

การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ

แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์

แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม
Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate
in Gerontology
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ศักดิ์
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 9 เดือนเมษายน 2551

นางเดือน อภิรัตนวงศ์

นางเดือน อภิรัตนวงศ์

ผู้วิจัย

Dr. Hany -

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์
ปร.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. Wang

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
D.N.Sc. (Primary care)

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. N. N. N.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม

Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio

Certificate in Gerontology

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. N. N. N.

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. N. N. N.

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

Dr. N. N. N.

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือต่างๆ ด้วยความกรุณาและเสียสละเวลามาโดยตลอด พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวลี เข้มวงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และเกศษกรหญิง ศุภจิต สระเอี่ยม ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลทุกท่าน ของหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลรามาริบัติที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 (7SW) ที่ได้เสียสละเวลาปฏิบัติหน้าที่แทนขณะที่ผู้วิจัยอยู่ในระหว่างการศึกษาและเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รหัส 47 ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติ พี่น้อง บุตรชายบุตรสาวของผู้วิจัย และนายอาทิตย์ อภิรัตนวงศ์ ที่คอยดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย เป็นกำลังใจ และสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน จนกระทั่งวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยสูงอายุทุกท่าน

นางแสงเดือน อภิรัตนวงศ์

การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ (SELF MEDICATION MANAGEMENT IN OLDER ADULTS)

แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ 4736909 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล),
พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถและพฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 110 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 3) แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา 5) แบบสอบถามผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา 6) แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบรรยายวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาในระดับพัฒนาแล้วมากที่สุด (ร้อยละ 60.9) และพฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการเตรียมยาโดยตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 73.6) แต่ส่วนใหญ่ยังมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือเพื่อตรวจสอบและประเมินการใช้ยา ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) รับประทานยาครบ และมีการใช้ยาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาในปัจจุบัน และการมองเห็นผลยาไม่ชัดหรืออ่านฉลากยาเป็นปัญหาต่อการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 67.3)

ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและเพิ่มความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การจัดการดูแลตนเองเรื่องยา / พฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเอง / ผู้สูงอายุ

SELF MEDICATION MANAGEMENT IN OLDER ADULTS

SANGDUAN APIRATANAWONG 4736909 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORS: PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (NURSING ADMINISTRATION), PORNTIP MALATHUM, Ph.D., DOCTORAL PORTFOLIO CERTIFICATE IN GERONTOLOGY.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to explore ability in self medication management, results of self medication management and medication problems in older adults. Orem's self care theory was used as the research conceptual framework. Purposive sampling was used to recruit 110 older adults attending the outpatient clinic of the Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Data was collected from the sample's responses to six questionnaires and interviews, comprising personal data, health data, older adult self medication management ability interview, result of self medication management behavior questionnaire, and problems in self medication of older adults questionnaire. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that 60.9% of the older adults had a developed level of ability in self medication management. The self medication management behavior data showed that most of the sample (73.6%) managed their medication themselves. However, they were helped by others in checking and assessing medication. Self medication management mostly (90%) resulted in continuous fulfillment of medication orders. The most common problem in self medication (67.3%) was difficulty in reading medication labels.

The result is recommended that the results of this research be used to design a health service system that promotes and increases the self medication management ability of older adults and care givers. Data of drug use behavior should be used to develop a program for minimizing medication errors in older adults.

KEY WORDS: SELF MEDICATION MANAGEMENT / SELF MEDICATION MANAGEMENT BEHAVIOR / OLDER ADULTS

146 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบทฤษฎีในการวิจัย	4
- คำถามการวิจัย	7
- วัตถุประสงค์การวิจัย	7
- ขอบเขตการวิจัย	8
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
- นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
- การเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ	11
- สถานการณ์การใช้ยาในผู้สูงอายุ	15
- ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ	18
- ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการ用药ของผู้สูงอายุ	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
- ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28
- เครื่องมือวิจัยและตรวจสอบคุณภาพ	29
- การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	33
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
- การวิเคราะห์ข้อมูล	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
- ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	36
- ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ	40
- ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ	45
- พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา	50
- ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา	52
- ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ	53
บทที่ 5 อภิปรายผล	55
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
- สรุปผลการวิจัย	76
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	82
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	102
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก	128
ประวัติผู้วิจัย	146

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุมีผลต่อเภสัชจลศาสตร์ของยา	14
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	37
3. ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	41
4. จำนวน ร้อยละในการใช้ยากลุ่มต่างๆของผู้สูงอายุ	44
5. จำนวน ร้อยละของระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ	46
6. พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา	51
7. ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	53
8. ข้อมูลปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีเป็นผลให้ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นโดยคาดการณ์ว่าจะสูงขึ้นมากกว่า 150 % ในอีก 40 ปีข้างหน้า และมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2547 จาก 67 ปี เป็น 68 ปีสำหรับเพศชายและจาก 72 ปีเป็น 75 ปีสำหรับเพศหญิง (Institute for Population and Social Research, 2004) การสำรวจของประชากรในประเทศไทยปี พ.ศ.2545 มีผู้สูงอายุจำนวน 5.7 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด 62 ล้านคนหรือ ร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 6.8 และ 7.6 ล้านคนหรือ ร้อยละ 11 และ 12 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2545) จากการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในอนาคตที่จะเพิ่มสูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มประชากร ที่มีผลต่อการวางแผนงานกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะต้องพบกับปัญหาที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และจำนวนปีที่คาดหวังว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี (Health life expectancy) ลดลงเป็นลำดับ ตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และจากภาวะความเจ็บป่วย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล , 2542)

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกิดจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ส่งผลให้ระบบต่างๆในร่างกาย มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง และทำให้ความต้านทานต่อโรคลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยง่าย และเป็นโรคเรื้อรังสะสม (Williams, 2002) โดยพบว่า ร้อยละ 84 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคและ ร้อยละ 62 จะพบโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (Tanner, 2004) ในประชากรผู้สูงอายุชาวอเมริกาพบว่า ร้อยละ 80 มีโรคเรื้อรังประจำตัวอยู่อย่างน้อยคนละ 1 โรค (Yen, 2003) และจากโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับที่ไม่ดี มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหลายอย่างที่พบมากที่สุด คือปวดหลัง ปวด

เอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) และพบว่าร้อยละ 10 ของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนโดยใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 70 ของทั้งหมดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Gruenberg, Pompinkins, & Porell, 2000)

จากลักษณะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยการดูแลรักษาหลายด้านอย่างต่อเนื่องทั้งการรักษาแบบประคับประคอง และการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันภาวะทุพพลภาพ โดยวิธีการใช้ยาก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคได้ มีอายุยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Hussey, 1998) จากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายชนิดและความซับซ้อน การรักษาด้วยยาจึงมีความซับซ้อนยุ่งยากขึ้นเป็นปัญหาแก่ผู้สูงอายุในการจัดการเรื่องยามากขึ้น (Tanner, 2004) โดยการศึกษาในผู้สูงอายุชาวอเมริกาพบว่าในผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับยาตามการรักษาของแพทย์ 4-5 ชนิด และมียานอกเหนือใบสั่งแพทย์ (over the counter drugs) อยู่ 2 ชนิด โดยระดับการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นตามอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเรื้อรัง (Miller, 2003) ผู้สูงอายุจึงต้องใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน และเป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความยุ่งยากในการบริหารยา อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร นอกจากนี้ ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่อง (medication non-adherence) ซึ่งพบได้ ร้อยละ 21 ถึงร้อยละ 55 (Williams, 2002)

จากการศึกษาการเข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดีของสมพล ศิริรัตนพงศ์ (Siriruttanaprok, 1999) พบผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัว มีสาเหตุมาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาจากการใช้ยาร้อยละ 18 และร้อยละ 11.2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและอาการไออย่างรุนแรง โดยยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ คือ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะและยากดกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors ตามลำดับ และการศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยสาเหตุเกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร การใช้ยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ร่วมกับยาที่มีใบสั่งแพทย์ (Cole, Fanale, & Kronholm, 1990) และตั้งแต่ปี 1990 The Institute of Medicine ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้รายงานจำนวนผู้เสียชีวิต ที่มีสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นผลโดยตรงมาจากความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาประมาณ 7,000 คน และในจำนวนนี้มีร้อยละ 18 ที่พบว่าเป็นปัญหารุนแรงและสามารถป้องกันได้ (Miller, 2003)

ความซับซ้อนของแผนการรักษาโดยยาในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การจัดการดูแลเรื่องยาในผู้สูงอายุมีความลำบากมากขึ้นในการรับทราบข้อมูลเรื่องยาของตนเองได้อย่างเพียงพอครบถ้วนและถูกต้อง โดยปัจจัยที่จะมีส่วนทำให้เพิ่มความลำบากในการจัดการดูแลเรื่องยาได้อย่างเพียงพอครบถ้วนและถูกต้อง คือ ได้รับยาจากการดูแลของแพทย์หลายคนในการรักษาแต่ละโรคจึงเกิดความซ้ำซ้อนของยา การใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ขาดความรู้เกี่ยวกับยา ข้อมูลไม่เพียงพอทำให้ไม่เข้าใจความสำคัญของการรับประทานยา การได้รับยามาจากหลายแหล่งเช่น ญาติ เพื่อน ซึ่งเป็นยานอกเหนือคำสั่งแพทย์ เช่น สมุนไพร ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ซึ่งอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้ การรักษาไม่ต่อเนื่องจากราคายาที่สูง หรือหุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาในระยะแรกทำให้ละเลยต่ออาการที่เกิดขึ้นจนเกิดอาการรุนแรง เป็นต้น (Miller, 2003; Pagliaro; 1990; William, 2002) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ เช่น ความพร้อมของการมองเห็น การได้ยิน และความรู้คิด รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัย และมีความบกพร่องของไต จากปัญหาดังกล่าวถ้าได้รับการประเมินก็สามารถป้องกันได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุพบว่า งานวิจัยที่ผ่านมากล่าวถึงปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาในเรื่องของการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา (medication non-adherence) และการไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา (noncompliance) (Miller, 2003; Tanner, 2004; Williams, 2002) นอกจากนี้เป็นงานวิจัยที่กล่าวถึงผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสาเหตุการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ (Siriruttanaprok, 1999) และอาการไม่พึงประสงค์อาจจะรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตซึ่งเป็นผลโดยตรงมาจากความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา (Cole, Fanale, & Kronholm, 1990; Miller, 2003) และงานศึกษายังวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมต่างๆให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่ได้มีการกล่าวถึงความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไรและเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถเรื่องการใช้ยาที่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร โดยศึกษาถึงความสามารถและพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา รวมทั้งผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจ

รักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามารับดี เพื่อสามารถนำผลการรักษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติดูแลรักษาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างแท้จริง และผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

กรอบทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (the theory of self-care) ของโอเร็ม โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง (the self-care agency concept) การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลคิดริเริ่ม พัฒนาและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนและการดูแลตนเองเป็นความพยายามของบุคคลการเรียนรู้พฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) (Orem, 1995: 95) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณสมบัติที่มีความซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต (Life process) รวมทั้งดูแลรักษาหรือส่งเสริมให้โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายได้ทำงานอย่างปกติ ตามพัฒนาการของชีวิตอย่างเหมาะสม และเกิดความผาสุกในชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001: 254)

โดยปกติผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายอย่างเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งเกิดจากกระบวนการสูงอายุและจากโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนั้นการใช้ยาก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความจำเป็นเพื่อสามารถควบคุมโรคได้ มีอายุยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hussey, 1998) การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุคิดริเริ่มวางแผนและพัฒนาจนลงมือปฏิบัติเพื่อให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา ซึ่งการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา เพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่แรกเริ่มโดยเร็ว รวมทั้งการป้องกันปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และหรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ โดยเป็นคุณสมบัติและศักยภาพในการที่จะกระทำการจัดการดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยาอย่างเฉพาะเจาะจง (Orem, 2001:254)

การดูแลตนเองจะมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายโดยต้องอาศัยคุณภาพและความสามารถในการปฏิบัติที่ซับซ้อน ต้องประกอบไปด้วยทั้งความรู้และทักษะที่จะเข้าไปเป็นความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาได้ การปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เฉพาะ ต้องมีรูปแบบการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและ

เพียงพอจากความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้สูงอายุก็มีทั้ง การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติได้อาจจะมีผลมาจากพันธุกรรมและปัจจัยอื่นๆ เช่น วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ประสบการณ์ในชีวิต และภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล (Orem, 2001: 256)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ (Orem, 2001: 265) คือระดับที่หนึ่ง เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) ประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน การหาเหตุผลและการใช้เหตุผล 2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก 3) การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ 4) การเห็นคุณค่าในตัวเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจ 7) ความเข้าใจในตัวเองและความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง 8) ระบบการจัดระดับความสำคัญ จัดแบ่งเวลา 9) ความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง ทั้งหมดเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำโดยมีทั้งความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ ระดับที่สอง เป็นพลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานในตนเอง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย 4) ความสามารถใช้เหตุใช้ผล 5) มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจ 7) ความสามารถในการแสวงหาความรู้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการความคิดและสติปัญญา 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพลังความสามารถ 10 ประการจะเชื่อมโยงที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจในการดูแลตนเองซึ่งไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ระดับที่สาม เป็นความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) โดยความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองนั้นทันที ประกอบไปด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ ประการแรก การคาดการณ์ตรวจสอบประเมินสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง ประการที่สอง เป็นการปรับเปลี่ยนซึ่งเป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถทำได้ ว่าสมควรเหมาะสมและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ โดยจะมีการปฏิบัติตัวและกระทำการ

อย่างไร และประการสุดท้ายคือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1995 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ในเรื่องการใช้จ่ายผู้สูงอายุจะขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่มากขึ้น อาจจะทำให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายในการจะได้รับยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ซึ่งการจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองในการได้รับยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ผู้สูงอายุต้องมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์หรือมีผู้ดูแล จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

จะเห็นว่าการดูแลตนเองบุคคลต้องพัฒนาและใช้ศักยภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่วิถีของความเจ็บป่วยไม่แน่นอน การดูแลตนเองย่อมไม่คงที่ ผู้ป่วยต้องพัฒนาความสามารถและปรับการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพตามความก้าวหน้าของโรคและปัญหาสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองจึงอาจผันแปรในระดับต่างๆ ซึ่งโอเร็ม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ยังไม่พัฒนา กำลังพัฒนา พัฒนาบางส่วนแต่ยังไม่ยั่งยืน พัฒนาแล้วและยั่งยืน พัฒนาแล้วแต่กำลังลดลง ซึ่งระดับของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสะท้อนให้เห็นพลวัตรของบุคคล และเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดีขึ้น (Orem, 1995)

จากความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังประจำตัวต้องได้รับการรักษาโดยการใช้จ่ายหลายชนิดเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเรื่องการใช้ยาให้ได้รับยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยถูกต้องปลอดภัย ซึ่งต้องประกอบไปด้วย (Orem, 1995 as Cited in Taepaiboon, 2003)

1. ค้นหาความรู้เกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพ การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยา จากเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์และได้รับวิธีการรักษาโดยยาที่เหมาะสมกับตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. เฝ้าระวังและสนใจถึงผลข้างเคียงของยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดจาก ยากับยา ยากับอาหาร และผลของยาต่อการรักษาโรคทั้งขณะนี้และอนาคต
3. ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเรื่องการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ
4. รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาจากการใช้ยา
5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยคงไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

6.เรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

โดยจะมีหลายปัจจัยที่จะเข้าไปมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุที่ต้องพิจารณาทั้งจากจำนวนและชนิดของยาตามแผนการรักษาที่หลากหลายและแตกต่างกัน รวมทั้งจากปัจจัยคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ของผู้สูงอายุด้วย

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความสามารถและพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา รวมทั้งประเมินผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา และปัญหาการไ้ยาในผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร เพราะในผู้สูงอายุ จากร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลงตามกระบวนการสูงอายุลแล้วเมื่อมีความเจ็บป่วยและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาด้วยความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นก็เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเรื่องการไ้ยาที่เพิ่มเข้ามา เพื่อให้การศึกษานี้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เกิดความปลอดภัยจากการไ้ยาอย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
3. ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
4. ปัญหาการไ้ยาในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เรื่องการไช้ยา และพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา รวมทั้งผลของการจัดการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุและปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 110 คน ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2549 ถึง เดือนเมษายนพ.ศ.2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุเรื่องความสามารถและพฤติกรรม การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและป้องกันปัญหา ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ และให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญ ของความสามารถในการใช้ยาของผู้สูงอายุและนำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางส่งเสริมศักยภาพใน การดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ
2. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการใช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา หมายถึง คุณสมบัติของบุคคลที่ จะกระทำได้ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยบุคคลนั้นมีการคิดริเริ่ม ตัดสินใจ สืบค้นหาข้อมูล และมีการวางแผนการกระทำซึ่งเป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมายและจง ใจภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (deliberate action) มีการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม เรื่องการใช้ยาอยู่เสมอเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมของตนเองในเรื่องการใช้ยาเป็นไปตามแผนการ รักษา อย่างถูกต้องและปลอดภัย ในงานวิจัยครั้งนี้ ประเมินความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเป็นลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแล ตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมใน 3 ด้านคือ 1) ความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยา (learning and use of knowledge) 2) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่

เกี่ยวกับการจัดการใช้ยา (knowledge seeking activities, resource-seeking activities and resource-using activities) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการใช้ยา (action to control external factors) โดยในการวิจัยครั้งนี้จะแบ่งความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาเป็น 3 ระดับ คือ 1) พัฒนาแล้ว 2) กำลังพัฒนา 3) ยังไม่พัฒนา

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา หมายถึง วิธีการหรือรูปแบบการกระทำเรื่องการใช้ยาในปัจจุบันเพื่อดูแลตนเองให้ได้รับยาตรงตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และปลอดภัย ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น เป็นคำถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย พฤติกรรมในด้านวิธีการในการจัดเตรียมยา วิธีการใช้ยาให้ได้อย่างถูกต้อง วิธีป้องกันการลืม การได้รับยาใหม่ การไปตรวจ รับยา รวมทั้งการหาซื้อยาเองและการเก็บยา

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นที่เป็นผลจากการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อดูแลตนเองให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้องและปลอดภัย ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุตามการรับรู้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเป็นคำถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ถึงผลของการจัดการใช้ยาตามการรับรู้ โดยคำถามเป็นการถามถึงผลของการจัดการเรื่องการใช้ยาที่ผ่านมา 6 เดือนว่าเป็นอย่างไรโดยใช้คำถามปลายปิด และใช้คำถามปลายเปิดว่าสาเหตุจากอะไร เช่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านรับประทานยาครบหรือไม่ ถ้าไม่ครบเพราะอะไร มีการหยุดใช้ยาเอง /ใช้ยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ ถ้ามีเพราะอะไร หรือมียาที่ใช้หมดก่อนถึงวันนัดหรือไม่ ถ้ามีเพราะอะไร มีอาการผิดปกติที่เกิดจากยา /ผลข้างเคียงของยาหรือไม่ ถ้ามีจัดการอย่างไร มีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองไม่แจ้งแพทย์ผู้ดูแลทราบหรือไม่ ถ้ามีเพราะเหตุใด

ปัญหาการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคทำให้การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุมีความลำบากหรือทำให้การใช้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเป็นคำถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของ โอเริ่มและจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาการใช้ยา โดยใช้คำถามปลายปิด ว่ามีปัญหาหรือไม่ ถ้ามีจะใช้คำถามปลายเปิดถึงลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นและการจัดการแก้ไข ซึ่งมีปัญหาในเรื่องของ ผลกระทบจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน การใช้ยาหลายครั้งในแต่ละวัน การได้รับยาใหม่หรือมี การเปลี่ยนแปลงการใช้ยา และการมองเห็นผลยาไม่ชัดหรืออ่านผลยาไม่ได้



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษากครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ บทนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่างๆดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ
2. สถานการณ์การใช้ยาในผู้สูงอายุ
3. ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ
4. ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุได้รับยา ต้องผ่านขบวนการเภสัชจลศาสตร์ ได้แก่ ขบวนการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด การกระจายตัวของยาไปทั่วร่างกาย การเปลี่ยนแปลงยาหรือกระบวนการเมตาบอลิซึม และสุดท้ายกระบวนการขับยาออกจากร่างกาย ในผู้สูงอายุบางคนขบวนการต่างๆเหล่านี้แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อระดับความเข้มข้นของยาในเลือด ระยะเวลาที่ยาอยู่ในร่างกาย การออกฤทธิ์ และการเกิดอันตรายจากพิษของยาได้ (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2545; Kim & Cooper, 2001)

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetic Changes)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลศาสตร์ในผู้สูงอายุเกิดได้ 4 กระบวนการ (Roberts, Synder & Friedman, 1996) ดังนี้

1. กระบวนการดูดซึมยา (drug absorption)
2. กระบวนการกระจายตัวของยา (drug distribution)
3. กระบวนการเมตาบอลิซึม (drug metabolism)
4. กระบวนการขับยาออกจากร่างกาย (drug excretion)

การดูดซึมยา (Drug Absorption)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการดูดซึมยาเนื่องจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงของ gastric pH การลดลงของ gastric emptying time การลดลงของ

splanchnic blood flow และการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่สาเหตุหลักที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูดซึมยามาก แต่สิ่งที่เปลี่ยนแปลงการดูดซึมได้มาก คือ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา หรือการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหาร ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันอาจเกิดปฏิกิริยาต่อกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง physiochemical properties ของยาแต่ละตัว เช่นการใช้ ciprofloxacin ร่วมกับการใช้ antacid หรือ sucralfate ที่มี aluminium หรือ magnesium เป็นส่วนประกอบพบว่าลดปริมาณการดูดซึม ciprofloxacin โดยมีผลทำให้ลดพื้นที่ใต้กราฟของระยะเวลาการดูดซึมยา (under the time concentration curve) ของยา ciprofloxacin ลดลง และ concentration maximum ไปร้อยละ 85-90 และร้อยละ 75-80 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีโอกาสที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่มีฤทธิ์กัดกร่อนได้ เนื่องจากกลไกในการป้องกันผนังกระเพาะอาหาร (gastric protective) ของผู้สูงอายุได้แก่ mucous bicarbonate และ gastric blood flow ลดลงทั้งนี้เนื่องจาก ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ปริมาณเลือดจึงไปเลี้ยงส่วนต่างๆลดลง รวมถึงระบบทางเดินอาหารด้วย ดังนั้นการใช้ยากลุ่ม NSAIDs จึงควรระมัดระวังในผู้สูงอายุ (Barat, Andreassen, & Damsgaard, 2001)

กระบวนการกระจายของยา (Drug Distribution)

การกระจายของยาเป็นขั้นตอนหลังจากที่ยาถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายแล้ว ในผู้สูงอายุมีการกระจายของยาที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ สาเหตุหลักของการเปลี่ยนแปลงการกระจายของยา คือ การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกาย การมี protein binding ลดลง การมี blood flow ไปยังอวัยวะต่างๆลดลงจากการที่ cardiac output ลดลงโดยจะมีการลดลงประมาณ 1% ต่อปีจากอายุ 19 ถึง 86 ปี (Bender, 1995) การมีไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นโดยระหว่างอายุ 18 และ 85 ปีจาก 18% ถึง 36% ในผู้ชาย และจาก 33% ถึง 48% ในผู้หญิง (Shock, 1991) ขณะที่มวลกล้ามเนื้อ (lean body mass) และน้ำในร่างกาย (body water) ลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้การกระจายยาในร่างกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป เช่น ยาที่ละลายในไขมันจะมีการกระจายมากกว่าปกติ ส่วนการกระจายของยาที่ละลายในน้ำจะลดลง ทำให้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยาที่ละลายในไขมันยาวนานขึ้นและทำให้มีการกำจัดยาออกจากร่างกายได้ช้ากว่าปกติ จึงทำให้ระดับยามากเกินขนาดซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เนื่องมาจากการสะสมของยา ตัวอย่างเช่น diazepam มีระดับเพิ่มขึ้นมากเป็น 2-3 เท่าในผู้สูงอายุ เนื่องจากยาสะสมในเนื้อเยื่อไขมันทำให้ค่าครึ่งชีวิตในการกำจัดยาออกจากร่างกายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจากปกติ 24 ชั่วโมงเป็น 90 ชั่วโมง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) ส่วนยาที่ละลายในน้ำก็อาจมีระดับเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการกระจายของยาลดลงจึงทำให้ยาถูกจำกัดให้

อยู่แต่ในส่วนที่เป็นน้ำเช่นพลาสมา ทำให้การรักษาไม่ได้ผลและเมื่อเพิ่มขนาดยาโดยหวังผลการรักษาจะทำให้ได้รับยาในระดับที่สูงเกินขนาดจนอาจเกิด สูง เช่น anticoagulant เช่น warfarin, hypoglycemic agent, salicylates จะมีระดับยาในรูปอิสระมากขึ้นและอันตรายขึ้นได้เช่น cimetidine, digoxin ส่วนการลดลงของระดับ albumin ที่สร้างโดยตับจะมีผลมากกับยาที่มี protein binding มีฤทธิ์การรักษา รวมทั้งฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จากยาเพิ่มขึ้นผิดปกติ นอกจากนี้ก็อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา แล้วทำให้ระดับยาเหล่านี้สูงขึ้นจนเป็นอันตรายได้

กระบวนการเมตาบอลิซึม (Drug Metabolism)

การเมตาบอลิซึมของยาต้องอาศัยตับซึ่งเป็นแหล่งเมตาบอลิซึมที่ใหญ่ที่สุดในร่างกายของมนุษย์ และมีความสำคัญมากเนื่องจากเป็น rate limiting step ของการกำจัดยา ทำให้มีระดับยาในเลือดสูงขึ้น เช่น propranolol, meperidin, nitrates, acetaminophen, tricyclic antidepressant, phenytoin, benzodiazepines and warfarin และพบว่า hepatic blood flow ลดลง 45 % ในช่วงระหว่างอายุ 25 ถึง 65 ปี โดยกระบวนการเมตาบอลิซึมของยามี 2 ระยะ (Geokas, 1996) คือ

ระยะที่ 1 เป็นการเมตาบอลิซึมยาโดยปฏิกิริยา oxidation, reduction, hydroxylation และ demethylation พบว่าผู้สูงอายุมีการทำงานของเอนไซม์ใน ระยะที่ 1 ลดลง hepatic microsomal enzyme activity ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ค่าครึ่งชีวิตของยายาวนานขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดพิษจากการสะสมของยาได้ ตัวอย่างยาที่ผ่าน ระยะที่ 1 เช่น diazepam และ warfarin เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นการเมตาบอลิซึมยาโดยกระบวนการ conjugation, acetylation, sulfonation และ glucuronidation ในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อยไม่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ตัวอย่างยาที่มีการขับออกผ่าน ระยะที่ 2 เช่น triazolam ซึ่งในระยะนี้จะไม่มีปัญหาในเรื่องของการทำให้ค่าครึ่งชีวิตของยายาวนานขึ้น ดังนั้นยาที่มีการเมตาบอลิซึมผ่าน ระยะที่ 2 จะมีความปลอดภัยในการใช้มากกว่ายาที่มีการเมตาบอลิซึมผ่าน ระยะที่ 1

ในผู้สูงอายุที่มี hepatic extraction ratio สูงเช่น nitrates, barbiturates, lidocaine and propranolol จะมีการเมตาบอลิซึมที่ต่ำลดลง และร่วมกับในผู้สูงอายุการทำงานของตับลดลง เนื่องจาก hepatic blood flow ลดลง จำนวนเซลล์ตับลดลง ตับมีน้ำหนักลดลง ความสามารถในการทำงานของเอนไซม์มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการใช้ยาต่างๆในผู้สูงอายุจึงต้องควรระมัดระวังเป็นพิเศษ

กระบวนการขับยาออกจากร่างกาย (Drug Excretion)

ผู้สูงอายุมีการทำงานของไตลดลง ผลจากการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง จำนวน nephron ลดลง โดยไตจะมีขนาดเล็กลงตามอายุ ความสามารถในการกรองของเสียของกลูเมอรูลัส (glomerular filtration) ลดลง โดยพบว่า renal perfusion ลดลง 40% ถึง 50% ในระหว่างอายุ 25 ถึง 65 ปีจากที่ cardiac output ลดลง (Rowe, 1990) การทำงานของท่อไตลดลง และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุก็ทำให้ความเป็นกรดต่างของน้ำปัสสาวะเปลี่ยน การพิจารณาการทำงานของไตอาจดูได้จากค่า creatinine clearance ซึ่งอาจมีค่าลดลงถึง 50% ตั้งแต่อายุ 25 ถึง 85 ปี การประเมินหน้าที่การทำงานของไต ด้วยวิธีการทำหน้าที่ของไตควรวาดการตรวจ creatinine ทั้งในเลือดและปัสสาวะร่วมกัน เพราะระดับ creatinine ในเลือดของผู้สูงอายุไม่ได้บ่งชี้ถึงการทำงานของไต เนื่องจากมวลกล้ามเนื้อจะลดลง ทำให้การผลิต creatinine ในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงของการกำจัดยาออกทางไตอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลข้างเคียงจากยาเนื่องมาจากการมีระดับยาในเลือดสูง หรืออาจเนื่องมาจากการทำให้ค่าครึ่งชีวิตของยายาวนานขึ้น การใช้ยาที่เป็น narrow therapeutic index จึงต้องมีความระมัดระวัง การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาการปรับยาเป็นหลักและติดตามระดับยาอย่างใกล้ชิด โดยจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุมีผลต่อเภสัชจลศาสตร์ของยา (Ouslander, 1981: 711-722) สรุปได้ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุมีผลต่อเภสัชจลศาสตร์ของยา

เภสัชจลศาสตร์ของยา	ผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ
กระบวนการดูดซึมยา	ค่าความเป็นกรดในกระเพาะอาหารสูงขึ้น พื้นที่การดูดซึมในร่างกายลดลง การไหลเวียนเลือดผ่านม้ามลดลง
กระบวนการกระจายตัวของยา	การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณมวลกล้ามเนื้อในร่างกายลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง
กระบวนการเมตาบอลิซึม	ระดับเอนไซม์ในในร่างกายลดลง ปริมาณมวลเนื้อที่ตับลดลง การไหลเวียนเลือดผ่านตับลดลง การผลิตและการออกฤทธิ์ของเอนไซม์ลดลง
การขับยาออกจากร่างกาย	จำนวนของ nephron ลดลง การไหลเวียนเลือดผ่านไตลดลง การกรองของเสียของกลูเมอรูลัสลดลง

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamic changes)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ คือ มีการเปลี่ยนแปลงความไวของ receptor (receptor sensitivity) ต่อยาบางชนิด เช่น การบริหารยาปิดกั้นเบต้า (beta-blocker), beta-agonist ให้ผลตอบสนองน้อยกว่าเมื่อบริหารยาแก่ผู้ใหญ่ในระดับความเข้มข้นของยาในพลาสมาเท่ากัน เช่น การใช้ propranolol อาจไม่สามารถลดอัตราการเต้นของหัวใจของผู้สูงอายุได้ตามต้องการ หรือการใช้ epinephrine อาจไม่เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งความน่าจะเป็นไปได้ อาจเกี่ยวกับการลดลงของจำนวนตัวรับเบต้า และการลดลงในความสามารถของตัวรับที่จะจับกับสารปิดกั้นเบต้า ในทางตรงกันข้ามตัวรับโคลิเนอร์จิกดีขึ้น ทำให้ปากแห้ง คอแห้ง ตามัว ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก มีอาการสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ เช่น amitriptyline, atarax เป็นต้น และพบว่ายากระบบประสาทส่วนกลาง ยาระงับปวด ยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะได้ผลในผู้สูงอายุมากกว่าในผู้ใหญ่ ในระดับความเข้มข้นของยาในพลาสมาเท่ากัน (Siriruttanapruk, 1999) ทำให้การใช้ยาต่างๆในผู้สูงอายุไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง นอกจากนี้การลดลงของ affinity และจำนวน receptor ที่ลดลง ยังมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์

สถานการณ์การใช้ยาในผู้สูงอายุ

การใช้ยาในผู้สูงอายุมีความจำเป็น ช่วยให้มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ป้องกันภาวะทุพพลภาพ คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย และทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Hussey, 1998) ซึ่งการใช้ยาในผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกันและเป็นความลำบากแก่แพทย์และผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในการใช้ยาที่จะทำให้เกิดความเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในแต่ละบุคคล ทั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้าน สรีรวิทยาในทางเสื่อมลงจากขบวนการสูงวัย ส่งผลให้ระบบต่างๆในร่างกายมีประสิทธิภาพ การทำงานลดลง ทำให้ความต้านทานต่อโรคลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยง่าย และเป็นโรคเรื้อรังสะสมหลายโรค (Williams, 2002) พบว่า 84% ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และ พบโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป 62% โดยพบว่า 10% ของประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมาก (Tanner, 2004) ในประชากรผู้สูงอายุชาวอเมริกาพบว่า 80% มีโรคเรื้อรังประจำตัวอยู่อย่างน้อยคนละ 1 โรค (Yen, 2003) โดยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดและผู้สูงอายุ ได้แก่ ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และ เบาหวาน (Engberg, 2002) และจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหลายอย่างที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเอว ไขข้อ

อักเสบ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) จากการที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังอยู่หลายโรค และมีความซับซ้อนของปัญหามาก จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาเพื่อรักษาและเพื่อบรรเทาอาการของโรคหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (polypharmacy) และมีการใช้ยาที่มีความหลากหลายในการรักษาจำนวนมาก (multiple drug regimen) (Williams, 2002)

จากภาวะสุขภาพและระบบของการให้การดูแลสุขภาพ รวมทั้งการให้การวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้สูงอายุมาก เพราะจากความซับซ้อนของโรคเรื้อรังประจำตัว ซึ่งมีหลายโรคที่ต้องการการรักษาโดยใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (polypharmacy) ซึ่งมีการศึกษาในผู้สูงอายุชาวอเมริกาพบว่าการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ 4-5 ชนิด และมียาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์อีกเฉลี่ยคนละ 2 ชนิดในเวลาเดียวกันและพบว่าต้องมีการเพิ่มจำนวนของยาตามใบสั่งแพทย์เป็นเฉลี่ยปีละ 12-17 ชนิด (Yen, 2003) ซึ่งทำให้มีความสัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหารทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยพบว่าถ้าผู้สูงอายุมีการใช้ยา 2 ชนิดจะมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 6% และจะเพิ่มเป็น 50% เมื่อมีการใช้ยา 5 ชนิดและจะเป็น 100% เมื่อมีการใช้ยาดังแต่ 8 ชนิดขึ้นไปรวมกัน (Shaughnessy, 1992) จากความซับซ้อนของการรักษาโดยยา (complex drug schedules) และลักษณะของแผนการรักษาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญของการใช้ยาที่ทำให้เกิดความลำบากกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการที่จะสามารถรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลของยาที่ใช้อยู่ได้ครบถ้วนเพียงพอและถูกต้อง (Williams, 2002)

มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุชาวอเมริกาที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์เพียงอย่างเดียว 30% และพบว่า 61% ที่มาพบแพทย์จะได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิด โดยส่วนใหญ่จะได้รับยาเฉลี่ยคนละ 3-5 ชนิด นอกจากนี้พบว่าในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 40% ของผู้สูงอายุชาวอเมริกามีการใช้ยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์โดยใช้ในรูปแบบของอาหารเสริม (dietary supplement) (Williams, 2002) และมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุชาวอเมริกาพบว่าในแต่ละปีจะได้รับยาโดยเฉลี่ย 7.5 ถึง 17.9 ชนิดตามใบสั่งแพทย์ และพบว่า 25% ของผู้สูงอายุมีการใช้ยาที่บ้านโดยตนเองเฉลี่ยอย่างน้อยคนละ 4 ชนิด (Ali, 1992) และนอกจากนี้มีการศึกษาโดยการติดตามผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าผู้สูงอายุ 2 ใน 3 มีการใช้ยา 2 ชนิดที่มีตามใบสั่งแพทย์ มีการใช้ยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ 1-2 ชนิดในรูปแบบต่างๆเป็นจำนวนมากโดยที่นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ อาหารเสริม วิตามินต่างๆ สมุนไพร โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด ลดอาการไอ อาการหวัด และใช้เป็นยาระบาย (Simonson, 1994) และมีการศึกษาเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวของนักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ผลิตภัณฑ์

อาหารเสริมชนิดต่างๆที่ไม่มีใบสั่งแพทย์เพื่อเพิ่มแคลเซียมและเพื่อเพิ่มวิตามินมากที่สุด ร่วมกับการใช้ยาที่มีใบสั่งแพทย์ (จงรักษ์ สกุลบริรักษ์ และ นิลกมล ภูมร, 2545) จากการใช้ยาที่มีจำนวนมากและหลายชนิดในเวลาเดียวกันซึ่งมีทั้งยาที่มีใบสั่งแพทย์และยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ของผู้สูงอายุ มาจากปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรังที่มีหลายอย่างและซับซ้อนมากโดยการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการจากโรคต่างๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุไปพบแพทย์เฉพาะทางในแต่ละโรคหลายแห่ง (Williams, 2002)

การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากแพทย์ที่มีความเฉพาะทางในแต่ละโรคหลายคนและหลายแห่งทำให้มีโอกาสเกิดความซ้ำซ้อนของการใช้ยา โดยแพทย์แต่ละคนอาจจะสั่งยาโดยที่ไม่มีการทบทวนหรือซักถามถึงยาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่ทั้งหมดทั้งยาที่มีใบสั่งแพทย์และยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ ทำให้เกิดการสั่งยาซ้ำซ้อนกันได้ โดยที่ผู้สูงอายุไม่ทราบว่ามีการใช้ยาชนิดเดียวกันที่มีชื่อต่างกันหรือใกล้เคียงกัน และเกิดจากผู้สูงอายุไม่ทราบถึงความสำคัญในการบอกแพทย์ผู้ให้การดูแลรับทราบถึงยาที่มีการใช้อยู่ทั้งหมด และไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองใช้อยู่อย่างเพียงพอและครบถ้วน และอาจเกิดจากการที่ได้รับยาหลายชนิดเกินความจำเป็นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา (Williams, 2002; Pagliaro, 1990) โดยอาจเป็นยาที่ได้รับมาจากทั้งแพทย์ผู้ให้การดูแลที่มีหลายคนซึ่งเป็นไปตามใบสั่งแพทย์ และจากญาติ เพื่อน บุคคลที่เป็นโรคเดียวกันแนะนำที่นอกเหนือจากใบสั่งแพทย์ เช่น สมุนไพร วิตามิน ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมชนิดต่างๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนกันได้ (Miller, 2003) ซึ่งบางกรณีเกิดจากการที่มีความแตกต่างกันของชื่อยาทางการค้าและชื่อสามัญทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบว่าได้รับยาชนิดเดียวกัน และชื่อยาบางชนิดมีการเขียนและการออกเสียงคล้ายกันแต่เป็นยาคนละชนิดทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนในการใช้ยาและได้รับยาผิดชนิดได้ (Hoffman & Proulx, 2003) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดมีปฏิกิริยาต่อกัน ระหว่างยากับยา ยา กับอาหาร เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุพบว่ามีจำนวนมากและเป็นปัญหาที่รุนแรงคุกคามถึงแก่ชีวิตได้ โดยพบว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบ 6% เมื่อมีการใช้ยา 2 ชนิด จะเพิ่มเป็น 50% เมื่อมีการใช้ยา 5 ชนิด และเพิ่มเป็น 100% เมื่อมีการใช้ยาตั้งแต่ 8 ชนิดรวมกัน (Ali, 1992) โดยมีการประมาณว่า 51% ของการเสียชีวิตและอุบัติเหตุของการเกิดข้อสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Butler, 1987 as Cited in Ali, 1992) มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป 25% จะมีประวัติของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และพบว่าอาการของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และบางกรณีอาจรุนแรงถึงแก่เสียชีวิต โดยพบว่ายาที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุดได้แก่ psychotropic drugs และ

cardiovascular drugs (Williams, 2002) และมีการศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่า 40% ของผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้ยาที่นอกเหนือไปสั่งแพทย์ร่วมกับยาที่มีใบสั่งแพทย์ (Cole, Fanale, & Kronholm, 1990) และมีการศึกษาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ ที่แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามารับดี พบผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาตัวซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้ยา 18% โดย 11.2% เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ ภาวะมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และอาการไออย่างรุนแรง โดยยาที่เป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบคือ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ และยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (Siriruttanaprok, 1999) นอกจากนี้พบว่าเกิดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ และ 90% ของการเกิดข้อสะโพกหักทั้งหมดในผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากการหกล้ม และการเกิดข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายคุกคามถึงแก่ชีวิตได้ (life-threatening) (Curry, Walker, Hogstel, & Burns, 2005) และการศึกษาของลัดดา เกียรติวงศ์ (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 144 คน พบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีผลต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากจำนวนและความรุนแรงที่มากขึ้นของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังกล่าวสาเหตุเกิดจากการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุเองและจากปัจจัยภายนอกต่างๆ เช่นจำนวนยามาก การใช้ยาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ขาดยา เป็นต้น

ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ

จากที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรคและความซับซ้อนจึงทำให้วิธีการรักษาด้วยยามีความยุ่งยาก และทำให้มีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในเวลาเดียวกัน โดยมีทั้งยาที่มีใบสั่งแพทย์และยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ เกิดความสับสนแก่ผู้สูงอายุกับญาติผู้ให้การดูแล เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Williams, 2002) โดยปัญหาของการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมีทั้งปัญหาจากภายในตัวผู้สูงอายุจากกระบวนการสูงวัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งในเรื่องของประสาทรับรู้โดยเฉพาะความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการอ่านและ motor function ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และระดับของสติปัญญา (level of cognitive) ทั้งหมดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากระบวนการสูงวัยและเป็นปัญหาการใช้ยาที่สำคัญที่มีผลกระทบแก่ผู้สูงอายุ (Ellenbecker, Frazier, & Verney, 2004) และนอกจากนี้ยังมีปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องของไม่สามารถปฏิบัติ

ตนเองได้ตามแผนการรักษาเรื่องการไข้ได้ โดยปัญหาที่สำคัญคือการไม่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา (medication non-adherence)

ปัญหาการใช้ยาที่เกิดจากกระบวนการสูงวัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาที่ใช้ในการรักษาทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของยาลดลงหรือทำให้การออกฤทธิ์ของยามีการเปลี่ยนแปลง โดยยาต้องผ่านกระบวนการเภสัชจลนศาสตร์ ได้แก่ กระบวนการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด การกระจายของยาไปทั่วร่างกาย การเปลี่ยนแปลงยา และกระบวนการที่ยาถูกขับออกจากร่างกาย ในผู้สูงอายุพบว่าอัตราการดูดซึมยาลดลง เนื่องจากต่อมน้ำลายทำงานลดลง สภาพฟันที่บดเคี้ยวไม่ดี ความว่างของกระเพาะอาหารลดลง ความเป็นกรดของน้ำย่อยในกระเพาะลดลง การทำงานของเอ็นไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง การกระจายตัวของยาในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับยาสรีระ โดยพบว่าความเข้มข้นของพลาสมาแอลบูมินจะลดลงและปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น จำนวนน้ำทั้งหมดในร่างกายและน้ำในเซลล์ลดลงซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับยาสรีระ ส่วนการเปลี่ยนแปลงของยาหรือกระบวนการเมตาบอลิซึม ส่วนใหญ่เกิดที่ตับ โดยพบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของยาจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องมาจากการไหลเวียนของเลือดไปที่ตับลดลง จำนวนเซลล์ตับลดลง และการขับถ่ายยาในผู้สูงอายุพบว่ายาจะถูกขับออกทางไตลดลงตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ค่าครึ่งชีวิตของยายาวนานขึ้นซึ่งเป็นผลจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ความสามารถในการกรองของเสียจากไตเมอูลัสลดลง รวมทั้งภาวะโภชนาการทำให้ความเป็นกรดต่างของน้ำปัสสาวะเปลี่ยนไป ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุเป็นความสามารถและความไวของ receptor โดยพบว่ามีการลดลงของจำนวนตัวรับเบต้า และความสามารถของตัวรับลดลงในการที่จะจับกับสารปิดกั้นเบต้า และพบว่าตัวรับโคลิเนอร์จิกจะมีความไวมากขึ้นและตอบสนองฤทธิ์ของยาด้านโคลิเนอร์จิกดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ตามัว ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก มีอาการสับสนเฉียบพลัน จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม anticholinergic drug ในผู้สูงอายุ (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2545; Kim, & Cooper, 2001; Williams, 2002)

นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามกระบวนการสูงวัยทำให้มีผลต่อการไข้ที่สำคัญคือในเรื่องของการมองเห็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มือที่ใช้ในการหยิบจับเม็ดยา การกดเปิดปิดขวดยา หรือการใช้มือกดฟันยา ในเรื่องของระดับสติปัญญาในการเรียนรู้การใช้ยา และความสามารถในการอ่านหนังสือ การอ่านฉลากยาที่มีทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย โดยมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน จำนวน 492 คน มีอายุเฉลี่ย 77 ปีในประเทศสวีเดน กับการมองเห็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ และระดับของสติปัญญาโดยดูในเรื่องของการคิดคำนวณ พบว่า

9.4% ผลการทดสอบไม่สามารถอ่านฉลากยาบนภาชนะบรรจุยาได้ และ 14.6% มีความลำบากในการใช้มือเปิดฝาขวดบรรจุยา และมีการทดสอบระดับสติปัญญาโดยคำนวณการใช้ยา มีสามการทดสอบพบว่ามีความคลาดเคลื่อนจากการคำนวณการใช้ยา 30.7% , 47.4% และ 20.1% และจากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ยา และข้อจำกัดเรื่องการมองเห็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ และระดับของสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้สูงอายุประมาณ 66.3% จะมีข้อจำกัดในการใช้ยาอย่างน้อย 1 อย่าง นอกจากนี้พบว่าไม่มีผู้สูงอายุที่สามารถผ่านการทดสอบได้ทั้งหมดทั้งในเรื่องของการมองเห็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ และระดับของสติปัญญาโดยการคำนวณการใช้ยา (Beckman, Parker, & Thorslund, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ellenbecker, Frazier และ Verney (Ellenbecker, Frazier, & Verney, 2004)) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างกันในเรื่องของระดับสติปัญญาได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยา และการเรียนรู้ทักษะการใช้ยา รวมทั้งความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ทำให้ความสามารถในการจัดการเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน และการศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีการจัดการใช้ยาโดยตนเองพบว่าระดับของสติปัญญา ประสาทการรับรู้และ การทำงานของกล้ามเนื้อมีผลต่อการจัดการใช้ยาโดยตนเองในผู้สูงอายุที่ให้ไปเป็นไปตามแผนการรักษา (Curry, Walker, Hogstel, & Burns, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hahn และ Wietor (Hahn & Wietor, 1992) ที่พบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นผลมาจากขบวนการสูงวัย โดยเฉพาะเรื่องของการมองเห็น ที่จำเป็นสำหรับในการอ่านฉลากยา ความสามารถของกล้ามเนื้อในการเปิดภาชนะบรรจุยา ระดับของสติปัญญา ความสามารถในการจดจำ เช่น การมีอาการหลงลืมและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ล้วนมีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตนเองได้ตามแผนการรักษา โดยปัญหาที่สำคัญคือจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาในผู้สูงอายุมากที่สุด

การใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาเป็นปัญหาการใช้ยาที่พบมากในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุมาก ซึ่งการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา หมายถึง ความล้มเหลวในการปฏิบัติตนให้เป็นไปตามแผนการรักษาที่ตั้งไว้ หรือการหยุดใช้ยาและออกมาจากการรักษาที่ได้รับ หรือไม่ได้มีการใช้ยาตามแผนการรักษาโดยมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง มีการขาดยา หรือการรับประทานยาติดกันเกินไปหรือห่างกันเกินไป (Dunbar- Jacob & Schlenk, 2001)

มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาในผู้สูงอายุมีการใช้ยาเฉลี่ยตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ทั้งมีใบสั่งแพทย์และไม่มีใบสั่งแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนปัญหาสุขภาพที่พบ (Engberg, 2002; Ellenbecker, Frazier, & Verney, 2004)) มีการศึกษาพบว่าประมาณ 14%-77% ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และพบว่ามีมากกว่า 10% ของผู้ป่วยสูงอายุที่มี

ปัญหาสุขภาพและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผลมาจากการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุจะมีการหยุดใช้ยาเองเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการต่างๆของตนเองดีขึ้น(Hancock, 1994) และจากการศึกษาของ Gray Mahoney และ Blough (Gray, Mahoney, & Blough, 2001) เรื่องการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา พบว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีการใช้ยาอยู่ในปัจจุบันตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป โดยการติดตามประเมินการใช้ยาหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประเมินผลจากการนับจำนวนยาที่ใช้อยู่พบว่า 44% ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ชนิด

การศึกษาของ Curtin และ คณะ (Curtin, Svarstad, Andress, Keller, & Sacksteder, 1997) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาลดความดันโลหิตจำนวน 43% มีการใช้ยาดำกว่าขนาดของแผนการรักษา และ 20% มีการใช้ยาเกินขนาด และพบว่า 20% มีการขาดยาไม่รับประทานยาในบางมื้อเวลาซึ่งการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องมีผลทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ (Morrell, Park, Kidder, & Martin, 1997) และมีการศึกษาการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานและได้รับยาเม็ดควบคุมระดับน้ำตาล โดยใช้การประเมินจากบันทึกยาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องอยู่ในช่วง 66%-69% ซึ่งผลของการใช้ยาไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุทำให้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยปีละ 100 ล้านดอลลาร์สหรัฐ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้แบบแผนการรักษาไม่เป็นตามที่คาดการณ์ไว้และทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ การควบคุมอาการของโรคไม่ได้ผล มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ดี (Lewis, 1997; Shemesh et al., 2001; Corden, Bosley, Rees, & Cochrane; 1997)

ปัญหาการใช้ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตามแผนการรักษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ยาไม่ตรงตามแผนการรักษาประมาณ 25-60% ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่ดูแล เช่น การไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารบางอย่างที่ไม่ควรรับประทานร่วมกับยาที่ใช้อยู่ การเพิ่มขนาดของยาเองเมื่ออาการของโรคไม่ดีขึ้นโดยไม่ไปพบแพทย์ หรือมีการลดขนาดของยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น และการรับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรคเท่านั้นไม่มีการใช้ยาหรือไม่รับประทานยาเมื่อไม่มีอาการแสดงของโรค รวมทั้งการใช้ยาผิดขนาดและการใช้ยาผิดวิธี (Peterson & Dragon, 1998; Der, Rubenstein, & Choy, 1997; Curtin et al., 1997) และการศึกษาของทิตตยา เต๋ไพนูลย์ (2546) เรื่องการศึกษาความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 162 คน พบว่าในส่วนของ การดูแลตนเองเกี่ยวกับยา ผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา 14.2% มีหยุดยาเอง 16.7% รับประทานยานานน้อยกว่าที่

กำหนด 6.2% รับประทานยาขนาดเกินกว่าที่กำหนด 11.1% รับประทานยาในมือต่างๆทุกมือรวมกันในเวลาเดียวจำนวน 6.2%

การศึกษาของ Ellenbecker, Frazier และ Verney (2004) เรื่องการจัดการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลจาก home health care จำนวน 101 ราย ที่เป็นการรายงานจากพยาบาลที่ไปเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการรับประทานยาขาดบางมือ ในรอบ 24 ชั่วโมงจำนวน 16% มีการใช้ยาที่ไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์จำนวน 12% รับประทานยาผิดขนาดจำนวน 6% รับประทานยาเก่าที่ไม่มีในแผนการรักษาในปัจจุบันจำนวน 5% และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีประวัติของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นผลจากการใช้ยาผิดจำนวน 5%

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบสูงมากขึ้นในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาในผู้สูงอายุมาก มีการศึกษาของ Carney (1995) ได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ major depression และมีปัญหาของ coronary artery disease ได้รับยา low dose aspirin วันละ 2 ครั้ง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ major depression จำนวน 55% มีการใช้ยา aspirin ไม่ต่อเนื่องและไม่ถูกต้อง และกลุ่มที่ไม่มีภาวะ major depression มีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องและไม่ถูกต้องจำนวน 31% โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang และคณะ (Wang et al., 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาลดความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินเปรียบเทียบกันจากการบันทึกจำนวนยาที่ใช้กับจำนวนวันว่ามีการใช้ยาตรงกันครบหรือไม่

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะพบปัญหาการรับรู้การรับรู้งานเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและพบเป็นจำนวนมาก ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของขบวนการสูงวัยและจากพยาธิสภาพของโรคบางอย่างซึ่งมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องของการจัดการใช้ยามาก โดยมีการศึกษาพบว่าการลืมเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการใช้ยามาก ที่สำคัญ คือทำให้เกิดการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาและเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาก โดยมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 66 ปีที่มีปัญหา peripheral vascular disease 75% จะพบปัญหาของการใช้ยาไม่ต่อเนื่องสาเหตุมาจากการลืม (Pettinger, Waclawiw, & Davis, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cole และคณะ (Cole et al., 1990) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีหรือผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุที่พบมากที่สุดได้แก่ การลืมรับประทานยาจำนวน 39.6% และการศึกษาของ Nikolaus และคณะ (Nikolaus et al., 1996) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 81.9 ปี พบว่ามีจำนวน 16% มีสาเหตุของการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาจากปัญหาการลืมรับประทานยา

จากปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมาก มีปัจจัยที่เข้ามามีความสัมพันธ์กับการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย ได้สามารถสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดในเรื่องการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ ซึ่งต้องพิจารณาปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุของแต่ละบุคคลด้วย (Orem, 1995) และจากความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action and goal oriented) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ (Orem, 1985) คือระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติ ในระยะนี้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก การสังเกต การให้ความหมายกับสิ่งที่พบเห็น และต้องรู้ว่าสิ่งที่กระทำจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำซึ่งต้องมีเป้าหมาย เป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ ซึ่งในการดูแลตนเองบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไร จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง มีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้หรือไม่ จะกระทำนานเท่าใด การกระทำขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวันหรือไม่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ได้มีการศึกษาถึงความสามารถในการจัดการใช้ยาในผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจและการประเมินเพื่อเลือกกิจกรรมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยไว้หลายประการ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ดังนี้

ความสามารถในการเรียนรู้ มีความสำคัญต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุมากโดยการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาเพื่อให้มียาใช้ได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลร่วมกันเป็นการจัดวางระบบการดูแลตนเอง โดยความสามารถในการเรียนรู้สามารถใช้เป็นปัจจัยที่ทำนายการใช้ยาในสูงอายุได้ ซึ่งการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละคนอาจมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีในแต่ละที่หรือจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวจากบุคคลในครอบครัวญาติและจากเพื่อนรวมทั้งจากสื่อต่างๆเป็นต้น มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคหัวใจ พบว่ามีความสามารถในการเรียนรู้การออกฤทธิ์ของยาของผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่เป็นโรคหัวใจ สามารถทำนายการใช้ยาไม่ต่อเนื่องในกลุ่มยาโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Clark & Dodge, 1999) และมีการศึกษาของ Arnsten, Gelfand และ Singer (1997) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา anticoagulant ได้แก่ warfarin มีการใช้ยาไม่

ต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยสูงอายุมีการประเมินและศึกษาค้นหาความรู้ทราบว่ายา warfarin มีประโยชน์ แต่เมื่อพิจารณาตัดสินใจการใช้ยาพบว่าจะมี ความเสี่ยงจะมีมากกว่าถ้าไม่สามารถปฏิบัติตาม แผนการรักษาเมื่อได้รับยาแล้ว และผู้ป่วยประเมินตนเองแล้วจะเกิดอันตรายจากการใช้ยา มากกว่า และมีการศึกษาของ Ali (1992) โดยมีการประเมินความรู้ของผู้สูงอายุพบว่ามีความรู้ความ เข้าใจยาและความสำคัญของยาไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาคลาดเคลื่อน โดยมีการใช้ยาผิด ขนาดจากแผนการรักษาของแพทย์ และพบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจผิด โดย คิดว่าการใช้ยาในขนาด ที่ตนเองใช้อยู่แม้จะไม่ตรงตามแผนการรักษาก็สามารถรักษาโรคได้และไม่มีอาการแสดงของโรค และก็ไม่เกิดมีอาการข้างเคียงของยา

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจกับแผนการรักษาได้ลดลงเมื่อ อายุเพิ่มขึ้น ซึ่งในผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสามารถลดลงในการทำความเข้าใจและทบทวน ถึงแผนการรักษาเรื่องของการใช้ยาทำให้เกิดการใช้ยาไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยได้มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปพบว่าสามารถบอกชื่อยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้ 64 % ทราบวัตถุประสงค์การใช้ยาและข้อบ่งชี้ในการใช้ยาได้ 72 % และสามารถบอกขนาดที่ใช้ ตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง 75 % (Blenkiron, 1996)

การศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและมีคะแนนของการทดสอบโดยใช้ The Mini-Mental Status Examination (MMSE) น้อยกว่า 24 คะแนน มีการประเมินหลังการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล พบว่าคะแนนของการทดสอบ The Mini-Mental Status Examination มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gray, Mahoney, & Blough, 2001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Barat และคณะ (Barat, Andreassen & Damgaard, 2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มี อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปและมีคะแนนการทดสอบของ The Mini-Mental Status Examination น้อย กว่า 24 คะแนน มีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องและไม่ตรงตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มี คะแนนการทดสอบ The Mini-Mental Status Examination มากกว่า 24 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

การศึกษาของ Ferguson และ คณะ (Ferguson, Ziedins, West, Richardson, & Michocki, 1996) พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาโดยตนเองจำนวน 57% และพบว่าเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้นผู้สูงอายุจะสามารถแก้ไขปัญหาโดยหยุดใช้ยาทันที และไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาปรับเปลี่ยนยาที่ใช้อยู่ และพบว่าประมาณ 12% ของผู้สูงอายุมีการ หยุดใช้ยาเอง สาเหตุที่สำคัญมาจากอาการข้างเคียงของยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cole และ คณะ (Cole et al., 1990) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมี ความสัมพันธ์กับการใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยสาเหตุสำคัญมาจากอาการข้างเคียง

ของยาจำนวน 35% โดยพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุนี้มีความรู้และความสามารถในการเรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของยาน้อย และการศึกษาของ Maidment (2002) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงของยาจะเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการเรียนรู้และมีความเข้าใจเรื่องอาการข้างเคียงของยาน้อย และเป็นปัจจัยที่ใช้เป็นตัวทำนายการใช้ยาไม่ต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่ได้รับยาลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Malhotra และคณะ (Malhotra, Karan, & Pandhisjain, 2001) ในผู้สูงอายุจำนวน 578 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศอินเดียพบว่า 30.87% ที่มีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุมาจากผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษาขณะที่ใช้ยา และยาที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงมากที่สุด ได้แก่ NSAIDs และกลุ่ม anticancer drugs

การศึกษาของสุภาพ แนวนบุตร (2547) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 187 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 12.8% รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เรื่องของการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตและความสามารถในการใช้ยาและระดับการศึกษาร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 19.7

และการศึกษาของ อารยา นัตรชนะพานิช (2548) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล จำนวน 101 รายที่พาผู้ป่วยมารับยาที่คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 50.5 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประเมินว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้สามารถรับประทานวัณโรคได้อย่างต่อเนื่อง สามารถให้ได้รับยารักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอโดยวิธีการจัดยาให้รับประทานร้อยละ 57.4 มีการเตือนเมื่อถึงเวลาให้รับประทานยาร้อยละ 99.0 และมีการพาไปพบแพทย์เพื่อไปตรวจรับยาร้อยละ 100 และพบว่าความใกล้ชิดและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแล ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและความสามารถในการจัดการผลข้างเคียงของยา ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยรวมของผู้ให้การดูแล และ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถรับประทานยารักษาวัณโรคได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา ทั้งเรื่องการจัดเตรียมยา การพาไปตรวจรับยา การตรวจสอบการใช้ยาและการแสวงหาแหล่งประโยชน์และอุปกรณ์ที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีการใช้ยาที่ถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น

ผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถของตนเองและจะมีการพิจารณาว่าเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะมีการเลือกพิจารณาก่อนตัดสินใจ เลือกวิธีการปฏิบัติต่างๆ ด้วยการใช้ความสามารถของตนเองหาวิธีแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นหรือเมื่อมีการประเมินว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยาจากแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคคลที่เกี่ยวข้องที่สามารถทำให้ตนเองได้รับยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์เช่นจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการใช้ยาของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนส่งเสริมความสามารถให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และต่อเนื่อง โดยแหล่งประโยชน์ประกอบด้วยเรื่องของผู้ดูแล ครอบครัว สถานที่และระบบบริการทางสาธารณสุข รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งระดับการศึกษาและความรู้ มีการศึกษาของ Fosu (1995) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรสที่อยู่บ้านเดียวกัน เรื่องการดูแลให้ได้รับยาที่บ้าน พบว่ามีการใช้ยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องและถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Barat และคณะ (Barat et al., 2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีการใช้ยาไม่ตรงตามแผนการรักษาและใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และมีการใช้ขนาดยาไม่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Malhotra และคณะ (Malhotra, Karan, & Pandhisjain, 2001) ในผู้สูงอายุจำนวน 578 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศอินเดียพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินเรื่องแหล่งสนับสนุนที่ส่งเสริมความสามารถในผู้สูงอายุได้มีการใช้ยาต่อเนื่องสาเหตุมาจากปัจจัยในเรื่องของปัญหาการเงินและการไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องการใช้ยา ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายมีการรับประทานยาเฉลี่ยต่อวันจำนวน 5-6 ชนิด จากปัญหาทางการเงิน ทำให้ไม่สามารถไปติดตามการรักษาและรับยาได้อย่างต่อเนื่องและยังมีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ราคาของยา โดยต้องมีการประเมินความสามารถในด้านการเงินของผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละรายโดยแพทย์ผู้ดูแลควรเลือกยาให้มีความเหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่สามารถจ่ายได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล (Punyawantance, 1998)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งจะมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรค ได้รับการดูแลจากแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญหลายคน จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาจำนวนมาก และจากสถานการณ์การใช้ยาของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยา เช่น การใช้ยาซับซ้อน การใช้ยาไม่ครบ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้รับข้อมูลเรื่องยาไม่ครบถ้วนและถูกต้อง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการเรียนรู้และปรับตัว ให้เหมาะสมกับสถานะของโรคตลอดเวลา มีการประเมินตนเองในเรื่องการปฏิบัติการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา และเมื่อไม่สามารถจะจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาได้ ต้องมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์หรือจากผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ถึงความสามารถและพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา รวมทั้งผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุและปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ปวายนอกแผนกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เดือนธันวาคมพ.ศ. 2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่จัดไว้เป็นตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีความบกพร่องของการรู้คิด โดยการใช้เครื่องมือคัดกรอง คือแบบประเมินการรู้คิดแบบย่อ ที่ได้ 8-10 คะแนน
3. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยคำนวณจากจำนวนประชากรในช่วงระยะเวลา 1 ปี โดยถ้าจำนวนประชากรมีจำนวนเป็นหมื่น ตัวอย่างควรจะเป็น 1% (ประคอง วรรณสุต, 2524) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ปวายนอกอายุรกรรม จากคลินิกโรคปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรคเบาหวานและโรคข้อ มีจำนวนประมาณ 10,600 คนภายในระยะเวลา 1 ปี ดังนั้นใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 106 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและไม่ครบถ้วน

สถานที่ทำการวิจัย

สถานที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 ทุกวันจันทร์ ถึงศุกร์ มีคลินิกต่างๆ ที่ทำการตรวจโรคทางอายุรกรรมทุกวัน โดยช่วงเช้าเริ่มตั้งแต่เวลา 09.00 น. - 12.00 น. และช่วงบ่ายเริ่มตั้งแต่เวลา 13.00 น.-16.00.น. โดยในแต่ละคลินิกผู้ป่วยมารับการตรวจทุกวันทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าประมาณ 40-60 คนโดยจะมีแพทย์ลงตรวจในแต่ละวันประมาณ 20-25 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1) เครื่องมือคัดกรอง

แบบประเมินการรู้คิดแบบย่อ (The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถาม และคำสั่งให้ปฏิบัติ โดยแบ่งเป็นการทดสอบด้านต่างๆ 6 ด้าน ดังนี้ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ด้านภาษา และความระลึกได้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการรู้คิดฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและปรับเป็นภาษาไทยจากแบบวัด Short Portable Mental Status ของ Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) โดยชวลี แยมวงษ์ (ชวลี แยมวงษ์, 2538) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ไปทดสอบใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.76 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ 56 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.94 ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อประเมินการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินการรู้คิดมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ มีคะแนน 8-10 คะแนน

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ วุฒิการศึกษา ความสามารถในการอ่านภาษาไทย ความสามารถในการอ่านภาษาอังกฤษ ความสามารถในการอ่านของบรรจุฯ ความสามารถในการเขียนหนังสือ การมองเห็น อาชีพ รายได้เฉลี่ย แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ราคายาที่ใช้ในแต่ละเดือน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจในแต่ละครั้ง จำนวนสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้ประจำ เวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน ประกอบไปด้วยข้อมูล เกี่ยวกับการ วินิจฉัยโรคในปัจจุบันทั้งหมด การรักษาโดยยาที่ได้รับทั้งหมดที่มีใบสั่งยาจากแพทย์และยาที่ นอกเหนือใบสั่งแพทย์ การใช้สมุนไพรและยาหม้อ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยา ประวัติการแพ้ยา การเข้ารับการรักษาที่เป็นผลจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปนอกบ้าน

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเอง ของโอริเอมและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นลักษณะคำถาม ปลายเปิดโดยคำตอบที่ได้นำไปใช้ประเมินและอธิบายความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่อง การใช้ยาของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสำคัญของการใช้ยาให้ถูกต้อง การรู้จักชื่อ ยา ข้อบ่งใช้ของยาและระยะเวลาที่ใช้ยาอยู่ในปัจจุบัน การจัดการใช้ยาหลายชนิดให้ได้ยาถูกต้อง และครบถ้วน (Learning and Use of knowledge) ความสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง การซักถามความรู้และข้อสงสัยเกี่ยวกับยาจากบุคลากร (knowledge-seeking activities and resource-seeking activities and resource-using activities) การใช้ยาที่ นอกเหนือคำสั่งแพทย์ การติดตามและสังเกตอาการตนเองเพื่อประเมินผลการรักษาและป้องกัน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหรือเกิดอาการข้างเคียงจาก การใช้ยา การรับรู้ถึงประโยชน์การนำยาเก่าหรือยาที่ใช้อยู่ทั้งหมดไปพบแพทย์ทุกครั้ง การจัดการ เมื่อได้รับยาใหม่ การจัดการยากลุ่มที่ต้องระวังพิเศษ และการจัดการเรื่องของชนิดอาหารกับการใช้ ยา (Action to control external factors)

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความ เหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีการพยาบาลของโอริเอม 1 ท่าน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเภสัชกรรม 1 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ป่วย สูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาถึง ความครบถ้วนของข้อมูล ความกระชับของคำถาม ความง่ายของคำถามและความเข้าใจของ ผู้ป่วยสูงอายุ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่ม

ตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย หลังจากนั้นจึงนำมาปรับภาษาในข้อคำถามที่ผู้ปวยสูงอายุไม่เข้าใจให้เหมาะสมอีกครั้งเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 110 ราย

คู่มือเกณฑ์การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยา พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นคู่มือที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคู่มือนำไปเพื่อพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยจะแบ่งระดับความสามารถการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ ยังไม่พัฒนา กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว โดยแบ่งเกณฑ์การพิจารณาเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับยาและการเรียนรู้เกี่ยวกับยา 2) การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และ 3) การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ชุดเดิม หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้ว นำเกณฑ์การพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยา มาใช้พิจารณาตัดสินระดับการพัฒนาความสามารถกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างมาปรับปรุงเนื้อหาและภาษาของเกณฑ์การพิจารณาให้สอดคล้องและครอบคลุม แล้วนำเกณฑ์การพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยามาใช้กับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย หา Inter-rater reliability เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือการพิจารณาตัดสินใจของผู้วิจัย โดยการนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเดิม 10 ราย ไปให้นักศึกษาพยาบาลปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 10 คน และอาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาตามเกณฑ์ของคู่มือที่ปรับปรุง เพื่อแบ่งระดับการพัฒนาความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง ได้ Inter-rater reliability เท่ากับ 0.8 และนำข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมหรือชัดเจนของเกณฑ์มาปรับแก้ไขอีกครั้งเพื่อให้คู่มือเกณฑ์การพิจารณาระดับความสามารถมีความชัดเจน และครอบคลุมเนื้อหายิ่งขึ้น

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและบางคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ใช้อธิบายเรื่องพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาและใช้ประกอบการอธิบายความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการจัดการเพื่อดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย เรื่องของการจัดเตรียมยาทั้งโดยตนเองหรือมีผู้อื่นช่วยเหลือ การใช้ยาได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง วิธีการป้องกันการลืมน้ำยา วิธีการปฏิบัติเมื่อลืมน้ำยา วิธีการเพื่อจะได้รับยา

อย่างถูกต้องเมื่อมีปัญหาการมองเห็นและอ่านฉลากยาไม่ได้ วิธีการเก็บยา การจัดการเมื่อได้รับยาชนิดใหม่ การนำตัวอย่างยาเก่าไปหาซื้อยาเอง การแบ่งยาไปให้ผู้อื่นใช้ร่วมกัน

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาถึงความครบถ้วนของข้อมูลให้มีความครอบคลุมเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ความกระชับของคำถาม ความง่ายของคำถามและความเข้าใจของผู้สูงอายุ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

แบบสอบถามผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 5 ข้อ ใช้อธิบายผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาตามการรับรู้ในช่วง 6 เดือนของผู้สูงอายุที่สามารถจดจำและระลึกได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549) และใช้ประกอบเพื่ออธิบายความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบระหว่าง มีหรือไม่มี ถึงผลการจัดการใช้ยาตามการรับรู้ และถ้าเลือกคำตอบว่า มี จะใช้คำถามปลายเปิดถึงวิธีการแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากผลการจัดการใช้ยาตามการรับรู้ ซึ่งประกอบด้วยเรื่องของการรับประทานยาครบ การหยุดใช้ยาเอง หรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การเพิ่มหรือลดขนาดยา การที่ยาหมดก่อนถึงวันนัด การมีอาการผิดปกติที่เกิดจากยาหรือผลข้างเคียงของยา

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ชุดเดิม หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาถึงความครบถ้วนของข้อมูล ความกระชับของคำถาม ความง่ายของคำถามและความเข้าใจของผู้สูงอายุเรื่องผลการจัดการดูแลตนเองในการใช้ยาตามการรับรู้ให้ตรงกัน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 6 ข้อ เพื่ออธิบายถึงปัญหาที่อาจมีผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด

ให้เลือกตอบระหว่างเป็นหรือไม่เป็นปัญหาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงผลกระทบของการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในผู้สูงอายุ ปัญหาเรื่องการจัดการใช้ยาในปัจจุบันที่พบอยู่ ปัญหาเรื่องการมียาที่ต้องใช้หลายครั้งในแต่ละวัน ปัญหาเมื่อได้รับยาชนิดใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา ปัญหาเรื่องการมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านฉลากยาไม่ได้ และความต้องการการช่วยเหลือเรื่องการใช้ยา

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาถึงความครบถ้วนของข้อมูลในเรื่องของปัญหาการใช้ยาที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและจากการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมทุกปัญหา ความกระชับของคำถาม ความง่ายของคำถามและความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขภาษาให้ชัดเจนและเข้าใจตรงกัน เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมละถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามได้ โดยคำตอบไม่มีผลต่อการรักษา ผู้ป่วยคงได้รับการรักษาตามกำหนดเดิม ไม่ส่งผลต่อการบริการที่ได้รับ ชื่อของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและการขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์ (Inform consent form) ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบและที่พิกัดอาศัยได้ และเสนอผลเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอรับผลสรุปของการวิจัยได้ หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขอทำวิจัยในคนขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนในฐานะนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลถึงคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุและแฟ้มประวัติของผู้ที่มาใช้บริการตรวจแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เบื้องต้น
4. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและญาติ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และการทดสอบเพื่อประเมินการรู้คิด
5. เมื่อผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือในวิจัย เชิญผู้สูงอายุและญาติ (ถ้ามี) มาสถานที่ที่เตรียมไว้ซึ่งใช้ห้องที่ให้คำแนะนำและปรึกษาปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวและการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจ ตั้งอยู่ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โดยผู้ป่วยจะเข้ามาเป็นรายบุคคล มีความมิดชิด ไม่มีเสียงรบกวน ใช้ในการสัมภาษณ์และเพื่อทำการประเมินผู้สูงอายุเรื่องความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือไม่ พร้อมอธิบายขั้นตอนการทดสอบและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อได้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงเริ่มการสัมภาษณ์ พร้อมกับชี้แจงทั้งผู้สูงอายุและญาติว่าการสัมภาษณ์จะไม่รบกวนเวลาในการรอตรวจพบแพทย์
6. ดำเนินการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทป ตามแบบสอบถามต่างๆ โดยมีลำดับดังนี้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความสามารถจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมและผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่าย รวมทั้งปัญหาการใช้จ่ายในผู้สูงอายุ โดยถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจคำถาม หรือไม่ทราบข้อมูล หรือมีปัญหาในการตอบคำถาม ผู้สูงอายุสามารถให้ญาติช่วยในการตอบคำถาม และสามารถซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที
7. ในระหว่างการสัมภาษณ์เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติได้พูดคุยซักถามข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ตามต้องการ และในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์จะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยอนุญาตทำแบบสอบถามเองและอธิบายวิธีการตอบโดยละเอียดสามารถซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดการทำแบบสอบถาม

8. เมื่อตอบคำถามเสร็จผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลถ้าข้อใดไม่มีคำตอบผู้วิจัยจะซักถามเพิ่ม ส่วนของข้อมูลของแบบบันทึกสุภาพนำมาตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องกับเวชระเบียนของผู้สูงอายุอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการไ้ยา ใช้สถิติบรรยาย โดยคำนวณความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ใช้สถิติบรรยาย มีคำนวณความถี่และร้อยละของระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา มีการแบ่งเกณฑ์การพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาเป็น 3 ระดับ คือ 1) ยังไม่พัฒนา 2) กำลังพัฒนา 3) พัฒนาแล้ว ซึ่งการพิจารณาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาจะพิจารณาเนื้อหาครอบคลุมเป็น 3 ด้านโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับยาและการเรียนรู้เกี่ยวกับยา 2) การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา 3) การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ นำเสนอตามลำดับคือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาและปัญหาเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ศึกษามีทั้งหมด 128 คน มีผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินการรู้คิด ได้คะแนน 8-10 คะแนน และสื่อสารได้เข้าใจ มารับการตรวจรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 110 ราย เป็น เพศชายร้อยละ 53.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.4 มีอายุ 61-92 ปี อายุเฉลี่ย 76.9 ปี (SD= 7.5) เมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 60-74 ปี และ 75-84 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 41.8 และ 39.1 ตามลำดับ เมื่อช่วงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างจะลดลง คือกลุ่มอายุ 85 ปีและมากกว่า 85 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 19.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 56.4 อาศัยอยู่กับบุตร ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) จบชั้นประถมศึกษา ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.4) มีความสามารถในการอ่านหนังสือได้คล่อง อ่านภาษาอังกฤษได้ร้อยละ 24.5 สามารถอ่านฉลากบนซองบรรจุยาได้ทั้งชื่อและขนาดร้อยละ 66.4 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.6) เขียนหนังสือได้แต่ไม่คล่อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้แต่ต้องใส่แว่นจำนวนมากที่สุดร้อยละ 78.2 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป โดยมีรายได้ตั้งแต่ 1,000-40,000 บาท ค่าเฉลี่ย 8,447.3 บาท (SD=7,716.3) และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 46.4 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) แหล่งของรายได้มาจากบุตรหลาน และพบว่าร้อยละ 52.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) ใช้สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจทั้งจากสิทธิของผู้สูงอายุเองและจากสิทธิของบุตร ร้อยละ 55.5 ราคายาเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 3,000 บาท ราคายาอยู่ระหว่าง 90-30,000 บาท ค่าเฉลี่ย 4,878.1 บาท (SD=4,772.2) ร้อยละ 74.5 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาแต่ละครั้งน้อยกว่า 300 บาท มีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 10-2,000 บาท มีค่าเฉลี่ย 349.7 บาท (SD=395.1) การมาตรวจแต่ละครั้งจะมากับบุคคล

ในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 73.6 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้บริการสุขภาพเป็นประจำ จำนวน 1-4 แห่ง ค่าเฉลี่ย 1.8 แห่ง และพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 ใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพเป็นประจำ 1-2 แห่ง และใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพประจำ ตั้งแต่ 10 นาทีถึง 8 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 80 นาที (SD=73) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) ใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ประจำน้อยกว่า 60 นาที ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (N = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	53.6
หญิง	51	46.4
อายุ (ปี)		
60-73	46	41.8
74-84	43	39.1
85 ขึ้นไป	21	19.1
ศาสนา		
พุทธ	108	98.2
อิสลาม	2	1.8
สถานภาพสมรส		
คู่	68	61.8
หม้าย/หย่า/แยก	36	32.7
โสด	6	5.5
สภาพการเป็นอยู่		
อยู่กับบุตร	62	56.4
อยู่กับคู่สมรส	34	30.9
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	24	21.8
อยู่คนเดียว	8	7.3
อยู่กับหลาน	5	4.5
อยู่กับญาติ	1	0.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	63	57.3
มัธยมศึกษา	18	16.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	14.5
ไม่ได้เรียน	13	11.8
ความสามารถในการอ่านหนังสือ		
อ่านได้คล่อง	62	56.4
อ่านได้แต่ไม่คล่อง	34	30.9
อ่านไม่ได้	14	12.7
ความสามารถในการอ่านภาษาอังกฤษ		
อ่านไม่ได้	83	75.5
อ่านได้	27	24.5
ความสามารถในการอ่านซองบรรจุยา		
อ่านชื่อยาและขนาดได้	73	66.4
อ่านไม่ได้ทั้งหมด	28	25.5
อ่านได้เฉพาะขนาดยา	9	8.2
ความสามารถในการเขียนหนังสือ		
เขียนได้แต่ไม่คล่อง	48	43.6
เขียนได้คล่อง	45	40.9
เขียนไม่ได้	17	15.5
การมองเห็น		
มองเห็นได้โดยไม่ต้องใส่แว่น	86	78.2
มองเห็นได้โดยไม่ต้องใส่แว่น	20	18.2
มองเห็นไม่ชัด	4	3.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
1,000-3,000	33	30.0
3,001-5,000	24	21.8
≥ 5,001	53	48.2
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	84	76.4
เหลือใช้	18	16.2
ไม่เพียงพอ	8	7.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58	52.7
ข้าราชการบำนาญ	27	24.5
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	18	16.4
เกษตรกร	7	6.4
การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
เบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ	94	85.5
จ่ายเอง	8	7.3
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	6	5.5
ประกันสังคม	2	1.8
รายจ่ายในแต่ละเดือน (บาท/เดือน)		
≤1,000	23	20.9
1,001-3,000	26	23.6
≥3,001	61	55.5
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ละครั้ง (บาท)		
≤300	82	74.5
301-500	18	16.4
≥501 ขึ้นไป	10	9.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมาตรวจรักษาในแต่ละครั้ง		
มากับบุคคลในครอบครัว	81	73.6
มาโดยตนเอง	29	26.0
จำนวนสถานบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ		
1-2	91	82.7
≥ 3	19	17.3
เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพประจำ (นาที)		
≤ 60	73	66.4
61-120	17	15.4
≥ 121	20	18.2

ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ข้อมูลด้านสุขภาพที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามีความวิตกกังวลในเส้นเลือดสูง และมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.8 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุ 1 รายมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2-7 โรค โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30.0) มีโรคประจำตัว 4 โรค มีการใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 1-18 ชนิด ค่าเฉลี่ย 7.1 ชนิด (SD=3.3) โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.6) มีการใช้ยาจำนวน 6-10 ชนิด รองลงมาในกลุ่ม 0-5 ชนิด ร้อยละ 33.6 และจำนวนร้อยละ 12.7 ในกลุ่มใช้ยา มากกว่า 10 ชนิด และร้อยละ 27.3 มีการใช้ยาอื่นนอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นวิตามินและอาหารเสริม เช่นนม เป็นต้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20.9 ใช้สมุนไพรหรือยาหม้อ และพบว่าในรอบ 6 เดือนแพทย์มีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้อยู่ ร้อยละ 43.6 ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับขนาดของยาที่มีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง เช่นยารักษาเบาหวานและยาลดความดันโลหิตสูง และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่ได้มีการเข้ารับการรักษาอาการที่เป็นผลมาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 91.8 และกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 18.2

นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุราและสูบบุหรี่ คือร้อยละ 31.8 และร้อยละ 28.2 ตามลำดับ ส่วนในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ

พบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แยกเป็นด้านต่างๆ คือ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการใช้ห้องน้ำได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 80.9 และส่วนใหญ่มีความสามารถในการกลืนปัสสาวะอุจจาระร้อยละ 91.8 มีความสามารถในการเดินโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 72.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำงานบ้านได้ถึงร้อยละ 76.4 โดยสามารถไปซื้อของที่ตลาดและใช้จ่ายเงินได้ ร้อยละ 91.8 รวมทั้งสามารถเดินทางโดยใช้รถโดยสารสาธารณะหรือขับรถเองได้ ร้อยละ 70.9 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=110)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน*		
ไขมันในเลือดสูง	68	61.8
ความดันโลหิตสูง	67	60.9
โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	41	37.3
เบาหวาน	33	30.0
ภาวะไตวายเรื้อรังและเฉียบพลัน	15	13.6
โรคทางตา	12	10.9
กระดูกและข้ออักเสบ	10	9.1
ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด	9	8.2
โรคภูมิแพ้	8	7.3
โรคมะเร็ง	7	6.4
โรคอื่นๆ	6	5.5
จำนวนการวินิจฉัยโรคของผู้สูงอายุ 1 ราย (โรค)		
2	28	25.5
3	19	17.2
4	33	30.0
5	12	10.9
6	10	9.1
7	8	7.3

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอาจได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=110) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนยาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพ (ชนิด)		
0-5	37	33.6
6-10	59	53.6
>10	14	12.7
การใช้ยาที่นอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์และอาหารเสริม		
มีการใช้	30	27.3
ไม่มีการใช้	80	72.7
การปรับเปลี่ยนชนิด/ขนาดของยาที่ใช้ในรอบ 6 เดือน		
มีการเปลี่ยนแปลง	48	43.6
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	62	56.4
การเข้ารับการรักษาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา		
ไม่มี	101	91.8
มี	9	8.2
ประวัติการแพ้ยา		
ไม่มี	90	81.8
มี	20	18.2
การใช้สมุนไพร/ยาหม้อ		
ไม่มี	87	79.1
มี	23	20.9
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	79	71.8
สูบ	31	28.2
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	75	68.2
ดื่ม	35	31.8

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=110) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านสุขวิทยาและการใช้ห้องน้ำ		
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	89	80.9
มีผู้ช่วยเหลือบางส่วน	19	17.3
มีผู้ช่วยเหลือทั้งหมด	2	1.8
ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระ		
กลั้นได้	101	91.8
กลั้นไม่ได้	9	8.2
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเรื่องการเดิน		
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	80	72.7
มีผู้ช่วยเหลือบางส่วน	17	15.5
มีผู้ช่วยเหลือทั้งหมด	13	11.8
ความสามารถในการทำงานบ้าน		
ทำได้	84	76.4
ทำไม่ได้	26	23.6
ความสามารถในการไปจ่ายตลาด/ซื้อของ/ทอนเงิน		
ทำได้	101	91.8
ทำไม่ได้	9	8.2
ความสามารถในการเดินทางนอกบ้านโดยใช้รถสาธารณะ/ขับรถ		
ทำได้	78	70.9
ทำไม่ได้	32	29.1

การใช้ยา การใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเมื่อแบ่งเป็นกลุ่มยาชนิดต่างๆพบว่ากลุ่มยาที่ผู้สูงอายุมีการใช้มากที่สุด (ร้อยละ 56.4) ได้แก่ กลุ่มวิตามินและเกลือแร่ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีการใช้ยาอื่น ๆ ตามลำดับดังนี้ กลุ่มยา ACE inhibitor (ร้อยละ 47.3) กลุ่มยา Beta-blockers (ร้อยละ 44.5) และยารักษาภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 44.5) ยาลดไขมันในเลือด (ร้อยละ 40) กลุ่มยาขับปัสสาวะและกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 37.3) กลุ่มยาลดกรด (ร้อยละ 37.3)

ละ 34.5) กลุ่มยาระบาย (ร้อยละ 31.8) กลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 29.1) และกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด (ร้อยละ 19.1) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละในการใช้ยากกลุ่มต่างๆของผู้สูงอายุ (N=110)

กลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
ระบบหลอดเลือดและหัวใจ		
ACE inhibitor	52	47.3
Beta-blockers	49	44.5
ยาด้านการแข็งตัวของเลือด	41	37.3
กลุ่มยาขับปัสสาวะ	41	37.3
ยาด้านแคลเซียม	32	29.1
กลุ่มยาขยายหลอดเลือดส่วนปลาย	13	11.8
ระบบทางเดินอาหารและเมตาบอลิซึม		
วิตามินและเกลือแร่	62	56.4
ยาลดไขมันในเลือด	44	40.0
กลุ่มยาลดกรด	38	34.5
กลุ่มยาระบาย	35	31.8
กลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	32	29.1
กลุ่มยาด้านอาเจียน	2	1.8
กลุ่มยาด้านการเกร็ง	1	0.9
ระบบประสาทส่วนกลาง		
กลุ่มยาบรรเทาปวด	21	19.1
กลุ่มยาพากินสัน	3	2.7
กลุ่มชาทันซิก	2	1.8
ระบบทางเดินหายใจ		
กลุ่มยาแก้หอบหืด	14	12.7
กลุ่มยาแก้แพ้	10	9.1
กลุ่มยาแก้ไอและบรรเทาอาการหวัด	9	8.2

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละในการใช้ยากลุ่มต่างๆของผู้สูงอายุ (ต่อ)

กลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
ยาด้านจุลชีพ		
กลุ่มยาวัณโรค	2	1.8
ยาปฏิชีวนะ	1	0.9
ระบบเลือด		
ยาเสริมธาตุเหล็ก	49	44.5
ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง	9	8.2
ระบบฮอร์โมน		
ยารักษาโรคไทรอยด์	4	3.6
สเตียรอยด์	2	1.8
ระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง		
ยาบรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ	5	4.5
ยาด้านเกาต์	3	2.7
ระบบภูมิคุ้มกัน	2	1.8
กลุ่มยาอื่นๆ	6	5.5

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ ได้สอบถามผู้สูงอายุถึงความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยามี 12 ข้อ ดังนี้ 1) การใช้ยาให้ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญหรือไม่อย่างไร 2) ความรู้เกี่ยวกับชื่อยา ข้อบ่งใช้ของยา และระยะเวลาที่ใช้ยา 3) การจัดการใช้ยาที่มีหลายชนิดให้ถูกต้องและครบถ้วน 4) ความสามารถในการขอความช่วยเหลือบุคคลอื่นเมื่อไม่สามารถใช้ยาได้เอง 5) การซักถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เมื่อมาติดตามการรักษา 6) การแจ้งแพทย์ผู้ดูแลเมื่อมีการใช้ยาที่นอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์ 7) วิธีการติดตามและสังเกตตนเองเพื่อประเมินผลการรักษาและป้องกันอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 8) การจัดการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 9) ประโยชน์ของการนับจำนวนยาที่เหลืออยู่หรือนำยาที่ใช้อยู่ทั้งหมดไปพบแพทย์ 10) การจัดการและป้องกันไม่ให้ได้ยาซ้ำซ้อนกับยาเดิมเมื่อได้รับยาชนิดใหม่ 11) การจัดการใช้ยากลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษ (High Alert Drug)

12) การระวังกเรื่องของชนิดอาหารเมื่อมีการใช้ยา ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากคำถามปลายเปิดในแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ เนื้อหาจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละราย ซึ่งการพิจารณาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุได้พิจารณา เป็น 3 ด้าน คือในเรื่องความรู้เกี่ยวกับยา การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา แล้วนำมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์การพิจารณาระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาเป็น 3 ระดับ คือ ยังไม่พัฒนา กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว จากผลการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละราย ส่วนใหญ่(ร้อยละ 60.9) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่พัฒนาแล้ว ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ โดยจำแนกตามระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ (N=110)

ระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ยังไม่พัฒนา	19	17.3
กำลังพัฒนา	24	21.8
พัฒนาแล้ว	67	60.9

ระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุแต่ละรายแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ยังไม่พัฒนา กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว ดังกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละระดับต่อไปนี้

1. ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุยังไม่พัฒนา

ผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับยา โดยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่รู้ชนิดของยา ไม่มีการวางแผนการใช้ยาให้เพียงพอและต่อเนื่อง ไม่มีการป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อน เก็บรักษายาไม่เหมาะสม ไม่มีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา ไม่มีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา หรือแก้ไขไม่ถูกต้อง ดังตัวอย่างของผู้สูงอายุต่อไปนี้

ผู้ป่วยหญิงอายุ 70 ปี “ป้าไม่รู้หรือกว่าอะไรเป็นยาอะไรหมอให้กินตัวไหนก็กิน ป้าจัดเองไม่ได้ แล้วตามองไม่ค่อยเห็น ให้ลูกสาวจัดยาไว้ให้ยามันเยอะ เวลาไปหาหมอก็ไม่รู้จะถามอะไรหมอสั่งให้กินก็กิน ยาที่บ้านเหลือเยอะแยะ บางตัวหมอกระดุกสั่งแล้วหมอโรคไตสั่งให้อีก ยามันเยอะก็ต้องมีลิ้มบ้างแต่ก็ไม่บ่อย อย่างเมื่อเช้าก็ลิ้มเอายามากิน เวลาจะไปไหน ลิ้มทุกที ถ้ามาตรวจกับลูกชายจะลิ้ม ถ้าเป็นลูกสาวเขาจะเตรียมไว้ให้ หมอบอกยาที่ต้องกินไปตลอด ป้าไม่ค่อยอยากจะทำกินหรือก มีแอบไม่กินบ้าง อายุป้านี้แล้วเดี๋ยวก็ตาย”

ผู้ป่วยหญิงอายุ 77 ปี “ยายไม่รู้เรื่องอะไรทั้งนั้นแหละ ตอบไม่ถูกหรือ กินยามากมันหลายโรคจำไม่ค่อยได้ถามหมอ ถามไปยายก็จำไม่ค่อยได้ หมอให้กินก็กินยายต้องจัดเองจะมีใครจัดให้เขาไปทำงานกันหมด อยู่กับหลาน 2 คน เลี้ยงหลานด้วยไม่มีเวลาหรือ กำลังชน ยายเพิ่งมาเอายาที่นี้ไม่กี่ครั้งเองแต่ก่อนอยู่โคราชพอแฟนเสียก็เลยมาอยู่กับลูกสาว แต่ยายก็ไม่ปวดหัวหรืออ่อนเพลียอะไรนะ ช่วงหลังมีปวดเข่าอีกหมอกระดุกให้ยาแก้ปวด กินแล้วปวดท้องก็ไม่ได้กิน ไปหาหมอนวดมาเอา 30 บาทเองก็ค่อยยังชั่วหน่อย ไม่ได้บอกหมอนะ วันนี้ก็โดนหมอบอกว่าอีกหายไป 5 เดือนไม่ได้มาก็กินยาเก่าๆ ลูกก็ไม่มีเวลาพามา ยายมาเองนั่งแท็กซี่มา หลานไปโรงเรียนก็ค่อยมีเวลาน้อย”

ผู้ป่วยชายอายุ 69 ปี “ผมก็กินไปอย่างนั้นแหละยาไม่รู้ว่าอะไรเป็นยาอะไร หูตาก็ไม่ค่อยดี อยู่คนเดียวใครจะช่วยดู ก็ต้องคุณเองกินถูกบ้างผิดบ้างตามประสา มีลิ้มกินเหมือนกัน ยาที่วางไว้ที่ห้องเฉยๆ ไม่รู้เหมือนกันว่าต้องเก็บมันอย่างไร ไม่ได้สนใจคงไม่เป็นอะไรหรอก ไม่ได้มาหาหมอนานแล้วเหมือนกัน ไม่มีเวลา ยาหมคนานแล้วมันเริ่มมีใจสั้นๆเพลียมากไม่ค่อยมีแรง ก็พยายามลุกมาเอง ก่อนหน้านั้นก็หาขายกินเองซื้อที่ตลาดร้านขายยาคนขายยาทำให้แต่เกลือแร่มากินแล้วบอกให้มาตรวจนานแล้วเพิ่งจะมีเวลามา”

ผู้ป่วยชายอายุ 82 ปี “อย่าถามลุงจำไม่ได้ยามันมาก คนแก่ก็มีลิ้มกินอยู่แล้ว บางทีกินแล้วก็กินอีก ไม่มีวิธีหรือคนอื่นเขาทำไปทำงานกันหมด ลุงกินเอง ไม่มียาอันตรายหรือ (ผู้ป่วยได้ยา warfarin 3 mg) ก็ไม่เห็นต้องทำอะไรเป็นพิเศษ กินปกติ เคยมีเลือดออกครั้งหนึ่งเกือบตายหมอบอกเลือดลุดออกง่ายให้ระวังหน่อยคอยดูดีๆ ยาที่เคยกินมั้งไม่กินมั้งกลัวเลือดออกอีกไม่ได้บอกหมอหรือ เราก็ต้องรู้ตัวเราเองแก่ปานนี้อะไรก็ไม่ดี ส่วนยาที่วางไว้ที่ห้องในลุงของลุงเองไม่มีใครมายุ่ง”

ผู้ป่วยชายอายุ 61 ปี “ผมเพิ่งรู้ว่าเป็นความดันสูงและมีหัวใจโต มีน้ำท่วมหัวใจมา 2 ครั้งแล้วหมอบอกว่ามีไตเริ่มเสื่อมอีก ยาเยอะเกือบ 10 ตัว ก็กินตามที่หมอบอกไม่มีอะไรต้องระวังหรือ ก็กินมานาน ก็มีบ้างที่ขาดยาไม่ได้มาตามนัด หมอบอกทำให้น้ำท่วมหัวใจและไตเสื่อม ไปทำงานเราจะมาหาหมอไม่ได้ตามนัด หมอก็บ่น ไม่รู้จะทำอย่างไรเหมือนกัน ลูกไม่ได้ช่วยด้วยกันผมก็กินยาเอง ภรรยาเขาก็ยังทำงาน ไม่ได้ถามใครหรือ”

2. ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุที่กำลังพัฒนา

ผู้สูงอายุกำลังเรียนรู้เกี่ยวกับยา โดยเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้อง กำลังเรียนรู้ชนิดของยา ขอบ่งชี้ของยา ระยะเวลาใช้ยา อาการข้างเคียงของยา เริ่มคิดวางแผนให้มียา

ใช้เพียงพอและต่อเนื่อง เริ่มคิดป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อน กำลังเรียนรู้การเก็บรักษาอย่างเหมาะสม เริ่มมีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา เรียนรู้ที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น กำลังเรียนรู้การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ดังตัวอย่างของผู้สูงอายุต่อไปนี้

ผู้ป่วยชายอายุ 63 ปี “ผมว่าการใช้ยาถูกต้องมันก็สำคัญอยู่แล้วถ้ากินผิด โรคก็ไม่หาย เราเป็นคนไข้ ต้องรู้ตัวเองว่ากินยาอะไรอยู่ สูงไม่ถามหมอหรือเภสัชโคที่ว่าเอา อ่านจากฉลากเองจำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ก่อนมี ขาดยาบ้างเพราะเห็นว่าไม่มีอะไร ไม่ได้สนใจมาก ย้ายไปต่างจังหวัดด้วย ไม่ได้มาตามนัดยามดึกก็หมด ไปหาซื้อ เอง พอเกษียณมาอยู่กับลูกสาวที่กรุงเทพฯ เขาเป็นคนพามาหาหมอ เขาต้องลงนามมาส่ง ช่วงหลังไม่ได้หยุดยาเลย ในห้องหมอยาจะถามตลอด ถ้าความดันเราไม่ดีก็โดนถามแล้วกินยาหรือเปล่า ยาหมดก่อนหรือเปล่า ช่วงหลัง พยาบาลบอกให้เอายามาด้วย ไม่ขาดยาแล้วไม่มีลืมกินยาเราก็เอายามาตั้งที่กินข้าว คิดว่าต่อไปจะขอหมอเป็น คลินิกพิเศษแล้วลูกสาวสะดวกมากกว่าตอนเช้า”

ผู้ป่วยหญิงอายุ 80 ปี “ป้าไม่เคยขาดยา กินยามาจนชินแล้วตอนแรกเป็นความดันสูงอย่างเดียว เคย หยุดกินยาไม่มาตามนัด ไม่ได้จะเล็ดไปซื้อยาเองก็เห็นว่ากินเหมือนเดิมทุกที แล้วมันไม่มีอาการอะไรเลย ไม่ ปวดหัว คราวนี้รู้แล้วไม่เอาอีกแล้วหมอบอกว่าตอนนี้สิ่งที่ได้อีก ต้องกินน้ำน้อยจำกัดสารพัด มีตัวบวมต้องนอน โรงพยาบาลอยู่ 5 วัน เช็ดเลยมารู้อีกที่เราที่เป็นไตไปแล้ว ก็เราไม่มีอาการอะไรก็เลยไม่กินยา เริ่มรู้แล้ว ช่วงหลัง ลูกสาวเลยจัดให้ ยามันเยอะดาก็มองไม่เห็นมีประมาณ 11-12 ตัวได้ ตอนนั้นลูกสาวพามาตรวจตลอด ลูกสาวเป็นคนถามหมอเรื่องยาให้ป้าถามไม่ค่อยเป็นหรอก ลูกสาวบอกว่าให้แม่กินยาเองไม่ได้แล้วปล่อยให้กินเองก็กินผิด กินถูกอีก คนมันแก่ก็มีลืมกันบ้าง แต่ช่วงหลังไม่หยุดยา ป้ากินตลอดลูกสาวจัดใส่กล่องไว้เห็นเป็นสีๆติดไว้ว่ากิน ตอนไหน (ยกกล่องยามาให้ดู) มีแก้ววันละสองครั้งเอง ไม่มีกินผิด อ้อยาก็เก็บธรรมดาไม่ต้องแช่เย็น ”

ผู้ป่วยชายอายุ 72 ปี “ลองคิดว่าก็คงจะสำคัญไม่อย่างนั้นเราก็ไม่หาย ยาสูงมีหลายตัวก็พยายามจะจำ แต่ก็ยังไม่หมดมาที่หมอก็เปลี่ยนที ถ้าสูงมาหาหมอเองไม่ได้ก็ว่าจะให้ลูกสาวลงนามมาส่ง วันนี้นั่งรถเมล์มาเอง เคยคิดเหมือนกันว่าถ้าหลงลืมมากกว่านี้จะทำอย่างไร ลุงมีลูกสาวหลายคนยังไม่แต่งงานก็อยู่ด้วยกันหมดคิดว่าก็ ต้องเป็นลูกสาวที่คอยช่วยเรื่องยา เคยมียาเปลี่ยนสีก็ไม่ได้สนใจตั้งแต่แรกมารู้ทีหลังไม่ให้โดนแสง เป็นยาขับ ปัสสาวะ คราวหน้าพอได้ยาใหม่ๆก็ต้องอ่านดีๆ ก็ทำถูกบ้าง ไม่ถูกบ้างแรกๆ หลังๆก็เริ่มจำได้แต่ยังจำได้ไม่หมด เพราะเปลี่ยนยาเรื่อยๆ วันนี้หมอให้ยาเพิ่มเป็นยาช่วยให้หัวใจเต้นปกติ (Digoxin) ก็ว่าจะค่อยๆไปอ่านคู่มือถ้าไม่ รู้จริงๆหรือสงสัยก็คงจะถามหมอเอา”

ผู้ป่วยหญิงอายุ 68 ปี “ป้าใช้ยาอยู่ ประมาณ 7 ตัว เพิ่งจะเริ่มมาอ่านใบอธิบายยา เราจะได้รู้ว่าเราใช้ยา อะไรมันเป็นอย่างไร หมอสั่งให้ทำไม แต่ก่อนเฉยๆ หมอให้กินก็กิน เคี้ยวนี้ไม่ได้แล้วเห็นข่าวในหนังสือพิมพ์แพ้ยากันเยอะอันตรายก็เลยต้องมาดูยาเราบ้าง ก็เพิ่งจะมาสนใจ ต่อไปถ้าตามองไม่เห็นจะยิ่งลำบาก ก็คิดๆไว้เหมือนกันถ้าจดยาหรือกินยาเองไม่ได้จะทำอย่างไร”

ผู้ป่วยชายอายุ 77 ปี “เรื่องยาหลงไม่ได้จัดเองทุกมื้อหรืออก ให้ลูกสาวดูมื่อเช้าให้ ตาเริ่มมองไม่ค่อยเห็น แล้ว ลุงจัดมื่อกลางวันและมื่อเย็นลุงจัดเองเริ่มมิงงแล้วเหมือนกันมันจำไม่ได้ว่ากินหรือยัง ก็คิดว่าจะบอกลูกสาวให้ช่วยจัดไว้ให้เลย ก็นึกจะซื้อ ไอ้กล่องยาที่มันแยกเป็นมื่อๆ ไว้ นึกๆ ไว้อยู่เหมือนกัน ปกติลุงชอบอ่านหนังสือจำได้มั้ง ไม่ได้มั้ง ถ้าอ่านไม่เห็นก็ต้องถามหมอเอา ยาที่ลุงกินไม่มีอะไรต้องระวังไม่เห็นหมอย้ำว่าต้องระวังอะไรนะ แต่ก็ต้องไปดูๆอ่านเองบ้างเหมือนกัน จะได้เข้าใจ ค่อยๆเริ่มอ่าน ตอนนี้อย่างไม่ได้คิดไว้มากเพราะเรายังพอไหวอยู่”

3. ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่พัฒนาแล้ว

ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับยา โดยตระหนักถึงความสำคัญของการใช้จ่ายที่ถูกต้อง รู้ชนิดข้อบ่งชี้ของยา ระยะเวลาการใช้จ่าย อาการข้างเคียงของยา มีการคิดวางแผนให้มียาใช้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง มีการป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อน มีการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม มีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา เช่น มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่จะได้ความรู้ ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เมื่อมีปัญหาการใช้ยา มีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้จ่ายอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างของผู้สูงอายุต่อไปนี้

ผู้ป่วยหญิงอายุ 75 ปี “ป้ามาตรวจรามาตลอดกินยามา 6 ปีได้ ไม่เคยขาดยา สำคัญชิการกินยาถูก อาการเราก็ดีขึ้น ป้าจำได้แต่ว่าเฉพาะยาตัวนี้เป็นตัวอะไรไม่รู้ชื่อภาษาอังกฤษ มีอยู่ 8 ตัว เรื่องกินนานเท่าไรหมอบอกถ้าดีก็จะหยุดให้แต่ก็ยังไม่ได้หยุดเลย ป้าไม่ค่อยเปลี่ยนยากินยาเดิมตลอด ป้าไม่เคยได้ยาซ้ำกัน ลูกสาวจะจดชื่อยามาให้หมอดูป้ามีหมอที่บ้านที่โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลรามา ป้าจะมา 3-4 เดือนครั้ง โรงพยาบาลสุรินทร์ส่งมาเรื่องตาให้มาทำเลเซอร์ ยาส่วนใหญ่ป้าจะรับที่สุรินทร์ลูกสาวจะบอกหมอเองว่ารับยาอะไรที่สุรินทร์บ้าง บางทีเรามาไม่ไหวก็ให้ลูกสาวมารับยาไม่เคยขาดหมอบอกป้าจะมีเลือดออกง่ายก่อนจะเลเซอร์ตาป้าจะต้องไม่กินยาละลายลิ่มเลือดก่อน 1 อาทิตย์ นัดเลเซอร์เดือนหน้า หมอบอกให้ไปบอกหมอที่สุรินทร์ด้วย”

ผู้ป่วยชายอายุ 61 ปี “ผมกินยามา 2 ปีตอนแรกไม่ได้กินยาหมอให้คุมอาหารเอา ช่วงหลังจากเกษียณก็มาตรวจที่รามา น้ำตาลสูงได้กินยาที่รามาที่แรก ตอนนั้นกินอยู่ทั้งหมด 6 ตัวกินยามากก็มึนลึ้นช่วงแรกไม่ค่อยอยากกินมันทำให้กินข้าวได้น้อยกว่าจะปรับยาได้นานเหมือนกัน ช่วงหลังเราเริ่มจะรู้ว่าถ้ามีอาการแบบนี้เราจะต้องได้ยาเท่าไรผมมีเรื่องเจาะน้ำตาลที่บ้าน มันก็จะรู้และต้องมึนจดจดเอามาให้หมอดู แล้วเรากินข้าวไม่เป็นเวลาลำบากเหมือนกันต้องบอกหมอว่าต้องทำอย่างไรดีเพราะว่าอาชีพเรากินข้าวไม่ค่อยตรงเวลาเขาเบาหวานจะให้แบบไหนปรึกษาตลอด หมอเขาชมว่าผมเก่งนะก็ปรับมาเรื่อยๆตอนนี้ก็ดีไม่เคยเกิน 120 เลย ยาผมมียาหยอดตากับยาเบาหวานที่เก็บในตู้เย็น ผมไม่เคยได้ยาซ้ำผมรู้ว่าผมใช้ยาอะไรบ้าง มีหมอดูอยู่สองคนเองสั่งไม่ซ้ำกัน

ผู้สูงอายุหญิงอายุ 73 ปี “ป้ามียา กินอยู่ 7 ตัวเป็นยาความดัน 2 ตัว ยาเบาหวาน 2 ตัว ยาป้องกันกรดกระเพาะ 1 ตัว ยาบำรุงกระดูก 1 ตัว เป็นแคลเซียม และยาละลายลิ่มเลือด 1 ตัว ตัวหลังอันตรายหมอบอกระวังตัวหน่อยเลือดจะออกง่าย ต้องมีการเช้นดื่อยินยอมก่อนใช้ยา มีเงื่อนไขมากต้องให้ลูกสาวนั่งฟังด้วย มีเภสัชกรมาให้

บัตรพกติดตัวว่าเราเป็นคนไข้ที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือด (หยาบบัตรมาให้ดู) กินมาจะเกือบ 10 ปีแล้วก็ต้องกินไปตลอด ป้าจ๋าของไม่มีคนช่วยแต่ไม่มีทางลัด เอาไว้ใกล้ๆ โต๊ะกินข้าว ป้าจ๋าได้ว่าเรมียากินตัวไหนถ้าหมอสั่งยาใหม่เราก็ต้องรู้ว่าซ้ำหรือไม่ซ้ำ แต่ป้าอ่านภาษาอังกฤษไม่ออกลูกชายจะอ่านได้”

ผู้ป่วยชายอายุ 92 ปี “ลุงมีความดันสูงและมีโรคไขมันสูงหน่อย และมีโรคหัวใจ ยามี 8 ตัวที่กินประจำ ลุงจำได้ทุกตัวรู้ชื่อภาษาอังกฤษลุงชอบอ่านฉลากยา อ่านเกี่ยวกับโรคของเราจากหนังสือ จริงๆ คนแก่จะไม่ลืมกินยานะถ้ารู้ว่าเราเป็น โรคอะไรต้องกินยาตัวไหน จดไว้ ถ้ามีเปลี่ยนยาหรือกินแล้วแพ้ก็จดมาถามหมอได้ ลุงเคยไอตอนกินยาลดความดัน ตอนแรกเราก็ไม่แน่ใจว่าแพ้ก็มาหาหมอเขาก็ให้ยาแก้ ตอนเรามาพบหมอต้องเตรียมตัว บัตรต่างๆ ใส่กระเป๋าไว้ ลุงจะจดถ้าจะถามอะไรหมอก็ยื่นให้หมอเลยในห้อง ลุงไม่เคยหยุดยา เก็บยาที่ไม่ยากอ่านที่ซองเขาเขียนบอกไว้ ลุงไม่มียาอะไรที่เป็นอันตราย ยามันจะเป็นอันตรายหรือไม่อันตรายขึ้นอยู่กับเรามากกว่าว่ากินถูกไม่ ถ้ากินถูกต้องทำตามที่เขาบอกก็ไม่น่าเป็นอันตราย โรคก็หาย”

ผู้ป่วยชายอายุ 74 ปี “หมอบอกว่าลุงมีโรคหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ต้องกินยาละลายลิ่มเลือด กินก่อนนอนทุกวัน ทั้งหมดจะมียา กินอยู่ตัว ไม่มีขาดยา กินยาละลายลิ่มเลือดมาประมาณ 2 ปี ก่อนกินยาหมอเขาก็อธิบายเยอะแยะ เขาวางมันอันตราย ถ้าจะตัดสินใจกินต้องทำตัวอย่างไร ลุงต้องคุยกับลูกสาวก่อน เขาก็ให้กิน มีเซ็นต์ไบอินยอมด้วย ห้ามลืมนะ คนในบ้านช่วยกันเตือน จะมีเจาะเลือดทุกทีที่มาหาหมอ วันนั้นก็เจาะ ลุงว่าถ้าจำเป็นต้องกินก็กิน มันก็ไม่ยากหรอกระวังตัวมากขึ้นหน่อย ลุงอ่านในคอมพิวเตอร์ได้ ลูกสาวเป็นพยาบาลอยู่อยุธยาเขาสอนใช้วิธีไม่ให้ลืมนะถ้าเป็นยาก่อนอาหารเช้าจะเอาไปพันไว้ที่แปรงสีฟันเลย ยา ก็เก็บธรรมดาไว้ในตู้ยาในห้องและมีบางตัวเก็บห้ามโดนแสง”

พฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา

พฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการยาโดยการเตรียมยาโดยตนเอง ร้อยละ 73.6 ส่วนที่มีบุคคลอื่นช่วยเหลือส่วนใหญ่จะบุตรกับภรรยาจะช่วยเหลือเรื่องจัดเตรียมยาให้ และจะมีการเก็บยาไว้บน โต๊ะที่หยิบสะดวกมากที่สุด ร้อยละ 70 ในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการเตรียมยาโดยมีการใช้ภาชนะจัดแยกยาเป็นมือนอกกับการใช้วิธีหยิบยาจากซองเมื่อต้องการรับประทานยาในแต่ละครั้งจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 52.7 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างจะมีวิธีการในการจัดยาให้ได้ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด และเวลา โดยส่วนใหญ่จะใช้การอ่านฉลากยาฉลากยาทุกครั้งที่จะใช้กับการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะแยกเป็นมือนอกในแต่ละวัน จำนวนร้อยละ 57.3 และร้อยละ 58.2 ตามลำดับ

สำหรับวิธีที่ช่วยไม่ให้ลืมนะรับประทานยากกลุ่มตัวอย่างบอกว่าไม่มีวิธีการช่วยแต่จะจำยาที่ใช้ได้ ไม่ลืมนะ ร้อยละ 23.6 และวิธีการที่ใช้รองลงไป คือ การจัดเตรียมยาไว้ใกล้ โต๊ะรับประทาน อาหาร ร้อยละ 22.7 และถ้าลืมนะรับประทานยาหรือฉีดยาในมือนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะ

รับประทานยาหรือฉีดยาในมือต่อไปตามเวลา ร้อยละ 76.4 และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการมอง ฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านหนังสือไม่ได้จะมีวิธีการที่ทำให้ได้รับยาถูกต้องคือส่วนใหญ่จะมีบุคคลอื่น คอยช่วยเหลือหรือตรวจสอบยาให้โดยส่วนใหญ่จะเป็นบุตร ร้อยละ 80.9 และถ้าได้รับยาชนิดใหม่ กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีสอบถามวิธีการใช้ยาจากแพทย์ เภสัชกรพยาบาลและจะใช้วิธีการอ่านฉลากยาเอง มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.8 และร้อยละ 48.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ มีการนำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อยาเองร้อยละ 84.5 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการแบ่งยาที่ใช้รักษาโรค เดียวกันจากบุคคลอื่นในครอบครัวหรือจากเพื่อน ร้อยละ 91.8 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา (N=110)

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการใช้ยา		
จัดเตรียมยาโดยตนเอง	81	73.6
มีบุคคลอื่นช่วยเหลือ	29	26.4
การเก็บยา		
บนโต๊ะที่หีบสะดวก	77	70.0
ในตู้ยา	20	8.2
ในตู้เย็น	13	11.8
วิธีการเตรียมยาใช้ในแต่ละวัน		
หีบยาจากซองเมื่อต้องการรับประทานยาแต่ละครั้ง	58	52.7
มีภาชนะแยกยาเป็นมื้อในแต่ละวัน	52	47.3
วิธีการจัดยาให้ถูกต้องทุกครั้งทั้งชนิด ขนาด และเวลา***		
จัดเตรียมยาใส่ภาชนะแยกมื้อในแต่ละวัน	64	58.3
อ่านฉลากยาทุกครั้งที่จะใช้ยา	63	57.3
มีบุคคลอื่นคอยเตือนและตรวจสอบยาทุกครั้งก่อนใช้	18	16.4
วิธีการช่วยไม่ให้ลืมรับประทานยา		
ไม่มีวิธีแต่จำได้จากการใช้ยาประจำ	26	23.6
จัดเตรียมยาไว้ใกล้โต๊ะรับประทานอาหาร	25	22.7
จัดเตรียมยาไว้ก่อนรับประทานอาหาร	23	20.9
มีบุคคลอื่นช่วยเตือน	22	20.0
จดบันทึกไว้ในสมุดทุกครั้งที่ได้รับประทานยา	9	8.2
ใช้นาฬิกาปลุก	5	4.5

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการแก้ไขเมื่อลืมรับประทานยาหรือลืมฉีดยามื้อนั้น		
รับประทานยาหรือฉีดยามื้อต่อไปตามเวลา	84	76.4
รับประทานยาหรือฉีดยามื้อนั้นทันทีที่นึกได้	22	20.2
ปรึกษาแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล	3	2.7
รับประทานยาหรือฉีดยาเพิ่มเป็นสองเท่าในมื้อต่อไป	1	0.9
วิธีการได้รับยาให้ถูกต้องถ้ามองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านหนังสือไม่ได้		
มีบุคคลอื่นช่วยตรวจสอบยาให้	89	80.9
เขียนสัญลักษณ์หรือตัวอักษรให้ชัดเจนขึ้น	14	12.7
ใช้แว่นขยาย	4	3.6
จัดเป็นมือแยกใส่ภาชนะให้ชัดเจน	3	2.7
วิธีการหลังได้รับยาชนิดใหม่		
สอบถามวิธีการใช้ยาจากแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล	57	51.8
ไม่สอบถามแต่อ่านฉลากยาเอง	53	48.2
การนำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อยาเอง		
ไม่มี	93	84.5
มี	17	15.5
การแบ่งยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันจากบุคคลในครอบครัว/เพื่อน		
ไม่มี	101	91.8
มี	9	8.2

***กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาตามการรับรู้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาครบร้อยละ 90 และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 รับประทานยาไม่ครบ ประมาณ 1-2 ครั้งต่อปี เนื่องจากมีการเลื่อนนัดยาจึงหมดก่อนถึงวันนัด และกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหยุดใช้ยาเองหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 80.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการหยุดใช้ยาเองเนื่องจากรู้สึกว่ายามากแล้วอาการไม่ดีขึ้นและมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยส่วนใหญ่จะพบว่าการหยุดใช้ยา ประมาณ 1 ครั้งต่อปี และพบว่ามียาหมดก่อนถึงวันนัด ร้อยละ 30.9 ในกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหายห่มคก่อนถึงวันนัดจะแก้ไขโดยมีการโทรมาเตือนนัดและบางส่วนจะไปซื้อยาเอง และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเคยมีอาการผื่นคันที่เกิดจากยาหรือผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 11.8 โดยพบว่ามีอาการข้างเคียงของยาเป็นยาในกลุ่ม ACE inhibitor เป็นส่วนใหญ่โดยจะมีอาการไอ มีการจัดการโดยจะแจ้งแพทย์ที่ดูแลทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ที่ดูแลให้ทราบ ร้อยละ 10.1 และในกลุ่มตัวอย่างที่มีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองเพราะผู้สูงอายุรู้สึกว่าเมื่อปรับยาที่ใช้แล้วก็ไม่มีอาการผื่นคัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N=110)

ข้อมูลผลของการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานยา		
ครบ	99	90.0
ไม่ครบ	11	10.0
การหยุดใช้ยาเอง/ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง		
ไม่มี	89	80.9
มี	21	19.9
จำนวนยาที่ใช้ห่มคก่อนถึงวันนัด		
ไม่มี	76	69.1
มี	34	30.9
มีอาการผื่นคันที่เกิดจากยา / ผลข้างเคียงของยา		
ไม่มี	97	88.2
มี	13	11.8
การเพิ่ม/ลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ที่ดูแลทราบ		
ไม่มี	98	89.1
มี	12	10.1

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) มีความคิดเห็นว่าการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในผู้สูงอายุไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่ามีผลกระทบจะคิดว่ายาจะมีผลกับตับและไตได้ถ้าใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน มีบางคนคิดว่าถ้าใช้ยาหลายชนิดยังมี

จำนวนมากยิ่งทำให้ใช้ยาผิดได้มากขึ้น และคิดว่ายาอาจจะมีปฏิกิริยาต่อกันได้ และพบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาในปัจจุบัน มีร้อยละ 3.6 ที่ในปัจจุบันมีปัญหาเรื่องการจัดการใช้ยาอยู่จะเป็นเรื่องของการมียาหลายชนิดทำให้มีการลืมกินยา โดยปัญหาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) พบว่าการมียาที่ต้องใช้หลายครั้งในแต่ละวันผู้สูงอายุคิดว่าไม่เป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าจะเป็นปัญหาเพราะทำให้สับสนเรื่องเวลาอาจได้รับยาขาดบ้าง และการได้รับยาชนิดใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) ไม่มีปัญหาการใช้ยาผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่คิดว่าเป็นปัญหาเพราะถ้ามีการปรับยามักจะลืมและมักจะเคยชินจำแต่ที่ใช้อย่างเดิม สำหรับการมองเห็นฉลากยาไม่ชัด หรืออ่านฉลากยาไม่ได้ เป็นปัญหาต่อการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 67.3 เพราะอาจทำให้ใช้ยาผิดได้ โดยวิธีแก้ไขส่วนใหญ่จะให้บุตรช่วยจัดยาและตรวจสอบยาให้ก่อนใช้รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ (N=110)

ปัญหาการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบจากการใช้ยาหลายชนิด		
ไม่มีผลกระทบ	72	65.5
มีผลกระทบ	38	34.5
ปัญหาการจัดการใช้ยาในปัจจุบัน		
ไม่มี	106	96.4
มี	4	3.6
การมียาที่ต้องใช้หลายครั้งในแต่ละวัน		
ไม่เป็นปัญหา	83	75.5
เป็นปัญหา	27	25.5
การได้รับยาชนิดใหม่หรือการปรับเปลี่ยน ชนิด ขนาด และเวลาการใช้ยา		
ไม่เป็นปัญหา	91	82.7
เป็นปัญหา	19	17.3
การมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านฉลากยาไม่ได้		
เป็นปัญหา	74	67.3
ไม่เป็นปัญหา	36	32.7

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้นำเสนอประเด็นการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการจัดการไ้ยาในผู้สูงอายุ ผลการจัดการไ้ยาในผู้สูงอายุและปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้ปวยสูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 128 คน ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือคัดกรอง คือแบบประเมินการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire : SPMSQ) ที่คะแนน 8-10 คะแนน ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้คิดปกติและสามารถสื่อสารได้ เป็นจำนวน 110 คน โดย เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 มีอายุอยู่ระหว่าง 61-91 ปี ค่าเฉลี่ย 76.9 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-74 ปี) พบร้อยละ 41.8 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 75-84 ปี) พบร้อยละ 39.1 และ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 85 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.1 เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.2) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพคู่ และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.4) อาศัยอยู่กับบุตร จากข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของผู้สูงอายุไทย (Jitapunkul & Bunnag, 1998; Jeangsawang, 2005; บุศรา เอื้อวสกุล, 2545) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่ต่างจังหวัดจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลานเป็นส่วนใหญ่ อาจเป็นเพราะลักษณะครอบครัวคนไทยยังคงความเป็นครอบครัวขยายอยู่ ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑลจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรืออยู่คนเดียว เพราะมีบุตรที่ไปทำงานนอกบ้าน โดยที่บุตรจะอาศัยอยู่คนละบ้านแต่อยู่บริเวณใกล้เคียงกัน สำหรับการศึกษาพบว่าร้อยละ 57.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยมีข้อมูลสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543) พบว่าผู้สูงอายุไทยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เรื่องของความสามารถในการอ่านหนังสือที่ส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยได้คล่องแต่อ่านภาษาอังกฤษไม่ได้เป็นจำนวน 3/4 ของผู้สูงอายุ ถึงแม้ชื่อยาบนซองยาจะเขียนเป็นภาษาอังกฤษแต่ผู้สูงอายุก็สามารถจำชื่อยาที่ตนเองใช้เป็นประจำได้ร้อยละ 66.4 เพราะผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการไ้ยาอย่างต่อเนื่องและใช้เป็นเวลานานและการไ้ยาในผู้สูงอายุนั้น แพทย์ผู้ดูแลจะ

มีการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายให้น้อยที่สุด เพราะอาจเกิดความสับสนหรือลำบากแก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Evans, 2006; Zarowitz, 2006 ; Siriruttanapruk, 1999) ความสามารถในการเขียนหนังสือผู้สูงอายุส่วนใหญ่เขียนได้แต่ไม่ค่อย เพราะจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อที่มือและนิ้วของผู้สูงอายุจะแข็งแรง มือสั่น และจากสายตาที่มองเห็นไม่ชัด จึงเขียนหนังสือลำบาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549)

สำหรับอาชีพพบว่าร้อยละ 52.7 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ แหล่งของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.2) มีรายได้ค่อนข้างสูงเฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 5,001 บาท ขึ้นไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอร้อยละ 76.4 จากข้อมูลดังกล่าวเป็นเพราะในสังคมไทยมองว่าผู้สูงอายุควรได้พักผ่อนอยู่บ้าน ไม่ได้ทำงานไม่ว่าจะเป็นหลังเกษียณอายุราชการและเป็นเวลาที่บุตรหลานควรให้การดูแลพ่อแม่บุพพการีของตนเองเป็นการทดแทนบุญคุณ แสดงความกตัญญูทักท้วงในเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไปและเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการให้ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุที่อาจนำไปใช้เอง เช่น การทำบุญทำทาน การได้มีเงินให้บุตรหลานในโอกาสที่สำคัญ เพื่อเป็นความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ สำหรับการเดินทางไปตรวจพบแพทย์ของผู้สูงอายุจะมีบุตรหลานเป็นคนพาไปตรวจร้อยละ 73.6 เหตุผลส่วนใหญ่อาจเป็นเพราะจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการเคลื่อนไหวที่ลำบากและจากสายตาที่มองเห็นไม่ชัดทำให้การเดินทางมีความลำบาก และการเดินทางในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีความยุ่งยากลำบากในการเดินทางมาก รวมทั้งการมาตรวจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่อาจได้รับการส่งตรวจ (Investigation) ที่มีความซับซ้อน หลายขั้นตอน ทำให้ผู้สูงอายุสับสนไม่เข้าใจ ได้รับการตรวจที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 78.2 ที่มองเห็นไม่ชัดต้องใช้เวลาทำให้อาจเกิดความลำบากในการเดินทางทำให้ต้องมีญาติพาตรวจ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถเดินทางออกนอกบ้านได้ถึงร้อยละ 70.9 และญาติผู้ดูแลต้องการได้รับทราบข้อมูลเรื่องความก้าวหน้าของโรคและการรักษาของผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ดูแลด้วย (อารยา ฉัตรธนะพานิช, 2005; พารุณี เกตุกราย, 2550)

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่น้อยกว่า 300 บาท เพราะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และเวลาที่ใช้เดินทางน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับการตรวจรักษาในสถานบริการสุขภาพเดิมที่ใช้ประจำ 1-2 แห่งเท่านั้น เพราะมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลเดิมและแพทย์ผู้ดูแลจะทราบปัญหาและติดตามความก้าวหน้าของโรคได้อย่างต่อเนื่อง และเพราะความสะดวกในการเดินทางมาตรวจติดตามการรักษาโรคในสถานบริการสุขภาพที่เดียว ไม่เสียเวลาเดินทาง

เรื่องการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจากส่วนราชการถึงร้อยละ 85.5 เพราะโรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่

ใหญ่ (ร้อยละ 55.5) ที่มารับการตรวจรักษาจึงพบว่าจะมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดได้ ราคายาในแต่ละเดือนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เฉลี่ยตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าเป็น จำนวนเงินที่สูงมากแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จากข้อมูลของสำนักงาน ประกันสุขภาพ (2549) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายในเรื่องค่ารักษาพยาบาลมากกว่าประชากร กลุ่มอื่นๆและสูงขึ้นทุกปีจากสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามประเภทของสวัสดิการของหน่วยงาน ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2538-2540 พบเป็นร้อยละ 26.41 ร้อยละ 31.04 และร้อยละ 42.36 ตามลำดับ

ข้อมูลสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่ามีความสนใจในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรค หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และเบาหวานมากที่สุด สอดคล้องกับการรายงานที่ผ่านมาของกลุ่มโรค ที่พบมากในผู้สูงอายุ (Jitapunkul & Bunnag, 1998) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจะมีโรค ประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจากรายงานที่ผ่านมา (Tanner, 2004; Yen, 2003) พบว่า ร้อยละ 84 ของ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 คนจะมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป (Range = 1-7 โรค; Mean = 3.82 โรค) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่ศึกษามีการใช้ยาจำนวนมาก คือประมาณ 6-10 ชนิด จำนวนเฉลี่ย 7 ชนิด พบว่า มากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะมีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณ 3-7 ชนิด เฉลี่ย 4 ชนิด โดยผู้สูงอายุจะ ได้รับยาตามการวินิจฉัยของโรค (บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545; Evans, 2006; Miller, 2003; Siriruttanaprok, 1999) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้จะได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุข สบายต่างๆแล้วก็มียาที่จะได้รับตามการวินิจฉัยของโรคจำนวนมากจากแพทย์ที่ดูแลเฉพาะทาง หลายคน และผู้ป่วยสูงอายุจะมียาที่เป็นกลุ่มยาบำรุงเลือด บำรุงประสาท เป็นวิตามิน เกลือแร่ เป็น กลุ่มยาเสริมอีกซึ่งจากข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มยาดังกล่าวและเกลือแร่มีการใช้มากที่สุด ร้อยละ 56.4 เหตุผลของผู้ป่วยสูงอายุเพราะผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีอาการ เช่นรับประทานอาหารได้ น้อย มีเบื่ออาหาร ชีตไม่มีแรง อ่อนเพลีย หลงลืมหรือเหน็บชา เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดร้อยละ 19.1 เพราะ ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบมากอีกประเภทคือ อาการปวดเมื่อยตามตัว อาการปวด หลัง ปวดเอว ไขข้ออักเสบ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะรู้สึกว่าจะต้องมียาบรรเทาอาการปวดไว้ แม้ แพทย์ที่ดูแลคิดว่าไม่จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาอาหารปวด จากข้อมูลสอดคล้องกับการสำรวจสภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย (2542) ที่พบว่าอาการปวดมักจะพบในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมีการ

ใช้ยาบรรเทาอาการปวดเป็นจำนวนมากทั้งยาตามคำสั่งแพทย์และยานอกเหนือคำสั่งแพทย์ รวมทั้งสมุนไพรและการนวดแผนโบราณ และในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มยาที่มีการใช้จำนวนมากอีกกลุ่มที่มีความสำคัญคือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ซึ่งเป็นยาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ (high alert drugs) ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.3) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2540) พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีส่วนใหญ่ เป็นเพราะจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของระบบหลอดเลือดและหัวใจในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจหนา โดยพบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปจะพบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิด Atrial Fibrillation ร้อยละ 20 มีการรักษาโดยใช้ยา anticoagulant เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่พบบ่อย คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในสมองและปอด

นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 20.9 มีการใช้ยาสมุนไพรและยาหม้อ เพราะผู้สูงอายุเชื่อว่าสมุนไพรมีประโยชน์และมีคุณค่า ไม่เป็นอันตรายเพราะทำมาจากธรรมชาติ หาซื้อง่าย มีราคาถูก และมีคำบอกเล่าสืบทอดเรื่องของคุณภาพสมุนไพรต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.1) ของการศึกษาครั้งนี้ (Bressler, 2005) ไม่มีการใช้สมุนไพรและยาหม้อ เพราะไม่ทราบส่วนประกอบ กลัวมีอันตราย และการออกฤทธิ์ของสมุนไพรอาจมีผลกับยาที่ใช้อยู่ตามแผนการรักษาของแพทย์

สำหรับเรื่องการปรับเปลี่ยนยาพบว่าในรอบ 6 เดือน ร้อยละ 43.6 มีการปรับเปลี่ยนและลดขนาดยาและรวมทั้งชนิดของยา ส่วนใหญ่เป็นยารักษาเบาหวานและยาลดความดันโลหิตสูง เพราะจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีผลกับเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ซึ่งมีผลกับยาทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่คงที่ (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549; Kim & Cooper, 2001; Roberts, Synder & Friedman, 1996) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนยาทั้งเพิ่มและลดขนาดของยาเพื่อให้ได้ระดับยาเพียงพอสำหรับการควบคุมอาการของโรคได้ และการเปลี่ยนชนิดยา เพราะส่วนหนึ่งเป็นผลของอาการแพ้ยา จากข้อมูลครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติแพ้ยาร้อยละ 18.2 แต่อาการแพ้ยาอาจไม่รุนแรงมากที่ต้องเข้ารับการรักษ ส่วนใหญ่จะมีอาการเวียนศีรษะ รู้สึกร้อนในปาก ไอเล็กน้อย และพบว่ามีร้อยละ 9.2 ที่มีประวัติในช่วง 1 ปีที่เข้ารับการรักษานี้เนื่องจากผลของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่นมีอาการบวม ระดับโซเดียมต่ำ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ความดันโลหิตต่ำ

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ แต่มีผู้สูงอายุที่ดื่มสุราร้อยละ 31.8 และสูบบุหรี่ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในผู้สูงอายุมีการดื่มสุรามากกว่าสูบบุหรี่ (บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545; Siriruttanapruk, 1999) และข้อมูลส่วนใหญ่จะได้จากบุตรหลานและผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้เหตุผลที่ผู้สูงอายุยังมีการดื่มสุราและ

สับสนหรือเพราะผู้สูงอายุคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่ได้เกิดจากการดื่มสุราและสับสนหรือแต่เพราะอายุที่เพิ่มมากขึ้นมากกว่าที่ทำให้มีผลกับสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีทุกด้าน แยกเป็นด้านต่างๆ คือความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการใช้ห้องน้ำได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีร้อยละ 80.9 และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.8) สามารถกลืนปัสสาวะอุจจาระได้ สามารถเดินและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 72.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.4) สามารถทำงานบ้านได้ สามารถไปซื้อของที่ตลาดและใช้จ่ายเงินได้ ร้อยละ 91.8 แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.1 ที่ไม่สามารถเดินทางโดยรถโดยสารสาธารณะหรือขับรถเอง แสดงว่าการมาตรวจและติดตามการรักษาจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาล แต่ถึงอย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.6 ที่มาตรวจรักษาโดยมากับผู้อื่น เช่น บุคคลในครอบครัว อาจเป็นเพราะในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยศึกษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากตั้งแต่ 74 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.2 และมีโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1-7 โรค โดยมีค่าเฉลี่ย 3.82 โรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Tanner, 2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไปและจะมีความซับซ้อนของโรคมักกว่าประชากรวัยอื่นๆ จากข้อมูลดังกล่าวมักเป็นเหตุผลที่ผู้สูงอายุจะมาโรงพยาบาลกับบุคคลในครอบครัว

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.6) มีการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะจัดการดูแลเรื่องการใช้จ่ายด้วยตนเอง (จงรักษ์ สกุลบริรักษ์ & นิลกมล ภูมิภมร, 2545; Taepai boon, 2003) อาจเป็นเพราะในการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก และส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังไม่ได้มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลทำให้การปฏิบัติกิจกรรมที่ดูแลตนเองลดลง และผู้ป่วยสูงอายุที่ศึกษารั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีความจำศีลสามารถจำชื่อยาและขนาดยาที่ตนเองใช้ได้ สามารถจัดการดูแลตนเองเรื่องยาได้ (Jitapunkul & Bunnag, 1998; Jeangsawang, 2005) และพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการพัฒนาความสามารถการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายในระดับที่ความสามารถในการใช้จ่ายพัฒนาแล้วมากที่สุด ร้อยละ 60.9 โดยผลการศึกษาที่ได้เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากคำถามปลายเปิดในแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการ

จัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ พิจารณาเนื้อหาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การพิจารณาเป็น 3 ด้าน คือเรื่องความรู้เกี่ยวกับยา การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการไ้ยา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

ความรู้เกี่ยวกับยา

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับที่พัฒนาแล้วมีความรู้เกี่ยวกับยา โดยสามารถบอกชนิดของยา ข้อบ่งใช้และขนาด รวมทั้งอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย และระยะเวลาการไ้ยาได้ เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการไ้ยาเป็นประจำและเป็นระยะเวลานานประมาณตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงการไ้ยาน้อย มีจำนวนครั้งของการไ้ยาในแต่ละวันน้อยประมาณ 1-2 ครั้ง โดยจากข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ในกลุ่มที่พัฒนาแล้วมีการไ้ยาตั้งแต่ 1-6 ชนิด สามารถทราบข้อมูลของยาที่ใช้ได้ (Maclaughlin, Raekl, Treadway & Sterling, 2005; Williams, 2000) สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาเรื่องจำนวนยาที่มาก และ มีการเปลี่ยนแปลงการไ้ยาบ่อย ทำให้การไ้ยามีโอกาสคลาดเคลื่อนได้มากทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการไ้ยา เกิดจากความสับสนและบางส่วนยังคงไ้ยาเหมือนเดิม (Rocchiccioli, Sanford, Caplinger, 2007; Wick & Zanni, 2004) และพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้วมีความเข้าใจเรื่องโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทราบถึงความสำคัญของการไ้ยาและความจำเป็นของการไ้ยาที่ใช้เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและความรู้เกี่ยวกับยา ดังที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า “การจะไ้ยาถูก หรือจะจำยาได้เราต้องรู้ว่าเราเป็นโรคอะไร ทำไมต้องไ้ยาตัวนี้ หมอสั่งยาให้เพื่ออะไรบางคนยังไม่รู้เลย แล้วจะจำยาหรือรู้เรื่องของยาได้อย่างไร”

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนา ไม่ทราบว่าไ้ยาอะไรอยู่บ้าง หรือไ้ยาเพื่อข้อบ่งชี้อะไร และไม่ทราบว่าต้องไ้ยาเป็นระยะเวลานานเท่าไร มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงอะไรบ้าง จะมีการไ้ยาตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุไม่มีความเข้าใจเรื่องโรคและไม่ทราบความสำคัญของการไ้ยา และไ้ยาตามที่แพทย์สั่งโดยไม่ทราบว่าไ้เพื่อประโยชน์อะไร และส่วนใหญ่จะทราบแต่ยาที่ใช้เพื่อแก้ไขความไม่สบายของตนเองเท่านั้น เช่น บรรเทาอาการปวด เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย เป็นต้น และอีกส่วนหนึ่งเพราะผู้สูงอายุจะมีความเกรงใจและกลัวการซักถามแพทย์ เป็นเพราะการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในประเทศไทยจากลักษณะวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยที่มีลักษณะเกรงใจ (ฉัตรชัย บุญนาค, 2550) กลัวจะเป็นการรบกวนเวลาการตรวจรักษาของแพทย์ และจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาจำนวนมาก และส่วนหนึ่งที่พบในการศึกษารั้ง

นี้เพราะผู้สูงอายุไม่ทราบในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยด้วย (คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์การ, 2546) ดังที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า “หมอให้กินก็กิน ไม่ได้ถามหมอ เกรงใจหมอด้วย แล้วไม่รู้จะถามอย่างไร ถามไปก็ไม่เข้าใจ....จำได้บ้างไม่ได้บ้าง และมันก็เยอะจำได้ไม่หมด”

ในเรื่องการเก็บยาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้ว มีความเข้าใจเรื่องการเก็บยาอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในเรื่องของการเก็บยาอย่างถูกต้องเพื่อรักษาคุณภาพของยาไม่ให้เสื่อมลง ซึ่งอาจเป็นจากการที่มีระบบการให้ความรู้ การเขียนรายละเอียดที่ซองยา และลักษณะซองยาที่บอกความแตกต่างในการเก็บยาให้เป็นข้อสังเกตแก่ผู้ป่วยสูงอายุรวมทั้งคำแนะนำที่ได้รับ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเข้าใจเห็นความสำคัญของการเก็บยาที่ถูกต้อง และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งต้องมีการประกันคุณภาพในเรื่องการเก็บรักษาที่ดีและมีมาตรฐาน เมื่อมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยกลับบ้านต้องมีการแนะนำเรื่องการเก็บรักษาด้วยเพื่อป้องกันการเสื่อมคุณภาพของยา (สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล, 2547) ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “เราสังเกตซองยาของโรงพยาบาลว่าทำไมมีสีน้ำตาล บางซองก็สีขาว เกสซกรก็จะบอกเรื่องยาที่ใช้ว่าตัวไหนที่ต้องเก็บเป็นพิเศษ และอ่านใบประกอบยาเขาก็จะเขียนไว้ว่าเก็บที่อุณหภูมิเท่าไร และต้องเก็บพ้นแสงหรือเปล่า” “ถ้ายาเก็บไม่ถูกยาก็หมดอายุเร็วเสื่อมสภาพ กินก็เป็นอันตรายและไม่มีประโยชน์ วิธีเก็บยาก็ไม่ยาก ของลุงมีแต่ยาฉีดเบาหวานที่ต้องเก็บในตู้เย็น ตอนที่ได้มาจากโรงพยาบาลเขาใส่ถุงพลาสติกมีน้ำแข็งใสมาให้ด้วย ครึ่งต่อๆมาลุงเอากะติกมาด้วย หรือก็ทิ้งลากยาก็ได้ เขาจะเขียนบอกไว้ว่าเก็บอย่างไร”

นอกจากนี้ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาพัฒนาแล้วจะมีการวางแผนหรือจัดระบบให้มียาใช้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้สูงอายุไม่มีการขาดยาหรือไม่มาติดตามการรักษา ได้รับยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เหตุผลส่วนหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาติดตามการรักษาจะมีที่พักอาศัยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและมีความสะดวกในการเดินทางเพื่อมาติดตามการรักษา เช่นเดียวกับรายงานที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุจะเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน เพราะไม่เสียเวลา สะดวก เรื่องของค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งในเรื่องของความสะดวกและความปลอดภัยเมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน (Cole, Fanale, & Kronholm, 1990) และพบว่าผู้สูงอายุได้รับการประเมินและติดตามความก้าวหน้าของโรคจากแพทย์ผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถเดินทางมาติดตามการรักษาได้ด้วยตนเอง จะมีญาติผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตร หลาน และคู่สมรสเป็นผู้พามาติดตามการรักษาหรือมารับยาแทนให้ได้ หรือเมื่อไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้จะมีการแจ้งแพทย์ผู้ดูแลให้ทราบหรือจะมีการเตือนนัดหมาย

ล่วงหน้าเพื่อวางแผนให้มียาใช้อย่างเพียงพอก่อนถึงวันนัดครั้งต่อไป เช่นจากคำกล่าวของผู้สูงอายุ “นัดคราวหน้ามาหาหมอเองไม่ได้ไปงานศพญาติที่ต่างจังหวัด จะให้ลูกสาวมารับยาให้และก็จะขอเลื่อนวันนัดให้เร็วขึ้นด้วยเพราะต้องมีเจาเลือด หมอว่าจะปรับยาให้อีก” “ถ้าครั้งต่อไปเราจะไม่สะดวกมาต้องบอกหมอด้วยเพื่อจะได้สั่งยาให้พอกับครั้งหน้าเลย” “ห้ามขาดยา ถ้าขาดยาแล้วปวดหัวเลยต้องกินยาทุกวัน ป้าไม่เคยขาด ถ้าใกล้จะหมด จะรีบบอกลูกชายให้โทรเลื่อนนัดก่อน” เพราะผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีการคิดวางแผนแก้ไขปัญหา และมีการประเมินสถานการณ์เป็นระยะ เพื่อให้เกิดการจัดการดูแลตนเองโดยมีการใช้ยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่โอเริ่มกล่าวไว้ การดูแลตนเอง คือ ต้องมีการประเมินผลการกระทำเป็นระยะ มีการคิด วางแผนการกระทำ ควบคุมสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Orem, 2001) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีแหล่งสนับสนุนที่ดี จากบุตรหลานและคู่สมรส ที่คอยช่วยเหลือให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ โดยสังเกตพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ระดับความสามารถในการใช้ยายังไม่พัฒนาส่วนใหญ่จะอยู่คนเดียวเมื่อไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ก็จะขาดยาและส่วนหนึ่งไม่ได้มีการคิดแก้ไขปัญหาล่วงหน้าให้มียาใช้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องเมื่อไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ตรงตามนัด โดยจะมาติดตามการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว (วิรัตน์ ทองรอด, 2549; Col et al., 1990) และที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังเป็นผู้หารายได้หลักอยู่ มีรายได้จำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางแม้การรักษาจะใช้สิทธิเบิกได้ก็ตาม ทำให้ไม่มาติดตามการรักษาได้รับยาไม่ต่อเนื่อง (Maclaughlin et al., 2005) และไม่ได้มีการคิดวางแผนแก้ไขหรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นว่าแหล่งประโยชน์เรื่องของรายได้แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ คือ เนื่องจากการมาตรวจตามต้องเสียเวลาทั้งวันซึ่งมีผลกระทบต่อนายจ้าง ผู้ป่วยขาดรายได้ลักษณะอาชีพที่ต้องทำงานมีเวลาไม่ตรงตามนัดหมาย และระบบครอบครัว ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่คนเดียว ไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาได้ด้วยตนเอง ทั้งหมดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการใช้ยาให้ได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (ประสพสุข อินทรักษา, 2544)

จากการศึกษาได้ข้อมูลเรื่องความสามารถในการป้องกันการลืมใช้ยาของผู้สูงอายุ ดังเช่นวิธีการของผู้สูงอายุที่กล่าวว่า “ถ้าไม่ให้ลืมกินยาก่อนอาหารเช้า ลุงจะเอาไปพันไว้ที่ปรังสีฟัน” “ป้าเอายาวางไว้ที่โต๊ะกินข้าว และมีกล่องแยกเป็นมื่อๆ ไว้ให้ลูกชายเขาเช็กก่อนไปทำงานว่าถูกหรือไม่” “ลูกสาวและแฟนลุงจะคอยเตือนให้กิน ลุงขี้ลืมมากถ้าเขาไม่อยู่กัน ลูกสาวจะตั้งนาฬิกาปลุกไว้ที่โต๊ะกินข้าวเสียงดัง ไว้เตือนสติว่าต้องกินข้าวกินยาแล้วนะ” ผู้สูงอายุแต่ละคนมีวิธีการคิดแก้ไขแตกต่างกันไปแล้วแต่สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน แต่ผู้สูงอายุทุกคนมี

จุดประสงค์ของการกระทำเพื่อดูแลตนเอง คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี คือ การได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและไม่ขาดยา ควบคุมสภาวะของโรค ดังเช่นความหมายของการดูแลตนเอง คือ คุณสมบัติของบุคคลที่จะกระทำได้ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรม โดยบุคคลนั้นมีการคิดริเริ่มตัดสินใจ สืบค้นหาข้อมูล และมีการวางแผนการกระทำซึ่งเป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมายและตั้งใจภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (deliberate action) (Orem, 2001) มีการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเรื่องการใช้ยาอยู่เสมอเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมของตนเองในเรื่องการใช้ยาเป็นไปตามแผนการรักษา อย่างถูกต้องและปลอดภัย (Orem, 2001 as cited in Taepaiboon, 2003)

กลุ่มผู้สูงอายุที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนา พบว่าในเรื่องของการป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อนมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีวิธีการป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อน และพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีประวัติการได้ยาซ้ำซ้อนและมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) มีร้อยละ 9.8 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีโรคประจำตัวหลายโรคและมีแพทย์ที่ดูแลเฉพาะโรคหลายคน เพราะจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุในทางเสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคและมีแพทย์ที่ดูแลเฉพาะโรคหลายคนทำให้มีการใช้ยาหลายชนิดเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุอาจเกิดความสับสนและต้องมีข้อมูลที่รับรู้ทั้งเรื่องโรคและการรักษาที่ซับซ้อน จึงมีโอกาสทำให้ใช้ยาซ้ำซ้อนกันได้มากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับยาซับซ้อนมากกว่าวัยอื่นๆ (จรัลรักษ์ สกุลบริรักษ์ & นิลกมล ภูมิภมร, 2545; Kim & Cooper, 2001; Rocchiccioli et al., 2007 ; Siriruttanaproke, 1999) และจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นเพราะเมื่อผู้สูงอายุพบแพทย์ไม่ได้แจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลแต่ละคนทราบว่ามีการใช้ยาทั้งหมดอะไรบ้าง และเพราะผู้สูงอายุไม่มีความรู้ความเข้าใจและไม่ทราบถึงความสำคัญเรื่องของยาที่อาจมีปฏิกิริยาต่อกันซึ่งอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ การใช้ยาหลายชนิดมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้มากขึ้น และส่วนหนึ่งแพทย์ผู้ดูแลไม่ได้มีการซักประวัติการใช้ยาทั้งหมดของผู้สูงอายุ โดยจะให้การรักษาและสั่งยาให้เฉพาะโรคที่ดูแลเท่านั้น และแผนการรักษาที่ยังยากซับซ้อน ผู้สูงอายุไม่ทราบว่ามียาบางชนิดที่ออกฤทธิ์เหมือนกันแต่ชื่อต่างกัน (Simonson & Feinberg, 2005) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้มีการซักถามแพทย์ เพราะเกรงใจ เชื่อใจและมั่นใจในการรักษาของแพทย์ที่ดูแล หรือกลัวเป็นการรบกวนเวลาของแพทย์ และจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ทำให้ผู้สูงอายุใช้ยาตามที่แพทย์สั่งแต่ไม่ทราบว่าได้ยาซ้ำซ้อนกัน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “หมอให้กินก็กิน ป้าไม่ได้บอก จำไม่ได้ด้วยว่าใช้ยาอะไรอยู่บ้าง หมอกระดุก หมอตา หมอหัวใจ หมอไต หลายคน ก็กินไปตามที่หมอบอก คงไม่สั่งยาซ้ำกันหรอก ในประวัติก็มี หมอคงรู้ว่าใช้ยาอะไรบ้าง หมอน่าจะรู้มากกว่าป้าอีก” “มีคนไข้ตั้ง

เยอะไปซักถามมากคุยมกหมอจะรำคาญเราก็กะแค้นทำอะไรซะไรๆอยู่ มัวแต่ไปบอกว่ากินยาตัวไหน บ้างเสียเวลาทั้งหมอทั้งคนป่วย หมอสั่งๆมาก็กินไป”

สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้ว จะมีวิธีการในการป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อนกัน และเห็นความสำคัญและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการได้ยาซ้ำซ้อนกัน โดยที่ผู้สูงอายุมีวิธีการที่จะป้องกัน ดังเช่นผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า “เวลาไปเจอหมอเราก็ดึงจดใส่กระดาษาว่าได้ยาอะไรอยู่บ้างทั้งหมด และเหลืออยู่จำนวนเท่าไรหมอจะได้สั่งยาให้ถูก ไม่ซ้ำกัน ลุงจดชื่อเป็นภาษาอังกฤษเขียนตามหน้าซองยา” “เวลาเจอหมอหัวใจก็ต้องบอกว่าหมอเบาหวานให้ยาอะไรอยู่บ้าง หลานเป็นเภสัชกรบอกให้บอกหมอทุกครั้ง เคียวจะติกันได้อันตราย บางทีหมอสั่งยาชนิดเดียวกันก็มี เราก็ก่อนให้หลานดูให้ทุกครั้ง” “ป้าเอายามาหมดเลยให้หมอดูทุกคน วันนี้ 3 หมอ บางทีหมอเบาหวานก็สั่งให้หมดเลยไม่เสียเวลาซื้อยาด้วย บางทีลูกสาวก็จดใส่กระดาษามาให้ว่าหมอคนไหนให้กินยาอะไรบ้าง เหลือเยอะไหม บางทีบางตัวไม่ต้องสั่งมีเยอะ” นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อนกัน อีกเหตุผลหนึ่งที่ผู้สูงอายุเห็นว่าการทราบว่ามียาอะไรอยู่บ้างควรทราบปริมาณยาที่เหลืออยู่ก่อนถึงวันนัด เพราะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในเรื่องการจ่ายยาและการมียาเหลือมากเกินไปมีโอกาสใช้ยาที่หมดอายุและเสื่อมคุณภาพได้ การได้ยาที่เพียงพอแก่วันนัดทำให้มีการได้รับยาใหม่ทุกครั้งเมื่อมาติดตามการรักษา มีการหมุนเวียนของยามากขึ้นไม่มียาเก่ามากเกินไป (วิรัตน์ ทองรอด, 2549)

การแสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับยา

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุแม้จะจัดยาเองเป็นส่วนใหญ่ ก็จะมีญาติและบุตรหลานคอยดูแล จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ และจะดูแลช่วยเหลือเรื่องการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเรื่องการใช้อย่างมาก เพราะผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการเมืองเห็น การทำงานของกล้ามเนื้อส่งผลต่อการหยิบใช้ยา และการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ลำบาก ทำให้การเดินทางเพื่อมาติดตามการรักษาก็ลำบากมากขึ้น การมีผู้ดูแลนอกจากการจัดการเรื่องให้มีการใช้อย่างถูกต้องแล้ว เรื่องของการกระตุ้นให้มีการใช้อย่างต่อเนื่อง ญาติจะเป็นผู้ดูแลเรื่องการใช้อย่างถูกต้องและการพาผู้สูงอายุไปติดตามการรักษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (พารุณี เกตุกราย, 2550; อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2548 ; Miller, 2004) ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล (Orem, 1991) ปัจจัยต่างๆในครอบครัวจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ระบบความเป็นอยู่ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Hass, 1990 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้ว มีการประเมินการช่วยเหลือตนเองในเรื่องการใช้จ่ายว่าสามารถดูแลตนเองให้มีการใช้จ่ายได้อย่างถูกต้อง เพียงพอและต่อเนื่องหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุและผู้ดูแลประเมินตนเองแล้วพบว่าอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้จ่ายได้หรืออาจทำให้มีการใช้จ่ายไม่ต่อเนื่อง จะมีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเข้ามาช่วยดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสและบุตรหลาน โดยข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ในระดับพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน ไม่ได้อยู่คนเดียว ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแหล่งประโยชน์ที่จะให้การดูแลและช่วยเหลือเรื่องการใช้จ่ายมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้น้อยลงและทำให้มีค่าใช้จ่ายเพียงพอและต่อเนื่อง จากรายงานที่ผ่านมามีพบว่าผู้ดูแล (Care giver) มีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุให้มีการใช้จ่ายอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยจะพบว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะให้ข้อมูลเรื่องของยาทั้งแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย และพบว่าผู้ดูแลจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องของยาของผู้สูงอายุ รวมทั้ง จะมีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้นได้ในระยะแรกและช่วยเหลือแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง (Simonson & Feinberg, 2005) ตัวอย่างเช่น การยินยอมการใช้ยากลุ่มที่ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (high alert drugs) เช่นยา Warfarin ต้องมีการอธิบายข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวทั้งแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพราะต้องได้รับการตรวจอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลเลือดเพื่อปรับขนาดยาและประเมินอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่นอาการเลือดออกง่าย เป็นต้น จะเห็นว่าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (health state) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Orem, 1991)

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้จ่ายในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้ว จะมีการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ และประเมินสถานการณ์ว่าจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่นหรือไม่ หรือควรจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองในเรื่องการใช้จ่ายได้อย่างถูกต้อง เพียงพอและต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “ตอนแรกๆตาก็จัดยาเองช่วงหลังเริ่มมองไม่เห็นเราก็ต้องรู้ว่าไม่ไหว ก็ต้องให้ลูกสาวมาช่วยจัดยาให้อย่าฝืนจะยิ่งแย่ ถ้าจัดเองก็ผิดๆถูกๆ แล้วก็จะมึนลืมกินยาได้” “ตอนนี้เริ่มเดินไม่ไหวปวดเข่ามาก กลัวล้ม จะมาหาหมอเองไม่ได้แล้ว ช่วงหลังต้องให้ลูกพามา ไม่งั้นก็ไม่ได้ ยาจะไม่พอกิน”

และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้ว จะมีการค้นหาความรู้และซักถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และมีการใช้

แหล่งประโยชน์ เช่น หนังสือ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆและคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า “เราไม่รู้ก็ต้องถาม ถ้าไม่เข้าใจก็จะจำไม่ได้ด้วย เดี่ยวใช้ยาผิด ใช้อย่างสับสน ของลุงจะจดที่อยากถามหมอใส่เศษกระดาษจากบ้านไปถามหมอในห้องตรวจ เพราะเราจะลืมจะนึกไม่ออกว่าจะถามอะไร” “ของป้าให้ลูกสาวช่วยถามหมอให้ เพราะบางทีไม่รู้จะใช้คำถามอย่างไร ไม่เสียเวลาหมอด้วย เราแก่กว่าจะนึกออกก็นาน” “ที่บ้านลุงมีคอมพิวเตอร์ ลูกสาวสอนวิธีใช้ให้ ก็ไม่ยาก แก่แล้วก็ยังใช้เป็น มีข้อมูลเรื่องยาเยอะเลย เราก็อ่านสะดวกคืออยู่กับบ้านก็รู้ได้” เพราะผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการใช้ยา ซึ่งต้องมีความรู้ในการใช้ยา จึงจะสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและใช้อย่างต่อเนื่อง (Simonson & Feinberg, 2005 ; Miller, 2004) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาที่พัฒนาแล้ว มีการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่จะบุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม ต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้ ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเพิ่มเติมที่พบว่า การแสวงหาความรู้ หรือการใช้แหล่งประโยชน์ของผู้สูงอายุจะใช้วิธีการซักถามข้อมูลความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนเล็กน้อย พบว่าผู้สูงอายุไทยมีการซักถามข้อมูลจากแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ค่อนข้างน้อยในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศรายงานว่า ผู้สูงอายุจะมีการใช้แหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่นจากบุคคลภายในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด และการใช้สื่อโฆษณาต่างๆมากกว่า เป็นเพราะลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยแตกต่างจากต่างประเทศ ผู้ป่วยสูงอายุจะซักถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างน้อย เพราะรู้สึกไม่กล้า กลัว เกรงใจ ครอบงวน เสียเวลาการตรวจของแพทย์ (จงรักษ์ สกุดบริรักษ์ & นิลกมล ภูมิภมร, 2545)

สำหรับผู้สูงอายุที่ระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่มีการประเมินผลการดูแลตนเองที่ผ่านมาและประเมินสถานการณ์หรือคาดการณ์สำหรับการดูแลตนเองเรื่องยาว่าจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นแล้วหรือไม่ รวมทั้งไม่ได้ให้ความสำคัญกับการคิดแก้ไขหรือวางแผนเพื่อที่จะให้ตนเองได้รับยาที่ถูกต้องอย่างเพียงพอและต่อเนื่องต่อไป ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “จะให้ลุงไปคิดอะไร ทุกวันนี้ได้ยากินบ้างก็ดีแล้ว จะไปขอให้ใครมาช่วย ลูกหลานก็แยกกันไปหมด มองเห็นบ้างไม่เห็นบ้างก็ต้องทำเอง คงไม่เป็นอะไรหรอก” “ป้าอ่านหนังสือไม่ได้ อาศัยจำเอาเอง ผิดๆถูกๆก็ต้องช่วยตนเอง ไม่ได้ไปถามคน

อื่นๆ “ไม่รู้จะให้ใครช่วย” “ไม่รู้เหมือนกันว่าถ้าแก่กว่านี้จะทำอะไร ป้าไม่ได้คิดไว้เดี๋ยวค่อยคิด ทำไม่ต้องคิดไว้ด้วย” จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้สูงอายุไม่มีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือและไม่มีความรู้ในการที่จะแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือ และที่สำคัญไม่ได้ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการประเมินตนเองหรือประเมินสถานการณ์ว่าต้องได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ ซึ่งแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองต้องประกอบไปด้วย ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) การลงมือปฏิบัติ (Productive operative) เพื่อจะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ (Orem, 1991) จากข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มที่ระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนา พบว่าไม่มีการประเมินหรือคาดการณ์สถานการณ์เรื่องยาที่จะเป็นปัญหาไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เพียงพอ และต่อเนื่อง

การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

สำหรับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา มองในเรื่องของการทราบวิธีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาหรืออาการอย่างเหมาะสม จากข้อมูลพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาที่พัฒนาแล้ว ทราบวิธีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาและอาการอย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุว่า “ถ้ามีน้ำตาลต่ำๆ ป้าจะรู้เลย มันจะเหงื่อแตก มือสั่นๆ ใจสั่นๆ เหมือนคนจะเป็นลม ไม่ต้องผินผายน้ำใส” “ลุงจะบวมง่าย ถ้าฉีดย่อยกินน้ำมากก็จะบวมแล้ว หมอจะให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน คุ่ว่าขึ้นมัยถ้าขึ้นมากจะเหนื่อย รู้สึกนอนไม่ได้เลย ต้องมีการเพิ่มยาขับปัสสาวะอีกครั้งเมื่อดอนเช้า ลุงเป็นมานาน หมอบอกไว้แต่ถ้ากินแล้วไม่ดี ฉีดย่อยก็มาหาหมอให้เขาปรับยาให้ ลองผิคลองถูกมานานหมอมว่าจะได้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ ช่วงหลังก็เริ่มรู้แล้ว” “ป้าให้ลูกสาวดูให้ เขาเป็นหมอ ถ้าจะไปเที่ยวก็จะยังไม่กินยา เดี่ยวฉีดย่อยๆตลอดทาง ลำบาก ไว้กินทีหลัง” จากข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว เป็นเพราะผู้สูงอายุมีการเรียนรู้และการปรับตัวให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตและเรียนรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรค และผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานของความรู้ที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม เรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพในเรื่องการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ บุคคลต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในด้านอื่นๆเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ในเรื่องของการเฝ้าระวังผลหรืออาการข้างเคียงของยาที่ต้องระวังเป็นพิเศษ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยากลุ่มที่ต้องมีการระวังเป็นพิเศษจำนวนมาก โดยเฉพาะยา anticoagulants ร้อยละ 37.3 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ไม่ทราบว่าตนเองได้ยากลุ่มนี้อยู่ จะพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการดูแลตนเองที่ยังไม่พัฒนา ดังเช่นคำกล่าวของผู้สูงอายุว่า “หมอให้กินก็กิน ไม่รู้หรือยาอะไรเป็นยาอะไร กินแล้วขอให้หายก็พอ ก็ไม่เห็นมีอันตรายอะไร” “เคยมีอีเป็นเลือด ไม่รู้ว่าเกิดจากยาหรือเปล่า ไม่ได้ถามหมอ ยาทุกตัวก็เหมือนๆ กัน ไม่เห็นว่าต้องทำตัวเป็นพิเศษอะไร หมอให้กินก็กิน” “เรามาหาหมอได้ไม่ทุกครั้งหรอก มีภาระตัวยะ ป้าไม่ได้เจาะเลือดมานานแล้ว ยาหมดแล้ว หมอคิดว่าป้ากินยาไม่ครบเป็นยาละลายลิ่มเลือด เราก็ไม่รู้ว่ามันสำคัญนี้ จะให้มาพบหมอตลอดก็ได้หรือหอก วันนี่ว่างและมันเหนื่อยขึ้นก็เลยมา” จะเห็นว่าผู้สูงอายุไม่มีความรู้หรือรับรู้ถึงความสำคัญของการใช้ยา ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีการเฝ้าระวังผลหรืออาการข้างเคียงของยาที่ต้องระวังเป็นพิเศษ ไม่มีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมเมื่อเกิดมีปัญหากจากการใช้ยา อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุยังไม่มีการแสดงที่รุนแรงที่เกิดจากยา เมื่อไม่ใช้ยาก็ยังไม่มีอาการอะไร โดยอาจจะไม่มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของยา โดยบางส่วนได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากบุคคลที่มีประสบการณ์มีการใช้ยาชนิดเดียวกันแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทำให้หยุดใช้ยา เช่น ยาละลายลิ่มเลือดทำให้เลือดไหลไม่หยุดถึงแก่กรรมได้ บางส่วนเข้าใจว่าโรคควบคุมได้แล้วไม่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเองได้ และได้ข้อมูลในเรื่องการใช้ยากับอาหาร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า การใช้ยาโดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด มีข้อห้ามรับประทานอาหารบางชนิด โดยไม่สามารถบอกชนิดของอาหารที่เป็นข้อห้ามได้ สาเหตุส่วนใหญ่เป็นเพราะผู้สูงอายุได้ข้อมูลเรื่องข้อห้ามของอาหารกับการใช้น้อยและไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องของการอาหารกับการใช้ยา โดยเข้าใจว่าอาหารไม่มีผลต่อการใช้ยา และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะเน้นเรื่องของการออกฤทธิ์ของยาต่อการรักษาโรค วิธีการใช้ยาและขนาดของยาที่ใช้และอาการข้างเคียงของยามากกว่าการอธิบายเรื่องข้อห้ามของอาหาร และจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากไม่สามารถอธิบายได้อย่างทั่วถึงหรือไม่ได้ทวนสอบความเข้าใจการใช้ยาของผู้ป่วยอีกครั้งก่อนจำหน่าย เช่นเดียวกับรายงานที่ผ่านมาเรื่องของบทบาทของเภสัชกรกับผลของการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีการอธิบายยาไม่ได้แยกเป็นรายละเอียดของแต่ละบุคคล มีการอธิบายการใช้ยาเหมือนกันทุกราย (Adamcik & Rhodes, 1993)

จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาที่พัฒนาแล้วมีการรับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาโดยใช้ยา เนื่องมาจากความสนใจและมีความรู้เรื่องของการข้างเคียงของยา ทำให้มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่จากญาติ ทำให้เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาผู้สูงอายุจะได้รับการแก้ไขปัญหาค่อนข้างถูกต้อง ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “เวลาใช้

ยาแล้วไอบาก ก็ให้ลูกพามาหาหมอเลย ไม่ได้นอน หมอก็เลยเปลี่ยนยาให้ ที่รู้ว่าเป็นจากยาเพราะเมื่อเริ่มยานี้ก็มีอาการเลย กินตัวอื่นๆมานานไม่เป็น แล้วเภสัชกรก็บอกไว้ด้วย ลูกสาวบอกว่าผิบลึงเกด ก็รีบพามาเลย” “ป้ามียาละลายลิ่มเลือดกินอยู่ ต้องระวังเลือดออกง่าย คอยสังเกตตัวเองตลอดเวลาเข้าห้องน้ำก็ดูให้ดีด้วยว่าสีอะไร มีเลือดปนหรือไม่ ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบบอกหลานก่อน” จากข้อมูลพบว่าผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาเมื่อผู้สูงอายุได้รับการรักษาโดยยากลุ่มที่ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ แพทย์ผู้ดูแลจะให้ข้อมูลกับญาติด้วยและต้องได้รับการยินยอมจากญาติ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและรับรู้ในแผนการรักษาและร่วมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ (Simonson & Feinberg, 2005) และการให้ข้อมูลการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ที่ครบถ้วนเพียงพอและเหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะรายก็มีความสำคัญอย่างมาก เพราะผู้สูงอายุได้มีความรู้ความเข้าใจการรักษาและอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ และการให้ข้อมูลต้องมีการประเมินผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การให้ข้อมูลต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย เพราะผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ลดลงและการเรียนรู้ช้าลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549)

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการยาโดยการเตรียมยาโดยตนเอง ร้อยละ 73.6 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการจัดการดูแลตนเองเรื่องยา (จงรักษ์ สกุลบริรักษ์ & นิลกมล ภูมิภมร, 2545) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยประเมินจากการหยิบจับไ้ยาได้เองและสายตามองเห็น อ่านฉลากยาได้หรือถ้าอ่านหนังสือไม่ได้ก็สามารถจำลักษณะยาและขนาดของยาที่ใช้ได้ และรู้ว่าเป็นยาที่ใช้เพื่ออะไร และส่วนหนึ่งจะมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือเรื่องการเตรียมยาให้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลจะได้ช่วยตรวจสอบและประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับยาถูกต้องหรือไม่ และวิธีการส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะใช้ภาชนะจัดแยกเป็นมื่อๆ เพราะผู้สูงอายุจะได้ไม่รับประทานยาซ้ำซ้อน ได้รับยาครบถ้วนทุกชนิดเป็นมื่อๆในแต่ละวัน และส่วนใหญ่จะเก็บยาไว้บนโต๊ะที่หยิบสะดวก เช่น โต๊ะรับประทานอาหาร เหตุผลส่วนใหญ่เพราะผู้สูงอายุจะได้เห็นยาไม่ลืมรับประทานยาก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร ส่วนยาที่ใช้ก่อนนอนผู้สูงอายุจะไว้ที่เตียงนอนเป็นส่วนใหญ่เป็นวิธีการจัดการที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา โดยมีการวางยาไว้ตำแหน่งที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน (เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539; วิรัตน์ ทองรอด, 2549; สาลี พิภพทอง, 2539) และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 52.7 ใช้วิธีการหยิบยาจากซองเมื่อต้องการ

รับประทานในแต่ละครั้ง และมีการอ่านฉลากยาก่อนที่จะใช้ทุกครั้ง เป็นวิธีที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อให้ได้ยาถูกต้องทั้งชนิด ขนาดและเวลา นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุจะมีการใช้นาฬิกาปลุกตั้งเวลาเมื่อถึงเวลารับประทานยา มีการใช้แว่นขยายอ่านฉลากยาและคู่มือขณะยาก่อนใช้ มีการติดสติ๊กเกอร์ทำสัญลักษณ์ต่างๆที่บอกเวลาใช้ยา เป็นการใช้อุปกรณ์ต่างๆที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเรื่องการใช้ยาให้ถูกต้องในผู้สูงอายุ (Titiey & Barber, 2000) ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการใช้อุปกรณ์ต่างๆช่วยเหลือเรื่องการใช้ยามากขึ้น อาจเนื่องมาจากเพิ่มความสะดวกและช่วยเตือนป้องกันการลืมใช้ยา และผู้สูงอายุไม่มีปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายสามารถซื้ออุปกรณ์ต่างๆเหล่านี้ จากแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลคิดริเริ่ม (Initiative) เป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) และเป็นกิจกรรมที่มุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก จากข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุมีการคิดพัฒนาใช้อุปกรณ์ต่างๆเป็นการคิดจัดการแก้ไขปัญหารองรับเรื่องใช้ยา เพื่อให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีญาติผู้ดูแลหรือคนรู้จักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถแนะนำชี้แนะช่วยเหลือให้ข้อมูลได้ สำหรับวิธีที่ช่วยไม่ให้ลืมรับประทานยากลุ่มตัวอย่างบอกว่าไม่มีวิธีการช่วยแต่จะจำยาที่ใช้ได้ ไม่ลืมเพราะผู้สูงอายุมีการใช้ยาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง สามารถจำยาที่ใช้ได้ และอาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ทราบว่าการที่ผู้สูงอายุใช้ต่างๆข้างต้น เป็นการช่วยเรื่องป้องกันการลืมใช้ยา

ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านหนังสือไม่ได้จะมีวิธีการใช้ยาได้อย่างถูกต้องก็จะมีบุคคลอื่นคอยตรวจสอบยาและจัดเตรียมยาให้ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 80.9 ตรงกับข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ที่เป็นบุคคลที่ช่วยเหลือเรื่องยาของผู้สูงอายุมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องยา การจัดเตรียมยา ย่อมมีโอกาสผิดพลาดได้มากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจะมีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ช่วยเหลือจัดการเรื่องยาให้ เมื่อมีปัญหาทางยา พบว่ามีการใช้ยาผิด ทั้งชนิด ขนาดและเวลา มีการใช้ยาซ้ำซ้อน บางครั้งเมื่อมองไม่เห็นก็ไม่ได้มีการใช้ยา เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่มีแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพ ไม่ได้มีการประเมินความสามารถในการใช้ยาของผู้สูงอายุทั้งเรื่องยา ความถนัดในการหยิบจับยาและการกลืนยา ความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้สูงอายุแต่ละราย (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2549)

เมื่อผู้สูงอายุได้รับยาชนิดใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีสอบถามการใช้ยาจากแพทย์เภสัชกร พยาบาลเป็นส่วนใหญ่มากกว่าการอ่านฉลากยาเอง เพราะเมื่อมีการสั่งยาชนิดใหม่ผู้สูงอายุจะได้รับทราบว่ามียาตัวใหม่จากห้องตรวจแล้ว ถ้ามีข้อมูลที่สงสัยเพิ่มจะสอบถามแพทย์ตั้งแต่ใน

ห้องตรวจบ้าง โดยแพทย์ผู้ดูแลจะแนะนำการใช้ทั้งเวลา และขนาด และเมื่อรับยาจะได้รับข้อมูลอีกครั้งจากเภสัชกรที่ห้องจ่ายยาซึ่งผู้สูงอายุจะซักถามข้อมูลเพิ่มเติมอีกเล็กน้อยเท่านั้น ผู้สูงอายุให้เหตุผลส่วนใหญ่เป็นเพราะเมื่อได้ยาชนิดใหม่การสอบถามจากแพทย์จะสะดวกและเข้าใจแผนการรักษาร่วมกันได้ดีกว่าการมาอ่านฉลากยาเอง แตกต่างจากการศึกษาเรื่องการใช้ยาของกลุ่มผู้สูงอายุในครอบครัวของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวของบุคคลที่มีความรู้เรื่องยาซึ่งจะซักถามหรือมาอ่านฉลากยาเองมากกว่า ทั้งนี้เพราะไม่ยอมรับกับแพทย์ จะไปซักถามกับบุคคลในครอบครัวเองหรือถ้ามีข้อสงสัยก็มีบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้เรื่องยาที่สามารถให้ความเข้าใจได้ (จรัญ สกฤตวิริยะ และ นิคมล ภูมิภมร, 2545)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.5 ไม่ได้มีการนำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อเอง และร้อยละ 91.8 ไม่มีการแบ่งยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันจากบุคคลอื่นในครอบครัวหรือจากเพื่อน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลตามนัดหมาย ที่พักอาศัยอยู่ใกล้สถานพยาบาล และมีค่าใช้จ่ายต่อเนื่องตามกำหนดนัดหมาย และเพราะผู้สูงอายุมีสิทธิเบิกค่ารักษาได้ จึงไม่ต้องไปเสียค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อยาเอง และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่นำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อเองเพราะยาหมดก่อนถึงวันนัด ไม่มีการโทรศัพท์เพื่อเลื่อนการนัดหมาย ทำให้ยาหมดต้องไปซื้อยาเอง จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไปหาซื้อยาเอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวดเมื่อย และบางครั้งเป็นยาที่ใช้ประจำตามแพทย์สั่ง เพราะไม่สะดวกในการเดินทางพบแพทย์ หรือการไปหาซื้อยาเองตามคำแนะนำของคนรู้จักที่มีโรคประจำตัวเดียวกัน (วิทยา สวัสดิ์ดุติพงษ์ และ พชร เงินตรา, 2540)

ผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาตามการรับรู้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จุดประสงค์ของการใช้ยาที่สำคัญคือการมีการใช้ยาอย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่อง จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90 รับประทานยาครบ ร้อยละ 80.9 มีการใช้ยาต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาในระดับที่พัฒนาแล้ว จะมีความรู้เรื่องโรคและเข้าใจแผนการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจตรงกันเรื่องของแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองมีโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ คือต้องมีความรู้ และมีแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือเกื้อหนุน (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งเป็นเหตุผลที่อธิบายได้ว่าผลของการจัดการดูแลตนเองที่ผ่าน

มาของผู้สูงอายุได้ผลดี ผู้สูงอายุต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและมีการแก้ไขปัญหาระยะการไ้ยาเป็นระยะ มีการรับรู้สนใจและดูแลผลของยาที่สภาพตลอดเวลา

และกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 30.9 ที่รับประทานยาไม่ครบส่วนใหญ่ 1-2 ครั้งต่อปี เนื่องจากการเลือนลัดหมาย ยาจึงหมดก่อนถึงวันนัด บางรายจะโทรศัพท์เตือนนัด และมีบางส่วนไปหาซื้อยาเอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.8 ที่มีการหยุดใช้ยาเอง เนื่องจากรู้สึกว่ายาล้างแล้วไม่ดีขึ้น และมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยพบว่าอาการข้างเคียงของยาเป็นยาในกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE inhibitor) ซึ่งจะมีอาการข้างเคียงคืออาการไอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุมีอาการไอที่เกิดจากการใช้ยา ACE inhibitor ที่เป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นจำนวนมาก (Siriruttanaproke, 1999) ซึ่งมีการจัดการโดยมีการแจ้งแพทย์ที่ดูแลทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา จะเห็นว่าเมื่อเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นผู้สูงอายุมีการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ อันเกิดจากการเฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียงของยา รับรู้และสนใจป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ที่ดูแลให้ทราบ ร้อยละ 10.1 ซึ่งเมื่อประเมินจากผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการแก้ไขปัญหากับยาจากการศึกษาทำให้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีการแก้ไขปัญหากับยาไม่เหมาะสมถูกต้องเรื่องการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาหรืออาการอย่างเหมาะสม โดยไม่แจ้งแพทย์ผู้ดูแลทราบ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่มีความรู้และความเข้าใจเรื่องของการออกฤทธิ์ของยาที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เพียงพอ ผู้สูงอายุเข้าใจว่าเมื่อปรับยาแล้วไม่มีอาการผิดปกติ จึงมีการเพิ่มและลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ผู้ดูแลทราบ อีกเหตุผลหนึ่งคือผู้สูงอายุไม่มีการขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิดปัญหาหรือการรับรู้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและเพียงพอ ทั้งนี้เป็นเพราะในภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาและควบคุมอาการมีข้อมูลหลายอย่างที่ต้องรับรู้และปฏิบัติ เช่นการรับประทานยา การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย มีอาการที่ต้องสังเกตและติดตาม และต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เฝ้าติดตามสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลง และปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความผาสุก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนปรับเปลี่ยนนิสัย และวิถีชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และในผู้สูงอายุจะมีโรคมกกว่าหนึ่งโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติจึงมีมากขึ้น และสลับซับซ้อนมากขึ้น จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุสับสน ได้รับข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2544) และอาจเป็นเพราะการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยเองมีหน้าที่โดยตรงในการดูแล (ประคอง อินทรสมบัติ, 2544) ดังนั้นส่วนหนึ่งของเหตุผลในการที่ผู้ป่วยสูงอายุจะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องต้องมีการแก้ไขปัญหาใช้ยาได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ อาจเป็นเพราะบุคลากรไม่ได้มีการประเมินผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้คำแนะนำหรือทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย จึงไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้ข้อมูล มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและเพียงพอหรือไม่

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้เรื่องปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.4) คิดว่าในปัจจุบันไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ ผลกระทบที่เกิดการใช้ยาหลายชนิด อาจทำให้ ลืมรับประทานยา การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาจากการมียาที่ต้องใช้หลายครั้งในแต่ละวัน ปัญหาจากการได้รับยาชนิดใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา และการมองเห็นฉลากยาไม่ชัด หรืออ่านฉลากยาไม่ได้ อาจเป็นเพราะจากผลการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยา มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา และมีแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือและมีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยาที่ดี ทำให้การจัดการเกี่ยวกับยาได้ดี จึงทำให้การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยา สามารถแก้ไขปัญหาคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ารายงานในต่างประเทศที่ผ่านมา (Col et al., 1990; Ferguson, 1996; Maidment, 2000) โดยจากการศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ที่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาจะเป็นเรื่องของการมียาใช้หลายชนิด ทำให้อาจลืมรับประทานยาได้ อาจเป็นเพราะการมียาหลายชนิดทำให้ลืมรับประทานยาบางตัวได้หรือไม่ครบถ้วนถูกต้อง ผู้สูงอายุร้อยละ 25.5 ที่พบว่าการมียาใช้หลายเวลาต่อวันเป็นปัญหา อาจเนื่องมาจากทำให้สับสนเรื่องเวลา ทำให้ได้รับยาขาดบางเวลาหรือได้รับยาไม่ตรงตามเวลาทุกวัน สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่พบมาก คือ การลืมรับประทานยา และการใช้ยาหลายชนิดที่ต้องมีการใช้หลายครั้งต่อวัน รวมทั้งวิธีการรับประทานที่ลำบากยุ่งยาก ทำให้ผู้สูงอายุใช้ยาลดเคลื่อนมากขึ้นและทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Rocchiccioli et al., 2007; Wick & Zanni, 2004); และปัญหาที่พบในการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ การได้รับยาชนิดใหม่และมีการปรับเปลี่ยนชนิดหรือขนาดยา โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 17.3 ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าเป็นปัญหาเพราะถ้ามีการปรับยาหรือได้รับยาชนิดใหม่มักจะลืมและจะเคยชินกับการใช้ยาอย่างเดิม และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.6 มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา โดยส่วนใหญ่เป็นยา

เบาหวานและยาควบคุมความดันโลหิตสูง และร้อยละ 17.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับเปลี่ยนชนิดหรือขนาดยา คิดว่าเป็นปัญหาการใช้ยา ไม่มีการปรับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ยังคงใช้ยาตามเดิมเพราะยังไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ และเป็นกลุ่มที่มีการควบคุมโรคได้ไม่ดี โดยพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เสื่อมลงทำให้ไม่มีประสิทธิภาพการฟัง สิ่งแวดล้อมมีเสียงดังรบกวน รับรู้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนและถูกต้อง เกิดความสับสน เข้าใจคลาดเคลื่อน และจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากบุคคลอื่น เช่นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวเหมือนกันหรือจากบุคคลในครอบครัว เช่นถ้าใช้ยาชนิดใหม่หรือปรับยาเป็นขนาดใหม่จะทำให้ มีอาการข้างเคียงมาก เช่น เวียนศีรษะ รับประทานอาหารไม่ได้ ใจมากขึ้น รบกวนการนอน จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีผู้ดูแลที่คอยตรวจสอบการใช้ยาอีกครั้งก่อนการใช้ยาล้างมีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาใหม่หลังติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย เช่นเดียวกับรายงานที่ผ่านมาเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุที่แพทย์ผู้ดูแลควรสั่งยาเท่าที่จำเป็นและมีข้อบ่งชี้เท่านั้น มีจำนวนการใช้ยาต่อวันประมาณ 1-2 ครั้ง ให้ขนาดยาดำๆที่เพียงพอแก่การควบคุมโรค และมีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาไม่บ่อย (Simonson & Feinberg, 2005)

ปัญหาการมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรือการอ่านฉลากยาไม่ได้เป็นปัญหาต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 67.3 เพราะอาจใช้ยาผิดได้ และเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมาก อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการจัดเตรียมยาโดยตนเอง ร้อยละ 73.6 ซึ่งการจัดเตรียมยา ผู้สูงอายุต้องมีสายตาการมองเห็นที่ดีจึงจะสามารถจัดเตรียมยาและใช้ยาได้ และการมองเห็นทำให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองเรื่องการเดินทางมาพบแพทย์มารับยาได้โดยตนเอง ซึ่งจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.2 ที่ต้องใส่แว่นจึงจะมองเห็นชัด ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมองเห็นจึงต้องมีแว่นตาทำให้สามารถมองเห็นได้ชัด ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “ถ้ามองเห็นไม่ชัดก็เจ็บเลยซิ ต้องใส่แว่นช่วย ลุงไม่มีใครอยู่ด้วย ต้องกินยาเอง ต้องกินผิดๆถูกๆเน่ๆ มาตรวจรับยากี่มาเอง อ่านหนังสือไม่ออกก็ไม่เป็นไร ถ้ามองเห็น ไปถามเขาก็ได้ แต่ต้องมองเห็น” ซึ่งผู้สูงอายุก็มีวิธีการแก้ไขถ้ามองเห็นไม่ชัด ก็จะให้นุตรหลานช่วยจัดยาให้และตรวจสอบยาให้ก่อนใช้ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือไม่ได้อยู่กับบุตรหลานไม่ได้มีการวางแผนหาทางแก้ไขเตรียมไว้ ซึ่งจากข้อมูลอยู่ในกลุ่มที่มีระดับความสามารถที่ยังไม่พัฒนา ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า “ยังไม่ได้คิดอะไร ตอนนี้มองเห็นอยู่ ถ้ามองเห็นจริงๆก็ไม่รู้จะทำอะไรตามมีตามเกิด ลูกก็ไม่ได้ช่วยด้วย” สำหรับการอ่านหนังสือไม่ได้ก็เป็นปัญหาในการใช้ยาในผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากการอ่านฉลากยาทำให้ใช้ยาได้ถูกต้อง ตรวจสอบว่าได้ยาตรงตามแผนการรักษาสามารถอ่านค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่างๆเรื่องของการยาได้ และโดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถอ่านภาษาอังกฤษได้ สามารถอ่านชื่อยาที่เป็นภาษาอังกฤษได้ ทำให้ผู้สูงอายุสื่อสารบอกข้อมูลเรื่องของ

ยากับแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ง่ายและสะดวกขึ้น ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ “ลองอ่านชื่อยาที่ฉลากเป็นภาษาอังกฤษได้ เวลาบอกกับหมอก็ทำได้ง่าย พูดกันสะดวกขึ้น ไม่เสียเวลาไปบอกลักษณะยาอีก บอกลักษณะยาไปก็ไม่รู้ว่าเป็นยาตรงกันหรือเปล่าก็ไม่รู้ บอกชื่อยาภาษาอังกฤษไปเลย หน้าซองเขาจะมีเขียนไว้”

จากผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาว่าผู้สูงอายุจะพบปัญหาเรื่องสายตาหรือการอ่านหนังสือไม่ได้ซึ่งจะเกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ จะมีผลกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเดินทางเพื่อรับการตรวจรักษารวมทั้งการใช้ยา ซึ่งการมองเห็นไม่ชัดและการอ่านหนังสือไม่ได้มีโอกาสที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาผิดพลาดได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549; Simonson & Feinberg, 2005; Miller, 2004)

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้สูงอายุประเมินว่าเรื่องใดเป็นปัญหาการใช้ยาหรือไม่ จากที่ผู้สูงอายุคิดว่าจะสามารถวางแผนแก้ไขปัญหานั้นได้หรือไม่ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรือการอ่านหนังสือไม่ได้ เพราะส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมองเห็นและการอ่านหนังสือมากที่สุด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยศึกษาเรื่องความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) ของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง (The self-care agency concept) เป็นแนวทางในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เดือนธันวาคมพ.ศ. 2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 จำนวน 110 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีความบกพร่องของการรู้คิด
3. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 110 ราย เป็น เพศชายร้อยละ 53.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.4 มีอายุ 61-92 ปี อายุเฉลี่ย 76.9 ปี (SD= 7.5) เมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 60-74 ปี และ 75-84 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 41.8 และ 39.1 ตามลำดับ เมื่อช่วงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะลดลง คือกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 19.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 56.4 อาศัยอยู่กับบุตร ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) จบชั้นประถมศึกษา ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.4) มีความสามารถในการอ่านหนังสือได้คล่อง อ่านภาษาอังกฤษได้ร้อยละ 24.5 สามารถอ่านฉลากบนซองบรรจุยาได้ทั้งชื่อและขนาดร้อยละ 66.4 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.6)

เขียนหนังสือได้แต่ไม่คล่อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้แต่ต้องใส่แว่นจำนวนมากที่สุดร้อยละ 78.2 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป โดยมีรายได้ตั้งแต่ 1,000-40,000 บาท ค่าเฉลี่ย 8,447.3 บาท ($SD=7,716.3$) และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 46.4 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) แหล่งของรายได้มาจากบุตรหลาน และพบว่า ร้อยละ 52.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) ใช้สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจทั้งจากสิทธิของผู้สูงอายุเองและจากสิทธิของบุตร ร้อยละ 55.5 ราคายาเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 3,000 บาท ค่ายาอยู่ระหว่าง 90-30,000 บาท ค่าเฉลี่ย 4,878.1 บาท ($SD=4,772.2$) ร้อยละ 74.5 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาแต่ละครั้งน้อยกว่า 300 บาท มีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 100-2,000 บาท มีค่าเฉลี่ย 349.7 บาท ($SD=395.1$) การมาตรวจแต่ละครั้งจะมากับบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 73.6 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) ใช้สถานที่บริการสุขภาพเป็นประจำจำนวน 1-2 แห่ง ค่าเฉลี่ย 1.8 แห่ง และใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพประจำ ตั้งแต่ 10 นาทีถึง 8 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 80 นาที ($SD=73$) และพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) ใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ประจำน้อยกว่า 60 นาที

ข้อมูลสุขภาพ พบว่ามีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง และมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.8 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ มีการใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 1-18 ชนิด ค่าเฉลี่ย 7.1 ชนิด ($SD=3.3$) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.6) มีการใช้ยาจำนวน 6-10 ชนิด รองลงมาในกลุ่ม 0-5 ชนิด ร้อยละ 33.6 และจำนวนร้อยละ 12.7 ใช้ยา มากกว่า 10 ชนิด และร้อยละ 27.3 มีการใช้ยาอื่นนอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นวิตามินและอาหารเสริม เช่นนม เป็นต้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20.9 ใช้สมุนไพรหรือยาหม้อ และพบว่าในรอบ 6 เดือน แพทย์มีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้อยู่ ร้อยละ 43.6 ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับขนาดของยาที่มีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง เช่นยารักษาเบาหวานและยาลดความดันโลหิตสูง และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่ได้มีการเข้ารับการรักษาอาการที่เป็นผลมาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 91.8 และกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 18.2 กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุรามากกว่าสุบนุหรี คือร้อยละ 31.8 และร้อยละ 28.2 ตามลำดับ ส่วนในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แยกเป็นด้านต่างๆ คือ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการใช้ห้องน้ำได้โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 80.9 และส่วนใหญ่มีความสามารถในการกลืนปัสสาวะอุจจาระ ร้อยละ 91.8 มีความสามารถในการเดินโดยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

ร้อยละ 72.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำงานบ้านได้ ร้อยละ 76.4 โดยสามารถไปซื้อของที่ตลาดและใช้จ่ายเงินได้ ร้อยละ 91.8 รวมทั้งสามารถเดินทางโดยใช้รถโดยสารสาธารณะหรือขับรถเองได้ร้อยละ 70.9

การใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเมื่อแบ่งเป็นกลุ่มยาชนิดต่างๆพบว่ากลุ่มยาที่ผู้สูงอายุมีการใช้มากที่สุด(ร้อยละ56.4) ได้แก่ กลุ่มวิตามินและเกลือแร่ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีการใช้ยาตามลำดับดังนี้ กลุ่มยา ACE inhibitor (ร้อยละ47.3) กลุ่มยา Beta-blockers และยาเสริมธาตุเหล็ก (ร้อยละ 44.5) ยาลดไขมันในเลือด (ร้อยละ40) กลุ่มยาขับปัสสาวะ และกลุ่มยาด้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 37.3) กลุ่มยาลดกรด (ร้อยละ 34.5) กลุ่มยาระบาย (ร้อยละ 31.8) กลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 29.1) และกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด (ร้อยละ 19.1)

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายของผู้สูงอายุได้วิเคราะห์ เป็น 3 ระดับคือ พัฒนาแล้ว กำลังพัฒนา และยังไม่พัฒนา โดยใช้เกณฑ์เดียวกัน คือในเรื่องความรู้เกี่ยวกับยา การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 60.9 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายในระดับที่พัฒนาแล้ว ร้อยละ 21.8 เป็นผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายในระดับที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 17.3 เป็นผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายในระดับที่ยังไม่พัฒนา

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการยาโดยจัดเตรียมยาด้วยตนเอง ร้อยละ 73.6 ส่วนบุคคลที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุตรกับภรรยา โดยมีการเก็บยาไว้ในโถ๊ะที่หยิบสะดวกมากที่สุด ร้อยละ 70 ในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการเตรียมยาโดยมีการใช้ภาชนะจัดแยกยาเป็นมือนอกกับการใช้วิธีหยิบยาจากซองเมื่อต้องการรับประทานยาในแต่ละครั้งจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 52.7 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างจะมีวิธีการในการจัดยาให้ได้ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด และเวลา โดยส่วนใหญ่อ่านฉลากยาทุกครั้งที่จะใช้กับการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะแยกเป็นมือนอกในแต่ละวัน จำนวน ร้อยละ 57.3 และร้อยละ 58.2 ตามลำดับ สำหรับวิธีที่ช่วยไม่ให้ลืมรับประทานยาในกลุ่มตัวอย่างบอกว่าไม่มีวิธีการช่วยแต่จะจำยาที่ใช้ได้ ไม่ลืม ร้อยละ 23.6 และวิธีการที่ใช้รองลงไป คือ การจัดเตรียมยาวางไว้ใกล้โถ๊ะรับประทานอาหาร ร้อยละ 22.7 และถ้าลืมรับประทานยาหรือฉีกยาในมือนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับประทานยาหรือฉีกยาในมือต่อไปตามเวลา ร้อยละ 76.4 และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหามองฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านหนังสือไม่ได้จะมีวิธีการที่ทำให้ได้รับยาถูกต้องคือส่วนใหญ่จะมีบุคคลอื่นคอยช่วยเหลือหรือตรวจสอบยาให้โดยส่วนใหญ่จะเป็นบุตร ร้อยละ80.9

และถ้าได้รับยาชนิดใหม่กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีสอบถามวิธีการใช้ยาจากแพทย์ เกสัชกรหรือพยาบาล และจะใช้วิธีการอ่านฉลากยาเอง มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.8 และร้อยละ 48.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการนำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อยาเองร้อยละ 84.5 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการแบ่งยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันจากบุคคลอื่นในครอบครัวหรือจากเพื่อน ร้อยละ 91.8

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่ายตามการรับรู้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาครบร้อยละ 90 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาไม่ครบส่วนใหญ่ 1-2 ครั้งต่อปีเนื่องจากมีการเลื่อนนัด ยาจึงหมดก่อนถึงวันนัด พบว่ามียาหมดก่อนถึงวันนัด ร้อยละ 30.9 และกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหยุดใช้ยาเองหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 80.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการหยุดใช้ยาเองเนื่องจากรู้สึกละยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นและมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยส่วนใหญ่จะพบว่าการหยุดใช้ยา ประมาณ 1 ครั้งต่อปี ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาขาดก่อนถึงวันนัดจะแก้ไขโดยมีการโทรศัพท์มาเลื่อนนัดและบางส่วนจะไปซื้อยาเอง และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเคยมีอาการผิดปกติที่เกิดจากยาหรือผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 11.8 โดยพบว่ามีอาการข้างเคียงของยาเป็นยาในกลุ่ม Angiotensin -convertising enzyme inhibitors เป็นส่วนใหญ่โดยจะมีอาการไอ มีการจัดการโดยจะแจ้งแพทย์ที่ดูแลทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ที่ดูแลให้ทราบ ร้อยละ 10.1

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) มีความคิดเห็นว่าการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในผู้สูงอายุไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาในปัจจุบัน มีร้อยละ 3.6 ที่ในปัจจุบันมีปัญหาเรื่องการจัดการใช้ยาอยู่จะเป็นเรื่องของการมียาหลายชนิดทำให้สับสนกินยา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) ไม่มีปัญหาการที่ต้องใช้ยาหลายครั้งในแต่ละวัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าเป็นปัญหาเพราะทำให้สับสนเรื่องเวลาอาจขาดได้ และการได้รับยาชนิดใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) ไม่มีปัญหาจากการได้รับยาชนิดใหม่หรือการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยา สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาเพราะถ้ามีการปรับยามักจะสับสนและมักเคยชินกับชนิดและขนาดยาที่เคยใช้ จึงใช้ยาผิดพลาด สำหรับการมองเห็นฉลากยาหรืออ่านฉลากยา เป็นปัญหาต่อการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 67.3)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างและเป็นผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี กรุงเทพมหานครและเป็น

โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงผลการศึกษาไปถึงผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การจัดทำโครงการหรือรูปแบบการให้ข้อมูลและแก้ไขปัญหาระยะยาว เช่นการจัดสถานที่และเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย (Age friendly)
2. การจัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องยาที่ใช้บ่อยและมีความเสี่ยงสูง ในเรื่องการบริโภทยาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาและยากับอาหาร
3. การจัดวางระบบของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื่องยาเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการประเมินเรื่องของการใช้ยาอย่างแท้จริงเป็นรายบุคคลเพื่อได้มีการประเมินและติดตามผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาหรือมีระดับความสามารถการจัดการดูแลตนเองเรื่องยา ยังไม่พัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
4. การพัฒนารูปแบบตัวอักษรหรือสัญลักษณ์บนฉลากยาหรือซองยาเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็น มองเห็นได้ชัดเจนขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. การวางพื้นฐานพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับเรื่องการประเมินปัญหาผู้ป่วยสูงอายุรายบุคคล
2. การศึกษาที่พัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับความสามารถการดูแลตนเองยังไม่พัฒนา
3. จัดระบบการศึกษาพยาบาลที่ปรับเปลี่ยนทัศนคติการมองผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่พัฒนาแล้ว
4. พัฒนาทักษะแก่พยาบาลเรื่องการให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล
5. การสร้างสัมพันธภาพและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื่องการใช้ยา

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาที่ยังไม่พัฒนา
2. ศึกษาการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ ในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยและมีความเสี่ยง
3. ศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื่องการใช้ยาที่บ้าน การใช้โทรศัพท์ติดตามผลและเตือนเรื่องการใช้ยา
4. การพัฒนาเครื่องมือประเมินวัดความสามารถในเรื่องการใช้ยา

การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ

แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ 4736909 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology

บทสรุปแบบสมบูรณั

บทนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีเป็นผลให้ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นโดยคาดการณ์ว่าจะสูงขึ้นมากกว่า 150 % ในอีก 40 ปีข้างหน้า และมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น (Institute for Population and Social Research, 2004) การสำรวจของประชากรในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 มีผู้สูงอายุจำนวน 5.7 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด 62 ล้านคนหรือ ร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 6.8 และ 7.6 ล้านคนหรือร้อยละ 11 และ 12 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) ทำให้ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มประชากร ที่มีผลต่อการวางแผนงานกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะต้องพบกับปัญหาที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และจำนวนปีที่คาดหวังว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี (Health life expectancy) ลดลงเป็นลำดับ ตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล และสุทธรัชชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกิดจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ส่งผลให้ระบบต่างๆในร่างกาย มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง และทำให้ความต้านทานต่อโรคลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยง่าย และเป็นโรคเรื้อรังสะสม (Williams, 2002) โดยพบว่า ร้อยละ 84 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย

1 โรคและ ร้อยละ 62 จะพบโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (Tanner, 2004) และพบว่าร้อยละ 10 ของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนโดยใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 70 ของทั้งหมดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Gruenberg, Pomphkins, & Porell, 2000) จากลักษณะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยการดูแลรักษาหลายด้านอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการใช้ยาก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถควบคุมโรคได้ มีอายุขัยยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Hussey, 1998) จากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายชนิดและมีความซับซ้อน การรักษาด้วยยาจึงมีความซับซ้อนยุ่งยากขึ้นเป็นปัญหาแก่ผู้สูงอายุในการจัดการเรื่องยามากขึ้น (Tanner, 2004) โดยการศึกษาในผู้สูงอายุชาวอเมริกาพบว่าในผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับยาตามการรักษาของแพทย์ 4-5 ชนิด และมียานอกเหนือไปสั่งแพทย์ อยู่ 2 ชนิด ผู้สูงอายุจึงต้องใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันและเป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความยุ่งยากในการบริหารยา อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ได้ (Williams, 2002) และตั้งแต่ปี 1990 The Institute of Medicine ได้รายงานจำนวนผู้เสียชีวิต ที่มีสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นผลโดยตรงมาจากความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาประมาณ 7,000 คน (Miller, 2003)

ความซับซ้อนของแผนการรักษาโดยยาในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การจัดการดูแลเรื่องยาในผู้สูงอายุมีความลำบากมากขึ้น โดยปัจจัยที่จะมีส่วนทำให้เพิ่มความลำบากในการจัดการดูแลเรื่องยาได้อย่างเพียงพอครบถ้วนและถูกต้อง คือ ได้รับยาจากการดูแลของแพทย์หลายคนในการรักษาแต่ละโรคจึงเกิดความซ้ำซ้อนของยา การใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ขาดความรู้เกี่ยวกับยา ข้อมูลไม่เพียงพอทำให้ไม่เข้าใจความสำคัญของการรับประทานยา การได้รับยาจากหลายแหล่งเช่น ญาติ เพื่อน ซึ่งเป็นยานอกเหนือคำสั่งแพทย์ เช่น สมุนไพร ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ซึ่งอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้ การรักษาไม่ต่อเนื่องจากราคาที่สูง หรือหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาในระยะแรกทำให้ละเลยต่ออาการที่เกิดขึ้นจนเกิดอาการรุนแรง (Miller, 2003; Pagliaro, 1990; William, 2002) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ เช่น ความพร่องของการมองเห็น การได้ยิน และความรู้คิดรวมทั้งความเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัย และมีความบกพร่องของไต จากปัญหาดังกล่าวถ้าได้รับการประเมินก็สามารถป้องกันได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ

ความปลอดภัยจากการใช้ยาเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ดังนั้น การจัดการเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ปัจจุบันดังที่กล่าวไปแล้วว่าไม่พบการศึกษาวิจัยที่กล่าวถึงการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร โดยศึกษาถึงความสามารถและพฤติกรรม

จัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา รวมทั้งผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา และปัญหาการใช้ยา ในผู้สูงอายุ เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติดูแลรักษาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างแท้จริง และผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

กรอบทฤษฎี (Conceptual Framework)

กรอบทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) ของโอเร็ม โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง (The self-care agency concept) (Orem, 1995: 95) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณสมบัติที่มีความซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต (Life process) รวมทั้งดูแลรักษาหรือส่งเสริมให้โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายได้ทำงานอย่างปกติ ตามพัฒนาการของชีวิตอย่างเหมาะสมและเกิดความผาสุกในชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001: 254)

การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุคิดริเริ่มวางแผนและพัฒนาจนลงมือปฏิบัติเพื่อให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา ซึ่งการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา เพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่แรกเริ่มโดยเร็ว รวมทั้งการป้องกันปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และหรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ โดยเป็นคุณสมบัติและศักยภาพในการที่จะกระทำการจัดการดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยาอย่างเฉพาะเจาะจง (Orem, 2001: 254)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ (Orem, 2001:265) คือระดับที่หนึ่ง เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำโดยมีทั้งความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ ระดับที่สอง เป็นพลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของบุคคลและเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (ten power components) ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจในการดูแลตนเองซึ่งไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ระดับที่สาม เป็น ความสามารถ

ในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) โดยความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองนั้นทันทีประกอบไปด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ ประการแรก การคาดการณ์ตรวจสอบประเมินสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง ประการที่สอง เป็นการปรับเปลี่ยนซึ่งเป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถทำได้ ว่าสมควรเหมาะสมและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ โดยจะมีการปฏิบัติตัวและกระทำการอย่างไร และประการสุดท้าย คือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1995 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเรื่องการใช้ยาให้ได้รับยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่องโดยถูกต้องปลอดภัยซึ่งต้องประกอบไปด้วย (Orem, 1995)

1. ค้นหาความรู้เกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพ การรักษาและความรู้เกี่ยวกับยา จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและได้รับวิธีการรักษาโดยยาที่เหมาะสมกับตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. เผื่อระวังและสนใจถึงผลข้างเคียงของยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดจาก ยากับยา ยากับอาหาร และผลของยาต่อการรักษาโรคทั้งขณะนี้และอนาคต
3. ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเรื่องการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ
4. รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาจากการใช้ยา
5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

6. เรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความสามารถและพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา รวมทั้งประเมินผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร เพราะในผู้สูงอายุ จากร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลงตามกระบวนการสูงอายุลแล้วเมื่อมีความเจ็บป่วยและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาด้วย ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นก็เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเรื่องการใช้ยาที่เพิ่มเข้ามา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ

นิยามตัวแปร

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา หมายถึง คุณสมบัติของบุคคลที่จะกระทำได้ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการไ้ยา โดยบุคคลนั้นมีการคิดริเริ่ม ตัดสินใจ สืบค้นหาข้อมูล และมีการวางแผนการกระทำซึ่งเป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมายและตั้งใจภายใน ช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Deliberate action) มีการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเรื่องการไ้ยา อยู่เสมอ เพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมของตนเองในเรื่องการไ้ยาเป็นไปตามแผนการรักษา อย่างถูกต้องและปลอดภัย ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเป็นลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม และจากการทบทวนวรรณกรรมใน 3 ด้านคือ ความรู้เกี่ยวกับการไ้ยา (Learning and use of knowledge) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการไ้ยา (Knowledge seeking activities, Resource-seeking activities and Resource-using activities) และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการไ้ยา (Action to control external factors)

พฤติกรรมจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา หมายถึง วิธีการหรือรูปแบบการกระทำ เรื่องการไ้ยาในปัจจุบันเพื่อดูแลตนเองให้ได้รับยาตรงตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และปลอดภัย ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น เป็นคำถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรม

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นที่เป็นผลจากการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อดูแลตนเองให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้องและปลอดภัย ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินผลการจัดการดูแล

ตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุตามการรับรู้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผลของการจัดการดูแลตนเอง เรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเป็นคำถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรม

ปัญหาการไ้ยา หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที้อาจจะเป็นอุปสรรคทำให้การจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุมีความลำบากหรือทำให้การไ้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินปัญหาการไ้ยาในผู้สูงอายุโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัญหาการไ้ยาในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเป็นคำถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาการไ้ยา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เดือนธันวาคมพ.ศ. 2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 110 รายมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีความบกพร่องของการรู้คิด สามารถสื่อสารได้รู้เรื่องและเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ The Short Portable Mental Status Questionnaire
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูล

สุขภาพ

3. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดโดยคำตอบที่ได้นำไปใช้ประเมินและอธิบายความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและบางคำถาม

มีคำตอบให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คำตอบที่ได้ไม่นำไปคิดคะแนนใช้ประกอบเพื่ออธิบายความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการจัดการเพื่อดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา

5. แบบสอบถามผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอริเริ่มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 5 ข้อ ใช้ประกอบเพื่ออธิบายความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยาของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด

6. แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะกึ่งโครงสร้างภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอริเริ่มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม 6 ข้อ ไม่คิดคะแนน เพื่ออธิบายถึงปัญหาที่อาจมีผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยาของผู้สูงอายุ

7. คู่มือเกณฑ์การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยา พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นคู่มือที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดในการดูแลตนเองของโอริเริ่มและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคู่มือนำไปเพื่อพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยาของผู้สูงอายุ โดยจะแบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาของผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ ยังไม่พัฒนา กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว โดยแบ่งเกณฑ์การพิจารณาเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับยาและการเรียนรู้เกี่ยวกับยา 2) การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และ 3) การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยาของผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา แบบสอบถามผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา และแบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2. คู่มือเกณฑ์การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการไข้ยา ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามตามกรอบแนวคิดและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเกณฑ์การพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาหา Inter-rater reliability เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือการพิจารณาตัดสินใจของผู้วิจัย ได้ Inter-rater reliability เท่ากับ 0.8

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึง วัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หลังผู้วิจัยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบ และเสนอผลเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ตามแบบสอบถามโดยมีลำดับดังนี้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมและผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา รวมทั้งปัญหาการไ้ยาในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยาย คำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การไ้ยา ข้อมูลพฤติกรรม การจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ข้อมูลผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ข้อมูลปัญหาการไ้ยา และสำหรับข้อมูลความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา แล้วใช้สถิติบรรยาย คำนวนความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 110 ราย เป็น เพศชาย ร้อยละ 53.6 เป็น เพศหญิง ร้อยละ 46.4 มีอายุ 61-92 ปี อายุเฉลี่ย 76.9 ปี (SD= 7.5) เมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 60-74 ปี และ 75-84 ปี มีจำนวน ร้อยละ 41.8 และ 39.1 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 19.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 56.4 อาศัยอยู่กับบุตร ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) จบชั้นประถมศึกษา ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.4) มีความสามารถในการอ่านหนังสือได้คล่อง อ่านภาษาอังกฤษได้ร้อยละ 24.5 สามารถอ่านฉลากบนซองบรรจุยาได้ทั้งชื่อและขนาดร้อยละ 66.4 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.6) เขียนหนังสือได้แต่ไม่คล่อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้แต่ต้องใส่แว่นจำนวนมากที่สุดร้อยละ 78.2 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป โดยมีรายได้ตั้งแต่ 1,000-40,000 บาท ค่าเฉลี่ย 8,447.3 บาท (SD=7,716.3) และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 46.4 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) แหล่งของรายได้มาจากบุตรหลาน และพบว่าร้อยละ 52.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 85.5 ใช้สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจทั้งจากสิทธิของผู้สูงอายุเองและจากสิทธิของบุตร ร้อยละ 55.5 ราคายาเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 3,000 บาท ค่ายาอยู่ระหว่าง 90-30,000 บาท ค่าเฉลี่ย 4,878.1 บาท (SD=4,772.2) ร้อยละ 74.5 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาแต่ละครั้งน้อยกว่า 300 บาท มีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 100-2,000 บาท มีค่าเฉลี่ย 349.7 บาท (SD=395.1) การมาตรวจแต่ละครั้งจะมากับบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 73.6 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) ใช้สถานที่บริการสุขภาพเป็นประจำ จำนวน 1-2 แห่ง ค่าเฉลี่ย 1.8 แห่ง และใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพประจำ ตั้งแต่ 10 นาทีถึง 8 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 80 นาที (SD=73) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) ใช้เวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ประจำน้อยกว่า 60 นาที

ข้อมูลสุขภาพ

ผู้สูงอายุมีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง และมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.8 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ มีการใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 1-18 ชนิด ค่าเฉลี่ย 7.1 ชนิด (SD=3.3) มากกว่าครึ่งมีการใช้ยาจำนวน 6-10 ชนิด และร้อยละ 27.3 มีการใช้ยาอื่นนอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นวิตามินและอาหารเสริม เช่นนม และพบว่า

กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20.9 ใช้สมุนไพรหรือยาหม้อ และพบว่าในรอบ 6 เดือนแพทย์มีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้อยู่ร้อยละ 43.6 และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่ได้มีการเข้ารับการรักษาก่อนการเป็นผลมาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 91.8 และกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 18.2 กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุรามากกว่าสองบุหรี ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในทุกด้าน เรื่องการใช้ยาผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้กลุ่มยากลุ่มวิตามินและเกลือแร่มากที่สุด และประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.3) มีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุได้วิเคราะห์ เป็น 3 ระดับคือ พัฒนาแล้ว กำลังพัฒนา และยังไม่พัฒนา โดยพิจารณาจากทั้ง 3 ด้านคือ ความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับยา การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา พบว่า ร้อยละ 60.9 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่พัฒนาแล้ว ร้อยละ 21.8 เป็นผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 17.3 เป็นผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่ยังไม่พัฒนา

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

ผู้ป่วยสูงอายุมีการจัดเตรียมยาด้วยตนเอง ร้อยละ 73.6 โดยมีการเก็บยาไว้บนโต๊ะที่หยิบสะดวกมากที่สุด ร้อยละ 70 ในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการเตรียมยาโดยมีการใช้ภาชนะจัดแยกยาเป็นมือกับการใช้วิธีหีบยาจากซองเมื่อต้องการรับประทานยาในแต่ละครั้งจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 52.7 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างจะมีวิธีการในการจัดยาให้ได้ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด และเวลา โดยส่วนใหญ่อ่านฉลากยาทุกครั้งที่จะใช้กับการจัดเตรียมยาได้ภาชนะแยกเป็นมือในแต่ละวัน จำนวนร้อยละ 57.3 และร้อยละ 58.2 ตามลำดับ สำหรับวิธีที่ช่วยไม่ให้ลืมรับประทานยากลุ่มตัวอย่างบอกว่าไม่มีวิธีการช่วยแต่จะจำยาที่ใช้ได้ ไม่ลืม ร้อยละ 23.6 และถ้าลืมรับประทานยาหรือฉีกยาในมือนั้นจะรับประทานยาหรือฉีกยาในมือต่อไปตามเวลา ร้อยละ 76.4 และถ้ามีปัญหาการมองฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านหนังสือไม่ได้วิธีการที่ทำให้ได้รับยาถูกต้องคือมีบุคคลอื่นคอยช่วยเหลือหรือตรวจสอบยาให้ ร้อยละ 80.9 และถ้าได้รับยาชนิดใหม่จะใช้วิธีสอบถามวิธีการใช้ยาจากแพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาลและจะอ่านฉลากยาเอง มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.8 และร้อยละ 48.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการนำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อยาเอง

ร้อยละ 84.5 และไม่มีการแบ่งยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันจากบุคคลอื่นในครอบครัวหรือจากเพื่อน ร้อยละ 91.8

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาครบร้อยละ 90 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาไม่ครบส่วนใหญ่ 1-2 ครั้งต่อปีเนื่องจากมีการเลื่อนนัด ยาจึงหมดก่อนถึงวันนัด พบว่ามียาหมดก่อนถึงวันนัด ร้อยละ 30.9 และกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหยุดใช้ยาเองหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 80.9 และมีการหยุดใช้ยา ประมาณ 1 ครั้งต่อปี ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาขาดก่อนถึงวันนัดจะแก้ไขโดยมีการโทรศัพท์มาเลื่อนนัดและบางส่วนจะไปซื้อยาเอง และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเคยมีอาการผิดปกติที่เกิดจากยาหรือผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 11.8 เป็นยากลุ่ม ACE inhibitor เป็นส่วนใหญ่โดยจะมีอาการไอ มีการจัดการโดยจะแจ้งแพทย์ที่ดูแลทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ที่ดูแลให้ทราบ ร้อยละ 10.1

ปัญหาการใช้ยา

ผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 มีความคิดเห็นว่าการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในผู้สูงอายุไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.5 ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาในปัจจุบัน มีร้อยละ 3.6 ที่ในปัจจุบันมีปัญหาเรื่องการจัดการใช้ยาอยู่จะเป็นเรื่องของการมียาหลายชนิดทำให้ลืมกินยา ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการที่ต้องใช้ยาหลายครั้งในแต่ละวัน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.7 ไม่มีปัญหาจากการได้รับยาชนิดใหม่หรือการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยา สำหรับการมองเห็นไม่ชัดหรืออ่านฉลากยาไม่ได้ เป็นปัญหาต่อการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 67.3)

การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

ผู้ปวยสูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นเพศชาย ร้อยละ 59 มีอายุอยู่ระหว่าง 61-91 ปี ค่าเฉลี่ย 76.9 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพคู่ และอาศัยอยู่กับบุตร จากข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของผู้สูงอายุไทย (Jitapunkul & Bunnag, 1998; Jeangsawang, 2005; บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่ต่างจังหวัดจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลานเป็นส่วนใหญ่ อาจเป็นเพราะลักษณะครอบครัวคนไทยยังคงความเป็นครอบครัวขยายอยู่ ความสามารถในการอ่านหนังสือที่ส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยได้คล่องแต่อ่าน

ภาษาอังกฤษไม่ได้เป็นจำนวน 3/4 ของผู้สูงอายุ ถึงแม้ชื่อยาบนซองยาจะเขียนเป็นภาษาอังกฤษแต่ผู้สูงอายุก็สามารถจำชื่อยาที่ตนเองใช้เป็นประจำได้ร้อยละ 66.4 เพราะผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และแพทย์ผู้ดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาให้น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bergman-Evans, 2006; Zarowitz, 2006 ; Siriruttanapruk, 1999) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพออาจเป็นเพราะในสังคมไทยมองว่าผู้สูงอายุควรได้พักผ่อนอยู่บ้านไม่ได้ทำงานไม่ว่าจะเป็นหลังเกษียณอายุราชการและเป็นเวลาที่บุตรหลานควรให้การดูแลพ่อแม่บุพพการีของตนเองเป็นการทดแทนบุญคุณแสดงความกตัญญูทุกเวทีทั้งในเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไปและเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ที่มองเห็นไม่ชัดต้องใช้แว่นทำให้อาจเกิดความลำบากในการเดินทางทำให้ต้องมีญาติพามาตรวจ และญาติผู้ดูแลต้องการได้รับทราบข้อมูลเรื่องความก้าวหน้าของโรคและการรักษาของผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ดูแลด้วย (อารยา ฉัตรชนะพานิช, 2005; พารุณี เกตุกราย, 2550) เรื่องการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจากส่วนราชการ เพราะ โรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้เป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

ปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่ามีความวิตกกังวลสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และเบาหวานมากที่สุด สอดคล้องกับการรายงานที่ผ่านมาของกลุ่มโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ (Jitapunkul & Bunnag, 1998) โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 คนจะมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป (Range = 1-7 โรค; Mean = 3.82 โรค) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่ศึกษามีการใช้ยาจำนวนมาก คือประมาณ 6-10 ชนิด เฉลี่ย 7 ชนิด พบว่ามากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะมีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณ 3-7 ชนิด เฉลี่ย 4 ชนิด เพราะผู้สูงอายุจะได้รับยาตามการวินิจฉัยของโรค (Evans, 2006; Miller, 2003; Siriruttanapruk, 1999) และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้จะมียาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งยาที่จะได้รับตามการวินิจฉัยของโรคจำนวนมากจากแพทย์ที่ดูแลเฉพาะทางหลายคน และกลุ่มยาที่มีการใช้จำนวนมากคือยาด้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นยาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ (high alert drugs) ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.3) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2540) พบว่าจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของระบบหลอดเลือดและหัวใจและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนา โดยพบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปจะพบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิด atrial fibrillation ร้อยละ 20 มีการรักษาโดยการใช้ยา anticoagulant เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ร้อยละ 43.6 มีการปรับเพิ่มและลดขนาดยาและรวมทั้งชนิดของยา เพราะจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีผลกับเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ซึ่งมีผลกับยาทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่คงที่ (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549; Kim &

Cooper, 2001; Roberts, Synder, & Friedman, 1996) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนยาทั้งเพิ่มและลดขนาดของยาเพื่อให้ได้ระดับยาเพียงพอสำหรับการควบคุมอาการของโรคได้ และการเปลี่ยนชนิดยาส่วนหนึ่งเป็นเพราะผลของอาการแพ้ยา ในการศึกษารุ่นนี้ผู้สูงอายุยังมีการดื่มสุราและสูบบุหรี่ เพราะผู้สูงอายุคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองไม่ได้เกิดจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่แต่เพราะอายุที่เพิ่มมากขึ้นมากกว่าที่ทำให้มีผลกับสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีทุกด้าน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจรักษาโดยมากกับผู้อื่น อาจเป็นเพราะในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยศึกษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากตั้งแต่ 74 ปีขึ้นไป และมีโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนของโรคมก จึงอาจมีการตรวจที่ยุ่งยากซับซ้อน

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีระดับการพัฒนาความสามารถการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่ความสามารถในการใช้ยาพัฒนาแล้วมากที่สุด ร้อยละ 60.9 โดยผลการศึกษาที่ได้เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พิจารณาเนื้อหาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เป็น 3 ด้าน คือ เรื่องความรู้เกี่ยวกับยา การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการใช้ยา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา

ผู้สูงอายุที่ระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้วมีความรู้เกี่ยวกับยา โดยสามารถบอกชนิดของยา ชื่อย่อใช้และขนาด รวมทั้งอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย และระยะเวลาการใช้ยาได้ เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการใช้ยาเป็นประจำและเป็นระยะเวลานานประมาณตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาน้อย มีจำนวนครั้งของการใช้ยาในแต่ละวันน้อยประมาณ 1-2 ครั้งโดยจากข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มที่ความสามารถพัฒนาแล้วมีการใช้ยาตั้งแต่ 1-6 ชนิด สามารถทราบข้อมูลของยาที่ใช้ได้ และมีความเข้าใจเรื่องโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทราบถึงความสำคัญของการใช้ยาและความจำเป็นของการใช้ยาที่ใช้เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและความรู้เกี่ยวกับยา มีความสอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาเรื่องจำนวนยาที่มากและการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาบ่อย ทำให้การใช้ยามีโอกาสคลาดเคลื่อนได้มากทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความสับสนและบางส่วนยังคงใช้ยาเหมือนเดิม (Rocchiccioli, Sanford, Caplinger, 2007; Wick & Zanni, 2004)

ผู้สูงอายุในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนา ไม่ทราบว่าใช้ยาอะไรอยู่บ้าง หรือใช้ยาเพื่อข้อบ่งชี้อะไร และไม่ทราบว่าต้องใช้ยาเป็นระยะเวลาานเท่าไร มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงอะไรบ้าง จะมีการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุไม่มีความเข้าใจเรื่องโรคและไม่ทราบความสำคัญของการใช้ยา อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเกรงใจและกลัวการซักถามแพทย์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในประเทศไทยจากลักษณะวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยที่มีลักษณะเกรงใจ (ฉัตรชัย บุนนาค, 2550) และส่วนหนึ่งผู้สูงอายุไม่ทราบในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย (คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์การ, 2546)

ผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาพัฒนาแล้วจะมีการวางแผนหรือจัดระบบให้มียาใช้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ไม่มีการขาดยาหรือไม่มาติดตามการรักษา ได้รับยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาติดตามการรักษาจะมีที่พักอาศัยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและมีความสะดวกในการเดินทางเพื่อมาติดตามการรักษา เช่นเดียวกับรายงานที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุจะเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน เพราะไม่เสียเวลา สะดวก เรื่องของค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งในเรื่องของความสะดวกและความปลอดภัยเมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน (Cole, Fanale, & Kronholm, 1990) และผู้ป่วยสูงอายุมีการคิดวางแผนแก้ไขปัญหา และมีการประเมินสถานการณ์เป็นระยะ เพื่อให้เกิดการจัดการดูแลตนเองโดยมีการใช้ยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่โอเร็มกล่าวไว้ การดูแลตนเอง คือ ต้องมีการประเมินผลการกระทำเป็นระยะ มีการคิดวางแผนการกระทำ ควบคุมสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Orem, 2001) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีแหล่งสนับสนุนที่ดี จากบุตรหลานและคู่สมรส ที่คอยช่วยเหลือให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ระดับความสามารถในการใช้ยายังไม่พัฒนาส่วนใหญ่จะอยู่คนเดียวเมื่อไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ก็จะขาดยาและผู้สูงอายุมีรายได้จำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จะเห็นว่าแหล่งประโยชน์เรื่องของรายได้ แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งหมดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการใช้ยาให้ได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (ประสพสุข อินทรักษา, 2544)

เรื่องความสามารถในการป้องกันการล้มใช้ยาของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุมีจุดประสงค์ของการกระทำเพื่อดูแลตนเอง คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี คือ การได้ใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและไม่ขาดยา ควบคุมสถานะของโรค ดังเช่นความหมายของ การดูแลตนเอง คือ คุณสมบัติของบุคคลที่จะกระทำได้ในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรม โดยบุคคลนั้นมีการคิดริเริ่ม ตัดสินใจ สืบค้นหาข้อมูล และมีการวางแผนการกระทำซึ่งเป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมาย และจงใจภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

(deliberate action) (Orem, 2001) มีการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเรื่องการไ้ยา อยู่เสมอเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมของตนเองในเรื่องการไ้ยาเป็นไปตามแผนการรักษา อย่าง ถูกต้องและปลอดภัย (Orem, 2001 as cited in Taepaiboon, 2003) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนา พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีประวัติการไ้ยาซ้ำซ้อนและมีอาการ ไม่พึงประสงค์จากการไ้ยา อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีโรคประจำตัวหลายโรคและมี แพทย์ที่ดูแลเฉพาะโรคหลายคน ผู้สูงอายุอาจเกิดความสับสนและต้องมีข้อมูลที่ได้รับรู้ทั้งเรื่องโรค และการรักษาที่ซับซ้อน จึงมีโอกาสทำให้ไ้ยาซ้ำซ้อนกันได้มากขึ้น และผู้สูงอายุไม่ซักถามแพทย์ เพราะเกรงใจและกลัวเป็นการรบกวนเวลาของแพทย์

การแสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับยา

ผู้สูงอายุในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาพัฒนาแล้ว มีการ ประเมินในเรื่องการไ้ยาว่าสามารถจัดการดูแลตนเองให้มีการไ้ยาได้อย่างถูกต้อง เพียงพอและ ต่อเนื่องหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุและผู้ดูแลประเมินตนเองแล้วพบว่าอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจาก การไ้ยาได้หรืออาจทำให้มีการไ้ยาไม่ต่อเนื่อง จะมีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเข้ามา ช่วยดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา โดยข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ในระดับความสามารถพัฒนาแล้วส่วน ใหญ่จะ ไม่ได้อยู่คนเดียว มีแหล่งประโยชน์ที่จะให้การดูแลและช่วยเหลือเรื่องการไ้ยามีโอกาส เกิดความคลาดเคลื่อนจากการไ้ยาน้อยลงและทำให้มียาใช้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง จากรายงานที่ ผ่านมาพบว่าผู้ดูแล มีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุให้มีการไ้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะ เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และ สติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการ ความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการ การดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Orem, 1991)

และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในระดับที่ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่อง ยาพัฒนาแล้ว จะมีการค้นหาความรู้และซักถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และมีการใช้ แหล่งประโยชน์จากสื่อต่างๆ ซึ่งต้องมีการค้นหาความรู้ในการไ้ยา จึงจะสามารถไ้ยาได้อย่าง ถูกต้องและใช้อย่างต่อเนื่อง (Simonson & Feinberg, 2005; Miller, 2004) ดังนั้นการดูแลตนเองจึง ต้องการความรู้ ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็น ความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณา ตัดสินใจกระทำได้ (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการ用药ที่พัฒนาแล้ว ทราบวิธีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาและอาการอย่างเหมาะสม เป็นเพราะผู้สูงอายุมีการเรียนรู้และการปรับตัวให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตและเรียนรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรค และผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานของความรู้ที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม เรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพในเรื่องการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ บุคคลต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในด้านอื่นๆเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการ用药ที่พัฒนาแล้วมีการรับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาโดยการใช้ยา เนื่องมาจากความสนใจและมีความรู้เรื่องของอาการข้างเคียงของยา ทำให้มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่จากญาติ ทำให้เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาผู้สูงอายุจะได้รับการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และการให้ข้อมูลของบุคลากรต้องพิจารณาให้เหมาะสมในแต่ละคน เพราะผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ลดลงและการเรียนรู้ช้าลง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549)

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

ส่วนใหญ่มีการจัดการยาโดยการเตรียมยาโดยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการจัดการดูแลตนเองเรื่องยา (จงรักษ์ สกุลบริรักษ์ และ นิลกมล ภูมิภมร, 2545) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หยิบจับยาเองได้ จำลักษณะยาและขนาดของยาที่ใช้ได้ และรู้ว่าเป็นยาที่ใช้เพื่ออะไร และส่วนหนึ่งจะมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือเรื่องการจัดเตรียมยาให้ ช่วยตรวจสอบและประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับยาถูกต้องหรือไม่ และวิธีการส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะใช้ภาชนะจัดแยกเป็นมื้อๆ เพราะผู้สูงอายุจะได้ไม่รับประทานยาซ้ำซ้อน ได้รับยาครบถ้วนทุกชนิดเป็นมื้อๆในแต่ละวัน และส่วนใหญ่จะเก็บยาไว้บนโต๊ะรับประทานอาหาร เพราะผู้สูงอายุจะได้เห็นยาไม่ลืมรับประทานยาก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุมีการวางยาไว้ตำแหน่งที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน (เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539; วิรัตน์ ทองรอด, 2546; สาลี พิกุลทอง, 2539) มีการใช้อุปกรณ์ต่างๆที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเรื่องการ用药ให้ถูกต้องในผู้สูงอายุ (Titiey & Barber, 2000) อาจเนื่องมาจากเพิ่มความสะดวกและช่วยเตือนป้องกัน

การล้มไข้ยา และจากแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลคิดริเริ่ม (Initiative) เป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) และเป็นกิจกรรมที่มุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหานั้น จากข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุมีการคิดพัฒนาใช้อุปกรณ์ต่างๆเป็น การจัดการแก้ไขปัญหาระยะไข้ยา เพื่อให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและต่อเนื่อง

เมื่อผู้สูงอายุได้รับยาชนิดใหม่จะใช้วิธีสอบถามการใช้ยาจากแพทย์ เกษตรกร พยาบาล เป็นส่วนใหญ่มากกว่าการอ่านฉลากยาเอง เหตุผลส่วนใหญ่เป็นเพราะเมื่อได้ยาชนิดใหม่การ สอบถามจากแพทย์จะสะดวกและเข้าใจแผนการรักษาร่วมกันได้ดีกว่าการมาอ่านฉลากยาเอง แตกต่างจากการศึกษาเรื่องการไข้ยาของกลุ่มผู้สูงอายุในครอบครัวของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในครอบครัวของบุคคลที่มีความรู้เรื่องยาซึ่งจะไปอ่านฉลาก ยาเองหรือซักถามกับบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้เรื่องยาที่สามารถให้ความเข้าใจได้ (จรงค์ สกุน บริรักษ์ และ นิลกมล ภูมิภมร, 2545) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้มีการนำตัวอย่างยาเก่าไปซื้อเอง และไม่ได้มีการแบ่งยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันจากบุคคลอื่น อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความสะดวก ในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลตามนัดหมาย และมีสิทธิเบิกค่ารักษาได้ จึงไม่ต้องไปเสีย ค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อยาเอง (วิทยา สวัสดิ์ดุติพงษ์ และ พัทรี เงินตรา, 2540)

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยา

ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ยาที่สำคัญคือการมีการไข้ยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90 รับประทานยาครบ ร้อยละ 80.9 มีการไข้ยา ต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เรื่องยาในระดับที่พัฒนาแล้ว จะมีความรู้เรื่องโรคและเข้าใจแผนการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ ของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจตรงกันเรื่องของแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็มเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองมีโครงสร้าง ของความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ คือต้องมีความรู้ และมีแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือเกื้อหนุน (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งเป็นเหตุผลที่อธิบายได้ว่าผลของการจัดการดูแลตนเองที่ผ่าน มาของผู้สูงอายุได้ผลดี ผู้สูงอายุต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ มีการปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการแก้ไขปัญหาระยะไข้ยาเป็นระยะ มีการรับรู้ สนใจและดูแลผลของยาสุขภาพตลอดเวลา

มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีการแก้ไขปัญหายุ่งเกี่ยวกับยาไม่เหมาะสมถูกต้องเรื่องการบริหาร เปลี่ยนชนิดและขนาดของยาโดยไม่แจ้งแพทย์ผู้ดูแลทราบ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่มีความรู้และ

ความเข้าใจเรื่องของการออกฤทธิ์ของยาที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เพียงพอ ปรับยาแล้วไม่มีอาการผิดปกติ อีกเหตุผลหนึ่งเป็นเพราะในภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาและควบคุมอาการมีข้อมูลหลายอย่างที่ควรรับรู้และปฏิบัติ เช่นการรับประทานยา การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย มีอาการที่ต้องสังเกตและติดตาม และต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฝ้าติดตามสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลง และปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความผาสุก ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับเปลี่ยนนิสัย และวิถีชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และในผู้สูงอายุจะมีโรคมกกว่าหนึ่งโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติจึงมีมากขึ้น และสลับซับซ้อนมากขึ้น จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุสับสน ได้รับข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2544) ดังนั้นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุจะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องต้องมีการแก้ไขปัญหายาได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ ส่วนหนึ่งอยู่ที่บุคลากรมีการประเมินผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้คำแนะนำหรือทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแล้วหรือยัง มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและเพียงพอแล้วหรือไม่

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าในปัจจุบันไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ ผลกระทบที่เกิดการใช้ยาหลายชนิด อาจทำให้ ลืมรับประทานยา การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาจากการมียาที่ต้องใช้หลายครั้งในแต่ละวัน ปัญหาจากการได้รับยาชนิดใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา และการมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านฉลากยาไม่ได้ อาจเป็นเพราะจากผลการศึกษาล่าสุดส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในระดับที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการแก้ไขปัญหายาเกี่ยวกับยา มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา และมีแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือและมีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยาที่ดี ทำให้การจัดการเกี่ยวกับยาได้ดี จึงทำให้การศึกษาล่าสุดพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาสามารถแก้ไขปัญหายาหรือคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหายาที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษาล่าสุดพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้ยาน้อยกว่ารายงานในต่างประเทศที่ผ่านมา (Cole et al., 1990; Ferguson, 1996; Maidment, 2000) ปัญหาการมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรือการอ่านฉลากยาไม่ชัดเป็นปัญหาต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะอาจใช้ยาผิดได้ และเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมาก อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการจัดเตรียมยาโดยตนเอง ซึ่งการจัดเตรียมยาผู้สูงอายุต้องมีสายตาการมองเห็นที่ดีจึงจะสามารถจัดเตรียมยาและใช้ยาได้ และการมองเห็นทำให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมาพบแพทย์มารับยาได้โดยตนเอง ซึ่งการมองเห็นไม่ชัดและการอ่านหนังสือไม่ได้มีโอกาที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาผิดพลาดได้ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549; Simonson &

Feinberg, 2005; Miller, 2004) ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้สูงอายุประเมินว่าเรื่องใดเป็นปัญหาการใช้ยาหรือไม่จากที่ผู้สูงอายุคิดว่าจะสามารถวางแผนแก้ไขปัญหานั้นได้หรือไม่ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรือการอ่านหนังสือไม่ได้ เพราะส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นมีการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมองเห็นและการอ่านหนังสือมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การจัดทำโครงการหรือรูปแบบการให้ข้อมูลและแก้ไขปัญหายา เช่น การจัดสถานที่และเจ้าหน้าที่สำหรับให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย
2. การจัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องยาที่ใช้บ่อยและมีความเสี่ยงสูงในเรื่องการบริหารยาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาและยากับอาหาร
3. การจัดวางระบบของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื่องยาเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการประเมินเรื่องของปัญหาการใช้ยาอย่างแท้จริงเป็นรายบุคคลเพื่อได้มีการประเมินและติดตามผู้สูงอายุที่มีปัญหาการใช้ยาหรือมีระดับความสามารถการจัดการดูแลตนเองเรื่องยายังไม่พัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง
4. การพัฒนารูปแบบตัวอักษรหรือสัญลักษณ์บนฉลากยาหรือซองยาเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็น มองเห็นได้ชัดเจนขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องยาแตกต่างกัน การจัดการเรียนการสอน ควรมีการวางพื้นฐานพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับเรื่องการประเมินปัญหาผู้ป่วยสูงอายุรายบุคคล การศึกษาและพัฒนา รูปแบบ โปรแกรมที่ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับความสามารถการดูแลตนเองยังไม่พัฒนา รวมทั้งจัดระบบการศึกษาพยาบาลที่ปรับเปลี่ยนทัศนคติการมองผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่พัฒนาแล้ว พัฒนาทักษะแก่พยาบาลเรื่องการให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการทำงานร่วมกันของสหสาขา

วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื่องยาโดยมีการประสานงานและปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกัน

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาที่ยังไม่พัฒนา
2. ศึกษาการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ ในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยและมีความเสี่ยงสูง
3. ศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเรื่องการใช้ยาที่บ้าน การใช้โทรศัพท์ติดตามผลและเตือนเรื่องการใช้ยา
4. ศึกษาเรื่องความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มที่มีการรับรู้บกพร่อง หรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

SELF MEDICATION MANANGEMENT IN OLDER ADULTS

SANGDUAN APIRATANAWONG 4736909 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.
(NURSING ADMINISTRATION), PORNTIP MALATHUM, Ph.D., Doctoral
Portfolio Certificate in Gerontology.

EXTENDED SUMMARY**Introduction**

Advance in medical science and technology has brought about longer lifespan in the world population. The number of older adults is increasing and is projected to be above 150% of the present in the next 40 years. Life expectancy is on the increase (Institute of Population and Social Research, 2004). According to 2002 census, the population of Thailand was 62 million. 5.7 million or 9.3% were older adults. It is expected that in 2010 and 2020 the number of older adults in Thailand will be 6.8 and 7.6 million, or 11 and 12 percent the current number, respectively (National Committee for Promotion and Cooperation for The Elderly, Office of The Prime Minister, 2002). Older adults will be a more important factor in planning the country's health policy, as they invariably face problems of change in physical and mental health, including affective and social problems. This could lead to a decrease in health life expectancy, in reverse proportion to the increasing age (Wiphan Prajuabmoh, Rupfelo and Sutthichai Jitaphankul, 1999).

Age-related physiological changes in older adults result in lower performance of bodily systems. Decreased resistance to disease makes older adults fall ill more easily and may become victims of chronic diseases (Williams, 2002). Tanner (2004) pointed out that 84% of those over 65 years had at least one chronic

disease. Ten percent of chronic cases in older patients were complicated and accounted for 70% of medical cost in health care of older adults (Gruenberg, Pompkins & Porell, 2000).

Chronic diseases require continual multifaceted care. Proper medication management helps control chronic diseases, leading to longer and higher quality life (Hussey, 1998). Concurring multiple diseases complicate medications, entailing medication management complexity (Tanner, 2004). Williams (2002) found that an average older American adult takes 4-5 prescribed medications and two over the counter drugs. The consequence of such polypharmacy includes adverse drug reactions, drug administration problems, drug interactions and drug-food interactions. In 2003, Miller reported that since 1990, there had been over 7,000 deaths directly related to drug administration errors.

Complicated therapy makes medication management more difficult. At a certain time, many physicians may be prescribing for just one patient, as the patient has different diseases. This causes overdosage or multiple medications. Using too many medications without indication, lack of knowledge, and insufficient information make for underestimating the importance of medications. Taking non-prescribed medications from various sources, such as medications brought in by relatives and friends, herbal medicine, or food supplement, can cause drug-drug or drug-food interactions. Non-continuous medication may result from high cost of drugs, or discontinuing drug when relieved from symptoms, leading to more severe reactions related to ignorance (Miller, 2003; Paglioro, 1990; William, 2002). Individual factors of the older adult, such as poor eyesight, hardness of hearing, attitudes, in addition to geriatric or pathologic changes, e.g. kidney functions, should be assessed so as to provide safety in medication.

Drug administration safety is of high importance in older adults who take many medications concurrently. Self medication management is thus significant. As earlier mentioned, there has been no previous study of SMM in older adults, this study was focused on SMM in older adults. Ability, behavior and results of SMM were the main aspects of this research. Problems of medication in older adults were also studied. The results of this study can be used evaluate and analyze the causes of errors in drug administration and adverse drug research. Management plans can be

appropriately adjusted to address the problems, and older adults can use medications with safety.

Conceptual Framework

Orem's theory of self-care was used as the conceptual framework for this study. The emphasis was on the self-care agency concept (Orem, 1995:95). Self-care agency is a complex faculty of a person with the potential for taking care of oneself, so that life process can continue. This keeps and promotes the structures and functions of the body to maintain normal processes appropriate of the body to maintain normal processes appropriate for development and continuous, pleasant life (Orem, 2001:254).

Self medication management in older adults is an activity in which the older adult plans and practices with the aims of continuous medication and medication safety. The objectives of Self medication management are control of disease, prevention of complications and disabilities by prompt diagnosis and early treatment, and prevention of problems arising from the use of medications. Self medication management ability of the older adults and/or the helper is necessary and conducive to Self medication management in particular drug use (Orem, 2001:254).

Self medication management ability is a complex properties of a person who has the potential for self care. Self care ability is of 3 levels (Orem, 2001:265). The first level is the foundational capabilities and dispositions, all of which are necessary for deliberate action. This is the factor affecting the goal seeking aim of actions, with the ability to learn and the capacity for action. At the second level are the ten power components that connect the perception and the action of a person and support self care. These are necessary for purposeful actions in self care which are not the same as actions in general. The third level is defined as the capabilities for self-care operations. This level of self care is necessary for the immediate care and consists of three abilities: evaluation of the situation and self components and the environment that is significant for self care, the importance and needs for self care adjustment; development of the ability to make decisions on what can be, should be and will be done to satisfy the need for necessary self care, including how to behave

and act; and the need for necessary self care (Orem, 1995 as cited in Somjit Hanucharoenkul, 2001).

As for the ability to perform activities of self care, the older adult has first to learn and to understand the medication's action, method of administration, side effects or adverse drugs reactions, how to behave which using the medication, how to keep the medication, evaluating the situation when help from reliable persons such as relatives, friends, or health personnel is needed. Applying the existing knowledge, which depends on the individual's education level and intelligence, helps the older adult to understand the significance of using medications and lead to the right and safe use of medications. Secondly, there should be the ability to make decisions to take action to be done and what behavior will help in safe use of medications. Lastly, there should be actual practice according to the chosen method so as to use the medications correctly and safety.

Consequently, older adults need an ability for self medication management to satisfy self care needs so that adequate and continuous use of medications is possible. According to Orem (1995) the patient needs to

1. Seeking knowledge of health problems, treatment and medications, with the health team members as knowledge source, and receive continuous treatment that is suitable for the patient
2. Being aware of and attending to the possible drug side effect, drug-drug and drug-food interaction, and effects of drug on diseases at present and in the future
3. Behave effectively according to medication plan
4. Being perceptive and take interest in discomfort resulting from adverse drug reactions
5. Adapt to changes resulting from disease and treatment, maintain positive self perception and self image and adapt self role appropriately so as to depend on self and others
6. Learning to live with the pathology or existing medical condition, including the results of diagnosis and treatment, to the best of the patient's learning ability, while maintaining realistic goals.

In this study the author studies ability and behavior of self medication management of

patients, evaluated results of self medication management and problems in medication of older adults. In addition to physiological change, medical conditions and health problems make self medication management necessary.

Research Objectives

1. To study self medication management ability in older adults
2. To study self medication management behavior in older adults
3. To study self medication management results according to older adults' perception
4. To study medication problems of older adults

The definition of terms used in this study

1. Self medication management ability refers to the properties of a person that enable the individual to execute medication-related activities, with that individual initiating, deciding, researching and planning actions which are purposeful and intentional during a time period, (also called deliberate action). There exist control and evaluation of medication activities so that the self medication activities process correctly and safely according to medication plan. This study evaluated self medication management ability according to Orem's self care conceptual framework. Literature was reviewed in three topics, including learning and use of knowledge, Knowledge seeking activities, Resource-seeking activities and Resource-using activities and Action to control external factors

2. Self medication management behavior was defined as the method or format of medication related to actions currently used for self care so as to receive medications completely, correctly and safely. This study assessed the self medication management behavior in older adults by using interview on self medication management behavior in older adults which was designed by the author. The questions were semi-structural and covered Orem's self care concept and the author's literature reviews.

3. Self medication management result refers to an event or a condition that occurs as a consequence of self medication management according to the perception of older adults, so as to make the medication complete, correct and safe. In this study, self medication management in older adults was evaluated by using a questionnaire on older adults' self medication management results. The format is semi-structural and the content followed Orem's framework of self care concept and the author's literature reviews.

4. Medication problem was defined as an event or entity that may obstruct self medication management in older adults so as to make it difficult to complete or to make medication impossible to proceed according to treatment plan. This study evaluated medication problems in older adults by using a questionnaire on medication problems in older adults designed by the author, which is semi-structural under Orem's framework on self care, and the author's literature review.

Research methodology

Population and sampling

The population in this study included the older adults who attended the outpatient clinic, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, from December 2006 to April 2007. Sampling was specific and 110 samples were selected with the inclusion criteria of age (60 years and above), absence of perception impairment, and ability to communication intelligibly and with understanding.

Research Instruments

1. Screening instrument was The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ

2. The Demographic Characteristic Form, which was used to record personal data and health information

3. Questionnaire on self medication management ability in older adults.

This was developed by the author in the form of semi-structural questionnaire under Orem's self care framework and the author's literature review. There were 12 open-ended questions. The response to these questions was used to evaluate and describe self medication management in older adults, which include perception of the significance of proper medication, awareness of name of medication, indications and current length of time since starting the medication, managing multiple medications for correct and complete use, ability to ask for other's help for proper medication, inquiring health personnel for knowledge and for physician's answer to questions, monitoring and observing self so as to evaluate treatment results and to prevent adverse drug reactions, managing when there is a medication problem or an adverse drug reaction, awareness of the use of the old and current medications on appointments with the physician, managing when new medications are obtained, managing medications which require special care, and managing food which has potential for food-drug interaction.

4. Questionnaire on self medication management behavior, developed by the author, is of semi-structural format, the content of which covers Orem's self care concept and the author's literature review. There are 10 open-ended questions and some may elicit more than one answers. No score for the answers was used to describe self medication management ability. The questions are concerned with the patterns and methods for self medication management of older adults. These include preparation of medications by self or others, complete and correct administering of medications, preventing medication negligence, behavior when aware of neglecting medications, managing for proper medication labels, medication storage, managing when new medications are received, using existing medications as sample for purchasing refills, and sharing medications with others.

5. Questionnaire on self medication management results was developed by the author, in semi-structural format, according to Orem's self care framework and the author's literature review. There are 5 questions. No score was associated with three questions that are used to describe self medication management ability of older adults. The questions were closed-ended, with 2 choices for affirmative or negative response concerning self medication management as related to awareness. If the

affirmative answer is chosen, it will be followed by an open-ended question on how the event or problem was solved as concerned with the results of self medication management, including taking complete medication, discontinuous use or stopping the medication without physician's approval, increasing or decreasing the dosage, running out of medication before next appointment, and side effects or adverse drug reactions.

6. Questionnaire on medication problems of older adults. This was developed by the author as a semi-structured questionnaire. The content follows the framework of Orem's concept of self care. There were 6 questions, none of which was given scores. These included open-ended questions and closed-ended questions where affirmative or negative response was to be chosen with regard to considering whether the situation was a problem or not a problem. The content includes awareness of the effects of using multiple medications in older adults, current problems with medication management, drugs which have to be taken many times in a day, receiving new medications or change in dosage, problems with labels, and needs for help regarding medications.

7. Handbook for determining self medication management ability, developed by the author according to Orem's self-care concept and the author's literature review. This would grade self medication management ability into 3 levels: undeveloped, developing, and developed. Three aspects are considered: medication knowledge and learning; seeking help in medication management; and solving medication problems.

Determining the quality of research instrument

1. Self medication management ability, self medication management behavior, self medication management results and medication problem questionnaires were examined for coverage of concept and language use by the same 3 experts. After adjustment, they were tested with 5 patients with similar characteristics to the sample. Then they were readjusted for coverage, conciseness, simplicity and intelligibility. They were then used with 20 older adult patients, then again adjusted for language for use with the 110 sample group.

2. The handbook for determining SMM ability was examined for content and language by the same 3 experts. It was then adjusted and tried with 10 patients in the sample group. Then it was readjusted for content coverage and language. Inter-rater reliability was tested for distinguishing the 3 levels of ability development by asking 10 postgraduate nursing students in adult nursing and the consultants. The resulting inter-rater reliability was 0.8.

Protection of Human Subjects

Ethical considerations in research in humans were respected. All in the sample group were informed of the objectives, data collection procedures, and the right to join or leave the study. Joining the study was voluntary. Signed consent forms were obtained with full informing. The results would be released only as a group, without traceability to the individual patient.

Data collection

1. A letter of was issued by the Postgraduate Rector, Mahidol University, to the Dean of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, describing the research objectives and asking for permission and cooperation in data collection. After approval, the author explained the study to the head of the outpatient department, Department of Internal of Medicine, in detail.

2. Sample group was selected from the medication records according to the criteria previously set by the author

3. The author met with the individual patient in the sample group and accompanying relatives, explaining the objectives and procedures of the study, asking for co-operation in responding to questionnaires and tests. Patient's rights were protected. Documents stating the research project objectives were presented and signature of consent was obtained.

4. When consent was obtained, the patient was invited to the prepared place for interview to be examined for perception faculty. Patients who met the set criteria were there interviewed.

5. The interview followed the questionnaire series. Personal data, health data, self medication management ability, self medication management behavior, self medication management results, and medication problems were inquired respectively. Accompanying relatives could help in answering. Each session took 40-50 minutes.

6. The author checked and asked again for missing answers. The health data was compared to the medical records.

Data analysis

Data was analyzed with the help of SPSS/FW using descriptive statistics. Frequency, percentage, average, standard deviation were used for all data except for self medication management ability, which was analyzed for content, and descriptive analysis was used to calculate frequency and percentage.

Results

The Demographic Characteristics

Of the 110 older adults, 53.6% were male and 46.4% were female. The average age was 76.9, age range 61-92 years (SD = 7.5). By age group, those between 60-74 years old, 75-84 years, and above 85 years account for 41.8, 39.1 and 19.1% of the sample, respectively. 98.2% were Buddhists, 61.8% were married, 56.4% lived with their children. The majority (57.3%) completed primary education, 56.4% could read Thai, 24.5% could read English. 66.4% could read both drug name and dosage on the label. The majority (43.6%) could barely write. 78.2% could see with the help of glasses. About half (48.2%) had a monthly income of over baht 5,000, with an income range of baht 1,000-40,000, averaging at baht 8,447.30 (SD = 7,716.3). The income was perceived as adequate in 46.4%. Most of the income were from children and grandchildren (62.7%) 52.7% were not working for a living. 85.5% had the rights of retired government and state enterprise officials to cover medical expense. 55.5% paid over baht 3,000 a month for medication. The range of medication expense was baht 90-30,000, the average baht 4,878.10 (SD = 4,772.2). Traveling cost for each medical visit was lower than baht 300 in 74.5%, with the range between baht 10-

2,000, and the average 349.70 (SD = 395.1). 73.6% were accompanied by family members to the hospital. Most (82.7%) visited 1 or 2 health services centers regularly (average 1-8). Travel time to the hospital ranged from 10 minutes to 8 hours (average 80 minutes) (SD = 73). Most (66.4%) spent less than 60 minutes traveling to the hospital.

Health data

61.8% of the sample had high blood lipids and 60.9% had hypertension. Number of medications ranged from 1 to 18 (average 7.1) (SD = 3.3). Over half took 6-10 medications. 27.3% took medications not prescribed by the physician. They are mostly vitamins and food products such as milk. 20.9% of the sample used herbal or traditional medicine. In the past 6 months, the physician had changed items and dosage in 43.6%. In the preceding year 91.8% had not received treatment for related adverse drug reactions. Drug allergy history was present in 18.2%. There was a higher percentage of alcohol drinking than smoking. The majority of the older adults could take care of themselves in their daily routines. The most common medications were vitamins and minerals. Over one third (37.3%) took anticoagulant medication.

Self medication management ability in older adults

The sample was divided into three levels of self medication management ability according to medication knowledge, help seeking in medication, and solving medication problems. It was found that 60.5% were in the developed level, 21.8% in the developing level, and 17.3% were undeveloped.

Self medication management behavior

73.6% of the older adults prepared medications by themselves, most kept their medications on desks or tables where they were easy to retrieve (70%). 47.3% prepared medications in specific containers for each of the time they had to take medications (e.g. morning, noon, evening). Others took medication from the provided envelopes. 57.3% read labels each time before taking medications. 58.2% used separate containers for each time they had to take medications. 23.6% had no reminders to take medications. If they forgot to take medications, 76.4% would wait

for the next scheduled time to take the medicine. 80.9% had others to help if there was trouble reading the labels. If new medications were added, 51.8% would ask the doctor, the pharmacist or the nurse for advice, and 48.2% would study the labels themselves. 84.5% did not use the label for purchasing more medications. 91.8% did not share medications with other family members or friends.

Self medication management results

90% of the sample took all medications as prescribed. 30.9% ran out of medications once or twice per year because appointments were postponed. 80.9% never stopped medication by themselves or took medications discontinuously. They stopped medications once a year. When a patient ran out of medications before appointment they would telephone for re-appointment and some would buy additional medications themselves. Adverse drug reactions were found in 11.8%. The most common medication with adverse reaction was ACE inhibitor, which resulted in coughing. Problem solving was by informing the physician so as to change medications. 10.1% of the sample increased or decreased the dosage without informing the physician.

Medication problems

65.5% of the older adults believed that multiple medications had no effects on the aged. 65.5% had no current medication problems. 3.6% had current problems as many medications were prescribed, making them fail to follow the schedule. Most had no problems taking medications many times a day. 82.7% had no problems when new medications were given or when items and dosage were changed. Problems in visualizing or reading labels were the most common, they were found in 67.3% of the sample.

Discussion

Personal and health data

The sample patients were 59% males, aged 61-91 years, average 76.9 years. Most were Buddhists, married, and living with their children. These findings

correspond to the characteristics of the Thai elderly (Jitapunkul & Bunnag, 1998; Jaengsawang, 2005; Busara Iaosakuletal, 2002). Older adults in the provinces live with their spouse and children, which reflects that Thais are still in extended families. Three-fourths of the older adults could read Thai but not English. Though drug names were in English, 66.4% of the older adults could remember the names of the drugs they used. As older adults had chronic diseases the physician would minimize changes in prescription. This agrees with earlier studies (Bergman-Evans, 2006; Zarowitz, 2006; Siriruttanapruk, 1999). Most older adults had adequate income. This could be because Thai society holds that the elderly should stay home and should not work after retirement and their children should take care of them as an expression of gratitude, both in health and disease. Decreased vision could cause difficulty in traveling, making it necessary for relatives to bring the patient to the hospital. These relatives also want information on disease progress and treatment from the physician (Araya Chatthauapanich, 2005; Parunee Ketkrai, 2007). Medical expense was mostly supported by the government fund, as the samples were mostly retired officials, and the study was conducted in a university hospital.

Health problems of the sample were mostly hyperlipidemia, hypertension, coronary disease and diabetes. This corresponds to the study by Jitapunkul & Bunnag (1998). In this study, an individual patient had at least one chronic disease. Each took an average of 7 medications (range 6-10). This number is higher than those of earlier studies, which stated that older patients had at least 2 chronic diseases and each would take an average of 4 (range 3-7) medications. (Evans, 2006; Miller, 2003; Oearsakul, 2000; Siriruttanapruk, 1999). This could also be because the patients also took medications for many diseases prescribed by many specialists. The most common medication group was the anticoagulant, which is a high alert drug. Over a third (37.3%) of the sample received this medication. Niphon Phuanwarin (1997) reported that 20% of those older than 70 years had atrial fibrillation, and 20% were treated with anticoagulant to prevent thrombosis. In 43.6%, there was adjustment in dosage and items of medication. This can be because of the change in pharmacokinetics and pharmacodynamics (Watana Pansak, 2002; Sutthichai Jitaphankul, 2006; Kim & Coper, 2001; Roberts, Synder & Friedman, 1996), which required medication adjustments. Another reason for medication change is allergy. In this study, older

patients who still drank alcohol or smoke considered their health as not affected by drinking or smoking, but rather by age.

Most of the sample took care of themselves well in all aspects. Most had accompanying relatives. This may be related to the higher age group (above 74 years) and the complex nature of the chronic diseases which required investigations.

Self medication management ability of older adults

Most (60.9%) of the sample had a developed level of self medication management ability. The qualitative study emphasized three aspects of ability: medication knowledge, seeking help in medication management, and medication problem solving.

Medication knowledge

Those with the developed level of self medication management ability could specify medication type, indication, dosage, common average drug reactions, and duration of use. The older adults had continuous use of medications for more than 2 years. There were few medication changes, number of times for taking medications in a day was 1-2. In this group, most took 1-6 medications. Most knew the medication information, and understood own chronic diseases. As they needed continuous treatment, they knew the significance of medications. This supports previous studies which stated that multiple medications and frequent changes would lead to noncompliance, adverse drug reactions, and could confuse medication use (Rocchiccioli, Sanford, Caplinger, 2007; Wick & Zanni, 2004).

Those with undeveloped level of knowledge were unaware what medications they were taking, neither did they know the indications, duration, and possible adverse affects. This group only followed doctor's orders without understanding. It could be because of fear and reverence that the patients decide not to ask physicians for information. As this study was conducted in Thailand, cultural factors could be in place (Chatchai Bunnag, 2007) and partly because older adults did not understand patient's rights (Committee on Patient's Rights and Organizational Ethics, 2003).

Older adults at developed level of self medication management were organized and could make plans to provide adequate and continuous medications. They were also located near the hospital, providing for easy access (Col, Fanale, & Kronholm, 1990). According to Orem (2001), self care involves periodic evaluation.

These patients are mostly supported by spouse and children, whereas those at undeveloped level are usually limited in income, which negatively affects self care (Prasobsook Intharaksa, 2003).

Preventing negligence in taking medications requires deliberate action (Orem, 2001). This involves control and evaluation of self care to provide for fulfillment of management plan (Orem, 2001, as cited in Taepaiboon, 2003). Those at undeveloped level are at risk of repeated medication and adverse reactions.

Seeking medication resource

Patients at developed level of self care evaluate their self medication management. If there are drug administration errors or discontinuous drug use, they seek help of others. These patients usually do not live by themselves. They have resources to fulfill medication requirement. A care giver becomes significant as an older patient has decreased self care ability (Orem, 1991).

In this study, it was found that patients at developed level would manage their medication needs. They would seek help from members of health team, resulting in correct and continuous drug use (Simonson & Feinberg, 2005; Miller 2004). Self care requires knowledge to observe and to correlate the events with action, which leads to decision making (Orem, 1985, cited in Somjit Hanucharoenkul, 2001).

Medication problems solving

The developed level of older adults understood how to adjust medications according to symptoms. This requires knowledge and attitude, according to Orem (1991, cited in Somjit Hanucharoenkul, 2001). The older adults at developed level had interest in and knowledge of drug reactions. They monitored for medication-related discomfort. They also had help from caring relatives. Health personnel need to tailor their help to each individual, as older adults have decreased and slower level of learning (Sutthichai Jitapankul, 2006).

Self medication management behavior

Most patients in this study managed medications themselves, which is in agreement with previous studies (Jongrak Sakulborirak & Nikamol Phumiphamorn, 2002). This could be because the health state of the patients was still amenable. However, help was still available from other persons. Most older adults prepared medications for administering times according to schedule. Most would prepare the medications and leave them on dinner table, to lessen negligence, as most medications are prescribed for taking before or after meals (Keskong Seehawong, 1996; Wirat Thongrawd, 2003; Salee Pikulthong, 1996). Gadgets and devices are available for convenience (Titiey & Barber, 2000). According to Orem (2001), these can be seen as deliberate actions directed toward problem solving in medication management.

Where new medications are prescribed, patients prefer to inquire health personnel, rather than to study the labels by themselves. This is because of convenience and better understanding, which is different from a study of older adults in the family of pharmacy students, who chose to study the labels or ask family members (Jongrak Sakulborirak & Nikamol Phumiphamorn, 2001). The finding that most older adults would not use existing medications as samples for purchasing medications by themselves or sharing medications with others may be the result of convenience in access to hospital services (Witaya Sawadiwuthipong & Pachari Ngernta, 1997).

Results of self medication management

Most of the sample group (90%) received medications as prescribed, and 80.9% had continuous medications. In those with developed level of ability, there is a structured ability to learn, consisting of the ability to learn, available knowledge and supporting resources (Orem, 1991, cited in Somjit Hamcharoenkul, 2001). This explains that effective self medication management requires periodic evaluation, adaptation to changes, and problem solving.

Some older patients solved medication problems inappropriately by adjusting dosage without informing the physician. This could be because of lack of knowledge and because no adverse effect was noticed after adjustment. In addition, much information concerning the disease could confuse the patient, resulting in

misinformation (Prakong Intharasombat, 2544). Providing for proper problem solving depends on both the patient and the health personnel who evaluates the patient's ability for self medication management.

Medication problems in older adults

Most older adults underestimate the importance of medication problems. Many problems are found in the elderly patients, such as negligence; drug interactions and difficulty in reading the labels. In this study, the patients had high self medication management ability, resulting in few medication problems (Col et al., 1990a; Ferguson, 1996; Maidment, 2000). This could be related to selection of the sample, as most were retired government or state enterprise officials. Difficulty in reading the labels can lead to medication errors (Sutthichai Jitaphankul, 2006; Simonson & Feinberg, 2005; Miller, 2004). Perceiving a situation as a problem is related to the thought of planning to find a possible solution. Reading the labels was perceived as a problem because most older adults read the labels by themselves as part of self medication management.

Recommendations

Implications for Nursing Practice

1. Creating a program or format for imparting medication information and medication problem solving, location and personal had age friendly.
2. Training sessions for patients and relatives covering topics of medications that are frequently used or of high risks (high alert drugs), so patients learn how to administer drugs and how to prevent drug-drug and drug-food interactions
3. Organizing a system for providing medication management in older adults as a multidisciplinary care, and evaluating medication problems individually so that patients with medication problems or undeveloped level of medication management ability may received adequate and continuous medications
4. Developing format or symbols on medication labels and envelopes to help visualization in older adult patients

Implications for Nursing Education

Fundamental of knowledge on promoting and developing self care of older adult problems, adjusting the nurse's attitudes toward elderly patients, creating relationship, and the nurse's role as a part of multidisciplinary health team.

Implications for Further Research

1. Qualitative research on the self- care process of older adults who has Self medication management ability is undeveloped.
2. Self medication management of older adults in specific or high alert drug groups.
3. Developing programs to promote self medication management in older adults, for example, self medication at home, follow-up via telephone.
4. Self medication management ability in impair perception older adults, or functional ability decline.

บรรณานุกรม

- เกษก่อง สีหะวงษ์. (2539). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร. (2546). สิทธิผู้ป่วย. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องสิทธิผู้ป่วย. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). แผน ผู้สูงอายุ แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545-2564) . กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- จงรักษ์ สกลบริรักษ์ และ นิลกมล ภูมิภมร. (2545). ยาที่ใช้โดยผู้สูงอายุในครอบครัวของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .โครงการพิเศษปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรชัย บุญนาค. (2550). ความกล้าของผู้ในที่แท้ “Assertiveness Style” เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง Assertiveness Training for manager, หนังสือพิมพ์มติชน. (เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์)
- ชวลี เข้มวงษ์. (2539). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุกานิชการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2540). Atrial fibrillation and stroke. อายุรศาสตร์ปริทัศน์ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุศรา เอี้ยวสกุล. (2545). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ราชบัณฑิตสาร, 8(3), 209-223.
- ประคอง กรรณสูต. (2524). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประคอง อินทรสมบัติ. (2544). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- ประสพสุข อินทรักษา. (2534). *ความวิตกกังวลการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา สวัสดิ์วุฒพงษ์ และพัชรี เงินตรา. (2540). การปฏิบัติงานให้ดีขึ้นในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ. *ตำราอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ยูนิคัฟพับลิเคชั่น.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล . (2542). *เอกสารประกอบการอภิปรายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพกับปัญญา สากลว่าด้วยผู้สูงอายุ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขปี2539.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2549). การใช้ยาพอฟี. ใน สุรเกียรติ์ อาชานานุกา (บรรณาธิการ), *หมอชาวบ้าน*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2548). การใช้ยากลุ่มในผู้สูงอายุ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 3(24), 267-281.
- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2540). *การบริหารยาในผู้สูงอายุ. เกสซ์วิทยาสำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- สถิตพงษ์ ธนวิริยะกุล. (2547). *การเรียกเก็บคืนยากับหลักประกันคุณภาพยา*. โครงการหนังสือจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาลี พิณฑทอง. (2539). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาสุนศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สุภาพร แนวบุตร. (2004). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัยชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุทธชัย จิตะพันธ์กุล. (2549). *เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตำราอายุรศาสตร์ 1*. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 279-304.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมณตรี. (2543). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2543*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อารยา ฉัตรชนะพานิช. (2005). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ป่วยวัยโรค ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัยชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adamcick, B.A., Rhodes, R.S. (1993). The Role of pharmacist in rational drug therapy of the aged. *Drug and Aging*, 3(6), 481-486.
- Ali, S.N. (1992). Promoting Safe Use of Multiple Medications by Elderly Persons. *Geriatric Nursing*, 5(May/June), 157-159.
- Arnsten, J.H., Gelfand, J.M., & Singer, D.E.(1997). Determinants of compliance with anticoagulation: A case control study. *American Journal of Medicine* , 3(1), 11-17.
- Barat, I., Andreasen, F., & Damsgaard, E.M.S. (2001). Drug therapy in the elderly: what doctors Believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51, 615-622.
- Beckman, G.K.A., Parker,G.M.,& Thorslund,M. (2004). Can elderly people take their medicine?. *Patient Education and Counseling*, 25 (February), 1-7.
- Bender, A.D. (1995).The effect of increasing age on the distribution of peripheral blood flow in man. *Journal American Geriatric Society*, 13, 192.
- Blenkiron, P. (1996).The elderly and their medication: Understanding and compliance in a family practice. *Postgraduate Medical Journal*, 72, 671-676.
- Bressler, R. (2005). Herb-drug interactions: Interactions between Ginkgo biloba and prescription medications. *Geriatrics*, 60(4), 30-33.
- Carney,R.M.(1995). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology* , 14, 88-90.
- Clark, N.M., & Dodge, J.A. (1999). Exploring self- efficacy as a predictor of disease management. *Health Education and Behavior* , 26, 72-89.

- Cole, N., Fanale, J.E., Kronholm, P. (1990). The role of medication Noncompliance and adverse drug reaction in Hospitalization of the elderly. *Archives of Internal medicine*, 150(4), 841- 845.
- Corden, Z.M., Bosley, C.M., Rees, P.J., & Cochrane, G.M. (1997). Home nebulized therapy for patients with COPD: Patient compliance with treatment and its relation to quality of life. *Chest*, 112, 1278-1282.
- Curtin, R.B., Svarstad, B.L., Andress, D., Keller, T., & Sacksteder, P. (1997). Differences in older versus younger hemodialysis patients' noncompliance with oral medications. *Geriatric Nephrology and Urology*, 7(1), 35-44.
- Curry, C.L., Walker, C., Hogstel, O.M., & Burns, P. (2005). Teaching Older Adults to Self-Manage Medication : Preventing Adverse Drug Reactions. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(4), 32-42.
- Der, E.H., Rubenstein, L.Z., & Choy, G.S. (1997). The benefits of in home pharmacy evaluation for older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 211-214.
- Dunbar-Jacob, J., Schlenk, E.A. (2001). Comparability of self-report, pill count, and electronically monitored adherence data. *Controlled Clinical Trials*, 17(25), 80-85.
- Ellenbecker, H.C., Frazier, S.C., & Verney, S. (2004). Nurses' Observations and Experiences of Problems and Adverse Effects of Medication Management in Home Care. *Geriatric Nursing*, 25(3), 164-170.
- Engberg, S. (2002). *Characteristics of community dwelling older adults with urinary incontinence*. Paper presented at the Geriatric Research, Education, and Clinical Center at the Oakland, Pittsburgh, PA.
- Evans, B. B. (2006). Aides to Improving Medication Adherence in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 27(3), 174-181.
- Ferguson, R. P., Ziedins, E., West, Z., Richardson, J.P., & Michocki, R. (1996). Elderly drug choice survey. *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 11, 61-70.
- Fosu, G. B. (1995). Social support and compliance with hypertensive regimens among the elderly. *Journal of Mental Health and Aging*, 1(1), 7-20.

- Geokas, M. C (1996).The aging gastrointestinal tract. *American Journal Surgical*, 117, 881.
- Gray,S. L., Mahoney,J.E., & Blough,D.K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Annals of Pharmacotherapy*, 35, 539-545.
- Gruenberg, L., Pompkins, C., Porell ,F. (2000). The health status utilization patterns of the elderly:implications for setting Medicare payments to HMOs. *Advanced Health Economic*, 10, 41-73.
- Hahn, K., & Wietor,G. (1992). Helpful Tools for Medication Screenings: A nursing medication screening provided to the elderly can help prevent dangerous medication errors. *Geriatric Nursing*, (May/June), 160-166.
- Handcock, B. (1994). Self-administration of medicines. *British Journal of Nursing*, 3(19), 996-999.
- Hoffman, M. J. & Proulx,M.S. (2003). Medcation Errors Caused by Confusion of Drug Names.*Drug Safety*, 26 (7), 445-452.
- Hussey, L. (1998). Hussey's Medication Knowledge and Compliance Scale, and Hussey's Picture Schedule In Redman K, compiler. *Measurement Tool in Patient Education*. New York : Springer Publishing company, Inc.
- Jeangsawang, N. (2005). Factor predicting length of hospital stay of older patients in medical wards of Ramathibodi Hospital.M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Jitapunkul, S., & Bunnag,S. (1998). *Ageing in Thailand 1997*. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.
- Kim, J., & Cooper, A. (2001).Geriatric Drug Use. *Geriatric Therapy : Principles and Practice*. Philadelphia: Lippincott, 3, 991-19.
- Lewis, A. (1997). Non-compliance:A \$100 billion problem. *Remington report*, 5(4), 14-15.
- MacLaughlin, E.J., Raehl, C.L., Treadway, A.W., Sterling, T.L., Zoller, D.P.&Bond, C.A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly. *Drug & Aging*, 22, 231-255.

- Malhotra, S., Karan, R.S., Pandhi, P., Jain, S. (2001). Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance. *Postgraduate medical Journal*, 77, 703-710.
- Maidment, R. (2002). "Just keep taking the tablets" : Adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 752-757.
- Miller, C.A. (2003). Safe Medication Practices: Nursing Assessment of Medication in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 24(5), 314-317.
- Mitty, E. Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: Medication management: Part 1 assessing the resident for self-medication ability. *Geriatric Nursing*, 28(2), 83-89.
- Morrell, R.W., Park, D.C., Kidder, D.P., & Martin, M. (1997). Adherence to antihypertensive medications across the life span. *The Gerontologist*, 37, 609-619.
- Nikolaus, T., Kruse, W., Bach, M., Specht-Leible, N., Oster, P., Schlierf, G. (1996). Elderly patients' problems with medication: An in-hospital and follow-up study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 49, 255-259.
- Orem, D. (1985). *Nursing: concept of practice*. (2 ed). New York : McGraw-Hill Book Co.
- Orem, D. (1995). *Nursing: concept of practice*. (5 ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concept of practice*. (6 ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Ouslander, J.G. (1981). Drug therapy in the elderly. *Annual Internal medicine*, 95, 711-722.
- Pagliari, A.L. (1990). *Pharmacologic Aspects of Aging*. St Louis : The C.V. Mosby.
- Peterson, A.M., & Dragon, C.J. (1998). Improving medication adherence in patients receiving home health. *Home Healthcare Consultant*, 5(9), 25-27.
- Pettinger, M.B., Waclawiw, M.A., & Davis, K.B. (1999). Compliance to multiple interventions in a high risk population. *Annals of Epidemiology*, 9, 408-418.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-441.

- Roberts, J., Snyder, D.L., Friedman, E. (1996). *Pharmacology of aging* . 2nd ed.
London: The Pitman Press.
- Rocchiccioli, J.D., Sanford, J., & Caplinger, B. (2007). Polymedicine and Aging.
Journal of Gerontological Nursing, 14(5), 19-24.
- Rowe, J.W. (1990). The effect of age on creatinine clearance in man: a cross sectional and longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 31, 155.
- Shaughnessy, A.F. (1992). Common drug interactions in the elderly. *Emergency Medicine* , 24, 21-32.
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D., et al. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and non adherence in survivors of a myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry* , 23, 215-222.
- Shock, N.K. (1991). Age differences in the water content of the body as related to basal oxygen consumption in males. *Journal of Gerontology*, 1, 81-85.
- Simonson, W., & Feinberg, A. (2005). Geriatric drug therapy: Who are the stakeholders? *Generations*, 18, 7-12.
- Sompol Siriruttanapruk. (1999). *Drug related hospital admissions in elderly patients of medical ward at Ramathibodi Hospital*. The degree of master of science in pharmacy (clinical Pharmacy), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Tanner, E.K. (2004). Chronic Illness Demands for Self- Management in Older Adult .*Geriatric Nursing*, 25(5), 313-317.
- Taepaiboon, T. (2003). *A study of medication knowledge and medication self care practice in the patients with coronary artery disease*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Titely, L.C., Barber, N. (2000). Drug related problems in the elderly of the British Virgin Islands. *Journal Pharmacy Practice*, 8, 53-59.
- Vestal, R.E. (1997). Aging and pharmacology. *Cancer*. 80, 1302-1310.
- Wanchan Punyawantane. (1998). *Noncompliance of antihypertensive drugs used among out-patients at Surat-thani Hospital*. The degree of master of science in pharmacy (clinical Pharmacy), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Wang, P.S., Bohn, R.L., Knight, E., Glynn, R.J., Mogun, H., & Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications: The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 504-511.
- Wick, J.Y. & Zanni, G.R. (2004). Geriatric Pharmacology. *Drug & Aging*, 18, 201-218.
- Williams, C.M. (2002). Using Medications Appropriately in Older Adults. *American Family Physician*, 66(10), 1917-1924.
- Yen, P.K. (2003). Vitamins and Disease Prevention. *Geriatric Nursing*, 24(5), 316-317.
- Zarowitz, B.J. (2006). Medication Overuse and misuse. *Geriatric Nursing*, 27(4), 204-206.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ The Short Portable Mental Status Questionnaire
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ
 - 2.3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ
 - 2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา
 - 2.5 แบบสอบถามผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา
 - 2.6 แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ
3. คู่มือเกณฑ์การพิจารณาระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

แบบประเมินการรู้คิด
(Short Portable Mental Status Questionnaire)

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ วัน เวลาและสถานที่

1. วันนี้วันที่เท่าใด
2. วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์
3. ที่นี้ที่ไหน
4. บ้านท่านอยู่ที่ไหน
5. ท่านอายุเท่าใด
6. ท่านเกิดปีอะไร
7. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบัน
8. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนก่อน
9. คุณยายของท่านชื่ออะไร
10. เอา 3 ลบออกจาก 20 และลบไปเรื่อยๆ

รวม.....คะแนน

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม HN..... วัน/ เดือน/ ปี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

.
. .
. .
. .
. .
. .

20. สถานบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 แห่ง)

1.....
2.....
3.....

21. เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้
ประจำ

.....ชั่วโมง.....นาที

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ

เลขที่แบบสอบถาม HN วัน/ เดือน/ ปี

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง

หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน

- () ความดันโลหิตสูง
 () เบาหวาน
 () ไขมันในเลือดสูง
 () โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 () อื่นๆ.....

14. ความสามารถในการจ่ายตลาด/ ทอนเงิน

- () ทำได้ () ทำไม่ได้

15. ความสามารถในการเดินทางนอกบ้าน โดยการใช้รถสาธารณะของขนส่งมวลชน หรือการขับรถ

- () ทำได้ () ทำไม่ได้

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

1. การใช้ยาให้ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่านอย่างไร

.....

2. ท่านรู้จักชื่อยา ข้อบ่งใช้ของยาและระยะเวลาที่ใช้ยาหรือไม่ อย่างไร

.....

- •
- •
- •
- •
- •

11.ท่านมียากลุ่มที่ต้องระวังพิเศษ อะไรบ้าง และท่านมีการจัดการใช้ยากลุ่มนี้อย่างไร

.....

12.เมื่อท่านใช้ยาท่านระวังเรื่องของชนิดอาหารหรือไม่ อย่างไร

.....

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

เลขที่แบบสอบถาม..... HN..... วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง กรุณาตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา โดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. ท่านมีการจัดการใช้ยาโดย

() จัดเตรียมยาโดยตนเอง

() มีบุคคลอื่นช่วยเหลือ (โปรดระบุ).....

ช่วยเหลือเรื่องใด.....

ช่วยเหลืออย่างไร.....

2. ท่านเก็บยาที่ใช้ประจำไว้ที่ใด

() ในตู้ยา

() บนโต๊ะที่หยิบได้สะดวก

() ในตู้เย็น

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

•
•
•
•
•

10. ท่านมีการแบ่งยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันจากบุคคลในครอบครัว/เพื่อนหรือไม่

() ไม่มี

() มี (โปรดระบุ) ชื่อยา.....

แบบสอบถามผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา

เลขที่แบบสอบถาม..... HN.....วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาโดยเติมคำลงใน

ช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านรับประทานยาครบหรือไม่

() ครบ

() ไม่ครบ บ่อยแค่ไหน ครั้ง/เดือน

เนื่องจาก

2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีการหยุดใช้ยาเอง / ใช้ยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่

() ไม่มี

() มี ชนิดของยาที่หยุด

หยุดบ่อยแค่ไหน ครั้ง/เดือน

หยุดยาเนื่องจาก

.
.
.
.
.
.

5. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการลด/เพิ่มขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ที่ดูแลรักษาหรือไม่

() ไม่มี

() มี เพราะเหตุใด

แบบสอบถามเรื่องปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

เลขที่แบบสอบถาม..... HN..... วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเรื่องปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุโดยเติมคำลงใน ช่องว่าง
หรือทำเครื่องหมาย✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. การใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อท่านเรื่องใดบ้างและอย่างไร

.....

-
-
-
-
-

5. การมองเห็นฉลากยาไม่ชัดหรืออ่านฉลากยาไม่ได้เป็นปัญหาต่อการใช้ยาหรือไม่

() ไม่เป็น

() เป็น อย่างไร.....

จัดการอย่างไร.....

6. ปัจจุบันท่านมีความต้องการความช่วยเหลือเรื่องการใช้ยาเรื่องใดบ้าง

.....

คู่มือเกณฑ์การพิจารณาระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง คู่มือเกณฑ์การพิจารณาระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ นำไปเพื่อพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ ซึ่งจะแบ่งระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา จากการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ แบ่งการพิจารณาเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับยาและการเรียนรู้เกี่ยวกับยา 2) การแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา 3) การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา โดยจะแบ่งระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ 1) พัฒนาแล้ว 2) กำลังพัฒนา 3) ยังไม่พัฒนา

ระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ

- 1) พัฒนาแล้ว หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับยาและการเรียนรู้เกี่ยวกับยา มีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และมีวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา เพื่อให้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง
- 2) กำลังพัฒนา หมายถึง ผู้สูงอายุกำลังเรียนรู้เกี่ยวกับยาและกำลังหาความรู้เกี่ยวกับยา มีความคิดในการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และกำลังคิดหาวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา เพื่อให้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง
- 3) ยังไม่พัฒนา หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาและการเรียนรู้เกี่ยวกับยา ไม่มีการแสวงหาความช่วยเหลือในการจัดการยา และไม่มีวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา เพื่อให้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง

คู่มือเกณฑ์การพิจารณาระดับการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ
ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ระดับยังไม่พัฒนา

1.ความรู้เกี่ยวกับยา	เกณฑ์การพิจารณา
1.1 ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้อง	1) ผู้สูงอายุไม่ทราบถึงความจำเป็นหรือความสำคัญหรือประโยชน์ของการใช้ยาที่ถูกต้องและมีการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ทราบถึงความจำเป็นหรือความสำคัญหรือประโยชน์ของการใช้ยา 2) ไม่ค้นหาความรู้หรือซักถามบุคลากรเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพื่อให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง 3) มีการใช้ยาโดยไม่ทราบว่าตนเองใช้ยาผิดหรือถูก ผู้สูงอายุไม่สามารถอธิบายหรือบอกความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้องได้
3.การปัญหาเกี่ยวกับยา	เกณฑ์การพิจารณา
3.1 ไม่ทราบวิธีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาหรืออาการอย่างเหมาะสม	1) เมื่อมีอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาไม่ปรึกษาหรือมาพบแพทย์ เกสัชกร พยาบาล 2) มีการปรับหรือเพิ่มลดขนาดยาเองโดยไม่แจ้งแพทย์ผู้ดูแลทราบ 3) ไม่มีการปรับเปลี่ยนเวลาที่ใช้ยาให้เหมาะสมกับสถานการณ์เช่นการเดินทางไกล การไปงานเลี้ยง อาจพิจารณาเลื่อนเวลารับประทานยาข้ามปีสภาวะ 4) ไม่แจ้งแพทย์ผู้ดูแลทราบเพื่อปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาให้เหมาะสมกับอาการ

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุที่กำลังพัฒนา

1.ความรู้เกี่ยวกับยา	เกณฑ์การพิจารณา
1.1 เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้อง	เริ่มคิดศึกษาถึงความจำเป็นหรือความสำคัญหรือประโยชน์ของยาที่ใช้อยู่ รวมทั้งกำลังจะค้นหาความรู้หรือซักถามบุคลากรเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพื่อให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
3.การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา	เกณฑ์การพิจารณา
3.1 กำลังเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาหรืออาการอย่างเหมาะสม	1) เมื่อมีอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาคิดจะปรึกษาและมาพบแพทย์เภสัชกร พยาบาล 2) กำลังศึกษาวิธีการปรับหรือเพิ่มลดขนาดยาโดยตนเองตามที่แพทย์ผู้ดูแลแนะนำ 3) กำลังเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนเวลาที่ใช้ยาให้เหมาะสมกับสถานการณ์เช่นการเดินทางไกล การไปงานเลี้ยงอาจพิจารณาเลื่อนเวลารับประทานยาข้ามปีสภาวะออกไปก่อน เป็นต้น 4) ประเมินอาการผิดปกติของตนเองที่เกิดจากยา อาการแสดงของโรคที่มากขึ้นที่ต้องแจ้งแพทย์ผู้ดูแลให้ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาให้เหมาะสมกับอาการ เช่น เริ่มสังเกตตนเองถ้าเริ่มมีปวดศีรษะบ่อยขึ้นโดยที่ไม่เคยเป็นมาก่อน อาจมีความดันโลหิตสูงมากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น

ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุที่พัฒนาแล้ว

1.ความรู้เกี่ยวกับยา	เกณฑ์การพิจารณา
1.1ตระหนักถึงความสำคัญของการไ้ยาที่ถูกต้อง	ผู้สูงอายุทราบและบอกความจำเป็น ความสำคัญ หรือประโยชน์ของการไ้ยาที่ถูกต้อง และมีการไ้ยาตามคำสั่งแพทย์โดยทราบถึงความจำเป็น หรือความสำคัญหรือประโยชน์ของการไ้ยา รวมทั้งสนใจค้นหาความรู้หรือซักถามบุคลากร เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับยาที่ไ้อยู่เพื่อให้ไ้ยาได้อย่างถูกต้อง มีการดูแลวางแผนการไ้ยาเพื่อให้ไ้ยาได้ถูกต้อง
. 	
3.การแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา	เกณฑ์การพิจารณา
3.1มีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาตามปัญหาหรืออาการอย่างเหมาะสม	1) เมื่อมีอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการไ้ยา มีการปรึกษาหรือมาพบแพทย์ เกษตรพยาบาล 2) เมื่อมีการปรับเพิ่มหรือลดขนาดของยาที่ไ้อยู่ มีการแจ้งแพทย์ผู้ดูแลให้ทราบ 3) ปรับเปลี่ยนเวลาไ้ยาเหมาะสมกับปัญหาหรือสถานการณ์เช่นการเดินทางไกล การไปงานเลี้ยง อาจพิจารณาเลื่อนเวลารับประทานยาขับปัสสาวะออกไปก่อน เป็นต้น 4) มีการแจ้งแพทย์ผู้ดูแลให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีอาการแสดงของโรคที่มากขึ้นเพื่อให้แพทย์ได้ปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดของยาให้เหมาะสม

ภาคผนวก ข

หนังสือชี้แจงโครงการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ การจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาถึงความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ
2. ศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุ
3. ประเมินผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ
4. ศึกษาปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ

เหตุผลที่เชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉันชื่อ แสงเดือน อภิตนวงศ์ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโทสาขการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ไ้ขอความร่วมมือจากท่านให้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพ สอบถามและ สัมภาษณ์ ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ผลการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา และปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วน หนึ่งของงานวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ซึ่งดิฉันกำลังศึกษาอยู่ การศึกษาครั้งนี้จะทำ ให้ดิฉันได้เรียนรู้ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ พฤติกรรม การจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยาของผู้สูงอายุ ประเมินผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา ปัญหาการไ้ยาของผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การส่งเสริมการดูแลตนเอง เรื่องการไ้ยาในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเกิดความปลอดภัยจากการไ้ยาอย่างต่อเนื่อง ท่านเป็นผู้ หนึ่ง ในจำนวนผู้สูงอายุ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาล รามาธิบดี ประมาณ 110 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงให้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีอายุในเกณฑ์ 60 ปีขึ้นไป และไม่มีควมบกพร่องของการรู้คิด รู้สึกตัวดี สามารถ สื่อสารได้รู้เรื่องและเข้าใจ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ถ้าท่านยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันจะเก็บข้อมูลของท่าน โดยการ สอบถามและสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45-60 นาที ขอบข่ายของข้อมูล คือข้อมูล

ส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลของการจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยา ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อได้รับความยินยอมด้วยวาจาหรือลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยความสมัครใจของท่าน กรณีที่ท่านไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากญาติผู้เป็นตัวแทนของท่าน

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในด้านใดๆแก่ท่าน เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่มีการดูลูกในร่างกาย นอกจากการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษา การสอบถาม และการสัมภาษณ์ ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะไม่เกิดประโยชน์โดยตรงกับท่าน

ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูล

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาไว้ทั้งหมด จะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นผลสรุปของการวิจัยทั้งนี้ ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่สามารถรับรู้ข้อมูล นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อน

สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยที่ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลใดๆที่ท่านได้รับแต่อย่างใด

กรณีมีเหตุจำเป็นหรือมีปัญหา ข้อเสนอส่งผลกระทบต่อผู้วิจัย

นางแสงเดือน อภิรัตน์วงศ์

โรงพยาบาลรามาริมดี เขตทุ่งพญาไท แขวงราชเทวี จ.กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 02-2011305

E-mail address:g4736909@student.mahidol.ac.th

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้จะต้องได้รับการยินยอมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ และระบุข้อความไว้ตามนี้ ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม (ประทับลายนิ้วหัวแม่มือ)

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ง



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๔๕/๒๗๗

ชื่อโครงการ

การจัดการดูแลตนเองเรื่องการไข้ในผู้สูงอายุ

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๘-๔๕-๐๑ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวแสงเดือน เอ็มหวก

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ เอเอสซิงกิ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๑๖ สิงหาคม ๒๕๔๕

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลพรรณ สมบุญตนนท์

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) Ph.D. (Nursing)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวลี เข้มวงษ์

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เภสัชกรหญิง ศุภศิลา สระเอี่ยม

เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

หัวหน้างานเภสัชกรคลินิก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางแสงเดือน อภิรัตน์วงศ์
วัน เดือน ปีเกิด	11 มกราคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2535-2539: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2547-2551: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ตำแหน่ง	พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชั้นสูง 6 งานการพยาบาลอายุรกรรม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่	ที่ทำงาน: หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1(7SW) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2201-1305 ที่บ้าน: 164 หมู่ 6 ตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 055-298-260 E-mail:g4736909@student.mahidol.ac.th