียวกัน คือมาแล้วก็จ้อง กลับพร้อมกัน อีกคนนึงมีปัญหาน้ำตาลขึ้นต้องอยู่รักษา อีกคนนึงไม่มีปัญหาอะไร อย่างนี้ ก็จะเหมือนประมาณต่อต้านเราแหละ รู้ใหม่ว่ามีคนรอนะ รถเขาจะกลับแล้ว อะอย่างนี้ คือเขามาร่วมกันเป็นคันรถ เหมารถมา คนนี้เป็นคนเดียวที่ทำให้กลุ่มต้อง รอ เมื่อก่อนเป็นรถแดงรถสองแถว แต่คนอื่นขึ้นรถกันหมดแล้ว แกอยู่ไหน ยังไปฉีดยา

insulin อยู่เลย ยังพบเกล็ดเลือดเพื่ออะไรอยู่ เราก็พยายามปรับ หมู่นี้ด้วยกันก็ให้หาหมอ  
พร้อมกัน แต่ก็ยังมีปัญหา อีกคนหนึ่งมีปัญหา BP ขึ้น น้ำตาลขึ้นยังกลับพร้อมเพื่อน  
ไม่ได้ เขาก็จะบอกกันในกลุ่มว่ามาอย่าอย่างนี้ บางทีก็หนีกลับ บางทีไม่รักษาต่อนะ  
เพราะว่ากลัวเพื่อนรอมากกว่า” (พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

**2.3.3 ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ** ฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการใช้ยาโดยส่งผลต่อ  
ความใส่ใจในการใช้ยา ดังคำบอกกล่าว

“ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ก็น้อยก็จะมีการใช้ยาไม่ถูก เพราะไม่มีคนดูแล วันๆเขาก็ต้อง  
ออกไปทำงาน เขาก็ไม่มีเวลามาใส่ใจ หรือจ้ำจี้จ้ำไชในการกินยา เพราะว่าจะอดตาย  
ก่อน เราไม่สามารถบีบบังคับเขาให้มาสนใจกินยานะ แต่ก็แนะนำเต็มที่” (แพทย์  
โรงพยาบาลชุมชน)

ฐานะทางเศรษฐกิจยังมีผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่รักษาพยาบาล และการ  
ตัดสินใจในการเลือกใช้ยา ดังคำบอกกล่าวว่า

“พื้นที่ที่เป็นนิคมเกิดจากคนอพยพเข้ามาใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา รับจ้างงานหนัก  
บางทีเขาก็รีบ ถามว่าทำไมไม่ไปมาโรงพยาบาล ก็ไปทำงาน เป็นไรนิดหน่อยก็ซื้อ  
ซื้อกินเลย พวกยาชุดอะไร ก็จะมีร้านขายยาที่แอบขายโดยไม่ใช้เป็นเจ้าหน้าที่  
เภสัช” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

### 3. การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ

จากการสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ได้เล่าประสบการณ์ที่ใช้ในการ  
ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อเสนอแนะไว้หลายประการ  
สามารถจัดกลุ่มความคิดเห็นได้ 3 กลุ่มคือ การจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรุก และการจัดการเชิง  
ระบบ

#### 3.1 การจัดการเชิงรับ

การจัดการเชิงรับ เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการในสถานพยาบาล เช่นการรับการ  
ตรวจรักษาโรคเรื้อรัง หรือในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุได้มี  
ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในการสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการ

จัดการเชิงรับไว้ว่า ควรมีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายๆไป กล่าวคือ เมื่อพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก็แก้ไขเฉพาะรายที่มีปัญหานั้นๆไป ดังคำกล่าวว่า

“ถ้าเราคิดในเชิงบวกว่ามันต้องมีทางออก เพียงแต่อะไรมันคือทางออกเหมาะสมในบริบทที่เราอยู่ น่าจะเป็นการดูรายคนดีที่สุด พอเราพูดถึงว่าเป็น *individual case* กว่าเราจะบอกได้ว่าเขาอยู่ตรงไหนหรือว่าปัญหามันอยู่ตรงไหน มันคงที่เดียวไม่ได้ หรือสองที่คงไม่เสร็จ มันต้องค่อยๆเรียนรู้กันไปเรื่อย ๆ” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างมาก กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นว่า ควรรับฟังปัญหาของผู้ป่วย มีการสื่อสารกันและกัน ยกตัวอย่างคำสนทนาต่อไปนี้

“ปกติเทคนิคการจ่ายยาจะใช้ *two way communication* แต่ถ้าแบบเป็นผู้สูงอายุ เราจะเน้นวิธี *show and tell* คือลองยกขึ้นมาแล้วถามคนไข้ ยาตัวนี้ยายกินยังงัย ให้เขาเป็นคนตอบ เพื่อที่เราจะได้เรียนรู้ไปกับเขาว่าเขาถูกกินผิดนะคะ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เราจะ *focus* ลงไป เน้นให้คนไข้เป็นคนบอกเราเองว่าวิธีที่เขากินเป็นอย่างไร” (เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชน)

“เพราะเขาเป็นคนไข้ยาจริง ๆ เราไม่เคยใช้ยาอย่างเขา เราต้องฟังสิ่งที่เขาพูด เพราะว่าเขากินจริง ๆ อยู่ทุกวัน ไม่ใช่ว่าเอาความคิดเราเป็นหลัก” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

การรับฟังของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้เกิดความเข้าใจและการดูแลโดยมีการปรับคำสั่งการใช้ยา หรือวิธีการใช้ยาให้เอื้อกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยที่มีความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นหลัก ดังคำบอกกล่าวว่า

“ถ้าไม่ได้ถามหรือเขาไม่ได้บอก ก็จัด *dose* ปกติ แต่ถ้ามี *note* มากก็จะพยายามปรับให้เขาได้กินยาตรงมากที่สุด อย่างมือเหี่ยงเขาไม่ได้กินก็ปรับอย่าง *metformin* 1 คูณ 3 ถ้าน้ำตาลยังสูง อาจปรับเป็น 2 คูณ 2 หรือถ้าน้ำตาลลด อาจลดลง 1 คูณ 2 ก็คือให้เอื้อเขาโดยที่ไม่ขาดยา” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

“เราต้องฟังสิ่งที่เขาพูด...แล้วเราปรับยาให้ แต่จะพูดกับเขาเสมอว่า กินได้ (สมุนไพร) แต่ขอให้ตัวเองเช่น บอระเพ็ดสดๆ ถ้าซื้อยากินก็ต้องขอให้ มี อย. ติดข้างขวด” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

นอกจากนี้ การรับฟังผู้สูงอายุจะได้ข้อมูลที่เป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขเป็นรายบุคคล เช่น กรณีผู้สูงอายุมีข้อจำกัด

“ถ้าเขาอ่านหนังสือไม่ออก ส่วนใหญ่จะถามว่า อ่านไม่ออกแล้วทำอะไร เขาก็บอกว่า เดี่ยวให้ข้างบ้านอ่านให้ ลูกสาวบ้านติดกัน...แต่บางทีก็จะเขียน เขียนไปให้ อย่าง บางตัวกินเข้าเย็น ก็เขียนตัว ช ช้าง ย ยักษ์ ก็เขียน ช ย ตัวนี้กินเข้าเย็นนะ หรือ บางทีกินเข้าเย็นก็เขียนเลข 2 ถามว่าดูตัวเลขออกมั๊ย ว่า 2 นี่คือ 2 เวลานะ เข้าเย็น” (เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชน)

“แต่ถ้าเมื่อไรที่เขาผิด เราก็ต้องมาดูว่า ที่ผิดนะเพราะอะไร ตัวเลขที่ระบุหน้าซอง เขาอ่านไม่ออกก็เปล่า หรือว่าเขาแค่เห็นไม่ชัด บางทีวิธีการแก้ไขมันมีสองแบบ หนึ่ง ถ้ามอง อ่านได้แต่ไม่ชัด ก็ต้องขยายตัวหนังสือให้เขา แต่ถ้าอ่านไม่ออกก็ต้อง เปลี่ยนเป็นฉลากรูปภาพ ลักษณะการแก้ไขของเราก็เปลี่ยนไปตามบริบทของคนไข้เอง” (เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชน)

### 3.2 การจัดการเชิงรุก

ผู้สูงอายุจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่มีความเจ็บป่วย หรือมีนัด การจัดการเชิงรับเป็นเพียงการตั้งรับรอเท่านั้น แต่ปัญหาพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ในทุกที่ การจัดการเชิงรับจึงไม่เพียงพอ จากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีวิธีการจัดการเชิงรุกเพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหา และจัดการในการป้องกันและแก้ไขปัญหา สำหรับผู้ป่วย นอก การให้ข้อมูลและคำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นเรื่องสำคัญจำเป็น ดังคำบอกกล่าวว่า

“การจ่ายยาเป็นห้องจ่ายยาตัวต่อตัว แต่ยกเว้นคนไข้ที่ complex มาก ๆ ก็จะมีห้อง counseling แยกไปเลย คือคนนั้นต้องสอนแบบเชิงลึกมาก ๆ จับมาสอนทั้งตัว คนไข้เอง ทั้งญาติเอง ใช้เวลามากกว่า 5 นาที” (เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชน)

สำหรับผู้ป่วยในจะมีการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรค ดังคำบอกกล่าวว่า

“คนไข้ในมี counseling ก่อนกลับบ้าน แต่ส่วนมากเป็นโรค ที่โรงพยาบาลมี โรคเบาหวาน asthma COPD กลุ่มเนี้ยจะถูก plan discharge เราจะจัดการ ก่อนที่จะกลับบ้าน ก็จะไม่เสียเวลาในการ counseling ตอนกลับบ้านนานค่ะ ก็คือ คนไข้เตรียมพร้อมกลับบ้านได้เลย” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาด้วยการประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (medication reconciliation) ดังคำบอกกล่าวว่า

“จากที่เจอปัญหาคนไข้ที่มา admit เข้ามาเนี่ย คนที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ก็จะเน้น ให้เขาเอายาเดิมมาแล้วก็จะเขียน med reconcile ไว้ให้หมอว่า หมอจะ order ยา ตัวไหนบ้างจากยาเดิมของเขา” (พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน)

โดยมีวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจการใช้ยาให้ถูกขนาด ถูกเวลา ด้วยการให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการจัดยา โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจัดยาเป็นมื้อ ๆ (unit dose) ให้ดู ดังคำบอกกล่าวว่า

“รูปแบบการให้ข้อมูลนะคะ บางที่เราเป็นนักวิชาการ การพูดกับการรับรู้ของเขา เนี่ย บางอย่างอาจจะรู้ บางอย่างเขาก็จะไม่กล้าที่จะถาม รูปแบบในการให้ของเรา ถ้าเรามีการปรับโดยที่ ก็เสนอนะคะ ถ้าเขาได้ลงมือปฏิบัติเอง ก็จะทำให้การเรียนรู้ ก็จะแบบปรับเปลี่ยนได้ไวขึ้น” (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

“ในคนไข้ที่ดูไม่ได้ก็จะจัดเป็นชุดเช้า กลางวัน เย็น เป็น unit dose ให้เขาไป เพราะว่าตอนแรก ๆ มันจะมีปัญหา คือคนไข้ทานยาไม่ถูก โดยตอนแรก ๆ จัดยาให้ เขาไปกินเองเลย ตามปกติ คือเช้ากลางวันเย็น ส่งไปให้ก็ไม่มีบล็อก บางที่เขากินสลับ กันไปสลับกันมา เอามือเข้ามากินมือกลางวัน มือเย็นบางทีก็ไม่ได้กิน... มันก็เลยมี ปัญหา ก็เลยขอทีมยาช่วยจัด unit dose ให้ บางทีก็สอนคนไข้จัดตอนอยู่ห้องตรวจ เลย เขาก็จะช่วย คนไข้ช่วยกับญาติเลย จะจัดว่า อันนี้นะ มื้อเช้า ใส่ตลับไปให้เขาไป ...ก็ดีขึ้นระดับหนึ่ง” (เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชน)

การเยี่ยมบ้านเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการจัดการปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในเชิงรุก เพราะเป็นโอกาสให้ผู้บริการได้ไปสัมผัสกับสถานการณ์เฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้เข้าใจปัญหาและแก้ไขที่สาเหตุได้มากขึ้น ดังคำบอกกล่าวต่อไปนี้

“คืออย่างในคลินิกเบาหวานจะมีในส่วนของคนไข้ที่มีลักษณะของ hypogly มา คือ ถ้าเป็นเคสแบบนี้เนี่ย ก็จะมีการเยี่ยมในเวิร์ด แล้วก็หลังจาก discharge เราจะไปติดตามดูที่บ้าน ว่าเป็นเพราะอะไรที่ทำให้คนไข้เกิดปัญหา hypo มาได้” (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน)

“ในคนไข้เรื้อรัง เราก็จะเขียนส่งเยี่ยมบ้านให้ PCU ตามไปดูที่บ้านอีกทีหนึ่งว่าเขาใช้ยาถูกต้องมั้ย...แต่ถ้าเขา บางบ้านที่เขาอยู่สองคนตายายจริง ๆ หรือว่าอยู่กับหลานเด็ก เขาไม่มีคนดูแล ก็ยาก” (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน)

การจัดการเชิงรุกจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน ดังนั้น กลุ่มคนที่มีส่วนสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุก็คือ ครอบครัวหรือผู้ดูแล กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นว่า การที่ผู้สูงอายุมีแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุลดน้อยลงได้ จึงพยายามให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ดังคำบอกกล่าวต่อไปนี้

“ก็ต้องรณรงค์ให้ลูกหลานช่วยกันดูแล ...เวลาถ้าตรวจเองเนี่ย ถ้ามีญาติมาด้วยก็ต้องเอาญาติมาด้วยทุกครั้ง แล้วก็ถามว่าใครดูแล กินถูกมั้ย คือถ้าแกล้งกินไม่ถูกก็ต้องบอกให้ญาติคอยย้ำว่าช่วยดูนิดนึง” (แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน)

### 3.3 การจัดการเชิงระบบ

การป้องกันหรือแก้ไขปัญหามาตรฐานการใช้ยาทั้งเชิงรุกและเชิงรับเป็นการแก้ไขที่ตัวผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ให้บริการเอง ซึ่งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเชิงระบบเพื่อลดสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุไว้หลายประการ อาทิ การจัดให้มีการปรึกษาหารือในทีมสุขภาพเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหา ดังคำบอกกล่าวที่ว่า

“รายที่มันยุ่งยากมากๆ อาจจะต้องหยิบขึ้นมาคุยกัน เพราะถ้าทราบใดที่มีการคุยกันเนี่ยมันก็จะไปได้ คือคนที่ลงรู้นี้คือปัญหา อะไรคือปัญหาแต่คนที่ทำ

*treatment ก็ set goal ได้แล้วนี่ แต่ไม่รู้ว่าจะจริงๆ พฤติกรรมการใช้ยาเป็นอย่างไร”*  
(พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน)

การจัดการเชิงระบบโดยการจัดให้มีผู้จัดการรายบุคคล (case manager) ก็เป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้ในรายที่เป็นปัญหา ดังคำบอกกล่าว

*“ปัญหามันมีหลากหลาย ถ้าเราปรับแค่วิธี approach เนี่ยมันไม่ได้..ตอนนี้ที่ทำการเรื่อง case manager เขาก็จะบอกเลย ถ้ามีเยอะ ๆ ส่งมาให้หนูเลยพี่ แต่ว่าพอดีของเรายังไม่ได้มีรูปแบบเพราะว่ามีหลายหน้าที่”* (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน)

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีหลายระดับ ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษายาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและ ตติยภูมิ โดยอาศัยระบบส่งต่อ แต่ระบบการส่งต่อในปัจจุบันยังมีปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ไม่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ทำให้ผู้รักษาไม่สามารถประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะมีสมุดประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคนและให้ผู้ป่วยนำไปพบแพทย์พร้อมยาที่เหลือทุกครั้ง แต่กระบวนการนี้ยังคงมีปัญหาเนื่องจากการบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยแต่ละครั้งไม่ได้รายละเอียดของยาที่ใช้ และผู้ป่วยมักลืมที่จะนำสมุดประจำตัวไปด้วยเมื่อไปพบแพทย์ โรงพยาบาลบางแห่งจึงมีการริเริ่มจัดทำระบบศูนย์ข้อมูล (data center) ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนา โดยระบบนี้จะช่วยให้ผู้รักษาได้ทราบประวัติการรักษาของผู้สูงอายุและยาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่เพื่อช่วยในการตัดสินใจสั่งการรักษาของแพทย์ ดังคำบอกกล่าวว่า

*“แต่เราของเราเนี่ยกำลังพัฒนาในส่วนของไอที ก็คือทำให้โรงพยาบาลเป็น data center แล้วสามารถที่จะดูข้อมูลของคนไข้ คือเป็นความคิดว่า ต่อไปในอนาคตสามารถที่จะดูข้อมูลของคนไข้ แต่ละ รพ.สต. ได้ คือเป็นความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อำเภอ แล้วก็โรงพยาบาล จะเป็นทีมกัน”* (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน)

โดยสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของการวิจัยนี้พบประเด็นสำคัญคือการปรับตัวของผู้สูงอายุด้านการใช้ยา และพบว่าจากมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมีประเด็นหลักร่วม คือ (1)

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ทั้งการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ การใช้ยาสมุนไพรยาสมุนไพรหรือทางเลือกอื่น การแสวงหาการรักษาจากสถานที่ต่างๆ และการเก็บรักษายา

(2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยประกอบด้วย ปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และปัจจัยปรับเปลี่ยน ส่วนประเด็นที่พบเฉพาะในการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุและผู้ดูแลคือกระบวนการปรับตัวด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ และประเด็นที่พบเฉพาะในการสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คือ การป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและข้อเสนอแนะ

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุไทยในเขตภาคเหนือตอนล่าง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 11 คน เพศหญิง 12 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 60-81 ปี ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาจำนวน 6 คน เป็นหญิง 5 คน ชาย 1 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 19 – 70 ปี การสนทนากลุ่มจัดขึ้น 4 ครั้ง มีผู้ร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 26 คน ประกอบด้วยแพทย์ 5 คน พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 10 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 คน และเภสัชกร 4 คน

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าประเด็นสำคัญของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ การปรับพฤติกรรมเมื่อมีการใช้ยา ซึ่งการปรับพฤติกรรมนี้เกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์เป็นสิ่งที่กระทบต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อขจัดปัญหาและบรรเทาอาการที่ก่อทรมานชีวิต ทำให้เกิดลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแต่ละคนซึ่งจะต้องมีความสามารถหลัก 2 ด้านคือ ความสามารถในการบริหารยา (capability to perform medication administration) และ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม (capability to make a proper decision) ผลการวิจัยหลักแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ (1) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ (2) กระบวนการปรับพฤติกรรมด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ (3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และ (4) การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและข้อเสนอแนะ

**1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ** คือ พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งครบตามเวลาที่แพทย์กำหนด และการใช้ยาด้วยตนเองอย่างปลอดภัย ที่ได้จากการแสวงหาการรักษาด้วยทางเลือกอื่นรวมทั้งสารบำรุงร่างกาย ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุและผู้ดูแลและการเก็บข้อมูลภาคสนาม รวมทั้งการสนทนากลุ่มในบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้

ยาใน 3 ด้าน คือ วิธีการใช้ยา (การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์และการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัย) การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา และการเก็บรักษายา

## 1. วิธีการใช้ยาของผู้สูงอายุ

### 1.1.1 การใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

ผู้สูงอายุบางรายมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจนกระทั่งครบตามเวลาที่แพทย์กำหนด แต่หลายรายก็มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหา โดยพบลักษณะพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น

1. การรวบมื่อยา พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นบ่อย โดยมีเหตุชุกนำต่างกัน เช่น ลืมกินยาจึงเพิ่มยาในมือต่อไป หรือเกิดจากการได้รับยาหลายชนิด หรือการแบ่งยาออกเป็นมื่อย่อยๆ หลายมือทำให้ผู้สูงอายู้สึกยุ่งยาก จึงตัดสินใจรวบมื่อยาไว้ด้วยกัน เพื่อป้องกันการลืมกินยา
2. การใช้ยาที่ต้องใช้อย่างสม่ำเสมอเป็นบางเวลา เช่น ลืมใช้ยา หรือตั้งใจใช้เป็นบางเวลา หรือเฉพาะเมื่อมีอาการ
3. การปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง พฤติกรรมนี้เกิดได้ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ อาจมีการปรับยาเนื่องจากความสับสนของขนาดยาที่ได้รับจากแพทย์ หรือการรักษาหลายที่ หรือจากการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาจึงลดหรือหยุดยาไป บางรายจะหยุดใช้ยาไปเอง เพราะคิดว่าหายแล้ว หรือเพิ่มขนาดยาโดยตั้งใจเพราะเข้าใจผิดว่าจะช่วยให้หายป่วยเร็วขึ้น
4. ตัดยาคือการที่ผู้สูงอายุใช้ยาที่แพทย์ให้ใช้เป็นครั้งคราวอยู่เป็นประจำ ผู้สูงอายุอาจมีลักษณะเหมือนตัดยาได้ จากความเข้าใจว่ายาที่ใช้รักษานั้นรักษาอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวด จึงมีความต้องการที่จะใช้ยานั้นอยู่เป็นประจำ

### 1.1.2 การใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัย

การใช้ยาด้วยตนเองเช่น ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาชุด ผู้สูงอายุมีการใช้ยาเหล่านี้โดยมีเหตุผลต่าง ๆ เช่น ลองใช้ดูเพราะยาที่แพทย์สั่งให้ใช้รักษานานแล้ว ยังไม่หาย การได้ยาเหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนความหวังใหม่ และเคยเห็นคนอื่นใช้แล้วไม่มีปัญหาอะไรผู้สูงอายุจึงใช้บ้าง เมื่อได้เริ่มใช้ยา

เหล่านี้แล้วรู้สึกว่าการดีขึ้นก็จะใช้ต่อ หรือคิดว่า การใช้ยาแผนปัจจุบันบางชนิดก็มีอันตรายเช่นกัน เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรจึงเปลี่ยนมาใช้สมุนไพรเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพราะรักษาโรคได้เหมือนกัน และไม่มีอันตรายอย่างที่ยาแผนปัจจุบันมี ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่รู้โทษของการใช้ยาชุด ยา ลูกกลอน โดยเข้าใจว่ากินแล้วอาการดีขึ้น ไม่รู้สึกรว่าเป็นอันตรายแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุ บางรายรู้ว่ายา ลูกกลอนบางชนิดอาจมีสเตียรอยด์ผสมอยู่และอาจเป็นอันตราย แต่เชื่อว่ายา ลูกกลอน ที่ตนใช้ไม่มีสเตียรอยด์เพราะไม่เห็นว่ตนเองมีอาการผิดปกติจึงยังคงใช้อยู่

## 1.2 การเลือกสถานบริการเพื่อรับยา

ผู้สูงอายุบางรายมีการเปลี่ยนสถานที่รักษาไปเรื่อยๆ (shop around) โดยมีแหล่ง ให้บริการต่างๆมากมาย อาทิ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลหรือคลินิกของเอกชน ร้านยา คนเร่ขาย ยา การโฆษณาหรือการบอกต่อ การเปลี่ยนสถานบริการเพื่อรับยาเกิดจากความรู้สึกของผู้สูงอายุว่า อาการไม่ดีขึ้น หรือดีขึ้นแต่ไม่หายขาดจึงแสวงหาทางเลือกใหม่ อาจเกิดจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นแทรกซ้อนเป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดจาก ความรู้สึกที่หมอให้ยาไม่ถูกต้องกับโรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่รักษาพยาบาล ได้แก่ ลักษณะ ของความเจ็บป่วย เวลาที่เข้ารับการรักษา ค่ารักษาพยาบาล ผลของการรักษา ความสะดวกรวดเร็ว การเดินทาง และความเชื่อ เป็นต้น

## 1.3 การเก็บรักษายาและการนำยาออกมาใช้

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง คือเก็บยาให้ที่แห้ง และไม่ร้อนเกินไป เก็บ ยาไว้ในซองแยกแต่ละตัวอยู่ในห่อของยาแต่ละชนิด บางรายอาจมีการจัดยาไว้ล่วงหน้าเป็นมือ ๆ และ มีการเก็บอย่างเป็นระเบียบใส่ถุงมิดชิด แต่ผู้สูงอายุบางรายมีการเก็บยาที่ไม่เป็นระเบียบ เช่นเก็บยา ทุกชนิดไว้ในถุงเดียวกันทั้งหมด ไม่สามารถบอกได้ว่ายาชนิดใดใช้อย่างไร บางรายเกิดจากความไม่รู้ หรือเข้าใจผิดเช่น ยาอินสุลินเมื่อเปิดใช้แล้วจะเก็บไว้ในตู้เย็น เพราะเข้าใจว่าให้เก็บไว้ในตู้เย็น เฉพาะขวดที่ยังไม่เปิดใช้เท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีการสะสมยาที่เหลือทิ้งจากการจ่ายยาคั้งก่อนหรือเก็บสะสมยาที่ แพทย์ไม่ได้สั่งใช้แล้ว เพื่อสำรองไว้ใช้หากมีอาการกำเริบ หรือใช้ทดแทนหากยาที่แพทย์สั่งใช้หมด ก่อนวันนัด

## 2. กระบวนการปรับพฤติกรรมด้านการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเกิดขึ้นโดยเป็นผลจากการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ของการใช้ยา กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษารวมทั้งได้รับการสั่งใช้ยาจากแพทย์ ผลของการใช้ยาในระยะแรกหากอาการดีขึ้นผู้สูงอายุจะมีความร่วมมือในการใช้ยา หรืออาจใช้การรักษาทางเลือกอื่นร่วมด้วย ความร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลต่อผู้สูงอายุได้ทั้งการบรรเทา/หายจากความเจ็บป่วย หรือ ไม่บรรเทา/ไม่หายซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง หากผลของการสั่งใช้ยาไม่ทำให้อาการดีขึ้นผู้สูงอายุมักจะไม่ร่วมมือในการใช้ยา และมีการแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษา และนำไปสู่การพบแพทย์ต่อไป อย่างไรก็ตามความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดขึ้นได้ทั้งในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่นมีอาการข้างเคียงของยา หรือ อาการของโรคซึ่งไม่รุนแรงอยู่แล้ว การใช้ยาจึงไม่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัด ผู้ป่วยจึงมีการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

## 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมด้านการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาเป็นผลจากการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหลายประการ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจัดกลุ่มของปัจจัยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (preexisting factors) ปัจจัยชักนำ (precipitating factors) และปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) ดังนี้

**3.1 ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (preexisting factors)** ปัจจัยที่มีอยู่เดิม คือปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ส่งผลต่อทักษะในการใช้ยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย (1) ปัจจัยความสามารถของบุคคล (individual capacity factors) คือปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติภายในบุคคลที่แสดงถึงศักยภาพของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ความรู้ทัศนคติที่มีต่อโรคและการรักษาของแพทย์ สมรรถภาพสมอง การทำหน้าที่ของร่างกายส่วนต่าง ๆ อาทิ การมองเห็น การได้ยิน และการใช้มือหยิบจับ และ (2) ภารกิจในชีวิตประจำวัน (daily activity factors) คือภารกิจที่ผู้สูงอายุต้องทำในแต่ละวัน ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภารกิจในชีวิตประจำวันไม่มากนัก ทำให้มีความสนใจเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเองมากและตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่ผู้สูงอายุบางรายยังคงมีบทบาทในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพและครอบครัว งานผู้ดูแลบุคคลอื่นใน

ครอบครัว งานอาสาสมัคร หรือมีงานสังคม ทำให้ต้องแบ่งความสนใจให้กับทั้งการใช้ชีวิตและเรื่องสุขภาพและการใช้ยา

**3.2 ปัจจัยชักนำ (precipitating factors)** ปัจจัยชักนำคือปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรม เนื่องจากปัจจัยชักนำนี้จะเหมือนสิ่งเข้ามากระทบบุคคล ให้มีการแสดงพฤติกรรมหรือปรับพฤติกรรมในการใช้ยา ปัจจัยที่มีลักษณะชักนำให้มีการปรับตัวได้แก่ (1) การปรากฏของอาการของโรค (disease manifestation) เช่น ความรุนแรงของอาการ ความเด่นชัดของอาการของโรค ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และ (2) การตอบสนองของร่างกายต่อยา (response to medication) เช่น การมีอาการดีขึ้น การเกิดผลข้างเคียง และผลลัพธ์เชิงการรักษา

**3.3 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors)** คือปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม และ/หรือปัจจัยชักนำให้มีการเปลี่ยนแปลง โดยอาจทำให้ปัจจัยที่มีอยู่เดิมมีมากขึ้นหรือลดลงหรือทำให้ปัจจัยชักนำมีความรุนแรงหรือเด่นชัดขึ้น เช่น (1) ปัจจัยทางสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน บ้านและ บุคลากรทางการแพทย์ และสื่อต่างๆ โดยมีผลเช่น การดูแลโดยตรง หรือการสื่อสารระหว่างบุคคล (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา (3) ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกลของสถานพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และ (4) ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยนี้จะส่งผลต่อภารกิจในชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจพอมีพอใช้ไม่ต้องดิ้นรนหรือจ้องจ่อกับการทำงานมาก จึงมีเวลาใส่ใจเกี่ยวกับการใช้ยาได้มาก

#### 4. การป้องกัน/แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ

ข้อมูลการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้เล่าประสบการณ์ที่ใช้ในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะไว้ 3 ประการ คือ การจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรุก และการจัดการเชิงระบบ

**การจัดการเชิงรับ** การจัดการเชิงรับ เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการในสถานพยาบาล เช่น การรับการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง หรือในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน จึงควรมีการแก้ไขปัญหามาตรการการใช้ยาเป็นราย ๆ ไป กล่าวคือ เมื่อพบ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่แก้ไขเฉพาะรายที่มีปัญหานั้น ๆ ไป โดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในลักษณะสองทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับฟังผู้สูงอายุ

**การจัดการเชิงรุก** สำหรับแผนกผู้ป่วยนอกการให้ข้อมูลและคำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นเรื่องสำคัญจำเป็น สำหรับผู้ป่วยในจะมีการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรค การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาด้วยการประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (medication reconciliation) และการจัดยาเป็นมื้อ (unit dose) ให้ดู นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านก็เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเพราะทำให้ผู้บริการได้ไปสัมผัสกับสถานการณ์เฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละรายและเข้าใจปัญหาและสาเหตุได้มากขึ้น การจัดการเชิงรุกจะได้ผลดีเมื่อได้รับความร่วมมือจาก ครอบครัวหรือผู้ดูแล

**การจัดการเชิงระบบ** การป้องกันหรือแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เป็นการแก้ไขที่ตัวผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ให้บริการเอง แต่ปัญหาการใช้ยามีความต้องการการจัดการเชิงระบบเช่นกันเพื่อขจัดสาเหตุของปัญหา เช่น การจัดให้มีการปรึกษาหารือในทีมสุขภาพเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหา การจัดให้มีผู้จัดการรายบุคคล (case manager) รวมทั้งการจัดทำระบบศูนย์ข้อมูล (data center) เป็นต้น

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งก่อนๆทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การอภิปรายในประเด็นต่าง ๆ ที่ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนหรือเพิ่มเติมผลการวิจัยให้กับการวิจัยที่ผ่านมา ส่วนผลการวิจัยที่ขัดแย้งกันจะเป็นส่วนที่ควรจะไปศึกษาต่อไปในอนาคต เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโดยตรง การวิจัยในครั้งนี้จึงอภิปรายร่วมกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น โรคเรื้อรัง หรือเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยอื่น โดยมีประเด็นการอภิปรายดังนี้

1. ประเด็นพฤติกรรมการใช้ยา ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์เนื่องจากลืมใช้ยาหรือตั้งใจใช้เป็นบางเวลา ปัญหาการลืมใช้ยา ทำให้ผู้สูงอายุบางรายได้รับยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง หรือบางราย มีการปรับพฤติกรรมตนเอง โดยการรวบมียาไว้ด้วยกัน เช่น กรณีที่แพทย์สั่ง ให้อาหารครั้งละ 1 เม็ด 4 มื้อ จะถูกปรับเป็นครั้งละ 2 เม็ด 2 มื้อซึ่งจะทำให้มีความเสี่ยงในกรณีที่ได้รับยา 3 มื้อและมีการรวบมียา จนได้รับยาไม่ถูกต้อง ในการวิจัยนี้พบว่า ผู้สูงอายุ 2

ราย ที่ได้รับยา 3 เวลา แล้วรวบเป็น 2 เวลา แต่ใช้ยาแต่ละมื้อเท่าๆ กัน ทำให้ได้รับยาเกินไปหนึ่งเม็ดในแต่ละวัน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ วาสนา นัยพัฒน์ (2553) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 มีปัญหาการใช้ยา โดยลืมรับประทานยาตามเวลา และขาดความรู้ในการใช้ยา

แม้ว่าผู้สูงอายุบางรายจะมีการอ่านฉลากยาอย่างระมัดระวังก่อนการใช้ยา แต่การวิจัยครั้งนี้ก็พบว่าผู้สูงอายุหลายรายใช้ยาโดยอาศัย “ความจำ” เป็นหลัก โดยผู้สูงอายุบอกกับผู้วิจัยว่า ‘จำได้’ ว่าใช้ยาอย่างไร แต่เมื่อได้สัมภาษณ์เชิงลึกก็พบว่าผู้สูงอายุจำการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง และทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาขึ้น ปัญหานี้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีสมรรถภาพทางสมองด้านความจำลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Claydon-Platt (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงอาศัยความจำของตนเองในการใช้ยา อย่างไรก็ตามเนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพทางสมองซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เกิดการลืมใช้ยาบ่อยครั้ง หรือใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ทั้งด้วยขนาดของยาและเวลาที่ใช้ยาเนื่องจากจำวิธีการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งผิด และสอดคล้องกับการวิจัยหลายครั้งพบว่าความเสื่อมของสมรรถภาพสมองแม้เพียงเล็กน้อยก็ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้ (Currie, Rideout, Lindsay, & Harkness, 2014; Hayes, Larimer, Adami, & Kaye, 2009; Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001; Stoehr, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008)

นอกจากนี้ พฤติกรรมในการเก็บรักษาและการนำยาออกมาใช้ก็เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เก็บรักษายาไว้ในถุงยาที่ได้จากโรงพยาบาลและนำออกมาใช้ตามกำหนดเวลา ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ เจริญสุข (2543) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมในการเก็บรักษายาของประชาชน พบว่า มีผู้ป่วยเก็บยาใส่ถุงแขวนไว้ที่ฝาข้างบ้าน หรือใต้ถุนบ้าน ซึ่งถุงยา อาจได้รับแสงแดด เป็นเวลานาน ทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ มีผู้สูงอายุบางรายที่นำยาออกมาใส่ถุงเล็ก ๆ แยกเป็นมื้อ ๆ โดยทำไว้ล่วงหน้าเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายจัดยาตามเวลาที่ต้องใช้ยา ไม่ได้จัดเตรียมยาเป็นมื้อ ๆ ไว้ล่วงหน้า และในผู้ที่จัดเตรียมยาไว้ล่วงหน้า บางรายไม่ได้จัดครบทุกมื้อ ก็ทำให้ยังคงมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้การจัดยาแยกเป็นมื้อ (unit dose or unit-of-use packaging) เพื่อให้หยิบใช้ได้สะดวกนั้นได้มีการวิจัยหลาย

ครั้งแล้วพบว่าสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นได้ (Connor, Rafter, & Rodgers, 2004) จึงควรมีการส่งเสริมการจ่ายยาแบบแยกเป็นมือให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีปัญหาความจำหรือขาดความสามารถในการบริหารยา

2. ประเด็นการใช้ยาด้วยตนเอง การส่งเสริมให้มีการใช้ยาด้วยตนเองเป็นการให้อิสระภาพในการดูแลตนเองของประชาชน การจัดระบบบริการสุขภาพจึงเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถซื้อยาใช้เองได้ภายใต้พระราชบัญญัติยา และมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการรักษาเยียวยาตนเอง โดยจัดให้มียาสมุนไพรอยู่ในบัญชียาที่สั่งใช้ได้ และมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรตามความจำเป็นแล้ว แต่ผู้สูงอายุหลายรายก็ยังมีการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัย เช่น การซื้อยาชุด การใช้สมุนไพร และยาลูกกลอน แม้ว่า การใช้ยาเหล่านี้ในมุมมองของผู้สูงอายุจะถือว่าเป็นเสมือนความหวังใหม่ในการรักษา และแม้ว่าส่วนหนึ่งของการใช้ยาทางเลือกเหล่านี้จะเป็นไปตามข้อบ่งชี้ เช่น ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ แต่เนื่องจากการใช้ยาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจใช้โดยขาดความรู้และยังมีลักษณะของความเชื่อตามคำบอกเล่าว่ายาเหล่านี้เป็นยาที่ใช้รักษาโรคให้หายขาดได้ เช่น สมุนไพรรักษาโรคไต โรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมุนไพรที่ไม่มีเลขที่อนุญาตขององค์การอาหารและยา ทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ลักษณะของการใช้ยาทางเลือกเหล่านี้แตกต่างกับลักษณะที่เกิดในประเทศออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการใช้ยาทางเลือกเหล่านี้ตามข้อบ่งชี้ของยา เช่น การใช้สมุนไพรโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำรุงสุขภาพ และการซื้อยาจากร้านยาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ปวด ยาระบาย และยาแก้หวัด (Amoako, Richardson-Campbell, & Kennedy-Malone, 2003; Arcury, Nguyen, Sandberg, Neiberg, Altizer, Bell et al., 2013; Goh, Vitry, Semple, Esterman, & Luszcz, 2009) ประเด็นการใช้ยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุจึงยังเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการให้ความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาด้วยตนเองอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ในประเด็นพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์กับประเด็นพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง แม้จะเป็นแนวคิดที่แตกต่างกันแต่การจัดการกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้ความสำคัญและจัดการทั้งพฤติกรรมด้านความร่วมมือในการใช้ยาและการใช้ยาด้วยตนเองไปควบคู่กัน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรม

ความร่วมมือในการใช้ยา ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุมีการหาซื้อยามาใช้เองจึงหยุดใช้ยาที่แพทย์สั่ง หรือมีการใช้ควบคู่กัน หรือมีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาและไม่เป็นไปตามคำแนะนำที่ให้

3. ประเด็นการรับยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาส่วนหนึ่งมาจากปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดทำให้ไม่มียาใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในบางประเทศปัญหาเรื่องราคาขายเป็นอุปสรรคต่อการไปรับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) แต่สำหรับประเทศไทยซึ่งมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ผู้สูงอายุจึงไม่มีความกังวลในเรื่องนี้ แต่ปัญหาที่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุไทยในการไปพบแพทย์และรับยาอย่างต่อเนื่องคือปัญหาการเดินทาง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุหลายราย ไม่มีบริการรถสาธารณะ ไม่มีพาหนะที่ใช้เดินทางไปพบแพทย์ และจำนวนมากอยู่ในเขตชนบทที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล แม้ว่าผู้สูงอายุได้มีความพยายามในการปรับตัว โดยการเช่ารถเหมารวมไปพร้อมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ต้องไปโรงพยาบาลในวันเดียวกัน แต่หากหารถไม่ได้ก็จะขาดการพบแพทย์ในครั้งนั้นไป ปัญหานี้ส่งผลต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุจะมีการประหยัทยา ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง เพื่อสะสมยาไว้สำหรับใช้ในครั้งที่ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ ทำให้การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการเช่าเหมารถไปพร้อมกับผู้ป่วยรายอื่นจะเป็นการแก้ปัญหาที่ดีเพราะทำให้ผู้สูงอายุได้ไปพบแพทย์ตามนัด แต่ก็มีปัญหาเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการตรวจหลายอย่าง ทั้งการเจาะเลือด ตรวจร่างกาย การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ซึ่งต้องใช้เวลานานทั้งวัน ทำให้ในขั้นตอนของการรับยาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย ผู้สูงอายุจะไม่มีสมาธิในการรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาจากเภสัชกร เนื่องจากต้องรีบขึ้นรถที่เข้ามาให้ทัน เพราะเกรงใจที่ผู้ป่วยคนอื่นต้องรอตเพียงคนเดียว ผู้สูงอายุบางรายใช้จักรยานเป็นพาหนะซึ่งต้องขี่ไกลเป็นระยะทางกว่า 5 กิโลเมตร ประกอบกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ทำให้บางครั้งมีอาการเหนื่อยหอบและเจ็บหน้าอกขณะเดินทางจนต้องหยุดพักแล้วจึงเดินทางต่อ

จะเห็นได้ว่าปัญหาการเดินทางไปพบแพทย์เป็นอุปสรรคที่ควรได้รับการแก้ไข แม้ว่าประเทศไทยจะมีการจัดบริการเคลื่อนที่ไปยังพื้นที่ห่างไกล หรือมีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่บริการเหล่านี้ไม่สามารถทดแทนการบริการในสถานบริการได้ทั้งหมด การจัดอุปสรรคเกี่ยวกับการเดินทางไปพบแพทย์จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องได้รับความสนใจจากผู้บริหารทั้งในระดับประเทศและใน

ระดับท้องถิ่น เช่น การจัดบริการสาธารณสุขที่ใช้เฉพาะกิจเช่น การจัดบริการรับส่งผู้ป่วย ในวันที่โรงพยาบาลจัดบริการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง เป็นต้น

การจัดระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยดำเนินการตามหลักการสำคัญ 4 ประการคือ หลักความเสมอภาค (equality) หลักความเป็นธรรม (equity) หลักเสรีภาพ (freedom) และหลักประสิทธิภาพ (efficiency) โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่เกิดขึ้นเพื่อเป้าหมายของความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย, 2554) ซึ่งจะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนจากค่ารักษาพยาบาลของคนยากจนไปได้อย่างมาก พร้อมทั้งช่วยลดปัญหาความยากจนที่เกิดมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ถาวร สกุลพาณิชย์, 2554) ประเทศไทยมีการจัดบริการสุขภาพโดยแบ่งเป็นระดับตามพื้นที่และจุดประสงค์ในการให้บริการเป็น 3 ระดับคือ การบริการปฐมภูมิเป็นบริการรักษาพยาบาลพื้นฐานซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ การบริการทุติยภูมิมีการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้นและมีอยู่ในทุกอำเภอ และการบริการตติยภูมิเป็นบริการรักษาโรคที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ซึ่งตั้งอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555)

เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ดำเนินการอย่างเต็มที่เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงเป็นธรรม อย่างไรก็ตามประชาชนในพื้นที่ชนบทห่างไกลยังคงมีปัญหาความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมอันเนื่องมาจากการได้รับปัจจัยพื้นฐานที่ไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคเรื่องการเดินทางไปรับยาเนื่องจากไม่มีบริการรถสาธารณะที่จะพาไปโรงพยาบาลได้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีระบบเกื้อหนุนทางสังคมดีจะสามารถขอความช่วยเหลือจากระบบเกื้อหนุนนั้นได้ เช่น ให้บุตรหลานหรือญาติไปส่ง แต่แนวโน้มของประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมากขึ้น ระบบเกื้อหนุนจะลดลง การจัดบริการของรัฐจึงต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดมากขึ้นในอนาคต การพัฒนาระบบบริการระบบสาธารณสุขเพียงด้านเดียวโดยไม่ได้พัฒนาระบบอื่นด้วยทำให้มีอุปสรรคทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้นการจัดระบบบริการของภาครัฐควรมีการบูรณาการทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสาธารณสุข ระบบการศึกษา และระบบคมนาคมขนส่ง เป็นต้น ซึ่งระบบต่าง ๆ เหล่านี้จะเอื้ออำนวยการทำงานของกันและกันเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรมได้อย่างแท้จริง

สำหรับประเด็นการเลือกสถานบริการเพื่อรับยานั้น เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้สูงอายุจะเลือกใช้สถานบริการเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาประจำอยู่แล้ว ผู้สูงอายุจะเข้ารับการรักษาและรับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐ ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เมื่อมีอาการหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ปวดหลัง ปวดท้อง จะเข้ารับการรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน โดยมีเหตุผลว่า เดินทางสะดวก มีการให้บริการที่รวดเร็ว อีกเหตุผลหนึ่งคือการได้รับยาที่ทำให้การรักษาได้ผลอย่างรวดเร็ว เช่น ยาฉีดแก้ปวด แต่เมื่อมีอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน รุนแรง เช่น อาการหอบกำเริบ ผู้สูงอายุจะเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน โดยมักให้เหตุผลว่า โรงพยาบาลเอกชนมีเครื่องมือที่พร้อม และทันสมัย ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง การเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพต่างกันไปตามสถานการณ์นี้ เป็นการให้บริการเพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุดตามความคิดและการตัดสินใจของผู้รับบริการ กรณีนี้อาจมีปัญหากับการใช้จ่าย เนื่องจากผู้สูงอายุมิได้รับยาจากแหล่งบริการหลายแหล่ง ซึ่งอาจทำให้มีปัญหากับการได้รับยาซ้ำซ้อน และการไม่ใช้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้หากมีการจัดระบบบริการที่สามารถตรวจสอบรายการยาจากแหล่งยาต่างๆ หรือ การจัดการให้ผู้สูงอายุมียาที่ใช้อยู่เพื่อนำไปด้วยทุกครั้งที่พบแพทย์ จะช่วยให้การประสานรายการยาทำได้ในทุก ๆ ที่ และลดความซ้ำซ้อนของการใช้ยาได้

4. ประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา การวิจัยครั้งนี้ได้สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้เป็น 3 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และปัจจัยปรับเปลี่ยน โดยปัจจัยที่มีอยู่เดิม คือปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย (1) ปัจจัยความสามารถของบุคคล (individual capacity factors) เช่น ความรู้ ทักษะที่มีต่อโรคและการรักษาของแพทย์ สมรรถภาพสมอง การทำหน้าที่ของร่างกายส่วนต่าง ๆ อาทิ การมองเห็น และการใช้มือหยิบจับ และ (2) ภารกิจในชีวิตประจำวัน (daily activity factors) เช่น การทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพและครอบครัว งานผู้ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว งานอาสาสมัคร หรือมีงานสังคม กิจกรรมสังสรรค์หรือบันเทิง เช่น การพนัน ปัจจัยชักนำ ได้แก่ (1) การปรากฏของอาการของโรค (disease manifestation) เช่น ความรุนแรงของอาการ ความเด่นชัดของอาการของโรค ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และ (2) การตอบสนองของร่างกายต่อยา (response to medication) เช่น การเกิดผลข้างเคียง และผลลัพธ์เชิงการรักษา ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยน ได้แก่ (1) ปัจจัยทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านและ บุคลากรทางการแพทย์ และสื่อต่างๆ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา (3) ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกล

ของสถานที่รักษาพยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวก และ (4) ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอยู่เดิมและปัจจัยชักนำ เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยา ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในทางอ้อม กล่าวคือ ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิมและปัจจัยชักนำ

การวิจัยอื่น ๆ ได้พบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ในลักษณะที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ มีผลการวิจัยที่พบ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ความรู้ (Alm-Roijer, Stagmo, Uden, & Erhardt, 2004; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) ความจำ (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001; Stoeher, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008) ความเชื่อ (Alhewiti, 2014; Ben-Natan & Noselozich, 2011; Rajpura & Nayak, 2014) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยา เช่น ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (Alhewiti, 2014) จำนวนเม็ดยาที่ต้องใช้ (Ben-Natan & Noselozich, 2011) จำนวนมือของยา (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009; Stoeher, Lu, Lavery, Bilt, Saxton, Chang et al., 2008) และข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับที่ไม่ชัดเจน อ่านยาก (Liu, Abdul-Hussain, Mahboob, Rai, & Kostrzewski, 2014) และไม่เพียงพอ (Alhewiti, 2014) ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Corsonello, Pedone, Lattanzio, Lucchetti, Garasto, Carbone et al., 2009) การสื่อสารกับบุคลากรการแพทย์ (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) หรือปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค (Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009) และความเจ็บป่วยร่วม (Balkrishnan, Rajagopalan, Camacho, Huston, Murray, & Anderson, 2003) รวมทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการไปรับยาอย่างต่อเนื่องเมื่อยาหมด เช่น ลืม ไม่สามารถเดินทางไปรับยาได้ ราคา ยา และ ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ (Claydon-Platt, Manias, & Dunning, 2014; Turner, Hollenbeak, Weiner, Ten Have, & Roberts, 2009)

จะเห็นได้ว่า ข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของงานวิจัยอื่นๆที่ผ่านมามีความคล้ายคลึงกับข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ ในส่วนที่แตกต่างนั้นคือ การวิจัยที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มักได้จากการคาดคะเนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมุมมองของนักวิจัย แต่การวิจัยครั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุเอง ทำให้ได้ความรู้ใหม่นั้นคือปัจจัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญที่สุดที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรมการใช้นั้นคือ ปัจจัยชักนำ ได้แก่ การปรากฏของอาการของโรคและการตอบสนองของร่างกายต่อยาที่ได้รับ ปัจจัยต่าง ๆ ที่พบ

ในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ปรับแก้ไขได้ จึงควรมีการนำไปใช้ในการแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

5. ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และญาติหรือเพื่อนบ้าน ทั้งนี้มีผลการวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุเพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและปลอดภัยเมื่อมีความไว้วางใจในผู้รักษา หรือได้ข้อมูลเกี่ยวกับยาอย่างเพียงพอ และรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อได้รับการดูแลที่ไม่ดี หรือเมื่อไม่ได้ข้อมูลอย่างเพียงพอ (Modig, Kristensson, Troein, Brorsson, & Midlov, 2012) และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ (Okuno, Yanagi, & Tomura, 2001) และความเชื่อถือในตัวผู้รักษา (Ben-Natan & Noselozich, 2011) มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีความไว้วางใจในผู้รักษา และเห็นว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาเป็นสิ่งที่ดี อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่เห็นความสำคัญของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา ทำให้ขาดความรู้และส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยา โดยข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ระบุว่าขณะที่มีการชี้แจงเกี่ยวกับการใช้ยาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ผู้สูงอายุไม่ได้ให้ความสนใจและมักรีบร้อนที่จะกลับบ้าน จึงขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ตนเองได้รับและนำไปสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจากบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์อาจมีความเสี่ยงที่จะได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลด้วย ซึ่งข้อสรุปนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศสวีเดนที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าที่ได้รับอยู่และครอบครัวของผู้ป่วยก็ควรได้รับข้อมูลด้วยเช่นกัน (Lindberg, Ekstrom, Moller, & Ahlner, 2001)

6. การวิจัยในครั้งนี้ได้ความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรทางแพทย์จากการสนทนากลุ่มจัดได้เป็น 3 ด้านคือ (1) การจัดการเชิงรับ ได้แก่ การแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลโดยการให้ความรู้ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการฝึกทักษะการใช้ยา (2) การจัดการเชิงรุก ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาก่อนกลับบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน การประสานรายการยาที่ใช้ และการจัดยาให้เป็นมือ รวมทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ยาของผู้สูงอายุด้วย และ (3) การจัดการเชิงระบบ ได้แก่ การปรึกษาหารือภายในทีมสหวิชาชีพ การจัดให้มีระบบผู้จัดการรายบุคคล และการจัดทำระบบศูนย์ข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้การรักษาในทุกที่มีข้อมูลรายการยาที่ตรงกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกันกับการวิจัยใน

ประเทศออสเตรเลีย โดยมีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้ผลการวิจัยว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ใช้วิธีการในการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 5 วิธีคือ การให้ความรู้ การสร้างความมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย การจัดการทางเภสัชวิทยา การฝึกทักษะการใช้ยา และการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Chong, Aslani, & Chen, 2013) อย่างไรก็ตาม ผลการสนทนากลุ่มได้มีข้อเสนอที่นอกเหนือไปจากผลการวิจัยของ Chong, et al. คือการจัดการเชิงระบบ เนื่องจากการพัฒนาการจัดการเชิงระบบของไทยยังมีข้อจำกัด การแก้ไขในเชิงระบบจะช่วยให้การจัดการปัญหาการใช้ยาดีขึ้น

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการใช้ยาซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ยา ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จึงได้จากผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา ทำให้อาจไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ยาแต่ไม่มีปัญหาจากการใช้ยา

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่สามารถอธิบายขนาดหรือความมากมายของปัญหาพฤติกรรม หรือขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่พบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยในการค้นหามีปัญหาหรือปัจจัยอะไรบ้างจากมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเอง

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาให้มีการจัดการเชิงรับ การจัดการเชิงรุก และการจัดการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ คือการให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการใช้ยาเป็นรายบุคคล ทั้งการบริการในสถานบริการและบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างปลอดภัยทั้งแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและยาที่ได้รับยังมีความจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง การจัดทำรายการยาและประสานรายการยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน รวมทั้งการจัดระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในหน่วยงานในเครือข่ายได้อย่างครอบคลุมและทันเหตุการณ์

2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยควรบรรจุอยู่ในเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมทั้งหลักสูตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ กลไก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีแนวทางในการให้การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลต่อไปด้วย

3. ด้านการวิจัย ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ ได้ชี้ให้เห็นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุทั้งในส่วนที่ถูกต้องเหมาะสม และในส่วนที่ยังคงเป็นปัญหา การศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไป ควรมีการวิจัยเฉพาะเจาะจง เช่น การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อทดสอบแนวคิดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คือพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้หรือไม่อย่างไร การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อค้นหาปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไข รวมทั้งการวิจัยเพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในประเด็นต่าง ๆ เช่น การพัฒนาโปรแกรมเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลยา การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ยา เป็นต้น

4. ด้านนโยบายและการบริหาร ผู้บริหารส่วนกลางและผู้บริหารท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขและการพัฒนาระบบคมนาคมขนส่งให้สะดวกมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล การพัฒนาฐานะความเป็นอยู่ เพราะการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้นอกจากจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ แล้ว ยังช่วยลดอุปสรรคต่อการไปพบแพทย์และการไปรับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ และช่วยลดสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาและปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

### เอกสารอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2543). ประสบการณ์ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานในการดำเนินการวิจัย. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 4(1), 107-118.
- กรรณิการ์ เจริญเมือง, ชุตินา นกแก้ว, และ พรพิรุณ เกษมศรี. (2550). *พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ เขตบางนากรุงเทพมหานคร*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- กวี วรกวิน. (2547). *แผนที่ความรู้ท้องถิ่นไทย: ภาคกลาง*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาคุณภาพวิชาการ (วพ.).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง, และ วิชิต เปาณิล. (2550). *ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- กองบรรณาธิการสำนักกฎหมาย (2554). สิทธิในการรักษาพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางด้านสาธารณสุข. *จุลนิติ*. พฤษภาคม-มิถุนายน 2554: 1-33.
- จิตชนก ลีทวีสุข พชร เมธี พรทิพย์พาณี พิษณุสินี ญาณะ พิธาน จินดาวัฒนวงศ์ ลลิตภัทร ธิรธันยบุรณ์ ณัฐนันท์ รัตนพานิชย์ และ อรณี ธนิตกุลสาสน์. (มปป.) *พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก*. นิพนธ์ต้นฉบับ. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2557 จาก [http://www.med.nu.ac.th/qa/med\\_sar/ckfinder/userfiles/Hospital/21/files/5.1.pdf](http://www.med.nu.ac.th/qa/med_sar/ckfinder/userfiles/Hospital/21/files/5.1.pdf).
- จิราภรณ์ สถาปนะวรรณะ. (2546). *เศรษฐกิจชุมชนหมู่บ้าน ภาคเหนือตอนล่าง*. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิสันเพรส โปรดักส์.
- ถาวร สกุลพานิชย์. (2554). ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ. ใน ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา (และ คนอื่น ๆ) *เอชไอเอ กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อชีวิตและสุขภาพ*, พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 377), หน้า 28-29.
- พรทิพย์ เจียมสุขน. (2543). การใช้ยาสามัญประจำบ้านของประชาชน อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. (การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มิ่งสรรพ ขาวสะอาด และ ญัฏฐาภรณ์ เลี่ยมจรัสกุล. (2556). *ชีวิตคนไทยในสองทศวรรษของการพัฒนา*. เชียงใหม่: แผนงานสร้างเสริมนโยบายสาธารณะที่ดี (นสธ.) สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2553). ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3(1): 2 – 14.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (มปป.). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: พงษ์พานิชย์เจริญผล.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2556). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. Retrieved from [http://oppo.opp.go.th/info/Report\\_OlderSituation55-TH.pdf](http://oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation55-TH.pdf)
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). ผลไม้พึงประสงค์จากยาและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 4) (หน้า 339-349). กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอช.
- สินีนาม วิททิเชษฐสกุล และ อุกฤษฏ์ สิทธิบุศย์. (2557). พฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบ่อแก้ว อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 117 – 128.
- สุกร บุษปวนิช และ พงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 281-287.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. Retrieved 6 มิถุนายน 2557, from [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep\\_older50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older50.pdf)
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alhewiti, A. (2014). Adherence to long-term therapies and beliefs about medications.

- International Journal of Family Medicine*, 479596. doi:10.1155/2014/479596
- Alm-Roijer, C., Stagmo, M., Uden, G., & Erhardt, L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 321-330. doi: S1474515104000520 [pii]10.1016/j.ejcnurse.2004.05.002
- Amoako, E. P., Richardson-Campbell, L., & Kennedy-Malone, L. (2003). Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(8), 10-15.
- Arcury, T. A., Nguyen, H. T., Sandberg, J. C., Neiberg, R. H., Altizer, K. P., Bell, R. A., . . . Quandt, S. A. (2013). Use of complementary therapies for health promotion among older adults. *Journal of Applied Gerontology*. doi: 0733464813495109 [pii]10.1177/0733464813495109
- Balkrishnan, R., Rajagopalan, R., Camacho, F. T., Huston, S. A., Murray, F. T., & Anderson, R. T. (2003). Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: A longitudinal cohort study. *Clinical Therapeutics*, 25(11), 2958-2971. doi: S0149291803803478 [pii]
- Ben-Natan, M., & Noselozich, I. (2011). Factors affecting older persons' adherence to prescription drugs in Israel. *Nursing & Health Sciences*, 13(2), 164-169. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00594.x
- Chan, M., Nicklason, F., & Vial, J. H. (2001). Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. *Internal Medicine Journal*, 31(4), 199-205.
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Health care providers' perspectives of medication adherence in the treatment of depression: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1657-1666. doi: 10.1007/s00127-012-0625-3
- Claydon-Platt, K., Manias, E., & Dunning, T. (2014). The barriers and facilitators people

- with diabetes from a nonenglish speaking background experience when managing their medications: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2234-2246. doi: 10.1111/jocn.12501
- Connor, J., Rafter, N., & Rodgers, A. (2004). Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 935-939. doi: S0042-96862004001200010 [pii] /S0042-96862004001200010
- Corsonello, A., Pedone, C., Lattanzio, F., Lucchetti, M., Garasto, S., Carbone, C., . . . Incalzi, R. A. (2009). Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 5(1), 209-216.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value in Health*, 11(1), 44-47. doi: 10.1111/j.15244733.2007.00213.x VHE213 [pii]
- Currie, K., Rideout, A., Lindsay, G., & Harkness, K. (2014). The association between mild cognitive impairment and self-care in adults with chronic heart failure: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1097/JCN.0000000000000173
- Degli Esposti, E., Sturani, A., Di Martino, M., Falasca, P., Novi, M. V., Baio, G., . . . Volpe, M. (2002). Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *Journal of Human Hypertension*, 16(6), 439-444. doi: 10.1038/sj.jhh.1001418
- Field, T. S., Gilman, B. H., Subramanian, S., Fuller, J. C., Bates, D. W., & Gurwitz, J. H. (2005). The costs associated with adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *Medical Care*, 43(12), 1171-1176.
- Field, T. S., Mazor, K. M., Briesacher, B., Debellis, K. R., & Gurwitz, J. H. (2007). Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *Journal of American Geriatric Society*, 55(2), 271-276. doi: JGS1047 [pii]10.1111/j.1532-

5415.2007.01047.x

- Gascon, J. J., Sanchez-Ortuno, M., Llor, B., Skidmore, D., & Saturno, P. J. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2), 125-130.
- Gazibara, T., Nurkovic, S., Kistic-Tepavcevic, D., Kurtagic, I., Kovacevic, N., & Pekmezovic, T. (2013). Pharmacotherapy and over-the-counter drug use among elderly in Belgrade, Serbia. *Geriatric Nursing*, 34(6), 486-490. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.08.002S0197-4572(13)00269-3 [pii]
- Goh, L. Y., Vitry, A. I., Semple, S. J., Esterman, A., & Luszcz, M. A. (2009). Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in south Australia's elderly population. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9, 42. doi: 10.1186/1472-6882-9-421472-6882-9-42 [pii]
- Gray, S. L., Mahoney, J. E., & Blough, D. K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(5), 539-545.
- Gurwitz, J. H., Field, T. S., Harrold, L. R., Rothschild, J., Debellis, K., Seger, A. C., . . . Bates, D. W. (2003). Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*, 289(9), 1107-1116. doi: 10.1001/jama.289.9.1107 [pii]
- Hansen, R. A., Kim, M. M., Song, L., Tu, W., Wu, J., & Murray, M. D. (2009). Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. *Annals of Pharmacotherapy*, 43(3), 413-422. doi: 10.1345/aph.1L496 [pii]
- Hayes, T. L., Larimer, N., Adami, A., & Kaye, J. A. (2009). Medication adherence in healthy elders: Small cognitive changes make a big difference. *Journal of Aging and Health*, 21(4), 567-580. doi: 10.1177/0898264309332836 [pii]

- Jitapunkul, S., Lertkupinit, C., Jongsitimahakul, A., & Suteeparuk, S. (1997). Use of drugs and adverse reactions in medical inpatients. *Journal of Medical Association of Thailand*, 80(10), 636-641.
- Kongkaew, C. (2010). Terminology: An overlooked issue in 'drug-related problem' publications. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 5(1), 88-94.
- Kongkaew, C., Noyce, P. R., & Ashcroft, D. M. (2008). Hospital admissions associated with adverse drug reactions: A systematic review of prospective observational studies. *The Annals of Pharmacotherapy*, 42, 1017-1025.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2012). Qualitative descriptive research: An acceptable design. [Editorial]. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 255-256.
- Lindberg, M., Ekstrom, T., Moller, M., & Ahlner, J. (2001). Asthma care and factors affecting medication compliance: The patient's point of view. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 375-383.
- Liu, F., Abdul-Hussain, S., Mahboob, S., Rai, V., & Kostrzewski, A. (2014). How useful are medication patient information leaflets to older adults? A content, readability and layout analysis. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(4), 827-834. doi: 10.1007/s11096-014-9973-2
- Modig, S., Kristensson, J., Troein, M., Brorsson, A., & Midlov, P. (2012). Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 12, 46. doi: 10.1186/1471-2318-12-46 1471-2318-12-46 [pii]
- Mukhtar, O., Weinman, J., & Jackson, S. H. (2014). Intentional non-adherence to medications by older adults. *Drugs Aging*, 31(3), 149-157. doi: 10.1007/s40266-014-0153-9
- National Center for Health Statistics. (2014). *Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs*. Hyattsville, MD.
- Okuno, J., Yanagi, H., & Tomura, S. (2001). Is cognitive impairment a risk factor for

- poor compliance among Japanese elderly in the community? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(8), 589-594.
- Quandt, S. A., Grzywacz, J. G., Neiberg, R. H., Lang, W., Altizer, K., Bell, R. A., & Arcury, T. A. (2012). Daily symptom management practices for arthritis used by older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(4), 598-615. doi: 10.1177/08982643114281690898264311428169 [pii]
- Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: Evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58-65.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G [pii]
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2010). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stoehr, G. P., Lu, S. Y., Lavery, L., Bilt, J. V., Saxton, J. A., Chang, C. C., & Ganguli, M. (2008). Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: The Steel Valley seniors survey. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 6(5), 255-263. doi: 10.1016/j.amjopharm.2008.11.001S1543-5946(08)00070-6 [pii]
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Turner, B. J., Hollenbeak, C., Weiner, M. G., Ten Have, T., & Roberts, C. (2009). Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(8), 672-681. doi: 10.1002/pds.1766