



ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยสูงอายุ*

ปิติพร สิริทิพากร พย.ม.**
วีรศักดิ์ เมืองไพศาล พ.บ.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 265 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของ Morisky (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square และ Spearman Rank Correlation ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean = 11.76, SD = 1.32) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลาง (Mean = 6.92, SD = 1.24) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.001$) และอาชีพ ($p = 0.041$) มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($p = 0.035$) มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ

คำสำคัญ: ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนจากกองทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

***ศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



Health Literacy and Medication Adherence in Elderly Patients*

Pitiporn Siritipakorn M.N.S.**

Weerasak Muangpaisan MD.***

Abstract

This correlational research aimed to study the relationships between associated factors, health literacy and medication adherence in elderly patients at a Geriatric clinic, Siriraj Hospital. The sample consisted of 265 patients. The demographic data of patients, Health literacy, and Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) were collected by interview. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square and Spearman Rank correlation. The result found that the health literacy was high level (11.76 ± 1.32) and medication adherence was a moderate level (6.92 ± 1.24). The factors statistically significant associated a relationship with health literacy were level of education ($p = 0.001$) and occupation ($p = 0.041$), The factors statistically significant associated a relationship with medication adherence was family income ($p = 0.035$). However, there was no statistically significant relationship between health literacy with medication adherence in elderly patients.

Keywords: health literacy, medication adherence, elderly patients, geriatric clinic

*This research was funded by Research Development, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.

**Nurse, Senior Professional Level, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.

***Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.



บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้ประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.1 ในปี 2563¹ จากสถิติสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วอย่างเต็มรูปแบบ (aging society) และรูปแบบการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาวะเรื้อรัง คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้ต้องมีการเตรียมพร้อมในการพัฒนาและตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง² สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs แพทย์มีวิธีการรักษาจำเพาะต่อโรคที่แตกต่างกันไป เน้นการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารตามโรคที่เป็น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมาพบแพทย์และการรับประทานยาสม่ำเสมอ เป็นต้น ดังนั้นประชากรผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญที่ควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม และป้องกันสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี จากสถิติที่ผ่านมาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นได้ทั้งโรคเรื้อรังและเฉียบพลันที่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิด อาจทำให้เกิดความสับสนหรือเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวด ยานอนหลับ และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตลดลง และเกิดปัญหาทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพราะทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรทางด้านสุขภาพ³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้ยาของผู้สูงอายุให้ถูกต้องและสม่ำเสมอมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง เช่น รับประทานยาไม่ถูกขนาด วิธี หรือเวลาตามแผนการรักษา หยุดรับประทานยาเองก่อนกำหนด หรือหยุดรักษา ปรับเพิ่มหรือลดขนาดด้วยตัวเอง ไม่รับประทานยา บางมือหรือรับประทานยาเมื่อใกล้กันหรือห่างกันมากเกินไป^{4,5} เป็นต้น ดังนั้นประเด็นปัญหาในการใช้ยาของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพราะมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้มากกว่าวัยอื่น⁶ ปัจจัยความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าความแตกฉานด้านสุขภาพ หมายถึง การรู้จัก ทักษะทางสังคมที่ไม่ใช่เฉพาะการอ่านออกเขียนได้เท่านั้น แต่เป็นทักษะส่วนบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพนั้นๆ จนสามารถปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับอย่างเหมาะสม อีกทั้งสามารถ

ควบคุมหรือฟื้นฟูภาวะสุขภาพได้ ซึ่งได้มีการจำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 พื้นฐาน (basic/ functional literacy) ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านใบยินยอม รวมถึงความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวาจาหรือข้อความเขียน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ระดับที่ 2 การปฏิสัมพันธ์ (communicative/ Interactive literacy) ได้แก่ ความสามารถในการเสาะหาข้อมูลด้านสุขภาพ ทำความเข้าใจ และใช้ความรู้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ ระดับที่ 3 ระดับวิพากษ์ (critical literacy) มีศักยภาพในการประเมินข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติด้านการสร้างเสริมและการรักษาสุขภาพที่ดี⁶⁻⁸

เนื่องจากในยุคนี้นับเป็นยุคโซเชียลมีเดีย การที่ผู้สูงอายุเล่นโซเชียล ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านสมุนไพรช่วยรักษาโรค อาหารเสริม และยาต่างๆ โดยข้อมูลเหล่านี้มักมีการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง หากผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ หรือไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่บ้าง อาจถูกโน้มน้าวให้เชื่อข่าวสารได้ง่าย เช่น โฆษณาเชิญชวนให้บริโภคอาหารเสริม การรับประทานน้ำมันกัญชารักษาทุกโรค เป็นต้น นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอถึง 2 เท่า⁹ ผลลัพธ์ที่เกิดจากความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ¹⁰ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการกำเริบที่ห้องฉุกเฉิน รวมถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 3-5¹¹ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ระดับการศึกษา อายุ เพศ จำนวนโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการรู้คิด (cognitive ability)¹² รายได้ และประสบการณ์ในการใช้สถานบริการสุขภาพ^{11,13} การศึกษาผลกระทบของความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำกับการปฏิบัติตัวก่อนทำการผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 12 (n=20) ความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำมีอัตราชุกเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) และมีสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง¹⁴ นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความแตกฉานด้านสุขภาพของ



คนอเมริกัน พบว่า 2 ใน 3 ของชาวอเมริกันที่อายุมากกว่า 60 ปี มีทักษะการอ่านออกเขียนได้ต่ำ¹⁵ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี ในโรงพยาบาลของรัฐบาลไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจเนื้อหาพื้นฐาน เช่น คำอธิบายบนฉลากยาได้¹⁶

สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.5 มีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น¹⁷ และการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับความแตกฉานเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและรายได้ที่เพิ่มขึ้น กลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีความแตกฉานด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มสถานภาพอื่นๆ¹⁸ การศึกษาการรับประทานยาในผู้ป่วย คลินิกสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากถึงร้อยละ 54.9 (n=153) และสาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา การเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการห่างจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ หมายถึง บุคคลผู้นั้นมีทักษะในการอ่านและเขียนที่เป็นพื้นฐานในการเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพต่ำ ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นๆ ไม่สามารถเข้าใจ เข้าถึง ข้อมูลข่าวสาร และสามารถปฏิบัติตามตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพและใช้ข้อมูลข่าวสารนั้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อภาวะสุขภาพของตนเอง¹⁹

ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เพราะผู้ให้บริการในสถานพยาบาลและคลินิกต่างๆ มักนิยมให้ข้อมูลทางการแพทย์โดยการแจกคู่มือการปฏิบัติตัว หรือเป็นเอกสารแผ่นพับที่เป็นภาษาเขียนมากกว่าการใช้ภาษาพูดในการอธิบาย ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมในเนื้อหาและให้ทันเวลากับจำนวนผู้มารับบริการที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ด้วยเนื้อหาด้านการรักษาที่ซับซ้อนและความสามารถในการรับข้อมูลของผู้สูงอายุเสื่อมลดลงหรือถดถอย อาจทำให้การทำความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพถูกจำกัดลงไปอีก โดยเฉพาะการให้ข้อมูลในการรับประทานยาแต่ละชนิดให้ถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน ยาที่ใช้มีความซับซ้อนแตกต่างกันขึ้นกับชนิดของยา และต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน หากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและอย่างต่อเนื่องนั้น จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาได้มากขึ้น

ป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ บทบาทของพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารยา ตั้งแต่รับคำสั่งจากแพทย์ รับยาจากห้องยา การจัดเตรียมยา การบริหารยาในวิถีต่างๆ ตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา ตลอดจนการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนกลับบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาสื่อการสอน วิธีการให้ความรู้และการแนะนำการรับประทานยากับผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมมารับประทานยาได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้มีการจำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ พื้นฐาน การปฏิสัมพันธ์ และระดับวิพากษ์ โดยเลือกศึกษาองค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) ศึกษาระดับของความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ
- 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จัดยารับประทานด้วยตนเอง ยังไม่มีความบกพร่องของการรู้คิด (ผลการประเมินทางจิตประสาท TMSE > 23 โดยผู้วิจัยจะประเมินก่อนตัดเข้าการศึกษา) สามารถอ่านและฟังภาษาไทย เข้าใจ จำนวน 265 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างสูตรของ Taro



Yamane กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เฉลี่ย 791 รายต่อปี แทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 265 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตัวเองโดยใช้แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้

ชุดที่ 2 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยผู้สูงอายุ (Health literacy in elderly patients) ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก S-TOFHLA และ Medical management มีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นการนำรูปแบบการทดสอบความเข้าใจโดยประยุกต์จาก The Cloze test ที่พัฒนาขึ้นโดย Parker et al ในปี 1995²⁰ เพื่อใช้สำหรับวัดความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วย โดยข้อคำถามวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่าน ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการบริหารยาของผู้ป่วยที่พบหรือประสบในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้สื่อหรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ในการบริการ เช่น ฉลากยา ใบนัด ไปยีนยอมการรักษา โดยให้ 1 คะแนนสำหรับข้อที่ตอบถูก และ 0 คะแนน สำหรับข้อที่ตอบผิด คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-14 คะแนน คะแนนรวมมากกว่า 11.0 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับดีมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-11 หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับน้อย

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านผู้สูงอายุ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงความสมบูรณ์ของเนื้อหา นำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.72

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) ฉบับภาษาไทย (ได้รับการอนุญาตแล้ว) มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม²¹ แบบสอบถามข้อ 1-7 ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม และในข้อที่ 8 ให้เลือกตอบ 6 ระดับ ตอบ 8.1 ให้ 1 คะแนน, 8.2 ให้ 0.75 คะแนน 8.3 ให้

0.5 คะแนน, 8.4 ให้ 0.25 คะแนน และตอบ 8.5 ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 1-8 คะแนน โดยคะแนนสูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีกว่าคะแนนต่ำ การแปลผลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 6 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 6-7 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 8 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงความสมบูรณ์ของเนื้อหา นำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะร่วมตอบแบบสอบถามโดยความสมัครใจ หลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบรวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลไม่ได้เขียนชื่อหรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมและข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับความแตกฉานด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่เป็นโค้งแบบปกติ จึงใช้สถิติ Chi-Square และ Spearman Rank Correlation คำนวณหาค่าสหสัมพันธ์



ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 265 ราย มีอายุเฉลี่ย 74.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 191 ราย ร้อยละ 72.1 เพศชาย 74 ราย ร้อยละ 27.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.0 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 55.1 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 50.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นพ่อ/แม่บ้าน ร้อยละ 75

กลุ่มตัวอย่างมีความแตกจาด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 89.8 (Mean = 11.76, SD = 1.3) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจัดเข้ารับประทานเอง สามารถหยิบซองยา อ่านฉลากยา ได้ถูกต้อง และสามารถอธิบายวิธีการรับประทานได้ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างสามารถเปิด-ปิดขวดยาแบบ (a child-resistant) ได้ ร้อยละ 69.8 ทราบวิธีเปิดแต่ไม่มีแรงเปิด ร้อยละ 5.7 เปิดไม่ได้ ร้อยละ 24.5 ภายหลังอธิบายและสาธิตวิธีการเปิดแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่เปิดไม่ได้สามารถเปิดได้ทุกราย สำหรับยาที่ได้รับประทานเฉพาะเวลามีอาการ ครั้งละ 1 เม็ด รับประทานซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง

ถ้ารับประทานยาไปเมื่อเวลา 7.00 น. จะสามารถรับประทานยาได้อีกครั้งเวลาเท่าไร กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องร้อยละ 89.4 ในส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ที่มียายุ 50-60 คือ 60-150 mg/dL ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดของคุณตรวจได้ 160 mg/dL หมายความว่า วันนี้คุณมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติใช่หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 90.6 มีฉลากยาแนะนำให้รับประทานยานี้ขณะท้องว่าง คือ ให้รับประทานก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือ หลังอาหาร 2-3 ชั่วโมง ถ้าคุณรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00 น. คุณจะต้องรับประทานยานี้เวลากี่โมง กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 10.6 ถ้าคุณลืมรับประทานยานี้ก่อนมีอาหารกลางวัน คุณจะสามารถรับประทานยาได้ในเวลากี่โมง กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 10.2 หากมีฉลากยาให้รับประทานยาทุก 3 วัน ถ้าคุณเริ่มรับประทานในวันอังคาร วันต่อไปที่คุณจะรับประทานยานี้คือวันอะไร กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 91.3 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 (Mean = 6.92, SD = 1.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของความแตกจาด้านสุขภาพ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ (n=265)

	ความแตกจาด้านสุขภาพ n (%)	การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ n (%)
ระดับต่ำ	10 (3.8)	31 (11.7)
ระดับปานกลาง	17 (6.4)	124 (46.8)
ระดับสูง	238 (89.8)	110 (41.5)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (n = 265)

ข้อคำถาม	ใช่ n (%)	ไม่ใช่ n (%)
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	133 (50.2)	132 (49.2)
2. คุณคิดทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	20 (7.5)	245 (92.5)
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยา เนื่องจากรู้สึกแยเวลารับประทานยา โดยที่ไม่ได้บอกแพทย์	32 (12.1)	233 (87.9)
4. เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย	40 (15.1)	225 (84.9)
5. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ ใช่หรือไม่	264 (99.6)	1 (0.4)
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยา	22 (8.3)	243 (91.7)
7. การรับประทานยาทุกวันอาจไม่สะดวกสำหรับบางคน คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่หรือไม่	26 (9.8)	239 (90.2)
8. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน		
8.1) ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่าคุณมีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้	222 (83.8)	
8.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	34 (12.8)	
8.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	8 (3.0)	
8.4) รู้สึกว่ายุ่งยากเป็นประจำ ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	1 (0.4)	
8.5) รู้สึกว่ายุ่งยากทุกครั้งหรือตลอดเวลา ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	0 (0.0)	



แบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิด ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ ผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายได้ให้ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมประเด็นสำคัญจากข้อคำถามได้ดังนี้ ข้อที่ 2) บางคนไม่ได้รับประทานยาด้วยเหตุผลต่างๆ นอกเหนือจากลืม คุณคิดทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้ ลืมรับประทานยาก่อนนอน เนื่องจากเผลอหลับไปก่อน ลืมรับประทานยารักษาโรคกระดูกพรุน Fosamax ที่แพทย์สั่งให้รับประทานสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ลืมรับประทานยาวิตามินดีที่แพทย์สั่งให้รับประทานเดือนละ 2 ครั้ง ขาดยาไปบ้างเนื่องจากเกรงใจลูกต้องลงงานเพื่อพามาพบแพทย์ ขาดยาไปเกือบเดือน เนื่องจากสถานการณ์น้ำท่วม ไม่สามารถออกมารับยาและพบแพทย์ตามนัดได้ เป็นต้น 3) คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยา เนื่องจากรู้สึกแสบเวลารับประทานยาโดยที่ไม่ได้บอกแพทย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ ได้งดยาเพราะมีอาการแพ้ยาที่ฉีด ได้แก่ ยา metoclopramide penicillin sulfonamide งดยา sertraline เนื่องจากมีอาการปวดศีรษะมาก งด omeprazole เนื่องจากมีอาการคัน ขาบวม งดยานอนหลับในบางวันที่หลับได้ งดยากันชักเอง เนื่องจากอ่านฉลากยาว่า มีผลต่อดับจึงเลิก

ทาน เพราะไม่มีอาการชักมาระยะหนึ่งแล้ว งด diclofenac เนื่องจากมีอาการตาบวม งด ibuprofen montelukast amoxicillin เนื่องจากมีอาการใจสั่น งดยา enalapril เนื่องจากมีอาการปากบวม ใจสั่น หายใจไม่ออก งดยา dicloxacillin tramadol เนื่องจากมีอาการมึนศีรษะ อาเจียน งดยา enalapril metformin เนื่องจากมีอาการคันตามตัว เป็นต้น 6) เมื่อคุณรู้สึกว่าการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยา ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ ยังไม่หยุด แต่ปรับลดยาไขมันเอง จาก 1 เม็ด เป็น ½ เม็ด เพราะไปเจาะเลือดแล้วพบว่าผลเลือดระดับไขมันปกติดีแล้ว และมาแจ้งแพทย์ภายหลัง ลดยาความดันโลหิตเองในบางวันที่วัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วพบว่าความดันโลหิตต่ำ หยุดยากลุ่มวิตามินเองบ้าง เช่น วิตามินรวม วิตามินบี 1 6 12 แคลเซียม เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความแตกฉานด้านสุขภาพ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ กับปัจจัยส่วนบุคคล n (n=265)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความแตกฉานด้านสุขภาพ			P	การรับประทานยาสม่ำเสมอ			P
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)	
อายุ (Mean = 74.2,SD=7.2) ปี				0.887				0.711
60-69 ปี	3 (3.8)	3 (3.8)	73 (92.4)		9 (11.4)	32 (40.5)	38 (48.1)	
70-79 ปี	4 (3.3)	10 (8.3)	106 (88.3)		12 (10.0)	60 (50.0)	48 (40.0)	
80-89 ปี	3 (4.8)	4 (6.5)	55 (88.7)		9 (14.5)	30 (48.4)	23 (37.1)	
> 90 ปี	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)		1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	
เพศ				0.978				0.084
ชาย	3 (4.1)	5 (6.8)	66 (89.2)		5 (6.8)	42 (56.8)	27 (36.5)	
หญิง	7 (3.7)	12 (6.3)	172 (90.1)		26 (13.6)	82 (42.9)	83 (43.5)	
สถานภาพสมรส				0.465				0.076
โสด	1 (2.8)	0 (0.0)	35 (97.2)		5 (13.9)	16 (44.4)	15 (46.7)	
คู่	8 (3.9)	16 (7.8)	180 (88.2)		25 (12.3)	101 (49.5)	78 (38.2)	
หม้าย/หย่า/แยก	1 (4.0)	1 (4.0)	23 (92.0)		1 (4.0)	7 (28.0)	17 (68.0)	
ระดับการศึกษา				0.001*				0.070
ไม่ได้เรียน-ประถม	6 (15.4)	7 (17.9)	26 (66.7)		7 (17.9)	23 (5.9)	9 (23.1)	
มัธยม	2 (5.0)	2 (5.0)	36 (90.0)		4 (10.0)	19 (47.5)	17 (42.5)	
ป.ตรี	2 (1.2)	8 (4.7)	162 (94.2)		20 (11.6)	78 (45.3)	74 (43.0)	
สูงกว่า ป.ตรี	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)		0 (0.0)	4 (28.6)	10 (71.4)	
อาชีพ				0.041*				0.255
Employed	5 (7.6)	7 (10.6)	54 (81.8)		10 (15.2)	34 (51.5)	22 (33.3)	
Un-Employed	5 (2.5)	10 (5.0)	184 (92.5)		21 (10.6)	90 (45.2)	88 (44.2)	
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว				0.058				0.035*
< 20,000 บาท	7 (6.0)	12 (10.3)	97 (83.6)		17 (14.7)	61 (52.6)	38 (32.8)	
20,001-30,000 บาท	3 (2.2)	5 (3.7)	127 (94.1)		13 (9.6)	60 (44.4)	62 (45.9)	
> 30,001 บาท	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (100.0)		1 (7.1)	3 (21.4)	10 (71.4)	



ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วย Spearman Rank Correlation ในการศึกษานี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.031, p = 0.614$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับสูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า เคยประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ และมีธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ของครอบครัวค่อนข้างดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับวิพากษ์ คือสามารถอ่านและเข้าใจเนื้อหาด้านสุขภาพ เช่น โบนัด ฉลากยา คำแนะนำในการรับประทานยา สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะมีความแตกฉานด้านสุขภาพสูงขึ้นด้วย กล่าวคือ มีความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ^{12,14,16,22,23} ถึงแม้ว่าจะมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับสูง แต่ในข้อคำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านฉลากยาแล้วตอบคำถามว่ายาให้รับประทานก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือ หลังอาหาร 2-3 ชั่วโมง ถ้าคุณรับประทานอาหารกลางวันเวลา 12.00 น. คุณจะต้องรับประทานยานี้เวลากี่โมง กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง ร้อยละ 10.6 ถ้าคุณลืมรับประทานยานี้ก่อนมื้ออาหารกลางวัน คุณจะสามารถรับประทานยานี้ได้ในเวลาี่โมง กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง ร้อยละ 10.2 ภายหลังผู้วิจัยเฉลยคำตอบที่ถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงสาเหตุตอบผิด เพราะรีบตอบ และตอบด้วยประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับประทานยาก่อนอาหาร มากกว่าการอ่านใจที่ที่ได้รับ

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 41.5 ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้เนื่องจาก "ลืมรับประทานยา" มากถึง ร้อยละ 50.2 กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ยาที่ลืมมักเป็นยาที่ไม่สำคัญ เช่น กลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน ลืมนำยาไปรับประทานด้วย เมื่อต้องไปพักค้างที่ต่างจังหวัด นอกเหนือจากการลืมรับประทานยาแล้ว สาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คือ 1) เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น คันตามตัว บวมมากขึ้น ใจสั่น หายใจไม่ออก มีน้ิรพิษ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา จึงสามารถบริหารในการรับประทานยาได้ โดย

ใช้วิธีหยุดยาก่อนและรีบมาพบแพทย์ 2) วิธีการบริหารยาบางชนิด เช่น ยาที่ให้รับประทานก่อนนอน ผู้ป่วยมักหลับไปก่อนที่จะได้รับประทานยาก่อนนอน จึงปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาก่อนนอน มารับประทานหลังอาหารเย็น ทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ และยาบางชนิดที่มีมียารับประทานยุ่งยาก เช่น ยาที่ให้รับประทานอาทิตย์ละ 1 ครั้ง หรือ ยาที่ให้รับประทานทุก 2 อาทิตย์ เช่น ยารักษาโรคหัวใจ และยาที่ให้รับประทานวันเว้นวัน เป็นต้น ยาที่มีวิธีการบริหารยาที่ซับซ้อนจะทำให้เกิดความยุ่งยากในรับประทานยาและส่งผลทำให้ลืมรับประทานยาได้ง่าย 3) การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่รับประทาน เช่น ผู้ป่วยหยุดรับประทานยากันชักเองเนื่องจากไม่มีอาการชัก ประกอบกับผู้ป่วยอ่านฉลากยาข้างขวดพบข้อความว่า "หากรับประทานยานี้ติดต่อกันเป็นเวลา นาน จะเป็นพิษต่อดับ" จึงหยุดรับประทานยากันชักทันที เพราะกลัวจะเป็นอันตรายต่อดับ 4) จากประสบการณ์ชีวิตตามธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกหลายคนไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ตามปกติ ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง 5) ปัญหาด้านครอบครัว ผู้สูงอายุบอกว่า "เมื่อยามหมด ไม่กล้าบอกลูกหลาน เพราะเป็นภาระของเขา เขาต้องลงงานมาเพื่อพามาหาหมอ" เลยกินบ้างไม่กินบ้างและคิดว่าถ้ายาชุดนี้หมด จะจะไม่กินยาต่อแล้ว ตายก็ช่าง" นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ แต่ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยา และการรักษา เช่น หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการของโรคที่เป็นอยู่ควบคุมได้แล้ว หรือเมื่อไม่มีอาการของโรค เช่น กลุ่มยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น บางรายปรับลดขนาดยาเอง เนื่องจากผลเลือดระดับไขมันในเลือดลดลง จึงปรับลดขนาดไขมันจาก 1 เม็ด เป็นครึ่งเม็ดเอง โดยไม่ได้แจ้งแพทย์ก่อน บางรายมีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน หากวันที่วัดความดันโลหิตแล้วพบว่าระดับความดันในเลือดต่ำ ผู้ป่วยก็จะปรับลดขนาดยา หรือหยุดยาลดความดันโลหิตลงเอง เพื่อไม่ให้เกิดอาการหน้ามืด มีน้ิรพิษ ทำนองเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจะมีการปรับยารับประทานและยาฉีดเองตามผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะปลายนิ้วเป็นประจำ

ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษานี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบการศึกษาในระดับสูงและมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงนั้น ยังไม่สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรม



รับประทานยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษารังนี้ไม่ได้นำตัวแปรอื่นๆ ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นอาจมีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ความเชื่อ จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละมื้อ ภาระงานอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น หากผู้ป่วยเป็นแม่ค้าขายที่ต้องขอย่งทั้งวัน อาจทำให้ลืมรับประทานยาได้ง่ายกว่าอาชีพอื่น เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษารังนี้สามารถนำไปใช้วางแผนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุให้มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถูกต้องและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เกษัชกรและพยาบาลประจำคลินิกที่ควรต้องประเมินความพร้อม ความเข้าใจ ในการบริหารยาของผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละราย โดยเฉพาะฉลากยา ข้อความเขียนที่แสดงวิธีการรับประทานยา ควรบอกเวลารับประทานที่แน่นอน ชัดเจน เช่น รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง ปรับเป็น รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลา 6, 14, 22 น. หรือ 8, 16, 24 น. ปรับเวลาตามผู้ป่วยสะดวกในการรับประทาน และเพื่อป้องกันการรับประทานยาตามประสบการณ์เดิม ซึ่งอาจทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาในครั้งนี้ได้
2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับยา ผลข้างเคียงของยา ประโยชน์และโทษของการปรับเพิ่มหรือลดยาเอง และอาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. ในรายที่มีปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การช่วยจำและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาแต่ละชนิด การช่วยเตือนให้รับประทานยาให้ถูกเวลาและสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา เป็นต้น
4. ศึกษาถึงวิธีการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีการศึกษาน้อย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้
5. ศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น จำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานต่อมือหรือต่อวัน
6. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับปัญหาอื่นๆที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. การปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2554-2564). กรุงเทพฯ: โครงการศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
2. Huat TS, Juhari SNB, Rahman RA. Chronic Diseases Management Using Digital Health Technologies. Oman Med J 2019; 34(5): 474-75.
3. Tuangratananon T, Wangmo S, Widanapathirana N, Pongutta S, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, et al. Implementation of national action plans on noncommunicable diseases, Bhutan, Cambodia, Indonesia, Philippines, Sri Lanka, Thailand and Viet Nam. Bull World Health Organ 2019; 97(2): 129-41.
4. วาสนา นัยพัฒน์. ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. การพยาบาลและการศึกษา 2553; 3(1): 2-14.
5. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.); 2557.
6. Limpawattana P, Kamolchai N, Theeranut Ampompan, Pinporm Jiraporn. Potentially inappropriate prescribing of Thai older adults in an internal medicine outpatient clinic of a tertiary care hospital. Afr J Pharmacol 2013; 7(34): 2417-22.
7. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Regional strategy for health ageing (2013-2018)[Internet]. 2014 [cited 2016 April 7]. Available from: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5112.pdf?ua=1
8. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 183-84.



9. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med* 2008; 23(6): 723-6.
10. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med* 1998; 13(13): 791-8.
11. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 2009; 54(5): 313-24.
12. Morrow D, Clark D, Tu WJ, Weiner M, Steinley D, et al. (2006). Correlation of Health literacy in Patients with Chronic Heart Failure. *The Gerontological Society of America* 2006; 46(5): 669-76.
13. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2004; 19(2): 1228-39.
14. Chew LD, Bradley KA, Flum DR, Cornia PB, Koepsell TD. The impact of low health literacy on surgical practice. *Am J Surg* 2004; 188(3): 250-3.
15. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Internet]. 2003 [cited 2015 November 19]. Available from: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
16. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10): 537-41.
17. วนิตา หาจักร. อิทธิพลของความรู้ที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
18. กัญญา แซ่โก. ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยตา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
19. Muangpaisan W, Pisalsalakij D, Intalaporn S, Chatthanawaree W. Medication nonadherence in elderly patients in a Thai geriatric clinic. *Asian Biomedicine* 2014; 8(4): 541-45.
20. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999; 38(1): 33-42.
21. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10(5): 348-54.
22. ปิติพร สิริทิพากร. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
23. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Commun* 2012; 17 (Suppl 3): 241-51.