



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ

ในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY USE BEHAVIOR AMONG
COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS WITH
NON-COMMUNICABLE DISEASES

ฤดี กุลภัทร์แสงทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

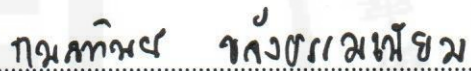
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ
ในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY USE BEHAVIOR AMONG
COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS WITH
NON-COMMUNICABLE DISEASE

ฤดี กุลภัทร์แสงทอง

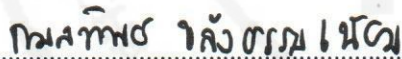
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
สอบวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์
ประธานกรรมการสอบ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม
กรรมการสอบ



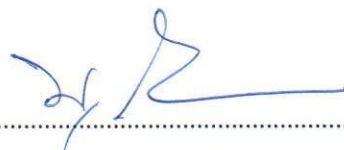
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญู บุญทัน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญู บุญทัน
กรรมการสอบ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



อาจารย์ ดร.นพนัฐ จำปาเทศ
กรรมการสอบ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กลีผล
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ฤดี กุลภัทร์แสงทอง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญ บัญทัน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด อำเภอกะทู้มบแม จังหวัดสมุทรสาคร และมีการรับประทานยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 127 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก ได้ 0.77-0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=1.98$, $S.D.=0.35$) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.390$, 0.455 , 0.249 , $p<.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.431$, $p<.001$) งานวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการที่จะสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยาเพื่อป้องกันอันตรายและช่วยให้เกิดความปลอดภัยได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้ยาหลายขนาน พฤติกรรมการใช้ยา

**FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY USE BEHAVIOR AMONG
COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS WITH
NON-COMMUNICABLE DISEASE**

Rudee Kulapatsangtong

Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

Thesis Advisors: Assistant Professor Dr. Kamontip Khungtumneum

Assistant Professor Dr. Winthanyou Bunthan

ABSTRACT

This research were descriptive research aimed to study the factors related to the polypharmacy use behavior of the older persons with non-communicable diseases. The samples were 127 older persons with non-communicable-dwelling diseases in the community who were medical treatment to Primary Care Cluster in Talat Sub-district. Krathum Baen District Samut Sakhon Province. The research tool was a questionnaire. The content was examined by experts and the Cronbach's alpha coefficient is equal to 0.77-0.95. The data were analyzed by mean, standard deviation and analyze the Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that sample reported a moderate level of polypharmacy use behavior among community-dwelling older persons with non-communicable diseases ($M=1.98$, $S.D.=0.35$). The perceived benefits, perceived self-efficacy and interpersonal influence was a statistically significant positively correlated with polypharmacy use behavior. ($r_s=0.390$, 0.455 , 0.249 , $p<.001$) respectively. The perceived barriers were a statistically significant negatively correlated with polypharmacy use behavior. ($r_s=-0.431$, $p<.001$). The results of can be used to organize activities to develop drug behavior of the elderly, emphasizing the elderly's awareness of observing abnormal symptoms while taking medication. To prevent harm and help ensure the safety.

Keywords: Older persons with non-communicable diseases, Polypharmacy, Drug Use behavior

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ดีด้วยความกรุณา เอาใจใส่ แนะนำและให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญู บุญทัน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนรวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ษ์ ประธานกรรมการสอบและอาจารย์ ดร.นพินธุ์ จำปาเทศ กรรมการสอบ ที่กรุณาให้ความรู้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อาธิเอื้อ อาจารย์ ดร.อารยา ทิพย์วงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และคุณธรรมแก่ผู้วิจัย อันเป็นพื้นฐานทำให้การวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะเดื่อ คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ที่อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่งและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ นายนิวัฒน์ ขวัญบุญ นายกเทศมนตรีเมืองกระทุ่มแบน ผู้บังคับบัญชาที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ กราบขอบพระคุณครอบครัวและผู้มีพระคุณทุกท่านที่เป็นกำลังใจตลอดจนเพื่อน ๆ นักศึกษาปริญญาโท รุ่นที่ 15 และเจ้าหน้าที่หลักสูตร เจ้าหน้าที่ห้องสมุดทุกท่านที่ช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ในโอกาสนี้

ฤดี กุลภัทร์แสงทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 คำนิยามศัพท์	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	7
2.2 การไช้ยาในผู้สูงอายุ	10
2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ของเพนเตอร์ และคณะ	16
2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการไช้ยา หลายขนานเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	20
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	22
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	24
3.3 การรวบรวมข้อมูล	26
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	27
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	29
4.2 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	33
4.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	36
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อการใช้ยาหลายขนาน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	36
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	38
5.2 อภิปรายผล	39
5.3 ข้อเสนอแนะ	41
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	51
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย	53
ภาคผนวก ค หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	54
ภาคผนวก ง แบบสอบถาม	55
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์และการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ Pearson Product-Moment Correlation Coefficient	61
ภาคผนวก ฉ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	62
หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย	63

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม	26
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก (n=127)	30
3	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ จำแนกตามชนิดยาที่รับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน และระยะเวลาที่รับประทานยา (n=127)	31
4	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ จำแนกตามโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยและระยะเวลาที่เป็นโรค (n=127)	33
5	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายข้อ รายด้าน และโดยรวม (n=127)	34
6	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	36
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=127)	37

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

22



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโครงสร้างของประชากรในประเทศต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรวัยอื่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ในปี ค.ศ. 2017 ประชากรผู้สูงอายุมียุทธละ 14 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี ค.ศ. 2050 ทำให้หลายประเทศกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คือ มีสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ต่อประชากรทั้งประเทศมากกว่าร้อยละ 10 (World Health Organization. 2021 : Online) สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน รายงานของ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2563 : ออนไลน์) ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งประเทศ บ่งชี้ว่าขณะนี้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” และมีแนวโน้มเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 32.1 และจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ภาคกลางมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2564 : ออนไลน์)

เมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสรีรวิทยาต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงจนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายลดลงผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (นิยามทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. 2561 : 33-41) เช่น โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจร่วมกับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันดังกล่าวข้างต้นการรักษาของแพทย์จึงจำเป็นต้องให้ยาร่วมกันหลายขนาน (Polypharmacy) (Vatcharavongvan P & Puttawanchai V. 2017 : 412-416) คือ การใช้ยาร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขนาน ขึ้นไป (Nechba, R.B et al. 2015 : 30-33) โดยมีการศึกษาที่สอดคล้องกันของ ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล และคณะ (2561 : 35-50) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกในการใช้ยาร่วมกันหลายขนานประมาณร้อยละ 74.8 และมีการใช้ยานอกเหนือคำสั่งแพทย์ ร้อยละ 16.8 และใช้การรักษาทางเลือกอื่น คิดเป็นร้อยละ 2.8 (ณัฐวรรณ ชัยมีเขียว และสุภาพัทธ์ หาญกล้า. 2560 : 223-232)

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสร้างสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ แต่จากการศึกษาหลาย ๆ งานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมักจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยการรวบมือยา การเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง การลืมรับประทานยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การนำยาของผู้อื่น

มารับประทานหรือแบ่งยาตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน ไม่ตรวจสอบวันหมดอายุและวิธีการใช้ยา และการเก็บรักษาไม่เหมาะสม เป็นต้น (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ. 2558 : 2-14 ; วินัดดา ดรณณอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์. 2562 : 19-27 ; จิรียา อินทนา และคณะ. 2564 : 17-22 ; ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก และคณะ. 2559 : 97-108 ; Vivian WY Lee et al. 2013 : 78-85) ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานยาเช่นนี้จะส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ เช่น อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของระบบเอนไซม์ในตับลดลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขจัดยาออกจากร่างกายและมีความไวต่อยาบางชนิดเพิ่มขึ้น เป็นต้น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา และสำลี สาลีกุล 2562 : 31-39) ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคร่วมกันทำให้ต้องใช้ยาหลายขนานจนทำให้เกิดปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) และปัญหาของอันตรกิริยาระหว่างยายังส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามมาด้วย (ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. 2561 : 95-104) ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานที่ถูกต้องของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นพฤติกรรมสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสการเกิดอันตรายจากการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุได้

พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานที่ถูกต้องของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะช่วยการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการรับประทานยาหลายขนานที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพตรงตามขนาดและตามเวลาที่แพทย์สั่ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ได้แก่

1. วิธีการรับประทานยาตรงตามเวลาและตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด เช่น ยาก่อนและหลังอาหารควรรับประทานก่อนและหลังรับประทานอาหาร 15-30 นาที ไม่ควรปรับขนาดยาเองเพราะการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเองอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือลดประสิทธิภาพของยาจนทำให้การรักษาไม่ได้ผล (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา และสำลี สาลีกุล 2562 : 31-39)

2. วิธีการบริหารยา คือ การตรวจสอบชนิดยา จำนวนเม็ด มือในการรับประทาน ก่อนที่จะรับประทานยา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง การสังเกตลักษณะหรือสภาพของยา หรือการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยา ซึ่งเป็นลักษณะบ่งบอกว่ายานั้นมีการเสื่อมคุณภาพไม่ควรรับประทานให้นำยามาปรึกษาแพทย์ก่อน เป็นต้น (กาญจนา ปัญญาธร และณัฏฐากุล บึงมูม. 2562 : 112-127)

3. การสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา เพื่อจำแนกอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยานั้นโดยตรง เช่น หลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิตครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงโดยไม่ได้พักการทำงานจะทำให้เกิดหน้ามืดและวูบได้หรือเป็นผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายจะต้องไปพบแพทย์ทันที เช่น ผู้สูงอายุที่รับประทานยาแก้ปวดข้อแล้วมีอุจจาระสีคล้ำซึ่งเป็นสัญญาณของอาการเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น (สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์ และพัชรินทร์ วรรณโพธิ์. 2561 : ออนไลน์)

จากการศึกษาของ เอเมอร์ ส่วยสม (2020 : 6-13) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการใช้ยา โดยมีการตรวจสอบวิธีการใช้ยา ร้อยละ 63.33 ใช้ยาครบตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 96.97 ใช้ยาตรงตามเวลาที่กำหนด ร้อยละ 86.67 เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จะรีบไปพบแพทย์ ร้อยละ 56.67 ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพราะจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา ช่วยลดความรุนแรงของโรคส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตและยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (กนกเลขา สุวรรณพงษ์ และสุภาณี คลังฤทธิ์. 2562 : 717-731)

พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือว่าเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และสถานภาพสมรส ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษารั้งนี้ ส่วนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพนเดอร์และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) กล่าวไว้ว่า ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยจูงใจสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาหลายขนาน การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค จากการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2557 : 6-23) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.344, p<.05$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=-.445, p<.05$) นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานถ้าบุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ และทักษะจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บรรลุถึงพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.530, p<.05$) (ศศิธร รุ่งสว่าง. 2557 : 6-23) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน พบว่า บุคคลในครอบครัวเพื่อนบ้านจะเป็นสิ่งชักนำส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งจากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.597, p<.05$) (ศศิธร รุ่งสว่าง. 2557 : 6-23)

จังหวัดสมุทรสาคร มีผู้สูงอายุ จำนวน 84,831 คน เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดในภาคกลาง คือ ร้อยละ 26.57 และมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.55 ซึ่งอยู่ในลำดับต้น ๆ ของภาคกลาง (กระทรวงสาธารณสุข. 2565 : ออนไลน์) อำเภอ

กระท่อมแบน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นอำเภอที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด คือ ร้อยละ 32.31 และมีผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เป็นอันดับ 2 ของจังหวัด คือ ร้อยละ 50.41 ซึ่งตำบลตลาด อำเภอกระท่อมแบน จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนผู้สูงอายุ 3,064 คน คิดเป็นร้อยละ 12.62 ของประชากรทั้งตำบล และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2,179 คน คิดเป็นร้อยละ 71.12 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. 2565 : ออนไลน์) โดยมีผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด จำนวน 635 คน คิดเป็นร้อยละ 29.14

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด ให้บริการตรวจรักษาผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ข้อมูลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการโดยส่วนใหญ่มีผลการรักษาไม่แตกต่างจากผลการรักษาครั้งก่อนซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุอาจจะปฏิบัติตนในการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้องจากซักประวัติผู้สูงอายุเหล่านี้ พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่สม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ ลืมรับประทานยา ปรับยาหรือหยุดยาเอง รับประทานยาผิดชนิดหรือไม่ถูกต้องตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ คือ มีการนำยาที่ได้ใหม่ไปรวมกับยาเดิมที่เหลืออยู่โดยไม่ได้ตรวจสอบวันหมดอายุของยาเดิมก่อนรับประทาน จัดยาไว้รวมกันเพื่อสะดวกในการรับประทาน และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการร้อยละ 70 ไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์จากการใช้ยา เป็นต้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาว่าผู้สูงอายุของตำบลตลาดที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาดว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องหรือไม่และปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นและยาที่ต้องได้รับอย่างมีความสุขและปลอดภัย

1.2 คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการรับประทานยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิก หมอครอบครัวตำบลตลาด อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2565

1.6 คำนิยามศัพท์

1. ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการรับประทานยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์และมารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร

2. การใช้ยาหลายขนาน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับประทานยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยไม่นับรวมยาอื่น ๆ ที่รับประทานนอกเหนือจากแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาหม้อ ยาต้ม ยาสมุนไพร เป็นต้น

3. พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.1) วิธีการรับประทานยา ได้แก่ รับประทานยาให้ตรงเวลา รับประทานยาตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด

3.2) การบริหารยา ได้แก่ การตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนใช้ การเก็บรักษา ยา การตรวจสอบวันหมดอายุ

3.3) การสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา โดยจำแนกอาการที่เกิดขึ้นและตัดสินใจได้ว่าอาการเหล่านี้ต้องไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง สาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทาน

ยาหลายขนานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย

4.1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเกี่ยวกับประโยชน์ของวิธีการรับประทานยา การบริหารยา และการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา

4.2) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่ออุปสรรคของการรับประทานยา การบริหารยา และการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา

4.3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน หมายถึง ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานยา การบริหารยา และการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา

4.4) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือทัศนคติของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้ให้บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อการรับประทานยาหลายขนานของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลลาด อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

2.1 สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1.1 ความหมายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ

2.1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ

2.2 การใช้ยาในผู้สูงอายุ

2.2.1 เภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ (Pharmacodynamics)

2.2.2 การใช้ยาหลายขนาน

2.2.3 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการใช้ยาหลายขนานเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1.1 ความหมายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้าง ๆ สรุปได้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึง ผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือวัยสูงอายุ เริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา (WHO Expert Committee. 1989)

สำหรับในประเทศไทย คำว่า ผู้สูงอายุได้ถูกบัญญัติขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการประชุมสมัชชาโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) และองค์การอนามัยโลก โดยกำหนดความหมายของผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2546

ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2547 : ออนไลน์) นอกจากนี้ ยังได้มีการแบ่งช่วงความสูงอายุไว้เป็น 3 ช่วง (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2558) คือ

- 1) วัยสูงอายุ ตอนต้น อายุระหว่าง 60-69ปี
- 2) วัยสูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 70-79ปี และ
- 3) วัยสูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

ซึ่งในสังคมไทยจะให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตามข้อกำหนดในการได้รับบำเหน็จ บำนาญ เบี้ยยังชีพ และสวัสดิการอื่น ๆ ที่รัฐฯ หลังจากเกษียณอายุราชการ เช่นเดียวกับเอกชนกำหนด (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2556) และผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานได้ลดลงส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง เช่น ร่างกายภายนอก พบว่า ผิวหนังจะเหี่ยวยุบ ผมนบางเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว หลังโกง เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง กำลังน้อยลง เป็นต้น โดยอวัยวะรับรู้ความรู้สึกจะเป็นอวัยวะอันดับแรก ๆ ที่เสื่อม เช่น ผงเส้นเลือดแดงในหูแข็งตัวทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจนหรือการเปล่งเสียงของผู้สูงอายุ จะไม่มีพลังเนื่องจากกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียงแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่นขณะที่การบาดเจ็บ ลำบากขึ้นเพราะเหงื่อกรน รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือกทำให้ฟันผุและเสียวฟันได้ง่ายรวมไปถึงกระดูกที่ผุกร่อนและกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กลง (จิรวรรณ โปรตบำรุง, จรัส ลีกา และสุวิน ทองปิ่น. 2559 : 233-240)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นต้องเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิต เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำมาเป็นสมาชิกครอบครัวหรือการออกจากที่ทำงานโดยผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ อีกทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวในชีวิตเนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการช่วยเหลือตนเองก็จะลดลงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเกิดอันตรายได้ง่ายซึ่งอาจทำให้รู้สึกคับข้องใจหรือวิตกกังวลได้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย. 2561)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคมอีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก นอกจากนี้ ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวกลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น และเมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลงทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบากจะส่งผลกระทบต่อจิตใจเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หดหู่กับสภาพตัวเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (จิรวรรณ โปรตบำรุง, จรัส ลีกา และสุวิน ทองปิ่น. 2559 : 233-240)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผู้สูงอายุ คือ การมองเห็นลดลง ความสามารถในการได้ยินที่มีความถี่สูงลดลง มีภาวะสมองฝ่อ ความสามารถในการจำลดลง (กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และปะณิติ ลิ้มปะวัฒน์. 2562 : 40-49) เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อายุและความเสียหายในการเผาผลาญของเซลล์ จนกระทั่งเซลล์ไม่สามารถซ่อมแซม DNA ที่เสียหาย เช่น เซลล์ในกล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อโครงร่างและสมอง เป็นต้น และไม่สามารถสร้างทดแทนได้หลังจากถูกทำลายโดยการสึกหรอ ประกอบกับผู้สูงอายุมีการใช้ร่างกายมาอย่างต่อเนื่องและเกิดการบาดเจ็บซ้ำๆ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายจึงลดลงเมื่อใช้งานเป็นเวลานาน ประกอบกับมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วม เช่น การสูบบุหรี่ การขาดสารอาหาร การใช้สารเสพติด รวมถึงความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมาอย่างน้อยหนึ่งโรค (ชมพูนุท พัฒนจักร. 2562 : 13-22)

2.1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องจนเกิดการเรื้อรังของโรคซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารหวานหรือเค็มมาก อาหารประเภทไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การมีความเครียดสูง และการรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตด้วยการปฏิบัติดังกล่าวมักมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าคนอื่น ๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2560 : ออนไลน์)

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ (Aging process) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมถอย (Touhy, T.A & Jett, K.F. 2018) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้ผู้สูงอายุอาจมีลักษณะที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอาจไม่พบอาการปัสสาวะบ่อยหรือดื่มน้ำบ่อยเหมือนที่พบในผู้ป่วยทั่วไปเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้มากมายหลายระบบในเวลาเดียวกันและยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงทีและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน

จะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสรีรวิทยาต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงจนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายลดลงผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. 2561 : 33-41) เช่น โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจร่วมกับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5

พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โดยผู้สูงอายุวัยตอนปลายเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 60 เป็นโรคเบาหวานมากกว่า ร้อยละ 10 สอดคล้องกับจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.8 ของผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 42.3 ของผู้สูงอายุหญิงที่ตอบว่ามีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2559 : ออนไลน์)

จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ผู้สูงอายุบางคนเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้นทำให้ต้องได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ จะเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (Polypharmacy) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)

2.2 การใช้ยาในผู้สูงอายุ

หลักในการใช้ยาในผู้สูงอายุมีดังนี้

2.2.1 เภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ (Pharmacodynamics)

เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ในผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (Absorption) การกระจายตัวของยา (Distribution) การเปลี่ยนแปลงยา (Metabolism) และการขับถ่ายยาออกจากร่างกาย (Excretion) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้รวมกับขนาดยาที่ให้จะเป็นสิ่งที่กำหนดถึงความเข้มข้นของยาในบริเวณที่ยาไปออกฤทธิ์และเป็นผลต่อเนื่องไปถึงความแรงของฤทธิ์ยาที่เกิดขึ้น เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset) และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย (Duration of action) (ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และรัตนภรณ์ คงคา. 2561 : ออนไลน์)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อยาแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ปิวช ปากฎิพันธ์ และสุณี เลิศสินอุดม. 2563 : ออนไลน์) จากความสามารถในการย่อย การดูดซึม การเผาผลาญ และการกำจัดสิ่งตกค้างที่เกิดจากการรับประทานยาทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากยาเหล่านั้น (ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์ และอัญชลี เชี่ยวโสธร ดุวอล. 2557) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ

1) การดูดซึมยา (Drug absorption) การเปลี่ยนแปลงจากความชราทำให้อัตราการดูดซึมยาในผู้สูงอายุจะช้าลง จากต่อมน้ำลายที่ทำงานลดลง สภาพพื้นที่บิดเคี้ยวไม่ดี ความว่างของกระเพาะอาหารสั้นลง การไหลเวียนของระบบทางเดินอาหารลดลง การทำงานของเอนไซม์ในกระเพาะ

ลดลง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจมีผลต่อการดูดซึมยาบางตัว (วณิชชา พึ่งชมพู. 2563) ภาวะเพาะอาหารมีความเป็นกรดลดลง (Gastric pH สูงขึ้น) ทำให้การแตกตัวของยาบางชนิดเปลี่ยนแปลงไป การปล่อยของเซลล์เยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้การดูดซึมยาลดลง ภาวะเพาะอาหารมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ส่งผลให้การดูดซึมยาลดลงและช้าลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย. 2561)

2) การกระจายตัวของยา (Drug distribution) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในร่างกายที่มีผลต่อการกระจายตัวของยา ได้แก่ ปริมาณน้ำในร่างกาย มวลกล้ามเนื้อ และโปรตีนอัลบูมินในเลือดลดลง ในขณะที่ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นส่งผลให้การกระจายตัวของยาที่ละลายได้ดีในน้ำลดลง ความเข้มข้นของยาในเลือดจึงสูงขึ้น สัดส่วนของยาในเลือดจึงเหลือมากขึ้น ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้มาก (จิรียา อินทนา และคณะ. 2564 : 17-22)

3) เมตาบอลิซึมของยา (Drug metabolism) หรือการเปลี่ยนแปลงยาให้อยู่ในรูปที่ละลายน้ำได้มากขึ้นหรืออยู่ในรูปที่ถูกเผาผลาญเพื่อขับออกจากร่างกายได้ โดยส่วนใหญ่จะถูกเผาผลาญหรือเปลี่ยนแปลงที่ตับซึ่งในผู้สูงอายุตับจะมีขนาดเล็กลงและการไหลเวียนของเลือดไปยังตับลดลง ทำให้การเผาผลาญยาต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นฤทธิ์ของยาอยู่ในร่างกายนานขึ้น (ศิริรัตน์ ปานอุทัย. 2561)

4) การกำจัดยาออกจากร่างกาย (Drug excretion) โดยส่วนใหญ่ยาจะถูกขับออกทางไตซึ่งในผู้สูงอายุการทำงานของไตจะมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้นจึงอาจทำให้ขับยาออกจากร่างกายได้ช้าลง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2560 : ออนไลน์) จากการที่อัตราการกรองของที่โกลเมอรูลัสและปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงส่งผลให้ยาที่ถูกขับออกทางไตมีโอกาสสะสมและเกิดผลข้างเคียงได้บ่อย (ปณิตา ลิมปวัฒน์. 2561)

ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอีกหลายอย่างที่ส่งผลต่อการใช้ยา เช่น มีความไวต่อยาบางชนิดเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยาบางชนิดผู้สูงอายุกลับมีความไวต่อยาลดลง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

ส่วนเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) ในผู้สูงอายุ หมายถึง การออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกายทำให้เกิดผลทั้งด้านที่พึงประสงค์ คือ ฤทธิ์ในการรักษา และผลที่ไม่พึงประสงค์ คือ อาการข้างเคียงและพิษของยา (ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และรัตนภรณ์ คงคา. 2561 : ออนไลน์) ซึ่งยาส่วนใหญ่มีผลต่อตำแหน่งออกฤทธิ์ของผู้สูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาว (จิรียา อินทนา และคณะ. 2564 : 17-22) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์นี้เชื่อว่าเกิดจากจำนวนตัวรับ (Receptor) ที่น้อยลงตัวรับมีความไวน้อยลงหรือมากขึ้นหรือเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์จึงทำให้มีปริมาณยามากกว่าปกติจึงจับกับตัวรับได้มากเป็นผลทำให้มีฤทธิ์มาก การตอบสนองต่อยาส่วนใหญ่จะเป็นยากดประสาททำให้เกิดอาการแพ้และสับสน อีกทั้งการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายคล้ายคลึงกันจะทำให้เกิดอันตรายได้มากขึ้น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา และสำลี สาลีกุล. 2562 : 31-39)

2.2.2 การใช้ยาหลายขนาน

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการใช้ยามากกว่า 5 ชนิดต่อวัน ข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ใช้ยาอย่างน้อย 5 ชนิด ร้อยละ 57 (Hayes BD, Klein-Schwartz W & Barrueto F Jr. 2007 : 71-90) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนมากจะเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การใช้ยาหลายขนาน คือ การใช้ยามากกว่าแนวปฏิบัติหรือการใช้ยาหลายขนานในการรักษาโรค โดยกำหนดการใช้ยาหลายขนานว่า การมีจำนวนยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขนาน (Werder, S.F & Preskorn, S.H. 2003 : 24-36) ในประเทศเยอรมนี พบว่า ร้อยละ 26.7 ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีการใช้ยาตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป (Junius-Walker U, Theile G & Hummers-Pradier E. 2007 : 9-14) ในประเทศอิตาลี พบว่า ความชุกของการใช้ยาตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป ในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 39.4 (Slabaugh SL et al. 2010 : 19-28) และการศึกษาในประเทศปากีสถาน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใช้ยาตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 70 (Ahmed B et al. 2014 : 112-133) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยการใช้ยาร่วมหลายขนานหรือการใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกและมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสใช้ยาร่วมกันหลายขนาน คือ การมีโรคเรื้อรังหลายโรค อายุที่มากขึ้น และการไปพบแพทย์หลายที่ ผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไปมีโอกาสที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่าวัยทำงาน การใช้ยาร่วมกันหลายขนานทำให้โอกาสที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาสูงขึ้น (พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน. 2559 : 50-59)

ประเทศไทยพบการใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ ร้อยละ 29-75 ผลกระทบจากการใช้ยาร่วมกันหลายขนานทำให้เกิดผลกระทบในด้านสาธารณสุขที่จะต้องจัดสรรบุคลากรและวงเงินเพิ่มเติมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายขนานและเกิดปัญหาที่สืบเนื่องมาจากการใช้ยาหลายขนาน เช่น การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยารวมถึงการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล. 2561 : 95-104) ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังได้

2.2.3 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยา คือ พฤติกรรมการใช้ยาทางการแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ รักษาหรือป้องกันโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การบริหารยา ความสม่ำเสมอของการใช้ยา การอ่านสลากยาก่อนใช้ การปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเก็บรักษา ยา การตรวจสอบวันหมดอายุ การปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุและยาเสื่อมสภาพ ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานอย่างไม่เหมาะสมและพบปัญหาดังกล่าวมากขึ้นโดยเฉพาะในชุมชนเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพังจะต้องบริหารจัดการเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเองจึงทำให้พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนนเรชา

และสำลี สารีกุล 2562 : 31-39) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค มีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่พฤติกรรมการใช้ยาในด้านการตรวจสอบวันหมดอายุ ก่อนใช้ในยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม (วินัดดา ดรณนอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณา ตั้งจิตต์พิสุทธิ์. 2562 : 19-27) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรชนก ลีทวีสุข และคณะ (2557 : ออนไลน์) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาด้านความสม่ำเสมอในการใช้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อยา การปฏิบัติเมื่อพบยาเสื่อมสภาพ การปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุการเก็บรักษา ยา การบริหารยา การปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยาและการตรวจสอบวิธีใช้ยาก่อนใช้ มีระดับพฤติกรรมเหมาะสม ส่วนการตรวจสอบวันหมดอายุมีระดับพฤติกรรมไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Vivian WY Lee et al (2013 : 78-85) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การลืมรับประทานยาเนื่องจากความเสื่อมถอยด้านกระบวนการคิดความจำ โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 มีพฤติกรรมหลงลืมรับประทานยาตามเวลา และอีกร้อยละ 40 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรับประทานยาทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ และการศึกษาของ กมลภุ ธนอมสัตย์ และวิไล ตาปะสี (2558 : 36-49) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเก็บรักษา ยา การใช้ยาถูกขนาด และการสังเกตผลข้างเคียงของยาไม่เหมาะสมรวมถึงการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรีของ กาญจนา ปัญญาธร และณัฐธากุล บึงมุ่ม (2562 : 112-127) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามลำดับ คือ พบแพทย์ตามนัด แจ้งประวัติการแพ้ยาก่อนรับยา ใช้ยาตามกำหนด ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ การปรับขนาดยาเอง นำยาของผู้อื่นที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยาร่วมกับคนอื่นน้อย ภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมระดับมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากความสามารถในการบริหารยาร่วมกับความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน 3 ด้าน คือ

1) วิธีการรับประทานยา คือ การรับประทานยาที่ตรงกับชนิด ขนาด และเวลาที่แพทย์กำหนด ซึ่งยาบางชนิดมีผลต่อกระเพาะอาหารหรืออาหารบางชนิดทำให้การดูดซึมยาไม่ดีหรือการกินยาก่อนและหลังอาหารทันทีมีผลไม่แตกต่างกัน โดยจะมีวิธีการรับประทานยา ดังนี้ รับประทานอาหารก่อน 15-30 นาที เพื่อให้ยาถูกดูดซึมได้ดีที่สุดในขณะท้องว่าง รับประทานก่อนหรือหลังทันทีหรือรับประทานพร้อมอาหารเนื่องจากยาบางชนิดรับประทานพร้อมอาหารจะช่วยลดอาการระคายเคืองกระเพาะอาหารได้ รับประทานหลังอาหาร 30-60 นาที เนื่องจากยาบางชนิดจะออกฤทธิ์นานเมื่อรับประทานหลังอาหาร (ฐานุพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย. 2564) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีการปรับขนาดยาด้วยตนเองเพราะการปรับเพิ่มหรือลด

ขนาดยาเองอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือลดประสิทธิภาพของยาจนทำให้การรักษาไม่ได้ผล (ภฤชนาพร ทิพย์กาญจนเรชา และสำลี สาลีกุล. 2562 : 31-39)

2) การบริหารยา ได้แก่ ขนาดยา รูปแบบ ความถี่ เวลาที่ใช้ยา และระยะเวลาการใช้ยา ผู้ป่วยควรต้องทราบในเรื่องของข้อบ่งชี้ที่อาจทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาประเภทการใช้ยาโดยไม่จำเป็นหรือความจำเป็นในการได้ยาเพิ่ม (พรรณทิภา ศักดิ์ทอง. 2561) ซึ่งการตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนใช้ การเก็บรักษา การตรวจสอบวันหมดอายุ ต้องมีการตรวจสอบชนิดยา จำนวนเม็ด มือในการรับประทาน ก่อนที่จะรับประทานยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีการเก็บรักษา ยาที่ถูกต้องเหมาะสม ยาบางตัวยาเสื่อมสภาพเมื่อสัมผัสแสงจึงต้องเก็บไว้ในขวดหรือซองสีชา เช่น ยาโรคหัวใจหรือเก็บยาในสถานที่ที่ไม่มีแสงแดดส่องถึงหรือในที่ชื้น เป็นต้น การสังเกตลักษณะหรือสภาพของยา เช่น ยามีการเปลี่ยนสีที่แตกต่างไปจากเดิม ขึ้นและของเม็ดยา ยาดกตะกอน เป็นต้น หรือการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยาซึ่งเป็นลักษณะบ่งบอกว่ายานั้นมีการเสื่อมคุณภาพ ไม่ควรรับประทานให้นำยามาปรึกษาแพทย์ก่อน เป็นต้น (กาญจนา ปัญญาธร และณัฐฎากุล บึงมุ่ม. 2562 : 112-127) และควรตรวจสอบรายชื่อยากับขวดยาหรือกล่องยาเพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการตรวจสอบประสิทธิภาพของยาแต่ละชนิดได้อีกด้วย (Gulistan Bahat et al. 2012 : 1-5)

3) การสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา เป็นอาการผิดปกติที่อาจพบได้โดยเป็นปฏิกิริยาหรือการตอบสนองของยาที่เป็นอันตรายหรือไม่ตั้งใจให้เกิด เช่น มีอาการปัสสาวะบ่อยจากการใช้ยาขับปัสสาวะลดความดันโลหิตทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาเพราะไม่สะดวกในการทำงานหรือมีอาการปวดเมื่อยจากยาลดไขมัน (พรรณทิภา ศักดิ์ทอง. 2561) ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีอาการข้างเคียงของยา จึงปรับขนาดยาหรือปรับการใช้ยาโดยการรับประทานยาเป็นครั้งคราวเพื่อลดอาการข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยลองหยุดยาแล้วพบว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่ารักษาหายทำให้ผู้ป่วยเลิกรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย. 2553) หรือผู้ป่วยบางรายอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยอาจเกิดความระแวงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาหรือขาดความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์และผู้ป่วยบางรายอาจหยุดยาเองเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่คุ้มกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการรักษา (ชินจิตร กองแก้ว. 2561) ส่วนผู้สูงอายุที่ใช้ยาหลายชนิดร่วมกันมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหายาตีกันอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรงขึ้น เช่น ยาแก้ปวดชนิดที่ทำให้มีอาการง่วงซึมเมื่อรับประทานร่วมกับยานอนหลับอาจกดสมองทำให้หลับลึกจนเกิดอันตรายได้ เป็นต้น (สุภลักษณ์ ธาณิรัตน์ และพัชรินทร์ วรรณโพธิ์. 2561 : ออนไลน์)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมักจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ยังไม่เหมาะสม จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนของ กาญจนา ปัญญาธร และณัฐฎากุล บึงมุ่ม (2562 : 112-127) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการเพิ่มหรือลดยาเอง ใช้ยาของผู้อื่นเมื่อมีอาการคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก และคณะ (2559 : 97-108)

พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เช่น การลืมรับประทานยา ร้อยละ 35.7 การซื้อยาเพิ่มเอง ร้อยละ 21.2 การปรับขนาดยา ร้อยละ 9.6 และการแบ่งยากันรับประทาน ร้อยละ 13.2

ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริหารยา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยมีการเก็บรักษายาที่ไม่ถูกวิธีทำให้ยาเสื่อมสภาพได้ นำยาออกมาใช้โดยจัดแบ่งยาไว้เป็นมือ ๆ แยกใส่ซองยาเล็ก ๆ หรือแบ่งยาเป็นมือไว้ล่วงหน้าทำให้ไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนรับประทานอาจเกิดความปลอดภัยอื่นในการใช้ และมีการสะสมยาเนื่องจากผู้สูงอายุมักได้ยาจำนวนมาก บางครั้งมียาเหลือจากการสั่งใช้ยาครั้งก่อน เมื่อเกิดขึ้นหลายครั้งจึงมียาสะสมอยู่มาก (ยวดี ลีฬหาวงศ์. 2563 : 803-811) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วินัดดา ดรณณอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณา ตั้งจิตต์พิสุทธิ์ (2562 : 19-27) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาในด้านการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ในยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรชนก ลีทวีสุข และคณะ (2557 : ออนไลน์) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชียงทอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาด้านความสม่ำเสมอในการใช้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อยา การปฏิบัติเมื่อพบยาเสื่อมสภาพ การปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุ การเก็บรักษา ยา การบริหารยา การปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา และการตรวจสอบวิธีใช้ยาก่อนใช้ มีระดับพฤติกรรมเหมาะสม ส่วนการตรวจสอบวันหมดอายุมีระดับพฤติกรรมไม่เหมาะสม และการศึกษาของ กมลภู ญณอมสัจย์ และวิไล ตาปะสี (2558 : 36-49) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมกรรมการเก็บรักษา ยา การใช้ยาถูกขนาด และการสังเกตผลข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม

ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องระยะยาว ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานจึงมีความสำคัญเพราะจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาช่วยลดความรุนแรงของโรคส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นลดอัตราการเสียชีวิตและยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (กนกเลขา สุวรรณพงษ์ และสุภาณี คลังฤทธิ์. 2562 : 717-731)

พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือว่าเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และสถานภาพสมรส ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพนเดอร์ และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) กล่าวไว้ว่า ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยจูงใจสำคัญต่อการกระทำ พฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อ ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสะท้อนการมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์ต่อสุขภาพรวมถึงการตรวจสุขภาพเป็นประจำเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการลดหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. 2557)

การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่สามารถสังเกตได้ชัดเจนและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ (นวรรตน์ ไชยมภู, รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และนภษา สิงห์วีธรรม. 2562 : 262-269) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปทางทางเสื่อมถอยมากกว่า ในด้านการเสริมสร้าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการออกจากงาน ต้องสูญเสียอำนาจ บทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ เมื่อมีวัยสูงขึ้นพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป (สุทธิพงศ์ บุญผดุง. 2554)

ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงเปรียบเสมือนแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเดินตามในการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของบุคคลว่าการกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงหรือเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะคุกคามจากโรคหรือป้องกันโรคของตนเอง (Stretcher, V.J & Rosenstock, I.M. 1997 : 31-43)

การสร้างเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมีความสัมพันธ์กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และองค์กรการทำงาน รวมถึงต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ตลอดจนสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมในการที่จะปรับเปลี่ยนลักษณะการดำรงชีวิตให้เอื้อต่อการเกิดภาวะสุขภาพสมบูรณ์อย่างมีศักยภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนมีคุณลักษณะและประสบการณ์เฉพาะตนแตกต่างกัน คุณลักษณะและประสบการณ์ที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล โดยปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1.1) ด้านชีวภาพ (Biologic factors) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2) ด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ การมีคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจของตนเอง การรับรู้สุขภาพของตนเอง

1.3) ด้านสังคมและวัฒนธรรมส่วนบุคคล (Sociocultural factors) ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์วรรณา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ

2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นแรงจูงใจที่สำคัญและเป็นแก่นสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) บุคคลมักจะนึกถึงประโยชน์ที่จะได้รับซึ่งอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นโดยการรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้บุคคลเริ่มการปฏิบัติพฤติกรรม

2.2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) มีผลต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล เช่น ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ความยากลำบาก การรับรู้อุปสรรคกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและการรับรู้อุปสรรคต่ำจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรง คือ ขัดขวางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อม คือ ทำให้เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.3) การรับรู้สมรรถนะของตน (Perceived self-efficacy) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม ในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้สมรรถนะมากขึ้นและการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะยิ่งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ

2.4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-related affect) ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด บุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้นร่วมด้วย

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและเจตคติของบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ รวมถึงบรรทัดฐานทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนให้บุคคลมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2.6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น

จากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ที่ระบุอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญและเป็นแก่นสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย เนื่องจากเมื่อทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่งานวิจัยใดที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวนั้นจะมีความสัมพันธ์กับเรื่องที่ต้องการศึกษาหรือไม่ ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยย่อย ที่ผู้วิจัยเลือก ได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจะเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2557 : 6-23) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.344, p<.05$)

2) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีทั้งอุปสรรคภายใน เช่น ความขี้เกียจ ความไม่พึงพอใจ และอุปสรรคภายนอก เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ ความไม่สะดวก ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจและแรงจูงใจของบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ดังเช่นการศึกษารูปแบบการปรับพฤติกรรมการใช้ยา รักษาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนของ กมลภู ถนอมสัจด์ย์ และวิไล ตาปะสี (2558 : 36-49) พบว่า การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88, S.D.=0.68$) สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.15, S.D.=0.70$) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเก็บรักษา ยา การใช้ยาถูกขนาด และการสังเกตผลข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม ($\bar{X}=2.31, 2.50, 2.53, S.D.=0.89, 0.84, 0.90$) ตามลำดับ และจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.28, p<.001$) (กัญญา จันทรีใจ, อธิภรณ์ จันทร์ดา และอรสา พันธุ์ภักดี. 2556 : 60-72) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2557 : 6-23) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=-.445, p<.05$)

3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการรับประทานยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) จากการศึกษาปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 การรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30 สอดคล้องกับ วิภาภรณ์ วัชรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และกนกพร หมู่พยัคฆ์ (2560 131-139) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องได้มากที่สุด และยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. 2554)

4) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการรับประทานยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นพฤติกรรมหรือทัศนคติของคนซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคลโดยแหล่งอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ และยังหมายรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม (มาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งชุมชนได้วางไว้) การสนับสนุนทางสังคมและการเห็นเป็นแบบอย่าง (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2557 : 6-23) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.597, p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการปรับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนของ กมลฤ ฤนอมสัจด์ย์ และวิไล ตาปะสี (2558 : 36-49) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.93, 3.24, S.D.=0.43, 0.46$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสื่อสารทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ (Beta=.334, .262, $p<.05$) ตามลำดับ วิภาวรรณ ชันส์แก้ว, ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง และจิริยา อินทนา (2564 : 1-12)

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการใช้ยาหลายขนานเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตามประกาศสภาการพยาบาล พ.ศ. 2552 เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สำหรับสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศรวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้นซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมิณผลในการดูแลบุคคลครอบครัวและชุมชน โดยได้กำหนดไว้ 9 สมรรถนะ ดังนี้ (สภาการพยาบาล. 2552 : ออนไลน์)

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารกและกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) สามารถปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน องค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสหสาขาวิชาชีพในการศึกษาข้อมูลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และศักยภาพชุมชน การวางแผนและการออกแบบ การปฏิบัติและการประเมินผลกิจกรรมการดูแลสุขภาพ และการบริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพ รวมทั้งศักยภาพชุมชน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

สมรรถนะที่ 5 ด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องใช้สมรรถนะทั้ง 9 ในการดูแลกลุ่มประชากรเป้าหมายซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตร่วมกับการมีไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับยาเพื่อการรักษาโรคต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ง่าย ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุให้ได้รับยาอย่างเหมาะสมและระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเนื่องจากอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาสีกุล. 2562 : 31-39)

ดังนั้น การที่จะดูแลหรือเฝ้าระวังให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานที่เหมาะสม พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่จะสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละบุคคลย่อมมีปัจจัยในการใช้ยาหลายขนานที่ต่างกัน จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายขนานและได้นำสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติด้านต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 จัดระบบการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน มีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคที่เป็นและยาที่รับประทาน

สมรรถนะที่ 2 ให้การดูแลและการพยาบาลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการสร้างเสริมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ

สมรรถนะที่ 3 ติดต่อประสานงานกับองค์กรตั้งแต่ระดับชุมชน ครอบครัวและบุคคลรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำศักยภาพของชุมชนมาใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เหมาะสม

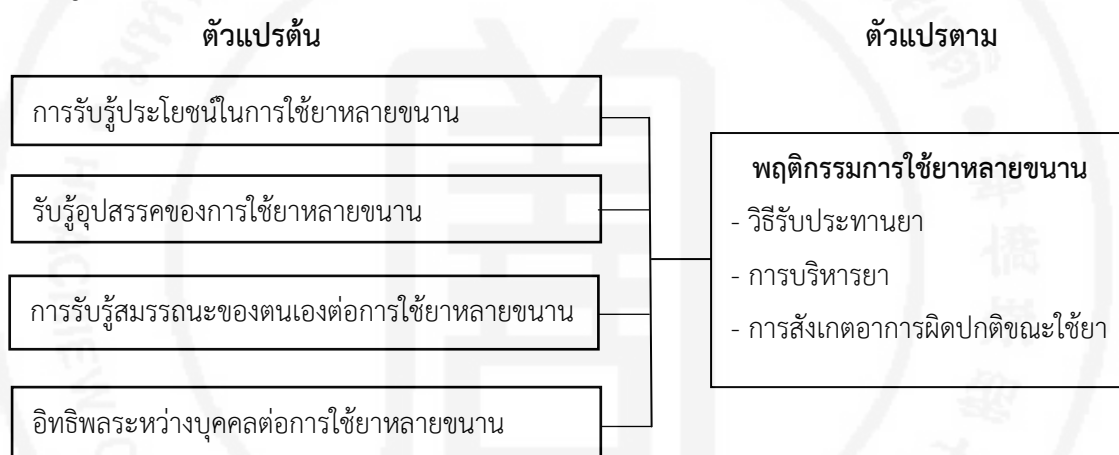
สมรรถนะที่ 5 สามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานทั้งในด้านวิธีการรับประทานยา การบริหารยา และการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยาให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล รวมทั้งให้การดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพของบุคคลและชุมชน

สมรรถนะที่ 6 พัฒนาแนวทางหรือคิณฑ์นวัตกรรมเป็นการแสดงถึงการรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างเสริมพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงได้เลือกองค์ประกอบที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งประกอบด้วย วิธีการรับประทานยา การบริหารยา และการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้อกระจก อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

คือ ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้อกระจก อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และมีการรับประทานยาอย่างน้อย 5 ชนิดขึ้นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 635 คน (คลินิกหออกรับผู้ป่วยต้อกระจก. 2564)

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้อกระจก อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และมีการรับประทานยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 127 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1.1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการใช้ยาชนิดรับประทาน ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2) มารับยาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องนานกว่า 6 เดือน

1.3) เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และสามารถสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้

1.4) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงประเมินจากคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์เทิล (Barthel Activities of Daily Living Index) โดยได้คะแนนน้อยกว่า 12 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

3.1.3 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยจากการคำนวณจากโปรแกรม G* Power 3.1.9.4 Test Family : Exact, Statistical Test : Correlation (Bivariate Normal Model) ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.3 ซึ่งเป็นค่า Gold Standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับในระดับสากล (Cohen J.

1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (α error) = 0.05 และอำนาจทดสอบ ($1-\beta$ error) = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 115 ราย และผู้วิจัยมีการคำนวณความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 127 ราย

3.1.4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากหน่วยย่อยของประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แบบสุ่มเป็นช่วง ๆ โดยดำเนินการดังนี้

- 1) กำหนดหมายเลขกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อของประชากรในทะเบียนผู้ป่วย โดยเรียงตามลำดับหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย
- 2) คำนวณช่วงของการสุ่มโดยหาอัตราส่วนระหว่างประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้ช่วงของการสุ่ม คือ 5
- 3) ทำการสุ่มหากกลุ่มตัวอย่างคนแรกด้วยการจับสลากหมายเลขกลุ่มตัวอย่างตามที่เรียงไว้
- 4) กลุ่มตัวอย่างคนต่อไปได้จากการบวกหมายเลขกลุ่มตัวอย่างของคนแรกบวกเพิ่มไปที่ละ 5

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก ยาที่นอกเหนือคำสั่งการรักษาของแพทย์ ชนิด จำนวนยาที่รับประทาน และระยะเวลาที่เข้ายา โรคที่แพทย์วินิจฉัย และปีที่วินิจฉัยโรค ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ การบริหารยา จำนวน 7 ข้อ และการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา จำนวน 2 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวันหรือปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์ มีคะแนนด้านบวก 3 ด้านลบ 0

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์ มีคะแนนด้านบวก 2 ด้านลบ 1

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์ มีคะแนนด้านบวก 1 ด้านลบ 2

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีคะแนนด้านบวก 0 ด้านลบ 3

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, J.W. 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.01–3.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.01–2.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00–1.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A (2015) จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด มีคะแนนด้านบวก 4 ด้านลบ 1

เห็นด้วย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีคะแนนด้านบวก 3 ด้านลบ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง มีคะแนนด้านบวก 2 ด้านลบ 3

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด มีคะแนนด้านบวก 1 ด้านลบ 4

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญเรื่องทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและนำมาหาค่าความสอดคล้องโดยคำนวณเป็นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2543 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต. 2561)

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้ง 2 ฉบับ ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริงโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะเดื่ออำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จากนั้นผู้วิจัยนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Alpha Cronbach Coefficient) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2555) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	Content Validity Index	Cronbach's Alpha Coefficient (n=30)
1. พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน	0.93	0.77
2. การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน	1.00	0.95
3. การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน	0.90	0.75
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน	0.90	0.91
5. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน	1.00	0.94

3.3 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ อ.1188/2565 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอต่อนายกเทศมนตรีเมืองกระทุ่มแบน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากนายกเทศมนตรีเมืองกระทุ่มแบนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1) พบกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด ในวันจันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ เวลา 08.00-10.00 น. โดยพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากพยาบาลทำการซักประวัติกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังห้องที่เตรียมไว้ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว

3.2) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3.3) ใช้วิธีการอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ และให้ผู้สูงอายุเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองจนครบทุกข้อคำถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน

3.4) ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ กรณีข้อใดไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุช่วยตอบจนกว่าจะสมบูรณ์ กล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และพากลุ่มตัวอย่างมาส่งที่จุดนั่งรอพบแพทย์

3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมโดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. โครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อออกหนังสือขออนุญาตศึกษาข้อมูลในพื้นที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารของเทศบาลเมืองกระทุ่มแบน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

3. ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมดังนี้

3.1) การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของบุคคล

(1) ผู้วิจัยให้ข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน และสอบถามถึงความสมัครใจต่อโครงการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเองหากยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ

(2) ผู้วิจัยให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างถึงมาตรการรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้ออกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ แล้วนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และนำผลการวิจัยไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้น

3.2) การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์

(1) ผู้วิจัยทำการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเป็นระบบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมารับบริการตรวจรักษาก่อนเวลาเข้าพบแพทย์

(2) ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด ตั้งแต่ขั้นตอนการให้ข้อมูลก่อนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.3) การคำนึงถึงความถูกต้องและยุติธรรม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้อย่างเที่ยงธรรม โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง และลงรหัสข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ด้วยสถิติเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สอดคล้องกับระดับของข้อมูล
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามินอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test : KS) ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการกระจายของข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution) จึงใช้การทดสอบด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน Spearman's Rho correlation ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Akoglu H. 2018 : 91-93)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหออกรับที่โรงพยาบาล อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 127 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 4 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ชนิดยาที่รับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน ระยะเวลารับประทานยา โรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยและระยะเวลาที่เป็นโรค

4.2 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก ชนิดยาที่รับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน ระยะเวลาที่รับประทานยา โรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัย และระยะเวลาที่เป็นโรสดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก (n=127)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	37.01
หญิง	80	62.99
อายุ		
60-69 ปี	70	55.11
70-79 ปี	46	36.22
80 ปีขึ้นไป	11	8.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	83	65.36
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	24.41
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.	6	4.72
อนุปริญญาหรือปวส.	3	2.36
ปริญญาตรี	4	3.15
สถานภาพสมรส		
คู่	81	63.78
หม้าย	32	25.20
โสด	13	10.24
หย่า	1	0.78
อาชีพหลักในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	39.37
ประกอบอาชีพ	77	60.63
- รับจ้าง	37	48.05
- ค้าขาย	20	25.97
- ข้าราชการบำนาญ	9	11.69
- ธุรกิจส่วนตัว	8	10.39
- เกษตรกรรม	3	3.90

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
มี	124	97.63
- ลูกหลาน	64	51.61
- สามเณร/ภรรยา	52	41.93
- พี่น้อง	8	6.46
ไม่มี	3	2.36

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.99 มีอายุ 60-69 ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.11, 36.22 และ 8.67 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ร้อยละ 65.36, 24.41 และ 4.72 ตามลำดับ สถานภาพคู่ รองลงมา คือ หม้ายและโสด ร้อยละ 63.78, 25.20 และ 10.24 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.37 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.63 มีอาชีพรับจ้างและค้าขาย 48.05 และ 25.97 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 97.63 ส่วนใหญ่ลูกหลานดูแล ร้อยละ 51.61 รองลงมา คือ สามเณรภรรยาและพี่น้อง 41.93 และ 6.46 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและ ร้อยละ จำแนกตามชนิดยาที่รับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน และระยะเวลาที่รับประทานยา (n=127)

ข้อมูล	M	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดยาที่รับประทาน	5.54	0.86		
5 ชนิด			83	65.36
6 ชนิด			26	20.47
7 ชนิด			13	10.24
8 ชนิด			4	3.15
9 ชนิด			1	0.78

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	M	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน	6.48	1.58		
5 เม็ด			45	35.44
6 เม็ด			31	24.41
7 เม็ด			20	15.75
8 เม็ด			17	13.39
9 เม็ด			9	7.09
10 เม็ด			2	1.57
11 เม็ด			1	0.78
12 เม็ด			2	1.57
จำนวนระยะเวลาที่รับประทานยา	8.96	4.97		
1-5 ปี			37	29.13
6-10 ปี			49	38.59
11-15 ปี			26	20.47
16-20 ปี			12	9.45
21 ปีขึ้นไป			3	2.36

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยา 5 ชนิด ร้อยละ 65.36 รองลงมา รับประทานยา 6 ชนิด ร้อยละ 20.47 และ 7 ชนิด ร้อยละ 10.24 ตามลำดับ ซึ่งมีการใช้ยารับประทานตามคำสั่งของแพทย์สูงสุดถึง 5 ชนิด จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน จำนวน 5 เม็ด ร้อยละ 35.44 รองลงมา คือ 6 เม็ด ร้อยละ 24.41 และ 7 เม็ด ร้อยละ 15.75 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาที่รับประทานยาส่วนใหญ่ คือ 6-10 ปี ร้อยละ 38.59 รองลงมา คือ 1-5 ปี ร้อยละ 29.13 และ 11-15 ปี ร้อยละ 20.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ จำแนกตามโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยและระยะเวลาที่เป็นโรค (n=127)

ข้อมูล	M	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน			33	25.98
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง			32	25.20
โรคเบาหวานร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง			12	9.45
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง			50	39.37
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
	8.96	4.97		
1-5 ปี			37	29.13
6-10 ปี			49	38.59
11-15 ปี			26	20.47
16-20 ปี			12	9.45
21 ปีขึ้นไป			3	2.36

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.37 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.98 ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่ คือ 6-10 ปี ร้อยละ 38.59 รองลงมา คือ 1-5 ปี ร้อยละ 29.13 และ 11-15 ปี ร้อยละ 20.47 ตามลำดับ

4.2 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แสดงเป็นช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายชื่อ รายด้าน และโดยรวม (n=127)

พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ของผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม การใช้ยา หลายขนาน
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
	ด้านวิธีรับประทานยา	0	3	1.17			
1. รับประทานยาตรงตามเวลา ที่แพทย์สั่ง	0	3	1.00	3.00	2.49	0.56	ดี
2. รับประทานยาก่อนและหลัง รับประทานอาหาร 15-30 นาที	0	3	1.00	3.00	2.34	0.72	ดี
3. ไม่ลืมรับประทานยา	0	3	1.00	3.00	2.40	0.72	ดี
4. รับประทานยาตรงตามขนาด ที่แพทย์กำหนด	0	3	0.00	3.00	2.51	0.60	ดี
5. ไม่เคยลดขนาดยาหรือหยุดยา โดยไม่แจ้งแพทย์	0	3	0.00	3.00	2.47	0.69	ดี
6. ลงปฏิทินตารางการรับประทานยา ประจำวันเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา	0	3	0.00	3.00	0.80	0.83	ไม่ดี
การบริหารยา	0	3	1.17	3.83	2.12	0.51	ดี
7. อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพื่อตรวจสอบรายละเอียดของยาและ วันหมดอายุ	0	3	1.00	3.00	2.15	0.64	ดี
8. ตรวจสอบจำนวนเม็ดยาก่อน รับประทาน	0	3	0.00	3.00	2.13	0.65	ดี
9. ตรวจสอบลักษณะเม็ดยาก่อน รับประทานเพื่อป้องกันการเสื่อมอายุ ของยา	0	3	0.00	3.00	2.09	0.70	ดี
10. เก็บยาให้พ้นจากแสงแดดและ อุณหภูมิ	0	3	1.00	3.00	2.31	0.58	ดี
11. ไม่แกะยาออกจากแผงบรรจุยา มาไว้รวมกัน แม้จะสะดวกในการ รับประทานก็ตาม	0	3	0.00	3.00	2.01	0.86	ดี

ตารางที่ 5 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ของผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม การใช้ยา หลายขนาน
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
	12. เก็บยาเป็นมือเพื่อความสะอาด และไม่ลืมรับประทานยา	0	3	0.00			
13. ไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน	0	3	1.00	3.00	2.55	0.56	ดี
ด้านการบริหารยา	0	3	1.29	2.86	2.07	0.40	ดี
การสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา							
14. สังเกตอาการผิดปกติหลัง รับประทานยา	0	3	1.00	3.00	1.99	0.42	ปานกลาง
15. เตรียมเบอร์โทรศัพท์หรือการขอ ความช่วยเหลือไว้ หากเกิดกรณีการแพ้ยา เกิดขึ้น	0	3	0.00	3.00	1.51	0.57	ปานกลาง
ด้านการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา	0	3	1.00	3.00	1.75	0.40	ปานกลาง
รวม	0	3	1.20	2.93	1.98	0.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=1.98, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านวิธีรับประทานยา อยู่ในระดับดี (M=2.12, S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การรับประทานยาตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด รับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง และไม่เคยลดขนาดยาหรือหยุดยาโดยไม่แจ้งแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดตามลำดับและอยู่ในระดับดี (M=2.51, 2.49, 2.47, S.D.=0.60, 0.56, 0.69) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การลงปฏิทินตารางการรับประทานยาประจำวันเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา อยู่ในระดับไม่ดี (M=0.80, S.D.=0.83)

ด้านการบริหารยา อยู่ในระดับดี (M=2.07, S.D.=0.40) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การเก็บยาให้พ้นจากแสงแดดและอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพื่อตรวจสอบรายละเอียดของยาและวันหมดอายุ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ตามลำดับและอยู่ในระดับดี (M=2.55, 2.31, 2.15, S.D.=0.56, 0.58, 0.64) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การจัดยาเป็นมือเพื่อความสะอาดและไม่ลืมรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง (M=1.24, S.D.=0.95)

ส่วนด้านการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา อยู่ในระดับปานกลาง (M=1.75, S.D.=0.40) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีการสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทานยา และเตรียมเบอร์โทรศัพท์หรือการขอความช่วยเหลือไว้ หากเกิดกรณีการแพ้ยาเกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง (M=1.99, 1.52, S.D.=0.43, 0.58) ตามลำดับ

4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แสดงเป็นช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		M	S.D.
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด		
	การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน	1	4	1.70		
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน	1	4	1.20	3.40	2.23	0.40
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน	1	4	1.70	3.90	2.98	0.39
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน	1	4	1.40	3.80	2.77	0.43

จากตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้ง 4 ปัจจัย พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=2.98, S.D.=0.39) รองลงมาคือปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน (M=2.95, S.D.=0.38) ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน (M=2.77, S.D.=0.43) โดยปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนานมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M=2.23, S.D.=0.40)

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน Spearman's Rho correlation ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=127)

ตัวแปรปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน ของผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
	r_s	p-value
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน	0.390	<.001
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน	-0.431	<.001
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน	0.455	<.001
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน	0.249	<.001

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.390, 0.455, 0.249, p<.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-0.431, p<.001$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหออกรับรื้อตำบลดลาด อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 127 คน สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.99 มีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.11 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.36 สถานภาพคู่ ร้อยละ 63.78 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.63 มีผู้ดูแลหลัก คือ ลูกหลาน ร้อยละ 50.40 กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยา 5 ชนิด ร้อยละ 65.36 จำนวนยาที่รับประทาน จำนวน 5 เม็ด ร้อยละ 35.44 โดยมีระยะเวลาที่รับประทานยา ส่วนใหญ่ คือ 6-10 ปี ร้อยละ 38.59 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.37 ระยะเวลาที่เป็นโรค 6-10 ปี ร้อยละ 38.59

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านวิธีรับประทานยาและด้านการบริหารยาอยู่ ส่วนด้านการสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน และปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนานมีขนาดความสัมพันธ์สูงสุด

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.11 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.37 ระยะเวลาที่เป็นโรค 6-10 ปี ร้อยละ 38.59 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาตามแพทย์นัดที่คลินิกหอบหืดรอบครัวตำบลลาด อำเภอกะพุมแบน จังหวัดสมุทรสาคร จะได้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการรับประทานยาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกครั้ง และเมื่อมีข้อสงสัยจะสามารถขอคำอธิบายจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้ทุกครั้ง จึงทำให้มีพฤติกรรมด้านวิธีรับประทานยาอยู่ในระดับดี ($M=2.12$, $S.D.=0.51$) และด้านการบริหารยา อยู่ในระดับดี ($M=2.07$, $S.D.=0.40$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และณัฏฐากุล บึงมุ่ม (2562 : 112-127) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยา ด้านวิธีรับประทานยา อยู่ในระดับดี ($M=2.17$, $S.D.=0.51$) และการศึกษาของ วรนนท์ คล้ายหงส์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ (2559 : 65-75) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการรับประทานยาด้านการบริหารยา อยู่ในระดับดี ($M=2.06$, $S.D.=0.40$) เช่นกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนานและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนานกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล การรับรู้ประโยชน์จะส่งผลโดยตรงต่อการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรม เป็นไปตามแนวคิดของเพนเดอร์ และคณะ (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจะเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนานโดยทราบว่าจะต้องรับประทานยาให้ตรงตามขนาดที่แพทย์สั่งเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษา และไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2557 : 6-23) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.34$, $p<.05$)

การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา จันทร์ใจ, อธิราภรณ์ จันทร์ตา และอรสา พันธุ์ภักดี (2556 : 60-72) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.28, p<.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้สิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งมีผลต่อความตั้งใจและแรงจูงใจของบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคสูงจะทำให้มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมลดลง (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนานในระดับปานกลาง ข้อที่รับรู้อุปสรรคมากที่สุด คือ การเก็บยาอย่างมิดชิดทำให้ไม่ลืมและสะดวกในการรับประทานยาจึงมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกันอธิบายได้ว่า ในการรับประทานยาหลายขนานของผู้สูงอายุมีอุปสรรคอยู่บางประการที่มียาจะมีผลต่อความสามารถในการบริหารจัดการยาหลายขนานให้เหมาะสม ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุนับว่าตนเองมีอุปสรรคในการยาจึงมีผลหรือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุเอง ดังผลการศึกษา ที่พบว่า ผู้สูงอายุนั้นมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการมีอุปสรรคบางประการ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่ง Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A (2015) ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีจะมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมสุขภาพแต่ในทางตรงกันข้ามนั้นหากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำก็อาจจะส่งผลให้การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่ำหรือไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมเลย ดังผลการศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่า ผู้สูงอายุนั้นมีระดับการรับรู้สมรรถนะในการใช้ยาหลายขนานของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธธา ประกอบชัย และคณะ (2557 : 43-51) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.55, p<.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรรณัน คล้ายหงษ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรณ วิโรจน์รัตน์ (2559 : 65-75) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta=.51, p<.001$) และยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. 2554)

อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้จ่ายหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้จ่ายหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายจากความสำคัญของสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับประทุพยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นพฤติกรรมหรือทัศนคติของคนซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล โดยแหล่งอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม (Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. 2015) ที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการรับประทุพยาอย่างสมเหตุสมผลของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรับประทุพยาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกครั้ง เมื่อมีข้อสงสัยจะสามารถขอคำอธิบายจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้ทุกครั้งที่ และสมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนรับประทุพยาให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2557 : 6-23) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้จ่ายหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r=.59, p<.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภาภรณ์ วัจนวรรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และกนกพร หมู่พยัคฆ์ (2560 : 131-139) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทุพยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.20, p<.05$) รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทุพยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน (สิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และพรรณวดี พุฒวัฒน์. 2557 : 80-90) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทุพยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.14, p<.05$)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของคลินิกครอบครัวตำบลลาดสามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้จ่ายหลายขนานที่ถูกต้อง ไม่เกิดอันตรายจากการใช้ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการยาให้ถูกต้อง สร้างความรู้จนกระทั่งเกิดความตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้จ่ายหลายขนานที่ถูกต้อง สร้างความร่วมมือจากคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพในการสนับสนุน ดูแลให้ผู้สูงอายุใช้จ่ายได้ถูกต้อง และลดอุปสรรคของผู้สูงอายุด้วยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายอาจจะมีปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้จ่ายหลายขนานที่แตกต่างกัน

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยด้านด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน



บรรณานุกรม

- กนกเลขา สุวรรณพงษ์ และสุภาณี คลังฤทธิ์. (2562) “การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง” **วารสารแพทยนาวิ**. 46 (3) หน้า 717-731.
- กมลภู ถนอมสัจด์ และวีไล ตาปะสี. (2558) “รูปแบบการปรับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน” **วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาเชิงพื้นที่**. 7 (2) หน้า 36-49.
- กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และปะณิธิ ลิ้มปะวัฒน์. (2562) “ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง” **วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 5 (2) หน้า 40-49.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563) **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335> (11 พฤศจิกายน 2564)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547) **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : https://www.dop.go.th/download/laws/th1616728272-832_0 (11 พฤศจิกายน 2564)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565) **การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd (22 มิถุนายน 2565)
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสาลี สาสิกุล. (2562) “บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ” **วารสารพยาบาลกองทัพบก**. 20 (1) หน้า 31-39.
- กาญจนา ปัญญาธร และณัฐฎากุล บึงมุ่ม. (2562) “พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรีอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี” **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี**. 27 (2) หน้า 112-127.
- กัญญา จันทรีใจ, ธิราภรณ์ จันทร์ดา และอรสา พันธุ์ภักดี. (2556) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี” **Rama Nurs J**. 19 (1) หน้า 60-72.
- คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด. (2564) **เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. สมุทรสาคร : คลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด.
- จิรวรรณ โปรดบำรุง, จรัส ลีกา และสุวิน ทองปิ่น. (2559) “การดูแลผู้สูงอายุตามหลักพุทธจริยศาสตร์” **พุทธชินราชวารสาร**. 33 (2) หน้า 233-240.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จิตรชนก ลีทวิสุข และคณะ. (2557) **พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชียงใหม่ ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://med.nu.ac.th/qa/med_sar/ckfinder/userfiles/Hospital/21/files/5.1 (10 ตุลาคม 2564)
- จิรียา อินทนา และคณะ. (2564) “การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ : แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.** 4 (1) หน้า 17-22.
- ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554) **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมพูนุท พัฒนจักร. (2562) “ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม” **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.** 16 (3) หน้า 13-22.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. (2561) **หลักการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐานุพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย. (2564) **มือใหม่สำหรับดูแลผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : AAA service.
- ณัฐวรรณ ชัยมีเขียว และสุภาพักตร์ หาญกล้า. (2560) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน” ใน **การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน.** หน้า 223-232. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์ และอัญชลี เชี่ยวโสธร ดุวอล. (2557) “การใช้ยาในผู้สูงอายุ” **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.** 8 (2) หน้า 79-86.
- นวรรตน์ ไชยภูมิ, รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และนงษา สิงห์วีระธรรม. (2562) “การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ Elderly Health Promotion by Three Main Concepts” **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข.** 6 (2) หน้า 262-269.
- นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2561) “ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี” **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 36 (3) หน้า 33-41.
- บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร. (2555) **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัตินวัตกรรมเชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปณิตา ลิ้มปวีตนะ. (2561) “โรคหรือภาวะที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์” ใน **กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ**. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- ปวิช พากฎิพันธ์ และสุณี เลิศสินอุดม. (2563) **การใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : file:///C:/Users/PS/Downloads/RAPAT_CPE%20Journal (12 ธันวาคม 2564)
- ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย. (2553) **ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ : กรณีศึกษาในชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก และคณะ. (2559) “การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระชะจรเข้้น้อย จังหวัดสมุทรปราการ” **วารสาร มฉก. วิชาการ**. 20 (39) หน้า 97-108.
- พรรณทิภา ศักดิ์ทอง. (2561) **การพัฒนาเครื่องมือการบริหารด้านยา : คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลิษฐ์พล วัชรวงศ์วาน. (2559) “ผู้ป่วยสูงอายุและการใช้ยาร่วมหลายขนาน: แนวทางการปรับปรุงการใช้ยาในแผนกผู้ป่วยนอก” **ธรรมศาสตร์เวชสาร**. 16 (ผนวก) หน้า 50-59.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557) **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน**. ชลบุรี : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559) **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-Communicable-Disease> (27 มิถุนายน 2565)
- ยุวดี ลิฬหาวงศ์. (2563) “ปัญหาการเก็บรักษายาอย่างไม่เหมาะสมที่พบจากการสำรวจยาที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำมาขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล” **วารสารเภสัชกรรมไทย**. 13 (3) หน้า 803-811.
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2556) **มนทัศน์ใหม่ของ นิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ : The Psycho-Social and Health Perspective**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561) **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2543) **เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาสน์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วรรณท์ คล้ายหงส์, นารินทร์ จิตรมนตรี และวิราพรณ วิโรจน์รัตน์. (2559) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2” **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. 24 (1) หน้า 65-75.
- วณิช พิงชมพู. (2563) **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ เล่ม 2**. เชียงใหม่ : เอ็น.พี.ที.ปรินตติ้ง.
- วินัดดา ดร.ณณอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์. (2562) “ความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลหัวจุ่ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย” **เชียงรายเวชสาร**. 11 (1) หน้า 19-27.
- วิภาภรณ์ วัชรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และกนกพร หมู่พยัคฆ์. (2560) “ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ” **วารสารพยาบาลทหารบก**. 18 (1) หน้า 131-139.
- วิภาวรรณ ชันส์แก้ว, ปริญญาภรณ์ ณะบุญปวง และจิริยา อินทนา. (2564) “ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี” **วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี**. 1 (1) หน้า 1-12.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558) **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560) **ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/knowledge_article/knowledge_healthy_5_001.html. (12 ธันวาคม 2564)
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2557) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**. 18 (35) หน้า 6-23.
- ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และรัตนภรณ์ คงคา (2561) **เภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/doc/km54/เภสัชจลนศาสตร์%20\(Pharmacokinetics\).pdf](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/doc/km54/เภสัชจลนศาสตร์%20(Pharmacokinetics).pdf) (19 มกราคม 2565)
- ศรัทธา ประกอบชัย และคณะ. (2557) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**. 32 (2) หน้า 43-51.
- ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2561) “การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ” **วารสารรามาชิตีเวชสาร**. 41 (1) หน้า 95-104.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล และคณะ. (2561) “การใช้ยาร่วมกันหลายขนานของผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี” **วารสารพิษวิทยาไทย**. 33 (1) หน้า 35-50.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561) **การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561) **การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- สภาการพยาบาล. (2552) **ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงสาขาต่าง ๆ ราชกิจจานุเบกษา**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf> (30 กันยายน 2564)
- สิริมาส วงศ์ใหญ่, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และพรรณวดี พุชวัฒน์. (2557) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ**. 30 (2) หน้า 80-90.
- สุภลักษณ์ ธาณีรัตน์ และพัชรินทร์ วรรณโพธิ์. (2561) **การใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.bcnon.ac.th> (5 มกราคม 2565)
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554) **รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1)**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560) **กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html> (27 มิถุนายน 2565)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2565) **อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : https://skn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (23 มิถุนายน 2565)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) **รายงานสถิติรายปี ประเทศไทย 2564**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2021/index.html> (28 มิถุนายน 2565)
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2558) “พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 9 (1) หน้า 2-14.
- เอมอร ส่วยสม. (2563) “พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” **ชัยภูมิเวชสาร**. 40 (1) หน้า 6-13.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Ahmed B et al. (2014) “Effects of polypharmacy on adverse drug reactions among geriatric outpatients at a tertiary care hospital in karachi : a prospective cohort study” **PLOS ONE**. 9 (11) page 112-133.
- Akoglu H. (2018) “User’s guide to correlation coefficients” **Turk J Emerg Med**. 18 (3) page 91-93.
- Aldwin, M.C & Glimer, F.D. (2004) **Health, illness and optimal aging : biological and psychosocial perspectives**. California : Kate Peterson.
- Best, J.W. (1977) **Research in Education**. New Jersey : Prentice hall Inc.
- Cohen J. (1988) **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gulistan Bahat et al. (2012) “Rational Drug Use in the Elderly” **Journal of Gerontology & Geriatric Research**. 1 (1) page 1-5.
- Hayes BD, Klein-Schwartz W & Barrueto F Jr. (2007) “Polypharmacy and the geriatric patient Clin” **ClinGeriatr Med**. 23 (2) page 71-90.
- Junius-Walker U, Theile G & Hummers-Pradier E. (2007) “Prevalence and predictors of polypharmacy amongolder primary care patients in Germany” **Journal of Family Practice**. 24 (1) page 9-14.
- Nechba, R.B et al. (2015) “Difficulty in managing polypharmacy in the elderly : Case report and review of the literature” **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**. 6 (1) page 30-33.
- Pender N.J, Murdaugh C.L & Parsons M.A. (2015) **Health Promotion in Nursing Practice**. 7th ed. USA : Pearson Education Inc.
- Slabaugh SL et al. (2010) “Prevalence and risk of polypharmacy among the elderly in an outpatient setting : A retrospective cohort study in the Emilia-Romagna Region, Italy” **Drugs Aging**. 27 page 19-28.
- Stretcher, V.J & Rosenstock, I.M. (1997) “The Health Belief Model” In **Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice**. Glanz K., Lewis F.M & Rimer B.K. (Eds.) page 31-43. San Francisco : Jossey-Bass.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Touhy, T.A & Jett, K.F. (2018) **Ebersole and Hess'gerontological Nursing & Healthy Aging**. 5th ed. St. Louis, Mo. : Elsevier/Mosby.
- Vatcharavongvan, P & Puttawanchai, V. (2017) "Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple noncommunicable diseases in Thai primary care" **Family Medicine & Primary Care Review**. 19 (4) page 412-416.
- Vivian WY Lee et al. (2013) "Medication adherence : Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly" **Geriatrics Gerontology International**. 13 (4) page 78-85.
- Werder, S.F & Preskorn, S.H. (2003) "Managing Polypharmacy Walking the Fine Line Currnt psychiatry" **Journal of Family Practice**. 2 (2) page 24-36.
- WHO Expert Committee. (1989) **Health of the Elderly in Who Technical Report Series 779**. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2021) **Ageing and Health**. [Online] Available : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (22 June 2022)



ภาคผนวก

เอกสารตอบรับเข้าเก็บข้อมูลวิจัย



ที่ สค ๕๒๑๐๓ ๒๕๖๕

สำนักงานเทศบาลเมืองกระทุ่มแบน
ถนนสุคนธ์วิท อำเภอกะทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร ๗๔๑๑๐

๕๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ มฉก ๐๑๐๔ / ๐๔๓๒ ลงวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ตามที่เทศบาลเมืองกระทุ่มแบนได้รับหนังสือจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ขออนุญาตให้นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโทเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน” ในพื้นที่คลินิกหมอครอบครัว ตำบลตลาด ในผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการรับประทานยา อย่างน้อย ๕ ชนิดขึ้นไป ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

ในการนี้เทศบาลเมืองกระทุ่มแบน อนุญาตให้นักศึกษาเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่คลินิก หมอครอบครัวตำบลตลาด ในผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการ รับประทานยาอย่างน้อย ๕ ชนิดขึ้นไป ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายบพิตร อินทรสมบูรณ์)

รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

นายกเทศมนตรีเมืองกระทุ่มแบน

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
งานศูนย์บริการสาธารณสุข
โทร ๐-๓๔๔๗-๑๙๑๒ ต่อ ๑๑๙
โทรสาร ๐-๓๔๔๗-๑๙๑๒ ต่อ ๑๐๒

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”



ที่ สค ๐๔๓๒/๓๐๙

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน
ตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร ๗๔๑๑๐

๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ สค มฉก.๐๑๐๔/๐๔๓๑
ลงวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่านางสาวฤดี กุลภัทร์แสงทอง รหัส ๖๒๖๐๗๙-๘๐๔ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน” มีความประสงค์จะขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะเดื่อ ในผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการรับประทานยาอย่างน้อย ๕ ชนิดขึ้นไป จำนวน ๓๐ คน ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน ๒๕๖๕ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ นั้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน ได้พิจารณาแล้ว ยินดีให้การสนับสนุนนักศึกษาเข้าเก็บข้อมูล เพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสันติ เหล่านิพนธ์)

สาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวฤดี กุลภัทร์แสงทอง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัวตำบลตลาด อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม งานวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมด จะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่านไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา โดยติดต่อเบอร์โทรศัพท์ 083-294-4290 หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถาม ช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ย่อมสามารถกระทำได้โดยทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จลงไม่ได้ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวฤดี กุลภัทร์แสงทอง
นักศึกษาระดับปริญญาโท
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ค

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่.....

วันที่วันเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า อายุ ปี

อยู่บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่ แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอทำหนังสือให้ไว้ต่อคณะผู้วิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของนางสาวฤดี กุลภัทร์แสงทอง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ หลอกลวง แต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ โดยละเอียดแล้วจากคำชี้แจงด้วยวาจาก่อนทำแบบสอบถาม

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่าจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความคำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยความเต็มใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฟัง จากนั้นให้ผู้สูงอายุตอบคำถามตามความเป็นจริงและผู้วิจัยเป็นผู้เขียนคำตอบลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้

- 1) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ
- 2) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ
- 3) ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ
- 4) ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน จำนวน 10 ข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

นางสาวฤดี กุลภัทร์แสงทอง

นักศึกษาปริญญาโท

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะอ่านคำถามและตัวเลือกให้ท่านฟัง ขอให้ท่านบอกคำตอบตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> ปวช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปวส.	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
5. อาชีพหลักในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
6. ผู้ดูแลหลัก

<input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> สามเณร/ภรรยา
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....		
7. ยาที่นอกเหนือคำสั่งการรักษาของแพทย์

<input type="checkbox"/> ยาสมุนไพร จำนวน.....ชนิด ระยะเวลาที่ใช้.....ปี
ระบุ.....
<input type="checkbox"/> อาหารเสริม จำนวน.....ชนิด ระยะเวลาที่ใช้.....ปี
ระบุ.....
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนของผู้วิจัย (จากข้อมูล Family Folder)

8. ชนิด จำนวนยาที่รับประทานและระยะเวลาที่ใช้ยา (ปี) ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

.....

.....

9. โรคที่แพทย์วินิจฉัย และปีที่วินิจฉัยโรค

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> เบาหวาน พ.ศ..... |
| <input type="checkbox"/> ไตมันในเลือดสูง พ.ศ..... | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ พ.ศ..... |

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะอ่านคำถามและตัวเลือกให้ท่านฟัง ขอให้ท่านบอกคำตอบตามความเป็นจริง

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 4-6 วัน ต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-3 วันต่อ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

ข้อความ	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
วิธีการรับประทานยา				
1. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง				
2. ท่านรับประทานยาก่อนและหลังรับประทานอาหารในเวลา ก่อนหรือหลังอาหาร 15-30 นาที				
3. ท่านไม่ลืมรับประทานยา				
4. ท่านรับประทานยาตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด				
5. ท่านไม่เคยลดขนาดยาหรือหยุดยาโดยไม่แจ้งแพทย์				
6. ท่านลงปฏิทินตารางการรับประทานยาประจำวัน เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา				
การบริหารยา				
7. ท่านอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพื่อตรวจสอบ รายละเอียดของยาและวันหมดอายุ				
8. ท่านตรวจสอบจำนวนเม็ดยา ก่อนที่จะรับประทานยา				
9. ท่านตรวจสอบลักษณะเม็ดยาก่อนรับประทานเพื่อป้องกันการ เสื่อมอายุของยา				
10. ท่านเก็บยาให้พ้นจากแสงแดดและอุณหภูมิ				
11. ท่านไม่แกะยาออกจากแผงบรรจุยามาไว้รวมกัน แม้จะ สะดวกในการรับประทานก็ตาม				
12. ท่านจัดยาเป็นมือเพื่อความสะดวกและไม่ลืมรับประทานยา				
13. ท่านไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน				
การสังเกตอาการผิดปกติขณะใช้ยา				
14. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังการรับประทานยา				
15. ท่านเตรียมเบอร์โทรศัพท์หรือการขอความช่วยเหลือไว้ หากเกิดกรณีการแพ้ยาเกิดขึ้น				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุในชุมชน
ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะอ่านคำถามและตัวเลือกให้ท่านฟัง ขอให้ท่านบอกคำตอบตามความเป็นจริง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความนั้นทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเกินครึ่งหนึ่ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาหลายขนาน				
1. การอ่านฉลากยาสามารถช่วยป้องกันการรับประทานยาผิดได้				
2. การจำสีเม็ดยาทำให้สามารถสังเกตการเสื่อมอายุของเม็ดยาได้				
3. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้				
4. การแกะเม็ดยาออกจากซองมารวมกันจะทำให้เม็ดยาขึ้นประสิทธิภาพจะลดลง และอาจเกิดอันตราย หากรับประทานยาได้				
5. การพกยาไปด้วยทุกที่เมื่อออกจากบ้านเพื่อสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง				
6. การซื้อยารับประทานเองทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และโรคที่เป็นได้				
7. หากลืมรับประทานยาบ่อยครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้				
8. การปรับขนาดยา เช่น ลดหรือเพิ่มเอง เป็นต้น อาจเกิดการดี้อยาหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้				
9. การสังเกตอาการผิดปกติทุกครั้งที่ได้รับประทานยาจะทำให้ปลอดภัยจากอันตรายจากยาได้				
10. การไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทานจะทำให้ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยาได้				
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนาน				
11. ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่สะดวกในการอ่านฉลากยา				
12. ท่านรู้สึกยุ่งยากในการจดจำเวลารับประทานยาทุกชนิดทั้งหมดให้ครบถ้วน				

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13. การไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัดมีความยากลำบาก ท่านจึงเลือกซื้อยารับประทานเอง โดยนำของยาให้กับร้านขายยา ดูเป็นตัวอย่าง				
14. การดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ไม่สอดคล้องกับการ รับประทานตามเวลา				
15. ท่านรู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานยาทุกวัน				
16. ท่านมีความยากลำบากในการรับประทานยาให้ได้ครบ ตรงเวลา				
17. การเก็บยาอย่างมิดชิดทำให้ไม่ลืมและสะดวกในการ รับประทานยา				
18. การลงปฏิทินการรับประทานยาประจำวันสร้างความลำบาก แก่ตัวท่าน				
19. ท่านรู้สึกยุ่งยากทุกครั้งที่จะต้องสังเกตอาการผิดปกติ หลังจากรับประทานยา				
20. ท่านเคยมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยา จึงหยุด รับประทานยา				
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ยาหลายขนาน				
21. ท่านสามารถอ่านสลากยาก่อนรับประทานได้ทุกครั้ง				
22. ท่านสามารถรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง ได้ถูกต้อง				
23. ท่านมั่นใจว่าสามารถไปรับยาตามนัดของแพทย์ โดยไม่ ซื้อยารับประทานเองได้ทุกครั้ง				
24. ท่านสามารถสังเกตลักษณะยาเสื่อมอายุที่แตกต่าง ไปจาก ปกติที่เคยรับประทานได้				
25. ท่านสามารถเก็บรักษายาได้ตามคำแนะนำของบุคลากร ด้านสุขภาพ				
26. ท่านมั่นใจว่าสามารถพกยาไปด้วยได้เมื่อออกเดินทางจาก ที่พักอาศัย				
27. ท่านมั่นใจว่าจะไม่ลืมรับประทานยา				

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
28. ท่านมั่นใจว่าท่านจะไม่ลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง				
29. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทานยาได้ทุกครั้ง				
30. ท่านสามารถไปพบแพทย์ได้ทันทีหากพบว่ามีอาการผิดปกติจากการรับประทานยา				
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน				
31. สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดยาของท่าน				
32. สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนท่านรับประทานยาให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง				
33. สมาชิกในครอบครัวสอบถามความผิดปกติเสมอหลังท่านรับประทานยา				
34. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการปรับลดขนาดยาเอง				
35. ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสาธารณสุขเอาใจใส่ในการรับประทานยาของท่าน ช่วยให้ท่านตระหนักในการรับประทานยาให้ถูกต้อง				
36. บุคลากรทางด้านสุขภาพ เน้นย้ำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องทุกครั้งเมื่อท่านไปตรวจตามนัด				
37. บุคลากรทางด้านสุขภาพมีการติดตามการรับประทานยาของท่าน เช่น การมาเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์สอบถาม เป็นต้น				
38. เพื่อนหรือเพื่อนบ้านมีส่วนทำให้ท่านรับประทานยาได้ถูกต้อง				
39. บุคลากรทางด้านสุขภาพ จะอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา ให้แก่ท่านทุกครั้ง				
40. เมื่อท่านมีข้อสงสัย ท่านสามารถขอคำอธิบายจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้ทุกครั้งที่				

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์และการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ
Pearson Product-Moment Correlation Coefficient

ข้อมูลตัวแปรต้น วิเคราะห์ด้วย Kolmogorov-Smirnov จะพบว่าค่า sig < .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution) ดังตาราง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		P1	P2	P3	P4
N		127	127	127	127
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2.9488	2.2339	2.9803	2.7717
	Std. Deviation	.38128	.40261	.39542	.42481
Most Extreme Differences	Absolute	.155	.124	.165	.129
	Positive	.155	.124	.165	.129
	Negative	-.109	-.092	-.129	-.078
Kolmogorov-Smirnov Z		1.750	1.398	1.862	1.458
Asymp. Sig. (2-tailed)		.004	.040	.002	.029

a. Test distribution is normal

b. Calculated from data

ข้อมูลตัวแปรตาม วิเคราะห์ด้วย Kolmogorov-Smirnov จะพบว่าตัวแปรบางตัวมีค่า sig < .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution) ดังตาราง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		eat	adm	ab
N		127	127	127
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2.1706	2.0664	1.7559
	Std. Deviation	.50065	.40197	.40270
Most Extreme Differences	Absolute	.225	.172	.241
	Positive	.128	.172	.241
	Negative	-.225	-.155	-.224
Kolmogorov-Smirnov Z		2.536	1.937	2.720
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.001	.000

a. Test distribution is normal

b. Calculated from data

จากตารางเมื่อวิเคราะห์ด้วย Kolmogorov-Smirnov จะพบว่าค่า sig > .05 แสดงว่าข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไข

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ
รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายบริหาร วิจัย และนวัตกรรม
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.อารยา ทิพย์วงศ์
อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



เรียนรู้ออนไลน์

หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย

เขียนที่.....มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.....

วันที่.....4..... กรกฎาคม พ.ศ. 2565.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว 学生姓名....ฤดี กุศลทร์แสงทอง.... รหัสนักศึกษา 学号...626079-804...
ระดับ學位 ปริญญาโท硕士 ปริญญาเอก博士 หลักสูตร课程พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.....
สาขาวิชา专业.....การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน..... คณะ学院.....พยาบาลศาสตร์.....
Email 电子邮件 :kaerudee@outlook.com.....

ชื่อเรื่อง (คุณวุฒิพนธ์/วิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ 申请检查学位论文/毕业论文/选修)
(ชื่อภาษาไทย) (泰文名称).....ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนาน
ของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(ชื่อภาษาอังกฤษ) (英文名称)...FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY USE BEHAVIOR
AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASE....

อนุญาต ให้ศูนย์บรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เผยแพร่
งานวิจัยของข้าพเจ้า สู่สาธารณะ เพื่อเป็นผลงานทางวิชาการ ผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัย ThaiLIS

ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....ฤดี กุศลทร์แสงทอง.....ผู้วิจัย
(.....ฤดี กุศลทร์แสงทอง.....)