

การสำรวจปัญหาการใช้ยา
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษา : ชุมชนศิระชะจรเข้้อย จ.สมุทรปราการ

The survey of medicine, food supplement and herbal products-
used problems among elderly

Case study : the community of Tumbon Srisa Chorakhe Noi,
Samuthprakrang province

ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก
ปวีณา ว่องตระกูล
หรรษา มหามงคล
วรัญญา เนียมขำ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2556

ชื่อเรื่อง	การสำรวจปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : ชุมชนศิระจรเข้้น้อย จ.สมุทรปราการ
ผู้วิจัย	ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก ปวีณา ว่องตระกูล พรรษา มหามงคล วรัญญา เนียมขำ
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์	2559
สถานที่พิมพ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย	46
คำสำคัญ	ผู้สูงอายุ ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร ทัศนคติ

บทคัดย่อ

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้้น้อย จ.สมุทรปราการ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา และศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุในชุมชนศิระจรเข้้น้อยที่มีต่อยา
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในตำบล
ศิระจรเข้้น้อย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบ convenient sampling
จำนวน 325 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยและแกนนำในชุมชนร่วมกันสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการ
สัมภาษณ์เก็บข้อมูล

ผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจมีจำนวนทั้งสิ้น 325 คน เป็นเพศหญิง 243 คนหรือร้อยละ 74.8 เพศ
ชาย 82 คนหรือร้อยละ 25.2 อายุของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี ผู้สูงอายุในชุมชนมีระดับ
การศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกใน
ครอบครัวจำนวน 4 คน ในขณะที่พบผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังเพียงร้อยละ 2.8 ผู้สูงอายุร้อยละ 59.3 มี
รายได้เป็นของตนเองประมาณ 1,000-5,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่ร้อยละ 40.3 มีรายได้รวมของ
ครอบครัวประมาณ 5,000-9,999 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยใช้
สิทธิ์บัตรทองจากนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 74.5

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.1) มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 57.4 ของผู้สูงอายุมีโรค
ประจำตัว 1 โรค โรคที่พบบ่อยในชุมชนศิระจรเข้้น้อย 3 อันดับแรก คือความดัน เบาหวานและ
ไขมันในเลือด ผู้สูงอายุร้อยละ 81.1 ประเมินตนเองว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.5 มียาเหลือใช้จำนวนมากเมื่อถึงกำหนดการพบแพทย์ และจำนวน
ร้อยละ 56.4 ระบุสาเหตุของการมียาเหลือใช้ว่าถูกิดจากแพทย์สั่งจ่ายยาให้เกินจำนวนที่ต้องใช้
ผู้สูงอายุร้อยละ 18.2 ระบุว่าเกิดจากการลืมรับประทานยา

ด้านพฤติกรรมการใช้ยาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 63.1 จัดยาด้วยตนเอง ยังพบ
ปัญหาการใช้ยา เช่นการลืมรับประทานยา (ร้อยละ 35.7) การซื้อยาเพิ่มเอง (ร้อยละ 21.2) การปรับ
ขนาดยาด้วยตนเอง (ร้อยละ 9.6) และการแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้ (ร้อยละ 13.2)

ผู้สูงอายุร้อยละ 19.1 และร้อยละ 14.2 ใช้ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตามลำดับ โดยผู้แนะนำให้ใช้ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ เช่นคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน คนรู้จัก และส่วนใหญ่ไม่แจ้งให้แพทย์ที่รักษาทราบว่ามีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้สูงอายุร้อยละ 31.4 ปลูกสมุนไพรในบริเวณบ้าน ในขณะที่มีการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคมาร้อยละ 62.2 ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อนามัยและพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนสี่ระจรงชั้นน้อยมีทัศนคติเชิงบวกต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ เมื่อทำการทดสอบสมมติฐานที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าเพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อายุและระดับรายได้ ไม่มีผลต่อทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แต่พบว่าอายุและระดับรายได้ของผู้สูงอายุมีผลต่อทัศนคติต่อสมุนไพร

สรุปจากผลการสำรวจพบปัญหาการใช้ยาในด้านพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่นการลืมรับประทานยา การสะสมยา และปัญหาการจัดการกับยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุในชุมชนสี่ระจรงชั้นน้อย รวมถึงการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่พบได้เช่นกันในงานวิจัยปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในชุมชนอื่นๆ ในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัญหาการใช้ยาเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อระบบสุขภาพ การสำรวจเพื่อประเมินระดับปัญหา จะทำให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและส่งเสริมการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนที่ตรงกับความต้องการของชุมชน

Research Title	The survey of medicine, food supplement and herbal products-used problems among elderly Case study : the community of Tumbon Srisa Chorakhe Noi, Samuthprakrang province
Researcher(s)	Piyawan Wongboonnak, Paveena Wongtrakul, Hansa Mahamongkon, Waranya Neimkhum
Institution	Huachiew Charlermprikiet University
Year of Publication	2016
Publisher	Huachiew Charlermprikiet University
No. of Pages	46
Keywords	elderly, medicines, traditional medicines, food supplements, herbal medicines, attitude

Abstract

The objective of this survey study was to investigate the medicine, food supplement, and herbal product usage problem and attitude toward these products among elderly subjects age over 60 years old in Tumbon Srisa Chorakhe Noi. Convenient randomized sampling was performed to obtain 325 subjects. Questionnaire questions were created by researchers and community leaders to use as interview data collecting tool.

Total elder subjects were 325 people. Two hundred and forty three subjects were females (74.8 percent) and 82 subjects were males (25.2 percent). Most subjects were 60-69 years old. Priority of them was primary school graduates. Elders 35.1 percent lived with family with 4 members. Nine people live by their own (2.8%). Subjects 59.3% had salary 1,000-5,000 Baht per month, while 40.3% had 5,000-9,000 Baht for monthly household income. Most of them, 74.5 percent, had joined Thailand's Universal Health Coverage Scheme.

Most of the subjects, 75.1 percent, had chronic health conditions. Subjects 57.4 percent had one chronic health condition. The three most common diseases in Srisa Chorakhe Noi community were hypertension, diabetes, and dyslipidemias. The health condition is under control in 81.1 percent of subjects.

Subjects 22.5 percent have a lot of leftover medicines on the day of next doctor visit. Subjects 56.4 percent indicated that the main reason of the leftover

medicines was the physicians over prescribed the medicines. While other 18.2 percent had told that they forgot to take medicines.

In medicine use behavior aspect, the results showed that most of the elders, 63.1 percent manage their own medicines. Medication-related problems was found, for example, forgetting to take medicines (35.7 percent), refilling medicines by themselves (21.2%), self-adjusting of dose (9.6%), and sharing medicines with others (13.2%).

Subjects 19.1% percent used traditional medicines and 14.2 percent used food supplements by an advice of non-health team member, such as, family member, neighbors, acquaintances. Most of them failed to inform their physicians about using traditional medicine and food supplement together with modern medicine. Subjects 31.4 percent grew medicinal plants at home, but had never processed medicinal plants to other products. In contrast, medicinal plants were used for health treatment (62.2 percent) as suggested by health center officers and nurse.

Elderly subjects in Srisa Chorakhe Noi community had positive attitude toward health products. The hypothesis was test at statistically significant level of 0.05 and found that differences in gender, education level, and health benefit gave no difference in attitude toward modern medicine, traditional medicine, food supplement, and herbal products.

In conclusion, this research had shown medication related problem, such as forgetting to take medicine, home medicine overstock, and medicine leftover management problems, including lack of knowledge in using alternative medicines was found as much as in other community in Thailand. However, medication related problem affected elder's health benefit, economical cost in health care system. The evaluation of degree of the problem in this study could lead to a proper solving to promote suitable health care management in this community in the future.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความสนับสนุนและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศีรษะจรเข้น้อย ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลศีรษะจรเข้น้อย องค์การบริหารส่วนตำบลศีรษะจรเข้น้อย ผู้สูงอายุในชุมชนศีรษะจรเข้น้อย และนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ชั้นปีที่ 2 ที่ลงเรียนวิชาเภสัชสาธารณสุข (PP2412) ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2557 ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ.โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย
มิถุนายน 2558



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
กรอบความคิดการวิจัย	2
สมมติฐานการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	8
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	9
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	9
การเก็บรวบรวมข้อมูล	10
การวิเคราะห์ข้อมูล	10
บทที่ 4 ผลการวิจัย	12
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	26
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	26
ข้อเสนอแนะ	29
บรรณานุกรม	30
ภาคผนวก	32
ประวัติย่อผู้วิจัย	37

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ : เพศ อายุ การศึกษา	12
2	แสดงจำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมตัวผู้สูงอายุด้วย)	13
3	แสดงรายได้ส่วนตัวและรายได้ครอบครัวของผู้สูงอายุ	13
4	แสดงสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ	14
5	แสดงโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ	14
6	แสดงจำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ	14
7	แสดงโรคที่พบในผู้สูงอายุ	15
8	แสดงการควบคุมอาการของโรคในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	15
9	แสดงการพบยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	15
10	แสดงสาเหตุของการพบยาเหลือใช้ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	16
11	แสดงการจัดการกับยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	16
12	แสดงการจัดยาเพื่อใช้ควบคุมอาการของโรคในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	16
13	แสดงพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	17
14	แสดงการใช้ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้สูงอายุ	17
15	แสดงแหล่งที่มาของยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	18
16	แสดงจำนวนและอาชีพของผู้ให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	18
17	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่แพทย์ที่ทำการรักษาทราบถึงการรับประทานยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	19
18	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่มีการปลูก การรับประทาน และการแปรรูปสมุนไพร	19
19	แสดงจำนวนและอาชีพของผู้ให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานสมุนไพร	20
20	แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 1 ด้วยสถิติ T-test	23
21	แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 2 ด้วยสถิติ one way ANOVA	23
22	แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 3 ด้วยสถิติ one way ANOVA	24
23	แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 4 ด้วยสถิติ one way ANOVA	24
24	แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 5 ด้วยสถิติ one way ANOVA	25

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1 แสดงทัศนคติของผู้สูงอายุต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ	21
2 แสดงทัศนคติด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ	22



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดให้สังคมผู้สูงอายุคือสังคมที่มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวนร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 8.4 ล้านคน ได้เพิ่มขึ้นเป็น 14% ในปี พ.ศ. 2554 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20% ในปี พ.ศ. 2574 (ปีมหาพัฒนาวงศ์, 2556) นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ดัชนีการสูงวัย (Aging index) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กับประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ยังมีค่าอยู่ในช่วง 50 - 119.9 ดัชนีการสูงวัยมีค่ามากกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก ทำให้ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2573 สังคมไทยจัดอยู่ในสังคมสูงวัย (Aged society) (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2556 : เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558) และในอีก 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) สาเหตุของการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรลดน้อยลงในขณะที่อัตราการตายก็ลดลง รัฐจึงต้องใช้งบประมาณจำนวนเพิ่มขึ้นในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เนื่องจากสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ ประชากรกลุ่มนี้จึงมีการใช้ยาปริมาณสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ปัญหาจากการใช้ยาจึงมีโอกาสเกิดขึ้นได้สูง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมพร้อม ในขณะที่สังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวจากครอบครัวขยายที่ลูกหลานจำนวนมากอยู่รวมในครอบครัวเดียวกัน มาเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2550 ข้อมูลจากกรมการปกครองพบว่า ประชากรไทยมีประมาณ 63 ล้านคน มีจำนวนครอบครัวอยู่ประมาณ 17.8 ล้านครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 53.2 และครอบครัวขยายร้อยละ 33.9 ประชากรอยู่คนเดียวร้อยละ 12.3 ประชากรอยู่กับคนที่ไม่ใช่ญาติร้อยละ 0.6 จากข้อมูลดังกล่าวทำให้พบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องดูแลตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุได้

จากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามวัย ผู้สูงอายุท่านหนึ่งๆ อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคในเวลาเดียวกัน ทำให้ต้องพบแพทย์พร้อมกันหลายท่านและได้รับยาหลายประเภท ทั้งยังต้องรับประทานยาตลอดชีวิต การใช้ยาจำนวนมากอาจนำมาซึ่งปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเอง อาจมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรวมมียาเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา ใช้ยาเป็นบางเวลาเมื่อมีอาการ ใช้ยาที่แพทย์จ่ายเป็นครั้งคราวอยู่เป็นประจำ หรือปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนอาจใช้ยาทางเลือกอื่นๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาชุด ด้วยความเชื่อว่ามีอันตรายน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน หรือเห็นคนอื่นใช้แล้วไม่มีปัญหาจึงใช้บ้างเนื่องจากใช้ยาแผนปัจจุบันแล้วไม่หาย ผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง

ขาดความรู้ในการใช้ยาทางเลือก เช่นยาชุด หรือยาลูกกลอน (ชื่นจิตร กองแก้วและคณะ 2557) การใช้ยาทางเลือกจากแหล่งผลิตที่ไม่ได้มาตรฐานหรือได้ข้อมูลการรักษาที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

จากข้อมูลเบื้องต้นชี้ให้เห็นความจำเป็นในการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนศิระจรเข้้น้อย ซึ่งเป็นชุมชนติดกับมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้เป็นแนวทางการให้บริการวิชาการของมหาวิทยาลัย อันจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของชุมชนในด้านการรักษาพยาบาล การใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุในชุมชนศิระจรเข้้น้อย
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุในชุมชนศิระจรเข้้น้อยที่มีต่อยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร

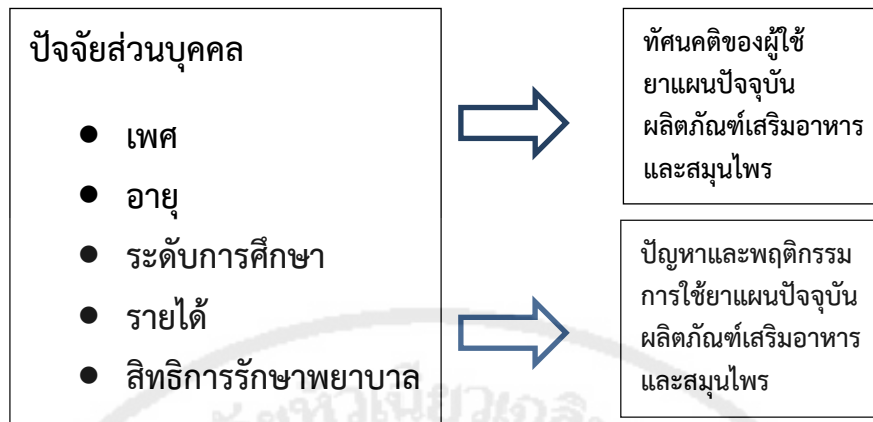
ขอบเขตของการวิจัย

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้้น้อย จ.สมุทรปราการ เป็นการวิจัยร่วมกันระหว่างอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กับชุมชนตำบลศิระจรเข้้น้อย ซึ่งประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศิระจรเข้้น้อย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมอชาวบ้านผู้สูงอายุ โดยมีระยะเวลาในการทำวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557- มิถุนายน 2558

กรอบความคิดการวิจัย

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้้น้อย จ.สมุทรปราการ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนศิระจรเข้้น้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองด้านยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้้น้อย จ.สมุทรปราการ เป็นงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร โดยผ่านการสำรวจโดยมีกรอบความคิด ดังนี้



สมมติฐานของการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ที่แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบัน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบวิถีชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชนด้วยยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร
2. ทำให้ได้แหล่งข้อมูลยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพรที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติในชุมชน
3. ทำให้สามารถสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
4. ทำให้ทราบแนวทางการจัดการด้านสุขภาพในชุมชน

นิยามศัพท์

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานเพื่อเสริมการรับประทานอาหารหลัก ที่ใช้รับประทานโดยตรงนอกเหนือไปจากการรับประทานอาหารหลักตามปกติทุกวัน

สมุนไพร หมายถึง ผลิตผลธรรมชาติ ได้จาก พืช สัตว์ และ แร่ธาตุ ที่ใช้เป็นยา หรือผสมกับสารอื่นตามตำรับยา เพื่อบำบัดโรค บำรุง ร่างกาย หรือใช้เป็นยาพิษ ในงานวิจัยนี้หมายถึงผลิตภัณฑ์จากพืชที่มีใช้ในครัวเรือน

ปัญหาการใช้ยา หมายถึง ความขัดข้องต่างๆ ในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติที่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับการแสวงหาหา การเก็บรักษาและการบริโภคยา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องการสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้หน้า จ.สมุทรปราการ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจที่บูรณาการร่วมกับการบริการวิชาการ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

นิยามของผู้สูงอายุโดยทั่วไปถูกกำหนดด้วยอายุ เนื่องจากชัดเจนและทำให้สามารถบริหารจัดการกำลังคนในประเทศได้ การกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยทั่วไปประเทศพัฒนาแล้ว กำหนดเกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศกำหนดเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2556) สำหรับประเทศไทย ความหมายของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย เป็นวัยที่เริ่มได้รับสวัสดิการต่างๆ เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก โครงสร้างประชากรในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 และร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2554 ตามลำดับ สำหรับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ 13.8 และหญิงร้อยละ 16.1) หรือประมาณกว่า 10 ล้านคน เมื่อพิจารณาช่วงอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) มีจำนวนร้อยละ 56.5 วัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) มีจำนวนร้อยละ 29.9 และวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 13.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทยจึงมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น จากแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ ทำให้ต้องเตรียมการวางแผนจัดการปัญหาด้านสุขภาพและจัดสรรงบประมาณเพิ่มสูงขึ้นในการดูแลกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชรา ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและความจำถดถอยลง เกิดความเฉื่อยชาไม่กระฉับกระเฉง ความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 (เอกชัย เพียรศรีวัชรา และคณะ. 2556) โดยทำการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัด พบว่า กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุไทยเจ็บป่วยมากที่สุดสามอันดับแรกคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 นอกจากนี้พบโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 ผู้สูงอายุหนึ่งท่านอาจเป็นหลายโรคได้ในเวลาเดียวกัน พบว่าผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 คน จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ชนิดตา ฟลอมเอี่ยมแสงและคณะ, 2554) ทำให้ต้องพบแพทย์พร้อมกันหลายท่านและได้รับยาหลายประเภทในคราวเดียวกัน ทั้งยังต้องรับประทานยาตลอดชีวิต เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การที่ผู้สูงอายุต้องดูแลสุขภาพตนเองประกอบกับต้องรับประทานยาจำนวนมากและเป็นเวลานานอาจนำมาซึ่งปัญหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของผู้สูงอายุ ท้ายที่สุดอาจก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาของชินจิตร กองแก้ว (2557) พบว่าจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 44) ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาได้รับการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นปัญหาการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้

การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) พบว่า โครงสร้างของครอบครัวไทยในปัจจุบันเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ครอบครัวขยายที่มีทั้งปู่ย่าตายายและ/หรือญาติลดลงจากร้อยละ 34.5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 33.8 ในปี พ.ศ. 2549 และครอบครัวเดี่ยวที่มีสามีและ/หรือภรรยาและ/หรือลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.9 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 54.5 ในปี พ.ศ. 2549 ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 4.4 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2533 เป็น 3.9 คนต่อครัวเรือนในปี พ.ศ. 2543 และ 3.5 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2545 และผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2545 ปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2554 ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.4 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่คนเดียวตามลำพังร้อยละ 89.6 จำนวนครอบครัวที่มีเด็กและผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันลำพังก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก (มิ่งสรรพ ขาวสะอาด. 2556) การที่ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหาการใช้ยาได้

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Medication Related Problems, MRP) มีความหมายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอันได้แก่ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกัน รวมถึงการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ (non-adherence) ทำให้มีผลต่อการรักษาด้วยยา จนอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว จากการสำรวจปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโดยวาสนา นัยพัฒน์ และคณะ (2553) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนบ้านพักโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีโรคมากกว่า 1 โรค และผู้สูงอายुर้อยละ 14.7 มีปัญหาการใช้ยา ลืมรับประทานยาตามแพทย์สั่งและขาดความรู้ในการใช้ยา

งานวิจัยของชินจิตร กองแก้ว (2557) ทำการศึกษาการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเนื่องจากปัญหาการใช้ยา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุได้แก่ อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยยิ่งอายุมากขึ้นความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น การได้รับยาใหม่ภายในระยะเวลา 1 เดือน และการใช้ยาหลายขนานพร้อมๆ กัน (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การรับยาจากคลินิกเอกชนและร้านขายยา และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์เกิดโรคมกกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า และมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 โรค ทำให้ได้รับยาหลายขนาน (poly-pharmacy) ทำให้โอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Events: ADEs) เพิ่มมากกว่าปกติ โดยเฉพาะยากลุ่มที่มีความเสี่ยงเป็นพิเศษ โดยพบความชุกในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.4 (ชนิดตา พลอยเลื่อมแสง และคณะ. 2554)

จิตชนก ลีทวิสุข และคณะ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง จังหวัดตาก พบว่า ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจสอบวันหมดอายุของยา และผู้สูงอายุที่ใช้ยาจำนวนมากกว่า 5 ชนิดต่อวัน จะมีพฤติกรรมการบริหารยา เช่น ความสม่ำเสมอของการใช้ยา การบริหารยา การเก็บรักษายา การตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนใช้ ฯลฯ ที่มีความเหมาะสมลดน้อยลง

ชื่นจิตร์ กองแก้วและคณะ (2557) ได้ทำการสำรวจการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบว่าการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุเกิดจากความสามารถหลัก 2 ด้านคือ ความสามารถในการบริหารยา (capability to perform medication administration) และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม (capability to make a proper decision) จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การรวบม็อยยาเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา การใช้ยาที่จำเป็นต้องใช้อย่างสม่ำเสมอเป็นบางเวลา การใช้ยาที่แพทย์จ่ายเป็นครั้งคราวอยู่เป็นประจำ การปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง การสะสมยาที่เหลือจากการจ่ายยาก่อนหรือการเก็บสะสมยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้แล้ว เพื่อสำรองไว้ใช้หากมีอาการกำเริบ ด้านการเก็บรักษายา พบว่าผู้สูงอายุบางรายเก็บยาทุกชนิดไว้ในถุงเดียวกัน ไม่สามารถบอกได้ว่ายาชนิดใดใช้อย่างไร หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับการเก็บรักษายา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุใช้ยาทางเลือกอื่นๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาชุด ด้วยความเชื่อว่ามีอันตรายน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน หรือเห็นคนอื่นใช้แล้วไม่มีปัญหาจึงใช้บ้างเนื่องจากใช้ยาแผนปัจจุบันนานแล้วยังไม่หาย ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งขาดความรู้ในการใช้ยาทางเลือก เช่น ยาชุด ยาลูกกลอน และเชื่อว่ายาลูกกลอนที่ใช้ไม่มีส่วนผสมของยาสเตียรอยด์ เพราะรับประทานแล้วไม่มีอาการผิดปกติ ทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนเปลี่ยนที่รักษาไปเรื่อยๆ เนื่องจากรักษาที่เดิมแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่หายขาด

แม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายสนับสนุนให้พัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันและปรับปรุงยาไทยและยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาทางเลือกจากแหล่งที่ไม่ได้มาตรฐานหรือได้ข้อมูลการรักษาที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่นเดียวกับงานวิจัยของสินีนานา วิทย์พิเชฐสกุลและอุกฤษฏ์ สิทธิบุศย (2557) ที่พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในจังหวัดชลบุรี เลือกรักษาโรคแบบแผนปัจจุบันควบคู่กับการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เพราะอยากรู้ อยากเห็นอยากลอง เพื่อนแนะนำให้รับประทานหรือใช้ตามที่ได้อ่านจากหนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร โฆษณาจากวิทยุหรือโทรทัศน์ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะเปลี่ยนตัวยาหรือสมุนไพรที่ใช้รักษา ปัญหาที่พบจากงานวิจัยคือการใช้ยาโดยไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีค่านิยมในการใช้ยาแบบบอกต่อๆ กัน จึงเห็นได้ว่านอกจากความเสี่ยงจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ อันมีสาเหตุที่สำคัญจากการที่ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาจำนวนมากและเป็นเวลานานแล้ว การที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังอาจทำให้

ผู้สูงอายุต้องการหาทางเลือกในการรักษา ซึ่งอาจกลับส่งผลเสียต่อร่างกายหากเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานจากการขาดข้อมูลที่ถูกต้อง

องค์การสหประชาชาติประเมินสถานการณ์ว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุคือการมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก การทราบสถานการณ์ทำให้แต่ละประเทศต้องเตรียมความพร้อมในการจัดการกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีความมั่นคงในชีวิต ที่เรียกว่า Active Aging ซึ่งประกอบด้วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดี มีความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและชุมชน

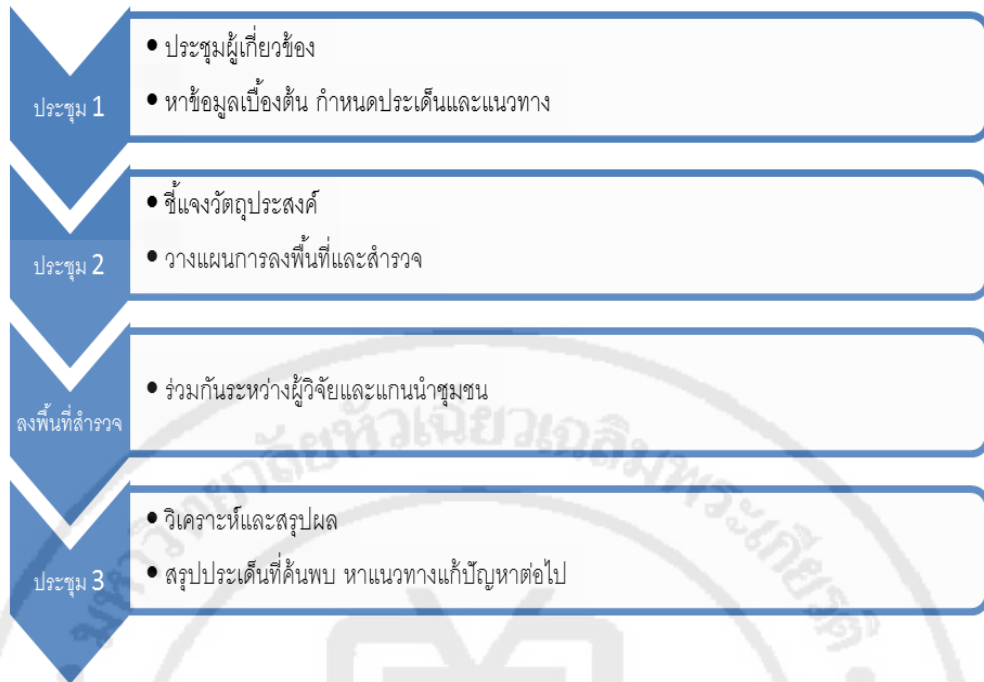
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับยังไม่มีมีการสำรวจปัญหาการใช้ยาและสมุนไพรของผู้สูงอายุในชุมชนศิริราชระเข้กันอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีจำเป็นต้องทำการสำรวจปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ เพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมในการป้องกันปัญหาด้านการใช้ยาที่จะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีการใช้ยาอย่างปลอดภัย ทั้งยังสามารถนำข้อมูลจากการสำรวจมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างแท้จริง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ วิทยาลัยชุมชนศรีสะเกษชั้นน้อย จ.สมุทรปราการ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการกับการบริการวิชาการของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยได้รับความร่วมมือจากแกนนำในชุมชนศรีสะเกษชั้นน้อย ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน วัด และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการดำเนินงานร่วมกันดังนี้

1. ประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นและร่วมกันกำหนดประเด็นและร่างแนวทางการทำงานร่วมกัน (ประชุมครั้งที่ 1)
2. ประสานงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งตัวแทนชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย พร้อมวางแผนการลงพื้นที่สำรวจ (ประชุมครั้งที่ 2)
3. อบรมทำความเข้าใจในประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย
4. นัดหมายตัวแทนเข้าชุมชนเพื่อเก็บข้อมูล
5. ลงพื้นที่ทำการสำรวจโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามและการสังเกต
6. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุปผลการสำรวจ นำผลการสำรวจมาหาแนวทางดำเนินการแก้ปัญหาที่พบต่อไป (ประชุมครั้งที่ 3)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลศิระจรเข้ชั้น้อย จำนวน 670 คน (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย)

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลศิระจรเข้ชั้น้อยที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบ convenient sampling ทั้งหมดจำนวน 325 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง : ใช้สูตรของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{670}{1 + (670 * 0.05^2)} = 250.5$$

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยและแกนนำในชุมชนร่วมกันสร้างขึ้น และทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำมาใช้เก็บข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

- ตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมในประเด็นคำถามการวิจัย (comprehensiveness) ดูเนื้อหา ภาษา (language) ว่าทำให้ผู้ตอบเข้าใจตรงกันหรือไม่ และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และทำการพัฒนาปรับปรุงตามคำแนะนำ

- ตรวจสอบความเชื่อมั่น หรือ reliability ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) ตามกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้ try out กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนใกล้กับมหาวิทยาลัยจำนวน 30 คน แล้วใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) วิธีการของครอนบาค (Cronbach) ได้คะแนน = 0.856 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (ข้อกำหนดคือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) วิธีการของครอนบาค (Cronbach) ต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.70)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม
การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรม SPSS version 17.0
ระยะเวลาของการทำวิจัย กรกฎาคม 2557- มิถุนายน 2558



แผนการดำเนินงานตลอดโครงการ

กิจกรรม	ก.ค.-ส.ค.	ก.ย.-ต.ค.	พ.ย.-ธ.ค.	ม.ค.-ก.พ.	มี.ค.-เม.ษ.	พ.ค.-มิ.ย.
ประชุมทำความเข้าใจ เตรียมการในการทำวิจัย (ประชุมครั้งที่ 1 และ 2)	←→		→			
จัดทำโครงร่างวิจัย ส่งขอจริยธรรมงานวิจัย	↔					
ทบทวนวรรณกรรม และร่างแบบสอบถาม	←→					
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไข		↔	→			
เก็บข้อมูล			←→	→		
รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล					↔	
สรุปผลการวิจัย					↔	→
สรุปผลและรายงานผลให้ชุมชนทราบและนำผลไปใช้					←→	→
จัดทำรายงานที่สมบูรณ์ (ประชุมครั้งที่ 3)					←→	→

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ ภาควิชาชุมชนศิริราช จ.สมุทรปราการ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลได้ตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 325 คน โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- การใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ
- ทักษะการคิดของผู้สูงอายุต่อการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร
- การทดสอบสมมติฐาน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 325 คน แสดงเพศและอายุดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ : เพศ อายุ การศึกษา

ตัวแปร	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
เพศ : ชาย	82	25.2
: หญิง	243	74.8
อายุ : 60-69 ปี	140	43.1
: 70-79 ปี	131	40.3
: 80-89 ปี	50	15.4
: 90 ขึ้นไป	4	1.2
การศึกษา : ไม่เคยเรียน	59	18.2
: ประถมศึกษา	219	67.4
: มัธยมศึกษา	31	9.5
: อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	1.5
: ปริญญาตรี	11	3.4

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง 243 คนจากทั้งหมด 325 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี โดยมีผู้สูงอายุ 60-69 ปีถึง 140 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 และอายุ 70-79 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เรียนถึงระดับประถมศึกษาจำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมตัวผู้สูงอายุด้วย)

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
1	9	2.8
2	34	10.5
3	69	21.2
4	114	35.1
5	40	12.3
6	33	10.2
7	7	2.2
8	6	1.8
9	4	1.2
10	3	0.9
15	1	0.3
ไม่ตอบ	5	1.5
รวม	325	100

ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว 2-6 คน โดยมีถึง 114 ครอบครัว หรือร้อยละ 35.1 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 4 คน

ตารางที่ 3 แสดงรายได้ส่วนตัวและรายได้ครอบครัวของผู้สูงอายุ

รายได้		ความถี่ (คน)	ร้อยละ
รายได้ส่วนตัว	ต่ำกว่า 1,000	57	17.5
	1,000-2,999	93	28.6
	3,000-4,999	30	9.2
	5,000 ขึ้นไป	70	21.5
	ไม่ตอบ	75	23.1
รายได้ครอบครัว	ต่ำกว่า 5,000	33	10.2
	5,000-9,999	131	40.3
	10,000-19,999	66	20.3
	20,000 ขึ้นไป	31	9.5
	ไม่ตอบ	64	19.7

รายได้ส่วนตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,000-2,999 บาทต่อเดือนมีจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมาคือรายได้มากกว่า 5,000 บาท จำนวน 70 คนคิดเป็นร้อยละ 21.5

ส่วนรายได้ครอบครัว ผู้สูงอายุจำนวน 131 คน หรือร้อยละ 40.3 มีรายได้ครอบครัวเดือนละ 5,000-9,999 บาท รองลงมาจำนวน 66 คน หรือร้อยละ 20.3 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนคือ 10,000-19,999 บาท

ตารางที่ 4 แสดงสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

สิทธิการรักษาพยาบาล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ	21	6.4
ประกันสังคม	22	6.8
บัตรทอง	242	74.5
จ่ายเอง	10	3.1
ไม่ตอบ	30	9.2
รวม	325	100

สิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง หรือสิทธิจากนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 242 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 74.5

ตารางที่ 5 แสดงโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ

โรคประจำตัว	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
มี	244	75.1
ไม่มี	79	24.3
ไม่ตอบ	2	0.6
รวม	325	100

ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 ส่วนที่ไม่มีโรคประจำตัวมี 79 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

จำนวนโรคประจำตัว	ความถี่ (คน)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว
1	140	57.4
2	79	32.4
3 ขึ้นไป	25	10.2
รวม	244	100.0

ผู้สูงอายุจำนวน 140 คนหรือร้อยละ 57.4 มีโรคประจำตัว 1 โรค ส่วนคนที่มีโรคประจำตัว 2 โรคมีจำนวน 79 คนหรือร้อยละ 32.4

ตารางที่ 7 แสดงโรคของผู้สูงอายุ

โรค	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ความดัน	172	70.5
เบาหวาน	71	29.1
ไขมัน	52	21.3
รวม	244	100.0

โรคของผู้สูงอายุในชุมชนศีรษะจรเข้ชั้นน้อยที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ ความดัน เบาหวาน และ ไขมัน โดยพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันถึง 172 คน หรือร้อยละ 70.5 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำนวนทั้งสิ้น 244 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 52.9 ของตัวอย่างทั้งหมดในงานวิจัย

ตารางที่ 8 แสดงการควบคุมอาการของโรคในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

การควบคุมอาการ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ควบคุมได้ดี	198	81.1
ควบคุมไม่ได้	7	2.9
ควบคุมได้บางครั้ง	39	16.0
รวม	244	100

สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เมื่อสอบถามถึงการควบคุมอาการของโรค พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี จำนวน 198 คน หรือร้อยละ 81.1

2. การใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรในผู้สูงอายุในชุมชนศีรษะจรเข้ชั้นน้อยได้ผลดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงการพบยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

ยาเหลือใช้	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
มียาเหลือใช้	55	22.5
ไม่มียาเหลือใช้	189	77.5
รวม	244	100.0

ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เมื่อสอบถามถึงปริมาณยาเหลือใช้เมื่อถึงกำหนดของแพทย์ พบว่าส่วนใหญ่จำนวน 189 คนหรือร้อยละ 77.5 ไม่มียาเหลือใช้ ส่วนกลุ่มที่มียาเหลือใช้มีจำนวน 55 คน หรือร้อยละ 22.5

ตารางที่ 10 แสดงสาเหตุของการพบยาเหลือใช้ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

สาเหตุ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ได้รับยาจำนวนมากเกินไป	31	56.4
ลืมรับประทานยา	10	18.2
ไม่ชอบรับประทานยา	4	7.3
กลัวผลเสียระยะยาว	2	3.6
ใช้วิธีอื่นร่วมด้วย	2	3.6
อื่นๆ	6	10.9
รวม	55	100.0

จากการสอบถามสาเหตุของการมียาเหลือใช้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 31 คนหรือร้อยละ 56.4 เกิดจากการที่แพทย์สั่งยาให้เกินจำนวนที่ต้องใช้และเก็บสะสมไว้ รองลงมาจำนวน 10 คนหรือร้อยละ 18.2 เกิดจากการลืมรับประทานยาของผู้สูงอายุเอง

ตารางที่ 11 แสดงการจัดการกับยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

		ความถี่ (คน)	ร้อยละ
นำมาใช้ต่อ	แยกใช้ยาเก่าก่อนยาใหม่	20	36.4
	นำมารวมกันแล้วใช้	7	12.7
	แบ่งให้ผู้อื่นที่อาการเหมือนกัน	1	1.8
ไม่ใช้ต่อ	คืนโรงพยาบาล	10	18.2
	ทิ้งไป	17	30.9
รวม		55	100

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มียาเหลือใช้จำนวนทั้งสิ้น 55 คน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีการจัดการยาเหลือใช้โดยนำมาใช้ต่อจำนวน 28 คนและไม่นำมาใช้ต่อจำนวน 27 คน โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 20 คน นำมาใช้ต่อโดยมีการแยกใช้ยาเก่าให้หมดก่อนแล้วจึงใช้ยาใหม่ รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ 17 คนที่ไม่ใช้ยาเหลือใช้และนำยาที่เหลือไปทิ้ง

ตารางที่ 12 แสดงการจัดยาเพื่อใช้ควบคุมอาการของโรคในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
จัดยาด้วยตนเอง	205	63.1
คนอื่นจัดให้	43	13.2
ไม่ตอบ	77	23.7
รวม	325	100

ผู้สูงอายุในชุมชนศิระจรเข้ร้อยละน้อยส่วนใหญ่จัดยาด้วยตนเองจำนวน 205 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 63.1 และมีผู้อื่นจัดยาให้จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 โดยผู้ที่จัดยาให้เป็นคนในครอบครัว เช่น ลูก หลาน ญาติ สามีหรือภรรยา เป็นต้น

ตารางที่ 13 แสดงพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

พฤติกรรมการใช้ยา	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่เคยปฏิบัติ	
	ความถี่ (คน)	ร้อยละ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
รับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง	298	91.7	26	8.0	1	0.3
แบ่งยาตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน	3	0.9	40	12.3	282	86.8
รับประทานยาของผู้อื่น	3	0.9	34	10.5	288	88.6
ปรับขนาดยาด้วยตนเอง	11	3.4	20	6.2	294	90.5
ลืมนับรับประทานยา	5	1.5	111	34.2	209	64.3
ซื้อยาเพิ่มเอง	13	4.0	56	17.2	256	78.8

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง จำนวน 298 คนคิดเป็นร้อยละ 91.7 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่อาจก่อให้เกิดผลเสียในการควบคุมโรคประจำตัวได้ ได้แก่ การแบ่งยาตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน การรับประทานยาของผู้อื่น การปรับขนาดยาด้วยตนเอง การลืมนับรับประทานยา การซื้อยาเพิ่มเอง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติในพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ คิดเป็นร้อยละ 86.8, 88.6, 90.5, 64.3 และ 78.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 แสดงการใช้ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้สูงอายุ

ผลิตภัณฑ์	ใช้		ไม่ใช้	
	ความถี่ (คน)	ร้อยละ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ยาแผนโบราณ	62	19.1	263	80.9
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	46	14.2	279	85.8

ผู้สูงอายุในชุมชนศิระจรเข้ร้อยละน้อยส่วนใหญ่จำนวน 263 คนหรือร้อยละ 80.9 ไม่ใช้ยาแผนโบราณ และไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 279 คนคิดเป็นร้อยละ 85.8 มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้ยาแผนโบราณ จำนวน 62 คนหรือร้อยละ 19.1 และมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 46 คน หรือร้อยละ 14.2

ตารางที่ 15 แสดงแหล่งที่มาของยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

แหล่งที่มา	ยาแผนโบราณ		ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	
	ความถี่ (คน)	ร้อยละ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ร้านขายยา	18	31.0	8	19.0
ร้านค้า	15	25.9	9	21.4
ขายตรง	3	5.2	9	21.4
ผู้อื่นซื้อ	18	31.0	15	35.8
แพทย์แผนโบราณ	1	1.7	0	0
โรงพยาบาล/ รพสต./คลินิก	3	5.2	1	2.4
รวม	58	100	42	100

แหล่งที่มาของยาแผนโบราณที่ผู้สูงอายุในชุมชนศิริระจรัสใช้น้อยใช้ส่วนใหญ่ได้จากผู้อื่นซื้อมาให้ จำนวน 18 คนหรือร้อยละ 31.0 เท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่ซื้อยาแผนโบราณจากร้านขายยา แหล่งที่มาของยาแผนโบราณรองลงมาคือจากร้านค้า จำนวน 15 คนหรือร้อยละ 25.9

แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่มีผู้อื่นซื้อมาให้จำนวน 15 คนหรือร้อยละ 35.8 รองลงไปคือจากร้านค้า และจากการขายตรงจำนวน 9 คนหรือร้อยละ 21.4 ซื้อจากร้านขายยา จำนวน 8 คนหรือร้อยละ 19.0

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและอาชีพของผู้ให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ผู้แนะนำให้รับประทาน		ยาแผนโบราณ	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
		ความถี่ (คน)	ความถี่ (คน)
บุคลากรทางการแพทย์	แพทย์	5	3
	รพ. คลินิก	1	1
	จนท.อนามัย	3	1
	เภสัชกร	1	0
	อื่นๆ	0	1
ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์	ตัวเอง	7	1
	คนในครอบครัว	19	23
	เพื่อน คนรู้จัก	15	6
	พระสงฆ์	3	0
	ตัวแทนจำหน่าย / จากโฆษณา	4	6

ผู้ที่แนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ พบว่าผู้แนะนำเป็นคนในครอบครัว เพื่อนและคนรู้จัก หรือซื้อหามารับประทานเอง ผู้สูงอายุจำนวน 19 คนมีคนในครอบครัวเป็นผู้แนะนำให้รับประทานยาแผนโบราณ และแนะนำให้รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 23 คน

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่แพทย์ที่ทำการรักษาทราบถึงการรับประทานยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ทราบ	25	7.7
ไม่ทราบ	65	20.0
ไม่ตอบ	235	72.3
รวม	325	100.0

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับประทานยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เมื่อสอบถามว่าแพทย์ที่ทำการรักษาทราบหรือไม่ว่าท่านรับประทานยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าแพทย์ไม่ทราบ (จำนวน 65 คน) มีเพียงส่วนน้อยที่แพทย์ทราบการใช้ยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร่วมด้วยในการรักษา

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่มีการปลูก การรับประทาน และการแปรรูปสมุนไพร

		ความถี่ (คน)	ร้อยละ
มีสมุนไพรในบ้านหรือไม่	มี	194	59.7
	ไม่มี	102	31.4
	ไม่ตอบ	29	8.9
รับประทานสมุนไพรเพื่อรักษาโรคหรือไม่	รับประทาน	202	62.2
	ไม่รับประทาน	87	26.8
	ไม่ตอบ	36	11.1
เคยแปรรูปสมุนไพรหรือไม่	เคย	23	7.1
	ไม่เคย	246	75.7
	ไม่ตอบ	56	17.2
ต้องการแปรรูปสมุนไพรเพื่อเพิ่มรายได้หรือไม่	ต้องการ	16	4.9
	ไม่ต้องการ	248	76.3
	ไม่ตอบ	61	18.8

ผู้สูงอายุในชุมชนศิระจรเข้มีจำนวน 194 คนหรือร้อยละ 59.7 ปลูกสมุนไพรในบริเวณบ้าน และมีการรับประทานสมุนไพรเพื่อรักษาโรคมามากถึง 202 คนหรือร้อยละ 62.2 แต่ส่วนใหญ่จำนวน 246 คนหรือร้อยละ 75.7 ไม่เคยแปรรูปสมุนไพร และส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะแปรรูป

สมุนไพรเพื่อเพิ่มรายได้ จำนวน 248 คนคิดเป็นร้อยละ 76.3 มีเพียงส่วนน้อยคือจำนวน 16 คนหรือ ร้อยละ 4.9 ที่ต้องการแปรรูปสมุนไพรเพื่อเพิ่มรายได้

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและอาชีพของผู้ให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานสมุนไพร

ผู้ให้คำแนะนำ		ความถี่ (คน)	ร้อยละ
บุคลากรทาง การแพทย์	แพทย์	22	10.9
	รพ. คลินิก	21	10.4
	เจ้าหน้าที่อนามัย	45	22.3
	พยาบาล	44	21.8
	อื่นๆ	1	0.5
ไม่ใช่บุคลากร ทางการแพทย์	ตัวเอง	6	3.0
	คนในครอบครัว	18	8.9
	เพื่อน คนรู้จัก	23	11.4
	พระสงฆ์	5	2.5
	ตัวแทนจำหน่าย /จากโฆษณา	12	5.9
ทั้งบุคลากรทาง การแพทย์และญาติ		5	2.5
รวม		202	100

ผู้แนะนำให้ผู้สูงอายุในชุมชนศีรษะจรเข้น้อยใช้สมุนไพรในการรักษาโรคส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ โดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อนามัยจำนวน 45 คนคิดเป็นร้อยละ 22.3 และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลจำนวน 44 คนหรือร้อยละ 21.8

3. ทักษะของผู้สูงอายุต่อการใช้จ่าย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร

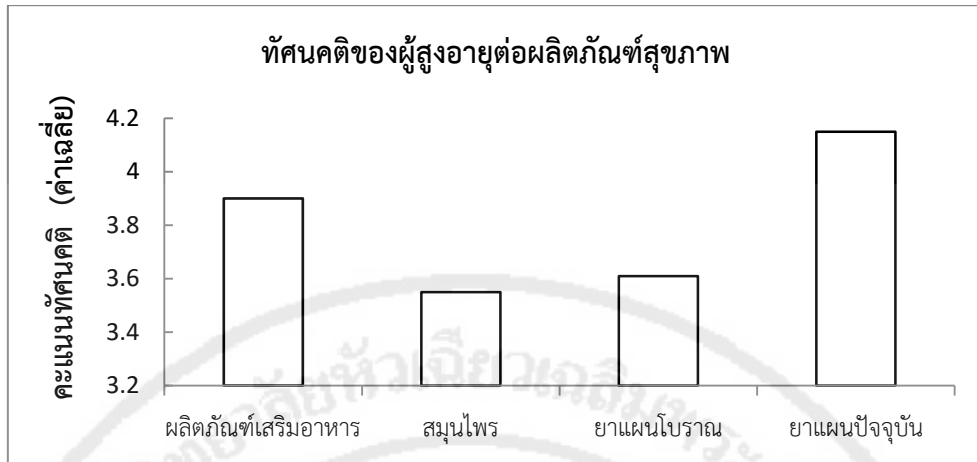
ทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก |
| 3 หมายถึง เฉยๆ | 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | |

กำหนดให้การแปลความหมายทัศนคติจากค่าเฉลี่ยที่ได้ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

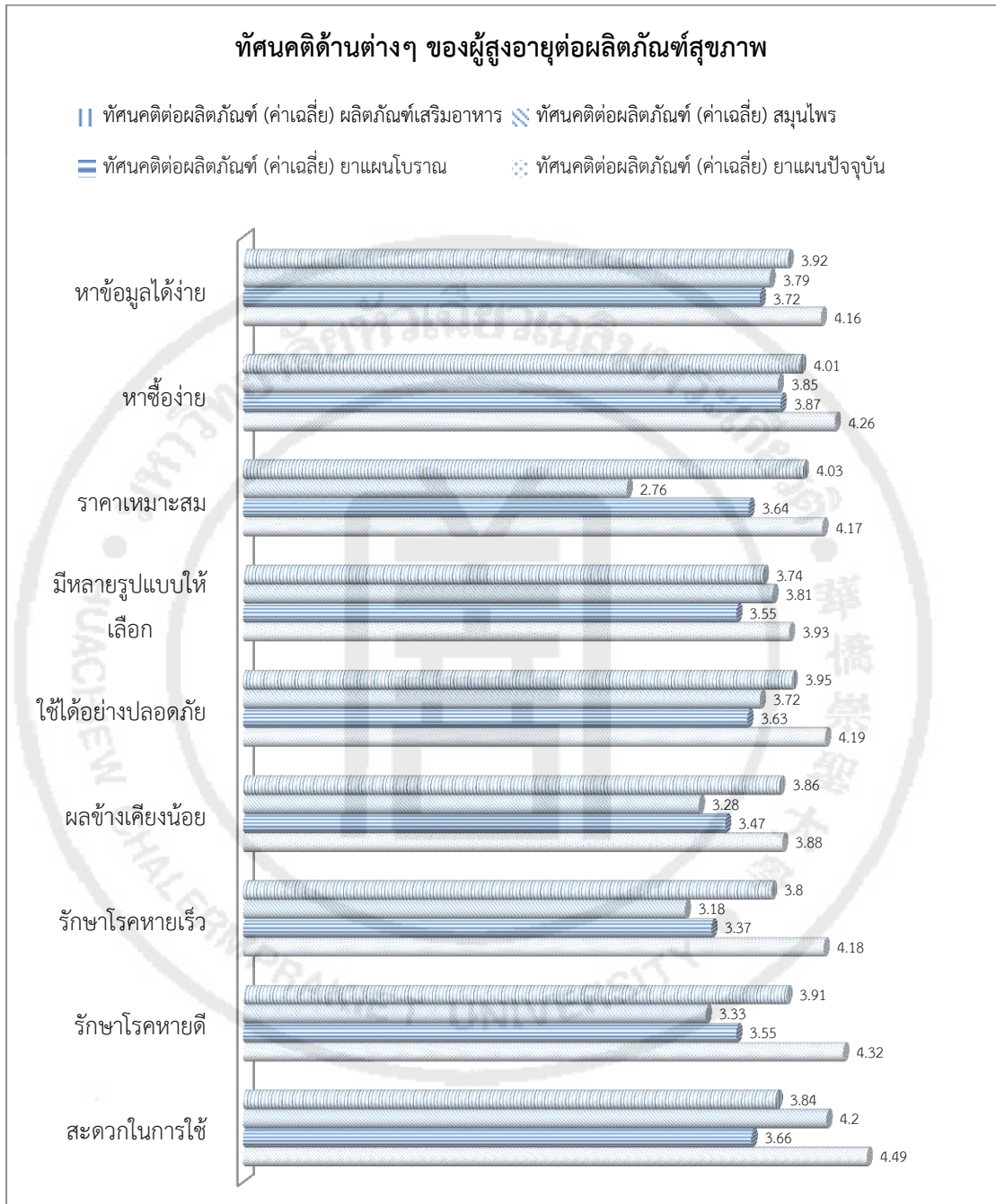
- 4.20 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกมาก
- 3.40 – 4.19 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวก
- 2.60 – 3.39 หมายถึง มีทัศนคติเชิงปานกลาง
- 1.80 – 2.59 หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบ
- 1.00 – 1.79 หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบมาก

ภาพที่ 1 แสดงทัศนคติของผู้สูงอายุต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ



ผู้สูงอายุในชุมชนศรีษะจรเข้มีทัศนคติเชิงบวกต่อผลิตภัณฑ์ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยพบว่ามีคะแนนทัศนคติเชิงบวกกับผลิตภัณฑ์ยาแผนปัจจุบันสูงที่สุด (4.18) รองลงมาคือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (3.90) และยาแผนโบราณ (3.61) ตามลำดับ และมีคะแนนทัศนคติต่อสมุนไพรน้อยที่สุด (3.55)

ภาพที่ 2 แสดงทัศนคติด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ



ทัศนคติของผู้สูงอายุต่อผลิตภัณฑ์ยาแผนปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุเห็นว่ายาแผนปัจจุบันมีความสะดวกในการใช้มากที่สุด (คะแนน 4.49 มีทัศนคติเชิงบวกมาก) รองลงมาคือรักษาโรคได้ดี (คะแนน 4.32 มีทัศนคติเชิงบวกมาก) และหาซื้อง่าย (คะแนน 4.26 มีทัศนคติเชิงบวกมาก) ตามลำดับ มีข้างเคียงน้อย (คะแนน 3.88 มีทัศนคติเชิงบวก) ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อยาแผนปัจจุบันมากกว่าผลิตภัณฑ์อื่นๆ ในทุกๆ ด้าน

สำหรับยาแผนโบราณ พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับปานกลางถึงบวก (คะแนน 3.37 ถึง 3.87) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือหาซื้อง่าย (คะแนน 3.87 มีทัศนคติเชิงบวก) รองลงมาคือหาข้อมูลง่าย (คะแนน 3.72 มีทัศนคติเชิงบวก) และสะดวกในการใช้ (คะแนน 3.66 มีทัศนคติเชิงบวก) ตามลำดับ ส่วนเรื่องรักษาโรคหายเร็วได้คะแนนต่ำสุด (คะแนน 3.37 มีทัศนคติระดับปานกลาง) นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุให้คะแนนทัศนคติต่อยาแผนโบราณน้อยกว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น 4 ใน 9 ด้าน คือ ด้านความสะดวกในการใช้ ความปลอดภัย ความหลากหลายของรูปแบบและเรื่องการศึกษาข้อมูล

สำหรับสมุนไพร พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับปานกลางถึงบวกมาก (คะแนน 2.76 ถึง 4.20) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือความสะดวกในการใช้ (คะแนน 4.20 มีทัศนคติเชิงบวกมาก) รองลงมาคือหาซื้อง่าย (คะแนน 3.85 มีทัศนคติเชิงบวก) และมีหลายรูปแบบให้เลือก (คะแนน 3.81 มีทัศนคติเชิงบวก) ตามลำดับ ส่วนเรื่องราคาเหมาะสมได้คะแนนต่ำสุด (คะแนน 2.76 มีทัศนคติระดับปานกลาง) นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุให้คะแนนทัศนคติต่อสมุนไพรน้อยกว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น 5 ใน 9 ด้าน คือ ด้านรักษาโรคแล้วหายดี หายเร็ว ผลข้างเคียง ราคา และการหาซื้อง่าย

สำหรับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในเชิงบวก (คะแนน 3.74 ถึง 4.03) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือราคาเหมาะสม (คะแนน 4.03 มีทัศนคติเชิงบวก) รองลงมาคือหาซื้อง่าย (คะแนน 4.01 มีทัศนคติเชิงบวก) และใช้ได้อย่างปลอดภัย (คะแนน 3.95 มีทัศนคติเชิงบวก) ตามลำดับ ส่วนเรื่องมีหลากหลายรูปแบบให้เลือกได้คะแนนต่ำสุด (คะแนน 3.74 มีทัศนคติระดับเชิงบวก)

4. การทดสอบสมมุติฐาน

ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยในด้านต่างๆ ทางสถิติได้ผลดังนี้

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 1 ด้วยสถิติ T-test

ตัวแปรที่ทดสอบ	p-value
เพศ : ทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบัน	0.395
เพศ : ทัศนคติต่อยาแผนโบราณ	0.395
เพศ : ทัศนคติต่อสมุนไพร	0.912
เพศ : ทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	0.895

สมมุติฐานที่ 1 : เพศที่แตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่างกัน
สรุปผล จากตารางจะเห็นว่า ค่า p-value มากกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่า เพศที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 2 ด้วยสถิติ one way ANOVA

ตัวแปรที่ทดสอบ	F	Sig.
อายุ : ทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบัน	2.129	0.077

ตัวแปรที่ทดสอบ	F	Sig.
อายุ : ที่ศนคติดต่อยาแผนโบราณ	0.448	0.774
อายุ : ที่ศนคติดต่อสมุนไพร	5.953	0.000
อายุ : ที่ศนคติดต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	0.735	0.569

สมมุติฐานที่ 2 : อายุที่แตกต่างกัน จะมีที่ศนคติดต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่างกัน

สรุปผล จากตารางจะเห็นว่าเมื่อทดสอบสมมุติฐานระหว่างอายุกับที่ศนคติดต่อยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ค่า p-value มากกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่าอายุที่แตกต่างกันมีที่ศนคติดต่อยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนการทดสอบสมมุติฐานระหว่างอายุและที่ศนคติดต่อสมุนไพร พบว่าค่า p-value = 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่าอายุที่แตกต่างกันมีที่ศนคติดต่อสมุนไพรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 22 แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 3 ด้วยสถิติ one way ANOVA

ตัวแปรที่ทดสอบ	F	Sig.
รายได้ : ที่ศนคติดต่อยาแผนปัจจุบัน	1.408	0.241
รายได้ : ที่ศนคติดต่อยาแผนโบราณ	0.979	0.403
รายได้ : ที่ศนคติดต่อสมุนไพร	3.476	0.017
รายได้ : ที่ศนคติดต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	7.120	0.000

สมมุติฐานที่ 3 : ระดับรายได้ที่แตกต่างกัน จะมีที่ศนคติดต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่างกัน

สรุปผล จากตารางจะเห็นว่าเมื่อทดสอบสมมุติฐานระหว่างระดับรายได้กับที่ศนคติดต่อยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณ ค่า p-value เท่ากับ 0.241 และ 0.403 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่าระดับรายได้ที่แตกต่างกันมีที่ศนคติดต่อยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนการทดสอบสมมุติฐานระหว่างระดับรายได้และที่ศนคติดต่อสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่าค่า p-value = 0.017 และ 0.000 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่าระดับรายได้ที่แตกต่างกันมีที่ศนคติดต่อสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 23 แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 4 ด้วยสถิติ one way ANOVA

ตัวแปรที่ทดสอบ	F	Sig.
ระดับการศึกษา : ที่ศนคติดต่อยาแผนปัจจุบัน	2.085	0.083
ระดับการศึกษา : ที่ศนคติดต่อยาแผนโบราณ	0.831	0.507
ระดับการศึกษา : ที่ศนคติดต่อสมุนไพร	1.303	0.270

ตัวแปรที่ทดสอบ	F	Sig.
ระดับการศึกษา : ทศนคติต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	0.818	0.515

สมมุติฐานที่ 4 : ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่างกัน
สรุปผล จากตารางจะเห็นว่าค่า p-value มากกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่าระดับการศึกษาที่
แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 24 แสดงการทดสอบสมมุติฐานที่ 5 ด้วยสถิติ one way ANOVA

ตัวแปรที่ทดสอบ	F	Sig.
สิทธิการรักษาพยาบาล : ทศนคติต่อยาแผนปัจจุบัน	0.625	0.599
สิทธิการรักษาพยาบาล: ทศนคติต่อยาแผนโบราณ	1.344	0.261
สิทธิการรักษาพยาบาล: ทศนคติต่อสมุนไพร	0.464	0.708
สิทธิการรักษาพยาบาล: ทศนคติต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	0.367	0.777

สมมุติฐานที่ 5 : สิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน จะมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แตกต่างกัน
สรุปผล จากตารางจะเห็นว่า ค่า p-value มากกว่า 0.05 แปลความหมายได้ว่าสิทธิการ
รักษาพยาบาลที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ วิทยาลัยชุมชนศรีสะเกษจำนวน ๖๖๖ จ.สมุทรปราการ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาปัญหา และพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุในชุมชนศรีสะเกษจำนวน (2) เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุในชุมชนศรีสะเกษจำนวนที่มีต่อยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร โดยปัญหาการใช้ยาหมายถึงความขัดข้องต่างๆ ในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาหมายถึงการ ปฏิบัติที่เคยปฏิบัติมาเกี่ยวกับการแสวงหายา การเก็บรักษาและการบริโภคยา ผู้วิจัยได้ทำการเก็บ ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม จากตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 325 คน โดยการสุ่มแบบ convenient sampling การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการประสานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสะเกษจำนวน ๖๖๖ ตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ จนข้อมูลครบสมบูรณ์ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจ มีจำนวนทั้งสิ้น 325 คน เป็นเพศหญิง 243 คนหรือร้อยละ 74.8 เพศชาย 82 คนหรือร้อยละ 25.2 อายุของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี ช่วงอายุดังกล่าวจัด อยู่ในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุในชุมชนมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ใน ครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คนพบมากที่สุดถึง 114 ครอบครัวหรือ ร้อยละ 35.1 ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังจำนวน 9 คนหรือร้อยละ 2.8 อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ในชุมชนได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุร้อยละ 59.3 มีรายได้เป็นของตนเอง ประมาณ 1,000-5,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่ร้อยละ 40.3 มีรายได้รวมของครอบครัวประมาณ 5,000-9,999 บาทต่อเดือน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี 2556 (สรุสดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. 2556) ที่รายงานค่ามัธยฐานรายได้รวมกันของสมาชิกในครัวเรือนของ ผู้สูงอายุต่อเดือนเท่ากับ 6,000 บาท ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิ์บัตรทองจากนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 75.1 ของตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมดมีโรค ประจำตัว กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค พบผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัวมากกว่า 3 โรคขึ้นไปเพียงร้อยละ 10.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของนภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ ที่พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจ มีโรคประจำตัวหลายโรค โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่พบมากในชุมชนศรีสะเกษจำนวน 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือด ซึ่งตรงกับโรคที่พบมาก 2 อันดับแรกจากการสำรวจ สุขภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2556 (เอกชัย เพียรศรีวัชรา และคณะ. 2556) คือโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ข้อสังเกตคือ พบโรคไขมันในเลือดเป็นอันดับที่ 3 ในชุมชนศรีสะเกษ

จรชั้่น้อย แตกต่างจากการสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 ที่พบโรคข้อเข่าเสื่อ้่มเป็นจ้านวนมากกว่า (ร้อยละ 9.0) อย่่างไรก็ตาม โรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non communicable Disease : NCD) แต่เป็นกลุ่มโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังเพราะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 81.1 ประเมินว่าสามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ดี สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีหรือดีมาก โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือดีมากจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ด้านการจัดการยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจ้านวน 55 คนหรือร้อยละ 22.5 มียาเหลือใช้จ้านวนมากเมื่อถึงกำหนดการพบแพทย์ จึงเห็นได้ว่าปัญหายาเหลือใช้ในชุมชนศิระจรชั้่น้อยยังคงมีอยู่ระดับหนึ่ง แต่ในงานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในเชิงปริมาณของยาเหลือใช้ว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมียาเหลือใช้จ้านวนมากน้อยเพียงใด คิดเป็นมูลค่าเท่าไร สำหรับสาเหตุของการมียาเหลือใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จ้านวน 31 คนหรือร้อยละ 56.4 ให้เหตุผลว่าเกิดจากการที่แพทย์สั่งยาให้เกินจ้านวนที่ต้องใช้จึงเก็บสะสมไว้ เกิดจากการลืมรับประทานยา (ร้อยละ 18.2) เกิดจากการไม่ชอบรับประทานยา (ร้อยละ 7.3) และการกลัวผลเสียในการรับประทานยาในระยะยาว (ร้อยละ 3.6) ประเด็นปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ทั้งกรณีที่แพทย์สั่งยาเกินจ้านวนที่ใช้ หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยพบแพทย์หลายท่านทำให้ได้รับยาซ้ำซ้อน หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์

การจัดการกับยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุ พบว่ามีทั้งที่นำยาที่เหลือใช้มาใช้ต่อไป (ร้อยละ 50.9) และไม่นำมาใช้ต่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจ้านวน 20 คน (ร้อยละ 36.4) นำมาใช้ต่อโดยมีการแยกใช้ยาเก่าให้หมดก่อนแล้วจึงใช้ยาใหม่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์มักแนะนำให้ทำในกรณีที่มียาเหลือใช้จ้านวนไม่มากนัก พบการแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นใช้ ร้อยละ 1.8 ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจ้านวน 17 คน (ร้อยละ 30.9) ไม่ใช้ยาที่เหลือและนำยาที่เหลือไปทิ้ง จากผลการสำรวจทำให้เห็นว่าปัญหาของยาเหลือใช้และการจัดการกับยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประเด็นที่น่าส่งเสริมให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อลดปัญหาของปริมาณยาเหลือใช้และในขณะเดียวกันทำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ตรงตามที่แพทย์สั่ง

ด้านพฤติกรรมการใช้ยา จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดยาด้วยตนเอง จ้านวน 205 คน (ร้อยละ 63.1) และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งจ้านวน 298 คน (ร้อยละ 91.7) ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยา ดังนี้ การแบ่งยาตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน การรับประทานยาของผู้อื่น และการปรับขนาดยาด้วยตนเอง ทั้งนี้ พบการลืมรับประทานยาประมาณร้อยละ 35 และการซื้อยาเพิ่มเอง ประมาณร้อยละ 20 สอดคล้องกับการสำรวจการใช้ยาในผู้สูงอายุโดยชื่นจิตร กองแก้ว และคณะ (2557) ที่ทำการสำรวจในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ เช่นการรวบมือยาเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา การสะสมยาที่เหลือจากการใช้ในครั้งก่อนๆ เพื่อสำรองไว้ใช้หากมีอาการกำเริบ

การใช้ยาแผนโบราณ พบว่า ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยใช้ยาแผนโบราณ จ้านวน 62 คนหรือร้อยละ 19.1 แหล่งที่มาของยาแผนโบราณส่วนใหญ่ได้จากผู้อื่นไม่ได้ซื้อหาด้วยตนเอง (ร้อยละ 31.0) และได้จากร้านยา (ร้อยละ 31.0) รองลงมาคือจ้านวนจ้านวน (ร้อยละ 25.9) สอดคล้องกับผลการสำรวจของ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556) ที่พบว่าประชาชนรู้จักและเคยใช้การแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรเพียงร้อยละ 21.9 และส่วนใหญ่ได้รับยาแผนไทยจากร้านขายยา

การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพียงร้อยละ 14.2 และส่วนใหญ่ไม่ได้ซื้อหาด้วยตนเองมีผู้อื่นซื้อให้ รองลงไปคือซื้อจากร้านค้า ซื้อจากการขายตรงและซื้อจากร้านยา ตามลำดับ จากการสำรวจยังพบว่าผู้ที่แนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำจากคนในครอบครัว เพื่อนหรือคนรู้จัก ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเพียงจำนวนน้อยที่แจ้งให้แพทย์ที่ทำการรักษาพยาบาลทราบว่าตนเองรับประทานยาแผนโบราณหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งการใช้ยาแผนโบราณร่วมกับยาแผนปัจจุบันอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างกันทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ การที่แพทย์ไม่ทราบข้อมูลทำให้ไม่สามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

การใช้และการปลูกสมุนไพร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.2) ใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคโดยสมุนไพรดังกล่าวเป็นสมุนไพรที่อยู่ในรูปแบบชาชง หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรตากแห้ง เป็นต้น โดยได้รับสมุนไพรดังกล่าวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือจากสถานพยาบาลหรือจากการซื้อหามาใช้เอง พบการปลูกสมุนไพรในบริเวณบ้านผู้สูงอายุ จำนวน 194 คนหรือร้อยละ 59.7 โดยส่วนใหญ่ไม่นำสมุนไพรที่ปลูกเองมาใช้ ไม่เคยแปรรูปสมุนไพรเพื่อการบริโภค และไม่ต้องการแปรรูปสมุนไพรเพื่อเพิ่มรายได้ ผู้ให้คำแนะนำในการใช้สมุนไพรส่วนใหญ่คือเจ้าหน้าที่อนามัยและพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการพัฒนากรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีนโยบายสนับสนุนให้บูรณาการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร โดยการสนับสนุนการเพิ่มการใช้ในสถานพยาบาล การเพิ่มการสนับสนุนทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ และการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ด้านทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนสี่พระจรเข้มีทัศนคติเชิงบวกต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ยาแผนปัจจุบัน (4.18) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (3.90) ยาแผนโบราณ (3.61) และสมุนไพร (3.55) ตามลำดับ ผู้สูงอายุระบุว่ายาแผนปัจจุบันมีความสะดวกในการใช้ รักษาโรคได้ดี หาซื้อและหาข้อมูลได้ง่าย ส่วนยาแผนโบราณมีความสะดวกในการใช้และมีความปลอดภัยน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน ส่วนสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้แต่ราคาไม่เหมาะสม

เมื่อทำการทดสอบสมมุติฐานที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า

1. เพศ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรไม่แตกต่างกัน
2. อายุของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ไม่แตกต่างกัน แต่ส่งผลต่อทัศนคติต่อสมุนไพรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
3. ระดับรายได้ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณไม่แตกต่างกัน แต่ระดับรายได้ที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการสำรวจทัศนคติของผู้สูงอายุต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าอายุและระดับรายได้ของผู้สูงอายุส่งผลต่อทัศนคติของผู้สูงอายุต่อสมุนไพร ประกอบกับทัศนคติเชิงบวกของผู้สูงอายุต่อสมุนไพรมีค่าต่ำที่สุดในผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทำการสำรวจ อาจเป็นการบ่งชี้ถึงการเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประโยชน์และการใช้สมุนไพรยังไม่เหมาะสมและเพียงพอ ไม่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการใช้สมุนไพรในสถานพยาบาล รวมถึงความตระหนักรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปฏิริยาต่อกันระหว่างยาแผนปัจจุบันกับยาแผนโบราณและสมุนไพร ทำให้ผู้สูงอายุไม่ให้ข้อมูลการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับยาแผนโบราณหรือสมุนไพรต่อแพทย์ที่ทำการรักษา ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ ทัศนศึกษาชุมชนสี่พระจรเข้ชั้นน้อย จ.สมุทรปราการ ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จากการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนสี่พระจรเข้ชั้นน้อยมีโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ควรทำการส่งเสริมสุขภาพหรือให้ความรู้เฉพาะโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้การป้องกันและดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
2. ในเรื่องของการจัดยา พบว่าผู้สูงอายุจัดยารับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพต่อไปว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคใดที่เกี่ยวข้องกับการจัดยาหรือไม่ เช่น การอ่านฉลากยา อ่านได้ถูกต้องชัดเจนหรือไม่ รับประทานยาถูกต้องตามแพทย์สั่งหรือไม่ เกิดการปะปนของยาที่มีลักษณะและเม็ดสีใกล้เคียงกันหรือไม่ การลิ้มรับประทานยา เป็นต้น เพื่อค้นหาแนวทางที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น
3. การจัดการกับยาเหลือใช้ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งนำยาที่เหลือทิ้งไป หากสถานพยาบาลแนะนำวิธีการในการจัดการกับยาเหลือใช้ อาจสามารถลดการสูญเสียงบประมาณในด้านนี้ได้
4. การใช้ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้อื่นซื้อมาให้หรือได้รับคำแนะนำจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อสุขภาพ และในปัจจุบันมีการโฆษณาชวนเชื่อเกินจริงและมีผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในท้องตลาดเป็นจำนวนมาก จึงควรเฝ้าระวังการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว พร้อมรณรงค์ให้ผู้สูงอายุแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบด้วยทุกครั้งที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ เพื่อป้องกันปัญหาปฏิริยาระหว่างกันของยาที่อาจเกิดขึ้นได้

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557) ประชากรสูงอายุไทย. ปัจจุบันและอนาคต. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2554) นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 นนทบุรี : สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- จิตชนก ลีทวีสุข และคณะ. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก. นิพนธ์ต้นฉบับ พิษณุโลก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิดา พลอยล้อมแสง และคณะ. (2554) การพัฒนารายการยาเพื่อใช้คัดกรองและลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. (2557) การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ (Drug-related hospital admission problems in Thai elderly). นนทบุรี : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ชื่นจิตร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557) การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย (Drug Use in Thai Elderly in Lower Northern Region of Thailand). นนทบุรี : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532) สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และสุรีย์พร พันพืง. (2556) การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด และณัฐภรณ์ เลียมจรัสกุล. (2556) ชีวิตคนไทยในสองทศวรรษของการพัฒนา. เชียงใหม่ : แผนงานสร้างเสริมนโยบายสาธารณะที่ดี (นสธ.) สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2556) มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วาสนา นัยพัฒน์. (2553) “ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” การพยาบาลและการศึกษา. 3(1) หน้า 2 - 14.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549) โครงการวิจัยเรื่องการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สินีนานู วิทยพิเชฐสกุล และอุกฤษฏ์ สิทธิบศุย์. (2557) “พฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี” วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 9(1) หน้า 117 - 128.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. (2556) โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2556) การสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือน พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ : สำนักสถิติพยากรณ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2550) การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : สำนักสถิติพยากรณ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2557) รายงานผลเบื้องต้น สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : สำนักสถิติพยากรณ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ. (2557) พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย (Medication Use Behaviors among the Older Thai Adults). นนทบุรี : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- เอกชัย เพียรศรีวัชรา และวิมล บ้านพวน. (2556) รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ภาคผนวก

- หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- แบบสำรวจการสำรวจปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาชุมชนศิระชะจรเข้่น้อย จ.สมุทรปราการ
- ประวัติผู้วิจัย



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ การสำรวจปัญหาการเข้ายา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษาชุมชนศิระจรเข้หน้า
จ.สมุทรปราการ

ชื่อผู้วิจัย ภญ.อ. ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก ภญ.อ.ดร. ปวีณา ว่องตระกูล และคณะ

ที่อยู่ติดต่อ 18/18 ถ.บางนา-ตราด กม.18 จ.สมุทรปราการ

โทรศัพท์ 02-3126300 ต่อ 1701

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงและยินยอมให้สำรวจยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรที่ข้าพเจ้าใช้อยู่จริง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน...

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและเข้าใจเนื้อหาดังกล่าวเป็นอย่างดี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

การสำรวจปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้หน้า

จ.สมุทรปราการ

แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีสัมภาษณ์

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
4. จำนวนคนที่พักอาศัยในบ้านเดียวกัน (รวมตัวท่านด้วย).....คน
5. แหล่งที่มาของรายได้ของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ทำงาน เบี้ยยังชีพ จากคนในครอบครัว อื่นๆ โปรดระบุ.....
 รายได้ของท่าน ต่ำกว่า 1,000 1,000-2,999 3,000-4,999 5,000 ขึ้นไป
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)
 ต่ำกว่า 5,000 5,000-9,999 10,000-19,999 20,000 ขึ้นไป
7. สิทธิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ ประกันสังคม บัตรทอง จ่ายเงินเอง
8. โรคประจำตัว ไม่มี มี โปรดระบุ
9. ปัจจุบันท่านควบคุมอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ดีหรือไม่
 ควบคุมได้ดี ไม่สามารถควบคุมได้ ควบคุมได้บางครั้ง
10. เมื่อถึงกำหนดแพทย์นัดทุกครั้ง ท่านเสื่อยาเก่าจำนวนมากเกินไปหรือไม่
 ใช่ ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ 13)
11. สาเหตุที่มียาเก่าเหลือใช้จำนวนมาก เพราะเหตุใด
 แพทย์สั่งเกินสะสม สัมรับประทานยาบ่อย ไม่ชอบรับประทานยา
 กลัวว่ารับประทานยาแล้วมีผลเสียระยะยาว ใช้วิธีการรักษาแบบอื่นร่วมด้วยจึงดยา
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
12. ท่านจัดการอย่างไรกับยาเหลือใช้
 นำมาใช้ต่อ การแยกใช้ยาเก่าก่อนยาใหม่
 นำมารวมกับยาใหม่และใช้ไปเรื่อยๆ
 แบ่งให้คนอื่นใช้ที่มีอาการเหมือนกัน
 ไม่ใช่ต่อ นำไปคืนโรงพยาบาลหรือขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
 ทิ้งไป
13. ในการรับประทานยาของท่าน
 จัดด้วยตนเอง มีผู้อื่นจัดไว้ให้ โปรดระบุ.....

14. จงทำเครื่องหมาย \surd ในช่องที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ

	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
รับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง			
แบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน เมื่อมีอาการคล้ายกัน			
ทานยาของผู้อื่น เมื่อมีอาการคล้ายกัน			
ปรับเปลี่ยนขนาดยาด้วยตนเอง			
ลืมนับรับประทานยา			
ซื้อยาเพิ่มเติมเองจากที่แพทย์สั่งให้			

15. ท่านรับประทานยาแผนโบราณหรือไม่ รับประทาน ไม่รับประทาน (ข้ามไปข้อ 18)
16. ยาแผนโบราณที่ท่านรับประทานได้มาจากที่ใด
 ร้านขายยา ร้านค้าทั่วไป เช่น ตลาดนัด มีคนมาขายตรง ผู้อื่นซื้อมาให้
17. ผู้ที่แนะนำให้ท่านรับประทานยาแผนโบราณคือ
 บุคลากรทางการแพทย์ โปรตระบุ.....
 ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ โปรตระบุ.....
18. ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือไม่ รับประทาน ไม่รับประทาน (ข้ามไปข้อ 21)
19. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ท่านรับประทานได้มาจากที่ใด
 ร้านขายยา ร้านค้าทั่วไป มีคนมาขายตรง ผู้อื่นซื้อมาให้
20. ผู้ที่แนะนำให้ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคือ
 บุคลากรทางการแพทย์ โปรตระบุ.....
 ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ โปรตระบุ.....
21. ยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ท่านรับประทาน แพทย์ที่ทำการรักษาท่านทราบหรือไม่
 ทราบ ไม่ทราบ
22. ในบ้านมีพืชสมุนไพรหรือไม่ มี ไม่มี
23. ท่านรับประทานสมุนไพรเพื่อรักษาโรคหรือไม่ รับประทาน ไม่รับประทาน
24. การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรค ท่านได้ข้อมูลจาก
 บุคลากรทางการแพทย์ โปรตระบุ.....
 ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ โปรตระบุ.....
25. ท่านเคยนำสมุนไพรมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรตระบุ.....
26. ท่านต้องการที่จะแปรรูปสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มรายได้หรือไม่
 ไม่ต้องการ ต้องการ ตัวอย่างเช่น.....

ทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- โดยกำหนดให้
- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก |
| 3 หมายถึง เฉยๆ | 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | |

	ยาแผนปัจจุบัน					ยาแผนโบราณ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
สะดวกในการใช้										
รักษาโรคหายดี										
รักษาโรคหายเร็ว										
ผลข้างเคียงน้อย										
ใช้ได้อย่างปลอดภัย										
มีหลายรูปแบบให้เลือก										
ราคาเหมาะสม										
หาซื้อง่าย										
หาข้อมูลได้ง่าย										

	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร					สมุนไพร				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
สะดวกในการใช้										
รักษาโรคหายดี										
รักษาโรคหายเร็ว										
ผลข้างเคียงน้อย										
ใช้ได้อย่างปลอดภัย										
มีหลายรูปแบบให้เลือก										
ราคาเหมาะสม										
หาซื้อง่าย										
หาข้อมูลได้ง่าย										

ขอขอบคุณในการให้ข้อมูล

ประวัติย่อผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-นามสกุล อ.ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก
ประวัติการศึกษา เกษัตริศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ กลุ่มวิชา เภสัชกรรมสังคมและการบริหาร
โทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1215

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล อ.ดร.ปวีณา ว่องตระกูล
ประวัติการศึกษา เกษัตริศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปริญญาโทบริหาร (เภสัชการ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ กลุ่มวิชา เภสัชกรรมเทคโนโลยีและเภสัช
อุตสาหกรรมโทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1215

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล อ.หรรษา มหามงคล
ประวัติการศึกษา เกษัตริศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Msc. in Cosmetic Sciences Long Island University
สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ กลุ่มวิชา เภสัชกรรมเทคโนโลยีและเภสัช
อุตสาหกรรมโทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1215

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล อ.วรัญญา เนียมขำ
ประวัติการศึกษา เกษัตริศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ กลุ่มวิชา เภสัชกรรมเทคโนโลยีและเภสัช
อุตสาหกรรมโทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1215